

# PLAN DE SALUD COMUNAL



2014

Departamento de Salud  
Ilustre Municipalidad de Requinoa



## I. INTRODUCCION

El presente documento tiene como objetivo hacer una reseña de las acciones en salud realizadas durante 2013 por nuestro CESFAM y Postas de Salud Rural, y plantear los desafíos en relación a los lineamientos que se concretan en el Plan de Salud Comunal 2014.

Como ha sido nuestro propósito desde que asumimos en el mes de Febrero del año 2013 la dirección del CESFAM DR. JOAQUIN CONTRERAS SILVA y de sus tres postas de salud rural (Lirios, Totihue y Abra) de mejorar los altos estándares de calidad en la atención y Resolutividad en sus prestaciones, de modo que los beneficiarios de los establecimientos de salud de nuestra comuna, la valoren y la promuevan a otros vecinos que por diversas razones, entre las que bien cabe el desconocimiento, no se han incorporado todavía a ella.

Desde fines de 2010 y durante el 2011 el MINSAL ha trabajado inicialmente en los borradores y finalmente en los definitivos Objetivos Sanitarios de la década 2011 - 2020, que abordan condicionantes en salud tales como tabaco, sedentarismo, obesidad y que se ha comprobado que directamente se encuentran relacionados con las enfermedades cardiovasculares y cánceres, que son actualmente la principal causa de morbi mortalidad en Chile y que incluyen Enfermedad Coronaria, Hipertensión arterial, Diabetes y las alteraciones del metabolismo de la glucosa, con prevalencias cada vez más altas entre los adultos, y las enfermedades emergentes que son propias del siglo XXI destacando:

Patología Dental, Discapacidad (muchas veces producto de accidentes de tránsito en personas jóvenes) y Salud Mental, con tasas cada vez más altas de trastornos del ánimo como depresión y ansiedad.

Es así, que enmarcados por los indicadores MINSAL, los desafíos a desarrollar por los Centros de Salud de Nivel Primario, para el año 2014 tienen su base en estos objetivos sanitarios y como comuna pionera en muchos aspectos; entre los que cabe destacar SALUD, en la consolidación e innovación de las siguientes actividades:

- ✚ Teledermatología
- ✚ Aumento de Horas médico y enfermera al Equipo de postrados
- ✚ Implementación del Programa de Curaciones avanzada de heridas
- ✚ Aumento de oferta de horas de Salud Mental en el CESFAM y Postas
- ✚ Consolidación de nuestro Móvil Dental.
- ✚ Consolidación del Modelo de Salud Familiar en nuestro CESFAM y ser considerados como modelo dentro de la sexta Región
- ✚ Aplicación de una Encuesta validada, para evaluar la Satisfacción Usuaría de nuestros usuarios/as, con el propósito de realizar las correcciones necesarias, para alcanzar altos niveles en éste tópico.
- ✚ Consolidar el Control Joven Sano y brindar espacios amigables para



## II. OBJETIVOS SANITARIOS 2011-2020

Se presenta a continuación los Objetivos Estratégicos del PNS 2011-2020, indicando los temas que aborda y sus Metas de Impacto. Esta información permitirá iniciar la construcción de los Planes Regionales, para generar los dos primeros productos mencionados en el punto anterior, aunque será necesario contar con el documento oficial del Plan Nacional que incluye el desarrollo de los textos que acompañan la definición de estas metas, el marco conceptual sobre el cual se construyó, antecedentes, metodología de construcción y de selección de las estrategias, entre otros contenidos, que son indispensables para una definición adecuada de los planes regionales

Se presenta a continuación los Objetivos Estratégicos del PNS 2011-2020.

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

	TEMA	OBJETIVO	META	2010	2015	2020
1.1	VIH/SIDA	Disminuir la mortalidad por VIH/SIDA	Mantener la tasa de mortalidad proyectada por Virus de Inmunodeficiencia Humana/ Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida	2,0 por 100.000	1,6 por 100.000	1,2 por 100.000
1.2	Tuberculosis	Eliminar la Tuberculosis como problema de salud pública	Disminuir a 5 x 100.000 habitantes la tasa de incidencia proyectada de Tuberculosis	12,1 por 100.000	9,7 por 100.000	<5,0 por 100.000
1.3	Enfermedades Transmisibles	Mantener logros alcanzados en el control o eliminación de las Enfermedades Transmisibles	Mantener el número de casos de enfermedades transmisibles seleccionadas*	0 casos	0 casos	0 casos
1.4	Infecciones Respiratorias Agudas	Reducir la mortalidad por infecciones respiratorias agudas	Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas	14,3 por 100.000	10,4 por 100.000	7,6 por 100.000

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

	Tema	Objetivos	Meta	2010	2015	2020
2.1	Enfermedades Cardiovasculares	Aumentar la sobrevivida de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	Aumentar 10% la sobrevivida al primer año proyectada del infarto agudo al miocardio	78,5%	82,7%	91,0%
			Aumentar 10% la sobrevivida al primer año proyectada por accidente cerebrovascular	70,5%	76,9%	89,7%
2.2	Hipertensión Arterial	Incrementar la proporción de personas con hipertensión arterial controlada (1)	Aumentar 50% la cobertura efectiva del tratamiento de hipertensión arterial	16,8%	19,6%	25,2%
2.3	Diabetes Mellitus	Incrementar la proporción de personas con diabetes controlada (2)	Aumentar 20% la cobertura efectiva del tratamiento de diabetes mellitus tipo 2	29,8%	31,8%	35,8%
2.4	Enfermedad Renal Crónica	Reducir la progresión de enfermedad renal crónica	Disminuir 10% la tasa de incidencia proyectada de tratamiento de sustitución renal crónica con hemodiálisis en población menor a 65 años	8,2 por 100.000	7,8 por 100.000	6,8 por 100.000
2.5	Cáncer	Reducir la tasa de mortalidad por cáncer	Disminuir 5% la tasa de mortalidad proyectada por cáncer	112,0 por 100.000	107,0 por 100.000	97,1 por 100.000
2.6	Enfermedad Respiratoria Crónica	Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica	Disminuir 10% la tasa de mortalidad proyectada por enfermedad respiratoria crónica	15,7 por 100.000	14,9 por 100.000	13,2 por 100.000
2.7	Trastornos Mentales	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Disminuir 10% la prevalencia de discapacidad severa en trastornos de salud mental seleccionados (3)	Línea de base 2012	-3,3%	-10,0%
2.8	Discapacidad	Disminuir la discapacidad	Disminuir 10% la media de puntaje de discapacidad	26,0 puntos	25,1 puntos	23,4 puntos
2.9	Salud Bucal	Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de 20 años, con énfasis en los más vulnerables	Aumentar 35% la prevalencia de libres de caries(4) en niños de 6 años	29,6%	32,0%	40,0%
			Disminuir 15% el promedio de dientes dañados por caries (5) en adolescentes de 12 años en establecimientos de educación municipal	2,2 dientes	2,1 dientes	1,9 dientes
2.10	Accidentes de Tránsito	Reducir la mortalidad por accidentes de tránsito	Disminuir 25% la tasa de mortalidad proyectada por accidentes de tránsito asociados a consumo de alcohol e imprudencia del conductor (6)	4,1 por 100.000	3,8 por 100.000	3,2 por 100.000
2.11	Violencia Intrafamiliar	Disminuir los femicidios	Disminuir 33% la tasa trienal de femicidios en mayores de 15 años	1,8 por 100.000	1,6 por 100.000	1,2 por 100.000

## OE.3 Desarrollar hábitos y estilos de vida saludables, que favorezcan la reducción de los factores de riesgo asociados a la carga de enfermedad de la población.

	Tema	Objetivos	Meta	2010	2015	2020
3.1	Salud Óptima	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Aumentar 20% la prevalencia de al menos 5 factores protectores(1), en población mayor a 15 años	35,6%	38,0%	42,7 %
3.2	Consumo de Tabaco	Reducir el consumo de tabaco	Reducir 5% la prevalencia proyectada de consumo de tabaco último mes en población de 12 a 64 años	40,9%	39,1%	35,6%
3.3.	Consumo de Alcohol	Reducir el consumo de riesgo de alcohol	Disminuir 10% la prevalenciaproyectada de consumo de riesgo de alcohol(2) en población de 15 a 24 años	15,1%	15,0%	14,8%
3.4	Sobrepeso y Obesidad	Disminuir prevalencia de obesidad infantil	Disminuir 10% la prevalencia de obesidad en menores de 6 años (3)	9,6%	9,0%	8,6%
3.5	Sedentarismo	Aumentar la prevalencia de práctica de actividad física en adolescentes y jóvenes	Aumentar 30% la prevalencia de actividad física suficiente (4) en población entre 15 a 24 años	23,1%	25,4%	30,0%
3.6	Conducta Sexual	Aumentar la prevalencia de conducta sexual segura en adolescentes y jóvenes	Aumentar 20% la prevalencia de uso consistente de condón en población de 15 a 19 años, activos sexualmente	34,9%	37,2%	42,0%
3.7	Consumo de Drogas Ilícitas	Disminuir la prevalencia de consumo de drogas ilícitas en población general	Disminuir 5% la prevalencia de consumo de drogas ilícitas(5) durante último año en población de 12 a 64 años	8,1%	8,0%	7,8%

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

	TEMA	OBJETIVO	META	2010	2015	2020
4.1	Salud Perinatal	Disminuir la mortalidad perinatal	Disminuir 15% la tasa de mortalidad proyectada en periodo perinatal	10,4 por 1.000	10,6 por 1.000	10,9 por 1.000
4.2	Salud Infantil	Disminuir el rezago infantil	Disminuir 15% la prevalencia de rezago en población menor de 5 años	25,2%	23,5%	21,4%
4.3	Salud del Adolescente	Disminuir la mortalidad por suicidio en adolescentes	Disminuir 15% la tasa de mortalidad proyectada por suicidio en población de 10 a 19 años	8,0 por 100.000	8,7 por 100.00	10,2 por 100.000
4.4	Embarazo Adolescente	Disminuir el embarazo adolescente	Disminuir 10% la tasa de fecundidad proyectada en población menor de 19 años	25,8 por 1.000	23,7 por 1.000	22,9 por 1.000
4.5	Accidentes del Trabajo	Disminuir la mortalidad por accidentes del trabajo	Disminuir un 40% la tasa trienal de mortalidad por accidentes del trabajo	7,6 por 100.00	6,6 por 100.000	4,6 por 100.000
4.6	Enfermedades Profesionales	Disminuir la incapacidad laboral por enfermedades profesionales	Disminuir un 30% la tasa anual proyectada de licencia por incapacidad laboral por enfermedad profesional de causa músculoesquelética de extremidad superior en población protegida por la Ley 16.744	11,2 por 100.000	11,6 por 100.000	12,5 por 100.000
4.7	Salud de la Mujer Climatérica	Mejorar la calidad de vida de la mujer posmenopáusica	Disminuir en 10% la media de puntaje de "Salud relacionada a Calidad de Vida" en población femenina de 45 a 64 años, bajo control	Línea de Base 2012	-3,3 %	-10,0%
4.8	Salud del Adulto Mayor	Mejorar el estado de salud funcional de los adultos mayores	Disminuir en 10% la media de puntaje de discapacidad en población de 65 a 80 años	35,3 puntos	33,5 puntos	31,8 puntos

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

	Tema	Objetivos	Meta	2010	2015	2020
5.1	Inequidad y Posición Social	Disminuir la gradiente de inequidad en salud relacionada con posición social	Disminuir 10% el índice de concentración de autopercepción de salud por años de estudio, en población mayor a 25 años	0,31 puntos	0,30 puntos	0,28 puntos
5.2	Inequidad y Ubicación Geográfica	Disminuir la brecha de inequidad en salud relacionada con ubicación geográfica	Disminuir 25% la media de tasa quinquenal de Años de Vida Potencial Perdidos de las comunas priorizadas (1)	92,1 por 1.000	84,4 por 1.000	69,1 por 1.000

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

	TEMA	OBJETIVO	META	2010	2015	2020
6.1	Contaminación Atmosférica	Disminuir exposición diaria a contaminación ambiental	Disminuir 50% la tasa de días-ciudad del año que se encuentran sobre la norma de material particulado*	23,4 por 1.000 días-ciudad	19,5 por 1.000 días-ciudad	11,7 por 1.000 días-ciudad
			Disminuir un 10% el nivel de contaminantes intradomiciliarios seleccionados**	Línea de Base 2013	-3,3%	-10,0 %
6.2	Residuos Sólidos	Mejorar la disposición de residuos contaminantes	Aumentar 150% la cobertura de comunas con manejo adecuado de residuos sólidos domiciliarios	30,1%	50,0 %	75,3%
6.3	Uso de Aguas	Mejorar el acceso a agua potable y disposición de aguas servidas en zonas rurales	Aumentar a 50% la cobertura de sistemas de agua potable rural con agua segura y diagnóstico de disposición de aguas servida	0,0%	35,0%	50,0%
6.4	Enfermedades Transmitidas por Alimentos	Disminuir los brotes de Enfermedades Transmitidas por Alimentos	Disminuir 10% la tasa promedio de los últimos 3 años de hospitalización por enfermedades transmitidas por alimentos en brote.	1,13 por 100.000	1,09 por 100.000	1,02 por 100.000
6.5	Entorno Urbano	Aumentar las áreas verdes urbanas	Aumentar 20% el porcentaje de comunas seleccionadas*** cuya tasa promedio de los últimos 3 años de metros cuadrados de áreas verdes por habitante, supera recomendación de Organización Mundial de la Salud	8,1%	8,6%	97%

## OE. 7 Fortalecer la institucionalidad del sector salud.

	tema	Objetivos	Meta	2010	2015	2020
7.1	Sistemas de Información	Mejorar los sistemas de información en salud	Aumentar a 13 el número de procesos críticos (1) que tributan al repositorio nacional de información	0 procesos	5 procesos	13 procesos
7.2	Investigación en Salud	Fortalecer la investigación en salud	Aumentar a 50% la proporción de preguntas elaboradas y priorizadas (2) por el Consejo Nacional de Investigación en Salud, que son abordadas en proyectos de investigación, el año en curso	0,0%	30,0%	50,0%
7.3	Recursos Humanos	Aumentar y mejorar la dotación de recursos humanos en el sector salud	Aumentar 20% la proporción de Servicios de Salud y Secretarías Regionales Ministeriales de Salud con dotación de Recursos Humanos adecuada (3)	Línea de base 2012	+8,0%	+20,0%
			Aumentar a 35% la proporción de Servicios de Salud cuyos Servicios de Urgencia de hospitales de alta complejidad, cumplen con estándar de Recursos Humanos en Salud	Línea de base 2012	16,1%	35,0%
			Aumentar a 44% la proporción de Servicios de Salud cuyas Unidades de Paciente Crítico de hospitales de alta complejidad, cumplen con estándar de Recursos Humanos en Salud	Línea de base 2012	35,1%	44,0%
7.4	Financiamiento	Fortalecer el financiamiento del sector	Disminuir 20% el porcentaje del gasto de bolsillo sobre el gasto total en salud	34,4%	32,1%	27,5%
			Aumentar a 100% la proporción de Servicios de Salud cuyos hospitales logran relación ingresos devengados/gastos devengados mayor o igual a uno	41,4%	58,6%	100,0%
7.5	Infraestructura	Mejorar, normalizar y reponer la infraestructura del sector salud	Aumentar en 30 el número de hospitales en operación, con mejoramiento, normalización y/o reposición	0 hospitales	15 hospitales	30 hospitales
			Aumentar en 150 el número de centros de atención primaria en operación, con mejoramiento, normalización y/o reposición	0 centros	75 centros	150 centros
7.6	Gobernanza y Participación	Aumentar los mecanismos de participación ciudadana y fortalecer el trabajo integrado de los directivos del sector	Aumentar a 100% la proporción de Servicios de Salud y Secretarías Regionales Ministeriales de Salud que han implementado mecanismos de participación ciudadana y usuaria, y ejercicio de derechos	No disponible	25,0%	100,0%
			Aumentar a 100% la proporción de Secretarías Regionales Ministeriales de Salud que han implementado mecanismos de alineación de directivos, y articulación de procesos de planificación	0,0%	25,0%	100,0%
7.7	Gestión Asistencial	Mejorar la pertinencia en la referencia entre componentes de la red de Servicios de Salud	Aumentar a 80% el porcentaje de pertinencia en la referencia entre componentes de los Servicios de Salud	Línea de base 2012	50,0%	80,0%

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

TEMA	OBJETIVO	META	2010	2015	2020	
8.1	Acceso y Oportunidad	Disminuir listas de espera	Aumentar a 90% la proporción de Servicios de Salud con adecuada razón de resolución de listas de espera excesivamente prolongadas*	21%	52%	90%
8.2	Seguridad y Efectividad	Aumentar los establecimientos de salud acreditados	Aumentar a 100% la proporción de establecimientos de atención cerrada, públicos y privados, con al menos la primera acreditación de estándares de calidad y seguridad de la atención	2,1%	50%	100%
8.3	Fármacos y Tecnologías Sanitarias	Mejorar la calidad de medicamentos y tecnologías sanitarias	Aumentar a 90% el porcentaje de fármacos priorizados que cumplen con las características de calidad definidas*	0,0%	30%	90%
			Aumentar a 90% el porcentaje de tecnologías sanitarias priorizadas que cuentan con certificación de calidad	0,0%	30%	90%
8.4	Satisfacción Usuaría	Disminuir la Insatisfacción Usuaría	Disminuir 30% el índice de insatisfacción usuaria en la atención de salud de centros de atención primaria	18,3%	16,5%	12,8%
			Disminuir 30% el índice de insatisfacción usuaria en la atención de salud de urgencias	26,6%	23,9%	18,6%

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

TEMA	OBJETIVO	META	2010	2015	2020	
9.1	Emergencias, desastres y epidemias	Contar con planes aprobados y actualizados en Gestión Integral del Riesgo y Establecimientos de Salud Seguros	Proporción de instituciones de salud* con planes de gestión integral del riesgo, aprobados y actualizados	0	50%	90%
			Número de hospitales antiguos y nuevos acreditados con cumplimiento de norma de seguridad	0 hospitales	15 hospitales	30 hospitales



### III. DIAGNOSTICO DE SALUD COMUNAL

La comuna de Requinoa se encuentra ubicada en la sexta región, con una población aproximada de **26.235** habitantes de los cuales son **13.386 hombres** y **12.849 mujeres**  
**3.1 indicadores de morbilidad.**

En el siguiente cuadro se describen los indicadores de morbilidad de la comuna de Requinoa

#### INDICADORES DE MORBILIDAD

PATOLOGIA	MUJER	HOMBRE	TOTAL
SIFILIS	19,4	12,3	15,8
GONORREA	1,6	4,6	3,2
HEPATITIS B	1,6	1,5	1,6
VIH - SIDA	0	9,2	4,7
HEPATITIS A	4,8	4,6	4,7
COQUELUCHE	4,8	6,2	5,5
FIEBRE TIFOIDEA	0	4,6	2,4
PROTIDITIS	0	4,6	2,4
TUBERCULOSIS	8,1	12,5	10,2
CHAGAS	4,8	5,2	3,2
HIDATIDOSIS	3,2	1,5	2,4

FUENTE: TASA ACUMULADA x 100.000 HAB. DE ENFERMEDADES DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA (ENO), Año 2007 – 2011

#### 3.2 MORTALIDAD.

A continuación en la siguiente tabla se describen la mortalidad de nuestra comuna teniendo en cuenta una **Mortalidad General en Hombres del 5,7% y en mujeres de un 3,3 % por cada 1.000 habitantes.**

#### TASA DE MORTALIDAD

CAUSA	TASA
CARDIOVASCULARES	140,4
I.A.M	30
TUMORES	112,1
CAUSAS EXTERNAS	76,61
MORTALIDAD POR SUICIDIO	8,51
CANCER DE MAMA	12,75
CANCER DE PROSTATA	42,06
RESPORATORIAS	52,42
CANCER C.U	11,92
NEUMONIAS	27,63

fuente: Indicadores de salud minsal



### 3.3 MORTALIDAD INFANTIL, FETAL Y NATALIDAD.

#### MORTALIDAD INFANTIL, FETAL Y NATALIDAD

CAUSA	TASA	
M. FETAL	5,42	X 1.000 N VIVOS
M. PERINATAL	8,13	"
M., NEONATAL PRECOZ	2,72	"
M. NEONATAL	3,63	"
M. INFANTIL	3,63	"
NATALIDAD	14,4	X 1.000 HABITANTES
FECUNDIDAD 15 A 19	55,02	X 1.000 MUJERES
FECUNDIDAD < 15 AÑOS	1,22	"

Fuente: indicadores de salud minsal

### 3.3 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE DISCAPACIDAD EN REQUÍNOA.

La comuna de Requínoa cuenta con un Catastro Comunal de la Discapacidad, realizado el año 2004, como una iniciativa local de la Ilustre Municipalidad, gracias al Fondo de Solidaridad e Inversión Social (FOSIS) de la VI Región.

De acuerdo al catastro, en Requínoa existían 444 personas con discapacidad permanente, siendo la más prevalente la discapacidad física con un 48%, seguida de la discapacidad mental con un 21,4%. En cuanto al origen de la discapacidad, la mayoría corresponde a una enfermedad adquirida (39%), las enfermedades congénitas corresponden al 33% y un 18,69% fue adquirido por accidentes, esta situación lleva a realizar acciones preventivas en el campo de la promoción en salud.

Al analizar con quien vive la persona con discapacidad, más de un 90% viven con sus familiares y en menor medida viven solos. Además el 34,68% de las personas con discapacidad tiene el rol de jefe de hogar, esto revela la importancia de entregar herramientas para aumentar la independencia funcional y la inclusión laboral.

Con respecto al nivel educacional, el 43,47% de las personas con discapacidad de la comuna, según el catastro, tiene una educación básica incompleta, el 18,02% no tiene estudios y el 14,19% tiene o tuvo educación en una escuela especial.

La situación ocupacional de las personas con discapacidad indica que el 78,15% no la tiene y aquellos que tienen trabajo permanente no superan el 10% del total; lo cual es significativamente muy bajo. Además el catastro revela el insuficiente acceso a capacitación en la comuna, de las 444 personas con discapacidad, 385 dijo no tener oportunidades de capacitación de ningún tipo.



## IV. SALUD FAMILIAR

El modelo de atención integral con enfoque familiar y comunitario (Modelo de Salud Familiar) en Chile surge en un contexto histórico de crisis y descontento en los consultorios, junto al surgimiento de la Medicina Familiar en Chile en los años 80, pero con mayor impulso en la última década.

### **Los principales problemas que enfrentaban los consultorios eran:**

1. Excesivo número de pacientes en la unidad de tiempo y en la jornada
2. Falta de apoyo eficaz y ágil de los medios mínimos necesarios de diagnóstico
3. Alta rotación de los profesionales, principalmente el médico
4. Programas de salud sin medición de impacto
5. Programas de salud que no responden a los problemas actuales de salud
6. Discontinuidad en la atención médica
7. Poco énfasis en la actividad preventiva, especialmente en adultos
8. Inadecuada utilización de los recursos
9. Recurso humano con tendencia a la rutinización de actividades
10. Baja cobertura en algunos problemas prevalentes y de riesgo
11. Acciones sin enfoque de riesgo en los programas distintos al materno-infantil, y en este último mal orientado
12. Falta del concepto y la aplicación del trabajo en equipo de salud, con pocas instancias de encuentro
13. Escaso trabajo con la comunidad
14. Carencia de tiempo programado para acudir a cursos de perfeccionamiento
15. No existencia de bibliotecas mínimas de consulta a nivel local
16. Escasa realización de reuniones clínicas, bibliográficas y seminarios
17. Hospitalización y derivación diferida, especialmente actos operatorios y ciertas especialidades
18. Falta de coordinación entre niveles de atención, con incomunicación bilateral

La Medicina Familiar es, según el Consejo Americano de Medicina Familiar, la especialidad médica que se preocupa por el cuidado de la salud total del individuo y la familia. Es una especialidad en amplitud que integra las ciencias biológicas y del comportamiento y su alcance no está limitado por edad, sexo, órgano o sistema o entidad mórbida." En esta definición se plasma el esfuerzo de humanizar la atención y de hacerla integral.

En Chile, como en otros países, la atención primaria de salud es otorgada por un equipo de salud conformado por profesionales y no profesionales, incluyendo al médico familiar. Este equipo de salud es co-responsable, junto a sus usuarios, de mejorar o al menos mantener la salud de éstos de la mejor calidad posible. La atención primaria de salud es el terreno de actuación de este equipo de salud. El modelo de atención a seguir para este equipo de salud familiar en Chile se le ha llamado primero modelo de salud con enfoque familiar, modelo de salud integral o modelo de atención de salud familiar.

El MINSAL en el documento "Modelo de Atención integral en Salud" resume estas características:



1. Centrado en el usuario, facilitando el ejercicio pleno de sus deberes y derechos en salud
2. Énfasis en lo promocional y preventivo; con enfoque familiar de los cuidados
3. Integral tanto en la comprensión de los fenómenos, como en las formas de afrontarlos
4. Continuidad de la atención, desde los cuidados primarios, hasta las modalidades de atención especializada
5. Trabajo en Red, tanto sanitaria como social, que asegure la complementariedad que requieren las necesidades explícitas e implícitas en salud
6. Tendencia al cuidado ambulatorio
7. Participación en salud e intersectorialidad
8. Calidad de atención
9. Adecuada política de gestión de las personas que trabajan en el sector.

Durante el año 2013 el CESFAM DR. Joaquín Contreras fue sometido a un proceso de recertificación, donde se compromete como equipo de salud a trabajar en las diferentes dimensiones del modelo descritas anteriormente.

A pesar de tener muchas limitantes mas que nada en los físico, siempre hemos tenido el interés y una motivación por parte del equipo, esto se materializó con un proceso de recertificación con un 100% el día 24 de Octubre del 2013, lo que nos lleva a plantearnos nuevos desafíos y metas para el próximo año



EQUIPO ALMENDRA



EQUIPO ARAUCARIA



EQUIPO ROBLES

## V. PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR

Las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte en países desarrollados y han emergido como un importante problema de salud pública en países en vías de desarrollo. En Chile son la primera causa de muerte, causando el 27,1% de las muertes totales y constituyen la principal causa de morbilidad y discapacidad.



Las enfermedades cardiovasculares muchas veces se presentan sin dolor y sin síntomas obvios, por esta razón, a menudo no se tratan, lo que puede llevar a problemas de salud todavía más serios, como el infarto al miocardio, accidentes vasculares encefálicos y la insuficiencia renal.

Su origen es multifactorial y variados estudios han permitido conocer los factores que contribuyen a su aparición, mucho de éstos factores son prevenibles.

Los factores de riesgo que afectan al desarrollo de la enfermedad cardiovascular se pueden clasificar en diferentes categorías en función de si son modificables o no y de la forma en que contribuyen a la aparición de la enfermedad cardiovascular.

### **I - Factores personales no modificables**

- Sexo
- Edad
- Herencia o antecedentes familiares



Son aquellos que intervienen de una forma directa en los procesos de

## II - Factores de riesgo que pueden corregirse

### Directos

desarrollo de la enfermedad cardiovascular.

- + Dislipidemias
- + Tabaquismo
- + Hipertensión arterial
- + Diabetes Mellitus
- + Tipo de alimentación

### Indirectos

Son aquellos que se han relacionado a través de estudios epidemiológicos o clínicos con la incidencia de enfermedad cardiovascular pero que no intervienen directamente en la génesis de dichas patologías, sino a través de otros factores de riesgo directos.

- + Sedentarismo
- + Obesidad
- + Estrés
- + Consumo de anticonceptivos orales

En este escenario es labor del equipo de atención primaria de salud enfocar su actividad en la prevención y promoción.

Desde el año 2009, dentro del Programa de salud cardiovascular en nuestra comuna se realizan de lunes a viernes en diferentes sectores de la comuna sesiones de actividad física para pacientes hipertensos y/o diabéticos, las cuales son impartidas por la profesora de educación física. Estas actividades se han mantenido en el tiempo dando continuidad al programa, viendo efectos positivos cuyo impacto es a mediano y largo plazo.

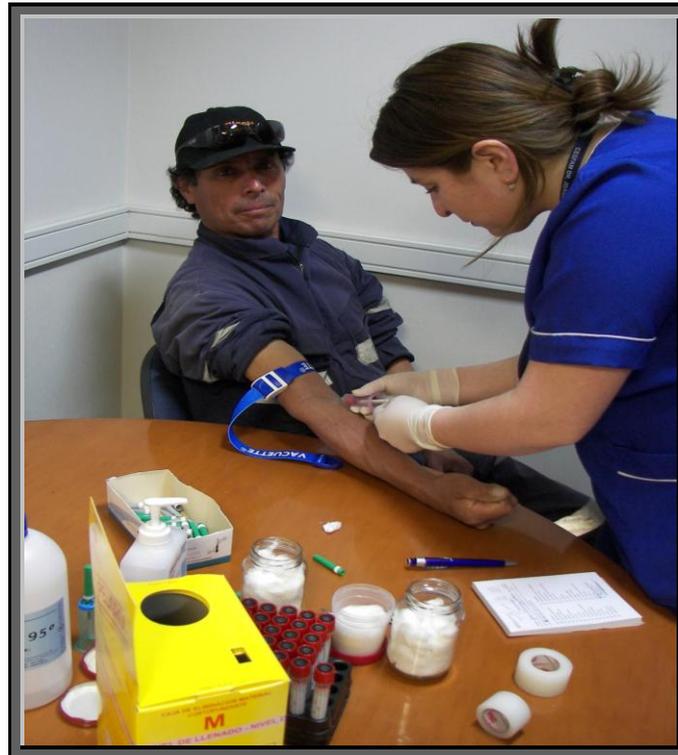
Se realizan eventos masivos como baile entretenido, gimnasia, yoga, entre otras.



TALLER DE GIMNASIA IMPARTIDA POR SRTA. PATRICIA MENDEZ. PROF. DE EDUCACION FISICA

También desde el año 2009 se realiza la aplicación del cálculo del RCV (basado en la escala de Framingham) y la medición del daño renal como factor de riesgo con la aplicación de la pauta renal en nuestros usuarios hipertensos y diabéticos.

Evocados a la prevención, promoción y detección temprana de patologías, hemos realizado exámenes de medicina preventiva, charlas antitabaco y alimentación saludable en adultos en varias empresas de la Comuna, así como en nuestros usuarios como consulta espontánea en el CESFAM y Postas de Salud Rural.



REALIZACIÓN DE EMP A FUNCIONARIOS DE EMPRESAS



CHARLA DE ALIMENTACIÓN SALUDABLE A FUNCIONARIOS DE EMPRESA ANAKENA.



TALLER ANTITABACO IMPARTIDO POR EL EQUIPO DE SALA ERA.

Contamos con equipos de cabecera bien conformados tanto en el CESFAM como en nuestras Postas (Lirios, Abra y Totihue), desde este año contamos con nutricionista en cada equipo lo cual ha significado una atención de mayor calidad hacia nuestros usuarios.



NUTRICIONISTA SRTA. ARACELIA MUÑOZ. NUTRICIONISTA EQUIPO ROBLE.

Además desde el presente año contamos con los servicios de una enfermera con conocimientos en la curación avanzada de pie diabético lo que ha permitido que nuestros usuarios diabéticos portadores de úlceras sean abordados terapéuticamente de mejor manera y con resultados muy positivos.



CURACION AVANZADA DE HERIDAS. SRA. MARIBEL MACIAS. ENFERMERA.

Para todo lo mencionado se ha hecho fundamental el trabajo en equipo al igual que la capacitación permanente.

Contamos con una canasta de exámenes completa lo que brinda una mayor calidad y cantidad de prestaciones.

### MATRIZ DE PLANIFICACION PROGRAMA CARDIOVASCULAR

Problema de salud priorizado	Relación con estrategia nacional de salud	Objetivo general	Objetivo específico	Meta	Estrategias	Actividades	Plazo	Responsable	Indicadores
<b>HIPERTENSION ARTERIAL</b>	Incrementar la proporción de personas con hipertensión arterial controlada	Incrementar la proporción de personas con HTA controlada	Mejorar el control efectivo de la población hipertensa bajo control	Mejorar la cobertura efectiva de HTA en la población bajo control.	Mayor educación a la población en estilos de vida saludable	Promoción: Talleres de alimentación saludable a los usuarios hipertensos bajo control	anual	Equipos de Salud	Fotografías, nóminas de asistencia con firma, REM
						Prevención: Rescate de pacientes inasistentes a controles	anual	Equipos de salud	REM
		Incrementar la proporción de personas con HTA diagnosticada	Detectar y tratar la HTA tempranamente.	Pesquisa temprana mediante la aplicación de EMP	Aplicación de EMP	Promoción: EMP en personas de 20 a 64 años en Empresas y CEFAM cada 3 años	Cada 3 años	Equipos de Salud	REM, Ficha clínica, cartolas
						Prevención: EMP anual en personas con factores de riesgo.	anual	Equipos de Salud	REM, Ficha clínica, cartolas
<b>DIABETES MELLITUS</b>	Incrementar la proporción de personas con diabetes controlada	Incrementar la proporción de diabéticos compensados	Mejorar las habilidades de los pacientes diabéticos en el cuidado de su patología	Mejorar la cobertura efectiva de la población diabética bajo control	Educar a la población diabética bajo control en estilos de vida saludable.	Promoción: Talleres de alimentación saludable y actividad física	anual	Nutricionistas Profesora de Educación Física	Registro de asistencia, fotografías
						Prevención: Mantener EMP vigente cada 3 años en usuarios de 20 a 64 años	Cada 3 años	Equipos de salud	REM, Ficha clínica, cartolas
		Incrementar la proporción de diabéticos compensados	Mejorar el control efectivo de usuarios diabéticos	Incrementar el número de usuarios diabético		Promoción Realizar talleres de alimentación saludable en forma trimestral.	anual	Nutricionista	REM, Ficha clínica, cartolas y registro de asistencia.



		dos		s compensados		Prevención Educación en atención por control crónico en alimentación saludable, toma de medicamentos, actividad física. Educar a la población para que conozca las posibles complicaciones y cuando está bien controlada su enfermedad.	anual	Médicos Enfermeros Nutricionistas.	Ficha clínica REM compensación de diabéticos
--	--	-----	--	---------------	--	---	-------	--	---

Problema de salud priorizado	Relación con estrategia nacional de salud	Objetivo general	Objetivo específico	Meta	Estrategias	Actividades	Plazo	Responsable	Indicadores
<b>ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA</b>	Reducir la progresión de enfermedad renal crónica	Disminuir la progresión de la enfermedad Renal Crónica en nuestros usuarios bajo control	Mejorar el control efectivo de los factores de riesgo que empeoran el daño renal	Disminuir la progresión de la enfermedad Renal Crónica en nuestros usuarios bajo control	Mejorar el control efectivo de HTA, DM2, Dislipidemia en los usuarios bajo control a fin de reducir el progreso de la enfermedad renal crónica.	Promoción: Educación sobre la importancia de evitar el Daño renal crónico.	anual	Equipos de Salud	REM, Ficha clínica
						Prevención: Aplicación de la pauta renal en cada control crónico, mejoramiento de factores de riesgo durante los controles, seguimiento adecuado de la patología de base y ERC.	anual	Equipos de salud	REM, Ficha clínica, pauta renal.
<b>EVALUACIÓN ANUAL DEL PIE DIABÉTICO.</b>		Incrementar la proporción de personas con evaluación de pie diabético	Realizar la evaluación de pie diabético a los usuarios en controles de rutina.	90% de las personas diabéticas con control de pie con documento ah doc.	Rendimiento 2 por hora para enfermeras y médicos a fin de aplicar la evaluación de pie diabético durante los controles con la	Promoción: Talleres del cuidado de pie diabético a los usuarios con reciente ingreso.	anual	Podóloga Enfermeros	REM, Ficha clínica, cartolas
						Prevención: Revisión rutinaria de los pies a los	anual	Médicos, Enfermera	REM, Ficha clínica, cartolas



					frecuencia requerida según la guía minsal.	usuarios bajo control por diabetes.			
--	--	--	--	--	---	---	--	--	--

## VI. PROGRAMA ODONTOLÓGICO

### Marco teórico

Sin duda en los últimos años nuestro programa ha sido enfocado en la dirección correcta, aunque con pocos recursos, dejando de lado a gran parte de la población y apostando a objetivos de largo plazo que se han cumplido parcialmente.

Nuestro programa se enfoca básicamente en la población menor de 20 años, con énfasis en las principales edades según cronología de la erupción dentaria y grupos de riesgo con intervenciones costo-efectivas y de alto impacto. Es así como se privilegia la atención de los niños de 6 años (GES) y de los niños de 12 años (metas colectivas). Además se trabaja con el total de altas de menores de 20 años (Indicadores de actividad de Atención primaria de salud) y población de gestantes (meta colectiva desde el año 2009).

En atención a lo anterior, se plantearon dos objetivos sanitarios 2000-2010, el primero de ellos decía relación con la disminución del índice COPD (diente con caries, obturados o perdidos) de los niños de 12 años al 44% (a 1,9 el año 2010), meta cumplida. El segundo de ellos tenía como objetivo un aumento de cobertura al 50 % de los menores de 20 años, meta no cumplida.

Teniendo en cuenta que el objetivo de la planificación estratégica es contribuir a desarrollar un marco conceptual y estrategias compartidas que permitan direccionar y articular esfuerzos de todos los componentes para el logro de las prioridades sanitarias vigentes, no podemos ignorar las metas y el sentido de dirección que propone y guía el MINSAL tratando de enfocar esfuerzos y conseguir metas que pongan a nuestra nación en lo más alto de la salud pública. Todo lo anterior sin dejar de lado nuestro diagnóstico y Plan de salud para el año en curso.



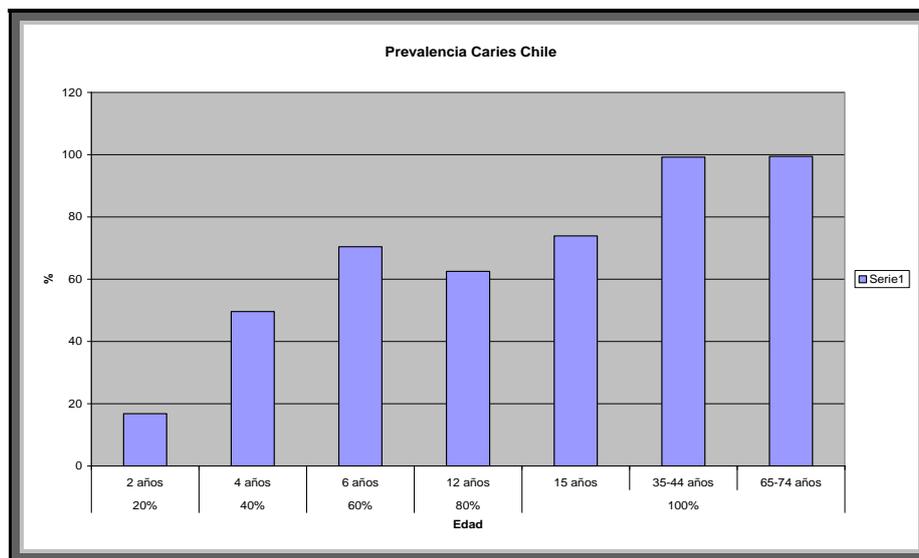
Dr. Cristian Lorca (odontólogo Posta Abra) y Sra. Sara Gajardo (paramédico dental Posta Abra)



Los problemas bucales son de alta prevalencia en todos los grupos etáreos causando dolor, problemas nutricionales, baja autoestima y complicando enfermedades sistémicas. Las patologías de mayor prevalencia siguen siendo la caries, las enfermedades gingivales , periodontales y anomalías dentomaxilares.

Para la vigilancia de al patología bucal, la OMS propuso las siguientes edades: 5 o 6 años, 12 años (edad de vigilancia internacional de la caries), 15 años, 35 a 44 años y 65 a 74 años (OMS 1997).

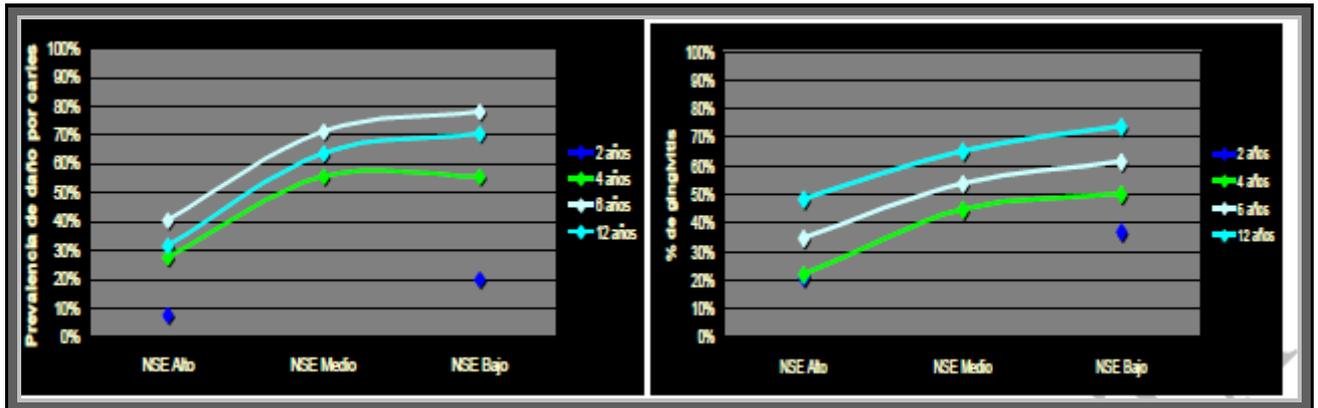
**Caries dental:** está considerada dentro del grupo de enfermedades crónicas que son complejas y multifactoriales desde la perspectiva de su causalidad al igual que el cáncer, diabetes o enfermedades cardíacas ( Fejerskov O., 1994; Saunders R. et al, 2005).La severidad de la caries dental, medida a través del número de dientes afectados por caries, aumenta con la edad, tanto en la dentición temporal (ceod) como en la dentición permanente (COPD): el ceod es de 0,5 a los 2 años, 2,3 a los 4 años y 3,7 a los 6 años, el COPD es de 0.5 a los 6 años, 1.9 a los 12 años, 3.0 a los 15 años, 13.3 a los 35 a 44 años y 19.7 en el grupo de 65 a 74 años.



**Enfermedad gingival:** la gingivitis es la inflamación de las encías causada por la placa bacteriana. La prevalencia es de 32.6% a los 2 años; 45% a los 4 años; 54.4% a los 6 años y de un 66.9% a los 12 años.

Fuente: MINSAL (Ceballos M., et al, 2007; Soto L., et al, 2009; Soto L. et al, 2007a y b; Badenier O. et al, 2007)

Prevalencia Caries y Gingivitis en Chile



**Enfermedad periodontal:** enfermedad infecciosa que compromete las estructuras de inserción y hueso alveolar. Para medirla se usa un indicador llamado CAL (clinical attachment loss). La prevalencia es de 93.5 % en el grupo de 35 a 44 años y de 97.6% en el grupo de 65 a 74 años de edad. (CAL >a 3 mm.)

**Anomalías dentomaxilares:** alteración o pérdida de la normalidad anatómica y/o funcional que afecta la relación armónica dentomaxilar y/o esquelética de la cavidad bucal. La prevalencia es de 33.3% a los 4 años, 38.3% a los 6 años y 53% a los 12 años.

Algunos factores de riesgo de las patologías bucales son comunes a los de las patologías crónicas siendo determinante el nivel socioeconómico, en desmedro de los niveles más bajos. Se observan grandes inequidades en Salud Bucal, existiendo un importante desafío para disminuir la brecha existente entre niveles socioeconómicos. Como ejemplo tenemos el gran trabajo que significó reducir en promedio el COPD nacional en los niños de 12 años, sin embargo, esta meta se logró en mayor medida en los niveles socioeconómicos altos; de ahí el cambio de meta en este decenio.

En la comuna de Requínoa se cuenta con 228 horas semanales de odontólogo con igual horas de técnico dental. Lo anterior distribuido en un Consultorio (118Horas) , dos postas de salud rural (88 horas) y un móvil dental (22 horas) que dan respuesta a las necesidades de salud oral de la Comuna . Desde el año 2000 se trabaja, en concordancia a las políticas ministeriales, con los grupos etáreos menores de 20 años en el tratamiento y prevención de patologías bucales. La atención dental en consultorio mayoritariamente es otorgada a los sectores de Robles y Araucarias pues las unidades dentales de postas absorben la atención del sector Almendras (excepto la zona de Totihue que por cercanía acude a nuestro CESFAM por no contar con Unidad dental en esa Posta).



Dra. Pilar Aguirre (odontóloga de móvil dental) y Paula Saavedra (paramédico dental móvil dental)

## 1. ATENCIÓN DENTAL A MENORES DE 20 AÑOS



Dr. Héctor Cartagena (odontólogo CESFAM) y Sra. Cecilia Pulgar (paramédico dental CESFAM)

El enfoque actual pone énfasis en la promoción y prevención en grupos etáreos de menores de 20 años y en especial en los niños de 2 y 4 años para llegar a niños sanos a los 6 años de edad .Esta nueva manera de abordar la salud bucal en Chile requiere más que nunca de un compromiso del Equipo de Salud, la Familia y su entorno.



Problema de salud priorizado	Relación con estrategia nacional de salud	Objetivo general	Objetivo específico	Meta	Estrategias	Actividades	Plazo	Responsable	Indicadores
Prevenir y reducir la morbilidad bucal de los menores de 20 años en la Comuna de Requínoa	Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de 20 años, con énfasis en los más vulnerables	Mejorar la salud bucal de los menores de 20 años en la Comuna de Requínoa durante el año 2014	Mejorar la salud bucal de los menores de 20 años interviniendo en edades claves del ciclo vital, alcanzando un 19 % de altas integrales en la Comuna de Requínoa durante el año 2014	Aumentar a un 33% las altas de niños de 2 años en la Comuna de Requínoa	-Crear hábitos saludables de higiene y alimentación a través del Programa de Promoción y Prevención en Salud Bucal de niños y niñas preescolares.  -Mantener y fortalecer el módulo JUNAEB existente en el sector de El Abra brindando atención dental integral a menores de 4 y 5 años.	<b>Promoción</b> -Realizar 2 talleres de condicionantes protectores de la salud bucal en Jardines Infantiles (Programa de promoción con horarios protegidos). -Realizar 2 talleres de enseñanza de técnica cepillado -Realizar control sano odontológico al 30 % de los niños de 2 y 4 años.	2014	Unidad Dental Jefe Programa	N° Jardines infantiles con módulo educativo en temas de salud Bucal en el año 2014/total jardines infantiles N° de niños de 2 y 4 años con control sano odontológico /N°total de niños de 2 y 4 años de la Comuna de Requínoa
				Aumentar a un 33% las altas integrales de niños de 4 años en la Comuna de Requínoa	-Coordinar con la Unidad de enfermería la derivación de los pacientes de 2 y 4 años desde su control sano infantil	<b>Prevención</b> -Aplicación de Flúor barniz en jardines infantiles a niños de 2 a 5 años	2014	Unidad Dental Jefe Programa	N° de niños con aplicación de flúor en jardines infantiles 2014/total de niños en jardines infantiles 2014
					-Efectuar control sano odontológico a lo menos al 30 % de los niños de 2 y 4 años.	<b>Diagnostico y tratamiento</b> -Atención dental a niños de 4 años -Aplicación encuesta de dieta (enfermera) y control sano odontológico	2014	Unidad Dental Enfermera Jefe Programa	N° de niños de 4 años con alta odontológica en año 2014 /N° total de niños de 4 años inscritos en la Comuna  N° de niños de 2 y 4 años con encuesta de dieta año 2014/ N° total de niños de 2 y 4 años inscritos en la Comuna
						<b>Rehabilitación</b> -Atención dental a niños de 4 años	2014	Unidad Dental Jefe Programa	N° de niños de 4 años con alta odontológica en año 2014/ N° total de niños de 4 años inscritos en la Comuna



		Mejorar la salud bucal de los menores de 20 años en la Comuna de Requínoa	Aumentar la cobertura de atención dental en los niños de 6 años	Aumentar a un 80% las altas integrales de niños de 6 años en la Comuna de Requínoa	Priorizar la atención dental de niños de 6 años en las agendas, teniendo horarios protegidos para su atención	<p><b>Promoción</b> Enseñanza de técnica de cepillado al 100 % de los niños de 6 años con alta integral</p> <p><b>Prevención</b> -Aplicación de sellantes en piezas permanentes al 100% de los niños de 6 años con alta integral -Aplicación de fluoruros tópicos</p> <p><b>Diagnostico y tratamiento</b> Atención dental general con alta integral al 80% de los niños de 6 años inscritos en la comuna</p> <p><b>Rehabilitación</b> -Atención dental general con alta integral al 80% de los niños de 6 años inscritos en la comuna</p>	2014	Unidad Dental Jefe Programa	Nº niños de 6 años con enseñanza de técnica de cepillado /Nº total de niños de 6 años con alta integral
		Mejorar la salud bucal de los menores de 20 años en la Comuna de Requínoa	Aumentar la cobertura de atención dental en los niños de 12 años	Aumentar a un 80% las altas integrales de niños de 12 años en la Comuna de Requínoa	Priorizar la atención dental de niños de 12 años en las agendas, teniendo horarios protegidos para su atención	<p><b>Promoción</b> Educación individual en protectores de salud bucal ,incluido la consejería de tabaco al 80% de los niños de 12 años</p> <p><b>Prevención</b> -Aplicación de sellantes en piezas permanentes al 100% de los niños de 12 años -Aplicación de fluoruros tópicos</p> <p><b>Diagnostico y tratamiento</b> Atención dental con alta integral al 80% de los niños de 12 años inscritos en la comuna</p>	2014	Unidad Dental Jefe Programa	Nº de niños de 12 años con educación individual/Nº total de niños de 12 años con alta integral



						<b>Rehabilitación</b> Atención dental con alta integral al 80% de los niños de 12 años inscritos en la comuna	2014	Unidad Dental Jefe Programa	N° de niños de 12 años con alta integral/N° total de niños de 12 años inscritos
			Mantener cobertura de atención de embarazadas	Mantener y/o aumentar un 65% de altas integrales de embarazadas de la Comuna de Requínoa	Priorizar la atención dental de embarazadas en las agendas, teniendo horarios protegidos para su atención	<b>Promoción</b> Educación individual en higiene, dieta y factores protectores de salud bucal de la embarazada y el niño por nacer	2014	Unidad Dental Jefe Programa	N° de embarazadas con instrucción de higiene oral y educación/N° total de ingresos de embarazadas 2014
						<b>Prevención</b> Aplicación de sellantes al 50 % de las embarazadas ingresadas y dadas de alta integral	2014	Unidad Dental Jefe Programa	N° de embarazadas con aplicación de sellantes/N° total de ingresos de embarazadas 2014
						<b>Diagnostico y tratamiento</b> Atención dental integral al 65% de las embarazadas ingresadas el año 2014	2014	Unidad Dental Jefe Programa	N° de embarazadas con alta integral dental/N° total de ingresos de embarazadas 2014
						<b>Rehabilitación</b> Atención dental integral al 65% de las embarazadas ingresadas el año 2014			N° de embarazadas con alta integral dental/N° total de ingresos de embarazadas 2014



## VII. PROGRAMA DE LA MUJER

### PROGRAMA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

A continuación se expresan los datos más relevantes de este Programa que abarca a una población inscrita validada de 10184 mujeres; entre los 14 y 80 años. También varones, estos últimos, consultan principalmente por Consejerías y Consultas en Infecciones de Trasmisión Sexual.

En nuestra comuna la mortalidad materna se ha mantenido en cero los últimos 10 años de acuerdo a los registros de salud local.

La oportunidad de atención a la gestante para el primer control, está sobre el 85% los últimos tres años.

A su vez, la pesquisa y tratamiento de Infecciones de Transmisión Sexual ha subido de acuerdo a las exigencias centrales como locales.

Al evaluar las acciones y prestaciones ofertadas, concluimos que un gran desafío es aumentar la asistencia de nuestras usuarias a las distintas campañas, para el aumento de cobertura de la toma del Pap, como screening, a objeto de pesquisar lesiones cervicales y disminuir la morbi mortalidad por cáncer cérvico uterino. Este es el problema que se desarrollará más adelante.

A continuación se entregan datos relevantes en distintas actividades de este programa

#### INDICADORES RELEVANTES

LUGAR	MORTALIDAD FETAL AÑO 2009		MORTALIDAD NEONATAL AÑO 2010		MORTALIDAD PERINATAL AÑO 2010		TASA NATALIDAD AÑO 2010		TASA DE FECUNDIDAD AÑO 2010
	Nº	TASA*	Nº	TASA*	Nº	TASA	Nº	TASA**	
PAIS	2252	8.8	1283	5.1	2364	9.4	251.194	14.7	1.9
REGION	136	10.6	63	4.9	148	11.5	12.723	14.4	1.99
COMUNA			1	2.9	2	5.7	349	13.6	

\* Tasa por 1.000 nacidos vivos.

\* Tasa por 1.000 habitantes.



## CÁNCER CERVICOUTERINO Y DE MAMAS

En la mujer chilena, el cáncer del cuello uterino es la principal causa de muerte en el grupo de edad más productivo (35-59 años) y es la segunda causa en los restantes grupos. En este grupo de edad, el 42 % de los casos por tumores malignos en la mujer corresponden a muertes evitables: cáncer (de cuello de útero 19%, cáncer de mama 18%). La mayor tasa de años potencial perdidos por cáncer en la mujer corresponde al cáncer del cuello de útero (126 por 100.000) y en segundo lugar al cáncer de mama (100 por 100.000). La detección precoz mediante técnicas de screening a nivel primario es una herramienta fundamental para disminuir la morbi mortalidad de ambos cánceres.

### COBERTURA PAP:

La Meta comunal alcanzada en el año 2012 fue de un 71.67 % de mujeres con Pap vigente para este grupo etáreo, con una población objetivo de 5994, para el año 2013 la meta subió en número de 5994 a 6869, fijando un 65.73% a lograr, lo que en la práctica era necesario tener un universo de 4516 mujeres con el examen vigente. Sin embargo, y pese al desarrollo de las diversas estrategias para atraer a mujeres con su Pap atrasado, y aquellas que se lo debiesen realizar por primera vez o repetir, ha sido difícil alcanzar a la fecha esta meta. El corte al 31 de octubre del año 2013 era de un 63.69% (4375 mujeres).

**TABLA N° 1 SITUACION DE MUJERES DE 25 A 64 AÑOS RESPECTO A METODO DE SCREENING (Pap) PARA CANCER CERVICO UTERINO EN REQUINOA. OCTUBRE 2013**

POBLACION INSCRITA	PAP ALGUNA VEZ		PAP VIGENTE	
	N°	%	N°	%
6869	6324	92.06	4375	63.69

Fuente: Bases de Datos Excel CESFAM y PSR Requinoa

**TABLA N° 2 . TOTAL DE PAP REALIZADOS EN LA COMUNA SEGUN RESULTADOS OBTENIDOS AÑO 2011 Y 2012**

AÑO	N° TOTAL PAP	NORMALES	ATIPICOS	LESION PRE-CANCEROSA (NIE I-II-III)	CANCER CERVICO UTERINO	MENOS QUE OPTIMOS
2011	1530	1503	2	9	0	16
2012	1641	1599	6	8	1	27

Fuente: Libro Registro Pap CESFAM y PSR REQUINOA.



Se derivaron al nivel secundario 32 usuarias durante el año 2011, con diagnóstico de Pap alterado o patología cervical clínica que fueron diagnósticas, tratadas y continúan el seguimiento en ese nivel de atención como también en nuestros establecimientos de salud. Durante el año 2012; se derivaron a la Unidad de Patología Cervical 42 mujeres, de las cuales 23 correspondían a Probable Patología Benigna y 19 pacientes con diagnóstico de sospecha de Cáncer Cérvico Uterino de acuerdo a Papanicolaou. Estas pacientes se encuentran en control y seguimiento en dicha unidad del nivel secundario de atención.

#### **PROBLEMA DE SALUD PESQUISADO:**

“BAJA ASISTENCIA DE MUJERES A LAS DIVERSAS ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y PROMOCIONALES PARA LA TOMA DEL PAP, EN MUJERES DE 25 A 64 AÑOS DE EDAD”.

#### **RELACION CON ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD.**

OE. 2.5 REDUCIR LA TASA DE MORTALIDAD POR CANCER.

#### **OBJETIVO GENERAL:**

**DISMINUIR LA MORBIMORTALIDAD POR CANCER CERVICO UTERINO.**

#### **OBJETIVO ESPECIFICO:**

Aumentar la cobertura de mujeres entre 25 y 64 años con Pap vigentes en la comuna de Requínoa.

#### **META:**

Alcanzar el 70% de mujeres de 25 a 64 años con Pap vigente al 31 de diciembre del año 2014.

#### **ESTRATEGIAS:**

- Actividades de rescate: contacto telefónico, visita domiciliaria, citaciones, etc.
- Toma del examen de PAP, informe de los resultados
- Difundir masivamente la importancia de la toma del PAP, para la detección precoz y derivación oportuna a los niveles de mayor complejidad.
- Actualización de bases de datos con tarjeteros de mujeres con PAP, sectorizados por equipo de cabecera
- Rescate de aquellas mujeres que se encuentran sin examen Pap, deban repetírselo o esté atrasado. Dando énfasis a quienes tengan factores de riesgo.



## ACTIVIDADES

- Difusión en medios de comunicación masiva como Radio Requena. 3 sesiones.
- Talleres con apoderadas y alumnos de los establecimientos educacionales de la comuna y organizaciones sociales. 6 talleres
- Charlas cortas de difusión en el establecimiento de salud. 12 sesiones.
- Actividades de rescate: contacto telefónico (500 anuales), y visita domiciliaria; (200 anuales)
- Toma del examen de PAP, informe de los resultados
- Actualización continua de bases de datos con tarjeteros de mujeres con PAP, sectorizados por equipo de cabecera. (mensual)

## PLAZO:

2 de enero al 30 de diciembre 2014.

## RESPONSABLE:

Jefe Programa Salud de la Mujer.

## INDICADORES.

- $$\frac{\text{Número de actividades promocionales en medios de comunicación masiva realizadas}}{\text{Número de actividades promocionales en medios de comunicación masiva programados}} * 100$$
- $$\frac{\text{Número de talleres con apoderados, alumnos y juntas de vecinos realizados}}{\text{Número de talleres con apoderadas, alumnos y juntas de vecinos programados}} * 100$$
- $$\frac{\text{Número de sesiones promocionales realizados en los establecimientos de salud}}{\text{Número de sesiones promocionales programados en los establecimientos de salud}} * 100$$
- $$\frac{\text{Número de rescates telefónicos realizados}}{\text{Número de rescates telefónicos programados}} * 100$$



Número de rescates telefónicos programados

Número de visitas domiciliarias de rescate realizadas

$$\bullet \frac{\text{Número de visitas domiciliarias de rescate realizadas}}{\text{Número de visitas domiciliarias de rescate programadas}} * 100$$

Número de mujeres de 25 a 64 años inscritas validadas, con Pap vigente a diciembre 2014.

$$\bullet \frac{\text{Número de mujeres de 25 a 64 años inscritas validadas, con Pap vigente a diciembre 2014}}{\text{Número de mujeres de 25 a 64 años inscritas validadas, con Pap vigente a diciembre 2014}} * 100$$

◆ Tasa de pesquisa Cáncer Cérvico uterino:

$$\frac{\text{N° de mujeres con PAP (+) año 2014}}{\text{N° total mujeres PAP tomado año 2014}} * 100$$

### Pesquisa y Prevención del Cáncer de Mamas

Otra de las grandes metas de este programa es la prevención, pesquisa y derivación oportuna de cáncer mamario, que sumado al Cérvico-Uterino constituye la principal causa de muerte en la mujer.

En este tópico durante el año 2011 nuestros profesionales realizaron 605 Exámenes Físicos de Mamas protocolizados (EFM), en mujeres de riesgo (35-64 años), en tanto para el año 2012, se efectuaron 683. Los Resultados de los mismos se muestran en la tabla siguiente:

**TABLA N° 3\_ SITUACION DE MUJERES DE 35 A 64 AÑOS RESPECTO A METODOS DE SCREENING PARA CANCER MAMARIO EN REQUINOA. 31 OCTUBRE 2013**

POBLACION INSCRITA	EFM ALGUNA VEZ		EFM VIGENTE		MX ALGUNA VEZ		MX VIGENTE	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
4911	3295	67.1	2080	42.3	1916	39	1471	30

Fuente: Bases de Datos CESFAM y PSR Requinoa

De esta tabla se desprende que el 39 % de las mujeres de 35 a 64 años, inscritas tiene al menos una mamografía y de este grupo el 77 % tiene este examen vigente. Por otro lado el 42% de las mujeres de este grupo etáreo tiene el EFM protocolizado vigente. Es destacable que un 32.9 % de la población femenina no registra información o se desconoce su situación.



**TABLA N° 4. EXAMENES FISICOS DE MAMAS (EFM) PROTOCOLIZADOS DE ACUERDO A RESULTADOS AÑO 2011 Y 2012**

AÑO	EFM REALIZADOS	NORMALES	PROBABLE PATOLOGIA BENIGNA	PROBABLE PATOLOGIA MALIGNA
2011	605	514	88	3
2012	683	595	87	1

Protocolo EFM.

Se derivaron durante el año 2012 a la Unidad de Patología Mamaria 62 mujeres; de las cuales; 53 correspondían a Probable Patología Benigna y 9 con sospecha de Cáncer mamario, las cuales se encuentran en control y seguimiento en el nivel secundario y terciario de atención.

El número de Mamografías por el Convenio Programa de Imágenes Diagnósticas en Atención Primaria aumentó para el año 2013 a 317 mamografías y 25 Ecotomografía Mamarías, las cuales se están desarrollando.

#### **ESTRATEGIAS:**

- Promoción de los exámenes de pesquisa a través del Convenio de IMAGENOLOGÍA.
- Aumento de cobertura en Mamografías y EFM protocolizado.

#### **LINEAS DE TRABAJO:**

- Difundir masivamente la importancia del EFM protocolizado y Mamografías, para la detección precoz y derivación oportuna a los niveles de mayor complejidad.
- Aumentar el número de exámenes disponibles de Mamografías.
- Actualización de bases de datos con tarjeteros de mujeres con EFM y Mamografías, sectorizados por equipo de cabecera
- Rescatar a aquellas mujeres que se encuentran sin examen EFM o Mx, que deban repetírselo o esté atrasado. Dando énfasis a quienes tengan factores de riesgo.

#### **ACTIVIDADES:**

- Difusión en medios de comunicación
- Talleres con apoderadas y alumnos de los establecimientos educacionales de la comuna, organizaciones sociales
- Charlas cortas de difusión en el establecimiento de salud
- Actividades de rescate: contacto telefónico, visita domiciliaria, citaciones, etc.
- Implementación de sistema de información integrado y dinámico
- Toma del examen de PAP, informe de los resultados
- Control ginecológico integral con identificación de grupos de riesgo Cáncer mamario



- Control EFM y solicitud de mamografías de acuerdo a factores de riesgo utilizando los recursos aportados por el MINSAL.

#### META NACIONAL 2014:

- Cobertura de EFM y cobertura de Mamografías vigente de 80% en mujeres de 35 y más años 64 años inscritas en nuestro Centro de Salud Familiar y Postas de Salud Rural.

#### INDICADORES:

- ❖ Cobertura de EFM protocolizado vigente en población femenina de 35 a 64 años:

$$\frac{\text{Nº de mujeres de 35 a 64 años con EFM protocolizados al día} * 100}{\text{Nº total de mujeres de 35 a 64 años inscritas}}$$

- ❖ Cobertura de Mujeres con Mamografías Vigentes al 31 de Diciembre 2014:

$$\frac{\text{Nº total de Mujeres de 35 a 64 años con Mamografía Vigente al 31 de Diciembre 2014} * 100}{\text{Nº total de Mujeres de 35 a 64 años inscritas.}}$$

- ◆ Tasa de pesquisa Cáncer de Mamas:

$$\frac{\text{Nº de mujeres con Mamografías BIRADS 4 ó 5 año 2014} * 100}{\text{Nº total mujeres con Mamografía Realizada año 2014}}$$

#### EMBARAZADAS Y CONTROL PRENATAL

La importancia de la oportunidad de atención en el control prenatal es relevante a objeto de pesquisar variables que atenten contra la evolución fisiológica. Durante los años 2011 y 2012 se lograron coberturas del 85.8 % y 85.81 % respectivamente de ingresos de gestantes a control antes de las 14 semanas de gestación. Desde Enero a Octubre del año 2013 esta cifra está en un 86.33 %, sobre lo programado 86.14%. lo que demuestra que las estrategias usadas han sido efectivas, principalmente, a mantener la oferta de atención todos los días de la semana y dos sábados al mes, brindando la cobertura a quienes laboran, pese a la disminución de horas matrón/a por licencias prolongadas y dificultad para encontrar reemplazo.

#### SECCIÓN A: INGRESOS DE GESTANTES A PROGRAMA PRENATAL AÑO 2012

CONDICIÓN	TOTAL	POR DE EDAD (en años)					
		Menor de 15	15 - 19	20 - 24	25 - 34	35 - 44	45 - 54
<b>TOTAL GESTANTES INGRESADAS</b>	256	2	64	67	95	28	0
EQUIPO ALMENDRA	70	0	14	19	30	7	0
EQUIPO ARAUCARIA	96	1	28	27	29	11	0
EQUIPO ROBLE	90	1	22	21	35	11	0



**SECCIÓN A: INGRESOS DE GESTANTES A PROGRAMA PRENATAL AL  
31 DE OCTUBRE DEL 2013**

CONDICIÓN	TOTAL	POR DE EDAD (en años)					
		Menor de 15	15 - 19	20 - 24	25 - 34	35 - 44	45 - 54
<b>TOTAL GESTANTES INGRESADAS</b>	254	5	46	77	86	40	0
EQUIPO ALMENDRA	76	2	17	25	21	11	0
EQUIPO ARAUCARIA	91	3	12	26	36	14	0
EQUIPO ROBLE	87	0	17	26	29	15	0

Al comparar ambas tablas se concluye en general que existe un aumento de ingresos a control prenatal. En lo específico, aumentan los embarazos en mujeres menores de 15 años de 0.78 % a 1.96 % respecto del total entre el año 2012 y 2013 al 31 de octubre.

Las siguientes tablas muestran los ingresos a control prenatal de acuerdo a edad de las gestantes y resultados de la pauta EPSA ordenadas por Equipos de Cabecera:

**SECCIÓN A: INGRESOS DE GESTANTES A PROGRAMA PRENATAL  
AÑO 2012 DE ACUERDO EPSA EQUIPO ALMENDRA**

CONDICIÓN	TOTAL	POR DE EDAD (en años)					
		Menor de 15	15 - 19	20 - 24	25 - 34	35 - 44	45 - 54
<b>TOTAL GESTANTES INGRESADAS</b>	70	0	14	19	30	7	0
CON RIESGO	40	0	11	8	15	6	0
PLANIFICADO	31	0	4	11	13	3	0

**SECCIÓN A: INGRESOS DE GESTANTES A PROGRAMA PRENATAL AL  
31 DE OCTUBRE 2013 DE ACUERDO EPSA EQUIPO ALMENDRA**

CONDICIÓN	TOTAL	POR DE EDAD (en años)					
		Menor de 15	15 - 19	20 - 24	25 - 34	35 - 44	45 - 54
<b>TOTAL GESTANTES INGRESADAS</b>	76	2	17	25	21	11	0
CON RIESGO	42	2	13	9	10	8	0
PLANIFICADO	37	0	5	15	11	6	0



**SECCIÓN A: INGRESOS DE GESTANTES A PROGRAMA PRENATAL  
AÑO 2012 DE ACUERDO EPSA EQUIPO ARAUCARIA**

CONDICIÓN	TOTAL	POR DE EDAD (en años)					
		Menor de 15	15 - 19	20 - 24	25 - 34	35 - 44	45 - 54
<b>TOTAL GESTANTES INGRESADAS</b>	96	1	28	27	29	11	0
CON RIESGO	34	1	16	8	7	2	0
PLANIFICADO	46	0	6	9	22	9	0

**SECCIÓN A: INGRESOS DE GESTANTES A PROGRAMA PRENATAL AL  
31 DE OCTUBRE 2013 DE ACUERDO EPSA EQUIPO ARAUCARIA**

CONDICIÓN	TOTAL	POR DE EDAD (en años)					
		Menor de 15	15 - 19	20 - 24	25 - 34	35 - 44	45 - 54
<b>TOTAL GESTANTES INGRESADAS</b>	91	3	12	26	36	14	0
CON RIESGO	25	3	8	4	6	4	0
PLANIFICADO	47	1	2	12	24	8	0

**SECCIÓN A: INGRESOS DE GESTANTES A PROGRAMA PRENATAL  
AÑO 2012 DE ACUERDO EPSA EQUIPO ROBLE**

CONDICIÓN	TOTAL	POR DE EDAD (en años)					
		Menor de 15	15 - 19	20 - 24	25 - 34	35 - 44	45 - 54
<b>TOTAL GESTANTES INGRESADAS</b>	90	1	22	21	35	11	0
CON RIESGO	31	1	16	3	9	2	0
PLANIFICADO	49	1	4	15	21	8	0

**SECCIÓN A: INGRESOS DE GESTANTES A PROGRAMA PRENATAL AL  
31 DE OCTUBRE 2013 DE ACUERDO EPSA EQUIPO ROBLE**

CONDICIÓN	TOTAL	POR DE EDAD (en años)					
		Menor de 15	15 - 19	20 - 24	25 - 34	35 - 44	45 - 54
<b>TOTAL GESTANTES INGRESADAS</b>	87	0	17	26	29	15	0
CON RIESGO	29	0	10	6	8	5	0
PLANIFICADO	9	0	2	1	2	4	0

De los registros indicados en las tablas precedentes se establece al igual que el año 2012, que las mujeres ingresadas a control prenatal con mayor riesgo psicosocial se encuentran



en las Postas de Salud Rural (55.26%) versus un 30.4% de promedio en los Equipos de Cabecera del CESFAM.

Estrategias para disminuir la brecha existente:

- Reducir el número de embarazos no deseados y de alto riesgo. a través de la Planificación Familiar y los Métodos Anticonceptivos disponibles tanto en el sistema público de salud como en el comercio.
- Reducir el número de complicaciones obstétricas mediante el ingreso precoz y el control periódico con énfasis en el modelo de salud familiar.
- Reducir la tasa de mortalidad en las mujeres que presentan complicaciones.

Juega un rol preponderante, el incremento de cobertura a quienes deseen utilizar un método anticonceptivo (MAC), en especial a las y los adolescentes de nuestra comuna. A octubre del año 2013 existen 3137 mujeres en edad fértil inscritas usando algún MAC de un total de 7286

(43.05% % de cobertura), de las cuales son jóvenes menores de 20 años 275 de un total de 1099, (25.02 % cobertura). Para el año 2015 la meta nacional es el 70 %, por lo que en nuestra comuna esperamos incrementar en al menos un 10% durante el año 2014 a fin de disminuir la brecha existente.

#### **LINEAS DE TRABAJO:**

- Promoción de la regulación de la fecundidad
- Promoción del control prenatal precoz
- Control integral prenatal
- Control integral y derivación a nivel secundario a embarazadas con alto riesgo obstétrico.

#### **ACTIVIDADES:**

- ❖ Difusión masiva de los métodos anticonceptivos.
- ❖ Promover regulación de la fecundación en población femenina en edad fértil con patologías crónicas y adolescentes.
- ❖ Difundir las ventajas del control prenatal precoz.
- ❖ Aplicación escala Edimburgo al 100 % de las gestantes al ingreso a control prenatal y a la puérpera en el primer control post parto.
- ❖ Realización de Cartola Familiar con Matriz de Riesgo a todas las gestantes con EPSA positiva o algún riesgo psicosocial.
- ❖ Identificación y control con enfoque de riesgo de mujeres con embarazo de alto riesgo incluyendo el Parto Prematuro.
- ❖ Educación individual sobre prevención de Parto Prematuro.
- ❖ Visitas domiciliarias al 100 % de las embarazadas con factores de riesgo biopsicosocial.
- ❖ Derivación a unidad dental al 100 % de las gestantes al momento del ingreso a control prenatal.
- ❖ Manejo integral y derivación precoz al nivel secundario de atención de embarazadas con patología del embarazo.



- ❖ Derivación al 100 % de las gestantes con malnutrición por exceso y por déficit a nutricionista.

#### **METAS:**

- Aumentar cobertura en un 10 % de regulación de la fecundidad en adolescentes y mujeres en edad fértil.
- Control prenatal al 100% de las embarazadas pesquisadas.
- Control y seguimiento con VDI al 100% de embarazadas con factores de riesgo biopsicosocial.
- Disminución de la tasa de mortalidad perinatal.

#### **INDICADORES:**

- Tasa de regulación de fertilidad

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de mujeres en edad fértil usuaria MAC inscritas} * 100}{\text{N}^\circ \text{ total de mujeres en edad fértil Inscritas}}$$

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de adolescentes inscritos con MAC} * 100}{\text{N}^\circ \text{ total de adolescentes inscritos}}$$

- Proporción de embarazadas inscritas en control

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de mujeres embarazadas inscritas en control} * 100}{\text{N}^\circ \text{ de mujeres embarazadas inscritas pesquisadas}}$$

- Proporción de embarazadas inscritas con factores de riesgo (FR) en control

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de embarazadas inscritas con FR en control} * 100}{\text{N}^\circ \text{ total de embarazadas con FR pesquisadas}}$$



### MATRIZ DE PLANIFICACION

Problema de Salud Priorizado	Relación con Estrategia Nacional de Salud	Objetivo General	Objetivo Específico	Meta	Estrategias	Actividades	Plazo	Responsable	Indicadores
“BAJA ASISTENCIA DE MUJERES A LAS DIVERSAS ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y PROMOCIONALES PARA LA TOMA DEL PAP, EN MUJERES DE 25 A 64 AÑOS DE EDAD”.	OE. 2.5 REDUCIR LA TASA DE MORTALIDAD POR CANCER.	Disminuir la morbilidad por cáncer cérvico uterino	Aumentar la cobertura de mujeres entre 25 y 64 años con Pap vigentes en la comuna de Requínoa.	Alcanzar el 70% de mujeres de 25 a 64 años con Pap vigente al 31 de diciembre del año 2014.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Actividades de rescate: contacto telefónico, visita domiciliaria, citaciones, etc.</li> <li>Toma del examen de PAP, informe de los resultados</li> <li>Difundir masivamente la importancia de la toma del PAP, para la detección precoz y derivación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Difusión en medios de comunicación masiva como Radio Requínoa. 3 sesiones.</li> <li>Talleres con apoderadas y alumnos de los establecimientos educacionales de la comuna y organizaci</li> </ul>	2 de enero al 30 de diciembre 2014.	Jefe Programa Salud de la Mujer.	<p>Número de actividades promocionales en medios de comunicación masiva realizadas</p> $\frac{\text{Número de actividades promocionales en medios de comunicación masiva programados}}{\text{Número de actividades promocionales en medios de comunicación masiva realizadas}} * 100$ <p>Número de talleres con apoderados, alumnos y juntas de vecinos realizados</p> $\frac{\text{Número de talleres con apoderadas, alumnos y juntas de vecinos programados}}{\text{Número de talleres con apoderados, alumnos y juntas de vecinos realizados}} * 100$ <p>Número de sesiones promocionales realizados en los establecimientos de salud</p>



					<p>oportuna a los niveles de mayor complejidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Actualización de bases de datos con tarjeteros de mujeres con PAP, sectorizados por equipo de cabecera</li> <li>Rescate de aquellas mujeres que se encuentran sin examen Pap, deban repetirse o esté atrasado. Dando énfasis a quienes tengan factores de riesgo.</li> </ul>	<p>ones sociales. 6 talleres</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Charlas cortas de difusión en el establecimiento de salud. 12 sesiones.</li> <li>Actividades de rescate: contacto telefónico (500 anuales), y visita domiciliaria; (200 anuales)</li> <li>Toma del examen de PAP, informe de los resultados</li> <li>Actualización</li> </ul>			<p>_____ *100 Número de sesiones promocionales programados en los establecimientos de salud</p> <p>Número de rescates telefónicos realizaos _____ *100 Número de rescates telefónicos programados</p> <p>Número de visitas domiciliarias de rescate realizadas _____ * 100 Número de visitas domiciliarias de rescate programadas</p> <p>Número de mujeres de 25 a 64 años inscritas validadas, con Pap vigente a diciembre 2014. _____ *100 Número de mujeres de 25 a 64 años inscritas validadas, con Pap vigente a diciembre 2014</p>
--	--	--	--	--	---	---	--	--	--



						continua de bases de datos con tarjeteros de mujeres con PAP, sectorizados por equipo de cabecera. (mensual)			
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



## VIII. PROGRAMA DE SALUD MENTAL

### **ALTA INCIDENCIA DE DEPRESIÓN**

Los cambios demográficos, la efectividad y la cobertura de los servicios de salud, el deterioro del medio ambiente y las condiciones de la vida moderna, la competitividad, especialmente en las zonas urbanas son algunos de los factores asociados al hecho de que las enfermedades mentales hayan llegado a ser, junto con los accidentes y enfermedades crónicas, uno de los desafíos sanitarios para las próximas décadas.

Las enfermedades mentales generan mortalidad y discapacidad en forma creciente. Son responsables directas del 3.4% de todas las muertes en mayores de 15 años y contribuyen a otras causas de muerte en una proporción cercana al 10%. La discapacidad por enfermedades mentales es responsable de un sexto de las licencias médicas y de las pensiones de invalidez.

Por su parte la Depresión es la patología de salud mental más prevalente, afecta alrededor de un 7.5% de la población general y a casi un 30% de los pacientes consultantes en APS. No olvidando que es APS la primera instancia de consulta de estos pacientes, y en donde generalmente se debe realizar el trabajo terapéutico a nivel individual, familiar, social y comunitario.

La depresión es dos veces más frecuente en las mujeres, presentándose entre los 20 y 45 años. Se asocia significativamente a un deterioro de la calidad de vida de las familias y problemas de crianza de los niños. Sin embargo el ingreso de hombres ha ido aumentando, y de esta forma la demanda de atención multidisciplinaria.

La integración de ésta como una patología GES durante el año 2006 ha promovido el acercamiento masivo de la población a nuestro establecimiento con la expectativa de ser escuchados y tratados en las dolencias que van más allá de su estado mental, involucrando también su condición de desprotección social como una de sus demandas fundamentales cuando ingresan al box del psicólogo. Esto se observa en el marcado deterioro de redes sociales de integración e interacción social no solo de las y los pacientes, sino que también de sus núcleos familiares; es decir encontramos un núcleo familiar privado afectiva y socialmente.

No olvidando que como centro de salud familiar debemos también dar tratamiento a pacientes con depresión menores de 15 años, sus familias o que ingresan por trastornos mixtos, trastornos emocionales en niños, Violencia Intrafamiliar, Violencia de Genero, Síndrome de Déficit Atencional, Casos derivados de Tribunales de Familia.

Debido a esta realidad se dio continuidad a los talleres de intervención grupal psicosocial, estrategia que buscar educar e intervenir mediante psicoterapia grupal a pacientes e ir abordando los diferentes ciclos evolutivos de la depresión y sus síntomas asociados; además se instaure como una estrategia de reconstrucción social de las y los pacientes. Es así que el trabajo con grupos psicosociales en nuestro CESFAM y postas de salud rural nos permite la continuidad, seguimiento y complementariedad de los tratamientos entregados.

Apoyando de igual forma a los grupos de autoayudas.



La idea es dar continuidad a esta modalidad de trabajo y enfocar los logros no solo a nivel individual, sino que trascender a trabajo comunitario. Sin olvidar que el análisis clínico es mucho más exitoso y satisfactorio en pacientes que son parte de esta modalidad de trabajo, consiguiendo mayor estabilidad de síntomas y mayor estabilidad familiar.

Además se realizó trabajo comunitario, el que se orienta a la promoción y prevención en temas de salud mental individual, familiar, social y comunitaria; incluyendo el trabajo con unidades vecinales, clubes de adultos mayores, capacitación a docentes, padres y apoderados, jardines infantiles y educación en sala de espera.

También se debe dar continuidad a los talleres complementarios a la atención individual y grupal, mediante la implementación de talleres de manualidades, tejido y Reiki. Que tienen como objetivo reforzar y desarrollar habilidades de afrontamiento y trabajo en equipo.

También se realizaron los TALLERES DE VERANO, esta modalidad agrupa pacientes de los diversos grupos psicosociales e incluye a otros que no participan durante el resto del año en talleres del programa salud mental. En estos talleres de verano se abordará de forma grupal el tema de VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y VIOLENCIA DE GÉNERO. Metodológicamente se enmarca dentro de una actividad educativa experiencial, que pretende educar a los pacientes en torno al tema del maltrato, efectos, causas, habilidades de afrontamiento, entre otros. Pero este año se pretende realizar un trabajo de promoción y prevención de la VIF, obteniendo logros a nivel comunitario. Esta actividad se utiliza como uno de los diversos mecanismos para educar saludablemente a nuestra comuna; esta actividad va acompañada de intervenciones terapéuticas multidisciplinarias.

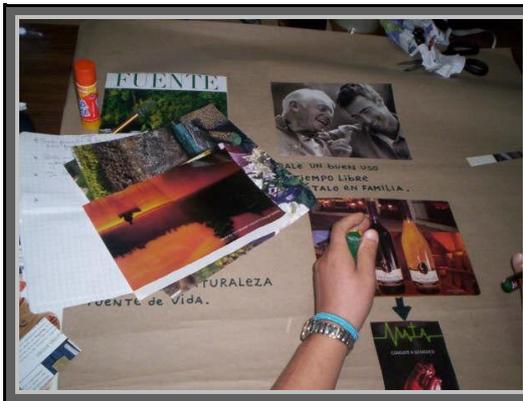
Además es muy importante mencionar que este año se complementó el trabajo de las intervenciones con talleres de psicodrama; destinados a reforzar el trabajo a nivel de expresión emocional, canalización en periodos de crisis, catarsis, y desarrollo de habilidades sociales y contexto en general. Los resultados de esta exitosa actividad permitieron a las pacientes organizar una actividad de conocimiento, apoyo e interacción con sus familias y la comunidad.

El año 2012 esta actividad culmina con una exposición, lo que hará que los pacientes puedan mostrar sus logros y avances, teniendo efectos positivos en su autoestima y sentimientos de inclusión social.

### Talleres Complementarios 2013 (Tejido)



### Talleres Psicosociales 2013



### Taller de Mascaras y uso Terapéutico



#### ESTRATEGIAS:

- ✚ Promover estilos de vida saludable
- ✚ Promover vínculos afectivos y habilidades para la vida
- ✚ Conocer la prevalencia y el perfil de los pacientes depresivos de la comuna
- ✚ Aumentar cobertura de las atenciones integrales en salud mental
- ✚ Abordaje multidisciplinario en psicoterapia grupal.
- ✚ Trabajar de manera coordinada con cada equipo de salud familiar.
- ✚ Talleres psicosociales
- ✚ Talleres complementarios o manualidades

#### LINEAS DE TRABAJO:

- ✚ Difundir masivamente estilos de vida saludable
- ✚ Pesquisa de pacientes depresivos adolescentes, adultos y AM
- ✚ Tratamiento integral de los pacientes depresivos
- ✚ Implementación de sistema de información sobre pacientes en control para su seguimiento por los equipos de cabecera.
- ✚ Trabajo comunitario



✚ Vigilancia suicidio

### **ACTIVIDADES:**

- ✚ Talleres de afectividad y habilidades para la vida
- ✚ Capacitación de equipos de cabecera en Salud Mental
- ✚ Pesquisa de Depresión mediante ESPA, ficha CLAP y EFAM
- ✚ Exámenes de Diagnóstico diferencial
- ✚ Confección del perfil epidemiológico comunal de depresión
- ✚ Atención integral de pacientes salud mental.
- ✚ Talleres de autoayuda.
- ✚ Talleres Complementarios
- ✚ Talleres Comunitarios
- ✚ Consultorias Psiquiátricas en Salud Mental.
- ✚ Reuniones clínicas

### **METAS:**

- ✚ Determinar la prevalencia de depresión comunal 2013
- ✚ Contar con perfil epidemiológico de los pacientes con depresión en la comuna
- ✚ Apoyar gestión de grupos de autoayuda
- ✚ Reforzar la relación centro de salud familiar – comunidad.

### **INDICADORES:**

- ✚ Tasa de pesquisa Depresión mediante EMPA, CLAP, EFAM
- ✚ Tasa de adhesividad a actividades de control de la depresión.

## IX. PROGRAMA DE REHABILITACION INTEGRAL CON BASE COMUNITARIA



### REHABILITACIÓN CON BASE COMUNITARIA

“La rehabilitación basada en la comunidad constituye una estrategia de desarrollo comunitario para la rehabilitación, equiparación de oportunidades e integración social de todas las personas con discapacidad. Se lleva a cabo por medio de los esfuerzos combinados de las propias personas discapacitadas, de sus familias y comunidades, y de los Servicios de Salud, educativos, sociales y de carácter laboral correspondientes.” (Definición OPS, OMS, OIT)

Poner en marcha este concepto significa un proceso complejo para la comunidad, el inicio de un cambio cultural, pasar de paciente a sujeto de derechos, del logro de funcionalidad a inclusión social como objetivo de la intervención, de entender a la persona como minusválido a persona en situación de discapacidad (PsD), comprender la discapacidad como un proceso dinámico y que puede variar de acuerdo a los cambios personales y medio ambientales, pasar de un trabajo que era eminentemente uno a uno con el paciente, a un enfoque de trabajo grupal y con redes sociales. Este no es un cambio menor, tanto para los gestores de políticas de salud como para los profesionales respectivos.



## DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE DISCAPACIDAD EN REQUÍNOA

La comuna de Requínoa cuenta con un Catastro Comunal de la Discapacidad, realizado el año 2004, como una iniciativa local de la Ilustre Municipalidad, gracias al Fondo de Solidaridad e Inversión Social (FOSIS) de la VI Región.

De acuerdo al catastro, en Requínoa existían 444 personas con discapacidad permanente, siendo la más prevalente la discapacidad física con un 48%, seguida de la discapacidad mental con un 21,4%. En cuanto al origen de la discapacidad, la mayoría corresponde a una enfermedad adquirida (39%), las enfermedades congénitas corresponden al 33% y un 18,69% fue adquirido por accidentes, esta situación lleva a realizar acciones preventivas en el campo de la promoción en salud.

Al analizar con quien vive la persona con discapacidad, más de un 90% viven con sus familiares y en menor medida viven solos. Además el 34,68% de las personas con discapacidad tiene el rol de jefe de hogar, esto revela la importancia de entregar herramientas para aumentar la independencia funcional y la inclusión laboral.

Con respecto al nivel educacional, el 43,47% de las personas con discapacidad de la comuna, según el catastro, tiene una educación básica incompleta, el 18,02% no tiene estudios y el 14,19% tiene o tuvo educación en una escuela especial.

La situación ocupacional de las personas con discapacidad indica que el 78,15% no la tiene y aquellos que tienen trabajo permanente no superan el 10% del total; lo cual es significativamente muy bajo. Además el catastro revela el insuficiente acceso a capacitación en la comuna, de las 444 personas con discapacidad, 385 dijo no tener oportunidades de capacitación de ningún tipo.

### DIAGNOSTICO PARTICIPATIVO AGRUPACIONES COMUNITARIAS DE ADULTOS MAYORES DE REQUÍNOA

#### **Objetivo general**

Compartir con la comunidad, y específicamente con la población adulta mayor, una secuencia metodológica para el abordaje de la situación de salud en dicha población.

#### **Objetivos específicos**

- Recoger, analizar y organizar información local de la situación de salud en la población adulta mayor de la comuna de Requínoa.
- Conocer prácticas y participación en el proceso de salud de dicha población.
- Analizar problemas detectados en conjunto, revisar causas y consecuencias.
- Proponer acciones o plan de trabajo para hacer frente a la realidad local

#### **Actividades realizadas**

Durante el mes de Junio del año 2012 se asiste a una reunión que convocó a informantes claves que incluyeron principalmente integrantes de las agrupaciones de adultos mayores en la comuna de Requínoa. Se recolectó información de las agrupaciones actualmente activas para coordinar futuras reuniones con cada agrupación.

Posteriormente durante el mes de Noviembre de 2012, se llevo a cabo la visita a cada agrupación donde se recolectó datos de los participantes. Estos datos entregan información de las características biopsicosociales de la población Adulta Mayor de la Comuna de Requínoa que participa en los Clubs de adultos mayores (CAM) y que participó del diagnostico. Previo a cada



actividad con las agrupaciones de AM, se definía la función de cada facilitador como moderador. Se iniciaba con una introducción del concepto de discapacidad. Se recogía datos de cada participante que se registraban en una planilla de una encuesta semiestructurada. Luego se explicaba la metodología de trabajo, para posteriormente desarrollar el taller participativo en sí. Se trabajo con grupos focales integrados entre 6 y 12 participantes, en los cuales mediante una discusión informal se identificaron ideas y sentimientos en relación a las siguientes preguntas: ¿Cómo ha sido su experiencia en relación al uso del servicio de APS frente a una situación de discapacidad?, Para una discusión en profundidad se preguntó: ¿Cuáles han sido los problemas que han encontrado?, Como comunidad ¿Cuáles serían nuestras soluciones?

### **Conclusión**

- Como principal dificultad o problemática que los afecta, según nuestra población diagnóstica, es el acceso al servicio de APS, para realizar las pesquisas de las patologías a tiempo, realizando las derivaciones correspondientes a los distintos servicios. Observamos también que; el 59% de la población diagnóstica presenta algún tipo de discapacidad, que en su gran mayoría no ha sido ingresada como usuario de CCR, ya que la derivación correspondiente está en manos del sistema APS (CESFAM y Postas de Salud Rural), como los usuarios no son atendidos, no son derivados al centro de especialidad. Generando una brecha importante entre sectores rurales y urbanos de nuestra comuna.
  - Otra dificultad es la falta de información sobre derechos y deberes de los usuarios en relación a su salud, lo que provoca que el enfoque sea Asistencialista, disminuyendo la efectividad de un enfoque Biopsicosocial, que afecta directamente el empoderamientos de las comunidades respecto a las problemáticas de salud que los afectan.
  - Como equipo CCR al desarrollar éste diagnóstico, nos encontramos con sectores de nuestra comuna, que no presentan una actividad en relación a sus adultos mayores, en las cuales no existen agrupaciones destinadas a satisfacer las necesidades de este grupo etáreo en su respectivo sector.



## PLANIFICACIÓN

### Promoción Prevención

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador
Prevenir y/o retardar la Discapacidad en grupos de personas con enfermedades crónicas, y capacitación a los cuidadores de personas con alta dependencia para dar continuidad de los cuidados de rehabilitación en domicilio.	Realizar Talleres destinados a entregar herramientas a las personas con problemas crónicos, a objeto de prevenir y/o retardar la discapacidad, entregar herramientas de manejo a los cuidadores para cuidados domiciliarios para personas de alta dependencia, entregar herramientas de autocuidado a los cuidadores.	30 % de las actividades de Educación Grupal y Trabajo Comunitario se orientan a la prevención de discapacidad.	(Nº Total de actividades de Educación Grupal + Total de actividades de Educación Grupal + Total de actividades de Promoción y Trabajo Intersectorial) x 100	REM A28



Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador
Mantener la atención a personas en situación de discapacidad permanente y transitoria, leve, moderada o severa.	Realizar el proceso de rehabilitación, logrando funcionalidad, independencia en las actividades de la vida diaria.	Mantener al menos un 20% de PsD con Parkinson , secuela de AVE, TEC, LM otros déficit secundarios a compromiso neuromuscular	(PsD con Parkinson , secuela de AVE, TEC; LM otros déficit secundarios a compromiso neuromuscular/Total Ingresos ) x 100	REM A28
Abordar a las personas y/o sus familias con Consejería individual o Familiar, con el objetivo de resolver los problemas planteados por ellos en torno a dificultades surgidas por la situación de discapacidad.	Consejería individual y consejería familiar.	5% de las actividades realizadas como intervención corresponden a consejerías individuales y/o familiares.	(Nº total de consejerías individuales y familiares/ Nº total de consejerías individuales y familiares + Total de Procedimientos) x 100	REM A28
Realizar visitas domiciliarias integrales para conocer el entorno familiar, físico de las personas en situación de discapacidad y realizar adecuaciones e intervenciones individuales y/o familiares.	Visita Domiciliaria Integral.	10% RBC, RI y 70% RR PsD con Visita Domiciliaria Integral.	(Nº Total de Visitas Domiciliarias Integrales/Total de Ingresos) x 100	REM A28
Favorecer que las personas en situación de discapacidad atendidas en APS, logren el máximo de autonomía e	Trabajar con Plan de Tratamiento consensuado, con objetivos terapéuticos definidos y alta posterior a su cumplimiento.	50% de PsD reciben alta posterior al cumplimiento del plan de trabajo.	(Nº Total de Egresos por Alta posterior a PTI/ Total Ingresos) x 100	REM A28



independencia.				
Promover el trabajo en rehabilitación de acuerdo a Medicina Basada en Evidencia.	Procedimientos con énfasis en movilización activa.	30% o menos de los procedimientos corresponden a fisioterapia.	(N° de procedimientos de fisioterapia / Total de procedimientos) x 100	REM A28
Contribuir al logro de la inclusión social de las personas en situación de discapacidad.	Conocer las redes locales y articularse con el intersector para el apoyo a la inclusión social.	10% de las personas atendidas en el Centro logran la inclusión social 20% de las actividades de trabajo comunitario son intersectoriales.	N° personas que logran inclusión social / N° total de ingresos *100 N° de Actividades de Planificación Participativa destinadas a comunas, comunidades, Dg. Participativo, trabajo intersectorial / Total de actividades de Promoción y Trabajo Intersectorial.	REM A28 SUJETO A CAMBIO REM 2014
Contribuir al logro de la inclusión social de las personas en situación de discapacidad.	Conocer las redes locales y articularse con el intersector para el apoyo a la inclusión social.	10% de las personas atendidas en el Centro logran la inclusión social 20% de las actividades de trabajo comunitario son intersectoriales.	N° personas que logran inclusión social / N° total de ingresos *100 N° de Actividades de Planificación Participativa destinadas a comunas, comunidades, Dg. Participativo, trabajo intersectorial / Total de actividades de Promoción y Trabajo Intersectorial.	REM A28 SUJETO A CAMBIO REM 2014



Taller de Lecto-escritura, realizado por



Taller de ergoterapia, realizado por Terapeuta



Taller para personas con Artrosis,  
realizado por kinesiólogo



Corrida por la inclusión de PsD. Trabajo  
intersectorial



Modificaciones en el hogar, realizadas por  
equipo de rehabilitación



Taller con agrupación de AM de Pimpinela



Taller para formación de monitores



## X. PROGRAMA DEL ADOLESCENTE

La adolescencia se refiere al tiempo entre el comienzo de la maduración sexual (pubertad) y la edad adulta. Es un tiempo de maduración psicológica y de comenzar a adoptar un comportamiento de adulto.

La adolescencia tiende a considerarse como el período entre los 10 y los 19 años. El adolescente experimenta no sólo el cambio y crecimiento físico, sino también los cambios y el crecimiento emocional, psicológico, social y mental.

Estos cambios imprevistos y rápidos exponen a los adolescentes a múltiples problemas de salud pública:

- ✚ Lesiones accidentales (causantes de cerca de un 70% de las muertes en adolescentes)
  - \* Accidentes automovilísticos
  - \* Accidentes por ahogamiento
  - \* Intoxicación (generalmente por sobredosis de drogas)
- ✚ Homicidio (segunda causa de muerte)
- ✚ Suicidio
- ✚ Depresión adolescente
- ✚ Experimentación sexual
- ✚ Embarazo adolescente
- ✚ Enfermedades de transmisión sexual
- ✚ Desnutrición, anorexia nerviosa, bulimia

Esta gama de riesgos a los cuales se encuentran expuestos y que generan grandes cargas individuales, familiares y sociales, hace necesario que podamos establecer la situación de nuestros adolescentes.

Además debemos recordar que es este grupo al que es dentro de las etapas del ciclo de vida los que menos índices de consultas presentan.

Esto a su vez genera en ocasiones una relación poco nutrida con los diversos centros de salud familiar a nivel nacional. Nuestro desafío es poder durante el año 2013 fortalecer y por que no desarrollar una estrategia que permita establecer un nexo cooperativo entre adolescentes de nuestra comuna y el CESFAM; así estos percibirán una mayor proximidad física y emocional, accediendo a consultar cuando lo requieran, disminuyendo factores de riesgo como aislamiento social, desconocimiento, no acceso a la información

## Talleres Psicosociales a Adolescentes 2013



### Atenciones Población 0 – 19 años

	Hombre	Mujer	Total
CESFAM	296	304	600
Postas	193	235	428
<b>Total</b>	<b>489</b>	<b>539</b>	<b>1028</b>

### TRABAJO CON ADOLESCENTES EN RIESGO EN ESCUELA BERTA SAAVEDARA SEGURA

#### ESTRATEGIAS:

- ✚ Promover los factores protectores en la adolescencia
- ✚ Conocer la situación de salud de nuestros adolescentes
- ✚ Pesquisar patologías de mayor prevalencia
- ✚ Manejo integral de adolescentes con problemas de salud

#### LINEAS DE TRABAJO:

- ✚ Promover conocimiento del desarrollo normal y factores protectores d la adolescencia
- ✚ Realizar diagnóstico de la situación de salud de la población adolescente
- ✚ Pesquisa y manejo integral de patologías prevalentes en adolescencia: Depresión, trastornos hiperkinéticos, embarazo adolescente, dependencias, primer brote EQZ.



## ACTIVIDADES:

- ✚ Difundir masivamente en medios de comunicación crisis normativas de la adolescencia
- ✚ Talleres en escuelas de crisis normativas normales y factores protectores en la adolescencia
- ✚ Aplicación de ficha CLAP a la población de alumnos de 7° básico de la comuna de Requínoa
- ✚ Diagnóstico de problemas de salud en población adolescente dentro y fuera de la educación formal
- ✚ Atención integral de los adolescentes con problemas de salud.
- ✚ Alianza estrategia de cooperación
- ✚ Creación de grupo psicosocial con adolescentes
- ✚ Psicoeducación a Padres
- ✚ Psicoeducación a Profesores
- ✚ Consultorías en Salud Mental



## XI. PLAN DE AUTOCUIDADO 2013

### CESFAM REQUINOA

En el contexto de mejorar la calidad de vida de nuestros funcionarios, trabajando en un Centro de Salud Familiar, se hace necesario implementar estrategias que de forma sistemática y mantenida a lo largo de los años, favorezcan nuestro desempeño a través del autocuidado.

El autocuidado definido como toda actividad que realiza la persona para mantenerse sana, se potenciará a través de este plan con una evaluación participativa, talleres y actividades recreativas, pausas activas, entre otras.

**Objetivo general:** Generar las estrategias que permitan evaluar y mejorar el nivel de autocuidado de los funcionarios del CESFAM.

#### **Objetivos específicos:**

- ✚ Realizar diagnóstico participativo de la situación de salud y autocuidado de los funcionarios de CESFAM (satisfacción laboral, calidad de vida, EMPA, encuesta participativa de actividades recreativas)
- ✚ Realizar análisis del diagnóstico pre y post intervención de autocuidado.
- ✚ Confeccionar un Plan Anual de Autocuidado que incluya evaluación y actividades dentro del horario laboral que mejoren el nivel de autocuidado de los funcionarios del CESFAM.

#### **EVALUACIÓN PARTICIPATIVA:**

Se realizó a través de:

- ✚ Encuesta de actividades a realizar (para elegir las actividades preferidos por los funcionarios).
- ✚ Examen de Medicina Preventiva del Adulto, EMPA
- ✚ Encuesta de Calidad de Vida asociada al trabajo.
- ✚ Test de Satisfacción laboral

Con toda esta información se pudo objetivar no solo la situación de salud de los funcionarios, sino además el nivel de satisfacción laboral y su calidad de vida. Como conclusión los niveles de salud de los funcionarios no distan demasiado de las estadísticas nacionales, si fue grato saber que el nivel de satisfacción laboral fue alto (75% de satisfacción laboral promedio), cuyos niveles más altos fueron en los ítems: gusto por el trabajo y la relación con los compañeros.

#### **EJECUCIÓN DEL PLAN:**

Durante los meses de noviembre y diciembre de 2013 se aplican las siguientes actividades:

**Talleres:** Son talleres de Baile Entretenido, realizados los días martes de 16:00 a 17:00 hrs y el día jueves en el mismo horario (el CESFAM fue dividido en dos grupos para evitar la discontinuidad en la atención). Los talleres están a cargo de la Profesora de Educación Física (contratada por el CESFAM en el Programa Cardiovascular) Patricia Méndez.



**Pausas Activas:** 10 minutos de ejercicios de relación, estiramiento y vuelta a la actividad acompañado de música. Realizadas 3 veces por semana, en cada una de las unidades del CESFAM.



**Taller de Autocuidado realizando Baile Entretenido, en el CESFAM.**



## **XII. PROGRAMA DE ATENCION DOMICILIARIA A PERSONAS CON DEPENDENCIA SEVERA**

### **INTRODUCCION**

El programa de atención domiciliaria a personas con dependencia severa, constituye una estrategia sanitaria, que comenzó a ser ejecutada a Nivel del país dese el 2006. Es por esto que este programa esta dirigido a todas aquellas personas que sufran algún grado de dependencia: física, psíquica, o multidéficit; y por otro lado, a preparar a las familias que cuidan a este tipo de paciente, entregando acciones de salud integrales, cercanas y con énfasis en la persona, su familia y entorno, considerando aspectos curativos, preventivos y promocionales con enfoque familiar y de satisfacción usuaria, para mejorar así, su calidad de vida.

### **OBJETIVO GENERAL**

Otorgar a la persona con dependencia severa, cuidador y familia una atención integral en su domicilio, en el ámbito físico, emocional, y social, mejorando su calidad de vida, potenciando así su recuperación y/o autonomía.

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

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

### **EL EQUIPO DE POSTRADO FUNCIONA Y ESTA ORGANIZADO DE LA SIGUIENTE MANERA.**

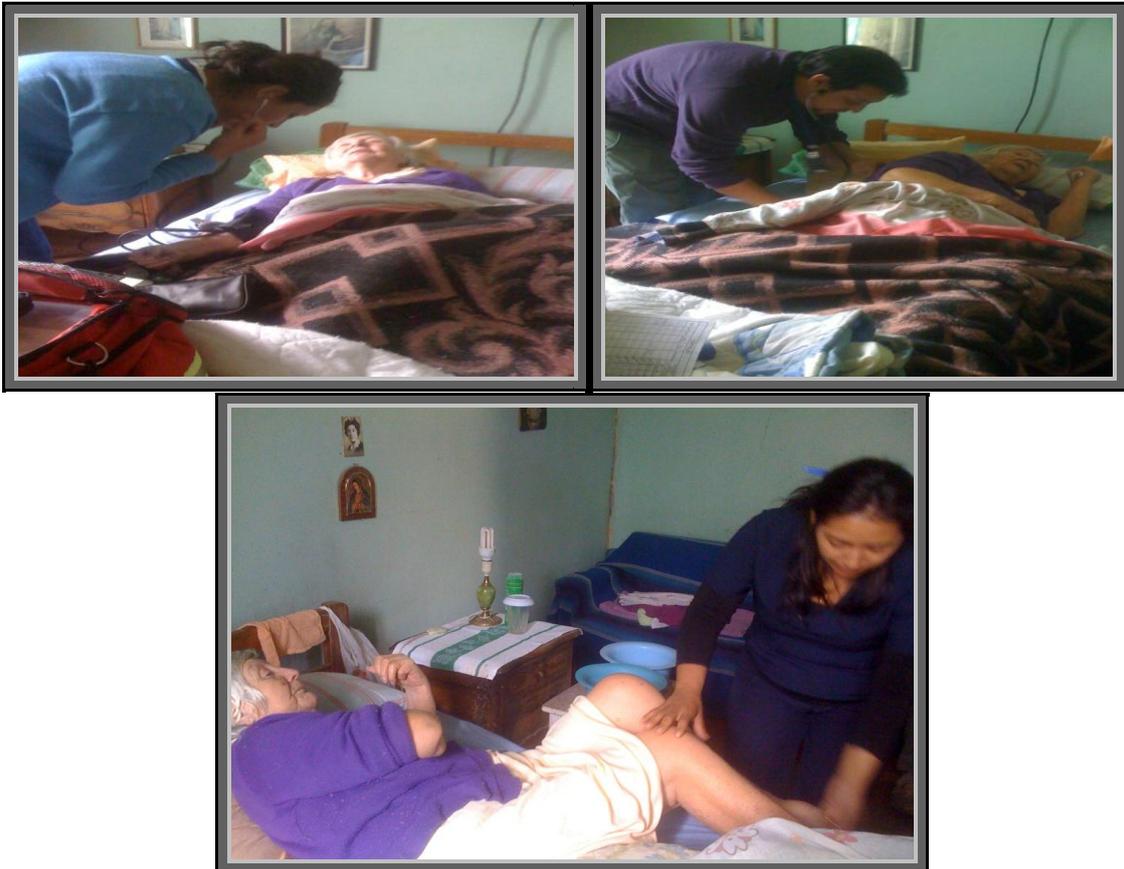
- ✚ Las visitas integrales de los pacientes con dependencia severa está programa cada 3 meses por norma ministerial.
- ✚ La evaluación de los pacientes se realizan por sector(sector 1,2,3,4)
- ✚ El equipo multidisciplinario cumple con sus funciones específicas que se encuentran detalladas en el protocolo de atención del paciente con dependencia severa.
- ✚ Programación de reuniones con el equipo mensual.
- ✚ Capacitaciones de cuidadores programadas con temas como: cuidados Básicos, Autocuidado cuidador, autocuidado actividad física, autocuidado de paciente, orientaciones generales del programa, síndrome confusional agudo, alimentación paciente postrado.
- ✚ Se entrega al familiar responsable del paciente el reglamento y norma del programa.



- ✚ Ante un fallecimiento de algún paciente del programa se entrega junto al equipo una carta de condolencia.
- ✚ Los registros de cada atención por profesional se registran en la ficha clínica del paciente y en registros informáticos.
- ✚ Se programará para el 2013 junto a Catalina (Asistente Social) la programación de capacitación general a todos los cuidadores generales por medio de junta de vecinos de cada sector.
- ✚ Difundir el funcionamiento del programa a agrupación de junta de vecinos mediante charla .programada para el 2013.
- ✚ Implementar manual de organización.

**ACTIVIDADES QUE SE REALIZAN EN DOMICILIO COMO:**

CONTROL DE SIGNOS VITALES, EVALUACION MÉDICA, EVALUACION DE ENFERMERA, EXAMENES, AYUDAS TECNICAS, EDUCACION, REGISTROS.





## INDICADORES

1.-

Nº de visitas realizadas en domicilio a beneficio del paciente

---

Nº de visitas programadas en domicilio a beneficio del paciente. (V.I.)

2.-

Nº de pacientes con dependencia severa, según sexo.

---

Nº total de pacientes ingresados al programa.

3.-

Nº de pacientes escarados

---

Nº de pacientes con dependencia severa o en estado de postración.

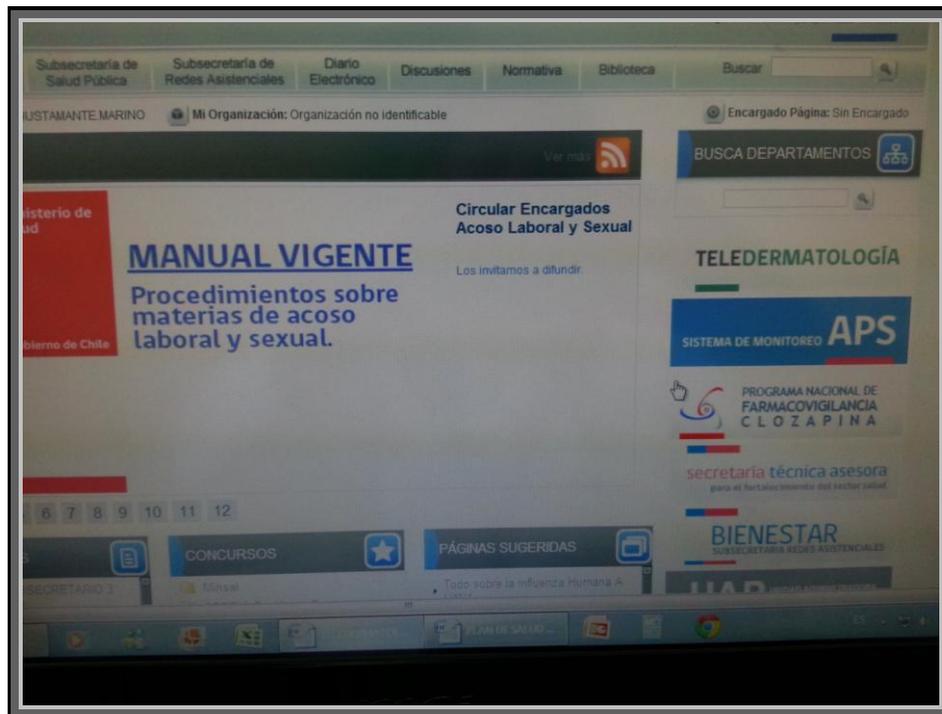
4.-

Nº de cuidadores capacitados del programa

---

Nº total de cuidadores del programa.

### XIII. TELEDERMATOLOGIA



Desde julio del año 2012 se pone en marcha el programa de teledermatología a nivel de la región de O’ Higgins integrando a 12 centros de atención primaria entre los cuales participa el CESFAM Requínoa.

#### CONCEPTOS:

La telemedicina significa medicina a distancia.

En 1998 la OMS define la telemedicina como “el suministro de servicios de atención sanitaria en lo que la distancia constituye un factor crítico, por profesionales que apelan a tecnologías de la información y de la comunicación con objeto de intercambiar datos para hacer diagnósticos, preconizar tratamientos y prevenir enfermedades, así como para la formación permanente de los profesionales de atención de salud y en actividades de investigación y evaluación con el fin de mejorar la salud de las personas y de la comunidades en que viven”.

La telemedicina contempla dos formas de ejecución:

- a) Video en vivo (sincrónica)
- b) Almacenamiento y repetición (asincrónica)

Nos referiremos a la forma asincrónica con la cual trabajamos en el programa de tele dermatología la cual consiste en que un grupo de médicos de atención primaria de salud utilicen videocámara o cámara fotográfica para grabar la imagen de un paciente, la que posteriormente se enviará al especialista de atención secundaria para la realización de diagnóstico e indicación de tratamiento. Esta forma implica una resolutivez diferida.

#### PROPOSITO



La teledermatología constituye un aporte fundamental para el trabajo en red que logra reducir las listas de espera, además permite pertinencia diagnóstica entre médicos no especialistas y dermatólogos en general, pudiendo ser resueltos muchos de los problemas dermatológicos en los centros de atención primaria.

#### OBJETIVOS:

1. Otorgar asesoría médica a distancia permitiendo el acceso oportuno y con calidad a la atención dermatológica desde la atención primaria propendiendo a una mayor resolutiveidad.
2. Reforzar el trabajo en red entre los médicos especialistas y no especialistas asegurando la continuidad de atención de nuestros usuarios.

#### PROCESOS DE TRABAJO.

1. Identificación de usuarios que requieran evaluación de especialidad.
2. Asignación de hora, citación y atención por médico tratante (médico encargado tele dermatología en CESFAM), se evalúan 3 usuarios en forma semanal siendo derivados mediante la página web los días lunes.
3. Evaluación de referencia tele dermatología por parte del especialista en el nivel secundario.
4. Contrarreferencia o referencia a otro componente de la red. La retroalimentación diagnóstica y terapéutica es dada en el período de 6 días hábiles posteriores al envío de la información. Pudiendo ser tratado a nivel primario con el médico tratante, o bien ser citado al nivel secundario para la evaluación y manejo de especialidad.

FECHA REFERENCIA	MÉDICO TRATANTE	FECHA CONTRAREF	MÉDICO DERMATÓLOGO	Pred.
29/10/2012		31/10/2012		1
29/10/2012		31/10/2012		2
23/10/2012		24/10/2012		3
22/10/2012		24/10/2012		3
		24/10/2012		2



#### XIV. PROGRAMA PILOTO VIDA SANA

Para hacer frente al aumento de las tasas de malnutrición por exceso y sus consecuencias, el MINSAL implementó entre los años 2004 al 2009, el “Programa de Tratamiento de la Obesidad: Alimentación Saludable y Actividad Física, en adultos, niños, niñas y adolescentes y Obesidad Mórbida”. En el año 2005 se instala la “Estrategia de Intervención Nutricional a través del Ciclo Vital” para la prevención de obesidad y otras enfermedades no transmisibles (EINCV). El año 2006, se implementa la Estrategia Global contra la Obesidad (EGO - Chile), proyecto que se extendió a nivel nacional, constituyéndose en una verdadera plataforma que conduce todas las iniciativas que promuevan un estilo de vida saludable de carácter sectorial e intersectorial, en el año 2011, se suma a todo lo anterior la campaña Gubernamental “Elige Vivir Sano”, que presenta cuatro ejes de trabajo: “Come sano”, “Disfruta a tu familia”, “Mueve tu cuerpo” y “Vive al aire libre”, conceptos que son integrados en este Programa Vida Sana.

En este sentido, el Ministerio de Salud, ante la necesidad de controlar el daño y prevenir los problemas de salud, ha resuelto implementar el **“Programa Vida Sana, estrategia de intervención en obesidad”**

Para la creación de este programa se tomaron en cuenta múltiples factores que explican el aumento de la prevalencia de obesidad y de sus comorbilidades en Chile y a nivel mundial, constatándose cambios determinantes en las últimas cuatro décadas con relación a la ingesta de alimentos y a la inactividad física, tendencia que se cumple en gran parte de los países industrializados y algunos en vías de desarrollo

Con fecha 31 de agosto de 2013 la Dirección de Servicio de Salud O'higgins, realizó la evaluación de porcentaje de cumplimiento de metas para el depósito del 40% (\$632.322) de dinero restante del programa, la evaluación consideró los siguientes porcentajes de cumplimiento:

Porcentaje de Cumplimiento de Metas por Componente	Porcentaje de Descuento de recursos 2° cuota
40%	0%
Entre 30% - 39,99%	50%
Entre 20% - 29,99%	75%
Menos del 20%	100%

La comuna de Requínoa alcanzó un 82,4% de cumplimiento, sobrepasando el mínimo requerido para la transferencia de los fondos restantes, con el siguiente detalle:



<b>INDICADOR 1</b>	N° de niños con 4 control realizado	N° de niños que bajaron el Z score al 4 control	<b>% de cumplimiento de la meta</b>	Importancia Relativa
	14	13	<b>93%</b>	25%
<b>INDICADOR 2</b>	N° de niños con 4 control realizado	N° de niños que bajaron el 5% de su peso al 4 control	<b>% de cumplimiento de la meta</b>	Importancia Relativa
	14	7	<b>50%</b>	25%
<b>INDICADOR 3</b>	N° de niños y adultos asignados 2013	N° de niños y adultos con 4 control realizado	<b>% de cumplimiento de la meta</b>	Importancia Relativa
	15	14	<b>93%</b>	50%



## XV. PROGRAMA DEL NIÑO Y LA NIÑA DE 0 A 9 AÑOS.

La atención sanitaria a la población infantil constituye actualmente un elemento básico de la APS. La implantación del Programa Infantil, desde hace más de una década y su aceptación por parte de la población, ha hecho posible el importante avance hacia una atención pediátrica de calidad en la que participan tanto profesionales médicos como de enfermería.

En la edad infantil la prevención primaria presenta una gran efectividad ya que las principales causas de mortalidad se relacionan con hábitos que comienzan a desarrollarse en la infancia y adolescencia.

La organización de las actividades se divide en dos periodos con diferentes objetivos específicos en cuanto a la detección de enfermedades y cuidados en el niño:

0 a 23 meses: centrado en la prevención de enfermedades infecciosas y congénitas y en facilitar la adaptación de los padres al cuidado del bebé. Estimular el DSM a través de actividad y material del CHCC. Inmunizaciones.

2 a 5 años: en el que se incide especialmente en detectar problemas de desarrollo y defectos sensoriales y en la educación de hábitos básicos (sueño, higiene,). Fomentar la estimulación de DSM.

### Objetivos:

- ✚ Alcanzar un alto grado de salud en la población infantil, disminuyendo su morbimortalidad mediante la prevención primaria y secundaria.

### Objetivos Específicos:

- ✚ Fomentar hábitos saludables en la población pediátrica.
- ✚ Favorecer un adecuado ambiente familiar y social.
- ✚ Pesquisar precozmente déficit del desarrollo psicomotor en la población infantil bajo control.

### Estrategias:

- ✚ Horas médicas suficientes por equipos de cabecera.
- ✚ Utilizar registro adecuado para cada actividad.
- ✚ Derivación oportuna a ludoteca.
- ✚ Coordinación en SOME para evitar rechazos y oportunidades perdidas de DSM.
- ✚ Aplicar el modelo de salud familiar en su dimensión énfasis en la promoción y prevención.



**MATRIZ DE PLANIFICACION**

Problema de salud priorizado	Relación con estrategia nacional de salud	Objetivo general	Objetivo específico	Meta	Estrategias	Actividades	Plazo	Responsable	Indicadores
Coberturas de Tepsi bajo 25% en preescolares.	Disminuir el rezago infantil.	Aumentar las coberturas de aplicación del Tepsi a un 50% de la población entre 2 y 4 años.	Identificar factores de riesgo que puedan deteriorar el DSM.	50%	Utilizar recurso enfermería USACH y otras instituciones para aplicación de TEPSI.  Complementar el control sano de diferentes grupos etareos con la aplicación de la tabla de DSM H-LL	Promoción: <b>Talleres de estimulación temprana por grupo etareo.</b> <b>Aplicación de Tabla de Desarrollo 0 a 5 años HAIZEA-LLEVANT.</b>	Año 2014	Enfermeros de cabecera de equipos de salud.	Número de niños y niñas bajo control años durante el año 2014/ número de asistentes a talleres de estimulación temprana. Numero de talleres de estimulación temprana. Numero de tablas de DSM aplicadas en diferentes grupos etareos.
						Prevención: <b>Identificar oportunamente factores de riesgo</b>	2014	Aplicación de Tepsi	/ Numero de tepsi aplicados entre 2 y 4 años durante el año 2014/ Numero de población bajo control de 2 a 4 años durante el 2014
						Diagnostico y tratamiento: <b>Derivación oportuna a medico y nivel secundario si amerita.</b> <b>Derivación a fonoaudióloga.</b> <b>Derivación Ludoteca.</b>	2014	Médicos de cabecera. Fonoaudióloga Profesora Parvularia.	Numero de pacientes derivados y recuperados.
						Rehabilitación			

## XVI. PROGRAMA DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS DEL NIÑO (IRA)



**DR. RODRIGO FUENTES, MÉDICO, ENCARGADO PROGRAMA IRA**

Las enfermedades respiratorias constituyen una importante causa de morbilidad así como de mortalidad prevenible en nuestro medio.

El análisis de la tasa de mortalidad infantil (TMI) y de mortalidad infantil por neumonía son indicadores confiables para valorar el impacto de las distintas enfermedades.

También su variación permite apreciar la efectividad de las medidas de control tomadas. Se entiende por Tasa de Mortalidad Infantil al número de fallecidos menores de un año por cada 1000 Recién Nacidos (RN) vivos durante un año y como tasa de Mortalidad Infantil por Neumonía al número de fallecidos por neumonía menores de un año por cada 1000 RN vivos durante un año.

Las enfermedades respiratorias constituyen un segmento prevenible de la mortalidad infantil. Si se observa la historia de la mortalidad infantil en Chile podemos ver un descenso mantenido (Tabla 1). En 1960 la TMI alcanzaba 120 por 1000 nacidos vivos, en 2009 corresponde a 7,9 por 1000 nacidos vivos, con una disminución del 93,5 % en 50 años.



A contar de 1990, se desarrollan cuatro programas tendientes a controlar la mortalidad infantil prevenible: Uso de surfactante en RN prematuros; programa de resolución de cardiopatías congénitas (que impactan en la mortalidad de los menores de 28 días); modificación al programa ampliado de vacunaciones y el programa de control y manejo de enfermedades respiratorias agudas y síndrome bronquial obstructivo (IRA). La mortalidad infantil en el decenio 1990-2000 descendió de 16 a 8,9/1000 NV, representando una disminución del 44,3%.

Los cuatro programas en conjunto inciden en esta impactante disminución. El análisis costo-efectividad del programa IRA demuestra ser el de mejor rendimiento.

La sala IRA es el lugar físico para la observación, control y procedimientos para enfermos respiratorios niños (hasta 15 años), en atención primaria, la cual esta conformada por un médico y kinesiólogo

#### **OBJETIVOS DEL PROGRAMA:**

1. Reducir la mortalidad por neumonía en menores de 1 año (con énfasis en la disminución de la mortalidad domiciliaria)
2. Disminuir las hospitalizaciones por SBO
3. Realizar un correcto proceso diagnóstico o de sospecha de las enfermedades respiratorias del niño (SBO, Asma, Neumonía, Fibrosis quística)
4. Reducir el uso de fármacos inapropiados (en especial el uso irracional de antibióticos)
5. Dignificar el nivel primario de atención (APS), aumentando su capacidad resolutoria, incorporando profesionales y medicamentos.



## ESTRATEGIAS:

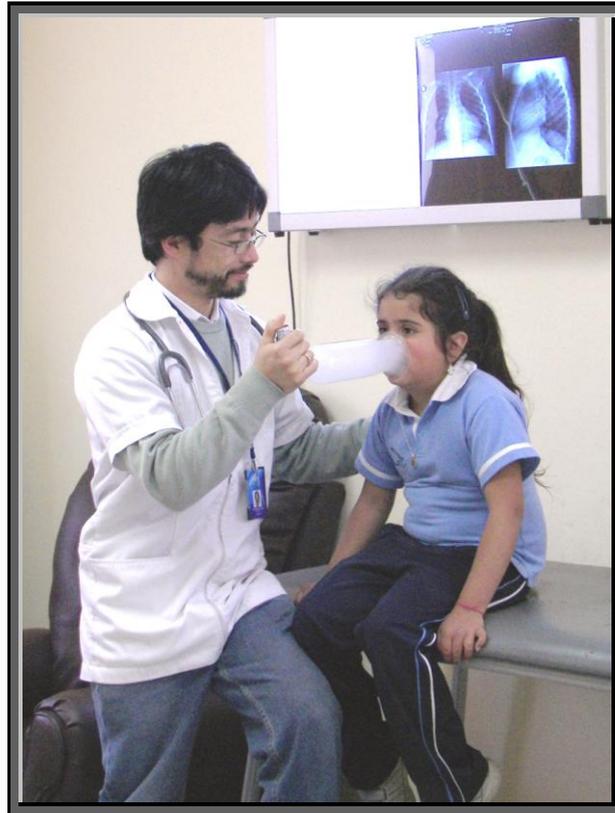
- Énfasis en la atención prioritaria y en la educación, aplicando el puntaje de riesgo de morir por neumonía a toda madre consultante desde el control prenatal, de recién nacido y en adelante.
- Mejoramiento del poder resolutivo mediante:
  - Aplicación de normas sindrómicas de diagnóstico, tratamiento y derivación
  - Convenio para radiografía de tórax.
  - Adecuada articulación entre los diferentes niveles de atención
  - Uso de Sala de Hospitalización Abreviada (HA), donde el kinesiólogo tendría un papel relevante.
- Uso racional de antibióticos y modernización del arsenal terapéutico.
- Capacitación del personal de salud encargado de la Sala

## LINEAS DE TRABAJO:

- ✚ Promover espacios domiciliarios, laborales y ambientales libres de contaminación y tabaco.
- ✚ Identificación de población de riesgo
- ✚ Manejo integral de los niños y sus familias

## ACTIVIDADES:

- ✚ Talleres de Ambientes libres de contaminación lugares de trabajo, empresarios etc.
- ✚ Ingresar a control la población de riesgo
- ✚ Realización de folletos informativos de prevención y promoción de salud
- ✚ Control directo, tratamiento y seguimiento del paciente.
- ✚ Hospitalización abreviada según corresponda.
- ✚ Vacunación antigripal a la población de riesgo
- ✚ Visitas domiciliarias a la población de riesgo
- ✚ Realización y actualización de tarjetero de crónico
- ✚ Talleres de capacitación y actualización al equipo de salud



**CARLOS MORENO, KINESIÓLOGO, EN SALA IRA**

**METAS:**

- ✚ 100% de la población de riesgo bajo control
- ✚ Reducir la morbilidad asociada a las patologías respiratorias del niño
- ✚ Disminución de la tasa de incidencia de hospitalizaciones abreviadas o descompensaciones de patología crónica en la población usuaria

## XVII. PROGRAMA DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS DEL ADULTO (ERA)



**RODRIGO FUENTES, MÉDICO, ENCARGADO PROGRAMA ERA**

Los problemas respiratorios de la población adulta sigue siendo la causa más habitual de consulta en Atención Primaria.

Desde la década de los ochenta el gobierno a través del Ministerio de Salud ha invertido grandes esfuerzos en disminuir la morbilidad y mortalidad por Enfermedades Respiratorias en los adultos, desde la educación a la población sobre el daño provocado por el tabaco (una de las principales causas de daño pulmonar crónico), pasando por la mejor disponibilidad de camas de hospitalización destinadas a estas patologías

y mejor acceso a métodos diagnósticos. Pero lejos la mejor medida ha sido sin duda, la vacunación antinfluenza a la población de alto riesgo y la vacunación antineumococo a los adultos mayores de 70 años. Esta última ha tenido un impacto tal en la mortalidad, así como también en la disminución de los días cama destinados a hospitalización de enfermedades respiratorias en periodo de Campaña de Invierno.

La sala ERA es el lugar físico para la observación, control y procedimientos para enfermos respiratorios adultos en atención primaria, la cual esta conformada por un médico y kinesiólogo.

### **OBJETIVOS DEL PROGRAMA:**

1. Mejorar la capacidad resolutive del Nivel Primario de Atención, con la intención de aumentar la satisfacción de la población usuaria.
2. Realizar un correcto proceso diagnostico de las enfermedades respiratorias del adulto



3. Fomentar el autocuidado basado en el modelo salud familiar.
4. Promover y desarrollar estrategias destinadas a disminuir el tabaquismo en la población.
5. Capacitación continua de los profesionales encargados de la sala ERA
6. Disminuir las reagudizaciones de enfermedades pulmonares crónicas.
7. Disminuir en tiempo y número las hospitalizaciones por ERA.
8. Disminuir la discapacidad por enfermedades respiratorias
9. Disminuir la mortalidad por enfermedades respiratorias crónicas.
10. Disminuir la mortalidad por cáncer pulmonar.

### **ESTRATEGIAS:**

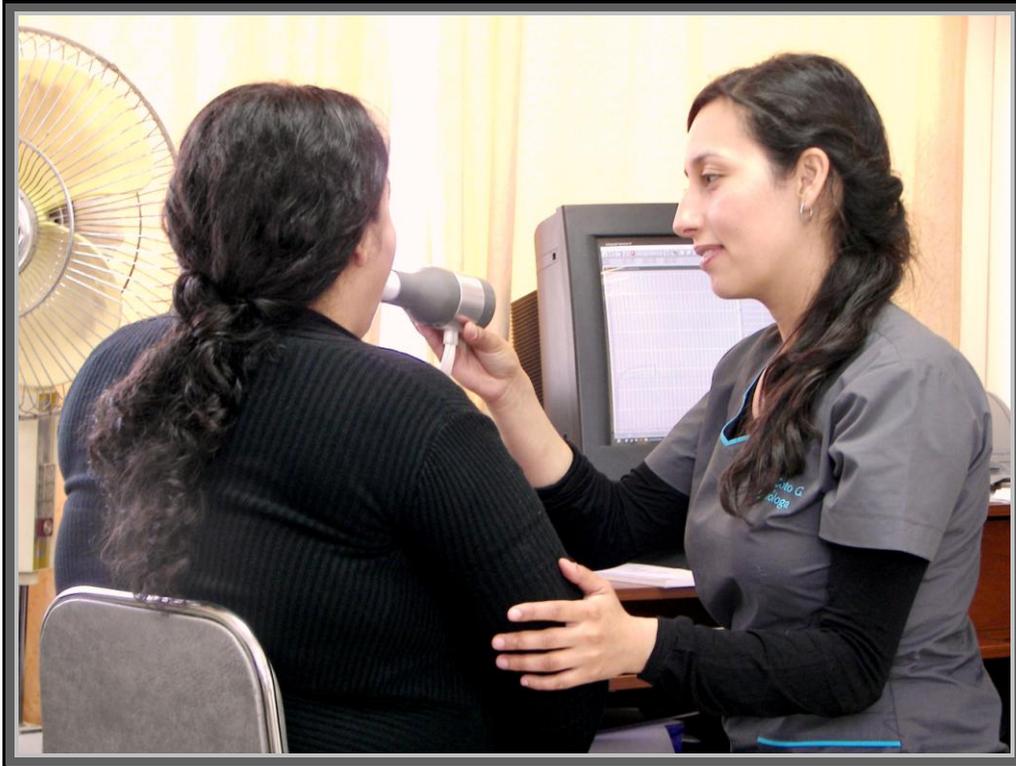
- ✚ Promover ambientes saludables
- ✚ Educación a nuestros usuarios
- ✚ Capacitación continua al equipo de salud
- ✚ Dotar de arsenal farmacológico adecuado a los centros de salud.
- ✚ Otorgar tratamiento individual según las características del paciente de acuerdo a las normas clínicas.
- ✚ Acceso a examen radiológico para el estudio diagnóstico.

### **LINEAS DE TRABAJO:**

- ✚ Promover espacios domiciliarios, laborales y ambientales libres de contaminación y tabaco.
- ✚ Identificación de población de riesgo
- ✚ Manejo integral de Adultos fumadores y sus familias.
- ✚ Manejo integral de pacientes portadores de EPOC y Asma Bronquial.

### **ACTIVIDADES:**

- ✚ Talleres de Ambientes libres de contaminación lugares de trabajo, empresarios etc.
- ✚ Ingresar a control población de riesgo
- ✚ Realización de folletos informativos de prevención y promoción de salud
- ✚ Talleres de capacitación y actualización al equipo de salud
- ✚ Realización y actualización de tarjetero de paciente crónico
- ✚ Control directo, tratamiento y seguimiento del paciente en fase aguda y estable.
- ✚ Vacunación antigripal y antinemicocica a la población de riesgo
- ✚ Visitas domiciliarias a la población de riesgo



**IVANNIA SOTO, KINESIÓLOGA, REALIZANDO ESPIROMETRÍAS EN SALA ERA**

**METAS:**

- 100% de la población de riesgo bajo control
- Disminución de la tasa de incidencia de ERA en la población usuaria



## XVIII. RECURSOS HUMANOS

Los esfuerzos por establecer principios orientadores como los contemplados en la **Política de Recursos Humanos** por el CESFAM de REQUINOA refleja el propósito Institucional por mejorar la gestión de los recursos humanos, con el objeto de obtener un mejor provecho de ellos y fortalecer la orientación hacia la satisfacción del usuario, la descentralización, participación social y equidad.

Es importante señalar que los principios orientadores, como las políticas y los desafíos estratégicos resultan vitales señales u orientaciones para la conducta de los funcionarios y facilitan la gestión en las distintas áreas o unidades organizacionales, en particular si el éxito de los propósitos del CESFAM REQUINOA están centrados en las contribuciones del personal, tanto en su desempeño individual como colectivo.

Las políticas definen un estilo, una visión de la empresa, en consecuencia cuando éstas son el fruto de la reflexión, integración y participación de los distintos grupos que componen la Institución, como ha sido en la oportunidad en el CESFAM, se convierten en un elemento orientador y regulador de la conducta y la toma de decisiones.



**DOTACION 2014**

<b>CATEGORIA</b>	<b>Nº TOTAL DE FUNCIONARIOS</b>	<b>TOTAL HORAS SEMANALES</b>	<b>HORAS SEMANALES PLAZO FIJO</b>	<b>HORAS SEMANALES PLAZO INDEFINIDO</b>	<b>HORAS SEMANALES HONORARIOS</b>
Médico/a	9	374	220	66	88
Odontologo/a	6	231	44	187	0
Enfermero/a	5	220	132	88	0
Matrón/a	5	198	44	154	0
Nutricionista	3	132	88	44	0
Asistente Social	3	132	44	88	0
Psicólogo/a	4	176	88	88	0
Kinesiólogo/a	4	154	88	66	0
Tecnólogo Médico	2	88	44	44	0
Profesora Educación Física	1	44	0	44	0
Terapeuta Ocupacional	1	44	44	0	0
Fonoaudiologa	1	16	16	0	0
Técnico Superior en Informática	1	44	44	0	0
Técnico Paramédico	30	1298	506	792	0
TPM Farmacia	3	132	44	88	0
TPM Dental	5	220	176	44	0
Oficial Administrativo	24	1056	528	528	0
Auxiliares de Servicio	7	231	44	88	99
Camilleros	4	176	176	0	0
Conductores	7	308	88	220	0



## **XIX. PLAN DE CAPACITACION**

### **Objetivo General**

Contribuir a formar en el ámbito de la Atención Primaria una masa crítica de profesionales, técnicos y funcionarios entrenados y capacitados en los aspectos centrales del modelo de Salud Familiar y las distintas disciplinas necesarias para garantizar una atención oportuna y de calidad a los usuarios del Departamento de Salud.

### **Objetivos Específicos:**

1. Establecer un sistema de capacitación y formación continua para los funcionarios de todas las categorías.
2. Garantizar igualdad de oportunidades de capacitación para todos los funcionarios que manifiestan interés en mejorar sus competencias atinentes al cargo que desempeñan.
3. Favorecer el fortalecimiento de los equipos de salud.
4. Contribuir con la consolidación del Modelo de Salud Familiar en todo el quehacer de Atención Primaria de Salud en la comuna.

En esta formulación se han revisado e incluido orientaciones ministeriales, que consideran los objetivos sanitarios del periodo **2011- 2020**.

Este programa se ha ordenado de manera de identificar aquellas materias que son comunes a todas las categorías, y otras en tanto, que son propias e inherentes del rol específico que cumple cada funcionario. De este modo, será el comité de capacitación el que determinará la pertinencia de cada postulación a curso, resguardando que cada uno de ellos se encuentre enmarcado en el presente programa.