

PLAN DE SALUD 2018
CENTRO DE SALUD FAMILIAR DR. JOAQUIN CONTRERAS S.

Centro de Salud Familiar Dr. Joaquín Contreras S. Requinoa - Sexta Región



INDICE

	Pág.
∇ Introducción.....	1
∇ Diagnóstico de Salud Local.....	2
∇ Programa de Salud Infantil.....	5
∇ Programa de la Mujer.....	9
∇ Programa Cardiovascular Adulto y Adulto Mayor.....	17
∇ Programa de Pacientes con Dependencia Severa o Postrados	20
∇ Programa de Rehabilitación Integral con Base Comunitaria.....	22
∇ Programa Odontológico.....	29
∇ Programa Enfermedades Respiratorias del Niño IRA-y del Adulto ERA	36
∇ Programa de Salud Mental	39
∇ Programa de Salud del Adolescente	44
∇ Participación Social (Consejo de Desarrollo Local en Salud, Diagnóstico Participativo, Plan de Participación Social).....	46
∇ Actualización Diagnóstico Participativo en Salud 2018.....	52
∇ Programa Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria (MAIS).....	57
∇ Plan Comunal de Promoción.....	61
∇ Programa de Salud Servicio de Urgencia Rural.....	64
∇ Centro Comunitario de Salud (CECOSF) Chumaquito.....	67
∇ Matriz de Priorización de Problemas de Salud 2018.....	68
∇ Matriz de Planificación Programa de la Mujer.....	69

Centro de Salud Familiar Dr. Joaquín Contreras S. Requinoa - Sexta Región



∇	Matriz de Planificación Programa de Salud de la Infancia.....	70
∇	Matriz de Planificación Programa Salud Mental.....	71
∇	Matriz de Planificación Programa Cardiovascular.....	73
∇	Matriz de Planificación de Tuberculosis.....	76
∇	Matriz de Planificación IRA.....	77
∇	Matriz de Planificación Servicio de Urgencia Rural.....	79
∇	Dotación 2018.....	80
∇	Programa de Capacitación Personal Estatuto Atención Primaria.....	81



INTRODUCCIÓN

El presente documento ha sido elaborado por los diferentes profesionales de nuestra institución y es la carta de navegación principal en nuestro quehacer diario. Persigue elevar la calidad de vida de nuestra población inscrita, acompañarla en su ciclo de vida, entregarle las herramientas técnicas y humanitarias para prevenir enfermedades invalidantes y estar a su lado en los diversos procesos de rehabilitación a través de las distintas metas y objetivos sanitarios establecidos por el Ministerio de Salud de nuestra nación y con ello darle el valor agregado a nuestro trabajo.

La salud es un bien muypreciado una vez que se pierde y nuestros usuarios están cada vez más empoderados de sus derechos, restando en muchas ocasiones la precisión de sus deberes. Sin embargo, debemos estar a tono con la realidad que cada vez es más compleja tanto en las competencias técnicas como blandas de quienes otorgamos los servicios requeridos para satisfacer su alta demanda.

En este trabajo han vertido las principales noxas advertidas tanto por la comunidad como por los profesionales Encargados de los distintos Programas de Salud.

Se presentan actividades efectuadas durante el año 2017 y las proyecciones para el 2018.

Algunos hitos relevantes acaecidos durante el 2017 es la actualización del Diagnóstico Participativo efectuado en el año 2016, y el logro de la recertificación lograda en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar alcanzado el día 18 de octubre en nuestro Centro de Salud Familiar.

A raíz de la pronta entrega del Centro Comunitario de Salud Familiar (CESCOSF) de Chumaquito, nos preparamos para dar cobertura a esta nueva forma de hacer salud con la participación activa de la comunidad, aplicando desde el inicio el Modelo de Atención integral de Salud Familiar. Sin duda es un gran desafío que enfrentaremos, del cual esperamos salir exitosos el próximo año en beneficio de quienes cada día depositan su confianza en nosotros.

Otro gran desafío a trabajar durante el año 2018 es la integración de la población migrante que habita en nuestra comuna –que se incrementa rápidamente- y esté inscrita en nuestros establecimientos de salud. Para ello es necesario establecer un trabajo en red y efectuar un diagnóstico participativo con estos nuevos actores de nuestra comunidad. Entre los objetivos a lograr en el año 2018 está la recertificación en el Modelo de Atención Integral en Salud Familiar de las tres postas de salud rural; Lirios, Abra y Totihue.



DIAGNÓSTICO DE SALUD LOCAL

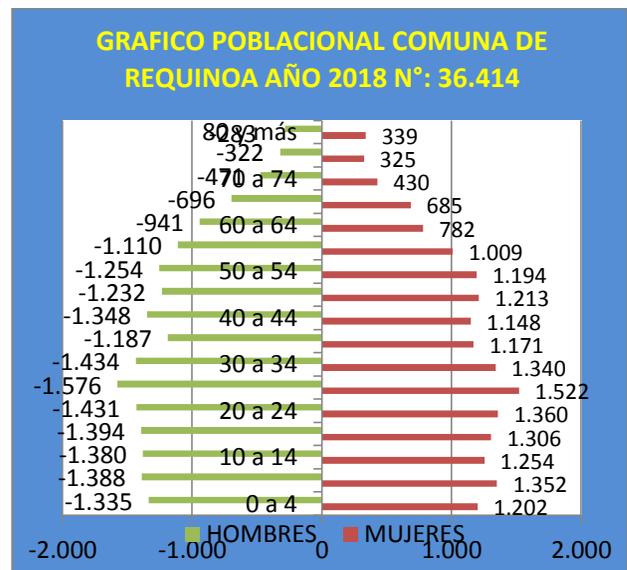
1.1 ANTECEDENTES DEMOGRÁFICOS

La población total estimada de nuestra comuna para el año 2017 fue de 34.479 habitantes (INE, Proyección 2015-2020), la población inscrita validada per-cápita se estableció en 22.468 personas, alcanzando una cobertura de 65.16% de inscritos.

La población estimada por el INE, para el año 2018 es de 36.414 habitantes, en tanto la población inscrita validada per-cápita al corte del 31 de agosto del año 2017 enviada por la dirección de Servicio de Salud O'Higgins es de 22.866 personas.



Fuente: INE.



FUENTE: INE

La Tasa de Natalidad de nuestra comuna para el año 2014 fue de un 12 (SINIM).

Nuestra distribución poblacional es de un 42.96% urbano y de un 57.04% rural para el año 2014.(SINIM)

La Densidad Poblacional corresponde a 40,2 hbts/km².

La Esperanza de Vida de las mujeres llega a 82.2 años, este cifra se reduce a 76.12 años en los varones de nuestra comuna.(SINIM)

1.2 ANTECEDENTES SOCIO CULTURALES.

El índice de Pobreza Comunal de acuerdo a CASEN 2013 estaba determinado en un 12.51%.

En la tabla siguiente se muestra el tipo y número de Organizaciones Comunales al año 2017

ORGANIZACIÓN COMUNITARIA	Nº
Clubes Deportivos	49
Juntas de Vecinos	73
Centros u Organizaciones de Adultos Mayores	23
Centros de Padres y Apoderados	10
Otras Organizaciones Comunitarias Funcionales	152
Uniones Comunales	5

Fuente: DIDECO. MUNICIPALIDAD DE REQUINOA.

Entre las organizaciones indicadas en la tabla precedente se encuentra el Consejo de Desarrollo Local de Salud.

Centro de Salud Familiar Dr. Joaquín Contreras S. Requinoa - Sexta Región



Respecto al tema laboral de nuestra comuna, la tabla siguiente grafica la intermediación laboral registrada, durante el año 2017.

INTERMEDIACION LABORAL	Nº de Personas
Personas enviadas a un empleo	624 - 700
Personas inscritas para capacitación	198
Personas que recibieron subsidios de cesantía	700 / 1100
Personas inscritas en la Municipalidad en busca de empleo	400 - 550
Número de solicitudes de subsidios de cesantía	AFC
Número de personas que egresan de cursos de capacitación laboral	100 - 120

FUENTE: OMIL. MUNICIPALIDAD REQUINOA

AFC: la Administradora de Fondo de Cesantía se encarga de las solicitudes, el municipio solo asesora frente a dudas de los usuarios/as.

En el ámbito Educacional en nuestra comuna existen 11 establecimientos de educación municipal (10 básicos que incluye liceo y una escuela especial, de los cuales 3 están ubicados en áreas rurales y los 8 restantes en lugares urbanos. La población en edad escolar durante el año 2017 fue de 8021 personas, en tanto la matrícula general para Enseñanza Básica fue de 2000 y para Enseñanza Media llegó a 392 (Fuente: JEFE DAEM).

1.3 PERFIL EPIDEMIOLOGICO

La Mortalidad General de nuestra comuna durante el año 2012 fue de 111 personas, la tasa correspondió a un 4.2, distribuida en 48 mujeres y 63 hombres. En tanto la regional llegó a 5283 personas, dividida en 2373 para mujeres y 2910 en varones, con una tasa de 5.9. (Fuente: DEIS)

La tasa de Mortalidad Infantil para el año 2011-2013 en Requinoa fue de 7,5. (Tasa Trienal 2011- 2013, Fuente: DEIS-MINSAL). Al momento de confeccionar este documento no existe actualización en la página del DEIS.

En la siguiente tabla se describe las tasas de mortalidad de nuestra comuna de acuerdo a las causas observada por cada 100.000 habitantes.

TASA DE MORTALIDAD

CAUSA	TASA
CARDIOVASCULARES	171.8 (Hombres); 124.5 (mujeres)
I.A.M	37.5 (regional)
TUMORES	104.6 (hombres); 116.7 (mujeres)
CAUSAS EXTERNAS	82.2 (hombres); 15.6 (mujeres)
MORTALIDAD POR SUICIDIO	5.0 (hombres); 2.6 (mujeres)
CANCER DE MAMA	15.5
CANCER DE PROSTATA	7.4 (bianual 2012-2013)
RESPIRATORIAS	29.9 (hombres); 31.1 (mujeres)
CANCER C.U	5.2
NEUMONIAS	14.9 (hombres); 27.2 (mujeres)

Fuente: Perfil Epidemiológico Región del Lib. Bdo. O'higgins (2015-2016)



La Mortalidad Fetal, Neonatal, Perinatal como la Tasa de Natalidad y de Fecundidad se registra en la tabla siguiente de acuerdo a los datos y fechas encontrados.

LUGAR	MORTALIDAD FETAL AÑO 2012		MORTALIDAD NEONATAL AÑO 2012		MORTALIDAD PERINATAL AÑO 2012		TASA NATALIDAD AÑO 2012		TASA DE FECUNDIDAD AÑO 2012
	N°	TASA*	N°	TASA*	N°	TASA*	N°	TASA**	TASA*
PAIS	2.064	8.4	1283	5.4	2310	9.4	243.635	14.0	1.8
REGION	96	7.9	63	5.3	132	10.8	10.933	13.5	1.9
COMUNA	2	5.6	2	5.7	3	8.5	347	13.4	1.9

Fuente: DEIS(*), Perfil Epidemiológico Región del Lib. Bdo. O'higgins (2015-2016)(**)

AÑOS DE VIDA POTENCIALMENTE PERDIDOS.

Los últimos datos registrados en el DEIS corresponden al año 2014, para nuestra comuna fue de 1.616 años, de los cuales 1.099 corresponden a hombres y 517 a mujeres, con una tasa mixta de 53.5 por 1.000 hbtts. Esta cifra a nivel regional llegan a 41.201 en varones y 25.261 en mujeres, con una tasa mixta de 73.15 por 1.000 habitantes (Fuente: DEIS 2014).

ENFERMEDADES DE NOTIFICACION OBLIGATORIA

PATOLOGIA	2007-2011	2012-2016	REGION	PAIS
SIFILIS	20	17	1.211 (1.4%)	21.365 (0,08%)
GONORREA	4	4	191 (2,09 %)	8.296 (0,04%)
HEPATITIS A	6	1	74 (1,35 %)	6.059 (0,06%)
HEPATITIS B	2	4	192 (2,08%)	5.809 (0,06%)
CHAGAS	4	3	170 (1,76%)	1.183 (0,25%)
COQUELUCHE	8	12	500 (2,40%)	10.348 (0,11%)
PAROTIDITIS	4	1	170 (0,58%)	5.154 (0,01%)
TUBERCULOSIS	15	11	443 (2,48%)	11.231 (0,09%)
VIH	7	10	680 (1,47%)	8.203 (0,12%)
HIDATIDOSIS	3	0	69	1.1654

FUENTE: UNIDAD EPIDEMIOLOGIA SEREMI VI REGION



PROGRAMA DE SALUD INFANTIL

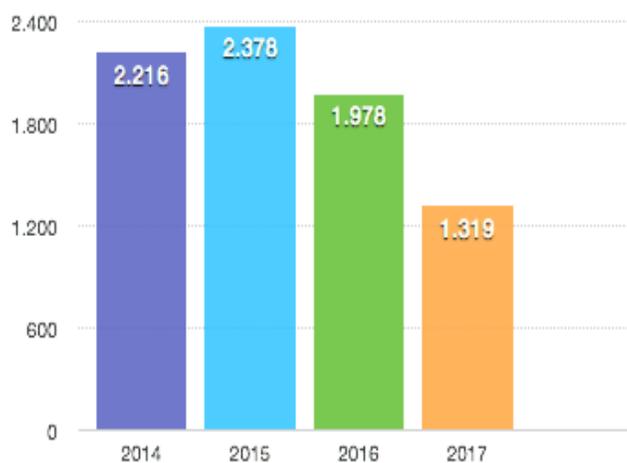
“Los niños y las niñas son el recurso principal de un país, por lo que asegurar un desarrollo integral en la primera infancia es un desafío estratégico que se debe basar en el reconocimiento y la protección de sus necesidades específicas y derechos humanos.”(Programa Nacional de Salud de la Infancia)

“Las condiciones de inequidad, expresadas en desigualdades de género, clase social y de grupo étnico, tiene efectos dañinos en el desarrollo en la niñez.” El Programa de Salud de la Infancia propone un marco coherente y consistente para abordar los desafíos actuales relacionados con los principales problemas de salud de niños y niñas menores de 10 años, tienen un enfoque de derechos y determinantes sociales de la salud. Los principales problemas que presenta la infancia hoy , requieren fortalecer el trabajo colaborativo y coordinado entre diversas instituciones y sectores para potenciar el impacto de las intervenciones. Es necesario seguir potenciando a los equipos de salud fortaleciendo sus competencias en la búsqueda intencionada de rezago, en estimulación temprana , en ontogénesis, empoderar a las familias con niños y niñas menores de 10 años, y comunidades en el cuidado y desarrollo infantil y crear entornos físicos y sociales que promuevan el desarrollo integral. .”(Programa Nacional de Salud de la Infancia).

La evolución demográfica en Chile, muestra el envejecimiento de la población, el aumento de la expectativa de vida y la baja natalidad. Esto repercute en la disminución de la proporción de niños y niñas en relación a la población en general. En 1980 los menores de 10 años representaban un 21,7% de la población, en tanto, en el 2010 llegó a un 14,5%, proporción que se estima seguirá bajando. .”(Programa Nacional de Salud de la Infancia).

Requinoa no escapa a esta realidad, la población infantil bajo control ha ido en franca disminución. La gráfica que se presenta a continuación muestra un descenso de la población desde el año 2014 al año 2017 de más de un 50% de disminución de la población infantil. (P2)

Gráfica comparativa de 4 años de la población infantil bajo control.



Malnutrición por Exceso.

La malnutrición por exceso (Obesos y Sobrepesos) es actualmente un problema de salud pública por las consecuencias biológicas, psicosociales y económicas que tiene en la población. La causa principal está focalizada en la alta ingesta calórica, sodio y escasa actividad física de la población, produciendo además inequidades importantes por nivel socioeconómico. El Índice de Masa Corporal (IMC) elevado es predictor de Hipertensión Arterial y la obesidad e historia de dislipidemia se relacionan con riesgo cardiovascular y otras enfermedades crónicas. (Programa Nacional de Salud de la Infancia).



La malnutrición temprana, ya desde el período fetal, puede conducir a resistencia insulínica y Diabetes Mellitus después de los 50 años. Además condiciona un mal desarrollo cerebral, mal crecimiento corporal, alteración de la masa muscular y programación metabólica, menor capacidad cognitiva y bajo rendimiento escolar. (Programa Nacional de Salud de la Infancia).

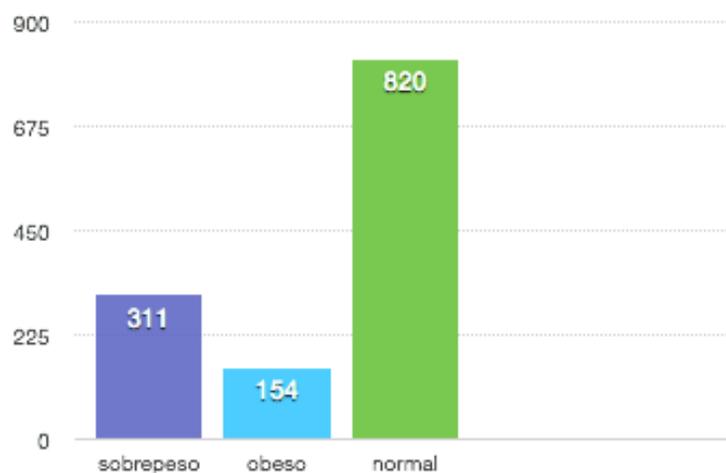
La malnutrición por exceso es uno de los fenómenos que tiene una prevalencia alta y creciente desde los primeros años de vida. La prevalencia de sobrepeso y obesidad en menores de 6 años a nivel nacional ha crecido pronunciadamente en los últimos años. Durante el año 2011, del total de menores de 6 años que se controlaban en el sistema de salud pública, un 33% tenía malnutrición por exceso, 30% Obesidad y 70 % sobrepeso. (Programa Nacional de salud de la Infancia).

En nuestra comuna a junio del año en curso un 35,5% de la población infantil de 0 a 4 años 11 meses 29 días tiene malnutrición por exceso, 12 % Obesidad y 24% sobrepeso, lo que representa un total de 465 niños bajo control. (REM A03,P2)

La población infantil de 5 a 9 años, tiene un 35,9% de malnutrición por exceso, 15,9% de Obesidad y 18,7% de Sobrepeso.

Los equipos de salud deben estar preparados para estos desafíos, trabajar multidisciplinariamente y en red para lograr revertir este fenómeno.

Esta gráfica muestra el estado nutricional de la población menor de 5 años año 2017



Déficit y Rezago del Desarrollo Infantil.

Chile ha planteado como uno de los objetivos sanitarios de la próxima década la disminución del rezago en la población menor de 5 años ya que el rezago influye fundamentalmente en la adquisición de destrezas y habilidades, lo que a su vez condiciona su calidad de vida durante la infancia y en etapas posteriores, limitando las posibilidades del rendimiento escolar y posibilidades de inserción social en el futuro.(Programa nacional de salud de la Infancia)

Según la Encuesta Nacional de Calidad de Vida y Salud (2006), cerca de un 25% de los niños y niñas no alcanzan todos los hitos del desarrollo esperables para su edad, lo cual se denomina rezago y un 11% no alcanza los hitos del desarrollo esperable para el tramo anterior retraso.

En la población bajo control de 0 a 4 años de nuestra comuna, atendida el año 2016, se diagnosticaron 112 niños con algún grado de déficit en su desarrollo psicomotor, ya sea con instrumentos de evaluación o pautas breves aplicadas en los controles por enfermeras. Esta cifra representa un 6 % de la población bajo control y muy por debajo de la prevalencia nacional.



Este año 2017, a octubre se han diagnosticado 143 niños con algún grado de déficit en su desarrollo psicomotor, lo que representa un 10% de la población total bajo control de 0 a 4 años.

Como encargada del Chile Crece Contigo y del Programa de Salud Infantil se ha tomado este objetivo como fundamental en nuestra labor y se ha impulsado e incentivado a los enfermeros y enfermeras a hacer propia esta labor y trabajar en beneficio de la disminución del rezago en la población infantil de nuestra comuna.

Las diferencias de cobertura del año 2016 y 2017 (el aumento de déficit se dio en los últimos meses de este año) obedecen al cambio no programado de profesionales enfermeros, por licencias médicas. Se ha trabajado con enfermeros jóvenes comprometidos en esta tarea. Pero aún estamos muy por debajo de la prevalencia esperada.

Detectar tempranamente un déficit en el desarrollo psicomotor de un niño, entregar un tratamiento oportuno puede hacer una gran diferencia en el desarrollo futuro del menor. Los equipos de enfermería deben entender la trascendencia que tiene su trabajo en la vida futura de los niños que hoy están atendiendo.

El aumento de las coberturas de déficit en todos los grupos etarios, conlleva a nuevas necesidades de financiamiento, pues no contamos con una sala de estimulación que de respuesta a las necesidades de la población infantil con déficit. Se deberán tomar decisiones difíciles, pues debemos colocar al servicio de la comunidad profesionales de la salud responsables, competentes, comprometidos en explotar las oportunidades y que sean capaces de enfrentarse el nuevo desafío de diagnosticar tempranamente el déficit, recuperarlo, realizar el seguimiento, visitar y acompañar a los niños y niñas y sus familias.

Esta gráfica muestra las diferencias de ingresos de niños con déficit de los años 2016 (Enero a Diciembre) vs 2017 a Octubre. El mayor ingreso se ha presentado desde los meses de julio en adelante, que coincide con el cambio de profesionales de enfermería por licencias médicas.





Lactancia Materna.

La lactancia materna exclusiva según recomendaciones de la OMS debe mantenerse hasta los 6 meses de vida del bebé, hoy en día gracias a la Ley 20.545 las mujeres trabajadoras pueden cumplir con esta indicación. (DEIS MINSAL 2012). La lactancia materna ha demostrado ser un factor protector importante, tanto para la calidad de vida durante la infancia, como para las otras etapas de la vida.(Programa Nacional de Salud de la Infancia)

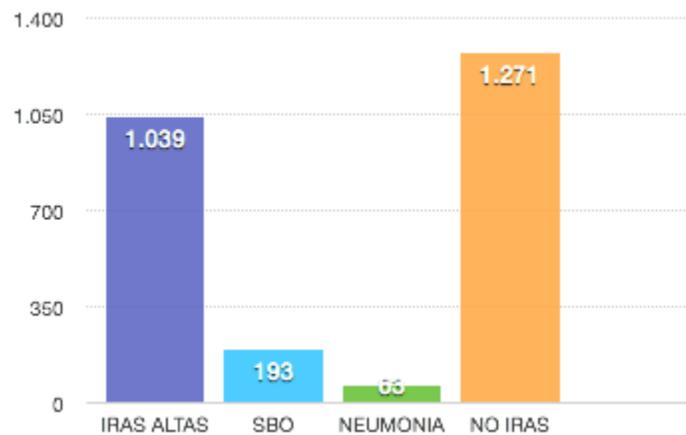
Según nuestros registros la lactancia materna exclusiva desde el año 2015 era de un 41,6%, con un aumento en el año 2016 a 59,5%. Este año 2017 a Octubre alcanza una cobertura de 50%, lo que esta por debajo de la meta impuesta a nivel comunal, cual es un 61.56%.(REM A03)

Este año en Septiembre se creó el Comité de Lactancia Materna, que consta de un equipo multidisciplinario el cual tiene como objetivo principal implementar estrategias de mejora en los controles de salud de los diferentes profesionales para prolongar la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses. Estrategias que se implementarán a partir de enero del 2018.

Morbilidad en la Infancia.

El desafío de la salud pediátrica de este siglo es promover las estrategias necesarias para lograr el máximo desarrollo en niños y niñas, acorde con su potencial genético y la adaptación a un entorno cambiante, actuar tempranamente sobre los condicionantes de riesgo y reducir el impacto negativo sobre los daños instalados, de modo de mejorar su bienestar hoy y en las etapas posteriores de la vida. Esto obliga a enfocar los esfuerzos en reducir las tasas de enfermedades que toman protagonismo en la infancia, y que tienden a agudizarse en el resto de las etapas de la vida, dentro de las cuales se encuentran: la obesidad, el sobrepeso, los problemas respiratorios, problemas de salud mental, enfermedades crónicas entre otras.(Epidemiología , nueva morbilidad pediátrica y rol del pediatra. N Vargas y A Quezada.)

Esta gráfica muestra patologías como los problemas respiratorios en la infancia y otras enfermedades no respiratorias, que no están clasificadas en las estadísticas locales.





PROGRAMA DE LA MUJER

PROGRAMA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

A continuación se expresan los datos más relevantes de este Programa que abarca una población inscrita validada por FONASA de mujeres entre 15 y más años de para el año 2017 de 9190. La población validada del año 2018, al corte efectuado el 31 de agosto del 2017 y enviada recientemente por la Dirección del Servicio de Salud es 9433 mujeres en igual grupo etario.

CÁNCER CERVICOUTERINO

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). En el año 2011 fallecieron 587 (tasa 6.7 por 100.000 hbts., Fuente DEIS). mujeres por esta causa, ocupando el séptimo lugar entre las muertes por cáncer en la mujer. La detección precoz mediante técnicas de screening; (PAP) cada 3 años a nivel primario, es una herramienta fundamental para disminuir la Morbi-mortalidad de ambos cánceres, logrando una reducción del 90.8% de la incidencia acumulada de cáncer invasor.

COBERTURA PAP:

La Meta comunal alcanzada en el año 2016 fue de un 72.4 %, logrando que 4327 mujeres entre 25 y 64 años tuviesen su Pap vigente, de una población inscrita de 5978. Esta cobertura es una de las más altas de la región. En tanto, hasta el 31 de octubre del año 2017 la cobertura alcanzó un 65.4 %, con 4075 mujeres de igual grupo etario, (Citoexpert), con una población inscrita de 6231 mujeres. Se espera que al año 2020 la cobertura nacional sea de un 80%.

TABLA N° 1: SITUACION DE MUJERES DE 25 A 64 AÑOS RESPECTO A METODO DE SCREENING (Pap) PARA CANCER CERVICO UTERINO EN REQUINOA A OCTUBRE 2017

POBLACION INSCRITA	PAP VIGENTE	
	N°	%
6231	4075	65.4

Fuente: citoexpert



TABLA Nº 2: TOTAL DE PAP REALIZADOS EN LA COMUNA SEGUN RESULTADOS OBTENIDOS AÑOS 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016 y a octubre 2017

AÑO	Nº 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
2013	1381	1335	7	17	1	21
2014	1400	1315	25	26	2	32
2015	1706	1612	32	15	0	47
2016	1554	1038	36	17	0	63
10/2017	1330	1261	31	20	1	17

Fuente: Libro Registro Pap CESFAM y PSR REQUINOA.

Durante el año 2016 se derivaron 33 mujeres al nivel secundario usuarias 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. En tanto, esta cifra actualizada al 31 de octubre durante el año 2017 es 28 de mujeres; 27 de ellas por Pap alterado y 1 por sospecha clínica.

PROBLEMA DE SALUD PESQUISADO:

“BAJA ASISTENCIA ESPONTANEA Y CITADAS 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.

Esto se basa en nuestra experiencia respecto a campañas de aumento de coberturas de la toma del Pap, efectuada en el transcurso del año. A las convocatorias que se hacen dirigidas y con llamados telefónicos, acude solamente en 60% de las personas citadas.



CÁNCER DE MAMAS

En el año 2011, hubo 1347 defunciones, la tasa de mortalidad fue de 15.5 por 100.000 hbs. (Fuente: DEIS) 7 fallecimientos por cada 2 días, debido a esta patología. La tasa de mortalidad por este tipo de cáncer aumenta a partir de los 45 años, concentrando el 90.2 % de las defunciones en este grupo.

En Chile existe el Programa Nacional de Pesquisa y Control del Cáncer de Mama, el que cuenta con una red de atención que parte desde el nivel primario, y comprende estrategias y actividades de prevención, pesquisa, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de este cáncer.

Actualmente la pesquisa se basa en la realización del Examen Físico de Mamas (EFM) protocolizado realizado por profesional competente y la enseñanza del autoexamen de mama (AEM) a toda mujer a contar de los 35 años, cada 3 años y anual en mujeres con factores de riesgos.

Eje principal en este tópico es la realización de mamografía cada 3 años gratis, focalizada en el grupo de 50 a 54 años de edad. Se espera que para el año 2020, el 80% de las mujeres entre 50 y 69 años tengan una mamografía vigente, nuestra comuna a octubre del año 2017 tiene una cobertura de un 31.8% con este examen vigente.

Pesquisa y Prevención del Cáncer de Mamas

En la siguiente tabla se expone el número de EFM Protocolizado, de acuerdo al resultado obtenido y años de ejecución

TABLA Nº 3: EXAMENES FISICOS DE MAMAS (EFM) PROTOCOLIZADOS DE ACUERDO A RESULTADOS AÑOS 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016 y a 10/2017

AÑO	EFM REALIZADOS	NORMALES	PROBABLE PATOLOGIA BENIGNA	PROBABLE PATOLOGIA MALIGNA
2011	605	514	88	3
2012	683	595	87	1
2013	558	396	127	35
2014	496	473	22	1
2015	866	794	69	3
2016	816	700	114	2
10/2017	708	607	96	5

Protocolo EFM.



TABLA N° 4: SITUACION DE MUJERES DE 35 A 64 AÑOS RESPECTO A METODO DE SCREENING MAMOGRAFIA, PARA CANCER MAMARIO EN REQUINOA A OCTUBRE 2017.

POBLACION INSCRITA	MX VIGENTE	
	N°	%
4367		
CESFAM	1086	24.9
LIRIOS	26	0.6
ABRA	203	4.6
TOTIHUE	74	1.7
TOTAL	1389	31.8

Fuente: Bases de Datos CESFAM y PSR Requinoa

De esta tabla se desprende que el 31.8 % de las mujeres de 35 a 64 años, inscritas tiene este examen vigente, 6 % menos que el año pasado.

Durante el año 2016 se derivaron a la Unidad de Patología Mamaria 25 mujeres; de las cuales; 19 correspondían a Probable Patología Benigna y 4 con sospecha de Cáncer mamario, las cuales se encuentran en control y seguimiento en el nivel secundario y terciario de atención. Al 31 de octubre del año 2017 se han derivado al nivel secundario 12 mujeres; 2 por sospecha cáncer mamario y 10 por eventual patología benigna,

El número de Mamografías por el Convenio Programa de Imágenes Diagnósticas en Atención Primaria realizadas en el año 2016 fue de en tanto se efectuaron Ecotomografías Mamarías. Durante el año 2017, al 31 de octubre se han efectuado 436 de un total de y 489 mamografías asignadas. En este mismo tópico se han efectuado 42 de un total de 49 Ecotomografías mamarías asignadas, en los grupos objetivos.



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, 2012, 2013, 2014, 2015 y 2016 se lograron coberturas del 85.8 %, 85.81, 86.84% %, 86.46 %, 88.12% y 90.36% respectivamente de ingresos de gestantes a control antes de las 14 semanas de gestación. Desde Enero al 31 de octubre del año 2017 esta cifra es 92.865 %, siendo lo programado un 90%. 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.

Por otra parte, es relevante el hecho de que del total de ingresos efectuados durante el año 2016 existe un 54.38%; 155 de 285 gestantes que señalan no haber planificado su embarazo, de estas gestantes el 15.5 % corresponde a menores de 20 años.

En relación a lo anteriormente señalado existe una baja cobertura de control Preconcepcional; actividad vital para prevenir el embarazo no deseado y reducir los riesgos de una futura gestación. Esta prestación subió de 60 a 179 actividades entre el año 2014 y 2015, sin embargo en el año 2016 esta cifra descendió a 155, constituyéndose en un problema planteado por el equipo maternal a trabajar durante el año 2015 en adelante. Lo realizado a octubre del año 2017 muestra que no hemos incrementado esta actividad alcanzando solo 103 al 31 de octubre de 235 programadas, por lo que se plantea nuevamente como un problema a tratar y se espera incrementar en al menos un 30% durante el año 2018 la cifra alcanzada a octubre del 2017, la cual fue de 125 prestaciones.

MUJERES EN EDAD DEL CLIMATERIO

En relación a la salud de la mujer en etapa climaterica, nuestra realidad es que existían en el año 2015, 778 mujeres en control, de una población inscrita de 2701 lo que significaba una cobertura de un 28.8%. Sin embargo, solo 43 mujeres se encontraban con Terapia Hormonal de Reemplazo y 78 con pauta MRS elevada de un total de 230 con pauta aplicada, constituyendo esto una cobertura de aplicación de éste instrumento del 32.63%, la cual está muy por debajo de lo esperado de acuerdo a las Estrategias Nacionales de Salud para el periodo. En el año 2016 la cobertura de mujeres en control fue de un 29 %, con 805 personas, de una población inscrita de 2771, de las cuales 300 tenían la pauta MRS aplicada (37.2%) y usaban Terapia Hormonal de Reemplazo (THR) 37 mujeres de 106 que resultaron con la MRS elevada, constituyendo un 34.9%. A octubre del año 2017 el número de mujeres en control ascendió a 886, representando un 30% de cobertura, con 357 personas con pauta MRS aplicada (40.29%). En tanto 40 mujeres usan THR de 100 que presentaron la pauta elevada (40%).

Lo anterior fue expresado como un problema a trabajar durante el año 2017, por nuestro equipo el cual se inserta en el OE N° 4.7 que se refiere a Mejorar la calidad de vida de la mujer posmenopáusica. Considerando que hubo un incremento en la cobertura y en la indicación de la THR, pero que aún no se



logra la meta propuesta es que hemos determinado continuar con las estrategias actuales a objeto de mejorar la calidad de vida de nuestras usuarias climatéricas.

La metas a lograr en el año 2018 en este tópico son las siguientes:

- 1.- Incrementar la Población en Control en al menos un 5 % respecto a la expresada en la tabla siguiente.
- 2.- Lograr al menos el 50 % de aplicación pauta MRS a la población en control.
- 3.- Iniciar en al menos el 10% de las mujeres con Pauta elevada THR.

La metas a lograr deben considerar como referencia las cifras expresadas en la Tabla N° 5.

TABLA N° 5. MUJERES EN CONTROL CLIMATERIO CORTE OCTUBRE 2017

POBLACION INSCRITA: 2932	45-64 AÑOS	CESFAM	LIRIOS	ABRA	TOTIHU E	COBERTURA TOTAL
EN CONTROL	886	641	116	86	43	30
CON MRS	357	116	57	12	7	12
MRS ELEVADA	100	86	45	24	13	3.4
CON APLICACION THR SEGÚN MRS	40	43	15	6	1	40

Fuente: REM P1.



VIH Y SIDA.

El primer Objetivo Estratégico (OE) de las Estrategias Nacionales de Salud 2011-2020 (ENS), es reducir las muertes por VIH/SIDA. Al respecto nuestra comuna tiene 15 PPVIH, en control en el CAE del Hospital Regional Rancagua; de las cuales 12 son varones; 2 de ellos de 18 años y 3 mujeres. (Fuentes: CAE HRR al 30/11/2016). Al efectuar el Diagnóstico respecto a la pesquisa encontramos que el 100 % de las gestantes se realizan el Test y sólo un grupo reducido de personas se realiza la prueba de tamizaje para determinar la prevalencia de la enfermedad.

TABLA N° 6 NUMERO DE TEST VIH REALIZADOS DE ACUERDO A ACTIVIDADES EN LAS CUALES FUERON SOLICITADOS A OCTUBRE 2017

ACTIVIDAD	N°	%
CONSULTA ESPONTANEA	101	44.4
CONSULTA ITS	28	12.3
CONSULTA MORBILIDAD	13	5.72
CONTROL CICLO VITAL	34	15
EXAMEN DE MEDICINA PREVENTIVA	2	0.9
CONTROL REGULACION DE FECUNDIDAD	48	21.14
ACCIDENTE CORTOPUNZANTE	1	0.44
TOTAL	227	100

FUENTE: REGISTRO LABORATORIO CESFAM.

La meta a cumplir durante el año 2017 era lograr un 50% más de exámenes respecto a lo efectuado a octubre del año 2016. El número de exámenes realizados en el mismo lapso durante este año supera en un 66.9% lo efectuado en el año 2016, cumpliéndose satisfactoriamente esta meta. Sin embargo, debido a la migración en aumento, es necesario continuar con la pesquisa activa ofreciendo el examen a todos nuestros usuario/as sexualmente activos.



Finalmente, a continuación se identifican las actividades a realizar durante el año 2018.

CANASTA DE PRESTACIONES PROGRAMA DE ATENCION A LA MUJER

CONTROLES:	CONSEJERÍAS INDIVIDUALES:
PRENATAL TOMA MUESTRA PAP EX. FISICO MAMARIO PRECONCEPCIONAL INGRESO A CONROL DE SALUD RN POST PARTO POST ABORTO PUERPERA-RN HASTA 10 DIAS PUERPERA-RN ENTRE 11-28 DIAS GINECOLOGICO CLIMATERIO ING. CONT. CLIMATERIO PAUTA MRS REG. FEC CONTROL ITS	CONSUMO DE DROGAS SALUD SEXUAL Y REPRDUCTIVA. REGULACION DE FECUNDIDAD CONSEJERIA PRE-VIH (PREVENCIÓN TRANSMISIÓN VERTICAL) CONSEJERIA POST -VIH (PREVENCIÓN TRANSMISIÓN VERTICAL) PREVENCIÓN ITS Y VIH VIH/SIDA PRE TEST VIH/SIDA POST TEST OTRAS AREAS
CONSULTAS:	INGRESOS PLANIFICACIÓN FAMILIAR:
CONSULTA ABREVIADA CONSULTA POR INFERTILIDAD MORBILIDAD OBSTETRICA MORBILIDAD GINECOLOGICA CONSULTA ITS ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA CONSULTA DE LACTANCIA MATERNA	APLICACIÓN EVALUACIÓN PSICO – SOCIAL ABREVIADA APLICACIÓN EDIMBURGO (REEVALUACIÓN CON PUNTAJE > O IGUAL 13 PUNTOS O PREGUNTA 10 DISTINTO A 0)
CONSEJERÍA FAMILIAR	
VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL.	
EDUCACIÓN GRUPAL.	
EMPA EN MUJERES DE 45 A 64 AÑOS	



PROGRAMA CARDIOVASCULAR

SALUD DEL ADULTO Y ADULTO MAYOR

Acorde con las recomendaciones internacionales, el año 2002 se combinaron los programas de HTA y diabetes DM en un programa integrado: el Programa de Salud Cardiovascular (PSCV) para la atención primaria enfocado en el riesgo cardiovascular global de las personas en lugar de los factores de riesgo por separado.

Desde el Ministerio de Salud (MINSAL) se ha generado diversa documentación conceptual y metodológica para orientar la práctica y transformación de los Centros de Salud hacia la mayor inclusión de la familia y comunidad como unidad de atención, fundando su quehacer en los principios definidos por el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, el PSCV se incluye en este modelo a través de: **integralidad de la atención, continuidad de los cuidados y centrado en las personas.**

Este programa busca prevenir y reducir la morbilidad, discapacidad y mortalidad prematura por ECV así como prevenir las complicaciones de la diabetes mellitus, en congruencia con los objetivos sanitarios definidos a nivel nacional e internacional.

La reducción de la mortalidad por Enfermedades Cardiovasculares (ECV) ha sido priorizada por el Ministerio de Salud en la Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios tanto para la década pasada como para el período 2011-2020.

Considera 4 puntos, de los cuales están incorporados dentro del programa cardiovascular*:

	Tema	Objetivos	Meta	2010	2015	2020
2.1	Enfermedades Cardiovasculares	Aumentar la sobrevida de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	Aumentar 10% la sobrevida al primer año proyectada del infarto agudo al miocardio	78,5%	82,7%	91,0%
			Aumentar 10% la sobrevida 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 100.00	6,8 por 100.000

Quando hablamos de patologías cardiovasculares, entre ellas diabetes, hipertensión arterial, enfermedad renal crónicas, dislipidemias. Todas han experimentado un aumento en la incidencia y prevalencia a nivel nacional, con dificultades para lograr compensación de estas. Dentro de estas, las ECV, primera causa de muerte, han aumentado en un 41% entre 1990 y 2013.

Centro de Salud Familiar Dr. Joaquín Contreras S. Requinoa - Sexta Región



Las ENT se deben, en su mayoría, a factores de riesgo biológicos prevenibles como elevaciones de la presión arterial, glicemia, colesterol y sobrepeso, y factores de riesgo conductuales como sedentarismo, tabaquismo, consumo excesivo de alcohol y dietas malsanas.

Chile y nuestra comuna no es una excepción a esta pandemia. Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la principal causa de muerte, responsables del 27.53% del total de defunciones el 2013, a expensas principalmente del ataque cerebrovascular y del infarto agudo al miocardio.

Perfil Epidemiológico Requinoa

Datos Octubre 2017	HTA	HTA compensado	DM	DM compensado
Cesfam	2403	1659	1025	450
Lirios	454	313	197	74
Abra	309	229	167	91
Totihue	95	65	39	21
Total	3261	2266	1428	636

Una medida de gran importancia, es la detección precoz en etapa asintomática las enfermedades cardiovasculares, ya que de esta manera se logra compensación a tiempo y disminución de las comorbilidades producidas por descompensaciones.

Ingreso del programa de salud cardiovascular a través de:

- **Examen de medicina preventiva del adulto y del adulto mayor (EMPA/EMPAM):** Es un plan de monitoreo y evaluación de salud para detectar precozmente enfermedades prevenibles o controlables. EMPA en diferentes agrícolas y empresas de la comuna; a diario en y en Postas Rurales, EMPA en operativo a inmigrantes. EMPAM a nuestra población mayor de 65 años.
- **Factores de riesgo pesquisados en el Programa Vida Sana.**
Con diagnóstico de DM-HTA-DLP y tabaquismo en personas mayores de 55años.
- **Consulta de urgencia:** muchas veces es el único punto de encuentro del paciente con el sistema de salud.
- **Salud de la Mujer** desde temprana edad la mujer tiene controles ginecológicos, embarazos puerperio, climaterio entre otros. Todos estos presentan la oportunidad de el Examen de medicina preventiva.
- **Consulta de morbilidad** y otros controles y consultas de salud
- **Dirección de tránsito.** Coordinaciones con el departamento de tránsito para derivación de pacientes.



Además de cubrir el tratamiento de la población inscrita en los controles crónicos por equipo multidisciplinario compuesto por Médicos, Enfermeros, Nutricionista, Técnicos de enfermería de nivel Superior (TENS), Psicólogos y podólogos, contamos con profesora de educación física, que realiza distintos talleres de actividad física, en sectores de la comuna de esta manera lograr mejor accesibilidad a realizar actividad física.

Objetivo general del PSCV

Reducir la incidencia de eventos cardiovasculares a través del control y compensación de los factores de riesgo cardiovascular en APS, así como también, mejorar el control de las personas que han tenido un evento cardiovascular con el fin de prevenir la morbilidad y mortalidad prematura, junto con mejorar la calidad de vida de las personas.

Objetivos específicos del programa:

- Reducir el RCV de las personas bajo control.
- Fomentar estilos de vida saludable.
- Lograr el control de los factores de riesgo.
 - Alcanzar niveles de presión óptimos.
 - Mejorar control metabólico de las personas con diabetes
 - Mejorar niveles de colesterol de las personas con dislipidemias.
- Prevención secundaria en personas con antecedentes de enfermedades cardiovasculares.
- Pesquisar precozmente la enfermedad renal crónica en personas con factores de riesgo.
- Abordar a la familia como unidad de apoyo que potencie los cambios de conducta de sus integrantes.
- Generar espacios de dialogo comunitario para el abordaje de los factores de riesgo en la población.



PROGRAMA DE PACIENTE CON DEPENDENCIA SEVERA O POSTRADOS.

El Programa de Atención Domiciliaria a Personas con Dependencia Severa, constituye una estrategia sanitaria, que comenzó a ser ejecutada a nivel país desde el año 2006 a la fecha, tanto en los establecimientos de Atención Primaria de Salud, dependiente de los Municipios como en aquellos que dependen directamente de los Servicios de Salud. Este programa surge en respuesta a dos hechos: el envejecimiento progresivo de la población y además a los altos índices de discapacidad que estableció el Estudio de Prevalencia de Personas con Discapacidad, realizado el año 2004, el cual mostró que 2.068.072 chilenos presenta algún tipo de discapacidad, lo que corresponde a un 12,9% de la población del país.

PROPÓSITO DEL PROGRAMA

El Programa de Atención Domiciliaria a Personas con Dependencia Severa, está dirigido a todas aquellas personas que sufran algún grado de dependencia severa: física, psíquica o multidéficit, según índice de Barthel; y a preparar a las familias que cuidan a este tipo de pacientes, 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.

FUNCIONAMIENTO DEL PROGRAMA AÑO 2017

Debido a los resultados de una encuesta de satisfacción usuaria, realizada en noviembre de 2015 a 57 cuidadores (tamaño muestral con un 95% de confianza y un 3% de precisión), donde la comunidad manifestó su disconformidad por la escasa cantidad de horas médico para morbilidad dentro del programa. Durante el año 2017 se decide redistribuir las mismas 15 horas semanales de médico, disminuyendo de 4 a 3 controles anuales, pero aumentando la posibilidad de visitas domiciliaria por morbilidad. Este cambio ha permitido dar respuesta a la gran demanda de atención médica frente a patologías agudas, lo que ha sido muy bien recibido por parte los cuidadores. Sin embargo, es necesario valorar objetivamente su nivel de satisfacción.

Durante este año además se continúa con la “capacitación a cuidadoras de personas con dependencia severa o postradas”, esta consiste en la realización de 5 talleres a cargo de distintos profesionales: asistente social, kinesiólogo, enfermera, nutricionista y este año se solicita la colaboración de fonoaudióloga, por lo que también participa en las capacitaciones. Finalizados los 5 días de capacitación las cuidadoras de personas con dependencia severa reciben un “carnet de cuidadora” que acredita su condición de cuidadora y que permite el acceso prioritario a la unidad de SOME y farmacia del CESFAM, es decir que este carné le da el derecho a la cuidadora, siempre que corresponda a un trámite de ella o de su familiar postrado, a no realizar fila en estas dos unidades.



DESAFIOS PARA AÑO 2018

- Realizar y cumplir “Plan de Cuidados a los Cuidadores de Personas con Dependencia Severa” a la totalidad de los usuarios bajo control.
- Instaurar una política de colaboración y facilidad a los cuidadores de personas con dependencia severa, entregando prioridad a través de su carnet en CESFAM y las 3 Postas de salud Rural.
- Aumentar el recurso de psicólogo al programa a través de la colaboración de este profesional perteneciente a los distintos equipos: Roble, Almendra, Araucaria.
- Ampliar el número de cuidadores capacitados anualmente.

ESTADISTICAS AÑO 2017

- **Número de usuarios del programa distribuidos según grado de dependencia.**

GRADO DE DEPENDENCIA	N° DE USUARIOS
Dependencia Leve	9
Dependencia Moderada	12
Dependencia Severa	81
Total Pacientes	102

- **Número de Visitas Domiciliarias integrales y de procedimiento realizadas de enero a octubre de 2017**

MES	VISITAS INTEGRALES MEDICO-ENFERMERA	VISITAS DE PROCEDIMIENTO
Enero	61	117
Febrero	79	100
Marzo	26	64
Abril	47	61
Mayo	31	76
Junio	54	110
Julio	70	60
Agosto	50	81
Septiembre	20	55
Octubre	52	78
TOTAL	490	802



PROGRAMA DE REHABILITACION INTEGRAL CON BASE COMUNITARIA

El Programa de Rehabilitación Integral es una estrategia transversal a lo largo del Ciclo Vital y a los grupos etarios, cuyo foco es la población de 20 y más años. Este programa se basa en el concepto de 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)

PROPÓSITO:

Entregar prestaciones de rehabilitación de calidad, en forma oportuna y accesible, a las personas en situación de discapacidad, permanente o transitoria, mejorando la resolutivez a nivel de la Atención Primaria de Salud.

OBJETIVO GENERAL:

Aumentar la cobertura de rehabilitación física en la red de Atención Primaria de Salud.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Desarrollar estrategias de rehabilitación integradas funcionalmente a la Atención Primaria de Salud, bajo un enfoque biopsicosocial y familiar.
2. Asumir progresivamente la atención integral de la totalidad de las personas en situación de discapacidad leve, transitoria o definitiva, apoyar el manejo terapéutico de las personas en situación de discapacidad moderada, y sus familias, en el contexto comunitario.
3. Desarrollar programas de prevención de discapacidades, promoción de la actividad física y mantención de la funcionalidad a lo largo del ciclo vital.
4. Desarrollar las competencias de los equipos de salud, en particular de profesionales de rehabilitación y médicos generales y de salud familiar, para resolver las necesidades de los usuarios portadores de síndromes dolorosos de origen osteomuscular y mejorar la oportunidad de las derivaciones a especialistas.



ESTADÍSTICAS AÑO 2017

- Número de ingresos a Programa de Rehabilitación Integral de enero a octubre de 2017, distribuidas según condición de salud

CONDICIÓN DE SALUD	CONCEPTO	TOTAL
TOTAL INGRESO (N° DE PERSONAS)		631
CONDICIÓN FÍSICA	Síndrome doloroso de origen traumático	146
	Síndrome doloroso de origen no traumático	191
	Artrosis leve y moderada de rodilla y cadera	37
	Secuela de accidente cerebro vascular (ACV)	22
	Secuelas de traumatismo encéfalo craneano (TEC)	1
	Secuela de traumatismo raquimedular (trm)	3
	Secuela quemadura	2
	Enfermedad De Parkinson	11
	Otro déficit secundario con compromiso neuromuscular en menor de 20 años congénito	20
	Otro déficit secundario con compromiso neuromuscular en menor de 20 años adquirido	20
	Otro déficit secundario con compromiso neuromuscular en mayor de 20 años	72
	Amputación por pie diabético	3
	Otros	85
CONDICIÓN SENSORIAL VISUAL	Congénito	0
	Adquirido	1
	Otros	2
CONDICIÓN SENSORIAL AUDITIVO	Congénito	1
	Adquirido	0
	Otros	4
OTRAS CONDICIONES	Cuidadores	7



- Número de personas que ingresan y número de sesiones de educación grupal realizadas por equipo de rehabilitación de enero a octubre de 2017

ÁREA TEMÁTICA DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO	TOTAL
Número De Personas	220
Número De Sesiones	160

- Número de visitas domiciliarias realizadas por equipo de rehabilitación de enero a octubre de 2017

VISITAS DOMICILIARIAS	TOTAL
Visita Domiciliaria Integral	65
Visita De Tratamiento Y/O Procedimiento	52

RESULTADOS DIAGNOSTICO PARTICIPATIVO 2016: DISCAPACIDAD

Salud, Autonomía y Dependencia		
Tema identificado	Problemas detectados	Posibles soluciones
1. Falta de Traslado	<ul style="list-style-type: none"> • No existe una mayor ayuda en locomoción adaptada. • Falta de optimización de recursos en traslado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Que exista un proyecto de traslado, con postulaciones a fondos públicos. • Que se adapte la locomoción.
2. Falta de Capacitación	<ul style="list-style-type: none"> • Falta que los profesionales sean capaces de atender bien a una persona que sea dependiente. • Falta de sensibilidad con el usuario, conocer y profundizar las enfermedades que tienen las personas. • Falta de profesionalismo para atender. 	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar capacitaciones a los profesionales para atender bien a los pacientes. • Promover buenas practicas.
3. Falta de Optimización de	<ul style="list-style-type: none"> • Mala derivación y no se hace prioridad al momento de 	<ul style="list-style-type: none"> • Que el funcionario se informe para



las derivaciones.	<p>derivar.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mucha demora para las interconsultas. • Falta de hora para atención. 	<p>luego dar la información correcta de la derivación al paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Que exista más profesionales para que sea menos la demora.
Otros temas	<ul style="list-style-type: none"> • Que los mismos médicos sean los que den las horas al momento de atenderte para el siguiente control. • Que no hayan privilegios para las personas que conocen a los funcionarios o profesionales. 	

Educación		
Tema identificado	Problemas detectados	Posibles soluciones
1. Falta de especialistas	<ul style="list-style-type: none"> • Bajo rendimiento en los jóvenes. • Problemas conductuales. • Falta de igualdad e inclusión. • Falta de información a Cuidadores. 	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitación de los profesores. • Información en reunión de apoderados.
2. Infraestructura	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultades de accesibilidad. • Accidentes. • Falta de interés por parte de los alumnos. • Falta de apoyo. • Frustración en el núcleo familiar. • Falta de acceso a las necesidades básicas. • Los colegios no están preparados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Creación de señaléticas. • Que los colegios accedan a proyectos de accesibilidad universal. • Educar a la población. • Sensibilizar a la población.
3. Sensibilización	<ul style="list-style-type: none"> • Temor a la discriminación. • Presencia de bullying. • Falta de talleres. 	<ul style="list-style-type: none"> • Talleres educativos. • Charlas. • Estrategias de inclusión. • Publicidad en los medios de comunicación. • Talleres contención emocional al público en general.
Otros temas	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de continuidad en los colegios, ya que no existe 	



	<p>continuidad al terminar el proceso educativo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Creación de voluntariado dentro de los alumnos.
--	--

Cultura, Deporte y recreación		
Tema identificado	Problemas detectados	Posibles soluciones
1. El cuidador queda en segundo plano por estar con el cuidador	<ul style="list-style-type: none"> • No hay tiempos de recreación. • No hay relevos para tener un recreación. • Se pasa todo el día con las personas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tener talleres de recreación • Tener becas laborales
2. Falta área de deporte inclusivo	<ul style="list-style-type: none"> • El único deporte son las Boccias. • Faltan espacios deportivos inclusivos. • Faltan plazas inclusivas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Que el concejal de deporte vaya al lugar. • Que se puedan hacer espacios inclusivos. • Las plazas sean inclusivas.
3. Falta de conciencia de la población no discapacitada	<ul style="list-style-type: none"> • Usan los espacios exclusivos de discapacitados. • Utilizan los asientos de discapacitados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Repartir papeletas para las personas. • Hacer charlas.
Otros temas	<ul style="list-style-type: none"> • Faltan talleres para personas en situación de discapacidad. • No hay acceso a la credencial de discapacidad. 	

Capacitación e Inclusión laboral		
Tema identificado	Problemas detectados	Posibles soluciones
1. Accesibilidad	<ul style="list-style-type: none"> • Acceso e infraestructura. • Desplazamiento. • Falta de implementación básica para PsD. • Déficit de transporte para PsD. 	<ul style="list-style-type: none"> • Que las empresas tengan la implementación básica y de comodidad para las PsD. • Que haya un sistema de transporte para las PsD. • Que exista políticas públicas de incentivo a las empresas para mayores oportunidades



		<p>laborales.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Creación de puestos de trabajo acordes a las capacidades de las PsD
2. Poca comunicación e información sobre inclusión laboral en PsD	<ul style="list-style-type: none"> • Desconocimiento de las organizaciones. • Poca participación de las personas debido a la poca información. • Falta de oportunidades y de aprovechar oportunidades debido a la poca información. 	<ul style="list-style-type: none"> • Educar mediante capacitación y charlas de las empresas a los empleadores y empleados.
3. invisibilidad de las PsD (cultura y educación)	<ul style="list-style-type: none"> • Desconocimiento de la existencia y de los derechos de las PsD. • Discriminación de las organizaciones al momento de contratar. • Inseguridad que genera la discriminación en PsD. • Desconocimiento de las capacidades que tienen las PsD. 	<ul style="list-style-type: none"> • Políticas públicas que hagan visible a las PsD • Charlas de información sobre discapacidad en los colegios. • Ayuda psicológica para PsD.

ACCIONES EJECUTADAS EN TORNO AL DIAGNOSTICO PARTICIPATIVO DURANTE 2016-2017

- Jornada de sensibilización y difusión de la ley 20.422 a conductores del transporte público de Requinoa.
- Jornada de capacitación a PsD y familiares sobre sus derechos, específicamente sobre la ley 20.422.
- Jornada de "Sexualidad y Discapacidad" para padres y madres de niños adolescentes con discapacidad y para adultos en situación de discapacidad.
- Fortalecimiento de la agrupación deportiva de PsD "Boccias Requinoa" a través de varias actividades (personalidad jurídica, participación en diversos campeonatos, asesoría, etc.).
- Formación de una organización comunitaria de PsD con objetivo laboral
- Formación de micro-emprendedores, gracias a la gestión de CCR y OMIL:
 - 15 PsD o cuidadores participaron en una capacitación SENCE (+capaz), bajo la modalidad de BECAS LABORALES. Finalizado el curso se entregó un subsidio de herramientas de \$220.000 con la finalidad de apoyarlos en su microemprendimiento.
 - 14 PsD participaron en el Programa Yo Trabajo Regular Discapacidad, de FOSIS, el cual contemplaba: 1. capacitación de 72 horas, distribuidas 3 veces por semana. 2. Asesoría y acompañamiento comercial y 3. Puesta en marcha del plan de negocio: FOSIS entrega la suma de \$300.000.
- Participación en Jornada de capacitación y concientización sobre "Discapacidad y Empleo" a empresarios de la zona.



- Continuidad de Taller laboral protegido “VIDA kokedama” y creación de un nuevo taller laboral para personas con discapacidad intelectual o psíquica, llamado “Cumelén”.
- Creación de “CCR en terreno”, iniciativa que pretende acercar la estrategia de RBC a las localidades más apartadas del centro de la comuna, hasta la fecha los sectores intervenidos son: El Abra, Los Lirios, Totihue, Villa María, Pimpinela y Pichiguao.
- Continuidad anual de la “Corrida por la Inclusión de PsD”, actividad de promoción de salud, que pretende incentivar el deporte y la actividad física en toda la comunidad, además de crear instancias de participación social con un enfoque inclusivo.
- Creación de una “Fonda Inclusiva” para la celebración de Fiestas Patrias 2017.

DESAFÍOS PARA 2018

- Realizar un nuevo Diagnóstico Participativo en discapacidad con la comunidad
- Crear acciones en torno al eje de subsistencia de la Matriz de RBC:
 - Gestionar inicio de actividades en SII de talleres protegidos para formalizar ventas.
 - Postular a programas laborales de FOSIS, SENCE u otro.
 - Iniciar alianza con empresarios de la zona en torno a la nueva ley N° 21.015 de Inclusión laboral.
- Desarrollar acciones en torno al eje de Fortalecimiento de la Matriz de RBC:
 - Incentivar la formación de una nueva agrupación comunitaria de padres de niños con discapacidad.
 - Gestionar actividades de participación cultural, deportiva o recreacional en general de las distintas agrupaciones de PsD de la comuna.
 - Incentivar el empoderamiento de líderes comunitarios.



PROGRAMA ODONTOLÓGICO

Marco teórico

En nuestro país, sin lugar a dudas, las patologías orales como la caries y la enfermedad periodontal son los principales problemas de salud. Entendiendo que las consecuencias de la caries dental son acumulativas, al tener una población infantil con una gran carga de enfermedad, tendremos una población adolescente muy enferma y una población adulta con las secuelas de la enfermedad como la pérdida de dientes, afectando enormemente la calidad de vida de las personas. En los últimos años se han hecho alcances respecto de la definición de la caries como una enfermedad crónica no transmisible que necesita de ciertas condiciones para su desarrollo (desequilibrio ecológico) y que por cuanto nosotros seamos capaces de interferir en ese proceso disminuyendo los factores de riesgo, seremos capaces de controlar, no sólo la caries, sino también una serie de enfermedades bucales (teoría ecológica de la caries). Hasta el momento la caries dental se había enfrentado con un componente eminentemente restaurador, sin embargo, se ha demostrado que este enfoque basado en la operatoria clásica, por sí sólo, no logra controlar la enfermedad.

Nuestro Programa, hace ya unos años, se ha focalizado en la población joven; menores de 20 años, en el entendido de lograr mayor impacto y resultados a lo largo del ciclo vital de nuestra población. Es así como el Ministerio de Salud (MINSAL) ha direccionado sus estrategias en promoción, prevención y tratamiento precoz en la población infanto –juvenil, donde las estrategias son efectivas y de menor costo.

En atención a lo anterior se privilegia la atención de los niños de 6 años; Garantías Explícitas en Salud (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).

A principios de la década del 2000 se plantearon dos objetivos sanitarios, 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 que fue cumplida. El segundo de ellos tenía como objetivo un aumento de cobertura al 50 % de los menores de 20 años, meta nacional no cumplida. En el decenio en curso (2010-2020), las estrategias de trabajo se enfocan en el grupo etario menor de 20 años ocupando gran parte del tiempo clínico odontológico disponible.

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.

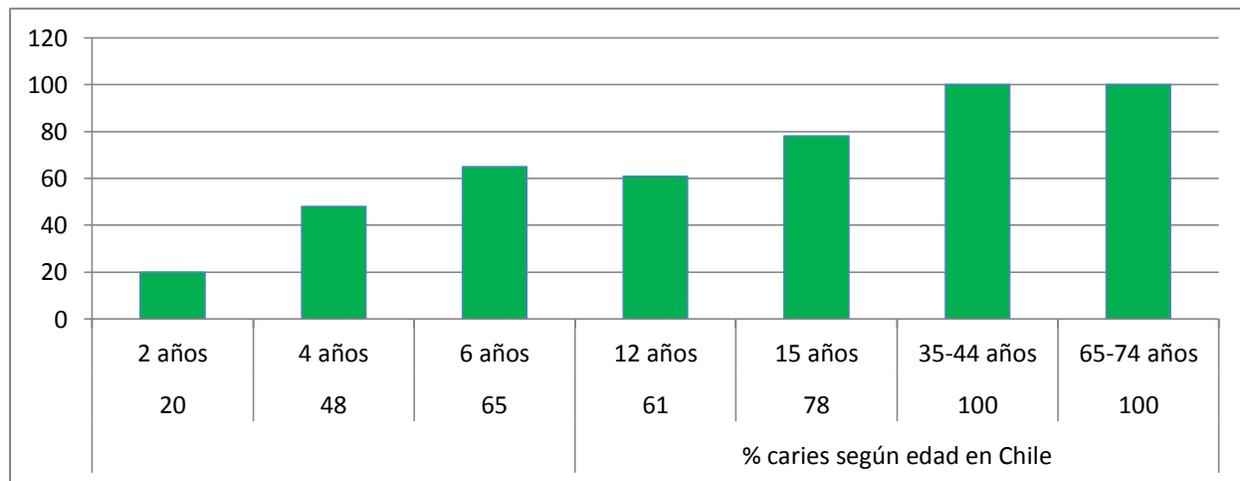
Sin duda en los últimos años nuestro programa ha sido enfocado en la dirección correcta, aunque con pocos recursos y tratando de saldar la deuda pendiente con los mayores de 20 años que exigen legítimamente su cobertura odontológica.



Los problemas bucales son de alta prevalencia en todos los grupos etarios 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 la patología bucal, la Organización Mundial de la Salud (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: es considerada como una enfermedad común (ha afectado a casi el 100% de los adultos), compleja (etiología diversa) y crónica (lento avance), inducida y causada por un desequilibrio entre los factores endógenos y el medio. 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 Cariada; Extraída, Obturada, Dentaria (CEOD) como en la dentición permanente; Cariada, Obturada, Perdida, Dentaria (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.



A la luz de los datos entregados por el gráfico, podemos señalar que mientras más precoz nuestra intervención menos daños encontraremos y por lo tanto nuestros esfuerzos serán más fructíferos

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)

Se puede inferir que mientras más temprana nuestra intervención menos daños encontraremos



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 esqueléticas 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.

Los nuevos avances y tratamiento de la caries dental proponen un nuevo desafío de tratamiento de lesiones iniciales y trasladan nuestro quehacer a niños más pequeños pero sin aumento de horas para estos grupos etarios.

En la comuna de Requinoa se cuenta con 250 horas semanales de odontólogo con igual horas de técnico dental. Lo anterior distribuido en un Centro de Salud Familiar (CESFAM (111Horas en total, 88 diurnas y 23 vespertinas), dos postas de salud rural (88 horas) y un móvil dental (44 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 etarios menores de 20 años en el tratamiento de patologías bucales (atención vespertina en Lirios y Abra 22 hrs). Además se cuenta con horas contratadas para la atención de terceros y cuartos medios que son atendidos en el liceo municipal (convenio mejoramiento acceso de la atención). La atención dental en CESFAM 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). La Unidad dental móvil vino a dar respuesta a la demanda no satisfecha en lugares rurales de difícil acceso o escuelas que no asistían a nuestro CESFAM o Posta más cercana.

Cabe destacar que la falta de lugar físico para implementación de box dental hace imposible una mayor cobertura a nuestra población. Esperamos, solucionar en parte, la carencia de horas dentales con el próximo funcionamiento del Centro Comunitario de Salud Familiar (CECOSF) en el sector de Chumaquito donde están contempladas 44 horas odontólogo y se espera su próxima entrada en funcionamiento y definición de actividades, entre ellas, lo más probable, extensión horaria dental para solucionar la problemática de salud oral de los mayores de 20 años.

ATENCIÓN DENTAL A MENORES DE 20 AÑOS

El enfoque actual pone énfasis en la promoción y prevención en grupos etarios de menores de 20 años y en especial en los niños menores de 7 años que están incluidos en el programa Control con Evaluación de Riesgo Odontológico, (CERO). 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. La frecuencia



de los controles odontológicos se debe determinar por el riesgo que presenta cada paciente con el objetivo de modificar los factores de riesgo alterados e instaurar medidas de prevención y promoción de la salud. Es por ello que se debe modificar nuestro paradigma de atención en salud, cambiando el enfoque, desde uno centrado en la enfermedad y recuperación del daño, a otro centrado en mantener la salud cuyo fin es aumentar la cantidad de población sana y hacer lo posible para mantener esa condición.

METAS DE IMPACTO

- Lograr tener un 50 % de niños libres de caries en menores de 3 años en la comuna de Requinoa
- Lograr un 85% las altas integrales de niños de 6 años en la comuna de Requinoa
- Lograr un 88% las altas integrales de niños de 12 años en la comuna de Requinoa
- Lograr un 80 % las altas integrales a jóvenes de terceros y cuartos medios del Liceo Municipal

ESTRATEGIAS

- Crear hábitos saludables de higiene y alimentación a través del Programa de Promoción y Prevención en Salud Bucal de niños y niñas preescolares.

Este Programa se inició como piloto el año 2006 en nuestra comuna y funciona hasta hoy en coordinación y asesoría de la Secretaría Regional Ministerial (SEREMI) de Salud. Además agrega la atención dental del personal que labora en los jardines infantiles JUNJI-INTEGRA a través del convenio “Más Sonrisas para Chile” con componentes educativos preventivos y rehabilitadores.

- Efectuar **control CERO** (Control con Enfoque de Riesgo Odontológico) a los menores de 7 años progresivamente desde los 6 meses de edad. Lo anterior consiste en implementar un modelo de control de usuarios de acuerdo al tratamiento de enfermedades crónicas, mejorar la eficiencia y efectividad de la atención de las personas en riesgo de patologías orales, determinar frecuencia de controles según riesgo y reducir la prevalencia e incidencia de patologías orales frecuentes. Todo lo anterior se inicia al educar a los padres o tutores sobre buenos hábitos de dieta y de higiene salud bucal además de un examen de salud oral completo. Para cumplir con esta estrategia debe existir una coordinación con los equipos pediátricos de nuestro CESFAM además de odontólogos capacitados y pautas de evaluación estandarizadas fáciles de aplicar para con ello establecer magnitud de riesgo y frecuencia de controles.
- Seguir adscritos, como comuna, a la **fluoración del agua potable** como la medida más masiva y equitativa en la prevención de caries para toda la población, además de la leche fluorada (PAE/F) donde no es posible la llegada de agua con flúor (población escolar rural de 1º a 8º básico).
- **Sembrando Sonrisas**, aplicación de flúor barniz a todos los niños de 2 a 5 años en los jardines infantiles y colegios de la comuna (NT1 y NT2). Educación respecto de hábitos de higiene oral y factores de riesgo y protectores de salud oral a todos los niños de 2 a 5 años. Entrega de pasta y cepillo dental a todos los niños de 2 a 5 años



- Continuar protegiendo y limitando el daño en salud bucal en los grupos etarios vulnerables por tener mayor riesgo biológico a través de la atención dental integral (DEIS, MINSAL 2009) :

6 años: Se inicia la erupción de las piezas definitivas y por lo tanto hay que disminuir la carga bacteriana (tratando las piezas cariadas) y sellando las piezas definitivas. Esta estrategia está vigente desde el 2005 formando parte de la atención dental GES.

Cobertura de 80 % de la población de niños de 6 años inscritos en nuestro CESFAM con alta odontológica. (Nacional 79 %)

12 años: A esta edad ya están casi todas las piezas dentarias permanentes en boca, por lo cual hay que proteger las piezas definitivas mediante sellantes de puntos y fisuras y tratar las lesiones cariosas si las hubiera. Esta es edad de vigilancia internacional de la caries (OMS 1997)

Cobertura de 90 % de la población de niños de 12 años inscritos en nuestro CESFAM con alta odontológica. (Nacional 74 %)

17 y 18 años: A esta edad los jóvenes (terceros y cuartos medios) presentan todas sus piezas ya erupcionadas (excepto terceros molares) y es una edad estratégica para el MINSAL que apunta a que los jóvenes más vulnerables tengan atención dental integral antes de incorporarse a la vida laboral y/o de estudios superiores.

Cobertura de 80 % de la población de terceros y cuartos medios vulnerables de la comuna

Embarazadas: la atención integral de la embarazada tiene por objetivo disminuir la carga bacteriana de la madre y se refuerza la educación de salud bucal. Además de disminuir los factores de riesgo del hijo por nacer se trata a las gestantes disminuyendo los factores de riesgo de infección y partos prematuros.

Cobertura de 69 % de la población de gestantes de la comuna de Requinoa con alta odontológica. (Nacional 69 %).

Altas en menores de 20 años: se refiere a entregar de alta integral dental a un porcentaje de la población menor de 20 años inscritos de la comuna de Requinoa dando cumplimiento a los desafíos planteados por el MINSAL para el presente decenio.

Cobertura de 24 % de la población de menores de 20 años inscritos en el CESFAM de nuestra comuna (nacional 24 %).

ACTIVIDADES:

- Realizar 2 talleres de condicionantes protectores de la salud bucal en Jardines Infantiles y escuelas saludables, con entrega de pasta y cepillo dental (Programa de Promoción con Horarios Protegidos).
- Controles con enfoque de riesgo odontológico (CERO) a menores de 7 años de la comuna.
- Fluoración tópica (barniz) a niños de 2 a 4 años en 4 Jardines de la comuna.

Centro de Salud Familiar Dr. Joaquín Contreras S. Requinoa - Sexta Región



- Fluoración tópica (barniz) a niños de 4 y 5 años (NT1 Y NT2) en todas las escuelas de la comuna.
- Altas integrales a niños de 6 y 12 años.
- Altas integrales totales de menores de 20 años.
- Sellantes a niños de 6 y 12 años.
- Atención integral vespertina menores de 20 años; prioridad Servicio Orientación Médico Estadística (SOME).
- Atención integral a embarazadas.

METAS:

- 100% Escuelas y Jardines Infantiles saludables incorporan factores protectores de la salud bucal.
- 50 % de niños libres de caries menores de 3 años edad en la comuna.
- Cobertura de fluoración (en el agua ,leche o tópica) del 90% de los niños escolares de la comuna.
- Cobertura de sellantes: 100% en niños de 6 años con alta integral y 70% en niños 12 años con alta integral.
- Altas Integrales:
 - > o = al 80% de niños de 6 años
 - > o = al 90% de niños de 12 años
 - > o = al 24% de menores de 20 años
 - > o = al 80% de alumnos de cuartos medios (municipales)
 - > o = al 69 % de las Embarazadas

INDICADORES

- Nº de talleres realizados en Jardines infantiles y escuelas saludables de la comuna.
- Nº de pastas y cepillos entregados a pacientes entre 2 y 5 años de la comuna de Requinoa.
- Nº de controles CERO realizados en menores de 6 años en la comuna.
- Nº de cepillos dentales entregados a controles CERO de la comuna de Requinoa.
- Cobertura de atención integral por edad (6, 12 años, menores de 20 años y embarazadas).
- Cobertura de fluoración tópica a niños de 2 a 4 años.
- Cobertura de sellantes por edad (6 y 12 años).

Nuestro Programa está comprometido con la salud bucal de nuestra comuna y anhela antes de terminar este decenio el contar con infraestructura de mejores condiciones físicas y tecnológicas en un nuevo CESFAM que debería contar con a lo menos 44/88 horas más de odontólogo y paramédico dental (idealmente 2 box dentales adicionales), a lo menos, para dar respuesta a las nuevas exigencias de salud que nacen día a día.

La problemática a abordar durante el próximo año dice relación con prevenir y reducir la morbilidad bucal de los menores de 20 años en concordancia con el abordaje que ejecuta hace unos



años el MINSAL. Nuestra comuna no escapa a la realidad nacional de Chile con alta incidencia y prevalencia de enfermedades bucales en menores de 20 años presentando un gran desafío el poder atenderlos y contribuir a metas de carácter nacional que representan indicadores internacionales de salud. Es por ello, que el año 2010 se realizó en nuestra comuna, un diagnóstico de salud bucal que arrojó altos índices (todos superiores a la media nacional medida el año 2007) lo que nos convoca a seguir trabajando para mejorar la ya mencionada realidad.

Cuadro comparativo de los distintos Equipos CESFAM Requinoa y los indicadores nacionales (Fichas dentales de diagnóstico 2010):

Diagnóstico Salud bucal 2010	6 AÑOS			12 AÑOS		
	COPD	CEOD	LIBRES	COPD	ceod	LIBRES
ARAUCARIA	0,2	3,8	27%	2,35	0,9	22,50%
ROBLE	0,15	4,9	16%	2,6	0,7	25.6%
ALMENDRAS	0,2	3,9	22%	2,6	1,2	21.3%
<i>Promedio Comunal</i>	0,18	4,2	21,66%	2,51	0,93	23.1%
NACIONAL 1999	1,07	4,29	16,10%	3,13	0,31	8.9%
NACIONAL 2007	0.16	3.71	29,64%	1.9	-	37.5%

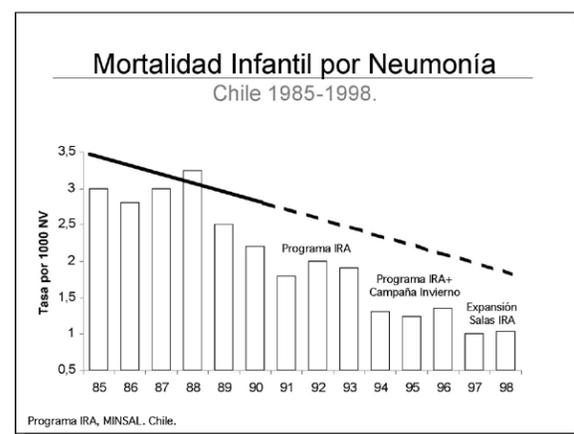
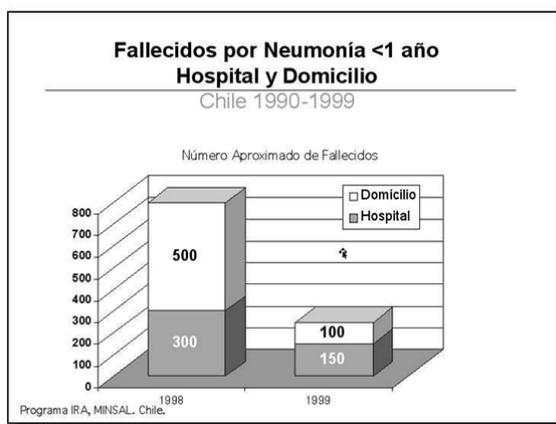
En el cuadro se observa como nuestra comuna presenta mayores índices de daño que el resto del país y menor cantidad de niños sanos en edades centinelas de medición internacional lo cual nos obliga a realizar esfuerzos diarios para revertir dicha situación y profundizar nuestros esfuerzos en la primera infancia.



PROGRAMA DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS DEL NIÑO (IRA) Y DEL ADULTO (ERA)

Las enfermedades respiratorias constituyen una importante causa de morbilidad y mortalidad prevenible en nuestro medio, siendo la principal causa infecciosa de muerte durante los años 80, es por esto que se implementa este programa IRA - ERA que incorpora el manejo moderno del Síndrome Bronquial Obstructivo (SBO), Crisis Asmáticas y Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) como principales ejes, agrega kinesiólogos y transfiere tecnología a los centros de atención primaria para mejorar su capacidad resolutive. Es así como se inició la creación, en los diferentes Centros de Atención Primaria de Salud (APS), de salas de hospitalización abreviada (HA), donde el kinesiólogo tendría un papel relevante.

Entre los resultados sanitarios más importantes de estas medidas destaca la reducción de las hospitalizaciones por SBO/ASMA/EPOC y especialmente el reiterado quiebre hacia el descenso de la mortalidad por neumonía, en particular de su componente domiciliario. Diversas evidencias han demostrado el gran impacto de este programa en el ahorro de recursos, tanto por la disminución de consultas a Servicios de Urgencia, a Policlínicos de Especialidad como en Ingresos Hospitalarios. Esto quedó confirmado con un estudio realizado por el CIAPEP (de la Facultad de Economía de la Universidad Católica), en el cual se determinó una relación costo-beneficio de 1/3,8. En la actualidad, ante la baja mortalidad por neumonía, los esfuerzos deben enfocarse a mejorar la calidad de vida de nuestra población.



Los problemas respiratorios de la población adulta sigue siendo la causa más habitual de consulta en Atención Primaria, la que se ve agravada por la gran polución ambiental local (región de O'Higgins posee mayor polución ambiental después de la región de la Araucanía) y la alta prevalencia de uso de Tabaco (una de las principales causas de daño pulmonar crónico). Implementándose medidas de educación sobre estos factores prevenibles, siendo la mejor medida sin duda, la vacunación antinfluenza a la población de alto riesgo y la vacunación antineumococo a los adultos mayores de 65 años.



FUNCIONAMIENTO DEL PROGRAMA AÑO 2017

Durante el año 2017 (desde Enero hasta Octubre), el Programa de Enfermedades Respiratorias incluyó nuevos indicadores y estándares que en los que se exigió su cumplimiento en la supervisión hacia nuestro CESFAM en Junio de 2017, debiendo redistribuir horas para cumplir estos indicadores bajando la cantidad de horas asignadas a controles kinésico-médicos e intentando mantener la población bajo control cercana al límite mínimo requerido, por lo que se debió adoptar como estrategia redirigir fondos entregados por campaña de invierno para contratar 22 hrs semanales adicionales de kinesiólogos y cumplir tales indicadores. Cabe mencionar que además de prestaciones como las visitas domiciliarias en pacientes con riesgo moderado y alto de fallecer por neumonía, se incorporan ciclos de talleres de educación grupal para los pacientes adultos y padres de los pacientes respiratorios crónicos pediátricos, espirometría anual para pacientes ASMA/EPOC, test de esfuerzo anual, encuestas de calidad de vida anuales, test de marcha, horas de rescate de pacientes no controlados (un control médico y kinésico anual para IRA, un control médico y dos kinésicos anuales para IRA), ingresos al programa, educaciones individuales, rehabilitación pulmonar, resolución de casos de urgencia, hospitalizaciones abreviadas en crisis respiratorias y controles crónicos a realizar.

Según los tiempos estipulados para cumplir con los indicadores a cabalidad existe un déficit de 36 hrs semanales kinésicas y 12 hrs semanales médicas. Por lo que el equipo de la presente sala, no podido cumplir a cabalidad con todos los indicadores para abarcar toda la población en control, por lo que se sugiere implementar estas horas durante el 2018 para llegar a cumplir las metas cada vez más exigentes en nuestra población en constante crecimiento.

Actividad	Duración	Rendimiento por hora
Ingreso Crónico a Programa	30 minutos	2
Control de Crónico	20 minutos	3
Ingreso y Consulta de paciente agudo	20 minutos	3
Intervención en crisis u hospitalización abreviada	60 minutos	1
Test de Ejercicio	40 minutos	1.5
Visita Domiciliaria	60 minutos	1
Test de Marcha	30 minutos	2
Sesión de Rehabilitación Pulmonar	90 minutos	0.7
Espirometría	45 minutos	1.3
Educación individual	20 minutos	3
Educación Grupal (Max. 10 personas)	60 minutos	1

DESAFIOS PARA AÑO 2018

- Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica
- Realizar y cumplir los indicadores propuestos a la totalidad de los usuarios bajo control.
- asignar horas correspondientes a cada prestación del programa IRA-ERA
- Aumentar el recurso de Kinesiólogos en 36 hrs al programa
- Ampliar el número de cuidadores capacitados/educados en patología respiratoria.
- Fomentar la disminución y cesación del consumo de tabaco
- Disminuir el uso de calefacción a leña y parafina en la comuna
- Incrementar la cobertura de usuarios crónicos respiratorios
- Aumentar el control en pacientes postrados y dependientes de oxígeno domiciliario.
- Llevar control de los pacientes fallecidos por cualquier causa de la sala para evitar desorden estadístico



ESTADÍSTICAS AÑO 2017

Número de usuarios del programa distribuidos según Uso de sala IRA/ERA

	SALA IRA	SALA ERA
<i>Usuarios totales</i>	467	358
<i>Número de controles realizados a octubre 2017</i>	1034	460
<i>Número de atenciones urgentes realizados a octubre 2017</i>	837	64
TOTAL DE ATENCIONES PRESTADAS	2395	



PROGRAMA DE SALUD MENTAL

La Depresión es una de las patologías de salud mental, 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.

La población bajo control por esta patología a Octubre del año en curso es de 483 casos, lo que corresponde a un 36,50% de la población bajo control en ese momento (Población Bajo Control de personas mayores de 5 años en programa salud mental 1323 usuarios).

La totalidad de las patologías atendidas en el Programa de Salud Mental, requieren de parte del centro de salud realizar intervenciones individuales, grupales y comunitarias: con el fin de poder estabilizar al usuario y su entorno, además en nuestra comuna se movilizan estrategias orientadas al desarrollo de habilidades personales.

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 Género, Síndrome de Déficit Atencional, Casos derivados de Tribunales de Familia.

Este año de igual forma se ha dado continuidad a la realización de terapias complementarias para usuarios del programa que cumplan con los requisitos para comenzar este tipo de terapia, específicamente flores de Bach.

De igual forma se incorpora en el quehacer diario del equipo, las acciones del convenio de alcohol y drogas, control joven sano a través del convenio espacios amigables y programa de acompañamiento para niños, niñas y adolescentes con factores de riesgo psicosocial.

Respecto al consumo de alcohol en nuestra comuna, durante el 2017 se han desarrollado actividades bajo el convenio DIR: Vida Sana Alcohol en APS, esta actividad nos ha permitido realizar intervenciones mínimas o consejerías a usuarios con muy bajo riesgo, también efectuar intervenciones breves para usuarios en riesgo menor e iniciar tratamiento a las personas con dificultades de alcoholismo o bebedor problema. Esta actividad ha conllevado acciones en box, sala de espera, Psicoeducación, consejería y trabajo en terreno (evaluación de adolescentes en liceo municipal y empresas de la comuna); sin duda esta actividad nos permite intervenir muchas veces a usuarios poco habituales o en etapas de consumo de bajo riesgo. Este año al mes de octubre se han aplicado 991 instrumentos de tamizaje (AUDIT, CRAFF O ASSIST), para evaluar el consumo de alcohol de la población, permitiendo realizar las siguientes acciones:



Total Instrumentos Aplicados	992
Intervenciones Mínimas	932
Intervenciones Breves	42
Derivaciones Asistidas	18

Otros Datos Relevantes:

Total Consultas Salud Mental a Octubre 2017.

	Médico	Psicólogo	A. Social
CESFAM	410	1207	166
LIRIOS	90	199	26
ABRA	69	137	16
TOTIHUE	13	52	8
TOTAL	582	1595	216

Otras Prestaciones en Salud Mental

Auxiliar Salud Mental	597
Enfermera	113
Matrona	39
Terapeuta Floral	160

Actividades Comunitarias y de Coordinación 2017

Feria Preventiva Escolar – Escuela Canadá.	Salud Mental Programa del Adolescente
Reuniones Coordinación Centro de Alumnos Liceo de Requinoa.	Salud Mental Programa del Adolescente
Día Prevención del Embarazo Adolescente en Liceo de Requinoa.	Salud Mental Programa del Adolescente SENDA Comunal
Participación Mesa Comunal de Infancia.	OPD
Talleres con usuarios de Programa de Acompañamiento.	Salud Mental Programa de Acompañamiento
Taller de Prevención: Usuarios SENDA y Salud	Salud Mental



Mental	SENDA Comunal
Taller Apego	Usuarías Chile Crece Contigo
Taller de Prevención de Maltrato Infantil: Usuarías Jardín Infantil.	OPD Salud Mental
Aplicación de instrumentos de Tamizaje para el consumo de sustancias en Corrida Comunal por la inclusión.	Salud Mental Programa del Adolescente
Taller Salud Mental en reunión de Consejo de Desarrollo Local en Salud.	Salud Mental Programa del Adolescente
Difusión Radial Programa Salud Mental y Del Adolescente	Salud Mental Programa del Adolescente
Reuniones de Trabajo con SENDA	Programa Salud Mental SENDA
Reunión de Trabajo para elaborar Acuerdo de Colaboración DAEM + CESFAM.	Programa Salud Mental DAEM

**Población bajo control por Depresión en personas mayores de 15 años
Octubre 2017. Programa Salud Mental CESFAM Requinoa**

	CESFAM	Postas	Total
Total	264	219	483

Población Bajo Control a Octubre 2017. Programa Salud Mental

Población Bajo Control Mayores de 5 años	Meta Población bajo control mayores de 5 años
1323	1223
108 %	100 %

- Trastornos emocionales: Cuadro que puede Derivar a depresión si no recibe el adecuado abordaje multidisciplinario.
- La Depresión representa el 36.50 % de la totalidad de pacientes bajo control, resulta significativo, debido a que es mayor al 30% esperado, según prevalencia nacional. Además es necesario considerar el riesgo que representan los trastornos emocionales, los que al volverse recurrentes y larvados pueden terminar en episodios o cuadros Depresivos.



De lo anteriormente expuesto se deduce que los problemas prioritarios de nuestro programa a trabajar durante el año 2018 son:

- Alta Incidencia y Prevalencia de Depresión en mayores de 15 años.
- Alta Prevalencia de Consumo de Alcohol de Riesgo.

Estos problemas se desarrollan en la Planilla de Planificación respectiva más adelante

ESTRATEGIAS PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS PLANTEADOS:

- ✚ 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.
- ✚ Consejerías individuales.
- ✚ Consejerías Familiares.

LINEAS DE TRABAJO:

- ✚ Difundir masivamente estilos de vida saludable.
- ✚ Pesquisa de pacientes depresivos adolescentes, adultos y AM y Consumo problemático de alcohol.
- ✚ 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 y consejería.
- ✚ Pesquisa de Depresión mediante ficha CLAP, EFAM, EMPAM.
- ✚ Exámenes de Diagnóstico diferencial.
- ✚ Atención integral de pacientes salud mental.
- ✚ Talleres de autoayuda.
- ✚ Talleres Comunitarios.
- ✚ Consultorías Psiquiátricas en Salud Mental.
- ✚ Reuniones clínicas.
- ✚ Aplicación de instrumentos de tamizaje para el consumo de sustancias.(AUDIT, CRAFF, ASSIST).



Programa de Salud Integral del Adolescente

El Programa de Salud Integral de adolescentes y jóvenes tiene el propósito de mejorar el acceso y la oferta de servicios, diferenciados, integrados e integrales, en los distintos niveles de atención del sistema de salud, articulados entre sí, que respondan a las necesidades de salud actuales de adolescentes y jóvenes, con enfoque de género y pertinencia cultural, en el ámbito de la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, incorporando a sus familias y la comunidad.

La atención integral de éste grupo etario, implica transversalizar las prácticas de salud, incorporando los distintos enfoques, lo que permite, visualizarlos como sujetos de derechos y protagonistas de sus propias vidas.

Convenio Espacios Amigables

El programa busca resolver las demandas de salud de adolescentes, los que no acuden a los establecimientos de salud debido a diversas barreras (horarios, largos tiempos de espera, rotación de profesionales, confidencialidad, etc). Para ello se habilitan espacios para la atención de adolescentes de 10 a 19 años, utilizando un enfoque promocional-preventivo, con especial énfasis en la atención de la salud sexual y reproductiva, en horarios de atención diferenciados, con respeto a la privacidad, atención amigable y personal capacitado.

En la comuna de Requinoa, este trabajo se desglosa en dos grandes actividades:

- 1- Realización de control de salud integral del adolescente en establecimientos educacionales.
- 2- Realización control de salud integral del adolescente en CESFAM, en horario diferido con equipo profesional exclusivo (Matrona, Enfermero, Psicólogo, TENS).

Control de salud Integral de los adolescentes a Octubre 2017

Edad	Meta 2017	Realizados a Octubre 2017	% Cumplimiento
10 a 14 años	224	180	80,3 %

Edad	Meta 2017	Realizados a Octubre 2017	% Cumplimiento
15 a 19 años	249	177	71,08 %



Feria Preventiva Escuela Canadá



Corrida Comunal (Aplicación Instrumentos de Tamizaje)



Día Prevención de Embarazo en Adolescentes



Taller Usuarios SENDA – CESFAM

Control de Salud Integral de Adolescentes
Establecimientos Educativos



Taller Programa Acompañamiento

Taller Jardín Infantil



PARTICIPACION SOCIAL EN SALUD

DIAGNOSTICO PARTICIPATIVO, PLAN DE PARTICIPACION SOCIAL Y CONSEJO DE DESARROLLO LOCAL EN SALUD.

Desde el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria (MAIS), la participación de la comunidad y el ejercicio de los derechos y deberes del paciente forman parte esencial del quehacer en la atención primaria, por lo cual faculta y corresponsabiliza a los usuarios en diversas instancias participativas.

Una de ellas, la cual es realizada en la gestión diaria del establecimiento, es la labor de garante de la oficina de informaciones, reclamos y sugerencias en salud (OIRS), la cual está orientada tanto en garantizar la labor informativa y el dar cumplimiento a la consulta ciudadana que se genere, como en promover la calidad de la atención y la satisfacción usuaria.

Otra de ellas el Consejo de Desarrollo Local en Salud, el cual dentro de sus funciones contempla una labor informativa; traspasando información del CESFAM a los miembros de la comunidad y a su vez acercando las necesidades de éstos a la institución, desarrolla también un rol consultivo; conocedor de la realidad del establecimiento y consejero en la toma de decisiones, a su vez mantiene una labor evaluativa; frente a la gestión y funcionamiento general, y también cumple una acción colaborativa; en la promoción de salud. Esta organización comunitaria realiza su plan de trabajo en marzo de cada año, siendo evaluado en diciembre del mismo, cabe señalar que hasta el año 2015, el cumplimiento del plan era considerado la Meta Sanitaria N° 7, la cual a partir del año 2016 se amplía a “Establecimiento con plan de participación social elaborado y funcionando participativamente” y se articulada con áreas consideradas en la aplicación de la Pauta de evaluación MAIS Familiar y Comunitaria.

Para dar cumplimiento a los nuevos requerimientos fue necesario desde entonces realizar un diagnóstico participativo con la comunidad, ejecutado por sector o equipo de cabecera, en el cual los representantes de la comuna expresaron las principales problemáticas y necesidades en salud percibidas por ellos. Con estos insumos y como etapa siguiente se llevó a cabo la priorización de aquellas problemáticas más significativas, para luego crear un plan de participación social, el cual debe ser creado, ejecutado y evaluado anualmente. Por su parte el diagnóstico participativo tiene una vigencia de 2 años, debiendo en su segundo año realizarse una actualización de éste.

Al corte de octubre se ha ejecutado un 60% del plan, quedando dos meses para terminar de ejecutar las actividades planificadas y diciembre para realizar la evaluación final del plan 2017. En general ha resultado una experiencia positiva desde el acercamiento que se ha logrado con la comunidad a partir del diagnóstico participativo ha existido un compromiso en el desarrollo de las actividades planificadas, las cuales han sido ejecutadas y bien logradas, con algunas variaciones en los tiempos programados, propias de las contingencias, pero las cuales no han menoscabado el éxito de las mismas. Por su parte también se ha logrado potenciar una alianza de trabajo entre Participación Ciudadana, Promoción de Salud y el Intersector.



En cuanto a las proyecciones 2018, corresponde realizar nuevamente el diagnóstico participativo por equipo de cabecera, dando cabida así a las problemáticas actuales sentidas por la comunidad.

PLAN INSTITUCIONAL DE PARTICIPACION SOCIAL 2017

BASES FUNDAMENTALES

El Plan de Participación Social en Salud 2017, ha sido elaborado en base al trabajo realizado por el CESFAM Dr. Joaquín Contreras Silva en la temática de participación ciudadana y salud familiar durante los últimos años, y en consideración a los problemas priorizados por la comunidad, los cuales fueron; la presencia de consumo de alcohol y drogas en espacios públicos, la falta de información relativa a interconsultas y la disconformidad de los usuarios con respecto a la gestión de horas profesionales (principalmente horas médicas y dentales).

En concordancia con tales resultados y con el seguimiento y evaluación del plan por parte del equipo motor y la comunidad, instancia en la cual se desarrollaron las proyecciones para el año 2017, se estableció la necesidad de continuidad de las acciones en relación a los problemas priorizados en el diagnóstico 2016, y la mejora u optimización de actividades, de acuerdo a los resultados de la ejecución.

Tomando como base o insumo todo lo anterior, durante el mes de marzo del presente año el grupo motor elabora el siguiente Plan de Participación Social 2017:



DIAGNOSTICO PARTICIPATIVO		RESUMEN PLAN DE PARTICIPACIÓN SOCIAL				EJECUCIÓN AL 31 DE DICIEMBRE
PROBLEMAS IDENTIFICADOS	CLASIFICACIÓN DEL PROBLEMA (*)	OBJETIVO	ACTIVIDADES	CRONOGRAMA	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	Nº DE ACTIVIDADES COMPROMETIDAS / Nº DE ACTIVIDADES EJECUTADAS. *100
1.- Presencia de consumo de alcohol y drogas en espacios públicos.	Seguridad Ciudadana.	1.1- Establecer alianza estratégica con SENDA comunal.	1.1.1- Participar y/o apoyar en actividades convocadas por SENDA Comunal. (Al menos una actividad) Responsable: A definir según requerimientos.	Abril - Noviembre (Mes a definir según planificación de SENDA)	Fotografías, o lista de asistencia, o acta de reunión, o registro de actividad.	Nº de actividades diseñadas v/s Nº de actividades ejecutadas.
		1.2- Potenciar factores protectores respecto al consumo responsable de Alcohol.	1.2.1- Comprobar la entrega de guías anticipatorias de consumo de Alcohol en el EMPA, al menos durante medio año (6 meses). Responsable: Enc. Promoción (formato y copias) y funcionarios a cargo de la toma de EMP (entrega).	Mayo (creación) Junio - Noviembre (entrega)	Registro de entrega (formato tipo).	Nº de actividades diseñadas v/s Nº de actividades ejecutadas.
			1.2.2- Realizar charla sobre la temática Alcohol y Drogas a representantes o miembros de la Comunidad (en reunión comunal de JJ.VV., o CDLS, u otra instancia comunitaria) *Actividad definida por ellos en instancia participativa anterior. Responsable: Grupo Motor.	Mayo - Junio	Fotografías, o lista de asistencia, o acta de reunión, o registro de actividad.	Nº de actividades diseñadas v/s Nº de actividades ejecutadas.
		1.3- Sistematizar datos estadísticos del AUDIT y	1.3.1- Realizar informe de análisis de datos, resultado de la aplicación de	Julio - Agosto	Informe de análisis.	Nº de actividades diseñadas v/s Nº de actividades

Centro de Salud Familiar Dr. Joaquín Contreras S. Requinoa - Sexta Región



		ASSIST-DIT, que sirvan como insumo para la planificación de futuras actividades.	AUDIT Y ASSIST-DIT en el periodo enero - junio de 2017. Responsable: Enc. Salud mental y Enc. Promoción.			ejecutadas.
2.- Falta de información relativa a interconsultas.	Acceso a la información.	2.1- Informar a la comunidad sobre el flujograma de referencia-contrareferencia del nivel secundario.	2.1.1- Actualizar afiche informativo sobre Interconsultas y ubicar en dependencias del CESFAM, PSR, CCR, y SUR. Responsable: Enc. Promoción (actualización y copias) y operadora OIRS (distribución).	Mayo - Junio	Fotografías de afiche realizado y puesto en lugares señalados, o formato de afiche 2017.	N° de actividades diseñadas v/s N° de actividades ejecutadas.
			2.1.2- Participación de Encargado(a) de Interconsultas del Nivel Secundario en programa informativo radial. Responsable: Director y Enc. Participación.	Julio - Agosto	Fotografías, o lista de asistencia, o formato "Registro de actividad".	N° de actividades diseñadas v/s N° de actividades ejecutadas.
			2.1.3- Crear folleto informativo sobre Interconsultas, y entregarlo a pacientes que se les genere una derivación al Nivel Secundario. (Actividad piloto) Responsable: Enc. Participación (creación) y profesionales que generan Interconsultas (entrega).	Junio (creación y copia) Julio - Agosto (entrega)	Formato de folleto. Registro de entrega (formato tipo).	N° de actividades diseñadas v/s N° de actividades ejecutadas.
			2.1.4- Difundir folleto informativo a través de la página web municipal. Responsable: Enc. Promoción.	Junio - Julio	Pantallazo de página web municipal con el folleto disponible, o link correspondiente.	N° de actividades diseñadas v/s N° de actividades ejecutadas.



3.- Disconformidad de los usuarios con respecto a la gestión de horas profesionales (principalmente horas médicas y dentales)	Satisfacción Usuaría	3.1- Mejorar percepción de los usuarios con respecto a la gestión de horas profesionales (principalmente médicas y dentales)	3.1.1- Campaña radial de actualización de datos a fin de mejorar comunicación relativa a gestión de horas. Responsable: Director.	Julio - Agosto	Audio de cápsula de difusión, o extracto de programa radial.	N° de actividades diseñadas v/s N° de actividades ejecutadas.
			3.1.2- Crear folletos sobre el funcionamiento del CESFAM y PSR. (Actualización de datos, gestión de horas, línea telefónica, fila preferencial, horarios, etc.) para realizar campaña informativa. Responsable: Jefes de equipo de cabecera, jefa PSR y enc. Participación.	Agosto - Septiembre	Formato de folletos.	N° de actividades diseñadas v/s N° de actividades ejecutadas.
			3.1.3- “Campaña informativa” a través de folletos disponibles en dependencias del CESFAM y PSR. Responsable: Operadora OIRS y TENS por PSR. (Mantención de folletos disponibles y/o entrega de los mismos).	Septiembre - Octubre	Fotografías.	N° de actividades diseñadas v/s N° de actividades ejecutadas.
			3.1.4- “Campaña informativa” a través de la entrega de folletos en actividades comunitarias. Responsable: Integrantes del grupo motor representantes de la comunidad y enc. Participación.	Septiembre - Octubre	Fotografías, o lista de entrega (si procede).	N° de actividades diseñadas v/s N° de actividades ejecutadas.



		4.1- Fortalecer el trabajo y continuidad del grupo motor para dar cumplimiento a sus objetivos.	Actualizar resolución o nombramiento del grupo motor. Responsable: Director	Abril	Resolución o nombramiento.	N° de actividades diseñadas v/s N° de actividades ejecutadas.
			Realizar actualización del Diagnóstico Participativo en Salud. Responsable: Grupo Motor.	Agosto - septiembre.	Fotografías, o lista de asistencia, o programa actividad.	N° de actividades diseñadas v/s N° de actividades ejecutadas.
			Incorporar el Diagnóstico Participativo en el Plan de Salud Comunal 2018. Responsable: Grupo Motor.	Octubre - noviembre.	Plan de Salud Comunal 2018.	N° de actividades diseñadas v/s N° de actividades ejecutadas.

*Además se considera la realización de reuniones de planificación, seguimiento y evaluación del plan de participación social en salud, por parte del grupo motor (al menos 4 en el periodo marzo - diciembre 2017) y con la comunidad (al menos 2 en el mismo período).



ACTUALIZACION DIAGNOSTICO PARTICIPATIVO EN SALUD AÑO 2017

I. INTRODUCCIÓN

Durante el año 2016 fueron elaborados y ejecutados el Diagnóstico Participativo y el Plan de participación Social en Salud, durante el presente año y a fin de dar continuidad en los procesos, durante el mes de julio fue realizada la actualización de dicho Diagnóstico.

Este trabajo ha sido liderado por el Grupo Motor de nuestro CESFAM, y realizado en conjunto con funcionarios del Establecimiento y con representantes de la comunidad, recopilando sus opiniones, aportes, demandas, u otros en torno a la temática de Salud y a las problemáticas identificadas en los levantamientos de información anteriores.

A continuación se presentan los resultados obtenidos durante el proceso.

II. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO DE ACTUALIZACIÓN DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO

Calendarización de reuniones

Para el desarrollo de las actividades de participación ciudadana del Establecimiento correspondientes al año 2017, se estableció el siguiente calendario anual de reuniones de trabajo;

- Martes 14 de Marzo
- Martes 09 de Mayo
- Martes 11 de Julio
- Martes 12 de Septiembre
- Martes 14 de Noviembre

Grupo motor

Para la planificación, ejecución, y coordinación de las acciones requeridas por el Diagnóstico Participativo y el Plan de Participación Social en Salud, con fecha 27 de abril de 2017, se actualizó el nombramiento del Grupo Motor, considerando los siguientes integrantes;

1. Director
2. Jefe de departamento
3. Jefes de equipo (3)
4. Jefa de PSR
5. Encargada de participación ciudadana
6. Encargado de promoción
7. Representantes del CDLS (2)



Cronograma de actividades realizadas

Las principales actividades relativas a la actualización del diagnóstico fueron realizadas en las siguientes fechas;

1. Diseño de Actualización del Diagnóstico Participativo: Del 11 al 24 de julio de 2017.
2. Convocatoria comunidad: Del 19 al 25 de julio 2017.
3. Levantamiento de información: 26 de julio de 2017.
4. Elaboración de informe con resultados: Septiembre de 2017.

Medios verificadores

Para demostrar el desarrollo de las actividades señaladas, se utilizan los siguientes medios verificadores;

1. Lista de asistencia (digital y documento)
2. Fotografías (digital y documento)
3. Publicación en el diario El rancagüino (digital y documento)
4. Programa de actividad (digital y documento)
5. Libro de acta Participación ciudadana (digital y documento)

Descripción de actividades y/o técnicas utilizadas durante la etapa de Actualización del Diagnóstico Participativo

1. Identificación de Actores Sociales: Se determinó convocar a aquellos representantes de la comunidad que participaron durante el año anterior en los levantamientos del Diagnóstico Participativo, actividades, seguimiento y/o evaluación del Plan de Participación Social, a fin de contar con un conocimiento previo del proceso, pudiendo así generar una continuidad en el abordaje de los problemas identificados y priorizados por la Comunidad.
2. Convocatoria del diagnóstico: Se realizó convocatoria y confirmación a través de llamado telefónico. A su vez se coordinó con Encargada de Organizaciones comunitarias de la Municipalidad para contar con vehículo de traslado de los asistentes a la actividad.
3. Ejecución del diagnóstico: En primera instancia se contextualizó la actividad, recordando las etapas de Diagnóstico Participativo, programación, ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Participación realizadas el año anterior. Para aquello se utilizó una presentación, la cual recordaba cada una de las etapas y en su final señalaba la matriz de priorización y el árbol de problemas elaborados con la comunidad.
Posteriormente se dividió a los presentes en dos grupos de trabajo, refiriéndole los problemas de la matriz que deberían abordar y desarrollar considerando; la situación actual, las posibles acciones a ejecutar, y como ellos podrían aportar o participar de las estrategias. Sin perjuicio de lo anterior, de igual modo podían expresar nuevas necesidades o problemas relativos a Salud. Para lo anterior se utilizó la técnica de lluvia de ideas, siendo cada grupo guiado y/o acompañado por miembros del grupo motor.



Matriz de priorización - Diagnostico Participativo en Salud 2016

PROBLEMA	VULNERABILIDAD	MAGNITUD	TRASCENDENCIA	FACTIBILIDAD	TOTAL
Consumo de alcohol y drogas	5	5	4	5	19
Disconformidad de los usuarios con respecto a la gestión de horas de profesionales	3	4	5	3	15
Tenencia irresponsable mascotas	2	3	2	3	10
Maltrato al usuario	2	1	2	5	10
Falta de Información en gestión de interconsultas	5	5	5	3	18
Contaminación por empresas	5	5	3	0	13

III. LEVANTAMIENTO ACTUALIZACION DIAGNOSTICO PARTICIPATIVO

Fecha: 26 de julio de 2017.

Lugar de ejecución: Municipalidad de Requinoa.

Hora: 18:00 - 21:00 hrs.

N° de participantes: 23.

Resultado lluvia de ideas

PROBLEMA 1: PRESENCIA DE CONSUMO DE ALCOHOL Y DROGAS EN ESPACIOS PUBLICOS

Situación actual:

- Baja percepción de riesgo frente al consumo de sustancias en el ámbito privado.
- Irregularidad respecto a focos de consumo en la vía pública.
- Presencia de pasta base con daños evidentes en la población y/o sector.
- Normalización del consumo de marihuana.

Posibles acciones a ejecutar:

Niños, jóvenes y adultos;

- Mayor uso del tiempo libre.
- Trabajar en colegios.
- Realizar talleres para sensibilizar respecto al consumo de drogas y alcohol.

Espacio público;

- Mayor implementación de infraestructura o espacios de entretención en lugares públicos.
- Brindar espacios públicos seguros.
- Mayor presencia policial como medio disuasivo para prevenir y erradicar focos de consumo.
- Uso de fondos a través de proyectos de mejora para iluminación en espacios públicos.

Como puede aportar la comunidad:

- Realizar consejerías en conjunto con la comunidad. (Monitores)
- Incentivar a sus familias y comunidades a participar de actividades de interacción grupal.
- Promover la comunicación, el apoyo familiar y el trabajo con redes.

Centro de Salud Familiar Dr. Joaquín Contreras S. Requinoa - Sexta Región



PROBLEMA 2: FALTA DE INFORMACION EN GESTION DE INTERCONSULTAS

Situación actual:

- Pacientes no saben cuándo llegará su hora para especialista. (Interconsulta)
- Pacientes pierden horas de interconsultas por no tener actualizados sus datos.
- Algunos pacientes esperan años hasta que llega su hora para especialista. (Interconsulta)

Posibles acciones a ejecutar:

- Informar a la comunidad sobre las interconsultas, sus plazos, donde preguntar, etc.
- Más especialistas para la región. (Nivel secundario)

Como puede aportar la comunidad:

- Colocar afiches informativos en JJ.VV., negocios, colegios, clubes deportivos. (Dirigentes)
- Devolver horas de citación cuando no puedan ser utilizadas, para que sean reasignadas.
- Compromiso personal a mantener los datos de contacto actualizados. (Deber)

PROBLEMA 3: DISCONFORMIDAD RESPECTO A LA GESTION DE HORAS PROFESIONALES

Situación actual:

- Los usuarios deben llegar muy temprano para alcanzar horas de médico y dentista.
- Pacientes molestos cuando se presentan a su hora de citación y ésta ha sido cambiada pero no informada.
- Horas de médico y otros profesionales no siempre son suficientes.
- Postas sin atención de médico cuando éstos deben reemplazar en CESFAM.

Posibles acciones a ejecutar:

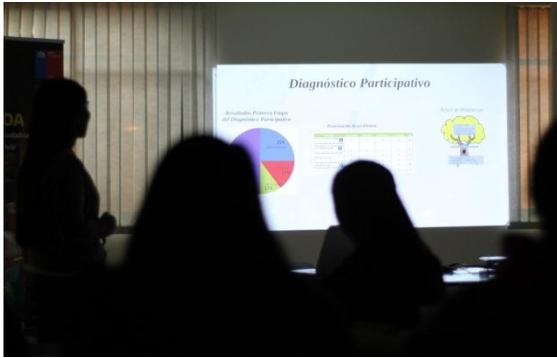
- Implementar nueva modalidad para dar horas de médico y dentista en la mañana.
- Dar horas de médico solo por teléfono.
- Mejorar cobertura de la señal de radio municipal para que pueda escucharse en todos los sectores de la comuna.
- Llamar a los pacientes para avisar los cambios de horas.

Como puede aportar la comunidad:

- Devolver horas de citación cuando no puedan ser utilizadas, para que sean reasignadas.
- Compromiso personal a mantener los datos de contacto actualizados. (Deber)
- JJ.VV. pueden realizar actualización de datos de sus vecinos, como n° telefónico, cambios de domicilio, etc.
- Colocar afiches informativos en JJ.VV., negocios, colegios, clubes deportivos. (Dirigentes)



Fotografías



Diario el Rancagüino



Centro de Salud Familiar Dr. Joaquín Contreras S. Requinoa - Sexta Región



PROGRAMA MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA

En nuestra comuna existen conformados tres (3) Equipos de cabecera integrados por: médicos, enfermeras, matronas, psicólogos, nutricionistas, asistentes sociales, técnicos paramédicos y oficial administrativo en cada equipo. Estos equipos tienen imagen corporativa identificándose con un nombre de árbol cada uno (Roble, Araucaria y Almendra). El equipo transversal cuenta con Unidades de apoyo y profesionales tales como kinesiólogos, odontólogos, tecnólogos médicos, quienes prestan apoyo a los equipos de cabecera.

La certificación a través del Ordinario C52 Nº 1114 del 15 de Abril del 2008 reconoce a nuestro establecimiento como Centro de Salud Familiar. El 25 de septiembre del año 2012 nuestro CESFAM recertifica frente a una Comisión de la Dirección de Servicio de Salud (DSS), como Centro de Salud Familiar (CESFAM) de Nivel Medio Superior, con un 93% de cumplimiento de la Pauta respectiva. El 24 de octubre del año 2013, nuestra institución vuelve a recertificar y se consolida en esta modalidad, ésta vez con un 100% de cumplimiento de la Pauta.

La Reforma Sectorial incluye el fortalecimiento de la Atención Primaria y la instalación de procesos sistemáticos de evaluación y mejora continua de los Centros de Salud en su desempeño global. Es por eso que, en el año 2015 a nivel nacional se produjo un cambio radical en la aplicación del modelo de Salud Familiar en los procesos de gestión, administración, y atención clínica, comenzándose a aplicar una nueva pauta de certificación que contiene una gran cantidad de indicadores y variables que exigen nuevos desafíos a nuestros Equipos de trabajo, encabezados, en nuestro caso, por el Equipo Gestor. Se actualizaron los instrumentos de evaluación del Modelo, en base a los avances alcanzados y, todo ello, basado en los principios irrenunciables del mismo: centralidad en las personas, integralidad en la atención y continuidad en el cuidado.

a) Centrado en el usuario

Proporcionar a los individuos, familia y comunidad, condiciones para el mantenimiento y el cuidado de la salud, dar respuesta a sus necesidades de manera integral, continua, oportuna, eficaz, accesible y de calidad. Resulta necesario detenerse a observar el fenómeno demográfico de la comuna, en que se observan varios elementos a tener en consideración, como lo son el alto número de familias monoparentales, disfuncionales en donde un gran porcentaje son mujeres jefas de hogar. Otro hecho relevante son las sostenidas bajas en la tasa de fecundidad en los sectores y el envejecimiento acelerado de la población con gran cantidad de usuarios con patologías crónicas, además está generando problema, la mayor presencia de embarazadas adolescentes, adicciones y violencia en población joven de la comuna, y el aumento de la población inmigrante y desconocimiento de ésta nueva cultura que se integra a nuestra sociedad.

b) Prestación de Servicios Integrados e Integrales

A pesar de que tradicionalmente en la atención de salud se habla de consultas y controles, se espera que en cada contacto con individuos, familias y comunidades, se visualice la oportunidad para incorporar acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades, fomentando el autocuidado individual y familiar y la generación de espacios saludables. El equipo de salud debe ser capaz de actuar con Servicios Integrados y acordes a las particularidades socioculturales de la población usuaria, especialmente en los problemas psicosociales prevalentes y emergentes en la población, la que cada vez más instruida e informada de sus derechos, tiene expectativas crecientes respecto a los Servicios de Salud. El buen trato, es parte de la calidad y del abordaje integral.

c) Continuidad de la Atención y de los Cuidados de la Salud.

Continuidad de cuidados se extiende a toda la red (asistencial, comunitaria y social). En APS ésta se origina en cada uno de los equipos de los sectores, lo que asegura una relación cercana con la población a cargo y el debido conocimiento de la misma, con el reconocimiento de las familias por parte de los profesionales del equipo de cabecera, y aplicación de los instrumentos necesarios (Tarjeta familiar, Genograma, Apgar, Ecomapa, entre otros) para la adecuada intervención que se requiera.



OBJETIVOS DEL PROGRAMA

A. Objetivo general:

Consolidar el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en los establecimientos de atención primaria de salud y reconocer el esfuerzo del equipo de salud y la comuna, a través de la entrega de un estímulo financiero anual, a aquellos establecimientos que hayan cumplido con los requisitos señalados en el presente programa: evaluación, programación y realización de acciones orientadas a materializarlo.

B. Objetivos específicos:

- Evaluar la evolución del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, mediante la aplicación de “Instrumento para la evaluación y certificación del desarrollo en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria” en establecimientos de Atención Primaria.
- Realizar mejoras, considerando brechas identificadas, para alcanzar los principios que sustentan el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario, en los establecimientos de Atención Primaria.

CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS DEL PROGRAMA

Autoevaluación.

El establecimiento de salud candidato a evaluar deberá realizar su autoevaluación previamente, usando el “Instrumento para la evaluación y certificación de desarrollo en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar Comunitaria” para contrastar el desarrollo del Modelo en el establecimiento y conocer las condiciones en las cuales se encuentran. Se contará con una plataforma vía web que facilite el ingreso de datos y medios verificadores del establecimiento, que permita realizar un seguimiento a los departamentos de salud comunal, entidades administradoras de salud y al Servicio de Salud.

Evaluaciones en terreno.

Comisiones de evaluación de los establecimientos de atención primaria, constituidas por distintos profesionales de Unidades y/o Subdepartamentos del mismo Servicio de Salud, acompañarán a los referentes del Servicio en las visitas a terreno, según sea la pertinencia.

Con el nuevo Instrumento, la obtención de puntajes no establecerá niveles de desarrollo ni categorías, incluye a todos los establecimientos de Atención Primaria de Salud, independientemente de su nivel de certificación anterior o si es que no había experimentado el proceso. A partir del puntaje obtenido y habiendo identificado las brechas, los establecimientos de salud deberán realizar un Plan de Mejora, enfatizando su trabajo en aquellos ejes donde se lograron menores porcentajes. El instrumento cuenta con 9 ejes los que se miden a través de los principios irrenunciables del modelo. El cumplimiento de cada uno de los indicadores arrojará un puntaje global. Quedarán certificados en Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, todos los Establecimientos de salud primarios, que obtengan 30% o más en la aplicación del instrumento, exceptuando el eje de salud familiar que exige al menos un 50% de la evaluación en terreno por el Servicio de Salud correspondiente.

El día 15 de junio el año 2015, nuestro CESFAM, ingresó por primera vez la información de la autoevaluación a la plataforma web. El día 16 de octubre del año 2015 se realiza la evaluación en terreno por la Srta. Isabel Betancourt, en representación del Servicio de Salud, obteniéndose porcentajes que no logran el mínimo requerido. De acuerdo a los resultados, nuestro proceso de certificación es diferido para el siguiente año.

El Año 2016 se realiza autoevaluación el día 31 agosto. Según los resultados obtenidos podríamos optar, al proceso de certificación, en el año 2017.



Durante el año 2017 se realiza la autoevaluación en el mes de abril, encontrándose algunas deficiencias corregibles a corto plazo, posteriormente se realiza la evaluación en terreno por la Srta. Isabel Betancourt, el día 28 de junio, en representación del Servicio de Salud, obteniéndose los porcentajes mínimos necesarios en el CESFAM, pudiendo optar a la certificación de éste centro. Las Postas de Salud Rural no cumplen con los mínimos requeridos y se pospone el proceso para el año 2018.

El día 18 de octubre del año 2017, la comisión de la dirección de servicio asiste a nuestro CESFAM, y realiza el proceso de auditoría según la pauta MAIS, el cual aprobamos con un porcentaje final de cumplimiento de un 70,97%, otorgando a nuestro centro de salud la certificación.



En la tabla siguiente se resumen los porcentajes obtenidos por cada eje:

Promoción de la salud		Prevención en Salud		Enfoque Familiar		Participación de la comunidad en salud		Calidad		Intersectorialidad y territorialidad		Gestión del desarrollo de las personas y de la organización		Tecnología		Centrado en atención abierta		Total	
Autoev.	Evalú.	Autoev.	Evalú.	Autoev.	Evalú.	Autoev.	Evalú.	Autoev.	Evalú.	Autoev.	Evaluación	Autoev.	Evalú.	Autoev.	Evalú.	Autoev.	Evalú.	Autoev.	Evalú.
68,33	66,67	22,73	64,55	31,25	87,50	75	83,33	21,88	56,14	60	80	33,33	55,56	83,33	100	57,14	64,29	47,85	70,97

Durante año 2018 debemos trabajar en consolidar nuestro trabajo y trabajar en el plan de cierre de brechas, principalmente en las Postas de salud Rural para optar a la certificación de cada uno de nuestros 3 centros, e iniciar el proceso en el CECOSF que prontamente se inaugurará nuestra comuna.

PRINCIPALES PROBLEMAS PESQUISADOS EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO:

- 1.-Insuficiente aplicación de protocolos de salud familiar (Eje Salud Familiar, Eje de Calidad y Eje Centrado en atención abierta) Meta 2018: cumplir con la aplicación del 100% de los protocolos existentes.
- 2.-Baja cobertura de la aplicación del screening familiar (12% en la Comuna) Meta 2018: cumplir al menos con el 15% que corresponde a la meta nacional.
- 3.-Falta de registro de la entrega de guías anticipatorias (Eje de Promoción) Meta 2018: Registro adecuado de la entrega de guías por profesional enfermero/a.
- 4.-Insuficiente tiempo protegido para el trabajo en el Programa (Todos los Ejes) Meta 2018: Contar con tiempos protegidos, debidamente establecidos en la programación
- 5.-Falta de capacitación para la realización de consejerías y formulación de objetivos en los planes de intervención (Eje prevención y Eje de Salud familiar) Meta 2018: Capacitación continua respecto a las temáticas mencionadas.



Plan Comunal de Promoción de Salud 2018

El Programa Comunal de Promoción de la Salud se orienta hacia la construcción y mantención de entornos y estilos de vida saludables en la población de Requinoa, así como el fomento de la práctica de actividad física permanente con énfasis en jóvenes y personas en situación de discapacidad, ambientes libre del humo del tabaco y alimentación saludable, mejorando la calidad de vida de los habitantes de esta comuna. Sin embargo, en el contexto de un diagnóstico participativo realizado durante 2016, y un análisis de la situación epidemiológica de la comuna, es que el énfasis durante los años 2016 a 2018 será disminuir la tasa de Obesidad en menores de 6 años, focalizando el trabajo en tres sectores de la comuna: Los Lirios, Abra y el sector de El Esfuerzo. Este Plan Trienal, incorpora no solo talleres para la comunidad educativa de estos sectores (Profesores, Apoderados y Alumnos) sobre actividad física y alimentación saludable, sino también mejoramiento de los lugares habilitados para realizar actividad física en Jardines Infantiles y Escuelas con financiamiento para insumos deportivos, Huertos Familiares y Recreos activos. También se destinarán \$4.500.000 para Proyectos Comunitarios, con enfoque de participación en los sectores antes mencionados. En el área de políticas saludables está la Generación de una Ordenanza Municipal Saludable, que regulará aspectos no resueltos por ley sobre Alimentación Saludable, Actividad física y consumo de Alcohol y Drogas (por ejemplo Ley del Etiquetado, Ley de Alcoholes, etc). Se suma a lo anterior el proceso de Certificación de Lugares de Trabajo y Escuelas Promotoras de Salud, como por ejemplo las Escuelas República de Francia, Canadá y Campo Lindo, además de nuestro CESFAM Dr. Joaquín Contreras Silva. Dicha estrategia permitirá mejorar la calidad de vida de los alumnos y funcionarios de estos establecimientos a través de un plan de trabajo de al menos un año, que busca modificar condiciones laborales, acceso a alimentación saludable y actividad física permanente, salud bucal, fomento de la lactancia materna exclusiva y ambientes libres del humo del tabaco, sustentabilidad, entre otros.



Escuela de Gestores (capacitación a líderes comunitarios en gestión de políticas saludables)



Diálogo Participativo, donde se discuten soluciones a temáticas sanitarias priorizadas por la comunidad



Programa de Promoción de Salud 2018

Problema de salud priorizado	Relación con ENS	Objetivo general	Objetivo específico	Meta	Estrategias	Actividades	Plazo	Responsable	Indicadores
Reducir la prevalencia de sobrepeso y obesidad (3 a 6 años)	OE 3.4	Disminuir la malnutrición por exceso en mayores de 3 y menores de 6 años, en Sectores El Abra, Lirios y El Esfuerzo	MEJORAR EDUCACIÓN A PADRES Y CUIDADORES DE NIÑOS PEQUEÑOS	Generar un programa permanente de educación a la comunidad escolar sobre Actividad física y alimentación saludable, en grupos focalizados	Fortalecer actividades educativas a apoderados, alumnos y profesores de las escuelas de los sectores focalizados	Programa de educación sobre alimentación saludable y actividad física para comunidad educativa Apoyo a Actividades Masivas con énfasis en Actividad física y Alimentación saludable Constitución de un equipo motor participativo y redacción de documento para aprobación por parte del consejo municipal	A diciembre de 2017 A diciembre de 2017	Encargado programa de Promoción de Salud Equipo Intersectorial de Promoción de Salud y Encargado programa de Promoción de Salud Encargado programa	Nº DE FAMILIAS EMPODERADAS / Nº DE FAMILIAS INTERVENIDAS *100 al año 2018 * Nº DE FAMILIAS EMPODERADAS / Nº DE FAMILIAS INTERVENIDAS *100 al año 2015 Nº DE KIOSCOS NO SALUDABLES AL AÑO 2018 / Nº DE KIOSCOS NO SALUDABLES AL AÑO 2015 * 100 Nº DE OFERTA REALIZADA AL AÑO 2018 / Nº DE OFERTA REALIZADA AL AÑO 2015 * 100

Centro de Salud Familiar Dr. Joaquín Contreras S. Requinoa - Sexta Región



			<p>AUMENTAR OFERTA DE ACTIVIDAD FISICA Y RECREACIÓN PARA NIÑOS</p> <p>AUMENTO DE ESPACIOS PUBLICOS PARA ACTIVIDAD FISICA</p>	<p>Tener recreos activos en los EE de los sectores focalizados</p> <p>Crear financiamiento permanente para proyectos comunitarios enfocados en aumentar la actividad física en los sectores focalizados</p>	<p>Financiar fomento de actividad física en niños y generación de proyectos de actividad física</p> <p>Proteger espacios públicos para realización de actividad física, financiar proyectos comunitarios y difundir actividades del plan de promoción de salud.</p>	<p>de Proyectos Comunitarios</p> <p>Programa de fomento de Factores Protectores Psicosociales mediante la Actividad Física en EE</p> <p>Campaña de difusión de no consumo de drogas y alcohol en espacios públicos</p> <p>Financiamiento de un proyecto comunitario</p> <p>Programa de difusión radial del plan Trienal y ordenanzas generadas</p>	<p>A diciembre de 2017</p> <p>A diciembre de 2017</p>	<p>de Promoción de Salud y Directivos de EE</p> <p>Encargado programa de Promoción de Salud y SENDA previene</p>	<p>Nº DE PROYECTOS DE MEJORAMIENTO DE ESPACIOS PUBLICOS REALIZADOS AL 2018 / Nº DE ESPACIOS PUBLICOS REALIZADOS AL AÑO 2015 * 100</p>
--	--	--	--	---	---	--	---	--	---



PROGRAMA DE SALUD SERVICIO DE URGENCIA RURAL

Actualmente nuestro país se encuentra cursando una transición epidemiológica avanzada, lo que se traduce en un envejecimiento acelerado de la población, con un aumento considerable de patologías crónicas que tienden o pueden descompensarse. Por otro lado, las prestaciones de salud son cada vez más avanzadas de un punto de vista técnico, y de mayor acceso para la población, lo que se traduce en un aumento en el número de consultas y en los costos para el sistema en su conjunto.

El Servicio de Urgencia Rural se define como el conjunto de recursos humanos y físicos que se encuentran disponibles para dar respuesta a la demanda asistencial de todo cuadro clínico que implique riesgo vital y/o secuela funcional grave para una persona, de no mediar atención médica inmediata e impostergable, lo que conceptualmente se define como **emergencia**, además de acoger las demandas de atención por cuadros que, a juicio del usuario, no admiten espera, lo que se conceptualiza como **urgencia**.

Hoy en día contamos con un SUR bien valorado en lo técnico por parte de nuestros pacientes, pero con una infraestructura deficiente, tiempos de espera y calidad en la espera mal evaluados, y con una alta demanda asistencial percibida por nuestros Técnicos de Enfermería de Nivel Superior (TENS), sin contar con un apoyo permanente del estamento médico, en los horarios que no corresponden a los turnos de Servicio de Urgencia Rural (SUR); 20:00 hrs a 24:00 hrs. Además, este servicio realiza un gasto importante de recursos económicos para el CESFAM (insumos, medicamentos, recurso humano), sin percibir ingresos que compensen este gasto, exigiendo de nuestra parte una reestructuración que permita un uso eficiente de los medios disponibles.

Durante el año 2017, se realizaron en promedio cerca de 2000 prestaciones mensuales, siendo las más frecuentes los tratamientos intramusculares o endovenosos, y las curaciones tanto simples como avanzadas. Además se realizaron en promedio cerca de 250 traslados mensuales, ya sea a unidades de mayor complejidad o a los domicilios de pacientes que no podían acceder a la urgencia por sus medios. Cabe destacar que la mayoría de estas atenciones corresponden a pacientes categorizados como C4 y C5 (de menor complejidad y que pueden esperar por atención médica), tendencia que ha ido en disminución en la medida que se disponen de más horas médicas en el CESFAM para dar solución a los problemas de salud de este tipo de pacientes.

Cabe destacar que a partir de septiembre de este año, se incorporó una figura más presente de jefatura médica, en un comienzo para realizar un diagnóstico, y a partir de noviembre con horas destinadas a una jefatura efectiva de coordinación junto a la existente jefatura de enfermería. Este cambio ha significado una reestructuración del servicio, por lo cual hemos decidido incorporar a partir de este año el programa de salud del SUR dentro del Plan de Salud Comunal para el año 2018.

1. INFRAESTRUCTURA:

Es imperioso contar con un espacio físico que facilite el flujo del paciente que acude a un servicio de urgencia, sin comprometer los espacios de espera y atención de pacientes con los que ya se cuenta. Para esto se debe definir con urgencia el espacio dedicado para el TRIAGE de los pacientes (clasificación según gravedad). Este espacio debiese ubicarse en una secuencia lógica luego de la atención de admisión, considerando además los cambios que vendrán a futuro respecto de este servicio (Sistema ESI – Índice de Severidad de Emergencia – de clasificación). Para esto, ya se encuentra trabajando un equipo de la SECPLAC (Secretaría de Planificación Comunal) para definir los cambios estructurales que permitan esta mejora. Por lo tanto, es un objetivo para el primer trimestre del 2018 implementar el nuevo TRIAGE.

Además, se contará con una planificación anual de mantenciones y mejoras de los equipos médicos y ambulancias, que entreguen confianza a los profesionales y técnicos que trabajan en el servicio, permitiendo un uso eficiente de los mismos. Junto con esto se realizará un inventario de todos los insumos, además de definir junto con farmacia, un stock crítico de medicamentos con que debe contar el servicio para una atención óptima y de calidad para nuestros pacientes.



2. CAPACITACIONES:

Ya se ha comenzado con un sistema de reuniones clínicas orientadas a nuestros TENS, las que se llevan a cabo los primeros miércoles de cada mes, a cargo de los enfermeros y enfermeras, y médicos y médicas que trabajan en el servicio. El objetivo de estas reuniones, además de entregar conocimientos técnicos y prácticos respecto de las patologías que se manejan en una urgencia, es construir equipo, en el que todos se sientan capacitados y apoyados por los colegas a la hora de recibir y atender a nuestros pacientes.

En conjunto con estas reuniones clínicas, se ha diseñado un calendario de capacitaciones para nuestros profesionales médicos y de enfermería, que se llevarán a cabo una vez al mes, los días sábados, en las que se pretende profundizar respecto de habilidades teóricas y prácticas para el manejo avanzado de los pacientes de urgencia. Dentro de los temas a tratar se encuentra el manejo de los pacientes con síndrome coronario agudo, la reanimación cardiopulmonar, el manejo de la vía aérea, entre otros.

Cabe destacar que la dirección del CESFAM ha hecho un esfuerzo por apoyar, además del desarrollo técnico de nuestros funcionarios, el desarrollo humano que permita trabajar de forma coordinada y armónica en un contexto de tensión y alta demanda asistencial como es nuestro servicio de urgencia. Para esto se llevará a cabo durante el mes de diciembre, una capacitación en la metodología “*coaching*”, para profesionales y técnicos del SUR, en el que se abordarán las temáticas de trabajo en equipo y atención al usuario.

Finalmente, se ha enviado a la dirección del servicio de salud, las brechas en capacitación levantadas por la jefatura de enfermería y médico jefe en conjunto, para implementar el Plan de Capacitación 2018, enmarcado en el plan regional para la capacitación de equipos de urgencia, a cargo de la Unidad de Riesgo Vital, Emergencias y Desastres del Servicio de Salud O’Higgins. Este plan permitirá articular de mejor manera la atención de la red en su conjunto, asegurando así la continuidad de la atención de calidad desde el primer punto de contacto del paciente, hasta el cuidado definitivo de su problema de salud en un centro de mayor complejidad.

3. EDUCACIÓN Y VINCULACIÓN CON EL MEDIO

Como hemos mencionado, es clave insistir en la educación de la comunidad respecto del uso correcto de los servicios de urgencia. Para esto se seguirá participando de los espacios ocupados durante este año, como lo fue la radio local, y se propondrá a la Municipalidad una campaña de educación a través de sus redes sociales, para desincentivar el uso del SUR para problemas de salud banal, o de morbilidad que pudiesen ser resueltos en nuestro CESFAM. También se debe educar respecto del correcto uso del servicio de traslado en ambulancia, para evitar reclamos y distribuir este recurso a los pacientes o las situaciones que realmente lo ameriten.

Por otro lado, es importante destacar que para el 2018 se pretende eliminar la prestación de indicaciones médicas dadas por TENS. Para esto, se llevará a cabo un mes de marcha blanca (diciembre) para educar a nuestros pacientes respecto de que tan solo se recibirá tratamiento medicamentoso en los horarios en los que se cuente con apoyo médico, siendo el rol del TENS llevar a cabo estas indicaciones, ya sea de forma presencial o por vía telefónica. Esto quedará claramente explicitado en un protocolo de indicaciones médicas, existiendo situaciones de emergencia en que se permitirá la indicación de medicamentos, lo que estará apoyado por los protocolos correspondientes, que emanarán de la jefatura tanto de medicina como de enfermería.

Se deberá además tener una reunión semestral con Carabineros y Bomberos, para coordinar el trabajo en conjunto en aquellas situaciones que lo ameritan, como lo son los accidentes de tránsito, traslado de pacientes traumatizados, accidentes masivos, etc. Los protocolos que surjan de estas reuniones deberán ser presentados al Concejo municipal para su aprobación y difusión según sea el caso.



4. CALIDAD

Para el 2018 se implementarán protocolos de atención, procesos y prestaciones de salud para la atención de calidad. Cabe destacar que se reorientará el rol de la enfermera jefe, para que cumpla más labores de supervisión y menos de atención clínica. Los indicadores que se pretende medir son:

- Tiempo de espera para TRIAGE
- Tiempo de espera para atención según categorización
- Número de pacientes vistos por turno / Número de pacientes pendientes por ver
- Tasa de eventos adversos
- Tasa de reclamos

Se contará con un comité de eventos adversos y muertes, quienes revisarán mensualmente los DAUs de aquellos pacientes fallecidos o que hayan presentado complicaciones en dependencias de nuestro servicio. Este comité estará compuesto por la enfermera jefa y médico jefe del SUR, además de un TENS nombrado por sus pares.

Además, se llevarán a cabo reuniones periódicas de traslado, farmacia, y con la dirección del CESFAM, en las que se presentarán las estadísticas de prestaciones de nuestro servicio, para de esta forma poder implementar políticas que permitan el correcto uso de los recursos y anticiparnos a períodos de alta demanda.



Centro Comunitario de Salud Familiar (CECOSF) Chumaquito

En Abril del año 2014, se presenta la moción del proyecto de un CECOSF en la comuna de Requínoa, la cual nace de la necesidad de descongestionar el CESFAM, el que por incremento de población inscrita y dotación, presenta un alto grado de hacinamiento y falta de espacio para la entrega de prestaciones a dicha población. Además, se definió que el sector de Chumaquito, contaba con características territoriales propicias para la implementación de este tipo de Centro de Salud.

Lo anterior, ya que por una parte viven 3.800 personas aproximadamente (942 familias), proyectándose a completar las 5.000 personas debido a la construcción de nuevas viviendas correspondiente al programa Subsidio Fondos Solidarios de Viviendas. Por otra parte, Chumaquito se ubica en el sector urbano Nororiente de la comuna de Requínoa, al oriente de la línea férrea, lo cual se constituye en un factor de riesgo para la movilización de la comunidad al CESFAM.

De esta manera, en dicho proyecto se establece como uno de sus objetivos centrales el fortalecimiento del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) con enfoque familiar y comunitario, mejorando el acceso y resolutivez de los servicios otorgados por la atención primaria de salud, en coordinación y complementariedad con el Centro de Salud Familiar de Requínoa, Buscando así, mejorar la salud de las familias a cargo a través de la promoción, prevención y fortalecimiento del autocuidado.

Además, por su cercanía con la comunidad y la definición conjunta de las acciones que allí se otorgarán, pretende resolver de manera más oportuna la demanda de necesidades de salud de la población a cargo. Fortaleciendo la participación comunitaria y el trabajo conjunto con los equipos de salud de forma horizontal, contribuyendo a un mayor sentido de pertenencia de la comunidad y mejorando la satisfacción del sector Chumaquito, de la comuna de Requínoa.

Por último, cabe señalar que actualmente el CECOSF Chumaquito se encuentra ad portas de ser recepcionado por la Municipalidad y de contar con la resolución sanitaria correspondiente del Servicio de Salud O'Higgins, estimando así, que pueda comenzar a funcionar el mes de Enero del año 2018. Para ello ya se está interactuando con la comunidad del sector a objeto de establecer un diagnóstico participativo que sienta las bases del trabajo a realizar.



MATRIZ DE PRIORIZACION DE PROBLEMAS DE SALUD 2018

	<u>MAGNITUD</u>	<u>TRASCENDENCIA</u>	<u>VULNERABILIDAD</u>	<u>FACTIBILIDAD</u>	<u>PUNTAJE FINAL</u>
<u>PROBLEMA</u>	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	
Alta prevalencia de mal nutrición por exceso en niños de 0 a 9 años.	4	5	2	3	14
Alta incidencia de depresión en la población bajo control de salud mental	5	5	4	3	17
Alta prevalencia de consumo problemático de OH	5	4	4	3	16
Baja cobertura de pesquisa de rezago en población infantil 0 a 4 años	4	5	4	5	18
Insuficientes actividades para prevenir discapacidad en la población con factores de riesgo.	3	5	4	3	15
Baja cobertura de pacientes crónicos respiratorios	4	5	4	3	16
Baja pesquisa de tuberculosis	4	5	5	5	19
Baja cobertura de compensación en pacientes con DM.	5	4	3	4	16
Alta incidencia de caries en menores de 20 años	5	3	3	2	13
Insuficiente aplicación de protocolos de salud Familiar	4	3	5	4	16
Baja cobertura de Screening de Salud Familiar	3	2	4	3	12
Alta consulta morbilidad categoría C4-C5 en SUR	5	4	3	4	16
Baja cobertura Control Climaterio	4	3	3	4	14
Desconocimiento de la situación de salud de la población inmigrante.	4	3	2	4	13



MATRIZ DE PLANIFICACION PROGRAMA DE LA MUJER

Problema de Salud Priorizado	Relación con Estrategia Nacional de Salud	Objetivo General	Objetivo Especifico	Meta	Estrategias	Actividades	Plazo	Responsable	Indicadores
Baja cobertura del Control Climaterio	OE N° 4.7 que se refiere a Mejorar la calidad de vida de la mujer posmenopáusica	Mejorar la Calidad de vida de la Mujer Climáterica	Incrementar la Cobertura del Control del climaterio	Aumentar en un 5% la cobertura del Control del Climaterio, al corte efectuado al 31 de octubre del año 2017	<p>1.-Evaluación periódica de calidad de vida a nivel poblacional;</p> <p>2.- Aumento de la cobertura y calidad de la atención por síntomas climatéricos.</p> <p>3.- Difusión a nivel poblacional de contenidos relacionados a esta etapa.</p>	<p>Realización del control del Climaterio estandarizado (de acuerdo a OT).</p> <p>Prescripción de terapia Hormonal de Reemplazo a mujeres con MRS elevada.</p> <p>Realización de Talleres Educativos del Climaterio a mujeres de 45 a 64 años.</p>	Año 2018	<p>Matrona/es del CESFAM y Postas de Salud Rural.</p> <p>Equipos de Cabecera</p>	<p><u>N° de mujeres de 45 a 64 años en control x 100</u> N° de mujeres de 45 a 64 años Inscritas</p> <p><u>N° de mujeres bajo control climaterio x 100</u> N° de mujeres con MRS vigente.</p> <p><u>N° de mujeres en control con MRS elevada x 100</u> N° de mujeres usuarias de THR</p> <p>N° de mujeres de 45 a 64 años que reciben <u>1educación x 100</u> N° de mujeres de 45 a 64 años inscritas</p>



MATRIZ DE PLANIFICACION PROGRAMA DE SALUD DE LA INFANCIA.									
Problema de Salud Priorizado	Relación con Estrategia Nacional de Salud	Objetivo General	Objetivo Especifico	Meta	Estrategias	Actividades	Plazo	Responsable	Indicadores
Baja cobertura de pesquisa de rezago en la población infantil de 0 a 4 años.	Disminuir el rezago en la población infantil de 0 a 4 años..	1.Aumentar la pesquisa de rezago en la población infantil de 0 a 4 años..	1.1.-Aplicar rigurosamente los instrumentos de evaluación. 1.2.-Capacitar a los profesionales que evalúan el desarrollo psicomotor de 0 a 4 años.	Alcanzar una prevalencia cercana a la prevalencia nacional, 15% de la población infantil	<p>Evaluar inicialmente el uso de instrumentos a los enfermeros por enfermera certificada.</p> <p>Actualización de nuevos instrumentos para medir el DSM.</p> <p>Contratar servicios de capacitación en ontogénesis.</p> <p>Realizar rotación y/o incorporar nuevos enfermeros para aumentar el compromiso en los equipos de cabecera.</p>	<p>Se revisara la aplicación de la batería de EDP y Tepsi a enfermero realizando un diagnostico inicial y posteriormente las correcciones.</p> <p>Talleres de capacitación con un organismo externo..</p> <p>Talleres de capacitación de nuevos instrumentos con organismo externo.</p> <p>Incluir nuevos enfermeros en los equipos para renovar los compromisos.</p>	2 de enero al 31 de diciembre de 2018	Jefa/e Programa Salud de la infancia	<p>Número evaluaciones realizadas a enfermeros _____ *100 Número de enfermeros que laboran en el PSI.</p> <p>Número de enfermeros capacitados _____ *100 Número de enfermeros que labora en el PSI.</p> <p>Numero de niños de 0 a 4 años <u>diagnosticados con rezago.</u></p> <p>Numero de niños de 0 a 4 años bajo control.*100</p>



MATRIZ DE PLANIFICACIÓN UNIDAD SALUD MENTAL AÑO 2018

Problema de Salud Priorizado	Relación con Estrategia Nacional de Salud	Objetivo General	Objetivo Especifico	Meta	Estrategias	Actividades	Plazo	Responsable	Indicadores
Alta Incidencia y Prevalencia de Depresión en Mayores de 15 años	Salud mental Trastornos Mentales (2.7)	Pesquisa oportuna cuadros Depresivos Leves y moderados En CESFAM y Postas rurales	Brindar tratamiento multidisciplinario Con el objetivo de disminuir el riesgo biopsicosocial del paciente y su entorno inmediato	Ingresar el total de diagnosticados A programa salud mental de CESFAM Requinoa	Entrevista Clínica	Promoción Talleres y Charlas Psicoeducativas	02 de enero al 31 de diciembre 2018	Equipo Salud Mental	<u>Talleres Planificados</u> *100 Talleres Realizados
						Prevención Consejería Individual y Familiar	02 de enero al 31 de diciembre 2018	Equipo de Salud	<u>Entrevistas Iniciales</u> *100 Entrevistas Iniciales con Consejería
						Diagnostico y tratamiento Aplicación Instrumentos diagnósticos, ingreso e inicio de tratamiento	02 de enero al 31 de diciembre 2018	Equipo Salud Mental	<u>Nº de ingresos realizados</u> *100 Nº de ingresos realizados con Pauta CIE 10 y Goldberg
						Rehabilitación Grupo Autoayuda y participación comunitaria	02 de enero al 31 de diciembre 2018	Equipo Salud Mental	<u>Nº de Asistentes a Talleres</u> *100 Nº de Asistentes Programados
Alta Prevalencia de Consumo de Alcohol	Reducir el consumo de riesgo de alcohol en pacientes y usuarios del CESFAM de Requinoa y postas rurales, según	Disminuir el consumo de riesgo mediante la ejecución de intervenciones mininas y breves	Brindar y realizar intervención apropiada para consumo de riesgo	Total pesquisados con AUDIT, ASSIST Y CRAFFT	Apoyo instrumentos Tamizaje.	Promoción Psicoeducación grupal sala de espera	02 de enero al 31 de diciembre 2018	Equipo Salud Mental	<u>Nº Talleres Planificados</u> * 100 Nº Talleres Realizados
						Prevención Consejería Individual y	02 de enero al 31 de diciembre	Equipo de Salud	<u>Nº de Consejería realizadas</u> *100 Nº usuarios con consumo de riesgo

Centro de Salud Familiar Dr. Joaquín Contreras S. Requinoa - Sexta Región



De Riesgo	puntaje obtenido por Tamizaje audit. (3.3)					Familiar	2018		
						Diagnóstico y tratamiento Tamizaje, intervención o derivación	02 de enero al 31 de diciembre 2018	Equipo Salud Mental	$\frac{\text{Nº de Usuarios Diagnosticados} * 100}{\text{Nº Derivaciones Asistidas}}$
						Rehabilitación Formar grupo multifamiliar para pacientes y familiares de pacientes OH	02 de enero al 31 de diciembre 2018	Asistente social capacitada en formación de club multifamiliares	$\frac{\text{Nº de Grupos Formados} * 100}{\text{Nº de Grupos Planificados}}$



MATRIZ DE PLANIFICACION PROGRAMA CARDIOVASCULAR

Problema de salud priorizado	Relación con ENS	Objetivo General	Objetivo específico	Meta	Estrategias	Actividades	Plazo	Responsable	Indicadores
Baja compensación de pacientes con DM	OE2 2.3 Incrementar	Incrementar la proporción de personas con DM compensada	Hg Glicosilada de <7.0% en menores de 80 años	Aumentar en un 20% la cobertura efectiva del tratamiento de DM 2	Fomento de Estilos de vida Saludables (EVS) Pesquisa temprana de la Patología (EMPA)	Promoción de EVS -Charlas -Actividades con la comunidad.	Cada 6 meses	Prof. Ed Física Médicos Nutricionista Enfermeros Kinesiólogo	N° de Talleres Educativos realizados *100 N° de Talleres Educativos Programados
						Prevención EMP en personas de 20 a 64 años. Tratamiento Controles	Diario RCV alto	Equipos de Salud Aplicación: PROFESIONALES TENS (visados por profesionales).	N° de EMPAS realizados en <u>personas de 20 a 64 años</u> *100 N° de EMPAS programados en personas de 20 a 64 años.

Centro de Salud Familiar Dr. Joaquín Contreras S. Requinoa - Sexta Región



	la proporción de personas con diabetes controlada (2)		Hg Glicosilada de <8.0% en mayores de 80 años		GES -DM Eficientes y eficaces controles crónicos multidisciplinares.	crónicos periódicos de Médico Nutricionista y Enfermero Talleres actividad. Física a pacientes crónicos Rescate de inasistentes. Talleres de Salud Cardiovascular a usuarios y familiares. Educación sobre patología y	cada 3 meses Semanal Cada 3 meses	Nutricionistas. Prof. Ed Física TENS Y Médicos de equipos Equipos de salud	N° de Usuarios Inasistentes Rescatados *100 N° de Usuarios Inasistentes Registrados N° de Talleres Realizados *100 N° de Talleres Programados
--	---	--	---	--	---	--	---	---	--



						farmacoterapia, alimentación saludable, cuidados de pie insulinización Reuniones periódicos para análisis de orientaciones técnicas.	Cada 3 meses	Encargada del PSCV	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Reuniones Realizadas}}{\text{N}^\circ \text{ de Reuniones Programadas}} * 100$
--	--	--	--	--	--	---	-----------------	--------------------	--



Matriz Prevención de Tuberculosis

Problema de salud priorizado	Relación con ENS	Objetivo general	Objetivo específico	Meta	Estrategias	Actividades	Plazo	Responsable	Indicadores
Baja pesquisa de TBC	EO1 1.2 Eliminar la Tuberculosis como problema de salud pública	Aumentar la Pesquisa de casos de TBC	Aumentar la cantidad anual de baciloscopías	Tomar 700 BK al 31 de diciembre de 2018	Focalización de BK en grupos de riesgo BK a los pacientes de programas crónicos: Cardiovascular, Programa ERA y Programa de Dependencia Severa. BK en sintomáticos respiratorios que consulten en Servicio de Urgencia Rural	Pesquisa dirigida a inmigrantes, adultos mayores, personas en situación de calle. 1 actividad al mes Pesquisa a pacientes de patologías crónicas: DM, EPOC, dependencia severa, Asma, LCFA. Capacitación a funcionarios de SUR: administrativos y TENS. Monitoreo de BK mensuales a encargado de programas y equipos.	2 de enero al 31 de diciembre 2018	Equipo de TBC Encargados de Programas.	Nº de baciloscopías de diagnóstico pulmonar <u>procesadas</u> x 1000 Nº de consultas de morbilidad en > de 15 años



ILUSTRE
MUNICIPALIDAD
REQUINOÁ
MATRIZ PARA PROGRAMA IRA 2018

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	Fuente del indicador
Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica	Atención y detección a tiempo de personas con asma y EPOC	Incrementar la cobertura de pacientes adolescentes crónicos respiratorios.	Aumentar en 7% la población adolescente de 10 a 19 años bajo control en el Programa IRA.	Pesquisa, evaluación, confirmación diagnóstica de patología respiratoria crónica.	(Población adolescente de 10 a 19 años bajo control en el Programa IRA (año vigente) (MENOS) Población adolescente de 10 a 19 años bajo control de 10 a 19 años en el Programa IRA (año anterior) / Población adolescente bajo control de 10 a 19 años en el Programa IRA (año anterior))* 100	REM P3, Sección A
Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica	Atención y detección a tiempo de personas con asma y EPOC	Incrementar la cobertura de pacientes adolescentes crónicos respiratorios.	Incrementar en 5% la proporción de asmáticos controlado de 10 a 19 años bajo control en Programa IRA según niveles de control.	Optimizar el tratamiento de asmáticos de 10 a 19 años bajo control en Programa IRA	(Proporción de población bajo control asmática controlada (año vigente) (MENOS) Proporción de población bajo control asmática controlada (año anterior) / (Proporción de población bajo control asmática controlada(año anterior)) Calculo de proporción: (Nº de personas asmáticas controladas de 10-19 años bajo control /Nº de personas asmáticas de 10-19 años bajo control)*100	REM P3, Sección D
Contribuir a la disminución de la mortalidad prematura por enfermedades respiratorias agudas y crónicas, alcanzando la meta definida en la Estrategia	Detección de factores de riesgo de descompensación de pacientes EPOC/ASMA	Incrementar la cobertura de pacientes adultos crónicos respiratorios.	Aumentar en 10% la población bajo control, respecto del año anterior.	Optimizar el tratamiento de asmáticos/EPOC de mayores de 20 años años bajo control en Programa ERA	Porcentaje de pacientes crónicos respiratorios en control de 20 y más años. Nº de pacientes crónicos respiratorios en control de 20 y más años (año vigente)-Nº pacientes crónicos respiratorios en control de 20 y más años (año anterior)/ población crónica de 20 y más años (año anterior) X 100.	REM P3, Sección A

Centro de Salud Familiar Dr. Joaquín Contreras S. Requinoá - Sexta Región



Nacional de
Salud 2011-2020.

<p>Contribuir a la disminución de la mortalidad prematura por enfermedades respiratorias agudas y crónicas, alcanzando la meta definida en la estrategia nacional de salud 2011-2020.</p>	<p>Disminuir incidencia de complicaciones en pacientes EPOC A</p>	<p>Mejorar la capacidad pulmonar en pacientes EPOC A</p>	<p>Que al menos el 40% de los pacientes EPOC Etapa A sintomáticos hayan cumplido con un programa de rehabilitación pulmonar.</p>	<p>Porcentaje de pacientes EPOC A bajo control que finalicen un programa de rehabilitación pulmonar. Nº pacientes EPOC Etapa A que finalizan programa de rehabilitación pulmonar/Población EPOC Etapa A bajo control X 100</p>	<p>REM P3, Sección O</p>
--	---	--	--	---	--------------------------



MATRIZ DE PLANIFICACIÓN SERVICIO DE SALUD RURAL AÑO 2018

Problema de Salud Priorizado	Relación con Estrategia Nacional de Salud	Objetivo General	Objetivo Especifico	Meta	Estrategias	Actividades	Plazo	Responsable	Indicadores
Alto número de consultas pacientes C4 y C5 en SUR		Uso eficiente de los servicios de urgencia, tanto de atención como de traslado de pacientes	Disminuir el número de pacientes que consultan por morbilidad que puede ser resuelta con atención médica del CESFAM	Lograr que al menos el 20% de los pacientes atendidos y/o trasladados en horario no SUR, correspondan a pacientes C1, C2 o C3.	Vinculación con el Medio y Restricción de las Prestaciones	Educación Presencia en radio y redes sociales	02 de enero al 31 de diciembre 2018	Jefatura SUR	<u>Campañas Realizadas</u> *100 Campañas Planificadas
						Marketing directo Entrega de dípticos en ferias y actividades municipales	02 de enero al 31 de diciembre 2018	Equipo SUR	<u>Actividades de entrega de dípticos</u> *100 Nº total de actividades presupuestadas
						Reestructuración de funciones Tratamientos exclusivos indicados por médico, o por protocolo establecido	02 de enero al 31 de diciembre 2018	Equipo SUR	<u>Nº de tratamientos médicos</u> *100 Nº de tratamientos indicados por médico o según protocolo
						Implementación de protocolos de atención Protocolos específicos de manejo de enfermedades que no pueden postergar su atención	02 de enero al 28 de febrero 2018	Equipo SUR	<u>Nº de Protocolos Implementados</u> * 100 Nº de Protocolos Diseñados



DOTACION 2018

CATEGORIA	Nº total Funcionarios	Total Horas semanales (Suma a +b +c)	Horas semanales plazo fijo (a)	Horas semanales plazo indefinido (b)	Horas semanales honorarios (c)
Médico/a	11	482	350	132	0
Odontólogo/a	7	278	91	187	0
Químico Farmacéutico/a	2	88	88	0	0
Director CESFAM	1	44	0	44	0
Jefe Departamento	1	44	0	44	0
Enfermero/a	8	352	132	220	0
Matrón/a	6	242	132	110	0
Nutricionista	4	176	88	88	0
A. Social	4	176	88	88	0
Psicólogo/a	5	209	77	132	0
Kinesiólogo	7	187	121	66	0
Profesor Ed. Física	1	44	11	33	0
Terapeuta Ocupacional	1	44	44	0	0
Otro Profesional	1	44	44	0	0
Tec. Paramédico/a	40	1650	440	1210	0
Tec.Sup. Informático	1	44	0	44	0
TPM Farmacia	0	0	0	0	0
TPM Dental	7	286	176	110	0
Técnico Administrativo/a	2	88	0	88	0
Of. Administrativo/a	22	968	220	748	0
Auxiliares de Servicio	13	506	242	264	0
Conductores	7	308	0	308	0
Tecnólogo Médico	2	88	44	44	0
Fonoaudióloga	1	44	44	0	0

Centro de Salud Familiar Dr. Joaquín Contreras S. Requinoa - Sexta Región



PROGRAMA CAPACITACION 2018 PERSONAL ESTATUTO ATENCION PRIMARIA (LEY 19.378). REQUINOA

LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS	ACTIVIDADES DE CAPACITACION	OBJETIVOS EDUCATIVOS	NUMERO DE PARTICIPANTES POR CATEGORIA							NUMERO DE HORAS PEDAGOGICAS	TOTAL PRESUPUESTO				ORGANISMO EJECUTOR	COORDINADOR	FECHA DE EJECUCION
			A (Médicos, Odont. Q.F.)	B (Otros profesionales)	C (Técnicos de Salud)	D (Técnicos de Salud)	E (Administrativos Salud)	F (Auxiliares Servicios salud)	Total		ITEM CAPACITACION	FONDOS MUNICIPALES	OTROS FONDOS	TOTAL PRESUPUESTO ESTIMADO			
Contribuir a formar en Atención Primaria una masa crítica de profesionales, técnicos y funcionarios entrenados y capacitados en los aspectos centrales del modelo de salud familiar así como en las distintas disciplinas necesarias para garantizar una atención oportuna y de calidad a los usuarios y el bienestar de los funcionarios del CESFAM Requinoa.	Modelo Atención Familiar con enfoque Salud Familiar y Comunitaria	Consolidar el modelo de salud familiar en atención Primaria de Salud así como favorecer el fortalecimiento de los equipos de salud.	20	42	38	12	22	20	154	mínimo 8 horas cronológicas por capacitación	no aplica	6.500.000 (aplica a todos)	no aplica	6.500.000 (aplica a todos)	Oferentes reconocidos por el Ministerio de salud	Director	01.01.2018 al 31.12.2018, según oferta mercado
	Promoción Salud y Prevención, estilos de vida y espacios saludables. Autocuidado (Interno y externo).Protección de Salud.		20	42	38	12	22	20	154	mínimo 8 horas cronológicas por capacitación					Oferentes reconocidos por el Ministerio de salud	Director	01.01.2018 al 31.12.2018, según oferta mercado
	Relaciones Humanas - Trabajo en equipo; ergonometría; carrera funcionaria, remuneraciones; esterilización; emergencias y catástrofes; primeros auxilios; manejo de REAS; computación;		20	42	38	12	22	20	154	mínimo 8 horas cronológicas por capacitación					Oferentes reconocidos por el Ministerio de salud	Director	01.01.2018 al 31.12.2018, según oferta mercado
	Atención Calidad - Atención Público; deberes y derechos de usuarios internos y externos; satisfacción Usuaría, trato al usuario; clima laboral; estrés laboral; trabajo multidisciplinario; atención de usuarios y crisis; ley 19.378 y marco jurídico en		20	42	38	12	22	20	154	mínimo 8 horas cronológicas por capacitación					Oferentes reconocidos por el Ministerio de salud	Director	01.01.2018 al 31.12.2018, según oferta mercado

Centro de Salud Familiar Dr. Joaquín Contreras S. Requinoa - Sexta Región



salud.																		
Temas específicos de Jefe de Departamento, Director, Cargos Directivos	5	10	0	0	0	0	0	15	mínimo 8 horas cronológicas por capacitación					Oferentes reconocidos por el Ministerio de salud	Director	01.01.2018 al 31.12.2018, según oferta mercado		
Garantías Explícitas en Salud; Chile crece contigo;	20	42	38	12	22	20	20	154	mínimo 8 horas cronológicas por capacitación					Oferentes reconocidos por el Ministerio de salud	Director	01.01.2018 al 31.12.2018, según oferta mercado		
Visita Domiciliaria Integral; Consejería en Salud Familiar; autocuidado; GES	20	42	38	12	22	20	20	154	mínimo 8 horas cronológicas por capacitación					Oferentes reconocidos por el Ministerio de salud	Director	01.01.2018 al 31.12.2018, según oferta mercado		
Atención integral del Adulto Mayor; medicina alternativa y aplicación en APS; lactancia materna exclusiva; coaching en trabajo en equipo y Liderazgo.	20	42	38	12	22	20	20	154	mínimo 8 horas cronológicas por capacitación					Oferentes reconocidos por el Ministerio de salud	Director	01.01.2018 al 31.12.2018, según oferta mercado		
Especialidades relacionadas al rol Médico General APS (Pediatria, Medicina Interna, Broncopulmonar, Dermatología y Adulto Mayor); Urgencias; Manejo del dolor; Farmacología; detección precoz de depresión.	11	0	0	0	0	0	0	11	mínimo 8 horas cronológicas por capacitación					Oferentes reconocidos por el Ministerio de salud	Director	01.01.2018 al 31.12.2018, según oferta mercado		
Capacitación Matrones: Planificación Familiar; patología mamaria y ginecológica; Riesgos obstétricos; salud sexual y reproductiva; ITS-VIH/Sida; lactancia materna y apego;	0	7	0	0	0	0	0	7	mínimo 8 horas cronológicas por capacitación					Oferentes reconocidos por el Ministerio de salud	Director	01.01.2018 al 31.12.2018, según oferta mercado		

Centro de Salud Familiar Dr. Joaquín Contreras S. Requinoa - Sexta Región



<p>estimulación prenatal; educación para atención de adolescentes; manejo climaterio y menopausia; diversidad sexual.</p> <p>Capacitación Asistente Social: Violencia Intrafamiliar; derechos de familia; Leyes y beneficios laborales; ley de filiación; intervención con pacientes postrados; salud mental y trabajo social; abordaje e intervención jurídico social.</p> <p>Capacitación Nutricionistas: Actualización de Dieto terapia en la Diversas Patologías; Programación Neurolingüística en el manejo de conductas Alimentarias; Actualización en Fórmulas Enterales; Enfermedades crónicas no transmisibles; Nutrición Pediátrica Gastrointestinal; Nutrición inteligente; Probióticos, prebióticos y alimentos funcionales; Psicoeducación; Nutrición ortomolecula; Fitoterapia; Manejo nutricional en cirugía bariátrica; Actividad física y salud; Nutrición: cuerpo y mente; Alimentación y Nutrición en Geriatría; Alimentación vegetariana; Insuficiencia renal crónica; Nutrición deportiva; Intolerancias y alergias alimentarias; plaguicidas, colorantes, preservantes en alimentos</p>	una atención de calidad a los usuarios																			
	0	4	0	0	0	0	0	4	mínimo 8 horas cronológicas por capacitación									Oferentes reconocidos por el Ministerio de salud	Director	01.01.2018 al 31.12.2018, según oferta mercado
	0	4	0	0	0	0	0	4	mínimo 8 horas cronológicas por capacitación									Oferentes reconocidos por el Ministerio de salud	Director	01.01.2018 al 31.12.2018, según oferta mercado



<p>Capacitación Kinesiólogo, Fonoaudiólogo, Terapeuta Ocupacional y Profesora de Educación Física:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Neurorehabilitación en Niños y Adultos 2. Técnicas de Rehabilitación en Patologías Musculares. 3. Actualización en IRA – ERA 4. Actualización en EMPAM y Patologías Cardiovasculares 5. Rehabilitación con Base Comunitaria 6. Actualización en Órtesis y Férulas 7. Herramientas de evaluación adulto e infantil 8. Estimulación temprana 9. Alteraciones del lenguaje 10. Comunicación, voz y deglución. 11. Rehabilitación cardiopulmonar, espirometría, Función pulmonar 	0	7	0	0	0	0	0	7	mínimo 8 horas cronológicas por capacitación					Ofertantes reconocidos por el Ministerio de salud	Director	01.01.2018 al 31.12.2018, según oferta mercado
<p>Capacitación Odontólogos: Urgencias Odontológicas; manejo del dolor; estética; ortodoncia y ortopedia dentomaxilofacial; farmacología; odontopediatría; rehabilitación oral; patología oral; cirugía oral; TTM, ortopedia funcional; odontogeriatría; medicina oral; cariológia; Periodoncia; Psicología en la atención odontológica; emergencias médicas en el box dental; implantología (en caso de que el nivel</p>	8	0	0	0	0	0	0	8	mínimo 8 horas cronológicas por capacitación					Ofertantes reconocidos por el Ministerio de salud	Director	01.01.2018 al 31.12.2018, según oferta mercado

Centro de Salud Familiar Dr. Joaquín Contreras S. Requinoa - Sexta Región



secundario acepte derivaciones)

ILUSTRE
MUNICIPALIDAD
REQUINOA

<p>Capacitación rol Psicólogo: Trastornos de personalidad; Salud mental en Adicciones; Intervenciones clínicas y psicoterapéuticas en terapia cognitivo conductual; Pacientes postrados; Depresión; Salud Mental y trastornos de la Adolescencia; Sexualidad; Psicometría y psicodiagnóstico, Test de Wisc-III; Suicidio; Terapias alternativas y su uso en salud mental; Terapia de Parejas; Psicología Jurídica; Neuropsicología; Psicopatología infantojuvenil y adultos; Psicología infantil; programación neurolingüística; psicología comunitaria; personas en situación de discapacidad-handicap asociados; abuso sexual; violencia intrafamiliar y de género; mediación; habilidades parentales y estilo de crianza; constelaciones familiares; psicológica jurídico-forense; mindfulness; terapia dialéctica</p>	0	5	0	0	0	0	5	mínimo 8 horas cronológicas por capacitación	Oferentes reconocidos por el Ministerio de salud	Director	01.01.2018 al 31.12.2018, según oferta mercado
---	---	---	---	---	---	---	---	--	--	----------	--

DEPARTAMENTO DE SALUD



Capacitación Químico farmacéutico; Actualización en farmacología; farmacovigilancia; farmacia clínica para APS; control de gestión farmacéutica; atención farmacéutica en APS; optimización farmacoterapéutica; PRM; manejo del dolor	2	0	0	0	0	0	2	mínimo 8 horas cronológicas por capacitación					Oferentes reconocidos por el Ministerio de salud	Director	01.01.2018 al 31.12.2018, según oferta mercado
Capacitación Enfermeros: 1. Manejo Avanzado de Heridas 2. Docencia y supervisión de alumnos en práctica 3. Evaluación Apego Madre – Hijo 4. Manejo, curaciones y tratamiento de enfermería en úlceras varicosas 5. Esterilización Centralizada 6. Actualización en EMPA; EMPAM; pie diabético; RCP, Geriatria, Lactancia Materna, control de salud infantil. 7. PNI Vigente 8. Aspectos éticos legales en la atención a pacientes en servicio de urgencias. 9. Control presión arterial pediátrica. 10. Actualización en control de pac. Crónicos de PSCV	0	8	0	0	0	0	8	mínimo 8 horas cronológicas por capacitación					Oferentes reconocidos por el Ministerio de salud	Director	01.01.2018 al 31.12.2018, según oferta mercado
Capacitación Tecnólogo Médico; Capacitación en ISP en temas APS; Control y Gestión de calidad en laboratorio clínico; Parasitología Clínica y Microbiología Clínica; Epidemiología; Enfermedades Emergentes; Hematología; Química Clínica en TBC;	0	2	0	0	0	0	2	mínimo 8 horas cronológicas por capacitación					Oferentes reconocidos por el Ministerio de salud	Director	01.01.2018 al 31.12.2018, según oferta mercado

Centro de Salud Familiar Dr. Joaquín Contreras S. Requinoa - Sexta Región

