



PLAN DE SALUD 2019
CENTRO DE SALUD FAMILIAR DR. JOAQUIN CONTRERAS S.



I N D I C E

	Pág.
▽ Introducción.....	1
▽ Diagnóstico de Salud Local.....	2
▽ Programa de Salud Infantil.....	6
▽ Programa de la Mujer.....	10
▽ Programa Cardiovascular Adulto y Adulto Mayor.....	16
▽ Programa de Pacientes con Dependencia Severa o Postrados	20
▽ Programa de Rehabilitación Integral con Base Comunitaria.....	22
▽ Programa Odontológico.....	28
▽ Programa Enfermedades Respiratorias del Niño IRA-y del Adulto ERA	33
▽ Programa de Salud Mental	36
▽ Programa de Salud del Adolescente	40
▽ Programa Elige Vida Sana	41
▽ Participación Social (Consejo de Desarrollo Local en Salud, Diagnóstico Participativo, Plan de Participación Social).....	43
▽ Diagnóstico Participativo CESFAM Requínoa y Postas de Salud Rural 2018.....	49
▽ Programa Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria (MAIS).....	57
▽ Plan Comunal de Promoción.....	60
▽ Programa de Salud Servicio de Urgencia Rural.....	62
▽ Centro Comunitario de Salud (CECOSF) Chumaquito.....	64
▽ Desafíos Propuestos por Concejo Municipal a trabajar en Conjunto con Dpto. Salud.....	66
▽ Matriz de Priorización de Problemas de Salud 2019.....	69
▽ Matriz de Planificación Programa de Salud Infantil-.....	70
▽ Matriz de Planificación Programa de Salud Mental.....	71
▽ Matriz de Planificación Pesquisa TBC.....	72
▽ Matriz de Planificación Programa Cardiovascular.....	73
▽ Matriz de Planificación Programa de Salud Infantil.....	76
▽ Dotación 2019.....	77
▽ Anexos	



- ▽ Anexo N° 1 Programa de Capacitación Personal Estatuto Atención Primaria.
- ▽ Anexo N° 2 Formato Monitoreo COMGES 7.1. Programación 2019.
- ▽ Anexo N° 3 Protocolo de Derivaciones a OPD
- ▽ Anexo N° 4 Protocolo de Abordaje de Casos de Emergencia OPD



INTRODUCCIÓN

El presente documento es una continuación del Plan de salud del año 2018, ya que la problemática sanitaria no ha variado en lo sustancial, pues las estrategias se enmarcan dentro de las Estrategias nacionales en Salud 201-2020.

En este trabajo se han vertido las principales noxas advertidas tanto por la comunidad como por los profesionales encargados de los distintos Programas de Salud, de acuerdo a los datos duros obtenidos de las distintas fuentes oficiales como DEIS, SINIM y bases de datos locales.

Uno de los hitos relevantes acaecidos durante el 2018 es la actualización del Diagnóstico Participativo efectuado en el año 2016, otro, es el inicio del funcionamiento a público del Centro Comunitario de Salud Familiar (CESCOSF) de Chumaquito, el 20 de agosto, enfrentándonos al paradigma de 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 llevamos a cabo, del cual esperamos salir exitosos en beneficio de quienes cada día depositan su confianza en nosotros.

Otro gran desafío 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 ha sido necesario establecer un trabajo en red y efectuar un diagnóstico participativo con estos nuevos actores de la comunidad.

Se incluyen en este trabajo los protocolos técnicos de derivaciones a OPD que guardan relación con la derivación de casos de niños, niñas y adolescentes a esa unidad a nivel comunal.

Finalmente se indican estrategias y actividades efectuados por el H. Concejo Municipal encabezados por el Sr. Alcalde de nuestra comuna a implementar en beneficio de los usuarios inscritos en nuestros establecimientos de salud que van en directa relación con su mejor calidad de vida y acercar la salud a quienes residen en los lugares más apartados de los mismos, lo anterior supeditado a la factibilidad presupuestaria y de recursos humanos, como así también a la gestión local de directivos y equipos de salud.

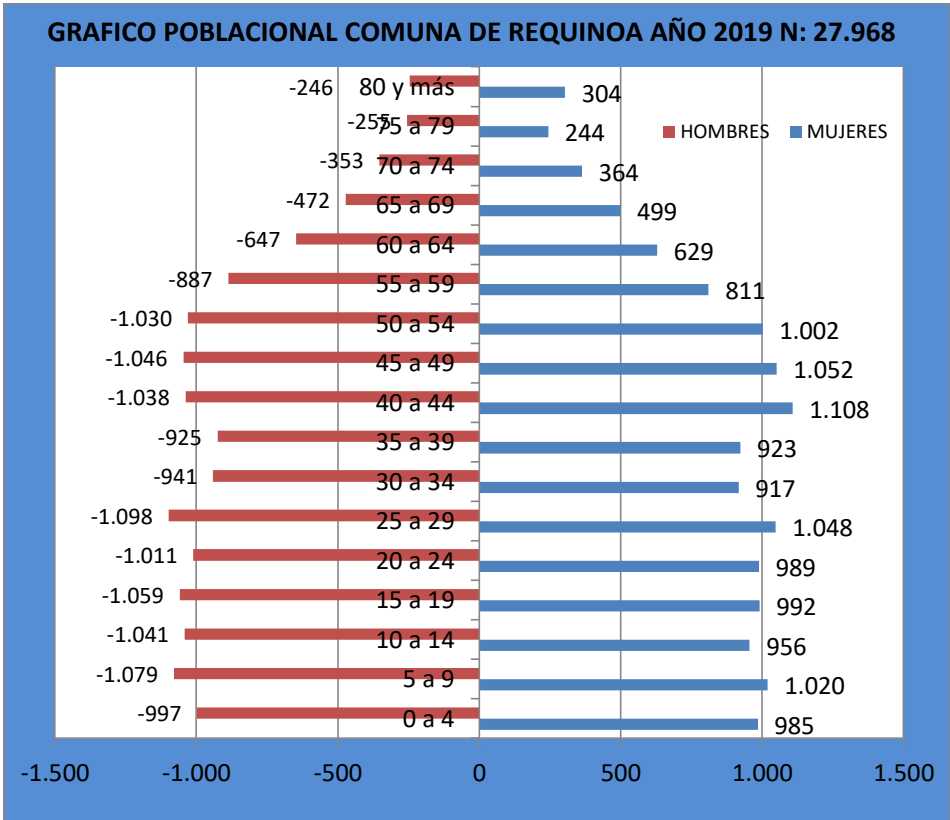


DIAGNÓSTICO DE SALUD LOCAL

1.1 ANTECEDENTES DEMOGRÁFICOS

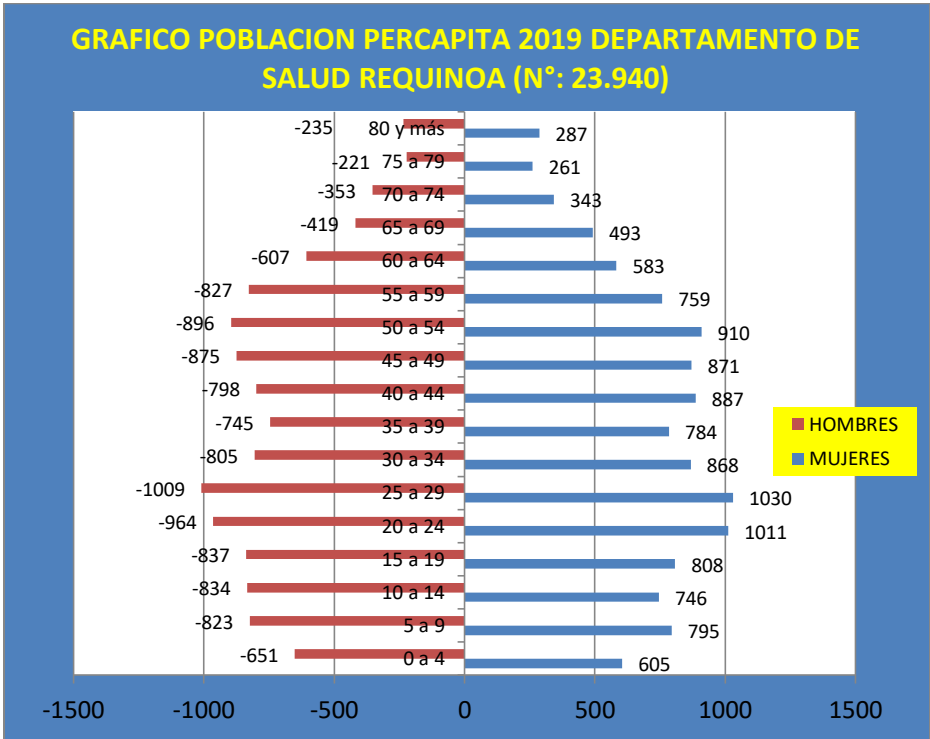
El CENSO realizado en el año 2017 en nuestra comuna arrojó una población de 27.968 habitantes (Gráfico N° 1). La población inscrita validada per-cápita al corte del 31 de agosto del año 2018, realizada por nuestra institución es de 23.940 personas (Gráfico N°2).

Gráfico N° 1. Población Requinoa. CENSO 2017.



FUENTE: INE. CENSO 2017.

Gráfico N° 2. Población Percápita 2019.



FUENTE CESFAM.



La Tasa de Natalidad de nuestra comuna para el año 2017 fue de 11 por 1.000 nacidos vivos. (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 51 hbts/km2, año 2017.
La Esperanza de Vida de las mujeres llega a 82.2 años, este cifra se reduce a 76.1 años en los varones de nuestra comuna.(SINIM).

1.2 ANTECEDENTES SOCIO CULTURALES.

El índice de Pobreza Comunal de acuerdo a CASEN 2017 estaba determinado en un 9.35%.
En la tabla siguiente se muestra el tipo y número de Organizaciones Comunes al año 2017

Tabla N° 1: Número de organizaciones Comunitarias de la comuna de Requinoa.

ORGANIZACIÓN COMUNITARIA	Nº
Clubes Deportivos	43
Juntas de Vecinos	73
Centros u Organizaciones de Adultos Mayores	15
Centros de Padres y Apoderados	8
Otras Organizaciones Comunitarias Funcionales	224
Uniones Comunes	5
Compañías de Bombreros	3
Centros Culturales	15

Fuente: SINIM. I. MUNICIPALIDAD DE REQUINOA.

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

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

Tabla N° 2: Número de personas intermediadas en OMIL de I. Municipalidad de Requinoa

INTERMEDIACION LABORAL	Nº de Personas
Personas enviadas a un empleo	700
Personas inscritas para capacitación	213
Personas inscritas en la Municipalidad en busca de empleo	1000
Número de personas que egresan de cursos de capacitación laboral	70

FUENTE: SINIM. I. MUNICIPALIDAD REQUINOA

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 2597 y para Enseñanza Media llegó a 877 (Fuente: SINIM. I MUNICIPALIDAD DE REQUINOA).

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). Durante el año 2017 la tasa regional fue de un 5.8 por 1.000 habitantes. (no existen datos comunales actualizados en DEIS).

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



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. Sin embargo, la Mortalidad Infantil Regional durante el año 2017 llegó a un 5.0 (IBS, Chile, 2017).

Tabla N°3: 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)

Tabla N°4: Mortalidad Fetal, Neonatal, Perinatal, Tasa de Natalidad y de Fecundidad nacional, regional y comunal de acuerdo a los datos encontrados.

LUGAR	MORTALIDAD FETAL AÑO 2017		MORTALIDAD NEONATAL AÑO 2012		MORTALIDAD PERINATAL AÑO 2017		TASA NATALIDAD AÑO 2017		TASA DE FECUNDIDAD AÑO 2017
	N°	TASA*	N°	TASA*	N°	TASA*	N°	TASA**	TASA*
PAIS	1305	5.9	1283	5.4	1431	6.5	219.324	11.9	1.6
REGION		6.2	63	5.3		7.2		11.6	1.7
COMUNA	1	4.6	0	0	1	4.6	216	9.4	1.7

Fuente: DEIS(*), Perfil Epidemiológico Región del Lib. Bdo. O’higgins (2017)(**).

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). Para el año 2017 nuestra región tiene 61.203 AVPP, con una tasa general de 65.5. En hombres esta tasa es de 82.8 y en mujeres de 48.0.



Tabla N°5: ENFERMEDADES DE NOTIFICACION OBLIGATORIA años 2012-2016

PATOLOGIA	COMUNA	REGION	PAIS
SIFILIS	17	1.211 (1.4%)	21.365 (0,08%)
GONORREA	4	191 (2,09 %)	8.296 (0,04%)
HEPATITIS A	1	74 (1,35 %)	6.059 (0,06%)
HEPATITIS B	4	192 (2.08%)	5.809 (0,06%)
CHAGAS	3	170 (1,76%)	1.183 (0,25%)
COQUELUCHE	12	500 (2,40%)	10.348 (0,11%)
PAROTIDITIS	1	170 (0,58%)	5.154 (0,01%)
TUBERCULOSIS	11	443 (2,48%)	11.231 (0,09%)
VIH	10	680 (1,47%)	8.203 (0,12%)
HIDATIDOSIS	0	69	1.1654

FUENTE: UNIDAD EPIDEMIOLOGIA SEREMI VI REGION

Durante el año 2018 en nuestra comuna se han notificado 3 casos de Sífilis en adultos; 2 mujeres y 1 varón. 6 casos de VIH en adultos; 5 varones y 1 mujer y 2 casos de Gonorrea en adultos; 1 mujer y 1 varón.



PROGRAMA DE SALUD INFANTIL

Malnutrición por exceso:

El sobrepeso y la obesidad (malnutrición por exceso) constituyen factores de riesgo independientes para enfermedades crónicas, además de asociarse a estigmatización social, baja autoestima y desventajas económicas (WHO, 2000). El sobrepeso y obesidad son factores de riesgo para enfermedad isquémica del corazón, enfermedad cerebrovascular, hipertensión arterial, diabetes tipo 2, artrosis, cáncer colorectal, cáncer de mama y cáncer de endometrio, entre otros problemas de salud (James et al., 2004).¹

En lo que respecta a la población infantil, resulta particularmente preocupante el aumento progresivo de la obesidad infanto-juvenil tanto en Chile como en el resto del mundo, sobre todo al considerar el mayor riesgo de constituirse como un adulto con obesidad (Burrows R., 2000). La obesidad infantil se asocia a una mayor probabilidad de muerte prematura y discapacidad en la edad adulta (Dietz W., 1998) y en la adolescencia puede reducir la expectativa de vida en alrededor de 5 a 20 años. En la actualidad, en los Estados Unidos, uno de cada cuatro niños o adolescentes padece obesidad, y uno de cada tres tiene riesgo de adquirirla (Ludwig, D., 2007). Así, uno de cada cuatro niños con sobrepeso en el rango de 6 a 12 años padece intolerancia a la glucosa, y un 60% de ellos tiene al menos un factor de riesgo para enfermedad cardiovascular (Miller J. et al., 2008).¹

A Junio del 2010 se controlaban en el sistema público de salud 993.996 niños menores de 6 años, lo que representa cerca del 67% de la población nacional de ese grupo de edad. La obesidad, a esa misma fecha afecta al 9,9% de los menores de 6 años, con una prevalencia creciente, especialmente a partir de los 4 años. A ello se agrega un 22,4% de niños con sobrepeso, lo que indica que uno de cada tres niños tiene un peso sobre el rango normal (DEIS, 2010); ver tabla 3.3.1.¹

Población bajo control malnutrida por exceso ambos sexos al corte de Septiembre 2018.

Grupo etario	<1a	1ª-23ms	2ª 3a	4a	5a	6ª 9a	Total
Malnutridos por exceso	85	68	132	99	59	204	647
No malnutridos	147	174	340	126	138	308	1205
Total	204	242	472	225	197	512	1852

La prevalencia para el grupo < de 1 año es de:

85/204=37 Lo que equivale a **41.6%**.

(Riesgo atribuible de 41 % lo que indica que las estrategias deberían apuntar a trabajar en este grupo etario)

La prevalencia para el grupo 12 a 23 meses es de:

68/242=28 Lo que equivale a 28%.

La prevalencia para el grupo de 2 años a 3 años es de:

132/472=27 Lo que equivale a 27%.

La prevalencia para el grupo de 4 años es de:

99/225=44 Lo que equivale a **44%.(Riesgo atribuible de 44% lo que indica que las estrategias deberían apuntar a trabajar en este grupo etario)**

La prevalencia para el grupo de 5 años es de:

59/197= 30 Lo que equivale a **30%**.



La prevalencia para el grupo de 6 años a 9 años es de:

$204/512 = 40$ Lo que equivale a **40%**

(Riesgo atribuible de 40% lo que indica que las estrategias deberían apuntar a trabajar en este grupo etario).

Analizando los datos anteriores como equipo tenemos el desafío de trabajar disminuyendo la prevalencia de obesidad infantil.

Esta condición en los menores constituye una carga emergente, que se está estableciendo rápidamente a nivel mundial convirtiéndose en un factor de riesgo importante para la aparición de enfermedades crónicas no transmisibles en la adultez. Romo M, Bravo N, Fernández D. Determinantes sociales de la salud asociados con el exceso de peso en la población infantil [Internet]. Revsaludpublica.sld.cu. 2018 [cited 29 July 2018]. Available from: <http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/815>

Déficit y Rezago del Desarrollo Infantil.

En el período que va desde la gestación hasta los ocho años de vida, se sientan las bases de las capacidades cognitivas, sociales y emocionales, de la salud física y mental de los seres humanos. Las ciencias del desarrollo temprano han puesto en relieve la importancia de la calidad de las experiencias iniciales de vida en el desarrollo cerebral. Además existe una alta influencia interactiva entre la genética y el ambiente, que repercute en el desarrollo y el comportamiento humano.¹

El perfil epidemiológico de las principales causas de morbilidad infantil ha cambiado en las últimas décadas, emergiendo problemas de salud pública como: accidentes, rezagos en el desarrollo, obesidad, maltrato, anomalías congénitas y enfermedades crónicas. Éstos condicionan un deterioro de la calidad de vida del niño al limitar su desarrollo integral e impedir el despliegue de su capacidad para aprender.¹

La priorización de la meta de disminución del rezago del desarrollo en menores de 5 años en la Estrategia Nacional de Salud, por sobre los otros importantes problemas mencionados, se fundamenta porque considera el desarrollo infantil temprano como un determinante mayor de la salud y del nivel de desarrollo a lo largo de todo el ciclo vital.¹

Población bajo control según grupo etario y equipo de cabecera al corte de septiembre 2018.

Grupo etario	Araucaria	Almendra	Roble
< 1 año	83	64	85
1ª a 23 meses	90	69	83
2 años a 3 años	169	138	160
4 años	71	76	78
5 años	79	63	126
6 años a 9 años	180	127	111
Total	672	537	643

Población con déficit del DSM según grupo etario y equipo.

Se considera déficit rezago, riesgo y retraso.

Grupo etario	Araucaria	Almendra	Roble
< 1 año	1	7	2
1ª a 23 meses	8	9	10
2 años a 3 años	4	17	7
Total	13	33	19



Población recuperada del déficit según grupo etario y equipo.

Grupo etario	Araucaria	Almendra	Roble
< 1 año	0	4	0
1ª a 23 meses	3	3	2
2 años a 3 años	1	11	3
Total	4	18	5

Se considero a los niños (as) con Rezago, riesgo y retraso.

Prevalencia para grupo etareo de 0 a 3 años $48/591=0,0812$. Lo que equivale a un 8% de prevalencia.

Prevalencia Nacional: 20%-30%

Meta Nº1

Recuperación del déficit (Riesgo) del desarrollo psicomotor en el grupo etario de 12 a 23 meses, por Equipo de Cabecera. A Octubre del 2018.

Grupo etario	Araucaria			Almendra			Roble		
Nº D/Nº R	Nº D	Nº R	%	Nº D	Nº R	%	Nº D	Nº R	%
1ª a 23 meses	2	2	100%	5	3	60%	5	5	100%
Total			100%				5	5	100%

Cobertura alcanzada a Septiembre 63%

Nº D= numero de niños (as) diagnosticados

Nº R= numero de niños (as) recuperados

Meta Nº 6

Cobertura de LME hasta los 6 meses de vida, para los tres equipos de cabeceras a Octubre.

Edad	6 meses de vida
Nº de controles a septiembre	143
Nº de niños(as) con LME	94
%	65,73%

IIAPS Nº 9

Cobertura de EEDSM al grupo etario 12 a 23 meses para los tres equipos de cabecera a Octubre.

Grupo etario	12 a 23 meses
Nº población 12 a 23	248
Nº EDP	223
% cobertura	<u>90%</u>

“Una de los objetivos fundamentales del Chile Crece Contigo en el nivel primario es reducir la prevalencia de riesgo o retraso del desarrollo y mejorar la tasa de recuperación. Un entorno favorable y una estimulación oportuna, constante y eficaz son factores claves, pero también interviene el nivel socio económico, la ruralidad, educación pre-escolar, y la participación en programas de estimulación. Un inadecuado desarrollo psicomotor condiciona en el mediano y largo plazo bajo rendimiento y mayor deserción escolar, problemas emocionales, conductuales, psiquiátricos, menores oportunidades de trabajo y mayor morbilidad en la edad adulta⁷⁻⁹.



En países desarrollados la prevalencia de riesgo se encuentra entre 12 y 16%, siendo el lenguaje, el área con más dificultades. En Chile y otros países del Cono Sur se han reportado tasas del 29 al 60%, dependiendo del instrumento, experiencia del equipo de salud, edad del niño, nivel socioeconómico, ruralidad, participación en programas de estimulación y educación preescolar²⁵⁻²⁸. De acuerdo a la encuesta de calidad de vida y salud de Chile del 2006 (ENCAVI) el 30% de los niños y niñas está en riesgo y 11% presenta retraso, prevalencia que es mayor en nivel socio económico bajo y en niños de 3 a 5 años de edad².

Por lo anterior llama la atención una muy baja prevalencia de riesgo y retraso psicomotor en la población estudiada. Este hecho es difícil de interpretar y no puede ser atribuido a la implementación de "Chile Crece Contigo" considerando que en la línea base era similar y que incluso aumentó levemente en menores de 2 años cuando el sistema estaba mejor implementado. Existe literatura que muestra divergencias y problemas de confiabilidad en los instrumentos de evaluación del desarrollo psicomotor de los niños, lo que sugiere la necesidad de revisar los test utilizados o la confiabilidad de su aplicación por el equipo de salud^{25,28-30}.

Conclusión:

Con relación a la prevalencia de déficit no alcanzamos un 10%, lejos de la prevalencia nacional entre 20 y 30%. Lamentablemente diagnosticamos poco y recuperamos poco también. Nuestras estrategias deben ir orientadas a la pesquisa oportuna y a la recuperación. Una estrategia es contar con horas enfermeras exclusivas para atención infantil.



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 2018 de 9433. En tanto, la población de este mismo grupo etario para el año 2019, según corte percápita del 31 de agosto del año 2018 realizado por funcionarias de nuestro SOME es de 9895 mujeres.

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 2017 fue de un 74.8. %, logrando que 4473 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 2018 la cobertura alcanzó un 64.2 %, con 4066 mujeres de igual grupo etario, (Citoexpert), con una población inscrita de 6337 mujeres. Se espera que al año 2020 la cobertura nacional y comunal 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 2018

POBLACION INSCRITA	PAP VIGENTE	
	N°	%
6337	4066	64.2

Fuente: citoexpert

TABLA N° 2: TOTAL DE PAP REALIZADOS EN LA COMUNA SEGUN RESULTADOS OBTENIDOS AÑOS 2012 AL 2017.

AÑO	Nº TOTAL PAP	NORMALES	ATIPICOS	LESION PRE- CANCEROSA (NIE I-II-III)	CANCER CERVICO UTERINO	MENOS QUE OPTIMOS
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
2017	1605	1484	40	21	2	58

Fuente: Libro Registro Pap CESFAM y PSR REQUINOA.



CÁNCER DE MAMAS

En el año 2013 se registraron 1.389 muertes por cáncer de mama en mujeres, correspondiente a 11,8% de defunciones oncológicas femeninas en Chile. La mediana de la edad de muerte para el 2013 fue de 66 años.

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 2018 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 AL 2017 y al 31 de octubre del 2018

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
2017	766	652	107	7
31/10/2018	618	506	111	1

Protocolo EFM.

TABLA Nº 4: SITUACION DE MUJERES DE 35 A 64 AÑOS RESPECTO A METODO DE SCREENING MAMOGRAFIA, PARA CANCER MAMARIO EN REQUINOA A OCTUBRE 2018.

POBLACION INSCRITA	MX VIGENTE	
4598	Nº	%
TOTAL	2129	46.3

Fuente: Bases de Datos CESFAM y PSR Requinoa

De esta tabla se desprende que el 46.3 % de las mujeres de 35 a 64 años, inscritas tiene este examen vigente, 15 % más que el año 2017.

Durante el año 2017 se derivaron a la Unidad de Patología Mamaria 13 mujeres; de las cuales; 1 correspondía a Probable Patología Benigna y 12 con sospecha de Cáncer mamario, las cuales se encuentran en control y seguimiento en el nivel secundario y terciario de atención.

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



El número de Mamografías por el Convenio Programa de Imágenes Diagnósticas en Atención Primaria realizadas en el año 2017 fue de 489 en tanto se efectuaron 49 Ecotomografías Mamarias. Durante el año 2018, al 31 de octubre se han efectuado 560 de un total de 600 mamografías asignadas. En este mismo tópico se han efectuado 55 de un total de 60 Ecotomografías mamarias 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, 2015, 2016 y 2017 se lograron coberturas del 88.12%, 90.36% y 92.2 respectivamente de ingresos de gestantes a control antes de las 14 semanas de gestación. Desde Enero al 31 de octubre del año 2018 esta cifra descendió a 87.5 siendo la principal causa de esta baja el número creciente de gestantes haitianas que lamentablemente consultan e ingresan tardíamente a su primer control de embarazo, pese a existir la cobertura y medios disponibles para que lo hagan en forma precoz.

MUJERES EN EDAD DEL CLIMATERIO

En relación a la salud de la mujer en etapa climática, nuestra realidad es que existían en el año 2017, 867 mujeres en control, de una población inscrita de 2932 lo que significaba una cobertura de un 29.5%. Sin embargo, solo 39 mujeres se encontraban con Terapia Hormonal de Reemplazo y 110 con pauta MRS elevada de un total de 378 con pauta aplicada, constituyendo esto una cobertura de aplicación de éste instrumento del 43.6%, la cual está por debajo de lo esperado de acuerdo a las Estrategias Nacionales de Salud para el periodo. A octubre del año 2018 el número de mujeres en control climaterio era 922 con una cobertura del 30.1%.

Lo anterior nuevamente fue expresado como un problema a trabajar durante el año 2019, por nuestro equipo el cual se inserta en el OE Nº 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 climáticas.

La metas a lograr en el año 2019 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 25 % de aplicación pauta MRS a la población en control.
- 3.- Iniciar THR en al menos el 10% más respecto al año 2018 de las mujeres con Pauta elevada THR.

La metas a lograr deben considerar como referencia las cifras expresadas en la Tabla Nº 5.

TABLA Nº 5. MUJERES de 45-64 años EN CONTROL CLIMATERIO 2017

POBLACION INSCRITA: 2932	Nº	COBERTURA TOTAL
EN CONTROL	867	29.6
CON MRS	378	43.6
MRS ELEVADA	110	29.1
CON APLICACION THR SEGÚN MRS	39	35.5

Fuente: REM P1.



TABLA N° 6. MUJERES de 45-64 años EN CONTROL CLIMATERIO a octubre 2018

POBLACION INSCRITA: 2990	N°	COBERTURA TOTAL
EN CONTROL	922	30.8
CON MRS	376	40.8
MRS ELEVADA	84	22.3
CON APLICACION THR SEGÚN MRS	50	59.5

Fuente: REM P1.

De las tablas anteriores se concluye el incremento en 1.2% de la población climatérica bajo control durante el año 2018 en relación al año anterior, como así también el número de mujeres que se encuentran con uso de THR.

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 28 PVVIH (Persona Viviendo con VIH), en control en el CAE (Consultorio Adosado a Especialidad) del Hospital Regional Rancagua; de las cuales; 22 son varones y 6 mujeres. (Fuentes: CAE HRLBO). Al efectuar el Diagnóstico respecto a la pesquisa encontramos que el 100 % de las gestantes se realizan el Test y un grupo en aumento de personas se realiza la prueba de tamizaje para determinar la prevalencia de la enfermedad.

TABLA N° 7 NUMERO DE TEST VIH REALIZADOS DE ACUERDO A ACTIVIDADES EN LAS CUALES FUERON SOLICITADOS EN EL AÑO 2017

ACTIVIDAD	N°	%
CONSULTA ESPONTANEA	134	41.1
CONSULTA ITS	34	10.4
CONSULTA MORBILIDAD	18	5.5
CONTROL CICLO VITAL	75	23
EXAMEN DE MEDICINA PREVENTIVA	3	0.92
CONTROL REGULACION DE FECUNDIDAD	62	19
TOTAL	326	100

FUENTE: REGISTRO LABORATORIO CESFAM.



TABLA N°8 NUMERO DE TEST VIH REALIZADOS DE ACUERDO A ACTIVIDADES EN LAS CUALES FUERON SOLICITADOS A OCTUBRE 2018

ACTIVIDAD	N°	%
CONSULTA ESPONTANEA	379	40.2
CONSULTA ITS	22	2.3
CONSULTA MORBILIDAD	151	16
CONTROL CICLO VITAL	141	15
EXAMEN DE MEDICINA PREVENTIVA	41	4.3
CONTROL REGULACION DE FECUNDIDAD	209	22.2
TOTAL	943	100

La meta a cumplir durante el año 2018 era lograr un 50% más de exámenes respecto a lo efectuado a octubre del año 2017. El número de exámenes realizados a octubre del año 2018 supera en 617 exámenes lo realizado durante todo el año 2017, lo que implica un 189.3% más, cumpliéndose satisfactoriamente esta meta. Durante el año 2018 se han pesquisado 6 casos nuevos de VIH; 5 varones y una mujer. Debido al aumento en nuestro país de esta patología, es necesario continuar con la pesquisa activa ofreciendo el examen a todos nuestros usuario/as sexualmente activos y al menos mantener el número de exámenes solicitados durante el año 2018 en el 2019.



Finalmente, a continuación se identifican las actividades a realizar durante el año 2019.

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) PREVENCION 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 Hipertensión arterial (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

Cuando hablamos de patologías cardiovasculares, entre ellas diabetes, hipertensión arterial, enfermedad renal crónica, dislipidemia, todas han experimentado un aumento en la incidencia y prevalencia a nivel nacional, con dificultades para lograr compensación.

Las enfermedades crónicas no transmisibles (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 son 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 PSCV Requinoa

Datos Octubre 2018	HTA	HTA compensado	DM	DM compensado
CESFAM	2395	1915	1093	513
Lirios	516	296	224	101
Abra	332	220	185	93
Totihue	112	85	48	27
CECOSF	104	74	55	24
Total	3459	2590	1605	758

En Salud, la comuna cuenta con **80 %** de Beneficiarios de FONASA (Regional: 83,7%) y el **82.05%** de estos se encuentran inscritos validados en el **CESFAM REQUINOA**.

La Población Inscrita Validada para el año 2018 corresponde a **22866** personas, de las cuales el **70.5%** (**16115** personas) corresponde a población de 15 a 64 años y **10.6%** (**2425** personas) a población Adulta Mayor.

Como indicadores de salud importantes de la población, se cuenta con: **8.5 %** de Obesidad de la población adulta inscrita; **0.30%** Consumo drogas y alcohol; **1.13%** Consumo tabaco. Estos datos corresponden a octubre del año en curso.

En salud, se realizan diferentes actividades y estrategias de promoción y prevención de la salud, dentro de las que destacan: Más Adulto Mayor Autovalente 18 talleres semanales, talleres cardiovasculares con adulto significativo 3 talleres cada 3 meses por equipo de salud.

Un **23.5 %** del total de Población inscrita validada de 15 a 64 años se encuentra bajo control en PSCV y un **72.59 %** de la Población Adulta Mayor.

HIPERTENSION ARTERIAL:

La prevalencia estimada de Hipertensión Arterial en la comuna corresponde a **4089** personas y nuestra población bajo control por esta patología en el Programa de Salud Cardiovascular es de **3459** personas Por lo anterior, tenemos **630** personas aún sin diagnosticar.

De la Población bajo control por HTA, el **74.88%** se encuentra dentro de niveles adecuados de compensación (Meta Nacional: 68%), y de cobertura efectiva se cuenta con **58.9%** (Meta Nacional: 54%)

DIABETES MELLITUS TIPO 2:

En Diabetes Mellitus tipo 2, la prevalencia estimada corresponde a **2218** personas y nuestra población bajo control por esta patología en el Programa de Salud Cardiovascular es de **1605** personas. Por lo anterior, tenemos **613** personas aún sin diagnosticar.

De la población bajo control por Diabetes Mellitus tipo 2, el **47.22%** se encuentra dentro de níveles adecuados de compensación (Meta Nacional: 45%) y de cobertura efectiva, se cuenta con **31.8%** (Meta Nacional: 29%).

De las **1605** personas Diabéticas bajo control:

22.9 % cuenta con Fondo de Ojo vigente, debiendo alcanzar un 100% de cobertura.

Un **11.57%** del total de usuarios diabéticos se encuentra con valores de HbA1c >9% (Promedio Nacional < 17% y regional < 13%).

El **90.57%** de usuarios se encuentra con evaluación de riesgo de ulceración vigente, de los cuales **12.92 %** presenta riesgo alto o máximo de ulceración.



La tasa de mortalidad de enfermedades cardiovasculares año 2015 en la comuna fue de **140.1**, correspondiendo a **44** personas fallecidas.

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.

El ingreso del programa de salud cardiovascular se realiza 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. EMPAM a población mayor de 65 años.
- **Factores de riesgo pesquisados en el Programa Vida Sana.** diagnóstico de DM-HTA-Dislipidemia y tabaquismo en personas mayores de 55 años.
- **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 del Examen de medicina preventiva.
- **Consulta de morbilidad** y otros controles y consultas de salud

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

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 dislipidemia.
 - 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.

Principales problemas pesquisados:

- Baja insulinización de usuarios diabéticos, nuestra meta alcanzada al 2018 fue del 13.51%, el desafío para el 2019 es el aumento de este porcentaje a alcanzar el 25% de insulinización que es la meta nacional.
- Bajo cumplimiento de Trimeta compensación (HbA1c <7%, Presión arterial < 140/90, LDL < 100 mg/dL) hemos logrado en el 2018 un 18.60% de compensación, nuestro desafío es alcanzar la meta nacional 19%

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



- Ausencia de reuniones del programa cardiovascular durante el 2018, la comunicación durante este período fue a través de mail y contacto telefónico con los integrantes, también reuniones entre la encargada del PSCV y uno o dos de los integrantes del equipo, se aprovecharon instancias en otras reuniones para abordar puntos de relevancia del programa, esto ocurrió por la falta de calendarización a inicio de año, lo que habría conllevado al bloqueo de agendas de última hora. Para el 2019 se realizará la calendarización trimestral para éstas reuniones.



PROGRAMA DE PACIENTES CON DEPENDENCIA SEVERA.

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, de acuerdo a lo señalado, el último estudio nacional de discapacidad elaborado durante el año 2015 (Endisc), el 16,7% de la población de 2 y más años, se encuentra en situación de discapacidad, es decir 2 millones 836mil 818 chilenos que presentan algún grado de discapacidad.

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 2018

Durante el año 2018 se renovó el equipo de profesionales del programa, médico y enfermera, con el propósito de darle otra visión, fortaleciendo las visitas integrales, el trabajo en red con el intersector, los registros y una atención global a todo el grupo familiar. Se destinó un médico con 15 horas semanales para otorgar 3 controles al año y visitas de seguimiento – morbilidad donde participa el equipo completo – a los usuarios del programa.

Los requerimientos de morbilidad que denota gran demanda de atención médica frente a las patologías agudas sobre todo los meses de Julio, Agosto y Septiembre, lapso en que se incrementa la demanda de consultas por patologías respiratorias agudas, lo que se traduce en una reducción del N° de visitas integrales en los meses señalados, para otorgar atención a las morbilidades, siendo necesario plantear la factibilidad de incrementar las horas de este recurso.

El progresivo aumento de la población senescente y el aumento del grado de discapacidad que con lleva el envejecimiento, se manifiesta en la demanda de solicitudes por ingresar al programa. Por otra parte, los pacientes oncológicos que ingresan en etapa IV, grupo que demanda mayor atención por morbilidad, frente a este requerimiento, hace necesario aumentar las horas de Kinesiólogo.

Los talleres de capacitación a cuidadores de personas con discapacidad severa o postrada se realizaron en 5 jornadas por grupo, con la participación de diferentes profesionales; kinesiólogo, asistente social, enfermera y nutricionista. Capacitando así al 94,2% del total de los cuidadores hasta Octubre del 2018.

Se realizaron planes de cuidados a cuidadores de personas con discapacidad severa a la totalidad de quienes se encontraban en el programa, siendo parte de la visita integral, abarcando a todo

el clan familiar; de esta forma se realizaron curaciones, EMPA, toma de muestras para VIH y RPR, derivaciones de PAP, mamografías, ayudas técnicas, ICC a especialidades, y derivaciones por patologías agudas descompensadas al segundo nivel de atención, desde el domicilio, lo que traduce en un incremento de procedimientos realizados en comparación con el año anterior.

Como beneficio a las familias con personas dependientes severos se gestionó un carnet a nivel local que permite el único “rompe fila” en las unidades de SOME, leche y farmacia que tienen quienes acceden a nuestros establecimientos de salud en la comuna.



Durante el año 2018 se potenció fuertemente el trabajo con un enfoque familiar y biopsicosocial incorporando a los equipos de cabecera para realizar intervención Psicólogo, Nutricionista, Kinesiólogo u otro profesional si lo amerita.

Desde el 13 de agosto del año 2018 se dio inicio al proyecto de SENAMA, “Apoyo Terapéutico al Final de la Vida”, con la participación de fonoaudióloga en el área cognitiva y terapeuta ocupacional en el área de ayudas técnicas, este proyecto tiene como fecha de término el 13 de Febrero del año 2019.

Otro acontecimiento favorable en el mes de Octubre, fue la adquisición de un automóvil cero km para el programa en reemplazo del antiguo (año 2006, 11 años).

DESAFIOS PARA AÑO 2019

- Aumentar las horas de médico y Kinesiólogo por el incremento de demandas de visitas por morbilidad.
- Una vez evaluados los usuarios que no cumplen los requisitos para ingresar al programa, se coordinara con los equipos de cabecera para resolución de problemas.
- Dar continuidad al Plan Integral con Enfoque Familiar y mejorar resultados.

ESTADISTICAS AÑO 2018

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

GRADO DE DEPENDENCIA	N° DE USUARIOS
Dependencia Leve	9
Dependencia Moderada	17
Dependencia Severa	64
Total Pacientes	90

- **Número de Visitas Domiciliarias integrales y de procedimiento realizadas de enero a octubre de 2018**

MES	VISITAS INTEGRALES MEDICO-ENFERMERA	VISITAS SEGUIMIENTO-MORBILIDAD MEDICO_ENFERMERA	VISITAS DE PROCEDIMIENTO
Enero	20	10	146
Febrero	34	8	142
Marzo	15	10	132
Abril	27	16	115
Mayo	23	16	119
Junio	20	16	152
Julio	27	18	137
Agosto	20	19	108
Septiembre	22	17	111
Octubre	36	16	127
TOTAL	244	146	1289



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 resolutiveidad 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 2018

- Número de ingresos a Programa de Rehabilitación Integral de enero a octubre de 2018, distribuidas según condición de salud

CONDICIÓN DE SALUD	CONCEPTO	TOTAL
TOTAL INGRESO (N° DE PERSONAS)		643
CONDICIÓN FÍSICA	Síndrome doloroso de origen traumático	113
	Síndrome doloroso de origen no traumático	179
	Artrosis leve y moderada de rodilla y cadera	70
	Secuela de accidente cerebro vascular (ACV)	49
	Secuelas de traumatismo encéfalo craneano (TEC)	3
	Secuela de traumatismo raquimedular (TRM)	0
	Secuela quemadura	0
	Enfermedad De Parkinson	14
	Otro déficit secundario con compromiso neuromuscular en menor de 20 años congénito	24
	Otro déficit secundario con compromiso neuromuscular en menor de 20 años adquirido	4
	Otro déficit secundario con compromiso neuromuscular en mayor de 20 años	104
	Amputación por pie diabético	2
	Otros	54
CONDICIÓN SENSORIAL VISUAL	Congénito	0
	Adquirido	1
	Otros	3
CONDICIÓN SENSORIAL AUDITIVO	Congénito	0
	Adquirido	0
	Otros	2
OTRAS CONDICIONES Cuidadores		21

- Número de personas que ingresan y número de sesiones de educación grupal realizadas por equipo de rehabilitación de enero a octubre de 2018

ÁREA TEMÁTICA DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO	TOTAL
Número De Personas	324
Número De Sesiones	207

- Número de visitas domiciliarias realizadas por equipo de rehabilitación de enero a octubre de 2018

VISITAS DOMICILIARIAS	TOTAL
Visita Domiciliaria Integral	87
Visita De Tratamiento Y/O Procedimiento	9



RESULTADOS DIAGNOSTICO PARTICIPATIVO 2018: SEGÚN MATRIZ RBC

EJE SOCIAL

NECESIDAD	¿COMO NOS AFECTA?	¿QUE PODEMOS HACER?	RESPONSABLES
Falta de apoyo y Capacitación para cuidadores de PsD y adulto mayor, tanto en el ámbito emocional y físico.	Se genera sobrecarga física y emocional en los cuidadores, postergando sus propias necesidades, junto con esto se agrava en el ámbito económico, disminuyendo los ingresos al hogar.	Realizar capacitaciones. Incentivar a la comunidad a generar campaña de sensibilización presencial y/o radial. Formar voluntariados.	Escuelas Juntas de vecinos Departamento de Salud.
Falta de información respecto a la Ley de inclusión 20.422.	Sensación de desprotección por saber a quién y donde acudir en caso de un problema.	Mayor difusión y orientación hacia la comunidad. Tomar iniciativas para informarnos.	Oficina de la Discapacidad CCR Establecimientos Educativos Comunidad.
Falta de implementación de proyectos comunitarios Que incorporen a las PsD.	Genera discriminación y limita el acceso a la participación.	Crear talleres para la comunidad, a través del financiamiento Municipal y/o Proyectos.	Municipalidad Junta de vecinos Comunidad.

EJE SALUD

NECESIDAD	¿COMO NOS AFECTA?	¿QUE PODEMOS HACER?	RESPONSABLES
Falta de difusión de información de las distintas actividades, prestaciones del personal y roles de cada uno.	No saber dónde recurrir y perder las oportunidades de atención.	Generar difusión radial. Reuniones en las comunidades. Afiches y videos en el CESFAM.	Directiva Junta de Vecinos. Área de comunicación, Municipalidad. Usuarios Profesionales del CCR.
Crear un banco comunal de ayudas técnicas.	Ante la necesidad inmediata de una ayuda técnica, no poder acceder a ella.	Campaña radial	Comunidad
Articular atención y recurso humano entre CESFAM y CCR.	Tiempo de espera ante las intervenciones.	Reuniones clínicas	Profesionales del CESFAM y CCR

DEPARTAMENTO DE SALUD



EJE EDUCACIÓN

NECESIDAD	¿COMO NOS AFECTA?	¿QUE PODEMOS HACER?	RESPONSABLES
Continuidad de estudios superiores y técnicos	Déficit en la continuidad en la educación. Falta de oportunidades	Realización de cursos de formación de líderes comunitarios. Creación de monitores Capacitación del personal Búsqueda de voluntarios Charlas de orientación vocacional.	Educación DAEM
Difundir y capacitar al personal existente para bajar la información dentro de las instituciones	Retraso de la atención Desconocimiento de pasos a seguir o donde acudir.	Difusión de la información y fortalecer redes de contacto. Insertar temas de la discapacidad en planes y programas educativos.	Municipalidad –oficina de la discapacidad.
Inserción laboral de estudiantes con discapacidad	Poca inclusión	Creación de perfiles laborales.	OMIL CCR Colegios de Educación Especial.

EJE DE FORTALECIMIENTO

NECESIDAD	¿COMO NOS AFECTA?	¿QUE PODEMOS HACER?	RESPONSABLES
Comunidad con falta de comunicación y empatía	Soledad, aislamiento discriminado y temor.	Capacitación de organizaciones sensibilizaciones	Organizaciones comunitarias. Juntas de vecinos Municipalidad. Escuelas CCR
Falta de trabajo en equipo	Desinformación Falta de empatía Falta de ganas de hacer las cosas por si solos.	Delegar a la comunidad charlas motivacionales. Reunión de organizaciones no gubernamentales	CCR Junta de vecinos Organizaciones gubernamentales.



EJE DE SUBSISTENCIA

NECESIDAD	¿COMO NOS AFECTA?	¿QUE PODEMOS HACER?	RESPONSABLES
Compromiso y empoderamiento de los propios usuarios y sus familias.	Perdida de recurso humano y económicos. Pérdida de oportunidades para otras personas. Limitación familiar hacia los usuarios.	Concientizar a la comunidad acerca de las oportunidades. Seguimiento en la asistencia de los talleres. Educar a la familia. Promover a la autonomía e independencia.	Familias. Red de apoyo profesional (salud, educación, carabineros etc.)
Mejorar la calidad de información (lenguaje) y difusión acerca de la oferta laboral	Aumenta el desconocimiento. Aumenta la falta de oportunidades laborales y capacitaciones	Dar a conocer las necesidades los organismos correspondientes	Servicios públicos. Organizaciones comunitarias. Juntas de vecinos Municipalidad.
No hay proyección a futuro de grupo etario por falta de empatía	Limitación de oportunidades Trastornos del animo Limitación física Disminución de la calidad de vida.	Concientizar a las autoridades, empresas y usuarios.	Todos nosotros Gobierno de turno.

Hitos relevantes desarrollados durante el 2018
Jornada de sensibilización “Ponte en mi lugar” Plaza de armas y feria libre Requinoa
Postulación Ayudas Técnicas plataforma SENADIS
Hidroterapia con Usuarios de artrosis en piscina municipal Y piscina Temperada Clínica los Canelos
Capacitación de micro emprendedores a fondos concursales 2018
Actividades de Cultura y recreación “Cine con sentido”
4° Diagnostico participativo- Discapacidad y RBC - Junio 2018
Desarrollo de Actividades de Ocio y tiempo libre (Monasterio Celeste)
Jornada de Sexualidad a usuarios y funcionarios del Departamento de Salud
Jornada Empresarial - ley 21.015
Proyecto Cuidadoras de PsD “Me cuido para cuidar”
Fonda inclusiva CCR
Corrida por la Inclusión
Sendero Inclusivo- Parque Villa María
Participación en 2° Campeonato Regional de Boccias- Rehabilitación O’Higgins



DESAFÍOS PARA 2019

EJE SOCIAL	EJE SALUD	EJE EDUCACIÓN	EJE SUBSISTENCIA	EJE FORTALECIMIENTO
Formalizar agrupación cuidadoras.	Difusión en redes sociales de Planilla Programática de talleres del CCR.	Coordinar con SENADIS capacitación a mesa de la Inclusión comunal, en temática acceso a la educación Superior.	Mantener red de trabajo en área de discapacidad y sexualidad.	Desarrollar Diagnostico situacional en 2 localidades de la Comuna de Requinoa, con el objetivo de identificar necesidades propias de estas.
Desarrollar al menos 4 jornadas de sensibilización acerca de la temática discapacidad.	Potenciar el banco comunal de Ayudas técnicas a través de la campaña comunal, entrega tú ayuda.	Articular red con Colegio Especial para desarrollo de habilidades pre laboral.	Desarrollar jornadas de sexualidad con padres de PsD.	Identificar y capacitar a líderes Comunitarios de los sectores intervenidos, en temática Discapacidad.
Coordinación con oficina de cultura y/o deportes para la destinación de cupos para PsD a talleres municipales.	Desarrollar al menos 2 reuniones de coordinación, entre encargado de AA.TT y médicos de APS, para la prescripción adecuada de estas.	Realizar al menos 3 recreos activos de sensibilización en establecimientos de la red educacional.	Realizar Capacitación de Beneficios sociales a los cuales pueden acceder las PsD.	Sensibilización y acuerdos con empresas privadas de transporte público.
	Gestionar actividades de participación cultural, deporte y recreación para las agrupaciones de PsD.			



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 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 (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 2018.

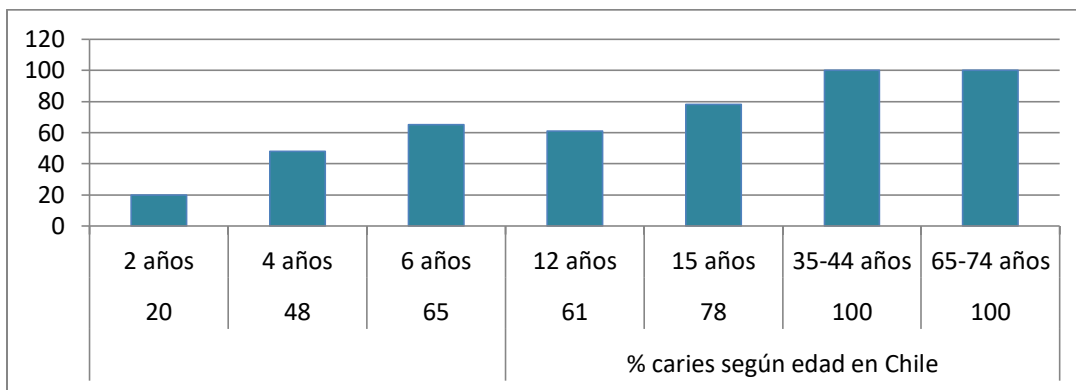
Sin duda en los últimos años nuestro programa ha sido enfocado en la dirección correcta, aunque con pocos recursos y tratando de saldar la deuda pendiente con los mayores de 20 años que exigen legítimamente su cobertura odontológica.

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 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 (CEOD), como en la dentición permanente (COPD): el CEOD es de 0,5 a los 2 años, 2,3 a los 4 años y 3,7 a los 6 años, el COPD es de 0.5 a los 6 años, 1.9 a los 12 años, 3.0 a los 15 años, 13.3 a los 35 a 44 años y 19.7 en el grupo de 65 a 74 años.

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



A la luz de los datos entregados por el gráfico, podemos señalar que mientras más precoz es nuestra intervención menos daño 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 daño 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 esquelética de la cavidad bucal. La prevalencia es de 33.3% a los 4 años, 38.3% a los 6 años y 53% a los 12 años.

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

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 Requínoa se cuenta con 282.6 horas semanales de odontólogo con igual horas de técnico dental. Lo anterior distribuido en el CESFAM (111Horas en total,88 diurnas y 23 vespertinas), dos postas de salud rural (88 horas), un móvil dental (39.6 horas) y un Centro de –Salud Comunitaria y Familiar (CECOSF), (44 horas), que dan respuesta a las necesidades de salud oral de la Comuna . Desde el año 2000 se trabaja con los grupos etarios mayores de 20 años en el tratamiento de patologías bucales (atención vespertina en Posta de Salud Rural; Los Lirios, Abra y CECOSF 22 hrs por convenio). 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 ese establecimiento). 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 un lugar físico para implementación de box dental hace imposible una mayor cobertura a nuestra población en nuestro CESFAM, para lo cual, entró en funcionamiento en agosto del año 2018 el CECOSF en el sector de Chumaquito donde hay 44 horas odontólogo y paramédico dental que se integran y forman un nuevo equipo de cabecera.

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



PLAN DE SALUD

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 CERO (**Control con Evaluación de Riesgo Odontológico**). 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 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 60 % de niños libres de caries en menores de 3 años en la Comuna de Requínoa
- Lograr un 81% las altas integrales de niños de 6 años en la Comuna de Requínoa
- Lograr un 87% las altas integrales de niños de 12 años en la Comuna de Requínoa
- Lograr un 80 % las altas integrales a jóvenes de terceros y cuartos medios 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 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.

- **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 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 (prevención y promoción). Además incluye un diagnóstico de la salud bucal en población parvularia.)



- 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 año 2005 formando parte de la atención dental GES.

Cobertura comunal de 81 % 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 comunal de 87 % 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 70 % de la población de gestantes de la comuna de Requinoa con alta odontológica. (Nacional 70 %).

Altas odontológicas totales en población de 7 años a menor de 20 años: se refiere a entregar de alta integral dental a un porcentaje de la población entre 7 y 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).
- Realizar 4 talleres de educación bucal al equipo pediátrico (CESFAM, Postas de Salud Rural y CECOSF).
- Controles con enfoque de riesgo odontológico (CERO) a niños entre 6 meses y 7 años de la comuna.
- Fluoración tópica (barniz) a niños de 2 a 4 años en 9 Jardines de la comuna.
- Fluoración tópica (barniz) a niños de 4 y 5 años (NT1 Y NT2) en todas las escuelas de la comuna (8).
- Altas integrales a niños de 6 y 12 años.
- Altas integrales totales de 7 a < de 20 años.
- Sellantes a niños de 6 y 12 años.
- Atención integral vespertina menores de 20 años (prioridad SOME).
- Atención integral a embarazadas.

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



METAS:

- 100% Escuelas y Jardines Infantiles saludables incorporan factores protectores de la salud bucal.
- 60 % 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 81% de niños de 6 años.
 - > o = al 87% de niños de 12 años.
 - > o = al 24% entre 7 y 20 años.
 - > o = al 80% de alumnos de cuartos medios (municipales).
 - > o = al 70 % 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 Requínoa (660).
- Nº de controles CERO realizados en menores entre 6 meses y 6 años en la comuna.
- Nº de cepillos dentales entregados a controles CERO de la comuna de Requínoa.
- Cobertura de atención integral por edad (6, 12 años, menores entre 7 y 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 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 año 2019 dice relación con reforzar nuestro programa desde su inicio, es decir, desde el ingreso de nuestros pacientes. Lo anterior incluye motivar a todos los que componen el equipo de salud, a nuestros pacientes, sus familiares y comunidad, sobre la importancia de comenzar sus controles odontológicos aún cuando sus niños ni siquiera tienen piezas dentales para desafiar a lo que parece un destino marcado, el tener caries y sufrir pérdida temprana de piezas dentarias.

Todo lo anterior sin descuidar nuestro norte en cuanto a las grandes metas odontológicas trazadas para el decenio (prevenir y reducir la morbilidad bucal de los menores de 20 años).

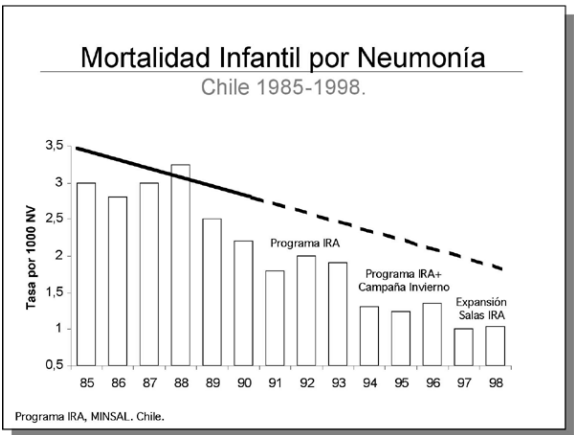
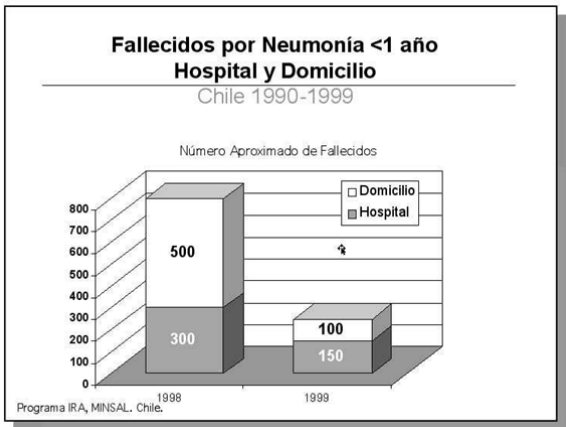
Cuadro comparativo de los distintos Equipos CESFAM Requínoa y los indicadores nacionales (Fichas dentales de diagnóstico 2010).En año



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.

Diagnóstico Salud bucal 2010	6 AÑOS			12 AÑOS		
	COPD	CEOD	LIBRES	COPD	CEOD	LIBRES
ARAUCARIA	0,2	3,8	27%	2,35	CEOD	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%

FUNCIONAMIENTO DEL PROGRAMA AÑO 2018

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, 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,

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



situación que se normalizó el presente 2018 con el aumento de horas Médicas y kinésicas estables, para así no depender del monto fluctuante entregado para campañas de inviernos por el servicio de salud. Cabe mencionar que además de prestaciones como las visitas domiciliarias en pacientes con riesgo moderado y alto de fallecer por neumonía, se incorporan en 2017 y se mantienen en 2018 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 anuales para todos los pacientes en control, 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 IRe), ingresos al programa, educaciones individuales, rehabilitación pulmonar, resolución de casos de urgencia, hospitalizaciones abreviadas en crisis respiratorias y controles crónicos a realizar.

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

Según los tiempos estipulados para cumplir con los indicadores a cabalidad se disminuyó el déficit de 36 hrs semanales kinésicas y 12 hrs semanales médicas del año 2017, a 24 hrs semanales kinésicas y 10 horas semanales médicas. Por lo que nuestro equipo de la presente sala, si bien es cierto, ha logrado mejorar todos los indicadores del programa, no hemos podido cumplir a cabalidad con todos los indicadores para abarcar el 100% la población en control, por lo que se sugiere aumentar estas horas durante el 2019 para llegar a cumplir las metas cada vez más exigentes en nuestra población en constante crecimiento.

DESAFIOS PARA AÑO 2019

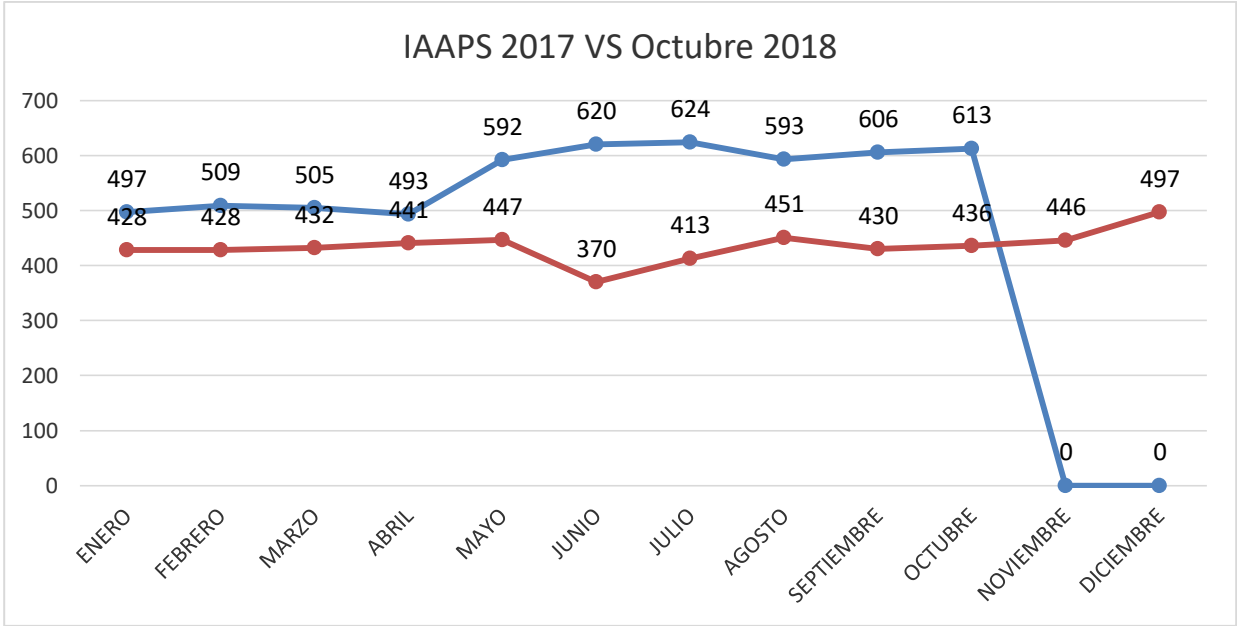
- Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica
- Realizar y cumplir los indicadores propuestos a la totalidad de los usuarios bajo control.
- Asignar horas correspondientes a cada prestación del programa IRA-ERA
- Aumentar el recurso de Kinesiólogos en 24 hrs al programa
- Ampliar el número 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



ESTADISTICAS AÑO 2018

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

	SALA IRA	SALA ERA
Usuarios totales (todos los ingresados al tarjetero)	539	535
Número de atenciones realizadas a octubre 2018	3040	
Procedimientos realizados	2215	





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 2018 es de 486 casos, lo que corresponde al 36,16% de la población bajo control en ese momento (población bajo control de personas mayores de 5 años en programa salud mental 1382 usuarios, al mes de octubre de 2018).

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 y adolescentes, Violencia Intrafamiliar, maltrato infantil, Violencia de Género, Síndrome de Déficit Atencional, Casos derivados de Tribunales de Familia y otras comorbilidades de salud mental asociadas.

Este año 2018 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 2018 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, salas de espera, Psicoeducación, consejería y trabajo en terreno (evaluación de adolescentes en liceo municipal, actividades comunitarias 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.



Al 31 de octubre del año 2018 se han aplicado 1378 instrumentos de tamizaje (AUDIT, CRAFF O ASSIST), para evaluar el consumo de alcohol de la población, permitiendo realizar las siguientes acciones:

Total Instrumentos Aplicados	1378
Intervenciones Mínimas	1310
Intervenciones Breves	62
Derivaciones Asistidas	62

Otros Datos Relevantes:

Total Consultas Salud Mental a Octubre 2018.

	Médico	Psicólogo	A. Social
CESFAM	424	1783	62
LIRIOS	53	236	18
ABRA	124	199	22
TOTIHUE	34	66	1
TOTAL	634	2284	103

Terapias Complementarias (Flores de Bach)

Pacientes Atendidos	206
Número de Sesiones	534

Actividades Comunitarias y de Coordinación 2018

Feria Preventiva Escolar(Escuela Canadá, Escuela Berta Saavedra Segura, Escuela David del Curto, Escuela Santa Amalia).	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 Mental	Salud Mental SENDA Comunal
Aplicación de instrumentos de Tamizaje para el consumo de sustancias en Corrida Comunal por la inclusión.	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 Patologías más recurrentes, en personas mayores de 15 años
Octubre 2018. Programa Salud Mental CESFAM Requinoa**

	CESFAM	Postas	Total
Depresión	258	228	486
Consumo de Sustancias (Alcohol / Drogas).	54	23	77
Trastornos Ansiedad/Adaptación/Reactivos.	515	280	795
TDAH	73	33	106

Población Bajo Control a Octubre 2018. Programa Salud Mental

Población Bajo Control Mayores de 5 años	Meta Población bajo control mayores de 5 años
1382	1380
100.1%	100 %

- Trastornos emocionales: Cuadro que puede Derivar a depresión si no recibe el adecuado abordaje multidisciplinario.
- La Depresión representa el 35.16 % 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 igual forma es posible mencionar que los trastornos emocionales reactivos y trastornos de adaptación, al no recibir el adecuado abordaje, pueden cronificar sus síntomas y derivar en un cuadro depresivo reactivo.

De lo anteriormente expuesto se deduce que los problemas prioritarios de nuestro programa a trabajar durante el año 2019 son:

- Alta Incidencia y Prevalencia de Depresión en mayores de 15 años.
- Alta Prevalencia de Consumo de Alcohol de Riesgo.
- Alta incidencia de trastornos emocionales reactivos, trastornos de ansiedad y trastornos de adaptación.

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

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



- ✚ Abordaje multidisciplinario en psicoterapia grupal.
- ✚ Trabajar de manera coordinada con cada equipo de salud familiar.
- ✚ Talleres psicosociales.
- ✚ Consejerías individuales
- ✚ Consejerías Familiares.

LINEAS DE TRABAJO:

- ✚ Difundir masivamente programa de salud mental y estilos de vida saludable
- ✚ Pesquisa de pacientes depresivos adolescentes, adultos , Adultos Mayores y Consumo problemático de alcohol
- ✚ Tratamiento integral de los pacientes de programa salud mental, en especial pacientes con diagnóstico de depresión y/o trastornos emocionales.
- ✚ 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 autocuidado.
- ✚ Talleres Comunitarios.
- ✚ Consultorías Psiquiátricas en Salud Mental.
- ✚ Reuniones clínicas.
- ✚ Aplicación de instrumentos de tamizaje para el consumo de sustancias.(AUDIT, CRAFF, ASSIST), en entrevista inicial, sala de espera y actividades comunitarias.
- ✚ Aplicación de tamizaje para ingresos a programa salud mental, con el objetivo de identificar niveles de riesgo psicoemocional, con instrumentos establecidos desde nivel central (PSC, PSC – Y, GHQ-12)



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).

Convenio: Programa de Acompañamiento

Orientado al apoyo de usuarios entre 0 y 24 años, con factores de riesgo, cuyo objetivo es acompañar mediante la Visita Domiciliaria, realización de talleres y entrevistas a los usuarios y sus familias; fortaleciendo la adherencia y estableciendo un canal de comunicación más expedito con el Centro de Salud.

Usuarios Bajo Control a Octubre de 2018 de 0 a 24 años	58
--	----

Control de salud Integral de los adolescentes a Octubre 2018

Edad	Meta 2018	Realizados a Octubre 2018	% Cumplimiento
10 a 14 años	230	228	99.1 %

Edad	Meta 2018	Realizados a Octubre 2018	% Cumplimiento
15 a 19 años	250	210	84 %

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



PROGRAMA ELIGE VIDA SANA

El programa Vida Sana es un programa gubernamental en el cual se beneficia todo usuario que quiera tener un cambio en su estilo de vida, así prevenir enfermedades no transmisibles como, Diabetes e Hipertensión.

Propósito:

“Contribuir a reducir los factores de riesgo de desarrollar diabetes y enfermedades cardiovasculares en la población”.

Objetivo General:

“Disminuir 3 de los factores de riesgo de desarrollar Diabetes Mellitus tipo 2 y enfermedades cardiovasculares - 1) Dieta inadecuada. 2) Deficiente condición física y 3) Sobrepeso/Obesidad - en niños, niñas, adultos y mujeres post-parto de 2 a 64 años, beneficiarios de FONASA”.

Objetivo Específico:

- 1. Disminuir la malnutrición por exceso.
- 2. Mejorar perímetro de cintura.
- 3. Mejorar condición física.

El Programa Vida Sana presenta dos componentes que se desarrollan en paralelo durante la intervención:

Componente 1: Círculos de Vida Sana: Intervenciones Grupales a la población beneficiaria de 2 a 64 años con enfoque comunitario, potenciando el desarrollo de proyectos de abogacía para favorecer la vida sana en base a metodología generativa.

Componente 2: Intervenciones Individuales a la población beneficiaria de 2 a 64 años. Corresponde a las prestaciones individuales que recibirán exclusivamente los usuarios inscritos en el programa; están a cargo de un equipo multidisciplinario compuesto por médico, nutricionista, psicólogo y profesional de actividad física (kinesiólogo, profesor educación física o terapeuta en actividad física), con el propósito de conocer la condición de ingreso del usuario, realizar intervenciones de carácter motivacional y referencia asistida para las personas que lo requieran, confirmación diagnóstica en salud mental, definir plan de cuidados integrales y hacer su seguimiento.

Cupos año 2018

Grupo etario	Distribución %	Número 100 usuarios
2 a 5	20	20
6 a 19	30	30
20 a 64	50	50

Dificultades en el 2018

Dificultad	Factor
Poca participación de los usuarios, a talleres y actividad física.	Económicos, tiempo, trabajo, motivación.
Dificultad en escuelas para desarrollar el programa.	Tiempos, y metas internas de los establecimientos.



Proyección 2019

Actividad	Objetivo	Inicio
Cambiar cupos grupos etarios.	Ampliar cupos niños.	Convenio Enero 2019
Recreos activos saludables 2019	Consolidar la actividad recreos activos mejorando la actividad en las escuelas	Abril 2019
Caminatas activas	Generar más caminatas por sectores rurales de Requínoa	Enero 2019
Apoyo de agrupaciones sociales y comunitarias	Mejorar el contacto con la comunidad a través de agrupaciones.	Enero 2019
Talleres de cocina saludables	Ampliar recetario con recetas saludables.	Enero 2019
Intervención rural de actividad física en Santa Amalia.	Facilitar el acceso a realizar actividad física a usuarios de sectores rurales.	Diciembre 2018
Monitor de vida sana	Generar monitores en escuelas monitores del Programa Vida Sana que apoyen un estilo de vida más saludable.	Abril 2019



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.



PARTICIPACIÓN SOCIAL 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 articula 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 aquellos problemas más significativos, 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 75% del plan, quedando un mes para terminar de ejecutar las actividades planificadas y diciembre para realizar la evaluación final del Plan 2018. 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 2019, corresponde diseñar y ejecutar el Plan de Participación Social, basado en el diagnóstico participativo realizado entre los meses de agosto y octubre de este año.



PLAN INSTITUCIONAL DE PARTICIPACION SOCIAL 2018

BASES FUNDAMENTALES

El Plan de Participación Social en Salud 2018, 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 en la actualización diagnóstica realizada en el año 2017, los cuales fueron: Presencia de consumo de alcohol y drogas en espacios públicos, Falta de información relativa a interconsultas y disconformidad de los usuarios con respecto a la gestión de horas profesionales (principalmente horas médicas y dentales).

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 2018:

DIAGNOSTICO PARTICIPATIVO		RESUMEN PLAN DE PARTICIPACIÓN SOCIAL			
PROBLEMAS IDENTIFICADOS	CLASIFICACIÓN DEL PROBLEMA (*)	OBJETIVO	ACTIVIDADES	CRONOGRAMA	MEDIOS DE VERIFICACIÓN
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.
		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. Responsable: Enc. Promoción (formato y copias) y funcionarios a cargo de la toma de EMP (entrega).	Auditorías en: Abril, Agosto y Diciembre de 2018.	Registro de entrega
		1.3- Conocer el perfil de consumo de alcohol y drogas en la población de la comuna de Requinoa.	1.3.1- Realizar informe sobre el consumo de alcohol y drogas en la comuna, realizando análisis de resultados de AUDIT Y ASSIST-DIT del primer semestre 2018, y datos aportados por Carabineros. Responsable: Enc.	Julio - Agosto	Informe de análisis.



			Salud mental y Enc. Promoción.		
		1.4 Sensibilizar a la comunidad respecto a la importancia de la denuncia a carabineros de consumo de alcohol y drogas en espacios públicos.	1.4.1- Campaña de sensibilización de denuncias a Carabineros por consumo de alcohol y drogas en espacios públicos, en coordinación con Mesa de Seguridad Ciudadana. Responsables: Grupo Motor y Mesa de Seguridad Ciudadana.	Julio - Diciembre	Fotografías, o lista de asistencia, o acta de reunión, o registro de actividad.
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 2018.
			2.1.2- Cápsula radial temática Interconsultas Responsable: Enc. Participación.	Mayo - Junio	Audio de cápsula de difusión, o extracto de programa radial.
			2.1.3- Entregar afiches y/o folletos informativos sobre interconsultas a organizaciones comunitarias para difusión a sus bases.	Junio - Julio	Fotografías o lista de entrega de afiches y/o folletos sobre la temática a la comunidad.
3.- Disconformidad de los usuarios con respecto a la gestión de horas profesionales	Satisfacción Usuaría	3.1- Mejorar percepción de los usuarios con respecto a la gestión de horas profesionales	3.1.1- Campaña radial de actualización de datos a fin de mejorar comunicación relativa a gestión de horas.	Julio - Agosto	Audio de cápsula de difusión, o extracto de programa radial.



(principalmente horas médicas y dentales)		(principalmente médicas y dentales)	Responsable: Director.		
			3.1.2- Actualizar folletos sobre el funcionamiento del CESFAM y PSR y mantener folletos disponibles en dependencias de Salud. Responsable: Jefes de equipo de cabecera, jefa PSR, enc. Participación, operadora OIRS, TENS por PSR.	Junio- Septiembre	Formato de folletos actualizado, o fotografías.
			3.1.3- “Campaña informativa” o “Puerta a puerta informativo”; Entrega de folletos sobre el funcionamiento del CESFAM O PSR a la comunidad, por Equipo de cabecera. Responsable: Integrantes del grupo motor, representantes de la comunidad y enc. Participación.	Junio- Agosto	Fotografías, o lista de entrega (si procede).
			3.1.4- Creación y aplicación de encuesta sobre preferencias de los usuarios en la forma de agendamiento de horas médicas.	Mayo - Julio	Fotografías, formato de encuesta o informe de resultados.
		4.1- Fortalecer el trabajo y continuidad del grupo motor para dar cumplimiento a sus objetivos.	4.1.1- Actualizar resolución o nombramiento del grupo motor. Responsable: Director	Mayo	Resolución o nombramiento.



			4.1.2- Reuniones periódicas de planificación, monitoreo y evaluación del grupo motor y/o comunidad. (Al menos 2 por semestre). Responsable: Grupo Motor	Marzo- Diciembre	Fotografías, o lista de asistencia, o acta de reunión.
			4.1.3- Actualización del grupo motor en metodología participativa. Responsable: Grupo Motor	Julio - Agosto	Fotografías, o lista de asistencia, o acta de actividad.
			4.1.4- Realizar Diagnóstico Participativo en Salud por equipo de cabecera. (Equipo Roble - Equipo Araucaria - Equipo Almendra; Abra, Los Lirios, Totihue) Responsable: Grupo Motor.	Agosto - Octubre.	Fotografías, o lista de asistencia, o programa actividad, o informe Diagnóstico.
			4.1.5- Incorporar el Diagnóstico Participativo en el Plan de Salud Comunal 2019. Responsable: Grupo Motor.	Noviembre.	Plan de Salud Comunal 2019.



DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO CESFAM REQUINOA Y POSTAS 2018

1. OBJETIVOS

El Diagnóstico participativo es el proceso conjunto entre la Comunidad y los equipos de Salud que permite identificar y explicar los problemas que afectan a la población de una realidad social, sea ésta un territorio o localidad acotada dentro de la jurisdicción del establecimiento de salud. **El propósito de éste es obtener información acerca de los problemas, necesidades, recursos, y oportunidades de desarrollo en las comunidades.**

1.1 OBJETIVOS GENERALES:

- ✓ Realizar el diagnóstico de salud del equipo Araucaria y Roble del CESFAM Dr. Joaquín Contreras Silva, y de las Postas Rurales pertenecientes al equipo Almendra.
- ✓ Reflexionar respecto a las necesidades en salud de los distintos sectores que componen la comuna de Requinoa.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- ✓ Identificar los factores de riesgo y protectores que están presentes en los contextos de los sectores del equipo Araucaria y Roble del CESFAM Dr. Joaquín Contreras Silva y de las Postas Rurales (equipo Almendra), a través de la técnica de jardín comunitario.
- ✓ Identificar los actores y/o instituciones que se relacionan con los problemas observados en los jardines comunitarios, a través de la técnica del sociograma.
- ✓ Analizar relatos significativos de actores clave de la comunidad en relación a las problemáticas, a través de la aplicación de entrevistas semi estructuradas.
- ✓ Identificar nudos críticos mediante la visión y priorización de la información, a través de la técnica del fujograma.
- ✓ Planificar participativamente acciones a desarrollar en conjunto con la comunidad, a través de la técnica de mesas temáticas de trabajo.

**2. PROCESO DE DIAGNÓSTICO CESFAM DR. JOAQUÍN CONTRERAS SILVA
EQUIPO ROBLE, EQUIPO ARAUCARIA Y EQUIPO ALMENDRA**



2.1 FECHAS DE EJECUCIÓN DE ETAPAS DEL DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO

CESFAM: EQUIPO ROBLE Y ARAUCARIA

- Capacitación Grupo Motor en Actualización de Metodologías Participativas: 11, 18 y 25 de junio de 2018. **Transversal a los 3 equipos**
- Diseño del Diagnóstico Participativo: 13 de Julio de 2018 al 17 de Agosto de 2018. **Transversal a los 3 equipos.**
- Convocatoria comunidad: 13 de Agosto al 27 de Agosto de 2018
- Primera sesión, Jardín Comunitario: 27 de agosto de 2018.
- Segunda sesión, Sociograma: 3 de septiembre de 2018.

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



- Trabajo de campo, Entrevistas: 4 al 14 de septiembre de 2018.
- Tercera sesión, Flujograma: 24 de septiembre de 2018.
- Cuarta sesión, Programación: 26 de septiembre de 2018.

POSTAS: EQUIPO ALMENDRA

- Convocatoria comunidad: 20 de Septiembre al 01 de Octubre de 2018
- Primera sesión, Jardín Comunitario: 01 de octubre de 2018.
- Segunda sesión, Sociograma: 8 de octubre de 2018.
- Trabajo de campo, Entrevistas: 9 al 18 de octubre de 2018.
- Tercera sesión, Flujograma: 19 de octubre de 2018.
- Cuarta sesión, Programación: 22 de octubre de 2018.

2.2 MEDIOS VERIFICADORES

- Listas de asistencia
- Fotografías
- Programas de actividades
- Listados de organizaciones comunitarias a convocar
- Libro de acta Participación ciudadana

2.3 DESCRIPCIÓN DE TÉCNICAS UTILIZADAS

- Convocatoria del diagnóstico: Tarjeta de invitación, llamado telefónico. Coordinación con el encargado de Organizaciones Comunitarias de la Municipalidad.
- Ejecución del diagnóstico: bajo la Metodología de Socio praxis. Dicha metodología plantea una serie de “saltos creativos”, en los cuales se trabaja con técnicas que permiten la participación activa de las personas durante todo el proceso.

Se aplicaron las siguientes técnicas:

- **Jardín Comunitario:** Se identificarán los puntos fuertes a desarrollar y los puntos débiles que se han de afrontar:
 - ✓ Flores (positivos e internos)
 - ✓ Malezas (negativos e internos)
 - ✓ Otros Jardineros (Positivos y externos)
 - ✓ Inclemencias del tiempo (Negativos y externas)
- **Sociograma:** El Sociograma o Mapa social representa una forma de conocer, a partir de la representación gráfica de las relaciones sociales de los diferentes actores sociales de un entorno determinado, considerando un fenómeno de estudio y su posterior análisis e interpretación. Esta técnica muestra el posicionamiento de actores en la estructura social (según clase social y de acuerdo a su cercanía-lejanía o afinidad-oposición frente a temas en análisis). Tipos de relaciones: conflictos, alianzas, distanciamientos, aislamiento, intermediaciones o posiciones. Conjuntos de Acción: intensidad de relaciones “creativas” entre un grupo de actores. La Muestra estructural: con quienes conversar para seguir conociendo y aprehendiendo.
- **Flujograma:** Permite identificar nudos críticos y buscar sus causas.
- **Mesa Temática:** Visualización de escenarios y estrategias, y estructurar plan integral: temas y subtemas.



2.4 RESULTADOS (Síntesis de resultados de las 4 etapas) *en rojo problemas que se repitieron en los 3 grupos

EQUIPO ROBLE (consolidación de los 3 grupos de trabajo que se formaron)	
Problemas Identificadas:	Aspectos Positivos
- Tenencia irresponsable de animales - Consumo de alcohol y drogas - Alcoholismo en las calles - Basura en las calles - Contaminación por quema de basura - Tenencia irresponsable de animales - Faltan luminarias - Contaminación por humo - Perros vagos	- Apertura del CECOSF - Plazuelas - Áreas verdes - La preocupación de la autoridad por el aseo de las calles ornamentación de las áreas verdes - Autocuidado

CATEGORÍA : DROGAS Y ALCOHOL	
NUDO CRÍTICO: Falta sensibilizar a la comunidad	
LO MEJOR (si se interviene)	LO PEOR (si no se interviene)
- Familias más comprometidas - Estadísticas más reales por conocimiento de cómo denunciar - Una comunidad más informada - Mayor cercanía con todas las autoridades	- Aumentar el consumo de drogas y alcohol - Familia disfuncional (violencia, robos, etc.) - Falta de comunicación - Comunidad irresponsable e indiferente - Pérdida de respeto - Aumento de traficantes y clandestinos
IDEAS, ACCIONES O PROYECTOS	
- Más afiches en lugares públicos - Difusión radial y charlas en la comunidad por SENDA - Afiches de información por casa - Sensibilizar a las grandes empresas para conseguir su cooperación y armar un proyecto de rehabilitación gratuito.	

CATEGORÍA : TENENCIA IRRESPONSABLE DE ANIMALES	
NUDO CRÍTICO: Escaso interés de parte de todos los actores en resolver el problema	
LO MEJOR (si se interviene)	LO PEOR (si no se interviene)
- Animales felices (bien cuidados, sanos, sin plagas, buena alimentación) - Disminución de accidentes y lesiones provocadas por animales - Disminución de animales vagos - Mejor relación entre vecinos - Disminución de contaminación en los barrios	- Aumento de plagas (pulgas, garrapatas) - Riesgos de agresiones, accidentes - Aumento en la población de animales de compañía - Conflictos con vecinos por animales - Aumento de denuncias por irresponsabilidad
IDEAS, ACCIONES O PROYECTOS	



- Motivar a través de la difusión de la ley cholito (talleres, radio, señal ética, videos, redes sociales, etc.) - Corrida de mascotas para esterilización y microchips - Catastro de animales vagos.	- Jornada de adopción - Mesa de trabajo multisectorial - Buscar apoyo en empresas privadas
--	--

CATEGORÍA : CONTAMINACIÓN POR BASURA Y HUMO	
NUDO CRÍTICO: <i>Falta de charlas, talleres, intervenciones sociales para crear más conciencia en la comunidad.</i>	
LO MEJOR (si se interviene)	LO PEOR (si no se interviene)
- Comunidad consciente sobre contaminación - Comunidad con conocimiento y empoderada - Comunidad que contamina menos - Manejo sustentable de basura - Comuna menos contaminada	- Comuna sucia - Aumento de enfermedades asociadas a la contaminación - Mayor demanda en salud - Aumento de vectores
IDEAS, ACCIONES O PROYECTOS	
- Generar puntos limpios - Ayuda de la municipalidad para el retiro de escombros - Aumento de contenedores de basura - Difusión radial de conductas pro medioambiente - Crear instancias de trabajo integrado permanente entre oficina de medioambiente, carabineros y CESFAM.	- Instalación de letreros de no botar basura en lugares críticos anunciando multas - Charlas y capacitaciones impartidas por el CESFAM y la oficina de medioambiente en las JJ.VV - Difusión de vías de denuncias (teléfonos, instituciones, horarios, etc.)

EQUIPO ARAUCARIA (Se formó sólo un grupo de trabajo)	
■ Problemas Identificadas	■ Aspectos Positivos
- Consumo de drogas y alcohol - Delincuencia - Contaminación ambiental - Mascotas vagas - Basura - Accidentes de tránsito por velocidad	- Ambiente limpio y de buena convivencia - Organización de los vecinos (<i>“utilizamos whatsapp para ayudarnos unos con otros e ir en ayuda de quien lo necesite”</i>) - Recolección a tiempo de la basura por parte del aseo urbano. - Iluminación de sectores



CATEGORÍA : SEGURIDAD CIUDADANA NUDOS CRÍTICOS: - <i>Peatones y ciclistas irresponsables – Organizar y empoderar a la comunidad en políticas de seguridad ciudadana</i>	
LO MEJOR (si se interviene)	LO PEOR (si no se interviene)
- Disminución de accidentes de tránsito - Disminuirían los focos de delincuencia - Mejoraría la convivencia entre los vecinos - Mejoraría el uso de los espacios públicos compartidos.	- Se mantendrían o aumentarían los accidentes de tránsito. - Aumentaría la inseguridad - Continuaría la desunión entre los vecinos - Continuaría el uso indebido de los espacios públicos.
IDEAS, ACCIONES O PROYECTOS - Orientar con charlas informativas y educativas en el tema de seguridad ciudadana. - Incentivar a los vecinos que no participan y reforzar a aquellos que sí lo hacen.	- Difusión respecto a temas de seguridad ciudadana (volantes, radio, uso de redes sociales) - Crear proyecto comunitario para mejorar los temas de seguridad ciudadana, dependiendo de la problemática de cada sector.

POSTA LOS LIRIOS	
■ Problemas Identificadas	■ Aspectos Positivos
- Alcohol - Botillerías - Malos olores - Faltan áreas verdes - Faltan espacios recreativos para Adultos Mayores - Perros callejeros	- Agrupaciones folclóricas - Tener una posta - Hay talleres de zumba - Tener estadios.



CATEGORÍA : ALCOHOL Y DROGAS NUDO CRÍTICO: <i>Falta compromiso de los dirigentes</i>	
LO MEJOR (si se interviene)	LO PEOR (si no se interviene)
- Comunidad más segura - Jóvenes más comprometidos - Disfrutar con tranquilidad los espacios públicos - Comunidad más informada - Familia más responsables y conscientes - Disminución del consumo de alcohol y drogas	- Más delincuencia - Aumento de robos - Inseguridad en los espacios públicos y domicilio - Familias no comprometidas con la problemática - Aumento del alcoholismo y drogadicción
IDEAS, ACCIONES O PROYECTOS - Contar con más espacios abiertos para niños y jóvenes. - Mejoramiento de luminarias en todos los sectores.	
- Talleres y charlas para los dirigentes vecinales.	

POSTA EL ABRA	
Problemas Identificadas	Aspectos Positivos
- Basura en las calles - Violencia Intrafamiliar - Calles que aún no están asfaltadas - Alcoholismo y consumo de drogas en los jóvenes - Abandono del Adulto Mayor - Contaminación por humo - Malos olores por falta de alcantarillado. (Villa María)	- Clubes de Adulto Mayor - Talleres de gimnasia - Áreas verdes para hacer deporte - Talleres deportivos (Villa María)

CATEGORÍA : BASURA EN LOS CANALES NUDO CRÍTICO: <i>Personas contaminan los canales</i>	
LO MEJOR (si se interviene)	LO PEOR (si no se interviene)
- Más fluidez de agua para los riegos - Aguas menos contaminadas para los huertos - No habrían rebalses en los canales ni calles anegadas	- Mayor cantidad de tacos y anegamientos - Aguas más contaminadas - Mayor gasto de recursos en limpieza de canales - Enfermedades e infecciones - Plaga de ratones e insectos - Contaminación visual
IDEAS, ACCIONES O PROYECTOS - Talleres y actividades de concientización y reciclaje. Poner puntos de reciclaje - Aumentar fiscalizaciones	
- Charlas de difusión sobre el rol de la asociación de canales - Talleres de información sobre denuncias.	



POSTA TOTIHUE	
▪ Problemas Identificadas	▪ Aspectos Positivos
- Animales vagos - Malos olores - Vehículos que transitan a alta velocidad - Ratones por basuras en las acequias	- Capilla - Buena organización comunitaria/vida comunitaria - Locomoción - Naturaleza - Deporte - Solidaridad entre los vecinos

CATEGORÍA : CONTAMINACIÓN POR MALOS OLORES	
NUDO CRÍTICO: <i>Se envió proyecto para sacar cerdos, pero no es a corto plazo</i>	
LO MEJOR (si se interviene)	LO PEOR (si no se interviene)
- Disminución de malos olores en el sector - Mejor calidad de vida - Disminución de tráfico de camiones - Mejora en los cultivos	- Continuar con los malos olores - Romper con la buena relación entre Agrosuper y la comunidad - Espera prolongada para la ejecución del proyecto
IDEAS, ACCIONES O PROYECTOS	
- Reuniones informativas trimestrales con representantes de agrosuper y las JJ.VV. - Difusión de antecedentes, situación actual y acciones del proyecto, a través de afiches, radio, etc.	- Incluir a las autoridades locales en la ejecución y reuniones.



2.5 FOTOGRAFÍAS





PROGRAMA MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA

En nuestra comuna existen conformados cuatro (4) 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), y el cuarto equipo corresponde a CECOSF, que abrió sus puertas al público el 20 de agosto del presente año. 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 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.

A partir del puntaje obtenido y habiendo identificado las brechas, los establecimientos de salud deberán realizar un Plan de Mejora anual, 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.

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.

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.

Durante el año 2018 se realiza la autoevaluación de las 3 postas de salud rural, realizándose un plan de mejora para corregir las deficiencias detectadas y se difiere el proceso de certificación para el año 2019.



En la tabla siguiente se resumen los porcentajes obtenido 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.	Eval.	Autoev.	Eval.	Autoev.	Eval.	Autoev.	Eval.	Autoev.	Eval.	Autoev.	Evaluación	Autoev.	Eval.	Autoev.	Eval.	Autoev.	Eval.	Autoev.	Eval.
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 2019 debemos trabajar en consolidar nuestro trabajo, basado en el plan de cierre de brechas, para optar a la Recertificación de nuestro CESFAM, la certificación por primera vez de nuestras 3 postas de salud rural e iniciar el proceso en el CECOSF.

PRINCIPALES PROBLEMAS PESQUISADOS EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO:

- 1.- Insuficiente uso de la cartola familiar por parte de los funcionarios.
- 2.- Falta de auditorías para evaluar la implementación del modelo.
- 3.- Registros de instrumentos de salud familiar incompletos en ficha electrónica.
- 4.- Tiempos protegidos insuficientes para el trabajo en Salud familiar.



Plan Comunal de Promoción de Salud

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. Durante los años 2016-2018 se realizó el Plan Trienal, creado en el contexto de un diagnóstico participativo realizado durante 2016, y un análisis de la situación epidemiológica de la comuna, cuyo objetivo fue disminuir la tasa de Sobrepeso y 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, incorporó 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 destinaron cada año de este plan \$4.500.000 para Proyectos Comunitarios, con enfoque de participación en los sectores antes mencionados. En el área de políticas saludables se trabajó en la generación de una Ordenanza Municipal Saludable, con el objetivo de regular 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 ha permitido mejorar la calidad de vida de los alumnos y funcionarios de estos establecimientos a través de planes de trabajo que buscan 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. Una vez finalizado este Plan Trienal 2016-2018 se inicia un nuevo Plan Trienal 2019-2021, en que deberá ser creado desde un nuevo diagnóstico participativo durante 2019 en concordancia con los cambios epidemiológicos y de los determinantes de salud de la personas, familias y comunidades de Requinoa, manteniendo siempre el trabajo Intersectorial así con el resto del municipio, establecimientos educacionales y empresa privada, con un enfoque de integración, Interculturalidad y de Participación Social con el fin de mejorar la calidad de vida de los habitantes de la comuna de Requinoa.



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



Objetivo General del Plan Comunal de Promoción de la Salud	Creación y mantención de entornos que permitan estilos de vida saludables en la población de Requinoa
Objetivos Específicos	Se actualizarán de acuerdo al Diagnóstico Participativo que se realizará durante el primer semestre de 2019 para generar, en concordancia con el perfil epidemiológico comunal, el Plan Trienal de Promoción 2019-2021.
Intervenciones temáticas en Promoción de la salud y Entornos	- Fomento y financiamiento de Proyectos Comunitarios. - Sistemas de Certificación a Escuelas y Lugares de Trabajo Promotores de Salud Elige Vivir Sano - Fomento de Actividad física y Alimentación saludable en Escuelas a través de actividades educativas y Recreos activos. - Generación de regulaciones locales como Ordenanzas municipales y reglamentos orientados a los estilos de vida saludables. - Actividades de educación y empoderamiento para la comunidad sobre Alcohol y Drogas en alianza con SENDA Previene - Fortalecimiento de estrategias que permitan ambientes libres del humo del Tabaco y espacios libres de contaminantes incluyendo temáticas de tenencia responsable de animales en alianza con el Programa Municipal de Medio Ambiente. - Fomento de lactancia materna a través de actividades comunitarias y de difusión local. - Mantener estrategias de gestión con carácter participativos, inclusivos y de interculturalidad.



SERVICIO DE URGENCIA RURAL

Actualmente nuestro país se encuentra cursando una transición epidemiológica avanzada y que se acentúa cada vez más por la baja natalidad, lo que se traduce en un envejecimiento acelerado de la población, con un aumento considerable de patologías crónicas que tienden a 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 Servicio de Urgencia Rural 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 2018, se han realizado en promedio cerca de 2200 prestaciones mensuales, siendo las más frecuentes los tratamientos intramusculares o endovenosos, y las curaciones tanto simples como avanzadas (las que por concepto de IAAS deberían ser realizadas en sala de procedimientos exclusivo para curaciones). Además se realizaron en promedio cerca de 230 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. 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.

Tal como el año 2018, se contempla la jefatura médica de coordinación y jefatura de enfermera en la supervisión y coordinación lo que ha significado un orden en el funcionamiento, en el personal e insumos

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 –FONENDO). Para esto, se debió haber trabajado durante el primer trimestre del año 2018 por un equipo de la SECPLAC (Secretaría de Planificación Comunal) para definir los cambios estructurales que permitieran esta mejora, lo que no sucedió. Por lo tanto, es uno de los principales objetivos para resolver el primer trimestre del 2019 implementando el nuevo TRIAGE.

Además, se contará con una planificación anual de mantenciones preventivas y mejoras de los equipos médicos y ambulancias (se realizará la mantención de insumos en ambulancia), que entreguen confianza a los profesionales y técnicos que trabajan en el servicio, permitiendo un uso eficiente de los mismos.

El objetivo primordial del año 2019, es hacer un sistema que permita realizar aseo terminal del servicio, ya que este se desconoce o no se realiza.



2. CAPACITACIONES:

Se mantendrá el sistema de reuniones clínicas orientadas a nuestros TENS, las que se llevan a cabo los primeros martes de cada mes, a cargo de los enfermeros y enfermeras, y médicos y otros profesionales 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, acoger las dudas y necesidades de los funcionarios 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, de enfermería, TENS, choferes y camilleros que se llevarán a cabo cada 3 meses, 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 protocolo de trauma, RCP y DEA, manejo del dolor, lectura básica de electrocardiograma, aseo terminal, medidas protectoras, entre otros. (se buscará empresas o individuales que puedan certificar las capacitaciones, que aporte en conocimiento y la carrera funcionaria del equipo)

Este año se implementará el sistema FONENDO de urgencia, el cual nos permitirá un orden en las atenciones, datos, determinar usuarios policonsultantes, etc... En el cual ya nos encontramos trabajando

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 como la radio local, y se seguirá incentivando la educación dirigida diaria a los pacientes, 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 ha eliminado la prestación de indicaciones médicas dadas por TENS. Para esto, se realizó un protocolo con ciertas patologías en los que TENS y EU pueden administrar medicamentos, siendo el rol del TENS y EU llevar a cabo estas indicaciones, ya sea de forma presencial o por vía telefónica. Este protocolo se encuentra en marcha blanca y proceso de evaluación a nivel local y por las autoridades de la Dirección del Servicio de Salud de nuestra región.

Se deberá además tener una reunión semestral con Carabineros y Bomberos, (que no se realizó durante el año 2018), 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 año 2019 se implementarán protocolos de accidentes escolares y derivación a SUR. Se continuará con el rol de la enfermera jefe, cumpliendo labores de supervisión, coordinación y menos de atención clínica. Los indicadores que se pretende medir entre otros son:

- Tiempo de espera para TRIAGE (que mejorará con fonendo).
- 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.
- Tiempos de espera de ambulancia en Hospital Base.

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



CENTRO COMUNITARIO DE SALUD FAMILIAR, CECOSF CHUMAQUITO

La Reforma de Salud ha introducido cambios de raíz en la concepción del Sistema de Salud, con un enfoque garantístico, que reconoce los derechos de las personas a una atención equitativa, resolutive y respetuosa.

En este contexto, el nuevo Modelo de Atención de carácter Integral, Familiar y Comunitario, responde a las demandas ciudadanas que el proceso de atención de salud debe ser continuo, centrado en el cuidado integral de las familias, preocupándose primero de la salud antes que la enfermedad, entregándole herramientas para su autocuidado.

Este escenario ha llamado a los equipos de salud a cambiar la mirada de lo que se entiende por salud, desafío que a su vez se transforma en una tremenda oportunidad de mejora enmarcada en un proceso de consolidación del Modelo, potenciando procesos ya existentes en la APS, trabajo en equipo, resolutive y también dando cabida a un ciclo de mejoramiento continuo e instalar un modelo de gestión innovador al interior de los Centros de Salud Familiar.

El Centro Comunitario de Salud Familiar, en adelante CECOSF Chumaquito, es un establecimiento que comenzó su atención al público el 20 de Agosto de este año, llevando tres meses en funcionamiento, el cual parte aplicando el Modelo Biopsicosocial complementario y sinérgico con la labor asistencial, siendo principal objetivo: *“Contribuir a mantener sana la población de Chumaquito de la Comuna de Requinoa, ejerciendo el rol de copartícipe con la comunidad, en el cuidado de la salud de sus familias, principalmente a través de la promoción, prevención y fortalecimiento del autocuidado; en coordinación con la Red Asistencial y en complementariedad con el Centro de Salud Familiar Dr. Joaquín Contreras Silva de Requinoa, entregando una atención de calidad y calidez en el trato, equitativa, oportuna y resolutive de los problemas de salud de las personas y la comunidad.”*

1.1 CONTEXTO SOCIAL

El sector de Chumaquito y Chumaco cuenta con una población aproximada de 3.800 habitantes. (INE). Chumaquito está constituido por 13 villas ubicadas en el sector urbano y Chumaco está ubicado en el sector rural de la comuna.

Desde los Determinantes Social, se puede señalar lo siguiente:

Condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales

- El sector no cuenta con establecimientos educacionales.
- La principal fuente laboral es el trabajo agrícola
- Contaminación del aire por el humo de cocinas a leña y salamandras como método de calefacción.

Rede Sociales y Comunitarias

- 8 JJ.VV
- 2 Clubes deportivos
- 1 Comité de Vivienda
- Fundación Fútbol Más
- Jardín Infantil
- 3 comités barriales de Seguridad Ciudadana.
- 2 Iglesias Evangélica

1.2 CONTEXTO INSTITUCIONAL

El CECOSF Chumaquito, como se señaló, lleva recientemente tres meses funcionando, pero en el trabajo con la comunidad un año desde que se comenzó el diagnóstico participativo.

Dicho dispositivo está integrado por el siguiente equipo: Un OFA (44 hrs.), un auxiliar de servicio (44 hrs.), una gestora comunitaria (33 hrs. y 11 hrs. auxiliar), dos TENS (44 hrs. c/u), un médico (44 hrs.), dos odontólogos (33 hrs. y 11hrs), una asistente dental (44 hrs.), una enfermera (22 hrs.), una psicóloga (11 hrs.), una nutricionista (11 hrs.), un matró (33 hrs.) y una trabajadora social (44 hrs.) quien además es la encargada del establecimiento.



En este punto cabe señalar que por convenio se exige:

Profesional o técnico de salud	Nº de horas semanales
Médico	44
Trabajador/a Social	22
Otro profesional categoría B	22
Coordinador CECOSF	22
Odontólogo	44
Gestor Comunitario	33
Otros Funcionarios	220

2. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL

Actualmente el CECOSF Chumaquito no cuenta con un protocolo de gestión de la demanda, por lo que los procedimientos para gestionar la misma se han ido realizando en base a la experiencia del CESFAM madre, Dr. Joaquín Contreras Silva, y a lo recogido en las jornadas de trabajo con la comunidad, tanto en el diagnóstico participativo como en reuniones con el grupo motor que se conformó con dirigentes sociales y vecinos de los sectores de Chumaquito y Chumaco.

En este proceso se han presentado algunos nudos críticos, principalmente en la demanda espontánea de la comunidad, la cual surge a raíz de necesidades percibidas, generalmente requerimientos de atención de morbilidad. Al respecto, la falta de horas médicas de morbilidad es percibida por los usuarios como una “mala atención”, por lo que se torna fundamental abordar la demanda de atención de salud desde el aspecto cuantitativo y cualitativo.

A partir de lo planteado anteriormente, se puede visualizar que el CECOSF Chumaquito debe establecer un Plan de Gestión de la Demanda que considere estrategias frente a cada uno de dichos factores, con la finalidad de mejorar la satisfacción de la demanda de sus usuarios, la satisfacción profesional de dar respuesta a la población y para que la organización cumpla con su objetivo de entregar una atención de calidad y calidez en el trato, siendo equitativa, oportuna y resolutive de los problemas de salud de las personas y la comunidad.

3. DESAFÍOS 2019

- ✓ Asegurar el acceso y la oportunidad de atención a la población objetivo del CECOSF Chumaquito, a través de una serie de estrategias dirigidas a usuarios, profesionales y a la organización, poniendo énfasis en la atención informada, digna, igualitaria y de calidad para toda la comunidad.
- ✓ Realizar un diagnóstico de la situación actual, cuantitativo y cualitativo, teniendo en cuenta los diferentes factores implicados: usuario, profesional y organización.
- ✓ Mejorar la satisfacción usuaria externa, estableciendo canales claros de comunicación con la comunidad.
- ✓ Difundir el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar a la comunidad, utilizando las redes establecidas con los dirigentes y vecinos del grupo motor, facilitando así la participación activa de la comunidad.
- ✓ Optimizar la organización del CECOSF desde distintos ámbitos: ajuste de las agendas profesionales, realización de protocolos eficientes, habilidades de comunicación y fortalecimiento del trabajo en equipo.



DESAFIOS PROPUESTOS POR CONCEJO MUNICIPAL A TRABAJAR EN CONJUNTO CON DEPARTAMENTO DE SALUD DURANTE EL AÑO 2019

En aras de mejorar la salud y el acceso a la misma por parte de la comunidad, las autoridades político administrativas han mostrado su interés en aportar ideas y estrategias a implementar de acuerdo a los recursos asignados y optimizando la gestión. Entre los puntos tratados, se consignan los que guardan directa relación con la factibilidad de desarrollarlos durante el año 2019. A saber:

1.- Capacitación constante del Personal del Servicio de Urgencias.

Se establece y refuerza plan de trabajo con funcionarios del Servicio de Urgencia Rural implementado el año 2017 respecto a reuniones administrativas y clínicas mensuales como así también el incremento de oferta para capacitación permanente en temas relacionados con el quehacer de la unidad.

2.- Terminar con las filas de madrugada para solicitar horas médicas.

Se pretende instaurar a la brevedad (después de analizada esta respuesta con el Sr. Alcalde de nuestra comuna, la implementación de entregar el 60% de las horas disponibles vía telefónica y el 40% a través de entrega presencial, para ir disminuyendo paulatinamente la entrega de estas últimas hasta llegar a un mínimo, de acuerdo a lo observado.

- ✓ Para dar cumplimiento al punto anterior **se requiere efectuar una campaña publicitaria que abarque al mayor número de actores sociales y medios de comunicación de nuestra comuna, por lapso mínimo de un mes. Para lo cual debemos coordinar los espacios en radios, reuniones de juntas de vecinos, distribución de folletos, redes sociales, etc.** Concluido lo anterior creemos que esta modalidad pudiese estar concretándose a partir del mes de diciembre de este año.
- ✓ Lo anterior permitiría modificar los horarios de apertura del CESFAM de 6 am a 7 am, y con ello poder optimizar los horarios laborales de nuestros funcionarios auxiliares de servicio.
- ✓ Finalmente debemos evaluar la funcionalidad y satisfacción usuaria de esta forma de entrega de números durante el mes de marzo del próximo año.
- ✓ Se gestionaron la adquisición de 4 cámaras, una de ella se instalará en el acceso principal para poder determinar objetivamente el horario de llegada de usuarios a nuestro establecimiento y el número de estos.
- ✓ Incluir 40% de la oferta horas dentales para urgencias o para horas vespertinas.

2.- Atención preferente a los ADULTOS MAYORES.

El Adulto Mayor, siempre ha tenido una atención preferencial en cuando a filas y horarios, sin embargo para evitar su presencia a muy tempranas horas en el CESFAM, se implementará entregar un porcentaje de las horas médicas disponibles en otra modalidad. En la solicitud planteada se indica el horario valle y atención preferente a nuestros adultos mayores inscritos, al respecto se puede informar a Ud., lo siguiente:

- ✓ El tramo del horario valle compatible con nuestro establecimiento es el que se encuentra entre las 9 y 17:59 horas y las prestaciones otorgadas a personas de 60 y más años se otorgan mayoritariamente entre las 8 y 19 horas, dando prioridad al tramo comprendido en las mañanas.
- ✓ Se implementará a la brevedad -después de tratar este tema con el Sr. Alcalde- la entrega de horas médicas (20% de las horas disponibles) vía telefónicas a los adultos mayores entre las 18:30 y 19:30 horas del día anterior a la atención.

Se realizará una medición de satisfacción usuaria tres meses después de implementar esta estrategia.



3.- Estudiar la posibilidad de realizar Operativo de Salud en diferentes localidades de la Comuna, aprovechando de mejorar el Percápita.

Estamos estudiando la factibilidad de efectuar "Estaciones médico-rurales" durante el invierno del próximo año, como así también programar visitas en otras fechas del año, para ello, debemos establecer el lugar físico como sedes comunitarias o deportivas de lugares u otros recintos, como por ejemplo en los sectores de Villa María, Siete Puentes, El Parrón, La Hacienda de Cauquenes, Fundo El Ballico (+- 8 familias), El Trigal, El Peumal, El Quillay, La Gloria, Santa Lucía, Las Cabras. La idea para concretar este punto es necesario coordinar y gestionar en conjunto con las comunidades de estos sectores entre los meses de marzo y abril.

A lo anterior se puede sumar la presencia de otros profesionales si las condiciones físicas lo permiten. Ejemplo; matrones, nutricionistas, psicólogos, etc. Además se reasignará los lugares de la atención y la asistencia del móvil dental, dependiendo de los programas que deba cubrir según las metas ministeriales.

En relación a incrementar o mejorar el Per cápita en estas instancias se puede señalar que lo que podemos realizar en terreno es ratificar que los usuarios estén realmente inscritos, ya que como es de conocimiento, el proceso de ingreso requiere de una tecnología que no es portátil, sin embargo se aprovechara la instancia para sondear a los potenciales nuevos usuarios.

Se acudirá a los sectores más alejados de la comuna, para entregar información más directa de lo que hacemos.

4.- Buscar alternativas de entrega de medicamentos a pacientes crónicos cerca de sus domicilios.

Una alternativa inicial es que el paciente crónico, tiene la posibilidad de encargar sus medicamentos al solicitar a un familiar o conocido mayor de 18 años con el carnet de control, más carnet de identidad de ambos. También existe la alternativa que se utilice la vía de los dirigentes vecinales, quienes en forma alternada puedan hacerse responsable de esta actividad.

El traslado del despacho de medicamentos de uso crónico correspondientes al programa cardiovascular, a lugares que por sus condiciones geográficas y socioeconómicas sean consideradas vulnerables por las autoridades de nuestra comuna. Sobre este tema, no hay inconveniente técnico o legal para realizarlo, siempre que las condiciones de traslado y despacho aseguren la calidad del medicamento y el protocolo de entrega. Sobre esto último, vale decir que cada paciente debe presentar su carnet de control crónico y contar con recetas vigentes prescritas en su último control médico.

Para esto se necesitaría contar con un vehículo de transporte con un contenedor que asegure una temperatura que no supere los 25°C. El que también debe estar libre de la incidencia directa de la luz del sol. Se requiere además un "notebook " con acceso a FONENDO para que el personal capacitado, revise cada receta y registre despacho.

5.- Evaluar el desempeño de la salud mental desde el punto de vista administrativo.

Durante el mes de agosto y septiembre de este año se ha evaluado la gestión administrativa de la Unidad de Salud Mental, posterior a ello, se adoptaron las siguientes estrategias a partir del 01 de octubre del año en curso, a objeto de desburocratizar la atención a usuarios:

- ✓ Optimización de agendas electrónicas de profesionales psicólogos del CESFAM y Postas de Salud Rural.
- ✓ Traslados de usuarios inscritos en CECOSF, para poder aumentar la oferta de horas profesionales en el CESFAM.
- ✓ Indicación a profesionales médicos para que efectúen las recetas futuras en el control respectivo a objeto de que los usuarios se hagan co-responsables de estas y no deban acudir a buscarlas a la unidad en tiempos que no correspondan. Con lo anterior se pretende terminar en forma paulatina el deambular de estas personas en busca de este insumo.

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



6.- Mejorar la educación en salud hacia la comunidad, con estrategias innovadoras de comunicación.

- ✓ Desde junio del año pasado se están utilizando los medios disponibles tales como televisores, folletos, afiches en los distintos establecimientos de salud de nuestra comuna, redes sociales. internet, etc. Acudimos casi la totalidad de las mañanas de los días jueves entre las 11 y 11:30 horas a la radio para entregar información oportuna y relevante a todos nuestros radio escuchas usuarios de nuestro sistema de salud.
- ✓ Nos hemos coordinado de mejor manera con la Unidad de Comunicaciones del municipio para en conjunto establecer líneas de trabajo hacia y con la comunidad.
- ✓ Realizamos talleres educativos a grupos vulnerables como adultos mayores, cuidadores de postrados, educación sexual en liceo y escuelas básicas de nuestra comuna, todas estas insertas en los programas de prevención y promoción de salud.
- ✓ Acudimos a instituciones públicas y privadas a entregar contenidos educativos pertinentes y atinentes a las circunstancias.
- ✓ Mayor difusión: por ello queremos sumar el próximo año la difusión por medio de la televisión en circuito cerrado, para lograr una mayor integración con la comunidad.
- ✓ Además se comenzará asistir a terreno con la comunidad, para que exista el acercamiento de los profesionales de la salud con los usuarios en sus sectores.



MATRIZ DE PRIORIZACION DE PROBLEMAS DE SALUD 2019

	MAGNITUD	TRASCENDENCIA	VULNERABILIDAD	FACTIBILIDAD	PUNTAJE FINAL
PROBLEMA	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.	5	5	2	4	16
Alta incidencia de Depresión en la población bajo control de Salud Mental	5	5	3	4	17
Alta prevalencia de consumo problemático de Alcohol	4	5	2	3	14
Baja cobertura de pesquisa de rezago en población infantil 0 a 4 años	5	5	4	4	18
Baja cobertura en pesquisa y control IRA-ERA	3	5	5	3	16
Bajo Cobertura de AATT	4	5	3	2	14
Baja pesquisa de tuberculosis	2	5	5	5	17
Bajo % de insulinización en pacientes con indicación de Insulina que cursan Diabetes Mellitus.	3	5	3	4	15
Alta incidencia de caries en menores de 20 años	5	3	3	2	13
Bajo uso sistemático de la Cartola de Salud Familiar a nivel comunal en la atención de salud con enfoque MAIS.	3	2	5	3	13
Bajo cumplimiento de la Trimeta (PA < 140-90; Hba1c < 7; LDL > 100 mg-dl.	4	5	4	4	17
Alta consulta morbilidad categoría C4-C5 en Servicio de Urgencia Rural del CESFAM.	5	2	2	5	14
Baja cobertura Control Climaterio	3	3	4	4	14
Desconocimiento de la situación de salud en general de la población migrante.	3	4	3	3	13
Baja asistencia de mujeres de 25 a 64 años a toma Papanicolaou.	4	5	3	4	16



MATRIZ DE PLANIFICACION PROGRAMA DE SALUD DE LA INFANCIA.									
Problema de Salud Priorizado	Relación con Estrategia Nacional de Salud	Objetivo General	Objetivo Específico	Meta	Estrategias	Actividades	Plazo	Responsable	Indicadores+100
Baja cobertura de pesquisa de déficit en la población infantil de 0 a 4 años.	OE4 Disminuir rezago infantil.	1.Aumentar la cobertura pesquisa de déficit en el DSM en la población infantil de 0 a 4 años..	1.1.-Revisar la aplicación de los instrumentos de evaluación por cada profesional que trabaja para el PSI por enfermera capacitada. 1.2.-Entregar un tema trimestral relacionado con el DSM para enfermeros en las reuniones del PSI. 1.3 Capacitar a los profesionales que evalúan el desarrollo psicomotor de 0 a 4 años en temas relacionados con la ontogénesis para favorecer la pesquisa oportuna. 1.4 Reuniones periódicas trimestrales del PSI para monitoreo de esta prestación y otras relacionadas con el DSM.	Contar con enfermeros capacitados en la aplicación de DSM. Contar con enfermeros capacitados en temas relacionados con el DSM. Alcanzar una prevalencia cercana a la prevalencia nacional, 15% de la población infantil de 0 a 4 años.	Evaluar inicialmente el uso de instrumentos a los enfermeros por enfermera certificada. Elaborar una capacitación interna para uso de instrumentos vigentes. Contratar servicios de capacitación en ontogénesis. Monitorear mensualmente el ingreso de niños con déficit.	Se revisará la aplicación de la batería de EDP y Tepsi a enfermero realizando un diagnóstico inicial y posteriormente las correcciones. Talleres trimestrales . Talleres de capacitación con un organismo externo.. Calendario de reuniones del PSI.	Marzo(2) , Abril (2) Mayo 2019. Junio 2019. Marzo Junio Septiembre Diciembre. 2º martes de cada mes.	Jefa/e Programa a Salud de la infancia	Número evaluaciones realizadas a enfermeros Número de enfermeros que laboran en el PSI. Número de enfermeros capacitados Número de enfermeros que labora en el PSI. Nº de capacitaciones y/o temas desarrollados en las reuniones del PSI. Numero de niños de 0 a 4 años <u>diagnosticados con déficit.</u> Numero de niños de 0 a 4 años bajo control. Nº de reuniones del PSI realizadas y Nº de asistentes.



MATRIZ DE PLANIFICACIÓN UNIDAD SALUD MENTAL AÑO									
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 2019	Equipo Salud Mental	<u>Talleres Planificados</u> *100 Talleres Realizados
						Prevención Consejería Individual y Familiar	02 de enero al 31 de diciembre 2019	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 2019	Equipo Salud Mental	<u>Nº de ingresos realizados*</u> 100 Nº de ingresos realizados con Pauta PSC, PSC-Y, y GHQ-12
						Rehabilitación Taller de Autoayuda y participación comunitaria	02 de enero al 31 de diciembre 2019	Equipo Salud Mental	<u>Nº de Asistentes a Talleres</u> *100 Nº de Asistentes Programados

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



PESQUISA TBC

Problema de Salud Priorizado	Relación con ENS	Objetivo General	Objetivo Especifico	Meta	Estrategias	Actividades	Plazo	Responsable	Indicadores
Baja pesquisa de TBC	EO1 1.2	Aumentar la Pesquisa de casos de TBC	Aumentar en un la cantidad anual de baciloscopías	Tomar 750 BK al 31 de diciembre de 2019	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 BK en sintomáticos respiratorios que consultan en CESFAM, CECOSF Y POSTAS.	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. Campaña de incentivación a los equipos de salud. Monitoreo de BK mensuales a encargado de programas y equipos.	2 de enero al 31 de diciembre 2019	Equipo de TBC Encargados de Programas.	REM BM18A



MATRIZ DE PLANIFICACION PROGRAMA CARDIOVASCULAR									
Problema de salud priorizado	Relación con ENS	Objetivo General	Objetivo específico	Meta	Estrategias	Actividades	Plazo	Responsable	Indicadores
Alcanzar trimeta (19%) en usuarios diabéticos (HbA1c menor a 7%, presión arterial menor a 140/90, LDL	OE2 2.3 Incrementar la proporción de personas con diabetes controlada (2)	Incrementar la proporción de usuarios Diabéticos con trimeta alcanzada			Fomento de Estilos de vida Saludables (EVS)	Promoción de EVS -Talleres de PSCV con adulto significativo	trimestral	Prof. Ed Física Equipos de cabecera (médico, enfermera, nutricionista) Profesora de Educación Física	N° de Talleres Educativos <u>realizados</u> *100 N° de Talleres Educativos Programados
			Lograr HbA1c <7%						
			Lograr presión arterial <140/90	Lograr sobre el 19% de valores de trimeta en usuarios diabéticos	GES -DM Eficientes y eficaces controles crónicos multidisciplinares.	Tratamiento Controles crónicos periódicos de Medico Nutricionista y Enfermero Talleres actividad. Física a	RCV alto cada 3 meses Semes tral	Médicos(cada 3 meses), Enfermeros y Nutricionistas (al menos dos veces al año). Prof. Ed Física	N° de Usuarios con RCV alto <u>atendidos</u> *100 N° de Usuarios con RCV alto N° de Talleres Realizados *100

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



menor a 100)						pacientes crónicos		TENS Y Médicos de equipos	N° de Talleres Programados
						Rescate de inasistentes.			<u>N° de usuarios inasistentes rescatados</u> *100
						Insulinización de usuarios con HbA1c >= 10%	semestral	Médicos del PSCV	N° de usuarios inasistentes en el PSCV
						Reuniones periódicos para análisis de orientaciones técnicas.	trimestral	E ncargada del PSCV	<u>N° de usuarios diabéticos del PSCV en tratamiento con insulina</u> *100
									N° Usuarios diabéticos en control en el PSCV
									<u>N° de Reuniones Realizadas</u> * 100
									N° de Reuniones Programadas



						Evaluar en los controles crónicos el cumplimiento de los parámetros antes mencionados, modificar dosis de fármacos, CEVS, etc.	trimestral	Equipos de cabecera	<u>N° de usuarios diabéticos en control en PSCV con HbA1c <7%, presión arterial < 140/90, col. LDL <100 mg/dL * 100</u> N° total de usuarios diabéticos en control en PSCV



MATRIZ DE PLANIFICACION PROGRAMA DE SALUD DE LA INFANCIA.									
Problema de Salud Priorizado	Relación con Estrategia Nacional de Salud	Objetivo General	Objetivo Específico	Meta	Estrategias	Actividades	Plazo	Responsable	Indicadores+100
Alta prevalencia de malnutrición por exceso en la población infantil de 0 a 9 años.	OE Disminuir factores de riesgo.	1. Disminuir la prevalencia de malnutrición por exceso en la población infantil bajo control.	1.1.- Identificar factores de riesgo condicionantes de la malnutrición por exceso en nuestra población infantil. 1.2.- Ampliar en cupo para la población infantil malnutrida por exceso para el Vida sana. 1.3 Implementar talleres de malnutrición infantil a madres de niños de 0 a 9 años. 1.4 Implementar VDI de 1º contacto y seguimiento a la población malnutrida +2 y +3 bajo control. 1.5 implementar una atención multidisciplinaria para los niños malnutridos por exceso +2 y +3 (NTC, Enfermera, Médico, KNT) 1.6 Reuniones periódicas trimestrales del PSI para monitoreo de esta prestación y otras.	Disminuir la prevalencia en los diferentes grupos etarios.	Encuestas aplicadas al ingreso de la consulta de un niño malnutrido para contar con información para elaborar un diagnóstico situacional. Coordinación con el programa Vida sana para ampliar los cupos. Coordinación con Programa de promoción para ver intervención en los colegios. Calendario de talleres por NTC de cada equipo de cabecera. Calendario de VDI por NTC u otro profesional en el contexto de la malnutrición por exceso. Derivaciones oportunas de los niños malnutridos a los diferentes profesionales para su seguimiento.	Aplicación de encuesta en los ingresos. Reunión con Encargados de programas vida sana y promoción y NTC. Talleres VDI	Marzo a Diciembre 2018. Marzo Junio Septiembre Diciembre. 2º martes de cada mes.	Jefa/e Programa Salud de la infancia Jefes de Equipo de Cabecera.	1. Número de encuestas aplicadas a madres de niños malnutridos por exceso a población infantil bajo control Número de niños malnutridos bajo control. 2. Nº de reuniones realizadas. 3. Número de talleres realizados a madres de niños malnutridos bajo control por equipo de cabecera. Nº de VDI realizadas a niños (as) malnutridos por exceso bajo control por equipo de cabecera. Nº de reuniones del PSI realizadas y Nº de asistentes.

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	473	341	132	0
Odontólogo/a	9	264	77	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	9	374	154	220	0
Matrón/a	6	242	132	110	0
Nutricionista	4	165	77	88	0
A. Social	5	220	132	88	0
Psicólogo/a	4	165	33	132	0
Kinesiólogo	6	209	143	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	1.749	539	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	23	1.012	264	748	0
Auxiliares de Servicio	14	572	308	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



ANEXOS



ANEXO N° 1

PROTOCOLO DE DERIVACIONES A OPD

I. OBJETIVOS

- a. **Objetivo general de Protocolo de Derivación:** Despejar y calificar de manera oportuna aquellas situaciones de vulneración o riesgo de vulneración de derechos leve o moderado que involucren a niños, niñas y adolescentes (NNA) de la comuna de Requínoa, derivados de las distintas instituciones colaboradoras y garantes de derechos, (persona natural, representante junta de vecinos, salud, educación, programas municipales, carabineros.)
- b. **Objetivo Garante Salud:** El modelo de Salud Integral con Enfoque Familiar y comunitario da énfasis a la prevención y promoción de salud, se centra en las familias con participación comunitaria, trabajando con un equipo de salud de cabecera que atiende a toda la familia durante todo el ciclo vital. En cuanto a la población infanto juvenil, su objetivo es fortalecer e incentivar acciones en la población infantil que permitan desarrollar a grado cabal su potencial, disminuyendo las inequidades producidas por las determinantes biopsicosociales presentes en la comuna.
- c. **Objetivo Garante de Educación:** Garantizar el derecho a la educación a todo niño, niña y adolescente de la comuna, contribuyendo a mejorar la calidad y equidad de la educación independiente de las condiciones socioeconómicas de las familias.
- d. **Objetivo Garante Carabineros:** Garantizar y mantener el orden y la seguridad publica en el territorio.
- e. **Objetivo Garante Municipalidad:** De la Dirección de Desarrollo Comunitario, que de acuerdo al organigrama es donde se encuentran los programas social, se tiene como objetivo generar instancias de mejoramiento de la calidad de vida de los habitantes de la comuna a través de gestiones que promuevan y potencien la participación.
- f. **Objetivo Garante OPD:** Contribuir a la Instalación de Sistemas Locales de Protección de Derechos que permita prevenir y dar respuesta oportuna a situaciones de vulneración de derechos de niñas, niños y adolescentes a través de la articulación de actores presentes en el territorio como garantes de derechos, el fortalecimiento de las familias en el ejercicio de su rol parental, como de la participación sustantiva de las niñas, niños y adolescentes, familias y comunidad.

II. CONCEPTUALIZACION

- a. **OPD:** Oficina de protección de derechos de la infancia y la adolescencia con atención en casos de vulneración leve que involucren a NNA en la comuna de Requínoa.
- b. **VULNERACION LEVE O MODERADA:** Transgresión, daño o perjuicio. Se entenderá por tal, Negligencia en el área de salud, educación, nutrición, higiene y cuidados. VIF pasiva o activa, violencia física leve, violencia psicológica leve o moderada, interacción conflictiva entre pares, bullying y ausentismo escolar.



- c. **TIEMPO DE INGRESO EFECTIVO:** Desde la recepción de la derivación a programa OPD, se contará con un máximo de 30 días para el ingreso del NNA al programa, en etapa de despeje. No obstante los casos derivados serán atendidos de acuerdo a su gravedad.

III. **CRITERIOS**

Serán criterios de atención para OPD:

- a. **La territorialidad:** Toda derivación relativa a vulneración o riesgo de vulneración de derechos de NNA ocurrido dentro de los límites jurisdiccionales de la comuna, cuyo domicilio pertenezca a ésta y/o que se encuentren matriculados/as en algún establecimiento educacional de la misma.
- b. **La pertinencia:** Toda derivación relativa a vulneración o riesgo de vulneración de derechos de NNA, de acuerdo a las orientaciones técnicas emanadas desde SENAME para los proyectos OPD.

IV. **INTERVENCION QUE REALIZARÁ OPD**

- a. **Etapa de Despeje**
Se entenderá por despeje aclarar una situación de posible vulneración o riesgo de vulneración de derechos de un NNA, a través de las siguientes acciones: Visita domiciliaria y/o entrevista preliminar individual y/o familiar, respuesta a institución que deriva respecto del caso, a través de correo electrónico.
La duración de esta etapa será de un máximo de treinta días.
- b. **Etapa de Diagnóstico**
Se entenderá por la recopilación de antecedentes individual, familiar y comunitaria del NNA que se encuentre en vulneración o riesgo de vulneración de derechos a través de las siguientes acciones: Ingreso del caso a OPD (Plataforma Senainfo), entrevista familiar, entrevista individual (aplicación de pruebas proyectivas gráficas), entrevista a otros familiares significativos, visitas domiciliarias, coordinación con garantes correspondientes.
La duración de esta etapa será de sesenta días como máximo.
- c. **Etapa del Plan de Intervención.**
Se entenderá como plan de intervención a las acciones realizadas a reestablecer derechos vulnerados y a disminuir o eliminar factores de riesgo de la vulneración de derechos de los NNA, a través de las siguientes acciones: Elaboración de un plan de trabajo en conjunto con el NNA, la familia o adulto responsable y profesional a cargo del proceso, firma de consentimiento informado que involucra las acciones para la ejecución del plan de intervención de proceso, que será firmado por los NNA (de acuerdo a la etapa de su ciclo vital) y adulto responsable.
La duración de esta etapa será de ciento cincuenta a ciento días.
- d. **Etapa de seguimiento y monitoreo**
Se entenderá por seguimiento y monitoreo cuando el plan de intervención se encuentra finalizado, donde el programa OPD mantendrá visualizado el caso en virtud de las siguientes acciones: Verificación del cumplimiento de los objetivos del plan de intervención, verificación de cumplimiento de tareas a través de los garantes, aplicación de cuestionario de satisfacción al usuario y adulto responsable y por último egreso del caso del programa OPD, (plataforma senainfo).



V. SOLICITUD DE MEDIDA DE PROTECCION

- a. OPD elaborará informe de medida de protección el cual será enviado a Tribunal de Familia respectivo, independientemente de la etapa de intervención que se encuentre el caso.
- b. Cuando la situación derivada sea constitutiva de delito, OPD denunciará a las autoridades pertinentes.

VI. DERIVACIONES DESDE OPD A OTRAS INSTITUCIONES

- a. En el evento que durante la etapa de despeje se visualice una situación que amerite intervención de otro programa o institución de la Red Local o Red SENAME, OPD derivara los antecedentes a la institución respectiva. No obstante lo anterior en cualquier etapa de intervención en la que se encuentre el caso, podrá ser derivado a otra institución en caso de requerir.

VII. PROCESO DE RETROALIMENTACIÓN

- a. La solicitud de informes respecto de un niño, niña o adolescente, con ingreso efectivo en programa OPD, se realizara vía Oficio o correo electrónico, tanto de los informe solicitados desde el programa OPD o como de los solicitados por las instituciones garantes al programa.
- b. En cuanto a los informes solicitados desde el programa OPD a las instituciones que intervengan con un niño, niña o adolescente que se encuentre con ingreso efectivo en el programa, contara con un tiempo máximo de 10 días hábiles para remitir lo solicitado.
- c. El programa OPD contara con un plazo máximo de 10 días hábiles Para remitir informes solicitados por las instituciones que intervengan con un niño, niña o adolescente.
- d. Con respecto a los compromisos adquiridos con los garantes, estos firmaran acuerdo colaborativo cuando corresponda (se adjunta acuerdo)

Leído y en señal de aceptación y compromiso las partes firman.

IBETTY ESCOBAR GONZALEZ
DIDECO REQUINOA

EDUARDO ALLENDES GARCÍA
DIRECTOR CESFAM REQUINOA

JUAN ENRIQUE JARA TRONCOSO
JEFE DAEM REQUINOA

LUIS CISTERNA
CAPITAN DE CARABINEROS REQUINOA



ANEXO N° 2

PROTOCOLO PARA ABORDAJE DE CASOS DE EMERGENCIA

I. OBJETIVO

Elaborar una respuesta oportuna en aquellas situaciones de emergencia que involucren a niños, niñas y adolescentes (NNA) de la comuna de Requinoa, con el fin de atender de manera oportuna los casos de situaciones de vulneración de derechos de los NNA, a través de la ejecución de acciones específicas orientadas a la protección de los NNA afectados.

II. DEFINICION SITUACION DE EMERGENCIA

Se entenderá por tal, toda situación de vulneración de derechos grave e inesperada, que altera la tranquilidad de una comunidad (escolar, familiar) ocasionando daño físico, psicológico, emocional entre otros, a los NNA involucrados.

III. CRITERIOS DE INCLUSION

Serán criterios de inclusión para OPD:

A. La territorialidad: Todo hecho de emergencia relativo a vulneración de derechos de NNA ocurrido dentro de los límites jurisdiccionales de la comuna, cuyo domicilio pertenezca a ésta y/o que se encuentren matriculados/as en algún establecimiento educacional de la misma.

B. La vinculación previa: Todo hecho de emergencia relativo a vulneración de derechos de NNA que registre o no antecedentes previos en la OPD, siendo ésta la responsable de la intervención.

IV. ACCIONES QUE REALIZARÁ LA OPD

A. Recopilar los antecedentes en terreno:

Tomar contacto con los NNA involucrados y su familia (o adultos significativos) y/o instituciones participantes del hecho de emergencia o que puedan aportar información, con la finalidad de conocer el estado de la situación actual. Es de alta relevancia señalar que la información será reservada y contendrá datos sensibles los cuales están protegidos por la ley. Además se debe resguardar que la toma de antecedentes de los NNA, no se transforme en un interrogatorio de los hechos ni menos una exhaustiva “declaración”. Sólo se deben recabar los antecedentes necesarios, para hacerlo armónico con el art 19 de la Convención evitando la denominada “victimización secundaria”.



B. Elaboración de Medida de Protección.

- c. OPD elaborará informe de medida de protección el cual será enviado a Tribunal de Familia respectivo.
- d. Cuando la situación de emergencia relativa a vulneración sea constitutiva de delito, OPD deberá orientar y acompañar a la familia y/o institución/es para hacer efectiva la denuncia, en caso de ser una familia resistente o vulneradora OPD denunciará lo correspondiente.
- e. Ingreso a OPD en el evento que el NNA presente perfil del programa