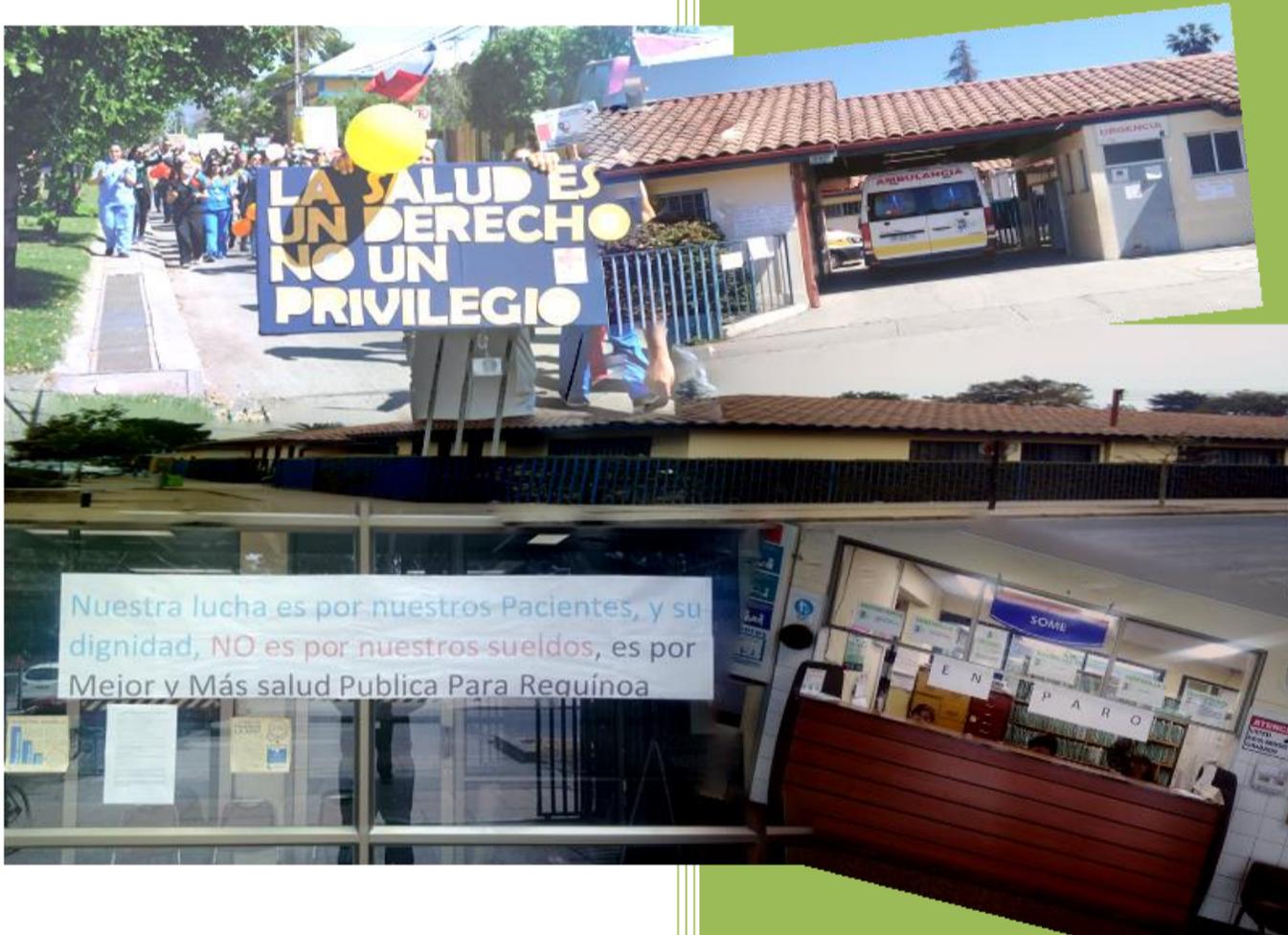


2020

PLAN DE SALUD CENTRO DE SALUD FAMILIAR
DR. JOAQUIN CONTRERAS SILVA





INDICE

Pág.

Contenido

INTRODUCCIÓN	4
DIAGNÓSTICO DE SALUD LOCAL.....	5
1. ANTECEDENTES DEMOGRÁFICOS	5
2. ANTECEDENTES SOCIO CULTURALES.	6
3. PERFIL EPIDEMIOLOGICO	7
4. AÑOS DE VIDA POTENCIALMENTE PERDIDOS.....	7
PROGRAMA DE SALUD INFANTIL.....	9
EVALUACIÓN DE PLAN DE SALUD 2019 Y DESAFÍOS 2020	10
PROBLEMA “ALTA PREVALENCIA DE MALNUTRICIÓN POR EXCESO EN LA POBLACIÓN INFANTIL”	10
CONCLUSIÓN	13
DESAFÍOS 2020.....	14
AUMENTAR LA COBERTURA DE VIDA NIÑOS Y NIÑAS CON OBESIDAD MÓRBIDA.....	14
RECUPERACIÓN DE DESARROLLO PSICOMOTOR (DSM) EN EL GRUPO ETARIO DE 12 A 23 MESES	14
MANTENER LA COBERTURA EN 90%.	14
Déficit DSM Grupo etario 7 meses a 11 meses.	14
Cobertura de lactancia materna exclusiva (LME)	15
MANTENER COBERTURAS SOBRE EL 65%.....	15
Indicador de actividad de atención primaria de salud (IAAPS):	15
Oportunidad de aplicación de DSM	15
AUMENTAR COBERTURA A 90%.	16
Oportunidad de aplicación de TEST EVALUACION PSICOMOTOR (TEPSI).	16
AUMENTAR COBERTURA A 60%.	16
Baja cobertura de asistencia a Talleres Nadie es Perfecto.	16
AUMENTAR COBERTURA A 7%.	¡Error! Marcador no definido.
PROGRAMA DE ATENCION DE SALUD A LA MUJER	17
CÁNCER CERVICOUTERINO	17
COBERTURA PAP:	17
CÁNCER DE MAMAS	18
Pesquisa y Prevención del Cáncer de Mamas	19
EMBARAZADAS Y CONTROL PRENATAL.....	19
MUJERES EN EDAD DEL CLIMATERIO.....	20
METAS 2020	21
VIH Y SIDA.....	21
CANASTA DE PRESTACIONES PROGRAMA DE ATENCION A LA MUJER	23
PROGRAMA CARDIOVASCULAR.....	24
SALUD DEL ADULTO Y ADULTO MAYOR	24
HIPERTENSION ARTERIAL	26



DIABETES MELLITUS	26
INGRESO AL PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR	26
OBJETIVO GENERAL DEL PSCV	27
OBJETIVOS ESPECÍFICOS DEL PROGRAMA:	27
PROGRAMA ADULTO MAYOR.....	28
Actividades	30
Desafíos para el 2020	32
PROGRAMA DE PACIENTES CON DEPENDENCIA SEVERA.	33
PROPÓSITO DEL PROGRAMA.....	33
FUNCIONAMIENTO DEL PROGRAMA AÑO 2019.....	33
DESAFIOS PARA AÑO 2020	34
ESTADÍSTICAS AÑO 2019	35
IMÁGENES	39
PROGRAMA DE REHABILITACION INTEGRAL CON BASE COMUNITARIA (RBC) 2019.	40
CARACTERIZACION DE LA POBLACION CON DISCAPACIDAD EN CHILE	40
PROPÓSITO.....	40
OBJETIVO GENERAL.....	41
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	41
ESTADÍSTICAS AÑO 2019	42
RESULTADOS DIAGNOSTICO PARTICIPATIVO 2018.....	43
EJE SOCIAL	43
EJE SALUD.....	44
EJE EDUCACIÓN	44
EJE DE FORTALECIMIENTO.....	45
EJE DE SUBSISTENCIA	45
HITOS RELEVANTES DESARROLLADOS DURANTE EL 2019	46
DESAFIOS 2020	47
PROGRAMA ODONTOLÓGICO	48
MARCO TEÓRICO.....	48
METAS DE IMPACTO.....	51
ESTRATEGIAS.....	51
ACTIVIDADES:	53
METAS	53
INDICADORES	54
PROGRAMA DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS DEL NIÑO (IRA) Y DEL ADULTO (ERA)	55
FUNCIONAMIENTO DEL PROGRAMA AÑO 2019.....	56
DESAFIOS PARA AÑO 2020	57
ESTADÍSTICAS AÑO 2019	57
PROGRAMA DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS DEL ADULTO E.R.A.	59
PROGRAMA DE SALUD MENTAL.....	60
OTROS DATOS RELEVANTES:	61
ESTRATEGIAS PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS PLANTEADOS	63
LINEAS DE TRABAJO.....	63



ACTIVIDADES	63
PROGRAMA DE SALUD INTEGRAL DEL ADOLESCENTE.....	65
CONVENIO ESPACIOS AMIGABLES.....	65
CONVENIO: PROGRAMA DE ACOMPAÑAMIENTO.....	65
PROGRAMA ELIGE VIDA SANA.....	67
CUPOS AÑO 2019	68
DIFICULTADES EN EL 2019	68
PROYECCIÓN 2020.....	68
PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD	69
1. DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO CESFAM REQUÍNOA Y POSTAS 2018.....	70
1.1. OBJETIVO GENERAL	70
1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	70
2. PROCESO DE DIAGNÓSTICO CESFAM DR. JOAQUÍN CONTRERAS SILVA EQUIPO ROBLE, EQUIPO ARAUCARIA Y EQUIPO ALMENDRA.....	71
2.1. FECHAS DE EJECUCIÓN DE ETAPAS DEL DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO	71
CESFAM: EQUIPO ROBLE Y ARAUCARIA.....	71
POSTAS: EQUIPO ALMENDRA	71
MEDIOS VERIFICADORES	71
2.2. DESCRIPCIÓN DE TÉCNICAS UTILIZADAS.....	72
RESULTADOS (SÍNTESIS DE RESULTADOS DE LAS 4 ETAPAS)	73
2.3. FOTOGRAFÍAS	77
DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO CENTRO COMUNITARIO DE SALUD FAMILIAR (CECOSF) CHUMAQUITO 2017-2018	82
OBJETIVO GENERAL.....	82
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	82
2. PROCESO DE DIAGNÓSTICO CECOSF CHUMAQUITO	82
SISTEMATIZACIÓN JARDIN COMUNITARIO.....	83
PROBLEMAS DETECTADOS	83
MATRIZ DE TRABAJO DE CAMPO	83
ANÁLISIS ENFOQUE DE GÉNERO.....	84
REFLEXIÓN DESDE LA PERSPECTIVA TERRITORIAL.....	85
FOTOGRAFÍAS.....	86
PROGRAMA MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA (MAIS).....	89
OBJETIVOS DEL PROGRAMA	90
CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS DEL PROGRAMA	90
PLAN COMUNAL DE PROMOCION DE SALUD	93
SERVICIO DE URGENCIA RURAL (SUR)	95
INFRAESTRUCTURA	96
CAPACITACIONES:	97
EDUCACIÓN Y VINCULACIÓN CON EL MEDIO	97
CALIDAD	98
CENTRO COMUNITARIO DE SALUD FAMILIAR, CECOSF CHUMAQUITO.....	101
1.1 CONTEXTO SOCIAL.....	101
1.2 CONTEXTO INSTITUCIONAL	102



2. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL	102
3. DESAFÍOS 2020	105
MATRIZ DE PRIORIZACION DE PROBLEMAS DE SALUD 2020	106
MATRIZ DE PLANIFICACION UNIDAD SALUD MENTAL AÑO 2020.....	107
PESQUISA TBC	109
MATRIZ DE PLANIFICACION PROGRAMA ADULTO MAYOR	110
DOTACION 2020	113
ANEXO N° 1. PROTOCOLO DE DERIVACIONES A OPD	115
OBJETIVOS	115
CONCEPTUALIZACION	115
CRITERIOS.....	116
INTERVENCION QUE REALIZARÁ OPD.....	116
SOLICITUD DE MEDIDA DE PROTECCION	117
DERIVACIONES DESDE OPD A OTRAS INSTITUCIONES	117
PROCESO DE RETROALIMENTACIÓN	117
ANEXO N° 2. PROTOCOLO PARA ABORDAJE DE CASOS DE EMERGENCIA	119
OBJETIVO.....	119
DEFINICION SITUACION DE EMERGENCIA	119
CRITERIOS DE INCLUSION	119
ACCIONES QUE REALIZARÁ LA OPD	119



INTRODUCCIÓN

Las Estrategias Nacionales en Salud 2011-2020 emanadas por nuestro ente rector; El Ministerio de Salud, fijan la dirección y velocidad del quehacer en nuestro ámbito de acción en la Atención Primaria de Salud, que presta una cobertura al 87% de nuestra población comunal aproximadamente y con un resolutivez del 94%.

Los datos señalados en este documento provienen de fuentes oficiales y registros estadísticos mensuales (REM) que dicen del quehacer cualitativo de nuestros establecimientos de salud durante el año 2019, para proyectar lo que debemos realizar durante el próximo.

Actividades diversas vienen a dar cumplimiento a lo indicado en el Plan de Salud del año pasado y a observaciones realizadas por las autoridades político administrativas de nuestra comuna, todas ellas en aras de mejorar la calidad de atención, satisfacción usuaria, coberturas asistenciales de quienes han confiado su salud en nosotros.

No debe llamar la atención al momento de analizar este documento el que algunos puntos se repitan en relación con el del año pasado ya que existen ítems como el de Diagnóstico Participativo y MAIS en los cuales su actualización corresponde al año 2020.

Es dable mencionar que las medidas propuestas por el H. Concejo Municipal de nuestra comuna durante el año 2018 e implementadas la mayoría de ellas durante el año 2019 seguirán en nuestra agenda desarrollándose unas, mejorando otras e implementando otras durante el año 2020.

Finalmente hoy, en que nuestro país se encuentra en un proceso de convulsión social y búsqueda de cambios profundos y la mayoría de nuestros compatriotas – incluidos los trabajadores de la salud de nuestra comuna - se manifiestan pacíficamente por mejoras sustanciales en su calidad de vida y de nuestros usuarios, para lograr un trato humano, en donde la igualdad de derechos, oportunidades y la equidad dejen de ser un bello sueño, entre ellos, el acceso oportuno a servicios sanitarios de calidad, eficientes y financiados de acuerdo a la realidad objetiva y no a cálculos que no guardan relación con el gasto actual. Venimos a presentar el Plan de Salud 2020, en el que además de datos técnicos, estrategias, y tareas, se llena de esperanzas en que podremos aportar desde nuestra vereda para tener una mejor comuna, para una mejor región y finalmente para un país fortalecido, más justo, más solidario en el cual nuestro niños, ancianos y nosotros mismos podamos ser más felices que hoy.

El Director

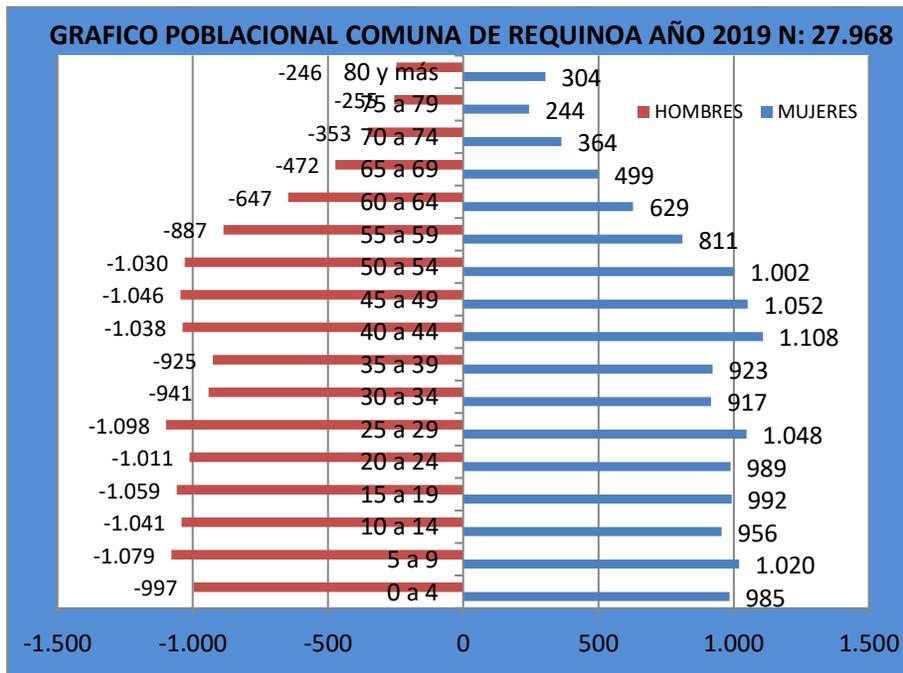


DIAGNÓSTICO DE SALUD LOCAL

1. ANTECEDENTES DEMOGRÁFICOS

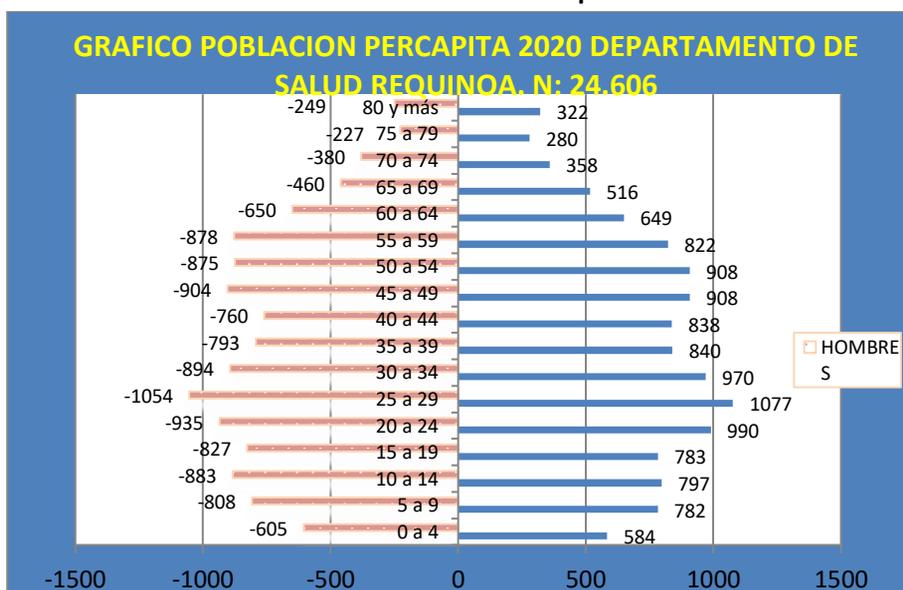
El CENSO realizado en el año 2017 en nuestra comuna arrojó una población de 27.968 habitantes (Gráfico N° 1). La población inscrita validada per-cápita al corte del 31 de agosto del año 2019, realizada por nuestra institución es de 24.606 personas (Gráfico N°2) aún no validada por el Fondo Nacional de Salud FONASA, si así fuese se traduciría en un incremento de 666 personas inscritas, representando un 2.78% más que la población percápita del año 2019.

Gráfico N° 1. Población Requinoa. CENSO 2017.



FUENTE: INE. CENSO 2017.

Gráfico N° 2. Población Percápita 2020.



FUENTE CESFAM.



La Tasa de Natalidad de nuestra comuna para el año 2018 fue de 10 por 1.000 nacidos vivos. (SINIM).

Nuestra distribución poblacional es de un 58% urbano y de un 42% rural para el año 2018.(SINIM)*

La Densidad Poblacional corresponde a 54 hbts./km², año 2018.

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).

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 Comunales al año 2018

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

ORGANIZACIÓN COMUNITARIA	Nº
Clubes Deportivos Vigentes	20
Juntas de Vecinos Vigentes	55
Centros u Organizaciones de Adultos Mayores	17
Centros de Padres y Apoderados	6
Otras Organizaciones Comunitarias Funcionales	99
Uniones Comunales	5
Compañías de Bomberos	3
Centros Culturales	3
Nº ORGANIZACIONES COMUNITARIAS	208

Fuente: Encargada Organizaciones Comunitarias 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 2018.

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

INTERMEDIACION LABORAL	Nº de Personas
Personas enviadas a un empleo	500 (-200)
Personas inscritas para capacitación	323 (+ 110)
Personas inscritas en la Municipalidad en busca de empleo	900 (-100)
Número de personas que egresan de cursos de capacitación laboral	61 (-9)
Tasa de Envío a Empleos (%)	55.56
Tasa Logros de Egresos de Capacitación (%)	18.89

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 2018 fue de 7.596 (-425 personas. 5,3%) personas, en tanto la matrícula general para Enseñanza Básica fue de 2650 (+53 personas. +20,4%) y para Enseñanza Media llegó a 877 (-28 personas -3.19%)(Fuente: SINIM. I. MUNICIPALIDAD DE REQUINOA).



3. PERFIL EPIDEMIOLOGICO

La tasa de Mortalidad General de nuestra comuna durante el periodo 2012 – 2016 fue de 3,4 muertes por cada 1.000 habitantes, siendo ésta la más baja de nuestra región. En tanto la regional llegó a 6,0 y la nacional a 5,7. La tasa de Mortalidad Infantil (Número de muertes en menores de 1 año/1.000 nacidos vivos) para el año 2016 en Requinoa fue de 8,8, en tanto la regional fue de un 7,7 y la nacional de un 7,0 por Fuente: SEREMI SALUD VI REGION).

Tabla N°3: Tasas de mortalidad de nuestra comuna de acuerdo a las causas observada por cada 100.000 habitantes.

TASA DE MORTALIDAD SEGÚN CAUSA AL 2016			
CAUSA	COMUNAL	REGIONAL	NACIONAL
CARDIOVASCULARES	127,2	159	156,2
I.A.M	36,2	42,2	40,7
CANCER	87,6	145,8	147,1
CANCER DE MAMA	9,6	17,6	16,1
CANCER DE PROSTATA	12,7	34	23,3
SUICIDIO	5,9	11,8	10,2
TRAUMATISMOS	48,1	58,7	45,7
A.V.E	3,3	11,9	
ACCIDENTES DE TRANSITO	17,8	16,9	11,7

Fuente: Perfil Epidemiológico Región del Lib. Bernardo. O'Higgins (2012-2016)

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. Bernardo. O'Higgins (2017)(**).

4. 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 hab. 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

Al 27 de noviembre del año 2019 en nuestra comuna se han notificado 4 casos de Sífilis en adultos; 1 mujer y 3 varones, 4 casos de VIH en adultos; 3 varones y 1 mujer y 1 caso de Gonorrea en adultos; varón.



PROGRAMA DE SALUD INFANTIL

Este programa nace en la década del 50 bajo la necesidad de asegurar un desarrollo integral en la primera infancia protegiendo sus necesidades y derechos Respondiendo al perfil epidemiológico y contexto social del país. Amparado bajo la Ley 20.379 (Chile Crece Contigo), Ley 19.949(Chile Solidario) y Estrategia Nacional de Salud. Está dirigido a niños y niñas de 0 a 9 años.

El propósito del programa es contribuir a la salud y el desarrollo integral de niños y niñas menores de 10años, en su contexto familiar y comunitario, a través de actividades de fomento, protección, recuperación y rehabilitación, que impulsen la plena expresión de su potencial biopsicosocial y mejor calidad de vida.

Los objetivos generales que persigue son:

- Reducir la mortalidad y morbilidad infantil en población menor de 10 años.
- Fortalecer la atención de salud oportuna, expedita, continua, resolutive y de calidad a niños y niñas en la red pública.
- Contribuir a la mejora de la calidad de vida en la población infantil, independiente de su condición de salud y socioeconómica.
- Promover hábitos saludables y disminuir los factores de riesgo de salud en niños y niñas menores de 10 años, considerando el enfoque de curso de vida.

Para cumplir estos objetivos existen diversas estrategias en la Atención Primaria de Salud; Talleres Nadie es Perfecto, controles de salud multidisciplinarios, control de salud bucal, Programa Cero, consulta nutricional de 5 meses y 3 años 6 meses, control de salud bucal 6 años de vida (Garantía GES), control de salud escolar, vacunación, Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC) básico, de refuerzo, para prematuros, consulta de Lactancia Materna, consulta social; identificando riesgos sociales que pudieran afectar la salud del niño o niña, Visita Domiciliaria Integral (VDI), detección de Maltrato Infantil(MI), consulta de salud mental, seguimiento de niños y niñas con rezago o déficit en su DSM, seguimiento de niños y niñas con Score Infección Respiratoria Aguda (IRA) moderado y grave, atención de atención de niños y adolescentes con necesidades especiales en la atención de salud(NANEAS) y otras prestaciones.

Los casos infantiles son identificados y presentados en la mesa de trabajo de los equipo de cabecera en el cual se elabora un plan personalizado.



EVALUACIÓN DE PLAN DE SALUD 2019 Y DESAFÍOS 2020

PROBLEMA “ALTA PREVALENCIA DE MALNUTRICIÓN POR EXCESO EN LA POBLACIÓN INFANTIL”.

Estrategias	Acciones realizadas	Observaciones	Indicador
Encuestas aplicadas al ingreso de la consulta de un niño malnutridos para contar con información para elaborar un diagnóstico situacional.	Encuesta de Ingreso Niñas y Niños con mal Nutrición por exceso.	Se han aplicado a la fecha un total de 46 encuestas, 22 en CESFAM Requinoa, 13 en CECOSF y 11 en PSR.	Nº de encuestas aplicadas a niños (as) malnutridos por exceso bajo control/Nº de niños malnutridos bajo control. 46 encuestas aplicadas/635 niños(as) malnutridos por exceso= 7% de cumplimiento.
Coordinación con el Programa Vida Sana para ampliar los cupos.	Se realiza evaluación antropométrica pre kínder - kínder Escuela Campo Lindo (Alumnos IPCHILE Técnico. Nutrición), con el fin de conocer la prevalencia de obesidad en los preescolares, para solicitar la implementación del Programa Vida Sana en la escuela.	Según esta evaluación el 35% de las niñas y niños de pre kínder y el 58% de las niñas y niños de kínder tiene malnutrición por exceso.	



	Gestión de espacio para la realización de sesiones de actividad física del Programa Vida Sana para niñas y niños de pre kínder y kínder de escuela Campo Lindo.	El 31 de Julio 2019, se gestiona espacio para la realización de actividad física del Programa Vida Sana en escuela Campo Lindo a niñas y niños de pre kínder y kínder, con director del establecimiento.	
Coordinación con Programa de Promoción para ver intervención en los colegios. Ilg. Carlos Moreno	Gestionar con los establecimientos, fecha y hora de los talleres de ley n° 20.060.	Gestionado en la mayoría de los establecimientos educacionales.	
	Eelaboración de un flujograma de derivación a nutricionista para los colegios	Aplazado por cambio de directrices y reorientación del Programa de Promoción. Actualmente en fase de coordinación con DAEM.	
Calendario de talleres por NTC de cada equipo de cabecera.	Programa Vida Sana realiza talleres de alimentación saludable abiertos a todas las niñas y niños con mal nutrición por exceso.	Se han realizado 2 talleres abiertos, 26 de abril 2019, 4 asistentes y el 12 de junio 2019 con 14 asistentes.	Nº de talleres a madres de niños malnutridos por exceso/ Nº de niños(as) malnutridas por exceso bajo control 2/635= 0,3%
Calendario de VDI por NTC u otro profesional en el contexto de la malnutrición por exceso.	VDI niñas y niños con obesidad severa.	Se han realizado 4 VDI a niños con Obesidad en CESFAM Requínoa, 2 en CECOSF y 1 en PSR.	Nº de VDI a niños(as) malnutridos por exceso bajo control/ Nº de niños(as) malnutridos por exceso bajo control. 4VDI/21=19%



Derivaciones oportunas de los niños malnutridos a los diferentes profesionales para su seguimiento.	Capacitación a médicos "Aspectos relevantes de la consulta médica a niñas y niños con mal nutrición por exceso", realizada por Dr. Alex Urrea en Mayo 2019.	Se realizó capacitación a médicos, enfermeras y nutricionistas en reunión de PSI. El temario incluyó: - Criterios de derivación - Anamnesis remota y próxima - Tratamiento médico GAA o IR/DLP/HTA- Recomendaciones nutricionales.	
	Creación de tarjetero infantil digital en PSR Abra para mejorar acceso a información niños y niñas inasistentes.	TENS Andrea Bustamante, realiza actualización diaria de tarjetero infantil digital de PSR, la que incluye el registro del estado nutricional del paciente. Se realiza rescate vía telefónica de los pacientes inasistentes a los controles.	



CONCLUSIÓN

Cabe destacar que no fue posible cumplir a cabalidad con las estrategias planificadas en el plan de salud, porque en el mes de marzo del 2019, se incluyeron a las actividades habituales de las nutricionistas, el COMGES N°3 cuya meta es alcanzar una cobertura del 76,6% de los beneficiarios con Consulta Nutricional del 5to mes y una cobertura del 57,9% de los beneficiarios con Consulta Nutricional de los 3 años 6 meses, y la Meta n° 18, donde se comprometió que 55,71% Niños y niñas menores de 6 años deben estar en estado nutricional normal. Estos nuevos compromisos, aumentaron de sobremanera la carga laboral de las nutricionistas del Departamento de Salud de Requinoa (2 Nutricionistas 44 hrs. en CESFAM Requinoa, 1 Nutricionista 44 hrs. en PSR y 1 Nutricionista 22 hrs en CECOSF), quienes deben realizar prestaciones al PSCV, PSI, Programa del Adolescente, Programa de la Mujer, VDI a pacientes del Programa de Dependencia Severa. Además de estar a cargo del Programa de Salud Cardiovascular (Nutricionista. Aracelia Muñoz), Programas alimentarios CESFAM (Nutricionista. María Gracia Valenzuela), Programas alimentarios PSR (Nutricionista. Claudia Martínez), Programas Alimentarios CECOSF (Nutricionista. Andrea Valenzuela), Programa Vida Sana (Nutricionista. Andrea Valenzuela), Comité de lactancia Materna (Nutricionista. Claudia Martínez), Eje Promoción PSR (Nutricionista. Claudia Martínez).



DESAFÍOS 2020

AUMENTAR LA COBERTURA DE VDIA NIÑOS Y NIÑAS CON OBESIDAD MÓRBIDA.

Evaluación de Metas e Indicadores de Actividades en la Atención Primaria (IAAPS)

Problema: Baja cobertura de pesquisa de déficit del Desarrollo Psicomotor.

Problema	Objetivo	Meta	% alcanzado	Observación
Baja cobertura de pesquisa de déficit en la población infantil de 0 a 4 años.	Aumentar cobertura de pesquisa de déficit en el DSM en la población infantil entre 0 y 4 años.	15%	3%	No se cumplieron las capacitaciones establecidas por problemas de vacaciones permisos, se cambiaron las fechas en varias oportunidades por lo cual se decidió suspender.

RECUPERACIÓN DE DESARROLLO PSICOMOTOR (DSM) EN EL GRUPO ETARIO DE 12 A 23 MESES

Durante el año 2019 desde Enero a Septiembre en el grupo etario de 12 a 23 meses se han diagnosticado un total de 8 niños y niñas con déficit lo que representa una prevalencia de 4% y se ha recuperado un total de 7 niños, alcanzando un 86%. Este grupo constituye una meta sanitaria de 90% de cumplimiento.

Cabe destacar que hasta Junio del año 2019 contábamos solo con ludoteca y no sala de estimulación. Ludoteca que dejó de funcionar por 3 meses, lo que se tradujo en un vacío de cobertura para los niños con déficit de su DSM u otra vulnerabilidad que pudiese afectar su desarrollo.

A partir del mes de Octubre la sala de estimulación funcionará en la Casona de Los Lirios con Educadora de párvulo.

MANTENER LA COBERTURA EN 90%.

Déficit DSM Grupo etario 7 meses a 11 meses.

Durante el año 2019 se han diagnosticado un total de 28 niños con algún grado de déficit en su desarrollo psicomotor, lo que representa un 4% de pesquisa.

En el grupo etario menor de 7 meses no existe ningún niño y ninguna niña.

En el grupo etario de 7 a 11 meses se diagnosticaron 11 niños con déficit lo que representa una prevalencia de 12% y se han recuperado un total de 7 niños alcanzando un 64%, indicador del PADB que exige un 90% de cumplimiento.



En el grupo etario de 2 años a 3 años se han diagnosticado 11 niños lo que representa una prevalencia 4%. Se han recuperado un total de 7 niños, alcanzando un 78%.

Cobertura de lactancia materna exclusiva (LME)

Desde el año 2018 contamos con un comité de LM, multidisciplinario que ha contribuido al cumplimiento de la meta, con un compromiso con los niños y niñas de la comuna.

La meta establecida para el año 2019 es de 65,7% y hasta septiembre se ha logrado una cobertura de 70%, con un total de 134 lactantes de 6 meses, ambos sexos atendidos de los cuales 94 reciben LME, gracias al esfuerzo del comité, en conjunto con los equipos de cabecera.

MANTENER COBERTURAS SOBRE EL 65%.

Indicador de actividad de atención primaria de salud (IAAPS):

Cobertura de DSM de 12 a 23 meses

Se han atendido un total de 196 niños y niñas de 18 meses, se ha aplicado el EDP a un total de 156, dejando 40 niños sin la prestación, lo que representa un 20% de vacío de cobertura. Este indicador ha sido difícil de cumplir, por lo que se solicitará a los profesionales enfermeros implementar estrategias innovadoras para lograr que los niños y niñas participen.

En diciembre del 2018 en el corte de la población infantil en el grupo etario de 12 a 23 meses 29 días se contaba con una población de 259 niños. Durante los cortes de Junio y Septiembre hemos tenido una disminución de la población específicamente de este grupo etario de 236 a 216 respectivamente.

Los enfermeros de los equipos de cabecera han realizado rescate de pacientes dentro de los cuales existe traslados hacia otras comunas, pero aún falta un último esfuerzo.

Si consideramos el corte de población de Septiembre alcanzamos una cobertura de 72%, que representa un total de 156 niños con la aplicación del EDDSM. Si hubiéramos logrado realizar la prestación a ese 20% llevaríamos un 90% de cobertura a septiembre.

Oportunidad de aplicación de DSM

Nº de controles sanos de 8 meses a los que se aplica la ESCALA DE DESARROLLO PSICOMOTOR (EDDSM).

Se han atendido un total de 185 niños y niñas de 8 meses de vida. Desde Enero a Septiembre se han aplicado 165 EEDP que representa un 89% de cobertura y solo un 11 % no ha recibido la prestación por diversos motivos, sueño, hambre y enfermedad.



AUMENTAR COBERTURA A 90%.

Oportunidad de aplicación de TEST EVALUACION PSICOMOTOR (TEPSI).

Nº de controles de 3 años a los que se aplica TEST EVALUACION PSICOMOTOR.

Se han atendido un total de 233 niños de 3 años, de los cuáles 112 recibieron la prestación TEPSI para medir su DSM, lo que representa un 48% de oportunidad. Pero un 52% no recibió la prestación y en números brutos es un total de 121 niños y niñas. Cuando no se realiza el día que estaba citado por primera vez se genera una nueva consulta lo que aumenta el riesgo de colapsar las agendas de enfermeros.

AUMENTAR COBERTURA A 60%.

Baja cobertura de asistencia a Talleres Nadie es Perfecto.

Indicador Programa de Apoyo Biopsicosocial (PADB)

Durante el año 2019 se programaron 4 talleres de Habilidades parentales, alcanzando una cobertura cercana al 3%. Contamos actualmente con una facilitadora lo que dificulta el cumplimiento de esta meta. Este año se capacitó un nuevo profesional que a partir del año 2020 realizará talleres ampliando la cobertura.



PROGRAMA DE ATENCION DE SALUD A LA MUJER

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 2019 de 9895. En tanto, la población de este mismo grupo etáreo para el año 2020, según corte Percápita del 31 de agosto del año 2019 realizado por funcionarias de nuestro SOME es de 10.261 mujeres, el cual aún no ha sido validado por FONASA.

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 habs., 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 2018 fue de un 71 %, logrando que 4500 mujeres entre 25 y 64 años tuviesen su PAP vigente, de una población inscrita de 6637. Esta cobertura es una de las más altas de la región. En tanto, hasta el 30 de Septiembre del año 2019 la cobertura alcanzó un 63.7 %, con 4265 mujeres de igual grupo etario, (Citoexpert), con una población inscrita de 6692 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 SEPTIEMBRE 2019

POBLACION INSCRITA	PAP VIGENTE	
	N°	%
6692	4265	63.7

Fuente: citoexpert



TABLA Nº 2: TOTAL DE PAP REALIZADOS EN LA COMUNA SEGUN RESULTADOS OBTENIDOS AÑOS 2012 AL 2018.

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
2018	1723	1606	28	42	0	62
09/2019	1470	1394	29	34	0	13

Fuente: Libro Registro Pap CESFAM,PSR y CECOSF de 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 69 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 septiembre del año 2019 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 N° 3: EXAMENES FISICOS DE MAMAS (EFM) PROTOCOLIZADOS DE ACUERDO A RESULTADOS AÑOS 2011 AL 2018 y al 30 de septiembre 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
2018	776	626	148	2
30/09/2019	667	557	108	2

Protocolo EFM.

TABLA N° 4: SITUACION DE MUJERES DE 35 A 64 AÑOS RESPECTO A METODO DE SCREENING MAMOGRAFIA, PARA CANCER MAMARIO EN REQUINOA A SEPTIEMBRE 2019.

POBLACION INSCRITA	MX VIGENTE	
	N°	%
4794	2055	42.8
TOTAL	2055	42.8

Fuente: Bases de Datos CESFAM y PSR Requinoa

Durante el año 2018 se derivaron a la Unidad de Patología Mamaria 38 mujeres; de las cuales; 27 correspondían a Probable Patología Benigna y 11 con sospecha de Cáncer mamario, las cuales se encuentran en control y seguimiento en el nivel secundario y terciario de atención.

El número de Mamografías por el Convenio Programa de Imágenes Diagnósticas en Atención Primaria realizadas en el año 2018 fue de 600 en tanto se efectuaron 60 Ecotomografías Mamarías. Durante el año 2019, al 30 de septiembre se han efectuado 569 de un total de 620 mamografías asignadas. En este mismo tópico se han efectuado 59 de un total de 62 Ecotomografías mamarías asignadas, en los grupos objetivos.

EMBARAZADAS Y CONTROL PRENATAL

La importancia de la oportunidad de atención en el control prenatal es relevante a objeto de pesquisar variables que atenten contra la evolución fisiológica. Durante los años, 2015, 2016 2017 y 2018 se lograron coberturas del 88.12%, 90.36%, 92.2% y 90.32% respectivamente de ingresos de gestantes a control antes de las 14 semanas de gestación. Desde enero al 30 de septiembre del año 2019 la evaluación corresponde al 96.49 %.



MUJERES EN EDAD DEL CLIMATERIO

En relación a la salud de la mujer en etapa climatérica, nuestra realidad es que existían en el año 2018, 909 mujeres en control, de una población inscrita de 2990 lo que significaba una cobertura de un 30.4%. Sin embargo, 47 mujeres se encontraban con Terapia Hormonal de Reemplazo y 66 con pauta MRS elevada de un total de 304 con pauta aplicada, constituyendo esto una cobertura de aplicación de éste instrumento del 33.4%, la cual está por debajo de lo esperado de acuerdo a las Estrategias Nacionales de Salud para el periodo. A Septiembre del año 2019 el número de mujeres en control climatérico era 940 con una cobertura del 30%.

Lo anterior nuevamente fue expresado como un problema a trabajar durante el año 2019, por nuestro equipo el cual se inserta en el OE N° 4.7 que se refiere a Mejorar la calidad de vida de la mujer posmenopáusica. Considerando que hubo un incremento leve en la cobertura y disminución en la aplicación de pauta MRS, es que hemos determinado continuar con las estrategias actuales a objeto de mejorar la calidad de vida de nuestras usuarias climatéricas.

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

TABLA N° 5. MUJERES de 45-64 años EN CONTROL CLIMATERIO 2018

POBLACION INSCRITA: 2990	N°	COBERTURA TOTAL
EN CONTROL	909	30.4
CON MRS	304	33.4
MRS ELEVADA	66	21.7
CON APLICACION THR SEGÚN MRS	47	71.2

Fuente: REM P1.

TABLA N° 6. MUJERES de 45-64 años EN CONTROL CLIMATERIO A SEPTIEMBRE 2019

POBLACION INSCRITA: 2990	N°	COBERTURA TOTAL %
EN CONTROL	940	30
CON MRS	273	29
MRS ELEVADA	52	19
CON APLICACION THR SEGÚN MRS	40	76.9

Fuente: REM P1.

De las tablas anteriores se concluye que se aún se mantiene la población climatérica bajo control en rangos inferiores y que durante el año 2019 se redujo el número de mujeres con MRS aplicada respecto al año anterior. Se observa también que existe un incremento de un 5.7 en las mujeres con terapia hormonal de reemplazo en aquellas con MRS elevada y la meta objetivo era un incremento de al menos el 10%.



METAS 2020

Las metas a lograr en el año 2020 en este tópico son las siguientes:

- 1.- Incrementar la Población en Control en al menos un 3% respecto a la expresada en las tablas.
- 2.- Lograr al menos el 30% de aplicación pauta MRS a la población en control.
- 3.- Iniciar THR en al menos al 80% de las mujeres con Pauta elevada 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 al año 2018 existían 28 PVVIH (Persona Viviendo con VIH), en control en el CAE (Consultorio Adosado a Especialidad) del Hospital Regional Rancagua; de las cuales; 22 corresponden a 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 2018

ACTIVIDAD	N°	%
CONSULTA ESPONTANEA	432	36.4
CONSULTA ITS	40	3.3
CONSULTA MORBILIDAD	189	16
CONTROL CICLO VITAL	214	18
EXAMEN DE MEDICINA PREVENTIVA	47	4
CONTROL REGULACION DE FECUNDIDAD	263	22.2
TOTAL	1185	100

FUENTE: REGISTRO LABORATORIO CESFAM.



TABLA N°8 NUMERO DE TEST VIH REALIZADOS DE ACUERDO A ACTIVIDADES EN LAS CUALES FUERON SOLICITADOS A SEPTIEMBRE 2019

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 2019 era al menos mantener el número de exámenes solicitados durante el año 2018. De acuerdo a la tabla anterior durante el año 2019 se han realizado un promedio de 105 exámenes mensuales por lo que proyectado a diciembre 2019 se debiera alcanzar e incluso superar la meta. Además cabe destacar que se ha incorporado a nuestras prestaciones el test rápido de VIH y al 30/09/2019 se han realizado 238 exámenes intramuro y 56 extramuro. Durante el año 2019 se han pesquisado 5 casos nuevos de VIH; 3 varones y 2 mujeres. 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 2019 incluyendo la toma de test rápido para el año 2020.



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.**

El programa de Salud cardiovascular tiene como objetivo primordial disminuir la morbimortalidad prematura y la discapacidad por causas Cardiovasculares que en la actualidad representa la principal causa de muerte en la población chilena, en este sentido se realizan un conjunto de actividades de control y seguimiento teniendo población objetivo los usuarios Hipertensos, Diabéticos, Dislipidémicos, usuarios mayores de 55 años con hábito tabáquico crónico, antecedentes de Infarto del Miocardio y Antecedente de Enfermedad Cerebrovascular.

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 sobrevivida de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	Aumentar 10% la sobrevivida al primer año proyectada del infarto agudo al miocardio	78,5%	82,7%	91,0%
			Aumentar 10% la sobrevivida al primer año proyectada por accidente cerebrovascular	70,5%	76,9%	89,7%
2.2	Hipertensión Arterial	Incrementar la proporción de personas con hipertensión arterial controlada (1)	Aumentar 50% la cobertura efectiva del tratamiento de hipertensión arterial	16,8%	19,6%	25,2%
2.3	Diabetes Mellitus	Incrementar la proporción de personas con diabetes controlada (2)	Aumentar 20% la cobertura efectiva del tratamiento de diabetes mellitus tipo 2	29,8%	31,8%	35,8%
2.4	Enfermedad Renal Crónica	Reducir la progresión de enfermedad renal crónica	Disminuir 10% la tasa de incidencia proyectada de tratamiento de sustitución renal crónica con hemodiálisis en población menor a 65 años	8,2 por 100.000	7,8 por 100.00	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, a expensas principalmente del ataque cerebrovascular y del infarto agudo al miocardio. En la distribución de la mortalidad por grupos de causas en la región de O'Higgins, aparecen como las 4 primeras, cardiovasculares, tumores, respiratorias y los traumatismos, envenenamientos y causas externas, contexto regional igual que el nacional. Respecto al comportamiento de estas tendencias se observa que entre el 2007 al 2016 La mortalidad por causa ECV presenta un aumento en todo el periodo analizado (tasa de 147,7 a 160,9 x 100.000 Hab. = 8,9%).

Al analizar la mortalidad por causas cardiovasculares, se observa que la región de O'Higgins presenta un aumento sostenido en el tiempo de las tasas por 100.000 habitantes y que a partir del 2011, supera a la tasa país. (Fuente: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO REGIÓN DEL LIBERTADOR GENERAL BERNARDO O'HIGGINS 2019)

La Encuesta Nacional de Salud 2016-2017 nos permite visualizar una sociedad con importantes inequidades y diferencias en la prevalencia de enfermedades, según años de estudio cursados, edad y sexo; evidenciando la relevancia de considerar los determinantes sociales de la salud en la construcción de políticas públicas.

Sin perder de vista la importancia del trabajo intersectorial como principal estrategia para mejorar la salud de la población, bajo el concepto de "Salud en todas las políticas".

El reporte de enfermedades crónicas y sospecha de ellas nos están describiendo características de salud de la población que orientan el accionar multidisciplinario.

Perfil Epidemiológico PSCV Requinoa

Datos Octubre 2019	HTA	HTA compensado	DM	DM compensado
CESFAM	2294	1877	1113	575
Lirios	538	345	233	122
Abra	355	239	205	97
Totihue	124	91	59	31
CECOSF	220	161	113	55
Total	3531	2713	1723	880

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 2020 corresponde a **24.606** personas de las cuales el 81.8 % en potencialmente sujeto de atención del PSCV (de 15 años y más), **17.355 el 70.5%** personas corresponde a población de 15 a 64 años y **2792** personas un 11.3 % a población Adulta Mayor, siendo este segmento de la población el que aumentó porcentualmente con respecto al año anterior.



A Octubre del 2019 tenemos 4.864 personas en control que corresponden a 24.1 % de la población de 15 años y más, siendo 2.182 de ellos adultos mayores (de 65 años y más) que corresponde a un 78,1 % de la población inscrita de este segmento de edad.

Factores de riesgo en nuestra comuna, como el alcohol, el sedentarismo y la malnutrición por exceso nos desafían a buscar nuevas estrategias que ayuden a la población a mejorar su condición. En salud, se realizan diferentes actividades y estrategias de promoción y prevención de la salud, dentro de las que destacan: Más Adulto Mayor Auto Valente 18 talleres semanales, talleres cardiovasculares con adulto significativo mínimo 3 talleres por equipo de salud, talleres de actividad física que en el año 2019 se extendieron a las postas a fin de llegar a las personas de lugares más alejados y con más dificultad de movilización etc.

HIPERTENSION ARTERIAL

El universo de Hipertensos será el total de personas de 15 años y más con presión arterial mayor 140/90 mm/Hg, esperados según prevalencia. La Meta Nacional de Compensación efectiva de HTA en personas de 15 años es de 54%, fijada para nuestro CESFAM Requinoa 2019 es de 65.37% de la población bajo control lo que nos da un total 2.825 personas en control a compensar. A Octubre 2019 el logro es de un 96% de este indicador.

DIABETES MELLITUS

El universo objetivo de control de Diabetes Mellitus tipo 2 será el total de personas de 15 años y más que cumpla con los criterios establecidos para el diagnóstico de esta patología. La Meta Nacional de Compensación efectiva de DM en personas de 15 años es de 30%, fijada para nuestro CESFAM Requinoa 2019 es de 35.6% de la población bajo control lo que nos da un total de 832 personas en control a compensar. A Octubre 2019 se ha logrado un 105% de este indicador.

Las coberturas efectivas que se mencionaran fueron las negociadas entre la institución y el Servicio de Salud.

INGRESO AL PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR

El ingreso del programa de salud cardiovascular se realiza a través de:

- **Examen de medicina preventiva del adulto y del adulto mayor (EMP/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 diálogo comunitario para el abordaje de los factores de riesgo en la población.

Dentro de los principales problemas pesquisados para este año 2019 se encontraba:

1. La baja insulinización de usuarios diabéticos pues alcanzaba al 2018 un 13.51% cifra que se mejoró de forma muy notoria a un 19.5% durante este año. El desafío para el 2020 es mantener o aumentar en 1 punto porcentual, para lograr alcanzar de forma paulatina el 25% de insulinización que es la meta nacional. (Valor real nacional 2019 es de un 14% y valor real regional de un 22%).
2. Bajo cumplimiento de Trimeta (HbA1c <7%, Presión arterial < 140/90, LDL < 100 mg/dL) logrado en el 2018 un 18.60% de compensación, el desafío era alcanzar la meta nacional 19%, se logró a nivel un 22%. Por lo que nuestro desafío para el año 2020 será mantener este valor.
3. Ausencia de reuniones del Programa Cardiovascular a nivel local durante el año 2018, tema que aún continúa siendo una brecha, principalmente por el número elevado de participantes, esto ha obligado a establecer nuevas estrategias de comunicación como uso de correos, teléfono con médicos y Equipos de Cabecera. Esperamos calendarizar al menos una reunión semestral durante el año 2020.



PROGRAMA ADULTO MAYOR

El irreversible fenómeno del envejecimiento poblacional y los avances de la geriatría, han llevado a la creación de un enfoque anticipatorio y preventivo, basado en la mantención de la funcionalidad. Dicho de otra manera, antes que se instale el daño.

El Ministerio de Salud ha instalado, la medición de la funcionalidad como un examen universal: Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor (EMPAM), promoviendo el envejecimiento saludable. A partir de esta medición, donde cada adulto mayor, es clasificado según riesgo de perder la funcionalidad, se implementan acciones, netamente preventivas, de tratamiento o rehabilitadoras. Acciones que pueden referirse al riesgo cardiovascular, salud mental u osteo articular, pesquisar problemas con las redes de apoyo detectando aquellas que son débiles o también la existencia de maltrato.

El Programa del Adulto Mayor tiene como visión que las personas mayores permanezcan **autónomas y autovalentes** por el mayor tiempo posible y que sus problemas de salud sean resueltos en forma oportuna con calidad en la atención, asegurando de este modo una buena calidad de vida.

Nuestra Comuna ha experimentado el mismo comportamiento en la pirámide poblacional, aumentando cada vez la población de personas mayores, es por ello que, con el afán de fortalecer nuestro trabajo por el envejecimiento positivo, el año 2019 se procedió al nombramiento de un Encargado del Programa de Atención Integral a Personas Mayores y el equipo multidisciplinario para Personas Mayores. La población de adultos mayores inscrita en nuestros establecimientos para el 2019 fue de **2600**, debiendo aplicar el EMPAM en un **53%** lo que se traduce en **1378** exámenes (**IAAPS**), a octubre del presente año se han realizado 1240 exámenes preventivos.

Nuestro trabajo durante el 2019 ha sido permanentemente en conjunto con otros programas y unidades de salud que trabajan también con el adulto mayor, como son el programa cardiovascular, programa alimentario, Mas Adulto Mayor Autovalente, odontológico, entre otros. Además este 2019 participamos de manera activa en la Mesa Intersectorial del Adulto Mayor, cuyas reuniones de coordinación y análisis de casos se llevan a cabo en la I. Municipalidad de Requinoa, abordándose 8 casos sociales durante el presente año, los que son derivados desde los Equipos de Cabecera así como por el intersector, dentro de las actividades con estos usuarios ha sido regularizar la inscripción en nuestros centros, actualización de examen de medicina preventiva, actualización o rescate por patología crónica, retiro de PACAM, administración de vacunas, etc.

Se llevaron a cabo actividades en conjunto con el Programa de Atención Integral de Personas Mayores del CESFAM Requinoa, Programa Más Adulto Mayor Autovalente y Programa del Adulto Mayor de la I. Municipalidad de Requinoa, detalladas a continuación:

- Jornada de riego del Cerro Villa María recientemente reforestado,
- Visita a Viña Miluna, Los Boldos, en la que se llevaron a cabo diversas actividades relacionadas a la medicina complementaria como Yoga, Tai-chi, masajes de relajación, entre otras.
- Feria Informativa del adulto mayor, actividad realizada en conmemoración del mes del adulto mayor
- Maratón de baile entretenido, actividad realizada en conmemoración del mes del adulto mayor



- Se efectuaron 12 talleres en Pichiguao, Lirios, Abra y Requínoa Centro, en temáticas como “Cuidado de los pies en el adulto mayor”, “Auto monitoreo de signos vitales, reconocimiento de síntomas y signos de alarma”, “Salud oral en el adulto mayor” “Manejo de emociones” todas ellas con la participación del equipo multidisciplinario del Adulto Mayor
- Durante el mes del corazón se realizaron intervenciones en reuniones con adultos mayores destacando la importancia de la salud cardiovascular y el reconocimiento de los síntomas de un Infarto al Miocardio.
- Participación con la representante de los Adultos Mayores en el Consejo de Desarrollo Local, con quien se abordó temas de envejecimiento positivo en la Radio de Requínoa, apelando a la solidaridad con el adulto mayor.
- Difusión de información por el envejecimiento positivo, mes del corazón, mes del adulto mayor, en la radio Comunal.

Dado que los programas distintos, abordan problemas específicos, este año se fortaleció por iniciativa del equipo y con el levantamiento de necesidades de los propios adultos mayores, representados por los líderes de los Clubes de la Comuna que suman en total 18, trabajar con 4 de ellos pues las actividades partieron desde agosto del presente año.

La población inscrita con la que se trabajó el 2019 se detalla en la siguiente tabla:

Establecimiento	Número de inscritos
	2019
CESFAM	2102
PSR LIRIOS	159
PSR ABRA	185
PSR TOTIHUE	56
CECOSF	98
TOTAL COMUNAL	2600

Tabla 1. Población Inscrita de Adultos Mayores de 65 años y más, en los Centros de Salud de la Comuna Requínoa.

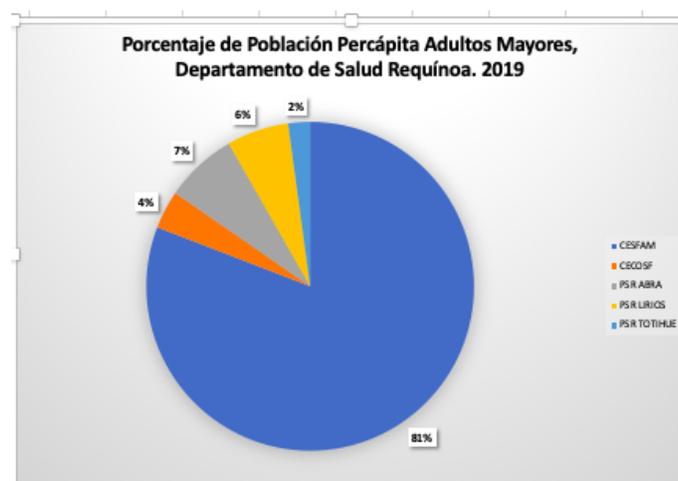


Gráfico 1. Porcentaje de población inscrita, personas de 65 años y más distribuidos por los distintos centros del departamento de salud de Requínoa



Actividades

A continuación, fotografías de las diversas actividades llevadas a cabo durante el presente año.



1. *Jornada de Riego del Cerro Villa María*



2. *Taller de podología Requinoa Centro*



3. *Taller Automonitoreo de signos vitales y reconocimiento de signos y síntomas de alarma*



4. Reuniones Mesa Intersectorial Adulto Mayor



5. Visita Viña Miluna- Los Boldos



6. Taller de degustación PACAM en el Comedor Solidario de la Comuna



Desafíos para el 2020

- Levantamiento de información sobre adulto mayor con hogar unipersonal de la Comuna, el que se llevará a cabo con la colaboración de los líderes de las agrupaciones de la Comuna de Requinoa
- Lograr seguimiento a los 6 meses de aquellos usuarios con EMPAM alterado (riesgo y riesgo de dependencia), así como asegurar intervenciones que puedan modificar el riesgo, para el cumplimiento de las intervenciones se propondrá contar con agendas protegidas con profesionales médicos, para el seguimiento se solicitarán horas extra para el seguimiento
- Incrementar el número de Clubes de Adulto Mayor intervenidos con talleres educativos en temáticas multidisciplinarias que aborden temas de promoción, prevención primaria y secundaria, tomando en consideración las necesidades de cada grupo. Sin embargo debemos considerar que el programa no cuenta con recursos económicos propios para costear estos talleres, por lo que se gestionará con la Dirección y Jefatura de Departamento la solicitud de estos recursos, además se coordinará este trabajo al igual que el 2019 con los Programas y Unidades que trabajan con el Adulto Mayor.
- Reuniones periódicas de los miembros de equipo multidisciplinario del Programa de Atención Integral de Adulto Mayor.

Mantener participación en reuniones de la Mesa Intersectorial del Adulto Mayor de la Comuna.



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. Surge de la necesidad de generar una red de cobertura estatal hacia las personas en situación de dependencia severas y sus familiares y/o cuidadoras/es como también en respuesta al progresivo envejecimiento 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.

Este programa corresponde a una estrategia de atención de salud que incorpora los ámbitos promocional, preventivo y curativo de la salud, así como también los ámbitos de seguimiento y acompañamiento, centrado en la persona con dependencia severa y su cuidadora/or. Pretende mejorar la oportunidad de atención de las personas con dependencia severa y su cuidador(a), realizando la atención de salud correspondiente a la Atención Primaria de Salud en el domicilio familiar, resguardando la continuidad de la atención con los otros niveles de salud y el acceso a servicios locales y nacionales disponibles, mediante una adecuada articulación de la red intersectorial de servicios para personas con dependencia y sus familias.

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 2019

En el año 2019 nuestro equipo mantuvo las 15 horas semanales de atención médica destinadas a otorgar tres controles al año y visitas de seguimiento – morbilidad, donde participó el equipo completo; aún así no logramos dar respuesta frente al incremento de demandas de patologías respiratorias agudas, sobre todo en los meses de invierno como también al aumento de ingresos de usuarios oncológicos en etapa IV grupo de gran demanda de morbilidad, problemática para cumplir con los controles programados. El recurso de kinesiólogo se hace deficiente frente al incremento de patologías respiratorias agudas en los meses señalados e ingreso de pacientes oncológicos que por su carácter requieren mayor atención.

Los talleres de capacitación a cuidadores de personas con discapacidad severa se realizan en 5 jornadas por grupo, con la participación de diferentes profesionales; kinesiólogo, asistente social, enfermera y nutricionista, encontrando la problemática de baja asistencia de cuidadoras a las capacitaciones, a pesar de indicar ser requisito para ingresar al programa, amenizar las capacitaciones con coctel y ser amigables.



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 aplicaron instrumentos de enfermería como Zarit, Barthel y tarjetón familiar, se realizaron curaciones, EMPA a los usuarios de 20 a 64 años sin patología crónica que conforman el grupo familiar, derivaciones a exámenes preventivos como PAP, mamografías, EMPA que no fueron tomados en terreno, se realizó toma de muestras para VIH y RPR, solicitud de ayudas técnicas, ICC a especialidades, y derivaciones por patologías agudas descompensadas al segundo nivel de atención, desde el domicilio, se administraron vacunas del PNI y de campañas, 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 2019 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. También durante este año se dio inicio a la atención odontológica de pacientes con dependencia grave – total del programa, dando cobertura al 100% de los usuarios lo que causó gran satisfacción a la población usuaria.

Cuando las personas no cumplen los requisitos para ingresar al programa, nos coordinamos con el Equipo de Cabecera para resolución de problemas, como también se trabaja de manera conjunta en los casos que se ha pesquisado abandono o maltrato al adulto mayor presentado los casos meritorios al Juzgado de Familia respectivo.

DESAFIOS PARA AÑO 2020

- Aumentar las horas de médico y Kinesiólogo por el incremento de demandas de visitas por morbilidad.
- Dar continuidad al Plan Integral con Enfoque Familiar y mejorar resultados.
- Implementar estrategias que permitan el abordaje de cuidadores con sobrecarga.
- Educar a la población de cuidadores con el fin de prevenir úlceras por presión y caídas del adulto mayor.



ESTADISTICAS AÑO 2019

- *Número de usuarios del programa distribuidos según grado de dependencia mes Septiembre 2019*

GRADO DE DEPENDENCIA	N° DE USUARIOS
Dependencia Leve	8
Dependencia Moderada	9
Dependencia Severa	67
Total Pacientes	84

- *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	18	16	170
Febrero	28	19	143
Marzo	16	26	144
Abril	16	16	147
Mayo	1	16	119
Junio	15	11	107
Julio	26	16	139
Agosto	27	11	125
Septiembre	18	4	124
TOTAL	165	135	1218



Problema de salud priorizado	Relación con estrategia nacional de salud	Objetivo general	Objetivo específico	Meta	Estrategia	Actividades	Plazo	Responsable	Indicadores
Visitas integrales	OE2-Prevenir y reducir la morbilidad, la discapacidad y mortalidad prematura por afecciones crónicas no transmisibles, trastornos mentales, violencia y traumatismos	Mejorar la calidad de vida de las personas con dependencia severa, sus familias y cuidadores, beneficiarios del sistema público de salud e inscritos en los establecimientos de Atención Primaria.	Mantener y/o mejorar la condición de salud de la persona con dependencia severa y su cuidador, beneficiarios del sistema público de salud e inscritos en los establecimientos de Atención Primaria, mediante atenciones de salud integrales en su domicilio en el marco del Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y comunitario	Realizar al menos 2 visitas integrales anuales en el domicilio de la persona con dependencia severa donde se evalúe integralmente a la persona con dependencia severa y su cuidador	Atención de salud de la persona dependiente en domicilio según el Plan de Atención Consensuado y/o de acuerdo a otras necesidades surgidas Mantener un registro actualizado de las personas que presenten Dependencia Severa y sus cuidadores . Validar la situación de dependencia y su severidad en forma mensual en el registro de personas dependientes del MINSAL Validar que la persona con dependencia reciba los apoyos y cuidados necesarios por parte del cuidador	Visitas integrales cada 4 meses. Aplicación de instrumentos Entrevista sobre la carga del cuidador (Zarit), escala de Barthel Tarjetón familiar Plan del cuidador	Zarit anual, Barthel según cambio de dependencia. Actualización de tarjetón familiar en visitas integrales Plan del cuidador anual Control crónico cada 4 meses	Medico Enfermera TENS	N° de Visitas Domiciliarias Integrales recibidas por personas con Dependencia Severa bajo control en el programa)/N° de personas con dependencia severa bajo control en el Programa de Atención Domiciliaria para personas con dependencia severa



Capacitación al cuidador de personas con dependencia severa	N°2: Avanzar en la Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2010-2020, para mejorar resultados de indicadores de salud propuestos.	Mejorar las habilidades para el cuidado del usuario con dependencia severa, orientar a la familia de los beneficios de las redes intersectoriales.	Capacitar a los cuidadores, de acuerdo a las necesidades identificadas en los planes individualizados de cuidados, para entregarle herramientas para mejorar la calidad del cuidado y también para su autocuidado, de manera de optimizar su labor.	Aumentar y/o mantener porcentaje de cuidadoras capacitadas.	Educación para prevenir el Síndrome de Sobrecarga del Cuidador, tanto para cuidadores nuevos y antiguos; como también entregar recomendaciones para el cuidador. Elaborar Plan Anual de Capacitación a los cuidadores, de acuerdo a las necesidades identificadas. Capacitación en domicilio a las cuidadoras que no asisten a las capacitaciones en el Cesfam.	Se programan 5 talleres de 4 etapas, donde participan diferentes profesionales como Psicólogo, asistente social, nutricionista, kinesiólogo, enfermero.	anual	Psicólogo, asistente social, nutricionista, kinesiólogo, enfermero.	(N° de cuidadores capacitados por el programa de atención domiciliaria para personas con dependencia severa / N° de cuidadoras(es) de personas con dependencia severa) *100
Personas con dependencia severa que pertenecen al programa portadoras de UPP	OE3 Fortalecer la gestión del recurso humano perteneciente a nuestra red asistencial, mediante la generación de una política asociada al desarrollo del talento humano.	Mejorar la calidad de vida de las personas con dependencia severa y de sus cuidadores.	Prevenir UPP mediante los cuidados otorgados por los cuidadores.	Disminuir el porcentaje de personas con escasas.	Elaborar y ejecutar plan anual de capacitación a los cuidadores, de acuerdo a las necesidades identificadas en los planes individualizados de cuidados, entregándoles herramientas para mejorar la calidad del cuidado y también para su autocuidado y así,	Realizar inducción a quienes ingresen al programa el día de evaluación de ingreso mientras se realiza la primera visita con respecto a la prevención de UPP. Capacitación en domicilio. Orientación.	Anual y aprovechando oportunidad de contacto con la familia como en las curaciones.	Médico, Enfermera y TENS.	N° de personas con dependencia severa sin escaras / N° de personas con dependencia severa bajo control en el Programa de Atención Domiciliaria para personas con dependencia severa *100



					optimizar su labor	telefónica en caso de dudas. Educación dentro del programa anual de las capacitaciones			
--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--



IMÁGENES



Programa Odontológico en terreno



Trabajo en terreno



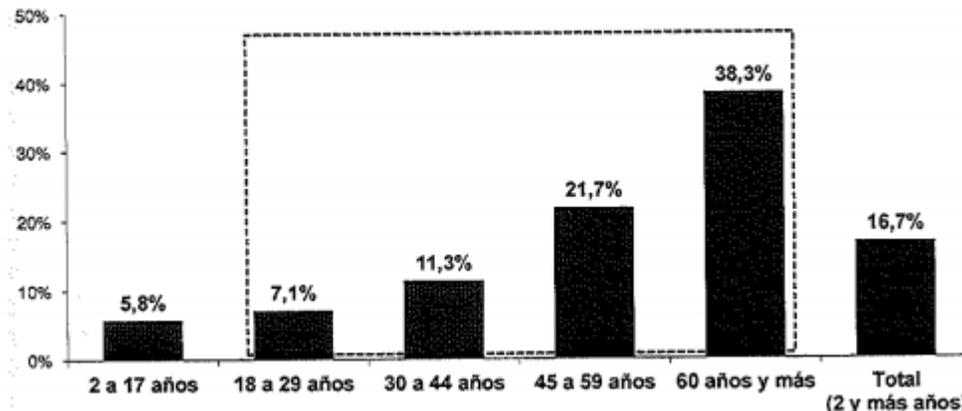
PROGRAMA DE REHABILITACION INTEGRAL CON BASE COMUNITARIA (RBC) 2019.

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).

CARACTERIZACION DE LA POBLACION CON DISCAPACIDAD EN CHILE

En relación al II Estudio Nacional de Discapacidad (ENDISC II, 2015) la prevalencia de los niños entre 2 y 17 años con discapacidad corresponde al 5,8% y para **la población de 18 años y más a un 20%**. La discapacidad de niños y adultos, corresponde a una estimación de 2.836.000 personas, que es el 16,7% de la población chilena. Al revisar como la discapacidad se comporta en los grupos etarios por ciclo de vida se observa que esta va aumentando hasta alcanzar el 38,3% en la población de 60 años y más. Así mismo, en este grupo se concentra la discapacidad más severa, a diferencia de los otros grupos etarios en donde la discapacidad leve y moderada se da con mayor frecuencia.

Porcentaje de la población en situación de discapacidad por tramo de edad¹⁵



Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, encuesta del Segundo Estudio Nacional de La Discapacidad 2015.

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 2019

- Número de ingresos a Programa de Rehabilitación Integral de enero con proyección a diciembre 2019, según condición de salud.

CONDICIÓN DE SALUD	CONCEPTO	
TOTAL INGRESO (N° DE PERSONAS)		642
CONDICIÓN FÍSICA	SÍNDROME DOLOROSO DE ORIGEN TRAUMÁTICO	127
	ARTROSIS LEVE Y MODERADA DE RODILLA Y CADERA	106
	NEUROLOGICOS ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR (ACV)	36
	NEUROLOGICOS TRAUMATISMO ENCEFALO CRANEANO (TEC)	4
	NEUROLOGICOS LESIÓN MEDULAR	0
	QUEMADOS	1
	ENFERMEDAD DE PARKINSON	5
	NEUROLÓGICOS DISRAFIA	4
	OTRO DÉFICIT SECUNDARIO CON COMPROMISO NEUROMUSCULAR EN MENOR DE 20 AÑOS CONGÉNITO	20
	OTRO DÉFICIT SECUNDARIO CON COMPROMISO NEUROMUSCULAR EN MENOR DE 20 AÑOS ADQUIRIDO	11
	OTRO DÉFICIT SECUNDARIO CON COMPROMISO NEUROMUSCULAR EN MAYOR DE 20 AÑOS	91
	OTROS	38
	AMPUTACIÓN POR DIABETES	6
	AMPUTACIÓN POR OTRAS CAUSAS	0
	ARTROSIS SEVERA DE RODILLA Y CADERA	0
	OTRAS ARTROSIS	4
	REUMATOLOGICAS	6
	DOLOR LUMBAR	11
	HOMBRO DOLOROSO	12
		CUIDADOS PALIATIVOS
	OTROS SÍNDROMES DOLOROSOS NO TRAUMÁTICOS	144
CONDICIÓN SENSORIAL VISUAL		1
CONDICIÓN SENSORIAL AUDITIVO		1
OTROS		11
CUIDADORES		0

•



- *Número de personas que ingresan y número de sesiones de educación grupal realizadas por equipo de rehabilitación de enero con proyección a diciembre 2019.*

ÁREA TEMÁTICA DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO			
			TOTAL
NÚMERO DE PERSONAS			352
NÚMERO DE SESIONES			217

-
-

- *Número de visitas domiciliarias realizadas por equipo de rehabilitación de enero con proyección a diciembre 2019.*

VISITAS DOMICILIARIAS	TOTAL
Visita Domiciliaria Integral	88
Visita De Tratamiento Y/O Procedimiento	20

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

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 y discriminado y temor.	Capacitación de organizaciones y 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 no 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 2019

Jornada de sensibilización “Dame una mano” en jardines infantiles integra de la comuna de Requínoa
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”
Desarrollo de Actividades de Ocio y tiempo libre (Estadio El Teniente- partido de fútbol)
Capacitación de Rehabilitación con Base Comunitaria a equipo de CCR
Capacitación de Registro Nacional de Discapacidad a funcionarios públicos de la comuna.
Proyecto Cuidadoras de PsD “Me cuido para cuidar”
Fonda inclusiva CCR
Corrida por la Inclusión de PsD
Sendero Inclusivo- Parque Villa María
Participación en 4° Campeonato Regional de Boccias- Rehabilitación O’Higgins
Día internacional de la discapacidad “carnaval inclusivo”.



DESAFIOS 2020

EJE SOCIAL	EJE SALUD	EJE EDUCACION	EJE SUBSISTENCIA	EJE FORTALECIMIENTO
Formalizar agrupación de Boccias Tricahue - CCR	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	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.
Realizar diagnóstico participativo comunal 2020, enfocado a temáticas de discapacidad en la comuna.	Gestionar actividades de participación cultural, deporte y recreación para las agrupaciones de PsD.			



PROGRAMA ODONTOLÓGICO

MARCO TEÓRICO.

Hoy en Chile se da uno de los escenarios menos previstos hace algunos años y que sin duda afectan a la mayoría de las profesiones más demandadas en salud pública. Existe una sobreoferta de odontólogos en el área privada provenientes de un sin número de universidades (con y sin acreditación) y una falta de horas en el sector público que carece de los medios económicos y de infraestructura para albergarlos. Hoy en Chile las patologías orales como la caries y la enfermedad periodontal siguen siendo 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. La nueva definición de la caries trae consigo una enorme responsabilidad de parte del equipo odontológico pues se define como una enfermedad crónica no transmisible que necesita de ciertas condiciones para su desarrollo (desequilibrio ecológico) y que por cuanto nosotros somos 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. Necesitamos intervenciones precisas y con enfoque de riesgo en nuestros usuarios y su ciclo vital.

Nuestro Programa centra su atención 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 infantil y juvenil donde las estrategias son efectivas y de menor costo.

En atención a lo anterior, se privilegia la atención de los niños de 6 meses a 3 años (CERO), de 6 años (GES) y de los niños de 12 años (metas colectivas). Además se trabaja con el total de altas de menores de 7 a 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.

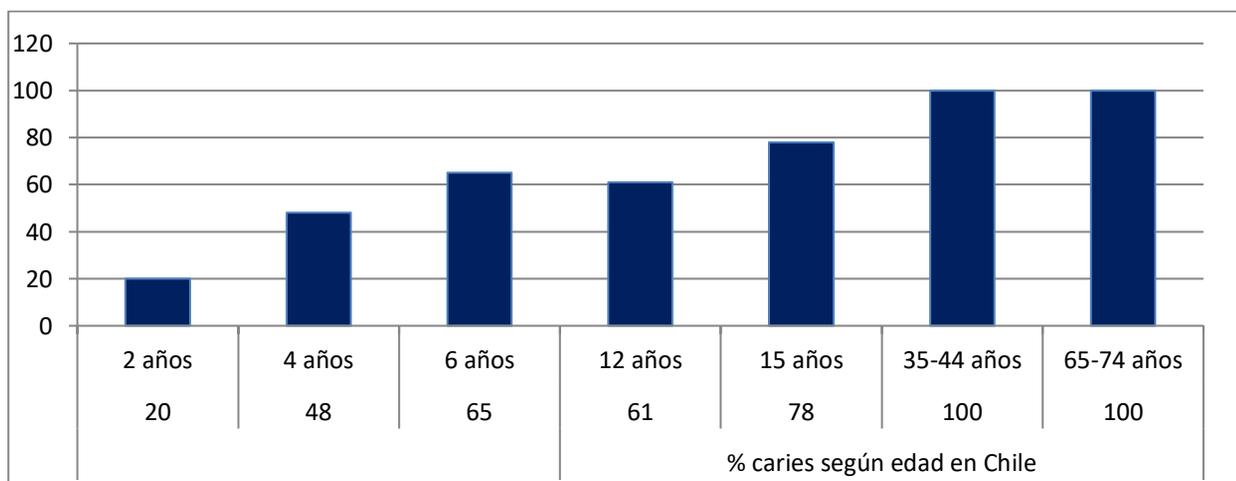


Sin duda en los últimos años nuestro programa ha sido enfocado en la dirección correcta, aunque con pocos recursos y tratando de saldar la deuda pendiente con los mayores de 20 años que exigen legítimamente su cobertura odontológica.

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

Para la vigilancia de 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). Los siguientes estudios son los únicos validados realizados por MINSAL, no hay más recientes.

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; cariado extraído obturado diente (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.



A la luz de los datos entregados por el gráfico, podemos señalar que mientras más precoz 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 etáreos.

En la comuna de Requinoa se cuenta con 284 horas semanales de odontólogos con igual horas de técnico dental. Lo anterior distribuido en un CESFAM (111Horas en total, 88 diurnas y 23 vespertinas), dos postas de salud rural (88 horas), un móvil dental (41 horas) y un CECOSF (44 horas) que dan respuesta a las necesidades de salud oral de la Comuna. Desde el año 2000 se trabaja con los grupos etáreos mayores de 20 años en el tratamiento de patologías bucales (atención vespertina en Lirios y CECOSF 22 hrs. por convenio). Además se cuenta con horas contratadas para la atención de 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 Roble y Araucaria pues las unidades dentales de postas absorben la atención del sector Almendra (excepto la zona de Totihue, que por cercanía acude a nuestro CESFAM o en Unidad Dental Móvil por no contar con unidad dental en esa Posta). La Unidad Dental Móvil vino a dar respuesta a la demanda no satisfecha en lugares rurales, de difícil acceso o escuelas que no asistían a nuestro CESFAM o Posta más cercana.

Cabe destacar que la falta de lugar físico para implementación de otro box dental hace imposible una mayor cobertura a nuestra población en el CESFAM para lo cual entró en funcionamiento el año 2018 un CECOSF en el sector de Chumaquito donde hay 44 horas odontólogo y paramédico dental quedando como desafío que junto a los demás profesionales y no profesionales formen un nuevo equipo de cabecera con diagnósticos y desafíos propios.

Cuadro comparativo de los distintos Equipos CESFAM Requinoa y los indicadores nacionales (Fichas dentales de diagnóstico 2010). En año 2020 se hará nuevo diagnóstico de salud oral. Los diagnósticos nacionales son los últimos realizados con operadores calibrados y reconocidos por el MINSAL.



Diagnóstico bucal 2010	6 AÑOS			12 AÑOS		
	COPD	ceod	LIBRES	COPD	ceod	LIBRES
ARAUCARIA	0,2	3,8	27%	2,35	0,9	22,50%
ROBLE	0,15	4,9	16%	2,6	0,7	25.6%
ALMENDRAS	0,2	3,9	22%	2,6	1,2	21.3%
Promedio Comunal	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%

ATENCIÓN DENTAL A MENORES DE 20 AÑOS

El enfoque actual pone énfasis en la promoción y prevención en grupos etáreos de menores de 20 años y en especial en los niños de hasta 6 que están incluidos en el programa CERO (**C**ontrol con **E**valuación de **R**iesgo **O**dontológico). 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. Esta nueva manera de enfrentar la problemática de salud odontológica va de la mano con evaluar a pacientes desde el punto de vista de riesgo de contraer enfermedad, o sea, lleva asociado una encuesta de riesgo (higiene, dieta, hábitos, morbilidades etc.) que dan como resultado una periodicidad de controles y oportunidades de modificar el proceso de enfermedad interfiriendo en los factores que la provocan.

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 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.

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 dicha población.

- Continuar protegiendo y limitando el daño en salud bucal en los grupos etáreos 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 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 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 71 % de la población de gestantes de la comuna de Requínoa 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).
- Controles con enfoque de riesgo odontológico (CERO) a niños entre 6 meses y 6 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 a embarazadas.

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 90% 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 71 % de las Embarazadas



INDICADORES

- N° de talleres realizados en Jardines infantiles y escuelas saludables de la comuna.
- N° de pastas y cepillos entregados a pacientes entre 2 y 5 años de la comuna de Requínoa (660)
- N° de controles CERO realizados en menores entre 6 meses y 6 años en la comuna
- N° 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 el actual y en un nuevo CESFAM que debería contar con a lo menos 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 y aumentar con ello la cobertura y mejorar con ello la calidad de atención y satisfacción usuaria de quienes han depositado su confianza inscribiéndose en nuestros establecimientos de salud de la comuna.

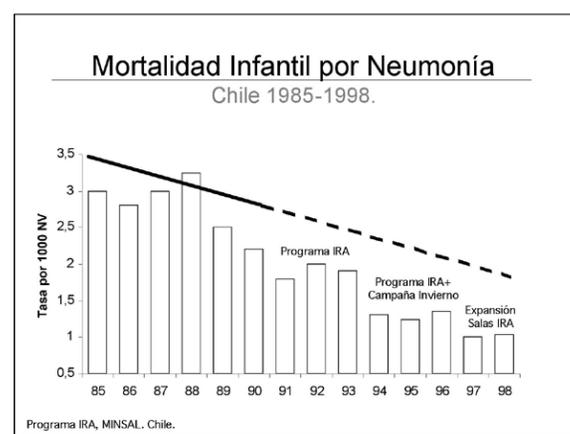
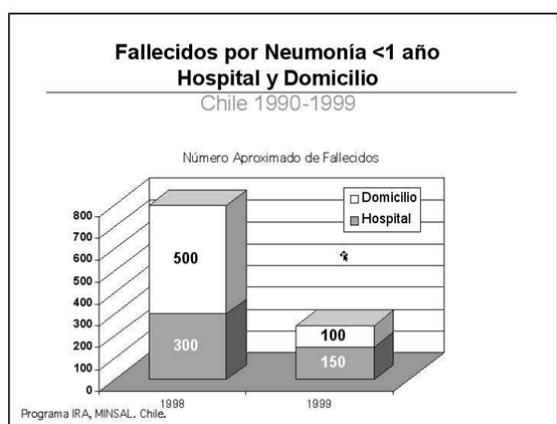


PROGRAMA DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS DEL NIÑO (IRA) Y DEL ADULTO (ERA)

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, donde el kinesiólogo tiene 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.

Es por estas razones que la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020 considera en tres ámbitos a realizar: (1) aumentar la detección precoz y cobertura de la atención; (2) mejorar la calidad de la atención; y (3) fortalecer la prevención secundaria



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 antiinfluenza a la población de alto riesgo y la vacunación antineumococo a los adultos mayores de 65 años.



FUNCIONAMIENTO DEL PROGRAMA AÑO 2019

Durante el año 2019, el Programa de Enfermedades Respiratorias contó con nuevos insumos para mejorar la atención de los usuarios, contando con un nuevo espirómetro y dos bombas de aspiración. Cabe mencionar que además de prestaciones como las visitas domiciliarias en pacientes con riesgo moderado y alto de fallecer por neumonía, se mantienen durante el 2019 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 pediátricos 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 IRA), 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 solicitados por MINSAL para abarcar el 100% la población en control, por lo que se sugiere aumentar estas horas durante el 2020 para llegar a cumplir las metas cada vez más exigentes en nuestra población en constante crecimiento.



DESAFIOS PARA AÑO 2020

- Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica
- Realizar y cumplir los indicadores propuestos a la totalidad de los usuarios bajo control.
- Aumentar el recurso de Kinesiólogos en 11 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.
- Aumentar a 2 médicos para control de sala IRA y ERA

ESTADISTICAS AÑO 2019

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

	Sala IRA	Sala ERA
Total de Usuarios	570	584
Pacientes bajo control	669	
Procedimientos realizados	250	



“PROGRAMA INFECCIONES RESPIRATORIAS INFANTILES I.R.A.”

COMPONENTE	INDICADOR	META	MEDIO DE VERIFICACION	PESO RELATIVO %
Contribuir a la disminución de la mortalidad prematura por enfermedades respiratorias agudas y crónicas, alcanzando la meta definida en la estrategia nacional de salud 2011 - 2020	<p>Porcentaje de pacientes crónicos respiratorios en control, menores de 20 años.</p> <p>N° de pacientes crónicos respiratorios en control de menores de 20 años (año vigente) – N° de pacientes crónicos respiratorios en control menores de 20 años (año anterior) / población crónica menor de 20 años (año anterior) x 100</p>	Aumentar en 5% la población bajo control del total de la población menor de 20 años inscrita en el establecimiento respecto del año anterior.	REM	60%
Contribuir a la disminución de la mortalidad prematura por enfermedades respiratorias agudas y crónicas alcanzando la meta definida en la estrategia nacional de salud 2011 - 2020	<p>Porcentaje de la población asmática que se encuentra con evaluación del nivel de control.</p> <p>N° de pacientes menores de 20 años con evaluación del nivel de control “controlado” / N° de pacientes asmáticos en control en menores de 20 años x 100</p>	Contar con el 90% de la población asmática con evaluación del nivel de control “controlado”.	REM	40%
CUMPLIMIENTO TOTAL DEL PROGRAMA				100%



PROGRAMA DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS DEL ADULTO E.R.A.

COMPONENTE	INDICADOR	META	MEDIO DE VERIFICACION	PESO RELATIVO %
Contribuir a la disminución de la mortalidad prematura por enfermedades respiratorias agudas y crónicas, alcanzando la meta definida en la estrategia nacional de salud 2011 - 2020	<p>Porcentaje de pacientes crónicos respiratorios en control, de 20 años y más.</p> <p>N° de pacientes crónicos respiratorios en control de 20 años y más (año vigente) – N° de pacientes crónicos respiratorios en control de 20 años y más (año anterior) / población crónica de 20 años y más (año anterior) x 100</p>	Aumentar en 10% la población bajo control, respecto del año anterior	REM	50%
Contribuir a la disminución de la mortalidad prematura por enfermedades respiratorias agudas y crónicas alcanzando la meta definida en la estrategia nacional de salud 2011 - 2020	<p>Porcentaje de pacientes EPO en etapa A bajo control que finalicen un programa de rehabilitación pulmonar.</p> <p>N° de pacientes EPOC etapa A que finalicen programa de rehabilitación pulmonar / población EPOC etapa A bajo control X 100</p>	Que al menos el 40% de los pacientes EPOC etapa A sintomáticos hayan cumplido con un programa de rehabilitación pulmonar.	REM	20%
Contribuir a la disminución de la mortalidad prematura por enfermedades respiratorias agudas y crónicas, alcanzando la meta definida en la estrategia nacional de salud 2011 - 2020	<p>Porcentaje de pacientes Asma y EPOC en control con evaluación de nivel de control.</p> <p>N° de pacientes en control por Asma y EPOC con control / N° de pacientes en control por Asma y EPOC x100</p>	Contar con el 90% de los pacientes con Asma y EPOC con evaluación del nivel de control.	REM	30%
CUMPLIMIENTO TOTAL DEL PROGRAMA				100%



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 2019 es de 576 casos, lo que corresponde a un 33,19% de la población bajo control en ese momento (población bajo control de personas mayores de 5 años en programa salud mental 1735 usuarios, al mes de octubre de 2019).

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 2019 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 2019 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, intervenciones breves para usuarios en riesgo menor e iniciar tratamiento a las personas con dificultades de alcoholismo o bebedor problema.

Esta actividad ha conllevado acciones en box, sala de espera, Psicoeducación, consejería y trabajo en terreno (evaluación de adolescentes en liceo municipal, 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.



En el 2019, al mes de octubre se han aplicado 2535 instrumentos de tamizaje (AUDIT, CRAFF O ASSIST), para evaluar el consumo de alcohol de la población, permitiendo realizar las siguientes acciones:

Total Instrumentos Aplicados	2535
Intervenciones Mínimas	2427
Intervenciones Breves	261
Derivaciones Asistidas	129

OTROS DATOS RELEVANTES:

Total Consultas Salud Mental a Octubre 2019.

	Psicólogo	A. Social
CESFAM	1961	47
LIRIOS	265	0
ABRA	261	2
TOTIHUE	110	0
CECOSF	248	15
TOTAL	2845	64

Terapias Complementarias (Flores de Bach)

Pacientes Atendidos	116
Número de Sesiones	252

Actividades Comunitarias y de Coordinación 2019

Feria Preventiva Escolar (Escuela David del Curto, Liceo de Requinoa).	Salud Mental Programa del Adolescente
Reuniones Coordinación Centro de Alumnos Liceo de Requinoa.	Salud Mental Programa del Adolescente
Creación Consejo Consultivo de Adolescentes (Liceo de Requinoa).	Salud Mental Programa del Adolescente
Día Prevención del Embarazo Adolescente en Liceo de Requinoa.	Salud Mental Programa del Adolescente
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 SEDA Comunal
Aplicación de instrumentos de Tamizaje para el consumo de sustancias en actividades comunitarias en CECOSF y Salas de Espera.	Salud Mental Programa del Adolescente
Planificación Concurso Comunal de Afiches Preventivos de Adolescentes.	Salud Mental Programa del Adolescente
Reuniones de Trabajo con SENDA	Programa Salud Mental SENDA



*Población bajo control por Patologías más recurrentes, en personas mayores de 15 años
Octubre 2019. Programa Salud Mental CESFAM Requínoa*

	CESFAM	Postas	CECOSF	Total
Depresión	268	287	21	576
Consumo de Sustancias (Alcohol / Drogas).	61	40	7	108
Trastornos Ansiedad/Adaptación/Reactivos.	645	336	74	1055
TDAH	78	30	13	121

Población Bajo Control a Octubre 2019. Programa Salud Mental

Población Bajo Control Mayores de 5 años	Meta Población bajo control mayores de 5 años
1735	1446
119,9%	100 %

- Trastornos emocionales: Cuadro que puede derivar a depresión si no recibe el adecuado abordaje multidisciplinario.
- La Depresión representa el 33,19 % 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 2020 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
- 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 etéreo, 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 2019 de 0 a 24 años	42
--	----



Control de Salud Integral de los adolescentes a Octubre 2019

Edad	Meta 2019	Realizados a Octubre 2019	% Cumplimiento
10 a 14 años	285	315	110%

Edad	Meta 2018	Realizados a Octubre 2019	% Cumplimiento
15 a 19 años	250	225	90%

De lo anteriormente expuesto podemos señalar que las metas propuestas para el año 2019 se lograrán, por lo que nuestro desafío para el año 2020 es mantener el cumplimiento d



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 disminuir enfermedades cardiovasculares y Diabetes Mellitus tipo II en la población chilena, a través de una intervención en los hábitos de alimentación y la condición física dirigida a niños, niñas, adolescentes, adultos y mujeres embarazadas.

Objetivo General:

“Disminuir los factores de riesgo como sobrepeso, obesidad y sedentarismo en relación a la condición física, en beneficiarios de FONASA de 6 meses a 64 años de edad”.

Objetivo Específico:

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

El Programa Vida Sana presenta tres tipos de actividades que se desarrollan en paralelo durante la intervención:

Círculos de Vida Sana: Sesiones grupales orientadas a usuarias y usuarios directos del programa. Espacios de trabajo a los que también pueden asistir beneficiarios indirectos (compañeros de curso, familiares, vecinos o compañeros de trabajo) que acompañen al beneficiario directo y que tengan un vínculo que permita contribuir a fortalecer las modificaciones en el entorno. Los círculos se realizan por el equipo multidisciplinario compuesto por el o la nutricionista, psicólogo y profesional de actividad física (kinesiólogo, profesor educación física o terapeuta en actividad física).

Consultas Individuales: Estrategia individual de intervención que realiza el equipo multidisciplinario con el propósito de conocer la condición de ingreso del usuario o usuaria. Busca realizar intervenciones de carácter motivacional y referencia asistida para las personas que lo requieran a confirmación diagnóstica en salud mental, definir plan de cuidados integrales y hacer su seguimiento en el marco de su entorno familiar. Estas pueden ser realizadas en domicilio o dupla profesional. Las consultas individuales son exclusivas para los usuarios inscritos en el programa.

Talleres de Actividad Física: Orientados para aumentar los niveles de la actividad física y mejorar la condición física de los usuarios y usuarias del programa. Los talleres se realizan 2 a 3 veces por semana por un profesional de la actividad física, el que al inicio y final del programa realiza pruebas que permiten identificar la condición física de los usuarios



CUPOS AÑO 2019

Grupo etario	Distribución %	Número 100 usuarios
6 meses a 5 años	35	35
6 a 19 años	25	25
20 a 64 años	35	35
Embarazadas	5	5

DIFICULTADES EN EL 2019

Dificultad	Factor
Dificultad en escuelas para desarrollar el programa.	Horarios facilitados inadecuados para realizar actividades, priorización de metas internas de los establecimientos.
Baja adherencia a controles en menores 6 años	Padres con poco interés en mantener controles con sus hijos
Baja adherencia a círculos vida sana padres y niños menores 6 años	Padres con poco tiempo para asistir

PROYECCIÓN 2020

Actividad	Objetivo	Inicio
Círculos vida sana en colegios y Jardín	Mejorar adherencia a círculos en niños y apoderados	Abril 2020
Actividades Familiares Mensuales	Generar instancias para compartir y reforzar lazos entre usuarios	Febrero 2020
Controles mensuales en usuarios	Mantener adherencia y favorecer el cambio de hábito	Enero 2020
Reforzar lazos con agrupaciones comunitarias (fútbol más, guatita delantal)	Mantener trabajo en red para captación de usuarios en beneficio de sus problemáticas	Marzo 2020



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 es 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 de su 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 ha sido 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 expresan las principales problemáticas y necesidades en salud percibidas por ellos. Con estos insumos y como etapa siguiente se lleva 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 dos años. En este sentido y a través del instrumento de evaluación y certificación de desarrollo en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria (MAIS), que se instauró desde el año 2015, se solicita que el encargado de participación social del CESFAM cuente con al menos 22 horas semanales dedicadas al trabajo en participación social, lo cual a la fecha aún es una brecha a abordar.

Al corte de septiembre del presente se ha ejecutado un 60,4% del plan, quedando tres meses para terminar de ejecutar las actividades planificadas y diciembre para realizar la evaluación final del plan 2019. 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 de nuestra comuna.

En cuanto a las proyecciones 2020, corresponde diseñar y ejecutar el Plan de Participación Social, basado en el Diagnóstico Participativo vigente (2018) y durante el transcurso del año, realizar nuevamente el Diagnóstico Participativo por equipo de cabecera, dando cabida así a las problemáticas actuales sentidas por la comunidad.



1. DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO CESFAM REQUÍNOA Y POSTAS 2018

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. OBJETIVO GENERAL

- 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 flujograma.
- 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.
- 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.

MEDIOS VERIFICADORES

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



2.2. 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.



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
<ul style="list-style-type: none"> - 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 	<ul style="list-style-type: none"> - 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)
<ul style="list-style-type: none"> - Familias más comprometidas - Estadísticas más reales por conocimiento de cómo denunciar - Una comunidad más informada - Mayor cercanía con todas las autoridades 	<ul style="list-style-type: none"> - 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	
<ul style="list-style-type: none"> - 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)
<ul style="list-style-type: none"> - 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 	<ul style="list-style-type: none"> - 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	
<ul style="list-style-type: none"> - Motivar a través de la difusión de la ley cholito (talleres, radio, señal ética, videos, redes sociales) - 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: FALTA DE CHARLAS, TALLERES, INTERVENCIONES SOCIALES PARA CREAR MÁS CONCIENCIA EN LA COMUNIDAD.	
LO MEJOR (SI SE INTERVIENE)	LO PEOR (SI NO SE INTERVIENE)
<ul style="list-style-type: none"> - Comunidad consciente sobre contaminación - Comunidad con conocimiento y empoderada - Comunidad que contamina menos - Manejo sustentable de basura - Comuna menos contaminada 	<ul style="list-style-type: none"> - Comuna sucia - Aumento de enfermedades asociadas a la contaminación - Mayor demanda en salud - Aumento de vectores
IDEAS, ACCIONES O PROYECTOS	
<ul style="list-style-type: none"> - 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
<ul style="list-style-type: none"> - Consumo de drogas y alcohol - Delincuencia - Contaminación ambiental - Mascotas vagas - Basura - Accidentes de tránsito por velocidad 	<ul style="list-style-type: none"> - 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: PEATONES Y CICLISTAS IRRESPONSABLES / ORGANIZAR Y EMPODERAR A LA COMUNIDAD EN POLÍTICAS DE SEGURIDAD CIUDADANA	
LO MEJOR (SI SE INTERVIENE)	LO PEOR (SI NO SE INTERVIENE)
<ul style="list-style-type: none"> - Disminución de accidentes de tránsito - Disminuirían los focos de delincuencia - Mejoraría la convivencia entre los vecinos - Mejoraría el uso de los espacios públicos compartidos. 	<ul style="list-style-type: none"> - 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	
<ul style="list-style-type: none"> - 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 IDENTIFICADOS	ASPECTOS POSITIVOS
<ul style="list-style-type: none"> - Alcohol - Botillerías - Malos olores - Faltan áreas verdes - Faltan espacios recreativos para Adultos Mayores - Perros callejeros 	<ul style="list-style-type: none"> - Agrupaciones folclóricas - Tener una posta - Hay talleres de zumba - Tener estadios.
CATEGORÍA : ALCOHOL Y DROGAS NUDO CRÍTICO: FALTA COMPROMISO DE LOS DIRIGENTES	
LO MEJOR (SI SE INTERVIENE)	LO PEOR (SI NO SE INTERVIENE)
<ul style="list-style-type: none"> - 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 	<ul style="list-style-type: none"> - 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	
<ul style="list-style-type: none"> - 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 IDENTIFICADOS	ASPECTOS POSITIVOS
<ul style="list-style-type: none"> - 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) 	<ul style="list-style-type: none"> - Clubes de Adulto Mayor - Talleres de gimnasia - Áreas verdes para hacer deporte - Talleres deportivos (Villa María)
CATEGORÍA : ALCOHOL Y DROGAS NUDO CRÍTICO: FALTA COMPROMISO DE LOS DIRIGENTES	
LO MEJOR (SI SE INTERVIENE)	LO PEOR (SI NO SE INTERVIENE)
<ul style="list-style-type: none"> - Más fluidez de agua para los riegos - Aguas menos contaminadas para los huertos - No habrían rebalses en los canales ni calles anegadas 	<ul style="list-style-type: none"> - 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
<ul style="list-style-type: none">- 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
<ul style="list-style-type: none"> - Animales vagos - Malos olores - Vehículos que transitan a alta velocidad - Ratones por basuras en las acequias 	<ul style="list-style-type: none"> - Capilla - Buena organización comunitaria/vida comunitaria - Locomoción - Naturaleza - Deporte - Solidaridad entre los vecinos
CATEGORÍA : CONTAMINACIÓN POR MALOS OLORES NUDO CRÍTICO: SE ENVIÓ PROYECTO PARA SACAR CERDOS, PERO NO ES A CORTO PLAZO	
LO MEJOR (SI SE INTERVIENE)	LO PEOR (SI NO SE INTERVIENE)
<ul style="list-style-type: none"> - Disminución de malos olores en el sector - Mejor calidad de vida - Disminución de tráfico de camiones - Mejora en los cultivos 	<ul style="list-style-type: none"> - 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	
<ul style="list-style-type: none"> - 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. 	

2.3. FOTOGRAFÍAS





El Plan de Participación Social en Salud 2019, 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:

1. Los problemas priorizados por la comunidad en el Diagnóstico Participativo realizado en el año 2018, los cuales fueron: consumo problemático de alcohol y drogas, tenencia irresponsable de animales, contaminación por basura y humo, percepción de inseguridad ciudadana, basura en los canales, contaminación por malos olores.
2. Los insumos obtenidos de las actividades de seguimiento y evaluación del "Plan de Participación Social 2018 y las proyecciones 2019, realizadas por el grupo motor y la comunidad.
3. Priorización de problemas a abordar en el plan de participación social 2019, realizada en reunión del Grupo Motor durante el mes de mayo del presente año. Se determinó trabajar las temáticas; Consumo problemático de alcohol y drogas y Percepción de inseguridad de la comunidad. Las demás temáticas, todas ellas relacionadas a medio ambiente, serán abordadas durante el año 2020.

Tomando como base o insumo todo lo anterior, durante el mes de mayo del presente año el grupo motor elabora el siguiente Plan de Participación Social 2019:



DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO CENTRO COMUNITARIO DE SALUD FAMILIAR (CECOSF) CHUMAQUITO

2017-2018

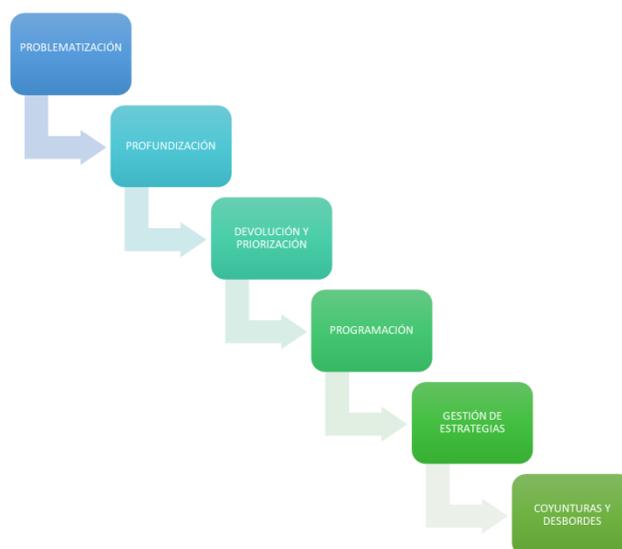
OBJETIVO GENERAL

- Comprender la realidad social del sector de Chumaquito y Chumaco, visto desde una perspectiva de la salud/enfermedad/atención; mediante un proceso de socio praxis.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar los factores de riesgo y protectores que están presentes en el proceso de salud/enfermedad/atención del sector de Chumaquito y Chumaco.
- Identificar actores clave relacionados con las problemáticas detectadas por la comunidad, a través de la técnica del sociograma.
- Analizar relatos significativos de actores clave de la comunidad en relación a las problemáticas.
- Identificar nudos críticos mediante la visión y priorización de la información.
- Planificar participativamente acciones a desarrollar en conjunto con la comunidad.

2. PROCESO DE DIAGNÓSTICO CECOSF CHUMAQUITO



- 02 de septiembre realización de jardín comunitario.
- 07 de octubre realización sociograma.
- 03 de noviembre realización 2° parte sociograma.
- 03 de noviembre organización del trabajo de campo.
- 1era semana de enero reunión con la comunidad.

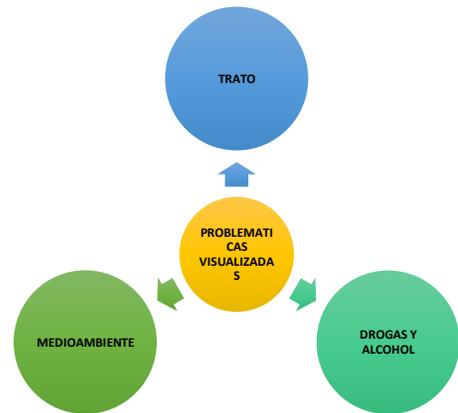


SISTEMATIZACIÓN JARDIN COMUNITARIO

	POSITIVO	NEGATIVO
INTERNO	Visualizan como un gran aporte y posibilidad la realización del diagnóstico participativo.	Consumo de drogas y alcohol. Trato entre funcionarios y usuarios Cesfam.
EXTERNO	Vivir en entornos naturales. La juventud practica deporte.	Sociedad individualista. Contaminación medio ambiental

PROBLEMAS DETECTADOS

1. Consumo de alcohol y drogas en jóvenes.
2. Problema de contaminación ambiental por basura.
3. Maltrato en la interacción usuario-funcionario.



MATRIZ DE TRABAJO DE CAMPO

MEDIO AMBIENTE			
Con quienes	Técnica	Donde	Responsables
Encargado de medio ambiente	Entrevista	Municipalidad	
Alcalde	Entrevista	Municipalidad	Alejandra
Dueños de Negocios	Entrevista Grupal	Sede Nuevo Amanecer	Julio Lobos Luis Pérez. maría Yolanda Moreno
Concejal Waldo Valdivia	Entrevista	Municipalidad	Julio Lobos

TRATO			
Con quienes	Técnica	Donde	Responsables
Jefe departamento de salud	Entrevista	Cesfam	Sr Flor y Elizabeth
Director Cesfam	Entrevista		(pendiente)
Alcalde	Entrevista	Sede Nuevo Amanecer	Alejandra
Concejal Waldo Valdivia	Entrevista	Municipalidad	Julio Lobos
Operador OIRS	Entrevista	Cesfam	María Yolanda Moreno (pendiente)



ALCOHOL Y DROGAS

Con quienes	Técnica	Donde	Responsables
Coordinadora Senda	Entrevista	Cesfam	Julio Lobos
Alcalde	Entrevista	Municipalidad	Alejandra
Encargado Programa Seguridad Ciudadana	Entrevista	Municipalidad	María Yolanda Moreno
Concejal Leonardo Peñaloza	Entrevista	Municipalidad	Julio Lobos

ANÁLISIS ENFOQUE DE GÉNERO

PARTICIPACION EN SALUD	¿Cómo las diferencias biológicas y fisiológicas influyen en los hombres y las mujeres?	¿Cómo los roles y las normas de género afectan la salud de hombres y mujeres?
<p>Riesgos para la salud y vulnerabilidad</p> <p>Consumo de Alcohol y drogas: Implica riesgos en: alteración del desarrollo neurológico; generación de patologías de salud mental; aumento de accidentes, suicidios e ITS</p> <p>Contaminación por basura: Aumento de vectores y posible aumento de enfermedades infectocontagiosas en la comunidad.</p> <p>Maltrato interacción usuario funcionario: Distanciamientos de los usuarios del sistema. Mayor posibilidad de estrés laboral para funcionarios.</p>	<p>Tanto en hombres como en mujeres se generan efectos negativos asociados a la fertilidad y reproducción, exposición a enfermedades infectocontagiosas y patologías de salud mental.</p>	<p>Los varones presentan más conductas de riesgo que las mujeres y mayor normalización del consumo de alcohol y drogas. Aunque los patrones de consumo muestran una tendencia al aumento del riesgo en mujeres.</p> <p>Respecto a la contaminación ambos están afectados más allá de los roles tradicionales</p> <p>En cuanto al maltrato, la mujer en su rol de cuidadora está más expuesta a problemas de interacción, son las que más concurren a los establecimientos de salud. Asimismo, la mayoría de las funcionarias también son mujeres.</p>
<p>Capacidad de acceder y usar servicios de salud</p> <p>El acceso y uso del sistema sanitario es menor en jóvenes. Y desde una perspectiva de género menor en hombres.</p>	<p>Mujeres con mayor acceso al sistema a través del Programa de la Mujer, a diferencia de hombres que no cuentan con un programa específico de salud masculina.</p>	<p>Rol reproductivo de la mujer la aproxima más al sistema sanitario y desde esa perspectiva se puede intervenir el problema de consumo de sustancias o patologías de otro tipo.</p> <p>En general para los hombres e menor el acceso a los servicios de salud por su rol de género.</p>
<p>Resultados en la salud y consecuencias de los problemas de salud (ej. económicas y sociales)</p> <p>Consumo de Alcohol y drogas:</p>	<p>No se dispone de antecedentes específicos a nivel local para efectuar la diferenciación entre hombres y mujeres, por ejemplo, si el deterioro biológico y fisiológico es mayor</p>	<p>Todos los problemas de salud son de más difícil abordaje en el caso de los hombres, pues en el ejercicio del rol de trabajador y proveedor económico, rol establecido por un modelo de</p>



<p>-Deterioro temprano en salud mental y física -Conflictos en dinámica familiar -Ausentismo y deserción escolar -Exposición a conductas delictuales - Ausentismo laboral</p> <p>Contaminación por basura: Aumento de enfermedades infectocontagiosas en la comunidad, mayores costos financieros y de tiempo para las personas.</p> <p>Maltrato interacción usuario funcionario: Menos adherencia de las personas al sistema sanitario y por ende, menos opciones de acceso a acciones promocionales y preventivas de salud.</p>	<p>en hombres o mujeres, si la contaminación deja más expuesto a hombres o mujeres.</p>	<p>masculinidad hegemónica, postergan las acciones de salud</p> <p>Mayor sanción social hacia la mujer en el desarrollo de su rol de madre y cuidadora</p> <p>Estos mandatos de género en ambos casos afectan la vida familiar y cotidiana.</p>
---	---	---

REFLEXIÓN DESDE LA PERSPECTIVA TERRITORIAL

- El proceso de socio praxis generado en sector de Chumaquito y Chumaco, donde se encuentra en desarrollo la puesta en marcha del CECOSF, está marcando un **hito en los servicios de salud de la comuna de Requinoa**, ya que por primera vez se está construyendo desde y con la comunidad un diagnóstico específico del sector, reconociendo los factores protectores y de riesgo presentes en su contexto que inciden en el proceso de salud/enfermedad/atención.
- Se ha levantado información y propuestas que relevan la importancia de la comunidad, con sus necesidades, intereses y capacidades. Ha sido una oportunidad comenzar un diagnóstico de salud en un territorio que contará próximamente con su nuevo centro. De este modo es una primera aproximación a la realidad de los usuarios.
- Ha constituido un ejercicio de participación muy enriquecedor para la comunidad y para el equipo que lidera.
- El proceso ha permitido la incorporación de diversidad de organizaciones, tanto juntas vecinales como organizaciones funcionales. Esto mismo dio la posibilidad de contar también con personas de diversos intereses y edades. Al mismo tiempo se ha visto presencia de actores claves de la institucionalidad comunal como concejales, dirección y jefatura del departamento de salud.
- La diversidad de participantes en el proceso también ha hecho complejo el manejo de la discusión para llegar a consenso en cada encuentro.



Como equipo CECOSF y en conjunto con la comunidad de Chumaquito y Chumaco a través del diagnóstico realizado en el periodo 2017-2018, se ha elaborado un plan de participación social el cual ha establecido un orden de prioridad a las problemáticas que se han visualizado, tales como: Consumo de drogas y alcohol, Trato entre funcionarios - usuarios y contaminación medio ambiental, siendo el objetivo final buscar soluciones a las demandas, esto a través de estrategias que permiten generar alianza entre todos los actores involucrados.

Durante el mes de mayo del presente año, el equipo de cabecera junto a la mesa territorial elabora el siguiente Plan de Participación Social 2019:



NOMBRE ESTABLECIMIENTO O	CECOSF CHUMAQUITO																
NOMBRE DEL PLAN	PLAN DE TRABAJO CECOSF CHUMAQUITO																
OBJETIVO GENERAL	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.																
INDICADOR POBLACION SANA																	
OBJETIVOS ESPECIFICOS	ACTIVIDADES	CALENDARIZACION												METODOLOGIA DESCRIPCION	MEDIOS VERIFICADORES	PARTICIPANTES	
		E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D				
Mejorar la satisfacción usuaria externa, estableciendo canales comunicación con la comunidad	Levantamiento de información de cada una de las villas del sector abarcado						X	X							se realizara visita a las distintas juntas de vecinos para poder aplicar la encuesta, y también se realizara en la sala de espera, para poder levantar la información	Encuesta y lista de asistencia y fotografías	Comunidad chumaco – chumaquito Gestora comunitaria
	Reunión con directiva CDSL y actores claves del sector						X	X	X	X	X	X	X		Participación en las distintas reuniones que tengan programadas el CDSL y a las cuales seamos convocados o invitados como equipo de CECOSF.	Registro de asistencia	Directiva CDSL equipo CECOSF Gestora comunitaria Actores claves
	Presentación CECOSF en reunión mensual de la unión comunal de JJVV					X									Asistir como equipo a reuniones a las que seamos convocados o invitados.	Correo convocando	Equipo CECOSF
	Difusión de la atención CECOSF y modelo en la radio comunal		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Asistir a la radio en el espacio que está destinado para la difusión de información del departamento de salud.	Registro de asistencia	Encargada CECOSF
	Refuerzo a la comunidad en la sala de espera						X	X	X						Entrega de información, dípticos flayers, para que los usuarios del CECOSF vayan conociendo las diferentes ofertas de atenciones que se les está proporcionando.	Fotografías	Gestora Comunitaria
	Presentación al grupo CDSL y representantes respecto al modelo de salud familiar MAIS								X						Después de una solicitud de reunión al CDSL, presentar el modelo MAIS con el equipo y explicar a grandes rasgos el proceso al que vamos a postular para la certificación.	Listado de asistencia Apoyo visual impreso (PPT)	Consejo de desarrollo Local en Salud Gestora comunitaria Equipo CECOSF
	Elaboración de material informativo y distribución en JJ.VV							X							Luego de la organización de la información a reunir, y que como equipo vamos a querer difundir, se elaborara el material y se repartirá según lo indicado en las actividades.	Tríptico y flayers repartidos	Gestora Comunitario Equipo CECOSF
Establecer relaciones cercanas con las comunidad y el	Reunión con la fundación Fútbol Más					X								Asistir a las reuniones y a las actividades a las que se nos invitó. Para la organización y la implementación de redes con el intersector.	Registro de asistencia Medio verificador fotografías.	Encargada CECOSF Asistente Social Gestora comunitaria Encargada Fundación	



intersector	Trabajo en red con jardín infantil Chumaquito			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Luego de reunirnos, realizar los nexos y poder organizarnos con las distintas actividades que queremos realizar en conjunto con el jardín. (actividades educativas, informativas, de promoción y prevención, solicitadas tanto por el jardín, como las que nosotros como equipo tenemos que otorgar)	Fotografías Listados de niños	Equipo CECOSF Tías del jardín Niños del jardín
	Trabajo en red con dirección de seguridad ciudadana					X									Luego de la implementación del nuevo programa de seguridad ciudadana Municipal, solicitar reunión y ponernos en contacto para trabajar en conjunto.	Registro de asistencia	Encargada CECOSF Asistente Social Gestora comunitaria
	Jornada masiva Corrida familiar (aun definiéndose)							X	X						Organizar difundir y participar como equipo de esta actividad.	Fotografías Flayers	Equipo CECOSF
	Huerto comunitario						X	X	X						Invitar a los usuarios de CECOSF a participar en la realización e implementación del huerto comunitario	Fotografías Registro de firmas participantes	Equipo CECOSF Gestora Comunitaria
	Evaluación comunitaria							X							Aplicación de encuesta	Evaluación física Registro	Equipo CECOSF Gestora Comunitaria
	Evaluación participativa de la satisfacción usuaria											X	X		Aplicación de encuesta	Evaluación física Registro	Equipo CECOSF Gestora Comunitaria
	Reunión con Oficina Municipal de Medio Ambiente							X							Uno de las problemáticas que salieron como resultado del diagnóstico participativo, era la contaminación ambiental, por lo que se hace necesario convocar a una reunión con los encargados de la oficina del medio ambiente	Registro de asistencia	Encargada de Oficina Medio Ambiente Gestora comunitaria Encargada CECOSF Asistente Social
	Participación de actores comunitarios en seminario de salud						X								Luego de la formación del CDSL, invitar a la directiva al seminario de salud comunitaria.	Fotografías	Directiva CDSL
Mejorar relaciones dentro del equipo de trabajo, mejorando la comunicación y las relaciones interpersonales	Talleres de habilidades comunicacionales y autocuidado para los profesionales del equipo CECOSF								X	X				Aparte de las actividades de autocuidado que como CEFAM tenemos 1 vez al mes, se hace necesario el poder realizar talleres a nuestro equipo CECOSF para fomentar la salud biopsicosocioespiritual y poder prepararnos para el proceso de certificación.	Registro de asistencia	Equipo CECOSF	
	Reuniones de equipo	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Según lo organizado y las necesidades del equipo, se realizan cada 2 semanas las reuniones de equipo en donde se revisan distintos temas como MAIS, Casos de usuarios o casos de familias, presentaciones de funcionarios con distintos temas para la información y aprendizaje de los programas, metas a cumplir, etc.	Registro de asistencia	Equipo CECOSF	



PROGRAMA MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA (MAIS)

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, Almendra, Nogal), el cuarto equipo corresponde a CECOSF, que abrió sus puertas al público el 20 de agosto de año 2018. 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 Atención Primaria de Salud 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 2019 se realiza la autoevaluación de las 3 postas de salud rural, y CECOSF, realizándose un plan de mejora para corregir las deficiencias detectadas y en octubre 2019 se solicita ingresar al proceso de certificación año 2019, el cual se establece en definitiva que se llevará a cabo durante la segunda quincena del mes de marzo del año 2020.



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.	Evalu.	Autoev.	Evalu.	Autoev.	Evalu.	Autoev.	Evalu.	Autoev.	Evalu.	Autoev.	Evaluación	Autoev.	Evalu.	Autoev.	Evalu.	Autoev.	Evalu.	Autoev.	Evalu.
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 PROMOCION 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 Requínoa, 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 2019-2021 se realizará un Plan Trienal, orientado hacia el fomento de estilos de vidas saludables en personas menores de 6 años, y entre 18 y 65 años. Dicho Plan contempla actividades que buscan cambios permanentes, a través del control de los determinantes de salud de las personas, familias y comunidades, manteniendo siempre el trabajo Intersectorial trabajando directamente con el municipio, establecimientos educacionales y empresa privada, con un enfoque de integración, Interculturalidad y de Participación Social. Ejemplo de lo anterior es la incorporación de regulaciones locales, como ordenanzas municipales saludables, y una fuerte inversión en construcción y mejoramiento de espacios orientados a la práctica de actividad física.

Durante 2020 se espera la difusión y puesta en práctica de la primera ordenanza municipal saludable que busca regular el rol del municipio en el fomento de estilos de vida saludable así como dar énfasis en estrategias a nivel de escuelas municipalizadas. Dentro de las actividades en establecimientos educacionales destacan la instalación de muros de escalada para recreos activos, el financiamiento para construcción y remodelación de huertos escolares, instalación de bicicleteros y la adquisición de set de psicomotricidad para jardines infantiles de la comuna.

En relación a los proyectos de mejoramiento de espacios públicos para la práctica de actividad física agregamos el mejoramiento de multicanchas en sectores de Requínoa centro, El Abra y Los Lirios, además de la construcción de una estación de Calistenia en el Estadio Municipal y una Pérgola para sombra en la Piscina Municipal.

Contempla el plan trienal, además de lo anterior, actividades dirigidas a la comunidad como Escuelas de Gestores de Líderes Comunitarios, talleres de alimentación saludable y planes comunicacionales que pretenden optimizar el uso de la gran oferta para la práctica de actividad física que posee nuestra comuna.

Objetivo General del Plan Comunal de Promoción de la Salud	Fortalecer conductas saludables en los habitantes de la comuna de Requínoa para mejorar su calidad de vida
Objetivos Específicos	Creación y mantención de entornos que permitan estilos de vida saludables en la población de Requínoa



Intervenciones temáticas en
Promoción de la salud y Entornos

- Generación de regulaciones locales como Ordenanzas municipales y reglamentos orientados a los estilos de vida saludables.
- Construcción y mejoramiento de espacios públicos orientados a la práctica de actividad física.
- Sistemas de Certificación a Escuelas y Lugares de Trabajo Promotores de Salud Elige Vivir Sano
- Implementación y mejoramientos de Huertos escolares.
- Instalación de Bicicleteros en escuelas de la comuna.
- Campañas comunicacionales para el fomento de la práctica de actividad física y optimización de uso de infraestructura deportiva de la comuna.
- Talleres de alimentación saludable
- Escuela de Gestores para Líderes comunitarios
- Adquisición de set de psicomotricidad para Jardines Infantiles de la comuna
- Mantener estrategias de gestión con carácter participativo, inclusivo y de interculturalidad.





SERVICIO DE URGENCIA RURAL (SUR)

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**.

Nuestro SUR, al día de hoy, si bien se encuentra técnicamente bien valorado, con personal capacitado en todas las áreas de funcionamiento, y con el incentivo, desde agosto, de contar con un profesional médico, estructural y espacialmente es muy deficitario, no pudiendo por ello asegurar una atención que se adapte al 100% de nuestros deseos. 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.

Para comprender a mayor profundidad el párrafo anterior, es pertinente mencionar que nuestro SUR cuenta con 3 boxes, 1 sala de OFA, 1 sala de descanso, 1 pequeña sala de procedimientos y 2 baños. Durante el horario diurno de días de semana (Lunes a Viernes), contamos con 1 médico (de 8:00 a 16:48), 2 TENS, 1 enfermera, 1 OFA, 1 Camillero, 1 Conductor de ambulancia. Después de las 16:50, se retira el apoyo médico y la OFA, quedando el resto del personal presente, hasta la llegada del médico de turno y nueva OFA, que cubren el horario de 20:00 a 00:00, quedando, al término de este, nuevamente el equipo únicamente constituido por TENS, Conductor de ambulancia y camillero, con apoyo frecuente de enfermeros/as. Además recalcar que los días sábado el personal médico ingresa a las 12:00 y se retira a las 00:00, y los días domingo, ingresa a las 8:00 y se retira a las 20:00.

Siguiendo en esta misma línea, es importante mencionar que, si bien ahora contamos con profesional médico en horario diurno, su aprovechamiento no es el deseado, ya que de 8:00 a 13:00 se realizan las curaciones simples y avanzadas, cada una ocupando un box de forma respectiva, dejando en este horario sólo 1 box disponible para atención médica, logrando aprovechamiento pleno del profesional en horario reducido de 13:00 a 16:50 horas.

No menos importante es destacar que, antes de la llegada de profesional médico de forma más regular al servicio, se atendía un promedio de 2050 pacientes al mes, con una media mensual de 1200 paciente en horario comprendido entre las 8:00 y las 17:00 horas. Después de la adhesión de dicho profesional, la demanda del SUR aumentó, contando con un promedio de 2700 pacientes mensuales, con media mensual de 1640 paciente en horario comprendido entre las 8:00 y las 17:00 horas, media que sigue en ascenso. A pesar de ello, los rechazos de atención (pacientes que se retiran antes de recibir prestación) disminuyeron de forma considerable, pasando de un promedio mensual de 50, a uno de 20 al mes. Tomando todos estos datos, podemos concluir que, a pesar de persistir con la misma infraestructura deficiente, sin una sala de curaciones adecuada, y con déficit en espacios de atención, nuestro personal ha logrado optimizar la atención de tal modo, que han disminuido los rechazos (siendo el grueso de los mismos pacientes C4-C5), pero al aumentar con ello la demanda, cada vez nuestro servicio se queda más pequeño.

Gratamente podemos realizar la adquisición de 2 nuevas ambulancias, mejor equipadas y de mayor calidad, para asegurar el traslado adecuado de nuestros pacientes, sin embargo, aún contamos con 1 camillero y 1 conductor de ambulancia en todos los horarios de atención, por lo que el aprovechamiento de este recurso es parcial, pudiendo únicamente ser utilizado una a la vez. A pesar de



ello, en los últimos 4 meses, la cantidad de traslados hacia el Hospital Regional Libertador Bernardo O'Higgins ha disminuido, de un promedio de 220 mensual, a uno de 106, lo cual significa que nuestra resolutivez ha mejorado. No menos importante es señalar la implementación de la plataforma FONENDO en el último trimestre de este año, que viene a optimizar tiempos, mejorar calidad de atención y registros estadísticos que finalmente se traducen en hacer más eficiente el trabajo de nuestro recurso humano.

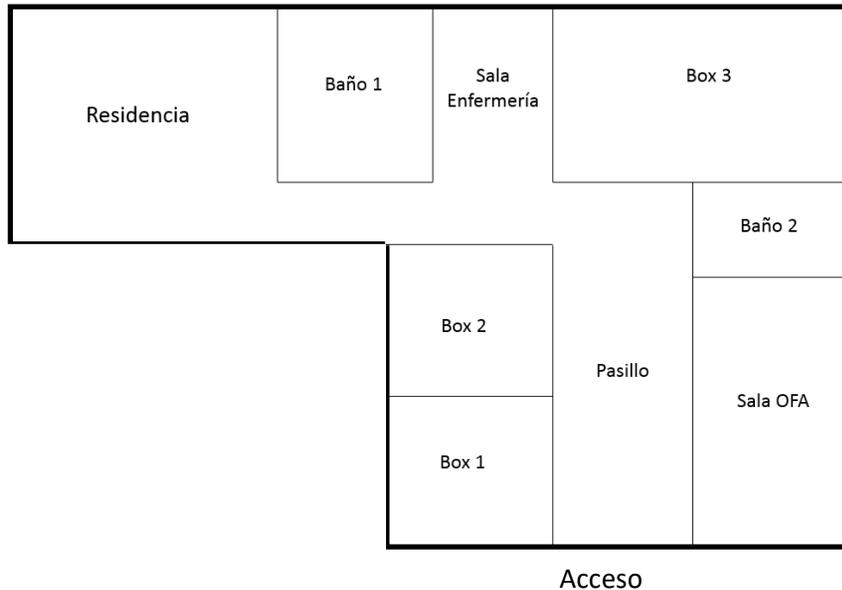
En cuanto a la parte administrativa, al igual que en años anteriores, se contempla la jefatura médica de coordinación y jefatura de enfermera en la supervisión y coordinación lo que ha significado un orden en el funcionamiento, en el personal e insumos.

INFRAESTRUCTURA

Actualmente contamos

- 3 Boxes (Medidas por box: el 1°: 1.85*2.20 mts.; el 2°: 2.10*2.20 mts. y el 3°: 3.00*3.00 mts.)
- 1 Sala para Atención OFA y archivado de documentos (1.90*2.50 mts.)
- 1 Estancia de enfermería, para preparar los medicamentos a ser administrados, y llenar información en computadora relacionada con paciente (2.20*1.70 mts.)
- Pasillo (área donde se realiza la categorización y en ocasiones se administran tratamiento a pacientes que no se tienen en box pero igual están siendo atendidos) (4.10*1.70 mts.)
- Dos baños (uno de 2.20*1.50 mts, el otro de 1.20*1.90 mts.)
- Residencia (descanso, colaciones): 5.06*3.40 mts.

Plano del Servicio de Urgencia Rural.



Siendo evidente que nuestra infraestructura y la distribución de la misma es poco idónea para el trabajo que se realiza en el servicio.

Si bien comprendemos las limitaciones presupuestarias y de espacio, es realmente necesario, especialmente enfocados en las demandas crecientes de nuestra población, que busquemos alternativas durante el venidero año 2020 para brindar soluciones.



Lo ideal sería, desde un punto de vista realista, local y próximo, lograr la habilitación de un espacio, donde se puedan realizar las curaciones avanzadas y simples, liberando así 2 box de atención médica, pudiendo estos utilizarlos a plenitud durante el día.

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.

CAPACITACIONES:

Se mantendrá el sistema de reuniones clínicas orientadas a nuestros TENS, las que se llevan a cabo el primer martes de cada mes, a cargo de los enfermeros, enfermeras, médico, 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, será 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 habilidades teóricas y prácticas para el manejo avanzado de los pacientes de urgencia. La temática será elegida por el personal, según deficiencias actuales.

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. Además, cada paciente que la OFA ingrese a sistema, recibirá una ficha según categorización indicada por TENS, para que lea e interiorice tiempos de espera.

Por otro lado, es importante destacar que se ha eliminado la prestación de indicaciones médicas dadas por TENS (fuera situaciones extraordinarias o de urgencia vital). Para esto, se actualizará, con mayor profundidad, 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. Al culminar el mismo, se enviará a comité de calidad para su valoración e instauración.

Se deberá además tener una reunión semestral con Carabineros y Bomberos, (que no se realizó durante el año 2019), 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. Destacando que ya se ha logrado establecer ciertos parámetros de trabajo en conjunto Carabineros-SUR, gracias a la reunión que se sostuvo con oficial a cargo de la Subcomisaría de Requínoa; Teniente Guillermo Barrera, disminuyendo así los errores humanos y mejorando la coordinación entre ambas instituciones.



Asimismo, durante reuniones SUR, se logró establecer protocolo de acción de OFA, TENS, Enfermera y Médico, para trabajar todos bajo los mismos lineamientos, destacando la instauración de un protocolo de llamado de ambulancia.

CALIDAD

Para el 2020 se implementarán protocolos de accidentes escolares y derivación a SUR. Protocolo de atención en caso de ausencia de médico de turno. 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 son:

- Tiempo de espera para TRIAGE (continuar mejora, capacitación por profesional especializado en Categorización).
- Tiempo de espera para atención según categorización (por médico y no médico).
- Número de pacientes vistos por turno / Número de pacientes pendientes por ver.
- Tasa de eventos adversos.
- Tasa de reclamos.
- Cantidad de tratamientos administrados en horario no médico.
- Uso adecuado de insumos y recursos.

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.



IFICACION SERVICIO DE URGENCIA RURAL									
Problema de Salud Priorizado	Relación con Estrategia Nacional de Salud	Objetivo General	Objetivo Específico	Meta	Estrategias	Actividades	Plazo	Responsable	Indicadores+100
Alta demanda morbilidad categoría C4-C5 en Servicio de Urgencia Rural del CESFAM.	OE 7.5 mejorar, normalizar y reponer la infraestructura del sector salud 8.4 disminuir la insatisfacción usuaria	1. optimizar la atención de consultas por morbilidad categoría C4-C5 en el servicio de urgencia rural del CESFAM, mejorando la educación usuaria	1.1.- Identificar factores condicionantes para asistir a SUR teniendo morbilidades que pueden ser atendida en CESFAM	Disminuir la prevalencia de categorización C4-C5	Encuestas aplicadas al ingreso del servicio de urgencia identificando los motivos por los que consulta en sur y con cuanta frecuencia hace uso de este. Ampliar conocimiento de nuestros usuarios sobre uso adecuado de SUR, y mejorar interrelación entre servicio y pacientes Coordinación con TENS y médicos del servicio para realizar talleres informativos y comunicativos a la comunidad	Aplicación de encuesta para usuarios, en sala de espera. Entrega de material informativo físico y audiovisual para comprensión de tiempos de espera	Del 2 de enero al 31 de diciembre de 2020	Jefe sur, Encargadas sur, Personal sur	1. <u>Número de encuestas aplicadas a usuarios que asisten a sur en categoriza c4-c5 /</u> Número de usuarios que utilizan sur
			1.2 Implementar talleres informativos a la comunidad sobre lo que es una urgencia						2. <u>Nº de atenciones C4-C5 realizadas pre-encuesta /</u> Número de atenciones C4-C5 realizadas post-encuesta
			1.3.- Adaptar infraestructura para lograr disminuir la espera de los usuarios	Mejorar atención usuaria y tiempos de espera	Adecuación de nuevos espacios, o de espacios ya preexistentes, para la realización de curaciones simples y avanzadas, logrando así liberación de box para uso correspondiente (atención médica)	Coordinar con jefaturas adaptación de espacios acordes a necesidad	Del 2 de enero al 31 de diciembre de 2020	Jefe departamento Director, Jefe sur, Encargadas sur	Porcentaje de tiempos de espera diarios Número de pacientes atendidos por día Número de curaciones simples o avanzadas diarias



			1.4 Reuniones periódicas mensuales de sur para monitorizar cambios en patrones de atención de usuarios con categorización C4-C5 (alzas y bajas)	Mantener capacitación y comunicación constante	Capacitación permanente para mantener equipo médico actualizado	Crear educaciones y talleres para la comunidad	Primer martes de cada mes, del 2 de enero al 31 de diciembre de 2020	Jefe sur, Encargadas sur, Personal sur	Nº de capacitaciones y/o temas desarrollados en las reuniones <u>Nº de Reuniones Realizadas</u> * 100 Nº de Reuniones Programadas
--	--	--	---	--	---	--	--	--	---



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 2018, llevando 1 año 3 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 Requínoa, 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 Requínoa, 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 (principalmente en época de invierno).

Rede Sociales y Comunitarias

- 8 J.J.VV
- 2 Clubes deportivos
- 1 Comité de Vivienda
- Fundación Fútbol Más
- 1 Jardín Infantil
- 1 mesa territorial de seguridad ciudadana.
- 5 Iglesias Evangélica
- 1 capilla Católica.



1.2 CONTEXTO INSTITUCIONAL

El CECOSF Chumaquito, como se señaló, lleva recientemente 1 año y 3 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 odontólogas (33 hrs. y 11hrs), una asistente dental (44 hrs.), una enfermera (22 hrs.) Quien además es la encargada del establecimiento. , un psicólogo (11 hrs.), una nutricionista (11 hrs.), un matrn (33 hrs.), una trabajadora social (22 hrs), y una podóloga 18 hrs mensuales.

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. (Sin embargo, este grupo hoy en día está trabajando autónomamente en la constitución de una organización funcional como Consejo de Desarrollo Local, cuya finalidad es trabajar a través de los dirigentes de las organizaciones, para canalizar sus demandas y necesidades de manera más directa junto al CECOSF Chumaquito).

Las prestaciones entregadas por parte de CECOSF Chumaquito son:

Atención morbilidad, enfermedades crónicas y de salud mental.

Atención Psicológica.

Atención control niño sano, del adolescente y del adulto mayor.

Atención nutricional.

Atención ginecológica y control del embarazo.

Atención podológica.

Atención de asistencialidad (convenios, informes sociales, FONASA)

Atención dental y RX.

Toma de exámenes.

Entrega de alimentos.

Entrega de medicamentos.

Vacunas.

Procedimientos tales como curaciones simples y avanzadas y toma de perfiles de presión arterial.

Durante el año en curso se estableció la nueva modalidad de dación de horas médicas en todos los establecimientos prestadores de salud de la comuna, en nuestro CECOSF existen 3 modalidades de atención, dentro de las agendas de los profesionales:

1. Consulta Espontánea: Morbilidad Médico, Urgencia o Tratamiento Dental.
2. Consulta Paciente Crónico: Hora diferida para cada uno de los programas de nuestro CECOSF.
3. Otras Consultas: Abreviada (recetas, revisión de exámenes e informes), Realización de Cartolas Familiares, Control Joven Sano, Consejerías, Podóloga, Asistente Social, Talleres, Procedimientos, Visita Domiciliaria Integral.

En el caso de las consultas espontáneas o de morbilidad, existen 2 formas de solicitar atención:

- a) Presencial: Organizada en 1 fila, i) Morbilidad Preferencial (Adulto Mayor de 65 años, menores de 5 años y embarazadas), ii) Morbilidad General, y iii) Prestaciones Dentales.



Las horas presenciales para morbilidad preferencial y general, comienzan a ser entregadas a partir de las 08:00 AM, según orden de llegada, atendidas por la funcionaria de SOME. Las horas se entregan hasta terminar los cupos disponibles.

En el caso de la Unidad Dental, existen diariamente 3 cupos para las urgencias, las que se resuelven desde las 8:20 AM en adelante, con un rendimiento de 20 minutos cada una. Lo anterior no excluye que se atiendan usuarios durante toda la jornada, que presenten urgencias dentales y estén dentro de las patologías GES. También durante la mañana se agendan los tratamientos dentales que se llevan a cabo en horario de extensión.

En el caso de la Unidad Maternal, existen diariamente 3 cupos para consultas espontáneas las que se resuelven desde las 08:10 AM en adelante, con un rendimiento de 20 minutos cada una.

b) Vía telefónica al número celular +569 66755749

En el caso de personas mayores de 65 años, menores de 5 años y embarazadas, pueden solicitar hora de morbilidad el día anterior desde las 16:00 y las 16:30hrs. Estas horas corresponden al 60% del total de horas de morbilidad para el día siguiente. En el caso del día lunes las horas serán agendadas el día viernes de la semana anterior.

A partir de las 08:00 AM se dispondrá de un 40% del total de cupos para ser agendadas de forma presencial para pacientes de todas las edades.

Los cupos que no fueron asignados el día anterior vía telefónica, serán distribuidos equitativamente entre las horas telefónicas del día siguiente.

En el caso de las consultas de pacientes crónicos, existe la posibilidad de solicitar hora de forma presencial, presentando carnet de control. Estas horas serán entregadas según citación registrada en su carnet para todos los profesionales que den prestaciones del programa correspondiente, hasta un plazo no mayor de 6 meses, en horario de 8:30 AM a 16:48 PM, de lunes a viernes. Para otras consultas, las horas se entregarán de forma presencial, con la orden correspondiente, en horario de 8:30 AM a 16:48 PM de lunes a viernes.

Dicha modalidad no ha satisfecho del todo a la comunidad, pues gran parte de la población que no está en el grupo étéreo de prioridad queda sin posibilidad de conseguir una hora.

En todo este proceso se han presentado algunos nudos críticos, principalmente por la demanda espontánea de la comunidad, la cual surge a raíz de necesidades percibidas, generalmente como requerimientos para atención de morbilidad por profesional médico, existiendo por parte de los usuarios una percepción de "mala atención", cuando la oferta no es cubierta completamente, por lo que se torna fundamental abordar la demanda de atención de salud más cuantitativa y cualitativa.

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 resolutiva de los problemas de salud de las personas y la comunidad.

A partir del mes marzo CECOSF busca contribuir a través de estrategias de promoción y prevención, fomentar el autocuidado y la participación social en los usuarios, en conjunto con el intersector a través de actividades comunitarias tales como:

- Baby Shower comunitario.
- Talleres para usuarios (Diabéticos, funcionarias del jardín infantil)
- La caminata familiar por la salud y la seguridad.
- Talleres de salud mental.
- Talleres de parentalidad social.

Cuyos resultados fueron positivos, y esto fue reflejado en la cantidad de asistentes a las diferentes actividades realizadas.





3. DESAFÍOS 2020

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; lograr tener a disposición de la comunidad de Chumaquito la prestación de toma de electrocardiograma y lograr la ampliación de un box de atención para aumentar la capacidad operativa del establecimiento.

Mejorar la satisfacción usuaria externa, estableciendo canales claros de comunicación con la comunidad, de manera de contribuir integralmente a las problemáticas de la comunidad, utilizando como principal red el Consejo de Desarrollo Local, el cual se encargará de difundir y canalizar la resolución de estas mismas, a las respectivas organizaciones.

Difundir el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar a la comunidad, aumentar las estrategias de promoción y prevención, de las actividades comunitarias realizadas con el intersector, que respondieron positivamente a las intervenciones abordadas.

Focalizar las problemáticas vigentes en intervenciones tempranas con el objetivo de disminuir conductas de riesgo.

Optimizar la organización del CECOSF desde distintos ámbitos: ajuste de las agendas profesionales, realización y trazabilidad protocolos eficientes, habilidades de comunicación, resolución de conflictos y el fortalecimiento del trabajo en equipo.



MATRIZ DE PRIORIZACION DE PROBLEMAS DE SALUD 2020

	<u>MAGNITUD</u>	<u>TRASCENDENCIA</u>	<u>VULNERABILIDAD</u>	<u>FACTIBILIDAD</u>	<u>PUNTAJE FINAL</u>
<u>PROBLEMA</u>	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	
Alta prevalencia de mal nutrición por exceso en niños de 5 a 9 años.	5	5	1	3	14
Alta incidencia de Depresión en la población bajo control de Salud Mental	5	5	3	4	17
Alta prevalencia de consumo problemático de Alcohol	5	5	2	2	14
Baja cobertura de asistencia a talleres NEP	4	3	3	4	14
Baja cobertura de asistencia de cuidadores de personas con dependencia severa a talleres de capacitación.	4	2	3	4	13
Bajo Cobertura de AATT	3	5	2	2	12
Baja pesquisa de Tuberculosis	2	5	5	5	17
Baja cobertura de seguimiento de usuarios con EMPAM alterados	3	5	4	5	17
Alta incidencia de caries en menores de 20 años	5	4	2	2	13
Baja cobertura de educación en salud a grupos organizados de adultos mayores de la comuna.	3	3	5	2	13
Alta consulta morbilidad categoría C4-C5 en Servicio de Urgencia Rural del CESFAM.	5	2	2	3	12
Baja cobertura de atención nutricional a mujeres con diabetes gestacional	2	5	5	4	16
Baja asistencia de mujeres de 25 a 64 años a toma Papanicolaou.	3	5	3	4	15
Baja cobertura de control preconcepcional en mujeres con IR. HTA y DM II que se encuentran bajo control.	3	5	4	3	15



MATRIZ DE PLANIFICACION UNIDAD SALUD MENTAL AÑO 2020

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 2020	Equipo Salud Mental	<u>Talleres Planificados</u> *100 Talleres Realizados
						Prevención Consejería Individual y Familiar	02 de enero al 31 de diciembre 2020	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 2020	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 2020	Equipo Salud Mental	<u>Nº de Asistentes a Talleres</u> *100 Nº de Asistentes Programados
Alta Prevalencia de Consumo de Alcohol De Riesgo	Reducir el consumo de riesgo de alcohol en pacientes y usuarios del CESFAM de Requinoa y postas rurales, según puntaje obtenido por Tamizaje audit. (3.3)	Disminuir el consumo de riesgo mediante la ejecución de intervenciones mininas y breves	Brindar y realizar intervención apropiada para consumo de riesgo	Total pesquisados con AUDIT, ASSIST Y CRAFFT	Apoyo instrumentos Tamizaje.	Promoción Psicoeducación grupal sala de espera	02 de enero al 31 de diciembre 2020	Equipo Salud Mental	<u>Nº Talleres Planificados</u> * 100 Nº Talleres Realizados
						Prevención Consejería Individual y Familiar	02 de enero al 31 de diciembre	Equipo de Salud	<u>Nº de Consejería realizadas</u> *100 Nº usuarios con



							2020		consumo de riesgo
						Diagnóstico y tratamiento Tamizaje, intervención o derivación	02 de enero al 31 de diciembre 2020	Equipo Salud Mental	<u>Nº de Usuarios Diagnosticados</u> * 100 Nº Derivaciones Asistidas
						Rehabilitación Taller multifamiliar para pacientes y familiares de pacientes OH	02 de enero al 31 de diciembre 2020	Asistente social capacitada en formación de club multifamiliares	<u>Nº de Grupos Formados</u> * 100 Nº de Grupos Planificados



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 la cantidad anual de baciloscopías en un 80% del indicador Ideal de 50 baciloscopías por cada 1000 consultas de morbilidad en mayores de 15 años(40 baciloscopías cada 1000 consultas de morbilidad en mayores de 15 años)	Tomar 778 BK al 31 de diciembre de 2020	<p>Focalización de BK en grupos de riesgo</p> <p>BK a los pacientes de programas crónicos: Cardiovascular, Programa ERA y Programa de Dependencia Severa.</p> <p>BK en sintomáticos respiratorios que consulten en Servicio de Urgencia Rural</p> <p>BK en sintomáticos respiratorios que consultan en CESFAM, CECOSF Y POSTAS.</p>	<p>Pesquisa dirigida a inmigrantes, adultos mayores, personas en situación de calle.</p> <p>Pesquisa a pacientes de patologías crónicas: DM, EPOC, dependencia severa, Asma, LCFA.</p> <p>Solicitud de BK a todo sintomático Respiratorio en control Sala IRA.</p> <p>Solicitud de BK asociada a toda Radiografía de Tórax de convenio 2020 por sospecha de NAC.</p> <p>Establecer meta de BK de acuerdo al objetivo 2020 por establecimiento de la Red comunal de salud que otorgue consultas de morbilidad.</p> <p>Capacitación a funcionarios de SUR: administrativos y TENS.</p> <p>Campaña de incentivación a los equipos de salud.</p> <p>Monitoreo de BK mensuales a encargado de programas y equipos.</p>	2 de enero al 31 de diciembre 2020	Equipo de TBC Encargados del PROCET.	REM BM18A



MATRIZ DE PLANIFICACION PROGRAMA ADULTO MAYOR

Problema de salud priorizado	Relación con ENS	Objetivo General	Objetivo específico	Meta	Estrategias	Actividades	Plazo	Responsable	Indicadores
Aplicación del Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor (EMPAM)	OE.4 Mejorar el estado de salud de los Adultos Mayores	Fomentar la autovalencia en los adultos mayores	Aumentar el porcentaje de adultos mayores con EMPAM anual vigente	Lograr un 53% de EMPAM aplicados a la población per cápita de personas de 65 y más años.	Agendas protegidas y programadas con Enfermero/a para la aplicación del EMPAM	Citación efectiva de adultos mayores para aplicación de EMPAM	Anual (se revisará vigencia anual mes a mes)	Enfermeros de equipos de cabecera	N° de EMPAM aplicados *100 N° usuarios de 65 años y más inscritos en el Departamento de Salud
Baja cobertura de seguimiento de EMPAM alterado (riesgo y riesgo de dependencia)			Realizar seguimiento a usuarios con EMPAM en riesgo y riesgo de dependencia	Aumentar la cobertura de control de usuarios con EMPAM alterado (riesgo y riesgo de dependencia)		Rescate de usuarios con EMPAM atrasado Control a los 6 meses de usuarios con EMPAM con riesgo y riesgo de	Mensual Semestral	Enfermera Enfermero/a de equipo de cabecera	EMPAM rescatados*100 N° de Usuarios de 65 años y más inasistentes a EMPAM N° de EMPAM de seguimiento a 6 meses*100 N° de EMPAM



						dependencia			con riesgo y riesgo de dependencia aplicados en 1 año
						Asegurar la intervención de casos con EMPAM en riesgo y riesgo de dependencia	Semestral	Enfermero/a de equipo de cabecera	<u>Nº de EMPAM con intervención x100</u> Nº de EMPAM con riesgo y riesgo de dependencia
Baja educación en salud a los grupos organizados de adultos mayores de la Comuna			Promover y educar a los adultos mayores para generar autovalencia en este grupo	Aumentar el número de Clubes de adulto mayor con talleres realizados		Talleres educativos en prevención y promoción de salud	Semestral	Integrantes de la Mesa Multidisciplinaria del adulto mayor	Nº de Talleres realizados*100 Nº de talleres programados



MATRIZ DE PLANIFICACION PROGRAMA DE ATENCION DE SALUD DE LA MUJER.

Problema de Salud Priorizado	Relación con Estrategia Nacional de Salud	Objetivo General	Objetivo Específico	Meta	Estrategias	Actividades	Plazo	Responsable	Indicadores+100
Insuficiente evaluación y control nutricional de mujeres con diagnóstico de diabetes gestacional	OE4 Disminuir la mortalidad perinatal.	1. Aumentar la cobertura de control nutricional a gestantes con diagnóstico de diabetes gestacional.	1.1.- Entregar consejo dietético profesional para adecuar el consumo de hidratos de carbono, en usuarias con diabetes gestacional. 1.2.- Prevenir el aumento exagerado de peso y asegurar la ingesta de nutrientes necesarios para la gestación. 1.4.- Mantener patología compensada con dieta. 1.3.- Asegurar el cupo de control nutricional para la población de mujeres con diabetes gestacional	Entregar una adecuada evaluación y control nutricional a usuarias con diabetes gestacional (que al menos el 70% de las usuarias con diagnóstico de diabetes gestacional y sobrepeso u obesidad cuenten con al menos 3 controles con nutricionista durante el embarazo)	Adecuada coordinación para la derivación de usuarias entre unidad maternal y profesional nutricionista. Mantener un registro de la población diagnosticada con diabetes gestacional	Mantener cupo de urgencia con nutricionista para usuarias diagnosticadas con diabetes gestacional. Existencia de planilla compartida entre nutricionistas y matronas para registrar fechas de controles realizados por nutricionista. Evaluación trimestral de los casos ingresados y los controles realizados por nutricionista (analizar caso a caso, inasistencias a citaciones, diagnóstico con edad gestacional tardía, derivación a visita domiciliaria, etc.) Visita domiciliaria por nutricionista en aquellos casos que amerite (meta al menos el 80%)	Enero - diciembre 2020, Enero 2020 Marzo, junio, septiembre, diciembre 2020 Marzo - diciembre 2020	Jefa/e Programa Salud de la mujer y nutricionista referente de la mesa territorial de diabetes gestacional	Número de gestantes con diabetes gestacional con sobrepeso u obesidad con 3 o más evaluaciones por nutricionista durante el embarazo Número total de gestantes con diabetes gestacional y sobrepeso u obesidad. Existencia de planilla compartida entre unidad maternal y n nutricionistas Número de usuarias con diabetes gestacional con VDI por nutricionista realizada Número de usuarias derivadas a visita por nutricionista



DOTACION 2020

CATEGORIA	Nº Total Funcionarios	Total Horas Semanales
Médico	12	517
Odontólogo	9	264
Químico Farmacéutico/a	2	88
Director CESFAM	1	44
Jefe Departamento	1	44
Enfermero/a	10	396
Matrón/a	7	264
Nutricionista	5	209
A. Social	4	220
Psicólogo/a	4	165
Kinesiólogo	6	209
Profesor Ed. Física	1	44
Terapeuta Ocupacional	1	44
Tecnólogo Médico	3	110
Fonoaudiólogo	1	44
Otro Profesional	1	44
Tec. Enfermería Nivel Superior	41	1760
Tec. Sup. Informático	1	44
Técnicos Paramédicos	11	462
Técnico Administrativo/a	2	88
Of. Administrativo/a	24	1056
Auxiliares de Servicio	11	462
Conductores	7	308
Camilleros	4	176
TOTAL HORAS DOTACION	169	7062



ANEXOS



ANEXO N° 1. PROTOCOLO DE DERIVACIONES A OPD

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 pública 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.

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.

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.

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 restablecer 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).

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.

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.

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

OBJETIVO

Elaborar una respuesta oportuna en aquellas situaciones de emergencia que involucren a niños, niñas y adolescentes (NNA) de la comuna de Requínoa, 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.

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.

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.

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