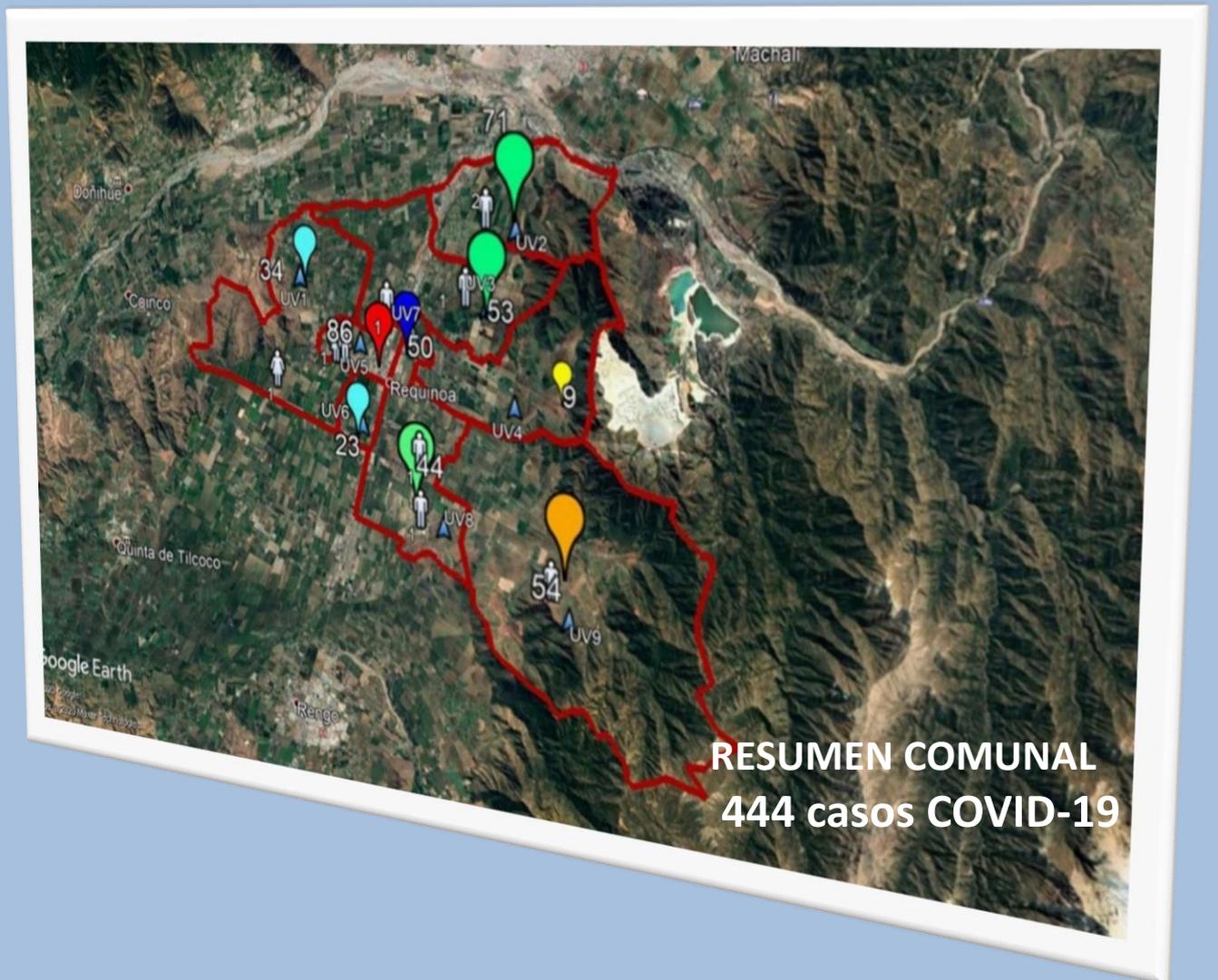




PLAN DE SALUD COMUNAL AÑO 2021

CENTRO DE SALUD FAMILIAR

DR. JOAQUIN CONTRERAS SILVA



JEFE DE DEPARTAMENTO DE SALUD: GERARDO VILLANUEVA BOZA

DIRECTOR: EDUARDO ALLENDES GARCÍA

I N D I C E

INTRODUCCIÓN	4
DIAGNÓSTICO DE SALUD LOCAL.....	5
ANTECEDENTES SOCIO CULTURALES.....	5
PERFIL EPIDEMIOLOGICO	6
CIFRAS COVID-19.....	8
HITOS LOGISTICOS RELEVANTES ASOCIADOS A LA PANDEMIA	9
PROGRAMA DE SALUD INFANTIL.....	10
MATRIZ PROBLEMA PROGRAMA SALUD INFANTIL A TRABAJAR	12
PROGRAMA DE ATENCION DE SALUD A LA MUJER	13
CÁNCER CERVICOUTERINO.....	13
CÁNCER DE MAMAS	14
EMBARAZADAS Y CONTROL PRENATAL.....	15
MUJERES EN EDAD DEL CLIMATERIO	16
MATRIZ DE PLANIFICACION PROBLEMA PROGRAMA DE ATENCION DE SALUD DE LA MUJER	18
PROGRAMA CARDIOVASCULAR.....	20
Programa Cardiovascular y COVID-19: Análisis de la realidad local y su impacto a Octubre 2020.	22
DESAFIOS DEL PLAN DE SALUD CARDIOVASCULAR 2021	22
MATRIZ DE PLANIFICACION PROGRAMA CARDIOVASCULAR	24
PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS MAYORES.....	26
Desafíos para el año 2021:	27
MATRIZ DE PLANIFICACION PROGRAMA ADULTO MAYOR	28
PROGRAMA DE PACIENTES CON DEPENDENCIA SEVERA.	29
Situación COVID19	30
PROGRAMA DE REHABILITACION INTEGRAL CON BASE COMUNITARIA (RBC) 2021	32
ESTADÍSTICAS AÑO 2020	33
Desafíos 2021:	34
PROGRAMA ODONTOLÓGICO	35
NIÑAS Y NIÑOS DE 6 AÑOS LIBRES DE CARIES	36
CONTROL ODONTOLÓGICO EN POBLACIÓN DE 0 A 9 AÑOS (CERO)	36
ESTRATEGIAS.....	36
INDICADORES	37
ACTIVIDADES:.....	37
METAS.....	37
PROGRAMA DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS DEL NIÑO (IRA) Y DEL ADULTO (ERA)	38
FUNCIONAMIENTO DEL PROGRAMA AÑO 2020	38
Desafíos Propuestos Para el año 2020	39
PROGRAMA DE SALUD MENTAL.....	41
ANTECEDENTES RELEVANTES.....	42
3.- Convenios/Programas Salud Mental 2020	43

PROBLEMAS PRIORITARIOS SALUD MENTAL.....	44
MATRIZ DE PLANIFICACION UNIDAD SALUD MENTAL AÑO 2021.....	46
PROGRAMA ELIGE VIDA SANA.....	48
ACTIVIDADES EN EL 2020	49
Dificultades.....	49
PROYECCIÓN 2021.....	49
PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD	50
DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO CESFAM REQUÍNOA Y POSTAS 2018.....	51
DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO CECOSF CHUMAQUITO 2017-2018.....	51
PLAN INSTITUCIONAL DE PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD 2020	51
PLAN DE PARTICIPACIÓN SOCIAL CECOSF CHUMAQUITO 2020	53
PROGRAMA MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA (MAIS).....	54
OBJETIVOS DEL PROGRAMA.....	55
CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS DEL PROGRAMA	55
PRINCIPALES PROBLEMAS PESQUISADOS EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO:	57
PLAN TRIENAL DE PROMOCION DE SALUD 2019-2021.....	58
SERVICIO DE URGENCIA RURAL (SUR)	60
EDUCACIÓN Y VINCULACIÓN CON EL MEDIO	61
PROBLEMA A TRABAJAR EN SERVICIO DE URGENCIA RURAL (SUR)	63
CENTRO COMUNITARIO DE SALUD FAMILIAR CHUMAQUITO (CECOSF)	65
1. CONTEXTO SOCIAL.....	65
2. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL	66
3. DESAFÍOS 2021.	66
PROGRAMA DE CONTROL Y ELIMINACION DE LA TUBERCULOSIS	67
MATRIZ PROBLEMA PROCET	69
UNIDAD DE LABORATORIO CLÍNICO	70
Prestaciones de Laboratorio:.....	71
Proyecciones para el año 2021:.....	72
CURACIONES AVANZADAS Y SIMPLES	73
Desafíos 2021	74
MATRIZ DE PRIORIZACION DE PROBLEMAS DE SALUD 2021	75
DESAFÍOS INSTITUCIONALES	78
ANEXOS	79
ANEXO N° 1. P	80
ROTOCOLO DE DERIVACIONES A OPD	80
ANEXO N° 2. PROTOCOLO PARA ABORDAJE DE CASOS DE EMERGENCIA	83

INTRODUCCIÓN

El mundo, desde diciembre del año pasado dejó de ser el mismo y la forma de vivir en él ya no es igual. Un virus ha sido el responsable de debacles sociales, económicos y humanos. Su nombre: SARS COV 2, responsable de la enfermedad denominada COVID-19, causando la pandemia que aún nos tiene ocupados y con incertidumbres que la humanidad no conocía. Muchas vidas se han perdido prematuramente por efecto de esta enfermedad y nuestra comuna no ha estado exenta de ello, debiendo lamentar hasta el momento 12 personas fallecidas; 7 hombres y 5 mujeres. El primer caso fue diagnosticado en nuestro país el 03 de marzo, en tanto a nivel regional y comunal el debut fue el mismo día; 18 de marzo. Los casos hasta hoy en nuestra comuna son 444, los cuales desde el 03 de julio han sido sectorizados utilizando las herramientas que la tecnología nos permite, logrando con ello, identificar los lugares y personas con casos positivos para focalizar los recursos existentes hacia la pesquisa precoz, el aislamiento oportuno y seguimiento apropiado de las personas afectadas.

La pandemia en desarrollo ha causado daños relevantes en el ámbito de la salud y de sus objetivos establecidos explícitamente en las Estrategias Nacionales de Salud 2011-2020. En algunos casos nos ha hecho retroceder una década respecto al logro de coberturas alcanzadas hasta el año pasado, situación grave, que afecta específicamente a nuestros conciudadanos más vulnerables.

A nivel local la pandemia ha visibilizado de forma dramática la infraestructura precaria e insuficiente de nuestro CESFAM y ha hecho, más evidente que nunca, la urgencia de reponer el edificio, el cual ya tiene 39 años y el nuevo edificio una espera de 13 años. Hemos debido buscar las alianzas necesarias con la comunidad para acceder a recintos con el objetivo de continuar otorgando las prestaciones sanitarias que la ley nos mandata, debiendo trasladar unidades completas, con las consecuentes incomodidades para usuarios externos y funcionarios. Gran parte de nuestro equipo de salud ha sido afectado en su salud mental por el estrés e incertidumbre de los últimos 8 meses y de verse presionado por entidades que insisten constantemente en retomar la normalidad desconociendo las distintas realidades de nuestro país.

El presente documento expresa el trabajo realizado durante este año. Entre líneas se aprecia la frustración, el desconsuelo, la impotencia de laborar con poco y entregando mucho. Hemos visto partir a seres amados, hemos sido testigos de actos solidarios extraordinarios, hemos visto esfuerzos y largas jornadas de trabajo. Nos hemos empapado con múltiples funciones que la necesidad nos ha impuesto, también hemos sido testigos del egoísmo de nuestra especie, del narcisismo de unos, el autoritarismo de otros, la obsecuencia, la tozudez, el ingenio y la grandeza del ser humano. Sin embargo, nos quedamos con la esperanza de salir airosos, de evitar el máximo de pérdidas humanas y de que más temprano que tarde podamos abrazarnos confiadamente.

No somos héroes, somos trabajadores de la salud que no buscamos el aplauso, ni cámaras ni fama, sólo requerimos el respeto y los recursos necesarios para brindar nuestro trabajo con dignidad y desde allí iniciar el proceso de reconstrucción sanitaria para alcanzar los objetivos pretendidos por todos quienes desarrollamos nuestro ser en este sector llamado SALUD PÚBLICA. Concluyo señalando que aún cuando los mensajes quieran apartarnos de lo evidente: “continuamos en pandemia”.

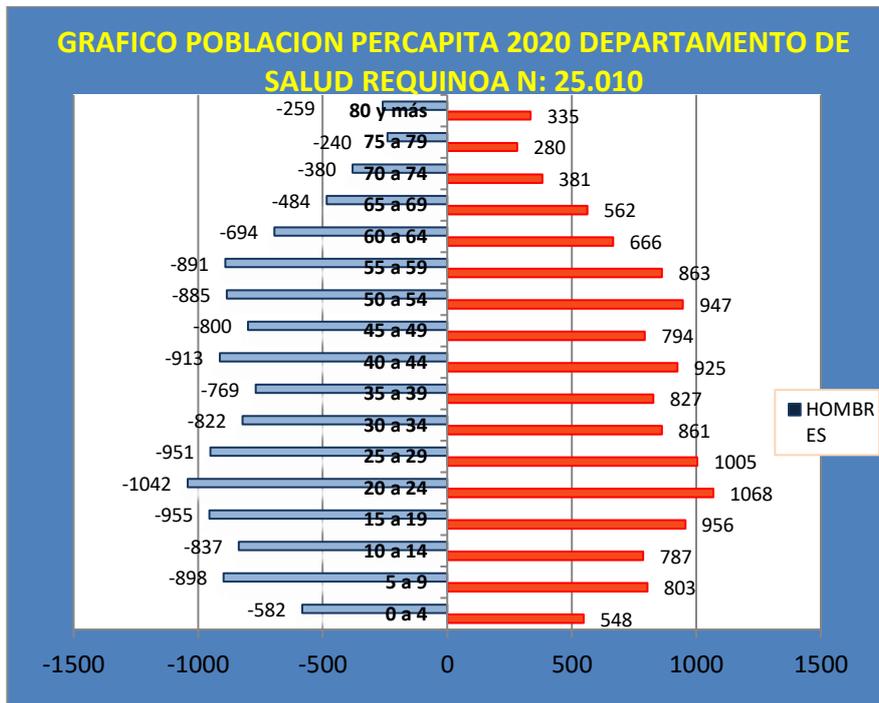
El Director

DIAGNÓSTICO DE SALUD LOCAL

1. ANTECEDENTES DEMOGRÁFICOS

El dato actualizado en la plataforma SINIM indica que nuestra comuna tiene una población de 29.922 habitantes; 49.74% mujeres y un 50.26 varones. En tanto la población per-cápita al corte del 31 de agosto del año 2020, es de 25.010 personas (Gráfico N°1) aún no validada por el Fondo Nacional de Salud FONASA, si así fuese se traduciría en un incremento de 404 personas inscritas, representando un 1,64% más que la población per cápita del año 2020. El 8,1 % de la población pertenece a pueblos originarios.

Gráfico N° 1. Población Percápita 2021.



FUENTE CESFAM.

La Tasa de Natalidad de nuestra comuna para el año 2019 fue de 12 por 1.000 nacidos vivos. (SINIM).

La Tasa de mortalidad infantil es de 6 niños por 1000 nacidos vivos.

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

La Densidad Poblacional corresponde a 44 hbt./km², año 2019.

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).

ANTECEDENTES SOCIO CULTURALES.

El índice de Pobreza Comunal de acuerdo a CASEN 2017 estaba determinado en un 7.71%.

En la tabla siguiente se muestra el tipo y número de Organizaciones Comunales al año 2020.

El índice de vejez es 45, el regional; 57,4 en tanto el nacional 56,9.

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

ORGANIZACIÓN COMUNITARIA	Nº
Clubes Deportivos Vigentes	46
Juntas de Vecinos Vigentes	68
Centros u Organizaciones de Adultos Mayores	24
Centros de Padres y Apoderados	28
Otras Organizaciones Comunitarias Funcionales	487
Uniones Comunales	6
Compañías de Bomberos	3
Centros Culturales	0
Nº ORGANIZACIONES COMUNITARIAS	662

Fuente: SINIM.

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 2019.

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

INTERMEDIACION LABORAL	Nº de Personas
Personas enviadas a un empleo	900
Personas inscritas para capacitación	0
Personas inscritas en la Municipalidad en busca de empleo	900
Número de personas que egresan de cursos de capacitación laboral	68
Tasa Logros de Egresos de Capacitación (%)	0

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 2020 es de 4.167 de las cuales 541 son alumnos de pre-básica, 2.676, de nivel básico y 950 de enseñanza media. (Fuente: DAEM Requínoa. Director Liceo San José).

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 Requínoa 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). No existen datos actualizados al cierre de este trabajo.

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: 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

Datos preliminares indican que el año 2019 nuestra comuna registra 4 casos de Sífilis, 6 casos de VIH en adultos y 7 de Gonorrea en adultos. (Epivigila. SEREMI Región de O'higgins).

CIFRAS COVID-19

El primer caso diagnosticado en nuestro país sucedió el 03 de marzo del año en curso. El día 18 del mismo mes nuestra región presentó los dos primeros casos siendo uno de ellos habitante de nuestra comuna.

A objeto de poder sectorizar y poder destinar los recursos existentes al testeo, trazabilidad y aislamiento, integrantes del Equipo de Salud motivados, iniciaron la ubicación geográfica de los casos utilizando la tecnología a disposición, acción que persistirá hasta cuando las condiciones lo ameriten. Además nuestra institución inició la realización del examen específico para diagnosticar COVID-19, llamado PCR, el día 28 de abril, posteriormente iniciamos la Búsqueda Activa de Casos en población asintomática. Hasta el 18 de noviembre se han tomado en ambos grupos y analizado 2407 muestras con 265 positivas; de las cuales 118 corresponden a mujeres y 147 a varones de nuestra comuna principalmente, pues 20 personas del total señalado viven en otras comunas.

Datos Casos Covid-19 al 18 de noviembre según Informe Epidemiológico N° 69 del 18-11-2020 con datos al 15 de noviembre.

LUGAR	Población	Casos Acumulados	*Tasa Incidencia Acumulada	N° Casos Activos	TASA	**Tasa Letalidad
PAIS	19.458.310	604.720	3107.8	11.103	57.1	3.3
REGION	991.063	24.095	2431,2	389	39,3	3.3
COMUNA	30.371	597	1965.7	9	29.6	

FUENTE: MINSAL

*Tasa de incidencia por 100.000 habitantes.

**Tasa de letalidad: proporción de personas con COVID-19, que fallecen en relación con el total de personas que han contraído la enfermedad. Se expresa como porcentaje. Considera muertes debido a Covid-19 con y sin confirmación de laboratorio informadas por el Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) del MINSAL, independiente de su estado de notificación o clasificación en la plataforma EPIVIGILA.

Defunciones al 12 de noviembre, según informe DEIS.

LUGAR	N° DEFUNCIONES	*TASA OBSERVADA	**TASA AJUSTADA
PAIS	19.782	101.66	63.57
REGION	768	77.49	44.38
COMUNA	12	39.5	8.8

El total de defunciones y la mortalidad por Covid19 se presenta por *Tasas Observadas por cien mil habitantes con Población INE, Censo 2017; y **Tasas ajustadas por cada cien mil habitantes con Población Estándar INE, Censo 2002.

El COVID-19 este año es la principal causa de muerte en nuestro país entre el grupo de las 10 primeras, con un total de 19.782 defunciones, le sigue las enfermedades isquémicas del corazón con 6.627, luego enfermedades cerebrovasculares con 6.446 defunciones, etc.

HITOS LOGISTICOS RELEVANTES ASOCIADOS A LA PANDEMIA

- 03 de marzo; primer caso regional y comunal.
- 20 de marzo; conformación de sistema de turnos laborales de 14 por 14 días, para hacer frente a la pandemia entre todos los funcionarios que quedan activos. Se inicia sistema de teletrabajo y se retira personal de alto riesgo y embarazadas.
- Marzo, se conforma el grupo COVID-19 para abordar técnica y administrativamente el trabajo a realizar.
- Abril, traslado unidad de vacunatorio, control sano y controles crónicos a CCR a objeto de habilitar espacios separados para morbilidad general y respiratoria y box de aislamiento y toma de PCR.
- Abril, se sacan las prestaciones curaciones simples y avanzadas del Servicio de Urgencia para establecer box de aislamiento COVID-19 y toma PCR.
- Se refuerza equipo humano en distintas unidades dando prioridad al Servicio de Urgencia y equipo médico.
- Mayo, se traslada unidad maternal a CECOSF, dejando en CESFAM las atenciones de morbilidad general y respiratoria, toma de exámenes de laboratorio, entrega de medicamentos, entrega PNAC, atenciones odontológicas de urgencia y administración.
- Mayo – Junio se efectúan diversos trabajos de ampliación de planta física para optimizar y ampliar espacios con fines clínicos y de bodegaje.
- Semana Epidemiológica N° 27; entre el 28 de junio y el 04 de julio se da hasta hoy el peak de casos; 98.
- Agosto; el equipo expone trabajo efectuado a SEREMI de Salud regional Dra. Daniela Zavando, quien felicita al equipo y lo coloca como ejemplo en punto de prensa regional indicando textualmente que el Equipo de Salud de nuestra comuna iba 2 pasos delante de las medidas implementadas por el MINSAL.
- Septiembre, se da inicio al Plan Pasos a Paso en nuestro CESFAM, aumentado cobertura de prestaciones que estaban fuera de las atenciones críticas. Destacando que nuestro equipo determinó desde el inicio otorgar el mayor número de atenciones aun cuando las condiciones físicas eran y son notablemente adversas.
- Destacar respecto al Plan Paso a Paso que nuestra comuna siempre ha permanecido en Fase 3.
- Noviembre, nuestros funcionarios agotados vemos como las cifras son esperanzadoras y se mantienen en rangos bajos. A la fecha el saldo deja 10 funcionarios diagnosticados de un total de 192 (5.2%), ningún secuelado ni fallecido.

PROGRAMA DE SALUD INFANTIL

El programa de salud infantil hoy más que nunca debe contribuir a la salud y el desarrollo integral de niños y niñas menores de 10 años, especialmente en su contexto familiar, porque los niños y niñas dejaron de ir al jardín a los colegios y se han mantenido en el seno familiar durante al año 2020 gracias a la pandemia del coronavirus.

“De acuerdo con la evidencia disponible hasta la fecha, los niños y niñas son menos sintomáticos ante la infección por SARS-CoV2 o tienen síntomas menos severos”

“A pesar de que la mortalidad en niños y niñas es menor a la población adulta, este grupo es especialmente vulnerable a los efectos indirectos de la pandemia. En particular, la interrupción de la entrega de los servicios de salud aumentaría en distintos grados, la mortalidad infantil, concentrándose ésta en población de ingresos medios y bajos”.

A nivel comunal la atención Primaria de Salud implementó diversas estrategias que iban desde atención domiciliaria por médico a menores de 1 mes y 3 meses, control de diadas por matronas, control telefónico de los menores de 5 meses por nutricionista, atención domiciliaria por profesional enfermero hasta llegar a la presencial nuevamente con el objetivo de dar continuidad en la entrega de prestaciones a los niños y niñas menores de 18 meses tomando las medidas de seguridad que indicaba la autoridad sanitaria para evitar contagios tanto para los consultantes como para los profesionales y funcionarios de salud.

El MINSAL estableció prestaciones críticas tales como; atención de menores de 6 meses. Sin embargo, a nivel local se implementó la atención presencial hasta los 18 meses y a toda madre que desea atender a sus hijos se le otorga una hora con el profesional que corresponde.

Durante el mes de octubre se retomaron las VDI a menores con déficit en su DSM. Presentando los casos vía correo a los enfermeros de equipos de cabecera.

Hemos mantenido una cobertura de LME de 70% a septiembre del 2020 igual cobertura al mismo mes del año 2019, sobre la meta nacional.

Se ha mantenido la aplicación de EDP a los 8 meses. El año 2019 se realizaron 222 aplicaciones vs 129 realizados a octubre año 2020. Este año no se ha diagnosticado ningún niño en riesgo.

La cobertura alcanzada de aplicación de EDP a niños y niñas de 18 meses a octubre de este año es de 67% vs 80% del año 2019.

Se han diagnosticado 4 niños de 18 meses con riesgo en su DSM, y se han recuperado 3 de ellos alcanzando una cobertura de 75%.

Se ha mantenido la entrega de material CHCC y también se ha entregado material retroactivo en domicilio (2 casos) a aquellos niños que por alguna razón no lo recibieron.

Importante resaltar el que la educadora de Párvulos de la Sala de Estimulación cumple actividades remotas con niños vulnerables ingresados a MADIS.

Los controles de otras edades tales como niños preescolares (2 a 5 años) y escolares (6 a 9 años) para el año 2019 era de 1205 y 504 respectivamente. En cambio este año llevamos un total de

256 preescolares y 93 escolares respectivamente. La población de 5 a 9 años en la comuna asciende a 1550.

En el año 2019 se realizaron 179 TEPSIS, alcanzando una cobertura de 74%, durante el año 2020 hemos efectuado 42 aplicaciones a Octubre del 2020 alcanzando un 37% de la meta propuesta la cual par ambos años se estableció localmente en un 90%.

Algunos de los desafíos establecidos en el Plan de Salud Comunal del año 2020 se han ido desarrollando, pero no a la velocidad de años anteriores. Otros en tanto, se han postergado debido al confinamiento exigido durante el desarrollo de la pandemia, como por ejemplo; la atención de niños y niñas con obesidad, los Talleres Nadie es Perfecto, y controles escolares, actividades que se han visto afectadas en forma relevante.

El coronavirus es una enfermedad altamente contagiosa que nos obliga a disminuir los rendimientos para proceder a la desinfección de equipos y box de atención. Se agrega a esto los problemas y transformación de infraestructura que no permite el normal funcionamiento del programa.

DESAFIOS 2021

- Mantener coberturas superiores al 60% de LM y mantener consultas y clínicas LM.
- Aumentar coberturas de controles sanos críticos.
- Aumentar cobertura de EDP 8 y 18 meses con EDP.
- Recuperación del déficit en niños de 18 meses de 90%.
- Aumentar cobertura de controles sanos de preescolares y escolares
- Aumentar cobertura de TEPSI.
- Implementar estrategias nuevas para Talleres N es P
- Implementar atenciones presenciales en sala de estimulación y VDI

MATRIZ PROBLEMA PROGRAMA SALUD INFANTIL A TRABAJAR

Problema de Salud Priorizado	Relación con ENS	Objetivo General	Objetivo Especifico	Meta	Estrategias	Actividades	Plazo	Responsable	Indicadores
Baja cobertura de controles sanos debido al confinamiento por pandemia COVID-19.	OE 4 Ciclo Vital	Contribuir al desarrollo integral de niños y niñas de 0 a 9	<p>Pesquisar oportunamente déficit DSM.</p> <p>Pesquisar oportunamente depresión post parto.</p> <p>Pesquisar tempranamente vulnerabilidades que afecten el desarrollo y crecimiento.</p>	<p>100% a niños menores de 2ª.</p> <p>70% de niños de 3 a 5 años</p> <p>50% a niños de 6 a 9 años.</p>	<p>Contar con profesionales enfermeros suficientes para poder aumentar cobertura.</p> <p>Trabajo en equipo con técnicos.</p> <p>Revisión de tarjetero infantil para identificar niños y niñas sin control.</p> <p>Rescate telefónico de pacientes.</p>	<p>El Técnico de cada PSR realizará un listado de pacientes y llamará telefónicamente para agendar una hora.</p> <p>Los enfermeros mantendrán los controles sanos presenciales.</p> <p>Los médicos continuarán la atención presencial a niños de 1 y 3 meses</p> <p>Las matrona mantendrán el control de diadas.</p>	2 de enero al 31 de diciembre 2021	Equipo PSI	REM A01/ REM A03

PROGRAMA DE ATENCION DE SALUD A LA MUJER

El año 2020 ha sido severamente afectado por la pandemia COVID-19, lo que influyó directamente en las actividades entregadas por el programa obligando a priorizar aquellas de carácter irrenunciable, a continuación se resumen las actividades priorizadas por el programa de la mujer año 2020:

Prestaciones irrenunciables del Programa de la mujer (Presenciales)

- Ingreso a Control Prenatal y controles prenatales
- Control de Díada, Puérpera o Recién Nacido post alta.
- Ingreso a Regulación de Fertilidad y Controles de regulación de fertilidad priorizados.
- Consulta espontánea (Toma de PAP y EFM)
- Entrega de métodos anticonceptivos, y Terapia hormonal de reemplazo
- Revisión por profesional de exámenes con resultados fuera de rango normal
- Visita domiciliaria a gestantes (priorizadas), puérperas y/o díadas según normativa técnica.

Prestaciones No presenciales

- Consulta y Controles telefónicos a usuarias que lo requieren
- Consejerías
- Acciones remotas de seguimiento en riesgo psicosocial para gestantes
- Seguimiento telefónico COVID-19, Programa de la mujer realiza trazabilidad técnica a gestantes, puérperas y/o díadas.

En el presente documento se resumen 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 2020 de 10.226. En tanto, la población de este mismo grupo etáreo para el año 2021, según corte Percápita del 31 de agosto del año 2020 es de 10.470 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 hab., 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 2019 fue de un 70.7. %, logrando que 4737 mujeres entre 25 y 64 años tuviesen su PAP vigente, de una población inscrita de 6692. Esta cobertura es una de las más altas de la región. En tanto, hasta el 30 de Septiembre del año 2020 la cobertura alcanzó un 53.5 %, con 3741 mujeres de igual grupo etario, (Citoexpert), con una población inscrita de 6983 mujeres. Se esperaba que al año 2020 la cobertura nacional y comunal fuera de un 80%, sin embargo, la pandemia SARS COV-2 afectó severamente la cobertura de mujeres con PAP vigente.

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 2020

POBLACION INSCRITA	PAP VIGENTE	
	N°	%
6983	3741	53.5

Fuente: citoexpert

TABLA N° 2: TOTAL DE PAP REALIZADOS ELA COMUNA SEGUN RESULTADOS OBTENIDOS AÑOS 2019 Y 2020.

AÑO	Nº TOTAL PAP	NORMALES	ATIPICOS	LESION PRE-CANCEROSA (NIE I-II-III)	CANCER CERVICO UTERINO	MENOS QUE OPTIMOS
2019	1872	1776	39	48	0	9
09/2020	567	531	10	15	0	11

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.

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 esperaba que para el año 2020, el 80% de las mujeres entre 50 y 69 años tuviera una mamografía vigente. Nuestra comuna a septiembre del año 2020 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 2015 al 30 de septiembre del 2020

AÑO	EFM REALIZADOS	NORMALES	PROBABLE PATOLOGIA BENIGNA	PROBABLE PATOLOGIA MALIGNA
2015	866	794	69	3
2016	816	700	114	2
2017	766	652	107	7
2018	776	626	148	2
2019	667	557	108	2
09/2020	156	114	41	1

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 2020.

POBLACION INSCRITA	MX VIGENTE	
	N°	%
4961		
TOTAL	1704	34.3

Fuente: Bases de Datos CESFAM y PSR Requínoa

Durante el año 2019 se derivaron a la Unidad de Patología Mamaria 29 mujeres; de las cuales; 19 correspondían a Probable Patología Benigna y 10 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 2019 fue de 620 en tanto se efectuaron 62 Ecotomografías Mamarías. Durante el año 2020, al 30 de septiembre se han efectuado 72 de un total de 700 mamografías asignadas y 11 de un total de 140 Ecotomografías mamarías asignadas, en los grupos objetivos. El convenio de mamografía retraso su comienzo por la pandemia dando inicio en nuestra comuna en agosto 2020, lo que se refleja en la baja cobertura alcanzada.

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. En el año 2019 se realiza un 91% de ingresos de gestantes a control antes de las 14 semanas de gestación. Desde enero al 30 de septiembre del año 2020 la evaluación corresponde al 86.7 %.

Dentro de las patologías con mayor prevalencia y de alto riesgo obstétrico se encuentra la Diabetes Gestacional. Del total de gestantes un 80% de la población se encuentra sobrepeso u obesa, siendo este el principal factor de riesgo para la patología. En el año 2019 se realiza auditoría de Diabetes gestacional y se prioriza como problema; la insuficiente evaluación por nutricionista a este grupo de usuarias, problema que no se logró mejorar alcanzando sólo la cobertura del 16.6% con al menos 3 evaluaciones por nutricionista (sólo 3 gestantes de 18 diagnosticadas con diabetes gestacional) por lo que sigue siendo un desafío para nuestra comuna.

MUJERES EN EDAD DEL CLIMATERIO

En relación a la salud de la mujer en etapa climatérica, el OE N° 4.7 que se refiere a Mejorar la calidad de vida de la mujer posmenopáusicas. Considerando que el año 2020 se priorizaron actividades, las tablas siguientes comparan el trabajo del año 2019 y 2020:

TABLA N° 5. MUJERES de 45-64 años EN CONTROL CLIMATERIO 2019 Y 2020

POBLACION INSCRITA 2019: 3276. 2020: 4195	N° 2019	COBERTURA TOTAL 2019	N° A SEPTIEMBRE 2020	COBERTURA TOTAL % A SEPTIEMBRE 2020
EN CONTROL	951	29%	886	21.1%
CON MRS	240	25.2%	126	14.2%
MRS ELEVADA	46	19.1%	47	44.3%
CON APLICACION THR SEGÚN MRS	31	67.3%	37	78.7%

Fuente: REM P1.

De la tabla anterior se concluye que la población climatérica bajo control se encuentra en rangos inferiores que durante el año 2019 situación que tiene directa relación con la pandemia.

METAS 2021

Las metas a lograr en el año 2021 en este tópico (sujeto a control de la pandemia) son las siguientes:

- 1.- Incrementar la Población en Control en al menos un 5% 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. Debido a la contingencia COVID-19, se priorizó la aplicación de test rápido VIH sobre test de Elisa. Al efectuar el Diagnóstico respecto a la pesquisa encontramos que el 100 % de las gestantes se realizan el Test.

TABLA N° 6 NUMERO DE TEST VIH REALIZADOS EN EL AÑO 2019 y 2020.

TEST DE ELISA	TOTAL
2019	1672
2020	263

FUENTE: REGISTRO LABORATORIO CESFAM.

TABLA N° 7 NUMERO DE TEST RAPIDO VIH 2019 Y 2020

TR VIH 2019	TR VIH A SEP 2020
283	237

FUENTE: REM A011

Durante el año 2020 se han pesquisado 2 casos nuevos de VIH; 1 varón y 1 mujer. Debido al aumento en nuestro país de esta patología, es necesario continuar con la pesquisa activa ofreciendo el examen a todos nuestros usuario/as sexualmente activos.

CANASTA DE PRESTACIONES PROGRAMA DE ATENCION A LA MUJER

CONTROLES	CONSEJERÍAS	CONSULTAS	OTRAS
INGRESO Y CONTROL PRENATAL TOMA MUESTRA PAP EX. FISICO MAMARIO PRECONCEPCIONAL INGRESO A CONROL DE SALUD RN POST PARTO POST ABORTO PUERPERA-RN HASTA 10 DIAS PUERPERA-RN ENTRE 11-28 DIAS GINECOLOGICO CLIMATERIO ING. CONT. CLIMATERIO PAUTA MRS REG. FEC CONTROL ITS	CONSUMO DE DROGAS SALUD SEXUAL Y REPRDUCTIVA. REGULACION DE FECUNDIDAD CONSEJERIA PRE-VIH (PREVENCIÓN TRANSMISIÓN VERTICAL) CONSEJERIA POST -VIH (PREVENCIÓN TRANSMISIÓN VERTICAL) PREVENCIÓN ITS Y VIH VIH/SIDA PRE TEST VIH/SIDA POST TEST OTRAS AREAS	CONSULTA ABREVIADA CONSULTA POR INFERTILIDAD MORBILIDAD OBSTETRICA MORBILIDAD GINECOLOGICA CONSULTA ITS ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA CONSULTA DE LACTANCIA MATERNA	CONSEJERÍA FAMILIAR VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL EDUCACIÓN GRUPAL EMPA EN MUJERES DE 45 A 64 AÑOS

MATRIZ DE PLANIFICACION PROBLEMA 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 x 100
1.- 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.	<p>1.1.-. Entregar consejo dietético profesional para adecuar el consumo de hidratos de carbono, en usuarias con diabetes gestacional.</p> <p>1.2.-. Prevenir el aumento exagerado de peso y asegurar la ingesta de nutrientes necesarios para la gestación.</p> <p>1.4.-. Mantener patología compensada con dieta.</p> <p>1.3.- Asegurar el cupo de control nutricional para la población de mujeres con diabetes gestacional</p>	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)	<p>Adecuada coordinación para la derivación de usuarias entre unidad maternal y profesional nutricionista.</p> <p>Mantener un registro de la población diagnosticada con diabetes gestacional</p>	<p>Mantener cupo de urgencia con nutricionista para usuarias diagnosticadas con diabetes gestacional.</p> <p>Planilla compartida entre nutricionistas y matronas actualizadas con fechas de controles realizados por nutricionista.</p> <p>Seguimiento por nutricionista a gestantes post diagnóstico (presencial o telefónico)</p> <p>Evaluación trimestral de los casos ingresados y los controles realizados por nutricionista (analizar caso a caso, inasistencias a citas, diagnóstico con edad gestacional tardía, derivación a visita domiciliaria, etc.)</p> <p>Visita domiciliaria por nutricionista en aquellos casos que amerite (meta al menos el 80%)</p>	<p>Enero – diciembre 2021</p> <p>Enero – Diciembre 2021</p> <p>Marzo, junio, Septiembre, Diciembre 2021</p> <p>Marzo – Diciembre 2021</p>	Jefa/e Programa Salud de la mujer y nutricionista referente de la mesa territorial de diabetes gestacional	<p>Número de gestantes con diabetes gestacional con sobrepeso u obesidad con 3 o más evaluaciones por nutricionista durante el embarazo</p> <p style="text-align: center;">_____ *100</p> <p>Número total de gestantes con diabetes gestacional y sobrepeso u obesidad.</p> <p>Existencia de planilla compartida entre unidad maternal y nutricionistas</p> <p style="text-align: center;">Número de usuarias con diabetes gestacional con VDI por nutricionista realizada</p> <p style="text-align: center;">_____ *100</p> <p>Número de usuarias derivadas a visita por nutricionista</p>

Problema de Salud Priorizado	Relación con Estrategia Nacional de Salud	Objetivo General	Objetivo Especifico	Meta	Estrategias	Actividades	Plazo	Responsable	Indicadores
2.-BAJA ASISTENCIA DE MUJERES A LAS DIVERSAS ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y PROMOCIONALES PARA LA TOMA DE PAP EN MUJERES DE 25 A 64 AÑOS DE EDAD.	OE.2,5 REDUCIR LA TASA DE MORTALIDAD POR CANCER	1.- Disminuir la mortalidad por cáncer cérvico uterino	1.- Aumentar la cobertura de mujeres entre 25 y 64 años con PAP vigentes en la comuna de Requínoa	Disminuir la brecha actual al menos en un 25% de mujeres de 25 a 64 años con Pap NO vigente al 31 de diciembre de 2021.	<p>Actividades de rescate: contacto telefónico, visita domiciliaria, citas, etc.</p> <p>Toma del examen PAP, informe de resultados.</p> <p>Difundir masivamente la importancia de la toma de PAP, para la detección precoz y derivación oportuna a los niveles de mayor complejidad.</p> <p>Actualización de base de datos de mujeres con PAP, sectorizados por establecimiento de salud.</p> <p>Rescate de aquellas mujeres que se encuentran sin examen PAP, deben repetírselo o esté atrasado. Dando énfasis a quienes tengan factores de riesgo</p>	<p>Difusión en medios de comunicación masiva como Radio Requínoa (3 sesiones)</p> <p>Talleres con apoderadas y alumnos de los establecimientos educacionales de la comuna y organizaciones sociales, 3 talleres (Dependiendo de la evolución de la pandemia).</p> <p>Charlas cortas en difusión en el establecimiento de salud, 3 sesiones (Dependiendo de la evolución de la pandemia).</p> <p>Actividades de rescate: contacto telefónico (al menos 500 anuales, y rescate domiciliario (200 anuales)</p> <p>Actualización continua de base de datos de mujeres con PAP, sectorizado por establecimiento de Salud</p>	2 de enero al 30 de diciembre de 2021	Jefa/e Programa Salud de la Mujer	<p>Número de actividades promocionales en medios de comunicación masiva realizadas _____*100</p> <p>Número de actividades promocionales en medios de comunicación masiva programados.</p> <p>Número de sesiones promocionales realizados en establecimientos de salud _____*100</p> <p>Número de sesiones promocionales en los establecimientos de salud.</p> <p>Número de rescates telefónicos realizados _____*100</p> <p>Número de rescates telefónicos programados</p> <p>Número de visitas domiciliarias de rescates realizadas _____*100</p> <p>Número de visitas domiciliarias de rescate programadas</p> <p>Número de mujeres de 25 a 64 años inscrita validadas con PAP vigente a diciembre de 2021. _____*100</p> <p>Número de mujeres de 25 a 64 años inscritas validadas, con PAP vigente a diciembre de 2021</p>

PROGRAMA CARDIOVASCULAR

El Programa de Salud Cardiovascular (PSCV) es una de las principales estrategias del Ministerio de Salud (MINSAL) para contribuir a reducir la morbilidad asociada a las enfermedades cardiovasculares.

Considera específicamente el Objetivo Estratégico N° 2 con las metas que se detallan a continuación.

Objetivo Estratégico N° 2: “Prevenir y reducir la morbilidad, discapacidad y mortalidad prematura por afecciones crónicas no transmisibles, trastornos mentales, violencia y traumatismos”.

Meta 2.1 Enfermedades cardiovasculares

Se proponen dos metas, una para el infarto agudo al miocardio (IAM) y otra para el ataque cerebrovascular (ACV); en ambas la meta es aumentar 10% la sobrevivencia proyectada al primer año.

- IAM: pasar de una sobrevivencia de 78.5% en 2010 a un 91% el 2020.
- ACV: pasar de una sobrevivencia de 70.5% en 2010 a un 89.7% el 2020.

Esto requiere entre otras cosas, mejorar la oportunidad de la atención, la calidad de la misma y disminuir las brechas de acceso a especialistas.

Meta 2.2 Hipertensión arterial La meta 2011-2020 es aumentar en un 50% la cobertura efectiva del tratamiento de hipertensión arterial, de 16.8% el año 2010 a 25.2% en el año 2020. Cobertura efectiva corresponde al porcentaje de pacientes “bien controlados” con presión arterial menor a 140/90 mmHg, del total de pacientes hipertensos estimados a nivel nacional.

Meta 2.3 Diabetes mellitus (DM) La meta es aumentar en un 20% la cobertura efectiva del tratamiento de diabetes tipo 2: subir de un 29.8% en el año 2010 a un 35.8% en el año 2020. Cobertura efectiva corresponde al porcentaje de pacientes “controlados” con hemoglobina glicosilada menor a 7% y menor a 8 % en mayores de 80 años del total de pacientes diabéticos estimados a nivel nacional.

La Estrategia Nacional de Salud también propone como indicador trazador de la DM la tasa anual de egresos hospitalarios por amputaciones de pie diabético. Estimación de la magnitud del problema a partir de los egresos hospitalarios con diagnóstico de diabetes e intervención quirúrgica y que presentaban complicaciones circulatorias periféricas.

2.4 Enfermedad renal crónica (ERC) La meta con respecto a esta patología es disminuir en un 10% la tasa de incidencia proyectada de tratamiento de sustitución renal crónica con hemodiálisis, en población menor a 65 años. Esto implica disminuir la tasa de un 8.2 por 100.000 en el año 2010, a un 6.8 por 100.000 en el año 2020.

Resumen de estos 4 puntos en el siguiente cuadro.

	Tema	Objetivos	Meta	2010	2015	2020
2.1	Enfermedades Cardiovasculares	Aumentar la sobrevivencia de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	Aumentar 10% la sobrevivencia al primer año proyectada del infarto agudo al miocardio	78,5%	82,7%	91,0%
			Aumentar 10% la sobrevivencia al primer año proyectada por accidente cerebrovascular	70,5%	76,9%	89,7%
2.2	Hipertensión Arterial	Incrementar la proporción de personas con hipertensión arterial controlada (1)	Aumentar 50% la cobertura efectiva del tratamiento de hipertensión arterial	16,8%	19,6%	25,2%
2.3	Diabetes Mellitus	Incrementar la proporción de personas con diabetes controlada (2)	Aumentar 20% la cobertura efectiva del tratamiento de diabetes mellitus tipo 2	29,8%	31,8%	35,8%
2.4	Enfermedad Renal Crónica	Reducir la progresión de enfermedad renal crónica	Disminuir 10% la tasa de incidencia proyectada de tratamiento de sustitución renal crónica con hemodiálisis en población menor a 65 años	8,2 por 100.000	7,8 por 100.000	6,8 por 100.000

Desde el MINSAL anteriormente se había 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. Se visualizaba para el 2020 iniciar con la atención según multimorbilidad de nuestros usuarios.**

La Población Inscrita validada para el año 2021 corresponde a **25.010** personas de las cuales **22.179** o sea el 88.6 % en potencialmente sujeto de atención del PSCV (usuarios de 15 años y más). A Octubre del 2020 tenemos 4902 personas en control en con alguna patología en este programa. La población de adultos mayores (personas de 65 años y mas) corresponde a **2921** usuarios un 11.6 % del total, siendo cada año el segmento de la población que aumenta más porcentualmente con respecto al año anterior.

El programa de Salud Cardiovascular de Requinoa tenía el orgullo de aparecer en toda la última década con cifras positivas y muy alentadoras, alcanzando en los últimos años muchos valores por sobre las Metas Nacionales, tales como:

- La compensación efectiva de Diabetes Mellitus alcanzó el 2019 un 42.4%, considerando que la meta nacional era de un 30%, esperado al 2020 de un 35.8%.
- Compensación efectiva de Hipertensión logrado en 2019 un valor de 64.03%, siendo la meta nacional de un 54%.
- Evaluación de riesgo de pie en paciente Diabético en un 92%, meta esperada por sobre un 90%.
- Exámenes preventivos del adulto mayor de 65 años EMPAM cuya meta nacional es un 55% alcanzando nuestro Cefam al 2019 un 57.38%.
- La Trimeta (HbA1c <7%, Presión arterial < 140/90, LDL < 100 mg/dL) logrado en el 2019 fue de un 22 %, la meta nacional en tanto era de un 19 %.
- A consecuencia de lo anterior el número de usuarios con egresos hospitalarios por causa de enfermedades cerebrovasculares, cardíacas y descompensaciones diabéticas con resultado de amputaciones eran bajos.

Por lo tanto el plan del 2020 fue mucho más pretencioso proponiendo mantener estos valores y/o mejorar valores más específicos como:

- La insulinización de usuarios diabéticos en el 2018 alcanzaba un 13.51%, cifra que se mejoró de forma muy notoria el año 2019 a un 19.5%. Por cuanto el desafío para el 2020 era lograr alcanzar de forma paulatina el 25% que es la meta nacional. (Valor real nacional 2019 es de un 14% y valor real regional de un 22%).
- Además de mejorar la cobertura de Exámenes preventivos EMP (a usuarios de 20 a 65 años) pues se logró un 19.1% meta nacional un 25%.

Programa Cardiovascular y COVID-19: Análisis de la realidad local y su impacto a

Octubre 2020.

Tal vez es pronto para realizar un análisis de este tipo, pues aún no están expuestas todas las consecuencias que ésta pandemia deje a nuestras vidas y sobre todo para nuestros usuarios del programa cardiovascular. Toda vez que por lineamientos y órdenes ministeriales, además de la protección de nuestros propios usuarios y por qué no mencionarlo también de nuestro personal de salud, se vieron notablemente disminuidas las atenciones y actividades a nuestros pacientes.

Es así como desde Marzo a la fecha:

- La Cobertura Efectiva de Diabetes Mellitus pasó de una cifra por sobre la meta nacional a uno muy bajo mostrándonos un valor a la evaluación de Octubre 2020 de 29.2% de compensación haciendo retroceder este indicador en 10 años toda vez que estos valores eran los que se manejaban en el 2010.
- Disminución de la trimeta (HbA1c <7%, Presión arterial < 140/90, LDL < 100 mg/dL) a un 17% .

Otros importantes marcadores que fueron analizados y comparados son los siguientes:

EGRESOS HOSPITALARIOS POR CAUSA DE ACV (accidente cerebrovascular) e IAM (infarto agudo al miocardio o afección cardíaca) o DIABETES DESCOMPENSADA con resultado de amputación.

Los cuales realizando una comparativa porcentual entre los años 2019 y 2020 el indicador señalado anteriormente aumentó de un 37 % a un 64 % cuya diferencia más acentuada se da en los meses de Junio en adelante (análisis de Enero a Septiembre 2020).

La causa de egreso que más incrementó fueron las derivadas de accidentes cerebrovasculares pasando de un 48 % a un 60% con las conocidas y graves consecuencias para el paciente, como lo es en muchos casos, la incapacidad física, así como las dificultades y necesidades de recursos económicos y humanos tanto de los familiares como del servicio de salud para la rehabilitación de estos pacientes.

Menos marcados pero no menos importante, existe también un aumento de los IAM y de los egresos por descompensaciones DM con consecuencia de amputación.

DESAFIOS DEL PLAN DE SALUD CARDIOVASCULAR 2021

Como ya se deduce en lo anteriormente expuesto se deberá retroceder en los objetivos y avocarse a lo básico y primordial que es :

1. Mejorar los valores de compensación efectiva de DM.
2. Dar prioridad a la atención presencial de los usuarios con Diabetes a fin de realizar el examen cardiovascular y de evaluación de riesgo de pie.
3. Establecer campañas remotas con los usuarios con DM de auto inspección de pies.
4. Favorecer la indicación de insulina como método más efectivo de compensación diabética y con menos efectos adversos para el organismo.
5. Disminuir el indicador trazador de DM como lo es la tasa de egresos hospitalarios por amputaciones de pie diabético.
6. Establecer algunas alianzas a fin de lograr realizar exámenes de medicina preventiva sobre todo de los adultos mayores, tomando la oportunidad de atención al aire libre en los meses de mejor clima.

7. Mantener el contacto con los usuarios del programa tanto presencial como remoto.
8. Validar y establecer como medida permanente el Triage al momento de la toma de exámenes. (revisión de exámenes, toma de presión arterial y medidas antropométricas y posterior dación de hora según prioridad).
9. Aumento de las atenciones presenciales y remotas de todos los profesionales Médicos, Enfermeros, Nutricionistas, Técnicos de enfermería de nivel Superior (TENS), Psicólogos y podólogos, además de la profesora de educación física.

MATRIZ DE PLANIFICACION PROGRAMA CARDIOVASCULAR

Problema de salud priorizado	Relación con ENS	Objetivo General	Objetivo específico	Meta	Estrategias	Actividades	Plazo	Responsable	Indicadores
Disminución del número pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 compensados. (De un 42.4% a un 29,2%).	OEN° 2.3 Aumentar la cobertura efectiva del tratamiento de diabetes tipo 2.	Aumentar en un 20% la cobertura efectiva del tratamiento de diabetes tipo 2	Lograr HbA1c <7% en pacientes < de 80 años y HbA1c <8% en pacientes > de 80 años.	Aumentar en un 20% la cobertura efectiva del tratamiento de diabetes tipo 2: subir de un 29.2% a un 35.8% (valor esperado por la ENS en el año 2020)	Fomento de Estilos de vida Saludables (EVS) GES -DM Eficientes y eficaces controles crónicos multidisciplinaarios.	Promoción de EVS -Talleres de Pacientes con DM con adulto significativo.	semestral	Prof. Ed Física Equipos de cabecera (médico, enfermera, nutricionista) Profesora de Educación Física	N° de Talleres Educativos <u>realizados</u> *100 N° de Talleres Educativos Programados
						Tratamiento Controles presenciales y remotos a pacientes con DM tipo 2 Medico Nutricionista y Enfermero.	semestral	Médicos C/3 meses, Enfermeros y Nutricionistas semestral	N° de Usuarios con DM tipo 2 <u>atendidos</u> *100 N° total usuarios con DM tipo2 inscritos en el programa.
Baja cobertura de	OEN° 2.0			Lograr más					

<p>Evaluación de Riesgo de pie en pacientes con DM tipo 2 (de un 92 % a un 54%).</p>	<p>Prevenir y reducir la morbilidad, discapacidad y mortalidad prematura por afecciones crónicas no transmisibles.</p>	<p>Disminuir el número de pacientes con DM. Que presentan complicaciones circulatorias periféricas</p>	<p>Reducir el número de Pacientes con DM tipo 2 egresados por amputaciones de pie.</p>	<p>de un 90% de pacientes con DM con evaluación de riesgo de pie vigente.</p>	<p>Prioridad de controles presenciales a pacientes con DM tipo 2.</p>	<p>Insulinizar a pctes con HbA1c >= 9%</p> <p>Atenciones presenciales con Medico y Enfermero</p> <p>Atenciones regulares de podólogas según riesgo de pie.</p> <p>Rescate de inasistentes.</p>	<p>Semestral</p> <p>semestral</p> <p>semestral</p> <p>Semestral</p>	<p>Enfermeros y Médicos del PSCV</p> <p>Encargada del PSCV Médicos y enfermeros</p> <p>Encargada del PSCV Tens del PSCV.</p>	<p><u>N° de usuarios diabéticos del PSCV en tratamiento con insulina</u>*100</p> <p>N° Usuarios diabéticos en control en el PSCV</p> <p><u>N° de atenciones de podologas Realizadas</u> * 100</p> <p>N° Usuarios diabéticos en control en el PSCV.</p> <p><u>N° de usuarios inasistentes rescatados</u> *100</p> <p>N° de usuarios inasistentes en el PSCV</p>
--	--	--	--	---	---	---	---	--	--

PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS MAYORES.

El fenómeno irreversible del envejecimiento poblacional nos ha permitido tener un enfoque preventivo en salud y de esta manera poder actuar anticipadamente a la pérdida de la funcionalidad de las personas mayores, posponiendo así la dependencia.

Es por esta razón que la visión del programa es que los adultos mayores permanezcan **autónomos 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 bienestar y una favorable calidad de vida.

Este año el mundo y Chile cambiaron producto de la pandemia del coronavirus, el 1º caso en nuestro país se diagnosticó el 03 de marzo del año en curso. Esta enfermedad puede afectar a todos los grupos etarios, pero los de más alto riesgo son los adultos mayores; es por esta razón que el gobierno decretó cuarentena obligatoria en personas con 75 años y más durante aproximadamente 6 meses. Recién el pasado 2 de septiembre se levantó algunas restricciones que les permiten transitar en comunas con cuarentena y en transición.

A causa de este confinamiento, el cual ocasionó que las personas mayores no pudieran realizar sus actividades físicas y sociales, trajo algunas consecuencias como, diversos trastornos de salud mental; en los AM en familias unipersonales los llevó a un gran aislamiento social y en paralelo incluso problemas físicos como sarcopenia, por la falta de movilidad y ejercicios el cual podría aumentar el riesgo de caídas, lesiones y dependencia.

En Chile la población de personas mayores a 65 años según el instituto nacional de estadísticas alcanzó 2.260.222 cifra que representa el 11.9% de la población total.

Nuestra Comuna ha experimentado el mismo comportamiento en la pirámide poblacional, aumentando cada vez la población de personas mayores, alcanzando en el año 2020 una población de 2.735 que representa un 9.79% de la población en general.

Población inscrita con la que se trabajara el 2021 se detalla en la siguiente tabla:

Establecimiento	Número de inscritos
CESFAM	2175
PSR LIRIOS	296
PSR ABRA	232
PSR TOTIHUE	70
CECOSF	148
TOTAL COMUNAL	2.921

Tabla 1. Población Inscrita de Adultos Mayores de 65 años y más, en los Centros de Salud de la Comuna Requínoa. Corresponde al 11.6% de la población total.

Los desafíos y problemas establecidos para este año 2020 se vieron afectados por la pandemia, debiendo implementar otras estrategias para fortalecer a los AM en su proceso de envejecimiento.

Es por esta razón que nuestro trabajo en la atención primaria de salud durante el año 2020 se ha ido adaptando a esta situación y para dar cumplimiento a las medidas sanitarias impuestas por el gobierno a nuestros usuarios. Se crearon actividades remotas en conjunto a otras unidades de salud que trabajan también con el adulto mayor, como son el programa cardiovascular, programa PACAM, Más Adultos Mayores Autovalentes, unidad de farmacia, laboratorio, casos sociales, entre otros.

Las actividades que se han llevado a cabo con los diferentes programas se detallan a continuación:

- Para evitar la pérdida de la funcionalidad de las personas mayores a pesar de las restricciones, se implementó como creación propia un cuadernillo de recomendaciones para la estimulación funcional de las personas mayores, tomo I, trabajo en conjunto con programa más adultos mayores Autovalentes.
- Cuadernillo de recomendaciones para la estimulación funcional de las personas mayores, tomo II, trabajo en conjunto con programa más adultos mayores Autovalentes.
- Entrega de medicamentos y alimentos PACAM en domicilio a adultos mayores vulnerables de la comuna, trabajo en conjunto con unidad de farmacia.
- Controles telefónicos de salud a adultos mayores crónicos, en conjunto con el programa más adultos mayores autovalentes.
- Campaña de vacunación en terreno influenza y neumocócica.

Desafíos para el año 2021:

- Incrementar los talleres educativos de club de adultos mayores, tomando las necesidades expresadas por cada grupo. A través de coordinación con programas y unidades que trabajan con las personas mayores. Cuando sea permitido en el contexto de pandemia (Fase 5).
- 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 Requínoa.
- Mantener participación en reuniones de la mesa intersectorial del adulto mayor de la Comuna.

MATRIZ DE PLANIFICACION PROGRAMA ADULTO MAYOR

Problema de Salud Priorizado	Relación con ENS	Objetivo General	Objetivo específico	Meta	Estrategias	Actividades	Plazo	Responsable	Indicadores
Escasa Cobertura de EMPAM (producto de la actual pandemia).	OE.4 Mejorar el estado de salud funcional de los adultos mayores.	Fomentar la autovalencia en los adultos mayores.	Aumentar la cobertura de adultos mayores con EMPAM anual vigente.	Lograr un 57% de EMPAM aplicados a la población percápita de personas de 65 y más años.	Agendas protegidas y programadas con enfermero/a para la aplicación del EMPAM. Campañas al aire libre para realización de EMPAM.	Citación efectiva de adultos mayores para aplicación de EMPAM.	Anual (se revisará vigencia anual mes a mes).	Enfermeros de Equipos de Cabecera.	Nº de EMPAM aplicados *100 Nº usuarios de 65 años y más inscritos en el Departamento de Salud.
Baja cobertura de educación en salud a los grupos organizados de adultos mayores de la Comuna.		Aumentar el nivel de autocuidado de las personas mayores, siempre de acuerdo al comportamiento de la pandemia.	Promover y educar a los adultos mayores para generar autovalencia en este grupo	Aumentar el número de clubes de adultos mayores con talleres realizados.	Aplicar encuesta para generar temas de interés.	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

PROGRAMA DE PACIENTES CON DEPENDENCIA SEVERA.

OBJETIVO 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 2020

Durante enero y febrero el programa funcionó como era habitual, con 15 hrs. Semanales de médico, 44 hrs. Semanales de enfermera, 6 hrs. Semanales de kinesiólogo, 44 hrs semanales de TENS, 11 hrs. Semanales de podóloga y 44 hrs (más posibilidad de horas extras de lunes a viernes) de conductor. Durante estos 2 meses el equipo realizó un total de **51 visitas domiciliarias integrales**, es decir visitas en donde médico, enfermera y técnico paramédico evalúan no solo a la persona con dependencia severa si no también a su cuidador, generando un plan consensuado de trabajo para cada uno de ellos. La planificación anual es realizar 3 visitas integrales al año a cada uno de nuestros pacientes inscritos. Además se continuó realizando visitas de morbilidad según la demanda de la población al teléfono que entregamos al ingresar a l programa de acuerdo a la disponibilidad de médico. Finalmente en los meses de enero y febrero se realizaron un total de **233 visitas con fines de tratamiento y/o procedimiento** por miembros del equipo (curaciones, exámenes, morbilidad, atención podológica, etc.).

De marzo hasta la fecha la Pandemia Covid19 significó un desafío importante para el programa, pues hubo una transformación completa al modelo de trabajo que por años habíamos asumido: sistema de turnos del personal, teletrabajo, parte del equipo migró a otras funciones, etc. Sumado a ello la alta demanda que existió por acceder a prestaciones de salud como curaciones y exámenes en el propio hogar por parte de la población adulta mayor sin dependencia. Esta transformación generó que de marzo hasta agosto de 2020, se suspendieran las visitas domiciliarias integrales, por lo que las horas médicas asignadas fueran distribuidas a solventar solo la demanda de morbilidad de nuestra población a cargo, dando respuesta casi al cien por ciento de las llamadas que solicitaban atención médica. Las visitas integrales programadas cada 3 meses se transformaron en atención remota, por lo que un médico en teletrabajo se contactaba vía teléfono con los cuidadores, daba respuesta a sus consultas, realizaba receta de patologías crónicas y derivaba al equipo presencial en caso de ser necesario. La cantidad total de **consultas médicas telefónicas fue de 88**. Durante este periodo de tiempo la enfermera y la TENS del equipo contribuyeron también con la realización de exámenes, curaciones avanzadas y simples en domicilio a las personas con COVID19 que debían permanecer aisladas y a las personas de 75 años o más que según normativa tenían restricción de salir de su hogar. Bajo este mismo contexto, las visitas domiciliarias realizadas por profesional nutricionista y asistente social a todos los pacientes nuevos que ingresaban al programa se transformaron en atención remota.

La atención por parte del área kinésica a nuestros pacientes se mantuvo como antes desde el punto de vista motor, es decir un kinesiólogo realizaba visita cada vez que un nuevo paciente ingresaba, esto para educar en posicionamiento, transferencias e higiene postural al cuidador. No obstante el área respiratoria fue potenciada, pasando de 6 hrs. Semanales máximo de kinesiólogo a la semana para el programa a tener un kinesiólogo tiempo completo para toda la demanda respiratoria en domicilio, lo que nos permitió dar respuesta al cien por ciento de la necesidad de atención kinésica respiratoria durante los meses críticos de marzo a agosto.

Desde septiembre a la fecha con la asignación nuevamente de 15 hrs. Semanales de médico el programa inicia su Plan Paso a Paso, por lo que retomamos paulatinamente las visitas domiciliarias integrales con las duplas médico-TENS, convencidos de que esa es la mejor forma de entregar atención de calidad a la persona con dependencia severa y su cuidador. Los profesionales nutricionistas, asistentes sociales y podóloga también comenzaron a retomar las visitas domiciliarias con algunos pacientes continuando con la atención remota en otros. Los odontólogos también iniciaron las visitas domiciliarias principalmente de educación oral a nuestros cuidadores.

La planificación anual de talleres grupales dirigidos a las cuidadoras fueron suspendidos en su totalidad, por lo tanto, la educación multidisciplinaria que en ellos ocurría será el principal desafío para el año 2021.

Otro aspecto importante de destacar es el aumento de usuarios con úlceras por presión (UPP) durante este año, alza considerable, ya que estamos actualmente por sobre el indicador deseado a

nivel nacional, el programa exige que el 90% de los usuarios estén libres de úlceras y en este momento solo el 83.8% cumple este criterio.

Situación COVID19

La consulta respiratoria fue potenciada durante todo este año, por lo que no hay ninguna demanda de atención de esta área que no haya sido cubierta, principalmente frente a la sospecha de COVID19. Tanto nuestros usuarios con dependencia severa como sus cuidadores en caso de síntomas compatibles con coronavirus eran atendido por personal correspondiente y se realizaba examen PCR en el hogar. Hasta ahora el programa ha tenido solo 4 personas con infección respiratoria producto del COVID19, y lamentamos un fallecimiento por esa razón.

DATOS CUANTITATIVOS AÑO 2020

- Número de usuarios del Programa, distribuidos según grado de dependencia. Noviembre del año 2020.

GRADO DE DEPENDENCIA	CANTIDAD
Dependencia Leve	5
Dependencia moderada	14
Dependencia Grave	32
Dependencia Total	42
TOTAL	93

- Número de ingresos y egresos del Programa de enero a octubre del año 2020

	CANTIDAD
Personas ingresadas	48
Personas fallecidas	21

Problema de salud priorizado	Relación con estrategia nacional de salud	Objetivo General	Objetivo Específicos	Meta	Estrategia	Actividades	Plazo	Responsable	Indicadores
Sobrecarga del cuidador	OE2-Prevenir y reducir la morbilidad, discapacidad y mortalidad prematura por afecciones crónicas no transmisibles, trastornos mentales, violencia y traumatismos	Disminuir la sobrecarga del cuidador evaluado a través de Zarit	-Disminuir las patologías osteomusculares de los cuidadores. -Disminuir los trastornos mentales del cuidador	Lograr que el 80% de las cuidadoras no presente sobrecarga intensa en test de zarit.	Realizar plan de cuidado al cuidador a cada uno de los cuidadores.	-Actualizar plan de cuidado al cuidador. -Crear manual de autocuidado -Elaborar plan de trabajo colaborativo entre salud mental y programa de atención domiciliaria	Anual	Encargado del programa	N° de cuidadoras sin sobrecarga del cuidador en test de zarit/N° total de cuidadoras con test de zarit aplicado*100
Aumento de UPP en personas con dependencia severa	OE2-Prevenir y reducir la morbilidad, discapacidad y mortalidad prematura por afecciones crónicas no transmisibles, trastornos mentales, violencia y traumatismos	Disminuir el número de personas con dependencia severa que presenten UPP	Controlar patologías cardiovasculares Educar a cuidadores.	Lograr que el 90% de los usuarios del programa estén libres de UPP	Elaborar y ejecutar plan anual de capacitación a los cuidadores, y plan de intervención consensuado	Talleres educativos multidisciplinares. Visitas domiciliarias integrales	Anual	Encargado del Programa	N° de usuarios del programa libres de UPP/n° total de usuarios del programa *100

PROGRAMA DE REHABILITACION INTEGRAL CON BASE COMUNITARIA (RBC) 2021

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).

Las unidades básicas de rehabilitación (UBR), es el espacio físico asignado a las salas de RBC o CCR, están consideradas en aquellos establecimientos de atención primaria de salud y hospitales comunitarios de salud familiar que tengan una población asignada mayor de 12.000 personas. El recurso profesional básico de estas UBR es un terapeuta ocupacional y un kinesiólogo.

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.

PROPÓSITO

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

OBJETIVO GENERAL

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

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

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

ESTRATIFICACIÓN DE ATENCIONES SEGÚN CCR REQUINOA

- Prioridad 1: patologías neurológicas y post Covid-19
- Prioridad 2: patologías post operatorias
- Prioridad 3: patologías músculo esqueléticas.
- Prioridad 4: Talleres.

ESTADÍSTICAS AÑO 2020

- *Número de ingresos a Programa de Rehabilitación Integral de enero con proyección a diciembre 2020, según condición de salud, en contexto de pandemia.*

CONDICIÓN DE SALUD	CONCEPTO	TOTAL	
TOTAL, INGRESO (N° DE PERSONAS)		444	
CONDICIÓN FÍSICA	SÍNDROME DOLOROSO DE ORIGEN TRAUMÁTICO	58	
	ARTROSIS LEVE Y MODERADA DE RODILLA Y CADERA	14	
	NEUROLÓGICOS ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR (ACV)	21	
	NEUROLÓGICOS TRAUMATISMO ENCÉFALO CRANEANO (TEC)	0	
	NEUROLÓGICOS LESIÓN MEDULAR	0	
	QUEMADOS (NO GES)	0	
	GRAN QUEMADO (GES)	3	
	ENFERMEDAD DE PARKINSON	2	
	NEUROLÓGICOS DISRAFIA	0	
	OTRO DÉFICIT SECUNDARIO CON COMPROMISO NEUROMUSCULAR EN MENOR DE 20 AÑOS CONGÉNITO	7	
	OTRO DÉFICIT SECUNDARIO CON COMPROMISO NEUROMUSCULAR EN MENOR DE 20 AÑOS ADQUIRIDO	7	
	OTRO DÉFICIT SECUNDARIO CON COMPROMISO NEUROMUSCULAR EN MAYOR DE 20 AÑOS	52	
	OTROS	6	
	DIABETES MELLITUS	0	
	AMPUTACIÓN POR DIABETES	2	
	AMPUTACIÓN POR OTRAS CAUSAS	0	
	ARTROSIS SEVERA DE RODILLA Y CADERA	3	
	OTRAS ARTROSIS	6	
	REUMATOLÓGICAS	3	
	DOLOR LUMBAR	3	
	HOMBRO DOLOROSO	8	
		CUIDADOS PALIATIVOS	0
		OTROS SÍNDROMES DOLOROSOS NO TRAUMÁTICOS	105
CONDICIÓN SENSORIAL VISUAL		2	
CONDICIÓN SENSORIAL AUDITIVO		0	

- *Número de visitas domiciliarias realizadas por equipo móvil de rehabilitación de enero con proyección a diciembre 2020, en contextos de pandemia, priorizando las patologías neurológicas y post operatorias (prioridad 1 y 2).*

VISITAS DOMICILIARIAS	TOTAL
Visita Domiciliaria Integral	360
Visita De Tratamiento Y/O Procedimiento	47

- **Cobertura desde enero a septiembre 2020:** se han ingresado 350 Interconsultas (IC), de las cuales 228 IC han podido ser resueltas en contexto de pandemia, quedando pendientes 120 IC.

Cabe mencionar que este año se ha dado cobertura a 300 IC por equipo de CCR, que incluye 72 IC pendientes del año 2019.

Desafíos 2021:

Problema	Solución	Propuesta
Disminuir la brecha entre Interconsultas resueltas y no resueltas, de patologías músculo esqueléticas de prioridad 3.	Aumentar horas de dotación profesional de kinesiólogos	*Gestionar horas de profesional kinesiólogo para atenciones presenciales a través de I. Municipalidad de Requínoa. *Tele-rehabilitación: evaluación presencial y sesiones por video llamadas.
Desarrollar jornadas educativas y de sensibilización acerca de la temática discapacidad.	Realizar cápsulas informativas vía remota (uso de redes sociales y aplicaciones de telecomunicación).	Profesional CCR a cargo de redes sociales y cápsulas informativas, de diversos temas relacionados a la discapacidad.
Realizar diagnóstico participativo CCR 2021, en contexto de pandemia enfocado a temáticas de discapacidad.	Realizar jornada presencial en lugar abierto que cumpla con las normas sanitarias vigentes.	Convocar a grupos representativos de las personas en situación de discapacidad y llevar a cabo la jornada.
Riesgo de contagio equipo de Rehabilitación Integral.	Continuar con sistema de turnos de 14*14 (Turno A y Turno B)	Atenciones presenciales en CCR de dotación kinesiológica. Atención en visita domiciliaria por equipo móvil (klgo-TO o kinesiólogo -Fonoaudióloga).

PROGRAMA ODONTOLÓGICO

Sin lugar a dudas este año será recordado como uno de los más difíciles en distintos ámbitos como el económico, social y por supuesto el de la salud. Nos golpeó fuerte la realidad de una pandemia que en un comienzo parecía lejana y que rápidamente hizo estragos en un país en desarrollo, con grandes desigualdades y con poco y nada de inversión en centros hospitalarios que pudieran dar una respuesta oportuna en cantidad y calidad a la demanda de necesidad de atención clínica.

En el escenario descrito anteriormente la odontología, en un primer momento, fue sindicada como un gran foco de contagio, pues se sabía que el coronavirus se transmitía a través de gotitas de saliva que forman parte del desempeño habitual del desarrollo de nuestra profesión. Esta sobrerreacción basada más en el desconocimiento y en la falta de estudios que en una realidad certera de contagios donde el foco fuera alguna consulta o tratamiento dental. Ahora se sabe que menos del 1 % de los dentistas se ha contagiado y menos de ese 1 % ha requerido hospitalización en lugares donde nunca dejaron de atender en pandemia. (American Dental Association Science & Research Institute and Health Policy Institute study)

Desde el 03 de marzo (primer caso en Chile) a la fecha, el MINSAL suspendió casi la totalidad de las prestaciones odontológicas dejando sólo la atención presencial de las urgencias dentales, entendidas ellas como una dolencia que requiere atención inmediata y presencial.

Como todos los años, nuestro programa seguirá centrando su atención en los menores de 20 años avanzando desde la primera atención, alrededor de los 6 meses de vida, realizando controles hasta los 9 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.

A principios de la década del 2000 el MINSAL planteó dos objetivos sanitarios odontológicos, el primero de ellos decía relación con la disminución del índice COPD (dientes con caries, obturados o perdidos) de los niños de 12 años que fue cumplida el año 2010. El segundo de ellos tenía como objetivo un aumento de cobertura al 50 % de los menores de 20 años, meta nacional no cumplida.

Este año **2021** representa un gran desafío para el equipo odontológico pues la manera de atender (presencial, teletrabajo), los tiempos entre pacientes (ventilación), las coberturas, los rendimientos (genera o no aerosoles), cambian y lo que parecía escrito en piedra es sólo un buen y anhelado recuerdo. Todo lo anterior nos hace repensar al dentista tradicional dentro de 4 paredes y curando lesiones de caries y por el contrario surge el profesional saliendo del box y entregando contenidos de promoción y prevención en lugares distintos a los habituales.

Es por esta razón que el MINSAL, hace algunos años, incorpora el programa CERO (control con enfoque de riesgo odontológico) que viene a cambiar el paradigma de la odontología hasta ese momento, incorporando controles a niños sanos para que al ser controlados periódicamente, según su riesgo de enfermar, pudieran ser tratados oportunamente. En otras palabras acceder a población sana de manera precoz y perpetuar su condición de salud. En términos generales se sigue privilegiando la atención de niños desde los 6 meses a 9 años (CERO y meta colectiva) y de 6 años (GES); población que irá creciendo con los años junto con el intervalo etario beneficiado, llegando a completar en algún momento toda la población de 0 a 18 años. Además se agrega la población de gestantes (prestación GES).

El presente año se vio alterada la distribución y oferta en las prestaciones odontológicas por la pandemia y la necesidad de crear cuarentenas preventivas de la mitad del personal de 14 por 14 días. Pero suponiendo que el próximo año será un tanto más normal se vería de manera similar al 2019 en que estaba distribuido en un CESFAM (111 horas 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, el tema a estudiar será establecer aforos en las precarias condiciones existentes. Desde el año 2000 se trabaja con los grupos etarios mayores de 20 años en el tratamiento de patologías bucales (atención vespertina en Lirios y CECOSF 22 horas por convenio, suspendidas desde marzo del presente año). Además se contaría 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 a Unidad Dental Móvil por no contar con unidad dental en ese recinto de salud). 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.

Como todos los años se plantea la atención del 100 % de las Urgencias GES odontológicas definidas por el MINSAL (definido como problema salud #46 MINSAL).

En relación a las metas propuestas para el año 2021 no se puede soslayar el cuadro diagnóstico realizado y que da cuenta de la cantidad y porcentaje estimado de niños sanos de 6 años que se planteará como meta y línea base para ir progresando en los próximos años.

Cuadro comparativo de los distintos equipos de salud CESFAM Requínoa y los indicadores nacionales (Fichas dentales de diagnóstico 2010). En año 2020 se iba a realizar un nuevo diagnóstico de salud oral que por razones obvias se dejó de realizar por la contingencia. Los diagnósticos nacionales expuestos en el cuadro son los últimos realizados con operadores calibrados y reconocidos por el MINSAL. (COPD, diente cariado, obturado o perdido).

Salud bucal 2010	6 años			12 años		
	COPD	ceod	LIBRES	COPD	ceod	LIBRES
Araucaria	0,2	3,8	27%	2,35	0,9	22,50%
Roble	0,15	4,9	16%	2,6	0,7	25.6%
Almendra	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%

En concordancia con el cuadro anterior se plantea la primera meta del Plan de salud y que muestra una línea base para comenzar durante el año 2021.

NIÑAS Y NIÑOS DE 6 AÑOS LIBRES DE CARIES

Se estima atender como pacientes GES a la totalidad de niños de 6 años de la comuna que demanden su atención garantizada. El año 2021 se iniciará con una **línea base del 20 % de niños y niñas sanas (59) libres de caries** del total de niños de 6 años (297). Todo lo anterior en concordancia al cuadro del año 2010 y al número de niños de 6 años registrado el año 2019 (72)

CONTROL ODONTOLÓGICO EN POBLACIÓN DE 0 A 9 AÑOS (CERO)

Control con enfoque de riesgo odontológico a los menores desde 6 meses a 9 años 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 individualmente 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 del programa de Salud del Niño y la Niña 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.

Se estima realizar controles odontológicos a niños y niñas de 0 a 9 años en un **35 % (994)** del total de niños y niñas de 0 a 9 años (2840). Para lo anterior es indispensable la comunicación con los distintos programas de salud.

ESTRATEGIAS

- Crear hábitos saludables de higiene y alimentación a través del Programa de Promoción y Prevención en Salud Bucal de niños y niñas preescolares, NT1 Y NT2 (Prekinder y kínder). 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.

- 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 etarios vulnerables por tener mayor riesgo biológico a través de la atención dental integral priorizada por agenda (DEIS, MINSAL 2009).
- Coordinación con los distintos programas y colegios para la derivación de pacientes

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 aprox, 2 veces al año)
- N° de controles CERO realizados en menores entre 6 meses y 9 años en la comuna
- N° de pacientes índice COPD cero en niños de 6 años

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 a 9 años de la comuna
- Fluoración tópica (barniz) a niños de 2 a 4 años en todos los jardines dependientes de JUNJI e INTEGRAL de la comuna.
- Fluoración tópica (barniz) a niños de 4 y 5 años (NT1 Y NT2) en todas las escuelas públicas de la comuna (8).
- Altas integrales a niños GES de 6 años.
- Atención integral a embarazadas.

METAS

- 100% Escuelas y Jardines Infantiles saludables incorporan factores protectores de la salud bucal.
- 20 % de niños libres de caries de 6 años edad en la comuna.
- 35% de la población infantil menor de 9 años con control odontológico con enfoque de riesgo (CERO).
- 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.

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 resolutoria, creando en estos, 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 a los problemas respiratorios de la población adulta comunes, que siguen siendo la causa más habitual de consulta en APS y que en nuestra zona se encuentra agravada por la gran polución ambiental local (región de O'Higgins posee mayor polución ambiental después de la región de la Araucanía), se agrega durante el 2020 la pandemia con mayor impacto socioeconómico de la historia reciente como lo ha sido a la producida por el virus SARS-COV2, que sin tener aún claro el real impacto en la salud a largo plazo de la población, se estima que aumentará el número de la población con daño pulmonar que se atiende en los programas respiratorios a nivel mundial.

FUNCIONAMIENTO DEL PROGRAMA AÑO 2020

Durante el año 2020, el Programa de Enfermedades Respiratorias (Sala IRA-ERA) reconvirtió sus funciones focalizándose en el manejo de la pandemia tanto en la prevención, pesquisa, búsqueda activa y manejo de casos que tuvieron que ver con la infección por SARS-COV2, adaptándose a los nuevos estándares de aforo máximo, prestaciones y nuevas modalidades de atenciones telemáticas de los usuarios crónicos de nuestro programa y de los nuevos pacientes COVID-19, es en este marco que contó con nuevos insumos para mejorar la atención de los usuarios, agregando oxímetros de pulsos, tensiómetros y 6 concentradores de oxígeno eléctricos. Cabe mencionar que además de prestaciones como las visitas domiciliarias en pacientes con riesgo moderado y alto de fallecer por neumonía, se inician visitas a pacientes con COVID-19 con disnea y apoyo para secueledos pulmonares con COVID.

Ante la contingencia debimos reprogramar las actividades el presente año, debiendo suspender los ciclos de talleres de educación grupal para los pacientes adultos y padres de los pacientes respiratorios crónicos pediátricos, espirometrías, test de esfuerzo, test de marcha y rehabilitación pulmonar. Pero manteniendo las prestaciones de horas de rescate de pacientes, ingresos al programa, educaciones individuales, resolución de casos de urgencia, hospitalizaciones abreviadas en crisis respiratorias y controles crónicos los cuales se debió ajustar su rendimiento a 30 min para control o ingreso.

Desafíos Propuestos Para el año 2020

Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica	No se cuentan con datos estadísticos fiables que permitan atribuir o descartar en este momento la mortalidad de estos pacientes por COVID-19
Realizar y cumplir los indicadores propuestos a la totalidad de los usuarios bajo control.	Dada la reconversión de tareas de los profesionales del programa por emergencia epidemiológica se cambió la prioridad de los indicadores
Aumentar el recurso de Kinesiólogos en 11 hrs al programa	Se aumentó el recurso kinesiológico pero no fueron de uso exclusivo del programa por la pandemia actual
Ampliar el número de cuidadores capacitados/educados en patología respiratoria.	No se realizaron capacitaciones para cuidadores por motivos antes expuestos
Fomentar la disminución y cesación del consumo de tabaco	Se mantuvo en cada acercamiento a los usuarios la educación individual antitabaco de los usuarios
Disminuir el uso de calefacción a leña y parafina en la comuna	Se realizaron educaciones sobre el cambio de calefacción, sin embargo los esfuerzos no fueron focalizados en realizar una fiscalización del uso de leña
Incrementar la cobertura de usuarios crónicos respiratorios	Por razones expuestas se busca mantener cobertura de nuestros usuarios
Aumentar el control en pacientes postrados y dependientes de oxígeno domiciliario.	Se aumentó el control y el ingreso de nuevos pacientes dependientes de oxígeno, de los cuales, a la fecha aún no disponemos de información que nos permita aclarar la cronificación de estos usuarios.
Aumentar a 2 médicos para control de sala IRA y ERA	No se logra el objetivo por redistribución de horas médicas hacia puntos críticos durante pandemia

Es así como en cuanto a números absolutos de atenciones de nuestro programa logramos realizar a la fecha (noviembre 2020):

	2019	2020
Usuarios bajo control	669	437
Usuarios totales	1054	935

De acuerdo a la evolución actual de los programas respiratorios a nivel nacional se deberá mantener el plan de la forma actual en espera de directrices a nivel central para reiniciar las prestaciones. Sin embargo, como equipo consideramos de vital importancia mantener las nuevas formas de atención expuestas en la siguiente tabla:

PRESTACION	RENDIMIENTO POR HORA
Controles Telefónicos	2
Ingresos telefónicos	2
Ingresos presenciales	2
Visitas domiciliarias Usuarios Severos	1,5
Visitas domiciliarias de urgencia	1,5

Atención en CESFAM de urgencia	1
Toma de Baciloscopías	4
Auditorías por muerte por NAC	0,6
Plan de rehabilitación Pulmonar EPOC	Pendiente para FASE 5
Plan de Rehabilitación Secuelas COVID-19	Pendiente documento del SSOO
Espirometrías y test de ejercicio	Pendiente adquisición de filtro Bacterovirales

Hasta el momento la mortalidad de la Comuna de Requínoa por COVID19 alcanza a 12 personas, que equivalen a una tasa de mortalidad por patología del 0.04%, de las cuales ninguna corresponde a usuarios de la sala IRA/ERA o a pacientes que registren en sus fichas clínica una enfermedad pulmonar crónica previa.

Se encuentra pendiente la elaboración de las directrices centrales de la rehabilitación de los pacientes COVID-19, la cual se encuentra centralizada en este momento en las unidades de Medicina Física y Rehabilitación y Broncopulmonar del Hospital Regional de Rancagua. Sin embargo, se está trabajando en un protocolo local para el manejo de usuarios que no han sido contactados ni citados por el nivel central.

PROGRAMA DE SALUD MENTAL

MARCO TEÓRICO

En los últimos años, a nivel mundial se han producido cambios profundos en la forma de entenderla salud mental y los trastornos mentales, tanto en la organización y gestión de los servicios como también en la investigación, en la orientación formativa, en la integración de saberes populares y medicinas complementarias, entre otros.

Es de reconocimiento que los problemas y trastornos mentales constituyen en Chile la principal fuente de carga de enfermedad. Según el último Estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible realizado en nuestro país, un 23,2% de los años de vida perdidos por discapacidad o muerte (AVISA) están determinados por las condiciones neuro-psiquiátricas. Para los niños y niñas entre 1 y 9 años un 30,3% de los AVISA se deben a estas condiciones, proporción que se incrementa a un 38,3% entre los 10 a 19 años.

Ahora bien, considerando las condiciones actuales que nos ha arrojado la pandemia, desde el gobierno, aseguran que los efectos sobre la salud mental observados y anticipados en esta pandemia son variados, de creciente magnitud, se dan en múltiples niveles y afectan distintas dimensiones. Así lo indica la evidencia empírica respecto al confinamiento y aislamiento social.

Según los datos publicados por el Ministerio de Salud, mientras entre enero y agosto de 2019 se realizaron 3.168.036 atenciones por trastornos psicológicos o psiquiátricos en recintos de la red pública, este año la cifra bajó un 52%, sumando 1.535.593 consultas en igual período. La situación se agudiza al mirar las cifras de ingresos al programa de salud mental: si en los últimos dos años el promedio de nuevos pacientes rondaba los 31 mil por mes, en abril, a solo semanas de la llegada del coronavirus al país, registró su número más bajo: apenas 5.857 pacientes diagnosticados accedieron a tratamiento. Todo, mientras el sistema se mantenía abocado a la atención de los pacientes contagiados con Covid-19. De esta forma, los expertos destacan que una gran parte de los chilenos ya sufrió alteraciones tras el estallido de octubre de 2019, ya sea por temor, incertidumbre o por problemas personales como la pérdida del empleo. Y que a ello, cinco meses después, se sumó la llegada de la pandemia.

Por lo tanto, hoy más que nunca, existe la necesidad de priorizar la salud mental en el Plan Nacional de Enfrentamiento de la Pandemia, aspectos considerados en el manejo de nuestro Programa durante este año, contemplando, tanto, cambios en la metodología de trabajo, como en la forma de establecer atenciones oportunas, que implicasen un alcance de los diversos trastornos observados en la comuna, siendo fundamental la puesta en marcha de protocolos de atención, involucrando los diferentes Convenios y Prestaciones con los cuenta el Programa de Salud Mental:

- Programa Espacios Amigables (Adolescente)
- Programa Acompañamiento Psicosocial
- Programa Alcohol y Drogas (DIR)
- Programa de Demencia (incorporado recién este año)
- Terapia Complementaria de Flores de Bach

A continuación se describen las diferentes acciones implementadas por el Programa de Salud Mental durante el año 2020, acciones visualizadas como primordiales para el logro de los desafíos y/o problemas prioritarios observados durante el año 2019, cuya efectividad y totalidad en su cumplimiento se vieron sin duda mermados producto de la contingencia sanitaria, obligándonos a la postergación de muchas de las actividades vinculadas al trabajo que por años se implementó para el cumplimiento de los objetivos de Salud Mental. Sin embargo y paralelamente, nos desafió a la búsqueda de nuevas estrategias para dar continuidad a nuestras prestaciones, como por ejemplo; la entrega de atenciones y controles en modalidad remota, rescate de pacientes vinculados a consumo de alcohol de drogas y pacientes adultos mayores con mayor riesgo de inestabilidad emocional, aplicación de control integral de adolescentes a través de entrevista telefónica, metodología utilizada de igual forma con la aplicación de instrumentos de tamizaje para consumo de sustancias (AUDIT, CRAFFT Y ASSIST). Asimismo, con ayuda de las redes sociales y radio locución, se estableció la masificación de recomendaciones en cuanto al cuidado de la salud mental (cápsula informativa) e información relevante de la modalidad de trabajo del Programa.

Por último, y concordantemente con el "Plan Paso a Paso" instaurado por el MINSAL, se fueron restableciendo de manera paulatina controles presenciales y visitas domiciliarias, las cuales durante

la última semana de octubre, se encuentran en fase de incorporación casi en su totalidad, retomando nuestras laborales como de costumbre.

En el año 2020, al mes de octubre se establece que la población bajo control en mayores de 5 años, es de 1559.

Población bajo control mayores de 5 años 2020	Meta Población bajo control mayores de 5 años 2020
1559	1198
130%	100%

ANTECEDENTES RELEVANTES

1.- Trastornos Psicológicos con mayores ingresos a octubre 2020 (CESFAM - Postas- CECOSF)

Categoría Diagnóstico	CESFAM	CECOSF	POSTA LIRIOS	POSTA ABRA	POSTA TOTIHUE	TOTAL
Trastorno Ansioso	152	4	35	21	12	224
Trastorno Depresivo	52	6	9	6	2	75
Consumo Alcohol y drogas	23	0	0	2	0	25

Se observa que los trastornos ansiosos ocupan el 14,36% del total de trastornos a octubre del presente año. Lo sigue, trastornos depresivos con el 4,81%, mientras que, en tercer lugar, se estima el 1,60% vinculados a consumo de alcohol y drogas.

2.- Controles Programa Salud Mental a octubre 2020 (psicólogo - asistente social P. Acompañamiento)

Dependencia	Controles modalidad remota (telefónicos)	Controles Presenciales
CESFAM	943	614
CECOSF	69	140
POSTA ABRA	84	52
POSTA LIRIOS	145	66
POSTA TOTIHUE	42	27
SUB-TOTAL	1283	899
TOTAL CONTROLES	2182	

Total Controles SM a octubre 2019	Total Controles SM a octubre 2020
2845	2182

Se establece en comparación al año 2019 (2845 controles), un total de 2182 controles del Programa de Salud Mental a octubre de 2020, entendiéndose por tanto un 76,7% de las atenciones del año pasado, porcentaje que refuerza que si bien las atenciones psicológicas mantuvieron una baja de 23,3% respecto del año 2019, nos mantenemos en un porcentaje menor según escenario nacional (52%).

3.- Convenios/Programas Salud Mental 2020

3.1.- Convenio Espacios Amigables/Programa de Salud Integral del Adolescente: El Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, se basa en el marco conceptual de servicios de salud de calidad para adolescentes de la OPS/OMS. La OPS propicia la estrategia de Integración del Manejo de Adolescentes y sus necesidades (IMAN, 2010), que busca mejorar la salud y desarrollo de adolescentes en las Américas, mediante una atención integral y multidisciplinaria, e intervenciones integradas en múltiples niveles de influencia: individuo, familia, comunidad, sociedad y servicios de salud.

Una modalidad de estos servicios y que responde a las características antes mencionadas, son los espacios de atención amigables (EAA), que otorgan atención de salud en el nivel primario, están insertos o en conexión con establecimientos de baja complejidad, formando parte del modelo de salud familiar, en concordancia con lineamientos de la política vigente. La población a ser evaluada está contemplada en los rangos de 10 a 19 años de edad, siendo la población de 15 a 19 años prioritaria. En la comuna de Requínoa, este trabajo se desglosa en dos grandes actividades:

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

Realizados a octubre 2019	Realizados a octubre 2020	% cumplimiento
540	52	9,6%

*Disminución de los resultados en comparación a año 2019 se explica en la imposibilidad de realizar controles en Establecimientos Educacionales. Se establece a inicios de noviembre del presente año, retorno de controles adolescentes presenciales en horario de extensión (16:48 a 18:48 en dependencia Colegio Nadino)

3.2.- Convenio Programa 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 2020 (0 a 24 años): 42 personas.

Es importante mencionar que según datos entregados por el Servicio de Salud, correspondiente al corte del 31 de Julio, se establece un cumplimiento de metas del 76%, lo que nos posiciona en el primer lugar de las comunas del Servicio O'Higgins, en lo que respecta a dicho Programa.

3.3.- Programa Detección, Intervención y Referencia Asistida de Alcohol, Tabaco y otras Drogas (DIR): Respecto al consumo de alcohol en nuestra comuna, durante el 2019 se desarrollaron actividades bajo el convenio DIR: Vida Sana Alcohol en APS, dichas actividades permiten realizar intervenciones mínimas o consejerías a usuarios con un mínimo riesgo de consumo, así como también la realización de intervenciones breves para usuarios con riesgo bajo o bien iniciar tratamiento y/o intervención a personas con un riesgo elevado, categorizado como un consumo problemático de alcohol, cuya intervención está a cargo de profesional psicólogo, dependiendo del sector del paciente y/o disponibilidad de agenda del profesional.

Para la realización de dicho diagnóstico, se establece la aplicación de diferentes instrumentos de tamizaje, dependiendo de la edad (AUDIT, CRAFF O ASSIST)

Realizados a octubre 2019	Realizados a octubre 2020	% cumplimiento
2500	455	18%

*Disminución de los resultados se explica en la modalidad de atención remota, en donde se privilegió la atención psicológica por sobre el tamizaje, considerando la situación de pandemia. Asimismo, no se logra realizar tamizaje en salas de espera, así como tampoco en las evaluaciones EMPA, cuyos controles son fundamentales también en el aumento de tamizajes aplicados. Se espera que aplicación de instrumentos aumentan a partir del mes de noviembre considerando el retorno de nuestras atenciones presenciales.

Cómo se observa, en el año 2020, al mes de octubre se han aplicado 455 instrumentos de tamizaje para evaluar el consumo de alcohol y otras sustancias de la población. Sin embargo y pese a

la disminución en la aplicación de estos instrumentos de tamizaje, durante el mes de abril, se realiza un Estudio sobre consumo de alcohol y drogas, solicitado por la I. Municipalidad de Requínoa, para el complemento de un SISTEMA DE MONITOREO VARIABLES CRITICAS A NIVEL COMUNAL, arrojando los siguientes resultados:

CONDICION	AÑO 2018	AÑO 2019	AÑO 2020
Adicción Drogas	16	38	48
Consumo Alcohol	63	45	56
Policonsumo	1	4	5
TOTAL	80	87	109

Se distingue del año 2018 al año 2019 un aumento del 8,8% de la población bajo control, con algún tipo de consumo. Mientras, que del 2019 al año 2020, se establece un 25,29% de aumento en la población bajo control por consumo de alcohol y drogas. Por último, desprendiéndose de los datos entregados, existe un aumento considerable desde el año 2018 al 2020, con un 36,25% de la población bajo control que hoy está con diagnóstico de consumo de alcohol y drogas en Salud Mental.

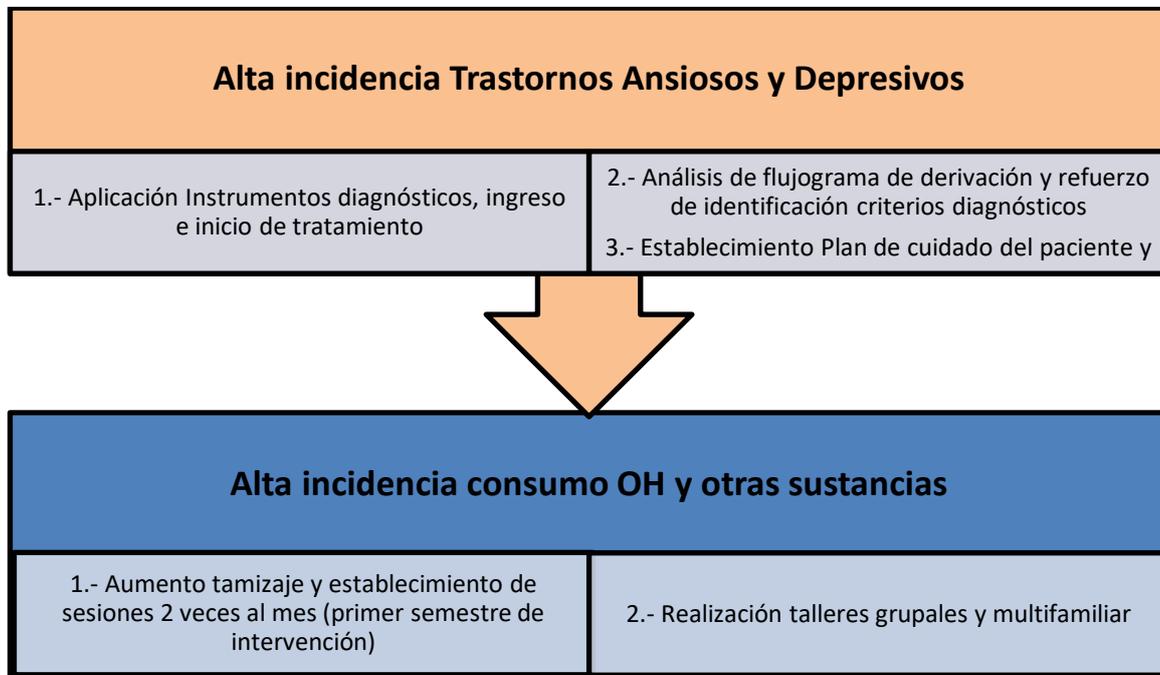
3.4.- Programa de Atención Integral para personas con Demencia: Se establece a partir del Plan Nacional de Demencia, cuyo objetivo es mejorar el acceso oportuno al diagnóstico y tratamiento de las personas con demencia y su cuidador(a), generando acciones de promoción, prevención, atención y cuidado mediante el abordaje comunitario. Actualmente el programa cuenta con 25 pacientes, los cuales cuentan con diagnóstico y plan de acción. Se encuentran a la espera de evaluación de ingreso 17 pacientes.

3.5.- Terapia Complementaria Flores de Bach: Las Flores de Bach son una serie de esencias naturales utilizadas para tratar diversas situaciones emocionales, como miedos, soledad, desesperación, estrés, depresión y obsesiones. Hoy se establece de manera permanente dicha terapia como complemento de las atenciones psicológicas. Actualmente contamos con 3 terapeutas florales, los cuales generan dichas prestaciones tanto en CESFAM, Postas Rurales y CECOSF.

Total de Frascos Entregados a octubre 2019	1098
Total de Frascos Entregados a octubre 2020	632

PROBLEMAS PRIORITARIOS SALUD MENTAL

1.- Alta incidencia Trastornos Ansiosos y Depresivos en mayores de 15 años
2.- Alta incidencia Consumo problemático de alcohol y otras sustancias



MATRIZ DE PLANIFICACION UNIDAD SALUD MENTAL AÑO 2021

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 Trastornos ansiosos y 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 un diagnóstico y tratamiento multidisciplinario Con el objetivo de disminuir el riesgo biopsicosocial del paciente y su entorno inmediato	Ingresar el total de diagnóstica -dos A programa salud mental de CESFAM Requínoa	Flujograma de derivación	Promoción Talleres y Charlas Psicoeducativas	02 de enero al 31 de diciembre 2021	Equipo Salud Mental	<u>Talleres Planificados</u> *100 Talleres Realizados
						Prevención Consejería Individual y Familiar	02 de enero al 31 de diciembre 2021	Equipo de Salud	<u>Entrevistas Iniciales</u> * 100 Entrevistas Iniciales con Consejería
						Diagnóstico y tratamiento Aplicación Instrumentos diagnósticos, ingreso e inicio de tratamiento	02 de enero al 31 de diciembre 2021	Equipo Salud Mental	<u>Nº de ingresos realizados</u> *100 Nº de ingresos realizados con Pauta PSC, PSC-Y, y GHQ-12
						Realización plan de cuidado del paciente			Nº de ingresos realizados con plan de cuidado realizados
						Rehabilitación Taller de Autoayuda y participación comunitaria	02 de enero al 31 de diciembre 2021	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 Requínoa 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. Contratación psicóloga 22 horas destinadas de manera exclusiva a	Promoción Psicoeducación grupal sala de espera	02 de enero al 31 de diciembre 2021	Equipo Salud Mental	<u>Nº Talleres Planificados</u> * 100 Nº Talleres Realizados
						Prevención Consejería Individual y Familiar	02 de enero al 31 de diciembre 2021	Equipo de Salud	<u>Nº de Consejería realizadas</u> *100 Nº usuarios con consumo de riesgo
						Diagnóstico y tratamiento Tamizaje, intervención o derivación	02 de enero al 31 de diciembre 2021	(tamizaje): Equipo Salud Mental	<u>Nº de Usuarios Diagnosticados</u> * 100 Nº Derivaciones Asistidas

					población pesquisada			(tratamiento): Psicóloga 22 horas	
						Rehabilitación Taller multifamiliar para pacientes y familiares de pacientes OH	02 de enero al 31 de diciembre 2021	Equipo Salud Mental	<u>Nº de Grupos Formados</u> * 100 Nº de Grupos Planificados

PROGRAMA ELIGE VIDA SANA

El programa Vida Sana (PVS) 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 PVS presenta tres tipos de actividades que se desarrollan en paralelo durante la intervención:

1.-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).

2.-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.

3.- 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 2020

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

ACTIVIDADES EN EL 2020

Debido a la pandemia desarrollada desde marzo del 2020 a la fecha no se alcanzaron a llenar todos los cupos del programa. Parte de esos cupos se trabajaban directamente en los colegios, los cuales

continúan sin clases presenciales.

Se trabajó durante el año con usuarios del año 2019 e ingresados entre enero y marzo 2020 que desearon continuar en el programa a pesar de las dificultades que se pudiesen presentar en el transcurso del año.

- Se realiza controles de seguimiento telefónicos de nutricionista y psicólogo.
- Se envía videos de actividad física para que realicen en su hogar. Se realizan videos con ejercicios de pocos minutos para que los usuarios puedan descargarlos y realizarlos.
- Se envían infografías en reemplazo de los círculos que se realizaban anteriormente. Estas poseen la información que generalmente se entregaba en los círculos.

Dificultades

Dificultad	Factor
Falta supervisión ejercicios	Al enviar los videos no se tiene conocimiento si usuarios realizan los ejercicio y/o si los realizan correctamente
Falta de interacción con usuarios al envío de infografías vía whatsapp	Al ser vía remota no es posible saber si usuarios entendieron información entregada o si realmente fue leída por ellos. No todos responden el chat.
Dificultad de comunicación vía telefónica	En ocasiones se hace complicado lograr contactar al usuario, ya sea porque se encuentra trabajando, no tiene señal en teléfono o simplemente no escucharon llamada

PROYECCIÓN 2021

Actividad	Objetivo	Inicio
Captación usuarios nuevos	Reactivar programa para la población total a la que está dirigida	Enero 2021
Habilitar espacio para realización actividad física según contingencia	Retomar actividad física presencial que estuvo detenida por pandemia	Enero 2021
Círculos vida sana adaptados según contingencia	Retomar talleres presenciales con n° limitado de personas	Enero 2021
Controles mensuales en usuarios	Mantener adherencia y favorecer el cambio de habito	Enero 2021
Mantener controles telefónicos	Mayor seguimiento de usuarios y pesquisas de dificultades emergentes.	Enero 2021
Coordinación con colegios para retomar actividades	Implementar actividades Programa Elige Vida Sana en colegios	Marzo 2021
Retomar lazos con agrupaciones comunitarias (futbol más, guatita delantal)	Mantener trabajo en red para captación de usuarios en beneficio de sus problemáticas	Marzo 2021

PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD

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

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

Otra de ellas el Consejo de Desarrollo Local en Salud, el cual dentro de sus funciones contempla una labor informativa; traspasando información del CESFAM a los miembros de la comunidad y a su vez acercando las necesidades de éstos a la institución, desarrolla también un rol consultivo; conocedor de la realidad del establecimiento y consejero en la toma de decisiones, a su vez mantiene una labor evaluativa; frente a la gestión y funcionamiento general, y también cumple una acción colaborativa; en la promoción de salud. Esta organización comunitaria realiza su plan de trabajo en marzo de cada año, siendo evaluado en diciembre del mismo, cabe señalar que hasta el año 2015, el cumplimiento 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 actualmente cuenta con una vigencia de tres 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.

Al corte de septiembre del presente se ha ejecutado un 66,6% del plan, quedando tres meses para terminar de ejecutar las actividades planificadas y diciembre para realizar la evaluación final del plan 2020. En general ha resultado una experiencia positiva y agotadora dada la contingencia actual, desde el acercamiento que se ha logrado con la comunidad, a partir del diagnóstico participativo ha existido un compromiso en el desarrollo de las actividades planificadas, las cuales han sido ejecutadas y bien logradas, con algunas variaciones en los tiempos programados, propias de las contingencias, pero las cuales no han menoscabado el éxito de las mismas. Por su parte también se ha logrado potenciar una alianza de trabajo entre participación ciudadana, promoción de Salud y el intersector.

En cuanto a las proyecciones 2021, 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 de permitirse si es que la condición lo amerita, dando cabida así a las problemáticas actuales sentidas por la comunidad. Los posibles escenarios estarán sujetos a las nuevas orientaciones que lleguen desde el Ministerio de Salud frente a la contingencia sanitaria.

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.**

DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO CECOSF CHUMAQUITO 2017-2018

Chumaco, visto desde una perspectiva de la salud/enfermedad/atención; mediante un proceso de socio praxis.

PLAN INSTITUCIONAL DE PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD 2020

El Plan de Participación Social en Salud 2020, ha sido elaborado en base al trabajo realizado por el CESFAM Dr. Joaquín Contreras Silva en referencia a la situación que el país está viviendo con la llegada del virus, por lo cual las actividades consideradas dentro del plan han buscado subsanar diversas necesidades y o sugerencias visualizadas por dirigentes sociales que componen el Consejo de Desarrollo Local en Salud.

Tomando como base o insumo todo lo anterior, se elabora el siguiente Plan de Participación Social 2020:

EJE(S) ESTRATÉGICO(S):					
PROBLEMÁTICA TERRITORIAL	OBJETIVO ASOCIADO	ACTIVIDAD	ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN (BREVE DESCRIPCIÓN)	POBLACIÓN Y/O TERRITORIO OBJETIVO	VERIFICADORES (Se considera dos o más)
Escasa comunicación entre los usuarios y el Cesfam.	Explotar las redes sociales digitales para mantener una comunicación activa con actores relevantes y la misma comunidad.	Contacto y seguimiento telefónico a integrantes del consejo de desarrollo Local en Salud.	Se llamará por teléfono y se hará seguimiento cada 15 días para conocer la situación, canalizar las necesidades y/o sugerencias de las personas.	Integrantes del Consejo de Desarrollo Local en Salud.	-Planilla de registro. -Informe de análisis de los llamados.
		Creación de cápsulas informativas contingentes para	Se crearán cápsulas informativas sobre diversas temáticas actuales, las cuales se	Toda la comunidad de Requinoa.	-Minuta de cápsula. -Una fotografía de cápsula.

		entregar información a la ciudadanía a través de RRSS	difundirán a través del Facebook de la Municipalidad.		
		Aplicación de encuesta de levantamiento de necesidades de la comunidad a través de los integrantes del consejo.	Se realizará encuesta por plataforma online la cual será aplicada vía teléfono.	Integrantes del consejo de Desarrollo Local en Salud.	-Formato de encuesta. -Informe de resultados.
		Realizar curso auto-gestionado "Orientaciones y Estrategias de Prevención COVID-19" para encargada de Participación.	Realización de curso en encargada de Participación.	Encargada de Participación.	-Certificado de curso aprobado. -Material digital del curso o inscripción del curso
		Entrega de cuadernillo con información diversa atinente para ser entregado a integrantes del consejo.	Creación y entrega de cuadernillo con información relevante actual.	Integrantes del Consejo de Desarrollo Local en Salud	-Cuadernillo digital. -Una Fotografía de entrega.

Activar W
Ve a Configu

Prestaciones de salud repartidas en diversos establecimientos de la comuna	Disponer de medios digitales para mantener informada a la comunidad sobre el funcionamiento del CESFAM.	Informar a la comunidad sobre el funcionamiento del CESFAM a través de espacios en la radio comunal.	Funcionarios de salud asisten a radio comunal para entregar información sobre las medidas adoptadas en el establecimiento de salud dada la contingencia.	Toda la comunidad de Reguinoa.	-Minuta de actividad. -Una Fotografía de la actividad.
Imposibilidad de atender con normalidad	Ofrecer estrategias de ayuda que favorezcan a la comunidad frente a necesidades que presentan dada la contingencia.	Entrega de medicamentos a los Adultos Mayores integrantes del programa MAS.	Entrega de medicamentos a domicilio.	Adultos Mayores del Programa MAS.	-Una fotografía de entrega. -Planilla de registro de pacientes.
		Entrega de medicamentos a pacientes de la comuna, los cuales fueron solicitados al HHRR evitando así que los	Medicamentos que pacientes retiran en hospital Rancagua serán solicitados para que los pacientes retiren en cesfam de la comuna.	Pacientes que retiran medicamentos en Hospital regional Rancagua de forma mensual.	-Registro de inscripción. -Planilla de entrega.

Activar Wir
Ve a Configura

		pacientes deban viajar a la ciudad de Rancagua de forma mensual.			
		Creación y entrega de cuadernillo de recomendaciones para la estimulación funcional de las personas mayores	Entrega de cuadernillo el cual les permite realizar diferentes actividades físicas y cognitivas en su hogar.	Pacientes pertenecientes al programa MAS del CESFAM.	-Cuadernillo digital -Una fotografía de entrega.

PLAN DE PARTICIPACIÓN SOCIAL CECOSF CHUMAQUITO 2020

Como equipo CECOSF y dada la contingencia sanitaria actual del país, no se realizó plan de participación social con la ciudadanía, considerando, además, que no se recibieron orientaciones técnicas desde el servicio, de trabajo en pandemia durante el año. Sin embargo, se ha realizado trabajo de seguimiento con los integrantes de la mesa territorial, se aplicó encuesta de levantamiento de necesidades y posteriormente se entregó cuadernillo con información importante del Centro de Salud Familiar de la comuna.

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 basados en los principios irrenunciables: 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, adicciones y violencia en población joven de la comuna, 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 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” en la plataforma MAIS para contrastar el desarrollo del Modelo en el establecimiento y conocer las condiciones en las cuales se encuentran.

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. 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.

En el tercer trimestre del año 2019 se nos presenta una pauta con modificaciones en sus indicadores, en abril 2020 se realiza la autoevaluación de las 3 postas de salud rural, CECOSF, y CESFAM realizándose un plan de mejora para corregir las deficiencias detectadas. Sin embargo la contingencia generada por el COVID-19, provocó la suspensión de varias de las actividades programas, difiriendo la aplicación de la pauta y los procesos de certificación para cuando la situación sanitaria lo permita.

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 2021 debemos trabajar en consolidar nuestro trabajo, basado en el plan de cierre de brechas, readecuar nuestras actividades a la crisis sanitaria y aplicar el modelo para optar a la Recertificación de nuestro CESFAM, la certificación por primera vez de nuestras 3 postas de salud rural y 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.
- 5.- Reestructurar nuestras brechas de acuerdo a la realidad generada por la pandemia.

PLAN TRIENAL DE PROMOCION DE SALUD 2019-2021

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.

En el contexto de la actual pandemia por el virus SARS-Cov2, se han reestructurado las actividades masivas y de educación a la comunidad, incrementando el uso de tecnologías de la información, evitando las conglomeraciones y aumentando las actividades relacionadas con medios de difusión masivos como radio comunal y redes sociales.

Durante 2021 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 huertos escolares, 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 del mejoramiento de sombrederos para 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, catastro de lugares para la práctica de actividad física y capacitación para el equipo de salud en materia de Promoción de Salud.

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	<ul style="list-style-type: none"> - 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

	<ul style="list-style-type: none">- 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 2019 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 los compensen, considerado por nuestra parte una necesaria reestructuración que permita un uso eficiente de los medios disponibles.

Es necesario destacar el mejoramiento efectuado de los espacios físicos durante el año 2020 en lo que respecta a ampliación de sala de espera determinando espacios para morbilidades generales separadas de las respiratorias. y habilitación de vestidor para funcionarios.

Debido a la pandemia por SARS COV2 que afecta a nivel mundial, nuestra unidad debió reestructurarse; de esta forma se sacaron las prestaciones de las curaciones avanzadas y simples de la unidad descongestionando. Ello permitió habilitar dos nuevos box de atenciones, dejando uno de ellos para para toma de muestra PCR para Coronavirus.

Aspectos relevantes de señalar y que hemos mantenido durante el 2020 es que continuamos con la presencia de profesional médico estable en nuestra unidad en horario hábil permitiendo de esta forma disminuir los rechazos en este horario. A su vez, las nuevas ambulancias adquiridas el 2019 tuvieron que ser modificadas con el fin de poder realizar traslados en forma segura (y ajustándose a la normativa vigente) de pacientes diagnosticados o con sospecha de Covid19.

En consideración a la problemática planteada por nuestra unidad en la matriz de priorización de problemas en el Plan de Salud 2019, vale decir, "Alta demanda de morbilidad categorías C4 -C5 en SUR", podemos señalar que debido a la pandemia las consultas asociadas a estas categorizaciones disminuyeron, sobre todo en los meses donde hubo una incidencia mayor de casos Covid19 positivos (de Mayo a Agosto). Si bien es cierto, las medidas propuestas en el plan 2019 para disminuir la consulta de paciente C4 -C5 apuntaban a la educación de la población, es razonable atribuir la baja de consultas en los meses señalados a factores inherentes al contexto de pandemia, tales como el llamado a quedarse en casa, necesidad de distanciamiento social, toque de queda, uso obligatorio generalizado de mascarilla, etc. No obstante lo anterior, a partir del mes de Septiembre, y muy probablemente asociado a la baja de casos Covid positivos (el conocimiento de la población sobre este hecho), las consultas de pacientes C4- C5 han vuelto a aumentar, por lo cual nuestra unidad persiste con la misma problemática planteada en 2019. A su vez, las soluciones sugeridas y aprobadas en el Plan de Salud 2020 no pudieron ser llevadas a cabo debido a la pandemia, por lo que dichas sugerencias de solución se mantendrán para el Plan de Salud 2021 siempre y cuando las condiciones relacionadas con la pandemia así lo permitan.

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.

En relación a la capacitación de los funcionarios, 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 la

enfermera, médico, y otros profesionales que trabajan en el servicio. El objetivo de éstas, 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.

Es necesario señalar que la capacitación del equipo humano está inserta en el Programa Anual de capacitación, el cual recoge las necesidades de quienes laboran en el servicio.

EDUCACIÓN Y VINCULACIÓN CON EL MEDIO

En la misma línea de la problemática que plantea la alta consulta de morbilidad de pacientes C4-C5, es clave insistir en la educación de la comunidad respecto del uso correcto de los servicios de urgencia. Para esto, siempre y cuando el contexto COVID19 lo permita, 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 Oficial Administrativa (OAF) 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 2020), 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 en el 2019 con oficial a cargo de la Subcomisaria de Requínoa, 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.

En relación al ámbito de Calidad, siempre y cuando así lo permita la contingencia Covid19, 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.

PROBLEMA A TRABAJAR EN SERVICIO DE URGENCIA RURAL (SUR)

Problema de Salud Priorizado	Relación con Estrategia Nacional de Salud	Objetivo General	Objetivo Específico	Meta	Estrategias	Actividades	Plazo * (supeditado a la contingencia Covid)	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 atendidas en CESFAM 1.2 Implementar talleres informativos a la comunidad sobre lo que es una urgencia	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 1 de enero al 31 de diciembre de 2021	Jefe SUR, Encargadas SUR, Personal SUR	1. <u>Número de encuestas aplicadas a usuarios que asisten a sur en categoría c4-c5 /</u> Número de usuarios que utilizan SUR 2. <u>Nº de atenciones C4-C5 realizadas pre- encuesta /</u> Número de atenciones C4-C5 realizadas post- encuesta 3. Numero de policonsultantes mensuales 4. <u>Nº de Asistentes a Talleres /</u> Nº de Asistentes Programados

			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 1 de enero al 31 de diciembre de 2021	Jefe sur, Encargadas sur, Personal SUR	Nº de capacitaciones y/o temas desarrollados en las reuniones $\frac{\text{Nº de Reuniones Realizadas}}{\text{Nº de Reuniones Programadas}} * 100$
--	--	--	---	--	---	--	--	--	---

CENTRO COMUNITARIO DE SALUD FAMILIAR CHUMAQUITO (CECOSF)

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, (MAIS) responde a las demandas ciudadanas señalando 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 2 años y 3 meses en funcionamiento, sin embargo el trabajo con la comunidad se inició un año antes, con la realización de un Diagnóstico Participativo, en donde además se dio a conocer 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. 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 Sociales, se puede señalar lo siguiente:

- Condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales
 - El sector no cuenta con establecimientos educacionales.
 - La principal fuente laboral es el trabajo agrícola
 - Contaminación del aire por el humo de cocinas a leña y salamandras como método de calefacción.
 - Rede Sociales y Comunitarias
 - 8 Juntas de Vecinos, 2 Clubes deportivos, 1 Comité de Vivienda, 1 Fundación Fútbol Más, 1 Jardín Infantil, 3 comités barriales de Seguridad Ciudadana, 2 Iglesias Evangélica.
- #### **1.2 CONTEXTO INSTITUCIONAL**
- El establecimiento 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 (14 hrs.), una nutricionista (14 hrs.), un matrn (33 hrs.) y una trabajadora social (22 hrs).

2. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL

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

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

A partir de lo planteado anteriormente, se puede visualizar que el CECOSF Chumaquito debe establecer un Plan de Gestión de la Demanda que considere estrategias frente a cada uno de dichos factores, con la finalidad de mejorar la satisfacción de la demanda de sus usuarios y lograr el objetivo señalado anteriormente.

3. DESAFÍOS 2021.

- Potenciar y difundir el Modelo de atención Integral a la Comunidad usuaria, trabajando mancomunadamente con el Grupo Motor, las organizaciones vivas del sector y sus líderes positivos.
- Mejorar la satisfacción usuaria externa, estableciendo canales claros de comunicación con la comunidad.
- Asegurar el acceso y la oportunidad de atención a la población objetivo del CECOSF Chumaquito, a través de una serie de estrategias dirigidas a usuarios, profesionales y a la organización, poniendo énfasis en la atención informada, digna, igualitaria y de calidad para toda la comunidad.
- Realizar un diagnóstico participativo, cuantitativo y cualitativo, teniendo en cuenta los diferentes factores implicados: usuario, profesional y organización.
- Optimizar la organización del CECOSF desde distintos ámbitos: ajuste de las agendas profesionales, realización de protocolos eficientes, habilidades de comunicación y fortalecimiento del trabajo en equipo.

PROGRAMA DE CONTROL Y ELIMINACION DE LA TUBERCULOSIS.

La tuberculosis (TBC) es una enfermedad transmisible, endémica de presencia mundial. En grado variable, en todos los países del mundo ocurren casos de tuberculosis y millones de personas mueren por su causa.

Con el inicio del desarrollo de la Pandemia por SARS-COV-2 y los esfuerzos por minimizar sus efectos en la población general de la comuna, el cumplimiento de la meta establecida para la pesquisa de TBC se vio enormemente afectada, pudiendo cumplir un 14% de lo comprometido a octubre del 2020, esto a múltiples factores como aislamiento de la población, disminución de los controles y consultas respiratorias crónicas, entre otras.

La identificación y localización de los casos es una actividad continua del Programa de Control y Eliminación de la Tuberculosis (PROCET), que consiste en la identificación de los Sintomáticos Respiratorios (SR), que se presentan en la comunidad, destinada a encontrar entre ellos, con la mayor precocidad posible los enfermos que constituyen las fuentes de transmisión de la enfermedad a través de la baciloscopías que es el estudio bacteriológico de pesquisa primario de la tuberculosis: Paciente con tuberculosis pulmonar con bacteriología positiva en la expectoración.

En este periodo de pandemia del Síndrome respiratorio agudo por coronavirus 2019, (SARS-COV-2) las actividades relacionadas con la pesquisa (solicitud de baciloscopías) han disminuido pues los esfuerzos del personal de salud, que se ha centrado en combatir esta nueva infección, sin embargo las personas enfermas con COVID-19 y TBC muestran síntomas similares como tos, fiebre y dificultad para respirar. Ambas enfermedades atacan principalmente a los pulmones y, aunque ambos agentes biológicos se transmiten principalmente a través de contactos cercanos, el período de incubación desde la exposición a la enfermedad es más largo en la TBC y suele presentar un inicio lento.

Se estima que la proporción de pacientes Sintomáticos Respiratorios entre los adultos consultantes corresponde aproximadamente a un 5%, por lo que la meta operacional para la localización de casos se ha definido como mínimo 50 baciloscopías por cada 1000 consultas de morbilidad en mayores de 15 años.

Según datos de los Registros Estadísticos Mensuales (REM) del año 2019, el Departamento de Salud de Requínoa otorgó 23.046 horas médicas de morbilidad, por lo que en estricto rigor el cumplimiento de la meta del PROCET correspondía 1152 baciloscopías, con estos datos se estimó para el año 2020 dar un cumplimiento de un 67.5% que corresponde a 778 baciloscopías.

	Morbilidad 2019	BK esperadas	Morbilidad 2020 enero a sept.	BK esperadas
Establecimiento				
CESFAM	14780	739	9577	479
CESCOSF	2375	119	623	31
ABRA	1901	95	813	41
LIRIOS	2887	144	1236	62
TOTIHUE	1103	55	511	26
TOTAL	23046	1152	12760	638

Tabla comparativa baciloscopías de pesquisa TBC		
	Año 2019 Enero-diciembre	Año 2020 Enero-octubre
Cumplimiento real total	656	112
Porcentaje de cumplimiento del real	57%	18
Meta comprometida en Plan comuna de salud	700	778
Porcentaje de cumplimiento de meta plan comunal	90%	14%

Aunque la experiencia sobre infección por COVID-19 en pacientes con TBC es limitada, se prevé que las personas enfermas con TBC y COVID-19 pueden tener peores resultados de tratamiento, especialmente si el tratamiento de la TBC se interrumpe.

Es por esto que como prestadores de salud debemos mantener el apoyo a las acciones del PROCET durante la emergencia sanitaria COVID-19. Debemos garantizar las prestaciones de servicios de prevención, diagnóstico, tratamiento y atención de la TBC.

Sólo el manejo de la TBC con un enfoque de Salud Pública y la incorporación de las medidas de control en todos los establecimientos, permitirá la localización oportuna de los casos contagiantes y la curación de quienes cumplan y completen el tratamiento. Con ellos se lograra realmente la reducción de la incidencia de la enfermedad.

MATRIZ PROBLEMA PROCET

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 manteniendo el compromiso del 80% del indicador Ideal de 50 baciloscopías por cada 1000 consultas de morbilidad en mayores de 15 años(50 baciloscopías cada 1000 consultas de morbilidad en mayores de 15 años) siempre y cuando la contingencia por SARS-COV-2 lo permita	Tomar 778 BK al 31 de diciembre de 2021	<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 2021 por sospecha de NAC.</p> <p>Establecer meta de BK de acuerdo al objetivo 2021 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 2021	Equipo de PROCET Encargados del PROCET.	REM BM18A

UNIDAD DE LABORATORIO CLÍNICO

Actualmente la Unidad de Laboratorio clínico, ante la alta demanda de la población inscrita en los diferentes programas de salud del CESFAM, cuenta con un personal altamente capacitado, con disciplina, disposición y sobre todo con profesionalismo siendo capaces de entregar resultados de exámenes con calidad que contribuyen al diagnóstico médico, para ello contamos con un equipamiento de última tecnología licitado en comodato con la empresa Labin Chile y un equipo de trabajo conformado por 3 Tecnólogos Médicos, 3 Técnicos en Laboratorio clínico y/o enfermería y 1 Oficial administrativo.

Nuestra Unidad cuenta con 5 toma de muestras (CESFAM, Posta Lirios, Posta Abra, CECOSF y Posta Totihue), también se realizan exámenes derivados del Servicio de Urgencia Rural que son entregados con un máximo de 2 horas. El tiempo de respuesta para los exámenes de rutina es máximo 24 horas, a excepción de los urocultivos que tardan de 24 a 48 horas (derivados a extra sistema).

La Unidad de apoyo de Laboratorio Clínico realiza alrededor de 133.000 exámenes al año, supliendo la demanda de los diferentes programas de salud, convenio GES, Servicio de Urgencia Rural, Postrados, control de crónicos, morbilidad entre otros, cumpliendo de ésta forma con nuestro rol de apoyo diagnóstico médico y a su vez al cumplimiento de metas de nuestro establecimiento, recalcando que el número de exámenes ha tenido un crecimiento exponencial a medida que pasan los años.

Si bien la cantidad de exámenes disminuyó en este año, alrededor de un 33%, nuestra proyección para el año entrante es que la demanda aumente en alrededor de un 15%, respecto al año 2019, dependiendo sí del desarrollo de la pandemia en curso.

Como se puede observar en el gráfico a continuación, la tendencia del número de exámenes desde el año 2014 al 2019 ha presentado un aumento exponencial. Durante el año 2019 se realizaron un total de 132.701 exámenes, de los cuales 4.122 corresponden a exámenes de urgencia, a Septiembre de 2020 pese a la situación epidemiológica que nos encontramos ya llevamos un total de 69.306 exámenes, 2380 corresponden a exámenes de urgencia.

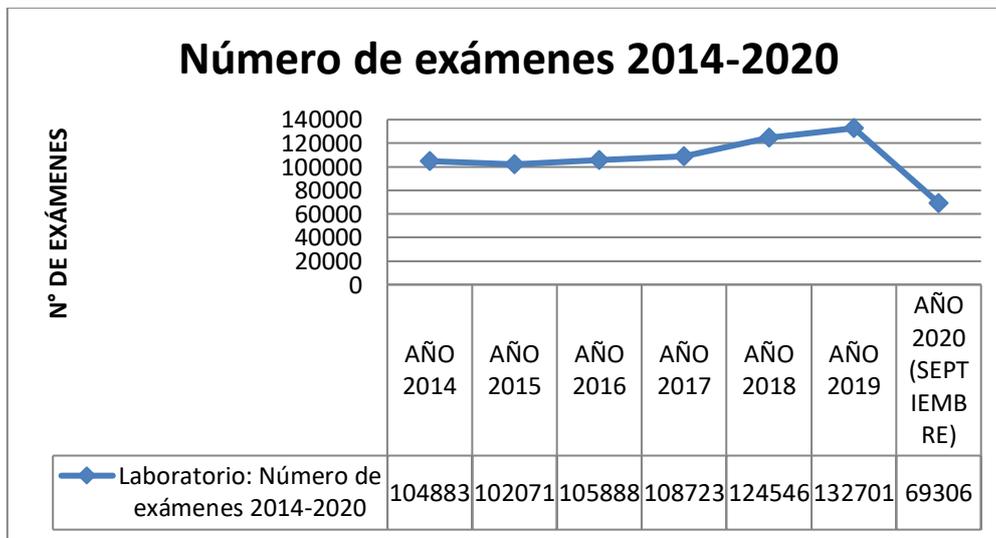


Imagen 1: Tendencia en la toma de exámenes CESFAM Dr. Joaquín Contreras Silva, Requínoa (Base de datos Sistema Informático del laboratorio, Nobilis Labin Chile)

Durante este año (2020) la Unidad de Laboratorio Clínico ha continuado prestando servicio a la comunidad, sólo se ha modificado la forma de trabajo debido a la contingencia sanitaria en la que nos encontramos. Para el año 2021 pretendemos seguir entregando las mismas prestaciones a nuestros usuarios e ir mejorando e incorporando nuevas prestaciones en pro de nuestra comunidad que estén incluidas en las prestaciones de APS.

Prestaciones de Laboratorio:

<p>HEMATOLOGÍA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • HEMOGRAMA + VHS • RECUENTO DE BLANCOS • RECUENTO DE PLAQUETAS • HEMATOCRITO • HEMOGLOBINA • TIEMPO DE PROTROMBINA • TTPA • GRUPO SANGUÍNEO Y Rh • RECUENTO DE RETICULOCITOS 	<p>PARASITOLOGÍA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • PARASITOLÓGICO DE DEPOSICIONES • TEST DE GRAHAM • ACAROTEST • HEMORRAGIAS OCULTAS • LEUCOCITOS FECALES 	<p>URIANÁLISIS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • TEST DE EMBARAZO EN ORINA • PROTEINURIA DE 24 HORAS • MICROALBUMINURIA / RAC • ORINA COMPLETA • UROCULTIVOS (DERIVADOS) 	<p>MICROBIOLOGÍA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • BACIOSCOPIAS • FLUJO VAGINAL DIRECTO • GRAM DIRECTO DE SECRECIÓN URETRAL • CULTIVO STREPTOCOCCUS GRUPO B EN EMBARAZADAS. (DERIVADOS) • PANEL DE VIRUS RESPIRATORIOS (VRS, INFLUENZA A y B, ADENOVIRUS). EQUIPO E INSUMOS FACILITADOS POR LA DSS O'HIGGINS DURANTE LA PANDEMIA. • PCR-TBC (DERIVADO)
<p>SEROLOGÍA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • RPR • VDRL (DERIVADO) • VIH (DERIVADO) • TEST DE CHAGAS (DERIVADO) • NIVELES PLASMÁTICOS (DERIVADO) • HEPATITIS B (DERIVADO) 	<p>QUÍMICA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • URICEMIA • UREMIA • GLICEMIA • PTGO Y GLICEMIA POST PRANDIAL • ALBUMINEMIA • CREATININEMIA • PERFIL HEPÁTICO • PERFIL LIPÍDICO • HEMOGLOBINA GLICOSILADA • ELECTROLITOS PLASMATICOS: CL,K,NA 	<p>INMUNOLOGÍA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • PCR • FACTOR REUMATOIDEO 	<p>ENDOCRINOLOGÍA (HORMONAS):</p> <ul style="list-style-type: none"> • PSA • PERFIL TIROIDEO (TSH, T4,T3,T4 LIBRE) • INSULINA BASAL, POSTCARGA Y POSTPRANDIAL.

Proyecciones para el año 2021:

- Durante el año 2019 el Indicador de rechazo de muestras en nuestra Unidad promedió un 0.6% superando nuestro umbral de un 0.5%, por ende durante el año 2021 nos proponemos realizar reuniones con funcionarios de las distintas tomas de muestras, para así tomar acciones correctivas más efectivas y acordes a nuestra realidad. Cómo a su vez continuar con las supervisiones de las 5 tomas de muestras de nuestro Departamento de Salud.
- Retomar el trabajo que respecta a Acreditación de calidad de Laboratorios Clínicos.
- Retomar, y según lo permita nuestra realidad epidemiológica actual, las capacitaciones para los funcionarios de nuestro establecimiento por parte de Labin Chile.
- Durante éste año a la fecha se han tomado 152 exámenes a domicilio, para el próximo año pretendemos seguir otorgando esta prestación, para lo que necesitamos contar con un equipo en terreno para acercar el laboratorio a la comunidad y seguir brindando apoyo clínico a nuestros pacientes.
- Contar con un equipo de análisis de gases sanguíneos, esta técnica pese a no ser una prestación de APS, se hace imprescindible incluirla como tal, puesto que la población ha tenido notorios cambios debido a la pandemia que nos aqueja. Por lo que es necesario contar con este examen dentro de las prestaciones disponibles para nuestra comunidad, para el mejor manejo interdisciplinario.
- Colaborar con las estrategias dirigidas a la pesquisa de Tuberculosis en nuestra comunidad, aumentando el número de lectura de baciloscopías, por lo cual se necesitarán más horas de trabajo para lograr cumplir la meta establecida por la DSS O'Higgins, y / o implementar la técnica de tinción de inmunofluorescencia, adicionando al microscopio un lente Ad-Hoc para disminuir el tiempo de lectura microscópica.
- Debido a la falta de infraestructura actual en nuestras dependencias, se dejó de realizar exámenes de microbiología básica (urocultivos, recuento de colonias y antibiograma directo), el año 2007, lo cual nos lleva a aumentar los gastos del presupuesto anual derivando todas estas muestras al extra sistema. Si logramos mejorar este punto de inflexión, con la reposición del nuevo CESFAM, estaremos aportando en mejorar la atención que brinda nuestro centro de salud.
- Seguir participando de las actividades de prevención y promoción de salud mediante la realización de EMP.

CURACIONES AVANZADAS Y SIMPLES

La Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) es un trastorno metabólico de carácter multisistémico, causado por diversos factores que provocan un mal funcionamiento en la acción de la insulina o de la secreción de ésta, llevando a una hiperglicemia crónica que pone a la persona en riesgo de complicaciones macro y micro vasculares específicas asociadas con la enfermedad.

El número de personas con DM ha ido incrementando tanto a nivel mundial como nacional; la organización Mundial de la Salud (OMS) proyecta que la DM será la séptima principal causa de muerte en 2030 en adultos.

Pie Diabético (PD) corresponde a una complicación tardía de la DM. Se refiere al pie que presenta una alteración anatómica o funcional, determinada por anomalías neurológicas y diversos grados de enfermedad vascular periférica de la extremidad inferior y que le confiere a éste una mayor susceptibilidad de presentar infección, ulceración y/o destrucción de tejidos profundos.

En Chile, según el registro de egresos hospitalarios del sector público de salud del año 2017, el 67,9% del total de las amputaciones de extremidad inferior son en personas con DM. Se estima que el 80% de estas son precedidas por una úlcera en el pie.

La Úlcera de Pie Diabético (UPD) y sus consecuencias representan una tragedia para la persona y su familia, así como también una exigencia y aumento de gastos para el sistema de salud y la sociedad.

ULCERAS VENOSAS (UV)

Es una lesión asociada a hipertensión venosa de los miembros inferiores entre el pie y debajo de la rodilla de más de un mes de evolución, es una patología muy común. En un estudio epidemiológico realizado en Chile en el año 2008, existe una población de aproximadamente 45.000 personas que permanecen con una UV a nivel país, de las cuales cerca de 34.500 (76,7%) se encontrarían en la atención primaria de salud.

La práctica profesional basada en la evidencia científica muestra que la intervención de equipos multidisciplinarios y un buen sistema de curación como es la avanzada (aplicación de apósitos interactivos, bioactivos o mixtos) obtiene resultados efectivos tanto para el paciente como para el establecimiento de salud. Se ha observado, que con la aplicación de estos métodos, existe mejoría en la calidad de cicatrización, disminución de los días de recuperación y se reduce los días de estancia intrahospitalaria, incluso se evitaron amputaciones en algunos casos.

La Pandemia COVID 19 ha obligado a realizar cambios estructurales y administrativos con el objeto de evitar nuevos contagios de COVID-19 y buscar estrategias para cubrir las demandas de esta prestación. Es por esto que las curaciones avanzadas y las simples que se realizaban en el servicio de Urgencia, se trasladaron a un colegio cercano al CESFAM en primera instancia y luego a la casa del adulto mayor, debido a la falencia de infraestructura en dependencias del departamento de Salud.

La separación de las curaciones del servicio de urgencia será definitiva y se proyecta formar un equipo que realice esta prestación.

La prestación de curación avanzada se extiende al programa dependencia severa y domicilios de usuarios no pertenecientes al programa, dependientes moderados como también usuarios con COVID-19.

CURACIONES SIMPLES AÑO 2019-2020

MES	N° CURACIONES 2019	N° CURACIONES 2020
ENERO	562	423
FEBRERO	470	387
MARZO	408	352
ABRIL	295	83
MAYO	288	81
JUNIO	277	47
JULIO	313	31
AGOSTO	383	51
SEPTIEMBRE	367	69
OCTUBRE	362	401
NOVIEMBRE	289	
DICIEMBRE	315	
TOTAL	4.364	1.925

FUENTE: REM BM 18A 2019

CURACIONES COMPLEJAS AVANZADAS AÑO 2019-2020

MES	N° CURACIONES 2019	N° CURACIONES 2020
ENERO	149	149
FEBRERO	206	111
MARZO	164	156
ABRIL	167	231
MAYO	196	184
JUNIO	149	137
JULIO	168	244
AGOSTO	153	244
SEPTIEMBRE	190	260
OCTUBRE	227	
NOVIEMBRE	164	
DICIEMBRE	150	
TOTAL	2.083	1.716

FUENTE: REM BM 18A 2020

INDICADORES:

Población Bajo Control en Curaciones: 24 personas.

Úlceras venosas (UV) 16 / Total Usuarios en curación 24 = **66,6%**

Pie diabético (PD):

PD 5 / Total Usuarios en curación 24 = **20,8%**

Otras causas

Otras 3 / Total Usuarios en Curación = **12,5 %**.

Desafíos 2021

- Lograr un espacio físico estable para la entrega de las prestaciones.
- Consolidar el Plan de Mejora implementado en el cuarto trimestre del 2020.

MATRIZ DE PRIORIZACION DE PROBLEMAS DE SALUD 2021

N°	PROBLEMA	MAGNITUD					TRASCENDENCIA					VULNERABILIDAD					FACTIBILIDAD					PUNTAJE FINAL
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	5	4	3	2	1	
1	Alta incidencia y Prevalencia de Trastornos Ansiosos y Depresión en personas mayores de 15 años.	4	2				4	2				4	1				3	9				16.4
2	Alta Prevalencia de Consumo de Alcohol de Riesgo.	3	2				3	7				3	3				3	7				13.9
3	Baja pesquisa de Tuberculosis	2	3				3	9				3	9				4	3				14.4
4	Baja cobertura de EMPAM, producto de la pandemia.	2	8				3	3				3	9				4	1				14.1
5	Disminución del número de pacientes con DM tipo II Compensados	4	3				4	6				4	1				3	7				16.7
6	Baja cobertura de educación en salud a grupos organizados de adultos mayores de la comuna.	1	8				2	6				3	1				4					11,4
7	Alta consulta morbilidad categoría C4-C5 en Servicio de Urgencia Rural del CESFAM.	3					2	1				2	7				3	6				11.3
8	Insuficiente Evaluación y Control Nutricional de mujeres con Diagnóstico de Diabetes Gestacional.	3	1				3	4				3	7				4					14.2
9	Baja asistencia a las diversas actividades preventivas y promocionales para la toma del Pap en mujeres de 25 a 64 años a toma Papanicolaou.	3	6				4	4				4					3	3				15.3
10	Baja Cobertura de Evaluación de Riesgo de Pie en pacientes con DM tipo II	3	8				4	6				4	2				3	9				16.4

Las matrices de los problemas seleccionados se encuentran en los programas respectivos incluidos en este documento.

DOTACION DE PERSONAL AÑO 2021

DOTACION DE PERSONAL AÑO 2021			DOTACION 2021	
Categoría	Cargo/Función	Lugar Desempeño	N° Horas	N° Funcionarios
A	Médico	Urgencia	88	2
	Médico	CESFAM-CECOSF-POSTAS	473	11
	Cirujano Dentistas	CESFAM-CECOSF-POSTAS-MOVIL	264	9
	Químico Farmaceutico	Botiquín CESFAM	44	1
	Químico Farmaceutico	Farmacia Popular	44	1
Total Horas Categoría			913	24

Categoría	Cargo/Función	Lugar Desempeño	N° Horas	N° Funcionarios
B	Jefe de Departamento	Departamento de Salud	44	1
	Asistente Social	CESFAM-CECOSF-POSTAS	220	5
	Enfermer@s	Urgencia-Esterilización	88	2
	Enfermer@s	CESFAM-CECOSF-POSTAS	330	8
B	Fonoaudióloga	CCR	44	1
	Kinesiólogo	CESFAM-CECOSF-POSTAS-CCR	209	6
	Matron@s	Director	44	1
	Matron@s	CESFAM-CECOSF-POSTAS	264	7
B	Nutricionista	CESFAM-CECOSF-POSTAS	209	5
	Terapeuta Ocupacional	CCR	44	1
B	Psicólog@s	CESFAM-CECOSF-POSTAS	209	5
	Tecnólogo Médico	CESFAM	110	3
	Otro Profesional	CESFAM	44	1
	Profesora Educ. Física	CESFAM -POSTAS	44	1
Total Horas Categoría			1.903	47

Categoría	Cargo/Función	Lugar Desempeño	N° Horas	N° Funcionarios
C	Técnico Sup.Informático	CESFAM	44	1
	TENS	CECOSF-CESFAM-POSTAS	1.078	25
	TENS	Urgencia	176	4
	TENS	Apoyo Urgencia	88	2
	TENS	Postrados	44	1
	TENS	Vacunatorio	44	1
C	TENS	Laboratorio	88	2
	TENS	Farmacia Popular	44	1
	TENS	CESFAM-Esterilización	132	3
C	Técnico Salud Dental	CESFAM-CECOSF-POSTAS-MOVIL	154	4
	TENS	Podóloga Postrados-CECOSF	44	1
	Tecnico Administrativo	Estadística	44	1
	Tecnico Administrativo	Adquisiciones	44	1
Total Horas Categoría			2.024	47

<i>Categoría</i>	<i>Cargo/Función</i>	<i>Lugar Desempeño</i>	<i>N° Horas</i>	<i>N° Funcionarios</i>
D	Técnico Enfermería	Farmacia	44	1
	Técnico Enfermería	P.N.A.C.	44	1
	Técnico Enfermería	Urgencia	44	1
	Técnico Enfermería	Posta El Abra	44	1
	Técnico Enfermería	Laboratorio	44	1
	Técnico Enfermería	Salud Mental	44	1
	Técnico Enfermería	Tratamiento II Crónicos	44	1
	Técnico de Salud	Podóloga	22	1
	Técnico Salud Dental	Posta Los Lirios	44	1
	Técnico Salud Dental	CESFAM	88	2
Total Horas Categoría			462	11

<i>Categoría</i>	<i>Cargo/Función</i>	<i>Lugar Desempeño</i>	<i>N° Horas</i>	<i>N° Funcionarios</i>
E	Oficial Administrativo	CESFAM-CECOSF-POSTAS-CCR	704	16
	Oficial Administrativo	Servicio de Urgencia	44	1
	Oficial Administrativo	Bodegueros	88	2
	Oficial Administrativo	Adquisiciones	44	1
	Oficial Administrativo	Personal	44	1
	Oficial Administrativo	Apoyo Finanzas	44	1
	Oficial Administrativo	Apoyo Finanzas-Personal	44	1
	Oficial Administrativo	Secretaría Dirección	44	1
	Oficial Administrativo	Apoyo Personal	44	1
	Oficial Administrativo	OFA Farmacia Popular	44	1
Total Horas Categoría			1.144	26

<i>Categoría</i>	<i>Cargo/Función</i>	<i>Lugar Desempeño</i>	<i>N° Horas</i>	<i>N° Funcionarios</i>
F	Conductores	Urgencia	176	4
		Postrados	44	1
		Terreno	44	1
		Traslado de Pacientes	44	1
	Auxiliar de servicio	CESFAM-CECOSF-POSTAS-CCR	462	12
	Camilleros	Urgencia Camilleros	176	4
Total Horas Categoría			946	23

TOTAL HORAS DOTACION	7.392	178
-----------------------------	--------------	------------

DESAFÍOS INSTITUCIONALES

De acuerdo al desarrollo de la pandemia, recursos humanos y de infraestructura:

- Concluir con el menor número de usuarios fallecidos o secuestrados por pandemia COVID-19.
- Abogar dentro de nuestro ámbito para el inicio de las obras de REPOSICION DEL CESFAM.
- Establecer continuidad de Equipo de Apoyo para Actividades en Terreno.
- Terminada la pandemia, elevar los indicadores sanitarios afectados por ésta.
- Retomar el trabajo para certificación en Modelo de Atención Integral en Salud Familiar.
- Retomar labores para reiniciar trabajo en Certificación de Calidad de nuestro CESFAM.

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

JUAN ENRIQUE JARA TRONCOSO
JEFE DAEM REQUINOA

EDUARDO ALLENDES GARCÍA
DIRECTOR CESFAM 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.