



PLAN DE SALUD 2017
CENTRO DE SALUD FAMILIAR DR. JOAQUIN CONTRERAS S.

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



INDICE

	Pág.
∇ Introducción.....	1
∇ Diagnóstico de Salud Local.....	2
Demográfico	
Sociocultural	
Perfil Epidemiológico, Mortalidad y Morbilidad	
Años de Vida Potencialmente Perdidos	
∇ Programa de Salud Infantil.....	5
∇ Programa de la Mujer.....	7
∇ Programa Cardiovascular Adulto y Adulto Mayor.....	13
∇ Programa Pacientes Postrados.....	15
∇ Programa Odontológico.....	17
∇ Programa Enfermedades Respiratorias IRA.....	22
∇ Programa Enfermedades Respiratorias ERA.....	23
∇ Programa de Rehabilitación.....	24
∇ Programa de Salud Mental.....	28
∇ Participación Social (Consejo de Desarrollo Local en Salud, Diagnóstico Participativo, Plan de Participación Social).....	31
∇ Programa Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria (MAIS).....	40
∇ Matriz de Priorización de Problemas de Salud 2017.....	49
∇ Matriz de Planificación Programa de la Mujer.....	51
∇ Matriz de Planificación Programa Salud Mental.....	53
∇ Matriz de Planificación Programa Cardiovascular.....	55
∇ Matriz de Planificación de Tuberculosis.....	56
∇ Matriz de Planificación IRA.....	57
∇ Dotación 2017.....	58
∇ Plan Comunal de Promoción.....	59
∇ Programa de Capacitación Personal Estatuto Atención Primaria.....	60



INTRODUCCIÓN

El presente documento es el producto del trabajo realizado por los distintos funcionarios que conforman el Departamento de Salud de nuestra comuna de Requinoa y actores comunitarios relevantes y representativos que conforman el Consejo de Desarrollo de Salud Local.

La priorización de los distintos problemas de salud entre los hallados, estuvo a cargo de nuestro Comité Gestor, así como de los Encargados de Programas.

Incluimos en este documento una síntesis del trabajo realizado durante gran parte del año 2016, de los tres Equipos de Cabecera de nuestra institución; Almendra, Roble y Araucaria, pilares fundamentales del Modelo de Atención de Salud Familiar así como el Equipo Gestor, ente multidisciplinario orientado a asesorar a la Dirección en la aplicación del Modelo. Este Equipo durante el 2016 trabajó en el cumplimiento de la Pauta MAIS (Modelo de Atención Integral en Salud) que es la guía para optar a la recertificación, donde en base a una autoevaluación realizada el 2015 se planificó un Plan de Cierre de brechas. La pauta MAIS se compone de 9 ejes fundamentales, que a su vez se ven reflejados en las brechas consideradas en el Plan. El cumplimiento de este plan implica optar a la recertificación, esto es, que en cada uno de los ejes de la pauta MAIS exista al menos un 30% de cumplimiento, a excepción del eje de Salud Familiar, donde se debe contar con al menos un 50%. En nuestro caso, el cumplimiento del Plan de cierre de brechas nos permite superar a la fecha el 30% de cada eje, así como el 50% en Salud Familiar, por lo que estamos en condiciones de recertificar en Marzo-Mayo del 2017, de acuerdo a fechas entregadas por el Servicio de Salud, quienes nos podrían acompañar en este proceso en dichas fechas.

Otro hito importante a considerar es la realización del Diagnóstico Participativo, realizado en nuestra Comuna entre los meses de Marzo y Mayo del 2016, donde nuestra comunidad en forma activa y comprometida entregó su visión de los problemas que considera más relevantes en Salud. A su vez, producto de este diagnóstico se elaboró un Plan de Participación Social, a fin de abordar los problemas priorizados por la Comunidad. Tanto el Diagnóstico como el Plan de Participación Social fueron realizados por funcionarios de Salud y miembros del Consejo de Desarrollo Local en Salud, en lo que se denominó Equipo Motor. A su vez, el Diagnóstico Participativo constituye un insumo relevante para este Plan de Salud, teniendo en consideración que esta instancia no se realizaba en nuestra Comunidad desde hace más de 15 años.

Debido al formato exigido hemos decidido además contar con cada uno de los planes elaborados por los Jefes de Programas, Equipos y Unidades de Apoyo, para que sirvan de insumo básico y relevante a considerar, desarrollar y evaluar durante el año 2017.

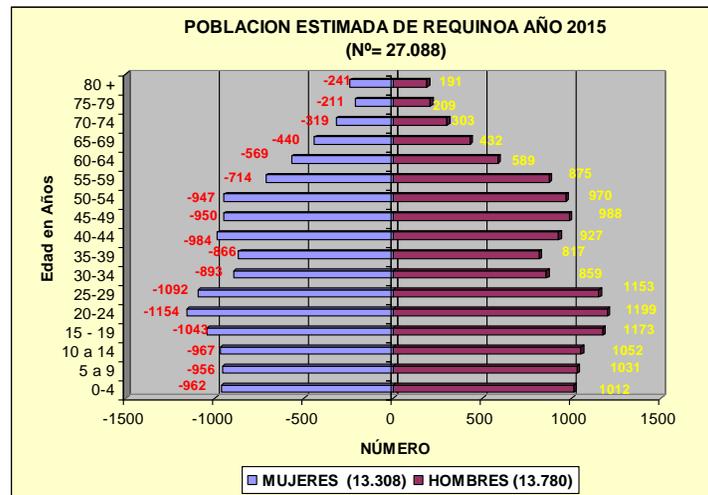


DIAGNÓSTICO DE SALUD LOCAL

1.1 ANTECEDENTES DEMOGRÁFICOS

La población total de nuestra comuna para el año 2016 es de 27.350 habitantes (INE, Proyección 2015-2020), la población inscrita validada per-cápita fue de 22.213 personas.

La población estimada para el año 2017 es de 27.582 habitantes, y la población inscrita validada per-cápita es de 22.468, dato extraído en las proyecciones 2015-2020 del INE y FONASA, respectivamente. El último gráfico de distribución según sexo lo aporta el INE el año 2015:



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

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

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

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

1.2 ANTECEDENTES SOCIO CULTURALES.

El índice de Pobreza Comunal de acuerdo a CASEN 2013 estaba determinado en un 8.75%.

En la tabla siguiente se muestra el tipo y número de Organizaciones Comunales al año 2014

ORGANIZACIÓN COMUNITARIA	Nº
Clubes Deportivos	43
Centros de Madres	3
Juntas de Vecinos	58
Centros u Organizaciones de Adultos Mayores	15
Centros de Padres y Apoderados	13
Otras Organizaciones Comunitarias Funcionales	142
Uniones Comunales	4

Fuente: SINIM.

Entre las organizaciones indicadas en la tabla precedente se encuentra el Consejo de Desarrollo Local de Salud, que agrupa a gran parte de éstas.

Respecto al tema laboral de nuestra comuna, la tabla siguiente grafica la intermediación laboral registrada, durante el año 2014.

INTERMEDIACION LABORAL	Nº de Personas
Personas enviadas a un empleo	600
Personas inscritas para capacitación	200



Personas que recibieron subsidios de cesantía	35 (dato 2013)
Personas inscritas en la Municipalidad en busca de empleo	588
Número de solicitudes de subsidios de cesantía	35 (dato 2013)
Número de personas que egresan de cursos de capacitación laboral	132

Fuente: SINIM.

En el ámbito Educativo en nuestra comuna existen 11 establecimientos de educación municipal, de los cuales 3 están ubicados en áreas rurales y los 8 restantes en lugares urbanos. La población en edad escolar durante el año 2014 fue de 6670 personas, en tanto la matrícula general para Enseñanza Básica fue de 2796 y para Enseñanza Media llegó a 973 (Fuente: SINIM).

1.3 PERFIL EPIDEMIOLOGICO

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

La tasa de Mortalidad Infantil para el año 2011-2013 en Requinoa fue de 7,5. (Tasa Trienal 2011- 2013, Fuente: DEIS-MINSAL).

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

TASA DE MORTALIDAD

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

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

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

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

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



AÑOS DE VIDA POTENCIALMENTE PERDIDOS.

Durante el año 2012 los AVPP para nuestra comuna fue de 1.772 años, de los cuales 1.160 corresponden a hombres y 612 a mujeres, con una tasa de 68.5 por 1.000 hbt. Estas cifras a nivel regional llegan a 70.168 años con una tasa de 79.5 por 1.000 habitantes (Fuente: DEIS 2012)

NUMERO DE CASOS DE MORBILIDAD DE NOTIFICACION OBLIGATORIA. REQUINOA 2013

PATOLOGIA	MUJER	HOMBRE	TOTAL
SIFILIS	3	2	5
GONORREA	0	0	0
HEPATITIS B	0	0	0
VIH - SIDA	0	0	0
HEPATITIS A	0	0	0
COQUELUCHE	0	2	2
FIEBRE TIFOIDEA	0	0	0
PAROTIDITIS	1	0	1
TUIBERCULOSIS	0	1	1
CHAGAS	0	0	0
HIDATIDOSIS	0	0	0

Fuente: DEIS. Número de casos 2013.



PROGRAMA DE SALUD INFANTIL

“Los primeros años de vida son críticos para el óptimo desarrollo y expresión de potencialidades de cada uno. En este período existen ventanas únicas para el desarrollo de habilidades emocionales, sociales, motoras, sensoriales, de desarrollo de lenguaje, entre otras. El equipo de salud debe invertir en acompañar y potenciar dichas habilidades desde la gestación hasta los 10 años. El Sistema de Protección Integral a la Infancia (Chile Crece Contigo) está orientado a potenciar dicho desarrollo y su correcta implementación debe ser un requisito básico en los equipos de salud, debiendo complementarse con todas aquellas acciones orientadas al desarrollo armónico, integral y en las mejores condiciones posibles para cada niño o niña” (Norma técnica para la supervisión de niños y niñas de 0 a 9 años en la atención primaria de salud, 2014).

Para el cumplimiento de los objetivos sanitarios 2011-2020 el PSI comunal durante el año 2016 planificó acciones y estrategias para enfrentar los desafíos. Resulta trascendental dentro de las metas del programa 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.

Todo el trabajo realizado por los equipos de cabecera y el intersector relacionado con la población infantil nos ha permitido el cumplimiento de metas, el cual se ve reflejado en las buenas tasas de cumplimiento de metas colectivas e IAAPS.

Con relación a la Meta N° 1 “Recuperación del déficit de la población de niños y niñas entre 12 y 23 meses” hasta Octubre llevamos un 69% de cobertura, un total de 13 niños diagnosticados con déficit 9 recuperados, esperamos una cobertura superior al 95% a Diciembre, y mantenerla para el 2017.

EL IAAPS N° 9 que dice relación con la “cobertura de EEDSM a la población entre 12 y 23 meses” a Octubre ya hemos alcanzado un 58%, y esperamos lograr un aumento en la cobertura, para así mediante diversas estrategias acercarnos a esta meta.

Dentro de las dificultades del 2016 que nos hemos vistos enfrentados, al igual que el año 2015, podemos destacar que aún luchamos contra la falta de participación de las madres y padres a los talleres Nadie es Perfecto. Para el año 2017 trabajaremos en forma mancomunada con el Municipio para dar amplia difusión. Si bien es cierto cumplimos con el número de talleres planificados por facilitadora no hemos logrado aumentar la cobertura.

Debido a los beneficios que redundan la lactancia materna, nos hemos esforzado por mantener cifras sobre el 60% en menores de 6 meses, dejando en claro que es tarea de todo el equipo actuar como facilitadores y fomentar la LME.

La evidencia científica, tanto como la empírica apoyan las intervenciones de promoción del desarrollo en los primeros años de vida, es por eso que el programa Chile Crece Contigo contempla a partir de este año talleres educativos grupales y entrega de material de apoyo. Dentro de este podemos encontrar material impreso como el “ayudándote a descubrir” I y II. El Cesfam cuenta con una ludoteca y las postas con servicio itinerante de ludoteca lo que nos permite derivar a todo niño con rezago en su desarrollo y ampliar la cobertura.

Permanentemente se están llevando a cabo pesquisas de déficit del desarrollo psicomotor a través de Pautas Breves, evaluaciones del DSM (EEDP y TEPSI) en las edades normadas.



Durante el año 2015 se creó un protocolo de la “Toma de Presión Arterial en niños y niñas de 3 años”. Dicho protocolo se envió a la DSS. Durante el año 2016 se ha ido incorporando esta actividad a labor diaria llevada a cabo por los profesionales de Enfermería.



PROGRAMA DE LA MUJER

PROGRAMA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

A continuación se expresan los datos más relevantes de este Programa que abarca una población inscrita validada de mujeres entre 15 y más años de 9190 para el año 2017, en tanto la población validada para el año 2016 de mujeres en el mismo grupo etario fue de 8887.

CÁNCER CERVICOUTERINO

En la mujer chilena, el cáncer del cuello uterino es la principal causa de muerte en el grupo de edad más productivo (35-59 años). En el año 2011 fallecieron 587 (tasa 6.7 por 100.000 hbts., Fuente DEIS). mujeres por esta causa, ocupando el séptimo lugar entre las muertes por cáncer en la mujer. La detección precoz mediante técnicas de screening; (PAP) cada 3 años a nivel primario, es una herramienta fundamental para disminuir la morbi-mortalidad de ambos cánceres, logrando una reducción del 90.8% de la incidencia acumulada de cáncer invasor.

COBERTURA PAP:

La Meta comunal alcanzada en el año 2015 fue de un 70.65 %, logrando que 4281 mujeres entre 25 y 64 años tuviesen su Pap vigente, de una población inscrita de 5966. En tanto, hasta el 31 de octubre del año 2016 la cobertura alcanzó un 71.61 %, con 4282 mujeres de igual grupo etario, (Base de Datos Local), con una población inscrita de 5978 mujeres.

TABLA Nº 1 SITUACION DE MUJERES DE 25 A 64 AÑOS RESPECTO A METODO DE SCREENING (Pap) PARA CANCER CERVICO UTERINO EN REQUINOA A OCTUBRE 2016

POBLACION INSCRITA	PAP VIGENTE	
	Nº	%
5978	4281	71.61

Fuente: Bases de Datos Excel CESFAM y PSR Requinoa

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

AÑO	Nº TOTAL PAP	NORMALES	ATIPICOS	LESION PRE-CANCEROSA (NIE I-II-III)	CANCER CERVICO UTERINO	MENOS QUE OPTIMOS
2011	1530	1503	2	9	0	16
2012	1641	1599	6	8	1	27
2013	1381	1335	7	17	1	21
2014	1400	1315	25	26	2	32
2015	1706	1612	32	15	0	47
10/2016	1389	1292	29	12	0	56

Fuente: Libro Registro Pap CESFAM y PSR REQUINOA.

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



Durante el año 2015 se derivaron 20 mujeres al nivel secundario usuarias con diagnóstico de Pap alterado o patología cervical clínica que fueron diagnósticas, tratadas y continúan el seguimiento en ese nivel de atención como también en nuestros establecimientos de salud. En tanto, esta cifra actualizada al 31 de octubre durante el año 2016 es de 34 mujeres, incrementándose en un 70% el número de derivaciones.

PROBLEMA DE SALUD PESQUISADO:

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

RELACION CON ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD.

OE. 2.5 REDUCIR LA TASA DE MORTALIDAD POR CANCER.

CÁNCER DE MAMAS

En el año 2011, hubo 1347 defunciones, la tasa de mortalidad fue de 15.5 por 100.000 hbts. (Fuente: DEIS). La tasa de mortalidad por este tipo de cáncer aumenta a partir de los 45 años, concentrando el 90.2 % de las defunciones en este grupo.

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

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

Eje principal en este tópico es la realización de mamografía cada 3 años gratis, focalizada en el grupo de 50 a 54 años de edad. Se espera que para el año 2020, el 80% de las mujeres entre 50 y 69 años tengan una mamografía vigente.

Pesquisa y Prevención del Cáncer de Mamas

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

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

AÑO	EFM REALIZADOS	NORMALES	PROBABLE PATOLOGIA BENIGNA	PROBABLE PATOLOGIA MALIGNA
2011	605	514	88	3
2012	683	595	87	1
2013	558	396	127	35
2014	496	473	22	1
2015	866	794	69	3
10/2016	714	619	93	2

Protocolo EFM.

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



TABLA N° 4_ SITUACION DE MUJERES DE 35 A 64 AÑOS RESPECTO A METODO DE SCREENING MAMOGRAFIA, PARA CANCER MAMARIO EN REQUINOA A OCTUBRE 2016.

POBLACION INSCRITA	MX VIGENTE	
	N°	%
4367		
CESFAM	1100	25.19
LIRIOS	236	5.4
ABRA	210	4.8
TOTIHUE	78	1.79
TOTAL	1624	37.19

Fuente: Bases de Datos CESFAM y PSR Requinoa

De esta tabla se desprende que el 37.19 % de las mujeres de 35 a 64 años, inscritas tiene este examen vigente.

Durante el año 2015 se derivaron a la Unidad de Patología Mamaria 12 mujeres; de las cuales; 6 correspondían a Probable Patología Benigna y 6 con sospecha de Cáncer mamario, las cuales se encuentran en control y seguimiento en el nivel secundario y terciario de atención. En el transcurso del año 2016 se han derivado al nivel secundario 20 mujeres, 10 por sospecha cáncer mamario y 10 por eventual patología benigna, constituyendo un incremento parcial del 66.6% respecto al año anterior.

El número de Mamografías por el Convenio Programa de Imágenes Diagnósticas en Atención Primaria realizadas en el año 2015 fue de 552 en tanto se efectuaron 50 Ecotomografía Mamarias. Durante el año 2016, al 31 de octubre se han efectuado 491 Mamografías y 83 Ecotomografías en los grupos objetivos.

EMBARAZADAS Y CONTROL PRENATAL

La importancia de la oportunidad de atención en el control prenatal es relevante a objeto de pesquisar variables que atenten contra la evolución fisiológica. Durante los años 2011, 2012, 2013, 2014 y 2015 se lograron coberturas del 85.8 %, 85.81, 86.84% %, 86.46 % y 88.12% respectivamente de ingresos de gestantes a control antes de las 14 semanas de gestación. Desde Enero al 31 de octubre del año 2016 esta cifra es 90.5 %, siendo lo programado un 88.12%. lo que demuestra que las estrategias usadas han sido efectivas, principalmente, a mantener la oferta de atención todos los días de la semana y dos sábados al mes, brindando la cobertura a quienes laboran.

Por otra parte, es relevante el hecho de que del total de ingresos efectuados durante el año 2015 existe un 46% (N=304) de gestantes que señalan no haber planificado su embarazo, de estas gestantes el 30 % corresponde a menores de 20 años. Esta cifra durante al año 2016; al 30 de octubre, alcanza el 57% (N=242), de las cuales un 15.2% son menores de 20 años. En relación a lo anteriormente señalado existe una baja cobertura de control Preconcepcional, los que durante los años 2013 y 2014 alcanza a 72 y 60 actividades respectivamente, constituyéndose en un problema planteado por el equipo maternal a trabajar durante el año 2015, el cual logró incrementar a 179 actividades logrando un incremento del 198% respecto a 2014 Aun así, esta cifra sigue siendo baja, por lo que se plantea nuevamente como un Problema Vigente y se espera incrementar en al menos un 60% durante el año 2017 la cifra alcanzada a octubre del 2016, la cual fue 125 prestaciones.



MUJERES EN EDAD DEL CLIMATERIO

En relación a la salud de la mujer en etapa climatérica, nuestra realidad es que existían durante el año 2014, 2987 mujeres entre 45 y 64 años de las cuales 611 estaban en control, constituyen una cobertura del 20.45%. En tanto, en el año 2015, la población bajo control fue de 778 mujeres, de una población inscrita de 2701 lo que significaba una cobertura de un 28.8%. Sin embargo, solo 43 mujeres se encuentran con Terapia Hormonal de Reemplazo y 78 con pauta MRS elevada de un total de 230 con pauta aplicada, constituyendo esto una cobertura de aplicación de éste instrumento del 32.63%, la cual está muy por debajo de lo esperado de acuerdo a las Estrategias Nacionales de Salud para el periodo.

Lo anterior fue expresado como un problema a trabajar durante el año 2017, por nuestro equipo el cual se inserta en el OE N° 4.7 que se refiere a Mejorar la calidad de vida de la mujer posmenopáusica.

La metas a lograr en este tópico son las siguientes:

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

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

TABLA N° 5. MUJERES EN CONTROL CLIMATERIO CORTE OCTUBRE 2016

POBLACION INSCRITA: 2771	45-64 AÑOS	CESFAM	LIRIOS	ABRA	TOTIHUE	COBERTURA TOTAL
EN CONTROL	834	571	124	81	58	30
CON MRS	278	164	46	48	20	10
MRS ELEVADA	100	41	22	27	10	35.9
CON APLICACION THR SEGÚN MRS	37	14	7	16	0	37

VIH Y SIDA.

El primer Objetivo Estratégico (OE) de las Estrategias Nacionales de Salud 2011-2020 (ENS), es reducir las muertes por VIH/SIDA. Al respecto nuestra comuna tiene 13 PPVIH, en control en el CAE del Hospital Regional Rancagua; de las cuales 10 son varones; 2 de ellos de 18 años y 3 mujeres. (Fuentes: CAE HRR al 30/11/2015). Al efectuar el Diagnóstico respecto a la pesquisa encontramos que el 100 % de las gestantes se realizan el Test y sólo un grupo reducido de personas se realiza la prueba de tamizaje para determinar la prevalencia de la enfermedad.

TABLA N° 6 NUMERO DE TEST VIH REALIZADOS DE ACUERDO A ACTIVIDADES EN LAS CUALES FUERON SOLICITADOS A OCTUBRE 2016

ACTIVIDAD	N°	%
CONSULTA ESPONTANEA	59	43.4
CONSULTA ITS	16	11.8
CONSULTA MORBILIDAD	16	11.8
CONTROL CICLO VITAL	13	9.5



EXAMEN DE MEDICINA PREVENTIVA	5	3.7
CONTROL REGULACION DE FECUNDIDAD	26	19.1
ACCIDENTE CORTOPUNZANTE	1	0.7
TOTAL	136	100

La meta a cumplir durante el año 2017 es lograr un 50% más de exámenes respecto a lo efectuado a octubre del año 2016.

Es necesario poder incrementar el número de personas que se efectúan el test, sobre todo en las consultas por morbilidad y espontaneas. El hecho de que los profesionales médicos y enfermeros puedan solicitarlo permite incrementar la pesquisa. Sin embargo, somos nosotros los llamados a no perder de vista esta patología que desde un tiempo a la fecha afecta a 1 mujer por cada 4 varones, y se está incrementando en el grupo de personas mayores de 50 años.

Finalmente, a continuación si identifican las actividades a realizar durante el año 2017.

CANASTA DE PRESTACIONES PROGRAMA DE ATENCION A LA MUJER

CONTROLES:	CONSEJERÍAS INDIVIDUALES:
PRENATAL TOMA MUESTRA PAP EX. FISICO MAMARIO PRECONCEPCIONAL INGRESO A CONROL DE SALUD RN POST PARTO POST ABORTO PUERPERA-RN HASTA 10 DIAS PUERPERA-RN ENTRE 11-28 DIAS GINECOLOGICO CLIMATERIO ING. CONT. CLIMATERIO PAUTA MRS REG. FEC CONTROL ITS	TABAQUISMO CONSUMO DE DROGAS SALUD SEXUAL Y REPR. REGULACION DE FECUNDIDAD CONSEJERIA PRE-VIH (PREVENCIÓN TRANSMISIÓN VERTICAL) CONSEJERIA POST -VIH (PREVENCIÓN TRANSMISIÓN VERTICAL) PREVENCIÓN ITS Y VIH VIH/SIDA PRE TEST VIH/SIDA POST TEST OTRAS AREAS
CONSULTAS:	INGRESOS PLANIFICACIÓN FAMILIAR:



CONSULTA ABREVIADA CONSULTA POR INFERTILIDAD MORBILIDAD OBSTETRICA MORBILIDAD GINECOLOGICA CONSULTA ITS ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA	APLICACIÓN EVALUACIÓN PSICO – SOCIAL ABREVIADA APLICACIÓN EDIMBURGO (REEVALUACIÓN CON PUNTAJE > O IGUAL 13 PUNTOS O PREGUNTA 10 DISTINTO A 0)
CONSEJERÍA FAMILIAR	
VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL.	
EDUCACIÓN GRUPAL.	
EMPA MODIFICADO EN MUJERES DE 45 A 64 AÑOS	



PROGRAMA CARDIOVASCULAR

SALUD DEL ADULTO Y ADULTO MAYOR

La estructura poblacional de nuestro país ha cambiado, esto se debe al aumento de la expectativa de vida y baja natalidad infantil, provocando una transición epidemiológica avanzada. Las principales causas de morbilidad, mortalidad y discapacidad se deben a las enfermedades crónicas.

La estrategia nacional 2010-2020, en el eje estratégico E2, considera 4 puntos, de los cuales están incorporados dentro del programa cardiovascular*:

	Tema	Objetivos	Meta	2010	2015	2020
2.1	Enfermedades Cardiovasculares	Aumentar la sobrevida de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	Aumentar 10% la sobrevida al primer año proyectada del infarto agudo al miocardio	78,5%	82,7%	91,0%
			Aumentar 10% la sobrevida al primer año proyectada por accidente cerebrovascular	70,5%	76,9%	89,7%
2.2	Hipertensión Arterial	Incrementar la proporción de personas con hipertensión arterial controlada (1)	Aumentar 50% la cobertura efectiva del tratamiento de hipertensión arterial	16,8%	19,6%	25,2%
2.3	Diabetes Mellitus	Incrementar la proporción de personas con diabetes controlada (2)	Aumentar 20% la cobertura efectiva del tratamiento de diabetes mellitus tipo 2	29,8%	31,8%	35,8%
2.4	Enfermedad Renal Crónica	Reducir la progresión de enfermedad renal crónica	Disminuir 10% la tasa de incidencia proyectada de tratamiento de sustitución renal crónica con hemodiálisis en población menor a 65 años	8,2 por 100.000	7,8 por 100.00	6,8 por 100.000

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) corresponden a la principal causa de mortalidad en Chile, con más de 24000 defunciones anuales, representando cerca de un tercio de todas las muertes. La mortalidad por ECV ha aumentado su importancia relativa de un 15% el año 1970 a 28% el 2007. Sin embargo el riesgo de morir se redujo en un 16% en los últimos 10 años.**

Cuando nos referimos a las patologías cardiovasculares, entre ellas diabetes, hipertensión arterial, enfermedad renal crónicas, dislipidemias. Todas han experimentado un aumento en la incidencia y prevalencia a nivel nacional, con dificultades para lograr compensación de estas.

Perfil epidemiológico Requinoa

Datos	junio	HTA	HTA compensado	DM	DM compensado
2016					
Cesfam		2399	1701	959	376
Lirios		455	280	160	61
Abra		299	2103	179	65
Totihue		91	58	38	18
Total		3244	2242	1331	520



Una medida de gran importancia, es la detección precoz en etapa asintomática las enfermedades cardiovasculares, ya que de esta manera se logra compensación a tiempo y disminución de las comorbilidades producidas por descompensaciones. Esto está demostrado en declinación de la mortalidad cardiovascular en países desarrollados se atribuye a una mejor prevención, diagnóstico y tratamiento de estas enfermedades, aunque particularmente a una menor prevalencia de tabaquismo, y menores niveles de presión arterial y colesterol total***.

En nuestra comuna durante el 2015, realizamos variadas actividades de promoción y prevención:

- EMPAS en corrida de inclusión de discapacidad.
- EMPAS en feria
- EMPAS en diferentes agrícolas de la comuna
- EMPAS a diario en CESFAM y Postas rurales.

Además de cubrir el tratamiento de la población inscrita en los controles crónicos, por equipo multidisciplinario tanto médicos, enfermeros, nutricionista, psicólogo y podólogos.

Contamos con profesora de educación física que realiza diferentes talleres de actividad física, en distintos sectores de la comuna, de esta manera logrando mejor accesibilidad a realizar actividad física.

Objetivos del programa:

- Promoción de estilos de vidas saludables
- Prevención de enfermedades crónicas
- Tratamiento de patologías, con el objetivo principal de compensar las diferentes enfermedades crónicas
- Reducir las comorbilidades.



PROGRAMA DE PACIENTE CON DEPENDENCIA SEVERA O POSTRADOS 2016.

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

PROPÓSITO DEL PROGRAMA

El Programa de Atención Domiciliaria a Personas con Dependencia Severa, está dirigido a todas aquellas personas que sufran algún grado de dependencia severa: física, psíquica o multidéficit, según índice de Barthel; y a preparar a las familias que cuidan a este tipo de pacientes, entregando acciones de salud integrales, cercanas y con énfasis en la persona, su familia y entorno; considerando aspectos curativos, preventivos y promocionales con enfoque familiar y de satisfacción usuaria, para mejorar así, su calidad de vida.

EQUIPO DE TRABAJO

Además del equipo ya establecido en el programa es decir médico, enfermera, kinesiólogo, TENS y conductor, este año se aumenta de 8 a 22 hrs. semanales a podóloga, con el objetivo de aumentar la cobertura y la frecuencia de las prestaciones.

Durante el año 2016 el programa contó por primera vez con 6 horas de psicólogo semanales, 4 destinadas a atención individual en domicilio y 2 horas destinadas a talleres grupales “ Cuidar y cuidarse” cuyo objetivo es: orientar acciones preventivas que debe aplicar el cuidador de personas dependientes, para garantizar su salud física, mental, emocional y social, conjuntamente asegurando una buena calidad de vida, comprendiendo la importancia del cuidado como fuente del propio bienestar y la persona cuidada. Todos los talleres finalizaron con la evaluación de un terapeuta floral y la entrega de un frasco de esta terapia complementaria.

Para el año 2017 se continuará con este nuevo recurso humano dentro del programa, con intervenciones individuales y grupales, estas últimas se realizarán en todas las localidades rurales de la comuna de manera de acercar las prestaciones a la comunidad y facilitar el acceso a las cuidadoras



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



ESTADÍSTICAS AÑO 2016

➤ Cantidad de pacientes postrados al mes de Noviembre 2016.

Pacientes menores de 65 años	27
Pacientes mayores de 65 años	57
Total de pacientes	84

➤ Usuarios según dependencia por índice de Barthel al mes de Noviembre 2016.

Dependencia Leve	6
Dependencia Moderada	10
Dependencia Severa	68
Total pacientes	84

➤ Ingresos y egresos (altas y fallecidos) hasta octubre 2016

MES	INGRESOS	EGRESOS
Enero	6	3
Febrero	1	1
Marzo	2	5
Abril	8	5
Mayo	2	4
Junio	6	4
Julio	5	7
Agosto	5	3
Septiembre	3	5
Octubre	7	3
TOTAL	45	40

➤ Atención domiciliaria del año 2016 a Noviembre del mismo

MES	VISITA MÉDICA Y ENFERMERO (A)	CURACIONES Y PROCEDIMIENTOS
ENERO	32	96
FEBRERO	60	106
MARZO	61	114
ABRIL	43	163
MAYO	62	186
JUNIO	75	188
JULIO	49	162
AGOSTO	63	164
SEPTIEMBRE	58	181
OCTUBRE	53	159
NOVIEMBRE	45	160
TOTAL	601	1.679



PROGRAMA ODONTOLÓGICO

Marco teórico

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

En atención a lo anterior se privilegia la atención de los niños de 6 años (GES) y de los niños de 12 años (metas colectivas). Además se trabaja con el total de altas de menores de 20 años (Indicadores de actividad de Atención primaria de salud) y población de gestantes (meta colectiva desde el año 2009).

A principios de la década del 2000 se plantearon dos objetivos sanitarios, el primero de ellos decía relación con la disminución del índice COPD (diente con caries, obturados o perdidos) de los niños de 12 años al 44% (a 1,9 el año 2010), meta que fue cumplida. El segundo de ellos tenía como objetivo un aumento de cobertura al 50 % de los menores de 20 años, meta nacional no cumplida. En el decenio en curso (2010-2020), las estrategias de trabajo se enfocan en el grupo etario menor de 20 años ocupando gran parte del tiempo clínico odontológico disponible.

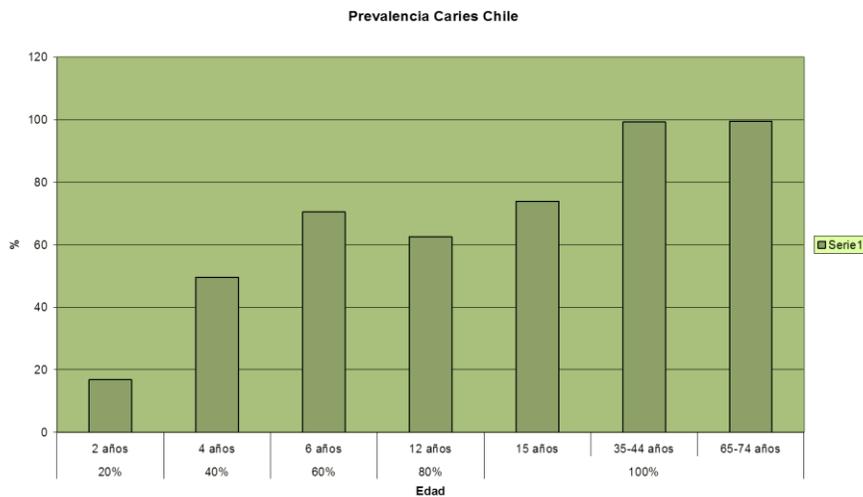
Teniendo en cuenta que el objetivo de la planificación estratégica es contribuir a desarrollar un marco conceptual y estrategias compartidas que permitan direccionar y articular esfuerzos de todos los componentes para el logro de las prioridades sanitarias vigentes, no podemos ignorar las metas y el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

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

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

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

Caries dental: es considerada como una enfermedad común (ha afectado a casi el 100% de los adultos), compleja (etiología diversa) y crónica (lento avance), inducida y causada por un desequilibrio entre los factores endógenos y el medio. La severidad de la caries dental, medida a través del número de dientes afectados por caries, aumenta con la edad, tanto en la dentición temporal (ceod) como en la dentición permanente (COPD): el ceod es de 0,5 a los 2 años, 2,3 a los 4 años y 3,7 a los 6 años, el COPD es de 0.5 a los 6 años, 1.9 a los 12 años, 3.0 a los 15 años, 13.3 a los 35 a 44 años y 19.7 en el grupo de 65 a 74 años.



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

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

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

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

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

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

En la comuna de Requinoa se cuenta con 250 horas semanales de odontólogo con igual horas de técnico dental. Lo anterior distribuido en un CESFAM (111Horas en total,88 diurnas y 23 vespertinas), dos postas de salud rural (88 horas) y un móvil dental (44 horas) que dan respuesta a las necesidades de salud oral de la Comuna . Desde el año 2000 se trabaja, en concordancia a las políticas ministeriales, con los grupos etarios menores de 20 años en el tratamiento de patologías bucales (atención vespertina en Lirios y Abra). Además se cuenta con horas contratadas para la atención de cuartos medios que son atendidos en el liceo municipal. La atención dental en CESFAM mayoritariamente es otorgada a los sectores de Robles y Araucarias pues las unidades dentales de postas absorben la atención del sector Almendras (excepto la zona de Totihue, que por cercanía acude a nuestro CESFAM por no contar con Unidad dental en esa Posta).La Unidad dental móvil vino a dar respuesta a la demanda no satisfecha en lugares rurales, de difícil acceso o escuelas que no asistían a nuestro CESFAM.

Cabe destacar que la falta de lugar físico para implementación de box dental hace imposible una mayor cobertura a nuestra población .



PLAN DE SALUD

ATENCIÓN DENTAL A MENORES DE 20 AÑOS

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

METAS DE IMPACTO

- Aumentar a un 25% las altas integrales de niños de 2 años en la Comuna de Requínoa
- Aumentar a un 30% las altas integrales de niños de 4 años en la Comuna de Requínoa
- Aumentar a un 85% las altas integrales de niños de 6 años en la Comuna de Requínoa
- Aumentar a un 88% las altas integrales de niños de 12 años en la Comuna de Requínoa
- Aumentar a un 80 % las altas integrales a jóvenes de cuartos medios Liceo Municipal

ESTRATEGIAS

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

Este Programa se inició como piloto el año 2006 en nuestra comuna y funciona hasta hoy en coordinación y asesoría de la SEREMI de salud. Además agrega la atención dental del personal que labora en los jardines infantiles JUNJI-INTEGRA a través del convenio "Más sonrisas para Chile" con componentes educativos preventivos y rehabilitadores .

- Efectuar el control sano odontológico a lo menos al 30 % de los niños de 4 años .Lo anterior consiste en educar a los padres o tutores sobre buenos hábitos de salud bucal. Para cumplir con esta estrategia debe existir una coordinación con los equipos pediátricos de nuestro CESFAM además de odontólogos preparados y con el módulo de atención pediátrica aprobado (2013-2014).Durante el año 2016 se realizó tratamiento de .ortodoncia interceptiva a los menores diagnosticados a través de dicho examen
- 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 fluor (población escolar rural de 1º a 8º básico).
- Continuar protegiendo y limitando el daño en salud bucal en los grupos etáreos vulnerables por tener mayor riesgo biológico a través de la atención dental integral (DEIS, MINSAL 2009)

2 años: A esta edad el niño ya presenta completa su dentición temporal.

Lo principal en esta edad es el refuerzo de las medidas preventivas, higiene y alimentación saludable con inactivación de caries, en algunos casos.(fluoración en jardines infantiles)

Cobertura de 25 % alta odontológica total de inscritos en nuestro CESFAM.



4 años: A esta edad el niño ya presenta su dentición temporal completa y tiene mayor madurez para cooperar con el odontólogo para su rehabilitación si fuese necesaria.

Refuerzo de actividades preventivas. . (Fluoración en jardines infantiles)

Cobertura de 30 % alta odontológica total de inscritos en nuestro CESFAM

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

Cobertura de 85 % alta odontológica total de inscritos en nuestro CESFAM.

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

Cobertura de 88 % alta odontológica total de inscritos en nuestro CESFAM.

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

Cobertura de 80 %

Embarazadas: la atención integral de la embarazada tiene por objetivo disminuir la carga bacteriana de la madre y se refuerza la educación de salud bucal. Además de disminuir los factores de riesgo del hijo por nacer.

Cobertura de 68 % alta odontológica total de inscritos en nuestro CESFAM.

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).
- Altas integrales a niños de 2 y 4 años
- Fluoración tópica (barniz) a niños de 2 a 4 años en 4 Jardines y colegios de la comuna
- Altas integrales a niños de 2,4, 6 y 12 años
- Altas integrales totales de menores de 20 años
- Sellantes a niños de 6 y 12 años
- Atención integral vespertina menores de 20 años (prioridad SOME)
- Atención integral a embarazadas

METAS:

- 100% Escuelas y Jardines Infantiles saludables incorporan factores protectores de la salud bucal
- Cobertura de fluoración (en el agua ,leche o tópica) del 90% de los niños escolares de la comuna
- Cobertura de sellantes: 100% en niños de 6 años con alta integral y 70% en niños 12 años con alta integral.
- Altas Integrales:
 - > o = al 25% niños de 2 años
 - > o = al 30% de niños de 4 años
 - > o = al 85% de niños de 6 años
 - > o = al 88% de niños de 12 años
 - > o = al 24% de menores de 20 años
 - > o = al 80% de alumnos de cuartos medios (municipales)
 - > o = al 68 % de las Embarazadas

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



INDICADORES

- Nº de talleres realizados en Jardines infantiles y escuelas saludables de la comuna.
- Cobertura de atención integral por edad (2, 4, 6, 12 años, menores de 20 años y embarazadas)
- Cobertura de fluoración tópica a niños de 2 a 4 años
- Cobertura de sellantes por edad (6 y 12 años)
- Índice COPD a los 6 y 12 años

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

La problemática a abordar durante el próximo año dice relación con prevenir y reducir la morbilidad bucal de los menores de 20 años en concordancia con el abordaje que ejecuta hace unos años el MINSAL. Nuestra comuna no escapa a la realidad nacional de Chile con alta incidencia y prevalencia de enfermedades bucales en menores de 20 años presentando un gran desafío el poder atenderlos y contribuir a metas de carácter nacional que representan indicadores internacionales de salud. Es por ello que el año 2010 se realizó en nuestra comuna un diagnóstico de salud bucal que arrojó altos índices (todos superiores a la media nacional medida el año 2007) lo que nos convoca a seguir trabajando para mejorar la ya mencionada realidad.

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

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

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



PROGRAMA DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS DEL NIÑO (IRA)

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

Durante el año 2016 (desde Enero hasta Octubre), el Programa IRA permitió realizar 2274 controles kinésicos, un 42% más que el año 2015, esto es debido a la contratación de 11 hrs. más de kinesiólogo IRA. Cabe mencionar además de prestaciones como las visitas domiciliarias en pacientes con riesgo moderado y alto de fallecer en caso de presentar una neumonía, se suman este año el ciclo de talleres de educación grupal para los padres de los pacientes respiratorios crónicos pediátricos.

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

Prestaciones Sala IRA desde Enero a Octubre de 2016

N° Controles Médico IRA	377
N° Controles Kinesiólogo IRA	2274
N° de Ingresos enfermedades respiratorias agudas	1561
N° ingresos enfermedades respiratorias crónicas	154



PROGRAMA ENFERMEDADES RESPIRATORIAS DEL ADULTO (ERA)

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

Desde la década de los ochenta el gobierno a través del Ministerio de Salud ha invertido grandes esfuerzos en disminuir la morbilidad y mortalidad por Enfermedades Respiratorias en los adultos, desde la educación a la población sobre el daño provocado por el tabaco (una de las principales causas de daño pulmonar crónico), pasando por la mejor disponibilidad de camas de hospitalización destinadas a estas patologías y mejor acceso a métodos diagnósticos. Pero lejos la mejor medida ha sido sin duda, la vacunación antinfluenza a la población de alto riesgo y la vacunación antineumococo a los adultos mayores de 65 años. Esta última ha tenido un impacto tal en la mortalidad, así como también en la disminución de los días cama destinados a hospitalización de enfermedades respiratorias en periodo de Campaña de Invierno. La sala ERA es el lugar físico para la observación, control y procedimientos para enfermos respiratorios adultos en atención primaria, la cual está conformada por un médico y kinesiólogo.

OBJETIVOS

1. Fomentar la disminución y cesación del consumo de tabaco.
2. Reducir la morbilidad y mortalidad prematura por enfermedades crónicas respiratorias.
3. Contribuir a la disminución de morbimortalidad
4. Evaluar calidad de atención en población crónica respiratoria bajo control.
5. Mejorar la calidad de atención en población crónica respiratoria bajo control.
6. Incrementar la cobertura de usuarios crónicos respiratorios.
7. Mejorar la calidad de la atención respiratoria en usuarios de 65 años y más que cursen con NAC de manejo ambulatorio



PROGRAMA DE REHABILITACION INTEGRAL CON BASE COMUNITARIA

El Programa de Rehabilitación Integral es una estrategia transversal a lo largo del ciclo vital y a los grupos etarios, cuyo foco es la población de 20 y más años. Este programa se basa en el concepto de Rehabilitación con Base Comunitaria, “La rehabilitación basada en la comunidad constituye una estrategia de desarrollo comunitario para la rehabilitación, equiparación de oportunidades e integración social de todas las personas con discapacidad. Se lleva a cabo por medio de los esfuerzos combinados de las propias personas discapacitadas, de sus familias y comunidades, y de los Servicios de Salud, educativos, sociales y de carácter laboral correspondientes.” (Definición OPS, OMS, OIT)

PROPÓSITO:

Entregar prestaciones de rehabilitación de calidad, en forma oportuna y accesible, a las personas en situación de discapacidad, permanente o transitoria, mejorando la resolutive a nivel de la atención primaria de salud.

OBJETIVO GENERAL:

Aumentar la cobertura de rehabilitación física en la red de atención primaria.

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.

PRODUCTOS ESPERADOS

1. Diagnóstico comunitario participativo: construir el diagnóstico a partir de la evaluación participativa, que permita identificar a las personas que en esa comunidad están en situación de discapacidad o en riesgo de adquirirla y los perfiles que estas tienen. Así mismo identifica, cuantifica y valora, los recursos comunitarios que pueden incidir positiva o negativamente en los procesos de rehabilitación.
2. Evaluación y manejo integral de las personas en situación de discapacidad o en riesgo de adquirirla.
3. Evaluación y manejo integral del entorno familiar y físico de la persona en situación de discapacidad.
4. Planes de tratamiento con objetivos y plazos acordados con la persona en situación de discapacidad, su familia y/o su cuidador
5. Valoración de impacto del tratamiento.
6. Actividades de prevención de discapacidad individual y grupal.
7. Actividades terapéuticas individuales y grupales.
8. Consejería individual y familiar.
9. Visitas domiciliarias integrales.



RESULTADOS DIAGNOSTICO PARTICIPATIVO 2016: DISCAPACIDAD

Salud, Autonomía y Dependencia		
Tema identificado	Problemas detectados	Posibles soluciones
1. Falta de Traslado	<ul style="list-style-type: none"> No existe una mayor ayuda en locomoción adaptada Falta de optimización de recursos en traslado 	<ul style="list-style-type: none"> Que exista un royecto de traslado, con postulaciones a fondos públicos Que se adapte la locomoción
2. Falta de capacitación	<ul style="list-style-type: none"> Falta que los profesionales sean capaces de atender bien a una persona que sea dependiente Falta de sensibilidad con el usuario, conocer y profundizar las enfermedades que tienen las personas Falta de profesionalismo para atender 	<ul style="list-style-type: none"> Realizar capacitaciones a los profesionales para atender bien a los pacientes Promover buenas practicas
3. Falta de optimización de las derivaciones	<ul style="list-style-type: none"> Mala derivación y no se hace prioridad al momento de derivar Mucha demora para las interconsultas Falta de hora para atención 	<ul style="list-style-type: none"> Que el funcionario se informe para luego dar la información correcta de la derivación al paciente Que exista más profesionales para que sea menos la demora
Otros temas	<ul style="list-style-type: none"> Que los mismos médicos sean los que den las horas al momento de atenderte para el siguiente control. Que no hayan privilegios para las personas que conocen a los funcionarios o profesionales 	

Educación		
Tema identificado	Problemas detectados	Posibles soluciones
1. Falta de especialistas	<ul style="list-style-type: none"> Bajo rendimiento en los jóvenes Problemas conductuales Falta de igualdad e inclusión Falta de información a Cuidadores 	<ul style="list-style-type: none"> Capacitación de los profesores Información en reunión de apoderados
2. Infraestructura	<ul style="list-style-type: none"> Dificultades de accesibilidad Accidentes Falta de interés por parte de los alumnos Falta de apoyo Frustración en el núcleo familiar Falta de acceso a las necesidades básicas Los colegios no están preparados 	<ul style="list-style-type: none"> Creación de señaléticas Que los colegios accedan a proyectos de accesibilidad universal Educar a la población Sensibilizar a la población



3. Sensibilización	<ul style="list-style-type: none"> • Temor a la discriminación • Presencia de bullying • Falta de talleres 	<ul style="list-style-type: none"> • Talleres educativos • Charlas • Estrategias de inclusión • Publicidad en los medios de comunicación • Talleres contención emocional al público en general
Otros temas	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de continuidad en los colegios, ya que no existe continuidad al terminar el proceso educativo. • Creación de voluntariado dentro de los alumnos 	

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

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



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



PROGRAMA DE SALUD MENTAL

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

La integración de ésta como una patología GES durante el año 2006 ha promovido el acercamiento masivo de la población a nuestro establecimiento con la expectativa de ser escuchados y tratados en las dolencias que van más allá de su estado mental, involucrando también su condición de desprotección social como una de sus demandas fundamentales cuando ingresan al box del psicólogo.

La población bajo control por esta patología a Octubre del año en curso es de 488 casos, lo que corresponde al un 35,1% de la población bajo control en ese momento (población bajo control de personas mayores de 5 años en programa salud mental 1390 usuarios)

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

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

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

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

Respecto al consumo de alcohol en nuestra comuna, este año se ha desarrollado en programa piloto: Vida Sana Alcohol en APS, esta actividad nos ha permitido realizar intervenciones mínimas o consejerías a usuarios con muy bajo riesgo, nos ha permitido realizar intervenciones breves para usuarios en riesgo menor e iniciar tratamiento a las personas con dificultades de alcoholismo o bebedor problema. Esta actividad ha conllevado acciones en box, sala de espera, Psicoeducación, consejería y trabajo en terreno (evaluación de adolescentes en liceo municipal y empresas de la comuna); sin duda esta actividad nos permite intervenir muchas veces a usuarios poco habituales o en etapas de consumo de bajo riesgo. Este año al mes de octubre se habían aplicado 935 audit para evaluar el consumo de alcohol de la población, permitiendo realizar las siguientes acciones:

- Intervenciones mínimas : 827
- Intervenciones Breves : 92
- Derivación asistida : 16



Otros Datos Relevantes:

Total Consultas Salud Mental a Octubre 2016

	Médico	Psicólogo	A. Social
CESFAM	394	1272	429
LIRIOS	129	208	36
ABRA	110	177	22
TOTIHUE	14	72	17
TOTAL	647	1729	504

Otras Prestaciones en Salud Mental:

Auxiliar Salud Mental	: 613
Enfermera	: 71
Matrona	: 203
Terapeuta Floral	: 73

**Población bajo control por Depresión en personas mayores de 15 años
Octubre 2016. Programa Salud Mental CESFAM Requinoa**

	CESFAM	Postas	Total
Total	269	219	488

Población Bajo Control a Octubre 2016. Programa Salud Mental

Población Bajo Control Mayores de 5 años	Meta Población bajo control mayores de 5 años
1390	1004
138%	100 %

- Trastornos emocionales: Cuadro que puede Derivar a depresión si no recibe el adecuado abordaje multidisciplinario.
- La Depresión representa el 35,10 % de la totalidad de pacientes bajo control mayor de 15 años, lo que resulta significativo, debido a que es mayor al 30% esperado. Además es necesario considerar el riesgo que representan los trastornos emocionales, los que al volverse recurrentes pueden desarrollar episodios Depresivos y como tal cuadros Depresivos.

De lo anteriormente expuesto se deduce que los problemas prioritarios de nuestro programa a trabajar durante el año 2017 son:

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

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



ESTRATEGIAS PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS PLANTEADOS:

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

LINEAS DE TRABAJO:

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

ACTIVIDADES:

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

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



PARTICIPACION SOCIAL EN SALUD

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

Desde el modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria, 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 orientaciones del centro de salud a los miembros de la comunidad y a su vez acercando las necesidades de las personas a la institución, desarrolla también un rol consultivo; conocedor de la realidad del establecimiento y por tanto 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 dicho 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”

Para dar cumplimiento a los nuevos requerimientos fue necesario entonces realizar un diagnóstico participativo con la comunidad, ejecutado por sector o equipo de cabecera, en el cual los representantes de la comuna expresaron las principales problemáticas y necesidades en salud visualizadas y percibidas por ellos. Con estos insumos y como etapa siguiente se llevó a cabo la priorización de aquellas problemáticas más significativas, para luego crear el plan de participación social, el cual debe ser ejecutado y evaluado anualmente.

Cabe señalar que el plan ha sido socializado en diversas instancias como el Consejo de Desarrollo Local en Salud, el comité gestor del establecimiento, y en la reunión mensual de dirigentes comunitarios, con quienes también se realizará la evaluación final del plan y las proyecciones 2017.

Al corte de octubre se ha ejecutado un 60,7% del plan, quedando noviembre y diciembre para terminar de ejecutar las actividades planificadas y diciembre para realizar la evaluación final del plan. En general ha resultado una experiencia muy positiva desde el acercamiento que se ha logrado con la comunidad a partir del diagnóstico participativo, ha existido un compromiso en el desarrollo de las actividades planificadas, las cuales han sido ejecutadas y bien logradas, con algunas variaciones en los tiempos programados, propias de las contingencias, pero las cuales no han menoscabado el éxito de las mismas. Por su parte también se ha logrado potenciar una alianza de trabajo entre los ejes Participación Ciudadana y Promoción de Salud.

En cuanto a las proyecciones 2017 se pretende seguir abordando los problemas priorizados durante el año 2016, ya que si bien se han ejecutado con éxito las actividades planificadas, consideramos fundamental continuar desarrollando y profundizando en actividades para éstas mismas problemáticas, si lo que pretendemos es lograr una mejora significativa y sistemática de las mismas.

A continuación se presenta un extracto de los procesos realizados:

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



PLAN DE PARTICIPACION SOCIAL EN SALUD
CESFAM REQUINOA, 2016

DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO

Introducción

La Participación ciudadana en Salud adquiere vital relevancia desde la adopción del enfoque biopsicosocial en salud, hecho que luego es fuertemente validado por la promulgación de la Ley N° 20.584 de Deberes y Derechos en Salud.

Nuestro CESFAM no es ajeno a esta realidad, y por ello, presentamos este Plan, que en grandes rasgos está dividido en dos partes: Diagnóstico participativo y Plan de Participación Social. Detrás de todas las etapas se encuentra un gran y extenso trabajo realizado por el Equipo Motor de nuestro CESFAM, quien fue el ente articulador de las opiniones, aportes, demandas, y expresiones de nuestra comunidad. Todo lo anterior fue trabajado en conjunto con el Equipo y nuestra comunidad, y tanto los resultados como las medidas a tomar se ven reflejadas en este Plan.

Objetivo General:

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. Esto considerando que un Diagnóstico “in situ” y con participación activa de la comunidad (no solamente representantes) no se realizaba en Requinoa desde hace varios años.

Objetivos Específicos:

- Recoger, organizar y analizar la información que existe a nivel local acerca de la situación de salud de la población de Requinoa, así como la descripción y análisis de los actores sociales y sus redes.
- Analizar los problemas de salud detectados, en conjunto con la población y los actores sociales (priorización).
- Revisar sus causas y consecuencias.
- Proponer acciones para hacer frente a los mismos.

En virtud de lo anterior, se trazó un cronograma de actividades a realizar en base a las distintas etapas requeridas para el diagnóstico, a saber:

Fechas de ejecución de etapas del diagnóstico participativo

1. Conformación del equipo motor: 29 de diciembre de 2015 al 18 de enero de 2016
2. Diseño del diagnóstico participativo: 02 de enero al 17 de marzo de 2016
3. Convocatoria comunidad: 18 de marzo al 22 de abril de 2016
4. Recolección de información: 22 de marzo al 13 de abril de 2016
5. Selección y análisis de problemas: 25 de abril al 03 de mayo de 2016
6. Análisis de acciones a desarrollar: 10 de mayo al 17 de mayo de 2016

Para la planificación, ejecución, y coordinación de las acciones requeridas para el Diagnóstico se constituyó un Equipo Motor, el que fue conformado de la siguiente manera:

Grupo motor

1. Director
2. Jefe de departamento
3. Jefes de equipo (3)

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



4. Jefa de postas
5. Encargada de participación ciudadana
6. Encargado de promoción
7. Representantes del CDLS (2)

A su vez, para dar fe de que las actividades a programar efectivamente fueron realizadas, se utilizarían los siguientes medios verificadores:

Medios verificadores

1. Listas de asistencia (digital y documento)
2. Fotografías (digital y documento)
3. Publicación en el diario El Rancagüino (digital y documento)
4. Programas de actividades (digital y documento)
5. Listados de organizaciones comunitarias a convocar (digital y documento)
6. Libro de acta Participación ciudadana (documento)

Descripción de técnicas utilizadas durante las etapas del diagnóstico participativo

1. Planificación del diagnóstico: Matriz de actores sociales, en donde en primera instancia se categorizó a los diversos actores social según su grado de poder, pero finalmente al cruzarse las personas que participan en una u otra institución, se decidió convocar a la gran mayoría de las Organizaciones por cuanto así la convocatoria sería efectivamente representativa.
2. Convocatoria del diagnóstico: Tarjeta de invitación, llamado telefónico.
3. Ejecución del diagnóstico: Se escogieron la metodología de Lluvia de ideas, trabajo de grupo, matriz de priorización en salud, y árbol de problemas.

1° Levantamiento: Sector Requinoa centro

Fecha: 22 de marzo de 2016

Lugar de ejecución: Centro comunitario

N° de participantes: 34, más equipo motor





2° Levantamiento sesión: Sector Los Lirios

Fecha: 30 de marzo de 2016

Lugar de ejecución: Posta Los Lirios

N° de participantes: 15, más equipo motor



3° Levantamiento: Sector El Abra

Fecha: 07 de abril de 2016

Lugar de ejecución: Escuela Campo Lindo

N° de participantes: 5, más equipo motor



4° Levantamiento sesión: Sector Totihue

Fecha: 13 de abril de 2016

Lugar de ejecución: Sede Totihue

N° de participantes: 10, más equipo motor



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



5° Levantamiento: Priorización de problemas

Fecha: 25 de abril de 2016

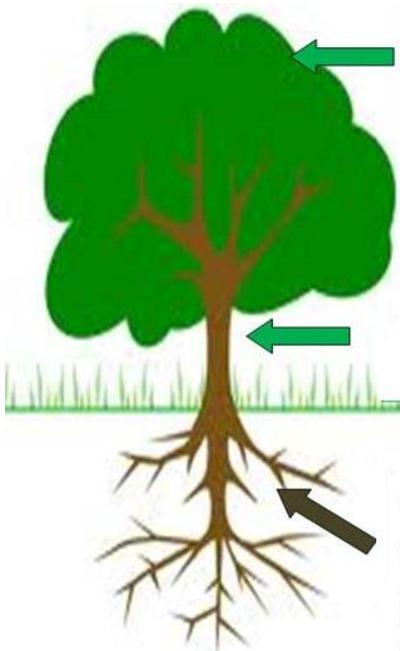
Lugar de ejecución: Centro comunitario

N° de participantes: 25, más equipo motor

Matriz de priorización

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

Árbol de problemas



- *Economía del hogar
- *Accidentes
- *Disfunción familia y de redes
- *Enfermedad (adicción)
- *Pérdida de espacios públicos
- *Delincuencia, violencia, robos

CONSUMO DE ALCOHOL Y DROGAS

- *Falta de espacios para recreación
- *Problemas familiares
- *Influencia negativa de los medios de comunicación
- *Normalización de consumo de alcohol y drogas
- *Locales clandestinos





PLAN DE PARTICIPACIÓN SOCIAL

El Plan de Participación Social en Salud de la Comuna de Requinoa surge como consecuencia de los resultados obtenidos en el Diagnóstico Participativo llevado a cabo durante los meses de Marzo, Abril y Mayo de 2016. En este Plan el Equipo de Salud (a través de su Equipo Motor) ha considerado las problemáticas priorizadas por la comunidad, así como hace partícipe a la comunidad en su ejecución, a través de acciones factibles que puedan generar impacto a fin de producir mejoras en dichas problemáticas. Para esto, además de la participación comunitaria, se han considerado acciones con el Intersector pues los resultados evidenciados en el Diagnóstico Participativo requieren un abordaje multidimensional con otras instancias. Por otra parte, este Plan está articulado con áreas consideradas en la aplicación de la Pauta de evaluación MAIS Familiar y Comunitaria. A continuación, se presenta en la siguiente tabla nuestro Plan de Participación Social.

<u>PROBLEMA</u>	<u>OBJETIVOS</u>	<u>ACTIVIDADES</u>	<u>CRONOGRAMA</u>	<u>MEDIOS DE VERIFICACIÓN</u>	<u>INDICADORES</u>
1- Presencia de consumo de alcohol y drogas en espacios públicos	1.1- Establecer alianza estratégica con SENDA Comunal	1.1.1- Fomentar la organización de las juntas de vecinos que trabajan de manera coordinada, y acercarlo a las redes de su sector.	Julio-Agosto 2016	Lista de Asistencia, Fotografías, Pauta de Actividad	Nº de actividades diseñadas v/s Nº de actividades ejecutadas.
		1.1.2- Realizar en el Sector de Los Lirios un "PUERTA A PUERTA, INFORMATIVO" con el fin de acercar la oferta del Municipio y Cefsam al Sector.	Agosto 2016	KIT de material informativo, Fotografías	Nº de sectores de Los Lirios v/s Nº de sectores visitados en el puerta a puerta
		1.1.3- Establecer reuniones trimestrales con el equipo de salud mental, a fin de trabajar el Plan de Integración Social, entre otras temáticas importantes.	Junio-Septiembre-Diciembre 2016	Lista de Asistencia, Acta de reuniones	Nº de reuniones establecidas v/s Nº de Reuniones Realizadas.
		1.1.4- El Cefsam será invitado a	Julio-Septiembre-Noviembre	Lista de Asistencia, Acta de	Nº de reuniones programadas

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



		participar de todas las Mesas de Seguridad Pública Drogas y Alcohol, además de realizar reuniones extras con el equipo Senda en pro de futuras gestiones.	2016	reuniones	v/s N° de reuniones realizadas
		1.1.5- Firma de acuerdo de colaboración entre Cesfam y el Senda de la comuna de Requinoa	Junio 2016	Copia firmada y timbrada de acuerdo	N° de acuerdos firmados v/n N° de acuerdos comprometidos
	1.2- Potenciar factores protectores respecto a consumo de alcohol responsable y evitar el tabaco	1.2.1- Crear guías anticipatorias para adultos de 25-64 años en consumo de alcohol responsable y consumo de tabaco	Junio 2016	Guías anticipatorias que contengan los riesgos del consumo de alcohol y tabaco	Guías programadas / Guías realizadas
		1.2.2- Entrega de guías anticipatorias en el EMPA	Julio 2016	Fichas clínicas de adultos de 25-64 años con registro de entrega de guías anticipatorias	Auditar 5 fichas de adultos entre 25-64 años y que al menos 3 cuenten con registro de las guías anticipatorias
2- Falta de Información relativa a Interconsultas	2.1- Informar a la Comunidad sobre el flujograma de referencia/contrareferencia del nivel secundario	2.1.1- Participación de Encargado(a) de Interconsultas del Nivel Secundario en programa informativo radial	Agosto 2016	Fotografías, Lista de Asistencia, REM 19B	N° de actividades diseñadas v/s N° de actividades ejecutadas.
		2.1.2- Difusión de información relativa a Interconsultas hacia la Comunidad	Agosto 2016	Fotografías, Lista de Asistencia, REM 19B	N° de actividades diseñadas v/s N° de actividades ejecutadas.



		por parte de Encargado(a) de Interconsultas del Nivel Secundario en reunión con representantes de la Comunidad (Unión comunal de Juntas de Vecinos, Consejo de Desarrollo Local en Salud))			
		2.1.3- Confeccionar y ubicar Afiches Informativos sobre Interconsultas en CESFAM, Postas, CCR, Municipalidad, SUR, OIRS, Box de profesionales que emiten Interconsultas	Septiembre 2016	Fotografías de Afiches realizados y puestos en lugares señalados	N° de actividades diseñadas v/s N° de actividades ejecutadas.
3- Disconformidad de los usuarios con respecto a la gestión de horas profesionales (principalmente horas médicas y dentales)	3.1- Mejorar percepción de los usuarios con respecto a la gestión de horas profesionales (principalmente médicas y dentales)	3.1.1- Campaña de actualización de datos a fin de mejorar comunicación relativa a gestión de horas (Afiches y Radio)	Octubre 2016	Fotografías, REM 19B	N° de actividades diseñadas v/s N° de actividades ejecutadas.
		3.1.2- Instrucción a SOME por parte del Director para registrar al menos 2 teléfonos de contacto en la base de datos	Julio 2016	Memo de Director a Jefa de SOME	Existencia de Memo
		3.1.3- Difusión radial a la comunidad sobre gestión de horas, línea telefónica, fila preferencial,	Agosto 2016	Fotografías, REM 19B	N° de actividades diseñadas v/s N° de actividades ejecutadas.



		horarios, gestión diaria de demanda, disponibilidad de horas, etc.			
	3.2- Priorización de patologías según morbilidad / cronicidad / urgencia	3.2.1- Difusión radial de Información	Noviembre- Diciembre 2016	Fotografías, REM 19B	N° de actividades diseñadas v/s N° de actividades ejecutadas.

SEGUIMIENTO:

<u>OBJETIVOS</u>	<u>ACTIVIDADES</u>	<u>CRONOGRAM A</u>	<u>MEDIOS DE VERIFICACIÓN</u>	<u>INDICADORES</u>
Socializar con la Comunidad el Plan de Participación Social en base al Diagnóstico Participativo y evaluar su cumplimiento.	Exponer el Plan en reuniones de Unión Comunal de Juntas de Vecinos y CDLS	Agosto y Diciembre 2016	Fotos, Presentación, Programa de Actividades	N° de actividades diseñadas v/s N° de actividades ejecutadas.



PROGRAMA MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA

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

La certificación definitiva a través del Ordinario C52 N° 1114 del 15 de Abril del 2008 reconoce a nuestro establecimiento como Centro de Salud Familiar. El día 24 de Octubre año 2013 fuimos recertificados como Centro de Salud Familiar de Nivel Medio Superior, cumpliendo con el 100% de la pauta de evaluación.

La Reforma Sectorial instruye 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, después de tantos años de trabajo, se observa que la evaluación (voluntaria) de los Centros de Salud, en miras a alcanzar la certificación, instaló un proceso evolutivo hacia el desarrollo del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria que, en la actualidad, se extiende a lo largo del territorio; ello instó al Ministerio de Salud a, por un lado, redefinir los instrumentos de evaluación del Modelo, en base a los avances alcanzados y, por otro lado, a renovar la evaluación del proceso de implementación del Modelo en los Centros de Salud, sustentado, todo ello, en los principios orientadores del mismo: centralidad en las personas, integralidad en la atención y continuidad en el cuidado.

Los tres principios irrenunciables en un sistema de salud basado en APS son:

a) Enfoque Familiar y Comunitario

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. Existen resistencias importantes al momento realizar los procesos de sectorización de las familias según el ordenamiento territorial establecido, por lo cual es necesario reforzar y mejorar el nivel obtenido en Salud Familiar.

Resulta necesario detenerse a observar el fenómeno demográfico de la comuna, en que se observan varios elementos a tener en consideración, como lo son el alto número de familias monoparentales, disfuncionales en donde un gran porcentaje son mujeres jefas de hogar. Otro hecho relevante son las sostenidas bajas en la tasa de fecundidad en los sectores y el envejecimiento acelerado de la población con gran cantidad de usuarios con patologías crónicas, además está generando problema, la mayor presencia de embarazadas adolescentes, adicciones y violencia en población joven de la comuna.

Junto a la atención clínica del paciente y enfocándola de manera integral, se facilita la participación de la familia tanto en las actividades preventivo-promocionales como en las recuperativas. Este proceso favorece los vínculos familiares y el apego, mejorando la adherencia al control y mejorando el proceso de recuperación.

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.

Las personas exigen y deben ser tratadas con dignidad, que se les informe respecto a sus alternativas terapéuticas y que se les otorgue la oportunidad de decidir respecto a su salud.

La preocupación por lo que espera cada persona que se acerca en busca de atención de salud y el buen trato, son parte de la calidad y del abordaje integral. El equipo debe ser capaz de prestar servicios integrados de acuerdo a las características socioculturales, con énfasis en los problemas psicosociales, relevantes y emergentes de la población, respetando los derechos de los usuarios.



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

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

OBJETIVOS DEL PROGRAMA

A. Objetivo general:

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

B. Objetivos específicos:

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

CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS DEL PROGRAMA

Autoevaluación.

El establecimiento de salud candidato a evaluar deberá realizar su autoevaluación previamente, usando el “Instrumento para la evaluación y certificación de desarrollo en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar Comunitaria” para contrastar el desarrollo del Modelo en el establecimiento y conocer las condiciones en las cuales se encuentran. La autoevaluación deberá ser un proceso reflexivo dentro de los equipos, con el fin de analizar la información con miras a tomar mejores decisiones, teniendo siempre como objetivo a los usuarios y usuarias, su familia y la comunidad. Para este proceso de autoevaluación de los establecimientos, se contará con una plataforma vía web que facilite el ingreso de datos y medios verificadores del establecimiento, que permita realizar un seguimiento a los departamentos de salud comunal, entidades administradoras de salud y al Servicio de Salud.

El día 15 de junio el año 2015, nuestro CESFAM, ingreso la información de la autoevaluación a la plataforma web.

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, tales como: Departamentos de la Subdirección Médica, Atención Primaria, Calidad, Participación Social, Control y Gestión, Gestión de Redes, Gestión Hospitalaria, entre otros, se ocuparán de revisar la información y medios verificadores en los establecimientos de salud, comunas y entidades administradoras de salud, con lo cual aportarán a la evaluación global del mismo y acompañarán a los referentes del Servicio en las visitas a terreno, según sea la pertinencia.

Con el nuevo Instrumento, la obtención de puntajes no establecerá niveles de desarrollo ni categorías en los establecimientos de salud y, como se ha explicitado anteriormente, incluye a todos los establecimientos de Atención Primaria, independientemente de su nivel de certificación anterior o si es que no había experimentado el proceso anteriormente. Ahora, en virtud del estado de avance del Modelo o cumplimiento de los diferentes indicadores, se definirá un porcentaje de implementación del desarrollo y profundización del Modelo. A partir del puntaje obtenido y habiendo identificado las brechas en la implementación del Modelo, los establecimientos de salud deberán realizar un Plan de

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



Mejora, enfatizando su trabajo en aquellos ejes donde se lograron menores porcentajes. El instrumento cuenta con 9 ejes los que se miden a través de los principios irrenunciables del modelo.

El cumplimiento de cada uno de los indicadores arrojará un puntaje global. Quedarán certificados en Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, todos los Establecimientos de salud primarios, que obtengan 30% o más en la aplicación del instrumento de evaluación en terreno por el Servicio de Salud correspondiente. Los establecimientos de salud que obtengan una puntuación inferior al 30% requerido en cada eje, (exceptuando el eje de salud familiar que exige al menos un 50%) en la aplicación del instrumento de evaluación en terreno por el Servicio de Salud correspondiente, deberán trabajar en sus Planes de Mejora, cumpliendo los objetivos planteados para el año en curso y ser nuevamente evaluados en terreno, por el Servicio de Salud, el año siguiente o cuando estimen conveniente.

El día 16 de octubre del año 2015 se realiza la evaluación en terreno por la Srta. Isabel Betancourt, en representación del Servicio de Salud, obteniéndose los resultados que se muestran a continuación.



RESULTADOS CESFAM REQUÍNOA.

ILUSTRE
MUNICIPALIDAD
REQUÍNOA

Promoción de la salud		Prevención en Salud		Enfoque Familiar		Participación de la comunidad en salud		Calidad		Intersectorialidad y territorialidad		Gestión del desarrollo de las personas y de la organización		Tecnología		Centrado en atención abierta		Total	
Autoev.	Evalú.	Autoev.	Evalú.	Autoev.	Evalú.	Autoev.	Evalú.	Autoev.	Evalú.	Autoev.	Evaluación	Autoev.	Evalú.	Autoev.	Evalú.	Autoev.	Evalú.	Autoev.	Evalú.
42,86	50	42,86	42,86	20,83	33,33	0	8,33	12,5	37,5	0	40	33,33	27,78	83,33	100	42,86	57,14	33,67	44

RESULTADOS POSTA SALUD RURAL LOS LIRIOS.

Promoción de la salud		Prevención en Salud		Enfoque Familiar		Participación de la comunidad en salud		Calidad		Intersectorialidad y territorialidad		Gestión del desarrollo de las personas y de la organización		Tecnología		Centrado en atención abierta		Total	
Autoev.	Evalú.	Autoev.	Evalú.	Autoev.	Evalú.	Autoev.	Evalú.	Autoev.	Evalú.	Autoev.	Evaluación	Autoev.	Evalú.	Autoev.	Evalú.	Autoev.	Evalú.	Autoev.	Evalú.
36,36	50	38,46	41,67	20,83	33,33	0	12,5	25	25	0	50	42,86	35,71	100	100	42,86	57,14	33,18	41,82

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



RESULTADOS POSTA SALUD RURAL EL ABRA.

Promoción de la salud		Prevención en Salud		Enfoque Familiar		Participación de la comunidad en salud		Calidad		Intersectorialidad y territorialidad		Gestión del desarrollo de las personas y de la organización		Tecnología		Centrado en atención abierta		Total	
Autoev.	Evalú.	Autoev.	Evalú.	Autoev.	Evalú.	Autoev.	Evalú.	Autoev.	Evalú.	Autoev.	Evaluación	Autoev.	Evalú.	Autoev.	Evalú.	Autoev.	Evalú.	Autoev.	Evalú.
45,45	50	41,67	33,33	20,83	33,33	0	12,5	25	25	0	50	28,57	35,71	100	100	42,86	57,14	33,18	40

RESULTADOS POSTA SALUD RURAL TOTIHUE.

Promoción de la salud		Prevención en Salud		Enfoque Familiar		Participación de la comunidad en salud		Calidad		Intersectorialidad y territorialidad		Gestión del desarrollo de las personas y de la organización		Tecnología		Centrado en atención abierta		Total	
Autoev.	Evalú.	Autoev.	Evalú.	Autoev.	Evalú.	Autoev.	Evalú.	Autoev.	Evalú.	Autoev.	Evaluación	Autoev.	Evalú.	Autoev.	Evalú.	Autoev.	Evalú.	Autoev.	Evalú.
36,36	50	41,67	33,33	20,83	33,33	0	12,5	25	25	0	50	28,57	35,71	100	100	42,86	57,14	31,36	40



De acuerdo a los resultados, nuestro proceso de certificación es diferido y actualmente nos encontramos trabajando en nuestro plan de cierre brechas. En la siguiente tabla se resumen las principales brechas a trabajar por eje, y el porcentaje de cumplimiento según la última autoevaluación realizada al 31 agosto 2016. Según los resultados obtenidos estaríamos cumpliendo con los puntajes mínimos, para iniciar el proceso de certificación, año 2017.

tabla se

Evaluación Programa Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario 31 de Agosto del 2016			
Ejes	Brechas a Trabajar	Mejoras implementadas al 31 de Agosto del 2016 (principales actividades)	% de Cumplimiento por Eje
Promoción	Crear Guía Anticipatoria de Alimentación Saludable 1 a 5 años, Tabaco, Alcohol y Actividad Física. Creación 2 proyectos comunitarios	Creación Guía Anticipatoria de Alimentación Saludable 1 a 5 años, Tabaco, Alcohol y Actividad Física, Impresas Tabaco y Actividad Física.	57% de cumplimiento
Prevención	Mejora de Registros de EMPA, EMPAM, PAP, fichas CLAP, Flujogramas y consejerías breves	Incorporación de flujograma Plan de Acompañamiento en Cartola Familiar, creaciones de registros de cartolas familiares, EMPAS, EMPAM, PAP y consejerías breves en fichas CLAP.	64% de cumplimiento
Salud Familiar	<ul style="list-style-type: none"> • El establecimiento no cuenta con protocolo o guía de abordaje para familias que atraviesan crisis normativas. • Inexistencia protocolos para el abordaje de familias que tienen o han tenido un integrante hospitalizado. • Las personas inscritas y con patologías crónicas no cardiovasculares no reciben prevención y/o cuidados específicos junto a la participación de adultos significativos, de 3 sesiones por taller. • Las personas inscritas y con patologías crónicas cardiovasculares no reciben prevención y/o cuidados específicos junto a la participación de adultos significativos de 3 sesiones. 	<ul style="list-style-type: none"> • A la fecha se han elaborado 2 protocolos para crisis normativas: “Preparación de la familia para la Integración de un recién nacido” y “ Atención para familias con niños en edad escolar” ambos protocolos se encuentran en etapa de difusión para el equipo de Salud. • Protocolo crisis no normativa, “Acompañamiento a familias con integrante hospitalizado por patología de alto impacto biopsicosocial”, que se encuentra en etapa de aprobación por equipo de calidad. • Talleres sala ERA aún no implementados. • Documento: “Educación para adultos programa 	50% de cumplimiento

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



		cardiovascular. Elaborado. Talleres en etapa de implementación.	
Calidad	<p>1.1 Población sectorizada excede n° permitido por equipo de salud.</p> <p>1.2a ausencia de identificación de policonsultantes en SUR.</p> <p>1.2b ausencia de documento que contenga plan de atención de la demanda.</p> <p>1.3 ausencia de retroalimentación del nivel 2° del tiempo de demora en la respuesta a las IC P1.</p> <p>2.1 ausencia de clasificación de IC emitidas por especialidad.</p> <p>2.2 ausencia de planes de mejora continua.</p> <p>3.1 ausencia de plan de acción para disminuir las hospitalizaciones en < de 65 años.</p>	<p>Extensión horaria</p> <ul style="list-style-type: none"> • Implementación de sistema de registro digital de consultas en SUR. • Actualizar manual de funciones SOME que contenga gestión de demanda. • solicitar vía Oficio a DSS tiempo de respuesta a IC P1 • Implementación de registro manual y digital de las IC por especialidad y grupo etéreo. • Realizar diagnóstico participativo. • Realizar protocolos de prevención de hospitalizaciones en < de 65 años. • Realizar capacitación a personal de aseo/realizar protocolos/realizar supervisión con aplicación de pauta de cotejo (Programado para dar inicio el 03/09/2016) 	50% de cumplimiento



Intersectorialidad	2.1. Elaboración de plan anual de trabajo con el intersector (2). 3.1. Elaboración de plan de manejo intersectorial preventivo del daño en población infantojuvenil vulnerable.	1.1. Registro de derivación al intersector (Municipalidad). 2.1. Mapa del territorio local del establecimiento con instituciones que operan en él. 2.2. Protocolo de articulación y catastro de la red local del establecimiento.	60% de cumplimiento
Centrado en Atención Abierta	1.1 Inexistencia parcial de mecanismo de articulación de los diferentes puntos de atención en la Red Asistencial 1.2 Inexistencia de plan de cuidados post hospitalario para pacientes con IAM y AVE 2.1 No existencia de plan de cuidados ambulatorios para pacientes con riesgo de hospitalización 3.2 a. Inexistencia de educaciones en domicilio para cuidadores de pacientes con dependencia severa	1.1 No existe coordinación periódica. 1.2 Están creados los flujogramas y protocolos y plan de acompañamiento para los pacientes egresados del hospital, en proceso de validación y para su para posterior socialización. 2.1 Esta dada la instrucción para la identificación de los pacientes y creada Planilla Excel para este fin, para validación y posterior socialización. También están los Protocolos y Plan de acompañamiento para el cuidado ambulatorio de pacientes de riesgo de hospitalización. 3.2a. Se están aplicando los talleres en el domicilio a los cuidadores de pacientes postrados severos.	64,28% de cumplimiento
Tecnología	Conectividad Posta Totihue, Puntos de Red Abra y Totihue y adquisición de 2 Computadores. Cotizado y a realizarse en septiembre	Adquisición de 4 computadores para Postas	100% de cumplimiento
Participación	1.1. Ejecución y evaluación del Plan de Participación Social. 1.4. Encargada de participación con tiempo asignado (22 hrs.) para actividades de participación social. 2.1. Inclusión del Diagnóstico Participativo en el plan de Salud Comunal. 3.1. Elaboración, uso y cumplimiento de protocolos de buen trato al usuario, y realizar 3 informes de análisis de los resultados de encuesta de satisfacción usuaria.	1.1. Plan de participación social (Elaborado y ejecutándolo). 1.2. Consolidado de actividades participativas 1° semestre. 1.3. Encargada de participación con 40 hrs. de capacitación en participación social y documento de informe de la encargada. 1.4. Encargada de participación con 8 hrs. mensuales para actividades de participación social.	50% de cumplimiento



Desarrollo de las Personas	1.1) No existe documento con perfiles de cargo solicitado 1.4 a) No existe diagnóstico de clima laboral 1.4 b) El Establecimiento no está certificado como lugar promotor de la salud	1.1) Definición de Formato de perfil de cargo 1.4 a) Elección de Instrumento a utilizar (se aplicará a fines de Septiembre 2016) 1.4 b) Contactar a oficina de acción sanitaria para revisión de cumplimiento de Decreto 594, Firma de carta compromiso	72,5 % de cumplimiento
-----------------------------------	---	---	------------------------



MATRIZ DE PRIORIZACION DE PROBLEMAS DE SALUD 2017

	<u>MAGNITUD</u>	<u>TRASCENDENCIA</u>	<u>VULNERABILIDAD</u>	<u>FACTIBILIDAD</u>	<u>PUNTAJE</u>
<u>PROBLEMA</u>	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	
Baja participación del Padre en controles de Salud de niños menores de 4 años	2	2	2	1	7
Alta incidencia de depresión en la población bajo control de salud mental	5	5	3	2	15
Alta prevalencia de consumo problemático de OH	3	5	2	3	13
Aumento en la prevalencia de trastornos de déficit atencional	2	3	3	1	9
Insuficientes estrategias de prevención de discapacidad en la población crónica	4	5	3	3	15
Baja cobertura de pacientes crónicos respiratorios	3	4	4	3	14
Baja pesquisa de tuberculosis	3	3	4	3	13
Baja asistencia espontánea de mujeres a las diversas actividades preventivas y promocionales para la toma de PAP en mujeres de 25 a 64 años	2	3	3	5	13
Baja cobertura de control preconcepcional	1	3	2	3	9
Baja cobertura de pacientes crónicos compensados	4	5	3	4	16
Baja cobertura EMPA	5	4	3	3	15
Alta incidencia de caries en menores de 20 años	4	2	3	2	11



ILUSTRE
MUNICIPALIDAD
REQUINOA

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

50



MATRIZ DE PLANIFICACION PROGRAMA DE LA MUJER

Problema de Salud Priorizado	Relación con Estrategia Nacional de Salud	Objetivo General	Objetivo Especifico	Meta	Estrategias	Actividades	Plazo	Responsable	Indicadores
BAJA ASISTENCIA ESPONTANEA Y CITADAS 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	Disminuir la mortalidad por cáncer cérvico uterino	Aumentar la cobertura de mujeres entre 25 y 64 años con PAP vigentes en la comuna de Requinoa	Alcanzar el 74% de mujeres de 25 a 64 años con Pap vigente al 31 de diciembre de 2017	<p>Actividades de rescate: contacto telefónico, visita domiciliaria, citaciones, 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 de base de datos con tarjeteros de mujeres con PAP, sectorizados por equipo de cabecera</p>	<p>Difusión en medios de comunicación masiva como Radio Requinoa 3 sesiones.</p> <p>Talleres con apoderadas y alumnos de los establecimientos educacionales de la comuna y organizaciones sociales, 6 talleres.</p> <p>Actividades de rescate: contacto telefónico (500 anuales, y visita domiciliaria (200 anuales)</p> <p>Rescate de aquellas mujeres que se encuentran sin examen PAP,</p>	2 de enero al 31 de diciembre de 2017	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 establecimiento de 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>



ILUSTRE
MUNICIPALIDAD
REQUENA

deban

							Toma del examen de PAP. Informe de los resultados		Número de mujeres de 25 a 64 años inscrita validadas



MATRIZ DE PLANIFICACIÓN UNIDAD SALUD MENTAL AÑO 2017									
Problema de Salud Priorizado	Relación con Estrategia Nacional de Salud	Objetivo General	Objetivo Especifico	Meta	Estrategias	Actividades	Plazo	Responsable	indicadores
Alta Incidencia y Prevalencia de Depresión en Mayores de 15 años	Salud mental Trastornos Mentales (2.7)	Pesquisa oportuna cuadros Depresivos Leves y moderados En CESFAM y Postas rurales	Brindar tratamiento multidisciplinario Con el objetivo de disminuir el riesgo biopsicosocial del paciente y su entorno inmediato	Ingresar el total de diagnosticados A programa salud mental de CESFAM Requinoa	Entrevista Clínica	Promoción Talleres y Charlas Psicoeducativas	02 de enero al 31 de diciembre 2017	Equipo Salud Mental	<u>Talleres Planificados</u> *100 Talleres Realizados
						Prevención Consejería Individual y Familiar	02 de enero al 31 de diciembre 2017	Equipo Salud Mental	<u>Entrevistas Iniciales</u> *100 Entrevistas Iniciales con Consejería
						Diagnostico y tratamiento Aplicación Instrumentos diagnósticos, ingreso e inicio de tratamiento	02 de enero al 31 de diciembre 2017	Equipo Salud Mental	<u>Nº de ingresos realizados</u> *100 Nº de ingresos realizados con Pauta CIE 10 y Goldberg
						Rehabilitación Grupo Autoayuda y participación comunitaria	02 de enero al 31 de diciembre 2017	Equipo Salud Mental	<u>Nº de Asistentes a Talleres</u> *100 Nº de Asistentes Programados
Alta Prevalencia de Consumo de Alcohol De Riesgo	Reducir el consumo de riesgo de alcohol en pacientes y usuarios del CESFAM de Requinoa y postas rurales, según puntaje obtenido por Tamizaje audit. (3.3)	Disminuir el consumo de riesgo mediante la ejecución de intervenciones mininas y breves	Brindar y realizar intervención apropiada para consumo de riesgo	Total pesquisados con AUDIT	Apoyo instrumento AUDIT	Promoción Psicoeducación grupal sala de espera	02 de enero al 31 de diciembre 2017	Equipo Salud Mental	<u>Nº Talleres Planificados</u> *100 Nº Talleres Realizados
						Prevención Consejería	02 de enero al 31 de diciembre 2017	Equipo Salud Mental	<u>Nº de Consejería realizadas</u> *100 Nº usuarios con consumo de riesgo

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



ILUSTRE
MUNICIPALIDAD
REQUINOA

					Diagnóstico y tratamiento Tamizaje, intervención o derivación	02 de enero al 31 de diciembre 2017	Equipo Salud Mental	<u>Nº de Usuarios Diagnosticados</u> * 100 Nº Derivaciones Asistidas
					Rehabilitación Formar grupo multifamiliar para pacientes y familiares de pacientes OH	02 de enero al 31 de diciembre 2017	Asistente social capacitada en formación de club multifamiliares	<u>Nº de Grupos Formados</u> * 100 Nº de Grupos Planificados

DEPARTAMENTO DE SALUD

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



ILUSTRE
MUNICIPALIDAD
Matriz de Planificación Programa Cardiovascular

Problema de salud priorizado	Relación con ENS	Objetivo general	Objetivo específico	Meta	Estrategias	Actividades	Plazo	Responsable	Indicadores
Bajo control efectivo patologías crónicas en control (HTA-DM)	OE2 2.2	Incrementar N° de personas con HTA controlada	PA <140/90	Aumentar 50% cobertura efectiva.	Estilos de vida Saludables (EVS)	Promoción EVS -Charlas -Actividades comunidad	Cada 3 meses	Prof.Ed. Física Médicos Enfermeros Kinesiólogo	Sin indicador.
	OE2 2.3	Incrementar la proporción de personas con DM controlada	Hg glicosilada de <7.0%	Aumentar 20% la cobertura efectiva del tratamiento de DM 2	GES HTA-DM Pesquisa Patologías (EMPA GES) Eficientes y eficaces controles multidisciplinares	Prevención EMP en personas de 20 a 64 años Tratamiento Controles periódicos integrales Talleres act. física Rescate de inasistentes. Taller de educación sobre patología Difusión de información en medios masivos	Diario Según RCV Diario Semanal Trimestral Cada 3 meses	Equipos de Salud Aplicación: TENS, visados por profesionales Médicos, Enfermeros y Nutricionistas. Prof. Ed Física Médicos de equipos Equipos de salud Equipos de Salud	REM A02 REM P4

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



Baja número de EMPA	EO2 y 3	Pesquisar a personas con enfermedad en etapa asintomática	Determinar oportunamente HTA-DM-DLP-OH-TBC- conductas de riesgo embarazo y sexual, en Adultos de 25 a 64 años	Incrementar en un 20% la cobertura de EMPA en la población inscrita validada Incrementar en un 15% los EMPA en hombres de 25-64 años respecto a lo realizado el año anterior.	Cumplimiento GES Cumplimiento pauta protocolo	Asistencia a eventos masivos Lugares de trabajo agrícolas Pesquisa a diario TTO 1 Citaciones de EMPAS no vigentes	Diaria	Equipos de salud Médicos Enfermeros Kinesiólogos TENS capacitadas	REM AO2
----------------------------	---------	---	---	--	--	--	--------	---	---------

Tuberculosis

Problema de salud priorizado	Relación con ENS	Objetivo general	Objetivo específico	Meta	Estrategias	Actividades	Plazo	Responsable	Indicadores
Baja pesquisa de TBC	EO1 1.2	Mejorar detección de TBC	Pesquisar precoz casos de TBC	Disminuir a 5 x 100.000 habitantes la tasa de incidencia proyectada de Tuberculosis		Identificar hogares con AM Pesquisa a pacientes de patologías respiratorias crónicas	Semestral Diario	Todos los funcionarios de los establecimientos de salud	



MATRIZ PARA PROGRAMA IRA 2017

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	Fuente del indicador
Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica	Atención y detección a tiempo de personas con asma y EPOC	Incrementar la cobertura de pacientes adolescentes crónicos respiratorios.	Aumentar en 5% la población adolescente de 10 a 19 años bajo control en el Programa IRA.	Pesquisa, evaluación, confirmación diagnóstica de patología respiratoria crónica.	(Población adolescente de 10 a 19 años bajo control en el Programa IRA (año vigente) (MENOS) Población adolescente de 10 a 19 años bajo control de 10 a 19 años en el Programa IRA (año anterior) / Población adolescente bajo control de 10 a 19 años en el Programa IRA (año anterior))* 100	REM P3, Sección A
Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica	Atención y detección a tiempo de personas con asma y EPOC	Incrementar la cobertura de pacientes adolescentes crónicos respiratorios.	Incrementar en 3% la proporción de asmáticos controlado de 10 a 19 años bajo control en Programa IRA según niveles de control.	Optimizar el tratamiento de asmáticos de 10 a 19 años bajo control en Programa IRA	(Proporción de población bajo control asmática controlada (año vigente) (MENOS) Proporción de población bajo control asmática controlada (año anterior) / (Proporción de población bajo control asmática controlada(año anterior)) Calculo de proporción: (Nº de personas asmáticas controladas de 10-19 años bajo control /Nº de personas asmáticas de 10-19 años bajo control)*100	REM P3, Sección D



DOTACIÓN 2017

CATEGORIA	Nº total Funcionarios	Total Horas semanales (Suma a +b +c)	Horas semanales plazo fijo (a)	Horas semanales plazo indefinido (b)	Horas semanales honorarios (c)
Médico/a	13	528	396	132	0
Odontólogo/a	7	253	66	187	0
Director CESFAM	1	44	0	44	0
Jefe Departamento	1	44	0	44	0
Enfermero/a	6	264	44	220	0
Matrón/a	5	198	44	154	0
Nutricionista	3	132	0	132	0
A. Social	3	132	44	88	0
Psicólogo/a	4	165	33	132	0
Kinesiólogo	6	165	99	66	0
Laboratorista dental	0	0	0	0	0
Profesor Ed. Física	1	44	11	33	0
Terapeuta Ocupacional	1	44	44	0	0
Otro Profesional	1	44	44	0	0
Ed. Párvulos	0	0	0	0	0
Tec. Paramédico/a	38	1584	462	1122	0
Tec.Sup. Informático	1	44	0	44	0
TPM Farmacia	0	0	0	0	0
TPM Dental	6	242	110	132	0
Técnico Administrativo/a	3	132	0	132	0
Of. Administrativo/a	20	880	176	704	0
Auxiliares de Servicio	11	440	132	308	0
Conductores	7	308	44	264	0
Tecnólogo Médico	2	88	44	44	0
Fonoaudióloga	1	44	44	0	0

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



Plan Comunal de Promoción de Salud 2017

El Programa Comunal de Promoción de la Salud se orienta hacia la construcción y mantención de entornos y estilos de vida saludables en la población de Requinoa, así como el fomento de la práctica de actividad física permanente con énfasis en jóvenes y personas en situación de discapacidad, ambientes libre del humo del tabaco y alimentación saludable, mejorando la calidad de vida de los habitantes de esta comuna. Sin embargo, en el contexto de un diagnóstico participativo realizado durante 2016, y un análisis de la situación epidemiológica de la comuna, es que el énfasis durante los años 2016 a 2018 será disminuir la tasa de Obesidad en menores de 6 años, focalizando el trabajo en tres sectores de la comuna: Los Lirios, Abra y el sector de El Esfuerzo. Este Plan Trienal, incorpora no solo talleres para la comunidad educativa de estos sectores (Profesores, Apoderados y Alumnos) sobre actividad física y alimentación saludable, sino también mejoramiento de los lugares habilitados para realizar actividad física en Jardines Infantiles y Escuelas, mejoramiento de la iluminación pública en la pista de bicicletas de El Esfuerzo, promoción de ordenanzas municipales de estilos de vida saludables, Huertos Familiares, Recreos activos, y financiamiento de Proyectos Comunitarios. Se suma a lo anterior el proceso de Certificación de Lugares de Trabajo y Escuelas Promotoras de Salud, como por ejemplo las Escuelas República de Francia, Canadá y Campo Lindo, además de nuestro CESFAM Dr. Joaquín Contreras Silva. Dicha estrategia permitirá mejorar la calidad de vida de los alumnos y funcionarios de estos establecimiento a través de un plan de trabajo de al menos un año, que busca modificar condiciones laborales, acceso a alimentación saludable y actividad física permanente, salud bucal, fomento de la lactancia materna exclusiva y ambientes libres del humo del tabaco, entre otros.





PROGRAMA CAPACITACION 2017 PERSONAL ESTATUTO ATENCION PRIMARIA (LEY 19.378). REQUINOA

LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS	ACTIVIDADES DE CAPACITACION	OBJETIVOS EDUCATIVOS	NUMERO DE PARTICIPANTES POR CATEGORIA							NUMERO DE HORAS PEDAGOGICAS	TOTAL PRESUPUESTO				ORGANISMO EJECUTOR	COORDINADOR	FECHA DE EJECUCION
			A (Médicos, Odont. Q.F.)	B (Otros profesionales)	C (Técnicos de Salud)	D (Técnicos de Salud)	E (Administrativos Salud)	F (Auxiliares Servicios salud)	Total		ITEM CAPACITACION	FONDOS MUNICIPALES	OTROS FONDOS	TOTAL PRESUPUESTO ESTIMADO			
Contribuir a formar en Atención Primaria una masa crítica de profesionales, técnicos y funcionarios entrenados y capacitados en los aspectos centrales del modelo de salud familiar así como en las distintas disciplinas necesarias para garantizar una atención oportuna y de calidad a los usuarios y el bienestar del los funcionarios del CESFAM Requinoa.	Modelo Atención Familiar con enfoque Salud Familiar y Comunitaria	Consolidar el modelo de salud familiar en atención Primaria de Salud así como favorecer el fortalecimiento de los equipos de salud.	21	37	36	12	20	18	144	mínimo 8 horas cronológicas por capacitación	no aplica	5.448.000 (aplica a todos)	no aplica	5.448.000 (aplica a todos)	Oferentes reconocidos por el Ministerio de salud	Director	01.01.2017 al 31.12.2017, según oferta mercado
	Promoción Salud y Prevención, estilos de vida y espacios saludables. Autocuidado (Interno y externo).Protección de Salud.		21	37	36	12	20	18	144	mínimo 8 horas cronológicas por capacitación					Oferentes reconocidos por el Ministerio de salud	Director	01.01.2017 al 31.12.2017, según oferta mercado
	Relaciones Humanas - Trabajo en equipo; ergonometría; carrera funcionaria, remuneraciones; esterilización; emergencias y catástrofes; primeros auxilios; manejo de REAS; computación;		21	37	36	12	20	18	144	mínimo 8 horas cronológicas por capacitación					Oferentes reconocidos por el Ministerio de salud	Director	01.01.2017 al 31.12.2017, según oferta mercado
	Atención Calidad - Atención Publico; deberes y derechos de usuarios internos y externos; satisfacción Usuaría, trato al usuario; clima laboral; estrés laboral; trabajo multidisciplinario; atención de usuarios y crisis; ley 19.378 y marco jurídico en salud.		21	37	36	12	20	18	144	mínimo 8 horas cronológicas por capacitación					Oferentes reconocidos por el Ministerio de salud	Director	01.01.2017 al 31.12.2017, según oferta mercado



 <p>Temas específicos de Jefe de Departamento, Director, Cargos Directivos</p> <p>Garantías Explícitas en Salud; Chile crece contigo;</p> <p>Visita Domiciliaria Integral; Consejería en Salud Familiar; autocuidado; GES</p> <p>Atención integral del Adulto Mayor; medicina alternativa y aplicación en APS; lactancia materna exclusiva; coaching en trabajo en equipo y Liderazgo.</p> <p>Especialidades relacionadas al rol Médico General APS (Pediatria, Medicina Interna, Broncopulmonar, Dermatología y Adulto Mayor); Urgencias; Manejo del dolor; Farmacología; detección precoz de depresión.</p> <p>Capacitación Matrones: Planificación Familiar; patología mamaria y ginecológica; Riesgos obstétricos; salud sexual y reproductiva; ITS-VIH/Sida; lactancia materna y apego; estimulación prenatal; educación para atención de adolescentes; manejo climaterio y menopausia; diversidad sexual.</p>		5	10	0	0	0	0	15	mínimo 8 horas cronológicas por capacitación					Oferentes reconocidos por el Ministerio de salud	Director	01.01.2017 al 31.12.2017, según oferta mercado	
		21	37	36	12	20	18	144	mínimo 8 horas cronológicas por capacitación					Oferentes reconocidos por el Ministerio de salud	Director	01.01.2017 al 31.12.2017, según oferta mercado	
		21	37	36	12	20	18	144	mínimo 8 horas cronológicas por capacitación					Oferentes reconocidos por el Ministerio de salud	Director	01.01.2017 al 31.12.2017, según oferta mercado	
		21	37	36	12	20	18	144	mínimo 8 horas cronológicas por capacitación					Oferentes reconocidos por el Ministerio de salud	Director	01.01.2017 al 31.12.2017, según oferta mercado	
	Mediante la capacitación el objetivo es lograr que cada funcionario pueda actualizar y adquirir nuevos conocimientos que le permitan un crecimiento profesional y laboral óptimo y así entregar una atención de calidad a los usuarios	13	0	0	0	0	0	0	13	mínimo 8 horas cronológicas por capacitación					Oferentes reconocidos por el Ministerio de salud	Director	01.01.2017 al 31.12.2017, según oferta mercado
		0	5	0	0	0	0	0	5	mínimo 8 horas cronológicas por capacitación					Oferentes reconocidos por el Ministerio de salud	Director	01.01.2017 al 31.12.2017, según oferta mercado



<p>Capacitación Asistente Social: Violencia Intrafamiliar; derechos de familia; Leyes y beneficios laborales; ley de filiación; intervención con pacientes postrados; salud mental y trabajo social; abordaje e intervención jurídico social.</p>	0	3	0	0	0	0	3	mínimo 8 horas cronológicas por capacitación					Oferentes reconocidos por el Ministerio de salud	Director	01.01.2017 al 31.12.2017, según oferta mercado
<p>Capacitación Nutricionistas: Actualización de Dieto terapia en la Diversas Patologías; Programación Neurolingüística en el manejo de conductas Alimentarias; Actualización en Fórmulas Enterales; Enfermedades crónicas no transmisibles; Nutrición Pediátrica Gastrointestinal; Nutrición inteligente; Probióticos, prebióticos y alimentos funcionales; Psicoeducación; Nutrición ortomolecula; Fitoterapia; Manejo nutricional en cirugía bariátrica; Actividad física y salud; Nutrición: cuerpo y mente; Alimentación y Nutrición en Geriátria; Alimentación vegetariana; Insuficiencia renal crónica; Nutrición deportiva; Intolerancias y alergias alimentarias; plaguicidas, colorantes, preservantes en alimentos</p>	0	3	0	0	0	0	3	mínimo 8 horas cronológicas por capacitación					Oferentes reconocidos por el Ministerio de salud	Director	01.01.2017 al 31.12.2017, según oferta mercado
<p>Capacitación Kinesiólogo, Fonoaudiólogo, Terapeuta Ocupacional y Profesora de Educación Física: 1. Neurorehabilitación en Niños y Adultos 2. Técnicas de Rehabilitación en</p>	0	6	0	0	0	0	6	mínimo 8 horas cronológicas por capacitación					Oferentes reconocidos por el Ministerio de salud	Director	01.01.2017 al 31.12.2017, según oferta mercado



<p>Capacitación rol Psicólogo: Trastornos de personalidad; Salud mental en Adicciones; Intervenciones clínicas y psicoterapéuticas en terapia cognitivo conductual; Pacientes postrados; Depresión; Salud Mental y trastornos de la Adolescencia; Sexualidad; Psicometría y psicodiagnóstico, Test de Wisc-III; Suicidio; Terapias alternativas y su uso en salud mental; Terapia de Parejas; Psicología Jurídica; Neuropsicología; Psicopatología infantojuvenil y adultos; Psicología infantil; programación neurolingüística; psicología comunitaria; personas en situación de discapacidad-handicap asociados; abuso sexual; violencia intrafamiliar y de género; mediación; habilidades parentales y estilo de crianza; constelaciones familiares; psicológica jurídico-forense; mindfulness; terapia dialéctica</p>	0	4	0	0	0	0	4	mínimo 8 horas cronológicas por capacitación	Oferentes reconocidos por el Ministerio de salud	Director	01.01.2017 al 31.12.2017, según oferta mercado
<p>Capacitación Químico farmacéutico: Actualización en farmacología; farmacovigilancia; farmacia clínica para APS; control de gestión farmacéutica; atención farmacéutica en APS; optimización farmacoterapéutica; PRM; manejo del dolor</p>	1	0	0	0	0	0	1	mínimo 8 horas cronológicas por capacitación	Oferentes reconocidos por el Ministerio de salud	Director	01.01.2017 al 31.12.2017, según oferta mercado



<p>Capacitación Enfermeros:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Manejo Avanzado de Heridas 2. Docencia y supervisión de alumnos en práctica 3. Evaluación Apego Madre – Hijo 4. Manejo, curaciones y tratamiento de enfermería en úlceras varicosas 5. Esterilización Centralizada 6. Actualización en EMPA; EMPAM; pie diabético; RCP, Geriatría, Lactancia Materna, control de salud infantil. 7. PNI Vigente 8. Aspectos éticos legales en la atención a pacientes en servicio de urgencias. 9. Control presión arterial pediátrica. 10. Actualización en control de pac. Crónicos de PSCV 	0	6	0	0	0	0	6	mínimo 8 horas cronológicas por capacitación					Ofertantes reconocidos por el Ministerio de salud	Director	01.01.2017 al 31.12.2017, según oferta mercado
<p>Capacitación Tecnólogo Médico; Capacitación en ISP en temas APS; Control y Gestión de calidad en laboratorio clínico; Parasitología Clínica y Microbiología Clínica; Epidemiología; Enfermedades Emergentes; Hematología; Química Clínica en TBC; Enfermedades infecciosas; Bioseguridad en laboratorio; Estadísticas y salud pública; Endocrinología; Hemostasia; Toma de Muestras; verificación de métodos analíticos (ISP, Universidades, HRR)</p>	0	2	0	0	0	0	2	mínimo 8 horas cronológicas por capacitación					Ofertantes reconocidos por el Ministerio de salud	Director	01.01.2017 al 31.12.2017, según oferta mercado



<p>Capacitación TENS, Auxiliar Paramédico; Técnico dental; Trauma, cuidado del adulto mayor, manejo básico y avanzado de heridas, diagnóstico y manejo de pacientes politraumatizados, electrocardiograma, lactancia materna, Inmunizaciones, vacunatorio, alimentación complementaria, ITS/VIH, Unidad de Farmacia, violencia intrafamiliar, PNAC y PACAM, depresión, suicidio, alcohol, drogas, trastornos mentales, esquizofrenia, lesiones, fracturas, inmovilizaciones; apoyo vital prehospitalario, pauta de urgencia prehospitalaria; Actualización dirigida a Asistentes Dentales en APS</p>	0	0	36	12	0	0	48	mínimo 8 horas cronológicas por capacitación					Oferentes reconocidos por el Ministerio de salud	Director	01.01.2017 al 31.12.2017, según oferta mercado
<p>Capacitación Administrativos; carrera funcionaria; remuneraciones; contabilidad gubernamental; estadísticas; Mercado Público; Computación; recursos humanos; inventario y bodegas; gestión de abastecimiento; per cápita; patología GES; presupuesto; Chilecompra (bases de licitación y criterios de evaluación); ley de compras públicas;</p>	0	0	0	0	20	0	20	mínimo 8 horas cronológicas por capacitación					Oferentes reconocidos por el Ministerio de salud	Director	01.01.2017 al 31.12.2017, según oferta mercado



	activo fijo e inventario; ley del lobby; OIRS y participación ciudadana.																	
	Capacitación Auxiliares de servicio: Actuación ante contingencias, emergencias y catástrofes provocadas por desastres naturales y accidentes; atención prehospitalara; primeros auxilios; medicina legal relacionada con atención de urgencia; violencia de género; mecánica básica; uso de extintores; electricidad; gasfitería		0	0	0	0	0	18	18	mínimo 8 horas cronológicas por capacitación					Oferentes reconocidos por el Ministerio de salud	Director	01.01.2017 al 31.12.2017, según oferta mercado	
TOTALES												\$ 5.448.000		\$ 5.448.000				