

PLAN DE SALUD COMUNAL 2024

DEPARTAMENTO DE SALUD
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE REQUÍNOA



Noviembre 2023

Gerardo Villanueva Boza. Jefe de Departamento de Salud.

Paúl Pacurucu Yunga. Director CESFAM





VISIÓN

Ser líderes en Salud Familiar, siendo un CESFAM de excelencia al servicio del usuario, familia y comunidad para alcanzar un óptimo nivel de salud.

MISIÓN

Contribuir a mejorar el nivel de salud de nuestra población a cargo, con un enfoque biológico, psicológico, social, cultural y ambiental a través de promoción, prevención, tratamiento, recuperación y rehabilitación de la salud, mediante la entrega de servicios accesibles, equitativos, con un nivel profesional óptimo, con los recursos disponibles para lograr la adhesión y satisfacción de nuestros usuarios, con la participación de la comunidad.



INDICE

Contenido

1.- INTRODUCCIÓN.....	4
2.- DATOS COMUNALES.....	5
3.- PANDEMIA COVID-19 EN NUESTRA COMUNA.....	11
4.- PROGRAMAS DE SALUD COMUNAL.....	12
4.1 PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR	12
4.2 PROGRAMA DE ATENCION DE SALUD A LA MUJER.....	20
4.3 LEY TEA 21.545.....	29
4.4 PLAN SALUD ODONTOLÓGICO 2024	31
4.5 PROGRAMA DE SALUD MENTAL	37
4.6 PROGRAMA ELIGE VIDA SANA (PEVS).....	46
4.7 PROGRAMA DE REHABILITACION INTEGRAL CON BASE COMUNITARIA (RBC)	50
4.8 CENTRO COMUNITARIO DE SALUD FAMILIAR (CECOSF) CHUMAQUITO	56
4.9 PROGRAMA DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS DEL NIÑO (IRA) Y DEL ADULTO (ERA).....	63
4.10 PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA A PERSONAS CON DEPENDENCIA SEVERA	69
4.11 UNIDAD DE LABORATORIO CLÍNICO	73
4.12 PROGRAMA DE PROMOCION DE SALUD.....	82
4.13 SERVICIO DE URGENCIA RURAL (SUR).....	84
4.14 CURACIONES SIMPLES Y AVANZADAS.....	92
4.15 PROGRAMA DE CALIDAD	99
4.16 PROGRAMA ECICEP.....	101
4.17 TERAPIAS COMPLEMENTARIAS.....	108
4.18 SOME	111
4.19 PROGRAMA DE SALUD INTEGRAL DE PERSONAS MAYORES	115
4.20 IMPLEMENTACION PROGRAMA MAS ADULTO MAYOR AUTOVALENTE REQUINOA 2023.....	122
4.21 PROGRAMA NACIONAL DE INMUNIZACIONES (PNI).....	128
4.22 OFICINA DE INFORMACIÓN RECLAMOS Y SUHERENCIAS.....	135
5.- DOTACION PROPUESTA PARA EL AÑO 2024.....	137
6.- PROGRAMA ANUAL DE CAPACITACIONES	141



1.- INTRODUCCIÓN.

El siguiente documento ha sido confeccionado por colaboradores del Departamento de Salud basándose en el Plan de Salud Comunal del año 2023 y las prerrogativas técnicas emanadas desde nuestro ente rector; el Ministerio de Salud de Chile.

El plan de salud de la comuna de Requinoa es un documento en el que se expresa el compromiso del equipo de salud para construir junto a los usuarios una salud acorde a las necesidades de las personas que eligen recibir atención en nuestros centros (CESFAM, PSR, CECOSF, SUR, CCR).

Es para nosotros una herramienta que plasma la responsabilidad del Departamento de Salud Municipal con las personas que habitan en la comuna de Requinoa, y con todos quienes a diario confían en nosotros para cuidar su salud.

Nuestra premisa con nuestra comunidad es: trabajar juntos para mejorar la calidad de vida de las personas según la etapa del ciclo vital que cursen, haciendo uso de los recursos comunitarios y del apoyo técnico.

El Director.



2.- DATOS COMUNALES.

Caracterización Comunal

Con una superficie de 673.0 km², la comuna de Requínoa se ubica en la Región del Libertador Gral. Bernardo O'Higgins, en la Provincia de Cachapoal, correspondiendo al Distrito 15 - 8° Circunscripción

Tamaño Poblacional

<i>Unidad Territorial</i>	<i>Censo 2017</i>	<i>Proyección 2023</i>	<i>Crecimiento (%)</i>
<i>Requínoa</i>	27.968	30.749	9.94
<i>VI Región</i>	914.555	1.000.959	9.45
<i>Nacional</i>	17.574.004	19.678.363	11.97

Fuente: Censos de Población y Vivienda, Proyección de Población, INE.

Estructura por grupos de edades

<i>Grupo Edad</i>	<i>Población por Grupo</i>		<i>Proyección de población 2023 entre grupos etarios (%)</i>		
	<i>Censo 2017</i>	<i>Proyección 2023</i>	<i>Comuna</i>	<i>Región</i>	<i>País</i>
0 a 14 años	6.078	6.321	20.56	19.41	19.03
15 a 29 años	6.197	6.152	20.01	19.08	21.79
30 a 44 años	5.852	6.765	22	21.93	22.78
45 a 64 años	7.104	7.986	25.97	25.82	23.9
65 o más años	2.737	3.525	11.46	13.76	12.49
Total	27.968	30.749	100	100	100

Fuente: Proyección de población, INE

Distribución por sexo

Unidad Territorial	Censo 2017		Proyección 2023	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
<i>Requínoa</i>	14.125	13.843	15.450	15.299
<i>VI Región</i>	453.710	460.845	500.528	500.431
<i>Nacional</i>	8.601.989	8.972.014	9.708.512	9.969.851

Fuente: Proyecciones de población, INE.

Crecimiento Poblacional

Unidad Territorial	Tasas c/1000 habitantes, año 2016		
	Natalidad	Mortalidad General	Tasa de Mortalidad Infantil (c/1000 nacidos vivos)
<i>Requínoa</i>	10,4	3,4	8,8
<i>VI Región</i>	12,4	6,0	7,7
<i>Nacional</i>	12,8	5,7	7

Fuente: DEIS MINSAL. INE

Índice de Pobreza, por ingreso y multidimensional

Unidad Territorial	Por Ingresos	Multidimensional *
<i>Requínoa</i>	7,71	26,88
<i>VI Región</i>	10,1	18,5
<i>Nacional</i>	8,6	20,7

Fuente: Encuesta CASEN 2017

* El "Índice de Pobreza Multidimensional" identifica múltiples carencias a nivel de los hogares y las personas en los ámbitos de la salud, la educación y el nivel de vida. Refleja tanto la prevalencia de las carencias como su intensidad, es decir, cuántas carencias sufren las personas al mismo tiempo. El IPM ofrece un valioso complemento a las herramientas de medición de la pobreza basadas en los ingresos.



Población Per Cápita 2023.

Se incluye a continuación la población per cápita 2024 con corte al 30 de septiembre del año 2023. El total de personas inscritas en nuestros establecimientos de salud es de 26.366., que se divide en 13.349 mujeres y 13.017 varones. Existiendo 936 ingresos en comparación con el año 2022, representando un incremento de 3.5%.

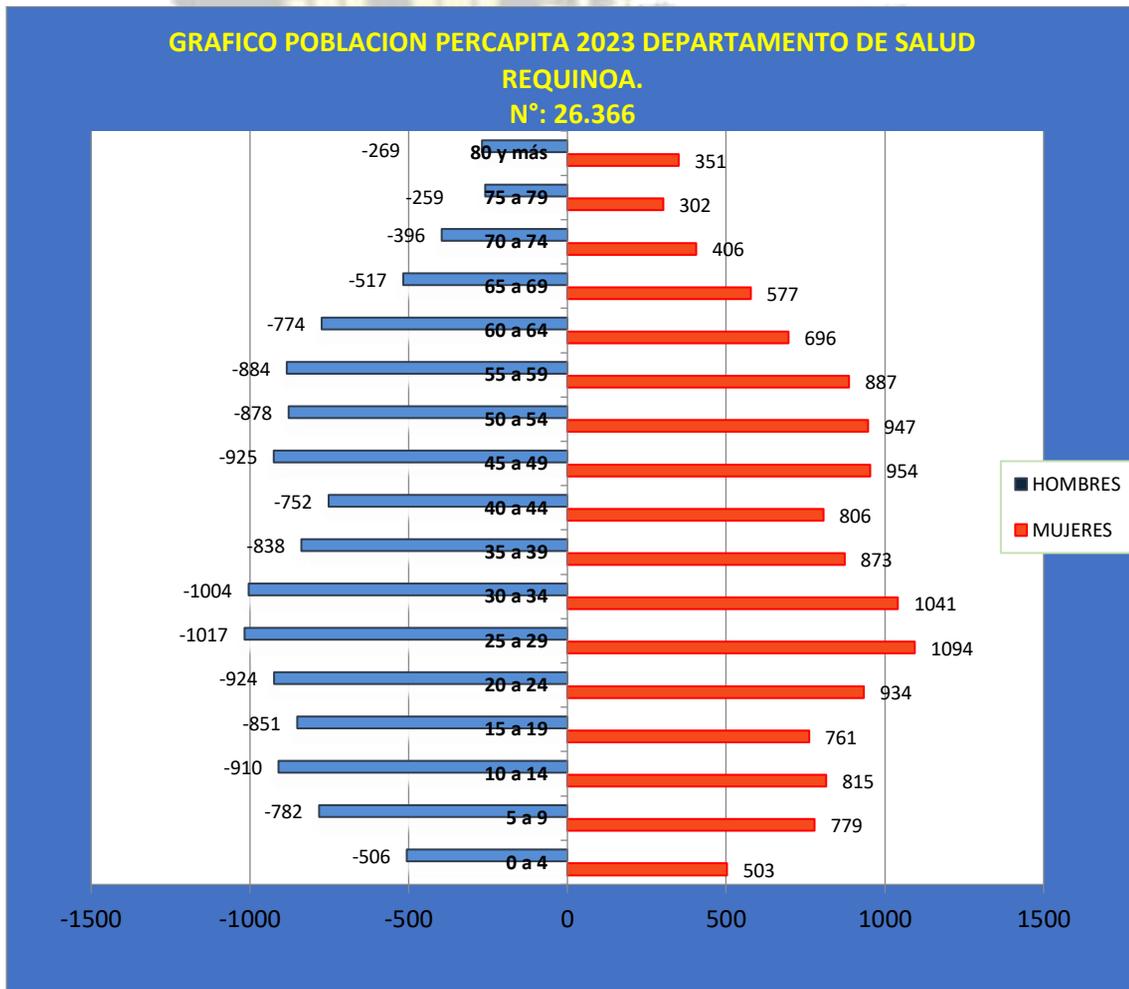


Tabla de la población Per cápita del Departamento de Salud de Requínoa con corte Septiembre del 2023



TABLA DE POBLACION PERCAPITA SEPTIEMBRE DEL 2023 DE LA COMUNA DE REQUINOA

Grupo Etario	TOTAL COMUNAL		
	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL
0 a 4	473	524	997
5 a 9	772	828	1600
10 a 14	865	873	1738
15 a 19	799	898	1697
20 a 24	898	899	1797
25 a 29	1105	1012	2117
30 a 34	1152	1125	2277
35 a 39	976	899	1875
40 a 44	889	833	1722
45 a 49	934	871	1805
50 a 54	912	884	1796
55 a 59	968	916	1884
60 a 64	791	822	1613
65 a 69	609	605	1214
70 a 74	488	417	905
75 a 79	327	311	638
80 +	391	300	691
total	13349	13017	26366

FUENTE: REGISTROS DE INSCRIPCIÓN DE FONASA.

TABLA DE POBLACION PERCAPITA SEPTIEMBRE DEL 2023 DE LA POSTA DEL ABRA

Grupo Etario	POSTA EL ABRA		
	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL
0 a 4	50	66	116
5 a 9	90	112	202
10 a 14	93	94	187
15 a 19	76	75	151
20 a 24	94	63	157
25 a 29	114	65	179
30 a 34	129	83	212
35 a 39	113	68	181
40 a 44	85	53	138
45 a 49	87	51	138
50 a 54	88	62	150
55 a 59	103	67	170
60 a 64	85	73	158
65 a 69	46	47	93
70 a 74	46	33	79
75 a 79	35	25	60
80 +	30	29	59
total	1364	1066	2430



TABLA DE POBLACIÒN PERCAPITA SEPTIEMBRE DEL 2023 DE LA POSTA DE LOS LIRIOS

Grupo Etario	Posta los Lirios		
	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL
0 a 4	59	63	122
5 a 9	97	80	177
10 a 14	91	76	167
15 a 19	73	84	157
20 a 24	108	90	198
25 a 29	106	77	183
30 a 34	109	78	187
35 a 39	90	71	161
40 a 44	94	74	168
45 a 49	88	53	141
50 a 54	94	72	166
55 a 59	90	71	161
60 a 64	75	86	161
65 a 69	75	53	128
70 a 74	49	49	98
75 a 79	46	34	80
80 +	29	31	60
total	1373	1142	2515

TABLA DE POBLACIÒN PERCAPITA SEPTIEMBRE DEL 2023 DE LA POSTA DE TOTIHUE

Grupo Etario	POSTA TOTIHUE		
	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL
0 a 4	4	7	11
5 a 9	14	24	38
10 a 14	21	24	45
15 a 19	19	20	39
20 a 24	9	17	26
25 a 29	23	16	39
30 a 34	26	13	39
35 a 39	16	14	30
40 a 44	20	19	39
45 a 49	25	13	38
50 a 54	25	18	43
55 a 59	25	20	45
60 a 64	18	13	31
65 a 69	17	12	29
70 a 74	13	12	25
75 a 79	8	11	19
80 +	7	6	13
total	290	259	549



TABLA DE POBLACIÒN PERCAPITA SEPTIEMBRE DEL 2023 DE CECOSF CHUMAQUITO

Grupo Etario	CECOSF CHUMAQUITO		
	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL
0 a 4	73	70	143
5 a 9	110	103	213
10 a 14	104	89	193
15 a 19	81	93	174
20 a 24	102	81	183
25 a 29	120	74	194
30 a 34	121	73	194
35 a 39	91	53	144
40 a 44	92	51	143
45 a 49	70	63	133
50 a 54	99	56	155
55 a 59	99	48	147
60 a 64	62	55	117
65 a 69	47	48	95
70 a 74	32	23	55
75 a 79	13	20	33
80 +	21	11	32
total	1337	1011	2348

TABLA DE POBLACIÒN PERCAPITA SEPTIEMBRE DEL 2023 DE LA POSTA DE LOS LIRIOS

Grupo Etario	CESFAM Requinoa		
	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL
0 a 4	287	318	605
5 a 9	461	509	970
10 a 14	556	590	1146
15 a 19	550	626	1176
20 a 24	585	648	1233
25 a 29	742	780	1522
30 a 34	767	878	1645
35 a 39	666	693	1359
40 a 44	598	636	1234
45 a 49	664	691	1355
50 a 54	606	676	1282
55 a 59	651	710	1361
60 a 64	551	595	1146
65 a 69	424	445	869
70 a 74	348	300	648
75 a 79	225	221	446
80 +	304	223	527
total	8985	9539	18524



3.- PANDEMIA COVID-19 EN NUESTRA COMUNA.

El martes 31 de agosto finaliza la alerta sanitaria por covid-19 y enfermedades respiratorias que se encuentra **vigente desde el 5 de febrero del 2020** en todo Chile para enfrentar la amenaza a la salud pública producida por la propagación a nivel mundial del coronavirus.

Fueron 1.303 días de alerta sanitaria por covid-19, lo que la convierte en la más extensa después de la de cólera que estuvo vigente por 12 años.

Fin a mascarillas, condiciones de teletrabajo y otros cambios al terminar la alerta sanitaria

El fin de la alerta sanitaria significa:

Se incluye la vacuna del Covid-19 en el Plan Nacional de Inmunizaciones.

Fin de uso obligatorio de mascarilla.

Fin de seguro obligatorio covid-19.

Teletrabajo dispuesto a voluntad del empleador y sujeto a Ley de Reajuste 2022 (sector público).

Continúa cobertura GES COVID larga duración.

Continúa vigilancia de SARS-CoV-2 y vig. Genómica.

67% de ocupación de camas críticas pediátricas.

Covid-19, en Chile y el mundo, a la baja.

VRS en disminución, deja de ser el agente predominante.

Disminución de hospitalizaciones por IRA grave.

Cabe recordar que la emergencia de salud pública de importancia internacional declarada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el covid-19 estuvo activa entre el 30 de enero del 2020 y el 4 de mayo del 2023.



4.- PROGRAMAS DE SALUD COMUNAL.

4.1 PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR

DESCRIPCION DEL PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR

El Programa de Salud Cardiovascular (PSCV), es una estrategia del Ministerio de Salud que tiene como finalidad reducir la incidencia de eventos cardiovasculares por medio de control y compensación de los factores de riesgo cardiovascular, mejorar el control de personas que han tenido un evento cardiovascular con fin de prevenir morbilidad y mortalidad prematura, además de mejorar la calidad de vida de estas personas, por medio de prestaciones entregadas en Centros de Atención Primaria en Salud. Así como prevenir las complicaciones de la diabetes mellitus, en congruencia con los objetivos sanitarios definidos a nivel nacional e internacional. (OT PSCV 2017).

Cuenta con el Fondo de Farmacia (FOFAR) que entrega de forma oportuna y gratuita los medicamentos para el tratamiento de personas con HTA, DM tipo 2 y dislipidemia.

Ya tiene incorporado las células de hospital digital de diabetología, nefrología y geriatría, que mejoran la oportunidad de acceso a un médico especialistas.

Desde el año 2018, se inicia la implementación de la **Estrategia HEARTS, liderada por OMS-OPS**, la que tiene por objetivo la adopción de las mejores prácticas en prevención y control de las enfermedades cardiovasculares, aumentando las tasas de control de HTA, principal factor de riesgo modificable de las enfermedades cardiovasculares. Esta iniciativa tiene seis pilares técnicos, dentro de los cuales está disponer de protocolos estandarizados para la medición de la presión arterial, para el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento, monitoreo frecuente de indicadores y retroalimentación, mejora en la calidad de la toma de presión arterial, entre otros.

A partir de 2020, se implementa **la Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas ECICEP**, que modifica la lógica programática de atención en APS, fundando su quehacer en los principios definidos por el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria a través de **la Integralidad de la atención, continuidad de los cuidados y centrado en las personas**. Esta práctica busca profundizar el modelo de atención en salud familiar comunitario, con un enfoque fuertemente biopsicosocial, espiritual y cultural, buscando manejar las enfermedades crónicas de manera integrada de parte del equipo de salud, con la activa participación del usuario y su familia.

En el contexto del inicio de una nueva década, el Departamento de Estrategia Nacional de Salud (DENS) de la División de Planificación Sanitaria (DIPLAS) desarrolló el proceso de formulación de los **Objetivos Sanitarios para la Década 2021-2030 y la construcción de un nuevo Plan Nacional de Salud. “ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD 2021-2030”**.

Señalando que las ECNT son un obstáculo para el desarrollo sostenible, proponiendo reducir las muertes prematuras por ENT en un 33% para 2030, mediante la prevención y el tratamiento. Por ello ya fueron priorizadas en la formulación de los Objetivos Sanitarios 2011-2020 y se deberán aumentar los esfuerzos para enfrentarlas durante la próxima década.

OBJETIVOS DEL PSCV AL 2030

Los objetivos sanitarios del Programa de salud cardiovascular se enmarcan en el

Eje numero 4 Enfermedades crónicas no trasmisibles y violencia.

Donde se priorizaron los siguientes problemas:

Enfermedades Respiratorias Crónicas, Salud Cardiovascular, Cáncer, Diabetes Mellitus, Obesidad, Enfermedad Renal Crónica, Trastornos Bucodentales, Trastornos Mentales y Violencia.

IAM/ACV

OBJETIVO DE IMPACTO 2021-2030

Los desafíos para la próxima década serán aumentar las coberturas efectivas de tratamiento integral para este grupo de patologías, así como el acceso a los servicios de rehabilitación, por lo que se estableció, como objetivo para 2030, disminuir la carga de enfermedad, por enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares en personas de 18 años y más.

Fuente “Estrategia Nacional de Salud 2021-2030”

Diabetes mellitus tipo 2

OBJETIVO DE IMPACTO 2021-2030

“Disminuir la prevalencia de diabetes mellitus en la población y complicaciones en personas con diabetes”. Que busca disminuir la prevalencia de la DM a través de políticas públicas poblacionales, para fomentar los estilos de vida saludables, así como disminuir las complicaciones tanto micro como macro vasculares en las personas con DM a través del control integral de la persona con diabetes, así como el diagnóstico precoz de complicaciones, con el uso de tecnologías disponibles para estos fines.

Fuente “Estrategia Nacional de Salud 2021-2030”



Enfermedad Renal Crónica

OBJETIVO DE IMPACTO 2021-2030

“Reducir la progresión de Enfermedad Renal Crónica”, Disminuir la prevalencia de enfermedad renal crónica en la población y sus complicaciones. Esto, tomando en consideración la necesidad de medidas poblacionales para disminuir los casos incidentes de ERC, aumentar la cobertura diagnóstica y de tratamiento de los principales factores de riesgo, aumentar la cobertura diagnóstica en los grupos de riesgo de ERC y disminuir el consumo de fármacos nefrotóxicos, como los antiinflamatorios no esteroideos.

Fuente “Estrategia Nacional de Salud 2021-2030”

CUMPLIMIENTO DE METAS E IAAPS

Las metas sanitarias e índice de la actividad de atención primaria de salud (IAAPS) que involucran al programa son:

METAS SANITARIAS

META IV: COBERTURA DE TRATAMIENTO Y EVALUACIÓN EN PERSONAS CON DM TIPO 2

Esta Meta está constituida por dos sub-metas:

IV.A: COBERTURA EFECTIVA DE DIABETES TIPO 2 (DM2) EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS

Meta Nacional Alcanzar al menos un 28% de cobertura efectiva de personas con DM2

Indicador Cobertura efectiva de tratamiento de DM Tipo 2 en personas de 15 y más años.

Valor local 26.8%.



IV. B: EVALUACIÓN ANUAL DE LOS PIES EN PERSONAS CON DM2 BAJO CONTROL DE 15 Y MÁS AÑOS.

Meta Nacional Alcanzar al menos un 90% de evaluación anual del pie en personas con DM2

Indicador Evaluación anual del pie, en personas con DM2 bajo control de 15 y más años.

Valor local 80.7%.

META V:

COBERTURA DE TRATAMIENTO EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL

COBERTURA EFECTIVA DE HTA EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS

Meta Nacional Alcanzar al menos un 43% de cobertura efectiva de personas con HTA

Indicador Cobertura Efectiva de Hipertensión Arterial (HTA) en Personas de 15 años y más.

Valor local 43.5%:

INDICE DE LA ACTIVIDAD DE ATENCION PRIMARIA DE SALUD (IAAPS)

Meta 6.1 EXAMEN PREVENTIVO EN HOMBRES Y MUJERES 20 - 64 años (EMP).

Meta nacional 25 %

Meta local 19.85 %

Meta 15.- COBERTURA DE DM2 EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MAS.

Meta nacional 55,00 %

Meta local 72,01%

Meta 16.- COBERTURA DE HIPERTENSION ARTERIAL EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MAS .

Meta nacional 58%

Meta local 63.3%



REALIDAD LOCAL

La pandemia de COVID-19 impactó en las atenciones de usuarios con ECNT al afectar la continuidad de la atención de estas patologías, debido a la reconversión de infraestructura y personal sanitario, al priorizar el enfrentamiento de la pandemia. Lo que explica el bajo número de atenciones de parte del PSCV en los años 2020 y 2021.

Por tal motivo el rescate de usuarios crónicos fue una de las actividades priorizadas del 2022, intentando traer de vuelta a todos aquellos que aún no regresaban a control.

Ya para el 2023 el servicio de salud y esfuerzos locales adicionales de nuestros directivos han destinado importantes recursos para **continuar con el rescate y control**, así poder brindar una atención integral, aumentado de forma significativa el número de atenciones mensuales y los usuarios bajo control.

AÑO	N° atenciones mensuales	
2020	90	usuarios
2021	253	usuarios
2022	525	usuarios
2023	1450	usuarios

	AÑO	usuarios
Población	2018	3759
bajo control PSCV	2019	4885
CESFAM REQUINOA	2020	4933
	2021	5292
	2022	5395
	2023	6040

Es así que en este año tenemos en control un número significativo de usuarios entre los cuales se encuentran HTA, DM2, DLP. Los egresos hospitalarios por causa de accidente cerebrovascular, infarto agudo al miocardio /afección cardiaca, o DM descompensada con resultado de amputación de extremidades, también presentaron un aumento significativo. Lo que significó un alza las derivaciones al Centro de rehabilitación Local. (CCR de Requínoa). Y a la unidad de curaciones avanzadas, por lo que estas unidades están reforzadas, en constante supervisión y mejora.

Además de contar el año 2023 con equipo de **Atención en terreno** conformado por Médico Enfermera y Tens, siendo los usuarios crónicos mayores de 65 años los más beneficiados.

UNIDAD	Total PSCV	HTA	DM2	DLP	IAM	ACV	ERC 3a y +
Cesfam	3596	2819	1331	1703	200	225	284
ABRA	738	489	274	384	14	14	50
LIRIOS	874	655	290	623	33	22	50
Totihue	281	161	73	143	7	4	18
CECOSF	551	382	209	313	18	13	34
TOTAL	6040	4506	2177	3166	272	278	436

Valores a septiembre 2023

Muchos de estos usuarios con factores de riesgo evitables en gran medida, a través del abordaje de ellos. Entre los factores de riesgo conductuales modificables se encuentran el consumo de tabaco, la inactividad física, el consumo nocivo de alcohol y las dietas poco saludables otros valores locales serian.

UNIDAD	Obesidad	Tabaco en >55 años
Cesfam	1575	314
ABRA	314	46
LIRIOS	374	73
Totihue	104	23
CECOSF	278	62
TOTAL	2645	517
%	43,70%	8,50%

Valores a Septiembre 2023

Para ello se dispone de horas Nutricionistas, Consejerías antitabaco realizadas por Kinesiólogos, Talleres de actividad física para usuarios crónicos de todas las edades, realizados en distintos sectores de la comunidad, además del equipo de Más adulto mayor Auto - Valente compuesto por Enfermera y Kinesiólogo con actividades de autocuidado focalizados en usuarios mayores de 65 años.

Desde el año 2021 nuestro Cesfam inicia la implementación de la **Estrategia HEARTS**, la que tiene por objetivo la adopción de las mejores prácticas en prevención y control de las enfermedades cardiovasculares. A fin de mejorar la compensación de usuarios con HTA. Este 2023 año se solicita iniciar la implementación de examen Holter de presión para complementar el diagnóstico precoz de HTA en algunos casos.

Para el tratamiento de la Dm2 en usuarios mayores de 65 años con algún grado de ERC se cuenta con el medicamento Vildagliptina, entregado por el FOSFAR lo que contribuye a mejorar los valores de compensación de forma más efectiva.

La ECICEP en Requinoa y todas sus unidades, se está implementando desde el 2022, siendo uno de los primeros centros de la región en adoptar esta nueva estrategia de atención, alcanzando mayor relevancia este año 2023, al contar con horas de Gestor de Casos y Tens a cargo de la actividad, contando a en la actualidad con más 150 usuarios complejos, (con más de 5 patologías o denominados G3) intervenidos en dupla, con plan de intervención y posterior seguimiento, manteniendo un número aproximado de 70 usuarios activos, con la intención que puedan avanzar hacia el automanejo, intentando crear así usuarios más activos en el cuidado de su salud.

DESAFIOS DEL PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR 2024

Ya se avanzó bastante en rescatar y atender usuarios entre el 2022 y 2023. Este año se ha logrado avanzar en los valores de compensación. Por lo que los esfuerzos y focalización de recursos se orientaran a:

- Aumento de la pesquisa precoz de enfermedades crónicas como DM, HTA, DLP y factores de riesgo tales como tabaquismo, Alcoholismo, Obesidad y Sedentarismo destinando recursos para aumentar el número de exámenes preventivos de adultos de 20 a 64 años EMP.
- Potenciar la Estrategia **de Cuidado Integral Centrado en las Personas ECICEP**.
Fortaleciendo el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria a través de la Integralidad de la atención, continuidad de los cuidados y centrado en las personas. Integrando a todas las unidades de atención, capacitando a profesionales de todas a las áreas en la estrategia, trabajando con los equipos de cabecera los temas de ECICEP.



- Mantener y mejorar la cobertura efectiva de Hta con finalidad reducir la incidencia de eventos cardiovasculares, a través del fortalecimiento de la estrategia HEART en los distintos establecimientos de la comuna.
- Mantener y mejorar los valores de compensación Efectiva de DM2, evitando sus complicaciones, a través de la priorización de horas de atenciones presenciales y a domicilio de parte todos los profesionales Médicos, Enfermeros, Nutricionistas, Psicólogos y Podólogos, además de la profesora de educación física.
- Aumentar de usuarios con acceso a grupos de actividad física, asistencia al programa más adulto mayor autovalente y talleres de autocuidado tanto de alimentación sana, consejeras antitabaco etc.
- Mejorar los canales de derivación efectiva al equipo de rehabilitación CCR para el abordaje de las personas que sufren un ACV desde etapas muy precoces y desde un enfoque interdisciplinario. Derivación oportuna a equipo de rehabilitación para fomentar el aprendizaje y reaprendizaje de habilidades y la recuperación de funciones apelando al potencial de plasticidad que el cerebro, **comenzar a trabajar con los pacientes de manera muy precoz, de manera diaria, todo esto con el propósito de que el paciente alcance su máximo nivel de autonomía y pueda reintegrarse a sus actividades cotidianas en el hogar, trabajo y espacios sociales.**
- Favorecer la indicación de insulina como método más efectivo de compensación diabética y con menos efectos adversos para el organismo.
- Disminuir el indicador trazador de DM como lo es la tasa de egresos hospitalarios por amputaciones de pie diabético.
- Vigilancia y mejoría de la Trímetra en usuarios con Dm2 : HbA1C<7% - PA < 140/90mmHg y Colesterol LDL < 100 mg/dl.



4.2 PROGRAMA DE ATENCION DE SALUD A LA MUJER

Descripción del programa:

El Programa de la Mujer es el conjunto de prestaciones de Salud Sexual y Reproductiva que se rigen según la normativa chilena vigente. Realiza acciones con la finalidad de prevenir, promover y recuperar la salud en esta área. Está dirigido a toda la población desde la infancia a la adultez mayor.

Objetivo general:

Contribuir al desarrollo integral, físico, mental y social de la mujer, en todas las etapas de su ciclo vital especialmente en aquellos aspectos relacionados con la salud sexual y reproductiva basado en el modelo biopsicosocioespiritual con enfoque familiar y comunitario.

Objetivos específicos:

- Entregar herramientas que ayuden a la mujer a enfrentar adecuadamente las etapas de su ciclo vital.
- Estimular la participación en el cuidado de su salud y la de su familia.
- Prevenir la aparición de factores que alteren la salud, mediante la pesquisa y control oportuno de los factores de riesgo y la prevención de daños específicos, para mejorar la calidad de vida en las etapas del ciclo vital.
- Garantizar la detección de problemas de salud y tratamiento oportuno en los diferentes niveles de complejidad de atención.
- Orientar a la mujer, pareja y familia para el ejercicio de una paternidad responsable y una sexualidad saludable.
- Promover un modelo de salud integral que incorpore a la pareja y familia en actividades de promoción, fomento, recuperación y rehabilitación de la salud.

En el siguiente ítem se expresan los datos más relevantes de este Programa.

CÁNCER CERVICOUTERINO

El examen PAPANICOLAOU permite pesquisar cáncer cervicouterino. El examen debe realizarse de rutina cada 3 años en mujeres de 25 a 64 años.

COBERTURA PAPANICOLAOU:



La meta comunal alcanzada en el año 2019 fue de un 70.7. %, logrando que 4737 mujeres entre 25 y 64 años de una población inscrita de 6692, tuviesen su PAP vigente. Esta cobertura correspondía a una de las más altas de la región. La pandemia SARS COV-2 afectó severamente la cobertura de mujeres con examen PAP vigente.

COBERTURA DE MUJERES DE 25 A 64 AÑOS RESPECTO A METODO DE SCREENING (PAP) PARA CANCER CERVICO UTERINO EN REQUINOA AÑOS 2021 - 2023

AÑO	POBLACION INSCRITA	PAP VIGENTE	
		Total de mujeres	% de cobertura
2021	7162	3875	54.1
2022	7268	4104	56,4
A SEPTIEMBRE 2023	7410	4602	62,1

Fuente: citoexpert

TOTAL DE PAP REALIZADOS DE LA COMUNA SEGUN RESULTADOS OBTENIDOS AÑO 2021, 2022 Y A SEPTIEMBRE 2023

AÑO	Nº TOTAL PAP REALIZADOS	NORMALES	ATIPICOS	LESION PRE-CANCEROSA (NIE I-II-III)	CANCER CERVICO UTERINO	MENOS QUE OPTIMOS
2021	1269	1158	17	30	0	64
2022	2032	1891	24	27	2	88
2023	1422	1329	21	23	0	49

Fuente: Libro Registro PAP y tarjetero virtual de CESFAM, PSR y CECOSF de REQUINOA.

CÁNCER DE MAMAS

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 riesgo.

El eje principal en este tópico es la realización de mamografía cada 2 años gratuita para nuestras usuarias, focalizada en el grupo de 50 a 69 años de edad. Se esperaba que para el año 2020, el 80% de las mujeres entre 50 y 69 años tuviera una mamografía vigente, pero la pandemia afectó severamente el cumplimiento de este objetivo. Nuestra comuna a septiembre del año 2023 tiene una cobertura de un 52,3% en este grupo etario (50-69) y un 33,6 % en mujeres de 35 y más años.



EXAMENES FISICOS DE MAMAS (EFM) PROTOCOLIZADOS DE ACUERDO A RESULTADOS AÑO 2021, 2022 Y AL 30 DE SEPTIEMBRE 2023

AÑO	EFM REALIZADOS	NORMALES	PROBABLE PATOLOGIA BENIGNA	PROBABLE PATOLOGIA MALIGNA
2021	510	394	116	0
2022	575	444	131	0
09/2023	807	577	221	9

Fuente: Tarjetero poblacional de mamas CESFAM, CECOSF y PSR Requínoa

SITUACION DE MUJERES DE 50 A 69 AÑOS RESPECTO A METODO DE SCREENING MAMOGRAFIA, PARA CANCER MAMARIO EN REQUINOA A SEPTIEMBRE 2023.

POBLACION INSCRITA	MX VIGENTE	
	N° MUJERES	% DE COBERTURA
3154		
TOTAL	1649	52,2

Fuente: Bases de Datos local CESFAM, CECOSF y PSR Requínoa

SITUACION DE MUJERES DE 35 Y MÁS RESPECTO A METODO DE SCREENING MAMOGRAFIA, PARA CANCER MAMARIO EN REQUINOA A SEPTIEMBRE 2023.

POBLACION INSCRITA	MX VIGENTE	
	N° MUJERES	% DE COBERTURA
6970		
TOTAL	2344	33,6

Fuente: Bases de Datos local CESFAM, CECOSF y PSR Requínoa

Respecto al número de Mamografías por el Convenio Programa de Imágenes Diagnósticas en Atención Primaria año 2023, se nos asignaron 1190 cupos para mamografías y 238 ecografías mamarias, al 30 de septiembre 2023 se han realizado 1032 exámenes mamográficos y 238 ecografías mamarias.

CONTROL PRENATAL

La importancia de la oportunidad de atención en el control prenatal es relevante a objeto de pesquisar variables que atenten contra la evolución fisiológica. En el año 2022 se realiza un 89.70% de ingresos de gestantes a control antes de las 14 semanas de gestación lo que corresponde a 210 de un total de 234 embarazadas. Del 01 de enero al 30 de septiembre del año 2023 la evaluación corresponde al 82.47 % de ingresos realizados antes de las 14 semanas, lo que corresponde a 127 de un total de 154



gestantes, cifras que se encuentran en directa relación con el fenómeno migratorio que a nivel nacional afecta este indicador.

MUJERES EN EDAD DEL CLIMATERIO

En relación a la salud de la mujer en etapa climaterica, el Objetivo Estratégico (OE) N° 4.7 que se refiere a Mejorar la calidad de vida de la mujer posmenopáusica. La meta al año 2020 era aumentar el bajo control climaterio a 30% de la cantidad de mujeres inscritas, lo que por la pandemia no se logró concretar. Para el 2030, el objetivo de impacto es abordar integralmente las necesidades en Salud Sexual y Reproductiva de las personas a lo largo del curso de vida, desde un enfoque de género, de interseccionalidad, intercultural y de derechos.

MUJERES DE 45-64 AÑOS EN CONTROL CLIMATERIO AÑOS 2022 Y 2023

POBLACION INSCRITA 2022: 3401 2023: 3504	N° 2022	COBERTUR A TOTAL 2022	N° A SEPTIEMBRE 2023	COBERTURA TOTAL A SEPTIEMBRE 2023
EN CONTROL	900	26.4%	1011	28.9%
CON MRS (ESCALA PARA MENOPAUSIA)	192	21.3%	124	12.3%
MRS ELEVADA	111	57.8%	58	46,7%
CON APLICACION THR SEGÚN MRS	32	28.8%	25	43,1%

Fuente: REM P1.

VIH Y SIDA

Dentro de los Objetivos de impacto de las Estrategias Nacionales de Salud 2021-2030 (ENS), es prioridad disminuir la incidencia de VIH/ SIDA en Chile en la población. Debido a la contingencia COVID-19, se priorizó la aplicación de test rápido VIH sobre test de Elisa. Al efectuar el Diagnóstico respecto a la pesquisa encontramos que el 100 % de las gestantes se realizan el Test. Cabe destacar que el año 2022 CESFAM Requínoa fue destacado por obtener el número de testeo (test rápido VIH) más alto de la región.

NUMERO DE TEST VIH REALIZADOS EN EL AÑO 2022, Y A SEPTIEMBRE 2023

TEST DE ELISA	TOTAL
2022	104
A SEPTIEMBRE 2023	109

FUENTE: REGISTRO LABORATORIO CESFAM.

NUMERO DE TEST RAPIDO VIH 2022 Y A SEPTIEMBRE 2023

TR VIH 2022	TR VIH A SEP 2023
1611	1232

FUENTE: plataforma SUR-VIH

COBERTURA DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN ADOLESCENTES DE 15 A 19 AÑOS INSCRITOS QUE USAN MÉTODOS DE REGULACIÓN DE LA FERTILIDAD.

La prevención del embarazo adolescente fue incluida en las Metas del Milenio y el Estado de Chile comprometió disminuir en un 10% la tasa proyectada de embarazo adolescente en mujeres de 10 a 19 años para la década 2011- 2020, es decir una tasa de fecundidad de 22,9 nacidos vivos (NV) por 1.000 mujeres (de 10 a 19 años), esta meta se logró anticipadamente en 2015. No obstante, la preocupación sigue centrada en el grupo en las menores de 14 años y en Chile el embarazo adolescente sigue siendo un problema de salud pública, con importantes diferencias territoriales que profundiza la desigualdad. En ese sentido, aún persisten inequidades entre regiones y nivel socioeconómico, lo que queda oculto al utilizar los promedios nacionales para dimensionar el fenómeno. En ese mismo sentido, los determinantes sociales, la interseccionalidad y el impacto que tiene la maternidad y paternidad en la adolescencia, justifica indiscutiblemente que la problemática siga siendo una prioridad para el país

COBERTURA DE POBLACIÓN ADOLESCENTE DE 15-19 CON METODO ANTICONCEPTIVO A SEPTIEMBRE 2023

POBLACION INSCRITA 15 a 19 años	META AÑO 2023: 399 (EQUIVALENTE AL 25% DE LA POBLACIÓN INSCRITA)	
1600	N° adolescentes con método anticonceptivo	% DE COBERTURA
TOTAL	391	24,4

FUENTE: TARIJERO POBLACIÓN DE REGULACIÓN DE FECUNDIDAD



DESAFÍOS AÑO 2024

MEJORAR LA ASISTENCIA DE MUJERES A LAS DIVERSAS ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y PROMOCIONALES:

1. BAJA ASISTENCIA DE MUJERES DE 25 A 64 AÑOS DE EDAD PARA LA TOMA DE PAPANICOLAOU.
2. BAJA ASISTENCIA DE MUJERES 50-69 AÑOS PARA CONVENIO DE MAMOGRAFIA.
3. BAJA CANTIDAD DE GESTANTES CON INGRESO PRECOZ A CONTROL PRENATAL

PROBLEMAS PRIORIZADOS PARA MATRIZ AÑO 2024

		<u>MAGNITUD</u>	<u>TRASCENDENCIA</u>	<u>VULNERABILIDAD</u>	<u>FACTIBILIDAD</u>	<u>PUNTAJE FINAL</u>
<u>N°</u>	<u>PROBLEMA</u>	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	5 4 3 2 1	
1	BAJA ASISTENCIA DE MUJERES DE 25 A 64 AÑOS DE EDAD PARA LA TOMA DE PAPANICOLAOU.	3	5	4	3	16
2	BAJA ASISTENCIA DE MUJERES 50-69 AÑOS PARA CONVENIO DE MAMOGRAFIA.	2	5	4	3	14
3	BAJA CANTIDAD DE GESTANTES A INGRESO PRECOZ A CONTROL PRENATAL	3	4	3	2	12



					corresponde examen			
					2.1 Actualización continua de base de datos de mujeres con PAP, sectorizado por establecimiento de Salud			



<p>BAJA ASISTENCIA DE MUJERES DE 50-69 AÑOS PARA CONVENIO DE MAMOGRAFIA.</p>	<p>REDUCIR LA TASA DE MORTALIDAD POR CANCER</p>	<p>1.- Disminuir la mortalidad por cáncer de mama</p>	<p>1.- Aumentar la cobertura de mujeres entre 50 y 69 años con mamografía vigente en la comuna de Requínoa</p>	<p>Utilizar el 100% de los cupos asignados para mamografía convenio en mujeres 50 a 69 años al 31 de diciembre 2024</p>	<p>1. Actividades de rescate y difusión masiva de la importancia de la toma de mamografía, para la detección precoz y derivación oportuna a los niveles de mayor complejidad.</p> <p>3. Actualización de tarjeteros de mamas, sectorizados por establecimiento de salud.</p>	<p>1.1 Difusión en medios de comunicación masiva como Radio Requínoa, reuniones del consejo de desarrollo local, Página web (al menos 2 sesiones al año)</p> <p>1.2 Actividades de rescate: contacto telefónico, domiciliario o pesquisa en atención por otros profesionales y/o programas (Actualización de teléfonos en listados de usuarias que les corresponde examen)</p> <p>1.3 Solicitud a todos los funcionarios de salud para la pesquisa y derivación al examen</p> <p>1.4 Habilitar número de consulta para usuarias en red social whatsapp para revisar si les corresponde examen</p> <p>3.1 Actualización continua de base de datos de mujeres con mamografía, sectorizado por establecimiento de Salud</p>	<p>2 de enero al 30 de diciembre de 2024</p> <p>2 de enero al 30 de diciembre de 2024</p>	<p>De la supervisión: Jefa/e del Programa de Salud de la Mujer</p> <p>De la ejecución: Matronas y matrones Clínicos de la Comuna de Requínoa</p>	<p>1.1 Número de actividades promocionales en medios de comunicación masiva realizadas</p> <p style="text-align: right;">*100</p> <p>Número de actividades promocionales en medios de comunicación masiva programados.</p> <p>1.2 Existencia de interconsultas realizadas para mamografía convenio y agenda de citación a centro de imagenología.</p> <p>1.3 Mail enviados a todos los funcionarios solicitando pesquisa y derivación</p> <p>1.4 Existencia de número para que usuarias envíen su nombre y RUT y se les envíe hora si corresponde examen (difusión en medios de comunicación masiva)</p> <p>3.1 Existencia de registro semestral de mujeres de 50-69 años con mamografía vigente y registro mensual de mamografías convenios realizadas</p>
--	---	---	--	---	--	--	---	--	---



4.3 LEY TEA 21.545

Contar con horas TO para niños y niñas con sospecha y diagnóstico de TEA y trastornos sensoriales que no ingresan al PRI.

IMPLEMENTAR NUEVAS ESTRATEGIAS PARA ABORADR TEMAS EMERGENTES EN PRO DE LA SALUD DE LA INFANCIA.

Duplas NTC + profesora educación física.

PROBLEMA PRIORIZADO PROGRAMA DE LA INFANCIA									
Problema de Salud Priorizado	Relación con ENS	Objetivo General	Objetivo Especifico	Meta	Estrategias	Actividades	Plazo	Responsable	Indicadores
FALTA DE PRESTACIONES A NIÑOS Y NIÑAS CON DETERIORO EN SU DESARROLLO POR PATOLOGIA DE BASE.	DESARROLLO INTEGRAL EN PERSONAS EN EL ESPECTRO AUTISTA	LOGRAR LA AUTONOMIA DEL NIÑO Y NIÑA CON DETERIORO EN SU DESARROLLO.	LOGRAR INCORPORAR HERRAMIENTAS PARA APRENDIZAJE DE NUEVAS HABILIDADES. FOMENTAR HABILIDADES SOCIALES Y COMUNICACIONALES	META: 10% INGRESO DE NIÑOS Y NIÑAS FRENTE A LA SOSPECHA DE PATOLOGIA DE BASE.	CONTENCION A LA FAMILIA ACOMPañAR EN EL DUELO. DAR HERRAMIENTAS DE ESTIMULACION PARA LA AUTONOMIA.	TERAPIA OCUPACIONAL SESIONES SEGÚN DIAGNOSTICO. VDI EDUCACION AL AFAMILIA COMO UNIDAD DE CUIDADO.	ENERO A DICIEMBRE 2024	TO ENCARGADA PSI	NUMERO DE NIÑOS ATENDIDOS VS NUMERO DE NIÑOS DIAGNOSTICADOS. NUMERO DE NIÑOS AUTONOMOS AL EGRESO SEGÚN OBJETIVO DE INGRESO.

FALTA DE DUPLA NTC Y PROFESORA DE EDUCACIÓN FÍSICA PARA ABORDAR EL TEMA PA ELEVADA.	DESARROLLO INTEGRAL EN LA INFANCIA	LOGRAR NIVELES DE PA NORMALES EN NIÑOS CON FACTORES DE RIESGO	IDENTIFICAR NIÑOS Y NIÑAS CON PA ELEVADA. INCORPORAR HABILIDADES DE AUTOCUIDADO.	META : 100% DE LOS NIÑOS CON ALZA DE PA.	IMPLEMENTAR DUPLA NTC PROFESORA EDUCACION FISCA	CONSULTAS DUPLAS CONSULTAS INDIVIDUALES VDI ATENCION MEDICA 1 VEZ.	ENERO A DICIEMBRE 2024	DUPLA ENCARGADA PSI	Nº DE NIÑOS CON ALZAS DE PA IDENTIFICADOS Nº DE VDI Nº DE SESIONES DUPLA Nº DE NIÑOS EGRESADOS CON PA NORMAL.
--	------------------------------------	---	---	--	---	---	------------------------	---------------------	--



4.4 PLAN SALUD ODONTOLÓGICO 2024

Marco teórico

El programa dental enfoca su desempeño en la promoción, prevención y rehabilitación del daño oral de nuestro país. Desde el MINSAL, y debido a que los recursos son escasos, se estableció como prioridad la atención dental en menores de 20 años entendiendo que las consecuencias de la caries dental son acumulativas y al tener una población infantil con una gran carga de enfermedad, tendremos una población adolescente muy enferma y una población adulta con las secuelas de la enfermedad, afectando enormemente la autoestima y la calidad de vida de las personas.

En los últimos años se definió la caries como una enfermedad crónica no transmisible que necesita de ciertas condiciones para su desarrollo (desequilibrio ecológico) y que por cuanto nosotros seamos capaces de intervenir en ese proceso disminuyendo los factores de riesgo, seremos capaces de controlar, no sólo la caries, sino también una serie de enfermedades bucales (teoría ecológica de la caries). Hasta hace un tiempo la caries dental se había enfrentado con un componente eminentemente restaurador, sin embargo, se ha demostrado que este enfoque basado en la operatoria clásica, por sí sola, no logra controlar la enfermedad; debemos más que nunca enfrentar las enfermedades bucales con mayor promoción de hábitos saludables y prevenir todas las posibles causas de enfermedad (medidas efectivas y de bajo costo).

Es así como se crea el programa **CERO (Control con Enfoque de Riesgo Odontológico)** que viene a dar cuenta de una necesidad de intervención inicial en etapas tempranas de la vida y con ello minimizar el daño y lograr mayor eficiencia en medidas preventivas. Dicho programa comienza a los 6 meses de vida y se extiende hasta los 19 años en donde todas las actividades de promoción, prevención y rehabilitación están consideradas. Los controles son estandarizados con la aplicación de pautas por edad y dan como resultado un riesgo odontológico y con ello una frecuencia de citación.

La Política de Salud Bucal en Chile está orientada a la prevención y promoción de la Salud Bucal de la población, con énfasis en los grupos más vulnerables. Considerando además actividades recuperativas en grupos priorizados mediante acciones costo efectivas basadas en la mejor evidencia disponible

La visión del MINSAL, respecto de Salud Bucal es que la población goce y valore una Salud Bucal que le permita mejorar su calidad de vida, con la participación activa de toda la sociedad. Su misión es integrar la Salud Bucal con eficacia, equidad y solidaridad a las políticas y estrategias de salud del país, con énfasis en la promoción y en la prevención.

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.

En la comuna de Requínoa se cuenta con 327 horas semanales de odontólogo (9) con técnico dental (8). Lo anterior distribuido en un CESFAM (109 horas), dos postas de salud rural (88 horas), CECOSF (44 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 (objetivos sanitarios), con los grupos etarios menores de 20 años en promoción, prevención y tratamiento de patologías bucales. Además, se cuenta con horas contratadas para la atención de alumnos de enseñanza media, que son atendidos en el liceo municipal y CECOSF (convenio mejoramiento acceso de la atención). La atención dental en CESFAM mayoritariamente es otorgada a los sectores de Robles y Araucarias pues las unidades dentales de postas absorben la atención del sector Almendras y CECOSF sector Nogal (excepto la zona de Totihue, que por cercanía acude a nuestro CESFAM por no contar con Unidad dental en esa Posta). Además, la Unidad dental móvil vino a dar respuesta a la demanda no satisfecha en lugares rurales, escuelas de difícil acceso que no asistían a nuestro CESFAM.

Objetivo general:

Aumentar la población libre de caries en niños y niñas menores de 19 años, con un enfoque de promoción y prevención (Programa CERO), además de dar respuesta a la demanda de atención odontológica de otros grupos etarios.

Objetivos Específicos

Mantener en control, con enfoque de riesgo odontológico a la población infantil.



Promover hábitos saludables y disminuir los factores de riesgo de caries en niños, niñas y adolescentes menores de 20 años.

Mejorar el acceso a medidas de prevención y control precoz según riesgo odontológico.

Cumplimiento de metas e IAAPS

Indicador APS	Meta	N° actividades	Cumplimiento a sept.2023
At. Morbilidad en <19 años	3320	2460	74.09%
Menores de 3 años libres de caries	290	248	85.5 %

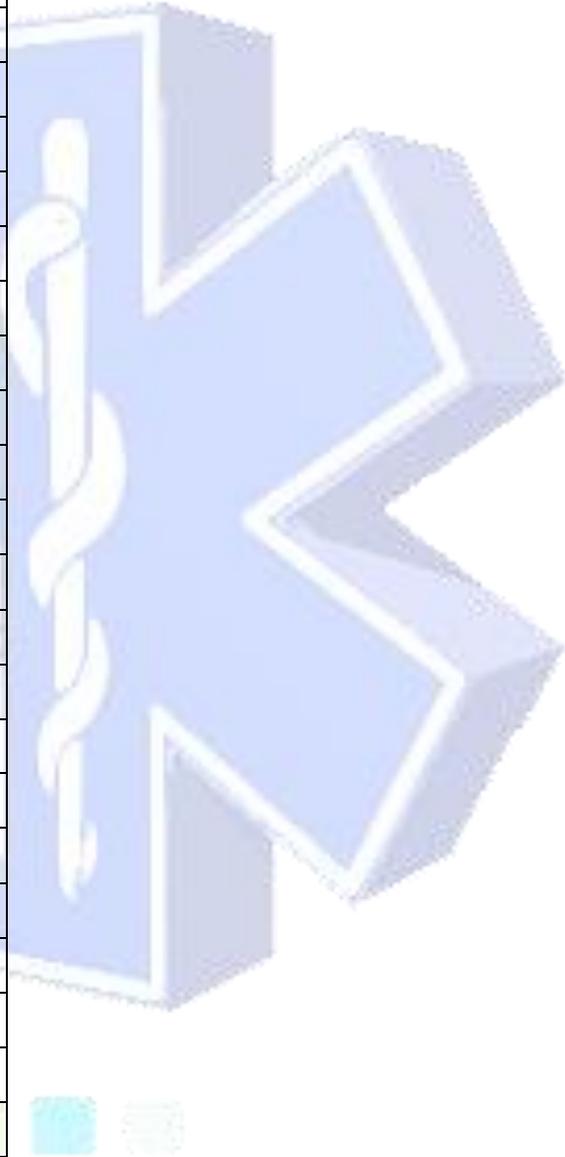
Metas Colectivas	Meta	N° actividades	Cumplimiento a sept.2023
Ingreso < 9 años CERO	848	819	96.58 %
Niños 6 años libres de caries	48	52	108.3 %

Estadísticas de atenciones y talleres 2023

ACTIVIDAD	NÚMERO
Consulta de morbilidad	5895
Control odontológico	1437
Consultas de urgencias GES	395
Educación individual con ens. Téc. cepillado	622
Consejería de tabaco	109
Examen de salud oral	4348
Aplicación de sellantes	3442



Aplicación de flúor tópico	862
Destartraje supragingival	1181
Exodoncias simples	1319
Restauraciones	3236
Destartraje subgingival	90
Radiografía intraoral	224
Ingresos Programa CERO	1175
Entrega kit higiene Sembrando Sonrisas	661
Aplicaciones flúor Sembrando Sonrisas	661
Talleres educación sembrando sonrisas	20
Convenio Más Sonrisas para Chile	
Pacientes dados de alta	71
Prótesis dentarles	100
Convenio Hombres Escasos Recursos	
Pacientes dados de alta	22
Prótesis dentales	40
Atención en Domicilio	
Pacientes dados de alta	26
Resolución de especialidades	
Endodoncias realizadas	26
Prótesis removibles	22
GES 60 años	
Pacientes dados de alta	26
Prótesis dentales	27
Atención alumnos enseñanza media	
Altas odontológicas	40
Actividades recuperativas en >20 años en extensión horaria	1584
Consultas de morbilidad en extensión horaria	827



Desafíos año 2024

- 1.-Aumentar cobertura odontológica en población de Requínoa (niños y adultos)
- 2.-Hacer realidad la implementación y puesta en marcha de tercer box dental en CESFAM
- 3.-Disminuir brecha de atención odontológica de población mayor de 20 años en horario vespertino
- 4.-Aumentar recurso humano odontológico y TONS
- 5.-Cumplir con exigencias de IAAPS y metas colectivas odontológicas

MATRIZ DE PRIORIZACION DE PROBLEMAS DE SALUD ODONTOLOGICA

Matriz de Priorización de Problemas de Salud																						
Problema	Magnitud					Trascendencia					Vulnerabilidad					Factibilidad					Puntaje	
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		
Alta incidencia y prevalencia de caries en menores de 20 años.					X					X					X						X	16
Baja asistencia de niños desde colegios: horario laboral de padres y/o apoderados incompatibles y cambio en normativa de colegios.					X				X						X						X	14
Falta de infraestructura y equipamiento para ofrecer mejor y mayor oferta odontológica en CESFAM.																						

4.5 PROGRAMA DE SALUD MENTAL

MARCO TEÓRICO

En Chile, los problemas de salud mental constituyen la principal fuente de carga de enfermedad. Según el último estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible realizado en nuestro país, un 23,2% de los años de vida perdidos por discapacidad o muerte (AVISA) están determinados por las condiciones neuro-psiquiátricas.

El “Programa de Atención Integral de Salud Mental en Atención Primaria”, presenta para cada uno de sus componentes, objetivos específicos, productos esperados e indicadores para la evaluación y monitoreo. Esto es para la prevención, detección, intervención y tratamiento. De esta manera, la promoción de la salud mental se refiere con frecuencia a la salud mental positiva, considerando la salud mental como un recurso, como un valor por sí mismo y como un derecho humano básico que es esencial para el desarrollo social y económico de la sociedad. La promoción de la salud mental tiene el objetivo de ejercer un impacto sobre los determinantes de la salud mental con el fin de aumentar la salud mental positiva, reducir desigualdades, construir capital social, crear ganancia de salud y reducir la diferencia en la expectativa de salud entre los países y grupos.

Se argumenta, por tanto, la necesidad de priorizar la salud mental en el Plan Comunal de Salud, Lo que involucra la necesidad en la continuidad de prestaciones, indicadores y convenios con los que cuenta el Salud Mental:

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

A continuación, se describen las diferentes acciones implementadas por el Programa de Salud Mental durante el año 2023, acciones visualizadas como primordiales para el logro de los desafíos y/o problemas prioritarios observados durante el año 2022 y pandemia.

En el año 2023, se establece que la población bajo control a septiembre de este año, asciende a:

Población bajo control desde 0 años 2023	Meta Población bajo control 2023
1690	1153
146%	100%

ANTECEDENTES RELEVANTES

1.- Trastornos Psicológicos con mayores ingresos a septiembre 2023 (CESFAM - Postas- CECOSF)

Categoría Diagnóstico	CESFAM	CECOSF	POSTA LIRIOS	POSTA ABRA	POSTA TOTIHUE	TOTAL	%
Trastorno Ansioso en mayores de 15 años	431	87	116	94	54	782	46%
Trastorno Depresivo en mayores de 15 años	287	22	26	19	13	367	21,7%
Trastornos del Comportamiento y Emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia.	163	27	48	48	12	298	17,6%

Se observa que los trastornos ansiosos ocupan el 46% del total de trastornos psicológicos de la población bajo control, considerando hasta septiembre del presente año. Lo sigue, los trastornos depresivos con el 21,7%, mientras que la población infanto-juvenil, ocupa el tercer lugar con mayor número de diagnósticos, presentando un 17,6% de trastornos conductuales y emocionales.

Si hacemos una comparación con el año 2022, se establece un aumento tanto de los trastorno ansiosos y depresivos en mayores de 15 años, lo cual está directamente relacionado con el aumento año a año de la población bajo control, comprendiendo que tanto las predicciones respecto de las consecuencias psicológicas y emocionales de la pandemia y la relevancia de la salud mental han repercutido directamente en el alza de las cifras.



Categoría Diagnóstico	Septiembre 2022	Septiembre 2023
Trastorno Ansioso en mayores de 15 años	<u>740</u>	<u>782</u>
Trastorno Depresivo en mayores de 15 años	<u>231</u>	<u>367</u>

2.- Controles Salud Mental (siendo contemplados los controles por psicólogo y médico (presenciales como remotas), además de visitas domiciliarias).

Es de relevancia mencionar que durante el año 2022 se establece una meta general de 5.269 controles de salud mental, pudiendo cumplir a septiembre de ese mismo año con 3.786, lo cual nos permitía estar cumpliendo con un 71,8% de dicha meta.

Sin embargo, durante el 2023 la meta de controles de salud mental solicitados asciende abruptamente a 9.216 controles. A septiembre de este año se establece una cifra de 7.162 controles, lo cual significa un cumplimiento del 77,7% de la meta total.

Controles Salud Mental 2022	Controles Salud Mental 2023
META ESTABLECIDA: 5.269	META ESTABLECIDA: 9.216
CUMPLIMIENTO A SEPT 2022: 3786 (71,8%)	CUMPLIMIENTO A SEPT 2023: 7.162 (77,7%)

3.- Convenios/Programas Salud Mental 2022

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

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



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

- Realización control de salud integral del adolescente en CESFAM, en horario diferido con equipo profesional exclusivo (Matrona o Enfermero/Asistente Social/ Psicólogo/Nutricionista/TENS).
- Realización de talleres en coordinación con los diferentes Establecimientos Educativos de la Comuna.

A partir de este año, la realización de controles de salud integral, no se consideran como indicador del programa, sino que pasan a determinarse según meta comunal, debiendo establecer un mínimo de 583 controles integrales.

META Controles Adolescentes 2023	Controles adolescentes a septiembre 2023
583	304 (52% de cumplimiento)

3.2.- Convenio Programa Acompañamiento: Orientado al apoyo de usuarios entre 0 y 24 años, con factores de riesgo, cuyo objetivo es acompañar mediante la visita domiciliaria, realización de talleres y entrevistas a los usuarios y sus familias; fortaleciendo la adherencia y estableciendo un canal de comunicación más expedito con el Centro de Salud. Usuarios bajo control a octubre de 2022 (0 a 24 años): 42

3.3.- Programa Detección, Intervención y Referencia Asistida de Alcohol, Tabaco y otras Drogas (DIR): Respecto al consumo de alcohol en nuestra comuna, durante el 2022 se desarrollaron actividades bajo el convenio DIR: Vida Sana Alcohol en APS, dichas actividades permiten realizar intervenciones mínimas o consejerías a usuarios con un mínimo riesgo de consumo, así como también la realización de intervenciones breves para usuarios con riesgo bajo o bien iniciar tratamiento y/o intervención a personas con un riesgo elevado, categorizado como un consumo problemático de alcohol, cuya intervención está a cargo de profesional psicólogo, dependiendo del sector del paciente y/o disponibilidad de agenda del profesional.

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

Realizados a septiembre 2022	Realizados a septiembre 2023
1888	2244

Cómo se observa, durante el año 2022, al mes de septiembre se habían aplicado 1.888 instrumentos de tamizaje para evaluar el consumo de



alcohol y otras sustancias de la población. Si hacemos la comparación con el año en curso, existe un aumento de un 19 % aproximadamente, lo que posibilita una mejora en la detección de consumo de alcohol y otras drogas.

3.4.- Programa de Atención Integral para personas con Demencia: Se establece a partir del Plan Nacional de Demencia, cuyo objetivo es mejorar el acceso oportuno al diagnóstico y tratamiento de las personas con demencia y su cuidador(a), generando acciones de promoción, prevención, atención y cuidado mediante el abordaje comunitario. Actualmente el programa cuenta con un equipo de cabecera multidisciplinario, estableciendo un protocolo de detección, derivación e intervención.

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

Realizados a septiembre 2022	Realizados a septiembre 2023
442	584

Se aprecia, al igual que con otras prestaciones un aumento en comparación con el año anterior

PROBLEMAS PRIORITARIOS SALUD MENTAL

- 1.- Alta incidencia Trastornos Ansiosos y Depresivos en mayores de 15 años
- 2.- Alta incidencia Trastornos del Comportamiento y Emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia



Alta incidencia Trastornos Ansiosos y Depresivos

- | | |
|--|--|
| 1.- Aplicación Instrumentos diagnósticos, ingreso e inicio de tratamiento | 3.- Establecimiento Plan de cuidado del paciente |
| 2.- Análisis de flujograma de derivación y refuerzo de identificación criterios diagnósticos | 4.- Realización de calendario anual de talleres por grupo etario (NNA- adulto-adulto mayor) y temática |



Alta incidencia Trastornos del Comportamiento y Emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia

- | | |
|--|--|
| 1.- Aumento tamizaje y establecimiento de sesiones 2 veces al mes (primer semestre de intervención) | 3.- Calendarización anual con Red de Infancia (OPD, OLN, SENDA, ESTABLECIMIENTO EDUCACIONALES) para coordinación y retroalimentación de casos, fortaleciendo el trabajo en equipo. |
| 2.- Realización de calendario de talleres grupales y multifamiliar según grupo etario (preescolares -niños-adolescentes) | |



MATRIZ DE PLANIFICACION UNIDAD SALUD MENTAL AÑO 2023

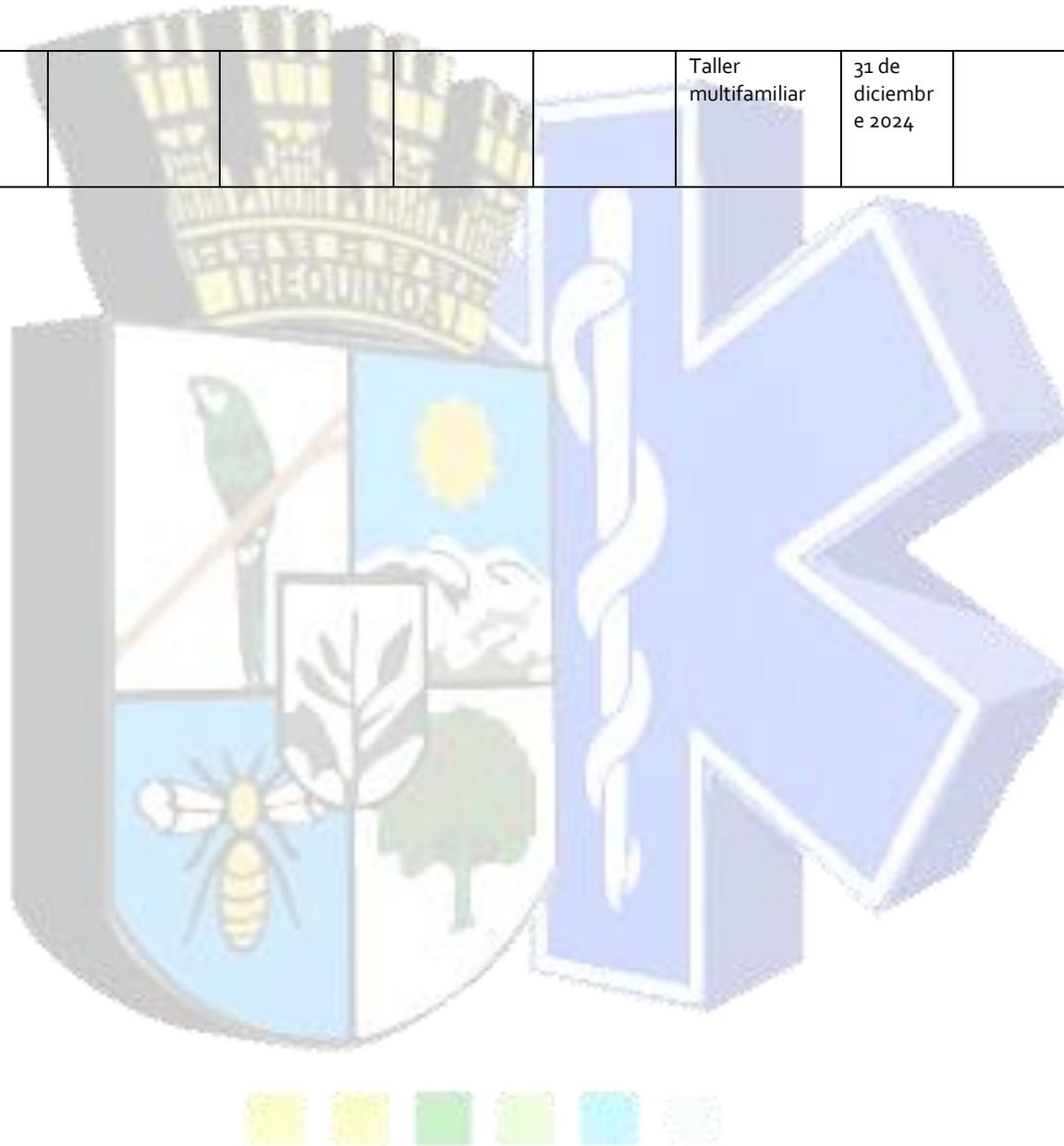
Problema de Salud Priorizado	Relación con Estrategia Nacional de Salud	Objetivo General	Objetivo Especifico	Meta	Estrategias	Actividades	Plazo	Responsable	Indicadores
Alta Incidencia y Prevalencia de Trastornos ansiosos y Depresión en Mayores de 15 años	Salud Mental Trastornos Mentales (2.7)	Pesquisa oportuna cuadros Depresivos Leves y moderados En CESFAM y Postas rurales	Brindar un diagnóstico y tratamiento multidisciplinario Con el objetivo de disminuir el riesgo biopsicosocial del paciente y su entorno inmediato	Ingresar el total de diagnosticados A programa salud mental (CESFAM, POSTAS O CECOSF según correspondencia)	Flujograma de derivación Entrevista Clínica Realización plan de cuidado paciente	Promoción Talleres y Charlas Psicoeducativas	02 de enero al 31 de diciembre 2024	Equipo Salud Mental	<u>Talleres Planificados</u> *100 Talleres Realizados
						Prevención Consejería Individual y Familiar	02 de enero al 31 de diciembre 2024	Equipo de Salud	<u>Entrevistas Iniciales</u> * 100 Entrevistas Iniciales con Consejería
						Diagnóstico y tratamiento Aplicación Instrumentos diagnósticos, ingreso e inicio de tratamiento Realización plan de cuidado del paciente (identificación en ficha clínica-FONENDO)	02 de enero al 31 de diciembre 2024	Equipo Salud Mental	<u>Nº de ingresos realizados</u> *100 Nº de ingresos realizados con GHQ-12 Nº de ingresos realizados con plan de cuidado realizados
						Rehabilitación Taller de Autoayuda y participación comunitaria	02 de enero al 31 de diciembre 2023	Equipo Salud Mental	<u>Nº de Asistentes a Talleres</u> *100



									Nº de Asistentes Programados
Alta Incidencia y Prevalencia de Trastornos del Comportamiento y emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia	Reducir los síntomas y conductas vinculados al grupo de trastornos involucrados dentro de la categoría del grupo de trastornos.	Pesquisa oportuna de indicadores vinculados a trastornos del comportamiento y emociones en población infanto-juvenil	Brindar y realizar intervención apropiada y coherentes con la demanda de la población objetivo (infanto-juvenil)	Ingresar el total de diagnósticos A programa salud mental (CESFAM, POSTAS O CECOSF según corresponda)	Apoyo instrumentos Tamizaje. Entrevista Clínica Contratación psicóloga 22 horas destinadas en horario de extensión considerando ámbito laboral de los padres.	Promoción Psicoeducación a los padres respecto de trastornos en la etapa infanto-juvenil	02 de enero al 31 de diciembre 2024	Equipo Salud Mental	<u>Nº Talleres Planificados</u> * 100 Nº Talleres Realizados
						Prevención Consejería Individual y Familiar	02 de enero al 31 de diciembre 2024	Equipo de Salud	<u>Nº de Consejería realizadas</u> *100 Nº usuarios con consumo de riesgo
						Diagnóstico y tratamiento Aplicación Instrumentos diagnósticos, ingreso e inicio de tratamiento Realización plan de cuidado del paciente ((identificación en ficha clínica-FONENDO) Establecimiento de Terapias Familiares en casos más complejos	02 de enero al 31 de diciembre 2024	Equipo de Salud Mental	<u>Nº de ingresos realizados</u> *100 0 Nº de ingresos realizados con Pauta PSC, PSC-Y Nº de ingresos realizados con plan de cuidado realizados
						Rehabilitación	02 de enero al	Equipo Salud Mental	



					Taller multifamiliar	31 de diciembre 2024		Nº de Grupos Formados * 100 Nº de Grupos Planificados
--	--	--	--	--	----------------------	----------------------	--	---



Departamento de Salud de Requena



4.6 PROGRAMA ELIGE VIDA SANA (PEVS)

Descripción de programa:

En el año 2004 comienza la puesta en marcha del entonces llamado programa “VIDA SANA” el cual tuvo por objetivo controlar la malnutrición por exceso, mejorar el perfil metabólico y la condición física en la población con factores de riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares (ECV), posteriormente, con el fin de dar continuidad a esta iniciativa, se implementa el sistema “Elige Vivir Sano”, estableciendo que todos los órganos de la Administración del Estado, vinculados a la promoción de hábitos de vida saludables, debían incorporar en sus políticas, planes y programas, medidas orientadas a fomentar la prevención de los factores y conductas de riesgo asociadas a las enfermedades no transmisibles, derivadas de hábitos y estilos de vida no saludables. Paulatinamente, en 2015, el Ministerio de Salud da curso al Programa Elige Vida Sana (PEVS), ex Vida Sana, agregando a los objetivos anteriores, la reducción en la incidencia de factores de riesgo para el desarrollo de diabetes mellitus (DM) e hipertensión arterial (HTA). Estas tareas son desarrolladas a través de educación en hábitos de alimentación y la realización de la actividad física. Desde 2018, además se impulsan ejes de acción orientados al “Bienestar y la cultura de Vida Sana”, abordando estos dos componentes y considerando el uso del tiempo libre.

Antecedentes de la población nacional

La primera Encuesta Nacional de Salud (ENS) de Chile 2003, dejó en evidencia la magnitud de las ECV y sus factores de riesgo (MINSAL/PUC, 2004). Estos resultados fueron confirmados por la segunda Encuesta Nacional de Salud 2009-2010, donde además destaca el predominio de estilos de vida no saludables con elevado consumo de tabaco, sedentarismo y exceso de peso, (MINSAL/PUC, 2011). ENS 2016-2017, toda la evidencia anterior y la tendencia evidencian un panorama nacional preocupante, en la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles. Prevalencia de factores de riesgo de enfermedades crónicas seleccionados, ENS 2003, ENS 2009-10 y ENS 2016-17.



Problema de Salud	Prevalencia (%) ENS 2003	Prevalencia (%) ENS 2009-2010	Prevalencia (%) ENS 2016-2017
Tabaquismo (fumador actual)	42	40,6	33,3
Sobrepeso	37,8	39,3	39,8
Obesidad	23,2	25,1	31,2
Hipertensión arterial	33,7	26,9	26,7
Diabetes mellitus	6,3	9,4	12,3
Sedentarismo	89,4	88,6	86,7

Fuente: Departamento de Epidemiología, MINSAL

Durante los últimos años se han documentado las repercusiones de las enfermedades no trasmisibles sobre la sociedad y la economía, revelando los altos costos en salud pública que existen para el tratamiento de éstas y que se proyectan, de continuar así. El aumento en la diabetes, en la obesidad y el sedentarismo, además incide en mayor cantidad a los estratos económicos más vulnerables, reflejando la inequidad de los estilos de vida saludables (OMS, 2012; Aviroop et. al, 2015).

Propósitos y Objetivo del programa:

El propósito del programa es contribuir a la reducción de malnutrición por exceso en la población del país, el objetivo del programa es disminuir la malnutrición por exceso en usuarios entre 2 a 64 años inscritos en el sistema de atención primaria de salud beneficiarios FONASA.

Sus objetivos específicos:

- Mejorar condición nutricional.
- Mejorar condición física.

Cumplimiento de metas

El programa presenta dos periodos de evaluación principales:

En agosto se requiere el cumplimiento de los ingresos comprometidos en la resolución exenta N° 1458, para 100 usuarios en la comuna, distribuidos de la siguiente manera:

Grupo etario	Comprometidos
2 a 5 años	30 personas
6 a 19 años	40 personas



20 a 64 años	30 personas
--------------	-------------

En diciembre se evalúa, a través de indicadores cuantas personas o usuarios del programa, modificaron sus estados nutricionales, físicos, hábitos, niveles de actividad física y adherencia al programa.

Atenciones realizadas a la fecha en el año 2023

Los talleres se dividen por grupos etarios, y en áreas estratégicas:

Grupo etario	lugar o establecimiento	Talleres de Actividad Física	Círculos dupla Nutricionista -Psicóloga
2 a 5 años	Jardín Peumayen	21	2
	Jardín san Nicolás	21	2
	Escuela de lenguaje charles Darwin	2	1
6 a 19 años	Escuela campo lindo	51	1
	Escuela berta Saavedra	4	1
20 a 64 años	Funcionarias jardín Peumayen	9	5
	Funcionarias jardín san Nicolás	9	5
	Adulto de la comunidad	37	5

Metas para el 2024

- Mejorar con estrategias la asistencia de las actividades del programa.
- Poder tener un lugar físico estable para el equipo.
- Prestar un mejor abanico de actividades del programa.
- Aumentar las redes de trabajo que tiene el programa.



Matriz de problema priorizados:

Problema	Solución	Propuesta
Poca participación de usuarios adulto del programa.	Mejorar el abanico de actividades para que el usuario participe.	Encontrar nuevos lugares donde poder realizar las actividades del programa.
Poca variedad de implementos para la realización de a AF del programa.	Compartir implementos con programa rehabilitación, para obtener variedad.	Para el próximo año categorizar el estado de implementos del programa para definir la necesidad de nuevos elementos.
No se tiene un lugar físico estable.	Conseguir un lugar para poder tener nuestras cosas del programa, y lugar de atención	Coordinar según horario de trabajo de los integrantes del equipo que box está más disponible.



4.7 PROGRAMA DE REHABILITACION INTEGRAL CON BASE COMUNITARIA (RBC)

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

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

CARACTERIZACION DE LA POBLACION CON DISCAPACIDAD EN CHILE

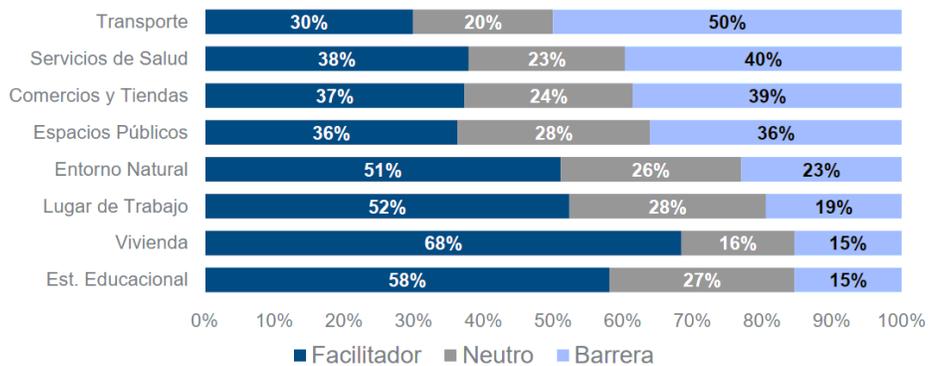
En relación al III Estudio Nacional de Discapacidad (ENDISC III, 2022) la prevalencia de los niños entre 2 y 17 años con discapacidad corresponde al 14,7,8% y para la población de 18 años y más a un 17,6%. La discapacidad de niños y adultos, corresponde a una estimación de 587.709 y 2.703.893 personas respectivamente, que es el 16,7% de la población chilena. Al revisar como la discapacidad se comporta en los grupos etarios por ciclo de vida se observa que esta va aumentando hasta alcanzar el 32,6% en la población de 60 años y más.

Si observamos los datos de la Región de O’Higgins, de los adultos con discapacidad de entre 18 a 59 años, el 57,3% está en situación de dependencia, mientras que en los adultos con discapacidad de 60 años y más, el 77,4% está en situación de dependencia.

En nuestra región, respecto a ayudas técnicas, el 13,3% de las personas con discapacidad indica no tener ayuda técnica pero sí necesitar una, y el 28,7% utiliza alguna ayuda técnica, y requiere de otra adicional. En lo que respecta al entorno y al ambiente, las personas con discapacidad en gran medida perciben como barreras (difícil o muy fácil de utilizar) el uso de los espacios públicos (36,4%), tiendas, bancos o comercios (38,9%), sistema de transporte público (44,6%) y servicios de salud (33,8%). Asimismo,

las personas con discapacidad indican tener mayor dificultad que personas sin discapacidad para conseguir ayuda de parientes o familiares cercanos (21,4%), de amigos o compañeros de trabajo o estudio (44,3%) y de vecinos o conocidos (34,7%).

7.2. Distribución de la población adulta con discapacidad según percepción de factores ambientales



Fuente: SENADIS, Tercer Estudio Nacional de La Discapacidad 2022.

https://www.senadis.gob.cl/paq/726/2036/datos_iii_endisc_resultados_de_poblacion_adulta

PROPÓSITO

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

OBJETIVO GENERAL

Mejorar o mantener el funcionamiento y favorecer la participación en comunidad de las personas ingresadas al programa.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS



1. Desarrollar estrategias de rehabilitación integradas funcionalmente a la Atención Primaria de Salud, bajo un enfoque biopsicosocial y con base en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario (MAIS) y la Estrategia de Rehabilitación con Base Comunitaria.
2. Brindar servicios de rehabilitación a las personas que presentan deterioro en el funcionamiento, apoyar en el abordaje integral de personas y sus familias, bajo el MAIS y la estrategia de cuidado integral centrado en las personas para la promoción, prevención y manejo de la cronicidad en el contexto de multimorbilidad (ECICEP).
3. Articularse con programas de promoción de la actividad física, alimentación saludable, y mantención de la funcionalidad a lo largo del curso de vida con objetivos de la prevención de la discapacidad.
4. Desarrollar estrategias para el trabajo con cuidadores de personas con dependencia atendidas en el programa, para que logren competencias relativas al cuidado y disminuyan las sobrecargas instalando herramientas de autocuidado.
5. Apoyar el desarrollo de competencias del equipo APS en el abordaje integral de personas con condiciones de salud que se atienden en el programa.
6. Contribuir a la generación de redes comunitarias e intersectoriales para el logro de la participación en comunidad de las personas con discapacidad.

POBLACIÓN OBJETIVO

Población adulta, mayor de 18 años con y sin discapacidad (permanente o transitoria), con deficiencias o condiciones de salud que afectan el funcionamiento en área física y/o sensorial.

ESTRATIFICACIÓN DE ATENCIONES SEGÚN CCR REQUÑO A

- Prioridad I: patologías neurológicas, enfoque neuromuscular.
- Prioridad II: patologías post operatorias y de origen traumáticas.
- Prioridad III: patologías musculo - esqueléticas.
- Prioridad IV: Talleres

ESTADÍSTICAS AÑO 2023

- *Número de ingresos a Programa de Rehabilitación Integral de enero a septiembre de 2023, según condición de salud.*

INGRESOS POR CONDICIÓN DE SALUD AÑO 2023	TOTAL
DOLOR CERVICAL AGUDO	2
DOLOR LUMBAR AGUDO	5
HOMBRO DOLOROSO AGUDO	43
OTRO DOLOR MUSCULOESQUELÉTICO AGUDO	40
ARTROSIS DE RODILLA Y CADERA	89
ARTRITIS REUMATOIDEA	4
OTRO DOLOR MUSCULOESQUELÉTICO CRÓNICO	368
ATAQUE CEREBRO VASCULAR (ACV)	24
TRAUMATISMO ENCÉFALO CRANEANO (TEC)	0
LESIÓN MEDULAR	2
ENFERMEDAD DE PARKINSON	4
ENFERMEDADES NEUROMUSCULARES	90
ALTERACIONES EN EL DESARROLLO PSICOMOTOR	0
DISRAFIAS ESPINALES	0
TRASTORNO DEL NEURODESARROLLO	0
AMPUTACIÓN	2
QUEMADOS	0
COVID-19	1
OTROS	89
TOTALES	763



METAS DE PROGRAMA:

1. 20% de las personas ingresadas al programa recupera o fortalece su participación en comunidad (trabajo, educación, grupos sociales, organizaciones, entre otros)
2. 20% de las personas ingresadas al programa lo hace por una condición de salud prioritaria (ACV, E. de Parkinson, Lesión Medular, TEC, otros déficits de origen neurológico, Secuelas de SARS COV 2).
3. 75% de las personas ingresadas cuenta con Plan de Tratamiento Integral consensuado e informado.
4. 60% de las personas ingresadas egresa con objetivos terapéuticos cumplidos.

Desafíos 2024:

Problema	Solución	Propuesta
Brecha entre Interconsultas resueltas y no resueltas, de patologías musculoesqueléticas de prioridad 3.	Optimizar tiempo de profesionales a través de actividades grupales que revuelvan problemas de salud sin desmedro de la calidad de atención.	Aumentar en número de usuarios que asisten a de Talleres de Médico, Terapeutas Ocupacionales y Kinesiólogos para pacientes con categorización 3.
Falta de actividades de diagnóstico Participativo	Incorporación de actividades que salgan del diagnóstico participativo CCR 2022.	Completar las actividades que tengan relación con la solución a las problemáticas identificadas en el Diagnóstico Participativo 2022, que aun no

		sean abordadas por el equipo o comunidad.
Déficit de talleres, con enfoque de rehabilitación basada en la comunidad- RBC.	Realizar talleres presenciales en CCR, cumpliendo con las normas sanitarias vigentes.	Establecer Talleres de Terapia Ocupacional (deporte adaptado, inclusión laboral, cuidadoras, recreativos).
Sobredemanda de derivaciones con patologías no Pertinentes a CCR Requínoa.	Mantener actualizado al equipo médico del Departamento de Salud sobre protocolos de atención y derivación a CCR.	Destinar horas de profesionales para reuniones con equipo médico de los establecimientos del Departamento de Salud, sobre protocolos de atención y derivaciones a CCR Requínoa, 4 veces al año.



4.8 CENTRO COMUNITARIO DE SALUD FAMILIAR (CECOSF) CHUMAQUITO

1.- Descripción de CECOSF Chumaquito

El Centro Comunitario de Salud Familiar, o CECOSF Chumaquito, de la comuna de Requínoa, es dependiente del CESFAM Joaquín Contreras Silva. La atención está dirigida a la población beneficiaria de FONASA que se encuentra inscrita en el establecimiento por su cercanía, correspondiendo a 2.348 usuarios validados para el año 2024. Chumaquito, que es parte del sector urbano, está constituido por 13 villas, y Chumaco corresponde al sector rural de la comuna.

Dentro de las prestaciones que entrega el establecimiento, podemos mencionar los diferentes programas ministeriales que también se desarrollan en CESFAM, como Programa de Salud Cardiovascular, Programa de la Mujer, Programa de Salud Mental, Programa de Nutrición y PNAC, Programa Odontológico, entre otros. Se dispensan medicamentos a los pacientes, se toman muestras de exámenes de laboratorio, vacunación, electrocardiogramas, además de prestaciones propias del modelo de atención MAIS y CECOSF, como visitas domiciliarias e intervenciones individuales y familiares, tras el análisis de casos en una reunión de equipo. Además, cabe mencionar que CECOSF ofrece sus dependencias para la prestación de cirugías menores, en respuesta a una estrategia local de gestión municipal.

La estrategia de CECOSF como programa, busca acercar la salud a la gente en su contexto, facilitando el trabajo en conjunto con las familias y se espera que la comunidad sea protagonista en su implementación, desempeño y evaluación, en un proceso de participación vinculante que propicia el trabajo comunitario, para favorecer mejores niveles de salud y calidad de vida de las personas.

2.- Objetivo General

Entregar una atención de calidad, equitativa, oportuna y resolutive a la población de Chumaco y Chumaquito, ejerciendo el rol de copártcipe con la comunidad en el cuidado de la salud de sus familias, principalmente a través de la promoción, prevención y la participación social, en complementariedad con CESFAM Dr. Joaquín Contreras Silva y la red asistencial.



3.- Cumplimiento de Metas e IAAPS

Las metas sanitarias e Indicadores de actividad en Atención Primaria (IAAPS), son programadas a nivel comunal, por lo que su cumplimiento se visualiza a través del análisis realizado por Programas o Unidades, contribuyendo CECOSF Chumaquito a esta meta común.

Entre las metas propias de CECOSF, dando cumplimiento a convenio con el Servicio de Salud, para el año 2023, hemos cumplido como equipo:

- Contar con un equipo de cabecera, que incluye una gestora comunitaria, quien representa a la comunidad y apoya la gestión con ésta, articulando el trabajo con líderes identificados en la comunidad y CECOSF.
- Trabajo en base a modelo MAIS, aplicando su pauta de evaluación independiente a CESFAM, y preparando la Certificación del Modelo en CECOSF.
- Mesa territorial de trabajo en salud constituida por organizaciones comunitarias del sector y grupos sociales de interés, enfocada en la gestión participativa.
- Una feria de servicios de carácter masiva, organizada en la comunidad con organizaciones del intersector con énfasis en la niñez, liderada por la gestora comunitaria, y equipo de salud.
- Trabajo colaborativo con Jardín Infantil Mis Primeros Pasos, participando representantes del equipo de salud en reuniones de apoderados.
- Múltiples actividades realizadas por gestor comunitario y equipo de salud, como educación comunitaria en sedes vecinales y sala de espera de CECOSF, talleres enfocados en necesidades pesquisadas en diagnóstico participativo, talleres para usuarios con condiciones crónicas, seguimiento de planes de mejora, entre otros.
- Participación en cicletada familiar realizada en el sector Chumaquito-Chumaco.
- Evaluación comunitaria participativa de la gestión, realizada en esta oportunidad a través de un análisis FODA.
- Evaluación del trato usuario de nuestro equipo a las personas que se atienden en CECOSF, a través de una encuesta.



- La medición de la satisfacción usuaria mediante una encuesta con participación comunitaria en su elaboración en noviembre del 2022, que permite aplicar un plan de mejora trabajado con miembros de la mesa territorial en el año 2023.
- Capacitación interna del equipo en temática del Modelo de Atención Integral en Salud con enfoque familiar y comunitario (MAIS), en estrategia de cuidado integral centrado en las personas (ECICEP) y en instrumento de evaluación de la implementación de MAIS, contribuyendo así a la formación continua de quienes atienden a la comunidad y entregando herramientas necesarias para adaptar la atención a requerimientos actuales de salud.

4.- Estadísticas de Atenciones, Talleres o Actividades realizadas durante el año 2023

Se escogieron ciertas prestaciones consideradas en plan de mejora y plan de gestión de la demanda, manifestadas como una necesidad por los usuarios del establecimiento, para ser expuestas en un comparativo entre los resultados del año 2022, y un corte realizado entre enero y agosto del 2023 con fines de evaluación.

Prestaciones/Periodo	Año 2022	Enero-Agosto 2023
Examen Médico Preventivo del Adulto (EMPA)	101	162
Examen Médico Preventivo del Adulto Mayor (EMPAM)	118	86
Consultas Médicas	2673	2850
Consultas Programa Cardiovascular	280	275
Consultas Médicas Salud Mental	126	140
Ingresos Salud Mental	79	80
Egresos Salud Mental	74	42
Consulta Dental de Morbilidad	1091	859
Control Odontológico	294	224



Control Odontológico con enfoque de Riesgo (CERO)	269	208
Radiografías Dentales	345	197

Tabla 1: Cuadro comparativo de prestaciones realizadas en el año 2022 y periodo Enero-Agosto 2023.

5.- Desafíos para el año 2024

- Realizar un plan de trabajo anual que contemple los resultados del diagnóstico participativo, evaluación comunitaria, encuesta de satisfacción usuaria realizada nuevamente en noviembre de 2023 y evaluación del equipo de salud.
- Ejecutar el 100% de las actividades propias del Convenio de CECOSF con el Servicio de Salud.
- Continuar trabajando bajo el Modelo de Atención Integral en Salud con enfoque familiar y comunitario para consolidar su implementación.
- Realizar un diagnóstico participativo con la comunidad.
- Participar activamente en el Proceso de Acreditación en Calidad del CESFAM Dr. Joaquín Contreras Silva y sus dispositivos asociados, dentro de los cuales se considera CECOSF.
- Establecer métodos de comunicación efectivos con la comunidad.
- Reforzar el enfoque preventivo y promocional de la atención primaria de salud, a través del trabajo con la comunidad y la participación social.
- Mejorar la satisfacción usuaria de las personas que se atienden en CECOSF a través de participación social y calidad.

6.- Matriz de problemas priorizados del año 2023

El evaluar la gestión, la calidad de atención y satisfacción usuaria, con la participación de la comunidad, es fundamental para resolver brechas y obstáculos identificados, generando una oportunidad de mejora.

Tipos de evaluación:

Tipo de Evaluación	Descripción
Diagnóstico participativo Septiembre- Octubre 2021	Proceso que permite evidenciar las necesidades de la comunidad usuaria desde su experiencia y realidad, con la finalidad de dar respuesta a ellas mediante el diálogo que se establece entre los actores involucrados. Mediante este diálogo es posible identificar los problemas, sus causas y sus efectos dentro de un contexto determinado. La construcción colectiva de éste permite conocer las percepciones de los usuarios, los intereses comunes y las soluciones viables para atender el problema detectado.
Evaluación participativa a través de un análisis FODA	Evaluación de tipo comunitaria que utilizó la matriz FODA para identificar en conjunto con los participantes, las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas, que sirvan como insumo para confeccionar el plan de trabajo.
Encuesta de Satisfacción usuaria con participación comunitaria	Instrumento que permite capturar la información desde el usuario y transmitirla al interior de la organización, de modo que esta última, luego del análisis exhaustivo de los datos, proponga e implemente las mejoras necesarias, que aumenten la seguridad y calidad de las prestaciones. Encuesta elaborada con la comunidad y aplicada en el mes de noviembre de 2022. Se ha instaurado como una estrategia de CECOSF esta evaluación en el mes de noviembre de cada año, por lo que su replicación se encuentra programada para noviembre 2023.
Evaluación con equipo de salud	Utilizando la técnica de lluvia de ideas se realizó una evaluación desde la perspectiva del equipo de salud, identificando problemas y generando propuestas de solución.



Identificación de problemas:

	Problema	Descripción
1	Baja Participación social y comunitaria.	Problema organizacional. Se expone dentro de las debilidades, la falta de actividades que fomenten la



		participación social y comunitaria con enfoque en prevención y promoción en salud.
2	Dificultad para comunicarse vía telefónica con CECOSF.	Problema asistencial. La misma oficial administrativa que entrega horas de manera presencial y realiza todas las labores administrativas es quien debe contestar el teléfono. Además, existe sólo una línea telefónica para comunicarse con CECOSF.
3	Infraestructura inadecuada	Problema de estructura. Se debe coordinar las agendas para entregar prestaciones por diferentes profesionales. Se presentan ocasiones, en que no hay lugar para atender, y se manifiesta que la sala de espera es muy pequeña.
4	Poco conocimiento en prevenir y cuidarse de enfermedades crónicas como diabetes e hipertensión.	Problema asistencial. Se conoce la enfermedad cuando es diagnosticada, y se desconoce sobre la posibilidad de cuidarse para no enfermar.

Matriz de Priorización:

Problema	Magnitud	Trascendencia	Vulnerabilidad	Factibilidad	Puntaje Individual
1.- Baja Participación social y comunitaria	5	5	5	5	20
2.- Dificultad de comunicarse vía telefónica	5	4	5	5	19
3.-Infraestructura inadecuada.	3	3	3	3	12



4.- Poco conocimiento en prevención de enfermedades crónicas.	4	5	5	5	19
---	---	---	---	---	----

Calificación entre 1 y 5, donde el número 5 es de mayor relevancia y el número 1 de menor relevancia.

Magnitud: Frecuencia, cantidad o tamaño del problema, a quiénes afecta.

- 5: Todos los pacientes.
- 4: N° importante de pacientes.
- 3: N° pequeño de pacientes.
- 2: Algunos pacientes.
- 1: Prácticamente a ningún paciente.

Trascendencia: Impacto que tiene en la salud de la población o en gestión.

- 5: Gran riesgo para los pacientes, problema muy grave para pacientes.
- 4: Riesgo moderado, problema grave.
- 3: Riesgo bajo.
- 2: Mínimo riesgo.
- 1: Riesgo prácticamente nulo.

Factibilidad: Es la factibilidad que tiene el equipo para disminuir o resolver el problema.

- 5: La solución depende del CECOSF.
- 4: La solución depende de CECOSF Y CESFAM.
- 3: La solución depende de CECOSF, CESFAM, Municipalidad.
- 2: La solución depende de MINSAL.
- 1: Estrategia a nivel nacional.

Vulnerabilidad: Desprotección de ciertos grupos poblacionales ante daños potenciales a su salud.

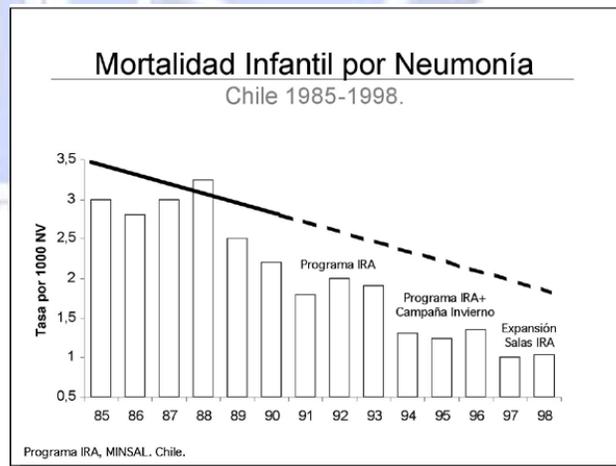
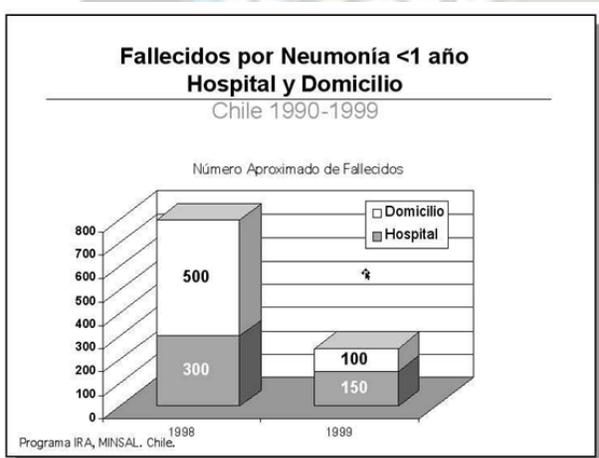
- 5: Grupo totalmente desprotegido.
- 4: N° importante de pacientes desprotegidos.
- 3: N° pequeño de pacientes desprotegidos.
- 2: Algunos pacientes desprotegidos.
- 1: Prácticamente ningún grupo desprotegido.



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

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

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



Indicadores del Programa

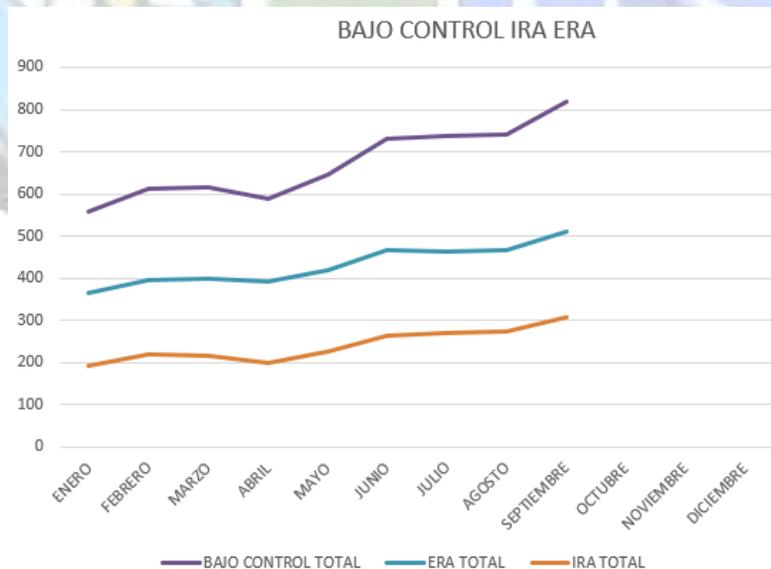


El programa IRA ERA, anualmente trabaja bajo los siguientes indicadores de salud:

- 1.- Aumentar la población crónica respiratoria bajo control en un 5% respecto al año anterior 20 y más años.
- 2.- Aumentar en un 25% de la población crónica respiratoria del todo el ciclo vital con evaluación del nivel de control “controlado” 20 y más años.
- 3.- Aumentar en un 25% los usuarios con EPOC a sintomáticos que terminen rehabilitación pulmonar
- 4.- Lograr al menos un 85% de cobertura de vacunación de la población objetivo

Estos se constituyen como logros anuales del programa, que impactan directamente en la calidad de la salud de las personas con enfermedades respiratorias

En nuestra comuna durante el año 2023 se ha logrado aumentar la población bajo control de 557 a 819 al mes de octubre de 2023, lo que constituye un aumento del 32% respecto del año anterior.



De esta población bajo control la Dirección del Servicio de Salud de O'Higgins, Solicito un cumplimiento mínimo del 60% al corte semestral de junio de 2023, los esfuerzos de este equipo y la descentralización del programa, estableciendo salas Mixtas en todos los establecimiento, hemos logrado cumplir los siguientes porcentajes general por establecimiento:

1.-CESFAM Requínoa	:	68%
2.-Posta El Abra	:	82%
3.-Posta Totihue	:	60%
4.-Posta Los Lirios	:	73%
5.-CECOSF Chumaquito	:	90%

Meta Sanitaria

Desde el año 2023 el programa IRA ERA, se encargada de dar cumplimiento a la meta sanitaria numero VII: Cobertura efectiva de tratamiento de enfermedades respiratorias crónicas (ASMA y EPOC) en personas de 5 años y mas. Esta meta sanitaria, se encuentra en concordancia con la Estrategia Nacional de Salud 2021– 2030, cuyo objetivo de impacto relacionado es “disminuir la carga de enfermedad por enfermedades respiratorias crónicas”, y surge del análisis de factores como la alta prevalencia en el consumo de tabaco, altos niveles de contaminación, alta prevalencia de secuelas de infecciones en el curso de vida, baja efectividad de las acciones preventivo-promocionales, insuficiente acceso y oportunidad del diagnóstico, baja cobertura efectiva a prestaciones de tratamiento y rehabilitación y alta prevalencia de comorbilidades. Según análisis de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Chile aún conserva tasas de mortalidad por enfermedades respiratorias por sobre la mayoría de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). Uno de cada 10 personas que mueren en Chile, lo hacen por causa respiratoria, manteniéndose estable en el último decenio, y situándose en el tercer lugar entre las causas generales de muerte al año 2017.

Las enfermedades respiratorias crónicas son responsables de una alta carga de enfermedad en nuestro país y en el mundo. La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y el asma se encuentran



entre las enfermedades respiratorias crónicas más representativas en el mundo. Estas enfermedades determinan un importante deterioro en la calidad de vida de quienes la padecen y sus familias, limitan la autovalencia y requieren apoyo interdisciplinario permanente. La pandemia por COVID 19 limitó de manera importante el acceso a la atención de salud ambulatoria a una parte importante de personas con enfermedades respiratorias crónicas que por esa condición las hicieron más susceptibles a sufrir, con una mayor probabilidad, los efectos más graves de la misma. Debido a esa baja en la población bajo control, se ha decidido retomar el indicador de cobertura de tratamiento en enfermedades respiratorias crónicas (Asma y EPOC) en mayores de 5 años y atendiendo a la gran heterogeneidad de cobertura se espera que este año 2023 se fije una línea base para el indicador que permite generar procesos progresivos de aumento de cobertura en los años siguientes. Para contribuir al logro de esta meta, se hace necesario aumentar el acceso y oportunidad del diagnóstico y aumentar la cobertura efectiva a prestaciones de tratamiento y rehabilitación. 36 ambos resultados están dentro de los resultados esperados en el abordaje de las enfermedades respiratorias crónicas propuesto por la ENS. En un análisis según grupo etario, se observa que el más afectado ha sido en los menores de 20 años, los cuales mantienen actualmente una brecha del 26,5% con respecto al año 2019. Mayores de 20 años muestran un aumento del 3% con respecto al años 2020, sin embargo, mantienen una brecha del 6,1% con respecto al año 2019. Lo anterior nos muestra la necesidad de realizar un esfuerzo adicional por parte de los equipos en cada una de las salas respiratorias, que permita recuperar la cobertura y atención efectiva de todos nuestros usuarios.

Este indicador mide el grado de control de asma y EPOC (las patologías respiratorias crónicas más prevalentes) a nivel de población, como medida de efectividad y eficiencia del desempeño del sistema de salud. El indicador de cobertura efectiva incorpora dos aspectos, la proporción de personas con asma y personas con EPOC “controladas” o “compensadas” (de acuerdo con evaluación de nivel de control definida por MINSAL), y el número total de personas con asma y personas con EPOC estimadas para una determinada población según la prevalencia. El indicador de cobertura efectiva, combina ambos y requiere que los establecimientos de salud hagan esfuerzos adicionales no sólo para mejorar el control de aquellas personas con asma y personas con EPOC que están bajo control, sino también identificar a las personas que desconocen su condición

Problema de Salud Priorizado	Relación con ENS	Objetivo General	Objetivo Especifico	Meta	Estrategias	Actividades	Plazo	Responsable	Indicadores
Mortalidad por infecciones respiratorias agudas en menores de 20 años	1.4	Disminuir la tasa de mortalidad por infecciones respiratorias agudas	Brindar atención oportuna a acciones sanitarias de prevención, tratamiento y educación sobre enfermedades respiratorias agudas.	Atender el 100% de los pacientes derivados a sala IRA con diagnóstico de Infección respiratoria aguda	Aumentar la derivación de pacientes diagnóstico de infección respiratoria aguda a las salas de atención	<p>-Difusión de flujograma de derivación a sala IRA.</p> <p>-Atención integral en salud respiratoria en pacientes menores de 20 años con Infección respiratoria aguda.</p> <p>-Visita Domiciliaria de prevención por elevado riesgo de morir por neumonía.</p> <p>-Visita Domiciliaria para evaluación de entorno y riesgos asociados a IRA</p> <p>-Solicitar aumentar las horas disponibles de kinesiólogo para atenciones domiciliarias en terreno, a personas con enfermedad respiratoria aguda preferentemente adultos mayores en riesgo de dependencia y/frágiles.</p>	Enero a diciembre de 2024	-Encargado de sala IRA. Equipo IRA	N° de pacientes derivados * 100/ pacientes atendidos



Mortalidad por enfermedad respiratoria crónica	2.6	Disminuir la tasa de mortalidad proyectada por enfermedad respiratoria crónica	Aumentar y mantener la población bajo control crónica respiratoria.	<p>Aumentar la población crónica respiratoria (asma EPOC con nivel de control controlado en un 25 % respecto del año anterior.</p> <p>Aumentar los pacientes EPOC etapa A sintomáticos que hayan cumplido con un programa de rehabilitación pulmonar en un 25% respecto del año anterior.</p>	Fortalecer el control en pacientes crónicos respiratorios, diagnosticados y fortalecer el ingreso a rehabilitación pulmonar.	<p>-Citación efectiva a control con kinesiólogo de sala IRA-ERA, anual, semestral u otras según diagnóstico</p> <p>-Citación efectiva a control anual con medico IRA ERA.</p> <p>-Rescate telefónico.</p> <p>-Control Telefónico</p> <p>-Fortalecer la derivación al programa de Rehabilitación pulmonar de EPOC en etapa A.</p> <p>-Solicitar el aumento de horas de kinesiólogos en los dispositivos asociados del CESFAM Requínoa.</p>	Enero a diciembre de 2023	-Encargado de sala IRA. Equipo IRA	<p>Numero de población bajo control final en P3 diciembre 2022 del programa IRA y ERA</p> <p>-Numero de pacientes que en rehabilitación pulmonar.</p>
--	-----	--	---	---	--	---	---------------------------	------------------------------------	---



4.10 PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA A PERSONAS CON DEPENDENCIA SEVERA

El Programa de Atención Domiciliaria a Personas con Dependencia Severa, constituye una estrategia sanitaria, que comenzó a ser ejecutada a nivel país desde el año 2006 a la fecha, tanto en los establecimientos de Atención Primaria dependiente de los Municipios como en aquellos que dependen directamente de los Servicios de Salud. El programa está dirigido a todas aquellas personas que sufran algún grado de dependencia severa física, psíquica o multidéficit, según índice de Barthel (dependencia severa corresponde a menor a 35 puntos) ; 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.

OBJETIVO GENERAL DEL PROGRAMA

Otorgar a la persona con dependencia severa, cuidador y familia, una atención integral en su domicilio en el ámbito físico emocional y social mejorando así su calidad de vida y potenciando su recuperación y rehabilitación.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Atender de manera integral a personas que presentan dependencia severa, considerando las necesidades biopsicosociales del paciente y su familia.
- ✓ Entregar a cuidadores y familias, las herramientas necesarias para asumir el cuidado integral de la persona con dependencia severa.
- ✓ Resguardar la continuidad y oportunidad de atención en la red asistencial, realizando las coordinaciones oportunas en caso que el usuario requiera ser derivado.
- ✓ Mantener registro actualizado de las personas con dependencia severa en página web

Indicadores del programa

Cumplimiento de Metas y los IAPS, este programa no tiene indicadores comprometidos en METAS colectivas ni IAPS

Indicadores del programa son los siguientes:

1 COMGES: Porcentaje de Personas y Cuidadores del Programa de Atención Domiciliaria a Personas con Dependencia Severa, que cuentan con Plan de Cuidados elaborados en el periodo.

2 COMGES: Porcentaje de Personas y Cuidadores del Programa de Atención Domiciliaria a Personas con Dependencia Severa, que cuentan con Plan de Cuidados evaluado en el periodo.

3 COMGES: Mapa de los actores de la red local y Plan de trabajo en conjunto con la red intersectorial confeccionados

4 COMGES, MIDESO: Porcentaje de Registros en la Plataforma Registros MIDESO de Personas en Condición de Dependencia y Cuidadores

5 Programa Fortalecimiento RRHH y MIDESO: Promedio de visitas de tratamiento a Personas del Programa de Atención Domiciliaria a Personas con Dependencia Severa (PADDS), en el periodo.

6 Programa Fortalecimiento RRHH y MIDESO: Porcentaje de Personas del Programa de Atención Domiciliaria a Personas con Dependencia Severa que se encuentran sin lesiones por presión.

7 Programa Fortalecimiento RRHH: Porcentaje de Cuidadoras/es PADDS que cuentan con Examen Preventivo Vigente, o controles de salud al día, acorde a OOTT Ministerial

8 Programa Fortalecimiento RRHH: Porcentaje de personas con indicación de NED que reciben atención Nutricional en Domicilio.

9 Programa Fortalecimiento RRHH y MIDESO: Porcentaje de Cuidadoras/es de personas con dependencia severa del PADDS evaluados con Escala de Zarit en el periodo

10 Programa Fortalecimiento RRHH, MIDESO y MAIS: Porcentaje de Cuidadoras/es de personas con dependencia severa del PADDS capacitados en el periodo



11 MIDESO y MAIS: Promedio de Visitas Domiciliarias Integrales a Personas del Programa de Atención Domiciliaria a Personas con Dependencia Severa (PADDS)

12 ENS: Ingresos de Pacientes al Programa de Atención Domiciliaria a Personas con Dependencia Severa (PADDS)

13 ENS: Egresos de Pacientes al Programa de Atención Domiciliaria a Personas con Dependencia Severa (PADDS)

14 ENS: Población en Control de Pacientes en el Programa de Dependencia Severa

15 Programa Dependencia Severa: Porcentaje de Cuidadores con apoyo Monetario del PADDS

16 Programa Dependencia Severa: Porcentaje de Cuidadores mayores de 65 años del PADDS

FUNCIONAMIENTO DEL PROGRAMA AÑO 2023

Programa de Atención Domiciliaria a Personas con Dependencia Severa, trabajó durante el 2023 con equipo completo, conformado por TENS (44 hrs), Enfermero 44 hrs, médicas 30 hrs, kinesiólogo 22 hrs. Durante este año la demanda por ingresos se mantuvo similar al año 2022, muchos ingresos asociados a diagnósticos oncológicos y demencia. ocurre principalmente por el elevado número de adultos mayores con diagnóstico de Demencia.

Es importante destacar que las visitas integrales aumentaron considerablemente este año, realizando un total de 311 visitas integrales al corte de septiembre 2023, aumentando un 20% aproximadamente comparando 2022 (259 visitas integrales hasta el 31 de octubre de 2022). Estas atenciones las realiza médico, enfermera y TENS en el domicilio, en ellas se realiza un plan de intervención integral anual y un plan de cuidado al cuidador, se realizan las derivaciones a la atención secundaria si corresponde, las interconsultas para ayudas técnicas, activación de la red asistencial, se evalúan factores de riesgo y protectores de la familia y especialmente del cuidador: derivaciones a PAP, mamografías, VIH, EMPA, etc.

Por otra parte, el número de visitas de morbilidad (enfermedades agudas) se mantuvieron en relación al año previo. Los requerimientos de atención por patologías agudas son solicitados por las cuidadoras al

teléfono del programa y son agendados de acuerdo a la disponibilidad de médico para ese día o el siguiente, siempre la demanda de este grupo de la población es elevada, en especial en los meses de junio, Julio, agosto y septiembre, meses en que se incrementa la demanda de consultas por patologías respiratorias. Las visitas con fines de tratamiento y/o procedimientos por miembros del equipo fueron en total 2.016, esto corresponde a curaciones simples, curaciones avanzadas, toma de exámenes, instalación de sondas nasogástricas, sondas Foley, atención podológica, entre otros procedimientos requeridos en domicilios por nuestros usuarios.

Talleres a cuidadoras de pacientes dependientes severos, se han realizado a la fecha 3 talleres a las cuidadoras con una asistencia de aprox 66% de la totalidad de pacientes, un indicador bajo de asistencia. Múltiples son los motivos que dificultan la asistencia a los talleres, dentro de las posibilidades se realizan las capacitaciones en domicilio a los pacientes, según la disponibilidad de horas.

Desafíos 2024

Implementar nuevas estrategias para poder mejorar la asistencia de los cuidadores a los talleres grupales, ya que es una de los deberes de los cuidadores de usuarios inscritos en el programa. Detectamos una baja red de apoyo a las cuidadoras por parte de sus familiares por lo que se les dificulta poder dejar solo a su familiar de cuidado.

Una estrategia a implementar es poder realizar los talleres más cerca a su lugar de residencia, importante trabajo con el Inter sector, poder acercarnos a las juntas de vecinos para conectar con lugares estratégicos.

Un desafío que tenemos que enfrentar, es mejorar la accesibilidad a atención de salud mental a los cuidadores con sobrecarga. Se implementará estrategia de talleres reducido, impartido por psicólogo del programa de salud mental, para ayudar con herramientas para mejor gestión de las emociones y sobrecarga que se ven expuesto los familiares de nuestros usuarios



4.11 UNIDAD DE LABORATORIO CLÍNICO

El laboratorio clínico del CESFAM DR. Joaquín Contreras Silva, está destinado a brindar un servicio de exámenes clínicos confiables y oportunos, que satisfagan las necesidades de nuestros usuarios internos y/o externos, contribuyendo de esta forma a un diagnóstico médico certero y oportuno. Para lo cual contamos con un equipo humano altamente capacitado, ético, responsable y honesto, empleando estándares de calidad garantizados y llevando a cabo una mejora continua permanente, entregando de esta forma un servicio de calidad a la población inscrita en nuestro CESFAM.

En la actualidad nos encontramos trabajando con tecnología de vanguardia, licitado con la empresa Wiener Lab Group, empresa con más de 60 años de experiencia en el mercado de salud. Además para garantizar la calidad de nuestros resultados nos encontramos adscritos al “Programa de la evaluación externa de la calidad” (PEEC) del Instituto de Salud Pública, que nos realiza evaluaciones periódicas de las áreas de: química clínica, inmunología básica, hemoglobina glicosilada, morfología sanguínea, perfil hematológico, serología sífilis, orina cualitativa y cuantitativa, coagulación, coproparasitología y hormonas; herramienta que nos permite entregar resultados de calidad ayudando a identificar los errores y tomar medidas correctivas al respecto.

Nuestro equipo de trabajo consta de 3 tecnólogos médicos, 4 técnicos en laboratorio clínico y/o enfermería y 1 oficial administrativo, los cuales trabajamos en un ambiente de respeto, alegría y armonía. Contamos con 5 tomas de muestras (CESFAM, Posta Lirios, Posta Abra, CECOSF y Posta Totihue), servicio de exámenes a domicilios a pacientes con dependencia severa a cargo del equipo de Postrados, exámenes a domicilio de pacientes con movilidad reducida a cargo de nuestra Unidad y exámenes a domicilio a cargo del equipo Salud en terreno.

Realizamos alrededor de 150.000 exámenes al año que se componen de exámenes de rutina y urgencia. Los exámenes de rutina se encuentran disponibles en la página web del laboratorio (acceso sólo para profesionales del establecimiento) dentro de 24 horas, a excepción

de los urocultivos (derivados al extra sistema) que tardan de 24 a 48 horas. Los exámenes de urgencia, tanto del SUR como de pacientes que consultan por morbilidad, poseen un tiempo de respuesta máximo de 2 horas. Los test de chagas, prueba de ELISA para VIH, SGB y hepatitis derivados al Hospital de Rengo, un tiempo de respuesta de 7 días.

Como se puede observar en el siguiente gráfico, la tendencia del número de exámenes desde el año 2014 al 2019 presentó un aumento exponencial. Durante el año 2022 se realizaron un total de 156.170 exámenes, de los cuales 5.174 corresponden a exámenes de urgencia, a septiembre 2023 llevamos un total de 155.268 exámenes. Los exámenes solicitados por el servicio de urgencia rural, hasta septiembre 2023, son de 1075. Nuestra proyección para el año entrante es que la demanda aumente en alrededor de un 40%.

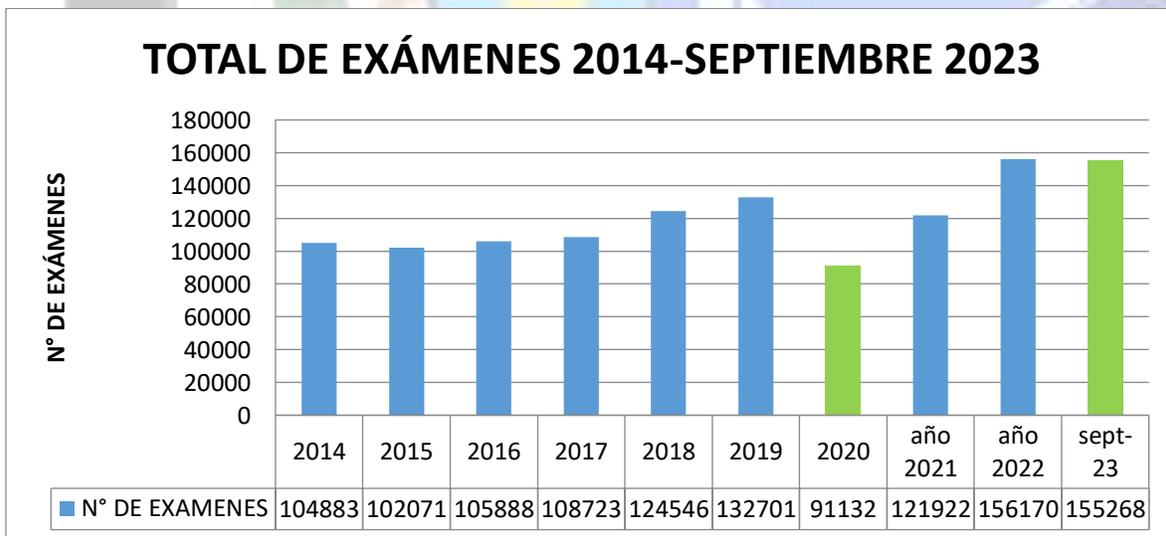


Imagen 1: Tendencia en la toma de exámenes CESFAM Dr. Joaquín Contreras Silva, Requínoa (Base de datos Sistema Informático del laboratorio, Nobilis Labin Chile).

Como Unidad de Laboratorio Clínico, para el año 2023 pretendemos seguir entregando las mismas prestaciones a nuestros usuarios e ir mejorando e incorporando nuevas prestaciones en pro de nuestra comunidad, que estén incluidas en las prestaciones de APS.

Las prestaciones que entrega nuestra Unidad son:



HEMATOLOGÍA	PARASITOLOGÍA	UROANÁLISIS	MICROBIOLOGÍA	SEROLOGÍA	QUÍMICA	INMUNOLOGÍA	ENDOCRINOLOGÍA (HORMONAS)
HEMOGRAMA + VHS	PARASITOLÓGICO DE SERIADO DE DEPOSICIONES	TEST DE EMBARAZO EN ORINA	BACILOSCOPIAS	RPR	URICEMIA	PCR	PSA
RECuento DE BLANCOS	TEST DE GRAHAM	PROTEINURIA DE 24 HORAS	FLUJO VAGINAL DIRECTO	VDRL (DERIVADO)	UREMIA /BUN	FACTOR REUMATOIDEO	PERFIL TIROIDEO (TSH, T4,T3,T4 LIBRE)
RECuento DE PLAQUETAS	ACAROTEST	MICROALBUMINURIA / RAC	GRAM DIRECTO DE SECRECIÓN URETRAL	VIH (DERIVADO)	GLICEMIA		INSULINA BASAL, POSTCARGA Y POSTPRANDIAL.
HEMATOCRITO	HEMORRAGIAS OCULTAS	ORINA COMPLETA	CULTIVO STREPTOCOCCUS GRUPO B EN EMBARAZADAS. (DERIVADO)	TEST DE CHAGAS (DERIVADO)	PTGO Y GLICEMIA POST PRANDIAL		Vitamina B12
HEMOGLOBINA	LEUCOCITOS FECALES	UROCULTIVOS (DERIVADOS)	PCR-TBC (DERIVADO)	HEPATITIS B (DERIVADO)	ALBUMINEMIA		
TIEMPO DE PROTROMBINA			CULTIVO DE KOCH (DERIVADO)		CREATININEMIA		
TTPA					PERFIL HEPATICO		
GRUPO SANGUÍNEO Y Rh					PERFIL LIPÍDICO		
					HEMOGLOBINA GLICOSILADA		
					ELECTROLITOS PLASMATICOS: CL,K,NA		
					FOSFEMIA		
					CALCIO		
					PROTEÍNAS TOTALES		
					LDH		

Proyecciones para el año 2024:

- Nos proponemos realizar reuniones y capacitaciones con funcionarios de las distintas tomas de muestras, para así tomar acciones correctivas más efectivas y acordes a nuestra realidad. Cómo a su vez, continuar con las supervisiones de las 5 tomas de muestras de nuestro Departamento de Salud.
- Durante éste año a la fecha (octubre 2022) se han realizado 2474 exámenes a domicilio, para el próximo año pretendemos seguir otorgando esta prestación, para lo que necesitamos contar con un equipo en terreno para acercar el laboratorio a la comunidad y seguir brindando apoyo clínico a nuestros pacientes.
- Colaborar con las estrategias dirigidas a la pesquisa de Tuberculosis en nuestra comunidad, participando de capacitaciones destinadas a nuestro personal sobre actualización en la toma y procesamiento de las muestras.



- Debido a la falta de infraestructura actual en nuestras dependencias, se dejó de realizar exámenes de microbiología básica (urocultivos, recuento de colonias y antibiograma directo), el año 2007, lo cual nos lleva a aumentar los gastos del presupuesto anual derivando todas estas muestras al extra sistema. Si logramos mejorar este punto de inflexión, con la reposición del nuevo CESFAM, estaremos aportando en mejorar la atención que brinda nuestro centro de salud.
- Seguir participando de las actividades de prevención y promoción de salud mediante la realización de EMP.
- Continuar formando parte del equipo de Epidemiología, siendo el punto de enlace para el rescate de resultados entre nuestro CESFAM y el laboratorio del Hospital Regional Rancagua y/o Rengo.
- Poder disponer de una sala de toma de muestras más amplia para poder ampliar nuestra agenda diaria y reducir los tiempos de espera para la realización de exámenes.
- Contar con un sistema informático del laboratorio compatible con FONENDO, lo que permitirá mayor acceso a los resultados de exámenes desde esta misma plataforma.
- Ver la posibilidad de contar con acceso web para que los pacientes puedan visualizar y descargar sus exámenes, mediante la página de nuestro CESFAM.



4.13 PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD

Desde el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria (MAIS), la participación de la comunidad y el ejercicio de los derechos y deberes del paciente forman parte



esencial del quehacer en la atención primaria, por lo cual faculta y corresponsabiliza a los usuarios en diversas instancias participativas.

Otra de ellas el Consejo de Desarrollo Local en Salud, el cual dentro de sus funciones contempla una labor informativa; traspasando información del CESFAM a los miembros de la comunidad y a su vez acercando las necesidades de éstos a la institución, desarrolla también un rol consultivo; conocedor de la realidad del establecimiento y consejero en la toma de decisiones, a su vez mantiene una labor evaluativa; frente a la gestión y funcionamiento general, y también cumple una acción colaborativa; en la promoción de salud.

Para dar cumplimiento a los requerimientos de la comunidad, se sigue trabajando con los resultados obtenidos del diagnóstico participativo año 2021, ya que aún se encuentra vigente (duración de tres años), y que, además, es uno de los instrumentos más certeros para comprender, analizar y conocer la realidad de cada sector, junto con esto, se realiza actualización del mismo, cada año, y en el mes de abril se aplicó una encuesta de levantamiento de información y necesidades de la comunidad, con estos resultados, se trabaja a través del plan de participación social, el cual se elabora y ejecuta anualmente.

Al corte de septiembre del presente se ha ejecutado un 56% del plan, quedando tres meses para terminar de ejecutar las actividades planificadas y diciembre para realizar la evaluación final del plan 2023. En general ha resultado una experiencia positiva y agotadora dada la contingencia actual, desde el acercamiento que se ha logrado con la comunidad, a partir del diagnóstico participativo ha existido un compromiso en el desarrollo de las actividades planificadas, las cuales han sido ejecutadas y bien logradas, con algunas variaciones en los tiempos programados, propias de las contingencias, pero las cuales no han menoscabado el éxito de las mismas. Por su parte también se ha logrado potenciar una alianza de trabajo entre participación ciudadana, promoción de Salud y el intersector.

El desafío para el año 2024, es seguir trabajando para la comunidad, buscando soluciones a sus necesidades, trabajo que se realiza potenciando la red, y generando estrategias que impacten en la comunidad de forma positiva.

DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO CESFAM REQUÍNOA, CECOSF Y POSTAS 2021

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.**

OBJETIVO GENERAL:

- Ejecutar el diagnóstico participativo, para así obtener la mayor cantidad de información respecto de las necesidades, problemas, recursos y oportunidades de desarrollo en las comunidades.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Generar instancias participativas que permitan la recolección de información que existe a nivel local sobre la salud de la población.
- Lograr la participación de actores claves que no necesariamente son parte del Consejo, más bien son personas destacadas en sus comunidades por la participación activa que mantienen.
- Canalizar el desarrollo de soluciones y estrategias por parte de la comunidad, respecto de problemáticas planteadas y priorizadas.
- Perfeccionar la coordinación entre el sistema de salud de atención primaria con la red intersectorial y la comunidad.



- Facilitar el análisis autocrítico de la comunidad, el cual permita el reconocimiento y reflexión de las características que inciden en la salud de los mismos.
- Posibilitar el diseño de un plan de participación que favorezca superar los desafíos actuales.

PROCESO DE DIAGNÓSTICO CESFAM DR. JOAQUÍN CONTRERAS SILVA EQUIPO ROBLE,
EQUIPO_ARAUCARIA, EQUIPO ALMENDRA Y NOGAL

- ❖ Paso N° 1 Levantamiento de Información
- ❖ Técnica: Encuesta Participativa

- ❖ Paso N°2 Resultados de encuesta y Priorización
- ❖ Técnica: Matriz de Priorización

- ❖ Paso N° 3 Lineamientos de Trabajo
- ❖ Técnica: Árbol de Problemas y Lluvia de ideas
- ❖ Paso N° 4 Retroalimentación
- ❖ Técnica: Reuniones expositoras

PLAN INSTITUCIONAL DE PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD 2023.

El Plan de Participación Social en Salud 2023, ha sido elaborado en base al trabajo realizado por el CESFAM Dr. Joaquín Contreras Silva en referencia a la situación que el país está viviendo con la llegada del virus, por lo cual las actividades consideradas dentro del plan han buscado subsanar diversas necesidades y o sugerencias visualizadas por dirigentes sociales que componen el Consejo de Desarrollo Local en Salud.

Tomando como base o insumo todo lo anterior, se elabora el siguiente Plan de Participación Social 2023:



PROBLEMÁTICA TERRITORIAL	OBJETIVO ASOCIADO	ACTIVIDAD	ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN (BREVE DESCRIPCIÓN)	POBLACIÓN Y/O TERRITORIO OBJETIVO
Baja participación activa del consejo y cosoc.	Aumentar la participación e incidencia activa del Consejo y COSOC.	Reuniones de trabajo con el Consejo de Desarrollo Local en Salud y el Departamento de Salud.	Se realizarán reuniones durante el año en curso, las cuales serán presenciales o virtuales dependiendo de la situación sanitaria, las cuales contarán con presencia activa del Director del Cesfam.	Integrantes del Consejo y Funcionarios de Salud.
		Reunión participativa Cosoc.	Se realizarán tres reuniones de forma presencial o virtual dependiendo la contingencia sanitaria.	Director del servicio o Jefe de Departamento. E. Participación. Representante COSOC.

		Reunión Comité Gestión Usuaría.	Se realizarán cuatro reuniones que buscan generar estrategias de intervención (sujetas a cambios por contingencia sanitaria)	Integrantes del Departamento de Salud y representante del CDL.
		Actualización reglamento interno del Consejo de Desarrollo Local en salud.	Generar mejoras o actualizaciones en el reglamento del cdl.	Consejo de desarrollo local en salud.
Escasa difusión del funcionamiento del CESFAM.	Orientar y educar a la comunidad respecto de prestaciones y funcionamiento del Centro de Salud.	Campaña radial a través de la emisora de la radio comunal.	Funcionarios de salud asisten a la radio comunal, esto de forma mensual, para entregar información respecto del funcionamiento, las prestaciones, las actividades y todo lo relacionado con el departamento de salud.	Integrantes de la comunidad.
		Difusión de manual informativo respecto de siglas de atención primaria a la unión comunal de adultos mayores de la comuna.	En reunión de unión comunal de adultos mayores, se realizará difusión de manual impreso y digital que corresponde a siglas que se utilizan en atención primaria.	Integrantes de la unión comunal de adultos mayores.
Baja participación de la comunidad en actividades comunitarias.	Articular trabajo en red con organizaciones comunitarias como juntas de vecinos, clubes y otros para aumentar la participación de los	Encuesta comunitaria participativa de interés sobre temáticas y problemáticas de salud.	Se elabora y aplica encuesta de interés en salud, la cual busca generar que la comunidad entregue sus intereses y así generar estrategias de intervención respecto de las necesidades de la misma.	Integrantes de la comunidad.



	habitantes de la comuna.			
	Entregar habilidades y estrategias a los integrantes de la comunidad para mejorar su salud.	Mecanismo participativo: Conversatorio "Prevención de enfermedades crónicas"	Actividad que se realizará telemáticamente o presencial, que busca como objetivo poder abordar.	Integrantes de la comunidad del sector de Lirios.
		Taller "Alimentación saludable"	Enseñar a integrantes de la comunidad como escoger alimentos saludables, como preparar recetas con estos alimentos y estrategias para reducir costos.	Integrantes de la comunidad.
		Celebración día mundial del medio ambiente.	Se realizará cicletada familiar y en la misma, se generarán intervenciones de medio ambiente y promoción de salud.	Integrantes de la comunidad.
		Charla "Salud Bucal"	Enseñar a integrantes de la comunidad sobre la buena higiene bucal.	Integrantes de la comunidad sector abra.
		Capacitación "Primeros auxilios"	socio educar a la comunidad en el manejo y cuidado de emergencias respecto del área de salud.	Integrantes de la comunidad sector tothue.
		Jomada de sensibilización sobre participación ciudadana y cdl a funcionarios de la red.	Sensibilizar a funcionarios de la red respecto de Participación y Cdl.	Funcionarios del dpto. de salud.

		2 Jornadas de Evaluación Participativa del Plan de Participación.	Evaluar plan de trabajo año 2023.	Integrantes de la comunidad.
		Mecanismo participativo: Conversatorio "Salud mental y autocuidado".	Actividad que se realizará telemáticamente o presencial.	Integrantes de la comunidad.
		Intervención en colegios de la comuna respecto de prevención del consumo de drogas y alcohol.	Generar intervenciones de autocuidado a los alumnos de los colegios de la comuna, respecto del programa senda, respiratorio y promoción de la salud.	Alumnos de los colegios de la comuna.

*Anexar fotos las fotos necesarias



4.12 PROGRAMA DE PROMOCION DE SALUD

El Programa Comunal de Promoción de la Salud se orienta hacia la construcción y mantención de entornos y estilos de vida saludables en la población de Requínoa, así como el fomento de la práctica de actividad física permanente con énfasis en jóvenes y personas en situación de discapacidad, ambientes libres del humo del tabaco y alimentación saludable, mejorando la calidad de vida de los habitantes de esta comuna. El plan trienal anterior (años 2019-2021) fue orientado hacia el fomento de estilos de vidas saludables en personas menores de 6 años, y entre 18 y 65 años. Actualmente se encuentra en ejecución el nuevo Plan Trienal año 2022-2024, el cual se formuló en base los resultados obtenidos del diagnóstico participativo en salud, abordando principalmente la problemática “Déficit de acceso de la población a la promoción de la salud a través de los Planes Trienales de Promoción de salud 2022-2024 del Ministerio de Salud, habilitando y optimizando entornos saludables en Chile”

Es importante mencionar que, además de la realización de actividades con base comunitaria, buscando empoderar a los habitantes de la comuna sobre sus propios determinantes de salud, el plan de este nuevo período también actúa a nivel de regulaciones locales, estrategia conocida por su gran efectividad ampliamente documentada. Dicho Plan contempla actividades que buscan cambios permanentes, a través del control de los determinantes de salud de las personas, familias y comunidades, manteniendo siempre el trabajo Intersectorial trabajando directamente con el municipio, establecimientos educacionales y empresa privada, con un enfoque de integración, Interculturalidad y de Participación Social.

Al corte del mes de septiembre, se ha ejecutado un 62,5% del plan, sin embargo, hay actividades que se encuentran a casi termino, por lo cual se cumpliría con un 100% al llegar a fin de años.

De igual manera, se han realizado otras actividades que enmarcan la promoción y que no se encuentran en el plan de trabajo.

El desafío para el año 2024, es seguir ejecutando de forma eficiente el plan, generar mayores alianzas con el intersector para así poder seguir abordando la promoción de salud en la comunidad.

MATRIZ DE TRABAJO OBTENIDA DESDE LA PLATAFORMA MIDAS, PLAN TRIENAL PROMOCIÓN DE SALUD.

Programación de Actividades

Actividad	Año	Monto MINSAL	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
Formulación e implementación de regulaciones locales de Promoción de la Salud mediante un proceso participativo.	2022	0												X
	2023	0				X								
	2024	0							X					
Construcción o actualización de línea de base de entornos	2022	0												X
	2023	0												X
	2024	0												X
Instalación de Circuitos de máquinas de ejercicios en entorno comunal	2022	4.662.774												X
	2023	5.512.774										X		
	2024	5.512.774										X		
Diálogos o Conversatorios Ciudadanos sobre Promoción de la Salud en entorno comunal	2022	0												X
	2023	0						X						
	2024	0						X						
Producción de eventos comunales tales como eventos deportivos, campeonatos deportivos, demostraciones de cocina en entorno comunal	2022	1.500.000												X
	2023	0												X
	2024	0												X
Campaña Comunicacional "Difusión a través de medios audiovisuales" para entorno comunal	2022	0												X
	2023	0										X		
	2024	0										X		
Taller educativo en calidad de vida y factores protectores en entorno educacional	2022	150.000											X	
	2023	150.000											X	
	2024	150.000											X	
Taller educativo en calidad de vida y factores protectores en entorno comunal	2022	0												
	2023	650.000							X					
	2024	650.000							X					

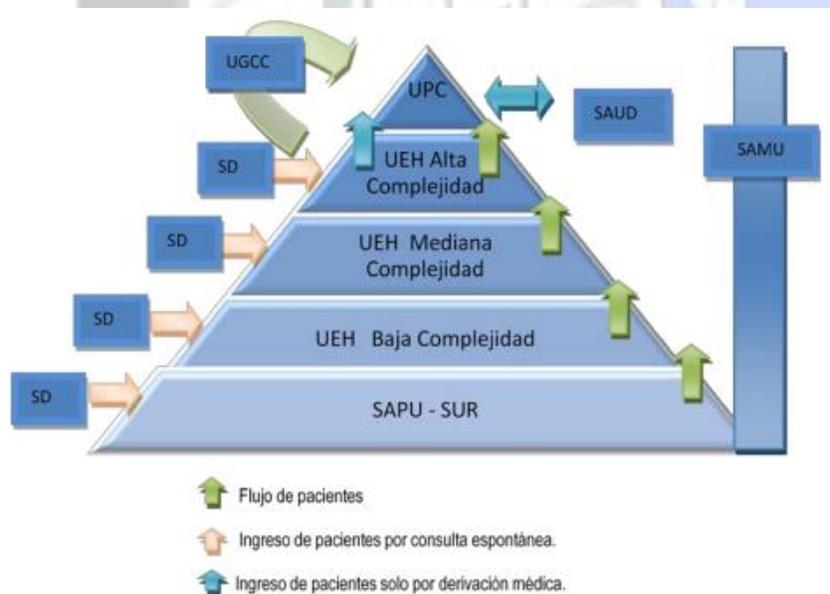


4.13 SERVICIO DE URGENCIA RURAL (SUR)

Descripción de la Unidad

El Servicio de Urgencia Rural (SUR) se crea como estrategia en el año 2009 y es parte de la Red Integrada de Urgencias y que se compone de diversos elementos/componentes y estrategias. Tiene un funcionamiento y un fin en particular respecto a la red que busca dar una respuesta oportuna y eficaz a las emergencias y/o riesgo vital de la población asistencial de Requínoa y sus alrededores. Las estrategias que se definan para nuestro Servicio de Urgencias Rural se planifican para dar cumplimiento a los objetivos trazados. Estamos frente a un sistema complejo y dinámico dadas sus características y tipos de atención.

Pertenece a la base de una organización piramidal (representadas por la Atención Primaria) donde se espera la menor complejidad, sin embargo, el mayor volumen. De lo anterior se desprenden las derivaciones al escalón ascendente de la Red de Urgencias en concordancia con la mayor complejidad y resolución.



El SUR como componente individual de la red absorbe el mayor nivel de demanda y presenta un aumento sostenido a través de los años (DEIS Minsal), por lo tanto, somos los encargados de resolución de “primera línea”.



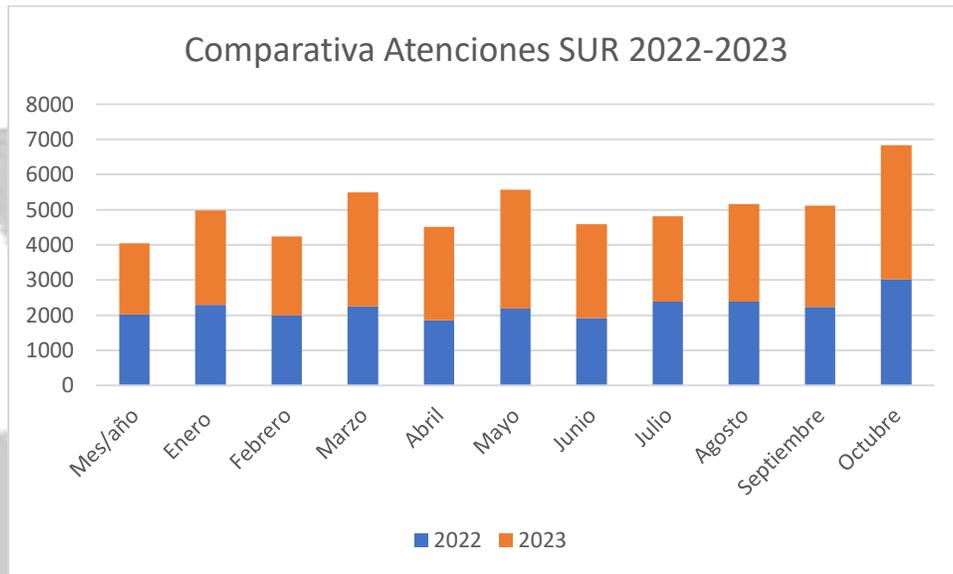
Contreras Silva, además de el enlace con la Red integrada de Urgencias (SAMU y centros de mayor complejidad).

Objetivos específicos

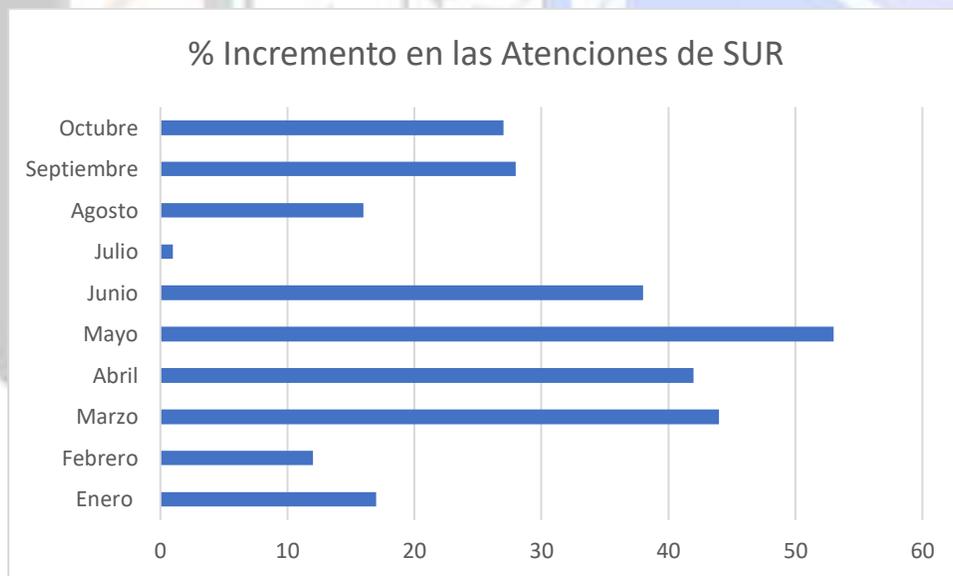
- Aumentar la capacidad resolutive del nivel primario.
- Aumentar la cobertura de atención del CESFAM de aquellos usuarios agudos o descompensados.
- Disminuir las consultas de urgencias de los centros de mayor complejidad
- Disminuir los costos por traslado
- Aumentar la disponibilidad de resolución por demanda prehospitalaria (rescates entre otros)

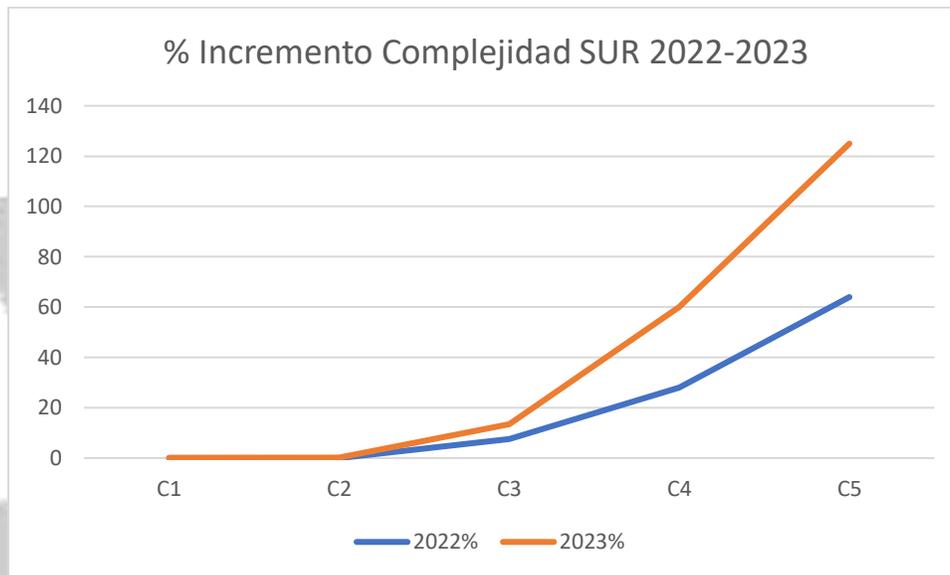


Estadísticas



En el análisis estadístico de las atenciones del SUR podemos encontrar un aumento del 13% en la comparativa año 2022 y 2023 solo en la cantidad de usuarios atendidos en el mismo periodo.





Si bien las atenciones en SUR se ven incrementadas, se torna fundamental realizar el análisis respecto a la complejidad de estas ya que se la población atendida en lo que va del 2023 haciende a 28.423 entre enero y octubre del presente año. Se podría pensar que se ha urgencializado la atención primaria, sin embargo, lo que demuestra es el apoyo a la red de urgencia descongestionando nuestro centro derivador de mayor complejidad Hospital Regional Libertador Bernardo O’Higgins y/o SAR Oriente, esto objetivado según categorización.

Según el estudio de la evaluación del Gasto Institucional de la Red de Salud de Urgencias del Minsal correspondiente al año 2016 muestra un aumento de hasta el 68% en las atenciones realizadas en servicios de baja complejidad. Así mismo, describe un aumento del 14% en el numero de atenciones en SAPU por cada 1000 habitantes. En general el documento describe un aumento del 13% atención per cápita en SUR, nuestro SUR tiene un aumento del 13% en lo que va del año lo que se estima en un aumento al terminar el periodo. Este porcentaje de aumento tiene directa relación con la disminución proyectada en Unidades de Emergencia Hospitalarias (UEH).

El grafico descrito como incremento en la complejidad demuestra que si bien el porcentaje de aumento a nivel nacional es del 68% nosotros presentamos un 61% de usuarios C5, concentrando cerca del 6% de las atenciones a usuarios C1, C2 y C3 que son los atendidos y gestionados a través de la red de urgencia.



Desafíos

- Indicios de efectividad según derivación a centro de mayor complejidad: manejo de información respecto a la complejidad de los usuarios que nos permita objetivar y gestionar de acuerdo a la demanda. Optimizar los registros adecuado de recategorización durante la atención.
- Enfoque familiar y comunitario lo que nos desafía a realizar un enfoque comunitario considerando la educación de la población en el SUR y en terreno para poder entregar un servicio adecuado donde la demanda por servicios sea acorde a la complejidad de los mismos. Además, entregar información a la comunidad para obtener herramientas mínimas de autogestión en salud.
- Mejoras realizadas a la respuesta y gestión de los móviles básicos en horario hábil o situaciones de contingencia con móviles de apoyo (Mejorar los tiempos de traslado de usuarios).
- Identificar trazabilidad de los usuarios atendidos en SUR (re evaluaciones, referencias y contra referencias a APS) haciendo efectiva y eficiente la demanda asistencial de SUR.
- Adquisición de tecnologías de información y comunicaciones: poder disponer de un método de comunicación compatible con sistema ABC comunal para móviles de SUR. Lo anterior permitiría disponer de un sistema de comunicación en emergencias y desastres.
- Asegurar una atención con equidad, oportunidad y calidad donde realice atención por complejidad en base a una valoración acuciosa.



Matriz de problemas priorizados

Problema de Salud Priorizado 2024	Objetivo General	Objetivo Especifico	Meta	Estrategias	Actividades	Plazo	Responsable	Indicadores
Recursos Necesarios para la atención de urgencia rural-urbana	Disponer de los recursos adecuados a la demanda asistencial respecto al servicio de urgencia comunal	Reconocer el aumento de la demanda y la complejidad de nuestro servicio de urgencia rural	Disponer de los recursos financieros y administrativos para la demanda asistencial de la comuna de Requínoa	Objetivar los rendimientos, y el aumento de la demanda asistencial y la complejidad en el servicio de urgencia.	-Seguimiento estadístico - Optimización de registros clínicos que aportan datos estadísticos.	Enero a diciembre de 2024	- Coordinadora SUR	
Déficit de información sistemática y educación a la población	Realizar un buen uso de los recursos disponibles para la atención de	Reconocer por parte de los usuarios el lugar al que deben	Usuarios informados utilizando sus servicios de salud de	Acercar Servicio de Urgencia a la comunidad.	-Reunión informativa-participativa con usuarios en las juntas de vecinos existentes en la comuna.	Enero a diciembre de 2024	- Coordinadora SUR	Numero de sedes vecinales visitadas x 100



sobre los sistemas de atención disponibles.	usuarios y sus sistemas de atención por complejidad.	concurrir según la necesidad.	acuerdo a requerimiento de salud.		-Mantener comunicación directa con juntas de vecinos. - Poner especial atención a los requerimientos de los grupos sociales.			Total sedes vecinales de la comuna entre enero y diciembre del 2024.
Déficit de Formación específica y práctica en los problemas de salud prevalentes y relevantes	Aumentar la capacidad de resolución de los profesionales de APS y SUR.	Aumentar los conocimientos transversales en problemáticas de salud recurrentes	Capacitar a profesionales y técnicos que tengan directa relación en la atención de problemáticas habituales	Formación a través de charlas de profesionales con mayor experiencia o especialistas en las temáticas requeridas.	- Reuniones bimestrales del SUR con personal clínico de índole formativa - Reuniones	Enero a diciembre de 2024	Coordinadora SUR Director	



			en la población		medicinas trimestrales con referentes en urgencias o especialistas			
Déficit de trabajo mancomunado entre ABC Comunal	Aumentar la comunicación y el trabajo en conjunto del equipo de ABC comunal				-			

4.14 CURACIONES SIMPLES Y AVANZADAS.



PROGRAMA CURACIONES: Realiza curaciones complejas de pie diabético - úlceras venosas - UPP y otras de otro origen que han cursado con evolución tórpida., derivados de curaciones simples, CESFAM, SUR, CECOF y Postas.



El equipo destinado a entregar esta prestación está conformado por dos enfermeras capacitadas y dos TENS que realizan curaciones simples, con curso de curaciones actualizados.

DESCRIPCION DEL PROGRAMA

Desde mayo del año 2020 asignado por el municipio y la gestión del departamento de salud, contamos con el espacio físico para realizar los procedimientos de curaciones avanzadas y simples en casa del adulto mayor de nuestra comuna, espacio que ha sido cedido ante la pandemia del COVID y problemas estructurales de espacio en el CESFAM.

Nuestro servicio cuenta con todos los insumos necesarios para brindar una atención de calidad, el departamento de salud de nuestra comuna brinda un alto recurso en la compra de insumos de curación.

Nuestro programa cuenta con el servicio de curaciones de terreno a los usuarios con alguna dependencia o tercera edad que no cumplen los requisitos para ingresar al programa de dependencia severa, como también a los que solicitan ingreso y portan heridas y aún no han sido evaluados por el programa.

El furgón municipal realiza los traslados desde el domicilio del paciente agendado para curación hasta la casa del adulto mayor, para aquellos que presentan dificultad para deambular o problemas de locomoción, se hace uso del furgón los lunes, miércoles y viernes, también apoya trasladando a enfermera de terreno a diferentes sectores.

Actualmente el furgón recorre con pacientes de los sectores de Los Lirios-Las Mercedes-Chumaquito - El Abra- Pichiguo – Totihue - Los Quillayes y Requinoa centro.

En el año 2022 adquirimos un Doppler venoso para medir presión índice T/B, descartar compromiso arterial y derivar a tiempo a cirujano vascular, adquirimos también lavamanos portátil-camillas-escritorios – computadores y estantes cerrados para almacenar los apósitos. Las curaciones se realizan con equipos desechables.

El aseo del box y baño lo realiza auxiliar de aseo del CCR, es diario y se planifico realizar aseo terminal mensual.

En el 2023 se implementó la aplicación del vendaje compresivo dos capas para úlceras venosas crónicas con resultado exitoso.



Para pies diabéticos con amputación de orfejos o úlceras plantares se otorgan zapatos ortopédicos que permiten descarga de las lesiones.

Pacientes portadores de pie diabético con amputación al momento de dar el alta son derivados a médico para IC a fisiatría.

El paciente dado de alta se realiza un control post alto, se educa en los cuidados de la piel y pies y adherencia a tratamiento farmacológicos y controles de salud.

El proceso de curación de una herida es un proceso de carácter gradual, activo, dinámico y que a su vez involucra una serie de procesos fisiológicos que se superponen en el tiempo para permitir que el tejido traumatizado recupere su integridad. Para aplicar técnicas de curación es necesario contar conocimiento necesario y básico acerca de los tipos de heridas y úlceras que existen y de las características que podemos encontrar en cada una de éstas, con la finalidad de otorgar el manejo adecuado y correcto a la herida y/o úlcera.

CURACION AVANZADA: Corresponde a la curación No Tradicional que se efectúa limpiando la herida o úlcera con solución fisiológica, dejando como cobertura un apósito interactivo, bioactivo o mixto. La frecuencia de la curación depende de las condiciones de la lesión y el apósito elegido.

CURACION SIMPLE: Es una técnica de limpieza de herida que se realiza con torulas empapadas con solución fisiológica o solución Ringer lactato a través de un solo movimiento de arrastre mecánico.

Es una técnica aséptica por lo que se debe usar material y técnicas asépticas.

PIE DIABETICO: Ulceración, infección y/o gangrena del pie, asociados a neuropatía diabética y diferentes grados de enfermedad arterial periférica. Es la consecuencia de una descompensación sostenida de los valores de glicemia, que desencadenan alteraciones neuropáticas (70% de las úlceras diabéticas), isquemia (15% de los casos), neuroisquémicas (15% de los casos) y propensión especial a sufrir infecciones, y alteraciones que las llevan a presentar riesgo de lesiones y amputaciones.

ULCERA VENOSA: es un tipo de úlcera producida por un deficiente funcionamiento del sistema venoso, generalmente en las piernas. Son la primera causa de lesión crónica, representando entre

el 70 y el 90% de éstas. Suelen desarrollarse fundamentalmente a lo largo de la zona distal y medial de la pierna.



OBJETIVO GENERAL: Contribuir a mejorar la calidad de atención en pacientes portadores de úlceras venosas y pie diabético y otras complejas mediante recomendaciones basadas en la mejor evidencia científica disponible, que permita mejorar la práctica clínica de los profesionales en su prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- 1.- Mejorar la capacidad funcional y calidad de vida de los pacientes portadores de úlceras venosas y pie diabético.
- 2.- Contribuir a disminuir la incidencia, morbilidad y complicaciones asociadas a la enfermedad.
- 3.- Contribuir a disminuir el gasto en la atención de salud a través del uso racional de los recursos con tratamientos demostradamente costo-efectivos.



CURACIONES COMPLEJAS SEGÚN PATOLOGIA AÑO 2023

MES	CURACIONES DEL MES	PD	UV	OTRAS	ALTAS	INGRESOS
ENERO	390	104	245	41	7	10
FEBRERO	376	79	261	36	10	11
MARZO	454	99	325	30	9	9
ABRIL	392	100	250	42	9	14
MAYO	438	102	283	53	8	10
JUNIO	387	94	235	58	12	8
JULIO	382	98	222	62	13	14
AGOSTO	353	93	214	46	9	13
SEPTIEMBRE	340	112	181	47	13	11

POBLACION BAJO CONTROL AÑO 2023

MES	CURACIONES SIMPLES	ALTAS
ENERO	345	40
FEBRERO	309	52
MARZO	229	25
ABRIL	212	40
MAYO	283	23
JUNIO	325	23
JULIO	314	47
AGOSTO	306	38
SEPTIEMBRE	212	35



MATRIZ DE PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS EN CURACIONES AVANZADAS

Puntaje: Muy Alta (5) a Muy Baja (1).

PROBLEMA DE SALUD	Importancia del Problema para la Comunidad (1 al 5)	Capacidad de la Comunidad para resolver este problema (1 al 5)	Compromiso de la Comunidad para solucionar este problema (1 al 5)	Capacidad del equipo de salud para resolver el problema. (1 al 5)	Manera en que Afecta el problema a la salud de la población. (1 al 5)	Puntaje Total Promediado
Educación	5	5	5	5	5	25
Adherencia a curaciones	5	5	4	5	5	24
Presión índice tobillo	4	4	4	5	4	19
Controles post alta	5	5	5	5	5	25
Aplicación de Vacab.	5	5	5	5	5	25



Desafíos para el año 2024 en curaciones avanza

Actividad	Objetivo	Horario	Medio de verificación	Responsables
Educación a los pacientes sobre úlceras venosas, y pie diabético	Plan de acción para la creación diagnostico participativa salud.	10:00 horas	Listado de participación de primera reunión, fotografías.	Enfermeras de curaciones avanzadas.
Aplicaciones de Vacab	Detectar complicaciones de herida.	Sin horario establecido	Pautas de evaluación	Enfermeras de curaciones avanzadas.
Adherencia a curaciones	100% de asistencia	Sin horario establecido	Listado de participación, y estadística.	Enfermeras de curaciones avanzadas.
Presión índice tobillo	Descartar compromiso arterial en pacientes diabéticos	Sin horario establecido	Pauta de registro	Enfermeras de curaciones avanzadas.
Controles post alta	Mantener piel indemne.	Sin horario establecido	Registro en fonendo	Enfermeras de curaciones avanzadas.



4.15 PROGRAMA DE CALIDAD

La Calidad y Seguridad de la Atención de los pacientes es un pilar fundamental de los sistemas sanitarios modernos que permite garantizar a las personas un conjunto de condiciones mínimas y comunes con relación a las prestaciones de salud que reciben cuando son atendidos en el sistema sanitario nacional, tanto para el ámbito público como para el privado. En el marco de la Reforma de Salud, se han creado políticas y estrategias con la finalidad de instalar derechos de las personas, cambiar el modelo de atención, fortalecer la Salud Pública y la Atención Primaria de Salud y corregir los problemas de acceso, oportunidad, protección financiera y calidad, éstas últimas, los 4 pilares del Régimen de Garantías en Salud (Ley Nº19.966). De lo anterior, se desprende que el Proceso de Acreditación de los Prestadores Individuales e Institucionales, públicos y privados, busca dar cumplimiento a la cuarta garantía de Calidad, establecida en la Ley GES. Los establecimientos de salud, deben implementar y desarrollar una POLÍTICA DE CALIDAD que debe enfocarse en tres áreas fundamentales:

- SEGURIDAD: fomentar la prevención de riesgos y la seguridad de los usuarios y del personal.
- SERVICIO: enfocarse en entregar un servicio integral de calidad, contemplando los procesos clínicos y administrativos.
- RESULTADOS: resultados efectivos y eficientes con la máxima satisfacción usuaria.

Nuestra Política de Calidad:

“Somos el Centro de Salud Familiar Dr. Joaquín Contreras Silva, compuesto por las tres Postas de Salud Rural; El Abra, Los Lirios, Totihue, el Centro Comunitario de Rehabilitación, el Servicio de Urgencia Rural y el Centro Comunitario de Salud Familiar, siendo la puerta de entrada al sistema público de salud de nuestra comuna, que entrega una atención de salud centrada en la persona y la familia con enfoque comunitario, de calidad técnica, oportuna y eficiente, fomentando la participación y la corresponsabilidad en la Promoción, Prevención, Recuperación y Rehabilitación de la salud con el fin de lograr el máximo bienestar biopsicosocioespiritual de nuestra población. Nos comprometemos junto a cada integrante de nuestro equipo a implementar y mantener un sistema de gestión de Calidad y Seguridad en todo el proceso asistencial, minimizando los riesgos asociados, mediante la potenciación de competencias técnicas y humanas de nuestros colaboradores a través de la capacitación permanente en conformidad a las normativas técnicas y legales vigentes para cumplir con las Garantías Explícitas en Salud; Acceso, Oportunidad, Protección Financiera y Calidad a objeto de garantizar la satisfacción usuaria de nuestra población a cargo”.

En el marco de la Reforma de Salud, la Ley Nº19.937 de Autoridad Sanitaria publicada en el diario oficial el 24 de febrero 2004, determinó la responsabilidad del Ministerio de Salud de establecer un sistema de

acreditación para los prestadores institucionales autorizados para funcionar, que garantice la calidad y seguridad. El proceso de acreditación es un acto voluntario para el prestador, no obstante, la Ley N° 19.966, establece en la Garantía de Calidad, que sólo un prestador acreditado podrá otorgar estas prestaciones de salud.

Actualmente, se está trabajando en un Programa de Calidad integrado y coherente, de valores, procesos e instrumentos, que incorporan a todo el Equipo del Departamento de salud Requínoa, y orientado hacia la satisfacción y seguridad de los usuarios(as), desarrollando una cultura de calidad y de mejora continua, conducente al cumplimiento de la Garantía de Calidad, que establece la Ley en todos sus ámbitos, basados en el “Manual del Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Abierta”, elaborado por la Superintendencia de Salud. Este proceso cuenta con una pauta de acreditación en donde se describen 90 características que aplican en prestadores de atención abierta, como es el caso de la atención primaria. De las características que se pueden medir en nuestro CESFAM, 10 son de cumplimiento obligatorio, junto al 50% del total en la primera presentación al proceso.

Nuestro principal desafío como institución en Salud, es formar los cimientos para desarrollar un modelo de gestión que instale una cultura de calidad, a través de la mejora continua de los procesos, logrando de esta manera, fortalecer la gestión asistencial, lo que mejorará el desempeño de nuestro Departamento de Salud, en la calidad de la atención a nuestros usuarios y lo que se vera reflejado en el proceso de acreditación el que se proyecta realizar en el primer semestre del año 2024.

Objetivo General: Garantizar la máxima calidad y seguridad para nuestros pacientes, a través de la Acreditación en Salud.

Objetivo Específico: Contar con la participación de todos los funcionarios del CESFAM Dr. Joaquín Contreras Silva y sus Dispositivos Asociaciones en el Proceso de Acreditación en Salud.

Meta: Acreditar el CESFAM Dr. Joaquín Contreras Silva y sus dispositivos asociados.



4.16 PROGRAMA ECICEP

DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA

En el marco del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario, surge la Estrategia de Cuidado Integral centrado en las personas (ECICEP) para la promoción, prevención y manejo de la cronicidad en contexto de multimorbilidad, con enfoque de riesgo, orientada a otorgar un cuidado integral y continuo, que logre ser también una herramienta de acompañamiento para la persona, su familia y/o cuidadores.

En la población chilena se ha introducido este concepto de multimorbilidad, entendido como la existencia de 2 o más condiciones crónicas en una persona, situación frecuente que trae consigo mayores riesgos para las personas, sobrecarga para el sistema e impacto en calidad de atención por parte del equipo de salud. Las personas se estratifican según su nivel de complejidad en situación de cronicidad, como G0: Personas sanas o sin factores de riesgo, G1: Presencia de una condición crónica, G2: Presencia de multimorbilidad, de 2 a 4 condiciones crónicas, y G3: Personas con situación de cronicidad compleja y mayor carga de fragilidad, con 5 o más condiciones crónicas.

Dentro de los fines de la estrategia, se encuentra entregar una atención integral a las personas, entendiéndolas como un todo no fraccionado por programa o patología, logrando así un enfoque global, y haciendo a la familia y/o los cuidadores partícipes del proceso.

Para efectuar dicho objetivo, resulta prioritaria la gestión integral de la persona en situación de cronicidad con cuidados profesionales fundamentalmente, utilizando un enfoque de manejo de casos dirigido a la prevención de complicaciones, coordinación y atención conjunta de áreas de salud y social.

En nuestro centro de salud, se conforma un equipo de ECICEP en el año 2022, ingresando a la estrategia a las primeras personas categorizadas como G3. Con el paso de los meses se ha logrado aumentar este número, realizando actualmente ingresos de personas G3 y G2, controles integrales de condiciones crónicas (CICC), seguimientos telefónicos y visitas domiciliarias. La ECICEP se encuentra en un proceso de mejora continua, en donde se espera que todos los funcionarios se hagan parte de ella.



OBJETIVOS DEL PROGRAMA

- Entregar a cada persona la atención de salud que requiere según su condición y riesgo de salud, basándose en los principios irrenunciables de MAIS: centrado en las personas, integralidad y continuidad del cuidado.
- Mejorar el automanejo y autocuidado de las personas en relación a su estado de salud, a través de la toma de decisiones compartidas entre el equipo de salud y la persona.
- Disminuir las complicaciones asociadas a la condición de cronicidad de las personas, con énfasis en la anticipación al daño.
- Aportar a que las familias brinden un ambiente seguro a sus miembros, que promueva el bienestar físico, psicológico, social y espiritual.
- Lograr la compensación y control de las personas con condiciones crónicas en el corto plazo.
- Aportar a que las personas con enfermedades crónicas, gestionen y tomen responsabilidad por su propia salud.
- Disminuir la duplicidad de intervenciones.

CUMPLIMIENTO DE METAS O IAAPS

La estrategia de ECICEP no contempla metas sanitarias ni cumplimiento de IAAPS, sin embargo, desde nivel central se fijó como objetivo anual el cumplimiento del 10% de Ingresos de personas G3, y del 5% de ingresos de personas G2. Ingresos G1 y G0 no fueron considerados para este año.

A continuación, se detallan los ingresos realizados por cada una de las dependencias:

Tabla N°1: Ingresos de personas categorizadas como G3, realizados por dupla de profesionales.

Establecimiento	Población G3	Objetivo anual (10%)	Atenciones a la fecha
Cesfam	717	72	57
Cecosf	124	13	16



Posta Los Lirios	241	24	15
Posta Abra	131	13	9
Posta Totihue	76	8	0
Total	1289	130	97

Tabla N°2: Ingresos de personas categorizadas como G2, realizados por un profesional.

Establecimiento	Población G2	Objetivo anual (5%)	Atenciones a la fecha
Cesfam	2180	109	39
Cecosf	307	16	10
Posta Los Lirios	481	25	7
Posta Abra	407	21	5
Posta Totihue	48	3	0
Total	3423	174	61

ESTADÍSTICAS DE ATENCIONES, TALLERES O ACTIVIDADES REALIZADAS

Atenciones y actividades realizadas:

1. Gestión de caso: seguimiento y acompañamiento realizado por profesional a las personas en su proceso de cambio, dirigido a población de alta complejidad (G3), que necesita de un abordaje individualizado y por un tiempo definido y reevaluado. Rendimiento 2 por hora, según complejidad del caso, realizado a cada una de las personas ingresadas a la estrategia, más los que por alguna razón no han decidido ingresar (etapa precontemplativa, pertenecer al equipo de postrados, salud en terreno, etc).



2. Ingresos G3: control dirigido a personas con más de 5 condiciones crónicas, el cual es realizado por profesional médico más profesional no médico. Rendimiento 1 por hora.
3. Ingresos G2: control dirigido a personas con 2 a 4 condiciones crónicas, realizado por profesional médico o no médico. Rendimiento de 1,3 por hora.
4. Seguimiento telefónico: actividad de acompañamiento a distancia realizada por dupla TENS y enfermero gestor de casos. Puede ser seguimiento telefónico o seguimiento remoto. Rendimiento 2 a 3 por hora.
5. Control Integral Condiciones Crónicas (CICC): atención integral otorgada a personas con condiciones crónicas estratificadas en riesgo moderado (G2) o riesgo alto (G3). Rendimiento 1,3 por hora.
6. Visitas domiciliarias: actividad realizada por TENS y/o profesional para efectuar rescate, seguimiento de casos de alta complejidad o para conocer la situación familiar y contextual de las personas. Rendimiento 1 por hora.
7. Labores administrativas: considera capacitaciones al equipo de salud, difusión de protocolo local, inducción a funcionarios, reuniones ECICEP trimestrales o según necesidad, modificación de agenda de profesionales, cambio de prestaciones, estadísticas mensuales, jornadas MAIS-ECICEP, entre otros.

A continuación, se detalla el número de prestaciones asociadas a ECICEP en el periodo de enero a septiembre de 2023.

Tabla N°3: Prestaciones realizadas de enero a septiembre del año 2023.

Prestación	Prestaciones realizadas	Cantidad de horas utilizadas
Gestión de Caso	107	54
Ingresos G2	61	41

Ingresos G3	97	194 (incluye horas de ambos profesionales)
Seguimiento telefónico	462	231
Control integral de condiciones crónicas	134	67
Visitas domiciliarias	11	22 (incluye hora de ambas funcionarias)

DESAFÍOS PARA EL AÑO 2024

1. Aumento del número de ingresos integrales G2 y G3.

Como objetivo local para el año 2024, se espera aumentar el número de ingresos realizados en personas G2 y G3. Para ello resulta necesario mantener un equipo gestor de ECICEP conformado e idealmente contar con al menos un profesional con funciones exclusivas a la estrategia, ya que el número de personas ingresadas a ECICEP se verá duplicado para el próximo año.

2. Implementación de agenda para Controles Integrales

Uno de los objetivos de la estrategia es disminuir la duplicidad de atenciones, para lo cual es necesario contar con cupos de CICC en agenda de médico y profesional no médico, con duración de 40 minutos al tratarse de personas en condición de multimorbilidad. De esta forma se evitaría la sobre-citación de personas que deben acudir en reiteradas ocasiones para lograr abarcar todas sus patologías, ya que, al fragmentar las atenciones en cupos de control cardiovascular, sala IRA, salud mental, etc. se pierde la continuidad de la gestión de cada caso.

3. Cupos de VDI para realizar ingresos de personas G3.

Dentro de la población categorizada como G3 se encuentran personas que por problemas en movilidad y/o desplazamiento no han podido asistir a un control por dupla de profesionales en alguna de las dependencias de salud, por lo cual es necesario contar con cupos para estos controles, o bien, destinar cupos en agenda de equipo de salud en terreno para efectuar Plan de Cuidados.



4. Capacitaciones a personal médico y no médico:

Dentro del Marco Operativo de ECICEP se considera formación continua a los funcionarios que están directamente relacionados con atenciones integrales. Dentro de la oferta del presente año se logró capacitar a siete funcionarios en Curso “Herramientas para la implementación de la ECICEP, en contexto de multimorbilidad”. Sin embargo, dada la rotación actual de funcionarios y a la masificación de la estrategia, resulta necesario contar con más cupos de capacitaciones. Se espera contar con cursos como el descrito anteriormente, además de “ECICEP, en contexto de multimorbilidad. Curso de profundización para médicos”, “Elementos básicos de la gestión del cuidado o de casos (GC) en personas con condiciones crónicas” y curso “Elementos conceptuales para el apoyo al automanejo en personas con condiciones crónicas” para TENS.



MATRIZ DE PROBLEMAS PRIORIZADOS DEL AÑO 2023

Objetivo:

- Mejorar la implementación de la estrategia.

Dentro de los problemas asociados a la implementación de ECICEP, se encuentra:

Criterios	Magnitud	Gravedad	Capacidad	Beneficio
Problemas	¿Cuántos miembros están afectados con el problema?	¿Cuánto daño ocasiona?	¿Qué posibilidades de solución tenemos?	¿Cuánto beneficia la solución?
Inexistencia de cupos de control integral por parte de médicos	100%	Grave	Alta	Muy alto
Escasa citación de personas categorizadas como G2	70%	Medianamente grave	Alta	Alto
Dificultad en la coordinación entre el gestor y centros de salud	50%	Grave	Mediana	Muy alto
Escasa rotación de profesionales a controles de ingreso	50%	Poco grave	Mediana	Medio



4.17 TERAPIAS COMPLEMENTARIAS

Descripción del Programa o Unidad a cargo:

El programa Medicinas Complementarias, Alternativas e Integrativas se encarga de promover a nivel individual, comunitario e intersector las prestaciones Centro de Salud Familiar “Dr. Joaquín Contreras Silva” las prácticas alternativas que contribuyan al bienestar de los pacientes de la comuna.

Esto a través de propiciar la implementación de terapias alternativas e integrativas dentro de las prestaciones de nuestro Centro de Salud Familiar, además de promover actividades comunitarias para ampliar el acceso a estas disciplinas.

Objetivo General:

Reconocer, incorporar y regular el ejercicio de las prácticas de medicina que trabajan en forma alternativa o complementaria en el Centro de Salud Familiar “Dr. Joaquín Contreras Silva” como un recurso terapéutico enfocado en la persona en su integralidad, considerando su cuerpo físico, emocional, mental y espiritual.

Objetivos Específicos

- Promover el autocuidado y responsabilidad del individuo por su salud, estimulando como parte de ello su energía vital propia y empoderamiento, entre otros aspectos.

-Articular y programar actividades que permitan acercar la Medicina Complementaria a la comunidad como un recurso de sanación individual y colectivo.

-Fortalecer la red local generando acciones que permitan incorporar las terapias complementarias a través de los diferentes actores del intersector.

-Difundir las prestaciones de terapias complementarias, alternativas e integrativas existentes en los dispositivos de salud, a la comunidad.



Cumplimiento de Metas y los IAPS (los programas que están comprometidos con estas)

No aplica pero se cruza con la Meta 8 el Plan de Participación.

Estadísticas de Atenciones, Talleres o Actividades realizadas durante el año 2023

- Terapia floral, desde Programa Salud Mental;
- Atenciones individuales en box de sonoterapia (desde junio a la fecha);
- Elaboración de proyecto en conjunto con Programa Medicinas Complementarias, Programa de Participación y Consejo Local de Salud a Fondo de Buenas Prácticas, adjudicado por \$3.000.000;
- Taller terapias complementarias- Sonoterapia grupal a cuidadores del programa de demencia (junio);
- Pausa Holística para funcionarios de la salud (mayo y noviembre);
- Intervención holística Equipos del Servicio de Urgencias CESFAM Requínoa (mayo, agosto y diciembre);
- Taller terapias complementarias-Sonoterapia Grupal Comité de Lactancia Materna (mayo);
- Taller terapias complementarias- Sonoterapia Grupal para cuidadoras de pacientes CCR (mayo);
- Taller terapias complementarias- Sonoterapia Grupal equipo docente para Escuela República de Francia Los Lirios (junio);
- Taller terapias complementarias- Sonoterapia Grupal a cuidadores del programa de demencia (enero y junio);
- Sonoterapia masiva en Rancagua, la que contó con la presencia de sonoterapeuta del CESFAM Dr Joaquin Contreras de Requínoa;
- Taller terapias complementarias- Sonoterapia Grupal a equipo docente de Escuelas Rurales: Pimpinela, Totihue, Santa Amalia (junio);
- Taller terapias complementarias- Sonoterapia Grupal abierto a la comunidad (junio);
- Taller terapias complementarias- Sonoterapia Grupal en tres sesiones (agosto);
- Taller terapias complementarias- Sonoterapia Grupal para cuidadoras de pacientes CCR (agosto);
- Taller terapias complementarias- Sonoterapia Grupal en dos sesiones (septiembre);
- Sonoterapia Grupal de Bienvenida a la Primavera (septiembre);
- Taller terapias complementarias- Sonoterapia Grupal a equipo docente de Escuelas Rurales: Pimpinela, Totihue, Santa Amalia (octubre);
- Sonoterapia Grupal de cierre en Taller de Arteterapia (octubre);



- Taller terapias complementarias- Sonoterapia Grupal
- Presentación Programa Medicinas Complementarias y Sonoterapia grupal en Cierre Día de la Salud Mental (octubre).

Desafíos para el año 2024

- Apoyar las actividades organizadas por los programas Participación, Promoción de la Salud, Lactancia Materna, Programa Demencia, Programa Saludablemente, además de acciones demandadas por el intersector como programas municipales, educación, coordinaciones con otros centros de salud en la región, entre otros.
- Ejecutar actividades abiertas a la comunidad para facilitar el acceso a las terapias complementarias, alternativas e integrativas en la comuna de Requínoa;
- Apoyar a los equipos de trabajos de las áreas de salud, municipio y/o educación en acciones de autocuidado, según demanda;
- Presentar proyectos que promuevan Ejecutar actividades abiertas a la comunidad para facilitar el acceso a las terapias complementarias, alternativas e integrativas;

Matriz de problemas priorizados del año 2023

-Alta demanda de las prestaciones de salud mental en pacientes que buscan un tratamiento alternativo no farmacológico se encuentran demandando prestaciones de medicinas complementarias.



-Estrés de los equipos de trabajo en el área de salud y educación, solicitan instancias de autocuidado con actividades enfocadas en las medicinas complementarias, alternativas e integrativas.

-Alto costo en el sector privada de las terapias complementarias, alternativas e integrativas, dificultan el acceso a estas prestaciones en la población.



4.18 SOME

SOME es el Servicio de Orientación Médico Estadístico de los Centros Clínicos del Departamento de Salud de la I. Municipalidad de Requínoa, siendo para los usuarios de FONASA la puerta de entrada a todos los beneficios y prestaciones propias de la Salud Pública, en nuestro caso a la Atención Primaria de Salud. Se concibe fundamentalmente para otorgar logística de atención a las Unidades Clínicas, procurando la oportunidad de tratamiento a nuestros usuarios mediante acciones de optimización de prestaciones y agendas profesionales.

El SOME debe satisfacer tanto las necesidades de atención de la comunidad a nivel primario, como gestionar los casos que requieran atención a nivel secundario o terciario. Para ello, la planta física del SOME central se dividirá en dos secciones: Admisión de Usuarios Y Unidad SIGGES. La Unidad SOME dependerá tanto administrativa como técnicamente de la Dirección del Establecimiento. Estará a cargo de la Unidad un Jefe de SOME, quien será designado por la Dirección y velará por el cumplimiento de la normativa vigente para dicha unidad. El recurso humano de SOME deberá actuar con responsabilidad y procurar la reserva en sus funciones. Su material de trabajo es propiedad de personas particulares que poseen derechos garantizados por la Ley 20.584 sobre los Derechos y Deberes del Paciente; en especial a lo referente a la confidencialidad de datos y la Ficha Clínica. Deben a su vez generar en nuestros usuarios un trato de cordialidad, respeto, formalidad y equidad.

El Departamento de Salud de Requínoa consta de un SOME central, ubicado en el CESFAM de la comuna, CECOSF Chumaquito y tres unidades ubicadas en las Postas de Salud Rural: Totihue, Los Lirios y El Abra, administradas por personal técnico del lugar. En conjunto llevan el registro y administración de las agendas y prestaciones clínicas; proporcionando información relevante para la planificación de cumplimiento de índices de actividad (IAAPS) y metas sanitarias indicadas por el MINSAL.

OBJETIVO GENERAL

Colaborar con el equipo de salud en sus actividades preventivas y recuperativas mediante la inscripción de grupos familiares y gestión asistencial oportuna, poniendo énfasis en la atención digna, igualitaria y de calidad para toda la comunidad.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1- Velar por la expedita, racional y oportuna admisión, referencia y atención de los usuarios que concurran al establecimiento, facilitando la realización de los procesos y trámites asistenciales y administrativos correspondientes.
- 2- Posibilitar la atención de la comunidad mediante la oportuna inscripción de todo el grupo familiar en el registro per-cápita.
- 3- Velar por la oportuna y racional gestión de horas de derivación a los niveles secundarios y terciarios de salud a los usuarios de nuestra comunidad.
- 4- Velar por el oportuno registro de prestaciones y cumplimiento de garantías GES de las distintas unidades clínicas.
- 5- Gestionar la Agenda Electrónica de todos los profesionales otorgando día y hora de citación a quienes requieran atención de salud.
- 6- Mantener sistemas de registros actualizados de las brechas que se produzcan entre la oferta y demanda de prestaciones clínicas específicas de la agenda.

COBERTURA

Nuestro Cefsam utiliza la plataforma informática Fonendo, disponible para los Centros de Salud de la VI Región. Dentro de esta plataforma existe el perfil de administrador de agenda, que corresponde a funcionarios autorizados para llevar a cabo la creación de agenda de todos los profesionales del CEFAM, siendo la responsable la encargada de SOME.

El funcionario habilitado se coordina con los encargados de programas para organizar la distribución de las prestaciones correspondientes a cada programa, y distribuirlas de esta forma en la agenda de cada profesional.

Respecto a las modificación, bloqueo y re agendamiento, estos serán autorizados por la Dirección, según sean los casos puntuales que lo requieran.

Es responsabilidad del OFA de equipo cabecera, llamar al usuario el día anterior, para confirmar su asistencia al control agendado. En caso de que la hora no vaya a ser tomada por un usuario, esta podrá ser convertida en cupos de morbilidad.



El Cesfam Requínoa tiene una población per cápita de **26.366** usuarios. Posee tres Postas Rurales (Posta Lirios, Posta Abra, Posta Totihue) y un CECOSF, teniendo los mismos criterios para agendar a la población a través del programa informático FONENDO.

DACION DE HORAS CESFAM

En cesfam las puertas se abren a las 6:30 horas para que los usuarios puedan entrar al recinto y hacer fila de atención correspondiente, por orden de llegada.

La unidad SOME comienza su atención desde las 7:30 horas, en horario continuado, de lunes a viernes. La jornada vespertina de lunes a jueves es hasta las 19:30 horas y solo trabaja un administrativo, quien ingresa al servicio a las 8:00 horas. El día viernes trabajan dos administrativos cubriendo los horarios 11:30 horas a 17:30 y 11:30 a las 19:30 horas.

Los días sábados hay atención desde las 8:00 a las 12:00 horas con una funcionaria de turno.

DISTRIBICION DE LOS LLAMADOS

El usuario debe llamar al número 722810312, en el cual se otorgan horas de Morbilidad a los usuarios. El horario asignado es a contar de las 7:30 horas.

DISTRIBUCION DE FILAS

Fila A: Preferencial adultos mayores de 60 años, menores de 5 años, embarazadas, discapacitados y cuidador de postrados.

Fila B: Todas las edades



PRESTACION DENTALES

Serán otorgadas de forma presencial de lunes a viernes desde las 7:30 horas en adelante, donde se agendarán: urgencias dentales y tratamientos (horario vespertino).

AUTORIZACION Y CONFECCION DE AGENDA EN PLATAFORMA FONENDO

El jefe de equipo o encargado de programa debe evaluar la propuesta de agenda y pasarla a discusión en reunión de Equipo Gestor para corroborar junto al director a su atingencia al modelo, cobertura efectiva y necesidad del servicio.

Las propuestas de agendas deben ir de acuerdo a la programación del establecimiento y su equipo, rendimiento, normas técnicas ministeriales y horas contratadas.

Las agendas deben ser enviadas con mínimo 6 meses de anticipación para otorgar el tiempo adecuado para su discusión y luego de aprobada, ser ejecutada en Fonendo por el encargado de SOME.

El director entrega por escrito al encargado de SOME el insumo técnico aprobado durante la sesión de equipo gestor para la ejecución inmediata. El encargado de SOME a su vez debe estar pendiente de las fechas de término o cuando las agendas estén por coparse para tomar las medidas pertinentes.

EVALUACION

Como mecanismos de evaluación, semestralmente se realizará una revisión del proceso de Gestión de Agendas. Así mismo, mensualmente se seguirán realizando reuniones del Equipo Gestor, Consejos Técnicos y participaciones ciudadanas.

Con base a los resultados se analizará la estrategia y se creará un plan de mejora, en caso de ser necesario, para obtener una mayor satisfacción de los usuarios.



4.19 PROGRAMA DE SALUD INTEGRAL DE PERSONAS MAYORES

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

Es por esta razón que la visión del programa es que los adultos mayores permanezcan **autónomos y autovalentes** por el mayor tiempo posible y que sus problemas de salud sean resueltos en forma **oportuna con calidad** en la atención, asegurando de este modo bienestar y una favorable calidad de vida. **Este programa se encuentra dirigido por el Kinesiólogo Oscar Pérez y la Subrogante Enfermera Valentina Beas.**

Producto de los diferentes cambios a nivel de la funcionalidad que el proceso de envejecimiento genera, sumado a las diferentes secuelas que desde Coronavirus se generaron a nivel de salud física y mental en nuestra población mayor, desde la atención primaria de salud se desarrollan diferentes estrategias en salud, que potencian una mejor salud en nuestra población de personas mayores.

De tal forma, lo funcional y musculo esquelético, sumado al sedentarismo y la falta de estilos de vida saludables, traen consigo dificultades físicas asociadas a la sarcopenia, por la falta de movilidad y ejercicios el cual podría aumentar el riesgo de caídas, lesiones y dependencia.

En el Censo de 2002 , se observó un aumento considerable de la población de personas mayores de 60 años , el cual corresponde a un 11,4% y cuatro años después, de acuerdo a datos de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica (CASEN) 2006, las personas mayores de 60 años , aumentaron al 13% de la población total del país. En los próximos 20 años se estima una tasa de crecimiento de 3,7% anual para este grupo etario, por lo que se proyecta una población de 3.825.000 personas de edad para el año 2025, lo que representará el 20% de los chilenos.

Ante esta realidad , nuestra Comuna no se escapa de tal proyección , y durante el último tiempo hemos visto como se experimenta el mismo comportamiento en la pirámide poblacional, aumentando cada vez más la población de personas mayores.



Población inscrita con la que se trabajó el 2023 se detalla en la siguiente tabla:

Establecimiento	Número de inscritos
CESFAM	2358
PSR LIRIOS	327
PSR ABRA	273
PSR TOTIHUE	82
CECOSF	195
TOTAL, COMUNAL	3.235

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

Detalle de Población inscrita por centro de salud comuna de Requínoa

Población Inscrita en la PSR el Abra

	POSTA EL ABRA		
	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL
65 a 69	46	44	90
70 a 74	37	32	69
75 a 79	37	22	59
80 +	27	28	55
total	147	126	273

Población Inscrita en la PSR Lirios

	POSTA LOS LIRIOS		
	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL
65 a 69	66	50	116
70 a 74	45	44	89
75 a 79	36	30	66
80 +	28	28	56
total	175	152	327



Población Inscrita PSR Totihue

	POSTA TOTIHUE		
	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL
65 a 69	17	11	28
70 a 74	9	16	25
75 a 79	7	8	15
80 +	8	6	14
total	41	41	82

Población inscrita CECOSF

	CECOSF CHUMAQUITO		
	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL
65 a 69	42	41	83
70 a 74	28	21	49
75 a 79	18	17	35
80 +	18	10	28
total	106	89	195

Población Inscrita CESFAM Requínoa

	CESFAM		
	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL
65 a 69	414	430	844
70 a 74	330	275	605
75 a 79	211	199	410
80 +	275	224	499
total	1230	1128	2358

Los desafíos y problemas establecidos para este año 2023 , se fueron adaptando a la nueva realidad , con el levantamiento paulatino de las diferentes restricciones sanitarias , que en nuestra población mayor fueron muy acatadas. Esta nueva realidad , planteo el desafío a los diferentes equipos ,



de retomar y preparar diferentes propuestas y estrategias para fortalecer a los AM en su proceso de envejecimiento.

De esta forma , nuestro trabajo en la atención primaria de salud durante el año 2023 se ha ido adaptando a las nuevas realidades post pandemia y para dar cumplimiento a las medidas sanitarias impuestas por el gobierno a nuestros usuarios. Existen en la actualidad diferentes actividades en conjunto a otras unidades de salud. Las que focalizan su trabajo a las personas mayores de la comuna: estos son el programa cardiovascular, programa PACAM, Más Adultos Mayores Autovalentes, unidad de farmacia, laboratorio, casos sociales, entre otros.

Las prestaciones propuestas por el programa de salud integral de personas mayores considera:

- Examen anual Preventivo del adulto Mayor .
- Consulta morbilidad.
- Consulta y control de enfermedades crónicas.
- Consulta nutricional.
- Programa Alimentación Complementaria Adulto Mayor. (PACAM)
- Intervención psicosocial.
- Consulta Kinésica.
- Vacunación (antinfluenza y Neumococica).
- Atención a domicilio a usuarios del PAD (Programa Atención Domiciliaria).
- Atención podológica usuarios con DM2

Entre las actividades que se han llevado a cabo con los diferentes programas se destacan a continuación:

- Estrategia de prevención y promoción en salud , del programa más adulto mayor autovalente , el cual entrega a nuestros usuarios actividades tipo taller cognitivo – funcionales los que consideran el fortalecimiento de la funcionalidad de las personas mayores.
- Trabajo con el intersector en diferentes actividades comunitarias , en las que se potencian los estilos de vida saludables.



- Jornadas de educación y control de patologías crónicas , cuidados del pie diabético , sexualidad en la persona mayor y alfabetización digital.
- Entrega de medicamentos y alimentos PACAM en domicilio a adultos mayores vulnerables de la comuna, trabajo en conjunto con unidad de farmacia.
- Controles telefónicos de salud a adultos mayores crónicos, en conjunto con el programa más adultos mayores autovalentes.
- Campaña de vacunación en terreno influenza y neumocócica.
- Estrategias de salud en terreno con diferentes prestaciones en domicilio de personas con barreras de accesibilidad.

Desafíos para el año 2024:

- Incrementar los talleres educativos de club de adultos mayores, tomando las necesidades expresadas por cada grupo. A través de coordinación con programas y unidades que trabajan con las personas mayores.
- Levantamiento de información sobre adulto mayor con hogar unipersonal de la Comuna, el que se llevará a cabo con la colaboración de los líderes de las agrupaciones de la Comuna de Requínoa.
- Mantener participación en reuniones de la mesa intersectorial del adulto mayor de la Comuna.
- Entregar mayor cobertura de EMPAM en población mayor de 65 años.



MATRIZ DE PLANIFICACION PROGRAMA DE SALUD INTEGRAL DE PERSONAS MAYORES 2023

Problema de salud priorizado	Relación con ENS	Objetivo General	Objetivo específico	Meta	Estrategias	Actividades	Plazo	Responsable	Indicadores
Cobertura de EMPAM.	OE.4 Mejorar el estado de salud funcional de los adultos mayores.	Fomentar la autovalencia en los adultos mayores.	Aumentar la cobertura de adultos mayores con EMPAM anual vigente.	Lograr un 57% de EMPAM aplicados a la población percapita de personas de 65 y más años.	Agendas protegidas y programadas con enfermero/a para la aplicación del EMPAM. Campañas de fin de semana para realización de EMPAM. Extensión horaria de enfermera/	Citación efectiva de adultos mayores para aplicación de EMPAM.	Anual (se revisará vigencia anual mes a mes).	Kinesiólogo encargado Programa de salud integral de personas mayores.	N° de EMPAM aplicados *100 N° usuarios de 65 años y más inscritos en el Departamento de Salud.



					o para aplicación de EMPAM.				
Cobertura educación en salud a los grupos organizados de adultos mayores de la Comuna.		Aumentar el nivel de autocuidado de las personas mayores, siempre de acuerdo al comportamiento de la pandemia.	Promover y educar a los adultos mayores para generar autovalencia en este grupo	Aumentar el número de clubes de adultos mayores con talleres realizados.	Aplicar encuesta para generar temas de interés.	Talleres educativos en prevención y promoción de salud.	Semestral	Integrantes de la mesa multidisciplinaria del adulto mayor a nivel comunal.	Nº de Talleres realizados*100 Nº de talleres programados.



4.20 IMPLEMENTACION PROGRAMA MAS ADULTO MAYOR AUTOVALENTE REQUINOA 2023

Establecimiento: CESFAM Requínoa

Responsables: KLGO. Oscar Pérez A y EU Ana Martínez O.

Contacto: (569) 63502739 **Correo:** klgoperezarmijo@gmail.com - amartinezo.am@gmail.com

1. Presentación general del desarrollo del programa a nivel local.

A. Resumen del proceso de implementación

Se realiza planificación semestral de los grupos a desarrollar durante este 2023, dividiendo en 2 secciones un total de 14 grupos, quedando 8 grupos en el primer periodo y 6 en el segundo. Una vez definido los grupos se realiza la planificación de las actividades y sesiones cognitivo funcionales que debemos desarrollar.

Grupos Primer Semestre 2023:

1. Parroquia Cristo Crucificado, Los Lirios.
2. Junta de Vecinos Sector las mercedes.
3. Junta de Vecinos Población Paraguay.
4. Casa Adulto Mayor (UCAM) Requínoa centro.
5. Club Adulto Mayor “Los consentidos del abra”.
6. Junta de Vecinos Sector la 28.
7. Club Adulto Mayor Juan Pablo 2° Los Boldos.
8. Club Adulto mayor la pimpinela.

Grupos Segundo Semestre 2023:

1. Club Adulto Mayor Nuestra señora de Fátima (los lirios 2),
2. Centro de madres villa jardines.
3. Junta de Vecinos Sector Santa Amalia.
4. Club de adultos Mayores Chumaco.
5. Junta de Vecinos Sector vaticano.



6. Club de Adultos Mayores Pichigüao.

B. Difusión en el equipo de Salud.

Se pone en tabla en cada reunión mensuales o bimensual del equipo de salud, la importancia de derivar y pesquisar potenciales usuarios para Programa Mas adulto Mayores autovalentes 2023, sumado a esto en cada actividad comunitaria de nuestro cesfam se da énfasis a invitarnos para captar potenciales usuarios a las actividades. en la cual nuestro programa presta colaboración directa a las diferentes estrategias.

La dupla de profesionales, Kinesiólogo y Enfermera realizan extensión horaria, facilitando la aplicación de EMPAM, junto con trabajar de manera directa con el programa integral de personas mayores, generando y desarrollando estrategias de promoción y prevención en salud para personas mayores.

C. Difusión y coordinación de la red local de servicios y organizaciones sociales.

Colaboración directa con nuestro departamento de comunicaciones de la ilustre municipalidad de Requínoa, para participar en las diferentes actividades que se realizan en la comuna, tanto en el teatro como al aire libre. Participaciones cada 15 días del programa más adultos mayores autovalente, en radio comunitaria, entregando información y convocando a usuarios a participar de los talleres.

Durante el mes de agosto 2023, en colaboración con nuestro municipio, el proyecto latam y programa más adulto mayor autovalente; se da punta pie inicial a un nuevo espacio radial denominado “LA HORA MAYOR”, espacio que informa, educa y entretiene a personas mayores de la comuna de Requínoa. Se transmite por Radio Gente de Requínoa (94.5) los días viernes de 11:00 a 12:00 del día.

Se fortalece trabajo colaborativo con oficina adulto mayor de nuestra ilustre municipalidad, con el propósito de continuar trabajando en la mesa intersectorial, instancia que mensualmente reúne a los principales actores de la comuna que intervienen a la población mayor. Se colabora en la inscripción de usuarios para nuestro malon 2023 y próximo bingo recreativo, junto con la mayoría de las actividades de la comuna.

Se realiza reunión de difusión de nuestro programa en conjunto con la junta de vecinos del sector San Agustín – Villa María y Totihue, con el objetivo de planificar la ejecución de talleres durante el periodo 2024.



Se realiza reunión con dirección de campo clínico, para dar pronto inicio a trabajo colaborativo con alumnos de la carrera de ENFERMERIA de la UOH, parte de las actividades de su internado profesional en las áreas de educación y promoción en salud.

2. Informe del desarrollo obtenido del componente 1 y 2: Programa de estimulación funcional y Fomento del autocuidado de Adulto Mayor en organizaciones sociales.

A. Vías de contacto y acceso de los AM al programa.

Se mantiene contacto con las personas mayores que participan del programa vía WhatsApp, radial, telefónica y RRSS como Facebook.

B. Se realiza ingreso a los participantes de talleres funcionales a través de evaluaciones de HAQ-8, TUAG, firma de consentimiento informado y compromiso de participación y comunicación.

C. Se realizan derivaciones del equipo de profesionales de la salud, en diferentes controles tanto médicos, crónicos y cardiovasculares.

D. Se realiza derivaciones del equipo profesional, que aplica los EMPAM.

E. Resumen desarrollo de talleres

Durante el este año 2023, se inicia un nuevo ciclo de talleres, el cual contempla a 14 grupos de intervención, los talleres consisten en:

N°	Mes	Actividades	Recursos	Plazo
1	Enero	Taller "REACTIVATE" Actividad física		
2	Febrero	Talleres de educación "¿Qué es y para que sirve el EMPAM?"		



		-talleres de actividad física		
3	Marzo	Talleres “Fomentando los estilos de vida saludable” -talleres de actividad física		
4	Abril	Talleres con equipo multidisciplinarios “Educación sexual” -talleres de actividad física		
5	Mayo	Talleres de estimulación cognitiva -talleres de actividad física		
6	Junio	Talleres de actividad física y prevención de caídas		
7	Julio	Capacitación sobre patologías crónicas (DM – HTA – DLP) -talleres de actividad física		



8	Agosto	<p>Educación de valores y control de signos vitales y el correcto uso del HGT Y toma presión</p> <p>-talleres de actividad física</p>		
9	Septiembre	<p>Fonda programa MÁS</p> <p>-Taller de autocuidado y prevención de accidentes</p> <p>-talleres de actividad física</p>		
10	Octubre	<p>Talleres cognitivos</p> <p>-trabajo en equipo</p> <p>-motricidad</p> <p>-coordinación</p> <p>-talleres de actividad física</p>		
11	Noviembre	<p>Talleres de recreación y autocuidado</p> <p>-talleres de actividad física</p>		
12	Diciembre	<p>Finalización de talleres</p>		



F. Movilización, uso de recursos del programa y recursos comunitarios.

- Recurso de movilización proporcionados por doña Marcia Del Pilar Román López, RUT: 11.554.542-6.
- Compra de insumos para capacitación de líderes comunitarios.
- Compra de materiales para actividad de Diagnostico participativo.
- Compra de insumos para taller de cocina.

Meta EMPAM Programa de salud integral de Personas Mayores

EMPAM 65 Y MAS AÑOS													1651
	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL
CESFAM	65	18	35	39	70	74	141	142	150				734
POSTA ABRA	9	12	12	16	17	24	21	21	9				141
POSTA LIRIOS	23	29	31	37	24	27	31	26	27				255
POSTA TOTIHUE	5	1	4	8	8	2	3	2	4				37
CECOSF	9	2	10	14	5	8	15	23	3				89
TOTAL	111	62	92	114	124	135	211	214	193	0	0	0	1256
							51.40%	64.30%	76%				



4.21 PROGRAMA NACIONAL DE INMUNIZACIONES (PNI)

El programa nacional de inmunizaciones (PNI) tiene como objetivo la protección e inmunidad de la población residente en nuestro país. Actualmente protege contra 20 enfermedades a lo largo del ciclo vital; las cuales previenen la morbimortalidad de enfermedades inmunoprevenibles, mejorando las expectativas de vida de la población.

El conocimiento de las normativas, protocolos, procedimientos estandarizados y los conceptos fundamentales del PNI deben ser manejados por los funcionarios activos en la unidad en forma práctica para la inmunización; identificando los factores de riesgos, las edades de administración, las enfermedades de las cuales protege y los intervalos posibles entre ellas, conocer los resguardos de la cadena de frío, transporte y administración de vacunas y el registro de todo el proceso.

Su línea programática de actividades se basa en un calendario anual entregado por el ministerio de salud. En la comuna de Requínoa contamos con un vacunatorio con atención de lunes a viernes para todos los usuarios sin importar su previsión, otorgando vacunas pertenecientes al PNI y vacunas de campaña como son “antiinfluenza” y “Sars-Cov2”.

Este vacunatorio es la central para la distribución de vacunas según previa solicitud a Postas Rurales y Cecosf.

Cabe señalar que la administración de vacunas es diaria, por lo cual a continuación se detallaran las inmunizaciones ejecutadas, tanto en Cefsam como en dispositivos asociados.

- Vacunas programáticas administradas en Cefsam:

- ✓ Vacuna hexavalente: 588.
- ✓ Vacuna antirrábica: 235.
- ✓ Vacuna neumocócica conjugada: 269.
- ✓ Vacuna Polio inactivada inyectable: 2.



- ✓ Vacuna Neumocócica polisacárida: 269.
- ✓ Vacuna toxoide profiláctico tetánico: 407.
- ✓ Vacuna meningocócica del grupo B: 68.
- ✓ Vacuna DTpa: 175.
- ✓ Vacuna Haemophilus influenzae tipo B: 3.
- ✓ Vacuna Tres vírica: 170.
- ✓ Vacuna Meningocócica conjugada: 144.
- ✓ Vacuna varicela: 263.
- ✓ Vacuna hepatitis A adulto: 398.
- ✓ Vacuna hepatitis A pediátrica: 198.
- ✓ Vacuna hepatitis B: 112.

- **Vacunas programáticas administradas en postas rurales y CECOSF:**

Vacunas administradas	Posta Lirios	Posta Abra	Posta Totihue	Cecosf
Hexavalente	102	78	14	45
Antirrábica	7	0	0	0
Neumocócica conjugada	81	65	13	32
Neumocócica polisacárida	30	13	6	23
Toxoide profiláctico	19	0	0	0
Meningocócico del grupo B.	12	9	1	9
DTpa	16	17	1	9



Tresvrica	53	29	9	11
Meningocócica conjugada	25	19	6	6
Varicela	48	23	11	19
Hepatitis A pediátrica	20	11	5	6
Hepatitis A adulto	1	0	0	0
Hepatitis B	12	0	0	0

VACUNACIÓN ESCOLAR.

Durante el segundo semestre de este año estuvimos presente en la vacunación programática escolar año 2023 la cual tiene un carácter obligatorio y una cobertura del 90% para todos los niños que cursan 1°, 4°, 5° y 8° básico.

En esta oportunidad nos dirigimos a cada establecimiento educacional con el fin de facilitar el acceso a la vacunación con previa información a los directores y padres, donde como objetivo principal se tiene la misión de brindar una vacunación eficaz y oportuna; con esto se busca otorgar inmunidad a los niños que están expuestos a enfermedades que podrían resultar mortales.

Otro de los grandes objetivos de esta vacunación obligatoria es la puesta al día, es decir usar esta instancia para actualizar la vacunación de estos.



Comuna	Requínoa			
	1° Básico	4° Básico	5° Básico	8° Básico
Población INE	347	343	337	365



N° de vacunados	336	337	326	358
Porcentaje de vacunación	97%	98%	97%	98%

VACUNAS DE CAMPAÑA.

Desde el año 2021 y con el inicio de la pandemia se comenzó una ardua campaña de vacunación contra covid19, la cual se ha extendido hasta el día de hoy. Cabe señalar que esta tarea se cumple con el fin de entregar una atención optima y de calidad a nuestros usuarios.

Durante este año se han administrado las siguientes inmunizaciones contra Sars-Cov2:

- Pfizer Biontech: 172.
- Sinovac: 100.
- Moderna: 14.
- Pfizer pediátrica: 255.
- Pfizer Bivalente: 3.471.
- Moderna Bivalente: 2.107.

Por otra parte, el día 15 de marzo y por indicación del ministerio de salud, se da inicio a la campaña de vacunación contra la influenza, esta va dirigida a grupos de población definidas según su riesgo.

Como bien sabemos, vacunarse es la mejor manera de prevención para contraer la enfermedad, contagiarla a otras personas y sufrir complicaciones graves o incluso la muerte, esta campaña tiene un objetivo de 85% de cobertura.

A la fecha llevamos un total de 17.134 usuarios inmunizados con vacuna antiinfluenza, los cuales serán detallados en la siguiente tabla.



Niños y niñas de 6 meses a 5 años	vacunados 1a dosis + única (residencia)	%	Escolares de 5 a 10 años	vacunados 1a dosis + única (ocurrencia)	%	Adultos mayores de 65 años y más	vacunados (residencia)	%
2.106	1.727	82%	2.176	1.793	82,4%	3.899	3.316	85%

Crónicos de 11 a 64 años	vacunados (ocurrencia)	%	Embarazadas	vacunados (residencia)	%	Personal de salud públicos	vacunados (ocurrencia)	%	Personal de salud privados	vacunados (ocurrencia)	%
6.573	7.017	106,8%	379	212	55,9%	258	336	130,2%	31	126	406,5%

Criadores de cerdos y pollos	vacunados (ocurrencia)	%	Trabajadores educación	vacunados (ocurrencia)	%	Capullo	vacunados (residencia)	%
210	409	187,6%	471	437	92,8%	71	40	56,3%

Otras prioridades	vacunados (ocurrencia)	%	Población Total	Vacunados Totales	%	Rechazos (ocurrencia)
983	1721	175,1%	17.165	17.134	99,8%	31



Los desafíos establecidos para este año 2023 son continuar educando a la población a través de afiches, locución radial y redes sociales con el fin de incentivar la inoculación, siempre recalcando los beneficios que podemos adquirir con estas, las cuales son otorgadas de forma gratuita.

Desafíos para el año 2024:

- Incrementar la cobertura de vacunación voluntaria en usuarios mayores de 6 meses.
- Incentivar a jóvenes entre 17 y 30 años a inmunizarse con vacuna de campaña Sars-Cov2 y completar su esquema bivalente.
- Continuar con movilización propia para la unidad, con el fin de facilitar el acceso para la inmunización en domicilio a: personas mayores, usuarios con algún grado de discapacidad y personas en ruralidad extrema.
- Dar continuidad al equipo de vacunatorio actual y así facilitar el trabajo en equipo para lograr la cobertura solicitada de las campañas anuales.



Problema de salud priorizado	Relación con ENS	Objetivo General	Objetivo específico	Meta	Estrategias	Actividades	Plazo	Responsable	Indicadores
Baja Cobertura en vacunación voluntaria de usuarios contra el Sars-Cov2.		Entregar inmunidad a los usuarios y evitar complicaciones graves en caso de la enfermedad.	Aumentar la cobertura de usuarios que asistan al vacunatorio de Requínoa.	Lograr incrementar en 5 puntos la cobertura de vacunación.	Crear nuevas estrategias comunicacionales para lograr incentivar a la comunidad.	Citación efectiva de usuarios para una vacunación efectiva. Vacunación en domicilios.	Anual (se revisará vigencia anual mes a mes).	Equipo de vacunatorio.	



4.22 OFICINA DE INFORMACIÓN RECLAMOS Y SUHERENCIAS

Descripción de la unidad: La OIRS es un espacio de participación ciudadana y una vía de comunicación con el establecimiento de salud, facilitando el acceso a la información sobre el funcionamiento y atención en las prestaciones de salud otorgadas. Su finalidad es garantizar el derecho de los ciudadanos a informarse, sugerir, reclamar y/o felicitar, acerca de las diversas materias en salud, retroalimentando su gestión.

Objetivos:

- Facilitar el acceso de la población a la información sobre el funcionamiento y servicios otorgados por el establecimiento de salud.
- Entregar atención oportuna, clara, transparente y de calidad a todas las personas.
- Establecer coordinación con otras reparticiones públicas dentro y fuera del sector salud, con el fin de optimizar la calidad de la atención a las personas.
- Recibir y gestionar todos los requerimientos ciudadanos, con el propósito de mejorar la gestión y funcionamiento del establecimiento de salud, constituyéndose en un espacio de participación.

Cumplimiento de indicadores:

- Recibir, gestionar y responder todos los requerimientos (felicitaciones, reclamos, sugerencias, solicitudes, etc.) de acuerdo al plazo legal establecido.
- Realizar encuestas de satisfacción usuaria, considerando la calidad de la atención recibida, sus expectativas, el respeto a los derechos de los pacientes, etc.
- Ser un espacio de difusión de la ley 20.584 de derechos y deberes de los pacientes.

Matriz de problemas priorizados año 2023

- Oportunidad de respuesta de 97% (1 solicitud respondida fuera de plazo).
- Elementos del indicador dignidad del paciente (DP) del proceso de acreditación en salud con cumplimiento parcial.

- Nuevas dependencias de salud sin carta de derechos y deberes ni afiche de atención preferente.
- Nuevos funcionarios del departamento de salud sin capacitación en la ley 20.584 y sus normativas.

Actividades realizadas durante el año 2023

- Gestión de solicitudes ciudadanas; al corte de septiembre se han gestionado un total de 120 requerimientos (64 felicitaciones, 36 reclamos, 17 solicitudes y 3 sugerencias).
- Oportunidad de respuesta; 100% al corte de septiembre.
- Evaluación del uso de credencial de identificación.
- Capacitación sobre la recepción de solicitudes ciudadanas a funcionarios designados de las distintas dependencias del departamento de salud.
- Difusión de la ley 20.584 en jornadas de inducción a nuevos funcionarios, consejo técnico ampliado, capacitación funcionarios de SOME, etc.
- DP 1.1 acreditación en salud; Instalación o reposición de carta de derechos y deberes y afiche de atención preferente en las distintas dependencias del departamento de salud.
- DP 1.2 acreditación en salud; Elaboración de procedimiento de gestión de reclamos, análisis global de reclamos y difusión de la gestión de reclamos en consejo técnico ampliado, reunión de médicos, reunión de Postas de Salud Rural, etc.
- DP 1.3 acreditación en salud; Designación de responsable de la evaluación del respeto a los derechos de los pacientes, elaboración de documento de sistema de evaluación y aplicación de encuesta de evaluación.



Desafíos año 2024

- Mantener el indicador de oportunidad de respuesta de solicitudes ciudadanas en el 100% de cumplimiento.
- Mantener difusión permanente y actualizada en temáticas relativas a la ley 20.584.
- Mantener mediciones de satisfacción usuaria y uso de credencial de identificación.
- Alcanzar el umbral de cumplimiento solicitado por el indicador DP y cada uno de sus componentes en el proceso de acreditación en salud.

5.- DOTACION PROPUESTA PARA EL AÑO 2024

HORAS DOTACION DE PERSONAL AÑO 2024			DOTACION 2024	
Categoría	Cargo/Función	Lugar Desempeño	N° Horas	N° Funcionarios
A	Médico	Postas Rurales	88	2
	Médico	Especialización	77	2
	Médico	CESFAM	368	9
	Médico	Urgencia	132	3
	Médico	Unidad Movil	44	1
	Médico	Director	44	1
	Médico	CECOSF	44	1
A	Cirujano Dentistas	CESFAM	132	3
	Cirujano Dentistas	Posta El Abra	44	1
	Cirujano Dentistas	Posta Los Lirios	44	2
	Cirujano Dentistas	Móvil- Postrados	44	2
	Cirujano Dentistas	CECOSF	55	2
	Químico Farmaceutico	Botiquín CESFAM	44	1
	Químico Farmaceutico	Farmacia Popular	44	1
Total Horas Categoría			1.204	31

Categoría	Cargo/Función	Lugar Desempeño	N° Horas	N° Funcionarios
B	Jefe de Departamento	Departamento de Salud	44	1
	Asistente Social	Postas Rurales	44	1
	Asistente Social	CECOSF	44	1
	Asistente Social	Participación-Promoción	44	1
	Asistente Social	CESFAM	132	3
B	Enfermer@s	Coordinadora y EUs Urgencia	176	4
	Enfermer@s	Posta Los Lirios	44	1
	Enfermer@s	Posta El Abra-Postrados	44	1
	Enfermer@s	Atenciones domiciliarias Terreno	44	1
	Enfermer@s	Curaciones simples y avanzadas	88	2
	Enfermer@s	PNI-MAS	44	1
	Enfermer@s	CESFAM	44	1
	Enfermer@s	CECOSF- Postas	44	1
	Enfermer@s	CESFAM	132	3

B	Fonoaudióloga	CCR	88	2
	Kinesiólogo	CCR	110	3
	Kinesiólogo ERA- Postrados	CESFAM-Postrados	44	1
	Kinesiólogo IRA	CESFAM-Postas Rurales	44	1
	Kinesiólogo	CECOSF-CESFAM-POSTAS-CCR	44	1
	Kinesiólogo	CESFAM-IRA-ERA-Equipo Transversal	88	2
	Matron@s	CESFAM	44	1
B	Matron@s	CESFAM	132	3
	Matron@s	Posta Los Lirios	44	1
	Matron@s	CESFAM	33	1
	Matron@s	CECOSF-CESFAM	44	1
	Matron@s	Posta El Abra	22	1
B	Nutricionista	CESFAM	88	2
	Nutricionista	Postas Rurales	44	1
	Nutricionista	CESFAM	44	1
	Nutricionista	CECOSF-Vida Sana	38	1
	Terapeuta Ocupacional	CCR	88	2
B	Psicólog@s	CESFAM	132	3
	Psicólog@s	CECOSF-Vida Sana	44	1
	Psicólog@s	Postas Rurales	44	1
	Tecnólogo Médico	CESFAM	88	2
B	Tecnólogo Médico	CESFAM	44	1
	Prevencionista de Riesgo	CESFAM	88	2
	Contador Auditor	CESFAM	44	1
	Profesora Educ. Física	CESFAM	44	1
Total Horas Categoría			2.535	59

Categoría	Cargo/Función	Lugar Desempeño	N° Horas	N° Funcionarios
	Técnico Sup.Informático	CESFAM	88	2
	TENS	Posta Los Lirios	220	5
	TENS	Posta El Abra	132	3
	TENS	Posta Totihue	88	2
	TENS	Farmacia	176	4
C	TENS	Tratamiento I Morbilidad	132	3
	TENS	Tratamiento II Crónicos	132	3
	TENS	Maternal	88	2
	TENS	Urgencia	176	4

	TENS	Apoyo Urgencia	88	2
	TENS	Postrados	44	1
	TENS	Vacunatorio	88	2
	TENS	Laboratorio	88	2
	TENS	CECOSF-CESFAM-POSTAS	264	6
C	TENS	Farmacia Popular	44	1
	TENS	Visitas Terreno	44	1
	TENS	CESFAM-Esterilización	132	3
	TENS	Camilleros SUR	176	4
	Técnico Salud Dental	CESFAM	88	2
	Técnico Salud Dental	Posta El Abra	44	1
	Técnico Salud Dental	Móvil Dental	88	2
	Técnico Salud Dental	CECOSF	44	1
	TENS	Podóloga Postrados-CECOSF	132	3
	Tecnico Administrativo	Estadística	44	1
	Tecnico Administrativo	Adquisiciones	44	1
Total Horas Categoría			2.684	61

Categoría	Cargo/Función	Lugar Desempeño	Horas	Funcionarios
D	Técnico Enfermería	Urgencia	44	1
	Técnico Enfermería	Posta El Abra	44	1
	Técnico Enfermería	Laboratorio	44	1
	Técnico Enfermería	Salud Mental	44	1
	Técnico Enfermería	Tratamiento II Crónicos	44	1
	Técnico de Salud	Podóloga	22	1
	Técnico Salud Dental	Posta Los Lirios	44	1
	Técnico Salud Dental	CESFAM	88	2
Total Horas Categoría			374	9

Categoría	Cargo/Función	Lugar Desempeño	Horas	Funcionarios
E	Oficial Administrativo	SOME	264	6
	Oficial Administrativo	SOME	176	4
	Oficial Administrativo	SIGGES-Listas de Espera	88	2
	Oficial Administrativo	Laboratorio	44	1
	Oficial Administrativo	Farmacia/Estadísticas	88	2
	Oficial Administrativo	OIRS	44	1
	Oficial Administrativo	Servicio de Urgencia	44	1
	Oficial Administrativo	CCR	88	2
	Oficial Administrativo	Bodegueros	132	3

E	Oficial Administrativo	Adquisiciones	132	3
	Oficial Administrativo	Personal	44	1
	Oficial Administrativo	Apoyo Personal	132	3
	Oficial Administrativo	Apoyo Finanzas	88	2
	Oficial Administrativo	Secretaria Dirección	44	1
	Oficial Administrativo	CECOSF	44	1
	Oficial Administrativo	OFA Calidad	44	1
	Oficial Administrativo	Secretaria Jefatura	44	1
	Oficial Administrativo	Posta Los Lirios	44	1
	Oficial Administrativo	Posta El Abra	44	1
	Oficial Administrativo	OFA Farmacia Popular	44	1
	Total Horas Categoría			1.672

Categoría	Cargo/Función	Lugar Desempeño	Horas	Funcionarios
F	Conductores	Urgencia	176	4
		Apoyo urgencias	88	2
		Postrados	44	1
		Terreno	176	4
		Traslado de Pacientes	44	1
	Auxiliar de servicio	CECFAM	220	5
		Administración	44	1
		Obras Menores	44	1
		CCR	44	1
		Urgencia	176	4
		CECOSF-Agente Comunitario	88	2
		Posta El Abra- Totihue	66	2
		Posta Los Lirios	33	1
	Total Horas Categoría			1.243

TOTAL HORAS DOTACION	9.712	227
-----------------------------	--------------	------------

6.- PROGRAMA ANUAL DE CAPACITACIONES

PROGRAMA CAPACITACION 2024 PERSONAL ESTATUTO ATENCION PRIMARIA (LEY 19.378). REQUINOA

LINEA MIENTOS ESTRATEGICOS	ACTIVIDADES DE CAPACITACION	OBJETIVOS EDUCATIVOS	NUMERO DE PARTICIPANTES POR CATEGORIA						TOTAL	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)			ITEM CAPACITACION	FONDOS MUNICIPALES	OTROS FONDOS	TOTAL PRESUPUESTO ESTIMADO			
Contribuir a formar en Atención Primaria a 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	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.	31	59	61	9	38	29	227	mínimo 8 horas cronológicas por capacitación	no aplica	2.000.000 (aplicaa todos)	4.000.000 (aplicaa todos)	6.000.000 (aplicaa todos)	Ofertantes reconocidos por el Ministerio de salud	Directo r	01.0 1.20 24 al 31.1 2.20 24, según oferta mercado
	Promoción Salud y Prevención, estilos de vida y espacios saludables . Autocuidado (Interno y externo). Protección de Salud.		31	59	61	9	38	29	227	mínimo 8 horas cronológicas por capacitación					Ofertantes reconocidos por el Ministerio de salud	Directo r	01.0 1.20 24 al 31.1 2.20 24, según oferta mercado
	Relaciones Humanas - Trabajo en equipo; ergonometría; carrera funcionaria, remuneraciones; esterilización;		31	59	61	9	38	29	227	mínimo 8 horas cronológicas por capacitación					Ofertantes reconocidos por el Ministerio de salud	Directo r	01.0 1.20 24 al 31.1 2.20 24, según oferta mercado

<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>	<p>permitan un crecimiento profesional y laboral optimo y asegurar una atención de calidad a los usuarios</p>	0	8	0	0	0	0	0	8	mínimo 8 horas cronológicas por capacitación					Ofertantes reconocidos por el Ministerio de salud	Directo r	01.0 1.20 24 al 31.1 2.20 24, 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	6	0	0	0	0	0	6	mínimo 8 horas cronológicas por capacitación					Ofertantes reconocidos por el Ministerio de salud	Directo r	01.0 1.20 24 al 31.1 2.20 24, según oferta mercado

<p>ón vegetariana; Insuficiencia renal crónica; Nutrición deportiva; Intolerancias y alergias alimentarias; plaguicidas, colorantes, preservantes en alimentos</p>																			
<p>Capacitación Kinesiólogo, Fonoaudiólogo, Terapeuta Ocupacional y Profesora de Educación Física: 1. Neurorehabilitación en Niños y Adultos 2. Técnicas de Rehabilitación en Patologías Musculares. 3. Actualización en IRA – ERA 4. Actualización en EMPAM y Patologías Cardiovasculares 5. Rehabilitación con Base Comunitaria 6.</p>	0	8	0	0	0	0	0	8	mínimo 8 horas cronológicas por capacitación								Ofertantes reconocidos por el Ministerio de salud	Directo	01.0 1.20 24 al 31.1 2.20 24, según oferta mercado

<p>Actualización en Órtesis y Férulas 7. Herramientas de evaluación adulto e infantil 8. Estimulación temprana 9. Alteraciones del lenguaje 10. Comunicación, voz y deglución. 11. Rehabilitación cardiopulmonar, espirometría, Función pulmonar</p>																		
<p>Capacitación Odontólogos: Urgencias Odontológicas; manejo del dolor; estética; ortodoncia y ortopedia dentomaxilofacial; farmacología; odontopediatría; rehabilitación oral; patología oral; cirugía oral; TTM, ortopedia funcional; odontogeriatría; medicina oral; cariología; Periodonci</p>	10	0	0	0	0	0	0	10	mínimo 8 horas cronológicas por capacitación						Ofertantes reconocidos por el Ministerio de salud	Director		01.0 1.20 24 al 31.1 2.20 24, según oferta mercado

<p>legales en la atención a pacientes en servicio de urgencias.</p> <p>9. Control presión arterial pediátrica.</p> <p>10. Actualización en control de pac. Crónicos de PSCV</p>																	
<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</p>	0	3	0	0	0	0	0	3	mínimo 8 horas cronológicas por capacitación					Ofertantes reconocidos por el Ministerio de salud	Directo		01.0 1.20 24 al 31.1 2.20 24, según oferta mercado

	ón ciudadana																					
	Capacitación Auxiliares de servicio; Actuación ante contingencias, emergencias y catástrofes provocadas por desastres naturales y accidentes; atención prehospitalaria; primeros auxilios; medicina legal relacionada con atención de urgencia; violencia de género; mecánica básica; uso de extintores; electricidad; gasfitería		0	0	0	0	0	29	29	mínimo 8 horas cronológicas por capacitación										Ofertantes reconocidos por el Ministerio de salud	Directo	01.0 1.20 24 al 31.1 2.20 24, según oferta a mercado
TOTAL	ES													\$ 2.000. 000	\$4.0 00.0 00	\$ 6.000. 000						