



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

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



I N D I C E

	Pág.
∇ Introducción.....	1
∇ Diagnóstico de Salud Local.....	2
Demográfico	
Sociocultural	
Perfil Epidemiológico	
Mortalidad y Morbilidad	
∇ Salud de la Infancia.....	5
∇ Programa de la Mujer.....	6
∇ Programa Cardiovascular Adulto y Adulto Mayor.....	9
∇ Programa Pacientes Postrados.....	11
∇ Programa Odontológico.....	13
∇ Programa Enfermedades Respiratorias Ira.....	14
∇ Programa de Rehabilitación.....	15
∇ Programa de Salud Mental.....	19
∇ Equipos de Cabecera.....	22
∇ Matriz de Priorización Problemas de Salud.....	27
∇ Alta Prevalencia de Rezago de Niños.....	29
∇ Baja Asistencia de Mujeres a las diversas actividades preventivas.....	30
∇ Alta Incidencia y Prevalencia de Depresión en Mayores de 15 años.....	32
∇ Bajo Control efectivo de Patologías Crónicas bajo Control.....	33
∇ Elevada Prevalencia del Consumo de Tabaco en Pacientes con EPOC.....	36
∇ Deficiencia en la Calidad de Atención del Personal de Salud.....	37
∇ Dotación.....	40
∇ Plan Comunal de Promoción.....	41
∇ Programa de Capacitación Personal Estatuto Atención Primaria.....	43



INTRODUCCION

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

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

Incluimos en este documento una síntesis del trabajo realizado durante gran parte del año 2014, de los tres Equipos de Cabecera de nuestra institución; Almendra, Roble y Araucaria, pilares fundamentales del Modelo de Atención de Salud Familiar que nos tienen clasificados como un Centro de Salud Familiar de Nivel Medio Superior, desde el 24 de octubre del año 2013; como así también, los desafíos a emprender durante el año 2015.

Debido al formato exigido hemos decidido además contar con cada uno de los planes elaborados por los jefes de Programas, Equipos y Unidades de Apoyo, para que sirvan de insumo básico y relevante a considerar, desarrollar y evaluar durante el año 2015.

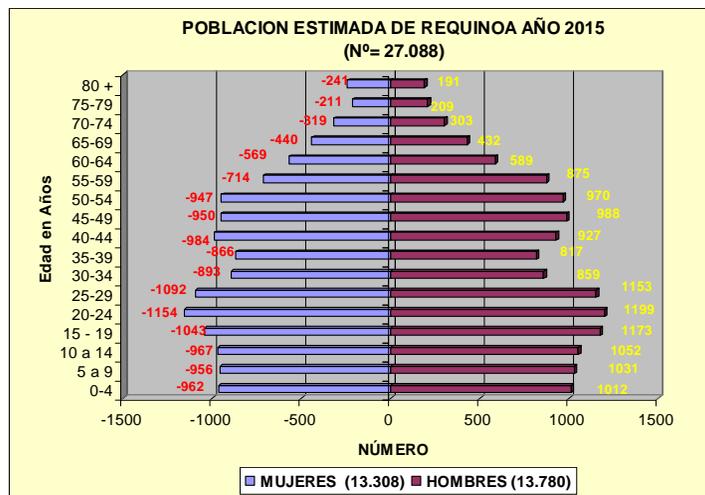


DIAGNOSTICO DE SALUD LOCAL

1.1 ANTECEDENTES DEMOGRAFICOS

La población total de nuestra comuna para el año 2014 es de 26.794 habitantes, la población beneficiaria es de 22.266, finalmente la población inscrita validada per-cápita es de 25.366.

La población estimada para el año 2015 es de 27.088, la cual se muestra en la gráfica siguiente distribuida por grupos etáreos y géneros.



La Tasa de Natalidad de nuestra comuna para el año 2013 fue de un 13.7.

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

La Densidad Poblacional corresponde a 39.39 hbts/km².

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

1.2 ANTECEDENTES SOCIO CULTURALES.

El índice de Pobreza Comunal de acuerdo a CASEN 2013 estaba determinado en un 10.20%.

En la tabla siguiente se muestra el tipo y número de Organizaciones Comunales al año 2013

ORGANIZACIÓN COMUNITARIA	Nº
Clubes Deportivos	17
Centros de Madres	8
Juntas de Vecinos	51
Centros u Organizaciones de Adultos Mayores	9
Centros de Padres y Apoderados	7
Otras Organizaciones Comunitarias Funcionales	75
Uniones Comunales	4

Fuente: SINIM.

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



Respecto al tema laboral de nuestra comuna, la tabla siguiente grafica la intermediación laboral registrada, durante el año 2013.

INTERMEDIACION LABORAL	Nº de Personas
Personas enviadas a un empleo	350
Personas inscritas para capacitación	175
Personas que recibieron subsidios de cesantía	35
Personas inscritas en la Municipalidad en busca de empleo	350
Número de solicitudes de subsidios de cesantía	35
Número de personas que egresan de cursos de capacitación laboral	280

Fuente: SINIM.

En el ámbito Educacional en nuestra comuna existen 11 establecimientos de educación municipal, de los cuales 3 están ubicados en áreas rurales y los 8 restantes en lugares urbanos. La población en edad escolar durante el año 2013 fue de 6021 personas, en tanto la matrícula general para Enseñanza Básica fue de 2797 y para Enseñanza Media llegó a 980.

1.3 PERFIL EPIDEMIOLOGICO

La Mortalidad General de nuestra comuna durante el año 2011 fue de 124 personas, la tasa correspondió a un 4.8, distribuida en 57 mujeres y 67 hombres. En tanto la regional llegó a 4858 personas, dividida en 2131 para mujeres y 2727 en varones, con una tasa de 5.4.

La tasa de Mortalidad Infantil para el año 2013 fue de 5,6

En la siguiente tabla se describe las tasas de mortalidad de nuestra comuna de acuerdo a las causas observada por cada 1.000 habitantes.

TASA DE MORTALIDAD

CAUSA	TASA
CARDIOVASCULARES	140,4
I.A.M	30
TUMORES	112,1
CAUSAS EXTERNAS	76,61
MORTALIDAD POR SUICIDIO	8,51
CANCER DE MAMA	12,75
CANCER DE PROSTATA	42,06
RESPORATORIAS	52,42
CANCER C.U	11,92
NEUMONIAS	27,63

Fuente: Indicadores de salud minsal



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

LUGAR	MORTALIDAD FETAL AÑO 2012		MORTALIDAD NEONATAL AÑO 2012		MORTALIDAD PERINATAL AÑO 2010		TASA NATALIDAD AÑO 2012		TASA DE FECUNDIDAD AÑO 2012
	Nº	TASA*	Nº	TASA*	Nº	TASA	Nº	TASA**	
PAIS	2.064	8.5	1283	5.4	2310	9.4	243.635	14.0	1.8
REGION	96	7.9	63	5.3	132	10.8	11.662	14.4	1.88
COMUNA	2	5.6	1	2.9	3	8.5	352	13.6	

Fuente: DEIS.

AÑOS DE VIDA POTENCIALMENTE PERDIDOS.

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

NUMERO DE CASOS DE MORBILIDAD DE NOTIFICACION OBLIGATORIA. REQUINOA 2013

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

Fuente: DEIS. Número de casos 2013.



Salud en la Infancia

Las políticas públicas, dirigidas a la infancia, tienen como desafío contribuir a la mejor calidad de vida en la infancia fomentando un desarrollo integral. El desarrollo infantil temprano es determinante en el bienestar biopsicosocial futuro de cada persona. Los primeros años de vida son críticos para el óptimo desarrollo y expresión de potencialidades de cada uno. Por esto Chile crece contigo (CHCC) en conjunto con el Programa de Salud de la Infancia (PSI) están orientados a potenciar dicho desarrollo. El equipo de salud debe cumplir un rol de acompañamiento en el proceso de crecimiento y desarrollo integral de niños y niñas. En la atención primaria de salud de la comuna de Requinoa, el equipo de salud infantil y el equipo del CHCC deben promover la lactancia materna(LM) , la alimentación saludable, vigilar la trayectoria del desarrollo con screening periódicos (aplicación de pautas breves-PB y Escalas de evaluación del desarrollo psicomotor-EEDSM) y fomentar competencias parentales para la crianza respetuosa. (Norma Técnica. Programa Nacional de Salud de la infancia).

Dentro de las actividades realizadas durante el año 2014 se han realizado 6 talleres de Nadie es Perfecto (NEP), taller que lamentablemente tiene una cobertura muy baja, nuestra cobertura no alcanza ni el 5% de la población bajo control. Los talleres Nadie es Perfecto (NEP) muestran a través de la evidencia científica que fomentar las habilidades parentales de los padres y/o cuidadores favorece el desarrollo integral de los niños. En el contexto de los objetivos sanitarios que están enfocados con mejorar la salud de la población, disminuir las desigualdades y disminuir el rezago infantil, los equipos de cabecera deben comprometerse en derivar a los padres de los niños menores de 5 años a participar en los talleres y en difundir los talleres que tienen por objetivo aplicar intervenciones educativas de apoyo a la crianza para favorecer el crecimiento y desarrollo integral de su población a cargo.

En el contexto de la vigilancia del desarrollo, se aplicaron 173 EEDSM en el grupo etéreo de 12 a 23 meses desde enero a septiembre, diagnosticando 11 niños con déficit de su DSM y logrando recuperar a 10 de estos niños, lo que representa un 91% de recuperación, contribuyendo a su desarrollo y a lograr una mayor expresión de su potencialidad. Sin embargo no sucede lo mismo con otros grupos etéreos que no están asociados a metas, como por ejemplo el TEPSI que se aplica en niños de 2 a 3 años, en donde se han aplicado 95 test, desde enero a septiembre, con una cobertura de un 21% y se han diagnosticado 11 rezagos, pero solo se ha recuperado 3 niños diagnosticados del total. Desde enero a septiembre del 2014 se han aplicado 523 Pautas breves a menores entre 4 meses y 2 años con un total de 163 alteradas, lo que representa un 32% con rezago del total aplicadas.(Estadística mensual del CESFAM)

Con respecto a la LM, el equipo de salud la debe entender como una interacción sensible y como parte del desarrollo integral de un niño o niña. Es preocupante que en nuestra comuna la cobertura de LME hasta los 6 meses de vida solo alcanza un 39%, muy por debajo de la tasa regional que alcanza un 50,44% y siendo la meta Nacional un 60%.

Por tanto los equipos debemos mejorar las estrategias para favorecer el desarrollo de los niños, junto a las familias con un enfoque integral y trabajar de manera anticipadamente para disminuir las desigualdades en salud y la brecha que existe en los diferentes estratos socioeconómicos.



PROGRAMA DE LA MUJER

PROGRAMA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

A continuación se expresan los datos más relevantes de este Programa que abarca a una población inscrita validada año 2014 es de 10455, mujeres; entre los 14 y 80 años.

En nuestra comuna la mortalidad materna se ha mantenido en cero los últimos 10 años de acuerdo a los registros de salud local.

La oportunidad de atención a la gestante para el primer control, está sobre el 85% los últimos tres años.

CÁNCER CERVICOUTERINO

En la mujer chilena, el cáncer del cuello uterino es la principal causa de muerte en el grupo de edad más productivo (35-59 años). En el año 2010 fallecieron 578 mujeres por esta causa, ocupando el sexto lugar entre las muertes por cáncer en la mujer y el primer lugar en tasa de Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP). La detección precoz mediante técnicas de screening; (PAP) cada 3 años a nivel primario, es una herramienta fundamental para disminuir la morbi mortalidad de ambos cánceres, logrando una reducción del 90.8% de la incidencia acumulada de cáncer invasor.

COBERTURA PAP:

La Meta comunal alcanzada en el año 2013 fue de un 63.53 %, logrando que 4377 mujeres entre 25 y 64 años tuviesen su Pap vigente, de una población inscrita de 6869. En tanto, hasta el 31 de octubre del año 2014 la cobertura alcanzó un 60.77 %, en mujeres de igual grupo etario, con una población inscrita de 6920 mujeres.

TABLA N° 1 SITUACION DE MUJERES DE 25 A 64 AÑOS RESPECTO A METODO DE SCREENING (Pap) PARA CANCER CERVICO UTERINO EN REQUINOA. AÑO 2013

POBLACION INSCRITA	PAP ALGUNA VEZ		PAP VIGENTE	
	N°	%	N°	%
6869	6324	92.06	4377	63.53

Fuente: Bases de Datos Excel CESFAM y PSR Requinoa

TABLA N° 2 . TOTAL DE PAP REALIZADOS EN LA COMUNA SEGUN RESULTADOS OBTENIDOS AÑO 2011, 2012 Y 2013

AÑO	N° TOTAL PAP	NORMALES	ATIPICOS	LESION PRE-CANCEROSA (NIE I-II-III)	CANCER CERVICO UTERINO	MENOS QUE OPTIMOS
2011	1530	1503	2	9	0	16
2012	1641	1599	6	8	1	27
2013	1381	1335	7	17	1	21

Fuente: Libro Registro Pap CESFAM y PSR REQUINOA.

Durante el año 2013 se derivaron al nivel secundario 25 usuarias con diagnóstico de Pap alterado o patología cervical clínica que fueron diagnósticas, tratadas y continúan el seguimiento en ese nivel de atención como también en nuestros establecimientos de salud.



PROBLEMA DE SALUD PESQUISADO:

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

RELACION CON ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD.

OE. 2.5 REDUCIR LA TASA DE MORTALIDAD POR CANCER.

CÁNCER DE MAMAS

En el año 2010, la tasa observada de cáncer de mama fue de 15.0 por 100.000 mujer; equivalentes a 1.297 mujer, siendo la primera causa de muerte por cáncer entre las mujeres chilenas. La tasa de mortalidad por este tipo de cáncer aumenta a partir de los 45 años. El grupo mayor de 45 años concentra el 90.2 % de las defunciones. La tasa de Años de Vida Potenciales Perdido (AVPP) se estimó en 100 por 100.000.

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

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

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

Pesquisa y Prevención del Cáncer de Mamas

En este tópico durante el año 2011 nuestros profesionales realizaron 605 Exámenes Físicos de Mamas protocolizados (EFM), en mujeres de riesgo (35-64 años), en tanto para el año 2012, se efectuaron 683. Durante el año 2013 esta cifra llegó a 558. Los Resultados de los mismos se muestran en la tabla siguiente:

TABLA N° 3. EXAMENES FISICOS DE MAMAS (EFM) PROTOCOLIZADOS DE ACUERDO A RESULTADOS AÑOS 2011, 2012 Y 2013

AÑO	EFM REALIZADOS	NORMALES	PROBABLE PATOLOGIA BENIGNA	PROBABLE PATOLOGIA MALIGNA
2011	605	514	88	3
2012	683	595	87	1
2013	558	396	127	35

Protocolo EFM.

En nuestra comuna la situación de métodos de tamizaje respecto al tópico en desarrollo es el que se ilustra en la siguiente tabla.

TABLA N° 4_ SITUACION DE MUJERES DE 35 A 64 AÑOS RESPECTO A METODOS DE SCREENING PARA CANCER MAMARIO EN REQUINOA AL 31 OCTUBRE 2014

POBLACION INSCRITA	EFM ALGUNA VEZ		EFM VIGENTE		MX ALGUNA VEZ		MX VIGENTE	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
4946	3439	69.53	1963	39.68	2210	44.68	1597	32.28

Fuente: Bases de Datos CESFAM y PSR Requinoa



De esta tabla se desprende que el 44.68 % de las mujeres de 35 a 64 años, inscritas tiene al menos una mamografía y de este grupo el 32.28 % tiene este examen vigente. Por otro lado el 39.68% de las mujeres de este grupo etáreo tiene el EFM protocolizado vigente.

Durante el año 2013 se derivaron a la Unidad de Patología Mamaria 17 mujeres; de las cuales; 12 correspondían a Probable Patología Benigna y 5 con sospecha de Cáncer mamario, las cuales se encuentran en control y seguimiento en el nivel secundario y terciario de atención.

El número de Mamografías por el Convenio Programa de Imágenes Diagnósticas en Atención Primaria realizadas en el año 2013 fue de 400 en tanto se efectuaron 20 Ecotomografía Mamarías.

EMBARAZADAS Y CONTROL PRENATAL

La importancia de la oportunidad de atención en el control prenatal es relevante a objeto de pesquisar variables que atenten contra la evolución fisiológica. Durante los años 2011, 2012 y 2013 se lograron coberturas del 85.8 %, 85.81 y 86.84% % respectivamente de ingresos de gestantes a control antes de las 14 semanas de gestación. Desde Enero a Octubre del año 2014 esta cifra está en un 87.27 %, sobre lo programado 86.18%. lo que demuestra que las estrategias usadas han sido efectivas, principalmente, a mantener la oferta de atención todos los días de la semana y dos sábados al mes, brindando la cobertura a quienes laboran, pese a la disminución de horas matrón/a por licencias prolongadas.

Por su parte es relevante el hecho de que del total de ingresos efectuado durante el 31 de octubre del año 2014 existe un 46.7 % de gestantes que señalan no haber planificado su embarazo. De esta cifra el 33% corresponde a menores de 20 años. **En relación a ello existe una baja cobertura de control Preconcepcional, los que durante el año 2013 sólo alcanzaron a 72 y durante el año 2014 esta cifra llega a 60 actividades, constituyéndose en un problema planteado por el equipo maternal y que guarda relación directa con el Objetivo Estratégico (OE) N° 4 que se refiere a Reducir la Mortalidad. Morbilidad y mejorar la salud de las personas a lo largo del ciclo vital; específicamente los objetivos N° 4.1, 4.2 y 4.4.**

Finalmente y en relación a la salud de la mujer en etapa climatérica, nuestra realidad es que existían durante el año 2013, 2830 mujeres entre 45 y 64 años de las cuales 515 estaban en control, constituyen una cobertura del 18.2%. En tanto, al 31 de octubre del año 2014, la población bajo control era de 573 mujeres, de una población inscrita de 2987, lo que significaba una cobertura de un 19.18%. **Sin embargo, solo 40 mujeres se encuentran con Terapia Hormonal de Reemplazo y 58 con pauta MRS elevada de un total de 165 con pauta aplicada, constituyendo esto una cobertura de aplicación de éste instrumento del 28.79%, la cual está muy por debajo de lo esperado de acuerdo a las Estrategias Nacionales de Salud para el periodo.**

Lo anterior fue expresado como un problema a trabajar durante el año 2015, por nuestro equipo el cual se inserta en el OE N° 4.7 que se refiere a Mejorar la calidad de vida de la mujer posmenopáusica.



Programa Cardiovascular Salud Adulto y Adulto Mayor

El fenómeno demográfico en Chile, caracterizado por una disminución de la fecundidad, el descenso de la mortalidad infantil y un menor riesgo de muerte a toda edad, ha contribuido al cambio en la estructura poblacional con un consiguiente aumento de la población adulta y adulta mayor. Estos cambios se relacionan estrechamente con el aumento de prevalencia de enfermedades crónicas, tales como Hipertensión Arterial Crónica, Diabetes Mellitus dos, Dislipidemia, Enfermedad Renal crónica entre otras.

La principal causa de mortalidad en Chile y Mundo, se debe a las enfermedades cardiovasculares, y esto debido a que gran parte de los pacientes que padecen este tipo de patologías no logran una compensación metabólica.

En nuestra comuna tenemos bajo control seriado:

	N° DM	N° HTA
Meta 2014	1232	3150
Marzo 2014	1265	3112
Abril 2014	1266	3184
Mayo 2014	1253	3141
Junio 2014	1240	3142
Julio 2014	1274	3188
Agosto 2014	1271	3233
Septiembre	1287	3250
Octubre	1290	3251

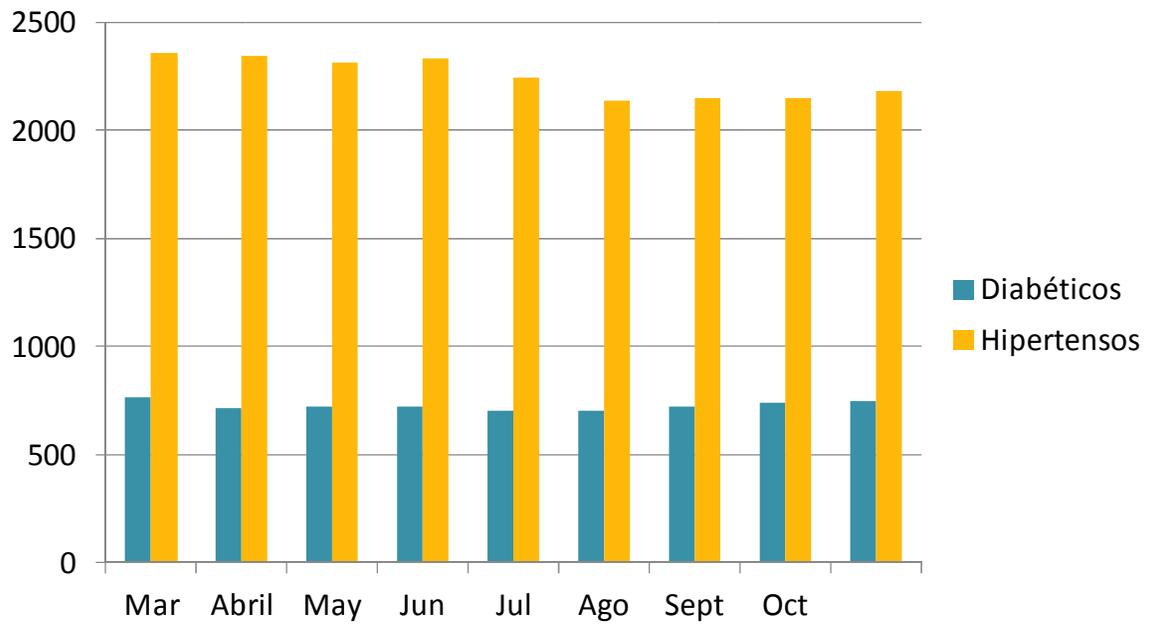
Gracias a la realización de EMPAS, se pesquisa un alto porcentaje de pacientes con patologías crónicas en etapa asintomática, logrando con mayor facilidad los objetivos terapéuticos.

El gran problema que presentamos como comuna consiste en la dificultad de lograr compensación metabólica (lograr pacientes hipertensos con Presiones Arteriales >140/90 y Diabéticos con hemoglobina glicosilada <7%). Como metas colectivas 2014, se debe lograr un 768 diabéticos compensados y 2358 hipertensos compensados.

Estadística Mes a mes:

Efectiva	Diabéticos	Hipertensos
Meta 2014	768	2358
Marzo 2014	716	2343
Abril 2014	724	2312
Mayo 2014	723	2333
Junio 2014	701	2245
Julio 2014	702	2135
Agosto 2014	723	2147
Septiembre	740	2151
Octubre	746	2179

Nuestro objetivo 2015, es mejorar mes a mes nuestros índices de compensación para cumplir con los objetivos establecidos en Metas 2011-2020



El grafico nos muestra que la variación durante los meses de marzo-octubre, tienen poca variabilidad de los indicadores sin mejoras progresivas.



PROGRAMA DE PACIENTE CON DEPENDENCIA SEVERA O POSTRADOS 2015.

Programa que apunta a dar apoyo a personas que sufren de dependencia severa y son cuidados por sus familias. Este cuidado muchas veces resulta en cuidado inadecuado y/o en una presión agobiante para la familia.

➤ **Objetivo general**

Mejorar la calidad del cuidado de un paciente postrado en su domicilio, capacitación a la familia que lo cuida, aliviar a la familia (pobre e indigente) o cuidadores, a través de un apoyo monetario si corresponde a paciente con dependencia severa, e impedir su institucionalización.

El programa **NO tiene** como objetivo el cuidado y alivio del dolor en paciente en estado **TERMINAL**. Programa "Alivio del Dolor" (HRR)

➤ **Cantidad de pacientes postrados al mes de Octubre 2014.**

Pacientes menores de 65 años	23
Pacientes mayores de 65 años	56
Total de pacientes	79



➤ **Usuarios según dependencia por índice de Barthel al mes de octubre 2014.**

Dependencia Leve	8
Dependencia Moderada	9
Dependencia Severa	62
Total pacientes	79

➤ **Ubicación geográfica de los pacientes**

Para una mejor atención el programa ha dividido la comuna en 4 sectores y los controles se agendan partiendo por sector 4, 3, 2 y 1.

✓ Sector 1: cuenta con **15** pacientes

Este sector contempla: *Población Paraguay, Villa Jardín, Población 28 de Febrero y Requinoa centro*

✓ Sector 2: cuenta con **16** pacientes

Este sector contempla: *AV. EL Abra, Los Perales, Los Canelos, El Esfuerzo, Abra, Lecaros, Villa María, Rincón de Abra*

✓ Sector 3: cuenta con **20** pacientes

Este sector contempla: *Santa Amalia, Los Boldos, Pimpinela, Totihue, Pichiguao, Lo Hermógenes.*

✓ Sector 4: cuenta con **28** pacientes

Este sector contempla: *Los Lirios, Vaticano, Carretera del Ácido, La Gloria, Las Bandurrias, Las Mercedes, Las Cabras, Santa Lucila, El Quillay, El trigal, Chumaco, Chumaquito.*

Los pacientes también se encuentran organizados según equipos del CESFAM (ROBLE, ARAUCARIA Y ALMENDRA)



➤ **INGRESOS Y EGRESOS (altas y fallecidos) AL AÑO 2014 HASTA OCTUBRE DEL PRESENTE**

MES	INGRESOS	EGRESOS
ENERO	4	4
FEBRERO	1	1
MARZO	0	4
ABRIL	0	10
MAYO	2	9
JUNIO	2	8
JULIO	1	5
AGOSTO	5	4
SEPTIEMBRE	5	2
OCTUBRE	10	13
total	30	60

➤ **Atención domiciliaria del año 2014 a Octubre del mismo**

MES	VISITA MÉDICA Y ENFERMERO (A)	CURACIONES Y PROCEDIMIENTOS
ENERO	24	72
FEBRERO	62	98
MARZO	17	90
ABRIL	36	109
MAYO	53	128
JUNIO	18	83
JULIO	32	88
AGOSTO	31	69
SEPTIEMBRE	6	75
OCTUBRE	60	98
total	339	910



Programa Odontológico

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

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

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

Evaluación Plan salud 2014

- Al mes de Octubre del 2014 el Programa odontológico tiene cumplida la meta de los 6 años con sus indicadores de cepillado, sellantes y alta integral en un 100 %.
- La meta de los 12 años se encuentra cumplida en casi un 90 %.
- La meta de embarazadas en un 75 %.
- La meta altas de 4 años en un 100%.
- La meta de altas totales en menores de 20 años en un 80 %.
- La meta de fluoración y enseñanza de técnica cepillado en jardines infantiles en un 50 %, esto debido a que debe existir una brecha de espera entre la primera y segunda aplicación de flúor programada para la segunda quincena de Noviembre con lo que se consigue el 100 % de la meta..

Evaluación Plan Salud 2013

Nuestro Programa cumplió con todos y cada uno de los indicadores programados para dicho año; a saber

6 años 259/250 104 % cumplimiento
 12 años 306/294 104 % cumplimiento
 Embarazadas 201/198 101% cumplimiento
 < 20 años 1565 altas 106 %
 4 años 107 altas 52 % (33 % programado)
 100 % de educaciones en Jardines infantiles
 100 % de Fluoraciones tópicas en Jardines infantiles



PROGRAMA DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS DEL NIÑO (IRA)

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

Durante el año 2014 (desde enero hasta octubre), el Programa IRA permitió realizar 1364 controles kinésicos, de las cuales 284 correspondieron a Infecciones Respiratorias Bajas. Se ha manteniendo bajo control las patologías respiratorias crónicas de 265 personas. Las consultas espontáneas también son prestaciones sensibles sobre todo durante el periodo de invierno, alcanzando un total de 94. Cabe mencionar además dentro de las prestaciones relevantes las visitas domiciliarias en pacientes con riesgo moderado y alto de fallecer en caso de presentar una neumonía.

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

Prestaciones Sala IRA desde enero a octubre de 2014

Nº Controles Médico IRA	262
Nº Controles Kinesiólogo IRA	1364
Nº de Ingresos enfermedades respiratorias agudas	431
Nº ingresos enfermedades respiratorias crónicas	58

PROGRAMA DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS DEL ADULTO (ERA)

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

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

La sala ERA es el lugar físico para la observación, control y procedimientos para enfermos respiratorios adultos en atención primaria, la cual está conformada por un médico y kinesiólogo.

Durante el año 2014 (desde enero hasta octubre), el Programa ERA permitió realizar 687 controles kinésicos y 258 controles médicos, manteniendo bajo control las patologías respiratorias crónicas de 219 personas. Además se realizaron 180 espirometrías y 443 flujometría, exámenes que permiten evaluar la función pulmonar. Las consultas espontáneas de urgencia, con su respectiva intervención de crisis respiratoria, también son prestaciones relevantes durante el periodo de invierno en la Sala ERA, alcanzando un total de 37. **Los pacientes con EPOC tienen una elevada prevalencia de tabaquismo en la comuna, alcanzando un 32% dentro de nuestros pacientes bajo control**, cesación indispensable para lograr un control de su enfermedad además de alcanzar una buena calidad de vida.

Como iniciativa importante del programa, durante 2014, destaca la incorporación del kinesiólogo Walter Sepúlveda, con el objetivo de cumplir con la meta de realizar un Programa de Rehabilitación Pulmonar dirigido al menos al 10% de los usuarios con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), mejorando su calidad de vida a través del ejercicio físico y la educación. Algunas de las actividades realizadas fueron:

- 1- Evaluación de capacidad aeróbica de 15 pacientes, a través de la aplicación del Test de Marcha 6 minutos y Test incremental con cicloergómetro, con un total de 30 test de marcha (pre y post programa de rehabilitación pulmonar) y 15 (test incremental).
- 2- Rehabilitación Pulmonar de 10 a 20 sesiones de ejercicio, de 1 hora con 30 minutos, por persona.
- 3- Evaluación de la calidad de vida a través de la encuesta CAT y una encuesta de percepción de salud pre y post programa de rehabilitación pulmonar.



PROGRAMA DE REHABILITACION INTEGRAL CON BASE COMUNITARIA

REHABILITACIÓN CON BASE COMUNITARIA (RBC)

“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)

Poner en marcha este concepto significa un proceso complejo para la comunidad, el inicio de un cambio cultural, pasar de paciente a sujeto de derechos, del logro de funcionalidad a inclusión social como objetivo de la intervención, de entender a la persona como minusválido a persona en situación de discapacidad (PsD), comprender la discapacidad como un proceso dinámico y que puede variar de acuerdo a los cambios personales y medio ambientales, pasar de un trabajo que era eminentemente uno a uno con el paciente, a un enfoque de trabajo grupal y con redes sociales. Este no es un cambio menor, tanto para los gestores de políticas de salud como para los profesionales respectivos.

DIAGNOSTICO PARTICIPATIVO DE DISCAPACIDAD, REQUINOA

Objetivo General:

Reconocer e identificar las necesidades de los habitantes de la comuna de Requinoa que se encuentren en Situación de Discapacidad.

Objetivos Específicos:

- Reconocer, describir y valorar las necesidades de la comunidad en situación de discapacidad de la comuna de Requinoa.
- Categorizar las posibles causas, problemas y consecuencias de la muestra encuestada en relación a las PsD.
- Generar y Fortalecer las redes de apoyo social, comunicativas y participativas de los intersectores.
- Potenciar la comunicación y participación de las distintas redes a nivel comunal, para la solución conjunta de las problemáticas planteadas.

Metodología utilizada

El equipo de rehabilitación realizó 5 reuniones de Diagnostico participativo, con distintos grupos comunitarios, aprox. con 130 personas en total.

1. 2 Reuniones en Centro Comunitario de Requinoa.
2. 3 Reuniones en Centro Comunitario de Rehabilitación de Requinoa.

Metodología:

- Apoyo de imágenes
- Focus Group
- Lluvia de ideas



Resultados

DIAGNOSTICO DE LA RED DE SALUD		
Establecimiento	Problemas que resuelve	Cómo se relacionan
CCR	Lista de espera para acceder al CCR <ul style="list-style-type: none"> Solucionado con aumento de la carga horaria del personal. Creación de programa de promoción y prevención de las patologías más comunes. 	Trabajo colaborativo en CCR
CESFAM	Desconocimiento de la temática de sexualidad en el PsD <ul style="list-style-type: none"> Incorporar en el programa materno-sexual de CESFAM de nuestra comuna a las PsD. 	Trabajo en conjunto y colaborativo CESFAM-Escuela Especial.
CESFAM CCR	Problemas de accesibilidad en CESFAM y CCR <ul style="list-style-type: none"> Solución en CCR construcción de edificio nuevo. Mejoras estructurales en CESFAM. 	Proyectos a nivel municipal
CESFAM	Falta de atención y apoyo a las personas que son cuidadores de postrados <ul style="list-style-type: none"> Tratamiento de forma integral a la familia y cuidador del paciente postrado, a través del modelo de salud familiar. 	Trabajo en conjunto y colaborativo CESFAM-Equipo Postrados-Equipo transversal (según corresponda).
DIAGNOSTICO DE LA RED LOCAL		
Instituciones, organizaciones	Problemas que resuelve	Cómo se relacionan
MUNICIPALIDAD CCR PROGRAMA DISCAPACIDAD	Dificultades de acceso en lugares públicos y transporte. <ul style="list-style-type: none"> Compromiso de la autoridad local a mejorar el acceso domiciliario de las PsD ,con información entregada por CCR Hacer llegar a la dirección de obras la norma de accesibilidad universal. Invitar a sindicato de colectivos a sensibilización en el tema. 	Gestión para jornadas de sensibilización social.
	Escaso campo Laboral para PsD <ul style="list-style-type: none"> Reunión entre OMIL, Terapeuta Ocupacional, Alcalde para establecer programa de reinserción laboral. 	Asambleas con representantes de estas, correspondientes a sus sectores.
CCR- PROGRAMA MUNICIPAL DE DISCAPACIDAD	Falta de información y/o desconocimiento de la comunidad con respecto a la temática de discapacidad <ul style="list-style-type: none"> En boletín de taller de comunicación realizado en CCR, incluir espacio informativo sobre discapacidad. Radio Comunitaria con espacio mensual para tratar la temática 	Difusión de temática a través de medios de comunicación
	Escaso apoyo a familias o cuidadores de PsD, disminuye su participación en actividades sociales. <ul style="list-style-type: none"> Generar contacto con agrupación de cuidadores, cruz roja y otras agrupaciones, para generar voluntariado de apoyo a los cuidadores de PsD. 	Generar y Fortalecer las redes de apoyo social, comunicativas y participativas de los intersectores. Creación de monitores
DIAGNOSTICO DE LA RED DE EDUCACIÓN		



Instituciones, organizaciones	Problemas que resuelve	Cómo se relacionan
DAEM	Sensibilización y difusión de la temática discapacidad en la comunidad escolar, como programática estable en los centros educacionales.	Asambleas con centro de padres, Alumnado.
DAEM	Trabajo en redes en forma sistemática, con plan de trabajo de sexualidad, estable en los centros educacionales.	Especialistas en el tema en conjunto con profesorado.
Escuela Especial DAEM	Discriminación a los alumnos de Escuela Especial. <ul style="list-style-type: none"> • Difusión comunitaria de la escuela especial. • Mostrar a autoridades escolares comunales, la realidad de la escuela especial, que permita el acceso a los espacios y posteriormente a la comunidad escolar completa. 	Fomentar espacios de participación DAEM-Escuelas.
Escuela Especial Municipalidad Omil	Alumnos con mayores NEE una vez que egresan de la escuela se quedan en casa sin realizar actividades productivas. <ul style="list-style-type: none"> • Escuela especial: Creación de talleres protegidos. • Gestión municipal: Establecer redes con entidades laborales para favorecer la inclusión laboral estable. • Redes de financiamiento: postular a proyectos de inclusión laboral. 	Generación de acuerdos entre empresarios- OMIL y programa discapacidad de la municipalidad

PLANIFICACIÓN

Objetivos del programa

- Asumir la rehabilitación integral a personas en situación de discapacidad en su comunidad con un enfoque Biopsicosocial
- Asumir en su totalidad a las personas en situación de discapacidad leve, transitoria o permanente.
- Apoyar la resolución en Atención Primaria de los síndromes dolorosos de origen osteomuscular.
- Apoyar el manejo de las personas en situación de discapacidad moderada y severa y de sus familias.
- Apoyar el desarrollo de redes y el trabajo intersectorial
- Educación y prevención de discapacidad.
- Apoyar al trabajo con los grupos de riesgo, en particular con el adulto mayor.

Población Objetivo:

Este programa focaliza preferentemente en la población de 20 años y más.

Metas RBC

- 30% o menos de los procedimientos corresponden a fisioterapia
- 5% de las PSD reciben Consejería Individual y/o familiar
- 10% PsD con Visita Domiciliaria Integral
- 10% de las PsD atendidas en el Centro logran participación en la comunidad (inclusión social (trabajo, escuela, grupos sociales, organizaciones)
- 50% de PsD reciben alta posterior al cumplimiento del plan de trabajo
- Mantener al menos un 20% de PsD con parkinson , secuela de AVE, TEC, LM y otros déficit secundarios a compromiso neuromuscular
- 20% de las actividades de participación corresponden a actividades del Diagnóstico o Planificación Participativa
- 35% de las personas que ingresan al Programa reciben Educación Grupal.
- 50% de las actividades para fortalecer los conocimientos y destrezas personales, se orientan al trabajo con cuidadores.
- 100% de los centros cuentan con Dg participativo
- 100% de los centros cuentan con Planificación de las Actividades Comunitarias a realizar con las organizaciones que trabajan en discapacidad en el territorio.
- Difundir el programa en el Consejo Técnico del o los establecimientos que derivan a la sala, en las reuniones generales, en Consejo municipal, Consejos de Desarrollo,



Problema de salud priorizado	Relación con estrategia nacional de salud	Objetivo general	Objetivo específico	Meta	Estrategias	Actividades	Plazo	Responsable	Indicadores
Sobrecarga física y emocional en cuidadores de personas con alta dependencia	Prevenir y reducir la discapacidad	Prevenir la discapacidad en los cuidadores de personas con alta dependencia.	-Disminuir la sobrecarga del cuidador -Dar continuidad de los cuidados de rehabilitación en domicilio.	20 % de las actividades de educación grupal y promoción y trabajo intersectorial se orientan al cuidado de los cuidadores	Talleres educativos	Realizar Talleres destinados a entregar herramientas de cuidado a los cuidadores	Diciembre 2015	Klga. Ivannia Soto	(N° Total de actividades de cuidado a los cuidadores/ total de actividades promoción y trabajo Intersectorial + total actividades educación grupal) x 100
Alta dependencia en personas en situación de discapacidad de la comuna	Prevenir y reducir la discapacidad	Favorecer que las personas en situación de discapacidad de la comuna, logren el máximo de autonomía e independencia.	-Intervenir en base al modelo de rehabilitación Comunitaria. -Intervenir de manera multidisciplinaria.	50% de PsD reciben alta posterior al cumplimiento del plan de trabajo.	Rehabilitación basada en la Comunidad	Trabajar con Plan de Tratamiento consensuado, con objetivos terapéuticos definidos y alta posterior a su cumplimiento.	Diciembre 2015	Klga. Ivannia Soto	(N° Total de Egresos por Alta posterior a PTI/ Total Ingresos) x 100

- MATRIZ DE PLANIFICACIÓN**

ESTADISTICA RELEVANTE ENERO- OCTUBRE 2014

N° total ingresos a rehabilitación (N° de personas)	650
N° total de sesiones de rehabilitación:	
kinesiólogos	3098
Terapeuta Ocupacional	763
Fonoaudióloga	943
Psicóloga	85
N° de visitas domiciliarias integrales	93
N° de personas que ingresan a educación grupal	155
Adaptaciones en el hogar	16



PROGRAMA DE SALUD MENTAL

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

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

Los ingresos por esta patología a Octubre del año en curso es de 141 casos, los que requieren de parte del centro de salud realizar intervenciones individuales, grupales y comunitarias: con el fin de poder estabilizar al usuario y su entorno, además en nuestra comuna se movilizan estrategias orientadas al desarrollo de habilidades practicas como lo fue el taller de manualidades para usuarios ingresados por depresión y el tratamiento con terapias complementarias como flores de Bach, a las indicaciones médicas y psicoterapéuticas.

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

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

Otros Datos Relevantes

Total Consultas Salud Mental a Octubre 2014

	Médico	Psicólogo	A. Social	Flores de Bach
CESFAM	930	1550	308	168
LIRIOS	149	340	88	0
ABRA	94	338	50	0
TOTIHUE	0	110	21	0
TOTAL	1173	2338	467	168

Ingresos por Depresión en personas mayores de 15 años Octubre 2014. Programa Salud Mental CESFAM Requinoa

	CESFAM	Postas	Total
Depresión Leve	4	22	26
Depresión Moderada	46	63	109
Depresión Severa	3	3	6
Total	53	88	141

Población Bajo Control a Octubre 2014 por Depresión

	CESFAM	Postas	Total
Depresión Leve	19	60	79
Depresión Moderada	294	205	499
Depresión Severa	13	7	20
Total	326	272	598

Población Bajo Control a Octubre 2014. Programa Salud Mental

Población Total Bajo	Población Bajo Control	Población bajo control	Población bajo control
----------------------	------------------------	------------------------	------------------------

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



Control	Mayores de 15 años	por Depresión mayores de 15 años	por Trastornos Emocionales mayores de 15 años
1741	1526	598	686
100%	87.6%	39 %	44.9 %

- Trastornos emocionales: Cuadro que puede Derivar a depresión si no recibe el adecuado abordaje multidisciplinario.
- La Depresión representa el 39 % de la totalidad de pacientes bajo control mayor de 15 años, lo que resulta significativo, debido a que es mayor al 30% esperado. Además es necesario considerar el riesgo que representan los trastornos emocionales, los que al volverse recurrentes pueden desarrollar episodios Depresivos y como tal cuadros Depresivos.

Consumo de Alcohol Programa Piloto Vida Sana OH en APS

Población inscrita de 15 a 44 años	Meta aplicación AUDIT año 2014	AUDIT aplicados a Octubre 2014	Intervenciones Breves (Base a meta 2014)	Intervenciones Mínimas (En base a meta 2014)
12288	1228	1208	286	1027
100 %	10 %	9.8 %	23.28 %	83.6 %

Estos resultados resultan significativos, debidos a que el 83.6 % ha requerido recibir Intervención Minina, lo que significa que se han debido realizar consejerías preventivas de refuerzo de consumo de bajo riesgo, según puntaje obtenido en Tamizaje AUDIT. (0 a 7 puntos)

Por otra parte la meta de intervenciones breves esperadas, en base a la meta del 10 % de la población objetivo, es significativo y considerable un problema de salud, debido a que se ha requerido realizar hasta la fecha 286 intervenciones breves de 122 esperada, lo que representa un aumento del 10% esperado a un 23.28 %; entendiendo las intervenciones breves como la implementación de estrategias de motivación y cambio para disminuir el consumo de riesgo (8 a 15 puntos).

Población Total Bajo control mayores de 15 años	Población bajo control por Alcoholismo mayores de 15 años
1526	83
100 %	5.4 %

De lo anteriormente expuesto se deduce que los problemas prioritarios de nuestro programa a trabajar durante el año 2015 son:

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

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

ESTRATEGIAS PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS MOBJETIVOS PLANTEADOS:

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



LÍNEAS DE TRABAJO:

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

ACTIVIDADES:

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



MODELO DE SALUD FAMILIAR

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

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

Metodología de Trabajo.

Nuestro trabajo se realiza en base al Modelo de Salud Integral, el cual constituye un elemento eje de la Reforma del sector, siendo aplicable a toda la Red de Salud.

Sus elementos centrales son:

a) Enfoque Familiar y Comunitario

Proporcionar a los individuos, familia y comunidad, condiciones para el mantenimiento y el cuidado de la salud, dar respuesta a sus necesidades de manera integral, continua, oportuna, eficaz, accesible y de calidad. Existen resistencias importantes al momento realizar los procesos de sectorización de las familias según el ordenamiento territorial establecido, por lo cual es necesario reforzar y mejorar el nivel obtenido en Salud Familiar.

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

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

b) Prestación de Servicios Integrados e Integrales

A pesar de que tradicionalmente en la atención de salud se habla de consultas y controles, se espera que en cada contacto con individuos, familias y comunidades, se visualice la oportunidad para incorporar acciones de Promoción de la salud y prevención de enfermedades, fomentando el autocuidado individual y familiar y la generación de espacios saludables. El equipo de salud debe ser capaz de actuar con Servicios Integrados y acordes a las particularidades socioculturales de la población usuaria, especialmente en los problemas psicosociales prevalentes y emergentes en la población, la que cada vez más instruida e informada de sus derechos, tiene expectativas crecientes respecto a los Servicios de Salud.

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

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

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

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



Grupos de riesgo seleccionados para aplicación de Tarjeta Familiar

- ❖ Usuario/as de Salud mental, usuaria/os en riesgo Chile Crece Contigo, postrados y todos aquellos usuarios en los cuales se identifique algún riesgo que requiera intervención.

Desafíos año 2015

1. Continuar con el proceso de Consolidación Del Modelo de Salud Familiar. Dos reuniones al mes con agenda protegida, y una reunión ampliada Chile Crece Contigo mensual.
 2. Trabajar con los representantes de la Comunidad a través del Consejo de Desarrollo Local de Salud.
 3. Priorizar la atención a los usuarios de acuerdo a los Equipos de Cabecera que corresponden.
 4. Continuar capacitación sobre Salud Familiar, para aquellos funcionarios que se integran al equipo de trabajo, así como también realizar constantes actualizaciones sobre temas relacionados con salud familiar. A diciembre 2015, el 100% de los integrantes del Equipo Araucaria debe haber cursado los 3 primeros módulos de Salud Familiar en capacitación autogestionada del MINSAL.
 5. Realizar al menos 1 actividad de Promoción y Prevención masiva a nuestros usuarios.
 6. Realización de 1 Boletín Informativo por semestre.
 7. Trabajar en el fortalecimiento del Equipo, mejorando la calidad de la atención a nuestros usuarios a través de las visitas en terreno por la totalidad del equipo de trabajo.
 8. Mejorar la conectividad con el intersector, y el trabajo en RED con los diferentes niveles de atención de salud.
 9. Actualización de Tarjeta Familiar a usuarios de equipo postrado.
- Implementar la participación activa y constante del Equipo Transversal, al trabajo de los Equipos de Cabecera.
10. Trabajar en la Mejora del Clima Laboral y autocuidado del Equipo, a través de la autoevaluación y análisis FODA semestral.

DATOS RELEVANTES

TABLA N° 1. ESTUDIOS DE FAMILIA POR EQUIPOS DE CABECERA DESDE EL 01/01/2014 AL 31/10/2014, SEGÚN MOTIVO DE ESTUDIO.

SECTOR	Problemas de Salud mental	Riesgo biopsicosocial en gestantes	Riesgo biopsicosocial en niños	Otros grupos de riesgo	TOTAL
ALMENDRA	5	2	5	0	12
ROBLE	2	0	7	0	9
ARAUCARIA	2	3	3	3	11
TOTAL	9	5	15	3	32

Fuente: Libros de Actas Equipos de Cabecera



TABLA N° 2. REUNIONES INTRASECTOR AL 31 DE OCTUBRE 2014 EQUIPO ARAUCARIA.

EQUIPOS DE CABECERA	NÚMERO DE REUNIONES REALIZADAS
ALMENDRA	11
ROBLE	10
ARAUCARIA	19
TOTAL	40

Fuente: Libros de Acta Equipo de Cabecera

ANÁLISIS FODA DEL FUNCIONAMIENTO DEL MODELO DE SALUD FAMILIAR

<p>FORTALEZAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trabajo en equipo, con reuniones de sector periódicas. • Buena coordinación de los Equipos de Cabecera. • Trabajo interdisciplinario entre los diferentes profesionales. • Buenas relaciones humanas. • Profesionales con experiencia en Salud Familiar. 	<p>OPORTUNIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tener una mirada integral del usuario, entendiendo la enfermedad en un contexto biopsicosocial. • Desarrollo de un trabajo más promocional y preventivo de la salud. • Lograr disminuir índices de enfermedad, y buena adherencia a controles e indicaciones. • Capacitación permanente.
<p>DEBILIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> • La alta demanda de atención no permite a los profesionales dedicar tiempo suficiente al trabajo en Salud Familiar. • Sectorización geográfica, no se ve reflejada en las agendas de los profesionales. • Poco uso de la Tarjeta de Salud Familiar, y desconocimiento del instrumento por parte de funcionarios del CESFAM. • Escasa coordinación con los representantes del Consejo de Desarrollo Local de Salud 	<p>AMENAZAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • La gran demanda de los usuarios es de tipo asistencial, sin gran interés en lo preventivo. • Constante rotación de los profesionales del equipo. • Falta de inducción para profesionales nuevos. • Falta de recursos materiales para llevar a cabo el trabajo en terreno.



Problema Priorizado	Objetivos Tácticos	Metas	Responsables	Primer trimestre año 2015	Segundo trimestre año 2015	Tercer trimestre año 2015	Cuarto trimestre año 2015	MEDIO VERIFICADOR
Continuar con el Proceso de Consolidación Del Modelo de Salud Familiar.	Reuniones periódicas de equipo de salud	Reuniones periódicas	Jefe equipo. Integrantes del equipo.	X	X	X	X	Libros de actas. Registro de asistencia.
Potenciar en Enfoque familiar y comunitario.	Trabajar con los representantes de la Comunidad a través del Consejo de desarrollo local.	Asistencia al menos a 1 reunión Del Consejo por trimestre por parte de la Jefatura de Equipo	Jefe de Equipo. Director. Consejo de Desarrollo Local.	X	X	X	X	Libros de actas. Registro de asistencia y acuerdos.
Equipo de Salud capacitado, y con alto nivel resolutivo en temas de Salud Familiar.	Capacitación permanente y actualizada sobre Salud Familiar para los integrantes del equipo, constantes	100% de los integrantes del Equipo Araucaria debe cursar los 3 primeros módulos de Salud Familiar en capacitación autogestionada del MINSAL	Jefe de Equipo Integrantes del Equipo Araucaria	X	X	X	X	Certificados de capacitación de los integrantes del equipo
Concientización de la población respecto al modelo Biopsicosocial.	Difusión del modelo de salud familiar a nuestros usuarios.	Difusión por medios de comunicación escritos, (murales, trípticos) y verbales (charlas en sala de espera y entrega de información en box de atención).	Todos los sectores.	X	X	X	X	Encuesta de satisfacción usuaria con preguntas dirigidas al conocimiento del modelo por parte de los usuarios.
Actualización permanente de los funcionarios en temas de Salud familiar	Difusión del modelo de salud familiar a nuestros funcionarios.	Al menos 1 boletín Informativo por semestre.	Integrantes equipo Araucaria	X	X	X	X	Boletín en libro de actas y difusión del mismo.



Poco interés de los usuarios en temas de promoción y prevención.	Fomentar la Promoción y Prevención en salud	Realizar al menos 1 actividad de promoción y prevención masiva a nuestros usuarios.	Integrantes Equipo Araucaria	X	X	X	X	Fotografías Listas de asistencia.
Trabajo basado en los elementos centrales del Modelo (Enfoque familiar, integral y continuidad)	Continuar con la aplicación del Modelo de Salud Familiar	Al menos 1 estudio de Familia mensual	Jefe Equipo Araucaria	X	X	X	X	Libro de Actas del Equipo
Consolidar el vínculo entre el equipo de salud y su población a cargo	Mejorar la calidad de la atención a nuestros usuarios a través de las visitas en terreno por la totalidad del equipo de trabajo.	Realizar al menos 1 vez por mes visitas domiciliarias como equipo de cabecera	Dirección. Equipo de Salud	X	X	X	X	Registros estadísticos de VDI
Fortalecer el Trabajo y coordinación con el equipo transversal	Reuniones programas con el jefe del equipo transversal	Asistencia a 1 reunión de equipo por trimestre por parte del Jefe de equipo Transversal	Jefe de equipo Transversal	X	X	X	X	Libros de actas. Registro de asistencia y acuerdos.



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	
Baja Asistencia al Taller NEP por padres, madres y/o Cuidadores de niños entre 0 a 5 años.			X					X					X					X			12
Existe una alta Prevalencia de rezago en niños entre 4 meses y 2 años.					X					X					X					X	20
Baja Cobertura de LME hasta los 6 meses de vida.		X								X		X							X		12
Baja Cobertura de recuperación del rezago en niños de 2 a 3 años.				X				X					X						X		13
Poco interés en los usuarios en intervenciones de prevención y adherencia a actividades de promoción.					X				X			X						X			13
Alta Incidencia y Prevalencia de Depresión en mayores de 15 años.					X					X				X						X	18
Alta Prevalencia de Consumo de Alcohol en Riesgo			X						X				X				X				12
Baja cobertura de control efectivo de patologías crónicas(HTA-DM)				X						X				X						X	18



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 de caries en menores de 20 años en la comuna de Requinoa.			X					X					X					X			12
Baja Asistencia de mujeres a las diversas actividades Preventivas y Promocionales para la toma del Pap, en mujeres de 26 a 64 años.				X						X					X					X	19
Existe baja Cobertura de Control Climaterio.			X					X				X					X				10
Existe Baja Cobertura de Control Preconcepcional.		X							X				X					X			12
Existe una elevada Prevalencia del consumo de tabaco en pacientes que consultan por causa respiratoria			X						X					X			X				14
Baja Cobertura de pacientes con Síndrome Bronquial Obstructivo recurrente de 0 a 4 años y de Asma Bronquial de 0 a 9 años.		X					X						X				X				9

PROBLEMA DE SALUD PRIORIZADO	RELACION CON ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVO ESPECIFICO	MÉTA	ESTRATEGIA	ACTIVIDADES	PLAZO	RESPONSABLE	INDICADORES
			28	Centro de Salud Familiar Joaquín Edwards S. Requinoa					



MATRIZ DE PLANIFICACION

Problema de Salud Priorizado	Relación con Estrategia Nacional de Salud	Objetivo General	Objetivo Especifico	Meta	Estrategias	Actividades	Plazo	Responsable	Indicadores
II. BAJA ASISTENCIA DE MUJERES A LAS DIVERSAS ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y PROMOCIONALES PARA LA TOMA DE PAP EN MUJERES DE 25 A 64 AÑOS DE EDAD.	OE.2,5 REDUCIR LA TASA DE MORTALIDAD POR CANCER	Disminuir la mortalidad por cáncer cérvico uterino	Aumentar la cobertura de mujeres entre 25 y 64 años con PAP vigentes en la comuna de Requinoa	Alcanzar el 70% de mujeres de 25 a 64 años con Pap vigente al 31 de diciembre de 2015	<p>Actividades de rescate: contacto telefónico, visita domiciliaria, citaciones, etc.</p> <p>Toma del examen PAP, informe de resultados.</p> <p>Difundir masivamente la importancia de la toma de PAP, para la detección precoz y derivación oportuna a los niveles de mayor complejidad.</p> <p>Actualización de de base de datos con tarjeteros de mujeres con PAP, sectorizados por equipo de cabecera</p>	<p>Difusión en medios de comunicación masiva como Radio Requinoa 3 sesiones.</p> <p>Talleres con apoderadas y alumnos de los establecimientos educacionales de la comuna y organizaciones sociales, 6 talleres.</p> <p>Charlas cortas en difusión en el establecimiento de salud, 12 sesiones</p> <p>Actividades de rescate: contacto telefónico (500 anuales, y visita domiciliaria (200 anuales)</p>	2 de enero al 30 de diciembre de 2015	Jefa/e Programa Salud de la Mujer	<p>Número de actividades promocionales en medios de comunicación masiva realizadas _____*100</p> <p>Número de actividades promocionales en medios de comunicación masiva programados.</p> <p>Número de talleres con apoderados, alumnos, juntas de vecinos realizados. _____*100</p> <p>Número de talleres con apoderados, alumnos, juntas de vecinos programados.</p> <p>Número de sesiones promocionales realizados en establecimientos de salud _____*100</p> <p>Número de sesiones promocionales en los establecimiento de de salud.</p> <p>Número de rescates telefónicos realizados _____*100</p> <p>Número de rescates telefónicos programados</p> <p>Número de visitas domiciliarias de rescates realizadas _____*100</p> <p>Número de visitas domiciliarias de rescate programadas</p>

30

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



MATRIZ DE PLANIFICACION

Problema de Salud Priorizado	Relación con Estrategia Nacional de Salud	Objetivo General	Objetivo Específico	Meta	Estrategias	Actividades	Plazo	Responsable	Indicadores
					Rescate de aquellas mujeres que se encuentran sin examen PAP, deban repetírselo o esté atrasado. Dando énfasis a quienes tengan factores de riesgo	Toma del examen de PAP. Informe de los resultados. Actualización continua de base de datos con tarjeteros de mujeres con PAP, sectorizado por equipo de cabecera (mensual),			Número de mujeres de 25 a 64 años inscrita validadas con PAP vigente al diciembre de 2015. _____*100 Número de mujeres de 25 a 64 años inscritas validadas, con PAP vigente a diciembre de 2015



PROBLEMAS PRIORIZADOS UNIDAD SALUD MENTAL AÑO 2015									
Problema de Salud Priorizado	Relación con Estrategia Nacional de Salud	Objetivo General	Objetivo Especifico	Meta	Estrategias	Actividades	Plazo	Responsable	Indicadores
III Alta Incidencia y Prevalencia de Depresión en Mayores de 15 años	Salud mental Trastornos Mentales (2.7)	Pesquisa oportuna cuadros Depresivos Leves y moderados En CESFAM y Postas rurales	Brindar tratamiento multidisciplinario Con el objetivo de disminuir el riesgo biopsicosocial del paciente y su entorno inmediato	Ingresar el total de diagnosticados A programa salud mental de CESFAM Requinoa	Entrevista Clínica	Promoción Talleres y Charlas Psicoeducativas	02 de enero al 31 de diciembre 2015	Equipo Salud Mental	<u>Talleres Planificados</u> *100 Talleres Realizados
						Prevención Consejería Individual y Familiar	02 de enero al 31 de diciembre 2015	Equipo Salud Mental	<u>Entrevistas Iniciales</u> * 100 Entrevistas Iniciales con Consejería
						Diagnostico y tratamiento Aplicación Instrumentos diagnósticos, ingreso e inicio de tratamiento	02 de enero al 31 de diciembre 2015	Equipo Salud Mental	<u>Nº de ingresos realizados</u> *100 Nº de ingresos realizados con Pauta CIE 10 y Goldberg
						Rehabilitación Grupo Autoayuda y participación comunitaria	02 de enero al 31 de diciembre 2015	Equipo Salud Mental	<u>Nº de Asistentes a Talleres</u> *100 Nº de Asistentes Programados



MATRIZ DE PLAN CARDIOVASCULAR

Problema de salud priorizado	Relación con estrategia nacional de salud	Objetivo general	Objetivo específico	Meta	Estrategias	Actividades	Plazo	Responsable	Indicadores
IV. Bajo control efectivo de patologías crónicas bajo control (HTA-DM)	Incrementar la proporción de personas con diagnóstico hipertensión arterial	Incrementar la proporción de personas con hipertensión arterial controlada	Mejorar el control efectivo de la población hipertensa bajo control	Aumentar 50% la cobertura efectiva del tratamiento de hipertensión arterial	Fomento de estilos de vidas Saludables y pesquisa precoz de enfermedad	Promoción Estilos de vida Saludables -Charlas -Actividades comunidad	Cada 3 meses (4)	Prof. Educación Física Médicos Enfermeros Kinesiólogo	$\frac{\text{N}^\circ \text{ sesiones realizadas}}{\text{N}^\circ \text{ sesiones programadas}} * 100$
						Prevención: EMP en personas de 20 a 64 años	A diario	Pesquisaje: Equipos de Salud Aplicación: TENS, visados por profesionales	$\frac{\text{N}^\circ \text{ EMPAS realizados año 2015}}{\text{N}^\circ \text{ EMPAS exigidos 2015}} * 100$
	Incrementar la proporción de personas con diagnóstico hipertensión arterial	Incrementar la proporción de personas con hipertensión arterial controlada	Mejorar el control efectivo de la población hipertensa bajo control	Aumentar 50% la cobertura efectiva del tratamiento de hipertensión arterial	Eficientes y eficaces controles multidisciplinarios	Controles periódicos integrales Refuerzo en EVS, trabajo en equipo con derivación o consultas espontáneas	Dependiendo del riesgo cardiovascular	Médicos Enfermeros Nutricionistas	$\frac{\text{N}^\circ \text{ personas hipertensas de 15 y más años Compensados}}{\text{Total de personas hipertensas de 15 Bajo Control}} * 100$

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



ILUSTRE
MUNICIPALIDAD
REQUINOA

						<p>Talleres de actividad física a pacientes en control</p> <p>Rescate de pacientes inasistentes</p> <p>Taller de educación sobre patología</p> <p>Difusión de información en medios masivos</p>	<p>Semanales (8 talleres)</p> <p>Mensual</p> <p>C/3 meses (4)</p> <p>Semestral (2)</p>	<p>Profesora Educación Física</p> <p>TENS Médicos Equipos</p> <p>Médicos Enfermeros Nutricionista</p> <p>Equipo</p>	<p>$\frac{\text{N}^\circ \text{de talleres realizados}}{\text{N}^\circ \text{talleres programados}} * 100$</p> <p>$\frac{\text{N}^\circ \text{ Asistentes Rescatados}}{\text{N}^\circ \text{ pacientes citados}} * 100$</p> <p>$\frac{\text{N}^\circ \text{ Talleres Realizadas}}{\text{N}^\circ \text{ Talleres Programadas}} * 100$</p> <p>$\frac{\text{N}^\circ \text{ Act. de Difusión realizadas}}{\text{N}^\circ \text{ Act. de Difusión Programados}} * 100$</p>
	Incrementar la proporción de personas con diagnóstico DM	Incrementar la proporción de personas con DM controlada	Mejorar cobertura efectiva del tratamiento de diabetes mellitus tipo 2	Aumentar 20% la cobertura efectiva del tratamiento de diabetes mellitus tipo 2	Educar a la población diabética bajo control en estilos de vida saludable.	<p>Prevención: EMP en personas con factores de riesgo EMP c/3 años</p> <p>Promoción: Talleres de alimentación</p>	<p>A diario</p> <p>Cada 3 meses</p>	<p>Equipos de Salud</p> <p>Nutricionista Profesora de</p>	<p>$\frac{\text{N}^\circ \text{EMPAS realizados año 2015}}{\text{N}^\circ \text{EMPAS exigidos 2015}} * 100$</p> <p>$\frac{\text{N}^\circ \text{ sesiones realizadas}}{\text{N}^\circ \text{ sesiones programadas}} * 100$</p> <p>Nº Personas con DM2 de 15 y más años.</p>

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



ILUSTRE
MUNICIPALIDAD
REQUINOA

					saludable y actividad física		Educación Física	Compensadas * 100 Total de personas con DM2 de 15 y más años Bajo Control
					Disminuir las complicaciones crónicas	Según riesgo Cardiovascular	Equipos de Salud	N° de Controles Pie Diabéticos Realizados * 100 N° Pacientes Diabéticos en control
					Rescate de pacientes	Todo control		
					Evaluación Pie diabético	Todo control	Enfermeros y Médicos	N° Pacientes con TFG vigente * 100 N° Pacientes Bajo Control
					Tasa de Filtración Glomerular (TFG)		Médicos y enfermeros	



MATRIZ DE PLANIFICACIÓN ERA

Problema de salud priorizado	Relación con estrategia nacional de salud	Objetivo general	Objetivo específico	Meta	Estrategias	Actividades	Plazo	Responsable	Indicadores
Elevada prevalencia del consumo de tabaco en pacientes con EPOC bajo control en la Sala ERA	Prevenir y reducir la morbilidad, la discapacidad y mortalidad prematura por afecciones crónicas no transmisibles	Disminuir la morbilidad respiratoria asociada al tabaco en pacientes con EPOC	-Fomentar hogares libre del humo del tabaco - Fomentar la disminución y cesación del consumo de tabaco	100% de ingresos y consultas respiratorios con consejería breve antitabaco	Consejerías individuales y grupales	Realizar consejerías breves antitabaco en todas las consultas y controles a pacientes EPOC.	Diciembre 2015	Equipo IRA-ERA	Nº de consejerías breves antitabaco <u>realizadas</u> * 100 Nº total de controles respiratorios realizados a pacientes EPOC



MATRIZ DE PLANIFICACION DE PROBLEMAS PRIORIZADOS EN CONSEJO DE DESARROLLO LOCAL DE SALU D (CDLS)

Problema de salud priorizado	Relación con estrategia nacional de salud	Objetivo general	Objetivo específico	Meta	Estrategias	Actividades	Plazo	Responsable	Indicadores
Deficiencia en la calidad de la atención del personal de salud.	8. Mejorar la calidad de la atención de salud en un marco de respeto de los derechos de las personas.	8.4 Disminuir la insatisfacción usuaria.	-Fortalecer la percepción de calidad de atención y buen trato al usuario en la comunidad. - Reducir reclamos por trato al usuario, competencia técnica, tiempo de espera y procedimiento administrativo.	Disminuir los reclamos generados por trato al usuario. Capacitaciones relacionadas con trato al usuario representan un 20% del total de capacitaciones en el año.	Capacitación del personal en aspectos relacionados con el trato al usuario. Perfeccionar normativa interna respecto a sanción de funcionarios que incurrieren en dicha acción.	- Capacitar al personal en la ley 20.584 sobre "Derechos y Deberes de los Usuarios". -Capacitar al personal de áreas críticas en trato al usuario con hincapié en el manejo de pacientes difíciles, resolución de conflictos, trabajo en equipo y manejo de estrés. -Capacitar al personal respecto a la normativa interna del Depto. de Salud.	3 - 6 meses	Director Jefes de Equipo Jefes de Unidades de apoyo: - SOME - Farmacia - PNAC - Tratamiento - SUR - Laboratorio - PSR	Nº de reclamos generados por trato en un año / Total de reclamos en el año Nº de felicitaciones por mismo ítem generadas en un año / Total de reclamos en el año. Nº de capacitaciones realizadas al personal en un año / Nº de capacitaciones realizadas durante el año
				Disminuir los reclamos generados por competencia técnica.	Implementar sistema de reuniones clínicas con horario protegido para socialización de campañas u oficinas de la DSSO y MINSAL, Protocolos Clínicos y Cursos de Capacitación.	Reuniones clínicas semanales de 1 hr. de duración los días miércoles antes de reuniones de equipo. - 2 de médicos - 1 ampliada profesionales - 1 ampliada profesionales + TENS y administrativo por unidad o sector.	6 meses	- Director -Subdirector - Jefe de SOME	Nº de reuniones clínicas realizadas al mes.
				Disminuir los reclamos generados por tiempo de espera y procedimiento administrativo.	Disminuir los tiempos de espera por procesos clínicos y administrativos en unidades críticas del Depto. de Salud. Establecer flujogramas y protocolizar atención y procedimientos en unidades clínicas y administrativas.	- Creación de Manual de Procedimientos por cada Unidad de Apoyo. - Creación y socialización de flujogramas desde Unidad de Administración. - Agendas profesionales, horarios de colación, extensión horaria, atención de unidades médicas y unidades de apoyo realizadas de acuerdo a flujo de afluencia pacientes.	6 - 12 meses	Director Jefes de Equipo Jefes de Unidades de apoyo: - SOME - Farmacia - PNAC - Tratamiento - SUR - Laboratorio - PSR	Nº de reclamos generados por tiempo de espera en un año. Nº de reclamos generados por procedimiento administrativo generados en 1 año. Manual de funciones y procedimientos entregados a Dirección y socializados en 6 meses.



MATRIZ DE PLANIFICACION DE PROBLEMAS PRIORIZADOS EN CONSEJO DE DESARROLLO LOCAL DE SALU D (CDLS)

Problema de salud priorizado	Relación con estrategia nacional de salud	Objetivo general	Objetivo específico	Meta	Estrategias	Actividades	Plazo	Responsable	indicadores
				-Disminuir brecha asistencial por disponibilidad de agenda generada por cambios y pedidas de horas.	-Equipamiento e implementación de línea telefónica adicional o central telefónica para Call Center	-Implementación de Call Center com personal dedicado cuyas funciones serán: 1- Confirmar horas de citación para agendas críticas. 2- Creación de listas de espera para pacientes críticos. 3-Realizar cambios en horas de citación con re-agendamiento de estas. 4-Dación de Línea 800 a usuarios objetivo.	6 -9 meses	-Jefe Dpto. Salud. -Director -Jefe de Some	- Nº de reclamos generados por tiempo de espera relativos a las horas de citación/Total de reclamos durante el año.



Problema de salud priorizado	Relación con estrategia nacional de salud	Objetivo general	Objetivo específico	Meta	Estrategias	Actividades	Plazo	Responsable	Indicadores
Cumplimientos en las horas de citación.	8. Mejorar la calidad de la atención de salud en un marco de respeto de los derechos de las personas.	8.4 Disminuir la insatisfacción usuaria.	- Reducir los incumplimientos en las horas de citación de atenciones del Depto. de salud.	Disminuir los reclamos generados por tiempos de espera y procedimiento administrativo, relativos a las horas de citación	- Optimizar normativa interna respecto a procedimientos para cambio y/o bloqueo de agendas. - Creación de Manual de Procedimientos para Unidad SOME.	- Protocolizar procedimiento de bloqueo de horas entre Unidad SOME - Dirección y Funcionarios. - Entrega de Manual de Funciones y Procedimientos a Unidad SOME con capacitación y consentimiento informado.	3 meses	- Director - Jefe de SOME	- N° de reclamos generados por procedimiento administrativo, relativos a las horas de citación / Total de reclamos durante el año.
			- Fortalecer la coordinación entre áreas del Dpto. de Salud comprometidas. - Optimizar estrategia en SOME respecto a cambios imprevistos en horas de citación.	- Disminuir brecha asistencial por disponibilidad de agenda generada por cambios y pérdidas de horas - Margen de reclamos menor al 10% del total de reclamos del año. Alcanzar un nivel de satisfacción en atención oportuna igual o superior al 80% determinado a través de las encuestas aplicadas a los usuarios	- Equipamiento e implementación de línea telefónica adicional o central telefónica para Call Center. - Funcionario(s) SOME con dedicación exclusiva para Call Center.	- Implementación de Call Center con personal dedicado cuyas funciones serán: 1- Confirmar horas de citación para agendas críticas. 2- Creación de listas de espera para pacientes prioritarios. 3- Realizar cambios en horas de citación con re-agendamiento de estas. 4- Dación de Línea 800 a usuarios objetivo.	6 – 9 meses	- Jefe de Depto. de Salud - Director - Jefe de SOME	- N° de reclamos generados por tiempo de espera relativos a las horas de citación / Total de reclamos durante el año. Usuarios que perciben atención recibida como oportuna / Total de usuarios encuestados.
			Disminuir percepción de insatisfacción usuaria mediante campaña comunicacional y de participación ciudadana.	- Crear campaña comunicacional informativa para la comunidad. - Monitoreo de opinión mediante encuestas de satisfacción usuaria	- Campaña comunicacional extra muro informando procedimientos de SOME a la comunidad y solicitando acudir para actualización de números telefónicos. Publicaciones e intervenciones: 1 semestral en C.D.L.S 1 trimestral en Radio 1 mensual en Sitio Web 1 trimestral en Diario Mural en CESFAM y PSR - Aplicación de encuestas integradas de satisfacción usuaria auto aplicadas trimestrales con buzones en OIRS y SOME.	3 - 6 meses	- Jefe de Depto. de Salud - Director - Jefe de SOME - Jefe OIRS - Encargado RRPP Municipal	- N° de Intervenciones reuniones de Concejo de Desarrollo Local durante año 2015. - N° de Intervenciones en radio comunitaria durante el año 2015. - N° de publicaciones en sitio web durante año 2015. - N° de publicaciones en Diario Mural de CESFAM y PSR durante año 2015. - Aplicación de 3 encuestas de satisfacción usuaria durante el año 2015.	



CATEGORIA	Nº total Funcionarios	Total Horas semanales (Suma a +b +c)	Horas semanales plazo fijo (a)	Horas semanales plazo indefinido (b)	Horas semanales honorarios (c)
Médico/a	10	407	102	165	140
Odontólogo/a	7	253	55	198	0
Enfermero/a	5	220	88	132	0
Matrón/a	5	198	44	154	0
Nutricionista	3	132	44	88	0
A. Social	3	132	44	88	0
Psicólogo/a	5	154	22	132	0
Kinesiólogo	5	132	44	88	0
Laboratorista dental	0	0	0	0	0
Profesor Ed. Física	1	44	11	33	0
Terapeuta Ocupacional	1	44	44	0	0
Ed. Párvulos	0	0	0	0	0
Tec. Paramédico/a	35	1518	418	1100	0
TPM Farmacia	0	0	0	0	0
TPM Dental	5	220	88	132	0
Of. Administrativo/a	21	924	176	748	0
Auxiliares de Servicio	10	396	220	88	88
Conductores	6	264	0	264	0
Tecnólogo Médico	2	88	44	44	0
Químico Farmacéutico	1	44	0	0	0
Fonoaudióloga	1	33	33	0	0



<p>Objetivo General del Plan Comunal de Promoción de la Salud</p>	<p>Promover la construcción y mantención de entornos y estilos de vida saludables en la población de Requinoa, como la actividad física permanente con énfasis en jóvenes y personas en situación de discapacidad, VLHT (Vida Libre del Humo del Tabaco) y alimentación saludable, mejorando la calidad de vida de habitantes de la comuna.</p>
<p>Objetivos Específicos</p>	<p>1.- Aumentar y mantener espacios para realizar actividad física principalmente para jóvenes. Fortalecer la educación en alimentación saludable y VLHT a través de difusión masiva de información hacia la comunidad. 2.- Fortalecer la práctica de actividad física, incentivar la VLHT y alimentación saludable en las escuelas municipalizadas de la comuna, jardines infantiles y salas cuna. 3.- Fortalecer el desarrollo de políticas saludables dentro de empresas privadas.-</p>
<p>Intervenciones temáticas en Promoción de la salud y Entornos</p>	<p>ENTORNO COMUNAL <i>Alimentación Saludable:</i> Eliminación de kioscos con perfil no saludable en dependencias públicas (CESFAMs, dependencias de la municipalidad, recintos deportivos, etc.) y/o licitación de kioscos con perfil saludable. Realizar talleres educativos y/o prácticos sobre guías alimentarias y etiquetado nutricional de alimentos, dirigidos a organizaciones sociales (juntas de vecinos, clubes deportivos, entre otros) Realizar hitos comunicacionales en el contexto de fechas conmemorativas para la promoción de estilos de vida saludable. <i>Actividad Física:</i> Mejoramiento de los espacios con circuitos de máquinas de ejercicio Realización de eventos deportivos Comunales. Incorporación en los PLADECO, de información diagnóstica comunal sobre actividad física y programación de esta temática. Campaña de difusión a través de medios digitales (intranet, correos electrónicos, redes sociales), escritos (Boletines, periódicos,) y audiovisuales (radio, televisión) de temas relacionados con la actividad física. <i>ALHT (Ambientes Libres del Humo del Tabaco)</i> Abogacía y generación de compromisos con las autoridades locales, en vida libre del humo de tabaco. Talleres de sensibilización sobre consecuencias del consumo de tabaco, en instituciones y grupos. Entregar mensajes educativos de ALHT y sus beneficios, a través de radios, TV, diario, boletines locales. Talleres en centros de salud a la población sobre consecuencias negativas del consumo de tabaco y ventajas de los ALHT. <i>Otros Componentes:</i> Plan de Descontaminación (difusión de información hacia la Ciudadanía)</p> <p>ENTORNO EDUCACIONAL <i>Alimentación Saludable:</i> Campaña de difusión sobre los beneficios de la alimentación saludable a través de medios digitales, escritos y audiovisuales. Hitos comunicacionales en fechas conmemorativas para la promoción de estilos de vida saludable al interior del</p>



	<p>establecimiento. Ej.: Semana de la Lactancia materna, Día Mundial de la Alimentación, semana del bienestar, etc. Incentivar y asesorar en la eliminación de kioscos no saludables de las escuelas y/o licitación de kioscos con perfil saludable.</p> <p><i>Actividad Física:</i> Instalación de estacionamientos para bicicleta al interior de la escuela. Realización de talleres deportivos. Abogar para asignar y utilizar de financiamiento (Ley SEP) para fomentar acciones de actividad física permanente.</p> <p><i>ALHT:</i> Talleres en los establecimientos educacionales sobre consecuencias negativas del consumo de tabaco y ventajas de los ALHT. Talleres en los establecimientos educacionales para explicar la Ley N° 19.419 y sus modificaciones. Fomento y seguimiento del concurso Me gusta no Fumar.</p> <p><i>Otros componentes:</i> Asesorar a Establecimientos educacionales para ingresar al Sistema de Reconocimiento de Establecimientos Educacionales Promotores de Salud.</p> <p>ENTORNO LABORAL</p> <p><i>Alimentación Saludable</i> Incluir oferta de alimentación saludable en los servicios de alimentación de los lugares de trabajo y sus recintos deportivos laborales. (cafetería, casino y kiosco) Eliminar máquinas dispensadoras de alimentos no saludables y/o licitarlas con perfil saludable al interior de los lugares de trabajo. Realizar talleres educativos y/o prácticos sobre guías alimentarias, etiquetado nutricional, preparaciones de bajo costo, entre otros.</p> <p><i>Actividad Física:</i> Reuniones con agrupaciones, sindicatos, servicios de bienestar, clubes deportivos, para coordinación de oferta pública destinada a promover la vida sana. Convocar a los trabajadores, trabajadoras y empleadores a eventos deportivos comunales Apoyar la elaboración de planes de actividad física para los trabajadores y trabajadoras. Incentivar a los empleadores para proporcionar una oferta permanente de talleres deportivos y/o recreativos, según intereses de los trabajadores y trabajadoras.</p> <p><i>ALHT:</i> Realizar talleres a trabajadores y trabajadoras sobre consecuencias negativas del consumo de tabaco y ventajas de ALHT Realizar talleres a lugares de trabajo para la implementación de la Ley de Tabaco. Distribución de material informativo respecto a consecuencias negativas del consumo de tabaco y ventajas de los ALHT. Certificación de Hogares Libres del Humo de Tabaco a trabajadores de Empresas comprometidas como LTPS</p> <p><i>Otros Componentes:</i> Certificación de empresas como Entorno Laboral Saludable. Campaña de Toma de PAP en empresas.</p>
--	---



PROGRAMA CAPACITACION 2015 PERSONAL ESTATUTO ATENCION PRIMARIA (LEY 19.378). REQUINOA

LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS	ACTIVIDADES DE CAPACITACION	OBJETIVOS EDUCATIVOS	NUMERO DE PARTICIPANTES POR CATEGORIA							NUMERO DE HORAS PEDAGOGICAS	TOTAL PRESUPUESTO				ORGANISMO EJECUTOR	COORDINADOR	FECHA DE EJECUCION
			A (Médicos, Odont. Q.F. etc)	B (Otros profesionales)	C (Técnicos de Salud)	D (Técnicos de Salud)	E (Administrativos Salud)	F (Auxiliares Servicios salud)	Total		ITEM CAPACITACION	FONDOS MUNICIPALES	OTROS FONDOS	TOTAL PRESUPUESTO ESTIMADO			
Contribuir a formar en Atención Primaria una masa crítica de profesionales, técnicos y funcionarios entrenados y capacitados en los aspectos centrales del modelo de salud familiar así como en las distintas disciplinas necesarias para garantizar una atención oportuna y de calidad a los usuarios y el bienestar del los funcionarios del CESFAM Requinoa.	Modelo Atención Familiar con enfoque Salud Familiar y Comunitaria	Consolidar el modelo de salud familiar en atención Primaria de Salud así como favorecer el fortalecimiento de los equipos de salud.	14	30	27	15	21	14	121	mínimo 8 horas cronológicas por capacitación	no aplica	6.000.000 (aplica a todos)	no aplica	6.000.000 (aplica a todos)	Oferentes reconocidos por el Ministerio de salud	Director	01.01.2015 al 31.12.2015, según oferta mercado
	Promoción Salud y Prevención, estilos de vida y espacios saludables. Autocuidado (Interno y externo). Protección de Salud		14	30	27	15	21	14	121	mínimo 8 horas cronológicas por capacitación					Oferentes reconocidos por el Ministerio de salud	Director	01.01.2015 al 31.12.2015, según oferta mercado
	Relaciones Humanas - Trabajo en equipo; ergonometría; carrera funcionaria, remuneraciones; esterilización; emergencias y catástrofes; primeros auxilios; manejo de REAS		14	30	27	15	21	14	121	mínimo 8 horas cronológicas por capacitación					Oferentes reconocidos por el Ministerio de salud	Director	01.01.2015 al 31.12.2015, según oferta mercado
	Atención Calidad - Atención Publico; deberes y derechos de usuarios internos y externos; satisfacción Usuaría, trato al usuario		14	30	27	15	21	14	121	mínimo 8 horas cronológicas por capacitación					Oferentes reconocidos por el Ministerio de salud	Director	01.01.2015 al 31.12.2015, según oferta mercado



ILUSTRE
MUNICIPALIDAD
REQUINOA

Garantías Explícitas en Salud; Chile crece contigo;		14	30	27	15	21	14	121	mínimo 8 horas cronológicas por capacitación					Oferentes reconocidos por el Ministerio de salud	Director	01.01.2015 al 31.12.2015, según oferta mercado
Visita Domiciliaria Integral; Consejería en Salud Familiar		14	30	27	15	21	14	121	mínimo 8 horas cronológicas por capacitación					Oferentes reconocidos por el Ministerio de salud	Director	01.01.2015 al 31.12.2015, según oferta mercado
Atención integral del Adulto Mayor; medicina alternativa y aplicación en APS		14	30	27	15	21	14	121	mínimo 8 horas cronológicas por capacitación					Oferentes reconocidos por el Ministerio de salud	Director	01.01.2015 al 31.12.2015, según oferta mercado
Especialidades relacionadas al rol Médico General APS (Pediatria, Medicina Interna, Broncopulmonar, Dermatología y Adulto Mayor	Mediante la capacitación el objetivo es lograr que cada funcionario pueda	8	0	0	0	0	0	8	mínimo 8 horas cronológicas por capacitación					Oferentes reconocidos por el Ministerio de salud	Director	01.01.2015 al 31.12.2015, según oferta mercado
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	actualizar y adquirir nuevos conocimientos que le permitan un crecimiento profesional y laboral optimo y así entregar una atención de calidad a los usuarios	0	4	0	0	0	0	4	mínimo 8 horas cronológicas por capacitación					Oferentes reconocidos por el Ministerio de salud	Director	01.01.2015 al 31.12.2015, según oferta mercado



<p>Capacitación Asistente Social: Violencia Intrafamiliar; derechos de familia; Leyes y beneficios laborales; leu de filiación; intervención con pacientes postrados; salud mental y trabajo social; abordaje e intervención jurídico social.</p>	0	3	0	0	0	0	3	mínimo 8 horas cronológicas por capacitación				Ofertes reconocidos por el Ministerio de salud	Director	01.01.2015 al 31.12.2015, según oferta mercado
<p>Capacitación Nutricionistas: 1. Actualización de Dieta terapia en la Diversas Patologías 2. Programación Neurolingüística en el manejo de conductas Alimentarias. 3. Actualización en Fórmulas Enterales 4. Enfermedades crónicas no transmisibles 5. Nutrición Pediátrica Gastrointestinal 6. Nutrición inteligente 7. Probióticos, prebióticos y alimentos funcionales. 8. Psicoeducación. 9. Nutrición ortomolecular 10. Fitoterapia 11. Manejo nutricional en cirugía bariátrica 12. Actividad física y salud</p>	0	3	0	0	0	0	3	mínimo 8 horas cronológicas por capacitación				Ofertes reconocidos por el Ministerio de salud	Director	01.01.2015 al 31.12.2015, según oferta mercado
<p>Capacitación Kinesiólogo, Terapeuta Ocupacional y Profesora de Educación Física: 1. Neurorehabilitación</p>	0	3	0	0	0	0	3	mínimo 8 horas cronológicas por capacitación				Ofertes reconocidos por el Ministerio de salud	Director	01.01.2015 al 31.12.2015, según oferta mercado

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



<p>Capacitación rol Psicólogo: Trastornos de personalidad; Salud mental en Adicciones; Intervenciones clínicas y psicoterapéuticas en terapia cognitivo conductual; Pacientes postrados; Depresión; Salud Mental y trastornos de la Adolescencia; Sexualidad; Psicometría y psicodiagnóstico, Test de Wisc-III; Suicidio; Terapias alternativas y su uso en salud mental; Terapia de Parejas; Psicología Jurídica; Neuropsicología; Psicopatología infantojuvenil y adultos; Psicología infantil</p>	0	4	0	0	0	0	4	mínimo 8 horas cronológicas por capacitación		Ofereentes reconocidos por el Ministerio de salud	Director	01.01.2015 al 31.12.2015, según oferta mercado
<p>Capacitación Enfermeros: 1. Manejo Avanzado de Heridas 2. Docencia y supervisión de alumnos en práctica 3. Evaluación Apego Madre – Hijo 4. Manejo, curaciones y tratamiento de enfermería en úlceras varicosas 5. Esterilización Centralizada 6. Actualización en EMPA y pie diabético 7. PNI Vigente 8. Aspectos éticos legales en la atención a pacientes en servicio de urgencias.</p>	0	4	0	0	0	0	4	mínimo 8 horas cronológicas por capacitación		Ofereentes reconocidos por el Ministerio de salud	Director	01.01.2015 al 31.12.2015, según oferta mercado



<p>Capacitación Tecnólogo Médico: 1. Capacitación en ISP en temas APS. 2. Control y Gestión de calidad en laboratorio clínico 3. Parasitología Clínica y Microbiología Clínica 4. Epidemiología 5. Enfermedades Emergentes 6. Hematología 7. Química Clínica en TBC 8. Enfermedades infecciosas 9. Bioseguridad en laboratorio 10. Estadísticas y salud pública</p>	0	2	0	0	0	0	2	mínimo 8 horas cronológicas por capacitación					Oferentes reconocidos por el Ministerio de salud	Director	01.01.2015 al 31.12.2015, según oferta mercado
Actividad física y salud	0	1	0	0	0	0	1	mínimo 8 horas cronológicas por capacitación					Oferentes reconocidos por el Ministerio de salud	Director	01.01.2015 al 31.12.2015, según oferta mercado
Técnicas Avanzadas en el manejo de electrocardiograma; manejo del dolor; Farmacología; Depresión	8	30	27	15	0	0	80	mínimo 8 horas cronológicas por capacitación					Oferentes reconocidos por el Ministerio de salud	Director	01.01.2015 al 31.12.2015, según oferta mercado
Esterilización	14	30	27	15			86	mínimo 8 horas cronológicas por capacitación					Oferentes reconocidos por el Ministerio de salud	Director	01.01.2015 al 31.12.2015, según oferta mercado



ILUSTRE
MUNICIPALIDAD
REQUINOA

Manejo Material Contaminado	14	30	27	15	0	0	86	mínimo 8 horas cronológicas por capacitación					Oferentes reconocidos por el Ministerio de salud	Director	01.01.2015 al 31.12.2015, según oferta mercado
Urgencia Prehospitalaria	8	30	27	15	0	0	80	mínimo 8 horas cronológicas por capacitación					Oferentes reconocidos por el Ministerio de salud	Director	01.01.2015 al 31.12.2015, según oferta mercado
Apoyo Vital Prehospitalario en trauma y pediátrico	8	30	27	15	0	0	80	mínimo 8 horas cronológicas por capacitación					Oferentes reconocidos por el Ministerio de salud	Director	01.01.2015 al 31.12.2015, según oferta mercado
Preanimación Cardiopulmonar	8	30	27	15	0	0	80	mínimo 8 horas cronológicas por capacitación					Oferentes reconocidos por el Ministerio de salud	Director	01.01.2015 al 31.12.2015, según oferta mercado
Técnicas de Fracturas	8	30	27	15	0	0	80	mínimo 8 horas cronológicas por capacitación					Oferentes reconocidos por el Ministerio de salud	Director	01.01.2015 al 31.12.2015, según oferta mercado
Atención Primaria Urgencia	8	30	27	15	0	0	80	mínimo 8 horas cronológicas por capacitación					Oferentes reconocidos por el Ministerio de salud	Director	01.01.2015 al 31.12.2015, según oferta mercado
Soporte Vital Básico	8	30	27	15	0	0	80	mínimo 8 horas cronológicas por capacitación					Oferentes reconocidos por el Ministerio de salud	Director	01.01.2015 al 31.12.2015, según oferta mercado
Carrera Funcionaria y Remuneraciones	14	30	27	15	21	14	121	mínimo 8 horas cronológicas por capacitación					Oferentes reconocidos por el Ministerio de salud	Director	01.01.2015 al 31.12.2015, según oferta mercado



ILUSTRE
MUNICIPALIDAD
REQUINOA

Computación Básica y Avanzada	0	0	0	0	21	14	35	mínimo 8 horas cronológicas por capacitación					Oferentes reconocidos por el Ministerio de salud	Director	01.01.2015 al 31.12.2015, según oferta mercado
Primeros Auxilios	0	0	0	0	21	14	35	mínimo 8 horas cronológicas por capacitación					Oferentes reconocidos por el Ministerio de salud	Director	01.01.2015 al 31.12.2015, según oferta mercado
Estadística	0	0	0	0	2	0	2	mínimo 8 horas cronológicas por capacitación					Oferentes reconocidos por el Ministerio de salud	Director	01.01.2015 al 31.12.2015, según oferta mercado
Percápita	0	0	0	0	21	0	21	mínimo 8 horas cronológicas por capacitación					Oferentes reconocidos por el Ministerio de salud	Director	01.01.2015 al 31.12.2015, según oferta mercado
Contabilidad Gubernamental	0	0	0	0	21	0	21	mínimo 8 horas cronológicas por capacitación					Oferentes reconocidos por el Ministerio de salud	Director	01.01.2015 al 31.12.2015, según oferta mercado
Ley de Compras Publicas	0	0	0	0	21	0	21	mínimo 8 horas cronológicas por capacitación					Oferentes reconocidos por el Ministerio de salud	Director	01.01.2015 al 31.12.2015, según oferta mercado
Actualización ante Emergencias y catástrofes naturales	14	30	27	15	21	14	121	mínimo 8 horas cronológicas por capacitación					Oferentes reconocidos por el Ministerio de salud	Director	01.01.2015 al 31.12.2015, según oferta mercado
Mecánica Básica	0	0	0	0	0	10	10	mínimo 8 horas cronológicas por capacitación					Oferentes reconocidos por el Ministerio de salud	Director	01.01.2015 al 31.12.2015, según oferta mercado



ILUSTRE
MUNICIPALIDAD
JIRÓN

	Medicina Legal Atención urgencia		8	0	27	15	0	14	64	mínimo 8 horas cronológicas por capacitación					Oferentes reconocidos por el Ministerio de salud	Director	01.01.2015 al 31.12.2015, según oferta mercado
	Violencia Genero		14	30	27	15	21	14	121	mínimo 8 horas cronológicas por capacitación					Oferentes reconocidos por el Ministerio de salud	Director	01.01.2015 al 31.12.2015, según oferta mercado
TOTALES													\$ 6.000.000		\$ 6.000.000		