

PLAN DE SALUD COMUNAL



2012

Departamento de Salud
Ilustre Municipalidad de Requínoa



PLAN DE SALUD COMUNAL 2012.

El modelo biomédico mejoró el nivel técnico-científico e introdujo innovaciones sustanciales en el campo del diagnóstico y tratamiento, pero se generó la fragmentación, se favoreció la despersonalización, se evidenciaron sus limitaciones en la respuesta ante algunos problemas y ello contribuyó al deterioro de la relación médico paciente. Como respuesta a ello ocurre el resurgimiento del modelo biopsicosocial y se crea entonces la especialidad de Medicina Familiar, en el contexto que el enfermar es una realidad holística que requiere un abordaje global del proceso salud-enfermedad.

El médico de familia constituye la figura fundamental del sistema sanitario y tiene como misión realizar una atención médica integrada y completa a los miembros de la comunidad.

La Medicina Familiar ofrece un abordaje médico continuado, sin fragmentación entre lo biológico (físico), lo psíquico y lo social, se dirige no sólo a los individuos, sino también a las familias y a las comunidades, y eleva el nivel de la salud de las personas a través de la integración de la prevención, promoción, curación, rehabilitación y cuidados paliativos.

Este modelo de atención instaurado en una comuna como Requínoa, ofrece la oportunidad de mejorar la calidad de atención a nuestros usuarios, otorgando atención integral a través de los equipos multidisciplinarios que conforman cada equipo de Salud Familiar, continuidad que reafirma la relación no sólo médico-paciente, sino también la relación familia-equipo de salud.

En los últimos años se ha avanzado en el fortalecimiento del Modelo de Salud Familiar en nuestra comuna, debiendo aún mejorar aspectos relevantes tales como la infraestructura, la accesibilidad y la equidad. Estos tres aspectos tienen que ver necesariamente no sólo con el grado de compromiso de nuestro equipo de salud, sino también con los recursos económicos asignados para la gestión local, la optimización de los sistemas de comunicación y la entrega de información suficiente y necesaria a la población beneficiaria respecto de los servicios ofrecidos.



Objetivos Estratégicos y Metas de Impacto

Decada 2011-2020

Se presenta a continuación los Objetivos Estratégicos del PNS 2011-2020, indicando los temas que aborda y sus Metas de Impacto. Esta información permitirá iniciar la construcción de los Planes Regionales, para generar los dos primeros productos mencionados en el punto anterior, aunque será necesario contar con el documento oficial del Plan Nacional que incluye el desarrollo de los textos que acompañan la definición de estas metas, el marco conceptual sobre el cual se construyó, antecedentes, metodología de construcción y de selección de las estrategias, entre otros contenidos, que son indispensables para una definición adecuada de los planes regionales.

1. Objetivo Estratégico 1:

Reducir la carga sanitaria de las enfermedades transmisibles y contribuir a disminuir su impacto social y económico.

2. El Objetivo Sanitario 2:

Reducir, la morbilidad, la discapacidad y mortalidad prematura por afecciones crónicas no transmisibles, trastornos mentales, violencias y traumatismos.

3. El Objetivo Sanitario 3:

Desarrollar hábitos y estilos de vida saludables, que favorezcan la reducción de los factores de riesgo asociados a la carga de enfermedad de la población.

4. El Objetivo Sanitario 4:

Reducir la mortalidad y morbilidad y mejorar la salud de las personas a lo largo del ciclo vital.



5. El Objetivo Sanitario 5:

Reducir las inequidades en salud de la población a través de la mitigación de los efectos que producen los determinantes sociales y económicos de la salud.

6. El Objetivo Sanitario 6:

Proteger la salud de la población a través de las condiciones ambientales y de seguridad e inocuidad de los alimentos.

7. El Objetivo Sanitario 7:

Fortalecer la institucionalidad del sector salud.

8. El Objetivo Sanitario 8:

Mejorar la calidad de la atención de salud en un marco de respeto de los derechos de las personas.

9. El Objetivo Sanitario 9:

Fortalecer la respuesta adecuada del sector salud ante emergencias, desastres y epidemias.

La Atención Primaria en Salud es hoy más resolutiva, pero fundamentalmente ha sido potenciada en cuanto a planes y programas destinados a prevenir y promover estilos de vida saludable.

Tanto funcionarios como usuarios hemos debido cambiar paradigmas. Nuestros usuarios quienes desde el paternalismo acostumbrado del sistema de salud reciben una clara invitación a empoderarse de su salud, haciéndolos responsables de su autocuidado, así como de su estado salud-enfermedad. Para los funcionarios de salud, también ha representado un desafío cambiar la atención individual por la atención de la familia como unidad de atención.

MODELO DE SALUD FAMILIAR



INTEGRANTES DEL EQUIPO ALMENDRAS , POSTA DE SALUD RURAL LOS LIRIOS

La implementación del Modelo de Salud Familiar y Comunitaria dio su inicio en el país hace aproximadamente dos décadas, sin embargo sólo en el año 2002 es incorporado en los Compromisos de Gestión de la Atención Primaria al exigir cumplir como metas la Sectorización en establecimientos pilotos, en el año 2004 esta meta fue exigible para todos los establecimientos con más de 10.000 usuarios inscritos y para el año 2008 uno de los Compromisos de Gestión Ministerial fue el avance en el modelo incorporando la meta de conformación de equipos de cabecera, capacitación al 100% de los funcionarios y sectorización en **todos** los establecimientos de APS del país.

En nuestra comuna el avance de la implementación del modelo es constante a pesar de los tropiezos encontrados, logrando los siguientes cumplimientos:

1. Capacitación avanzada de Salud Familiar al 100% de los profesionales y capacitación básica al 94% de administrativos, técnicos paramédicos y resto del personal.
2. Sectorización del 100% de la población en forma geográfica, con un objetivo epidemiológico y sectorización por elección de la comunidad para los fines operativos del modelo. La sectorización se ha completado incluso para aquellas prestaciones que son transversales para los tres equipos.



INTEGRANTES DEL EQUIPO ALMENDRAS , POSTA DE SALUD RURAL EL ABRA



3. Conformación de tres (3) Equipos de cabecera integrados por médicos, enfermeras, matrón y matronas, 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). Los usuarios que lo desearon, optaron por el equipo de salud que se hará cargo de su atención familiar. Este fue un proceso administrativo que, por causas ajenas al equipo de trabajo, se vio retardado en su consolidación, pudiendo concretarse sólo en el último cuatrimestre del año 2004. Al mes de Diciembre se obtuvo como resultado que el 60% de la población inscrita en el año 2003 ejerció su opción.

Sin embargo en Noviembre de 2006 tuvimos la visita de la Dra. Avila del Ministerio de Salud, quien en conjunto con el Dr. René Cumplido realizan una crítica a nuestro modelo de Salud Familiar de libre elección, y, consideran que éste se debe modificar optando por priorizar una mayor eficiencia de los equipo de salud, tomando la sectorización como pilar fundamental de la distribución de los equipos de cabecera y no la preferencia de los grupos familiares. Ello toma más consistencia si consideramos la alta rotación de profesionales, especialmente médicos al interior de los equipos de salud en APS finalmente hace inefectiva la elección de cada familia.

Además de los Equipos de cabecera se conformó el Equipo de Apoyo constituido por profesionales como son los Psicólogos, Asistentes Sociales, Odontólogos, Nutricionistas, Médico General para Postas y Consultorio, y Médico de Salud Familiar, quienes otorgan una atención transversal a los tres equipos.

En el tiempo no sólo se ha consolidado el concepto de Salud Familiar al interior de cada equipo, sino que, además se han mejorado los equipos transversales potenciando de manera especial el Equipo de Salud Mental, el Equipo de Atención Domiciliaria para Pacientes con Discapacidad Severa y el Equipo de Chile Crece Contigo.



Se ha logrado de manera eficiente, consolidar la participación de la comunidad en nuestro centro de salud, a través del trabajo constante con el Consejo de Desarrollo Local. En una sesión extraordinaria el día 22 de Agosto de 2007 se realiza por primera vez el Diagnóstico Participativo, en que los representantes de las organizaciones comunitarias plasmaron sus inquietudes y su particular manera de resolverlas comprometiendo a esta Dirección a la toma de medidas eficientes con plazos precisos de respuestas. Este diagnostico debe ser actualizado durante el año 2010, en que debemos hacer partícipes nuevamente al Consejo de desarrollo Local de Salud ahora con personalidad jurídica, de plantear nuevos desafíos a la Dirección para una resolución de todos sus problemas.

Por otro lado, el Equipo Gestor del CESFAM, se reúne regularmente de manera de acompañar a los equipos de salud liderados por sus jefes de sector hacia el cambio de modelo. Al interior de cada equipo se inicia la aplicación de instrumentos de Estudio de Familia , trabajando con una Matriz de Riesgo aplicable a aquellas familias en que cumpla con el requisito de tener dentro del grupo familiar un paciente Postrado Severo, Depresión Severa y/o Paciente Crónico descompensado. La información emanada de la aplicación de estos instrumentos es luego vaciada a la cartola familiar.

Durante el año 2007, recibimos la visita de las Encargadas de Salud Familiar para la región, de modo de monitorear los avances en el desarrollo del modelo en nuestra comuna. La pauta de acreditación que es aplicada de manera uniforme para todos aquellos establecimientos de proceso de transición a Centros de Salud Familiar es estricta y

contempla varias etapas. El análisis del grado de avance de nuestro establecimiento en diciembre de 2007 había evolucionado de la Etapa 2 (de desarrollo del Modelo) a la Etapa 3 (de fortalecimiento), entonces se concreta la postulación para obtener la certificación definitiva a través del Ordinario C52 N° 1114 del 15 de Abril del 2008 se reconoce a nuestro establecimiento como Centro de Salud Familiar.



Desde el año 2009, se considera a nuestro Centro de Salud en etapa de consolidación de modelo de salud familiar. Por lo anterior, fue fundamental el trabajo de manera activa con la comunidad a través del Consejo de Desarrollo Local de Salud, Grupos psicosociales del Programa de Salud Mental, Agrupación de Cuidadores de Pacientes Postrados y educaciones e intervenciones en juntas de vecinos del Programa de Promoción, potenciado todo lo anterior por el Consejo de Desarrollo Local de Salud, institución con personalidad jurídica constituido por directivos de las organizaciones vivas de la comunidad que con una actitud proactiva colabora de manera estrecha con el equipo de salud para contribuir a entregar un mejor servicio a la comunidad.

El Centro de Salud Familiar de Requínoa, es hoy reconocido a nivel regional como un Equipo de Salud competente, al cumplir con las metas e indicadores con los cuales somos medidos a nivel ministerial, así como también como una organización capaz de implementar todas aquellas estrategias tendientes a mejorar la salud y el nivel de vida de nuestra población.



CONSEJO DE DESARROLLO LOCAL DE SALUD EN ACTIVIDAD DE CIERRE DE FIN DE AÑO
DICIEMBRE DE 2011



Desafíos año 2012

1. Continuar con el proceso de Consolidación Del Modelo de Salud Familiar.
2. Continuar capacitación sobre Salud Familiar, para aquellos funcionarios que se integran al equipo de salud, así como también dar las facilidades necesarias para las pasantías en Salud Familiar para aquellos funcionarios más antiguos.
3. Aplicación del Programa de Salud 2012 por Equipos de cabecera y unidades de apoyo.
4. Trabajar en el fortalecimiento del equipo, mejorando la calidad de la atención a nuestros usuarios a través de las capacitaciones en atención al cliente.
5. Mejorar la conectividad de las Postas de Salud Rural.
6. Mantener y mejorar nuestra calidad como campo clínico para las Universidades INACAP, Santo Tomás y de Santiago de Chile, así como también para los Institutos de formación Técnica INACAP, AIEP, Instituto José Victorino Lastarria y Liceo Técnico Rancagua.
7. Trabajar en la Mejora del Clima Laboral y autocuidado del equipo.

PROGRAMAS DE SALUD DE ACUERDO AL CICLO VITAL

PROGRAMA DEL NIÑO Y LA NIÑA



SRA. ALEJANDRA NÚÑEZ, ENFERMERA ENCARGADA DE SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL CHILECRECECONTIGO CESFAM REQUINOA.

Area Estratégica: Promoción.

OBJETIVO 1

Promover acciones de estilos de vida saludable y del desarrollo integral de niños y niñas.

Estrategias:

Las estrategias a desarrollar son acciones que se encuentran integradas en el plan de promoción comunal 2012, fomentando la convivencia y estilos de vida saludable e implementación de talleres de actividad física en niños menores de 9 años de edad.

Actividad

Realizar actividades de promoción con apoyo de la “Guía para la Promoción del Desarrollo Infantil en la Gestión Local”



TALLERES DE ALIMENTACIÓN SALUDABLE A NIÑOS PREESCOLARES

Meta

Realizar a lo menos 5 actividades de promoción sugeridas en la guía en algún espacio comunitario, según realidad local.

Indicador

Nº de actividades comunitarias en promoción del desarrollo infantil realizadas/ Nº de actividades comunitarias en promoción del desarrollo infantil programadas) * 100

Fuente del indicador

REM A19 Sección B

Programación local



SR. NELSON CAROCA, NUTRICIONISTA EN TALLERES DE ESCUELAS EGO

OBJETIVO 2

Promover acciones de estilos de vida saludable y del desarrollo integral de niñas y niños



ENTREGA DE EQUIPAMIENTO DEPORTIVO EN ESCUELAS DE LA COMUNA A TRAVÉS
DEL PROGRAMA DE PROMOCIÓN

Actividad:

Realizar actividades de promoción con apoyo de la “Guía para una vida saludable I y II en el entorno educacional y espacios comunitarios

Meta:

Realizar a lo menos 5 actividades de promoción sugeridas en la guía en el entorno educacional y espacios comunitarios.

Indicador:

N° de actividades realizadas / N° de actividades programadas
* 100

Fuente de indicador:

REM A19 Sección B

OBJETIVO 3

Promover que las niñas y los niños participen en actividades grupales vinculadas a Alimentación saludable y/o actividad física.



ACTIVIDAD FISICA AL AIRE LIBRE EN ESCUELA BERTA SAAVEDRA



Estrategias:

Encuentro sobre alimentación saludable con Nutricionista en pre-kínder y kínder y Módulo sobre la malnutrición por exceso (sobrepeso y obesidad) y sus riesgos en 7 escuelas municipales de la comuna con un total de 6 actividades, acciones las cuales están insertas en el Plan Comunal de Promoción de Salud 2011

La estrategia a desarrollar al igual que en la actividad anterior, se encuentran integradas en el Plan Comunal de Promoción 2011, con 40 actividades en 7 escuelas municipales con el tema: Módulo de Chef de párvulos con lectura de cuentos sobre alimentación acompañado con títeres de niños de PRE-kinder y kinder, fomentando la convivencia, estilos de vida saludable y motricidad.

Actividad:

Difundir la oferta pública comunal y barrial en relación a actividades grupales vinculadas con alimentación saludable y/o actividad física.

Meta:

Programación local
Línea base

Indicador:

Nº de personas que participan en actividades de difusión en relación a la oferta pública de actividades grupales vinculadas a alimentación saludable y/o actividad física

Fuente del indicador:

REM A19
Sección B

OBJETIVO 4:

Favorecer la adquisición de hábitos alimentarios saludables y de actividad física, tempranamente, como factores protectores de enfermedades no transmisibles durante el ciclo vital



ALIMENTACIÓN SALUDABLE EN ALUMNOS DE PREKINDER

Estrategias:

La consulta nutricional de los niños de 5 meses de edad, es clave como intervención el ciclo vital en el cual se realiza una atención integral del menor, educación nutricional señalando la importancia de los beneficios que otorga la lactancia materna y la introducción de la alimentación sólida en forma adecuada.

Derivación oportuna de los niños de 5 meses de vida.



Coordinación eficiente con SOME y profesionales enfermeras(os).

Actividad:

Consulta nutricional individual o grupal al 5º mes de vida, con refuerzo en lactancia materna exclusiva y educación en introducción correcta de sólidos a partir del 6º mes; con énfasis en las Guías de Alimentación del Niño Menor a 2 Años hasta la Adolescencia.

Meta:

80% Cobertura de consulta nutricional individual o grupal al 5º mes de vida del menor bajo control, con refuerzo en lactancia materna exclusiva y educación en introducción correcta de sólidos a partir del 6º mes; con énfasis en las Guías de Alimentación del Niño Menor a 2 Años hasta la Adolescencia

Indicador:

Nº de niños/as con consulta nutricional individual o grupal del 5º mes de vida/ Nº Total de niños/as bajo control del menor de un año (niños(as) de 6 a 11 meses) x

Fuente del indicador:

REM

P 2

OBJETIVO 5:

Favorecer la adquisición de hábitos alimenticios saludables y de actividad física, como factores protectores de enfermedades no transmisibles durante el ciclo vital.



ALIMENTACIÓN SALUDABLE EN ALUMNOS DE PREKINDER

Estrategias:

Derivación oportuna de niños de 3 años y 6 meses.
Consulta nutricional.
Fomentos de estilos de vida saludable.
Etiquetado nutricional.
Recomendación nutricional.
Cepillado dental y actividad física.



Actividad:

Consulta nutricional individual o grupal con componente salud bucal a los 3 años 6 meses de vida y refuerzo de guías alimentarias y de actividad física; según las Guías de Alimentación del Niño Menor a 2 Años hasta la Adolescencia.

Meta:

50% Cobertura de consulta nutricional individual o grupal con componente salud bucal a los 3 años y 6 meses de vida del menor bajo control con refuerzo de guías alimentarias y de actividad física; según las Guías de Alimentación del Niño Menor a 2 Años hasta la Adolescencia.

Indicador:

(Nº de niños que asisten a consulta nutricional con componente salud bucal en el control de 3 años y 6 meses/
Nº Total de niños/as de 3 a 4 años bajo control) x 100

Fuente del indicador:

REM
P 02

OBJETIVO 6:

Promover estilos de vida saludables al equipo de salud de consultorio y postas rurales favoreciendo el autocuidado, y aportando conocimientos para mejorar la calidad de vida mediante intervenciones en la comunidad.



ACTIVIDAD FISICA EN LOCALIDADES DE LA COMUNA





Estrategias:

Es importante la capacitación del equipo de salud en Guías para una vida saludable, para lograr con ello una adecuada ejecución de las diversas intervenciones de salud sobre este tema y lograr con el tiempo la obtención de resultados más óptimos.

Actividad:

Talleres de capacitación al equipo de salud en alimentación saludable y actividad física

Meta:

100% del personal que laboran en los centros de excelencia capacitados en Guías alimentarias y Guías para una Vida Saludable.

Indicador:

$(N^{\circ} \text{ de personas que laboran en el Centro de excelencia capacitados} / N^{\circ} \text{ total del personal que labora en el centro de excelencia}) * 100$

Fuente del indicador:

Registro local

OBJETIVO 7:

Contribuir a la promoción de hogares libres de contaminación por humo de tabaco.



TALLER ANTITABACO EN ESCUELA CAMPO LINDO

Estrategias:

Es importante la capacitación del equipo de salud a población escolar y preescolar antes de que adquieran el hábito tabáquico.

Actividad:

Talleres de capacitación antitabaco en establecimientos educacionales de la comuna.



CARLOS MORENO, KINESIÓLOGO DEL TALLER ANTITABACO EN ESCUELA EL RINCÓN

Área Estratégica: Prevención.



NERY MOYA, TENS DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES DE CESFAM

La comuna de Requínoa posee una historia de malnutrición por exceso con una curva de prevalencia con cifras fluctuantes. Cabe señalar que nuestra comuna presenta año a año una población flotante de alrededor de 5.000 personas que provienen de otras regiones para desempeñar actividades laborales agrícolas durante la temporada generalmente primavera – verano. Al desarrollar un análisis durante el año 2010, se evidenció que solo se logró realizar diagnóstico nutricional integral al 50% de la población clasificada con malnutrición por exceso.



OBJETIVO 1:

Detener el aumento de la prevalencia de la malnutrición por exceso (sobrepeso y obesidad) y otros factores de riesgo cardiovascular en la población de niños y niñas menores de 6 años.

Estrategias:

Derivación oportuna.
Pesquisa precoz.
Consulta nutricional.

Actividad:

Consulta nutricional a niños/as menores de 6 años con malnutrición por exceso; según la norma para manejo ambulatorio de la malnutrición por déficit y exceso en el niños/as menor de 6 años.

Meta:

100% de cobertura niños/as menores de 6 años bajo control con malnutrición por exceso reciben consejería en alimentación saludable y actividad física.

Indicador:

$$\left(\frac{\text{N}^\circ \text{ de niños/as menores de 6 años con malnutrición por exceso con consulta nutricional}}{\text{N}^\circ \text{ Total de niños/as con malnutrición por exceso}} \right) \times 100$$

Fuente del indicador:

REM P02 Registro local

OBJETIVO 2:

Fortalecer el control sano del niño (a) con énfasis en intervenciones educativas de apoyo a la crianza para el logro de un desarrollo integral.

Este año se ha incorporado en el programa de salud mental el desarrollo de los talleres de habilidades parentales “Nadie es Perfecto”, del programa CHCC, los cuales tienen como objetivo fomentar las habilidades de crianza en padres, madres y cuidadores de niños y niñas de 0 a 5 años. Dirigidos a compartir experiencias de crianza en familia, aprender de otros y recibir orientaciones en problemas frecuentes para fortalecer el desarrollo de los niños y niñas.



Taller Nadie es Perfecto
Realizado durante Abril y Mayo de 2011.



Taller Nadie es Perfecto
Realizado en los meses de Noviembre y Diciembre 2011

OBJETIVO 2:

Fortalecer la mantención de un vínculo seguro en el niño(a) y la madre /padre/ o persona significativa en el cuidado del menor.

Estrategias:

Contratación por vía CHCC de enfermero acreditado para aplicación de pauta de observación de apego en el consultorio.

Mantención de enfermera acreditada en posta de salud rural.

Coordinación con SOME para la dación de horas a menores de 4 y 12 meses y dar preferencia a estas edades.

Derivación oportuna de los niños.



Actividad:

Controles sanos a niños de 4 y 12 meses por profesional enfermera(o) acreditado para la aplicación de pauta de apego.

Meta:

Aumentar en un 10% la aplicación de pautas de observación de apego, en relación al año 2011.

A septiembre del presente año se han realizado un total de 133 aplicaciones de pauta de observación de apego a menores de 4 meses y 71 a niños de 12 meses.

Indicador:

Nº de aplicaciones de pauta de observación de relación vincular realizada al grupo etáreo de 28 días a 5 meses/ total de niños (as) de 28 días a 5 meses bajo control.

Nº de aplicaciones de pauta de observación de relación vincular realizada al grupo etáreo de 12 a 23 meses/ total de niños (as) de 12 a 23 meses bajo control.

Fuente del indicador:

REM

A-03, sección A

P2, sección A

A-03, sección A

P2, sección A.



OBJETIVO 4:

Detección oportuna de niños (as) con rezago y déficit en su desarrollo integral.

Estrategias:

Capacitación a los médicos en la aplicación del protocolo neurosensorial.
Derivación oportuna de los niños con alteración neurosensorial.
Mejorar el registro existente.

Actividad:

Control de salud al mes de vida por profesional médico capacitado en la aplicación del protocolo neurosensorial.

Meta:

100% de niños (as) de 1 mes de vida con control de salud con protocolo neurosensorial aplicado.

Indicador:

Nº de aplicaciones de protocolo neurosensorial realizadas al grupo de edad de 28 días a 5 meses/ Nº total de niños(as) bajo control en el grupo de edad de 28 días a 5 meses / 100.
Nº de niños (as) con evaluación NS alterada derivados según protocolo/ Nº total de niños (as) con evaluación NS aplicada en el control de un mes.

Fuente del indicador:

REM, A-03, sección A
REM, p2, sección A
Registro local.
REM, p2, sección A.

Actividad:



Control de salud a los 8 meses de edad por profesional enfermera(o) con aplicación de EEDSM.

Estrategias:

Promover estimulación temprana.

Prevenir el daño.

Derivación oportuna a ludoteca.

Horas enfermero(a).

Coordinación con SOME.

Meta:

90% de niños de 8 meses con EEDSM.

A septiembre del presente año se han realizado 154 EEDSM a menores de 8 mese tanto en postas como en consultorio.

Indicador:

Nº de aplicaciones de EEDSM realizadas en el grupo de edad de 6 a 11 mese / Nº total de niños bajo control en el grupo de edad de 6 a 11 meses /100.

Fuente de indicador:

REM A-03, sección A

P2, sección A.

Actividad:

Control de salud de los 18 meses con profesional enfermero(a) con EEDSM.

Estrategias:

Prevenir el daño.

Derivar oportunamente al rezago y déficit.

Promover la estimulación temprana.



Meta:

90% de aplicación de EEDSM a los niños de 18 meses en el control de salud.
A septiembre del presente año se han realizado un total de 250 EEDSM a niños del grupo de edad de 12 a 23 meses.

Indicador:

Nº de aplicaciones de EEDSM al grupo de edad de 12 a 23 meses/ Nº total de niños del grupo de edad de 12 a 23 meses bajo control/100.

Nº de aplicaciones de EEDSM alteradas (rezago) al grupo de edad de 12 a 23 meses/ Nº total de aplicaciones de EEDSM al grupo de edad de 12 a 23 meses/100.

Fuente del indicador:

REMA03, sección A

REM p2, sección B

REM A03, sección B

REM 03, sección A.

Actividad:

Control de salud a los 36 meses con aplicación de Tepsi.

Estrategias:

Favorecer el desarrollo integral del niño.

Pesquisar oportunamente déficit del desarrollo psicomotor para evitar daños permanentes.

Derivar oportunamente.

Meta:

Durante el primer semestre del año en curso se realizaron 131 tepsi en el grupo de edad de 2 a 3 años 11meses 29 días, lo que corresponde a un 20% de la población bajo control a junio del 2011.

Meta para el año 2012 alcanzable con el recurso existente es de **50%** de tepsi al grupo de edad de 24 a 47 meses.



Indicador:

Nº de tepsi realizados al grupo de edad de 24 a 47 meses/Nº total de niños bajo control del grupo de edad de 24 a 47 meses/100.

Fuente de indicador:

REM 03 sección A

REM p2 sección A

Actividad:

Control de salud con aplicación de pauta breve del DSM.

Estrategias:

Promover la estimulación temprana y el desarrollo integral de los niños.

Prevenir rezago y déficit del DSM.

Pesquisar oportunamente riesgos o retrasos del DSM que puedan afectar el desarrollo integral del niño(a).

Meta:

Aplicar pauta breve al 90% de niños de 12 meses en el control sano.

A junio del presente año se realizaron 159 pautas breves a niños (a) de 12 meses alcanzando una cobertura del 48%.

Indicador:

Nº de pautas breves aplicadas a niños de 12 a 23 meses/Nº total de niños bajo control en el grupo de edad de 12 a 23 meses/100.

Nº de pautas breves alteradas a los 12 meses de edad /Nº de pautas breves aplicadas en el grupo de edad de 12 a 23 meses/100.

Fuente de indicador:

REM A 03 sección A

REM p2, sección A

Registro local.

REM A 03 sección A.



Actividad:

Control de salud de los 24 meses con aplicación de pauta breve.

Estrategias:

Promover la estimulación temprana y el desarrollo integral de los niños.

Prevenir rezago y déficit del DSM.

Pesquisar oportunamente riesgos o retrasos del DSM que puedan afectar el desarrollo integral del niño(a).

Meta:

Durante el primer semestre de este año se realizaron 100 pautas breves a niños de 24 meses alcanzando una cobertura de 16%.

Para el año 2012 se espera una cobertura del 50%.

Indicador:

Nº de PB aplicadas a niños de 24 meses/Nº de niños del grupo de edad de 24 a 47 meses.

Fuente de indicador:

REM A 03 sección A.

P2, sección A

OBJETIVO 5:

Detección precoz de displasia de caderas en niños (as) menores de 4 meses de edad



DRA. GILDA YAÑEZ, ENCARGADA DE PROGRAMA DE SALUD DEL NIÑO Y LA NIÑA

Estrategias:

Compra de servicios vía convenio con clínicas privadas.
Obligatoriedad de solicitar el resultado de la RX de pelvis en el control de los 4 meses de edad por profesional enfermera(o).
Derivar oportunamente al medico con Rx alterada.
Educación a la madre de los cuidados del niño con RX alterada.

Meta:

100% de niños (as) de 3 meses con derivación al examen radiológico de caderas.
Durante el año 2011 no se cuenta con información dura acerca del resultado de las Rx, ni de las derivaciones o su resolución.

Indicador:

Nº de niños (as) de 3 meses derivadas a Rx de caderas/Nº de niños de 3 a 5 meses bajo control/100.

Fuente del indicador:



SIGGES.
Registro local.
P2 sección A.

Área Estratégica: Tratamiento.

OBJETIVO 1:

Disminuir la incidencia de rezago y riesgo del DSM en niños (as) en su evaluación de DSM.



Estrategias:

Existencia de ludoteca a partir de septiembre de este año 2011 que cuenta con profesional psicopedagoga.

Derivación oportuna de los niños con riesgo y rezago.

Entrega de guías anticipatorias a los padres.

Seguimiento por profesional enfermera(o) al 100% de niños con riesgo, retraso y rezago.

Meta:



Derivación del 100% de niños con rezago o déficit en el DSM a alguna modalidad de estimulación.

Recuperación del 100% de niños diagnosticados con déficit o rezago en su DSM.

Indicador:

Nº de niños (as) evaluados con déficit o rezago en su DSM derivados a alguna modalidad de estimulación/ Nº de niños (as) menores de 4 años con déficit o rezago en su DSM/100.

Nº de niños recuperados del déficit o rezago de su DSM/ Nº de niños (as) diagnosticados con déficit o rezago/100.

Fuente del indicador:

REM A03 sección C

REM A03, sección B.

PROGRAMA DE LA MUJER



Equipo Programa Salud Sexual y Reproductiva Comuna de Requínoa.
De Izquierda a Derecha; Sra. Angela Cornejo, Srta. Grace Ruz,
Sr. Eduardo Allendes, Sra. Natalia Zúñiga, Sra. Lizbeth Peñailillo.

CÁNCER CERVICOUTERINO Y DE MAMAS

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) y es la segunda causa en los restantes grupos. En este grupo de edad, el 42 % de los casos por tumores malignos en la mujer corresponden a muertes evitables: cáncer (de cuello de útero 19%, cáncer de mama 18%). La mayor tasa de años potencial perdidos por cáncer en la mujer corresponde al cáncer del cuello de útero (126 por 100.000) y en segundo lugar al cáncer de mama (100 por 100.000). La detección precoz mediante técnicas de screening a nivel primario es una herramienta fundamental para disminuir la morbimortalidad de ambos cánceres.

Respecto al Examen Físico de Mama protocolizado (EFM); en el año 2010 se realizó a 635 mujeres de entre 35 y 64 años de edad. Hubo 5 personas que se derivaron al nivel secundario por probable patología maligna de las cuales a 3 se les diagnosticó cáncer mamario.

Se efectuaron además 136 mamografías dentro del programa de resolución de especialidades del MINSAL a mujeres con factores de riesgo familiar ó nódulo mamario sospechoso y 70 por programa de Apoyo a la Gestión. De los exámenes realizados no hubo exámenes alterados.

El número de Mamografías por el Programa de Resolución de Especialidades aumentó a 283 durante el año 2011, sumando 160 exámenes en el mes de octubre focalizadas específicamente a mujeres de 50 a 54 años tal y como lo indican las orientaciones técnicas para el año 2012.

ESTRATEGIAS:

- Promoción de los exámenes de pesquisa a través del Programa de Resolución de especialidades.
- Aumento de cobertura en Mamografías y PAP vigentes



LINEAS DE TRABAJO:

- Difundir masivamente la importancia de la toma del PAP, EFM y Mamografías, para la detección precoz y derivación oportuna a los niveles de mayor complejidad.
- Aumentar el número de exámenes disponibles para PAP y Mx.
- Actualización de bases de datos con tarjeteros de mujeres con PAP, EFM y Mamografías, sectorizados por equipo de cabecera
- Rescatar a aquellas mujeres que se encuentran sin examen (Pap, EFM o Mx), o esté atrasado. Dando énfasis a quienes tengan factores de riesgo.

ACTIVIDADES:

- Difusión en medios de comunicación
- Talleres con apoderadas y alumnos de los establecimientos educacionales de la comuna, organizaciones sociales
- Charlas cortas de difusión en el establecimiento de salud
- Actividades de rescate: contacto telefónico, visita domiciliaria, citaciones, etc.
- Implementación de sistema de información integrado y dinámico
- Toma del examen de PAP, informe de los resultados
- Control ginecológico integral con identificación de grupos de riesgo Cáncer mamario
- Control EFM y solicitud de mamografías de acuerdo a factores de riesgo utilizando los recursos aportados por el MINSAL.

META NACIONAL 2012:

- Cobertura de PAP vigente de 80% en mujeres de 25 a 64 años inscritas.



META COMUNAL 2011:

La Meta comunal alcanzada en el año 2010 fue de un 63 % de mujeres con Pap vigente para este grupo etáreo, por lo que para el año 2011, se mantuvo esta cifra, considerando el incremento en la población objetivo en un 8.6 % (525 mujeres). Sin embargo, y pese al desarrollo de las diversas estrategias para atraer a mujeres con su Pap atrasado, y aquellas que se lo debiesen realizar por primera vez, ha sido difícil alcanzar, a la fecha, esta meta. Por lo que la brecha entre la meta nacional y local se amplía. Esto no sucedería si se implementase una base de datos nacional de Pap, en donde se consideren aquellos exámenes realizados en el sector público y privado. (De acuerdo a datos entregados esto podría suceder próximamente)

INDICADORES:

- ❖ Cobertura de PAP vigente en población femenina de 25 a 64 años
$$\frac{\text{Nº de mujeres de 25 a 64 años con PAP al día}}{\text{Nº total de mujeres de 25 a 64 años inscritas}}$$
- ❖ Proporción de PAP inadecuados
$$\frac{\text{Nº total de PAP inadecuados año 2012}}{\text{Nº total de PAP efectuados año 2012.}}$$
- ◆ Tasa de pesquisa Cáncer Cérvico uterino
$$\frac{\text{Nº de mujeres con PAP (+) año 2012}}{\text{Nº total mujeres PAP tomado año 2012}}$$
- ◆ Cobertura de EFM vigente en población femenina de 34 a 64 años
$$\frac{\text{Nº total de mujeres de 35 a 64 años con EFM al día}}{\text{Nº total de mujeres de 35 a 64 años inscritas}}$$
- Tasa de pesquisa de PPM p
$$\frac{\text{Nº de mujeres con diagnostico de PPM}}{\text{Nº total de mujeres con EFM (mamografía)}}$$

EMBARAZO DE ALTO RIESGO



El proceso reproductivo es esencial para la conservación de la especie, lo que lo convierte en un foco de salud pública. Por la complejidad de todos los eventos que ocurren durante el embarazo, los factores de riesgo son de una variada gama.

Para que la maternidad sea segura se trabaja en acciones simultáneas en tres áreas:

- Reducir el número de embarazos no deseados y de alto riesgo, a través de la Planificación Familiar y los Métodos Anticonceptivos disponibles tanto en el sistema público de salud como en el comercio.