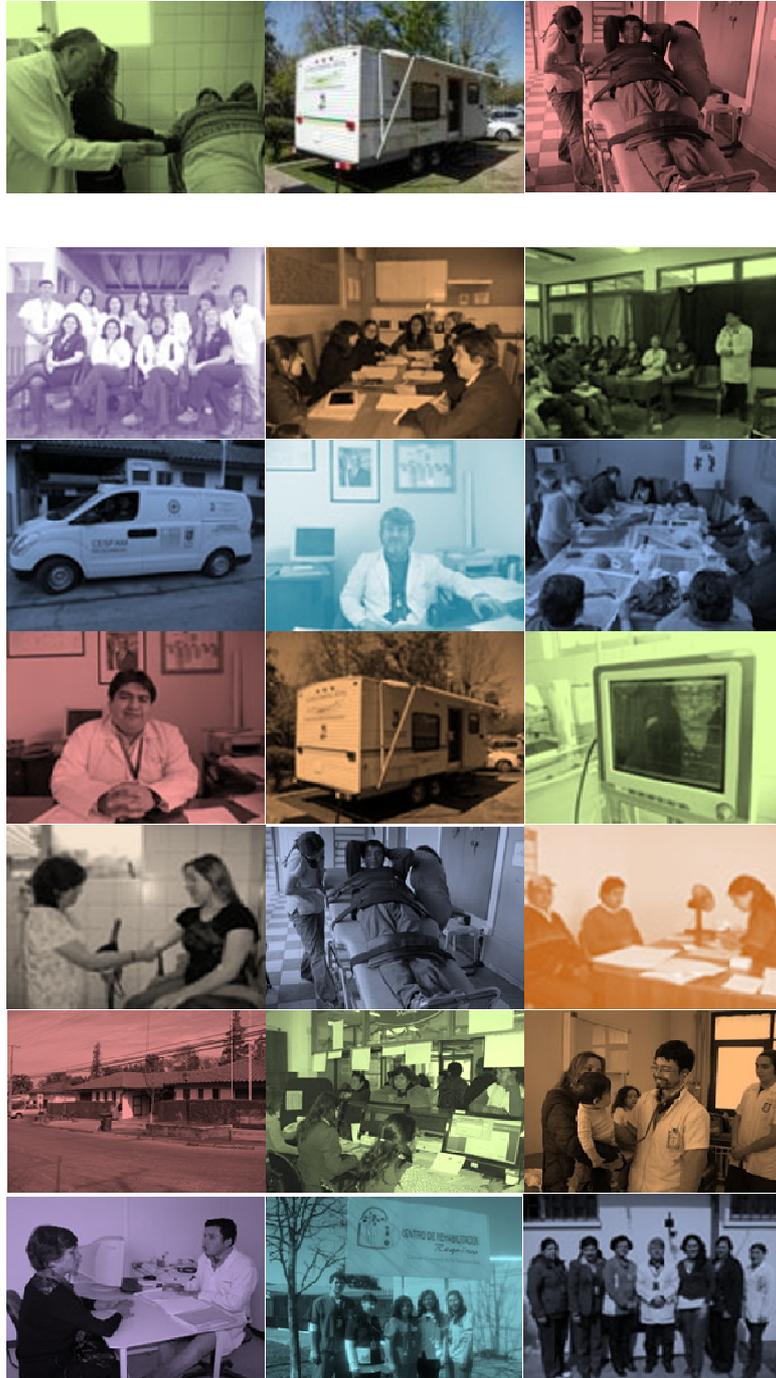




PLAN DE SALUD COMUNAL 2013



PLAN DE SALUD 2013



INDICE

I. INTRODUCCION.....	3
II.OBJETIVOS SANITARIOS.....	4
III. SALUD FAMILIAR.....	10
IV. PROGRAMACARDIOVASCULAR.....	12
V.TELEDERMATOLOGIA.....	19
VI.PROGRAMA ODONTOLOGICO.....	22
1. Atención dental en menores de 20 años.....	26
VII.PROGRAMA DE LA MUJER.....	30
1. Programa de salud sexual y reproductiva.....	30
2. Cáncer Cérvico uterino y de Mamas.....	32
3. Embarazadas y Control Prenatal.....	38
4. Infecciones deTransmisión Sexual y VIH.....	43
VIII.PROGRAMA SALUD MENTAL.....	45
IX. PROGRAMA DE REHABILITACION INTEGRAL CON BASE COMUNITARIA.....	52
X. PROGRAMA DEL ADOLESCENTE.....	56
XI. PLAN DE AUTOCUIDADO.....	59
XII. PROGRAMA DE ATENCION DOMICILIARIA.....	61
XIII.PROGRAMA PILOTO VIDA SANA.....	65



XIV.PROGRAMA DEL NIÑO Y DE LA NIÑA.....	72
XV.PROGRAMA IRA.....	75
XVI.PROGRAMA ERA.....	79

I. INTRODUCCIÓN

El presente documento tiene como objetivo hacer una reseña de las acciones en salud realizadas durante 2012 por nuestro Cesfam y Postas de Salud Rural, junto con plantear los desafíos en relación a los lineamientos que se concretan en El Plan de Salud Comunal 2013.

Como ha sido un propósito desde que asumimos en el mes de Febrero la nueva dirección del CESFAM DR. JOAQUIN CONTRERAS SILVA y de sus tres postas de salud rural (Iirios, Totihue y Abra) es en lo posible mejorar los altos estándares de calidad en la atención y resolutivez en sus prestaciones, de modo que los beneficiarios de los CESFAM de la Comuna, la valoren y la promuevan a otros vecinos que por diversas razones, entre las que bien cabe el desconocimiento, no se han incorporado todavía a ella.

Desde fines de 2010 y durante el 2011 el MINSAL ha trabajado inicialmente en los borradores y finalmente en los definitivos Objetivos Sanitarios de la década 2011 - 2020, que abordan condicionantes en salud tales como tabaco, sedentarismo, obesidad y que se ha comprobado que directamente se encuentran relacionados con las enfermedades cardiovasculares y cánceres, que son actualmente la principal causa de morbimortalidad en Chile y que incluyen Enfermedad Coronaria, Hipertensión arterial, Diabetes y las alteraciones del metabolismo de la glucosa, con prevalencias cada vez más altas entre los adultos, y las enfermedades emergentes que son propias del siglo XXI destacando:

Patología Dental, Discapacidad (muchas veces producto de accidentes de tránsito en personas jóvenes) y Salud Mental, con tasas cada vez más altas de trastornos del ánimo como depresión y ansiedad.

Es así que enmarcados por los indicadores MINSAL, los desafíos a desarrollar por los Centros de Salud de Nivel Primario, para el año 2013 tienen su base en estos objetivos



PLAN DE SALUD COMUNAL 2013

sanitarios y como comuna pionera en muchos aspectos entre los que cabe destacar SALUD, en la consolidación e innovación de:

- + Teledermatología
- + Aumento de Horas médico y enfermera al Equipo de postrados
- + Implementación del Programa de Curaciones avanzada de heridas
- + Aumento de oferta de horas de Salud Mental en el CESFAM y Postas
- + Consolidación de nuestro Móvil Dental.
- + Consolidación del Modelo de Salud Familiar en nuestro CESFAM y ser considerados como modelo dentro de la sexta Región
- + Preocuparnos por la satisfacción Usuaría mediante la realización de encuestas de satisfacción usuaria, tanto en el CESFAM y Postas de salud Rural.
- + Consolidar el Control Joven Sano y brindar espacios amigables para los jóvenes.

II. OBJETIVOS SANITARIOS 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

Se presenta a continuación los Objetivos Estratégicos del PNS 2011-2020.

OE.1 Reducir la carga sanitaria de las enfermedades transmisibles y contribuir a disminuir su impacto social y económico.



PLAN DE SALUD COMUNAL 2013

	TEMA	OBJETIVO	META	2010	2015	2020
1.1	VIH/SIDA	Disminuir la mortalidad por VIH/SIDA	Mantener la tasa de mortalidad proyectada por Virus de Inmunodeficiencia Humana/ Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida	2,0 por 100.000	1,6 por 100.000	1,2 por 100.000
1.2	Tuberculosis	Eliminar la Tuberculosis como problema de salud pública	Disminuir a 5 x 100.000 habitantes la tasa de incidencia proyectada de Tuberculosis	12,1 por 100.000	9,7, por 100.000	<5,0 por 100.000
1.3	Enfermedades Transmisibles	Mantener logros alcanzados en el control o eliminación de las Enfermedades Transmisibles	Mantener el número de casos de enfermedades transmisibles seleccionadas*	0 casos	0 casos	0 casos
1.4	Infecciones Respiratorias Agudas	Reducir la mortalidad por infecciones respiratorias agudas	Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas	14,3 por 100.000	10,4 por 100.00	7,6 por 100.000

OE.2 Prevenir y reducir la morbilidad, la discapacidad y mortalidad prematura por afecciones crónicas no transmisibles, trastornos mentales, violencia y traumatismos.



PLAN DE SALUD COMUNAL 2013

	Tema	Objetivos	Meta	2010	2015	2020
2.1	Enfermedades Cardiovasculares	Aumentar la sobrevivencia de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	Aumentar 10% la sobrevivencia al primer año proyectada del infarto agudo al miocardio	78,5%	82,7%	91,0%
			Aumentar 10% la sobrevivencia al primer año proyectada por accidente cerebrovascular	70,5%	76,9%	89,7%
2.2	Hipertensión Arterial	Incrementar la proporción de personas con hipertensión arterial controlada (1)	Aumentar 50% la cobertura efectiva del tratamiento de hipertensión arterial	16,8%	19,6%	25,2%
2.3	Diabetes Mellitus	Incrementar la proporción de personas con diabetes controlada (2)	Aumentar 20% la cobertura efectiva del tratamiento de diabetes mellitus tipo 2	29,8%	31,8%	35,8%
2.4	Enfermedad Renal Crónica	Reducir la progresión de enfermedad renal crónica	Disminuir 10% la tasa de incidencia proyectada de tratamiento de sustitución renal crónica con hemodiálisis en población menor a 65 años	8,2 por 100.000	7,8 por 100.000	6,8 por 100.000
2.5	Cáncer	Reducir la tasa de mortalidad por cáncer	Disminuir 5% la tasa de mortalidad proyectada por cáncer	112,0 por 100.000	107,0 por 100.000	97,1 por 100.000
2.6	Enfermedad Respiratoria Crónica	Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica	Disminuir 10% la tasa de mortalidad proyectada por enfermedad respiratoria crónica	15,7 por 100.000	14,9 por 100.000	13,2 por 100.000
2.7	Trastornos Mentales	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Disminuir 10% la prevalencia de discapacidad severa en trastornos de salud mental seleccionados (3)	Línea de base 2012	-3,3%	-10,0%
2.8	Discapacidad	Disminuir la discapacidad	Disminuir 10% la media de puntaje de discapacidad	26,0 puntos	25,1 puntos	23,4 puntos
2.9	Salud Bucal	Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de 20 años, con énfasis en los más vulnerables	Aumentar 35% la prevalencia de libres de caries(4) en niños de 6 años	29,6%	32,0%	40,0%
			Disminuir 15% el promedio de dientes dañados por caries (5) en adolescentes de 12 años en establecimientos de educación municipal	2,2 dientes	2,1 dientes	1,9 dientes
2.10	Accidentes de Tránsito	Reducir la mortalidad por accidentes de tránsito	Disminuir 25% la tasa de mortalidad proyectada por accidentes de tránsito asociados a consumo de alcohol e imprudencia del conductor (6)	4,1 por 100.000	3,8 por 100.000	3,2 por 100.000
2.11	Violencia Intrafamiliar	Disminuir los femicidios	Disminuir 33% la tasa trienal de femicidios en mayores de 15 años	1,8 por 100.000	1,6 por 100.000	1,2 por 100.000

OE.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.



PLAN DE SALUD COMUNAL 2013

	Tema	Objetivos	Meta	2010	2015	2020
3.1	Salud Óptima	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Aumentar 20% la prevalencia de al menos 5 factores protectores(1), en población mayor a 15 años	35,6%	38,0%	42,7 %
3.2	Consumo de Tabaco	Reducir el consumo de tabaco	Reducir 5% la prevalencia proyectada de consumo de tabaco último mes en población de 12 a 64 años	40,9%	39,1%	35,6%
3.3.	Consumo de Alcohol	Reducir el consumo de riesgo de alcohol	Disminuir 10% la prevalenciaproyectada de consumo de riesgo de alcohol(2) en población de 15 a 24 años	15,1%	15,0%	14,8%
3.4	Sobrepeso y Obesidad	Disminuir prevalencia de obesidad infantil	Disminuir 10% la prevalencia de obesidad en menores de 6 años (3)	9,6%	9,0%	8,6%
3.5	Sedentarismo	Aumentar la prevalencia de práctica de actividad física en adolescentes y jóvenes	Aumentar 30% la prevalencia de actividad física suficiente (4) en población entre 15 a 24 años	23,1%	25,4%	30,0%
3.6	Conducta Sexual	Aumentar la prevalencia de conducta sexual segura en adolescentes y jóvenes	Aumentar 20% la prevalencia de uso consistente de condón en población de 15 a 19 años, activos sexualmente	34,9%	37,2%	42,0%
3.7	Consumo de Drogas Ilícitas	Disminuir la prevalencia de consumo de drogas ilícitas en población general	Disminuir 5% la prevalencia de consumo de drogas ilícitas(5) durante último año en población de 12 a 64 años	8,1%	8,0%	7,8%

OE. 4 Reducir la mortalidad, morbilidad y mejorar la salud de las personas, a lo largo del ciclo vital

	TEMA	OBJETIVO	META	2010	2015	2020
4.1	Salud Perinatal	Disminuir la mortalidad perinatal	Disminuir 15% la tasa de mortalidad proyectada en periodo perinatal	10,4 por 1.000	10,6 por 1.000	10,9 por 1.000
4.2	Salud Infantil	Disminuir el rezago infantil	Disminuir 15% la prevalencia de rezago en población menor de 5 años	25,2%	23,5%	21,4%
4.3	Salud del Adolescente	Disminuir la mortalidad por suicidio en adolescentes	Disminuir 15% la tasa de mortalidad proyectada por suicidio en población de 10 a 19 años	8,0 por 100.000	8,7 por 100.00	10,2 por 100.000
4.4	Embarazo Adolescente	Disminuir el embarazo adolescente	Disminuir 10% la tasa de fecundidad proyectada en población menor de 19 años	25,8 por 1.000	23,7 por 1.000	22,9 por 1.000
4.5	Accidentes del Trabajo	Disminuir la mortalidad por accidentes del trabajo	Disminuir un 40% la tasa trienal de mortalidad por accidentes del trabajo	7,6 por 100.00	6,6 por 100.000	4,6 por 100.000
4.6	Enfermedades Profesionales	Disminuir la incapacidad laboral por enfermedades profesionales	Disminuir un 30% la tasa anual proyectada de licencia por incapacidad laboral por enfermedad profesional de causa músculoesquelética de extremidad superior en población protegida por la Ley 16.744	11,2 por 100.000	11,6 por 100.000	12,5 por 100.000



PLAN DE SALUD COMUNAL 2013

4.7	Salud de la Mujer Climatérica	Mejorar la calidad de vida de la mujer posmenopáusicas	Disminuir en 10% la media de puntaje de "Salud relacionada a Calidad de Vida" en población femenina de 45 a 64 años, bajo control	Línea de Base 2012	-3,3 %	-10,0%
4.8	Salud del Adulto Mayor	Mejorar el estado de salud funcional de los adultos mayores	Disminuir en 10% la media de puntaje de discapacidad en población de 65 a 80 años	35,3 puntos	33,5 puntos	31,8 puntos

OE.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

	Tema	Objetivos	Meta	2010	2015	2020
5.1	Inequidad y Posición Social	Disminuir la gradiente de inequidad en salud relacionada con posición social	Disminuir 10% el índice de concentración de auto percepción de salud por años de estudio, en población mayor a 25 años	0,31 puntos	0,30 puntos	0,28 puntos
5.2	Inequidad y Ubicación Geográfica	Disminuir la brecha de inequidad en salud relacionada con ubicación geográfica	Disminuir 25% la media de tasa quinquenal de Años de Vida Potencial Perdidos de las comunas priorizadas (1)	92,1 por 1.000	84,4 por 1.000	69,1 por 1.000

OE. 6 Proteger la salud de la población a través del mejoramiento de las condiciones ambientales y de seguridad e inocuidad de los alimentos.

	TEMA	OBJETIVO	META	2010	2015	2020
6.1	Contaminación Atmosférica	Disminuir exposición diaria a contaminación ambiental	Disminuir 50% la tasa de días-ciudad del año que se encuentran sobre la norma de material particulado*	23,4 por 1.000 días-ciudad	19,5 por 1.000 días-ciudad	11,7 por 1.000 días-ciudad
			Disminuir un 10% el nivel de contaminantes intradomiciliarios seleccionados**	Línea de Base 2013	-3,3%	-10,0 %
6.2	Residuos Sólidos	Mejorar la disposición de residuos contaminantes	Aumentar 150% la cobertura de comunas con manejo adecuado de residuos sólidos domiciliarios	30,1%	50,0 %	75,3%
6.3	Uso de Aguas	Mejorar el acceso a agua potable y disposición de aguas servidas en zonas rurales	Aumentar a 50% la cobertura de sistemas de agua potable rural con agua segura y diagnóstico de disposición de aguas servida	0,0%	35,0%	50,0%
6.4	Enfermedades Transmitidas por Alimentos	Disminuir los brotes de Enfermedades Transmitidas por Alimentos	Disminuir 10% la tasa promedio de los últimos 3 años de hospitalización por enfermedades transmitidas por alimentos en brote.	1,13 por 100.000	1,09 por 100.000	1,02 por 100.000
6.5	Entorno Urbano	Aumentar las áreas verdes urbanas	Aumentar 20% el porcentaje de comunas seleccionadas*** cuya tasa promedio de los últimos 3 años de metros cuadrados de áreas verdes por habitante, supera recomendación de Organización Mundial de la Salud	8,1%	8,6%	9,7%



PLAN DE SALUD COMUNAL 2013

OE. 7 Fortalecer la institucionalidad del sector salud.

	tema	Objetivos	Meta	2010	2015	2020
7.1	Sistemas de Información	Mejorar los sistemas de información en salud	Aumentar a 13 el número de procesos críticos (1) que tributan al repositorio nacional de información	0 procesos	5 procesos	13 procesos
7.2	Investigación en Salud	Fortalecer la investigación en salud	Aumentar a 50% la proporción de preguntas elaboradas y priorizadas (2) por el Consejo Nacional de Investigación en Salud, que son abordadas en proyectos de investigación, el año en curso	0,0%	30,0%	50,0%
7.3	Recursos Humanos	Aumentar y mejorar la dotación de recursos humanos en el sector salud	Aumentar 20% la proporción de Servicios de Salud y Secretarías Regionales Ministeriales de Salud con dotación de Recursos Humanos adecuada (3)	Línea de base 2012	+8,0%	+20,0%
			Aumentar a 35% la proporción de Servicios de Salud cuyos Servicios de Urgencia de hospitales de alta complejidad, cumplen con estándar de Recursos Humanos en Salud	Línea de base 2012	16,1%	35,0%
			Aumentar a 44% la proporción de Servicios de Salud cuyas Unidades de Paciente Crítico de hospitales de alta complejidad, cumplen con estándar de Recursos Humanos en Salud	Línea de base 2012	35,1%	44,0%
7.4	Financiamiento	Fortalecer el financiamiento del sector	Disminuir 20% el porcentaje del gasto de bolsillo sobre el gasto total en salud	34,4%	32,1%	27,5%
			Aumentar a 100% la proporción de Servicios de Salud cuyos hospitales logran relación ingresos devengados/gastos devengados mayor o igual a uno	41,4%	58,6%	100,0%
7.5	Infraestructura	Mejorar, normalizar y reponer la infraestructura del sector salud	Aumentar en 30 el número de hospitales en operación, con mejoramiento, normalización y/o reposición	0 hospitales	15 hospitales	30 hospitales
			Aumentar en 150 el número de centros de atención primaria en operación, con mejoramiento, normalización y/o reposición	0 centros	75 centros	150 centros
7.6	Gobernanza y Participación	Aumentar los mecanismos de participación ciudadana y fortalecer el trabajo integrado de los directivos del sector	Aumentar a 100% la proporción de Servicios de Salud y Secretarías Regionales Ministeriales de Salud que han implementado mecanismos de participación ciudadana y usuaria, y ejercicio de derechos	No disponible	25,0%	100,0%
			Aumentar a 100% la proporción de Secretarías Regionales Ministeriales de Salud que han implementado mecanismos de alineación de directivos, y articulación de procesos de planificación	0,0%	25,0%	100,0%
7.7	Gestión Asistencial	Mejorar la pertinencia en la referencia entre componentes de la red de Servicios de Salud	Aumentar a 80% el porcentaje de pertinencia en la referencia entre componentes de los Servicios de Salud	Línea de base 2012	50,0%	80,0%



OE. 8 Mejorar la calidad de la atención de salud en un marco de respeto de los derechos de las personas.

TEMA	OBJETIVO	META	2010	2015	2020	
8.1	Acceso y Oportunidad	Disminuir listas de espera	Aumentar a 90% la proporción de Servicios de Salud con adecuada razón de resolución de listas de espera excesivamente prolongadas*	21%	52%	90%
8.2	Seguridad y Efectividad	Aumentar los establecimientos de salud acreditados	Aumentar a 100% la proporción de establecimientos de atención cerrada, públicos y privados, con al menos la primera acreditación de estándares de calidad y seguridad de la atención	2,1%	50%	100%
8.3	Fármacos y Tecnologías Sanitarias	Mejorar la calidad de medicamentos y tecnologías sanitarias	Aumentar a 90% el porcentaje de fármacos priorizados que cumplen con las características de calidad definidas*	0,0%	30%	90%
			Aumentar a 90% el porcentaje de tecnologías sanitarias priorizadas que cuentan con certificación de calidad	0,0%	30%	90%
8.4	Satisfacción Usuaría	Disminuir la Insatisfacción Usuaría	Disminuir 30% el índice de insatisfacción usuaria en la atención de salud de centros de atención primaria	18,3%	16,5%	12,8%
			Disminuir 30% el índice de insatisfacción usuaria en la atención de salud de urgencias	26,6%	23,9%	18,6%

OE. 9 Fortalecer la respuesta adecuada del Sector Salud ante emergencias, desastres y epidemias.

TEMA	OBJETIVO	META	2010	2015	2020	
9.1	Emergencias, desastres y epidemias	Contar con planes aprobados y actualizados en Gestión Integral del Riesgo y Establecimientos de Salud Seguros	Proporción de instituciones de salud* con planes de gestión integral del riesgo, aprobados y actualizados	0	50%	90%
			Número de hospitales antiguos y nuevos acreditados con cumplimiento de norma de seguridad	0 hospitales	15 hospitales	30 hospitales



III. SALUD FAMILIAR

El modelo de atención integral con enfoque familiar y comunitario (Modelo de Salud Familiar) en Chile surge en un contexto histórico de crisis y descontento en los consultorios, junto al surgimiento de la Medicina Familiar en Chile en los años 80, pero con mayor impulso en la última década.

Los principales problemas que enfrentaban los consultorios eran:

1. Excesivo número de pacientes en la unidad de tiempo y en la jornada
2. Falta de apoyo eficaz y ágil de los medios mínimos necesarios de diagnóstico
3. Alta rotación de los profesionales, principalmente el médico
4. Programas de salud sin medición de impacto
5. Programas de salud que no responden a los problemas actuales de salud
6. Discontinuidad en la atención médica
7. Poco énfasis en la actividad preventiva, especialmente en adultos
8. Inadecuada utilización de los recursos
9. Recurso humano con tendencia a la rutinización de actividades
10. Baja cobertura en algunos problemas prevalentes y de riesgo
11. Acciones sin enfoque de riesgo en los programas distintos al materno-infantil, y en este último mal orientado
12. Falta del concepto y la aplicación del trabajo en equipo de salud, con pocas instancias de encuentro
13. Escaso trabajo con la comunidad
14. Carencia de tiempo programado para acudir a cursos de perfeccionamiento
15. No existencia de bibliotecas mínimas de consulta a nivel local
16. Escasa realización de reuniones clínicas, bibliográficas y seminarios
17. Hospitalización y derivación diferida, especialmente actos operatorios y ciertas especialidades
18. Falta de coordinación entre niveles de atención, con incomunicación bilateral

La Medicina Familiar es, según el Consejo Americano de Medicina Familiar, la especialidad médica que se preocupa por el cuidado de la salud total del individuo y la familia. Es una especialidad en amplitud que integra las ciencias biológicas y del comportamiento y su alcance no está limitado por edad, sexo, órgano o sistema o entidad mórbida." En esta definición se plasma el esfuerzo de humanizar la atención y de hacerla integral.

En Chile, como en otros países, la atención primaria de salud es otorgada por un equipo de salud conformado por profesionales y no profesionales, incluyendo al médico familiar. Este equipo de salud es co-responsable, junto a sus usuarios, de mejorar o al menos mantener la salud de éstos de la mejor calidad posible. La atención primaria de salud es el terreno de actuación de este equipo de salud. El modelo de atención a seguir para este equipo de



PLAN DE SALUD COMUNAL 2013

salud familiar en Chile se le ha llamado primero modelo de salud con enfoque familiar, modelo de salud integral o modelo de atención de salud familiar.

El MINSAL en el documento "Modelo de Atención integral en Salud" resume estas características:

1. Centrado en el usuario, facilitando el ejercicio pleno de sus deberes y derechos en salud
2. Énfasis en lo promocional y preventivo; con enfoque familiar de los cuidados
3. Integral tanto en la comprensión de los fenómenos, como en las formas de afrontarlos
4. Continuidad de la atención, desde los cuidados primarios, hasta las modalidades de atención especializada
5. Trabajo en Red, tanto sanitaria como social, que asegure la complementariedad que requieren las necesidades explícitas e implícitas en salud
6. Tendencia al cuidado ambulatorio
7. Participación en salud e intersectorialidad
8. Calidad de atención
9. Adecuada política de gestión de las personas que trabajan en el sector.

Durante el año 2012 el CESFAM DR. Joaquín Contreras fue sometido a un proceso de recertificación, donde se compromete como equipo de salud a trabajar en las diferentes dimensiones del modelo descritas anteriormente.



EQUIPO ALMENDRA



EQUIPO ARAUCARIA

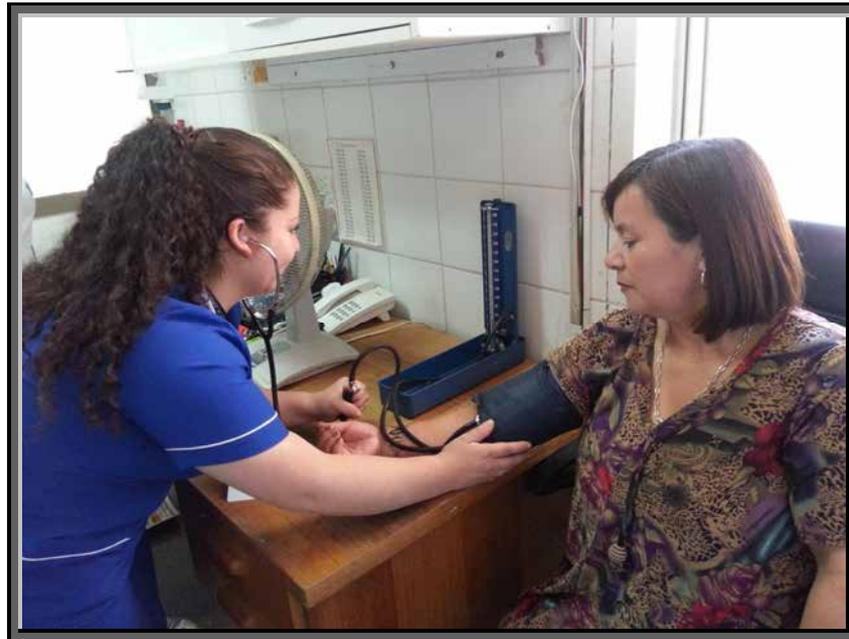


EQUIPO ROBLE



IV. PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR

Las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte en países desarrollados y han emergido como un importante problema de salud pública en países en vías de desarrollo. En Chile son la primera causa de muerte, causando el 27,1% de las muertes totales y constituyen la principal causa de morbilidad y discapacidad.



Las enfermedades cardiovasculares muchas veces se presentan sin dolor y sin síntomas obvios, por esta razón, a menudo no se tratan, lo que puede llevar a problemas de salud todavía más serios, como el infarto al miocardio, accidentes vasculares encefálicos y la insuficiencia renal.

Su origen es multifactorial y variados estudios han permitido conocer los factores que contribuyen a su aparición, mucho de éstos factores son prevenibles.

Los factores de riesgo que afectan al desarrollo de la enfermedad cardiovascular se pueden clasificar en diferentes categorías en función de si son modificables o no y de la forma en que contribuyen a la aparición de la enfermedad cardiovascular.



I - Factores personales no modificables

- Sexo
- Edad
- Herencia o antecedentes familiares

Son aquellos que intervienen de una forma directa en los procesos de

II - Factores de riesgo que pueden corregirse

Directos

desarrollo de la enfermedad cardiovascular.

- ✚ Dislipidemias
- ✚ Tabaquismo
- ✚ Hipertensión arterial
- ✚ Diabetes Mellitus
- ✚ Tipo de alimentación

Indirectos

Son aquellos que se han relacionado a través de estudios epidemiológicos o clínicos con la incidencia de enfermedad cardiovascular pero que no intervienen directamente en la génesis de dichas patologías, sino a través de otros factores de riesgo directos.

- ✚ Sedentarismo
- ✚ Obesidad
- ✚ Estrés
- ✚ Consumo de anticonceptivos orales

En este escenario es labor del equipo de atención primaria de salud enfocar su actividad en la prevención y promoción.

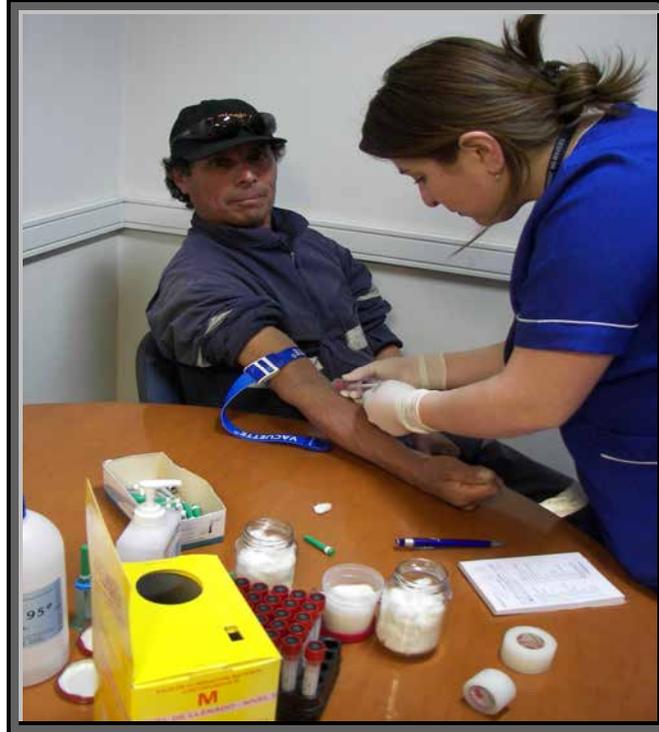
Desde el año 2009, dentro del Programa de salud cardiovascular en nuestra comuna se realizan de lunes a viernes en diferentes sectores de la comuna sesiones de actividad física para pacientes hipertensos y/o diabéticos, las cuales son impartidas por la profesora de educación física. Estas actividades se han mantenido en el tiempo dando continuidad al programa, viendo efectos positivos cuyo impacto es a mediano y largo plazo. Se realizan eventos masivos como baile entretenido, gimnasia, yoga, entre otras.



TALLER DE GIMNASIA IMPARTIDA POR SRTA. PATRICIA MENDEZ. PROF. DE EDUCACION FISICA

También desde el año 2009 se realiza la aplicación del cálculo del RCV (basado en la escala de framingham) y la medición del daño renal como factor de riesgo con la aplicación de la pauta renal en nuestros usuarios hipertensos y diabéticos.

Evocados a la prevención, promoción y detección temprana de patologías, hemos realizado exámenes de medicina preventiva, charlas antitabaco y alimentación saludable en adultos en varias empresas de la Comuna, así como en nuestros usuarios como consulta espontánea en el Cesfam y Postas rurales.



REALIZACIÓN DE EMP A FUNCIONARIOS DE EMPRESAS



CHARLA DE ALIMENTACIÓN SALUDABLE A FUNCIONARIOS DE EMPRESA ANAKENA.



TALLER ANTITABACO IMPARTIDO POR EL EQUIPO DE SALA ERA.

Contamos con equipos de cabecera bien conformados tanto en el Cefam como en nuestras Postas (Lirios, Abra y Totihue), desde este año contamos con nutricionista en cada equipo lo cual ha significado una atención de mayor calidad hacia nuestros usuarios.



NUTRICIONISTA SRTA. ARACELIA MUÑOZ. NUTRICIONISTA EQUIPO ROBLE.

Además desde el presente año contamos con los servicios de una enfermera con conocimientos en la curación avanzada de pie diabético lo que ha permitido que nuestros usuarios diabéticos portadores de úlceras sean abordados terapéuticamente de mejor manera y con resultados muy positivos.



CURACION AVANZADA DE HERIDAS. SRA. MARIBEL MACIAS. ENFERMERA.

Para todo lo mencionado se ha hecho fundamental el trabajo en equipo al igual que la capacitación permanente.

Contamos con una canasta de exámenes completa lo que brinda una mayor calidad y cantidad de prestaciones.

ESTRATEGIAS:

- ✚ Promoción de estilos de vida saludable
- ✚ Pesquisa precoz de factores de riesgo
- ✚ Control de patologías de RCV

LINEAS DE TRABAJO:

- ✚ Promoción de estilos de vida saludable
- ✚ Aplicación del EMPA
- ✚ Controles de pacientes con FRCV
- ✚ Atención integral de pacientes hipertensos y diabéticos

ACTIVIDADES:

- ✚ Difusión masiva de estilos de vida saludable a través de medios comunicacionales
- ✚ Talleres sobre alimentación saludable, actividad física, tabaquismo.
- ✚ Eventos masivos de actividad física (yoga, gimnasia,
- ✚ Aplicación de EMPA a la población de 20 a 64 años.
- ✚ Realización de Perfiles de Presión Arterial a pacientes con sospecha de HTA.



PLAN DE SALUD COMUNAL 2013

- + Garantizar acceso a Holter de Presión arterial en aquellos pacientes en que existe duda diagnóstica razonable.
- + Ingreso a control de crónico a los pacientes que son pesquisados como hipertensos, diabéticos o dislipidémicos
- + Actividades de rescate a pacientes crónicos inasistentes a control: Contacto telefónico, visitas domiciliarias, otros
- + Atención integral de usuarios con RCV (médico, enfermera, nutricionista, matrócn, psicólogo, asistente social).
- + Pesquisa y terapia antitabaco en Sala ERA.
- + Atención podológica a usuarios diabéticos.
- + Fondo de ojo a usuarios con ingreso al programa cardiovascular por Diabetes mellitus tipo 2.
- + Aplicación de pauta renal a usuarios hipertensos y diabéticos.
- + Control de pie diabético a usuarios diabéticos en control.
- + Curación avanzada de heridas en pie diabético.

METAS:

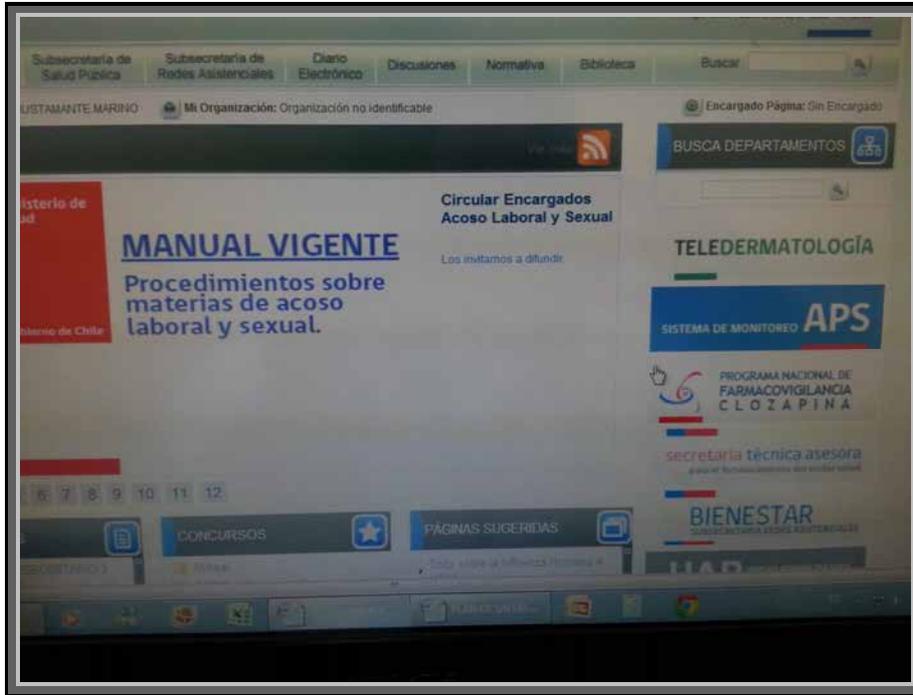
- + Cobertura de EMP a un 14% en población inscrita de sexo masculino en edades de 20 a 44 años.
- + Cobertura de EMP a un 18% en población inscrita de sexo femenino en edades de 45 a 64 años.
- + Conocer la prevalencia comunal de HTA y Diabetes Mellitus.
- + Mantener la normotensión (130/85) del 51% de los pacientes hipertensos en control
- + Lograr compensación de los pacientes diabéticos bajo control con Hb glicosilada: 29.3% con Hbgl < 7
- + Reducir el consumo de tabaco, mediante terapia antitabaco en Sala ERA.:
- + Reducir el sedentarismo en los mayores de 15 años.

INDICADORES:

- + Cobertura medida monitoreadas a través de los IAAPS (HTA, DM, EMPAS)



V. TELEDERMATOLOGÍA



Desde julio del año 2012 se pone en marcha el programa de tele dermatología a nivel de la región de O Higgins integrando a 12 centros de atención primaria entre los cuales participa el Cefsam Requinoá.

CONCEPTOS:

La telemedicina significa medicina a distancia.

En 1998 la OMS define la telemedicina como “el suministro de servicios de atención sanitaria en lo que la distancia constituye un factor crítico, por profesionales que apelan a tecnologías de la información y de la comunicación con objeto de intercambiar datos para hacer diagnósticos, preconizar tratamientos y prevenir enfermedades, así como para la formación permanente de los profesionales de atención de salud y en actividades de investigación y evaluación con el fin de mejorar la salud de las personas y de la comunidades en que viven”.

La telemedicina contempla dos formas de ejecución:

- a) Video en vivo (sincrónica)
- b) Almacenamiento y repetición (asincrónica)



PLAN DE SALUD COMUNAL 2013

Nos referiremos a la forma asincrónica con la cual trabajamos en el programa de teledermatología la cual consiste en que un grupo de médicos de atención primaria de salud utilicen videocámara o cámara fotográfica para grabar la imagen de un paciente, la que posteriormente se enviará al especialista de atención secundaria para la realización de diagnóstico e indicación de tratamiento. Esta forma implica una resolutivez diferida.

PROPOSITO

La teledermatología constituye un aporte fundamental para el trabajo en red que logra reducir las listas de espera, además permite pertinencia diagnóstica entre médicos no especialistas y dermatólogos en general, pudiendo ser resueltos muchos de los problemas dermatológicos en los centros de atención primaria.

OBJETIVOS:

1. Otorgar asesoría médica a distancia permitiendo el acceso oportuno y con calidad a la atención dermatológica desde la atención primaria propendiendo a una mayor resolutivez.
2. Reforzar el trabajo en red entre los médicos especialistas y no especialistas asegurando la continuidad de atención de nuestros usuarios.

PROCESOS DE TRABAJO.

1. Identificación de usuarios que requieran evaluación de especialidad.
2. Asignación de hora, citación y atención por médico tratante (médico encargado teledermatología en Cesfam), se evalúan 3 usuarios en forma semanal siendo derivados mediante la página web los días lunes.
3. Evaluación de referencia teledermatológica por parte del especialista en el nivel secundario.
4. Contrarreferencia o referencia a otro componente de la red. La retroalimentación diagnóstica y terapéutica es dada en el período de 6 días hábiles posteriores al envío de la información. Pudiendo ser tratado a nivel primario con el médico tratante, o bien ser citado al nivel secundario para la evaluación y manejo de



PLAN DE SALUD COMUNAL 2013
especialidad.

FECHA REFERENCIA	MÉDICO TRATANTE	FECHA CONTRAREF	MÉDICO DERMATÓLOGO	Pvd.
29/10/2012		31/10/2012		1
29/10/2012		31/10/2012		2
23/10/2012		24/10/2012		3
22/10/2012		24/10/2012		3
		24/10/2012		2

Han sido atendidos 19 usuarios desde el mes de julio, de los cuales 13 han requerido seguimiento en el nivel secundario, y 6 con manejo en nuestro Cesfam manteniéndose en control.



VI. PROGRAMA ODONTOLÓGICO

Marco teórico

Sin duda en los últimos años nuestro programa ha sido enfocado en la dirección correcta, aunque con pocos recursos, dejando de lado a gran parte de la población y apostando a objetivos de largo plazo que se han cumplido parcialmente.

Nuestro programa se enfoca básicamente en la población menor de 20 años, con énfasis en las principales edades según cronología de la erupción dentaria y grupos de riesgo con intervenciones costo-efectivas y de alto impacto. Es así como se privilegia la atención de los niños de 6 años (GES) y de los niños de 12 años (metas colectivas). Además se trabaja con el total de altas de menores de 20 años (Indicadores de actividad de Atención primaria de salud) y población de gestantes (meta colectiva desde el año 2009).

En atención a lo anterior, se plantearon dos objetivos sanitarios 2000-2010, el primero de ellos decía relación con la disminución del índice COPD (diente con caries, obturados o perdidos) de los niños de 12 años al 44% (a 1,9 el año 2010), meta cumplida. El segundo de ellos tenía como objetivo un aumento de cobertura al 50 % de los menores de 20 años, meta no cumplida.

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



Dr. Cristian Lorca (odontólogo Posta Abra) y Sra. Sara Gajardo (paramédico dental Posta Abra)

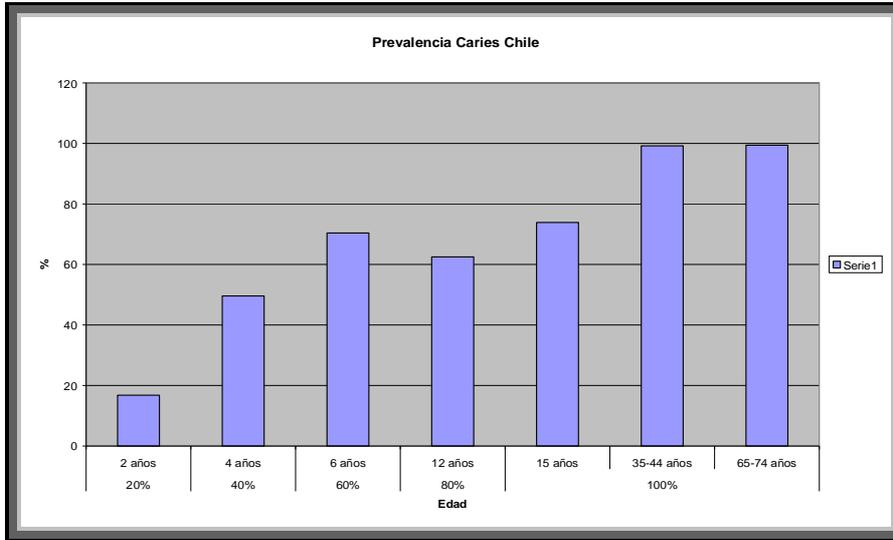
Los problemas bucales son de alta prevalencia en todos los grupos etáreos causando dolor, problemas nutricionales, baja autoestima y complicando enfermedades sistémicas. Las patologías de mayor prevalencia siguen siendo la caries, las enfermedades gingivales , periodontales y anomalías dentomaxilares.

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

Caries dental: está considerada dentro del grupo de enfermedades crónicas que son complejas y multifactoriales desde la perspectiva de su causalidad al igual que el cáncer, diabetes o enfermedades cardíacas (Fejerskov O., 1994; Saunders R. et al, 2005).La severidad de la caries dental, medida a través del número de dientes afectados por caries, aumenta con la edad, tanto en la dentición temporal (ceod) como en la dentición permanente (COPD): el ceod es de 0,5 a los 2 años, 2,3 a los 4 años y 3,7 a los 6 años, el COPD es de 0.5 a los 6 años, 1.9 a los 12 años, 3.0 a los 15 años, 13.3 a los 35 a 44 años y 19.7 en el grupo de 65 a 74 años.



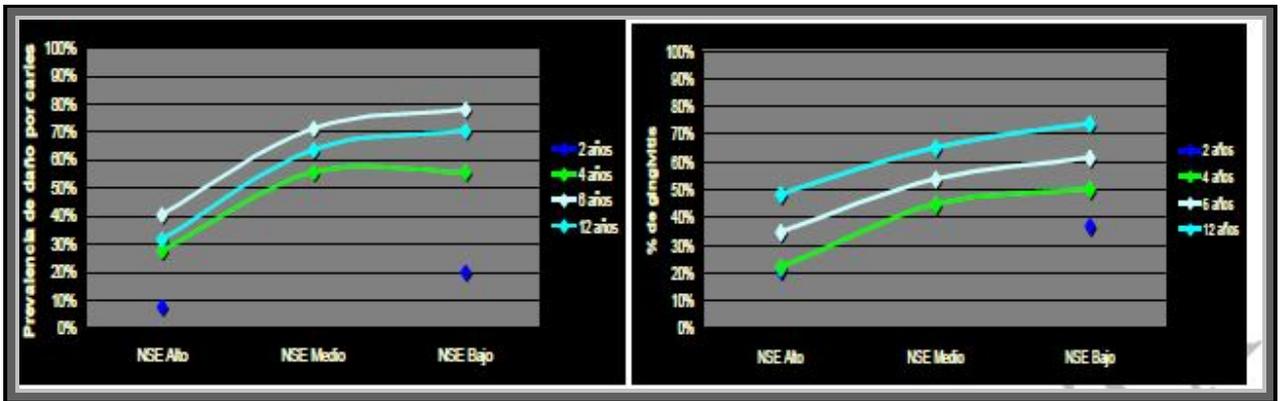
PLAN DE SALUD COMUNAL 2013



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

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

Prevalencia Caries y Gingivitis en Chile



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



PLAN DE SALUD COMUNAL 2013

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

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

En la comuna de Requinoa se cuenta con 228 horas semanales de odontólogo con igual horas de técnico dental. Lo anterior distribuido en un Consultorio (118Horas) , dos postas de salud rural (88 horas) y un móvil dental (22 horas) que dan respuesta a las necesidades de salud oral de la Comuna . Desde el año 2000 se trabaja, en concordancia a las políticas ministeriales, con los grupos etáreos menores de 20 años en el tratamiento y prevención de patologías bucales. La atención dental en consultorio mayoritariamente es otorgada a los sectores de Robles y Araucarias pues las unidades dentales de postas absorben la atención del sector Almendras (excepto la zona de Totihue que por cercanía acude a nuestro CESFAM por no contar con Unidad dental en esa Posta).





Dra. Pilar Aguirre (odontóloga de móvil dental) y Paula Saavedra (paramédico dental móvil dental)

1. ATENCIÓN DENTAL A MENORES DE 20 AÑOS



Dr. Héctor Cartagena (odontólogo CESFAM) y Sra. Cecilia Pulgar (paramédico dental CESFAM)

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

METAS DE IMPACTO

- ✚ Aumentar a un 33% las altas integrales de niños de 2 años en la Comuna de Requínoa
- ✚ Aumentar a un 33% las altas integrales de niños de 4 años en la Comuna de Requínoa
- ✚ Aumentar a un 75% las altas integrales de niños de 6 años en la Comuna de Requínoa
- ✚ Aumentar a un 75% las altas integrales de niños de 12 años en la Comuna de Requínoa.



ESTRATEGIAS

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

Este Programa se inicio como piloto el año 2006 en nuestra comuna y funciona hasta hoy en coordinación y asesoría de la SEREMI de salud. Además agrega la atención dental del personal que labora en los jardines infantiles JUNJI-INTEGRA a través del convenio "Atención dental de hombres y mujeres de escasos recursos" con componentes educativos preventivos y rehabilitadores contando al 2012 con un 100 % de altas de dicho personal.

- Mantener y fortalecer los módulos JUNAEB existentes en el sector de El Abra y Los Lirios brindando atención dental integral a menores de 4 y 5 años. Lo anterior con entrega de contenidos educativos y preventivos para propiciar hábitos de salud bucal que tiendan a tener población libre de caries.

- Efectuar el control sano odontológico a lo menos al 30 % de los niños de 2 y 4 años .Lo anterior consiste en educar a los padres o tutores sobre buenos hábitos de salud bucal. Para cumplir con esta estrategia debe existir una coordinación con los equipos pediátricos de nuestro CESFAM además de odontólogos preparados y con el módulo de atención pediátrica aprobado (2013-2014).

- Seguir adscritos, como comuna, a la fluoración del agua potable como la medida más masiva y equitativa en la prevención de caries para toda la población, además de la leche fluorada (PAE/F) donde no es posible la llegada de agua con fluor (población escolar rural de 1° a 8° básico).

- Continuar protegiendo y limitando el daño en salud bucal en los grupos etáreos vulnerables por tener mayor riesgo biológico a través de la atención dental integral (DEIS, MINSAL 2009)

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

Lo principal en esta edad es el refuerzo de las medidas preventivas, higiene y alimentación saludable

con inactivación de caries, en algunos casos.

Cobertura de 33 % alta odontológica total de inscritos en nuestro CESFAM.



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

Refuerzo de actividades preventivas

Cobertura de 33 % alta odontológica total de inscritos en nuestro CESFAM

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

Cobertura de 75 % alta odontológica total de inscritos en nuestro CESFAM.

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

Cobertura de 75 % alta odontológica total de inscritos en nuestro CESFAM.

Embarazadas: a pesar de no tener mayor relación, la atención integral de la embarazada tiene por objetivo disminuir la carga bacteriana de la madre y se refuerza la educación de salud bucal.

Cobertura de 60 % alta odontológica total de inscritos en nuestro CESFAM.

ACTIVIDADES:

- ✚ Realizar 2 talleres de condicionantes protectores de la salud bucal en Jardines Infantiles y escuelas saludables (Programa de promoción con horarios protegidos).
- ✚ Altas integrales a niños de 2 y 4 años
- ✚ Fluoración tópica (barniz) a niños de 2 a 4 años en 4 Jardines y colegios de la comuna
- ✚ Altas integrales a niños de 2,4, 6 y 12 años
- ✚ Altas integrales totales de menores de 20 años
- ✚ Sellantes a niños de 6 y 12 años
- ✚ Atención integral vespertina menores de 20 años (prioridad SOME)
- ✚ Atención integral a embarazadas

METAS:

- ✚ 100% Escuelas y Jardines Infantiles saludables incorporan factores protectores de la salud bucal
- ✚ Cobertura de fluoración (en el agua ,leche o tópica) del 90% de los niños escolares de la comuna
- ✚ Cobertura de sellantes: 100% en niños de 6 años con alta integral y 70% en niños 12 años con alta integral.



PLAN DE SALUD COMUNAL 2013

Altas Integrales:

- > o = al 33% niños de 2 años
- > o = al 33% de niños de 4 años
- > o = al 75% de niños de 6 años
- > o = al 75% de niños de 12 años
- > o = al 19% de menores de 20 años
- > o = al 60 % de las Embarazadas

INDICADORES

- ✚ N° de talleres realizados en Jardines infantiles y escuelas saludables de la comuna.
- ✚ Cobertura de atención integral por edad (2, 4, 6, 12 años, menores de 20 años y embarazadas)
- ✚ Cobertura de fluoración tópica a niños de 2 a 4 años
- ✚ Cobertura de sellantes por edad (6 y 12 años)
- ✚ Índice COPD a los 6 y 12 años

Nuestro Programa está comprometido con la salud bucal de nuestra comuna y anhela en la mitad de este decenio contar con infraestructura de mejores condiciones físicas y tecnológicas en un nuevo CESFAM que debería contar con a lo menos 44 horas más de odontólogo y paramédico dental para dar respuesta a las nuevas exigencias de salud que nacen día a día.

VII. PROGRAMA DE LA MUJER



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

1. PROGRAMA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

El reconocimiento de los derechos de las personas, y la importancia que la maternidad – paternidad y el nacimiento tienen en el bienestar a lo largo de la vida, unido a un concepto amplio de familia y de bienestar social, están en la base del modelo de atención que el sistema de salud se ha propuesto instalar. Esto significa considerar, además de los condicionantes biológicos, el impacto que los determinantes sociales y psicológicos tienen en la salud.



PLAN DE SALUD COMUNAL 2013

La atención entregada a nuestros usuario/as está inmersa en el modelo biopsicosocial, con enfoque de equidad considerando al individuo como un todo inserto en una comunidad emergente.

“El desafío en la mortalidad materno – infantil supone superar la brecha de la equidad social y económica y tener acceso de calidad a bienes y servicios, esto implica superar las desigualdades entre lo urbano y lo rural, atender prioridades de salud en los grupos más vulnerables adoptando modelos participativos, educativos y de prestación de servicios específicos para los desplazados, para permitir el acceso universal de calidad de los usuarios/as a la atención de salud”.

Existen otras brechas que afectan la calidad de los servicios de salud, que se refieren a la continuidad de la atención y la participación ciudadana, siendo necesario un monitoreo estricto de la calidad de atención en las redes de salud para aumentar su capacidad resolutive.

La educación sexual y reproductiva orientada a la paternidad y maternidad responsables a partir de la educación escolar y el acceso a regulación de fertilidad para la población vulnerable, son elementos esenciales de la salud pública.

De acuerdo con lo anterior el programa se enfrenta diariamente al desafío de cumplir con el derecho de toda persona de llegar al mundo en un ambiente de afecto y respeto a través de la atención y acompañamiento de profesionales y técnicos.



2. 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 morbi mortalidad de ambos cánceres.

META NACIONAL 2013

Reducir el N° de mujeres de 25 a 64 años sin PAP vigente.

Alcanzar el 80% de mujeres de 25 a 64 años con PAP Vigente.

Meta: reducir en un 20% la brecha de mujeres sin PAP Vigente

Indicador:

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de mujeres de 25 a 64 años inscritas validadas, con PAP vigente a Diciembre 2013}}{\text{N}^\circ \text{ de mujeres de 25 a 64 años inscritas validadas con PAP vigente diciembre 2012 más el N}^\circ \text{ de mujeres de 25 a 64 años inscritas validadas, comprometidas como disminución del cierre de brecha de vigencia de PAP a Dic. de 2013}} \times 100$$

META COMUNAL 2013:

La Meta comunal alcanzada en el año 2011 fue de un 63 % de mujeres con Pap vigente para este grupo etáreo, con una población objetivo de 6620, para el año 2012 la meta subió al 71.47 %, considerando que la población per cápita validada se redujo a 5994, lo



PLAN DE SALUD COMUNAL 2013

que implica tener con el examen vigente a 4284 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 o repetir, ha sido difícil alcanzar a la fecha esta meta. El corte al 31 de octubre del año 2012 era de un 67.48% (4045 mujeres). Por lo que la brecha entre la meta nacional y local efectivamente disminuyó, la existente aún es importante. Creemos y confiamos en reducirla aún más al 31 de diciembre. Es importante señalar que durante el año 2012 se ha incrementado ofertas de toma de este examen en horarios extendidos y en días sábados, como así también, se han coordinado campañas de toma Pap, con representantes del Consejo Local de Salud de nuestra comuna. Sin embargo, la población objetivo no ha respondido satisfactoriamente. Para el año 2013 se espera mantener al menos la cobertura lograda durante el año 2012, la que estaría cercana al 70 % como mínimo.

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:

$$\frac{\text{Nº total de PAP inadecuados año 2013}}{\text{Nº total de PAP efectuados año 2013.}}$$

- ◆ Tasa de pesquisa Cáncer Cérvico uterino:

$$\frac{\text{Nº de mujeres con PAP (+) año 2013}}{\text{Nº total mujeres PAP tomado año 2013}}$$

LINEAS DE TRABAJO:

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

ACTIVIDADES:



PLAN DE SALUD COMUNAL 2013

- + 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.

TABLA N° 1 SITUACION DE MUJERES DE 25 A 64 AÑOS RESPECTO A METODO DE SCREENING (Pap) PARA CANCER CERVICO UTERINO EN REQUINOA. NOVIEMBRE 2012

POBLACION INSCRITA	PAP ALGUNA VEZ		PAP VIGENTE	
	N°	%	N°	%
5994	4819	80.4	4048	67.5

Fuente: Bases de Datos Excel CESFAM y PSR Requinoa

Es importante señalar de acuerdo a la tabla precedente, que existe un 20 % de mujeres entre 25 y 64 inscritas con situación desconocida respecto al Pap, pese a los esfuerzos realizados por incluirlas en este tamizaje.

TABLA N° . TOTAL DE PAP REALIZADOS EN LA COMUNA SEGUN RESULTADOS OBTENIDOS AÑO 2011 Y 2012 (31/10/12)

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	1276	1503	3	7	0	24

Fuente: Libro Registro Pap CESFAM y PSR REQUINOA.

Se derivaron al nivel secundario 32 usuarias durante el año 2011, 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.



Durante el año 2012; al 25 de Noviembre se han derivado a la Unidad de Patrología Cervical 36 mujeres, de las cuales 19 correspondían a Probable Patología Benigna y 17 pacientes con diagnóstico de sospecha de Cáncer Cérvico Uterino de acuerdo a Papanicolaou. Estas pacientes se encuentran en control y/o proceso de confirmación diagnóstica en dicha unidad del nivel secundario de atención.

Pesquisa y Prevención del Cáncer de Mamas

Otra de las grandes metas de este programa es la prevención, pesquisa y derivación oportuna de cáncer mamario, que sumado al Cérvico-Uterino constituye la principal causa de muerte en la mujer.

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, al 31 de octubre se han efectuado 594. Los Resultados de los mismos se muestran en la tabla siguiente:

TABLA N°__ SITUACION DE MUJERES DE 35 A 64 AÑOS RESPECTO A METODOS DE SCREENING PARA CANCER MAMARIO EN REQUINOA. NOVIEMBRE 2012

POBLACION INSCRITA	EFM ALGUNA VEZ		EFM VIGENTE		MX ALGUNA VEZ		MX VIGENTE	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
4313	2646	61.3	1544	35.8	1662	38.5	1210	28

Fuente: Bases de Datos CESFAM y PSR Requinoa

De esta tabla se desprende que alrededor de un tercio de las mujeres entre 35 y 64 años tiene al menos un EFM vigente. En tanto esa cifra baja al 28 % cuando se trata de una mamografía. Es destacable que un 2.9 % de la población femenina no registra información o se desconoce su situación.

TABLA N° 7. EXAMENES FISICOS DE MAMAS (EFM) PROTOCOLIZADOS DE ACUERDO A RESULTADOS AÑO 2011 Y 2012



PLAN DE SALUD COMUNAL 2013

AÑO	EFM REALIZADOS	NORMALES	PROBABLE PATOLOGIA BENIGNA	PROBABLE PATOLOGIA MALIGNA
2011	605	514	88	3
2012 (31/10/2012)	594	515	78	1

Protocolo EFM.

Se han derivado durante el año 2012 a la Unidad de Patología Mamaria 61 mujeres; de las cuales; 52 correspondían a Probable Patología Benigna y 9 con sospecha de Cáncer mamario, las cuales se encuentran en control y seguimiento en el nivel secundario y terciario de atención.

En el año 2011 se efectuaron además, 283 mamografías dentro del programa de Resolutividad del MINSAL y Apoyo a la Gestión, a mujeres con factores de riesgo familiar ó nódulo mamario sospechoso

El número de Mamografías por el Convenio Programa de Imágenes Diagnósticas en Atención Primaria aumentó para el año 2012 a 317 mamografías y 25 Ecotomografía Mamas, las cuales se están desarrollando.

ESTRATEGIAS:

- Promoción de los exámenes de pesquisa a través del Convenio de IMAGENOLOGÍA.
- Aumento de cobertura en Mamografías y EFM protocolizado.

LINEAS DE TRABAJO:

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

ACTIVIDADES:



PLAN DE SALUD COMUNAL 2013

- + 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 2013:

- Cobertura de EFM y cobertura de Mamografías vigente de 80% en mujeres de 35 y más años 64 años inscritas en nuestro Centro de Salud Familiar y Postas de Salud Rural.

INDICADORES:

- ❖ Cobertura de EFM protocolizado vigente en población femenina de 35 a 64 años:

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de mujeres de 35 a 64 años con EFM protocolizados al día}}{\text{N}^{\circ} \text{ total de mujeres de 35 a 64 años inscritas}}$$

- ❖ Cobertura de Mujeres con Mamografías Vigentes al 31 de Diciembre 2013:

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ total de Mujeres de 35 a 64 años con Mamografía Vigente al 31 de Diciembre}}{\text{N}^{\circ} \text{ total de Mujeres de 35 a 64 años inscritas.}}$$

- ◆ Tasa de pesquisa Cáncer de Mamas:

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de mujeres con Mamografías BIRADS 4 ó 5 año 2013}}{\text{N}^{\circ} \text{ total mujeres con Mamografía Realizada año 2013}}$$



3. 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. Es así, que durante el año 2011 se logró una cobertura del 85.8 % de ingresos de gestantes a control antes de las 14 semanas de gestación. Desde Enero a Octubre del año 2012 esta cifra está en un 87.89 %, por 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.

Durante el año 2011 fueron ingresadas a control prenatal 352 gestantes de las cuales 144 resultaron con EPSA (+), lo que representó el 40.9% del total.

Durante el año 2012, al 31 de octubre los ingresos se muestran en las siguientes tablas de acuerdo a los Equipos de Cabecera respectivos y grupo etáreo:

SECCIÓN A: INGRESOS DE GESTANTES A PROGRAMA PRENATAL AÑO 2012 AL 31 DE OCTUBRE

CONDICIÓN	TOTAL	POR DE EDAD (en años)					
		Menor de 15	15 - 19	20 - 24	25 - 34	35 - 44	45 - 54
TOTAL GESTANTES INGRESADAS	256	2	64	67	95	28	0
EQUIPO ALMENDRA	70	0	14	19	30	7	0
EQUIPO ARAUCARIA	96	1	28	27	29	11	0
EQUIPO ROBLE	90	1	22	21	35	11	0

De acuerdo a la tabla y lo señalado anteriormente se deduce claramente que existe una disminución de ingresos proyectados para el año 2012 respecto al año anterior, en alrededor de un 13 %. Como también señalar que del total de ingresos realizados el 25.7% corresponden a mujeres menores de 20 años.



PLAN DE SALUD COMUNAL 2013

Las siguientes tablas muestran los ingresos a control prenatal de acuerdo a edad de las gestantes y resultados de la pauta EPSA ordenadas por Equipos de Cabecera:

SECCIÓN A: INGRESOS DE GESTANTES A PROGRAMA PRENATAL AL 31 DE OCTUBRE 2012 DE ACUERDO EPSA EQUIPO ALMENDRA

CONDICIÓN	TOTAL	POR DE EDAD (en años)					
		Menor de 15	15 - 19	20 - 24	25 - 34	35 - 44	45 - 54
TOTAL GESTANTES INGRESADAS	70	0	14	19	30	7	0
CON RIESGO	40	0	11	8	15	6	0
PLANIFICADO	31	0	4	11	13	3	0

SECCIÓN A: INGRESOS DE GESTANTES A PROGRAMA PRENATAL AL 31 DE OCTUBRE 2012 DE ACUERDO EPSA EQUIPO ARAUCARIA

CONDICIÓN	TOTAL	POR DE EDAD (en años)					
		Menor de 15	15 - 19	20 - 24	25 - 34	35 - 44	45 - 54
TOTAL GESTANTES INGRESADAS	96	1	28	27	29	11	0
CON RIESGO	34	1	16	8	7	2	0
PLANIFICADO	49	0	6	9	22	9	0

SECCIÓN A: INGRESOS DE GESTANTES A PROGRAMA PRENATAL AL 31 DE OCTUBRE 2012 DE ACUERDO EPSA EQUIPO ROBLE

CONDICIÓN	TOTAL	POR DE EDAD (en años)					
		Menor de 15	15 - 19	20 - 24	25 - 34	35 - 44	45 - 54
TOTAL GESTANTES INGRESADAS	90	1	22	21	35	11	0
CON RIESGO	31	1	16	3	9	2	0
PLANIFICADO	49	1	4	15	21	8	0

De los registros indicados en las tablas precedentes se establece que las mujeres ingresadas a control prenatal con mayor riesgo psicosocial 57.14% está en las Postas de Salud Rural, versus un 35% de promedio en los Equipos de Cabecera del CESFAM.

Esto es relevante para optimizar el recurso humano tanto en control prenatal, como en el aumento de cobertura de planificación familiar en estos recintos de salud.



- ✚ 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.
- ✚ Reducir el número de complicaciones obstétricas mediante el ingreso precoz y el control periódico con énfasis en el modelo de salud familiar.
- ✚ Reducir la tasa de mortalidad en las mujeres que presentan complicaciones.

Juega un rol preponderante, el incremento de cobertura a quienes deseen utilizar un método anticonceptivo (MAC), en especial a las y los adolescentes de nuestra comuna. A octubre del año 2012 existen 3186 mujeres en edad fértil inscritas usando algún MAC de un total de 6403 (49.76% de cobertura), de las cuales son jóvenes menores de 20 años 274 de un total de 1049, (26.1 % cobertura). Para el año 2015 la meta nacional es el 70 %, por lo que en nuestra comuna esperamos incrementar en al menos un 10% durante el año 2013 a fin de disminuir la brecha existente.

Respecto a las gestantes, es un factor importante la aplicación de las herramientas insertas en el sistema de Protección Social a la Primera Infancia, Chile Crece Contigo. Nuestra comuna se ha destacado a nivel regional por el cumplimiento de los indicadores a nivel de gestantes, traduciéndose en mejor calidad de atención, aumento en la cobertura de educación mediante los talleres, con un grado elevado de adherencia (94.5 %) de las gestantes ingresadas a control. Para el próximo año se espera al menos mantener esta cifra considerando las orientaciones técnicas.

**TABLA N° ASISTENCIA A TALLERES CHILE CRECE CONTIGO AÑO 2012 AL 31 DE OCTUBRE
COMUNA REQUINOA DE ACUERDO A SESIONES EDUCATIVAS.**

ESTABLE CIMIENTO	TALLER (N° SESIONES)	TOTAL EMBARAZADAS INGRESADAS	GESTANTES ASISTENTES	ACOMPañANTES	VARONES	TOTAL ASISTENTES
CESFAM	44	186	163 (87.6 %) *	72	38	235
POSTAS DE SALUD	28	70	79 (112.8%) *	24	18	104



PLAN DE SALUD COMUNAL 2013

RURAL						
TOTAL	72	256	242 (94.5%) *	96	56 (58.3%)	339

Fuente: Registros Chile Crece Contigo. Asistencia Talleres. REM 26

También destaca en esta área la presencia del progenitor o figura masculina vinculada a la gestante. A estas sesiones educativas acuden 56 varones lo que representa el 23.1% de las gestantes y el 58.3% de los acompañantes a las mismas.

A su vez durante el año 2011 la figura paterna u otro vínculo estuvo presente en el 15.1% (431) de los controles prenatales realizados (2861). Al 31 de octubre del año 2012 esta cifra llega a 546 de un total de 1837 lo que representa el 29.7% de los controles prenatales efectuados.

En el año 2011 se realizaron 229 VDI a 144 gestantes alcanzando un índice de 1.59 por cada una. Esta cifra en el transcurso del año 2012 alcanza a 200 VDI a 99 gestantes con riesgo logrando un índice de 2.02 por cada embarazada.

Durante el año 2013 debe mantenerse o al menos estar por sobre el 90% en las gestantes con riesgo psicosocial sobretodo considerando la aplicación del Modelo de Salud Familiar y la adición de profesional Asistentes Social y Nutricionista a los Equipos de Cabecera.

La Salud Mental de nuestras gestantes es relevante en el proceso, motivo por el cual a partir del año 2012 se inserta la aplicación de la Pauta de Edimburgo –de acuerdo a las Orientaciones Técnicas -. En nuestra comuna éste instrumento se aplicó al 100 % de las gestantes al ingreso a control, y a la púérpera en el control de la díada, o control puerperio post aborto como así también, se efectuó VDI por Psicóloga –cuando el recurso estuvo presente- a las gestantes o púérperas que presentaron depresión o alguna dependencia a drogas o alcoholismo.

ESTRATEGIAS:

- ✚ Planificación Familiar
- ✚ Control prenatal
- ✚ Prevención de complicaciones del embarazo

LINEAS DE TRABAJO:

- ✚ Promoción de la regulación de la fecundidad
- ✚ Promoción del control prenatal precoz
- ✚ Control integral prenatal



PLAN DE SALUD COMUNAL 2013

- ✚ Control integral y derivación a nivel secundario a embarazadas con alto riesgo obstétrico.

ACTIVIDADES:

- ✚ Difusión masiva de los métodos anticonceptivos.
- ✚ Promover regulación de la fecundación en población femenina en edad fértil con patologías crónicas y adolescentes.
- ✚ Difundir las ventajas del control prenatal precoz.
- ✚ Aplicación escala Edimburgo al 100 % de las gestantes al ingreso a control prenatal y a la puerpera en el primer control post parto.
- ✚ Realización de Cartola Familiar con Matriz de Riesgo a todas las gestantes con EPSA positiva o algún riesgo psicosocial.
- ✚ Identificación y control con enfoque de riesgo de mujeres con embarazo de alto riesgo incluyendo el Parto Prematuro.
- ✚ Educación individual sobre prevención de Parto Prematuro.
- ✚ Visitas domiciliarias al 100 % de las embarazadas con factores de riesgo biopsicosocial.
- ✚ Derivación a unidad dental al 100 % de las gestantes al momento del ingreso a control prenatal.
- ✚ Manejo integral y derivación precoz al nivel secundario de atención de embarazadas con patología del embarazo.
- ✚ Derivación al 100 % de las gestantes con malnutrición por exceso y por déficit.

METAS:

- ✚ Aumentar cobertura en un 10 % de regulación de la fecundidad en adolescentes y mujeres en edad fértil.
- ✚ Control prenatal al 100% de las embarazadas pesquisadas.
- ✚ Control y seguimiento con VDI al 100% de embarazadas con factores de riesgo biopsicosocial.
- ✚ Diagnóstico precoz de al menos el 70% de casos de Parto Prematuro.
- ✚ Disminución de los Partos Prematuros.
- ✚ Disminución de la tasa de mortalidad perinatal.

INDICADORES:

- Tasa de regulación de fertilidad

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de mujeres en edad fértil usuaria MAC inscritas}}{\text{N}^\circ \text{ total de mujeres en edad fértil Inscritas}}$$

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de adolescentes inscritos con MAC}}{\text{N}^\circ \text{ total de adolescentes inscritos}}$$



- Proporción de embarazadas inscritas en control

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de mujeres embarazadas inscritas en control}}{\text{N}^\circ \text{ de mujeres embarazadas inscritas pesquisadas}}$$

- ☐ Proporción de embarazadas inscritas con factores de riesgo (FR) en control

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de embarazadas inscritas con FR en control}}{\text{N}^\circ \text{ total de embarazadas con FR pesquisadas}}$$

- ❖ Proporción de Parto Prematuro (PP)

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de mujeres embarazadas con PP}}{\text{N}^\circ \text{ total de mujeres embarazadas en control}}$$

4. INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y VIH

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) constituyen a través del tiempo uno de los flagelos que pese a los avances en Medicina continúan siendo un problema de Salud Pública. Y es que su control y solución van más allá de los logros biotecnológicos, depende de la conducta responsable de los seres humanos basados en la toma de conciencia del autocuidado y la toma de conciencia de la salud del otro.

Entonces, una vez más toma real relevancia la Atención Primaria.

Conocer nuestra población y sus conductas de riesgo, de este modo estamos llamados a:

1. Promover conductas sexuales saludables.
2. Prevenir las ITS a través de educación a adolescentes en escuelas de nuestra comuna.
3. Detección Precoz de aquellos casos sospechosos, previa consejería, siempre con el principio de confidencialidad que obliga la ley.
4. Trabajo en Red con el nivel hospitalario.

En éste ámbito, en nuestra comuna durante el año 2011 y 2012, hasta el 31 de Octubre, el número y tipo de notificaciones por ITS son las siguientes:

Patología	Año 2012 N°	SEXO		Año 2011 (31/10/2011) N°	SEXO	
		M	F		M	F
Sífilis	6	3	3	7	3	4
Gonorrea	0	0	0	1	1	0
VIH	2	1	1	1	1	0
TOTAL	8	6	1	9	6	3

Fuente: Boletín ENO.

Como dato anexo, a continuación se muestra el número de exámenes realizados para la pesquisa de Sífilis y VIH. Durante el año 2011 y 2012 (31/10/2012).



PLAN DE SALUD COMUNAL 2013

Examen	Año 2011	Exámenes Reactivos Nuevos	Año 2012 (31/10/12)	Exámenes Reactivos Nuevos
R.P.R	3333	7	2659	6
TEST ELISA PARA VIH	358	1	271	2

Fuente: REM A11 y Registros VIH. CESFAM Requínoa.

De la tabla anterior se desprende que el 0.21% de las muestras para pesquisa de Sífilis resultó Reactiva durante el año 2011. Esta cifra se mantiene durante el transcurso del año 2012. Los casos de VIH (+) hasta el 31 de octubre son similares en ambos años, registrándose un leve descenso en la pesquisa respecto al año 2011 en ambas patologías

Para el año 2013 se continuará con las mismas estrategias ya probadas; como son entre otras: La educación individual en box y la colectivas destinadas principalmente a los jóvenes y adolescentes de nuestra comuna a través de exposiciones y entrega de contenidos basados en evidencia tanto en establecimientos educacionales como en medios de comunicación (radio comunal).

También es parte de las estrategias la entrega de preservativos a quienes lo soliciten en actividades educativas como en consulta intra establecimiento o en campañas ad hoc.

META:

- ✚ Disminuir la incidencia de ITS en usuario/as sexualmente activos.
- ✚ Tamizaje al 100% de las embarazadas en control en las distintas etapas de su gestación para disminuir la transmisión vertical de la Sífilis.
- ✚ Tamizaje al 100 % de las gestantes que acceden a la realización del Test VIH al momento de su ingreso o al 2º control.

ACTIVIDADES:

- ✚ Oferta de test VIH y R.P.R a todo/a usuaria/o sexualmente activo.
- ✚ Consejería para VIH a gestantes.
- ✚ Consejería en ITS-VIH a todo/a usuaria con factores de riesgo.
- ✚ Derivación de gestantes VIH (+) al programa de VIH-SIDA del Nivel Secundario.

INDICADORES:



PLAN DE SALUD COMUNAL 2013

- ✚ Número de consejerías pre test para VIH en gestantes / N° Total de embarazadas bajo control x 100.
- ✚ Número de consejerías post test para VIH en gestantes / N° Total de embarazadas bajo control x 100.
- ✚ Número de gestantes que se realizan el test de detección para VIH / N° total de embarazadas x 100
- ✚ Número de consultas y controles en Programa SSR año 2013/ N° total de R.P.R realizados año 2013.

Número de gestantes VIH (+) ingresadas al programa VIH/SIDA / N° total gestantes VIH (+) confirmadas por el ISP x 100.

VIII. PROGRAMA DE SALUD MENTAL

ALTA INCIDENCIA DE DEPRESIÓN

Los cambios demográficos, la efectividad y la cobertura de los servicios de salud, el deterioro del medio ambiente y las condiciones de la vida moderna, la competitividad, especialmente en las zonas urbanas son algunos de los factores asociados al hecho de que las enfermedades mentales hayan llegado a ser, junto con los accidentes y enfermedades crónicas, uno de los desafíos sanitarios para las próximas décadas.

Las enfermedades mentales generan mortalidad y discapacidad en forma creciente. Son responsables directas del 3.4% de todas las muertes en mayores de 15 años y contribuyen a otras causas de muerte en una proporción cercana al 10%. La discapacidad por enfermedades mentales es responsable de un sexto de las licencias médicas y de las pensiones de invalidez.

Por su parte la Depresión es la patología de salud mental más prevalente, afecta alrededor de un 7.5% de la población general y a casi un 30% de los pacientes consultantes en APS. No olvidando que es APS la primera instancia de consulta de estos pacientes, y en donde generalmente se debe realizar el trabajo terapéutico a nivel individual, familiar, social y comunitario.

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



PLAN DE SALUD COMUNAL 2013

cuando ingresan al box del psicólogo. Esto se observa en el marcado deterioro de redes sociales de integración e interacción social no solo de las y los pacientes, sino que también de sus núcleos familiares; es decir encontramos un núcleo familiar deprivado afectiva y socialmente.

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.

Debido a esta realidad se dio continuidad a los talleres de intervención grupal psicosocial, estrategia que busca educar e intervenir mediante psicoterapia grupal a pacientes e ir abordando los diferentes ciclos evolutivos de la depresión y sus síntomas asociados; además se instaura como una estrategia de reconstrucción social de las y los pacientes. Es así que el trabajo con grupos psicosociales en nuestro Cesfam y postas de salud rural nos permite la continuidad, seguimiento y complementariedad de los tratamientos entregados.

Apoyando de igual forma a los grupos de autoayudas.

La idea es dar continuidad a esta modalidad de trabajo y enfocar los logros no solo a nivel individual, sino que trascender a trabajo comunitario. Sin olvidar que el análisis clínico es mucho más exitoso y satisfactorio en pacientes que son parte de esta modalidad de trabajo, consiguiendo mayor estabilidad de síntomas y mayor estabilidad familiar.

Además se realizó trabajo comunitario, el que se orienta a la promoción y prevención en temas de salud mental individual, familiar, social y comunitaria; incluyendo el trabajo con unidades vecinales, clubes de adultos mayores, capacitación a docentes, padres y apoderados, jardines infantiles y educación en sala de espera.

También se debe dar continuidad a los talleres complementarios a la atención individual y grupal, mediante la implementación de talleres de manualidades, tejido y Reiki. Que tienen como objetivo reforzar y desarrollar habilidades de afrontamiento y trabajo en equipo.

También se realizarán los TALLERES DE VERANO, esta modalidad agrupa pacientes de los diversos grupos psicosociales e incluye a otros que no participan durante el resto del año en talleres del programa salud mental. En estos talleres de verano se abordará de forma grupal el tema de VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y VIOLENCIA DE GÉNERO. Metodológicamente se enmarca dentro de una actividad educativa experiencial, que pretende educar a los pacientes en torno al tema del maltrato, efectos, causas, habilidades de afrontamiento, entre otros. Pero este año se pretende realizar un trabajo de promoción y prevención de la VIF, obteniendo logros a nivel comunitario. Esta actividad se



PLAN DE SALUD COMUNAL 2013

utiliza como uno de los diversos mecanismos para educar saludablemente a nuestra comuna; esta actividad va acompañada de intervenciones terapéuticas multidisciplinarias.

Además es muy importante mencionar que este año se complementó el trabajo de las intervenciones con talleres de psicodrama; destinados a reforzar el trabajo a nivel de expresión emocional, canalización en periodos de crisis, catarsis, y desarrollo de habilidades sociales y contexto en general. Los resultados de esta exitosa actividad permitieron a las pacientes organizar una actividad de conocimiento, apoyo e interacción con sus familias y la comunidad.

El año 2012 esta actividad culmina con una exposición, lo que hará que los pacientes puedan mostrar sus logros y avances, teniendo efectos positivos en su autoestima y sentimientos de inclusión social.

Talleres Complementarios 2012 (Tejido)



Talleres Psicosociales 2012



Taller de Mascaras y uso Terapéutico



Taller de Reiki



Ingresos Depresión en Menores de 15 años 2012

Establecimiento	Mujeres	Hombres	Total
Cesfam	1	1	2
Abra	0	1	1
Lirios	4	0	4
Totihue	2	0	2
Total	7	2	9

Ingresos Depresión en Mayores de 15 años 2012

Establecimiento	Mujeres	Hombres	Total
Cesfam	72	15	87
Abra	35	8	43
Lirios	44	8	52
Totihue	9	3	12
Total	160	34	194

Otros Ingresos en Pacientes mayores de 15 años

Establecimiento	Total
Cesfam	299
Abra	86
Lirios	128



PLAN DE SALUD COMUNAL 2013

Totihue	37
Total	550

Pacientes Bajo Control, Según Patología:

Diagnostico	Total
VIF	214
Alcoholismo	137
SDA	204
Total	555

Población Bajo Control año 2012

Establecimiento	Total
Cesfam	2201
Abra	507
Lirios	610
Totihue	208
Total	3526

Otros Antecedentes:

Fichas Clap Aplicadas	158
Pacientes en Consultorias Psiquiatricas	32
Pacientes derivados de tribunales	73

Consultas Programa Salud Mental año 2012

	Psicólogo	Médico	A.Social	Tens	Otro	Total
Cesfam	2508	583	951	337	198	4577
Lirios	604	87	49	0	0	740



PLAN DE SALUD COMUNAL 2013

Abra	368	53	50	0	0	471
Totihue	222	1	1	0	0	224
Total	3702	724	1051	337	198	6012

ESTRATEGIAS:

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

LINEAS DE TRABAJO:

- + Difundir masivamente estilos de vida saludable
- + Pesquisa de pacientes depresivos adolescentes, adultos y AM
- + 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



PLAN DE SALUD COMUNAL 2013

- ✚ Exámenes de Diagnóstico diferencial
- ✚ Confección del perfil epidemiológico comunal de depresión
- ✚ Atención integral de pacientes salud mental.
- ✚ Talleres de autoayuda.
- ✚ Talleres Complementarios
- ✚ Talleres Comunitarios
- ✚ Consultorias Psiquiaticas en Salud Mental.
- ✚ Reuniones clínicas

METAS:

- ✚ Determinar la prevalencia de depresión comunal 2013
- ✚ Contar con perfil epidemiológico de los pacientes con depresión en la comuna
- ✚ Apoyar gestión de grupos de autoayuda
- ✚ Reforzar la relación centro de salud familiar – comunidad.

INDICADORES:

- ✚ Tasa de pesquisa Depresión mediante EMPA, CLAP, EFAM
- ✚ Tasa de adhesividad a actividades de control de la depresión.