



ILUSTRE MUNICIPALIDAD
DE CHEPICA



PLAN DE SALUD COMUNAL CHEPICA 2023

TABLA DE CONTENIDO

CONTENIDO	PÁGINA
INTRODUCCIÓN	4
PLANIFICACIÓN Y PROGRAMACIÓN EN RED	5
DIAGNÓSTICO COMUNAL	8
ORGANIZACIÓN DE LOS CENTROS DE SALUD	32
RED DE DERIVACIÓN DE USUARIOS	34
GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD (GES)	37
COMPROMISOS DE GESTIÓN IAAPS Y METAS	41
CALIDAD Y SEGURIDAD DE LAS PRESTACIONES DE SALUD	43
CANASTA DE PRESTACIONES PLAN DE SALUD FAMILIAR	44
CUIDADOS DE SALUD A LO LARGO DE LA VIDA	

• SALUD INFANTIL CON ENFOQUE INTEGRAL	51
• SALUD DEL ADOLESCENTE	57
• SALUD DE LA MUJER	66
• CHILECRECECONTIGO	76
• PROGRAMA CARDIOVASCULAR)	87
• SALUD DEL ADULTO MAYOR	90
PROGRAMAS TRANSVERSALES	
• PROGRAMA DEPENDENCIA SEVERA	101
• SALUD MENTAL INTEGRAL	109
• SALUD RESPIRATORIA	124
• PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE SALUD	140
• RESOLUTIVIDAD	155
• IMÁGENES DIAGNÓSTICAS	158

• LABORATORIO	161
• PLAN DE CAPACITACIÓN	165
• PARTICIPACION CIUDADANA	171
• SERVICIO DE URGENCIA RURAL (S.U.R.)	186
• SALUD ORAL	189
• FARMACIA	194
• COVID-19 Y CAMPAÑA DE VACUNACIÓN	198
• DOTACIÓN 2023	199
• PRESUPUESTO 2023	199



Los cambios epidemiológicos y demográficos de la población chilena, han hecho necesario cambiar del modelo biomédico de atención en salud, hacia uno más integral, que considere a la persona como el centro del quehacer en salud. Un modelo que sea capaz de abordar los nuevos problemas de salud de la población Chilena, es decir, un modelo más resolutivo, integral, humanizado, que considere la participación social y el desarrollo comunitario, el trabajo intersectorial y un fuerte

componente de promoción de la salud en el marco de los determinantes sociales de la salud, y su importancia en la mejoría del nivel de vida de la población.

Durante el año 2022, hemos trabajado con miras a consolidar este modelo de atención integral de salud familiar y comunitario en nuestra Comuna, incorporando la promoción de la salud como un eje central de su quehacer y como una invitación al trabajo intersectorial, realizando alianzas, especialmente con los jardines infantiles y colegios de la Comuna; con el objetivo de promover estilos de vida y ambientes saludables mediante los cuales se potencie una mejor salud, y con ello, una mejor calidad de vida.

Respondiendo a la necesidad de aumentar la participación ciudadana, durante el año 2022 hemos continuado trabajando con el consejo de desarrollo local (CDL), logrando importante alianza con esta agrupación social

PLANIFICACIÓN Y PROGRAMACIÓN EN RED

La ley 19.378, marco jurídico para las entidades administradoras de la salud municipal, en su artículo 58, expresa que estas entidades formularán anualmente un proyecto de programa de salud municipal. Este proyecto deberá enmarcarse dentro de las normas técnicas del Ministerio de Salud, quien deberá comunicarlo, a través de los respectivos Servicios de Salud, a las entidades administradoras de

salud municipal, a más tardar, el día 10 de septiembre del año anterior al de su ejecución.

La reforma de salud, coloca a la atención primaria como una estrategia de desarrollo contribuyente a elevar el nivel de salud y calidad de vida de las personas, posicionándola como eje del sistema sanitario que coordina y es base para el cuidado continuo de la salud.

En general, los elementos a considerar en la planificación local, deben estar basados en los siguientes aspectos: *(Orientaciones para la planificación y programación en red año 2022)*

1. ENFOQUE DE DERECHOS CIUDADANOS Y PROTECCIÓN SOCIAL

Considera el derecho a la salud como uno de los derechos humanos fundamentales y reconoce el derecho a la atención de salud. Asume también, que el ejercicio de estos derechos asegura la autonomía y autodeterminación de las personas, respecto a su salud. Además de generar condiciones de seguridad en salud durante toda su vida. Especial mención merecen los migrantes a quienes se les reconoce derecho a la salud, trabajo y educación.

La Protección Social, es el mecanismo que permite generar condiciones que brinden seguridad a las personas durante toda su vida, garantizándoles los derechos sociales que les permitan reducir los riesgos en el trabajo, salud, educación y previsión, contribuyendo a generar condiciones de mayor igualdad y similares oportunidades de progreso a todas las personas, en miras a una sociedad de seguridades.

El sector salud participa en varios programas de protección social, todos de carácter intersectorial, como son Chile Solidario, la Reforma Previsional, Chile Crece Contigo y el Programa Vínculos del Ministerio de Desarrollo Social.

a) Ley de derechos y deberes de los pacientes

El 01 de octubre de 2012, entra en vigencia la Ley de Derechos y Deberes de los Pacientes, que establece cuáles son los derechos y deberes de las personas en relación con las acciones vinculadas a su atención de salud

La iniciativa legal resguarda principios básicos de atención en salud, disposiciones que se aplican tanto en el sector público como privado. Esta ley viene a fortalecer el eje principal de la salud pública en nuestro país: los usuarios

Los derechos y deberes establecidos en esta ley deben estar plasmados de manera visible y clara en la "Carta de Derechos y Deberes de los Pacientes" en donde se especifica cada uno de los aspectos señalados en la nueva ley

Se establece que los prestadores institucionales o individuales, públicos o privados, en aplicación de las disposiciones del inciso penúltimo del artículo 80 de la Ley 20.584, deberán mantener en lugar público y visible, una impresión de la Carta de Derechos y Deberes, debiendo asegurarse que todas las personas que acceden a sus dependencias puedan visualizarla

2. ENFOQUE DE DETERMINANTES SOCIALES EN LA SALUD

La salud es, de acuerdo a este enfoque, el resultado de una cadena de asociaciones múltiples que se dan entre las condiciones de vida y de trabajo, del ambiente y de las oportunidades que tengan las personas para desarrollar su potencial. Los determinantes son las condiciones sociales en las cuales las personas viven y trabajan, es decir, las características sociales en las cuales la vida tiene lugar. Incluyen las características del contexto social que influyen directamente en la salud y también las vías o mecanismos por los cuales las condiciones sociales se expresan en efectos en la salud. Los principales determinantes estructurales de la

salud son la educación, las condiciones de trabajo y empleo, el ambiente físico y el equipamiento territorial. De ahí nace la necesidad de fortalecer el trabajo intersectorial que permita abordar estos factores a nivel nacional y en los territorios.

3. ENFOQUE DE CURSO DE VIDA

El enfoque de curso de vida provee un marco conceptual que permite entender cómo múltiples determinantes de la salud interactúan a lo largo del curso de vida y entre generaciones para producir resultados en salud (Hareven & Adams, 1982). Es así, como intervenciones durante la niñez y la adolescencia, tendrán efecto en el adulto, adulto mayor y también en las siguientes generaciones.

Bajo el enfoque de curso de vida, el nivel primario, se presenta como el mejor escenario para implementar acciones desde etapas tempranas de la vida, continuidad en el cuidado y otros factores que determinan un envejecimiento saludable y activo (Committee on the Future Health Care Workforce for Older Americans, 2008).

El enfoque de curso de vida, provee una visión integral de la salud y sus determinantes, por lo que exhorta al desarrollo de redes de servicios de salud, centrados en las necesidades de sus usuarios, en cada etapa de su vida (Lu & Halfon, 2003). Demanda también contar con sistemas de información confiables que permitan estudiar grandes cohortes de población para conocer la efectividad e impacto de los programas de salud implementados. Al adoptar este enfoque se procura lograr un impacto positivo y sostenible para la salud de la población actual y futura del país.

Este enfoque, “considera el derecho a la salud como uno de los derechos humanos fundamentales. Asume también que el ejercicio de estos derechos asegura la

autonomía y autodeterminación de las personas respecto a su salud. Además de generar condiciones de seguridad en salud durante toda su vida” (Minsal, 2010)

4. ENFOQUE DE EQUIDAD EN SALUD

Según la OMS, equidad puede ser definida como “la ausencia de diferencias injustas y evitables o remediabiles en salud entre grupos o poblaciones definidas social, económica, demográfica o geográficamente”.

Avanzar hacia la equidad en salud, implica inducir cambios culturales y normativos para reducir las brechas resultantes de la estratificación social. Las acciones de salud deben estar orientadas a la minimización de las desigualdades, evitables en el nivel de salud y sus determinantes, que existen entre las personas y grupos con diferente nivel de privilegio social y requiere identificar los grupos sociales y territorios excluidos. Algunas de las condiciones que generan inequidad en salud son el género y la cultura.

5. GOBERNANZA

Es una forma de desarrollar políticas públicas que involucra cambio en el equilibrio entre el Estado y la Sociedad Civil. Implica una efectiva interconexión e integración de las Políticas Públicas para que se produzca la sinergia de sus propósitos y la efectividad de las acciones en la población. Por ello, el trabajo intra e intersectorial depende de la capacidad de los actores públicos y privados para definir un espacio común

6. PARTICIPACIÓN SOCIAL Y TRANSPARENCIA

Se considera un mecanismo para el ejercicio de los derechos de las personas y comunidades, y para la incorporación de la opinión de las y los usuarios y

comunidades en la Gestión de Salud. La posibilidad de participación social, es en sí, un determinante social de la salud

La participación social debe transitar entre un modelo paternalista que asegura la información y acceso a la oferta de servicios, a uno consultivo, que “recoge” y considera las demandas, expectativas y propuestas de las personas y sus organizaciones

DIAGNÓSTICO COMUNAL

a) HISTORIA DE LA COMUNA

Los inicios de la comuna de Chépica se remontan a 1875 año en el que esta zona era conocida como el fundo Villa Chépica. El 22 de diciembre de 1892 es declarada comuna.

Chépica en lengua Mapuche significa “Hierba por excelencia”.

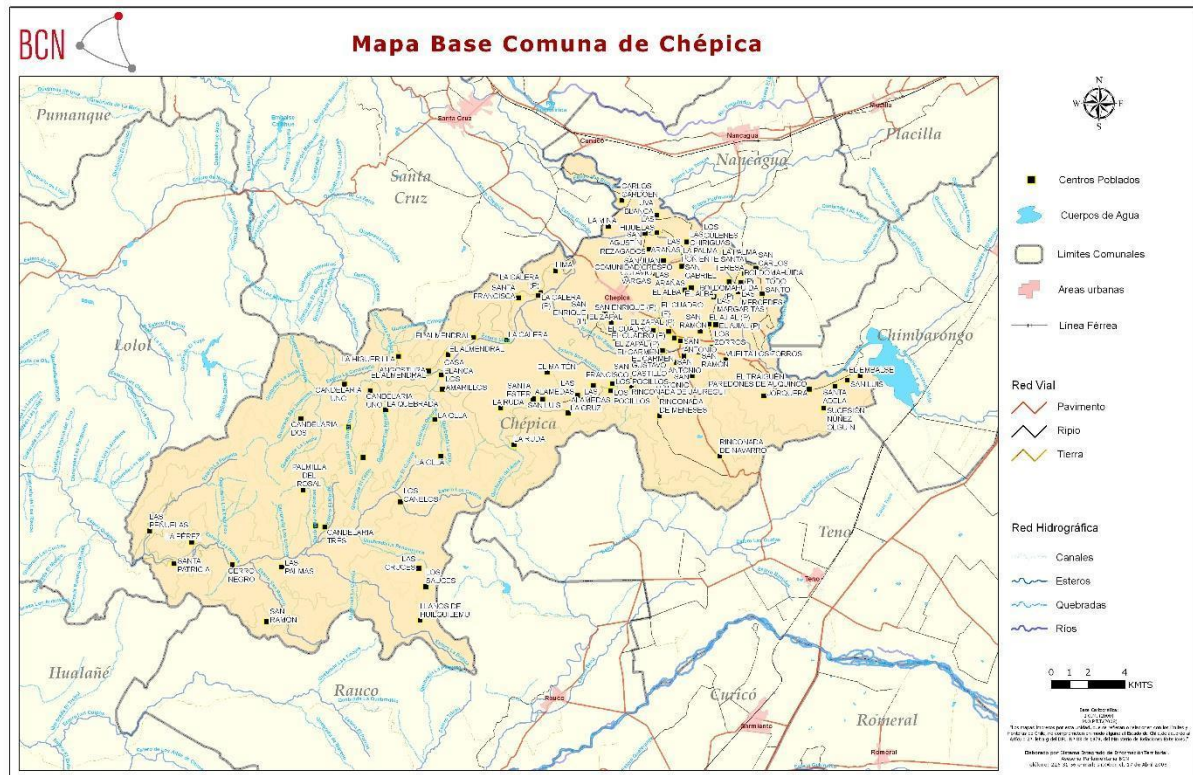
La localidad presenta características tradicionales de orden colonial. Cuenta con una plaza de armas y en base a la ubicación de ésta se comenzó con la construcción de diversas casonas que hoy son consideradas monumentos históricos. Uno de ellos es la Iglesia San Antonio de Padua que data de 1825 y que estuvo en proyecto de reconstrucción ya que se derrumbó para el terremoto del 27 de febrero de 2010 y en la actualidad ya fue entregado a la comunidad inaugurado por el obispo de la región de O'Higgins

Otro edificio de gran importancia arquitectónica es la I. Municipalidad de Chépica que formaba parte del Fundo Chépica el que perteneció a Don Miguel Valenzuela Castillo en el siglo XIX.

Chépica es una de las 10 comunas que pertenece a la Provincia de Colchagua en la Región de O'Higgins y está ubicada en el sector central Sur de la Región a 180 Km de la capital de la región, Rancagua.

Limita por el Sur con la Comuna de Teno, por el Norte con las Comunas de Santa Cruz y Nancagua, por el Oriente con la Comuna de Chimbarongo y por el Poniente con la Comuna de Lolol.

División Política Comuna De Chépica



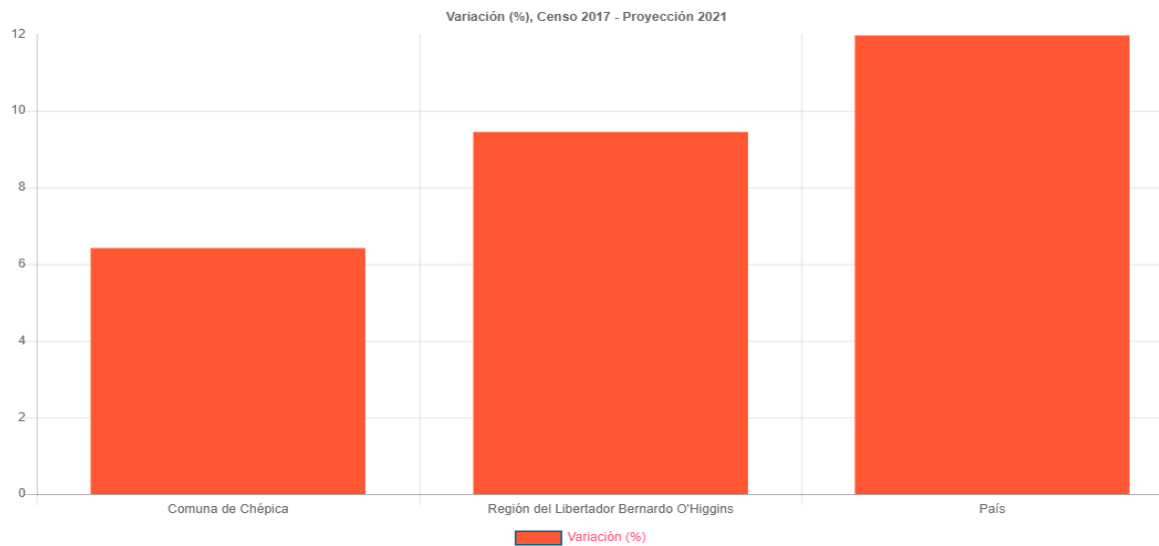


CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS:

La siguiente información a detallar en el diagnóstico de salud local de la comuna de Chépica tiene como fuentes principales datos obtenidos de los diferentes instrumentos estadísticos nacionales como el INE, Encuesta CASEN, DEIS, Perfil Epidemiológico de la Seremi de Salud de la sexta región, Sistema integrado de información territorial biblioteca del congreso nacional entre otras.

Para dar inicio al presente diagnóstico, es importante destacar que durante el transcurso de los años partiendo como punto de inicio el último censo, las tendencias demográficas a nivel país han sido que la población está envejeciendo ya que la esperanza de vida ha aumentado gracias a las mejoras en las condiciones sanitarias y grandes avances tecnológicos, además del control de natalidad que ha generado un descenso de esta en Chile y el mundo.

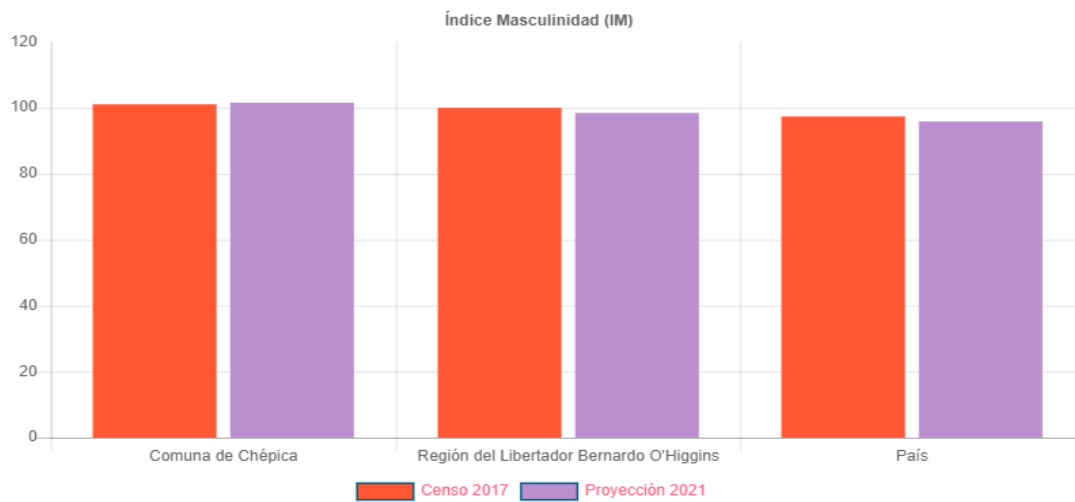
Unidad Territorial	Censo 2017	Proyección 2021	Variación (%)
Comuna de Chépica	15.037	16.003	6,42
Región del Libertador Bernardo O'Higgins	914.555	1.000.959	9,45
País	17.574.004	19.678.363	11,97



1.2 Población por sexo e índice de masculinidad

Unidad Territorial	Censo 2017		Proyección 2021		Índice Masculinidad (IM)	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Censo 2017	Proyección 2021
Comuna de Chépica	7.577	7.460	8.044	7.959	101,57	101,07
Región del Libertador Bernardo O'Higgins	453.710	460.845	500.528	500.431	98,45	100,02
País	8.601.989	8.972.014	9.708.512	9.969.851	95,88	97,38

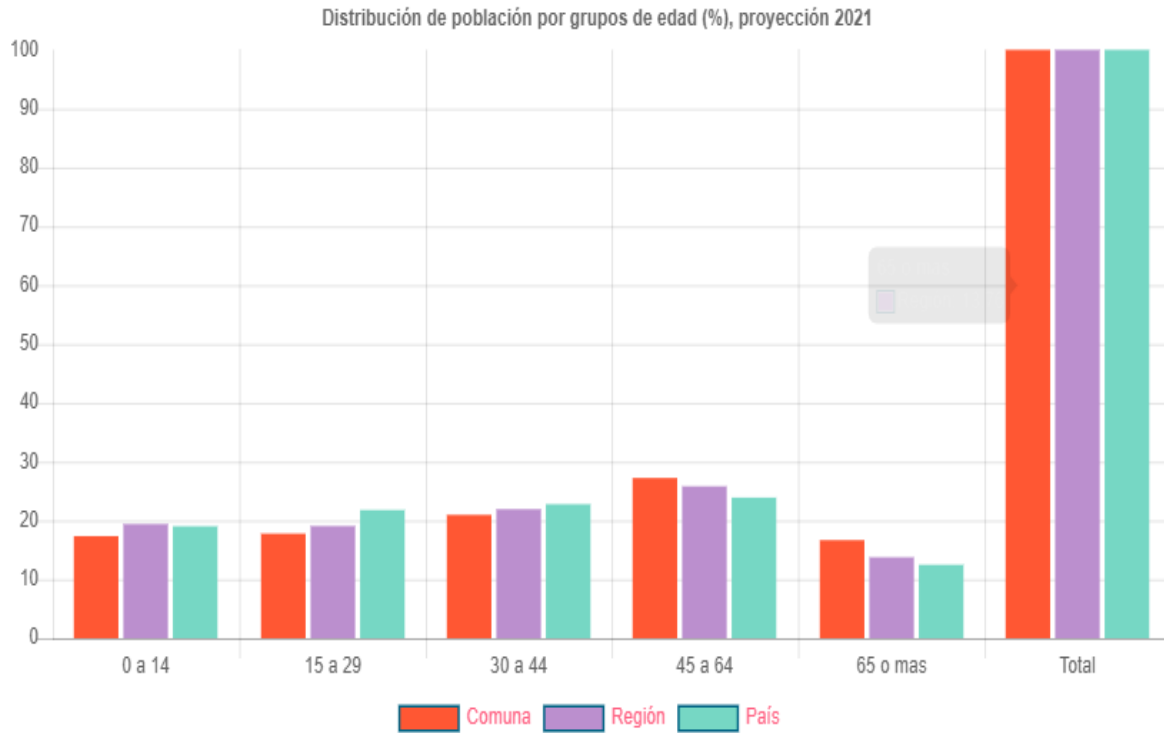
Fuente: Censos de Población y Vivienda, Proyecciones de Población, INE



1.3 Población por Grupos de Edad

Grupo Edad	Población por grupo (n°)		Distribución de la población entre grupos etarios (%), Proyección 2021		
	Censo 2017	Proyección 2021	Comuna	Región	País
0 a 14	2.862	2.776	17,35	19,41	19,03
15 a 29	2.928	2.845	17,78	19,08	21,79
30 a 44	3.004	3.356	20,97	21,93	22,78
45 a 64	4.068	4.358	27,23	25,82	23,9
65 o mas	2.175	2.668	16,67	13,76	12,49
Total	15.037	16.003	100	100	100

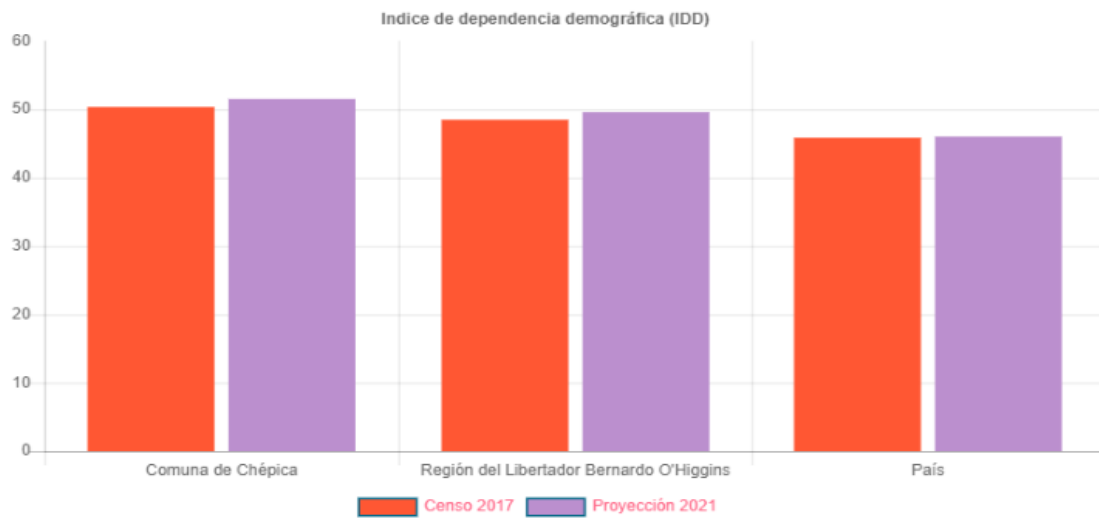
Fuente: Censos de Población y Vivienda, Proyecciones de Población, INE

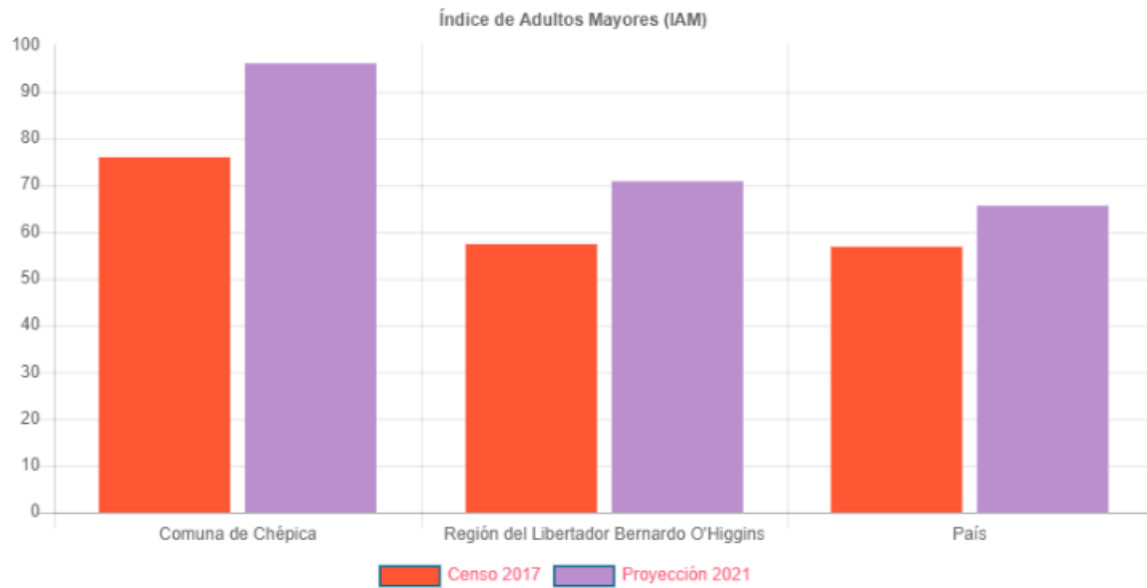


1.4 Índice de Dependencia Demográfica (IDD) e Índice de Adultos Mayores (IAM)

Unidad Territorial	Índice de Dependencia Demográfica (IDD)		Índice de Adultos Mayores (IAM)	
	Censo 2017	Proyección 2021	Censo 2017	Proyección 2021
Comuna de Chépica	50,37	51,56	76	96,11
Región del Libertador Bernardo O'Higgins	48,5	49,63	57,4	70,86
País	45,88	46,05	56,85	65,64

Fuente: Censos de Población y Vivienda, Proyecciones de Población, INE





2.1 Tasas de Pobreza año 2017, por Ingresos y Multidimensional

Unidad Territorial	Por Ingresos	Multidimensional
Comuna de Chépica	11,95	28,03
Región del Libertador Gral. Bernardo O'Higgins	10,1	18,5
País	8,6	20,7

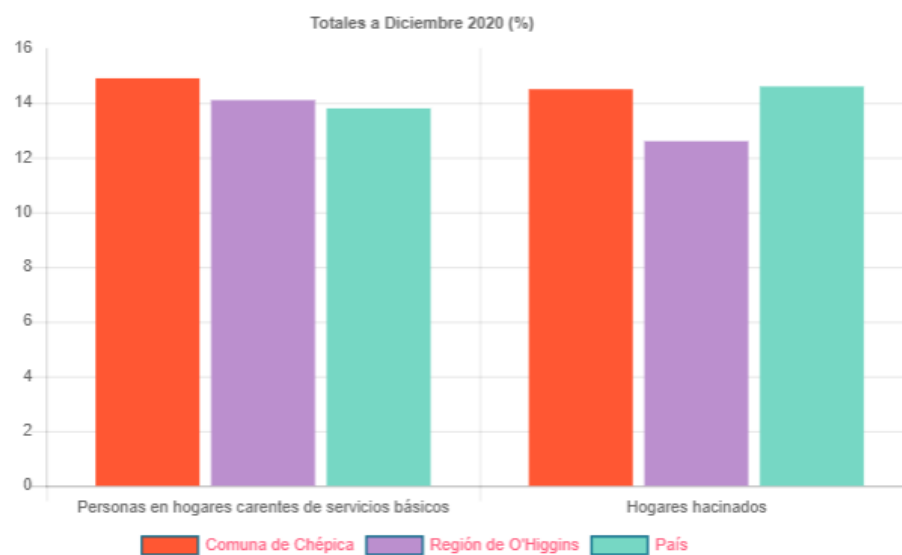
Fuente: Encuesta CASEN 2017, MDS



2.2 Población carente de servicios básicos y hogares hacinados (% totales, a diciembre 2020)

Unidad Territorial	Totales a Junio 2020 (%)	
	Personas en hogares carentes de servicios básicos	Hogares Hacinados
Comuna de Chépica	14,9	14,5
Región de O'Higgins	14,1	12,6
País	13,8	14,6

Fuente: SIIS-T MDS



3.1 Número de establecimientos de salud, según tipo al 11-12-2020

Tipo Establecimiento	Comuna (n°)	Región (n°)	País (n°)
Centro de Salud Familiar (CESFAM)	1	34	581
Posta de Salud Rural (PSR)	3	79	1.128
Servicio de Urgencia Rural (SUR)	1	15	122
Total	5	249	4.134

Fuente: DEIS, MINSAL

3.3 tasas de natalidad, mortalidad y mortalidad infantil, año 2016

Unidad Territorial	Tasas c/1.000 hab, Año 2016		
	Natalidad	Mortalidad General	Tasa de Mortalidad Infantil (c/1.000 nac.vivos)
Comuna de Chépica	9,9	7,5	6,2
Región del Libertador Gral. Bernardo O'Higgins	12,4	6	7,7
País	12,8	5,7	7

Fuente: DEIS, MINSAL



4.1 Establecimientos educacionales según dependencia administrativa, años 2018 y 2020

Dependencia Administrativa	Comuna		Región		País	
	2018	2020	2018	2020	2018	2020
Municipal	18	17	397	387	4.925	4.670
Particular Subvencionado	2	1	268	269	5.665	5.575
Particular Pagado	0	0	26	25	678	626
Corporación de Administración Delegada	0	0	6	6	70	70
Servicio Local de Educación	0	0	0	0	236	401
Total	20	18	697	687	11.574	11.342

Fuente: Centro de Estudios, MINEDUC

5.1 Número de empresas según tamaño años 2017, 2018, 2019

Tamaño Empresa	Comuna			Región			País		
	2017	2018	2019	2017	2018	2019	2017	2018	2019
Micro	967	987	1.021	42.708	43.286	44.190	729.694	752.685	769.693
Pequeña	137	151	144	9.452	10.161	10.225	193.576	203.218	206.293
Mediana	11	12	14	1.010	1.080	1.119	27.552	28.701	29.254
Grande	2	2	1	402	428	473	13.847	14.285	14.749
Sin Ventas/Sin Información	140	176	187	7.982	10.773	11.384	202.688	259.266	273.681

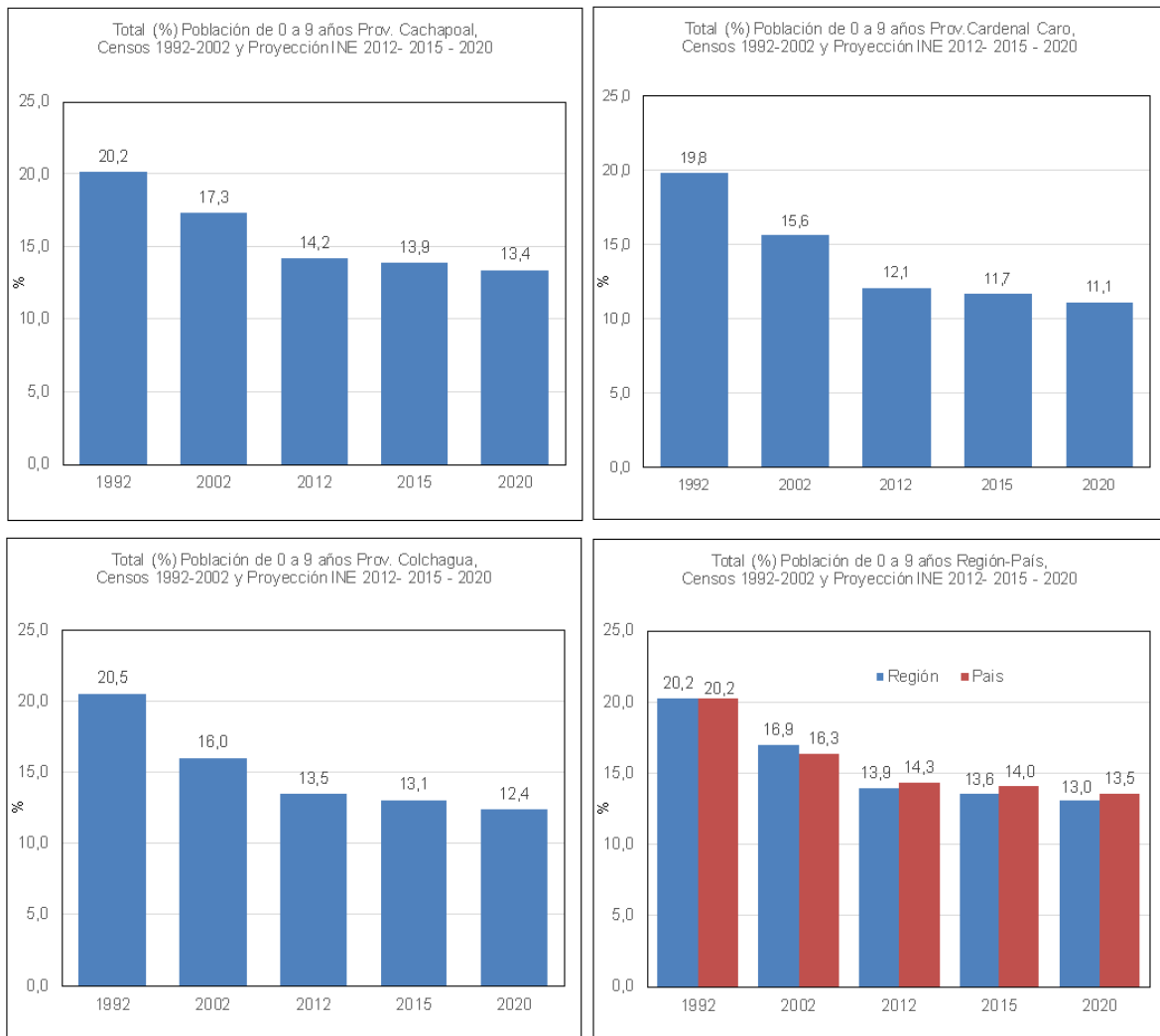
Fuente: Estadísticas SII

5.2 Número de trabajadores según tamaño de la empresa años 2017, 2018, 2019

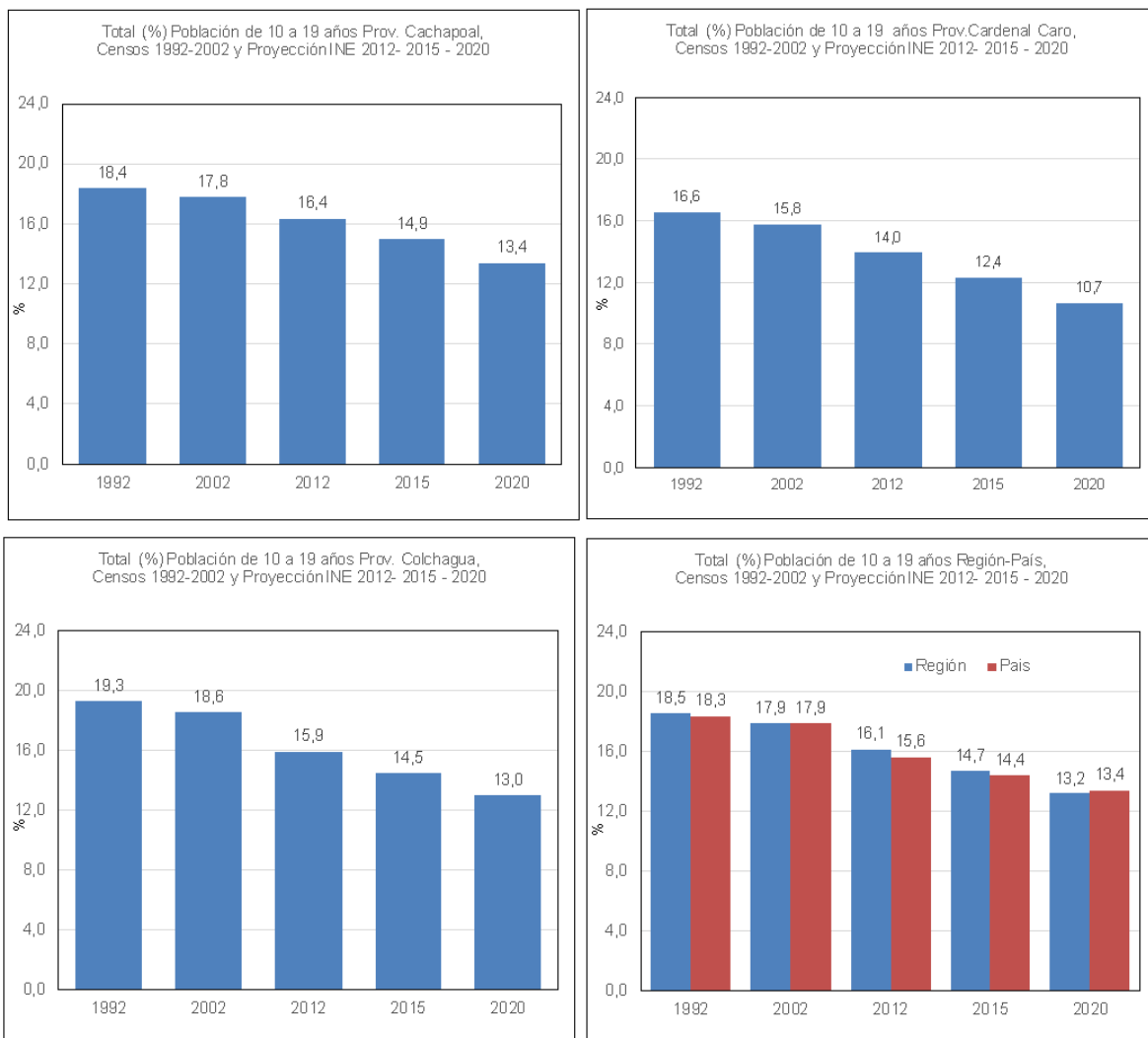
Tamaño Empresa	Comuna			Región			País		
	2017	2018	2019	2017	2018	2019	2017	2018	2019
Micro	1.069	1.015	1.351	46.077	51.546	54.309	612.852	673.918	722.165
Pequeña	2.343	2.754	1.960	132.246	139.189	148.732	1.970.427	2.044.968	2.051.040
Mediana	892	770	1.348	65.243	68.780	72.082	1.439.384	1.459.800	1.428.886
Grande	3	355	2	137.252	148.990	151.212	4.451.934	4.596.409	4.604.564
Sin Ventas/Sin Información	63	41	280	17.064	20.431	20.026	734.737	789.241	757.180

Fuente: Estadísticas SII

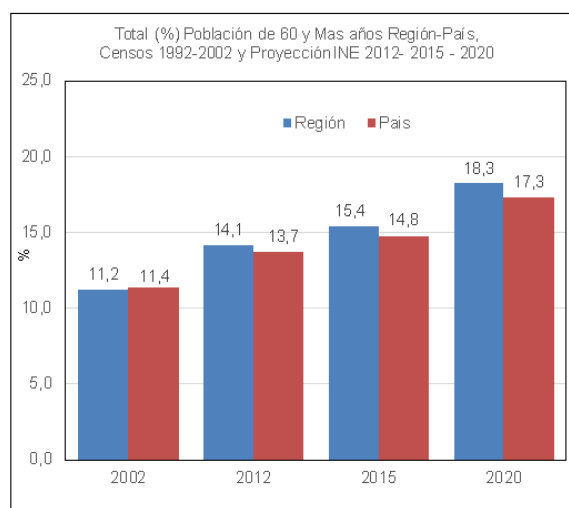
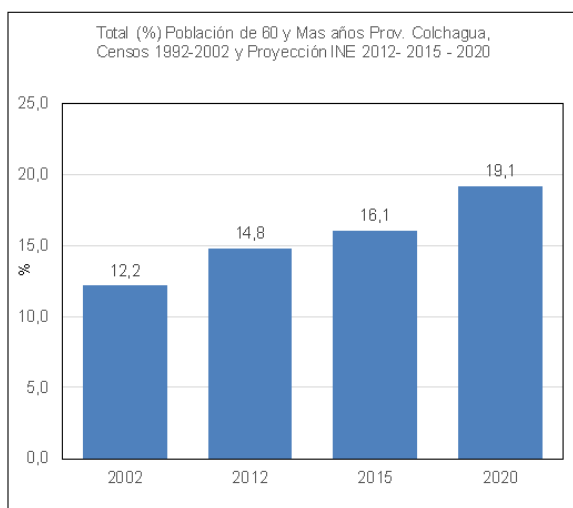
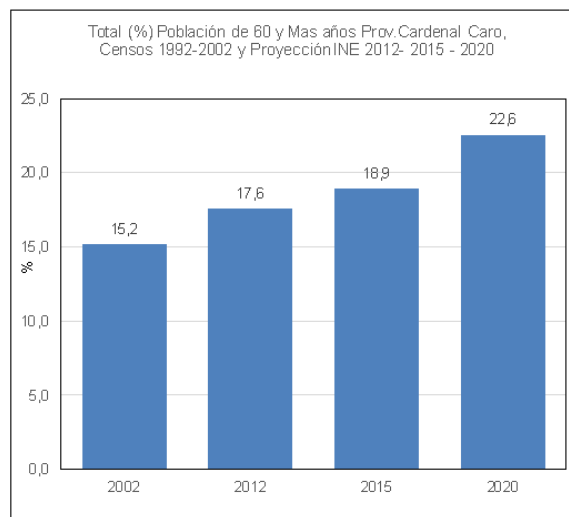
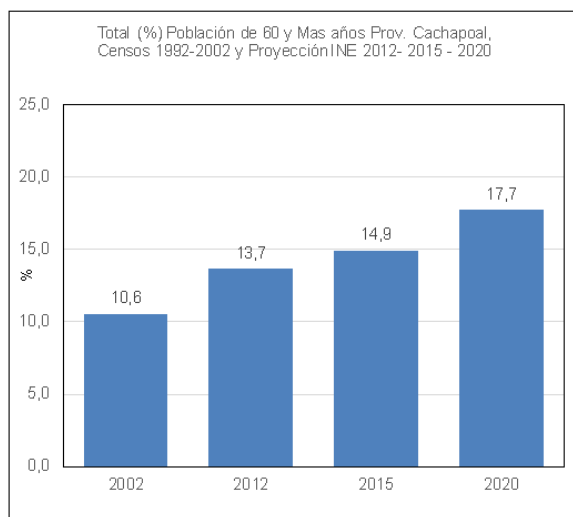
Por otro lado, la población ha cambiado en número según rango de edad, así tenemos que la población de 0 a 9 años viene en franco descenso como muestra la figura de la región de O'Higgins y el país. Desde un 20.5% en el año 1992 a un 13.1 en 2015 en la provincia de Colchagua

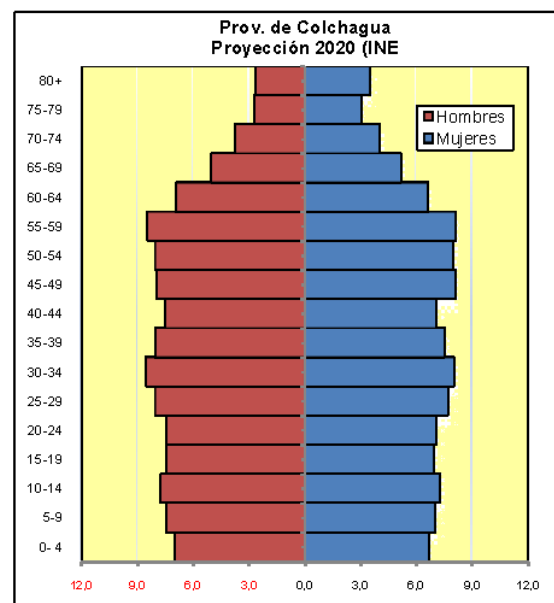
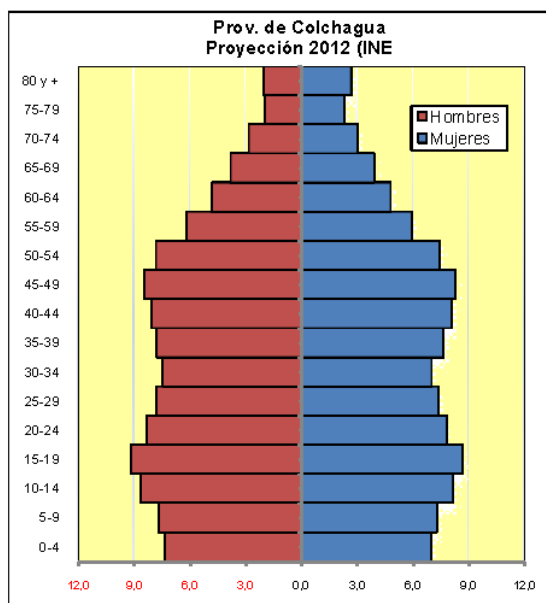
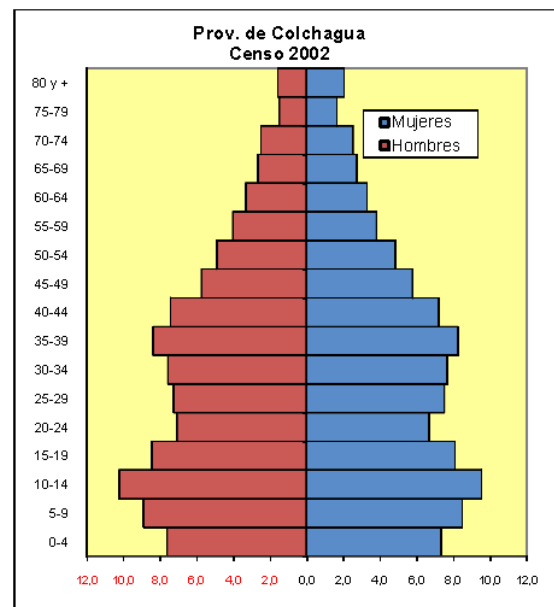
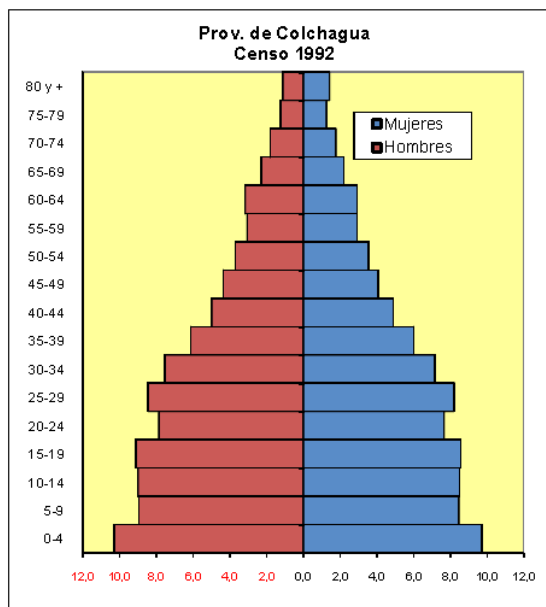


Así en la población adolescente de 10 a 19 años también vemos en descenso pero menos marcado que en la población de 0 a 9 años, como se ve en el gráfico desde un 19.3% baja a un 14.5% en año 2015 en la provincia de Colchagua.



En la población adulta de 60 y más años se observa un incremento notable y esto concuerda con la transición demográfica que estamos viviendo en nuestro país, desde un 12,2% en 2002 a un 19,1% en 2015 lo que muestra claramente que nuestra mayor preocupación era la salud en la tercera y cuarta edad con problemas de salud cardiovasculares, cáncer y pacientes postrados.





CARACTERÍSTICAS ECONÓMICAS

Según la encuesta Casen 2003-2009, los ingresos monetarios de los hogares de Chépica eran en el año 2003 de \$262.521, aumentado en un 67 % al 2009 con un ingreso promedio de \$441.012. No obstante, el ingreso promedio de los hogares de Chépica está por debajo de la realidad regional y país.

	INDIGENCIA	POBREZA
TOTAL PAÍS	3.2%	15.1%
TOTAL REGIÓN	2.1%	12.7%
TOTAL COMUNA	2.6%	14.5%

La comuna según perfil epidemiológico 2015, posee un 14,5% de pobreza, mayor a la realidad regional y país que tiene un 12,7% y un 15,1% respectivamente. En relación a la indigencia esta es un 2,6% que si bien es menor que la realidad nacional, no lo es con respecto a la región que tiene un menor porcentaje de indigencia que Chépica con un 2,1%.

CARACTERÍSTICAS EDUCACIONALES:

AÑOS DE ESCOLARIDAD PROMEDIO DE LA POBLACIÓN

TERRITORIO	2006	2009	2012
------------	------	------	------

COMUNA DE CHÉPICA	7,37	7,98	8,68
REGIÓN O'HIGGINS	9,22	9,45	9,79
PAÍS	10,15	10,21	10,43

FUENTE: CASEN 2012,

Analizando la tabla anterior, se puede observar que lamentablemente los años de escolaridad promedio de la población de Chépica son de 8,68 años, es decir el promedio de la población que estudia es hasta octavo básico, lo cual se convierte en una problemática para aspirar a mejor empleo y remuneración. Ahora bien se pueden inferir causas que lleven a la deserción escolar como pobreza y necesidad de trabajar de forma temprana para ayudar a su familia etc. que se analizará más adelante.

NIVEL EDUCACIONAL DE LA POBLACIÓN DE CHÉPICA

Sin educación	787	6,91	3,52
Básica incompleta	2.675	23,49	14,34
Básica completa	2.094	18,38	10,97
Media incompleta	2.014	17,68	18,98

Media completa	2.719	23,87	29,90
Superior incompleta	573	5,03	9,86
Superior completa	528	4,64	12,43
Total	11.390	100	100

FUENTE: Elaboración en base a los datos de encuesta CASEN, 2012.

Esta tabla deja en evidencia que el mayor número de personas de Chépica que han estudiado no logran terminar su enseñanza básica, esta población equivale al 23,48% de ahí que el promedio no supera los 8 años. Un 6,9% de la población no tiene educación, una realidad mayor que el país con un 3,52%.

ESTADÍSTICAS VITALES

De la población de Chépica en el año 2009 (13.845) y de 184 nacidos vivos la

Tasa de natalidad de ese año es de 13,3%, que se encuentra por debajo de la realidad regional y país. Resulta impactante observar que la tasa de mortalidad general e infantil también es elevada con un 8,20% y un 5,40% respectivamente mayor que la región y el país en el año 2009. Para ello es preferible analizar la situación de acuerdo a las causas específica de esta elevada mortalidad.

TERRITORIO	TASA DE NATALIDAD	TASA DE MORTALIDAD GENERAL	TASA DE MORTALIDAD INFANTIL
------------	-------------------	----------------------------	-----------------------------

COMUNA CHÉPICA	DE	13,30	8,20	5,40
REGIÓN O'HIGGINS	DE	14,60	5,40	2,10
PAÍS		15	5,40	2,50

INDICADORES DE SALUD:

GRÁFICO DE MORTALIDAD COMUNAL

PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD DE LA SEXTA REGIÓN Y CHÉPICA

	MORTALIDAD GENERAL		TASA	
	HOMBRES	MUJERES	HOMBR E	MUJERES
CHILE	46.549	39.589	5,8	4,9

REGIÓN	2.638	1.935	6,3	4,7
COMUNA	76	34	10,5	5,0

FUENTE: Creación en base a datos de Perfil epidemiológico Región de O'Higgins 2015

Se puede observar en la tabla las causas de mortalidad en Chépica y la región, que en orden de prevalencia y según el perfil epidemiológico de la región de O'Higgins 2015, son en primer lugar las enfermedades cardiovasculares como IAM y accidentes cerebro vasculares, donde Chépica tiene una tasa más alta de mortalidad que la región, esto es muy relevante si consideramos que las enfermedades cardiovasculares afectan mayoritariamente a los adultos y adultos mayores, que en Chépica cada día aumentan más. En segundo lugar, aparece la mortalidad por tumores, en tercer y cuarto lugar están causas por trauma y enfermedades respiratorias respectivamente donde Chépica también supera la tasa de mortalidad de la Región.

CAUSA	MUERT E EN REGIÓN	TASA	MUERTE EN COMUNA	TASA
CARDIOVASCULAR (IAM, ACV)	1.201	14,44	29	20,71
CÁNCER UTERINO	131	8,07	1	3,67

CÁNCER DE PRÓSTATA	460	22,18	10	27,68
MORTALIDAD POR TRAUMATISMO	2.408	5,85	51	7,27
ENFERMEDADES RESPIRATORIAS	2.514	6,11	52	7,41

SUICIDIOS	TASA REGIÓN	TASA COMUNA
MUJER	3,6	2,9
HOMBRE	21,4	55,3
TOTAL	12,6	29,9

Se puede observar en la tabla anterior que la tasa de suicidios en la comuna supera la realidad regional, específicamente en los hombres con un 55,3% en comparación con el 21,4% de la región. En términos totales, la comuna alcanza un total del 29,9% de suicidio contra un 12,6% por debajo la región.

TASA DE CONSUMO DE DROGAS EN POBLACIÓN ESCOLAR REGIÓN Y PAÍS

CONSUMO DE DROGAS	REGIÓN	PAÍS
MARIHUANA EN POBLACIÓN ESCOLAR	17%	15,2%
CONSUMO DE COCAÍNA EN POBLACIÓN ESCOLAR	6,9%	4,2%

FUENTE: Creación en base a datos de Perfil epidemiológico Región de O'Higgins

La tabla demuestra que el consumo de marihuana y el de cocaína en escolares a nivel regional supera la tasa nacional de consumo, por lo que sería necesario reconocer los valores reales de consumo de la comuna de Chépica para evaluar si esta situación se repite.

ESTADO NUTRICIONAL EN MENORES DE 5 AÑOS EN EL AÑO

Estado nutricional	Nº menores 5 años Chépica	% SEGÚN TERRITORIO		
		comuna	región	País
Bajo peso	19	1,90	2,51	3,40
normal	760	76	82,74	83,10

Sobrepeso u obeso	221	22,10	13,82	11,10
-------------------	-----	-------	-------	-------

Se observa en esta tabla que, de acuerdo al estado nutricional de los menores de 5 años, la tasa de sobrepeso u obesidad comunal es de 22,10% superando la realidad regional y país en más de un 8%. Convirtiéndose esto en un problema de salud para la comuna que necesita de intervención profesional.

SEDENTARISMO EN LA REGIÓN DE O'HIGGINS EN RELACIÓN CON LA REALIDAD PAÍS SEGÚN ENCUESTA CALIDAD DE VIDA AÑO

LOCALIDAD	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
REGIÓN	90,5	96,2	93,5%
PAÍS	86	92,1	89,2%

Una alta tasa de sedentarismo se vive en la región de Chépica mayoritariamente en mujeres alcanzando un 96, 2% en relación a los hombres que tienen un 90,5% también siendo esta cifra elevada si lo comparamos con la realidad del país.

NACIDOS VIVOS DE MADRES ADOLESCENTES MENORES DE 14 AÑOS Y ENTRE 15 Y 19 AÑOS POR CADA 1000 NACIDOS VIVOS PAÍS Y REGIÓN

	TOTAL NACIDOS VIVOS AÑO 2009	NACIDOS VIVOS DE MADRES MENORES DE 14 AÑOS	TASA X 1000 N. VIVOS	NACIDOS VIVOS MADRE 15 A 19 AÑOS	TASA X 1000 N. VIVOS
PAÍS	252.240	1075	4,3%	39.627	157,1
REGIÓN	12.731	61	4,8%	2082	163,1

FUENTE: Creación en base a datos de "Situación actual embarazo adolescente, subsecretaría salud pública"

ORGANIZACIÓN DE LOS CENTROS DE SALUD

La comuna de Chépica desde el año 2009, pasó a convertirse desde un CES (Centro de Salud) a un Cefam (Centro de Salud Familiar) aplicando el modelo de salud familiar en base a la reforma de salud del año 2005 dispuesta por el Ministerio de Salud. En el año 2015 el servicio de Salud O'Higgins llama a certificar a los Cefam y postas rurales en el nuevo modelo de atención que actualmente se conoce como Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, en el cual nuestro centro presentará certificación en 2023. Este modelo de atención, ha priorizado la presencia de personal en salud que aumente su capacidad resolutive y mejore la oportunidad de acceso a la atención médica a los diferentes sectores de la comuna.

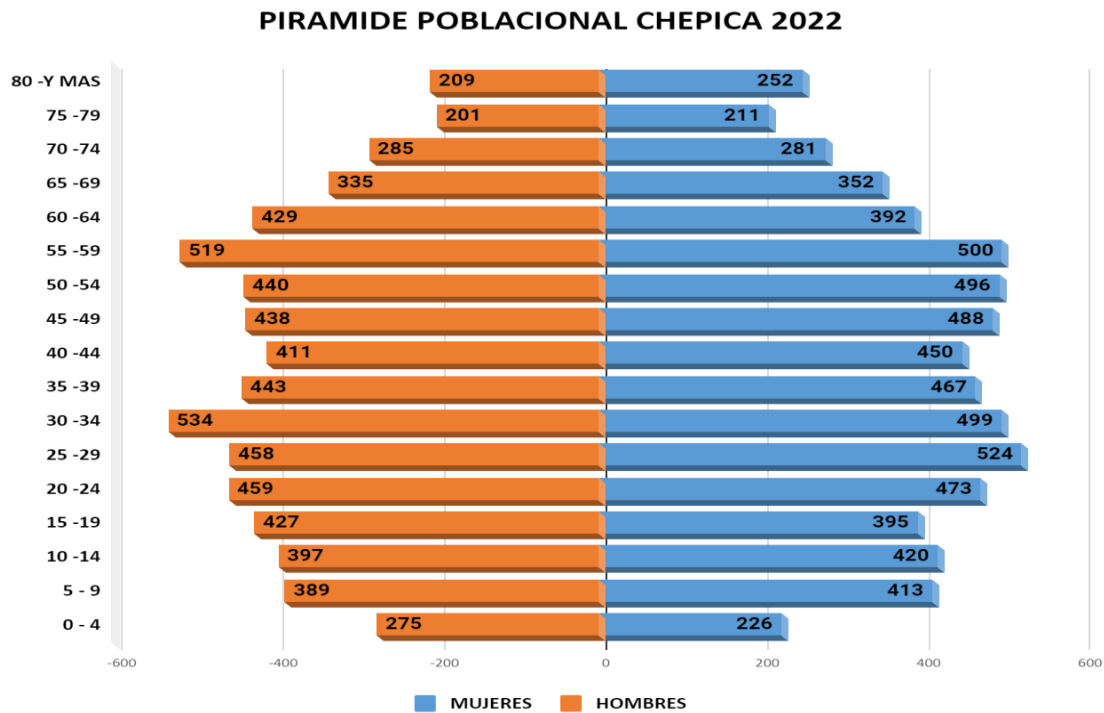
De acuerdo a la sectorización del CESFAM, se debe destacar que sólo existen dos sectores el Azul correspondiente al sector N.º 1 atiende a la población de las localidades de: Chépica Abajo, Chépica centro, El Alba, El cuadro, El Zapal. La Mina, Las Arañas, Las Chiriguas, Las Hijuelas, Uva Blanca. Todas estas localidades pertenecen al sector urbanizado de la comuna. El sector rojo es el N.º 2 y atiende a las localidades de la zona rural que son: El almendral, El maitén, La

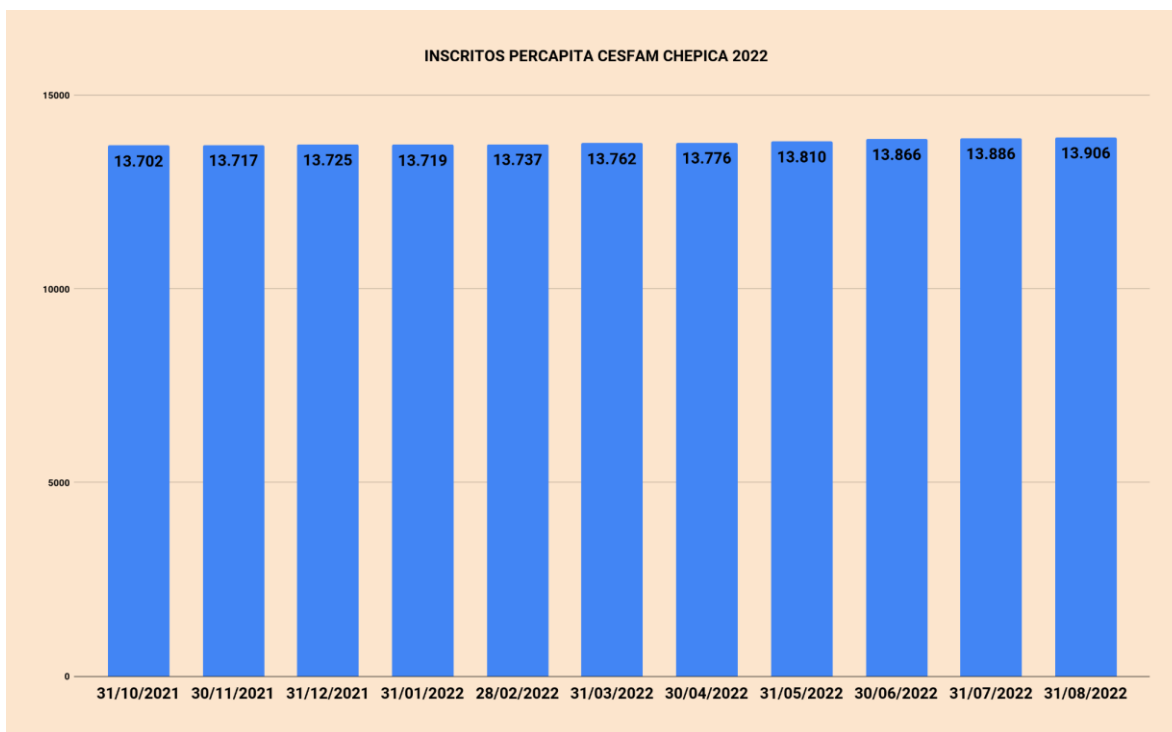
higuerilla, La Olla, La Quebrada, La Ruda, Las Alamedas, Las Candelarias, Las Palmas, Lima, La Calera, Los Amarillos, Los Canelos, Palmilla del Rosal, Los Pocillos, Rinconada de Jauregui, Rinconada de Meneses, Aunquinco, Boldomahuida, El Agial, El Bolsón, El Carmen, El Traiguen, La Orilla, La Palma, Las Mercedes, Los Rincones, Otro camino, Paredones de Auquinco, Rinconada de Navarro, San Antonio, San Carlos y San Ramón.

POBLACION INSCRITA

En abril de 2016 el fondo nacional de Salud FONASA implementó la inscripción per cápita a través de huelleros en todos los centros de salud del país, en Chépica desde esa fecha estamos trabajando con este sistema y la información de los usuarios inscritos se obtiene mes a mes, es así como del último corte de septiembre de 2021 tenemos 13.488 inscritos al corte de agosto de 2022 tenemos 13.906 usuarios. Este número incide significativamente en nuestros ingresos ya que FONASA le transfiere recursos a nuestro Cesfam por cada usuario inscrito. Asimismo, nos hemos dado cuenta a través de este sistema que mucha gente nuestra aparece registrado en otro establecimiento y recibe la prestación en Chépica, eso significa que los ingresos están llegando al centro donde figura inscrita y nosotros le damos la atención. Es por esto que estamos en una campaña de recuperar e invitar a nuestros pacientes a revisar su ficha de inscripción y obtener

mayores recursos a través de esta vía.

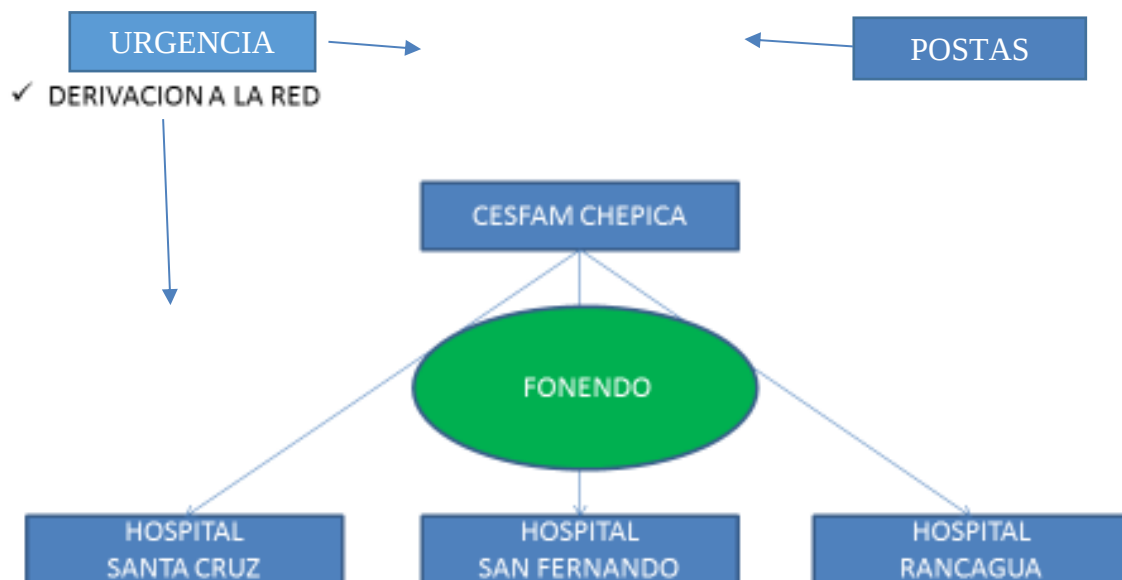




RED DE DERIVACIÓN DE USUARIOS

La derivación de pacientes en nuestra red de atención se gestiona por diferentes ingresos que puede ser a través de las Postas Rurales, el Cesfam o el servicio de

Urgencias y de ahí a los 3 hospitales base que tenemos en la región que son Santa Cruz, San Fernando y Rancagua.



Las interconsultas se ingresan directamente por el profesional en el box de atención

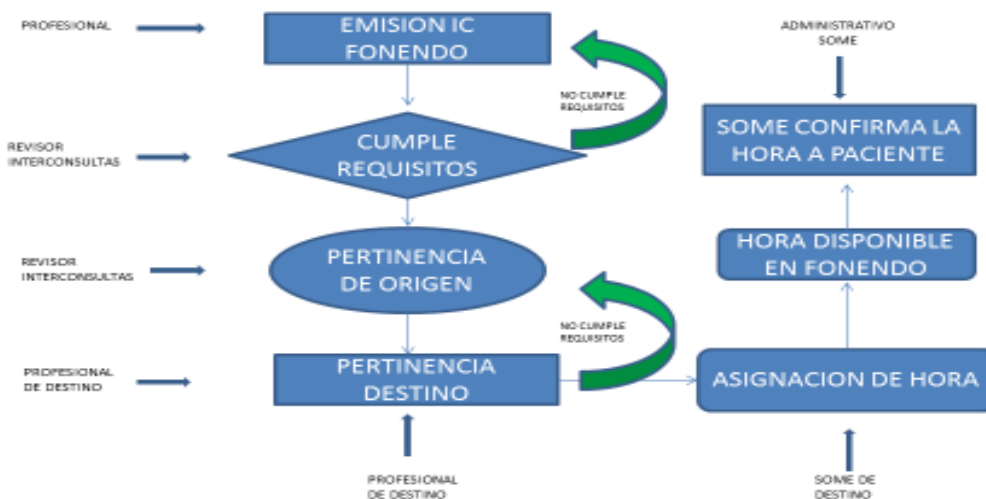
COMITÉ DE LISTA DE ESPERA

Objetivo: Mantener vigilancia de las interconsultas emitidas por el Cefam Chépica a los diferentes establecimientos de la red según patología y así poder gestionar eficientemente su resolución para lograr una pronta respuesta a la necesidad del paciente.

Funciones: Debe haber un responsable del manejo de dicha información. Debe haber una evaluación y monitoreo sistemático respecto del número de horas especialista disponibles, de las horas usadas, de las horas perdidas, rechazo, etc. Dicha información debe ser analizada a nivel del Consultorio y en reuniones de coordinación con el nivel secundario.

- Debe revisar y Auditar la Interconsulta, para determinar si cumple con los requisitos técnicos pre establecidos.
- Efectuar reuniones entre profesionales, de los equipos tanto técnicos como de gestión para ir analizando el uso y las falencias del sistema
- Identificar las causas de no utilización de las horas especializadas otorgadas.
- Hacer un informe Mensual con el resultado de los Indicadores establecidos a nivel de equipo y con el nivel secundario.

✓ INTERCONSULTAS



GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD (GES)

El sistema de Garantías Explícitas en Salud (GES) es un complejo mecanismo que permite al Estado chileno otorgar prestaciones específicas en ámbitos prioritarios para las personas y la salud pública nacional. Este régimen establece para cada problema de salud garantías explícitas, que constituyen derechos para los asegurados, y en caso de no ser cumplidas, éstas deben exigirse a FONASA y, en último término, a la Superintendencia de Salud.

La Cobertura GES asegura la Garantía de acceso, calidad, oportunidad y protección financiera de 80 Problemas de Salud, definidos en la Ley N° 19.966, y el Decreto N° 4 de 2013, que serán otorgadas dentro de los Centros de Atención Primarias de Salud y en una Red Cerrada de Prestadores, definidos por las Isapres.

A partir del 1 de julio del 2013 se agregaron 11 nuevas patologías al GES de acuerdo al Decreto Supremo N° 4 de Salud y Hacienda. Esto significa que, a partir de esa fecha, obtiene cobertura garantizada por Ley para 80 Problemas de Salud, que se detallan a continuación:

01	ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA ETAPA 4 Y 5	31	RETINOPATÍA DIABÉTICA
02	CARDIOPATÍA CONGÉNITA OPERABLES EN MENORES DE 15 AÑOS	32	DESPRENDIMIENTO DE RETINA NO TRAUMÁTICO
03	CÁNCER CERVICOUTERINO	33	HEMOFILIA
04	ALIVIO DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS POR CÁNCER AVANZADO	34	DEPRESIÓN EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS
05	INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO	35	TRATAMIENTO DE LA HIPERPLASIA BENIGNA DE LA PROSTATA EN PERSONAS SINTOMÁTICAS
06	DIABETES MELLITUS TIPO 1	36	ÓRTESIS (O AYUDAS TÉCNICAS) PARA PERSONAS DE 65 AÑOS Y MÁS
07	DIABETES MELLITUS TIPO 2	37	ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS
08	CÁNCER DE MAMAM EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS	38	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA
09	DISRAFAS ESPINALES	39	ASMA BRONQUIAL MODERADA Y GRAVE EN MENORES DE 15 AÑOS
10	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO ESCOLIOSIS EN MENORES DE 25 AÑOS	40	SÍNDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA EN EL RECIEN NACIDO
11	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO CATARATAS	41	TRATAMIENTO EN PERSONAS DE 55 AÑOS Y MÁS CON ATROFIA DE CADERA Y/O RODILLA, LEVE O MODERADA
12	ENDOPROTESIS TOTAL DE CADERA EN PERSONAS DE 65 AÑOS Y MÁS	42	HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA SECUNDARIA A RUPTURA DE ANEURISMA CEREBRALES
13	FISURA LABIOPALATINA	43	TUMOR PRIMARIO DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS
14	CÁNCER EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS	44	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE HERNIA DEL NÚCLEO PULPOSO LUMBAR
15	ESQUIZOFRENIA	45	LEUCEMIA EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS
16	CÁNCER DE TESTÍCULO EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS	46	URGENCIA ODONTOLÓGICA AMBULATORIA
17	LINFOMAS EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS	47	SALUD ORAL INTEGRAL DEL ADULTO DE 60 AÑOS
18	VIH/SIDA	48	POLITRAUMATIZADO GRAVE
19	INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA (IRA) DE MANEJO AMBULATORIO EN MENORES DE 5 AÑOS	49	TRAUMATISMO CRÁNEO ENCEFÁLICO MODERADO O GRAVE
20	NEUMONIA DE MANEJO AMBULATORIO EN PERSONAS DE 65 AÑOS Y MÁS	50	TRAUMA OCULAR GRAVE
21	HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS	51	FIBROSIS QUÍSTICA
22	EPILEPSIA NO REFRACTARIA EN PERSONAS DE 1 AÑO Y MENORES DE 15 AÑOS	52	ARTRITIS REUMATOIDEA
23	SALUD ORAL INTEGRAL PARA NIÑOS DE 6 AÑOS	53	CONSUMO PERJUDICIAL O DEPENDENCIA DE ALCOHOL Y DROGAS EN MENORES DE 20 AÑOS
24	PREVENCIÓN DE PARTO PREMATURO	54	ANALGESIA DE PARTO
25	ARRITMIA CARDÍACA QUE REQUIERE DE MARCAPASOS EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS	55	GRAN QUEMADO
26	COLECISTECTOMÍA PREVENTIVA DEL CÁNCER DE VESÍCULA EN PERSONAS DE 35 Y 49 AÑOS	56	HIPOACUSIA BILATERAL 65 AÑOS Y MÁS
27	CÁNCER GÁSTRICO	57	RETINOPATÍA DEL PREMATURO
28	CÁNCER DE PROSTATA EN 15 AÑOS Y MÁS	58	DISPLASIA BRONCOPULMONAR DEL PREMATURO
29	VICIOS DE REFRACCIÓN EN PERSONAS DE 65 AÑOS Y MÁS	59	HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL BILATERAL DEL PREMATURO
30	ESTRABISMO EN NIÑOS MENORES DE 9 AÑOS	60	EPILEPSIA NO REFRACTARIA EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS

61	ASMA BRONQUIAL EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MAS
62	ENFERMEDAD DE PARKINSON
63	ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL
64	PREVENCIÓN SECUNDARIA ENFERMEDAD RENAL CRONICA TERMINAL
65	DISPLASIA LUXANTE DE CADERAS
66	SALUD ORAL INTEGRAL DE LA EMBARAZADA
67	ESCLEROSIS MULTIPLE REMITENTE RECURRENTE
68	HEPATITIS CRONICA POR VIRUS HEPATITIS B
69	HEPATITIS C
70	CANCER COLORRECTAL EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MAS
71	CANCER DE OVARIO EPITELIAL
72	CANCER DE VEJIGA
73	OSTEOSARCOMA
74	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LESIONES CRONICAS DE LA VALVULA AÓRTICA
75	TRASTORNO BIPOLAR
76	HIPOTIROIDISMO
77	TRATAMIENTO DE HIPOACUSIA MODERADA Y SEVERA EN MENOR DE 2 AÑOS
78	LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO
79	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LESIONES CRONICAS DE LAS VALVULAS MITRAL Y TRICÚSPIDE
80	TRATAMIENTO DE ERRADICACION DEL HELICOBACTER PYLORI

A Partir del 01 de octubre de 2019 se incorporan 5 nuevos problemas Ges:

- 81 Cáncer de Pulmón
- 82 Cáncer de Tiroides
- 83 Cáncer Renal
- 84 Mieloma Múltiple
- 85 Alzheimer y otras demencias

GARANTÍAS QUE OTORGA ESTE PLAN DE SALUD:

Garantía explícita de acceso: es la obligación de Fonasa y las Isapres de asegurar las prestaciones de salud.

Garantía explícita de calidad: otorgar la atención de salud garantizada por un prestador registrado o acreditado.

Garantía explícita de oportunidad: existencia de un plazo máximo para el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas, en las etapas de diagnóstico, tratamiento y seguimiento.

Garantía explícita de protección financiera: es la contribución, pago o copago máximo que deberá efectuar el afiliado por prestación o grupo de prestaciones, considerando el monto de sus ingresos.

Los Centros de Atención Primaria son la puerta de entrada al sistema GES, ya que son estos establecimientos los principales derivadores de estas patologías a otros centros de la Red Asistencial para confirmación, exámenes y tratamiento.

Enfermedades cubiertas por GES en Atención Primaria de Salud:

Cáncer Cervicouterino PAP

Diabetes Mellitus II

Infección Respiratoria <5 años
Neumonía >65 años

Hipertensión Arterial >15 años

Salud Oral Integral Niños 6 años

Colecistectomía Preventiva 35 a 49 años

Vicio de Refracción, Presbicia Pura

Depresión >15 años

Órtesis >65

Enfermedad Pulmonar Obstructiva

Asma Bronquial < de 15 años

Tratamiento Artrosis de Cadera Leve y Moderada

Urgencia Odontológica

Salud Oral Adulto 60 años

Consumo Perjudicial Alcohol y Drogas <20 años

Asma Bronquial > de 15 años

Prevención Secundaria IRCT

Salud Oral de la Embarazada

Hipotiroidismo

Erradicación Helicobacter Pylori

Cuidados Paliativos y Alivio al Dolor

Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida VIH

Epilepsia No Refractaria de 1 a < 15 años

Epilepsia No Refractaria > 15 años

Enfermedad de Parkinson

Displasia Luxante de Caderas

COMPROMISOS DE GESTIÓN

Los compromisos que el equipo de salud debe cumplir, están definidos por el MINSAL e incluidos en las orientaciones programáticas de cada año.

El logro de los objetivos que pretende el cumplimiento de estos compromisos tiene relación con los objetivos sanitarios planteados para la década por el Ministerio de Salud

Objetivos sanitarios para la década.

Señalan los compromisos en salud que deben alcanzarse al 2022, expresados en METAS SANITARIAS. Definidos como la referencia fundamental para establecer las intervenciones y acciones prioritarias que se deben realizar en cualquier nivel del sistema de salud chileno.

Los objetivos sanitarios para la década son:

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

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

Reducir los factores de riesgo asociados a la carga de enfermedad, a través del desarrollo de hábitos y estilo de vida saludables.

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

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

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

Fortalecer la institucionalidad del sector salud.

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

CALIDAD Y SEGURIDAD DE LAS PRESTACIONES DE SALUD

La Política Comunal de Salud se sustenta en el marco de la Reforma de Salud, que en su propuesta legislativa indica “La Reforma define el Nuevo Modelo Integral de Salud, como el conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna , que se dirige más que a la enfermedad a las personas , consideradas en su integridad física y mental , como seres sociales pertenecientes a diferentes tipo de familias, que están en permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural”.

Dar cumplimiento a régimen de Garantías en Salud

Adecuar la estructura organizacional de los Centros de Salud de manera de lograr la operatividad del sistema y asegurar el éxito de los lineamientos del modelo de salud instaurado por el Ministerio de Salud.

Elaborar manuales y protocolos que faciliten el quehacer de los funcionarios y disminuya la variabilidad de la acción y por ende resguarde la seguridad del usuario y a su vez, logren elevar la calidad de la atención y aumentar la satisfacción usuaria y mejorar la capacidad resolutive de los centros de salud

Obtener certificación como CESFAM (Recertificar el centro de salud).

Obtener la autorización sanitaria, salvando las brechas actuales y luego la Acreditación de prestadores de salud en sistema abierto. Superintendencia de Salud.

Trabajar en Red, siendo una organización activa de la Red Asistencial de Salud y facilitadora de procesos que beneficien a los usuarios.

Alcanzar un aumento porcentual de las acciones de promoción y prevención, sin producir deterioro en la resolución oportuna y eficiente de la demanda.

Favorecer, mediante sistemas eficientes y efectivos de participación, que el usuario y la comunidad asuman su rol activo como agentes de cambio de su propia situación de salud; propiciando y priorizando instancias de organización y de participación con una comunidad conocedora de sus deberes y derechos (**Fortalecimiento de las OIRS** Oficinas de Informaciones, Reclamos y Sugerencias, política de análisis de opiniones ciudadanas, Consejos de Desarrollos, encuestas satisfacción usuaria).

CANASTA DE PRESTACIONES PLAN DE SALUD FAMILIAR

El Per Cápita es un mecanismo de financiamiento que paga de acuerdo a la población beneficiaria, por un precio estipulado por el Ministerio de Salud en referencia a una Canasta de Prestaciones, llamada Plan de Salud Familiar (PSF) El cálculo se efectúa en base a una población tipo de 10.000 habitantes, considerando el perfil demográfico y epidemiológico representativo de la población chilena, de acuerdo a parámetros de cobertura y de rendimiento asociados al personal médico y no médico que trabaja en los distintos establecimientos de la APS. El Plan de Salud familiar considera los distintos Programas de Salud, tales como Programa de Salud del Niño, del Adolescente, del Adulto y Adulto Mayor, de la Mujer, Odontológico, y la mayor parte de las Garantías **Explícitas** otorgadas en el nivel de APS. Para el año 2022 la Cartera de prestaciones incluyó 128 prestaciones

A. CANASTA DE PRESTACIONES PROGRAMA DE SALUD DE LA MUJER

PREVENCIÓN

1. CONTROL PRECONCEPCIONAL.
2. INGRESO A CONTROL PRENATAL.
3. CONTROL PRENATAL.
4. CONTROL POST PARTO Y POST ABORTO.
5. CONTROL DEL BINOMIO MADRE-HIJO.
6. CONTROL GINECOLOGICO.
7. CONTROL DE CLIMATERIO.
8. INGRESO CONTROL CLIMATERIO.
9. CONTROL DE **REGULACIÓN** DE LA FECUNDIDAD.
10. **CONSEJERÍA** EN VIH PRE TEST Y POST TEST
11. **CONSEJERÍA** EN VIH PRE TEST Y POST TEST EMBARAZADAS
12. CONSEJERIA FAMILIAR
13. INTERVENCION FAMILIAR PSICOSOCIAL
14. **CONSEJERÍA** EN SALUD SEXUAL REPRODUCTIVA
15. CONSEJERIA EN PREVENCION DE VIH E ITS
16. **CONSEJERÍA** EN ESTILOS DE VIDA SALUDABLES Y CONDUCTAS DE AUTOCUIDADO
17. VISITA DOMICILIARIA A GESTANTES EN PROCESO DE **CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA** DE VIH
18. **ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA** DEL PRIMER TRIMESTRE DE EMBARAZO

CURACIÓN

19. CONSULTA DE MORBILIDAD **OBSTÉTRICA**.
20. CONSULTA MORBILIDAD **GINECOLÓGICA** (ITS, **VIH** Y OTRAS).
21. CONSULTA **ANTICONCEPCIÓN** DE EMERGENCIA.
22. CONSULTA SOCIAL EMBARAZADA.
23. CONSULTA NUTRICIONAL EMBARAZADA.

24. **EVALUACIÓN** NUTRICIONAL DE **PUÉRPERA** AL 8VO MES POST PARTO.
PROMOCIÓN

25. TALLERES PARA GESTANTES Y ACOMPAÑANTES.

26. TALLERES DE **PREPARACIÓN** PARA EL PARTO Y LA CRIANZA.

27. CONSEJERIA BREVE **ANTI TABACO** A EMBARAZADAS CON ALTA
ODONTOLÓGICA

B. CANASTA DE PRESTACIONES PROGRAMA DE SALUD INFANTIL

28. CONSULTA MORBILIDAD.

29. CONTROL NIÑO SANO. APLICACIÓN DE PAUTAS: NEUROSENSORIAL,
EDIMBURGO, MASSIE-CAMPBELL, FACTORES DE RIESGO DE MORIR POR
NEUMONÍA, FACTORES DE RIESGO DE ENFERMEDADES
CARDIOVASCULARES, RADIOGRAFÍA DE PELVIS.

30. CONTROL MALNUTRICIÓN, CONSULTA LACTANCIA MATERNA.

31. EVALUACIÓN DE DESARROLLO PSICOMOTOR,

32. TALLERES DE ESTIMULACIÓN,

33. TALLERES NADIE ES PERFECTO,

34. CONSULTA DE DÉFICIT DESARROLLO PSICOMOTOR.

35. CONTROL DE ENFERMEDADES CRÓNICAS.

36. CONTROL POR MÉDICO Y KINESIÓLOGO EN SALA DE INFECCIONES
RESPIRATORIAS AGUDA (IRA)

37. CONSULTA DE SALUD MENTAL.

38. VACUNACIÓN: PROGRAMA NACIONAL DE INMUNIZACIONES (PNI)

39. PROGRAMA NACIONAL DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

40. VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL EN PACIENTE DE RIESGO.
(PSICOSOCIAL, BIOMÉDICO)

C. CANASTA DE PRESTACIONES PROGRAMA DE SALUD DEL ADOLESCENTE

- 41. CONTROL DE SALUD. VACUNACIÓN 8° BÁSICO
- 42. CONSULTA DE MORBILIDAD.
- 43. CONTROL DE PATOLOGÍAS CRÓNICAS
- 41. CONTROL PRENATAL
- 44. CONTROL BINOMIO MADRE-HIJO
- 45. CONTROL PUERPERIO POST ABORTO Y POST PARTO 44. CONTROL DE REGULACIÓN DE FECUNDIDAD
- 46. CONSEJERÍA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
- 47. **CONSEJERÍA** EN ESTILOS DE VIDA SALUDABLE 47. CONTROL GINECOLÓGICO PREVENTIVO
- 48. CONSULTA DE MORBILIDAD GINECOLÓGICA 49. CONSULTA DE MORBILIDAD OBSTÉTRICA
- 49. EDUCACIÓN GRUPAL. 51. CONSULTA Y CONSEJERÍA EN SALUD MENTAL
- 50. VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL DE PACIENTE EN RIESGO BIOPSIOSOCIAL.

PROMOCIÓN

- 51. EVENTOS MASIVOS EN ESTILO DE VIDA SALUDABLE
- 52. **CONSEJERÍAS** EN ESTILO DE VIDA **SALUDABLE**
- 53. REUNIONES CON LA COMUNIDAD O INTERSECTOR.
- 54. CAMPAÑAS MASIVAS EN ESTILO DE VIDA SALUDABLE

PREVENCIÓN,

- 55. EXAMEN DE MEDICINA PREVENTIVA DEL ADULTO
- 56. CONTROL POR PROBLEMAS DE SALUD CON ENFOQUE PREVENTIVO, (Primario, secundario, terciario, cuaternario)
- 57. FONDO DE OJO ANUAL PARA PREVENIR RETINOPATÍA DIABÉTICA.
- 58. **CONSEJERÍA ANTITABÁQUICA**
- 59. VACUNACION **ANTIINFLUENZA** Y **ANTINEUMOCÓCICA** EN PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO

TRATAMIENTO:

- 60. CONSULTA MORBILIDAD.
- 61. CONTROL CARDIOVASCULAR: PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL, DIABETES MELLITUS, DISLIPIDEMIA.
- 62. EVALUACIÓN DE PACIENTE POR EQUIPO DE SALUD.
- 63. EXÁMENES DE LABORATORIO
- 64. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE ACUERDO A CADA PATOLOGÍA.
- 65. CONTROL SALUD MENTAL: TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINARIO POR MÉDICO, PSICÓLOGO, ASISTENCIA SOCIAL, DE PATOLOGÍA FRECUENTE EN SALUD MENTAL.
- 66. DETECCIÓN DE VIH EN PERSONAS EN CONTROL Y DERIVACIÓN A NIVEL SECUNDARIO.
- 67. VIGILANCIA DE TUBERCULOSIS, CON EXAMEN DE BACILOSCOPÍAS MÁS EVALUACIÓN POR EQUIPO DE SALUD.
- 68. CONTROLES MÉDICOS Y KINÉSICOS POR PATOLOGÍAS RESPIRATORIAS CRÓNICAS EN SALA ERA.
- 69. CONSULTA NUTRICIONAL.
- 70. ATENCIÓN DOMICILIARIA INTEGRAL A PACIENTES CON DEPENDENCIA SEVERA.
- 71. ATENCIÓN PODOLÓGICA A PACIENTES DIABÉTICOS.
- 72. CONTROL Y MANEJO DE OTRAS PATOLOGÍAS CRÓNICAS: HIPOTIROIDISMO, EPILEPSIA.
- 73. CURACIÓN AVANZADA PIE DIABÉTICO

PROMOCIÓN.-

- 74. REUNIONES CON LA COMUNIDAD PARA DIFUNDIR PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y ACTIVIDAD FÍSICA.
- 75. **CONSEJERÍA** EN ASOCIATIVIDAD

76. **EDUCACIÓN** GRUPAL

77. CONSEJERÍA EN ESTILOS DE VIDA SALUDABLE ADULTOS MAYORES

PREVENCIÓN. -

77. EXAMEN DE MEDICINA PREVENTIVA DEL ADULTO MAYOR (EMPAM).

78. INTERVENCIÓN PREVENTIVA O TERAPEÚTICA EN LOS ADULTOS MAYORES CON SOSPECHA DE MALTRATO.

79. INTERVENCIÓN PREVENTIVA O TERAPEÚTICA EN LOS ADULTOS MAYORES Y SUS FAMILIAS QUE PRESENTEN CONSUMO DE ALCOHOL U OTRAS DROGAS.

80. **APLICACIÓN** FICHA DE PREVENCIÓN DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA A ADULTOS MAYORES EN CONTROL PROGRAMA SALUD CARDIOVASCULAR.

81. **INTERVENCIÓN** SOBRE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR PARA PREVENIR EVENTOS CARDIOVASCULARES.

82. PESQUISA DE TUBERCULOSIS EN ADULTOS MAYORES SINTOMÁTICOS A TRAVÉS DE BACILOSCOPÍAS.

83. VACUNACIÓN **ANTINEUMÓCÓCICA** A LOS ADULTOS MAYORES DE 65 AÑOS.

84. VACUNACIÓN ANTIINFLUENZA A LOS ADULTOS MAYORES.

85. PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA DEL ADULTO MAYOR (PACAM).

TRATAMIENTO. -

86. CONSULTA DE MORBILIDAD.

87. CONTROL CARDIOVASCULAR.

88. CONSULTA **MÉDICA** Y **KINÉSICA** POR **PATOLOGÍAS** CRONICA Y RESPIRATORIA EN SALA ERA

89. CONTROL DE SALUD OTRAS **PATOLOGÍAS** HIPOTIROIDISMO
EPILEPSIA

90. EXÁMENES DE LABORATORIO

91. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE ACUERDO A CADA
PATOLOGÍA.

92. CONSULTA DE SALUD MENTAL.

93. VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL CON FINES DIAGNÓSTICOS Y
CURATIVOS.

94. ATENCIÓN PODOLÓGICA DE ADULTOS MAYORES DIABÉTICOS.

95. CURACIÓN AVANZADA PIE DIABÉTICO.

D. PRESTACIONES ASOCIADAS A TODOS LOS PROGRAMAS

97. EDUCACIÓN GRUPAL

98. CONSEJERÍA FAMILIA

99. CONSULTA SOCIAL 100. VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL

101. EVENTOS MASIVOS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

102. CAPACITACIÓN A LÍDERES COMUNITARIOS

103. **EXÁMENES** DE LABORATORIO **CLÍNICO**

104. RADIOGRAFÍA DE PELVIS PARA DIAGNOSTICO DE DISPLASIA DE
CADENAS EN LACTANTES

105. **RADIOGRAFÍA** DE TÓRAX PARA **DIAGNÓSTICO** DE **NEUMONÍA** Y
TUBERCULOSIS

106. OTRAS **RADIOGRAFÍAS**

E. CANASTA PROGRAMA ODONTOLÓGICO

107. CONTROL NIÑO SANO ODONTOLÓGICO 2 AÑOS

108. ATENCIÓN INTEGRAL DE NIÑOS DE 4 AÑOS 109. ATENCIÓN INTEGRAL GES 6 AÑOS

110. ATENCIÓN INTEGRAL GES EMBARAZADAS 111. ATENCIÓN INTEGRAL NIÑOS DE 12 AÑOS 112. ATENCIÓN INTEGRAL MENORES DE 20 AÑOS

113. EXAMEN DE SALUD 114. EXAMEN Y DIAGNÓSTICO ANOMALÍAS DENTO-MAXILARES (OPI)

115. EDUCACIÓN INDIVIDUAL CUIDADOS EN SALUD ORAL

116. EDUCACIÓN GRUPAL CUIDADOS EN SALUD ORAL

117. URGENCIAS ODONTOLÓGICAS AMBULATORIAS

118. EXODONCIAS

119. DESTARTRAJE Y/O PROFILAXIS 120. APLICACIÓN DE SELLANTES

121. OBTURACIONES

122. PULPOTOMÍAS

123. APLICACIÓN FLÚOR BARNIZ

124. ENDODONCIAS

125. RADIOGRAFÍA DENTAL

126. VISITA DOMICILIARIA POR ODONTOLOGIA A PACIENTES CON DEPENDENCIA SEVERA

127. ATENCIÓN DENTAL A PACIENTES DIABÉTICOS BAJO CONTROL

128. FLUORACIÓN A NIÑOS DE JARDINES INFANTILES Y ESCUELAS MUNICIPALES

SALUD INFANTIL CON ENFOQUE INTEGRAL

El Programa de salud de la Infantil, tiene como objetivo apoyar el desarrollo integral de niños y niñas de la comuna de Chépica, que se atienden en el servicio público de salud (previsión de salud FONASA y PRAIS), asegurando el acceso a atención de salud con un enfoque promocional y preventivo. El seguimiento a la trayectoria del crecimiento y desarrollo infantil se inicia en la gestación y continua a lo largo del ciclo vital del niño o la niña desde el nacimiento hasta los 9 años; comenzando con el control de la diada con matrona y seguida por las sucesivas atenciones por médico, enfermero, nutricionista, asistente social y educadora de párvulos, para evaluar el estado de salud y desarrollo integral de cada niño, siendo estos enfocados a la promoción, prevención, protección social y/o de tratamiento dependiendo de las necesidades de cada niño o niña.

CANASTA DE PRESTACIONES PROGRAMA INFANTIL**1. Evaluación psicosocial de niños y niñas**

El control de salud es la instancia para identificar los factores de riesgo que pudieran alterar el óptimo crecimiento y desarrollo durante la infancia, mediante la pauta de otra vulnerabilidad, pauta de Edimburgo o del desarrollo psicomotor. Incorporándose la pauta M-CHAT como parte de las prestaciones para la sospecha de trastorno del espectro autista.

2. Evaluación nutricional

Esta se realiza por el equipo multidisciplinario matrona, médico, enfermero, nutricionista en cada control o consulta de salud infantil, realizándose derivación oportuna en los casos que corresponda con nutricionista o nivel secundario.

3. Evaluación del desarrollo puberal

Esta evaluación permite determinar si el desarrollo biológico va en forma adecuada con el desarrollo cronológico, así como realizar una evaluación nutricional correcta.

4. Toma de presión arterial

A partir de los tres años de edad todos los niños y niñas, independiente de su estado nutricional deben contar con un chequeo de presión arterial en forma anual. En el caso de sospecha de alteración se realizará un perfil de presión arterial y se derivará a nivel secundario los niños y niñas que corresponda.

6. Evaluación auditiva

A todo niño en Chile se le realiza una evaluación auditiva al alta hospitalaria, en los casos excepcionales que existan niños no evaluados, son derivados posteriormente para evaluación en nivel secundario.

7. Evaluación ortopédica

El desarrollo evolutivo ortopédico del niño o la niña suele ser motivo de consulta frecuente de padres y cuidadores, por esta razón es que el o la profesional enfermero que realiza control de salud infantil debe poder diferenciar lo normal de lo patológico en el desarrollo osteomuscular.

Incluye

- a) Radiografía de caderas a todos los niños a partir de los 3 meses de vida
- b) Descartar escoliosis en el control de salud infantil por enfermero por medio del Test de Adams.
- c) Genu valgo
- d) Pie plano a partir de los 3 años de vida

8. Evaluación de genitales

La evaluación genital y de madurez puberal es una parte importante del examen físico de niños y niñas. Los problemas frecuentes a encontrar en el examen de genitales, según sexo son criptorquidia, hidrocele, hernia inguinal, fimosis, quiste de esmegma, hipospadia, sinequia, vulvovaginitis.

9. Salud bucal

Actualmente se está realizando atención dental a todos los niños y niñas a partir de los 6 meses de edad a través del programa CERO con al menos un control anual según riesgo hasta los 6 años y se continúa posteriormente con el programa dental de JUNEAB.

METAS E INDICADORES DEL PROGRAMA

I. Recuperación del desarrollo Psicomotor

Nombre de la Meta: Recuperación del Desarrollo Psicomotor (DSM).

Indicador: Porcentaje de niños y niñas de entre 12 a 23 meses de edad con Riesgo del Desarrollo Psicomotor recuperados.

Numerador: N° de niños y niñas de entre 12 a 23 meses de edad diagnosticados con riesgo del Desarrollo Psicomotor recuperados, período enero a diciembre 2023.

Denominador: N° de niños y niñas de entre 12 a 23 meses de edad diagnosticados con riesgo de Desarrollo Psicomotor en su primera evaluación, período Octubre 2022 a Septiembre 2023.

Meta Nacional: 90 % de recuperación

Meta Sanitaria Municipal 2023: 67%

Objetivo de Impacto relacionado con esta meta: Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil mediante la estimulación temprana en niños con riesgo en el desarrollo psicomotor.

II Cobertura de evaluación del desarrollo psicomotor

Nombre de la meta: Cobertura de Evaluación del desarrollo Psicomotor en niños y niñas de 12 a 23 meses bajo control.

Numerador: N° de Niños(as) de 12 a 23 meses con Evaluación de Desarrollo Psicomotor, en el periodo enero a diciembre 2023

Denominador: N° de Niños(as) 12 a 23 meses bajo control diciembre 2023

Meta nacional: 95%

Meta IAAPS 2023: 95%

Objetivo de Impacto relacionado con esta meta: Pesquisar las alteraciones en el desarrollo infantil. Promoviendo el desarrollo integral a través de la estimulación temprana en niños con déficit del desarrollo psicomotor.

La población infantil del CESFAM de Chépica es de 820 niños de 0 a 5a 11m 29d. En el siguiente recuadro se muestra la distribución de la Población Infantil según edad, en el CESFAM y Postas de Salud Rural.

POBLACION INFANTIL BAJO CONTROL COMUNA DE CHÉPICA

Edades	Cesfam Chépica	Posta Auquinco	Posta Orilla de Auquinco	Posta Candelaria	Total

0 – 2 meses	20				20
3 – 5 meses	31			1	32
6 – 11 meses	66		4		70
12 – 17 meses	73				73
18 - 23 meses	32		1		33
24 – 47 meses	176	4	19	4	203
48 – 71 meses	177	12	21		210
6 – 9 años	203	16	34	4	257
Total	778	32	79	9	898

Cuadro de actividades según edades en el Programa Infantil

PROGRAMA	ACTIVIDADES	EDAD	COBERTURA		RENDIMIENTOS	RECURSOS HUMANOS
----------	-------------	------	-----------	--	--------------	------------------

SALUD INFANTIL	CONTROL DE SALUD INFANTIL	Diada antes de los 10 días	100% atención según demanda espontánea	1	60 minutos por diada	Hora Matrona o Médico
		1 mes	100% atención según demanda espontánea	1	2 por hora	Hora Médico
		2 meses	100% atención según demanda espontánea	1	2 por hora	Hora Enfermero o Médico
		3 meses	100% de la Población Infantil Inscrita	1	2 por hora	Hora Médico
		4 meses	100% de la Población Infantil Inscrita	1	2 por hora	Hora Enfermero o Médico
	CONSULTA NUTRICIONAL	5 meses	100% de la Población Infantil Bajo Control	1	2 por hora	Hora Nutricionista
	CONTROL DE SALUD INFANTIL	6, 8, 12 y 18 meses	100% de la Población Infantil Inscrita	1	2 por hora	Hora Enfermero o Médico

		2 años	100% de la Población Infantil Inscrita	1	2 por hora	Hora Enfermero o Médico
		3 años	100% de la Población Infantil Inscrita	1	45 min - 1 hora	Hora Enfermero o Médico
	CONSULTA NUTRICIONAL	3 años 6 meses	100% de la Población Infantil Bajo Control	1	2 por hora	Hora Nutricionista
	CONTROL DE SALUD INFANTIL	4 años	100% de la Población Infantil Inscrita	1	2 por hora	Hora Enfermero o Médico
		5 a 9 años	Según Programación Local	1	2 por hora	Hora Enfermero o Médico
	CONTROL DE SALUD BUCAL	2 y 6 años	100% de la Población Infantil Inscrita	1	2 por hora	Hora Odontólogo (a)

PROGRAMA DE SALUD INTEGRAL DEL ADOLESCENTE

El programa Espacios Amigables en la sexta región comenzó en el año 2016 con Santa cruz y Coltauco , abarcando diferentes comunas a lo largo de la región , en

2018 se incorporó Chépica siendo el Espacio Amigable número 11 de la región, este es un espacio como lo dice su nombre en el que el adolescente es capaz de encontrar atención amigable y personalizada habilitado al interior del centro de salud o en algún lugar diferenciado y ambientado al grupo etario , el cual resguarda la confidencialidad en la atención.

Actualmente en la comuna existe un total de 1639 adolescentes de 10 a 19 años, 815 Mujeres- 824 Hombres.

En Liceo Fermín del Real Castillo y colegio Libertador O'Higgins se encuentra el espacio físico para ejecutar el programa, la atención es gratuita, cercana y de fácil acceso, pueden solicitar esta atención adolescentes que contemplen las edades de 10-19 años, el establecimiento tiene las puertas abiertas para todo adolescente perteneciente a la comuna, aunque estudien en establecimientos educacionales pertenecientes a otras comunas, ya que al tener su residencia y estar inscrito en Centro de salud familiar de Chépica tiene libre acceso a este espacio.

El equipo del programa de Espacios Amigables para Adolescentes está conformado por Matrón, Psicólogos, Enfermera y Nutricionistas, quienes desarrollan sus atenciones en establecimientos educacionales de la comuna y Centro de salud.

Componente y subcomponentes

1. Promoción de la Salud y Participación Juvenil

Realizar actividades promocionales preventivas en establecimientos educacionales, centros SENAME, centros comunales, centros deportivos, que potencien el autocuidado y desarrollo saludable de los y las adolescentes.

Promover la participación de adolescentes en Consejos Consultivos de Adolescentes y Jóvenes, en mesas intersectoriales para la promoción de los

derechos de los NNA, en Consejo de Desarrollo Local (CDL), Centro de Alumnos, colectivos, etc.

Realización y difusión de actividades a través de redes sociales de los Espacios Amigables.

Atención de Salud Integral

En Establecimientos de Salud:

- Atención de la demanda espontánea y/o programada en Espacios Amigables de adolescentes de 10 a 19 años.
- Consultas por profesionales no médicos
- Control de Salud Integral a adolescentes de 10 a 19 años
- Atención en el Ámbito de la Salud Sexual y reproductiva de adolescentes de 10 a 19 años.
- Consejería en el ámbito de la Salud Sexual Reproductiva SSR: prevención del embarazo, prevención ITS/VIH/SIDA, uso del condón, consejería en Regulación de la Fertilidad, consejería prevención VIH e ITS.
- Consulta por anticoncepción de emergencia.
- Ingreso a Regulación de la Fertilidad.
- Aumento del uso de preservativo en adolescentes hombres para práctica sexual segura.
- Atenciones psicosociales de adolescentes de 10 a 19 años.

- Intervenciones motivacionales preventivas de uso de sustancias en adolescentes.
- Consulta Salud Mental.
- Consejería en prevención de consumo de drogas.
- Consulta nutricional.

En Establecimientos Educativos:

- Consejería en el ámbito de la Salud Sexual Reproductiva SSR de adolescentes de 10 a 19 años: prevención del embarazo, prevención ITS/VIH/SIDA, uso del condón, consejería en Regulación de la Fertilidad, consejería prevención VIH e ITS.
- Aumento del uso de preservativo en adolescentes hombres para práctica sexual segura.
- Consejería en prevención consumo de drogas en adolescentes de 10 a 19 años (presencial o remota).
- Control de Salud Integral adolescentes de 10 a 19 años.
- Consulta nutricional.

Dotación y horas establecidas para programa 2022

Cesfam Chépica
Enfermera 11 horas (Coordinación)

Nutricionista 11 horas
Psicóloga 22 horas Salud mental Cesfam Chépica.
Nutricionista 11 Horas Cesfam de Chépica.
Liceo Fermín del Real Castillo
Psicólogo 22 horas
Matrón 20 horas
Nutricionista 17 horas
Colegio Libertador O'Higgins
Psicólogo 22 horas
Matrón 17 horas
Nutricionista 15 horas

Actividades realizadas según la canasta de prestaciones

Talleres

- Talleres en establecimientos educacionales pertenecientes a la comuna de Chépica en diferentes temáticas: Diversidad Sexual, Conociendo mi cuerpo, Enfoque de género, Método anticonceptivo e infecciones de transmisión sexual, Se realizan rondas con apoyo de Cefsam para llegar a los establecimientos educacionales de toda la comuna de Chépica tanto urbanos como rurales.

- Establecimientos Educacionales

- Escuela Ángel María

- Escuela Ángel de David

- Escuela Eugenio Ruiz- Tagle Montes

- Escuela Héctor Rodolfo Castillo Moreno

- Escuela Emilia Salinas Díaz

- Escuela Carlos Donoso Rebolledo

- Escuela Cruz María

- Escuela Gabriela Mistral

- Escuela Las Alamedas

- Escuela María Marta del Real Correa

- Escuela Lindorfo Montero Fuenzalida

- Escuela Luis Arturo Zúñiga Fuentes

- Escuela Luis Athas

- Escuela Luz María Crespo Ureta de Kerestegian

- Colegio Libertador O'Higgins
- Liceo Fermín del Real Castillo
- Escuela Especial CRE Integrarte

Actividades de promoción y prevención en salud enfocadas en seis temáticas:

- Prevención de embarazo no deseado en adolescentes
- Prevención de Suicidio.
- Enfermedades de transmisión sexual, Identidad de género y Diversidad sexual.
- Prevención consumo de alcohol.
- Prevención del consumo de alcohol y/o drogas.
- Alimentación saludable.

Actividades de promoción realizadas a través de redes sociales de Espacios Amigables

- Mantener activas redes sociales tanto Instagram como fanpage de programa.
- Participación en programas Radiales.

Consejo Consultivo de Adolescentes y Jóvenes

- Promover la participación de adolescentes y jóvenes, en Consejos Consultivos, de Desarrollo Local, diagnósticos locales y/u otros espacios de participación.

- Actividades comunitarias realizadas con adolescentes que participan en Consejos Consultivos de Adolescentes y Jóvenes u otras instancias de participación.

Control de salud integral del adolescente

- El control de salud integral del adolescente se permite evaluar el estado de salud para fortalecer factores y conductas protectoras e identificar precozmente los factores y conductas de riesgo, así como los problemas de
- salud, con el objetivo de intervenir en forma oportuna, integrada e integral.

Objetivos

- Evaluar y promover un crecimiento y desarrollo biopsicosocial saludable.
- Identificar factores y conductas protectoras y de riesgo, del adolescente y su familia.
- Pesquisar y otorgar manejo inicial a los problemas de salud prevalentes del adolescente.
- Prevenir enfermedad y discapacidad en adolescentes.
- Referir oportunamente aquellas situaciones o condiciones que ameriten clínicamente su atención y resolución por otros profesionales u otras disciplinas.

Proyecciones o metas para el año 2023

- Lograr una mayor adherencia de los adolescentes al programa de espacios amigables.
- Incorporar nuevos profesionales a programa Trabajadora social y Médico.
- Instalar dispensador de preservativos en Cesfam de Chépica.

- Capacitar a profesionales en marco adolescente.
- Continuar con el máximo de actividades propuestas y cumplir con las metas solicitadas.
- Lograr continuidad en atenciones y evitar el recambio de personal.
- Elección de personalidad Jurídica para Consejo consultivo de adolescentes y jóvenes.
- Instar la participación de consejo consultivo con la comunidad.

Reducir.	Aumentar.
Tasa de suicidio adolescente.	La actividad física.
Obesidad infantil.	El uso de preservativo.
Consumo de drogas.	Doble protección.
muerres por VIH-sida	Factores protectores.

Consumo de alcohol en jóvenes.

Embarazo adolescente.

PROGRAMA DE SALUD DE LA MUJER

· DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA

Contribuir al desarrollo integral, físico, mental y social de la mujer, en todas las etapas de su ciclo vital, desde una perspectiva que contemple los diversos aspectos relacionados con la salud de la mujer, con un enfoque de riesgo que contemple la promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y autocuidado de su salud.

· OBJETIVOS GENERALES DEL PROGRAMA DE LA MUJER

1. Fomentar la mantención de las condiciones biológicas, psicoafectivas y sociales de la población femenina, preparándose para enfrentar adecuadamente las diferentes etapas de su ciclo vital, estimulando su participación como sujeto activo en el cuidado de su salud y la de su familia.
2. Prevenir la aparición de afecciones que alteren la salud de la mujer, mediante la pesquisa y control oportuno de factores de

riesgo y la prevención de daños específicos, a fin de mejorar la calidad de vida en las diferentes etapas del ciclo vital.

3. Acentuar el enfoque preventivo y de riesgo en la ejecución de las actividades, con el fin de prevenir la aparición de afecciones que inciden en la salud de la mujer, garantizando la detección y tratamiento oportuno en los diferentes niveles de complejidad de atención.
4. Orientar a la mujer, la pareja y la familia para el ejercicio de una paternidad responsable y una sexualidad saludable.
5. Promover un modelo de salud integral que incorpore a la pareja y familia en actividades de promoción, fomento, recuperación y rehabilitación de la salud.
6. Coordinar acciones de salud con otros Programas que promuevan la salud de la mujer.

· ACTIVIDADES QUE CONTEMPLA EL PROGRAMA

CONTROL PRECONCEPCIONAL

Es la atención integral proporcionada por Matronas en Consultorio de atención Primaria a la mujer en edad fértil que desea iniciar o posponer un embarazo.

Esta actividad tiene como objetivo general contribuir a la promoción, protección y recuperación de la salud de la mujer en etapa preconcepcional.

Para tales efectos se deben identificar oportunamente factores de riesgo reproductivo materno perinatal, detectar y referir a aquellas mujeres en edad fértil a las cuales se le pesquisen condiciones que afecten su salud biopsicosocial, facilitar

el acceso de aquellas mujeres que deseen posponer un embarazo a los servicios de planificación familiar y favorecer el ingreso precoz al control prenatal.

Dentro de las acciones que se realizan en esta actividad se contempla la anamnesis, examen físico, examen ginecológico, solicitud de exámenes de laboratorio y educación para la salud con énfasis en salud sexual y reproductiva.

CONTROL PRENATAL

Es la atención integral sistemática y periódica, con enfoque de riesgo que se otorga a la embarazada.

El objetivo general de esta actividad es controlar el desarrollo fisiológico de la gestación, prevenir complicaciones, diagnosticar y tratar oportunamente la patología, derivar a niveles de mayor complejidad cuando corresponda, y preparar a la madre y su pareja, física y psíquicamente para el parto y el cuidado de su hijo.

Para lograr dicho objetivo y una vez diagnosticado el embarazo se deben identificar factores de riesgo, motivar a la gestante en el cumplimiento de las indicaciones, controlar la evolución de la gestación y crecimiento fetal,

pesquisar signos y síntomas de morbilidad y evaluar modificación de factores de riesgo.

Las acciones que se llevan acabo en esta actividad se refieren a examen físico, examen obstétrico, solicitud de exámenes de laboratorio, realización de ecografías obstétricas, prescripción de tratamientos, entrega de alimentación complementaria y educación para la salud, tanto personalizada en cada control prenatal como talleres educativos para fortalecer los cuidados prenatales.

CONTROL DIADA

Es el control que se realiza a la madre y al niño antes de los 28 días de nacido.

El objetivo de esta actividad es controlar la evolución normal de este período, prevenir y detectar cuadros mórbidos relacionados con el puerperio recién nacido y lactancia.

Las acciones que se realizan en esta actividad dicen relación con la anamnesis con énfasis en: antecedentes del embarazo, parto, puerperio, recién nacido y lactancia, pesquisa de riesgo psicosocial en la díada y familiar, detección de depresión postparto, examen físico general y segmentario a la madre, examen físico general y segmentario del recién nacido, evaluar tipo de alimentación y/o dificultades en el amamantamiento, educación a la madre, referencia a control de salud, según corresponda y citación a Regulación de Fertilidad.

CONTROL PUERPERA PARTO Y/O ABORTO

Corresponde a la atención con enfoque de riesgo que se otorga a la mujer hasta el sexto mes post parto y posterior a un aborto, con el fin de detectar factores de riesgo biopsicosocial.

CONTROL GINECOLOGICO

Es la atención de salud ginecológica integral, proporcionada a la población femenina a lo largo de su ciclo vital a partir de los 10 años, con el objeto de fomentar y proteger la salud integral de la mujer (entendido como el bienestar físico, mental y social de un individuo, OMS).

Los objetivos del control ginecológico son

Realizar acciones de fomento y protección de la salud integral de la Mujer, detectar precozmente trastornos de la nutrición, prevenir y pesquisar exposiciones a riesgos laborales y ambientales, prevenir y detectar precozmente alteraciones de la esfera emocional y sexual, prevenir y detectar precozmente afecciones ginecológicas, Promover la detección de las enfermedades de transmisión sexual y SIDA, prevenir

y pesquisar factores de riesgo para patologías cardiovascular, obesidad, hipertensión, diabetes, cánceres (cervicouterino, mama, vesicular).

CONTROL CLIMATERIO

Es la atención sistemática otorgada a la población femenina climatérica de 45 a 64 años, cuyo objeto es prevenir y detectar precozmente las patologías más frecuentes en este período del ciclo vital de la mujer identificadas a través de pauta MRS, mejorando su calidad de vida previo al periodo de la menopausia.

CONTROL REGULACIÓN DE LA FECUNDIDAD

Es la atención integral proporcionada en forma oportuna y confidencial a la mujer y/o a la pareja en edad fértil que desea regular su fecundidad, cuyos objetivos son informar a la mujer y/o su pareja sobre tipos, características y disponibilidad de los métodos de regulación de la fecundidad y los aspectos relacionados con planificación familiar, permitir que la mujer y/o su pareja decidan libre e informadamente sobre la práctica de la regulación de la fecundidad y el método a usar, prescribir y controlar el uso del método de regulación de la fecundidad elegido por usuarias, asegurar a las usuarias la continuidad de la atención y el suministro de insumos de regulación de fecundidad, promover la prevención de la transmisión vertical del VIH/SIDA a través de consejería y evaluación de la exposición al riesgo propio y de la pareja.

CONSULTAS ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA

Es la atención que las mujeres pueden recibir entre los tres a cinco días siguientes a una relación sexual sin protección anticonceptiva, con el fin de evitar un embarazo no deseado. Incluye prescripción de estos anticonceptivos.

CONSULTAS EN HORARIO CONTINUADO

Consiste en garantizar las prestaciones de salud, especialmente en los Consultorios General Urbanos (CGU) y en los Consultorios Generales Rurales (CGR) conforme los horarios establecidos de lunes a viernes de 8:00 a 20:00 horas, facilitando el acceso y la continuidad de la atención de salud de toda la población (controles y consultas y/o tratamientos) con una mejor utilización de su capacidad instalada sin desmedro de la atención de salud.

OTRAS CONSULTAS

Es la atención proporcionada a una mujer que acude espontáneamente o por referencia, por presentar alguna sintomatología de patología obstétrica, por anticoncepción de emergencia o por otras patologías asociadas a la mujer, que no sea ginecológica, de ITS o por VIH-SIDA.

CONSULTA MORBILIDAD GINECOLÓGICA

Es la atención proporcionada a una mujer que acude espontáneamente o por referencia, por presentar alguna sintomatología de patología ginecológica

CONSULTA DE MORBILIDAD OBSTÉTRICA

Es la atención proporcionada a la embarazada o puérpera en el nivel primario, que acude espontáneamente o por referencia, por presentar alguna sintomatología de patología obstétrica.

CONSULTA ITS

Es la atención proporcionada a usuaria/o y su pareja para prevenir la aparición de Infecciones de Transmisión Sexual, que comprende evaluación, diagnóstico, determinación y ejecución de acciones de acuerdo al diagnóstico, registro y citación a nuevas consultas en caso de necesidad.

CONSULTA SALUD SEXUAL

Atención proporcionada a las personas con enfoque de género, en el que se entrega información, orientación, herramientas y/o habilidades que favorezcan la salud sexual y prevengan conductas de riesgo. Comprende anamnesis, hipótesis diagnóstica y ejecución de acciones de acuerdo al diagnóstico, registro y citación a nuevas consultas, derivación a otros programas de salud en caso de necesidad.

CONSEJERÍA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Es la atención individual proporcionada a la población general o grupos específicos con el fin de entregar información clara, completa y oportuna, que les permita tomar sus propias decisiones en relación a salud reproductiva, planificación familiar y métodos anticonceptivos.

VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL

Es la atención integral de salud proporcionada en el hogar a grupos específicos de alto riesgo, considerándolos en su entorno familiar a través de acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud.

Se efectuará visita domiciliaria a las poblaciones de alto riesgo en los siguientes grupos:

- embarazadas
- puérperas
- recién nacidos
- mujeres portadoras de patologías específicas
- mujeres adscritas a otras actividades del Programa de la Mujer que lo requieran.

EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Es un proceso de interacción educativa que ocurre durante la atención gineco-obstétrica, entre el integrante del equipo de salud y la mujer que recibe la atención

· METAS E INDICADORES 2022

COBERTURA DE PAP EN MUJERES DE 25-64 AÑOS

META 2: Cobertura de PAP							
Porcentaje de mujeres de 25 a 64 años con pap vigente en los últimos 3 años (meta 80%) valor proporcional 12,5%							
UNIDAD DE ANÁLISIS (Comuna o Establecimiento)		N° de mujeres 25 a 64 años inscritas con pap vigente (informado) diciembre 2019 con pap extrasistema	N° mujeres 25 A 64 años inscritas año 2022	Meta Cobertura Nacional 80% Poblacion Inscrita	BRECHA entre N° mujeres con PAP vigente a diciembre 2019 y N° de mujeres esperadas con 80% de cobertura	25% de la brecha	Propuesta de meta 2022 en N° de mujeres
CHEPICA	100,0%	1944	3848	3078	1.134	284	2228

Cabe destacar que esta es una meta altamente complicada de cumplir, a pesar de los grandes esfuerzos que se hacen para lograrlo, se implementó además un plan de aumento de la cobertura.

El equipo que trabaja en: el Programa de la Mujer del Cesfam Chépica ha propuesto las siguientes estrategias para aumentar cobertura de PAP:

1.- Se solicitó al área de informática de nuestro Cesfam, una planilla Excel con todas las mujeres inscritas en este establecimiento, de 25 a 64 años para buscar las inasistentes a PAP y poder citarlas a la toma del examen.

2.- Por medio de la red social FACEBOOK del CESFAM constantemente se realizan publicaciones de orientación y educación referente a la importancia de la toma del examen.

3.- Difusión a través de diario mural EN EL Cesfam

4.- Extensión horaria para privilegiar atención a pacientes que no pueden acudir en horario normal, priorizando la toma de PAP.

5.- Sensibilización al equipo de Cardiovascular y Control Sano para derivación de pacientes inasistentes a control.

6.- Entrega de cartillas educativas en ferias locales y en colegios a hijos de madres que cumplan con el requisito de edad, para motivarlas a asistir a la toma del examen.

INGRESO PRECOZ A CONTROL DE EMBARAZO ANTES DE LAS 14 SEMANAS. (90%)

Meta que se cumple año a año con relativa facilidad, en el primer semestre del año en curso tenemos un 94% de ingresos de embarazo antes de las 14 semanas de gestación.

Meta N°13: Ingreso precoz a control de embarazo

Indicador	Ingreso precoz de mujeres a control de embarazo
Fórmula de cálculo	$\frac{\text{N° de mujeres embarazadas ingresadas antes de las 14 semanas a control}}{\text{Total de mujeres embarazadas ingresadas a control}} * 100$
Meta	90%
Medio de verificación	• REM A05, Sección A
Observaciones	Se debe registrar, en cada corte, el acumulado, desde enero a la fecha de corte, de las mujeres ingresadas antes de las 14 semanas para el numerador y el acumulado, desde enero a la fecha de corte, del total de mujeres ingresadas para el denominador

COBERTURA DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN ADOLESCENTES

DE 15 A 19 AÑOS (25%)

Meta N°14: Cobertura de métodos anticonceptivos en adolescentes de 15 a 19 años inscritos que usan métodos de regulación de la fertilidad

Indicador	Cobertura de método anticonceptivos en adolescentes de 15 a 19 años inscritos que usan métodos de regulación de la fertilidad
Fórmula de cálculo	$\frac{\text{N° de adolescentes de 15 a 19 años inscritos que usan métodos de regulación de la fertilidad (bajo control)}}{\text{Total adolescentes de 15 a 19 años inscritos}} * 100$
Meta	25%
Medio de verificación	Numerador: • REM P1 Sección A Denominador: • Población 15 a 19 años inscrita validada

La prevención del embarazo adolescente es uno de los objetivos más importantes de la década por el riesgo biopsi-cosocial que conlleva para la madre adolescente y su recién nacido, así como también por el impacto en su círculo familiar y social. Entre las medidas preventivas más destacables para ello está el uso de método anticonceptivo (MAC) oportuno en los adolescentes que lo requieran y su entrega debe darse en un marco de accesibilidad y elección educada por un profesional de salud idóneo, en la atención diaria y además en los espacios amigables.

Considerando la población total de 1519, es decir hombres y mujeres tendríamos un 18.3% bajo control de MAC a junio 2022.

PROGRAMA CHILECRECECONTIGO

El Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial (Ley 20.379), componente del sub sistema Chile Crece Contigo es el eje del sistema de protección y acompañamiento integral a la infancia, comprendiendo desde la etapa pre natal, hasta el término de la primera infancia (0 a 9 años). Su objetivo es **acompañar, proteger y apoyar** de manera integral a todos los niños, niñas y sus familias a lo largo de toda su trayectoria de crecimiento y desarrollo, mediante el acceso expedito a prestaciones de salud de calidad y complementarias al actual control prenatal, puerperio, y control del niño y de la niña sano/a. Adicionalmente, apoya a las familias de niños y niñas que pertenecen al 40% más vulnerable de la población, con el fin que existan las condiciones adecuadas en un entorno amigable, inclusivo y acogedor, potenciando al máximo su desarrollo y bienestar.

El equipo Chile Crece Contigo está compuesto por dos profesionales de la enfermería, una Educadora de Párvulos a cargo de la Sala de Estimulación Temprana (SET), una psicóloga a cargo del Programa de salud mental y un psicólogo que realiza atenciones a gestantes y niños que lo requieran, dos Asistentes sociales que realizan atenciones y una de ellas, además, es la encargada del área de Discapacidad, dos Matronas, una Nutricionista que atiende Clínica de Lactancia Materna, una médico que realiza atenciones de salud a niños/as y una Técnico en Enfermería de nivel superior que apoya las labores del programa.

Contamos con Sala de Estimulación Temprana inserta en el CESFAM, lo que permite mantener una derivación y seguimiento directo de los casos que así lo requieran. Se encuentra a cargo de la educadora de párvulos y contamos con una infraestructura que cumple con los requerimientos técnicos de espacio e implementación, lo que facilita el trabajo con niños, niñas y sus familias. Además del trabajo individual en sala, se realizan actividades grupales como taller de

desarrollo motor (4° mes), taller de desarrollo del lenguaje (7° mes) y talleres nadie es perfecto.

Además, contamos con una Clínica de Lactancia Materna, la que tiene por objetivo proteger y fomentar la instauración, mantenimiento o recuperación de la lactancia, atendiendo de manera eficaz y oportuna cualquier problema que se presente en esta área en la primera etapa de vida y hasta los 2 años de edad, los cuales pueden ser pesquisados por algún profesional o por consulta espontánea. Enfocándose en una atención integral a todas las madres, niños, niñas y familias que así lo requieran, fomentando fuertemente la lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes y complementaria hasta los 2 años o más, reconociendo la importancia que esto tiene a lo largo de todo el ciclo vital.

ACTIVIDADES REALIZADAS SEGÚN CANASTA DE PRESTACIONES

Fortalecimiento del Desarrollo Prenatal

1. Fortalecimiento de los cuidados prenatales

- Ingreso al control prenatal, establecimiento de una relación de ayuda y detección de factores de riesgo psicosocial, potenciando la participación de su pareja u otra persona significativa. Ingreso de la familia gestante al Sistema de Protección Integral, explicación general del subsistema por parte de matrona. Aplicación de pauta de Evaluación psicosocial abreviada (EPSA) y análisis de factores de riesgo a través de entrevista.
- Entrega de guía de gestación “Empezando a crecer” y de la “Agenda de Salud, Control prenatal”.

- Registro en formulario de primer control de la gestante del Sistema de Registro, derivación y Monitoreo (SRDM).

2. Atención integral a familias en situación de vulnerabilidad psicosocial

- Derivación de los casos de gestantes en riesgo psicosocial a equipo de cabecera y diseño del plan de salud personalizado para cada gestante y su familia, identificando factores de riesgo y potenciando factores protectores.
- Visita domiciliaria integral (VDI) realizadas por el equipo de cabecera a gestantes en situación de vulnerabilidad, que presenten 3 o más riesgos biopsicosociales, iniciando la intervención con la visita de Asistente social, la cual, de acuerdo a la situación visualizada, realiza las acciones pertinentes en conjunto al equipo de salud.
- Derivaciones a prestaciones diferenciadas y activación de la Red Comunal Chile Crece Contigo según vulnerabilidad psicosocial.

3. Educación a la gestante y su pareja o acompañante significativo(a) y educación PARN (Programa de Apoyo al Recién nacido):

- Educación individual a la gestante y su pareja o acompañante significativo, apoyo cognitivo, emocional y preparación para el nacimiento y la crianza.

Fortalecimiento del control integral de salud del niño y niña para el desarrollo

1. Fortalecimiento del control de salud del niño y niña para el desarrollo integral.

- Primer control de salud madre, padre y/o cuidador-hijo, hija de ingreso a la atención primaria: control de salud de la diada, evaluación del estado de salud de la madre e hijo/a antes de los primeros 10 días de

vida del recién nacido/a. Observación de la técnica de lactancia, reforzando, apoyando y empoderando a la madre en el dominio de la técnica de amamantamiento. Registro en el formulario de primer control del niño/a del Sistema de Registro, Derivación y Monitoreo (SRDM).

- Ingreso al control de salud del niño y niña sano(a): Aplicación del protocolo Neurosensorial en el control del mes de vida realizado por Médico, identificar nuevos factores de riesgo, individual, familiar o del entorno que podrían interferir en el desarrollo integral del niño/a, confección de plan de salud consensuado con el equipo de cabecera y fomento de lactancia materna exclusiva.
- Control de salud con evaluación y seguimiento del desarrollo integral del niño y niña: evaluación de la presencia de sintomatología ansioso depresiva al control de los 2 y 6 meses realizado por enfermera/o, evaluación del desarrollo psicomotor al 100% de los niños que asisten a control de acuerdo a lo establecido por la norma técnica, EEDP: 8 meses, TEPSI: 18 y 36 meses. Fomento de la lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes.
- Material que se entrega en controles de salud infantil



Materiales de estimulación Chile Crece Contigo 2022

Cuándo se entrega	Nombre del Material	Foto	Descripción/ Contenido	Entrega retroactiva hasta
1er control de la gestación	Agenda de Salud Control Prenatal		Agenda para el registro de controles de salud durante la gestación.	Cualquier control de gestación.
1er control de la gestación	Guía de la gestación Empezando a Crecer		Libro, con toda la información necesaria si estás esperando un bebé.	Cualquier control de gestación.
Controles de gestación	Guía Paternidad Activa y Corresponsabilidad en la crianza		Libro, que entrega información y recomendaciones útiles para los futuros papás.	Cualquier control de gestación.
En maternidad. En centro de salud primaria para niños(as) que no nacieron en hospital público.	Cuaderno de Salud de niños y niñas entre 0 y 9 años		Cuadernillo para el registro de: controles de salud, exámenes, vacunas. Contiene también curvas de crecimiento, recomendaciones de lactancia y más.	Cualquier control de salud infantil.
En los controles de salud infantil.	Cartillas de Crianza Respetuosa		Folleto con información sobre lactancia materna, crianza respetuosa, pataletas, apego, sueño infantil etc.	Cualquier control de salud infantil.
Control de la Diada (7 a 10 días de vida del bebé) o entrega complementaria en Red Comunal Chile Crece Contigo	Cuaderno Descubriendo Juntos		Libro de auto consulta sobre estimulación, desarrollo y crianza respetuosa entre los 0 y 2 años.	12 meses
Control de los 4 meses o entrega complementaria en Red Comunal Chile Crece Contigo	"Acompañándote a Descubrir 1"		Set de estimulación que contiene: • 3 títeres de dedo • 1 pelota suave con sonido • 1 set de fichas de estimulación • 1 set de 4 vasos apilables	11 meses
Control de salud de los 12 meses o entrega complementaria en Red Comunal Chile Crece Contigo	"Acompañándote a Descubrir 2"		Set de estimulación que contiene: • 1 set de bloques de madera • 1 libro de cuento interactivo • 1 set de fichas de estimulación	1 año 11 meses
Control de salud de los 2 años o entrega complementaria en Red Comunal Chile Crece Contigo	"Acompañándote a Descubrir 3"		Set de estimulación que contiene: • 1 libro de colores • Libro "Juguemos en el campo" • 1 puzzle de madera	2 años 11 meses
Entrega en red Comunal Chile Crece Contigo o Establecimientos públicos con niveles de educación parvularia	Set de tarjetas "Contemos una Historia"		36 Tarjetas para construir historias libres, orientadas al fomento de lenguaje e imaginación de niños y niñas.	3 años y 11 meses
Entrega en red Comunal Chile Crece Contigo y/o Establecimientos públicos con niveles de educación parvularia.	Juego "Descubriendo mis emociones"		Caja que contiene 32 tarjetas de diferentes emociones para trabajar su identificación y adecuada expresión emocional.	4 años 11 meses

2. Intervenciones educativas de apoyo al desarrollo y la crianza.

- Intervención psicoeducativa grupal para el desarrollo de competencias parentales para la crianza: Taller Nadie es Perfecto, dirigido a padres, madres y/o cuidadores de niños entre 0 y 5 años de edad. Consta de un taller experiencial de 6 a 8 sesiones, basado en temas como seguridad y prevención, comportamiento, desarrollo mental, desarrollo y físico y Autocuidado de Madres, padres y cuidadores, donde todos comparten sus experiencias y además refuerzan sus redes de apoyo mutuo.
- Taller de promoción temprana del desarrollo del lenguaje: este taller debe ser realizado por la educadora de párvulos a todos los niños y niñas de 4 meses, donde se busca mejorar la calidad de la interacción y comunicación con el bebé, evitar malos hábitos orales, fomentar el consuelo efectivo del llanto, el desarrollo socioemocional y promover red de apoyo grupal.
- Taller de promoción temprana del desarrollo motor: este taller debe ser realizado por la educadora de párvulos al 7° mes de vida, donde se promueven actividades que aportan a mejorar el desarrollo psicomotor, previniendo además daños al desarrollo por el mal uso de aparatos (por ejemplo, el andador).

3. Fortalecimiento de las intervenciones en niños y niñas en situación de vulnerabilidad, rezago y/o déficit en su desarrollo integral.

- Atención de salud al niño y niña en situación de vulnerabilidad y/o rezago en su desarrollo integral: se debe elaborar un plan de intervención personalizado en función de los factores de riesgo detectados de acuerdo a la evaluación individual, el cual es llevado a cabo y monitoreado por educadora de párvulos.

- Atención de salud al niño y niña con déficit en su desarrollo integral: derivación de los niños y niñas a modalidades de apoyo al desarrollo infantil Chile Crece Contigo y derivación a médico para que refiera a especialista cuando el caso lo requiera.
- Visita domiciliaria Integral (VDI) para las familias de niños y niñas en situación de vulnerabilidad para su desarrollo biopsicosocial y/o déficit en el desarrollo psicomotor, donde se pone especial énfasis en el fomento de juego interactivo, evaluación del ambiente y de estimulación del desarrollo psicomotor, al menos el 90% de los niños con déficit en el desarrollo psicomotor, debe recibir visita domiciliaria integral.
- Modalidad de apoyo al desarrollo infantil en centros de salud: derivación directa a Sala de Estimulación Temprana.

METAS E INDICADORES 2022 DEL PROGRAMA

Indicador	Cumplimiento a Junio	Meta 2022
Porcentaje de controles de salud realizados a gestantes en presencia de la pareja, familiar u otra figura significativa para la gestante	41,96%	30%
Porcentaje de diadas controladas dentro de los 10 días de vida del recién nacido(a)	97,73%	70%

Porcentaje de madres, padres o cuidadores(as) de niños(as) menores de 5 años que ingresa a talleres nadie es perfecto en relación a la población bajo control de niños(as) menores de 6 años	0%	7%
Porcentaje de niños(as) con resultado de déficit en el desarrollo psicomotor en la primera evaluación, ingresados a sala de estimulación	100%	90%
Porcentaje de niños(as) de 7 a 11 meses con resultado "Normal" (sin rezago y excluyendo de retraso) en la reevaluación	100%	80%
Porcentaje de mujeres embarazadas ingresadas a control prenatal a las que se les aplica la escala de depresión Edimburgo	96,55%	95%
Porcentaje de controles sanos de los 2 y 6 meses de edad del niño(a) en los que se aplica a las madres la escala de depresión Edimburgo	94,90%	95%
Porcentaje de lactantes al sexto mes de vida con lactancia materna exclusiva	60,53%	60%

***Consolidado regional, mes de Junio 2022.**



Figura N° 1. Indicadores y Metas PADBP 2022. Elaboración propia

PROYECCIONES Y METAS PARA EL AÑO 2023

1. Porcentaje de controles de salud realizados en presencia de la pareja, familiar u otra figura significativa para la gestante

- Se buscará mantener este indicador mediante el refuerzo y educación, a cada una de las gestantes, de la importancia de mantener una red de apoyo activa y constante en este proceso.

2. Porcentaje de diadas controladas dentro de los 10 días de vida del recién nacido(a)

- Mantener el seguimiento directo de la matrona a las embarazadas que se encuentran próximas a su fecha de parto, con el fin de poder agendar a tiempo el control de diada y continuar realizando rescates telefónicos de las puérperas.

3. Porcentaje de madres, padres o cuidadores(as) de niños(as) menores de 5 años que ingresa a talleres nadie es perfecto en relación a la población bajo control de niños(as) menores de 6 años

- Aumentar la difusión masiva de la realización del taller Nadie es Perfecto en controles de salud y difusión en redes sociales. Realizar coordinación con establecimientos educacionales para la realización del taller a padres, madres o cuidadores de comunidad educativa.

4. Porcentaje de niños(as) con resultado de déficit en el desarrollo psicomotor en la primera evaluación, ingresados a sala de estimulación

- Mantener la derivación directa de Enfermero a Educadora de Párvulos a cargo de sala de estimulación, el mismo día de detección del déficit, agilizando y optimizando el ingreso.
- Mantener rescate de niños inasistentes a controles de salud, ya sea de manera telefónica o mediante una visita domiciliaria, con el fin de agilizar la pesquisa temprana de niños y niñas con problemas en el desarrollo psicomotor.

5. Porcentaje de niños(as) de 7 a 11 meses con alteraciones en el DSM recuperados

- Mantener la revisión caso a caso de los usuarios derivados a sala de estimulación.
- Continuar realizando la citación a reevaluación con Enfermero en la primera Sesión con educadora de párvulos, recordándole la fecha en las siguientes sesiones.

- Realizar rescate telefónico o mediante visita domiciliaria de los casos inasistentes.

6. Porcentaje de mujeres embarazadas ingresadas a control prenatal a las que se les aplica la escala de depresión Edimburgo

- Mantener la aplicación de escala de Edimburgo por matrona en primer control a todas las gestantes, las mismas que son registradas en REM (Registro Estadístico Mensual).

7. Porcentaje de controles sanos de los 2 y 6 meses de edad del niño(a) en los que se aplica a las madres la escala de depresión Edimburgo

- Mantener la aplicación de dicha escala por Enfermero a todas las madres que asistan a control del 2° y 6° mes con su hijo o hija, realizando la derivación oportuna en caso de pesquisar alguna sospecha de depresión post parto al equipo de salud mental. La primera atención de las usuarias que presenten alteraciones en dicho instrumento, será realizada por médico, el que determinará la necesidad de derivación a psicóloga/o si así lo estima conveniente.

8. Porcentaje de lactantes al sexto mes de vida con lactancia materna exclusiva

- Para aumentar el porcentaje de lactancia materna exclusiva al sexto mes, se busca que todo el equipo de salud fomente dicha práctica, con bases sólidas respecto a los beneficios que ésta tiene, tanto para el bebé como para la madre.
- Difundir Clínica de Lactancia Materna, para que las madres y/o familias que lo requieran puedan resolver sus dudas o problemas de lactancia, disminuyendo así el abandono de la lactancia antes de lo recomendado.

- Promover la lactancia materna mediante actividades para la comunidad, como conversatorios, infografía en redes sociales, etc.
- Coordinación con jardín infantil de la comuna y acompañamiento en certificación de Jardín Amigo de la Lactancia Materna.

PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR

Programa Salud Cardiovascular

El Programa de Salud Cardiovascular (PSCV), es una estrategia del Ministerio de Salud que tiene como finalidad reducir la incidencia de eventos cardiovasculares por medio de control y compensación de los factores de riesgo cardiovascular, mejorar el control de personas que han tenido un evento cardiovascular con fin de prevenir morbilidad y mortalidad prematura, además de mejorar la calidad de vida de estas personas, por medio de prestaciones entregadas en Centros de Atención Primaria en Salud.

Acorde con las recomendaciones internacionales, el año 2002 se combinaron los programas de hipertensión arterial (HTA) y diabetes (DM) en un programa integrado: el Programa de Salud Cardiovascular (PSCV) para la Atención Primaria enfocado en el riesgo cardiovascular global de las personas. en lugar de los factores de riesgo por separado. Este programa busca prevenir y reducir la morbilidad, la discapacidad y mortalidad prematura por eventos cardiovasculares, así como prevenir las complicaciones de la diabetes mellitus, en congruencia con los objetivos sanitarios definidos a nivel nacional e internacional.

Su objetivo principal es Reducir la incidencia de eventos cardiovasculares a través del control y compensación de los factores de riesgo cardiovascular en APS, así como también, mejorar el control de las personas que han tenido un evento cardiovascular con el fin de prevenir la morbilidad y mortalidad prematura, junto con mejorar la calidad de vida de estas personas.

Entre los objetivos específicos encontramos.

- Fomentar estilos de vida saludables, Lograr el control de los factores de riesgo.
- Alcanzar niveles de presión arterial óptimos.
- Mejorar el control metabólico de las personas con diabetes.
- Mejorar los niveles de colesterol de las personas con dislipidemia
- Prevención secundaria en personas con antecedentes de enfermedades cardiovasculares
- Pesquisar precozmente la enfermedad renal crónica en personas con factores de riesgo
- Abordar a la familia como unidad de apoyo que potencie los cambios de conducta de sus integrantes.
- generar espacios de diálogo comunitario para el abordaje de los factores de riesgo en la población.

INGRESO PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR

PESQUISA DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR: Cualquier contacto con el sistema de salud debe ser utilizado como una oportunidad para detectar factores de riesgo cardiovascular y tomar exámenes de salud preventivos.

1. Examen de medicina preventiva del adulto y adulto mayor (EMPA/EMPAM)

El examen de medicina preventiva es un plan periódico de monitoreo y evaluación de salud, que tiene como objetivo detectar precozmente enfermedades prevenibles o controlables y, de este modo, reducir la morbi-mortalidad asociadas a ellas. Este “paquete” de salud preventiva se aplica según la edad y el sexo

2. Factores de riesgo pesquisados en Programa Elige Vida Sana Derivación de pacientes pesquisados en el Programa Elige Vida Sana con diagnóstico de DM, HTA, Dislipidemia y Tabaquismo en personas de 55 años o más.

3. Consulta servicio de urgencia la consulta en el servicio de urgencia puede ser el único encuentro del paciente con el sistema de salud. Por esto, los equipos de salud de los servicios de urgencia se encuentran en una posición privilegiada para la pesquisa de factores de riesgo cardiovascular que no han sido detectados previamente o que se encuentran descompensados, así como también para el rescate de pacientes inasistente a los controles. En cualquiera de estos casos hay que derivar al paciente para un control ambulatorio con médico, donde se deberá confirmar/descartar el diagnóstico o intensificar el tratamiento, según corresponda.

4. Salud de la mujer la mujer tiene encuentros periódicos y frecuentes con el sistema de salud desde temprana edad a través de controles ginecológico, embarazo, puerperio, climaterio, entre otros. Todos éstos presentan una oportunidad para realizar un examen de medicina preventiva que incluya el conjunto de prestaciones según edad.

5. Consulta de morbilidad La consulta de morbilidad en atención primaria, es una instancia que ofrece una gran oportunidad al médico para sospechar y detectar

factores de riesgo cardiovascular. Asimismo, es una ocasión para rescatar pacientes del PSCV sin controles o descompensados.

6. Otros controles o consultas de salud Los controles o consultas de APS donde otros profesionales de salud sospechan FR cardiovasculares. Asimismo, es una ocasión para rescatar pacientes del PSCV sin controles o descompensados.

PROGRAMA DE SALUD DEL ADULTO Y ADULTO MAYOR

El programa de salud de personas mayores está enfocado en visión anticipatoria y preventiva, basado en la mantención de la funcionalidad.

Según el censo del año 2017, reveló que más del 16% de la población chilena son personas mayores.

Siendo en junio del 2020 a nivel país 63,1 personas mayores por cada cien menores de 15 años.

CESFAM cuenta con 1619 inscritos menores de 15 años y a 2126 inscritos mayores de 65 años, lo cual nos genera un índice de vejez de 131. % lo que significa que hay 131 adultos mayores por cada 100 niños en la comuna, lo que demuestra que somos una comuna envejecida.

La población regional se caracteriza por estar en proceso de transición demográfica con reducción de la natalidad, mortalidad general y mortalidad infantil con aumento de expectativas de vida y aumento de la proporción de adultos y personas mayores como se advierten en las pirámides de población, debido a esta realidad este importante en proyectar la atención de salud priorizada en personas mayores

buscando estrategias y herramientas que nos permitan realizar una labor de manera sencilla, clara, amigable y aceptada por la población.

Durante el año 2022 debido a las estrategias de vacunación COVID 19 y a la baja de sostenida de positividad de Pandemia se retomaron los controles presenciales en CESFAM de Personas Mayores, de la misma manera y a resultados satisfactorios y evaluados positivamente por los usuarios se mantuvo la atención de adultos mayores en que presentan complejidad para asistir al centro de salud ya sea por funcionalidad (Dependientes Moderados -Leves), casos sociales, zonas sin buena conectividad de transporte público, entre otros.

Se cuenta con 14 cupos semanales para visita domiciliaria integral Médico – Enfermera en donde se realizan controles, cardiovasculares, EMPAM (examen preventivo del Adulto Mayor), controles de morbilidad, postulación a ELEAM (Establecimiento de larga estadía del adulto Mayor)

Aparte de estas prestaciones de Salud se realizan exámenes, curaciones, atenciones de kinesiología (22 horas semanales) y psicología (11 horas semanales) en domicilio.

· ACTIVIDADES REALIZADAS SEGÚN CANASTA DE PRESTACIONES.

Examen de medicina preventiva del adulto mayor (EMPAM): Examen de medicina del adulto mayor, se realiza a partir de los 65 años cada 12 meses a la población inscrita del CESFAM.

Este examen es realizado por Enfermera y cual tiene una duración de 60 minutos.

Desde enero 2022 se comenzó a restablecer esta prestación de manera presencial en CESFAM, ya que anteriormente por contexto Pandemia COVID 19 se entregará esta prestación a los usuarios mayores que la solicitaran de manera voluntaria.

De igual manera se realizaron las evaluaciones cognitivas (Test Pfeiffer) y valoración de dependencia (BARTHEL) para aquellas personas mayores que requieran postular a ELEAM (Establecimientos de Larga estadía del adulto mayor)

EFAM permite clasificar a los adultos mayores según grado de funcionalidad en: autovalente sin riesgo, autovalente con riesgo o en riesgo de dependencia.

No se aplica a adultos mayores que a simple vista se identifique algún grado de dependencia postrados, adultos mayores ciegos totales, sordos sin corrección, secueledos de ACV, amputados, y otras condiciones que signifiquen dependencia

evidente, en esos casos se aplica el índice BARTHEL el que evalúa el grado de dependencia.

Los objetivos del examen son:

- Evaluar la salud integral y la funcionalidad del adulto mayor.
- Identificar y controlar los factores de riesgo de pérdida de la funcionalidad.
- Elaborar un plan de atención y seguimiento, para ser ejecutado por el equipo de salud.

Está dividido en 2 partes:

Parte A

Discrimina entre autovalente o riesgo de dependencia

Las preguntas 1-5 apuntan a la posibilidad de realizar las actividades de la vida diaria. La importancia aquí reside en detectar capacidad de ejecutar la acción más que ejecución misma de ella.

Las preguntas 6 y 7 apuntan a estado cognitivo actual y reserva cognitiva adquirida a través de la educación formal.

Las preguntas 8 y 9 miden funcionalidad del tren superior e inferior

Minimental: Evalúa ámbito Cognitivo

- Evalúa la orientación temporal y espacial del adulto mayor a través del conocimiento del mes, día del mes, año y día de la semana
- Evalúa la memoria a corto plazo a través de recordar 3 palabras
- Evalúa atención, concentración, abstracción, comprensión, memoria e inteligencia.
- Evalúa la capacidad ejecutiva, es decir, la capacidad de seguir instrucciones
- Evalúa memoria a largo plazo

Evalúa la capacidad viso constructiva. Cuando esta capacidad esta alterada, el adulto mayor debe ser derivado urgente a medico por sospecha de un Estado Confusional Agudo. Quien aplica el test debe presentar al adulto mayor un dibujo con los círculos que convergen en tamaño grande.

Parte B

- Discrimina entre autovalente sin riesgo o autovalente con riesgo
- Las primeras 2 preguntas están enfocadas al riesgo cardiovascular
- Las preguntas 3 y 4 se refieren al estado cognitivo actual
- Las preguntas 5 y 6 apuntan a sospecha de depresión y ansiedad.

Se evalúa también:

- **Presión Arterial:** Se considera hipertensa a toda persona que mantenga cifras de presión arterial persistentemente elevadas, iguales o superiores a 140 de PA sistólica y/o 90 mm Hg. de PA diastólica.
- **Pulso:** se busca pesquisar alteraciones del ritmo, frecuencia y amplitud. Si se detecta alguna alteración, derivar a médico.

Mediciones Antropométricas:

Peso: Controlar el peso con la menor cantidad de ropa. Si se registra baja de peso >5% en los últimos seis meses, sin hacer dieta, se debe derivar a médico. La baja de peso puede constituir una señal de enfermedad o puede estar asociado a una falta de ingesta alimentaria relacionada con trastornos orales, mala dentadura, alteraciones del tracto digestivo, presencia de diarreas crónicas o vómitos frecuentes. Descartar falta de recursos económicos o limitaciones funcionales, por ejemplo, incapacidad de salir a comprar o preparar el alimento.

Talla: realizar la medición al ingreso con un podómetro de adulto, la talla de la persona mayor va disminuyendo por cambios en la arquitectura ósea.

Índice de masa corporal adaptado a la población adulta mayor chilena: Estado Nutricional Índice de Masa Corporal (IMC)

- Enflaquecido /a Menor de 23
- Normal 23,1 a 27,9
- Sobrepeso 28 a 31,9 Obeso 32 o mas

Circunferencia de Cintura: Factor de Riesgo Cardiovascular, es un método simple para describir la distribución de tejido adiposo e intraabdominal. Se mide el perímetro inmediatamente sobre el borde superior de la cresta ilíaca (aproximadamente a la altura del ombligo). La medida se registra en centímetros

- Mujer Riesgo > 88 centímetros
- Hombre Riesgo >102 centímetros

Actividad Física: se considera que realiza actividad física, cuando hace ejercicios con una frecuencia mayor de 3 veces por semana y más de 30 minutos cada vez.

Escala de Depresión Geriátrica Yesavage Este instrumento se utiliza para el tamizaje de la sospecha de depresión y es útil para guiar al clínico en la valoración del estado de salud mental del individuo.

Cuestionario de Actividades Funcionales **PFEIFFER**, Instrumento que complementa la evaluación del estado cognitivo

Riesgo de Caídas: Detectan caídas se aplicarán dos pruebas: Este cuestionario explora la memoria a corto y largo plazo, la orientación, la información sobre los hechos cotidianos y la capacidad de cálculo.

Estación unipodal (mide equilibrio estático) y Time up and go (equilibrio dinámico)

Sospecha de Maltrato Abuso a las personas adultas mayores se define como cualquier acción, serie de acciones, o la falta de acción apropiada, que produce daño físico o psicológico y que ocurre dentro de una relación de confianza. El abuso a las personas adultas mayores puede ser parte del ciclo de violencia familiar; puede venir de cuidadores domiciliarios o puede ser el resultado de la falta de preparación de los sistemas de prestaciones sociales sanitarias para atender sus necesidades.

Las manifestaciones de abuso y maltrato de las personas mayores pueden tomar distintas dimensiones.

Abuso Físico: causar daño físico o lesión, coerción física, como el impedir el movimiento libre de una persona sin justificación apropiada. También se incluye dentro de esta categoría el abuso sexual a una persona.

· **Abuso Psicológico:** causar daño psicológico, como el causar estrés y ansiedad o agredir la dignidad de una persona con insultos.

· **Abuso Económico:** la explotación de los bienes de la persona, el fraude o estafa a una persona adulta mayor, el engaño o robo de su dinero o propiedades.

· **Negligencia o Abandono:** implica descuido u omisión en la realización de determinadas acciones o el dejar desamparado a una persona que depende de uno o por lo cual uno tiene alguna obligación legal o moral. La negligencia o abandono puede ser intencionada o no intencionada.

· **Negligencia intencionada:** el cuidador por prejuicio o descuido deja de proveer a la persona adulta los cuidados apropiados para su situación. Sin embargo, cuando

el cuidador no provee los cuidados necesarios, por ignorancia o porque es incapaz de realizarlos, se considera que es negligencia o abandono no intencionado.

Factores de Riesgo En la Familia:

- Estrés del cuidador
- Nivel de dependencia de la persona adulta mayor
- Historia de violencia en la familia
- Dificultades personales y financieras del cuidador
- Alcoholismo u otras adicciones
- Falta de información y de recursos para la atención adecuada a una persona con discapacidad
- Aislamiento social del cuidador
- Falta de apoyo o de tiempo de respiro para el cuidador que es responsable por una persona discapacitada 24 horas, 7 días a la semana

Exámenes: Los exámenes de Glicemia, Colesterol Total y VDRL deben tomarse una vez al año y la Baciloscopia si corresponde

Diagnósticos El contar con la totalidad de los diagnósticos del adulto mayor en forma resumida, facilitará la realización del plan de atención, de acuerdo a la situación de salud de cada persona.

Terapia Farmacológica Conocer y registrar los medicamentos que consume el adulto mayor facilitará la vigilancia de la terapia farmacológica. La polifarmacia constituye uno de los factores más críticos en la ingesta de medicamentos, lo que puede tener un impacto negativo en el mantenimiento de la funcionalidad. Es fundamental la educación al adulto mayor, familia o cuidadores acerca de cómo cumplir y organizar la toma de medicamentos durante el día, además de evitar la automedicación.

- **Fondo de ojos a usuarios con DM:** Esta prueba sencilla e indolora, llamada técnicamente oftalmoscopia, permite al especialista observar la parte posterior del ojo e identificar si existe retinopatía diabética.

· Este examen se realiza 1 vez al año en UAPO Santa Cruz (Unidad ambulatoria de procedimientos oftalmológico)

· **Prevención renal usuarios con DM:** Examen se realiza a lo menos 1 vez al año en usuarios diabéticos con el fin de pesquisar a tiempo enfermedades renales.

PACAM: Programa alimentación complementaria del adulto mayor, son beneficiarios todos los adultos mayores de 70 años con EFAM vigente, y personas mayores de 65 años no autovalentes.

Consulta de morbilidad: Atención de patologías de inicio agudo.

Consulta y control de enfermedades crónicas: Atención de patologías cardiovascular (incluyendo riesgo de ulceración pie diabético) y no cardiovasculares, incluyendo aquellas efectuadas en las salas de Control de enfermedades respiratorias del adulto mayor de 65 años y más.

Consulta nutricional: Refuerzo de estilos de alimentación saludable, mediciones antropométricas (peso, talla, IMC, Circunferencia de cintura)

· **Intervención psicosocial/ Consulta social:** Cesfam chépica cuenta con 2 asistente sociales, las cuales realizar intervenciones a los adultos mayores en situación de vulnerabilidad.

Consulta de salud mental: Se realiza atenciones de salud mental durante toda la semana.

Consulta kinésica: El establecimiento cuenta con una sala de kinesiología equipada para terapias respiratorias y motoras el cual busca rehabilitar y prevenir complicaciones mayores.

Vacunación Antinfluenza y Neumococo: La campaña de inmunización antinfluenza se realiza anualmente entre los meses Marzo- mayo.

Refuerzo de neumococo a los adultos mayores de 65 años. En cada control se revisa en plataforma REPEC-RNI si tiene administrada la vacuna de no ser así, se deriva al vacunatorio del CESFAM Chépica, La vacuna se encuentra disponible durante todo el año.

- **Atención a domicilio/ Visita domiciliaria integral:** Se realizar atenciones a domicilios a los usuarios dependientes severos o casos especiales con dificultad en el deambular.

Debido a la Pandemia se ha registrado un aumento de solicitudes de usuarios, familiares y/o cuidadores de personas mayores las cuales según disponibilidad de recursos humanos se están realizando se da prioridad a personas mayores de 75 años y que no tengan una red de apoyo estable.

- **Atención podología a pacientes con DM:** el establecimiento cuenta con 1 podóloga 44 horas, quien atiende a la población diabética del CESFAM

Actualmente no se realizan todas las atenciones podológicas, debido a pandemia, pero se entrega la atención a pacientes diabéticos con urgencias podológicas

- **Curaciones Avanzadas:** Existen 2 modalidades de curaciones en el Cesfam y en domicilio ambas son realizadas por Enfermeros con Post Titulo en manejo avanzado de heridas. Actualmente los usuarios en curaciones presentan heridas de pie diabético, úlceras venosas, úlceras mixtas.

La atención de curaciones avanzadas en domicilio se realizará solo a personas diabéticas mayores de 65 años y de manera excepcional a no diabéticos mayores de 65 años.

- **Consejería individual/ familiar:** Se entrega consejería a usuarios que quieran modificar algún estilo de vida, solicitar examen de VIH, disfuncionalidad familiar, fortalecimiento de redes de apoyo, entre otros

- **Tratamiento y curaciones:** Existe un box exclusivo para administración de tratamientos procedimientos simples y curaciones simples a cargo de TENS.

- **Diagnóstico y control de la TBC:** se realiza pesquisa de TBC y si es positivo el diagnostico se otorga el tratamiento y acompañamiento al usuario hasta el alta.

- **Exámenes de Laboratorio Básico:** Cesfam Chépica cuenta con laboratorio básico de exámenes, donde se procesan exámenes sanguíneos, orina, heces, baciloscopias.

Desde el inicio de la pandemia se están realizando exámenes a domicilio a usuarios de 75 años y más.

- **Servicio de Urgencias:** El servicio de urgencia rural atiende las 24 horas, los 7 días de la semana a la población, cuanta con la modalidad de turnos rotativos de TENS, con refuerzo de profesional médicos según necesidad.
- **Ayudas técnicas y ortesis +65 años:** Se realizan interconsultas para ayudas técnicas y ortesis a los adultos mayores que presentan algún grado de dificultad para el deambular o que presenten dependencia ya sea leve, moderada, severa o total.
- **Neumonía +65 años:** Sospecha, diagnóstico y tratamiento garantizado.
- **Salud oral integral +60 años:** Programa Odontológico para adultos mayores
- **Vicios de refracción +65 años:** Sospecha, diagnóstico y tratamiento garantizado.
- Apoyo a programa Cuidados paliativos y alivio del dolor, pertenecientes al HSC.

El seguimiento y/o acompañamiento es realizado por equipo de dependencia severa del CESFAM Chépica, siendo la encargada del programa Srta. Alejandra Parraguez Barahona, Enfermera

- Medicamentos de arsenal farmacológico APS.

· METAS E INDICADORES DEL PROGRAMA

Cobertura examen preventivo en adultos de 65 y más años EMPAM

Indicador: N. De adultos de 65 y más años, con examen de Medicina Preventiva (EMPAM) / Población inscrita de 65 y más años, validada por Fonasa*100 En mayores de 65 años.

Meta 28.3%

A la julio 2022 se han realizado 391 (17.4 %) EFAM

Esta evaluación se realiza por profesional de Enfermería en CESFAM y TENS solo autorizado por SEREMI en posta de salud rural por brecha de profesional de Enfermería a nivel local, siendo esta situación una de la que se debe regular para el año 2023 ya que solo existen 22 horas de enfermera para programa Adulto mayor quien no puede cubrir todas las necesidades, tanto de visitas domiciliarias y EMPAM.

· PROYECCIONES O METAS PARA EL AÑO 2023

Para el año 2022, se pretende seguir nutriendo el equipo de adulto mayor con horas de profesionales y TENS.

La brecha de profesionales que se posee actualmente es de 22 horas de Enfermera, 8 horas de Nutricionista, 22 horas de kinesiólogo y/o Terapeuta Ocupacional, 11 horas de psicólogo, 5 horas de matrona, TENS 44 horas para toma de exámenes, tratamientos endovenosos, control signos vitales, seguimiento y visitas domiciliarias.

Para promover la autovalencia en adultos mayores, para ello es necesario incorporar horas de kinesiólogo y/o terapeuta ocupacional para realizar talleres que indica la norma técnica del programa adulto mayores, lo cual no se está realizando por falta de profesionales.

· Mantener y fortalecer la Mesa Intersectorial comunal de personas Mayores que se conformó durante el 2021, en donde actualmente participan todos los estamentos de la comuna que influyen directa o indirectamente con personas de 65 años y más, con reuniones mensuales.

· Realizar diagnostico comunal de personas mayores.

· Realizar reuniones mensuales con el equipo de programa adulto mayor para establecer una red de trabajo y gestiones que colaboren y cubran las necesidades de las personas mayores de la comuna.

PROGRAMA DEPENDENCIA SEVERA

El Programa de Atención Domiciliaria a Personas con Dependencia Severa , está dirigido a todas aquellas personas que sufran algún grado de dependencia severa: física, psíquica o multidéficit, según índice de Barthel (Evaluación de actividades básicas de la vida diaria); con el fin de brindar atención de calidad a los usuarios con dependencia severa y preparar a sus familias que proporcionan el cuidado a los usuarios inscritos en programa, entregando acciones de salud integrales, cercanas y con énfasis en la persona, su familia y entorno; considerando aspectos curativos, preventivos y promocionales con enfoque familiar y de satisfacción usuaria, para mejorar así, su calidad de vida a personas que presentan dependencia exclusivamente severa o grave.

Objetivo general

Entregar una atención de salud integral a la persona con dependencia severa, cuidadora/or y familia, en su domicilio, potenciando su recuperación, rehabilitación y el acompañamiento a la persona dependiente, su cuidadora/or y familia, en coordinación con la red de salud y la red intersectorial de servicios.

Objetivos específicos

- Atender de manera integral a personas que presentan dependencia severa y su cuidadora/or, considerando sus necesidades biopsicosociales y espirituales.
- Entregar a cuidadores y familias, las herramientas necesarias para asumir el cuidado integral de la persona con dependencia severa.

- Resguardar la continuidad y oportunidad de la atención en la red asistencial, a través realizando las coordinaciones y seguimiento pertinente en caso de referencia y contrarreferencia con otros niveles de atención de salud y con la red intersectorial. 4. Mantener registro actualizado de personas dependientes y de las prestaciones realizadas hacia las personas y sus cuidadoras/es.
- Postular y validar la situación de dependencia en forma continua e informar cambios de cuidadoras/es y extinciones en plataforma MIDESO.
- Reconocer el rol de las y los cuidadoras/es de las personas con dependencia severa, entregándoles capacitación y acompañamiento en su rol

Población beneficiaria del programa

Corresponde a aquellas personas inscritas y validadas en el Centro de Salud de Atención Primaria, clasificadas como Dependiente Severo según el Índice de Barthel y su cuidadora/or. Persona clasificada como Dependiente Severo: corresponde a aquella persona que según la evaluación por el Índice de Barthel obtiene 35 puntos o menos. En caso que la situación de dependencia este asociada a niños menores de 6 años de edad y a personas con algún diagnóstico de origen psiquiátrico y/o intelectual, que por motivos de las características de su ciclo vital y/o curso de la enfermedad no reflejan en el instrumento Barthel la necesidad de apoyo, el médico del establecimiento deberá realizar un certificado que valide la dependencia y la necesidad de apoyo de un cuidador, por tanto se solicita el Ingreso al Programa de Atención Domiciliaria de Personas con Dependencia Severa del Establecimiento.

Las personas que se encuentren Institucionalizadas (en establecimientos de larga estadía públicos o privados) inscritos en los Centros de Salud y por tanto beneficiarias del Sistema Público o de algún Programa Gubernamental, deben

recibir la atención domiciliaria del Equipo de Salud, del Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa.

Ejecución

Este Programa es ejecutado por una Enfermera contratada en forma exclusiva para ello, en jornada parcial (33 horas semanales) y dedica su atención en llevar de la mejor forma posible el Programa, realizando visitas domiciliarias a todos los pacientes dependientes severos inscritos en el programa con un promedio de 6 visitas anuales con enfoque tanto en el usuario como en la cuidadora, capacitando a cuidadores, gestionando la entrega de los estipendios correspondientes.

También el programa cumple como apoyo a usuarios que se encuentran en Cuidados Paliativos y alivio del dolor de HSC por garantías explícitas correspondiente a Cáncer Terminal.

El número de usuarios del programa es de 84 pacientes dependientes severos (septiembre 2022) y ha ido en ascenso, cada vez es más la demanda de usuarios para el programa que por una u otra razón pierden su autonomía.

Anualmente ingresan aproximadamente 30 pacientes, siendo indirectamente proporcional a los usuarios fallecidos o egresados, Sin contar el apoyo a cuidados paliativos ya que usuarios en este proceso no todos están con dependencia severa, pero si demandan educación y apoyo a la familia hasta la fecha son 17 usuarios.

Los egresos son mayoritariamente por fallecimientos.

Para ingresar al Programa a estos pacientes se les realiza una primera visita por enfermera, realizando una primera evaluación de los requisitos para ingreso al programa (que el paciente no este ingresado en programa significa que igual se realizaran las prestaciones del programa mientras se realiza el ingreso correspondiente):

- INDICE DE BARTHEL SEVERO TOTAL O GRAVE
- REGISTRO SOCIAL DE HOGARES
- PACIENTES FONASA A O B
- INSCRIPCIÓN EN CESFAM

Los cuidadores de usuarios ingresados al Programa como dependientes severos recibirán un estipendio de parte del gobierno de \$30.879- mensuales como reconocimiento a su labor.

Actualmente en nuestra Comuna 50 cuidadores reciben estipendio, esto ha mejorado ya que MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL se encarga de esta función, por lo tanto no son cupos comunales ahora son regionales, por los egresos e ingresos recientes se ha demorado la adjudicación de estos.

Hay 34 personas que sí están ingresadas al Programa, pero no reciben estipendio por las siguientes causales: paciente acaba de ingresar a programa y se encuentra en lista de espera, cuenta con cuidadora pagada, no pertenece a fonasa A o B, pertenece al grupo de mayores ingresos y menor vulnerabilidad.

En lo referente a los cuidados un 23,8% de nuestros usuarios durante el año han requerido atención en cuanto a curaciones de úlceras por presión, debido a la constante supervisión por el equipo de atención domiciliaria, destacando el trabajo de ellos en la orientación y educación constante a las familias en relación a prevención de úlceras por presión, caídas o accidentes que pudieran sufrir estos pacientes.

Dotación y horas establecidas para programa 2022

Enfermera encargada programa dependencia severa	33 horas.
Médico	8 horas – semana por medio 16 horas

Kinesiólogos	44 horas semanales
Nutricionista	11 horas semanales
Psicóloga	15 horas semanales
tens	2 tens 44 horas semanales
Podología	8 horas mensuales
Odontóloga	15 cupos anuales

Actividades por programa

- Realizar 2 visitas de carácter integral por un profesional o más, estas son en las que se evalúan los planes de cuidado tanto de la cuidadora como del paciente.
- 6 visitas de seguimiento y tratamiento mínimas por personal de programa de dependencia severa.
- Plan de cuidados para la cuidadora y otro para el paciente.
- Se deben realizar 3 sesiones de capacitación a cuidadores antiguos.
- Se deben realizar 4 sesiones de capacitación a cuidadores nuevos.
- El 100% de los cuidadores reciban o no estipendio deben ser capacitados respectivamente.
- Seguimiento vía telefónica y WhatsApp.

- Día del Cuidador por profesionales de programa dependencia severa.
- Procedimientos: Toma de exámenes sanguíneos, instalación de sonda foley, sonda nasogástrica, administración de medicamentos por vía subcutánea, intramuscular y endovenosos en bolo o por fleboclisis, instalación de catéter subcutáneo de morfina, curaciones avanzadas, controles de signos vitales como Presión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, oximetría de pulso, hemoglucotest, temperatura, Vacunación en domicilio.
- Atención en domicilio: Se realizan controles cardiovasculares, Adulto mayor, Epoc, atención personas en etapa de alivio del dolor, fichas familiares con plan de intervención.
- Educaciones: Se realizan dos capacitaciones anuales programadas y educaciones en domicilio con plan de cuidados individual y procedimientos invasivos.
- Solicitud de Ayudas Técnicas: Se realiza valoración de necesidad de ayuda técnica en visita domiciliaria como lo es colchón anti escara, silla ruedas, cojín de silla de ruedas, andador, bastón.
- Traslados en ambulancia: Se realizan traslados programados al hospital de Santa Cruz- Rancagua- San Fernando- Santiago con previo aviso del cuidador, al encargado del programa dependencia severa y secretaria.
- Solicitud de ayudas sociales a Municipalidad.
- Entregas de pañales por convenio recibido en 2022.

Metas e indicadores 2022 del programa

PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA PARA PERSONAS CON DEPENDENCIA SEVERA
(A LO LARGO DEL CURSO DE VIDA: INFANCIA/ADOLESCENCIA Y JUVENTUD/ADULTEZ/ADULTEZ MAYOR)

Nº	NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	INDICADOR	META	FUENTE	NIVEL DE APLICACIÓN
44	PREVENCION	Disminuir la discapacidad	Otorgar a la persona en situación de dependencia severa, cuidador y familia una atención integral en su domicilio, en los ámbitos físico, emocional y social, mejorando la calidad de vida y/o potenciando su recuperación y autonomía.	Atender en forma integral considerando el estado de salud de la persona en situación de dependencia severa, considerando las necesidades biopsicosociales del paciente y su familia.	Porcentaje de Población bajo control del Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa que no presentan UPP	(Nº de personas sin UPP del Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa / Nº de población bajo control en el Programa de Atención Domiciliaria para Personas con dependencia severa) *100	92% y más de la población bajo control en el Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa no presentan UPP	REM	COMUNAL
45	TRATAMIENTO	Disminuir la discapacidad	Disminuir o prevenir carencias nutricionales en personas con dependencia severa	Realizar atención nutricional en Domicilio a usuarios con Dependencia severa y con indicación de NED.	Porcentaje de Población bajo control del Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa con indicación de nutrición Enteral Domiciliaria (NED) que reciben atención Nutricional en Domicilio	(Nº de personas del Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa con indicación de NED y Evaluación Nutricional en domicilio / Nº de personas del Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa con indicación de NED) *100	El 100% de las Personas Dependientes Severas con indicación de NED, reciben atención Nutricional en domicilio.	REM	COMUNAL

Nº	NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	INDICADOR	META	FUENTE	NIVEL DE APLICACIÓN
46	PREVENCION	Disminuir la discapacidad	Otorgar a la persona en situación de dependencia severa, cuidador y familia una atención integral en su domicilio, en los ámbitos físico, emocional y social, mejorando la calidad de vida y/o potenciando su recuperación y autonomía.	Evaluar el nivel de sobrecarga de cuidadores para la implementación de Plan de Cuidados al Cuidador	Porcentaje de Evaluación de Sobrecarga en Cuidadores de Personas en situación de Dependencia Severa	(Nº de cuidadores de personas en situación de dependencia severa del Programa de Atención Domiciliaria para personas con Dependencia severa evaluados con Escala de Zarit/Nº de cuidadores de personas en situación de dependencia severa del Programa de Atención Domiciliaria para personas con dependencia severa) *100	Al menos el 60% de los cuidadores de personas con dependencia severa del Programa de Atención Domiciliaria han sido evaluados con Escala de Zarit	REM	COMUNAL
47	PREVENCION	Disminuir la discapacidad	Otorgar a la persona en situación de dependencia severa, cuidador y familia una atención integral en su domicilio, en los ámbitos físico, emocional y social, mejorando la calidad de vida y/o potenciando su recuperación y autonomía.	Entregar a cuidadoras(es) y familias las herramientas necesarias, para asumir el cuidado integral de la persona en situación de dependencia severa para prevenir el síndrome de sobrecarga del cuidador	Porcentaje de cuidadores(as) de personas en situación de dependencia severa Capacitados (as) para prevenir el síndrome de sobrecarga del cuidador.	(Nº de Cuidadores(as) de personas en situación de dependencia severa capacitados / Nº Total de cuidadores de personas en situación de dependencia severa) *100	100% de los cuidadores de personas con situación de dependencia severa capacitados.	REM	COMUNAL
48	PREVENCION	Disminuir la discapacidad	Otorgar a la persona en situación de dependencia severa, cuidador y familia una atención integral en su domicilio, en los ámbitos físico, emocional y social, mejorando la calidad de vida y/o potenciando su recuperación y autonomía.	Atender en forma integral considerando el estado de salud de la persona en situación de dependencia severa, considerando las necesidades biopsicosociales del paciente y su familia.	Porcentaje de Población bajo control del Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa que reciben al menos 2 visitas domiciliarias integrales en un año.	(Nº de Personas en situación de Dependencia Severa que reciben al menos 2 Visitas Domiciliarias Integrales en el año / Nº de personas bajo control en Programa de Atención Domiciliaria para Personas en situación de Dependencia Severa	100% de las personas bajo control en el Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa reciben al menos 2 visitas domiciliarias en el año.	REM	COMUNAL

Proyecciones o metas para el año 2023

- Aumentar de 33 a 44 las horas para el profesional de enfermería.

- Apoyar al programa cardiovascular realizando el control en domicilio.
- Aumentar las capacitaciones en el hogar, citando a la mayor parte de la familia para que la cuidadora/ or, principal y así poder delegar cuidados.
- Incorporar en los temas de capacitación, el cómo afrontar el duelo, este próximo año se incorporará un nuevo tema de autoayuda para los cuidadores.
- Aumentar horas de Médico y psicólogo en domicilio evidenciado por mayor descompensación de pacientes, y sobrecarga en cuidadoras.
- Celebración el día del cuidador de forma permanente una vez al año.
- Examen de medicina preventiva en domicilio a cuidadores.
- Piloto entrega de medicamentos en domicilio.
- Separar el programa por sector 1 y 2 con un tens en cada sector con carga horaria completa.
- Adquirir catres clínicos para ayudar en el confort del paciente y evitar el sobreesfuerzo de cuidadora.
- Adquirir concentrador de oxígeno.
- Incorporar a nuevos pacientes al programa.
- Capacitar continuamente al personal de salud.
- Visitar a usuarios institucionalizados en ELEAM.
- Carta de condolencia a las familias de pacientes que han fallecido.

PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL SALUD MENTAL

El plan nacional de Salud Mental 2017-2025 del Ministerio de Salud destaca la definición de Salud dada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como “... un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Esta definición enfatiza el hecho de que la salud es mucho más que la simple ausencia de enfermedad y debe ser considerada como “... un estado de bienestar en el cual el individuo desarrolla sus propias habilidades puede enfrentar el stress normal de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de realizar contribuciones a su comunidad”. Posteriormente, la OMS agregó a la definición “...y en armonía con el medio ambiente” y estableció una serie de componentes que integran la salud, además de declarar que “la salud es parte de la responsabilidad de los gobiernos”. El Ministerio de Salud define la salud mental como “la capacidad de las personas para interactuar entre sí y con el medio ambiente, de modo de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de sus potencialidades psicológicas, cognitivas, afectivas y relacionales, el logro de sus metas individuales y colectivas, en concordancia con la justicia y el bien común”

. Las nuevas concepciones de salud mental incluyen la idea de bienestar subjetivo, autonomía, competencia y el reconocimiento de la habilidad de realizarse intelectual y emocionalmente. Tales ideas son aplicables al individuo, la familia y la comunidad, y consideran una visión de contexto en el que se desarrollan las personas. La Organización Panamericana de la Salud establece que la salud mental y el bienestar son fundamentales para nuestra capacidad colectiva e individual de pensar, manifestar sentimientos, interactuar con los demás, ganar el sustento y disfrutar de la vida. Sobre esta base se puede considerar que la promoción, la protección y el restablecimiento de la salud mental son preocupaciones vitales de las personas, las comunidades y las sociedades de todo el mundo.

Prevalencia y magnitud de los problemas de salud mental

Los trastornos mentales y los trastornos por abuso de sustancias son prevalentes en todas las regiones del mundo y son importantes factores que contribuyen a la morbilidad y a la mortalidad prematura. El 14% de la carga mundial de morbilidad se atribuye a estos trastornos. Los trastornos mentales no tratados generan un alto costo, ya que representan el 13% del total de la carga de morbilidad mundial. La depresión es la tercera entre las principales causas de morbilidad, representando el 4,3% de la carga mundial. Las estimaciones correspondientes a los países de ingresos bajos y de ingresos medios se sitúan en el 3,2% y el 5,1% respectivamente. Para el año 2030 la depresión será la principal causa de morbilidad a nivel mundial. Cuando solo el componente de discapacidad se toma en cuenta al calcular la carga de morbilidad, los trastornos mentales representan el 25,3% y el 33,5% de los años perdidos por discapacidad en los países de ingresos bajos y de ingresos medios, respectivamente.

En Chile los trastornos neuropsiquiátricos son responsables de un 23 % de la carga de enfermedad en el país. Asimismo, el estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica mostró que un 36% de la población mayor de 15 años, había tenido un desorden psiquiátrico a lo largo de su vida, asimismo la prevalencia año de trastornos mentales es de un 22%, tanto en población infanto juvenil como en adultos

La Encuesta Nacional de Salud 2017 que incluye un módulo de salud mental para estimar la prevalencia anual de depresión la que fue de un 6,2%, un 2,2% de personas con ideación suicida, 1,5% con planificación suicida y un 0,7% con intento suicida.

El Modelo de Intervención de Salud Mental se basa en un Enfoque Comunitario, centrado en la relación del sujeto al interior de un contexto social, que define que las acciones de salud deben ser entregadas a la persona y su grupo primario de

pertenencia de manera integral, es decir, resolviendo las necesidades en las dimensiones sociales, psicológicas y biológicas en forma amplia e integrada, continua y permanente, a lo largo del ciclo vital. En este sentido, se concibe al individuo como producto de múltiples sistemas organizativos, que se influyen entre sí y que son co-dependientes en su desarrollo, tales como, familia, comunidad, escuela, trabajo, grupo de pares y el entorno.

La atención en salud mental debe incorporar la relación del sujeto/familia con el mundo social al que pertenecen y por lo tanto debe darse en el contexto comunitario habitual en donde se desarrolla la vida de las personas, aprovechando los recursos disponibles, no apartándolas de sus redes naturales. Esto implica entre otros, la planificación y desarrollo de actividades fuera del establecimiento, de manera complementaria a aquellas que se hacen directamente en el Centro. Se basa en un enfoque preventivo, que implica la incorporación de contenidos de prevención de salud mental en las acciones habituales de salud, con el fin de anticiparse a las consecuencias más negativas de la enfermedad y aportar a la difusión de estilos de vida más sanos y conductas de auto cuidado en la cual el individuo y su familia son capaces de tomar decisiones en lo concerniente a la protección en su salud.

El Modelo de Atención de Salud Mental se basa en un Enfoque de Redes, implica que la atención integral en salud mental que las personas requieren se entrega a través de un conjunto de instancias que ofrecen diversos servicios, las que operan como un todo en forma coordinada y articulada. Las personas transitan por esas diversas instancias o servicios en forma fluida de acuerdo a las necesidades propias de su proceso salud – enfermedad, estos principios se recogen en el Modelo de Gestión de Red (MINSAL 2017), y que destacan la importancia de la integración de las redes asistenciales.

El Programa de Atención Integral de Salud Mental en Atención Primaria, ha permitido incorporar de manera progresiva, recursos y competencias en los equipos

de salud para enfrentar el desafío de instalar en la atención primaria de salud la atención de salud mental para la población; así como también, aumentar su capacidad resolutive a través de la consolidación de las consultorías de salud mental en coordinación con los niveles de especialidad

Objetivo General:

Contribuir a elevar el nivel de salud mental de las personas, a través de la promoción de la salud mental positiva, mejorar la capacidad individual y colectiva para prevenir los trastornos mentales, y entregar la atención integral de salud, en el contexto del modelo de atención integral de salud familiar y comunitario.

Objetivos Específicos:

- a) Desarrollar estrategias y acciones de promoción la salud mental positiva y de factores protectores de la salud mental, tanto a nivel individual como colectivo.
- b) Desarrollar estrategias y acciones para la prevención de factores de riesgo (de la salud mental) y los trastornos mentales por ciclo vital, a través de intervenciones preventivas y el apoyo a grupos de autoayuda, tanto a nivel individual como colectivo.
- c) Detectar precozmente, diagnosticar y proporcionar una atención integral de salud a niños, niñas, adolescentes, jóvenes, adultos y adultos mayores con trastornos mentales.

COMPONENTES DEL PROGRAMA**1.Promoción de la Salud Mental**

El equipo de salud debe realizar estrategias y actividades de promoción de la salud mental positiva a lo largo de todo el ciclo vital (niños, niñas, adolescentes, jóvenes, adultos y adultos mayores) acordes a la realidad local. Es importante que las

estrategias deban estar integradas a las actividades ya realizadas bajo otras líneas de acción, en particular con las del propio establecimiento de salud, como en la articulación con el intersector. Por ejemplo, estrategias como de promoción de salud mental positiva de adultos mayores debe integrarse y coordinarse con las acciones vinculadas que ya se realizan en el establecimiento o territorio en ese aspecto.

También se pueden realizar acciones más específicas como la realización de talleres educativos con el fin de fortalecer los factores protectores y entregar herramientas para el desarrollo de habilidades personales.

2.Prevencción de los factores de riesgo de la salud mental y de los trastornos mentales

El equipo de salud debe realizar actividades preventivas en personas con factores de riesgo y/o en trastornos de salud mental a lo largo de todo el ciclo vital (niños, niñas, adolescentes, jóvenes, adultos y adultos mayores) acordes a la realidad local. Se deben efectuar talleres preventivos/educativos, y apoyo con grupos de autoayuda, acciones de detección precoz y primera respuesta e intervenciones individuales preventivas con pertinencia cultural y de género.

3. Atención integral a personas con trastornos mentales

Este componente tiene como objetivo realizar una evaluación diagnóstica y proporcionar un tratamiento integral a niños, niñas, adolescentes, jóvenes, adultos y adultos mayores con:

- i. Trastornos Depresivos.
- ii. Trastornos por consumo de sustancias (Alcohol y drogas).
- iii. Trastornos conductuales e hipercinéticos de la Conducta.

iv. Trastornos del Comportamiento y Emociones de inicio en la infancia y adolescencia.

v. Otros trastornos mentales en niños, niñas, adolescentes, jóvenes, adultos y adultos mayores.

vi. También se debe considerar brindar atención integral a personas por factores de riesgo o condicionantes como personas víctimas de violencia, entre otros.

COMPONENTES Y ESTRATEGIAS

Componente N°:1 Depresión.

Prevenir, detectar, diagnosticar y proporcionar un tratamiento integral, accesible, oportuno y eficaz, a las personas de 15 años y más que sufren trastornos depresivos, concordantes con las normativas vigentes y de acuerdo al régimen de garantías explícitas que deben cumplirse en este nivel de atención.

Estrategias

- a. Detección y Evaluación Diagnóstica
- b. Tratamiento integral: Intervenciones Psicosociales Individuales y de Grupo y/o prescripción de fármacos
- c. Derivación o referencia asistida
- d. Alta y seguimiento
- e. Apoyo técnico a agrupaciones de autoayuda
- f. Capacitación del equipo de salud

Componente N°2: Violencia Intrafamiliar

Prevenir, detectar, diagnosticar y proporcionar un tratamiento integral, accesible, oportuno y eficaz, a mujeres que sufren violencia intrafamiliar.

Durante este año se socializará el protocolo de violencia a todos lo funcionarios con el fin de garantizar y optimizar un buen abordaje en las atenciones y derivaciones realizadas en nuestro establecimiento.

Estrategias

1. Detección y Evaluación Diagnóstica
2. Consejería a personas que viven VIF
3. Tratamiento: intervenciones Psicosociales Individuales, Familiares y de Grupo
4. Visita Domiciliaria Integral
5. Alta y seguimiento
6. Apoyo técnico a agrupaciones de autoayuda
7. Sensibilización y prevención de violencia intrafamiliar en la comunidad
8. Capacitación del equipo de salud

Componente N°3: Prevención y Tratamiento Integral de Alcohol y Drogas Prevenir, detectar activamente riesgos y problemas asociados al consumo de sustancias psicoactivas, entregar información y consejería para el auto cuidado y proporcionar tratamiento integral, accesible, oportuno y eficaz, cuando este sea necesario, a población consultante de 10 y más años de edad.

Se creará el protocolo de derivación y seguimiento de los casos de OH.

Estrategias

- a. Detección y Evaluación Diagnóstica.
- b. Intervención Preventiva,
- c. Intervención Terapéutica,
- d. Derivación o Referencia Asistida,
- e. Alta y Seguimiento
- f. Apoyo técnico a agrupaciones de autoayuda.

Componente N°4: Salud Mental Infanto Adolescente

Realizar detección precoz, prevención del daño e intervención temprana en salud mental, de acuerdo a necesidades específicas de los niños, niñas y adolescentes, por ciclo vital, de forma cercana al domicilio del niño y su familia, que fomente y mantenga vínculo familia - niño/a, con acceso oportuno, sin exclusión, asegurando atención integral e integrada y con estándares de calidad. Este componente está dirigido a la promoción, prevención e intervención temprana de problemas y trastornos de salud mental de la población infantil y adolescente, tales como maltrato infantil, trastornos hipercinéticos y de la atención, emocionales, conductuales.

Estrategias

- a. Detección, Evaluación Diagnóstica,
- b. Consejería y educación a los padres
- c. Tratamiento: Intervenciones Psicosociales Individuales, Familiares y de Grupo, prescripción de fármacos
- d. Visita Domiciliaria Integral.

e. Educación en promoción y prevención de salud mental a padres y profesores

En el marco del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, se pretende que en APS se integren las atenciones de salud mental en las prácticas de todos los integrantes del equipo de salud, cuando atiendan a una persona a lo largo del curso de vida; principalmente, en el área de la promoción, prevención y detección precoz de trastornos mentales. En el caso de que algún miembro del equipo sospeche que la persona pueda estar teniendo un trastorno mental, corresponde la atención por médico, psicólogo/a, asistente social y cualquier otro integrante del Equipo de Salud que se requiera para brindar una atención integral del usuario y su familia.

Estrategias

a) Evaluación Diagnóstica Integral: Implica un diagnóstico de todas las áreas de la vida de la persona, incluye lo contextual, factores protectores y factores de riesgo. Es efectuado por a lo menos un médico y otro integrante del equipo de salud (Psicólogo/a, Asistente Social u otro). Este proceso de evaluación diagnóstica integral puede ser realizado, según el caso, en 1 o más sesiones, puede conllevar Visita Domiciliaria Integral y culmina con el ingreso al programa de salud mental. Por tanto, es necesario que esté incorporada en la programación del establecimiento.

b) Tratamiento Integral: Al ingresar al programa, se efectúa, por al menos, médico, psicólogo/a y asistente social, un plan de tratamiento integral.

Éste incluye: motivo de consulta co-construido entre el/la/los consultantes/s y equipo de salud, objetivos del tratamiento, actividades, plazos (número de sesiones proyectada y frecuencia) y consentimiento informado.

Las actividades a desarrollar en el contexto de tratamiento son:

- i. Intervenciones psicosociales individuales (Incluye psicoterapia cuando se requiere).
 - ii. Intervenciones psicosociales de Grupo.
 - iii. Intervenciones familiares.
 - iv. Intervención psicosocial en el contexto comunitario (barrio, colegio, trabajo, etc.).
 - v. Visitas domiciliarias integrales (VDI): Solo las VDI han estado incorporadas a algunos componentes del programa integral de salud mental en APS.
 - vi. Prescripción de fármacos.
 - vii. Trabajo con redes institucionales comunales (Previene-SENDA, OMIL, DIDECO, Oficina de la mujer, OPD, JUNAEB, etc.)
 - viii. Uso de herramientas con enfoque familiar, tales como genograma, eco-mapa, círculo familiar entre otros
- c) Derivación o referencia asistida. Entendida como continuidad de cuidados, donde se efectúan articulaciones entre establecimientos de distintos niveles de la red que la persona vivencia como una serie de eventos del cuidado de su salud coherente y conectado entre sí en el tiempo.
- d) Alta terapéutica integral. Implica que el proceso de atención de la persona llega a un alta de todos los integrantes del equipo de salud que la estaban atendiendo. Legalmente, le corresponde al médico efectuarlo.
- e) Seguimiento en los casos que requiera establecer contacto con las personas y/o sus familias para monitorear la evolución en el tiempo.
- f) Consultoría de Salud Mental. El equipo de salud actúa en el rol de consultantes y el equipo de especialidad en salud mental comunitaria como consultor. La

consultoría involucra también una importante responsabilidad del nivel primario, ya que en la práctica se constituye un meta-equipo, en el cual, a través del componente de enlace continuado y de la inclusión de aspectos de administración de los procesos clínicos, el nivel especializado se articula con este para brindar continuidad e integralidad de cuidados a los usuarios.

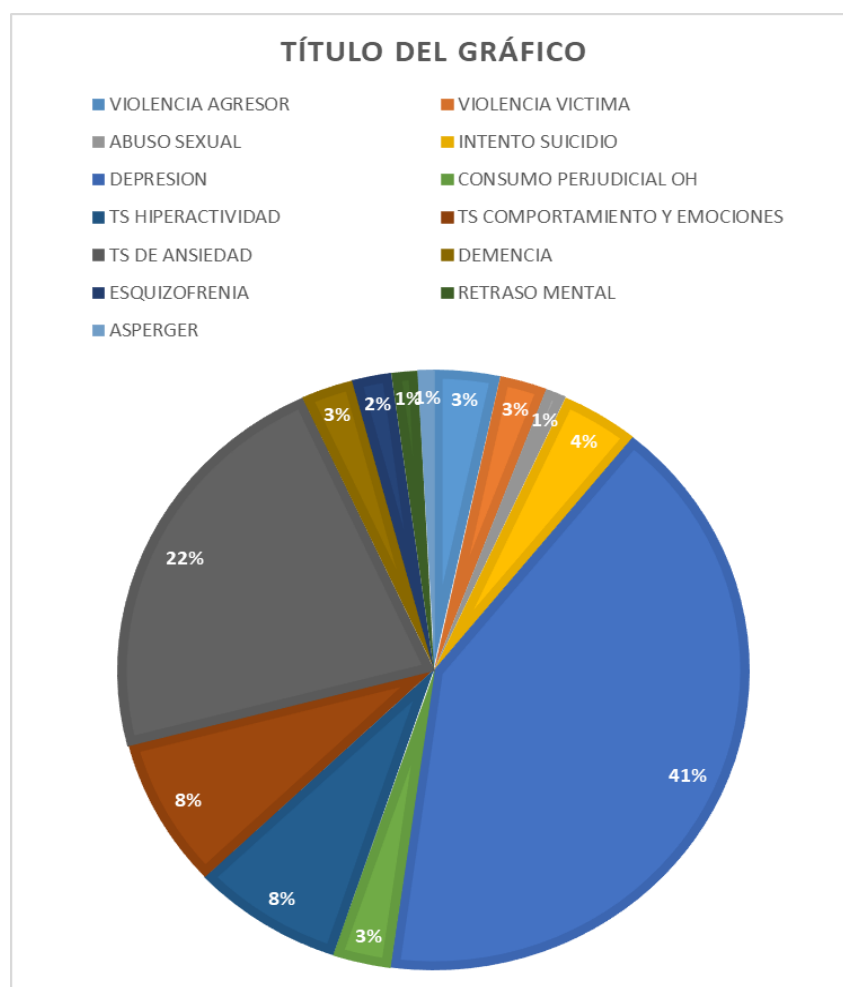
INDICADORES 2022 (A OCTUBRE)

POBLACIÓN BAJO CONTROL

VIOLENCIA AGRESOR	25
VIOLENCIA VÍCTIMA	18
ABUSO SEXUAL	8
INTENTO SUICIDIO	30
DEPRESIÓN	309
CONSUMO PERJUDICIAL OH	22
TS HIPERACTIVO	58
TS COMPORTAMIENTO Y DE LAS EMOCIONES DE COMIENZO HABITUAL EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA	60
TS DE ANSIEDAD	166

DEMENCIA	20
ESQUIZOFRENIA	15
RETRASO MENTAL	10
ASPERGER	6

POBLACION BAJO CONTROL 747 PACIENTES.



Consultorías

Se define como la actividad conjunta y de colaboración permanente entre el equipo de especialidad en salud mental y el equipo de salud general del nivel primario, que tiene como propósito potenciar la capacidad resolutive del nivel primario, mejorar la referencia y contra referencia de personas, entre ambos niveles de atención, garantizar la continuidad de cuidados de la población usuaria con problemas de salud mental o trastornos mentales

Se pretende potenciar la red de servicios de salud mental y psiquiatría en la que las distintas unidades y que todo el equipo de salud ofrecemos una amplia gama de prestaciones, coordinamos entre sí para el intercambio de información, la definición dinámica de las respectivas áreas de competencia, el flujo de pacientes entre ellas, y la realización de actividades conjuntas, incluyendo tanto la promoción y protección de la salud mental, como el tratamiento y la rehabilitación de las enfermedades.

La red de servicios de salud mental y psiquiatría debe ser parte de la red de salud general, entendiendo que las personas con enfermedad mental requieren y deben contar con acceso expedito a todo el sistema sanitario, al igual que las personas que padecen cualquier otro tipo de enfermedad.

Para el año 2023 se programaron 7 consultorías al año las que serán realizadas de manera presencial para lo que debemos contar con vehículo para traslado de pacientes y para traslado del equipo consultor, encabezado por el médico psiquiatra Dr. Ángel Artiles, Asistente social Ana Yañez, Psicóloga Lorena Urra

Por nuestra parte existe la posibilidad de contar con la participación de todo nuestro equipo el que está conformado por Dr. Matías Honorato, Psicólogos Denis González Herrera, Encargada de programa, ps. Claudio Reveco Bravo, Asistente Social Estefanía Cubillos Becerra

REUNIONES CLÍNICAS SEMANALES

Durante este año se implementaron las tan necesarias reuniones clínicas con el equipo de Salud mental, cuyo objetivo es trabajar de manera integral y coordinadas las derivaciones, revisión de casos, y programación de las actividades del programa, éstas son realizadas todos los jueves de 8:00 a 9:00 optimizando nuestras atenciones y respuestas a las demandas de nuestra comunidad.

ACTIVIDADES PROMOCIONALES Y PREVENTIVAS

El trabajo promocional y preventivo en conjunto con las actividades comunitarias deben corresponder a un 30% de las actividades programadas para la Unidad de Salud Mental.

Para el año 2023 se ha determinado trabajar de manera conjunta con el equipo de promoción, participación ciudadana y espacios amigables programando Talleres promocionales de Salud mental que la Comunidad exponga en el Diagnóstico participativo.

Dentro de las actividades es importante mencionar:

Campaña de sensibilización en Prevención de Suicidio

Septiembre mes de la Salud Mental.

Prevención Violencia contra la mujer

SALUD RESPIRATORIA

Programas IRA-ERA

Propósito:

Otorgar atención de salud oportuna, humanizada y de calidad a la población con enfermedades respiratorias agudas y crónicas, conforme a las guías y normas ministeriales existentes.

Descripción de los Programas:

Estos programas, desarrollados a lo largo del país deben realizar actividades de promoción, prevención, pesquisa precoz, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación de usuarios con enfermedades respiratorias agudas y crónicas de su población a cargo, bajo el modelo de atención integral y enfoque familiar, estableciendo coordinación con nivel secundario, incorporando determinantes psicosociales en la evaluación de los pacientes y sus familias, involucrando a éstas en el autocuidado y manejo de los problemas de salud, trabajando con el intersector.

Objetivo General:

Entregar atención oportuna, personalizada y de calidad a usuarios que cursan con infecciones respiratorias agudas y presentan enfermedades respiratorias crónicas, contribuyendo a disminuir complicaciones y mortalidad prematura, como también a la mejoría de la calidad de vida de éstas.

Objetivos Específicos:

Contribuir a la disminución de la mortalidad prematura por enfermedades respiratorias agudas y crónicas, alcanzando la meta definida en la estrategia nacional de salud

Desarrollar estrategias educativas individuales y/o grupales para la promoción de la salud y la prevención de enfermedades respiratorias agudas y crónicas.

Estrategias Complementarias para Programas IRA-ERA en la Atención Primaria:

- Programa Apoyo Diagnóstico Radiológico en el Nivel Primario de Atención para la Resolución Eficiente de Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC)

Propósito:

Mejorar la resolutividad de la Atención Primaria frente al diagnóstico de Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC) en menores de 5 años, de 65 y más años y en personas de otras edades con dicha sospecha diagnóstica.

- Programa oxígeno domiciliario.

Propósito:

Aumentar la sobrevida de pacientes con insuficiencia respiratoria crónica o que requieren la administración de oxígeno en forma transitoria o permanente, facilitando su reinserción familiar, escolar y laboral, mejorando su calidad de vida relacionada a salud junto con liberar camas hospitalarias.

Coordinación e integración de los Programas Respiratorios en la Red.

1. Coordinación de los Programas IRA y ERA por ciclo vital.

Los programas respiratorios, como parte de las acciones en Salud Primaria enmarcados en la entrega de una atención oportuna, integral y continua; deben gestionar estrategias que permitan mantener las mejores condiciones de salud de la población. Bajo este precepto debe existir una coordinación interna para dar cumplimiento a las acciones sanitarias entre los distintos programas de salud, en cada una de las etapas del ciclo vital, para lo cual es necesario que se coordinen con el resto del equipo profesional del centro de salud para el cumplimiento de las

actividades de los programas de salud, para lo cual se sugieren las siguientes estrategias.

Salud de la mujer y el recién nacido

Objetivos:

Contribuir a la prevención de infecciones respiratorias agudas en el recién nacido.

Estrategias:

a. Promoción: Taller a embarazadas en: contaminación intradomiciliaria y ambientes libres de humo de tabaco, medidas de prevención de infecciones respiratorias, detección precoz de signos y síntomas respiratorios, medidas generales de cuidado en el niño con infecciones respiratorias y utilización de la red asistencial.

b. Prevención: Fomento y aplicación score de riesgo de morir por neumonía.

Programación y ejecución de visita domiciliaria integral (VDI) a madres de recién nacidos con score grave de morir por neumonía, coordinándose con profesionales de programas del centro de salud.

Coordinación con encargado de vacunas para inmunización Antiinfluenza según normas.

2. Salud Infantil

Objetivos:

Contribuir a la prevención, diagnóstico oportuno y manejo integral de patologías respiratorias agudas y crónicas durante la infancia.

Estrategias:

a. Promoción: Participar en actividades comunales de promoción de la salud (hogares libres de humo de tabaco, ambientes libres de contaminación, actividad física, ferias de promoción).

- Talleres a padres y/o cuidadores en prevención de infecciones respiratorias agudas, reconocimiento de signos y síntomas respiratorios, medidas generales de cuidado en el niño con infecciones respiratorias y utilización de la red asistencial. (Programa Nacional de la Infancia)
- Talleres a docentes, técnicos y apoderados de salas cuna, jardines infantiles y colegios de la comuna. Temática: medidas de prevención de infecciones respiratorias agudas, reconocimiento de signos y síntomas de enfermedades respiratorias agudas y crónicas, técnica inhalatoria, derivación oportuna a atención primaria y utilización de la red asistencial.
- Campañas comunicacionales en Cesfam y salas de esperas (videos, cartillas)

b. Prevención: Coordinación con encargado de vacunas para inmunización Antiinfluenza y Antineumocócica según normas.

- Pesquisa activa de crónicos respiratorios en establecimientos de educación y la comunidad.
- Visitas domiciliarias integrales a familias de niños con score grave de morir por neumonía, coordinándose con profesionales del centro de salud.
- Auditorías a familias de fallecidos por Neumonía en domicilio con instrumento estandarizado.
- Visita Domiciliaria integral realizada por profesional a familias con niños portadores de enfermedades respiratorias crónicas severas o con requerimientos especiales (programa de oxígeno ambulatorio, asistencia ventilatoria no invasiva AVNI, asistencia ventilatoria invasiva AVI), coordinándose con profesionales del centro de salud.

- Fomento y aplicación score de riesgo de morir por neumonía hasta los 6 meses de edad.
- Encuestas de pesquisa de crónicos en salas de espera con derivaciones

c. Diagnóstico y Tratamiento: Recepción en Sala IRA de pacientes derivados desde la red por patología respiratoria aguda o exacerbación de crónica respiratoria, accediendo a consulta kinésica en los plazos establecidos para pacientes GES.

- Evaluación, confirmación diagnóstica, categorización, tratamiento y seguimiento de síndrome bronquial obstructivo recurrente, asma bronquial y otras crónicas respiratorias.
- Controles periódicos a los pacientes crónicos respiratorios según norma y evaluación de nivel de control
- Evaluación de calidad de vida a pacientes que ingresan al programa IRA, con instrumento estandarizado (PedQL).

d. Coordinación: Participación en reuniones de sector, presentando casos que ameriten estudios de familia.

- Fomentar la derivación y pesquisa precoz de pacientes con sospecha de enfermedades respiratorias crónicas.
- Fortalecimiento de la atención integral derivando a médico u otro profesional los pacientes que requieran atención por causas no respiratorias identificadas.
- Apoyar las acciones del programa atención domiciliaria cuando sean requeridas, según disponibilidad.
- Rescate de pacientes inasistentes.
- Fomento de Flujograma de derivación

Salud de los Adolescentes y Jóvenes

Objetivos:

Contribuir a la prevención, diagnóstico oportuno y manejo integral de patologías respiratorias agudas y crónicas durante el ciclo vital adolescente.

Estrategias:

a. Promoción: Participar en actividades comunales de promoción de la salud (hogares libres de humo de tabaco, ambientes libres de contaminación, actividad física).

- Fomento y realización consejería breve antitabaco en todas las consultas y controles de salud del adolescente y joven. Talleres a docentes en colegios de la comuna. Temática: reconocimiento de signos y síntomas de enfermedades respiratorias agudas y crónicas, técnica inhalatoria, derivación oportuna.

b. Prevención: Coordinación con encargado de vacunas para inmunización Antiinfluenza.

- Pesquisa activa de crónicos respiratorios en establecimientos de educación y la comunidad.
- Auditoría a familias de fallecidos por Neumonía en domicilio con instrumento estandarizado.
- Exámen de baciloscopía a población sintomática respiratoria cautiva, se debe realizar investigación bacteriológica de expectoración semestralmente a cada paciente bajo control que sea sintomático respiratorio (persona que presenta tos con expectoración por más de 2 semanas) y en todos los casos en que se intensifiquen los síntomas respiratorios.
- Visita domiciliaria integral realizada por profesional a familias con adolescentes y jóvenes portadores de enfermedades respiratorias crónicas severas o con requerimientos especiales (programa de oxígeno

ambulatorio, asistencia ventilatoria no invasiva AVNI, asistencia ventilatoria invasiva AVI).

c. Coordinación: Participación en reuniones de sector, presentando casos que ameriten estudios de familia.

- Fomentar la derivación y pesquisa precoz de pacientes con sospecha de enfermedades respiratorias crónicas.
- Fortalecimiento de la atención integral derivando a médico u otro profesional los pacientes que requieran atención por causas no respiratorias identificadas.
- Apoyar las acciones del programa atención domiciliaria cuando sean requeridas, según disponibilidad.
- Rescate de pacientes inasistentes
- Fomento de flujograma de derivación

Salud de las personas adultas

Objetivos:

Contribuir a la prevención, diagnóstico oportuno y manejo integral de patologías respiratorias agudas y crónicas durante el ciclo vital del adulto.

Aportar a reducir la morbilidad asociada a las enfermedades cardiovasculares, disminuyendo el riesgo cardiovascular por manifestaciones extra pulmonares de algunas enfermedades respiratorias crónicas.

Estrategias

a. Promoción: Fomento y realización de consejerías breves antitabaco en todas las consultas y controles de salud.

- Participación activa en actividades de promoción de salud comunal (Ej.: Día sin fumar, Mes del corazón, del Pulmón, etc.).

- Realizar Talleres de enfermedades respiratorias a juntas de vecinos, agrupaciones de adultos, etc.

b. Prevención: Coordinación con encargado de vacunas para inmunización Antiinfluenza.

- Examen de baciloscopía a población sintomática respiratoria cautiva, se debe realizar investigación bacteriológica de expectoración semestralmente a cada paciente bajo control que sea sintomático respiratorio (persona que presenta tos con expectoración por más de 2 semanas) y en todos los casos en que se intensifiquen los síntomas respiratorios.
- Fomento del cese del consumo de tabaco en adultos en coordinación con programa cardiovascular e instancias comunitarias (Ej.: clubes de adultos, talleres deportivos, etc.).
- Visita domiciliaria integral a pacientes portadores de enfermedades respiratorias crónicas severa y usuarios con requerimientos especiales (POA, AVNIA, AVIA) de 20 a 64 años.
- Auditoría en domicilio a familiares de fallecidos por neumonía en el hogar con instrumento estandarizado.

c. Diagnóstico y Tratamiento: Recepción en Sala ERA de pacientes derivados desde la red por patología respiratoria aguda o exacerbación de crónica respiratoria, accediendo a consulta kinésica en los plazos establecidos para pacientes GES.

- Pesquisa, evaluación, confirmación diagnóstica y categorización de patología respiratoria crónica.
- Controles periódicos a los pacientes crónicos respiratorios según norma y evaluación de nivel de control.
- Evaluación funcional con espirometría para Asma, EPOC y otras crónicas respiratorias tanto para diagnóstico y seguimiento

- Realización de Test de marcha para evaluación y seguimiento en pacientes EPOC.
- Evaluación de calidad de vida a pacientes que ingresan al programa ERA, con instrumento estandarizado (CAT, EQ5D).

d. Rehabilitación: Implementación de programa de Rehabilitación Pulmonar en usuarios con EPOC según criterios de inclusión.

e. Coordinación: Participación en reuniones de sector, presentando casos que ameriten estudios de familia.

- Fomentar derivación y pesquisa precoz de pacientes con sospecha de enfermedades respiratorias crónicas.
- Fortalecimiento de la atención integral derivando a médico u otro profesional los pacientes que requieran atención por causas no respiratorias identificadas.
- Integración con otros programas del centro de salud para la derivación oportuna de pacientes con sospecha de enfermedad respiratoria crónica.
- Apoyar las acciones del programa atención domiciliaria cuando sean requeridas, según disponibilidad.
- Rescate de pacientes inasistentes
- Fomento de flujograma de derivación

Salud de las personas adultas mayores (familia y cuidadores)

Objetivos:

Contribuir a la prevención, diagnóstico oportuno y manejo integral de patologías respiratorias agudas y crónicas durante el ciclo vital del adulto mayor.

Aportar a reducir la morbilidad asociada a las enfermedades cardiovasculares, disminuyendo el riesgo coronario originado por manifestaciones extra pulmonares de algunas enfermedades respiratorias crónicas.

Estrategias:

a. Promoción: Fomento y realización de consejerías breves antitabaco en todas las consultas y controles de las personas de 65 años y más.

- Participación en actividades comunales de promoción de la salud (hogares libres de humo tabaco, vacunación, ambientes libres contaminación) en clubes de adulto mayor y otros.
- Participación en actividades de promoción del centro de salud (Ej.: Día sin fumar, Mes del corazón, del Pulmón, ferias de promoción, etc.)
- Realizar Talleres de enfermedades respiratorias a clubes de adulto mayor, juntas de vecinos, agrupaciones de adultos mayores, etc.

b. Prevención: Examen de baciloscopía a población sintomática respiratoria cautiva, se debe realizar investigación bacteriológica de expectoración semestralmente a cada paciente bajo control que sea sintomático respiratorio (persona que presenta tos con expectoración por más de 2 semanas) y en todos los casos en que se intensifiquen los síntomas respiratorios.

- Fomento y administración de vacuna neumocócica polisacárida a los usuarios de 65 y más años y Antiinfluenza a mayores de 65 años de edad, según normas.
- Visitas domiciliarias a personas de 65 años y más portadores de enfermedades respiratorias crónicas severas y usuarios con requerimientos especiales (POA, AVNIA, AVIA).
- Auditorías de muerte por neumonía en domicilio a familiares de fallecidos por Neumonía en el hogar con instrumento estandarizado.

c. Diagnóstico y Tratamiento: Recepción en Sala ERA de pacientes derivados desde la red por patología respiratoria aguda o exacerbación de crónica respiratoria, accediendo a consulta kinésica en los plazos establecidos para pacientes GES.

- Pesquisa, evaluación, confirmación diagnóstica y categorización de patología respiratoria crónica.
- Controles periódicos de pacientes crónicos respiratorios según norma y evaluación nivel de control.
- Evaluación funcional con espirometría para Asma, EPOC y otras crónicas respiratorias tanto para diagnóstico y seguimiento
- Realización de Test de marcha para evaluación y seguimiento en pacientes EPOC.

Evaluación de calidad de vida a pacientes que ingresan al programa ERA, con instrumento estandarizado (CAT, EQ5D).

d. Rehabilitación Implementación de programa de rehabilitación pulmonar en usuarios con EPOC según criterios de inclusión.

e. Coordinación: Participación en reuniones de sector, presentando casos que ameriten estudios de familia.

- Fomentar la derivación y pesquisa precoz de pacientes con sospecha de enfermedades respiratorias crónicas.
- Fortalecimiento de la atención integral derivando a médico u otro profesional los pacientes que requieran atención por causas no respiratorias identificadas.
- Integración con otros programas del centro de salud para la derivación oportuna de pacientes con sospecha de enfermedad respiratoria crónica.
- Apoyar acciones del programa atención domiciliaria cuando sean requeridas, según disponibilidad.
- Rescate de pacientes inasistentes
- Fomento de flujograma de derivación

Coordinación Nivel Secundario con APS en los Programas Respiratorios.

Programa IRA-ERA: La referencia y contrareferencia de los pacientes crónicos respiratorios se coordinará según las Normas establecidas por cada servicio de salud, entre APS y nivel secundario. Estos protocolos realizados por especialistas de la red deberán ser propuestos, discutidos, aprobados y difundidos en instancias participativas de la Red local de Salud (CIRA, UGRL (Unidad de Gestión de Red Local), otras) revisados y actualizados cada 3 años. Se debe protocolizar y verificar la derivación de pacientes post-alta hospitalaria para continuidad de tratamiento en APS, a través de flujos locales de derivación. Los flujos de derivación deberán ser de conocimiento de los profesionales que se desempeñan en los programas IRA-ERA. Debe de existir una coordinación para la realización de capacitación por parte de los equipos de salud del nivel secundario, hospital referente, a los profesionales del programa IRA-ERA de APS, organizado por los Servicios de Salud y SEREMI.

Programa de Prematuros: En esta población debe quedar asegurado su control en el nivel secundario y primario, y aquellos que tienen comorbilidad crónica respiratoria deben ingresar al programa IRA, y ser controlado de acuerdo a las definiciones determinadas en protocolo de referencia y contrareferencia para recibir las prestaciones que requiera en el lugar definido. Si el niño prematuro displásico broncopulmonar es parte de la estrategia de protección VRS con Palivizumab, el profesional del programa IRA debe confirmar su registro en la ficha clínica de este. Debe generarse una coordinación entre Nivel secundario y APS que asegure la derivación de los pacientes al centro de salud con la documentación correspondiente para recibir las prestaciones que proporciona la atención primaria de salud.

Programas Ventilatorios: los Programas de Asistencia Ventilatoria en niños y adolescentes (AVI-AVNI) jóvenes, adultos y adultos mayores (AVNIA, AVIA) son el pilar de atención clínico-social de carácter avanzado que permite por una parte mejorar la calidad de vida relacionada a salud de los pacientes, dignificar su condición médico-social-familiar y liberar cupos en el sistema de atención

hospitalaria. Deben ser ingresados al programa por médico especialista Broncopulmonar, según criterios clínicos y sociales de inclusión y exclusión (Anexo N°2). Estos pacientes deben incluirse en los programas de salud de la atención primaria con el fin de proporcionar las prestaciones de salud necesarias (Vacunación, alimentación, consultas y controles), junto a esto deben de ser evaluados periódicamente en domicilio existiendo una coordinación con su equipo tratante (profesionales que visitan al paciente y broncopulmonar de la red (Encargado de policlínico de seguimiento), según protocolos de referencia y contrareferencia establecidos a nivel local. Se espera que el equipo del programa IRA-ERA realice dos visitas domiciliarias anuales para seguimiento de este paciente bajo control y apoye con atenciones kinésicas en períodos de exacerbaciones junto a los profesionales que visitan al paciente en domicilio.

Programa Oxígeno Domiciliario: Este programa se ejecuta a través del nivel secundario de salud y de los programas IRA-ERA en la Atención Primaria. La indicación de oxigenoterapia es de responsabilidad del médico broncopulmonar o médico internista o pediatra, en las regiones o zonas del país que no cuenten con estos especialistas, deberá ser un médico capacitado en el manejo de las enfermedades respiratorias.

Desde el nivel secundario se realiza la contrareferencia al centro de salud respectivo donde se encuentre inscrito el paciente, para la evaluación del domicilio, además adjunta las indicaciones del tratamiento. A su vez, un profesional del centro de salud realiza la visita domiciliaria y completa formulario n°2 (Anexo N°3) dentro de los primeros 7 días hábiles desde la recepción del paciente en el centro de salud, enviando a nivel secundario el formulario. Deben ser incorporados a registro de población bajo control todos los usuarios de oxígeno domiciliario pertenecientes a programas respiratorios.

El equipo del programa IRA-ERA debe realizar al menos dos visitas domiciliarias anuales para seguimiento (Anexo N°4), velando por el cumplimiento de los controles con especialista, las indicaciones de tratamiento (flujo indicado) y reforzando educación a paciente y familia.

Coordinación Servicios de Atención de Urgencia con APS.

SAPU/SUR/SAR: En el ámbito respiratorio, se requiere una coordinación constante entre estos servicios y los programas respiratorios de los centros de salud de la comuna, especialmente en la derivación de pacientes GES (IRA baja menor 5 año, asma bronquial, EPOC, neumonía en mayores de 65 años) para continuidad de tratamiento y seguimiento. Debe establecerse registro de las atenciones y derivaciones de pacientes desde SAPU/SUR/SAR al centro de salud, fundamental para mantener la continuidad de la atención, pesquisa precoz de enfermedades respiratorias crónicas y disminución de la poli-consulta en estos servicios.

Unidad de Emergencia Hospitalaria: Se requiere fomentar y actuar de acuerdo a normas y protocolos de referencia y contrareferencia establecidos en la red para continuar tratamientos y cuidados en APS u Hospital. Es esencial que cada UEH cuente con registro de las Salas IRA/ ERA de su red para derivación de usuarios con cuadros respiratorios agudos y exacerbaciones, con el fin de dar continuidad de tratamiento, seguimiento y derivación de sospechas de patología respiratoria crónica fundamental para disminuir la poli consulta en este servicio.

Rendimiento: Es el número de actividades de un tipo que se deben ejecutar por hora. Esta orientación sugiere para las distintas actividades que se realizan en los programas respiratorios el siguiente rendimiento:

Actividad	Duración	Rendimiento por hora
-----------	----------	----------------------

Ingreso Crónico a Programa	30 minutos	2
Control de Crónico	20 minutos	3
Ingreso y Consulta de paciente agudo	20 minutos	3
Intervención en crisis u hospitalización abreviada	60 minutos	1
Test de Ejercicio	40 minutos	1.5
Visita Domiciliaria	60 minutos	1
Test de Marcha	30 minutos	2
Sesión de Rehabilitación Pulmonar	90 minutos	0.7
Espirometría	45 minutos	1.3

Educación individual	20 minutos	3
Educación Grupal (Max. 10)	60 minutos	1

OTRAS ACTIVIDADES

- Rehabilitación y educación de pacientes con patologías musculoesqueleticas derivados por médicos del CESFAM de Chépica como de médicos de la red pública de salud, algunas de las patologías a tratar serán artrosis de rodilla y cadera, hernias del núcleo pulposo, lumbagos mecánicos, síndrome de hombro doloroso, síndrome de túnel carpiano operado, etc.
- Visita domiciliaria a paciente postrado derivado por profesional encargado del programa.
- Evaluación de pacientes derivado de SENADIS para evaluación de ayudas técnicas, formulario que será llenado exclusivamente por kinesiólogo o medico fisiatra.
- Evaluación de pacientes para ayudas técnicas para cumplimiento de Garantías Explicitas en Salud

PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la promoción de factores protectores, permite que las personas tengan un mayor control de las variables que influyen en su calidad de vida, haciéndolos protagonistas y responsables de su bienestar. Su objetivo principal es fortalecer las habilidades de las personas y la capacidad de la comunidad para empoderarse con acciones que tiendan a mejorar su estado general de salud, ya sea físico, psicoemocional o ambiental.

La Promoción de salud, es la base de la salud pública, específicamente de la atención primaria, debido a la reducción del gasto en salud, que se produce por la disminución de enfermedades derivadas de un estilo de vida poco saludable. Para que este objetivo se lleve a cabo, es de vital importancia la participación ciudadana, ya que de eso depende el éxito de las acciones que se implementen.

Actualmente, el programa de promoción de la salud tiene como propósito contribuir a mejorar el problema de “Déficit de acceso de la población a la promoción de la salud a través de los Planes Trienales de Promoción de Salud 2022 - 2024 del Ministerio de Salud, habilitando y optimizando entornos saludables en Chile”, en base al desarrollo de actividades que busquen:

- El fortalecimiento de las regulaciones y políticas municipales para crear y favorecer entornos saludables con enfoque intercultural, ambiental, solidario, equidad de género e intergeneracional, Aumento en la habilitación y mejora de infraestructura para implementar entornos saludables con enfoque intercultural, ambiental, solidario, equidad de género e intergeneracional.
- Aumentar la habilitación y mejora de infraestructura para implementar entornos saludables con enfoque intercultural, ambiental, solidario, equidad de género e intergeneracional.

- Aumentar las intervenciones de educación en salud para la población general y grupos específicos.
- Fortalecer la participación comunitaria para aumentar conocimientos y habilidades de los factores protectores y para aumentar el involucramiento con enfoque intercultural, ambiental, solidario, equidad de género e intergeneracional.
- Fortalecer la difusión y comunicación social para aumentar el conocimiento de los factores protectores/riesgo de la salud y el bienestar con enfoque intercultural, ambiental, solidario, equidad de género e intergeneracional.

Dentro de las estrategias específicas se encuentran, Establecimientos educacionales promotores de Salud (EEPS), donde se encuentran comprometidos los siguientes establecimientos:

- Liceo Fermín del Real Castillo
- Escuela María Marta del Real (La mina)
- Escuela Luis Athas (Auquinco)
- Escuela Especial Cre-Integrarte
- Jardín Infantil Cielo Azul (Orilla de Auquinco)
- Jardín Infantil y Sala Cuna Zancudín
- Colegio de Lenguaje Charles Darwin

La distribución financiera asignada para la ejecución del trienio 2022 – 2024 es de \$15.644.703, donde cada año cuenta con un monto de \$5.214.901, distribuidos en diferentes actividades que se orientan en los objetivos descritos anteriormente.

Actividades 2022

1. Formulación e implementación de regulaciones locales de Promoción de la Salud mediante un proceso participativo.

- Fase de formulación, revisión y/o sensibilización (Abogacía).
- El objetivo principal de la actividad es contribuir al desarrollo de regulaciones que orienten la labor comunal hacia el fortalecimiento de factores protectores de salud que fomenten estilos de vida saludable en temáticas como alimentación, actividad física, vida al aire libre, entre otras.

2. Ejecución de programas permanentes de actividad física en establecimientos educacionales (escolares y preescolares).

- Realización de sesiones de actividad física en tres establecimientos educacionales de la comuna, con una frecuencia de dos veces por semana, aumentando el tiempo de realización de actividad física en horarios de clases, potenciando el desarrollo de habilidades motrices, tanto finas y gruesas, que guardan relación directa con acciones que fortalecen áreas de locomoción, manipulación y estabilidad, a través de circuitos lúdicos y dinámicos, generando así un mayor interés y adherencia a la participación, utilizando de esta manera el juego como herramienta potente de formación de hábitos que alejen a los niños y niñas del sedentarismo. Las actividades se realizan en conjunto a programa Elige Vida Sana de la comuna.
- Establecimientos intervenidos: Escuela María Marta del Real, Escuela de Lenguaje Charles Darwin y Jardín infantil y sala cuna Zancudín.

- Monto asignado para la Adquisición de implementos deportivos que fomenten y faciliten la práctica de actividad física, como por ejemplo set de motricidad, entre otros: \$609.901

3. Instalación de estacionamientos de bicicletas en entorno comunal.

- Adquisición de 2 estacionamientos de bicicletas, los cuales se instalarán en dependencias de municipalidad (1 unidad con capacidad para 10 bicicletas) y en dependencias del centro de salud (1 unidad con capacidad para 10 bicicletas), ya que son los dos lugares más concurridos por las personas de la comuna, con lo que se busca fomentar el transporte activo al momento de asistir a dichos puntos, contribuyendo a la disminución del sedentarismo. La instalación será realizada por personal municipal.
- Monto asignado a la actividad: \$500.000

4. Diálogos o Conversatorios Ciudadanos sobre Promoción de la Salud en entorno comunal.

- Diálogo o conversatorio comunal y/o consulta, orientada a tomar acuerdos para abordar temas relevantes en Promoción de Salud en la comuna de Chépica.
- Participa sociedad civil y funcionarios municipales. Se replicará la actividad en establecimientos educacionales de sectores rurales de la comuna.

5. Producción de eventos comunales tales como eventos deportivos, campeonatos deportivos, demostraciones de cocina en entorno comunal.

- Realización de actividades masivas que fomenten estilos de vida saludable en entorno comunal, tales como corridas, caminatas, cicletadas, zumbatón, entre otras, donde también se potencia la conmemoración y/o celebración de

diferentes hitos comunales y se integran diversas temáticas (salud mental, salud sexual y reproductiva, alimentación saludable, actividad física, etc) de acuerdo a calendario:

- i. Marzo: Día de la Mujer
- ii. Abril: Día de la actividad física
- iii. Mayo: Día Mundial Sin tabaco
- iv. Agosto: Semana de Lactancia / Día de la Juventud
- v. Octubre: Día de la alimentación
- vi. Diciembre: Prevención de VIH / Feria de cierre año en curso

· Monto asignado a la actividad:

- i. Parlantes y/o implementos de amplificación, carpa iglú y/o toldo y/o similar, banderas promocionales, meta inflable y/o similar u otros: \$ 3.455.000
- ii. Colaciones saludables (agua, fruta o materia prima para degustaciones): \$300.000
- iii. Adquisición de insumos que estimulen la vida saludable, como por ejemplo botellas de agua reutilizable, pelotas, cuerdas de saltar u otro implemento que pueda ser

utilizado como estímulo a la participación
en eventos comunales: \$350.000

6. Campaña Comunicacional "Difusión a través de medios audiovisuales" para entorno comunal.

- Publicaciones en redes sociales, participación en espacios radiales locales, grabación de cápsulas o generación de otro material de difusión en temáticas de alimentación saludable, actividad física, prevención de consumo de tabaco y alcohol, salud mental, entre otros.
- Publicidad en redes sociales y radio local de actividades consideradas en PTPS como celebración de hitos comunales, con el fin de promover la participación masiva de la comunidad en las actividades que se realizan y/o informar sobre temas relevantes para la población.

7. Taller educativo en calidad de vida y factores protectores en entorno educacional.

- Realización de talleres Elige Vivir Sano, en temáticas de alimentación saludable, actividad física y crianza respetuosa destinado a fortalecer factores protectores que potencien el desarrollo de habilidades familiares en las áreas antes mencionadas, utilizando una metodología práctica y experiencial.
- El año 2022 se trabajará con 3 establecimientos de la comuna, ubicados en tres sectores diferentes de la comuna con el fin de descentralizar las acciones: Colegio Luis Athas (Auquinco), Colegio de Lenguaje Charles Darwin (Chépica Centro) y Escuela María Marta del Real (La mina).

Actividades 2023**1. Formulación e implementación de regulaciones locales de Promoción de la Salud mediante un proceso participativo.**

- Año 2023: Elaboración de Regulación local.
- El objetivo principal de la actividad es contribuir al desarrollo de regulaciones que orienten la labor comunal hacia el fortalecimiento de factores protectores de salud que fomenten estilos de vida saludable en temáticas como alimentación, actividad física, vida al aire libre, entre otras.

2. Plan de gestión y uso de espacios públicos para la Promoción de la Salud.

- Realizar y difundir con la comunidad plan de acción y utilización de espacios públicos destinados a la recreación y el deporte, considerando actividades masivas que contemplen el uso de espacios públicos que fomenten estilos de vida saludables, talleres de actividad física, etc.

3. Construcción o actualización de línea de base de entornos.

- Actualización y/o elaboración de línea base comunal que considere indicadores de alimentación saludable, actividad física, tabaco, entornos que fomenten estilos de vida saludables, utilización de espacios públicos destinados a la actividad física, entre otros.

4. Instalación de juegos infantiles en espacios públicos.

- Se realiza la instalación de juegos o circuito de madera que motive y fomente la realización de actividad física en la población infantil del sector, la cual no tiene acceso a espacios destinados a este fin y no cuentan con la posibilidad de trasladarse con facilidad al sector urbano, que es donde se encuentra la mayor

cantidad de oferta de actividades que fomenten la recreación y la práctica de actividad física (principalmente por la falta de locomoción).

- Se implementa plan de acción participativo, el cual se desarrollará en espacio intervenido, donde se potencien actividades promocionales requeridas por la comunidad.
- Monto asignado a la actividad: \$3.814.901

5. Ejecución de programas permanentes de actividad física en establecimientos educacionales (escolares y preescolares).

· Realización de sesiones de actividad física en tres establecimientos educacionales de la comuna, con una frecuencia de dos veces por semana, aumentando el tiempo de realización de actividad física en horarios de clases, potenciando el desarrollo de habilidades motrices, tanto finas y gruesas, que guardan relación directa con acciones que fortalecen áreas de locomoción, manipulación y estabilidad, a través de circuitos lúdicos y dinámicos, generando así un mayor interés y adherencia a la participación, utilizando de esta manera el juego como herramienta potente de formación de hábitos que alejen a los niños y niñas del sedentarismo. Las actividades se realizan en conjunto a programa Elige Vida Sana de la comuna.

- Establecimientos intervenidos: Escuela María Marta del Real, Escuela de Lenguaje Charles Darwin y Jardín infantil y sala cuna Zancudín.

6. Diálogos o Conversatorios Ciudadanos sobre Promoción de la Salud en entorno comunal.

- Diálogo o conversatorio comunal y/o consulta, orientada a tomar acuerdos para abordar temas relevantes en Promoción de Salud en la comuna de Chépica.

- Participa sociedad civil y funcionarios municipales. Se replicará la actividad en establecimientos educacionales de sectores rurales de la comuna.

7. Producción de eventos comunales tales como eventos deportivos, campeonatos deportivos, demostraciones de cocina en entorno comunal.

- Realización de actividades masivas que fomenten estilos de vida saludable en entorno comunal, tales como corridas, caminatas, cicletadas, zumbatón, entre otras, donde también se potencia la conmemoración y/o celebración de diferentes hitos comunales y se integran diversas temáticas (salud mental, salud sexual y reproductiva, alimentación saludable, actividad física, etc) de acuerdo a calendario:

- i. Marzo: Día de la Mujer
- ii. Abril: Día de la actividad física
- iii. Mayo: Día Mundial Sin tabaco
- iv. Agosto: Semana de Lactancia / Día de la Juventud
- v. Octubre: Día de la alimentación
- vi. Diciembre: Prevención de VIH / Feria de cierre año en curso

- Monto asignado a la actividad:

- i. Adquisición de insumos que estimulen la vida saludable, como por ejemplo botellas de agua reutilizable, pelotas, cuerdas de saltar u otro implemento que pueda ser

utilizado como estímulo a la participación en eventos comunales: \$600.000

- ii. Colaciones saludables (agua, fruta o materia prima para degustaciones): \$600.000

8. Campaña Comunicacional "Difusión a través de medios audiovisuales" para entorno comunal.

- Publicaciones en redes sociales, participación en espacios radiales locales, grabación de cápsulas o generación de otro material de difusión en temáticas de alimentación saludable, actividad física, prevención de consumo de tabaco y alcohol, salud mental, entre otros.
- Publicidad en redes sociales y radio local de actividades consideradas en PTPS como celebración de hitos comunales, con el fin de promover la participación masiva de la comunidad en las actividades que se realizan y/o informar sobre temas relevantes para la población.

9. Taller educativo en calidad de vida y factores protectores en entorno educacional.

- Realización de talleres Elige Vivir Sano, en temáticas de alimentación saludable, actividad física y crianza respetuosa destinado a fortalecer factores protectores que potencien el desarrollo de habilidades familiares en las áreas antes mencionadas, utilizando una metodología práctica y experiencial.

10. Taller educativo en calidad de vida y factores protectores en entorno comunal.

- Realización de talleres prácticos en temáticas de interés de la comunidad (definidas en diagnóstico participativo de promoción, que contemplen actividades como yoga, pintura, tejido, manualidades u otras) que fomenten el desarrollo de factores protectores que potencien una vida saludable y el autocuidado. Se integra el trabajo intersectorial y de salud como apoyo al desarrollo de actividades. Lugar tentativo para el desarrollo de la actividad: auditorio de casona municipal (ubicación de fácil acceso a la comunidad) u otro atiniente al correcto desarrollo de las actividades.

- Monto asignado a la actividad:

- i. Compra de materia prima de acuerdo a definición de temática referida por la comunidad (por ejemplo, lanas, pinturas, telas u otro material requerido para el desarrollo de manualidades): \$200.000

Actividades 2024

1. Formulación e implementación de regulaciones locales de Promoción de la Salud mediante un proceso participativo.

- Año 2024: Aprobación y/o Difusión
- El objetivo principal de la actividad es contribuir al desarrollo de regulaciones que orienten la labor comunal hacia el fortalecimiento de factores protectores de salud que fomenten estilos de vida saludable en temáticas como alimentación, actividad física, vida al aire libre, entre otras.

2. Plan de gestión y uso de espacios públicos para la Promoción de la Salud.

- Realizar y difundir con la comunidad plan de acción y utilización de espacios públicos destinados a la recreación y el deporte, considerando actividades masivas que contemplen el uso de espacios públicos que fomenten estilos de vida saludables, talleres de actividad física, etc.

3. Construcción o actualización de línea de base de entornos.

- Actualización y/o elaboración de línea base comunal que considere indicadores de alimentación saludable, actividad física, tabaco, entornos que fomenten estilos de vida saludables, utilización de espacios públicos destinados a la actividad física, entre otros.

4. Instalación de juegos infantiles en establecimientos educacionales.

- Instalación de Boulder (muro de escalada horizontal) u otra inversión que ayude al desarrollo de la práctica de actividad física en establecimiento educacional, buscando aumentar la oferta programática en esta área, potenciando el trabajo físico, psicoemocional, y social de los adolescentes. Se realiza coordinación con directora de establecimiento, quien solicita la intervención y se compromete con la adquisición de equipamiento necesario para la utilización del espacio y el recurso humano que será el encargado de generar un plan de trabajo en torno al espacio mejorado.
- Monto asignado a la actividad: 3.814.901

5. Ejecución de programas permanentes de actividad física en establecimientos educacionales (escolares y preescolares).

- Realización de sesiones de actividad física en tres establecimientos educacionales de la comuna, con una frecuencia de dos veces por semana, aumentando el tiempo de realización de actividad física en horarios de clases, potenciando el desarrollo de habilidades motrices, tanto finas y gruesas, que

guardan relación directa con acciones que fortalecen áreas de locomoción, manipulación y estabilidad, a través de circuitos lúdicos y dinámicos, generando así un mayor interés y adherencia a la participación, utilizando de esta manera el juego como herramienta potente de formación de hábitos que alejen a los niños y niñas del sedentarismo. Las actividades se realizan en conjunto a programa Elige Vida Sana de la comuna.

- Establecimientos intervenidos: Escuela María Marta del Real, Escuela de Lenguaje Charles Darwin y Jardín infantil y sala cuna Zancudín.

6. Diálogos o Conversatorios Ciudadanos sobre Promoción de la Salud en entorno comunal.

- Diálogo o conversatorio comunal y/o consulta, orientada a tomar acuerdos para abordar temas relevantes en Promoción de Salud en la comuna de Chépica.
- Participa sociedad civil y funcionarios municipales. Se replicará la actividad en establecimientos educacionales de sectores rurales de la comuna.

7. Producción de eventos comunales tales como eventos deportivos, campeonatos deportivos, demostraciones de cocina en entorno comunal.

- Realización de actividades masivas que fomenten estilos de vida saludable en entorno comunal, tales como corridas, caminatas, cicletadas, zumbatón, entre otras, donde también se potencia la conmemoración y/o celebración de diferentes hitos comunales y se integran diversas temáticas (salud mental, salud sexual y reproductiva, alimentación saludable, actividad física, etc.) de acuerdo a calendario:

- i. Marzo: Día de la Mujer

- ii. Abril: Día de la actividad física
- iii. Mayo: Día Mundial Sin tabaco
- iv. Agosto: Semana de Lactancia / Día de la Juventud
- v. Octubre: Día de la alimentación
- vi. Diciembre: Prevención de VIH / Feria de cierre año en curso

- Monto asignado a la actividad:

- i. Adquisición de insumos que estimulen la vida saludable, como por ejemplo botellas de agua reutilizable, pelotas, cuerdas de saltar u otro implemento que pueda ser utilizado como estímulo a la participación en eventos comunales: \$600.000
- ii. Colaciones saludables (agua, fruta o materia prima para degustaciones): \$600.000

8. Campaña Comunicacional "Difusión a través de medios audiovisuales" para entorno comunal.

- Publicaciones en redes sociales, participación en espacios radiales locales, grabación de cápsulas o generación de otro material de difusión en temáticas de alimentación saludable, actividad física, prevención de consumo de tabaco y alcohol, salud mental, entre otros.

- Publicidad en redes sociales y radio local de actividades consideradas en PTPS como celebración de hitos comunales, con el fin de promover la participación masiva de la comunidad en las actividades que se realizan y/o informar sobre temas relevantes para la población.

9. Taller educativo en calidad de vida y factores protectores en entorno educacional.

- Realización de talleres Elige Vivir Sano, en temáticas de alimentación saludable, actividad física y crianza respetuosa destinado a fortalecer factores protectores que potencien el desarrollo de habilidades familiares en las áreas antes mencionadas, utilizando una metodología práctica y experiencial.

10. Taller educativo en calidad de vida y factores protectores en entorno comunal.

- Realización de talleres prácticos en temáticas de interés de la comunidad (definidas en diagnóstico participativo de promoción, que contemplen actividades como yoga, pintura, tejido, manualidades u otras) que fomenten el desarrollo de factores protectores que potencien una vida saludable y el autocuidado. Se integra el trabajo intersectorial y de salud como apoyo al desarrollo de actividades. Lugar tentativo para el desarrollo de la actividad: auditorio de casona municipal (ubicación de fácil acceso a la comunidad) u otro atingente al correcto desarrollo de las actividades.

- Monto asignado a la actividad:
 - i. Compra de materia prima de acuerdo a definición de temática referida por la comunidad (por ejemplo, lanas, pinturas, telas u otro material requerido para el desarrollo de manualidades): \$200.000.

Finalmente, se destaca que según indica la OMS “La promoción de la Salud no es solo responsabilidad del sector salud, sino que va más allá de estilos de vida saludable. La Salud es un concepto positivo que enfatiza recursos sociales y personales, así como las capacidades físicas y dado que la Promoción de la Salud es considerada para el Estado una Política de Salud Pública; y que se describe como un proceso, cuyo objetivo consiste en fortalecer las habilidades y capacidades de las personas para emprender una acción, y la capacidad de los grupos o las comunidades para actuar colectivamente con el fin de ejercer control sobre los determinantes de la salud, todas las actividades contenidas en este plan son y serán desarrolladas con el compromiso y participación de todo el equipo Intersectorial de Promoción de Salud Comunal.

PROGRAMA DE RESOLUTIVIDAD

La Reforma de la Salud establece como uno de sus objetivos el fortalecimiento de la Atención Primaria, a través de capacitación de sus equipos de salud y de mejorar la infraestructura e implementación. En virtud que la demanda supera a la oferta, se producen brechas que es factible de abordar a través de distintas estrategias que son complementarias y que permiten ampliar oferta y cobertura:

- Utilización de cupos ofertados por la Red de Prestadores Públicos
- Capacitación Gestionada o trabajo conjunto entre Médicos Especialistas y Médicos de Atención Primaria
- Programa de Especialistas en terreno
- Telemedicina

El Programa de Resolutividad corresponde a una de estas estrategias, que no pretende por sí sola dar cuenta de la resolución de una brecha, sino más bien aportar junto a otras estrategias al aumento de oferta para prestaciones de salud. El desarrollo de este Programa ha impactado positivamente tanto en el equipo de salud local como en los usuarios, favoreciendo la relación de médicos de atención primaria con los médicos especialistas y disminuyendo en muchos casos tiempos de espera. Lo anterior ha generado un incremento de la demanda oculta lo que claramente justifica la mantención e idealmente futura expansión de los componentes de este Programa. Es importante para el Trabajo en Red, considerar que los profesionales que participen del Programa pertenezcan en lo posible a la Red local y que se integren con los equipos de salud locales en un trabajo conjunto, sistemático y permanente, entendiendo que el usuario no pertenece a uno de los componentes de la Red, sino que por el contrario, es parte de la misma y debe desplazarse dentro de ella fluidamente y con procesos que aseguren la continuidad de atención, única forma de asegurar un trabajo eficiente, con optimización de recursos y con un estándar de calidad que logre impacto sanitario y satisfacción en el usuario.

OBJETIVO:

Mejorar la capacidad resolutiva del Cesfam Chépica, potenciando la accesibilidad, oportunidad, pertinencia diagnóstica en la derivación y calidad técnica, en atenciones de especialidad considerando los aspectos preventivos, promocionales, asistenciales, curativos, y de control epidemiológico, con un Enfoque de Salud Familiar e integral

COMPONENTES:

Oftalmología: Está orientado al diagnóstico y tratamiento de los siguientes problemas de salud ocular: Vicios de Refracción (personas hasta 64 años), ojo rojo, tumores benignos (Chalazión, Pterigion) y Atención Integral del paciente con

Diabetes. Se podrá incluir a personas de otras edades si existe el requerimiento local que lo amerite.

Otorrinolaringología: está orientado al diagnóstico y tratamiento de la Hipoacusia (personas hasta 64 años), Síndrome Vertiginoso y Otitis Aguda (personas de 15 y más años). Se podrá incluir a personas de otras edades si existe el requerimiento local que lo amerite

Gastroenterología: Erradicar la infección por *Helicobacter pylori* cuando se asocie a esofagitis, úlcera duodenal, úlcera gástrica, gastritis linfonodular, gastritis atrófica. (Personas de 15 y Más años) como método de detección precoz del cáncer gástrico. (Guía clínica cáncer gástrico, MINSAL)

Dermatología: Las prestaciones de esta especialidad están orientadas a tratar farmacológicamente a pacientes con patología dermatológica, evaluada a través de la estrategia de Teledermatología, (no existe límite de edad establecido), logrando que el médico de Atención Primaria entregue fármacos efectivos, seguros y resolutivos, de acuerdo a las orientaciones entregadas por el Dermatólogo, generando un impacto real en el usuario.

En el Programa de Resolutividad año 2022 fueron aprobados la suma de \$2.868.460 los que se distribuyen de la siguiente forma:

COMPONENTE	VALOR	CANTIDAD
CONSULTAS OTORRINO	\$ 2.868.460	12
AUDIOMETRÍA		12

AUDÍFONOS		8
-----------	--	---

PROGRAMA IMÁGENES DIAGNOSTICAS

La Reforma de la Salud establece como uno de sus objetivos el fortalecimiento de la Atención Primaria, a través de capacitación de sus equipos de salud y de mejorar la infraestructura e implementación. En virtud que la demanda supera a la oferta, se producen brechas que son factibles de abordar a través de distintas estrategias complementarias tales como: Utilización de cupos ofertados por la Red de Prestadores Públicos, capacitación gestionada o trabajo conjunto entre médicos especialistas y médicos de Atención Primaria, operativos en salud, telemedicina, programas específicos, compra de servicios entre otras. El Programa de “Imágenes Diagnósticas en Atención Primaria” corresponde a una de estas estrategias, que no pretende por sí solo dar cuenta de la resolución de una brecha, sino más bien aportar junto a otras estrategias en la resolución de los problemas de salud de la población. ¡Dado que en el diseño de un proceso clínico asistencial!, existen una serie de variables que influyen en la correcta implementación de éste. Toda confirmación diagnóstica de una determinada patología requerirá complementarse con exámenes y procedimientos que forman parte de los procesos de soporte. Eventualmente uno de los problemas que ha constituido nodo crítico para la continuidad de atención del usuario y de la resolución oportuna de su problema de salud, tiene relación con la disponibilidad de procedimientos de Imagenología en atención primaria. Por lo anterior el Programa de “Imágenes diagnosticas en Atención Primaria”, se orienta a fortalecer los procesos de soporte para mejorar la oportunidad del proceso diagnóstico en:

- **Cáncer de Mama:** En Chile el cáncer de mama ocupa desde el año 2009 el primer lugar entre las muertes por cáncer entre las mujeres. La tasa de Años de Vida Potenciales Perdidos (AVPP) por cáncer de mama en la mujer es de 100 por 100.000, ocupando el segundo lugar, luego de cáncer de cuello uterino.

Este componente incorpora examen de Mamografía y Ecotomografía mamaria orientados a mujeres entre 50 a 69 años, presumiblemente sanas como método de screening de cáncer de mama y como apoyo en la confirmación diagnóstica en aquellos casos de Probable Patología Mamaria (PPM). Los exámenes están orientados a las mujeres de 50 a 59 años, especialmente en mujeres sin mamografía en los últimos 3 años según lo garantizado en el Examen de Medicina Preventiva, y en otras edades con factores de riesgo (hasta el 30% del total de las Mamografías)

- **Displasia luxante de caderas (DLC)**, que corresponde a una alteración en el desarrollo de la cadera, que afecta, en mayor o menor grado, a todos los componentes mesodérmicos de esta articulación. Es una de las enfermedades ortopédicas más comunes afectando a un 0.1 a 3 % de la población. Su incidencia varía, según presencia o ausencia de factores de riesgo, entre 1,5 a 20,7 por cada 1.000 nacidos vivos. Aunque en la mayoría de los casos no se identifican factores de riesgo, la presencia de uno o más de ellos, aumenta significativamente la probabilidad de presentarla,/& pudiendo llegar hasta un 12% en recién nacidos de sexo femenino con antecedente de presentación podálica

Este componente incorpora Radiografía de cadera en niños y niñas de 3 meses, (solicitada en control de los 2 meses), orientada a apoyar la confirmación diagnóstica de patología de displasia de desarrollo de caderas

- **Patología biliar y cáncer de vesícula**, Chile posee las tasas de incidencia y mortalidad más altas por cáncer de vesícula en el mundo. En Chile es;
1) Cáncer digestivo de diagnóstico tardío.

- 2) Mal pronóstico en etapas avanzadas, elevada mortalidad.
- 3) Cáncer resistente a radio y quimioterapia.
- 4) Peor pronóstico de todos los cánceres gastrointestinales y hepatobiliares.
- 5) Ausencia de marcadores diagnósticos en etapas iniciales.

Este componente incorpora examen de Ecotomografía abdominal, orientado a la pesquisa de patología biliar y cáncer de vesícula en pacientes de 35 y más años. La prescripción y la calidad técnica de esta prestación están definidas en el Protocolo de Cáncer de vesícula. De acuerdo a los requerimientos locales se podrá realizar la prestación a otros grupos etéreos que posean factores de riesgo asociados. Así mismo esta prestación puede apoyar la detección de otras patologías.

Para el Programa de “Imágenes Diagnósticas en Atención Primaria en 2022 se destinaron \$ **35.815.000** para el desarrollo de las actividades y prestaciones programadas para nuestros pacientes, dentro de las cuales se incluyen las siguientes:

EXAMEN	CANTIDAD	VALOR
Mamografías	797	\$ 14.346.000
Placas Complementarias BIRADS 0	8	\$ 44.000
Ecotomografía Mamaria	175	\$ 3.150.000

Ecotomografía Abdominal	400	\$ 8.000.000
Radiografía de Pelvis	150	\$ 975.000
Radiografía de Tórax	600	\$ 9.300.000
		\$ 35.815.000

LABORATORIO CLÍNICO

1. Laboratorio Clínico

1.1. Aspectos Generales

El Laboratorio Clínico del CESFAM Chépica, funciona en un espacio de aproximadamente 40 mt2 en el cual se distribuyen las áreas de Bioanálisis Clínico, Química de Orina, Hematología, Inmunología y un área especial para Microbiología; que en el caso de este laboratorio se ocupa para baciloscopias, y exámenes parasitológicos.

- **Recursos Humanos:**

Laboratorio Clínico del Consultorio Chépica cuenta actualmente con tres funcionarios:

- a) Dos (2) Tecnólogos médicos jornada completa (44 horas semanales)
- b) Cuatro (4) TENS jornada completa (44 horas semanales)

El laboratorio cuenta con una sala de toma de muestras que funciona en condiciones normales desde las 8.30 horas hasta las 10.30 horas., sin embargo, su funcionalidad es prácticamente todo el día, puesto que, sin estar normado, **funciona como laboratorio de urgencia** lo que es de relevancia al decidir el traslado de un paciente atendido por urgencia o la oportuna aplicación de medicamentos en pacientes de gravedad.

1.2. Equipamiento

Actualmente el Laboratorio cuenta con modernos equipos:

QUIMICA CLINICA :

COBAS 311 : Analizador de Química Clínica

HUMANEX A1C : Analizador de Hemoglobina Glicosilada

HEMATOLOGIA :

SYSMEX XS-1000 : Analizador para 16 parámetros hematológicos y un rendimiento de 16 muestras por hora

HUMACLOT JUNIOR : Coagulómetro de un canal

VITAL : Lector de VHS capacidad 5 tubos

HORMONAS

COBAS 411 : Analizador para hormonas.

ORINA

URISED : Analizador de parámetros físico químicos de la orina y sedimento urinario.

OPTICA

MICROSCOPIO OLYMPUS CX31: Que nos permite desarrollar todos los informes de microscopía en orina, parasitología, baciloscopias y bacteriología

OTROS EQUIPOS:

Centrifuga Digital MPW 251 capacidad 48 tubos

Estufa de Cultivo, 4 Computadores e impresora

Impresora Térmica para código de barras

SOFTWARE:

DIATEC : Software de laboratorio que gestiona la agenda, los resultados y las derivaciones de las muestras de pacientes haciendo más eficiente y oportuna la entrega de información tanto hacia nuestros pacientes como para nuestro equipo de trabajo.

1.3. Horas de Exámenes y Entrega de Resultados

El Laboratorio cuenta con un registro diario de horas para exámenes agendados en función del requerimiento del paciente, ya sea para efectuarse los controles según patología, para preoperatorios o pacientes con interconsulta a otro establecimiento del servicio, por nombrar algunos.

La llegada de éstos equipos ha significado para los pacientes más rapidez en la entrega de resultados, tiempos de espera que no van más allá de las 24 horas, exámenes de urgencia en 30 minutos y una mayor cobertura en las prestaciones que se traduce en que prácticamente el total de test requeridos serán realizados en el consultorio, evitando de esta forma las derivaciones al hospital de Santa Cruz y demoras innecesarias.

1.4. Laboratorio dentro del Servicio de Salud

El Laboratorio de Chépica está en la lista de Laboratorios Rurales de la región y eso nos obliga a realizar un listado establecido de exámenes que llamamos Canasta Básica de Exámenes.

Bajo esta perspectiva el Laboratorio de Chépica está posicionado por sobre la exigencia del Servicio de Salud como Laboratorio Rural, aproximándose más a un Laboratorio Urbano, pudiendo responder así ante una exigente demanda con más prestaciones para los usuarios sin costo adicional y en absoluto beneficio de una rápida y eficiente atención.



El Laboratorio está suscrito al programa de control de calidad externo dependiente del Instituto de Salud Pública PEEC, el cual mediante evaluaciones trimestrales y otras semestrales certifica la calidad de todas las áreas del laboratorio emitiendo un informe que llega a la dirección de cada establecimiento.

Además, se lleva un registro diario de control de calidad de todos los equipos y reactivos que se ocupan, lo que asegura la calidad y certeza de los resultados entregados.

Además, desde enero de 2020 se inició convenio de Toma de exámenes de Laboratorio con el departamento de Salud de Chimbarongo, el cual dentro de las prestaciones se consideraba la toma de exámenes en las 8 Postas Rurales que tiene este Servicio.

MES	TOTAL
ENERO	12.551.443
FEBRERO	15.731.144
MARZO	9.343.254
ABRIL	1.183.042

MAYO	2.236.604
JUNIO	7.237.254
JULIO	6.790.624
AGOSTO	8.332.406
SEPTIEMBRE	11.901.402
OCTUBRE	12.695.632
NOVIEMBRE	12.266.294
DICIEMBRE	10.762.356
TOTAL	\$ 111.031.455

Y desde abril de 2022 se firmó Convenio de Laboratorio con la Municipalidad de Nancagua con Un Cesfam y 3 Postas Rurales

PLAN DE CAPACITACIÓN

Plan de Capacitación 2023

Actividades de	Objetivos Educativos	Nº DE PARTICIPANTES POR CATEGORÍA							Nº de Horas Pedagógicas
Capacitación		CATEGORÍA							
		A	B	C	D	E	F	TOTAL	

1. MANEJO Y RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS – MANEJO DE SITUACIONES DE CRISIS.	Determinantes en salud: Determinantes sociales en salud, Salud y trabajo Comunitario	10	10	15	15	10	10	70	8 y más
	Salud mental del equipo de Salud, Manejo y resolución de conflictos, Comunicación efectiva	10	15	10	10	10	10	65	8 y más
	Manejo clínico y conductual de pacientes con agitación psicomotora	10	13	10	12	10	10	65	8 y más
	primeros auxilios psicológicos (PAP)	10	13	15	12	10	10	70	16 y más

2.REFORZAMIENTO DEL ACCESO A LA CAPACITACIÓN DE LOS TÉCNICOS DE ENFERMERÍA, MÉDICOS, ENFERMEROS, AUXILIARES	Manejo de Heridas complejas, Heridas y manejo de parches, Manejo avanzado de Heridas y úlceras, actualización en Podología	10	15	25	10	3	2	65	20 y más
	Programas de Actualización: Actualización en Laboratorio, Actualización en Guías Clínicas, Actualización en Farmacia, Esterilización, Bioseguridad	10	20	25	10	5	5	75	20 y más
	RCP	10	25	35	20	10	10	100	20 y más
	Primeros auxilios	10	15	25	20	10	10	80	8 y más

3.IMPLEMENTACIÓN DEL CUIDADO INTEGRAL CENTRADO	Promoción de salud y prevención de enfermedades	5	15	15	10	10	5	60	8 y más
--	---	---	----	----	----	----	---	----	---------

EN LA PERSONA CON ÉNFASIS EN LA MULTIMORBILIDAD.	Elaboración de plan de cuidados	5	15	15	10	5	5	55	16 y más
	Detección precoz de factores de riesgos	5	15	20	10	5	10	65	8 y más
	Detección y tratamiento de enfermedades cardiovasculares.	7	10	20	10	8	5	50	16 y más

4.FORTALECER LAS COMPETENCIAS DEL EQUIPO DE SALUD PARA EL ABORDAJE DE LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL, NEUROLÓGICOS Y ABUSO DE SUSTANCIAS	Violencia de género	5	15	15	15	15	15	80	8 y más
	Detección y tratamiento de la depresión	5	10	10				25	20 y más
	Trastornos del espectro autista	5	10					15	20 y más
	Discapacidad intelectual	4	5	5				14	20 y más
	Consumo de drogas y sustancias ilícitas	5	10	10	5	5		35	16 y más

5.FORMACIÓN DEL PERSONAL DE SALUD PARA LA ATENCIÓN RESPETUOSA A POBLACION CON GENERO NO CONFORME	Diversidad de género y diversidad sexual	5	15	15	10	10	10	65	8 y más
	Programa Chile Crece Contigo, Promoción y fomento Lactancia Materna, Desarrollo Psicomotor, Herramientas de negociación con el intra y extra sector, a los equipos de salud familiar en el eje comunitario, Curso básico de Sistema de funcionamiento sanitario chileno,	2	10	5	1	1		19	16 y más
		5	10	10	5	1		31	8 y más
		5	15	15	10	10	10	65	8 y más
6. ENRIQUECER LA GESTIÓN Y EL DESARROLLO DE LAS PERSONAS	Modelo de salud familiar para funcionarios Técnicos de Nivel Superior,, administrativos, auxiliares y choferes. Herramientas estadísticas, Ley de compras públicas								
	Diplamado de Salud Familiar	5	10	3	2				120 y más

7.MEJORAR LA	Actualización para choferes: Mecánica automotriz nivel medio y avanzado, Actualización en conducción y procedimientos para choferes APS, Manejo y transporte de Muestras					10	10	20	8 y más
	Ergonomía en oficinas, posturas ergonómicas adecuadas, pausas saludables, autocuidado , Métodos de trabajo seguro, Derecho a saber de acuerdo al decreto supremo 40 sobre prevención de riesgos profesionales y procedimiento en ocurrencia de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales	10	15	20	10	10	10	75	8 y más
	Manejo Control de Bodega, Actualización en Mercado público y Chile Compra, Manejo de residuos, Actualización Ley 20.285 de transparencia	5	10	15	10	10	10	50	16 y más

PREVENCIÓN Y MANEJO DE EMERGENCIAS Y CATÁSTROFES PROVOCADAS POR ACCIDENTES O DESASTRES NATURALES	Prevención y protección contra incendios (uso de extintores), Emergencias y Catástrofes orientados a brigadas de emergencias de cada CESFAM	5	10	15	10	5	5	50	8 y más
		5	10	15	10	5	5	50	8 y más
8. INTEGRAR TECNOLOGÍAS DE COMUNICACIONES E INFORMACIÓN	Gestión de la comunicación e información, Curso Básico, Intermedio y Avanzado en Excel	5	10	20	10	5	5	55	8 y más

PLAN DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA

I.- CONTEXTUALIZACIÓN TERRITORIAL:

DESCRIPCIÓN TERRITORIAL:

Nota: La presentación del territorio debe tener un desarrollo que entregue un panorama completo en el que trabaja Participación Ciudadana. La extensión de este espacio debe ser suficiente para responder a cabalidad lo solicitado y que permita tener una primera imagen del territorio.

La comuna de Chépica se encuentra localizada en la provincia de Colchagua, de la VI Región del Libertador General Bernardo O'Higgins. Ubicada a aproximadamente a 150 kilómetros al sur de Santiago, entre las comunas de Lolol, Santa Cruz, Nancagua, Chimbarongo, Teno, Rauco, Hualañé. La comuna de Chépica, cuenta con 15.037 habitantes según INE CENSO 2017, mantiene una población Urbano Rural dividida en partes relativamente iguales (50,15% y 49,85% respectivamente). Una población mayormente masculina (7.577) versus la femenina (7.460).

La actividad económica de la comuna según el Servicio de Impuesto Interno (SII), se encuentra concentrada en el rubro "Agricultura, Ganadería y Caza, que ha representado un 55% de la actividad empresarial, le sigue el rubro "Comercio al por mayor y menor (22%) y reparación de vehículos automotores/enseres domésticos (23%)". Las otras actividades comerciales alcanzan una relevancia menor dentro del desarrollo de la comuna.

La comuna cuenta con un Centro de Salud Familiar (CESFAM) y tres postas rurales; ubicadas en Auquenco, La Candelaria y en Orilla de Auquenco. La distribución de estas permite abarcar a toda la comuna, lo que no implica que el servicio abarque al 100% de la población que lo requiere. Cuenta con un CESFAM ubicado en el área urbana (Calle 18 de Septiembre S/N) con una población inscrita de 13.488 personas del área urbana y rural, ambas áreas (urbano y rural) conforman los sectores N° 1 y 2 de atención de Salud, existen un total de 2.126 adultos mayores de 65 años.

Durante los últimos años se ha aumentado la participación ciudadana, dando un espacio al dialogo y el trabajo con organizaciones sociales principalmente el Consejo de Desarrollo Local de Salud.

Se han buscado estrategias de dialogo con las autoridades comunales para mejorar problemáticas de salud y comunales.

Con los efectos de pandemia la participación ciudadana se vio afectada ya que las reuniones mensuales se estuvieron realizando por zoom y la comunidad se veía afectada por su conexión.

Actualmente estamos trabajando con normalidad y los consejos se reanudaron presencialmente asistiendo una cantidad importante a cada reunión, con el fin de apoyar la participación ciudadana y principalmente ser un apoyo en mejorar la calidad de salud de la comuna de Chépica.

En los consejos de desarrollo local de salud participan los usuarios del CESFAM, autoridades comunales, Representantes de agrupaciones comunitarias, Club de adulto mayor, juntas de vecinos, agrupación de discapacidad, funcionarios del Centro de salud de Chépica, entre otras.

II.- DIAGNÓSTICO TERRITORIAL PARTICIPATIVO:

Se debe realizar un diagnóstico territorial participativo que permita comprender las problemáticas territoriales emergentes para el sistema de salud desde la participación, el cual debe ir complementado con información secundaria relacionada con indicadores sanitarios y determinantes sociales de salud en el territorio. Lo anterior sin dejar de lado, el análisis de actores sociales activos en salud, demandas de las comunidades a la red y necesidades de los establecimientos.

DESCRIPCIÓN METODOLÓGICA DEL DIAGNÓSTICO TERRITORIAL:

Descripción acabada de la(s) estrategia(s) utilizada(s) para realizar el Diagnóstico territorial en salud. Considerar los distintos procesos para obtener la información necesaria, y que se desglosará en el próximo ítem.

En esta sección se debe explicar el o los métodos usados para la realización del diagnóstico participativo territorial en salud. Se debe detallar paso a paso cómo se obtiene la información del diagnóstico y quienes participan en él.

Nota: Es necesario presentar el mecanismo completo utilizado para realizar el diagnóstico participativo territorial en salud.

Diagnóstico: “Es el proceso mediante el cual las personas de la comunidad y el equipo de salud, recogen y comparten información que permita conocer la situación de Salud de la comunidad o territorio, sus prioridades, fortalezas y debilidades, definen en conjunto el o los problemas a abordar y los recursos con que cuentan para actuar”.

ETAPAS DESARROLLADAS

INICIO INVITACION

El diagnóstico participativo de salud con la comunidad se llevó a cabo el día 20 de abril de 2022, con una invitación y difusión a todos los actores que quisieran participar, principalmente se realizó la invitación presencial a las autoridades comunales, dirigentes de la junta de vecinos, clubes de adulto mayor, clubes deportivos, a los demás participantes se envió un correo electrónico para que participaran tales como educación, centro de alumnos de los colegios, directores de los colegios, escuelas rurales, funcionarios municipales, funcionarios de la salud, carabineros, bomberos, fundación las rosas etc. Además, se realizó una difusión por las redes sociales del CESFAM (Facebook-Instagram).



DESARROLLO DEL DIAGNOSTICO

Con la presencia de 51 participantes, en el auditorio de la casena municipal, se dio inicio al diagnóstico participativo de salud, utilizando la técnica JARDIN COMUNITARIO, en donde la comunidad dividida en grupos al azar debía crear un jardín con lo bueno y malo del CESFAM, la pregunta de apertura fue ¿Cómo ven ustedes la salud en la comuna de Chépica? Instancia que tenía como objetivo dialogar y analizar la salud de la comuna de Chépica.

RESULTADOS DEL DIAGNÓSTICO TERRITORIAL:

La información obtenida de la(s) estrategia(s) utilizada(s), detalladas con datos cuantitativos y/o cualitativos, con toda la información obtenida y que permite generar los planes y programas del año.

En esta sesión se debe presentar la información obtenida en el “Diagnóstico Participativo Territorial en Salud” detallada con todos los datos obtenidos, esta podría tener más de una fuente de información, en cualquier caso, debe estar descritas detalladamente, completa y ser suficiente para la planificación de la acciones y actividades.

Los resultados del diagnóstico fueron los datos entregados por cada jardín comunitario realizado por cada grupo, se puede señalar que las autoridades que participaron conformaron un solo grupo para no influir en la información que la comunidad entregará.

Grupo 1**Positivo**

- Derivaciones oportunas
- Diversidad de profesionales
- Se facilita acceso atención fuera del Cesfam

A mejorar

- Señaléticas a implementar para personas con discapacidad
- Mejorar trato a los usuarios
- Mejorar horas medicas
- Falta de privacidad para toma de exámenes covid
- Falta de cierre de seguro e implementos de higiene en los baños

Grupo 2**Positivo**

- Atención de pacientes COVID
- Buen trato en servicio de urgencia
- Traslado de los pacientes fuera de la comuna

- Atención de las asistentes sociales
- Atención del equipo de dependencia severa
- Controles del adulto mayor
- Disponibilidad y actitud de CESFAM para intervenir con mejoras
- Buen trato
- Equipo medico

A mejorar

- Demora en las interconsultas
- Falta de vehículos
- Falta de personal
- Problemas de accesibilidad
- Atención telefónica del CESFAM
- Grupos vulnerables problemas de acceso atención medica
- Atención de medico lenta
- Necesidad de medicina complementaria
- Recetas retenida tiempo de espera
- Encasas horas dentales
- Escasas horas medicas
- Mala calidad d de tapaduras dentales
- Falta de mobiliario servicio de urgencia tercianas
- Toldo para espera de resultado de COVID

Grupo 3**Positivo**

- Entrega de alimentos y medicamentos
- Vacunación eficaz
- Puntualidad de atención
- Toma de muestra de exámenes
- Atención de asistentes sociales
- Construcción un nuevo CESFAM
- Realización de diagnóstico participativo

A mejorar

- Reconocimiento del rol del profesional

- Disponibilidad de ambulancia
- Seguimiento de casos de dependencia severa
- Recursos limitados
- Se debe realizar derivaciones oportunas
- Atención dental más horas
- Falta de atención a pacientes de salud mental
- Trato servicio de urgencia
- Capacitar a los funcionarios en trato al usuario
- Sala de toma de muestra de COVID apta

Grupo 4

Positivo

- Incorporación de nuevos programas en el CESFAM
- Más atención de médicos
- Mas disponibilidad de horas
- Los espacios comunes se encuentran más limpios (buen aseo)
- Mejorar atención de los funcionarios al usuario

A Mejorar

- Más horas disponibles para salud mental
- Contratar más psicólogos para atención de salud mental
- Mejorar el acceso para discapacitados y adultos mayores
- Mas disponibilidad de horas medicas

Grupo 5

Positivo

- Ha mejorado la higiene del CESFAM
- Diversidad de medicamentos en farmacia
- Atención oportuna por la hora citada
- Atención domiciliaria

A mejorar

- Mejorar la atención de teléfono y presencial en SOME

- Cambiar la actitud de los funcionarios de SOME
- No tramitar tanto
- Dejar los celulares de lado SOME
- En farmacia en las mañanas hay mucha fila para retirar remedios
- Entrega de recetas para crónicos
- Las personas están poco informadas no saben que a fin de mes no dan los remedios y pierdan el viaje.
- Que las rectas de los crónicos las horas sean extendidas.
- Afiches en sala de espera, servicio de urgencia, entrada Cesfam, entrega de información a organizaciones comunitarias y escuelas.
- Mas preocupación en las áreas verdes del CESFAM, a la entrada e interior.
- Antes de entrar al Some colocar más sillas
- Cerrar ambos costados por el frio en la mañana
- Colocar afiches grandes de categorización de urgencia
- Falta de empatía especialmente con los adultos mayores
- Que atiendan correctamente a los pacientes
- Falta de doctores en el área de salud mental

Grupo 6 / autoridades

- Buscar mejorar la infraestructura / espacios más amigables
- Personal de salud dispuesto atención
- Mejor cantidad de médicos aumento en los años
- Falta de vehículos
- Salas de espera más adecuadas para algunos servicios
- Retraso del CESFAM nuevo
- Atención expedita.
- Buen trato de los funcionarios (empáticos, buena atención en servicios de urgencia).

Señalar que aun faltas metodologías para realizar la ejecución del diagnóstico se están comenzo con el levantamiento de problemáticas por parte de la comunidad y se deben aplicar otras técnicas con el grupo motor y los actores relevantes en el diagnostico.

PROBLEMÁTICAS Y TEMÁTICAS PRIORIZADAS POR CENTRO DE SALUD:

Se deben enunciar las problemáticas territoriales en temas de salud a abordar durante el año y explicar cómo se abordará el componente participativo Las cuales deben ser coherente con el resultado del Diagnóstico Territorial Participativo.

Es decir, de los resultados del diagnóstico se debe establecer cuáles temas, problemáticas o demandas se abordarán durante el año 2022 y establecer de qué manera participa la comunidad en cada acción o actividad.

El diagnóstico se comienza el 20 de abril de 2022, con la aplicación de la técnica jardín comunitario en donde las personas señalaron las problemáticas que se deben trabajar con el centro de salud, podemos señalar que este proceso es el inicio del trabajo que se debe llevar a cabo para finalizar el diagnóstico participativo.

Aun así, podemos destacar las siguientes problemáticas más señaladas por la comunidad y los actores participante:

- Mejorar trato a los usuarios de algunos funcionarios
- Bajo nivel de respuesta a líneas telefónicas externa por la alta demanda.
- Falta de difusión de las prestaciones de salud
- Gestión en el CESFAM
- Infraestructura y acceso

III.- PLAN DE FORTALECIMIENTO DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA 2022

OBJETIVOS

Los objetivos deben ser coherentes y responder a las problemáticas territoriales establecidas a abordar, teniendo en consideración las líneas de trabajo explicadas en las consideraciones técnicas de meta sanitaria y Orientaciones Técnicas entregadas por la Sección de Participación del Servicio de Salud O'Higgins. En definitiva, qué busca, y se desglosa en objetivo general y específicos. Existe un solo objetivo general el cual es una mirada más amplia, y los objetivos específicos son los medios por los cuales se cumple el objetivo general.

Nota: Los objetivos deben ser: realistas, medibles, ajustados al periodo de ejecución del plan y a los recursos disponibles (tanto humanos como financieros). Al construir un objetivo este se inicia con un verbo.

Objetivo General:

Al construir o elaborar un objetivo general este debe ser amplio, considerar la planificación anual, la cual debe ser coherente con los resultados del diagnóstico territorial y las orientaciones técnicas

Fortalecer la Participación Ciudadana y trabajo del Consejo de Desarrollo Local de Salud en la comuna de Chépica.

Objetivos Específicos:

Los objetivos específicos son aquellos que permiten el logro del objetivo general. Cada uno de ellos se construye pensando en las distintas líneas o ejes estratégicos y en las distintas acciones que solicita, estos deben considerar la planificación anual, la cual debe ser coherente con los resultados del diagnóstico territorial y las orientaciones técnicas de Fortalecimiento de la Participación Ciudadana.

Nota: Los objetivos específicos, están en función del objetivo general, es decir, permiten el logro de este y tienen como visión las acciones y actividades a realizar según las estrategias a utilizar y en concordancia con los objetivos específicos

Redactada en positivo e iniciando con uno verbo (tabla de taxonomía de Bloom).

- Organizar reuniones mensuales con el Consejo de desarrollo local de salud.
- Desarrollar capacitaciones con temas relacionados a salud a través del CDL.
- Difusión de prestaciones de salud (Horario de atención, vacunación etc.).
- Actualización y difusión protocolo Trato Usuario.
- Construir el diagnóstico participativo de salud.
- Postulación a fondos concursales CDLS.
- Elección nueva directiva consejo de salud.
- Informar sobre Líneas telefónicas.
- Fortalecer la participación juvenil.
- Conversatorio con CDLS

PLANES Y PROGRAMAS DE ACCIÓN

Son las estrategias determinadas, que a la luz de los resultados del diagnóstico participativo territorial se establecen como carta de navegación para el año, cada uno con su eje estratégico, correlacionado con los objetivos específicos presentados. Justifique la pertinencia de la estrategia en atención a cada uno de los objetivos específicos a trabajar en el plan estratégico de participación, explicando brevemente cuál es la problemática territorial que aborda el objetivo y cuál será la estrategia de intervención para abordar dicha problemática. Cuando explique la problemática territorial, basta con que sintetice los resultados del análisis anterior.

Nota: La estrategia de intervención debe apuntar a generar un cambio de una situación o problemática inicial. Considerando, idealmente, mejoras luego de su ejecución.

EJE(S) ESTRATÉGICO(S):

PROBLEMÁTICA TERRITORIAL	OBJETIVO ASOCIADO	ACTIVIDAD	ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN (BREVE DESCRIPCIÓN)	POBLACIÓN Y/O TERRITORIO OBJETIVO
Mejorar trato a los usuarios en CESFAM	Actualización y difusión protocolo Trato Usuario	Actualización del protocolo trato al usuario con directiva del CDL	Realizar actualización del protocolo trato al usuario para su difusión y entrega a jefes de programa para fortalecer el trato al usuario por parte de los funcionarios.	• Funcionarios de salud • Usuarios inscritos en el CESFAM de Chépica
		Realizar exposición en reunión mensual del CDL sobre	Realizar exposición en reunión del CDL para que la comunidad participante de la reunión pueda	• Comunidad asistente a la reunión

		“derechos y deberes de los pacientes”	difundir sobre los derechos y deberes de los pacientes.	mensual del CDL.
Bajo nivel de respuesta a líneas telefónicas externa por la alta demanda	Informar sobre las líneas telefónicas.	Informar sobre horarios de las líneas telefónicas	Realizar difusión a través de redes sociales sobre las líneas telefónicas y horarios de atención.	• Usuarios inscritos del CESFAM que realizan llamados telefónicos.
Falta de difusión de las prestaciones de salud	Difusión de prestaciones de salud (Horario de atención, vacunación etc)	Realizar difusión las prestaciones de salud en fanpage Facebook, Instagram y salas de espera del CESFAM	Entregar información a la comunidad sobre las prestaciones de salud del CESFAM y los programas.	• Usuarios inscritos en el CESFAM que esperan atención. • Usuarios que utilizan redes sociales.
	Organizar reuniones mensuales con el Consejo de desarrollo	Reuniones mensuales del CDL para entregar información a la comunidad	Realizar reuniones mensuales con el CDL para entregar información relevante del CESFAM a la comunidad y que en estas reuniones se difunda cada prestación de salud.	• Comunidad que participa en las reuniones del CDLS.

	local de salud			
Gestión en el CESFAM	Desarrollar capacitaciones con temas relacionados a salud a través del CDL.	En reunión del consejo de salud que participen profesionales de salud para llevar a cabo capacitaciones en tema de interés de la comunidad.	Se realice capacitación a los integrantes del consejo de salud en temas de interés por profesionales y fortalezcan sus conocimientos en temas de salud.	• Usuarios que participen en las reuniones del CDLS.
		Realizar conversatorios de salud sobre temas de interés de la comunidad	Realizar conversatorio a través del Consejo de Defensa	•
	Construir el diagnóstico participativo de salud	Realizar diagnóstico participativo de salud año 2022-2025	Realizar diagnóstico participativo de salud año 2022-2025 con la comunidad y conocer las problemáticas que se identifican	• Comunidad de Chépica
	Postulación a fondos concursables CDLS	Realizar solicitud con el consejo de salud para solicitar subvención año 2022.	Esta subvención tiene como objetivo apoyar el trabajo participativo del CDLS en temas como día del cuidador, implementos para CESFAM y realizar trabajo comunitario con los usuarios inscritos en el CESFAM	• Usuarios inscritos en CESFAM. • Directiva del CDLS

	Elección nueva directiva consejo de salud	Realizar proceso eleccionario del CDLS para tener una directiva formal con decreto alcaldicio.	Realizar proceso de elecciones directiva CDLS año 2022 para seguir trabajando en conjunto en temas de salud y participación ciudadana.	• Directiva CDLS • Asistentes a las reuniones del CDLS • Funcionarios del CESFAM
	Fortalecer la participación juvenil	Se realizará reuniones con espacio amigable para formar el consejo consultivo de adolescente	Se realizará en conjunto con encargada de espacios amigable el consejo consultivo de adolescentes en donde se podrán abordar diferentes temas de interés para la juventud y trabajar directamente con los establecimientos educacionales	• Poblaciones adolescentes y/o juvenil • Funcionarios del CESFAM • Establecimientos educacionales
	Realizar conversatorio con CDLS sobre temas relacionados a Salud mental	Se realizará conversatorios sobre temas de salud mental con CDLS	Se realiza conversatorios con los asistentes del consejo de desarrollo local de salud sobre temas de Salud mental.	• Directiva CDLS • Asistentes reunión consejo de desarrollo local de salud.

				• Profesionales del área de salud mental.
--	--	--	--	---

*Agregar todas las filas necesarias.

CRONOGRAMA DE TRABAJO

Es la calendarización de las distintas etapas para el logro de los objetivos o metas anuales, el nivel de detalle podrá ser mensual o inferior. Es decir, es la planificación para el logro del objetivo general, que es más que las actividades o acciones a realizar.

Nota: Presentada en una Carta Gantt.

Actividad	E n e r o	F e b r e r o	M a r z o	A b r i l	M a y o	J u n i o	J u l i o	A g o s t o	S e p t i e m b r e	O c t u b r e	N o v i e m b r e	Dici em bre
Actualización del protocolo trato al usuario con directiva del CDLS							X					
Realizar exposición en reunión mensual del CDL sobre “derechos y deberes de los pacientes”								X				
Realizar difusión de las líneas telefónicas y horario de atención del CESFAM en salas de espera						X						
Realizar difusión las prestaciones de salud en fanpage Facebook, Instagram y salas de espera del CESFAM					X	X	X	X	X	X		
Reuniones mensuales del CDL para entregar información la comunidad			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

En reunión del consejo de salud que participen profesionales de salud para llevar a cabo capacitaciones en tema de interés de la comunidad.					x			x				
Realizar diagnostico participativo de salud año 2022-2025				x	x	x	x x	x				
Realizar solicitud con el consejo de salud para solicitar subvención año 2022.					x							
Realizar proceso eleccionario del CDLS para tener una directiva formal con decreto alcaldicio.					x	x						
Se realizará reuniones con espacio amigable para formar el consejo consultivo de adolescente							x	x	x	x	x	
Realización conversatorio de salud con los participantes del CDL sobre tema de salud.											x	X
Se realizará conversatorios sobre temas de salud mental con CDLS									x	x	x	x

*Agregar todas las filas y columnas necesarias.

SERVICIO DE URGENCIA RURAL (S U R U)**Descripción Del Programa:**

Programa de actividades propuesto para realizarse en los consultorios Generales Rurales, CGR, en comunas que no cuentan con Hospitales de Baja complejidad, reforzando los niveles locales con recursos financieros adicionales, acordes a su población, con el fin de optimizar la atención de urgencias con los profesionales más idóneos disponibles, según cada caso, permitiendo potenciar las atenciones que a ellos corresponden.

Este programa considera el tamaño de las poblaciones a atender, así como la disponibilidad de profesionales médicos y/o profesionales de colaboración médica y de técnicos paramédicos entrenados en atención de Urgencias, para realizar las atenciones correspondientes.

Debe señalarse que la dispersión, el tamaño, el número de población, así como la tipología geográfica de comunas y localidades rurales donde este programa se desarrolla determinara la tipología o nivel de Servicios de Urgencias rural que se instalen, así como su horario.

Objetivo General

Otorgar atención inmediata, segura y de la mejor calidad posible en situaciones de urgencia/emergencia médica de carácter impostergable, a la población de las localidades rurales en las que no existe otro establecimiento asistencial que cubra la demanda de urgencia, en horarios inhábiles, a los usuarios que concurran, así como a los usuarios derivados del sector rural de su área de atracción.

Objetivos Específicos:

- Establecer en los consultorios Generales Rurales, en horario no hábil, un dispositivo de atención de urgencia organizado destinado a

- Realizar atención inmediata médica o profesional de recuperación de la salud, a fin de resolver problemas de morbilidad aguda que se presenten.
- Otorgar primeros auxilios, aplicar tratamientos, dejar en observación hasta por 6 horas y realizar procedimientos que ayuden a recuperar, estabilizar o evitar el agravamiento de pacientes críticos en situaciones de urgencia inmediata.
- Derivar y trasladar oportuna y coordinadamente, en condiciones de compensación y seguridad, aquellos pacientes que por la complejidad del caso o la necesidad de recursos requeridos deba ser atendido en otros establecimientos, de mayor complejidad de la red de urgencias correspondientes.

Componentes

- Atención médica o profesional inmediata, según patología de los consultantes, entregada por Técnico Paramédico, profesional de colaboración Médica o por médico, según requerimiento.
- Aplicación de tratamientos y/o procedimientos de enfermería.
- Traslados a los niveles de mayor complejidad, cuando la patología del consultante así lo requiera.

Productos Esperados

- Consultas de urgencia dadas por médicos, profesionales de colaboración médicas y/o técnicos paramédicos a la población demandante.
- Tratamientos y/o procedimientos clínicos médicos o de enfermería aplicados por médicos, profesionales de pacientes que así lo requieran.
- Traslados a establecimientos de urgencia de mayor Resolutividad, en condiciones de seguridad a pacientes que así lo requieran.

Monitoreo, Evaluación Y Medios De Verificación

- El monitoreo de estas actividades es la constatación de la realización de las actividades propuestas. Su mediación, en el caso de los tres componentes se efectúa a través de los registros habituales de prestaciones en los sistemas de salud, esto es a través de registros estadísticos mensuales REM:
- Consultas médicas de urgencias realizadas /año, REM A8, SECCIÓN F.
- Procedimientos médicos y de enfermería efectuados en REM BM 18.

- Traslados a establecimientos de mayor Resolutividad /año, REM A08 Sección A.

Recurso Humano

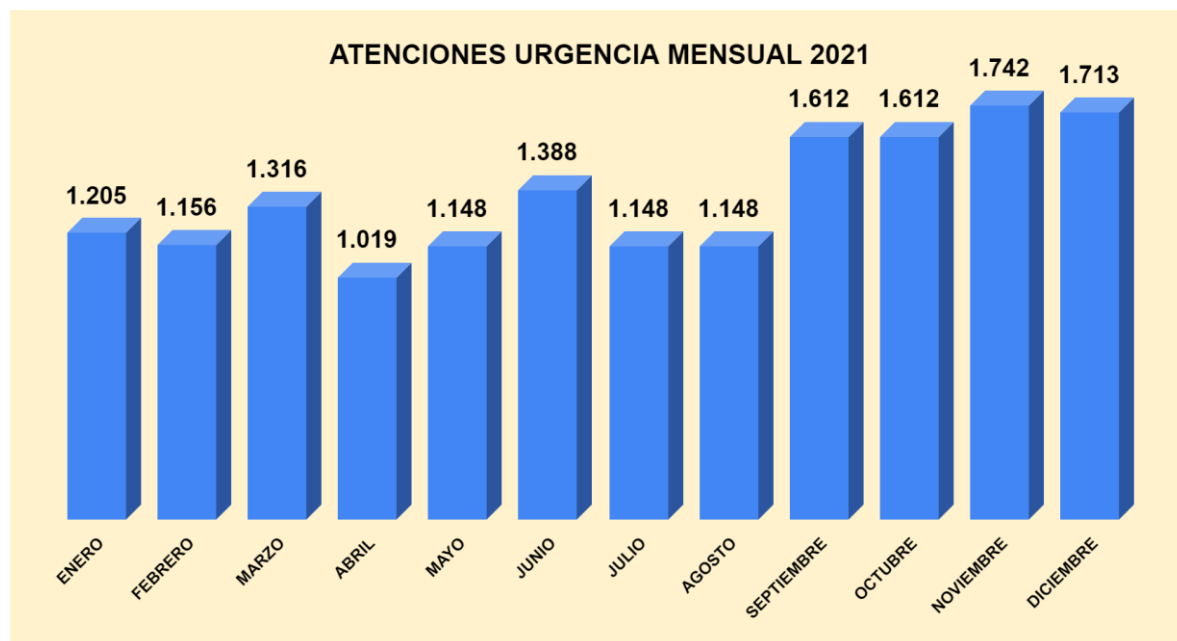
Actualmente el Servicio de Urgencia cuenta dentro de su personal estable los siguientes profesionales en sistema de turnos:

- 4 Médicos
- 1 Enfermero
- 8 Tens
- 4 Tens de TRIAGE
- 4 Conductores

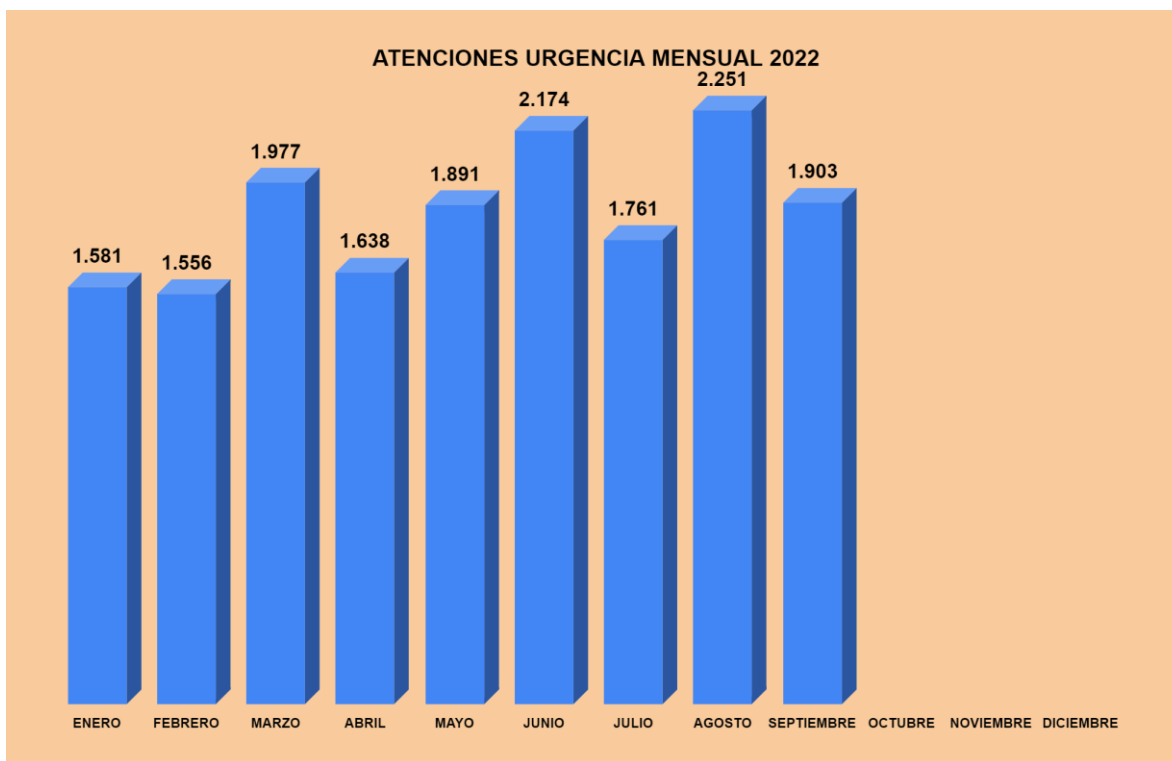
En el contexto de pandemia se modificó el sistema de turnos para no tener tanta rotación de funcionarios en el Servicio de Urgencia, esto significa que los Tens y conductores están trabajando en turnos de 24 horas y tres días libres.

Los médicos tienen horario de 08:00 a 17:00 horas y de 17:01 a 00:00 horas de lunes a viernes. Los sábados, domingos y festivos los médicos tienen turno de 08:00 a 00:00 horas.

Las atenciones del año 2021 se incrementaron desde septiembre con 1.612 a 1713 en diciembre del mismo año



En el año 2022 la atenciones de urgencia sobrepasaron las 2.000 atenciones por sobrecarga de la pandemia llegando a un máximo de 2.251 atenciones en el mes de agosto 2022.



SALUD ORAL

- PROGRAMA ODONTOLÓGICO

Programa que tiene como propósito mejorar y mantener la salud bucal de la población beneficiaria de la comuna en el primer nivel de atención, a través de atención preventiva y recuperativa. Principalmente a la población menor a 20 años de edad y embarazadas, los otros grupos etarios igual reciben atención en horas de morbilidad.

- DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA

Se descompone en programas financiados por el percapita y otros financiados por convenios anuales que se realizan entre Servicio Salud O'higgins y Municipalidad de Chépica.

Programas CESFAM Percapita

- Control Cero 0-19 años
- Control 0 menor 3 años libre de caries
- Niños 6 años libre de caries
- Atención morbilidad menores de 20 años
- Ges 6 años
- Ges embarazada

Horas de Cirujanos Dentistas para ejecutar estos programas ,56 hrs semanales.

Programas en Convenio

- Más Sonrisas
- Hombres Escasos Recursos
- Ges 60 años
- Solo Prótesis
- Endodoncia
- Morbilidad mayores de 20 años
- Sembrando Sonrisas
- Alta Enseñanza Media
- Atención domiciliaria
- Junaeb

Cirujanos Dentistas contratados por prestación de servicios asociados a metas desde abril a diciembre.

Atención Morbilidad en las Mañanas ; No pertenecen a ningún programa,

Horas destinadas, 31 hrs semanales , 22 hrs Cesfam y 8 hrs posta de Auquingo.

Horas de Cirujanos Dentistas destinadas para esta atención, 31 horas semanales.

· **ACTIVIDADES REALIZADAS SEGÚN CANASTA DE PRESTACIONES**

Las actividades realizadas son ; obturaciones, extracciones, destartraje, controles y exámenes de salud, actividades educativas, fluoraciones, sellantes.

Dependiendo el programa son solo la acción o alta del paciente, además de los programas de convenio como Más sonrisa, Hombre de escasos recursos, Ges de 60 años, solo prótesis se realizan prótesis

· **METAS E INDICADORES 2022 DEL PROGRAMA**

- Control Cero 0-9 años	456 niños
- Control 0 menor 3 años libre de caries	142 niños
- Niños 6 años libre de caries	37 niños
- Atención morbilidad menores de 20 años	488 atenciones
- Ges 6 años	sin meta
- Ges embarazada	sin meta
- Más Sonrisas	189 altas

- Hombres Escasos Recursos 15 altas
- Ges 60 años 40 altas
- Solo Prótesis 21 prótesis
- Endodoncia 19 endodoncias
- Morbilidad mayores de 20 años 1920 atenciones
- Sembrando Sonrisas 740 fluoraciones
- Alta Enseñanza Media 62 altas
- Atención domiciliaria 14 pacientes
- Junaeb 160 Ingresos-1000 controles-160 rx-200 urgencias

De Enero a Agosto además se han realizado

Control Cero 10-19 años	264
Morbilidad todas las edades	1970

· PROYECCIONES O METAS PARA EL AÑO 2023

- Aumentar atención de niños en edad escolar, para esto, instalar equipo dental móvil en escuelas rurales y acercar atención a los sectores.

Se cuenta con el equipo que se instalaría.

- Para lograr esta meta se debe aumentar nuestra dotación actual, por lo menos con 22 hrs de Cirujano Dentista y 2 cargos de TONS 44 hrs

Dotación actual , 2 cargos de cirujano dentista de planta 21 hrs cada uno

2 cargos de cirujano dentista contrata 22 hrs cada uno

2 cargos de Tens 44 hrs de planta

1 cargo de tens 44 hrs honorario

Nuestro Servicio Dental cuenta con :

3 box de atención en Cesfam

1 box de atención en Colegio Libertador Bernardo O'Higgins

1 box de atención en Posta de Auquenco

1 Some Dental

1 bodega Dental

1 Servicio de esterilización

1 sala de estar

1 secretaria dental

1 amplia sala de espera

FARMACIA**Programa “Fondo de Farmacia para enfermedades Crónicas no Transmisibles en Atención Primaria” FOFAR.**

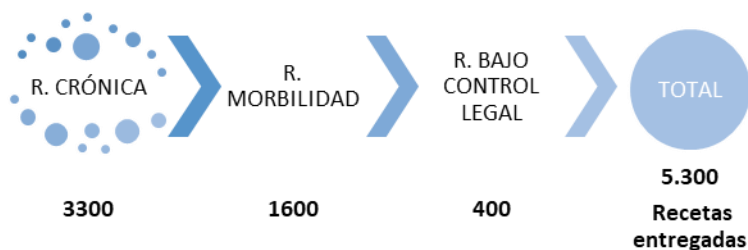
El Programa FOFAR tiene por objetivo contribuir al acceso y disponibilidad de medicamentos e insumos a las personas y familias afectadas por enfermedades crónicas no transmisibles con prioridad en problemas de salud cardiovascular, de manera de potenciar, la oportunidad y calidad técnica, en las atenciones de salud, de acuerdo a un modelo de atención integral de Salud Familiar y comunitario. Además, tiene por propósito fortalecer la gestión farmacéutica de las entidades administradoras de salud, de modo que permitan la provisión y almacenamiento racional y oportuno de los medicamentos.

Actividades

- Incorporación de recurso humano farmacéutico y TENS, para unidad de farmacia.
- Entrega de medicamentos, insumos, dispositivos médicos y actividades de apoyo a la adherencia.
- Apoyar en la disponibilidad de medicamentos para el control de patologías de riesgo cardiovascular incorporadas en el programa, HTA, DM2 y DLP, garantizando la entrega completa y oportuna.
- Apoyo en la compra de insumos para curación avanzada de heridas

Despacho de medicamentos

La unidad de farmacia despacha mensualmente un promedio de 5300 recetas, equivalente a 20 mil prescripciones entregadas de manera mensual. Beneficiando a un total de 3300 pacientes que retiran su receta de manera crónica.



Por su parte, la coordinación territorial, mediante la cual se traen los medicamentos de hospitales beneficia a un promedio de 160 pacientes, divididos de la siguiente manera:



Financiamiento de medicamentos

Desde el año 2020, se incorporó la compra de medicamentos mediante la intermediación de CENABAST y año tras año se han sumado nuevos medicamentos intermediados, incorporando además para el 2023 insumo para abastecer a las

áreas de Dependencia Severa y Curaciones Avanzadas. Esto nos ha permitido organizar el suministro de forma anual, de acuerdo al consumo, contando con el despacho mensual de estos productos en nuestras dependencias.

FONDO DE FARMACIA (FOFAR)	16 MEDICAMENTOS	DIABETES HIPERTENSIÓN DISLIPIDEMIA
PROGRAMAS MINISTERIALES (GES Y OTROS)	54 MEDICAMENTOS	IRA Y ERA EPILEPSIA PARKINSON ARTROSIS MAC
CENABAST	2020	33 FÁRMACOS
	2021	83 FÁRMACOS
	2022	91 FÁRMACOS
	2023	102 FÁRMACOS , 31 INSUMOS Y 4 SUEROS
COMPRA DIRECTA	25 FÁRMACOS	

La intermediación mediante CENABAST también nos permite un ahorro significativo, dado que tiene los precios de insumos, sueros y medicamentos más convenientes en el mercado. En la tabla adjunta podemos observar el ahorro anual en la compra de los 9 medicamentos con mayor consumo anual:

MEDICAMENTO	PROGRAMACIÓN MENSUAL 2023	PRECIO CENABAST	PRECIO COMPRA DIRECTA	COSTO ANUAL CENABAST	COSTO ANUAL COMPRA DIRECTA
			TOTALES		
			TOTALES CON COMISIÓN		
			AHORRO		

Proyectos 2023

- Ampliación de la ventanilla de farmacia: La ampliación de la ventanilla que permitirá la atención de tres puestos de manera simultánea, en donde una de ellas será de atención preferencial. Permitiendo así, la disminución de los tiempos de espera para el retiro de medicamentos, mayor comodidad para el

despacho, atención preferencial para personas con movilidad reducida y, además, un espacio de trabajo más cómodo.

- Atención Farmacéutica: Como parte de la Estrategia ECICEP, comenzará la atención por parte del farmacéutico con el objetivo de brindar educación farmacéutica a los pacientes y ayudarlos con la adherencia a sus tratamientos.

COVID-19 Y CAMPAÑA DE VACINACIÓN

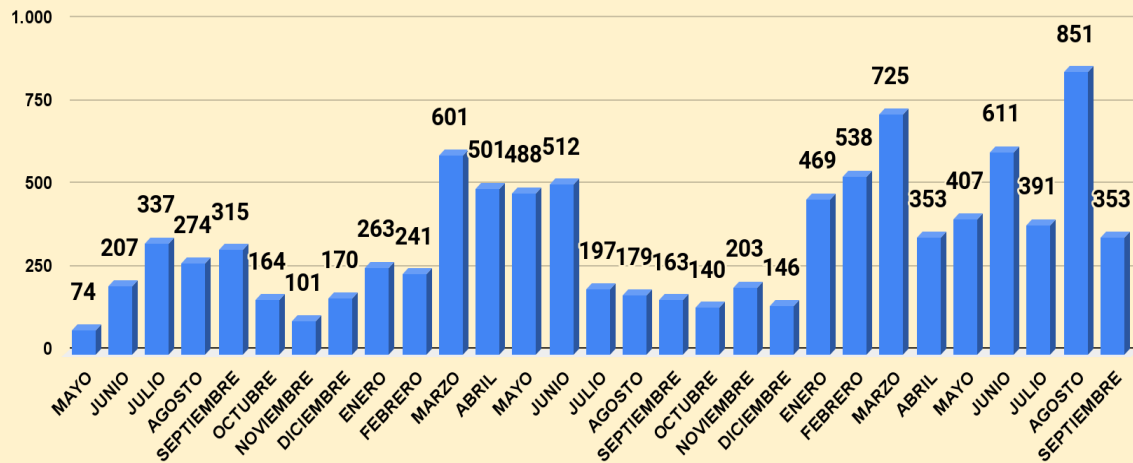
El desarrollo de la pandemia nos enfrentó a importantes retos que desafiaron nuestras vidas y nos obligaron a adquirir mayores cuidados para nuestra salud. Al comienzo, en marzo de 2020, pocos vislumbraban la magnitud de lo que se acercaba y la mayoría pensó que era algo pasajero. Sin embargo, con mucho esfuerzo y resiliencia, y una serie de estrategias tomadas oportunamente, logramos salir adelante con acciones que han sido destacadas a nivel nacional e internacional. Tras momentos difíciles, de incertidumbre y miedo ante lo desconocido, la primera luz de esperanza se vio con el desarrollo de las vacunas contra COVID-19, lo que más tarde sería la principal forma de combatir la pandemia. Chile se adelantó y comenzó a sostener acuerdos comerciales de forma muy anticipada, lo que permitió que en diciembre de 2020 se iniciara la administración de primeras dosis de la vacuna y, con ello, se diera inicio al exitoso Plan Nacional de Inoculación contra COVID-19. El avance fue de tal envergadura, que fuimos el primer país del mundo que incluyó a los niños desde tres años y más en la vacunación, y los pioneros en la aplicación de la dosis de refuerzo, lo que ha permitido disminuir notablemente las hospitalizaciones y el desarrollo grave de la enfermedad. Con el avance de la pandemia se creó la Coordinación Nacional de Testeo, Trazabilidad y Aislamiento, y a continuación la Estrategia Nacional de Testeo, Trazabilidad y Aislamiento, TTA, que permitió articular e integrar una amplia red entre las Seremis de Salud, los Servicios de Salud y la Red de Atención Primaria

de Salud, y crear una gran Red de Laboratorios. Esto permitió llevar a cabo una importante estrategia que se mantiene hasta hoy, y que ha contribuido de manera relevante a interrumpir la cadena de contagios mediante la articulación de sus tres principales componentes. En testeo, a cargo de Seremis con la estrecha colaboración de la Atención Primaria de Salud, se ha logrado realizar más de 30 millones de exámenes entre PCR y Antígeno. La trazabilidad incluye más de 20 centros distribuidos en el país, desarrollando investigación epidemiológica y seguimiento a los casos, también con la estrecha colaboración de la APS en los momentos más complejos de la pandemia. En materia de aislamiento, se creó una inédita red de Residencias Sanitarias con recintos disponibles en todo el país y con servicio gratuito para cualquier persona que requiriera realizar aislamiento efectivo. La Red de Laboratorios de Exámenes de Diagnóstico para COVID-19 comenzó con menos de 10 en marzo de 2020, y tras dos años cuenta con más de 190 laboratorios y más de 140 mil exámenes diarios procesados.

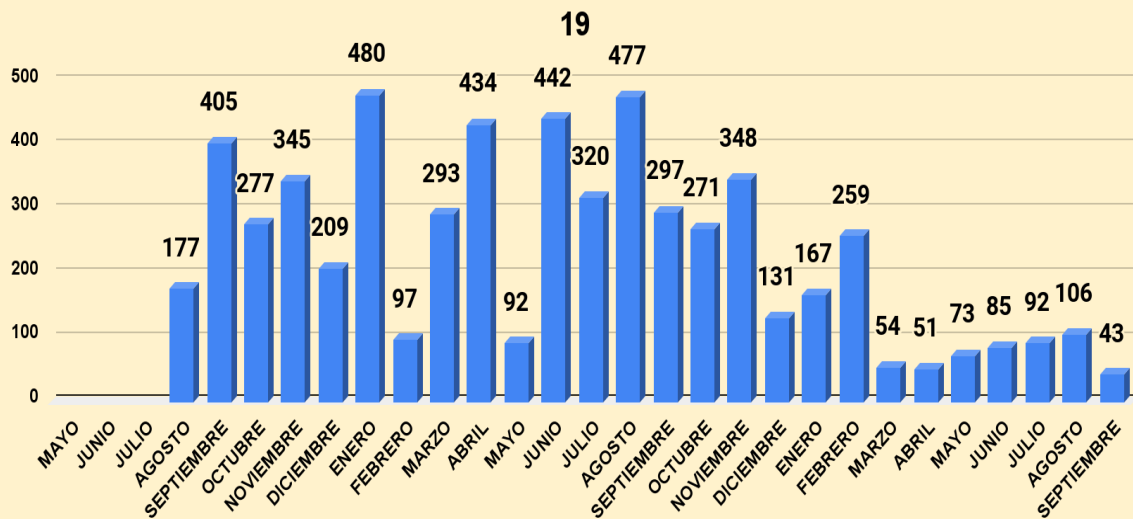
Actualmente en el Cesfam de Chépica se está realizando toma de exámenes de PCR y Antígeno a los casos sospechosos y el seguimiento a los positivos vía telefónica.

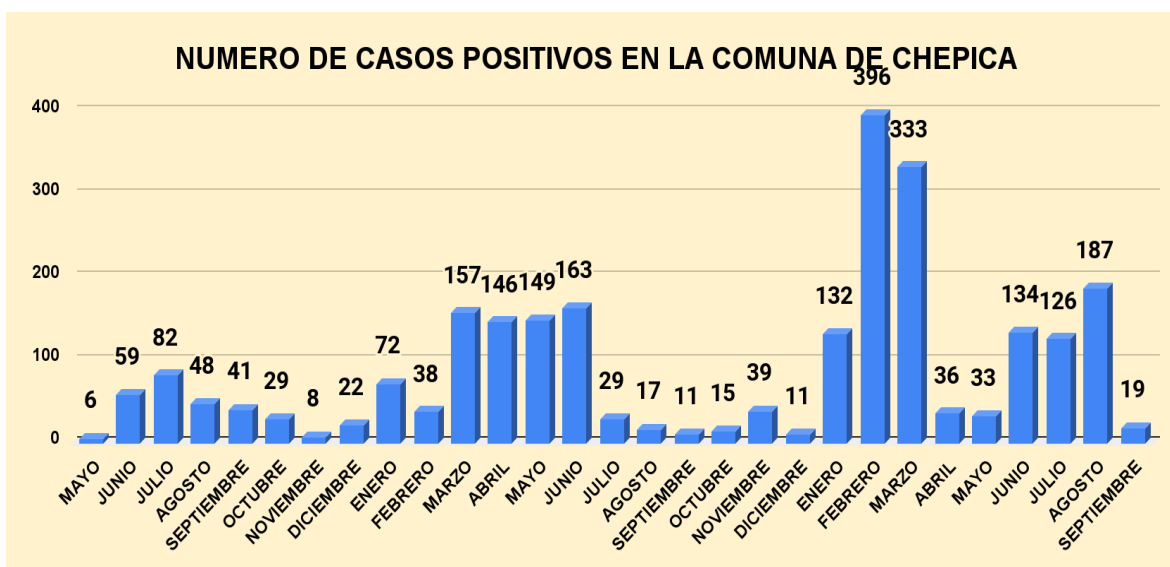
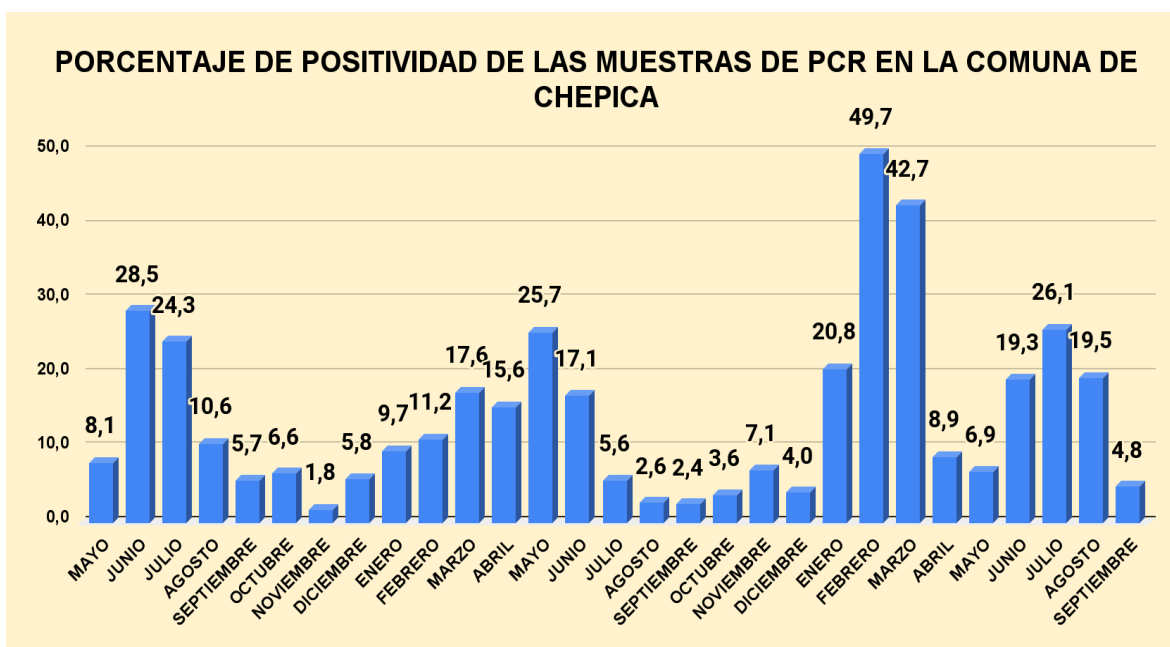
A continuación se muestra la cantidad de muestras realizadas, los casos positivos y el proceso de vacunación Covid-19.

NUMERO DE EXAMENES PCR PROCESADOS POR SOSPECHA DE COVID-19



NUMERO DE EXAMENES PCR PROCESADOS POR BUSQUEDA ACTIVA DE COVID-19





CAMPAÑA DE VACUNACIÓN COVID-19

El proceso de Vacunación Covid-19 al 30 de septiembre tenemos una cobertura de un 91.7 % de tercera dosis y un 67.9 % en cuarta dosis

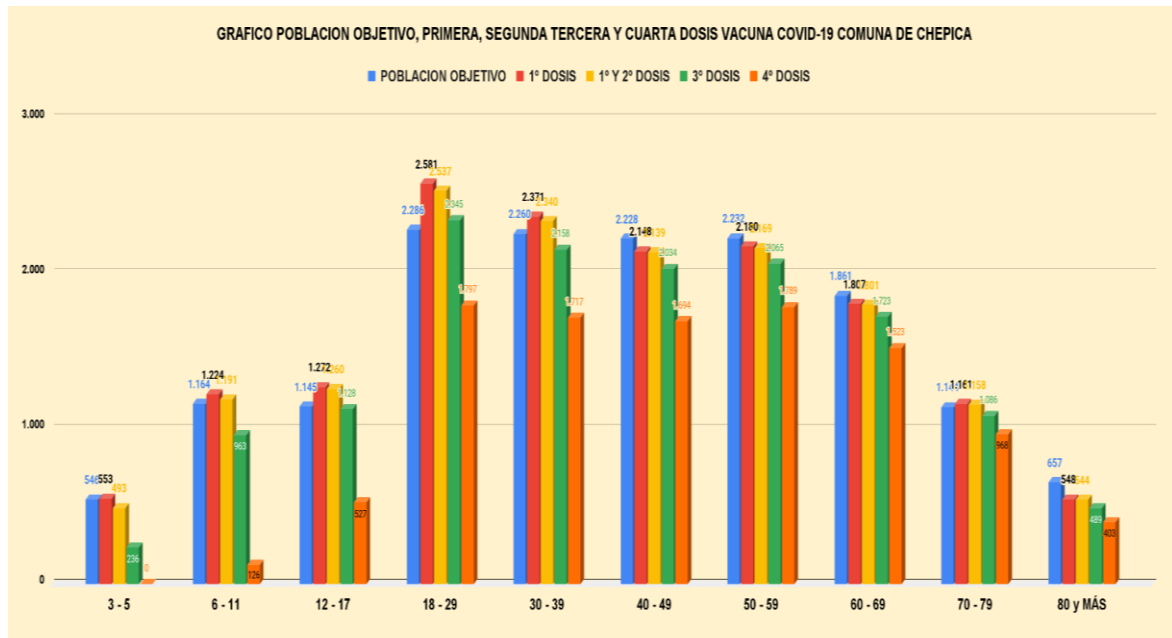
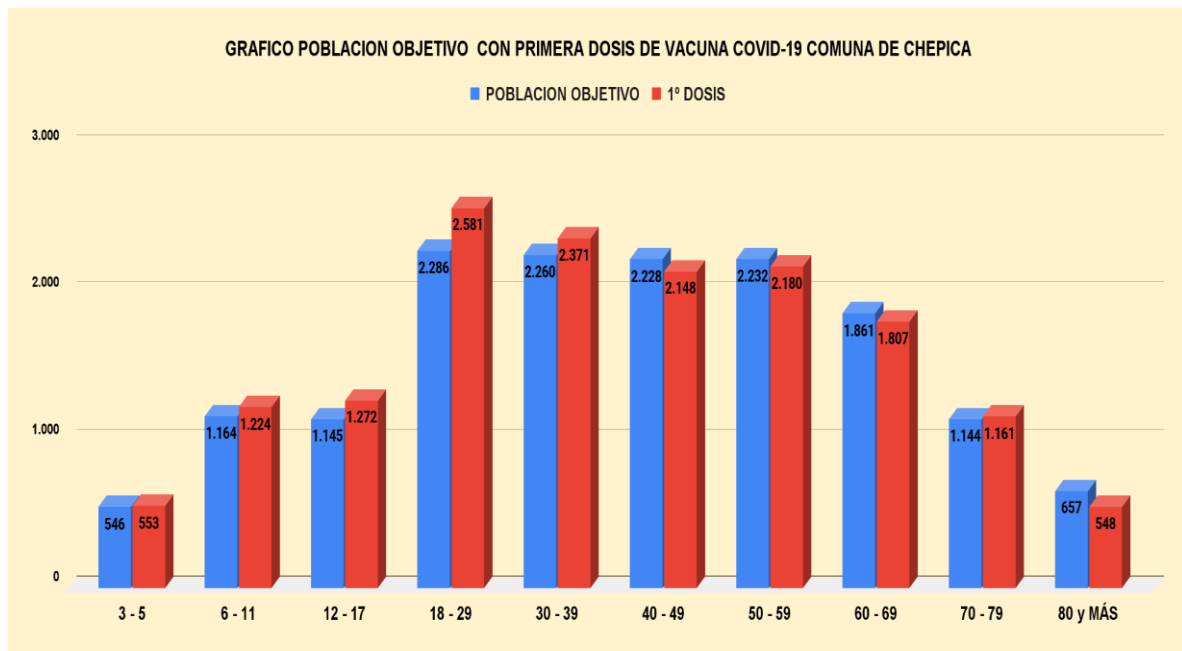


GRAFICO PORCENTAJE DE AVANCE Y PORCENTAJE DE COBERTURA VACUNA COVID-19 COMUNA DE CHEPICA

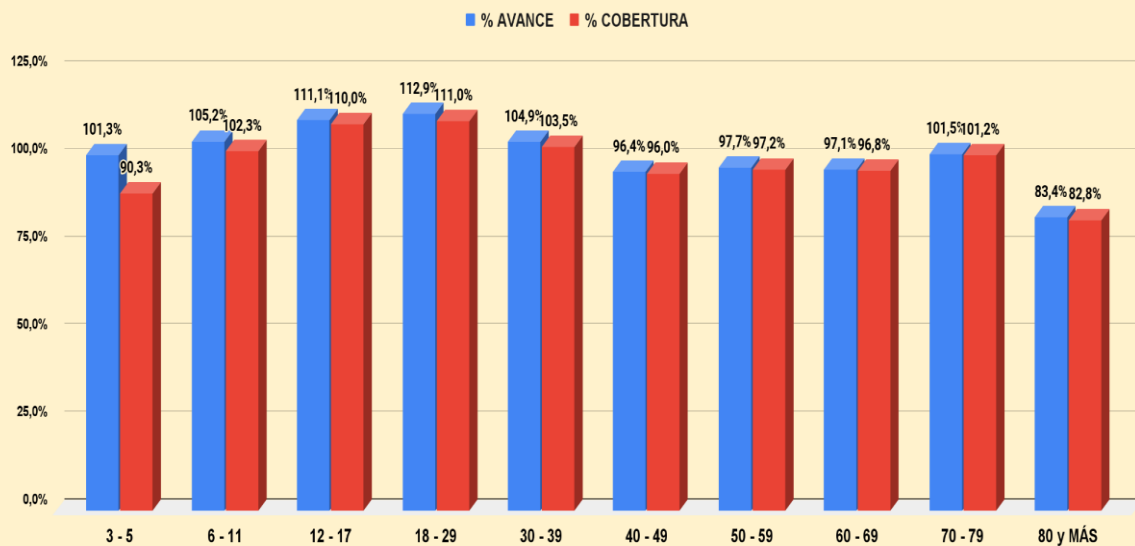
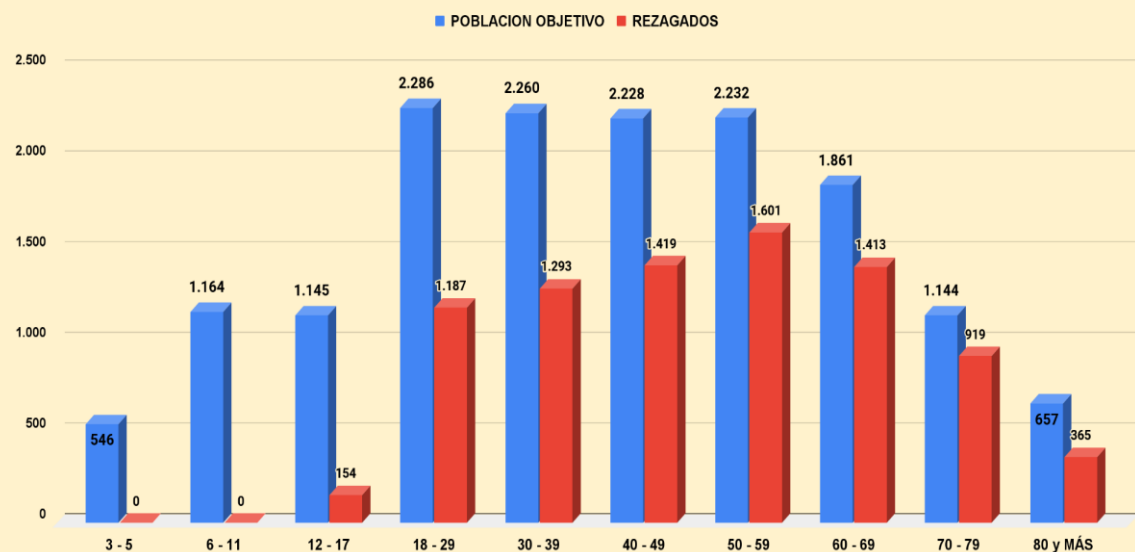
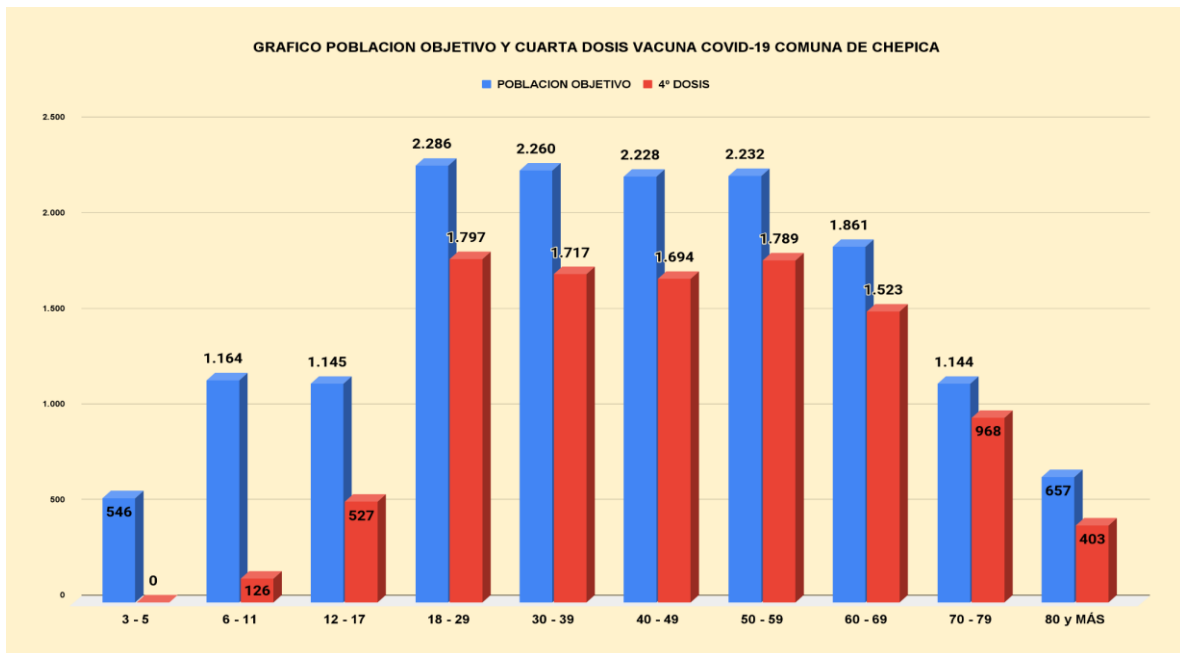
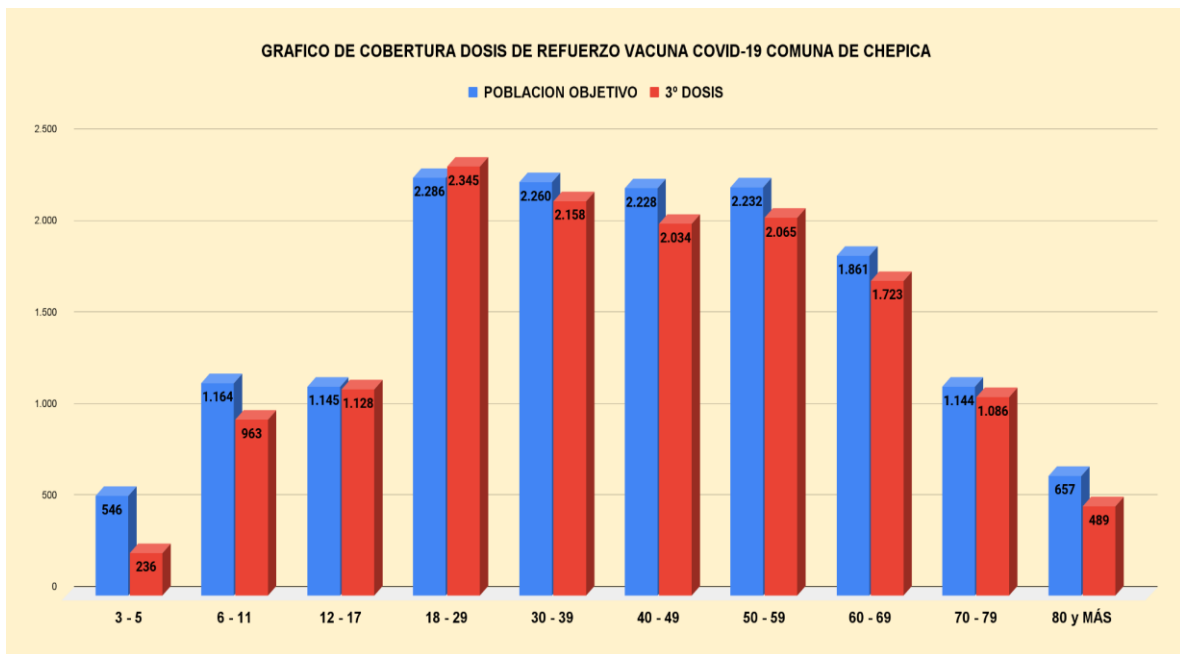


GRAFICO POBLACION OBJETIVO Y CANTIDAD DE REZAGADOS SEGUNDA DOSIS VACUNA COVID-19 COMUNA DE CHEPICA





EDAD	POBLACION OBJETIVO	% AVANCE	1° DOSIS	% COBERTURA	1° Y 2° DOSIS	3° DOSIS	REZAGADOS	REZAGADOS 3°DOSIS	4° DOSIS
3 - 5	546	101,3%	553	90,3%	493	236	0	310	0
6 - 11	1.164	105,2%	1.224	102,3%	1.191	963	0	201	126
12 - 17	1.145	111,1%	1.272	110,0%	1.260	1.128	154	17	52
18 - 29	2.286	112,9%	2.581	111,0%	2.537	2.345	1.187	-59	1.797
30 - 39	2.260	104,9%	2.371	103,5%	2.340	2.158	1.293	102	1.717
40 - 49	2.228	96,4%	2.148	96,0%	2.139	2.034	1.419	194	1.694
50 - 59	2.232	97,7%	2.180	97,2%	2.169	2.065	1.601	167	1.789
60 - 69	1.861	97,1%	1.807	96,8%	1.801	1.723	1.413	138	1.523
70 - 79	1.144	101,5%	1.161	101,2%	1.158	1.086	919	58	968
80 y MÁS	657	83,4%	548	82,8%	544	489	365	168	403
TOTAL	15.523	101,9	15.825	100,7	15.632	14.227	8.351	1.296	10.544

EDAD	POBLACION OBJETIVO	3° DOSIS	% COBERTURA	REZAGADOS	4° DOSIS	% COBERTURA	REZAGADOS
------	-----------------------	----------	-------------	-----------	----------	-------------	-----------

3 - 5	546	236	43,2	310	0	0,0	546
6 - 11	1.164	963	82,7	201	126	10,8	1.038
12 - 17	1.145	1.128	98,5	17	527	46,0	618
18 - 29	2.286	2.345	102,6	-59	1.797	78,6	489
30 - 39	2.260	2.158	95,5	102	1.717	76,0	543
40 - 49	2.228	2.034	91,3	194	1.694	76,0	534
50 - 59	2.232	2.065	92,5	167	1.789	80,2	443
60 - 69	1.861	1.723	92,6	138	1.523	81,8	338
70 - 79	1.144	1.086	94,9	58	968	84,6	176
80 y MÁS	657	489	74,4	168	403	61,3	254
TOTAL	15.523	14.227	91,7	986	10.544	67,9	4.433

DOTACION 2023

