



2025

PLAN COMUNAL DE SALUD



Departamento de Salud.
Ilustre Municipalidad de Requínoa



Indice

Indice	2
INTRODUCCION	3
2.- DATOS COMUNALES.	4
PROGRAMA CARDIOVASCULAR	11
PROGRAMA DE SALUD DE LA MUJER.....	22
PROGRAMA MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA (MAISFC)	32
PROGRAMA DE SALUD INFANTIL (PSI)	38
PROGRAMA ODONTOLÓGICO.....	45
PROGRAMA DE SALUD MENTAL	50
PROPUESTA DE TRABAJO SALUD MENTAL 2025	54
PROGRAMA ELIGE VIDA SANA COMUNA DE REQUÍNOA	58
PLAN DE SALUD COMUNAL 2025 CECOSF CHUMAQUITO	60
PROGRAMA DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS DEL NIÑO (IRA) Y DEL ADULTO (ERA)	63
PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA A PERSONAS CON DEPENDENCIA SEVERA	68
UNIDAD DE LABORATORIO CLÍNICO	71
PARTICIPACIÓN CIUDADANA	75
PROGRAMA PROMOCIÓN DE LA SALUD COMUNAL	83
PROGRAMA DE CALIDAD	89
SERVICIO DE URGENCIA RURAL REQUÍNOA	91
ESTRATEGIA DE CUIDADO INTEGRAL CENTRADO EN LAS PERSONAS (ECICEP)	98
PLAN COMUNAL 2025 SOME	101
PROGRAMA DE SALUD INTEGRAL DE PERSONAS MAYORES.....	105
PROGRAMA NACIONAL DE INMUNIZACIONES (PNI).....	112
PROGRAMAS ALIMENTARIOS	118
EQUIPO SALUD EN TERRENO (ATENCIÓN DOMICILIARIA Y CLÍNICA MÓVIL)	125
PROGRAMA DE REHABILITACION INTEGRAL CON BASE COMUNITARIA (RBC) 2025.....	129
PROGRAMA SALUDABLEMENTE FUNCIONARIOS.....	135
CURACIONES AVANZADAS	142



INTRODUCCION

El plan comunal de salud, es una imagen actual del comportamiento de nuestra población y sus características, evidenciando los cambios que ha presentado durante un determinado periodo de tiempo y la identificación de los problemas de salud relevantes.

Este documento contiene las estrategias de salud local, enmarcadas en los lineamientos ministeriales según las “Orientaciones para la planificación y programación en red 2025” y las problemáticas e inquietudes en salud que manifiesta nuestra comunidad, acorde a un escenario de pandemia y acogiendo lo relevado por nuestros usuarios/as en materia de salud.

Además, demuestra el trabajo y el compromiso de cada uno de nuestros funcionarios hacia la comunidad, se demuestra el cumplimiento de cada uno de las metas de los respectivos programas y de las distintas unidades



EL DIRECTOR





2.- DATOS COMUNALES.

Caracterización Comunal

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

Tamaño Poblacional

Unidad Territorial	Censo 2017	Proyección 2025	Crecimiento (%)
Requínoa	27.968	30.749	9.94
VI Región	914.555	1.000.959	9.45
Nacional	17.574.004	19.678.363	11.97

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

Estructura por grupos de edades

Grupo Edad	Población por Grupo		Proyección de población 2025 entre grupos etarios (%)		
	Censo 2017	Proyección 2025	Comuna	Región	País
0 a 14 años	6.078	6.321	20.56	19.41	19.03
15 a 29 años	6.197	6.152	20.01	19.08	21.79
30 a 44 años	5.852	6.765	22	21.93	22.78
45 a 64 años	7.104	7.986	25.97	25.82	23.9
65 o más años	2.737	3.525	11.46	13.76	12.49
Total	27.968	30.749	100	100	100

Fuente: Proyección de población, INE

Distribución por sexo

Unidad Territorial	Censo 2017		Proyección 2025	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Requínoa	14.125	13.843	15.450	15.299
VI Región	453.710	460.845	500.528	500.431
Nacional	8.601.989	8.972.014	9.708.512	9.969.851



Fuente: Proyecciones de población, INE.

Crecimiento Poblacional

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

Fuente: DEIS MINSAL. INE

Índice de Pobreza, por ingreso y multidimensional

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

Fuente: Encuesta CASEN 2017

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





Población Per Cápita 2025.

Se incluye a continuación la población per cápita 2024 con corte al 30 de septiembre del año 2024. El total de personas inscritas en nuestros establecimientos de salud es de 27.172., que se divide en 13.349 mujeres y 13.017 varones. Existiendo 806 ingresos en comparación con el año 2024, representando un incremento de 3%.

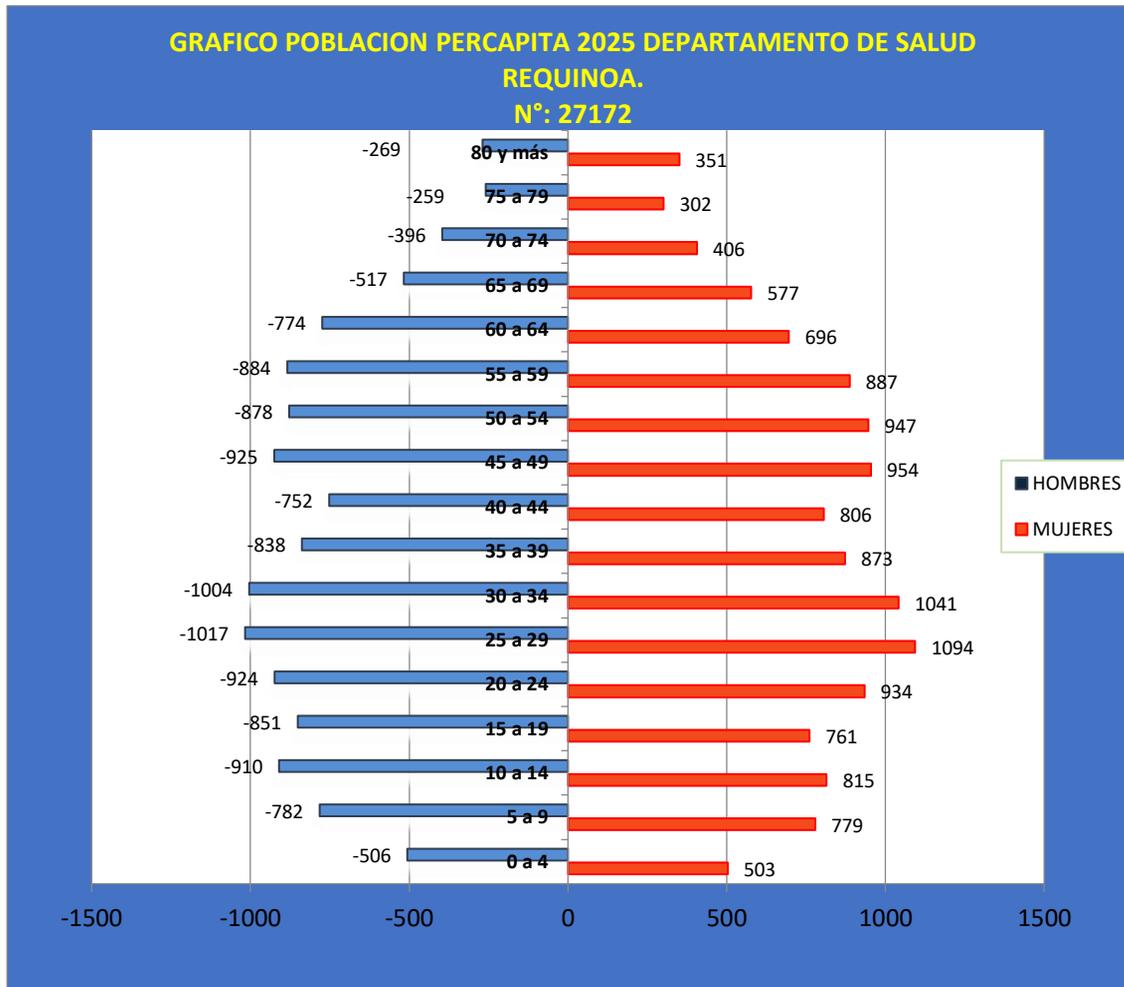


Tabla de la población Per cápita del Departamento de Salud de Requinoa con corte Septiembre del 2024





TABLA DE POBLACIÓN PERCAPITA SEPTIEMBRE DEL 2024 DE LA COMUNA DE REQUINOA

Grupo Etario	TOTAL COMUNAL		INDETERMINADA	TOTAL
	FEMENINO	MASCULINO		
0 a 4	453	444		897
5 a 9	738	793		1531
10 a 14	881	892		1773
15 a 19	864	964		1828
20 a 24	871	890		1761
25 a 29	1100	998		2098
30 a 34	1214	1122		2336
35 a 39	1061	1036		2097
40 a 44	941	864		1805
45 a 49	899	832		1731
50 a 54	947	946		1893
55 a 59	985	891		1876
60 a 64	842	878		1720
65 a 69	678	681		1359
70 a 74	531	469		1000
75 a 79	337	351		688
80 +	456	318		774
INDETERMINADA	1	2	2	5
TOTAL	13799	13371	2	27172

FUENTE: REGISTROS DE INSCRIPCIÓN DE FONASA

TABLA DE POBLACIÓN PERCAPITA SEPTIEMBRE DE 2024 DE LA POSTA DEL ABRA

Grupo Etario	POSTA EL ABRA		TOTAL
	FEMENINO	MASCULINO	
0 a 4	58	57	115
5 a 9	85	106	191
10 a 14	104	104	208
15 a 19	81	99	180
20 a 24	84	75	159
25 a 29	127	74	201
30 a 34	127	89	216
35 a 39	129	83	212
40 a 44	94	64	158
45 a 49	93	53	146
50 a 54	87	64	151
55 a 59	98	65	163
60 a 64	99	81	180
65 a 69	52	58	110
70 a 74	43	37	80
75 a 79	31	35	66
80 +	43	36	79
TOTAL	1435	1180	2615

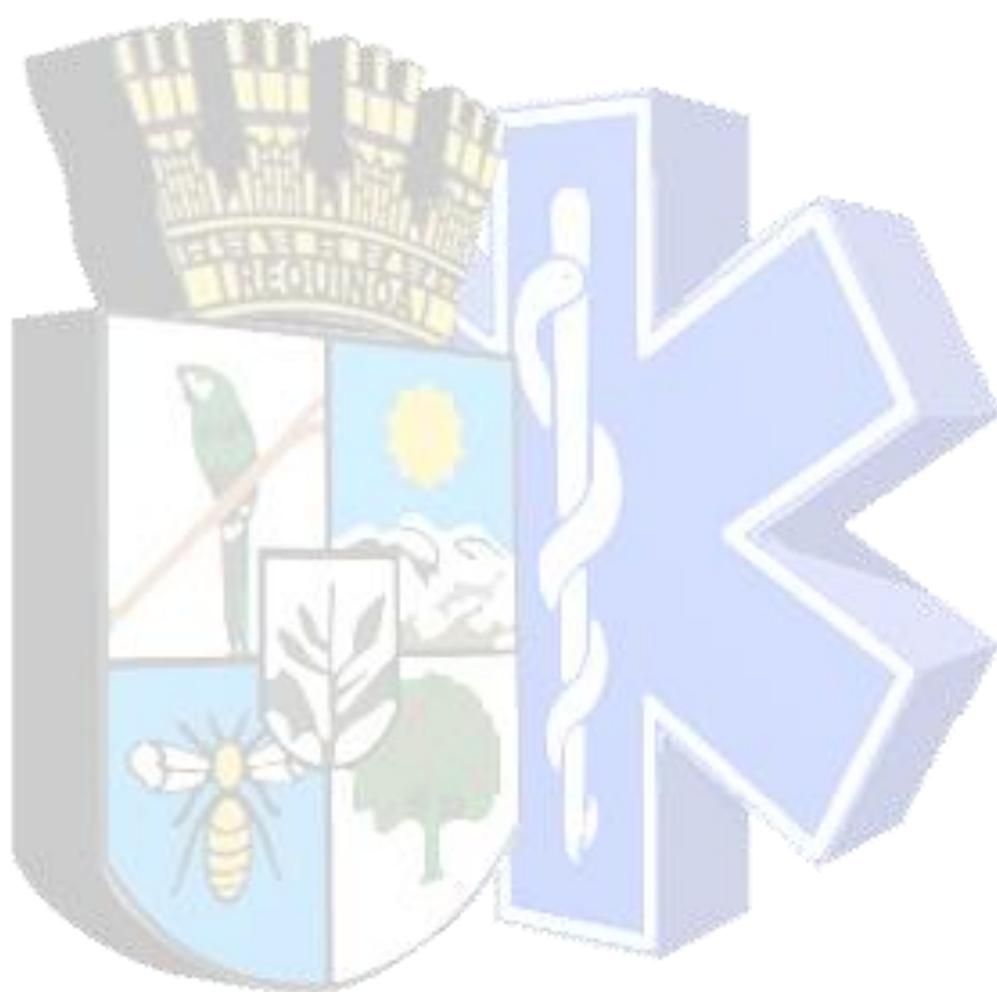




TABLA DE POBLACIÓN PERCAPITA SEPTIEMBRE DEL 2024 DE LA POSTA DE LOS LIRIOS

Grupo Etario	Posta los Lirios		TOTAL
	FEMENINO	MASCULINO	
0 a 4	52	43	95
5 a 9	88	79	167
10 a 14	86	86	172
15 a 19	87	83	170
20 a 24	99	98	197
25 a 29	124	77	201
30 a 34	119	84	203
35 a 39	94	91	185
40 a 44	89	88	177
45 a 49	84	56	140
50 a 54	105	74	179
55 a 59	93	77	170
60 a 64	86	86	172
65 a 69	71	64	135
70 a 74	64	53	117
75 a 79	41	47	88
80 +	49	31	80
TOTAL	1431	1217	2648

TABLA DE POBLACIÓN PERCAPITA SEPTIEMBRE DEL 2024 DE LA POSTA DE TOTIHUE

Grupo Etario	POSTA TOTIHUE		TOTAL
	FEMENINO	MASCULINO	
0 a 4	2	3	5
5 a 9	11	18	29
10 a 14	18	27	45
15 a 19	21	22	43
20 a 24	14	19	33
25 a 29	17	14	31
30 a 34	27	16	43
35 a 39	19	13	32
40 a 44	20	19	39
45 a 49	21	9	30
50 a 54	29	18	47
55 a 59	23	21	44
60 a 64	13	13	26
65 a 69	22	13	35
70 a 74	12	13	25
75 a 79	7	11	18
80 +	10	7	17
TOTAL	286	256	542



TABLA DE POBLACION PERCAPITA SEPTIEMBRE DEL 2024 DE CECOSF CHUMAQUITO

Grupo Etario	CECOSF CHUMAQUITO		
	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL
0 a 4	59	50	109
5 a 9	102	107	209
10 a 14	117	98	215
15 a 19	91	98	189
20 a 24	110	90	200
25 a 29	115	77	192
30 a 34	121	85	206
35 a 39	96	62	158
40 a 44	97	55	152
45 a 49	80	74	154
50 a 54	92	56	148
55 a 59	96	55	151
60 a 64	76	55	131
65 a 69	53	55	108
70 a 74	42	30	72
75 a 79	17	29	46
80 +	28	12	40
TOTAL	1392	1088	2480

TABLA DE POBLACION PERCAPITA SEPTIEMBRE DEL 2024 DEL CESFAM REQUINOA

Grupo Etario	CESFAM Requinoa			TOTAL
	FEMENINO	MASCULINO	INDETERMINADA	
0 a 4	282	291		573
5 a 9	452	483		935
10 a 14	556	577		1133
15 a 19	584	662		1246
20 a 24	564	608		1172
25 a 29	717	756		1473
30 a 34	820	848		1668
35 a 39	723	787		1510
40 a 44	641	638		1279
45 a 49	621	640		1261
50 a 54	634	734		1368
55 a 59	675	673		1348
60 a 64	568	643		1211
65 a 69	480	491		971
70 a 74	370	336		706
75 a 79	241	229		470
80 +	326	232		558
INDETERMINADA	1	2	2	5
TOTAL	9255	9630	2	18887



PROGRAMA CARDIOVASCULAR

Descripción del Programa de Salud Cardiovascular.

Los cambios en el perfil sociocultural, epidemiológico y demográfico de nuestro país, además de la urbanización y de la inmigración como fenómeno creciente, conlleva una mayor expectativa de vida y envejecimiento de la población. Esto tiene implicancias sociales, económicas, culturales y de derechos humanos, que generan, por una parte, una serie de beneficios para la sociedad chilena, y por otra un conjunto de efectos desfavorables como son el incremento de enfermedades crónicas en la población. Nos desafían como país a un fortalecimiento efectivo de la atención primaria como el pilar del modelo de salud chileno, basando en ella los cuidados, el uso eficiente de recursos, los resultados sanitarios, el desarrollo de estrategias locales para la consecución de la salud de sus comunidades y precisamente, la incorporación de la comunidad en los cuidados de salud y la anticipación a la enfermedad.

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

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

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

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



para el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento. Monitoreo frecuente de indicadores y retroalimentación, mejora en la calidad de la toma de presión arterial, entre otros.

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

En el contexto del inicio de una nueva década, el Departamento de Estrategia Nacional de Salud (DENS) de la División de Planificación Sanitaria (DIPLAS) desarrolló el proceso de formulación de los **Objetivos Sanitarios para la Década 2021-2030 y la construcción de un nuevo Plan Nacional¹² de Salud. “ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD 2021-2030”**.

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

Objetivos al año 2030

Los objetivos sanitarios del Programa de salud cardiovascular se enmarcan en el **Eje numero 4 Enfermedades crónicas no trasmisibles y violencia**.

Donde se priorizaron los siguientes problemas:

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



IAM/ACV. Objetivo De Impacto 2021-2030

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

Fuente “Estrategia Nacional de Salud 2021-2030”

Diabetes mellitus tipo 2. OBJETIVO DE IMPACTO 2021-2030

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

Fuente “Estrategia Nacional de Salud 2021-2030”

Enfermedad Renal Crónica. OBJETIVO DE IMPACTO 2021-2030

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

Fuente “Estrategia Nacional de Salud 2021-2030”



Cumplimiento de metas e IAAPS

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

Metas Sanitarias

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

Esta Meta está constituida por dos submetas:

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

Meta Nacional Aumenta el 2024 a un 29% de cobertura efectiva de personas con DM2

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

Valor local por sobre la nacional en 31.48%

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

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

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

Valor local por alcanzar: 84.65%

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

COBERTURA EFECTIVA DE HTA EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS

Meta Nacional Alcanzar al 2024 menos un 43% de cobertura efectiva de personas con HTA



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

Valor local 2024 también por sobre la nacional en 48.4 %:

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

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

2024 separa la meta de varones y mujeres para intencional aumentar la pesquisa en varones

Meta nacional 25 % y 30% respectivamente.

Meta local
 Varones 22.69%
 Mujeres 25.77%

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

Meta nacional 55%

Meta local 2024 78,1%

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

Meta nacional 58%

Meta local 2024 aumenta a 73.6%

CUMPLIMIENTO AL CORTE DE SEPTIEMBRE 2024

V: COBERTURA EFECTIVA DE HTA EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS

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

Cobertura efectiva de HTA

Cobertura efectiva de DM

HTA	Septiembre	Meta 2024	DM	Septiembre	Meta 2024
Cesfam	2226	3.188	Cesfam	574	916
ABRA	394		ABRA	139	
LIRIOS	487		LIRIOS	137	



totihue	131	111,70%	Totihue	37	106,00%
cecosf	325		cecosf	85	
Total MES	3.563		Total MES	972	

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

Pie Diabético

	Septiembre	Meta 2024
Cesfam	1220	esperado 84,65%
ABRA	252	
LIRIOS	228	
Totihue	72	
Cecosf	184	
Total MES	1956	Logrado 85,40%

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

EMPA	Meta	Septiembre	%
Hombres	1557	532	Solicitado a la fecha 74,9%
Mujeres	1601	868	
Total	3158	1400	44,30%

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

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

cobertura a 73.69%			cobertura Dm2 78%		
Cobertura de HTA			Cobertura de DM		
TOTAL HTA	Septiembre	Meta 2024	TOTAL DM	Septiembre	Meta 2024
Cesfam	3054	4851	Cesfam	1391	2281
ABRA	561		ABRA	283	
LIRIOS	742		LIRIOS	313	



Totihue	177	102,40%	Totihue	73	100,30%
Cecosf	434		cecosf	229	
Total MES	4968		Total MES	2289	





Desafíos Para El Año 2025

El rescate de usuarios crónicos fue una de las actividades priorizadas del 2022, 2023 Y 2024 logrando traer de vuelta a gran porcentaje de los usuarios ausentes de control desde el año 2019.

El servicio de salud y esfuerzos locales adicionales han destinado importantes recursos para aumentar de forma significativa el número de horas de Médicos, Enfermeros, Nutricionistas, Podólogas y otros profesionales. Llegando a más de 1500 atenciones mensuales, así poder dar continuidad de atención a los usuarios, con enfoque integral y centrado en las necesidades de las personas.

- Por tanto, uno de los principales objetivos para complementar este logro es mejorar la disponibilidad de Horas de todos los profesionales en horarios de extensión sábados a fin de llegar activamente a los usuarios laboralmente activos o que por otros motivos no logren asistir en horario diurno.
- Priorizar la actividad EMPA para aumentar la pesquisa precoz de enfermedades de origen sexual, respiratorio o crónicas como DM, HTA, DLP y sus factores de riesgo tales como tabaquismo, Alcoholismo, Obesidad y Sedentarismo. Abordando de forma sistemática las actividades de seguimiento y control. A través de las consejerías individuales o grupales a usuarios con factores de riesgo conductuales modificables como el consumo de tabaco, inactividad física, conductas sexuales de riesgo, el consumo nocivo de alcohol o alimentación poco saludable. Incrementando el acceso a grupos de actividad física, talleres de todas las temáticas, asistencia al programa más adulto mayor autovalente.
- Continuar con la **Estrategia HEARTS**, a objetivo de adoptar las mejores prácticas en prevención y control de las enfermedades cardio y cerebrovasculares, mejorando la precisión y tiempo de diagnóstico, evitando la inercia en los tratamientos, aumentando la compensación de usuarios con HTA. Que contempla la renovación de equipos de medición de tensión arterial validados, además dar continuidad y tener disponible el examen de Holter de presión para complementar el diagnóstico o descarte de HTA.



- Potenciar la Estrategia **de Cuidado Integral Centrado en las Personas ECICEP.**

Fortaleciendo el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria a través de la Integralidad de la atención, continuidad de los cuidados y centrado en las personas. Integrando a todas las unidades de atención, avanzando en la formulación de planes de cuidados de usuarios G1 G2 y G3 capacitando a profesionales de todas a las áreas en la estrategia, especialmente en la toma de decisiones compartidas con los usuarios.

- Fortalecer y potenciar a los equipos de atención en terreno, clínica móvil, equipos de Paliativo, dependencia moderada y severa conformado por Medico Enfermera y Tens, siendo los usuarios crónicos mayores de 65 años los más beneficiados.

- Mejorar los canales de derivación efectiva al equipo de rehabilitación CCR para el abordaje de las personas que sufren un ACV desde etapas muy precoces y desde un enfoque interdisciplinario. Derivación oportuna a equipo de rehabilitación para fomentar el aprendizaje y reaprendizaje de habilidades y la recuperación de funciones apelando al potencial de plasticidad que el cerebro, **comenzar a trabajar con los pacientes de manera muy precoz, de manera diaria, todo esto con el propósito de que el paciente alcance su máximo nivel de autonomía y pueda reintegrarse a sus actividades cotidianas en el hogar, trabajo y espacios sociales.**

- Disminuir el indicador trazador de DM como lo es la tasa de egresos hospitalarios por amputaciones de pie diabético.

- Vigilancia y mejoría de la Trímetra en usuarios con Dm2: HbA1C<7% - PA < 140/90mmHg y Colesterol LDL < 100 mg/dl.



MATRIZ DE PLANIFICACION PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR

Problema de salud priorizado	Relación con Estrategia Nacional de Salud	Objetivo General	Objetivo específico	Meta	Estrategias	Actividades	Plazo	Responsable	Indicadores
Dificultad de pesquisa de empa especialmente varones de 20 a 64 años	Eje N° 4 ECNT	Aumentar las coberturas de tratamiento integral para enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares en personas de 18 años y más.	Aumentar la pesquisa de enfermedades crónicas no trasmisibles	Aumentar en al menos 50% de la brecha de empas de usuarios entre 20 y 64 años con EMPA vigente.	Sensibilizar tanto al personal de salud como a la comunidad de la importancia del examen preventivo. Como objetivo primordial de APS.	Difusión del examen en medios locales radios redes sociales. Educación del examen a personal de salud en general y grupos comunitarios.	Evaluación trimestral	Encargados del PSCV- Encargados de promoción y difusión	N° de actividades de difusión realizadas / total de actividades planificadas *100.
Bajo % de asistencia a los controles CV de usuarios < de 65 años	Eje N° 4 ECNT	Disminuir la carga de por enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares en personas de 18 años y más.	Aumentar la cobertura de atención de patologías del PSCV.	Aumento de controles crónicos de usuarios ausentes de control	Contar con disponibilidad de horas de controles crónicos en Horarios de extensión horaria y sábados.	Asegurar horas de los diferentes profesionales en horarios de extensión y sábados.	Evaluación trimestral	Dirección, Equipo PSCV, unidad de SOME	N° total de controles planificados en horarios de extensión y sábados/ N° de controles realizados en



								horario de extensión y sábados
--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------------------





PROGRAMA DE SALUD DE LA MUJER

Descripción del programa:

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

Objetivo general:

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

Objetivos específicos:

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

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

CÁNCER CERVICOUTERINO

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

COBERTURA PAPANICOLAOU:

La meta nacional corresponde al 80% de cobertura de personas entre 25-64 años que cuentan con PAP vigente en los últimos 3 años.

COBERTURA DE MUJERES DE 25 A 64 AÑOS RESPECTO A METODO DE SCREENING (PAP) PARA CANCER CERVICO UTERINO EN REQUINOA AÑOS 2023 - 2024



AÑO	POBLACION INSCRITA	PAP VIGENTE	
		Total de mujeres	% de cobertura
2023	7410	4828	65.1
A SEPTIEMBRE 2024	7701	4771	61,9

Fuente: citoexpert

TOTAL DE PAP REALIZADOS DE LA COMUNA SEGUN RESULTADOS OBTENIDOS AÑO 2023 Y A SEPTIEMBRE 2024

AÑO	Nº TOTAL PAP REALIZADOS	NORMALES	ATIPICOS	LESION PRE-CANCEROSA (NIE I-II-III)	CANCER CERVICO UTERINO	MENOS QUE OPTIMOS
2023	1677	1620	25	26	0	6
2024	1641	1578	21	18	0	24

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

CÁNCER DE MAMAS

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

El eje principal en este tópico es la realización de mamografía cada 2 años gratuita para nuestras usuarias, focalizada en el grupo de 50 a 69 años de edad. Se esperaba que para el año 2020, el 80% de las mujeres entre 50 y 69 años tuviera una mamografía vigente, pero la pandemia afectó severamente el cumplimiento de este objetivo. Nuestra comuna a septiembre del año 2024 tiene una cobertura de un 57,9% en este grupo etario (50-69) y un 38% en mujeres de 35 y más años.

EXAMENES FISICOS DE MAMAS (EFM) PROTOCOLIZADOS DE ACUERDO A RESULTADOS AÑO 2023 Y AL 30 DE SEPTIEMBRE 2024

AÑO	EFM REALIZADOS	NORMALES	PROBABLE PATOLOGIA BENIGNA	PROBABLE PATOLOGIA MALIGNA
2023	939	676	253	10
09/2024	677	543	134	0

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



SITUACION DE MUJERES DE 50 A 69 AÑOS RESPECTO A METODO DE SCREENING MAMOGRAFIA, PARA CANCER MAMARIO EN REQUINOA A SEPTIEMBRE 2024.

POBLACION INSCRITA	MX VIGENTE	
	N° MUJERES	% DE COBERTURA
3277		
TOTAL	1898	57,9

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

SITUACION DE MUJERES DE 35 Y MÁS RESPECTO A METODO DE SCREENING MAMOGRAFIA, PARA CANCER MAMARIO EN REQUINOA A SEPTIEMBRE 2024.

POBLACION INSCRITA	MX VIGENTE	
	N° MUJERES	% DE COBERTURA
7266		
TOTAL	2765	38

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

Respecto al número de Mamografías por el Convenio Programa de Imágenes Diagnósticas en Atención Primaria año 2024, se nos asignaron 1190 cupos para mamografías y 238 ecografías mamarias, al 30 de septiembre 2024 se han realizado 734 exámenes mamográficos y 166 ecografías mamarias.

CONTROL PRENATAL

La importancia de la oportunidad de atención en el control prenatal es relevante a objeto de pesquisar variables que atenten contra la evolución fisiológica. En el año 2023 se realiza un 84.08% de ingresos de gestantes a control antes de las 14 semanas de gestación lo que corresponde a 169 de un total de 201 embarazadas. Del 01 de enero al 30 de septiembre del año 2024 la evaluación corresponde al 87.20 % de ingresos realizados antes de las 14 semanas, lo que corresponde a 109 de un total de 125 gestantes, cifras que se encuentran en directa relación con el fenómeno migratorio que afecta este indicador a nivel nacional.

MUJERES EN EDAD DEL CLIMATERIO

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



MUJERES DE 45-64 AÑOS EN CONTROL CLIMATERIO AÑOS 2023 Y 2024

POBLACION INSCRITA	N°	COBERTUR	N° A	COBERTURA
2023: 3504	2023	A	SEPTIEMBRE	TOTAL A
2024: 3599		TOTAL 2023	2024	SEPTIEMBRE 2024
EN CONTROL	1014	28.9%	969	26.9%
CON MRS (ESCALA PARA MENOPAUSIA)	269	26.5%	370	38.1%
MRS ELEVADA	111	38.6%	109	29,4%
CON APLICACION THR SEGÚN MRS	32	19.8%	28	25,6%

Fuente: REM P1.

VIH Y SIDA

Dentro de los Objetivos de impacto de las Estrategias Nacionales de Salud 2021-2030 (ENS), es prioridad disminuir la incidencia de VIH/ SIDA en Chile en la población. Nuestra comuna mantiene un alto número de testeo en relación a otras comunas de la región.

NUMERO DE TEST VIH REALIZADOS EN EL AÑO 2023, Y A SEPTIEMBRE 2024

TEST DE ELISA	TOTAL
2023	168
A SEPTIEMBRE 2024	164

FUENTE: REGISTRO LABORATORIO CESFAM.

NUMERO DE TEST RAPIDO VIH 2023 Y A SEPTIEMBRE 2024

TR VIH 2023	TR VIH A SEP 2024
1383	1138

FUENTE: plataforma SUR-VIH

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

La prevención del embarazo adolescente fue incluida en las Metas del Milenio y el Estado de Chile comprometió disminuir en un 10% la tasa proyectada de embarazo adolescente en mujeres de 10 a 19 años para la década 2011- 2020, es decir una tasa de fecundidad de 22,9 nacidos vivos (NV) por 1.000 mujeres (de 10 a 19 años), esta meta se logró anticipadamente en 2015. No obstante, la preocupación sigue centrada en el grupo en las menores de 14 años y en Chile el embarazo adolescente sigue siendo un problema de salud pública, con importantes diferencias territoriales que profundiza la desigualdad. En



ese sentido, aún persisten inequidades entre regiones y nivel socioeconómico, lo que queda oculto al utilizar los promedios nacionales para dimensionar el fenómeno. En ese mismo sentido, los determinantes sociales, la interseccionalidad y el impacto que tiene la maternidad y paternidad en la adolescencia, justifica indiscutiblemente que la problemática siga siendo una prioridad para el país

COBERTURA DE POBLACIÓN ADOLESCENTE DE 15-19 CON METODO ANTICONCEPTIVO A SEPTIEMBRE 2024

POBLACION INSCRITA 15 a 19 años	META AÑO 2024: 440 (EQUIVALENTE AL 26% DE LA POBLACIÓN INSCRITA)	
1692	N° adolescentes con método anticonceptivo	% DE COBERTURA
TOTAL	374	22,1

FUENTE: TARJETERO POBLACIÓN DE REGULACIÓN DE FECUNDIDAD

Desafíos Año 2025

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

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





Actividades Educativas Y Comunitarias Del Programa De La Mujer





Problemas Priorizados Para Matriz Año 2024

<u>N°</u>	<u>PROBLEMA</u>	<u>MAGNITU</u>	<u>TRASCENDE</u>	<u>VULNERABILID</u>	<u>FACTIBILI</u>	<u>PUNTA</u>
		<u>D</u>	<u>NCIA</u>	<u>AD</u>	<u>DAD</u>	<u>JE</u>
		1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	<u>FINAL</u>
1	BAJA ASISTENCIA DE MUJERES DE 25 A 64 AÑOS DE EDAD PARA LA TOMA DE PAPANICOLAOU.	3	5	4	3	16
2	BAJA ASISTENCIA DE MUJERES 50-69 AÑOS PARA CONVENIO DE MAMOGRAFIA.	2	5	4	3	14
3	BAJA CANTIDAD DE GESTANTES A INGRESO PRECOZ A CONTROL PRENATAL	3	4	2	3	12

Problema de Salud Priorizado	Relación con Estrategia Nacional de Salud	Objetivo General	Objetivo Específico	Meta	Estrategias	Actividades	Plazo	Responsable	Indicadores
 <p>BAJA ASISTENCIA A LA TOMA DE PAPANICOLAOU EN MUJERES DE 25 A 64 AÑOS DE EDAD.</p>	REDUCIR LA TASA DE MORTALIDAD POR CANCER	1.- Disminuir la mortalidad por cáncer cérvico uterino	1.- Aumentar la cobertura de mujeres entre 25 y 64 años con PAP vigente en la comuna de Requínoa	Cumplir con al menos el 90% de la meta fijada por el Servicio de Salud de mujeres de 25 a 64 años con PAP vigente al 31 de diciembre de 2025	<p>1. Actividades de rescate y difusión masiva de la importancia de la toma de PAP, para la detección precoz y derivación oportuna a los niveles de mayor complejidad.</p> <p>2. Actualización de base de datos de mujeres con PAP, sectorizados y por establecimiento de salud.</p>	<p>1.1 Difusión en medios de comunicación masiva como Radio Requínoa, reuniones del consejo de desarrollo local, Página web (al menos 2 sesiones al año)</p> <p>1.2 Actividades de rescate: contacto telefónico, domiciliario o pesquisa en atención por otros profesionales y/o programas (Actualización de teléfonos en listados de usuarias que les corresponde examen. Creación de cupos exclusivos en agenda maternal para la toma del examen. Llamado telefónico y citación en agendas por TENS u OFA)</p> <p>2.1 Actualización continua de base de datos de mujeres con PAP, sectorizado por establecimiento de Salud</p>	<p>2 de enero al 30 de diciembre de 2025</p> <p>2 de enero al 30 de diciembre de 2025</p>	<p>De la supervisión: Jefa/e del Programa Salud de la Mujer</p> <p>De la ejecución: Matronas y matrones Clínicos de la Comuna de Requínoa</p>	<p>1.1 Número de actividades promocionales en medios de comunicación masiva realizadas _____ *100</p> <p>Número de actividades promocionales en medios de comunicación masiva programados.</p> <p>1.2 Existencia de listados con teléfonos actualizados y registro de citación por mes.</p> <p>1.2 Agendas de profesionales matrón/a con cupo PAP</p> <p>2.1 Existencia de registro mensual de mujeres de 25-64 años con examen PAPANICOLAOU vigente (planilla con cumplimiento de meta y planillas con listados de usuarias)</p>



	Relación con Estrategia Nacional de Salud	Objetivo General	Objetivo Específico	Meta	Estrategias	Actividades	Plazo	Responsable	Indicadores
BAJA CANTIDAD DE GESTANTES CON INGRESO PRECOZO A CONTROL PRENATAL	Abordar integralmente las necesidades en Salud Sexual y Reproductiva de las personas a lo largo del curso de vida, desde un enfoque de género, interseccionalidad, intercultural y de derechos.	Mejorar la atención en salud reproductiva, con enfoque biopsicosocial, intercultural, de género y de derechos. Asegurar el cumplimiento de la Ley IVE (interrupción voluntaria del embarazo).	Aumentar el número de gestantes con ingreso precoz (antes de las 14 semanas)	Cumplir con al menos el 90% de la meta fijada por el Servicio de Salud de gestantes con ingreso precoz control prenatal	Difusión a población migrante respecto acceso a la atención en salud sexual y reproductiva	1. Difusión en redes sociales respecto al acceso a prestaciones en salud sexual y reproductiva (1 por semestre) 2. Coordinación con el intersector para la derivación de usuarias que requieran atención en salud sexual y reproductiva	2 de enero al 30 de diciembre año 2025	Jefe del programa de la mujer	1. Número de actividades promocionales en medios de comunicación masiva realizadas _____*100 Número de actividades promocionales en medios de comunicación masiva programados. 2. Existencia de mesa territorial de articulación intersectorial (actas de reuniones)





PROGRAMA MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA (MAISFC)

Para el 2030, uno de los objetivos de impacto comprometido es fortalecer el cuidado centrado en las personas, familias y comunidades, avanzando hacia la cobertura universal.

Existe abundante evidencia que apoya el desarrollo de la Atención Primaria en Salud (APS) como una estrategia central de los sistemas de salud, observándose que países con una APS fortalecida tienen mejores niveles de salud, menor uso de servicios de urgencia, menor tasa de hospitalizaciones innecesarias, mejor acceso a la atención, menor gasto y más equidad. Asimismo, la práctica de la Salud Familiar es cada vez más extendida, siendo adoptada en diversos países: Inglaterra la ha desarrollado como su principal sistema de atención primaria. En Chile, la salud familiar y comunitaria se implementa desde el Modelo de Salud Familiar y Comunitaria (MAISFC), en donde la familia es el contexto social primario para promover la salud y, en caso de enfermedad, mejorar su estado de salud como un todo en las personas, familias y comunidades, desde una visión biopsicosocial espiritual, acorde a su cultura y sociedad.

En nuestra comuna existen conformados cuatro (4) Equipos de Cabecera integrados por: médicos, enfermeras, matronas, psicólogos, nutricionistas, asistentes sociales, técnicos paramédicos y oficial administrativo en cada equipo. Estos equipos tienen imagen corporativa identificándose con un nombre de árbol cada uno (Roble, Araucaria, Almendra, Nogal), el cuarto equipo corresponde a CECOSF, que abrió sus puertas al público el 20 de agosto de año 2018. El equipo Nogal se certificó en MAIS el 23 de noviembre de 2024. El Equipo Transversal cuenta con Unidades de apoyo y profesionales tales como kinesiólogos, odontólogos, tecnólogos médicos, quienes prestan apoyo a los equipos de cabecera.

La Reforma Sectorial incluye el fortalecimiento de la Atención Primaria y la instalación de procesos sistemáticos de evaluación y mejora continua de los Centros de Salud en su desempeño global.





Objetivos Del Programa

A.-Objetivo general:

Consolidar el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en los establecimientos de atención primaria de salud y reconocer el esfuerzo del equipo de salud y la comuna, a través de la entrega de un estímulo financiero anual, a aquellos establecimientos que hayan cumplido con los requisitos señalados en el presente programa: Evaluación, Programación y realización de acciones orientadas a materializarlo.

B.- Objetivos específicos:

- Evaluar la evolución del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, mediante la aplicación de “Instrumento para la Evaluación y Certificación del Desarrollo en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria” en establecimientos de Atención Primaria.
- Realizar mejoras, considerando brechas identificadas, para alcanzar los principios que sustentan el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario, en los establecimientos de Atención Primaria.

Consideraciones Metodológicas Del Programa

Autoevaluación.

El establecimiento de salud deberá realizar su autoevaluación previamente, usando el “Instrumento para la evaluación y certificación de desarrollo en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar Comunitaria” en la plataforma MAIS para contrastar el desarrollo del Modelo en el establecimiento y conocer las condiciones en las cuales se encuentran.

A partir del puntaje obtenido y habiendo identificado las brechas, los establecimientos de salud deberán realizar un Plan de Mejora anual, enfatizando su trabajo en aquellos ejes donde se lograron menores porcentajes.

La evaluación del programa MAIS consta de 3 procesos: Realizar la autoevaluación y plan de mejora. Corte al 31 de agosto del avance del plan. Corte al 31 de diciembre de la evaluación final del plan de mejora. Cabe destacar que para el año 2022 se integra al trabajo del programa MAIS la Estrategia de Cuidado integral Centrado en la Persona



(ECICEP) que consiste en acompañar a las personas según el nivel de riesgo de complicaciones de Salud que experimentan a lo largo del curso de vida.

El año 2024 se implementa una nueva pauta de certificación.

¿QUÉ TENÍAMOS?

COMPONENTES



68
INDICADORES

COMISIÓN CON REFERENTES POR CADA EJE

9 ejes

PROCESO DE CERTIFICACIÓN

- Por eje 30% y global 50%
- 1era certificación 30%
- 2da certificación 50%
- 3ra certificación 75%
- 4ta certificación y siguientes 100%





Cambios a partir del año 2024:

Se mantiene	Cambia
Componentes: Autoevaluación Plan de mejora ECICEP Planilla de corte MAIS: Fechas de cortes evaluativos	Imagen Estructura del instrumento Indicadores (38 indicadores) Comisión Evaluadora Proceso de certificación Plataforma



ESTRUCTURA INSTRUMENTO

PRINCIPIOS

C O M P O N E N T E S		CENTRADO EN LAS PERSONAS	INTEGRALIDAD	CONTINUIDAD
	Comunidad			
	Persona y Familia			
	Equipo de Salud			



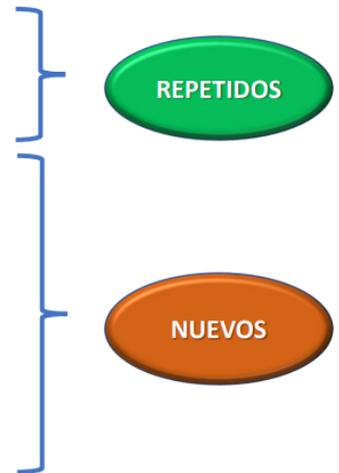


Proceso de certificación.

Para alcanzar la certificación se debe cumplir al menos un 65% del total de la pauta (total de 38 indicadores), y el 100% de los indicadores obligatorios (10 indicadores obligatorios)
Vigencia de la certificación: 3 años.

INDICADORES OBLIGATORIOS

1. Protocolo/documento de buen trato (vigencia 3 años)
2. Manejo de personas egresadas de alta hospitalaria por causa de NM, DM2, amputaciones por DM2, IAM, ACV, ERC etapa 5.
3. Familias identificadas y agrupadas en ficha clínica, Cartola familiar.
4. Planes de Cuidados Integrales.
5. Sectorización del establecimiento.
6. Plan de Trabajo de Salud Comunitaria (Diagnóstico Comunitario)
7. Implementación de la ECICEP.
8. Plan de Salud Comunitario que incorpora gestión intersectorial de trabajo con activos comunitarios.
9. Trabajo con enfoque familiar del equipo de sector.
10. Encargado en áreas estratégicas para el desarrollo del Modelo: MAIS, ECICEP (22), Calidad (22), Promoción (11) y Participación (22).





Autoevaluación MAIS año 2024:

En la siguiente tabla se resumen los resultados obtenidos Al 31 de agosto 2024

POSTA	AÑO	MES	Nº PRINCIPIOS EVALUADOS	ESTADO	TOTAL	CENTRADO EN LAS PERSONAS	INTEGRALIDAD	CONTINUIDAD DEL CUIDADO
					AUTOEVALUACIÓN	AUTOEVALUACIÓN	AUTOEVALUACIÓN	AUTOEVALUACIÓN
LIRIOS	2024	Abril	3	Enviado	14.86 %	8.33 %	32.5 %	8.33 %
ABRA	2024	Abril	3	Enviado	13.51 %	8.33 %	27.5 %	8.33 %
TOTIHUE	2024	Abril	3	Enviado	8.11 %	5%	12.5 %	8.33 %

CESFAM:

Año	Mes	Nº Principios Evaluados	Estado	Total	Centrado en las personas	Integralidad	Continuidad del cuidado
				Autoevaluación	Autoevaluación	Autoevaluación	Autoevaluación
2024	Abril	3	Enviado	26,97	23,44	45	16,67

CECOSF:

Año	Mes	Nº Principios Evaluados	Estado	Total	Centrado en las personas	Integralidad	Continuidad del cuidado
				Autoevaluación	Autoevaluación	Autoevaluación	Autoevaluación
2024	Abril	3	Enviado	31,76	35	40	20,83

Desafíos Año 2025:

1. Re sectorización de CESFAM e implementar un tercer equipo de cabecera
2. Trabajar en las brechas identificadas para incrementar los porcentajes de autoevaluación 2025
3. Evaluar si CESFAM y PSR alcanzan los puntajes para optar al proceso de certificación





PROGRAMA DE SALUD INFANTIL (PSI)

El equipo de salud de infancia en la comuna de Requinoa está compuesto por profesionales médicos, enfermeros, matronas, TO, educadora de párvulos, kinesiólogos, psicólogos y otros, altamente comprometidos para lograr el mejor desarrollo de niños y niñas de 0 a 9 años en colaboración con la familia unidad principal de cuidados.

El PSI como propósito Contribuir a la salud y el desarrollo integral de niños y niñas menores de 10 años, en su contexto familiar y comunitario a través de actividades de fomento, protección, prevención, recuperación de la salud y rehabilitación, que impulsen la plena expresión de su potencial biopsicosocial y mejor calidad de vida.

Objetivos del PSI

1. Reducir la mortalidad y morbilidad infantil en la población menor de 10 años.
2. Fortalecer la atención de salud oportuna expedita, continua, resolutivez y de calidad a niños y niñas en la red de salud pública.
3. Contribuir a la mejora de la calidad de vida en la población infantil, independiente de su condición de salud y socioeconómico.
4. Promover hábitos saludables y disminuir los factores de riesgo de salud en niños y niñas menores de 10 años, considerando el enfoque de curso de vida.





Evaluación Resolución Exenta N°1000.

En el marco de la Reforma de Salud, se impulsaron **Programas de Reforzamiento de la Atención de Salud Integral de Niños Niñas, Adolescentes y Jóvenes (NNAJ) vinculados a la Red de Programas del Servicio Nacional de Protección Especializada Mejor Niñez y Servicio Nacional de Menores (SENAME).**

El Departamento de Salud de Requinoa cuenta con un equipo conformado por psicólogo y enfermera para la atención de NNAJ verificando que reciban todas las prestaciones de salud a los que tienen derecho, recibiendo atención prioritaria de acuerdo a sus necesidades derivadas a los equipos de cabecera para planes integrarles.

Evaluación

Atención por curso de vida (enero a septiembre 2024)

Población: 93 NNAJ

Tipo de control	Programa ambulatorio	Ambos sexos	Mujer	Hombres	% cobertura
Control sano		39	19	20	74%
Control adolescente		30	21	09	

Fuente REM P13.

Evaluación de Metas e IAAPS 2024.

Meta-IAAPS	Enero a septiembre 2024	Observaciones
Meta N°1 Recuperación del déficit del desarrollo psicomotor en población de 12 a 23 meses (meta 90%)	33.3%	<u>Incumplimiento meta N.º 1:</u> Falta de coordinación entre enfermeros. Falta de seguimiento a los NN diagnosticados.
Meta N°6 Cobertura de Lactancia Materna en menores de 6 meses (65%)	54,23%	<u>Incumplimiento meta N.º 6</u> Incorporación de Formula de inicio. Problema a nivel nacional Población migrante boliviana que no incorpora en su cultura la LM.



IAAPS N°7 Cobertura de desarrollo psicomotor de 12 a 18 meses (95%)	62%	<u>Incumplimiento de IAAPS.</u> Falta de coordinación entre enfermeros. Falta de revisión de sus inasistentes.
---	-----	--

Fuente REM A03.





Evaluación Plan de Salud año 2024.

1º Problema priorizado.

Falta de prestaciones a niños y niñas con deterioro en su desarrollo psicomotor por patología de base.			
Diagnósticos	N.º de niños y niñas diagnosticados	N.º de ingresos	N.º de egresos
TEA	5	4	4
Sospecha TEA	3	3	1
Retraso DSM	2	2	0
Hipotonía	2	2	2

Análisis FODA

Falta de prestaciones a niños y niñas con deterioro en su desarrollo psicomotor por patología de base.	
Fortalezas	Personal capacitado Reconversión de horas profesional. Personal motivado Apoyo de autoridades locales.
Debilidades	Baja derivación por parte de enfermeros.
Amenazas	Falta espacio físico adecuado.
Oportunidades	Una nueva prestación aceptada por la población. Acompañamiento a las familias en este proceso de crisis no normativa.





2º Problema priorizado.

Inexistencia de dupla NTC y profesora educación física para abordar el tema de presiona arterial alta en niños y niñas menores de 10 años_	
N.º de NN diagnosticados	13
N.º de NN atendidos	10
N.º de ingresos	13
N.º de egresos	0
N.º de sesiones dupla	8

Análisis FODA

Falta de prestaciones a niños y niñas con deterioro en su desarrollo psicomotor por patología de base.	
Fortalezas	Personal capacitado Reconversión de horas profesional. Personal motivado Apoyo de autoridades locales.
Debilidades	No disponer de Vehículo fácilmente. Dia signado para esta tarea ocupado por otras reuniones. No se cuenta con box.
Amenazas	Horarios de atención se superponen a horarios de colegio.
Oportunidades	Una nueva prestación aceptada por la población. Acompañamiento a las familias en este proceso de crisis no normativa.





PROBLEMAS PRIORIZADOS PARA MATRIZ AÑO 2025

PROBLEMAS	MAGNITUD	TRASCENDENCIA	VULNERABILIDAD	FACTIBILIDAD	PUNTAJE
BAJA COBERTURA DE DSM 12 A 18 MESES	2	1	3	5	11
AUMENTO DE CASOS SENAME	2	1	3	3	9
NN CON PROBLEMAS DE BASE QUE ALTERAN SU DESARROLLO	3	1	3	4	11
NN CON PA ALTA ASOCIADO A OBESIDAD Y OTROS FACTORES	2	2	3	5	12



PROBLEMA PRIORIZADO PROGRAMA DE SALUD INFANCIA									
PROBLEMA DE SALUD PRIORIZADO	RELACIÓN CON ENS	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVO ESPECIFICO	META	ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PLAZO	RESPONSABLE	INDICADORES
NN CON PA ALTA ASOCIADO A OBESIDAD Y OTROS FACTORES	DESARROLLO INTEGRAL EN LA INFANCIA	LOGRAR IDENTIFICAR POBLACIÓN INFANTIL DE RIESGO	INCORPORAR HABILIDADES DE AUTOCUIDADO. SEGUIMIENTO A LA POBALCION IDENTIFICADA	30% DE LO DIAGNOSTICADO	CONSOLIDAR DUPLA NTC PROFESORA EDUCACION FISCA	CONSULTAS DUPLAS CONSULTAS INDIVIDUALES VDI ATENCION MEDICA 1 VEZ.	AÑO 2024	ENCARGADA PROGRAMA NTC EDUCADORA	N.º DE NIÑOS CON ALZAS DE PA IDENTIFICADOS N.º DE VDI N.º DE SESIONES DUPLA N.º DE NIÑOS EGRESADOS CON PA NORMAL.





PROGRAMA ODONTOLÓGICO

Marco teórico

Desde hace bastantes años la política nacional en salud bucal decidió priorizar la atención dental a menores de 20 años entendiendo que las consecuencias de la caries dental son acumulativas y al tener una población infantil con una gran carga de enfermedad, tendremos una población adolescente muy enferma y una población adulta con las secuelas de la enfermedad, afectando enormemente la autoestima y la calidad de vida de las personas.

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

Es así como se creó el programa **CERO** (**C**ontrol con **E**nfoque de **R**iesgo **O**dontológico) que viene a dar cuenta de una necesidad de intervención inicial en etapas tempranas de la vida y con ello minimizar el daño y lograr mayor eficiencia en medidas preventivas. Dicho programa comienza a los 6 meses de vida y se extiende hasta los 19 años en donde todas las actividades de promoción, prevención y rehabilitación están consideradas. Los controles son estandarizados con la aplicación de pautas por edad y dan como resultado un riesgo odontológico y con ello una frecuencia de citación para el control o la prevención de la enfermedad.

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

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

En Chile los problemas bucales son de alta prevalencia en todos los grupos etarios causando dolor, problemas nutricionales, baja autoestima y complicando enfermedades sistémicas. Así nace el concepto de ECICEP (estrategia cuidado integral centrado en las personas) apuntando a la atención preferente a personas con multimorbilidad y así propender a una integralidad en la atención incluyendo nuestra área de desempeño.



Las patologías de mayor prevalencia en nuestra comuna, al igual que en el resto del país, siguen siendo la caries, las enfermedades gingivales, periodontales y anomalías dentomaxilares.

La comuna de Requínoa cuenta con 289 horas semanales de odontólogo (9) con técnico dental (9). Lo anterior distribuido en un CESFAM (140 horas), dos postas de salud rural (88 horas), CECOSF (46 horas) y un móvil dental (15 horas) que dan respuesta a las necesidades de salud oral de la Comuna. Además de lo anterior, se suman las horas en horario vespertino y días sábados (en Postas y CESFAM) principalmente enfocada en atención de adultos.

Desde el año 2000 se trabaja, en concordancia a las políticas ministeriales (objetivos sanitarios), con los grupos etarios menores de 20 años en promoción, prevención y tratamiento de patologías bucales. Al mismo tiempo, se cuenta con horas contratadas para la atención de alumnos de enseñanza media, que son atendidos en el liceo municipal (convenio mejoramiento acceso de la atención). La atención dental en CESFAM mayoritariamente es otorgada a los sectores de Robles y Araucarias pues las unidades dentales de postas absorben la atención del sector Almendras y CECOSF sector Nogal (excepto la zona de Totihue, que por cercanía acude a nuestro CESFAM por no contar con Unidad dental en esa Posta). Además, contamos con una Unidad dental móvil que vino a dar respuesta a la demanda no satisfecha en lugares rurales, escuelas de difícil acceso y de esta manera acercar la atención odontológica a los sectores más vulnerables de nuestra comuna.

Objetivo general:

Disminuir el daño oral en niños y niñas menores de 20 años con un enfoque de promoción y prevención (Programa CERO), además de dar respuesta a la demanda de atención odontológica de otros grupos etarios.

Objetivos Específicos

Atención dental integral a menores de 20 años y controles según riesgo

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

Mejorar el acceso a medidas de prevención y control precoz según riesgo odontológico en menores de 20 años.



Cumplimiento de metas e IAAPS

Indicador APS	Meta	N° actividades	Cumplimiento a sept.2024
At. Morbilidad en <19 años	3939	3549	90.09%
Menores de 3 años libres de caries	330	277	83.93%

Metas Colectivas	Meta	N° actividades	Cumplimiento a sept.2024
Ingreso < 9 años CERO	848	909	107.19 %
Niños 6 años libres de caries	52	36	69.23%

Estadísticas de atenciones y talleres 2024 (a septiembre 2024)

ACTIVIDAD	NÚMERO
Consulta de morbilidad	6951
Control odontológico	1202
Consultas de urgencias GES	300
Educación con enseñanza Técnica cepillado	686
Consejería de tabaco	104
Examen de salud oral	4842
Aplicación de sellantes	4966
Aplicación de flúor tópico	882
Detartraje supragingival	1333
Exodoncias simples	1115
Restauraciones	3975
Detartraje subgingival	67
Radiografía intraoral	79
Ingresos Programa CERO	1354
Entrega kit higiene Sembrando Sonrisas	681
Aplicaciones flúor Sembrando Sonrisas	681
Talleres educación sembrando sonrisas	20
Convenio Más Sonrisas para Chile	
Pacientes dados de alta	67
Prótesis dentarles	103
Convenio Hombres Escasos Recursos	
Pacientes dados de alta	33
Prótesis dentales	41
Atención en Domicilio	
Pacientes dados de alta	23
Resolución de especialidades	
Endodoncias realizadas	42
Prótesis removibles	21
GES 60 años	
Pacientes dados de alta	18
Prótesis dentales	22
Atención alumnos enseñanza media	
Altas odontológicas	80



Actividades recuperativas en >20 años en extensión horaria	1480
Consultas de morbilidad en extensión horaria	1217

Desafíos año 2025

- 1.-Aumentar cobertura odontológica en población de Requínoa (niños y adultos)
- 2.-Hacer realidad la implementación, organización y puesta en marcha de las nuevas unidades dentales en CESFAM.
- 3.-Aumentar atención odontológica de población mayor de 20 años en horario vespertino
- 4.-Aumentar recurso humano odontológico y TONS
- 5.-Cumplir con exigencias de IAAPS y metas colectivas odontológicas solicitadas por MINSAL.
- 6.- Implementar atenciones pacientes ECICEP como parte del programa odontológico
- 7.- Coordinación, organización y monitoreo de convenios odontológicos MINSAL





MATRIZ DE PRIORIZACION DE PROBLEMAS DE SALUD ODONTOLOGICA

Matriz de Priorización de Problemas de Salud																					
Problema	Magnitud					Trascendencia					Vulnerabilidad					Factibilidad					Total
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
Alta incidencia y prevalencia de caries en menores de 20 años.					x					x	x									x	16
Baja asistencia de niños desde colegios: horario laboral de padres y/o apoderados incompatibles y cambio en normativa de colegios.					x			x						x					x		14
Falta de movilización para atención de pacientes con dependencia severa				x			x							x						x	15
Inexistencia de un programa de mantención de equipos dentales. Todo se resuelve en base a los fallos.				x			x							x					x		15
Baja resolutivez y acceso a la atención odontológica a la población > 20 años. Alto número de rechazos de atención odontológica para horario vespertino.				x					x					x						x	14





PROGRAMA DE SALUD MENTAL

Marco Teórico

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

De acuerdo a la línea de tendencia de los últimos 5 años, la mortalidad por suicidios se mantiene en la región estable y por sobre las tasas país. Se observa que el promedio de casos en el período asciende a 123 suicidios por año. Durante los últimos tres años (2021 – 2023), están aumentando los casos de suicidios en los hombres, ya que durante el año 2023 representan el 87,3% de los eventos, en comparación con las mujeres, alcanzan el 12,7%.

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

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

- Programa Espacios Amigables (Adolescente)
- Programa Acompañamiento Psicosocial
- Programa Alcohol y Drogas (DIR)
- Programa de Demencia

A continuación, se describen las diferentes acciones implementadas por el Programa de Salud Mental durante el año 2024, acciones visualizadas como primordiales para el logro de los desafíos y/o problemas prioritarios observados durante el año 2024.



En el año 2024, se establece que la población bajo control a septiembre de este año, asciende a:

Población bajo control desde 0 años 2024	Meta Población bajo control 2024
1473	1387

Antecedentes Relevantes

1.- Trastornos Psicológicos con mayores ingresos a septiembre 2024 (CESFAM - Postas- CECOSF)

Categoría Diagnóstico	CESFAM	CECOSF	POSTA LIRIOS	POSTA ABRA	POSTA TOTIHUE	TOTAL	%
Trastorno Ansioso en mayores de 15 años	405	89	84	69	16	663	45%
Trastorno Depresivo en mayores de 15 años	265	26	28	23	11	353	23,9%
Trastornos del Comportamiento y Emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia.	170	25	36	29	11	271	18,3%

Se observa que los trastornos ansiosos ocupan el 45% del total de trastornos psicológicos de la población bajo control, considerando hasta septiembre del presente año. Lo sigue, los trastornos depresivos con el 23,9%, mientras que la población infanto-juvenil, ocupa el tercer lugar con mayor número de diagnósticos, presentando un 18,3% de trastornos conductuales y emocionales.

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

Es de relevancia mencionar que durante el año 2023 se establece una meta general de 9.216 controles de salud mental, lo cual, en ecuación con la población bajo control, nos arroja la necesidad de establecer un promedio de 8 controles por paciente, cumpliéndose a diciembre de ese año solo un promedio de solo 5 controles.

Durante el 2024 la meta de controles de salud mental solicitados asciende 11.096 controles. A septiembre de este año se establece una cifra de 7.760 controles, lo cual significa un cumplimiento de 5.2 controles por paciente.



Controles Salud Mental 2023	Controles Salud Mental 2024
META ESTABLECIDA: 9.216	META ESTABLECIDA: 11.096
	CUMPLIMIENTO A SEPT 2024: 7.760

3.- Convenios/Programas Salud Mental 2024

3.1.- Convenio Espacios Amigables/Programa de Salud Integral del Adolescente:

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

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

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

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

A partir de este año, la realización de controles de salud integral, no se consideran como indicador del programa, sino que pasan a determinarse según meta comunal, debiendo establecer un mínimo de 573 controles integrales.

META Controles Adolescentes 2024	Controles adolescentes a septiembre 2024
573	378 (65,9% cumplimiento)

3.2.- Convenio Programa Acompañamiento: Orientado al apoyo de usuarios entre 0 y 24 años, con factores de riesgo, cuyo objetivo es acompañar mediante la visita domiciliaria, realización de talleres y entrevistas a los usuarios y sus familias; fortaleciendo la adherencia y estableciendo un canal de comunicación más expedito con el Centro de Salud. Usuarios bajo control a septiembre de 2024 (0 a 24 años): 42

3.3.- Programa Detección, Intervención y Referencia Asistida de Alcohol, Tabaco y otras Drogas (DIR): Respecto al consumo de alcohol en nuestra comuna, durante el 2022 se desarrollaron actividades bajo el convenio DIR: Vida Sana Alcohol en APS,



dichas actividades permiten realizar intervenciones mínimas o consejerías a usuarios con un mínimo riesgo de consumo, así como también la realización de intervenciones breves para usuarios con riesgo bajo o bien iniciar tratamiento y/o intervención a personas con un riesgo elevado, categorizado como un consumo problemático de alcohol, cuya intervención está a cargo de profesional psicólogo, dependiendo del sector del paciente y/o disponibilidad de agenda del profesional.

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

Realizados a septiembre 2023	Realizados a septiembre 2024
2244	1793

Cómo se observa, durante el año 2024, al mes de septiembre se habían aplicado 1793 instrumentos de tamizaje para evaluar el consumo de alcohol y otras sustancias de la población. Si hacemos la comparación con el año en curso, existe un aumento de un 19 % aproximadamente, lo que posibilita una mejora en la detección de consumo de alcohol y otras drogas.

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

Problemas Prioritarios Salud Mental

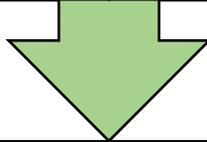
1.- Alta incidencia Trastornos Ansiosos y Depresivos en mayores de 15 años
2.- Alta incidencia Trastornos del Comportamiento y Emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia



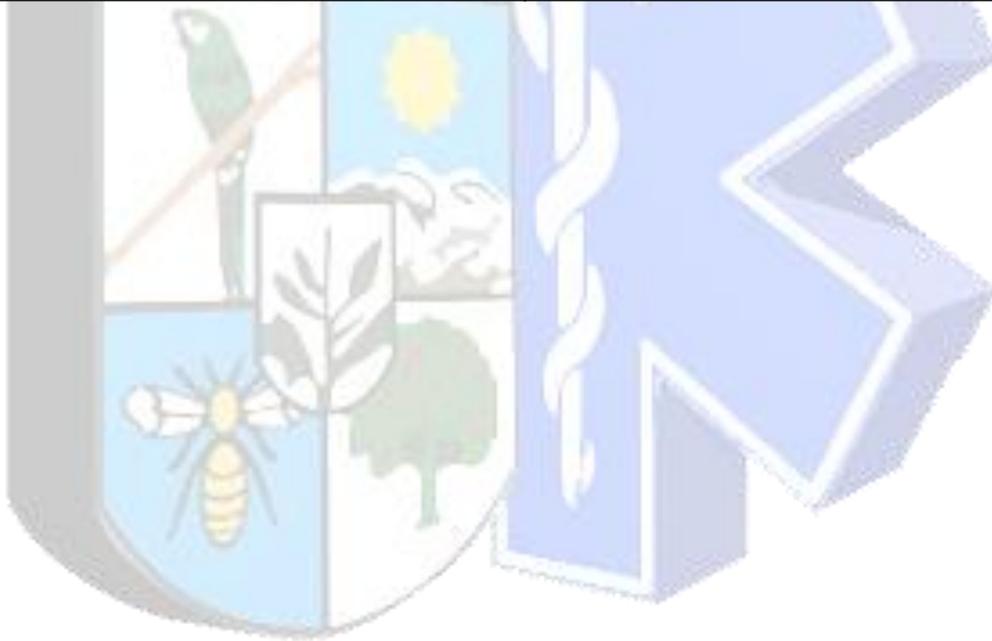


PROPUESTA DE TRABAJO SALUD MENTAL 2025

Alta incidencia Trastornos Ansiosos y Depresivos	
1.- Aplicación Instrumentos diagnósticos, ingreso e inicio de tratamiento 2.- Análisis de flujograma de derivación y refuerzo de identificación criterios diagnósticos	3.- Establecimiento Plan de cuidado del paciente 4.- Realización de calendario de turnos en servicio de urgencia por parte de profesionales psicólogos.



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





Matriz De Planificación Unidad Salud Mental Año 2025

Problema de Salud Priorizado	Relación con Estrategia Nacional de Salud	Objetivo General	Objetivo Especifico	Meta	Estrategias	Actividades	Plazo	Responsable	indicadores
Alta Incidencia y Prevalencia de Trastornos ansiosos y Depresión en Mayores de 15 años	Salud Mental Trastornos Mentales (2.7)	Pesquisa oportuna cuadros Depresivos Leves y moderados En CESFAM y Postas rurales	Brindar un diagnóstico y tratamiento multidisciplinario Con el objetivo de disminuir el riesgo biopsicosocial del paciente y su entorno inmediato	Ingresar el total de diagnósticos A programa salud mental (CESFAM, POSTAS O CECOSF según correspondencia)	Flujograma de derivación Entrevista Clínica Realización plan de cuidado paciente	Promoción Talleres y Charlas Psicoeducativas	02 de enero al 31 de diciembre 2025	Equipo Salud Mental	<u>Talleres Planificados</u> *100 Talleres Realizados
						Prevención Consejería Individual y Familiar	02 de enero al 31 de diciembre 2025	Equipo de Salud	<u>Entrevistas Iniciales</u> * 100 Entrevistas Iniciales con Consejería
						Diagnóstico y tratamiento Aplicación Instrumentos diagnósticos, ingreso e inicio de tratamiento Realización plan de cuidado del paciente (identificación en ficha clínica-FONENDO)	02 de enero al 31 de diciembre 2025	Equipo Salud Mental	<u>Nº de ingresos realizados</u> *100 Nº de ingresos realizados con GHQ-12 Nº de ingresos realizados con plan de



									cuidado realizados
						Rehabilitación Taller de Autoayuda y participación comunitaria	02 de enero al 31 de diciembre 2025	Equipo Salud Mental	<u>Nº de Asistentes a Talleres</u> *100 Nº de Asistentes Programados
Alta Incidencia y Prevalencia de Trastornos del Comportamiento y emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia	Reducir los síntomas y conductas vinculados al grupo de trastornos involucrados dentro de la categoría del grupo de trastornos.	Pesquisa oportuna de indicadores vinculados a trastornos del comportamiento y emociones en población infanto-juvenil	Brindar y realizar intervención apropiada y coherentes con la demanda de la población objetivo (infanto-juvenil)	Ingresar el total de diagnósticos A programa salud mental (CESFAM, POSTAS O CECOSF según correspondencia)	Apoyo instrumentales Tamizaje. Entrevista Clínica Contratación psicólogo(a) 22 horas considerando el aumento de controles de salud mental solicitados.	Promoción Psicoeducación a los padres respecto de trastornos en la etapa infanto-juvenil	02 de enero al 31 de diciembre 2025	Equipo Salud Mental	<u>Nº Talleres Planificados</u> * 100 Nº Talleres Realizados
						Prevención Consejería Individual y Familiar	02 de enero al 31 de diciembre 2025	Equipo de Salud	<u>Nº de Consejería realizadas</u> *100 Nº usuarios con consumo de riesgo
						Diagnóstico y tratamiento Aplicación Instrumentos diagnósticos, ingreso e inicio de tratamiento Realización plan de cuidado del paciente	02 de enero al 31 de diciembre 2025	Equipo de Salud Mental	<u>Nº de ingresos realizados</u> *100 Nº de ingresos realizados con Pauta PSC, PSC-Y



						((identificación en ficha clínica-FONENDO)			Nº de ingresos realizados con plan de cuidado realizados
						Establecimiento de Terapias Familiares en casos más complejos			
						Rehabilitación Taller multifamiliar	02 de enero al 31 de diciembre 2025	Equipo Salud Mental	<u>Nº de Grupos Formados *</u> 100 Nº de Grupos Planificados





PROGRAMA ELIGE VIDA SANA COMUNA DE REQUÍNOA

El Programa Elige vida Sana es un programa estatal que se enfoca en disminuir los factores de riesgo de desarrollar enfermedades no transmisibles (ENT), a través de la modificación de los estilos de vida en el ámbito nutricional y de actividad física, que se encuentran directamente relacionados con las ENT. Este programa está orientado por diversas experiencias tanto nacionales como internacionales que han reportado resultados favorables.

Propósito

Contribuir a la reducción de malnutrición por exceso en la población incorporada en el programa.

Objetivo

Disminuir la malnutrición por exceso en usuarios/as entre 2 a 64 años de edad inscritos/as en el sistema de atención primaria de salud.

Cumplimiento De Metas

Las metas del programa se dividen en Primer corte (31 de agosto 2024) y Segundo corte (31 de diciembre de 2024).

En cuanto al corte del 31 de agosto, se cumplió en un 100% la meta solicitada, según el siguiente cuadro:

Meta de ingresos Programa Elige Vida Sana

Grupo etario	Usuarios ingresados al primer corte	Negociación de Cupos (meta)	Cumplimiento %
2-5 años	26	25	
6-19 años	41	40	
20-64 años	36	35	
TOTAL	103	100	103%

Desafíos Para El Año 2025

Para el año 2025 tenemos como desafío lograr mayor adherencia al programa y actividades del mismo de manera de obtener mayores resultados en cuanto al estado nutricional, hábitos y actividad física.

Por otro lado, mejorar las redes con quienes trabaja el programa considerando espacio para realizar las actividades de éste.



Matriz De Priorización De Problemas Para El Año 2025

1. Lugar de trabajo establecido para equipo.
2. Adherencia a talleres de actividad física.





PLAN DE SALUD COMUNAL 2025 CECOSF CHUMAQUITO

Descripción de CECOSF Chumaquito

El Centro Comunitario de Salud Familiar, o CECOSF Chumaquito, de la comuna de Requínoa, es dependiente del CESFAM Joaquín Contreras Silva. La atención está dirigida a la población beneficiaria de FONASA que se encuentra inscrita en el establecimiento por su cercanía, correspondiendo a 2.480 usuarios validados para el año 2025 perteneciente a Chumaquito, que es parte del área urbana, constituida por 13 villas, y Chumaco, que corresponde al sector rural de la comuna.

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

El MAIS F y C es un modelo de relación de los miembros de los equipos de salud con las personas, sus familias y la comunidad de un territorio; y definido como la base de la atención primaria de salud. CECOSF Chumaquito en noviembre del año 2023, se sometió a evaluación para medir la implementación de este modelo, obteniendo la Certificación en MAIS, con un 74% de cumplimiento de la pauta de evaluación, siendo, actualmente, el primero y único de la región con esta distinción.

Objetivo General

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

Cumplimiento de Metas e IAAPS

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

Entre las metas propias de CECOSF, dando cumplimiento a programa anual y convenio con el Servicio de Salud, para el año 2024, hemos cumplido como equipo:

- Certificación MAIS F y C realizada en noviembre 2023, con cumplimiento del 74%.
- Contar con un equipo de cabecera, que incluye una gestora comunitaria, quien representa a la comunidad y apoya la gestión con ésta, articulando el trabajo con líderes identificados en la comunidad y CECOSF.
- Mesa territorial de trabajo en salud constituida por organizaciones comunitarias del sector y grupos sociales de interés, enfocada en la gestión participativa.
- Adjudicación con la mesa territorial de Proyecto de Fomento a la Participación en Atención Primaria de salud 2024, que permitirá ofrecer a los usuarios el acceso a



terapias complementarias, a través de la instalación de un domo, formación de monitores en la comunidad, y administración de la mesa.

- Trabajo colaborativo con Jardín Infantil Mis Primeros Pasos, que este año se concretó con actividad de pasantía CECOSF-landia, donde los niños pudieron conocer de cerca el trabajo de CECOSF y sus profesionales, en un juego de roles.
- Múltiples actividades realizadas por gestor comunitario y equipo de salud, como educación comunitaria en sedes vecinales y sala de espera de CECOSF, talleres enfocados en necesidades pesquiasadas en diagnóstico participativo, talleres para usuarios con condiciones crónicas, seguimiento de planes de mejora, entre otros.
- Evaluación comunitaria participativa de la gestión, realizada en esta oportunidad a través de un análisis FODA.
- Actualmente, preparando la 2° Cicletada Familiar, que busca instaurar esta actividad de forma anual como propuesta de la mesa territorial, y la medición de la satisfacción usuaria mediante una encuesta con participación comunitaria en su elaboración, que permitirá aplicar un plan de mejora trabajado con miembros de la mesa territorial en el año 2025.

Desafíos para el año 2025

- Realizar un plan de trabajo anual que contemple los resultados del diagnóstico participativo, evaluación comunitaria, encuesta de satisfacción usuaria realizada en noviembre de 2024 y evaluación del equipo de salud.
- Ejecutar el 100% de las actividades propias del Convenio de CECOSF con el Servicio de Salud.
- Trabajar en la sistematización y ejecución del proyecto de terapias complementarias con la mesa territorial, ofreciendo estas prestaciones a los usuarios.
- Continuar trabajando bajo el Modelo de Atención Integral en Salud con enfoque familiar y comunitario para consolidar su implementación.
- Establecer métodos de comunicación efectivos con la comunidad.
- Reforzar el enfoque preventivo y promocional de la atención primaria de salud, a través del trabajo con la comunidad y la participación social.
- Mejorar la satisfacción usuaria de las personas que se atienden en CECOSF a través de participación social y calidad.

Matriz de problemas priorizados del año 2024

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

Para el año 2025 el énfasis va enfocado en problema priorizado:

Problema	Descripción
Dificultad para comunicarse vía telefónica con CECOSF.	Problema asistencial. La entrega horas de manera presencial se realiza en paralelo a la dación de horas telefónicas. Existe sólo una línea telefónica para comunicarse con CECOSF, y la percepción es que no se contesta el teléfono, pero la situación es que entran las llamadas en simultáneo.

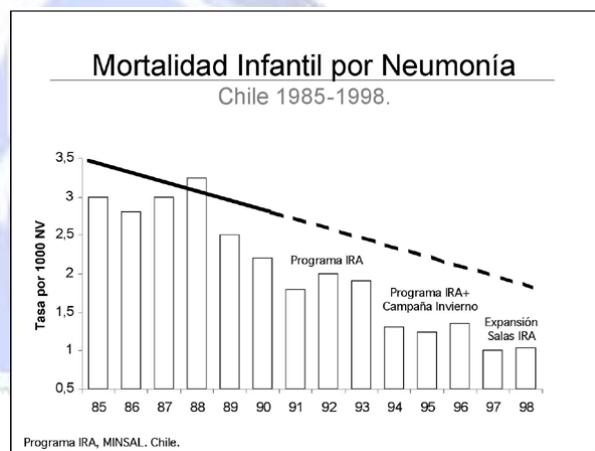
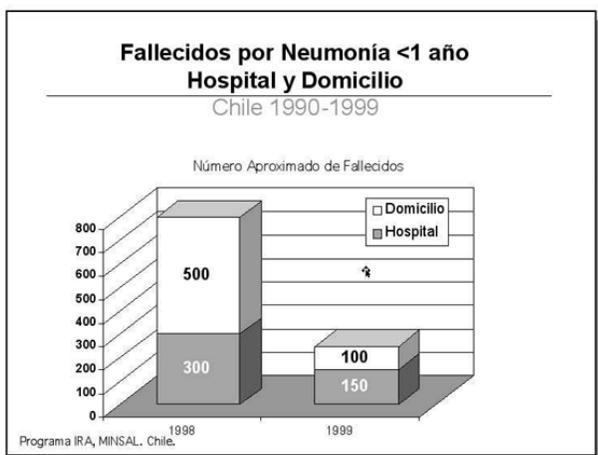




PROGRAMA DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS DEL NIÑO (IRA) Y DEL ADULTO (ERA)

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

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



En la comuna de Requinoa, el programa IRA ERA, se ha consolidado como una estrategia integral para la prevención, atención y rehabilitación de las infecciones respiratorias agudas y crónicas, especialmente en los grupos vulnerables como niños y adultos mayores con enfermedades crónicas. Este programa ha sido implementado de manera efectiva a través de varias estrategias que incluyen la atención Kinesiológica en los centros de salud dependientes del Departamento de Salud de Requinoa.

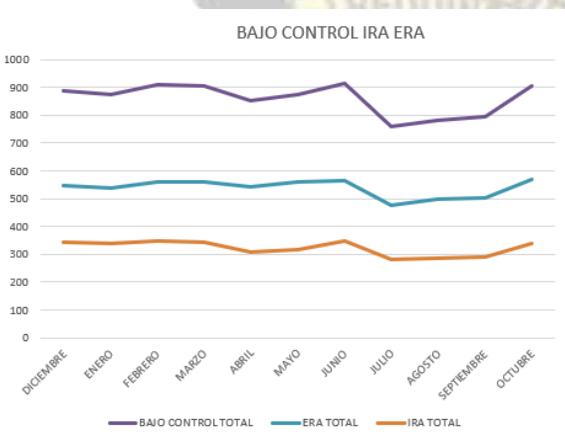
Uno de los pilares fundamentales del programa es la **implementación de salas IRA y ERA en Postas de Los Lirios, El Abra, Totihue** y en el **CECOSF de Chumaquito**. Además, contamos con la valiosa colaboración de un **kinesiólogo** que realiza la **prestación de rehabilitación pulmonar**, la cual realiza un conjunto de intervenciones terapéuticas y educativas diseñadas para mejorar la calidad de vida de las personas con enfermedades respiratorias crónicas o secuelas de infecciones respiratorias, como neumonía, EPOC y secuelas por el COVID-19, entre otras. En el nivel de atención primaria, la rehabilitación pulmonar juega un papel fundamental no solo en el tratamiento de las enfermedades respiratorias, sino también en la prevención de complicaciones a largo plazo.



Indicadores del Programa

El programa IRA ERA, anualmente trabaja indicadores de salud, que son clave para monitorear la incidencia, mortalidad y efectividad de las intervenciones, con el fin de reducir la carga de estas enfermedades. Su implementación busca mejorar la salud respiratoria y reducir las complicaciones relacionadas con este tipo de enfermedades.

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



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

En nuestra comuna durante el año 2024 se ha logrado mantener la población bajo control entorno a los 900 pacientes al mes de octubre de 2023.

Meta Sanitaria

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

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



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

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





Problema de Salud Priorizado	Relación con ENS	Objetivo General	Objetivo Especifico	Meta	Estrategias	Actividades	Plazo	Responsable	Indicadores
Mortalidad por infecciones respiratorias agudas en menores de 20 años	1.4	Disminuir la tasa de mortalidad por infecciones respiratorias agudas	Brindar atención oportuna a acciones sanitarias de prevención, tratamiento y educación sobre enfermedades respiratorias agudas.	Atender el 100% de los pacientes derivados a sala IRA con diagnóstico de Infección respiratoria aguda	Aumentar la derivación de pacientes con diagnóstico de infección respiratoria aguda a las salas de atención	<ul style="list-style-type: none"> -Difusión de flujograma de derivación a sala IRA. -Atención integral en salud respiratoria en pacientes menores de 20 años con Infección respiratoria aguda. -Visita Domiciliaria de prevención por elevado riesgo de morir por neumonía. -Visita Domiciliaria para evaluación de entorno y riesgos asociados a IRA -Solicitar aumentar las horas disponibles de kinesiólogo para atenciones domiciliarias en terreno, a personas con enfermedad respiratoria aguda preferentemente adultos mayores en riesgo de dependencia y/frágiles. 	Enero a diciembre de 2024	-Encargado de sala IRA. Equipo IRA	N° de pacientes derivados * 100/ pacientes atendidos



Mortalidad por enfermedad respiratoria crónica	2.6	Disminuir la tasa de mortalidad proyectada por enfermedad respiratoria crónica	Aumentar y mantener la población bajo control respiratoria.	<p>Aumentar la población crónica respiratoria bajo control en un 5%</p> <p>Aumentar la población crónica respiratoria (asma EPOC con nivel de control controlado en un 25 % respecto del año anterior.</p> <p>Aumentar los pacientes EPOC etapa A sintomáticos que hayan cumplido con un programa de rehabilitación pulmonar en un 25% respecto del año anterior.</p>	Fortalecer el control en pacientes crónicos respiratorios, diagnosticados y fortalecer el ingreso a rehabilitación pulmonar.	<p>-Citación efectiva a control con kinesiólogo de sala IRA-ERA, anual, semestral u otras según diagnostico</p> <p>-Citación efectiva a control anual con medico IRA ERA.</p> <p>-Rescate telefónico.</p> <p>-Control Telefónico</p> <p>-Fortalecer la derivación al programa de Rehabilitación pulmonar de EPOC en etapa A.</p> <p>-Solicitar el aumento de horas de kinesiólogos en los dispositivos asociados del CESFAM Requínoa.</p>	Enero a diciembre de 2023	-Encargado de sala IRA. Equipo IRA	<p>Numero de población bajo control final en P3 diciembre 2022 del programa IRA y ERA</p> <p>-Número de pacientes que en rehabilitación pulmonar.</p>
--	-----	--	---	---	--	---	---------------------------	------------------------------------	---



PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA A PERSONAS CON DEPENDENCIA SEVERA

El Programa de Atención Domiciliaria a Personas con Dependencia Severa, constituye una estrategia sanitaria, que comenzó a ser ejecutada a nivel país desde el año 2006 a la fecha, tanto en los establecimientos de Atención Primaria dependiente de los Municipios como en aquellos que dependen directamente de los Servicios de Salud. El programa está dirigido a todas aquellas personas que sufran algún grado de dependencia severa física, psíquica o multidéficit, según índice de Barthel (dependencia severa corresponde a menor a 35 puntos) ; y a preparar a las familias que cuidan a este tipo de pacientes, entregando acciones de salud integrales, cercanas y con énfasis en la persona, su familia y entorno; considerando aspectos curativos, preventivos y promocionales con enfoque familiar y de satisfacción usuaria, para mejorar así, su calidad de vida.

Objetivo General Del Programa

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

Objetivos Específicos

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

Funcionamiento Del Programa Año 2024

Programa de Atención Domiciliaria a Personas con Dependencia Severa, trabajó durante el 2024 con equipo completo, conformado por TENS (44 horas), Enfermero 44 horas, médicas 30 horas, kinesiólogo 33 horas. Cabe destacar que durante el 2024 se incorporan más horas de profesionales para poder realizar un manejo integral de los



usuarios, dentro de los nuevos profesionales encontramos a fonoaudióloga, nutricionista y psicólogo. En los desafíos para este año era la atención oportuna por profesional psicólogo, este año se implementan visitas a domicilio tanto para cuidadores como para usuarios del programa. Durante este año la demanda por ingresos se mantuvo similar al año 2023, principales ingresos asociados a patologías oncológicas y demencia avanzada, contando con 115 usuarios bajo control.

En cuanto a las visitas integrales realizadas por médico, enfermera y TENS se han realizado a septiembre 2024 un **total de 215**. Estas visitas se realiza un plan de intervención integral anual y un plan de cuidado al cuidador, se realizan las derivaciones a la atención secundaria si corresponde, las interconsultas para ayudas técnicas, activación de la red asistencial, se evalúan factores de riesgo y protectores de la familia y especialmente del cuidador: derivaciones a PAP, mamografías, VIH, EMPA, etc.

Por otra parte, el número de visitas de morbilidad (enfermedades agudas) se mantuvieron en relación al año previo. Los requerimientos de atención por patologías agudas son solicitados por las cuidadoras al teléfono del programa y son agendados de acuerdo a la disponibilidad de médico para ese día o el siguiente, siempre la demanda de este grupo de la población es elevada, en especial en los meses de junio, Julio, agosto y septiembre, meses en que se incrementa la demanda de consultas por patologías respiratorias. **Las visitas con fines de tratamiento y/o procedimientos** por miembros del equipo fueron en total 1075, esto corresponde a curaciones simples, curaciones avanzadas, toma de exámenes, instalación de sondas nasogástricas, sondas Foley, entre otros procedimientos requeridos en domicilios por nuestros usuarios.

Talleres a cuidadoras de pacientes dependientes severos, se han realizado a la fecha 2 talleres a las cuidadoras con una asistencia de aproximadamente 36% de la totalidad de pacientes, un indicador bajo de asistencia. Múltiples son los motivos que dificultan la asistencia a los talleres, dentro de las posibilidades se realizan las capacitaciones en domicilio a los pacientes, según la disponibilidad de horas.

Foto 1. Carolina Jirón Trabajadora Social en taller de beneficios sociales



Foto2. Estefanía Marambio, Psicóloga en taller manejo de sobrecarga del cuidador.



Resultados a septiembre 2024

Indicador	Resultado a septiembre de 2024
N° de planes de cuidado realizado a septiembre 2024:	116
% de evaluación de sobrecarga de cuidadores:	94%
% de evaluación de sobrecarga de cuidadores:	96
% cobertura de exámenes preventivos o controles crónicos de cuidadores	71%
N° de planes de cuidado realizados a usuarios	116
N° de visitas domiciliarias integrales	215
N° visitas tratamiento/ procedimiento	1075

Desafíos 2025

- Implementar talleres de educación a cuidadoras a domicilio ya que hay baja asistencia a los talleres grupales. Esto se aplicaría en la primera visita realizada en domicilio a los cuidadores por los diferentes profesionales del programa.
- Una necesidad detectada es el bajo nivel de acompañamiento para las cuidadoras de usuario. Durante el 2025, se implementarán actividades recreativas y educativas con la finalidad que puedan compartir con sus pares en situaciones similares, con actividades recreativas con el apoyo de medicina complementaria.





UNIDAD DE LABORATORIO CLÍNICO

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

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

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

Realizamos alrededor de 200.000 exámenes al año que se componen de exámenes de rutina y urgencia. Los exámenes de rutina se encuentran disponibles en la página web del laboratorio (acceso sólo para profesionales del establecimiento) dentro de 24 horas, a excepción de los urocultivos (derivados al extra sistema) que tardan de 24 a 48 horas. Los exámenes de urgencia, tanto del SUR como de pacientes que consultan por morbilidad, poseen un tiempo de respuesta máximo de 2 horas. Los test de Chagas, prueba de ELISA para VIH, SGB y hepatitis derivadas al Hospital de Rengo, un tiempo de respuesta de 7 días.

Como se puede observar en el siguiente gráfico, la tendencia del número de exámenes desde el año 2014 al 2023 presentó un aumento exponencial. Durante el año 2023 se realizaron un total de 204070 exámenes, a octubre 2024 llevamos un total de 166340 exámenes. Nuestra proyección para el año entrante es que la demanda aumente en alrededor de un 40%.

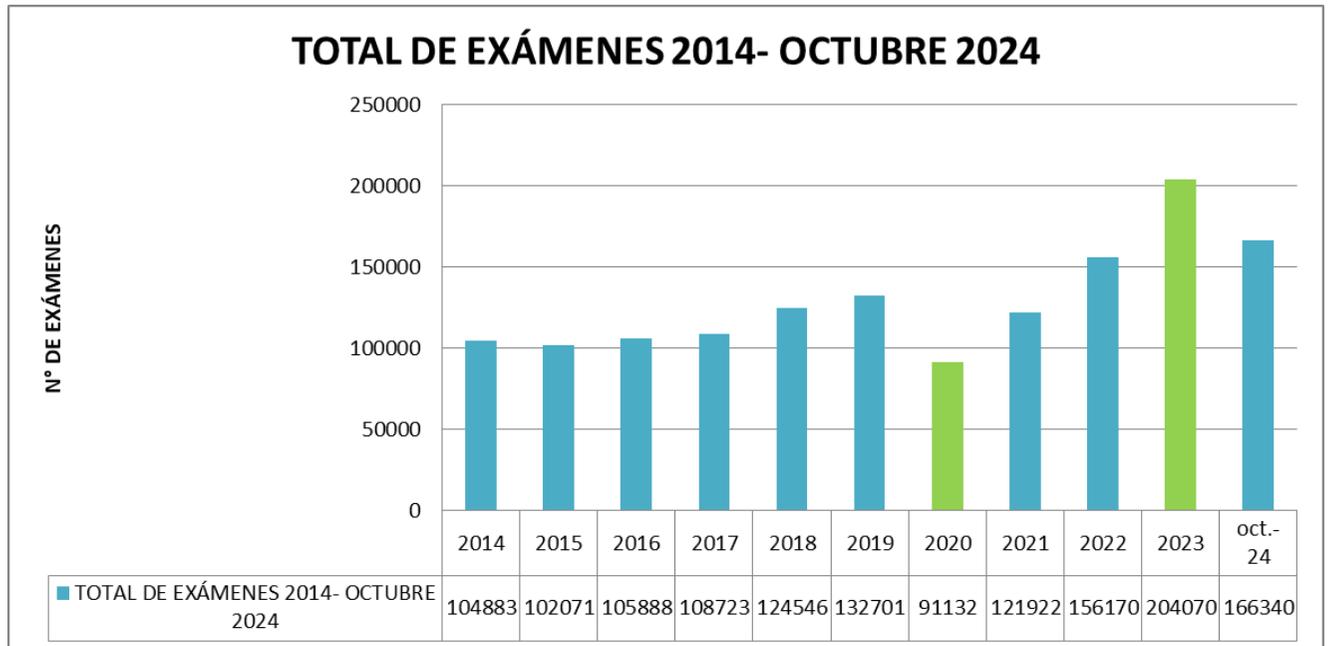
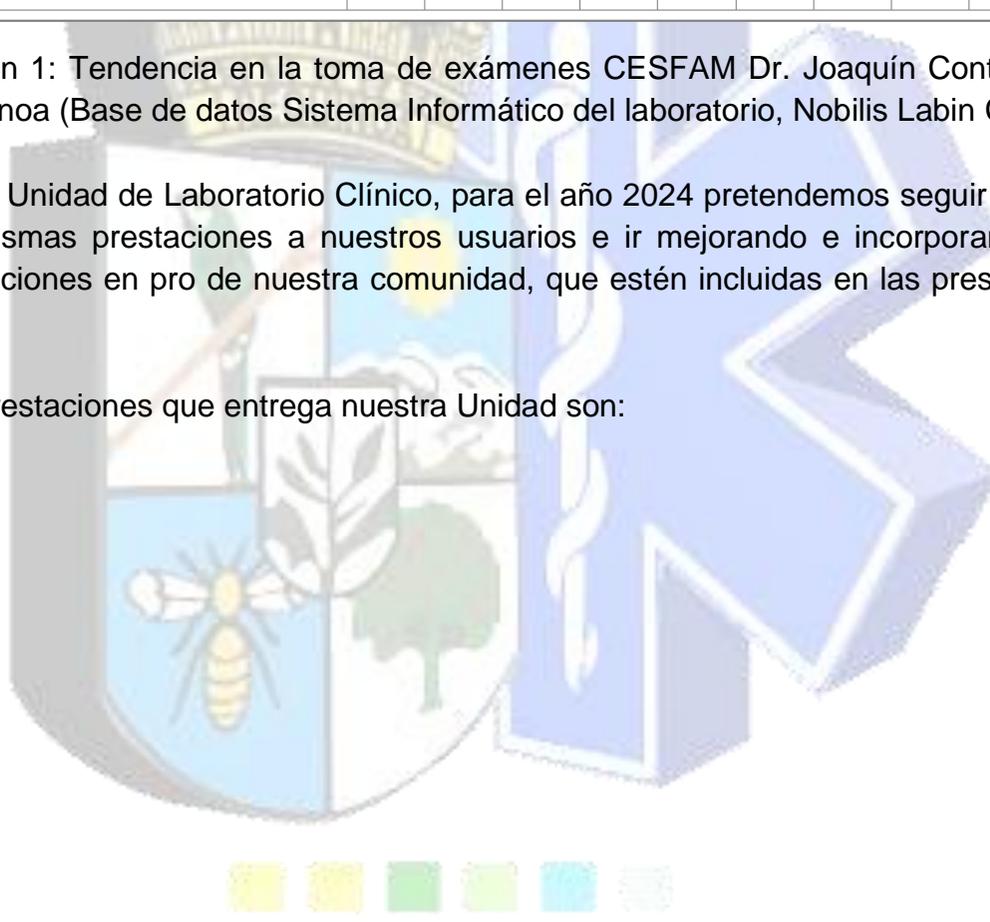


Imagen 1: Tendencia en la toma de exámenes CESFAM Dr. Joaquín Contreras Silva, Requínoa (Base de datos Sistema Informático del laboratorio, Nobilis Labin Chile).

Como Unidad de Laboratorio Clínico, para el año 2024 pretendemos seguir entregando las mismas prestaciones a nuestros usuarios e ir mejorando e incorporando nuevas prestaciones en pro de nuestra comunidad, que estén incluidas en las prestaciones de APS.

Las prestaciones que entrega nuestra Unidad son:





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





Proyecciones para el año 2024:

- Nos proponemos continuar realizando reuniones y capacitaciones con funcionarios de las distintas tomas de muestras, para así tomar acciones correctivas más efectivas y acordes a nuestra realidad. Como a su vez, continuar con las supervisiones de las 5 tomas de muestras de nuestro Departamento de Salud.
- Colaborar con las estrategias dirigidas a la pesquisa de Tuberculosis en nuestra comunidad, participando de capacitaciones destinadas a nuestro personal sobre actualización en la toma y procesamiento de las muestras.
- Debido a la falta de infraestructura actual en nuestras dependencias, se dejó de realizar exámenes de microbiología básica (urocultivos, recuento de colonias y antibiograma directo), el año 2007, lo cual nos lleva a aumentar los gastos del presupuesto anual derivando todas estas muestras al extra sistema. Con la reposición del nuevo CESFAM, contaremos con área de microbiología por lo que esta prestación se podrá realizar en nuestras dependencias abarcando una mayor cantidad de días para la toma del examen, aportando así a mejorar la atención que brinda nuestro centro de salud.
- Seguir participando de las actividades de prevención y promoción de salud mediante la realización de EMP.
- Continuar formando parte del equipo de Epidemiología, siendo el punto de enlace para el rescate de resultados entre nuestro CESFAM y el laboratorio del Hospital Regional Rancagua, Rengo e Instituto de Salud Pública (ISP).
- Poder disponer de una sala de toma de muestras más amplia para poder ampliar nuestra agenda diaria y reducir los tiempos de espera para la realización de exámenes.
- Contar con un sistema informático del laboratorio compatible con FONENDO, lo que permitirá mayor acceso a los resultados de exámenes desde esta misma plataforma.
- Ver la posibilidad de contar con acceso web para que los pacientes puedan visualizar y descargar sus exámenes, mediante la página de nuestro CESFAM.





•

PARTICIPACIÓN CIUDADANA

Participación Ciudadana En Salud

Desde el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria (MAIS), la participación de la comunidad y el ejercicio de los derechos y deberes del paciente forman parte esencial del quehacer en la atención primaria, por lo cual faculta y corresponsabiliza a los usuarios en diversas instancias participativas.

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

Para dar cumplimiento a los requerimientos de la comunidad, se trabaja en base a los resultados obtenidos del Diagnóstico Participativo año 2024, y qué, además, es uno de los instrumentos más certeros para comprender, analizar y conocer la realidad de cada sector, junto con esto, se realiza actualización del mismo, cada año, y en el mes de abril se aplica una encuesta de levantamiento de información y necesidades de la comunidad, con estos resultados, se trabaja a través del plan de **participación social**, el cual se elabora y ejecuta anualmente.

Al corte de septiembre del presente se ha ejecutado un 68,7% del plan, quedando dos meses para terminar de ejecutar las actividades planificadas y diciembre para realizar la evaluación final del plan 2024. En general, ha resultado una experiencia positiva y agotadora, desde el acercamiento que se ha logrado con la comunidad, a partir del diagnóstico participativo ha existido un compromiso en el desarrollo de las actividades planificadas, las cuales han sido ejecutadas y bien logradas, con algunas variaciones en los tiempos programados, propias de las contingencias, pero las cuales no han menoscabado el éxito de las mismas. Por su parte también se ha logrado potenciar una alianza de trabajo entre participación ciudadana, promoción de Salud y el intersector.

El desafío para el año 2025, es seguir trabajando para la comunidad, en base a las necesidades sentidas de la misma, las cuales se reflejan en el reciente diagnóstico participativo año 2024, trabajo que se realiza potenciando la red, y generando estrategias que impacten en la comunidad de forma positiva.



Diagnóstico Participativo Cesfam Requínoa, Cecosf Y Postas 2024

El Diagnóstico participativo es el proceso conjunto entre la Comunidad y los equipos de Salud que permite identificar y explicar los problemas que afectan a la población de una realidad social, sea ésta un territorio o localidad acotada dentro de la jurisdicción del establecimiento de salud. **El propósito de éste, es obtener información acerca de los problemas, necesidades, recursos, y oportunidades de desarrollo en las comunidades.**

Objetivo General

Ejecutar el diagnóstico participativo territorial en salud, para así obtener los insumos necesarios con respecto de las necesidades, problemas, recursos y oportunidades que se encuentran en la comuna de Requínoa y sus habitantes, para posteriormente ejecutar estrategias de intervención en mejora de esas problemáticas y/o necesidades de las personas.

Objetivos Específicos

- Generar instancias participativas que permitan la recolección de información a nivel local sobre la salud de la población.
- Lograr la participación de actores claves que no necesariamente son parte del Consejo de Salud, más bien son personas destacadas en sus comunidades por las relaciones que mantienen en sus territorios y sus vecinos.
- Canalizar ideas, soluciones y estrategias que la comunidad ha manifestado para abordar las problemáticas priorizadas por ellos mismos.
- Generar planes de trabajo e intervenciones con los habitantes de la comuna, potenciando así la corresponsabilidad en el trabajo a ejecutar.
- Mejorar los canales de comunicación entre el departamento de salud, la red intersectorial y la comunidad.

Proceso:

1. Grupo Motor: Elaboración del trabajo en conjunto con el equipo para llevar a cabo el diagnóstico.
2. Pre-investigación: Se definieron los objetivos, diseño, cronograma y técnicas a utilizar.
3. Actores Claves: Se definieron las personas a convocar inicialmente, personas del territorio con los cuales se dio el inicio a las reuniones.
4. Diagnóstico: Se llevaron a cabo diversas reuniones con la comunidad, generando así la contextualización de determinantes sociales en salud, los que influyen directa e indirectamente ya sea de forma negativa o positiva, en la salud de los habitantes de la comuna.



5. Retroalimentación: Se realizaron difusiones del documento a través de plataformas digitales, para que la comunidad pueda tener acceso a los resultados obtenidos, además, se realizarán reuniones abiertas a la comunidad para retroalimentar a los habitantes de la comuna.





Plan Institucional De Participación Social En Salud 2024.

El Plan de Participación Social en Salud 2024, ha sido elaborado en base al trabajo realizado por el CESFAM Dr. Joaquín Contreras Silva, por lo cual las actividades consideradas dentro del plan han buscado subsanar diversas necesidades y o sugerencias visualizadas por dirigentes sociales que componen el Consejo de Desarrollo Local en Salud.

Tomando como base o insumo todo lo anterior, se elabora el siguiente Plan de Participación Social 2024:

PROBLEMA IDENTIFICADO	LINEA TEMATICA	OBJETIVO	NOMBRE ACTIVIDAD	METODOLOGÍA
Poco conocimiento de primeros auxilios	Participación social	Entregar habilidades y estrategias a los integrantes de la comunidad para mejorar su salud.	Capacitación en primeros auxilios.	Capacitar a la comunidad en reacción de emergencias básicas que conllevan una atención inmediata desde el conocimiento de primeros auxilios.
Desconocimiento sobre planes y programas dirigido a las personas mayores o adultos mayores en riesgo social	Promoción de salud	Informar, orientar, educar a la comunidad en base a la promoción y prevención de salud.	Charla socioeducativa.	Realizar una charla sobre los planes y programas existentes a nivel local y o nacional que dé cobertura a los adultos y o mayores en riesgo social.
Deterioro de la salud mental y el buen trato	Promoción de salud	Entregar habilidades y estrategias a los integrantes de la comunidad para mejorar su salud.	Taller: Factores protectores de salud mental	Se realizará taller con la comunidad sobre temas de autocuidado y el buen trato que pueden ayudar a mejorar la salud mental de las personas.
Desconocimiento de alimentación saludable (nutrición, recetas y otros).	Promoción de salud	Entregar habilidades y estrategias a los integrantes de la comunidad para mejorar su salud.	Charla: hábitos saludables en base a la alimentación.	Se realizará charla sobre la temática a través de una nutricionista quien maneja los conocimientos del tema.
Reuniones participativas con el consejo de desarrollo local en salud.	Participación social.	Aumentar la participación e incidencia activa del Consejo y COSOC.	Reuniones de trabajo.	Se realizarán al menos seis reuniones durante el año, con el consejo de salud del cesfam.
Reuniones participativas con representante del COSOC.	Participación social.	Aumentar la participación e incidencia activa	Reuniones de trabajo.	Se realizarán 3 reuniones durante el año, con el representante del cosoc con la finalidad manejar



		del Consejo y COSOC.		información actualizada y generar retroalimentación.
Desconocimiento sobre información programas de salud y ley preferente.	Intersectorialidad.	Articular trabajo en red con el intersector para llevar a cabo la elaboración y ejecución de actividades comunitarias.	Taller comunitario de salud.	Se realizará taller con personas que integran unos de los programas municipales "familias" donde se entregará información respecto de ley preferente, programas de salud y otros necesarios a difundir.
Socio educación a niños, niñas y adolescentes respecto de prevención de consumo de drogas y alcohol.	Promoción de salud	Articular trabajo en red con el intersector para llevar a cabo la elaboración y ejecución de actividades comunitarias.	Intervención en niños (as) y adolescentes sobre el no consumo de tabaco.	Se realizarán actividad lúdica con niños, niñas y adolescentes sobre el dañino consumo de tabaco en nuestro cuerpo.
Desactualización del diagnóstico participativo territorial en salud.	Participación social	Articular trabajo en red con el intersector para llevar a cabo la elaboración y ejecución de actividades comunitarias.	Actualización del diagnóstico participativo.	Se realizarán diversas reuniones, convocando a actores claves, autoridades, programas municipales, dirigentes, clubes, migrantes, iglesias y otros, para llevar a cabo las actividades.
Poca difusión respecto de programas de salud y actividades comunitarias.	Comunicación social	Articular trabajo en red con el intersector para llevar a cabo la elaboración y ejecución de actividades comunitarias.	Capsulas radiales.	Se realizarán diversas capsulas radiales sobre temáticas de los determinantes sociales en salud, actividades comunitarias o información del depto. De salud.
Desactualización de las problemáticas y o necesidades de la comunidad en cuanto a los determinantes sociales en salud.	Comunicación social	Informar, orientar, educar a la comunidad en base a la promoción y prevención de salud.	Encuesta participativa de salud.	Se realizará encuesta participativa de salud, que busque levantar las necesidades de los habitantes de la comuna en base a salud.



Escasa educación sexual en las personas	Participación social.	Entregar habilidades y estrategias a los integrantes de la comunidad para mejorar su salud.	Charla Salud Sexual	Se realizará charla sobre temáticas de salud sexual.
Desconocimiento de la comunidad en base a la ley Mila.	Participación social.	Informar, orientar, educar a la comunidad en base a la promoción y prevención de salud.	Charla Ley MILA.	Se realizará charla sobre la ley y todo lo que conlleva.
	Participación social	Aumentar la participación e incidencia activa del Consejo y COSOC.	Encuesta evaluativa del plan de participación social	Se realizará encuesta de evaluación sobre el primer corte Y segundo corte del plan de participación, esto con la comunidad.
Difusión de resultados obtenidos con los participantes y la comunidad respecto del Diagnóstico Participativo Territorial en Salud.	Participación social	Informar, orientar, educar a la comunidad en base a la promoción y prevención de salud.	Reunión participativa.	Se realizará reunión para difundir los datos obtenidos del diagnóstico.
Poco conocimiento de primeros auxilios	Participación social	Entregar habilidades y estrategias a los integrantes de la comunidad para mejorar su salud.	Capacitación en primeros auxilios.	Capacitar a la comunidad en reacción de emergencias básicas que conllevan una atención inmediata desde el conocimiento de primeros auxilios.

Actividades:

Taller factores protectores de salud mental.



Taller comunitario de salud



Intervención del no consumo de tabaco



Actualización del Diagnóstico Participativo en Salud



Charla Ley Mila



Capacitación primeros auxilios, sector centro.





Charla Socioeducativa, sector Abra



Charla Hábitos saludables, sector Totihue.



Capacitación Primeros Auxilios, sector Lirios.



Reuniones de trabajo, Consejo de Desarrollo Local en Salud.



Capsulas radiales.





PROGRAMA PROMOCIÓN DE LA SALUD COMUNAL

Plan Trienal De Promoción De Salud 2022-2024.

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

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

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

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

El desafío para el año 2025, es seguir ejecutando de forma eficiente el plan, generar mayores alianzas con el intersector para así poder seguir abordando la promoción de salud en la comunidad. Se debe considerar, además, que para el año 2025, se debe realizar un nuevo plan trienal, con orientaciones técnicas del ministerio.





Matriz De Trabajo Obtenida Desde La Plataforma Midas, Plan Trienal Promoción De Salud.

Programación de Actividades

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





Actividades

Taller comunidad educativa “Alimentación saludable”, año 2024.



Taller comunitario “Arte Terapia y factores protectores en salud mental” año 2024.



Campaña comunicacional todo el año 2024.





Celebración efemérides de salud, año 2024

Día Mundial Sin Tabaco.



Día mundial de la salud y el deporte



Semana mundial de la seguridad vial



Semana Lactancia Materna





Mes de la infancia.



Cicletada familiar



Día nacional del medio ambiente



Día de las personas mayores



Día mundial prevención del suicidio, conversatorio "Hablemos"



Difusión ordenanza Saludable





PROGRAMA DE CALIDAD

1.- Descripción

La calidad y seguridad de la atención de los pacientes es un pilar fundamental de los sistemas sanitarios modernos que permite garantizar a las personas un conjunto de condiciones mínimas y comunes con relación a las prestaciones de salud que reciben cuando son atendidos en el sistema sanitario nacional, tanto para el ámbito público como para el privado. En el marco de la Reforma de Salud, se han creado políticas y estrategias con la finalidad de instalar derechos de las personas, cambiar el modelo de atención, fortalecer la Salud Pública y la Atención Primaria de Salud y corregir los problemas de acceso, oportunidad, protección financiera y calidad, éstas últimas, los 4 pilares del Régimen de Garantías en Salud (Ley N°19.966). De lo anterior, se desprende que el Proceso de Acreditación de los Prestadores Individuales e Institucionales, públicos y privados, busca dar cumplimiento a la cuarta garantía de Calidad, establecida en la Ley GES.

Los establecimientos de salud, deben implementar y desarrollar una POLÍTICA DE CALIDAD, que hemos definido:

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



2.- Objetivo General

Garantizar la máxima calidad y seguridad para nuestros pacientes, a través de la Acreditación en Salud, contando con la participación de todos los funcionarios del CESFAM Dr. Joaquín Contreras Silva y sus Dispositivos Asociados en el proceso.



3.- Cumplimiento de metas año 2024

- En diciembre del 2023, se concreta la solicitud del CESFAM Dr. Joaquín Contreras Silva para someterse al proceso de acreditación en salud.
- Entre el 26 y 29 de agosto del 2024, una entidad acreditadora, se presentó en dependencias de CESFAM y sus Dispositivos Asociados, para realizar la evaluación en terreno. Esta evaluación consiste en la revisión de documentos, de verificadores, observación y entrevista a los funcionarios, con el fin de medir el cumplimiento de los requisitos de acreditación, contenidos en una pauta preestablecida.
- A la fecha, CESFAM Dr. Joaquín Contreras Silva, se encuentra a la espera del resultado de la evaluación en terreno, esperando cumplir con la meta propuesta de ser un prestador de salud acreditado.
- CESFAM cuenta con un Programa de Calidad 2024, que marca las líneas de trabajo de la Unidad y la Institución en esta materia.

4.- Desafíos para el año 2025

- El principal desafío es obtener la acreditación en calidad para el CESFAM Dr. Joaquín Contreras Silva y sus Dispositivos Asociados, y a partir de ello, continuar con un exhaustivo trabajo en calidad y seguridad, que permita un seguimiento de indicadores y requisitos para, en un plazo de 3 años, acceder a la reacreditación. Este proceso que iniciamos con la acreditación es continuo, y no se detiene con la evaluación en terreno realizada en agosto 2024.
- Una vez que se haya garantizado la calidad y seguridad de los procesos que se realizan en CESFAM y sus Dispositivos Asociados, es necesario adaptarlos a la nueva realidad de la comuna, con la habilitación de un nuevo CESFAM, que nos desafía a mantener y reforzar el trabajo realizado a la fecha.
- Reforzar la cultura de calidad y seguridad en la Institución.





SERVICIO DE URGENCIA RURAL REQUÍNOA

Descripción de la Unidad

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

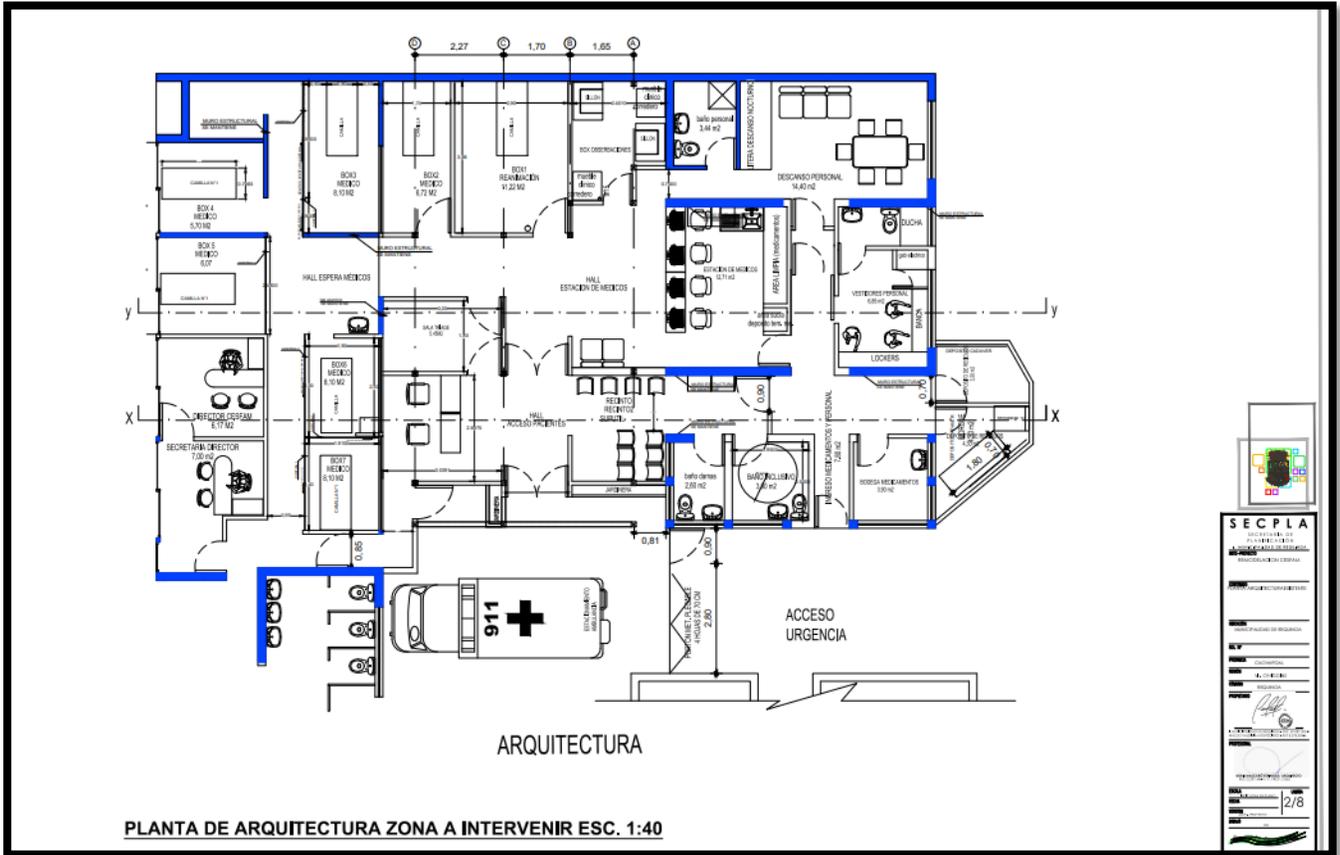
Pertecemos a la base de una organización piramidal (representadas por la Atención Primaria) donde se espera la menor complejidad, sin embargo, el mayor volumen. De lo anterior se desprenden las derivaciones al escalón ascendente de la Red de Urgencias en concordancia con la mayor complejidad y resolución.



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

Respecto a nuestro financiamiento, cabe destacar que si bien existe un presupuesto específico desde MINSAL nuestra principal fuente de financiamiento se origina en el per cápita y fondos municipales.

A contar de 22 Julio de 2023 el SUR comienza sus funciones en el reestructurado espacio físico donde se realizan las mejoras pertinentes para la atención digna y de calidad para nuestros usuarios. El renovado SUR cuenta con: Admisión, 2 baños de usuarios, estación de enfermería, 6 Box, 1 reanimador, sala de observaciones, bodega de insumos y medicamentos, sala de estar, vestidores para personal y sala mortuoria.



Objetivo

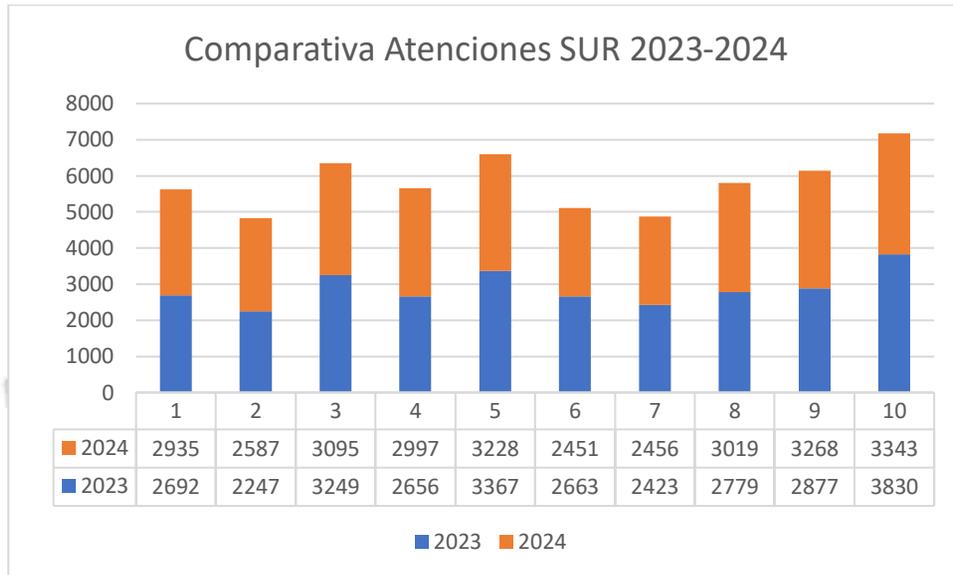
Dar atención de urgencia a la población rural que no cuenta en su radio geográfico con algún establecimiento de salud que responda a sus necesidades de atención de urgencia. Su trabajo se realiza de manera dependiente, coordinada y mancomunada con el Centro de Salud Familiar Dr. Joaquín Contreras Silva y sus dispositivos asociados, además del enlace con la Red integrada de Urgencias (SAMU y centros de mayor complejidad).

Objetivos específicos

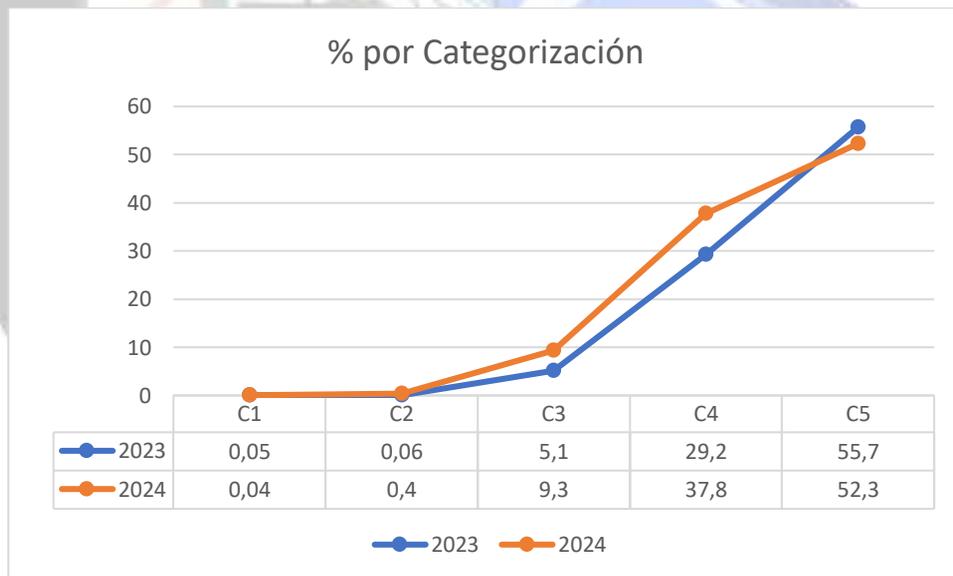
- Aumentar la capacidad resolutive del nivel primario.
- Aumentar la cobertura de atención del CESFAM y sus dispositivos de aquellos usuarios agudos o descompensados.
- Disminuir las consultas de urgencias de los centros de mayor complejidad
- Disminuir los costos por traslado
- Aumentar la disponibilidad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



Estadísticas



En el análisis estadístico de las atenciones del SUR podemos encontrar un aumento del 4.2 % en el comparativo año 2023 y 2024 solo en la cantidad de usuarios atendidos en el mismo periodo.



Si bien las atenciones en SUR se ven incrementadas, se torna fundamental realizar el análisis respecto a la complejidad de estas ya que de la población atendida en lo que va del 2024 haciende a 31.455 entre enero y octubre del presente año versus 28393 durante el mismo periodo en 2023. Se podría pensar que se ha urgencializado la atención primaria, sin embargo, lo que demuestra es el apoyo a la red de urgencia descongestionando nuestro centro derivador



de mayor complejidad Hospital Regional Franco Ravera Zunino y/o los diferentes SAR de Rancagua, esto objetivado y evidenciando el aumento de complejidad en la consulta de urgencia de acuerdo a la demanda asistencial según categorización.

Según el estudio de la evaluación del Gasto Institucional de la Red de Salud de Urgencias del MINSAL correspondiente al año 2016 muestra un aumento de hasta el 68% en las atenciones realizadas en servicios de baja complejidad. Así mismo, describe un aumento del 14% en el número de atenciones en SAPU por cada 1000 habitantes. En general el documento describe un aumento del 13% atención per cápita en SUR, nuestro SUR tiene un aumento del 10% en lo que va del año lo que se estima en un aumento al terminar el periodo. Este porcentaje de aumento tiene directa relación con la disminución proyectada en Unidades de Emergencia Hospitalarias (UEH).

El grafico descrito como incremento en la complejidad demuestra que si bien el porcentaje de aumento a nivel nacional es del 68% nosotros presentamos en promedio un 52.3% de usuarios C5, 37,8% usuarios C4, concentrando cerca del 9.8 % de las atenciones a usuarios C1, C2 y C3 que son los atendidos y gestionados a través de la red de urgencia.

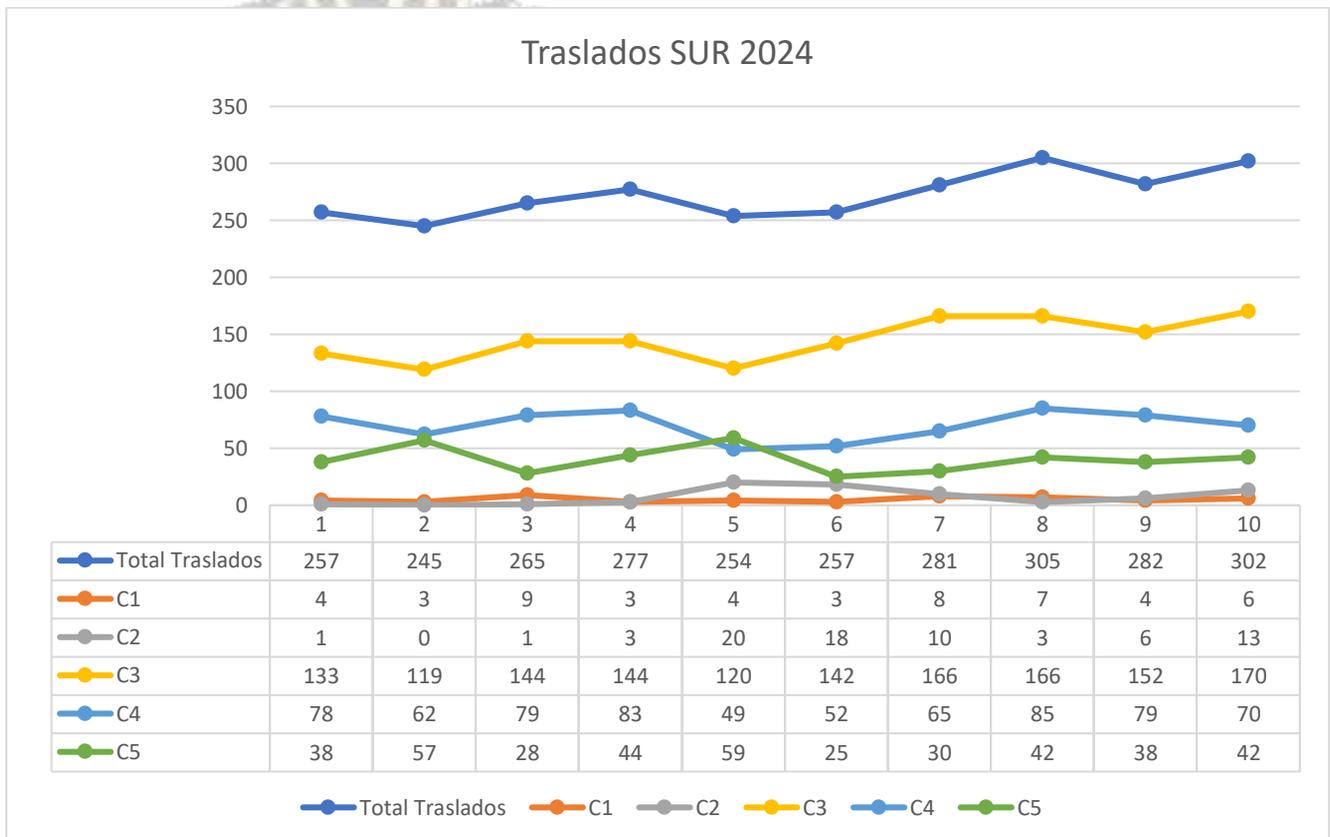
Desafíos

- Indicios de efectividad según derivación a centro de mayor complejidad: manejo de información respecto a la complejidad de los usuarios que nos permita objetivar y gestionar de acuerdo a la demanda. Optimizar los registros adecuado de recategorización durante la atención.
- Enfoque familiar y comunitario lo que nos desafía a realizar un enfoque comunitario considerando la educación de la población en el SUR y en terreno para poder entregar un servicio adecuado donde la demanda por servicios sea acorde a la complejidad de los mismos. Además, entregar información a la comunidad para obtener herramientas mínimas de autogestión en salud.
- Mejoras realizadas a la respuesta y gestión de los móviles básicos en horario hábil o situaciones de contingencia con móviles de apoyo (Mejorar los tiempos de traslado de usuarios).
- Identificar trazabilidad de los usuarios atendidos en SUR (re evaluaciones, referencias y contra referencias a APS) haciendo efectiva y eficiente la demanda asistencial de SUR.
- Adquisición de tecnologías de información y comunicaciones: disponemos durante 2025 de un método de comunicación correspondiente al Departamento de salud que nos permitirá una mejor respuesta frente a emergencias y desastres, mejorar la comunicación con todos los dispositivos fijos y móviles del Departamento de Salud, Enlace con dispositivo ABC comunal desde base de SUR a Comandancia de Bomberos de Requínoa.
- Asegurar una atención con equidad, oportunidad y calidad donde realice atención por complejidad en base a una valoración acuciosa.



Traslados SUR

Uno de los desafíos del 2024 fue optimizar y ser eficientes en los traslados de las Ambulancias Equipo Básico, por lo anterior se presenta el siguiente grafico determinando que las ambulancias sean utilizadas en usuarios descritos en Protocolo para traslado a centro de referencia, así mismo, destacar que en esta estadística no figuran los traslados SAMU (Traslado usuarios C3-C2 y C1). Durante el año 2023 se reportaron 2225 traslados en total, mientras que en el año 2024 en el mismo periodo 2725 teniendo un incremento del 16% en traslados solo con nuestra ambulancia de turno y refuerzo. Lo anterior, es descriptivo de traslados clínicos (con usuarios).





Problema de Salud Priorizado 2025	Objetivo General	Objetivo Especifico	Meta	Estrategias	Actividades	Plazo	Responsable	Indicadores
Recursos Necesarios para la atención de urgencia rural-urbana	Disponer de los recursos adecuados a la demanda asistencial respecto al servicio de urgencia comunal	Reconocer aumento de la demanda asistencial y complejidad de nuestro servicio de urgencia rural	Disponer de los recursos financieros y administrativos para la demanda asistencial de la comuna de Requínoa	Objetivar rendimientos, aumento de demanda asistencial y complejidad en el servicio de urgencia.	-Seguimiento estadístico - Optimización de registros clínicos que aportan datos estadísticos.	Enero a diciembre de 2025	- Coordinadora SUR	
Déficit de información sistemática y educación a la población sobre los sistemas de atención disponibles.	Realizar un buen uso de los recursos disponibles para atención de usuarios y sus sistemas de atención por complejidad.	Reconocer por parte de los usuarios el lugar al que deben concurrir según la necesidad.	Usuarios informados utilizando sus servicios de salud de acuerdo a requerimiento de salud.	Acercar Servicio de Urgencia a la comunidad.	-Reunión informativa-participativa con usuarios en las juntas de vecinos existentes en la comuna. -Mantener comunicación directa con juntas de vecinos. - Poner especial atención a los requerimientos de los grupos sociales.	Enero a diciembre de 2025	- Coordinadora SUR	Numero de sedes vecinales visitadas x 100 Total sedes vecinales de la comuna entre enero y diciembre del 2024.



Déficit de Formación específica y practica en los problemas de salud prevalentes y relevantes	Aumentar la capacidad de resolución de los profesionales de APS y SUR.	Aumentar los conocimientos transversales de problemáticas de salud recurrentes	Capacitar a profesionales y técnicos que tengan directa relación en la atención de problemáticas habituales en la población	Formación a través de charlas de profesionales con mayor experiencia o especialistas en las temáticas requeridas.	<ul style="list-style-type: none"> - Reuniones bimensuales del SUR con personal clínico de índole formativa - Reuniones medicas trimensuales con referentes en urgencias o especialistas 	Enero a diciembre de 2025	Coordinadora SUR Director	
Déficit de trabajo mancomunado relacionado con Sistema de Emergencias y Desastre Comunal y ABC.	Establecer estrategias de organización en emergencias y/o eventos masicos de riesgo comunal	Establecer directrices técnicas estandarizadas entre los sistemas de emergencia comunal privilegiando la prevención y coordinación.	Reuniones formales y facilitadoras de toma de decisiones con directrices establecidas para trabajo en red comunal y respuesta eficiente y efectiva para la comunidad.	Planes de emergencias y definición de procesos de acuerdo a las diferentes instituciones de índole jerárquica.	<ul style="list-style-type: none"> - Reunión ABC Comunal - Reuniones COE Cesfam y Dispositivos asociados. - Participación en COGRID Comunal 	Enero a diciembre de 2025	Jefe de Departamento de Salud Director Coordinadora SUR	





ESTRATEGIA DE CUIDADO INTEGRAL CENTRADO EN LAS PERSONAS (ECICEP)

Descripción de la unidad o programa

En el marco del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario (MAISFC), nace la Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las personas (ECICEP), para la promoción, prevención y manejo de la cronicidad, en el contexto de multimorbilidad. Esta estrategia está orientada a otorgar un cuidado integral, continuo y de acompañamiento a la persona, familia y cuidadores.

El aumento de condiciones crónicas en la población, es una causa frecuente de discapacidad y situaciones de dependencia, por lo que tratar a las personas de manera integral, considerando los determinantes sociales de cada uno, resulta imprescindible para evitar complicaciones en su salud.

En la ECICEP se estratifica a la población según su riesgo clínico y necesidades de salud y sociosanitarias.

- Nivel G0: personas sanas (sin cronicidad), con o sin factores de riesgo.
- Nivel G1: personas con una condición crónica, siendo la principal estrategia el apoyo en su automanejo
- Nivel G2: personas con dos a cuatro condiciones crónicas. Principal estrategia la gestión de su condición de cronicidad
- Nivel G3: personas en situación de cronicidad compleja y mayor carga de fragilidad, con cinco o más condiciones crónicas.

En los establecimientos de salud de la comuna de Requínoa, se conformó un equipo de trabajo para la ECICEP desde el año 2022, ingresando en primera instancia a las personas categorizadas en el Nivel G3. Actualmente, se está trabajando con personas del Nivel G2 y G3.

Dentro de las prestaciones de la ECICEP se encuentran: Ingreso Integral en Dupla de profesionales, Ingreso Integral, Control Integral de Condiciones Crónicas, Gestión de Casos, Seguimiento telefónico de multimorbilidad, Visitas domiciliarias.



Objetivos

- ✓ Mejorar el automanejo y autocuidado de las personas en relación a su estado de salud.
- ✓ Entregar a cada persona la atención de salud que requiere según su condición y riesgo de salud.
- ✓ Facilitar una mejor adherencia de las personas al tratamiento de sus condiciones crónicas
- ✓ Facilitar la continuidad del cuidado en la red de salud.
- ✓ Disminuir la duplicidad de atenciones.



- ✓ Lograr la compensación o control de las personas con condiciones crónicas en el corto plazo.
- ✓ Aportar a que las personas con enfermedades crónicas, gestionen y tomen responsabilidad por su propia salud.

Cumplimiento de Metas e IAAPS 2024

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

A continuación, se detallan los ingresos realizados por cada una de las dependencias, con fecha de corte septiembre 2024:

Tabla N°1: Ingresos de usuarios G3 realizados por dupla de profesionales.

Establecimiento	Población G3	Objetivo anual (10%)	Programado (20%)	Atenciones a la fecha
Cesfam	1145	115	228	126
Cecosf	120	12	24	16
Posta Los Lirios	283	28	57	37
Posta Abra	182	18	36	22
Posta Totihue	46	5	9	5
Total	1776	178	354	206

Tabla N°2: Ingresos de usuarios G2, realizados por un profesional.

Establecimiento	Población G2	Objetivo anual (5%)	Programado (10%)	Atenciones a la fecha
Cesfam	3260	163	326	116
Cecosf	460	23	46	9
Posta Los Lirios	646	32	65	20
Posta Abra	555	28	55	44
Posta Totihue	166	8	17	3
Total	5087	254	509	192

Desafíos para el año 2025



1. Mejorar flujo en agendamiento de usuarios de ECICEP.

Dentro de la brecha en las personas categorizadas como G2, toma gran importancia la dación de horas en otros cupos de atención (principalmente control cardiovascular), perdiendo un recurso importante: ingreso integral y control integral.

2. Capacitación a funcionarios

Se trata de un desafío constante ya que la estrategia cada vez va sumando funcionarios nuevos a los controles, permitiendo otorgar una atención según la necesidad de cada persona. Este año se realizó una capacitación masiva a 75 profesionales, por lo que está como desafío capacitar a los demás funcionarios

3. Creación de Carnet ECICEP

4. Creación de talleres de automanejo de forma periódica.

Matriz de priorización de problemas para el año 2025

Objetivo:

- Mejorar la implementación de la estrategia.

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

Criterios	Magnitud ¿Cuántos miembros están afectados con el problema?	Gravedad ¿Cuánto daño ocasiona?	Capacidad ¿Qué posibilidades de solución tenemos?	Beneficio ¿Cuánto beneficia la solución?
Escasos cupos de control integral para médicos	100%	Grave	Alta	Muy alto
Escasa citación de usuarios a Ingresos G2	50%	Medianamente grave	Alta	Alto
Mitad de funcionarios capacitados en ECICEP	50%	Medianamente grave	Alta	Muy alto



PLAN COMUNAL 2025 SOME

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

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

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

Objetivo General

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



Objetivos Específicos

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

Cobertura

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

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

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

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

El Cesfam Requínoa tiene una población per cápita de **27.172** usuarios. Posee tres Postas Rurales (Posta Lirios, Posta Abra, Posta Totihue) un CECOSF, Clínica móvil, Salud en terreno y Estación médico rural, teniendo los mismos criterios para agendar a la población a través del programa informático FONENDO.



Dación De Horas Cesfam

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

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

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

Distribución De Los Llamados

El usuario debe llamar al número 722810312, en el cual se otorgan horas de Morbilidad a los usuarios. El horario asignado es a contar de las 7:30 horas. El modelo de atención integral centrado en las personas solicita dar cumplimiento con el 20% de horas médicas de morbilidad con modalidad remota.

Distribución De Filas

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

Fila B: Todas las edades

Prestación Dentales

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



Autorización Y Confección De Agenda En Plataforma Fonendo

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

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



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

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

Evaluación

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

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





PROGRAMA DE SALUD INTEGRAL DE PERSONAS MAYORES

Descripción Del Programa

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

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

Según datos proporcionados por la academia, el envejecimiento poblacional es un fenómeno mundial, y nuestro país y nuestra comuna no son la excepción. Según datos del Instituto Nacional de Estadísticas (INE) la población de personas de 60 años y más en nuestro país llegó al 18,1 % respecto a la población nacional al año 2022 y para el caso de nuestra comuna la proyección del 2023 corresponde a un 16% de la población total.

Chile en la actualidad, presenta un robusto Sistema de Salud basado en Atención Primaria, con un Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y comunitario cuyos principios orientan el quehacer de los equipos de salud en la red asistencial, desde la promoción hasta la rehabilitación. En el Sistema de Salud público se atiende al 92% de las personas adultas mayores. (Ministerio de Desarrollo Social, 2009). En el caso de nuestro CESFAM hay 3235 personas de 65 años o más inscritos y validados por el fondo nacional de salud, lo cual representa al 11.46% de la población inscrita.

Una de las inquietudes de este grupo etéreo y sus familias en relación con el envejecimiento es la salud y en forma especial es el cómo evitar la dependencia, entendida como una pérdida de la funcionalidad y causa importante de pérdida de la autonomía. Por lo tanto, uno de los objetivos de las políticas públicas para personas mayores debe orientarse a aumentar los años libres de discapacidad (ONU. 2002; Marín y otros, 2004). Desde el punto de vista de la Gerontología se ha planteado la Valoración Geriátrica Integral (VGI), como la forma más adecuada para detectar factores de riesgo en la alteración de la funcionalidad y salud de las personas mayores y a partir de ahí la generación de un Plan de Intervención personalizado según las necesidades de cada individuo.

En nuestro país la valoración geriátrica estandarizada hace más de una década es el Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor (EMPAM). A partir de esta medición, donde cada persona mayor, es clasificada según su funcionalidad, se genera un plan de intervención en el que se implementan acciones desde el ámbito promocional hasta el rehabilitador, según los diversos factores protectores o de riesgo de fragilidad que se pesquisan en cada persona mayor al ser evaluadas. A partir de ahí, las personas acceden a diversas prestaciones profesionales tanto dentro de nuestro CESFAM como dentro de



la comunidad. Es así como el Programa integral de personas mayores y el programa más adulto mayor autovalente del Adulto Mayor, cuanta como visión el que las personas mayores permanezcan autónomas y autovalentes por el mayor tiempo posible y que sus problemas de salud sean resueltos en forma oportuna con calidad en la atención, asegurando de este modo la calidad de vida.

Canasta De Prestaciones Cesfam Requinoa 2025

PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR	PROFESIONALES
1. Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor (EMPAM)	Kinesiólogo - Enfermera – TENS.
2. Programa de Alimentación Complementaria del Adulto mayor	Nutricionista-TENS
3. Vacunación por Influenza y Neumococo (Programa Nacional de Inmunización)	Enfermera – TENS
4. Atención podológica	Podóloga
5. Programa más adultos mayores autovalentes	Dupla profesional (Kinesiólogo y enfermera).
6. Educación grupal promocional y preventiva	Médico – Matrona – Enfermera – Nutricionista – Psicólogos – Asistente Social – Kinesiólogos – Terapia Ocupacional – Podólogo – Químico Farmacéutico.
7. Exámenes de laboratorio	Tecnólogo Médico – TENS
8. Consulta y Control de salud	Médico - Enfermera – Matrona-TENS
9. Consulta de morbilidad	Médico- Matrona- Odontólogo
10. Consulta y control de enfermedades crónicas	Médico –Enfermera - Nutricionista- Kinesiólogo- Terapeuta Ocupacional- Psicóloga- Trabajador Social- Podóloga- TENS
11. Intervención grupal de Actividad Física	Kinesiólogo – Prof. Educación Física.
12. Exámenes preventivos y consulta ginecológica	Matrona-médico
13. Intervención psicosocial	Psicóloga –Asistente Social
14. Visita Domiciliaria	Médico – Kinesiólogo- Terapeuta ocupacional – Enfermera – Nutricionista – Fonoaudióloga- Odontólogo- Matrona- Psicólogo-TENS
15. Atención dental	Odontólogo
16. Consejería individual	Médico – Matrona – Enfermera – Nutricionista – Psicólogos – Asistente Social – Kinesiólogos

Evaluación 2024

De las 3.235 personas de 65 años o más inscritas en nuestro CESFAM, 1.714 de ellas se encuentran con controles vigentes dentro del programa integral de personas mayores. Desde enero a la fecha (septiembre) se han realizado 1.125 EMPAM, lo cual equivale a un 60,55% de la meta solicitada por el ministerio de salud año 2024.

En base a los antecedentes proporcionados por REM-P5 2024, la población en control por condición de funcionalidad equivale a; 508 usuarios con clasificación de funcionalidad



autovalente sin riesgo, 259 autovalentes con riesgo y 81 usuarios en riesgo de dependencia. Mientras que usuarios con dependencia leve equivalen a 82.

En base a los antecedentes correspondiente población bajo control por estado nutricional: 78 usuarios presentan bajo peso, 321 peso normal, 286 sobrepeso y 262 obeso.

Objetivos 2025

En base a los datos recién analizados y en el marco del Plan Nacional de Salud integral para personas mayores es que los objetivos propuestos para el año 2025 son:

- a) Mantener el acceso a controles de salud, enfermedades crónicas e inmunizaciones, como estrategia de prevención de enfermedades de alta prevalencia y riesgo para las Personas Mayores.
- b) Promover una vida activa y saludable en las Personas Mayores, mediante iniciativas y programas de salud para la consecución de un envejecimiento positivo.
- c) Favorecer la capacitación de los equipos de salud en temáticas relacionadas a la atención de personas mayores asegurando la calidad de la atención primaria.
- d) Promover la conectividad y vínculo de la red sociosanitaria, a fin de ofrecer un continuo de servicios integrales en las diversas necesidades de las Personas Mayores.
- e) Favorecer la participación de personas mayores en instancias de evaluación y levantamiento de necesidades en Salud

Cumplimiento De Metas Estrategias De Trabajo:

- 1) Mantener y o aumentar las estrategias de prevención y promoción en salud del programa más adulto mayor autovalente, el cual entrega a nuestros usuarios actividades tipo taller cognitivo – funcionales los que consideran el fortalecimiento de la funcionalidad de las personas mayores.
- 2) Conservar o extender la cobertura del Examen de medicina preventiva del adulto mayor (EMPAM) mediante citaciones en el propio sector o posta y en otras instancias como operativos en locaciones comunitarias (sedes, colegios, APR, etc.)
- 3) Mantener prestaciones de controles de salud con diversos profesionales en Postas.
- 4) Mantener o aumentar programación de operativos de inmunización territoriales en instancias socio comunitarias.
- 5) Potenciar el trabajo con el intersector en diferentes actividades comunitarias, en las que se potencian los estilos de vida saludables.
- 6) Fomentar la realización de instancias educativas para el manejo del dolor en patologías crónicas como artrosis.



- 7) Favorecer la realización de jornadas de educación y control de patologías crónicas, cuidados del pie diabético, sexualidad en la persona mayor y alfabetización digital.
- 8) Favorecer la realización de instancias educativas en riesgo de caídas para personas mayores y sus familias con mayor riesgo de fragilidad y/o dependencia.
- 9) Mantener instancias de actividad física para personas mayores como el programa más adultos mayores autovalentes y los programas guiados por profesoras de educación física en la comunidad.
- 10) Continuar la entrega de medicamentos y alimentos PACAM en domicilio a adultos mayores vulnerables de la comuna, trabajo en conjunto con unidad de farmacia.
- 11) Mantener instancias de Visitas domiciliarias en crisis normativa del ciclo vital con la entrega de guía anticipatoria.
- 12) Favorecer la participación de la población mayor en sesiones educativas de distintos programas y profesionales en sus respectivas postas y sectores.
- 13) Instar a los sectores y postas a realizar talleres educativos para personas mayores en instancias sociocomunitarias.
- 14) Difundir y reforzar en el equipo de salud las prestaciones de consulta geriátrica otorgada por Hospital digital en los casos necesarios.
- 15) Promover el abordaje de temáticas relacionadas a personas mayores en el plan de capacitación anual.
- 16) Concientizar y difundir en el equipo de salud, la sospecha de maltrato como factor de riesgo de fragilidad en esta población y protocolizar acciones a realizar ante la situación de sospecha.
- 17) Mantener la comunicación con entidades intersectoriales para la correcta derivación de usuarios y facilitar la entrega de información sobre diferentes servicios a los cuales pueden acceder.
- 18) Controles telefónicos de salud a adultos mayores crónicos, en conjunto con el programa más adultos mayores autovalentes.
- 19) Estrategias de salud en terreno con diferentes prestaciones en domicilio de personas con barreras de accesibilidad.
- 20) Mantener e incentivar la participación de personas mayores en las instancias de consejos consultivos, diagnósticos participativos y conversatorios que se realizan tanto dentro del CESFAM como en la comunidad.

Desafíos 2025

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



- e) Realizar un catastro de personas mayores con vulneración de derechos o maltrato.
- f) Potenciar los servicios de salud en terreno para personas mayores de lugares apartados a los centros de salud de la comuna.
- g) Fortalecer espacio radial con enfoque en las personas mayores, que favorece la promoción y prevención en salud.





Priorización De Problemas De Salud 2025

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



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





PROGRAMA NACIONAL DE INMUNIZACIONES (PNI).

El programa nacional de inmunizaciones (PNI) tiene como objetivo la protección e inmunidad de la población residente en nuestro país. Actualmente protege contra 25 enfermedades a lo largo del ciclo vital; las cuales previenen la morbimortalidad de enfermedades inmunoprevenibles, mejorando las expectativas de vida de la población.

El discernimiento de las normativas, protocolos, procedimientos estandarizados y los conceptos fundamentales del PNI, deben ser manejados a su cabalidad por funcionarios activos dentro de la unidad; pudiendo identificar los factores de riesgos, edad de administración, enfermedades de las cuales protegen y los intervalos correspondientes entre cada una de ellas.

Por otra parte, conocer los resguardos correctos de la cadena de frío, transporte y administración de vacunas.

Su línea programática de actividades se basa en un calendario anual entregado por el ministerio de salud, el cual nos permite otorgar de manera correcta las vacunas a todos los usuarios sin importar su previsión.

En la comuna de Requínoa contamos con un box de vacunatorio con atención de lunes a viernes donde se otorgan vacunas programáticas ministeriales, vacunas de urgencia y de campaña como son “antiinfluenza” y “Sars-Cov2”. Este vacunatorio es la central para la distribución de vacunas según previa solicitud vía mail a Postas Rurales y Cecosf.

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





Vacunas programáticas y de urgencias administradas en Cesfam:

Vacuna administrada	Cesfam
Vacuna hexavalente	612
Vacuna antirrábica	372
Vacuna neumocócica conjugada	445
Vacuna Neumocócica polisacárida	293
Vacuna toxoide profiláctico tetánico	630
Vacuna meningocócica del grupo B	250
Vacuna DTpa	949
Vacuna SRP	319
Nimenrix	82
Menquadfi	82
Vacuna varicela	402
Vacuna hepatitis A pediátrica	224
Vacuna hepatitis B	46
VPH tetravalente	363
VPH nonavalente	342
IG. Antitetánica	1
TOTAL	5.412





Vacunas programáticas administradas en postas rurales y CECOSF:

Vacunas administradas	POSTA LIRIOS	POSTA ABRA	POSTA TOTIHUE	CECOSF
Hexavalente	107	139	14	72
Antirrábica	2	0	0	0
Neumocócica conjugada	83	106	8	52
Neumocócica polisacárida	31	12	10	32
Toxoide profiláctico	12	2	0	1
Meningocócico del grupo B.	43	65	5	38
DTpa	28	28	5	20
SRP	64	59	13	40
Nimenrix	22	25	2	4
Menquadfi	16	16	1	8
Varicela	71	56	19	49
Hepatitis A pediátrica	43	36	10	17
Hepatitis B	16	0	0	0
VPH Nonavalente	4	0	0	0
Total de vacunas administradas	542	544	87	432

Vacunación Escolar.

Durante el segundo semestre de cada año se lleva a cabo la vacunación programática escolar, la cual, tiene un carácter obligatorio y debe alcanzar una cobertura del 90% para los niños que cursan primero, cuarto, quinto y octavo básico. Posterior a las vacaciones de invierno nos dirigimos a cada establecimiento educacional con el fin de facilitar el acceso a la vacunación con previa información a los directores y padres, donde como objetivo principal se tiene la misión de brindar una vacunación eficaz y oportuna; con esto se busca otorgar inmunidad a los niños que están expuestos a enfermedades que podrían resultar mortales.

Otro de los grandes objetivos de esta vacunación obligatoria es la puesta al día, es decir usar esta instancia para regularizar vacunas pendientes de los niños.



Comuna	Requínoa			
Cursos	1° Básico	4° Básico	5° Básico	8° Básico
Población INE	324	354	346	348
N° de vacunados	317	339	338	333
Porcentaje de vacunación	98%	96%	98%	96%

VACUNAS DE CAMPAÑA.

Desde el año 2021 y con el inicio de la pandemia se inició una ardua campaña de vacunación contra covid19, la cual se ha extendido hasta el día de hoy.

Cabe señalar que esta tarea se cumple con el fin de entregar una atención de calidad a nuestros usuarios.

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

- Pfizer monovalente XBB1.5: 1.292.
- Moderna monovalente XBB1.5: 939.

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

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

A la fecha llevamos un total de 18.524 usuarios inmunizados con vacuna antiinfluenza, los cuales serán detallados en la siguiente tabla.

Niños y niñas de 6 meses a 5 años	vacunados 1a dosis + única (residencia)	%	Escolares de 5 a 10 años	vacunados 1a dosis + única (ocurrencia)	%	Adultos mayores de 60 años y más	vacunados (residencia)	%
2.104	1.716	82%	2.151	1.825	84,8%	5.822	4.959	85%





Crónicos de 11 a 64 años	vacunados (ocurrencia)	%	Embarazadas	vacunados (residencia)	%	Personal de salud públicos	vacunados (ocurrencia)	%	Personal de salud privados	vacunados (ocurrencia)	%
6.123	6.592	107,7%	262	164	62,6%	338	319	94,4%	126	141	111,9%

Criadores de cerdos y pollos	vacunados (ocurrencia)	%	Trabajadores educación	vacunados (ocurrencia)	%	Capullo	vacunados (residencia)	%
409	421	102,9%	437	390	89,2%	105	37	35,2%

Otras prioridades	vacunados (ocurrencia)	%	Población Total	Vacunados Totales	%	Rechazos (ocurrencia)
1625	1714	105,5%	19.813	18.524	93,5%	36

Los desafíos establecidos para este año 2024 son continuar educando a la población a través de afiches, locución radial y redes sociales con el fin de incentivar la inoculación, siempre recalcando los beneficios que podemos adquirir con estas, las cuales son otorgadas de forma gratuita.

Desafíos para el año 2025:

- Incrementar la cobertura de vacunación voluntaria en usuarios mayores de 6 meses.
- Continuar con movilización propia para la unidad, con el fin de facilitar el acceso para la inmunización en domicilio a: personas mayores, usuarios con algún grado de discapacidad y personas en ruralidad extrema.
- Dar continuidad al equipo de vacunatorio actual y así facilitar el trabajo en equipo para lograr la cobertura solicitada de las campañas anuales.



Matriz De Planificación Programa Nacional De Inmunización (Pni).

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



PROGRAMAS ALIMENTARIOS

Los PPAA contempla el Programa de alimentación Complementaria Pnac con sus respectivos subprogramas y el Programa de alimentación Complementaria del Adulto Mayor (PACAM).

Programa Nacional De Alimentación Complementaria (PNAC)

El PNAC es un programa de carácter universal que considera un conjunto de actividades de apoyo nutricional de tipo preventivo y de recuperación, a través del cual se distribuyen, de acuerdo a los criterios que se establecen para cada subprograma, alimentos destinados a la población infantil menor a 6 años, gestantes. Mujeres que amamantan, personas con diagnósticos de algún error innato del metabolismo que requiera tratamiento nutricional.

Objetivos:

- Promover la lactancia materna.
- Promover las potencialidades de crecimiento y desarrollo de niños/as desde la gestación.
- Proteger la salud de la mujer durante la gestación y lactancia.
- Disminuir la incidencia de bajo peso al nacer.
- Prevenir y corregir el déficit nutricional en los niños (as) y gestantes.
- Fomentar la adherencia a las acciones de salud impulsadas en los centros de atención primaria de salud APS.

Ingreso:

- Independiente del sistema previsional, la persona o quien la represente, deberá acercarse al establecimiento de APS que le corresponda, para que le indiquen el procedimiento para el ingreso formal a los PPAA, considerando las exigencias de la Norma o las que se establezcan en los protocolos de subprogramas específicos.
- El ingreso a un subprograma es excluyente de los otros subprogramas del PNAC.



Subprogramas

SUBPROGRAMA PNAC BÁSICO:

Población Beneficiaria:

- Población infantil desde el nacimiento hasta los 5 años con 11 meses con 29 días, con diagnóstico nutricional normal, sobrepeso u obesidad, independiente de su sistema previsional.
- Gestantes con diagnóstico nutricional, normal, sobrepeso u obesidad, independiente de su sistema previsional.
- Mujeres hasta el quinto mes posparto inclusive, que amamantan, que hayan terminado su embarazo con diagnóstico nutricional normal, sobrepeso u obesidad, independiente de su sistema previsional.
- Las gestantes, así como las mujeres que amamantan, son beneficiarias en sí mismas.

Requisitos para el retiro de los productos alimenticios:

- Contar con controles de salud al día según esquema ministerial vigente.
- Contar con vacunas al día según esquema de vacunación vigente y campañas ministeriales.

Productos: PRO +1, PRO + 2, Fórmula de Inicio y Purita mamá.

SUBPROGRAMA PNAC REFUERZO:

Población Beneficiaria:

- Gestantes, independiente de su sistema previsional, con diagnóstico nutricional de enflaquecidas o bajo peso.
- Mujeres hasta el quinto mes posparto inclusive independientemente de su sistema previsional, que hayan terminado su embarazo con diagnóstico nutricional enflaquecida o bajo peso.
- Población infantil desde el nacimiento hasta los 5 años con 11 meses con 29 días, independientemente de su sistema previsional, con diagnóstico nutricional de riesgo de desnutrición o desnutrición.

Las gestantes, así como las mujeres que amamantan, son beneficiarias en sí mismas. El ingreso a este subprograma solo puede ser realizado por el/la Nutricionista, por lo que esta consulta se debe dar en cuanto el paciente es derivado desde su control habitual y no debe ser postergado para otro momento con el objetivo que los productos sean recibidos de inmediato.

Requisitos para el retiro de los productos alimenticios:

- Contar con controles de salud al día según esquema ministerial vigente.
- Contar con vacunas al día según esquema de vacunación vigente y campañas ministeriales.



En el caso de la población beneficiaria del extrasistema, debe presentar los formularios respectivos que demuestren controles de salud y vacunas al día definidos por esquema ministerial. El formulario tendrá vigencia hasta el próximo control correspondiente según normativa Minsal.

Productos: PRO +1, Fórmula de Inicio, Mi Sopita y Purita mamá.

SUBPROGRAMA PNAC PREMATUROS:

Población Beneficiaria:

- Población infantil desde el nacimiento hasta los 11 meses con 29 días de edad corregida, cuyo nacimiento haya sido antes de las 32 semanas de gestación o que su peso de nacimiento haya sido menor o igual a 1.500 grs independiente de su sistema previsional.

Requisitos para el retiro de los productos alimenticios:

- Contar con controles de salud al día según esquema ministerial vigente.
- Contar con vacunas al día según esquema de vacunación vigente y campañas ministeriales.

Presentar, en los meses que corresponda, formulario establecido en esta normativa, emitido por el Policlínico de Seguimiento de Prematuros de la red de atención de salud pública o médico pediatra del extrasistema. Este formulario tendrá vigencia hasta el próximo control correspondiente según normativa Ministerial vigente.

Productos: Fórmula prematuro, fórmula de Inicio, Mi Sopita y Purita mamá.

SUBPROGRAMA PNAC APLV (Alergia a la Proteína de la Leche de Vaca):

Población Beneficiaria:

- Población infantil hasta 1 año con 11 meses con 29 días, con confirmación diagnóstica de alergia a la proteína f de la leche de vaca de acuerdo a los criterios de la “Guía Clínica Alergia a Proteína Leche de Vaca” y la forma de realizar el ingreso a este subprograma está definido por el “Protocolo de gestión administrativa del PNAC APLV” vigente, ambos del Ministerio de Salud, independientemente de su sistema previsional.

Requisitos para el retiro de los productos alimenticios:

- Contar con controles de salud al día según esquema ministerial vigente.
- Contar con vacunas al día según esquema de vacunación vigente.
- Presentar, en caso de ser necesario, formularios u otras exigencias establecidas en “Protocolo de gestión administrativa del PNAC APALV vigente.

Productos: Fórmula extensamente hidrolizada (FEH) o fórmula aminoacídica (FAA).



Programa Nacional De Alimentación Complementaria Del Adulto Mayor (PACAM)

El PACAM es parte de un conjunto de actividades de apoyo alimentario nutricional de carácter preventivo y de recuperación, que distribuye alimentos fortificados con micronutrientes a las personas mayores, en los establecimientos de APS. A su vez, es un componente integral del Programas de Salud Integral para personas mayores y se vincula con otras actividades de medicina preventiva y curativa, como la promoción del envejecimiento saludable y el mantenimiento y mejoramiento de la funcionalidad física y cognitiva. De este modo se convierte en un instrumento de las acciones de protección de la salud y acompañamiento a personas mayores en los centros de salud.

OBJETTIVOS:

- Contribuir a prevenir y tratar las carencias nutricionales de las personas mayores mediante la entrega de un complemento alimentario especialmente diseñado para sus necesidades.
- Contribuir a mantener o mejorar la funcionalidad física y psíquica de las personas mayores.
- Incentivar una mayor adherencia a las actividades del programa de salud dl adulto mayor en establecimientos de APS.
- Promover en los establecimientos de APS una modalidad de trabajo integral con relación a personas mayores, con participación de profesionales del área de atención médica, nutricional, asistencia social, de la familia y de las organizaciones de la propia comunidad.

INGRESO:

- La persona, o quien la represente, deberá acercarse al establecimiento de APS que le corresponda, para que le indiquen el procedimiento para el ingreso formal a los PPAA.

Población Beneficiaria:



- Personas mayores beneficiarias de FONASA.
- Población beneficiaria del Programa de Reparación y Atención Integral de Salud (PRAIS) independiente de su previsión de salud.

La población beneficiaria se catalogará de acuerdo a los siguientes grupos:

- De 70 años y más.
- Entre 60 a 69 años que se encuentren en la actualidad o hayan terminado durante este rango etario, tratamiento antituberculoso.
- Entre 60 a 69 años, que se encuentren residiendo en establecimientos de larga estadía del adulto mayor (ELEAM) o residencias de larga estadía del Hogar de



Cristo que cuenten con la autorización por la Seremi de Salud correspondiente, sin importar la dependencia de estos.

- Entre 65 a 69 años que pertenezcan o hayan pertenecido en este rango etario al subsistema Chile Solidario (Ley N° 19.949 de 2004, Ministerio de Planificación y Coordinación) o Seguridades y Oportunidades, Ingreso ético familiar (Ley N° 20.595 artículos 3 y 4, específicamente programas Familia, vínculos, Abriendo Caminos y Personas en situación de calle).
- Entre los 65 a 69 años que, de acuerdo con el examen anual de medicina preventiva del adulto mayor (EMPAM), estén clasificados como autovalentes con riesgo, riesgo de dependencia o dependientes.
-

Requisitos para el retiro de los productos alimenticios:

- Contar con control de salud al día, según lo establecido en Programa de Salud Integral para personas Mayores o Programa de Dependencia Severa de Minsal.
- Contar con vacunas al día según esquema y campaña ministerial vigente.

Productos: Crema Nutra Max y Bebida láctea Nutra Max.

MOVIMIENTO MENSUAL DE PROGRAMAS ALIMENTARIOS AÑO 2024											
Establecimiento: CESFAM Requínoa											
Comuna: Requínoa											
2024											
			enero	febrero	marzo	abril	mayo	junio	julio	agosto	sept
PNAC	PURITA PRO 1	S.M.A	731	568	554	406	532	467	592	813	836
		R.E.M	200	400	200	600	400	500	700	398	100
		T.D.M	931	1008	754	1006	932	967	1292	1211	936
		D.E.M	202	191	228	214	245	215	239	235	198
		mermas	1	3	0	0	0	0	0	0	0
		faltante	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		Traspaso	160	260	120	260	220	160	240	140	160
		S.M.S	568	554	406	532	467	592	813	836	578
	PURITA PRO 2	S.M.A	815	979	844	713	558	240	302	469	650
		R.E.M	599	300	199	300	198	499	660	600	100
		T.D.M	1414	1279	1043	1013	756	739	962	1069	750
		D.E.M	235	215	230	235	256	237	273	256	219
		mermas	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		faltante	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		Traspaso	200	220	100	220	260	200	220	160	200
		S.M.S	979	844	713	558	240	302	469	650	331
	MI SOPITA	S.M.A	99	67	81	81	57	13	5	63	69
		R.E.M	20	40	40	20	0	40	80	60	60
		T.D.M	119	107	121	101	57	53	85	123	129
		D.E.M	26	20	16	18	12	16	12	14	8
		mermas	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		faltante	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		Traspaso	26	6	24	26	32	32	10	40	20
		S.M.S	67	81	81	57	13	5	63	69	101
	PURITA MAMÁ	S.M.A	187	149	229	401	386	226	238	337	347
		R.E.M	100	200	260	100	0	100	300	100	200
		T.D.M	287	349	489	501	386	326	538	437	547
		D.E.M	78	80	67	75	80	68	81	90	63
		Mermas	0	0	1	0	0	0	0	0	0
		faltante	0	0	0	0	0	0	0	0	0



	Traspaso	60	40	20	40	80	20	120	0	20
	S.M.S	149	229	401	386	226	238	337	347	464





			enero	febrero	marzo	abril	mayo	junio	julio	agosto	sept
FI	FORMULA INICIO	S.M.A	501,9	515,7	541,3	517,5	416,7	229,5	55,8	415,8	664,2
		R.E.M	240	183,6	113,4	81	0	0	540	432	0
		T.D.M	741,9	699,3	654,7	598,5	416,7	229,5	595,8	847,8	664,2
		D.E.M	109,8	104	90,4	109,8	104,4	96,3	109,8	102,6	79,2
		Mermas	0	0	0	0	0	0,9	0	0	0
		faltante	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		Traspaso	116,4	54	46,8	72	82,8	76,5	70,2	81	62,1
		S.M.S	515,7	541,3	517,5	416,7	229,5	55,8	415,8	664,2	522,9
PNAC PREMATURO	FORMULA PREMATURO	S.M.A	19,6	30	46	35,6	20,4	5,2	3,6	9,2	25,6
		R.E.M	28,8	28,8	4,8	0	0	19,2	24	38,4	7,6
		T.D.M	48,4	58,8	50,8	35,6	20,4	24,4	27,6	47,6	33,2
		D.E.M	18,4	12,8	15,2	15,2	15,2	20,8	18,4	22	26,4
		Mermas	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		faltante	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		Traspaso	0	0	0	0	0	0	0	0	3,2
		S.M.S	30	46	35,6	20,4	5,2	3,6	9,2	25,6	3,6
APLV	FORMULA HIDROLIZADA	S.M.A	22,8	46	67,6	54,4	40	8,8	16,8	67,2	116
		R.E.M	48	48	0	9,6	0	38,4	67,2	67,2	0
		T.D.M	70,8	94	67,6	64	40	47,2	84	134,4	116
		D.E.M	24,8	22,8	10	20	24,4	24	13,6	11,2	11,2
		Mermas	0	0	0	0,8	0,4	0	0	0	0
		faltante	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		Traspaso	0	3,6	3,2	3,2	6,4	6,4	3,2	7,2	2,8
		S.M.S	46	67,6	54,4	40	8,8	16,8	67,2	116	102
	FORMULA AMINOACIDICA	S.M.A	29,2	37,2	58	33,2	23,6	34	39,6	59,6	79,6
		R.E.M	35,2	43,2	0	8	24	20,8	40	32	0
		T.D.M	64,4	80,4	58	41,2	52,4	54,8	79,6	91,6	79,6
		D.E.M	21,6	18,8	22,4	15,6	15,2	15,2	20	12	12,8
		Mermas	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		faltante	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		Traspaso	5,6	3,6	2,4	2	3,2	0	0	0	4
		S.M.S	37,2	58	33,2	23,6	34	39,6	59,6	79,6	62,8
PACAM	CREMA NUTRA MAX	S.M.A	496	368	376	309	204	627	905	882	687
		R.E.M	500	760	600	600	1200	1000	880	600	720
		T.D.M	996	1128	976	909	1404	1627	1785	1482	147
		D.E.M	408	437	387	445	477	442	503	515	422
		mermas	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		faltante	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		Traspaso	220	315	280	260	300	280	400	280	300
		S.M.S	368	376	309	204	627	905	882	687	685
	BEBIDA NUTRA MAX	S.M.A	401	145	88	319	494	616	914	1090	1007
		R.E.M	400	700	920	900	900	1000	1000	660	400
		T.D.M	801	845	1008	1219	1394	1616	1914	1750	1407
		D.E.M	408	437	387	445	477	442	503	515	422
		mermas	8	0	2	0	1	0	1	8	2
		faltante	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		Traspaso	240	320	300	280	300	260	320	220	340
		S.M.S	145	88	319	494	616	914	1090	1007	643
DORADOS											



EQUIPO SALUD EN TERRENO (ATENCIÓN DOMICILIARIA Y CLÍNICA MÓVIL)

Introducción

La Comuna de Requínoa comprende una extensión de 673,33 km², y con una población estimada de 27.968 personas (Censo INE 2017), se distribuye un 50,39% de ésta como población urbana y un 49,61% como población rural. Lo anterior implica que la infraestructura de Salud para la Comunidad se localice principalmente en las zonas de mayor urbanización a fin de lograr mayor cobertura gracias a la cercanía con dichos centros de Salud (CESFAM, CECOSF, Postas de Salud Rural). Sin embargo, en base a los datos anteriores, el porcentaje de población rural es bastante alto (casi la mitad de la población), lo que, añadido a la alta dispersión geográfica, la poca frecuencia de acceso a locomoción en lugares más alejados (si es que hay acceso) y la gran extensión de la comuna, hace para esta parte de la población más difícil su acceso a prestaciones y oportunidad de atención de salud. Hay que considerar, además, que, dentro de este importante porcentaje de población y las dificultades anteriormente señaladas, existen pacientes con dificultades adicionales que se objetivan en niveles de dependencia leve o moderada, que no cumplen los criterios para ser incluidos en el programa de dependencia severa.

Todo lo anteriormente señalado evidenció la necesidad de atención de salud de un grupo importante de población de la comuna que presenta múltiples dificultades y limitaciones para poder asistir a los centros de salud, así como tampoco recibir atención domiciliaria por los programas existentes.

Es en este contexto que nace la idea de crear un nuevo equipo de salud que cubra las necesidades de este grupo de la población comunal, el que nace el año 2023 y se denominó “Equipo de Salud en Terreno”, cuyas características detallaré a continuación.

Objetivo General

Acercar las prestaciones de salud integral a comunidades rurales sin necesidad de acercarse al (los) centro(s) de salud.

Objetivos Específicos

- Llevar la atención de cardiovascular a usuarios de localidades distantes.
- Llevar la atención de salud infantil a usuarios de localidades distantes.
- Llevar atención de salud a usuarios de localidades distantes.



- Llevar exámenes de medicina preventiva a localidades distantes
- Llevar atención domiciliaria a usuarios que tengan un nivel de dependencia leve o moderado, que no cumplan los criterios para pertenecer al programa de dependencia severa y se les dificulta asistir a sus atenciones crónicas y de morbilidad en los distintos centros de salud.

Recurso Humano Y Equipo

El Equipo de atención domiciliaria comenzó su funcionamiento el 15 de mayo de 2023 con un total de 4 funcionarios: 1 TENS (44hrs), Médico (44 hrs), Enfermera (44hrs) y un Conductor externo (44hrs) para dar atenciones de usuarios con dependencia leve y moderada. En junio de 2024, se incorpora al equipo Kinesióloga (44hrs) compartida entre los programas de dependencia severa y cuidados paliativos.

En agosto de 2024 se incorpora la Clínica Móvil a las atenciones del Equipo Salud en Terreno sumando un Médico (44hrs), Enfermera (44hrs), TENS (44hrs), Conductor clínica (44hrs); de esta forma se permitió llegar a sectores más rurales de la comuna de Requínoa.

Criterios De Exclusión De Equipo Salud En Terreno:

- Usuarios con dependencia severa.
- Usuarios Adultos mayores autovalentes.
- Usuarios Adultos mayores que rechacen atención en domicilio.
- Usuarios Adultos mayores que cuenten con red de apoyo que los puedan llevar a control en Cesfam, Cecosf, Postas Abra, Lirios y Totihue.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN DE EQUIPO SALUD EN TERRENO CLINICA MOVIL:



- Usuarios que no estén inscritos en los en algunos de los centros de salud de la comuna.



Atenciones Realizadas Desde Enero A septiembre 2024

	TOTAL, ATENCIONES
CONSULTAS (CONTROLES CRÓNICOS, EMPAM, MORBILIDAD)	869
VISITAS DOMICILIARIAS	109
PROCEDIMIENTOS (TOMA DE MUESTRAS, CURACIÓN SIMPLE Y AVANZADA)	201

Desafíos 2025

Atención domiciliaria:

- Un desafío que tenemos para el beneficio de nuestros usuarios, es poder tomar Electrocardiogramas en domicilio, ya que nuestros usuarios deben ser derivados a los distintos dispositivos de la comuna.
- El segundo desafío es mantener el nexo con las diferentes unidades como curaciones avanzadas y salud mental, dándole acceso a este tipo de atenciones a nuestros usuarios en su domicilio.

Clínica móvil:

- Un desafío que tenemos es agregar nuevas prestaciones a las atenciones de la clínica móvil como procedimiento, como son toma de exámenes de laboratorio o electrocardiograma.
- Otro desafío es poder agregar más profesionales a las atenciones de la clínica móvil.



Matriz De Problema Priorizados:

Problema de salud priorizado	Objetivo General	Objetivo específico	Meta	Estrategias	Actividades	Plazo
Adultos mayores con mala adherencia a controles en los distintos centros de salud de la comuna	Mejorar adherencia a controles de salud	Llevar la atención de cardiovascular a usuarios de localidades distantes.	Lograr un 80% de atenciones en domicilio.	Horas médicas para atenciones en domicilio. Horas Enfermera para atenciones en domicilio. Horas de TENS para atenciones en domicilio.	Atenciones de médico en domicilio. Atención de enfermera en domicilio. Realizar toma de muestra en domicilio para controles. Realizar perfiles de presión en domicilio si usuarios lo requirieran	Anual
Usuarios con aislamiento geográfico que se les dificulta tomar hora en los distintos dispositivos de salud.	Dar acceso a usuarios de localidades distantes de atenciones médicas y de enfermería.	Llevar atenciones de morbilidad, cardiovascular, controles de salud infantil a localidades distantes.	Lograr un 80% de atenciones en clínica móvil.	Horas médicas en clínica móvil. Horas de Enfermera en Clínica móvil.	Atenciones de morbilidad. Atenciones Cardiovasculares por Enfermera. Atenciones de salud infantil por enfermera. Exámenes de medicina preventiva del adulto mayor (EMPAM). Exámenes de medicina preventiva del adulto (EMPA).	Anual



PROGRAMA DE REHABILITACION INTEGRAL CON BASE COMUNITARIA (RBC) 2025.

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

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

Caracterización De La Población Con Discapacidad En Chile

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

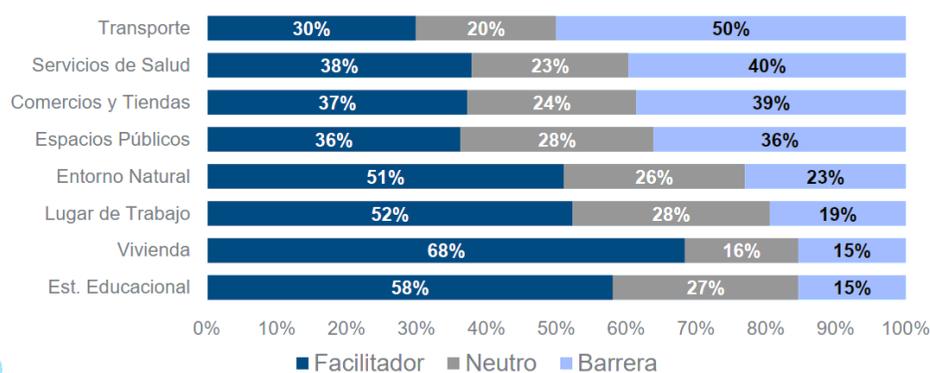
Si observamos los datos de la Región de O´Higgins, de los adultos con discapacidad de entre 18 a 59 años, el 57,3% está en situación de dependencia, mientras que en los adultos con discapacidad de 60 años y más, el 77,4% está en situación de dependencia.

En nuestra región, respecto a ayudas técnicas, el 13,3% de las personas con discapacidad indica no tener ayuda técnica pero sí necesitar una, y el 28,7% utiliza alguna ayuda técnica, y requiere de otra adicional. En lo que respecta al entorno y al



ambiente, las personas con discapacidad en gran medida perciben como barreras (difícil o muy fácil de utilizar) el uso de los espacios públicos (36,4%), tiendas, bancos o comercios (38,9%), sistema de transporte público (44,6%) y servicios de salud (33,8%). Asimismo, las personas con discapacidad indican tener mayor dificultad que personas sin discapacidad para conseguir ayuda de parientes o familiares cercanos (21,4%), de amigos o compañeros de trabajo o estudio (44,3%) y de vecinos o conocidos (34,7%).

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



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

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

Propósito

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

Objetivo General

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

Objetivos Específicos

1. Desarrollar estrategias de rehabilitación integradas funcionalmente a la Atención Primaria de Salud, bajo un enfoque biopsicosocial y con base en el Modelo de



Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario (MAIS) y la Estrategia de Rehabilitación con Base Comunitaria.

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

Población Objetivo

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

ESTRATIFICACIÓN DE ATENCIONES SEGÚN CCR REQUINO

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



Estadísticas Año 2024

- *Número de ingresos a Programa de Rehabilitación Integral de enero a octubre de 2024, según condición de salud.*

INGRESOS POR CONDICIÓN DE SALUD AÑO 2024	TOTAL
DOLOR CERVICAL AGUDO	1
DOLOR LUMBAR AGUDO	6
HOMBRO DOLOROSO AGUDO	39
OTRO DOLOR MUSCULOESQUELÉTICO AGUDO	68
ARTROSIS DE RODILLA Y CADERA	135
ARTRITIS REUMATOIDEA	3
OTRO DOLOR MUSCULOESQUELÉTICO CRÓNICO	222
ATAQUE CEREBRO VASCULAR (ACV)	44
TRAUMATISMO ENCÉFALO CRANEANO (TEC)	5
LESIÓN MEDULAR	3
ENFERMEDAD DE PARKINSON	14
ENFERMEDADES NEUROMUSCULARES	68
ALTERACIONES EN EL DESARROLLO PSICOMOTOR	0
DISRAFIAS ESPINALES	0
TRASTORNO DEL NEURODESARROLLO	0
AMPUTACIÓN	6
QUEMADOS	0
COVID-19	1
CONDICIÓN SENSORIAL VISUAL	0
CONDICIÓN SENSORIAL AUDITIVA	9
OTROS	189
TOTALES	812



Metas De Programa:

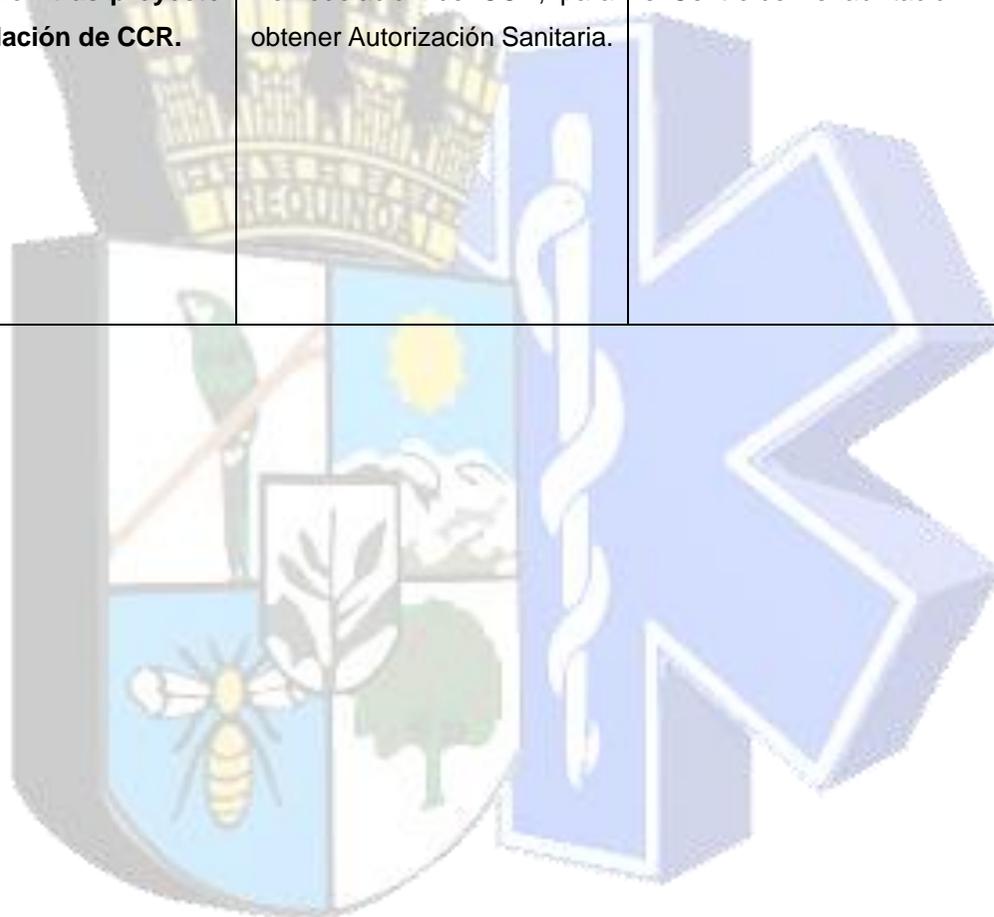
1. 20% de las personas ingresadas al programa recupera o fortalece su participación en comunidad (trabajo, educación, grupos sociales, organizaciones, entre otros)
2. 20% de las personas ingresadas al programa lo hace por una condición de salud prioritaria (ACV, E. de Parkinson, Lesión Medular, TEC,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

Desafíos 2025:

Problema	Solución	Propuesta
Brecha entre Interconsultas resueltas y no resueltas, de patologías musculoesqueléticas de prioridad 3.	Optimizar tiempo de profesionales a través de actividades grupales que revuelvan problemas de salud sin desmedro de la calidad de atención.	Aumentar en número de usuarios que asisten a de Talleres Terapeutas Ocupacionales y Kinesiólogos para pacientes con categorización 3.
Actualización del diagnóstico Participativo	Realización de un nuevo Diagnóstico Participativo	Realizar un Diagnóstico Participativo en relación con las problemáticas identificadas por la comunidad, el Intersector y el Equipo de Salud.
Déficit de talleres, con enfoque de rehabilitación basada en la comunidad-RBC.	Ampliar talleres presenciales en CCR y en la comunidad, cumpliendo con las normas sanitarias vigentes.	Incrementar Talleres de Terapia Ocupacional y multidisciplinarios (deporte adaptado, inclusión laboral, cuidadoras, recreativos).



<p>Sobredemanda de derivaciones con patologías no Pertinentes a CCR Requínoa.</p>	<p>Actualizar el sistema de derivación desde el equipo médico del Departamento de Salud.</p>	<p>Destinar horas de profesionales para reuniones con equipo médico de los establecimientos del Departamento de Salud, sobre protocolos de atención y derivaciones a CCR Requínoa.</p>
<p>Falta de Autorización Sanitaria en el Centro de Rehabilitación tras proyecto de remodelación de CCR.</p>	<p>Realizar postulación luego de finalizado el proyecto de Remodelación de CCR, para obtener Autorización Sanitaria.</p>	<p>Realizar proceso y obtención de Autorización Sanitaria para el Centro de Rehabilitación.</p>





PROGRAMA SALUDABLEMENTE FUNCIONARIOS

Este programa se inicia en nuestro departamento a fines del año 2022, con el objetivo de implementar diversas acciones enfocadas en favorecer la salud mental de todos nuestros funcionarios del departamento de Salud de Requínoa, quienes día a día dan respuestas a las necesidades sanitarias de nuestra Comuna.

Objetivo General:

Promover acciones a objeto de favorecer la salud mental de todos los funcionarios del departamento de salud mediante un conjunto de acciones coordinadas.

Objetivos específicos:

- Mitigar el impacto en la salud mental provocado por las altas demandas en el desempeño de cada uno de nuestros funcionarios, a través del fomento del autocuidado, el cuidado de equipo y el institucional.
- Promover un clima de seguridad psicosocial en donde existe un sano equilibrio entre la productividad y la salud de la comunidad sanitaria, desde una mirada colaborativa y en red.
- Fortalecer y reforzar toda iniciativa que promueva el bienestar emocional de la población funcionaria.

Balance año 2024:

A partir de lo planificado a inicios del año 2024, y considerando las necesidades visualizadas en el Departamento de Salud, éstas correspondientes a la salud mental de nuestros funcionarios nuestro comité presentó varias dificultades en la ejecución de las acciones planificadas. Cabe señalar que esta información se ha entregado de forma detallada al Servicio de Salud, manifestando nuevamente (y en conjunto con otros Gestores de las Comunas de la sexta región) que nuestra gran falencia dice relación con la ausencia de recursos económicos.

A partir de lo anterior descrito, nuestro programa logró implementar solo el 30% de las acciones planificadas para este 2024. Estas fueron:



Problema de Salud Priorizado	Objetivo General	Objetivo Especifico	Eje	Actividades	Plazo y Resultado
Alta nivel de estrés y síndrome de burnout en los funcionarios del departamento de salud.	Contribuir a la salud mental de las y los trabajadores de la salud en APS a través de una estrategia con perspectiva organizacional, colectiva y territorial.	Generar mecanismos de actuación preventiva dirigida a la salud mental del personal de salud.	Prevención	Reforzar uso de 15 minutos libres para médicos en la mañana y 15 en la jornada de tarde.	02 de enero al 31 de diciembre 2024 *Acción se gestiona, Profesionales médicos cuentan con sus 15 minutos libres, sin embargo, su uso se dispone en horario de colación*
			Prevención	Conmemoración Efemérides: Coffe + break (sonoterapia, Masoterapia, terapia floral, etc) en UCAM. Recordatorio Virtual Cumpleaños (Elaboración Intranet, Abel Carreño). *Día de la Madre	Abril a Diciembre 2024 *Acción se planifica y gestiona, sin embargo, solo se logra implementar el 20 % de las actividades a partir de falta de recursos y dificultades en la aprobación de éstos para entrega de catering o coffee* En proceso Realizado Realizado No realizado (sin recursos) No realizado



				<p>*Día del Padre</p> <p>*Día del Hombre</p> <p>*Día de la APS</p> <p>Intervención holística en diferentes Unidades: A. Servicios, Postas, Conductores, Médicos, SOME.</p> <p>Intervención de Quiropraxia a SUR, Salud Mental, A. Servicios, Personal Bodega, médicos, Administración, Conductores.</p>	<p>(sin recursos)</p> <p>En proceso</p> <p>Realizado</p>
		<p>Impulsar mecanismos de actuación promocional acerca de los cuidados de la salud mental del personal de salud, en conjunto con actores claves.</p>	<p>Prevención</p>	<p>Espacios de accesos para todos los funcionarios orientados a instancias breves de acciones de autocuidado durante las jornadas: Compra de Uniformes</p>	<p>02 de enero al 31 de diciembre 2024</p> <p>No realizado hasta la fecha por dificultades en el financiamiento.</p>



			Promoción	Campaña de humanización de trabajadores de la salud por una mejor relación con la población usuaria: Elaboración de cápsulas para publicación en RR. S	02 de enero al 31 de diciembre 2024 Pendiente
Alto ausentismo laboral asociado a enfermedades trastornos de salud mental		Evaluar niveles de riesgo asociados a salud mental y aplicar acciones tendientes a minimizar factores de riesgo y a su vez fortalecer factores protectores	Prevención	Aplicación de instrumento Evaluación de Ambientes laborales – Salud Mental (CEAL-SM)	02 de enero al 31 de diciembre 2024 Pendiente
			Promoción	Implementación de acciones correctivas de acuerdo a resultado tras la aplicación de instrumento CEAL-SM	02 de enero al 31 de diciembre 2024 Pendiente





Desafíos para el Año 2025:

A partir de las dificultades presentadas en el presente año, para el 2025 se considera relevante la necesidad de contar con recursos económicos y mayor disposición de horas de profesionales del equipo de Medicinas complementarias para llevar a cabo acciones que quedaron pendientes de ejecutar este 2024, así como también poder incorporar más estrategias considerando también el impacto positivo en la población funcionaria el traslado de funcionarios a las nuevas dependencias que se encuentra en proceso previo a su entrega.

A continuación, las acciones planificadas para este año 2025:

Problema de Salud Priorizado	Eje	Actividades	Plazo	Fechas de Ejecución
Alta nivel de estrés y síndrome de burnout en los funcionarios del departamento de salud.	Prevención	Intervención Terapia Floral a Funcionarios. (Ps. Carla Muñoz)	02 de enero al 31 de diciembre 2025	Por confirmar
	Prevención	Elaboración de cápsula con material fotográfico de funcionarios para celebración de la Efeméride.	Marzo a Diciembre del 2025	Por confirmar
		Recordatorio Virtual Cumpleaños (Elaboración Intranet, Informático Abel Carreño).	Marzo a Diciembre del 2025	Por Confirmar
		Intervención holística a cada Equipo de Salud.	Por confirmar	Por confirmar
		Intervención de Quiropraxia a cada equipo de Salud	Por confirmar	Por confirmar



	Prevención	Espacios de accesos para todos los funcionarios orientados a instancias breves de acciones de autocuidado durante las jornadas: Implementación de estaciones de “Cuidado de Equipo” en dependencias nuevas del Cesfam y los demás dispositivos.	02 de enero al 31 de diciembre 2025	Por Confirmar
	Promoción	Campaña de humanización de trabajadores de la salud por una mejor relación con la población usuaria: Elaboración de cápsulas para publicación en RR.SS	02 de enero al 31 de diciembre 2025	De Abril a Diciembre del 2025
Alto ausentismo laboral asociado a enfermedades trastornos de salud mental	Prevención	Aplicación de instrumento Evaluación de Ambientes laborales – Salud Mental (CEAL-SM)	02 de enero al 31 de diciembre 2025	En proceso
	Promoción	Implementación de acciones correctivas de acuerdo a resultado tras la aplicación de instrumento CEAL-SM	02 de enero al 31 de diciembre 2025	Por Confirmar
	Prevención	Intervención directa con Unidades de trabajo; Implementación de Pausas Activas durante el año.	02 de enero al 31 de diciembre 2025	Por Confirmar



CURACIONES AVANZADAS

Programa Curaciones:

Es la entidad encargada de realizar curaciones tanto como curaciones simples como avanzadas, se clasifican como avanzadas ulcera de pie diabético, úlceras venosas, quemaduras complejas, loxocelismo y heridas con evolución tórpida derivadas desde box médico del CESFAM, SUR, Postas y CECOF.

Curaciones simples abarca, manejo de suturas cerradas, heridas derivadas de sur que no requieren apósitos avanzados, y que son de cierre antes de sus 28 días y quemaduras A-AB sin complicación.

El equipo destinado a entregar esta prestación está conformado por dos enfermeras las cuales poseen el Post título y diplomados de curaciones avanzadas, y un TENS que realiza curaciones simples y que también posee el diplomado de curaciones, quien también presta apoyo a enfermera de curaciones avanzadas.

Cada dispositivo asociado a CESFAM. como posta Abra, Totihue, Lirios realiza curaciones simples y deriva cuando la evolución es tórpida y requiere curación avanzada. Para el año 2025 CECOF realizara curaciones simples.

Descripcion Del Programa

Desde marzo de 2024 retornamos atenciones en el CESFAM, las curaciones avanzadas están centralizadas en Cefam, contamos con el espacio físico para realizar procedimientos de curaciones avanzadas y simples, actualmente contando con 1 sala con 2 camillas, en espera de entrega de las nuevas dependencias en sector avenida Abra.

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

Nuestro programa cuenta con el servicio de curaciones de terreno a los usuarios con alguna dependencia o tercera edad que no cumplen los requisitos para ingresar al programa de dependencia severa, o que son atendidos por salud en terreno, como



también a los que solicitan ingreso al programa y que portan heridas y que esperan ser evaluados por médico.

El furgón municipal realiza los traslados desde el domicilio del paciente agendado para curación hasta el Cesfam, esta prestación es para aquellos que presentan dificultad para deambular o problemas de locomoción, se hace uso del furgón los lunes, miércoles y viernes.

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

En el transcurso del año 2024 se implementa el box de curaciones con muebles colgantes para ganar más espacio, contamos con un Doppler venoso para medir presión índice T/B, descartar compromiso arterial y derivar a tiempo a cirujano vascular.

El aseo del box y cambio de bolsas con deshechos está a cargo del personal de aseo, cambio de bolsas 2 veces al día.

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

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

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

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

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

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



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

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

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

ULCERA VENOSA: es un tipo de úlcera producida por un deficiente funcionamiento del sistema venoso, generalmente en las piernas. Son la primera causa de lesión crónica, representando entre el 70 y el 90% de éstas. Suelen desarrollarse fundamentalmente a lo largo de la zona distal y medial de la pierna.

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

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

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



Mes	Población bajo control	Curaciones mes	Pacientes PD	curaciones Pie DM	Pacientes Ulceras V	Curaciones Ulceras V	Pacientes Otras heridas complejas	Curaciones Otras heridas complejas
ENERO	65	420	21	123	25	196	19	101
FEBRERO	78	459	30	133	26	187	22	139
MARZO	63	393	22	120	24	190	17	83
ABRIL	63	457	18	148	28	203	17	106
MAYO	64	358	18	118	21	152	26	88
JUNIO	54	351	22	111	20	132	12	108
JULIO	57	407	16	132	22	152	19	123
AGOSTO	56	381	18	121	21	140	17	120
SEPTIEMBRE	77	376	25	100	23	151	29	125

Población Bajo Control Año 2024

Curaciones Complejas Según Patología Año 2024

MES	CURACIONES SIMPLES	ALTAS
ENERO	347	56
FEBRERO	292	41
MARZO	273	43
ABRIL	369	43
MAYO	298	48
JUNIO	225	41
JULIO	327	51
AGOSTO	261	42
SEPTIEMBRE	287	44



Matriz De Priorización De Problemas En Curaciones Avanzadas

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

PROBLEMA DE SALUD	Importancia del Problema para la Comunidad (1 al 5)	Capacidad de la Comunidad para resolver este problema (1 al 5)	Compromiso de la Comunidad para solucionar este problema (1 al 5)	Capacidad del equipo de salud para resolver el problema. (1 al 5)	Manera en que Afecta el problema a la salud de la población. (1 al 5)	Puntaje Total Promediado
Educación	5	5	5	5	5	25
Adherencia a curaciones	5	5	4	5	5	24
Presión índice tobillo	4	4	4	5	4	19
Controles post alta	5	5	5	5	5	25
Aplicación de Escala San Elian	5	5	5	5	5	25
Medico destinado a curaciones Quien realice ordenes de cultivos, ATB, exámenes	5	5	5	5	5	25





Desafíos para el año 2025 para unidad de curaciones

Actividad	Objetivo	Horario	Medio de verificación	Responsables
Educación a los pacientes sobre úlceras venosas, y pie diabético	Plan de acción para la creación diagnostico participativa salud.	10:00 horas	Listado de participación de primera reunión, fotografías.	Enfermeras de curaciones avanzadas.
Aplicaciones de escala San Elian	Detectar complicaciones de herida. Derivación temprana	Sin horario establecido	Pautas de evaluación	Enfermeras de curaciones avanzadas y médicos.
Adherencia a curaciones	100% de asistencia	Sin horario establecido	Listado de participación, y estadística.	Enfermeras de curaciones avanzadas.
Presión índice tobillo	Descartar compromiso arterial en pacientes diabéticos	Sin horario establecido	Pauta de registro	Enfermeras de curaciones avanzadas.
Controles post alta	Mantener piel indemne.	Sin horario establecido	Registro en fonendo	Enfermeras de curaciones avanzadas.
Medico destinado a curaciones Quien realice ordenes de cultivos, ATB, exámenes	Dar atención oportuna en caso de complicación de heridas y descompensación de patologías crónicas	Sin horario establecido	Registro en fonendo	Enfermeras de curación Medico

Metas para el año 2025 en curaciones avanzadas.

- 1.- Mantener adherencia a los tratamientos.
- 2.- Aplicar regularmente escala de San Elian.
- 3.- Entrega de zapato ortopédico, para los pacientes diabéticos.
- 4.- Mantener vehículo de curaciones al Cesfam, los días Lunes – miércoles – viernes. Y esperando para el año 2025 incluir martes y jueves en el traslado.
- 5.- Incluir toma de cultivo de heridas en el plan en conjunto con el laboratorio del CESFAM.
- 6.- solicitar exámenes regularmente a pacientes diabéticos descompensados.
- 7.- mantener el vehículo de traslado para curaciones en domicilio.