

PLAN DE SALUD AÑO 2018

Postas de Salud Rural San José de Maipo

Sigamos Creciendo



INDICE

Introducción.....	Pág. 03 - 04
Planificación Programación en red.....	Pág. 05 - 07
Diagnostico Comunal.....	Pág. 08 - 28
Diagnostico Participativo.....	Pág. 29 - 46
Organización centros de Salud.....	Pág. 47 - 52
AUGE.....	Pág. 53 - 56
Compromisos de gestión.....	Pág. 57 – 58
Metas Sanitarias.....	Pág. 58 - 61
Gestión de la calidad Asistencial.....	Pág. 62 - 65
Capacitación.....	Pág. 65 - 80
Dotación.....	Pág. 81 - 81
Canasta de prestaciones.....	Pág. 82 - 83
Salud Sexual y Reproductiva.....	Pág. 83 - 106
Programa Infantil.....	Pág. 106 - 132
Programa de adolescentes y Jóvenes.....	Pág. 133 - 145
Programa del Adulto.....	Pág. 146 - 169
Programa del Adulto Mayor.....	Pág. 170 - 204
Sala Mixta.....	Pág. 204 - 213
Programa nacional de Inmunizaciones.....	Pág. 214 – 216
Índice de Actividad Atención Primaria.....	Pág. 216 - 218
Proyecto presupuestario Municipal año 2018.....	Pág. 219

INTRODUCCIÓN.

El Plan de Salud comunal del Área de Salud de la Corporación Municipal de San José de Maipo es una guía operativa que recoge las orientaciones sectoriales para la planificación estratégica de las actividades que se realizarán en el año en curso de su ejecución.

El trabajo se fundamenta en la gestión para el crecimiento y desarrollo y ejecución de todas las acciones locales y de redes integradas de los servicios de salud, relacionando los establecimientos de atención primaria con otros niveles de atención, procurando las orientaciones estratégicas desde el sector público con énfasis en lo sanitario para beneficio directo de familia y comunidades, para el desarrollo de un modelo de atención de salud integral con enfoque familiar, comunitario e intercultural, es necesario revisar el rol normativo del Ministerio de Salud según la ley 19.937 y en la ley 19.378 del estatuto de la atención primaria de salud además de las consideraciones de la ley 20.500, dicho lo anterior es preciso señalar que el presente plan se acoge al marco legal ya mencionado.

El objetivo de este plan es favorecer el mejoramiento de las prácticas cotidianas de las Postas de Las Vertientes, San Gabriel y El Volcán, siempre desde el enfoque de la mejora continua en el marco del modelo de salud familiar y desde luego centrada en los objetivos sanitarios del periodo (2011-2020).

Cabe señalar, dentro del marco legal señalado se destaca la ley 20.500, dado que desde el año 2002 el proceso de reforma incluye y valida la participación social en salud como parte de las orientaciones generales, como comuna específicamente en lo referido al trabajo desarrollado por las Postas de salud Rural administradas por la Corporación Municipal de San José de Maipo, nos hemos comprometidos con este proceso asumiendo dentro de la estrategia total a la participación social como un eje transversal fundamental y necesario para la profundización de un modelo integral e integrador que fomente prácticas saludables sostenidas en el

vinculo del equipo de salud y la comunidad. Por otra parte hemos enfocado el trabajo hacia la resolución oportuna de los requerimientos de la comunidad, orientando la gestión y el monitoreo sobre acciones que permitan cada vez mayor resolutiveidad en el proceso y desde luego para esto, capacitado y entrenando al equipo en su conjunto, además de generar nuevos perfiles, coherentes con el contexto social y sanitario del territorio.

Para finalizar se destaca que la elaboración de este plan ha sido participativa incluyéndose en el proceso a encargados de programas, encargados de ciclo vital, administración central y desde luego a la comunidad organizada que ha querido también colaborar con esta guía anual.

Durante los últimos años, el Área de Salud ha contado con el significativo apoyo de la Corporación Municipal de San José de Maipo, generándose el año 2017 notoria expresión de este respaldo facilitándose recursos materiales y humanos para mejorar la salud de la población; asumiendo la administración central un rol facilitador y activo en donde la salud se comprende de manera integral y desde la primera etapa de la vida, motivo por el cual se logró estrechar las redes con Educación y Jardines Infantiles. Es en este contexto de compromiso y apoyo que seguiremos trabajando durante el año 2018, abarcando cada vez más espacios cotidianos puesto que concebimos la salud como un eje transversal que atraviesa todos los espacios de la vida de las personas.

PLANIFICACIÓN Y PROGRAMACIÓN EN RED

La ley 19.378, marco jurídico para las entidades administradoras de la salud municipal, en su artículo 58, menciona que dichas entidades formularán anualmente un proyecto de programa de salud municipal. Este proyecto deberá enmarcarse dentro de las normas técnicas dadas por el Ministerio de Salud, que deberá comunicarlas, a través de los respectivos Servicios de Salud, a las entidades administradoras de salud municipal, a más tardar, el día 10 de septiembre del año anterior al de su puesta en marcha.

La reforma de salud, perspectiva a la atención primaria como una estrategia de desarrollo para mejorar la calidad de vida de las personas, reconociéndola como central para el sistema sanitario al otorgarle, si bien no explícitamente, una complejidad aparentemente invisible, pero innegable: la del vínculo con las personas, sus familias y comunidades. Dicha complejidad, requiere equipos preparados, con conocimiento del contexto cultural y la filosofía de vida de las familias, pues es de ese conocimiento (y de la apertura de querer conocer), que surge la posibilidad de la tan necesaria confianza. Este equipo que hemos conformado, cree con convicción, que no puede trabajarse de otra manera y es hacia esa complejidad hacia donde mira, pensando en que personas “sanas” son personas más “felices” y personas felices, son personas sanas.

1. ENFOQUE DE DERECHOS CIUDADANOS Y PROTECCIÓN SOCIAL

Considera el derecho a la salud como uno de los derechos humanos fundamentales y reconoce el derecho a la atención de salud. En este punto, cabe mencionar a las minorías sexuales y migrantes, que durante el año 2017 se presentaron en nuestros centros, buscando una red de apoyo y con quienes debemos articular un trabajo particular, que fomente el auto cuidado y para ello queremos generar estrategias que permitan que esta área de salud, sea una red

de apoyo más allá del box. Para esto, estamos trabajando junto a DIDECO y otros departamentos municipales.

Los usuarios

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

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

2. ENFOQUE DE DETERMINANTES SOCIALES EN LA SALUD

La salud es mucho más que aquello que pasa en nuestro cuerpo, pues está permeada por múltiples componentes sociales y culturales que tienen implicancias profundas en lo que ocurre en cada uno/a de nosotros/a. El enfoque de determinantes sociales, profundiza en la apasionante complejidad de la vida de las personas, asumiendo la multicausalidad de los fenómenos ambientales, emocionales, sociales y contextuales que inciden en la calidad de vida del sujeto de derechos y enmarcado en el MSF, vemos que nadie es objeto de la opinión "experta" de otro, sino que, es el motor esencial de su propia recuperación y del mantenimiento de su salud. En este sentido, hemos trabajado en la capacitación del equipo respecto de los determinantes sociales y cómo abordarlos, cuándo derivar a las redes, cómo desarrollar un análisis biopsicosocial para fomentar un cambio positivo y en este sentido, desde capacitación y el área social, se han levantado iniciativas como talleres, focus group y talleres.

3. ENFOQUE DE CURSO DE VIDA

Este enfoque entrega un marco conceptual que facilita la comprensión de múltiples elementos de la salud interactúan a lo largo del curso de vida generándose cruces generacionales. Como APS podemos desarrollar estrategias

pertinentes y coherentes con el contexto y la etapa del ciclo vital de en que se encuentren las personas, asumiendo que siempre pueden mejorarse prácticas asociadas, por ejemplo, a la alimentación, socialización, actividad física etc. Entendiendo que la salud es un derecho fundamental en cada momento de la vida y debe estar presente en el hacer cotidiano.

4. ENFOQUE DE EQUIDAD EN SALUD

El enfoque de equidad en salud, es siempre un enfoque esencial; sin embargo, en una comuna rural, sea tal vez aún más necesario enfatizar en sus planteamientos, puesto que aquellas brechas sanitarias que ya no son tema relevante en las zonas más pobladas y centrales (urbe), muchas veces siguen teniendo lugar en la ruralidad; por tanto, el trabajo del equipo de salud rural, debe enfocarse en la ausencia de diferencias, en la apertura de oportunidades efectivas para que la población goce de la mejor salud. Por esto, nos hemos enfocado en la resolutividad y agilidad de los procesos. En este punto, el mejoramiento de la unidad GES fue crucial y un camino no exento de dificultades (aprovechamos esta instancia para agradecer al SSMSO y especialmente a la Dra. Patricia González, por la paciencia y maravillosa disposición que tuvo con nosotros para lograr lo que con orgullo sabemos que hemos logrado en esta materia). Así mismo, la gestión de recursos para mejorar el funcionamiento de los tres centros y la sala IRA ERA, está basada en el enfoque ya mencionado, pues usuarias y usuarios merecen espacios dignos, agradables y bien implementados para la atención en salud.

DIAGNÓSTICO DE SALUD

ANTECEDENTES GENERALES

1- Indicadores Demográficos

1.1 Descripción comunal

La comuna de San José de Maipo, se ubica en la Región Metropolitana de Santiago, Provincia de Cordillera, en el sector Sur Oriental de la Región. Su ubicación absoluta es en los 70° 20' de longitud oeste y los 33° 39' de latitud sur. Para acceder a la comuna, se puede utilizar la ruta G-25, que es la continuación de Avenida La Florida; la Ruta G -345 que conecta hacia los maitenes Alfalfal a través de Río Colorado, Ruta G -355 que conecta hacia Lagunillas; Ruta G -421 arteria que conecta hacia El Toyo y Pirque. La comuna se encuentra a unos 48 Km de Santiago, 25 Km de Puente Alto, 100 km de Rancagua y 375 km de Mendoza (Argentina). Sus límites son bastante amplios, ya que comparte un sector fronterizo con Argentina, además de los límites internos:

- Norte: Región de Valparaíso.
- Oeste: Comunas de Puente Alto, Pirque, La Florida, Peñalolén, Las Condes y Lo Barnechea.
- Este: República de Argentina.
- Sur: Región del Libertador Bernardo O'Higgins.

En su identidad cordillerana, se conecta al territorio regional y nacional a través de un único acceso desde la comuna de Puente Alto, de la que depende no sólo desde el punto de vista de su conectividad sino también como centro de servicios y comercio, por cuanto éstos muestran un estado de desarrollo precario al interior de la comuna, principalmente relacionado con la gran extensión territorial y la escasa población que implica la inexistencia de umbrales de demanda que justifiquen servicios de mayor complejidad. Las características naturales existentes, principal condicionante comunal, se transforman así tanto en un problema como en una ventaja comparativa respecto del área metropolitana de Santiago, pues su aislamiento la transforma en una zona altamente requerida como asentamiento turístico, con todas las externalidades que esta condición acarrea a nivel de su desarrollo urbano, social y económico.

La comuna se divide en 23 localidades que concentran su capital comunal en el pueblo de San José de Maipo, estas localidades son:

La Obra, Las Vertientes, El Canelo, El Manzano, Guayacán, San José de Maipo, Lagunillas, El Toyo, El Melocotón, San Alfonso, El Ingenio, Bollenar, San Gabriel, El Romeral, Embalse El Yeso, Los Queltehues, Las Melosas, El Volcán, Baños Morales, El Morado, Lo Valdés y Baños Colina.



1.2 Población

Nuestro país se encuentra en un proceso de transición demográfica avanzada, esta transición tiene su origen en la disminución de los niveles de mortalidad y natalidad acontecidos en la segunda mitad del siglo XX. A raíz de esto se presentan situaciones como el envejecimiento de la población económicamente activa. El INE ha proyectado para el año 2050 que la población de 60 años y más se aproximará al 30% del total.

Las cifras entregadas por el CENSO permiten caracterizar a la población en distintos aspectos en un momento determinado en distintos niveles territoriales ya sean nacionales, regionales o comunales. Se establecen por ejemplo cifras de población total del país su composición por edades y sexo, además de una serie de otras características más específicas como a que religión o a que etnias pertenecen. Del análisis de estas características de la población se pueden determinar además índices como el de masculinidad y el de dependencia demográfica.

1.2 .1 Población total y proyectada 2002 INE

San José de Maipo, cuenta con 13.376 habitantes, según el Censo del año 2002, según tabla n°1 se estima que para el año 2015 la población tenga un incremento del 12,16%, sin embargo el incremento se encuentra en un 8,07% menos que el crecimiento a nivel Regional y un 6,96% inferior a nivel país.

La comuna representa el 0,22% del total de población regional y un 2,56% del total de la Población de la Provincia de Cordillera. La Comuna de San José de Maipo posee la menor cantidad de Población a nivel Provincial, aun cuando concentra la mayor superficie regional.

Territorio	Año 2002	Año 2015	Variación (%)
Comuna de San José de Maipo	13.376	15.003	12,16
Región Metropolitana de Santiago	6.061.185	7.314.176	20,67
País	15.116.435	18.006.407	19,12

1.3 Población y Vivienda localidades según Área Poblada.

A nivel local, la distribución de la población es más bien heterogénea, tendiendo a concentrarse en la localidad de San José de Maipo (5.281), cabecera comunal. Le sigue Las Vertientes con 1.037 habitantes y El Manzano con 850. En un segundo orden se encuentran localidades como San Gabriel, San Alfonso y La Obra, con número de población que bordea los 700 y 600 habitantes. Luego, están las localidades con un número de población que va entre las 600 y 200 personas, como por ejemplo El Melocotón (580), Guayacán (465) y El Ingenio (205). Finalmente se encuentran todas aquellas localidades con menos de 100 habitantes, entre las que destacan El Volcán (52), Baños Morales (34) y Lo Valdés (15). Desde la perspectiva de la localización de estas unidades territoriales, básicamente se puede señalar que las localidades al interior de la comuna son aquellas que cuentan con un menor número de población. Por el contrario, aquellas que se encuentran en el extremo poniente de la comuna, más cercanas al Área Metropolitana (Puente Alto), son las que presentan un mayor número de habitantes (Ver Tabla n° 2).

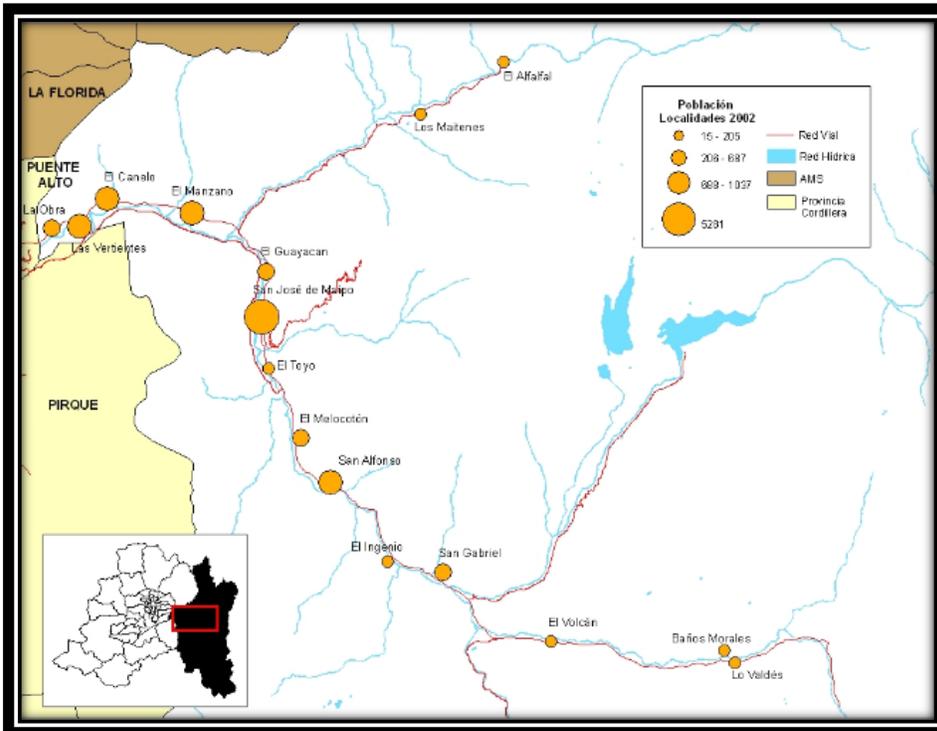


Tabla n°2 Distribución de la Población por Localidades

1.4 Población por sexo según Índice de Masculinidad

Territorio	Año 2002		Año 2015		Índice Masculinidad	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	2002	2015
Comuna de San José de Maipo	6.947	6.429	7.853	7.150	108,06	109,83
Región Metropolitana de Santiago	2.937.193	3.123.992	3.578.730	3.735.446	94,02	95,80
País	7.447.695	7.668.740	8.911.940	9.094.467	97,12	97,99

Fuente: Censo 2002 y Proyección de Población 2015, Instituto Nacional de Estadísticas (INE).

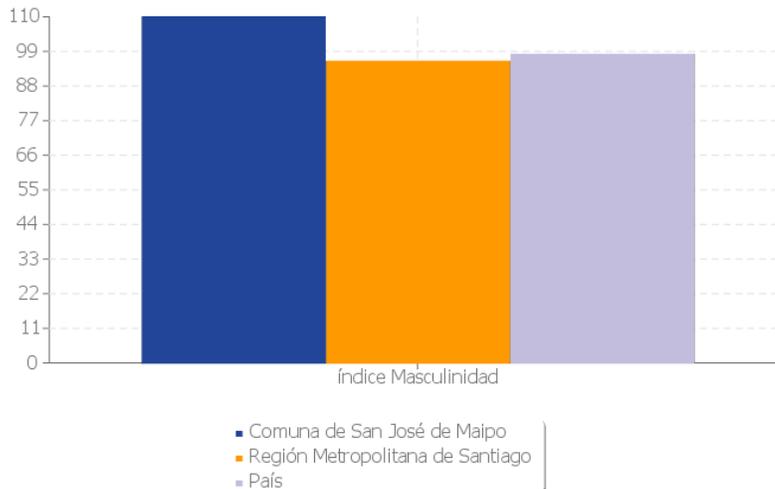
A diferencia de la Región Metropolitana y a nivel nacional, son los hombres quienes presentan una población mayor, siendo, no obstante, una diferencia menor en relación a la población femenina. En cuanto al Índice de Masculinidad, se ve una variación en el contexto comunal, este está sobre el contexto regional y nacional que muestran un aumento menor.

1.5 Población por grupo de edad 2002 proyectada 2015 INE

Edad	2002	2015	% según Territorio 2015		
			Comuna	Región	País
0 a 14	3.291	2.923	19,48	20,04	20,36
15 a 29	3.287	3.455	23,03	23,42	23,79
30 a 44	3.333	3.262	21,74	22,53	21,36
45 a 64	2.334	3.713	24,75	24,03	24,17
65 y más	1.131	1.650	11	9,98	10,32
Total	13.376	15.003	100	100	100

si somos más específicos, y observamos la distribución por grupo etario de la tabla nº 4 observamos que la concentración de aumento de población entre los años 2002 y 2015 se da en el tramo de 15 a 29 años, seguida del tramo de 45 a 64 años, esto se debe a que la mortalidad, natalidad, procesos migratorios y diferentes cambios culturales permeados por los determinantes sociales, han determinado que la población infantil y adolescente representa solo un 19.48% en la comuna y un 20,04% en la Región Metropolitana coherentemente con el 20,36% a nivel país. La población adulta y adulto mayor aumenta considerablemente y al año 2015 se está sobre él % a nivel país y regional.

San José de Maipo, Región Metropolitana de Santiago y País: Índice de masculinidad. 2002 y 2015.



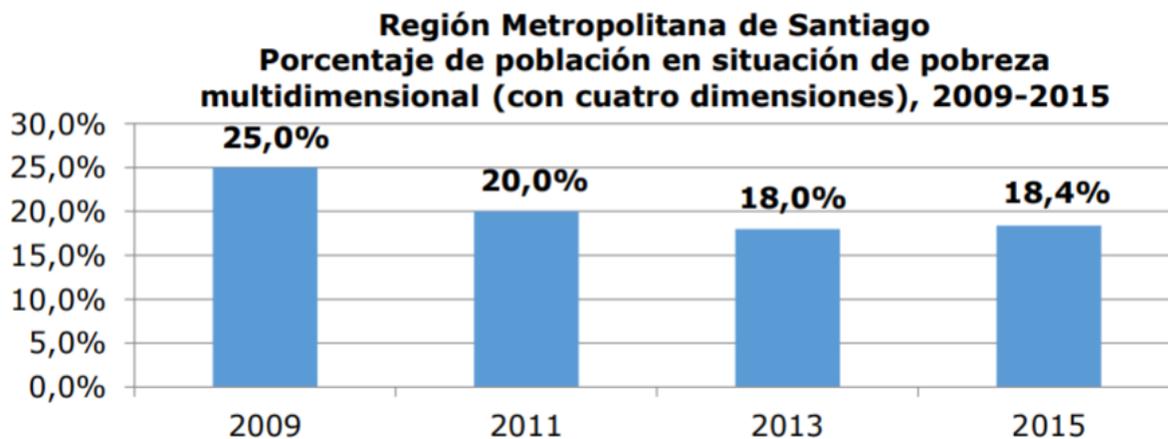
Fuente: Censo 2002 y Proyección de Población 2015, Instituto Nacional de Estadísticas (INE).

2- Indicadores Sociales

En Chile se considera en situación de pobreza aquellos hogares cuyos ingresos son inferiores al mínimo establecido para satisfacer las necesidades básicas de sus miembros, los ingresos monetarios corresponden al conjunto de ingresos que son producto de trabajo remunerado, y los que provienen de subsidios monetarios desde el Estado.

Entre los años 1990 y 2011 la medición de pobreza oficial de Chile se basó en el “método del ingreso” el cual, mide los niveles de vida con referencia a un ingreso mínimo requerido por un hogar para satisfacer las necesidades básicas de sus integrantes. El ingreso mínimo señalado se establecía a través de la valorización del costo de una canasta individual de satisfactores básicos determinada a partir de la Encuesta de Presupuestos Familiares correspondiente a los años 1987 y 1988. Recogiendo la necesidad de actualizar la forma en que la pobreza era medida, el Ministerio de Desarrollo Social incorporó desde la encuesta casen del año 2013 una actualización de la medición de la pobreza por ingresos, la cual se realizó a partir de una actualización de la Canasta Básica de Alimentos, y de la Canasta Básica de Bienes y Servicios No Alimentarios (en base a información de la VII Encuesta de Presupuestos Familiares (EPF) aplicada entre noviembre 2011 y octubre 2012.

2.1 Población según pobreza CASEN 2015



Fuente: encuesta Casen, Ministerio de Desarrollo Social

En el gráfico se registran variaciones con respecto a la población de pobreza entre los años 2009 – 2011 – 2013 y 2015. Según la encuesta CASEN 2015 el porcentaje de población regional en situación de pobreza de ingresos disminuyó en 2,1 % con respecto a la medición del año 2013 (9,2%), continuando así una tendencia ininterrumpida de descenso. En efecto, al considerar globalmente el período 2006-2015, el porcentaje de población regional en situación de pobreza de ingresos, se redujo desde 20,2% en 2006 hasta el ya mencionado 7,1% de 2015. Es decir, en nueve años la proporción de población regional que vive bajo la línea de pobreza se redujo a casi un tercio del porcentaje original. La proporción de población regional en situación de pobreza extrema cayó en 0,5 % con respecto a la medición efectuada en 2013 (2,6%). De este modo, el porcentaje de población de la Región Metropolitana en situación de pobreza extrema, resultó ser menos de la tercera parte del que se observó durante el año 2006, acumulando una disminución de más de 5 % en nueve años. En razón de lo anterior, es posible señalar que, respecto de la medición del año 2013, un total de 137 mil personas de la Región Metropolitana abandonaron la pobreza de ingresos, mientras que 29 mil dejaron de ser pobres extremos. Con respecto a San José de Maipo en el año 2011 se registró que el 13,20% de la población se encontraba en situación de pobreza por ingresos y en el año 2013 el 10,57% de la población, registrándose una disminución importante en la pobreza.

2.2 Hogares según pobreza CASEN 2003 – 2009

Pobreza en los Hogares	2003	2006	2009	% según Territorio (2009)		
				Comuna	Región	País
Pobre Indigente	111	114	150	3,86	2,65	3,44
Pobre No Indigente	364	239	248	6,38	7	9,30
No Pobres	3.368	3.399	3.489	89,76	90,35	87,26
Total	3.843	3.752	3.887	100	100	100

Fuente: Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN), Ministerio de Desarrollo Social.

Entre el año 2003 y 2009 se puede observar un aumento en el nivel pobre indigente, con respecto a la población no indigente en el año 2009 presento el índice más alto, teniendo una disminución en el año 2006, aumentando nuevamente su índice en el año 2009. Por su parte, la categoría No Pobre aumenta paulatinamente a lo largo de los años.

**Líneas de Pobreza y de Pobreza Extrema
según tamaño del hogar, año 2015 (pesos de noviembre 2015)**

Tamaño del hogar	Línea de pobreza	Línea de pobreza extrema
1	\$ 151.669	\$ 101.113
2	\$ 246.387	\$ 164.258
3	\$ 327.251	\$ 218.167
4	\$ 400.256	\$ 266.838
5	\$ 467.924	\$ 311.949
6	\$ 531.621	\$ 354.414

Fuente: encuesta Casen, Ministerio de Desarrollo Social

Con respecto a cifras más recientes a nivel nacional, se representa en el gráfico respecto a las líneas de pobreza y de pobreza extrema según el tamaño del hogar, figurando una diferencia entre ambos ítems la cual se extiende a medida que el tamaño de hogar aumenta.

2.3 Hogares con mujeres jefas de hogar CASEN

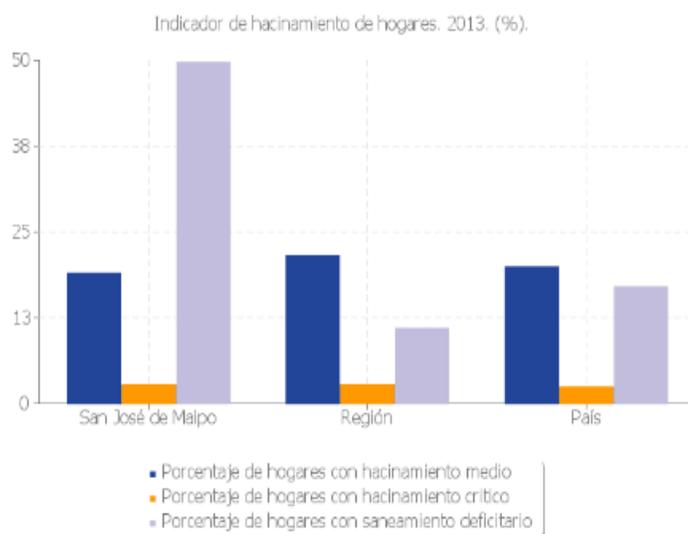


Según lo registrado en la Casen del año 2015 se muestra en el gráfico que se mantiene una tendencia al aumento de mujeres como jefas de hogar. Al año 2015 la jefatura de hogar a cargo de una mujer llega al 39,5% a nivel nacional y se concentran en los hogares de menores ingresos. Es así como la jefatura femenina es predominante en los hogares de menores ingresos: un 52,8% de los hogares del primer decil de ingreso, tiene a una mujer como jefa de hogar. En el quinto decil de ingreso, es decir, de sectores medios de la población, la participación de la jefatura de hogar femenina alcanza el 40% y en el décimo decil, de mayores ingresos, llega al 30%. A nivel de pobreza por ingresos, al año 2015 las mujeres presentan una mayor tasa, llegando a un 12,1% respecto a un 11,2% en los hombres.

2.4 Índices de Hacinamiento

Indicadores	Porcentaje de Hogares		
	Comuna	Región	País
Porcentaje de hogares con hacinamiento medio	18,94	21,49	19,88
Porcentaje de hogares con hacinamiento crítico	2,67	2,71	2,32
Porcentaje de hogares con saneamiento deficitario	49,63	10,90	16,98

Fuente: Ficha de Protección social, Ministerio de Desarrollo Social.



Fuente: Elaboración propia en base a Ficha de Protección social, Ministerio de Desarrollo Social.

En el
ámbito de
la

vivienda, según información proveniente de la Ficha de Protección Social a julio 2013, en la comuna la proporción de hogares cuyas viviendas están en condiciones de hacinamiento medio es menor al porcentaje de hogares en esta situación en la región y el país. En el caso del hacinamiento crítico la comuna presenta una proporción similar a la región y mayor a la del país. En las condiciones de saneamiento de las viviendas, la comuna presenta un porcentaje deficitario mucho mayor al regional y nacional.

3. Indicadores Económicos

Las tasas de desocupación a nivel nacional son uno de los indicadores más relevantes a la hora de establecer comparaciones regionales o comunales. Ellas, reflejan en gran medida la situación económica de la Comuna en relación a la Región y al conjunto del país. Como dato de referencia, cabe mencionar que la tasa de desempleo nacional ha ido reduciéndose desde

2009, y en la actualidad se sitúa en torno al 6-7%. Relacionado con el empleo y la actividad económica, y con la finalidad de comprender las características propias de cada Comuna y poner en concordancia las políticas de promoción de la actividad empresarial con la realidad comunal, es necesario conocer y ponderar la importancia relativa de la pequeña, mediana y microempresa y la cantidad de empleos que generan cada una.

De acuerdo a los antecedentes dispuestos es posible afirmar que en la comuna de San José de Maipo se encuentran una serie de actividades que se desarrollan asociadas a los recursos naturales del valle, como otras que directa o indirectamente se ven beneficiadas por las actividades turísticas de la comuna. Así podemos encontrar las siguientes actividades, las cuales se analizarán en este apartado:

- Turismo.
- Minería.
- Generación de energía eléctrica.
- Agricultura y Ganadería.

Así, respecto del área de influencia económica de los centros poblados de la comuna, se señala que ésta se orienta a la oferta turística de carácter semirural-cordillerano dirigida al público proveniente del Gran Santiago.

3.1 Población ocupada desocupada e inactiva CASEN 2006-2009 2011

Territorio	Ocupados			Desocupados			Inactivos		
	2006	2009	2011	2006	2009	2011	2006	2009	2011
Comuna de San José de Maipo	5.065	5.372	5.986	599	432	642	4.782	4.423	4.835
Región Metropolitana	2.882.673	2.905.593	3.053.904	272.496	215.992	326.132	1.823.071	1.939.294	2.189.609
País	6.577.961	6.636.881	6.914.047	643.977	519.357	755.252	4.995.468	5.288.126	5.900.029

3.2 Número de trabajadores por rama de actividad 2009-2011-2013

Origen	Comuna			Región			País		
	2009	2011	2013	2009	2011	2013	2009	2011	2013
Agricultura, ganadería, caza y silvicultura	80	65	43	217.043	208.925	194.708	752.861	745.680	690.989
Pesca	0	0	0	8.480	8.878	8.685	55.179	48.004	46.687
Explotación de minas y canteras	96	33	41	37.063	56.515	61.717	82.834	112.577	123.611
Industrias manufactureras no metálicas	43	42	63	383.286	446.211	541.750	588.883	670.715	795.167
Industrias manufactureras metálicas	29	28	49	161.128	198.268	234.121	275.217	333.920	377.284
Suministro de electricidad, gas y agua	6	8	8	21.243	22.866	48.750	36.925	42.291	67.578
Construcción	216	127	58	643.041	776.797	961.719	1.058.313	1.265.417	1.463.744
Comercio al por mayor y menor, repuestos, vehículos, automotores/enseres domésticos	223	290	390	754.109	941.257	1.063.356	1.151.043	1.363.673	1.526.199
Hoteles y restaurantes	240	347	351	170.684	170.115	193.116	262.732	283.482	311.506
Transporte, almacenamiento y comunicaciones	115	137	183	280.812	329.907	318.935	454.136	528.760	525.674
Intermediación financiera	3	7	4	183.177	208.714	228.065	206.514	240.202	254.072
Actividades inmobiliarias, empresariales y de alquiler	46	84	155	713.388	882.955	896.946	963.756	1.190.803	1.177.637
Adm. pública y defensa, planes de seg. social a filiación obligatoria	69	74	71	207.801	219.243	218.774	354.699	371.330	382.934
Enseñanza	135	175	130	210.326	240.588	257.315	366.829	422.682	457.539
Servicios sociales y de salud	1	0	3	99.285	119.464	114.390	191.837	219.022	223.186
Otras actividades de servicios comunitarios, sociales y personales	343	759	785	170.468	230.475	171.087	273.909	336.076	276.576
Consejo de administración de edificios y condominios	0	0	0	3.630	4.238	5.911	4.906	5.919	9.002
Organizaciones y órganos extraterritoriales	0	0	0	200	111	282	909	988	392
Sin información	0	0	0	27	56	24	326	429	216
Total	1.645	2.176	2.334	4.265.191	5.065.583	5.519.651	7.081.808	8.181.970	8.709.993

Fuente: Servicio de Impuestos Internos (SII)

4. Indicadores Educativos

En lo referente a la educación, en la comuna un 53,3% de la matrícula escolar corresponde a establecimientos municipales, un 45,4% a particulares subvencionados y el 1,2% restante a corporaciones de administración delegada. Los resultados promedio obtenidos por los alumnos que estudian en la comuna, en las pruebas SIMCE 2012, son menores a los observados en promedio en la región y el país, aunque en el caso de Inglés de III Medio la diferencia entre el puntaje promedio comunal y nacional no es estadísticamente significativa.

4.1 Establecimientos educacionales por dependencia 2012 – 2014

Establecimientos	Comuna		Región		País	
	2012	2014	2012	2014	2012	2014
Corporación Municipal	10	9	445	434	1.131	1.106
Municipal DAEM	0	0	290	288	4.383	4.225
Particular Subvencionado	5	4	1.991	2.046	5.965	6.065
Particular Pagado	1	1	304	288	625	595
Corporación de Administración Delegada	0	0	33	33	70	70
Total	16	14	3.063	3.089	12.174	12.061

Fuente: Base de establecimientos educacionales, MINEDUC.

Se puede observar que en la comuna durante el último año registrado, predominan los establecimientos de la Corporación Municipal de educación y salud, existiendo una gran diferencia con el sector privado registrando solo 1 establecimiento. Dentro de la comuna no existen establecimientos de la Corporación de Administración Delegada ni Municipal DAEM. En total los establecimientos suman un total de 14 siendo menor la cifra en comparación con el año 2012.

4.2 Matrícula por dependencia 2012-2014

Matrícula según Dependencia	Comuna		Región		País	
	2012	2014	2012	2014	2012	2014
Corporación Municipal	1.484	1.588	233.584	219.723	451.091	429.479
Municipal DAEM	0	0	135.180	129.304	908.804	875.155
Particular Subvencionado	1.229	1.019	826.016	831.529	1.887.180	1.919.392
Particular Pagado	33	23	158.104	166.773	254.719	270.491
Corporación de Administración Delegada	0	0	22.765	20.983	49.473	46.802
Total	2.746	2.630	1.375.649	1.368.312	3.551.267	3.541.319

Fuente: Base de Matrículas, MINEDUC.

Con lo que respecta a alumnos matriculados existe una menor diferencia la Corporación Municipal y la Particular Subvencionado en comparación con el establecimiento particular pagado.

4.3 Matricula por nivel de educación

Mat. según Nivel de Educ.	Comuna		Región	
	2012	2014	2012	2014
Educacion parvularia	355	327	351.589	378.052
enseñanza basica niños	1.577	1.503	1.962.255	1.939.926
educacion de adultos	0	0	19.666	17.491
educacion especial	27	44	159.517	176.818
enseñanza media niños	715	673	938.936	909.674
enseñanza media adultos	72	83	119.304	119.358
Total	2.746	2.630	3.551.267	3.541.319

Fuente: Base de Matriculas, MINEDUC.

En el gráfico se puede diferenciar el número de matriculados por cada nivel de educación siendo la enseñanza básica de niños la con mayor número de matriculados, existiendo un porcentaje menor en el nivel de educación especial y enseñanza media adultos.

5. Indicadores de Salud

Los indicadores de salud se refieren, en primer lugar, a los establecimientos de salud en la comuna. También la cantidad de personas que se encuentra inscrita en el sistema de salud.

5.1 Número de establecimientos de salud según tipo, DEIS 2015

Número de Establecimientos	Comuna	Región	País
Centro de Diagnóstico y Terapéutico	0	2	10
Centro de Diálisis	0	0	35
Centro de Referencia de salud	0	5	9
Centro de Salud	0	128	382
Clínica	0	86	172
Consultorio General rural	0	19	117
Consultorio General urbano	0	151	465
Dirección Servicio de salud	0	6	29
Establecimiento Alta Complejidad	0	26	64
Establecimiento Baja Complejidad	0	2	103
Establecimiento Mediana Complejidad	1	7	28
Hospital (No perteneciente al SNSS)	0	10	30
Laboratorio Clínico o dental	0	20	228
Oficina Sanitaria	0	0	3
Posta de Salud Rural	3	51	1.177
Puesto de Atención Médica Especializada	0	0	3
Vacunatorio	0	4	29
Total	4	517	2.884

Fuente: Base de establecimientos de salud, Ministerio de Salud (MINSAL).

Los establecimientos de salud existentes a nivel comunal son tres Postas de Salud Rural y un Hospital de mediana complejidad, el hospital mencionado tiene adosado un COSAM y Atención Primaria de Salud.

El acceso de las personas a los servicios de salud está determinado por el tipo de seguro al cual están afiliados. En el año 2009 el 78,9 % de la población pertenece al seguro público, y 13,04% a seguros privados (ISAPRES). De acuerdo a datos CASEN, el sistema público ha tenido un incremento sostenido de sus beneficiarios desde el año 2003.

El Fondo Nacional de Salud (FONASA) clasifica a sus beneficiarios en tramos según ingreso (A/B/C/D), lo que determina su forma de acceder a la atención de salud. El año 2013, del total de los afiliados a FONASA, el 23,5% pertenecía al grupo A (personas carentes de ingresos), personas para las cuales no está disponible la modalidad de libre elección

5.2 Población en FONASA según Tramo

Población según Tramo	Comuna		Región		País	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Grupo A	2.026	19,73	1.066.185	21,50	3.099.413	23,45
Grupo B	3.846	37,46	1.705.227	34,39	4.784.920	36,20
Grupo C	1.648	16,05	904.154	18,24	2.283.555	17,28
Grupo D	2.747	26,76	1.282.450	25,87	3.049.016	23,07
Total	10.267	100	4.958.016	100	13.216.904	100

La mayor cantidad de personas a nivel país se encuentra ubicada en el grupo B, con un 36,20%, mientras que a nivel regional el mayor porcentaje se encuentra en el grupo B con un 34,9% y en la comuna de San José de Maipo el grupo predominante con un 37,46% también pertenece al grupo B; sin embargo a nivel local solo un 16,05% equivale al grupo C. El 19,73% al grupo A y un 26,76% al grupo D.

5.2.1 Población Validada por FONASA 2016-2017 por Rango Etario- Área de Salud CMSJM.

Grupo Etario	SAN JOSE DE MAIPO
< 1 año	22
12 a 23 meses	32
2 años	23
3 años	29
4 años	24
5 años	23
6 años	22
7 años	29
8 años	30
9 años	26
10 años	25
11 años	29
12 años	22
13 años	35
14 años	41
15-19 años	168
20-24 años	153
25-29 años	138
30-34 años	111
35-39 años	124
40-44 años	137
45-49 años	168
50-54 años	163
55-59 años	131
60-64 años	107
65-69 años	82
70-74 años	69
75-79 años	34
80 y mas	78
SIN INF	4
TOTAL	2091

6 - Perfil Epidemiológico

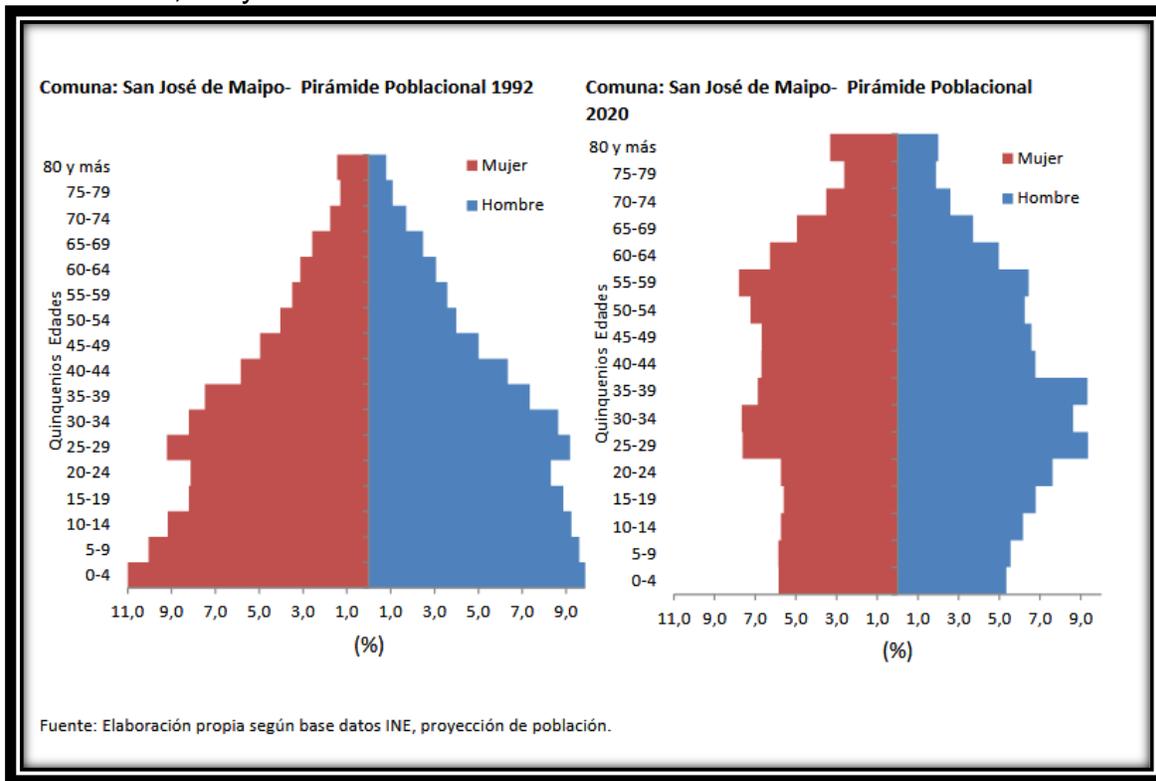
6.1 Proyección de población por sexo, años 1992, 2002, 2011 y 2020

AÑOS	San José de Maipo		
	HOMBRE	MUJER	TOTAL
2011	7662	6783	14.445
2020	7.593	6.551	14.144

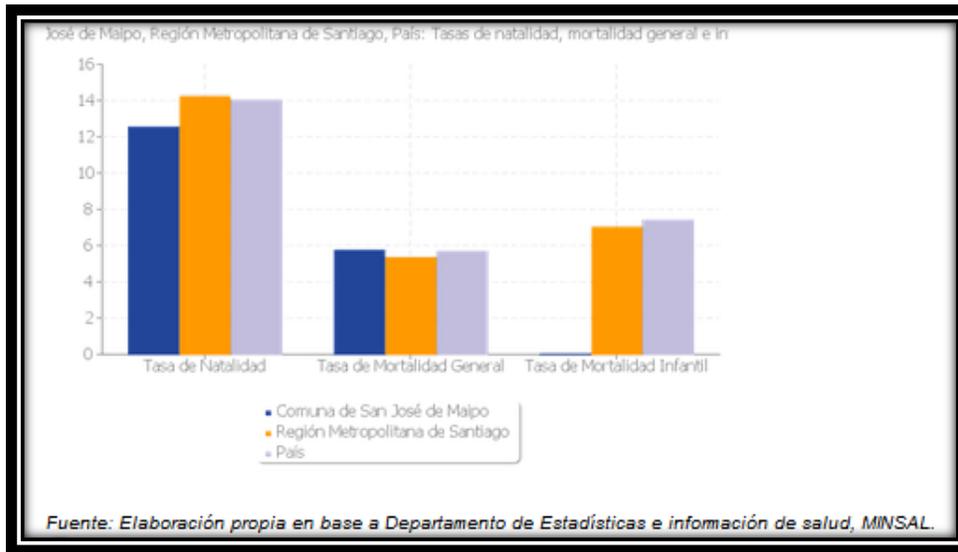
Años	País			Región: Metropolitana de Santiago			Comuna: San José de Maipo		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
1992	6.755.455	6.909.786	13.665.241	2.615.058	2.780.267	5.395.325	6.091	5.832	11.923
2002	7.793.208	7.952.375	15.745.583	3.079.888	3.238.411	6.318.299	7.202	6.588	13.790
2011	8.536.904	8.711.546	17.248.450	3.388.586	3.557.007	6.945.593	7.662	6.783	14.445
2020	9.170.100	9.378.995	18.549.095	3.640.172	3.820.536	7.460.708	7.593	6.551	14.144

Fuente: Elaboración propia según base datos INE, proyección de población.

Fuente INE , Proyección Población



La realidad de la Comuna en cuanto a la distribución por edades, sigue la tendencia Nacional, en que aumentan cada año las personas mayores de 65 años, en ambos sexos. Esta realidad supone un desafío para el Área de Salud de la Corporación Municipal de SJM, haciendo necesario ampliar los cuidados a los adultos mayores, pero sobretodo implementando acciones tendientes a la prevención de enfermedad y promoción de estilos de vida saludable.



6.2 Tasas de natalidad, mortalidad general e infantil año 2012

Territorio	Tasa de Natalidad	Tasa de Mortalidad General	Tasa de Mortalidad Infantil
Comuna de San José de Maipo	12,53	5,74	0
Región Metropolitana de Santiago	14,21	5,32	7
País	14,01	5,67	7,40

6.2.1 Tasa de Natalidad

En Chile la tasa de natalidad del año 2012 es de 14.0, similar a la de la Región Metropolitana que es 14.2 Años.

San José de Maipo pertenece al Servicio de Salud metropolitano Sur Oriente, dentro de las comunas que superan la tasa de natalidad se encuentran La Pintana, La Granja y San Ramón por el contrario , San José de Maipo, Puente Alto, Pirque y La Florida presentan valores inferiores, tal como lo muestra la siguiente tabla:

	Tasa de natalidad x mil habitantes
País	14,0
Región Metropolitana	14,2
Pirque	12,6
San José de Maipo	12,5
Puente Alto	11,0
San Ramón	16,6
La Pintana	16,2
La Granja	15,0
La Florida	11,8

Fuente: Anuario de estadísticas vitales. Chile año 2012. Departamento de Estadísticas e Información de Salud, DEIS. Ministerio de Salud

San José de Maipo (12,5) presenta valores inferiores a la realidad nacional (14,0) y Regional (14,2).

6.3 Mortalidad.

En Chile, la tasa de mortalidad en niños menores de 1 año es de 7.4. San José de Maipo, presenta valores inferiores a la realidad Nacional y Regional; con una tasa de mortalidad de 0,0.

De las siete Comunas pertenecientes al SSMSO, es la que posee una menor tasa de mortalidad como se muestra en la siguiente tabla:

	Defunciones en menores de 1 año	tasa
País	1812	7.4
Región Metropolitana	698	7.0
Pirque	1	3.3
San José de Maipo	0	0.0
Puente Alto	47	5.6
San Ramón	11	8.0
La Pintana	24	7.3
La Granja	10	5.5
La Florida	28	6.0

6.3.1 Mortalidad General

La mortalidad general de San José de Maipo, presenta una tasa de 5.7; igualitaria a la realidad País (tasa de 5.7) y superior a la Región Metropolitana (tasa de 5.3). Se presentan mayor número de defunciones en hombres que en mujeres, lo que coincide con la tasa en el País, la Región Metropolitana y las 7 Comunas pertenecientes al SSMSO.

	Ambos sexos		Hombres		Mujeres	
	Defunciones	tasa	Defunciones	tasa	Defunciones	tasa
País	98711	5.7	51814	6.0	46897	5.3
Región Metropolitana	37286	5.3	18849	5.5	18437	5.1
Pirque	113	4.7	65	5.4	48	4.0
San José de Maipo	83	5.7	49	6.4	34	5.0
Puente Alto	2200	2.9	1100	3.0	1100	2.8
San Ramón	650	7.9	335	8.3	315	7.5
La Pintana	854	4.2	472	4.7	382	3.8
La Granja	734	6.0	379	6.4	355	5.7
La Florida	1882	4.7	944	4.8	938	4.7

CANASTA PRESTACIONES : Salud familiar

1. **Destinadas a la Familia :**
 - a. Consejería familiar
 - b. Visita domiciliaria integral (VDI)
 - c. Educación

2. **Destinada a las parejas :**
 - a. Consejería en salud sexual y reproductiva.
 - b. Control de regulación de fecundidad
 - c. Control prenatal
 - d. Control Puerperio

3. **Destinadas a cada uno de los miembros de la familia**
 - a. Control de salud del niño
 - b. Consulta Nutricional
 - c. Consulta Salud Mental
 - d. Consulta Psicosocial
 - e. Control de salud del adolescente (EMPAD / ficha CLAP)
 - f. Control de salud preventivo del adulto (EMPA)
 - g. Control de salud del adulto mayor (EMPAM)
 - h. Control del climaterio
 - i. Control de salud bucal

4. DESTINADAS AL SEGUIMIENTO PERIODICO DE INTEGRANTES DE LA FAMILIA QUE PRESENTEN ALGUNA CONDICIÓN DE RIESGO PARA LA SALUD:

- a. Consulta por riesgo nutricional
- b. Control de lactancia materna
- c. Consulta nutricional
- d. Control por condiciones de riesgo asociados al embarazo y puerperio
- e. Control por condiciones de riesgo asociadas a trastornos de salud mental
- f. Control de déficit de desarrollo psicomotor (Sala Estimulación)
- g. Condiciones de riesgo sociales y psicosociales
- h. Intervención psicosocial
- i. Actividades individuales de prevención de riesgo de caries
- j. Actividades de prevención de enfermedades gingivales y periodontales
- k. Actividades de prevención de anomalías dentomaxilares

5. DESTINADAS A AQUELLOS MIEMBROS DE LA FAMILIA QUE PRESENTEN ALGUNA ENFERMEDAD AGUDA O CRONICA.

Pacientes con morbilidad aguda:

- a. Consulta morbilidad
- b. Consulta morbilidad ginecológica
- c. Consulta morbilidad obstétrica
- d. Consulta kinésica
- e. Consulta odontológica
- f. Control cardiovascular (médico, enfermera, nutricionista)
- g. Consejerías (QF, Trabajadora Social)

6. DESTINADAS A APOYAR A ALGUNOS MIEMBROS DE LA FAMILIA PARA PREVENIR CIERTAS CONDICIONES ESPECIFICAS

- a. Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)
- b. Vacunación anti influenza
- c. Vacunación neumocócica
- d. Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC y PACAM)
- e. Laboratorio: Toma de Muestras
- f. Educación grupal

DIAGNOSTICO PARTICIPATIVO DE SALUD.

La comuna de San José de Maipo, asume la con convicción, que la construcción y co/responsabilidad entre todos los actores sociales, se tiene que hacer a través de espacios participativos; por esto se han implementado Diagnósticos Participativos, los cuales tienen como objetivo, integrar a las personas para el trabajo colaborativo de las gestiones 2016-2018, que incorporando el diálogo respetuoso, la mirada comprensiva de la complejidad permanente en nuestro quehacer, procurando por una parte, preparar al equipo en habilidades blandas para trabajar junto a la comunidad, respetando ideas, asumiendo un rol facilitador para la mejora y mantención de la salud integral de las personas y sus comunidades.

Desde esta lógica, los resultados obtenidos han sido la base para una gestión integrada tanto en sus líneas de acción como de sus procesos organizacionales, y desde éstos se han realizado mejoras en varios aspectos incorporando a los Consejos de Usuarios como estrategia para la participación ciudadana.

Esta estrategia participativa, constituye una oportunidad para que las organizaciones tanto formales como informales busquen la participación amplia y activa de sus miembros y, en lo posible, de toda la comunidad, desde la definición de problemas hasta la formulación de conclusiones.

Es importante que la comunidad no se limite a actuar solo como “fuente de información” sino que, por el contrario, conozca y participe en la formulación de los objetivos, métodos y en los resultados de la realidad que diagnostica”¹.

Por lo tanto, el Diagnóstico Participativo, más que un instrumento, es un proceso de reflexión sobre nuestro entorno que intenta aproximarnos a una situación específica para que comprendamos las dinámicas que en ella se

desarrollan y las personas involucradas, generando transformaciones que vayan en beneficio de la propia comunidad.

¹Elaboración de Diagnósticos Participativos Subsecretaría general de gobierno, serie: participación ciudadana para una democracia mejor

El último Diagnóstico Participativo realizado en la Comuna es del año 2015 y tiene una vigencia de 2 años. Para el año 2017, se ha planificado realizar un nuevo diagnóstico participativo en las tres localidades el cual tendrá como objetivo “Identificar las necesidades y problemas en salud de la comunidad de San José de Maipo, a través de una metodología base que permita establecer soluciones a las problemáticas de salud desde la misma comunidad y las redes”.

La metodología que se llevará a cabo será la modalidad de encuesta y encuentros locales con las distintas organizaciones, además de una jornada de cierre, con el objetivo de poder abarcar un mayor número de participantes y recoger así, las opiniones de la comunidad en temas relacionados con la salud.

Principales problemas detectados en los diagnósticos participativos por Localidad.

Se realizó un análisis FODA en las tres localidades donde se visibilizaron fortalezas (factores críticos positivos con los que se cuenta), Oportunidades, (aspectos positivos que podemos aprovechar utilizando nuestras fortalezas), Debilidades, (factores críticos negativos que se deben eliminar o reducir) y Amenazas, (aspectos negativos externos que podrían obstaculizar el logro de nuestros objetivos de posta de salud rural).

El análisis general fue el siguiente:

Fortalezas: Pro actividad en la gestión, trabajo en redes, vocación de Servicio, Calidad de la atención (buen trato), profesionalismo, eficacia y eficiencia, trabajo multidisciplinario e integral con cada usuario, cercanía a la comunidad.

- Oportunidades: apertura a la comunicación intersectorial, Diagnóstico Participativo, Talleres, horas Prioritarias población Vulnerables, Talleres educativos, aplicación del modelo de salud familiar, Organización de la comunidad.
- Debilidades: escaso desarrollo de la participación social, Poca comunicación e información en relación a los programas y beneficios.
- Amenazas: Escasa participación de la comunidad, Presencia en la comunidad de aumento de violencia y consumo de drogas y alcohol, siendo una consecuencia los actos delictivos, algo que genera desconfianza entre la propia comunidad

Posta San Gabriel y El Volcán.

Son las Postas más lejanas y por ende tienen menos acceso a distintos servicios de salud, es por esto que los usuarios y usuarias participaron activamente en los grupos de trabajo, solicitaron mejoras en infraestructura (más y mejores servicios higiénicos) y oferta de talleres de educación en salud para la comunidad; así como mayor difusión de las actividades que se realizan en las PSR. Entrega de material gráfico sobre los beneficios que existen, y potenciar el trabajo con la red, aumentar horas médicas y de profesionales, mejorar el sistema de agendamiento, generar instancias participativas donde se fomente la promoción y prevención en materia de salud. Cabe señalar que en función de las necesidades observadas, se generaron talleres para adultos mayores formando monitores en salud del Adulto Mayor, consejerías biopsicosociales para usuarios con diagnóstico de enfermedad crónica, taller de afectividad para adolescentes, operativo podológico entre otras. Además, se incrementaron dos rondas más a San Gabriel y El Volcán a la semana, subiendo médico, odontólogos y enfermera (crónicos PSCV).

Síntesis del mejoramiento.

Para mejorar los requerimientos de los usuarios y usuarias de las Postas de salud Rural, se integraron al equipo de salud nuevos profesionales como Químico farmacéutico, Kinesiólogo y un médico contralor además de una profesional médico de cabecera con 33 horas para trabajar en San Gabriel y El Volcán. Cabe señalar que en función de las necesidades observadas, se generaron talleres para adultos mayores formando monitores en salud del Adulto Mayor, consejerías biopsicosociales para usuarios con diagnóstico de enfermedad crónica, taller de afectividad para adolescentes, operativo podológico entre otras. Además, se incrementaron dos rondas más a San Gabriel y El Volcán a la semana, subiendo médico, odontólogos y enfermera (crónicos PSCV).

Principales Brechas detectadas por los usuarios y usuarias de las Postas de Salud Rural.

- Mejorar infraestructura en Postas más lejanas San Gabriel y Volcán (servicios de infraestructura comprados para ser ejecutados en 2018)
- Aumento de rondas Médicas en Posta San Gabriel. (ronda aumentada en tres veces por semana)
- Generar estrategias de Participación en las Postas de San Gabriel y el volcán, generar más talleres, más actividades donde se beneficie la comunidad, no centrar todo en las Vertientes.
- Problemas de conectividad
- Mejorar proceso de toma de horas y medios de comunicación
- Aumento de horas de Kinesiología para San Gabriel, y que asista kinesiólogo a Posta el Volcán
- Aumento de Horas de Podóloga para beneficiar a la población adulta mayor

Participación Social

La Participación Social en Salud es entendida como un proceso en que los miembros de una comunidad, individual o colectivamente, asumen distintos niveles de compromiso y responsabilidades. La población identifica sus problemas, formula y ofrece soluciones, crea organizaciones para dar continuidad a los programas y en general contribuye a satisfacer las necesidades de salud de una manera democrática.

Frente a lo anterior, este concepto conlleva la complejidad de convocar distintas visiones para la inclusión tanto en las políticas de salud, como dentro del quehacer de un centro de atención

Los ejes principales y los lineamientos MINSAL vigentes se enmarcan en el derecho ciudadano a la información pública en materia de salud, en el fortalecimiento de la sociedad civil, el respeto y la no discriminación.

Es importante mencionar que el Programa responde a las leyes 20.500, 20.584 de derechos y deberes y la normativa 31 todo esto a base del modelo de salud familiar.

En esta línea, aun cuando la participación social atraviesa estructuralmente la reforma de salud, el lograr posicionarla frente a la prioridad de implementar los cambios organizacionales por parte de los equipos de salud, implica definir a la participación más allá de un marco legal. El desafío es lograr que la ciudadanía perciba la influencia que puede llegar a ejercer en la calidad de los servicios que recibe y para los equipos de salud incorporar esta nueva práctica y mirada para la conformación de comunidades protectoras en salud, manteniendo a la ciudadanía como eje central del proceso.

En este marco, la modernización de la gestión pública en materia de salud genera una nueva estrategia para abordar el trabajo de los centros de salud con la ciudadanía, re/estructurando la Meta Sanitaria N°7 donde se trabajó en la elaboración de un Plan de Participación Social concordante con el Modelo de Salud Familiar, cuya fortaleza está asociada en la responsabilidad de los equipos de salud junto con la comunidad organizada, en generar líneas programáticas comunes que vinculen acciones elaboradas participativamente.

Equipo de Participación Social

CARGO	NOMBRE
Dirección Área de Salud CMSJM	Francisca Rosales Acuña
Psicóloga Salud Mental Comunitaria	María Teresa Vera
Nutricionista, Jefa Programa Ciclo Vital Adulto Mayor	Nelly Standen
Enfermero, Jefe Programa Ciclo vital Infantil	Felipe Morales

Es así que se ha ido consolidando el trabajo del equipo con los Consejos de Usuarios; fortaleciendo con las entidades educativas, escuelas, jardines y liceos, además con otras organizaciones comunitarias, como juntas de vecinos, clubes de adultos mayores y grupos de autoayuda, a través de las distintas actividades de participación enfocadas en la promoción y prevención en materia de salud.

Beneficios para la comunidad:

La comunidad al ser participativa recibe beneficios directos en materia de salud ya que implican mejoras en su calidad de vida y la de su entorno familiar.

La comunidad es el actor principal en la generación de cambios en las políticas públicas en materia de salud, ya que al ser usuarios informados logran hacer valer sus derechos y deberes en materia de salud.

La comunidad verbaliza a través de las solicitudes ciudadanas sus sugerencias, felicitaciones y reclamos respecto al funcionamiento de las PSR, esta instancia nos permite evidenciar nuestras brechas y mejoras en relación a los servicios de calidad que les entregamos a nuestros usuarios.

El Equipo de Salud de las PSR trabaja en base al MAIS, donde los principales ejes son la eficiencia, optimizar recursos, con el objetivo de que sea realizado con: claridad, transparencia, comunicación y participación

Diagnóstico de situación actual de participación

Actualmente nuestras Postas se encuentran en un proceso de fase informativa, donde el principal objetivo es dar a conocer los principales beneficios que reciben los usuarios en materia de Salud tanto preventivas como promocionales.

Este nivel se debe a que una de las principales dificultades con las que se ha enfrentado dice relación con la falta de participación de la Comunidad, es por esto que los objetivos de trabajo en materia de participación están enfocados en disminuir esta brecha, esto a través de la creación de instancias participativas de intereses de la comunidad.

Dentro de las estrategias para mejorar los niveles de participación se ha generado un trabajo mancomunado entre el equipo de las Postas de Salud Rural y la comunidad organizada (CDU, JDV, Club de Adulto Mayor, Centro de Familia).

El Consejo de Usuarios en conjunto con el Equipo ha trabajado durante el año 2017 para generar una mayor difusión con el fin de mantener informada a la comunidad y así lograr hacer un uso más eficiente de los servicios y beneficios de nuestras Postas.

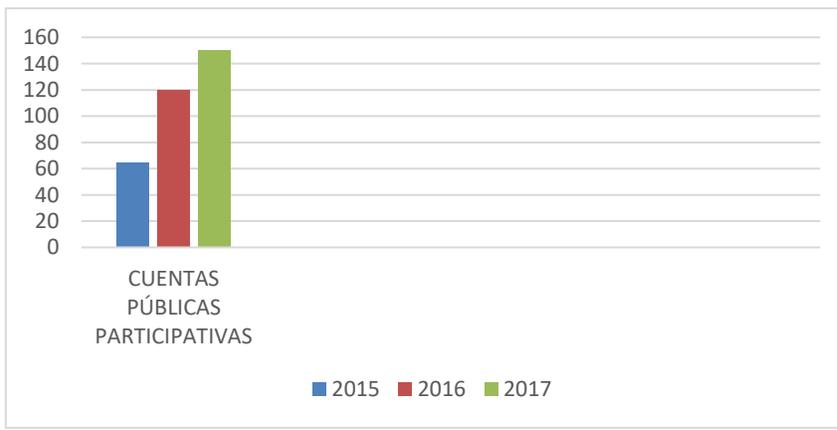
El trabajo cooperativo y el compromiso en conjunto con el apoyo de la Dirección, ha sido la mayor fortaleza que nos ha permitido ir rompiendo lentamente con este cerco y realizar algunas actividades de educación, tanto preventivas y promocionales con gran impacto y reconocimiento por parte de la población.

El principal objetivo de trabajo participativo es que de aquí al año 2019 seamos capaces de empoderar a nuestra comunidad avanzar y consolidar a nuestros usuarios en la formación de expertos en materia de salud comunitaria

Las estrategias para fortalecer y avanzar en los niveles de participación se basan en capacitar constantemente a nuestros usuarios en los beneficios y prestaciones que existen en las PSR, además entregarles las herramientas necesarias para que estos informen a la comunidad, siempre de manera responsable y consideren tanto derechos como deberes, generándose una dinámica cooperativa y no paternalista.

Para el año 2018 la orientación desde MINSAL y SSMSO, es seguir con la ejecución *del plan de participación social trianual año 2016-2018 elaborado por el equipo de salud, del Establecimiento o comuna, en conjunto con su comunidad,* **Cuenta Pública Participativa (CPP) Mayo 2017(gestión 2016).**

Dentro de la participación, la comunidad organizada se hizo presente activamente en la elaboración, ejecución y evaluación de la cuenta pública participativa, se invitó a toda la comunidad organizada y no organizada de la comuna de San José de Maipo, cabe destacar que en relación a asistencia y participación de años anteriores este año se destacó la gran cantidad de personas a continuación se presentara un gráfico comparativo del año 2014 y 2015 y 2016 ,todo esto en relación a la asistencia.



El incremento de personas que participaron de la Cuenta Pública Participativa se debió el trabajo de FOCUS GROUPS realizado en las distintas localidades de difusión del CDU y el apoyo de los distintos profesionales y de la Encargada de Participación de las Postas de Salud Rural CMSJM.

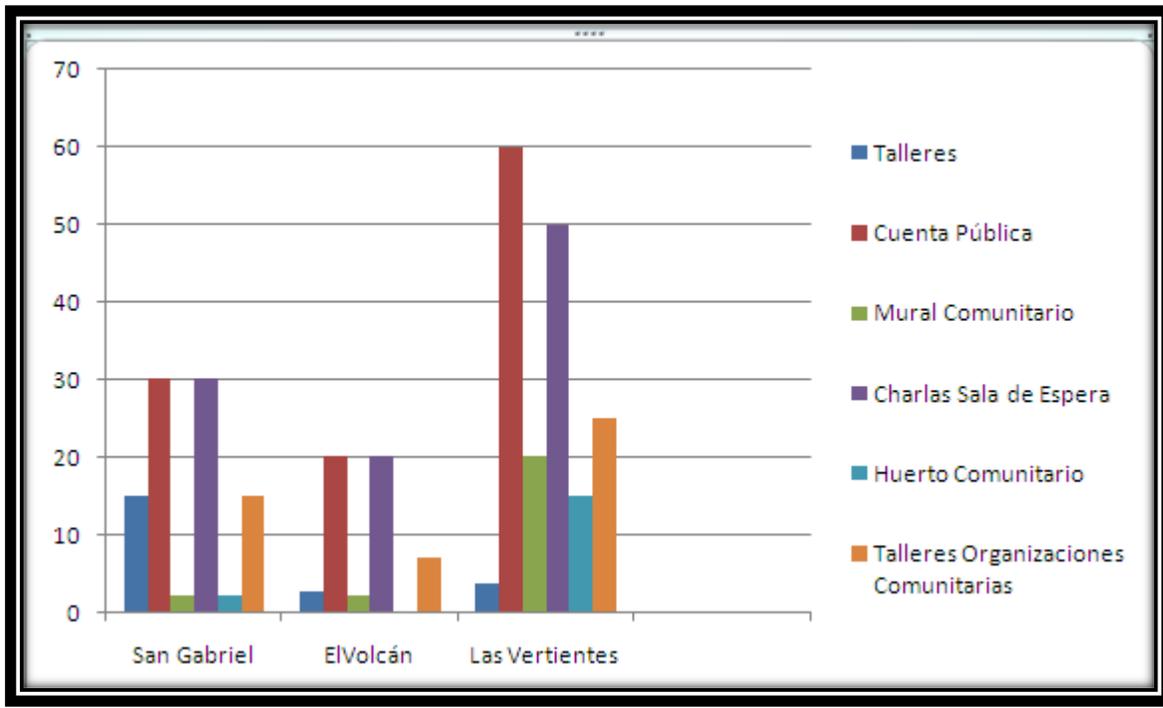
Participación en Talleres Actividades y jornadas realizadas en PSR CMSJM.

Desde el presente la Dirección y el equipo que compone el Área de Salud de la CMSJM se ha enfocado el trabajo en la participación activa de los usuarios, siendo estos los principales actores y beneficiarios de los cambios que se han generado durante todo el año en curso.

Las distintas unidades del Área de Salud han trabajado desde lo preventivo y promocional en base al modelo de salud familiar y ha generado distintas actividades las cuales las más destacadas del año 2017 son:

- Taller de mándala
- Grupo de autoayuda Mujeres Vertientes
- 1ª Feria del adolescente
- Talleres cardiovasculares
- Taller de huerto medicinal “ Raices de Vertientes”
- Taller mi espacio sagrado
- Taller para Migrantes
- Talleres integrados para gestantes
- Charlas temáticas en sala de espera
- Talleres con distintas temáticas en las distintas organizaciones comunitarias (JJ.VV- Clubes de Adultos Mayores- escuelas y jardines)

-Desde la dirección dada la línea metodológica interventiva se ha indicado a cada prestador , jefe de programa y encargado de ciclo vital integrar el eje participativo y sociocomunitario en sus planificaciones , situación que se mantendrá para el año 2018.



La tabla nos Muestra que el principales desafíos en participación es potenciar el trabajo en Posta San Gabriel y Volcán para que al año 2018 observemos que las tres Postas trabajan de manera mancomunada con el objetivo de que las distintas organizaciones y la comunidad se sume al trabajo que realiza en equipo de las Postas de Salud Rural.

Comité de Gestión de Solicitudes Ciudadanas.

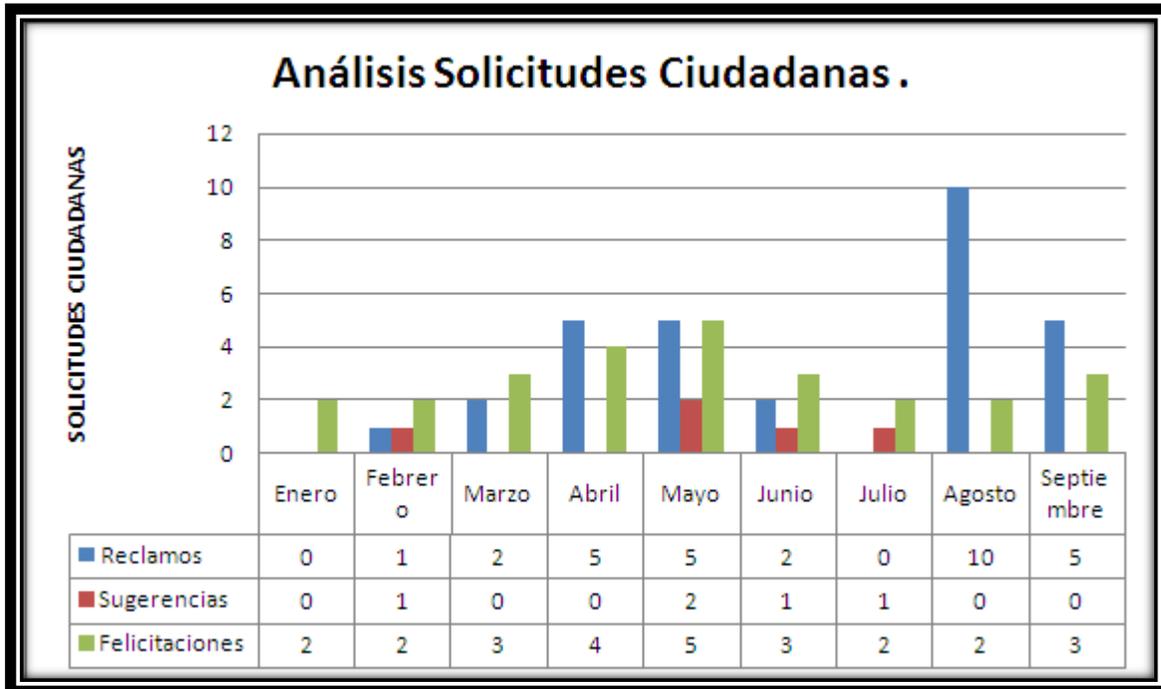
La oficina de Informaciones, Reclamos y Sugerencias (O.I.R.S) constituye la puerta de entrada de los usuarios a las postas de Salud Rural CMSJM, siendo esta la primera instancia de participación ciudadana y primer punto de contacto, punto de mediación entre nuestros usuarios y sus familias.

Vertientes, San Gabriel y Volcán son las Postas donde nuestros usuarios presentan a través de los buzones sus solicitudes ciudadanas.

A continuación se presentará un resumen de todas las solicitudes ciudadanas hasta el corte de Octubre, lo que se busca con este proceso es mejorar la calidad de atención a nuestros y usuarias; asumiendo el desafío que supone la correcta implementación de nuestras Postas.

En el año que va en curso se ha logrado analizar las Solicitudes Ciudadanas, con el propósito de detectar brechas críticas que se presentan en las postas de Salud Rural CMSJM, con esto logramos definir mecanismos de intervención y planes de mejora que han favorecido la satisfacción de nuestro usuarios.

Desde enero hasta septiembre se han tipificado 26 felicitaciones, 30 reclamos y 5 sugerencias.



Desafíos 2017.

- Crear con el apoyo de ambos CDU, la activación del consejo de Usuarios de Posta San Gabriel con esto lograremos que las tres Postas de Salud Rural tengan su Consejo de Usuarios respectivo, todo esto a la base de los lineamientos y orientaciones técnicas desde MINSAL y del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, y así poder cumplir con unas de las brechas en relación a participación, lograr que San Gabriel y Volcán sean comunidades activas, donde no solo participen de talleres, más bien generar usuarios informados y empoderados de su salud y de su

comunidad y que estos logren generar una transformación en base al modelo de salud familiar.

- Fomentar la participación de todos los actores sociales y trabajar activamente con todas las redes locales.
- Potenciar el trabajo del comité de Participación Social
- Generar capacitaciones para los usuarios y usuarias de las tres Postas de Salud Rural.
- Potenciar el trabajo participativo en las Postas más lejanas (San Gabriel y Volcán y así lograr que las tres Postas trabajen de manera mancomunada.
- Trabajar y potenciar a las distintas organizaciones a nivel comunal.
- Trabajar en mesas territoriales y potenciar el trabajo con interdisciplinarios dentro de las Postas de Salud Rural

Fotografías.







CONSEJO DE USUARIOS POSTA LAS VERTIENTES

Anexo plan de Salud 2018

1. CONTEXTO
2. FODA
3. LO REALIZADO
4. CALENDARIO CIERRE
5. PROYECCIONES 2018

El presente texto viene a describir el que hacer del Consejo de Usuario de la Posta de Las Vertientes y que se enmarca en la Ley N°20500 de Participación Ciudadana. Nuestro consejo tiene ya más de 5 años de existencia y en esta ocasión queremos detenernos en lo realizado este último año 2017 y las proyecciones para el 2018, dando cuenta de ámbitos específicos así como también queremos entregar un breve análisis de lo que es nuestra organización social y los intentos que ha realizado de articular su accionar con el resto de los actores comunitarios.

Para comenzar podemos decir que nuestro Consejo no ha logrado avanzar todo lo esperado ni tampoco consolidarse como Organización Social empoderada y capaz de incidir con su accionar, es decir lo logrado es inferior a lo que podría alcanzar este tipo de organización tanto por el tema que aborda (salud) que es un tema transversal como por las condiciones y los espacios en que nos desenvolvemos, si bien es cierto que el espacio participativo es cautelado por ley es de especial relevancia la relación que mantenemos con las Postas de Salud Rural, la que nos ha brindado un espacio amplio, rico y prometedor en términos del ejercicio participativo, es un ambiente donde las relaciones humanas están cruzadas por el respeto, la calidez y la colaboración.

La Posta de las Vertientes en la perspectiva de “un espacio amigable”, ha fomentado todas las instancias de participación democrática tanto para el consejo de Usuarios como para los usuarios en general, sello que distinguimos y valoramos.

Todo lo anterior sumado a que entendemos la participación ciudadana como un conjunto de herramientas para que la comunidad necesariamente organizada

pueda incidir en las políticas públicas nos orientan y nos convocan a seguir luchando por fortalecernos.

Hemos tratado de fomentar la comprensión colectiva de que la participación ciudadana es una manifestación concreta y real del ejercicio democrático, que a nuestro parecer debe ser altamente valorado en el entendido que el derecho a participar no ha sido un regalo ha sido un derecho conquistado por la lucha de miles como nosotras a lo largo de nuestra historia.

Nuestra historia de las últimas 4 décadas nos muestra claramente como este derecho fue cercenado y que su recuperación ha sido lenta y dificultosa, que se destruyó el tejido social y se criminalizó la participación durante años, por tanto los espacios de verdadera participación como es el nuestro debe ser cuidado día a día, haciendo frente a criterios individualistas, egoístas y conducentes a la desmovilización.

Sin lugar a dudas que el despertar de la memoria nos puede permitir una valoración real del momento actual.

Nuestras Fortalezas, están determinadas fundamentalmente por dos elementos, el primero que es que entendemos La Salud Pública como un derecho y no como un bien de consumo, o un privilegio de quienes la puedan pagar y lo segundo es por el compromiso y la convicción de sus Dirigentes con la Participación ciudadana como única y más eficiente herramienta comunitaria para fomentar y lograr cambios en nuestro servicio de salud que van a repercutir directamente en nuestra calidad de vida. Más aun cuando este objetivo es ampliamente compartido por nuestro servicio de salud (PSR) y su equipo directivo, lo que se ha visto cristalizado con el constante y permanente apoyo para que nuestra organización se desarrolle y crezca y sea incidente, lo que redundará en una relación cordial, colaborativa y respetuosa.

Como organización que nace y se desarrolla en el seno de un espacio que reúne una multiplicidad de actores comunitarios (grupo de mujeres, adultos mayores, juntas de vecinos) tenemos la posibilidad real de llegar con las orientaciones adecuadas a un espectro transversal, de usuarios organizados y no organizados, dando la posibilidad de articular el que hacer comunitarios, lo que nos parece tremendamente relevante

Nuevas Oportunidades, están dadas por la posibilidad de Estructurar una coordinadora de organizaciones sociales en el sector de tal manera de poder abarcar temas de interés general a partir de los espacios de salud, incorporando la

cultura, el deporte, la vida sana, el trabajo manual etc... todo orientado a mejorar nuestra calidad de vida.

Nuestro desafío, principal está dado por lograr que la comunidad comprenda el valor de participar, queremos romper con el espíritu de esta sociedad neoliberal que por décadas ha impulsado el individualismo disfrazándolo de emprendimiento, para lo cual queremos desarrollar nuevas estrategias de participación, desterrando el desencanto y el poco compromiso de querer entender que la fuerza está en la unión de las distintas voluntades y la valoración del esfuerzo colectivo en una marco de amplia y profunda diversidad.

Nos motiva la necesidad de crecer y avanzar en comunidad, entendiendo que es urgente aislar los elementos **amenazadores que se cruzan** con nuestro desarrollo como la apatía y las desconfianzas per ce.

Nuestra peor amenaza es no comprender, valorar y aprovechar el espacio en que podemos realizar nuestra acción social y comunitaria. En este mismo sentido no reconocer que las estrategias utilizadas hasta este momento no han sido las más acertadas, es no ver con claridad el desafío futuro, ya no nos sirven las reuniones y las planificaciones grandilocuentes, lo que se requiere es la realización de actividades más dinámicas y con resultados a corto plazo y que estos sean socializados de manera eficiente en la comunidad de tal manera de producir un real impacto,

Lo realizado

Durante el 2017 aun teniendo miles de dificultades como las descritas en puntos anteriores logramos realizar una serie de actividades muy significativas, todas ellas en el plano de la formación ciudadana y el conocimiento de los derechos y deberes como usuarios y el conocimiento de información relevante para nuestras vidas y en el marco del El Usuario Informado, es así como fuimos protagonistas de actividades como:

- Los focus grup realizados en las 3 postas de san José de Maipo, como etapas previas a la cuenta Pública.
- Patrocinamos y participamos del taller de formación y educación previsional de FEP, proyecto adjudicado al sindicato N°1 del Metro.
- En los días de apertura de agenda (a lo menos los último 3 meses) hemos realizados desayunos solidarios en sala de espera los que nos han permitido inscribir nuevos socios y socias al concejo de Usuarios
- Difundir la existencia y el objetivo de nuestra organización

- Creación de un WhatsApp con más de 40 contactos donde podemos compartir información relevante relativa a nuestra Posta.
- Reuniones de trabajo con la Dirección de la Posta que nos dio la posibilidad de instalar pequeñas demandas como la atención telefónica a lo menos 2 veces por semana en un horario de 14 a 17 horas.
- Articular aunque de forma primaria, el trabajo con otras OOSS del sector como El Colectivo Vamos Mujer, La Junta de Vecinos Unión y Progreso, Grupo de Mujeres de las Vertientes.
- Patrocinio y participación en la 2da. Escuela de Derechos de Género y Herramientas para las dirigentes Sociales con la participación de más de 20 mujeres entre las cuales se encontraba una adolescente de 16 años y en la que además pudimos incorporar un pequeño corte cultural con la presentación realizada por “Espacio Matta”. A todo lo anterior debemos sumar lo que nos queda como cierre de agenda.

Proyecciones 2018

Nuestro compromiso para el 2018 se enmarca en 4 ejes de acción

1. Fortalecimiento de CDU
2. Articulación real con las OOSS del Sector
3. Capacitación a la comunidad (Liderazgo, Educación cívica, salud familiar, oferta programática)
4. Provocar impacto en la comunidad (recogiendo alguna de las demandas más sentidas y trabajar en ellas)

En este ámbito podemos mencionar:

- Mejoras en la atención telefónica
- Aumento de horas podologías (no crónicos)
- Implementación de un sistema de evaluación permanente de las solicitudes ciudadanas y la creación de un mecanismo de conocimiento masivo de los resultados.
- Inicio del año por medio de una actividad central denominada “FIESTA FAMILIAR” El día sábado 10 de marzo.

FOTOGRAFIAS



ORGANIZACIÓN DE LOS CENTROS DE SALUD

En la comuna de San José de Maipo comienza hace más de treinta años en la primera Posta de Salud Rural ubicada en la localidad de la obra, administrando en la actualidad Tres Postas Rurales y una sala Mixta IRA y ERA ubicada en dependencias del Hospital de San José de Maipo.

El Área de Salud de la Corporación Municipal de San José de Maipo cuenta con un equipo multidisciplinario orientado al desarrollo y cumplimiento del Modelo de Salud Familiar y comunitario.

En San José de Maipo las Postas se encuentran ubicadas de la siguiente manera: Posta las Vertientes, ubicada en la localidad de las Vertientes: abarca la Obra, las Vertientes, Canelo, Manzano, Guayacán y parte centro de San José de Maipo.

Posta San Gabriel ubicada en la localidad de San Gabriel abarca: San Gabriel, San Alfonso, Las Melosas.

Posta el Volcán ubicada en la localidad del Volcán abarca: Volcán, baños Morales, Queltehues, Lo Valdés.

La dependencia y responsabilidad asignada en los distintos centros para el año 2018 es la siguiente:

Dirección de Salud Comunal: Señora Francisca Rosales Acuña como jefe de Salud y su equipo formado por: una coordinación técnica- estadística comunal- GES y apoyo administrativo.

Dependen de esta DIRECCIÓN:

- Posta las Vertientes
- Posta San Gabriel
- Posta El Volcán
- Sala Mixta IRA y ERA.

Encargados en Terreno
Sala Mixta Kinesiólogo Pablo Araya
San Gabriel TENS Luz Aguirre
Volcán TENS Luzmira Martínez

Población asignada a cada Centro Informados por RAYEN:
Las Vertientes: 2821
San Gabriel: 206
Volcán: 24

Población asignada a cada centro según población validada por FONASA año 2016:

Las Vertientes: 1706

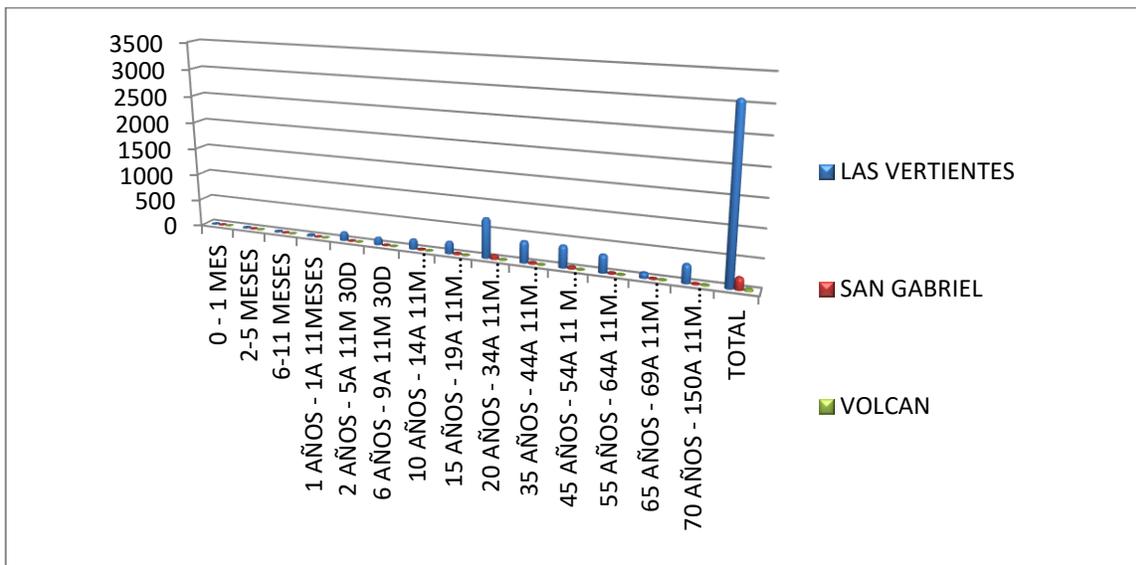
San Gabriel: 218

Volcán: 1

Desde Noviembre del año 2017 se instalan hulleros San Gabriel y Vertientes, por ende se establecen lineamientos para iniciar la inscripción y validación por FONASA de todos nuestros usuarios y usuarias, situación que debiese producirse por el aumento sostenido de la población atendida, puesto que es fundamental regularizar la situación de usuarios y usuarias inscritos .

Sin embargo de todas maneras debe considerarse que nuestra atención primaria registra la gran mayoría de los PRAP de la comuna motivo por el cual se genera un gran número de atenciones (en el caso del PRAPS odontológico contamos con las mismas cantidades de atenciones que en la Florida) de usuarios que deben quedar adscritos en el sistema.

Población Inscrita considerando su grupo atareo por Postas de Salud Rural de la comuna:



Fuente: Rayen 2017

Esquema de derivación APS.

Las Postas de Salud Rural CMSJM, derivan situaciones de menor complejidad a CHSJM, pero su principal centro de referencia es el Complejo Asistencial Sotero Del Rio, ubicado en Puente Alto.

Salud mental, cuando la complejidad de un caso es mayor, se deriva a COSAM y urgencias a Barros Luco.

Características de las Postas de Salud Rural CMSJM.

Posta Rural Las Vertientes: Esta Posta se encuentra ubicada en Parque Municipal 2786, las Vertientes, cuenta con 2821(RAYEN) y 1706(FONASA) inscritos, estando compuesta su mayor población por adultos y adultos mayores. Se caracteriza por estar ubicada en un espacio urbano-rural cercano a la Comuna de Puente Alto, dicha Posta funciona de Lunes a Jueves de 08:00 – 17:00 más extensión horaria y viernes de 08:00- 16:00 más extensión horaria; en ella se encuentra la sala de rehabilitación y la sala de estimulación.

Posta Rural San Gabriel: Esta se encuentra ubicada en Camino los Rodados 41687, San Gabriel, cuenta con 206(RAYEN) y 218(FONASA) usuarios inscritos, estando compuesta su mayor población por adultos Mayores y mujeres adultas, esta es reconocida por estar ubicado en un espacio rural de alta montaña y su horario de funcionamiento es de Lunes a Jueves de 08:00- 17:00, viernes de 08:00- 16:00 y los días sábados con extensión donde el horario de atención es de 09:00- 14:00.

Posta Rural El Volcán: Esta se encuentra ubicada en pueblito el Volcán S/Nº. Cuenta con 24 inscritos (RAYEN) y 1 (FONASA)², compuesta su mayor población por adultos y existe un alto índice de población flotante. Se caracteriza por estar ubicada a gran altura y ser el dispositivo más distante del centro de la comuna. Su horario de funcionamiento es de lunes a jueves de 08:00- 17:00, viernes de 08:00- 16:00y no posee extensión horaria.

² SITUACIÓN A REGULARIZAR POR NO ESTAR INFORMATIZADA.

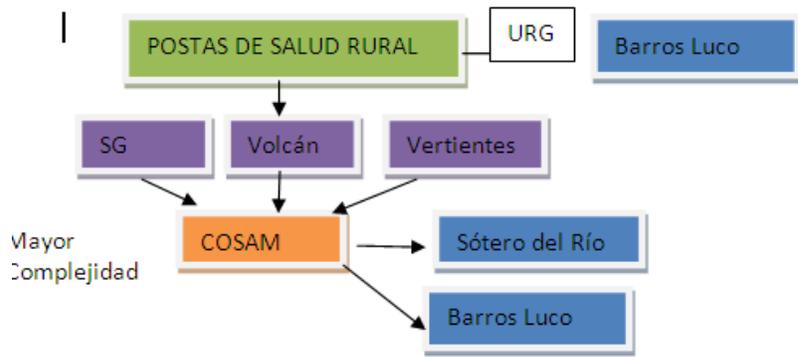
En 2018 se trabajara en mejoras en infraestructura en Posta San Gabriel con la construcción de una sala multiuso para talleres, estimulación y uso integral de esta.

En Posta las Vertientes el año 2107 se han considerado la remodelación de espacios para facilitar el acceso universal y mejorar la satisfacción usuaria tanto interna como externa del sistema(comienzo de obra año 2017- y terminará mejoras año 2018)

Red de derivación:

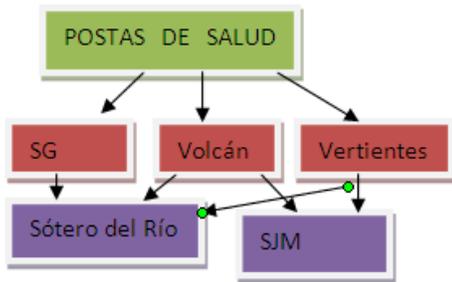
Los centros de Salud Administrados por la Corporación Municipal de San José de Maipo forman parte del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, por ende la red tienen establecido una red para las derivaciones, la necesidad de la atención especializada es acogida por el CDT del complejo asistencial Dr. Sótero del Río. La urgencias especialmente asociadas a problemas cardiovasculares son también enviadas al Hospital señalado anteriormente, otras urgencias de medianas complejidad son enviadas al Complejo Hospitalario San José de Maipo, sin embargo el vinculo con esta red a la fecha es insatisfactorio dada la poca capacidad de respuesta a las solicitudes de coordinación y de revisión de algunas situaciones asociadas a los usuarios y a la red comunal.

Esquema de Derivación Salud Mental:



El equipo de Salud Mental del Área de Salud de las CMSJ tiene 76 horas de Psicólogo y 22 horas exclusivas para salud mental.

Esquema de Derivación



UNIDAD GES

La Unidad GES tiene por objetivo vigilar y favorecer el cumplimiento de las Garantías Explícitas en Salud (GES) de los beneficiarios pertenecientes a la Red del Servicio de Salud Sur Oriente, específicamente los usuarios adscritos a las Postas de Salud Rural de la Corporación Municipal de San José de Maipo.

- Objetivos específicos de la Unidad GES son:

- 1.- Coordinar con los Servicios Clínicos para la gestión de la demanda GES.
- 2.- Monitorear Garantías Explícitas periódicamente.
- 3.- Favorecer el seguimiento del proceso asistencial de los pacientes AUGE.
- 4.- Gestión de reclamos de pacientes GES en conjunto con OIRS.
- 5.- Informar puntos críticos del proceso asistencial que propendan al incumplimiento de garantías.

- Beneficiarios

Las personas beneficiarias de las Garantías Explícitas de Salud son aquellas que cumplen los siguientes requisitos:

- 1.- Presente una enfermedad o problema de salud que se encuentre incluida en el listado de enfermedades o patologías AUGE o GES.
- 2.- Poseer las condiciones especiales de edad, estado de salud u otras, definidas para cada patología o problemas de salud.
- 3.- Atenderse en la red de prestadores que determine FONASA.

No pueden acceder los pacientes afiliados a instituciones de seguridad social de las Fuerzas Armadas y Carabineros, tales como DIPRECA o CAPREDENA.

- Garantías Explícitas de Salud (GES)

Las Garantías Explícitas en Salud (GES), constituyen un conjunto de beneficios garantizados por Ley para las personas afiliadas al Fonasa

Acceso: Derecho por Ley de la prestación de Salud.

Oportunidad: Tiempos máximos de espera para el otorgamiento de las prestaciones.

Protección financiera: La persona beneficiaria cancelará un porcentaje de la afiliación.

Calidad: Otorgamiento de las prestaciones por un prestador acreditado o certificado.

Dentro del año 2017 se formalizó el trabajo de la unidad GES de las Postas Rurales de San José de Maipo, estandarizando procesos, generando protocolos de atención, organigramas y optimizando los recursos para entregar de la mejor forma posible las prestaciones asociadas a las patologías GES que son de resolución de APS.

Este proceso se ha llevado a cabo desde abril del año en curso logrando todos los objetivos planeados para este periodo; se continuará trabajando en las mejoras de los procesos, la gestión y mejorar periodos de latencia de entrega de prestaciones.

- Perfil Coordinador GES-SIGGES Local

1.- Promover, fortalecer y favorecer el mejoramiento continuo de nuestros procesos asistenciales clínicos-administrativos, procurando que estos otorguen a nuestros usuarios una atención conforme al espíritu y a lo establecido por el Régimen de Garantías Explícitas en Salud.

- 2.- Monitoreo continuo de las Garantías de Salud Activas generadas en cada una de nuestras Postas de Salud Rural.
- 3.- Coordinación constante y mantenida con Dirección de Área de Salud, Jefes de Unidad y con los Encargados de los distintos programas de Salud.
- 4.- Administración de recurso humano materiales e insumos.
- 5.- Supervisar que lo ingresado en Sistema Informático SIGGES sea la representación fiel y real de las prestaciones otorgadas en las Postas de Salud Rural.
- 6.- Asegurar y gestionar en un 100% el cumplimiento de las Garantías Explícitas en Salud en beneficio de los usuarios de las Postas de Salud Rural de la Corporación de San José de Maipo.
- 7.- Asegurar que las prestaciones asociadas a Patologías GES sean oportunas en su desarrollo gestionando continuamente que nuestros usuarios tengan acceso a los medios diagnósticos determinados para ello.
- 8.- Orientación a personal que se incorpora a las Postas de Salud Rural de la Corporación de San José de Maipo con abordaje de temas clínicos, administrativos, asistenciales y Decreto Ley.
- 9.- Creación de documentos informativos de inducción.
- 10.- Resolución continua de diferentes consultas tanto de Equipo gestor, profesionales, personal técnicos y administrativo de las Postas de Salud Rural, contemplando en esto consultas derivadas de otros centros, del SSMSO, CDT y HSR.
- 11.- Apoyo como facilitador en Proceso de Calidad y Acreditación.

- Proyecciones Unidad GES-SIGGES 2018

- 1.- Mantener en constante gestión y mejoramiento los procesos GES-SIGGES con el fin de optimizar la atención oportuna de nuestros usuarios.
- 2.- Actualizar de acuerdo a las necesidades los documentos organizacionales y flujogramas con el objetivo de mejorar constantemente nuestros procesos clínico-administrativos para el cumplimiento oportuno de la Ley de Garantías Explícitas de Salud

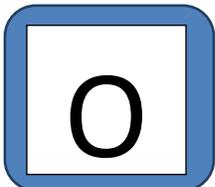
3.- Continuar con el trabajo de monitorización realizado hasta ahora para mantener bajo seguimiento todos los casos GES de responsabilidad local así como también supervisar y gestionar casos derivados a nivel secundario.

4.- Mejorar y perpetuar el trabajo realizado en 2017 principalmente promoviendo el trabajo en equipo y el conocimiento de los procesos clínico-asistenciales que optimicen tanto el trabajo de la red local como de la red asociada al SSMSO en beneficio siempre de nuestros usuarios.

- Análisis FODA



- PROACTIVIDAD DEL EQUIPO DE TRABAJO
- BUEN AMBIENTE LABORAL
- EXPERIENCIA EN LA GESTIÓN Y COORDINACIÓN EN PROCESOS GES
- DISPOSICIÓN EN EL CAMINO DEL APRENDIZAJE
- CAPACIDADES FUNDAMENTALES PARA EL ÁREA



- REGULACIÓN DE CASOS GES
- MALA NOTIFICACIÓN A PACIENTES DE AÑOS ANTERIORES
- NECESIDAD DE LA POBLACIÓN



- MAL ACCESO A CONECTIVIDAD
- FALTAS DE CAPACITACIONES
- FALTA DE EQUIPAMIENTO
- FALTA DE HORA PARA DIGITACIÓN , GESTIÓN Y COORDINACIÓN



- QUE CAMBIEN LAS POLITICAS Y QUE NO SE VISUALISE COMO UNA NECESIDAD
- ESCASO RECURSO PARA EL PROGRAMA GES
- INCREMENTO DE LA NECESIDAD Y FALTA DE HORAS GES

COMPROMISOS DE GESTIÓN

Los compromisos que el equipo de salud debe cumplir, están definidos por el Ministerio de Salud y forman parte de las orientaciones programáticas entregadas cada año; por ende, el trabajo de salud es articular las diferentes actividades de APS de modo tal que se logren eficiente y eficazmente los objetivos sanitarios del período comprendido entre 2011 y 2010.

Objetivos sanitarios para la década.

Indican los compromisos en salud que deben alcanzarse al 2020, expresados en METAS. Se definen como referencia esencial para establecer las intervenciones y acciones fundamentales que se deben realizar en cualquier nivel del sistema de salud a lo largo del país, siendo éstos, los siguientes:

- ✚ Reducir la carga sanitaria de las enfermedades transmisibles y contribuir a disminuir su impacto social y económico.
- ✚ Reducir la morbilidad, la discapacidad y mortalidad prematura por afecciones crónicas no transmisibles, trastornos mentales, violencia y traumatismos.
- ✚ Reducir los factores de riesgo asociados a la carga de enfermedad, a través del desarrollo de hábitos y estilo de vida saludables.
- ✚ Reducir la mortalidad, morbilidad y mejorar la salud de las personas a lo largo del ciclo vital.
- ✚ Reducir las inequidades en salud de la población a través de la mitigación de los efectos que producen los determinantes sociales y económicos en la salud.

- ✚ Proteger la salud de la población a través del mejoramiento de las condiciones ambientales y de la inocuidad de los alimentos.
- ✚ Fortalecer la institucionalidad del sector salud.
- ✚ Mejorar la calidad de la atención de salud en un marco de respeto de los derechos de las personas

METAS SANITARIAS

En el artículo cuarto de la ley 19.813, se define la aplicación de metas sanitarias y de mejoramiento de la atención para cada año, en las distintas comunas del país con el fin de promover el mejoramiento de la calidad y oportunidad de la atención.

Del cumplimiento de las metas sanitarias que se hayan fijado para un año, depende la obtención de la asignación de desarrollo y estímulo al desempeño colectivo para el personal que labora en los establecimientos de nivel primario.

CUMPLIMIENTO METAS SANITARIAS AÑO 2016

Metas Sanitarias año 2016		Pactado	Logrado
Meta N° 1: Recuperación del desarrollo psicomotor	N° de niños y niñas de 12 a 23 meses diagnosticados con riesgo del DSM recuperados, período enero a diciembre 2016	90%	100%
Meta N° 2: Cobertura Papanicolaou	N° logrado de mujeres de 25 a 64 años inscritas validadas, con PAP vigente a Diciembre 2016	25%	98%

Plan de Salud Comunal, San José de Maipo 2017

Meta N° 3: Cobertura alta odontológica en adolescentes de 12 años	N° de Adolescentes de 12 años con alta odontológica total de enero a diciembre 2016	74%	109%
Meta N° 3B: Cobertura alta Odontológica embarazadas	N° de embarazadas con alta odontológica total de enero a diciembre del 2016	68%	71.43%
Meta N° 3C: Cobertura alta Odontológica total niños de 6 años	N° niños de 6 años inscritos con alta odontológica total de enero a dic. 2016	79%	109%
Meta N° 4: Cobertura efectiva DMII en personas de 15 años y mas	N° Pers. diabéticas de 15 y más años con Hb A1c<7% según último control vigente. (ultimos 12 meses)	20.93%	81.30%
Meta N° 5: Cobertura efectiva HTA en personas de 15 años y mas	N° personas hipertensas de 15 y más años con PA <140/90 mmHg, según último control vigente. (ultimos 12 meses)	49.74%	140.83%
Meta N°6: Cobertura lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses de vida	Cobertura de Lactancia Materna Exclusiva (LME) en menores de 6 meses de vida, a agosto de 2016	62.50%	88.24%
Meta N° 7: Consejo de desarrollo de salud funcionando regularmente	100% de los Consejos de Desarrollo de Salud con Plan evaluado y ejecutado a diciembre 2016	100%	100%
Meta N° 8: Evaluación anual de pie en personas con DM bajo control de 15	N° de personas con diabetes bajo control de 15 y mas años con evaluacion de pie vigente	90%	77.59

años y mas			
Cumplimiento Comunal año 2016			98.02%

Cumplimiento a la fecha de Metas Sanitarias (año 2017)

Metas Sanitarias año 2017		Pactado	Logrado
Meta N° 1: Recuperación del desarrollo psicomotor	N° de niños y niñas de 12 a 23 meses diagnosticados con riesgo del DSM recuperados, período enero a diciembre 2016	90%	100%
Meta N° 2: Cobertura Papanicolaou	N° logrado de mujeres de 25 a 64 años inscritas validadas, con PAP vigente a Diciembre 2016	25%	110%
Meta N° 3: Cobertura alta odontológica en adolescentes de 12 años	N° de Adolescentes de 12 años con alta odontológica total de enero a diciembre 2016	74%	54.55%
Meta N° 3B: Cobertura alta Odontológica embarazadas	N° de embarazadas con alta odontológica total de enero a diciembre del 2016	68%	68.42%
Meta N° 3C: Cobertura alta Odontológica total niños de 6 años	N° niños de 6 años inscritos con alta odontológica total de enero a dic. 2016	79%	81.82%
Meta N° 4: Cobertura efectiva DMII en personas de 15 años y mas	N° Pers. diabéticas de 15 y más años con Hb A1c<7% según último control vigente. (ultimos 12 meses)	29%	37.20%
Meta N°	N° personas	54%	73.47%

Plan de Salud Comunal, San José de Maipo 2017

<p>5:Cobertura efectiva HTA en personas de 15 años y mas</p>	<p>hipertensas de 15 y más años con PA <140/90 mmHg, según último control vigente. (ultimos 12 meses)</p>		
<p>Meta N°6: Cobertura lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses de vida</p>	<p>Cobertura de Lactancia Materna Exclusiva (LME) en menores de 6 meses de vida, a agosto de 2016</p>	<p>60%</p>	<p>100%</p>
<p>Meta N° 7: Consejo de desarrollo de salud funcionando regularmente</p>	<p>100% de los Consejos de Desarrollo de Salud con Plan evaluado y ejecutado a diciembre 2016</p>	<p>100%</p>	<p>100%</p>
<p>Meta N° 8: Evaluación anual de pie en personas con DM bajo control de 15 años y mas</p>	<p>N° de personas con diabetes bajo control de 15 y mas años con evaluacion de pie vigente</p>	<p>90%</p>	<p>78.91%</p>
<p>Cumplimiento Comunal octubre año 2017</p>			<p>% 97.36</p>

GESTION DE CALIDAD ASISTENCIAL

Las Postas de Salud Rural de San José de Maipo cuentan con política y programa orientados a garantizar la calidad y seguridad de las prestaciones otorgadas a nuestros usuarios

La Dirección de las Postas de Salud Rural en conjunto con el Equipo de Calidad, asumen y promueven los siguientes principios básicos que deben presidir todas las actividades en materia de calidad:

Conocer las expectativas de los Usuarios, internos y externos, y de otros grupos de interés, para entregar atenciones satisfactorias

Impulsar actividades para cubrir las expectativas de los Usuarios de las postas, de sus trabajadores y grupos de interés.

Promover la cultura de la mejora continua y la excelencia en el trabajo con el objetivo de incrementar la resolución y la creación de valor agregado para los usuarios, trabajadores y grupos de interés.

Fomentar la implicación de los trabajadores de las Postas de Salud Rural para el trabajo en equipo, la fluidez de la información, la comunicación interna y externa, y el reconocimiento de los logros.

Estructura Organizacional Equipo de Calidad

El Equipo de Calidad está conformado por

Matrona

Nutricionista

Enfermera

Personal administrativo

El encargado del equipo tiene 22 horas semanales y los demás integrantes tienen una disponibilidad horaria de 1 hora semanal designadas por jefatura para trabajar en los objetivos propuestos en el Programa de Calidad y diferentes actividades.

Las Postas de Salud Rural cuentan con encargado de Eventos Adversos EA, asociados a la atención de los usuarios, quien realiza vigilancia prevención y control

Demostración Sanitaria

El principal objetivo que se ha fijado el Equipo de Calidad para el año 2018, es lograr la Demostración Sanitaria, para lo cual se está recopilando los documentos solicitados

Documentos a adjuntar a la solicitud de demostración Sanitaria:

Instrumentos que acrediten el dominio del inmueble o los derechos a utilizarlo

Plano de arquitectura o croquis del inmueble que indique distribución funcional de las dependencias

Copias de planos o certificados de las instalaciones de electricidad, agua potable, gas, visados por las autoridades competentes o exhibición certificado de provisión de servicio

Listado de prestaciones o procedimientos que brinda el establecimiento o cada una de las instalaciones

Nómina de profesionales, Técnicos y demás personal que integrara la dotación estable

Listado de equipos e instrumental que contara el establecimiento

Objetivos

Cumplir con el Modelo de Salud Familiar

Tener un sistema de gestión de calidad dentro de la institución

Contar con funcionarios que cumplan con la inscripción en la Superintendencia de Salud y con las competencias clínica y administrativas para el desempeño en nuestras Postas

Realizar autoevaluaciones a través de las Normas Técnicas Básicas (NTB) con lo cual se identificaran las brechas y se planificaran las mejoras

Desarrollar un programa que garantice la seguridad de las instalaciones a través de planes de mantención

Realizar evaluaciones semestrales de las solicitudes ciudadanas

Implementar el proceso de notificación de Eventos Adversos

Oportunidad en la Atención

Una atención de calidad, amable y respetuosa por parte de nuestros profesionales, técnicos, administrativos y auxiliares

Compromiso social con la comunidad, garantizando una atención oportuna y la mejora continua de la calidad en la atención de salud como una prioridad

Tener actitudes proactivas, abierta a los cambios innovadores en las áreas que otorgan a las postas

Plan de Salud 2018

Coordinar con encargado de Prevención de Riesgos de la Corporación de Salud de San José de Maipo capacitaciones y simulacros sobre riesgos de incendio, terremoto, erupción volcánica

Evaluación periódica de riesgos, incendio, terremoto, erupción volcánica

Evaluación semestral de solicitudes cuidadas según Protocolo

Sociabilizar planes de emergencia frente a corte de servicios como electricidad o agua

Actualizar archivadores para las tres Postas con los registros y certificados que habilitan a los profesionales y técnicos que se desempeñan en nuestras postas

Imprimir, socializar y mantener Manual de procedimientos de Enfermería actualizado en cada una de nuestras Postas de Salud Rural

Elaborar protocolo de prevención, vigilancia y notificación de Eventos Adversos

Programar capacitaciones para el personal sobre Eventos Adversos

Recopilación de documentos para realizar de trámites de solicitud de Demostración Sanitaria.

Manejo de Residuos de Establecimientos de Salud (REAS),

Capacitación RCP al personal de las Postas

Cumplir en un 100% las Garantías Explícitas de Salud (GES) de Acceso, Oportunidad y Calidad Aumentar las horas protegidas para trabajar en calidad.

CAPACITACIÓN

LINEAMIENTOS PAC 2018

Estimados/as, junto con saludarles, envío Anexo de Gestión de Recursos Humanos de las Orientaciones para la Planificación y Programación en Red, que contienen los Lineamientos Estratégicos (L.E) para la elaboración de los PAC Municipales 2018. Al igual que en años anteriores se han priorizados los L.E 1,2,3,4 y 7 para considerar en la ejecución de actividades capacitación del año próximo. Junto con esto se ha definido priorizar las siguientes temáticas:

- 1) En el marco del Protocolo de Acuerdo suscrito por el Ministerio de Salud en la Mesa Tripartita de Atención Primaria, se ha acordado dar prioridad al mejoramiento del acceso a la capacitación de los Técnicos de Enfermería de Nivel Superior de Postas Rural. (Punto N°2 Anexo Gestión de Recursos Humanos)
- 2) La capacitación del equipo de salud en temáticas que aborden directamente el manejo de conflictos y la resolución de los mismos, así como de situaciones de crisis. (Punto N°3 Anexo Gestión de Recursos Humanos)

De acuerdo a los plazos establecidos en el artículo 40° del DTO 1889 de la Ley 19.378 “ El Programa de Capacitación Municipal será formulado anualmente sobre la base de los criterios definidos por el Ministerio de Salud al efecto, en relación a los Programas de Salud Municipal, previa revisión y ajuste presupuestario por las Entidades Administradoras y será enviado a más tardar el día 30 de noviembre, al Ministerio de Salud.” Dicho programa deberá venir visado por los Encargados de Capacitación de APS y por los Jefes de Atención Primaria de los Servicios de Salud. Se adjunta formato Excel para completar la planilla.

1. LE N°1.- Fortalecer el MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD, junto con los valores y principios que lo sustentan.
2. LE N°2.- Consolidar el MODELO DE GESTIÓN EN RED, local, regional y supra regional (macro y micro redes).

3. LE N°3.- Fortalecer el funcionamiento del SISTEMA DE GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD (GES) en la Red del Servicio Público de Salud.
4. LE N°4.- Mejorar la CALIDAD DE LA ATENCIÓN Y TRATO AL USUARIO.
5. LE N°5.- Generar estrategias de Desarrollo Organizacional para el MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA LABORAL.
6. LE N°6.- Incorporar TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIONES (TICs), y el uso de tecnología adecuada para apoyar la gestión técnico asistencial en salud.
7. LE N°7.- Desarrollar la GESTIÓN ADMINISTRATIVA, FÍSICA Y FINANCIERA.
8. LE N°8°.- Mejorar la GESTIÓN Y DESARROLLO DE LAS PERSONAS.9. LE N°9.- Mejorar la prevención y manejo de las CONTINGENCIAS, EMERGENCIAS Y CATÁSTROFES.

PROGRAMA CAPACITACION 2018 PERSONAL ESTATUTO ATENCION PRIMARIA (LEY 19.378) . SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR ORIENTE COMUNA SAN JOSÉ DE MAIPO

LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS	ACTIVIDADES DE CAPACITACION	OBJETIVOS EDUCATIVOS	RESULTADOS ESPERADOS	NUMERO DE PARTICIPANTES POR CATEGORIA							NUMERO DE HORAS PEDAGOGICAS	FINANCIAMIENTO				ORGANISMO EJECUTOR	COORDINADOR	FECHA DE EJECUCIÓN
				A (Médicos, Odont, QF, etc.)	B (Otros Profesionales)	C (Técnicos Nivel Superior)	D (Técnicos de Salud)	E (Administrativos Salud)	F (Auxiliares servicios Salud)	TOTAL		ITEM CAPACITACION	FONDOS MUNICIPALES	OTROS FONDOS	TOTAL PRESUPUESTO ESTIMADO			
1.- Fortalecer el Modelo Atención en Salud	Modelo Salud Familiar con enfoque de Redes Integradas de Salud (RISS)	1. Reforzar y actualizar conocimientos en Modelo de Atención con enfoque Familiar y redes Integradas de Salud (RISS) Replicación del curso 2. Reforzar e implementar Enfoque Familiar, de Género e Interculturalidad en todos los Programas de Salud. 3. Reforzar el conocimiento	100 % de los participantes sea capaz de: - Elaborar fichas Familiares. - Realizar Estudios de familia y Revisión de casos con enfoque familiar - Implementar pauta de Riesgo Biopsico social Familiar en Postas	3	5	2		2	2	14	16					Autogestionado: Equipo Postas Rurales	Ps. Betza Inostroza	Abril 2018 Mayo 2018 Junio 2018

Plan de Salud Comunal, San José de Maipo 2017

		nto y aplicación de instrumentos de salud familiar 4. Reforzar conocimientos en elaboración de estudios de familia 5. Generar estrategias para fortalecer el compromiso del personal de salud con el enfoque de la RISS (Replicación de Curso 2017)	Rurales. - Trabajar con enfoque de redes Integradas de Salud - Implementar Carta Compromiso de trabajo con familias.															
2.- Consolidar Modelo de Gestión en Red	Modelo de Gestión en Red	1. Reconocer características del Modelo de Gestión en Red (a través de la Replicación de Curso al equipo). 2. Identificar y utilizar correctamente sistema de	*Los funcionarios que realizan derivaciones deben conocer y utilizar de forma adecuada flujogramas de derivación a especialidades	3	5	2		2	3	15	8					Autogestionado:Equipo Postas Rurales	Ps. Betza Inostroza	Mayo de 2018

Plan de Salud Comunal, San José de Maipo 2017

	Referencia y Contrarreferencia a especialidades, según Guías Clínicas y en sistema Rayen. 3. Reforzar la implementación de procesos y herramientas tendientes a otorgar una atención centrada en el usuario y en el uso de forma eficiente de los recursos	*Realizar correctamente Referencias a especialidades, utilizando de manera eficiente sistema Rayen																
Protocolos Internos, Protocolos Crisis Normativas y No Normativas, Protocolos	1. Mejorar sistema interno de derivación, a través de la homologación de prácticas en relación a los protocolos de derivación correspondiente 2. Reforzar	*Implementar protocolos internos tanto del Área Salud Mental como de otras áreas y ampliarlos al resto del equipo de	3	5	3	2	3	16	10					Autogestionado: Equipo Postas Rurales	Ps. Betza Inostroza	Marzo de 2018 Abril 2018		

Plan de Salud Comunal, San José de Maipo 2017

	de derivaciones Urgencias de Salud Mental, Psiquiatría, Maltrato Infantil y Abusos Sexuales	el abordaje de problemáticas en salud a través del conocimiento de Protocolos Internos 3. Aplicar e incorporar a ficha clínica uso de Protocolos Crisis Normativas y No Normativas MAIS	salud, para aplicarlo s de forma homogénea y correcta *Todos los funcionarios conozcan y apliquen protocolos e incorporen a ficha clínica																	
3.- Fortalecer el funcionamiento del Sistema de Garantías Explícitas en Salud (GES)	Capacitación Actualización en GES	1. Precisar los aspectos técnicos y jurídicos relevantes que incorpora GES. 2. Identificar los protocolos GES de las enfermedades crónicas. 3. Manejar los protocolos y guías clínicas de las	Todos los funcionarios que realizan atenciones GES, deberán: Conocer y/o actualizar, aplicar protocolos y Guías Clínicas de Patologías y Problemas GES	3	5	3	2	3	16	8								Autogestionado:Equipo Postas Rurales	Ps. Betza bé Inostr oza	Julio 2018

Plan de Salud Comunal, San José de Maipo 2017

		patologías y problemas GES.																		
4.- Mejorar la Calidad de Atención y Trato al Usuario	Curso Acreditación y Sistemas de Calidad para APS	*Desarrollar y actualizar competencias para implementar Modelo de Gestión de la Calidad en Atención Primaria, basado en el marco de la Reforma de Salud (a través de Replicación de Curso al equipo). *Aplicación del sistema de acreditación de instituciones prestadoras de salud, con énfasis en la seguridad y los derechos del paciente. * Elaborar	*Aplica Modelo de Calidad en la labor diaria *Aplica en la práctica profesional conceptos del Sistema de Acreditación en Salud * Aplica protocolos para mejorar la atención del paciente .	3	5	3		2	3	16	10							Autogestionado:Equipo Postas Rurales	Ps. Betza Inostroza	Agosto 2018 Septiembre de 2018

Plan de Salud Comunal, San José de Maipo 2017

	y poner en práctica protocolos para la mejora en la atención del paciente.																			
Trato al Usuario	* Reforzar y actualizar conocimientos de Competencias en Salud Familiar, enfoque de redes y satisfacción usuaria * Equipo MAU refuerza conocimientos y prácticas de: 1- Gestión y Atención Integral del Usuario de Atención Primaria de Salud, y 2- Atención de Usuarios en Situaciones Complejas *Increment	*Aplica en todo contexto Derechos y Deberes de los Usuarios. *Aplica Protocolo de atención y trato al usuario. *Adquiere y utiliza competencias necesarias para el trabajo en un centro de salud bajo el Modelo de Salud Familiar y Comunitaria. *Aplica evaluaci	3	5	2	2	3	15	10									Autogestionado:Equipo Postas Rurales	Ps. Betza Inostroza	Mayo 2018

Plan de Salud Comunal, San José de Maipo 2017

	<p>ar competencias técnicas y sociales para optimizar la calidad de atención y trato al usuario. *Desarrollar responsabilidad del Funcionario en relación al respeto de los Derechos y Deberes de los Usuarios. *Aplicar instrumentos de evaluación del grado de satisfacción usuaria con la atención proporcionada</p>	<p>ón de satisfacción usuaria con la atención proporcionada. *</p>															
<p>Capacitación en Bioética</p>	<p>* Reforzar contenidos de Bioética (a través de réplica de Taller) * Dar a Conocer, actualizar y/o aplicar,</p>	<p>*Equipo de salud atiende a usuarios en base a Principios de Bioética.</p>	3	5	2	2	3	15	8					Autogestionado: Equipo Postas Rurales	Ps. Betza Inostroza	mar-18	

Plan de Salud Comunal, San José de Maipo 2017

	cuando correspon da, Principios de Bioética en la atención de usuarios y usuarias	*Implementa en Reunion es técnicas comisión interna de Bioética.																	
Curso Enfoque intercultural en salud	Socializar el enfoque intercultural en salud con la finalidad de promover la inclusión de la población indígena a una atención oportuna, eficaz y respetuosa . Plataforma SIAD	Equipo de salud sensibilizado y capacitado en enfoque intercultural y de derechos humanos, que permita facilitar el ejercicio del derecho a la salud de las personas de otras etnias	3	5	2		2	3	15	27								U-Virtual MINSAL Sistema de aprendizaje a Distancia (SIAD)	Autogestionado por funcionarios

Plan de Salud Comunal, San José de Maipo 2017

<p>Curso Inmigrantes</p>	<p>1. Capacitar a funcionarios de salud en torno a la salud de migrantes en Chile, con enfoque de derechos humanos, determinantes sociales y competencia cultural en salud. Réplica del Curso "La Migración internacional en Chile: bases conceptuales y empíricas para la atención en salud" 2. Curso online MINSAL Kreyol</p>	<p>1. Equipo de salud sensibilizado y capacitado en inmigrantes con enfoque de derechos humanos y la migración como determinante de la salud en los programas nacionales, que permita facilitar el ejercicio del derecho a la salud de las personas inmigrantes. 2. Capacitar en torno a competencias culturales en salud esenciales para</p>	3	5	2	2	3	15	2	<p>Autogestionado: Equipo Postas Rurales</p>	<p>Ps. Betza Inostroza</p>	<p>Abril 2018 Mayo 2018 Junio 2018</p>
-------------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	----	---	--	----------------------------	--

Plan de Salud Comunal, San José de Maipo 2017

		<p>la atención de población migrante internacional, incluyendo procesos de exclusión social, estigma y discriminación, e invisibilización.</p> <p>3. Adquirir conocimientos básicos para comunicarse en Kreyol, contribuyendo a mejorar el acceso universal de salud en población haitiana</p>																		
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Plan de Salud Comunal, San José de Maipo 2017

<p>Abuso sexual en niños, niñas y adolescentes</p>	<p>Actualizar los conocimientos generales con el fin que adquieran un marco conceptual que les permita comprender con mayor profundidad la problemática del abuso sexual en niños, niñas y adolescentes. Réplica de curso Intervención Clínica en Abusos Sexuales y/o Curso U-Virtual SIAD</p>	<p>Realizar abordaje inicial en temáticas de abuso sexual en niños, niñas y adolescentes. Conocer y utilizar redes para derivar casos de abuso sexual</p>	3	5	2		2	3	15								<p>Autogestionado: Equipo Postales U-Virtual MINSAL Sistema de aprendizaje a Distancia (SIAD)</p>	<p>Ps. Betza bé Inostr oza</p>	<p>Marzo 2018, Autogestionado por funcionarios</p>
<p>Prevención del Suicidio</p>	<p>Entregar herramientas para reducir los suicidios en Adolescentes, a partir del manejo de Conceptos Epidemiología,</p>	<p>*Al menos 50% de los funcionarios técnicos y profesionales adquieran o actualicen</p>	2	4	2		2	2	12	20							<p>U-Virtual MINSAL Sistema de aprendizaje a Distancia (SIAD)</p>	<p>SSMS O</p>	<p>Autogestionado por funcionarios</p>

Plan de Salud Comunal, San José de Maipo 2017

		Factores de riesgo suicida, Desencadenamiento de crisis suicida, Detección de riesgo suicida, Mitos sobre el suicidio, Manejo del riesgo suicida (a partir de la realización de un Curso Prevención de Suicidio del Programa de Aprendizaje Autogestionado SIAD).	conocimientos sobre el suicidio, factores de riesgo, mitos y detección para un eficiente manejo del riesgo suicida															
5.- Generar estrategias de Desarrollo Organizacional para el Mejoramiento de la calidad	Taller Ergonomía y Autocuidado en el Trabajo	Entregar conceptos e implicancias sobre: 1- La Ergonomía, las interrelaciones en el sistema trabajo y los efectos de la Ergonomía sobre los	* Cubrir un 80 % del personal para que puedan aplicar medidas preventivas y de autocuidado, durante su jornada laboral.	3	5	2		2	3	15	8				Equipo Sala Rehabilitación	Kinesiólogos Marcos Contreras	Fechas por confirmar	

Plan de Salud Comunal, San José de Maipo 2017

de vida funcionaria.		trabajadores. 2-El autocuidado, los factores ambientales y mentales que inciden en el trabajo. 3-Aplicar medidas preventivas y de autocuidado, durante su jornada laboral.	* El participante modifica su postura ergonométrica para cuidar su salud en el puesto de trabajo.																			
6.- Incorporar Tecnologías de Información y Comunicaciones	Reforzamiento y mejoramiento de uso Sistema Rayen Talleres de Capacitación computacional nivel Básico, Intermedio y Avanzado	*Manejar registros y estadísticas en salud, a través de: a) Aplicación de herramientas de estadística básica. b) Optimizar uso y aplicación de Sistema Rayen. c) Manejo y aplicación de la codificación de Enfermedades.	100% de los funcionarios profesionales: Aplica adecuadamente las herramientas de estadística básica para reducir tiempos en las tareas relacionadas. Utiliza los sistemas computacionales	3	5	3		2	1	14	10							Autogestionado: Equipo Postas Rurales y Gestionar con SSMO		Ps. Betza Inostroza		Fechas por confirmar

Plan de Salud Comunal, San José de Maipo 2017

	ado	des CIE 10. d) Manejo de sistemas computaci onales a nivel usuario: básico, intermedio y avanzado	para mejorar y optimiza r su desemp eño.																
7.- Desarrollar la Gestión Administrativa, Física y Financiera	Gestión directiva y liderazgo de procesos	Curso Herramientas de Gestión Directiva Estructura y gestión estratégica , gestión técnica, administrativa, física y financiera de los establecimientos de salud a cargo. Gestión del Cambio.	Aplicación de marcos legales y reglamentarios en la gestión de recursos físicos y financieros para la estructura y funcionamiento de establecimientos de salud.														SSMSO	SSMSO	Fechas por confirmar
TOTAL ES				38	66	30	0	26	35	193	137								

Observación: Según requerimientos o contingencias internas, se incluirán otras actividades de capacitación durante el año. Así mismo, deberán modificarse fechas planificadas según eventualidades y/o necesidades prioritarias de los centros de salud.

DOTACIÓN 2017**Tabla de dotación actualizada Septiembre 2017**

Cargo	Categoría	N° Funcionarios	Total Horas Semanales
Médico General	A	02	77
Odontólogo/a	A	02	33
Químico Farmacéutico/a	A	01	33
Enfermera/o	B	02	77
Matron/a	B	1	44
Nutricionista	B	1	33
Asistente Social	B	2	77
Sicólogo/a	B	1	44
Asesor Técnico	B	1	44
Técnico Paramédico TENS	C	5	220
TPM Dental	C	1	44
Administrativos SOME	E	2	88
Administrativos	E	2	88
Auxiliar de Servicio	F	4	176
Conductor	F	2	88

CANASTA PRESTACIONES

Salud familiar

7. **Destinadas a la Familia :**
 - d. Consejería familiar
 - e. Visita domiciliaria integral (VDI)
 - f. Educación

8. **Destinada a las parejas :**
 - e. Consejería en salud sexual y reproductiva.
 - f. Control de regulación de fecundidad
 - g. Control prenatal
 - h. Control Puerperio

9. **Destinadas a cada uno de los miembros de la familia**
 - j. Control de salud del niño
 - k. Consulta Nutricional
 - l. Consulta Salud Mental
 - m. Consulta Psicosocial
 - n. Control de salud del adolescente (EMPAD / ficha CLAP)
 - o. Control de salud preventivo del adulto (EMPA)
 - p. Control de salud del adulto mayor (EMPAM)
 - q. Control del climaterio
 - r. Control de salud bucal

10. **DESTINADAS AL SEGUIMIENTO PERIODICO DE INTEGRANTES DE LA FAMILIA QUE PRESENTEN ALGUNA CONDICIÓN DE RIESGO PARA LA SALUD:**
 - l. Consulta por riesgo nutricional
 - m. Control de lactancia materna
 - n. Consulta nutricional
 - o. Control por condiciones de riesgo asociados al embarazo y puerperio
 - p. Control por condiciones de riesgo asociadas a trastornos de salud mental
 - q. Control de déficit de desarrollo psicomotor (Sala Estimulación)
 - r. Condiciones de riesgo sociales y psicosociales
 - s. Intervención psicosocial
 - t. Actividades individuales de prevención de riesgo de caries
 - u. Actividades de prevención de enfermedades gingivales y periodontales
 - v. Actividades de prevención de anomalías dentomaxilares

11. DESTINADAS A AQUELLOS MIEMBROS DE LA FAMILIA QUE PRESENTEN ALGUNA ENFERMEDAD AGUDA O CRONICA.

Pacientes con morbilidad aguda:

- h. Consulta morbilidad
- i. Consulta morbilidad ginecológica
- j. Consulta morbilidad obstétrica
- k. Consulta kinésica
- l. Consulta odontológica
- m. Control cardiovascular (médico, enfermera, nutricionista)
- n. Consejerías (QF, Trabajadora Social)

12. DESTINADAS A APOYAR A ALGUNOS MIEMBROS DE LA FAMILIA PARA PREVENIR CIERTAS CONDICIONES ESPECIFICAS

- g. Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)
- h. Vacunación anti influenza
- i. Vacunación neumocócica
- j. Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC y PACAM)
- k. Laboratorio: Toma de Muestras
- l. Educación grupal

PROGRAMAS DE SALUD

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

- **Profesional a cargo** Beatriz Elena Susarte Villegas
- **Población** Hombres y Mujeres de 10 años y más
- Objetivo**

Descripción del Programa

Se define el término de salud sexual y reproductiva como “la posibilidad del ser humano de tener relaciones sexuales gratificantes y enriquecedoras, sin coerción y sin temor de enfermedad ni de un embarazo no deseado, de poder regular la fecundidad sin riesgo de efecto secundarios, desagradables o peligrosos; de tener un embarazo y parto seguros, de tener y criar hijos e hijas saludables.

El objetivo del programa es contribuir al desarrollo integral, físico, mental y social de la mujer en todas sus etapas del ciclo vital, con un enfoque de riesgo involucrando la promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y autocuidado de su salud, incorporando a la familia de manera activa en cada proceso por el cual atraviesa.

Según la CEPAL el objetivo del Programa Salud Sexual y Reproductiva es: “Promover y proteger la salud y derechos reproductivos de individuos y parejas. Proteger y apoyar la familia en sus diversos tipos. Mejorar la salud de la población, en particular la salud reproductiva, garantizar el ejercicio del derecho de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número y espaciamiento de sus hijos y de disponer de la información, la educación y los medios necesarios para poder hacerlo”.

➤ **Debemos destacar como objetivo específico:**

- Apoyar la institución de la familia cautelando su papel en la socialización de las generaciones futuras y asegurando los medios para que dentro de la misma se difundan valores éticos compartidos y se eduque para la vida cotidiana. Para ello debe tomarse en cuenta la existencia de diversas formas de familia, así como los cambios que experimentan.
- Promover y consolidar programas de educación formal e informal y servicios de información para la paternidad responsable, la vida en familia y la sexualidad.
- Incorporar en el programa de salud sexual y reproductiva educación a la población y planificación familiar medidas para prevenir las infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA.

Diseñar y adoptar modelos de atención integral de la salud reproductiva de los adolescentes, priorizando prestaciones en prevención y promoción de salud dando énfasis en temáticas de Salud Sexual y Reproductiva, Planificación Familiar, Prevención del Embarazo Adolescente, ITS entre otras.

➤ **Prestaciones de salud destinadas a la mujer y familia:**

Son las prestaciones entregadas por la profesional matrona que fomentan, protegen e incentivan la salud de la mujer durante todo su ciclo vital, enfocadas especialmente en su salud reproductiva, sexual y familiar.

Teniendo esto en cuenta se hace necesario saber cuáles son los principales problemas de salud que afectan a la población femenina de San José de Maipo y junto con ellas trabajar en las posibles solución a estas dificultades. Este enfoque debe abarcar en forma integral a la mujer y su entorno para lograr un cambio radical en la atención de salud y así establecer parámetros de satisfacción usuaria que nos permitan estar al nivel de las nuevas políticas de atención primaria, esto es otorgando a la paciente una atención oportuna, personalizada y con altos estándares de calidad con el objetivo de alcanzar un mejoramiento en su calidad de vida tanto personal como familiar.

➤ **Prestaciones:**

- **Control pre concepcional:** se realiza con el fin de orientar a las mujeres en referencia a su posibilidad de embarazo, riesgos y políticas de planificación familiar, para que ella decida informadamente sobre su posibilidad de embarazo.

- **Controles pre natales:** seguimiento a pacientes embarazadas durante su gestación, esta debe ser realizada con un enfoque de riesgo con el fin de detectar precozmente cualquier indicio de patología el cual debe ser oportunamente derivado. Se hace énfasis en la baja tasa de inasistencias al control prenatal, todo esto dado al seguimiento personalizado que se realiza a las pacientes que faltan a 1 control.

-**Regulación de fecundidad:** prestación que básicamente se ve reflejada en el espaciamiento de los embarazos en las parejas y la disminución en los embarazos no deseados.

-**PAP:** Sabemos que el cáncer cérvico uterino es un importante problema de salud pública, por lo cual se implementaron estrategias especiales, como rescate de usuarias con PAP no vigente por medio de llamadas telefónicas y citaciones personalizadas. Horario protegido una vez por semana (día viernes desde las 08:00 hasta las 20:00 horas) para toma de PAP.

En relación a planificación familiar también se observa un aumento en los ingresos a métodos de regulación de fecundidad sobretodo de pacientes adolescentes.

En relación al personal matrona, con la contratación de otra profesional trabajando en extensión horario durante el 2017 se logró aumentar las prestaciones y la continuidad de las atenciones a dicha población.

Cabe destacar que las dos profesionales matronas realizaron pasantías por la Unidad de Patología Cervical y Unidad de Patología de Mamas.

➤ **Brechas y Fortalezas del equipo**

Brechas:

- Dificultad en la conectividad en alguno de los puntos de atención de la red
- Dificultad para resguardar confidencialidad de datos. (por sistema)
- Sectores de difícil acceso por lejanía geográfica.
- Equipo de salud, al no estar informado del múltiple rol de la matrona, puede no dimensionar el trabajo que realiza.

Fortalezas:

- Población acotada, conocimiento de todas las familias y entorno familiar por parte del equipo
- Atención integral gracias a poder contar con mayor disponibilidad de tiempo de atención por usuario.
- Calidad humana de la comunidad.
- Buena relación de las matronas con la comunidad y en particular con las usuarias.
- Encargada del programa competente, capacitada y en actualización permanente.
- Permanencia y continuidad laboral de la encargada.
- Constante apoyo de la red asistencial
- Coordinación interdisciplinaria entre el equipo de salud.
- Habilidad para establecer buena comunicación con las usuarias y usuarios

Posibilidad de docencia en campo clínico, con incorporación de internas e internos que favorece y fortalece el trabajo cotidiano.

➤ **Objetivo General**

- Promover un modelo de salud integral que incorpore la pareja y familia en actividades de promoción, fomento, recuperación y rehabilitación de la salud.

➤ **Objetivo específico**

- Orientar a la mujer, la pareja y la familia para el ejercicio de una paternidad responsable y sexualidad saludable.
- Prevenir la aparición de afecciones que alteran la salud de la mujer, a fin de mejorar la calidad de vida en las diferentes etapas del ciclo vital.
- Fomentar la mantención de las condiciones biológicas, psicoafectivas y sociales de la población.
- Contribuir a la promoción de estilos de vida saludable y autocuidado de la mujer y su entorno.
- Dar a conocer a la comunidad las actividades preventivas que se ofrecen dirigidas a la mujer y su entorno.
- Facilitar a nivel comunitario espacios preventivos en el área.

➤ **Beneficios para la comunidad**

-IMPACTO DIRECTO:	AFECTA A:
Prevenir ocurrencia de parto prematuro	Gestantes con factores de riesgo de parto prematuro y su red de apoyo
Incentivar el ingreso a control de la diada antes de los 10 días de vida del recién nacido	Madre, hijo y su entorno más cercano

Fomentar la lactancia materna exclusiva los primeros seis meses	Madre y recién nacido en el post parto.
Pesquisa precoz de ITS y VIH / SIDA	Población activa sexualmente.
Tamizaje de cáncer de mamas	Mujeres de 35 años (mamografía)
Tamizaje de Cáncer Cervico-uterino	Mujeres 25 y 64 (PAP)
Disminución de número de gestaciones adolescentes.	Adolescentes con actividad sexual sin control de regulación de fecundidad
Consejerías de salud sexual y reproductiva	Transversal para toda la población hombre y mujeres desde los 10 años en adelante
Control Joven Sano	Aplicación de fichas clap a adolescentes entre 14 a 19 años, en establecimientos educacionales.

➤ **RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO:**

1. Prevenir ocurrencia de parto prematuro:

Hasta la fecha se ha presentado un solo caso de parto prematuro (usuaria derivada oportunamente en el segundo control prenatal a PARO por antecedente biomédicos de riesgo).

2. Incentivar el ingreso a control de la diada antes de los 10 días de vida del recién nacido:

El 100% de las diadas fueron ingresadas antes de los 10 días de vida de recién nacido (un 50% fueron evaluados por pediatra privado antes de los 10 días)

3. Fomentar la lactancia materna exclusiva los primeros seis meses:

El 80% de los lactantes esta con lactancia exclusiva desde el nacimiento hasta los 6 meses de vida durante el 2017.

4. Pesquisa precoz de ITS y VIH / SIDA:

Hasta el momento (septiembre 2017), el 100% de los exámenes VIH /SIDA procesados resultaron negativos, con respecto a VDRL, el resultado fue uno con titulaje (1:32) el cual fue derivado a infectología del Hospital Sotero del Rio, de acuerdo a la norma técnica y dos reactivos débiles que fueron tratados oportunamente y siguen bajo control según norma técnica.

5. Cobertura del PAP:

- Reducir el número de mujeres de 25 a 64 años sin PAP vigente:

Número logrado de Mujeres de 25 a 64 años inscritas con PAP Vigente a Junio 2017	% de Cumplimiento de la meta Corte Junio 2017	Cobertura Junio 2017	Número logrado de Mujeres de 25 a 64 años inscritas con PAP Vigente a Agosto 2017	% de Cumplimiento de la meta Corte Agosto 2017	Cobertura Agosto 2017
449	104	73	478	110	77

De acuerdo al análisis la cobertura de PAP está cumplida, dado que la negociación era un 80% y a agosto 2017 según informe enviado por SSMSO, llevábamos 110%.

Cabe destacar que a la fecha solo se ha pesquisado un NIE II (pre cáncer in situ), el cual fue rescatado, notificado y derivado a UPC.

6. Cobertura mamografía y EFM:

- Reducir el número de mujeres de 35 años y más, sin control de mamografía anual.

Resultado del EFM. Considerar las mujeres con EFM protocolizado, realizado en el en el año 2017.

Durante el año 2017 en la evaluación semestral y de acuerdo al lineamiento del MINSAL se han efectuado 856 EFM todos dentro de límites normales.

- Evaluación de programa de imágenes diagnósticas y examen de medicina preventiva, año 2017:

	N de exámenes según edad de las mujeres					
	TOTAL	< 35 AÑOS	35 -49 AÑOS	50-54 AÑOS	> 55 AÑOS	
N° de mamografías solicitadas	74					
Mamografía informadas según birads	Informadas	60				
	Birads 0	0	0	0	0	
	Birads 1 y 2	56	0	28	6	22
	Birads 3	4	0	2	1	1
	Birads 4, 5 o 6	0	0	0	0	0
N° de ecografías mamarias solicitadas	9					
N° de ecografías mamarias con sospecha de malignidad	3		1	1		

Se presenta evaluación 2017 que está aún en proceso. Se destaca que el programa 2017 se está desarrollando al igual que años anteriores con el traslado de usuarias del Volcán y San Gabriel con movilización de la corporación, gestión apoyada por la Dirección de área de salud de la corporación municipal de san José de Maipo.

Hasta la fecha (septiembre 2017), usuarias que se han realizado examen mamográfico (77), detectándose hasta el momento 3 resultados sospechosos de malignidad, que fueron derivados oportunamente a la Unidad de Patología de Mamas y están en tratamiento en dicha especialidad.

7. Disminución de número de gestaciones adolescentes:

De los 21 ingresos a control prenatal 2017, no hay gestantes adolescentes (menores de 17 años)

8. Consejerías realizadas en el programa salud sexual y reproductiva, tales como:

1. Actividad física
2. Alimentación saludable
3. Tabaquismo
4. Consumo de drogas
5. Salud sexual y reproductiva
6. Regulación de fecundidad
7. Prevención de VIH e ITS
8. Otras áreas

Es importante mencionar que con la participación y apoyo de las internas de obstetricia y puericultura en las consejerías de salud sexual y reproductiva, se obtuvo un incremento considerable en las consejerías, debido a las intervenciones educativas que se han realizado en colegios, grupos de adulto mayores, talleres, jornadas y clínicas educativas; además de las consultas

intrabox obteniendo un número de 6.648 de consejerías hasta la fecha (septiembre 2017).

9.- Detección precoz de gestantes con factores de riesgo biomédico, derivadas a nivel II.

Se detectaron 4 gestantes con riesgo biomédico y se derivaron las 4 oportunamente. (2 Diabetes gestacional, 1 hipertensión y un riesgo de parto prematuro).

10.- Mantener número de mujeres con capacidad de auto-cuidado y preparadas para el parto y crianza, con participación de pareja

De las 21 gestantes bajo control hasta la fecha el 100% está preparada. En todos los controles se realiza educación dirigida a temáticas relacionadas.

11.- Estimular el apego y crianza facilitando el acompañamiento de la pareja a control prenatal.

De 112 controles prenatales hasta la fecha 98 controles fueron con acompañantes. (87.5%)

12.- Vigilancia por aumento peso en gestación (gestantes malnutrición por exceso)

Del total de gestantes bajo control 10 presentaban mal nutrición por exceso las que fueron derivadas a nutricionista, por lo tanto el 100%.

13.- Detección depresión en el embarazo (Aplicación de pauta de Edimburgo al ingreso)

De los 21 ingresos a control de embarazo al 100% se le aplicó dicha pauta.

14.- Aumentar detección consumo de drogas en gestantes (aplicación pauta EPSA)

De los 21 ingresos a control de embarazo al 100% se le aplicó dicha pauta, no pesqu岸ando gestante con consumo de drogas.

15.- Seguimiento gestantes riesgo psicosocial (Visita Domiciliaria Integral)

De los 21 ingresos a control de embarazo se detectan 3 gestantes con riesgo psicosocial las que fueron derivadas e intervenidas por la dupla psicosocial. Cabe destacar que a la fecha 2 de estas gestantes ya son puérperas y se encuentran aún en programa psicosocial.

16.- En relación a exámenes críticos (ITS, VIH) se les solicitaron a todas las gestantes que ingresaron, no existiendo exámenes positivos.

17.- Control puerperio (binomio madre – hijo)

De los 22 ingresos de puérperas 20 de ellas ingresaron con sus recién nacidos antes de los 10 días de vida, lo que corresponde al 90.9%.

18.- Aumentar la cobertura de adolescentes en control de regulación de fecundidad

A la fecha solicitaron 92 adolescentes Método Anticonceptivo y el 100% ingreso al programa de regulación de fecundidad, obteniendo un aumento considerable también en las consejerías en salud sexual y reproductiva. Lo que aumento además adolescentes con doble protección (MAC y preservativo.) lo destacado anteriormente a la fecha no tenemos embarazo adolescente, ITS y VIH/SIDA.

19.- Aumentar % de acceso a control ginecológico en mujeres mayores de 10 años.

A la fecha aumentamos en un 42% de mujeres mayores de 10 años que ingresan al programa control ginecológico.

20.- Mantener cobertura mujer etapa climaterio (45 a 64 años)

A la fecha tenemos un aumento en la cobertura de un 38%.

GRAFICOS

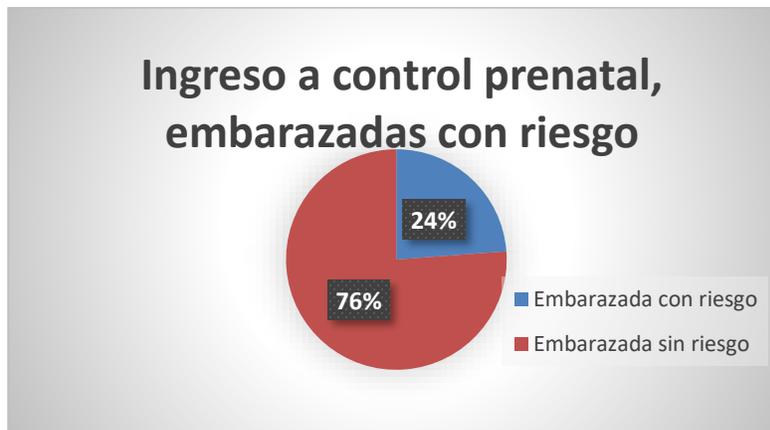
Control prenatal con acompañante en postas rurales.

Con acompañante	Sin acompañante	Total
76	41	117



Ingreso a control prenatal, embarazadas con riesgo

Embarazada con riesgo	Embarazada sin riesgo	Total
5	16	21



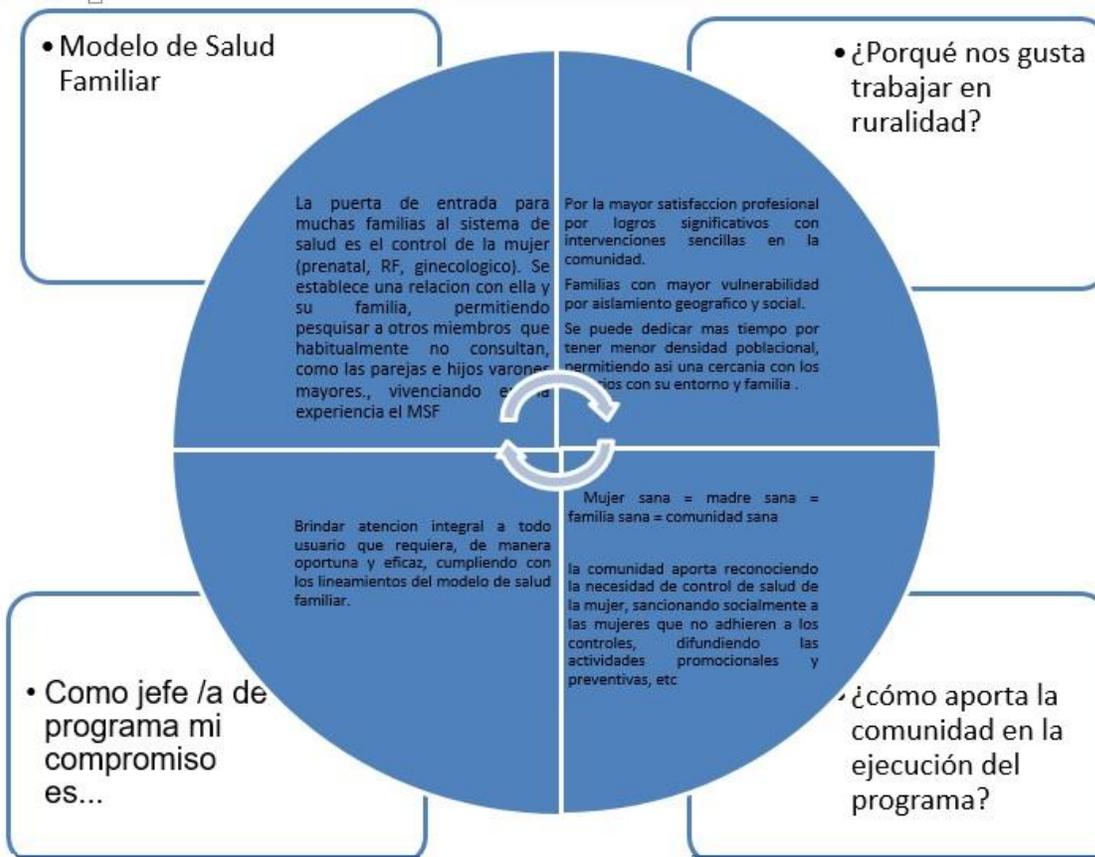
RIESGO EN EMBARAZADAS

1.- DEPRESION	2.- INGRESO TARDIO	3.-OTROS RIESGOS	TOTAL
2	2	1	5



¿Cómo aporta el programa al Modelo de Salud Familiar?

El programa de salud sexual y reproductiva es considerado un pilar fundamental para el Modelo de Salud Familiar, ya que está enfocado a la atención integral personalizada, humanizada, continua y oportuna proporcionada a la mujer y su entorno en todo el ciclo vital, con un enfoque de riesgo que contemple la pesquisa, promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y autocuidado de su salud.



Buenas prácticas

Programa de la mujer en las postas rurales presenta a la dirección dos buenas prácticas, las que han sido exitosas y muy bien evaluadas por la comunidad.

1. Talleres a gestantes de las tres postas en una modalidad novedosa, interactiva y con la participación de todo el equipo de salud, con la participación e integración de internos/as de los diferentes estamentos.



ce



2.-Programa Piloto de educación sexual en escuela fronteriza de San Gabriel a cargo de Matrona encargada del programa e internas de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Iberoamericana, dirigido a alumnos de 7ª y 8ª de dicho establecimiento, cabe destacar que este piloto se está ejecutando desde hace tres años, el que ha sido muy bien evaluado por los alumnos, profesores y apoderados.





DESAFIOS 2018

I.- AREA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

a) Fortalecer la calidad de atención de nuestras usuarias y sus parejas en la etapa del embarazo.

- Mejorar la vigilancia del proceso reproductivo y detectar precozmente a las embarazadas con algún factor de riesgo o patología, utilizando sistemáticamente el apoyo de las guías clínicas vigentes.
- Identificar población de embarazadas en riesgo Parto Prematuro, detectando precozmente síntomas o signos para referirlas oportunamente a nivel secundario, considerando que es una patología AUGE.
- Mantener la coordinación interdisciplinaria entre los equipos maternal y odontológico.
- Incrementar el porcentaje de “Control Prenatal con Pareja” dentro de lo que sea posible dadas las características socio demográficas de nuestra población.

- Potenciar el rol del padre y/o persona significativa para la embarazada en los procesos de gestación y nacimiento a través de la participación de las actividades prenatales del programa Chile Crece Contigo.
- Favorecer intervenciones tendientes a detener el aumento de malnutrición por exceso en embarazadas y Puérperas, derivación interna a nutricionista a todas las embarazadas y puérperas que ingresan a control.

b) Salud de la Mujer y el Recién Nacido

- La salud de las madres y los recién nacidos están intrínsecamente relacionadas, de modo que prevenir sus muertes requiere la aplicación de intervenciones similares, entre estos está el control preconcepcional, la atención prenatal, la asistencia del parto por personal calificado (derivación oportuna para que el parto ocurra en el centro hospitalario) , el acceso a una atención obstétrica de emergencia cuando sea necesario (traslado y derivación al centro asistencial en forma oportuna), educar a la madre en relación a la importancia del control del binomio antes de los diez días de vida del recién nacido y la atención al recién nacido y su integración en el sistema de salud.
- La APS se presenta como el mejor escenario para implementar acciones desde etapas tempranas de la vida.

c) Salud Infantil

- El seguimiento a la trayectoria del desarrollo de los niños / as se inicia con la atención integral proporcionada a la madre, al padre o algún adulto significativo para la madre y a su hijo o hija en el control de la diada.
- Coordinación multidisciplinaria para el seguimiento de esta diada, de acuerdo a evaluación en el primer control.

d) Salud del Adolescente

- La salud del adolescente debe ser abordada con enfoque de determinantes sociales; por lo que se deben elaborar estrategias y lineamientos de modo de lograr una serie de objetivos con el fin de fortalecer las redes familiares y comunitarias como factores protectores de las conductas de riesgo, motivar a estos a que accedan a consejerías en Salud Sexual y Reproductiva, incentivar el ingreso a control en regulación de fecundidad a Adolescentes hombres y mujeres con vida sexualmente activa, logrando así disminuir los embarazos adolescentes.
- Importante es la educación y talleres en los colegios, cabe destacar la intervención que se realiza en la Escuela Fronteriza de San Gabriel en donde Internas de La Escuela de Obstetricia y Puericultura De La Universidad Iberoamericana implementaron un piloto de Clases de Educación Sexual para alumnos de 7º y 8º año, el cual ha sido muy bien evaluado por Profesores, Alumnos / as y Apoderados.
- Toda intervención en Adolescentes debe ser abordada desde nuestro equipo interdisciplinario de salud por lo que la coordinación entre estos es fundamental.

e) Salud de la población bajo control de paternidad responsable

Aumentar el ingreso al programa de regulación de la fecundidad de usuarios sexualmente activos que no se encuentran en esta población.

f) Climaterio y Salud Sexual en el Adulto Mayor

La mujer en etapa de menopausia está expuesta a factores de riesgo que disminuyen con prácticas de autocuidado, por lo que se realizaran este tipo de actividades acorde a las necesidades de la población, y así poder ofrecer una mejor calidad de vida en este importante periodo.

f) Prevención de ITS, VIH/SIDA.

- Las Infecciones de Transmisión Sexual conforman un grupo heterogéneo de patologías que comparten la vía sexual como mecanismo predominante de transmisión. Su importancia en salud pública radica en el impacto que tienen en la salud sexual y reproductiva en hombres y mujeres, especialmente en la salud materno-infantil, donde la prevención de la sífilis congénita es una prioridad sanitaria. Por otra parte, una de las poblaciones vulnerables priorizadas en el contexto de la prevención del VIH/SIDA, son las mujeres.
- Continuar con la realización de examen de screening para VIH a embarazadas, y a todo usuario/a que lo solicite en forma espontánea, que incluye consejería pre y post test, según norma.
- Capacitación permanente en la implementación del sistema de toma de exámenes, de La profesional Matrona y de un TENS encargado de la toma de muestras de laboratorio.
- Continuar con la capacitación en consejería en VIH / SIDA de todos los profesionales que se van incorporando al equipo de salud, lo que hará más más directo y confidencial el acceso al examen de detección.

II.- ÁREA DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLE Y DE SALUD CARDIOVASCULAR

a) Cáncer Cervicouterino (CaCu)

Seguir aumentando la cobertura de PAP vigente, en mujeres de 25 a 64 años; es una prioridad sanitaria ascendente.

- Nuestro compromiso dice relación con la pesquisa precoz de neoplasia intraepitelial y la referencia a nivel secundario para tratamiento oportuno.
- El protocolo AUGÉ actualizado garantiza que toda mujer con PAP (+), o sospecha clínica de cáncer cervicouterino derivada desde el nivel primario de atención, sea atendida por especialista del nivel secundario de atención (Unidad de Patología Cervical) en un plazo máximo de 30 días desde su derivación.

- **Garantía de acceso**

- Todo beneficiario
- Mayor de 25 y menor de 65 años, tendrá acceso a realización de PAP cada 3 años
- Con sospecha, tendrá acceso a confirmación diagnóstica.
- Con confirmación diagnóstica, tendrá acceso a tratamiento y seguimiento.
- Con recidiva tendrá acceso a confirmación diagnóstica, tratamiento y seguimiento.

- **Garantía de oportunidad**

Tamizaje:

- Resultado con informe de examen de PAP para beneficiarios de 25 y menor de 65 años dentro de 30 días desde la indicación.

Diagnóstico:

- Confirmación diagnóstica dentro de 40 días desde la sospecha.
- Etapificación: dentro de 20 días desde la confirmación diagnóstica.

Tratamiento:

- Lesión pre-invasora: dentro de 30 días desde confirmación diagnóstica.
- Cáncer invasor: dentro de 20 días desde etapificación.
- Tratamientos adyuvantes: dentro de 20 días desde la indicación médica.

Seguimiento:

- Primer control dentro de 90 días desde indicación médica
- El monitoreo permanente de esta actividad en el sistema Citoexpert nos permite claridad en el cumplimiento de las metas comprometidas.

- Compromiso para el año 2018 es aumentar la cobertura de PAP y para ello se reforzaran las estrategias de Pesquisa como actualizando datos de pacientes con PAP atrasado, citación personalizada a la toma del examen, visita domiciliaria a usuarias inasistentes, operativos y difusión para la toma de este examen. Importante para estas actividades es el apoyo de las Internas de Obstetricia de la Universidad Iberoamericana.

b) Cáncer de mamas.

- **Garantía de acceso**

Toda (o) beneficiaria(o) de 15 años y más

- Con sospecha, tendrá acceso a confirmación diagnóstica.
- Con confirmación diagnóstica, tendrá acceso a tratamiento y seguimiento.
- Con recidiva, tendrá acceso a confirmación diagnóstica, tratamiento y seguimiento.

- **Garantía de oportunidad**

Diagnóstico:

- Dentro de 45 días desde sospecha con resultado de mamografía. En caso de evidencia clínica de cáncer, no será exigible la mamografía y el plazo máximo para esta prestación igualmente será de 45 días desde la sospecha.
- Etapificación dentro de 45 días desde la confirmación diagnóstica.

Tratamiento:

- Primario: dentro de 30 días desde confirmación diagnóstica.
- Tratamientos adyuvantes: dentro de 20 días desde la indicación médica.

Seguimiento:

- Primer control dentro de 90 días desde indicación médica.
- Durante el año 2018 se espera potenciar el trabajo en red, fortaleciendo los espacios de coordinación y focalizar adecuadamente el recurso disponible en mamografías y ecotomografías mamarias en los grupos de mayor riesgo, mejorando el seguimiento y la evaluación de los resultados, así como la referencia al nivel secundario en los casos que corresponda.
- Para el desarrollo de este programa se firmó convenio con un prestador acreditado (Imágenes Diagnosticas) que desde hace 5 años está atendiendo a nuestras usuarias siguiendo los protocolos de derivación según norma ministerial destacar lo importante que ha sido el traslado de todas las usuarias que deben tener el examen vigente en las localidades de San Gabriel y El Volcán, programa bien evaluado por las usuarias.

c) Las Enfermedades cardiovasculares

- En el control Ginecológico otro de los desafíos 2018, será continuar pesquizando a las mujeres con riesgo Cardiovascular priorizando en edades de 45 a 64 años a cargo de matrona esta actividad (Examen de Salud Preventivo del Adulto) EMPA, la derivación interna a Medico, Enfermera y/o Nutricionista, nos permite un seguimiento adecuado de las usuarias con riesgo cardiovascular.

- **III.- ÁREA DE SALUD MENTAL**

- a) Detección, diagnóstico y tratamiento integral de las mujeres con depresión gestacional y post parto.

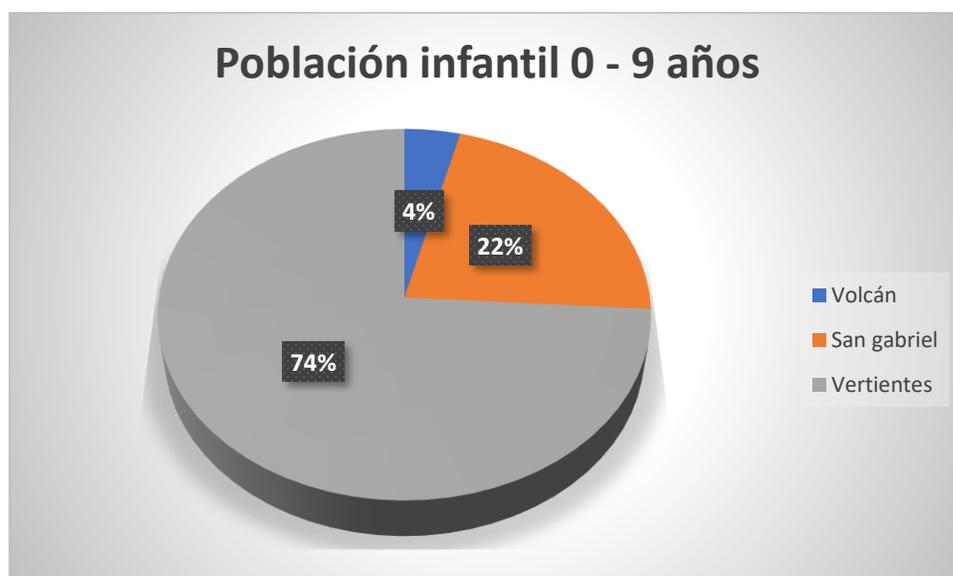
- b) Pesquisa y derivación de embarazadas cuya pauta EPSA presenta factores de riesgo.
- c) El Abordaje interdisciplinario de la problemática de la mujer, a través de prácticas intervención preventiva:
 - Potenciar la “Consejería familiar” como herramienta que permite la búsqueda de medios para enfrentar sus diferentes crisis vitales.
Ofrecimiento de espacios de reflexión y acción tendientes al desarrollo personal de nuestras mujeres en las distintas etapas del ciclo vital.

PROGRAMA DE SALUD INFANTIL

Población postas san José de Maipo

La comuna de san José de Maipo, cuenta con 13.376 habitantes, según el Censo del año 2002, representa el 0,22% del total de población regional y un 2,56% del total de la Población de la Provincia de Cordillera. La Comuna de San José de Maipo posee la menor cantidad de Población a nivel Provincial, aun cuando concentra la mayor superficie regional.

Además cabe destacar que a la fecha la población infantil desde el censo 2002 ha disminuido considerablemente debido a la transición demográfica que atraviesa el país en donde de 3.291 niños habidos el año 2.002 a la fecha hay 2.923 niños entre 0 a 14 años. Las postas de salud rural san de José de Maipo actualmente atienden 281 niños entre 0-9 años por programa infantil. Concentrándose la mayor cantidad en vertientes (74%) y distribuyéndose el resto de la población de la siguiente manera: San Gabriel (22%), El Volcán (4%).



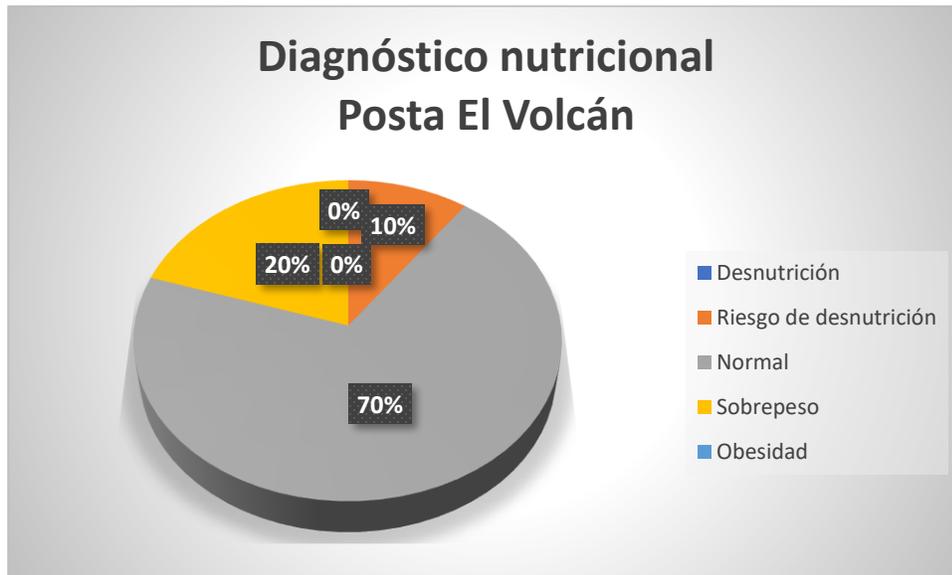
Diagnostico nutricional.

Hasta los años sesenta en Chile había desnutrición. Entre 1960 y 2000 Chile logró erradicar la desnutrición infantil, al pasar desde una prevalencia de 37,0% a 2,95 en niños y niñas menores de seis años, incluyendo la desnutrición leve. Una serie de factores explican el favorable desempeño de Chile en el combate a la desnutrición infantil, los que de manera sinérgica contribuyeron a erradicarla. Sin embargo, en pleno siglo XXI se ha registrado un aumento de la prevalencia de la obesidad en niños menores de 6 años, de 10,3 a 11% (años 2015 y 2016). Casi un cuarto de esos niños tiene sobrepeso, el 10% ya tiene la condición de obesidad y el 34% presenta malnutrición por exceso de peso. Chile tiene una larga y exitosa historia de políticas públicas en nutrición. La prevalencia actual de desnutrición crónica en menores de 6 años controlados en el sistema público de salud es sólo 2%, muy por debajo del promedio de la región. El que los niños se encuentren en sobrepeso u obesidad es por falta de actividad física y la ingesta de alimentos ricos en

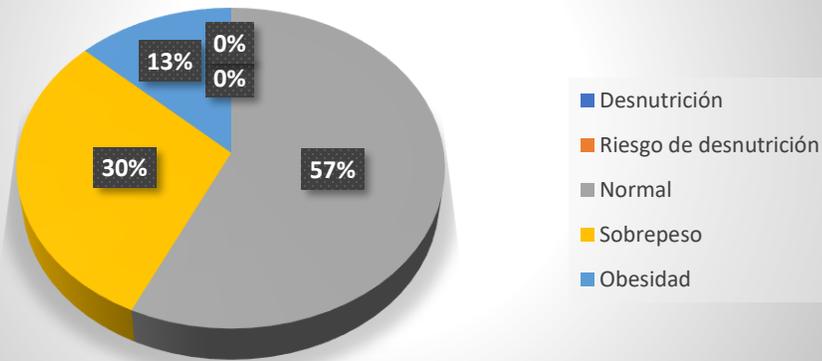
Si esto lo llevamos a nuestras postas en vertientes niños de 167 niños el 66% se encuentra en su peso adecuado mientras que el 19% se encuentra en sobrepeso, 12% obesidad, 2,4% en riesgo desnutrición, 1,2% en desnutrición, mientras que en

san Gabriel 57% peso adecuado, 30% de la población infantil se encuentra en sobrepeso y un 13% en obesidad, acá no se encontraron índices de desnutrición ni riesgo de desnutrir. En la comunidad de El Volcán 70% peso adecuado, 20% en sobrepeso y 10% riesgo de desnutrir. En las 3 postas se concentró mayoritariamente el sobrepeso y obesidad en los niños de 0 a 41 meses.

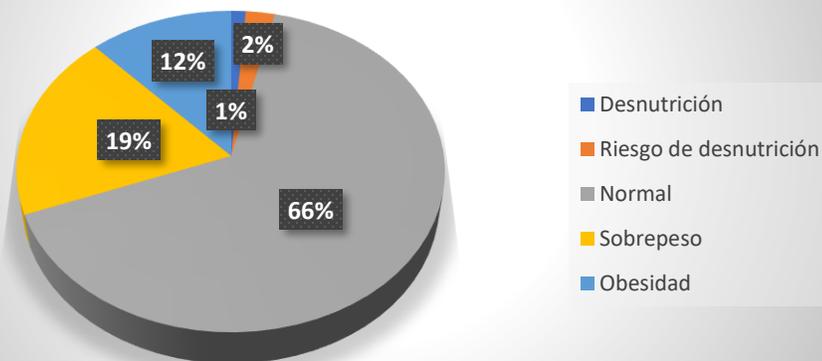
En comparación a años anteriores ha habido disminución en sobrepeso y obesidad, lo que habla bien de las actividades promocionales y preventivas que se han dado a través de charlas grupales, atención en box, cabe destacar en cuanto al riesgo desnutrición es baja, y se encuentra a nivel país.



Diagnóstico nutricional San Gabriel



Diagnóstico nutricional Posta Las Vertientes



Análisis y logros año 2017

Durante el año hubo un aumento porcentual en cuanto a niños con peso adecuado debido a tener más controles nutricionales y mayor educación en box de parte del equipo médico y de enfermería.

En controles de niño sano la presencia de padres fue disminuyendo a medida que los niños van creciendo, en donde después en la mayoría de los casos vienen acompañados solo por las madres o abuelos.

Taller nadie es perfecto se ha hecho dos veces al año en donde se busca cubrir el 5% de la población bajo control, y con esto logramos el objetivo.

Dentro del análisis se ha logrado vacunar sobre el 85% de la población infantil y el 99% menores de 1 año se encuentran con sus vitaminas sean las ACD y/o ferrigot, un muy bajo porcentaje de padres y madres refieren, no dar vacunas ni vitaminas por encontrar que son exógenas a nuestro cuerpo.

Todo lactante menor de dos meses se le ha hecho pesquisa de sospecha displasia de caderas, eso gracias en medida a equipo SOME y laboratorio imágenes diagnósticas.

Brechas detectadas.

- 1.- Baja considerable de controles en época de invierno.
- 2.- Falta de infraestructura para controles: espacio no adecuado, para aplicar ciertas pautas tales como test de snellen, tumbling E, Tepsi, pesas pediátricas.
- 3.- Porcentaje menor de padres no quiere inmunizar a sus hijos.
- 4.- Falta toma presión arterial en niños de 3 a 9 años.
- 5.- Al ser zona rural se carece de eficiente locomoción colectiva, lo que dificulta conectividad.

Desafíos 2018.

- Integrar a enfermero en control binomio o díada, para tener una mayor visión y conocimiento sobre antecedentes del parto.
- Mejorar las derivaciones en cuanto a pautas alteradas (Edimburgo, SCORE IRA).
- Alcanzar 70% programa CERO caries, en menores de 3 años.
- Mayor rescate de población que no asiste a controles.

Objetivos.

- Continuar con avance en la integralidad buscando salud física en niños en sus ámbitos biosicosocial en actividades promocionales y preventivas primando la educación y el fortalecimiento de crianza respetuosa y del apego seguro, para una sociedad más sana.
- Mantener o disminuir la obesidad infantil favoreciendo lactancia materna exclusiva hasta el 6to mes.
- Promover la adquisición de hábitos saludables y actividad física tempranamente, como factores protectores.
- Disminuir alteraciones en el desarrollo infantil.
- Mantener logros alcanzados en la prevención de enfermedades transmisibles.
- Disminuir discapacidad mental en madres menores de 1 año.
- Aumentar las personas con factores protectores para la salud.

Actividades programadas promocionales:

- Educación y consejerías en controles de salud y responder dudas que puedan presentar los padres.
- Talleres masaje hindú realizado por matrona especialista, para fortalecer sistema inmunológico y cautelar lazos afectivos.
- Taller de crianza “nadie es perfecto” 3 veces al año.
- Aumentar el número de talleres de educación grupal a padres y/o cuidadores respecto del año anterior (talleres desarrollo sicomotor, cuidados básicos del niño, enfermedades respiratorias, primeros auxilios).
- Aumentar la cobertura de aplicación de la pauta de factores de malnutrición por exceso.

Actividades preventivas.

- Control sano en las siguientes etapas de la vida:
- <10 días control díaada.
- 14 días control peso por nutricionista.
- 21 días control peso enfermero.
- 1 mes control médico: pauta neurosensorial, control peso

Bibliografía

No hay ninguna fuente en el documento actual.

- , vitaminas ACD hasta año de edad, SCORE de IRA. realizar screening auditivo
- 2 meses: se solicita Rx caderas para descarte, sospecha displasia de caderas, escala Edimburgo para pesquisar síntomas o signos depresión. SCORE de IRA, realizar screening auditivo
- 3 meses: Con radiografía en mano medico realiza descarte, sospecha o seguimiento Displasia de caderas. SCORE de IRA

- 4 meses: control enfermero, se aplica pauta factores de riesgo malnutrición por exceso hasta los 6 años, vitaminas de fierro, pauta breve (descartar problemas desarrollo sicomotor). SCORE de IRA
- 5 meses: control nutricionista. SCORE de IRA.
- 6 meses: Control con enfermero, se agrega alimentación complementaria, almuerzo + postre e ingreso Leche purita fortificada. SCORE de IRA, primer control dental
- 8 meses: Control con enfermero, aplicación EEDP.
- 10 meses: control nutricionista.
- 12 meses: Control enfermero, aplicación pauta breve, inmunizaciones.
- 15 meses: control nutricionista, aplicación pauta breve.
- 18 meses: enfermero Inmunizaciones, aplicación EEDP.
- 21 meses: control nutricionista, aplica pauta breve.
- 24 meses: control enfermero y dental aplica pauta breve e inicio pasta dental.
- 2 años y 6 meses: control nutricionista.
- 3 años: control enfermero Tepsi y examen pie plano, en podoscopio.
- 3 años y 6 meses: control nutricionista
- 4 años: control enfermero y dental.
- 4 años y 6 meses: control nutricionista.
- 5 años: control enfermero.
- 5 años y 6 meses: control nutricionista
- 6 años: control enfermero y dental.
- 7 años: control nutricionista
- 8 años: control enfermero.
- 9 años: control nutricionista.

Continuar con inmunización calendario de vacunas 2017.

Talleres preventivos de salud mental consumo problemático de alcohol y drogas en menores de 10 años.

Talleres preventivos de violencia de género en menores de 10 años.

Visitas domiciliarias interdisciplinarias para niños con sus familias que presenten riesgo biosicosocial, fortaleciendo Modelo salud familiar.

Toma rx caderas en pacientes 3 meses.

Uso de porteo seguro, ayudara a una mayor aducción de las caderas.

Tratamiento.

- Manejo en salud mental en la detección de madres con escala Edimburgo alterado, y derivación a nivel secundario niños con síndrome déficit atencional hiperactivo.
- Seguir con manejo de niños asmáticos crónicos y síndrome bronquial obstructivo crónico recurrente con médico, derivación a sala IRA además de realizar visitas domiciliarias integrales.
- Potenciar el manejo de niños detectados con déficit en el desarrollo sicomotor con calificaciones de rezago, riesgo o retraso en la sala de estimulación itinerante.
- Manejo de malnutrición por exceso o déficit en conjunto con equipo (enfermera, nutricionista, médico).
- Tratamiento kinesiólogo y médico: ejercicios posturales en cuanto alteraciones pie plano y escoliosis con respectiva derivación a especialista si fuese necesario.
-

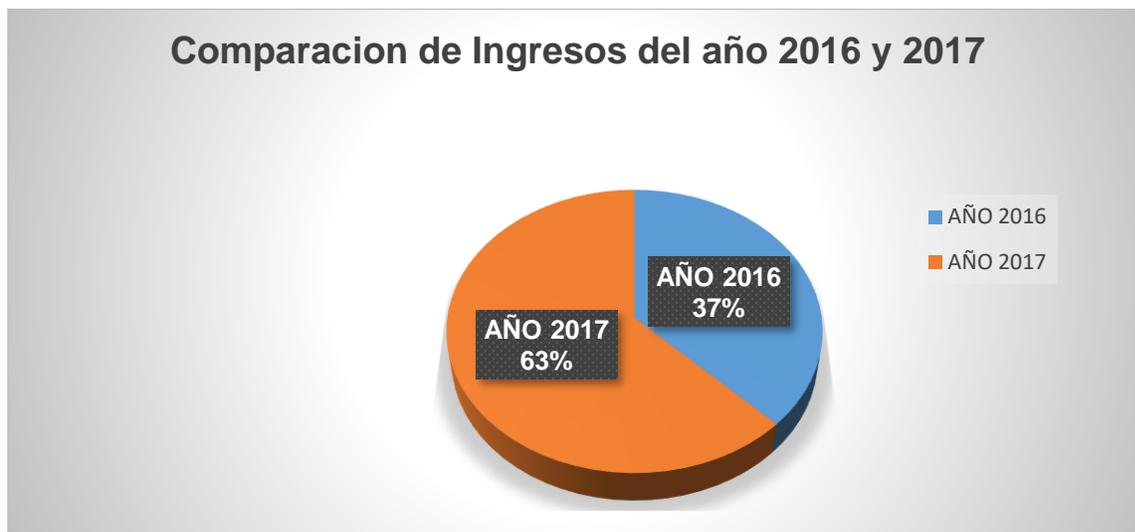
Sala de Estimulación Itinerante

La Educadora de Párvulos se encuentra trabajando en las tres postas de salud rural de la comuna san José de Maipo. Se realiza estimulación itinerante porque no se cuenta con el espacio físico y tampoco con el material adecuado para una sala de estimulación, en la posta las vertientes se utiliza una sala multiuso para hacer el trabajo con los niños/as, en la posta de san Gabriel y volcán se ocupa un box.

La Educadora de Párvulos es la encargada de trabajar con los niños, niñas, padres, madres y cuidadores en la estimulación del desarrollo psicomotor que permita

prevenir, reducir y atender cada una de las necesidades individuales de alteración en su desarrollo psicomotor de cada niño/a.

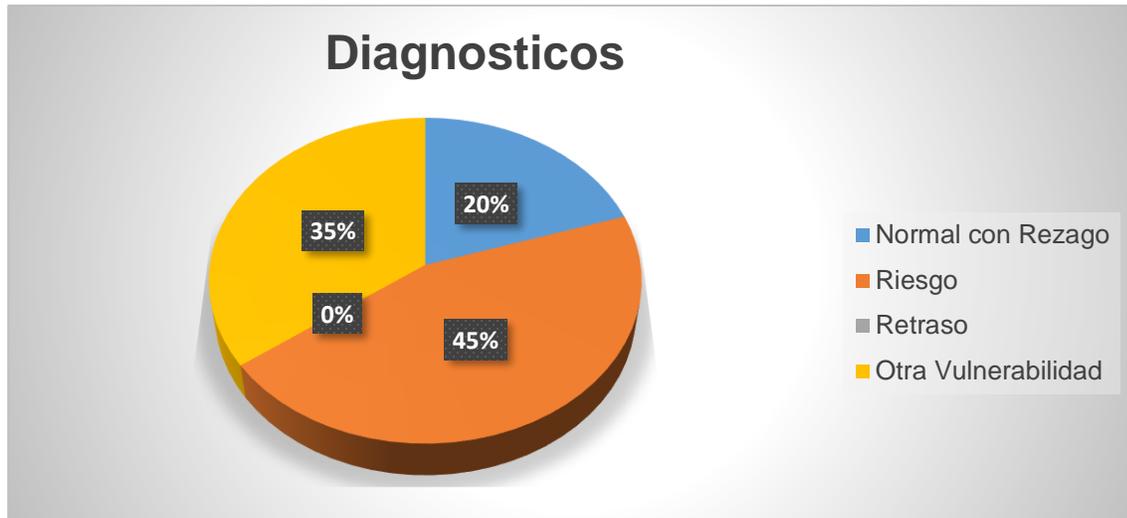
Durante el año 2016 ingresaron a sala de estimulación un total de 12 niños(as), sin embargo a octubre 2017 los ingresos han experimentado un aumento de 20 niños (as), gracias a la coordinación que se ha generado entre la encargada del programa infantil y la educadora de párvulos, encargada de la sala, con el objetivo de entregar esta prestación a todos los niños(as) que lo requieran.



Durante el año 2017 hubo un total de 30 niños y niñas derivados a la Sala itinerante y de ellos ingresaron un total de 20 desde el mes de enero hasta septiembre, de los 20 ingresos se dieron de alta 7 niños/as .



Ingresos y Egresos por diferentes diagnósticos: Normal con rezago, Riesgo, Retraso, Otra vulnerabilidad.



Durante el año 2017 se han hecho 3 ingresos a nivel secundario.

ACTIVIDADES QUE REALIZA LA EDUCADORA DE PARVULOS

.Evaluación a los niños y niñas que ingresan a la sala aplicando pauta de cotejo fonoaudiológico y pauta de terapia ocupacional.

.Consejería individual sobre el desarrollo psicomotor y crianza

.Visitas Domiciliaria a familias con niños /as que presenten dificultades o alteraciones en su desarrollo psicomotor. Énfasis en el fomento del juego interactivo, evaluación del ambiente del desarrollo y de estimulación del desarrollo psicomotor.

.Derivaciones a niños y niñas a jardines infantiles de la comuna.

.Recuperación a niños/as con alteraciones en su desarrollo.

- .Co-facilitadora del Taller Nadie es Perfecto y futura facilitadora.
- .Coordinadora de las derivaciones a la sala de estimulación del Hospital san José de Maipo.
- .Taller de promoción temprana del desarrollo motor y lenguaje.
- .Atención al niño o niña con déficit en su desarrollo integral.
- .Derivar a medico si este necesita un especialista que lo evalué.

Chile Crece contigo

Desde el 2015 las Postas de Salud Rural cuentan con Educadora de Párvulos quien es la coordinadora del Subsistema del Chile Crece Contigo y realiza atención de salud al niño y niña en situación de vulnerabilidad y/o alteración en su desarrollo integral, visitas domiciliaria integral (VDI) para las familias con niños y niñas menores de 9 años en situación de vulnerabilidad para su desarrollo biopsicosocial, derivación de los niños y niñas a modalidades de apoyo al desarrollo infantil disponibles en la Red comunal , encargada de solicitar el material de apoyo de los profesionales del equipo ChCC , digitadora de la plataforma del ChCC y realiza trabajo con toda la Red comunal del Chile Crece Contigo y realizar actividades de promoción. Dentro del equipo de las postas contamos con enfermero, matrona, trabajadora social, nutricionista, psicóloga y educadora de párvulos.

programa nacional de inmunizaciones (PNI)

El país cuenta desde 1978 con un Programa Nacional de Inmunizaciones. Este ha permitido la disminución de la morbilidad y mortalidad de las enfermedades inmunoprevenibles contribuyendo a la disminución de la mortalidad infantil.

Entre sus logros más destacados se encuentran la erradicación de la Viruela (1950), de la Poliomieltitis (1975) y eliminación del Sarampión (1992).

El Programa Nacional de Inmunizaciones posee un enfoque integral y tiene como objetivo prevenir morbilidad, discapacidad y muertes secundarias a enfermedades inmunoprevenibles, a lo largo de todo el ciclo vital.

Objetivo:

Aumentar y mantener las coberturas de vacunas a través de:

Calidad y seguridad de las inmunizaciones.

Calidad y oportunidad de vacunas.

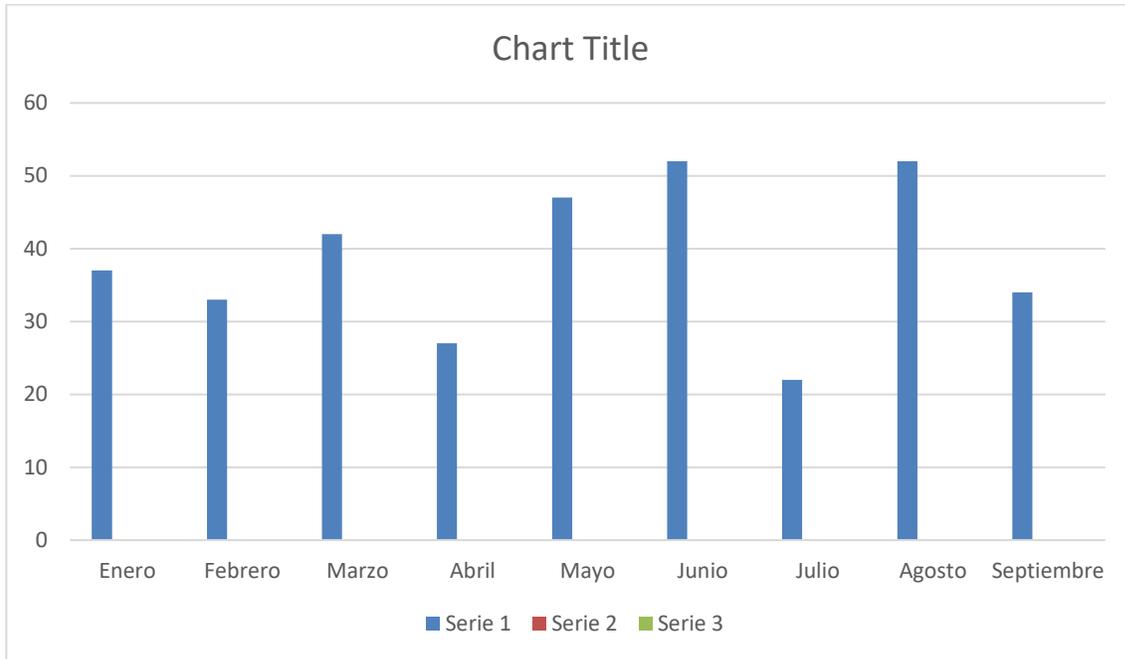
Evaluación de nuevas estrategias:

- Consejería y derivación a vacunatorio en los diferentes controles de salud, según calendario PNI.
- Durante las campañas coordinación con jardines infantiles y colegio solicitando las nóminas de los distintos niños/as para previo asistir al establecimiento, revisar RNI.
- Visita adultos mayores en sus respectivas sedes.
- Monitoreo semanal de las campañas.

En los últimos 4 años se ha observado un aumento de casos de tos convulsiva (coqueluche) en lactantes menores de 6 meses, por lo cual se requiere ampliar la protección de la enfermedad al feto desde el embarazo según lo anterior desde el 3 de octubre se inicia campaña de vacunación contra difteria, tetanos y coqueluche (Dtpa) a las embarazadas desde la 28° semana hasta los 10 días de nacido del lactante.

También hay que señalar que en la actual campaña de vacunación contra Influenza 2017 se administraron 1135 vacunas tanto en adultos como en niños desde los 6 meses a 5 años 11 meses y 29 días, crónicos, manteniendo la meta país y poniendo a disposición todos los recursos existentes para cubrir la necesidad de la población de SJM.

Además, durante el año 2017 se administraron 346 vacunas por plan de inmunización al mes de septiembre.



CALENDARIO DE VACUNACIÓN 2017

EDAD	VACUNA	PROTEGE CONTRA
Recién Nacido	BCG	Enfermedades invasoras por <i>M. tuberculosis</i>
2 meses	Pentavalente	Hepatitis B Difteria, Tétanos, Tos Convulsiva Enfermedades invasoras por <i>H. influenzae</i> tipo b (Hib)
	Polio inyectable	Poliomielitis
	Neumocócica conjugada	Enfermedades invasoras por <i>S. pneumoniae</i>
4 meses	Pentavalente	Hepatitis B Difteria, Tétanos, Tos Convulsiva Enfermedades invasoras por <i>H. influenzae</i> tipo b (Hib)
	Polio oral	Poliomielitis
	Neumocócica conjugada	Enfermedades invasoras por <i>S. pneumoniae</i>
6 meses	Pentavalente	Hepatitis B Difteria, Tétanos, Tos Convulsiva Enfermedades invasoras por <i>H. influenzae</i> tipo b (Hib)
	Polio oral	Poliomielitis
	Neumocócica conjugada (sólo prematuros)	Enfermedades invasoras por <i>S. pneumoniae</i>
12 meses	Tres Vírica	Sarampión, Rubéola y Paperas
	Meningocócica conjugada	Enfermedades invasoras por <i>N. meningitidis</i>
	Neumocócica conjugada	Enfermedades invasoras por <i>S. pneumoniae</i>
18 meses	Pentavalente	Hepatitis B Difteria, Tétanos, Tos Convulsiva Enfermedades por <i>H. influenzae</i> tipo b (Hib)
	Polio oral	Poliomielitis
	Hepatitis A*	Hepatitis A
Adultos de 65 años y más	Neumocócica	Enfermedades invasoras por <i>S. pneumoniae</i>
VACUNACIÓN ESCOLAR		
1° Básico	Tres Vírica	Sarampión, Rubéola y Paperas
	dT _p (acelular)	Difteria, Tétanos, Tos Convulsiva
4° Básico	VPH	Infecciones por Virus Papiloma Humano**
5° Básico	VPH (segunda dosis)	Infecciones por Virus Papiloma Humano
8° Básico	dT _p (acelular)	Difteria, Tétanos, Tos Convulsiva

* Sólo para la Región de Arica y Parinacota, Tarapacá y algunas comunas de Biobío, debido a su epidemiología.

** Cáncer cervicouterino, verrugas genitales y otras enfermedades asociadas a VPH.



LLAME A SALUD RESPONDE
600-360-7777
PROFESIONALES DE LA SALUD ATENDIENDO SUS LLAMAS LAS 24 HORAS,
LÍNEA ABIERTA LOS 7 DÍAS DE LA SEMANA.



vacunas.minsal.cl

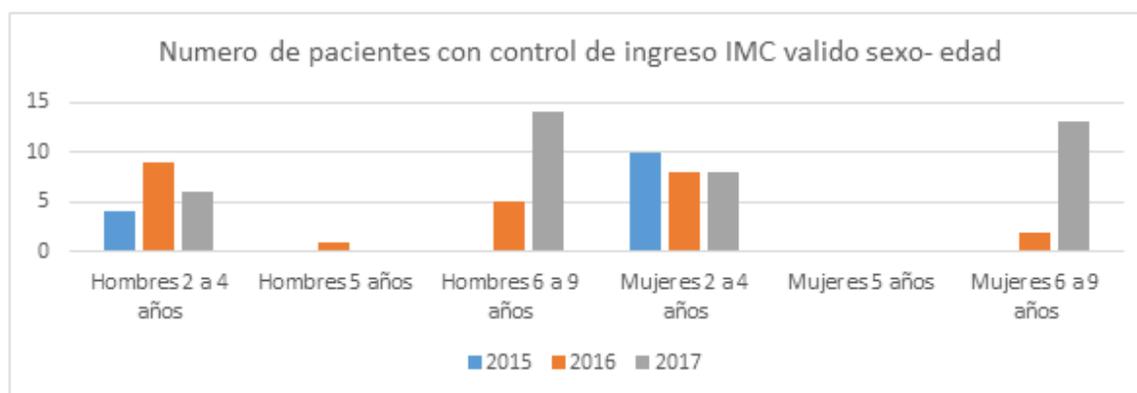


En comparación al año 2016 se ha logrado un incremento en la administración de vacunas del PNI 346 en relación con el año pasado que fueron inmunizado 320 personas.

Vida sana prevención de enfermedades no trasmisibles en Niños (2 a 9 años)

La estrategia del Programa Vida Sana, tiene un enfoque comunitario e interdisciplinario, realizando las actividades en el entorno educativo u otras organizaciones distintas al centro de salud, para lo cual se requieren alianzas estratégicas con diferentes instituciones públicas y privadas que cumplen un importante rol en los hábitos de vida saludable.

En el contexto del Programa Vida Sana, se realizan intervenciones, en este rango etario, con el objetivo de controlar factores de riesgo para la cronicidad. En el 2015, se realiza convenio con jardín infantil JUNJI y área de educación de la corporación municipal de SAN José de Maipo y derivaciones de los distintos profesionales con los que se trabaja en equipo. En el año 2016 se mantiene la estrategia de ingresos al programa, incluyendo jardines infantiles de otras localidades de la comuna, además se realiza una asociación con el área de deportes de la Ilustre Municipalidad de San José de Maipo, por lo cual aumentan los usuarios incorporados al programa. En el año 2017 La estrategias fue mantener los jardines JUNIJI y aumentar los establecimientos educaciones de la comuna (Grafico 1.a).



Como se observa en 2017, los ingresos al medir IMC aumentado fue de 41 niños/as, al finalizar la intervención de este periodo es de 14 niño/as con IMC aumentado, lo que significa una mejora del 66%. En síntesis; el programa vida sana cumple con el objetivo general, de intervenir en la población objetivo para disminuir o controlar los factores de riesgo de adquisición de alguna de las enfermedades no transmisibles de mayor prevalencia en el país.

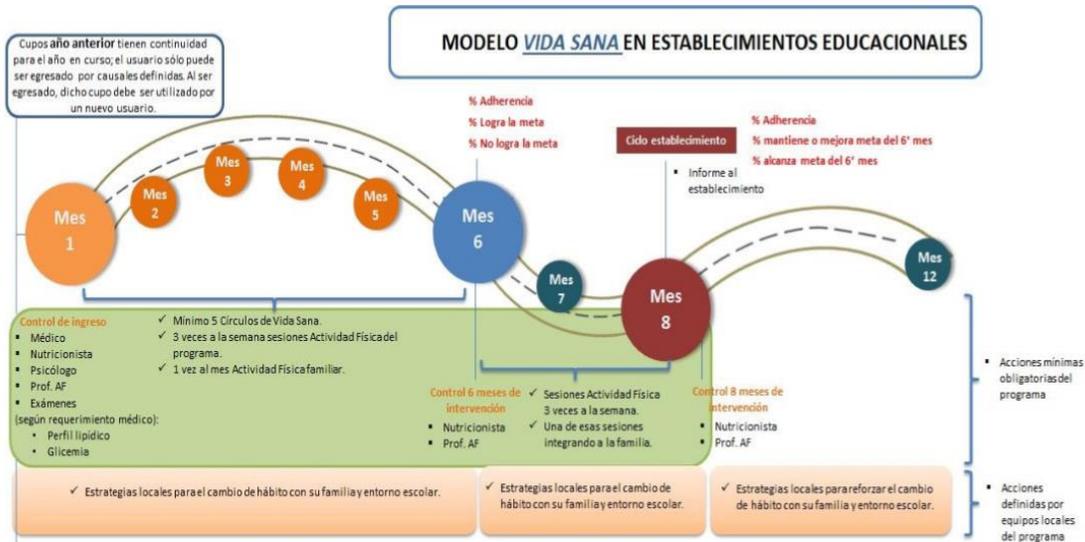


Línea promocional participativa 2018

- Talleres participativos y preventivos entregados a los apoderados
- Talleres didácticos entregados a los menores por todo el equipo multidisciplinario
- Intervenciones masivas con diferentes dinámicas a presentar (apoyo feria Día del niño/a SJM)
- Incorporaciones de monitoras de salud (personas significativas al establecimiento educacional) para la realización de buena práctica “educando nutrimos” con piloto del 2017 a todos los establecimientos a intervenir.
- Escuela de verano febrero 2018.

Línea preventiva socio educación 2018

- Calendario del año escolar potenciando que la estrategia se lleve a cabo de preferencia en establecimientos educacionales (Escuela, Salas Cunas y Jardines Infantiles).
- Prestaciones: Nutricionista (3 controles), Psicóloga (2 controles), Médico (1 control de ingreso), Kinesiólogo (actividad física y evaluaciones durante todo el año).
- Exámenes de perfil metabólico.



Salud Oral Infantil

Programa Población en control con enfoque de riesgo odontológico (CERO)

Nuestro país presenta una gran prevalencia de patologías orales, donde la caries dental y la enfermedad periodontal son los principales problemas de salud bucal. En Chile se ha enfrentado la caries dental con un enfoque mayoritariamente restaurador, sin embargo, se ha demostrado que este enfoque basado en la operatoria clásica por sí solo, no logra controlar la enfermedad. De ahí nace el programa Población en control con enfoque de riesgo odontológico (CERO), el cual pretende realizar controles odontológicos de salud según riesgo y con metas de cobertura de población sana, aumentando así la cantidad de ésta población, con el objetivo de mantenerla saludable, dejando atrás el programa control odontológico del niño sano y abandonando la lógica de “altas odontológicas”.

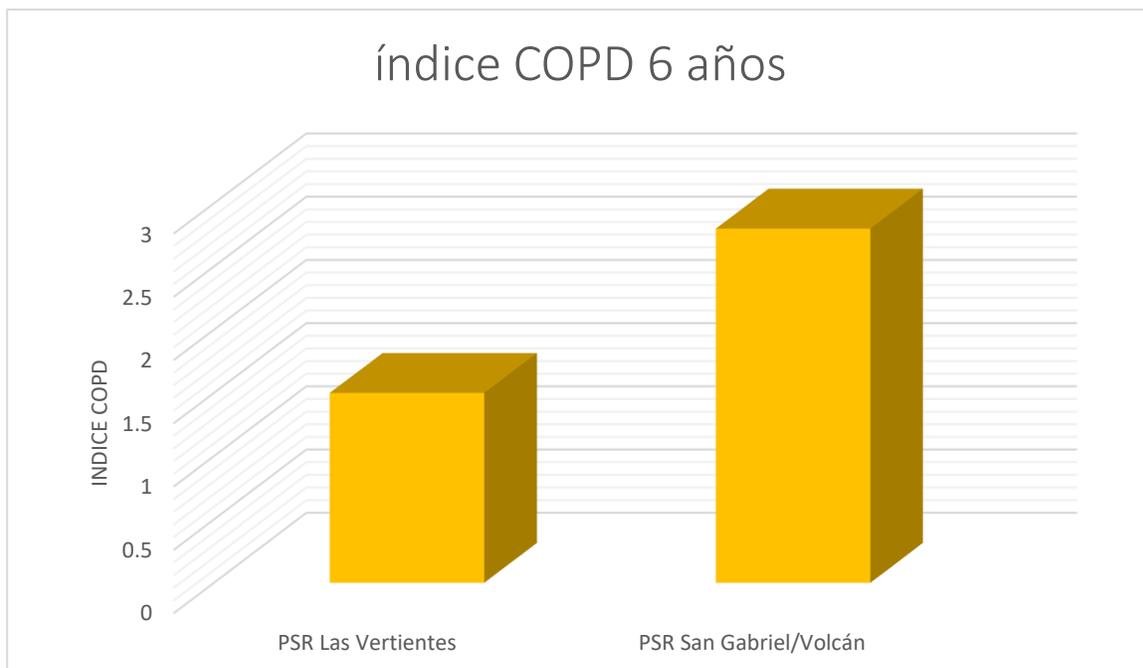
Durante el año 2017, debido a la reciente incorporación del programa, se solicitó establecer una línea basal de usuarios menores de 3 años con índice ceod 0 (en ausencia de caries dental) incorporados al programa, contabilizando con corte septiembre 18 niños y niñas ingresados. Sin embargo, en la matriz de cuidados a lo largo de la vida se ha informado una meta del 70% de niños y niñas menores de 3 años libres de caries para el año 2018, proyectándose un ingreso de 38 usuarios al programa durante el próximo año.

Salud Oral Integral de niños y niñas de 6 años

Los 6 años es una de las edades priorizadas dentro del ciclo vital, debido a que a esta edad los niños y niñas inician la dentición mixta, siendo necesario un buen diagnóstico que permita planificar la conservación de los dientes temporales hasta su exfoliación natural y la aplicación de medidas de prevención específicas en dientes definitivos recién erupcionados o la pesquisa precoz de patologías para su recuperación, junto con la entrega de información apropiada para el cuidado de su salud bucal. El hecho de mantener las piezas dentarias temporales sanas disminuye el riesgo de anomalías dento-maxilares, patologías de difícil resolución, alto costo y altamente demandadas por la población una vez instaladas.

En San José de Maipo se realizan esfuerzos importantes para la atención de este grupo etario. Para lograr las atenciones de la población inscrita validada, se han generado fuertes lazos con el sector Educación, permitiendo que el equipo de salud visite los establecimientos y envíe notificaciones a los padres por medio de libretas de comunicaciones. Sumado a ello, al igual que durante el año 2016, la Posta Las Vertientes atiende en extensión horaria, con la finalidad de que acudan aquellos hijos de padres, que por temas de horario laboral, no podían asistir a sus horas odontológicas.

A la fecha se han realizado el 54,5% de las altas odontológicas, con una proyección al mes diciembre del 81,8%, considerando que nuestra meta anual es del 79% en base a nuestra población inscrita validada.



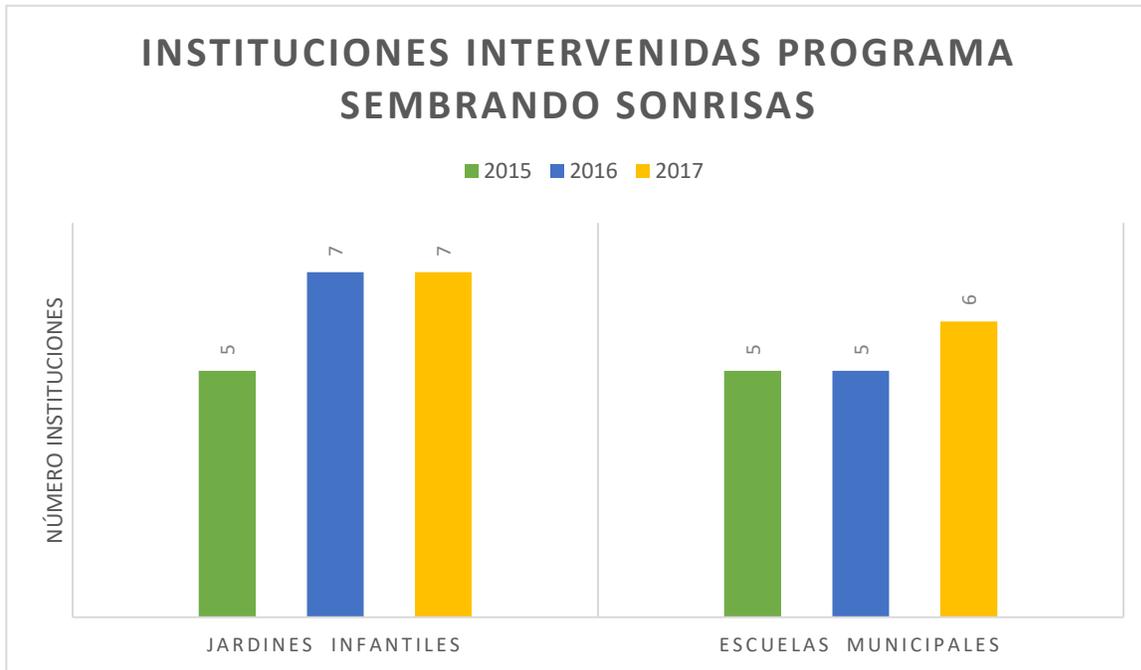
En el gráfico podemos observar el índice COPD (cantidad de dientes cariados, obturados y perdidos) promedio de usuarios de 6 años pertenecientes a la Posta de Salud Rural San Gabriel y Las Vertientes. El análisis permite determinar que se requieren más medidas de prevención y promoción en San Gabriel, ya que la población se encuentra con mayor daño odontológico acumulado, situación que podría cambiar con la incorporación del programa CERO, sumado a estrategias locales que se formularán durante el año 2018.

Programa sembrando sonrisas (PRAPS)

El programa sembrando sonrisas es un programa diseñado con el fin de aumentar la cobertura de niñas y niños con medidas específicas de promoción y prevención en salud bucal, incorporando además un examen de salud oral para monitorear su impacto.

Este programa, implementado desde el año 2015 a nivel nacional, tiene como objetivo principal mantener y mejorar la salud bucal de la población parvularia perteneciente a JUNJI, Fundación Integra y niveles de pre-kínder y kínder (NT1 y NT2) de escuelas municipalizadas y subvencionadas, en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y comunitaria. Esta estrategia pretende reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en niños y adolescentes, con énfasis en la población más vulnerable, como señalan los objetivos sanitarios para el año 2020.

En San José de Maipo, desde el año 2016 el programa Sembrando Sonrisas se implementa en la totalidad de las escuelas municipalizadas y jardines infantiles JUNJI-INTEGRA, incorporándose este año 2017 a la Escuela San Alfonso, que años anteriores no presentaba estudiantes con la edad de inclusión del programa.



Una de las incorporaciones más importantes del programa Sembrando Sonrisas para el año 2016 consistió en un examen de salud oral, el cual permitirá monitorear su impacto y poder comparar índices de salud oral.

Durante el primer semestre del año 2017 se realizaron 389 aplicaciones de flúor barniz en niños preescolares de la comuna, programando duplicar la cifra para diciembre del año 2017. El acceso a barniz de flúor es considerado en niños de alto riesgo, un elemento inhibidor de caries (Marinho V. et al, 2003), y es recomendado tanto para pacientes de alto riesgo cariogénico (menores de tres años con caries de inicio precoz), y escolares con piezas definitivas en erupción, como para tratamiento de remineralización en lesiones incipientes, entre otros (MINSAL, 2008b). Según el consenso internacional vigente, el acceso universal a los fluoruros es parte de los derechos humanos básicos en salud (WHO, FDI y ADR, 2006).

Respecto al componente promoción en salud, desde el año 2016 se incorporó un show de títeres, presentado en cada uno de los establecimientos, con la finalidad de lograr estimulación auditiva, visual y kinestésica, como recurso para el aprendizaje de manera divertida y amena referente a los temas de alimentación saludable y salud oral. Este último componente será presentado como buena práctica en salud en diciembre del 2017.

La Participación social Infantil

Los niños y niñas de San José de Maipo son el eje fundamental para generar cambios relevantes en materia de salud, es por esto que la participación infantil supone “colaborar, aportar y cooperar para el progreso común”, así como generar en los niños, niñas y jóvenes confianza en sí mismos y un principio de iniciativa. Además, la participación infantil ubica a los niños y niñas como sujetos sociales con la capacidad de expresar sus opiniones y decisiones en los asuntos que les competen directamente en la familia, la escuela y la sociedad en general. De igual forma, la participación infantil nunca debe concebirse como una simple participación de niños y niñas, sino como una participación en permanente relación con los adultos, y debe ser considerada como un proceso de aprendizaje mutuo tanto para los niños como para los adultos.³(UNICEF).

Los espacios de participación donde los niños y niñas pueden desarrollarse son a nivel familiar, escolar y a nivel local

Es por esto que el trabajo con las redes tanto familiares, sociales y locales toman relevancia, ya que la coordinación con redes a nivel comunal es de vital importancia a la hora de llevar a cabo el proceso participativo, el nivel escolar es la principal red que desarrolla y trabaja la participación de estos.

Las instituciones educativas son la puerta de entrada en la entrega de conocimientos, e instar a que los niños y niñas aprendan la importancia de la participación. Es importante destacar que los niños y niñas y familias con las cuales se interviene y participan, provienen de diversas realidades familiares y en situación de vulnerabilidad social, pudiendo presentar factores de riesgo que obstaculicen su desarrollo integral. En este contexto, es crucial que los Equipos Directivos, tanto de salud como de educación organicen y/o fortalezcan las redes internas y externas, además de establecer relaciones con organizaciones presentes en su comuna, de manera que activen una red articulada para la atención de casos o acciones que escapen a las competencias directas de su red interna. De este modo, la red de educación puede contar con una serie de apoyos para hacer frente a los diferentes problemas que deba enfrentar, y que no son exclusivos al ámbito educativo, sino que consideran dimensiones psicosociales, de salud, legales, u otros, lo que complejiza aún más su tratamiento. Hacer uso de las redes genera un trabajo colaborativo, ya que también pueden aportar a otras instituciones apuntando a un mismo objetivo, que es el bien común de la población desde distintas perspectivas. El objetivo de generar articulación entre educación y salud y las redes de apoyo a nivel local, se relaciona con la necesidad de promover acciones de prevención, capacitación, procedimiento de identificación y de derivación de casos según las problemáticas psicosociales.

La participación, es uno de los elementos más relevantes y de consideración primordial para asegurar el respeto de las opiniones de los niños y plantea que todos los niños y niñas tienen el derecho a ocupar un papel activo en la comuna de San

José de Maipo. De igual forma, es por esto que promocionar y desarrollar la participación infantil fomentara que se construya un futuro alentador para todos y todas donde se incluya el diálogo y el intercambio de puntos de vista en el cual los niños asuman cada vez mayores responsabilidades.

Principales Actividades:

Vacaciones de Inviernos en tu Posta: taller de ajedrez y mándalas

Taller de Huerto medicinal inclusivo

Mural Comunitario

Taller de Habilidades Parentales

Salud Mental de Niños y Niñas

Respecto de los aspectos promocionales y preventivos, se han realizado intervenciones en temáticas de salud mental, en establecimientos educacionales, jardines infantiles y escuelas de la comuna, realizando charlas y talleres para alumnas y alumnos, para madres, padres y/o apoderados, así como profesionales docentes y paradocentes a cargo.

Además dentro de las intervenciones terapéuticas se realizan consejerías individuales y familiares en estilos de vida saludable, habilidades parentales, control de impulsos, en crisis normativas y no normativas. Prevención de violencia escolar (bullying) y violencia cibernética (grooming). Intervenciones para prevenir maltrato infantil y abuso sexual en intervenciones individuales, familiares y también comunitarias, estas últimas realizadas por dupla Psicosocial de Programa Salud Mental Comunitaria.

Dupla Psicosocial de Salud Mental Integral participa de manera activa en Política de Estado Chile Crece Contigo, realizando intervenciones preventivas, terapéuticas y visitas domiciliarias integrales.

Además se han llevado a cabo estudios de familia para mejorar el abordaje de casos.

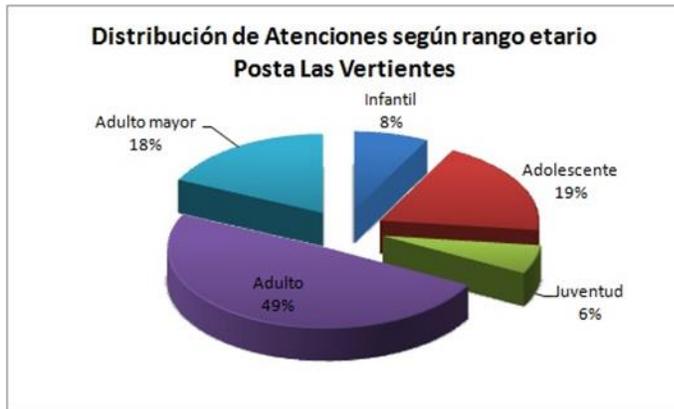
Se ha realizado seguimiento a casos en atención tanto en redes de infancia comunales como territoriales.

Favorece la incorporación al equipo de Trabajadora Social que trabajó en infancia en Programa PPF Viviendo en Familia. (Programa de Prevención Focalizada).

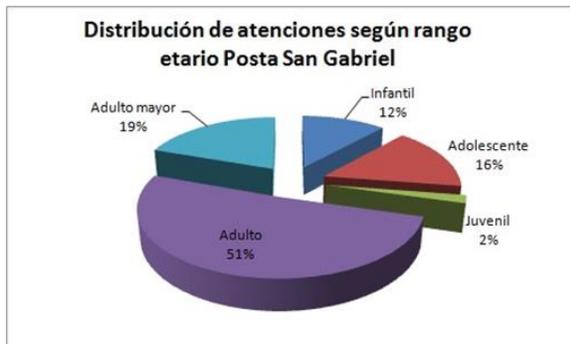
Además se realiza abordaje a madres derivadas por Escala de Depresión Post Parto Edimburgo, alterado. Para proveer un mejor entorno emocional a los niños y niñas lactantes.

En casos de mayor complejidad se revisan casos en Consultoría y/ o derivación a COSAM de San José de Maipo, que cuenta con equipo especializado en infancia con Psiquiatra y Psicólogo Infantoadolescente. En casos de vulneración grave de derechos, se deriva a la Oficina de Protección de Derechos (OPD) de San José de Maipo.

Población Infantil en control de Salud Mental



En posta Las Vertientes la población infantil representa al 8% de los usuarios en control en Programa Salud Mental.



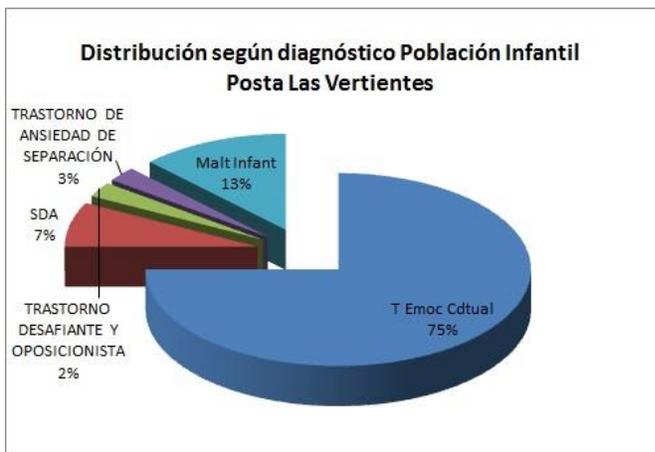
En posta San Gabriel la población infantil representa al 12% de los usuarios en control en Programa de Salud Mental.



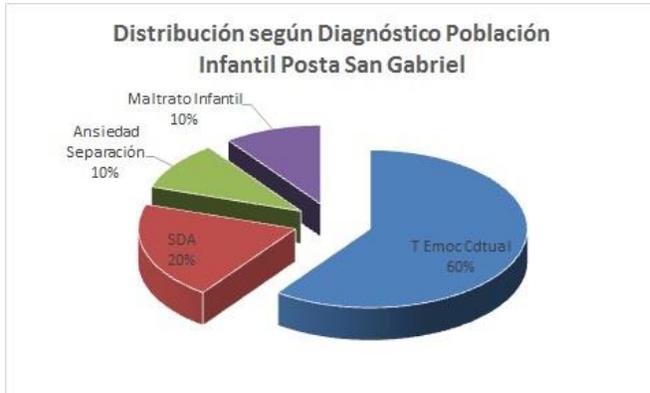
En Posta El Volcán la población infantil corresponde al 15 % del total de usuarios en tratamiento en programa de Salud Mental. Hay mayor población adulta y adulta mayor, y baja población infantil ya que por motivos educacionales, las familias en general optan por trasladarse a pueblos más cercanos a escuelas

Tratamiento

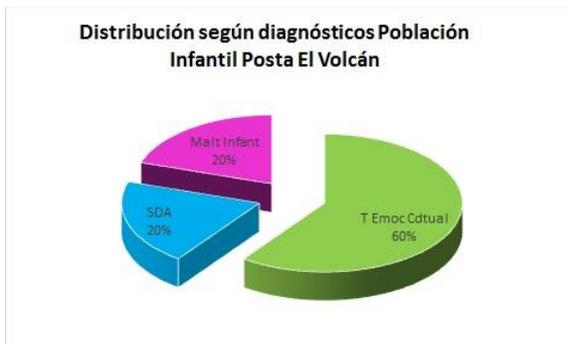
.Respecto de los diagnósticos abordados, encontramos que:



En Posta Las Vertientes la mayor prevalencia es Trastorno emocional y del comportamiento en la infancia, seguido por factor de riesgo y condicionante de la salud mental el maltrato infantil por negligencia o por falta de habilidades parentales que se trabajan terapéuticamente y en los casos que ha correspondido han sido derivados a OPD y/o COSAM. Se ha trabajado esta temática en talleres para madres, padres y/o cuidadores por parte de dupla Psicosocial del Programa Salud Mental Comunitaria. En tercer lugar se encuentra Síndrome de Déficit Atencional, en control con especialidad en COSAM y/o CDT Hospital Sótero Del Río. En cuarto lugar Ansiedad de separación y en quinto lugar Trastorno oposicionista.



En Posta San Gabriel los diagnósticos de trastornos mentales de mayor prevalencia está Trastorno emocional y de comportamiento en la infancia, seguido por Síndrome de Déficit Atencional, en tercer lugar en mismo porcentaje se encuentran Ansiedad de separación y factor de riesgo y condicionante de la salud mental Maltrato Infantil, por negligencia o por falta de habilidades parentales que se trabajan terapéuticamente y en los casos que ha correspondido han sido derivados a OPD o COSAM. También existen casos en seguimiento, ya que se encuentran judicializados y derivados a PRM (Programa de Reparación de Maltrato).



En Posta El Volcán existe mayor prevalencia de Trastorno Emocional y de Comportamiento en la infancia, seguido en misma proporción por Síndrome Déficit Atencional y Maltrato infantil como factor de riesgo y condicionante de la salud mental, correspondiendo a casos de maltrato por negligencia, realizándose intervenciones para fomentar habilidades de maternaje, derivados a OPD San José de Maipo.

Para el año 2018 se espera participar en dupla psicosocial en talleres locales, para abordar temáticas atingentes al ciclo de vida Infancia, junto al equipo transdisciplinario compuesto por Enfermero, Nutricionista y Educadora de Párvulos.



PROGRAMA DE ADOLESCENTES Y JOVENES

Descripción del Programa de Salud Integral de Adolescente y Jóvenes (ciclo vital)

El Programa de Salud Integral de adolescentes y jóvenes “tiene el propósito de mejorar el acceso y la oferta de servicios, diferenciados, integrados e integrales, que respondan a las necesidades de salud actuales de adolescentes y jóvenes, con enfoque de género y pertinencia cultural, en el ámbito de la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, incorporando a sus familias y la comunidad”⁴.

Para alcanzar los objetivos del programa, este se ve reforzado por:

Descripción del Programa Espacio Amigables (PRAPS): “busca resolver las demandas de salud de adolescentes, los que no acuden a los establecimientos de salud debido a diversas barreras (horarios, largos tiempos de espera, rotación de profesionales, confidencialidad, etc.). Para ello se habilitan espacios para la atención de adolescentes de 10 a 19 años, utilizando un enfoque promocional-preventivo, con especial énfasis en la atención de la salud sexual y reproductiva, en horarios de atención diferenciados, con respeto a la privacidad, atención amigable y personal capacitado. Adicionalmente, se realizan talleres en salud sexual reproductiva y salud mental en escuelas y espacios comunitarios, y se forman adolescentes como "promotores de salud" que replican las capacitaciones a sus pares”.⁵

Descripción del Programa Vida Sana prevención de enfermedades no transmisibles, componente Adolescentes (10 a 19 años)

El programa vida sana es una intervención para prevenir los factores de riesgo y generar hábitos saludables, la implementación de este programa en el ciclo vital de la adolescencia es de vital importancia, ya que es esta etapa de transición en la cual se refuerzan los hábitos ya aprendido en la etapa infantil o se logran desarrollar mejores hábitos para una vida adulta, ya que los adolescentes son capaces de tener un discernimiento pero muchas veces por conductas de imitación, lo que los lleva a tener malos hábitos de estilo de vida en general.

Descripción del Programa Detección, Intervención y Referencia Asistida en alcohol, tabaco y otras drogas (ex Vida Sana/ Alcohol): “Su propósito es contribuir a elevar el nivel

⁴(Ministerio de Salud, 2015)

⁵(Ministerio de Desarrollo Social, 2014)

de salud de las personas, mejorando la capacidad individual para reducir el consumo riesgoso de alcohol, tabaco y otras drogas, a través de la implementación de intervenciones de carácter preventivo, ayudando oportuna y eficazmente a lo/as adolescentes, jóvenes y adultos desde los 10 años en adelante”⁶.

Descripción Programa Mejoramiento del acceso odontológico, componente Estudiantes de cuarto años medio.

El panorama epidemiológico actual caracterizado por una alta prevalencia de enfermedad y grandes desigualdades, obliga a implementar intervenciones en períodos tempranos de la vida (infancia y adolescencia) que permitan prevenir, detectar tempranamente y tratar oportunamente las patologías bucales, incorporando un enfoque promocional y preventivo que aborde las desigualdades detectadas.

Beneficios para la comunidad

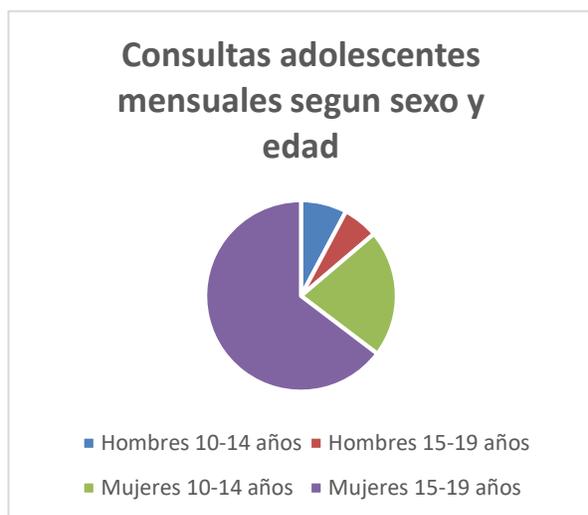
Objetivo	Estrategia
Control de Salud Anual	<ul style="list-style-type: none"> Control de salud integral del adolescente (CJS)
Reducción de la paternidad adolescente	<ul style="list-style-type: none"> Consejería en SSR en todas las consultas adolescentes/juveniles Consulta espontánea Ingreso a regulación de fertilidad bajo el método “quick start” Todos los ingresos a regulación de fertilidad de mujeres son a método dual Derivación oportuna Sesiones educativas en establecimiento educacionales y centro de salud
Pesquisa precoz de ITS y VIH / SIDA en adolescentes y jóvenes	<ul style="list-style-type: none"> Consejería VIH/ITS en todas las consultas adolescentes/juveniles Oferta de Test de Elisa Solicitud anual de exámenes preventivos, incluye VDRL Derivación oportuna Sesiones educativas en establecimiento educacionales y centro de salud
Pesquisa precoz de malnutrición por deficit o por exceso	<ul style="list-style-type: none"> CSJ alimentación saludable y actividad física en todas las

⁶(Servicio de Salud Coquimbo, 2017)

	<ul style="list-style-type: none"> consultas adolescentes juveniles • Evaluación nutricional en CJS • Derivación oportuna • Sesiones educativas en establecimiento educacionales
Pesquisa precoz de trastornos de salud mental	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de SM en CJS • CSJ otras áreas en todas las consultas adolescentes/juveniles • Derivación oportuna SM y/o DIR • Sesiones educativas en establecimiento educacionales y centro de salud
Desarrollo de habilidades sociales y reduccion de riesgos	<ul style="list-style-type: none"> • Sesiones educativas en establecimiento educacionales y centro de salud • Aplicación Ficha CLAP (CJS)

Resultados obtenidos a Septiembre 2017 Programa Espacio Amigable:

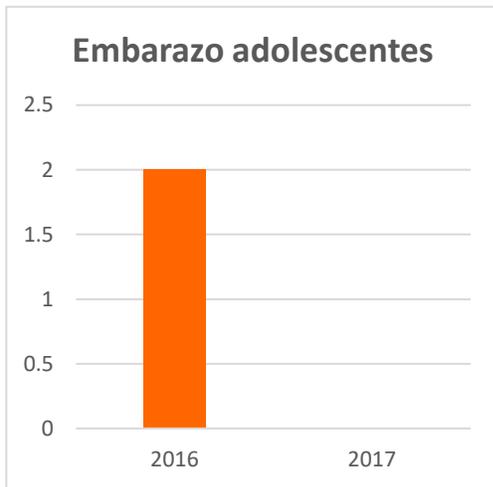
- Consultas adolescentes



En el periodo marzo-septiembre 2017 se realizaron un total de 167 atenciones adolescentes por EA.

A partir del grafico se puede extraer que las consultas corresponden mayoritariamente a mujeres concentrando estas el 86,2%. El desafío para el año 2018 es mantener esta población bajo control de mujeres y aumentar las consultas de hombres.

- Control Joven Sano aplicados en Centro de Salud y en Establecimiento Educativos
- Reducción de paternidad adolescente



Como se observa en el gráfico a Septiembre 2017 no se registran ingresos prenatales adolescentes, en comparación a dos ingresos prenatales registrados durante el 2016.

- Ingreso Programa Paternidad Responsable



A septiembre 2017 se han realizado 25 ingresos a métodos anticonceptivos, de los cuales 96% corresponden a mujeres. Nuevamente el desafío 2018 será incorporar al segmento masculino.

- Pesquisa precoz de ITS y VIH / SIDA en adolescentes y jóvenes:
 - Test de ELISA solicitados a población entre 10-24 años
 - De los Test de Elisa tomados en 2017 en el grupo etareo 10-24 años, 100% obtuvo resultado no reactivo (sin presencia de la enfermedad)
 - 100% de la población adolescente y joven bajo control RF con solicitud de VDRL anual
 - De los VDRL tomados en 2017 en el grupo etareo 10-24 años, 100% se encuentra con resultado no reactivo (sin presencia de la enfermedad)

- Pesquisa precoz de malnutrición por déficit o por exceso:
 - 100% de los adolescentes y jóvenes con estado nutricional alterados son derivados a evaluación nutricional

- Pesquisa precoz de trastornos de salud mental:
 - 100% de los adolescentes que presentan riesgo de salud mental son derivados al programa SM, Asistente social y/o Programa DIR, según corresponda.

- Establecimientos educacionales intervenidos en año 2017: “ Juego de la verdad mito o realidad”
 - Liceo Polivalente
 - Colegio Rafael Eyzaguirre
 - Colegio Andino Antuquélén
 - Colegio Julieta Becerra
 - Escuela Fronteriza San Gabriel

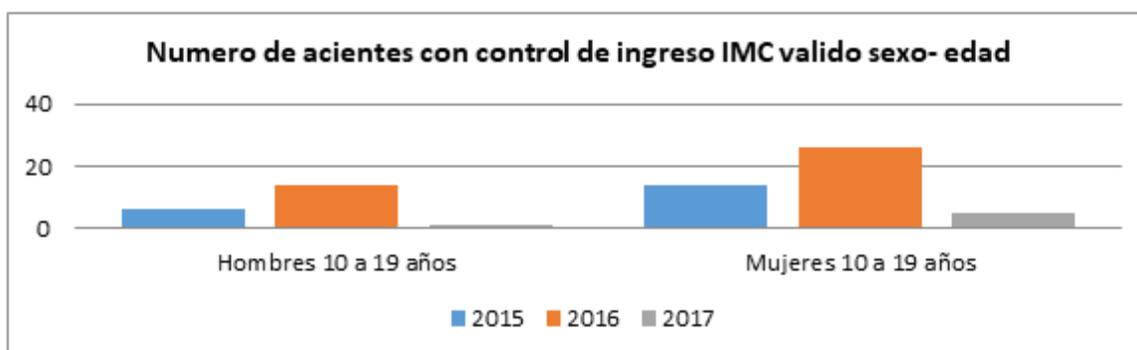


Desafíos 2018:

- Incorporar más hombres al Programa
- Generar nuevas instancias de participación adolescente
- Fortalecer estrategias ya conocidas

Resultados obtenidos a Septiembre 2017 Programa Vida Sana:

En el contexto del programa vida sana, en el año 2015 se generó convenio con el área de educación de la corporación municipal de SAN José de Maipo y derivaciones de los distintos profesionales con los que se trabaja en equipo. En el año 2016 se mantiene la estrategia de ingresos al programa, se realiza una asociación con el área de deportes de la Ilustre Municipalidad de San José de Maipo, por lo cual aumentan los usuarios incorporados al programa. En el año 2017 La estrategias fue mantener los establecimientos educacionales, en conjunto con asociarse a grupo deportivo patín de la comuna (Grafico 1.a).



Como se observa a la fecha del 2017 los ingresos de adolescente son IMC aumentado solo han sido de 6 usuarios, lo que nos indica que usuarios del 2016 no fueron nuevamente reingresados al programa por lograr reducir IMC y estar dentro de rangos normales al finalizar su proceso.



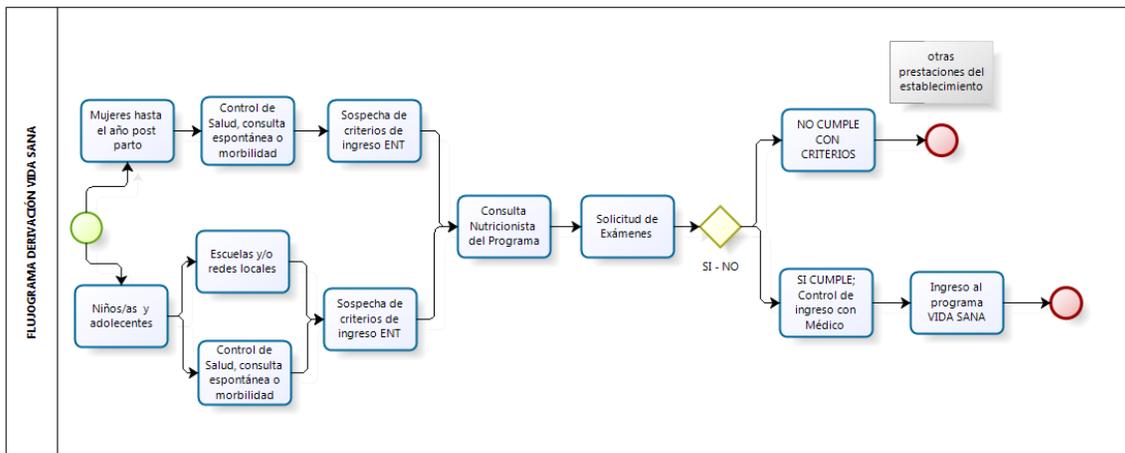
Línea promocional participativa 2018

- Talleres participativos y preventivos entregados a los apoderados.
- Talleres didácticos entregados a los menores por todo el equipo multidisciplinario.
- Intervenciones masivas con diferentes dinámicas a presentar (Feria Adolescente).
- Incorporaciones de monitoras de salud (personas significativas al establecimiento educacional) para la realización de buena práctica “educando nutrimos” con piloto del 2017.
- Asociaciones con grupo deportivos de la comuna.
- Generar una red dentro del sistema de salud con programa espacio amigable.
- Escuela de verano febrero 2018.
-

Línea preventiva socio educación 2018

- Calendario del año escolar potenciando que la estrategia se lleve a cabo de preferencia en establecimientos educacionales (controles, actividad física y evaluaciones)
- Prestaciones: Nutricionista (3 controles), Psicóloga (2 controles), Médico (1 control de ingreso), Kinesiólogo (actividad física y evaluaciones durante todo el año).
- Aumentar los cursos de intervención en este rango.
- Exámenes de perfil metabólico

Flujograma de ingreso



Resultados obtenidos a Septiembre 2017 Salud Oral, componente Adolescente:

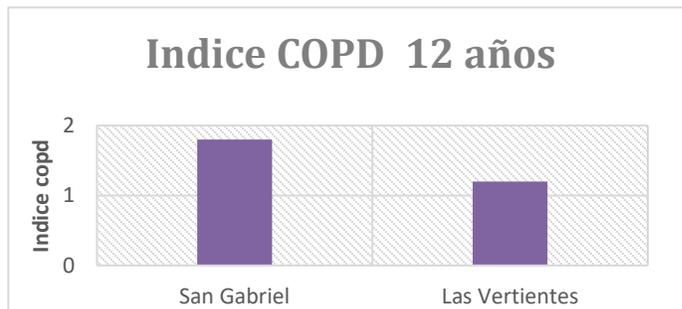
Las medidas preventivas en la población menor de 20 años de edad tienen su mayor efectividad, es por esto que los servicios de salud en Chile han priorizado la atención en esta población, ya que el daño bucal logra ser controlado con los recursos existentes.



En el gráfico podemos observar el número de altas odontológicas en menores de 20 años.

Dentro de este grupo, los adolescentes de 12 años de edad constituyen la edad universal de vigilancia de caries a nivel internacional; permite realizar comparaciones internacionales y además desarrollar un sistema de vigilancia intra país para comparar las tendencias de la enfermedad

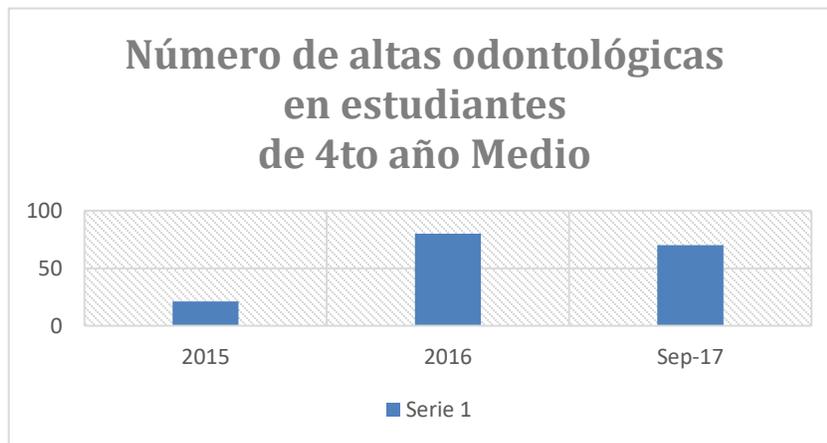
(Petersen, 2003).



En el gráfico podemos observar el índice COPD promedio de usuarios de 12 años pertenecientes a la Posta de Salud Rural San Gabriel y Las Vertientes. El análisis permite determinar que se requieren más medidas de prevención y

promoción en San Gabriel, ya que la población se encuentra con mayor daño odontológico acumulado. Estrategias que se formularán durante el año 2018, sumado el beneficio que otorgará la incorporación del programa CERO en esta área.

En San José de Maipo el programa odontológico en estudiantes de 4to medio se ha implementado desde el año 2015, beneficiando al Liceo Polivalente. Se comenzó con atención odontológica para 21 alumnos que cursaban cuarto año medio, cuadruplicándose la cifra para el año 2016, logrando atención odontológica integral para 80 adolescentes. Posteriormente, para el año 2017, se gestionó una meta anual de 97 altas odontológicas en estudiantes de 4to año medio, pudiendo de esta forma incorporar en las atenciones a estudiantes FONASA/PRAIS del Colegio Rafael Eizaguirre. Al mes de septiembre, como señala el gráfico a continuación, contamos con 70 altas odontológicas para este grupo etario, gracias a dicha ampliación.

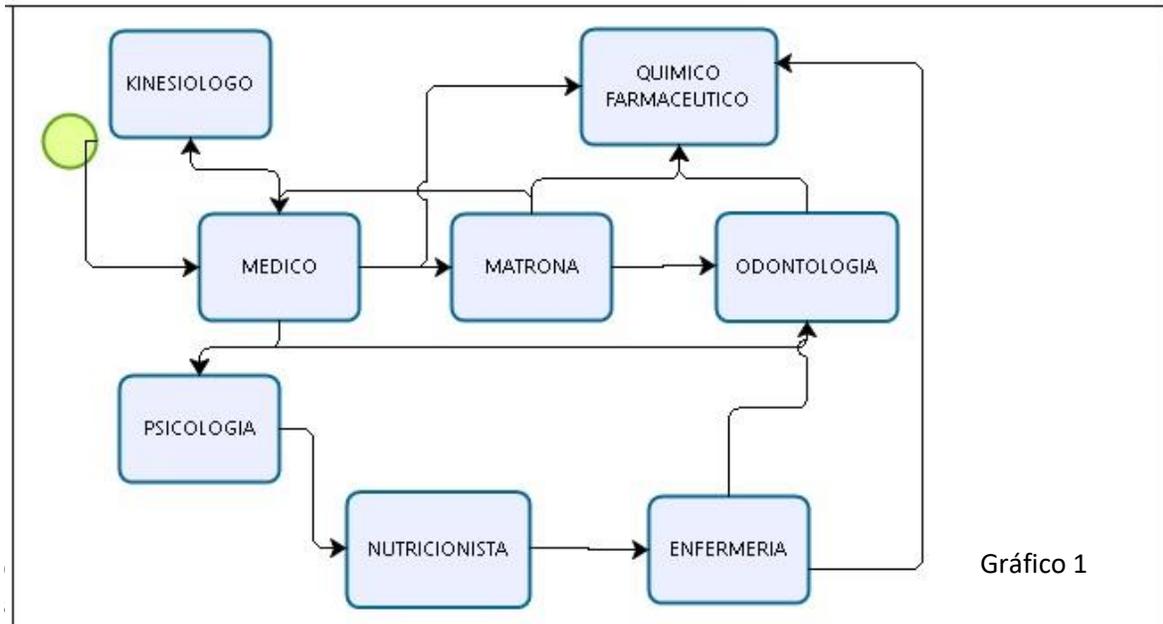


SALUD DEL ADULTO

Red de derivaciones de usuarios

Esquema de derivaciones

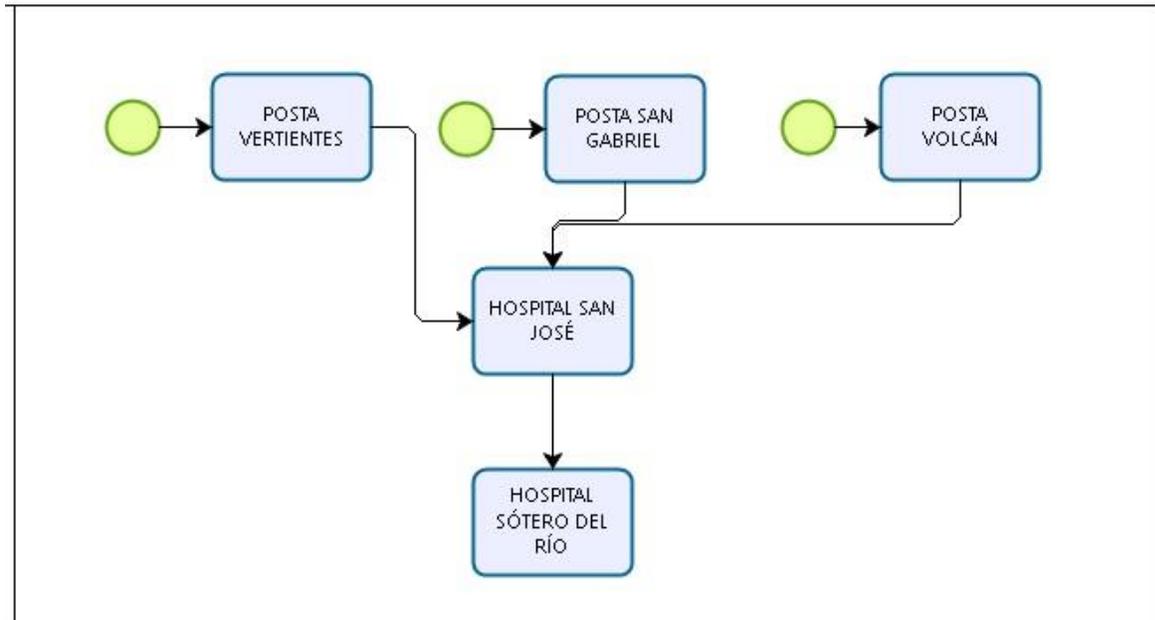
1. Derivación interna:



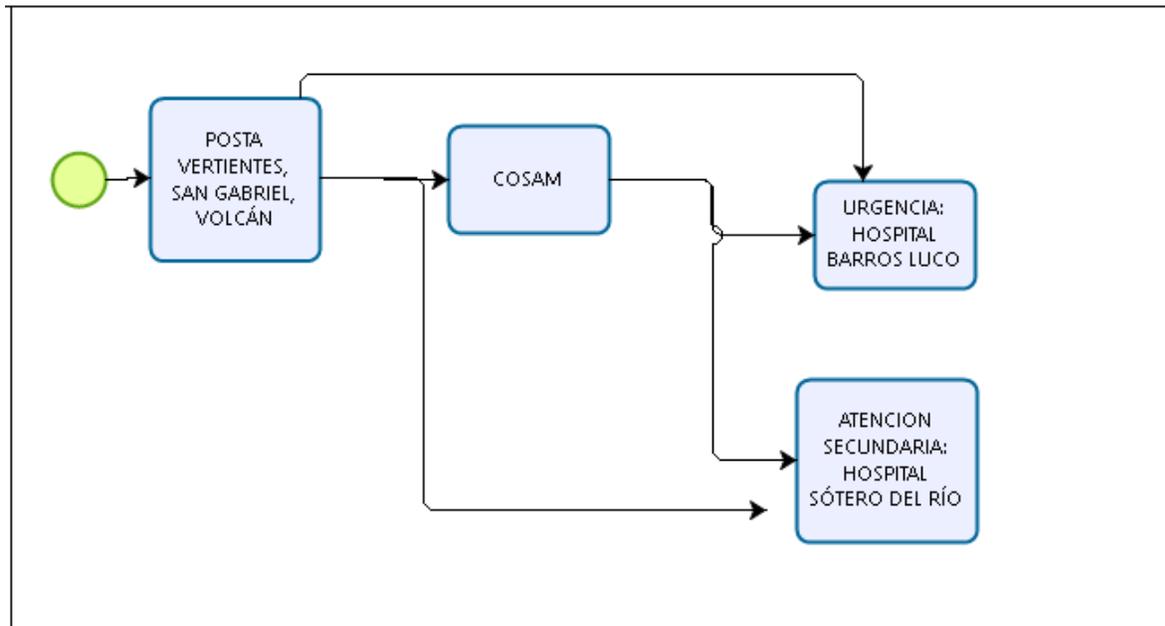
En el caso de derivación a kinesiólogo los profesionales deberán derivar a médico para que este realice la evaluación y posterior indicación de kinesioterapia.

En el caso de químico farmacéutico los profesionales prescriptores de medicamentos y enfermería derivan para control de fármacos.

Derivación desde APS



Derivación Salud Mental



Gestión de lista de espera

El Comité de gestión de lista de espera está compuesto por:

- Medico Contralor.
- Coordinadora GES con el prestador externo en lista de espera de resolutiveidad.
- Funcionaria administrativa que realiza funciones de rescate y registro en Sistema informático interno (SIGGES).

Las interconsultas realizadas durante el último año se muestran a continuación:

Plan de Salud Comunal, San José de Maipo 2017

Especialidades	Número de interconsultas	Porcentaje %
Oftalmología	43	20.18%
Gastroenterología	10	4.69%
Traumatología	21	9.85%
Urología	10	4.69%
Cirugía adulto	17	7.98%
Otorrinolaringología	14	6.57%
Dermatología	18	8.45%
Cardiología	3	1.40%
Cirugía proctológica	1	0.46%
Nefrología	5	2.34%
Cirugía vascular	1	0.46%
Endocrinología	7	3.28%
Ginecología	5	2.34%
Reumatología	1	0.46%
Pediatría	1	0.46%
Neurología	5	2.34%
Broncopulmonar	2	0.93%
Cirugía Infantil	1	0.46%
Hematología	1	0.46%
Medicina Interna	1	0.46%
Cardiología Infantil	1	0.46%
Periodoncia	5	2.34%
Trastornos temporomandibulares	12	5.63%
Patología oral	3	1.40%
Endodoncia	8	3.75%
Cirugía maxilofacial	4	1.87%
Ortodoncia	1	0.46%
Rehabilitación: prótesis removibles	2	0.93%
PARO	10	4.69%
Total	213	100%

PROGRAMA DE SALUD DEL ADULTO

1. Programa de Salud Cardiovascular.

En Chile, al igual que en la mayoría del mundo, las Enfermedades no transmisibles son la principal causa de muerte. Las enfermedades cardiovasculares son responsables de más de la mitad de las muertes con 27.1%.

Las enfermedades cardiovasculares y sus factores de riesgo han sido priorizadas en los objetivos sanitarios de la década 2011-2020 con metas específicas para cada patología así como para los principales factores de riesgo, contribuyendo así al control de estos a través de una detección y tratamiento oportuno, previniendo complicaciones, discapacidad y mortalidad prematura.

Diabetes Mellitus

Es una enfermedad que se manifiesta con hiperglicemia crónica, lo que trae como consecuencia daño a nivel microangiopático (retinopatía, nefropatía y neuropatía) y macrovascular (enfermedad isquémica del corazón, ataque cerebral y enfermedad vascular periférica), se asocia a una reducción en la expectativa de vida, aumento del riesgo de complicaciones y de eventos mórbidos relacionados con las complicaciones crónicas, lo que incide directamente en la disminución de la calidad de vida y aumento de los costos en salud.

Hipertensión Arterial

Corresponde a la elevación persistente de la presión arterial sobre límites normales, es decir mayor o igual a 140/90mmHg. La importancia de la hipertensión arterial como problema de salud pública radica en su rol causal de morbimortalidad cardiovascular. Es el principal factor de riesgo para enfermedad cerebrovascular (ECV) y enfermedad coronaria. Se le atribuye el 54% de las ECV y 47% de la enfermedad cardíaca isquémica.

En Chile la primera causa de muerte es la enfermedad isquémica del corazón, seguida de ECV (48,9 y 47,3 muertes por 100 mil habitantes, respectivamente)

Dislipidemias

Son un conjunto de patologías caracterizadas por alteraciones en las concentraciones de los lípidos sanguíneos en niveles que significan riesgo para la salud. Los niveles elevados de colesterol sanguíneo sobre todo de la fracción LDL tienen un rol decisivo en el desarrollo de la aterosclerosis.

Tabaquismo

Es una enfermedad crónica que se caracteriza por la adicción a la nicotina. La nicotina es una droga que induce aumento de su tolerancia, es decir se necesitan dosis mayores para obtener efecto y además produce dependencia física y psicológica. Se considera un factor de riesgo cardiovascular porque los fumadores

tienen el doble de riesgo de padecer un evento cardíaco mortal. Chile presenta uno de los índices más altos de consumo en Latinoamérica, con un promedio de 40.6%, y siendo un objetivo para el 2020 la disminución a un 35.6%.

Análisis del programa de salud cardiovascular desde el año 2013 y primer semestre del 2017.

Haciendo un análisis retrospectivo del programa Cardiovascular, encontramos un avance significativo desde el 2013 a la actualidad, encontrando un aumento en el ingreso y control de pacientes en las tres postas rurales:

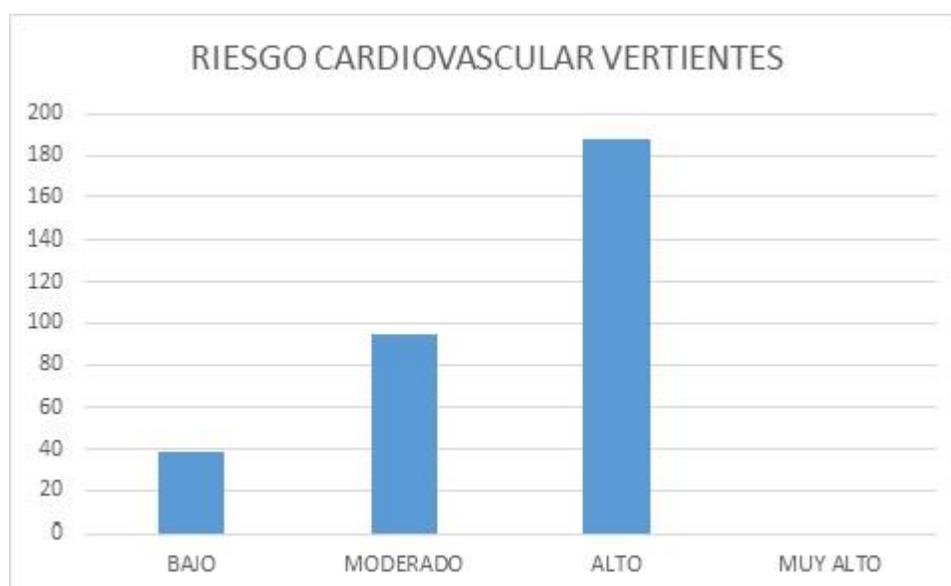
	VERTIENTES	SAN GABRIEL	VOLCÁN
2013	295	95	40
2017	321	115	43

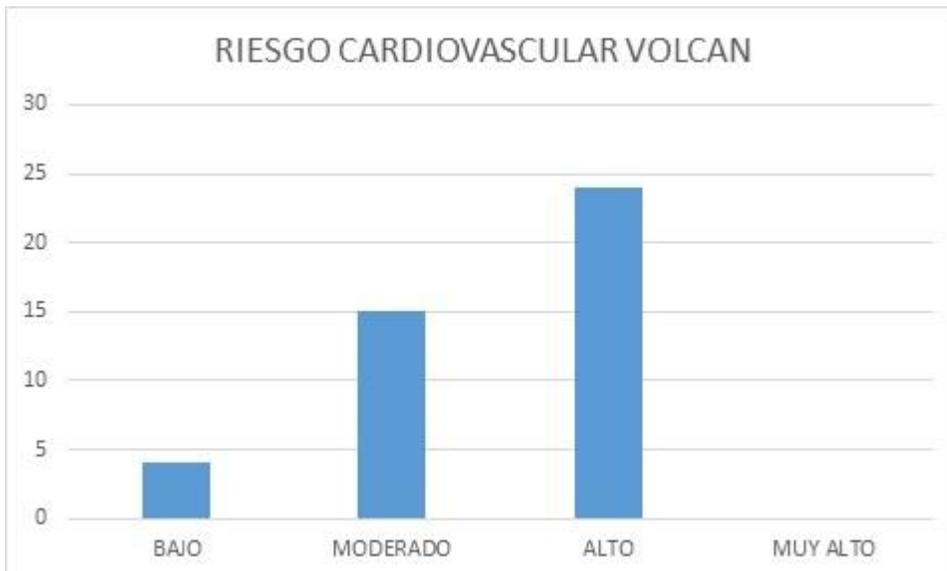
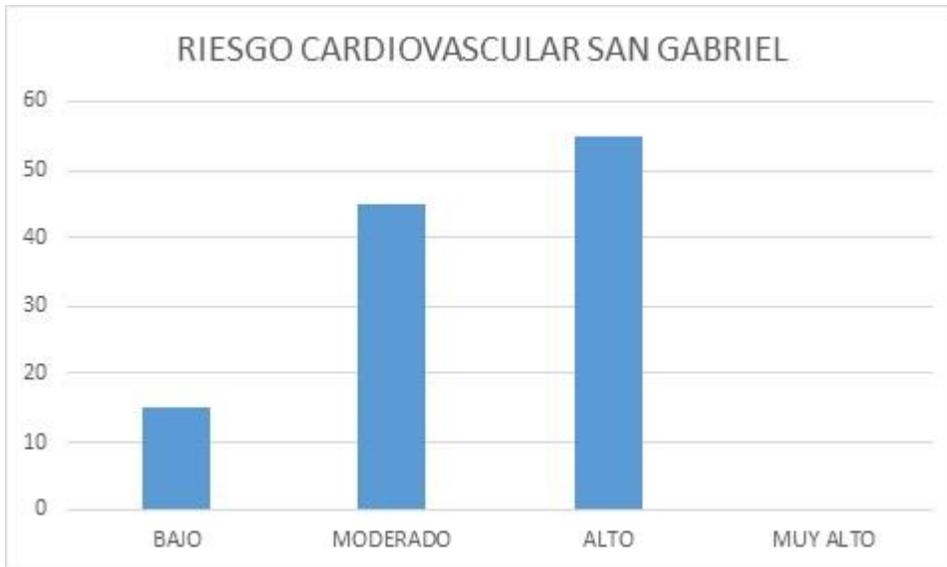
Población bajo control en la comuna de SJM 2017 Y proyección del 2018.

En el primer semestre del 2017 encontramos una población bajo control de 321 personas en vertientes 115 personas en San Gabriel y 43 personas en Volcán, llegando a un total de 28.6% Diabéticos bajo control con respecto a 29% de la meta nacional, y un 60.29% de Hipertensos bajo control con respecto al 54% de la meta nacional.

Población del PSCV según nivel de riesgo coronario.

El riesgo cardiovascular, se define como la probabilidad de que un individuo presente un evento cardiovascular en un período de tiempo determinado, al utilizar las tablas de Framingham adaptadas a la población chilena, este riesgo se estima a 10 años, con 4 niveles de riesgo de acuerdo a los porcentajes que se muestran en los siguientes gráficos:





Logro metas IAAPS en el PSCV comuna de SJM.

El Programa de Salud Cardiovascular es una de las principales estrategias del Ministerio de salud, para contribuir a reducir la morbilidad asociada a las Enfermedades Cardiovasculares. El PCV está orientado a pesquisar y tratar los 4 factores de riesgo mayores para un evento cardiovascular: Diabetes Mellitus tipo 2, Hipertensión Arterial, Dislipidemias y tabaquismo, además de la prevención secundaria de la enfermedad renal crónica, la prevención de las complicaciones del pie diabético y de un nuevo evento cardiovascular en pacientes con eventos previos, teniendo como metas mejorar la cobertura y la compensación de estos pacientes.

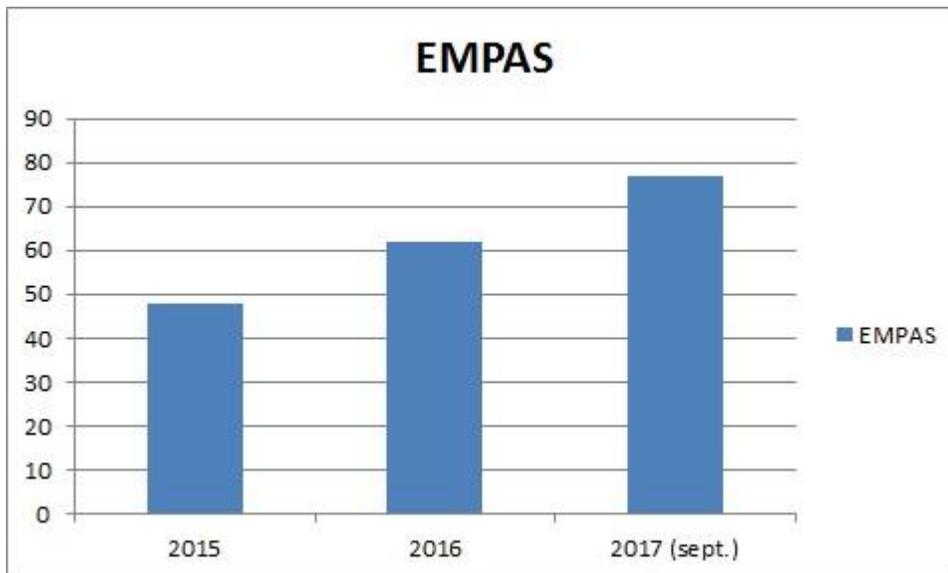
El programa de salud cardiovascular (PSCV) en las postas rurales de SJM ha implementado la creación de flujogramas y junto con el trabajo transdisciplinario en el centro ha permitido un mayor pesquiasaje, mejorando la capacidad de diagnóstico, proveyendo una mayor gama de opciones terapéuticas, y permitiendo asegurar el tratamiento médico.

Cobertura de hipertensión arterial: En los últimos 3 años ha aumentado el número de personas bajo control por HTA, presentado cifras de 70.2% en Diciembre 2015, 78.18% Diciembre 2016 y 83.4% en el 1er corte 2017.

Cobertura Diabetes tipo 2: Igualmente hubo un aumento, reflejando 30% de controles en Diciembre 2015, 37.72% Diciembre 2016, 38.24% para 1er corte 2017.

Este aumento en la población bajo control, en ambas patologías, ha sido posible gracias al énfasis puesto por el equipo de trabajo en la realización de exámenes de medicina preventiva en la población adulta, lo que ha permitido pesquisar e ingresar al PSCV un mayor número de personas con este tipo de patologías.

Cobertura EMP en hombres de 20 a 64 años

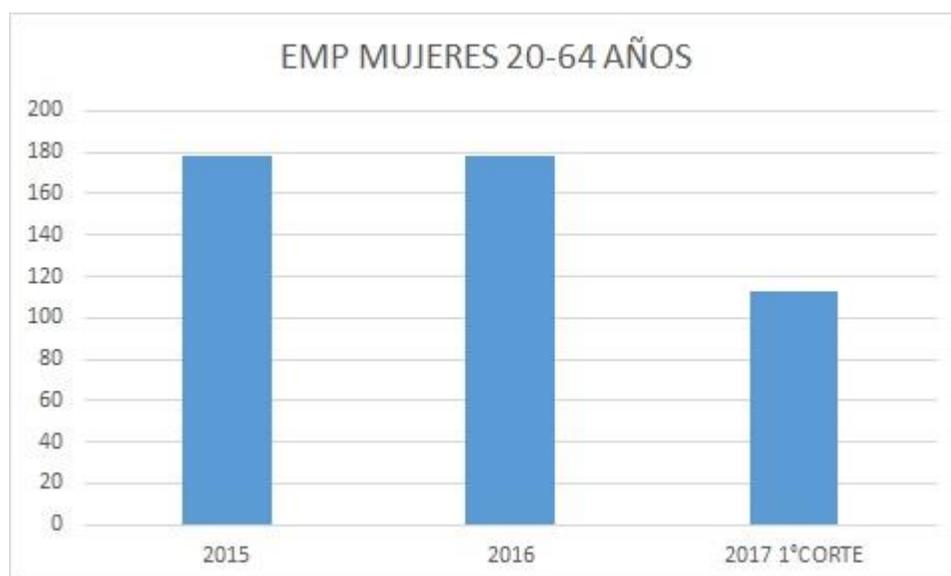


Como se muestra en el gráfico, la cobertura de EMP ha aumentado con respecto a años anteriores, en el 2015 se realizó 48 EMP, para el 2016, 62 EPM Y para septiembre 2017 se ha logrado un número total de 77 EMP.

El resultado de las estrategias, implementadas por el equipo de salud, difusión, promoción, derivación oportuna, entre otras, durante el presente año, se reflejan en las cifras de los EMPA realizados, superando la meta IAAPS:

Posta	N° EMPAS Realizados	Meta IAAPS	% cumplimiento
Total	77	68	113 %

Cobertura EMP en mujeres de 45 a 64 años



Como se muestra en el gráfico, en mujeres de 20-64 años la cobertura de EMP se ha mantenido con respecto a años anteriores, en el 2015 se realizó 178 EMP, para el 2016, 178 EMP Y para agosto 2017 se ha logrado un número total de 113 EMP, casi superando en el primer corte la meta IAAPS.

Detección de la Enfermedad Renal crónica efectiva de pacientes por patologías.

A continuación se muestran las cifras obtenidas de las 3 postas rurales.

Corte diciembre 2015: 237 pautas aplicadas (68,89%)

Corte diciembre 2016: 416 pautas aplicadas (84,09%)

Corte agosto 2017: 461 pautas aplicadas (98,92%)

Insulinoterapia en pacientes diabéticos descompensados con hemoglobinas glicósiladas >9%:

En la comuna esta cifra ha ido en constante aumento, con 16 pacientes en Diciembre de 2015, 25 pacientes en Diciembre 2016 y 34 pacientes en Agosto 2017. Esta medida se utiliza en pacientes que no mejoran su compensación a pesar de estar con Hipoglicemiantes orales, o en caso de contraindicación de estos, con el objetivo de lograr cifras cercanas al nivel de compensación, previniendo de esa manera las complicaciones de la diabetes mal controlada.

Pacientes diabéticos con fondo de ojo vigente

Este examen se realiza para pesquisar retinopatía en los pacientes con diabetes tipo 2. En el corte de Diciembre de 2015 se logró una cobertura de 43,8%, en Diciembre 2016 81,5% y para el primer corte de 2017 se lleva un control de 68%.

Pacientes con evaluación de pie diabético vigente.

En el corte de Diciembre de 2015 un 90.3% de los pacientes bajo control tenían una evaluación de pie vigente, meta que presentó un leve avance al corte de Diciembre 2016, donde un 90.9%, estaba con esta intervención realizada dentro del PSCV. En Agosto del 2017 mejoró la cobertura de este examen logrando un 92,2%.

Logros en el PSCV año 2017

- Se mantiene la realización del examen de pie diabético por enfermera y médico con el objeto de tener una mejor cobertura de esta actividad y de ese modo detectar a tiempo el riesgo de úlceras del pie diabético.
- Se mantiene este año las auditorías de registro de ficha electrónica RAYEN, actividad que se realiza con el objetivo de mejorar el registro clínico y monitorear la entrega de todas las prestaciones programadas a los pacientes inscritos en el programa cardiovascular de la comuna.
- Se consolidó la realización de talleres, por Médico y Nutricionista al menos 3 al año en las tres postas rurales, de orientación sobre las patologías cardiovasculares, para lograr mayor conocimientos sobre estas en los pacientes, el cual favorecerá directamente a un mejor control.
- **Práctica de desarrollo local:** Consejerías en dupla Químico Farmacéutico-Trabajadora Social para adherencia al tratamiento, orientado a usuarios con enfermedad crónica.

Objetivo General

Apoyar el proceso de tratamiento para la compensación de usuarios con diagnóstico de enfermedad crónica

Objetivos específicos

Rescatar pacientes inasistentes PSCV

Entregar herramientas para un estilo de vida que aporte a la adecuada compensación

Desmitificar situaciones asociadas al componente farmacológico

Componentes asociados a los indicadores:

Usuario crónico inasistente hace más de 3 meses al retiro de medicamentos.

Usuario crónico inhaciente a tratamiento farmacológico.

Usuario con polifarmacia (consumo concomitante de 6 o más fármacos)

Usuario que manifieste alguna reacción adversa a medicamento.

Usuario que profesional estime pertinente enviar a consejería.

Breve reseña:

Esta Buena Práctica surge de la necesidad de rescatar a aquellos usuarios con patologías crónicas quienes no asisten a sus controles, esto nos ha permitido establecer flujos de atención claros y precisos de los programas de atención clínico-sociales de mayor uso en nuestras postas, tales como Cardiovascular, Salud Mental, Artrosis e Hipotiroidismo, siendo un apoyo para los profesionales de cada área. Se llegó a esta idea, al analizar las fichas clínicas de cada usuario con alguna patología crónica se detectó algunos no tenían sus controles al día, y otros no asistían a control médico por más de un año, por lo que marco un precedente de que algo estaba ocurriendo, es por esto que se abordó la buena práctica desde lo clínico-social para garantizar que los usuarios que viven con la enfermedad puedan contar con información clara, precisa, basada en evidencia y la disposición de las personas al momento de la toma de decisión y acuerdo del manejo terapéutico, valorando su autonomía y rol protagónico en el cuidado de su salud, además comprenden y amplían la mirada a las múltiples dimensiones de un problema de salud, para así planificar el cuidado, incorporando intervenciones basadas en la evidencia, dirigidas a todas las dimensiones de los problemas detectados, incluida la prevención y promoción de la salud.

- Desde lo práctico, la consejería está orientada a:
 - Ayudar a las personas a reconocerse como un todo y con sus propias capacidades de sanación, a través de cambios y/o mejoras en todas las dimensiones de su ser.
 - Entregar cuidado a lo largo del proceso salud-enfermedad, desde lo preventivo hasta la rehabilitación y en todos los episodios de problemas de salud; por consiguiente, la finalidad de estas consejerías, no sólo está enfocada en detectar e intervenir la terapia de aquellos usuarios que no adhieren a tratamiento, sino que, también sirve para elaborar planes de seguimiento y monitoreo de los pacientes citados, con el fin de producir un impacto significativo en el manejo de su enfermedad, desde un enfoque participativo y multidimensional.

Equipo de la Buena Práctica:

Trabajadora Social: Analiza los temas de acompañamiento familiar, contexto biopsicosocial del usuario/a y estilo de vida saludable.

Químico Farmacéutico: Analiza los temas de tratamiento farmacológico, adherencia, interacciones y polifarmacia.

TENS: Toma de signos vitales.

Localidad / PSR en que se desarrolla:

Posta de Salud Rural San Gabriel

Posta de Salud Rural Las Vertientes

Horarios de atención:

Posta Las Vertientes: martes de 17:00-20:00.

Posta San Gabriel: Sábado 09:00-12:00.

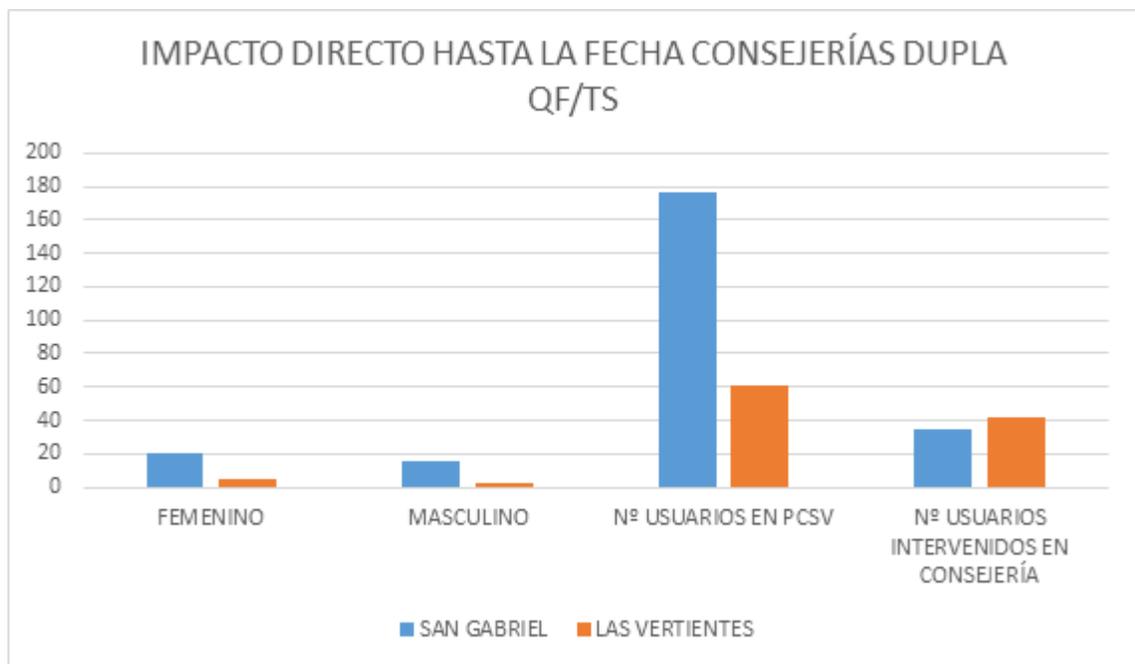
Estadística de atenciones y logros:

511 Crónicos en total en PSR CMSJM

77 Usuarios beneficiarios con acompañamiento en Tratamiento

72 Usuarios lograron compensación y Adherencia al Tratamiento.

Más del 50% de los usuarios intervenidos logran compensación



Proyecciones de dupla:

- Para lo que resta de año 2017 las consejerías estarán dentro de los controles obligatorios para los usuarios y usuarias con patologías cardiovasculares y no cardiovasculares y embarazadas, con esto favoreceremos la derivación oportuna, ya sea con médico, nutricionista, Enfermera y control psicológicos.
- Como principal proyección esta la incorporación a las consejerías de las familias en el seguimiento y acompañamiento de estos en la continuidad de su tratamiento, es por esto; cuando son citados se solicita vengan en compañía de algún

integrante del grupo familiar, para así determinar en conjunto compromisos que generen mejoras en la calidad de vida de estos y su entorno

- Realización de Talleres cardiovasculares y no cardiovascular en conjunto con profesionales que intervienen a usuarios y usuarias con patologías crónicas
- Realización de Huerto Medicinal complementario a tratamiento de enfermedades crónicas



Proyecciones del programa cardiovascular 2018

- Lo que se espera para el año 2018 es mejorar la cobertura de evaluación de fondo de ojo y llegar a cifras superiores, para lo cual se reforzará la importancia de esta actividad y derivación oportuna en los controles realizados por médico y enfermera del PSCV.
- Se espera continuar realizando consejerías en alimentación y hábitos saludables a los pacientes sobre todo diabéticos que inician insulina, con el objeto de lograr cambios de hábito que les ayuden a mejorar sus niveles de compensación.
- Para reforzar y ayudar a los pacientes que están utilizando insulina o que van a iniciar tratamiento, se está trabajando con un proyecto que consiste en la entrega de máquinas de medición de glicemia capilar, cintas reactivas y lancetas, donde los pacientes realizaran el auto monitoreo en sus casas y así acudir a controles con perfiles de glicemia para realizar los ajustes correspondientes en las dosis de insulina, esto ayuda mucho ya que los pacientes no cuentan con el dinero para asistir diariamente o cada 2 días al centro de salud a realizarse las mediciones, además las cintas son un recurso caro, que muchas veces no está a su alcance.

- Se espera incorporar el recurso kinesiólogo para que realice los talleres de ejercicio del PSCV, esto por que presenta un perfil más idóneo para atender a los pacientes que tienen factores de riesgo cardiovascular presentes y en su gran mayoría asociados a patologías osteoarticulares que es importante considerar al momento de indicar algún tipo de ejercicio.
- Se espera continuar con las conserjerías en dupla, para mejorar la adherencia al tratamiento.
- Se aumentara el número de talleres por Médico y Nutricionista llevándolos a 1 taller mensual, el cual pasara a ser parte de las actividades obligatorias que deben cumplir los pacientes ingresados al programa.

Programación de actividades, ciclo vital del adulto de 20 a 64 años.

Actividades de Promoción en el Programa cardiovascular

Se realizarán actividades de promoción en salud orientada a las personas de 20 a 64 años a través de:

- Talleres educativos sobre Estilos de Vida Saludable.
- Consejería breve anti tabáquica en los controles del programa cardiovascular, del adulto de 20 a 64 años.
- Exhibición de videos educativos en la sala de espera.

Actividades de Prevención en el Programa Cardiovascular

El objetivo de las actividades preventivas están orientadas a detectar en forma oportuna condiciones prevenibles o controlables que causan morbimortalidad, a través de:

- Examen de Medicina Preventiva en los usuarios de 20 a 64 años, focalizando el grupo de 20 a 24 años, aumentando en un 20% la cobertura de este grupo, con el objeto de pesquisar a tiempo patologías como síndrome metabólico, diabetes, hipertensión, Dislipidemia y otras.
- Asegurar la continuidad del tratamiento en APS a todo paciente que egresa del hospital con diagnóstico de ACV o IAM, con control al 100% de ellos a los 7 días hábiles post-alta.
- La ejecución del Programa Vida Sana en jóvenes y adultos con síndrome metabólico, esperando que al menos 50% de los participantes logre al menos 1 de las metas establecidas por el programa.
- Clasificar al 100% los pacientes del programa cardiovascular que presentan diabetes o hipertensión, según etapa de la enfermedad renal crónica.
- El aumento de un 15% en la cobertura diagnóstica de la hipertensión arterial, respecto al año anterior, con énfasis en el grupo de 20 a 24 años.
- El aumento de un 15% en la cobertura diagnóstica de la diabetes tipo 2, respecto al año 2016, con énfasis en el grupo de 20 a 24 años.
- Se espera disminuir la incidencia de amputaciones de extremidades inferiores en pacientes con diabetes, a través de la evaluación de riesgo de ulceración de los pies y un plan de manejo según nivel de riesgo,

teniendo como meta el 100% de los pacientes bajo control. Se espera además realizar el manejo avanzado de heridas en el 100% de los pacientes con úlceras activas.

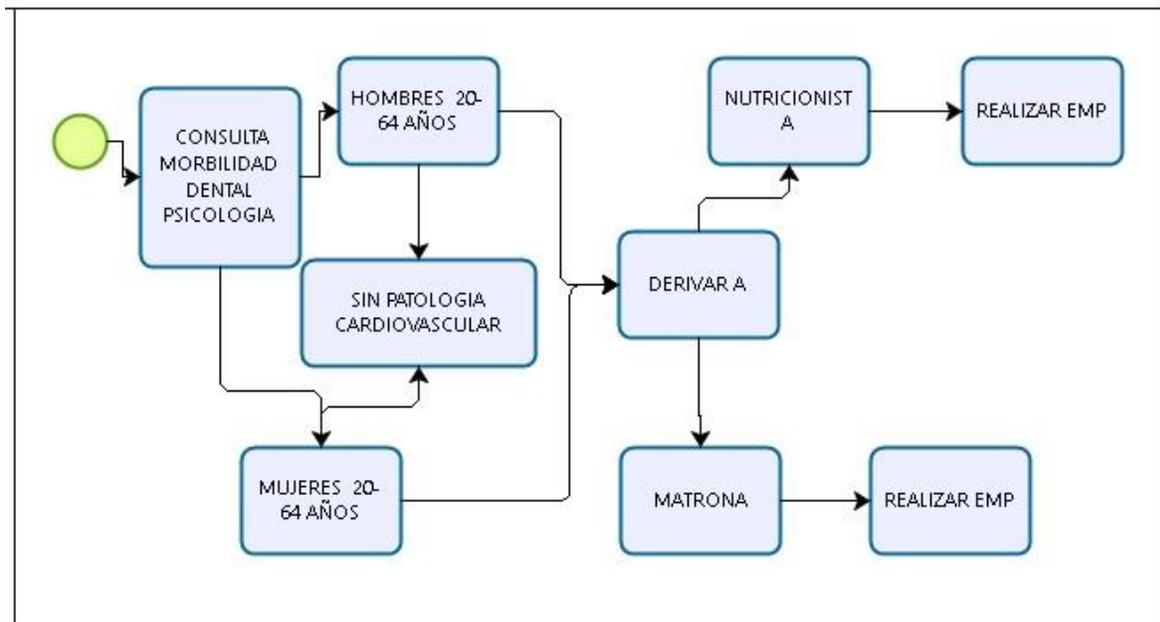
- Realizar tamizaje de la ERC en 100% de las personas hipertensas y diabéticas en PSCV al menos una vez al año.

Actividades de tratamiento en el programa cardiovascular

El objetivo de las actividades de tratamiento se enfoca en mejorar la compensación en los pacientes bajo control del programa cardiovascular, para lo cual se plantea:

- El aumento de la cobertura efectiva de la hipertensión arterial en al menos un 20% con respecto al año anterior y de compensación en la población bajo control en un 30%.
- El aumento de la cobertura efectiva de la diabetes tipo 2 en un 20% y de compensación en la población bajo control en un 30%.
- Evaluar la calidad de la atención que reciben las personas con diabetes en el programa de salud cardiovascular, teniendo como meta un aumento de 50% de pacientes evaluados, con respecto al año anterior.
- Aumentar en un 10% con respecto al año anterior el tratamiento de las personas con diabetes tipo 2 del PSCV con cifras de HbA1c < 7 %.

Flujograma de derivación EMP





Talleres Cardiovasculares en Postas Vertientes y San Gabriel.

2. Salud Oral del adulto de 20 a 64 años

En los últimos años se ha aumentado la cobertura de atención en este grupo etario, la cual se veía restringida por el horario de atención habitual de los Centros de Salud, siendo generalmente incompatible con las actividades escolares y laborales. Es por esto que se han generado programas especiales que brindan atención a mayores de 20 años, en lugares y horarios compatibles con sus actividades, es por esto que el programa se denominó “mejoramiento del acceso odontológico”.

De esta misma forma el programa “Más sonrisas para Chile”, junto con el programa “Hombres de escasos recursos”, buscan rehabilitar oralmente de forma integral a usuarios y usuarias mayores de 20 años respectivamente, en extensión horaria.

Salud Oral Integral de la embarazada

Reconociendo la importancia de esta etapa para la mujer, su hijo y la familia, el Ministerio de Salud ha priorizado la atención odontológica de la gestante, buscando generar las condiciones para que el recién nacido crezca en un entorno familiar que promueva y proteja la salud bucal. La atención odontológica integral de la embarazada es una intervención de alto impacto, considerando que para muchas mujeres, el embarazo es una oportunidad única para modificar conductas que se han asociado a un riesgo mayor de problemas de salud.

Cabe señalar que la cantidad de embarazadas ha disminuido y sumado a ello se dificulta la atención debido a dificultades asociadas al embarazo, las cuales generan múltiples inasistencias, lo que conlleva tratamientos odontológicos extensos, es decir, por un periodo de tiempo prolongado.

Es fundamental recalcar que este programa también busca contribuir a mejorar la salud oral de los futuros hijos de nuestras usuarias, aumentando así la población infantil libre de caries. Esto se realiza a través de talleres orientados a estas temáticas junto con matrona y nutricionista, en un ambiente acogedor que permite la formulación de preguntas tanto de las futuras madres, como de sus parejas.

Salud Oral Integral del adulto de 60 años

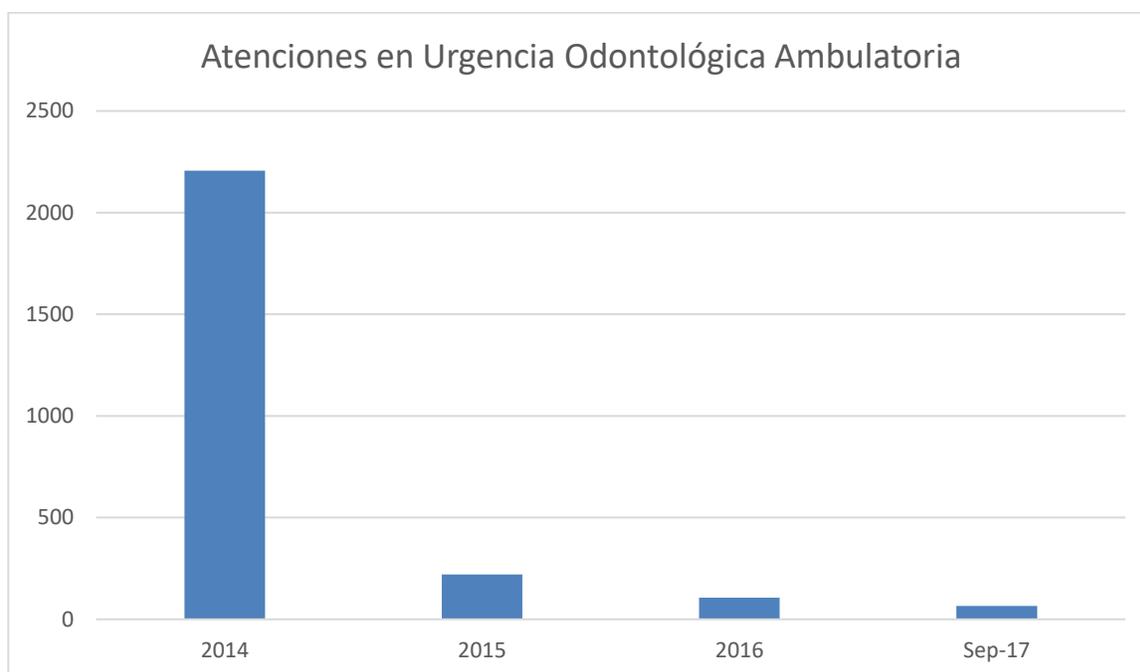
Los adultos mayores de 60 años son el grupo más dañado en su Salud Bucal por no haber recibido durante su vida suficientes medidas de prevención o tratamientos adecuados y oportunos para recuperarla, lo que les ha dejado diferentes secuelas, como por ejemplo: gran desdentamiento; caries, especialmente cervicales; enfermedades gingivales y periodontales; y, en algunos casos, infecciones de la mucosa bucal. Además, pueden producirse cánceres bucales y observarse manifestaciones orales de enfermedades sistémicas (Petersen, 2005).

En San José de Maipo, actualmente se otorgan 15 cupos para Salud Oral Integral del adulto de 60 años, 6 cupos más que durante el año 2016. La razón de la gestión de este incremento de altas radica en que es necesario que nuestros usuarios puedan ser atendidos en centros pertenecientes a la comuna, reduciendo de esta forma las dificultades generadas relativas a su transporte a otro centro de referencia.

Urgencias Odontológicas Ambulatorias

Las Urgencias Odontológicas ambulatorias se definen como un conjunto de patologías bucomáxilo-faciales, de aparición súbita, de etiología múltiple, que se manifiestan principalmente por dolor agudo y que provocan una demanda espontánea de atención (MINSAL, 2011).

En San José de Maipo se brinda atención de urgencia odontológica al inicio de la jornada laboral en Posta Las Vertientes y San Gabriel, otorgando 4 cupos para ello en cada uno de los centros de salud. En caso de que el usuario requiera atención de urgencia en otros horarios, se realiza la derivación a nuestro centro de referencia, el Hospital Sótero del Río.



En el gráfico se pueden observar el número de atenciones de urgencias odontológicas efectuadas durante el año 2014, 2015, 2016 y septiembre 2017. Desde el año 2015, con el inicio del programa “Mejoramiento del acceso Odontológico”, el cual otorga atenciones de morbilidad a mayores de 20 años, se ha observado una notable disminución de las atenciones de urgencia odontológica. Sumado a ello, la amplia diferencia se puede explicar debido a errores de registro anteriores al año 2015, puesto que se notificaban tanto las urgencias GES, como aquellas NO GES, situación regularizada a contar del 2015.

Sin embargo, esto no debe aminorar el impacto generado en la población por el programa “Mejoramiento del acceso Odontológico”, el cual, por medio de terapia preventiva/restauradora, logra frenar el avance del daño, evitando una futura urgencia odontológica.

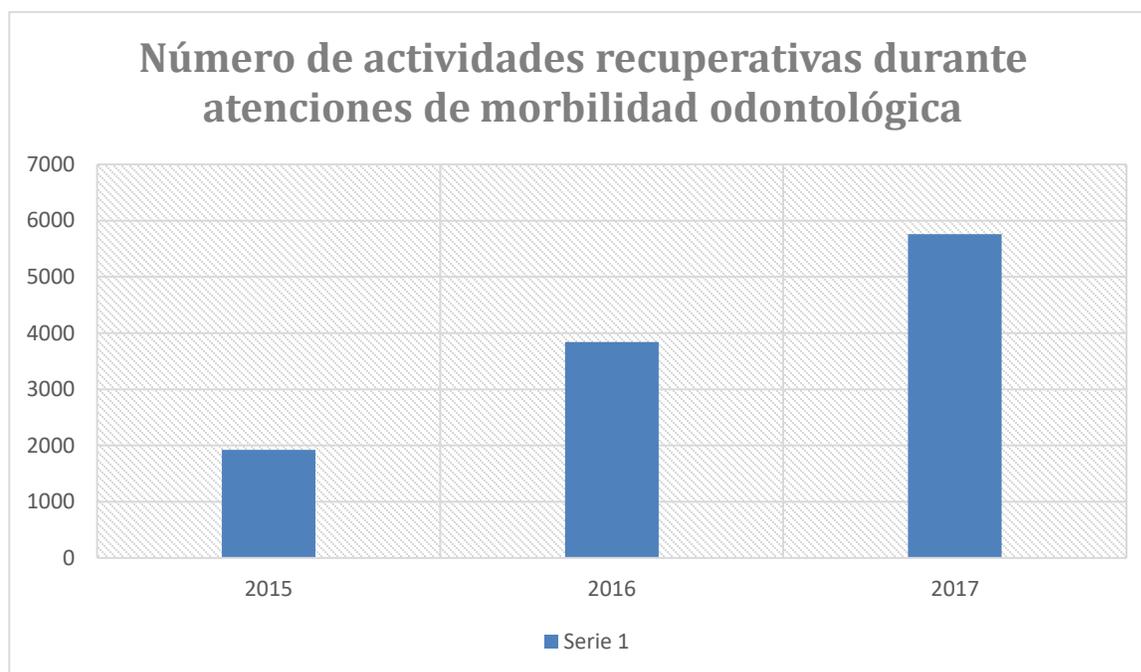
Programas de Reforzamiento en APS (PRAPS)

Mejoramiento del acceso Odontológico, componente Atenciones de Morbilidad mayores de 20 años.

El Programa de Mejoramiento del Acceso a la Atención Odontológica tiene como propósito brindar acceso a la atención de patologías bucales a la población adulta mayor de 20 años, en horarios y lugares compatibles con actividades educacionales y laborales.

El programa comienza a funcionar en Posta Las Vertientes y San Gabriel el año 2015, logrando duplicar la ampliación de su cobertura el año 2016, permitiendo la incorporación de nuevos odontólogos y más horas de atención en extensión horaria para nuestros usuarios de la comuna de San José de Maipo. A contar el año 2017

triplicamos la cantidad de actividades recuperativas negociadas el 2015, bajo la premisa de que en este programa se atiende a todo usuario FONASA/PRAIS de la comuna y no solamente a nuestra población inscrita.



Programa Más Sonrisas para Chile

El programa “Más sonrisas para Chile” es una iniciativa coordinada por los servicios de salud, a través de la atención primaria, en conjunto con SERNAM. El programa brinda atención odontológica integral para mujeres FONASA/PRAIS mayores de 20 años, la que incluye prestaciones de nivel primario más rehabilitación con prótesis removible. Se focaliza principalmente en mujeres en situación de vulnerabilidad que buscan empleo, mejorando sus condiciones orales y estéticas, para que jefas de hogar de escasos recursos o temporeras puedan incorporarse al mercado laboral en igualdad de oportunidades y mejorar su calidad de vida. También contempla la atención a funcionarias JUNJI/INTEGRA a cargo del cuidado de preescolares, considerando que este personal educador, como adulto significativo, es un modelo para la formación de hábitos y el autocuidado en salud de niñas y niños, reforzando el alcance del programa preventivo sembrando sonrisas en la salud bucal de la población preescolar.

El programa se realiza en San José de Maipo desde el año 2015, otorgándose 110 altas odontológicas anuales a usuarias de la comuna.

Hombres de Escasos Recursos

El Programa “Hombres de Escasos Recursos” tiene por objetivo mejorar el acceso, oportunidad, calidad y satisfacción usuaria a través de la atención odontológica integral de usuarios en atención primaria de salud para hombres FONASA/PRAIS mayores de 20 años.

Se da inicio a este programa durante el año 2016 en San José de Maipo, realizándose 15 altas odontológicas integrales con posibilidad de rehabilitación protésica, manteniéndose la cantidad de altas para el año 2017.

Lamentablemente, la necesidad de nuestros usuarios adultos es alta en cuanto a rehabilitación oral, debido a ello contamos con una lista de espera de 40 pacientes hasta la fecha, para atención odontológica durante el año 2018.

Esperamos lograr ampliar la cantidad de cupos para el año 2017, puesto que, al igual que nuestras usuarias del programa “Más sonrisas para Chile”, nuestros usuarios en lista de espera del Programa Hombres de escasos recursos, se encuentran en situación de vulnerabilidad y en busca de empleo, con la necesidad de mejorar sus condiciones orales y estéticas.

3. Programa de la Mujer: Prestaciones al Adulto de 20 a 64 años.

El programa de la mujer de 20 a 64 años incluye las siguientes acciones:

Las Matronas realizan:

- EMP de mujeres de 20 a 64 años, cumpliendo las metas IAAPS todos los años.
- Toma de PAP en esta población teniendo una cobertura de 110% al corte de agosto según informe del servicio.
- Mamografías y eco mamarias en la población bajo control, incorporadas al programa de resolutivez de acuerdo al convenio con imágenes diagnósticas.
- Talleres diseñados para el adulto con temáticas para esta población, con la participación de hombres y mujeres en estas edades.
- Derivaciones internas a nutricionista, enfermería, psicóloga o médico según lo amerite.

4. Vida sana prevención de enfermedades no transmisibles en Adulto (20 a 64 años)

El Programa Vida Sana, es una intervención en factores de riesgo de enfermedades no transmisibles implementado con un enfoque comunitario e interdisciplinario, junto al programa cardiovascular, el cual deben trabajar articuladamente de forma tal que se cuente con estrategias de derivación de aquellos familiares de usuarios que ya tiene el desarrollo de una enfermedad no trasmisible para la población de 20 a 64 años cuya estrategia sea desarrollada en lugares de la comunidad, tales como establecimientos de salud, juntas de vecino, gimnasios, entre otros, dicha estrategia consta de un ciclo inicial de 6 meses con su control inicial a cargo del equipo multidisciplinario para determinar su condición de ingreso. Durante esos meses se ofrecen círculos de Vida Sana para el cambio de hábito y sesiones de actividad física y ejercicio.

En el contexto del Programa Vida Sana, con el objetivo de controlar factores de riesgo para la cronicidad en el año 2015 las derivaciones se realizaron principalmente desde controles EMP, controles de PSCV y hallazgos en otros controles de salud realizados, por los distintos profesionales con los que se trabaja en equipo. En el año 2016 se mantiene la estrategia de ingresos al programa y se realiza una asociación con el área de deportes de la Ilustre Municipalidad de San José de Maipo, por lo cual aumenta, al doble, la cantidad de usuarios incorporados al programa. En el 2017 se incorpora la herramienta de la aplicación vida sana en la cual se obtiene mayor registro de los controles de pacientes ingresados en programa, la estrategia con las asociaciones se mantuvo, junto con derivaciones de los profesionales, en este año se aumentó las actividades masivas en la comunidad para dar a conocer el programa en otras localidades y realizar intervenciones comunitarias que entregan conocimientos a todo el público, por lo que aumentó el número de usuarios en la mayoría mujeres de 24 a 64 años hasta la fecha . (Grafico 1.a.)



Como se observa en 2017 a la fecha, los ingresos al medir IMC aumentado fue de 47 adultos, al finalizar la intervención de este periodo es de 21 adultos con IMC aumentado, lo que significa una mejora del 55%. En síntesis; el programa vida sana cumple con el objetivo general, de intervenir en la población objetivo para disminuir o controlar los factores de riesgo de adquisición de alguna de las enfermedades no transmisibles de mayor prevalencia en el país

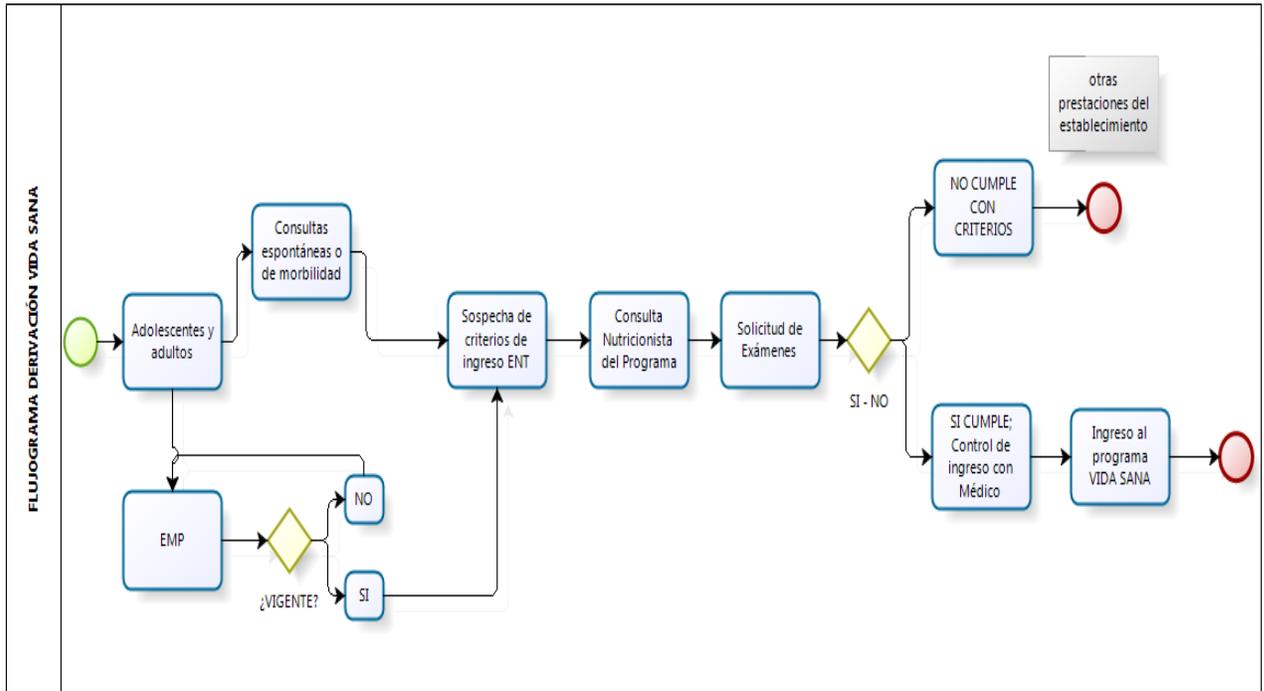
Línea promocional participativa 2018

- Espacios públicos en los cuales se pueda realizar las intervenciones de controles de nutricionista, psicóloga y kinesiólogos, con el fin de mantener una dinámica más cercana a los usuarios.
- Talleres participativos y preventivos entregados a los usuarios.
- Talleres entregados por todo el equipo multidisciplinario.
- Intervenciones masivas con diferentes dinámicas a presentar.
- Buenas prácticas a nivel comunal relacionado con actividad física.
- Generar red de apoyo con programas de la comuna ya instaladas en organizaciones como municipalidad, bomberos, etc.

Línea preventiva 2018

- Prestaciones: Nutricionista (3 controles), Psicóloga (2 controles), Médico (1 control de ingreso), Kinesiólogo (actividad física y evaluaciones durante todo el año).
- Exámenes perfil metabólico.

Flujograma de ingreso a Programa Vida Sana.



5. Salud Mental del Adulto entre 20 y 64 años.

El Programa de Salud Mental se encuentra centrado en el Modelo de Salud Familiar, considerando los determinantes sociales en la promoción de la salud y reforzando los factores protectores familiares y/o comunitarios en las intervenciones.

Siendo el objetivo general contribuir a mejorar la atención de salud mental de los usuarios del sistema público de salud, mejorando la accesibilidad, oportunidad y calidad técnica de la atención que se entrega en los establecimientos de Atención Primaria de Salud en sus aspectos promocionales, preventivos, curativos y de rehabilitación, con un Enfoque de Salud Familiar y Comunitario, logrando un

aumento paulatino de la resolutiveidad y realizando acompañamiento en espera para atención en especialidad.

Los Objetivos Específicos del Programa están orientados a prevenir, detectar, diagnosticar y proporcionar tratamiento integral, accesible, oportuno y eficaz, a las personas que sufren trastornos depresivos; a mujeres que sufren violencia de género; en problemas asociados al consumo de sustancias psicoactivas, a población consultante con consumo perjudicial y dependencia de alcohol y drogas.

Otro objetivo también es aumentar la resolutiveidad del Equipo de Atención Primaria de Salud con servicios de especialidad para el tratamiento de personas con trastornos de salud mental de moderada a alta severidad que corresponden a sistemas de salud de mayor nivel de complejidad, siendo abordadas a través de Consultorías en Salud Mental realizadas por COSAM de San José de Maipo.

Es fundamental el que contemos con disponibilidad de horas médicas en nuestras Postas para atención de salud mental, teniendo competencias importantes para el abordaje de las problemáticas.

Siendo también un objetivo específico el fortalecimiento de la Prevención en Salud Mental a través de la implementación de Consejerías individuales y/o de pareja y familiares, Consejerías en Crisis Normativas y no Normativas.

Por parte del Programa Salud Mental Comunitaria se han realizado Talleres de Habilidades Personales para el desarrollo de un mayor bienestar psicológico como Taller de Mándalas, talleres de habilidades parentales y maternas para grupos de padres y apoderados, trabajo con Grupo de Autoayuda Las Vertientes, Colectivo Vamos Mujer y otras agrupaciones comunitarias.

Dupla Psicosocial de Salud Mental participa activamente en Política de Estado Chile Crece Contigo, realizando intervenciones preventivas, terapéuticas y visitas domiciliarias integrales a familias con factores de riesgo.

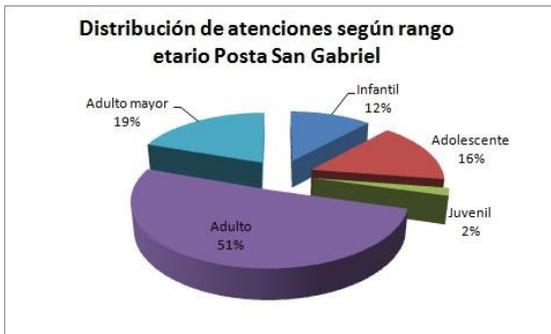
Encargada de Salud Mental realizó Protocolos de Abordaje de Crisis Normativas y No Normativas en general, Protocolo Abordaje Crisis Normativa Familias con Hijos Adolescentes, Protocolo Crisis No Normativa Acompañamiento a familias con integrantes hospitalizados. Aplicados en las atenciones correspondientes por dupla psicosocial.

Población Adulta en control Programa Salud Mental

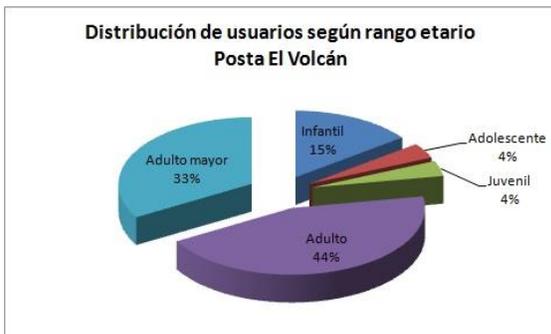
En lo que respecta a la población adulta beneficiaria del Programa de Salud Mental, encontramos que en las tres Postas Rurales es el ciclo vital que mayormente accede a atenciones.



En posta Las Vertientes la población adulta representa al 49 % de los usuarios en control en el Programa Salud Mental.



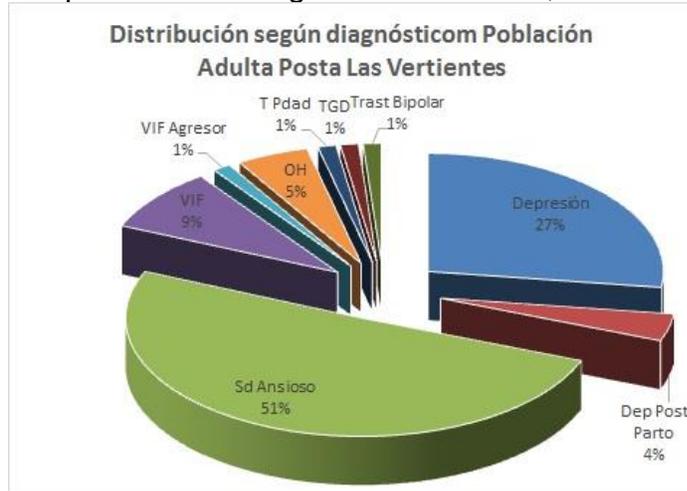
En posta San Gabriel la población adulta representa el 51 % de los usuarios en control en el Programa de Salud Mental.



En Posta El Volcán la población adulta corresponde al 44 % del total de usuarios en tratamiento en el programa de Salud Mental

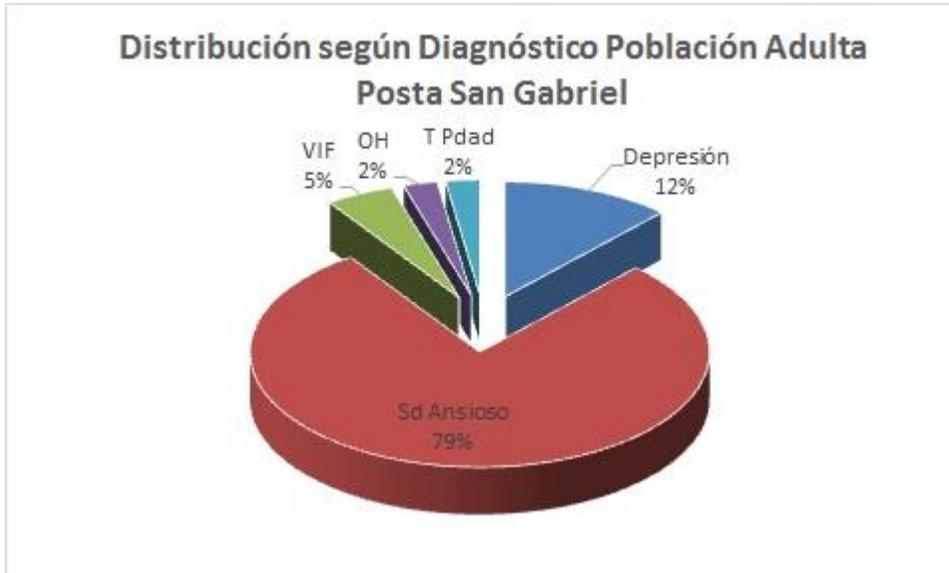
Tratamiento

Respecto de los diagnósticos tratados, encontramos que:

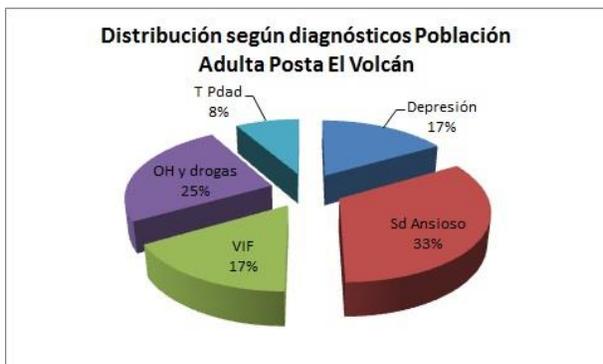


En Posta Las Vertientes en cuanto a las problemáticas de salud mental abordadas, como muestra el Gráfico el diagnóstico con mayor prevalencia, es Síndrome Ansioso con un 51%, seguido por Depresión con 27%, en tercer lugar Violencia de Género e intrafamiliar que corresponde a factores de riesgo y condicionantes de la salud mental, pesquisado en su mayoría en depresión secundaria a agresiones psicológicas y/ físicas. Estos casos han sido derivados con acompañamiento psicosocial a Centro de la Mujer de la Provincia Cordillera, para abordaje transdisciplinario. En cuarto lugar Trastornos Mentales y del comportamiento debido al consumo de alcohol y/o drogas. En quinto lugar Depresión Post parto.

Comparten el quinto lugar Trastornos de Personalidad, que deben ser abordados en APS ya que COSAM no cuenta dentro de sus prestaciones la atención de esta patología, personas derivadas desde Juzgados para control de impulsos, que figuran en agresores de VIF, Trastorno Bipolar y Trastorno Generalizado del Desarrollo (Asperguer) derivado a COSAM, estando en control con Terapeuta Ocupacional.



En Posta San Gabriel respecto a problemáticas de salud mental el diagnóstico de mayor prevalencia es Síndrome Ansioso, seguido por Depresión, en tercer lugar Violencia de género correspondiente a factores de riesgo y condicionantes de la salud mental, se realiza apoyo psicoterapéutico y derivación asistida a Centro de la Mujer Provincia Cordillera. En cuarto lugar Trastorno de personalidad y consumo problema de alcohol.



En Posta El Volcán el diagnóstico de mayor prevalencia es Síndrome Ansioso, seguido por el factor de riesgo y condicionante de la salud mental Trastornos Mentales y del comportamiento debido al consumo de alcohol y/o drogas, que representa una gran problemática en dicha localidad, ya que la mayoría de los usuarios derivados se encuentran en etapa pre-contemplativa en la que no son conscientes de tener un problema y contemplativa en que si bien reconocen que tienen un problema, no han decidido hacer algo para abordarlo (Prochaska y Diclemente, 1982). Casos complejos han sido derivados a COSAM de San José de Maipo. El tercer lugar en prevalencia es compartido por Depresión y factor de riesgo Violencia de género, en último lugar se encuentra Trastorno de personalidad.

En el pueblo El Volcán se dan condiciones de mayor vulnerabilidad, dada la altura, lejanía geográfica de lugares para proveerse de alimentos, así como insumos básicos, sumado a las dificultades para trasladarse; ya que cuentan con locomoción sólo dos veces al día. Por lo que se ven obligados a pagar sumas de dinero importante para poder desplazarse al pueblo, así como a centros de salud de emergencia y especialidad.

Además las posibilidades laborales son escasas, más ligadas al ámbito turístico, vendiendo pan amasado y artesanías al paso a turistas, no habiendo por lo mismo ingresos estables. Se observa en ese sentido "vulnerabilidad crónica. Son aquellos que no siendo pobres en un determinado minuto, no poseen las habilidades laborales requeridas por el mercado para conservar un empleo formal estable en el tiempo. Así, estos sectores tienden a recaer cada cierto tiempo en la pobreza independiente de situaciones que afecten al conjunto de la economía o a problemas de salud." (El arte de Clasificar a los chilenos: Enfoques sobre los modelos de Estratificación en Chile, Ediciones Universidad Diego Portales, 2009, Pág. 30)

Además de atenciones en box, se realizan visitas domiciliarias integrales de salud mental según pertinencia, por parte de dupla Trabajadora Social y Psicóloga.

En problemáticas de salud mental de mayor complejidad, se efectúa presentación de casos en Consultorías Psiquiátricas y multiprofesional en COSAM de San José de Maipo, además de realizar derivación asistida tanto a COSAM como a Hospital Sótero del Río. Las urgencias psiquiátricas siguen siendo a Hospital Barros Luco, existiendo flujograma de derivación.

Bibliografía

MINSAL (2017) Orientaciones Técnicas del programa cardiovascular

MINSAL (2010) Hipertensión arterial en personas de 15 años y mas

MINSAL (2010) Guía clínica Diabetes Mellitus tipo 2

MINSAL (2010). Guía Clínica Salud Oral Integral para adultos de 60 años.

MINSAL (2013). Guía Clínica Salud Oral Integral de la embarazada.

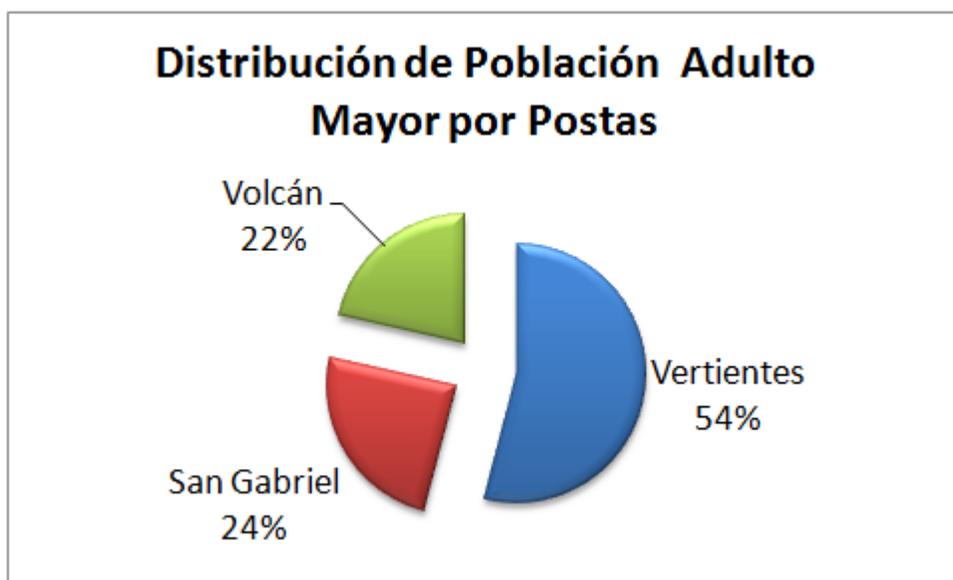
MINSAL (2011). Estrategia nacional de salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020.

Petersen PE, Yamamoto T (2005). Improving the oral health of older people: the approach of the WHO Global Oral Health Programme. Community Dent Oral Epidemiol.

PROGRAMA DE SALUD DEL ADULTO MAYOR

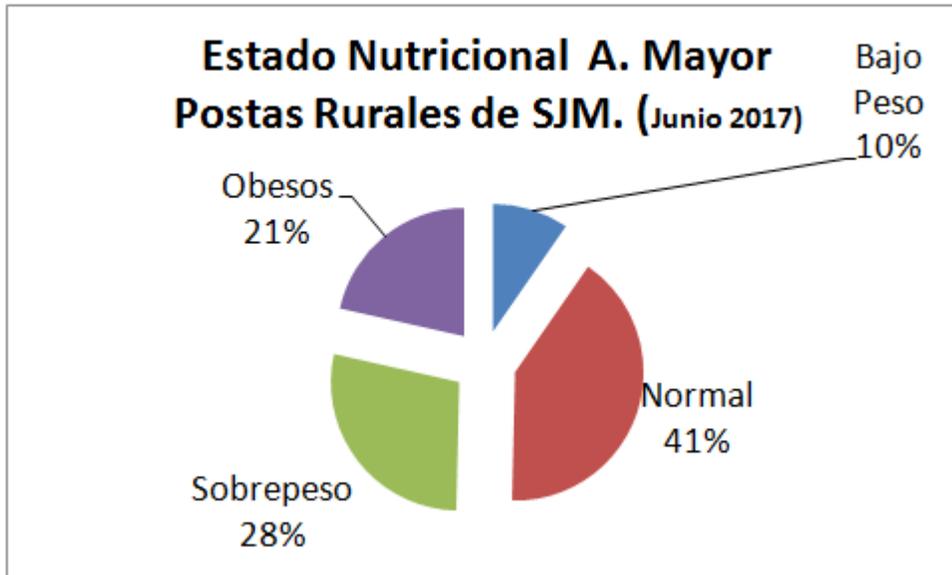
En Chile las cifras de población mayor de 65 años aumenta significativamente cada año, debido en parte al mayor acceso a la atención en Centros de Salud Primaria, otorgando prestaciones de calidad y oportunas, resolviendo problemas de salud y/o derivando si es necesario, lo que ha aumentando la expectativa de vida. El Programa del Adulto Mayor tiene como visión que las personas mayores permanezcan autónomas y autovalentes por el mayor tiempo posible.

El Ministerio de Salud ha instalado la medición de la funcionalidad como Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor (EMPAM), promoviendo el envejecimiento saludable. (MINSAL)



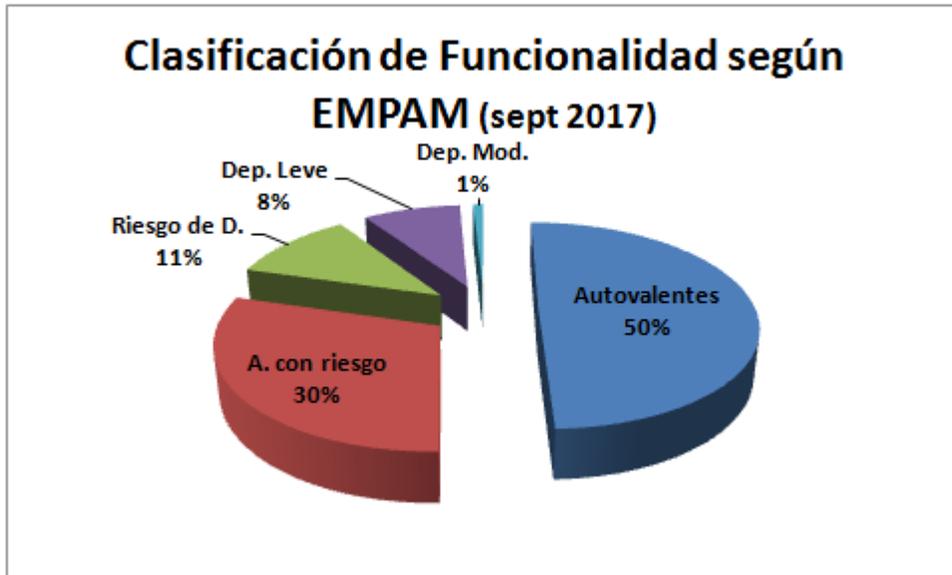
Poco más del 50 % (73 usuarios) de la población bajo control de Adultos Mayores de nuestras Postas Rurales, se atienden en Posta Vertientes. El 46% restante (62 usuarios), se distribuye entre Posta San Gabriel y Volcán, sectores con mayor grado de vulnerabilidad.

ADULTOS MAYORES SEGÚN ESTADO NUTRICIONAL. (Junio 2017)



El diagnóstico nutricional de los Adultos mayores que se atienden en las Postas de Salud Rural, arroja que el 49 % tiene mal nutrición por exceso (sobrepeso y obesidad), sólo el 10 % se encuentra en categoría de bajo peso, y el 41% está con estado nutricional Normal.

CLASIFICACIÓN de FUNCIONALIDAD SEGÚN EMPAM (septiembre 2017)



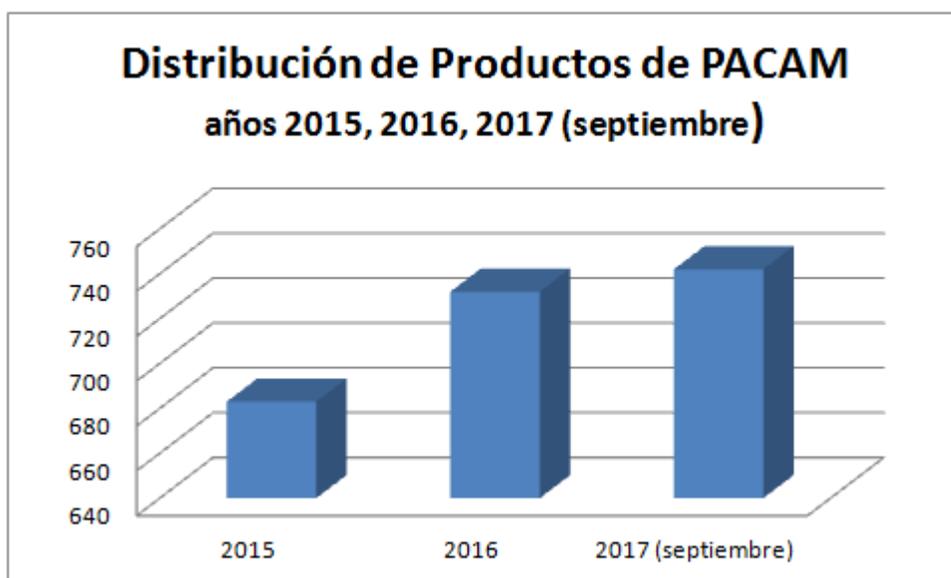
Resultado de Evaluación de funcionalidad, según **EMPAM**, 50% diagnosticado como Autovalentes, 30% Autovalentes con Riesgo, 11% Riesgo de Dependencia, 8% Dependencia Leve, 1% Dependencia Moderada.

A partir de la aplicación de estos instrumentos, EMPAM : EFAM, Barthel, el adulto mayor es clasificado según riesgo de perder funcionalidad. Según el resultado de dicha evaluación se deben implementar acciones preventivas, de tratamiento o rehabilitadoras.

Las acciones o Plan de Acción pueden referirse a riesgo cardiovascular, osteoarticular, salud mental, riesgo social, etc. Es fundamental detectar la presencia o ausencia de redes de apoyo antes de elaborar dicho Plan.

PROGRAMA DE ALIMENTACION COMPLEMENTARIA DEL ADULTO MAYOR (PACAM)

Este programa tiene como propósito mantener o mejorar el estado nutricional y la funcionalidad del adulto mayor, aminorando brechas nutricionales y económicas, a fin de mejorar su calidad de vida.



En los últimos tres años la distribución de productos para el adulto mayor (Bebida Láctea y Crema Años Dorados), ha tenido un significativo aumento, debido a varios factores: contratación de una funcionaria, TENS, exclusiva a cargo de Bodega y distribución de productos alimentarios, la que educa individualmente a los usuarios sobre las diferentes formas de utilizar los productos (recetarios), aumento de oferta de prestaciones en nuestras postas, lo que ha aumentado la inscripción de usuarios, rescate de inasistentes, visitas domiciliarias, etc.

META IAAPS: EMPAM enero a septiembre 2017

	EMPAM realizados	Meta IAAPS	% cumplimiento (a septiembre 2017)
TOTAL	117	138	85%

Logros 2017

- Aumento de la cobertura de EMPAM en un 20 %, comparado con el año 2016.
- Visitas domiciliarias integrales en A.M. más vulnerables.
- Coordinación con diferentes Clubes de Adultos Mayores de la comuna, entregando contenidos educativos : beneficios sociales, Estilos de Vida Saludable, estimulación cognitiva, etc.

Brechas y propuestas 2018

- Mejorar la coordinación con SSMSO, (lentes presbicie, GES hipoacusia bilateral, etc.)
- Calendarización Reuniones equipo AM, para análisis de casos y realizar el Plan de Acción. (mensual 2 horas (marzo a diciembre))
- Aumentar el rescate de adultos mayores inasistentes a controles.
- Mejorar la cobertura de EMPAM
- Elaborar Plan de Acción en los adultos mayores vulnerables.
- Consejería antitabaco en el 100% consultas por problemas respiratorios.
- ERC: Aplicar ficha Prevención
- Aumentar la atención ginecológica : mamografías.
- Aumentar la sobrevida en personas con enfermedades cardiovasculares, asegurando la continuidad de la atención. Control antes de los siete días post alta por IAM.
- Facilitar examen VIH
- Aumentar la cobertura de Fondo ojo en personas con DM.

PROPUESTA BUENA PRÁCTICA 2018

Implementar “Ciclo de talleres de educación continua” en Promoción de Estilos de Vida Saludable : Alimentación (utilización Productos del PACAM), Actividad Física, Prevención caídas, Estimulación cognitiva, beneficios Sociales, Sexualidad, Consumo responsable de OH, etc. (marzo a noviembre) el último jueves de cada mes de 11 horas a 13 horas.

PROGRAMA CARDIOVASCULAR EN EL ADULTO MAYOR

Estas actividades están orientadas a las personas de 65 años y más, con el objetivo de promover el autocuidado, fomentar la disminución y abstinencia del consumo del tabaco y entregarles información acerca de patologías cardiovasculares, a través de:

- Talleres de estilos de vida saludable al club de adultos mayores.
- Consejería breve anti tabáquica en los controles del programa cardiovascular, del adulto mayor.
- Exhibición de DVD educativos en la sala de espera de las tres postas.

Actividades de Prevención en el Programa Cardiovascular

Las actividades preventivas están orientadas a detectar en forma oportuna condiciones prevenibles o controlables que causan morbimortalidad, a través de:

- Optimizar el tratamiento farmacológico de los pacientes de 65 o más años con albuminuria moderada o severa o ERC etapa 3b-5 en el PSCV.
- La prevención de la progresión de la enfermedad renal crónica en las personas mayores de 65 años del PSCV que presenten microalbuminuria, a través del tratamiento del 100% de estos pacientes con IECA o ARA II.
- Asegurar la continuidad del tratamiento de las personas de 65 años y más que ha egresado del hospital con diagnóstico de ACV o IAM, realizando un control al 7º día post-alta al 100%, para evaluar la adherencia al tratamiento.
- Se aumentará la cobertura de hipertensión arterial y diabetes en un 15% con respecto al año anterior, en el grupo de personas de 65 y más años a través de la realización del EMPAM, consulta de morbilidad u otros.

Realizar Controles de Salud con el fin de evaluar la situación de salud de las personas mayores, aconsejar sobre prevención y control de enfermedades, pesquisar y derivar y elaborar plan de intervención (EMPAM)

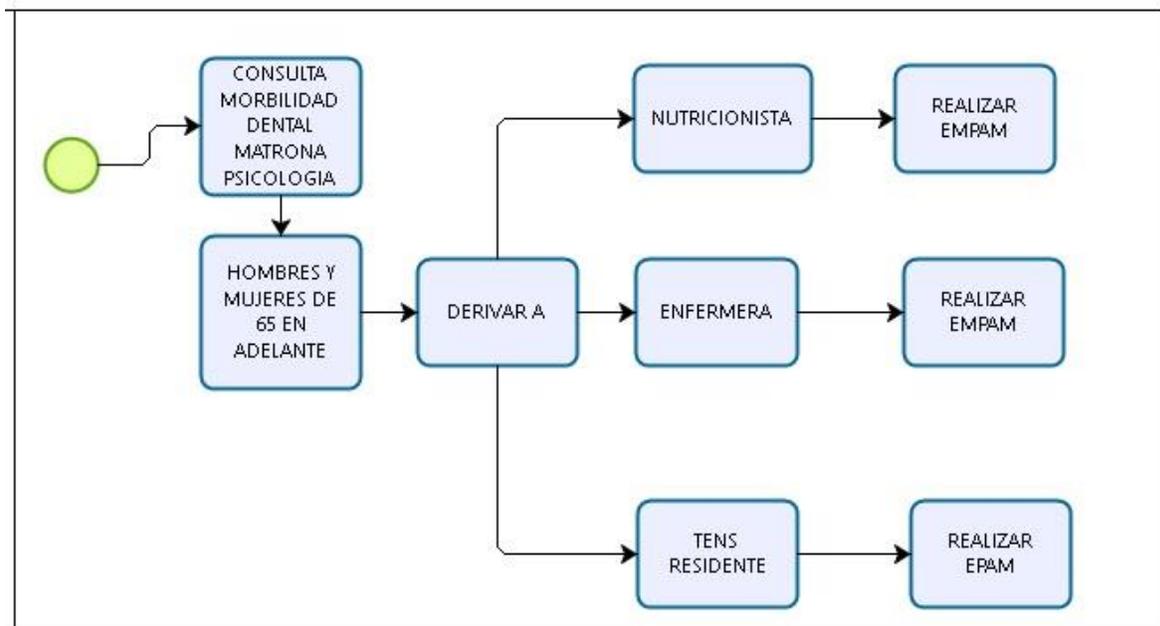
Actividades de tratamiento en el programa cardiovascular en adultos mayores

Las actividades de tratamiento están orientadas a mejorar la compensación en los pacientes bajo control del programa cardiovascular, para lo cual se espera:

- Aumentar la compensación de adultos mayores hipertensos con una presión arterial menor a 140/90 mmHg en el último control en un 15% y en 10% la cobertura efectiva, con respecto al año anterior, a través de la realización del control de salud cardiovascular y el taller de ejercicio físico.

- Aumentar la compensación de adultos mayores diabéticos con HbA1c menor a 7 en el último control en un 15% y la cobertura efectiva en un 10%, con respecto al año anterior, través de la realización del control de salud cardiovascular y el taller de ejercicio físico.
- Realizar manejo avanzado de heridas al menos al 80% de los pacientes diabéticos con úlceras activas del pie diabético de 65 y más años.
- Se espera que el 80% de los pacientes con diabetes tipo 2 de 65 y más años del PSCV, cuenten con un fondo de ojo vigente.

Flujograma derivación EMPAM



ATENCIÓN DOMICILIARIA A PACIENTES CON DEPENDENCIA SEVERA

DEFINICION DE DEPENDENCIA

Dependencia severa: corresponde a “cualquier disminución en las capacidades físicas, psíquicas o de relación con el entorno que implique la dependencia de terceras personas, para ejecutar actividades de la vida cotidiana (levantarse, lavarse, comer, alimentarse y deambular al interior del hogar, etc.) de cualquier grupo etario”..

Objetivos del programa

Otorgar atención integral en el domicilio (físico-emocional y social) tratando de mejorar así la calidad de vida o buen morir de los usuarios potenciando su recuperación y rehabilitación.

Mejorar la calidad del cuidado de la persona postrada y aliviar a la familia cuidadora, disminuyendo la carga del cuidador/a, impidiendo de este modo la institucionalización.

Análisis del programa

El programa de Atención Domiciliaria con dependencia severa es una estrategia sanitaria, cuyo foco es crear una red de cobertura hacia las personas usuarias y familias que se atienden en los establecimientos de salud primaria.

Según el SENAMA (Servicio Nacional del adulto Mayor) 1 de cada 4 mayores de 60 años tienen algún grado de dependencia. . En el 86 % de los casos el cuidado del adulto mayor es asumido por un a mujer ya sea esposa, hija o nuera y lo hacen por más de 12 hrs diarias

Criterios de inclusión

Se realiza al usuario una evaluación para clasificar el grado de dependencia con el Índice de Barthel, además se evalúa entorno familiar con Trabajadora Social y Psicóloga

Otras actividades: Taller de capacitación a Cuidadores de Pacientes Dependientes

PROYECCIONES AÑO 2018

Coordinación con los diferentes niveles de atención de la Red Asistencial y de la comunidad, con el fin de dar continuidad en el cuidado de los usuarios.

Preservar la calidad de la atención prestada en el domicilio del usuario, asumiendo la responsabilidad del cuidado continuo e integral del mismo, en conjunto con el cuidador.

Estimular y potenciar la participación activa de los Cuidadores en las distintas actividades que se programen, con calidad y con enfoque de Salud Familiar.

Realizar un estudio de las necesidades de cada usuario, para diseñar plan individualizado de cuidados. Esta actividad debe ser realizado por el Equipo de Salud, cuidador y la familia.

Generar canales de comunicación expeditos con el usuario, cuidador y familia.

Elaborar y ejecutar plan anual de capacitación a los cuidadores, entregándoles herramientas para mejorar la calidad del cuidado y así, optimizar su labor

Realizar inducción a quienes ingresan al Programa como Cuidadores

Identificar, categorizar y registrar a las personas que presenten Dependencia Severa, en cada una de las Postas, para ingreso al Programa.

Evaluar y gestionar el pago a cuidadores de personas que presenten Dependencia Severa.

Verificar mensualmente por medio de Visita Domiciliaria –de acuerdo a Plan de Cuidado-, condición del paciente.

Todo usuario ingresado, deberá contar con un Plan de Atención que involucre al Equipo de Salud, Cuidador y familia, para abordar las necesidades de cuidado requeridas por éste, la que deberá realizarse a través de una Visita Domiciliaria Integral y ser registrada como tal.

El Equipo de Salud deberá detectar condiciones de riesgo en el entorno del paciente y educar al Cuidador y familia en la modificación de éstas, ofreciendo así alternativas de solución.

Previo a cada visita se revisara check list de insumos por parte del técnico paramédico del programa y será supervisado por la enfermera.

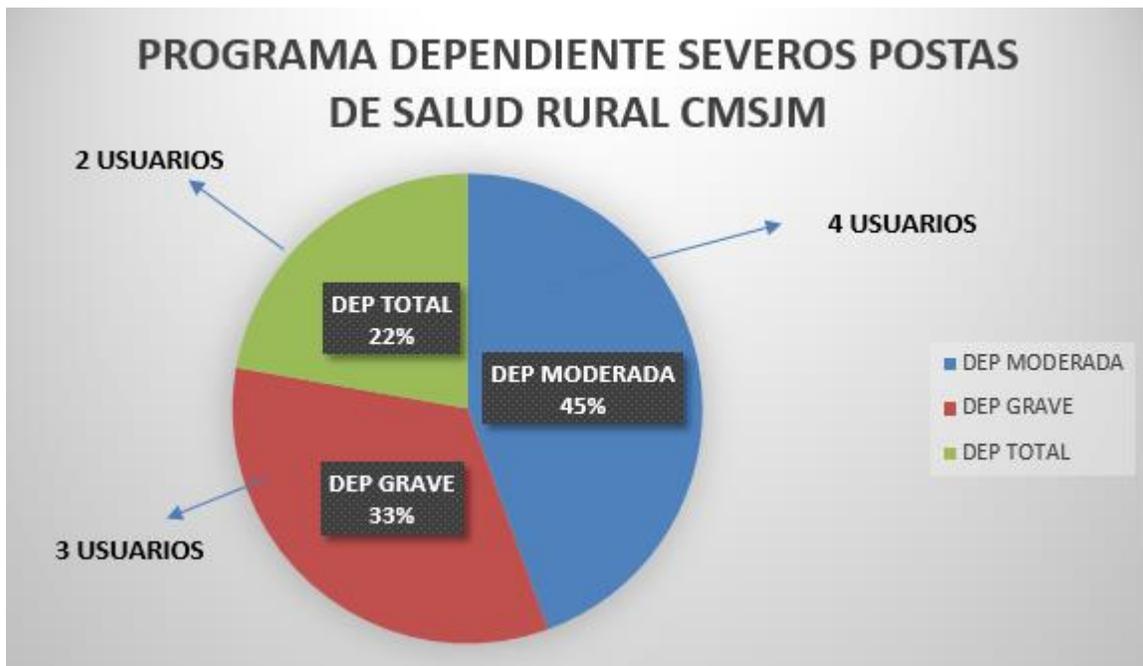
Previo a la visita se coordinara disponibilidad de conductor y móvil

Se realizara reunión semanal para categorización de prioridad de visitas por parte del personal de salud.

Mantener registro actualizado de las personas con dependencia severa

Pago a cuidadores de personas con dependencia severa

El estipendio es un beneficio económico que se le otorga al cuidador que se hace cargo del usuario, este debe estar inscrito en el programa de atención domiciliaria y además el cuidador debe ser responsable y preocupado por mantener al usuario dependiente en muy buen estado, donde el equipo de salud lo apoyara efectuándole capacitaciones.



Referencias

- ORIENTACIÓN TÉCNICA PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA A PERSONAS CON DEPENDENCIA SEVERA, División de Atención Primaria Subsecretaría de Redes Asistenciales Ministerio de Salud 2014.
- NORMA DE CUIDADOS DOMICILIARIOS DE PERSONAS QUE SUFREN DE DISCAPACIDAD SEVERA

Salud Mental en Adultos Mayores

El Programa de Salud Mental al estar centrado en el Modelo de Salud Familiar, considera los determinantes sociales en la promoción de la salud y reforzando los factores protectores familiares y/o comunitarios en las intervenciones. En la realidad encontrada en nuestras Postas de salud rural, existen muchos adultos mayores que viven solos y no cuentan con redes de apoyo familiares o en algunos son escasas, teniendo que movilizar redes comunales para ir en apoyo de ellos.

Se realizan intervenciones preventivas, terapéuticas y visitas domiciliarias integrales a adultos mayores con factores de riesgo.

Encargada de Salud Mental realizó Protocolo de Abordaje de Crisis Normativa Adulter Mayor, en contexto MAIS para mejorar la atención de la población que se encuentra en este ciclo vital. Principalmente aplicado en las atenciones correspondientes por dupla psicosocial.

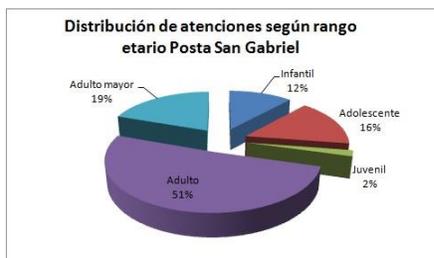
Se han realizado consejerías en Crisis Normativa Adulter Mayor individuales y familiares.

El Programa Salud Mental Integral participó en intervenciones en sala durante el Mes del adulto mayor, además se preparó y entregó material para estimulación cognitiva.

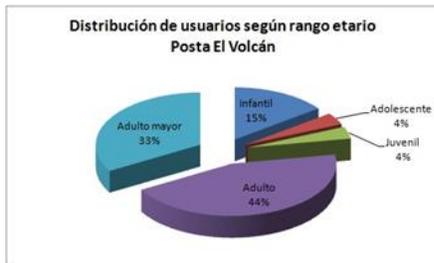
Se proyecta participar activamente durante el año 2018 en talleres mensuales organizados por Programa Adulto Mayor.



En posta Las Vertientes la población adulta mayor representa al 18 % de los usuarios en control en Programa Salud Mental.



En posta San Gabriel la población adulta mayor representa el 19 % de los usuarios en control en Programa de Salud Mental.



En Posta El Volcán la población adulta mayor corresponde al 53% del total de usuarios en tratamiento en programa de Salud Mental, siendo el ciclo vital que mayoritariamente habita la comunidad del Volcán.

Tratamiento

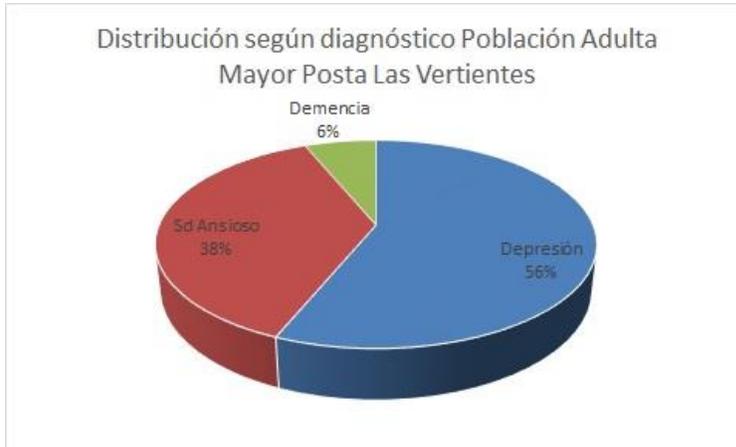
La mayoría de las atenciones en salud mental corresponden a trastornos del humor, asociado a crisis normativa adultez mayor complicada por problemáticas de pérdida de funcionalidad física y mental.

En el caso de usuarias y usuarios adultos mayores que ingresan a control de salud mental, en su mayoría son derivados posterior a aplicación de EMPAM, por screening de depresión en el Adulto Mayor Yessavage alterado. Además de consulta espontánea por estar viviendo crisis normativa adultez mayor.

Además de atenciones clínicas, se realizan visitas domiciliarias integrales de salud mental según pertinencia, por parte de dupla Trabajadora Social y Psicóloga.

En problemáticas de salud mental de mayor complejidad, se efectúa presentación de casos en Consultorías Psiquiátricas y multiprofesional en COSAM de San José de Maipo, además de realizar derivación asistida tanto a COSAM como a Hospital Sótero del Río.

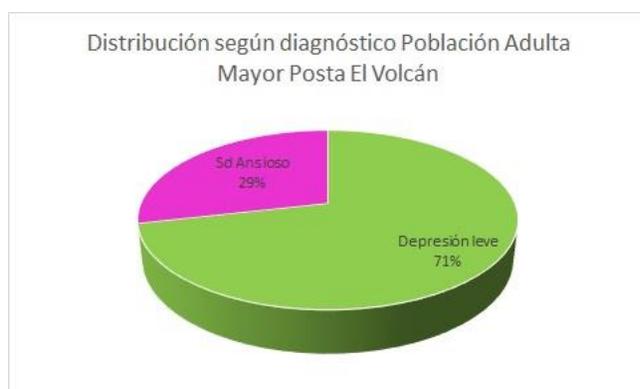
Con respecto a los diagnósticos abordados, encontramos que:



En Posta Las Vertientes en cuanto a las problemáticas de salud mental abordadas, como muestra el Gráfico el diagnóstico con mayor prevalencia, es Depresión en el Adulto Mayor, en muchos de esos casos han sido derivados al ser pesquisados en la realización de EMPAM, por consulta espontánea y por pesquisa de otros funcionarios; seguido por Síndrome ansioso y por Demencia, esto último derivado a médico Postas, COSAM y a CDT Hospital Sótero del Río.



En Posta San Gabriel respecto a problemáticas de salud mental, como muestra el Gráfico el diagnóstico de mayor prevalencia es Depresión, pesquisados en su mayoría también en aplicación de EMPAM, seguido por Síndrome Ansioso. demencia. Realizándose visitas de seguimiento integrales y en dupla psicosocial en casos de crisis Normativas complejizadas y en crisis No Normativas por fallecimiento del cónyuge.



En Posta El Volcán el diagnóstico de mayor prevalencia es Depresión leve, marcada en general por crisis Normativa adultez mayor complicada; seguido por trastorno ansioso.

En su mayoría los adultos mayores de nuestras Postas Rurales que han presentado problemáticas de salud mental o viven solos o con cónyuge, ya que los hijos y nietos han migrado en busca de mejores expectativas de vida. En algunos casos tienen como factor protector la red de Club adultos mayores.

Desde el programa Salud Mental Comunitaria se han realizado intervenciones en Club de adultos Mayores Hilda Romero, actividades que se vieron interrumpidas por hospitalización de presidenta del club.

Salud Oral del Adulto Mayor

Para el año 2020 se proyecta que la población mayor de 60 años alcanzará el 17,6% (CEPAL, 2011), lo que se traduce en un reto para nuestro sistema de salud. Actualmente el enfoque en salud oral que se realiza en Chile, se centra en la prevención y promoción en salud, con la finalidad de evitar el daño, sin embargo existen programas de refuerzo para APS que permiten brindar rehabilitación oral a usuarios mayores de 20 años, y de esta forma se incorpora a la población adulto mayor.

Las personas adulto mayor de nuestra comuna tienen acceso a atención en urgencias odontológicas ambulatorias, atenciones de morbilidad odontológica (las que incluyen limpiezas, restauraciones y extracciones dentales) además de atención en los programas “Más Sonrisas para Chile” y “Hombres de escasos recursos” (los que incluyen las atenciones del programa de morbilidad odontológica y además de prótesis dental, en caso de que lo requiera el usuario).

En el siguiente gráfico se puede observar el porcentaje de altas odontológicas otorgadas a usuarios adultos mayores en los programas “Más Sonrisas para Chile” y

“Hombres de escasos recursos”, respecto al total de altas realizadas a septiembre del 2017.

Cabe señalar que las personas mayores de 65 años, por medio del sistema de interconsultas, pueden ser atendidas en el Hospital Sótero del Río para obtener rehabilitación oral por medio de prótesis dental. Por otro lado, también hay que considerar que en el programa Hombres de escasos recursos, solo contamos con 15 cupos para atender a toda la población masculina, mayor de 20 años FONASA/PRAIS, de la comuna de San José de Maipo. Frente a ello, se están realizando gestiones para poder aumentar la cantidad de cupos.



Bibliografía

CEPAL. Observatorio Demográfico América Latina y el Caribe 2011.

Ginecología:

Nuestro Programa dispone de prestaciones al adulto mayor: con las siguientes acciones:

- Talleres diseñados para adultos mayores con temáticas como: Climaterio y Sexualidad en el Adulto Mayor, con la participación de hombres y mujeres.
- Consejería a toda mujer mayor de 65 años que consulta, como una acción de prevención y promoción de la salud.
- PAP y Mamografías a mujeres mayores de 65 años.

Programa de Artrosis GES

Rehabilitación física en personas de 55 años y más con artrosis de cadera y/o rodilla leve o moderada.

Definición de artrosis de rodilla y cadera

Se denomina Artrosis u Osteoartrosis (OA), se caracteriza primariamente por un deterioro y pérdida de cartílago hialino articular, alteración del hueso subcondral y variados compromisos de tejidos blandos que incluye a la membrana sinovial.

Antecedentes

La importancia de la Artrosis u Osteoartrosis (OA), radica en su alta frecuencia, las molestias que ocasiona a quienes la padecen y el importante deterioro funcional que suelen asociarse al compromiso de rodilla y/o cadera.

Magnitud del problema

La artrosis u Osteoartrosis (OA), es la enfermedad articular más frecuente, su frecuencia va aumentando con la edad, y en los mayores de 60 años se estima que más del 80% presenta alteraciones radiológicas de OA en al menos una articulación.

Prevalencia

La prevalencia de la osteoartritis aumenta con la edad. En estudios de necropsias la OA es casi universal en mayores de 65 años.

Incidencia

Los datos a nivel mundial son escasos. En OA de cadera, se han reportado valores de 47 hasta 88 casos por 100.000 habitantes, mientras que para rodilla se han estimado incidencias entre 164 y 240/100.000.

A nivel nacional, de acuerdo a los datos de la Encuesta Nacional de Salud, realizada el año 2003, un 3,8% de la población adulta refiere padecer de artrosis siendo la frecuencia más alta entre las mujeres y mayo en la medida que aumenta la edad.

Aun considerando, que el conocimiento de la epidemiológica de esta población en Latinoamérica es aún incompleto, al igual que en el resto del mundo, es la enfermedad reumatológica más frecuente.

Factores de Riesgo

Por mucho tiempo se consideró la OA como un deterioro asociado al envejecimiento, tanto así que se llamó también enfermedad degenerativa articular. En el caso de la OA, los factores de riesgo juegan un papel muy importante, ellos se han separado en dos clases principales: los que determinan la predisposición a la enfermedad (herencia, obesidad, variables reproductivas, osteoporosis), y aquellos que determinan una carga biomecánica anormal en sitios articulares específicos (forma articular, tipo de trabajo, trauma, deporte).

Objetivos del programa de Artrosis

- Entregar atención a pacientes con artrosis leve y moderada de rodilla y cadera, bajo el régimen de garantías explícitas.

Objetivos Específicos

- Mejorar la capacidad funcional y calidad de vida de las personas de 55 años y más.
- Contribuir a enfrentar los desafíos del envejecimiento en la población.
- Fomentar la continuidad del usuario en el programa y disminuir los abandonos.
- Entregar recomendaciones sobre el diagnóstico y especialmente el tratamiento de pacientes adultos, mayores de 55 años, con OA leve o moderada de rodilla o cadera, conducentes a minimizar la morbilidad y consecuencias asociadas a la enfermedad.

En el año 2017 se aumentan las horas de atención por Programa GES Artrosis a cargo de kinesióloga pasando de 6 a 12 horas semanales, la cual se encarga de dar atención oportuna y de calidad según las orientaciones técnicas del programa y guía clínica publicada hasta la fecha por MINSAL, dando las siguientes prestaciones:

Sesiones de rehabilitación dos veces por semana, evaluaciones, charlas educativas en grupo e individuales y controles.

Plan de trabajo 2018

Sesiones de rehabilitación: atención dos veces por semana, evaluación intermedia que indique si existe una mejoría, de ser así se realizara atención una vez por semana, luego si los usuarios persisten las mejoras se reevaluara y recibirá 3 controles al mes y luego 2 atenciones mensuales de este modo se mantiene bajo control al usuario todo el año.

Talleres preventivos dirigidos a usuarios y cuidadores: orientación Nutricional preventiva, riesgo de sufrir caída, beneficios de realizar actividad física.

Talleres educativos tales como: Educación sobre la enfermedad, y otras patologías que afectan al adulto mayor.

Educación y evaluación de ayuda técnicas.

Generar un plan de acción para rescates de pacientes que no reciben tratamiento kinésico y son diagnosticados con OA de cadera o rodilla.

Aumentar el número de pacientes bajo control kinésico programa OA.

Utilización de la sala multiuso en san Gabriel para tener bajo control a usuarios diagnosticados con artrosis.

Realizar pesquisa de usuarios que presentan la patología OA en posta san Gabriel y Volcán.

Protocolizar ingresos a programa de artrosis.

Protocolizar la entrega de ayudas técnicas.

Ser parte de buena practica 2018 la cual se realizará por el equipo multidisciplinario que se pondrá en práctica desde marzo a noviembre 2018 el último jueves de cada mes a las 11 horas.

Programa Artrosis GES Gráficos de análisis de Población

Grafico 1

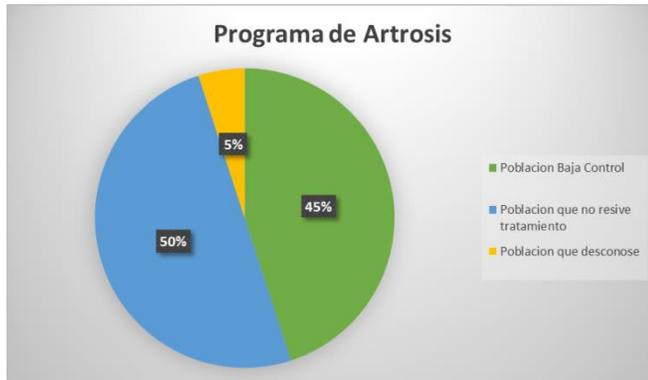


Grafico 1: Muestra la relación que existe entre la población que recibe tratamiento kinésico vs la población que actualmente no recibe tratamiento. Por lo que se puede inferir que, si se mejoran las estrategias de rescate de usuarios, la población bajo control

aumentaría a más de la mitad de los usuarios con Dg de Artrosis leve y moderada de cadera y rodilla.

Grafico2

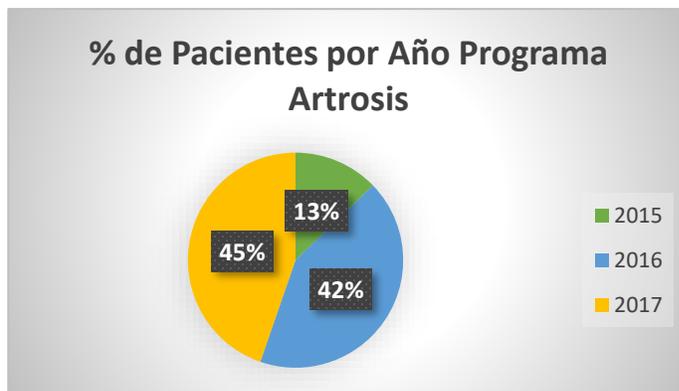


Grafico 2 Muestra el porcentaje de pacientes atendidos en los 3 últimos años en el cual se puede inferir que este número ha ido en aumentado desde que comenzó el programa en el A año 2014 llegando a un 45% en el 2017.

Grafico 3



Grafico 3: Muestra la cantidad de pacientes atendidos en el programa de artrosis desde enero a diciembre del 2016 y Mazo a octubre del 2017.

En donde en el año 2016 se realizaron 20 nuevos ingresos y en el año 2017 se han realizados hasta la

fecha 16 nuevos ingresos los cuales actualmente reciben atenciones kinésicas tanto de actividad física e intervenciones promocionales y preventivas a través de talleres grupales.

Social

Según la encuesta casen del año 2013 existe un aumento en la población adulto mayor en nuestro país. En esta etapa del ciclo vital existen cambios importantes tanto físicos como emocionales, dentro de los usuarios adultos mayores que se atienden en las Postas de Salud Rural se visualiza como principal problemática psicosocial la escases de redes de apoyo con las que cuentan, ya que un gran porcentaje vive solo, esto por diferentes razones tales como; muerte de sus familiares y/o cónyuges, relación lejana o con conflicto con sus familiares, o en algunos casos negación a dejar su vivienda para vivir con algún familiar o residencia de adulto mayor, esto se dificulta cuando padecen enfermedades como hipertensión, diabetes militus entre otras, ya que no se cuenta con cuidador que se haga responsable de tratamiento. Se implementan las consultas sociales, las cuales surgen de las derivaciones de distintos profesionales cuando los adultos mayores presentan factores de riesgo, donde se fija plan de intervención y se buscan diferentes estrategias para su intervención, siendo unas de estas las visitas domiciliarias integrales, el trabajo con las redes y sus familias. En caso de detectar negligencia grave o abandono se cuenta con el Servicio Nacional de Adulto Mayor SENAMA donde se informa situación por medio de denuncia. Contar con el trabajo de un equipo multidisciplinario permite que se pueda intervenir en las diferentes problemáticas del adulto mayor sean psicosociales y de salud.

Proyecciones 2018

Coordinar con profesionales, especialmente con encargado de cardiovascular que al detectar un adulto mayor con factores de riesgo psicosociales se realice derivación interna al área social con el objetivo de realizar intervención tanto a nivel individual, familiar y con las redes existentes.

PARTICIPACIÓN SOCIAL Y PROMOCIÓN POBLACION ADULTO MAYOR

Participar es vital en cualquier etapa de la vida, y lo es especialmente en la adultez mayor, cuando se viven muchos cambios y se tiende a la disminución de las actividades sociales, aunque la vida se ha alargado mucho en las últimas décadas, y ha aumentado el potencial de la mayoría de las personas de edad para vivirla a plenitud. La vinculación con otros, la pertenencia, la actividad grupal, muestran el estado de nuestra “salud social”. Una buena salud social impacta positivamente la salud física y psicológica de los Adultos Mayores. El aislamiento y la inactividad, por el contrario, producen una deficiente salud social que afecta nuestra salud física y psicológica. El peor enemigo de una persona mayor es la soledad y el aislamiento.

El aumento significativo de la población Adulta Mayor a nivel país, desembocando de ésta la importancia de que los(as) AM se organicen y participen de instancias en las que se puedan seguir desarrollando a nivel individual y colectivo, contribuyendo, aportando e incidiendo mediante sus propios conocimientos y experiencias otorgadas a lo largo de su vida, con la finalidad de que éstos sean visibilizados dentro de los espacios nacionales, regionales y locales, como actores sociales activos, propositivos e incidentes dentro de los procesos de cambios y transformación de su entorno inmediato, así como también local, conjunto con otros AM y la articulación de éstos con ciertos actores sociales de la comunidad (adultos, jóvenes, niños(as)), al igual que la relación que se pueda generar con las distintas instancias organizacionales a nivel comunal e institucional, promoviendo éstos vínculos, con el objetivo de fortalecer las redes de apoyo y la participación consciente y transformadora de éstos dentro de sus espacios más significativos como lo son los barrios y/o localidades en donde se asientan y se desarrollan las relaciones sociales con los demás sujetos y su contexto.

El trabajo realizado en las Postas de Salud Rural impulsa el trabajo con la población AM, con el objetivo de otorgarle a ésta, las herramientas necesarias para contribuir a un envejecimiento consiente, propositivo, participativo y activo, dejando a un lado las barreras y limitantes que como sociedad nos ponemos, sobre todo en la etapa de la vejez, en donde se pueda potenciar la figura del AM, como una persona

promotora y conocedora de sus propios derechos en torno a la participación, salud, recreación, entre otros, en donde se convierta en un AM autovalente activo y participativo incidente en su comunidad y en su vida cotidiana, de esta manera conllevar una mejor vejez y mayor calidad de vida.

Posta salud rural	Total AM inscritos	Mujeres	hombres
Las Vertientes	161	103	58
San Gabriel	40	23	17
El Volcán	25	10	15
Total población inscrita		226	

Principales actividades del AM Promoción Participación

- Charlas en Sala de espera
- Taller cardiovascular
- Participación del Huerto Medicinal Comunitario
- Trabajo en conjunto con el Consejo de Usuarios de Volcán y Las Vertientes
- Diagnóstico Participativo Población Adulto Mayor Posta las Vertientes
- Buena Práctica “ AM más autovalentes” en Club de Adulto Mayor El Volcán

BUENAS PRÁCTICAS: 2017

ADULTO MAYOR “MUEVETE SOMOS EL MOTOR DE NUESTRAS VIDAS”

Buena Práctica muévete somos el motor de nuestra vida, se basa en el principio de Integralidad, donde se fomenta la adquisición de factores protectores para la salud, a través de la pesquisa de usuarios con mayor nivel de riesgo en ámbito de la salud, como son los AM. Se genera, dentro de la comunidad local de adultos mayores, autoconciencia del propio rol en el mantenimiento o mejora de la salud para un envejecimiento positivo, en la cual se fomentan monitores de salud y actividad física seleccionados dentro de esta comunidad.

Objetivo: Lograr mantener y/o mejorar la funcionalidad de adultos mayores de clubes de adultos mayores de la comuna San José de Maipo.

Indicadores y metas

En el 2017 que se da inicio a esta buena práctica, a la fecha el porcentaje de talleres realizados una vez a la semana alcanza un 74%, con un total de 12 personas inscritas, el promedio AMs asistentes a taller es de 10 usuarios que participan una vez por semana.

Las evaluaciones que se realizan por parte de nutricionista y kinesiólogo son tres veces durante el transcurso del año, lo cual los resultados que han mostrado hasta la fecha son los siguientes.

Estado nutricional: Los resultados de las pruebas de estado nutricional entre junio y septiembre muestran una disminución de obesidad, de tres personas que ingresaron con obesidad a la fecha solo se encuentra una y los otros dos usuarios pasaron al sobrepeso.

Estado funcional físico y mental: Se aplicaron dos TEST (minimental-test y HAQ8) para valorar la funcionalidad arrojando una varianza no significativa, sin embargo han mantenido sus capacidades físicas y mentales dentro de valores normales.

Proyecciones 2018

- Reforzar el conocimiento con actividades prácticas.
- Reconocer a los participantes más entusiastas y que adquieren mejor los conocimientos, para así generar monitores mejores preparados y con capacidad de liderazgo.
- Mejorar la convocatoria, generando mejores estrategias de comunicación social.
- Replicar esta práctica en otras localidades de la comuna.

Rehabilitación física Integral

Existen diversos factores que desencadenan alteraciones funcionales y discapacidad en nuestra población, tanto de manera permanente como transitoria. Según ENDISC (2004) cerca del 12,9% de la población presenta algún grado de discapacidad, produciendo una carga importante de años perdidos por discapacidad, la cual va aumentando con la edad, y se hace más prevalente en mujeres

(representando el 58% de la población total con discapacidad), causando un gran impacto económico. Dentro de los AVISA el porcentaje asociado a patologías musculo-esqueléticas asciende a 22,21% en menores de 19 años, 52,06% en mayores de 20 años y al 25,73% en mayores de 65 años, de los cuales la demanda estimada según Estudio de Carga Enfermedad del año 2007 era de 210.246 personas. (Cuevas, et al. 2010)

Para dar cobertura a esta problemática el centro cuenta con equipo de rehabilitación conformado por 2 kinesiólogos y 2 médicos los cuales los últimos están encargados entre otras funciones la de derivar a rehabilitación kinesica en forma oportuna para atender patologías osteomusculares mas prevalentes en nuestra comuna como lo son el síndrome dolor lumbar, síndrome hombro doloroso, poliartritis, algunas de origen traumáticas como esguinces, fracturas, y alteraciones posturales (escoliosis). El proceder medico y kinesico se realiza bajo lo establecido según guías clínicas y evidencia científica.

Desde enero a septiembre del año 2017 ingresan a rehabilitación kinesica integral 55 usuarios con alteraciones funcionales de origen traumático y no traumático que no son artrosis GES, de los cuales la mayor parte son mujeres (grafico 1, 2). El rango etario de la población atendida va desde los 4 años a mayores de 80 años. Se han realizado también en esta misma fecha un total de 507 atenciones a usuarios en sala de rehabilitación.

Objetivo General

Proporcionar las herramientas para la inclusión social de las personas en situación de discapacidad permanente o transitoria, incentivando a la población a promover y mantener estilos de vida saludables mediante la consecución de cambios de hábitos y de paradigmas relacionados a salud y calidad de vida, siendo la comunidad el actor principal, en donde tendrán un rol activo y desarrollarán sus capacidades físicas, mentales y sociales.

Objetivos Específicos

Facilitar el acceso oportuno de atención a personas en situación de discapacidad a la red de rehabilitación del servicio de salud.

Hacer entrega a la comunidad y familias herramientas de rehabilitación para que sean estos capaces de tener una continuidad en los cuidados ya sea en el hogar, trabajo u o lugar de estudio de las personas con discapacidad, Completando el proceso de rehabilitación y logrando su inclusión en el ambiente familiar, social y laboral.

Establecer las redes locales comunitarias, gubernamentales, privadas y públicas que permitan mantener el soporte de estas personas y sus familias.

Población objetivo

Toda persona en situación de discapacidad producto de una alteración musculoesquelética, que se encuentre inscrito en el sistema de previsión FONASA y sea derivado por profesional médico con su respectivo Diagnóstico.

Prestaciones

1- Dotación de kinesiólogo con 11hrs semanales para kinesiología integral con prestaciones en:

- Evaluación y manejo integral de las personas en situación de discapacidad o en riesgo de adquirirla.
- Planes de tratamiento con objetivos y plazos acordados con la persona en situación de discapacidad, su familia y/o su cuidador.
- Valoración de impacto del tratamiento.
- Actividades de prevención de discapacidad individual y grupal.
- Actividades terapéuticas individuales y grupales.
- Consejería individual y familiar.

2- Realización de intervenciones (talleres) en dupla con matrona en programa Chile Crece para mujeres gestantes, abarcando ciclo vital (embarazada).

3- Se interviene en Programa de postrado con capacitaciones a los profesionales enfermeros y TENS en manejo y prevención del paciente postrado. Además de talleres de “cuidados al cuidador” donde se entregan herramientas para el manejo ergonómico con cuidados de higiene postural y soporte de carga de pacientes postrados.

Línea promocional participativa

Talleres educativos sobre los cambios asociados a la dismovilidad y factores contextuales y ambientales enfocados en usuario y funcionarios que tengan relación directa con pacientes en estado de postración. Mediante 2 talleres anuales en posta rural las Vertientes y San Gabriel.

Realización de charlas promocionales en sala de espera sobre la importancia del EMPAM. Esto se realizara en el primer semestre mediante 1 intervención en dupla con nutricionista.

Promoción de la evaluación postural y su importancia en pesquisar a tiempo las alteraciones posturales en niños menores de 14 años. Se realizara en una primera etapa difusión con profesores y directora de los establecimientos (escuela el Canelo y Colegio San Gabriel) para luego realizar evaluación. Esto se llevara a cabo entre marzo y mayo.

Línea preventiva socio educación

Taller de manejo preventivo basado en identificación de barreras arquitectónicas enfocado en el usuario y su familia. Esto se realizara 1 vez en el año en cada domicilio de los usuarios postrados.

Jornadas de evaluaciones posturales en niños menores de 14 años en colegio El Canelo y Colegio San Gabriel. Posteriormente se realizara derivación oportuna a medico para dar Tto. Conservador o derivación a atención secundaria. El Tto conservador considera atención kinesica, la cual se dará durante el año en jornada de atención de público general.

Grafico de población bajo control en Sala Rehabilitación Integral

Grafico N°1 Ingresos 2015 V/S 2017

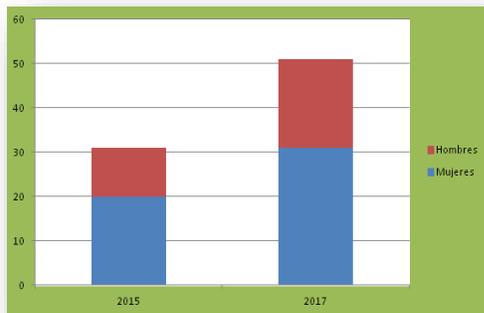
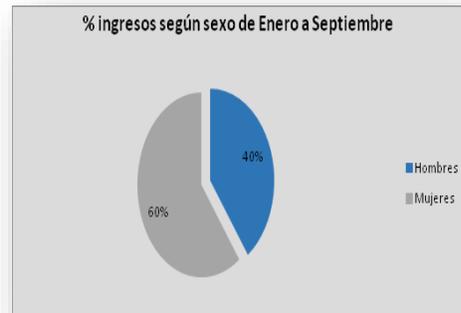
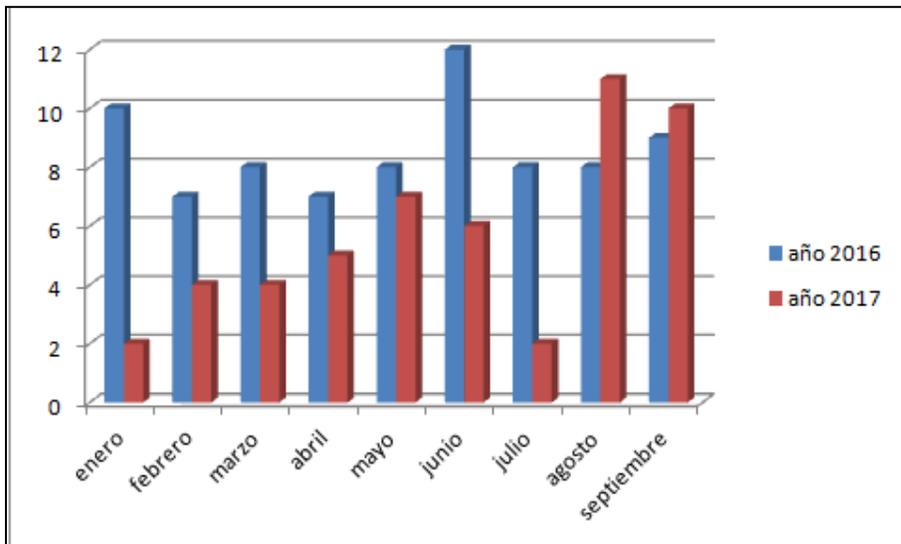


Grafico N°2 Porcentaje Ingresos según sexo año 2017



Relación de ingresos entre el año 2015 a la fecha (grafico N°1) donde se observa un claro incremento de consultas, manteniendo la brecha ligada al sexo en donde quienes más consultan a rehabilitación son mujeres (grafico N°2), la cual se condice con el informe hecho por la ENDISC 2004.

Grafico N° 3 Comparación según ingresos entre los años 2016 y 2017



Los datos muestran una diferencia en ingresos entre los años 2016 y 2017 disminuyendo en un 19,64% entre enero y septiembre de 2017 respecto del mismo periodo del año anterior, esto se debe en parte al aumento de flujo de pacientes derivados al programa de artrosis GES que antes eran derivados a rehabilitación integral.

Bibliografía: Gladys Cuevas L., Soledad Bunger B. (2010). Epidemiología de la discapacidad y desarrollo de la red de rehabilitación en la última década. Rev Hosp Clín Univ Chile, 21, 289-97.

Dr. Carlo Paolinelli g., Dr. Milton González a.. (2014). Epidemiología de la Discapacidad en Chile, niños y adultos. rev. med. clin. condes, 25(2), 177-182.

BODEGA COMUNAL Y FARMACIAS POSTAS SALUD RURAL SAN JOSE DE MAIPO

Según las normas técnicas vigentes y en específico la Norma Técnica General N° 12 "Organización y Funcionamiento de la Atención Farmacéutica en APS [1]", se plantea y define a la Unidad de Farmacia como el lugar donde se realizan un conjunto de prestaciones y servicios farmacéuticos a la población, tales como dispensación, educación, gestión y apoyo en cada acción de salud que implique el uso de medicamentos. Estas funciones tienen como objetivo, ser partícipes de las actividades de promoción, fomento y educación relacionada al uso de medicamentos, establece un claro rol social

De esta forma se nos presenta un objetivo claro, que es lograr establecer un enfoque social, clínico y educativo con respecto al uso racional de medicamento.

Esto se logra a través de estrategias de organización, implementación y desarrollo que permiten establecer las reales necesidades de nuestros usuarios en conjunto con el equipo de salud que forman parte de nuestras Postas de Salud Rural PSR.

A partir del año 2017, nuestra comuna ha realizado un conjunto de cambios, con el fin de mejorar la gestión de cada una de nuestras Postas de Salud Rural

Dentro de estos cambios, nuestra comuna ha considerado la Unidad de Farmacia Comunal, como uno de los ejes a optimizar, dada su alta repercusión económica y social, basado en los siguientes objetivos principales:

Orden, centralización de servicios farmacéuticos, lo que se tradujo en la creación de una Bodega Comunal de medicamentos desde donde se realizan los despachos de medicamentos a cada una de las Postas de Salud Rural.

Fortalecer el uso racional de medicamentos, a través de protocolos de utilización, estrategias de no automedicación y atención farmacéutica

Programa FOFAR:

Viene a establecer un apoyo sustancial a estos objetivos establecidos, enfocándose principalmente en garantías de calidad y disponibilidad de tratamientos farmacológicos para las patologías cardiovasculares, que por cierto son las de mayor prevalencia en nuestra comuna.

Hipertensión Arterial

Diabetes Mellitus tipo 2

Dislipidemia

Canasta de medicamentos Fondo de Farmacia FOFAR 2017

CANASTA MEDICAMENTOS FOFAR 2017	
PROGRAMA	MEDICAMENTO
FOFAR	Acido acetilsalicilico 100 mg
	Atenolol 50 mg
	Atorvastatina 20 mg
	Enalapril 10 mg
	Espironolactina 25 mg
	Furosemina 40 mg
	Hidroclorotiazida 50 mg
	Losartán 50 mg
	Lovastatina 20 mg
	Nifedipino retard 20 mg
	Propanolol 40 mg
	Tolbutamida 500 mg
	METFORMINA 850 MG
	GLIBENCLAMIDA 5 MG
	CARVEDILOL 25 MG
	CAPTAPRIL 25 MG
AMLODIPINO 5MG	

Además de la entrega de medicamentos, el Fondo de Farmacia incluye otras estrategias complementarias:

Adherencia al tratamiento: Apoyo a los pacientes para sus citas médicas y toma de medicamentos. Además, se entregará material de apoyo a la adherencia farmacológica a cada uno de estos pacientes (pastilleros, refrigerantes y bolsos térmicos para transporte de insulinas, entre otros).

Gestión de reclamos: En caso de que un medicamento no esté disponible, el paciente o familiar puede hacer reclamo y en 24 horas hábiles le entregara su medicamento.

Gestión Farmacéutica: Análisis de costo/efectividad, vencimientos, modificaciones de arsenales farmacológicos, incorporación de más y mejores fármacos, entre otros.

Gestión clínica: Participación clínica activa en el equipo de salud, en la atención de usuarios de nuestras Postas de Salud Rural PSR.

Para lograr los objetivos propuestos se cuenta con el siguiente equipo de trabajo:

Químico Farmacéutico: Patricio Gutiérrez Flores

Técnico Nivel Superior: Nicole Guardia Guerrero

Técnico Nivel Superior: Tania Triviño Abarca

Quienes llevan a cabo las estrategias antes mencionadas, en las tres Postas Salud Rural de San José de Maipo, para garantizar cobertura completa a cada una de ellas.

Posta Salud Rural Las Vertientes

En Posta Salud Rural Las Vertientes la mayoría de usuarios son hipertensos. El segundo grupo en importancia son los citados por Diabetes Mellitus tipo 2, le siguen en tercer lugar los usuarios citados por Dislipidemia, cuya entrega de medicamentos está garantizada por FOFAR

A continuación presentamos algunas estadísticas:

Posta Salud Rural Las Vertientes			
Estadísticas Mensuales Recetas FOFAR Cronicos y Morbilidad			
	FOFAR	Cronicos	Morbilidad
Mes	Recetas	Recetas	Recetas
ENERO	230	50	183
FEBRERO	161	25	170
MARZO	250	48	367
ABRIL	229	48	245
MAYO	243	54	265
JUNIO	218	44	451
JULIO	242	51	330
AGOSTO	269	51	403
SEPTIEMBRE	273	95	332
TOTALES	2115	466	2746

En este cuadro podemos observar el importante número de recetas que despachamos por FOFAR (2115), solo superado por el despacho de recetas de morbilidad (2746)

Plan de Salud Comunal, San José de Maipo 2017

MEDICAMENTOS FONDO DE FARMACIA FOFAR	
Medicamento	Consumo PSR Las Vertientes
Losartan Comprimidos Recubiertos 50 Mg	55629
Metformina 850 Mg Comprimido	40906
Atorvastatina 20 mg Comprimidos	32826
Hidroclorotiazida Comprimidos 50 Mg	18877
Enalapril Maleato Comprimidos 10 Mg	16514
Acido Acetilsalicilico Comprimidos 100 Mg	14326
Glibenclamida 5 Mg Comprimidos	12075
Nifedipino Liberacion Prolongada 20 Mg	12071
Furosemida Comprimidos 40 Mg	11045
Amlodipino Comprimidos 5 Mg	9001
Atenolol 50 Mg Comprimidos	5140
Carvedilol 25 mg Comprimidos	4605
Espironolactona Comprimidos 25 Mg	3443
Propranolol Clorhidrato Comprimidos 40 Mg	2534
Lovastatina Comprimidos 20 Mg	332
Captopril Comprimidos 25 Mg	62
Tolbutamida 500 Mg Comprimidos	0

Aquí podemos apreciar que el consumo de medicamentos, se condice con la estrategia de FOFAR para las patologías de mayor prevalencia en la población chilena, no siendo San José de Maipo la excepción; es el caso de Losartan 50 mg comprimidos medicamento para la hipertensión arterial y que presenta el mayor consumo, le sigue metformina 850 mg comprimidos, medicamento de primera línea en el tratamiento de diabetes mellitus tipo 2, le sigue atorvastatina 20 mg, medicamento para el tratamiento de dislipidemia

Posta Salud Rural San Gabriel

Igualmente en Posta San Gabriel se observa una situación similar siendo los usuarios con hipertensión el grupo mayor, le sigue el grupo con Diabetes Mellitus tipo 2 y en tercer lugar están los usuarios que presentan Dislipidemia. Es este aspecto, se da foco al correcto uso de medicamentos por parte de estos usuarios, haciendo énfasis en medidas dietarias que son igual de relevantes que el tratamiento farmacológico.

Análisis estadístico:

Posta Salud Rural San Gabriel			
Estadísticas Mensuales Recetas FOFAR Cronicos y Morbilidad			
	FOFAR	Cronicos	Morbilidad
Mes	Recetas	Recetas	Recetas
ENERO	69	15	55
FEBRERO	48	8	51
MARZO	75	14	110
ABRIL	69	14	74
MAYO	73	16	80
JUNIO	65	14	135
JULIO	73	15	99
AGOSTO	81	15	121
SEPTIEMBRE	82	13	100
TOTALES	635	124	824

En el recuadro se observar el importante número de recetas que despachamos por FOFAR (635), solo superado por el despacho de recetas de morbilidad (824)

MEDICAMENTOS FONDO DE FARMACIA FOFAR	
Medicamento	Consumo PSR San Gabriel
Losartan Comprimidos Recubiertos 50 Mg	16689
Metformina 850 Mg Comprimido	12272
Atorvastatina 20 mg Comprimidos	9848
Hidroclorotiazida Comprimidos 50 Mg	5663
Enalapril Maleato Comprimidos 10 Mg	4954
Acido Acetilsalicilico Comprimidos 100 Mg	4298
Glibenclamida 5 Mg Comprimidos	3623
Nifedipino Liberacion Prolongada 20 Mg	3621
Furosemida Comprimidos 40 Mg	3314
Amlodipino Comprimidos 5 Mg	2700
Atenolol 50 Mg Comprimidos	1542
Carvedilol 25 mg Comprimidos	1382
Espironolactona Comprimidos 25 Mg	1033
Propranolol Clorhidrato Comprimidos 40 Mg	760
Lovastatina Comprimidos 20 Mg	100
Captopril Comprimidos 25 Mg	19
Tolbutamida 500 Mg Comprimidos	0

Según los datos podemos ver que en PSR San Gabriel se mantiene la tendencia; es decir; el medicamento mayormente despachado es losartan 50 mg comprimidos, en unidades despachadas, le sigue en segundo lugar metformina 850 mg comprimidos, y en tercer orden atorvastatina 20 mg comprimidos, todos medicamentos cuya entrega está garantizada por FOFAR

Posta Salud Rural El Volcán

Dada la similar población entre las tres Postas de Salud Rural. Podemos observar que en PSR El Volcán la población de usuarios presentan mayormente hipertension, le siguen en importancia y numero aquellos que presentan diabetes mellitus tipo 2, y en tercer lugar del mayor número de pacientes con patologías crónicas no transmisibles, están los que presentan Dislipidemia

A continuación algunas estadísticas:

Posta Salud Rural El Volcan			
Estadísticas Mensuales Recetas FOFAR Cronicos y Morbilidad			
	FOFAR	Cronicos	Morbilidad
Mes	Recetas	Recetas	Recetas
ENERO	25	6	20
FEBRERO	18	2	19
MARZO	28	5	40
ABRIL	25	5	27
MAYO	27	6	29
JUNIO	24	5	50
JULIO	27	5	36
AGOSTO	30	5	44
SEPTIEMBRE	30	5	37
TOTALES	233	44	302

Al igual que en PSR Las Vertientes y San Gabriel, en PSR El Volcán, el despacho mayoritario de recetas es para usuarios con patología crónica es FOFAR, solo superado por el despacho de recetas de morbilidad

MEDICAMENTOS FONDO DE FARMACIA FOFAR	
Medicamento	Consumo PSR El Volcan
Losartan Comprimidos Recubiertos 50 Mg	6119
Metformina 850 Mg Comprimido	4500
Atorvastatina 20 mg Comprimidos	3611
Hidroclorotiazida Comprimidos 50 Mg	2076
Enalapril Maleato Comprimidos 10 Mg	1817
Acido Acetilsalicilico Comprimidos 100 Mg	1576
Glibenclamida 5 Mg Comprimidos	1328
Nifedipino Liberacion Prolongada 20 Mg	1328
Furosemida Comprimidos 40 Mg	1215
Amlodipino Comprimidos 5 Mg	990
Atenolol 50 Mg Comprimidos	565
Carvedilol 25 mg Comprimidos	507
Espironolactona Comprimidos 25 Mg	379
Propranolol Clorhidrato Comprimidos 40 Mg	279
Lovastatina Comprimidos 20 Mg	37
Captopril Comprimidos 25 Mg	7
Tolbutamida 500 Mg Comprimidos	0

Nuevamente el consumo de medicamentos, se condice con la estrategia FOFAR para las patologías crónicas no transmisibles, Losartan 50 mg comprimidos medicamento para la hipertensión arterial es mayoritariamente despachado, le sigue metformina 850 mg comprimidos, medicamento para diabetes mellitus tipo 2, le sigue atorvastatina 20 mg, para el tratamiento de dislipidemia

Los 10 medicamentos más consumidos en PSR de San José de Maipo son:

CONSUMO MEDICAMENTOS POSTAS SALUD RURAL SAN JOSE DE MAIPO PEDIODO ENERO-SEPTIEMBRE 2017			
Medicamento	Consumo PSR Las Vertientes	Consumo PSR San Gabriel	Consumo PSR El Volcan
Losartan Potasico 50 Mg Comprimidos	55629	16689	6119
Metformina 850 Mg Comprimido	40906	12272	4500
Paracetamol 500 Mg Comprimidos	34623	10387	3809
Atorvastatina 20 mg Comprimidos	32826	9848	3611
Hidroclorotiazida Comprimidos 50 Mg	18877	5663	2076
Enalapril Maleato Comprimidos 10 Mg	16514	4954	1817
Acido Acetilsalicilico Comprimidos 100 Mg	14326	4298	1576
Levotiroxina Sodica Comprimidos 100 Mcg	13308	3992	1464
Glibenclamida 5 Mg Comprimidos	12075	3623	1328
Nifedipino Lib. Prol. 20 Mg Comprimidos	12071	3621	1328

De estos consumos reportados, podemos deducir la mayor cantidad de pacientes Hipertensos, en comparación con los Diabéticos y Dislipidémicos. También se puede aseverar y bajo referencias de las guías clínicas de HTA y DMII MINSAL, que

la mayoría de nuestros pacientes se encuentran en estado de compensación clínica y farmacológica , dado que los medicamentos anteriormente enumerados, son los de primera línea en tratamientos cardiovasculares según guías clínicas

Incorporación de nuevos Fármacos a Arsenal Farmacológico

Éstos medicamentos son:

Valsartán 80 mg comprimidos

Metformina 500 XR comprimidos

Rosuvastatina 10 mg comprimidos

Pregabalina 75 mg comprimidos

Dada la consolidación en el correcto uso del sistema de registro electrónico Rayén , permitió establecer una base de datos fidedigna de todos los consumos mensuales de fármacos. De esta forma , se pudo establecer un sistema de compra basado en "consumos históricos" , que permitió hacer procesos de compras a través de CENABAST.

De esta forma se estableció una solicitud de compra para evaluar un proyecto de tratamiento farmacológico, que permitirá dar cobertura a la población con mayor riesgo clínico y también población con mayor problemas de adherencia a tratamiento.

Con este proyecto que actualmente está en curso , se entrega Valsartán 80 mg a pacientes hipertensos que posean problemas de adherencia , dado que Valsartán se debe tomar menos veces en el día , que otros medicamentos antihipertensivos [2] [3] [4] .

Por otra parte , Rosuvastatina 10 mg se entrega a pacientes que poseen perfiles lipídicos muy alterados y que no responden a Atorvastatina 20 mg o Lovastatina 20 mg . Su potencia y eficacia es su principal ventaja con respecto a las otras estatinas.

Con respecto a Metformina 500 XR, se hizo programación de este fármaco para el año 2017

Pregabalina 75 mg se indicó para distintas Neuropatías dolorosas , que no tienen tratamiento farmacológico en APS.

Gestión clínica desde unidad de farmacia hacia equipo de salud

Enmarcados dentro del modelo de salud familiar , que establece como uno de sus pilares la transdisciplinariedad que cada unidad debe tener con el resto del equipo de salud, surge la necesidad de crear equipos de trabajo que se orienten a satisfacer las necesidades de nuestra población , sus sugerencias, quejas y solicitudes.

Se educa al paciente en la importancia de acudir no solamente a los controles médicos , sino también , con enfermera y nutricionista , todo esto con el fin de tener un buen control cardiovascular . Caso similar ocurre con controles psicológicos en programas de salud mental y Nutricionista en Hipotiroidismo. También se hace pesquisa de pacientes que tenga recetas médicas vencidas , reacciones adversas a medicamentos (RAM) y pesquisa de pacientes con problemas sociales o de riesgo social.

Referencias

1. Norma Técnica General N° 12 “Organización y funcionamiento de la atención farmacéutica en APS”
2. [2] R. Hearnreaves , Clin Ther 2001 Aug;23(8):1166-79
3. [3] Nishida Y, Cardiovascular Thera 2013 Nov 4;12:159. doi: 10.1186/1475-2840-12-159..
4. [4] http://www.cadime.es/docs/bta/CADIME_BTA2000_16_1.pdf Escuela andaluza de salud pública.

SALA MIXTA SAN JOSÉ DE MAIPO

Propósito:

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

El programa IRA y ERA en Sala Mixta de San José de Maipo deben realizar actividades de promoción, prevención, pesquisa precoz, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación de usuarios con enfermedades respiratorias agudas y crónicas de su población a cargo, bajo el modelo de atención integral y enfoque familiar, estableciendo coordinación con nivel secundario, incorporando determinantes psicosociales en la evaluación de los pacientes y sus familias, involucrando a estas en el autocuidado y manejo de los problemas de salud, trabajando con el intersector.

Objetivo General:

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

Objetivos Específicos:

- Contribuir a la disminución de la mortalidad prematura por enfermedades respiratorias agudas y crónicas.
- Desarrollar estrategias educativas individuales y/o grupales para la promoción de la salud y la prevención de enfermedades respiratorias agudas y crónicas.

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

- Programa Apoyo Diagnóstico Radiológico en el Nivel Primario de Atención para la Resolución Eficiente de Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC)
- Recarga de Oxígeno para Salas IRA-ERA-Mixtas
- Programa Oxigenoterapia Ambulatoria
- Programa de Profilaxis del Virus Respiratorio Sincicial (VRS)

Población Bajo Control



Población Bajo Control (PBC); IRA (Infecciones Respiratorias Agudas); ERA (Enfermedades Respiratorias del Adulto); EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica); LCFA (Limitación Crónica del Flujo Aéreo); SBOR (Síndrome Bronquial Obstructivo Recurrente)

OBJETIVOS GENERAL Y ESPECÍFICOS (2017-2018)

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

Generar guías, protocolos y normas de atención clínica y administrativas, que regularicen y aseguren la atención digna y de calidad para las usuarias y usuarios de la red comunal

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

Generar flujogramas de derivación desde y hacia postas de salud rural

Aumentar la pesquisa de pacientes con patologías respiratorias crónicas (Asma, EPOC, LCFA)

Los Programas Respiratorios, como parte de las acciones en Salud Primaria, enmarcados en la entrega de una atención oportuna, integral y continua, deben gestionar estrategias que permitan mantener las mejores condiciones de salud de la población. Bajo esta afirmación, debe existir una coordinación interna y en red para dar cumplimiento a las acciones sanitarias entre los distintos programas de salud, en cada una de las etapas del ciclo vital, para lo cual es necesario que se coordinen con el resto de los equipos profesionales de la red local de salud para el cumplimiento de las actividades de los programas de salud, para lo cual se presentan las siguientes estrategias.

1. Salud de la mujer y el recién nacido

Objetivos:

- Contribuir a la prevención de infecciones respiratorias agudas en el recién nacido.
- Realizar tratamiento al recién nacido portador de alguna patología aguda o crónica respiratoria

Estrategias:

Promoción:

- Taller a embarazadas en: contaminación intradomiciliaria y ambientes libres de humo de tabaco, medidas de prevención de infecciones respiratorias, detección precoz de signos y síntomas respiratorios, medidas generales de

cuidado en el niño con infecciones respiratorias y utilización de la red asistencial.

Prevención:

- Fomento y aplicación score de riesgo de morir por neumonía
- Programación y ejecución de visita domiciliaria integral (VDI) a madres de recién nacidos con score grave de morir por neumonía, coordinándose con profesionales de programas del centro de salud.
- Coordinación con encargado de vacunas para inmunización Antiinfluenza según normas.

2. Salud Infantil

Objetivos:

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

Estrategias:

Promoción:

- Participar en actividades comunales de promoción de la salud (hogares libres de humo de tabaco, ambientes libres de contaminación, actividad física, ferias de promoción).
- Talleres a padres y/o cuidadores en prevención de infecciones respiratorias agudas, reconocimiento de signos y síntomas respiratorios, medidas generales de cuidado en el niño con infecciones respiratorias y utilización de la red asistencial. (Programa Nacional de la Infancia)
- Talleres a docentes, técnicos y apoderados de salas cuna, jardines infantiles y colegios de la comuna. Temática: medidas de prevención de infecciones respiratorias agudas, reconocimiento de signos y síntomas de enfermedades respiratorias agudas y crónicas, técnica inhalatoria, derivación oportuna a atención primaria y utilización de la red asistencial.
- Campañas comunicacionales en PSR de San José de Maipo y salas de esperas de todos los centros asistenciales de la comuna (videos, cartillas, etc.)

Prevención:

- Coordinación con encargado de vacunas para inmunización Antiinfluenza y Antineumocócica según normas.
- Pesquisa activa de crónicos respiratorios en establecimientos de educación y la comunidad.
- Visitas domiciliarias integrales a familias de niños con score grave de morir por neumonía, coordinándose con profesionales del centro de salud.

- Auditorías a familias de fallecidos por Neumonía en domicilio con instrumento estandarizado.
- Visita Domiciliaria integral realizada por profesional a familias con niños portadores de enfermedades respiratorias crónicas severas o con requerimientos especiales (programa de oxígeno ambulatorio, asistencia ventilatoria no invasiva AVNI, asistencia ventilatoria invasiva AVI), coordinándose con profesionales del centro de salud.
- Fomento y aplicación score de riesgo de morir por neumonía hasta los 6 meses de edad.

- Encuestas de pesquisa de crónicos en salas de espera con derivaciones

Diagnóstico y Tratamiento:

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

Coordinación:

- Fomentar la derivación y pesquisa precoz de pacientes con sospecha de enfermedades respiratorias crónicas.
- Fortalecimiento de la atención integral derivando a médico u otro profesional los pacientes que requieran atención por causas no respiratorias identificadas.
- Rescate de pacientes inasistentes.
- Fomento de Flujograma de derivación

3. Salud de los Adolescentes y Jóvenes

Objetivos:

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

Estrategias:

Promoción:

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

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

Prevención:

- Coordinación con encargado de vacunas para inmunización Antiinfluenza.
- Pesquisa activa de crónicos respiratorios en establecimientos de educación y la comunidad.
- Auditoría a familias de fallecidos por Neumonía en domicilio con instrumento estandarizado.
- Visita Domiciliaria integral realizada por profesional a familias con adolescentes y jóvenes portadores de enfermedades respiratorias crónicas severas o con requerimientos especiales (programa de oxígeno ambulatorio, asistencia ventilatoria no invasiva AVNI, asistencia ventilatoria invasiva AVI).

Diagnóstico y Tratamiento:

- Recepción en Sala Mixta de pacientes derivados desde la red por patología respiratoria aguda o exacerbación de crónica respiratoria, accediendo a consulta kinésica en los plazos establecidos para pacientes GES.
- Evaluación, confirmación diagnóstica, categorización, tratamiento, y seguimiento de pacientes con asma bronquial y otras crónicas respiratorias.
- Controles periódicos a los pacientes crónicos respiratorios según norma y evaluación de nivel de control.
- Evaluación de calidad de vida a pacientes que ingresan al programa IRA-ERA, con instrumento estandarizado (PedQL, EQ5D).

Coordinación:

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

4. Salud de las personas adultas

Objetivos:

- Contribuir a la prevención, diagnóstico oportuno y manejo integral de patologías respiratorias agudas y crónicas durante el ciclo vital del adulto.
- Aportar a reducir la morbimortalidad asociada a las enfermedades cardiovasculares, disminuyendo el riesgo cardiovascular por manifestaciones extra pulmonares de algunas enfermedades respiratorias crónicas.
-

Estrategias

Promoción:

- Fomento y realización de consejerías breves antitabaco en todas las consultas y controles de salud.
- Participación activa en actividades de promoción de salud comunal (Ej.: Día sin fumar, Mes del corazón, del Pulmón, etc.).
- Realizar Talleres de enfermedades respiratorias a juntas de vecinos, agrupaciones de adultos, Hogares de Ancianos.

Prevención:

- Coordinación con encargado de vacunas para inmunización Antiinfluenza.
- Examen de Baciloscopia a población sintomática respiratoria cautiva, persona que presenta tos con expectoración por más de 2 semanas y en todos los casos en que se intensifiquen los síntomas respiratorios.
- Fomento del cese del consumo de tabaco en adultos en coordinación con programa cardiovascular e instancias comunitarias (Ej.: clubes de adultos, talleres deportivos, etc.).
- Visita domiciliaria integral a pacientes portadores de enfermedades respiratorias crónicas severa y usuarios con requerimientos especiales (POD, AVNIA, AVIA) de 20 a 64 años.
- Auditoría en domicilio a familiares de fallecidos por neumonía en el hogar con instrumento estandarizado.

Diagnóstico y Tratamiento:

- Recepción en Sala Mixta de pacientes derivados desde la red por patología respiratoria aguda o exacerbación crónica respiratoria, accediendo a consulta kinésica en los plazos establecidos para pacientes GES.

- Pesquisa, evaluación, confirmación diagnóstica y categorización de patología respiratoria crónica.
- Controles periódicos a los pacientes crónicos respiratorios según norma y evaluación de nivel de control.
- Evaluación funcional con espirometría para Asma, EPOC y otras crónicas respiratorias tanto para diagnóstico como para seguimiento
- Realización de Test de marcha para evaluación y seguimiento en pacientes EPOC.
- Evaluación de calidad de vida a pacientes que ingresan al programa ERA, con instrumento estandarizado (CAT, EQ5D).

Rehabilitación:

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

Coordinación:

- Fomentar derivación y pesquisa precoz de pacientes con sospecha de enfermedades respiratorias crónicas.
- Fortalecimiento de la atención integral derivando a médico u otro profesional los pacientes que requieran atención por causas no respiratorias identificadas.
- Integración con otros programas del centro de salud para la derivación oportuna de pacientes con sospecha de enfermedad respiratoria crónica.
- Rescate de pacientes inasistentes
- Fomento de Flujograma de derivación

5. Salud de las personas adultas mayores.

Objetivos:

- Contribuir a la prevención, diagnóstico oportuno y manejo integral de patologías respiratorias agudas y crónicas durante el ciclo vital del adulto mayor.
- Aportar a reducir la morbimortalidad asociada a las enfermedades cardiovasculares, disminuyendo el riesgo coronario originado por manifestaciones extra pulmonares de algunas enfermedades respiratorias crónicas.

Estrategias:

Promoción:

- Fomento y realización de consejerías breves antitabaco en todas las consultas y controles de las personas de 65 años y más.
- Participación en actividades comunales de promoción de la salud (hogares libres de humo tabaco, vacunación, ambientes libres contaminación) en clubes de adulto mayor y otros.
- Participación en actividades de promoción de los centros de salud comunal (Ej.: Día sin fumar, Mes del corazón, del Pulmón, ferias de promoción, etc.)
- Realizar Talleres de enfermedades respiratorias a clubes de adulto mayor, juntas de vecinos, agrupaciones de adultos mayores, etc.

Prevención:

- Examen de Baciloscopia a población sintomática respiratoria cautiva, se debe realizar investigación bacteriológica de expectoración semestralmente a cada paciente bajo control que sea *sintomático respiratorio* (persona que presenta tos con expectoración por más de 2 semanas) y en todos los casos en que se intensifiquen los síntomas respiratorios.
- Fomento y administración de vacuna neumocócica polisacárida a los usuarios de 65 y más años y Antiinfluenza a mayores de 65 años de edad, según normas.
- Visitas domiciliarias a personas de 65 años y más portadores de enfermedades respiratorias crónicas severas y usuarios con requerimientos especiales (POD, AVNIA, AVIA).
- Auditorías de muerte por neumonía en domicilio a familiares de fallecidos por Neumonía en el hogar con instrumento estandarizado.

Diagnóstico y Tratamiento:

- Recepción en Sala ERA de pacientes derivados desde la red por patología respiratoria aguda o exacerbación de crónica respiratoria.
- Pesquisa, evaluación, confirmación diagnóstica y categorización de patología respiratoria crónica.
- Controles periódicos de pacientes crónicos respiratorios según norma y evaluación nivel de control.
- Evaluación funcional con espirometría para Asma, EPOC y otras crónicas respiratorias tanto para diagnóstico y seguimiento
- Realización de Test de marcha para evaluación y seguimiento en pacientes EPOC.

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

Rehabilitación

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

Coordinación:

- Fomentar la derivación y pesquisa precoz de pacientes con sospecha de enfermedades respiratorias crónicas.
- Fortalecimiento de la atención integral derivando a médico u otro profesional los pacientes que requieran atención por causas no respiratorias identificadas.
- Integración con otros programas del centro de salud para la derivación oportuna de pacientes con sospecha de enfermedad respiratoria crónica.
- Rescate de pacientes inasistentes
- Fomento de Flujoograma de derivación

POSTAS DE SALUD RURAL	Evaluación año de 2015% Cumplimiento	Evaluación año 2017
Posta Las Vertientes	57,83%	73,95%
Posta San Gabriel	Aún no estaba incorporado en proceso	65%
Posta el Volcán	59,36%	68%

PROGRAMA NACIONAL DE INMUNIZACIONES

<u>OBJETIVO SANITARIO</u>	<u>METAS</u>	<u>INDICADORES</u>
Mantener logros alcanzados en enfermedades transmisibles en eliminación	Alcanzar 95% en niños menores de 1 año con esquema completo de vacunas neumocócica conjugada.	(Nº de niños/as de 1 año con esquema completo de vacuna Neumocócica conjugada/Nº de niños/as de 1 año)*100
Mantener logros alcanzados en enfermedades transmisibles en eliminación	Alcanzar el 90% de niños entre 6 meses y 5 años 11 meses, 29 días administración vacuna influenza.	(Administración de vacuna Influenza a los niños/as entre los 6 meses de edad y los 5 años, 11 meses 29 días/total de niños/as entre los 6 meses de edad y los 5 años, 11 meses 29 días)*100
Mantener logros alcanzados en enfermedades transmisibles en eliminación	Administración esquema primario de vacuna pentavalente en menores de 1 año alcanzando un 95% de cobertura.	(Administración de esquema primario completo de vacuna Pentavalente en niños/as menores de 1 año/Total de niños/as menores de 1 año)*100 (el esquema primario incluye administración de pentavalente a los 2, 4 y 6 meses de edad)
Mantener logros alcanzados en enfermedades transmisibles en eliminación		
Mantener logros alcanzados en enfermedades transmisibles en eliminación		
Mantener logros alcanzados en		

enfermedades transmisibles en eliminación		
Mantener logros alcanzados en enfermedades transmisibles en eliminación		

Estrategias programa nacional de inmunización:

- Educación en box de enfermería con respecto a vacunas: enfermedades que previene, efectos colaterales, etc.
- Difusión en los distintos establecimientos: concejo de usuario, jardines infantiles, colegios, postas de salud rural.
- Talleres educativos trimestrales con respecto a las enfermedades e historia de las vacunas.
- Recalendarizar a pacientes que no se encuentren inmunizados.
- Mantener un registro claro y legible tanto en planillas como RNI.
- Capacitación todo personal TENS para vacunatorio.

FODA 2017

Fortalezas:

- Equipo comunal comprometido y motivado.
- Capacitación y experiencia del profesional de enfermería en el PNI.
- Contar con un registro nacional de inmunizaciones que permite registrar y visualizar las inmunizaciones a nivel nacional de usuarios.
- Consta con los materiales adecuados para el proceso de vacunación (Unidades refrigerantes, cooler, riñones estériles, agujas calibre 25G, 27G, tómulas).

Oportunidades:

- Equipo multidisciplinario trabajando en colegios, campaña escolar.
- Poder acceder a grupos de adultos mayores en campañas de invierno.
- Equipo de salud trabajando en conjunto con el concejo de salud local.
- Capacitaciones del servicio salud sur oriente.

Debilidades:

- Falta de capacitación personal TENS.
- Poco tiempo organización equipo de enfermería.

Amenazas:

- Cortes de luz prolongados.
- Dificultades por parte de los usuarios para trasladarse por la falta de locomoción colectiva.
- Problemas en conexión internet para registro de inmunizaciones.

ÍNDICE DE ACTIVIDAD DE ATENCIÓN PRIMARIA (IAAPS)

Otra actividad desarrollada por cumplimiento de metas es el **Índice de Actividad de Atención Primaria en Salud (IAAPS)**, metas de cumplimiento progresivo durante el año, también pactadas entre la entidad administradora de salud y el servicio de salud.

En la siguiente tabla se muestra el cumplimiento de IAAPS del año 2016:

COMPONENTES	META PAIS	META COMUNAL	RESULTADO
Cobertura Examen de Medicina Preventiva (EMP), en Hombres de 20 a 44 años	25	10.73	23.31
Cobertura Examen de Medicina Preventiva (EMP), mujeres de 45 a 64 años	26	34.13	34.20
Cobertura de EFAM de 65 años y más	55	21.42	52.49
Ingreso a control embarazo, antes de las 14 semanas	87	88.29	68.57
Cobertura de examen de salud del adolescente integral entre 10 y 14 años	24	15	9.21
Proporción de menores de 20 años con alta odontológica total	97	20.80	24.39
Gestión de Reclamos en Atención Primaria		98	100
Cobertura Diabetes Mellitus tipo 2 en personas de 15 y más años	55	47.20	60.56
Cobertura Hipertensión primaria o esencial en personas de 15 y más años	71	72	65.28
Cobertura Evaluación del Desarrollo Psicomotor en niñas/os de 12 a 23 meses bajo control	94	61.10	89.47
Tasa de Visita Domiciliaria Integral	0.22	0.10	0.49
Cobertura de Atención de Asma en Población general y EPOC en personas de 40 años y más	22	N/A	N/A

Plan de Salud Comunal, San José de Maipo 2017

Cobertura de Atención Integral de trastornos mentales en personas de 5 y más años	17	17	17.74
Cobertura de Control de Salud Integral Adolescentes de 10 a 14 años.	15	15	9.21
CUMPLIMIENTO AÑO 2016			86.99