

ATENCION PRIMARIA DE SALUD QUILLOTA

1.- DESCRIPCIÓN GEOGRÁFICA:

Localización Político - Geográfica:

La comuna de Quillota se ubica en el paralelo 32° 54' de latitud sur y el meridiano 71° 16' de longitud Oeste, sobre la cuenca del Río Aconcagua en el tramo en que este río corre de Norte a Sur, antes de desviar su curso hacia el mar, desembocando en las cercanías de la localidad de Concón.

Comparte la cuenca, de oriente a poniente, con las localidades de Los Andes, San Felipe, Panquehue, Catemu, Hijuelas, La Calera y La Cruz, lo que la convierte en la última localidad de importancia en recibir las aguas del Aconcagua.

El territorio comunal se encuentra jalonado, al oriente y poniente, por cerros de la cordillera de la costa que alcanzan, en dicha zona, los 1.000 mts. de altura snm., encerrando un valle ubicado a 130 mts. snm.

Administrativamente, la comuna de Quillota es parte de la provincia del mismo nombre en conjunto con las comunas de La Cruz, La Calera, Nogales, Hijuelas, Limache y Olmué, siendo además su cabecera provincial. La Provincia de Quillota, a su vez, es parte de la V Región de Valparaíso, conformada también por las provincias de San Antonio, Valparaíso, Petorca, San Felipe, Los Andes e Isla de Pascua.

Los límites del territorio comunal son los siguientes:

- Al Norte, limita con las comunas de Puchuncaví, La Cruz e Hijuelas en una línea sinuosa que va desde el Cerro Alto del Francés hasta la cota 1087, ubicada en el “Cordón de la Puntilla”.
- Al Sur, limita con las comunas de Limache y Olmué en línea sinuosa desde el camino de colmo a Puchuncaví por San Ramón hasta el Cerro La Campana.
- Al Oriente, limita con la comuna de Hijuelas en línea sinuosa desde la cota 1087 hasta el Cerro La Campana.
- Al Poniente, limita con la comuna de Quintero en línea sinuosa desde el Río Aconcagua hasta el Cerro Alto de Francés.
- La comuna tiene una superficie de 302 kilómetros cuadrados, que corresponden al 18,2% del territorio provincial y al 1,85 % del territorio Regional.

2.- ANÁLISIS DEMOGRÁFICO

2.1.- ANÁLISIS DEMOGRÁFICO BÁSICO

De acuerdo a los datos recolectados por el Censo de Población y Vivienda del año 2002 del Instituto Nacional de Estadísticas (INE), la comuna posee una superficie de 302 km^2 y una población de **75.916 habitantes**, de los cuales 37.191 son mujeres y 38.725 hombres.

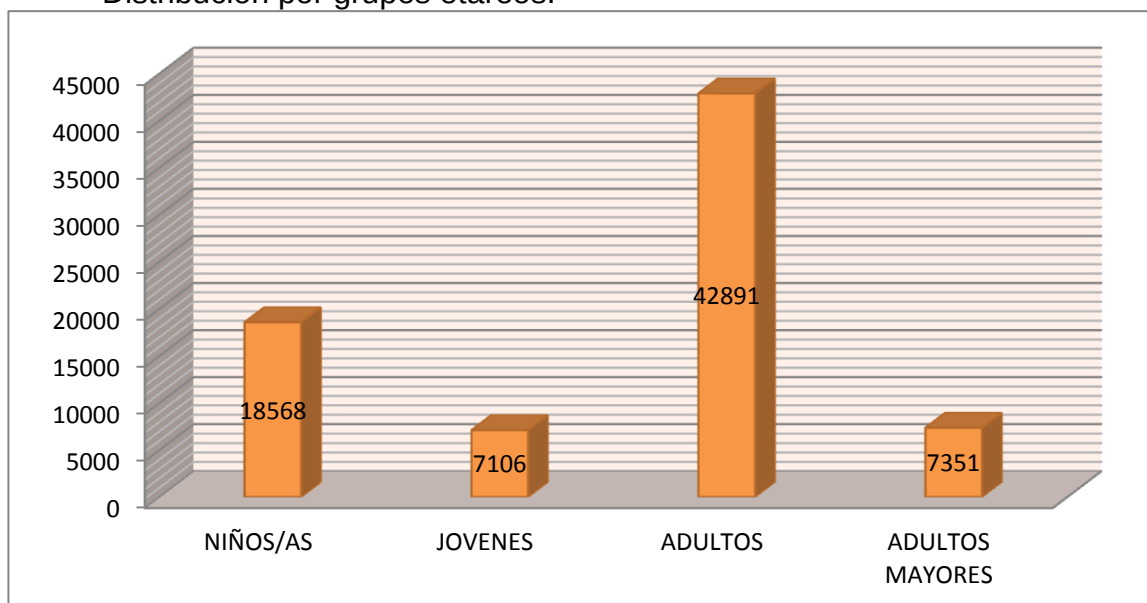
Quillota acoge al 4,93% de la población total de la región. Un 13,03% (9.891 habitantes) corresponde a población rural y un 86,97% (66.025 habitantes) a población urbana.

Considerando datos obtenidos a través, del INE 2009 la distribución por grupos etáreos, muestra un mayor porcentaje de población adulta, con un 56.5% de personas entre 20 y 64 años, Respecto a los niños existe un 24.5% y en el grupo adolescente es donde se encuentra la menor concentración. Los adultos mayores comunales a nivel comunal representan un 9.6% del total de la población, lo que da cuenta de un proceso de envejecimiento poblacional progresivo, con las implicancias sanitarias que esto conlleva en el manejo de ciertas patologías y en el enfrentamiento de este nuevo escenario epidemiológico.

El siguiente gráfico muestra la distribución porcentual por grupos etáreos:

CUADRO N° 1:

- Distribución por grupos etáreos:



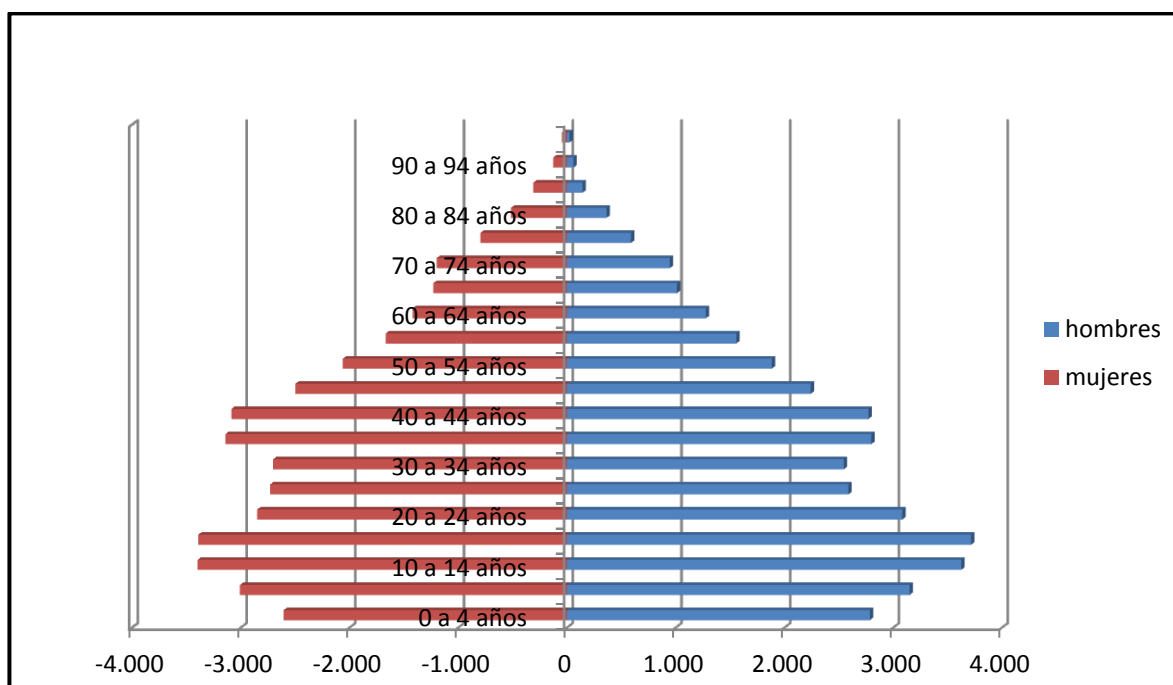
Fuente, Información INE 2009.

Un complemento a la información anterior, se extrae desde la pirámide poblacional de la comuna, donde se observa claramente la tendencia al envejecimiento poblacional, dentro de los aspectos relevantes que se aprecian en la pirámide, es la verticalización de su base y al mayor número de población de la tercera edad. Esta tendencia no es extraña, sino que es análoga a la observada en la pirámide poblacional de todo el Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota, y que se repite y acentúa especialmente en las ciudades con mayores niveles de desarrollo.

En el siguiente gráfico, se muestra la distribución porcentual, por rango etáreo y por sexo de la comuna, de acuerdo a proyecciones estimadas por el INE.

Gráfico n° 1:

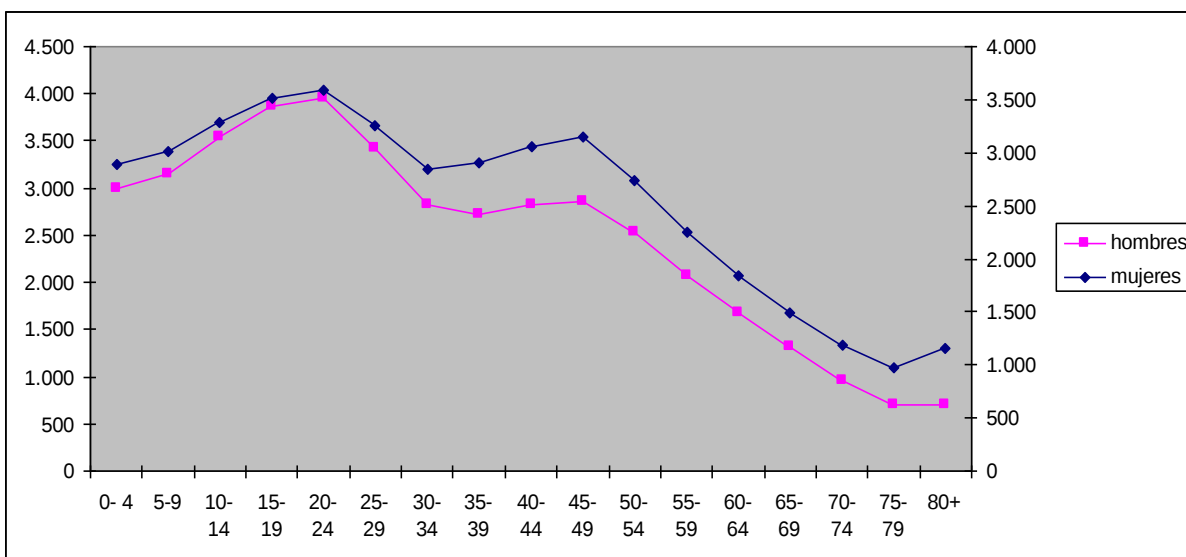
- Población total según sexo y edad comuna de Quillota, Censo 2002.



Fuente, Censo 2002, INE.

CUADRO N° 2:

- Proyeccion Poblacion por edad y sexo (INE 2008)

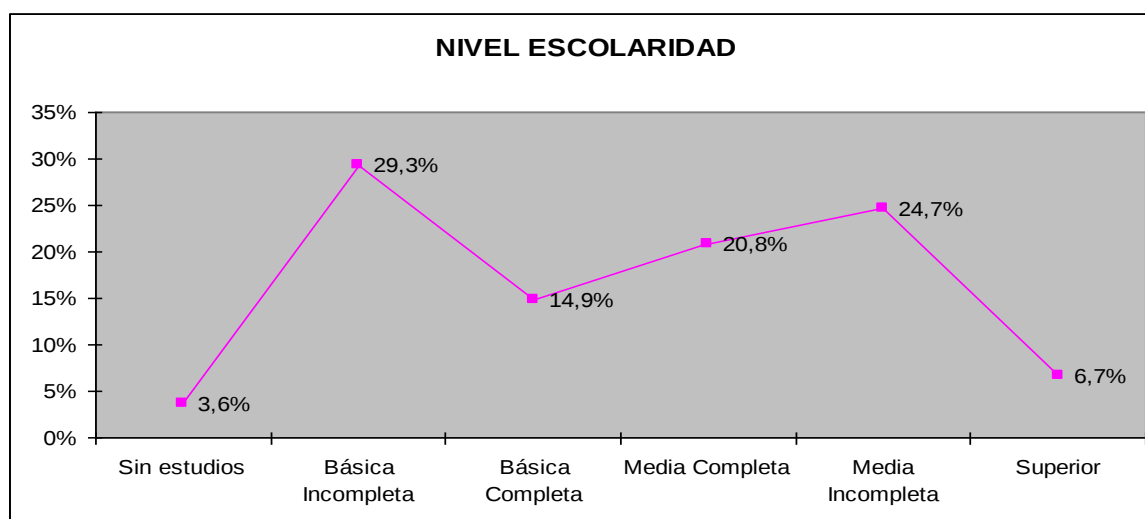


Fuente; INE, 2008.

En el gráfico se puede observar, que a pesar de la tendencia de envejecimiento de la población, el porcentaje de población menor de 20 años sigue siendo muy significativo, ya que corresponde al 30.95% del total de la población (INE, Proyecciones Poblacionales 2008). En cuanto a la composición de género, se aprecia la predominancia de mujeres, las que representan el 50.5% de la población de la comuna.

CUADRO N° 3:

Nivel de escolaridad.



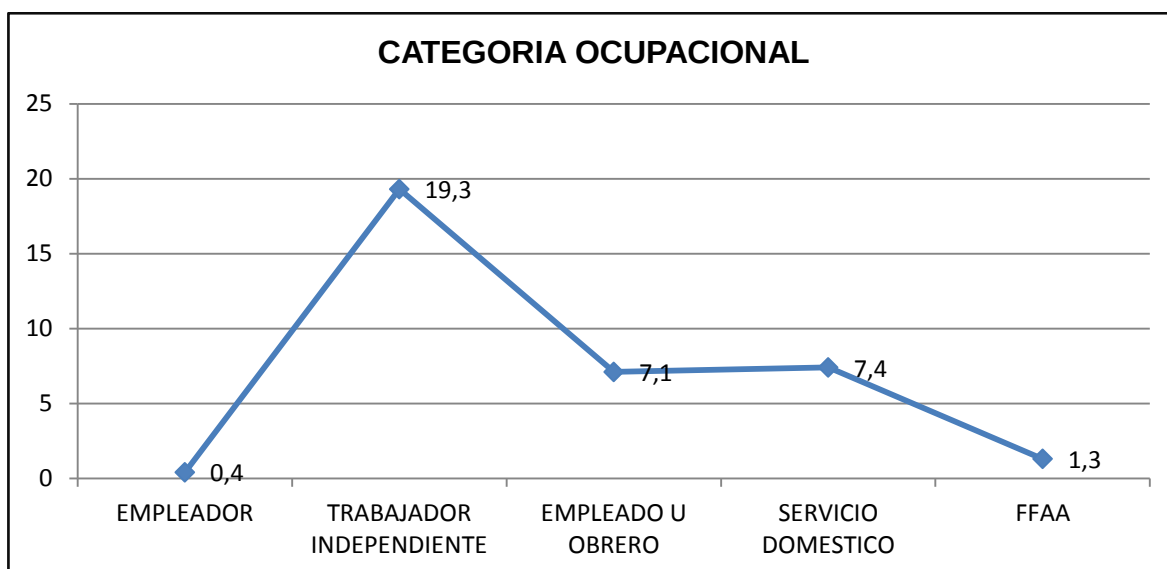
Fuente: Ficha de Protección Social, Dideco 2009.

Respecto al nivel de escolaridad de la población, esta muestra una concentración de personas con nivel básica incompleta (29,3%).

Como información adicional obtenida a través de la Casen 2006, el promedio de escolaridad en hombres es de 10.17 años y en la mujer de 10.09 años, ambos levemente inferiores al promedio regional. Respecto a la tasa de analfabetismo alcanza a un 2.9, inferior al dato regional.

CUADRO N° 4:

Categoría Ocupacional:



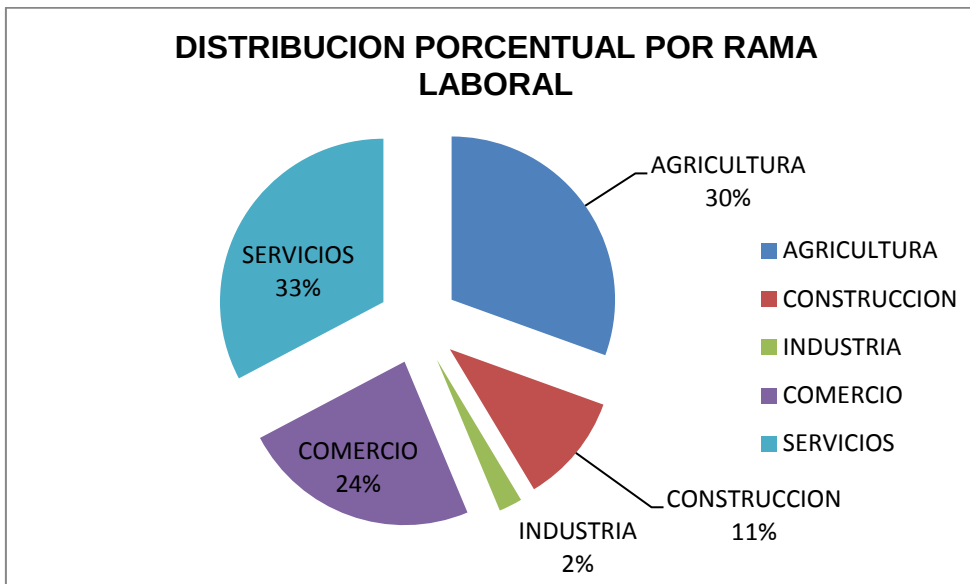
Fuente: Ficha de Protección Social, Dideco 2009.

La **Categoría Ocupacional** de la comuna, presenta una distribución centrada en personas que se desempeñan como trabajadores independientes (obreros de la construcción y, temporeros agrícolas principalmente) quienes presentan trabajos esporádicos con ingresos irregulares, generalmente bajo el mínimo nacional, y sin previsión.

El ingreso promedio de la ocupación principal es de \$214.992, inferior al promedio nacional.

Adicionalmente, se puede señalar que el porcentaje de personas desocupadas en la comuna es de 7.1%, inferior al dato regional (8.3%)

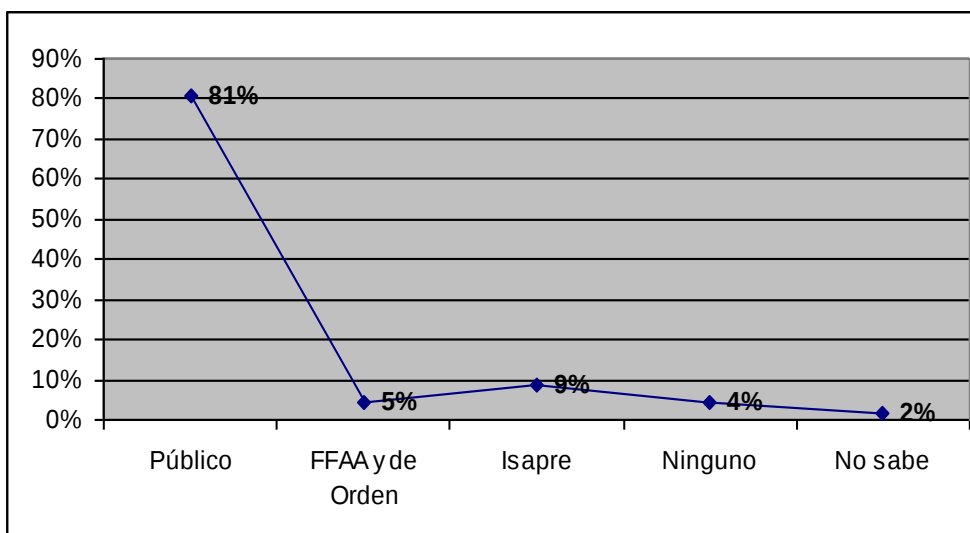
CUADRO N° 5:



Fuente: Ficha de Protección Social, Dideco 2009

Como información complementaria, se puede observar que la distribución porcentual por rama laboral, se concentra notoriamente en el área de agricultura, muy relacionado con el alto número de personas que se desempeñan como obreros agrícolas, temporeras y otros relacionados con la zona.

CUADRO N° 5: SALUD SISTEMA PREVISIONAL



Al observar el gráfico, la mayor concentración de personas se encuentra afiliada al sistema Público, siendo beneficiarios de nuestro sistema.

Algunos datos específicos y que complementan la información anterior, dicen relación con las **Jefaturas de hogar**, donde el promedio de edad para los hombres es de 2.02 años y para las mujeres de 56.15 años. El promedio de edad comunal es de 53.42 años. En todos lo promedios estos son mayores que el regional. De acuerdo al sexo del jefe de hogar el 66.1% son hombres y el 33.9% mujeres, (CASEN 2006)

2.2 POBLACIÓN COMUNAL DEPENDIENTE DE LA RED DE ATENCIÓN PRIMARIA MUNICIPAL

<i>Establecimiento</i>	<i>Total de población estimada (según per cápita) 2007</i>	<i>Total de población estimada (según per cápita) 2008</i>	<i>Total de población estimada (según per cápita) 2009</i>	<i>Total de población estimada (según per cápita) 2010</i>
<i>Dr. Miguel Concha</i>	23.965	36.472	35.973	39.968
<i>Cardenal Silva H.</i>	24.929	29.655	28.578	29.803
<i>San Pedro</i>	4.680	5.354	5.189	5.782
<i>La Palma</i>	3.951	3.641	3.484	3.758
<i>Boco</i>	2.894	2.795	2.676	2.860
Total	60.449	77.917	75.900	82.171

3.- NIVEL DE DESARROLLO:

3.1- EQUIDAD Y SATISFACCIÓN DE NECESIDADES:

3.1.1.- Análisis de la Pobreza e Indigencia:

a) *Evolución de la pobreza e indigencia:*

Quillota, se encuentra entre las 7 comunas a nivel regional que presentan una población bajo la línea de pobreza sobre las diez mil personas (Viña del Mar, Valparaíso, San Antonio, Villa Alemana, Quilpué, San Felipe y Qu

illota). Estas comunas concentran el 66,8% de la población bajo la línea de pobreza regional, sin embargo, al hacer el análisis de las tres últimas encuestas CASEN (98, 03,06) éste da cuenta que la comuna ha experimentado un importante avance en la reducción de la pobreza entre los años 1998 y 2006.

Cuadro N° 1: Población Según Línea De Pobreza (*)

	Pobreza General		Indigente		Pobre no Indigente	
	N°	%	N°	%	N°	%
Casen 1998	17.719	24.1%	2.214	3%	15.505	21.1%
Casen 2003	15.934	19.4%	2.589	3.2%	12.845	16.1%
Casen 2006	11.447	12.9%	945	1.2%	10.502	12.9%

Fuente: Mideplan, encuestas CASEN 1998, 2003, 2006.

Cuadro n° 2: Población Comunal según Línea De Pobreza 2006

	Número	Porcentaje
Indigente	945	1.2%
Pobre no indigente	10.502	12.9%
Total pobres	11.447	14%
No pobres	70.151	86%
Total	81.598	100

Fuente: Mideplan Casen 2006.

El cuadro resumen de los resultados de esta encuesta permite obtener las siguientes conclusiones:

- La pobreza general se ha reducido considerablemente en el lapso de ocho años. En 1998, ésta ascendía al 24.1 % de la población, mientras que en 2006 alcanzó un 12.9%, es decir, disminuyó en un 11.2%.
- Desagregando la pobreza general, se observa un comportamiento distinto entre la pobreza no indigente y la indigencia.
- La indigencia aumenta entre los años 1998 y 2003 (0.2 puntos porcentuales) disminuyendo posteriormente entre los años 2003 y 2006 (2 puntos porcentuales), mientras que la pobreza no indigente mantiene un ritmo de descenso permanente, disminuyendo en 8.2 puntos porcentuales, entre los años 1998 y 2006.
- Finalmente, es necesario establecer, a nivel de hipótesis, cuáles serían los factores explicativos de la disminución de la pobreza, considerando el contexto local y nacional en que ocurre este fenómeno.
- Por otro lado, la indigencia tuvo una disminución sostenida durante el período considerado. Esta situación puede explicarse porque las autoridades a nivel nacional y local han privilegiado los sectores más pobres de la sociedad para focalizar recursos, lo que ha permitido que, a pesar de las fluctuaciones de economía local y nacional, la tendencia general haya sido la disminución de la población indigente. A esto se suma la incorporación del Sistema de Protección Chile Solidario, focalizando su intervención a los sectores de extrema pobreza o indigencia de nuestra comuna, contando a la fecha con 1.669 familias intervenidas por el programas en las 56 condiciones mínimas que éste establece.

b) Territorialidad de la Pobreza:

En la comuna de Quillota, al igual que en otros lugares del país, se observa que la pobreza se encuentra bastante concentrada espacialmente. Parte de los esfuerzos realizados en los últimos años para superarla han sido la focalización de preinversión e inversión precisamente en esos sectores, lo que da cuenta en una reducción de la pobreza entre el año 2003 y 2006 de **3.8 puntos porcentuales**, disminución mayor que a nivel nacional (2.5 pp.).

En este contexto, la Dirección de Desarrollo Comunitario (DIDECO) desde hace varios años, inicia un trabajo que aborda la superación de la pobreza desde una perspectiva territorial, trabajando con las organizaciones funcionales, a fin de promover la asociatividad y propender al fortalecimiento de las redes sociales.

Actualmente, la DIDECO, trabaja con este enfoque, centrado en la promoción social, que potencia la participación y la organización en el enfrentamiento de situaciones críticas, privilegiando el conocimiento real de la situación de las personas y de los sectores en los que se concentra la pobreza. Con una estructura organizacional basada en un equipo de monitores sociales insertos en el territorio y un equipo interdisciplinario de profesionales que los respaldan y acompañan en acciones específicas.

A la fecha Quillota se encuentra dividida en 11 sectores, 8 urbanos y 3 rurales, todos a cargo de monitores comunitarios, que son quienes lideran este proceso.

Otra estrategia de superación de la pobreza es la incorporación del Sistema Chile Solidario – Programa Puente, que desde el año 2002 trabaja con familias en extrema pobreza de la comuna. A la fecha se encuentran intervenidas 1669 familias en el Programa Puente.

De acuerdo a estudios y las intervenciones sistemáticas realizadas por la Dirección de desarrollo Comunitario del Municipio, los territorios vulnerables de la comuna se agrupan en:

Cuadro N°3: Unidades Territoriales de Concentración de Pobreza en la Comuna

N° Unidad Vecinal	Nombre	Poblaciones	Tipo	Nivel de Vulnerabilidad
3	Centauro	Pedro Aguirre Cerda Rebolar	Urbana	Vulnerabilidad en vivienda.
4	Estación	Ariztia	Urbana	Alta concentración de adultos mayores
5	Cerro	Michimalongo Molinares Molinare Aconcagua Norte Progreso y Desarrollo Las Praderas El Peumo Oscar Alfaro El Mirador	Urbana	Vulnerabilidad socioeconómica general
6	18 de septiembre	Yolanda Gatica Calle 18 El esfuerzo	Urbana	Vulnerabilidad socioeconómica general

		Mns. René Plenovi Villa Santa Rosa Rosales Kennedy		
7	Condell Oriente	Los Lúcumos Lo Garzo	Urbana	Vulnerabilidad socioeconómica general
8	Quillota Centro	José Miguel Carrera	Urbana	Vulnerabilidad socioeconómica general
10	Liceo de Hombres	Pob. Portales	Urbana	Vulnerabilidad socioeconómica general
11	Bajío	V. Gral. Mackena Pedro de Valdivia Gonzalo de los Ríos Chile Nuevo Nva Concepción	Urbana	Vulnerabilidad socioeconómica general
12	Flamenco	Los Aromos Aconcagua Sur José Miguel Carrera Hermanos Carrera Unión y Progreso	Urbana	Vulnerabilidad socioeconómica general
15	Sector Corvi	Arturo Prat Carlos Condell Santa Cecilia J. Abelardo Núñez	Urbana	Vulnerabilidad por alta concentración de adultos mayores.
19	Said	San Alberto San Pancracio Beatita Benavides Said. Santo Domingo	Urbana	Vulnerabilidad socioeconómica general. Alto porcentaje de vivienda en deterioro, alto porcentaje de niños.

Fuente: Dirección de Desarrollo Comunitario-2009.

(*) Las Unidades Vecinales están formadas por más de un sector. Para efectos de mayor precisión se identifican los sectores que concentran mayor pobreza y sus respectivas Juntas de Vecinos.

3.1.2.- Situación de la Vivienda:

a) Calidad de las viviendas:

La **Materialidad de construcción deficiente**¹ de las viviendas presenta indicadores muy bajos, en lo que dice relación a muros (0.4%), pisos (3.6%) y techos (0.3%). Ambos indicadores, urbanización y materialidad de las viviendas, son bajos y se encuentra relacionado con los programas de inversión comunal y gubernamental destinado a la mejora de las condiciones de habitabilidad de las familias.

Los **Niveles de hacinamiento** en la comuna también, presentan una tendencia baja, con un 74% de hogares con niveles bajos, un 23,5% niveles medios y sólo un 2,2% niveles altos.²

Lo anterior, coincide plenamente con el indicador de materialidad de la encuesta CASEN 2006, donde Quillota presenta mayoritariamente viviendas de buena calidad.

Sin embargo es necesario considerar como contraparte de estos indicadores, los datos de la gestión municipal, en el área Social del municipio que recibe, sobre todo en estaciones de bajas temperaturas, una alta demanda por ayudas sociales para el mejoramiento temporal de viviendas. Esta situación se materializa a través de personas que recurren al municipio para solicitar apoyo en recursos monetarios o de materiales de construcción para el mejoramiento de sus viviendas y, por ende, para resolver supuestos problemas de materialidad.

b) Acceso a Servicios Básicos:

Cuadro N° 4: Saneamiento y disponibilidad de servicios básicos:

ENERGIA ELECTRICA

	Comuna N°	%	V región	%
Si, Red Pública medidor propio o compartido	22.679	98.8	446.937	98.5
Si, Red Pública sin medidor	267	1.2	5.658	1.3
Si, de generador, u otra fuente	0	0.0	562	0.1
No dispone	0	0.0	608	0.1

¹ Materialidad deficiente: Muros: desecho, barro, quinchá. Piso: pastelones sobre tierra, tierra, plástico. Techo: fonolita, paja, coirón, desecho.

² Hacinamiento Bajo; menor o igual a 2,4. Medio entre 2,5 y 4,4. Alto 4.4 personas/dormitorios.

AGUA POTABLE:

	Comuna Nº	%	V región	%
Red Pública medidor propio o compartido	20.559	89.6	423.202	93.3
Red Pública sin medidor	332	1.4	8.986	2.0
Pozo o noria	1.096	4.8	13.636	3.0
Rio, vertiente, estero o otra fuente	959	4.2	7.682	1.7
Sin información	0	0.0	259	0.1

ELIMINACION DE EXCRETAS:

	Comuna Nº	%	V región	%
Si, con WC conectado alcantarillado o fosa séptica	22.562	98.3	429.204	94.6
Si, con letrina sanitaria conectada a pozo negro	0	0.0	7.761	1.7
Si, con cajón sobre pozo negro, acequia o otro sistema	384	1.7	12.909	2.8
No dispone de sistema	0	0.0	3.841	0.8
Sin dato	0	0.0	50	0.0

Fuente: Mideplan, Encuesta CASEN 2006.

Con relación a la disposición de energía eléctrica en los hogares, un 98,8% cuenta con conexión a la red pública a través de medidor propio o compartido, cifra que es superior al valor regional y al nacional.

Respecto del origen del agua, el 89.6% de los hogares disponen de agua entregada por la red pública con medidor propio o compartido, valor que es inferior al porcentaje nacional y regional. Además, la comuna tiene un alto porcentaje de hogares que extraen sus aguas de pozo o noria, con un 8.7%, cifra que es superior a la de la región y al total nacional.

Finalmente, los datos sobre los sistemas de eliminación de excretas muestran un 98.3% de los hogares conectados a alcantarillado o fosa séptica, cifra que resulta superior a la región y la nación.

3.1.3.- Cultura:

Desde el año 2004, funciona el Departamento de Comunicaciones y Cultura, con el fin de aunar esfuerzos de todos los estamentos municipales que, de una u otra forma, estaban ligados a este quehacer en la comuna.

De este modo, quedaron bajo el mismo alero, el Museo Histórico Arqueológico, la Escuela de Bellas Artes, el Teatro Municipal, la Biblioteca Municipal y la Casa de la Cultura, el Orfeón Municipal, el Ballet Municipal Moderno y el Ballet Clásico Gloria Trullá.

Además, Quillota, desde el año 2006 es capital Regional de la Cultura y desde enero del año 2008, el Consejo Regional de la Cultura y las Artes, estableció su sede en la comuna.

Estas agencias cubren una amplia gama de actividades relacionadas con el arte y la cultura, que se enfocan a la elaboración e implementación de programas y proyectos culturales y de investigación, en coordinación con organismos estatales y privados. También, a través de ellas, se realiza la promoción de artistas y de expresiones culturales vinculadas a las bellas artes y a las artes populares (folklore, bailes típicos, artesanía).

3.1.4.- Deporte:

a) Infraestructura Deportiva

Quillota cuenta con 47 recintos deportivos de distinto tipo. De ellos, 6 son de propiedad municipal (4 administrados por el municipio y 2 se encuentran entregados en concesión a particulares); 37 (canchas o multicanchas) son propiedad del municipio u otro ente del Estado y se encuentran entregadas en comodato a Juntas de Vecinos, Clubes Deportivos o Asociaciones Deportivas; y 4 son netamente privados (3 de ellos son gimnasios y el otro es el Complejo Deportivo de Colegio Particular Diego Echeverría).

Cuadro N°9: Infraestructura deportivas de acuerdo a su característica principal de uso

Tipo	Cantidad
Estadio	1
Cancha de Tenis	1
Piscina	1
Parques o Centros de Esparcimiento	2
Complejo Deportivo	2
Gimnasio	4
Multicanchas (en sectores poblacionales)	16
Canchas de Fútbol (en sectores poblacionales)	21
Total	47

Fuente: Oficina de Deporte Municipalidad de Quillota

b) Tipos de deportes que se practican:

El deporte más practicado en la comuna es el fútbol. Además, la mayor cantidad de organizaciones deportivas se dedican a este deporte. En la comuna existen seis asociaciones de fútbol, las que cuentan, en promedio, con 15 clubes deportivos.

En menor escala, también se practican otros de deportes, que son fomentados a nivel municipal o privado, tales como gimnasia rítmica, ajedrez, taekwondo, handball, montañismo.

3.1.5. Participación, Democracia e Integración:

3.1.5.1.- Organizaciones Comunitarias:

a) Organizaciones Comunitarias Territoriales

En la comuna de Quillota existen 114 organizaciones comunitarias territoriales (juntas de vecinos). Estas se encuentran mayoritariamente en el sector urbano, debido a la mayor densidad poblacional de los sectores urbanos y al hecho que la cercanía entre personas permite una mayor asociatividad.

Cuadro N°10: Organizaciones Comunitarias Territoriales por localización Urbano Rural

Localización	Total
Urbano	84
Rural	30
Total	114

Fuente: "Catastro de Organizaciones Comunitarias". Dideco. I. Municipalidad de Quillota.

a) Organizaciones Comunitarias Funcionales

Por otro lado, existen 400 organizaciones funcionales, que responden a una diversidad de inquietudes, necesidades o intereses de la sociedad civil. Las más importantes en número son las deportivas y aquellas que asociadas a temas de vivienda y mejoramiento del entorno.

Cuadro N° 11: Organizaciones Comunitarias Funcionales clasificadas según su objetivo central

Objetivo Central		N° de Organizaciones
Deportivas		136
Culturales		23
Adulto Mayor		17
Juveniles		21
Mujeres		12
Productivas		5
Vivienda o Hábitat	Comités de Vivienda	76
	Comités de Pavimentación	14
	Comités de Agua Potable	8
	Comités de Saneamiento	5
De Ayuda		35
Centros de Padres		20
Organizaciones Religiosas		6
Otras Organizaciones		22
Total		400

ELEMENTOS CONSIDERADOS EN LA FORMULACIÓN DEL PLAN DE SALUD

1.- MEJORAR LOS LOGROS SANITARIOS ALCANZADOS

Continuar el descenso de la mortalidad infantil y materna, cuyos esfuerzos para lograrlo por parte de la sociedad radica en múltiples áreas, tales como educación, condiciones de la vivienda, saneamiento básico, programas de inmunización, de alimentación complementaria, programas de salud, especiales para las mujeres y los niños, atención profesional del parto, avances científicos y tecnológicos. También se deben consolidar esfuerzos para controlar las enfermedades prevenibles por vacuna, resolver los vacíos de coberturas de vacunación, incluir vacunas nuevas de eficacia y seguridad probadas. Otro logro es disminuir la incidencia y las muertes por tuberculosis, desde la vacunación y detección precoz hasta su tratamiento.

Las principales estrategias para el logro de estos objetivos se relacionan con garantizar el cumplimiento de las funciones esenciales de salud pública, además de la ejecución e intervenciones poblacionales para prevenir daños específicos en las áreas prioritarias, así como mantener las estrategias exitosas en control de infecciones transmisibles, incluyendo las emergentes.

2.- ENFRENTAR LOS DESAFÍOS DERIVADOS DEL ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN Y DE LOS CAMBIOS DE LA SOCIEDAD.

La sociedad chilena ha enfrentado un proceso de transición demográfica, caracterizado por un descenso importante de la fecundidad y de la morbilidad en todas las edades. A esto se suman grandes cambios en otros ámbitos, como son el desarrollo tecnológico, la globalización de las comunicaciones y el comercio, cambios ambientales, acceso del hombre y la mujer a todos los puntos del planeta, modificando los ecosistemas y tomando contacto con patógenos desconocidos, cambios en los estilos de vida, etc. Tenemos una situación epidemiológica diferente a la de 50 años, con un aumento en enfermedades como el cáncer, enfermedades cardiovasculares, accidentes, aparición de nuevas enfermedades y otras que se creían ya controladas. Por tanto, se requiere enfrentar esta nueva situación con un enfoque multisectorial, donde participen sectores como educación, vivienda, obras públicas, transporte, hacienda y otros actores sociales.

AREAS A INTERVENIR

a) Controlar los factores determinantes de enfermedades más relevantes desde el punto de vista de cantidad y calidad de vida.

- Frenar el consumo de tabaco, que ha aumentado en los últimos años, especialmente en las mujeres y niveles socioeconómicos bajos y que constituye la principal causa prevenible de enfermedad y muerte en el mundo. Está implicado en la aparición de numerosos cánceres, enfermedades cardiovasculares y respiratorias, bajo peso al nacer, menopausia precoz y otras.
- Disminuir el aumento de obesidad que tiene implicancia en enfermedades como diabetes mellitus, hipertensión arterial, arteriosclerosis, etc.
- Promover conductas sexuales seguras y responsables como única forma de prevenir la transmisión de enfermedades infecciosas como el SIDA y evitar embarazos no deseados y de adolescentes.
- Contribuir a crear un ambiente saludable, particularmente en lo que dice relación con la contaminación atmosférica, del agua, del suelo, de los alimentos y de las enfermedades asociadas a reservorios animales y los vectores.
- Contribuir a mejorar las condiciones laborales, reducir la morbilidad asociada a las relaciones de trabajo y la inequidad en la protección de los trabajadores.

Las estrategias para alcanzar estas metas de prevención, deben estar centradas principalmente en niños y jóvenes, fomentando hábitos de vida saludables.

b) Enfermedades que generan la mayor carga de mortalidad y para las que se cuentan con medidas de intervención de efectividad probada. Éstas son:

- Enfermedades cardiovasculares, centrando esfuerzos en la reducción de enfermedad isquemia y cerebro vascular.
- Cánceres, focalizando esfuerzos en cáncer de cuello uterino, de mamas y vesícula.
- Traumatismos y envenenamientos, concentrando los esfuerzos en accidentes de tránsito.
- Enfermedades respiratorias, especialmente por neumonía en los adultos mayores.
- Disminuir la discapacidad asociada a diabetes.
- Prevenir la aparición y el aumento sostenido de la epidemia VIH/SIDA.

c) El tercer ámbito de acción en esta área son aquellos problemas de salud que disminuyen la calidad de vida de las personas.

- Problemas de salud mental, cuyas metas fundamentales son disminuir la recurrencia de estrés depresivo, aumentando la cobertura de financiamiento y disminuir las adicciones a través de estrategias intersectoriales.
- Salud dental, disminuyendo su índice en la población de niños y jóvenes con un aumento de planes dentales y fluoración del agua.
- Enfermedades osteoarticulares, disminuyendo la discapacidad que genera.

3.- DISMINUIR LAS DESIGUALDADES EN SALUD.

Si bien en el promedio nacional los indicadores muestran cifras satisfactorias en muchos aspectos, existen grandes diferencias en la situación de salud, tanto por estratos socioeconómicos, por género y nivel geográfico. La reducción de las desigualdades en Chile involucra un esfuerzo de toda la sociedad. Desde el punto de vista sectorial, además de contribuir a este esfuerzo global, las estrategias específicas consideran la focalización de las acciones del sector en los grupos más desfavorecidos, concentrándose en las principales causas de morbilidad y garantizando acceso y oportunidad de atención para ellos.

4.- PROVEER SERVICIOS ACORDE A LAS EXPECTATIVAS DE LA POBLACIÓN

Incrementar la valoración social del sistema, equiparando los objetivos técnicos en logros de salud con las aspiraciones ciudadanas sobre los servicios de salud que reciben. Con ello se reconoce que si bien el eje fundamental del sector es mejorar la situación de salud de la población, las acciones que se emprendan con este fin deben darse en un contexto de respeto a la dignidad, libertad e igualdad de los ciudadanos.

5.- MODELO DE GESTIÓN LOCAL Y REFORMA DE SALUD

MODELO DE GESTIÓN

La salud familiar se encuentra en un gran cambio de paradigma desde hace unos 4 años. De acuerdo a lo señalado por el Ministerio de Salud, constituye “uno de los pilares fundamentales para el logro del objetivo de la Reforma de Salud”, entendiendo que la Atención Primaria es la que recoge y contribuye al cambio cultural y de modelo asistencial que se requiere.

Desde al año 2001 el Municipio de la comuna de Quillota, a través de su Departamento de Salud, se planteó conceptual y estructuralmente un enfoque de atención de salud primaria, basado en la salud familiar. Este se ha desarrollado con las dificultades naturales de un proceso local, y con las falencias propias de un cambio paradigmático tan importante.

Sin embargo y a pesar de lo anterior, la estructura de los servicios de atención en la comuna se han transformado y desarrollado con una lógica propia no comparable con otros, una concepción sui generis sobre como debe ser la prestación de servicios sanitarios a nivel primario, por lo que se hace necesario revisar en forma constante los instrumentos utilizados, las modalidades de ingreso, el trabajo intersectorial, la unificación de criterios técnicos, por ejemplo.

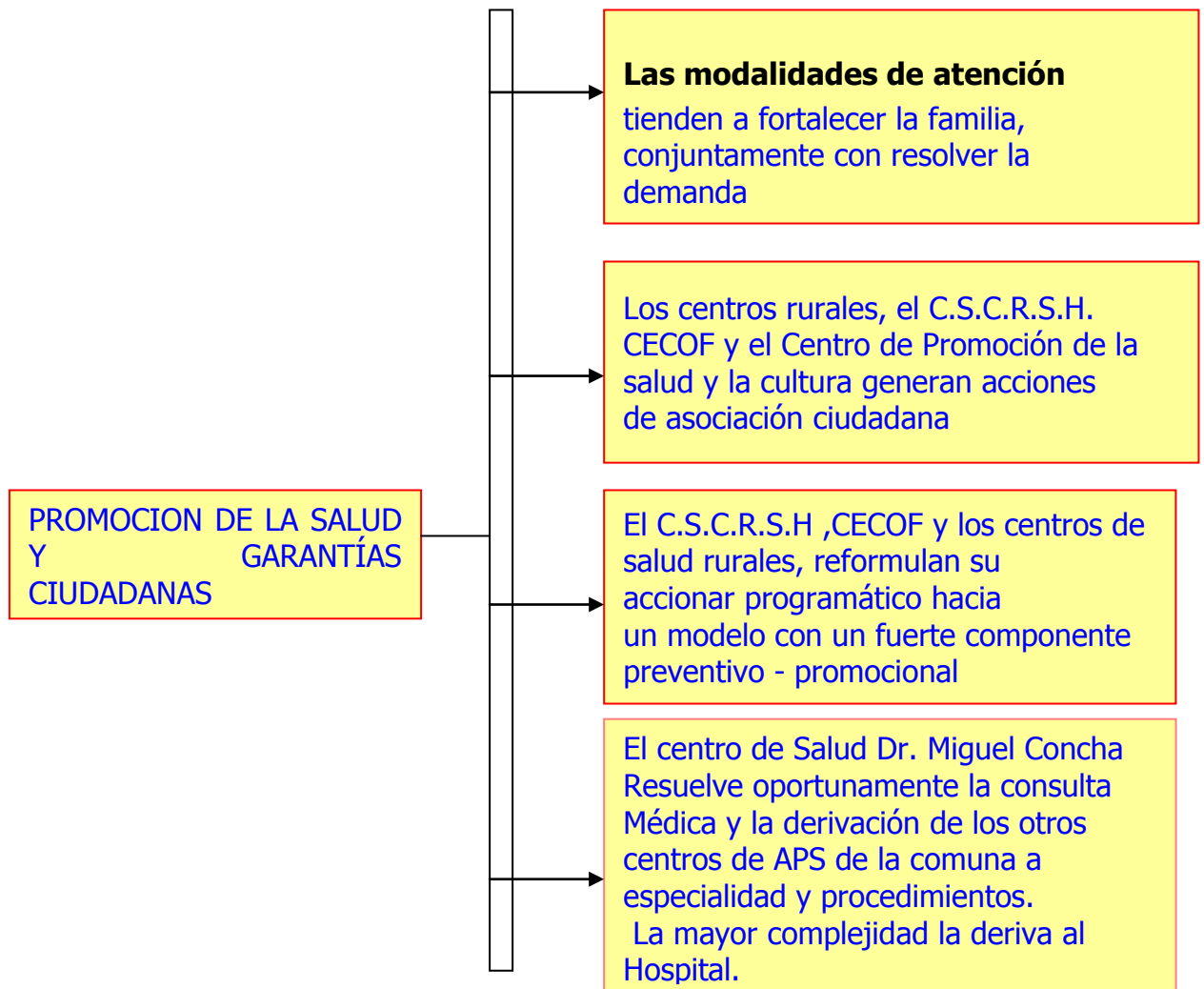
Por lo mismo es necesario vislumbrar el futuro en forma sistémica, ya que de esa forma será posible entender este proceso socio sanitario local.

LA NECESIDAD DE LA INTEGRACION.

La Misión Institucional del Departamento de Salud ha sido definida en los siguientes términos: “Impulsar de manera decidida un enfoque fortalecedor de los lazos familiares y vinculaciones socioculturales entre el Sistema de Salud y la dinámica de la Sociedad Civil, a nivel de actores individuales y organizados.”

Para lograr lo anterior se requiere necesariamente un sistema integrado, generador de sinergia, diversificado y complementado. El Departamento de Salud está trabajando desde el año 2001, en un Plan de Reorientación de la Gestión de Atención Primaria en Salud Comunal, que busca relevar la Promoción en Salud y las Garantías Ciudadanas, utilizando para ello un enfoque de integración. Los Centros de Salud Comunal son los encargados de llevar a la práctica el nuevo modelo de Salud.

Debido a la propuesta de reorganización, las unidades de atención con los que cuenta la comuna han debido reformular sus objetivos y modos de funcionamiento, con el fin de trabajar en niveles diferentes, pero complementarios a la vez que propicien un tipo específico de empoderamiento de la población, agrupando labores específicas a Centros de Atención determinados.

ENFOQUE DEL MODELO DE GESTION SANITARIA COMUNAL

LA FUNCIONALIDAD EN RED DEL SISTEMA

Conjuntamente con la reorientación del nivel prestador en lo relativo al sentido que tendrá cada establecimiento, esta nueva dimensión del modelo de gestión apunta a afianzar el sentido corporativo en cuanto a la distribución de recursos, a mejorar la resolución de problemas con la derivación de situaciones entre los mismos establecimientos dependiendo de la demanda o requerimiento y, principalmente, a que los grupos familiares encuentren la mayor resolutivez a sus problemas al interior del sistema como la retroalimentación entre esos grupos familiares y los equipos (Unidades de la Familia) de cada establecimiento derivador.

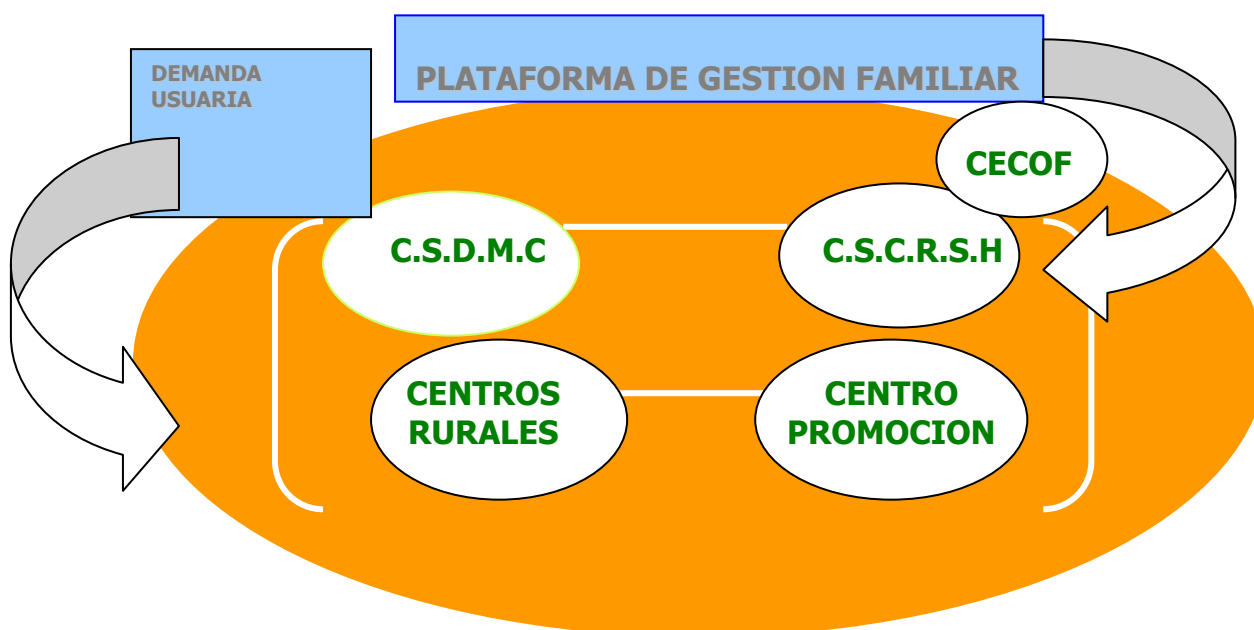
Conjuntamente con las prácticas programáticas vinculantes que tendrá la misión de cada establecimiento, el modelo de gestión genera la Plataforma de Gestión Familiar, instancia que recibe la información asociada a la actividad de cada establecimiento, así como también acoge los requerimientos de cada familia-cliente, sea en relación a orientaciones, solicitudes y reclamos.

La Plataforma de Gestión Familiar es un intermediario entre las familias y el sistema, pero también es el órgano que moviliza el sistema en relación a sus unidades prestadoras.

Sus instrumentos más importantes son las (los) ejecutivas (os) de familia, personas que tendrán como misión la acogida, orientación, seguimiento e información de los distintos requerimientos y tratamientos asociados a las necesidades de las familias.

Además, la Plataforma de Gestión Familiar tiene como instrumento para su actuar una base de datos que contiene toda la información de las familias adscritas, a las cuales se les realizará un contrato institucional de prestaciones y sellará el compromiso que las familias tendrán con el sistema (contrato de afiliación y de garantías de atención) y que el sistema tendrá con ellos.

MODELO DE FUNCIONAMIENTO EN RED



LA ARTICULACIÓN EL SISTEMA CON LA PROBLEMÁTICA CIUDADANA.

Coherente con la misión y el rol del sistema como agente promotor del desarrollo comunal, el modelo de gestión incorpora instrumentos e instancias para incidir en las prácticas y cultura ciudadana, en el entendido que el más importante instrumento condicionador de un modo saludable de convivir es la cultura de asociación de los distintos grupos sociales de la comuna.

En este sentido, el rol del Centro de Promoción de la Salud y la Cultura, más que propiciar mayores grados de asociatividad real, es aumentar su vinculación, neutralizando así las tendencias que se observan en la sociedad civil y en las políticas públicas hacia la segmentación y focalización en grupos específicos, aumentando así las brechas generacionales, de género, de status socioeconómico, de consumo y educación que caracterizan la sociedad chilena de hoy, dirigiendo los esfuerzos decididamente a la generación de una cultura de tolerancia y respeto a la diversidad y que favorezca el desarrollo pleno y saludable de los integrantes de la comuna.

Pero también la vida rural es una dimensión propia de la ciudadanía de la comuna.

Frente a esa constatación, los Centros de Salud Rurales se erigen como uno de los componentes articuladores de procesos e iniciativas tendientes a la generación de comunidades rurales saludables, proyecto que abarca la dimensión promocional de estos establecimientos y que pretenden dar un verdadero impulso al desarrollo social y cultural de estas realidades.



LA INTEGRACION MUNICIPAL.

Si bien ha existido una dependencia histórica-técnica de la APS con el Ministerio de Salud y por ende con los Servicios de Salud, a partir de la Municipalización del sector, la relación administrativa cambia, dependiendo la APS casi exclusivamente de los Municipios.

Lo anterior trae no sólo retos en el ámbito de la administración de los recursos, sino que en la estrategia de enfrentamiento a problemáticas locales. Para los Municipios es un desafío desarrollar tácticas comunes, debido a la diversidad de departamentos y/u ofertas que esta institución ofrece.

En la comuna de Quillota, el Municipio ha trabajado en el desarrollo de una propuesta de Estructuras por Áreas, bajo la base del PLADECO, documento aprobado a fines del año 2004. Una de las áreas creadas es la de Desarrollo Social, que la componen tres grandes unidades: la Dirección de Desarrollo Comunitario (DIDECO), el Departamento de Educación y el Departamento de Salud (DDS).

A partir del año 2004, se trabaja directamente en la integración de planes comunes, pero es durante el año 2005 donde se concreta un trabajo más estructurado. Se crea una comisión, cuya finalidad se centra principalmente en crear los objetivos estratégicos del Foco Social (Área de Desarrollo Social).

La misión que el Foco Social tomó como propia es la que aparece en el PLADECO actual, y que dice: **“Asumir de manera integrada, responsable, ordenada, creativa y sensible la prestación de servicios sociales de calidad, centrados en el cliente, oportunos, equitativos y respetuosos de la diversidad, contribuyendo al desarrollo de una comuna saludable y a la formación de ciudadanos integrados socialmente y felices.” (PLADECO Quillota).**

La sensibilización y profundización de la temática por parte de la autoridad local, además de los/as Directores/as de Departamento, hacen que este componente de integración y visión estratégica futura de la comuna sea un factor determinante para el desarrollo de los planes y programas, de las prioridades sanitarias y de visión familiar.

La inserción del sistema de Salud Primaria de Quillota en el Foco Social trae una consecuencia esencial en el desarrollo de cualquier estrategia integral, ya que por medio de ésta se multiplica la red social y cultural, no sólo en la comuna, sino también a nivel provincial y regional.

Durante el presente año se encuentra en desarrollo en su etapa de diagnóstico el Pladeco 2009 – 2014 en donde los objetivos estratégicos comunales hacen referencia a :

- Transformar a Quillota en una comuna saludable, lo que implica para sus habitantes adquirir estilos de vida saludable; y para el mundo, constituirse en un lugar de producción de alimentos saludables y de servicios turísticos ligados a la salud
- Favorecer la integración de los actores sociales en un proyecto de desarrollo comunal compartido. Es decir, que empresarios, organizaciones comunitarias, autoridades, y en general todos los actores de la realidad comunal generen un consenso y actúen con un horizonte común respecto del desarrollo de Quillota.
- Incrementar la calidad y equidad de la educación comunal, potenciando las relaciones de la educación con el desarrollo de la comuna al generar capital humano acorde a los nuevos escenarios.
- Materializar y consolidar el Parque Técnico Industrial. Esto implica realizar una serie de acciones que posibiliten su puesta en marcha, tales como la coordinación con entes públicos y privados, atracción de empresas, etc.
- Integrar a Quillota a la macrozona Andina. Lo que implica generar vínculos de integración comercial, social y cultural.

-
- Abordar de distinta manera la salud de los habitantes de la comuna dando énfasis a la prevención y promoción. Además, lograr la equidad y calidad en la atención de los servicios de salud en la comuna, poniendo especial atención en la satisfacción usuaria.
 - Generar turismo ligado al concepto de comuna saludable. Esto significa atraer visitantes a la comuna, que participen de actividades de ocio ligadas a la salud; como el consumo de servicios de salud o el consumo de productos saludables.
 - Generar instrumentos de ordenamiento que regulen el territorio favoreciendo el desarrollo comunal en un sentido amplio (instalación de act. productivas, desarrollo de centros poblados, integración socioespacial de los habitantes, relación de la comuna con el corredor bioceánico, etc.)..

6.-RESOLUTIVIDAD

Este es uno de los lineamientos principales que deben caracterizar a la Atención Primaria. El Ministerio de Salud ha establecido como meta, tener una capacidad de resolución de un 90%. Para el Departamento de Salud de Quillota y su red de establecimientos, esta línea de desarrollo lleva ya varios años, durante los cuales se han generado inversiones en equipamientos y contratación de especialistas que nos permiten entregar prestaciones como las ecotomografías, ecografías, atención kinesiológica y podología. Además de compra de servicios en apoyo de Imagenología (ecografía de partes blandas, Rx huesos largos y articulaciones), exámenes de laboratorio (antígeno prostático, exámenes hormonales y tipología viral) .De igual manera y junto con lo anterior, la capacitación continua de nuestros profesionales nos permite hoy poder contar con un nivel de resolución en el nivel primario por sobre el 90%.

Derivación- Referencia a especialidad Médica Nivel Secundario y Terciario año 2008

	2008	2009
Total Atenciones	87.944	83.802
Total Derivaciones	7.671	7.825
Resolución	91,3%	90,7%
Derivación	8,7 %	9,3%

INTERCONSULTAS ENERO A DICIEMBRE 2009 / SEGÚN CENTRO DE SALUD

C.SALUD	GES	NO GES	TOTAL
M. CONCHA	1636	3618	5254
SAN PEDRO	183	492	675
LA PALMA	91	204	295
BOCO	109	221	330
CECOF	61	229	290
CRSH	168	813	981
Total:	2248	5577	7825

7.-CALIDAD EN ATENCION PRIMARIA.

Antes de medir o gestionar la calidad debemos partir por definir lo que es calidad. La Real Academia Española define la calidad como “la propiedad o conjunto de propiedades inherente a algo que permiten juzgar su valor”. Por su parte, la American Society for Quality Control define la calidad como “la totalidad de propiedades y características de un producto o servicio que influyen en su habilidad de satisfacer necesidades explícitas”

Entender que la calidad en un proceso vertical y no participativo, provoca estancamiento de procesos e insumos necesarios para el cambio. El paradigma de lo técnico se presenta en la forma de mirar al otro, sin posibilidad de que este pueda contribuir de manera significativa a la sinergia necesaria en el campo de la salud.

La introducción de la gestión total de calidad en las organizaciones de salud debe poner especial énfasis en no preocuparse tan solo del aspecto técnico de la prestación de salud, sino también la utilización eficiente de recursos y la satisfacción del paciente con la atención. Se han escrito numerosos artículos referentes a la necesidad de no olvidarse del lado humano de la atención y de la necesidad de evaluar no solo la calidad técnica sino también la calidad percibida por parte del paciente.

Por ello, se requiere entender la importancia de la ruptura de paradigmas para llevar a cabo la transformación de la cultura organizacional y convertir la institución en una organización aprendiente donde se instalen procesos de gestión que conduzcan a la generación, adquisición, distribución y transferencia del conocimiento.

Cabe entonces preguntarse ¿por qué es tan importante incorporar el tema de la calidad en la atención primaria?

Desde el punto de vista de la magnitud de población que se atiende, ésta pasa a ser una variable central, por cuanto cualquier política sanitaria debe estar determinada en el cómo se efectuará tal atención.

De acuerdo a lo señalado por expertos de la Universidad Cardenal Raúl Silva Henríquez, y a la luz de los resultados del estudio “Percepción de la población de comunas pobres de Santiago sobre el rol del estado, prestadores y aseguradores públicos y privados, y gremios del sector, en la intermediación y uso de la comunicación masiva en la atención primaria de salud”, existen dos conceptos que deben ser considerados en cualquier reforma de salud y por ende en toda planificación:

Humanización: Establecer derechos, deberes y garantías de salud exigibles, junto con humanizar la atención de salud generando normas de calidad, acceso oportunidad y buen trato.

Heterogeneidad: Es necesario eliminar -o al menos reducir sustantivamente- las brechas sanitarias vinculadas a la atención de salud, en términos tanto locales como nacionales.

En el marco de la Reforma de Salud y con el respaldo de la normativa vigente, hemos comenzado a avanzar por el camino de garantizar una mejor y más segura atención a los usuarios de nuestro sistema sanitario, poniendo el énfasis en la calidad de los procesos de la práctica sanitaria, la gestión de las redes asistenciales y la seguridad de las instalaciones que prestan atención de salud.

Existen importantes herramientas contempladas en la ley para garantizar la calidad de la atención de los prestadores de salud: la Autorización Sanitaria, cuyo objetivo es que los establecimientos cumplan con requisitos de estructura (organización, procedimientos, e infraestructura) y la Acreditación cuyo énfasis esta puesto sobre los procesos relacionados con la calidad de la atención mediante la evaluación del cumplimiento de los niveles mínimos de seguridad establecidos en la ley.

Lo que expresa el concepto calidad es una práctica profesional caracterizada por los siguientes rasgos:

- a) Conocimientos científicos y tecnológicos disponibles ajustados al estado del arte.
- b) Mínimos riesgos para el paciente, de lesión o enfermedad, asociados al ejercicio clínico.
- c) Uso racional de los recursos, es decir, que no sean ni fútiles ni exagerados, sino eficientes, eficaces y efectivos.
- d) Satisfacción de los usuarios con los servicios recibidos, con los profesionales y con los resultados de la atención sanitaria.

Durante el presente año nos hemos propuesto avanzar de manera decidida en incorporar estos componentes en nuestro plan de mejora continua de la calidad asistencial con el fin de poder alcanzar la acreditación de nuestros establecimientos a un mediano plazo.

8.-TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES

El año 2009 marcó hito histórico con la renovación y ampliación del Soporte tecnológico informático para todos los Centros y Departamento de Salud de la comuna desde la informatización de procesos el año 1995.

El Soporte Informático contemplando las dimensiones de Infraestructura Tecnológica, los Sistemas de información y los Proyectos de Gestión, presentaron enormes avances como política institucional promoviéndose y estableciéndose como el eje de desarrollo de la APS Quillota y uno de los pilares que sustenta a la institución.

En materia de Infraestructura se efectuó profunda inversión con la renovación de equipamiento: 110 equipos adicionales y 5 note-book; adecuación de las condiciones básicas en Redes eléctricas y de Datos aún en desarrollo en área rural; y la implementación de otros sistemas operativos.

En los Sistemas de Información de Salud el mayor desarrollo se gestó en las Páginas WEB con Sistema Meduc que opera bajo esta modalidad, así como la creación de Plataforma de Gestión Administrativa del Departamento de Salud y la generación de micrositos con correos institucionales para todo el personal.

El Sistema de información de Salud para la línea asistencial, implementada con la Plataforma MEDUC, opera vía WEB y el servicio es otorgado por la Empresa DICTUC de la Universidad Católica de Santiago.

La implementación de este Sistema Informático comenzó en Febrero del año 2009, bajo la modalidad de arriendo por un valor mensual de \$ 2.300.000 considerando etapas de:

Capacitación: Esta se desarrolla durante Febrero y Marzo, considerando a la totalidad de funcionarios activos, actuales usuarios, exceptuando sólo al personal de Servicio. Se capacita al 94% de personal, equivalente a 264 personas en los diferentes Módulos que la Plataforma contempla. Además, se capacitaron 50 prestadores (profesionales) en Dactilografía para el adecuado dominio de digitación en la Ficha de Salud, con un valor de \$2.400.000.

Migración de Datos: En los meses de Enero y Febrero se migró la Base de Datos de Inscritos a la Plataforma MEDUC, elemento básico para la implementación de los Módulos técnico programático.

Adecuación de Condiciones básicas: Desde el mes de Febrero y hasta la fecha, se continúa la adecuación de las redes eléctricas y redes de datos de todos los centros de la comuna, significando una inversión de \$ 6.000.000 a la fecha, sin los centros rurales. La Banda Ancha se amplió en los Centros Urbanos e implementándose en los rurales.

Equipamiento: Se instalaron 110 equipos adicionales a los ya existentes, bajo la modalidad de arriendo por un valor mensual de \$ 1.700.000 y la adquisición de 5 note-book para áreas rurales y programas en terreno del área urbana por un monto de \$ 900.000.

Implementación del Sistema: Comienza en el mes de Marzo del 2009 con los Módulos de Inscripción Percápita, Administración, Agenda electrónica, Farmacia y Alimentación, módulos que a la fecha funcionan en forma plena en todos los Centros de Salud de la comuna. Desde el mes de Mayo se incorpora el Módulo Registro de Salud, con la Ficha Clínica digital como el instrumento que contempla la solución integral a las necesidades de información en salud. La implementación de ésta y la sustitución de la Historia Clínica tradicional, en soporte de papel, ha aportado a:

- a. Resolver los problemas de salud clásicos de los archivos por el crecimiento continuo del volumen almacenado; el inevitable trastorno de documentos originales con riesgo de pérdida y deterioro.
- b. Evitar o limitar la amplia variabilidad y falta de standarización en los registros de los prestadores profesionales.
- c. Permitir la transferencia rápida, a tiempo real de información sanitaria de centro a centro con una real Red de Salud.
- d. Colocar a disposición de los gestores y planificadores la información consolidada necesaria para la Gestión Clínica y Administrativa.

En la actualidad en el área urbana el 100% de los prestadores utiliza este instrumento de Registro en la APS Quillota.

9.-GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD (GES)

Una garantía explícita establece protección efectiva para el ejercicio de los derechos emanados del Plan. Las garantías son diferenciadas, de acuerdo a la prioridad de la enfermedad o condición de salud. Entre los criterios de priorización se encuentran la magnitud y gravedad del problema, la percepción de desprotección financiera de la población, la existencia de prestaciones y acciones con efectividad demostrada, los recursos disponibles y la capacidad de atención del Sistema de Salud.

El Plan AUGÉ contempla garantías diferenciadas en los siguientes ámbitos:

- **Acceso:** se refiere a la garantía de recibir las actividades de salud y a la forma de entrar a una red de servicios de salud.
- **Oportunidad:** se refiere al tiempo máximo para la entrega de prestaciones cubiertas en el Plan. Se podrán distinguir garantías de tiempo de atención

en dos ámbitos: para la primera atención y para atención cuando ya exista diagnóstico.

- **Calidad:** implica recibir prestaciones y acciones que cumplan un conjunto de atributos técnicos que aumenten la probabilidad de obtener la resolución del problema y los resultados esperados, incluyendo la mayor satisfacción de los usuarios.
- **Protección financiera:** aquí se pretende que el pago no sea un obstáculo al acceso a los servicios.

Durante el año 2005 a la Atención Primaria de Salud le correspondió dar solución a 6 nuevas garantías: Hipertensión arterial, Diabetes mellitus II, IRA en el menor de 5 años, Neumonía comunitaria en el Adulto Mayor, Epilepsia no refractaria en el menor de 15 años y Salud Oral Integral en el niño de 6 años.

Para la red de establecimientos de Atención Primaria de Quillota el otorgamiento de una adecuada respuesta a dichos problemas de salud, en todos los ámbitos de las Garantías Explícitas, requirió realizar una serie de esfuerzos por parte del Departamento de Salud Comunal como de los Equipos de Salud, tales como capacitación en los Sistemas de Información, conformación de los equipos responsables GES en las áreas urbana y rural, definición de organigrama, creación de Equipos de Contingencia y apoyo de inversión por parte del Departamento de Salud tanto en recurso humano y en equipamiento como en la redistribución de espacios físicos para el funcionamiento.

A comienzos del año 2006, al Centro de Salud Dr. Miguel Concha le correspondió entregar las prestaciones para el área urbana correspondientes a Hipertensión arterial, Diabetes mellitus II, IRA en el menor de 5 años, Neumonía comunitaria en el Adulto Mayor y Epilepsia no refractaria en el menor de 15 años. A partir de Julio del 2006 se incorporaron Asma Bronquial del adulto, síndrome de asma bronquial obstructiva recurrente moderada o severos menores de 15 años, Depresión unipolar y distimias (tratamiento leve y moderado), Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica en personas de 45 y más años (confirmación EPOC y tratamiento EPOC bajo riesgo), además del apoyo de Ortesis y Vicios de Refracción.

Año 2007 se pone en marcha el Plan Piloto GES de las nuevas patologías incorporadas para el presente año en atención primaria: Tratamiento médico en personas de 55 años y más con artrosis de cadera y/o rodilla leve o moderada, Urgencia Odontológica ambulatoria, Salud Oral Integral del adulto de 60 años y Consumo perjudicial y dependencia de alcohol y drogas en menores de 20 años

En el año 2008 se reforzó el equipo administrativo de apoyo, se capacito al personal destinado al ingreso de las patologías GES al igual que a los Supervisores y Monitores que nos permitieron seguir en el camino de implementar

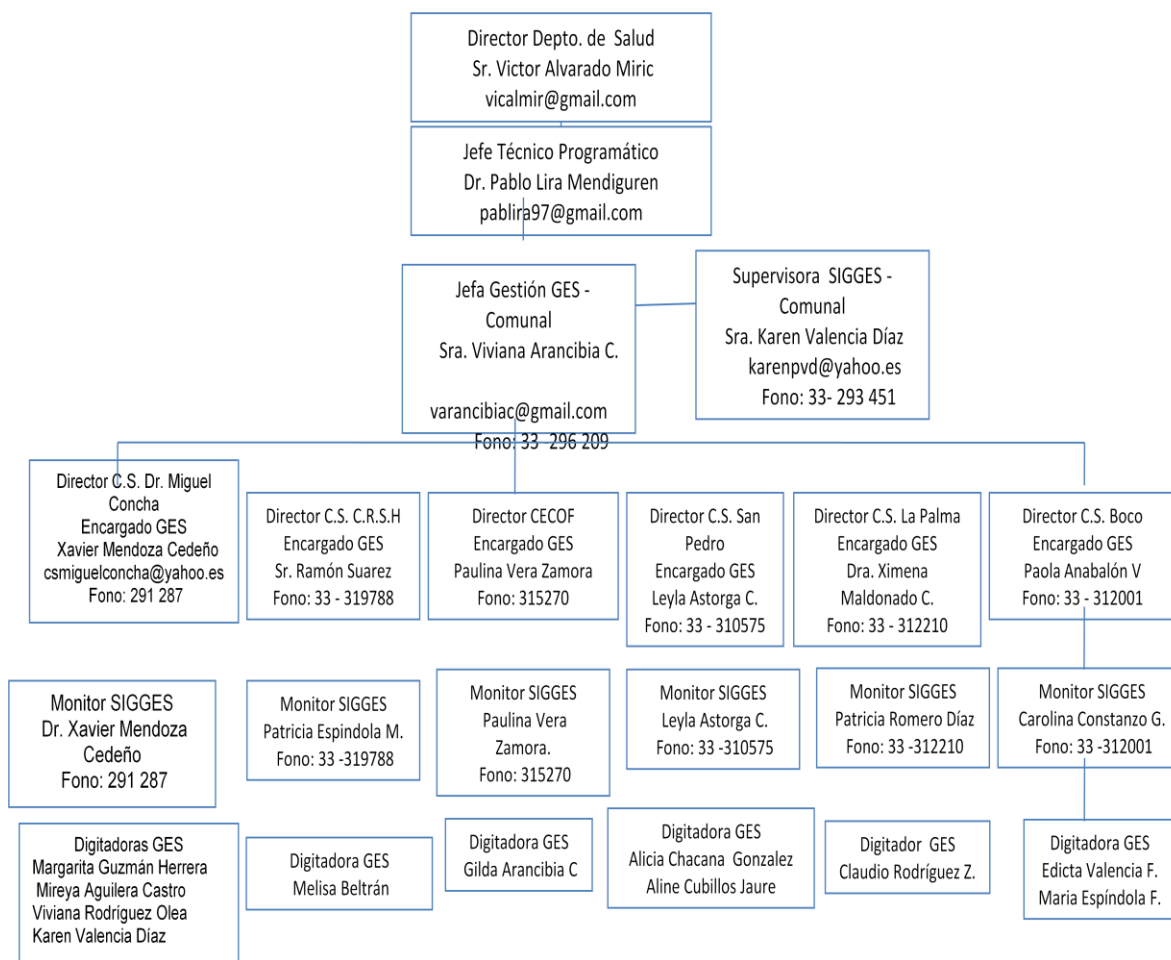
mejoras continuas en los procesos del cumplimiento de las Garantías. Como una medida de alto costo local fue el cambio de los rendimientos de los profesionales médicos y odontólogos para cumplir con la Obligación de los prestadores de entregar información relacionada con las garantías explícitas en salud y la utilización del formulario de Constancia de Información al Paciente GES el que queda en poder el usuario y una copia en la Ficha Clínica y es supervisado por la Superintendencia de Salud y por cada director de establecimiento que audita una vez al mes casos clínicos al azar con el objetivo de verificar el cumplimiento funcionario de las normas de registro clínico, farmacológico y de información al usuario.

Durante el año 2008 se inician pilotos en las siguientes patologías:

- Epilepsia no Refractaria > de 15 años
- Asma Bronquial > de 15 años.
- Enfermedad de Parkinson
- Prevención Secundaria en pacientes con IRC.
- Salud Oral Integral en Embarazadas

Desde la entrada en Vigencia del Régimen de Garantías Explícitas en Salud (2005) a la fecha, nuestra comuna ha cumplido con cada una de ellas en un 100%, cifra que se refleja en la evaluación específica de este indicador en el Índice de Actividad en Atención Primaria de Salud (IAAPS 2006-2007-2008-2009)

Nuestro énfasis como equipo nos permitió visualizar de mejor manera como focalizar a todos los integrantes de los Equipos GES de cada establecimiento y crear nuestro Organigrama con funciones y dependencia más definida para optimizar el recurso humano y la capacitación en la totalidad de Problemas de Salud Priorizados. Se adjunta organigrama:



PATOLOGÍAS GARANTIZADAS GES - APS**PATOLOGÍAS GES - APS****El AUGE y el niño**

Infección Respiratoria Aguda
(Niños menores de 5 años)



Asma Bronquial
(Niños menores de 15 años)



Epilepsia No Refractaria
(Niños menores de 15 años)

El AUGE y las enfermedades crónicas

Diabetes Mellitus II
(mayores de 15 años)



Hipertensión Arterial
(mayores de 15 años)



Enf. Pulmonar Obstructiva
Crónica
(mayores de 15 años)

PATOLOGÍAS GES - APS**El AUGE y el Adulto Mayor**

Neumonía
(mayores de 65 años)



Vicio de Refracción –Presbicia Pura
(mayores de 65 años)



Órtesis
(mayores de 65 años)

El AUGE y la Salud Mental

Depresión
(personas de 15 años y más)



Consumo perjudicial de Alcohol y Drogas
(menores de 20 años)

PATOLOGÍAS GES - APS

El AUGE y la Salud Odontológica



Salud Oral Integral
niño de 6 años



Urgencias Odontológicas



Salud Oral Integral
Pacientes de 60 años

Salud Oral
Integral
para la
Embaraza

El AUGE y las Articulaciones



Artrosis de cadera / rodilla leve o moderada
Personas de 55 años y más

GES APS - 2008

(Vigencia a contar 01 de Julio 2008)



- Epilepsia No Refractaria (Mayores de 15 años)
- ASMA Bronquial (Mayores de 15 años)
- Enfermedad de Parkinson
- Prevención secundaria en pacientes con IRC

GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD – AÑO 2008

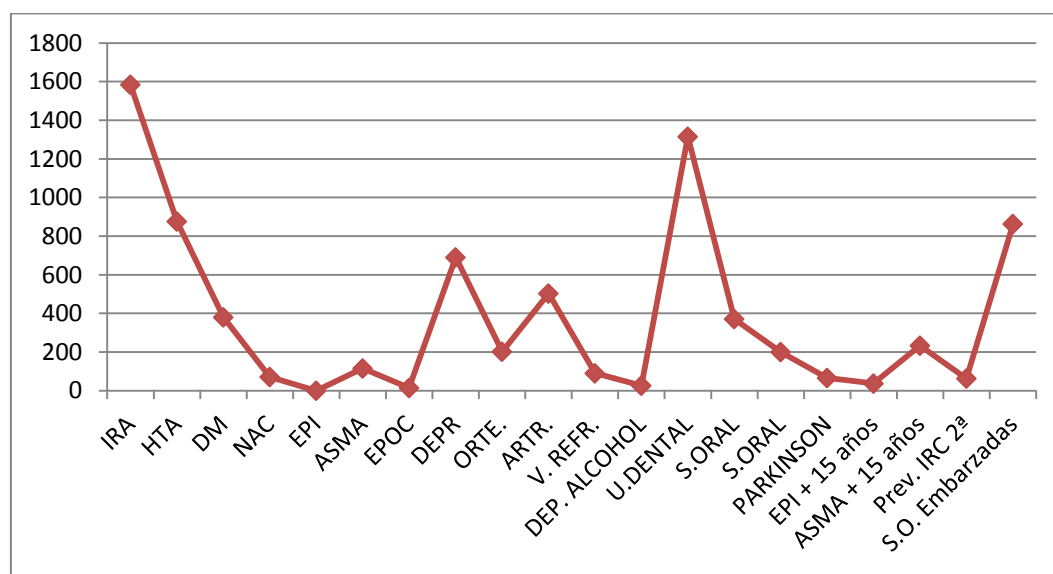
1. Casos AUGE 2008, según patología por establecimiento:

Patología Casos Creados	C.S. Dr. Cocha	C.R.S.H	BOCO	LA PALMA	SAN PEDRO	CECOF
• IRA	1.549	161	29	59	100	63
• HTA	977	23	25	64	43	7
• DM	358	14	2	18	12	1
• NAC	50	04	3	3	13	5
• EPI	0	0	0	0	0	0
• Asma	115	0	0	9	1	0
• EPOC	28	0	0	3	4	0
• Depresión	203	444	35	57	79	13
• Órtesis	207	13	26	13	28	8
• Artrosis	292	10	10	18	16	12
• Vicio Refracción	61	43	3	15	0	2
• Salud Oral Adulto	202	5	08	3	0	1
• Salud Oral Niño	0	552	15	3	9	0
• Urgencia Dental	1.604	394	96	593	266	26
• Dependencia de Alcohol y Drogas	0	27	0	0	0	0
TOTAL	5.646					

ESTADÍSTICA CASOS AUGE INGRESADOS POR PATOLOGÍA 2009

CENTRO	IRA	HTA	DM	NAC	EPI	ASMA	EPOC	DEPR	ORTE.	ARTR.	V. REFR.	DEP. ALCOHOL	U. DENTAL	S. ORAL 6 A.	S. ORAL 60 A	PILOTO 2008				Piloto 2009	TOTAL
																PARKINSON	EPI + 15 años	ASMA + 15 años	Prev. IRC 2ª	S.O. EMBARAZ.	
LA PALMA	31	37	23	4	0	8	2	76	16	14	1		79	20	13	3	9	17	0	26	379
CECOF	154	17	3	5	0	0	0	4	11	12	1		38	6	0	0	0	0	0	34	285
BOCO	10	7	3	1	0	0	0	26	9	10	0		21	1	6	2	1	0	0	100	197
SAN PEDRO	89	67	22	11	0	1	1	36	26	23	0		170	32	2	5	0	3	0	51	539
SILVA	0	0	0	0	0	0	0	437	0	0	46	26	292	312	0	0	0	0	0	652	1765
CONCHA	1300	748	328	50	0	106	11	116	140	446	42	0	715	0	178	56	27	213	63	0	4539
TOTAL																					7.704

Durante el año 2009 se incremento en un 27% respecto al año anterior el número de Garantías Explícitas resueltas a nivel Primario.

GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD COMUNA – AÑO 2009

10.-INDICE DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (IAAPS)

El Plan de Salud se define como el conjunto de acciones y prestaciones que los establecimientos de atención primaria del sector público ofrecen a las familias beneficiarias (Población inscrita y validada por FONASA), que contribuyen a resolver las necesidades de salud de sus integrantes, abordando integralmente los distintos factores que inciden en el proceso salud enfermedad. Las prestaciones se desarrollan enmarcadas en el modelo de atención de salud integral con enfoque familiar y comunitario, contenidas en las Orientaciones y Normas vigentes del Ministerio de Salud.

Lo incluido en el Plan, es consistente con el desarrollo del modelo de atención e incorpora todas las acciones que en materia de prevención y curación deben realizar los equipos para dar respuesta a las necesidades de las personas. Incluye, también, las prestaciones que dan cumplimiento a las garantías explícitas en salud (GES), en vigencia desde el año 2005. Existen patologías GES en las cuales el abordaje y resolución son tareas de atención primaria, mientras que en otras la tarea es participar como puerta de entrada a la red asistencial, realizando pesquisa y derivación al nivel secundario.

La evaluación debe ser un proceso de ejecución sistemática para asegurar el buen desarrollo del plan de salud, en el sentido de que sus resultados permitan:

- Determinar brechas de equidad y calidad, aplicando rebajas o incentivos, dependiendo de los énfasis del mecanismo de evaluación.
- Otorgar información útil a los Servicios de Salud, que les permita analizar cada realidad local y efectuar las adecuaciones necesarias, para generar mejoras en el aspecto evaluado.

A continuación se detallan los índices que fueron evaluados durante el presente año y las coberturas logradas al último corte de Octubre del 2009. Según la evaluación realizada en dicho corte por parte del Servicio de Salud Viña del Mar –Quillota, nuestra comuna cumplió con el 100 % de las metas a lograr. Estos desafíos que genera el cumplimiento tanto de los Índices de Actividad como de las Garantías Explícitas de Salud (GES), han requerido de parte de las Autoridades Locales, Equipo de Gestión de Departamento y de las Direcciones de los Establecimientos de la Red APS, optimizar los recursos tanto humanos, físicos y financieros, además de mejorar los diferentes procesos clínicos como ha sido la protocolización de las diferentes patologías garantizadas. De igual manera se han reforzado los equipos administrativos que deben velar por el registro adecuado de dichas prestaciones.

INDICE DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (IAAPS) COMUNAL - OCTUBRE 2009

CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES	Realizado a Octubre		Cumplimiento
	Numerador/ Denominador	%	
META 1-A : PLAN DE SALUD COMUNAL “Cartera de Servicios” META MINSAL 90%. META SSVQ 90%	93/95	97,9%	100%
META 1-B : PLAN DE SALUD COMUNAL “Capacitación” META MINSAL 90%. META SSVQ 90%	26/26	100%	100%
META 2 : COBERTURA EXAMEN DE MEDICINA PREVENTIVA EN HOMBRES DE 20 A 44 AÑOS META MINSAL 25%. META SSVQ 10%	639/13.259	4,82%	58,06%
META 3 : COBERTURA EXAMEN DE MEDICINA PREVENTIVA EN MUJERES DE 45 A 64 AÑOS META MINSAL 25%. META SSVQ 20%	761/5.477	13,89%	83,70%
META 4 : COBERTURA DE EVALUACIÓN FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR (EFAM) DE 65 Y MÁS AÑOS META MINSAL 75%. META SSVQ 43%	1.929/8.271	23,32%	65,35%
META 5 : INGRESO A CONTROL EMBARAZO, ANTES DE LAS 14 SEMANAS META MINSAL 85%. META SSVQ 85%	796/994	80,08	94,21%
META 6 : COBERTURAS ALTAS ODONTOLÓGICAS TOTALES EN POBLACIÓN MENOR DE 20 AÑOS META MINSAL 19%. META SSVQ 19,35%	4.646/22.332	20,80%	100%
META 7 : COBERTURA DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS META MINSAL 85%. META SSVQ 78%	2.448/3.045	80,40%	100%
META 8 : COBERTURA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS META MINSAL: 65% META SSVQ: 66,24%	9.195/13.661	67,31%	100%
META 9 : PORCENTAJE DE NIÑOS Y NIÑAS CON DÉFICIT (RIESGO Y RETRASO) DEL DESARROLLO PSICOMOTOR de 12 A 23 MESES, RECUPERADOS META MINSAL: 60% META SSVQ: 60%	40/46	86,96%	100%
META 10 : BRINDAR ACCESO A LA ATENCIÓN DE SALUD HASTA LAS 20 HORAS DE LUNES A VIERNES META MINSAL: 100% META SSVQ: 100%	5/5	100%	100%
META 11 : TASA DE VISITA INTEGRAL META MINSAL: 0,10% META SSVQ: 0,15%	2.786/18.973	0,15%	100%
META 12 : TASA VISITA A PACIENTE POSTRADO META MINSAL: 6,50% META SSVQ: 6,50%	2.175/31	70,16%	100%

Durante el año 2009 nuestra comuna cumplió con las metas en cada uno de los cortes de evaluación programados. No teniendo descuentos en el per cápita por dicho concepto. Aún así se requiere implementar nuevas estrategias para alcanzar mejores coberturas en EMP en hombres.

METAS SANITARIAS 2009
COMUNAL - OCTUBRE 2009

INDICADOR	Realizado a Octubre	CUMPLIMIENTO %
	Numerador/ Denominador	
1.-Evaluación Desarrollo Psicomotor a los niños de 12 a 23 meses Meta: 90%	810/1.161	69,77%
2.-Cobertura Papanicolau Meta: 70%	14.875/20.359	73,06%
3A.- Cobertura Altas odontológicas Totales en Adolescentes de 12 años Meta: 65%	599/1.269	47,20%
3B.Cobertura Altas Odontológicas Total Embarazadas Primigestas Meta 75%	236/419	56,32%
3C. Cobertura Altas Odontológicas Total en niños y niñas de 6 años Meta 65%	504/1.033	48,79%
3D.Cobertura Altas Odontológicas Embarazadas No Primigestas Meta 25%	122/575	21,22%
4.-Compensación de personas Diabéticas bajo Control de 20 y más años Meta: 35%	1.078/2.374	45,41%
5.- Compensación de personas Hipertensas bajo control de 20 y más años Meta: 51,07%	5.188/8.920	58,16%
6.- Obesidad en Niños o niñas Menores de 6 años en control. Meta 8%	560/5834	9,60%
7.- Profesionales con Agenda Centralizada en SOME de cada establecimiento. Meta: 100%	40/46	100%
8.- Consejos De Desarrollo de Salud funcionando regularmente Meta 100%	5/5	100%
9.- Gestión de Reclamos Meta 90%	105/111	94,59%
10.- Vacunación tercera dosis Pentavalente del Programa Nacional de Inmunizaciones Meta 90%	967/1242	77,86%

Según las proyecciones a Diciembre se cumplirían de manera adecuada las metas según reunión sostenida con referentes del Servicio. Aún así debemos buscar estrategias a nivel comunal en la temática de obesidad infantil en menores de 6 años bajo control que para el año 2010 tendría una meta a cumplir del 9 %.