

## INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS

### MORTALIDAD

#### Mortalidad general ambos sexos

La diferencia entre las tasas de mortalidad entre hombres y mujeres se encuentra similar a las tendencias generales.

#### Mortalidad General e Índice de Swaroop Según Región y Comuna, 2007

REGION Y COMUNA	Mortalidad General						Índice Swaroop		
	Ambos Sexos		Hombres		Mujeres		Ambos Sexos	Hombre	Mujer
	Defunciones	Tasa (*)	Defunciones	Tasa (*)	Defunciones	Tasa (*)			
CHILE	93.000	5,6	49.753	6,1	43.247	5,2	85,0	81,2	89,5
REGION	10.912	6,4	5.608	6,7	5.304	6,1	88,3	84,9	91,9
QUILLOTA	573	6,8	295	7,1	278	6,5	89,9	88,1	91,7

Al comparar las tasas de mortalidad de la comuna en relación a las tasas regionales ese obtiene el siguiente cuadro, en el que se puede apreciar que la mortalidad es mayor en la comuna tanto a nivel general como por cada sexo siendo mayor la diferencia entre las mujeres.

#### Mortalidad Infantil y neonatal

##### Situación Mortalidad Infantil

MORTALIDAD INFANTIL Y SUS COMPONENTES, POR REGION Y COMUNA 2007								
REGION Y COMUNA	INFANTIL		NEONATAL		NEONATAL PRECOZ		POSTNEONATAL	
	Defunciones menos de 1 año	Tasa (*)	Defunciones menores 28 días	Tasas (*)	Defunciones menores de 7 días	Tasas (+)	Defunciones 28 días a 11 meses	Tasas (*)
CHILE	2.009	8,3	1.356	5,6	1.049	4,3	653	2,7
VALPARAISO	201	8,8	143	6,3	114	5,0	58	2,5
QUILLOTA	8	6,8	5	4,3	4	3,4	3	1,7

Se aprecia una tasa de mortalidad infantil y sus componentes menor en nuestra comuna que en el nivel país y Servicio de Salud.

## Mortalidad Adolescente

### Situación Mortalidad Adolescente

<b>MORTALIDAD DE LOS ALDOLESCENTES (*) SEGÚN SEXO, POR REGION Y COMUNA</b>						
REGION Y COMUNA	AMBOS SEXO		HOMBRES		MUJERES	
	Defunciones	Tasa (*)	Defunciones	Tasa (*)	Defunciones	Tasa (*)
CHILE	1.001	0,4	667	0,5	334	0,2
DE VALPARAISO	89	0,3	67	0,5	22	0,2
QUILLOTA	4	0,3	3	0,4	1	0,2

## Mortalidad Adulto

Entre los adultos de 20 a 24 años la tasa de mortalidad es inferior en la comuna, que la tasa nacional y regional, tanto en hombres como mujeres y siendo mayor la diferencia en el segmento de los hombres. En el rango de 45 a 64 años, se invierte la situación, la tasa de mortalidad de hombres a nivel comunal supera la tasa nacional y regional en tanto que la de las mujeres las iguala.

### Situación mortalidad Adultos

<b>MORTALIDAD DE LOS ADULTOS SEGÚN GRUPOS DE EDAD Y SEXO, POR REGION Y COMUNA 2007</b>								
REGION Y COMUNA	20 A 44 AÑOS				45 A 64 AÑOS			
	HOMBRES		MUJERES		HOMBRES		MUJERES	
	Defunciones	Tasa (*)	Defunciones	Tasa (*)	Defunciones	Tasa (*)	Defunciones	Tasa (*)
CHILE	5.219	1,7	1.993	0,6	11.647	6,9	6.970	3,9
DE VALPARAISO	443	1,4	199	0,6	1.182	6,7	751	3,9
QUILLOTA	18	1,2	7	0,5	69	7,8	38	3,9

## Mortalidad Adulto Mayor

Los índices de mortalidad, son mayores en la comuna que en la región y a nivel nacional tanto a nivel global como en los segmentos de hombres y mujeres.

### Situación mortalidad Adulto Mayor

MORTALIDAD DE LOS ADULTOS SEGÚN GRUPOS DE EDAD Y SEXO, POR REGION Y COMUNA 2007								
REGION Y COMUNA	65 A 79 años				80 y mas años			
	HOMBRES		MUJERES		HOMBRES		MUJERES	
	Defunciones	Tasa (*)	Defunciones	Tasa (*)	Defunciones	Tasa (*)	Defunciones	Tasa (*)
CHILE	17.402	35,4	13.227	2,3	13.377	133,7	19.636	109,8
DE VALPARAISO	2.035	34,6	1.627	21,2	1.730	136,9	2.606	120,3
QUILLOTA	109	37,9	95	26,8	93	139,8	130	117,5

En un estudio realizado por la Unidad de Epidemiología de la Seremi de Salud, correspondiente al período 2001-2005, nuestra comuna aparecía con tasas de mortalidad por causas específicas (Tumores, cardiovascular y respiratorias) mayores a las del Servicio de Salud. En vista de estos resultados nuestro departamento realizó una revisión de los casos, encontrándose una serie de errores en la asignación de la comuna de residencia. Dicho informe fue remitido formalmente al Ministerio de Salud, teniendo como respuesta el reconocimiento de dichos errores por parte de dicho Ministerio, además de un compromiso de implementar mejoras en el proceso.

## Mortalidad por grupo de causa

### Principales Diagnósticos

Los problemas cardiovasculares representan de manera consistente los 4 primeros diagnósticos para todos los años.

Llama la atención la caída de las enfermedades isquémicas del corazón del año 2003 al 2004, es dable a pensar que este cambio no se debe efectivamente a una razón de tipo epidemiológico sino a un cambio en el registro.

Destaca que dentro de los otros principales diagnósticos se encuentran: Cirrosis hepática, Diabetes Mellitus, Cáncer gástrico y de vías respiratorias, así como Enfermedades Pulmonares.

La siguiente tabla presenta los 10 principales diagnósticos de muerte para el período 2001-2004.

### Principales Diagnósticos de Muerte 2001-2004; SSVQ

	2001	2002	2003	2004
TOTAL	5.411	5.345	5.589	5.715
Enfermedades cerebrovasculares	553	537	622	603
Infarto agudo del miocardio	437	449	448	401
Otras formas de enfermedades del corazón	234	222	245	266
Cirrosis y otras enfermedades del hígado	225	228	232	245
Diabetes mellitas	174	199	207	220
Enfermedades hipertensivas	197	194	186	218
Tumor maligno del estómago	194	229	249	193
Bronquitis, enfis. y otras enf.pulm. Obs.cró..			166	179
Enfermedades isquémicas del corazón	629	638	651	176
Tumor maligno tráquea, bronquios y pulmón	173	148		175
Neumonía	222	166	172	167

### Grupo de Causa

Al analizar por grupos a nivel del SSVQ, se observa que las principales causas son: Enf. Sistema Circulatorio, Tumores, Enf. Sistema Respiratorio, Enf. Sistema Digestivo, Traumatismos y causas externas-

**Nº Fallecidos por Grupo de Causa, SSVQ 2004**

<b>Diagnostico Servicio Salud Viña-Quillota</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	37	0,6%
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	106	1,9%
Embarazo, parto y puerperio	3	0,1%
Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	19	0,3%
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad	18	0,3%
Enfermedades del sistema circulatorio	1782	31,2%
Enfermedades del sistema digestivo	391	6,8%
Enfermedades del sistema genitourinario	231	4,0%
Enfermedades del sistema nervioso	166	2,9%
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	31	0,5%
Enfermedades del sistema respiratorio	516	9,0%
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	271	4,7%
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	52	0,9%
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	97	1,7%
Trastornos mentales y del comportamiento	183	3,2%
Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas	334	5,8%
Tumores	1478	25,9%
<b>Total general</b>	<b>5715</b>	

Fuente: DEIS – Elaboración propia

I. Municipalidad de Quillota – Departamento de Salud Municipal

**TabTasas de Mortalidad Especifica por causa y comuna – 2004**

Comunas	A. Perinat	E. Infec.	Emb. Parto	Piel	Sangre	E. Circulat.	E. Digest	E. Gen-Ur	E.S .Nervioso	E. Osteo Musc	E.Respirat	E.Endocr.	Malform	Mal Def,	E.Mental	Traumas	Tumores	Total general
Cabildo	5,0	25,0	5,0	10,0	5,0	115,0	45,0	5,0	10,0	5,0	65,0	15,0	-	30,0	20,0	60,0	75,0	494,8
Calera	3,8	9,6	-	1,9	-	195,2	26,8	17,2	5,7	3,8	57,4	38,3	1,9	7,7	13,4	49,7	164,5	596,9
Concón	-	12,1	-	-	-	94,5	33,9	24,2	12,1	4,8	26,6	7,3	2,4	2,4	9,7	24,2	99,3	353,7
Hijuelas	5,8	-	-	5,8	5,8	190,2	23,1	-	-	-	23,1	28,8	17,3	11,5	11,5	28,8	80,7	432,3
La Cruz	-	-	-	7,1	-	205,5	49,6	21,3	7,1	7,1	63,8	35,4	-	-	14,2	42,5	92,1	545,8
La Ligua	2,9	11,5	-	-	-	132,5	28,8	25,9	8,6	2,9	37,4	23,0	14,4	-	17,3	46,1	129,6	481,0
Limache	-	11,9	-	2,4	-	238,0	38,1	28,6	28,6	2,4	40,5	30,9	9,5	11,9	16,7	45,2	173,8	678,4
Nogales	-	4,2	-	-	4,2	148,2	63,5	4,2	21,2	-	67,8	46,6	-	12,7	12,7	42,4	165,2	593,0
Olmué	6,7	6,7	-	-	6,7	206,7	20,0	20,0	20,0	-	33,3	33,3	13,3	13,3	13,3	26,7	186,7	606,9
Papudo	-	19,9	-	-	-	99,4	-	39,8	-	-	39,8	59,6	-	39,8	-	39,8	119,3	457,2
Petorca	-	72,3	-	-	10,3	185,8	51,6	10,3	10,3	-	61,9	41,3	-	10,3	20,6	31,0	144,5	650,3
Puchuncaví	7,0	7,0	-	-	-	182,2	56,1	14,0	14,0	-	42,0	35,0	14,0	7,0	21,0	49,1	154,2	602,6
Quillota	3,7	13,5	-	1,2	1,2	193,2	44,3	30,8	12,3	3,7	66,5	36,9	6,2	16,0	22,2	39,4	166,1	657,2
Quilpue	5,0	9,9	1,4	1,4	0,7	205,5	39,7	22,0	13,5	2,8	50,3	31,2	7,1	12,0	18,4	29,8	168,0	618,7
Quintero	13,0	4,3	-	-	4,3	147,1	56,3	17,3	8,7	-	64,9	38,9	-	8,7	17,3	47,6	147,1	575,6
Villa Alemana	8,2	8,2	-	2,7	0,9	173,0	37,5	27,5	13,7	1,8	47,6	19,2	5,5	7,3	14,6	27,5	142,8	538,1
Viña del Mar	2,7	12,3	-	2,4	3,1	211,1	47,3	30,2	28,1	4,1	64,8	27,8	4,5	9,9	26,4	33,6	175,1	683,3
Zapallar	-	-	-	-	-	143,7	31,9	-	16,0	31,9	47,9	16,0	-	16,0	-	16,0	143,7	463,2
<b>Total general</b>	<b>3,9</b>	<b>11,3</b>	<b>0,3</b>	<b>2,0</b>	<b>1,9</b>	<b>189,1</b>	<b>41,5</b>	<b>24,5</b>	<b>17,6</b>	<b>3,3</b>	<b>54,8</b>	<b>28,8</b>	<b>5,5</b>	<b>10,3</b>	<b>19,4</b>	<b>35,4</b>	<b>156,9</b>	<b>606,6</b>

Fuente: DEIS –MINSAL; Elaboración Propia

I. Municipalidad de Quillota – Departamento de Salud Municipal

**Tasas de Mortalidad Especifica por causa y comuna, ordenada por relevancia de la causa de muerte – 2004**

Grupos de Enf.	Cabildo	Calera	Concón	Hijuelas	La Cruz	La Ligua	Limache	Nogales	Olmué	Papudo	Petorca	Puchuncaví	Quillota	Quilpue	Quintero	Villa Alemana	Viña del Mar	Zapallar	Total general
Circulatorias	115	195,2	94,5	190,2	205,5	132,5	238	148,2	206,7	99,4	185,8	182,2	193,2	205,5	147,1	173	211,1	143,7	189,1
Tumores	75	164,5	99,3	80,7	92,1	129,6	173,8	165,2	186,7	119,3	144,5	154,2	166,1	168	147,1	142,8	175,1	143,7	156,9
Respiratorias	65	57,4	26,6	23,1	63,8	37,4	40,5	67,8	33,3	39,8	61,9	42	66,5	50,3	64,9	47,6	64,8	47,9	54,8
Digestivas	45	26,8	33,9	23,1	49,6	28,8	38,1	63,5	20	-	51,6	56,1	44,3	39,7	56,3	37,5	47,3	31,9	41,5
Traumas	60	49,7	24,2	28,8	42,5	46,1	45,2	42,4	26,7	39,8	31	49,1	39,4	29,8	47,6	27,5	33,6	16,0	35,4
Endocrinas	15	38,3	7,3	28,8	35,4	23	30,9	46,6	33,3	59,6	41,3	35	36,9	31,2	38,9	19,2	27,8	16,0	28,8
Gen-Urinarías	5	17,2	24,2	-	21,3	25,9	28,6	4,2	20	39,8	10,3	14	30,8	22	17,3	27,5	30,2	-	24,5
E.Mental	20	13,4	9,7	11,5	14,2	17,3	16,7	12,7	13,3	-	20,6	21	22,2	18,4	17,3	14,6	26,4	-	19,4
Sist.Nervioso	10	5,7	12,1	-	7,1	8,6	28,6	21,2	20	-	10,3	14	12,3	13,5	8,7	13,7	28,1	16,0	17,6
Infecciosas	25	9,6	12,1	-	-	11,5	11,9	4,2	6,7	19,9	72,3	7	13,5	9,9	4,3	8,2	12,3	-	11,3
Mal Definidas	30	7,7	2,4	11,5	-	-	11,9	12,7	13,3	39,8	10,3	7	16	12	8,7	7,3	9,9	16,0	10,3
Malformaciones	-	1,9	2,4	17,3	-	14,4	9,5	-	13,3	-	-	14	6,2	7,1	-	5,5	4,5	-	5,5
Perinatales	5	3,8	-	5,8	-	2,9	-	-	6,7	-	-	7	3,7	5	13	8,2	2,7	-	3,9
E. Osteo Musc	5	3,8	4,8	-	7,1	2,9	2,4	-	-	-	-	-	3,7	2,8	-	1,8	4,1	31,9	3,3
Piel	10	1,9	-	5,8	7,1	-	2,4	-	-	-	-	-	1,2	1,4	-	2,7	2,4	-	2
Sangre	5	-	-	5,8	-	-	-	4,2	6,7	-	10,3	-	1,2	0,7	4,3	0,9	3,1	-	1,9
Emb.Parto	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,4	-	-	-	-	0,3
<b>Total general</b>	<b>494,8</b>	<b>596,9</b>	<b>353,7</b>	<b>432,3</b>	<b>545,8</b>	<b>481</b>	<b>678,4</b>	<b>593</b>	<b>606,9</b>	<b>457,2</b>	<b>650,3</b>	<b>602,6</b>	<b>657,2</b>	<b>618,7</b>	<b>575,6</b>	<b>538,1</b>	<b>683,3</b>	<b>463,2</b>	<b>606,6</b>

## PRINCIPALES CAUSALES DE MORTALIDAD

Durante los últimos años, la primera causa de muerte, a nivel comunal, la constituye el cáncer; en segundo lugar, la patología cardiovascular; la tercera, de tipo respiratorio y finalmente, por traumatismo o envenenamiento en cuarto lugar.

La comuna de Quillota, así como la mayoría de las comunas del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota, se encuentra en lo que se ha definido como "transición epidemiológica", lo que significa un cambio progresivo en las principales causales de morbimortalidad de la población, produciéndose un aumento de enfermedades, tales como el cáncer, las afecciones cardiovasculares y los accidentes y violencia, que cada vez son más significativas dentro de las causas de morbimortalidad de la población.

Por lo mismo, a continuación nos referiremos a las enfermedades que actualmente en la comuna presentan altos índices de prevalencia y se constituyen en fuertes riesgos a la salud de la población quillotana: el cáncer y las enfermedades cardiovasculares

## CÁNCER

El cáncer es actualmente una de las principales causas de mortalidad en la población, por lo que se han generado crecientemente programas a nivel nacional para fomentar el diagnóstico oportuno de la enfermedad (especialmente de tumores con mayor prevalencia), así como para abordar, desde la salud pública, el tema de los cuidados paliativos del enfermo terminal.

A nivel nacional, los cánceres con mayores niveles de morbilidad son los gástricos, con una tasa de mortalidad de 2.04 y el cáncer a la mama con una tasa de 1.2 por cada 10.000 habitantes.

La identificación de los casos y tipos de cáncer con mayor prevalencia es clave, por cuanto cada uno de estos cánceres está correlacionado significativamente con la edad y el sexo de los pacientes, por lo que se han identificado poblaciones de alto riesgo. En la siguiente tabla se muestran los tipos de Cáncer más prevalentes a nivel comunal.

MUJERES	HOMBRES
Vesícula	Gástrico
Útero	Próstata
Mama	Colon

Es el caso del cáncer cérvicouterino, que representa la mayor tasa de mortalidad en mujeres cuyas edades fluctúan entre los 30 y 45 años, y que ocupa el cuarto lugar en las causales de muerte de la población femenina en su conjunto. El cáncer de mama por su parte también es una importante causa de muerte femenina (a pesar de la sencillez de un diagnóstico oportuno), especialmente en mujeres mayores de 45 años y en aquéllas de cualquier edad con antecedentes familiares de cáncer de mama.

El cáncer a la próstata, por su parte, también afecta a un grupo de riesgo claro: los hombres mayores de 50 años. Este tipo de afección es aún más compleja de diagnosticar debido a la poca demanda de servicios de salud de parte de la población masculina y al recelo existente respecto a los procedimientos diagnósticos.

El cáncer gástrico y de vesículas biliares (de altos índices en nuestro país) no posee grupo de alto riesgo tan marcado y claro como los casos anteriores (asociados a sexo, edad e historial familiar), y se estudia más bien su correlación con factores ambientales y hábitos alimenticios, lo que aún no está consensualmente aceptado.

## ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

En la actualidad y consecuentemente con la actual transición epidemiológica, las enfermedades cardiovasculares son una de las principales causas de morbimortalidad. En la comuna de Quillota, la tasa de mortalidad por enfermedades cardiovasculares durante el año 2003 fue de 51,95 por 100.000 hab.

Para la comuna estas cifras son elevadas, de hecho, en el Hospital San Martín de Quillota, las enfermedades cardiovasculares son el segundo más importante problema de salud del total de diez que se han priorizado. Esto debido a los altos índices de demanda de atenciones y mortalidad detectados por esta causa y que van en progresivo aumento. Lo anterior se enmarca y justifica si analizamos estadísticas hospitalarias que señalan que del total de consultas médicas del Centro de Referencia Diagnóstica del Hospital de Quillota, el 18,9% de los casos corresponden a cardiología, mientras que del total de cirugías efectuadas (1999), el 5,6% corresponde a las del sistema vascular periférico. Estas dolencias además significan un sinnúmero de procedimientos diagnósticos, especialmente electrocardiogramas y electrocardiografías, que en conjunto significaron en 1999 más del 21% del total de procedimientos médicos diagnósticos realizados en el Hospital y casi el 20% del total de procedimientos de enfermería realizados en la Unidad de Urgencia.

En un estudio realizado por el departamento de Salud Pública, de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Talca “ Atlas de Mortalidad por enfermedades Cardiovasculares 1997 – 2003” financiado por Conicyt y Minsal (FONIS) muestra que las comunas con mayores tasas en la V Región fueron Valparaíso y Villaalemana ubicándolas en el 5° Quintil con tasas que van entre los rangos 113,4 a 204,2 muertes por cada 100.000 habitantes. Quillota se ubico en el tercer quintil con tasas entre 90,4 y 99,1. Por cada 100.000 habitantes

Las enfermedades cardiovasculares en la actualidad se presentan preferentemente en población masculina, mayor de 45 años y tienen mayor prevalencia según los mayores niveles de obesidad y colesterol en la sangre, ambos con una clara tendencia al aumento. Lo anterior ligado a la adquisición de hábitos alimenticios y formas de vida determinadas (sedentarismos y "comida chatarra"), por lo que este grupo de personas de alto riesgo tiende a ampliarse a otros grupos de edad y a la población femenina (tendencia claramente en aumento).

## LÍNEAS DE DESARROLLO A NIVEL COMUNAL

El análisis de los determinantes sociosanitarios, el diagnóstico epidemiológico descrito anteriormente y el grado de desarrollo alcanzado por nuestro Modelo de Atención Local de Salud, junto a los principios orientadores de la Reforma de Salud, nos lleva a priorizar ciertas áreas a intervenir por nuestro sistema tendiente a lograr un mayor impacto en la Salud de nuestra población beneficiaria. Este objetivo es complejo y debe conjugar políticas y proyectos en el plano biomédico, epidemiológico y curativo, como también en lo referente a programas de prevención y promoción de la salud de los habitantes. A nivel comunal la realidad de la población, sus características y los riesgos que afectan a la salud de la población tienen indudablemente peculiaridades, por lo que una adecuada intervención en salud debe trascender la mera aplicación de los programas y proyectos definidos a nivel central por el MINSAL o nivel regional por los Servicios de Salud.

A continuación se enumeran las diferentes áreas prioritarias en las cuales se desarrollarán diversas líneas de intervención siempre orientadas a lograr acciones de alto valor agregado y resolutivo, tanto en el ámbito preventivo y promocional, como en la dimensión del daño en salud. Lo anterior asociado a la satisfacción usuaria y la participación social de actores urbanos y rurales, elementos claves en la formación de una Comuna Saludable:

1. Obesidad Infantil
2. Adolescencia – Salud Sexual y Reproductiva
3. Salud Cardiovascular
4. Adulto Mayor
5. Salud Oral Infantil
6. Infecciones Respiratorias Agudas
7. Consumo de Drogas y Alcoholismo
8. Modelo de Atención con Enfoque Familiar
9. Salud Mental
10. Atención del Paciente Postrado.
11. Detección Precoz de Cáncer
12. Promoción de la Salud
13. Desarrollo Biosicosocial de la Infancia

Estas diferentes áreas se desarrollarán en extenso en base al diagnóstico a continuación en el funcionamiento de nuestra red de Atención Primaria de Salud y en los Planes de Acción de cada Centro de Salud.

**CENTRO DE SALUD DR. MIGUEL CONCHA****PLAN DE SALUD 2010**

El Centro de Salud Dr. Miguel Concha constituye uno de los ejes fundamentales de la Atención Primaria de la comuna de Quillota, ubicado en una zona central de la ciudad con cerca de 100 funcionarios, que forman un equipo multidisciplinario integral, su ubicación brinda en general un fácil acceso debido a su posición estratégica, cerca del hospital, de colegios y a 4 cuadras del centro cívico de la ciudad, con locomoción expedita y en todo horario.

A este centro de salud le corresponde atender al 85% de la población inscrita de la comuna y complementa sus acciones con el centro de salud Raúl Silva Henríquez. Además, al ser parte de la red de servicios de atención primaria de la comuna, complementa las acciones de los centros de salud rurales.

Enmarcado en el modelo de atención de salud de la Comuna de Quillota, nuestro centro orienta sus acciones hacia la atención del daño, en el contexto de la curación, tratamiento, rehabilitación y prevención secundaria; incluyendo las prestaciones del Programa de Salud Cardiovascular, dental adulto, kinesiología respiratoria infantil, adulta y motora, procedimientos diagnósticos (EKG, Ecografía, ecotomografía, toma de muestras de exámenes), podología y atención domiciliaria.

**Características del centro de salud:**

Población inscrita **validada FONASA** área urbana 88369  
 Población **Percapita** área urbana 69771

Nuestro centro cuenta con una planta física de tres pisos organizada en más de 30 oficinas o box de atención distribuidos en box dentales, toma de muestras, atención médica, archivo, administración, kinesiología, tratamiento, farmacia y otras. Con amplias salas de espera acondicionadas especialmente para el confort de los/as usuarios/as.

Nuestra dotación cuenta con un variado equipo de profesionales y personal de apoyo distribuido como sigue:

<b>CARGO</b>	<b>HORAS CONTRATADAS</b>
Médicos	419
Odontólogos	198.5
Químico Farmacéutico	44
Enfermeras	69
Kinesiólogas	231
Nutricionistas	88

Terapeuta Ocupacional	44
Asistente Social	44
Sicólogo	14
Podólogo	37
TENS	264
Técnicos Paramédicos	770
Administrativos	660
Auxiliares de servicio	132

Además para complementar nuestros procedimientos se cuenta con el apoyo de servicios externalizados.

Los programas que se desarrollan principalmente en nuestro centro son:

1. PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR
2. PROGRAMA DE SALUD BUCODENTAL
3. PROGRAMA IRA
4. PROGRAMA ERA
5. REHABILITACIÓN COMUNITARIA
6. PADI
7. PROCEDIMIENTOS Y OTROS
8. FARMACIA
9. MORBILIDAD INFANTIL Y ADULTA

#### 1. PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR:

Con una amplia cobertura, otorga las prestaciones necesarias para el control de patologías de origen cardiovascular y otras, que incluyen control por médico, enfermera, nutricionista, exámenes y medicamentos. Además, ofrece la posibilidad de participar en el Proyecto “A moverse Quillota”, previa evaluación por kinesiólogo.

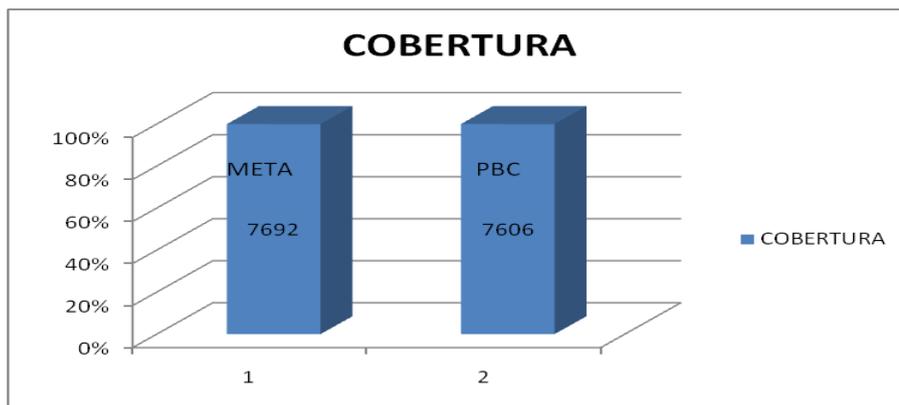
#### Índices de Cobertura y Compensación, a diciembre de 2009.

Cobertura HTA 15 y + años

Meta : 65% 7692

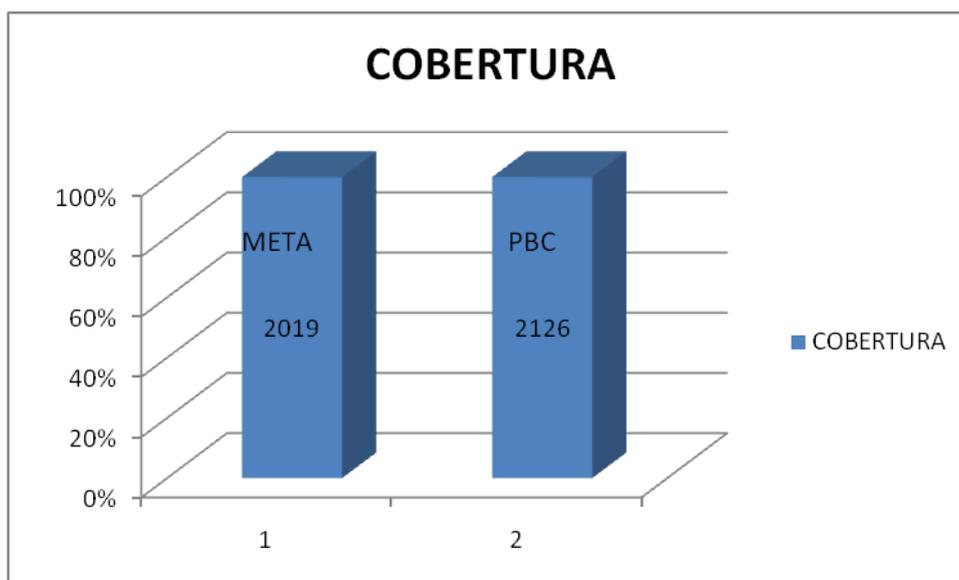
Logrado

Según prevalencia	PBC	Según meta	% cobertura según lo logrado
11612	7606	7692	98,8



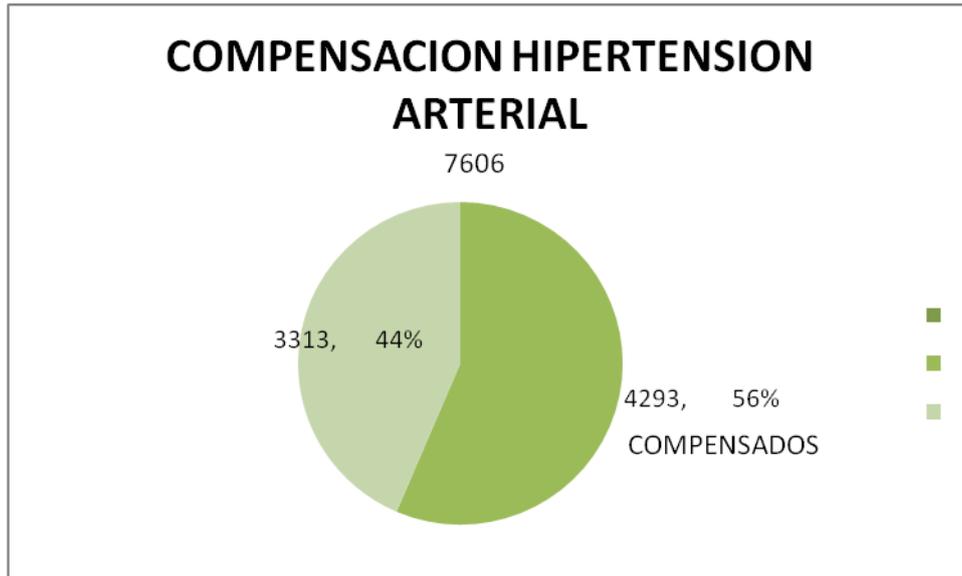
Cobertura DM 15 y + años

Según prevalencia	PBC	Según meta	% cobertura
2588	2126	2019	105,3

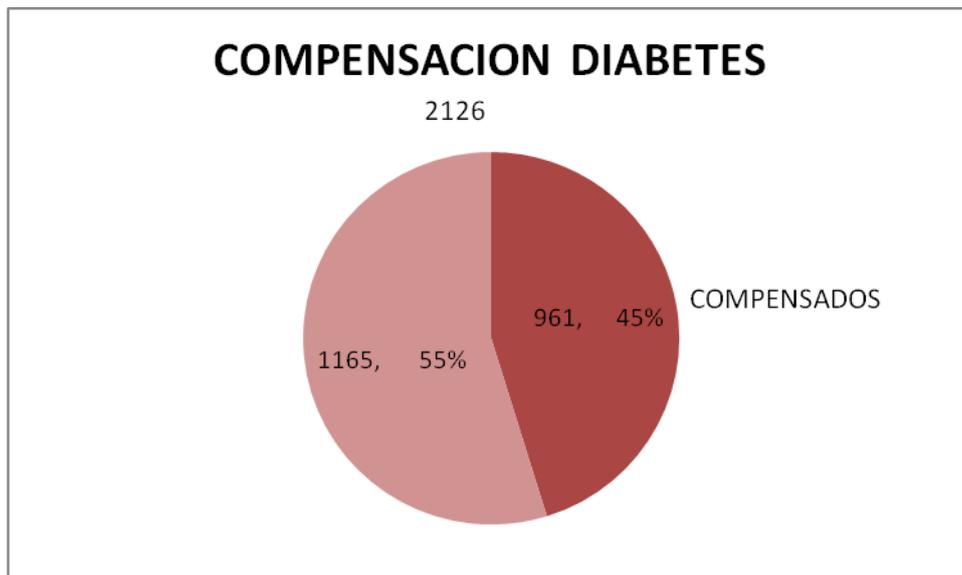


Compensación

Hipertensión arterial	PBC	PA < 130/85	% compensación
15 – 64 años	3936	2381	60,5
65 y + años	3670	1912	52,1
Total	7606	4293	56,4



Diabetes Mellitus	PBC	HbA1C <7	% compensación
15 – 64 años	1084	442	40,8
65 y + años	1042	519	49,8
<b>Total</b>	<b>2126</b>	<b>961</b>	<b>45,2</b>



Ambos indicadores, cobertura y compensación, presentan porcentajes que cumplen lo solicitado por el Servicio de Salud tanto para las Metas de desempeño colectivo como para IAAPS. % compensación mayor al nacional y al del ssvq.

**2. PROGRAMA DE SALUD BUCODENTAL:**

Se da atención al 100% de las consultas de urgencia, considerando para ello citas en agenda destinadas en forma exclusiva para ello.

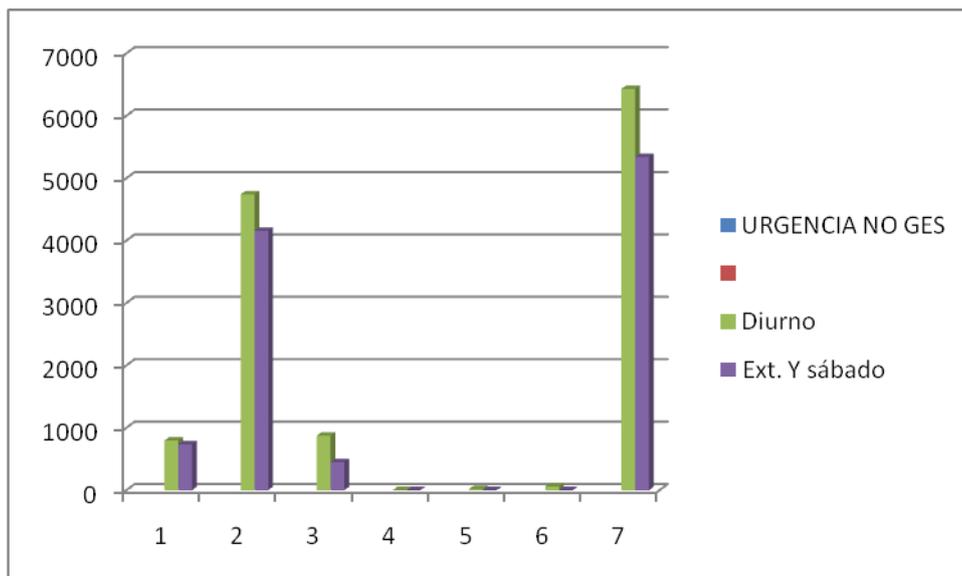
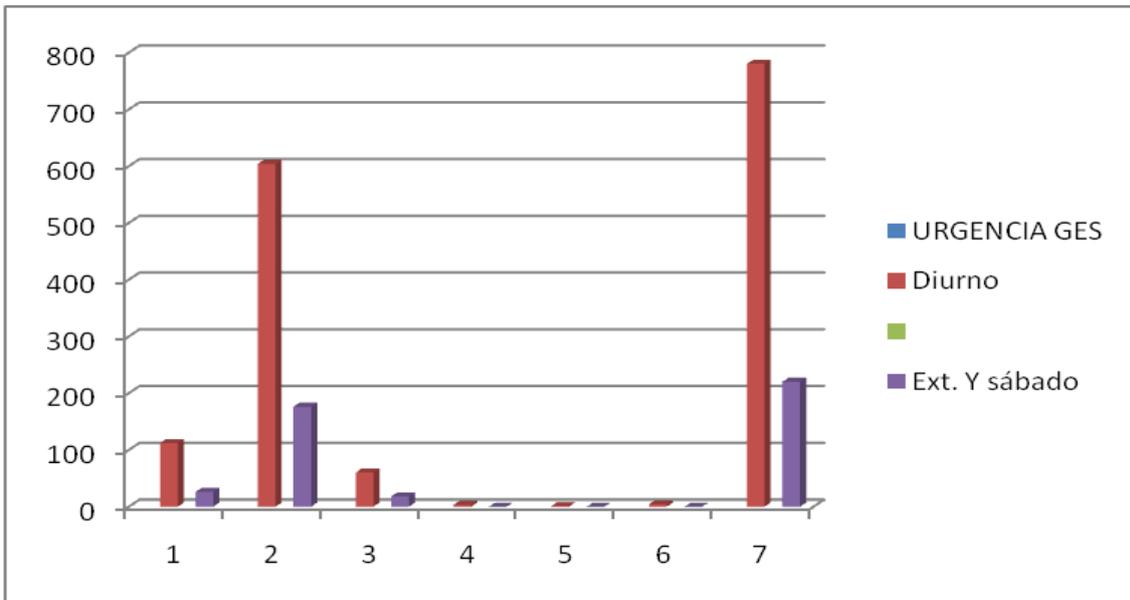
Se da atención integral al paciente de 60 años (GES 60), se cuenta atención de especialidad en Periodoncia (Convenio SSVQ), además se ejecutan programa de reducción de brechas, en el tema de prótesis, programa hombres y mujeres de escasos recursos.

Resumen Atenciones en horario Diurno, extensión y día sábado.

<b>ODONTOLOGÍA ESPECIALIDAD</b>	<b>15-19 años</b>	<b>20-64 años</b>	<b>65 Y + años</b>	<b>Emb. Primig.</b>	<b>Resto emb.</b>	<b>60 años</b>	<b>TOTAL</b>
1ª consulta • Diurno • Ext. sábado	Y 6	141	28	2	4	0	181
Consulta repet. • Diurno • Ext. sábado	Y 24	960	176	2	14	0	1176
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>1101</b>	<b>204</b>	<b>4</b>	<b>18</b>	<b>0</b>	<b>1357</b>

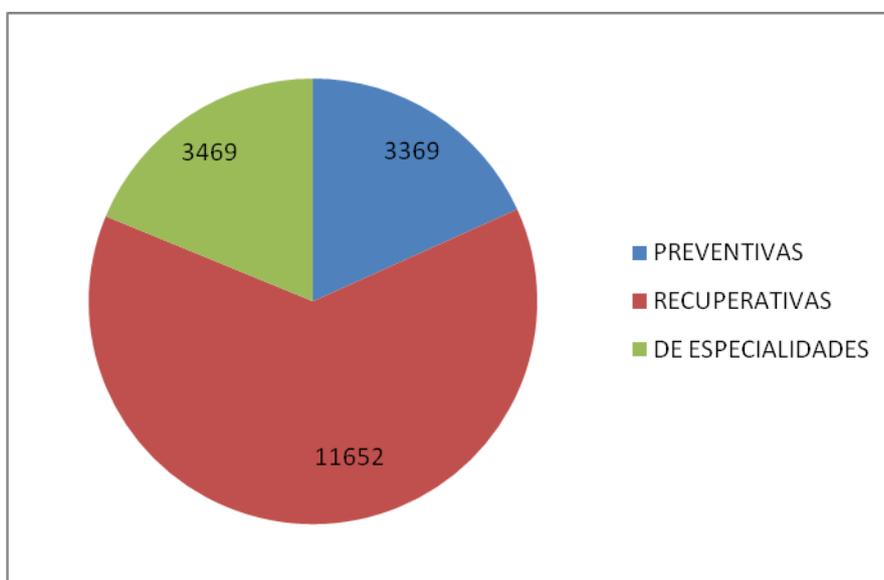
<b>ATENCIÓN DE URGENCIA</b>	<b>15-19 años</b>	<b>20-64 años</b>	<b>65 Y + años</b>	<b>Emb. Primig.</b>	<b>Resto emb.</b>	<b>60 años</b>	<b>TOTAL</b>
URGENCIA GES • Diurno • Ext. sábado	Y 112 26	604 176	60 18	3 0	1 0	4 0	780 220
URGENCIA NO GES • Diurno • Ext. sábado	NO 797 Y 734	4739 4156	873 448	3 0	17 4	60 0	6429 5338
<b>TOTAL</b>	<b>1669</b>	<b>9675</b>	<b>1399</b>	<b>6</b>	<b>22</b>	<b>64</b>	<b>12767</b>

ODONTOLOGÍA GENERAL	15-19 años	20-64 años	65 Y + años	Emb. Primig.	Resto emb.	60 años	TOTAL
1ª consulta:							
• Diurno	782	4321	682	3	18	213	5806
• Ext. Y sábado	522	3086	313	0	0	0	3921
Consulta repet.							
• Diurno	764	5578	814	1	12	1080	7169
• Ext. Y sábado	344	2471	218	0	0	0	3033
<b>TOTAL</b>	<b>2412</b>	<b>15456</b>	<b>2027</b>	<b>4</b>	<b>30</b>	<b>1293</b>	<b>19929</b>



TASA CONSULTA URGENCIA: 0.23 consulta/hab./año

ACTIVIDADES ODONTOLÓGICAS	CANTIDAD
PREVENTIVAS	3369
RECUPERATIVAS	11652
DE ESPECIALIDADES	3469
<b>TOTAL</b>	<b>18490</b>



Una de las brechas importantes es la escasa o nula resolución por parte del Servicio en relación a las prótesis para adultos mayores y las derivaciones para endodoncia que se realizan por medio de la red al Hospital Mario Sánchez de La Calera.

Derivaciones:

Destino	Cantidad	
<b>*Red Calera</b>	<b>521</b>	<b>Sin Resolución</b>
Red Quillota	188	Resueltas
Total	720	

\*de estas 521: 335 corresponden a derivaciones para endodoncia y 186 para prótesis para personas 65 y + años.

### 3. PROGRAMA IRA

La sala IRA cuenta con una Médica, una Kinesióloga y una Téc. Paramédico, quienes atienden al 100% de los niños del sector urbano que lo requieran. Además la sala IRA dispone de cupos por agenda compartida para el Centro de Salud Rural Boco (para Kinesióloga y médica) y C. S. San Pedro (Médica).

Tipo de Consulta (para Kinesióloga)	Nº total año 2009
Ingreso	852
Reingreso	169
<b>Total pacientes atendidos</b>	<b>1021</b>
Sesiones de tratamiento	1442

Pacientes crónicos en control Sala IRA por diagnóstico son:

Diagnóstico	Cantidad
SBOR	147
ASMA	328
<b>Total</b>	<b>475</b>

El control por médico se realiza tres veces durante el año y con kinesióloga una vez por año.

### 4. PROGRAMA ERA

La sala ERA cuenta con un Médico y dos Kinesiólogas (66 hrs.), quienes atienden a la población con patología respiratoria crónica compensada y reagudizada del sector urbano que lo requiera. Además la sala ERA dispone de cupos por agenda compartida para el Centro de Salud Rural Boco. La Sala ofrece una variedad de prestaciones que incluyen, entre otras; la entrega de inhaladores, visita domiciliaria a pacientes con oxígeno domiciliario, control a pacientes crónicos y desde diciembre de 2009 está desarrollando el programa de rehabilitación pulmonar.

Población en control SALA ERA por diagnóstico:

Diagnóstico	Cantidad
EPOC	86
ASMA	389
LCFA	127
<b>Total</b>	<b>602</b>

La frecuencia de controles con médico y kinesióloga varía en caso de que el paciente se encuentre con sus parámetros compensados o no. En el caso de pacientes descompensados la frecuencia es de tres controles al año por médico y dos por kinesióloga. Si el paciente está compensado esta frecuencia disminuye a dos y uno respectivamente.

## **5. REHABILITACIÓN COMUNITARIA.**

El centro de salud, presta servicios de kinesiología motora y terapeuta ocupacional, en el contexto de la rehabilitación con base comunitaria, lo que además ha permitido renovar la implementación de gimnasio y fisioterapia, ampliándose desde diciembre de 2009 al centro CEALIVI, lo que incorporará 22 horas más de kinesiólogo y 22 hrs. de sicóloga.

El centro comunitario de rehabilitación está enfocado en dar respuesta a las necesidades de los y las usuarios/as con patologías musculo esqueléticas, neurológicas (Accidente cerebro vasculares y enfermedad de Parkinson, fundamentalmente) y patologías GES (Artrosis cadera y rodilla, leve y moderada > 55 años), con la participación de Kinesiólogo y Terapeuta Ocupacional.

Además se ha incorporado la atención domiciliaria por parte de terapeuta ocupacional, la formación de monitores y el fortalecimiento de la acción social en las juntas de vecinos.

Este proyecto ha incorporado a la comunidad como receptores y participantes de la estrategia, a través de las juntas de vecinos y formación de monitores.

Actualmente se está trabajando en conjunto con representantes de la comunidad para mejorar y fortalecer la estrategia, recogiendo desde ella las necesidades no resueltas y aprovechando espacios físicos de la comunidad con fines de rehabilitación.

En este proyecto se ha incorporado la formación de monitores de salud del Programa Yo Cuido a mi Vecino, para llegar a personas discapacitadas y/o aisladas socialmente, haciendo un diagnóstico de su condición de salud actual y acercándolos al centro de salud.

Estas monitoras recibieron capacitación de parte de diferentes profesionales (terapeuta ocupacional, kinesiólogo, asistente social, médico) y técnico paramédico, que les permite reconocer los principales problemas de la comunidad, acompañar y orientar respecto de la solución de estos problemas.

<b>Tipo de atención</b>	<b>Nº de atenciones</b>
Kinesiología Motora y T. Ocupacional	9480
Artrosis GES	2096
Parkinson GES	630
EMPAM	1039
<b>TOTAL</b>	<b>13245</b>
<b>Educaciones en Colegios</b>	<b>Nº Personas</b>
Antitabaco	1546
Alcohol y drogas	1449
<b>Total</b>	<b>2995</b>

Este programa además se encarga de la entrega de ayudas técnicas y las sesiones de educación correspondientes.

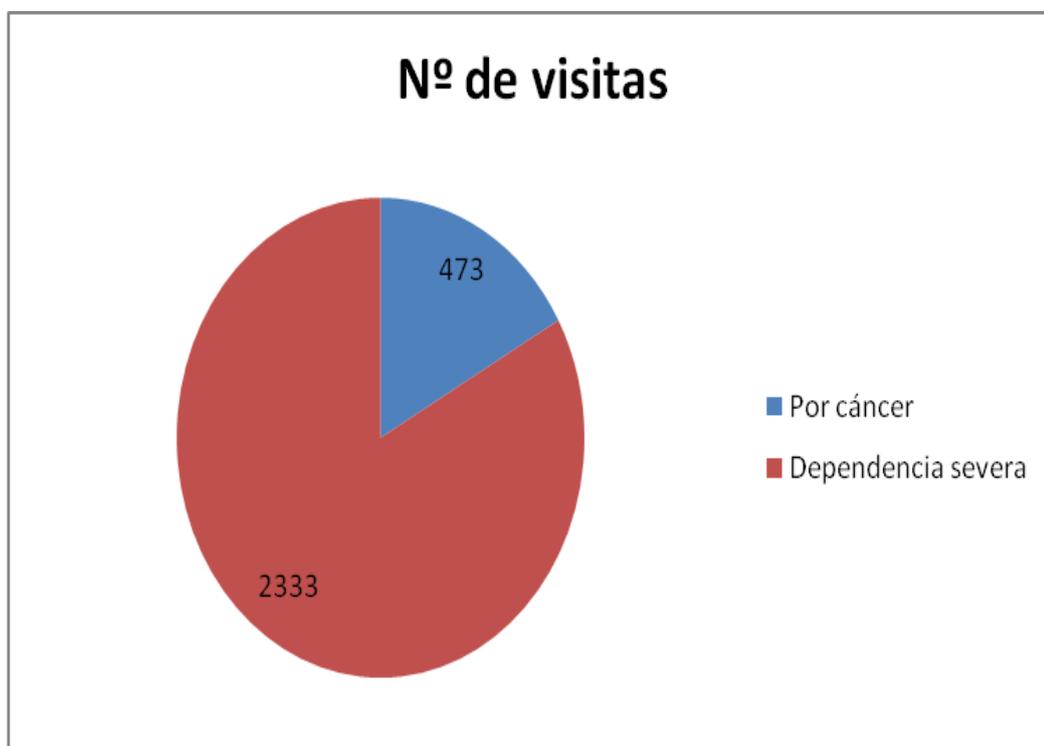
<b>TIPO DE AYUDA TÉCNICA</b>	<b>CANTIDAD</b>
Cojín antiescaras	4
Colchón antiescaras	33
Bastón	83
Silla de Ruedas	50
Andador Fijo	22
Andador Móvil	3
<b>TOTAL</b>	<b>195</b>

## 6. PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA INTEGRAL.

Programa destinado a la población con cáncer terminal y dependencia severa del sector urbano de la comuna de Quillota, que considera la atención por equipo multidisciplinario en domicilio.

Durante el año 2009 experimentó un aumento de un 23% de las personas ingresadas al programa, llegando en diciembre a 173 personas, con un total de 2806 visitas domiciliarias desglosadas como sigue:

<b>Visitas Domiciliarias</b>	<b>Nº de visitas</b>	<b>%</b>
Por cáncer	473	17
Dependencia severa	2333	83
<b>TOTAL</b>	<b>2806</b>	<b>100</b>



El equipo multidisciplinario está formado por Asistente Social, Nutricionista, Técnico Paramédico (reforzado con 10 hrs. extras semanales), Enfermera, Médicos (4), Kinesiólogo, Terapeuta Ocupacional y Sicóloga (incorporada recientemente), quienes realizan visitas de manera individual o en conjunto con otro profesional.

<b>Profesional/Técnico</b>	<b>Nº Actividades en Domicilio</b>
Nutricionista	7
Médico	319
Enfermera	204
Kinesiólogo	449
Asistente Social	293
Sicóloga	22
Técnico paramédico	1638
Terapeuta Ocupacional	120
<b>TOTAL</b>	<b>3052</b>

El egreso de pacientes al programa corresponde mayoritariamente a personas con cáncer terminal.

<b>INGRESOS POR PATOLOGÍAS</b>	<b>Nº</b>	<b>EGRESOS POR PATOLOGÍAS</b>	<b>Nº</b>
Cáncer	48	Cáncer	43
AVE	23	AVE	17
Otros	63	Otros	34
<b>Total</b>	<b>134</b>	<b>Total</b>	<b>94</b>

La distribución por edad es como sigue:

#### PACIENTES CON DEPENDENCIA SEVERA

Grupo Edad	10-14		15-19		20-64		65 y +		<b>total</b>
	F	M	F	M	F	M	F	M	
Cantidad	1		1	1	17	12	79	38	<b>151</b>

#### PACIENTES CON CANCER

Grupo Edad	20-64		65 y +		<b>total</b>
	F	M	F	M	
Cantidad	5	3	7	7	22

Además el equipo del PADI ha realizado capacitaciones en diversas áreas a un total de 99 cuidadores, equivalente al 85 % de ellos y a las monitoras del Programa Yo cuido a mi Vecino.

En este programa incluimos la consulta social general realizada por la Asistente Social, distribuída como sigue:

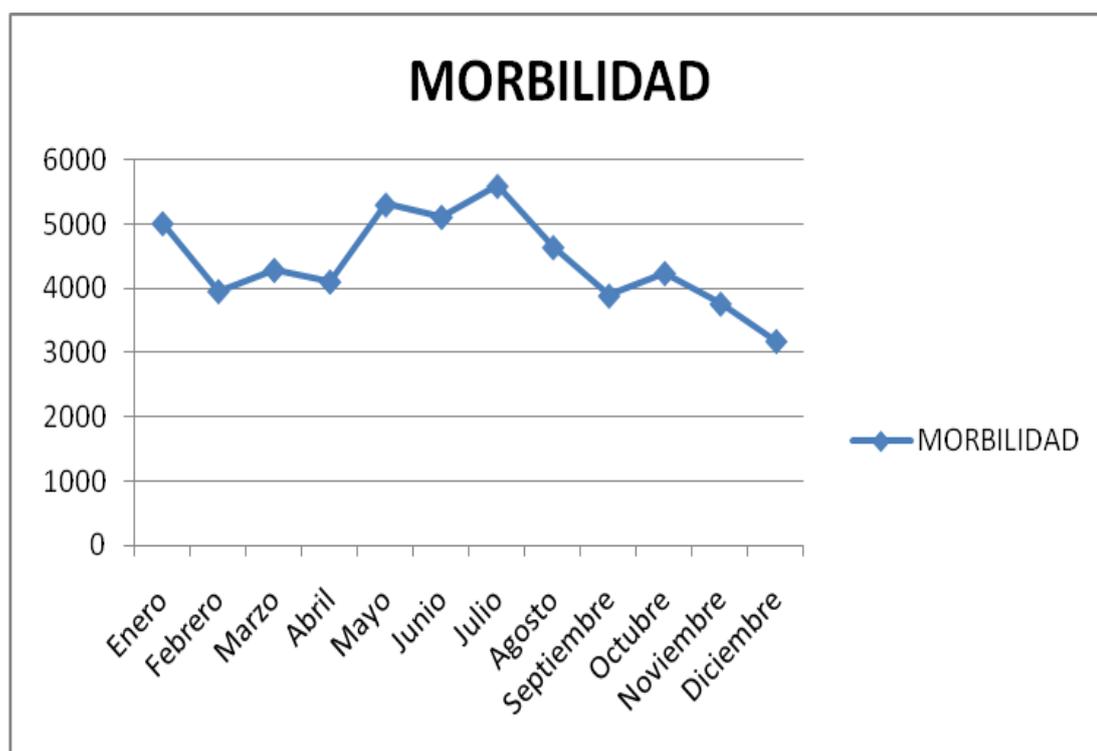
Grupo Edad	0-9	10-14	15-19	20-24	25-64	65 y +	<b>total</b>
Cantidad	0	2	7	17	151	228	<b>423</b>

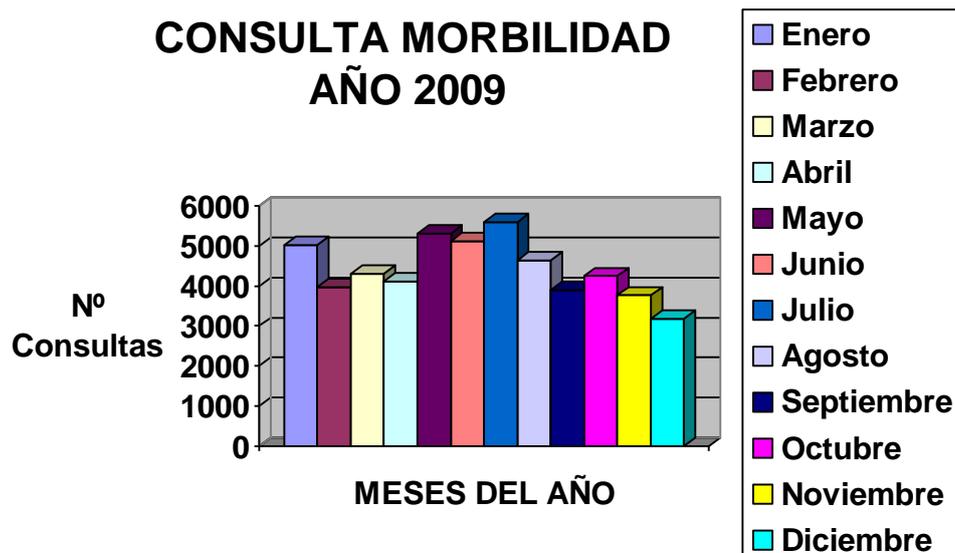
## 7. MORBILIDAD INFANTIL Y ADULTA

La atención médica urbana se concentra en nuestro centro de salud, la que sin embargo, ha experimentado un descenso en los últimos dos años, debido por una parte a la disminución de los rendimientos, oferta variable de horas médicas, aumento de la población inscrita y durante el año 2009 la puesta en marcha de la ficha electrónica, que requirió de tiempos de ajuste diferentes para los/as profesionales.

La distribución de atenciones de morbilidad durante el año 2009 se presenta como sigue:

MES	MORBILIDAD	CRÓNICOS	TOTAL	IRA	ERA
Enero	5016	1007	<b>6023</b>	464	370
Febrero	3958	768	<b>4726</b>	327	456
Marzo	4289	1033	<b>5322</b>	342	531
Abril	4106	1017	<b>5123</b>	923	520
Mayo	5306	775	<b>6081</b>	1242	715
Junio	5114	743	<b>5857</b>	1326	895
Julio	5595	713	<b>6308</b>	1486	1674
Agosto	4642	673	<b>5315</b>	899	608
Septiembre	3889	1003	<b>4892</b>	832	505
Octubre	5240	933	<b>6173</b>	738	554
<b>Noviembre</b>	<b>3763</b>	<b>804</b>	<b>4567</b>	519	383
<b>Diciembre</b>	<b>3181</b>	<b>755</b>	<b>3936</b>	470	264
<b>Total</b>	<b>54099</b>	<b>10224</b>	<b>64323</b>	<b>9568</b>	<b>7475</b>





Se observa en el gráfico el aumento de consultas en el mes de Julio, durante el peak de la pandemia, luego el descenso en septiembre, mes de menor oferta por vacaciones y días feriados. Posteriormente un aumento en octubre y luego la tendencia vuelve a bajar hasta el fin de año, lo que corresponde además con la modificación del rendimiento de morbilidad adulto y los días de paro del mes de noviembre.

#### Atención Médica día sábado-domingo (festivo)

Mes	SABADO	DOMINGO	TOTAL
Enero	220	0	220
Febrero	306	0	306
Marzo	304	0	304
Abril	282	47	329
<b>Mayo</b>	<b>457</b>	<b>68</b>	<b>525</b>
Junio	256	70	326
<b>Julio</b>	<b>299</b>	<b>195</b>	<b>494</b>
Agosto	242	82	324
Septiembre	193	44	237
Octubre	252	0	252
Noviembre	196	0	196
Diciembre	108	0	108
<b>Total</b>	<b>3115</b>	<b>506</b>	<b>3621</b>

La atención médica en día sábado y domingo (festivo), representa el **6,82%** del total de atenciones médicas del año y se observa que el mayor número de consultas se registra en el mes de Mayo y no durante la pandemia, a pesar de haberse considerado la atención en día sábado en la tarde y domingo como una de las estrategias para enfrentar la contingencia.

La distribución de la consulta de morbilidad por grupo de edad se presenta como sigue:

<b>MES</b>	<b>0-9</b>	<b>10-14</b>	<b>15-19</b>	<b>20-64</b>	<b>65 y +</b>	<b>Total</b>
Enero	1013	257	321	2440	971	5002
Febrero	662	190	256	2050	800	3958
Marzo	600	194	316	2256	924	4290
Abril	1181	274	261	1674	707	4097
Mayo	1614	364	337	2176	809	5300
Junio	1547	469	327	1999	772	5114
<b>Julio</b>	<b>1487</b>	<b>507</b>	<b>350</b>	<b>2492</b>	<b>760</b>	5596
<b>Agosto</b>	<b>1143</b>	<b>347</b>	<b>260</b>	<b>2098</b>	<b>793</b>	4641
Septiembre	1036	327	242	1561	726	3892
Octubre	979	310	263	2785	903	5240
<b>Noviembre</b>	<b>954</b>	<b>263</b>	<b>180</b>	<b>1618</b>	<b>748</b>	3763
<b>Diciembre</b>	<b>737</b>	<b>145</b>	<b>142</b>	<b>1365</b>	<b>792</b>	3181
Total	12953	3647	3255	24514	9705	54074

Tasa de consulta morbilidad por población:

Tasa de consulta morbilidad: **0.77 cons./hab./año**    **Pob. (69771)**

<b>Grupo de edad</b>	<b>Tasa consulta/hab/año</b>	<b>Tasa de consulta recomendada SSVQ</b>
<b>0-9 años</b>	<b>1,4</b>	<b>1.5</b>
10-14 años	0,55	0.5
15-19 años	0,45	0.5
20-64 años	0,6	0.7
<b>65 y + años</b>	<b>1,16</b>	<b>1.8</b>

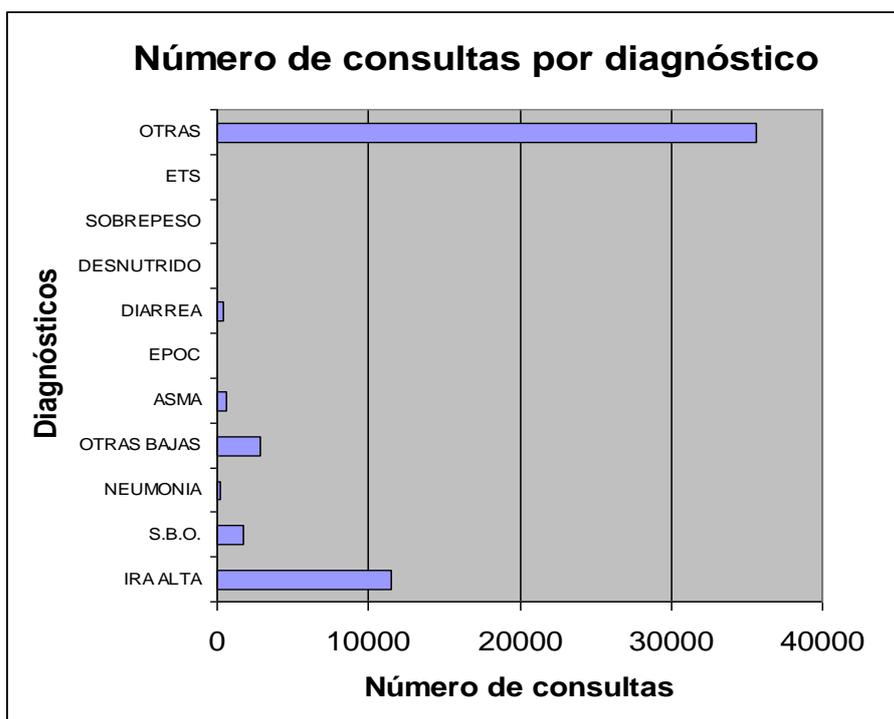
Se puede apreciar claramente que la mayor cantidad de consultas la concentran los grupos extremos de la población, las que se consideran además como edades de monitoreo, tendencia que se mantiene en el tiempo.

En comparación a tasa recomendada para cada grupo de edad se logra apreciar que nos acercamos al estándar recomendado, excepto en la población mayor de 65 años en donde tenemos una brecha de 0.7 puntos.

Distribución de consultas médicas por diagnóstico:

<b>Diagnóstico</b>	<b>Cantidad consultas</b>
IRA ALTA	11467
S.B.O.	1761
NEUMONIA	156

OTRAS BAJAS	2841
ASMA	577
EPOC	117
DIARREA	406
DESNUTRIDO	9
SOBREPESO	64
ETS	1
OTRAS	35639
<b>TOTAL</b>	<b>53038</b>



Se observa claramente que la mayor cantidad de consultas corresponde al diagnóstico “otras”, rubro en el que caen una gran cantidad de patologías, entre ellas las degenerativas del aparato músculo esquelético, salud mental, gastrointestinal, urinarias, visio-auditivas y neurológicas.

## 8. PROCEDIMIENTOS Y OTROS

### 8.1. Curaciones: Total año 2009

Tipo de curación	Cantidad
Simple	3912
Compleja	3002
Total	6914

## 8.2. Ecotomografías y Ecografías:

Total Ecotomografías por tipo:

Mes	Abdominal	Renal	Pélvica	Total	Alteradas
Enero	62	24	9	95	51
Febrero	67	16	11	94	55
Marzo	68	20	10	98	52
Abril	54	16	18	88	45
Mayo	59	19	15	93	42
Junio	71	12	7	90	50
Julio	55	34	8	97	49
Agosto	57	29	6	92	43
Septiembre	54	24	16	94	58
Octubre	57	24	19	100	55
Noviembre	62	15	16	93	52
Diciembre	66	11	14	91	55
<b>Total</b>	<b>732</b>	<b>244</b>	<b>149</b>	<b>1125</b>	<b>607</b>

Ecotomografía por centro de salud de origen

Tipo de Eco	M. C.	S. H.	La Palma	San Pedro	Boco	Total
Abdominal	603	0	42	44	37	732
Renal	211	0	11	7	15	244
Pélvica	130	0	4	8	7	149
<b>Total</b>	<b>944</b>	<b>0</b>	<b>57</b>	<b>59</b>	<b>59</b>	<b>1125</b>

Ecotomografías alteradas (colelitiasis) por grupo de edad y sexo.

Eco abdominal	Alterada (colelitiasis)	Femenino < 35 años	Femenino > 35 años	Masculino < 35 años	Masculino > 35 años
732	117	28	69	4	16
100%	15,9% del total	23,9% de alteradas	59 % de alteradas	3,4 % de alteradas	13,7 % de alteradas

Ecografías:

Mes	OBSTÉTRICA	GINECOLÓGICA
Enero	139	47
Febrero	126	58
Marzo	160	54
Abril	124	66
Mayo	129	189
Junio	124	88
Julio	129	74
Agosto	129	84
Septiembre	109	62
Octubre	138	89
Noviembre	108	78
Diciembre	124	74
<b>Total</b>	<b>1539</b>	<b>963</b>
	<b>2502</b>	

### 8.3. OTROS PROCEDIMIENTOS

Electrocardiogramas	3381
Holter	53
Fondo de ojo	1465
Espirometrías	333
Toma de muestras	14827

### 8.4. GES

Casos nuevos GES ingresados, por patología por mes año 2009

PATOLOGÍA	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	TOTAL
<b>IRA</b>	<b>52</b>	<b>37</b>	<b>85</b>	<b>159</b>	<b>197</b>	<b>201</b>	<b>156</b>	<b>89</b>	<b>106</b>	<b>102</b>	<b>66</b>	<b>50</b>	<b>1300</b>
<b>HTA</b>	<b>73</b>	<b>56</b>	<b>80</b>	<b>77</b>	<b>46</b>	<b>55</b>	<b>78</b>	<b>74</b>	<b>56</b>	<b>64</b>	<b>62</b>	<b>27</b>	<b>748</b>
DM	22	37	33	34	38	24	37	37	19	25	10	12	328
NAC	4	5	2	0	4	3	12	4	5	5	4	2	50
EPI	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ASMA	18	4	5	6	12	8	11	8	11	9	8	6	106
EPOC	0	1	1	1	0	1	2	0	2	3	0	0	11
DEPRESIÓN	16	31	25	21	19	2	0	0	0	0	0	0	114
ORTESIS	16	12	16	14	15	16	13	10	9	5	7	8	141
<b>ARTROSIS</b>	<b>37</b>	<b>36</b>	<b>55</b>	<b>55</b>	<b>32</b>	<b>28</b>	<b>13</b>	<b>36</b>	<b>22</b>	<b>57</b>	<b>25</b>	<b>50</b>	<b>446</b>
V. REFRAC.	7	2	1	6	7	5	0	2	6	3	2	1	42
<b>U. DENTAL</b>	<b>83</b>	<b>54</b>	<b>46</b>	<b>49</b>	<b>58</b>	<b>53</b>	<b>66</b>	<b>56</b>	<b>53</b>	<b>58</b>	<b>74</b>	<b>61</b>	<b>711</b>

S. ORAL	16	4	7	34	19	24	17	11	13	10	9	11	<b>175</b>
PARKINSON	2	6	21	4	0	2	3	0	3	7	2	6	<b>56</b>
EPI >15	1	0	0	0	2	22	1	0	0	0	0	1	<b>27</b>
ASMA >15	33	26	19	19	18	19	17	14	14	23	4	7	<b>213</b>
Prev. IRC	4	5	8	3	3	3	6	9	6	10	2	4	<b>63</b>
<b>TOTAL</b>	<b>384</b>	<b>316</b>	<b>404</b>	<b>482</b>	<b>470</b>	<b>466</b>	<b>432</b>	<b>350</b>	<b>325</b>	<b>381</b>	<b>275</b>	<b>246</b>	<b>4531</b>

## Interconsultas según registro SIGGES 2009

ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL
554	371	566	539	420	427	311	394	431	443	392	406	<b>5254</b>

**8.5. Pesquisa HTA.**

Pesquisas realizadas	851
Pesquisas confirmadas	385

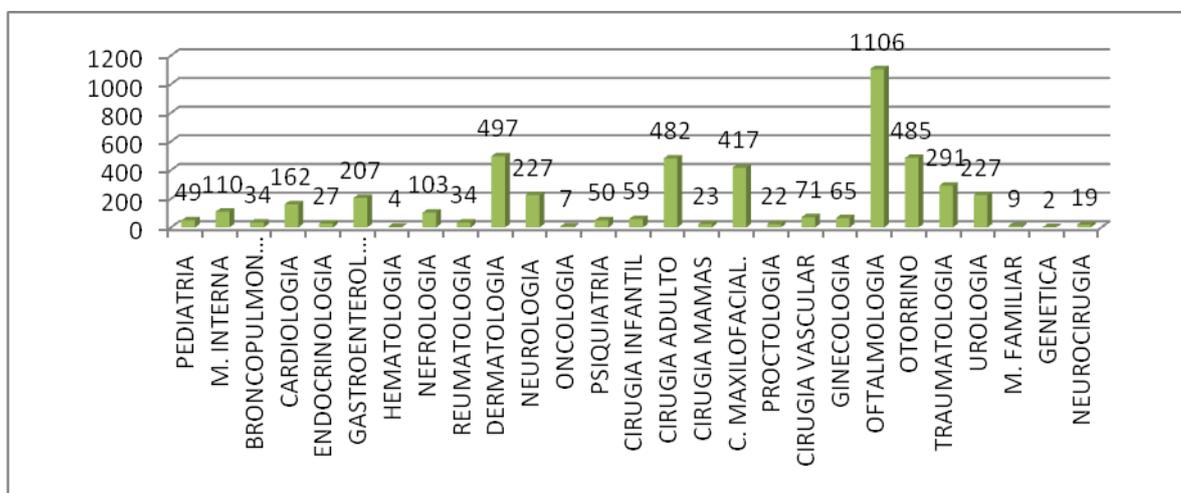
**8.6. Podología:**

N° atenciones totales año 2009:3107

**8.7. INTERCONSULTAS**TOTAL DE INTERCONSULTAS POR ESPECIALIDAD AÑO 2009

ESPECIALIDAD	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	TOTAL
PEDIATRIA	1	2	5	5	3	2	3	4	5	5	6	8	49
M. INTERNA	5	9	8	9	5	4	5	13	12	17	6	17	110
BRONCOPULMONAR	1	1	1		5	4	5	5	7	4	1		34
CARDIOLOGIA	15	15	2	17	9	16	15	15	23	15	6	14	162
ENDOCRINOLOGIA	5		4	5		2	1	1	3	3	1	2	27
GASTROENTEROLOGIA	18	8	13	26	15	19	11	17	16	17	19	28	207
HEMATOLOGIA			1	1				1	1				4
NEFROLOGIA	12	13	11	15	6	4	4	8	7	12	7	4	103
REUMATOLOGIA		1	3	1	2	1	2	2	6	4	10	2	34
DERMATOLOGIA	58	41	33	37	51	51	39	33	46	35	33	40	497
NEUROLOGIA	18	17	22	29	21	13	11	23	14	26	16	17	227
ONCOLOGIA		2	1				1		3				7
PSIQUIATRIA		4	5	8	5	3	2	7	7	4	2	3	50
CIRUGIA INFANTIL	7	3	7	6	3	4	4	7	2	8	3	5	59

CIRUGIA ADULTO	44	34	38	66	44	46	30	41	33	35	32	39	482
CIRUGIA MAMAS		2	4	1	2	9		1	2		1	1	23
C. MAXILOFACIAL.	22	40	24	38	51	27	43	45	37	33	27	30	417
PROCTOLOGIA	1	4	2	7	1	3	2	1				1	22
CIRUGIA VASCULAR	6	10	8	6			8	3	5	7	5	13	71
GINECOLOGIA	9	3		10	8	9	4	3	1	10	2	6	65
OFTALMOLOGIA	98	68	82	112	79	70	96	95	111	114	90	91	1106
OTORRINO	50	29	49	54	35	39	36	35	46	42	40	30	485
TRAUMATOLOGIA	26	21	21	31	15	34	32	20	24	23	20	24	291
UROLOGIA	30	42	13	21	13	20	11	16	19	14	8	20	227
M. FAMILIAR					3	5			1				9
GENETICA				1			1						2
NEUROCIRUGIA	1	3	2	2	1		3				4	3	19
<b>TOTAL</b>	<b>427</b>	<b>372</b>	<b>359</b>	<b>508</b>	<b>377</b>	<b>385</b>	<b>369</b>	<b>396</b>	<b>431</b>	<b>428</b>	<b>339</b>	<b>398</b>	<b>4789</b>



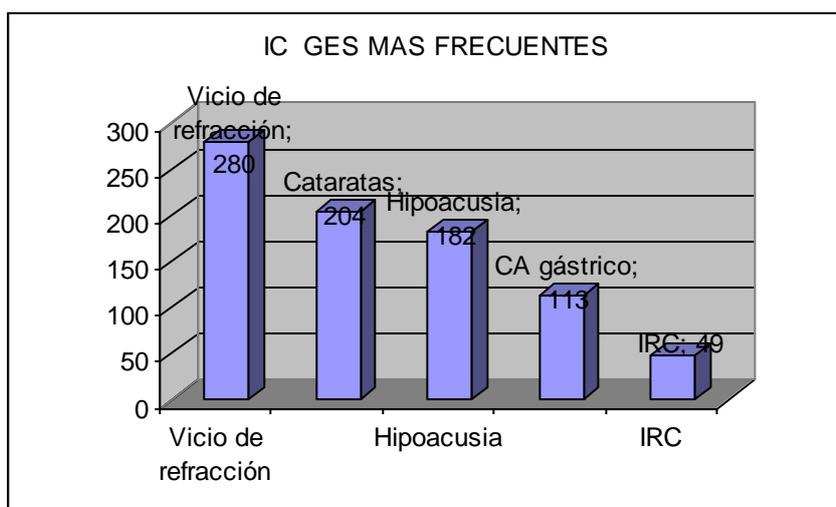
tasa de derivación en relación a número total de consultas morbilidad es: **9%** (4792 ic en relación a las 53099 consultas de morbilidad).  
**7,5%** (4792 ic en relación a las 63323 consultas incluido cardiovascular).

**Cantidad de IC GES: 1616**

Dentro de las derivaciones GES se mantiene que las 5 más solicitadas son las que siguen:

Diagnóstico	Con citación*	Sin citación*	Total
Vicio de refracción	141	139	<b>280</b>
Cataratas	129	75	<b>204</b>
Hipoacusia	182	0	<b>182</b>
CA gástrico	108	5	<b>113</b>
IRC	40	9	<b>49</b>

\*Información a Noviembre de 2009.



## 9. FARMACIA

### 9.1. Farmacia móvil:

Estrategia que alcanza ya a 14 Juntas de Vecinos y 4 Hogares de Larga Estadía, logrando una cobertura de más de 600 personas, en su mayoría adultas mayores. Que incluye la entrega de citas para exámenes y controles del Programa de Salud Cardiovascular, además de medicamentos se entregan los alimentos (leche+cereal) para los adultos mayores. Se proyecta para el 2010 incorporar 6 juntas de vecinos al programa.

Durante el año 2009 se incluyó la entrega de talleres de autocuidado por Asistente Social y Terapeuta Ocupacional y control nutricional en la sede vecinal.

### 9.2. Incorporación de nuevo arsenal farmacológico:

Durante el año 2009 se concretó la incorporación de 11 nuevos fármacos al arsenal existente del Centro de Salud, con el objetivo de mejorar la adhesividad y tolerancia de los tratamientos, disminución de efectos adversos y mejorar la calidad del arsenal ya existente. Además se consideró la frecuencia de ciertas patologías y facilitar el acceso a tratamientos más costosos.

Azitromicina 500 mg
Claritromicina 250 mg frasco 80 ml
Metformina 500 mg mas glibenclamida 5 mg
Sildenafil 50 mg
Gel lubricante femenino
Ceterizina 30 ml gts
Cloromezanona 200 mg comp.
Glucosamina 500 mg mas condritina 400 mg
Alprazolam 0.5 mg comp.
Trimebutino 100 mg comp.
Alopurinol 100 mg

### 9.3. Sistema informático MEDUC:

Este herramienta sin duda ha facilitado la gestión de farmacia al permitir realizar traspasos en línea, conocer el stock real de medicamentos y generar receta electrónica directamente desde el box de atención.

La receta electrónica, por su parte ha permitido optimizar el tiempo de atención del paciente, facilita el despacho de los medicamentos (no hay problemas con letra no legible), permite mantener activa una receta durante varios meses posterior a la emisión (modalidad útil para el caso de patologías crónicas) e ingresa automáticamente a los sistemas de reporte, evitando así el proceso de digitación antiguamente utilizado.

### Prioridades de acción del Plan

1. Aumentar la acción territorial y comunitaria.
2. Potenciar las acciones hacia la población adulta mayor de riesgo.
3. Diagnóstico precoz del cáncer
4. Disminuir complicaciones de patologías cardiovasculares.
1. Aumentar la acción territorial y comunitaria.

Una de las brechas existentes según lo analizado con el consejo consultivo, y el equipo técnico del Centro de Salud y del Depto. de Salud, es la dificultad de acceso para ciertos sectores de la ciudad.

Ante tal situación se plantea para el 2010 la construcción de un **CECOF**, en el terreno anexo a la sede de la unión comunal de juntas de vecinos en el sector de Villa Santa Teresita y Villa Paraíso, medida avalada por el Sr. Alcalde y que cuenta además con el compromiso de la UNCO, brindando así la oportunidad de atención expandiendo nuestra red de salud, hacia un sector de la ciudad con dificultad para trasladarse hacia los centros urbanos actuales.

Estrategia basada en un enfoque territorial y social hacia los grupos más vulnerables constituyendo así una de las principales apuestas del Depto. de Salud para este año.

Dentro de esta misma línea, se propone también potenciar el trabajo del Centro de Rehabilitación con Base Comunitaria "**CEALIVI**", ubicado en la Villa Paraíso, recientemente inaugurado, estableciendo los flujogramas y las coordinaciones que sean necesarias para su óptimo funcionamiento y uso de los recursos físicos y humanos.

### **Territorialidad y Diagnostico Participativo**

Una de las principales propuestas para el 2010, es trabajar con la sectorización de la Comuna de Quillota, tema ya definido y estructurado en los actuales momentos, a través de un trabajo arduo realizado por el área de salud, Dideco y la municipalidad, desarrollando un diagnóstico geo-referencial de última generación, que nos permitirá trabajar el tema sectorial en forma óptima.

Donde se identifican los encargados o representantes de los distintos sectores de la comuna, a través de un diagnóstico participativo, con enfoque de riesgo, identificando grupos o variables que determinan áreas vulnerables de la ciudad.

Permitiendo de esta manera priorizar el trabajo, de acuerdo a grupos etareos, ciclo vital, incorporando determinantes sociales, factores medioambientales o condicionantes externos, permitiendo un trabajo adecuado con las familias y la comunidad.

Definiendo desde el área de salud, el trabajo con las familias, identificando los casos índices.

El año 2009 se inicio un trabajo con los cuidadores y las familias de los pacientes postrados, llegando a trabajar con 16 familias, con el apoyo de la plataforma de Gestión familiar, este año se programa lograr incorporar a 64 familias a plan de acción.

A través de la definición de áreas y grupos vulnerables, identificados los factores protectores y las amenazas, pretendemos mejorar nuestro trabajo, como es el caso de la patología respiratoria en el menor de 5 años y el adulto mayor, logrando impactos positivos en la morbi mortalidad de este grupo, realizando seguimientos y controles acorde a los estándares de calidad.

En relación al programa **Yo Cuido a Mi Vecino**, se programa continuarlo en el 2010, para lograr mantener la interacción con 150 adultos mayores autovalentes en riesgo, sistema que funciona a través de un equipo multidisciplinario, ejecutado por las agentes comunitarias de salud, debidamente capacitadas y equipadas por el centro de salud.

Programa que fue evaluado positivamente este año, por la comunidad y por los representantes de la unión comunal, se logro rescatar pacientes e intervenir sobre situaciones de riesgo, en AM vulnerables, donde se realizaron coordinaciones, intervenciones y apoyos adecuados, logrando una satisfacción usuaria.

**Farmacia móvil:** Estrategia que alcanza ya a 14 Juntas de Vecinos y 4 Hogares de Larga Estadía, logrando una cobertura de más de 600 personas, en su mayoría adultas mayores. Que incluye la entrega de citas para exámenes y controles del Programa de Salud Cardiovascular, además de medicamentos se entregan los alimentos (leche+cereal) para los adultos mayores. Se proyecta para el 2010 incorporar 6 juntas de vecinos al programa.

Con la unión comunal, se programa mantener las reuniones de coordinación, establecida para el primer lunes hábil de los meses pares a las 15 horas. Reuniones que tienen mucha importancia y relevancia en la planificación de estrategias y propuestas de la comunidad, para optimizar el desarrollo de prestaciones y planes, con las respectivas coordinaciones inter niveles y de la red. **El Consejo Consultivo** participa activamente y colabora con la institución en la difusión interacción y desarrollo de políticas comunales.

Se programa continuar con las actividades semanales programadas con el **Grupo Reencuentro**, grupo de la comunidad que maneja conductas de auto cuidado y actividades programadas a lo largo del todo el año, con una larga trayectoria en la APS de Quillota, cuenta con el apoyo, de un equipo multidisciplinario del consultorio.

## 2. Potenciar las acciones hacia la población adulta mayor de riesgo

La expectativa de vida actual para Chile es de 78 años, una de las mejores de America Latina, con un gasto moderado en salud, resultados logrados gracias a la disminución sustancial de las tasas de mortalidad infantil, como del adulto mayor tema logrado en las últimas décadas. Esto lleva a la

aparición de mayor número de enfermedades crónicas no transmisibles y patologías propias o relacionadas con la senilidad y la adultez mayor.

Desde esta perspectiva nuestras acciones están orientadas a intervenir con acciones preventivas, manejo y apoyo de enfermedades propias de la edad avanzada evitando la postración y fortaleciendo acciones relacionadas con la autovalencia.

En relación a los pacientes postrados al final del 2009, el programa **PADI** tiene una población bajo control de 173 pacientes aproximadamente se estima un incremento de 10% a 20% para el 2010.

Se han logrado algunos avances como la incorporación de un quinto médico al equipo dejando abierta la posibilidad de incorporar otros profesionales o más horas de acuerdo a la demanda o realidad del Programa para el 2010, se cuenta con 11 horas de psicólogo para el PADI.

Se programa formalizar el cargo de 22 horas de técnico paramédico hasta el momento cubierto por horas extras de un técnico paramédico en horario de 17:20 a 19:20 hrs.

En el 2010 se contará ya con un vehículo de dedicación exclusiva para el Programa PADI.

Estas horas no incluyen las 2 horas extras que se dispone de vehículo en horario de extensión como apoyo al Programa.

Desde los otros ámbitos, nuestras prioridades están orientadas a fortalecer acciones hacia los adultos mayores en riesgo, mejorando el acceso a las prestaciones, tenemos una brecha en la tasa de consulta de este grupo, por tal razón nuestra propuesta para el 2010, es un conjunto de acciones, diseñadas a mejorar nuestra llegada a este grupo de pacientes, que no consulta, una de las alternativas es el programa **Yo Cuido a mi Vecino**, estrategia basada en una ampliación de nuestra red comunitaria a través de las agentes de salud, basados en este mismo sistema, se programa visita integrales por parte del equipo de salud, entre ellos.

Desde el punto de vista de participación comunitaria y dentro de los objetivos del programa cardiovascular, se plantea para el 2010 mantener los tres sectores de **actividad física** cardiovascular del área urbana (V. Dr. Sagre, Liceo S. Escutti y pobl. Corvi) y crear dos grupos nuevos, uno de ellos en el sector de El Sendero, el segundo por definir. En este punto también se considera mantener el programa de actividad física del **adulto mayor** que se realiza en la sede de la Saíd.

### 3. Diagnóstico precoz del cáncer

Entre los cánceres más frecuentes en la comuna de Quillota están:

<b>MUJERES</b>	<b>HOMBRES</b>
Vesícula	Gástrico
Útero	Próstata
Mama	Colon

Si diseñan estrategias de apoyo diagnóstico para la detección y tratamiento oportuno de ciertos cánceres que constituyen las primeras causas de Neoplasia y mortalidad en la comuna.

Muchas de las patologías o cánceres están incluidas en el GES, pero otros están fuera del rango de edad o no se consideran desde la sospecha, la idea es intervenir, en todos los ámbitos para poder tener un impacto sobre la incidencia y mortalidad de los mismos.

Para ello se propone:

- Optimizar toma de Endoscopia digestiva alta
- Detección de Helicobacter Pilory test inhalación.
- Ecotomografía oportuna y según norma.
- Mamografía oportuna según triage y toma antígeno prostático específico.
- 

En relación a los cánceres, el cáncer gástrico ha tenido una excelente respuesta por parte del Hospital San Martín de Quillota, debido a la toma oportuna de las endoscopias digestiva alta.

Se espera concretar proyecto de apoyo diagnóstico para la realización del test Holicobacter Pilory como método de Screaning.

El mismo proyecto contempla la realización de exámenes de sangre de antígeno prostático, como parte del proceso de diagnóstico oportuno de cáncer de próstata.

En relación al estudio de colelitiasis existe una brecha de 100 pacientes aproximadamente en espera de ecotomografía abdominal, como prioridad del 2010 se plantea la posibilidad de eliminar esta lista de espera aumentando el número de cupos de ecografía para absorber la totalidad de la demanda, sabiendo que en este tema se priorizan los grupos de edad de 35 a 49 años.

En relación al cáncer de útero y de mama todas las estrategias, están consideradas en el plan de acción del C.S. Silva Henrique.

En el caso cáncer de colon, se considera mejorar nuestro sistema de screening clínico y de derivación a colonoscopia a través de la red, lo mismo ocurre con el caso del Cáncer de Pulmón, cuya casuística también tiene relevancia en la estadísticas de cáncer.

#### **4. Disminuir complicaciones de patologías cardiovasculares.**

Las enfermedades Cardiovasculares, tienen un impacto importante en la Morbi-mortalidad de la población en general, uno de cada 4 fallecidos en Chile corresponde a una causa Cardiovascular.

Nuestro objetivo como comuna además de trabajar con los indicadores y metas de cobertura y compensación, es lograr la menor incidencia de complicaciones en los pacientes Cardiovasculares como son las amputaciones, las secuelas por AVE, IAM, Retinopatías, IRC entre otros, debido a que tienen un alto costo personal y familiar llevando a la invalidez y postración en muchos de los casos, potenciando las actividades educativas y actividades grupales orientadas a mejorar la adhesividad y corresponsabilidad de los pacientes.

Métodos que incluyen curación avanzada de heridas, tema en el cual tenemos una amplia y buena experiencia, oportunidad y cobertura en exámenes como fondo de ojo, electrocardiograma y todos los exámenes relacionados, con la toma oportuna de decisiones y conductas proactivas y preventivas en beneficio del usuario, para prevenir complicaciones cardiovasculares con secuelas.

Se optimizará, también, el cumplimiento de todos los protocolos y el apoyo de los medios diagnósticos y terapéuticos de mejor calidad para lograr los objetivos propuesto, incluida las reuniones técnicas, reuniones de médicos y las auditorias y seguimiento de casos.

Los principales desafíos y esfuerzos están destinados a prevenir y enfrentar patologías que disminuyen o afectan la calidad de vida llevando a muchos de los casos a la discapacidad, dolor, angustia, depresión, desesperanza y en otras situaciones a incrementar el ausentismo laboral, la disfunción o compromiso familiar y en el peor de los casos la muerte.

## **CENTRO DE SALUD CARDENAL RAUL SILVA HENRIQUEZ**

**MISIÓN:** Fortalecer las acciones preventivas y promocionales con un enfoque integral, tomando como base la familia

**MODELO DE GESTION:** Las actuales actividades de prevención y fomento de salud , tales como controles, consultas, tratamientos, entrevistas, visitas domiciliarias integrales, derivaciones a la red, actividades grupales etc, las aglutina en unidades vinculantes y las acuerda con las familias en un plan de intervención familiar.

### **LINEAMIENTOS PROGRAMATICOS:**

#### **UNIDADES DE INTERVENCIÓN:**

##### **1.- Unidad del niño y la niña.**

- a) **Línea primera infancia:** Objetivo; concretar la construcción e implementación de una sala de estimulación temprana, dirigida a preparar a las familias de gestantes y niños(as) para el desarrollo de la primera infancia y establecimiento de normas de crianza.
- b) **Línea manejo de la obesidad infantil:** Objetivo; Contribuir a detener el aumento de la obesidad infantil especialmente en los niños y niñas en etapa preescolar y escolar. Llevar el índice de obesidad infantil a un 9% mediante intervenciones efectivas e integrales, como las del programa PASAF y otros.

##### **2.- Unidad del y la adolescente.**

- a) **Línea mejoramiento de acceso a jóvenes:** Objetivo; Aumentar el nº de prestaciones dirigidas a jóvenes adolescentes, con énfasis en la salud mental, nutricional, bucal, sexual y reproductiva. Implementando días y horarios específicos de atención para este grupo objetivo.

##### **3.- Unidad del y la adulto.**

- a) **Línea promoción estilos de vida saludables:** Objetivo; Aumentar la oferta de prestaciones relacionadas con actividad física y alimentación saludable enfocadas a adultos y adultas beneficiarias de los programas de exámenes de salud preventivos

#### **4.- Unidad del adulto y adulta mayor**

- a) **Línea cuidados de la salud mental de adultos , adultas mayores y sus cuidadores:** Objetivo; desarrollar actividades familiares, comunitarias y territoriales enfocadas a entregar herramientas psicoeducativas en relación a las principales afecciones de salud mental que afectan a los adultos y adultas mayores, como son los trastornos afectivos y del ánimo.

#### **5.- Unidad de la Familia**

- a) **Línea de intervención familiar:** Objetivo; Aumentar el nº de intervenciones a familias con riesgo, provenientes de las distintas líneas sanitarias, especialmente a las clasificadas con riesgo moderado y severo. Realizando estudios de familias y diseñando e implementando consensuadamente con las familias, planes de salud integrales, gestionados en red

#### **6.- Unidad de Promoción y participación ciudadana**

- a) **Línea participación comunitaria:** Objetivo; consolidar la alianza estratégica con la unión comunal de juntas de vecinos, a través de los consejos consultivos para concretar la construcción de 1 Cecof en el sector Condell Oriente de nuestra ciudad, mejorando el acceso de este sector, al sistema sanitario municipal de la comuna

## **FAMILIA**

### **UNIDAD DE LA FAMILIA**

La familia constituye en la actualidad el eje central de las políticas públicas nacionales y locales, creándose un consenso acerca de la importancia fundamental que ella tiene para el avance hacia un país más desarrollado.

El trabajo a desarrollar, requiere indispensablemente del enfoque familiar, el que debe estar nutrido por las perspectivas de las diferentes disciplinas que amplían el foco de observación para poder llegar a percibir la real dimensión del trabajo con familias.

### **CAMBIOS EN LA FAMILIA CHILENA**

La familia chilena a través de los años ha sufrido cambios como:

**Tendencia a la nuclearización:** La familia nuclear, constituida por la pareja adulta con o sin hijos, alcanza al 61,3% y la familia extensa, al 23,6%. En tres décadas se ha producido un cambio radical donde las familias extensas eran el 64% y las nucleares sólo el 30%.

**Disminución del número de hijos:** De 5.3 hijos como tasa global de fecundidad en la década del 60 se ha reducido a sólo 2.7 hijos en la actualidad

**Aumento de los hijos nacidos fuera del matrimonio:** Según el informe de la Comisión Nacional de la Familia, en 20 años (1970 a 1990) se ha duplicado el porcentaje de hijos nacidos fuera del matrimonio

**Aumento de hogares monoparentales a cargo de la mujer:** Este tipo de hogares ascienden al 34,3%, según la encuesta CASEN 1998.

**Aumento del embarazo adolescente:** En la actualidad asciende al 20% aproximadamente a nivel nacional, cifra similar a la de nuestra comuna el año 2009.

**Creciente participación laboral de la mujer:** La incorporación de la mujer a las actividades laborales remuneradas ha ido en aumento alcanzando alrededor del 38,8% de la fuerza laboral nacional, determinando aquello una sobrecarga para la mujer que debe incorporar una nueva actividad generando un doble rol.

**Cambios en los roles tradicionales del hombre dentro de la familia:** Esto se evidencia en familias jóvenes, donde cada vez más el hombre asume tareas que históricamente eran consideradas dentro del rol femenino, como el cuidado de los hijos y las labores del hogar.

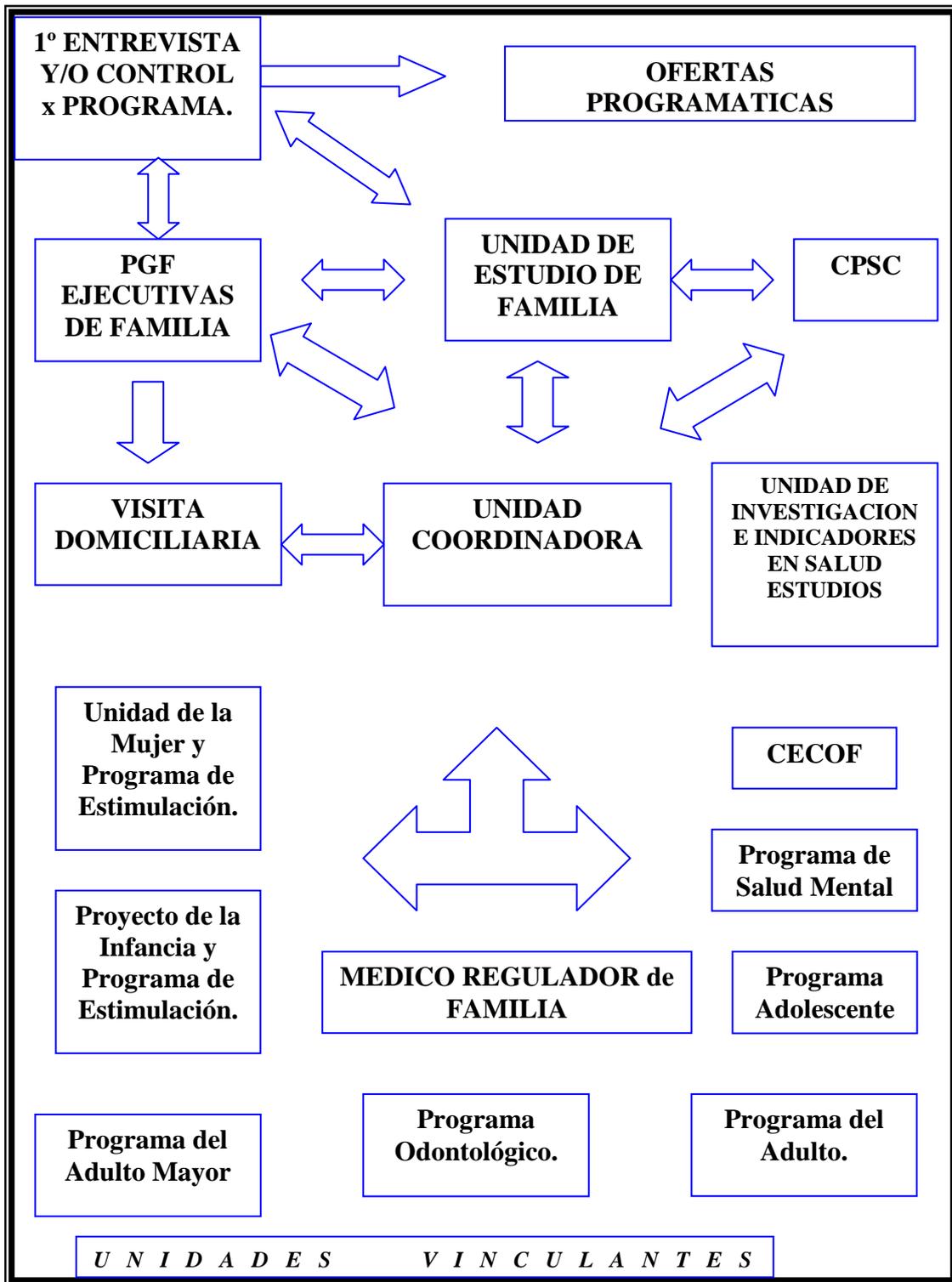
**Envejecimiento de la población:** Como resultado de las mayores expectativas de vida

Creciente incorporación a la vida familiar de los medios de comunicación y nuevas tecnologías: Este factor determina una nueva gama de posibilidades de ocupación del tiempo libre familiar y al acceso de la familia a la información.

Aumento de la diversidad familiar: Surge de la mayor apertura social a las uniones conyugales desde la posibilidad de la reconstitución de las familias luego de un divorcio, separación de hecho, la convivencia, uniones homosexuales etc.

## **ESQUEMA DE ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE ATENCION FAMILIAR**

El Centro de Salud Cardenal Raúl Silva Henríquez aborda temáticas de prevención y promoción de la salud, a través del funcionamiento de unidades que se vinculan entre sí para brindar una atención con enfoque familiar a través de todo el ciclo vital familiar. Estas se relacionan a través de la Unidad de la Familia, la que viene a ser el motor de la relación usuarios/as y el sistema asistencial.

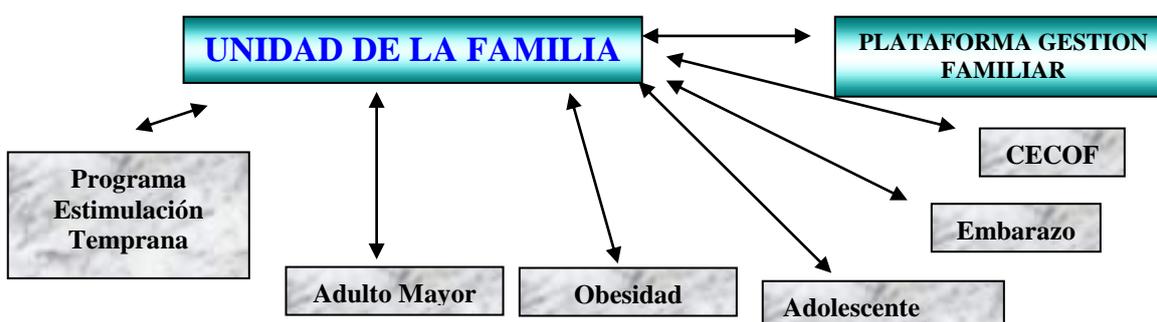


## UNIDAD DE LA FAMILIA

La unidad de la familia fue definida como la entidad técnico-administrativa destinada a acoger, evaluar y conectar a las familias y sus integrantes al sistema de salud de APS de Quillota.

Fue formada en el momento de inicio del cambio de modelo del sistema de salud de Quillota durante el mes de agosto del año 2003.

La Unidad de la Familia organiza sus acciones a través del ingreso a ella de los casos derivados desde las 6 líneas de prioridades sanitarias locales, como se muestra en el siguiente esquema:



Cada una de estas familias ingresadas es analizada por el equipo de trabajo, generando en conjunto con ellas el plan de salud familiar, cuya evaluación periódica permite su continuidad o cambio según corresponda.

## FUNCIONAMIENTO DE LA UNIDAD DE LA FAMILIA.

El objetivo central de esta unidad es la generación de planes de salud familiar, constituidos por una propuesta de un conjunto de prestaciones otorgadas o coordinadas por la atención primaria y sus redes, que se presenta a la familia, después de su análisis por parte del equipo de salud con la correspondiente aplicación del estudio de familia, para su aprobación o rechazo parcial o total. Pone énfasis en el autocuidado en salud mediante la promoción y prevención y está destinado a orientar la familia hacia un mejor estado de equilibrio en salud, favoreciendo así la corresponsabilidad de las familias en el cuidado de sus integrantes.

La Unidad de la Familia realiza un trabajo coordinado con la Plataforma de Gestión Familiar, que es una unidad administrativa del sistema comunal de salud de Quillota, cuya finalidad es ser el nexo entre las familias usuarias y los centros de salud de la comuna, siendo su referente de acción la humanización de la atención de salud, el rescate de eventos familiares no captados por la APS y el rescate de eventos saludables.

**PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO DE LA UNIDAD DE LA UNIDAD DE LA FAMILIA DEL CENTRO DE SALUD CARDENAL RAUL SILVA HENRIQUEZ**

**OBJETIVO GENERAL.**

“Fortalecer el modelo de intervención preventivo promocional del Centro de Salud Cardenal Raúl Silva Henríquez, a través de la Unidad de la Familia, para una intervención preventivo promocional, que aborde todo el ciclo de vida de los/as usuarios/as del sistema de APS, desarrollando estrategias oportunas e innovadoras, con una perspectiva familiar.”

**OBJETIVOS ESPECIFICOS.**

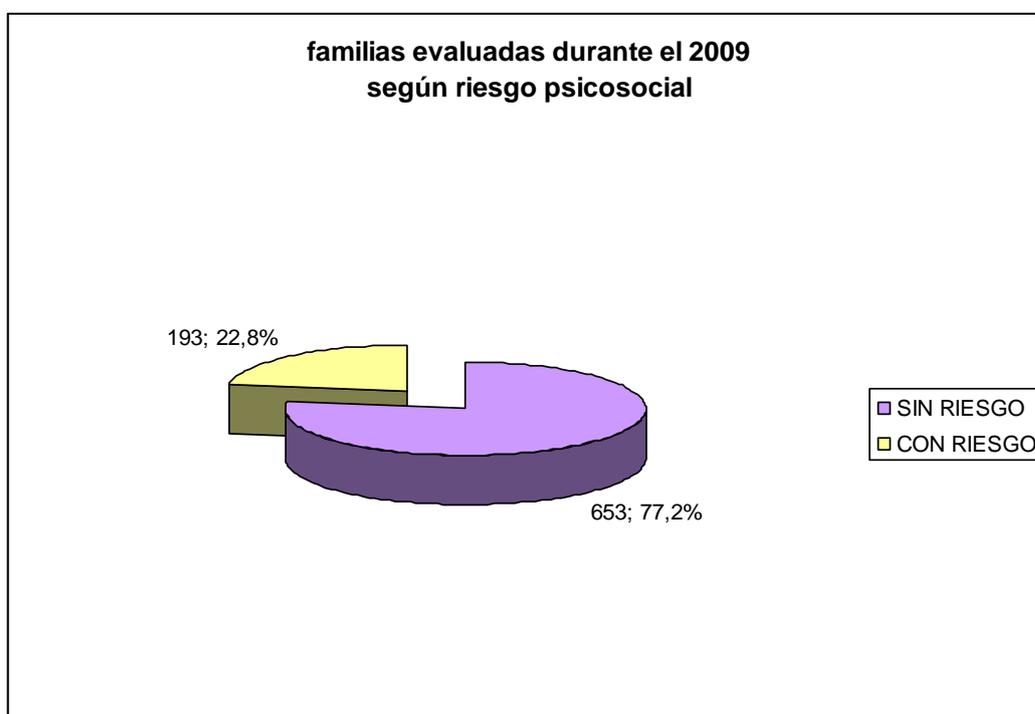
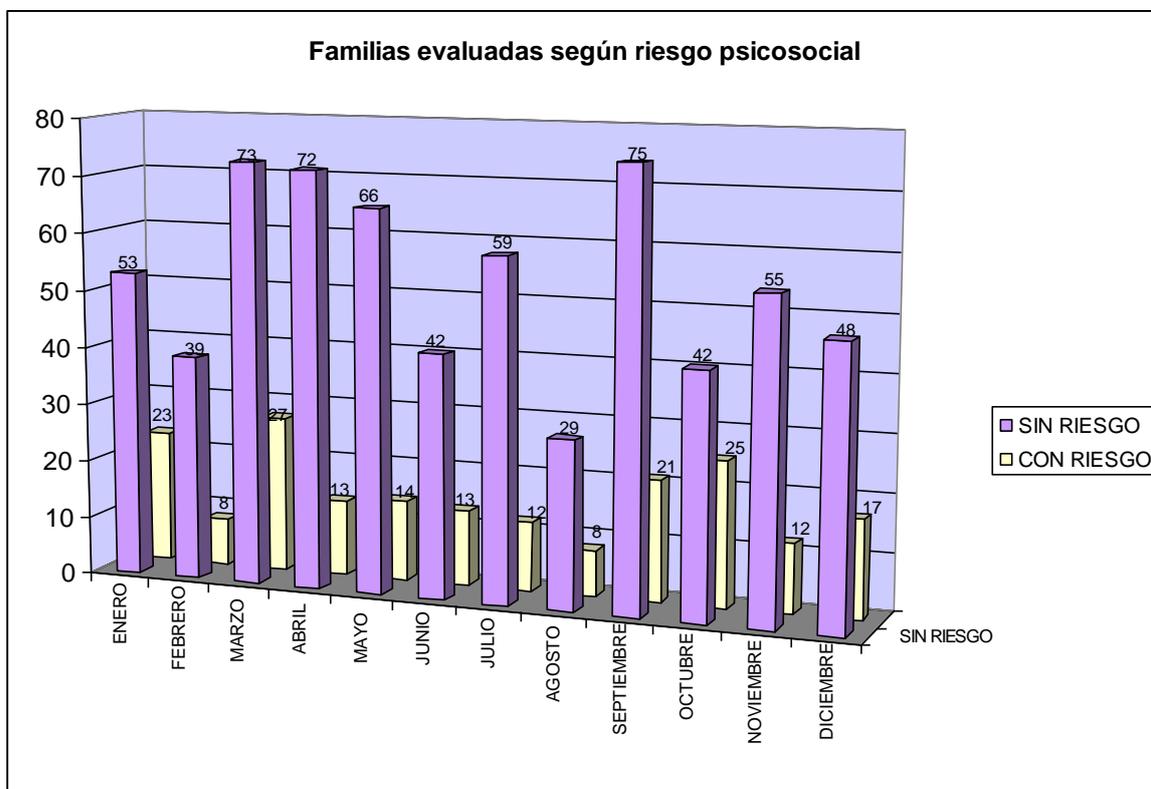
Desarrollar una estrategia de intervención técnico/administrativa, que vincule y coordina a las diversas estructuras existentes en la Unidad de la Familia.

Fortalecer la oferta programática del Centro de Salud Silva Henríquez, para dar continuidad en la atención preventiva/promocional, con enfoque familiar que este entrega a la población beneficiaria.

Las actividades que esta unidad realizó durante el 2009 fueron:

Actividades	Resultados 2009
Entrevista familiar	895
Reuniones de Estudio de Familias	24
Diagnóstico Familiar	895
Desarrollar y proponer los Planes de salud Familiares	895
Coordinación con Plataforma de Gestión Familiar y Red Protege	895

Durante el año 2009 ingresaron **895** Familias a la Unidad de la Familia, lo que representan un incremento del 32,6%. Con respecto del 2008.



## **PROGRAMA DE ESTIMULACION TEMPRANA CENTRO DE SALUD RAUL SILVA HENRIQUEZ**

### **FUNDAMENTACION TEORICA**

Estimulación temprana es el conjunto de acciones y técnicas que promueven, previenen y favorecen el desarrollo integral de los niños y niñas.

Consideramos que para lograr la estimulación del desarrollo integral del individuo, es necesario abordarla desde el período prenatal, puesto que en esta etapa ocurre un importante proceso de maduración del sistema nervioso central (app desde el séptimo mes de gestación en adelante). Además, es importante que la madre pueda tener una preparación, autocuidado y bienestar que potencie un sano desarrollo del niño/a durante el período gestacional. Por otro lado, creemos que es necesario ampliar las prestaciones de salud, considerando las necesidades emocionales que surgen como consecuencia de embarazos no deseados, abandono de la pareja, embarazo adolescente, impacto e influencia en las relaciones familiares por embarazos no planificados, patologías durante el embarazo y gestaciones de alto riesgo obstétrico, en estos casos nuestra función es acompañar, contener y resignificar el proceso por el cual atraviesan. Sensibilizar a las madres en relación a lo que significa la estimulación temprana, de modo que puedan darle la importancia que tiene en la crianza de su hijo, dentro de un marco de vinculación afectiva adecuada, entendiendo que la estimulación temprana no es un conjunto de actividades y ejercicios que se repiten en forma automática.

Dentro del conjunto de acciones definidas para la estimulación temprana, se consideran actividades informativas complementarias, que tienen por objeto proporcionar la mayor cantidad de información posible acerca del embarazo en todos sus aspectos (nutrición, derechos legales, vínculo, desarrollo embrionario, trabajo de parto, etc.)

Después del período gestacional, la estimulación temprana continúa con los recién nacidos y sus familias, las acciones se orientan a fortalecer vínculos adecuados, estimular el desarrollo sensomotriz, cognitivo, del lenguaje, emocional y social de los niños/as para que puedan participar en la vida de una manera activa, creativa e independiente.

### **METODOLOGIA**

**Programa de estimulación prenatal:** Las mujeres que ingresan al programa son derivadas desde el ingreso integral de embarazadas (entrevista realizada por la asistente social) y/o derivadas desde el control de embarazo (realizado por matronas), allí reciben una invitación para asistir al **Taller de ingreso**, actividad informativa y de acogida para las madres y sus acompañantes. Esta actividad responde a los objetivos de recoger información y antecedentes proporcionados por las propias mujeres, consignar

necesidades, inquietudes, preocupaciones y expectativas de las familias. Proporcionar información en relación a horarios, actividades y objetivos que persigue el programa de estimulación temprana. En este taller, se informa acerca de un nuevo concepto de salud, el cual abarca nuevas prestaciones y tiene un enfoque más amplio, integrando a la familia con un rol activo y participativo en el desarrollo integral de sus hijos.

Regularmente, una vez a la semana, se realizan los siguientes talleres:

**Taller de manualidades:** actividad en que las madres participan a lo menos tres veces durante el período de gestación y que se orienta a distintos objetivos; dedicación de un tiempo exclusivo para el bebé en gestación a través de la elaboración de un objeto de bienvenida, el cual es elegido libremente por las madres, apoyo de madre a madre; objetivo que se cumple por la posibilidad de interacción e intercambio de experiencias que potencia el espacio y ambiente del taller, elaboración de elementos que se utilizan durante el trabajo de parto y que se encuentran coordinados con la maternidad del Hospital San Martín de Quillota, elaboración de objetos para la estimulación de los niños; cojín de lactancia y láminas de estimulación visual entre otros. Dentro de los objetivos es importante mencionar, que la actividad se ha prestado para recoger antecedentes importantes en relación al estado emocional y problemas personales que las mujeres exponen espontáneamente y que facilitan la derivación oportuna a otros profesionales, la contención de las madres y el seguimiento de diversas situaciones.

Durante el período gestacional, se realizan además **talleres complementarios**, que se planifican con una frecuencia de uno al mes. Estos talleres son;

- Vínculo y apego, Taller del nombre, depresión post-paro y cambios en la pareja (a cargo de psicólogo).
- Cambios físicos y emocionales en el embarazo, trabajo de parto (a cargo de matronas).
- Beneficios y derechos legales de la mujer en período de gestación (a cargo de asistente social).
- Alimentación saludable, fomento de la lactancia y técnicas de amamantamiento (a cargo de nutricionista).
- Cuidados del recién nacido (a cargo de enfermeras).

Por último, se realizan otras dos actividades:

- **Visita a la maternidad del hospital;** actividad que se realiza cada quince días en coordinación con la maternidad del Hospital San Martín de Quillota. Asisten las mujeres que se encuentran en el tercer trimestre del embarazo.
- **Baby shower;** actividad de cierre de ciclo, realizada cada cuatro meses aproximadamente.

## RESULTADOS OBTENIDOS

En la estimulación prenatal, los resultados obtenidos son posibles de analizar desde tres perspectivas distintas:

- **Desde los usuarios;** se han recibido buenas evaluaciones en relación a: que los talleres favorecen un vínculo y apego positivo con los bebés, bienestar personal, como también en lo que respecta al desarrollo de los talleres en cuanto a estructura, tiempo de duración, frecuencia y relación de los participantes con los monitores. En general, la gente se muestra agradecida y sorprendida por el programa. Esta información se recoge a través de testimonios hechos por los usuarios y a través de un instrumento (encuesta a través de completación de frases) elaborado por el equipo y que evalúa: vínculo y apego, bienestar personal y desarrollo de los talleres. No obstante, lo anterior existe un porcentaje de las familias ingresadas, que no permanecen en el programa de manera constante, entre los factores causales hemos detectado; madres estudiantes de enseñanza básica o media, problemas relacionados con horarios y jornadas laborales, cuidado de otros hijos, indicaciones de reposo por complicaciones. En el caso de madres que trabajan, se han consignado algunos casos en los cuales la mujer ingresa tempranamente en su gestación, pero se reintegra regularmente a partir del inicio del permiso prenatal.
- **Desde la maternidad del Hospital de Quillota,** hemos recibido permanentemente retroalimentaciones positivas del trabajo realizado, las cuales se ven reflejadas en el momento del parto por una mayor capacidad de autocontrol, lo que influye en la posibilidad de vivir el parto como una experiencia satisfactoria. .

Cabe mencionar, que el personal de la maternidad del hospital asiste a capacitaciones realizadas por el equipo de estimulación, realizadas en el centro de salud y en el hospital.

**Desde nuestro punto de vista,** la estimulación temprana prenatal ha respondido principalmente a una necesidad de atención de mayor cercanía, considerando aspectos de índole emocional y afectiva, de información e interacción necesarias para lograr el bienestar personal y favorecer el autocuidado de las madres. Además, todo lo anterior facilita el compromiso de las madres y de las familias con la estimulación y el cuidado de los niños.

**Programa de estimulación para los niños:** Los niños que ingresan son hijos de madres que han participado en el programa de estimulación temprana prenatal o son derivados por las enfermeras en el control de niño sano.

Los talleres están estructurados de acuerdo a etapas de desarrollo y organizados por trimestres. En ellos se realizan actividades de: masajes corporales, estimulación musical, estimulación sensoriomotriz, del lenguaje y vínculo afectivo. Se enfatiza la importancia de continuar con lo aprendido en el hogar para el logro de los objetivos, como también en la importancia de replicar lo aprendido a los demás integrantes de la familia.

Taller del tercer mes; actividad que persigue atender al cien por ciento de los niños de tres meses de edad, quienes son derivados por las enfermeras.

En los talleres participan además, enfermeras que realizan talleres de cuidados de los niños y evaluación del desarrollo psicomotor, aspecto en el que intervienen enfermeras y kinesiólogas una vez al mes.

## **RESULTADOS OBTENIDOS**

- **Evaluación por parte de los usuarios:** a través de la aplicación de un instrumento elaborado por el equipo, se ha recogido información en relación a desarrollo de los talleres, logro de los objetivos desde la visión de las familias. Los resultados obtenidos señalan buenos resultados con respecto al funcionamiento, buena empatía con los monitores del grupo y la percepción de las actividades como algo positivo en el desarrollo de los niños y en el apoyo a la crianza, como también en el apoyo que se da entre las madres. En el aspecto negativo, las madres solicitan atención más personalizada al cien por ciento de los niños, lo cual por razones de tiempo no siempre es posible.
- **Evaluación desde nuestra perspectiva:** los resultados obtenidos nos permiten informar niveles satisfactorios de logros en lo que respecta al interés de las madres por aprender y poner en práctica las actividades de estimulación para sus hijos. Preocupación y compromiso cuando notan diferencias o desviaciones en relación a lo que se espera, búsqueda de ayuda e información frente a diversas situaciones, cercanía para aportar antecedentes e informar para realizar seguimientos. Se observan muy buenos resultados en lo que respecta a vínculo y apego. También se obtienen resultados positivos en relación al apoyo de madre a madre.

En la observación del trabajo, es posible detectar diversas situaciones que requieren atención de otros profesionales y que han sido derivados oportunamente, por ejemplo derivaciones a médicos, psicólogo, asistente social, etc. Situaciones que hasta el momento han sido aisladas, sin embargo, nos encontramos con mayor frecuencia frente a problemas en el vínculo y que por lo general, corresponden a madres que no han participado en el programa de estimulación temprana prenatal.

## **CONCLUSIONES**

El acompañamiento de las madres durante el período gestacional, favorece el desarrollo de un vínculo y apego adecuado con los hijos, así como un mayor bienestar y seguridad personal, creando redes de apoyo y aspectos resilientes para afrontar situaciones de cambio.

Acompañar y guiar a las madres durante la crianza de sus hijos, favorece un mejor desarrollo en ellos en todos los aspectos y potencia en la madres un rol más activo y comprometido en el cuidado de sus hijos.

El trabajo coordinado entre el nivel primario y terciario, tiene facilita significativamente el éxito en los objetivos propuestos.

Es necesario seguir trabajando en la integración del Programa de Estimulación Temprana con el resto de las actividades del centro de salud, para potenciarlo de mejor manera.

## PROGRAMA DE OBESIDAD INFANTIL

### DETERMINACIÓN DE PERFIL DE RIESGO CARDIOVASCULAR DE NIÑOS OBESOS DE LA COMUNA DE QUILLOTA

#### \*. Departamento de Salud I. Municipalidad de Quillota

##### Antecedentes

La obesidad en infantes menores de seis años atendidos en el sistema público se ha mantenido estable en los últimos años. Si bien, no se observa un descenso de la prevalencia, como establecen las metas para el 2010, es importante destacar que al menos ésta no ha aumentado, como si ocurrió entre 1994 y 1999.(a) La meta planteada por el MINSAL para obesidad en niños menores de 6 años se formuló en base a los datos proporcionados por JUNJI: esto es bajar de 10% a 7%; sin embargo se observa a la mitad del período una tendencia a la estabilización de la obesidad en un 10 %. La obesidad infantil se ha convertido en pandemia, y se asocia con el incremento de la prevalencia de diabetes tipo 2 en niños y adolescentes.

Esta prevalencia aumenta en los escolares de primer año básico, alcanzando un 18,5 % el año 2005.(b) En adolescentes la situación no es distinta de un 12 % a principio de los 90 a un 32,6 % en el 2004.

En la comuna de Quillota nuestros resultados preliminares reflejan datos sobre la media nacional, se evaluaron 1454 niños entre 6 y 7 años de los colegios privados, subvencionados y de la corporación municipal, dando como resultado que el 25.24% de estos presentan Obesidad evaluada por percentil IMC >p95. Un niño obeso tiene mayor probabilidad de llegar a ser un adulto obeso (c), situación que favorece y acelera la presentación de enfermedades crónicas no transmisibles (d), como la diabetes mellitus tipo 2 (DM 2), las dislipidemias y la hipertensión arterial (HTA), componentes del síndrome metabólico.

Por las razones anteriormente expuestas, y tomando las prioridades del municipio y del Departamento de Salud de la comuna, es fundamental generar las bases de un estudio integral que permita dar los fundamentos para una intervención integral en esta área.

Así se definió elaborar un

**“DIAGNOSTICO INTEGRAL SOBRE SITUACION DE OBESIDAD EN ESCOLARES DE PRIMER y SEGUNDO BASICO DE ESTABLECIMIENTOS EDUCACIONALES MUNICIPALES y SUBVENCIONADOS DE LA COMUNA DE QUILLOTA.”.**

## Perfil de riesgo cardiovascular de niños/as.

### Metodología

Estudio transversal que incluye una muestra de 120 niños obesos, determinados por IMC  $>p95$  del referente CDC-NCHS de ambos sexos, 70 mujeres y 50 hombres, entre 7 y 9 años, se estimara condición de prepúber y púber se utilizando los 5 estadios de Tanner, considerando el desarrollo mamario en la mujer y el genital en el varón y calificando como prepúberes a los niños en etapa 1 de Tanner. Estos niños son alumnos de los establecimientos del departamento de educación de la corporación municipal de Quillota.

Se considera una muestra de 80 niños eutróficos con índice de masa corporal (IMC) entre el p10 y p85 del mismo rango de edad, 50 mujeres y 30 hombres.

En todos los niños se evaluará la glicemia e insulinemia basal, valores plasmáticos de LDL, HDL y triglicéridos para evaluación del perfil lipídico se utilizarán las recomendaciones del Comité de Nutrición de la Academia Americana de Pediatría. También se considerarán los valores plasmáticos de Proteína C Reactiva (PCR) y valores de microalbuminuria, para esto se extraerán 5 ml de sangre venosa en ayunas. La Presión arterial sistólica y diastólica se registrará utilizando la metodología estandarizada por el Second task force sobre control de presión arterial en niños del National Heart, Lung and Blood Institut.

Para la determinación de la Sensibilidad Insulinica se utilizará ecuación  $HOMA = [(Glicemia\ ayunas\ en\ mg/dl/18) \times (Insulinemia\ ayunas\ en\ (U/ml)]/22,5$ , y se evaluará de acuerdo a criterios de la Asociación Americana de Diabetes. El diagnóstico de síndrome metabólico se realizará de acuerdo a definición de Cook y De Ferrantis, que plantean diagnóstico con 3 o mas factores de riesgo asociados

Para el cálculo de tamaño muestral se toma en cuenta fundamentalmente valores de referencia bibliográfica de Insulinemia basal, esta se ha planteado como significativa en variaciones de 10 U $\mu$ g/dl entre grupo de obesos y eutróficos. Además se considera  $\alpha=0.05$ , un poder estadístico  $1-\beta$ , igual el 90%.

Se utilizará Mann Withney para comparar los promedios entre 2 grupos y por tablas de contingencia simple. Se estableció un  $p < 0,05$ , el punto de corte para la significancia estadística.

## Resultados

Exámenes	Normopeso	Obesos	
	Promedio. DS	Promedio. DS	P<0.005
Glicemia	85.68 +/- 4.22	95.66+/-4.24	0.0001*
Colesterol total	148.6 +/- 68	150.5 +/-33.46	0.85
HDL	53.41 +/- 14.96	52.21 +/- 12.42	0.5094
LDL	70.23 +/- 21.43	80.88 +/-22.3	0.001*
TG	82.15 +/-26.73	108.54 +/- 49.36	0.005*
PCR	1.67 +/-1.2	2.42+/-1.56	0.005*
Microalbuminuria	9.76 +/- 5.63	9.92 +/- 5.05	0.3276
Insulina Basal	9.82 +/- 6.27	14.3 +/- 7.3	0.0454*

## Conclusión

Existe un perfil de riesgo cardiovascular en el grupo de niños obesos caracterizado por mayor insulinemia en sangre de tal forma de compensar el aumento de glicemia en sangre, PCR alta lo que indicaría manifestaciones de inflamación sistémica sub clínicas, LDL significativamente mayor en el grupo obeso acompañado del mismo fenómeno respecto de triglicéridos. Esto hace absolutamente necesario iniciar un abordaje integral, sobre esta población de riesgo.

## METODOLOGIA:

### Perfil sociofamiliar y caracterización estructural de las Familias.

## RESULTADOS PRELIMINARES:

### 4.1 Perfil sociofamiliar y caracterización estructural de las Familias.

El perfil sociofamiliar-nutricional, incluye caracterización por tipo de familia, ingresos familiares, estado nutricional de la madre, peso al nacer del niño y lactancia materna.

Considerando 156 encuestas aplicadas, los resultados preliminares generan el siguiente **perfil sociofamiliar -nutricional:**

Del total de encuestas aplicadas un 55,9% de los niños pertenecen a familias biparentales.

Del total de encuestas aplicadas un 52% de las familias presenta ingresos inferiores a \$144.000 mensuales.

Del total de encuestas aplicadas un 47.8% de las madres de los niños presenta malnutrición por exceso.

Del total de encuestas aplicadas el 45,2% de las madres señala que entrego lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y que el 46.8% de los niños/as peso más de 4 kilos al nacer.

Respecto a la **caracterización estructural de las familias**, mediante la aplicación de la escala de autoreporte FACES III, Se considero tres dimensiones identificadas como consistentemente descriptivas de las estructuras familiares: cohesión, flexibilidad y comunicación. Por cohesión se entiende la expresión del conjunto de vínculos emocionales existentes entre los miembros de la familia. La flexibilidad es definida como la capacidad de generar cambios inherentes a los requerimientos adaptativos del sistema familiar en los aspectos estructurales de liderazgo, relaciones de rol y reglas.

Del total de encuestas realizadas, los resultados preliminares obtenidos son los siguientes:

**NIVEL DE ADAPTABILIDAD**, las familias se encuentra ubicadas en la categoría de Estructurada (78%), categoría que da cuenta de niveles balanceados de adaptabilidad a los cambios.

**NIVEL DE COHESION**, respecto a los niveles de cohesión las familias se agrupan en categorías:

Conectadas, 41%

Aglutinadas; 52%

- **CONECTADA**: Nivel intermedio de cohesión familiar. Se caracteriza por la cercanía emocional, las interacciones afectivas son alentadas y preferidas, la lealtad familiar es esperada, el interés se focaliza en la familia, se enfatiza la interrelación pero se permite la distancia personal, la necesidad de separación es respetada, pero no valorada, los límites entre los subsistemas son claros, los amigos individuales y preferencias se comparten.
- **AGLUTINADA**: Se caracteriza por el involucramiento, dependencia de sus miembros, expresada con alta reactividad emocional, interés focalizado en la familia, hay coaliciones parento filiales.

A fin de generar el perfil sociofamiliar, se aplico encuesta breve de caracterización socioeconómica – nutricional.

La caracterización estructural de las familias participantes del estudio se realizó con el modelo de auto-informe, versión, conocida como FACES III (*Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale*, Escala de Evaluación de la Adaptabilidad y Cohesión Familiar, Olson, 1986), que permitió una valoración rápida y empírica de los dos ejes.

## **CONCLUSIÓN**

Considerando los resultados preliminares del estudio, los cuales generan un perfil sociofamiliar y de riesgo cardiovascular de los niños, podemos señalar:

Respecto al perfil sociofamiliar, el mayor porcentaje de familias se encuentra constituida por ambos padres, con ingresos inferiores al mínimo mensual, lo que genera que la canasta familiar del grupo se reduzca a hidratos de carbono simples y complejos y la elección de ácidos grasos de tipo saturados, disminuyendo así, la adquisición de alimentos ricos en proteínas y fibras. Otro dato relevante del estudio, nos da cuenta que un alto porcentaje de niños recibe el beneficio de alimentación de la JUNAEB, (desayuno-almuerzo), siendo repetidos además en sus hogares-

El estado nutricional de las madres se concentra mayormente en un estado de malnutrición por exceso, siendo el referente más cercano de los niños en cuanto a hábitos alimentarios y factor genético.

La estructura familiar, se caracteriza por presentar niveles balanceados de adaptabilidad y cohesión, lo que da la posibilidad de incorporarla en las estrategias de mejora de hábitos alimentarios y fomento del vínculo y participación escolar.

Para ello durante el año 2009 se ha trabajado en la planificación de un proyecto integral de intervención a la obesidad en la comuna de Quillota para el año 2011 en conjunto con CREAS, Universidad de Valparaíso, Ilustre Municipalidad de Quillota a través del departamento de salud y educación.

## Unidad del Niño – Niña

### Misión

Fortalecer las acciones preventivas y promocionales con un enfoque integral, tomando como base la familia, a través de un **MODELO DE GESTION** donde “las actuales actividades de prevención y fomento de salud, tales como controles, consultas, visita domiciliarias, talleres, campañas de vacunación tratamientos, entrevistas, coordinación intra – extra sistema, reuniones clínicas, con el fin de entregarle a los niñ@s y sus familias mejores oportunidades para su desarrollo biopsicosocial

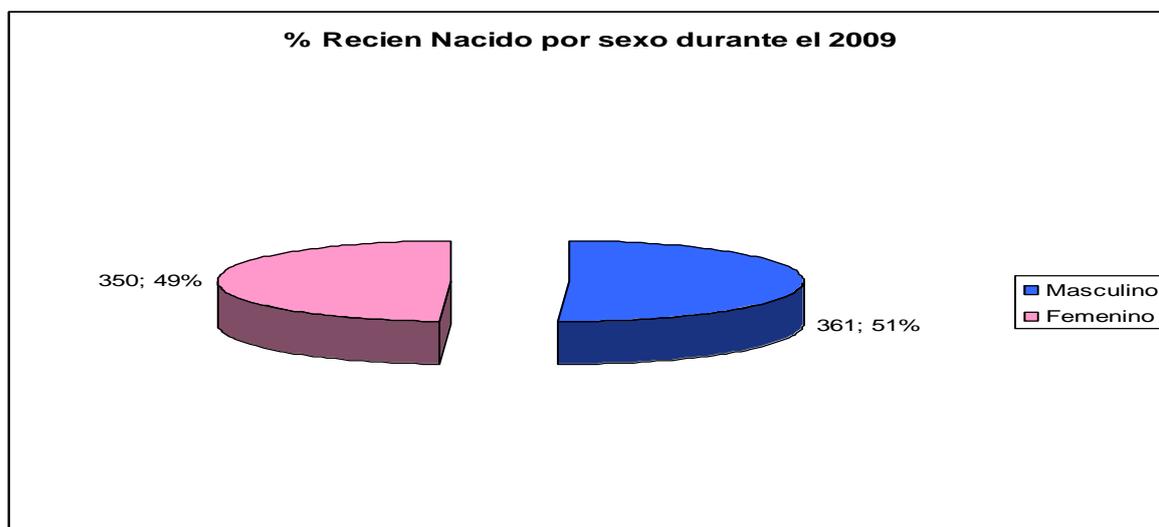
### Objetivos General

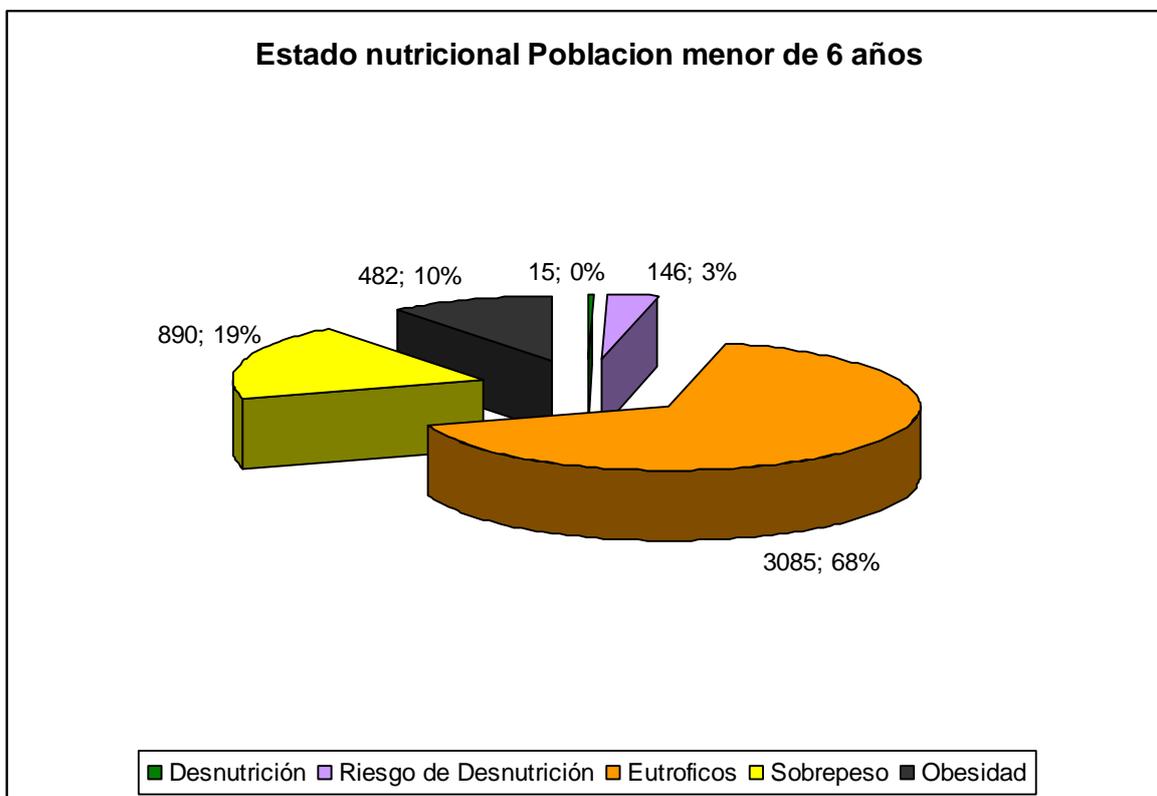
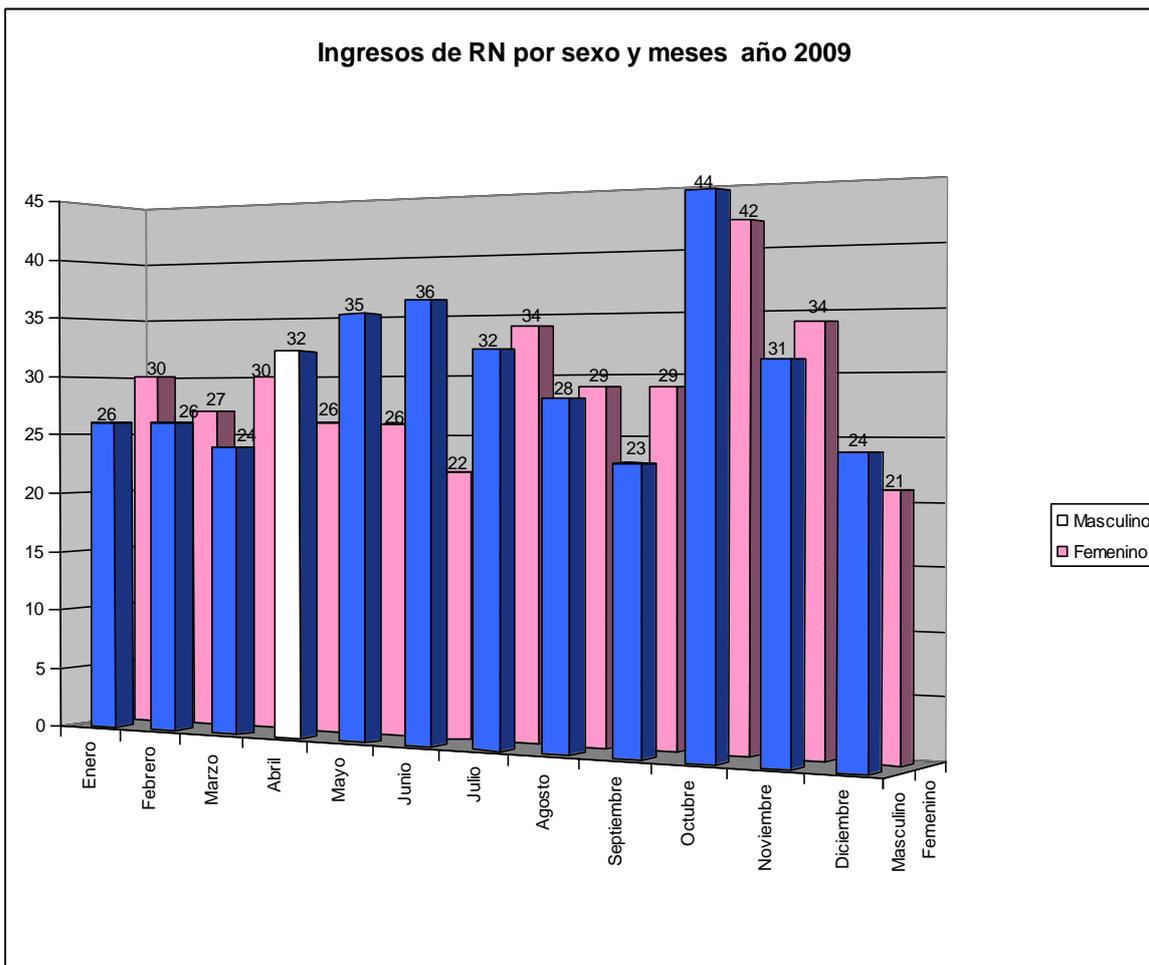
Realizar prestaciones de atención con un enfoque biopsicosocial a los niñ@s y sus familias inscritas en nuestro Centro de Salud.

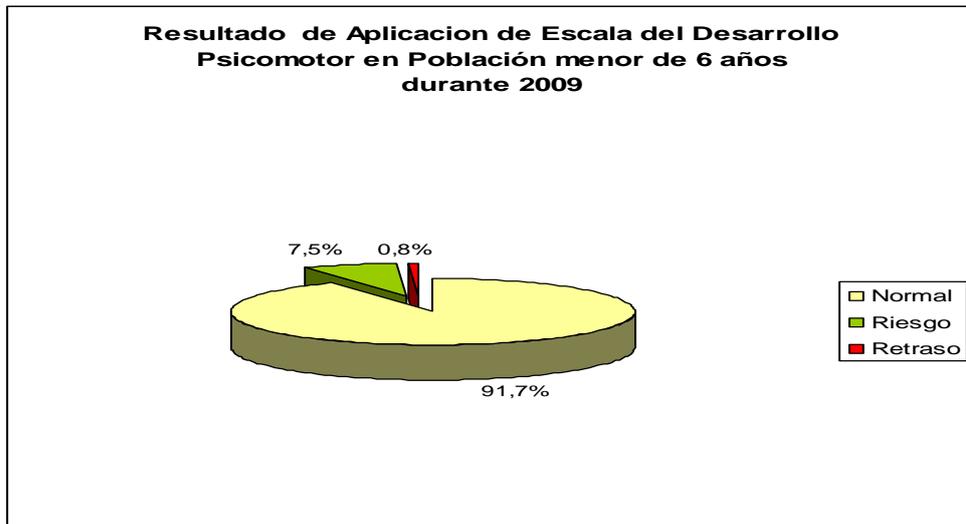
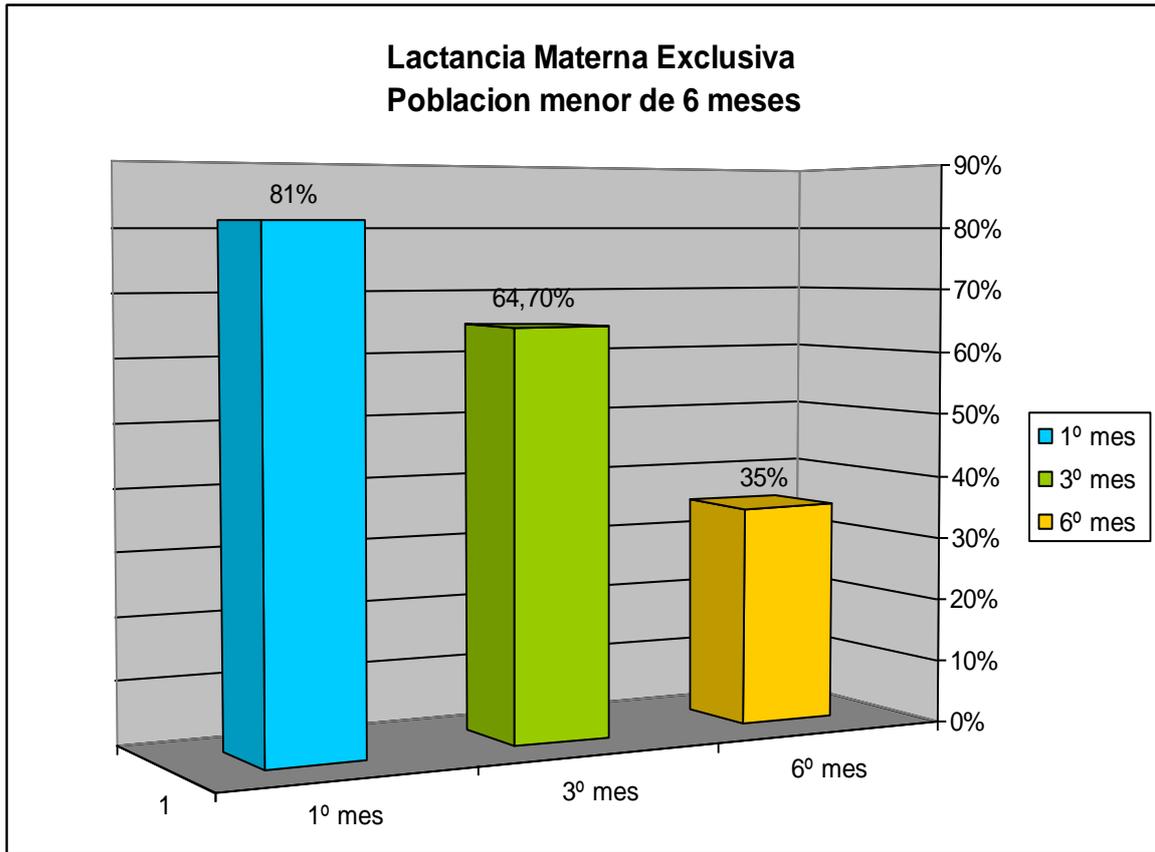
### Objetivos Específicos

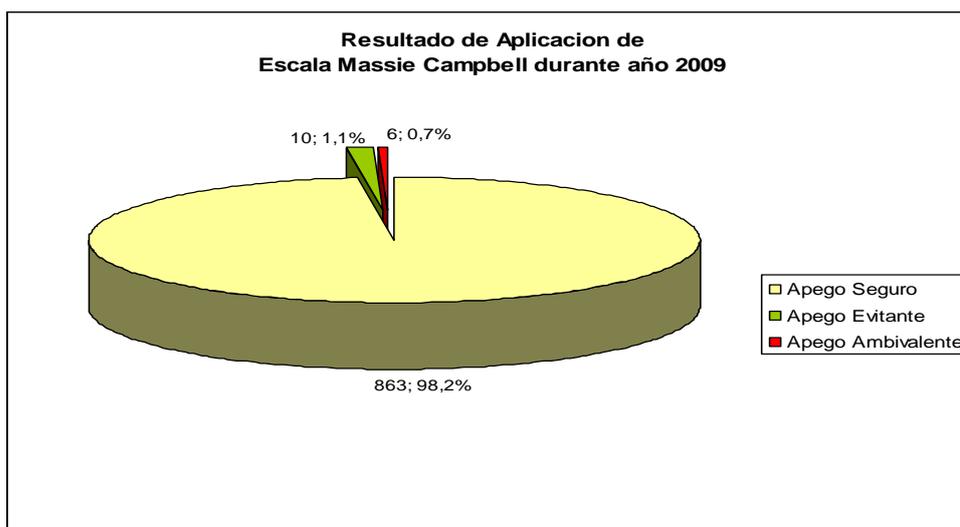
- Prevenir y detectar rezagos precozmente , con el fin de desplegar las acciones necesarias para su intervención.
- .- Prevención de enfermedades infecto contagiosas prevenibles por PNI.
- .- Prevenir e intervenir la mal-nutrición por exceso o déficit en el grupo infanto-juvenil de nuestro Centro de Salud.
- .- Contribuir a la estimulación temprana en todos los niñ@s bajo control

### Indicadores de resultados de Unidad del niño y la niña durante el 2009









### Aplicación de Instrumentos de evaluación

Escalas	Total	28 días – 5 meses	6-11 meses	12 – 23 meses	2- 5 años
Pauta Breve	2053	489	-	990	574
Protocolo neurosensorial	723	723			
Escala de Edimburgo	1233	754	479		
Escala de Massie Campbell	879	590		298	
Escala de EDDP	1367		617	718	32

## UNIDAD DE ADOLESCENCIA

### INTRODUCCION

La adolescencia es un fenómeno cultural y social y por lo tanto sus límites no se asocian fácilmente a características físicas. La palabra deriva del significado latino del verbo adolescere, "crecer." El tiempo se identifica con cambios dramáticos ocurridos en el cuerpo, junto con progresos en la psicología y la carrera académica de una persona. En el inicio de la adolescencia, los niños terminan la escuela primaria y se incorporan generalmente a la educación secundaria, tal como la escuela media<sup>1</sup>.

En términos poblacionales los adolescentes en Chile, de acuerdo al Censo del 2002, son 2.702.541, de los cuales 1.325.464 son mujeres y 1.377.077 son hombres. A nivel comunal existen 14.127 adolescentes, en una relación porcentual de 51.99% de hombres (7.345) y 48.01% de mujeres (6.782), manteniendo la diferencia observada en el país.

<sup>1</sup> <http://es.wikipedia.org/wiki/Adolescencia>

En términos generales, el período de la adolescencia se extiende entre los diez y los dieciocho años, y su comienzo está marcado por el inicio del desarrollo de las características sexuales secundarias. En el sexo femenino, el aumento de la velocidad de crecimiento ocurre en promedio entre los 10 y 12 años, y en los varones aproximadamente dos años más tarde. Sin embargo, es importante considerar las variaciones individuales, ya que el aumento de las necesidades nutricionales se relaciona más a la etapa de desarrollo que a la edad cronológica.

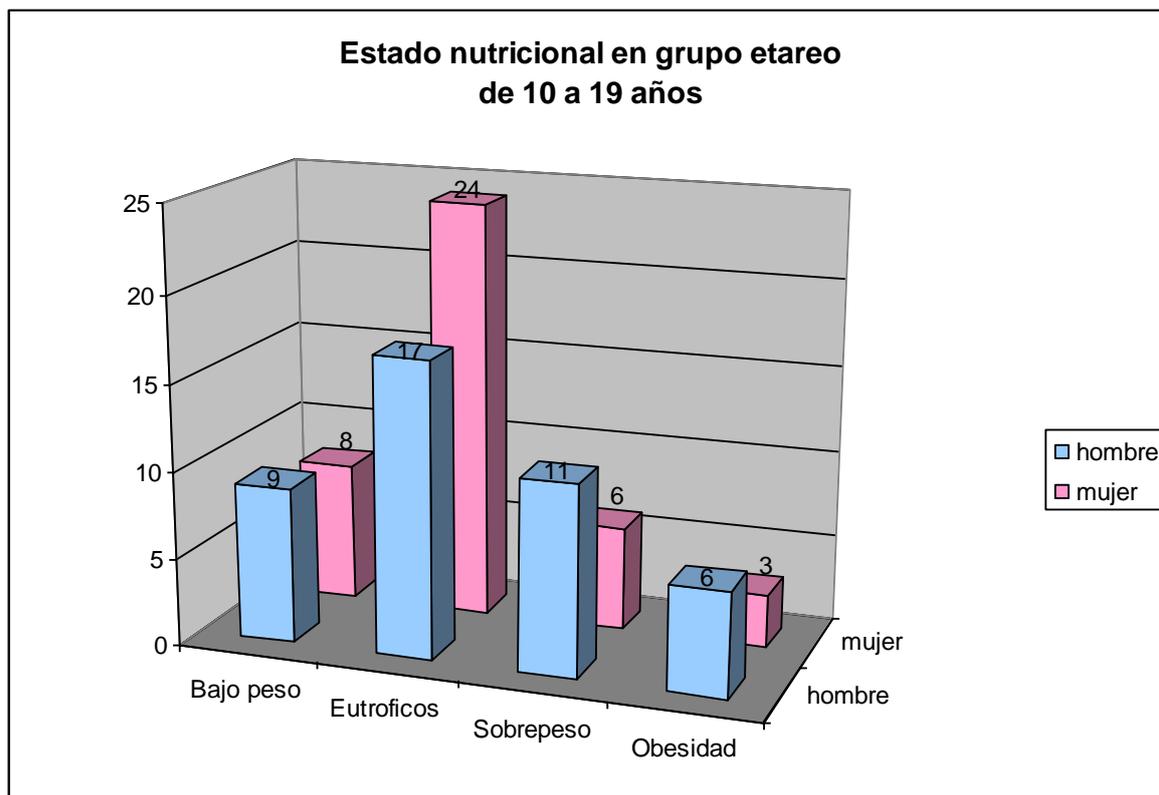
## **ESTADO NUTRICIONAL EN LA ADOLESCENCIA**

Durante la adolescencia, la ganancia de masa corporal corresponde al 50% del peso adulto, al 20% de la talla definitiva y a más del 50% de la masa ósea. La composición del tejido depositado presenta diferencias por género. El crecimiento en las niñas se acompaña de un mayor aumento en la proporción de grasa corporal, mientras los varones presentan una mayor acreción de masa magra y un mayor aumento de la volemia y de la masa eritrocitaria, lo que condiciona requerimientos nutricionales diferenciados para cada uno de los sexos. En los hombres hay mayores requerimientos de nitrógeno, calcio, hierro, magnesio y zinc

Las mayores demandas nutricionales derivadas del rápido crecimiento se contraponen con los cambios en la conducta alimentaria que ocurren en la adolescencia debido a factores culturales, a la necesidad de socialización y a los deseos de independencia propios de esta etapa. Estos hábitos alimentarios se caracterizan por:

- Alimentación desordenada con tendencia creciente a saltarse comidas, especialmente el desayuno y el almuerzo, concentrando la ingesta en el horario vespertino.
- Alto consumo de comidas rápidas, golosinas y bebidas azucaradas de alta densidad calórica y bajo contenido de nutrientes específicos.
- Baja ingesta de calcio debido al reemplazo de la leche por bebidas o infusiones de bajo contenido nutricional.
- Escaso control y conocimiento de los padres respecto a la alimentación de sus hijos adolescentes.
- Tendencia frecuente a dietas hipocalóricas especialmente en adolescentes mayores, alcanzando una prevalencia de hasta 60% en este grupo; asumiendo en muchos casos regímenes vegetarianos o dietas esotéricas muy restrictivas y desbalanceadas que pueden comprometer el potencial de crecimiento o inducir carencias específicas.

Según los resultados obtenidos de los y las adolescentes que consultaron en el examen preventivo de detección de enfermedades cardiovasculares en nuestro centro de salud su estado nutricional por sexo se detalla a continuación el 20% de los jóvenes presentan malnutrición por déficit y con malnutrición por exceso 31% si en los hombre el mayor porcentaje.



## CONTEXTUALIZANDO LAS SITUACIONES DE EMBARAZO ADOLESCENTES

Los nacimientos totales en el país muestran una tendencia decreciente a través del tiempo, lo que se ha ido reflejando en una menor tasa de natalidad. Así, los nacimientos totales se reducen desde cerca de 308.000 anuales en 1990, a cerca de 252.0000 en el año 2002. Por su parte, la tasa de natalidad desciende desde 23.5 en 1990 hasta 16.1 en el 2002.

Dentro del total del nacimiento, las estadísticas muestran que actualmente nacen cerca de 38.000 niños hijos de madres menores de 20 años, lo que representa cerca de un 15% del total del nacimiento del país.

El embarazo adolescente se ha constituido en una de las causas actuales de generación de pobreza, tanto de las madres como de sus hijos. Se considera un problema social, tanto por razones de salud, por tratarse de embarazos y nacimientos de mayores riesgos, como por afectar las condiciones socioeconómicas presentes y futuras de los jóvenes, limitando sus posibilidades de terminar el colegio y por lo tanto insertarse en el mercado del trabajo con mayor preparación. Por lo anterior, es importante que se desarrollen políticas públicas para abordar el problema.

A nivel local, en el sector urbano de la comuna de Quillota nuestros registros muestran una tendencia similar a lo que sucede en el país. Los nacimientos de madres menores de 20 años representan el 15% del total<sup>2</sup> durante el 2009

Actualmente nuestra población femenina entre 15 y 19 años, beneficiarias de nuestro sistema, corresponde a 2629 jóvenes, de los cuales 1654 se encuentran bajo control usando algún método anticonceptivos

### ***El programa adolescente***

El programa de los/as adolescentes no es uno como tal, con estructura y procedimientos propios, así como otros tales como programa de la mujer, odontológico u otros. Si bien están estructuradas las bases para una programación comunal, de acuerdo a lo señalado por la página del MINSAL, esto no pasa por ser una propuesta, lo que llega más a confundir que esclarecer inquietudes.

Los programas que trabajan con este sector deben considerar no sólo las “propuestas técnicas”, ni incorporar propuestas juveniles/adolescentes a estos programas, sino más bien que los profesionales de salud sean los que se incorporan a los espacios de este segmento etéreo.

Si bien lo anterior constituye lo deseable, es difícil generar un espacio desde lo sanitario, por cuanto los agentes de salud tienden a mantener su poder en la relación profesional-cliente/a.

Por tal motivo, es prioritaria la conjugación de intereses y propuestas donde los agentes intervinientes sean instituciones de educación, ONGS, Centro de Salud y principalmente los propios/as jóvenes. Se deben establecer alianzas estratégicas con DAEM, Centros de Alumnos, Centros y/o grupos juveniles, en el caso de Quillota, el Centro de Promoción de la Salud y la Cultura, por ejemplo.

La presente propuesta tiene tres lineamientos centrales, los cuales serán el eje del programa actual:

- Incorporar la transdisciplinariedad en el proceso de atención, que se refleje en la continuidad de las prestaciones en el Centro de Salud.
- Conocimiento del desarrollo psicosexual de los/as adolescentes de la comuna de Quillota.
- Conocimiento del desarrollo psicosocial y potencialidades de asociación entre los adolescentes de la comuna.

### ***Definición problema***

Desigualdad de acceso, oportunidad y calidad para los/as adolescentes en las prestaciones de salud promocionales, preventivas, curativas y de rehabilitación, lo que los/as expone a situaciones de riesgo, tales como embarazo adolescente, abuso de sustancias tóxicas, vulnerabilidad de

<sup>2</sup> Datos arrojados partir de las atenciones realizadas por el Centro de Salud Silva Henríquez.

derechos, agregando un desconocimiento por parte del sistema de salud, en cuanto a los intereses y propuestas de este segmento etéreo.

### ***Objetivos del programa***

- Fortalecer el trabajo comunitario del Centro de Salud, con una orientación juvenil/adolescente, en coordinación con el Centro de Promoción de la Salud y la Cultura de Quillota.

## **PROGRAMA PROVINCIAL DE TRATAMIENTO DE ALCOHOL Y DROGAS PARA MENORES DE 20 AÑOS**

El Programa “Montun” es un programa provincial de tratamiento de alcohol y/o drogas para niños, niñas y adolescentes menores de 20 años, de modalidad ambulatorio básico que asegura una atención oportuna, de calidad y gratuita, problemática que se encuentra cubierta por las Garantías Explícitas en Salud (AUGE - GES).

“Montun” forma parte del programa de salud mental del Centro de Salud Cardenal Raúl Silva Henríquez y está enmarcado dentro del modelo de salud familiar, ya que la familia o adulto responsable cumple un rol preponderante y esencial en el apoyo y acompañamiento durante todo el proceso. El programa está diseñado para abordar la problemática del consumo de sustancias con un enfoque integral con perspectiva evolutiva, considerando las características propias de la etapa de desarrollo que vivencian los jóvenes, potenciando sus recursos y habilidades y minimizando fracasos y debilidades. Una variable importante que se considera en el tratamiento es el abordaje con perspectiva de género, ya que es de vital importancia otorgar tanto a hombres y mujeres las intervenciones específicas para cada uno de ellos, considerando que ambos sexos vivencian y se comportan de manera distinta frente a situaciones similares. El resguardar como fin último los intereses y bienestar de los niños y adolescentes, es fundamental dentro del programa. De la misma forma, el trabajar en el establecimiento de un vínculo significativo con el joven y su familia es un factor esencial para generar un adecuado proceso terapéutico, basado en la confianza, honestidad, respeto y confidencialidad.

El programa se encuentra funcionando desde el año 2007 como programa piloto y se consolida a principios del año 2008.

El programa se considera la puerta de entrada con la cuentan los jóvenes y sus familias, no sólo para acceder al programa de modalidad básica, sino que también para recibir las evaluaciones y derivaciones correspondientes para ingresar a tratamientos de mayor intensidad (PAI y CTR).

Los niños, niñas y adolescentes que cuentan con el derecho de ser ingresados a tratamiento deben cumplir con el siguiente perfil:

- Ser menores de 20 años de edad (19 años, 11 meses, 29 días).
- Presentar consumo problemático de sustancias, ya sea perjudicial o dependiente, de riesgo y compromiso biopsicosocial de leve a moderado.
- Contar con red de apoyo familiar.
- Desempeñar una actividad educacional o laboral de tiempo completo o parcial.
- No presentar patología psiquiátrica severa.

La vía de ingreso es a través de demanda espontánea, derivaciones desde organizaciones comunitarias y educacionales, programas psicosociales, Tribunales de Familia, derivaciones de centros de salud o consultorios, entre otros.

El tratamiento es de modalidad ambulatoria básica, es decir, los jóvenes y sus familias asisten al programa de 2 a 3 veces por semana, con una duración de 3 a 4 horas cada vez. El plan de tratamiento considera 6 meses de intervención y 12 de seguimiento, sin embargo los tiempos se van evaluando según el cumplimiento de objetivos del plan y del proceso terapéutico. Las etapas y los tiempos considerados dentro del proceso de tratamiento son los siguientes:

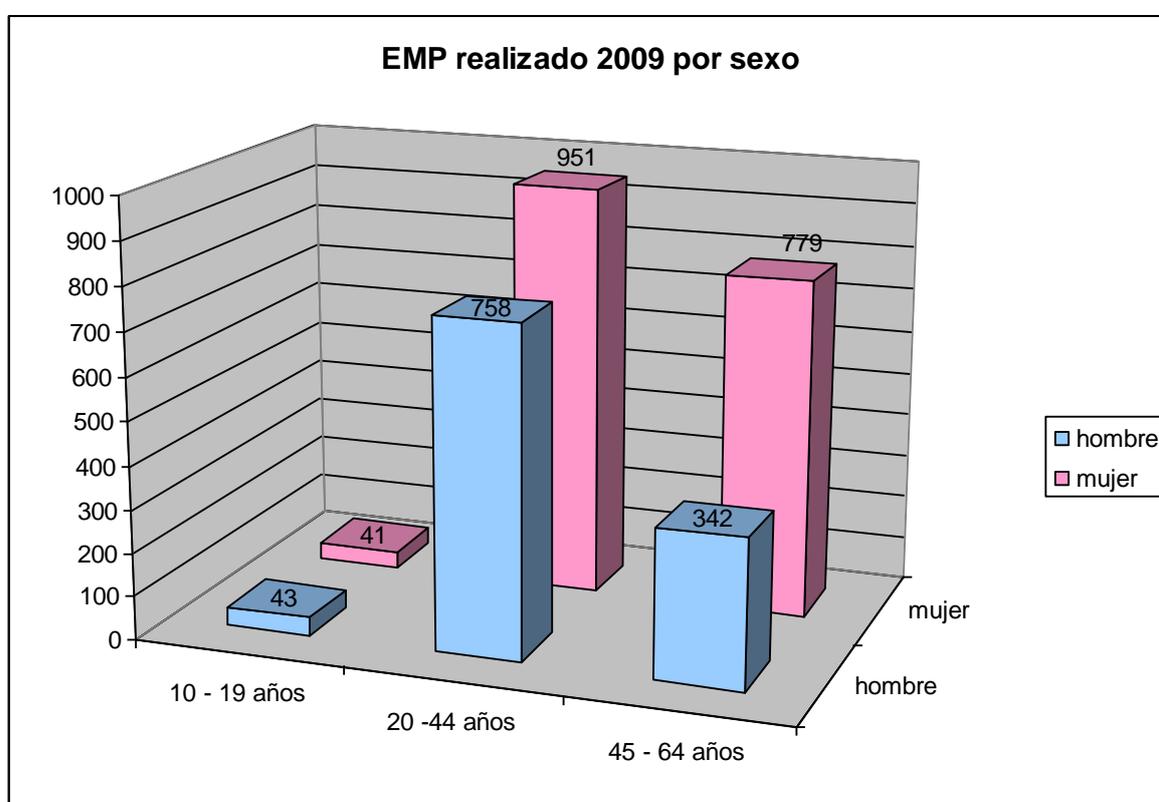
- Vínculo y Diagnóstico Integral. 1 a 2 meses.
- Devolución y Ejecución del Plan Integral de Tratamiento Individual. 4 a 6 meses.
- Preparación para el Egreso. 2 a 3 meses.
- Seguimiento. 12 meses.
- Alta Terapéutica

Dentro de las prestaciones se ofrecen consejerías a nivel individual, familiar y grupal; evaluaciones y controles médicos; tratamiento farmacológico; psicoterapia individual y familiar; talleres psicosociales y socioeducacionales y visitas domiciliarias integrales. Las prestaciones otorgadas a la comunidad son capacitaciones a la red educacional y comunitarias referentes al proceso de tratamiento, psicoeducación del consumo de alcohol y drogas, estrategias para prevenir y detectar el consumo en adolescentes, entre otras cosas.

## UNIDAD DEL ADULTO:

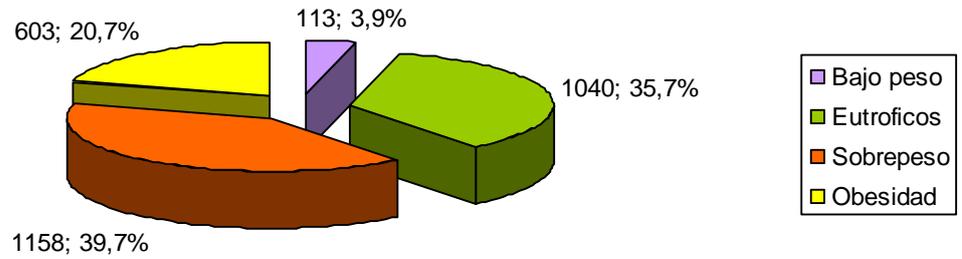
El término **adulto** se refiere a un organismo, especialmente un ser humano, que ya ha dejado la infancia y adolescencia para alcanzar su completo desarrollo. Es la etapa de estabilidad relativa y de vigor físico.

El examen permite detectar la presencia de enfermedades como diabetes o hipertensión. Desde Enero y hasta Diciembre del presente año 2009 el Centro de Salud Municipal Cardenal Raúl Silva Henríquez aplica 2914 examen medico preventivo (EMPA) a hombres y mujeres de entre 20 y 64 años con la finalidad de detectar en pacientes sanos enfermedades crónicas como la diabetes mellitus, hipertensión arterial o colesterol elevado.

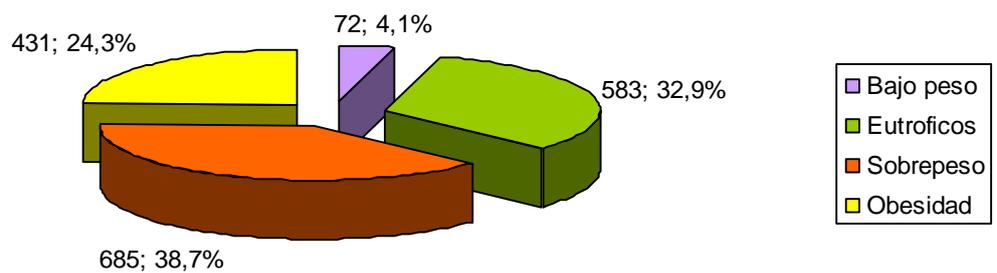


Total EMP realizado durante el 2009 entre hombres y mujeres 2914, siendo al sexo femenino quien más exámenes se aplicó 1771.

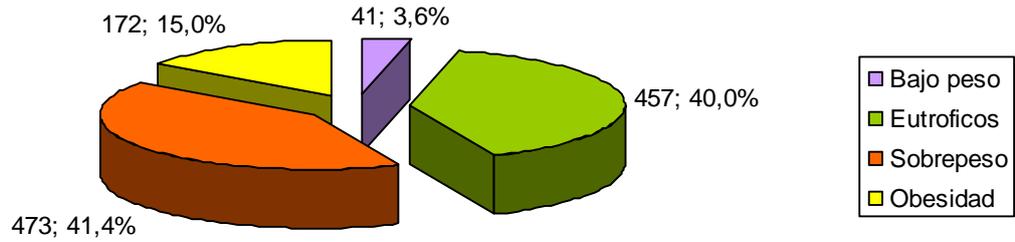
### Estado nutricional poblacion de 10 a 64 años evaluadas en EMP



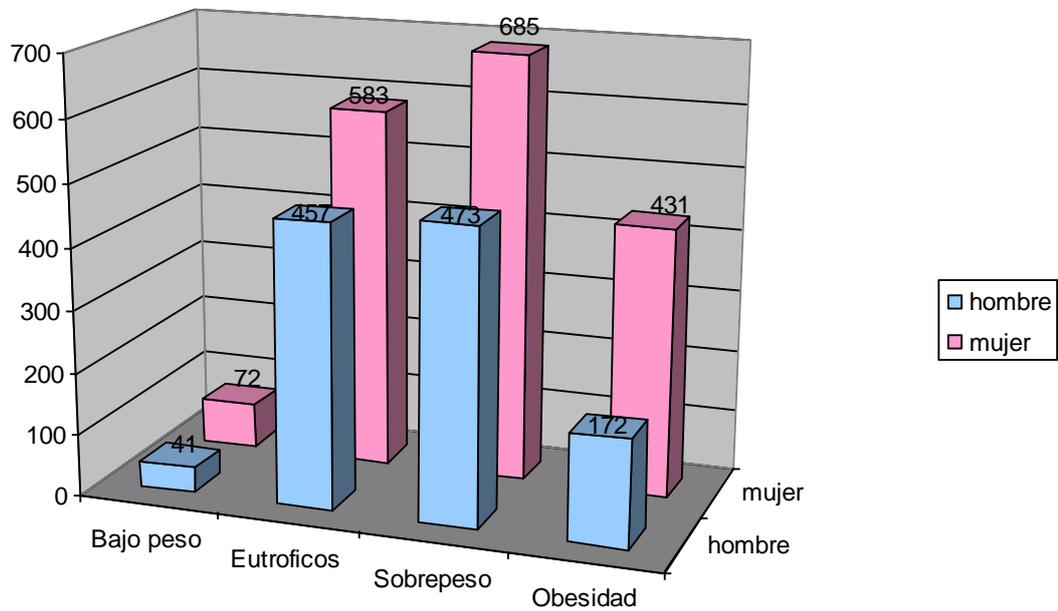
### Estado nutricional poblacion femenina de 10 a 64 años evaluadas en EMP

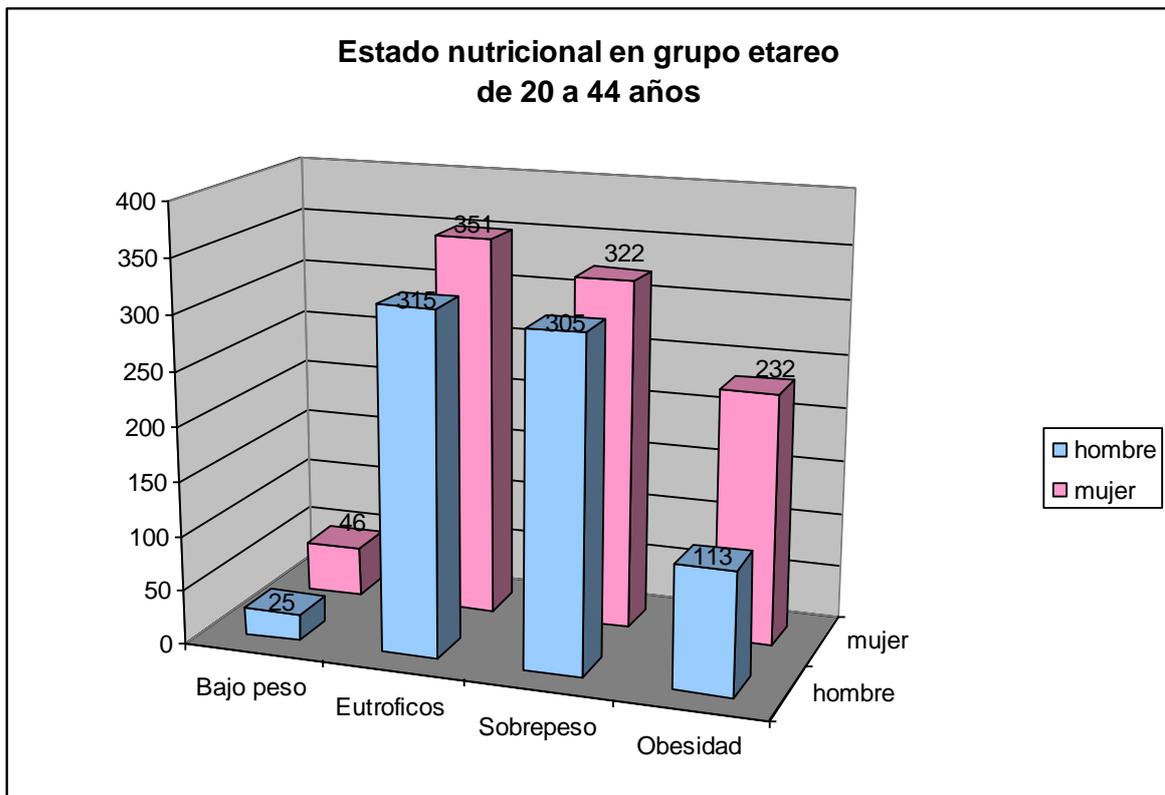
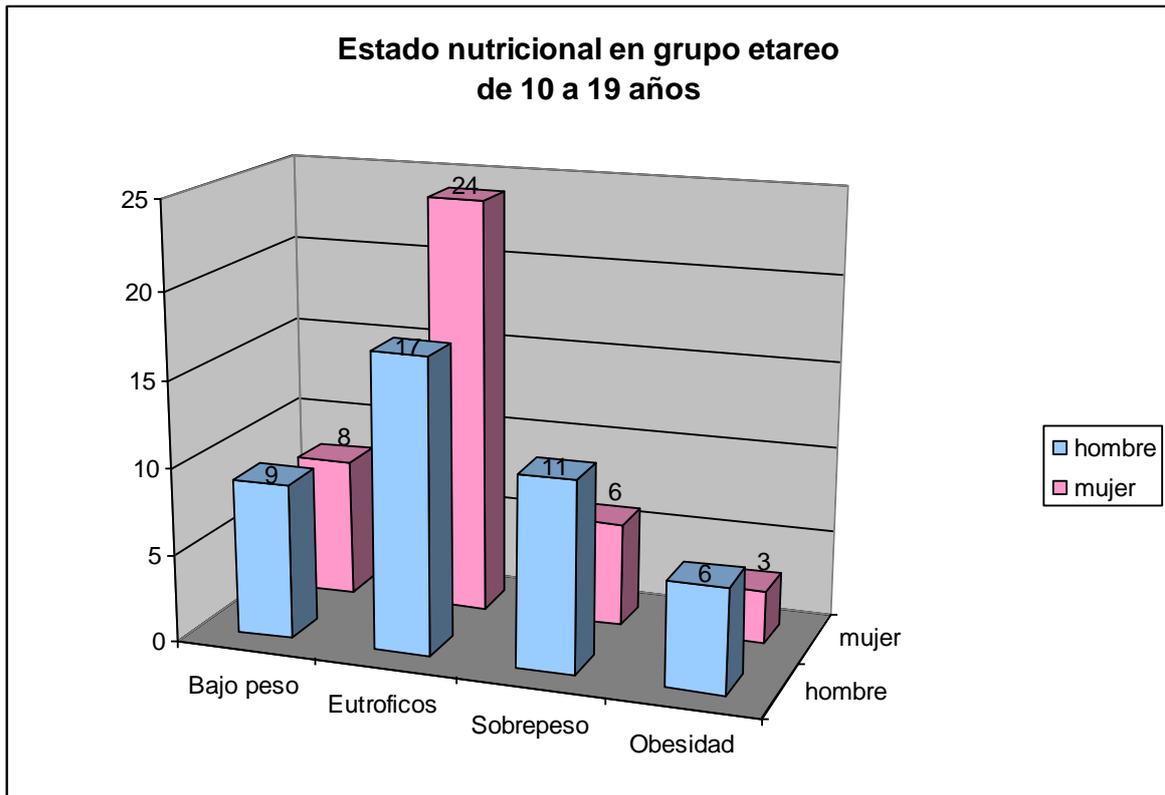


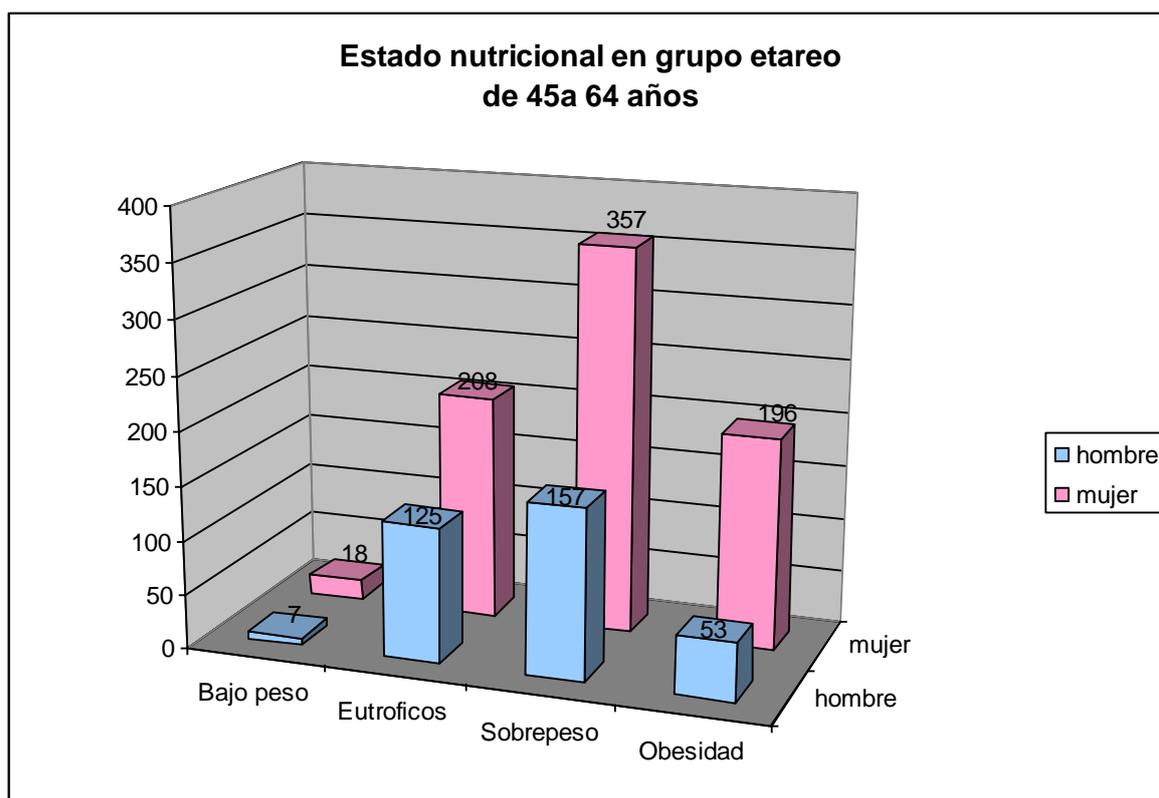
**Estado nutricional población masculina  
de 10 a 64 años  
evaluadas en EMP**



**Estado nutricional por sexo  
entre 10 a 64 años**







## PROGRAMA EL MOLINO

### ANTECEDENTES

Programa “El Molino” surge en el año 2006 a través de un convenio que realiza la I. Municipalidad de Quillota con CONACE – FONASA -- MINSAL como un plan de tratamiento ambulatorio básico dirigido a la población general de la provincia. La cobertura anual es de 360 planes de tratamiento.

“El Molino” se encuentra inserto en el programa Salud Mental, el cual se ejecuta en el Centro de Salud “Cardenal Raúl Silva Henríquez”, dependiente del Departamento de Salud de la I. Municipalidad de Quillota, ubicado en el sector Said, específicamente en Avda. Las Industrias s/n. El equipo de trabajo está compuesto por la coordinadora y Asistente Social Fabiola Gaete Valencia, Carol Torres Campos, Psicóloga y Mercedes Ramírez, Educadora

El tratamiento del programa se basa principalmente en un conjunto de intervenciones y prestaciones recomendables para el logro de los objetivos terapéuticos dirigido a personas que presentan consumo perjudicial o dependencia a sustancias psicoactivas ilícitas y compromiso biopsicosocial leve a moderado, donde resalta la existencia de una actividad ocupacional (laboral o educacional) parcial o total y la existencia de red de apoyo (Norma y Orientaciones técnico- administrativas de los Planes de tratamiento para personas con problemas derivados del consumo de drogas. 2008. Convenio Ministerio del Interior CONACE- Ministerio de Salud - FONASA)

## **Características generales del programa de rehabilitación. “El Molino”**

### **Población objetivo (perfil de ingreso):**

Este programa está dirigido a personas beneficiarias de FONASA, mayores de 20 años que presentan un consumo abusivo o dependiente de drogas ilícitas y se destacan porque su compromiso biopsicosocial es más bien de carácter leve a moderado.

Cabe señalar que en este programa es relevante que la persona que consulta desarrolle una actividad ocupacional remunerada, labores de casa y/o estudios en jornada parcial o total; y que por otra parte posea un referente o grupo significativo que le acompañe en las intervenciones a desarrollar durante el proceso terapéutico.

### **Objetivos generales de programa “El Molino”**

- 1- Realizar un diagnóstico integral de la persona consultante
- 2- Apoyar y fortalecer el proceso de motivación al cambio
- 3- Derivar a otros establecimientos que provean planes de tratamientos más complejos, según corresponda.
- 4- Propiciar la problematización de los factores que facilitan y mantienen el consumo
- 5- Fortalecer los factores protectores que permitan el logro del proceso de cambio
- 4- Apoyar y fortalecer estrategias de prevención de recaída
- 5- Apoyar el desarrollo de habilidades sociales
- 6- Orientar y apoyar el proceso de integración social
- 7- Apoyar y orientar el propósito de cambio en el estilo de vida
- 8- Facilitar el proceso de preparación para el egreso de acuerdo a los criterios definidos.
- 9- Realizar seguimiento del proceso de cambio posterior al egreso.

### **Objetivos específicos:**

1. Crear un ambiente en el que el usuario/a se sienta acogido y que favorezca su adherencia al programa.
2. Intervenir en los factores que facilitan y mantienen el consumo
3. Fortalecer los factores protectores que permitan el logro del proceso de cambio
4. Intervenir en estrategias de prevención de recaídas
5. Favorecer el desarrollo de capacidades personales, la confianza en sí mismos y en los demás, la capacidad de autocontrol, la solidaridad y la búsqueda de un sentido positivo para sus vidas.
6. Potenciar la participación y apoyo de un referente, grupo significativo o familia
7. Fomentar la vivencia de hábitos de vida saludable
8. Realizar seguimiento a corto plazo posterior al egreso

### **Duración del plan:**

El tiempo estimado para lograr los objetivos del proceso de tratamiento corresponde a la necesidad de cada persona. Sin embargo se propone una duración aproximada de seis meses, con una frecuencia de asistencia de a lo

menos dos días por semana, con dos a cuatro horas de permanencia cada vez, y una concentración de una a dos intervenciones por día, las cuales pueden ser entregadas en horario diurno o vespertino.

### **Etapas del plan:**

El Proceso Terapéutico se presenta mediante la modalidad de Fases, distribuyéndose de la siguiente manera:

**a.- Fase de Acogida y Evaluación:** la cual contempla el diagnóstico integral del problema, incluye los aspectos clínicos del consumo, estado de salud mental y psiquiátrico junto con la valoración del compromiso biopsicosocial de la persona afectada directamente por el consumo; abordaje del proceso de desintoxicación inmediato, contención emocional y apoyo a profundización de la motivación al cambio. (1 a 2 meses)

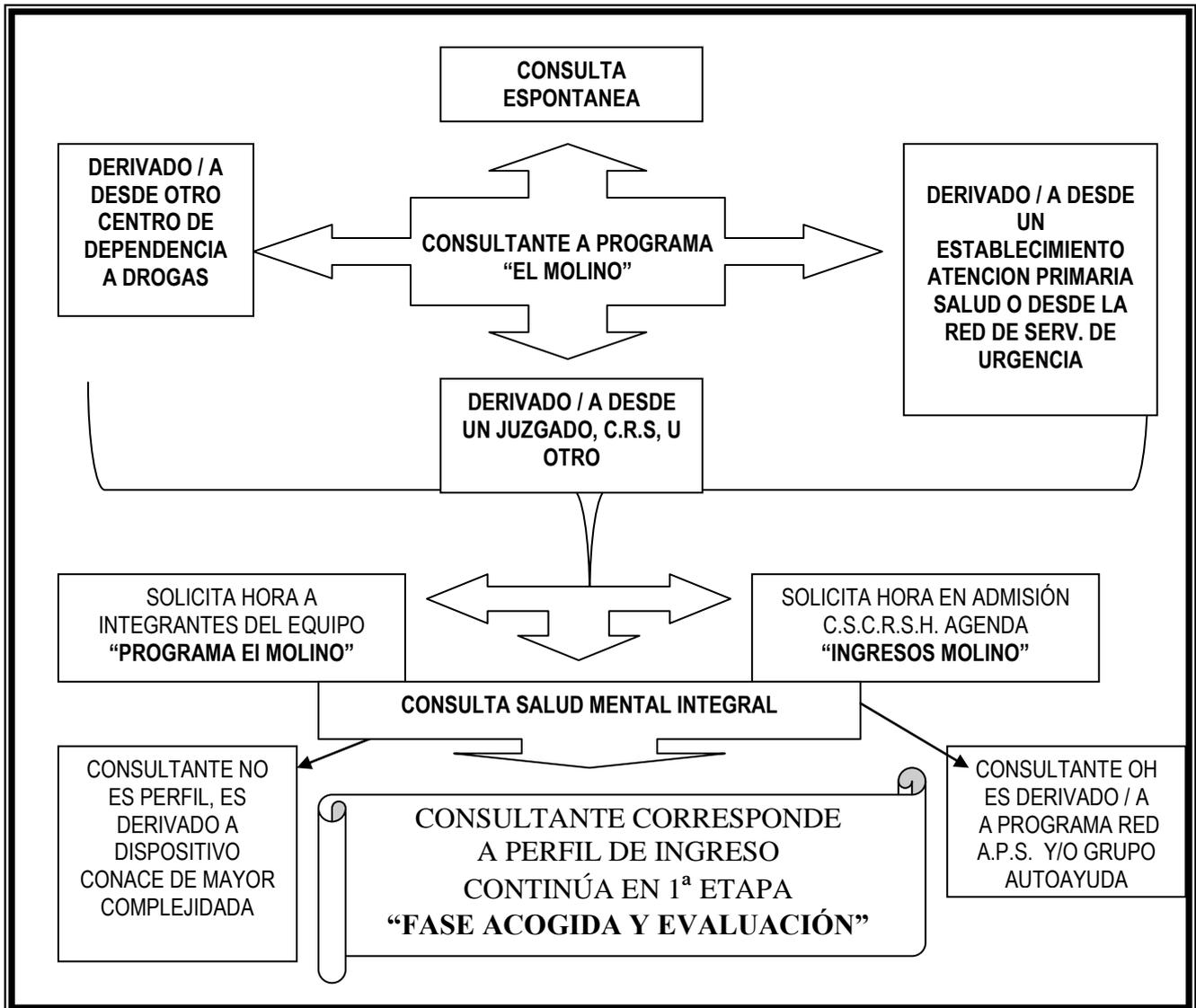
**b.- Fase de Tratamiento:** Etapa intermedia abocada principalmente al abordaje de los factores que intervienen en el inicio y mantención del consumo problemático, apoyo al proceso de desintoxicación a mediano y largo plazo, prevención de recaídas; junto con la evaluación de intereses, habilidades, y competencias socio ocupacionales y apoyo al desarrollo de éstas. (4 a 6 meses)

**c.- Fase de Reinserción Social:** Es la preparación para el egreso del plan y corresponde principalmente al período denominado de integración socio ocupacional, donde se fortalecen los cambios terapéuticos y se profundiza en los aspectos vinculados a las alternativas reales de integración, con énfasis en la vinculación a redes de apoyo personal e institucional. (1 a 2 meses)

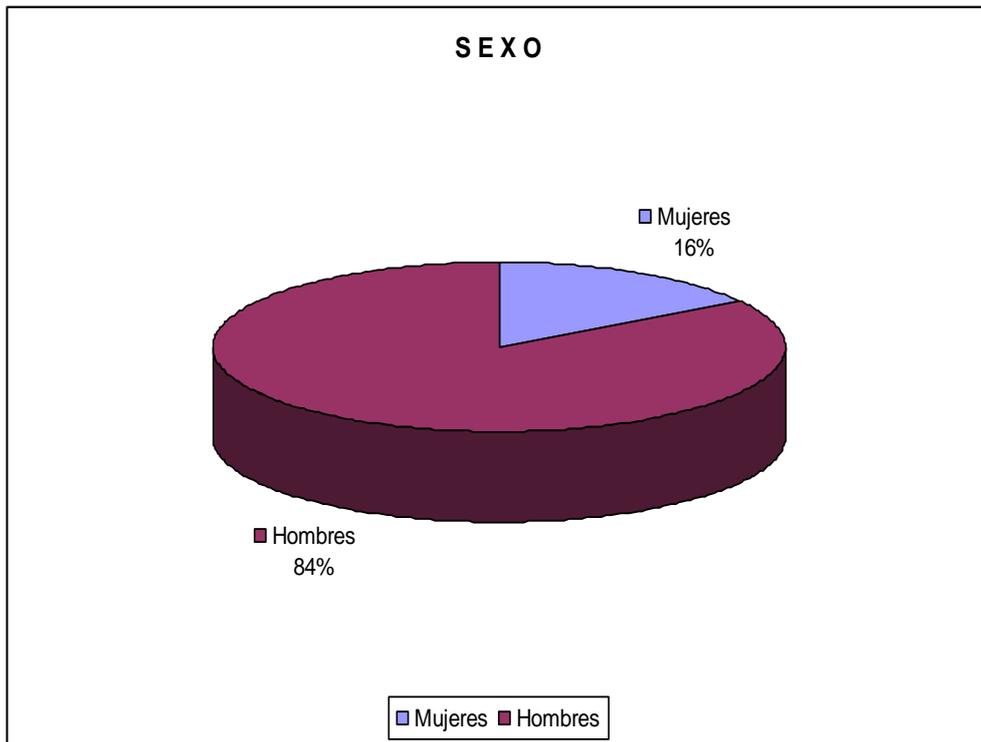
**d.- Fase de Seguimiento:** Corresponde a un período post tratamiento o de seguimiento no inferior a un año posterior al egreso del plan de manera de evaluar la mantención de los cambios terapéuticos logrados al egreso y ofrecer estrategias de apoyo en el caso de presentarse dificultades. (12 meses)

## DERIVACION, EVALUACIÓN E INGRESO A PROGRAMA “EL MOLINO”

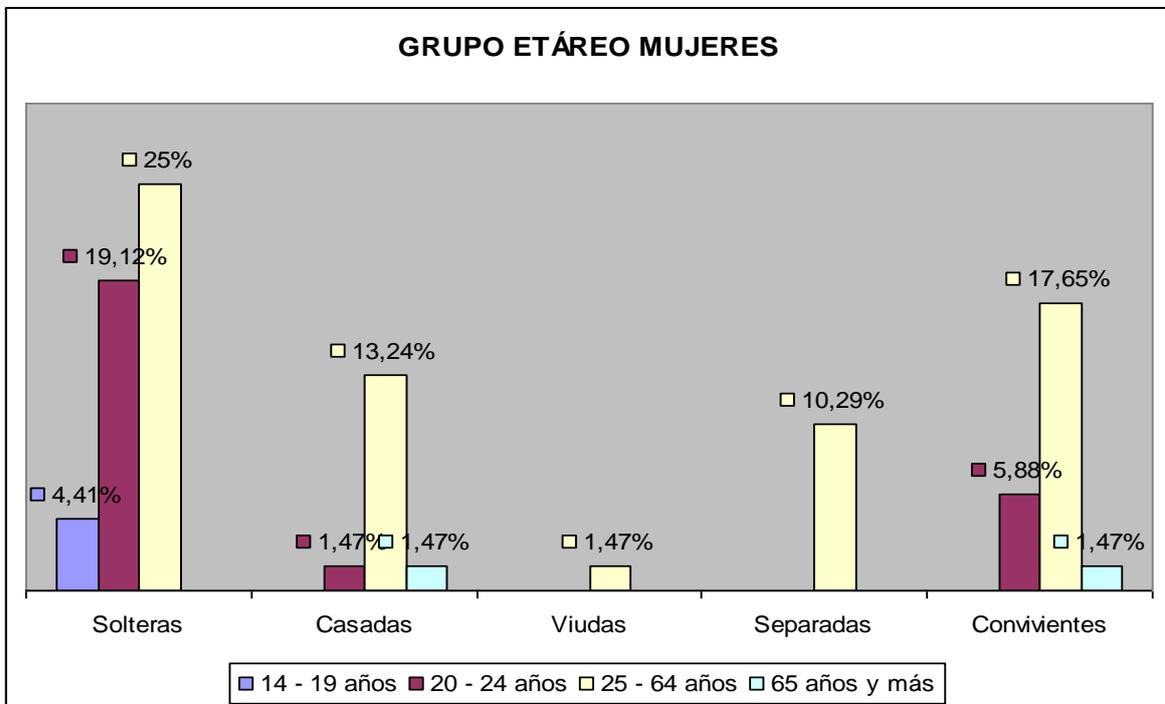
### FLUJOGRAMA DE INGRESO

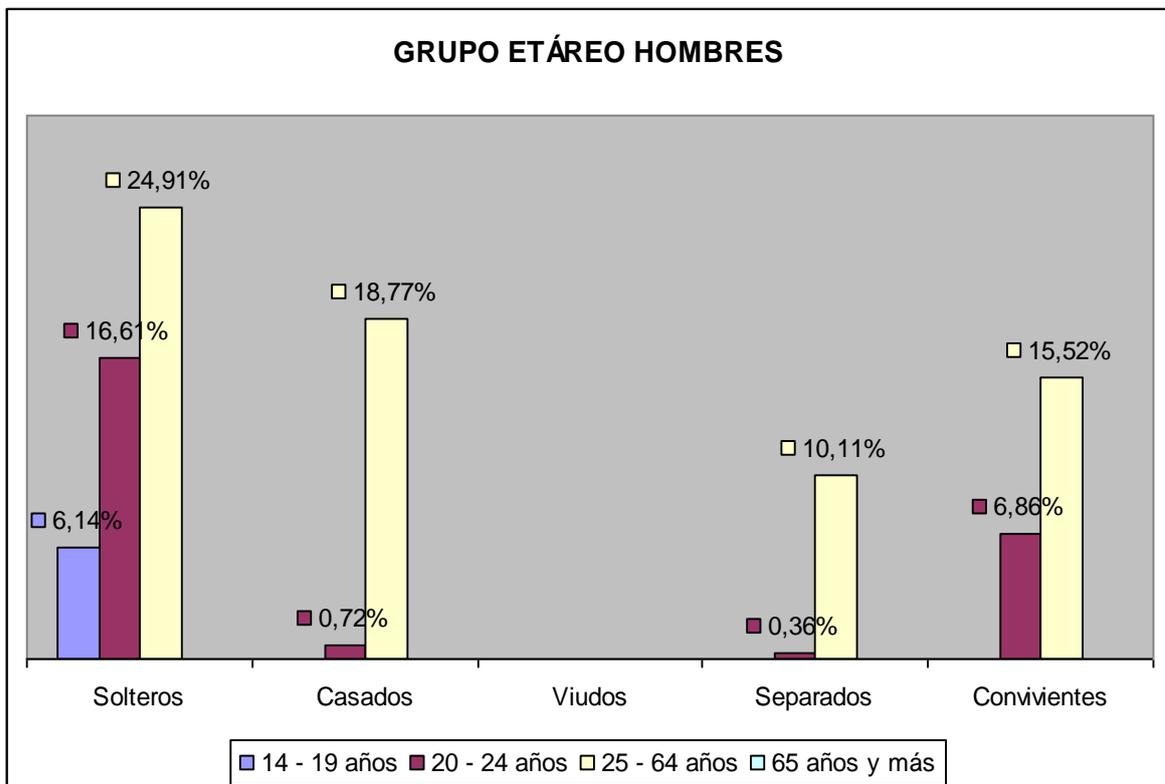
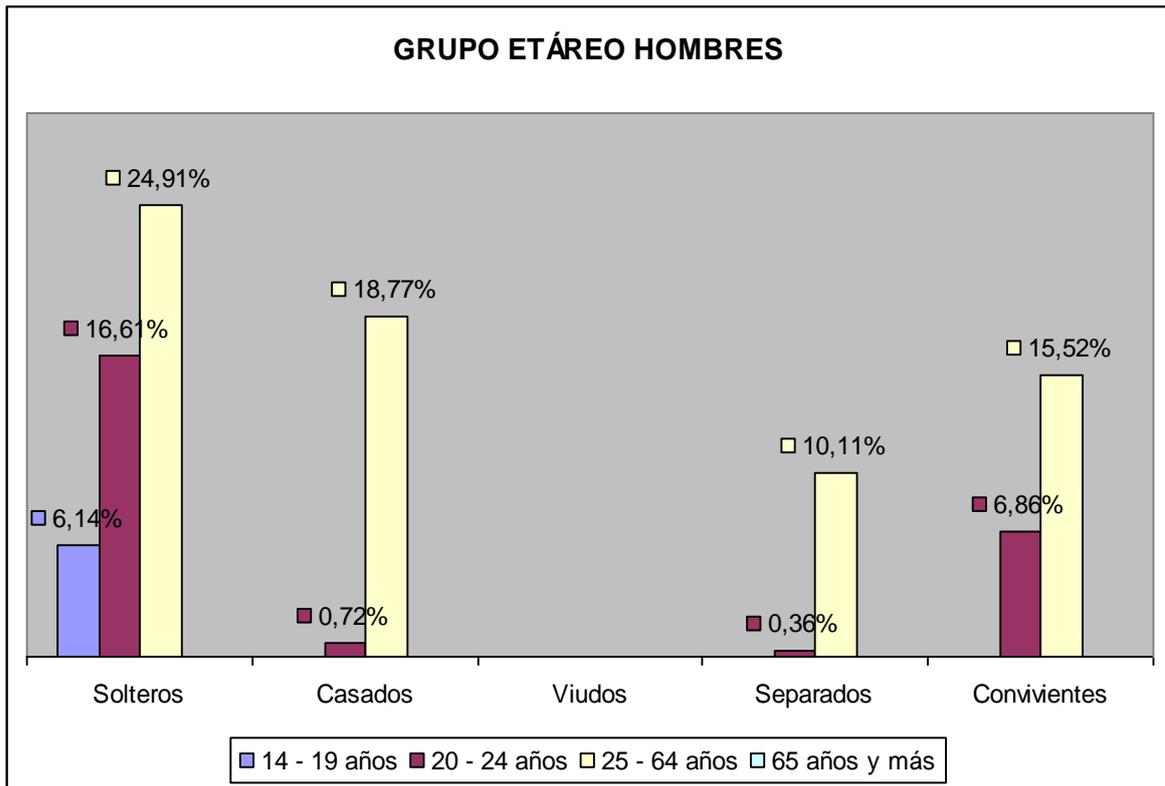


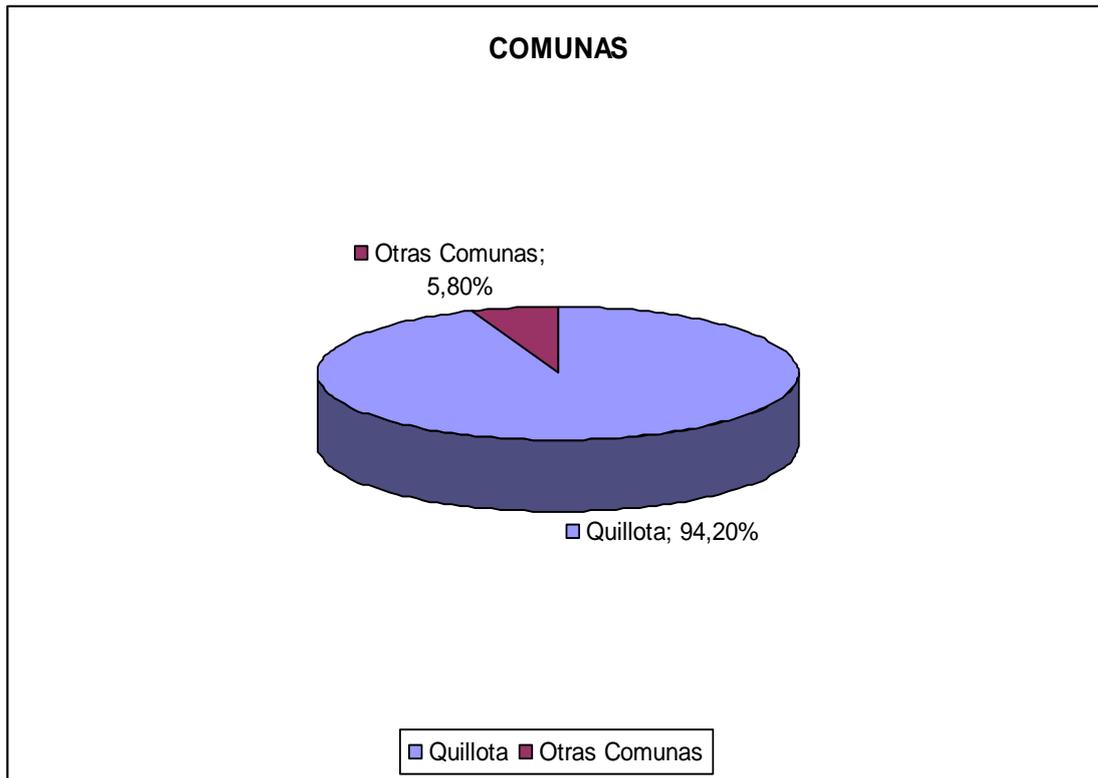
**Indicadores de resultados año 2009 Programa El Molino**



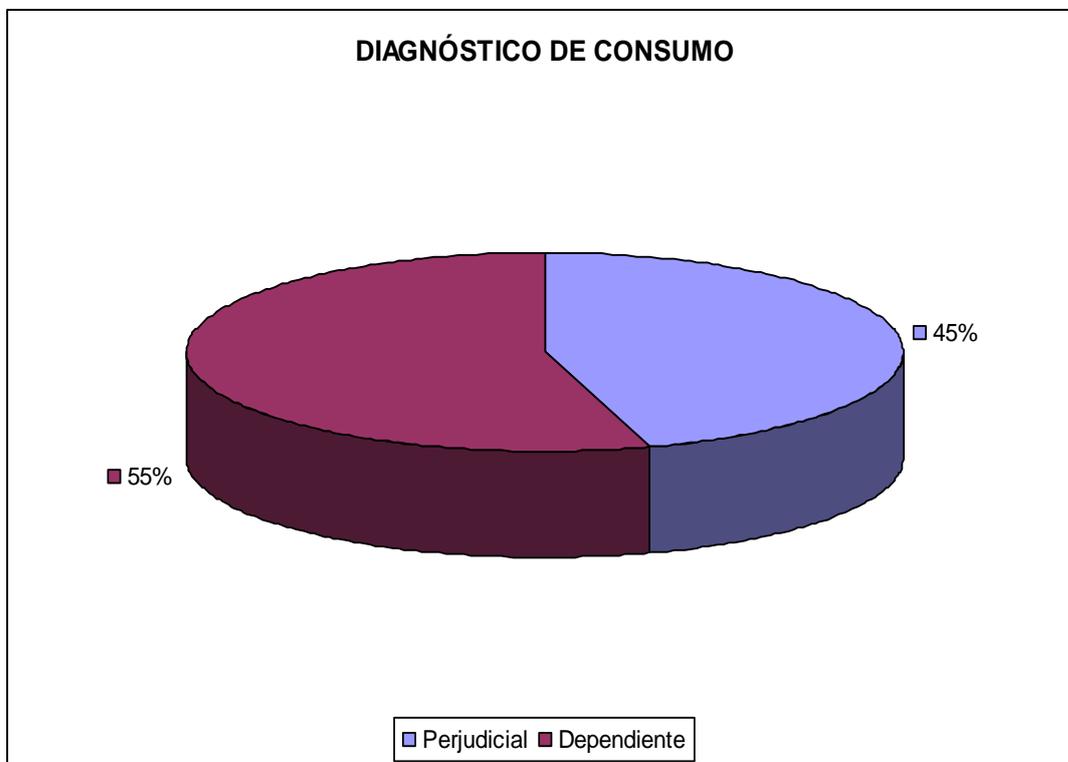
**Variables Sociodemográficas**

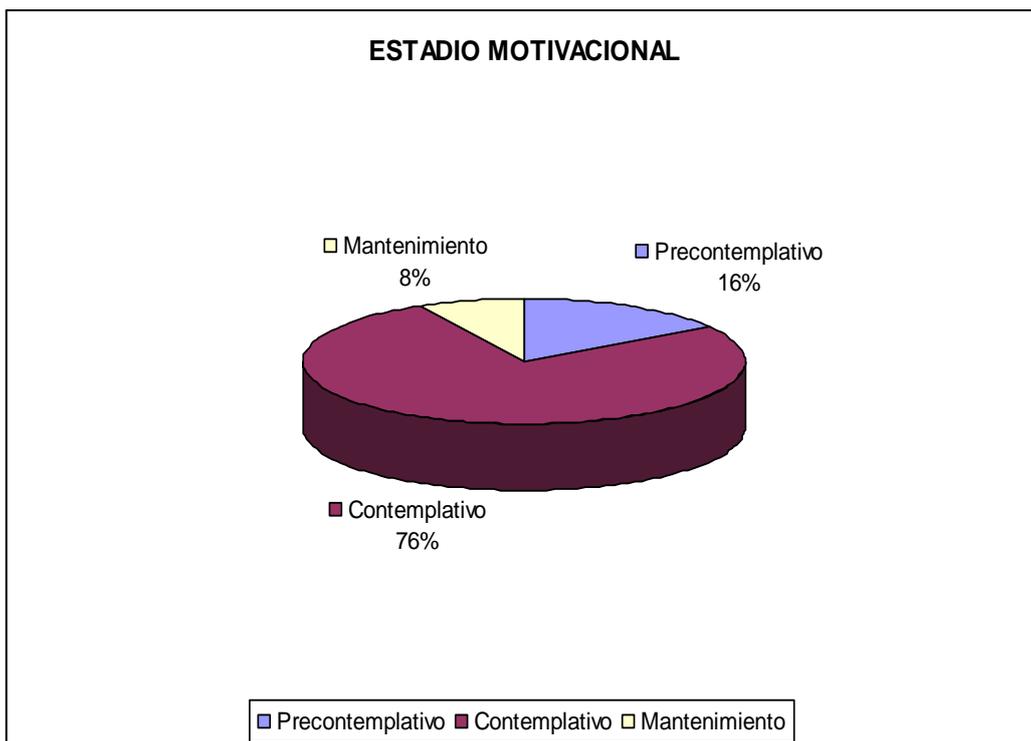
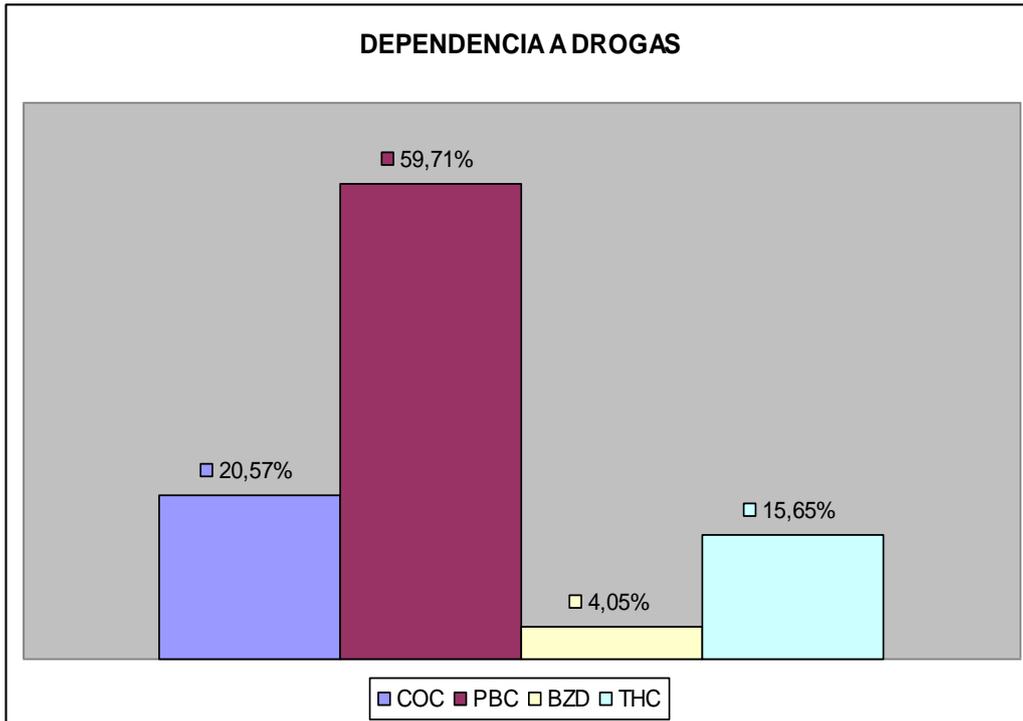


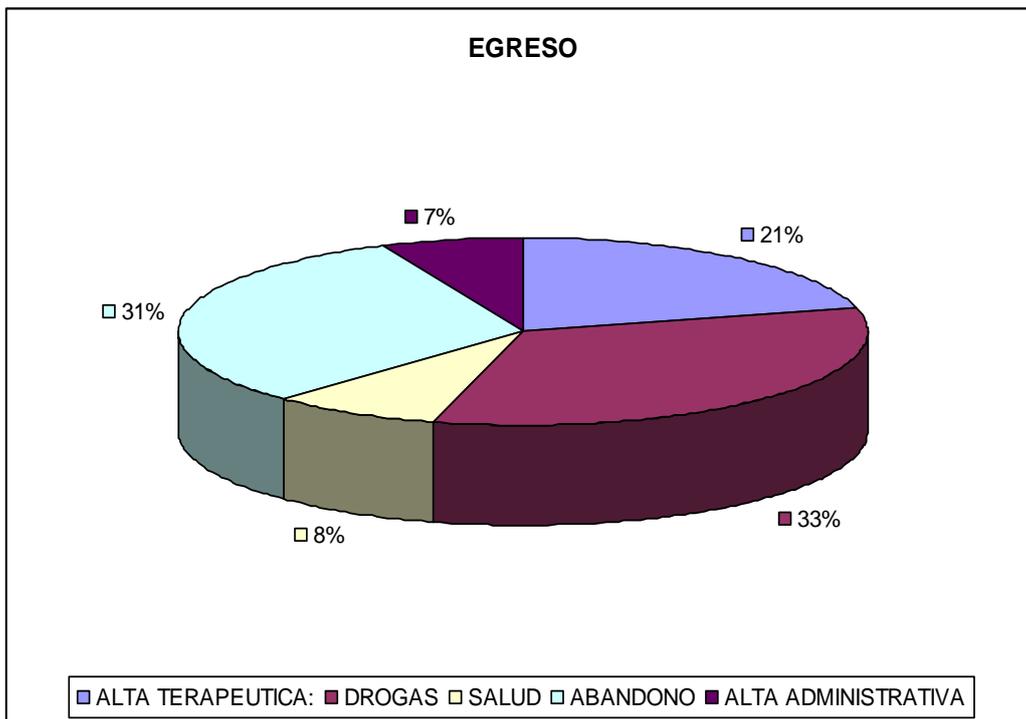
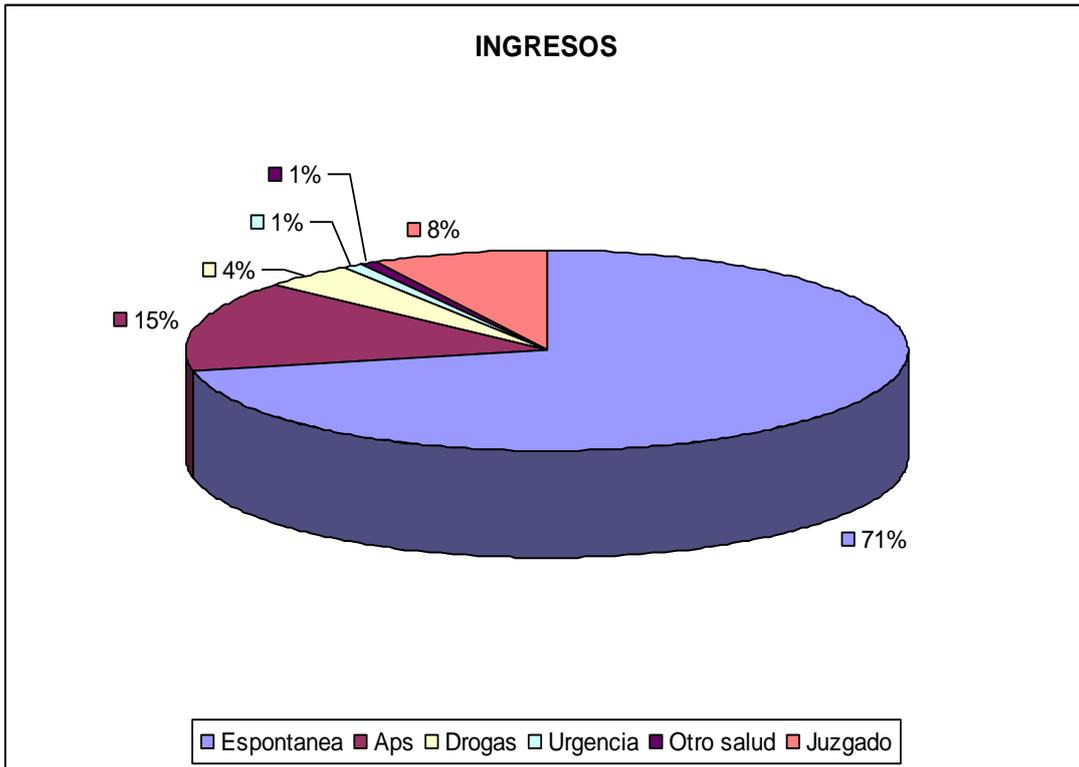


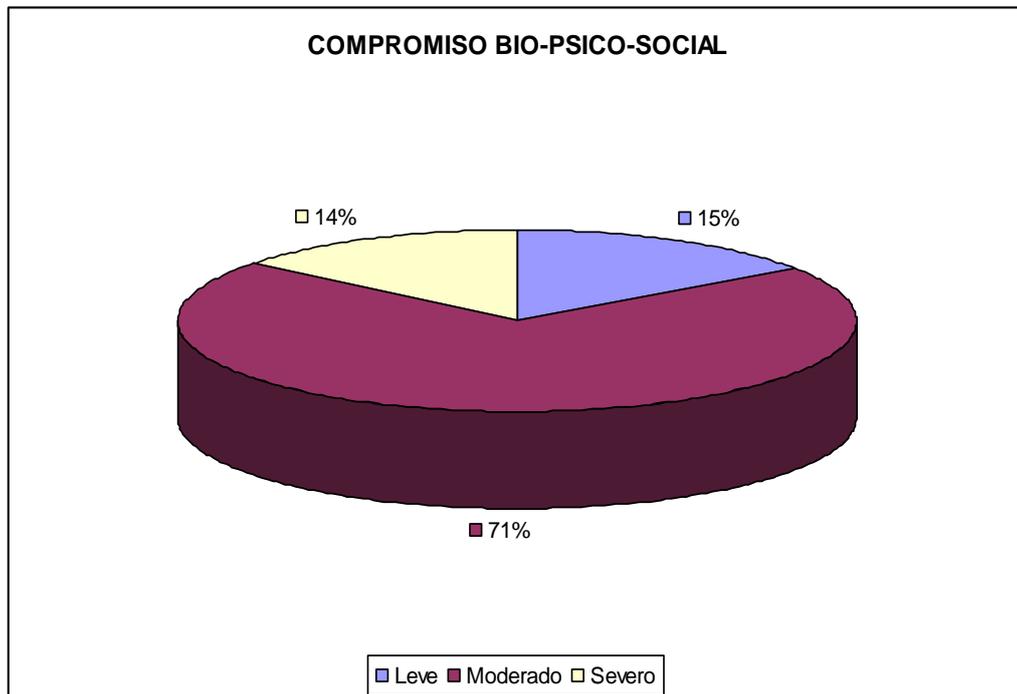
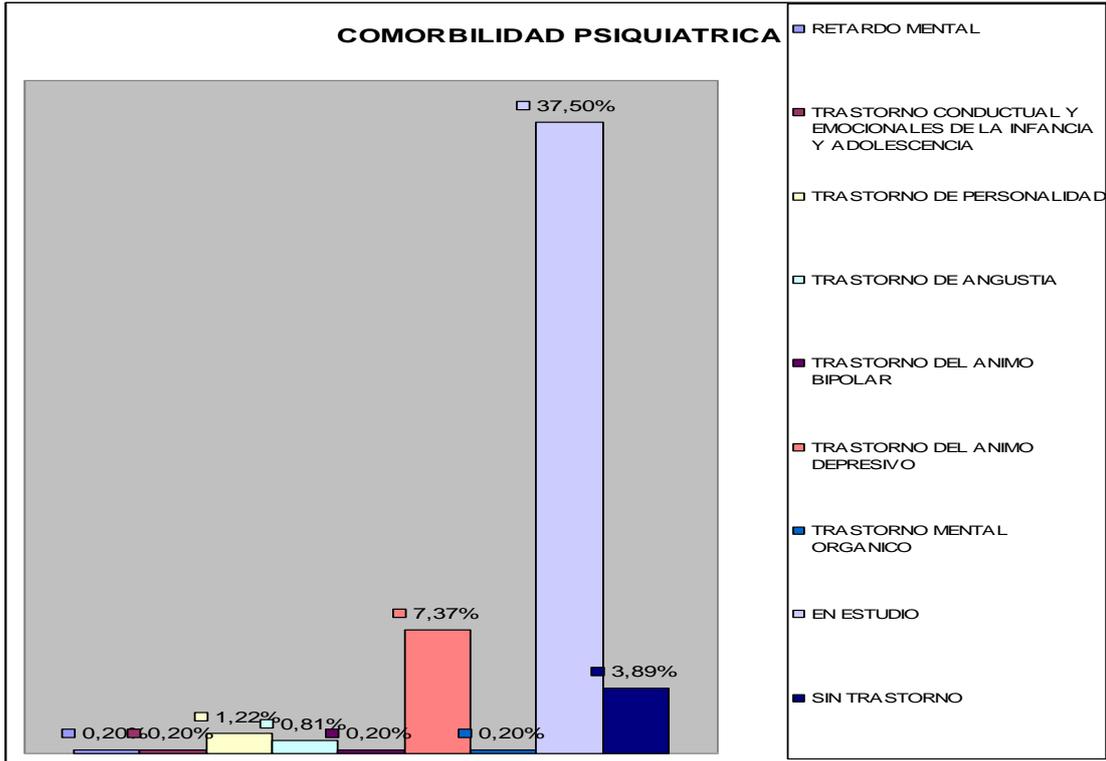


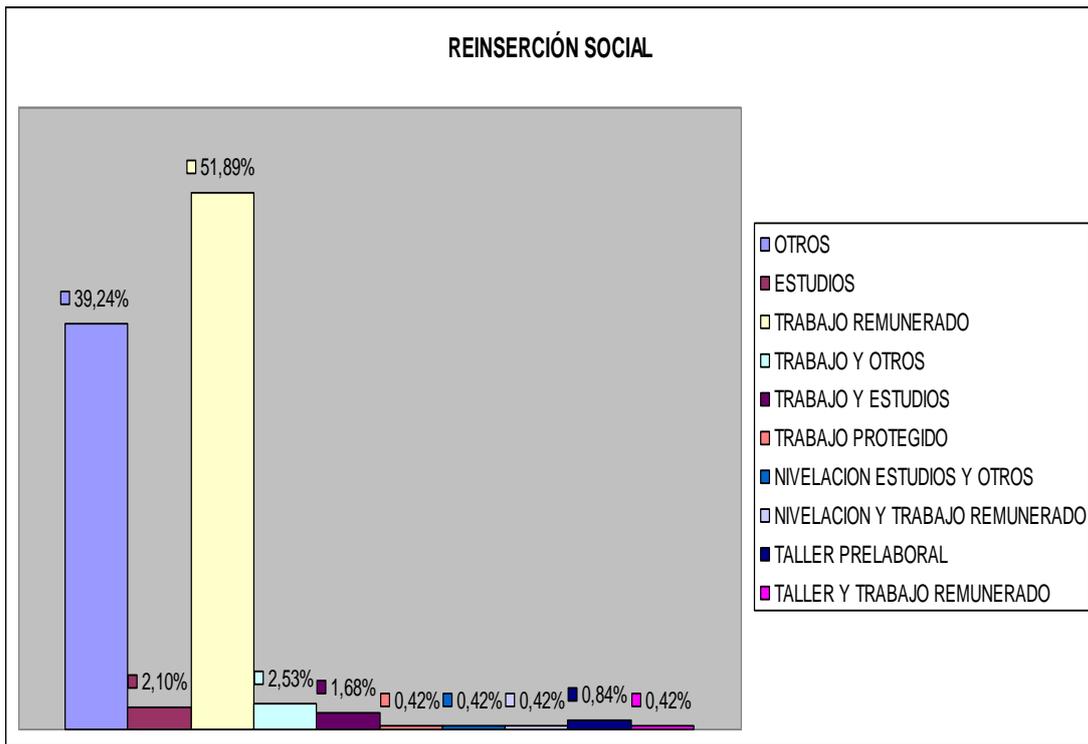
### Variables Clínicas





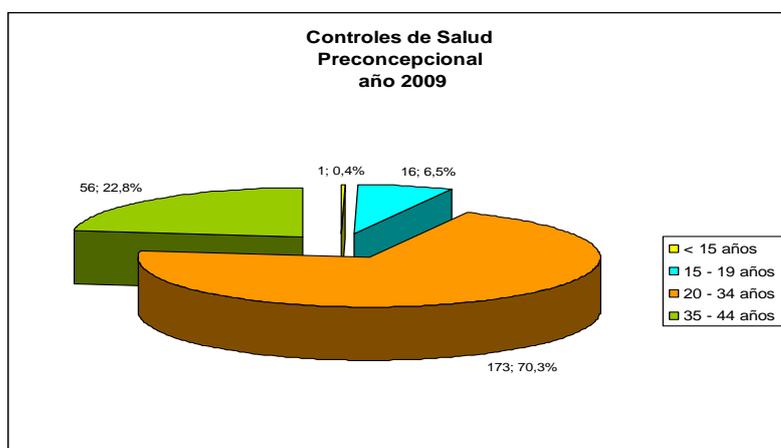




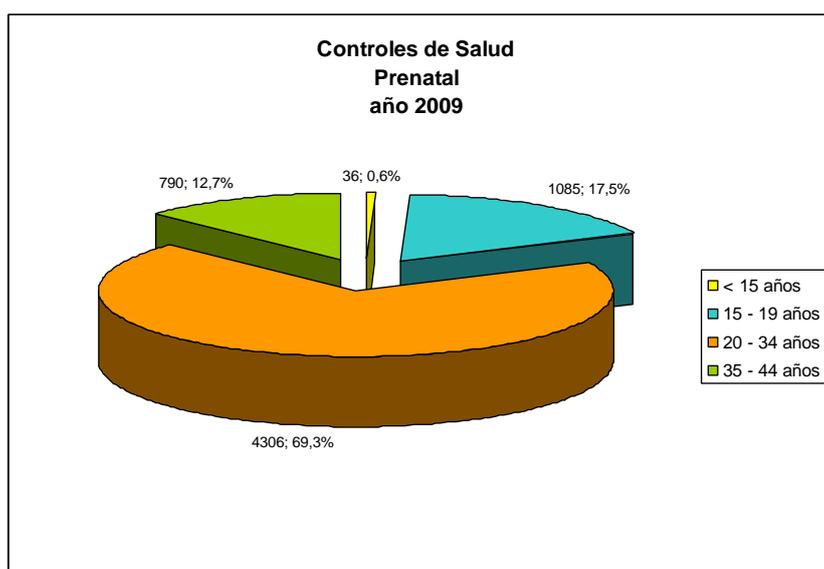


## Sub Unidad Salud Sexual y Reproductiva

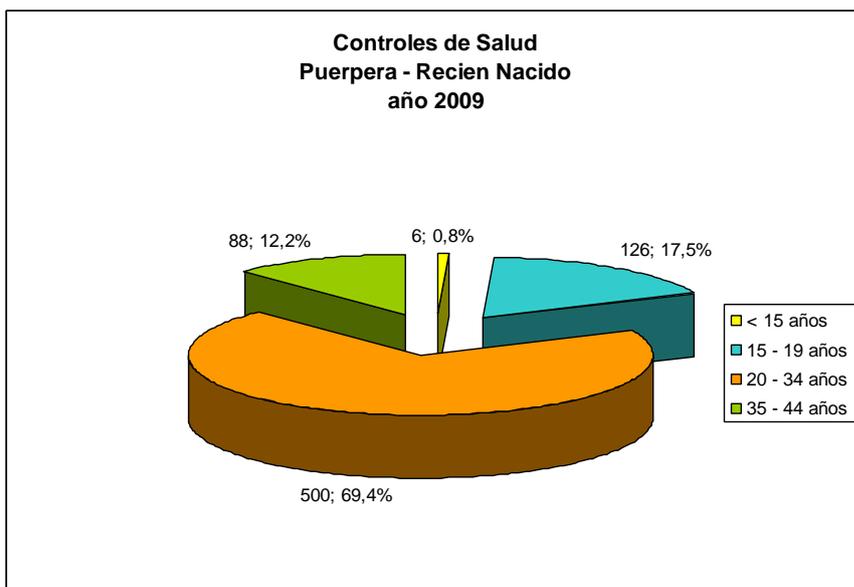
### Indicadores año 2009



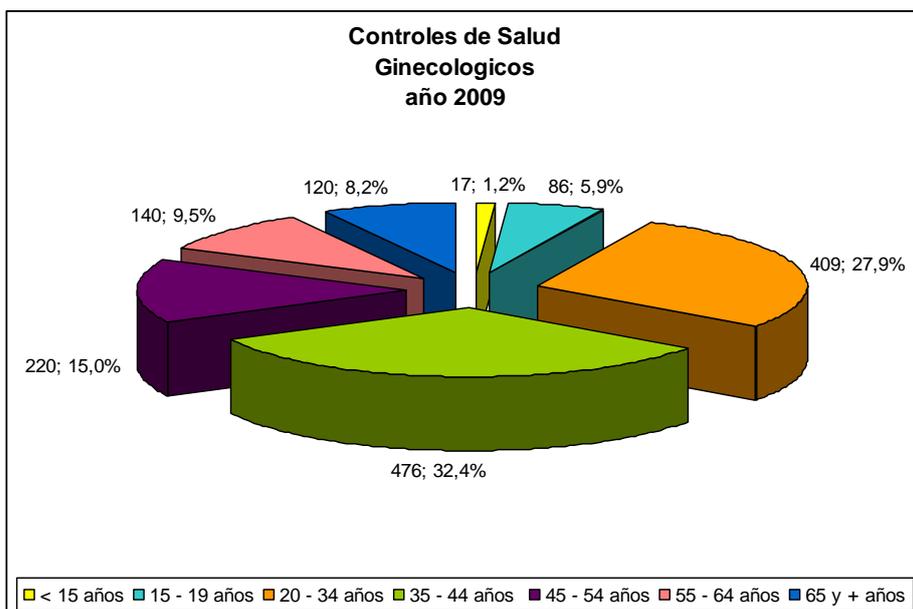
Total de controles Pre-concepcionales realizados durante el 2009 por matrón(as) en el centro de salud Cardenal Raúl Silva Henríquez 246



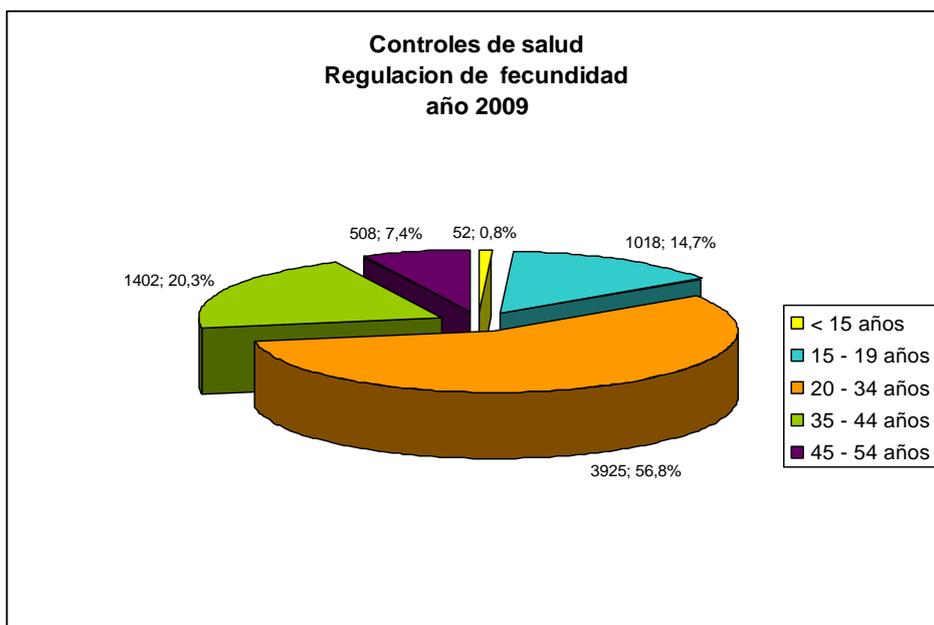
Total de controles Prenatales realizados durante el 2009 por matrón(as) en el centro de salud Cardenal Raúl Silva Henríquez 621



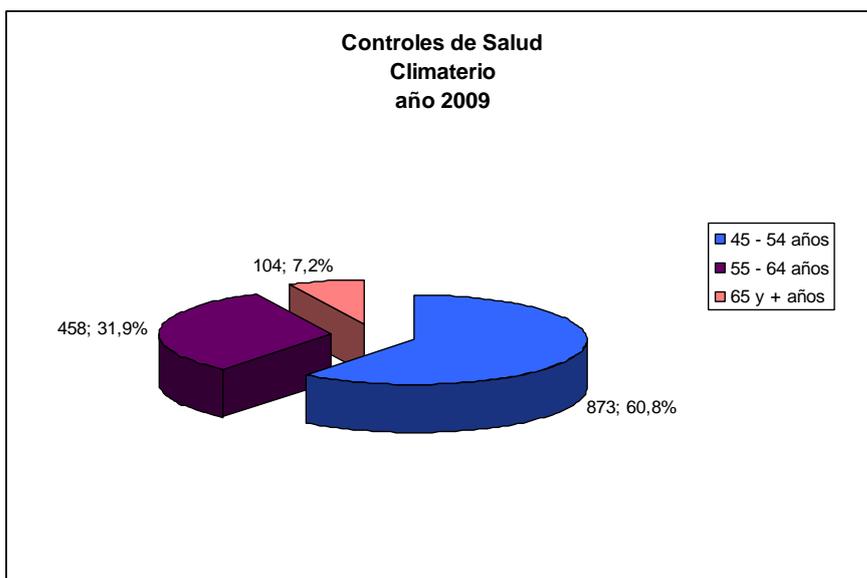
Total de consultas puerperas y recién nacido realizadas por matron(as) durante el 2009 en el centro de salud Cardenal Raúl Silva Henríquez 720



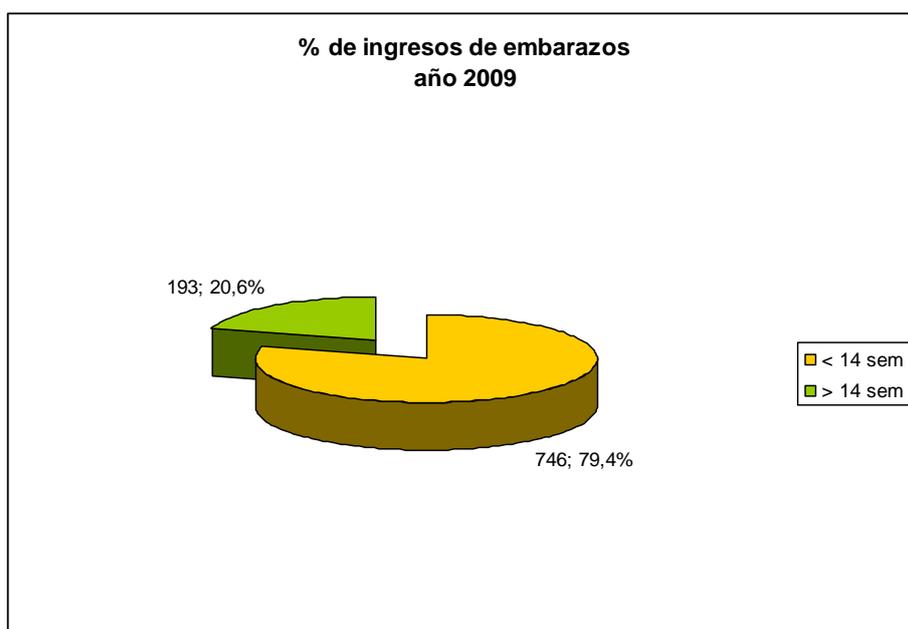
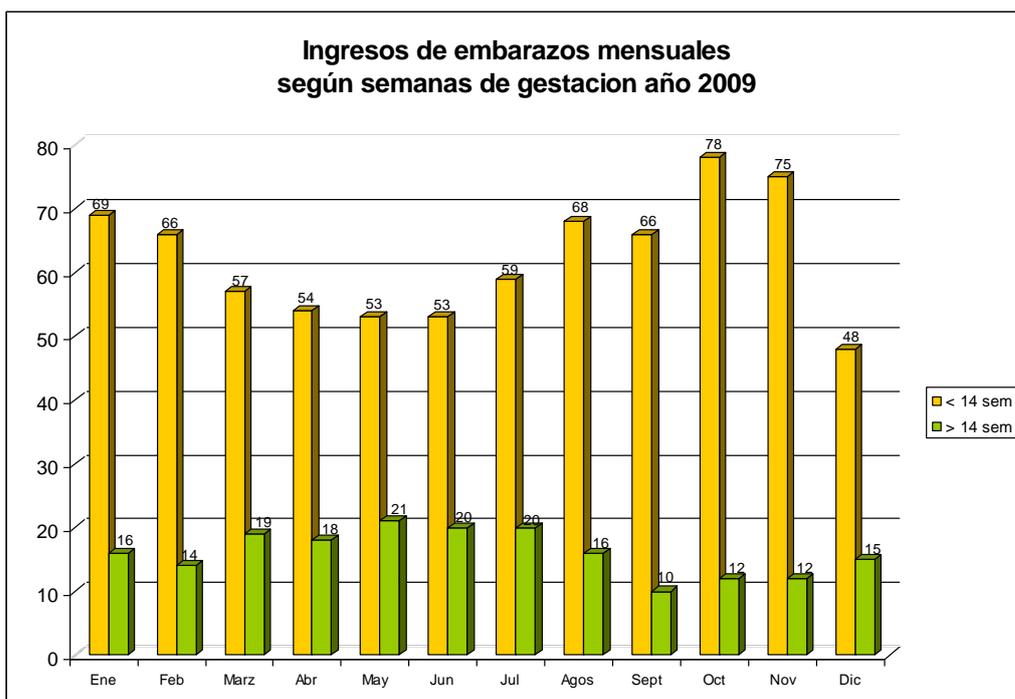
Total de controles ginecológicos realizados por matron(as) durante el 2009 en el centro de salud Cardenal Raúl Silva Henríquez 1468.



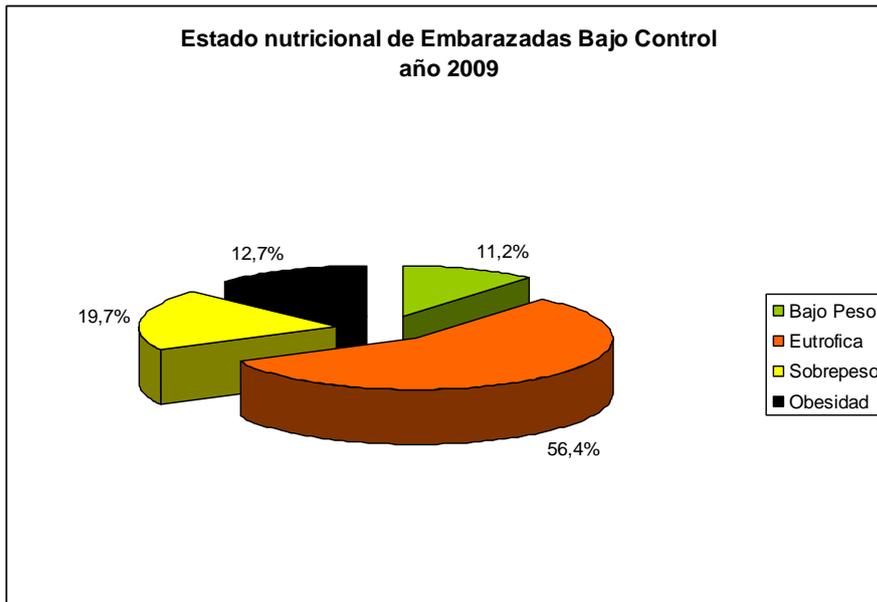
Total de controles de regulación de fertilidad realizados por matrón(as) durante el 2009 en el centro de salud Cardenal Raúl Silva Henríquez 1468.



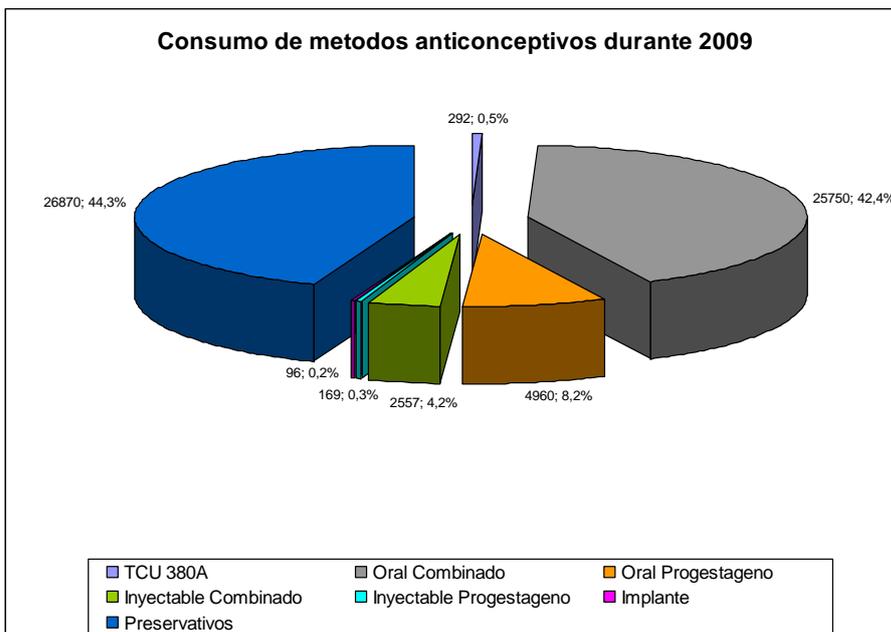
Total de controles en etapa climaterio realizados por matrón(as) durante el 2009 en el centro de salud Cardenal Raúl Silva Henríquez 1435



Total de consultas de ingresos de embarazadas realizadas por matrón(as) durante el 2009 en el centro de salud Cardenal Raúl Silva Henríquez 939



El 43.6% de las embarazadas tienen diagnóstico de malnutrición, el 32.4% por exceso y un 11.2 por déficit.



**UNIDAD ADULTO MAYOR****DATOS DEMOGRAFICOS.****REALIDAD NACIONAL.**

De acuerdo al censo del año 2002 la cantidad de adultos mayores en Chile es de 1.717.478, representando el 10% del total nacional<sup>3</sup>. La relación por sexo es de 758.049 hombres y 959.429 para las mujeres, representando un 44.14 y 55.86% respectivamente.

**Grafico N°1: Población chilena según sexo, censo 2002**

En la comuna la relación hombres/mujeres adultos/as mayores, se presenta de la siguiente forma:

SEXO	ADULTOS/AS MAYORES
HOMBRES	4.008
MUJERES	5.658
<b>TOTAL</b>	<b>9666</b>

El cuadro anterior nos muestra una relación de porcentual entre sexo algo similar al la realidad nacional, ya que los hombres representan el 41.5% y las mujeres el 58.5%.

<sup>3</sup> Si se realiza el cálculo por la población mayor de 65 años, esta sería de 1.217.576. Se hace la distinción ya que los programas sanitarios consideran al/a Adulto/a Mayor con 65 años y más.

## ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR EN NUESTRA COMUNA

	Total	%	Hombres	%	Mujeres	%
<b>Nacional</b>	1.717.478	11.4	758.049	10.2	959.429	12.5
<b>5<sup>ta</sup> región</b>	206.872	13.4	89.200	43.1	117.672	56.9
<b>Quillota</b>	9666	11.8	4.008	41.5	5.658	58.5

### CAMBIOS INHERENTES AL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO<sup>4</sup>

La consideración biopsicosocial de la persona y la influencia que el paso del tiempo tiene sobre ella hace necesario analizar los cambios que se producen a lo largo del proceso de envejecimiento desde tres perspectivas: cambios biológicos, cambios psíquicos y cambios sociales, los que en su conjunto caracterizarán el perfil del anciano/a y determinarán sus necesidades.

#### Cambios biológicos:

Desde esta perspectiva se analizan los cambios en la estructura anatómo-fisiológica del organismo: el envejecimiento de las capacidades físicas y sus limitaciones asociadas. SER VIEJO.

#### Cambios psíquicos:

Se analizan los cambios de comportamiento, la auto percepción y las reacciones frente al fenómeno de envejecer propio y ajeno, los problemas de relación con los demás y los conflictos, creencias y valores del propio individuo y de su visión de la vida y de la muerte. SENTIRSE VIEJO

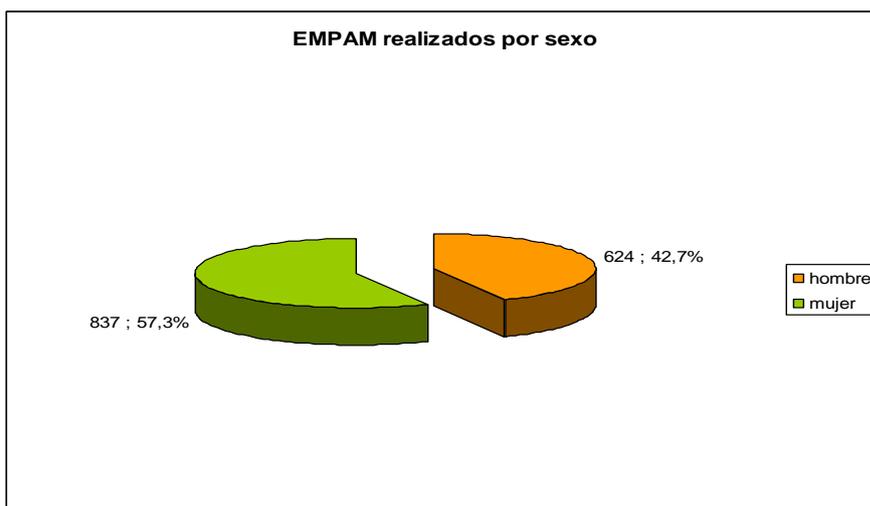
#### Cambios sociales:

Se estudia la dimensión del rol del anciano en la sociedad, desde la concepción individual hasta el papel del grupo de ancianos en la propia comunidad. SER CONSIDERADO VIEJO.

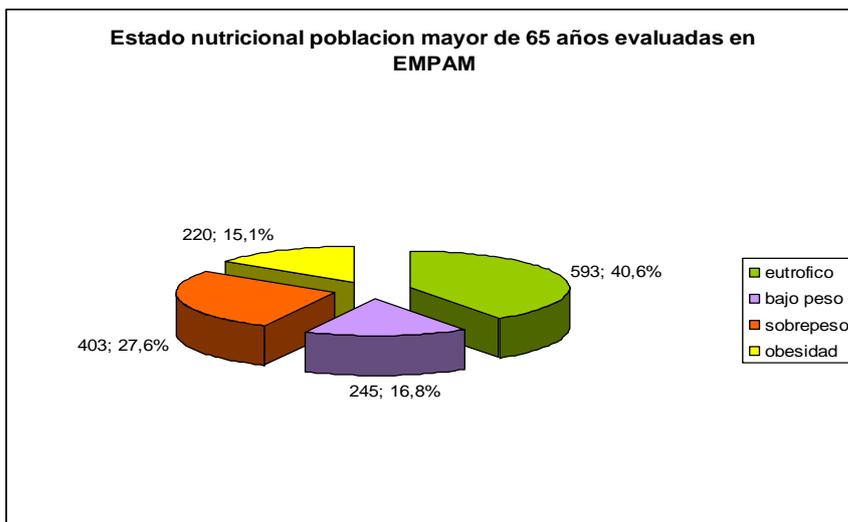
### REALIDAD SANITARIA.

Los adultos/as mayores que asisten los establecimientos de salud de Quillota, son mayoritariamente mujeres, así lo muestra un análisis que se realizó con los Examen de Medicina Preventiva del Adulto/a Mayor (EFAM) vigente 2009.

<sup>4</sup> Doris Squeira, texto “Características del Geronto: Cambios inherentes al Proceso de Envejecimiento”. Centro de Estudios Geronto-Geriátricos. Universidad de Valparaíso.



Total EMPAM realizado durante el 2009 entre hombres y mujeres 1461, siendo al sexo femenino quien más exámenes se aplicó 837 la misma tendencia de los EMPA don de las mujeres realizaron mayor cantidad de consulta



Según los resultados obtenidos de las evaluaciones de EMPAM los adultos mayores en nuestro centro de salud según estado nutricional el 59.4% presenta malnutrición por exceso o déficit, solo un 40.6% esta con estado nutricional eutrófico o normal.

### ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN DEL ADULTO MAYOR CON UN ENFOQUE FAMILIAR

Se van a trabajar en los siguientes pilares enmarcados dentro de un contexto familiar: Social, Psicológico y Biológico.

## **SOCIAL**

Se debe trabajar con las familias fortaleciendo el vínculo entre ellos. En este aspecto, las acciones que realicen tanto los familiares como los propios adultos mayores, contribuyen a establecer encuentros más significativos entre ambos.

Los Adultos Mayores en la comunidad que tienen una mirada del envejecimiento activo generan en el escenario social acciones productivas con amplio reconocimiento comunitario. Esto implica una diferencia sustancial entre estar o acompañar a formar parte de las redes sociales, reforzar la pertenencia al contexto social y fundamentalmente tomando parte, influyendo y decidiendo.

El mantenimiento de la salud mental de los adultos mayores se debe realizar desde la prevención primaria a través de la educación de ellos y de sus familiares, para que estos sepan atenderlos y apoyarlos.

Es fundamental por ende, promover la autovalencia a quienes entran en la tercera edad y que participen en cursos que los preparen a enfrentar esta etapa de vida.

## **PSICOLOGICO**

En cualquier edad, el estrés y otras problemáticas de salud mental, como la depresión, constituyen un factor de riesgo para la salud, el bienestar y la calidad de vida de las personas; pero esto se torna particularmente sensible en la tercera edad, etapa del ciclo vital en que resulta de suma importancia su prevención y control.

Así por ejemplo, la ausencia de un proyecto de vida adecuadamente estructurado, la pérdida de contactos sociales, un bajo nivel de actividad física y social, la falta de motivación para desarrollar nuevos intereses resultan factores de riesgo a controlar y evitar.

La prevención y el control de la depresión y el estrés en la tercera edad, ha de contemplar, en primer lugar, la transmisión de un conjunto de conocimientos a los sujetos que les posibilite el reconocimiento de los estresores más importantes que suelen aparecer en esta etapa de la vida y sus efectos sobre la salud. En segundo lugar, un adiestramiento dirigido al control de las situaciones o condiciones que favorecen el estrés, y al desarrollo de diversas habilidades personales destinadas a favorecer el cambio en las estrategias con las que se abordan los problemas.

Así, la prevención en la tercera edad, requiere de la disposición del sujeto para implicarse en procesos de captación de información y reflexión que le permitan el desarrollo de un proyecto de vida, para mantenerse activo y desarrollar un sistema de acciones que le permitan mejorar su bienestar y calidad de vida.

La tercera edad no tiene necesariamente que ser un período de la vida en el que predomine o se haga inevitable un deterioro fatal de las capacidades físicas e intelectuales, ya que si los sujetos muestran la necesaria motivación y la intención de mantener un estilo de vida activo y productivo, y se les propician las condiciones para desenvolverse en un entorno rico y estimulante, en el cual se favorezcan experiencias de aprendizajes y se reconozcan y estimulen los esfuerzos por alcanzar determinados logros, en cuanto a participación en actividades de diversa índole, la senectud puede evitarse o demorarse.

Actividades de ocio y recreación, en el adulto mayor, han de entenderse y apreciarse como algo más allá de lo simplemente personal, en cuanto al empleo del tiempo libre ha de verse más bien como una acción que proyectada desde lo social puede crear las condiciones que faciliten la elevación de la calidad de vida de estas personas, y contribuya al desarrollo de estilos de vida más saludables y autónomos a esta edad.

Junto con lo anterior, las redes de apoyo social han demostrado ser un formidable recurso para que las personas optimicen sus estados de salud y bienestar, y devenir en importante factor restaurador cuando su salud está comprometida. Estos efectos son legítimos en cualquier momento del Ciclo Vital, pero adquieren particular significación en la Tercera Edad en la que el individuo tanto necesita ser reconocido en cuanto a su valía como ser humano, aún útil y productivo.

Considerando esto, es que abordar la problemática del envejecimiento como proceso demanda conocer también el rol del adulto mayor desde el espacio familiar dentro de su estructura y dinámica, la naturaleza de las relaciones con los hijos y las formas de la solidaridad intergeneracional como un elemento fundamental para el análisis de la calidad de vida en la vejez. La familia como red social de apoyo acrecienta su importancia con el envejecimiento, en una etapa en que tienden a retraerse otras relaciones sociales.

Los vínculos del anciano con la familia pueden variar de una familia a otra en función de su historia anterior, de la estructura de la familia como grupo, de las características de personalidad de sus miembros y de otros factores. Se trata entonces de profundizar el tipo de relaciones familiares que se da entre el anciano y la familia para detectar los aspectos más vulnerables y convertir a la familia en una verdadera fuente de bienestar para el anciano. El trabajo en y con la familia constituye un instrumento privilegiado e imprescindible en la atención del adulto mayor. La permanencia del anciano en su marco de vida es un factor beneficioso para el mismo por contribuir a conservar sus capacidades tanto físicas como psíquicas.

### ***Estimulación Cognitiva:***

El envejecimiento normal del sistema nervioso central, tiene como indicador el deterioro intelectual producto de la muerte y/o atrofia neuronal.

La función cognitiva se refiere a los procesos intelectuales. La pérdida de las capacidades intelectuales puede compensarse en el adulto mayor, por la experiencia y los conocimientos adquiridos, por eso se hace necesario ejercitarlos y mantenerlos. La estimulación cognitiva ha demostrado ser beneficiosa en esta población.

Se denomina estimulación cognitiva al conjunto de intervenciones no farmacológicas realizadas en forma sistemática y cuyo objetivo apunta a mantener las capacidades cognitivas en las personas sanas o rehabilitar las capacidades cognitivas que mantienen las personas enfermas.

La estimulación cognitiva tiene como base científica la plasticidad neuronal del cerebro, entendiendo como tal la capacidad del cerebro de dar respuesta para adaptarse a nuevas situaciones y reestablecer el equilibrio alterado después de una lesión a través de la regeneración y establecimiento de nuevas conexiones.

El objetivo de la estimulación cognitiva es hacer más lenta la progresión del deterioro cognitivo, favoreciendo la neuroplasticidad mediante la presentación de estímulos que desarrollen las capacidades intelectuales, emocionales, relacionales y físicas de manera integral.

Desarrollar la creatividad y el aprendizaje en el adulto mayor, lo conduce a restablecer su autoestima, disminuye los estados depresivos y desarrolla su imaginación manteniéndolo cognitivamente activo.

Las capacidades y funciones cognitivas importantes de considerar al momento de programar la estimulación cognitiva son; memoria, atención, concentración, capacidad de resolución de problemas, lenguaje, reconocimiento y orientación temporoespacial.

### ***Musicoterapia y Adulto Mayor:***

La música terapia posibilita un espacio donde el adulto mayor puede ejercitar lo cognitivo, lo sensorial o afectivo y lo social.

Teniendo en cuenta que durante la vejez se transitan varios duelos tanto físico como vinculares y afectivos, la musicoterapia brinda un espacio donde se pueden expresar todas estas problemáticas y resignificarlas a una mayor aceptación, además se aplican técnicas y ejercicios específicos para ayudar en la mejora de funciones cognitivas y así mantener las funciones psíquicas principales en actividad, retardando su deterioro. También a través de improvisación musical en grupo, se da una interacción entre los participantes donde se trabajan vínculos y se disfruta del hacer musical directo.

Pensando en la musicoterapia como una herramienta netamente de rehabilitación se puede usar el ritmo la percusión para reparar estados de desorganización temporal por daños neurológicos, marcha inestable, temblores

y casos de artritis, donde el movimiento ayuda a evitar el estancamiento de las articulaciones.

## **BIOLÓGICO**

Considerando las funciones biológicas del adulto mayor y enfatizando en la Sexualidad.

Se define como Salud Sexual Geriátrica a la expresión psicológica de emociones y compromisos que requiere la mayor cantidad y calidad de comunicación entre compañeros, en una relación de confianza, amor, compartir y placer con o sin coito.

El proceso de envejecimiento da lugar a una mayor fragilidad orgánica, a un aumento de vulnerabilidad frente a las enfermedades y en general a cualquier tipo de agresión. Además el proceso de envejecer se caracteriza por ser la única edad que no introduce a otro ciclo de vida y por ser el momento más dramático de la existencia esta la etapa de los temores y pérdidas.

Temor a la soledad, al aislamiento, a la incomprensión, falta de recursos económicos, la discapacidad, a la fragilidad, a la dependencia, también pérdidas de la capacidad laboral, de perder a la pareja, a los amigos, los hijos, disminución de la eficiencia física.

Todos los prejuicios sociales castigan a adulto mayor privándolo de su derecho de mantener su actividad sexual satisfactoria, siendo que ésta es una instancia de mucha importancia para los adultos mayores.

Por haber sido criados en una época en que el tema de la sexualidad era tabú, muchos de los adultos mayores actuales, no consultan por disfunción sexual, sumado a esto, la creencia de que sus problemas se deben exclusivamente a la edad.

Hay una gran variabilidad de unos AM a otros. Contando con buena salud y compañero sexual la mayoría de los adultos mayores son capaces de continuar sus relaciones sexuales.

Aún en los casos de discapacidad o enfermedad que impidan responder a la sensación sexual, ésta sigue existiendo.

La actividad sexual cumple más que funciones físicas o fisiológicas, contribuye a la sensación de identidad e intimidad y estimula la vitalidad de las personas.

### ***La educación en la vejez es necesaria:***

Si se analizan los términos de envejecimiento normal y envejecimiento patológico, así como los factores influyentes en cada uno de estos términos podemos darnos cuenta de que existen factores biológicos, psicológicos y

sociales que pueden determinar la presencia de uno u otro tipo de envejecimiento.

Haciendo referencia a los aspectos psicológicos y sociales más significativos podemos decir que en el envejecimiento normal existe desarrollo o desintegración de algunos procesos psíquicos que pueden ser compensados, buen afrontamiento al estrés, teniendo en cuenta los factores estresores que se presentan en esta etapa (pérdida de salud, limitaciones, aislamiento, soledad), autovaloración positiva, sentido de vida optimista. En el envejecimiento patológico, en este sentido, se presenta la pérdida progresiva e irreversible de procesos psíquicos, mal afrontamiento al estrés, autovaloración negativa, sentido de la vida pesimista, sentimientos de soledad y abandono.

En lo social aparece como normal la sustitución y evolución de roles, apoyo social (familiar y comunitario), posibilidades de autonomía, contactos familiares amistosos, existencia de actividades productivas para el anciano, discrepancias intergeneracionales no disruptivas, mientras en el envejecimiento patológico se presenta la pérdida total roles sin posibilidad de sustitución, ausencia de apoyo social, dependencia involuntaria, inactividad, aislamiento, conflictos intergeneracionales, ausencia de contactos familiares amistosos.

Debemos, entonces, cuestionarnos cuánto podemos hacer para apoyar el desarrollo del anciano en esta etapa, cuánto podemos estimular al adulto mayor para que viva esta etapa llena de cambios desde una perspectiva positiva y enriquecedora y cuanto podemos influir sobre estos factores psicológicos y sociales para lograr la aparición del envejecimiento normal.

Con referencia a lo anterior, se pueden plantear las siguientes conclusiones:

Respondiendo al objetivo de ser una comuna saludable, y trabajando con un enfoque familiar integral, a través del presente proyecto se pretende propiciar el trabajo transdisciplinario en los profesionales de los Centros de Salud de la Comuna, a partir de la implementación y desarrollo de un proyecto de envejecimiento saludable, trabajando coordinadamente con las familias beneficiarias del mismo.

A la vez se pretende propiciar que las familias incorporen el concepto de corresponsabilidad, a través de la firma del Plan Familia Saludable, incorporando un seguimiento institucional a las familias clientes del sistema local de salud, a través de las ejecutivas de familia.

Las actividades de este tipo realizadas con el adulto mayor constituyen en nuestros días un proceso de gran importancia, con ellas pueden lograrse un mejor estilo de vida donde existan proyectos, esperanzas, conocimiento real de sus potencialidades, de sus valores y hasta dónde pueden llegar. Permite preparar al adulto mayor para llevar una vida más saludable tanto física como psíquicamente.

A la vez se permite la inserción del adulto mayor en esa sociedad que un día construyó y de la que se siente apartado, siendo una oportunidad para

aprender a vivir mejor. Resulta un modo de lucha contra las representaciones que hoy priman de la vejez y que tanto los limitan, constituyendo así una necesidad de orden social.

**PLATAFORMA DE GESTION FAMILIAR****ACCIONES REALIZADAS AÑO 2009**

Planes de trabajos y firmados	861
-------------------------------	-----

Total de cumpleaños y saludos a recién nacidos	8024
--	------

**Gestiones Familiares realizadas**

<b>ACTIVIDAD</b>	<b>TOTAL</b>
Casos derivados de Unidad de la Familia)	<b>888</b>
Contacto telefónico	<b>13.431</b>
Entrevista en PGF	<b>4.363</b>
Felicitaciones	<b>80</b>
Reclamos	<b>181</b>
Reunión de Personal	<b>54</b>
Reunión Unidad Familia (Ejecutiva(o) )	<b>34</b>
Saludo de cumpleaños	<b>7.385</b>
Saludo de Recién Nacido	<b>461</b>
Sugerencias	<b>27</b>
Vehículo	<b>428</b>
Visita a Hospital	<b>279</b>
Visita domiciliaria	<b>1.867</b>
Horas otorgadas en CS. Dr. Miguel Concha	<b>5.590</b>
Horas otorgadas en CS. Cardenal Raúl Silva H.	<b>4.239</b>
Gestiones en otras Instituciones	<b>147</b>
Cartas	<b>1</b>

**Inscripcion Percapital Año 2009**

	<b>PERCAPITA (N)</b>	<b>TEMPORALES</b>	<b>FICHAS ACT.</b>	<b>TOTAL FUNCIONES</b>
<b>TOTAL</b>	<b>1.502</b>	<b>564</b>	<b>86</b>	<b>2.152</b>

**FAMILIAS RECIBIDAS C.S.C.R.S.H**

	<b>FAMILIAS RECIBIDAS AÑO 2009</b>
<b>TOTAL</b>	<b>888</b>

**R.E.M. AÑO 2009**REM  
19

REM 26

	ACTIVID.	ATEN DOMIC	REUN. PLANIF	REUN GESTION	INV Y CAPAC	CONSULTA	HUM. ATENC.	ENTREVISTA		HUM. ATENC.	ACT. DIFUSION Y COMUNIC	
	EN DOMICILIO	OTROS	LUGAR TRAB	LUGAR TRABAJ	RRHH		ENTREVISTA	HOMBRES	MUJERES	ACT DIFUSION	HOMBRES	MUJERES
<b>TOTAL</b>	<b>279</b>	<b>1.874</b>	<b>37</b>	<b>13</b>	<b>15</b>	<b>213</b>	<b>4.363</b>	<b>960</b>	<b>3.383</b>	<b>7.111</b>	<b>3.195</b>	<b>3.916</b>

## INTRODUCCION

El actual mapa de salud de la APS de Chile, tiene consigo una carga ministerial importante, desde el punto de vista administrativo y sanitario propiamente tal.

En el primero muestra una “obligatoriedad” de los municipios en implementar el Modelo de Salud, traduciendo su actuar, en lo que se refiere a la salud familiar, reestructurando su infraestructura en Centros de Salud Familiares (CESFAM), condicionando su actuar actual a la meta presidencial de transformar toda la APS nacional en este tipo de Centros.

El segundo, por su parte, indaga en la implementación técnica, para dar el sustento sanitario de tal cambio. Lo anterior implica equipos preparados/formados/capacitados en el área, sectorización, mirada sistémica en la atención familiar, por nombrar algunos.

Lo dicho en los párrafos anteriores no es menor, por cuanto esto trae consigo un gasto financiero alto, el cual deberá estar reflejado en el presupuesto municipales, y no necesariamente en aportes extras provenientes del MINSAL. Lo que en un primer momento se pensó que sería de esa forma, con per cápita diferenciados, hoy en día no es así.

Por otra parte el problema se acelera más debido a la diferenciación financiera, técnica y administrativa que los equipos municipales de salud tienen. Comparar a la comuna de Las Condes con otra como Cartagena pareciese odioso, por cuanto los dos deben cumplir con la condición de CESFAM, sin embargo el primero está en una posición de privilegio en relación al otro.

Dentro de este panorama, estos cambios traen consigo una serie de obligaciones que la Reforma Sanitaria impone. Para entender esto se deben mencionar las cinco leyes que envuelven a la Reforma:

- 1.- Deberes y Derechos de las Personas en Salud
- 2.- Régimen de Garantías en Salud
- 3.- Financiamiento del Plan Auge y Chile Solidario
- 4.- Ley de Autoridad Sanitaria
- 5.- Instituciones de Salud y Previsional

De estas el N°2 implica cuatro garantías: Acceso, Oportunidad, Calidad Técnica y Protección Financiera. Para dar garantía a los pacientes se debe estructurar una serie de procesos internos en los Centros de Salud, para avalar la atención sanitaria.

Sin embargo la garantía de Calidad Técnica es una que aún no se exige, debido a sus implicancias en el sistema mismo. La ley N° 19.337 establece que “Aquel nivel en el cual los prestadores otorgan sus atenciones garantizando la seguridad de los pacientes en ámbitos tales como condiciones sanitarias; seguridad de las instalaciones y equipos; aplicación de técnicas y tecnologías;

cumplimiento de protocolos de atención; competencias de los recursos humanos; y, en toda otra materia que incida en la seguridad con que se proveen los servicios asistenciales.” Paralelamente la ley N°19.966 señala que “la garantía explícita de calidad será exigible cuando entren en vigencia los sistemas de certificación, acreditación y registro de la Superintendencia de Salud, conforme a lo dispuesto en la Ley N° 19.937”.

Por lo anterior se puede decir que el camino de la APS no es el mismo de los últimos 38 años, desde que comenzó el proceso de municipalización. El presupuesto deberá complementar acápite en mantención y mejoramiento de los recintos asistenciales, formación del RRHH, vigilancia de procesos, por decir algunos.

### **LA TERCERA VIA.**

Si bien los procesos serán súper vigilados, para asegurar por parte del Estado atenciones de calidad, habrá desventajas notables si se compara el sistema privado con público. Si se quiere ser más certera y se compara entre pares, estas diferencias estarán igual a la vista, por lo que ya se ha señalado en la introducción.

Sin embargo, y aquí está el dilema, los municipios como entes administradores, son “libres” para estructurar sus propias políticas sanitarias y administrativas, salvaguardando los niveles técnicos impuestos por el nivel central.

Si bien no estamos en presencia de un país federativo o uno regionalista, con las implicancias que estos apellidos cargan, existen márgenes políticos/administrativos donde se puede actuar/implementar/investigar.

La razón de esta afirmación es que no se puede ser tan auto complaciente ni tan auto disidente, ya que la primera priva las miradas locales, y la segunda te expone a “sanciones” desde el nivel central. Por lo anterior una tercera vía es una manera de mantener la autonomía local, sin “pasar a llevar” los intereses ministeriales.

### **LA PROPUESTA DE QUILLOTA.**

La comuna de Quillota ha propuesto desde el año 2001 una reestructuración en las funciones del sistema sanitario a nivel urbano. Dividió en morbilidad/curativo y en preventivo/promocional/ familiar, siendo los ejes de esta acción los Centros de Salud Miguel Concha y Silva Henríquez respectivamente.

En el discurso se establece: “La iniciativa se desarrolla en la comuna de Quillota, al alero del trabajo realizado por el Departamento de Salud Municipal de Quillota. Esta institución en forma paralela a la Reforma Nacional de Salud,

a desarrollado un Modelo de Atención centrado en la familia y en los(as) ciudadanos(as). Así se puede decir a modo de diagnóstico, por un lado, que el modelo nacional de gestión de atención primaria no responde a las actuales condicionantes de orden sanitario; financiero, y por otro, la dimensión técnico-programática, limita la corresponsabilidad que les cabe a los ciudadanos(as) en el proceso salud-enfermedad. Todo lo anterior repercute en una relación entre el sistema y la gente en que no se construya ciudadanía sino sólo se abordan situaciones de interés individual en esquemas de oferta-demanda predeterminados...”<sup>5</sup>

Los objetivos que se plasmaron en el Plan de Salud 2002-2004, fueron los siguientes:

- 1.- Desarrollar una intervención sanitaria que impacte favorablemente en las prioridades de la comuna y en una alta satisfacción del usuario del sistema.
- 2.- Lograr una mayor corresponsabilidad de los involucrados en el proceso salud-enfermedad, potenciando especialmente el rol de la familia en este proceso.
- 3.- Transformar procesos productivos al interior del sistema asistencial y administrativo que cuentan con bajo valor agregado e inciden en el crecimiento de los costos.
- 4.- Incidir favorablemente en una cultura ciudadana de mayor integración y tolerancia a la diversidad, y en la generación de comunidades saludables, especialmente en las zonas rurales.
- 5.- Concluir el proceso de renovación de la planta física e infraestructura de la APS de Quillota; implementando, de acuerdo a los nuevos énfasis, la reposición del consultorio N°1 como nuevo centro de salud DR. MIGUEL CONCHA y la ampliación del Centro de Salud Rural de San Pedro.

Para el logro del objetivo N°2 se crea la Unidad de la Familia en el Centro de Salud Silva Henríquez, la que trabaja en confeccionar Planes de Intervención familiar, el que posteriormente son negociados con las familias, y la que decide sobre las serie de actividades que le son propuestas. De esta manera la familia se compromete con las iniciativas, ya que éstas nacen de la interacción entre los sistemas de salud y el familiar<sup>6</sup>.

---

<sup>5</sup> **CUESTIONARIO DE PROFUNDIZACION Para la Segunda Fase de Selección Cuarto Concurso “Premio Nacional a la Innovación en Ciudadanía” 2004**

<sup>6</sup> Ibid opp. N°1

## PLATAFORMA DE GESTION FAMILIAR.

Paralelamente se instaura la Plataforma de Gestión Familiar, la cual tiene su fundamento en la relación familia/sistema sanitario de APS, teniendo como objetivos los siguientes:

### Objetivo General<sup>7</sup>:

Proyectar, fortalecer y mantener el sistema comunal de salud en la que se inserta la reforma de salud municipal, logrando un sistema más cercano a la población atendida, entregándoles mejores herramientas para una participación más activa en la Salud”.

### Objetivos Específicos<sup>8</sup>:

- 1.- **“Fortalecer el rol social municipal en el sector salud, gestionando servicios de calidad, los que estén al servicio de la comunidad”.**
- 2.- “Propiciar la participación de los clientes-usuarios en su salud, incorporando el concepto de corresponsabilidad, como elemento central del proceso salud-enfermedad”.

En cuanto al cumplimiento de los objetivos mostrados se puede señalar que en el año 2005 se realizó un estudio, para ver el alcance de esta forma de atención. Los datos arrojados fueron los siguientes:

**Objetivo Específico N°2:** El 47% de los entrevistados reconoce que el programa es bueno, mientras que el 42% lo considera excelente. El porcentaje restante (11%) desconoce los alcances del mismo, por lo que declinó calificarlo. En tanto, un 89 % reconoce que el programa genera un impacto en sus necesidades emocionales. Las razones del por qué son de distinta índole, lo que quedó demostrado por los propios entrevistados en las entrevistas en profundidad. En tanto, el 11% no responde porque desconoce los alcances del programa<sup>9</sup>.

En relación al propiciar un seguimiento institucional a las familias clientes del sistema local de salud, a través de las ejecutivas, se señaló en su momento que existe una valoración positiva de la figura: ejecutiva de familia porque<sup>10</sup>:

- Puente entre el sistema de salud comunal y las familias.
- Contacto periódico.
- Lazos afectivos.

<sup>7</sup> Proyecto PGF, año 2002

<sup>8</sup> Ibid opp. N°3.

<sup>9</sup> Seguimiento a los usuarios ingresados a la modalidad de atención Unidad de la familia-Ejecutivo de Familia. Marisel Mendoza Ramírez. Periodista, Licenciada en Comunicación Social (Magíster en Antropología y Desarrollo)

<sup>10</sup> Ibid opp. N°5

A pesar de lo favorable del estudio se debe indicar que este muestra falencias, ya que en la relación familia ejecutivas, las primera ven una posibilidad cierta de conseguir horas. Ahora bien, cuando uno visualiza las atenciones que el sistema entrega, a través de Planes de intervención familiares, crea ciertas expectativas que antes los usuarios no tenían.

En relación a esto último, se debe señalar que se estableció, en la búsqueda de la corresponsabilidad un documento que diera cuenta de todas las prestaciones que la familia tendría derecho, por el hecho de ingresar a esta modalidad de trabajo.

Las prestaciones que se contemplan en forma estandarizadas son las siguientes:

Ingreso Integral de Embarazadas.

Ingreso al Chile Crece Contigo.

Ingreso al Taller de Estimulación Temprana y control de Asistencia.

Control Embarazo Según: Normas  ARO  Riesgo

Control Psicosocial 3º trimestre de embarazo.

Evaluación, Control y Alta integral Odontológica Primigesta. Sí  No

Control binomio puérpera y recién nacido.

Control Médico primer mes de vida (Evaluación Neurosensorial).

Control Psicosocial a binomio.

Ingreso al Taller Estimulación Recién Nacido y control de asistencia

Ingreso Programa Regulación de la Fertilidad.

Control Niño Sano.

Control Regulación de la Fertilidad 6º mes post-parto con : PAP  EFM

EMPA

Control Nutricional por: Déficit  Exceso  6º mes post-parto

Taller del 5to. Mes Nutricionista, alimentación y estimulación del desarrollo psicomotor.

Así, el documento que se contempla para la firma es el siguiente:

PLAN DE SALUD FAMILIAR

UNIDAD DE LA FAMILIA COMPROMISO PLAN DE TRABAJO FAMILIAR

FAMILIA: \_\_\_\_\_

Nº FICHA FAMILIAR: \_\_\_\_\_

FECA : \_\_\_\_\_

Ud. se ha incorporado al “Plan Familia Saludable” de los Centros de Salud de la I. Municipalidad de Quillota.

El Plan es un acuerdo de trabajo entre el equipo de la unidad de la familia y su grupo familiar tendiente a actuar en conjunto sobre los problemas de salud que les afectan, tanto en la prevención como recuperación, como en la promoción de un estilo de vida saludable. Los Centros de Salud, como su grupo familiar, se comprometen a realizar las acciones señaladas en el plan, siendo ustedes además beneficiarios de todas las otras prestaciones que ofrece el Departamento de Salud de la I. Municipalidad de Quillota.

Así también se les asignará una(o) Ejecutiva(o) de Familia \_\_\_\_\_ quien les acompañará en todo este proceso, siendo el nexo entre su familia y los Centros de Salud.

Nuestra propuesta de trabajo con su grupo familiar es la siguiente, la cual usted puede aceptar o rechazar proponiendo alternativas nuevas a su Plan de Salud:

#### PLAN DE SALUD FAMILIAR

NOMBRE	INTEGRANTES DE LA FAMILIA	ACTIVIDADES A REALIZAR
1	1	
2	2	
3	3	
4	4	
5	5	

Actividades propuestas por el grupo familiar:

---



---



---



---



---

En nombre de mi grupo familiar, me comprometo a cumplir el plan familia saludable. En especial asistir a las citaciones, controles y/o actividades ya aceptadas, como también a avisar con la debida anticipación cuando no sea posible asistir.

NOMBRE Y FIRMA REPRESENTANTE GRUPO FAMILIAR.

---

ACEPTA

RECHAZA

Frente a cualquier modificación en su grupo familiar, Ud. debe dar aviso a su Ejecutiva/o de Familia

## **EL SISTEMA INFORMÁTICO.**

La inteligencia informática es una herramienta que siempre fue considerada en la aplicación del “modelo quillotano de salud”. Sin embargo esta variable nunca fue manejada por el Departamento de Salud, sin posibilidad de ahondar o profundizar aún más los cambios planteados.

En el año 2009 se implementa el sistema informático de APS, con la empresa MEDUC, lo que viene a dar armonía administrativa/técnica a lo planteado en el Plan de Salud 2002-2004.

La instalación tiene dos grandes etapas:

- La primera la que tiene que ver con la implementación de los diversos módulos para que la APS funcione en la lógica ministerial.
- La segunda, es la que se refiere al desarrollo de inteligencia local, creando módulos propios, que den respuesta a las necesidades del entorno más cercano.

Esta segunda etapa todavía no se implementa. Sin embargo con la capacidad de respuesta del hoy, se pueden diseñar trabajos conjuntos y estrategias locales para dar forma al “modelo quillotano”.

## **DESARROLLO DE UNA PROPUESTA SOCIO SANITARIA.**

La PGF se transformará de una unidad acompañadora de procesos familiares y sanitarios en una unidad que complemente el Plan Familia Saludable, con acciones preventivas promocionales, que aseguren una programación técnica familiar global.

Esta institución se hará cargo de las acciones preventivas familiares que actualmente son ejecutadas por la Unidad de la Familia del CSCRS, lo que implica un desarrollo de destrezas distintas a las actuales.

Su objetivo central será **“Propiciar la participación de los/as usuarios/as en su salud, a través de la fidelización al sistema sanitario y la incorporación del proceso de la corresponsabilidad, como elemento central del proceso salud-enfermedad”**.

La propuesta de intervención/acción de la PGF está dentro del marco preventivo promocional, principalmente por que se debe entender que ésta es una estrategia que está inserta en la atención primaria de salud, lo que marca el accionar de sus acciones.

Dentro de este marco, la acción tenderá a cuatro directrices centrales:

1. La primera centrada principalmente en la gestión administrativa y clínica del Plan Familia Saludable.
2. La segunda en una mirada comunitaria e intersectorial.
3. La tercera en un enfoque de derecho y deberes.
4. La cuarta será la comunicacional.
5. La última será la gestión del RRHH.

## 1.- Gestión Administrativa y Clínica.

En el proceso de desarrollo de la PGF se debe considerar que la gestión se debe centrar en procesos comunes a toda organización, lo que se denomina como gestión administrativa.

Se puede definir como G.A. como el conjunto de acciones mediante las cuales el directivo desarrolla sus actividades a través del cumplimiento de las fases del proceso administrativo: Planear, organizar, dirigir, coordinar y controlar<sup>11</sup>.

Desde esta óptica hay que definir cuales serán las tareas propias de cada proceso, entendiendo que esta mirada se centra en la productividad del sistema total.

Para entender la Gestión Clínica, se puede definir como la síntesis del concepto de gestión y del concepto de práctica clínica: “Gestión implica tomar decisiones, llevar a cabo acciones para traducirlas a la práctica, recoger información sobre las mismas, controlar sus resultados versus los previstos y adoptar una nueva decisión, si lo obtenido no casa con lo esperado. El proceso asistencial se ajusta al esquema de la presunción diagnóstica, decisión sobre pauta terapéutica, procesos o procedimientos, información sobre resultados y, si es necesario, otra nueva decisión”<sup>12</sup>. Para Lister, la Gestión Clínica es la gestión de los procesos clínicos, de todas las actividades que estos incluyen y de los recursos necesarios para llevarlos a cabo, lo que implica una revisión del diseño organizativo, identificando el liderazgo de los profesionales médicos y de enfermería<sup>13</sup>. Se debe complementar esta última con una conducción no sólo en lo médico/enfermería sino con todos las profesionales que trabajan en los Centros de Salud.

La PGF no ha incorporado hasta el día de hoy elementos de intervención clínica, por lo que los procesos antes expuestos no han sido necesarios para su actuar. Esto no es menor por que de una u otra forma pensar en gestión clínica implica disminuir la variabilidad en los resultados sanitarios y la gestión administrativa la variabilidad en el gasto/producción social en salud.

<sup>11</sup> <http://www.unmsm.edu.pe/ogp/ARCHIVOS/Glosario/indg.htm#4>

<sup>12</sup> Moreu F. *Diario Médico* del 29 de Abril de 1999.

<sup>13</sup> Lister G. Models of clinical management in the UK. *Gestión Hospitalaria*, 1999.

## 2. Trabajo comunitario e intersectorial.

Pareciera ser que la mirada que se tiene en el enfoque de intervención familiar, se basa principalmente en el actuar del sistema directamente con la familia afectada, y marginalmente una intervención comunitaria e intersectorial, con el fin, esto último, de no perder recursos por dobles acciones y por no sobre intervenir al sistema familiar.

A pesar que lo anterior tiene mucho de cierto, la verdad es que en esta mirada no se considera una variable fundamental y fundacional en el problema estructural, el cual es, como cambiamos la forma en que las familias se relacionan entre si.

Lo anterior constituye en meollo central de esta propuesta, por cuanto se debe fusionar el trabajo técnico familiar, con la forma como estas familias viven en su cotidianidad. Según el informe del PNUD, del año 1998 ya vislumbraba que las familias habían tenido dificultades para gestionar problemas puntuales de su vida familiar, produciendo inseguridad. Se mencionan problemas laborales, de educación, salud, previsionales, de seguridad ciudadana y algo que se refiere al esfuerzo por mantener a la familia integrada dentro de lo que se estiman los canones normativos de la sociedad:

“Pero, ¿son tan puntuales estos problemas? Vistos con detención, en estos problemas aparentemente puntuales están involucradas dimensiones cruciales para la organización de las relaciones entre familia y sociedad. Los problemas que pueden experimentar las familias en los campos laborales, de salud, educacionales, de integración normativa, etc., son sólo problemas, por duros que sean, y no crisis cuando no arriesgan esta relación más profunda entre sociedad y familia. Es decir, cuando la cesantía no deriva en desintegración social; cuando la repitencia escolar no deriva en anomia; cuando la enfermedad no deriva en desamparo y cuando la rebeldía no deriva en estigma y exclusión. Mientras la cesantía se mantenga como cesantía, o sea como pérdida temporal del trabajo no hay problema en la relación familia y sociedad porque quiere decir que los mecanismos que la sociedad provee para superar la cesantía han sido eficaces. Lo mismo debería ocurrir en el campo de la salud, la previsión, la educación, la integración normativa y el manejo de los conflictos familiares. El punto crítico que importa es cuando estos problemas dejan de ser puntuales y se desbordan hacia los otros ámbitos de la vida familiar. Allí se pone en evidencia que la la relación entre la familia y la sociedad deja de ser complementaria. Los mecanismos provistos por la sociedad no alcanzan para contener las crisis familiares y asegurar la permanencia de su integración al resto de la sociedad”<sup>14</sup>.

Cuando las familias no tiene los recursos para enfrentar socialmente problemas, se produce una disociación entre este estamento y la sociedad donde ellos están insertos.

---

<sup>14</sup> Informa PNUD, Chile año 1998.

Otra fenómeno observado en el informe dice relación con la individualización constante de la sociedad, el cual hace que las familias se desvinculen con proyectos colectivos y ha escala más humana. Por individualización se puede entender que los “cursos de acción de las personas son cada vez más fruto de una evaluación y elección individual, y menos de decisiones colectivas y tradicionales”<sup>15</sup>.

Por lo anterior se debe enfrentar esta situación en dos líneas, las cuales se relacionan:

- Desarrollar estrategias que implique la no doble o sobre intervención familiar e,
- Intervenir la cultura del la familia individualista desde una óptica del otro, la mirada de barrio y del vecino.

### **3. Enfoque de derecho y deberes.**

Este enfoque se funda en los Derechos Humanos, el que se transforma en el marco conceptual. Según esta mirada, esta debe ser capaz de orientar el proceso de formulación, implementación y evaluación de políticas públicas, al que se agrega las municipales.

“En tal sentido, esos derechos no siempre imponen acciones concretas, sino tipos de obligaciones que si bien constituyen una orientación, un camino que debe transitarse, un marco para las definiciones, dejan al Estado o a los sujetos obligados un amplio espacio de discrecionalidad para elegir las medidas específicas destinadas a hacer efectivos esos derechos. Así sucede tanto con los derechos civiles y políticos como con los derechos económicos, sociales y culturales, todos los cuales traen consigo un conjunto de obligaciones negativas y positivas”<sup>16</sup>.

Ahora bien en lo que respecta a salud, el MINSAL ha ido incorporando paulatinamente este enfoque, ya sea a través de los sistemas de reclamos sugerencia y felicitaciones, el GES y sus garantías, por ejemplo. A nivel municipal, la mirada de derechos ha estado plasmado desde hace bastante tiempo, año 1995 con la reingeniería, y año 2002 con el Plan de Salud.

Como enfrenamos esta avalancha que pareciese ser, y de acuerdo a lo manifestado por funcionarios de la salud, se respeta más usuario que a ellos mismos. Como hacemos para incorporar en nuestro disco duro que el enfoque de derechos no es sino la forma adecuada de enfrentar las demandas ciudadanas, en las cuales las responsabilidades sociales de ambas partes están involucradas.

---

<sup>15</sup> Ibid opp M° 10.

<sup>16</sup>

[http://pdf2.biblioteca.hegoa.efaber.net/ebook/15560/Una\\_Aproximacion\\_al\\_Enfoque\\_de\\_Derechos\\_en\\_las\\_estrategias.pdf](http://pdf2.biblioteca.hegoa.efaber.net/ebook/15560/Una_Aproximacion_al_Enfoque_de_Derechos_en_las_estrategias.pdf)

Cuando se desarrolla una propuesta de investigación/intervención, se debe considerar la problemática y los recursos que se tienen para realizar tal trabajo. A su vez para entrar en la dimensión de la planificación se debe entender la realizada la cual se debe intervenir.

#### **4. Estrategia comunicacional.**

Si bien las la PGF no pueden competir con los Centros de Salud, por el posicionamiento que estos tienen en su quehacer sanitario, se pueden ganar mucho si destinan parte de sus recursos a la comunicación tanto interna como externa.

Hasta el día de hoy no se ha podido posicionar este recurso por el bajo perfil que se le ha impuesto. Si bien su labor se centra en la entrega de servicios de calidad, concepto central dentro de la dinámica de la APS quillotana, estos no han tenido el valor agregado que hace que las acciones luzcan más.

Que la PGF se haga conocida o que sus acciones sean los favoritos/reconocidos por la comunidad, no se logra por arte de magia. Para ello, es fundamental invertir recursos en una buena estrategia comunicacional, lo que permitirá crecer y posicionarse en el sistema sanitario y en la comuna.

Un plan comunicacional debe reunir una serie de elementos fundamentales. Uno de ellos es la definición de la Plataforma, en su nueva dimensión, rescatando las fortalezas y debilidades del proceso anterior. Responder a preguntas tales como ¿Quiénes somos? ¿Quiénes son nuestros principales clientes? ¿Cuáles son nuestras ventajas competitivas? ¿Cuáles son nuestras ventajas comparativas? Una definición profunda ayudará a transmitir correctamente la imagen que se desea proyectar. Además, es necesario saber la situación del entorno: MINSAL, APS, sociedad, ciudad, ciudadanía, familias, por ejemplo.

En el caso que se presenta, desarrollar una estrategia comunicacional resulta más difícil, ya que no cuentan con los recursos/insumos necesarios para hacerlo ¿con qué estrategia o institución se puede comparar la PGF?. Por ello, dentro de las posibilidades está el asociarse con organismos que tengan vínculos comunes sin que sean competencia directa, y que desarrollen estrategias comunicacionales conjuntas, lo que permitirá desarrollar ventajas competitivas y así aumentar el valor de la estrategia a futuro.

Otro elemento consiste en identificar a los públicos a los cuáles se desea llegar y así adaptar a cada uno de esos grupos los mensajes que se desean transmitir. Se debe identificar sus necesidades, sus hábitos, sus procesos de salud y enfermedad, y qué medios de comunicación serían los más adecuados para llegar a cada uno de estos grupos.

## **6. Gestión del RRHH**

En lo que respecta a este último punto se debe tener un personal que este dentro de ciertos parámetros, los cuales den seguridad en el actuar administrativo y clínico.

Lo anterior permitirá planificar con antelación las metas y acciones de acuerdo a los objetivos propuestos, ordenando y distribuyendo el trabajo de los funcionarios de la PGF, lo que a su vez aportará en la consecución de las metas.

Paralelamente se debe mejorar la calidad del servicio entregado mediante la gestión de procesos, optimizar los recursos asignados a la unidad, incrementando la eficiencia, motivando a los funcionarios, a través del desarrollo profesional o capacitación, fomentar el trabajo en equipo, promover la actualización continua y posicionar a la PGF en un contexto de especialización.

**CENTRO COMUNITARIO DE SALUD FAMILIAR**  
**CECOF CERRO MAYACA**

**1. DIAGNOSTICO SITUACION DE SALUD 2008-2009.**

**2. Características del Sector:**

**1.1 Características Geográficas:**

El Cerro Mayaca, es el único cerro de la comuna de Quillota. Cuenta aproximadamente con una población de 4.268 habitantes, con una distribución por sexo de un 48% de hombres y 52% de mujeres. Se encuentra ubicado en la zona centro de la comuna. Sus límites son:

- Al norte: Sector Aconcagua Norte.
- Al Sur: Sector Calle 18 de septiembre.
- Al este: Cementerio Municipal.
- Al Oeste: Sector Molinare.

Respecto a la Topografía el cerro presenta una altura de 70 metros sobre el nivel medio de Quillota (140 metros, sobre el nivel del mar), se caracteriza por ser irregular, presenta desniveles, sus casas se encuentran adecuadas a la estructura del sector y existen escaleras que permite y facilita el acceso de las personas.

En lo que se refiere a las vías de acceso estas son expeditas, permitiendo el ingreso de las personas y familias por los distintos límites. Su distancia con el casco urbano de la ciudad es aproximadamente de 1 kilómetro.

La movilización actual es regular, cuenta con servicio público de bus (sólo hace un año), los cuales tiene un flujo de salida de aproximadamente 30 minutos promedio. Además, se utiliza servicio de radio taxi con un costo elevado para las familias. (\$2.000 promedio).

**1.2 Características de la Población:**

De acuerdo a registros locales, actualmente el centro cuenta con una población bajo control de 2.867 personas (al 30 de noviembre de 2009). La distribución por rangos etareos corresponde:

- Población menor 15: 31%.
- Población entre 15-19 años: 12%.
- Población entre 20-64 años: 49%.
- Población mayor de 65 años: 8%.

Respecto a la ocupación la mayor incidencia porcentual, se concentra en la categoría Trabajadores agrícolas, temporeras y obreros de la construcción.

Respecto a la distribución por sexo, un 45.7% hombres y un 54.3% mujeres.

En lo que se refiere a la escolaridad, la distribución se da de la siguiente manera, 40% Básica Incompleta, 12% básica completa, 15% media incompleta, 13% media completa.

Otro antecedente importante señalar, es la pertenencia de las familias al sistema Chile Solidario, sistema de protección social establecido por el gobierno para aquellas familias en situación de extrema pobreza de nuestro país. En el sector del cerro mayaca se encuentra adscritas 350 familias, intervención que se realiza desde el año 2002 a la fecha. (Información UIF Programa Puente 2009, Quillota).

### **Características del ambiente:**

Las viviendas presentan de manera general dos características:

En el sector alto del cerro hay presencia de viviendas en regulares condiciones de material mixto, con un 100% de saneamiento básico. Por otro parte en el sector de las laderas del cerro, existen viviendas en irregulares condiciones estructurales, mediaguas, autoconstrucciones, y aún con presencia de viviendas sin saneamiento básico. Esta última situación se da principalmente en el sector de Aconcagua Norte (Rivera Norte del río), debido a que hay casas instaladas en tomas de terreno (áreas verdes), por lo cual aún no se han podido regularizar.

Otro sector del cerro es el Campamento de Molinare, el cual se constituye en una la última toma de terreno de la comuna. Actualmente, sólo quedan 4 viviendas, las otras familias ya han sido erradicadas.

### **Características Socioculturales:**

- **Sistema Educativo:**

En el sector se encuentran 2 jardines infantiles con sala cuna y 1 sala cuna. Uno de dependencia de JUNJI con administración municipal (Jardín Infantil y Sala Cuna Oso Panda) y otra dependiente de INTEGRAL (Jardín Infantil y Sala Cuna Integra y Sala Cuna Antuliwen).

El Jardín Infantil y sala cuna Integra cuenta con una matrícula de 120 niños/as aproximadamente. La sala cuna Antuliwen, de dependencia de Integra cuenta con una matrícula de 20 lactantes.

El Jardín Infantil y sala cuna Oso Panda cuenta con una matrícula de 50 niños/as.

En el sector no existen establecimientos educacionales, sin embargo, el más cercano es el Colegio San Pedro Nolasco, establecimiento educacional particular subvencionado con enseñanza básica y media, donde asiste un alto porcentaje de niños/as del sector. Los otros establecimientos educacionales se encuentran a mayor distancia.

- **Organización Territorial:**

El cerro Mayaca se encuentra organizado territorialmente en la unidad vecinal n° 6, compuesta por 6 JJVV activas:

<b>Junta de Vecinos</b>	<b>Presidente</b>	<b>Nº familias</b>
Michimalongo	Luis Betty	100 familias
Aconcagua Norte	María Salinas	100 familias
Las Praderas	Lorena Ramírez.	56 familias
Progreso y Desarrollo	Ramón Balbontin	600 familias
Oscar Alfaro	Luis Flores	80 familias
El Mirador	Marta Donoso	50 familias

Además de las juntas de vecinos anteriormente señaladas, no se encuentran activas, ni organizadas los sectores de los departamentos Molinare, campamento Molinare y Población Municipal.

Respecto a las organizaciones comunitarias, en el sector encontramos funcionando en forma activa:

- Clubes Deportivos; Dinamo, Defensor Mayaca, Cerro Mayaca.
- Clubes de Adultos Mayores; La Esperanza, Los Viejos Robles, JJVV Progreso y Desarrollo, Club de adultos INP.
- Clubes y/o Grupos Juveniles; Los Hulligans, Entre Amigos, Las Praderas.
- Radio Comunitaria, Biblioteca Comunitaria, Infocentro, Centro de Madres.
- Jardines Infantiles: Integra y JUNJI.
- Sala Cuna: Integra y JUNJI.

En lo que se refiere a la institucionalidad pública del sector, el Municipio se encuentra trabajando activamente desde el año 1996, desde una perspectiva asociada e integradora. Producto de este trabajo se han desarrollado e

implementado en el sector distintos programas y proyectos sociales y comunitarios, dentro de los cuales se puede señalar:

- Proyectos Previene.
- Proyectos Comuna Segura.
- Proyectos Promoción de salud comunitaria.
- Programa Mejoramiento de Barrio.
- Programa Obras Menores.
- Proyectos FOSIS.
- Proyecto Construcción de muros.

- **Valoración Sectores de Riesgo:**

De acuerdo a los antecedentes locales, las condiciones de los sectores, y características sociodemográficas, se pueden determinar los sectores con mayor riesgo:

1. **Aconcagua Norte:** Principalmente por las condiciones de habitabilidad de las viviendas, precarias condiciones, autoconstrucciones y un alto porcentaje sin saneamiento básico (tomas de terreno). Tráfico y consumo de drogas.
2. **Ampliación:** Sector caracterizado por la presencia de redes de microtráfico.
3. **EL Mirador:** Condiciones de habitabilidad de las viviendas.

- **Diagnóstico Participativo de Salud:**

De acuerdo a la última consulta realizada en el sector, utilizando como vía el Gobierno de Barrio, se realizó una consulta vecinal respecto a las necesidades y problemáticas de salud percibidas por la comunidad. Así mediante taller con los dirigentes, se realizó actividad donde se conversaron dificultades y necesidades. De manera resumida se puede señalar lo siguiente.

Respecto a necesidades de salud:

**Horas de kinesiólogo,** debido a la percepción de la comunidad de los problemas osteomusculares. (Por la presencia de escaleras).

**Horas Psicólogo,** debido a la percepción de la comunidad de los problemas de salud mental existente a nivel local. Perciben que existe una baja oferta en horas de este profesional en el centro. Se visualiza como recurso para poder trabajar también con las organizaciones comunitarias del sector.

**Horas médicas fines de semana**, como una forma de permitir acceder a los servicios de salud a aquellas familias que por problemas de horarios no pueden asistir los días de semana.

**Mantener Visitas domiciliarias** a pacientes postrados, adultos mayores con dificultades de traslado, entre otros.

De manera general visualizan como los *principales problemas de salud* en el sector, las **enfermedades respiratorias** en los niños/as (principalmente en época de invierno), **problemas osteomusculares** en adultos mayores, **problemas cardiovasculares en población adulta**, principalmente HTA.

Otras problemáticas que se plantea dicen relación con el alto porcentaje de población adulta mayor sin redes de apoyo, el alto porcentaje de cesantía, y por ende de pobreza.

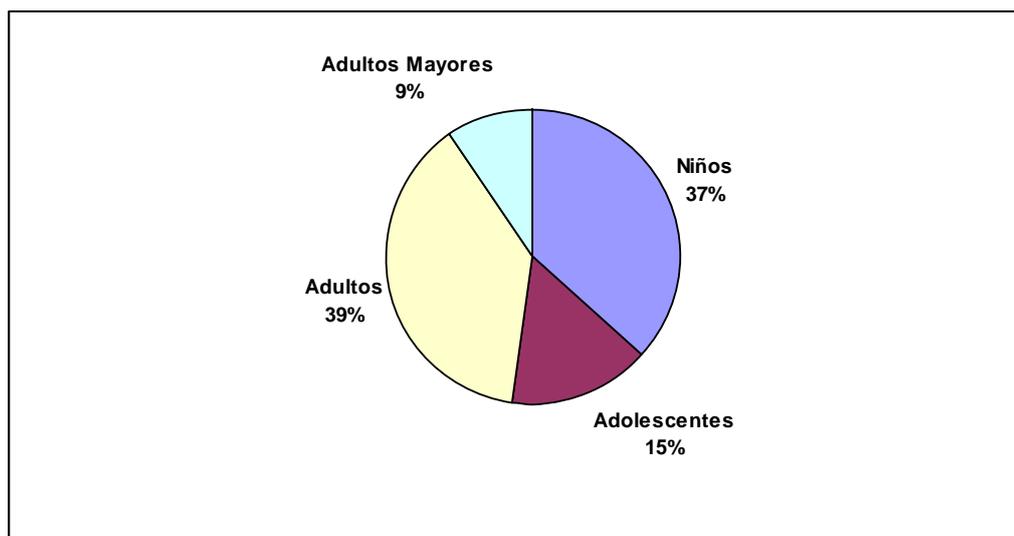
Frente a la consulta de cómo se han enfrentado estas problemáticas, perciben que se han desarrollado los dispositivos necesarios para poder manejarlo:

- **Enfermedades respiratorias:** Campaña de Invierno.
- **Problemas Osteomusculares:** Incorporación de kinesiólogo al equipo de salud.
- **Problemas cardiovasculares en población adulta:** Posibilidad de conseguir horas en el CECOF, en coordinación con el CSCM. Si bien sólo se atiende en el PCV la población adulta mayor, con la población adulta se ha logrado la coordinación en lo que se refiere a la entrega de horas y medicamentos en forma mensual.

### 3. CARACTERISTICAS DEL NIVEL DE SALUD.

#### 3.1. Morbilidad Consultante:

La distribución del periodo enero – noviembre 2009 de atenciones de morbilidad de acuerdo a rango etareo, se grafica de la siguiente manera:



Al visualizar el gráfico el promedio de atenciones se concentra, similar a los años anteriores, sin embargo al comparar año 2008-2009, hubo una disminución en las consultas de adultos (6 puntos porcentuales menos), aumento consecuentemente las consultas en la población infantil (de un 33% a un 37%).

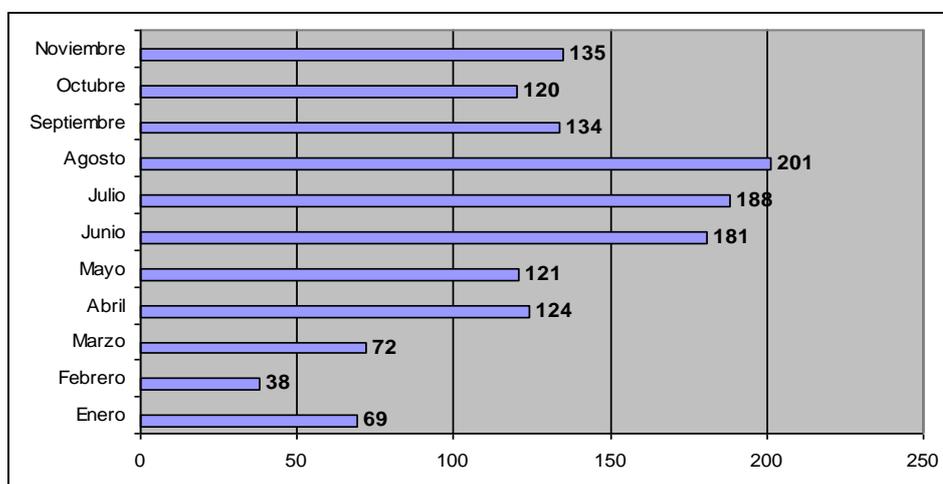
La tasa de consulta por habitante es 1.3 consultas al año.

De manera específica las atenciones de morbilidad por grupos etáreo, entre los meses de enero y noviembre de 2009, se distribuye de la siguiente manera:

- **ATENCIONES NIÑOS/AS:**

Numero de consultas año 2009: 1383.

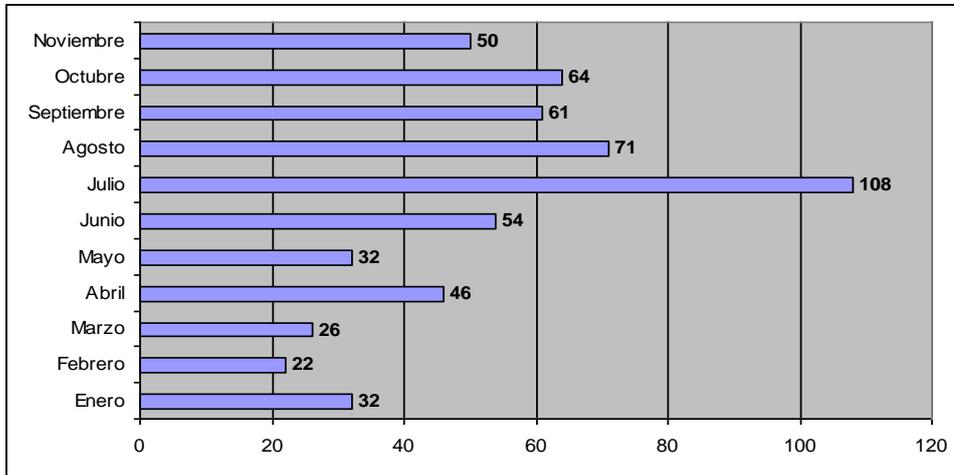
Tasa de consulta Infantil: 2.1



• **ATENCIONES ADOLESCENTES:**

Numero de consultas año 2009: 566

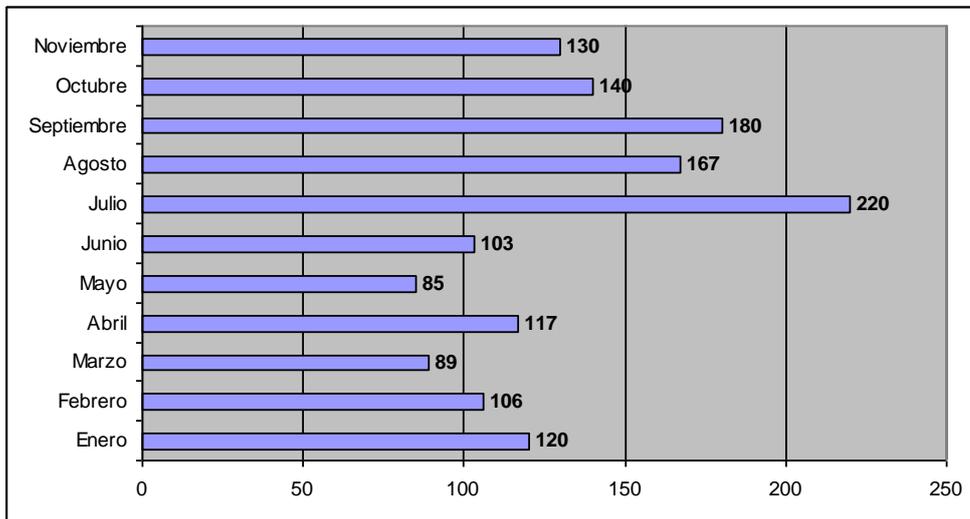
Tasa de consulta: 0.9



• **ATENCIONES ADULTOS:**

Numero de consultas año 2009: 1457

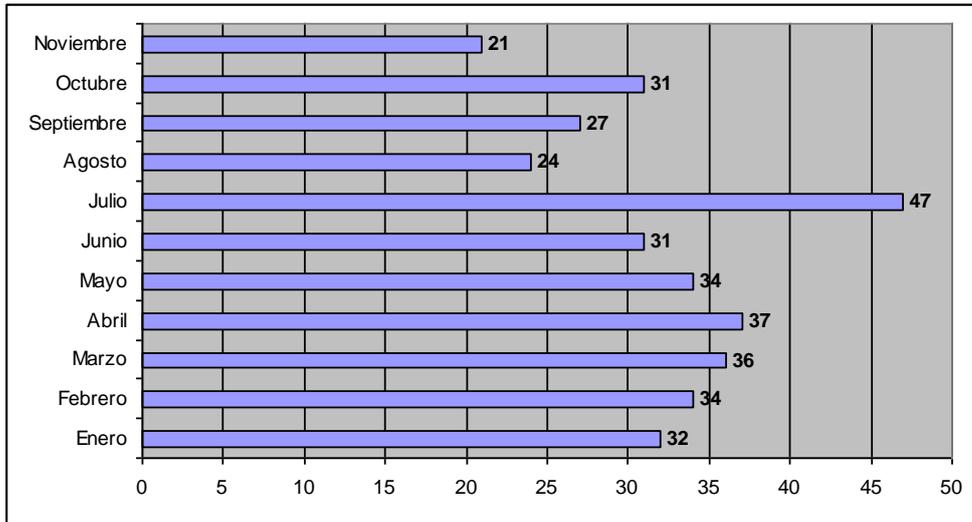
Tasa de consulta Adulto: 0.9



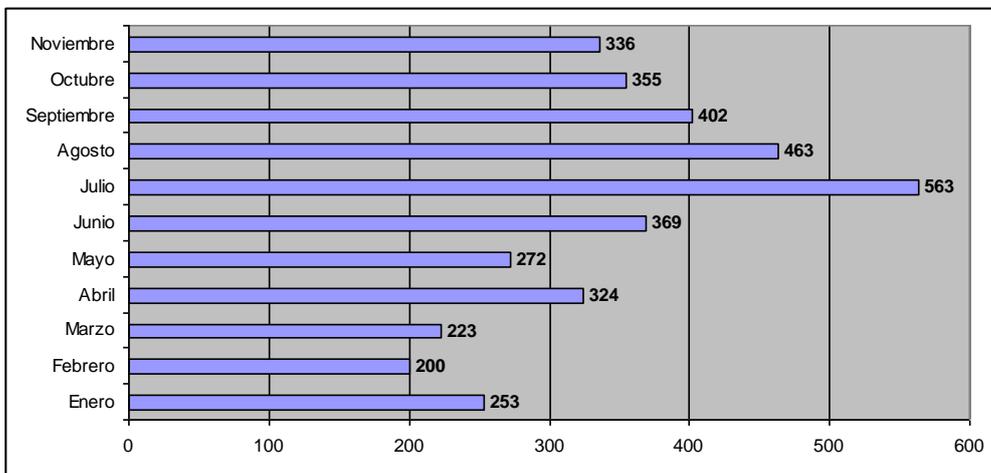
• **ATENCIONES ADULTOS MAYORES:**

Numero de consultas año 2009: 354

Tasa de consulta: 3.9



• **ATENCIONES TOTALES POR MES:**



Tasa Consulta total: 1.3 consultas.

Los datos muestran las de atenciones anuales por rangos etareos, donde destaca el aumento de consultas en la población infantil. Las tasas de consultas en general están sobre lo recomendado.

Esta distribución de atenciones se ha mantenido de manera general durante todo el tiempo de funcionamiento del centro. (2006-2009).

Respecto a la distribución por mes de atenciones, se visualiza un aumento considerable de atenciones durante los meses de junio y julio, relacionado principalmente con la situación dada por la aparición de la influenza H1 N1 y el aumento de enfermedades respiratorias, situación que se contrarrestó con un aumento de horas destinadas a la atención de morbilidad.

El porcentaje de inasistencia, se sigue manteniendo igual que en años anteriores, siendo inferior a un 4%.

### **3.2. CONSULTAS PROFESIONALES:**

- Asistente Social: 68 consultas mensuales.
- Matron: 155 atenciones mensuales promedio.
- Nutricionista: 45 atenciones mensuales promedio.
- Kinesiólogo: 75 atenciones mensuales promedio. Aumentado, las atenciones principalmente durante los meses de Julio – Junio (104).
- Técnico Paramédico: 220 atenciones mensuales promedio, que incluye curaciones, inyectables, tratamientos, pesquisas de HTA, entre otros.

### **3.3. ATENCION ODONTOLOGICA:**

#### **Indicadores de Proceso:**

**Índice de rechazo a la atención odontológica de urgencia: 0%**

$$\frac{\text{Nº de rechazo a la atención odontológica de urgencia: } 0}{\text{Total de Consultas de urgencias realizada} \times 100} = \frac{0}{90} = 0\%$$

**% de Actividades Preventivas: 60%**

$$\frac{\text{Total Actividades Preventivas : } 656}{\text{Total de Actividades} \times 100} = \frac{656}{1093} = 60\%$$

***Razón Actividades tendientes a evitar la pérdida prematura de dientes temporales/exodoncias temporales: 2,3***

$$\frac{\text{Nº de pulpotomías} \times 100}{\text{Nº de exodoncias temporales}} = \frac{25}{11} = 2,3$$

**Altas V/s ingresos: 80%**

$$\frac{\text{Altas totales Odontológicas: } 120 \times 100}{\text{Ingresos a Tratamiento} \times 100} = \frac{120}{158} = 80\%$$

**Indicadores de Resultado:**

Cobertura Alta Odontológica en Embarazadas Primigestas: 60%

Cobertura Alta Odontológica en Embarazadas NO Primigestas: 40%

Cobertura Alta Odontológica en < de 20 años: 9 %

Cobertura Alta Odontológica en población de 2 años: 13%

Cobertura Alta Odontológica en población de 4 años: 60 %

**EVALUACION PLAN DE SALUD CECOF AÑO 2009.**

**AREA INTEGRACION FAMILIA-COMUNIDAD:**

Esta área está centrada principalmente en el trabajo con familias del sector, con un fuerte énfasis en la potenciación de factores protectores, la detección temprana de factores de riesgo, y la elaboración en conjunto de planes de trabajo con las familias, considerando sus necesidades, intereses o problemas particulares.

**A) Diagnósticos Integrales:**

Durante el año 2009 se realizaron 74 diagnósticos familiares integrales, con sus respectivos planes de trabajo y ejecutivas de familias asignadas. La priorización para el trabajo con familias en lo que dice relación con los diagnósticos integrales, estuvo centrado principalmente en el ingreso de gestantes, a todas las cuales se les realizó ficha de diagnóstico familiar, y su plan de trabajo consensuado.

Se realizaron reuniones de equipos quincenales para el análisis de los casos y, también reuniones con ejecutivas de familias, a fin de elaborar planes de trabajo y realizar su seguimiento.

**B) Atención en Terreno:**

Respecto a las visitas domiciliarias realizadas durante el año 2009, tal como ha sido en los años 2006-2007-2008-2009 se puede dividir en dos áreas:

*Visitas Domiciliarias Integrales*, realizadas por el equipo de trabajo (dos o más profesionales), centradas principalmente en acciones de diagnóstico,

acompañamiento, intervenciones biosicosociales, trabajo con las familias, orientación, entre otros temas.

*Visitas epidemiológicas:* realizadas por el equipo de trabajo, centradas principalmente en acciones de morbilidad.

En el transcurso del desarrollo del CECOF, las visitas siguen siendo una prestación altamente valorada por la comunidad, se mantiene el desarrollo la tarde y con un rendimiento promedio de 2 visitas por hora.

### **C) Atenciones en Terreno:**

Actividad realizada principalmente por los técnicos paramédicos del centro. En esta área se realizan curaciones, tratamientos inyectables. De enero a la fecha se han realizado un total de 733 atenciones, lo que da un promedio de 66 atenciones mensuales.

### **D) Programa Cardiovascular:**

A la fecha se han ingresado 85 personas, principalmente adultos mayores de 75 años o que presentan algún problema de movilidad. Se realiza la atención principalmente en domicilio debido a la condición física de éstos.

Se realizaron controles periódicos (nutricional, médico, enfermera) por todo el equipo profesional, logrando una alta adherencia al tratamiento.

- Porcentaje de asistencia, 95%.
- Retiro de medicamento, 100%.

Las atenciones se realizan tanto en box como en terreno. La concentración de atenciones en terreno y en box, es cada 3 meses, turnándose entre los profesionales del centro (médico, enfermera y nutricionista). Lo anterior, condicionado por los niveles de compensación de los pacientes, aumentando los controles y/o visitas frente a la descompensación de algún paciente.

### **E) PACAM y entrega de medicamentos en terreno:**

Otro servicio que se entrega es la distribución mensual de medicamentos y alimentación para el adulto mayor en terreno. Mensualmente se entregan a 54 personas alimentos en terreno y a 32 personas medicamentos en terreno.

### **F) Programa Chile Crece Contigo:**

Durante el año 2009, se ingresaron 56 gestantes.

El programa implica en una primera parte la atención integral a la gestante con atenciones de la matrona, asistente social, odontóloga y nutricionista en lo que se refiere a controles permanentes y además, control médico cuando la situación de salud lo amerite.

Además de los controles individuales se llevaron a cabo:

- Talleres de preparación para el parto.
- Visitas domiciliarias integrales.

Posterior al nacimiento del niño/a también se incorpora control a los recién nacidos, con controles de matrona, médico y enfermera.

Además de los controles se realizan también:

- Talleres de estimulación temprana.
- Talleres de masajes para bebés.
- Talleres de nutrición.
- Talleres de salud oral.

### **Ludoteca**

En el marco del Programa Chile Crece Contigo, durante el año 2008 se postuló a un fondo de iniciativas, quedando seleccionada la Implementación de una Ludoteca Comunitaria; espacio físico implementado con una amplia variedad de tipos de juegos y material lúdico didáctico, que puede ser solicitado por usuarios, en este caso madres, padres o cuidador/a de niños y niñas de primera infancia, para ser usado en su hogar.

El objetivo principal es estimular el aprendizaje en las diversas dimensiones del desarrollo de primera infancia, a través de la interacción directa del niño y niña con material lúdico concreto para favorecer el desarrollo de habilidades cognitivas, lingüísticas y motrices.

La Ludoteca, atiende en promedio 30 niños y niñas de distintas edades, quienes acuden a solicitar juegos, a los talleres que se realizan o a participar de distintas actividades lúdicas.

Se realizó durante este año:

- Concurso de Esculturas en Plasticina.
- Celebración día de la familia.
- Cumpleaños para los niños/as del Programa Chile Crece Contigo.
- Celebración de Fiestas Patrias.
- Celebración de Navidad.
- Obras de teatro.
- Campaña ecológica.
- Taller de música.
- Entre otros.

### **G) Familias Chile Solidario:**

Se ha realizado un trabajo coordinado con la Unidad de Intervención Familiar del Programa Puente, mediante el contacto directo con los apoyos familiares que tienen asignadas familias del sector. Así, es posible identificar en

un 80% las familias pertenecientes al sistema Chile Solidario, utilizando pauta de derivación estándar a fin de controlar atenciones y derivaciones.

Trabajo centrado en el pilar de salud, en las temáticas de controles para adultos mayores, entrega de PACAM, toma de papanicolau, atenciones generales.

## H) AREA DENTAL:

### - **Actividades de Orden comunitario:**

El centro tiene un fuerte énfasis en el desarrollo de actividades de orden comunitario. Se realizó una estrategia de trabajo directa con los jardines infantiles del sector, a fin de generar un trabajo de orden preventivo – promocional desde la primera infancia. Así, se desarrolla en forma semanal atención a los párvulos en el Centro, con una modalidad de trabajo que conjuga tratamiento en los casos que sea necesario y actividades grupales de cohorte preventivo, las cuales se llevan a cabo en Ludoteca (lugar especialmente acondicionado para actividades con primera infancia) del centro.

El trabajo comenzó con un examen de salud oral a todos los párvulos, mediante el cual se estableció líneas de trabajo posterior.

### - **Tiempo de espera por atención:**

De manera general, no existe un alto porcentaje de tiempo de espera. Las agendas se abren cada 15 días, período en el cual se entregan las horas principalmente de tratamiento.

En el tema del trabajo con jardines infantiles, el tiempo de espera es menor, ya que las atenciones se coordinan semanalmente.

### - **Actividades Planificadas:**

Respecto a todas las actividades que se desarrollan en el centro, las horas destinadas se organizan de la siguiente manera, intentando responder a la mayor parte de las necesidades de la comunidad:

- **Atención a gestantes:** Se prioriza una agenda de atención especialmente para la atención de este grupo objetivo. (2 horas semanales).
- **Atención infantil:** Se establece una línea de trabajo con énfasis en los controles sanos y también en el tratamiento, estableciendo una agenda de exclusividad infantil de 3 horas y medias semanales.

- **Urgencias dentales:** También se prioriza este tipo de atención, a fin de dar respuesta oportuna y eficaz en los casos necesarios.
- **Tratamiento dental:** Agenda de tratamiento para los distintos grupos etareos.

#### **AREA COMUNITARIA:**

- ***Línea Promoción de estilos de Vida Saludable:***

#### **Se realizaron talleres dirigidos a:**

- **Talleres de Estimulación Osteomuscular** para adultos mayores, dicho taller se ejecuto desde marzo a la fecha, con apoyo de la Casa del Deporte, quien aporta con una profesora de educación física para la realización del taller. Se realizaron talleres de 3 sesiones semanales, con un promedio de asistencia de 20 personas.
- **Talleres de cuidado de cuidadores de pacientes postrados**, taller realizado a todos los cuidadores y cuidadoras del sector, centrado en cuidados básicos de los pacientes y autocuidado de las cuidadoras.
- **Talleres dirigidos a gestantes y puérperas:**  
Talleres de musicoterapia.  
Talleres de estimulación temprana.  
Talleres de alimentación saludable.  
Talleres de lactancia materna.  
Talleres de cuidado del recién nacido.
- **Taller autocuidado y estilos de vida saludable**, dirigido a grupos organizacionales del sector.
- **Taller de salud oral**, dirigido a niños y niñas de ambos jardines infantiles.
- ***Línea Jardines Infantiles:***

Tratamiento dental: Desde el año 2007 se inicia un trabajo de diagnóstico con los niños y niñas que asisten a jardín y sala cuna del sector. En el año 2009, se lleva a cabo el tratamiento dental de todos los niños y niñas, en coordinación con el trabajo con la Ludoteca, donde primero se realiza taller educativo y de sensibilización de todos los niños y niñas.

Diagnóstico Nutricional: Se realiza evaluación nutricional, de todos los niños y niñas de ambos jardines.

- ***Línea Dirigentes Comunitarios:***

Gobierno de Barrio: Se participo durante todo el año en reuniones, instancia formada por todas las juntas de vecinas del sector y organizaciones formales.

Se asistió a 10 reuniones ordinarias de la mesa (una mensual) y a 6 reuniones extraordinarias.

- ***Línea Redes Institucionales:***

- DIDECO: Coordinación con oficinas como: área social, oficina de intermediación laboral, Programa Puente, oficina de vivienda, Previene.
- TRIBUNALES DE FAMILIA: Coordinación, principalmente derivadas por denuncias de maltrato infantil en el sector. Además, trabajo intersectorial, con seguimiento de casos derivados desde el tribunal.
- FUNDACION LAS ROSAS: Coordinación a fin de ingresar a la fundación a adultos mayores del sector.
- RED DE INFANCIA: Participación activa en la conformación de la red, donde se trabajo principalmente en la elaboración del plan comunal de infancia.
- RED CHILE CRECE CONTIGO: Participación en la conformación de la red, trabajando en la elaboración de protocolos, flujogramas entre otros temas.

## **2. PLAN DE SALUD 2010.**

### **MISION:**

Un Centro de Salud Familiar inserto en la comunidad tendiente a favorecer la participación ciudadana, orientado a disminuir las brechas en acceso, oportunidad y calidad de sus servicios con una cartera de prestaciones con fuerte énfasis en lo biosicosocial.

### **VISION:**

Contribuir al desarrollo de una comuna saludable, a través, de un modelo de atención centrado en la familia y ciudadanos, fomentando la participación comunitaria y la corresponsabilidad en el cuidado de la salud a través del ciclo vital.

### **OBJETIVO GENERAL:**

*“Proporcionar y asegurar a los individuos, familias y comunidad, el cuidado de la salud que responda a sus necesidades de una manera integral, continua, oportuna y eficaz, accesible y de calidad, fortaleciendo la participación de la comunidad, el modelo de atención de salud con enfoque familiar y el trabajo en red”.*

### **Objetivos Específicos:**

- Establecer un sistema de atención que responda a las necesidades sentidas de los individuos, familias y comunidades del sector, con una adecuada relación oferta – demanda.
- Proporcionar una atención integral, continua, de calidad, oportuna y eficiente, para lograr la satisfacción de los ciudadanos.
- Integrar a la comunidad en el cuidado y autocuidado de la salud personal y colectiva.
- Fomentar la incorporación de la comunidad en las acciones generales y específicas del CECOF.
- Generar alianzas estratégicas con la comunidad a fin de potenciar la corresponsabilidad en el cuidado de la salud.
- Fomentar la incorporación de la perspectiva de salud familiar en la comunidad.

## DESCRIPCION LINEAS DE ACCION:

### NIVEL INDIVIDUAL – FAMILIAR:

**1. Atenciones individuales:** Atenciones clínicas, orientadas a dar la primera respuesta frente a las necesidades sentidas de las personas adscritas al Centro. Dentro de este nivel se encuentran las atenciones de médico, nutricionista, matrona, enfermera, odontólogos, psicólogo, asistente social, podólogo.

**2. Atenciones Familiares:** Incorporación de atenciones familiares, centrándose no sólo en la enfermedad o en la atención del paciente índice. Se incorporan técnicas diagnósticas y de intervención familiar, generando planes de acción familiar (Plan Familia Sana), con seguimiento de acuerdo a las necesidades y características de cada una de las familias atendidas. En esta área es importante destacar que se cuenta con apoyo de dos ejecutivos de familia para el seguimiento de los planes de trabajo de las familias, por lo cual se genera una coordinación directa y permanente con la Plataforma de Gestión Familiar.

**3. Visitas domiciliarias Integrales:** Se mantienen las visitas domiciliarias, como forma de acercamiento a las realidades de las familias, además de medio de seguimiento y de intervención directa y permanente con éstas. Se intenciona las visitas de adultos mayores postrados, pacientes crónicos, recién nacidos, embarazadas y en todos aquellos casos que el equipo, de acuerdo a los planes de familia, estime necesario.

### NIVEL GRUPAL:

**1. Talleres Grupales:** Se intenciona la realización de talleres grupales, considerando en primera instancia las necesidades de la comunidad, principalmente enfocado a la idea de “educar en salud”.

Se mantendrá el trabajo grupal con embarazadas y puérperas, en los que se refiere a talleres de musicoterapia, masajes, lactancia materna y otros, como así mismo las actividades de orden grupal que se realizan en el jardín infantil referidos a la temática de salud oral.

### NIVEL COMUNITARIO:

**1. Trabajo en terreno y actividades comunitarias:** Se trata de un área de trabajo donde se incorporan actividades directas y cercanas con la comunidad. Se mantendrán las actividades generadas desde las necesidades sentidas de la población, las cuales serán recogidas utilizando técnicas de diagnóstico participativo. Además, se mantiene el trabajo del centro inserto en el Gobierno de Barrio, mediante la participación mensual en reuniones y encuentros masivos.

**2. Actividades en jardines Infantiles del sector:** Trabajo directo con jardines infantiles, centrado en diagnóstico oral, promoción de actividades comunitarias, talleres con padres, niños/as y educadoras.

**3. Ludoteca Comunitaria:** Inserta en el centro, con actividades dirigidas a niños y niñas del sector, principalmente orientadas en el tema lúdico, recreativo, y formativo. Se mantendrá el desarrollo de actividades con niños y niñas del sector; talleres, tardes de cines, espacio de entretenimiento, entre otros.

**4. Gimnasio Comunitario:** Propuesta de desarrollo para el año 2010. La idea central es propiciar la creación de un Gimnasio abierto a la comunidad, para la práctica de la actividad física con las condiciones indispensables y masificar la necesidad de ejercicios con fines profilácticos, y lograr sobre todo una conciencia masiva de la necesidad de ejercicio para una vida saludable.

## **CENTRO DE SALUD FAMILIAR SAN PEDRO.**

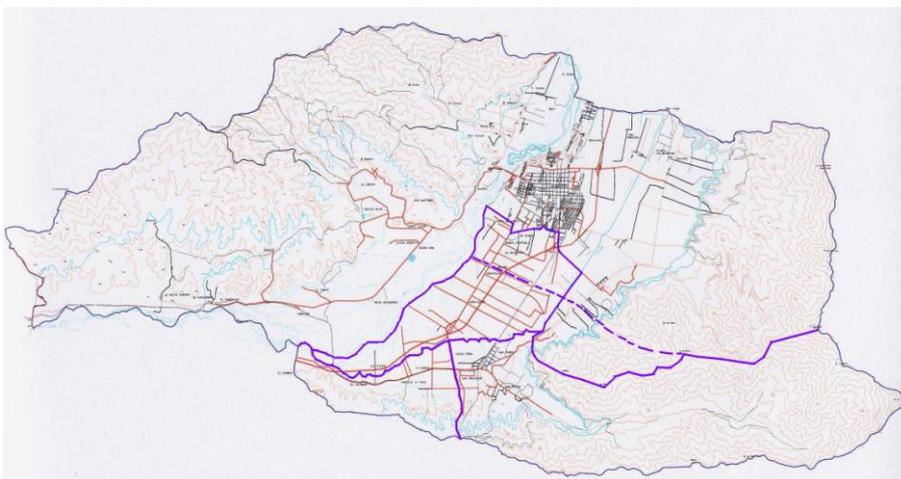
### **CARACTERIZACION GEOGRAFICA**

La localidad de San Pedro se encuentra ubicada a 8 kilómetros de ciudad de Quillota en la comuna del mismo nombre, su territorio limita al Norte con el estero San Pedro desde la ruta internacional hasta la hijuela de San Isidro. Por el este limita con la cumbre de la campaña chica hasta la campana grande. Por el Oeste desde el cerro de la campana hasta a la cumbre de la hoya del estero Limache. Por el sur desde la cumbre del cerro de la hoya de Limache en el camino Quillota Limache hasta el estero de San Isidro (limite con Tabolango).

El territorio se divide geográficamente en cuatro sectores: Sector centro, sector Lo Varela (a 5 kilómetros del centro, a 13 kilómetros de la ciudad de Quillota), Sector el Cajón (a 7 kilómetros del centro, a 15 kilómetros de la ciudad de Quillota), sector San isidro a (3 kilómetros del centro a 5 kilómetros de la ciudad de Quillota).

Lo Varela y El Cajón de San Pedro, siendo los sectores mas alejados no cuentan con movilización colectiva. Los caminos se encuentran asfaltados en regulares condiciones en un 50 % aproximadamente. Hacia el Cajón además de la distancia sólo cuenta con asfalto hasta 3 kilómetros (sector media luna), los restantes 5 kilómetros son de tierra camino rural en mal estado. Dichas características geográficas determinan un acceso dificultoso al centro de salud por las distancias y condiciones del desplazamiento. Esto es particularmente dificultoso para los habitantes en época de lluvias e invierno.

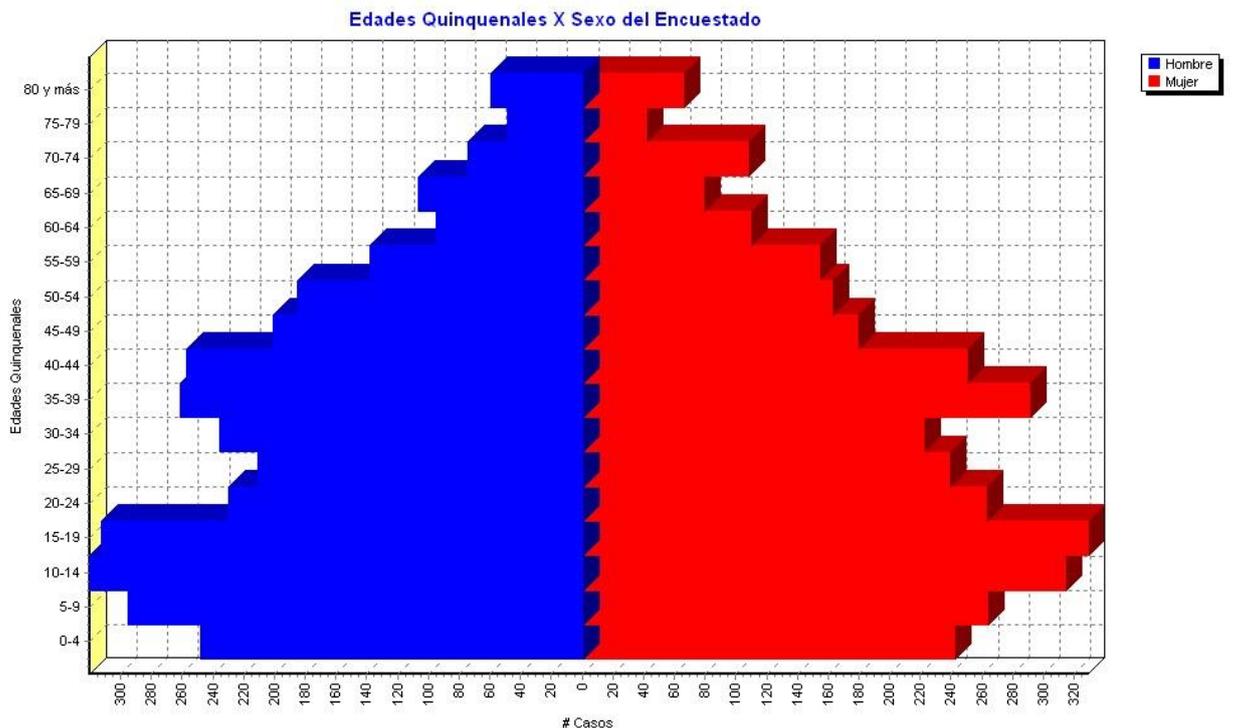
En cuanto a las vías de acceso a la localidad, hacia Quillota a través del camino troncal Quillota Limache, por el interior a través del camino que conecta San Pedro, San Isidro, Quillota.



## CARACTERIZACION DE LA POBLACION

La población

Categorías	Casos	%	Acumulado %
0 – 14	1536	26%	26%
15 – 64	3883	65%	91%
65 y más	532	9%	100%
Total	5951	100%	100%



La población de San Pedro según Censo al 2002 corresponde a 6578 personas, según cohorte per cápita corresponde a 6217 personas.

## DISTRIBUCION ETAREA DE LA POBLACION PER CAPITA, SAN PEDRO 2010

	<b>Población Femenina</b>	<b>Población Masculina</b>	<b>Total</b>
<b>menor de 15 años</b>	<b>644</b>	<b>631</b>	<b>1275</b>
<b>15 y 24 años</b>	<b>553</b>	<b>521</b>	<b>1074</b>
<b>25 y 44 años</b>	<b>867</b>	<b>807</b>	<b>1674</b>
<b>45 y 64 años</b>	<b>633</b>	<b>570</b>	<b>1203</b>
<b>65 años y mas</b>	<b>302</b>	<b>254</b>	<b>556</b>
<b>Totales</b>	<b>2999</b>	<b>2783</b>	<b>5782</b>

### Escolaridad

Censo 2002

<b>Categorías</b>	<b>Casos</b>	<b>%</b>	<b>Acumulado %</b>
Nunca Asistió	168	3%	3%
Pre-Básica	216	4%	7%
Especial/Diferencial	30	1%	8%
Básica/Primaria	2587	47%	55%
Media Común	1587	29%	83%
Humanidades	147	3%	86%
Media Comercial	108	2%	88%
Media Industrial	123	2%	90%
Media Agrícola	41	1%	91%
Media Marítima	4	0%	91%
Normal	7	0%	91%
Técnica Femenina	27	0%	92%
Centro de Formación Técnica	89	2%	93%
Instituto Profesional	134	2%	96%
Universitaria	236	4%	100%
<b>Total</b>	<b>5504</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

El mayor porcentaje de la población se ubica en el grupo de educación básica, este dato no refleja si esta si se cumple en su totalidad o solo parcialmente. Aun más se aprecia que el 55% de la población no supera el nivel básico de estudio.

## Actividad Laboral

Situación ocupacional de la población económicamente activa.

Datos Censo 2002

Trabajando por ingreso	1904	43%	43%
Sin trabajar, pero tiene empleo	79	2%	45%
Buscando trabajo, habiendo trabajado antes	204	5%	50%
Trabajando para un familiar sin pago en dinero	32	1%	50%
Buscando trabajo por primera vez	42	1%	51%
En quehaceres de su hogar	1161	26%	78%
Estudiando	481	11%	88%
Jubilado o Rentista	322	7%	96%
Incapacitado permanente para trabajar	34	1%	96%
Otra situación	156	4%	100%
Total	4415	100%	100%

El cuadro anterior refleja que solo el 43% de la población económicamente activa de la población de San Pedro se encuentra realizando labores remuneradas.

## Tipo de Actividad Laboral

Datos censo 2002

NSA :	1536		
Categorías	Casos	%	Acumulado %
Trabajador asalariado	1659	75%	75%
Trabajador de servicio doméstico	87	4%	79%
Trabajador por cuenta propia	332	15%	94%
Empleador, empresario o patrón	109	5%	99%
Familiar no remunerado	32	1%	100%
Total	2219	100%	100%
NSA :	3732		

El 75% de la población que se encuentra trabajando lo hace como asalariado, esto es con dependencia de un empleador. Los datos que aporta el cuadro siguiente nos lleva a inferir que en un mayor porcentaje se trata de empleos no calificados, estacionales y de baja remuneración.

**Ocupación laboral.**

Datos Censo 2002

Agricultores Y Trabajadores Calificados De Explotaciones Agropecuarias, Forestales Y Pesqueras Con Destino Al Mercado	345
Peones Agropecuarios, Forestales, Pesqueros Y Afines	446

**CARACTERIZACION DE LA SITUACION DE SALUD.**

Cambio en la estructura demográfica y epidemiológica. Pese a ello se mantiene polarización epidemiológica en la que existe una alta presencia de enfermedades infectocontagiosas paralelamente al incremento paulatino de enfermedades degenerativas del aparato circulatorio y cáncer asociadas a la mayor expectativa de vida de la población. Altos índices de obesidad infantil y en población femenina.

Riesgos asociados a conductas sexuales desprotegidas. (ETS, embarazos no deseados)

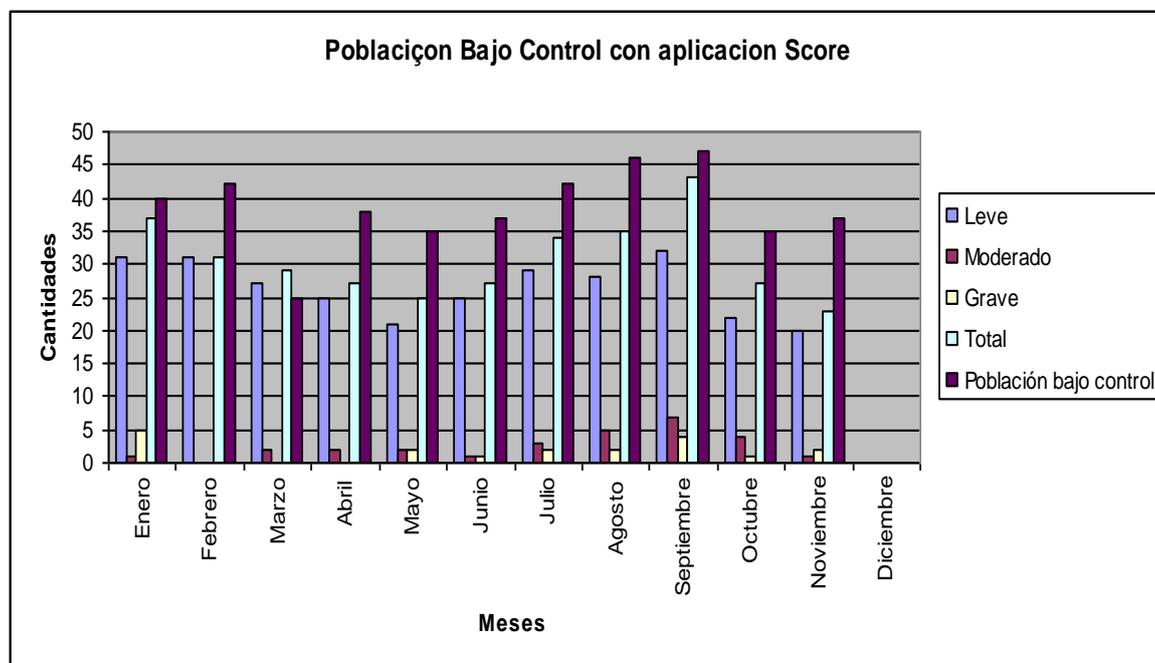
Riesgo biospiciosocial asociado a la actividad laboral agrícola, bajo nivel de escolaridad, bajo nivel de ingresos.

En el área psicosocial, las patologías de mayor prevalencia son depresión, alcoholismo, consumo abusivo de drogas (lícitas e ilícitas), violencia intrafamiliar y trastornos adaptativos. En cuanto a la visibilización de dichas patologías, los trastornos depresivos y adaptativos representa el mayor porcentaje de consulta en salud mental, en cambio, el consumo de alcohol y de drogas lícitas e ilícitas se encuentra invisibilizado, representando un bajo nivel de consulta.

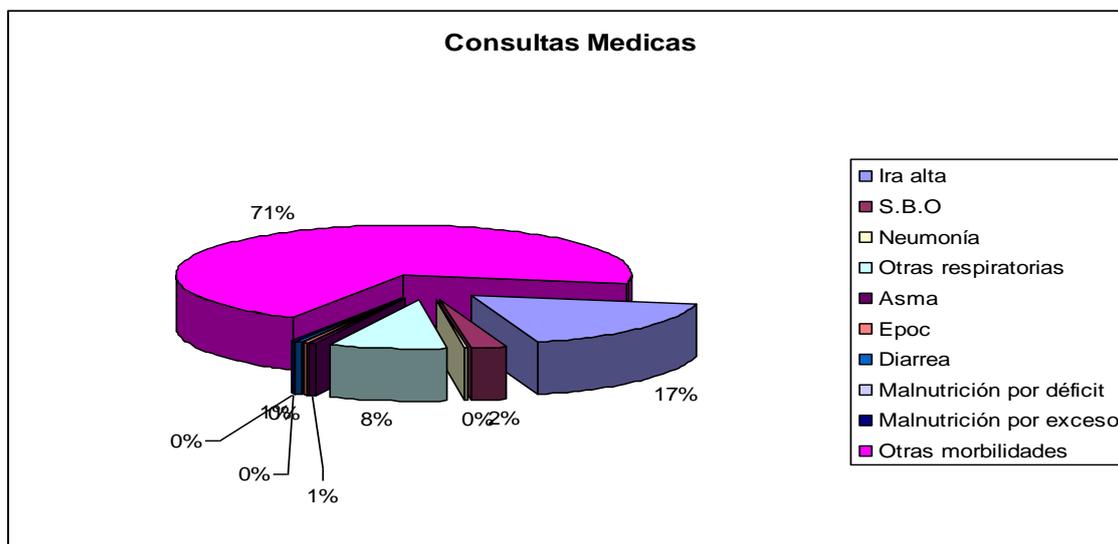
En cuanto a la ruralidad, la población de San Pedro refleja problemas de la identidad respecto a la sensación de no identificación con la cultura rural y tampoco la incorporación a la vida de las ciudades. Fuerte organización social y sentido de territorialidad. Comunidad presenta actitud clientelista frente a los organismos del estado.

## INDICADORES DE SALUD

### 1) POBLACION BAJO CONTROL CON APLICACIÓN DE SCORE DE RIESGO EN IRA, 2009.

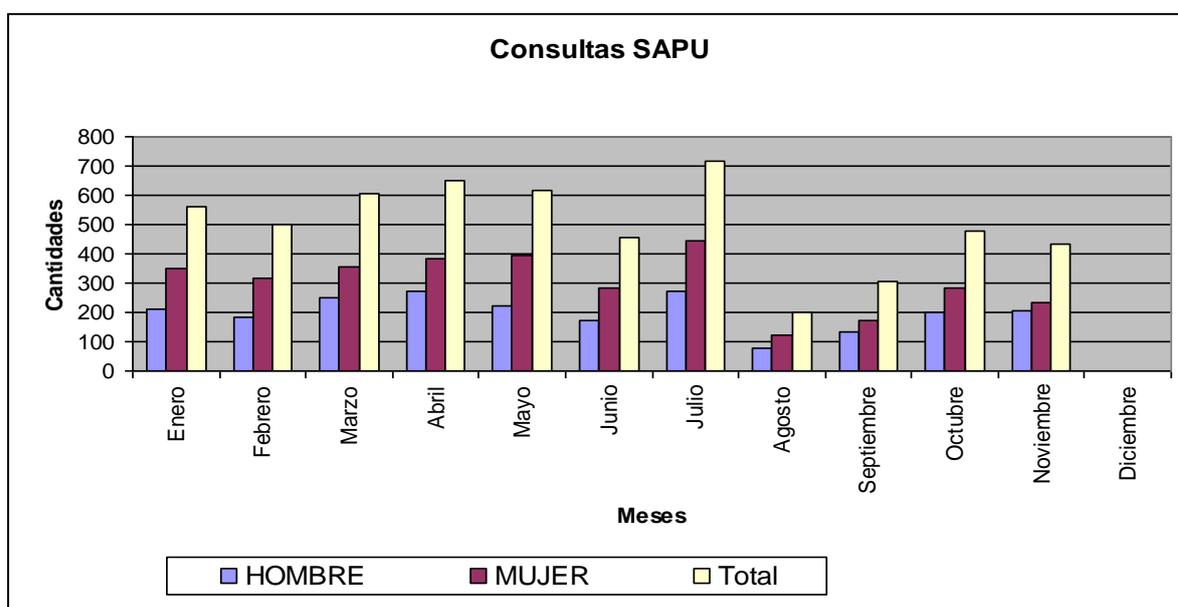


### 2) CAUSAS DE CONSULTAS MEDICAS, 2009. HORARIO DIURNO.



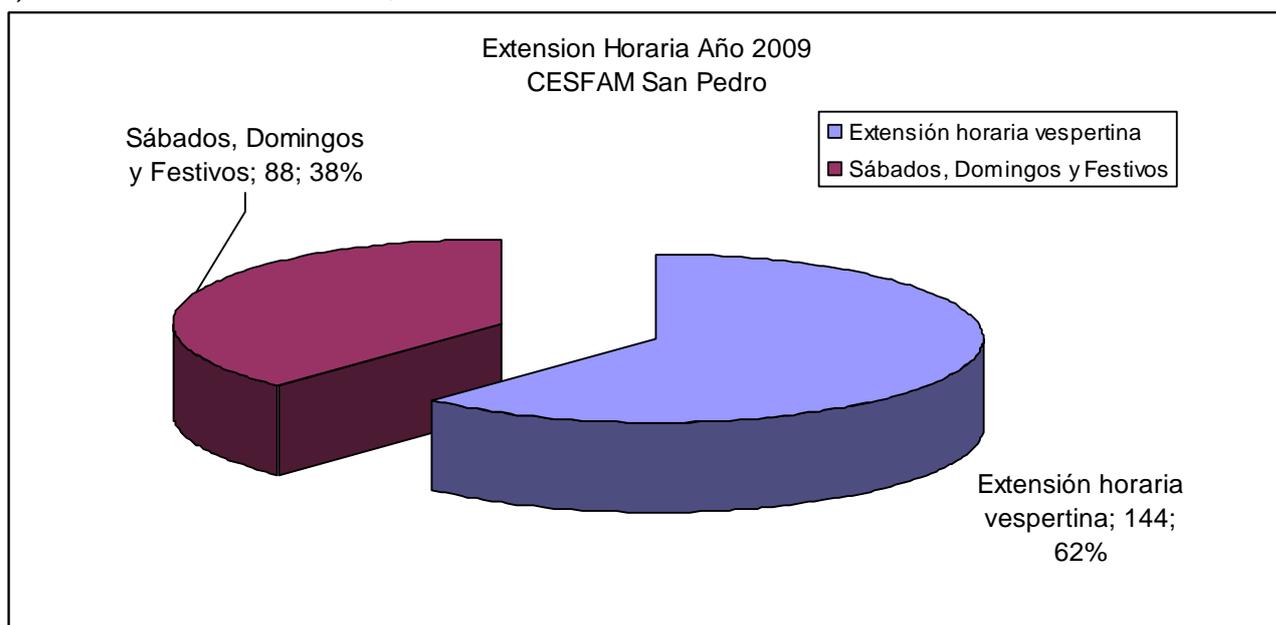
Durante el año 2009, las infecciones respiratorias agudas altas representaron el 17% de las consultas médicas, seguidas por un 8% de otro tipo de enfermedades respiratorias y un 2% de consultas por EPOC. Cabe señalar, que dentro de estos porcentajes, encontramos un 71% de consultas que no se deben a las causas señaladas, y que representan la mayor cantidad de consultas anuales, correspondientes a otros diagnósticos de morbilidad.

### 3) CANTIDAD DE CONSULTAS MÉDICAS, 2009. SAPU CORTO



En cuanto a las consultas médicas durante la atención SAPU de nuestro centro, la mayor cantidad de consultas se concentra en el mes de Julio, seguido por los meses de Mayo y Abril. Dicho nivel de consultas, se relaciona con el aumento de enfermedades respiratorias en periodo de invierno, lo cual implica un fortalecimiento en las horas de atención y optimización del recurso humano para hacer frente a la demanda. En cuanto al sexo, son las mujeres quienes tienen el mayor número de consultas, tendencia que se mantiene durante todos los meses.

## 4) CONSULTAS MÉDICAS, 2009. EXTENSIÓN HORARIA



En cuanto a las consultas médicas en la extensión horaria, el 62% de ellas se realizaron del día Lunes al día Viernes, y, el 38% de ellas durante los días sábados, domingos y festivos.

## 6) ACTIVIDADES DE PROMOCION EN SALUD, 2009.

	Eventos masivos	Reuniones de planificación	Otras actividades
Enero	0	2	1
Febrero	1	0	0
Marzo	4	2	0
Abril	0	0	0
Mayo	0	4	0
Junio	0	2	0
Julio	0	2	0
Agosto	0	1	0
Septiembre	0	4	0
Octubre	0	7	0
Noviembre	3	2	0
Diciembre			
total	8	26	1

En cuanto a la dimensión de participación comunitaria en salud, durante este año se realizaron periódicamente reuniones del Consejo de Salud de San Pedro. El trabajo en participación y promoción en salud configura una línea de intervención de nuestro centro. La localidad de San Pedro cuenta con un Consejo de Salud en funcionamiento y validado por la comunidad. De este consejo, participan regularmente organizaciones de la comunidad, directivos y trabajadores del centro. Dentro de las organizaciones comunitarias, participan en forma permanente la Unión Comunal de Junta de Vecinos, Agrupación Arte Cultura y Salud, representantes de Jardines Infantiles y Escuelas, representantes de Clubes de Adulto Mayor, e, representantes de Iglesias de la zona.

El objetivo de esta línea de intervención, es propender a una gestión local en la temática de salud con la activa participación de los actores involucrados de modo de implementar un modelo de trabajo idóneo y pertinente a la realidad de las familias de la Localidad de San Pedro.

El Consejo de salud, tiene por temáticas a desarrollar la calidad de la atención, la gestión de reclamos, sugerencias y felicitaciones, la difusión de información de interés público y, el desarrollo institucional y la gestión del establecimiento.

El trabajo en participación, da como resultado un diagnóstico participativo en salud, donde se identifican aquellas áreas temáticas de salud relevantes para una adecuada gestión y la entrega de servicios satisfactorios a la comunidad. En base a este diagnóstico participativo, se elabora un plan de trabajo en gestión participativa, el cual se encuentra proceso de ejecución. Los temas de salud relevantes para la población se relacionan con las condiciones de salud asociadas al riesgo cardiovascular (malnutrición por exceso, bajos niveles de actividad física), consumo de alcohol por la población adolescente, embarazo precoz. En otra línea diagnóstica con la comunidad, aparece la temática ambiental y sanitaria como una necesidad susceptible de ser abordada desde salud. Se identifican como temas ambientales la presencia de contaminación en las calles proveniente de basura mal almacenada y la presencia de perros vagos producto de la tenencia irresponsable de animales los cuales conllevan plagas. Otro foco ambiental es la calidad de las aguas en la localidad y la presencia de las centrales termoeléctricas como focos de contaminación. En último lugar, al ser San Pedro una comunidad agrícola, aparece como temática relevante el uso y aplicación de agroquímicos en las plantaciones cercanas a viviendas y su consiguiente efecto en la salud humana.

**7) VISITAS DOMICILIARIAS INTEGRALES, 2009. EQUIPO DE CABECERA DE SALUD**

<b>MESES</b>	<b>TOTAL DE VISITAS DOMICILIARIAS INTEGRALES</b>
Enero	10
Febrero	7
Marzo	19
Abril	1
Mayo	10
Junio	11
Julio	23
Agosto	21
Septiembre	9
Octubre	6
Noviembre	29
Diciembre	16
<b>Total</b>	<b>146</b>

Las visitas domiciliarias integrales realizadas por nuestro equipo de salud, alcanzan un total de 146 anuales. El modelo de familia en el trabajo en salud es transversal al desarrollo de las distintas áreas estratégicas, y como CESFAM, el enfoque está puesto en el trabajo con las familias, desarrollando un diagnóstico biopsicosocial de cada una de ellas, planes de intervención familiares en pro de la potenciación de los recursos familiares y reducción del daño.

**CENTRO DE SALUD LA PALMA.****CARACTERÍSTICAS DEL CENTRO DE SALUD LA PALMA**

El Centro de Salud, se caracteriza por ser un establecimiento Rural, que posee la instalaciones básicas diseñada hace ya 15 años, con Box de Atención de Profesionales (Médico, Enfermera, Nutricionista, Matrona, Dental, Asistente Social, Sala Mixta), Box de Dirección, Oficina OIRS, Sala Polivalente, Box de preparación área de la Mujer y Vida en Pareja e Infantil y Cardiovascular, Box de Farmacia, Box de Tratamiento, Extracción de muestras y Vacunatorio, Sala de Cirugía Menor, y dos salas de espera de tipo general.

Dentro del Personal cuenta con:

<b>PROFESIONALES Y PERSONAL</b>	<b>HORAS SEMANALES</b>
1. Médico (morbilidad, cardiovascular, salud mental, trabajo en terreno)	50
2. Enfermera (Control niño sano, Cardiovascular, EMPA y EMPAM, trabajo en terreno)	33
3. Asistente Social (asistencialidad, trabajo en terreno, comunitario y gestión)	44
4. Matrona (asistencialidad, trabajo en terreno, promoción )	22
5. Kinesióloga (atención directa, trabajo en terreno, actividad física)	44
6. Nutricionista (Asistencialidad de todos los programas, trabajo en terreno y promoción)	22
7. Psicólogo ( asistencialidad, trabajo comunitario y coordinación)	11
8. Dentista (asistencialidad, trabajo en terreno)	37
9. Técnicos Paramédico(colaboración con profesionales, trabajo en terreno, colaboración en Admisión y coordinación con el trabajo comunitario)	220
10. Administrativos	88
11. Podólogo	1.2

Durante el período 2008 - 2009, se ha trabajado en la consolidación del Equipo de Trabajo, con la regularización de horarios de profesionales, como es el caso de Enfermera, Asistente Social, Dentista, de personal Administrativo y de Técnicos Paramédicos, lo que ha permitido organizar mejor el trabajo con el Equipo y por sobre todo hacia la comunidad, pues en el área rural se hace siempre imperioso el trabajo lo mas cercano en salud a las personas, es así como han surgido instancias de trabajar con los colegios, jardín infantil, y las mesas territoriales de Santa Olivia, Los Almendros y las Pataguas, esto ha permitido, generar instancias de diálogo permanente en la búsqueda de una mejor gestión en salud de APS, para y con la comunidad.

Lo antes expuesto ha permitido, establecer líneas de trabajo en el planteamiento hacia un Centro de Salud Integral y resolutive en lo concerniente a la salud Individual, familiar y comunitario, queda pendiente la regularización de horas de Matrona y de Psicólogo, para completar un Equipo de Salud con Equilibrio, para los desafíos de avance en los ámbitos antes descritos.

En el plano resolutivo, hemos seguido avanzando y que lo desarrollado durante el 2007, en lo referente a visitas domiciliarias integrales a todos los pacientes que lo requieran, en especial a los adultos mayores en calidad de postrados cualquiera sea su patología base, instalación de pellets para ciudadanos con problemas de alcoholismo severo y con intención de dejar dicho hábito, se abrió a la comuna de Quillota, se ha sumado, la habilitación de la Sala de Cirugía menor, también para satisfacer las necesidades comunales, pesquisa de Patología de próstata, a través de convenio particular con Laboratorio externo para el Antígeno Prostático.

En el trabajo con la comunidad, durante este año se potenció la participación del Equipo con representación profesional en cada una de las Mesas Territoriales antes citadas, y se trabajó en las líneas del Plan diseñado, en conjunto con la comunidad el año 2008 con los representantes del sector y que fueron el:

1. **Reforzamiento de la Identidad Cultural del Sector.** Con actividades tales como: Concursos Literarios y que el 2008 versó sobre la Familia, y el 2009 Sueños de Niño, Feria cultural de la Palma, II Campeonato de Cueca.
2. **Promoción de Salud:** Cicletada familiar “Por un corazón sano”, Caminata del Adulto mayor, Muestra de comida saludable.
3. **Salud Mental de la Comunidad:** Con la realización de actividades que involucren a la familia como, El Bingo del Adulto Mayor.

El presente diagnóstico se desarrollará en 3 dimensiones:

- A.- Registro Estadístico y Epidemiológico
- B.- Desde la visión del Equipo de Salud
- C.- Desde la visión de la Comunidad

## A. Registro estadístico – Epidemiológico:

A continuación se encuentra la recopilación de lo realizado en los distintos ámbitos desde el Centro de Salud, en las diversas atenciones que ha prestado durante los años 2008-2009:

### 1.- Atenciones Médicas por morbilidad por edades.

#### 2008

Consultas por Edad	Acum.	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
<b>Total</b>	<b>6.573</b>	<b>309</b>	<b>504</b>	<b>507</b>	<b>685</b>	<b>793</b>	<b>506</b>	<b>620</b>	<b>533</b>	<b>569</b>	<b>685</b>	<b>400</b>	<b>462</b>
De 0 a 9 años	1.261	53	75	85	137	181	114	119	107	113	136	67	74
De 10 a 19 años	745	43	38	66	112	122	51	58	22	44	93	49	47
De 20 a 64 años	3.593	170	320	272	356	399	259	355	325	337	345	200	255
De 65 y más años	974	43	71	84	80	91	82	88	79	75	111	84	86

Se aprecia un incremento del 18.09%, en la atención de morbilidad entre el 2007 y el 2008 (5.566 a 6.573).

#### 2009

Consultas por Edad	Acum.	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
<b>Total</b>	<b>5132</b>	<b>393</b>	<b>333</b>	<b>489</b>	<b>571</b>	<b>480</b>	<b>389</b>	<b>657</b>	<b>599</b>	<b>447</b>	<b>396</b>	<b>378</b>	
De 0 a 9 años	1069	59	55	88	129	136	82	146	123	113	59	79	
De 10 a 19 años	659	24	39	71	96	56	44	105	80	71	32	41	
De 20 a 64 años	2710	245	205	264	261	234	180	346	301	230	241	203	
De 65 y más años	684	65	34	66	85	54	83	60	95	33	54	55	

Existe una diferencia de consultas entre el 2008 y el 2009, que bordean las mil consultas, al mes de Octubre, lo que no tiene una explicación de la situación, pues a pesar de que el 2009, aparece el Virus de Influenza humana, aparentemente esta situación en nuestro centro no influyó en el número de consultas médicas.

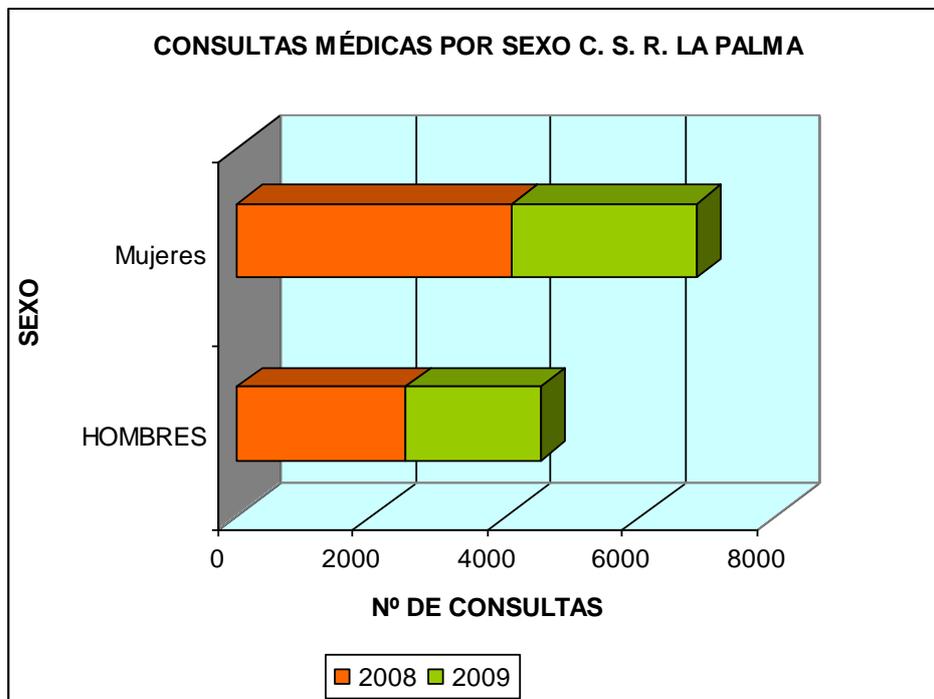
## 2.- Consultas médicas por programa y sexo:

2008

Programa de Salud y Sexo	Acum.	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
<b>TOTAL</b>	<b>6.573</b>	<b>309</b>	<b>504</b>	<b>507</b>	<b>685</b>	<b>793</b>	<b>506</b>	<b>620</b>	<b>533</b>	<b>569</b>	<b>685</b>	<b>400</b>	<b>462</b>
Hombres	2.496	115	183	189	270	289	186	237	198	215	286	153	175
Mujeres	4.077	194	321	318	415	504	320	383	335	354	399	247	287
<b>PROGRAMA DE LA MUJER</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
Hombres	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mujeres	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ignorado	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>PROGRAMA INFANTIL</b>	<b>1.261</b>	<b>53</b>	<b>75</b>	<b>85</b>	<b>137</b>	<b>181</b>	<b>114</b>	<b>119</b>	<b>86</b>	<b>115</b>	<b>136</b>	<b>67</b>	<b>74</b>
Hombres	559	23	42	44	67	82	60	57	36	51	78	34	39
Mujeres	702	30	33	41	70	99	74	62	44	64	58	33	35
Ignorado	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>PROGRAMA ADOLESCENTE DEL</b>	<b>745</b>	<b>43</b>	<b>38</b>	<b>66</b>	<b>112</b>	<b>122</b>	<b>51</b>	<b>58</b>	<b>49</b>	<b>44</b>	<b>93</b>	<b>49</b>	<b>47</b>
Hombres	353	27	16	25	47	50	21	36	22	27	36	20	26
Mujeres	392	16	22	41	65	72	30	22	27	17	57	29	47
Ignorado													
<b>PROGRAMA ADULTO DEL</b>	<b>3.593</b>	<b>170</b>	<b>320</b>	<b>272</b>	<b>356</b>	<b>399</b>	<b>259</b>	<b>355</b>	<b>325</b>	<b>337</b>	<b>345</b>	<b>200</b>	<b>255</b>
Hombres	1.080	51	96	78	117	117	68	102	102	103	113	60	73
Mujeres	2.513	119	224	194	239	282	191	183	223	254	232	140	182
Ignorado	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>PROGRAMA ADULTO MAYOR DEL</b>	<b>974</b>	<b>43</b>	<b>71</b>	<b>84</b>	<b>80</b>	<b>91</b>	<b>82</b>	<b>88</b>	<b>79</b>	<b>75</b>	<b>111</b>	<b>84</b>	<b>86</b>
Hombres	450	14	29	42	39	40	37	42	38	34	59	39	37
Mujeres	524	29	42	42	41	51	45	46	41	41	52	45	49
Ignorado	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>PROGRAMA SALUD MENTAL DE</b>	<b>43</b>	<b>0</b>	<b>11</b>	<b>9</b>	<b>0</b>	<b>23</b>							
Hombres	11	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1	0	7
Mujeres	32	0	0	0	0	0	0	0	0	8	8	0	16
Ignorado	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>SALAS IRA</b>	<b>21</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>3</b>
Hombres	13	0	0	0	1	0	4	3	0	2	2	0	2
Mujeres	7	0	0	0	0	1	2	1	0	1	1	0	1
Ignorado	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>SALAS ERA</b>	<b>18</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>7</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>3</b>
Hombres	11	0	0	0	2	0	4	3	0	0	0	0	2
Mujeres	7	1	0	0	2	0	3	0	0	0	0	0	1

**2009**

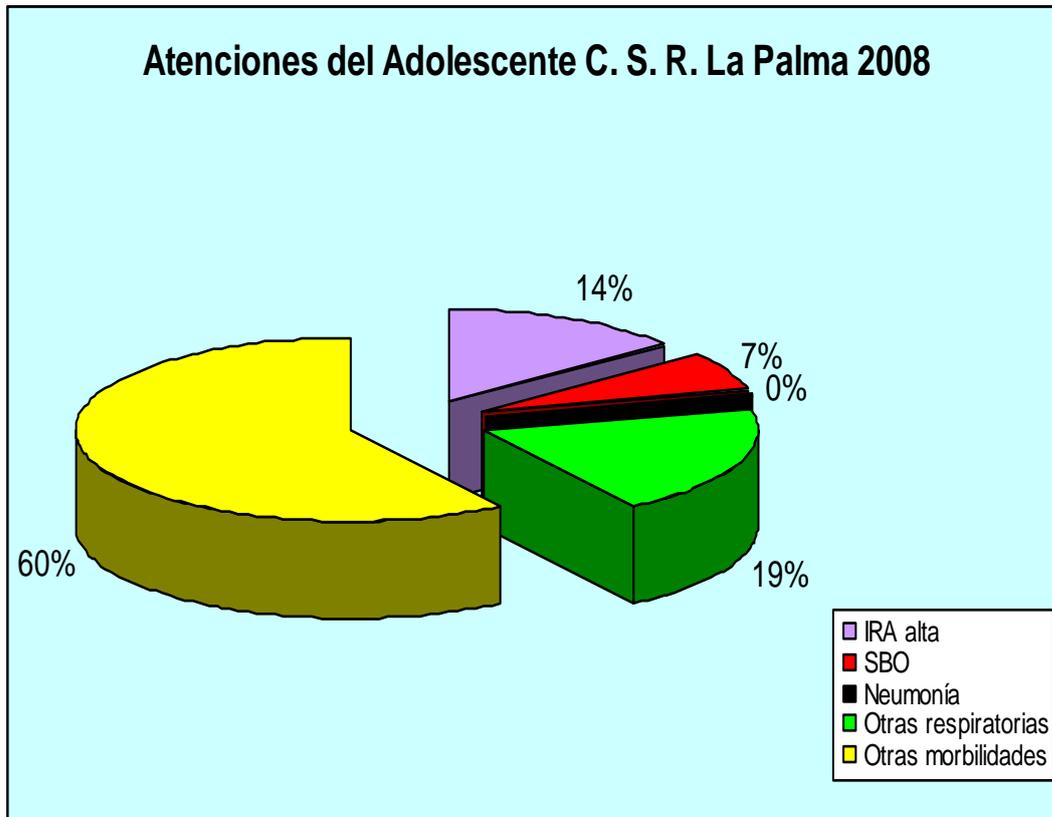
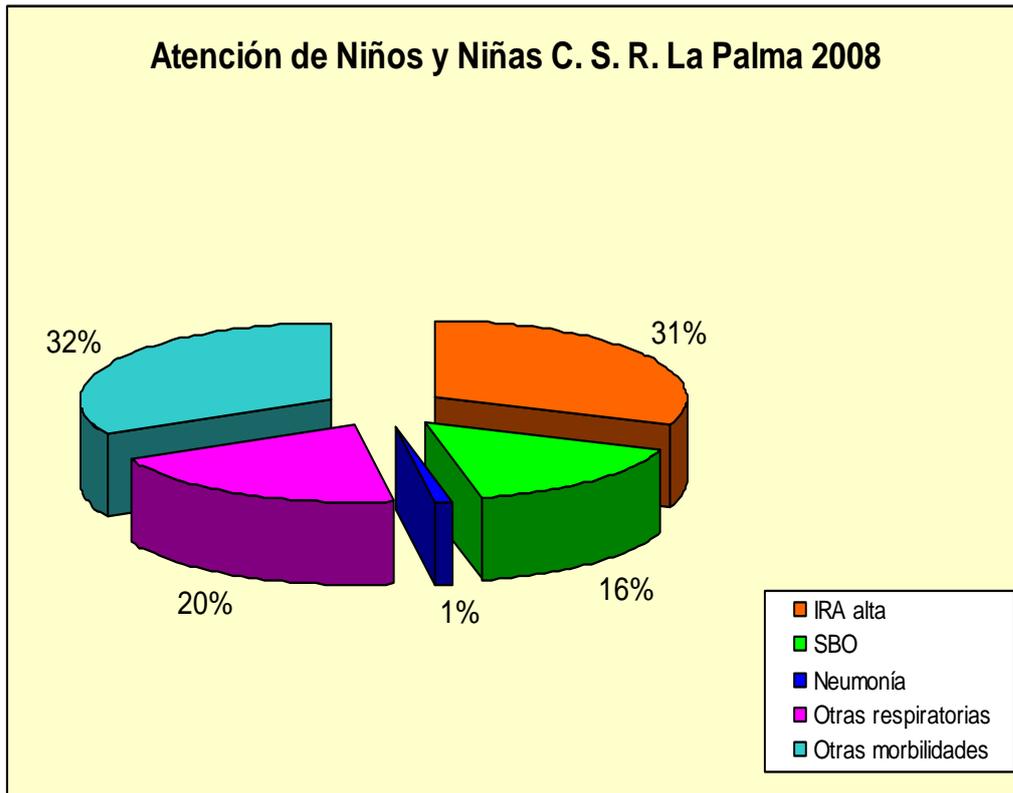
Programa de Salud y Sexo	Acum.	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
<b>TOTAL</b>	<b>4754</b>	<b>393</b>	<b>333</b>	<b>489</b>	<b>571</b>	<b>480</b>	<b>389</b>	<b>657</b>	<b>599</b>	<b>447</b>	<b>396</b>		
Hombres	2011	153	117	163	233	175	178	239	206	279	268		
Mujeres	2743	240	216	326	338	305	211	418	393	168	128		
<b>Programa infantil</b>	<b>990</b>	<b>59</b>	<b>55</b>	<b>88</b>	<b>129</b>	<b>136</b>	<b>82</b>	<b>146</b>	<b>123</b>	<b>113</b>	<b>59</b>		
<b>Programa del adolescente</b>	<b>618</b>	<b>24</b>	<b>39</b>	<b>71</b>	<b>96</b>	<b>56</b>	<b>44</b>	<b>105</b>	<b>80</b>	<b>71</b>	<b>32</b>		
<b>Programa del adulto</b>	<b>2507</b>	<b>245</b>	<b>205</b>	<b>264</b>	<b>261</b>	<b>234</b>	<b>180</b>	<b>346</b>	<b>301</b>	<b>230</b>	<b>241</b>		
<b>Programa del adulto mayor</b>	<b>629</b>	<b>65</b>	<b>34</b>	<b>66</b>	<b>85</b>	<b>54</b>	<b>83</b>	<b>60</b>	<b>95</b>	<b>33</b>	<b>54</b>		
<b>Programa de salud mental</b>	<b>155</b>	<b>21</b>	<b>14</b>	<b>10</b>	<b>25</b>	<b>16</b>	<b>17</b>	<b>11</b>	<b>16</b>	<b>19</b>	<b>6</b>		
Hombres	25	7	3	0	4	2	2	1	3	3	0		
Mujeres	130	14	11	10	21	14	15	10	13	16	6		



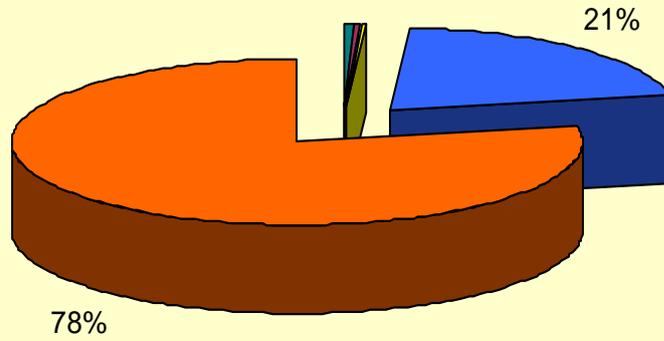
## 3.- Atenciones médicas por programa y grupo diagnóstico:

2008

<b>Atención de niños y niñas</b>	TOTAL	En.	Feb.	Mar.	Ab.	May.	Jun.	Jul	Ag.	Sep.	Oc.	Nov.	Dic.
IRA alta	385	10	20	35	55	69	34	30	26	29	43	20	14
SBO	196	5	15	11	14	21	27	27	24	22	16	9	5
Neumonía	11	0	0	1	1	2	4	0	0	0	2	0	1
Otras respiratorias	251	5	10	14	23	26	27	32	30	32	24	10	18
Otras morbilidades	406	33	29	24	44	53	22	30	27	30	50	28	36
<b>Atención del Adolescente</b>													
IRA alta	111	3	8	3	22	25	11	3	2	1	18	9	6
SBO	53	0	1	5	12	10	2	4	3	4	7	4	1
Neumonía	2	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0
Otras respiratorias	149	2	5	6	26	28	13	16	14	4	19	11	5
Otras morbilidades	457	38	24	52	51	58	25	35	30	35	49	25	35
<b>Atención del Adulto</b>													
Asma	23	0	4	2	4	6	2	1	2	1	0	1	0
Neumonía	6	0	1	0	0	0	3	0	0	1	0	1	0
EPOC	13	0	0	1	2	4	1	0	0	1	3	0	1
Otras respiratorias	752	30	42	37	87	95	68	91	80	76	68	38	40
Otras morbilidades	2807	140	273	232	263	294	185	263	243	263	277	160	214
<b>Atención del Adulto Mayor</b>													
Asma	6	0	0	0	0	0	2	1	2	1	0	0	0
Neumonía	13	0	0	0	2	3	0	3	2	3	0	0	0
EPOC	66	0	5	8	12	15	8	4	3	5	0	2	4
Otras respiratorias	93	7	4	4	6	8	6	11	9	11	14	8	5
ETS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
VIH/SIDA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Otras morbilidades	790	36	62	72	60	65	60	69	63	55	97	74	77
<b>Atención de Salud Mental</b>													
Consulta de salud mental	43	0	0	0	0	0	0	0	0	11	9	0	23
<b>Atención en Salas IRA, ERA o Mixta</b>													
Consulta	32	1	3	0	5	1	13	0	0	0	3	0	6

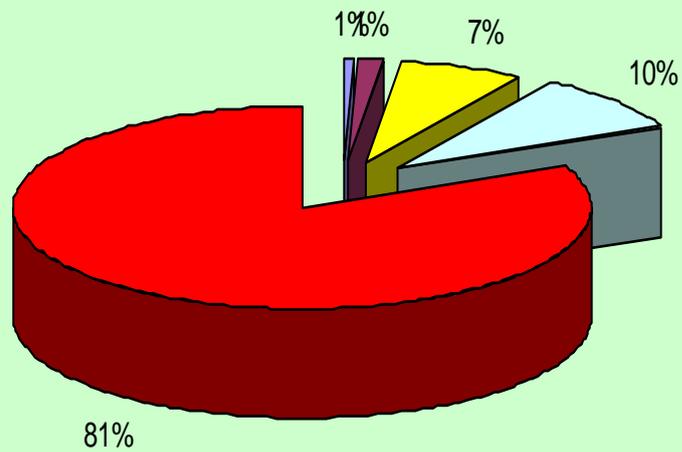


### CONSULTAS MÉDICAS ADULTOS C. S. R. LA PALMA 2008

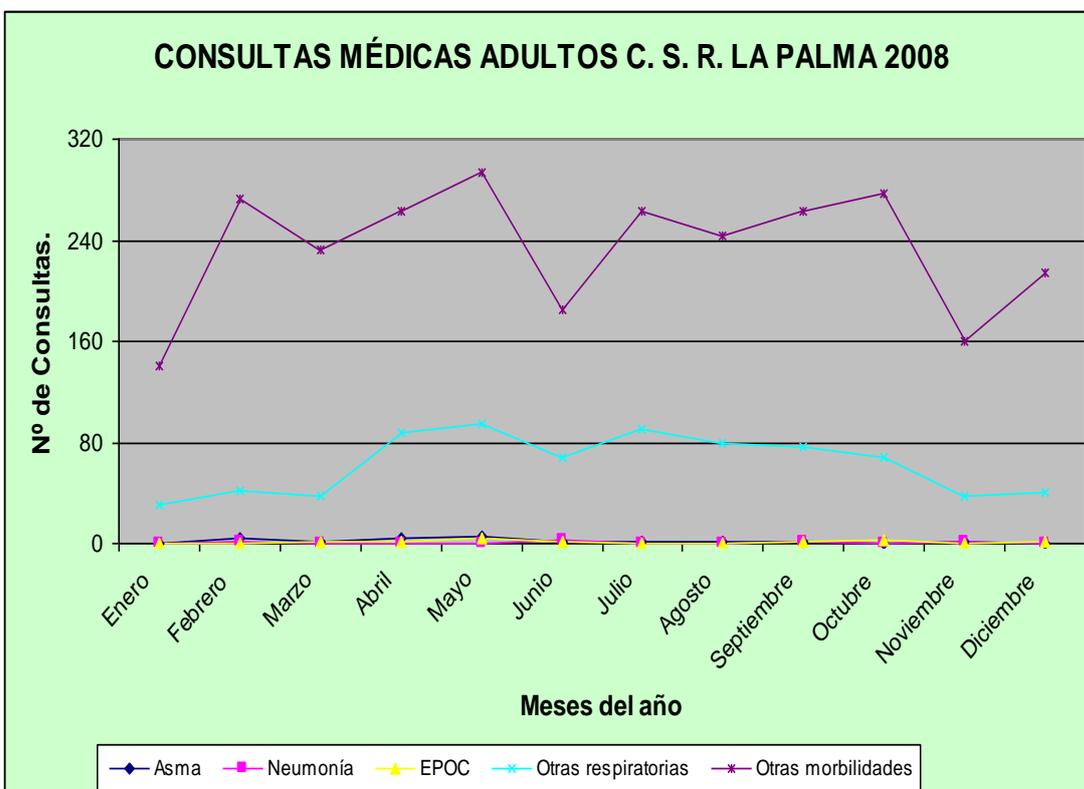
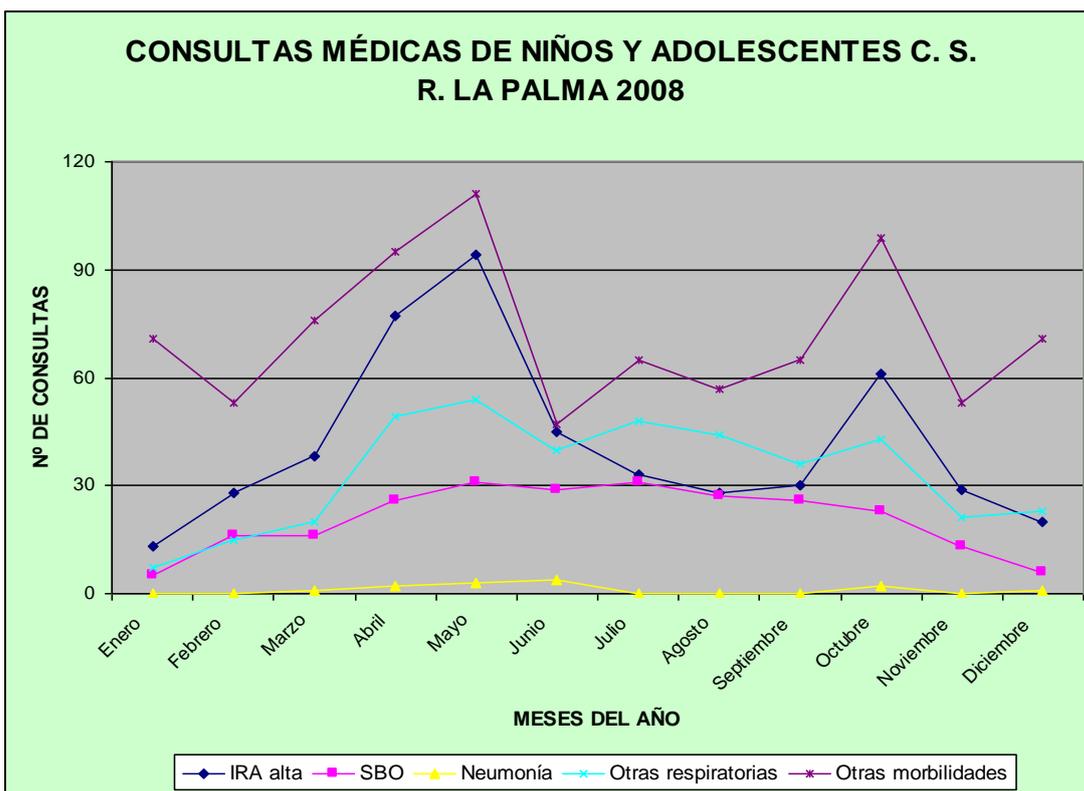


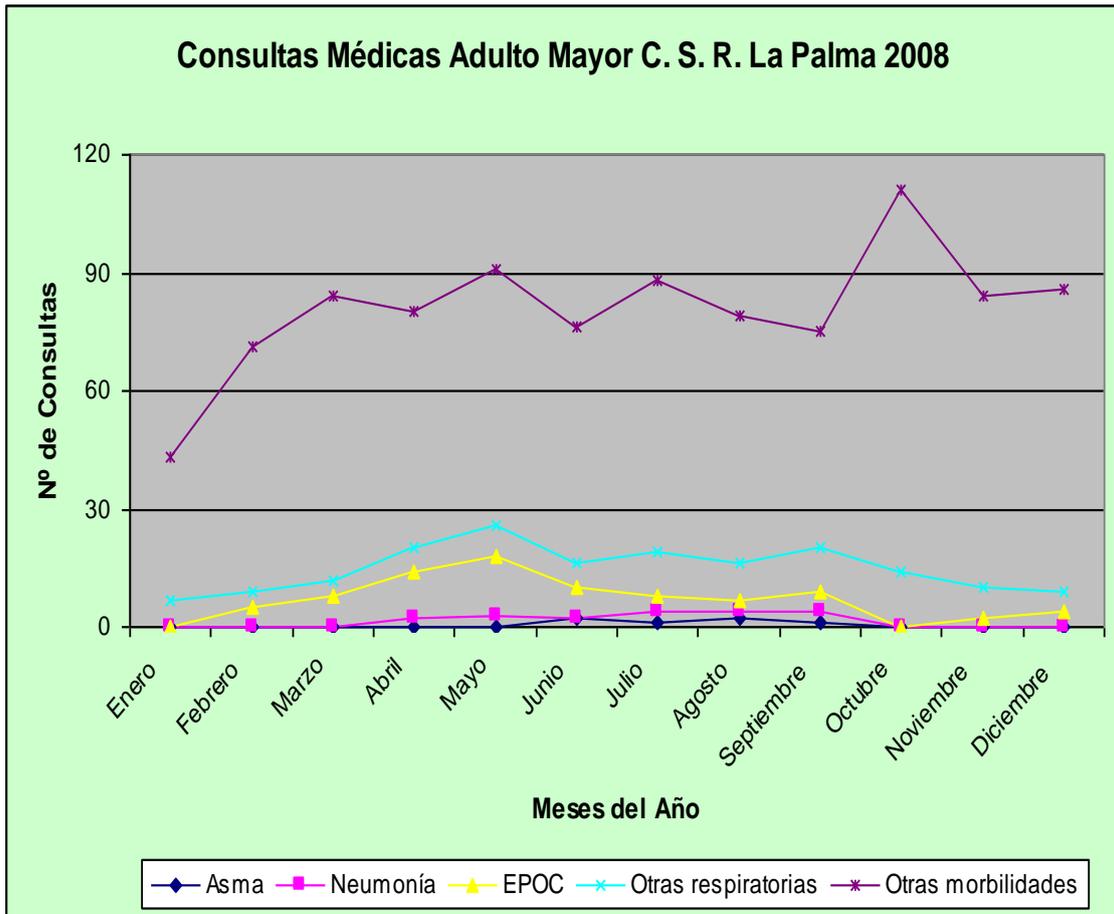
■ Asma ■ Neumonía ■ EPOC ■ Otras respiratorias ■ Otras morbilidades

### ATENCIÓNES MÉDICAS C. S. R. LA PALMA 2008



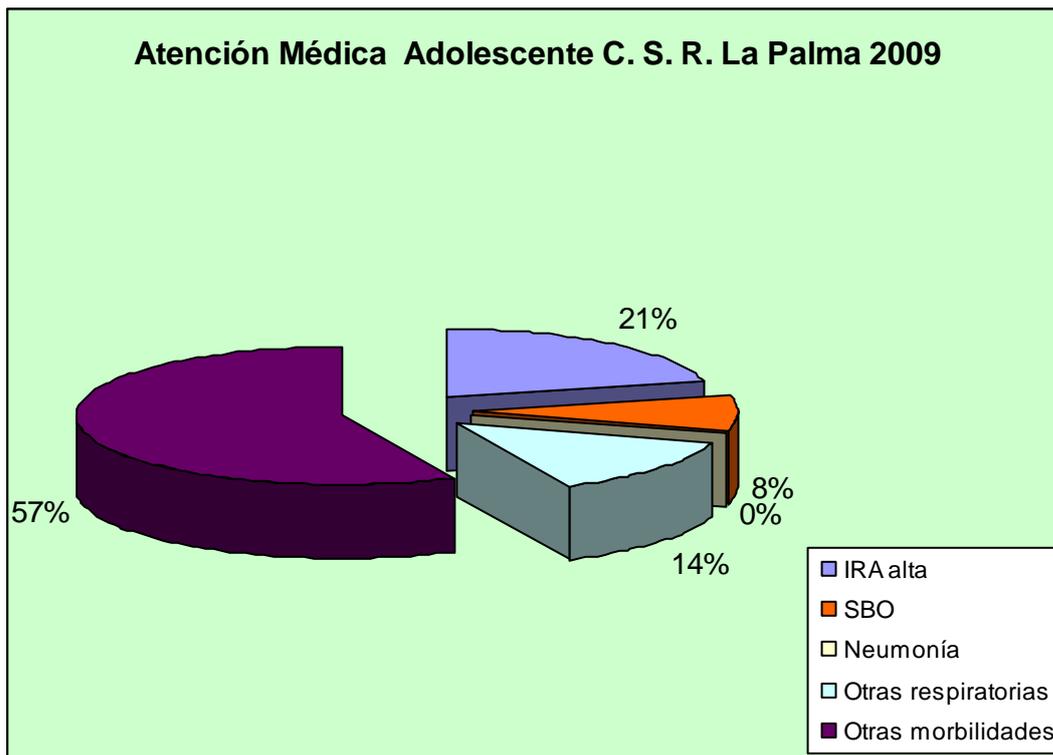
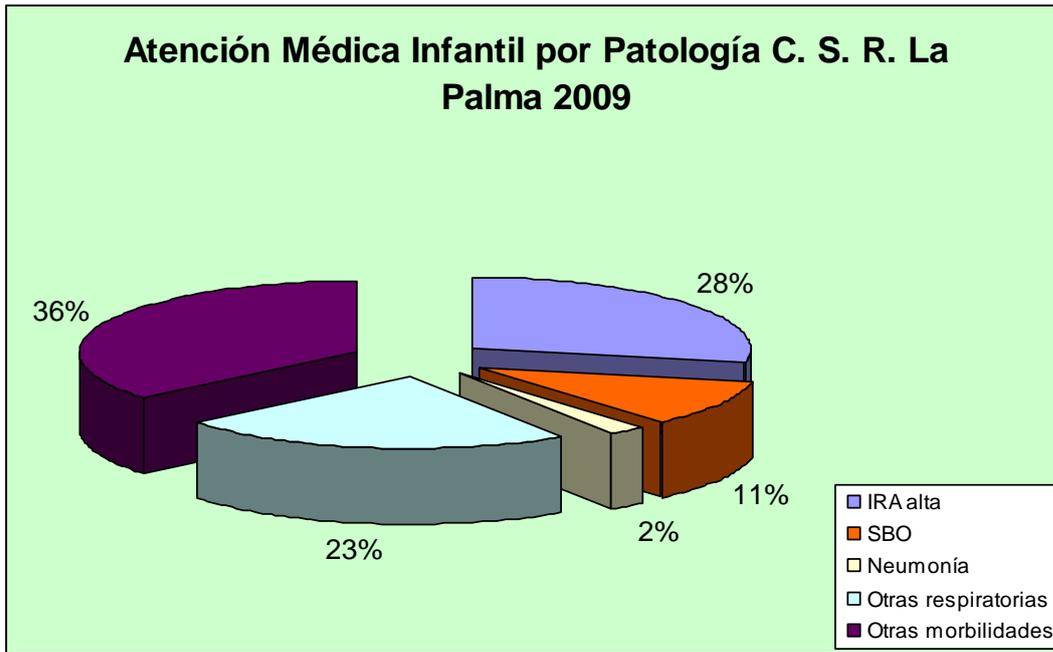
■ Asma ■ Neumonía ■ EPOC ■ Otras respiratorias ■ Otras morbilidades

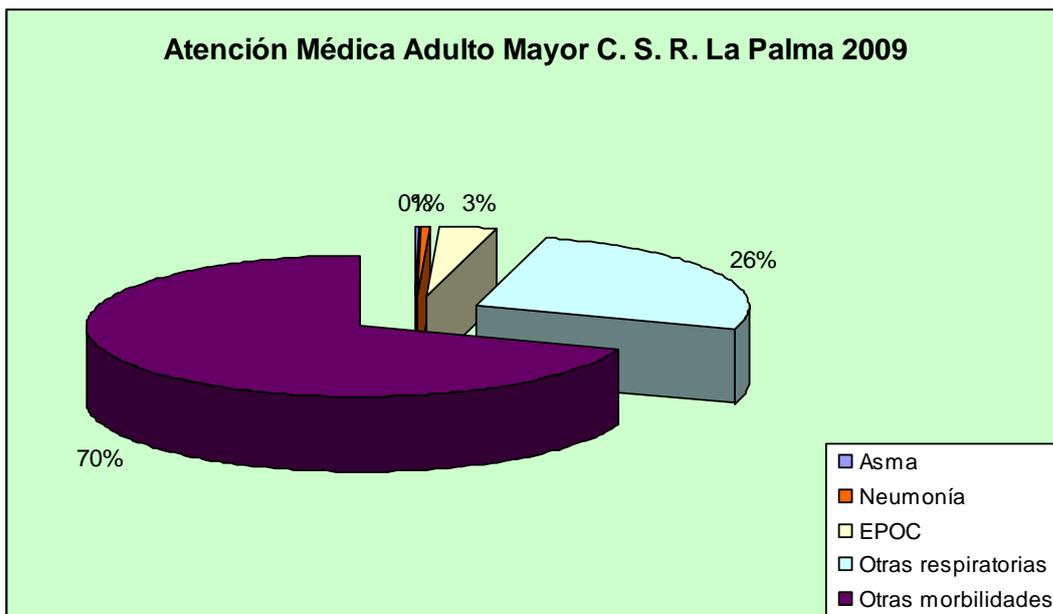
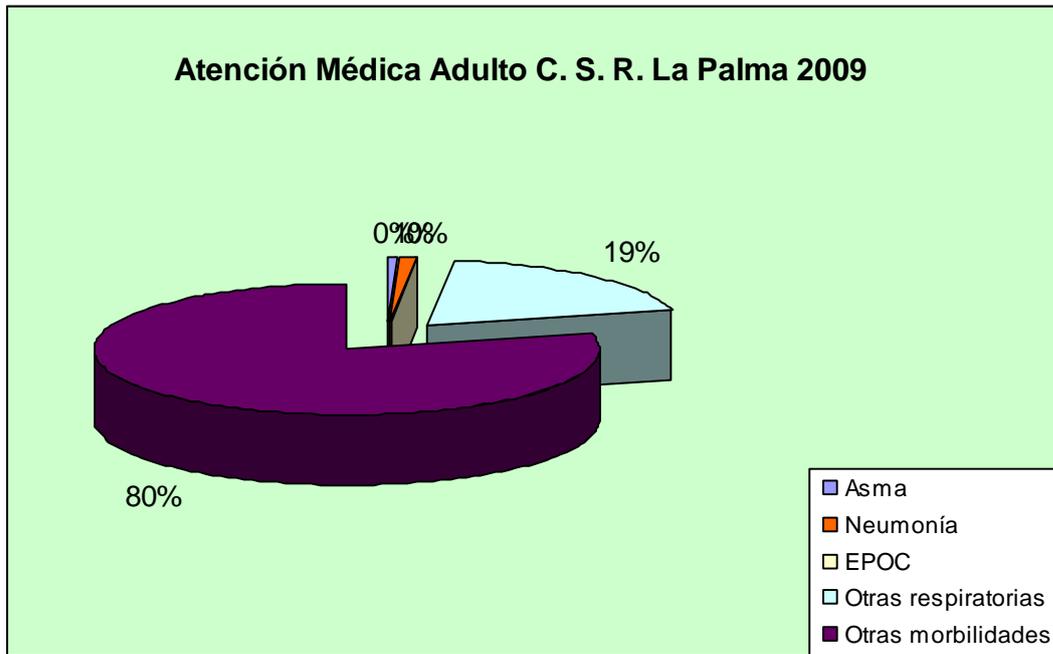




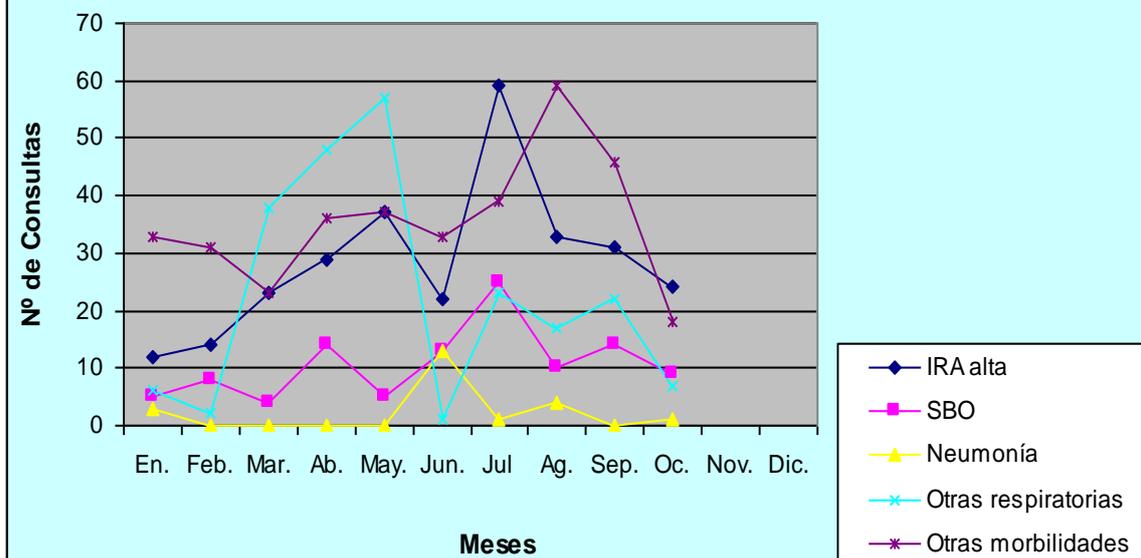
2009

<b>Atención de niños y niñas</b>	TOTAL	En.	Feb.	Mar.	Ab.	May.	Jun.	Jul	Ag.	Sep.	Oc.	Nov.	Dic.
IRA alta	260	12	14	23	29	37	22	59	33	31	24		
SBO	98	5	8	4	14	5	13	25	10	14	9		
Neumonía	21	3	0	0	0	0	13	1	4	0	1		
Otras respiratorias	214	6	2	38	48	57	1	23	17	22	7		
Otras morbilidades	337	33	31	23	36	37	33	39	59	46	18		
<b>Atención del Adolescente</b>													
IRA alta	123	4	6	12	16	21	10	27	16	11	21		
SBO	49	1	4	2	9	8	3	11	3	8	2		
Neumonía	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Otras respiratorias	80	5	5	3	10	14	0	30	7	6	0		
Otras morbilidades	334	14	24	54	61	13	31	37	54	46	33		
<b>Atención del Adulto</b>													
Asma	9	3	1	0	0	1	0	3	1	0	2		
Neumonía	24	0	0	1	2	3	2	13	1	2	0		
EPOC	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Otras respiratorias	413	34	22	42	61	26	37	98	49	44	63		
Otras morbilidades	1680	208	182	221	113	204	140	178	250	184	162		
<b>Atención del Adulto Mayor</b>													
Asma	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1		
Neumonía	4	1	0	0	0	0	1	2	0	0	0		
EPOC	22	1	0	1	5	6	5	2	2	0	0		
Otras respiratorias	166	6	2	7	22	32	6	81	10	7	10		
ETS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
VIH/SIDA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Otras morbilidades	447	57	32	58	58	22	68	44	82	26	43		
<b>Atención en Salas IRA, ERA o Mixta</b>													
Consulta	25	9	0	0	0	0	12	4	0	0	0		

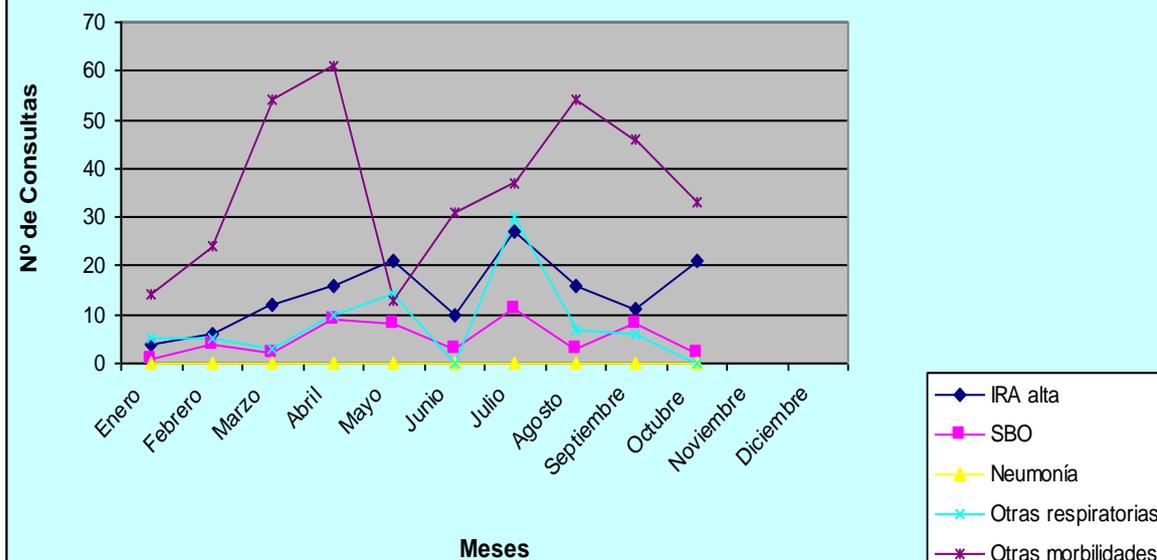


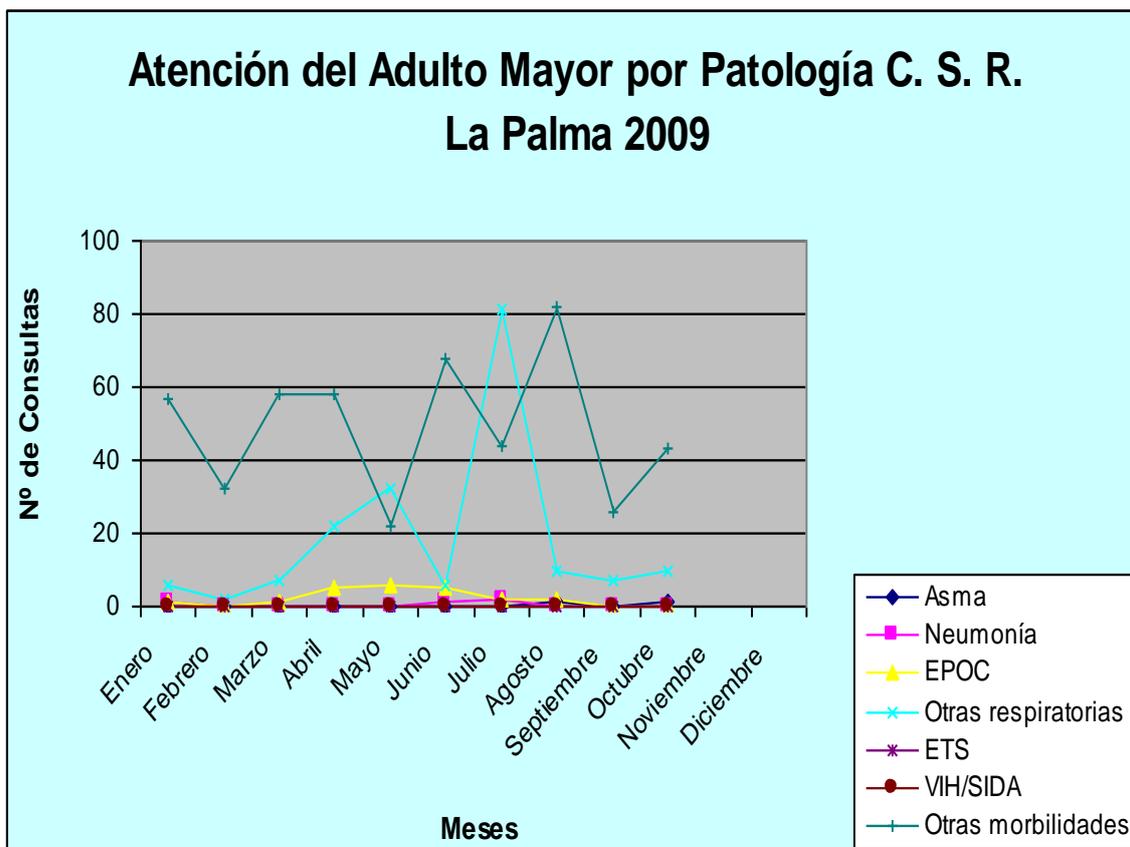
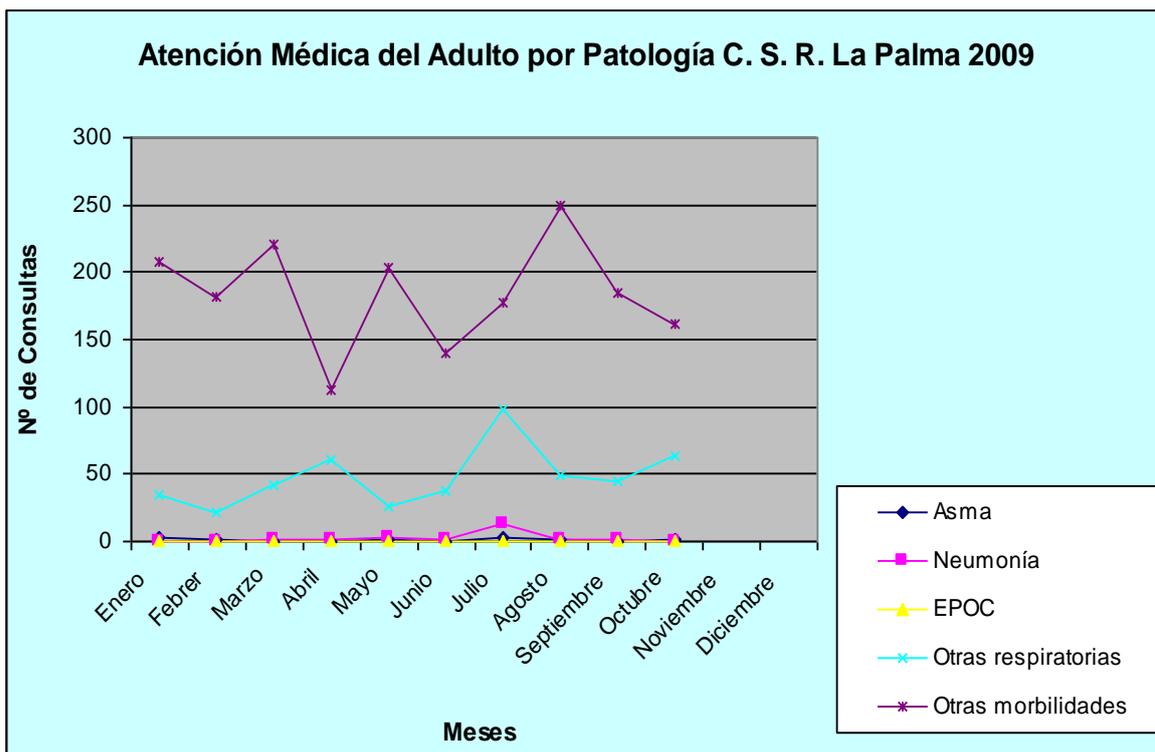


### Atención Médica Infantil por Patologías C. S. R. La Palma 2009



### Atención Médica por Patología del Adolescente C. S. R. La Palma 2009



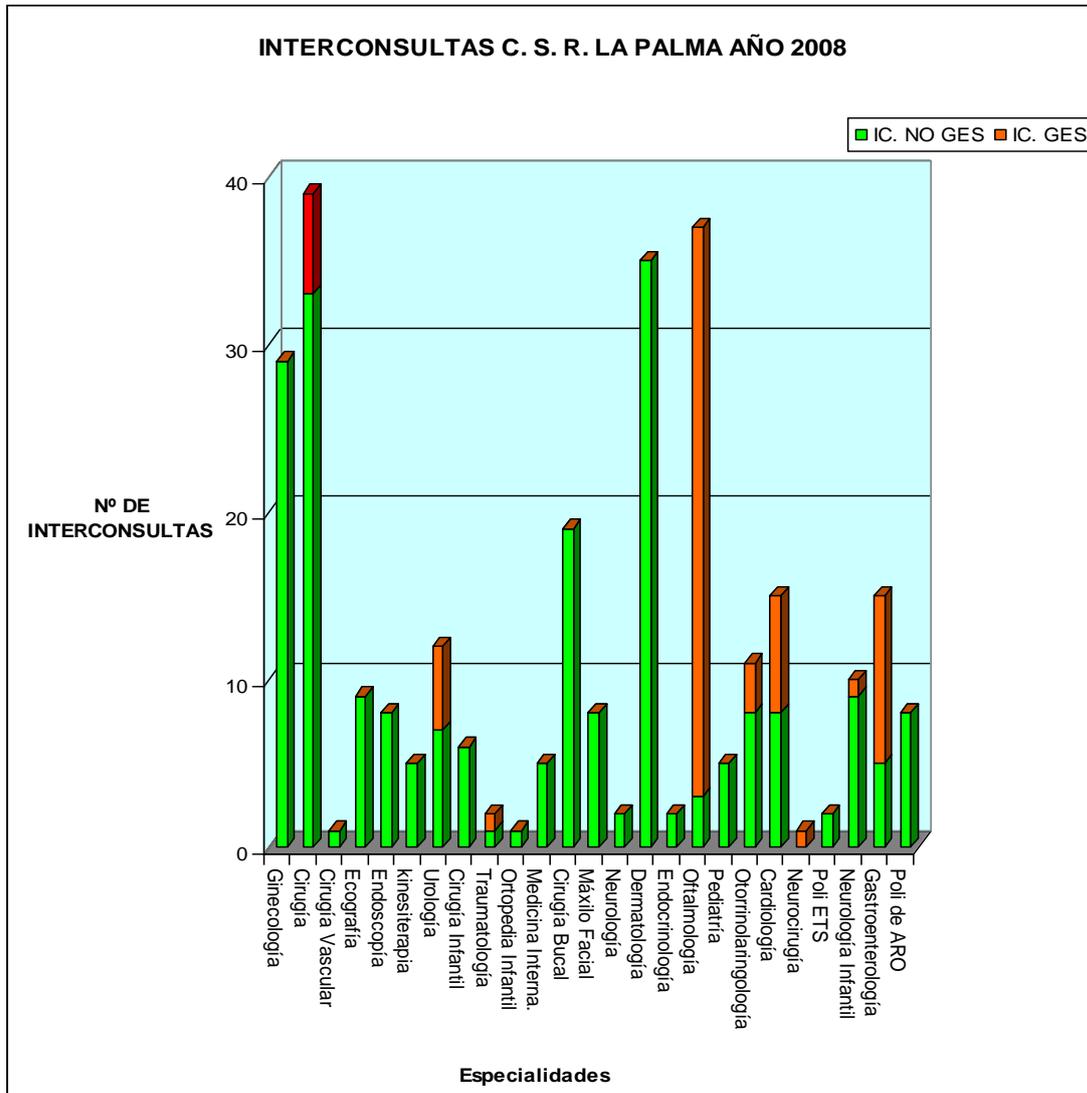


## 4.- Número de Interconsultas derivadas a nivel Secundario y su resolución:

**Interconsultas La Palma 2008**

ESPECIALIDAD	IC. normales	IC. GES.	RESUELTAS	PENDIENTES
Ginecología	29	0	52	0
Cirugía	33	6	39	0
Cirugía Vascolar	1	0	1	0
Procedimientos				
Ecografía	9	0	3	6
Endoscopia	8	0	6	2
kinesiterapia	5	0	1	4
Hematología	0	0	3	0
Audiometría	0	0	1	0
EKG	0	0	3	0
Mamografía	0	0	1	0
Rectoscopia	0	0	2	0
Urología	7	5	12	0
Cirugía Infantil	6	0	6	0
Traumatología	1	1	5	0
Ortopedia Infantil	1	0	1	0
Medicina Interna.	5	0	80	0
Cirugía Bucal	19	0	2	17
Máxilo Facial	8	0	0	8
Neurología	2	0	9	0
Dermatología	35	0	17	18
Endocrinología	2	0	1	1
Oftalmología	3	34	16	21
Gastroenterología Infantil.	0	0	4	0
Neonatología	0	0	2	0
Pediatría	5	0	15	0
Fonoaudiología	0	0	0	0
Otorrinolaringología	8	3	6	5
Cardiología	8	7	25	0
Cardiología Infantil	0	0	1	0
Reumatología Infantil	0	0	0	0
Neurocirugía	0	1	1	0
Poli ETS	2	0	2	0
Neurología Infantil	9	1	13	0
Proctología	0	0	5	0
Gastroenterología	5	10	4	10
Poli de ARO	8	0	9	0
Radiología	0	0	8	0
Poli de Lactancia mat.	1	0	3	0
Psiquiatría	1	3	1	2
Reumatología	1	1	0	1
Cirugía menor	2	0	0	2

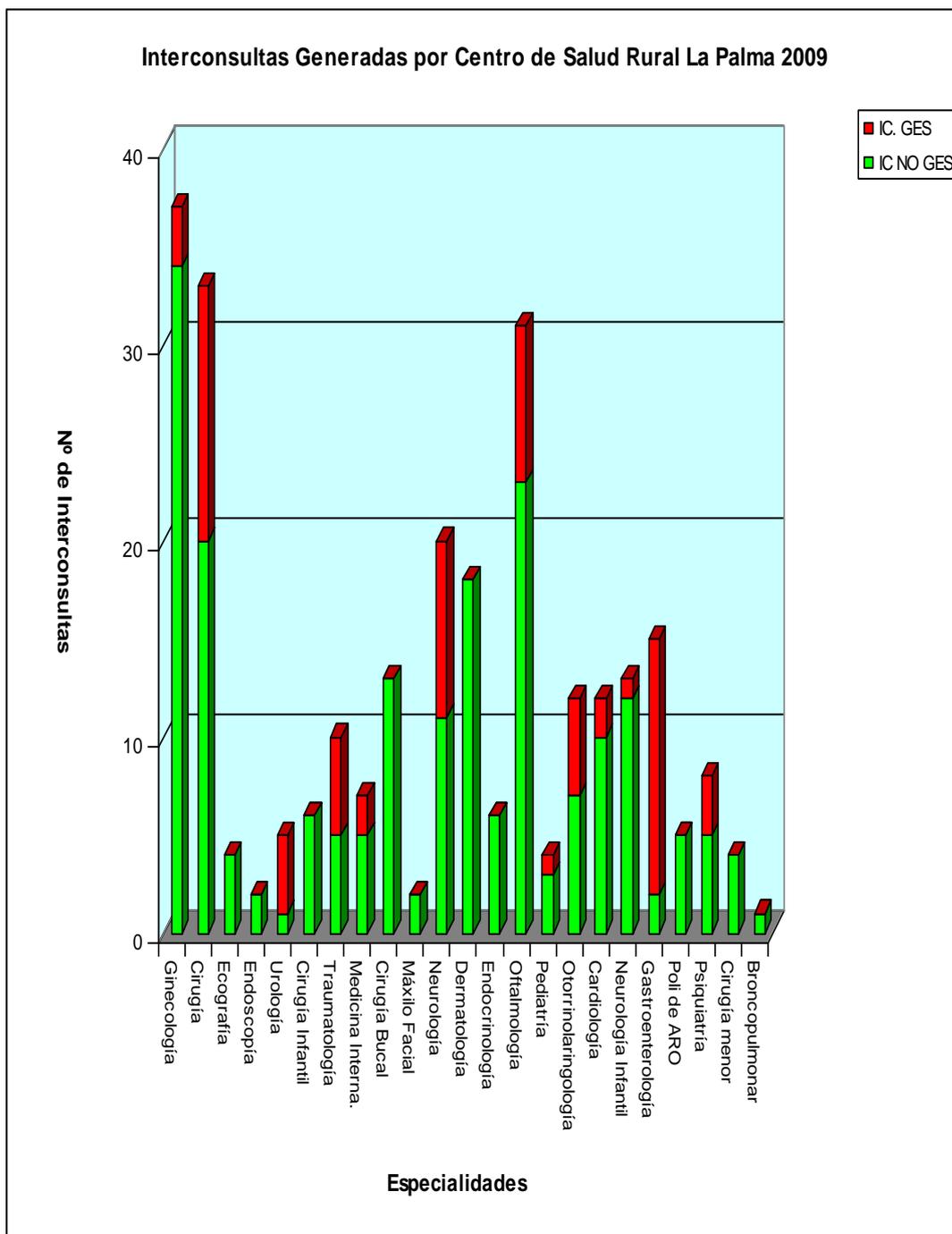
Bronco pulmonar	1	1	4	0
Psicología Infantil	1	0	1	0
Nefrología	4	1	13	0
Poli Nutrición	2	0	15	0
Periodoncia	1	0	2	0
Exs. Laboratorio	1	0	21	0
<b>total</b>	<b>234</b>	<b>67</b>	<b>417</b>	<b>97</b>



**Interconsultas La Palma 2009**

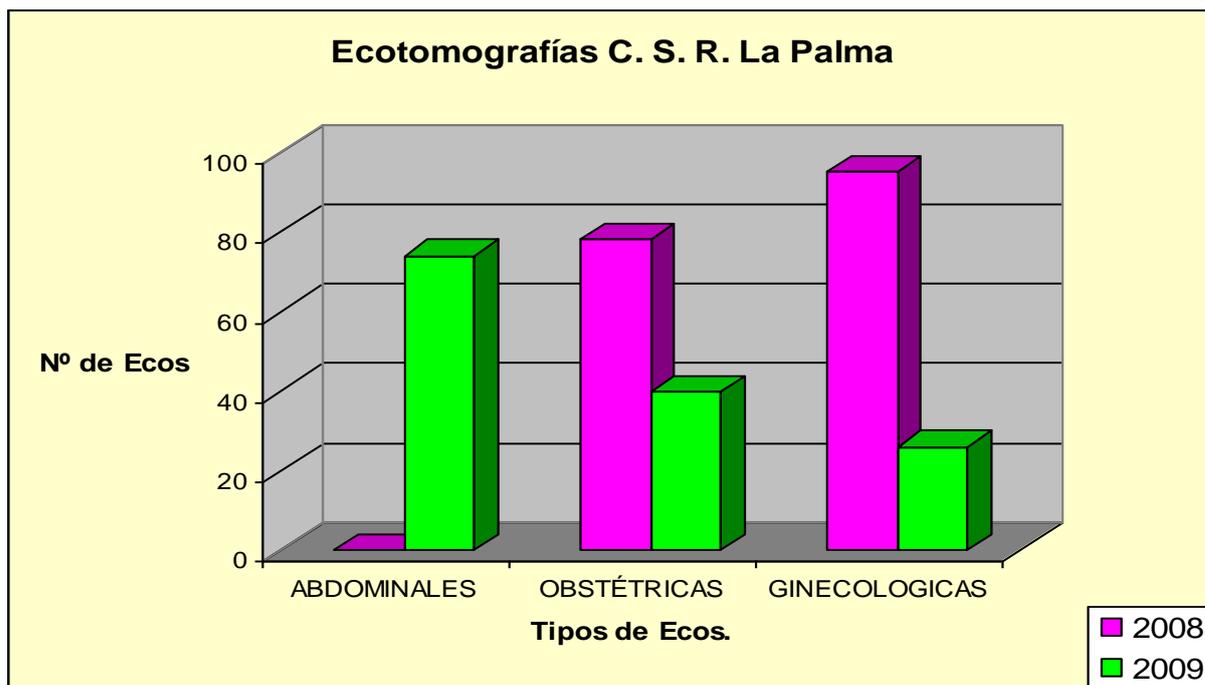
(enero a noviembre)

ESPECIALIDAD	IC. normales	IC. GES.	RESUELTAS	PENDIENTES
Ginecología	34	3	46	0
<b>Cirugía</b>	<b>20</b>	<b>13</b>	<b>30</b>	<b>13</b>
Procedimientos				
Ecografía	4	0	4	0
Endoscopia	2	0	7	0
kinesiterapia	0	0	7	0
Hematología	0	0	4	0
Electroencefalografía	0	0	1	0
Urología	1	4	22	0
Cirugía Infantil	6	0	5	1
<b>Traumatología</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>7</b>
Medicina Interna.	5	2	53	0
<b>Cirugía Bucal</b>	<b>13</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>13</b>
Máxilo Facial	2	0	3	1
<b>Neurología</b>	<b>11</b>	<b>9</b>	<b>13</b>	<b>7</b>
<b>Dermatología</b>	<b>18</b>	<b>0</b>	<b>11</b>	<b>7</b>
<b>Endocrinología</b>	<b>6</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>6</b>
<b>Oftalmología</b>	<b>23</b>	<b>8</b>	<b>17</b>	<b>14</b>
Gastroenterología Infantil.	0	0	0	0
Pediatría	3	1	7	0
Fonoaudiología	0	0	0	0
<b>Otorrinolaringología</b>	<b>7</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>9</b>
Cardiología	10	2	11	1
Reumatología Infantil	0	0	0	0
Neurocirugía	0	0	0	0
Poli ETS	0	0	0	0
Neurología Infantil	12	1	13	0
Proctología	0	0	1	0
<b>Gastroenterología</b>	<b>2</b>	<b>13</b>	<b>10</b>	<b>5</b>
Poli de ARO	5	0	4	1
Radiología	0	0	6	0
Poli de Lactancia mat.	0	0	0	0
<b>Psiquiatría</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>8</b>
Reumatología	0	0	0	0
<b>Cirugía menor</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>4</b>
Broncopulmonar	1	0	12	0
Cardiología Infantil	0	0	1	0
Nefrología	0	0	1	0
Exámenes de Laboratorio	0	0	13	0
Nutrición	0	0	3	0
<b>total</b>	<b>189</b>	<b>69</b>	<b>312</b>	<b>97</b>



Nuestro Centro de Salud, al igual que los otros Centros rurales, solicita Ecografías dentro del Sistema, dirigiendo las solicitudes al Centro de Salud Dr. Miguel Concha.

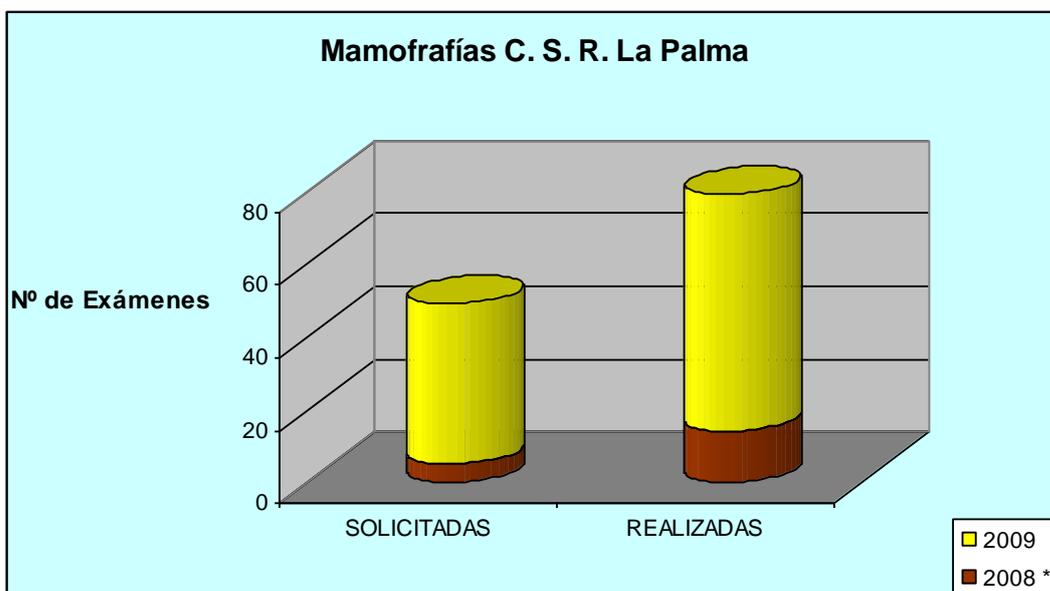
ECOS	ABDOMINALES	OBSTÉTRICAS	GINECOLOGICAS	TOTAL
<b>2008</b>	.53	78	95	173
<b>2009</b>	74	40	26	66



Las mamografías por convenio con la empresa “TODOMAMA”, son enviadas para su resolución, las características de estas solicitudes se establecen en el siguiente cuadro:

MAMOGRAFIAS	SOLICITADAS	REALIZADAS
2008 *	5	14
2009	44	65

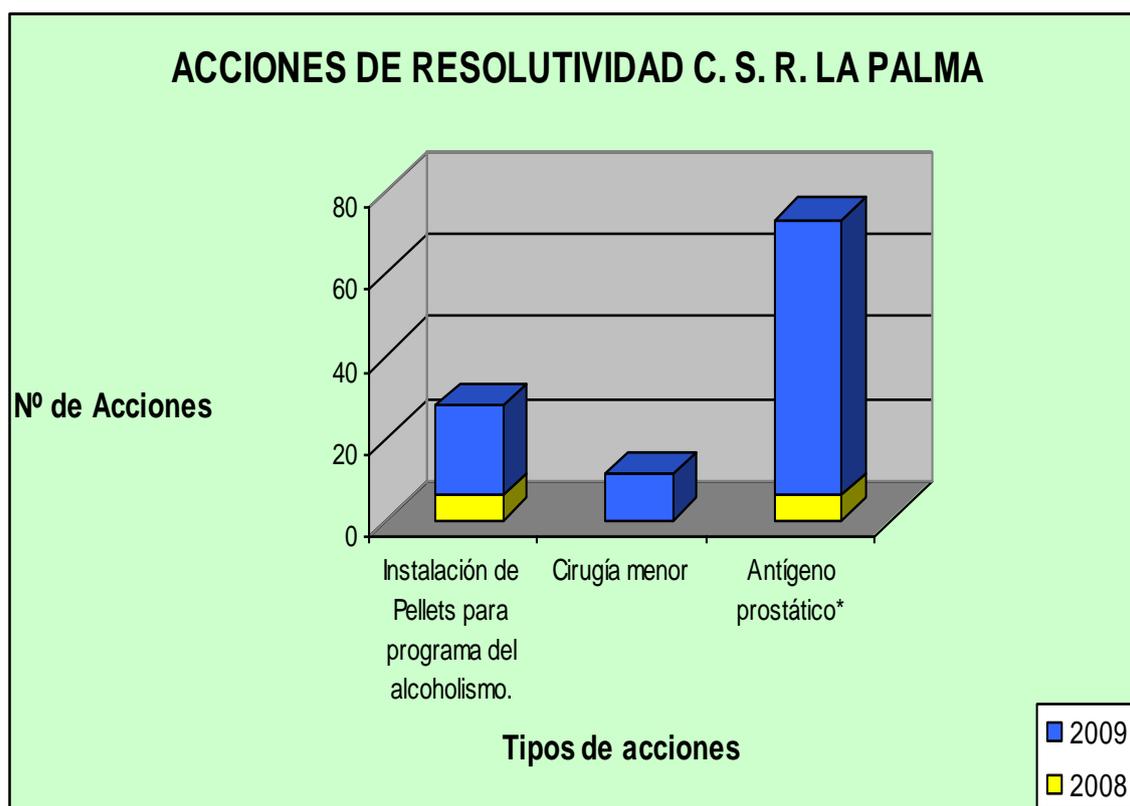
\* El desfase entre lo solicitado y lo realizado se debe a que desde el año 2007 existió un desfase, pues en el año 2008, el convenio llegó tardíamente.



En la contribución a resolutivead local y de la comuna:

<b>Acciones</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>
Instalación de Pellets para programa del alcoholismo.	6	22
Cirugía menor	0	11
Antígeno prostático*	6	67
<b>TOTAL</b>	<b>12</b>	<b>100</b>

\*Usuarios del Centro de Salud Rural La Palma.



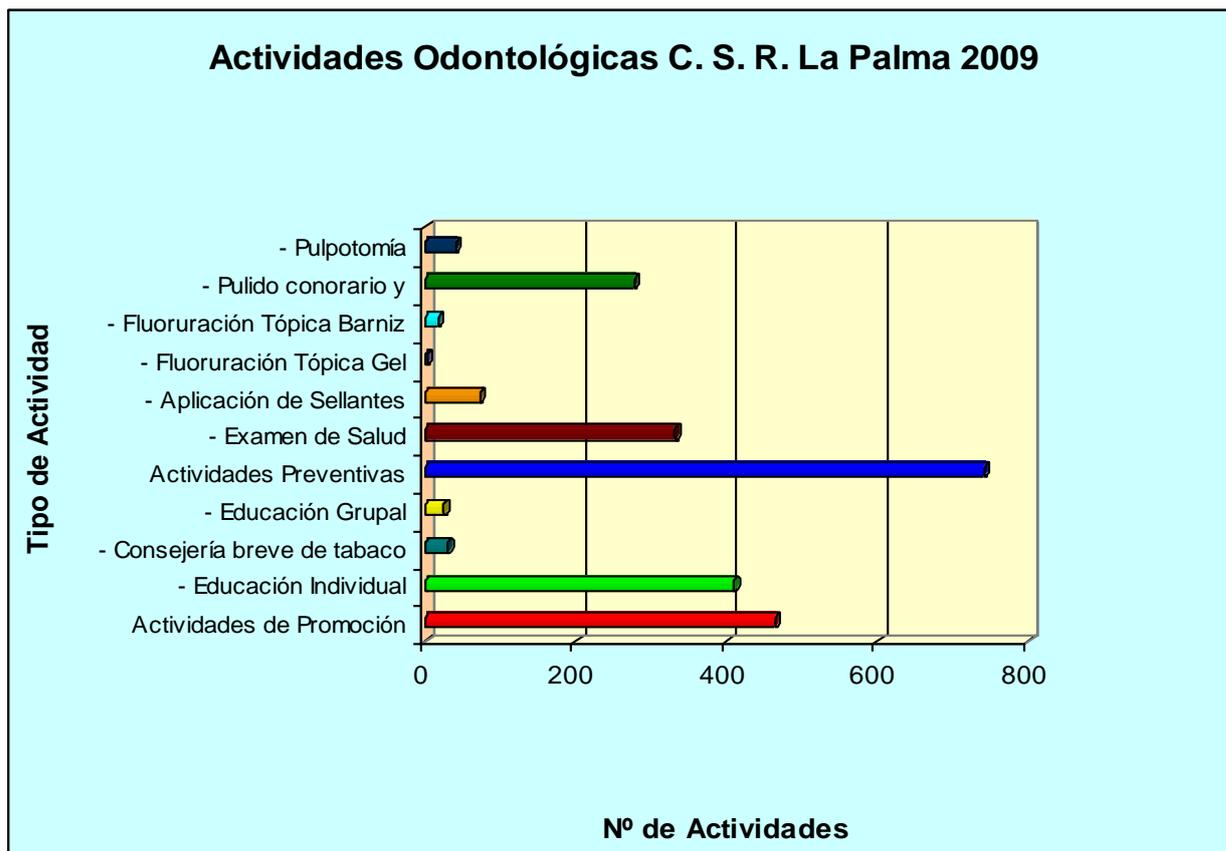
## 5.- Atenciones odontológicas de promoción y prevención en la salud dental en todas las edades:

**2008**

C. S. R. La Palma	TOTAL	ENE	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.	JUN.	JUL.	AG.	SEPT.	OCT.	NOV,	DIC.
Actividades de Promoción	367	49	20	31	34	48	37	12	35	0	59	18	24
- Educación Individual	366	49	20	30	34	48	37	12	35	0	59	18	24
- Consejería breve de tabaco	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
- Educación Grupal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
- Trabajo Comunitario	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Actividades Preventivas	1461	90	54	73	67	103	197	83	219	203	201	117	54
- Examen de Salud	426	49	17	36	33	35	37	37	35	31	72	20	24
- Aplicación de Sellantes	599	7	19	0	0	39	103	14	120	119	75	87	16
- Fluoruración Tópica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
- Fluoruración Tópica Barniz	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
- Pulido conorario y Destartraje supragingival	403	31	15	32	20	28	56	32	62	52	54	10	11
- Pulpotomía	33	3	3	5	14	1	1	0	2	1	0	0	3
- Examen y diagnóstico anomalías dento maxilares (OPI)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
- Actividades interceptivas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
- Instalación Aparato Interceptivo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

**2009**

Consultorio La Palma	TOTAL	ENE.	FEB.	MAR.	AB.	MAY.	JUN.	JUL.	AG.	SEP.	OC.	NOV.	DIC.
Actividades de Promoción	465	40	18	47	34	27	101	31	85	59	23	0	0
- Educación Individual	410	40	18	47	34	27	46	31	85	59	23	0	0
- Consejería breve de tabaco	30	0	0	0	0	0	30	0	0	0	0	0	0
- Educación Grupal	25	0	0	0	0	0	25	0	0	0	0	0	0
Actividades Preventivas	742	32	51	111	68	52	116	52	64	51	145	0	0
- Examen de Salud	332	30	18	47	23	15	60	33	44	22	40	0	0
- Aplicación de Sellantes	73	0	0	7	0	0	4	9	9	16	28	0	0
- Fluoruración Tópica Gel	2	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0
- Fluoruración Tópica Barniz	17	0	0	0	0	3	6	0	2	1	5	0	0
- Pulido conorario y Destartraje supragingival	278	1	33	56	40	27	45	0	0	11	65	0	0
- Pulpotomía	40	1	0	1	5	7	1	8	9	1	7	0	0
- Examen y diagnóstico anomalías dento maxilares (OPI)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
- Actividades interceptivas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
- Instalación Aparato Interceptivo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0



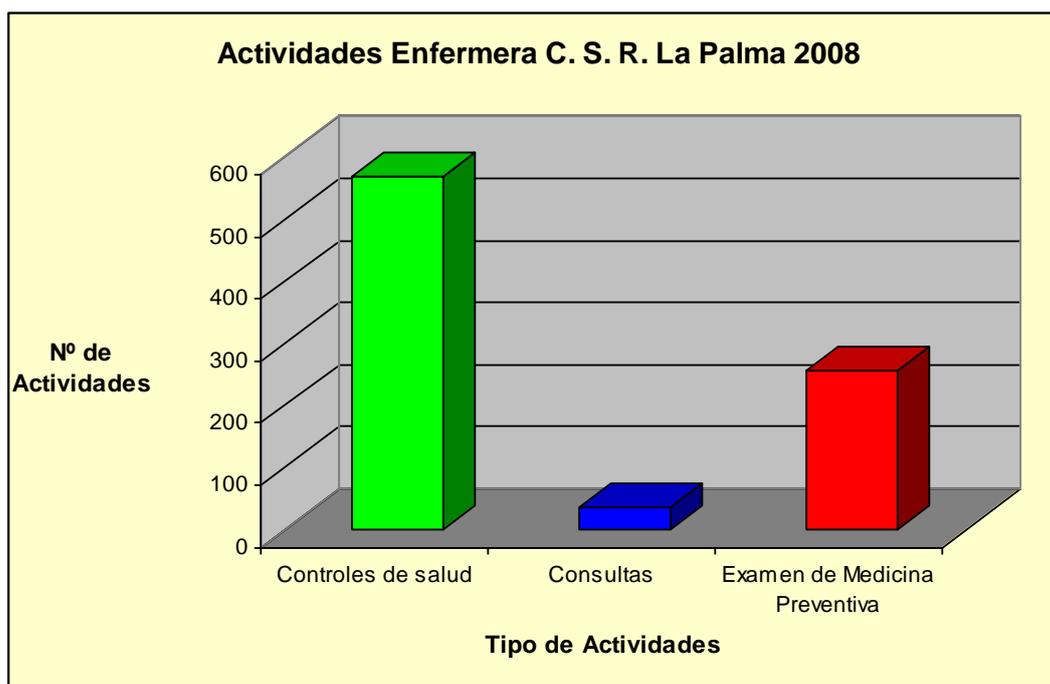
A pesar de que las atenciones odontológicas del 2009, no incluyen como en el 2008, hasta Diciembre, sin embargo es notorio su aumento en actividades de promoción y educación individual, en un 26% y en un 14.1% respectivamente, lo que implicaría en un futuro cercano acciones en estos ámbitos antes que intervenciones.

#### 6.- Atención por otros profesionales:

##### 6.1.- Enfermera:

#### 2008

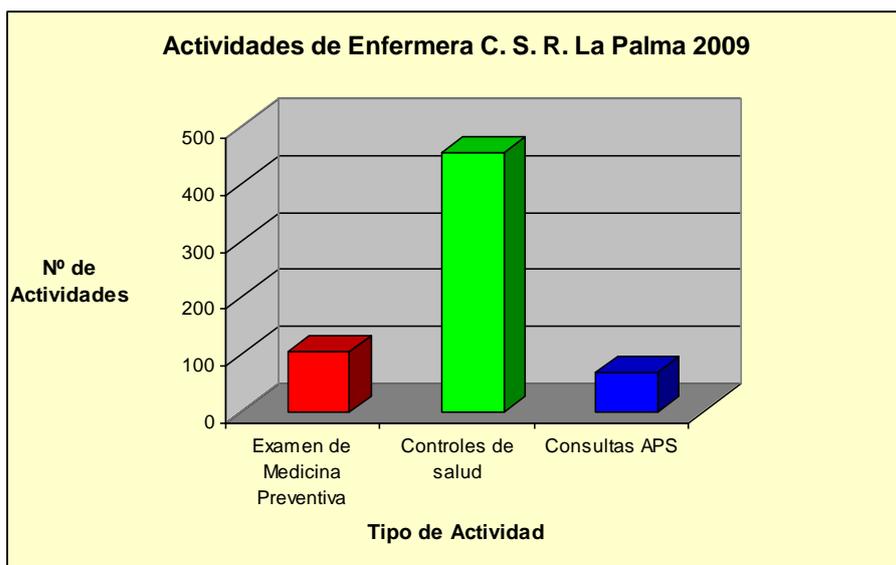
C. S. R. La Palma	TOTAL	En.	Feb.	Mar.	Ab.	May.	Jun.	Jul.	Ag.	Sep.	Oct.	Nov.	Dic.
Controles de salud	569	82	53	0	44	74	60	75	57	61	19	44	0
Consultas	37	10	2	0	4	2	5	5	5	3	1	0	0
Examen de Medicina Preventiva	257	15	24	0	10	84	9	51	11	49	2	2	0
<b>TOTAL ACTIVIDADES</b>	<b>863</b>	<b>107</b>	<b>79</b>	<b>0</b>	<b>58</b>	<b>160</b>	<b>74</b>	<b>131</b>	<b>73</b>	<b>113</b>	<b>22</b>	<b>440</b>	<b>0</b>



## 2009

C. S. R. La Palma	total	En.	Feb.	Mar.	Ab.	May.	Jun	Jul.	Ag.	Sep.	Oct.	Nov.	Dic.
<b>TOTAL ACTIVIDADES.</b>	627	0	68	4	87	77	57	91	66	82	95	0	0
Examen de Medicina Preventiva	105	0	4	2	16	13	16	17	17	9	11	0	0
Controles de salud	453	0	0	0	69	64	41	74	48	73	84	0	0
Consultas APS	69	0	64	2	2	0	0	0	1	0	0	0	0
Consulta de Especialidad	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Atención de urgencia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

El total de actividades de enfermería entre el 2008 y el 2009, se han incrementado en un 10.1%, a pesar de que las actividades del 2009, están registradas hasta Octubre, eso se debe a que se ha reforzado las horas de enfermera de 22 a 33 horas semanales, esto a expensas de los controles de salud.

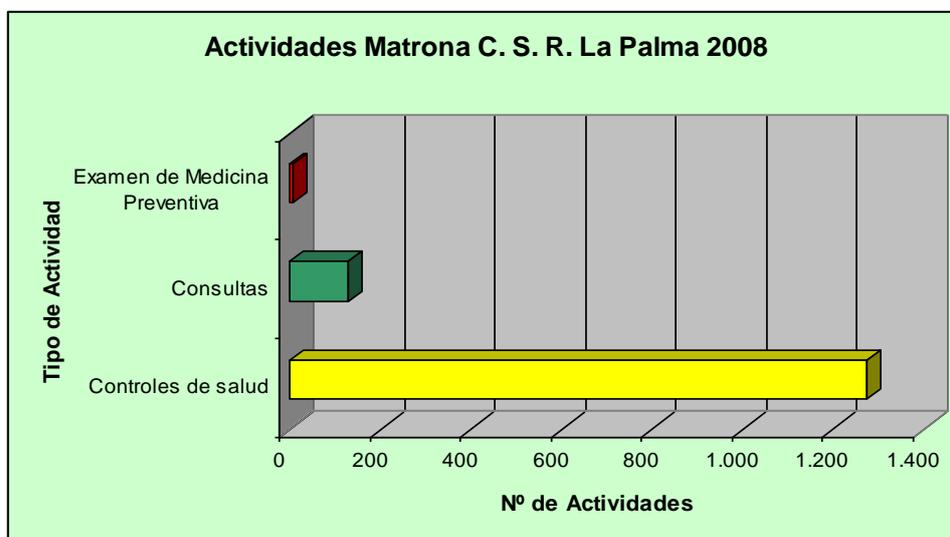


El total de actividades de enfermería entre el 2008 y el 2009, se han incrementado en un 10.1%, a pesar de que las actividades del 2009, están registradas hasta Octubre, eso se debe a que se ha reforzado las horas de enfermera de 22 a 33 horas semanales, y a que existe cada año una planificación en su trabajo, en compromiso con las metas sanitarias y los IAAPS.

6.2.- Atención por matrona:

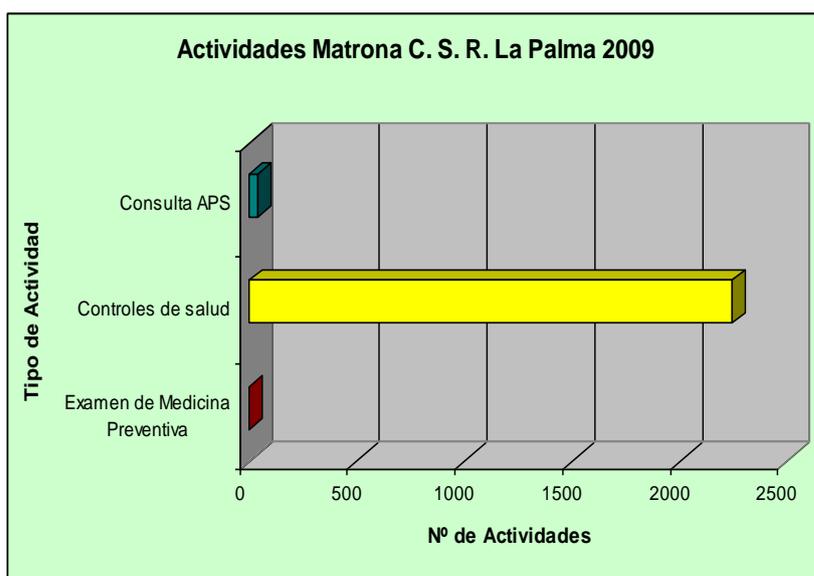
C. S. R. La Palma	Total	Enero	Feb.	Mar.	Ab.	Mayo	Jun.	Jul.	Ag.	Sep.	Oct.	Nov.	Dic.
Controles de salud	1.275	47	130	135	152	96	117	91	93	130	133	49	102
Consultas	129	4	14	13	17	11	14	7	5	9	11	5	19
Examen de Medicina Preventiva	8	0	0	0	0	0	0	0	0	2	6	0	0

**2008**



**2009**

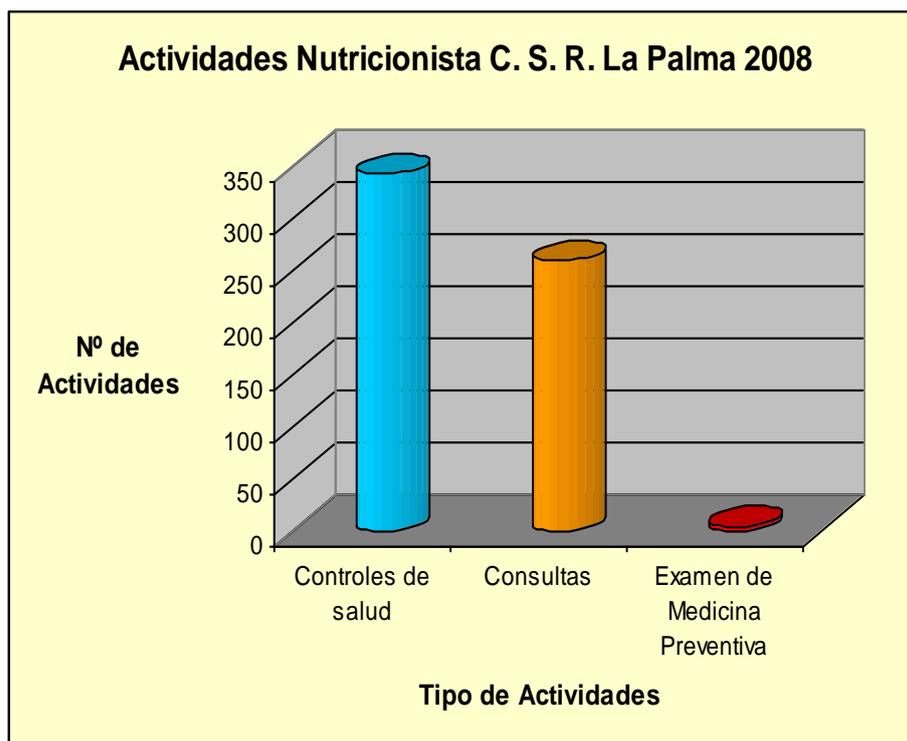
<b>C. S. R. La Palma</b>	<b>Total</b>	<b>Enero</b>	<b>Feb.</b>	<b>Mar.</b>	<b>Ab.</b>	<b>My.</b>	<b>Jun.</b>	<b>Jul.</b>	<b>Ag.</b>	<b>Sep.</b>	<b>Oct.</b>	<b>Nov.</b>	<b>Dic.</b>
Actividades	2.287	120	225	361	306	168	281	243	216	158	209	0	0
Examen de Medicina Preventiva	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Controles de salud	2.245	114	209	357	306	166	279	240	216	149	209	0	0
Consulta APS	42	6	16	4	0	2	2	3	0	9	0	0	0
Atención de Especialidad	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Atención de Urgencia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0



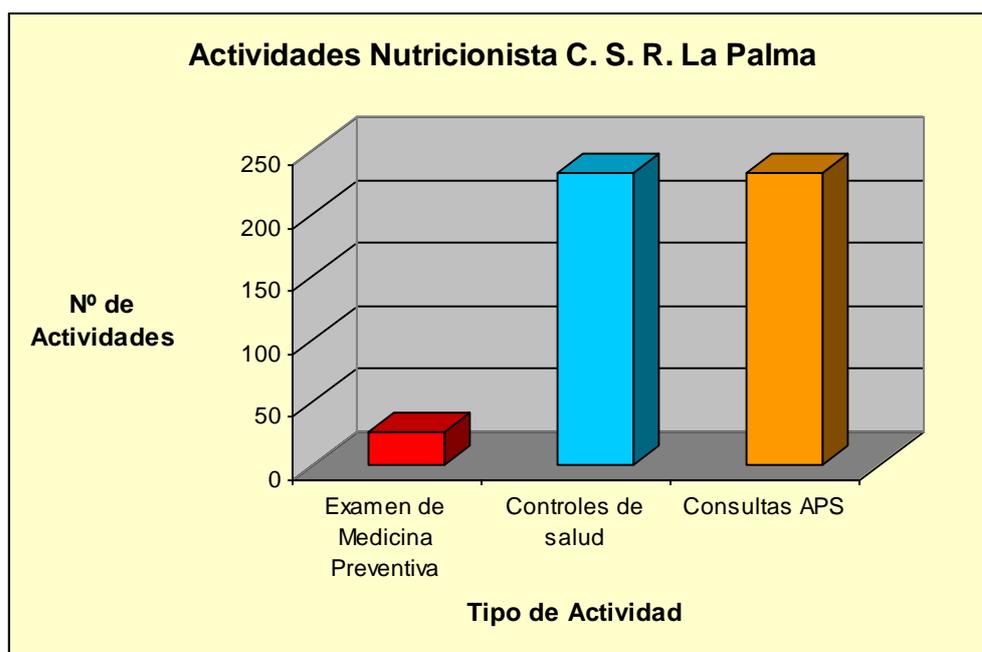
Al igual que con la enfermera las atenciones de la matrona se han incrementado entre el 2008 y el 2009, a expensas también de los Controles de salud en un 79.3%.

**6.3.- Atención Nutricionista:****2008**

<b>C. S. R. La Palma</b>	<b>TOTAL</b>	<b>Enero</b>	<b>Feb.</b>	<b>Mar.</b>	<b>Ab.</b>	<b>May.</b>	<b>Jun.</b>	<b>Jul.</b>	<b>Ag.</b>	<b>Sep.</b>	<b>Oct.</b>	<b>Nov.</b>	<b>Dic.</b>
Controles de salud	342	37	0	27	40	18	23	24	52	28	50	28	15
Consultas	259	27	6	16	21	21	20	19	18	28	44	20	19
Examen de Medicina Preventiva	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0
<b>TOTAL ACT.</b>	<b>605</b>	<b>64</b>	<b>6</b>	<b>43</b>	<b>61</b>	<b>39</b>	<b>43</b>	<b>43</b>	<b>70</b>	<b>56</b>	<b>94</b>	<b>52</b>	<b>34</b>

**2009**

<b>C. S. R. La Palma</b>	<b>Total</b>	<b>Enero</b>	<b>Feb.</b>	<b>Mar.</b>	<b>Ab.</b>	<b>My.</b>	<b>Jun.</b>	<b>Jul.</b>	<b>Ag.</b>	<b>Sp.</b>	<b>Oct.</b>	<b>Nov.</b>	<b>Dic.</b>
Acciones	493	43	54	0	125	42	36	50	55	54	34	0	0
Examen de Medicina Preventiva	27	0	0	0	9	2	0	0	0	16	0	0	0
Controles de salud	233	0	0	0	67	23	25	32	32	30	24	0	0
Consultas APS	233	43	54	0	49	17	11	18	23	8	10	0	0
Consultas de Especialidad	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0



En el caso de la Nutricionista, pesa la comparación en 2 años pues en el 2009, no están los meses de Noviembre y Diciembre, sin embargo, se aprecia un incremento en los Exámenes de Medicina Preventiva de 4 a 27.

#### 6.4.- Atenciones por Asistente Social:

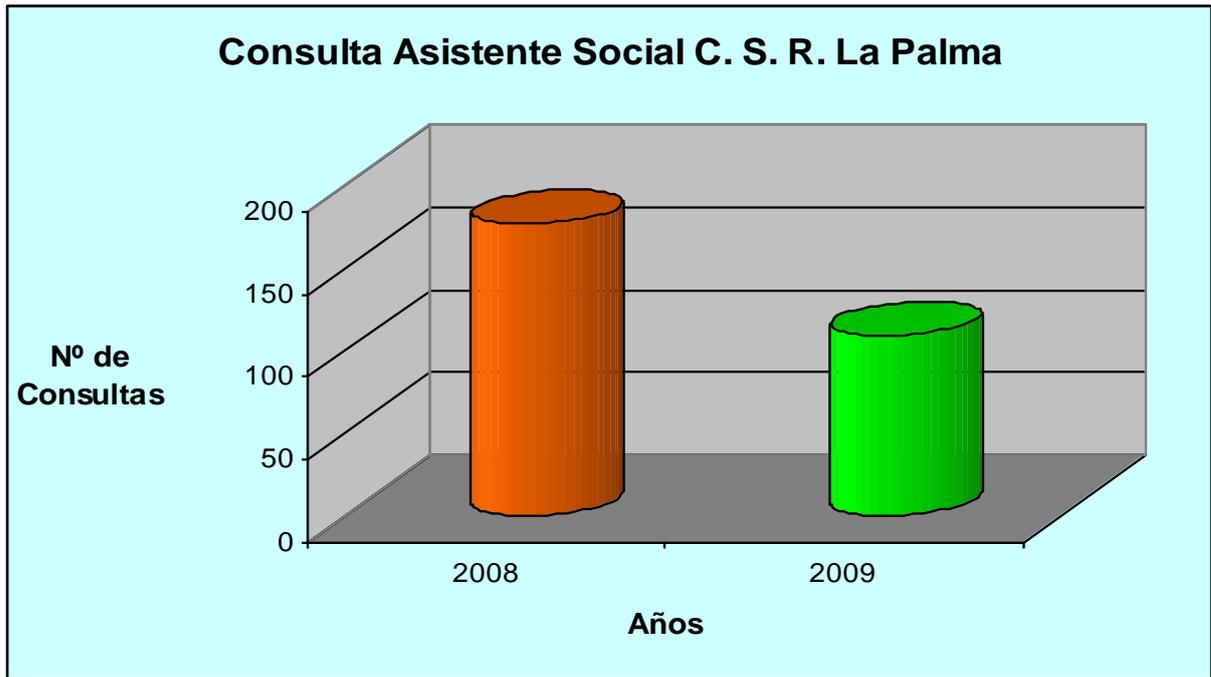
##### 2008

C. S. R. La Palma	Total	Enero	Feb.	Mar.	Ab.	May.	Jun.	Jul.	Ag.	Sep.	Oct.	Nov.	Dic.
Consulta A. S.	177	16	0	16	29	21	16	15	16	17	4	6	21

##### 2009

C. S. R. La Palma	Total	Enero	Feb.	Mar.	Ab.	Mayo	Jun.	Jul.	Ag.	Sep.	Oct.	Nov.	Dic.
Consultas A. Social	109	0	0	21	14	12	6	6	24	10	16	0	0

En cuanto a las atenciones de la asistente social, se aprecia una disminución en las consultas de tipo social, probablemente eso se encuentra influenciado por el papel que le toca desempeñar en el plano de Gestión o porque simplemente en este año existió una baja demanda de las acciones de esta profesional.



6.5.- Atenciones por Psicólogo:

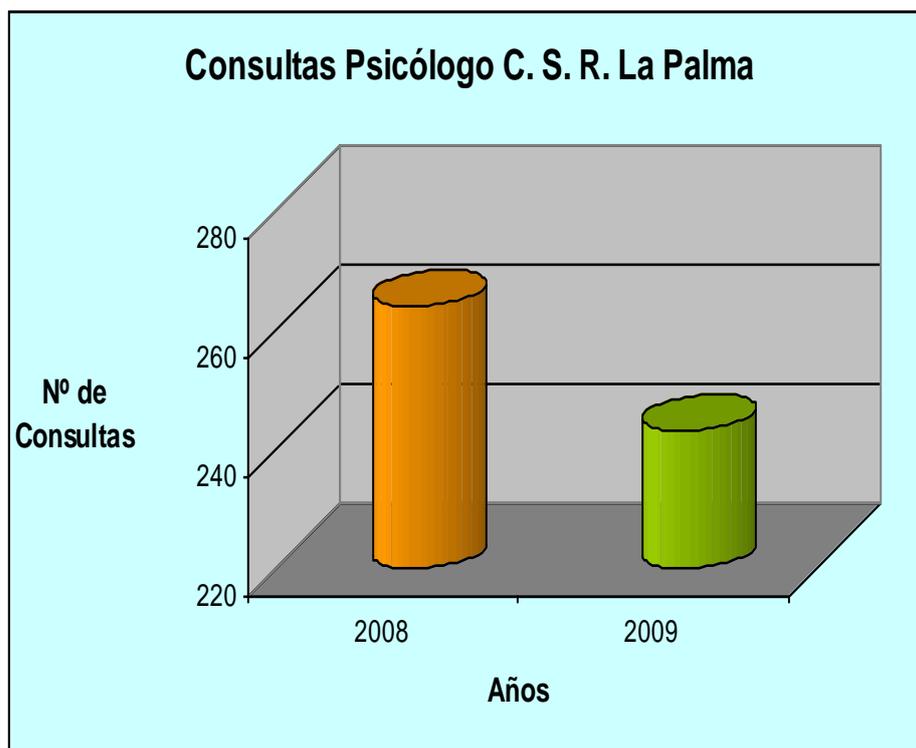
**2008**

C. S. R. La Palma	TOTAL	Enero	Feb.	Mar.	Ab.	Mayo	Jun.	Jul.	Ag.	Sep.	Oct.	Nov.	Dic.
Nº de Actividades	264	8	16	29	30	30	20	27	29	10	29	18	23

**2009**

C. S. R. La Palma	Total	Ene.	Feb.	Mar.	Ab.	Mayo	Jun.	Jul.	Ag.	Sep.	Oc.	Nov.	Dic.
Consultas APS	243	62	0	26	27	20	30	22	0	27	29	0	0

Las atenciones por parte de este profesional, son Equivalentes, en vista de que en el 2009, existen 2 meses no reportados pero al hacer una proyección tendríamos total de consultas similares en los 2 años.



### 6.6 Atenciones por Kinesióloga:

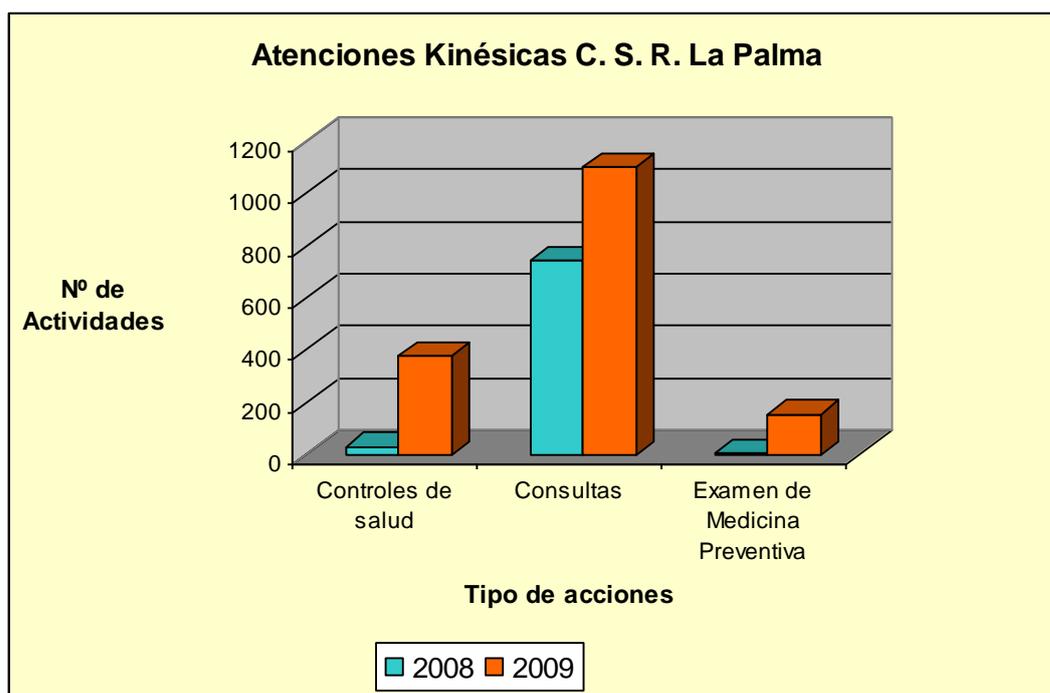
#### 6.6.1 Por Consultas:

##### 2008

C. S. R. La Palma	TOTAL	Enero	Feb.	Mar.	Ab.	Mayo	Jun.	Jul.	Ag.	Sep.	Oct.	Nov.	Dic.
Controles de salud	30	0	0	0	0	0	0	0	10	3	2	4	11
Consultas	740	95	0	35	69	69	55	36	93	22	132	63	55
Examen de Medicina Preventiva	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0

##### 2009

C. S. R. La Palma	Total	Enero	Feb.	Mar.	Ab.	Mayo	Jun.	Jul.	Ag.	Sep.	Oct.	Nov.	Dic.
<b>Actividades.</b>	<b>1.481</b>	<b>135</b>	<b>16</b>	<b>145</b>	<b>161</b>	<b>168</b>	<b>206</b>	<b>178</b>	<b>121</b>	<b>258</b>	<b>93</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
Controles	380	26	4	33	42	53	78	54	25	39	26	0	0
Consulta APS	1.101	109	12	112	119	115	128	124	96	219	67	0	0
Consulta de especialidad	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Atención de Urgencia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0



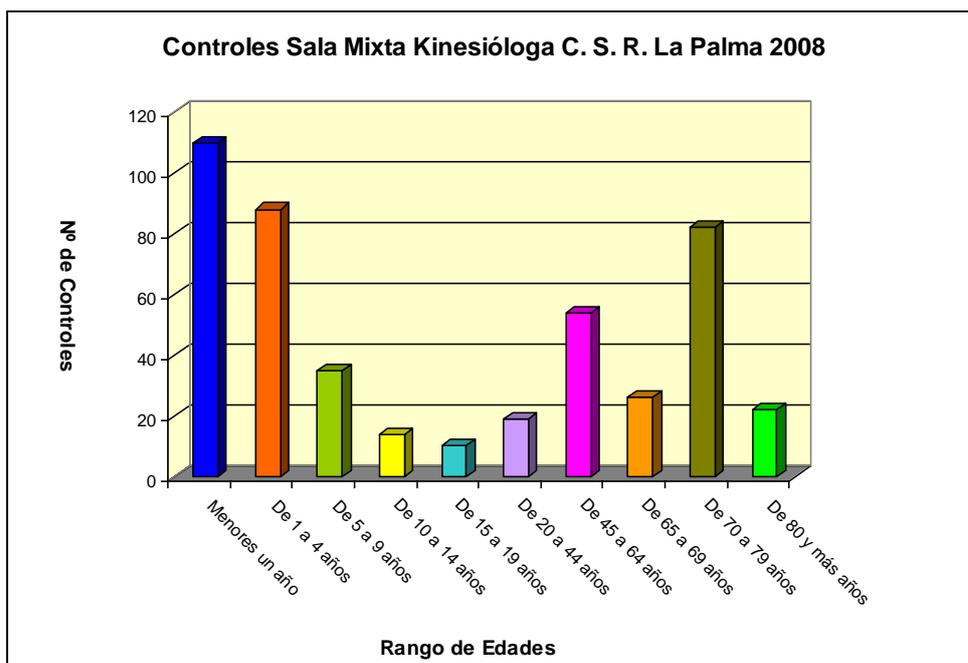
El peso de este profesional ya se aprecia en durante estos años pues el incremento en su accionar se nota en el número de consultas controles y exámenes de medicina preventiva, a pesar de la diferencia de meses reportados entre los 2 años, aquí descritos.

#### 6.6.2 Atenciones en Sala Mixta.

##### Controles en Sala Mixta.

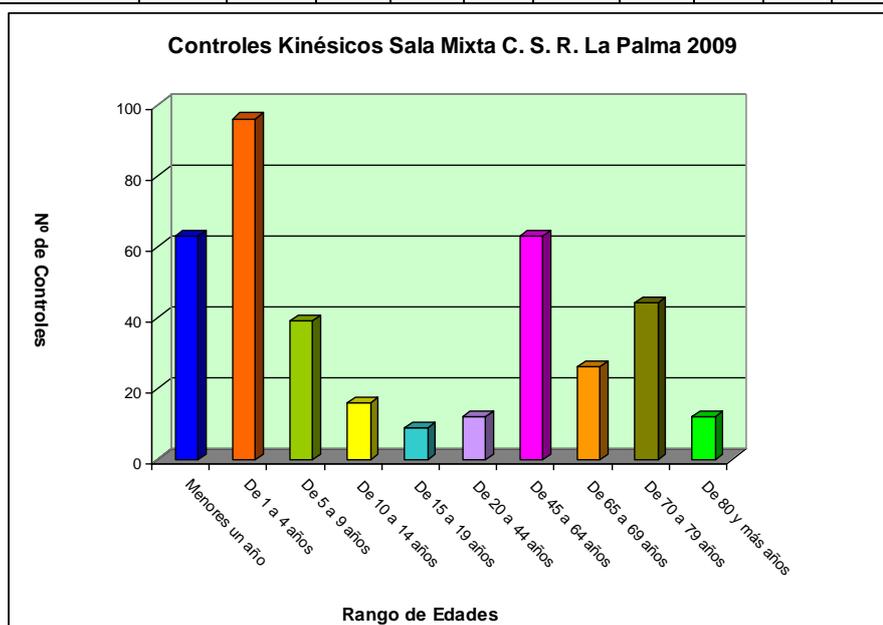
##### 2008

C. S. R. La Palma	Total	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ag.	Sep	Oct.	Nov	Dic
Menores un año	110	5	0	0	7	8	2	16	16	23	14	5	14
De 1 a 4 años	88	2	0	4	0	6	28	11	2	7	13	8	7
De 5 a 9 años	35	1	1	4	0	5	5	1	4	2	4	1	7
De 10 a 14 años	14	0	0	0	3	3	2	1	1	1	1	0	2
De 15 a 19 años	10	0	0	1	0	1	2	1	2	1	0	1	1
De 20 a 44 años	19	6	0	1	2	4	4	0	0	1	1	0	0
De 45 a 64 años	54	6	0	1	8	8	8	3	3	3	0	4	10
De 65 a 69 años	26	1	0	3	2	3	5	1	3	3	0	0	5
De 70 a 79 años	82	3	1	0	22	16	15	16	3	3	3	0	0
De 80 y más años	22	0	0	0	0	4	3	0	3	2	8	2	0
<b>TOTAL</b>	<b>460</b>	<b>24</b>	<b>2</b>	<b>14</b>	<b>44</b>	<b>58</b>	<b>74</b>	<b>50</b>	<b>37</b>	<b>46</b>	<b>44</b>	<b>21</b>	<b>45</b>



**2009**

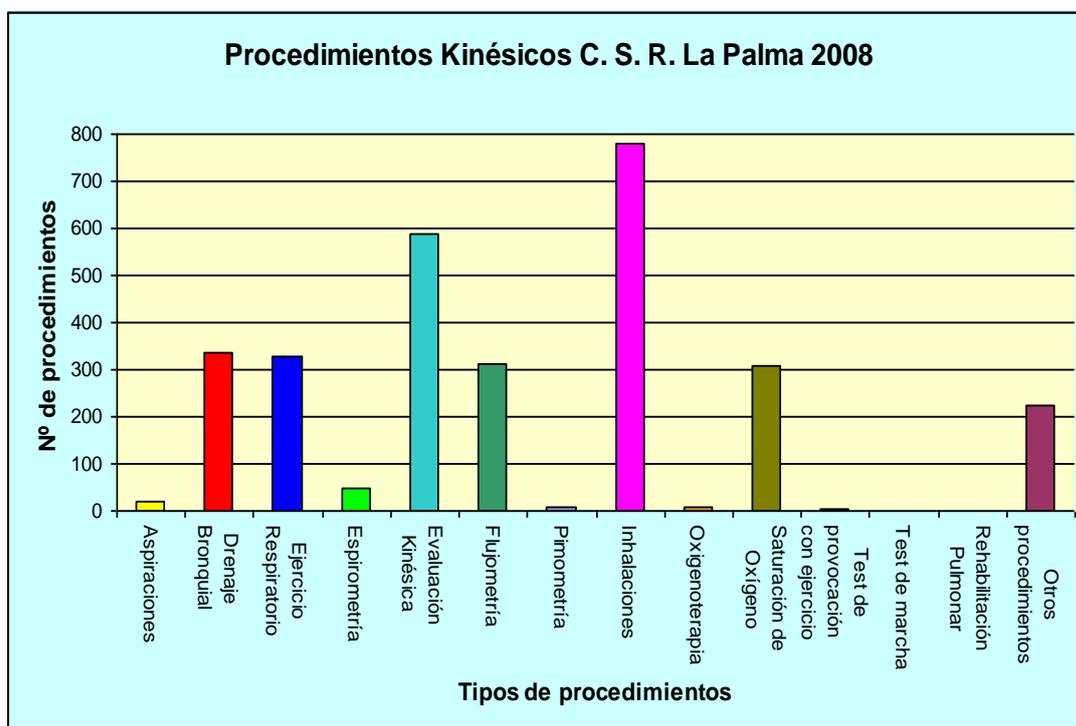
C.S.R. La Palma	Total	En	Feb	Mar.	Ab.	Mayo	Jun.	Jul.	Ag.	Sep.	Oct.	Nov.	Dic.
<b>Edades</b>	<b>380</b>	<b>26</b>	<b>4</b>	<b>33</b>	<b>42</b>	<b>53</b>	<b>78</b>	<b>54</b>	<b>25</b>	<b>39</b>	<b>26</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
Menores un año	63	0	1	14	3	19	14	5	0	1	6	0	0
De 1 a 4 años	96	13	0	8	9	5	36	14	2	9	0	0	0
De 5 a 9 años	39	1	0	1	4	3	7	6	6	4	7	0	0
De 10 a 14 años	16	2	0	1	5	2	1	0	3	0	2	0	0
De 15 a 19 años	9	0	0	0	1	2	2	1	0	0	3	0	0
De 20 a 44 años	12	0	1	0	2	0	3	1	1	3	1	0	0
De 45 a 64 años	63	5	0	4	15	8	9	10	3	4	5	0	0
De 65 a 69 años	26	2	1	0	1	5	2	7	2	5	1	0	0
De 70 a 79 años	44	2	1	4	2	5	3	9	7	10	1	0	0
De 80 y más años	12	1	0	1	0	4	1	1	1	3	0	0	0



## Procedimientos Kinésicos

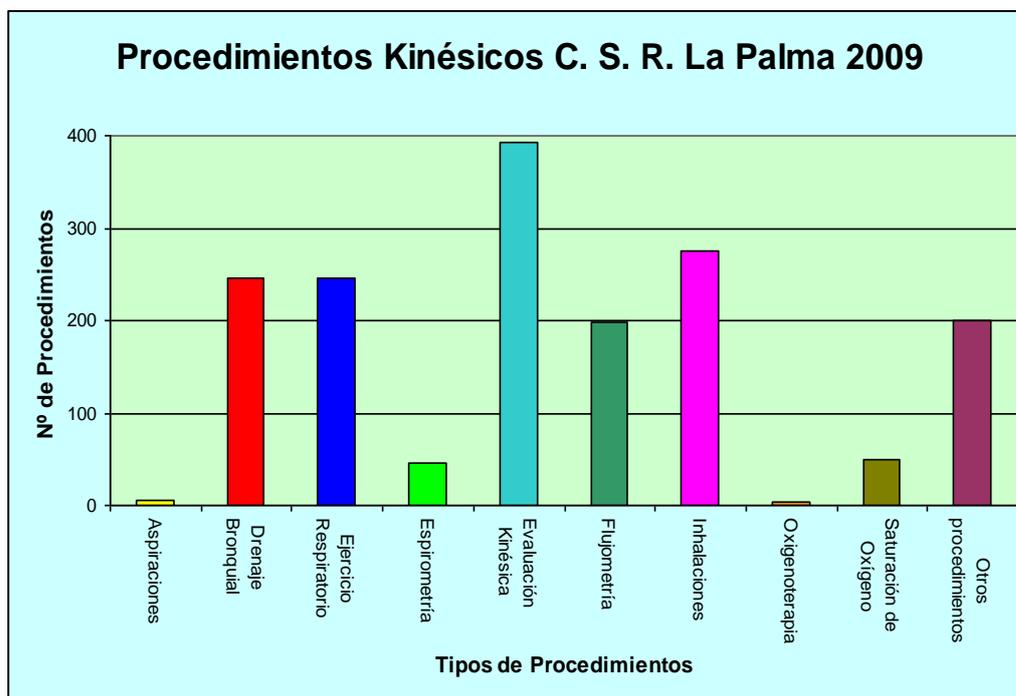
2008.

C. S. R. La Palma	TOTAL	Enero	Feb.	Mar.	Ab.	Mayo	Jun.	Jul.	Ag.	Sp.	Oc.	No.	Dic.
Aspiraciones	22	0	0	0	5	13	0	0	1	2	1	0	0
Drenaje Bronquial	337	25	1	0	28	40	44	45	26	36	40	18	34
Ejercicio Respiratorio	327	20	2	0	40	47	26	38	26	36	40	18	34
Espirometría	48	4	0	0	3	11	11	0	5	6	3	0	5
Evaluación Kinésica	588	43	4	0	59	86	95	89	43	51	46	24	48
Flujometría	312	33	4	0	100	44	51	40	10	9	5	1	15
Pimometría	7	0	0	0	0	2	0	0	0	2	2	0	1
Inhalaciones	779	62	2	0	101	159	218	121	36	34	14	10	22
Nebulizaciones	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Oxigenoterapia	9	2	0	0	0	2	2	1	1	1	0	0	0
Saturación de Oxígeno	310	30	2	0	59	63	54	40	11	11	10	10	20
Test de provocación con ejercicio	6	1	0	0	2	1	0	0	0	0	1	0	1
Test de marcha	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Rehabilitación Pulmonar	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Otros procedimientos	223	0	2	0	0	78	83	21	0	14	3	10	12
<b>Total procedimientos</b>	<b>2941</b>	<b>220</b>	<b>17</b>	<b>0</b>	<b>397</b>	<b>548</b>	<b>584</b>	<b>217</b>	<b>159</b>	<b>202</b>	<b>165</b>	<b>92</b>	<b>192</b>



2009

C. S. C. S. R. La Pa	Total	Enero	Feb.	Mar.	Ab.	Mayo	Jun.	Jul.	Ag.	Sep.	Oct.	Nov.	Dic.
Aspiraciones	5	0	0	0	0	0	4	1	0	0	0	0	0
Drenaje Bronquial	245	17	2	29	31	41	55	33	12	16	9	0	0
Ejercicio Respiratorio	245	17	2	29	31	41	55	33	12	16	9	0	0
Espirometría	45	6	0	3	5	5	8	3	7	4	4	0	0
Evaluación Kinésica	392	25	6	44	45	54	86	57	24	28	23	0	0
Flujometría	198	17	4	24	33	28	16	26	14	20	16	0	0
Pimometría	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Inhalaciones	276	17	7	39	41	49	38	29	21	20	15	0	0
Nebulizaciones	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Oxigenoterapia	3	1	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0
Saturación de Oxígeno	49	6	3	10	9	9	12	0	0	0	0	0	0
Test de provocación con ejercicio	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Test de marcha	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rehabilitación Pulmonar	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Otros procedimientos	200	14	5	20	18	13	26	40	22	23	19	0	0

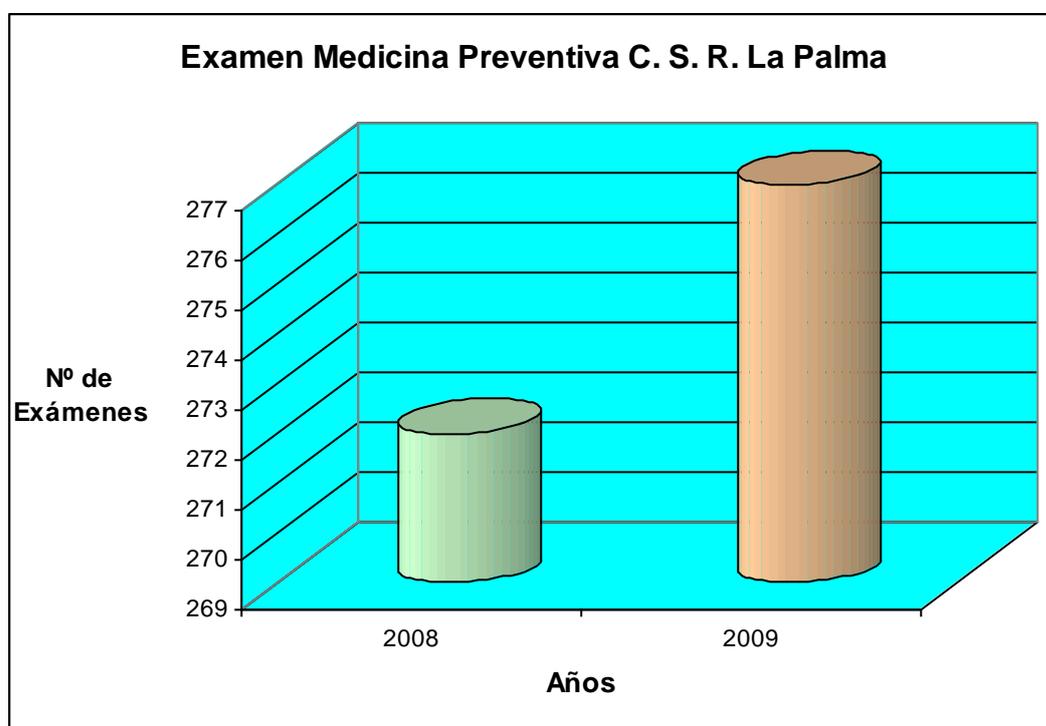


7.- Actividades de Prevención Equipo de Salud:

7.1 Medicina Preventiva:

<b>Tipo de Actividad</b>	<b>Año</b>	
Examen Medicina Preventiva	2008	*2009
Nº de acciones	272	277

\*Hasta Octubre del 2009



## 7.2 Programa de Inmunizaciones.

2008

Tipo de Vacuna	Dosis	Grupo de Edad	Acum.	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
PENTAVALENTE	1ª Dosis	2 meses	44	3	7	5	1	3	3	4	6	4	5	0	3
		Total	48	4	7	5	1	3	3	4	6	4	6	0	5
	2ª Dosis	4 meses	39	3	2	2	4	5	1	3	2	5	6	0	6
		Total	46	5	2	2	6	6	2	3	2	5	6	0	7
	3ª Dosis	6 meses	33	3	2	3	1	4	4	3	2	3	2	0	6
		Total	43	3	2	5	2	5	5	6	4	3	2	0	6
D.P.T.	1er Refuerzo	18 meses	32	4	2	2	7	2	2	1	4	1	4	0	3
		Total	40	4	4	2	7	3	2	2	5	1	5	0	5
	2do Refuerzo	4 años	33	4	5	3	0	2	2	6	2	1	2	4	2
		Total	46	6	7	3	0	5	2	6	3	3	2	4	5
ANTI POLIO	1ª Dosis	2 meses	44	3	7	5	1	3	3	4	6	4	5	0	3
		Total	46	3	7	5	1	3	3	4	6	4	5	0	5
	2ª Dosis	4 meses	39	3	2	2	4	5	1	3	2	5	6	0	6
		Total	43	3	2	2	6	6	1	3	2	5	6	0	7
	3ª Dosis	6 meses	33	3	2	3	1	4	4	3	2	3	2	0	6
		Total	43	3	2	5	2	5	5	6	4	3	2	0	6
1er Refuerzo	18 meses	30	4	0	2	7	2	2	1	4	1	4	0	3	
	Total	38	4	2	2	7	3	3	2	5	1	4	0	5	
TRIVIRICA	1ª Dosis	12 meses	31	1	5	0	6	4	1	2	1	3	1	1	6
		Total	41	2	6	0	10	4	1	2	3	3	1	1	8
	1er Refuerzo	1ro Básico	38	0	0	0	0	0	0	0	0	38	0	0	0
		Total	38	0	0	0	0	0	0	0	0	38	0	0	0
TOXOIDE DIFTÉRICO TETÁNICO	2º Básico		47	0	0	0	0	0	0	0	47	0	0	0	
	Profiláctico Tetánico		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Otros		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Total		47	0	0	0	0	0	0	0	47	0	0	0	
HEPATITIS B Adultos (Personal de Salud)	1ª Dosis	Total	18	0	0	0	18	0	0	0	0	0	0	0	
	2da Dosis	Total	9	0	0	0	9	0	0	0	0	0	0	0	
	3ra Dosis	Total	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	4ta Dosis	Total	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

2009

Consultorio La Palma			403	34	52	31	55	22	29	51	33	48	48	0	0	
PENTAVALENTE	1ª Dosis	2 meses	32	0	3	2	1	0	4	5	10	5	2	0	0	
		Total	37	2	3	2	2	0	4	5	10	6	3	0	0	
	2ª Dosis	4 meses	28	4	2	1	2	2	0	1	2	6	8	0	0	
		Total	35	6	4	1	3	2	0	2	2	6	9	0	0	
	3ª Dosis	6 meses	18	4	3	2	3	1	0	2	0	1	2	0	0	
		Total	29	4	6	3	8	1	1	3	0	1	2	0	0	
D.P.T.	1er Refuerzo	18 meses	38	1	4	4	1	4	4	9	1	5	5	0	0	
		Total	47	4	6	5	1	4	6	9	2	5	5	0	0	
	2do Refuerzo	4 años	33	0	2	3	1	4	1	9	2	7	4	0	0	
		Total	47	2	4	7	1	7	2	9	2	8	5	0	0	
	ANTI POLIO	1ª Dosis	2 meses	32	0	3	2	1	0	4	5	10	5	2	0	0
		Total	36	2	3	2	2	0	4	5	10	5	3	0	0	
	2ª Dosis	4 meses	28	4	2	1	2	2	0	1	2	6	8	0	0	
	Total	35	6	4	1	3	2	0	2	2	6	9	0	0		
	3ª Dosis	6 meses	18	4	3	2	3	1	0	2	0	1	2	0	0	
	Total	29	4	6	3	8	1	1	3	0	1	2	0	0		
	1er Refuerzo	18 meses	38	1	4	4	1	4	4	9	1	5	5	0	0	
	Total	47	4	6	4	1	4	6	10	2	5	5	0	0		
TRIVIRICA	1ª Dosis	12 meses	31	0	6	1	7	1	4	2	2	4	4	0	0	
	Total	43	0	10	3	8	1	5	3	3	5	5	0	0		
HEPATITIS B Adultos (Personal de Salud)	1ª Dosis	Total	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	2da Dosis	Total	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	3era Dosis	Total	8	0	0	0	8	0	0	0	0	0	0	0	0	
NEUMOCÓCICA	Adulto Mayor	65 años	10	0	0	0	10	0	0	0	0	0	0	0	0	
		Total	10	0	0	0	10	0	0	0	0	0	0	0	0	

Se evidencia en el reporte que el número total de los vacunados disminuye de un año a otro, esto probablemente se debe a varias circunstancias, las más importantes serían probablemente, la disminución anual de natalidad, así como también el acceso de los niños a centros de vacunación particular de la zona, sin embargo en cobertura estamos dentro de lo solicitado por Metas sanitarias.

**8.- EVALUACIÓN DE IAAPS Y METAS SANITARIAS LA PALMA 2009.****IAAPS**

## 1.- Plan de Salud:

Corresponde dentro del Plan de Salud de la Comuna de Quillota, por lo tanto se realiza y se entrega al Servicio de Salud, lo cual se realizó en Enero del 2009.

## 2.1.- Cobertura de medicina preventiva en hombres de 20 a 44 años: Meta 12.5%

Cobertura de medicina preventiva en hombres 20 a 44 años					
Pob. Inscrita 2009	Población hombres en control CV.	Población beneficiaria	Meta	Realizado	% de cumplimiento
739	56	683	12.5%	63	9.2%

## 2.2.- Cobertura examen de medicina preventiva en mujeres de 45 Y 64 años: Meta 25%

Cobertura de medicina preventiva en mujeres de 45 a 64 años					
Pob. Inscrita 2009	Población mujeres en control CV.	Población beneficiaria	Meta	Realizado	% de cumplimiento
641	329	312	25%	69	22.1%

## 2.3.- Cobertura examen medicina preventiva del Adulto mayor ( mas de 65 años): Meta 75%

Cobertura de medicina preventiva del Adulto mayor, mas de 65 años					
Pob. Inscrita 2009	Población bajo control postrada.	Población beneficiaria	Meta	Realizado	% de cumplimiento
393	12	381	43%	77	20.2%

## 3.- Control precoz del Embarazo: Meta 85%

Nº de embarazadas ingresadas antes de las 14 semanas a control	Total de embarazadas ingresadas a control	Meta	% de cumplimiento
36	46	85%	78%

## 4.- Cobertura altas odontológicas totales en población beneficiaria menor de 20 años: Meta 19%.

Nº de altas odontológicas totales población menor de 20 años	Población inscrita menor de 20 años	Meta	% de Cumplimiento
110	992	19%	11%

## 5.- Cobertura de Diabetes Mellitus tipo 2 en personas de 15 años y más: Meta 85%

Nº personas bajo control por DM de 15 años y mas (año 2008)	Nº de personas con DM de 15 años y mas esperados para año 2009 según prevalencia	Meta	Realizado	% de Cumplimiento.
152	162	85%	152	93.8%

## 6.- Cobertura de Hipertensión Arterial en personas de 15 años y más: Meta 65%

Nº personas bajo control por HTA de 15 años y mas (año 2008)	Nº de personas con HTA de 15 años y mas esperados para año 2009 según prevalencia	Meta	Realizado	% de Cumplimiento
571	612	65%	444	72.5%

7.- Porcentaje de niños/as con riesgo o retraso desarrollo psicomotor recuperados: Meta 60%

Nº de niños con riesgo/rezago recuperados	Nº total de niños con riesgo o rezago detectados	% de Cumplimiento.
1	2	50%

8.- Acceso de la población a la atención en horario continuo.

Esta información se realiza de forma comunal, pues nuestro establecimiento cuenta con 3 días de extensión horaria, ya que población inscrita es inferior a 5.000 inscritos.

9.- Tasa de visita integral: Meta 0.1

Nº de Visitas integrales realizadas	Población inscrita validada	Meta	% Cumplimiento
431	3758	0.1	0.11

10.- Tasa de atención paciente postrado: Meta 6.5

Nº de atenciones pacientes postrados realizados con fines de tratamiento	Nº total de postrados, excluidos postrados de cuidado cáncer Terminal.	Meta	Cumplimiento
722	15	6.5	48

**METAS SANITARIAS**

## 1.- Evaluación del Desarrollo Psicomotor: Meta 90%

Evaluación DSM realizado	Población Infantil de 12 a 23 meses	% de Cumplimiento
48	48	100

## 2.- Cobertura del Papanicolau: Meta 70%

PAP Vigente	Población de mujeres de 20 a 64 años	% de cumplimiento
605	1417	42.6

## 3 A.- Cobertura altas odontológicas totales en adolescentes de 12 años: Meta 65%

Altas odontológicas totales otorgadas de adolescentes de 12 años.	Total de adolescentes 12 años ingresados a programa.	% de Cumplimiento.
17	19	89.4%

## 3B.- Cobertura altas odontológica total embarazadas primigestas: Meta 75%

Altas odontológicas totales de embarazadas primigestas	Total de Embarazadas primigestas registradas en el año	% de Cumplimiento.
15	26	57.6%

## 3C.- Cobertura alta odontológica total en niños/as menores de 6 años: Meta 70%

Altas odontológicas realizadas de niños/as de 6 años	Total de niños/as de 6 años ingresados al programa.	% de Cumplimiento.
25	28	89.2%

## 3D.- Cobertura alta odontológica total en embarazadas no primigestas: Meta 25%

Altas odontológicas realizadas de embarazadas no primigestas	Total de embarazadas no primigestas	% de Cumplimiento
14	20	70

4.- Compensación de personas Diabéticas bajo control de 20 y mas años: Meta 35%

Nº de compensados de DM de 20 años y mas	Total de Diabéticos bajo control de 20 y mas años	% de Cumplimiento
71	150	47.3%

5.- Compensación de personas con Hipertensión Arterial bajo control de 20 y mas años: Meta 51%

Nº de Hipertensos compensados de 20 años y mas	Total de Hipertensos de 20 años y mas bajo control	% de Cumplimiento
263	443	59.3%

6.- Obesidad en niños/as menores de 6 años bajo control: Meta 8%

Niños obesos menores de 6 años en control nutricional	Total de niños menores de 6 años en control	% de Cumplimiento
44	272	16.1%

7.- Profesionales con agenda centralizada en admisión: Meta 100%

Las agendas se encuentran centralizadas, desde el año 1995, en la Comuna de Quillota.

8.- Consejos de desarrollo de Salud funcionando regularmente: Meta 100%

El consejo de Desarrollo de Salud de la Palma, se activa en las Mesas territoriales del Sector, que son: Santa Olivia, San Francisco y Los Almendros.

9.- Gestión de Reclamos: Meta 90%, de los reclamos respondidos con solución dentro de los 20 días hábiles.

Reclamos recibidos	Reclamos resueltos	% de Cumplimiento
2	2	100

10.- Vacunación Tercera dosis pentavalente del Programa Nacional de Inmunizaciones: Meta 90%.

Nº de dosis colocadas de tercera dosis pentavalente del PNI	Población total de niños de esa edad	% de Cumplimiento
18	20	90

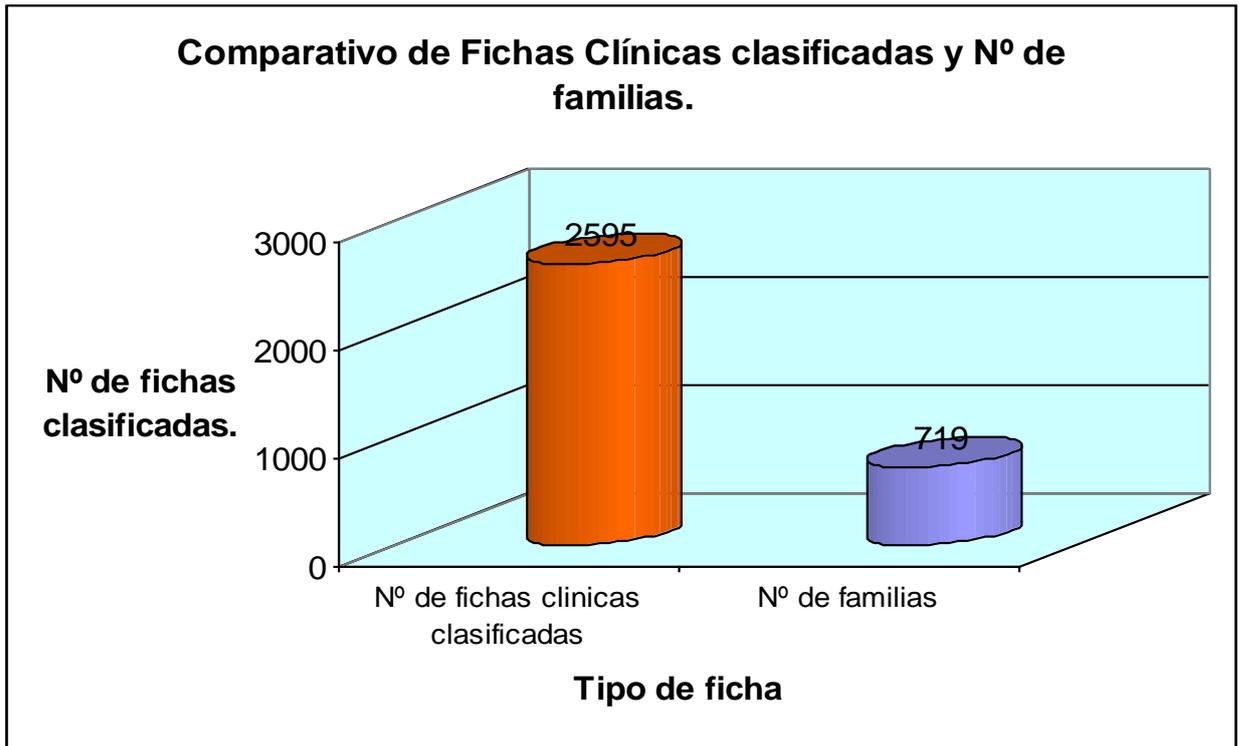
#### 9.- Proceso de habilitación de CESFAM

El Centro de Salud Rural La Palma, inicia durante el 2007, una planificación para ir transformando al Centro en un CESFAM, es así como se conforma el Equipo gestor, y se recepta supervisiones del servicio, permitiendo con ello impulsar un trabajo, centrado en las personas dentro del contexto familiar.

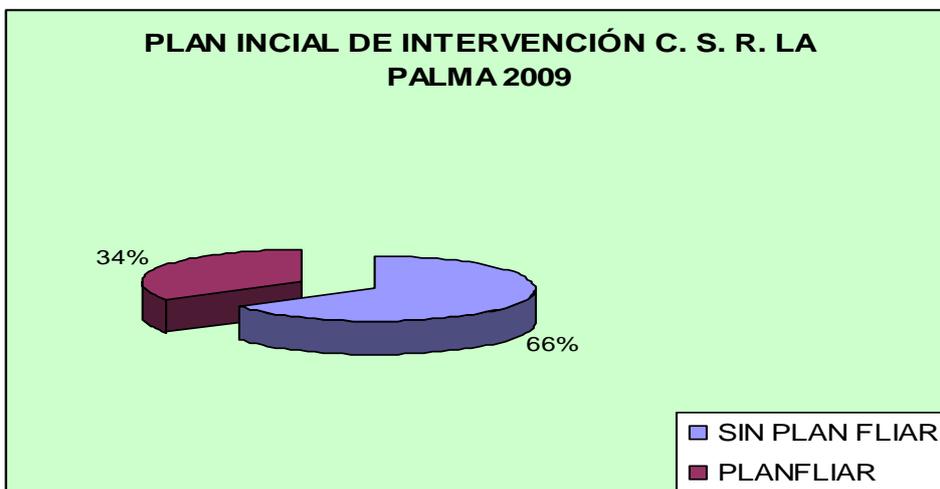
Es así como se ha procedido a actualizar admisión en su función de archivo, transformando las fichas individuales en fichas familiares, generando análisis de Casos Biosociales, por semana, planes de trabajo con las familias del sector y mejora de acceso a nuestra canasta de prestaciones.

En existencia tenemos 3843 fichas individuales, de las cuales 2595, se encuentran ya clasificadas como fichas familiares, lo que representa un 67.5%, del total.

Las 2595 fichas que se encuentran en Carpetas familiares, están dentro de 719 familias, lo que representa, el 74,9%, del total de familias que deben existir en promedio en el Sector de La Palma, que serían de 959.



Existen planes iniciales de intervención en 244 familias, lo que en promedio de las 719 existentes en este momento incorporadas como familias, representa el 34%.



## 9.1 Visitas Domiciliarias a las familias

## 9.1.1 V. D. a Familias con adulto mayor dependiente.

**2008**

Meses del año	TOTAL	Enero	Feb.	Mar.	Ab.	Mayo	Jun.	Jul.	Ag.	Sep.	Oct.	Nov.	Dic.
Actividad	106	3	20	66	0	0	4	0	0	13	0	0	0

**2009**

Meses del año	TOTAL	Enero	Feb.	Mar.	Ab.	Mayo	Jun.	Jul.	Ag.	Sep.	Oct.	Nov.	Dic.
Actividades	112	0	4	21	10	22	22	20	12	1	0	0	0

## 9.1.2 V. D, a Familiar con adulto mayor con Demencia.

**2008**

Meses del año	Total	Enero	Feb.	Mar.	Ab.	Mayo	Jun.	Jul.	Ag.	Sep.	Oct.	Nov.	Dic.
Actividades	22	0	0	0	0	0	0	4	0	4	7	3	4

**2009**

	Total	Enero	Feb.	Mar.	Ab.	May.	Jun.	Jul.	Ag.	Sep.	Oct.	Nov.	Dic.
Visitas Domiciliarias	54	2	3	7	8	4	6	6	15	3	0	0	0

## 9.1.3 V. D. a Familias con integrante con enfermedad Terminal

**2008**

Meses del año	Total	Enero	Feb.	Mar.	Ab.	Mayo	Jun.	Jul.	Ag.	Sep.	Oct.	Nov.	Dic.
Actividades.	142	0	3	52	32	0	5	6	0	0	7	22	15

**2009**

	Total	Enero	Feb.	Mar.	Ab.	Mayo	Jun.	Jul.	Ag.	Sep.	Oc.	Nov.	Dic.
Visitas Domiciliarias	64	0	12	10	4	11	10	9	8	0	0	0	0

## 9.1.4 V. D. a Familias con integrante postrado

**2008**

Meses del año	Total	Enero	Feb.	Mar.	Ab.	Mayo	Jun.	Jul.	Ag.	Sep.	Oct.	Nov.	Dic.
Actividad.	257	0	23	40	34	32	5	11	10	24	30	28	20

**2009**

Meses del año	Total	Enero	Feb.	Mar.	Ab.	Mayo	Jun.	Jul.	Ag.	Sep.	Oct.	Nov.	Dic.
Nº de Visitas	84	0	0	14	12	9	9	10	15	15	0	0	0

## 9.1.5.- V. D. a Familias con Prematuro

**2009**

	Total	Enero	Feb.	Mar.	Ab.	Mayo	Jun.	Jul.	Ag.	Sep.	Oct.	Nov.	Dic.
Actividad	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0

## 9.1.6.- V. D. a Familias con R. N.

**2009**

Meses del Año	TOTAL	Enero	Feb.	Mar.	Ab.	Mayo	Jun.	Jul.	Ag.	Sep.	Oct.	Nov.	Dic.
Nº de Visitas Dom.	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0

## 9.1.7.- V. D. a Familias con integrante con problemas de Salud Mental

**2008**

Meses del año	Total	Enero	Feb.	Mar.	Ab.	Mayo	Jun.	Jul.	Ag.	Sep.	Oct.	Nov.	Dic.
Actividades	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0

**2009**

Meses del año.	Total	Enero	Feb.	Mar.	Ab.	Mayo	Jun.	Jul.	Ag.	Sep.	Oct.	Nov.	Dic.
Nº de Visitas	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

## 9.1.8.- V. D. a Familias con Gestantes con Riesgo Biopsicosocial

**2009**

Meses del año	Total	Enero	Feb.	Mar.	Ab.	Mayo	Jun.	Jul.	Ag.	Sep.	Oct.	Nov.	Dic.
Actividades.	5	0	0	2	0	0	0	0	0	3	0	0	0

## 9.1.9.- V. D. a Familias con alta hospitalaria precoz

**2009**

Meses del año	Total	Enero	Feb.	Mar.	AB.	Mayo	Jun.	Jul.	Ag.	Sep.	Oct.	Nov.	Dic.
Nº de Visitas	30	0	30	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

## 9.1.10.- V. D. de primer contacto para conocer el entorno familiar

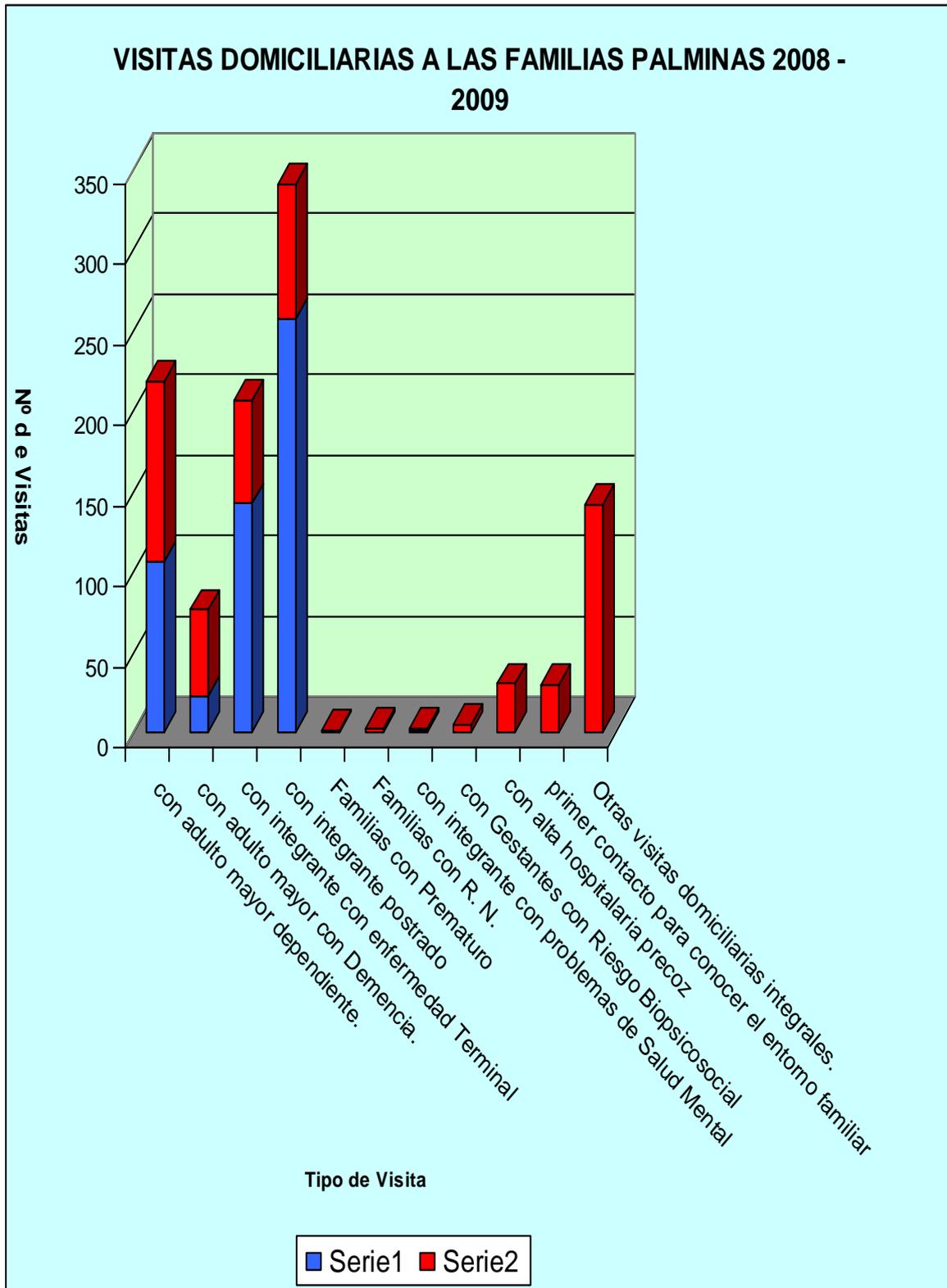
**2009**

Meses del año	Total	Enero	Feb.	Mar.	Ab.	Mayo	Jun.	Jul.	Ag.	Sep.	Oct.	Nov.	Dic.
Nº de visitas	29	1	0	2	0	1	0	8	4	9	4	0	0

## 9.1.11.- Otras visitas domiciliarias integrales.

**2009**

C.S.R.La Palma.	Total	Ene	Feb	Mar.	Ab.	May	Jun.	Jul.	Ag.	Sep.	Oct.	Nov.	Dic.
Actividades	141	1	30	0	18	1	23	21	47	0	0	0	0
Visita Epidemiológica	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A lugar de trabajo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A Colegios, Salas Cunas y Jardin Infantil	2	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0
A Grupo Comunitario	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Visita Integral de Salud Mental	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
En Sector Rural	48	0	30	0	18	0	0	0	0	0	0	0	0
Otras	90	0	0	0	0	0	23	21	46	0	0	0	0



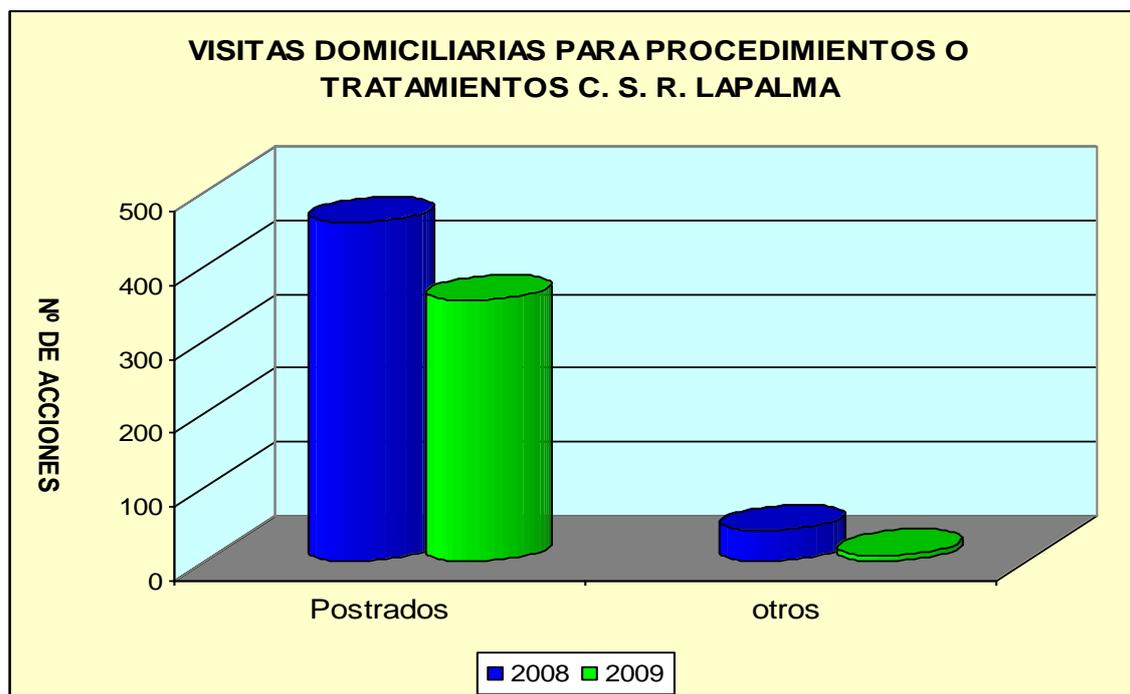
## 9.1.12 Visitas Domiciliarias para procedimientos y tratamiento

## 2008

Consultorio La Palma	Total	Enero	Feb.	Mar	Ab	Mayo	Jun.	Jul.	Ag.	Sep.	Oct.	Nov	Dic.
Paciente terminal	227	0	20	104	33	6	0	6	0	1	8	23	26
Postrado menor de 65 años	37	0	0	14	2	6	0	0	3	3	0	0	9
Postrado de 65 y más años	193	27	10	36	5	4	6	11	29	37	24	4	0
Paciente con oxigenoterapia	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Otro tratamiento	41	0	20	0	2	3	0	0	0	0	5	11	0

## 2009

C.S.R.La Palma	Total	Ene	Feb	Mar	Ab.	May	Jun.	Jul	Ag	Sep.	Oct.	Nov	Dic.
<b>Actividades</b>	<b>361</b>	<b>3</b>	<b>44</b>	<b>30</b>	<b>26</b>	<b>68</b>	<b>62</b>	<b>52</b>	<b>30</b>	<b>46</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
Postrados	353	3	44	26	26	68	62	52	26	46	0	0	0
Otros	8	0	0	4	0	0	0	0	4	0	0	0	0



## 10.- Actividades de Promoción.

### 10.1 Promoción relacionada con factores protectores psicosociales por tipo de acción:

Durante los años anteriores se ha trabajado en acciones destinadas a promover actividades que conlleven al sentido de la salud como la integralidad de las personas y su identidad acorde al medio que habita, en este caso rural, por ello se han realizado actividades como el Concurso Fotográfico, Concurso Literario, Concurso de Cueca, Feria Cultural Palmina, Concurso de recetas, Muestra de Comida Saludable, Cicletadas con los niños, Caminata con el Adulto Mayor, etc.

Según la impresión desde la comunidad, por encuesta aplicada, las actividades de promoción del 2010, deberían estar enfocados en la promoción de estilos de vida saludables centrada en la actividad física y alimentación saludable, tales como:

- Actividad física como: Caminatas, Cicletadas, Actividades deportivas, danza infantil, yoga, aeróbica, implementación de máquinas de ejercicios, actividad física con jóvenes.
- Alimentación saludable: Muestra de alimentación saludable, degustaciones, difusión de minutas de dieta, atención en terreno de nutricionista.

En menor proporción incluyen actividades culturales como el Concurso Literario, Folclor y Feria de la Salud.

Entre las iniciativas propuestas por la comunidad para ser desarrolladas en el año venidero son:

- Diagnóstico participativo de Salud
- Concurso de Pintura
- Actividades con Jóvenes por ejemplo instruirlos como monitores para Adulto Mayor.

### 10.2 Educación y Capacitación Comunitaria

A partir del 2006, se inicia un trabajo para habilitar y poner en marcha la escuela de Alfabetización informática trabajando en conjunto con la ING CDI, y es a partir del 2009, en donde se constituye el Equipo a trabajar en este ámbito, que tiene 2 componentes:

- Certificación de funcionarios de Salud en Informática a través de capacitación de 30 horas con licencia Microsoft.

- Educación a los grupos de ciudadanos que requieren disminuir la brecha informática, dirigida a todos los grupos etáreos, esta última de continuidad acorde a la respuesta de la comunidad.

## 11.- Actividades de Participación ciudadana

### 11.1.- Por mesas territoriales:

Desde Mayo del año 2009, se decide participar en las 3 mesas territoriales del Sector, San Francisco, Santa Olivia y Los Almendros, esto, debido que la asistencia a reuniones desde el Centro de Salud, son escasas.

Los miembros del Equipo que participan en las mesas territoriales son:

- San Francisco: Psicólogo y Nutricionista.
- Santa Olivia: Dirección (Médico) y Matrona.
- Los Almendros: Asistente Social y Kinesióloga.

Cada mesa territorial, se compone de aproximadamente 14 organizaciones, representadas por Juntas de Vecinos, Clubes deportivos, Clubes de Adultos Mayores, Comité de allegados, Clubes de Huasos o Rodeo, Centros de Padres y Apoderados de los distintos establecimientos educacionales del Sector ( Jardín Infantil y dos escuelas municipales), Comités de Vivienda, que en total hacen un conglomerado de 40 representantes vecinales.

Cada encuentro es mensual con fechas calendarizadas anuales, lo que le ha permitido al Centro de Salud, entregar información de su quehacer y además coordinar distintas acciones con la misma en el camino de conseguir un aliado para la mejor gestión de desarrollo de nuestro establecimiento.

Actualmente el Sector de Santa Olivia y Los Almendros administran horas de Profesional médico, con 1 hora semanal por sector, privilegiando así el acceso a personas que por su lejanía habitacional hace que se dificulte su atención oportuna.

En un futuro deseamos ampliar esto a los otros profesionales y además complementarla con atención telefónica.

## **B. Desde la Visión de los Funcionarios del Equipo de Salud Rural La Palma**

Se realizó una Encuesta al Equipo de Salud, en donde se solicitaba desde su área de atención ¿Cuáles son las patologías y/o problemáticas de mayor prevalencia de los usuarios (as) de nuestro Centro de Salud?

Se recopilaron 13 Encuestas, cuyos resultados los especificamos a continuación:

Según área de desempeño estas fueron:

### **Área Dental:**

- Déficit de Periodoncistas para el tratamiento de problemas dentales
- Déficit de Endodoncistas, para tratamiento de conducto, pues el referente que existe (Hospital La Calera) no resuelve la problemática de nuestros usuarios y se convierte en un derivador más.
- Inexistencia de rehabilitación para los desdentados, en prótesis necesarias.
- Derivación intracentro insuficiente de las diversas áreas.

### **Área de la Mujer y Vida en Pareja:**

- Situaciones derivadas de Patologías Crónicas no asumidas como Diabetes, Obesidad y Resistencia a la Insulina, en lo referente alteraciones de tipo menstrual.
- Patologías uterinas y ováricas, tales como la miomatosis y quistes ováricos que deben ser resueltos a nivel secundario.
- Problemas en el área de salud mental, sin mayor conciencia de ello por nuestras usuarias lo que dificulta su manejo interdisciplinario.
- Consultas que no tienen que ver con el área ginecológica, sino médica en mujeres postmenopáusicas por nivel educacional bajo. (ITU. Lumbalgias etc.)

### **Área Infantil:**

- Problemas con el aparato respiratorio, con incremento durante el otoño, invierno predominantemente de la vía aérea superior.
- En primavera. Verano, problemas relacionados con el aparato Gastrointestinal (SD. Diarreicos vanales), y con la piel.
- Problemas de Déficit atencional e Hiperactividad, en el ámbito de lo conductual.
- La inasistencia a controles de salud, por dificultades en la accesibilidad, por costo al Centro de Salud.

### **Área del Adolescente:**

- En el ámbito de morbilidad los problemas respiratorios son lo prevalente.
- Problemas con la alimentación, pues en el control de Salud, el problema principal es la obesidad, y los problemas metabólicos derivados de ello.
- La poca demanda de atención en los distintos ámbitos que le brinda el centro de Salud.
- Trastornos del Comportamiento y emociones.

### **Área del Adulto:**

- En la atención médica: Problemas relacionados con el aparato locomotor: Artralgias, Artrosis, Lumbago, Contracturas musculares, Sobrepeso.
- En el ámbito de salud mental: Depresión Leve y Moderada, Trastornos de Ansiedad (crisis de Pánico y de angustia), Problemas derivados del alto consumo de alcohol, VIF.
- Aunque es una visión que existe un alto consumo de alcohol y la presencia de droga en el sector, no se ve reflejada en la consulta.
- Problemas de tipo respiratorio, en esencial los de tipo crónico como EPOC, Asma etc.
- En lo cardiovascular: Hipertensión Arterial, Diabetes, Dislipidemia.

### **Área del Adulto Mayor:**

- Problemática que tiene que ver con el deterioro de las capacidades físicas de los individuos, así en orden de frecuencia: Aparato Locomotor, Dificultades en la Visión, Audición y Problemas con la piel.
- En cardiovascular Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus
- En el ámbito social, la carencia de pensiones asistenciales.

### **C. Desde la visión de la comunidad:**

Se aplica una encuesta abierta para receptar las percepciones de la comunidad en cuanto a la salud de los ciudadanos.

Las distintas apreciaciones se relatan a continuación:

A. San Francisco:

- Problemas cardiovasculares ( HTA, DM, Obesidad, Dislipidemia)
- Escasa actividad física (sedentarismo)
- Mala alimentación, con ausencia de pautas de alimentación saludable.
- Problemas de Salud Mental, principalmente Depresión.
- Problemas Dermatológicos debido a la constante exposición al sol, por la actividad agrícola del sector.
- Consumo y dependencia de alcohol.
- Dolores articulares en adultos y principalmente adultos mayores.

B. Santa Olivia

- Escasa actividad física
- Ausencia de alimentación saludable.
- Consumo de alcohol y drogas
- Problemas de salud Cardiovascular.

C. Los Almendros

- Focos de infección debido a poco control y supervisión para la eliminación de desechos y basura.
- Cáncer.
- Consumo temprano de alcohol en adolescentes.

La comunidad propone medidas en salud hacia el Centro de Salud:

- Implementación de atención de urgencia, principalmente en los meses de invierno.
- Pesquiza y controles de pacientes inasistentes en el territorio.
- Aumento del otorgamiento de horas por teléfono.

## CONCLUSIONES

1. La Comunidad Palmina, tiene por característica que en atenciones de profesionales el grupo etáreo que más demanda tiene es el de 20 a 64 años, es decir los adultos, seguido por los niños de 0 a 9 años, los adolescentes de 10 a 19 años y en última instancia los adultos mayores de 65 y más, pero estos últimos con un índice de consulta repetitiva mayor, por su condición de daño y de deficiencia de recursos en conocimiento y resolución.
2. La Problemática reconocida tanto por el Equipo de Salud, como por los representantes de la Comunidad, ponen de Manifiesto que en primer lugar se encuentra la Salud Cardiovascular, y sus factores de riesgo que la anteceden como la obesidad y los trastornos metabólicos, con diferencias en lugar de las otras problemáticas, pero destaca lo respiratorio, la esfera de salud mental con depresión y el consumo de alcohol, aunque un poco escondido y menos notorio la droga, pero aparece en su existencia en todos los subsectores.
3. Es posible apreciar la variación que existe de la demanda en el recurso hora médica año a año, si bien durante el 2008, se incrementó la consulta, durante el 2009, esta es de menor cuantía, si nos permite concluir que lo respiratorio es predominante en la infancia, mientras que en el adulto y adulto mayor son otras las patologías predominantes, que muy probablemente se encuentren inmersas con el desempeño laboral del sector y que tiene relación con las dolencias del Aparato Locomotor y de las consecuencias de patologías generalmente relacionadas con los riesgos Cardiovasculares.
4. Existe la evidencia de lo no resuelto, en especialidades que se expresa en la cantidad de interconsultas solicitadas para esto en especial , Cirugía, Traumatología, Psiquiatría, Otorrinolaringología, Oftalmología, entre las mas relevantes, esto a pesar de que el nivel de resolutivez por número total de interconsultas es superior a las emitidas desde el Centro, pero existe una demanda insatisfecha en las especialidades antes descritas, también se debe tomar en cuenta que las interconsultas han ido disminuyendo año a año en número, muy probablemente se deba a que existe mayor resolutivez local.
5. A pesar de que la Sala Mixta, está destinada a enfermedades respiratorias, como lo demuestra la estadística y su graficación, el recurso Kinesiólogo, ha influido durante este año en la Rehabilitación de muchos oriundos de esta zona y cuyo desempeño principal es la agricultura.
6. En la parte odontológica es clara la carencia en lo que respecta a la resolución del “daño dental”, lo que se ve en la casi nula respuesta a Interconsultas de especialidad en Cirugía Máxilofacial y Periodoncia o Endodoncia, en especial en adultos mayores, porque existe casi nula respuesta para ello, eso nos invita a trabajar mucho mas en esta área en

todo lo relacionado con Prevención del Daño Bucal en Edades dúciles a intervenir como la Embarazada y la primera infancia, y etapa escolar como lo refleja la estadística.

7. En Salud Familiar, se aprecia ya los primeros resultados con la estratificación de fichas individuales a fichas familiares, que alcanza ya el 70%, además de que la tercera parte de ellas cuentan con un plan inicial de intervención familiar, es evidente que nos falta saber el tipo de familia que predomina en el sector, lo que iremos avanzando en la consolidación de nuestro modelo, además de que haremos partícipes a la comunidad de ello en evaluaciones de satisfacción usuarias generadas desde las instancias activas de la organización del sector.
8. La participación ciudadana siguió siendo baja por tanto se siente ha mejorado en lo concerniente a comunicación pues al trabajar con las Mesas Territoriales, ha permitido el contacto con a lo menos 40 representantes de las Organizaciones Activas del Sector de la Palma y ha permitido compartir y socializar todas nuestras acciones e irnos comprometiendo con la comunidad y además modificando nuestras ofertas de atención cada vez mas cercanas al ciudadano del sector, tal es el caso de la administración de 1 hora médica por sector de Santa Olivia y Los Almendros, con el objetivo de acercar este bien apreciado por la comunidad, permitiendo el acceso a las personas que se encuentran en desmedro por el acceso dificultoso a esta acción profesional, esto se seguirá ampliando a las acciones de los otros profesionales, durante el 2010, e incluso se incluirá atención telefónica en un futuro cercano, para continuar en esta línea.
9. Existe un trabajo con la Mesa Territorial, en el aspecto de el rescate de lo Cultural y de la Identificación Rural, en donde la comunidad participa y creemos es el camino para llegar a esfuerzos mayores y conjuntos en este sentido.
10. Las Visitas domiciliarias se han constituido en un eje de trabajo que no puede faltar, en todos los ámbitos del ciclo vital, como el caso de La Diada madre/RN, adolescentes en riesgo, etc., claro está que el grupo que mas demanda esta acción y las que derivan de ella son, el grupo de adulto mayor, se realiza las visitas domiciliarias en terreno, acorde a sus necesidades demandadas como son postrados, dependientes, enfermedades terminales e inhabilitantes, controles de Cardiovascular y de Enfermedades Crónicas Respiratorias, las cuales se modifican anualmente.

**CENTRO DE SALUD BOCO****Características Geográficas del sector:**

El sector rural de Boco, pertenece a la comuna de Quillota, y se ubica en el sector oriente de la ciudad a aproximadamente 3 kms. del centro.

El acceso desde la ciudad al sector se da principalmente por el acceso oriente, por camino asfaltado. En cuanto al traslado hasta las diferentes localidades que comprende, este también se da por vías en buen estado de conservación y con presencia de pavimento. La locomoción con la que cuenta el sector consta de buses con periodicidad de 30 minutos y con periódicas salidas de Colectivos. Los anteriores poseen su terminal en el centro de la Ciudad.

La población se distribuye en los sectores de Boco norte, Boco centro, Boco sur, Casas Viejas, Rautén, Rautén bajo, René Sheneider, El Huape, Carolmo, Manzanar y Mauco. La relación en distancia (Km.) al Centro de Salud desde las localidades antes mencionadas es de aproximadamente:

▪ Boco norte :	2 km.	▪ R. Sheneider :	8 km.
▪ Boco centro:	0 km.	▪ El Huape :	8 km.
▪ Boco sur :	1 km.	▪ Carolmo :	10 km.
▪ Casas Viejas:	4 km.	▪ Manzanar :	12 Km.
▪ Rautén :	5 km.	▪ Mauco :	12 km.
▪ Rautén bajo:	6 km.		

**Características de la Población:**

La población asignada a este Centro de Salud, según informe estimado al 30 de junio del 2010, asciende a 3.572 personas, correspondiente al 4,1% de la población total de la comuna, las cuales se distribuyen de la siguiente manera, según rango etáreo y género:

	Población Femenina	Población Masculina	Total
menor de 15 años	369	389	758
15 y 24 años	290	320	610
25 y 44 años	503	496	999
45 y 64 años	436	399	835
65 años y mas	208	162	370
Totales	1806	1766	3572

En cuanto a la distribución demográfica, existe una clara prevalencia de población adulta, con un total de 1.834 personas, correspondiente al 51.3% del total de la población. En cuanto al grupo etáreo menor de 15 años, este representa el 21.2% del total, correspondiente a 758 casos. La población juvenil abarca el 17% y los adultos mayores de 65 años corresponden al 10.3%. Es importante señalar, que debido al aumento en la esperanza de vida de la población en general sumado a otras variables propias del territorio, como estilo de vida mas saludable en comparación al área urbana, existe en el sector una importante cantidad de adultos mayores que sobrepasan los 90 años, y que mayoritariamente viven solos o acompañados de otros adultos mayores igual de longevos. Esta situación ha obligado a este centro de salud a reorientar sus líneas de acción con el fin de prestar la debida atención que este grupo etáreo requiere (atenciones integrales en domicilio, mayor demanda de ayudas técnicas e ingresos a programa de postrados, etc.)

Respecto a la distribución de la población por género, podemos señalar que existe una leve mayoría de mujeres, con un total de 1.806 que representan el 50.5% versus 49.4% de hombres, correspondiente a un total de 1.766 casos.

## Factores condicionantes de la salud

### 1. Características del ambiente

- ▶ **Características de las viviendas:** el sector se caracteriza por presentar principalmente viviendas aisladas, de material ligero o adobe. Los terrenos son mayoritariamente amplios, permitiendo que las familias puedan contar con espacios de uso agrícola para su comercialización o abastecimiento doméstico, al igual que la cría de animales.

No obstante lo anterior, y frente a la necesidad de contar con nuevas viviendas en el sector, se crearon 5 poblaciones, a saber: Juan Jacksic, Díaz Fuenzalida, Manuel Rodríguez, Vista Hermosa y San José. En el caso de estas dos últimas poblaciones, es importante señalar que se caracterizan por la inadecuación que presentan respecto al territorio rural. Son viviendas básicas, de material sólido, presentan servicios básicos completos, pero sus pequeñas dimensiones han venido a presentar un grave problema de hacinamiento para sus habitantes, quienes al no contar con los recursos económicos suficientes, se han visto impedidos de realizar construcciones que permitan ampliar estas viviendas. En el caso de la población Vista Hermosa, sus habitantes no pueden postular a subsidios de ampliación del Estado, debido a que la particular naturaleza del programa que facilitó su construcción no lo permite.

- ▶ **Servicios Básicos:** respecto al saneamiento básico de las viviendas, podemos señalar que en todos los sectores que comprenden la comunidades de Boco, Rautén y Manzanar, existe **Agua Potable Rural**. Esto corresponde a pozos de agua construidos por CORFO y Obras Públicas, cuya administración fue entregada directamente a los usuarios de esta agua, quienes se organizan en la actualidad a través de Comités de Agua Potable Rural que regulan el funcionamiento de estos pozos. En lo referente a **Luz Eléctrica**, la gran mayoría de las viviendas cuenta con este servicio, salvo un pequeño porcentaje que principalmente por razones económicas o estructurales, o bien por encontrarse demasiado rezagados de la población, aun ocupan otros tipos de suministro de antigua data (chon-chon, antorchas, etc.) En relación a los servicios de **Eliminación de Excretas** es importante señalar que solo se cuenta con alcantarillado hasta el paradero n° 1 de Boco. El resto de la población usa Fosa Séptica o Pozo Negro, lo que ha venido a traducirse en uno de los principales problemas sanitarios del sector y la principal demanda de los pobladores.

### 2. Características económicas y socioculturales.

Debido a la gran extensión territorial y a la fertilidad de sus suelos, la principal actividad laboral y productiva del sector es la agricultura, por lo que un importante porcentaje de la población se desempeña en labores agrícolas. De igual manera, existe una oferta de trabajos agrícolas estacionales,

principalmente en período de verano, donde se ocupa una gran cantidad de la mano de obra femenina, que durante el resto del año permanece dedicada a labores de carácter doméstico.

No obstante lo anterior, ha comenzado a surgir también otro tipo de actividad productiva, como es el turismo rural. Esta incipiente actividad se ha estado desarrollando principalmente en el sector de Rautén.

En cuanto a la oferta educacional, en el sector existe la escuela básica El Boco, la cual cuenta con una matrícula aproximada de 130 alumnos, de los cuales, un importante porcentaje corresponde a alumnos del área urbana. En el mismo establecimiento, y hasta el año 2008, funcionaba un jardín infantil dependiente de la JUNJI. A partir del año 2009, el jardín infantil del sector cuenta con nuevas instalaciones ubicadas en el paradero 1, contando con una disponibilidad de matrícula de 104 alumnos, repartidos en los niveles de sala cuna menor (3 meses a 1 años) sala cuna menor (1 año a 2 años), nivel medio menor (2 años a 3 años) nivel medio mayor (3 años a 4 años y 11 meses). Debido a la falta de establecimientos educacionales de enseñanza media, los alumnos deben trasladarse a la ciudad para continuar sus estudios medios.

En cuanto al equipamiento del sector, este cuenta con plazas de juegos, multicanchas, canchas de fútbol, colegio, jardín infantil, Centro de salud, Posta Rural (Manzanar) sedes comunitarias, Centros turísticos y locales comerciales.

En general los habitantes de la comunidad de Boco se presentan afables, de buen trato, con baja escolaridad, y con escasa participación comunitaria. Lo anterior dado principalmente el escaso número de organizaciones activas del sector, al desgaste de los dirigentes existentes y a la poca adherencia de la comunidad a actividades de tipo comunitario. En la actualidad existen 2 mesas territoriales, una en el sector de Boco y otra en el sector de Rautén, las cuales convocan a las organizaciones formales existentes. A pesar de la escasa participación comunitaria, durante el año 2009 se realizaron importantes actividades como parte del Plan Comunal de Promoción. (Paseo adultos mayores, actividades de vida sana), además de un proceso de diagnóstico participativo en salud con la comunidad usuaria de la Posta Rural de Manzanar. Un importante nivel organizacional y participativo representan los clubes deportivos del sector, pero quienes no se han integrado las mesas territoriales.

### **Características del Centro de Salud:**

El Centro de Salud Boco con las instalaciones actuales que posee data del año 1995, sin embargo con anterioridad existía como Posta, donde se realizaban principalmente labores de tipo asistencial.

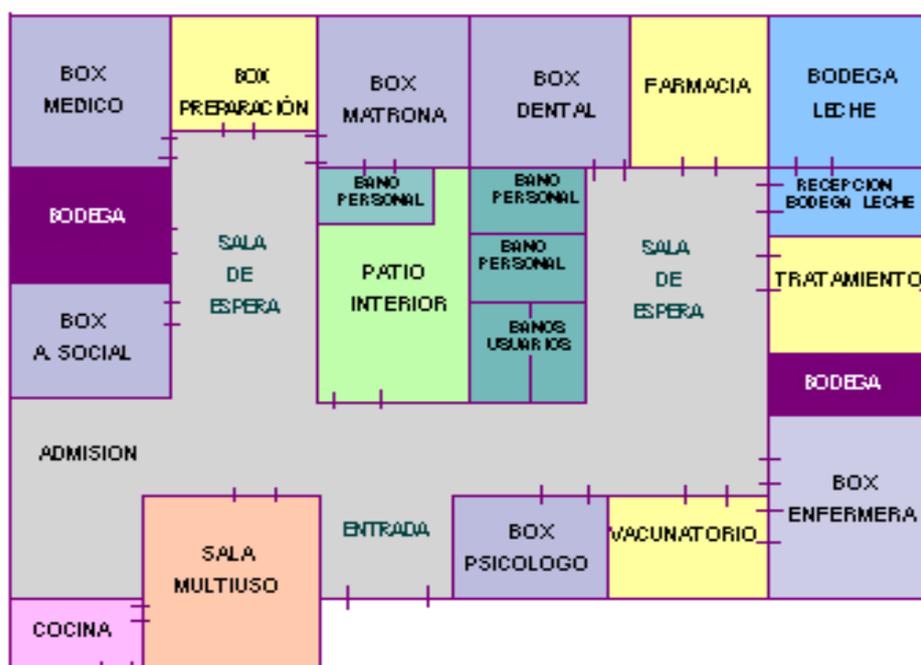
El Centro de Salud cuenta con su actual infraestructura desde hace 17 años, momento donde se ampliaron las instalaciones existentes, incorporando cinco boxes de atención y el actual sector de admisión. En cuanto a la distribución del espacio el centro cuenta con dos salas de espera de regular

tamaño y con los boxes profesionales de Asistente Social, Médico, Matrona, Psicólogo, Enfermera, Odontóloga. Además de los recintos de tratamiento, preparación, farmacia, vacunatorio, bodega de leche, bodega de material de escritorio (acondicionada de un box de atención) y Sala Multiuso. Además de los servicios higiénicos de público y personal y cocina del personal. En cuanto al equipamiento del centro, este cuenta con butacas individuales para la espera de los (as) pacientes, paneles informativos, señalética adecuada y un equipo audiovisual completo.

Por otra parte, el centro posee una dispersión geográfica importante, hecho que lo ha clasificado dentro de los centros priorizados por Desempeño Difícil.

Es importante además señalar que durante el año 2009 el Centro de Salud rural Boco ha iniciado un importante proceso tendiente a transformarse en CESFAM, cuya resolución aprobatoria se encuentra en curso.

### **PLANO CENTRO DE SALUD BOCO**



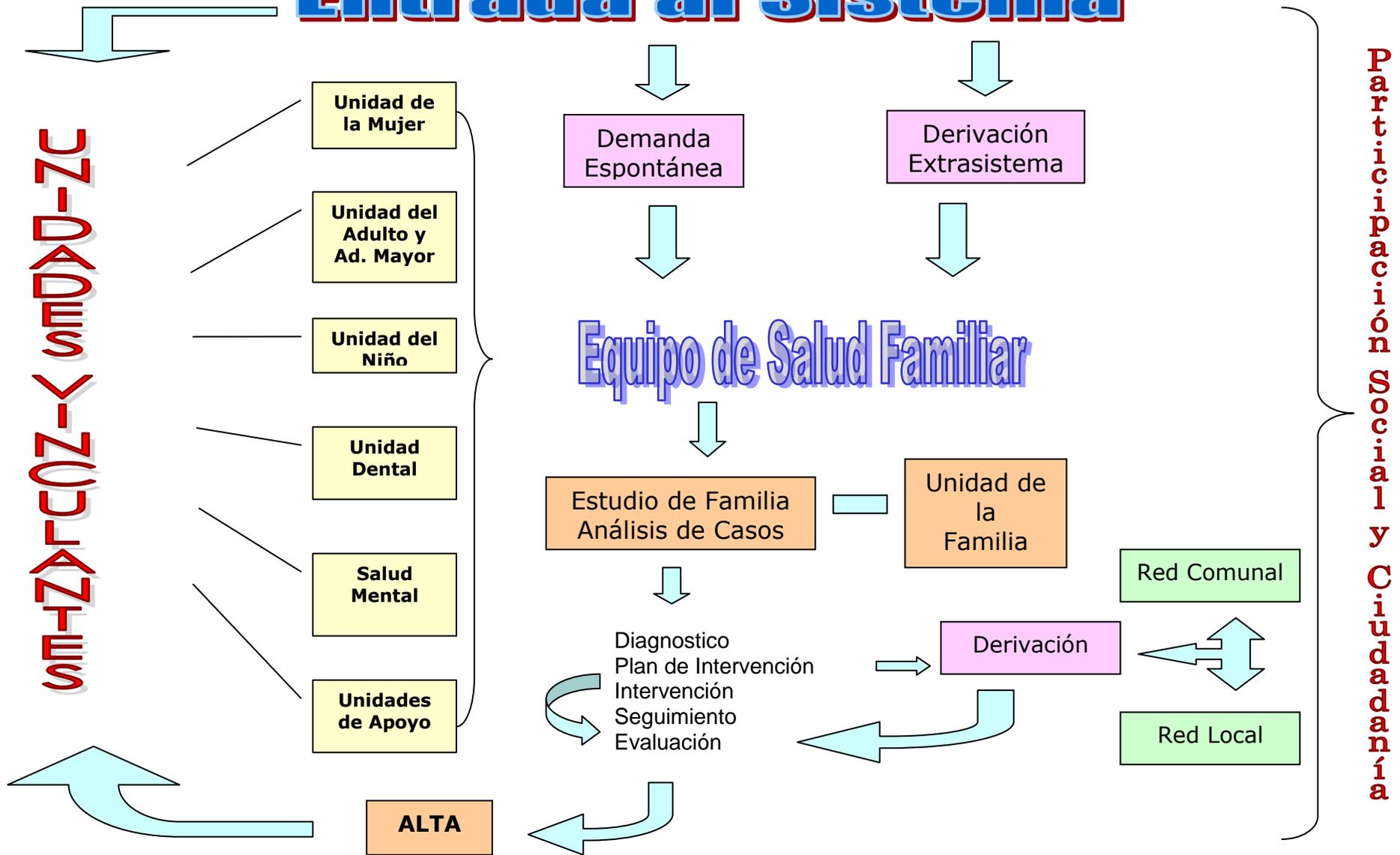
Por su parte, el recurso humano del centro se encuentra compuesta por el siguiente equipo de salud.

Trabajadores (as) CS Boco	Horas Semanales disponibles	Trabajadores (as) CS Boco	Horas Semanales disponibles
Médico	20.4 hrs.	Psicólogo	11 hrs.
Enfermera	44 hrs.	Odontóloga	36 hrs.
Asistente Social	22 hrs.	Técnicos Paramédicos	143 hrs.
Matrona	33 hrs.	Administrativa	44 hrs.
Kinesióloga	3.2 hrs.	Auxiliar de Servicio	44 hrs.
Nutricionista	22 hrs.		

En cuanto al flujograma de funcionamiento del centro de salud, se presenta el siguiente esquema

**FLUJOGRAMA DE FUNCIONAMIENTO**

# Entrada al Sistema



## Características de Nivel de Salud

### Atenciones según tipo

Tipo de Atenciones	Acumulado
Controles de Salud	354
Consulta de Morbilidad	3441
Exámenes de Medicina Preventiva	158
<b>Consultorio Boco Total</b>	<b>3953</b>

La tabla anterior nos demuestra que el 87% de las atenciones realizadas durante el 2009 correspondieron a morbilidad general y solo un 8.9% y 3.9% a controles de salud y exámenes de medicina preventiva, respectivamente, en lo que se refiere al recurso médico.

### Atenciones según tipo y sexo de los pacientes

#### Morbilidad General

<b>Ambos Sexos</b>	<b>3821</b>
Hombres	1312
Mujeres	2509

<b>Controles de Salud</b>	<b>354</b>
Hombres	123
Mujeres	231

<b>Consulta de Morbilidad</b>	<b>3441</b>
Hombres	1184
Mujeres	2257

Se aprecia que la tendencia de las atenciones en general es de predominio femenino, siendo un 65,6% de estas demandadas por mujeres, no apreciándose diferencias por sexo entre actividades preventivas y curativas.

**Tasa de consulta de atención morbilidad médica  
por grupo de edad año 2009**

<b>GRUPO DE EDAD</b>	<b>Nº DE CONSULTAS MEDICAS</b>	<b>POBLACION ASIGNADA</b>	<b>TASA DE CONSULTA</b>
< de 1 año	136	44	3.0
1 a 4 años	357	184	1.9
5 a 9 años	278	233	1.2
10 a 14 años	233	275	0.8
15 a 19 años	271	302	0.9
20 a 24 años	241	310	0.77
25 a 64 años	1447	1465	1.0
65 y mas	623	359	1.7
<b>Total</b>	<b>3586</b>	<b>3533</b>	<b>1.0</b>

En el cálculo de la tasa de consulta se consideró la población total asignada el año 2009, según SSVQ, debido a errores presentados en la población beneficiaria. Según podemos apreciar, las tasas de consulta mayor se concentraron en los grupos etareos extremos como son los lactantes menores de un año y lo adultos mayores, tendencia que sigue el comportamiento de las tasas del servicio de salud y del país.

**Ingresos de Gestantes antes de la 14 Semanas al Programa de Control del Embarazo, según Grupo de Edad.**

<b>Establecimiento y Grupo de Edad</b>	<b>Acumulado</b>
<b>Consultorio Boco</b>	<b>34</b>
Menor de 15 años	0
15 a 19 años	3
20 a 34 años	30
35 a 44 años	1
45 a 54 años	0
<b>Total ingresos de embarazo</b>	<b>36</b>

Se puede apreciar que un 94% de las mujeres gestantes ingresa a este Centro en forma precoz, antes de las 14 semanas de gestación.

### Resultados al Aplicar por primera vez a Niños y Niñas la Escala de Evaluación Del Desarrollo Psicomotor, Según Grupo De Edad.

Resultado y Grupo de Edad	Acumulado
<b>Normal</b>	<b>34</b>
Menores de 12 meses	12
-12 a 23 meses	16
-2 a 5 años	6
<b>Riesgo</b>	<b>17</b>
-Menores de 12 meses	2
-12 a 23 meses	8
-2 a 5 años	7
<b>Retraso</b>	<b>3</b>
-Menores de 12 meses	1
-12 a 23 meses	2
-2 a 5 años	0

En la tabla anterior podemos apreciar que un 63% de los niños evaluados por primera vez con escala de Desarrollo Psicomotor, según edad correspondiente, tiene una evaluación en categoría normal. La mayor concentración de niños categorizados en riesgo para su DSM son los de 2 a 5 años, en los cuales un 53.8% corresponden a este diagnóstico. En evaluaciones por área el mayor déficit está ubicado en el área del lenguaje.

### Aplicación de Protocolo Neurosensorial de Niños Y Niñas hasta 2 meses de Edad

Establecimiento	Acumulado	Niños/as bajo control
Consultorio Boco	29	31

En el contexto del programa Chile Crece Contigo, se han evaluado un 93.5% de los niños bajo control con protocolo neurosensorial. Esta actividad es realizada por profesional médico en el control de salud de un mes.

### Resultados de la Aplicación de Pauta de Observación de la Relación Vincular, Según Grupo De Edad.

Resultado y Grupo de Edad	Acumulado
<b>Apego Seguro</b>	<b>45</b>
-28 días a 5 meses	32
-12 a 23 meses	13
<b>Apego Evitante</b>	<b>3</b>
-28 días a 5 meses	0
-12 a 23 meses	3
<b>Apego Ambivalente</b>	<b>0</b>
-28 días a 5 meses	0
-12 a 23 meses	0

Según la aplicación de la Pauta de Observación de la Relación Vincular (Escala de Massie Campbell), un 93.7% presenta un apego seguro entre los niños evaluados y sus cuidadores. Existe un bajo porcentaje 6.6% de pautas de relación vincular con apego evitante. No se registran evaluaciones con resultados de apego ambivalente.

### Población en control por Hipertensión Arterial según sexo y grupo de Edad

Grupo de edad y sexo	Total		Hombres		Mujeres	
	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa
<b>Total</b>	<b>448</b>		<b>169</b>		<b>279</b>	
15 a 19 años	0	0,0	0	0,0	0	0,0
20 a 34 años	14	3,1	3	1,7	11	3,9
35 a 44 años	32	7,1	9	5,3	23	8,2
45 a 54 años	80	17,8	23	13,6	57	20,4
55 a 64 años	93	20,7	35	20,7	58	20,7
65 a 69 años	34	7,5	16	9,5	18	6,4
70 a 79 años	144	32,1	60	35,5	84	30,1
80 y más años	51	11,4	23	13,6	28	10

En los datos de la tabla anterior podemos apreciar claramente que el comportamiento por grupo de edad concentra la mayor tasa de personas con

Hipertensión en el grupo mayor de 65 años, como es esperable según prevalencia. En relación a la variable por sexo, existe un predominio de mujeres con un 62.2% de las personas bajo control.

La cobertura alcanzada para Hipertensión, en Centro de Salud Boco, es de un 73%, superando la meta IAAPS 2009 que es de un 65% de cobertura.

### Población en control Diabetes, según grupo de edad y sexo.

Establecimiento según variables	Grupo de edad		Sexo	
	15 a 64 años	65 y más años	Hombre	Mujer
Personas Diabéticas en PSCV	45	45	31	59
En tratamiento con Insulina	0	6	3	3
Con evaluación del Pie Diabético	35	27	22	40

La distribución por edad registrada en el grupo de personas portadoras de DM no muestra diferencias, según la edad de corte a los 65 años. Del total de personas bajo control en esta patología, un 6.6% han requerido iniciar terapia con insulina, concentrándose todos ellos en el grupo mayor de 65 años.

Un 69% de las personas diabéticas bajo control se encuentra con la evaluación de pie diabético vigente.

En relación a la cobertura alcanzada, esta es de un 89%, superando la meta IAAPS 2009 que es de un 85%.

### Pacientes postrados en control, según sexo y condición de postración.

Condición de Postración	Total		Hombres		Mujeres	
	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa
Total	18		10		8	
Postrado oncológico	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Postrado no oncológico	18	94,4	10	55,5	8	44,4
Postrados con escaras	1	5,5	1	10	0	0

Los pacientes postrados bajo control registrados al mes de diciembre del 2009, corresponden en un 88.8% a personas mayores de 65 años. Se registran también dos personas menores, de 52 y 15 años, lo que corresponde a un 11,1% de las personas ingresadas al programa.

Solo una persona ha presentado úlceras por presión debido a su condición de postración.

Diagnóstico Nutricional Integrado	Total	0 a 2 meses	3 a 5 meses	6 a 11 meses	12 a 17 meses	18 a 23 meses	24 a 47 meses	48 a 71 meses
Total	223	6	11	23	20	23	85	55
En riesgo	10	0	0	1	0	1	4	4
Desnutrición	2	0	0	1	0	0	0	1
Sobrepeso	29	0	2	1	7	3	10	6
Obesidad	8	0	1	1	1	1	3	1
Normal	174	6	8	19	12	18	68	43
Desnutrición secundaria	0	0	0	0	0	0	0	0

Para las personas que cumplen las funciones de cuidadores/as, están programadas capacitaciones periódicas y se encuentran todos ingresados al beneficio de estipendio.

### **Menores de seis años en control, según diagnóstico nutricional integrado y grupo de edad.**

La distribución según estado nutricional, en población bajo control menor de 6 años, nos muestra una tasa del 13% de niños en sobrepeso y un 3.5% en categoría de obesidad, según censo efectuado en mes de diciembre del 2009. La meta sanitaria 2009 fija una tasa de obesidad en menor de 6 años de un 8%, para la cual este establecimiento se encuentra muy por debajo de la cifra propuesta, pero sin embargo esta tasa aumenta considerablemente si consideramos ambas categorías.

### Población en control por regulación de fecundidad según grupo de edad y método utilizado.

Método de regulación de fecundidad	Total	Menos de 15 años	15 a 19 años	20 a 24 años	25 a 34 años	35 y más años
DIU	142	0	5	16	52	69
Hormonal						
- Oral combinado	199	1	31	60	51	56
- Oral progestágeno	7	0	0	2	2	3
- Inyectable	50	0	12	13	11	14
- Implante	23	0	2	4	10	7
Preservativo						
Mujer	12	0	1	3	1	7
Hombre	0	0	0	0	0	0

La tabla anterior nos presenta la distribución de los métodos de regulación de fecundidad según grupos etareos, donde predominan aquellas usuarias de métodos orales combinados, representando un 46% de las mujeres ingresadas. En relación a las usuarias de DIU, estas corresponden al 33% de las mujeres bajo control. El grupo de edad de mujeres adolescentes entre 15 a 19 años representa un 12% del total de mujeres en el programa, las cuales en su mayoría ingresan después de su primer embarazo.

### Población Femenina con Pap Vigente, según Grupos Quinquenales de Edad

Total	25 a 29 años	30 a 34 años	35 a 39 años	40 a 44 años	45 a 49 años	50 a 54 años	55 a 59 años	60 a 64 años
557	71	92	85	118	79	59	37	16

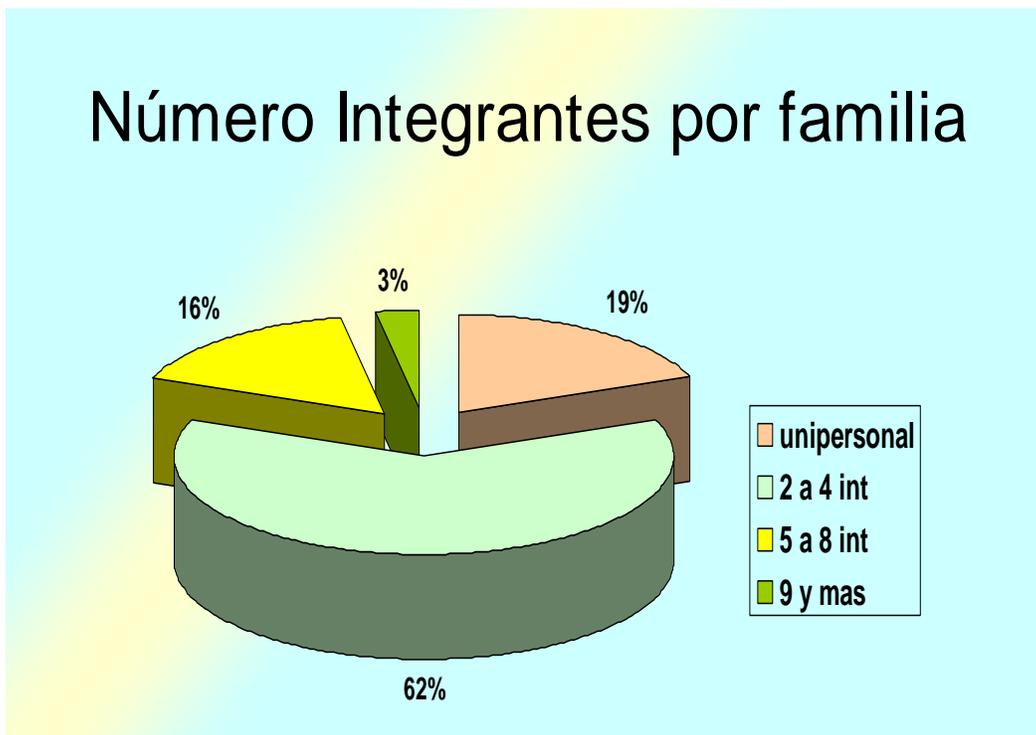
## POSTA DE SALUD RURAL DE MANZANAR

A continuación se muestra un diagnóstico socioeconómico y sanitario de la comunidad de Manzanar, el cual tiene como fuente de recolección de datos las fichas familiares realizadas a cada familia usuaria del sector, la que tiene una frecuencia anual de actualización por parte de la Técnico de Enfermería a cargo del establecimiento.

Esta información se utilizó como insumo para el trabajo con los participantes a la jornada masiva de Diagnóstico Participativo, efectuada el sábado 28 de noviembre del 2009.

### PROMEDIO DE INTEGRANTES POR FAMILIA

Cantidad de personas que forman un grupo familiar



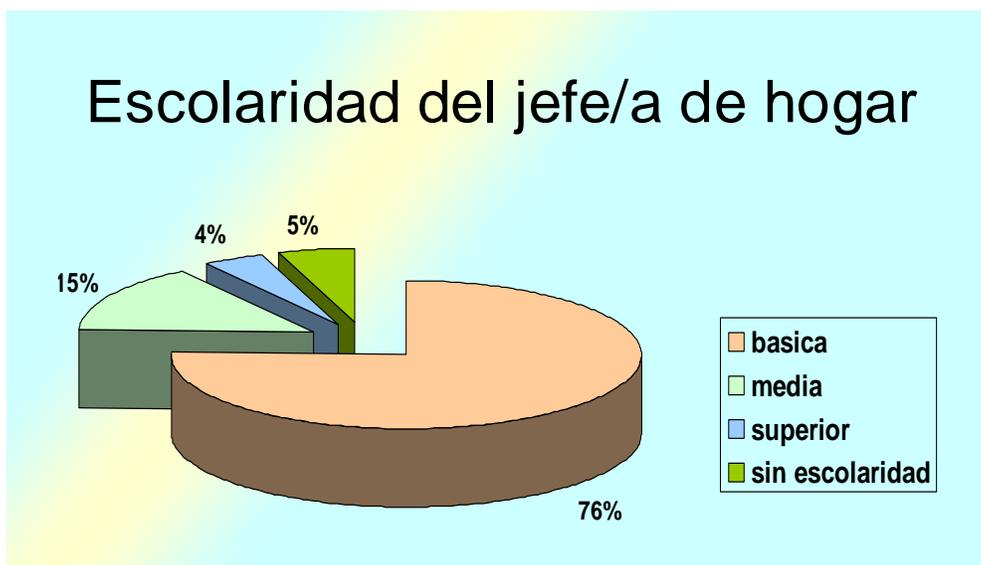
## JEFE/A DE HOGAR

Es la persona reconocida como tal por los demás miembros del hogar.



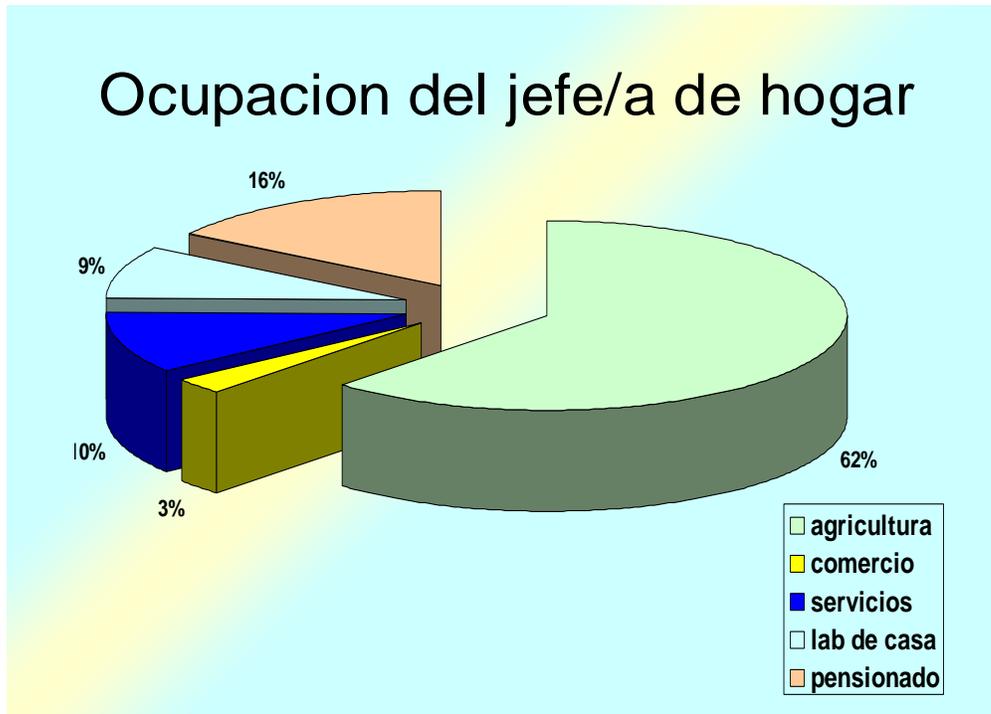
## ESCOLARIDAD DEL JEFE/A DE HOGAR

Nivel del último año cursado en el sistema de educación formal por la persona que ejerce el rol de jefe/a de hogar.



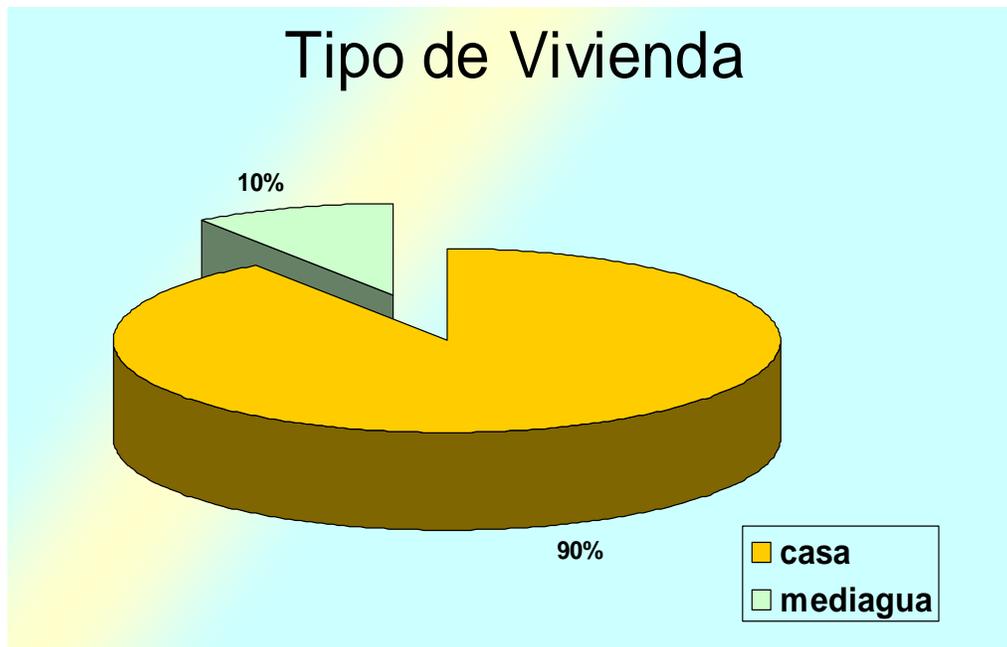
## OCUPACION DEL JEFE/A DE HOGAR

Se refiere a la clase de trabajo que efectúa una persona ocupada (o que desempeñaba antes si está cesante) durante el período de referencia adoptado, independientemente de la rama económica a la que pertenezca o la categoría de empleo que tenga.



## TIPO DE VIVIENDA

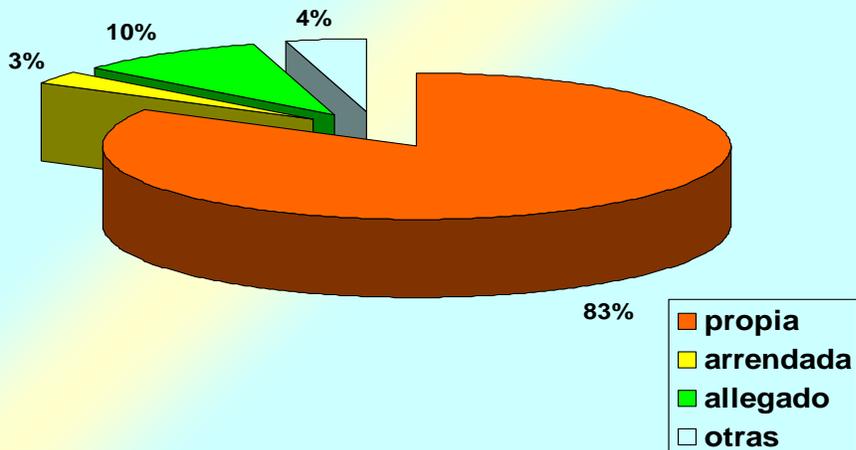
- La vivienda es una estructura física cuya principal función es ofrecer refugio y habitación a las personas y sus enseres y propiedades, protegiéndoles de las inclemencias climáticas y de otras amenazas naturales.
- Podemos decir, entonces, que la primera función de la vivienda es proporcionar un espacio seguro y confortable para resguardarse.



#### TENENCIA DE LA VIVIENDA

- **Propia** : Es la vivienda que ha sido adquirida por el jefe u otro miembro del hogar.
- **Arrendada** : Es la vivienda donde el jefe u otro miembro del hogar paga un alquiler mensual por vivir en la totalidad o parte de la vivienda.
- **Otra forma** : es la vivienda que ha sido cedida como parte del salario, o cedida gratis por razones de amistad.
- **Allegado** : aquellos hogares que no disponen de “autonomía residencial”, es decir, de vivienda independiente, comparten un mismo local de habitación o un mismo sitio con otro hogar que los acoge.

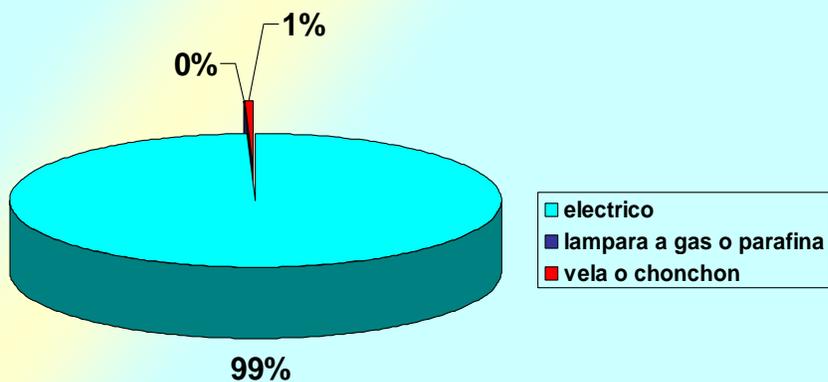
## Tenencia de la vivienda



## SISTEMA DE ALUMBRADO

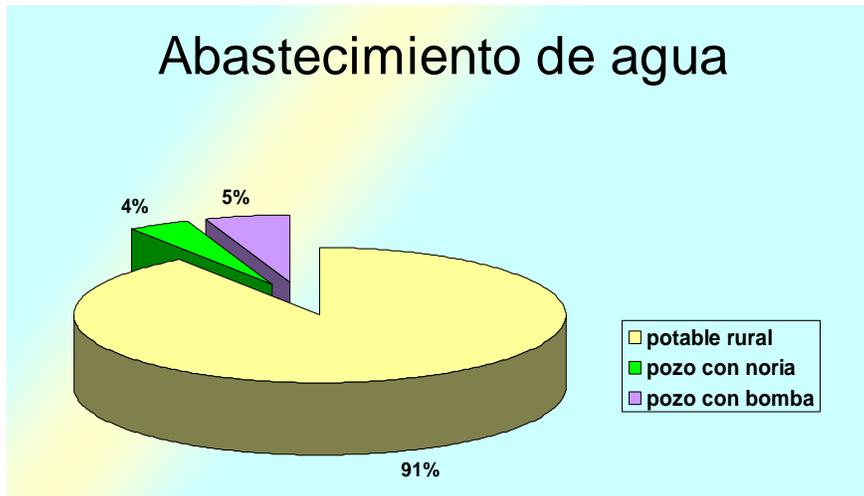
Es el tipo de energía utilizado por las familias para satisfacer las necesidades de iluminación al interior de sus hogares.

## Tipo de iluminación



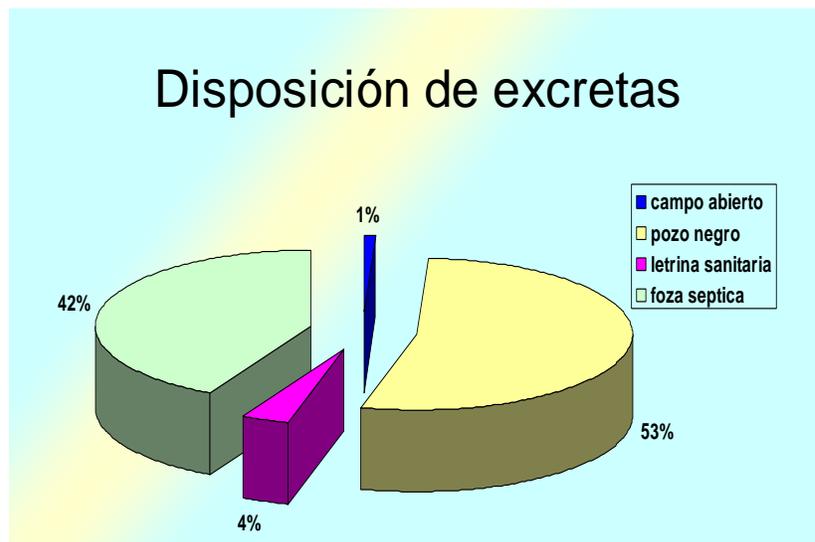
## ABASTECIMIENTO DE AGUA

- El propósito principal de un sistema de abastecimiento de agua es suministrar agua segura para el consumo humano a un costo razonable.
- La cantidad de agua para mantener la vida de una persona es pequeña, pero al agruparse formando comunidades, la cantidad se incrementa.



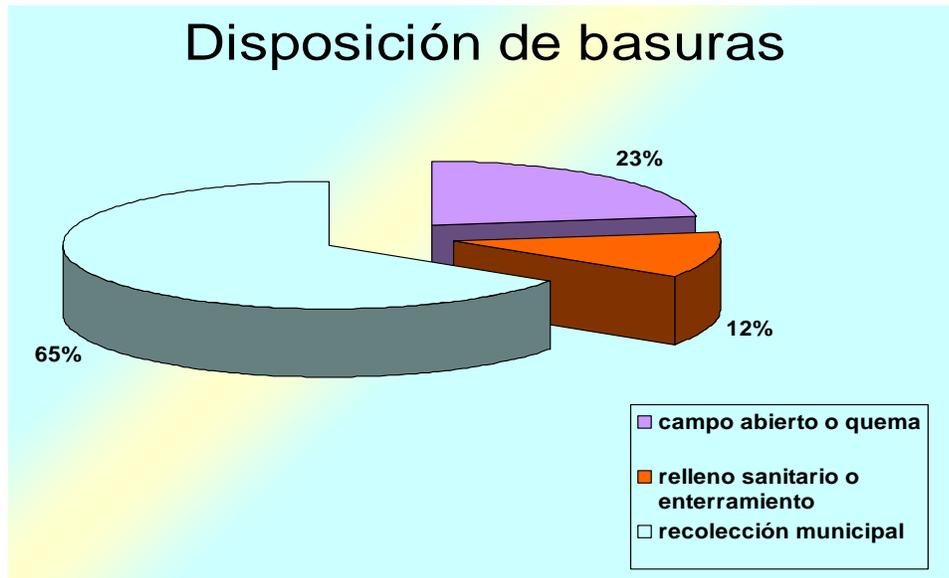
## DISPOSICIÓN DE EXCRETAS

Es el lugar donde se arrojan las deposiciones humanas con el fin de almacenarlas y aislarlas para así evitar que las bacterias patógenas que contienen puedan causar enfermedades.

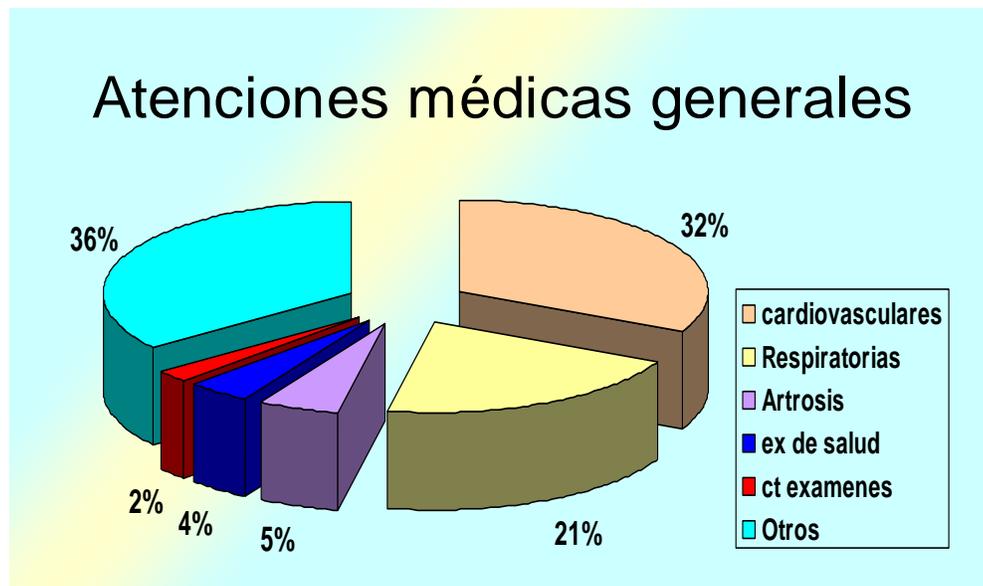


## DISPOSICIÓN DE BASURA

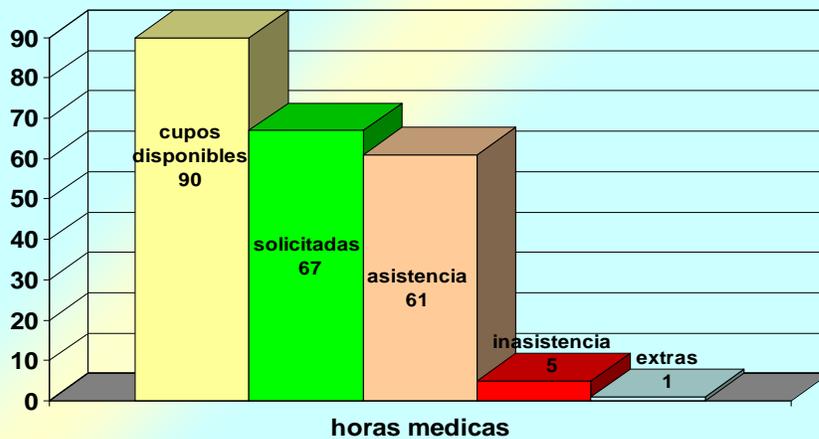
La basura es todo material considerado como desecho y que se necesita eliminar. La basura es un producto de las actividades humanas al cual se le considera de valor igual a cero por el desechado.



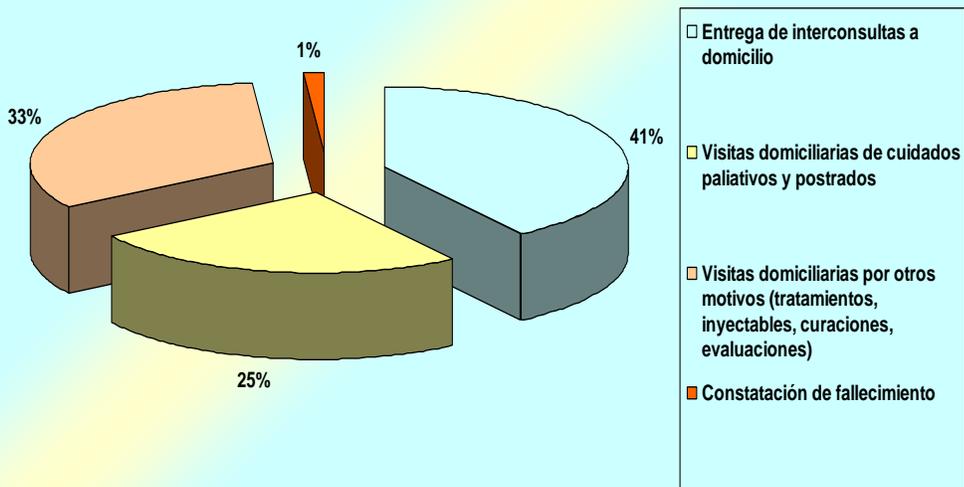
## INFORMACIÓN SANITARIA



## Distribución de horas médicas solicitadas



## Actividades en terreno



## **TRABAJO COMUNITARIO EN PSR PROGRAMA MEJORA DE LA EQUIDAD EN SALUD RURAL**

El diagnóstico participativo es el proceso mediante el cual los equipos de salud en conjunto con la comunidad recogen y comparten información que permite conocer la situación de salud de la comunidad, poniendo énfasis en los recursos y fortalezas con los que se cuenta para enfrentar las problemáticas o necesidades de salud detectadas.

El diagnóstico participativo de salud permite generar otras formas de relacionarse entre los equipos de salud y la comunidad en la que están insertos.

Facilita un mayor acercamiento entre los diferentes actores, lo anterior favorecido por un importante grado de información de la comunidad respecto a los criterios y antecedentes que sustentan el quehacer del centro de salud y las políticas públicas que lo iluminan.

De igual manera, a través de la ejecución de un diagnóstico participativo, los equipos de salud logran que conocer y recoger las aspiraciones, sugerencias y demandas de la ciudadanía organizada, permitiendo esto a su vez que las políticas, programas y líneas de acción del centro de salud sean mejor formulados y más pertinentes a la realidad de las personas afectadas.

El diagnóstico participativo permite conocer mejor la realidad, problemas y causas, dando relevancia a la opinión de los involucrados  
Facilita el seleccionar áreas de intervención, usando criterios comunes de priorización.

Ayuda a Motivar a la comunidad a buscar soluciones viables para los problemas identificados y compartir soluciones en los ámbitos público y privado.

La Posta Rural de Manzanar, dependiente del Centro de salud Boco, por su especial funcionamiento, no ha facilitado una mayor integración entre el equipo de salud y los usuarios. Aun cuando la relación entre el técnico paramédico encargado de la posta y la comunidad es bastante estrecha, es difícil que esta relación alcance al resto del equipo de salud, debido principalmente a la distancia geográfica y a las escasas horas en que ambos actores tienen la oportunidad de interactuar, mas allá de las prestaciones de salud propiamente tales. No ha existido hasta ahora la posibilidad, de que tanto el equipo de salud como la comunidad organizada del sector, dialoguen sobre las necesidades, recursos, oportunidades y fortalezas que ambos distinguen y que pudiesen fomentar un adecuado planteamiento de líneas programáticas y construir nuevas relaciones en pos de alcanzar un mayor bienestar e impactar de manera mas certera en la calidad de vida de los usuarios internos y externos de este centro rural de salud.

### **OBJETIVO GENERAL:**

Favorecer la construcción de un diagnóstico participativo en salud entre la comunidad de usuarios de la Posta Rural de Manzanar y el equipo de salud del CS Boco.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

Generar un espacio de dialogo y participación entre la comunidad de la Posta Rural de Manzanar y el equipo de salud del CS Boco.

Fomentar un espacio de reflexión acerca de los determinantes sociales que afectan la salud de las personas.

Instalar un proceso de trabajo comunitario con la comunidad organizada de la posta rural de Manzanar.



## DIAGNÓSTICO DE TRABAJO CENTRO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y LA CULTURA

### **Presentación**

El Centro de Promoción de la Salud y la Cultura, es una organización perteneciente al **Departamento de Salud Municipal** que se encarga de promover estilos de vida saludables en los usuarios y no usuarios (no inscritos) del sistema de atención primaria; en complemento con el Centro de Salud Cardenal Raúl Silva Henríquez, encargado de la prevención, lo que implica campañas de información sobre el daño en salud, atención a las fases de vulnerabilidad sanitaria de los distintos grupos etarios del sistema<sup>17</sup>, y también en complemento con la labor del Centro de Salud Miguel Concha encargado de llevar a cabo una labor fundamentalmente asistencial enfocada a reparar el daño en salud, es decir, al tratamiento de enfermedades y/o condiciones ya contraídas. La Plataforma de gestión familiar tiene como objetivo llevar a cabo una supervisión del uso de las prestaciones a la que los inscritos tienen derecho; con esto, se encargan de que el servicio brindado por el sistema de atención primaria sea llevado a cabo con eficiencia e impacto.

En este marco de funciones es que se sitúa en el sistema el CPSC, que desde los ejes de *Integración*, respeto a la *diversidad y tolerancia* se propone trabajar con la ciudadanía en conjunto con los líderes comunitarios de cada sector, el control de los *determinantes sociales de los niveles de salud*, que inciden en la calidad de vida y que garantizan el que no sirve de nada llevar a cabo una buena acción sanitaria si luego de recuperados los individuos estos regresan al mismo contexto en el que contrajeron aquello que condicionó su salud (aquello que los enfermó). Dicha incidencia en los estilos de vida determinan de forma profunda la salud de los grupos más vulnerables por no poseer estos el mismo acceso a la salud privada que aquellos grupos con mayores ingresos. Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) tal vulnerabilidad expresa que la salud depende en un 43% de aspectos sociales, por sobre los determinantes de tipo biológico que solo representan un 27%<sup>18</sup>. Desde esto, se supone que la principal herramienta para evitar el daño en salud es *promover* a la población a otros *estilos de vida* que mantengan los factores de riesgo más o menos controlados.

En esta idea es fundamental el aprendizaje ciudadano que consiga niveles suficientes de empoderamiento capaces de revertir la certeza de que la salud está determinada por factores biológicos. En este contexto, el CPSC parte del supuesto de que aquel juicio crítico capaz de llevar a cabo el cuestionamiento de un *imaginario cultural* profundamente arraigado en las mentes, en este caso, de los

<sup>17</sup> Infancia, adolescencia, adultez, adultez mayor; etapas en las que inciden aspectos del ciclo biológico natural que pueden llevar al daño en salud.

<sup>18</sup> Mark Lalonde, 1974 & Alan Dever, 1976.

quillotanos, solo puede ser llevado a cabo mediante una estrategia que pueda incluir las *manifestaciones de la cultura* y las directrices *promocionales* con las que la salud pase a ser un aspecto mas o menos manejado por la comunidad.

Es así como en su forma, el CPSC realiza un trabajo con expresiones culturales que sean de la incumbencia de la comunidad, con el fin de atraer a diversos grupos de la población a acercarse a sus dependencias físicas. Edificio que históricamente fuera el Consultorio nº1 de la población CORVI de Quillota, hoy, gracias a la nueva y moderna dotación de Centros de Salud Familiar nuevos y de un alto nivel de equipamiento gestionados por el Departamento de Salud, centro de la labor de un equipo coordinador de diversos tipos de actividades *promocionales* en torno a la mejora de la calidad de vida de la comunidad, junto con una serie de actividades permanentes en el ámbito cultural, que buscan concientizar sobre la necesidad de mejorar los estilos de vida.

### ***Sala de ensayo musical.***

Dentro de las actividades permanentemente desarrolladas en el CPSC, está la sala de ensayo para bandas musicales, que consta de una habitación equipada con material aislante de sonido, amplificación de primera nivel de calidad y una batería con la implementación básica para desarrollar los más variados estilos musicales. El año 2009 se registraron un total de 238 ensayos de 34 bandas participantes, promedio anual. Se gestionaron en el año 2009, 6 tocatas de música electrónica tocatas y/o encuentros musicales que contaron con la participación de gran parte de este universo de jóvenes músicos, cuyas edades fluctúan entre los 14 y 50 años de edad. Los que tuvieron la oportunidad de reunirse para la planificación de actividades en 7 ocasiones; el promedio mensual de participantes fue de 185 jóvenes, con un promedio mensual de 40 ensayos.

### ***Trabajo con los jóvenes quillotanos.***

Con tal afluencia de jóvenes en las dependencias del Centro de Promoción, podemos inferir que es una estrategia inmejorable para infundir la participación juvenil en el área salud. Cabe recordar que transversal a toda actividad con los jóvenes, están presentes los aspectos centrales de un *estilo de vida saludable*. El CPSC para el año 2010, se plantea ocupar esta instancia como nodo estratégico desde el que puedan desarrollarse actividades que consideren la concientización sobre los *determinantes sociales de los niveles de salud*. Estratégico por una serie de aspectos de suma relevancia, como por ejemplo, el hecho de que en comunión con el desarrollo del resto de las actividades permanentes, la interacción con otros grupos de la comunidad es capaz de menguar el estigma arraigado entre los quillotanos en lo que respecta su percepción sobre las prácticas juveniles. Un eje fundamental de la perspectiva que pretende infundir el conocimiento de la determinación social de la salud y de la necesidad de desarrollar un estilo de vida

saludable, es el de que los individuos y los grupos puedan ser capaces de desarrollar trabajos que los embarquen en procesos de superación de aquello que condiciona su estado de salud. De acuerdo a esto, la solución no es generar espacios donde diversos grupos puedan llevar a cabo sus iniciativas de forma aislada, sino que lograr que a través de la mixtura en actividades unitarias, se logre vencer aquello que no permita la integración y el respeto a la diversidad.

### ***Trabajo desde la perspectiva de Integración.***

Siguiendo esta idea, la creación de espacios donde todas las personas puedan desarrollar sus actividades de interés, al menos en la realidad chilena, no ha sido abordada por ningún sistema de salud. Lo revolucionario de la visión del Departamento de Salud Municipal de Quillota, es justamente proponer una alternativa a las actuales *formas de vida* en la que el consumo conspicuo, la televisión y la automatización son infundidos con claros fines comerciales. Por dar un ejemplo concreto, la perspectiva promocional, en vez de dejar en manos de la farmacología la recuperación de la salud o la prevención a través de medidas biomédicas, pretende que los individuos modifiquen su *estilo de vida* para disminuir factores de riesgo, siempre y cuando el individuo sea el que opte, en base a experiencias, por practicar lo *saludable*. Podemos mencionar la alimentación, el ejercicio, las actividades artístico-culturales y la detección de las principales problemáticas del ambiente donde las personas viven. Por dar un ejemplo, ante el sedentarismo derivado de la depresión, la perspectiva promocional, en vez de prescribir medicación, propondría actividades grupales en las que un individuo pueda reconocerse con los otros y llevar a cabo una actividad de alguna de las índoles recién mencionadas.

En este aspecto, la directriz de trabajo adoptada por el Departamento de Salud Municipal como estrategia para el trabajo con jóvenes, hace correlato con un objetivo específico propuesto por las Orientaciones Programáticas de la planificación en red 2010; documento elaborado por el ministerio de Salud para propósitos programáticos. Dicho objetivo, tiene como meta llevar a cabo la “realización de tardes jóvenes al menos una vez al mes por comuna y/o por centro de salud” (MINSAL 2009, anexo 6B, p-89); en la siguiente fila de la matriz, podemos observar un objetivo que refiere al “diseño participativo de un plan para la disminución, eliminación o control de las principales barreras de acceso identificadas en el diagnóstico regional año 2008, y local 2009, e inicio Plan acción” (MINSAL 2009, anexo 6B, p-89). En el caso del trabajo con los jóvenes músicos de Quillota, solo faltaría incorporar el trabajo de planificación y diseño de proyectos. Hoy se cuenta con el registro de todos los datos personales de los jóvenes participantes de la sala de ensayos musicales, material de base para el levantamiento de cualquier información referente a este grupo y generar estrategias para la incorporación cabal de la perspectiva promocional. Por otro lado, el CPSC maneja el supuesto que la juventud en su mayoría son sanos, y que estos lógicamente no necesitarían de la atención primaria de salud; ante esto, la propuesta es que a través del uso de los espacios, recursos y capacidad de

gestión de actividades y proyectos de toda índoles, el CPSC puede *promover* y monitorear el desarrollo sano de este grupo etario, contando con un registro básico de los participantes en todo ámbito de actividades.

### ***Control y monitoreo de determinantes de la salud.***

Por otro lado el CPSC ha llevado en estos últimos meses un trabajo de control y monitoreo de factores relacionados con la calidad de vida desde un seguimiento de tipo nutricional, contando para ello con una profesional de esa área, la que encargándose de controlar el peso y el índice de masa muscular de niños entre 5 y 7 años pertenecientes a las escuelas Abraham Lincoln y República de Canadá, ha generado hoy la siguiente información. En base a estos resultados es que se ha propuesto un plan de trabajo para el año 2010, el que contempla “visita domiciliaria a niñas entre 5 y 7 años de las escuelas República de Canadá y Abraham Lincoln con obesidad”, cuya meta es “cobertura de consulta nutricional al 90% de los niñas entre 5 y 7 años, de las escuelas República de Canadá, y Abraham Lincoln”; con la salvedad de que este tipo de acción limita estrechamente con lo *preventivo* en términos de salud, nos sirve como diagnóstico de base para la puesta en marcha de otras actividades que promuevan del estado de obesidad a través de un cambio en el comportamiento y forma de vida de los individuos.

Tenemos también en el marco de las actividades permanentes a la agrupación “Aerobic Salud”, quienes durante el año 2009 realizaron de manera sistemática actividad física 3 veces por semana (aerobox, baile entretenido, aeróbica)

El objetivo principal de la mayoría de las asistentes a esta actividad es bajar de peso, mientras que la minoría participa de esta actividad por la buena salud que les brinda. Frente a las inquietudes de nuestras alumnas se realizaron evaluaciones antropométricas, de las cuales podemos visualizar el progreso que han logrado cada una de ellas. Para esta evaluación tomamos los siguientes datos:

- Peso
- Estatura
- Índice de masa corporal.
- Porcentaje de grasa.
- Medidas perimetrales (brazo, busto, cintura, cadera, pierna)
- Pliegues cutáneos (bíceps, tríceps, subescapular, suprailíaco)

Evaluando el progreso del grupo de aeróbicas salud de forma general a lo largo del año 2009, los resultados obtenidos fueron los siguientes:

- Basándonos principalmente en las medidas de los pliegues cutáneos, podemos decir que todas las alumnas evaluadas a lo menos 2 veces en el año, redujeron sus medidas milimétricas. Por ende se redujo notablemente el porcentaje de grasa.
- Al transformar los resultados del porcentaje de grasa, en kilos, podemos comprobar que lo dicho anteriormente es fidedigno.
- Tomando principalmente la medida perimetral de cintura, la gran mayoría de las alumnas redujo la medida, mientras que la minoría se mantuvo.
- No, nos basamos directamente en el índice de masa corporal, ya que algunas alumnas aumentaron su I.M.C por incremento de musculatura, pero aun así redujeron su porcentaje de grasa.

### ***Sala de Exposiciones.***

La sala de exposiciones es impulsada como una instancia alternativa a la oferta cultural frecuente que brindan los medios de comunicación masivos, desde el supuesto de que las expresiones de la cultura dan la posibilidad de salir los supuestos culturales de base, para sugerir una postura mas o menos crítica que pueda traducirse en una mayor autonomía individual y grupal de los miembros de la comunidad que puedan acceder a las obras de arte que en ella se desarrollan.

### ***Celebración del cumpleaños número 6.***

En la atención primaria en salud se les hace un seguimiento completo a las madres embarazadas, en el que se le brinda un cuidado minucioso de acuerdo a cada una de las etapas de la gestación de los bebés. Una vez nacidos, estos son automáticamente incorporados como usuarios al sistema de salud y al final del primer ciclo en el que son sometidos a rigurosos controles y monitoreos, en el Centro de Salud Familiar Cardenal Raúl Silva Henríquez (CSFCRSH), el CPSC les celebra el cumpleaños con una actividad recreativa. Esta consiste en un show de payasos y concursos con premios organizada por el equipo del Centro.

El propósito de esta actividad es el de generar una instancia afectiva que cierre el término de un ciclo en la vida de los niños, desde la base de que los seres humanos tenemos que ser queridos y tomados en cuenta para sentirnos sanos y saludables, de acuerdo a los fines que el sistema se propone ser humanitario y dispuesto plenamente a velar por la salud de sus usuarios.

### **Trabajo por sectores.**

El trabajo por sectores comprende a las localidades de Boco, La Palma y San Pedro, junto al sector urbano, en el que de todas maneras repercuten la totalidad de actividades que se desarrollan en el CPSC. El propósito de esta labor es llevar los conceptos centrales de la promoción en salud a dichos sectores, con el fin de suscitar procesos que deriven en el *empoderamiento* ciudadano frente a los factores sociales que determinan la salud por medio de las organizaciones comunitarias territoriales y funcionales. Todo desde el supuesto de que cualquier actividad en donde se desarrolle la integración, la tolerancia y el respeto a la diversidad, aporta de forma positiva a los niveles de salud de sus participantes y mantiene relativamente menguados factores de riesgo.

Por citar algún ejemplo, los sectores mencionados en el párrafo anterior han generado sus propuestas de trabajo al CPSC en base a las necesidades que perciben en el entorno en el que viven; así es como en conjunto se efectúa una programación financiera de todo el año para generar los procesos con los que mediante su propio trabajo y asistidos por la gestión del CPSC, pretenden controlar los determinantes sociales de la salud de la comunidad a la que pertenecen.

En noviembre del año 2009, el sector de San Pedro logró convocar en una actividad de diálogo y camaradería a los jóvenes pertenecientes de cuatro agrupaciones religiosas que desarrollan trabajo comunitario: de la iglesia adventista, de la presbiteriana, de la iglesia mormona y de la iglesia católica. Mediante un ejercicio evaluativo lograron definir cuales creían ser las debilidades y fortalezas que tiene el sector donde viven y planificar una serie de actividades en pos de la recuperación de un espacio público en el que se diera mucha interacción entre sus pobladores, a saber, la plaza de San Pedro.

En el caso de La Palma, hoy se encuentra redefiniéndose la organización comunitaria basada en la junta de vecinos del sector, la que ha mostrado un ánimo de trabajo bastante fuerte. Han manifestado la iniciativa de trabajar en restaurar la celebración de la semana Palmina, en base a criterios programáticos que fomenten la fraternidad y la camaradería entre los habitantes de La Palma. Cabe notar que en la última celebración de esa festividad, por falta de coherencia en la programación de actividades salieron a flote rivalidades y suspicacias que mantienen hasta el día de hoy a una población más segregada y desconectada, aún así compartiendo territorio.

En cuanto al trabajo con Boco, cabe notar que en base a un diagnóstico propio reconocido por si mismos, la falta de una real coordinación y conexión entre el sector. Para ello, los dirigentes comunitarios reconocen que las actividades que se organicen deben apuntar a generar instancias con las que se incluya a la mayor cantidad de pobladores. Como con el resto de los sectores, se tiene la intención de rescatar a través de las actividades propuestas la *identidad cultural* de la localidad; paralelamente es intención del CPSC, es de destacar a través de estas

instancias la importancia que radica en la participación ciudadana como instancia que sea capaz de empoderar en pos de una mayor capacidad de autogestión; a través de esa autogestión es que los individuos y las comunidades pueden ser capaces de controlar los aspectos que puedan incidir en necesidades básicas como la salud, tema frente al cual, el CPSC invita a plantearse de forma crítica.

Es así como para este año, se pretende que algunas de las actividades propuestas por los diversos sectores puedan encausarse en la organización de una, o más actividades a desarrollar en el sector urbano con el fin de afianzar la generación de redes de trabajo en pos de las necesidades de la población, en base a la certeza de que el *empoderamiento ciudadano* es mayor en la medida en que exista la capacidad de asociatividad, en base a esta se pueden generar mayores instancias de resolutivez frente a las problemáticas de incumbencia colectiva. El CPSC, pretende ser el nexo en el que se encausen tales iniciativas, que comienzan por sentirse sanos, saludables desde los estilos de vida.

### ***Algunas actividades realizadas en el año 2009.***

Como es de costumbre desde hace 5 años, el CPSC realizó este año la “Ramada del Centro de Promo”, instancia en la que, como todas las actividades desarrolladas en sus dependencias físicas, reúne a un público diverso y heterogéneo que así tiene la oportunidad de interactuar con miembros de la comunidad que su ocupación usual no le brindaría la posibilidad de encontrarse, en torno a actividades y números artísticos del gusto de todos. Este año se contó con la participación de “La Super Taldo Machine”, banda de jóvenes que hace temas de ayer y hoy en formato *Hard Core Rock*, junto al dúo “Remembranza”, quienes trabajan un repertorio común a los cantores populares chilenos, balzes peruanos y canciones típicas de nuestro folclore nacional. El grupo de música y baile tradicional “Quillantay”, con un repertorio de cueca; y en la muestra tropical, nos deleitamos con la banda “Los amigos de la cumbia”. Todas agrupaciones que mostraron su calidad musical que contribuyeron a que acompañados de empanadas, choripanes y una bebida, la comunidad se encontrara y compartiera un momento festivo.

En el mes de noviembre, el aniversario del Centro de Promoción tuvo el objetivo de celebrar diez años de trabajo llevando actividades recreativas a la comunidad, para mostrar el enfoque que propone, como también para difundir la organización en la población que aún no tuviese conocimiento de la labor a la que está enfocada. Es de destacar la actividad que llevó un escenario móvil por las calles de Quillota, mostrando música, artes circenses, danza concursos; dicha itinerancia comprendió los sectores CORVI, población Said, población Aconcagua Sur y Plaza de Armas de Quillota, invitando a toda la comunidad a hacerse parte de esta iniciativa. En este marco de actividades, y siempre atento a las manifestaciones culturales, fue que el CPSC organizó una muestra de observación astronómica con especialistas que pudieron mostrarle este fascinante mundo a las

personas que quisieran acudir. También, y para finalizar este ciclo de actividades, se realizó una gran fiesta afuera de las dependencias del centro, en la que se realizaron actividades con los niños que cumplieron seis años (instancia descrita párrafos arriba), y se presentaron números musicales en los que participaron agrupaciones de la zona y del Centro, junto al destacado músico nacional e internacional “Florcita Motuda”.

Otra actividad destacada del año recién pasado, fue la organización de la fiesta de los que pasaron Agosto, consistente en una convivencia acompañada de música, concursos y de una orquesta en vivo. Esta instancia contó con la participación de los sectores de Boco, La Palma y San Pedro; participantes a los que se fue a buscar y a dejar a sus respectivos hogares, todo cubierto por la gestión del CPSC. El fin de esta actividad, así como la del cumpleaños de aquellos que llegaron a los sesenta años celebrado en el mes de Enero de 2010, es rescatar una visión positiva de la entrada a una etapa, en la que comúnmente se figura el dejar de hacer cosas y adquirir un hábito de vulnerabilidad, para que por el contrario, se proyecte la idea de que es el momento de vivir con tranquilidad aprovechando que se tiene por delante todo el tiempo del que se dispone, y la oportunidad de cosechar los frutos de toda una vida. Proponer actividades y espacios de encuentro para las personas que fuera de la productividad, tienden a sentir que su vida carece de sentido, por el ritmo de vida que la gran mayoría (productiva aún) posee a diario.

El CPSC, a través de estas dos actividades cree que es necesario desmitificar a la vejez como un tránsito exclusivo hacia la muerte, y de que se puede gozar en todas las etapas de la vida. Desde la perspectiva de la Promoción en salud, antes que sea necesario atender el daño producido por la inactividad y la falta de motivación para vivir la vida, es necesario que este grupo etario reconozca la posibilidad que se les presenta al tener la posibilidad de realizar todas las actividades que se propongan realizar; antes de producirse el daño en la salud de estas personas, y la posibilidad de un sedentarismo que los haga perder actividad, el CPSC invita a esta parte de la comunidad a vivir plenamente, en conocimiento de los riesgos a los que están expuestos y a sentir que están acompañados por muchos otros más.

### ***Financiamiento.***

El financiamiento procede del Departamento de Salud Municipal, quien cubre los gastos básicos del edificio del CPSC, como agua, luz, gas, teléfonos, insumos de oficina y materiales de aseo; también se encarga de pagar los sueldos de los funcionarios del CPSC. En cuanto al financiamiento de las actividades, estas se realizan con fondos provenientes del Plan Comunal de Promoción de Salud administrado por el servicio de salud Viña del Mar-Quillota; también se obtienen recursos derivados de la postulación a diversos fondos públicos concursables de convocatorias anuales. Podemos mencionar Fondos del programa Gore, Previene;

del Senama, del Consejo de la Cultura y las Artes, junto con el que han dispuesto organizaciones como Balmaceda 1215, Escuelas de Rock, entre otras.

### ***Necesidades e intereses de la población en salud.***

En este punto, derivado de las reuniones que permanentemente se llevan a cabo en el CPSC con diversas mesas territoriales y/o dirigentes comunitarios, en términos de *promoción*, aparece ampliamente la necesidad de contar con espacios de recreación y esparcimiento cercanos a la comunidad que puedan propiciar la organización de actividades como circuitos de caminata, actividad física, actividades de encuentro masivo como conciertos, tocatas y también un espacio donde se pueda contar con maquinas de ejercicios comunitarias. Un tema latente en estas reuniones también es el de la actual deficiencia vial como para el traslado en bicicleta de un lado a otro por parte de los quillotanos, considerando que en Quillota, se usa con mucha frecuencia este implemento de transporte, sobre todo en lo que refiere a la conectividad de sectores rurales como La Palma, San Isidro y San Pedro. También emerge con fuerza una preocupación medioambiental, en alerta y toma de conciencia sobre el impacto que ya tiene y podría tener en el futuro las plantas termoeléctricas del sector de San Pedro, localidad que también comienza a tomar conciencia del peligro en el uso de pesticidas en la actividad agrícola. Podemos agregar la molestia producida por los malos olores que inundan los sectores urbanos de El Sendero y la población Said emanados por la planta de tratamiento de aguas servidas de ESVAL. Molestia y preocupación creciente por la abundante cantidad de perros vagos, y por consiguiente la preocupación por la tenencia responsable de mascotas, y la inquietud por parte de la comunidad de prácticas que consideren el método de reciclaje de basura. Se tiene conciencia del beneficio de las llamadas farmacias móviles, y se espera su perfeccionamiento para poder cubrir la mayor cantidad de sectores y que su servicio sea cada vez más integral.

Uno de los fundamentos del trabajo del CPSC con los sectores, en definitiva, la labor que el enfoque promocional tiene que llevar a cabo con los sectores, es el hecho de que estos dejen de depender de la gestión por parte de la institucionalidad para la realización de actividades de su interés. El enfoque de actividades que el CPSC promueve en este aspecto, debe ser el de un proceso que comprenda una evolución frente a los aspectos centrales del control de los niveles de salud por parte de los pobladores

## **Centro de Promoción de la Salud la Cultura**

### **I. Misión**

Trabajar el *empoderamiento*<sup>19</sup> ciudadano desarrollando una propuesta de trabajo que promueva una participación de la comunidad, integrando lo saludable, con una cultura de la tolerancia y respeto de la diversidad. Todo a través del desarrollo cultural y reconocimiento de los *determinantes sociales de los niveles de salud*<sup>20</sup>.

### **II. Modelo de Gestión**

Hoy consolida el Centro de Promoción de la Salud y la Cultura (desde ahora CPSC) la organización de experiencias de participación en su interior en diversas áreas, desde las que desarrolla un rol promotor de la acción ciudadana. Impulsa el plan de promoción de la salud, articulando las experiencias del ámbito urbano y rural.

### **III. Lineamientos Programáticos**

#### *III. 1 Acción Interna.*

- a) Jóvenes
- b) Mujeres
- c) Niños y Niñas
- d) Personas con discapacidad
- e) Adult@s Mayores

#### *III. 2 Ámbito Comunal*

- a) Mesas territoriales de organizaciones comunitarias
- b) Mesa técnica integración social
- c) Red previene
- d) Apoyo a proyectos de promoción
- e) Plan Comunal de Promoción de Salud
- f) Coordinación educación-salud
- g) Vínculos con privados en el área de la cultura
- h) Apoyo a la incorporación de presupuestos participativos

---

<sup>19</sup> Definición abordada en la presentación teórica de los conceptos y contenidos de la labor del CPSC del apartado IV.

<sup>20</sup> Idem.

#### IV. Líneas de Acción 2009

El CPSC es una organización única en su tipo al introducir una fusión de elementos *promocionales* de salud y cultura en un mismo espacio. Dentro de su quehacer permanente, incorpora conceptos como *Promoción de Salud, Diversidad e Integración*. Estos conceptos son lo que generan las distintas estrategias de trabajo tanto al interior de la organización como en su relación con el exterior.

Es menester por ende, iniciar el siguiente informe con las definiciones de los conceptos mencionados en los párrafos anteriores. Dichas definiciones, derivadas de investigaciones en complemento del uso dado en la práctica del CPSC.

##### ***IV.1 Promoción de la salud y su determinación social.***

Se parte del supuesto de que la salud no está determinada por aspectos exclusivamente biológicos. Los estilos de vida inciden directamente en un determinado estado de salud, junto con el contexto bio-psico-social, están supeditados a cuestiones físicas determinadas por la posición en la estructura socioeconómica. Las últimas investigaciones de la Organización mundial de la Salud muestran que la variación de indicadores como la esperanza de vida están determinados por el nivel de desarrollo económico del lugar donde se registran; *en el Japón o en Suecia se puede esperar vivir 80 años, en el Brasil 72, en la India 63 y en algún país africano, menos de 50<sup>21</sup>*. Por ejemplo, tenemos que la expectativa de vida al nacer de Somalia es de 49.25 poblacional, mientras que en Alemania es de 82.42 años<sup>22</sup>. En dichos países, el elemento determinante es la existencia de un sistema de salud en el marco de *seguridad social* en el caso de Alemania, un país desarrollado, y las dificultades de inserción en la economía mundial de un país subdesarrollado como Somalia.

Este tipo de factores han motivado que el Ministerio de Salud haya tomado desde 1998 una postura frente a los *determinantes sociales de la salud*, a través de la creación del Consejo Nacional para la Promoción de salud VIDA CHILE el año 1998, con el objeto de *desarrollar una Política de Estado en Promoción de Salud, de carácter intersectorial y participativa, destinada a lograr estilos de vida y ambientes más saludables, así como un compromiso activo de la sociedad chilena en la construcción de la salud y calidad de vida<sup>23</sup>*, presto a colaborar por una política de estado beneficiosa para la totalidad de la ciudadanía y financiada por este a través de estatutos legislativos completamente independientes del gobierno de turno.

<sup>21</sup> Comisión sobre los determinantes sociales de la salud. “*Subsanar las desigualdades en una generación*” Organización Mundial de la Salud; 2008

<sup>22</sup> Datos extraídos de [http://www.indexmundi.com/Somalia/life\\_expectancy\\_at\\_birth.html](http://www.indexmundi.com/Somalia/life_expectancy_at_birth.html); [http://www.indexmundi.com/germany/life\\_expectancy\\_at\\_birth.html](http://www.indexmundi.com/germany/life_expectancy_at_birth.html).

<sup>23</sup> Ministerio de salud; Gobierno de Chile. [www.minsal.cl](http://www.minsal.cl)

## **IV.2 Diversidad.**

Comprendemos la diversidad como un atributo inherente a la condición humana, cuya integridad es menester promover y defender, pues esta refiere a que todos los seres humanos poseemos características particulares. En el artículo primero de la declaración universal de derechos humanos se establece *que nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros*<sup>24</sup>, lo que quiere decir que teniendo la libertad de elección como base, la igualdad se entiende en materia de derechos. Por lo demás, la teoría social señala que el respeto a la diversidad, deriva en los aportes que puede llevar a cabo en una sociedad como la de hoy desde la diversidad y la multiculturalidad; una sociedad cohesionada es aquella que comparte objetivos globales y normas y deja un amplio espacio para objetivos particulares, tanto individuales como grupales<sup>25</sup>.

## **IV.3 Integración**

La definición formal del verbo integrar refiere a *hacer que algo o alguien pase a formar parte de un todo*<sup>26</sup>. Partiendo desde esta idea, el CPSC se propone infundir en la comunidad el sentido de la *integración* en pos del respeto y la fraternidad. El CPSC plantea la integración, propiciada por los espacios que se pueden lograr en el acto de compartir; un espacio, como las dependencias físicas del CPSC en donde se dan a lugar la totalidad de sus actividades permanentes (área fitness, área jóvenes, área teatral, etc.), suscitando un espacio de interacción forzado para tal convergencia. También se puede intencionar a través de compartir una comida, deportes, festividades y encuentros. La integración constituye un mecanismo para lograr objetivos, los cuales pueden ser: básicos, de supervivencia, afectivos, económicos, estéticos, políticos, etc.

## **IV.4 Capital social y empoderamiento**<sup>27</sup>

En el campo de la sociología contemporánea, el primer análisis sistemático del concepto capital social se inicia alrededor de la década del 80. En el marco de su teoría general de los campos, Bourdieu lo define como “el agregado de los recursos reales o potenciales que se vinculan con la posesión de una red duradera de relaciones más o menos institucionalizadas de conocimiento o reconocimiento

<sup>24</sup> Declaración Universal de derechos humanos. Artículo nº1. <http://www.un.org/es/documents/udhr/>

<sup>25</sup> Ernesto Cohen. “*Gestión Social: como lograr eficiencia e impacto en las políticas públicas*” CEPAL, 2005

<sup>26</sup> [http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO\\_BUS=3&LEMA=integracion](http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=integracion)

<sup>27</sup> Esta noción, junto con todas sus apariciones siguientes, y a menos que se indique lo contrario, corresponden a las trabajadas en el texto “Capital Social y Promoción de Salud en América Latina” publicado por Sapag JC & Kawachi I en la “Rev Saúde Pública 2007;41(1):139-49”.

mutuo” (Bourdieu, 1985). Otro de sus grandes precursores es Coleman, quien lo precisa como “el componente del capital humano que permite a los miembros de una sociedad confiar en los demás y cooperar en la formación de nuevos grupos y asociaciones” (Coleman, 1998). En cambio, para Putnam (1993) el término se refiere a “aquellos rasgos distintivos de la organización social, tales como la confianza, las normas y las redes, que pueden mejorar la eficiencia de la sociedad facilitando la acción coordinada”.

Entenderemos para nuestros propósitos **capital social** como "las relaciones informales de confianza y cooperación (familia, vecinos, colegas), la asociatividad formal en organizaciones de diverso tipo y el marco institucional normativo y valórico de una sociedad que fomenta o inhibe las relaciones de confianza y compromiso cívico". Podemos también subdividir el capital social en dos dimensiones distintas: una dimensión cognitiva derivada de estructuras no visibles provenientes de procesos mentales y reforzadas por alguna ideología, cultura o conjunto de normas y otra dimensión estructural donde podemos situar a los roles, las reglas y los procedimientos en donde las relaciones de apoyo y ayuda se pueden dar de forma vertical (linking o enlazamiento) u horizontal (bonding o de unión, bridging o de aproximación) entre los diversos involucrados (la comunidad, el Centro de Salud, el individuo).

El capital social debe ser visto como un factor relevante en la búsqueda de cohesión social, entendiendo a su vez esta como la "ausencia de conflicto social latente y presencia de fuertes lazos sociales, donde se incluyen la confianza y las normas de reciprocidad (como capital social), las asociaciones que superan las divisiones sociales ('sociedad civil') y las instituciones dedicadas a manejar los conflictos (respuesta democrática, poder judicial independiente, y otros)". La importancia de que los elementos que componen el capital social sean oportunamente reconocidos y favorecidos es esencial en el desarrollo de la participación activa de una comunidad en la gestión de su propia salud.

El empoderamiento ("proceso de acción social que promueve la participación de la gente, organizaciones y comunidades hacia los objetivos de lograr un mayor control individual y comunitario, eficacia política, mejoría en **la calidad de vida comunitaria** y justicia social"(Freire, 1973)) de la comunidad, se hace difícil de entender sin tener en consideración los conceptos de reciprocidad, colaboración y confianza mutua presentes dentro de la generación de un capital social. La capacidad de intersección del empoderamiento individual y el colectivo radica en el reconocimiento del sentido de comunidad y en la búsqueda de su bien mayor en un proceso que Freire llamaba "concientización" o la formación de una visión crítica de la realidad y la generación de iniciativas que busquen la transformación desde un punto de vista social.

Cabe señalar que los conceptos definidos se han trabajado de forma conjunta con los actores que han ido adquiriendo relevancia dentro de la organización desde sus inicios, y desde su formulación, han sido constantemente redefinidos de acuerdo al aprendizaje mutuo entre el equipo y la comunidad. El

grueso de su teorización deriva de la experiencia del equipo para/con la puesta en marcha de estos aspectos.

## V. Desarrollo por áreas

### V.1 Área Jóvenes

Implícita en la labor del CPSC, desde sus inicios, el *área jóvenes* ha sido motor de muchas actividades dentro de la organización. En cuanto a la *integración* y el *respeto a la diversidad* que se propone como dos de sus fines más altos, el CPSC cuenta con la participación constante de este grupo etario dentro de sus actividades permanentes, en cuyas dependencias tienen la oportunidad de *interactuar* con miembros de la ciudadanía de distintas edades. Como se mencionaba en el apartado anterior, dicha interacción ha dado un camino forjado a la marcha, sobre la forma especial que en estos años de trayectoria han ido fortaleciéndose los lazos que se crean en pos de la integración. Cabe mencionar el ejemplo paradigmático de las “Escuelas de temporada”, instancia que con el formato de *escuela comunitaria*, desde el año 2006 agrupa a diversas organizaciones vecinales y los invita a participar junto a un número equivalente de jóvenes en el tratamiento intensivo de contenidos teóricos y prácticos para el trabajo comunitario y personal de aspectos que los *empoderen* frente a la *determinación social de los niveles de salud*, y el trabajo de los *estilos de vida*, su aspecto fundamental.

Hasta el momento el centro de promoción de la salud y la cultura, ha llevado un trabajo permanente desde el ámbito musical con los jóvenes de la comunidad. Dichas actividades se han llevado a cabo teniendo como plataforma la sala de ensayo y el backline instrumental con el que se ha contado desde los principios del centro, material con el que se han llevado actividades tales como tocatas, clínicas de instrumentos con profesores de música locales y con músicos de trayectoria y reconocimiento nacional. De esto, se rescata como producto, la Agrupación de bandas Emergentes de Quillota, proyecto que hoy en día, por una cuestión de recambio generacional constante del área jóvenes del Centro de Promoción no se encuentra en funcionamiento. Con registros como el compilado del año 2003 “Rock hecho en Quillota”, en el que grabaran sus temas nueve bandas provenientes del CPSC y con la actual y más prolija producción musical en conmemoración de los diez años de la organización, “Volume: compilado de bandas del Promo”, la que fue capaz de reunir a 17 bandas de distintas edades y estilos.

Es así como con la actividad musical el Departamento de Salud Municipal a través del CPSC se ha planteado trabajar con la juventud quillotana, aportando un espacio en donde esta pueda desarrollar una actividad sana que aporte a su creatividad y desarrolle su capacidad de compartir con sus congéneres. El

fortalecimiento de este canal de acción con la juventud, será capaz de lograr un vínculo más profundo entre el sistema de salud y la juventud, instando a esta última a acercarse a la comprensión de los *determinantes sociales de los niveles de salud*, que los lleve a la *prevención y tratamiento de los factores de riesgo sanitario*. Para esto es preciso realizar un trabajo que en conjunto con el Centro de Salud Cardenal Raúl Silva Henríquez (desde ahora CSCRS) sea capaz de crear una población juvenil con estilo de vida más sano, y *prevenida* de los factores de riesgo a los que está expuesta en la sociedad actual. Para esto, el CPSC se propone generar instrumentos capaces de registrar datos e información valiosa para la gestión de la salud de la juventud quillotana, que posibiliten el trabajo en conjunto entre dichos miembros jóvenes de la comunidad, la cultura y el sistema de salud, en pos de un mejoramiento y mantenimiento integral de sus niveles de salud.

- Levantar una nueva propuesta de utilización de la sala de ensayo
- Renovar la Personalidad Jurídica de ABEQ, para la postulación a fondos concursables.
- Generar un muestreo y diagnóstico con el que se pueda definir cuales son las actividades de interés de los jóvenes quillotanos; para esto, el equipo tendrá que definir una muestra con la que trabajar. En este sondeo se debe de incluir la temática del consumo de alcohol juvenil; por ejemplo el que se da a lugar en grupos como los hiphoperos y bandas de jóvenes rockeros.
- Suscitar instancias que generen redes con otras organizaciones, como por ejemplo un encuentro con la organización de San Javier.

## **V.2 Área Teatro**

La actividad del Área de Teatro, en su dinámico proceso de adaptación a las potencialidades del CPSC, propone para el año 2010, implementar 3 Grandes Líneas de Acción:

### *V.2.1 Actividades de Vinculación Sistémica*

Se realizara un trabajo de extensión del Centro de Promoción de Salud y Cultura, potenciando las actividades promocionales realizadas al interior de los Centros de Salud, Jardines Infantiles, y otras dependencias afines, insertando una modificación en la visión utilitaria o asistencial de las prestaciones ya brindadas, de modo de realizar una inclusión valorizada con la perspectiva propia de la ejecución y difusión del quehacer Socio cultural del CPSC. Propendiendo de esta manera al cumplimiento íntegro de nuestros objetivos (respeto a la diversidad, tolerancia e integración), y ampliando aún más las posibilidades artísticas socio culturales de los usuarios.

En este ámbito, este año se derivarán los esfuerzos principalmente a:

a) Desarrollo de actividades promotoras de Salud para los usuarios del Sistema de Salud de la Comuna de Quillota, generando instancias de recreación, participación y entretención en los niños que han cumplido con la edad suficiente (6 años) para realizar el “egreso” del régimen de Control de Niño Sano.

b) Implementación de Montaje Escénico, que logre sensibilizar e informar a la comunidad educativa Preescolar de Quillota, sobre la importancia del Buen Trato en las relaciones entre padres, madres, hijos e hijas y con el resto de las personas. Generando espacios de reflexión respecto a la importancia de esta temática en la vida de todos los individuos, identificando conductas concretas para ponerlo en práctica.

### *V.2.2 Gestión y Ejecución de Actividades Exógenas.*

Se desarrollará un formato de trabajo metódico que posibilite la generación de iniciativas multimediales de agrupaciones externas al Centro.

### *V.2.3 Participación de Fondos Concursables.*

Formulación de Proyectos Artísticos de carácter escénico a Fondos de Cultura, Fondos del Gobierno Regional y otras fuentes de financiamiento externo.

- *Descripción de las actividades:*

a) Actividades de Vinculación Sistémica

Celebración del sexto Cumpleaños de los usuarios del Sistema de Salud de Quillota, con una frecuencia de tres meses cada una en dependencias del Centro de Promoción de Salud y Cultura. En estas instancias además se entregarán didácticamente contenidos asociados a nutrición infantil, higiene, actividad física, aplicación de derechos, etc. Todo con un entretenido espectáculo infantil.

Para realizar estas actividades se necesitará cumplir:

- Solicitud al Centro de Salud Cardenal Raúl Silva Henríquez (desde ahora CSCRS) de las nóminas de niños que cumplan 6 años en los meses correspondientes.
- Envío de Invitaciones al evento.
- Contratación y coordinación con los artistas encargados de la ejecución del evento, asimismo de los insumos necesarios.
- Hojas de asistencias de los participantes del evento.
- Registro Fotográfico.

- Creación de instrumento de registro de evaluación por parte de los beneficiarios en la totalidad de las prestaciones señaladas.
- Creación, implementación y presentación de un montaje escénico que aborde la importancia del Buen Trato al interior Comunidad educativa Preescolar de la comuna, considerando un máximo de 10 Establecimientos educacionales a trabajar durante el año. Se confeccionará material gráfico a objeto de reforzar con las familias en sus propios hogares los distintos resultados del Buen Trato Infantil.

Para realizar estas actividades se necesitará cumplir:

- Creación de un Guión Teatral Infantil Didáctico sobre la Temática a implementar.
- Contratación y coordinación con los artistas encargados de la ejecución del evento, asimismo de los recursos necesarios.
- Participación en Reuniones Mensuales con Directores de Establecimientos educacionales.
- Hojas de asistencias tanto de las reuniones como de las presentaciones.
- Diseño e impresión de Material Gráfico.
- Registro Fotográfico de sesiones y Producto final.
- Creación de instrumento de registro de evaluación por parte de los beneficiarios en la totalidad de las prestaciones señaladas.

#### b) Gestión y Ejecución de Actividades Exógenas.

- Generar un vínculo directo con distintos expositores, agrupaciones artísticas y/o centros culturales, a objeto de que puedan realizar distintas presentaciones de carácter escénico, audiovisual y/o multimedia, con un claro sello contemporáneo, posibilitando extender la oferta artístico cultural local e interviniendo distintos espacios urbanos. Durante el año 2010, se considera generar al menos 10 muestras artísticas en distintas locaciones de la Comuna.

Para realizar estas actividades se necesitará realizar:

- Reuniones de Gestión con artistas, Gestores culturales y/o directivos de las diversas instituciones consideradas en la presente propuesta, a objeto de identificar necesidades y potencialidades del evento.
- Coordinación con los artistas encargados de la ejecución del evento, asimismo de la Gestión de los recursos necesarios.
- Hojas de asistencias tanto de las reuniones como de las presentaciones.
- Registro Fotográfico del evento.
- Propiciar la Participación de estos grupos organizados en las futuras actividades del CPSC.

Asimismo, el Área de Teatro continuará en el constante apoyo y difusión de las actividades curriculares de las diferentes agrupaciones teatrales cercanas al CPSC o las que así lo requieran. Debido al alto impacto que han tenido a lo largo de los años, las actividades generadas en conjunto con otras agrupaciones culturales de la comuna, provincia y región.

c) Participación de Fondos Concursables.

- Se realizará la postulación de diversos proyectos teatrales a distintos fondos Concursables Locales, Regionales, y/o de índole Nacional e internacional.

Para realizar estas actividades se necesitará realizar:

- Reuniones a objeto de identificar necesidades y potencialidades de los proyectos.
- Permanente revisión de las distintas fuentes, formatos y plazos, que aplican a los distintos Fondos Concursables a participar.
- Postulación de al menos 1 Proyecto artístico cultural de carácter teatral a 1 Fondo Concursable afín.

### **V.3 Actividad Física**

Dentro del CPSC la actividad física ha tenido un importante desarrollo en relación a su integridad. Es así que se ha ido incorporando la difusión de la alimentación saludable a través de muestras y talleres de este tipo, el cuidado del peso adecuado para cada persona, apoyos terapéuticos a través de grupos en temas como la autoestima, la relajación, la recreación, el entretenimiento, etc.; el refuerzo positivo individual y grupal para alcanzar las metas establecidas.

En relación a lo anteriormente expuesto y considerando las distintas propuestas de los participantes de esta actividad se plantean la realización de las siguientes actividades:

Realización de actividad física en el CPSC durante todos los días de la semana con una variedad en ella, vale decir, incorporando aerobox, baile entretenido, aeróbica, Pilates, danza árabe, caminatas, trabajo localizado, etc. Contar con actividad 3 días de la semana; esto permite la participación de las personas que deseen, dada la inmensa gama de responsabilidades con las que tienen que cumplir, particularmente las mujeres, grupo etéreo que acude en mayor número. Celebración de fechas importantes para el grupo, ya sea el día de la mamá, cumpleaños, etc., con el objeto de afianzar los lazos de amistad y afecto que existe entre las miembros del grupo, esto permite que las metas establecidas, que son difíciles de cumplir por estar esto relacionado con el cambio de hábitos

muy arraigados en el cotidiano de las personas, tengan mayor posibilidad de ser modificados porque tienen un refuerzo positivo.

Realización de examen de salud de cada uno de los participantes de la actividad física en el CPSC, lo que permite establecer un diagnóstico, realizar referencias con la red de salud existente, establecer un programa de trabajo individual y grupal.

Difusión permanente y sistemática de los logros alcanzados y lo que falta por cumplir tanto en términos individuales como grupales. Esto permite que el refuerzo que significa alcanzar metas no sólo quede en lo individual, sino que también tenga una cabida social. En este aspecto, se considera el trabajar con un peso grupal de manera que la variación de éste sea positivo o negativo, será resultado de los esfuerzos realizados en forma colectiva.

Es necesario realizar un seguimiento de estado nutricional de cada persona con profesional de salud que corresponda, lo que permite que el desarrollo de una dieta saludable sea algo sistemático y permanente dentro de la vida de las personas que se encuentran realizando actividad física dentro del CPSC.

**Para la ejecución de todas estas actividades se requiere:**

- 1 reunión semestral con representantes de grupo Aerobic Salud
- 1 reunión mensual con monitora de la actividad para chequear cumplimiento de actividades planificadas.
- Registro de asistencia a las clases
- Difusión permanente e intercambio de información a través de diario mural establecido para ello.
- Controles de salud para el chequeo de estado nutricional y de salud en general. 1 control por persona al inicio de la temporada
- 1 control de peso por persona cada 2 meses. Evaluación de nutricionista 1 vez al año.

**V.4 Sala de Exposiciones de Obras.**

Como se indica en el nombre, un aspecto importante de la labor del CPSC es la *promoción de la cultura*. Para éstos efectos, consideraremos cultura como el “Conjunto de los conocimientos que permiten desarrollar un juicio crítico” (Enciclopedia Wikipedia).

Según nuestra forma de pensar el medio social, el juicio crítico es destrozado sistemáticamente a través de los medios de comunicación, del

hábito del consumo, de la desigualdad de oportunidades, del abuso de la autoridad y del poder. Siendo consecuentes con los principios de respeto a la diversidad e integración, hemos trabajado sistemáticamente con elementos de cultura ciudadana, propios de la comunidad quillotana, a través de distintas actividades.

Sin embargo, haciendo referencia a la definición de cultura como elemento de desarrollo del sentido crítico, pretendemos introducir acciones que remuevan la estabilidad cultural quillotana, proporcionando alternativas a las ofertas de los medios imperantes, tales como la “cultura del miedo” (inseguridad ciudadana, accidentes, suicidios, homicidios, etc.), o la “cultura de la farándula” (vida sexual y afectiva de futbolistas y modelos, reality shows, etc.)

Con esta motivación, desde el mes de mayo del año 2003, la Sala de Exposiciones del Centro de Promoción ha intentado aportar con elementos de discusión y desestabilización, a fin de propiciar el ejercicio crítico a través de la interacción con los códigos del arte contemporáneo. Creemos fielmente en la influencia que ejerce la forma sobre el contenido y viceversa.

Concretamente, esto se ha materializado en casi cuatro años de exposiciones mensuales ininterrumpidas, con activa participación de los artistas, quienes no sólo han presentado sus obras, sino que han interactuado con los usuarios(as) del CPSC en las inauguraciones e instalaciones de las muestras, a través del discurso, la acción, la performance, la poesía, etc. Todo esto propiciado por la libertad ofrecida al artista en cuanto a la intervención y uso del espacio al interior de la sala y edificio del CPSC.

En este sentido, creemos además que la forma en la que las manifestaciones de la cultura pueden sugerir un ámbito distinto de representatividad, sobresale en cuanto a su capacidad de llegada y cobertura frente a la forma de participación establecida por la organización de juntas de vecinos, forma que actualmente no es capaz de captar a toda la población de un determinado territorio o sector. Las manifestaciones culturales tienen la capacidad de generar discusión al extraer del medio cultural común a la comunidad, dominado por el influjo de los medios de comunicación masivos, para generar discusión y sentido crítico, del que los artistas, como incitadores, son capaces de *conmover* a la ciudadanía con su visión distinta.

#### *V.4.1 Propuesta para Sala de Exposiciones 2010*

- Fortalecer la difusión del quehacer de la sala.
- Mejorar el registro y sistematización de todas las muestras artísticas que ha tenido la sala.

Para la óptima realización de las propuestas se requiere:

- Realización de comunicados de prensa, entrega de información a través de página Web, afiches, flyer Web y otros elementos de difusión mensuales.
- Realizar doce exposiciones, inauguraciones y acciones de arte, apuntando hacia la innovación, la variedad y la calidad.
- Elaborar un plan de mantención de la Sala.
- Elaborar un nuevo compendio de registro de las exposiciones realizadas.
- Mejorar los elementos de difusión del quehacer de la Sala.

### **V.5 Difusión**

Hasta ahora el área de difusión del CPSC, ha cumplido con la función de informar sobre las actividades realizadas y a realizar en el centro, a través del BIM (boletín informativo mensual), y de generar propuestas visualmente atractivas para la convocatoria, invitaciones, afiches, tarjetas y otros. Desde este año se pretende, además:

- Incorporar los conceptos trimestrales con algún mensaje o aprendizaje, a través del BIM, el Diario Mural y medios de comunicación en general.
- Desarrollo de todo elemento de difusión de manera digital, ya sea en el envío de correos electrónicos, y la mantención de la página del CPSC.
- Apoyar la elaboración de elementos de difusión externos al CPSC
- Replantear el diseño del Boletín Informativo Mensual, de acuerdo a los conceptos trabajados en el trimestre y la época del año.

Elaboración de elementos de apoyo:

- Calendarios
- Revistas
- Díptico o Tríptico informativo
- Señalética
- Álbumes de fotos Temáticos, como resumen de las actividades realizadas en el tiempo.
- Tarjetas de presentación
- Otros

Para la ejecución de todas estas actividades se requiere:

- 1 reunión mensual con representantes del equipo
- Chequeo periódico del estado de las impresoras, papelería y útiles de diseño
- Revisión constante de la página de Internet
- Programaciones Mensuales y semanales

## **VI. Organizaciones y/o actividades que ocupan la infraestructura del CPSC**

El Centro de Promoción se ha validado como un gran espacio físico para la realización de distintas actividades, algunas de estas son de carácter permanente y responden a necesidades de grupos específicos que han encontrado en el centro un lugar donde desarrollarlas sin problemas, con un gran nivel de autorregulación, y que mueven un gran número de personas.

Algunas de éstas son:

- Jugadores de ping pong
- Ensayos de grupos que bailan salsa (ocasionales)
- Capacitaciones como de manipulación de alimentos y otros.
- Grupos de teatro externos
- Juntas de Vecinos
- Grupos de adulto mayor, etc.
- Programa EMERGER

Este año se pretende seguir posibilitando el uso de éstos y otros grupos quienes tengan una necesidad seria de desarrollar actividades de interés. Se propone lograr una mayor regulación el aspecto de los horarios de uso, para que sean de conocimiento público, y así la comunidad vislumbrar el uso del espacio puesto a disposición.

## **VII. Desarrollo Externo del CPSC**

### ***VII.1 Red institucional de Salud***

En el área juvenil, desarrollar un trabajo coordinado que comprenda temas relacionados con los adolescentes y los jóvenes. Propiciar la participación, el empoderamiento y el intercambio con jóvenes de otras comunas y regiones. Aportar a través de capacitaciones que mejoren sus técnicas musicales.

## ***VII.2 Red Institucional Municipal***

Fortalecimiento del trabajo conjunto con departamentos municipales: Operaciones, Movilización, Educación y Cultura.

## ***VII.3 Proyectos***

Captación de posibles necesidades, ideas e innovaciones nuevas de la comunidad y de los usuarios del CPSC, junto con el equipo de trabajo, para la formulación y evaluación de proyectos de inversión pública tales como, FONDART, PREVIENE, GORE, SENAMA, etc.

## ***VII.4 Red comunitaria***

Refuerzo y creación de nuevos vínculos con organizaciones e individuos pertenecientes a la comunidad, a través de la realización de itinerancias teatrales, musicales, juveniles y de extensión en general.

## ***VII.5 Plan comunal de promoción LÍNEAS***

En términos generales, las líneas propuestas para el trabajo durante el año 2010, estarán definidas por los determinantes sociales en salud; siendo las más importantes las que dicen relación con la participación, la generación de redes de trabajo, intercambio y relaciones sociales. En esta línea además se propone para este año realizar acciones que tiendan a generar nuevas relaciones entre las diversas mesas de trabajo que existen por cada sector y a su vez, que estas mesas puedan incorporar tanto a nuevas personas como organizaciones para darle mayor riqueza y diversidad al trabajo emprendido. En las jornadas de trabajo de evaluación y programación también se establecieron mecanismos para que las distintas mesas pudieran dialogar, traer a colación sus distintas experiencias de manera que ello pueda posibilitar el intercambio y aprendizaje entre todos.

Se pretende este año además incorporar instrumentos de recopilación de datos para llegar a un diagnóstico participativo y recoger mayor cantidad y calidad de información para la elaboración de plan de trabajo de años futuros.

## VIII. Propuestas Generales para el año 2010

- Incorporar el enfoque de los *Determinantes Sociales de los niveles de Salud* en las conceptualizaciones y acciones de las distintas líneas de trabajo.
- Incorporar elementos de la metodología de Presupuestos Participativos en la utilización de los recursos financieros asignados a través del Plan Comunal de Promoción de Salud.

## X. Trabajo con los Sectores

De acuerdo a los lineamientos propuestos en el apartado anterior, en el trabajo intersectorial se incorporará con diversas metodologías el enfoque de los *Determinantes Sociales de los niveles de Salud*, junto con la metodología de Presupuestos Participativos.

La finalidad del trabajo del CPSC en los diversos sectores o localidades tiene como eje la democratización y la participación social, realizando actividades de tipo *promocional* y lideradas por las organizaciones comunitarias, pretendiendo que estas sean capaces de programar su organización de forma participativa en directa relación con los intereses del sector a través del levantamiento de líderes comunitarios de forma natural e independiente de las juntas de vecinos para la inclusión de las mas diversas y variadas organizaciones, como por ejemplo provenientes de iglesias, de agrupaciones juveniles, centros de padres, etc., con la finalidad de generar *redes* entre los grupos pertenecientes a los diversos sectores.

Específicamente, podemos mencionar que se intentará aprovechar y desarrollar el potencial que los sectores posean para esta organización; por ejemplo, en la localidad de San Pedro aprovechar su organización urbano/territorial particularmente centralizada y cercana para toda la comunidad para la integración de las diversas organizaciones en pos de la consolidación del trabajo comunitario, y establecer redes con el resto de la comuna.

### X.1. Sector San Pedro

El sector de San Pedro pretende darle continuidad a experiencias que han sido exitosas en términos de participación y cumplimiento de objetivos como por ejemplo la muestra de comida típica de cierre de la caminata histórica en busca de la identidad cultural.

Este año se pretende también darle continuidad a un trabajo iniciado con las organizaciones religiosas juveniles quienes han encontrado un objetivo e interés en común en la recuperación de la Plaza de San Pedro como un lugar de encuentro, intercambio, recreación y esparcimiento. Por los nuevos estilos de vida de las personas se ha ido perdiendo, además ya no tiene el movimiento entregado por la estación de Ferrocarriles que antaño atraía a tanto visitante. Este objetivo calza con la propuesta del sector urbano en cuanto a recuperar espacios de convivencia denominándolos Plazas Musicales.

### *X.2 Sector Boco*

Las propuestas de trabajo del sector de Boco tienen que ver con el número importante de personas de la tercera edad que se encuentran solas y con pocas posibilidades de distraerse y tener momentos gratos. Se pretende repetir la actividad de la celebración de la fiesta de “Pasar Agosto” que ha sido tan exitosa en términos de participación. Esta iniciativa no es excluyente de los otros sectores de la comuna y participar desde todos los sectores de Quillota. Se espera repetir la celebración de cumpleaños de los que cumplen 60 años y pasan a ser parte de la etapa de la 3° edad.

### *X.3 Sector La Palma*

Este sector espera realizar iniciativas que digan relación con la incorporación a la mesa de trabajo de nuevas organizaciones y personas. De esta manera enriquecer el trabajo y su diversidad. Se espera recoger costumbres que se han ido perdiendo ya que aquellos lugares que han sido tradicionalmente de encuentro comunitario, han sido cercados por intereses de los dueños de grandes predios y empresas. En la asociación con otras organizaciones y personas se pretende recuperar dichas costumbres ancestrales y reapropiarse de los espacios que les ha permitido a los pobladores construir su historia en términos de participación y encuentro.

### *X.4 Sector Urbano*

El sector urbano, como primer gesto de integración propone realizar la iniciativa denominada Plazas Musicales en los sectores rurales, en donde la mesa urbana esté apoyando la actividad en todos sus procesos; las plazas consistirán en lugares con instalaciones musicales permanentes, de instrumentos que así lo permitan; el primero de ellos es el llamado “Hankdrum”, confeccionado de hierro en su mayoría rescatable de tubos de gas licuados en desuso, cuya fabricación es iniciativa de un artista participante del CPSC. Esta iniciativa pretende instalarse en un sector, intercambiar experiencias con los pobladores del sector, proponerles la idea y realizar un trabajo en conjunto.

Se espera que el sector se apropie de la plaza y para que ello ocurra se realizarán actividades de recreación y esparcimiento como jornadas de actividad física, muestra de talentos infantiles, etc.; también se preparará el espacio para que se puedan plantar árboles.

Luego de que esta iniciativa se realice en el sector urbano, se llevará a cabo en el sector rural procurando realizar lo anteriormente señalado

En cada uno de los sectores, el CPSC se propondrá realizar un trabajo de tipo investigativo capaz de propiciar levantamiento de datos con los que se pueda mejorar la eficacia de la gestión.

**DOTACION AÑO 2009 - 2010**

<b>Apellido Paterno</b>	<b>Apellido Materno</b>	<b>Nombres</b>	<b>Cargo</b>	<b>Jornada</b>
ARANCIBIA	SUAREZ	MARIOLY	ENFERMERA	11
ARANCIBIA	CASTRO	GILDA TERESITA	ADMINISTRATIVO	44
CORREA	LLANTEN	ALEJANDRA	MEDICO	44
GUERRERO	GARAY	LUIS	TECNICO PARAMEDICO	44
LIRA	GUERRERO	ALEXIS	AUXILIAR DE SERVICIO	44
ORTIZ	ESTAY	JORGE	TECNICO PARAMEDICO	44
VASQUEZ	BARRAZA	ANA MARIA	ADMINISTRATIVO	33
VERA	ZAMORA	PAULINA	ASISTENTE SOCIAL	44
CATALAN	SALINAS	CESAR	AUXILIAR DE SERVICIO	44
CONTRERAS	ALARCON	GERARDO DAVID	DISEÑADOR GRAFICO	22
MOYA	LOPEZ	EDUARDO	ADMINISTRATIVO	33
SALDIVAR	LARA	JUAN	AUXILIAR DE SERVICIO	22
SANCHEZ	MOLINA	FERNANDO	ADMINISTRATIVO	44
CONSTANZO	GAVILAN	CAROLINA	MATRON/A	44
PAULSEN	RIVERA	KATHERINE	ASISTENTE SOCIAL	22
ACEVEDO	RODRIGUEZ	PALOMA	TERAPEUTA OCUP	22
ALMENDRAS	DIAZ	MIRIAM NOEMI	TECNICO PARAMEDICO	44
ARAYA	PEREZ	YOLANDA	NUTRICIONISTA	44
BASAEZ	CHACANA	EVELYN	TECNICO PARAMEDICO	44
BELTRAN	TAPIA	MELISSA	ADMINISTRATIVO	44
CAMILLA	TAPIA	EVELYN	ADMINISTRATIVO	44
COFRE	CORTES	ANDREA	TECNICO PARAMEDICO	44
CORTES	MARTINEZ	NELSON	TECNICO PARAMEDICO	44
COX	SUAREZ	ROSA	ADMINISTRATIVO	44
CUEVAS	LAZO	RUTH	TECNICO PARAMEDICO	44
ESPINDOLA	MORAGA	PATRICIA	NUTRICIONISTA	44
FERNANDEZ	MALDONADO	CECILIA	NUTRICIONISTA	44
FERRADA	VALENZUELA	ISABEL	TECNICO PARAMEDICO	44
GAETE	VALENCIA	FABIOLA	ASISTENTE SOCIAL	44
GILI	GRAF	PAULINA	PSICOLOGO	44
GONZALEZ	VIDELA	MANUEL	ADMINISTRATIVO	44
GONZALEZ	PINOCHET	JESSICA	TENS	44
GUAMBIANGO	CATOTA	WILLIAM	MATRON/A	44
IBARRA	HALTENHOFF	JACQUELINE	ENFERMERA	44
JARA	JAURE	AMPARO	TENS	44
MARDONES	RIVAS	MONICA	ODONTOLOGO	22
MUÑOZ	FERREROS	DANIELA SUBINA	PSICOLOGO	44
NAVARRO	JARA	ERICK	PSICOLOGO	44
PACHECO	AVILA	SERGIO	ODONTOLOGO	44
PEREZ	HERNANDEZ	MAURICIO EDO.	PSICOLOGO	44
PINTO	ALARCON	ALEJANDRA	ODONTOLOGO	44
PROTASOWICKI	IZQUIERDO	FRANCISCO	PSICOLOGO	44
QUINTEROS	INOSTROZA	ISABEL	ADMINISTRATIVO	44
RAMIREZ	HAVLICZEK	MERCEDES	ADMINISTRATIVO	33

ROMERO	LORENTZEN	WIMPER	PSICOLOGO	44
SABANDO	FRANULIC	VEZNA	ODONTOLOGO	33
SALAZAR	ALVAREZ	GEORGINA	TECNICO PARAMEDICO	44
SARAVIA	PASTEN	CLAUDIA	TECNICO PARAMEDICO	44
SENDRA	POLANCO	MARIA JOSE	PSICOLOGO	11
TORRES	CAMPOS	CAROL	PSICOLOGO	44
VALENZUELA	LEZANA	CAROLINA	ODONTOLOGO	44
VERGARA	SILVA	KATHERINE	ASISTENTE SOCIAL	44
VERGARA	REYES	MARIA JOSE	ASISTENTE SOCIAL	44
VERGARA	SANDOVAL	ERIKA	NUTRICIONISTA	33
FREDES	LOPEZ	FRANCISCO	ADMINISTRATIVO	44
MALDONADO	CASTRO	XIMENA	MEDICO	44
MATUS	CAÑETE	PAMELA	ENFERMERA	33
PALACIOS	OLIVARES	IRMA	TECNICO PARAMEDICO	44
PONCE	CANALES	PAULINA	KINESIOLOGO	44
REGATO	ARRATA	SUSANA	ODONTOLOGO	33
ROMERO	DIAZ	PATRICIA	ASISTENTE SOCIAL	44
ALVAREZ	YAÑEZ	CARLOS	CHOFER	44
ALVAREZ	LEIVA	BETZABE	TECNICO PARAMEDICO	44
ARACENA	GONZALEZ	ELSA INES	AUXILIAR DE SERVICIO	44
ASTORGA	CARMONA	ANDREA	QUIMICO FARMACEUTICO	44
BARRAZA	VEAS	EVELYN	ODONTOLOGO	44
BELLIDO	ZAMORA	MARCELO	CHOFER	44
BELTRAN	CATALDO	DANIELA	TECNICO PARAMEDICO	44
BRIONES	GUARIN	CESAR AUGUSTO	MEDICO	44
CABRERA	TORREJON	PAOLA	TECNICO PARAMEDICO	44
CAMPOS	MUÑOZ	CARMEN GLORIA	ENFERMERA	44
CHAFARIK	PIZARRO	PRISCILA EDITH	TENS	44
CIFUENTES	NECOCHEA	LORETO	TERAPEUTA OCUP.	44
CONTRERAS	VARGAS	MARIA ARACELI	TECNICO PARAMEDICO	44
CRUZ	RETAMAL	EVA CAROLINA	ASISTENTE SOCIAL	44
FARFAN	FARFAN	WILSON MANUEL	MEDICO	22
FIGUEROA	DONOSO	ROSSANNA	ADMINISTRATIVO	44
FISCHER	CANTO	ANA MARIA	PSICOLOGO	22
FREDES	ARANCIBIA	ESTER	ADMINISTRATIVO	44
GACITUA	VALENZUELA	MARCELA	TECNICO PARAMEDICO	44
GONZALEZ	LEON	LUIS RICARDO	KINESIOLOGO	44
GONZALEZ	PINARES	IVONNE	ADMINISTRATIVO	44
HERRERA	VILLALON	CINTHYA	TECNICO PARAMEDICO	44
HUENCHULLAN	GODOY	ESTEBAN	TECNOLOGO	44
JAMETT	TERRAZA	VICTOR	ODONTOLOGO	44
LIRA	BUSTOS	NORMA	ODONTOLOGO	33
LOPEZ	BUSTOS	SANDRA	KINESIOLOGO	33
LOPEZ	BOSQUE	SEBASTIAN	MEDICO	44
MADRID	DIAZ	ILSE	AUXILIAR DE SERVICIO	44
MARAMBIO	TAPIA	XIMENA BEATRIZ	ADMINISTRATIVO	33
MARTINEZ	GALAN	IRINA	MEDICO	44
MATURANA	FIGUEROA	KATTY ROMINA	TENS	44
MERCADO	SALINAS	EVELYN	TECNICO PARAMEDICO	44

MONDACA	HERRERA	BORIS	ADMINISTRATIVO	44
MURGUEITIO	NIEVES	ROSA	MEDICO	22
NAVARRO	CHACANA	FRANCISCO	TECNICO PARAMEDICO	44
NAVIA	HEVIA	BELGICA	TENS	44
NAVIA	HEVIA	MARIA ELENA	AUXILIAR DE SERVICIO	44
OLIVARES	TAPIA	GERARDO	AUXILIAR DE SERVICIO	44
OLMOS	LEIVA	BARBARA	TENS	44
ORTIZ	LIZANA	XIMENA	MEDICO	33
PEREIRA	ARANCIBIA	FABIOLA	TENS	44
PIZARRO	AGUILERA	RITA	TECNICO PARAMEDICO	44
QUIROZ	CASTRO	ANA MARIA	MEDICO	22
RAMIREZ	ARAVENA	LUCIA	MEDICO	33
RAMOS	CONTRERAS	MARIA	ADMINISTRATIVO	44
RIVERA	FERNANDEZ	DORIS	ADMINISTRATIVO	33
ROJAS	FIGUEROA	MARCELO	TECNOLOGO	44
ROJAS	ESPEJO	CAROLINA	KINESIOLOGO	44
SAAVEDRA	VARAS	TOMAS	ADMINISTRATIVO	22
SALVADOR	ALVAREZ	DANISSA	TENS	44
SAN JUAN	IBARRA	DINA PATRICIA	NUTRICIONISTA	44
SOLIS	CACERES	PAMELA MELISA	KINESIOLOGO	22
SOTOMAYOR	LIZANA	HUMBERTO	TECNICO PARAMEDICO	44
SUAREZ	OLIVARES	TAMARA	ADMINISTRATIVO	44
TAPIA	ANGULO	MARIELA	TECNICO PARAMEDICO	33
TOLEDO	OLIVARES	FABIOLA	KINESIOLOGO	44
VALENCIA	DIAZ	KAREN	ADMINISTRATIVO	44
VALENCIA	SEVERINO	CAROLA	KINESIOLOGO	33
VALENZUELA	CANALES	MARIA	TECNICO PARAMEDICO	44
VALENZUELA	PEREZ	MARIA JOSE	MEDICO	44
VARAS	JERIA	PABLO ANTONIO	TECNOLOGO	22
YAÑEZ	BAEZ	GONZALO	CHOFER	44
ZAMBRANO	TORRES	ROSA IVANA	ADMINISTRATIVO	44
AGUILERA	ARAYA	JOSE PAULO	TENS	44
AGUILERA	VILLALOBOS	NICOL JASMIN	TENS	44
ANDRADE	BRITO	SANDRA	ENFERMERA	44
ARANCIBIA	CORTES	GIOVANNA	TECNICO PARAMEDICO	44
ARAYA	MORALES	CARMEN ROSA	AUXILIAR DE SERVICIO	44
ASTORGA	CARDENAS	LEYLA	ASISTENTE SOCIAL	44
BERRIOS	AHUMADA	DANIELA	PSICOLOGO	33
CACERES	TORO	LUIS	CHOFER	22
CARRASCO	CORTES	LORETO	TECNICO PARAMEDICO	22
CASTILLO	CUEVAS	ALVARO	ASISTENTE SOCIAL	33
CIFUENTES	ZAVALA	MARIA A.	ADMINISTRATIVO	44
MANSILLA	MONTENEGRO	JULIO	ODONTOLOGO	22
MARTINEZ	HUERTA	NICOLE DEL R	TENS	22
MORENO	SEREY	CECILIA	ADMINISTRATIVO	44
NAVARRO	ZAMORA	JULIO ANDRES	NUTRICIONISTA	22
RUBINA	SILVA	CARROLL	TECNICO PARAMEDICO	44
SALLES	SOMARRIVA	MICHELY	MATRON/A	44
VILLARROEL	CISTERNAS	MARIA TERESA	AUXILIAR DE SERVICIO	44

YOUNG	CABALLERO	CRISTIAN	KINESIOLOGO	33
DONOSO	PEREZ	TOMAS	DISEÑADOR GRAFICO	44
MONTES	MILLAS	MIGUEL ANGEL	INGENIERO COMERCIAL	44
MORALES	FIGUEROA	ROSARIO	ADMINISTRATIVO	44
ROJO	MONTENEGRO	ELENA	ADMINISTRATIVO	44
SANCHEZ	VRSALOVIC	KATICA ANDREA	TEC. ADM. DE EMPRESA	44
SANTANDER	PONCE	VICTOR	INFORMATICO	44
SMITH	TARDEL	GUILLERMO	CHOFER	44
JELVEZ	RUZ	JAVIER ENRIQUE	CHOFER	44
MEZA	RODRIGUEZ	MARCELA	PSICOLOGO	44
ULLOA	ABURTO	MARIA CAROLINA	ADMINISTRATIVO	44
BASTIAS	CASTRO	LORENA	ADMINISTRATIVO	44
DEMUTH	BOZZO	FRITZ	INGENIERO EN SONIDO	44
LOBOS	OJEDA	ALEX	AUXILIAR DE SERVICIO	33
VARAS	CASTILLO	SANDRA	ASISTENTE SOCIAL	44
ANABALON	VIDELA	PAOLA ANDREA	ENFERMERA	44
CORTES	ARAYA	RUBEN	TECNICO PARAMEDICO	44
ESCOBAR	JIMENEZ	LUIS	AUXILIAR DE SERVICIO	44
ESPINDOLA	FERNANDEZ	MARIA CECILIA	TECNICO PARAMEDICO	44
JORQUERA	ARRIADO	ALICIA	TENS	44
ROJAS	MUÑOZ	MARITZA	ODONTOLOGO	44
SALGADO	MORALES	MIGUEL ANGEL	TECNICO PARAMEDICO	44
VALENCIA	FIGUEROA	EDICTA	ADMINISTRATIVO	44
AEDO	OLIVARES	GEORGINA	ADMINISTRATIVO	44
ARANCIBIA	GUZMAN	MARIA CRISTINA	ADMINISTRATIVO	44
BARRALES	REYES	SANDRA	MATRON/A	44
BARRAZA	GALVEZ	YORDANA	TECNICO PARAMEDICO	44
BRITO	VELIZ	ANA MARIA	ENFERMERA	44
CANALES	PACHECO	MIRIAM	TECNICO PARAMEDICO	44
CARTE	CONTRERAS	ROSA	TECNICO PARAMEDICO	44
CARVAJAL	CABALLERO	SOFIA	PSICOLOGO	33
CASTILLO	FUENTES	JUANA	TENS	44
CASTILLO	GONZALEZ	LORENA DEL C	TECNICO PARAMEDICO	44
CHACANA	ZAMORA	GLADYS	ADMINISTRATIVO	44
CORAZANIS	RIVEROS	MARCELA	TECNICO PARAMEDICO	44
CORTES	PINO	MARIA	MATRON/A	44
DIAZ	AMECHAZURRA	CARMEN	ASISTENTE SOCIAL	44
FERNANDEZ	PENROZ	JOAQUIN	MATRON/A	44
GALLO	ORREGO	MARGARITA	TECNICO PARAMEDICO	44
GALVEZ	OCARANZA	ZAHIRA TERESA	MEDICO	44
GODOY	VICENCIO	MARIA ANGELICA	MATRON/A	44
GONZALEZ	RUIZ	VERONICA	TECNICO PARAMEDICO	44
HERNANDEZ	MONTENEGRO	MARCELA	ADMINISTRATIVO	44
KASIS	BERNAL	LUIS	AUXILIAR DE SERVICIO	44
LY	FREDES	PATRICIA	ODONTOLOGO	33
MILLA	CASTILLO	CARMEN LISETTE	NUTRICIONISTA	44
MONTENEGRO	ASTUDILLO	TATIANA	TECNICO PARAMEDICO	44
MORALES	AGUILERA	SOLANGE	TENS	44
MUÑOZ	MARTINEZ	CHARLES JAIME	AUXILIAR DE SERVICIO	44

MUÑOZ	PONCE	ROSA	MATRON/A	44
NUÑEZ	CAMPOS	MARTA	TECNICO PARAMEDICO	44
OSORIO	LARA	ESTER	TECNICO PARAMEDICO	44
PEREZ	AVALOS	TERESA	TENS	44
PONCE	QUIROZ	SEGUNDO	ADMINISTRATIVO	44
RIQUELME	AGUILERA	NELSON	AUXILIAR DE SERVICIO	44
RODRIGUEZ	LOBOS	MARGARITA	ENFERMERA	44
SAAVEDRA	SILVA	MARIA ADELAIDA	ENFERMERA	44
SEPULVEDA	GOMEZ	ROSA	TECNICO PARAMEDICO	44
SUAREZ	LAGO	RAMON VIRGILIO	MATRON/A	44
TRONCOSO	GONZALEZ	MAYBETH	ADMINISTRATIVO	44
VALENZUELA	ACOSTA	CARMEN	ENFERMERA	44
VILLARROEL	BERRIOS	RICARDO	AUXILIAR DE SERVICIO	44
CISTERNAS	QUILABRAN	FRANCIA	TECNICO PARAMEDICO	44
OLIVARES	VIDELA	MARCIA	TECNICO PARAMEDICO	44
PAREDES	HERNANDEZ	CARMEN	MATRON/A	22
PUNTES	WASAFF	FERNANDO	MEDICO	22
RODRIGUEZ	ZAVALA	CLAUDIO	ADMINISTRATIVO	44
SAEZ	MOLINA	CLAUDIA	TECNICO PARAMEDICO	44
TORRES	OLIVARES	MIGUEL	AUXILIAR DE SERVICIO	44
TRONCOSO	PAEZ	VIRGINIA	TENS	44
ADASME	SOTO	ELIZABETH	TENS	44
AGUILAR	FREDES	CATALINA	TENS	44
AGUILERA	CASTRO	MIREYA	ADMINISTRATIVO	44
AHUMADA	ORELLANA	MARINA	TECNICO PARAMEDICO	44
BASAURE	ARANEDA	HERTA ROSA	MEDICO	44
CAMPOS	SUAZO	XIMENA	NUTRICIONISTA	44
CORTES	DIAZ	HERNAN	AUXILIAR DE SERVICIO	44
DOLMECHS	ARAVENA	CRISTINA	ADMINISTRATIVO	33
ESPINOSA	GUTIERREZ	BLANCA KARINA	TECNICO PARAMEDICO	44
FERNANDEZ	VARGAS	ZUNILDA	TENS	44
FLORES	ARANCIBIA	LUISA	ADMINISTRATIVO	44
GUZMAN	HERRERA	MARGARITA	ADMINISTRATIVO	44
LARA	CHACANA	CLAUDIA	TECNICO PARAMEDICO	44
MADERO	HERNANDEZ	MOISES	MEDICO	44
MAZUELA	TAPIA	JOSE MIGUEL	CHOFER	44
MENDOZA	CEDEÑO	XAVIER	MEDICO	44
MORALES	SUAZO	ALICIA	TENS	44
OLGUIN	AVILA	CLAUDIA	KINESIOLOGO	44
OYANADEL	MIRANDA	ANTONIO	TECNICO PARAMEDICO	44
PEREZ	SAN MARTIN	CARLOS	AUXILIAR DE SERVICIO	44
PINO	RODRIGUEZ	MARIA	TECNICO PARAMEDICO	44
PIZARRO	COROMINAS	CLAUDIA	TENS	44
PONCE	HORMAZABAL	ISIDRO RICARDO	CHOFER	44
QUINTANA	CAMPILLAY	ORIANA	ADMINISTRATIVO	44
REAL	IRRIBARRA	WALESKA	MEDICO	44
RETAMALES	GOMEZ	HAYDEE	TECNICO PARAMEDICO	44
RIVEROS	VALDES	JOSE	TECNICO PARAMEDICO	44
RODRIGUEZ	OLEA	VIVIANA	ADMINISTRATIVO	44

RODRIGUEZ	OLEA	YASNA	TECNICO PARAMEDICO	44
SAAVEDRA	MORAN	ALBERTO	CHOFER	44
SAN MARTIN	ALVAREZ	ALFREDO	MEDICO	44
SILVA	ESTAY	JOSE	MEDICO	33
SILVA	ESPINOZA	MARIA	TECNICO PARAMEDICO	44
SOLERVICENS	MORTARA	SANDRA	ODONTOLOGO	44
TAPIA	CASTRO	HILDA ROSA	MEDICO	33
TAPIA	NOVOA	ROSA IRIS	TECNICO PARAMEDICO	44
VARGAS	TAGLE	FABIANO	ADMINISTRATIVO	44
VIELMA	ARANCIBIA	WILSON	AUXILIAR DE SERVICIO	44
CARMI	ASSADI	MARIA TERESA	ODONTOLOGO	33
CHACANA	GONZALEZ	ALICIA	TENS	44
CUBILLOS	JAURE	ALINE	TECNICO PARAMEDICO	44
FERNANDEZ	ARAVENA	MARGARITA	AUXILIAR DE SERVICIO	44
HERRERA	FERNANDEZ	MANUEL	AUXILIAR DE SERVICIO	44
INSUASTI	SOTO	DANIEL	MEDICO	44
JIMENEZ	OLIVARES	VILSIA	TENS	44
TAPIA	CORREA	PATRICIA	TECNICO PARAMEDICO	44
TORO	TRIGO	KATIA	ADMINISTRATIVO	44
AGUILAR	CABALLERO	ANA MARIA	ADMINISTRATIVO	44
ALVARADO	MIRIC	VICTOR	ASISTENTE SOCIAL	44
ARANCIBIA	CANTILLANA	VIVIANA	TECN.ADMIN.DE EMPRESA	44
CANEO	OLIVARES	VERONICA	ADMINISTRATIVO	44
CARVAJAL	VILLEGAS	JACKELINE	ADMINISTRATIVO	44
CARVAJAL	TAPIA	MAURICIO	CONTADOR	44
LEIVA	PONCE	ENZO	ADMINISTRATIVO	44
LIRA	MENDIGUREN	PABLO	ODONTOLOGO	44
MATURANA	DONOSO	CLAUDIA	PSICOLOGO	44
MONTALVAN	SANTANA	ROSA	ADMINISTRATIVO	44
VALDZ	DURAN	MAGDALENA	ADMINISTRATIVO	44
VERA	SUAZO	LUIS FERNANDO	ADMINISTRATIVO	44
ARAVENA	RAMIREZ	ADRIANA	ADMINISTRATIVO	44
CALDERON	CAVIERES	DORIS	ADMINISTRATIVO	44
DIAZ	ESCUDERO	BEATRIZ	ADMINISTRATIVO	44
DIAZ	RODRIGUEZ	VIRNA	ADMINISTRATIVO	44
FLORES	BERMUDEZ	JAQUELINE	ADMINISTRATIVO	44
NEIRA	CONTRERAS	VICTOR	ASISTENTE SOCIAL	44
RODRIGUEZ	ARREDONDO	JOSE MANUEL	ADMINISTRATIVO	44
SILVA	FIGUEROA	CARMEN GLORIA	ADMINISTRATIVO	44
VASQUEZ	GUTIERREZ	MARIA	ADMINISTRATIVO	44

