



saludquillota



saludquillota

Red Municipal de Centros de Salud

PLAN DE SALUD 2011



www.saludquillota.cl

INTRODUCCION

Al igual que en otras ocasiones, la comuna de Quillota cumple con la entrega de su plan de salud anual en el marco de la disposición legal, que para esos efectos, está contenida en el estatuto de atención primaria de salud.

Para una comuna que ha tratado de actuar con coherencia y responsabilidad frente a tan importante tarea cual es, administrar la política de atención primaria de salud ministerial, pero que entiende que esta misión no se agota en ese exclusivo desafío, sino que presenta una oportunidad para contribuir con el gobierno comunal y su estrategia de desarrollo local; este plan espera dar continuidad a las líneas principales de nuestra gestión y hacerse cargo de los nuevos desafíos sanitarios para la década.

El plan respalda la diversidad de iniciativas que se desarrollan dentro del marco de nuestra gestión. También se sustenta en una administración financiera que da sustento a las exigencias ministeriales y a los énfasis asociados a los distintos establecimientos y a la gestión de los recursos humanos.

Se asegura el respaldo en la definición del plan al crecimiento y complejidad de la labor de APS que a nivel nacional se ha experimentado en los últimos años, con los nuevos programas Ministeriales y con la mayor inversión en APS.

Creemos que todo lo anterior es factible de alcanzarlo por cualquier comuna que como nosotros toma esta tarea con los mismos grados de entusiasmo y responsabilidad. Pero además se requiere grados de innovación para hacerla también una labor de excelencia que además de lograr efectos sanitarios, dignifique a quienes la ejercen y sobre todo, dignifique a quienes va dirigida. Como si con ello definiéramos un esfuerzo por construir una nueva salud... la salud del ser, a diferencia del tener más salud, alineándonos así de acuerdo a nuestro entender, con la aspiración municipal de lograr la felicidad del ser humano, por sobre el logro de mejorar la calidad de vida.

Esperamos que un nuevo plan de salud nos permita alcanzar los desafíos programáticos contenidos en él y exigidos por la normativa ministerial. También esperamos reeditar en este nuevo año de labor, los grandes momentos que han dado identidad y satisfacción a todos quienes somos parte de "Salud Quillota", la red municipal de centros de salud.

VICTOR ALVARADO MIRIC
Director Departamento de Salud

DATOS ADMINISTRATIVOS

Institución : Departamento de Salud Ilustre Municipalidad de Quillota

Dirección : Clorindo Véliz N° 520 – Villa México, Quillota

Teléfono : 296200 Fax : 296215

E-mails : victor.alvarado@salud.quillota.cl
difusiondds@gmail.com

Alcalde : Dr. Luis Mella Gajardo

Concejales : Fernando Puentes Wasaff
Victor Vergara Flores
José Rebolar Rios
Maria Baeza Hermosilla
Mauricio Avila Pino
Alejandro Villarroel Castillo

Director Departamento de Salud : Victor Alvarado Miric

Jefa Recursos Humanos : Claudia Maturana Donoso

Jefe Área de Programación y
Gestión Clínica : Dr. Pablo Lira Mendiguren

Jefa Área Gestión de Admisión : Viviana Arancibia Cantillana

Encargado de Finanzas : Mauricio Carvajal Tapia

Direcciones de Centros de Salud Urbanos:

Cardenal Raúl Silva Henríquez	:	Ramón Suárez Lago
E-mail	:	ramon.suarez@saludquillota.cl
Teléfonos	:	319788 – 319757 – 310160
Dr. Miguel Concha	:	Dr. Xavier Mendoza Cedeño
E-mail	:	xavier.mendoza@saludquillota.cl
Teléfonos	:	291286 - 291287
CECOF Cerro Mayaca	:	Paulina Vera Zamora
E-mail	:	paulina.vera@saludquillota.cl
Teléfonos	:	315270 - 294720

Direcciones de Centros de Salud Rurales:

Boco	:	Paola Anabalón Videla
E-mail	:	paola.anabalon@saludquillota.cl
Teléfonos	:	312001 – 294886
La Palma	:	Dra. Ximena Maldonado Castro
E-mail	:	Ximena.maldonado@salud.quillota.cl
Teléfonos	:	312210 – 294774 – 294765
San Pedro	:	Leyla Astorga Cárdenas
E-mail	:	leyla.astorga@saludquillota.cl
Teléfonos	:	318728 – 310575

Encargados de Establecimientos:

Plataforma de Gestión Familiar	:	Victor Neira Contreras
E-mail	:	victor.neira@saludquillota.cl
Teléfono	:	313632 – 315927
Centro de Promoción de la Salud y la Cultura	:	Sandra Varas Castillo
E-mail	:	sandra.varas@saludquillota.cl
Teléfono	:	318384



Centro de EMERGER	:	Constanza Villaseca Tesser
E-mail	:	constanza.villaseca@saludquillota.cl
Teléfono	:	257577
Casa de Acogida del Cáncer	:	Marcela Meza Rodríguez
E-mail	:	marcela.meza@saludquillota.cl
Teléfono	:	268856



saludquillota

Red Municipal de Centros de Salud



REALIDAD COMUNAL

saludquillota

Red Municipal de Centros de Salud



www.saludquillota.cl

1.- DESCRIPCIÓN GEOGRÁFICA:

Localización Político - Geográfica:

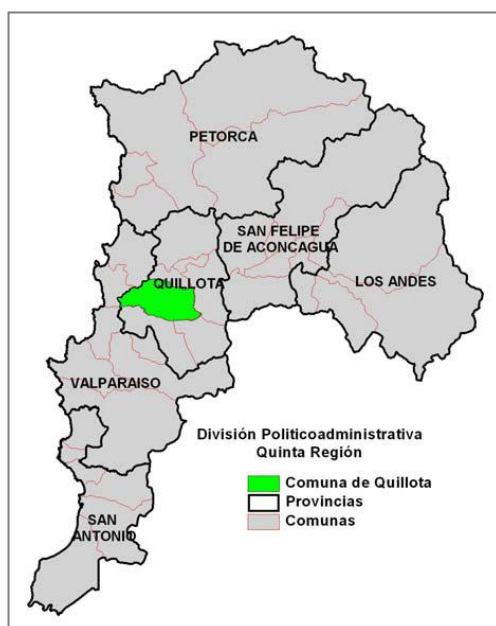
La comuna de Quillota se ubica en el paralelo 32° 54' de latitud sur y el meridiano 71° 16' de longitud Oeste, sobre la cuenca del Río Aconcagua en el tramo en que este río corre de Norte a Sur, antes de desviar su curso hacia el mar, desembocando en las cercanías de la localidad de Concón.

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

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

Administrativamente, la comuna de Quillota es parte de la provincia del mismo nombre en conjunto con las comunas de La Cruz, La Calera, Nogales, Hijuelas, Limache y Olmué, siendo además su cabecera provincial.

La Provincia de Quillota, a su vez, es parte de la V Región de Valparaíso, conformada también por las provincias de San Antonio, Valparaíso, Petorca, San Felipe, Los Andes e Isla de Pascua, tal como se muestra en la siguiente imagen.



División Político Administrativa Quinta Región

Los límites del territorio comunal son los siguientes:

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

2.- ANÁLISIS DEMOGRÁFICO

2.1.- ANÁLISIS DEMOGRÁFICO BÁSICO

De acuerdo a los datos recolectados por el Censo de Población y Vivienda del año 2002 del Instituto Nacional de Estadísticas (INE), la comuna posee una superficie de 302 km² y una población de **75.916 habitantes**, de los cuales 37.191 son mujeres y 38.725 hombres.

En el contexto regional, la comuna de Quillota corresponde a la sexta más poblada de la región con un 4,93% del total de población de la Quinta región, ubicada tras Viña del Mar (18,63%); Valparaíso (17,92%); Quilpué (8,35%); Villa Alemana (6,2%) y San Antonio (5,6%).

De la totalidad de habitantes de la comuna un 13,03% (9.891 habitantes) corresponde a población rural y un 86,97% (66.025 habitantes) a población urbana, cifras inferiores respecto a la realidad regional, donde el porcentaje de población urbana alcanza a un 91.56%.

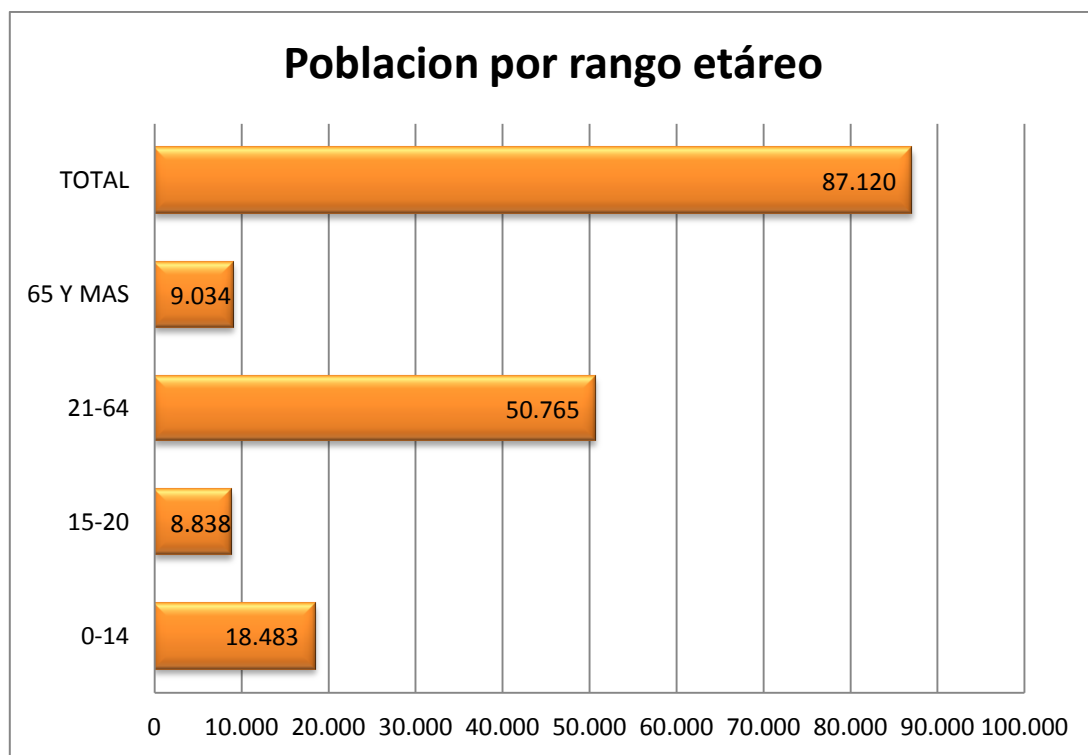
Respecto de la composición por sexo, el índice de masculinidad a nivel comunal es 96 hombres por cada 100 mujeres, cifra muy similar a la que se observa en la región (95 hombres por cada 100 mujeres).

Considerando datos obtenidos a través del Reporte Estadístico Comunal (INE 2008) la distribución por grupos etáreos, muestra una mayor concentración en la población adulta – adulta mayor. Los adultos mayores comunal a nivel comunal representan un 9.6% del total de la población, lo que da cuenta de un proceso de envejecimiento poblacional progresivo, con las implicancias sanitarias que esto conlleva en el manejo de ciertas patologías y en el enfrentamiento de este nuevo escenario epidemiológico.

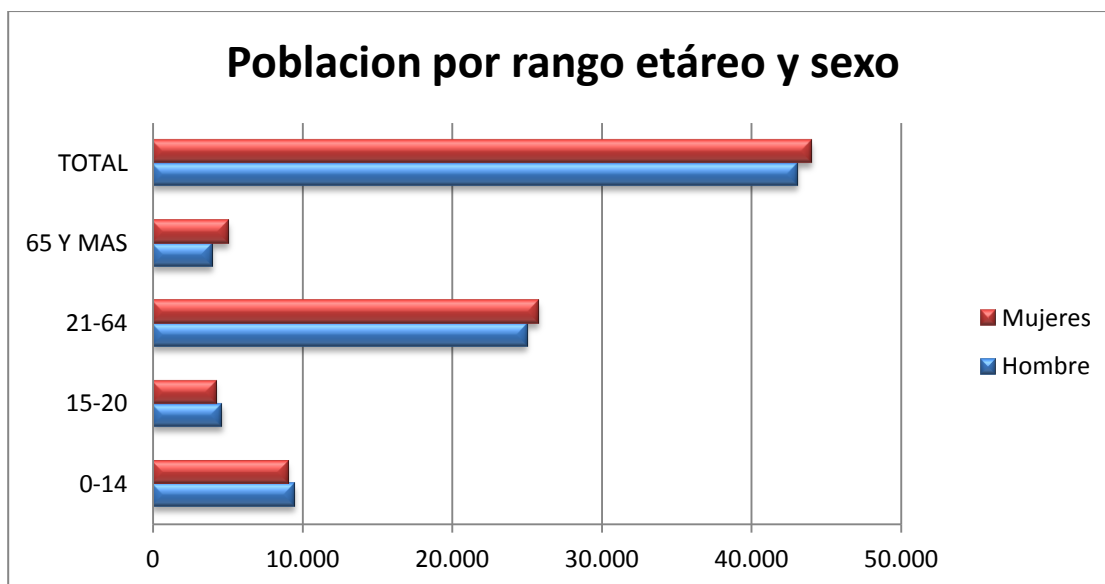
El siguiente gráfico muestra la distribución porcentual por grandes grupos etáreos a nivel comunal:

GRAFICO Nº 1:

- Distribución por grupos etáreos:



INE, PROYECCIONES 2010-2020



INE, PROYECCIONES 2010-2020

Un complemento a la información anterior, se extrae desde la pirámide poblacional de la comuna, donde se observa claramente la tendencia al envejecimiento poblacional. Dentro de los aspectos relevantes que se aprecian en la pirámide, es la verticalización de su base y el mayor número de población de la tercera edad.

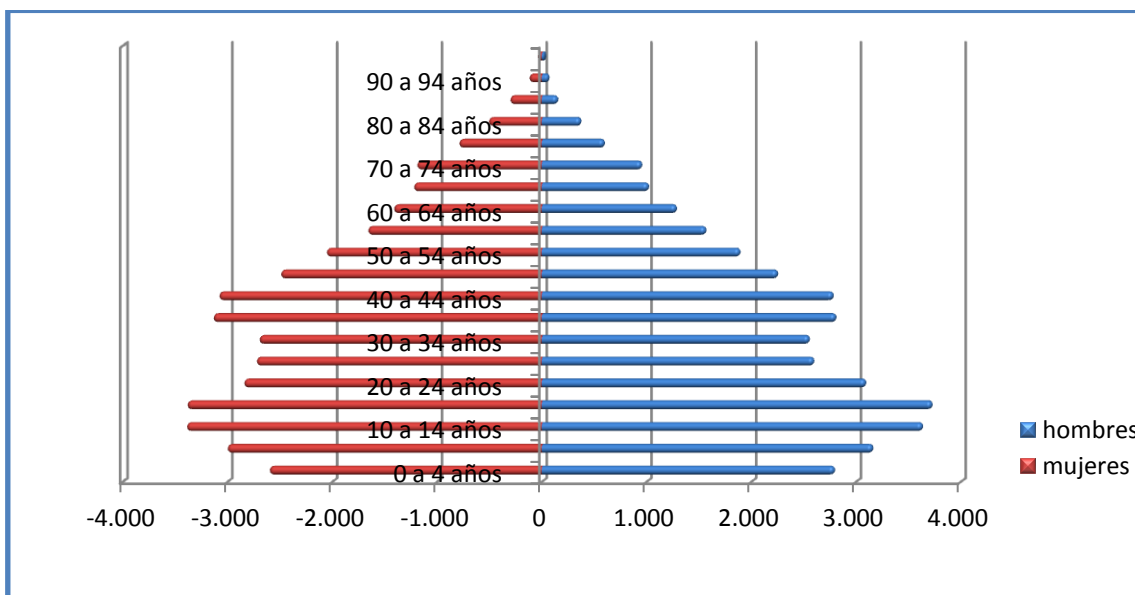
Haciendo un análisis comparativo con la Pirámide Poblacional 1992, al año 2002, se observan cambios significativos en la estructura por edades de la población comunal, reflejando una población en transición, con una tasa de natalidad que decrece notoriamente en tanto el crecimiento que se observa en el rango 14 y 19 años corresponde al crecimiento de los niños de 0 a 9 identificados en el censo 1992. En cuanto a la población mayor, esta aumentó en un 32% respecto de la población de igual edad (mayor de 65) contabilizada en el censo de 1992.

Esta tendencia no es extraña, sino que es análoga a la observada en la pirámide poblacional de todo el Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota, y que se repite y acentúa especialmente en las ciudades con mayores niveles de desarrollo.

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

GRAFICO N° 2:

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



Fuente, Censo 2002, INE.

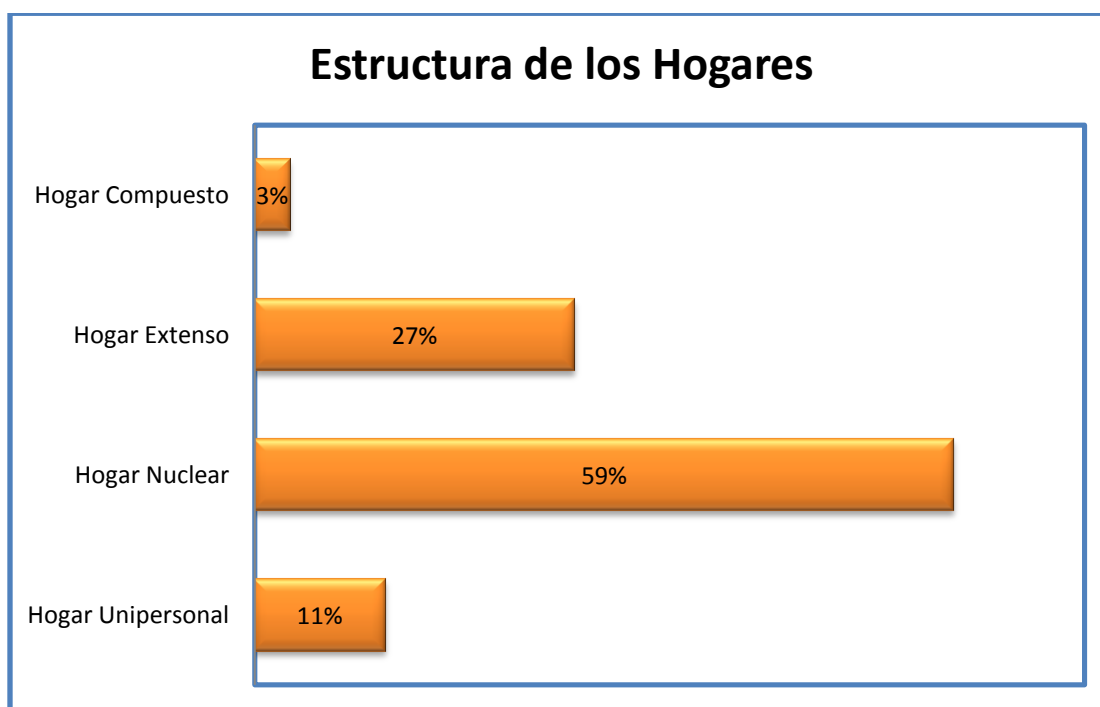
Algunos datos relevantes extraídos del CENSO 2002 y que contextualizan la realidad comunal se puede resumir:

- El índice de dependencia de la comuna corresponde a 51,8, personas inactivas por cada 100 activas. Cifra menor que la reflejada por el censo del 92 que alcanzaba las 59,5 personas inactivas por cada 100 personas activas.
- Respecto del índice de vejez este refleja que hay 40 mayores de 65 por cada 100 menores de 15 años. (La cifra según el censo de 1992 correspondía a 29 mayores de 65 por cada 100 menores de 15 años).
- Conforme el censo del 2002 las viviendas contabilizadas llegaban a 21.966, de las cuales 1.698 correspondían a unidades nuevas (deshabitadas), lo que da un total de 20.268 viviendas ocupadas efectivamente.
- Respecto de los hogares, el censo del 2002 contabilizó 21.177:
 - ✓ El promedio de personas por vivienda alcanza a 3,75 ppv (personas por vivienda).
 - ✓ El promedio de personas por hogar es de 3,58 pph (personas por hogar).
 - ✓ El promedio de hogares por vivienda alcanza a 1,04 hpv (hogares por vivienda).



- Al analizar la **Estructura de los hogares**, (mediante procesamiento de las cifras del censo 2002 con Redatam) se observa que en Quillota existe un claro predominio de hogares nucleares, vale decir aquellos conformados por un núcleo familiar (58,70%), por su parte los hogares unipersonales corresponden al 11,29% del total de hogares. Los hogares extendidos; vale decir, aquellos que se componen de un hogar nuclear y otras personas emparentadas con el jefe de hogar son el 26,5% de los hogares de la comuna. Finalmente los hogares compuestos, es decir, aquellos formados por un hogar nuclear o extendido y otras personas no emparentadas con el jefe de hogar; o personas que viven juntas sin parentesco entre sí corresponden a un 3,49% de los hogares de la comuna, tal como se visualiza en el gráfico siguiente.

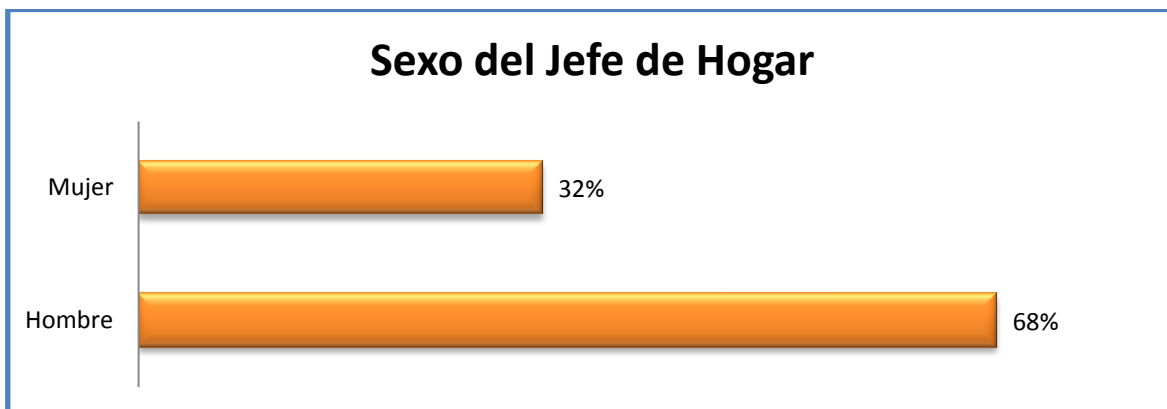
GRAFICO Nº 3:



Al considerar el **Sexo del jefe de hogar**, en la comuna de Quillota, el 31,73% de los hogares cuentan con jefa de hogar. De estas, es notorio el porcentaje de viudas (21,08%), en tanto que las casadas corresponden al 22,41% y las separadas al 16,69%.

Algunos datos específicos y que complementan la información anterior, dicen relación con el promedio de edad del jefe de hogar; para los hombres es de 50.2 años y para las mujeres de 56.15 años. El promedio de edad comunal es de 53.42 años. En todos los promedios estos son mayores que el regional. De acuerdo a la CASEN 2006 al sexo del jefe de hogar el 66.1% son hombres y el 33.9% mujeres, porcentajes que no han variado significativamente desde el CENSO 2002.

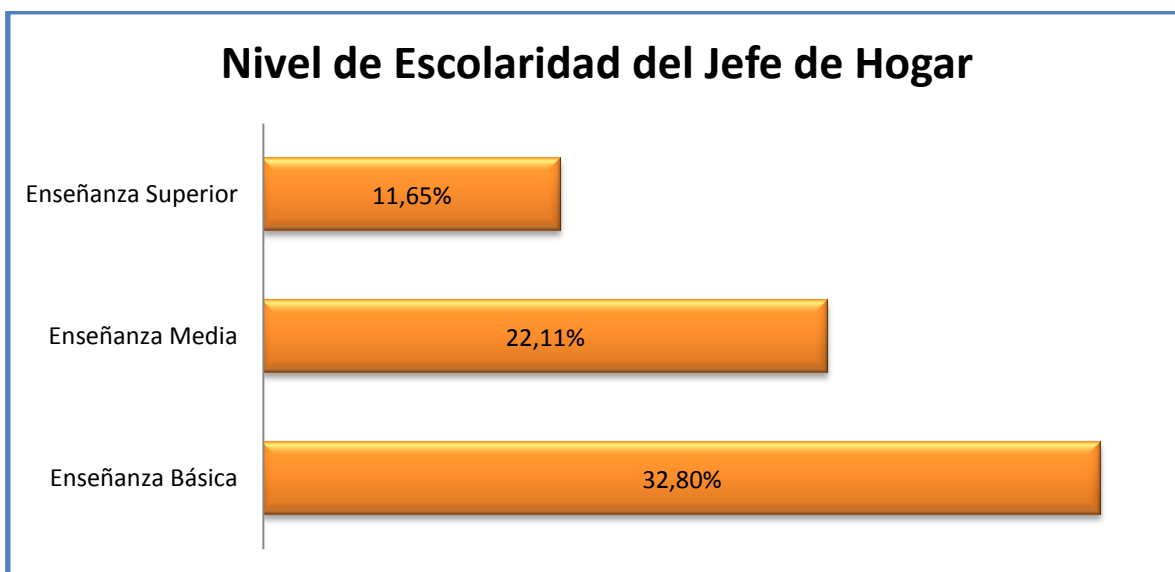
GRAFICO N° 4:



- Respecto del **Nivel de educación del jefe de hogar**, los datos del censo del 2002 indican que en la comuna de Quillota predominan hogares cuyos jefes poseen enseñanza básica (32,8%), seguido de aquellos hogares cuyos jefes han cursado enseñanza media (26,11%). Respecto de la enseñanza universitaria, el 11,65% a cursado estudios superiores.

Al analizar las cifras de nivel de educación del jefe de hogar por sexo de las mujeres jefas de hogar el 36,94% tiene estudios primarios o básicos, en tanto que un 23,85% tiene estudios de enseñanza media y el 8,24% a cursado estudios universitarios.

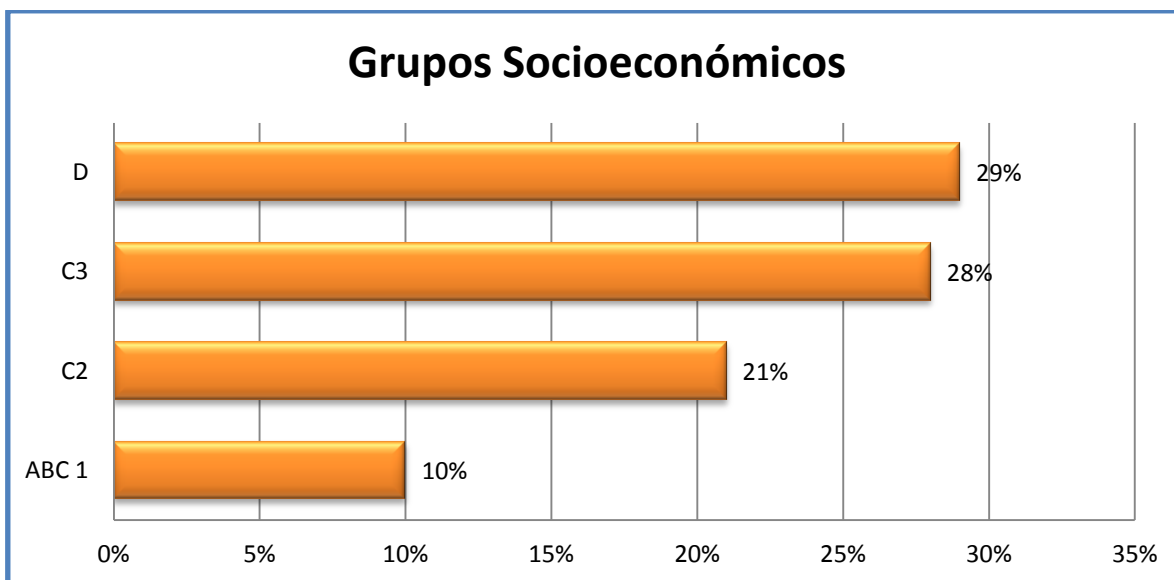
GRAFICO N° 5:





- La **composición de hogares por Grupo Socio Económico (GSE)**, indica que el mayor porcentaje de hogares se ubica en el GSE D (29%), en tanto que los hogares del GSE ABC1 alcanzan el 10%.

GRAFICO N° 6:

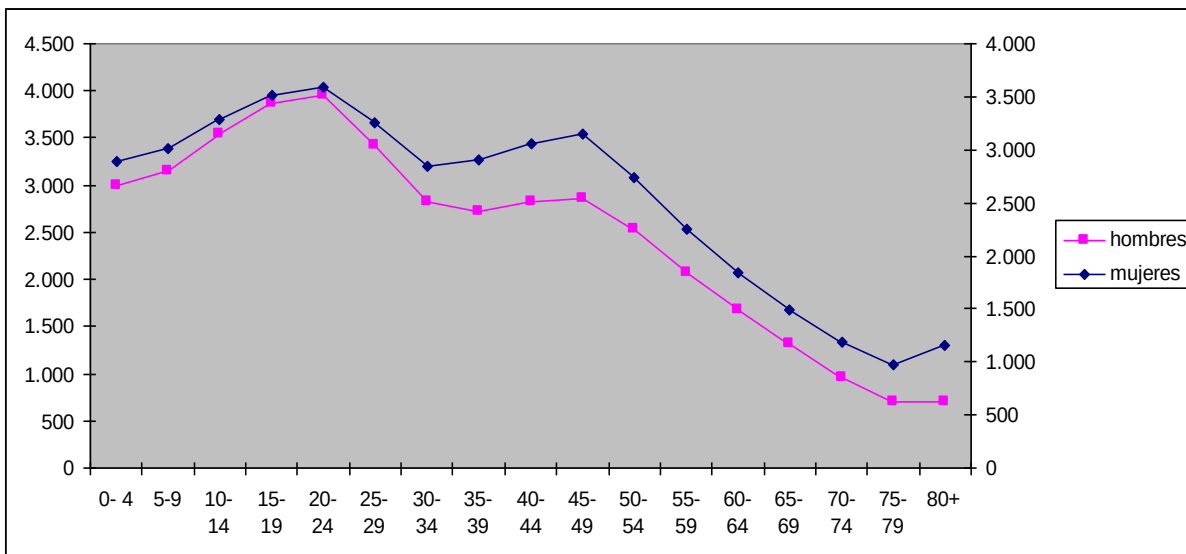


Conforme las estimaciones del INE, la comuna de Quillota, al 30 de Junio del año 2009 habría alcanzado los 86.160 habitantes, en tanto que al año 2012 (próximo censo) se proyectan 88.803 habitantes. Al comparar las proyecciones realizadas con las cifras alcanzadas en los últimos 2 censos se observa que las cifras estimadas se encuentran por sobre las cifras reales, así para el año 1992, se estimó un 1,4% más de población que la cifra alcanzada por el censo. Para el año 2002, el porcentaje se elevó a 4,2%.



GRAFICO Nº 7:

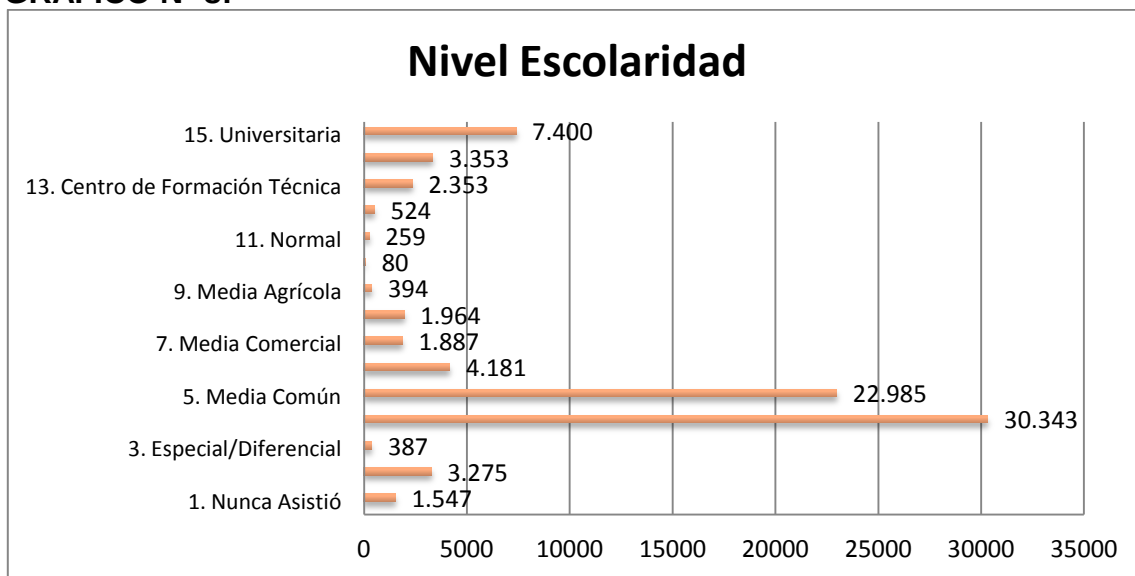
- Proyeccion Poblacion por edad y sexo (INE 2008)



Fuente; INE, 2008.

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

GRAFICO Nº 8:



INE, PROYECCIONES 2010-2020

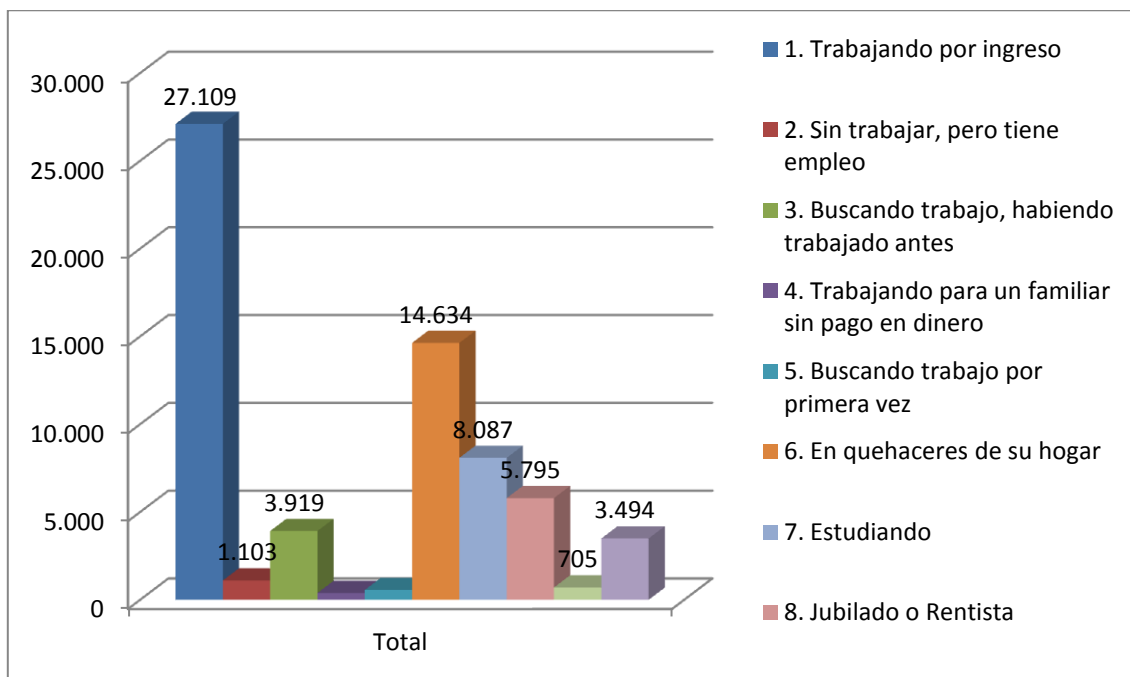
Respecto al nivel de escolaridad de la población, esta muestra una concentración de personas con nivel básica incompleta (29,3%).

Como información adicional obtenida a través de la **Casen 2006** y el reporte estadístico comunal **INE 2008**, el promedio de escolaridad en hombres es de 10.17 años y en la mujer de 10.09 años, ambos levemente inferiores al promedio regional. Respecto a la tasa de analfabetismo alcanza a un 2.9, inferior al dato regional y nacional.

Complementando lo anterior, de acuerdo a la información CASEN 2006, la cobertura de educación básica es de 99.6% y de enseñanza media de un 95.3%.

GRAFICO Nº 9:

CATEGORIA OCUPACIONAL 1



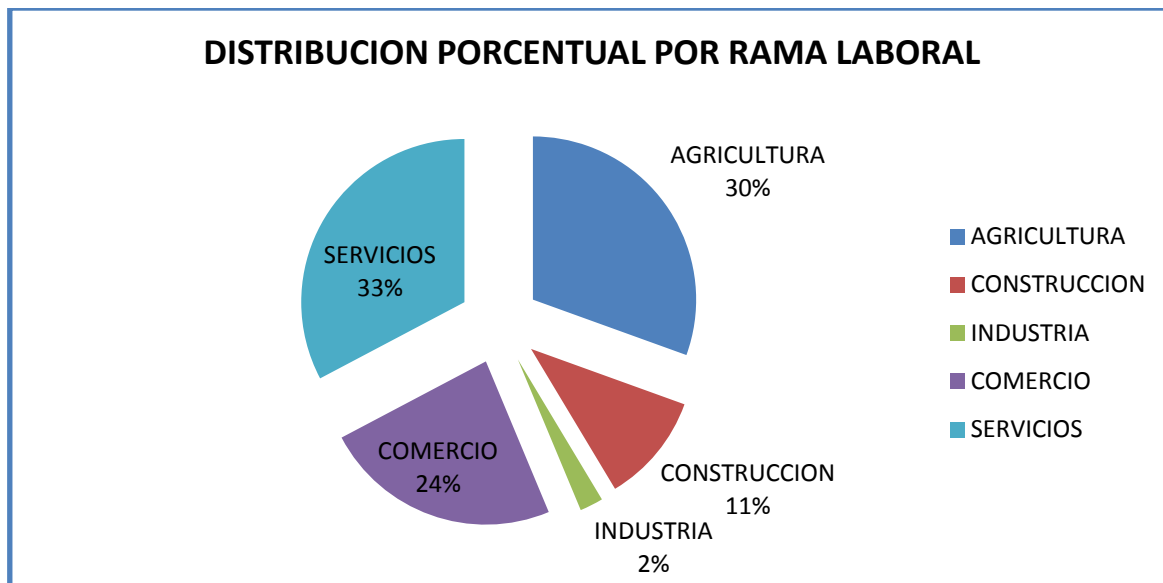
INE, PROYECCIONES 2010-2020

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

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

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

GRAFICO N° 10:

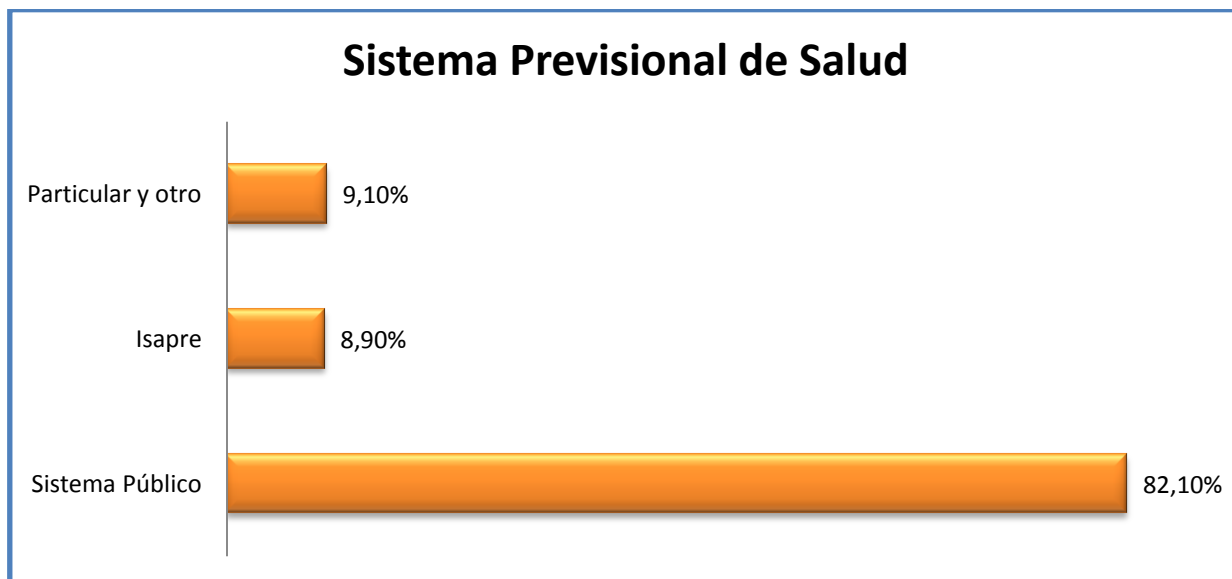


Fuente: Ficha de Protección Social, Dideco 2009

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



GRAFICO N° 11:



De acuerdo del reporte estadístico comunal INE 2008, la mayor concentración de personas de nuestra comuna se encuentra afiliada al sistema Público, siendo por tanto beneficiarios de nuestro sistema comunal de salud. Los porcentajes de afiliación al sistema público son mayores que a nivel nacional (77.9%)

2.2 POBLACIÓN COMUNAL DEPENDIENTE DE LA RED DE ATENCIÓN PRIMARIA MUNICIPAL

Establecimiento	Total de población estimada (según per cápita) 2007	Total de población estimada (según per cápita) 2008	Total de población estimada (según per cápita) 2009	Total de población estimada (según per cápita) 2010	Total de población estimada (según per cápita) 2011
Dr. Miguel Concha	23.965	36.472	35.973	39.968	41.976
Cardenal Silva H.	24.929	29.655	28.578	29.803	28.316
San Pedro	4.680	5.354	5.189	5.782	5.889
La Palma	3.951	3.641	3.484	3.758	3.870
Boco	2.894	2.795	2.676	2.860	2.890
Total	60.449	77.917	75.900	82.171	82.941



3- NIVEL DE DESARROLLO:

3.1- EQUIDAD Y SATISFACCIÓN DE NECESIDADES:

3.1.1.- Análisis de la Pobreza e Indigencia:

a) Evolución de la pobreza e indigencia:

Quillota, se encuentra entre las 7 comunas a nivel regional que presentan una población bajo la línea de pobreza sobre las diez mil personas (Viña del Mar, Valparaíso, San Antonio, Villa Alemana, Quilpué, San Felipe y Quillota). Estas comunas concentran el 66,8% de la población bajo la línea de pobreza regional, sin embargo, al hacer el análisis de las tres últimas encuestas CASEN (1998, 2000, 2003, 2006) éste da cuenta que la comuna ha experimentado un importante avance en la reducción de la pobreza entre los años 1998 y 2006.

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

	Pobreza General		Indigente		Pobre no Indigente	
	N°	%	N°	%	N°	%
Casen 1998	17.719	24.1%	2.214	3%	15.505	21.1%
Casen 2000	--	17.9%	--	3.3%	---	12.9%
Casen 2003	15.934	19.4%	2.589	3.2%	12.845	16.1%
Casen 2006	11.447	14%	945	1.2%	10.502	12.9%
Casen 2009	--	14.4%	--	--	--	--

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

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

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

Fuente: Mideplan Casen 2006.

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

- La pobreza general se ha reducido considerablemente en el lapso de ocho años. En 1998, ésta ascendía al 24.1 % de la población, mientras que en 2006 alcanzó un 14%, es decir, disminuyó en un 9.2%.
- Desagregando la pobreza general, se observa un comportamiento distinto entre la pobreza no indigente y la indigencia.
- La indigencia aumenta entre los años 1998 y 2003 (0.2 puntos porcentuales) disminuyendo posteriormente entre los años 2003 y 2006 (2 puntos porcentuales), mientras que la pobreza no indigente mantiene un ritmo de descenso permanente, disminuyendo en 8.2 puntos porcentuales, entre los años 1998 y 2006.
- Finalmente, es necesario establecer, a nivel de hipótesis, cuáles serían los factores explicativos de la disminución de la pobreza, considerando el contexto local y nacional en que ocurre este fenómeno.
- Por otro lado, la indigencia tuvo una disminución sostenida durante el período considerado. Esta situación puede explicarse porque las autoridades a nivel nacional y local han privilegiado los sectores más pobres de la sociedad para focalizar recursos, lo que ha permitido que, a pesar de las fluctuaciones de economía local y nacional, la tendencia general haya sido la disminución de la población indigente. A esto se suma la incorporación del Sistema de Protección Chile Solidario, focalizando su intervención a los sectores de extrema pobreza o indigencia de nuestra comuna, contando a la fecha con 1.669 familias intervenidas por el programas en las 56 condiciones mínimas que éste establece.
- Respecto a los resultados de la Encuesta CASEN 2009, si bien no se cuenta con los resultados comunales, dentro de los detalles más significativos, se corroboró una disminución en el porcentaje de la población bajo la línea de la pobreza a nivel regional, que llegó al 15%, lo que significa que 202.201 personas viven cada mes con menos de 64.134 pesos. Sin embargo, se estimó que 59.933 habitantes de la región (3,4%) están bajo la línea de la indigencia, o sea, sobreviven con menos de 32.067 pesos cada 30 días, una cifra que superó los índices de la anterior medición, en el 2006.
- De acuerdo a datos de la Seremi de Planificación, en pocas comunas de la región hubo aumentos elevados en el porcentaje de personas bajo la línea de pobreza, en la comuna de Quillota la pobreza aumentó en algunas décimas, de 14 a 14,3%.

b) Territorialidad de la Pobreza:

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

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

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

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

Otra estrategia de superación de la pobreza es la incorporación del Sistema Chile Solidario – Programa Puente, que desde el año 2002 trabaja con familias en extrema pobreza de la comuna. A la fecha se encuentran intervenidas 2100 familias en el Programa Puente.(Información JUIF Comuna de Quillota 2010).

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



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

Nº Unidad Vecinal	Nombre	Poblaciones	Tipo	Nivel de Vulnerabilidad
3	Centauro	Pedro Aguirre Cerda Rebolar	Urbana	Vulnerabilidad en vivienda.
4	Estación	Ariztia	Urbana	Alta concentración de adultos mayores
5	Cerro	Michimalongo Molinales Molinare Aconcagua Norte Progreso y Desarrollo Las Praderas El Peumo Oscar Alfaro El Mirador	Urbana	Vulnerabilidad socioeconómica general
6	18 de septiembre	Yolanda Gatica Calle 18 El esfuerzo Mns. René Plenovi Villa Santa Rosa Rosales Kennedy	Urbana	Vulnerabilidad socioeconómica general
7	Condell Oriente	Los Lúcumos Lo Garzo	Urbana	Vulnerabilidad socioeconómica general
8	Quillota Centro	José Miguel Carrera	Urbana	Vulnerabilidad socioeconómica general
10	Liceo de Hombres	Pob. Portales	Urbana	Vulnerabilidad socioeconómica general
11	Bajío	V. Gral. Mackena Pedro de Valdivia Gonzalo de los Ríos Chile Nuevo Nva Concepción	Urbana	Vulnerabilidad socioeconómica general
12	Flamenco	Los Aromos Aconcagua Sur José Miguel Carrera Hermanos Carrera Unión y Progreso	Urbana	Vulnerabilidad socioeconómica general
15	Sector Corvi	Arturo Prat Carlos Condell Santa Cecilia J. Abelardo Núñez	Urbana	Vulnerabilidad por alta concentración de adultos mayores.
19	Said	San Alberto San Pancracio Beatita Benavides Said. Santo Domingo	Urbana	Vulnerabilidad socioeconómica general. Alto porcentaje de vivienda en deterioro, alto porcentaje de niños.

Fuente: Dirección de Desarrollo Comunitario-2009.

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



Cuadro N° 4: Territorios Vulnerables

Nombre Territorio	Descripción	Familias que carecen de los siguiente servicios				Zona
		Agua Potable	Conectividad	Alcantarillado	Electricidad	
Santa Olivia	Nor Oriente del centro	0	0	70	0	Rural
Casas Viejas	Sur poniente Rio	0	0	50	0	Rural
Boco Quebrada Aji	Nor Poniente	0	0	40	0	Rural
Los Morrillos	Nor Oriente del centro	0	0	55	0	Rural
Lo Mardones	Nor oriente del centro	200	0	200	0	Rural
Las Pataguas	Oriente centro urbano	0	0	50	0	Rural
La Palma	Oriente centro urbano	304	0	36	36	Rural
Las Cruzadas	Sur centro urbano	0	0	30	30	Rural
Lo Varela	Sur poniente centro	41	0	41	5	Rural
La Capilla	Sur centro urbano	256	0	88	10	Rural
Paso Superior el Milagro	Oriente ruta 60CH	40	0	40	0	Rural
La Tetera	Sur Oorientes centro	250	0	106	27	Rural
Mauco	Sur P. Rio Aconcagua	47	0	43	14	Rural
El Huape	Sur P. Rio Aconcagua	5	0	5	5	Rural
Rauten Bajo	Sur P. Rio Aconcagua	70	0	76	12	Rural
No han sido incorporadas en el listado de MIDEPLAN						
Pb. San Martin	Nor Oriente	13	0	13	0	Urbana
Santa Rosa de Colmo	Sur Poniente	150	0	150	60	Rural

Fuente DIDECO, (Extraído Pladeco 2010)

De acuerdo a los datos de la Ficha de Protección Social, en Quillota existen 3.763 familias indigentes, lo que para una población total de (86.000 habitantes) es un alto porcentaje.

Las poblaciones donde se concentra un mayor porcentaje de familias indigentes la que se observa en el siguiente cuadro:

CUADRO N° 5: Poblaciones con mayor porcentaje de familias Indigentes

Nombre	Familias
El Sendero	199
Cerro Mayaca	160
La Palma	151
Aconcagua Sur	136
Villa Paraíso	122
Corvi	110
San Pedro	100
Hermanos Maristas	84
Jose Miguel Carrera	76
Ríos de Chile	73
Agustin Avezon	65
Beatita Benavides	65
El Bosque	63
Chile Nuevo	62
Manuela Figueroa	58
Rebolar	56
Amanecer	54
Coopreval	52
Enrique Arenas	51
Lo Garzo	50
Santa Teresita	50
Boco	49
Molinare	48
Los Lúcumos	43
Jardines del Aconcagua	42
Reyes Católicos	42
Leonardo Da Vinci	41
Rebolar I	41
Los Aromos	40

Fuente DIDECO, (Extraído Pladeco 2010)

3.1.2.- Situación de la Vivienda:

a) Calidad de las viviendas:

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

De acuerdo a datos de la CASEN 2006, los indicadores sobre materialidad de la vivienda, muestran una media superior a la media nacional, existiendo sin embargo un 6,57% en estado deficiente y 10,02% recuperable.

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

Cuadro n° 1. Indicadores de Materialidad de la vivienda:

	Bueno	Aceptable	Recuperable	Deficiente	Total
Quillota	77.80%	5.60%	10.02%	6.57%	22.946
Nivel Nacional	76.87%	6.67%	7.66%	8.81%	4.337.066

Casen 2006

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

Complementando con información de la CASEN 2006 Los indicadores de hacinamiento muestran que la comuna tiene una cantidad de hogares en situación de hacinamiento equivalente a la mitad del promedio nacional.

Cuadro n° 2: Niveles de Hacinamiento:

	Sin hacinamiento	Con hacinamiento
Quillota	99.59%	0.41%
Nivel Nacional	99.18%	0.82%

Casen 2006

b) Acceso a Servicios Básicos:

Saneamiento y disponibilidad de servicios básicos:

En cuanto a cobertura de servicios básicos la comuna presenta un 100% en cuanto al servicio eléctrico, sin embargo muestra aún déficit en alcantarillado, en ambos casos está por encima de la media nacional, sin embargo en agua potable el déficit que presenta es superior a la media nacional.

Cuadro N° 3: Cobertura de servicios básicos 2006:

	Alumbrado Eléctrico		Agua Potable		Alcantarillado	
	Numero	%	Numero	%	Numero	%
Quillota	22.946	100%	20.891	91.04%	20.233	88.18%
País	4.295.993	99.05%	4.041.314	93.18%	3.577.436	82.49%

Fuente: Mideplan, Encuesta CASEN 2006.

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



Con relación a la disposición de energía eléctrica en los hogares, un 100% cuenta con conexión a la red pública a través de medidor propio o compartido, cifra que es superior al valor regional y al nacional.

Respecto del origen del agua, el 91.07% de los hogares disponen de agua entregada por la red pública con medidor propio o compartido, valor que es inferior al porcentaje nacional y regional. Además, la comuna tiene un alto porcentaje de hogares que extraen sus aguas de pozo o noria, con un 8.7%, cifra que es superior a la de la región y al total nacional.

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

En cuanto a saneamiento muestra indicadores superiores a la media nacional en la suma de buenos y aceptables, sin embargo está por debajo de la media en las situaciones deficitarias.

Cuadro n° 4: Saneamiento Básico:

	Bueno	Aceptable	Regular	Menos que regular	Deficitarias	Total
Quillota	87.58%	6%	1.93%	0.31%	4.18%	100%
País	81.88%	8.11%	6%	0.34%	3.67%	100%

En el siguiente cuadro se muestra el déficit de vivienda y la situación de los hogares en relación a la vivienda

Cuadro n° 5: Déficit de vivienda y situación de hogares en relación a la vivienda.

Característica	Nº o %	Año
Déficit habitacional cualitativo	2.521	2002
Hogares en situación de hacinamiento	0.40%	2006
Hogares con vivienda arrendada	16.33%	2002
Hogares con vivienda cedida	6.53%	2002
Hogares con vivienda gratuita	4.11%	2002
Hogares con vivienda propia	73.01%	2002
Hogares de jefatura femenina con vivienda propia	14.16%	2002
Hogares con vivienda propia en proceso de pago	23.07%	2002
Hogares de jefatura femenina con vivienda propia en proceso de pago	6.54%	2002
Hogares con vivienda propia pagada totalmente	49.93%	2002
Hogares no propietarios de la vivienda (FPS)	4%	2008

Fuente: Observatorio Urbano MINVU

3.1.3.- Cultura:

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

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

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

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

3.1.4.- Deporte:

a) Infraestructura Deportiva

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

**Cuadro N°1: Infraestructura deportivas de acuerdo a su característica principal de uso**

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

Fuente: Oficina de Deporte Municipalidad de Quillota

b) Tipos de deportes que se practican:

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

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

3.1.5. Participación, Democracia e Integración:**3.1.5.1.- Organizaciones Comunitarias:****a) Organizaciones Comunitarias Territoriales**

La población está organizada en Juntas de Vecinos (organizaciones territoriales) y organizaciones funcionales. Para el año 2006, de acuerdo al Observatorio Urbano la tasa de organización era de 12,3 por cada 1000 habitantes.

La comuna se encuentra dividida en 11 territorios, en cada uno de los cuales esta constituida una Mesa Territorial en la cual participan dirigentes de las juntas de vecinos y organizaciones funcionales. Tres de estas mesas son rurales en tanto que las otras ocho son urbanas.



La constitución de las mesas territoriales ha sido un instrumento relevante para la territorialización del trabajo del municipio con la comunidad. El nivel de consolidación de estas mesas es desigual, así como los niveles de participación de la comunidad.

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

Cuadro N°2: Organizaciones Comunitarias Territoriales por localización Urbano Rural

Localización	Total
Urbano	84
Rural	30
Total	114

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

a) Organizaciones Comunitarias Funcionales

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

Cuadro N° 3: Organizaciones Comunitarias Funcionales clasificadas según su objetivo central

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

ELEMENTOS CONSIDERADOS EN LA FORMULACIÓN DEL PLAN DE SALUD

1.- MEJORAR LOS LOGROS SANITARIOS ALCANZADOS

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

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

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

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

AREAS A INTERVENIR

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

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

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

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

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

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

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

3.- DISMINUIR LAS DESIGUALDADES EN SALUD.

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

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

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

5.- MODELO DE GESTIÓN LOCAL Y REFORMA DE SALUD

MODELO DE GESTIÓN

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

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

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

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

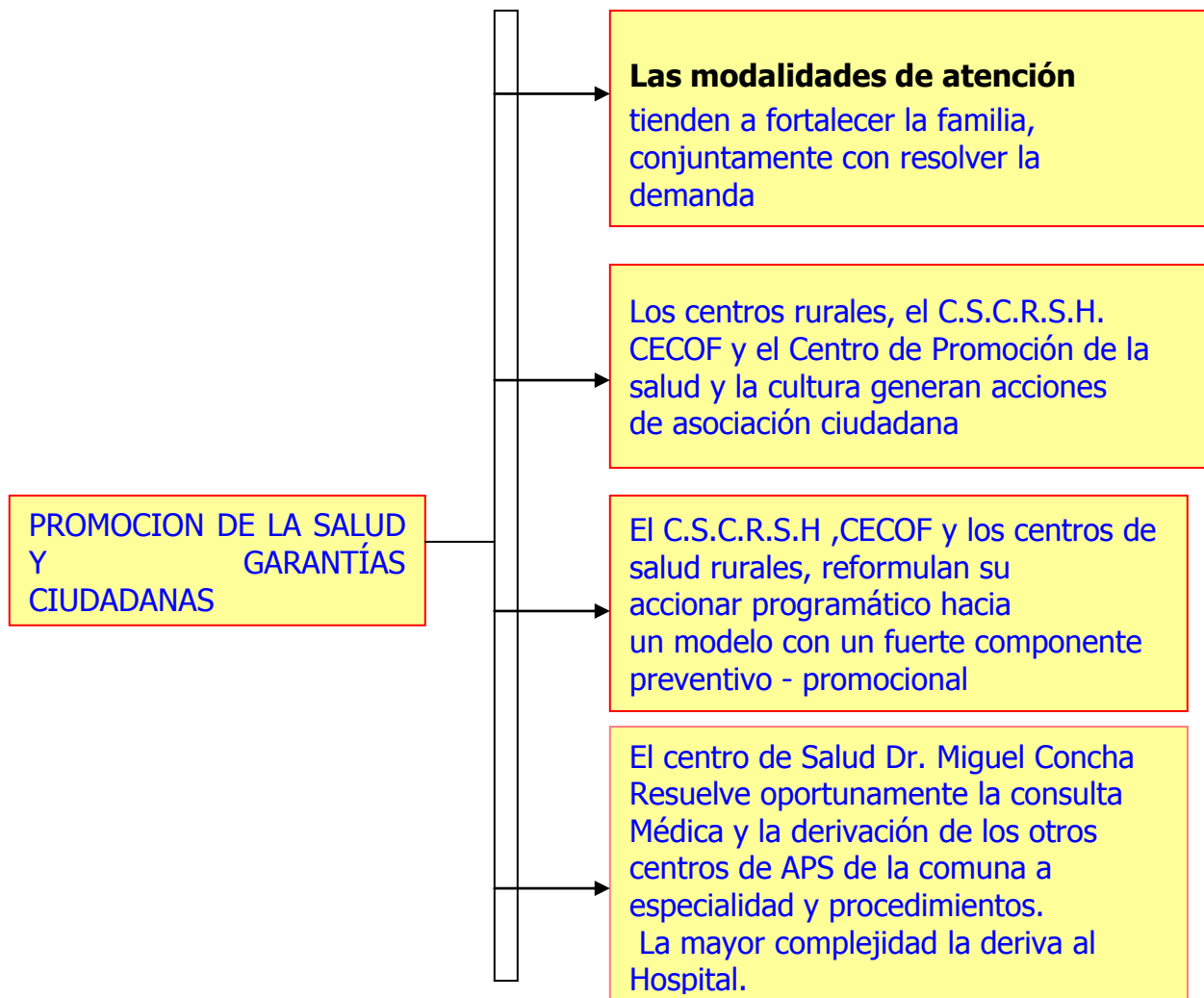
LA NECESIDAD DE LA INTEGRACION.

La Misión Institucional del Departamento de Salud ha sido definida en los siguientes términos: *“Ser un sistema de salud municipal de atención Primaria de Salud Pública Integral, oportuno, innovador, resolutorio, en la calidad de las prestaciones de sus servicios, que trabaja con familias para el logro de individuos sanos y una ciudadanía saludable, corresponsable, participativa e integral.”*

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

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

ENFOQUE DEL MODELO DE GESTION SANITARIA COMUNAL



LA FUNCIONALIDAD EN RED DEL SISTEMA

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

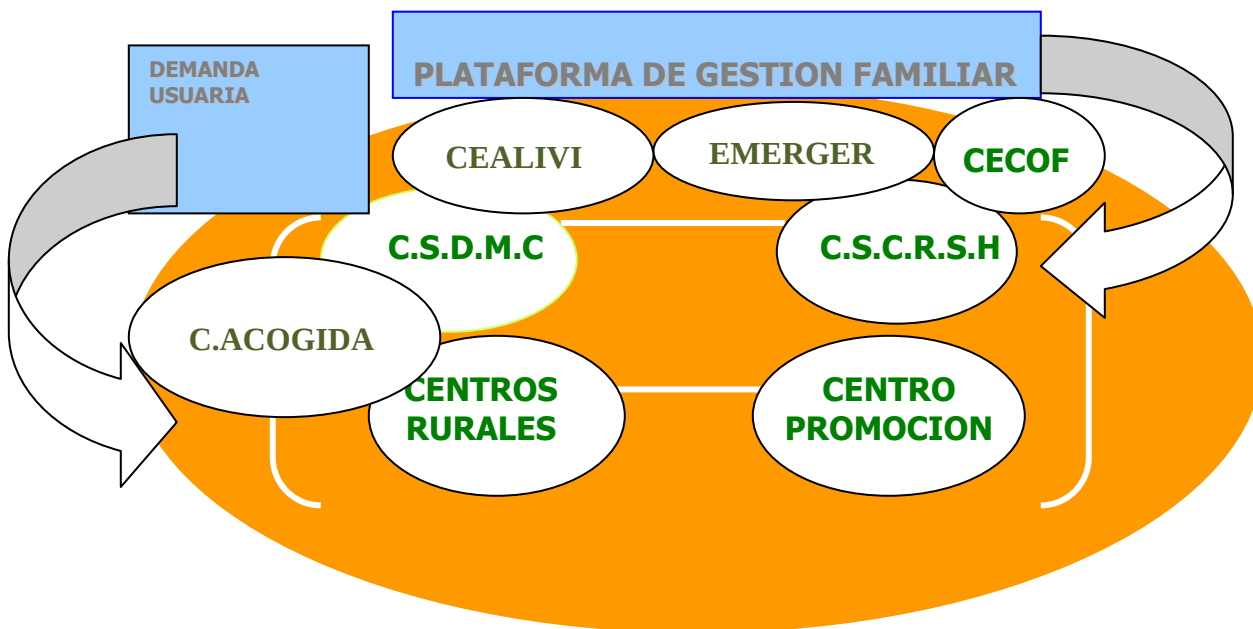
Conjuntamente con las prácticas programáticas vinculantes que tendrá la misión de cada establecimiento, el modelo de gestión genera la Plataforma de Gestión Familiar, instancia que recibe la información asociada a la actividad de cada establecimiento, así como también acoge los requerimientos de cada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

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

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

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

MODELO DE FUNCIONAMIENTO EN RED



LA ARTICULACIÓN EL SISTEMA CON LA PROBLEMÁTICA CIUDADANA.

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

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

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



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



LA INTEGRACION MUNICIPAL.

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

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

En la comuna de Quillota, el Municipio ha trabajado en el desarrollo de una propuesta de Estructuras por FOCOS, bajo la base del PLADECO 2010-2015. Una de los Focos conformados es el Foco Social, que la componen las siguientes unidades: la Dirección de Desarrollo Comunitario (DIDECO), el Departamento de Educación, el Departamento de Salud (DDS), Cultura y Deportes.

El Pladeco definió como misión del Municipio : “ **Soñar, diseñar, gestionar y construir participativamente la comuna humana, saludable e innovadora** “.

Esto genera el desafío para los diferentes focos de contribuir a alcanzar los siguientes logros para el año 2017:

- **Habremos mejorado en los indicadores sociales.**
- **Habrá aumentado la satisfacción con nuestra atención.**
- **Los programas de solidaridad ya estarán siendo autónomos y gestionados al interior de la comunidad.**
- **Más espacios públicos tendrán escala humana.**
- **Habremos promovido más y mejor trabajo.**
- **En la convivencia, habrá mayor tolerancia a la diversidad.**
- **Y habremos avanzado en una relación humana y saludable al interior de la Municipalidad.**
- **Incorporaremos más conceptos de estilo de vida saludable.**
- **Tendremos mayor desarrollo en salud integral, mental, física, ambiental y espiritual.**
- **Nosotros y los demás ciudadanos de Quillota tendremos una actitud de vida más positiva.**
- **Habrá mayor respeto y puesta en valor de nuestro patrimonio cultural y territorial.**
- **La comuna de Quillota será conocida en el ámbito municipal como innovadora por sus diferentes iniciativas de gestión y por su forma de trabajo con los ciudadanos.**
- **Incorporaremos conceptos innovadores en la planificación territorial – Quillota escala humana.**
- **Tendremos proyectos e iniciativas productivas innovadoras.**
- **Desarrollo económico local incorporando los últimos avances en ciencia, tecnología e investigación científica.**

Desde Salud se trabajará en tres objetivos transversales:

1.-Ciudadanía y Participación

“Promover un cambio cultural a nivel local que incorpore la co-construcción de una cultura que garantice la integración social, la promoción de los derechos humanos, la igualdad de género y la vida saludable.”

2.- Desarrollo Humano

“Mejorar IDH de la comuna, destacando los elementos valóricos en los programas que se implementen. “

3.-Gestión Interna

“Implementar políticas públicas orientadas a la promoción del desarrollo humano a través de la entrega de servicios humanizadores, saludables e innovadores.”



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

Finalmente es seguir profundizando a la Atención Primaria Municipal de Quillota como una estrategia de Desarrollo Local, que contribuye al logro de individuos, familias y comunidades saludables.

6.-RESOLUTIVIDAD

Este es uno de los lineamientos principales que deben caracterizar a la Atención Primaria. El Ministerio de Salud ha establecido como meta, tener una capacidad de resolución de un 90%. Para el Departamento de Salud de Quillota y su red de establecimientos, esta línea de desarrollo lleva ya varios años, durante los cuales se han generado inversiones en equipamientos y contratación de especialistas que nos permiten entregar prestaciones como las ecotomografías, ecografías, atención kinesiológica y podología. Además de compra de servicios en apoyo de Imagenología (ecografía de partes blandas, Rx huesos largos y articulaciones), exámenes de laboratorio (antígeno prostático, exámenes hormonales y tipología viral). Además en el marco del Programa de especialidades se han resuelto interconsultas en las áreas de Oftalmología, específicamente en vicios de refracción, otorrino(hipoacusia), audífonos, mamografías, eco mamarias, prótesis dentales y endodoncias.

De igual manera y junto con lo anterior, la capacitación continua de nuestros profesionales nos permite hoy poder contar con un nivel de resolución en el nivel primario por sobre el 90%.

Derivación- Referencia a especialidad Médica Nivel Secundario y Terciario año 2010 a Noviembre.

	2008	2009	2010
Total Atenciones	87.944	83.802	83.922
Total Derivaciones	7.671	7.825	8.511
Resolución	91,3%	90,7%	90%
Derivación	8,7 %	9,3%	10%

CONSULTAS ENERO A NOVIEMBRE 2010

Establecimientos	Controles de Salud	Consultas de Morbilidad	TOTAL
Dr. Concha	9.203	48.466	57.669
Silva Henríquez	333	2.813	3.146
Boco	450	3.512	3.962
San Pedro	667	6.921	7.588
La Palma	655	6.551	7.206
Posta Manzanar	106	211	317
CECOF C° Mayaca	235	3.799	4.034
TOTAL	11.649	72.273	83.922

INTERCONSULTAS DERIVADAS A HOSPITAL SAN MARTIN DE QUILLOTA ENERO A DICIEMBRE 2010

C.SALUD	GES	NO GES	TOTAL
M. CONCHA	1573	4467	6040
SAN PEDRO	140	500	640
LA PALMA	57	212	269
BOCO	110	247	357
CECOF	61	255	316
CRSH	125	764	889
Total:	2066	6445	8511

DETALLE INTERCONSULTAS GES COMUNAL DERIVADAS A HOSPITAL SAN MARTIN

	M. CONCHA			SAN PEDRO			LA PALMA			BOCO			CECOF			C.R.S.H.			TOTAL COMUNAL		
	TOTAL	C/HORA	S/HORA	TOTAL	C/HORA	S/HORA	TOTAL	C/HORA	S/HORA	TOTAL	C/HORA	S/HORA	TOTAL	C/HORA	S/HORA	TOTAL	C/HORA	S/HORA	TOTAL	C/HORAS	S/HORAS
Cerebro Vascular	8	3	5	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	9	3	6
cadera	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
cadera leve a moderada	93	64	29	7	1	6	0	0	0	5	3	2	0	0	0	0	0	0	105	68	37
CA Uterino	0	0	0	12	12	0	1	1	0	3	2	1	4	4	0	44	37	7	64	56	8
CA Mamas	12	11	1	1	1	0	2	2	0	1	1	0	0	0	0	23	18	5	39	33	6
CA Prostata	18	16	2	0	0	0	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	0	0	21	16	5
CA Gástrico	94	81	13	3	3	0	6	6	0	3	2	1	11	9	2	1	1	0	118	102	16
Cataratas	238	145	93	12	6	6	8	4	4	19	14	5	9	4	5	0	0	0	286	173	113
Colecistectomía Preventiva	36	34	2	3	2	1	2	2	0	5	4	1	4	1	3	0	0	0	50	43	7
Desprendimiento de Retina	6	4	2	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	7	4	3
DM Tipo II	23	14	9	2	1	1	0	0	0	2	1	1	1	1	0	0	0	0	28	17	11
EPI Infantil No Refractaria	11	8	3	0	0	0	2	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	14	10	4
Escoliosis	25	1	24	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	27	2	25
Crónica	22	19	3	7	6	1	4	3	1	2	2	0	3	2	1	0	0	0	38	32	6
Ret. Diabética	75	55	20	4	4	0	2	2	0	15	12	3	0	0	0	1	1	0	97	74	23
Depresión	10	2	8	21	1	20	4	1	3	2	0	2	1	0	1	28	4	24	66	8	58
Hiperplasia de Próstata	38	35	3	4	4	0	6	4	2	1	0	1	2	2	0	0	0	0	51	45	6
Alivio del Dolor	1	0	1	3	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	4
Congénitas Operables	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0
Primarios	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0
DM Tipo I	5	1	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	1	4
Estrabismo	15	9	6	6	4	2	0	0	0	1	1	0	0	0	0	5	3	2	27	17	10
IAM	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0	2	0	2
Adultos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Refracción otros	296	144	152	30	18	12	3	1	2	22	9	13	6	2	4	0	0	0	357	174	183
Asma Adulto	9	8	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	8	1
Esquizofrenia	6	2	4	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	8	4	4
Prematuriz	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	15	1	14	15	1	14
Reumatoide	42	21	21	2	2	0	3	3	0	4	1	3	2	1	1	0	0	0	53	28	25
CA Testículo	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	3	3	0
Quística	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hernia Núcleo Pulposo	36	10	26	2	1	1	1	0	1	2	0	2	0	0	0	0	0	0	41	11	30
Bilateral	172	36	136	6	0	6	2	0	2	8	0	8	6	1	5	0	0	0	194	37	157
HTA	12	8	4	4	2	2	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	17	10	7
Adultos	3	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	2	1
Marcapasos	2	0	2	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	3
EPI ADULTO	40	28	12	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	42	30	12
EPOC	7	7	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	7	1
Enf. Parkinson	40	28	12	3	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	43	29	14
Hernias P. Abdominal	89	1	88	1	0	1	7	0	7	6	1	5	1	0	1	1	1	0	105	3	102
Prev. 2ª IRC	71	53	18	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	73	55	18
Asma Infantil	3	3	0	0	0	0	0	0	0	2	1	1	0	0	0	0	0	0	5	4	1
Sind. Dif. Repsirat.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Fisura labiopalatina	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
leucemia infantil	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
artritis juvenil	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	3	5	0	5
Displasia Caderas	9	7	2	1	1	0	0	0	0	1	1	0	7	6	1	2	1	1	20	16	4
TOTALES	1573	864	709	140	74	66	57	31	26	110	56	54	61	35	26	125	69	56	2066	1129	937

7.-CALIDAD EN ATENCION PRIMARIA.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

8.-TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

9.-GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD (GES)

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

El Plan AUGE contempla garantías diferenciadas en los siguientes ámbitos:

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

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

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

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

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

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

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

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

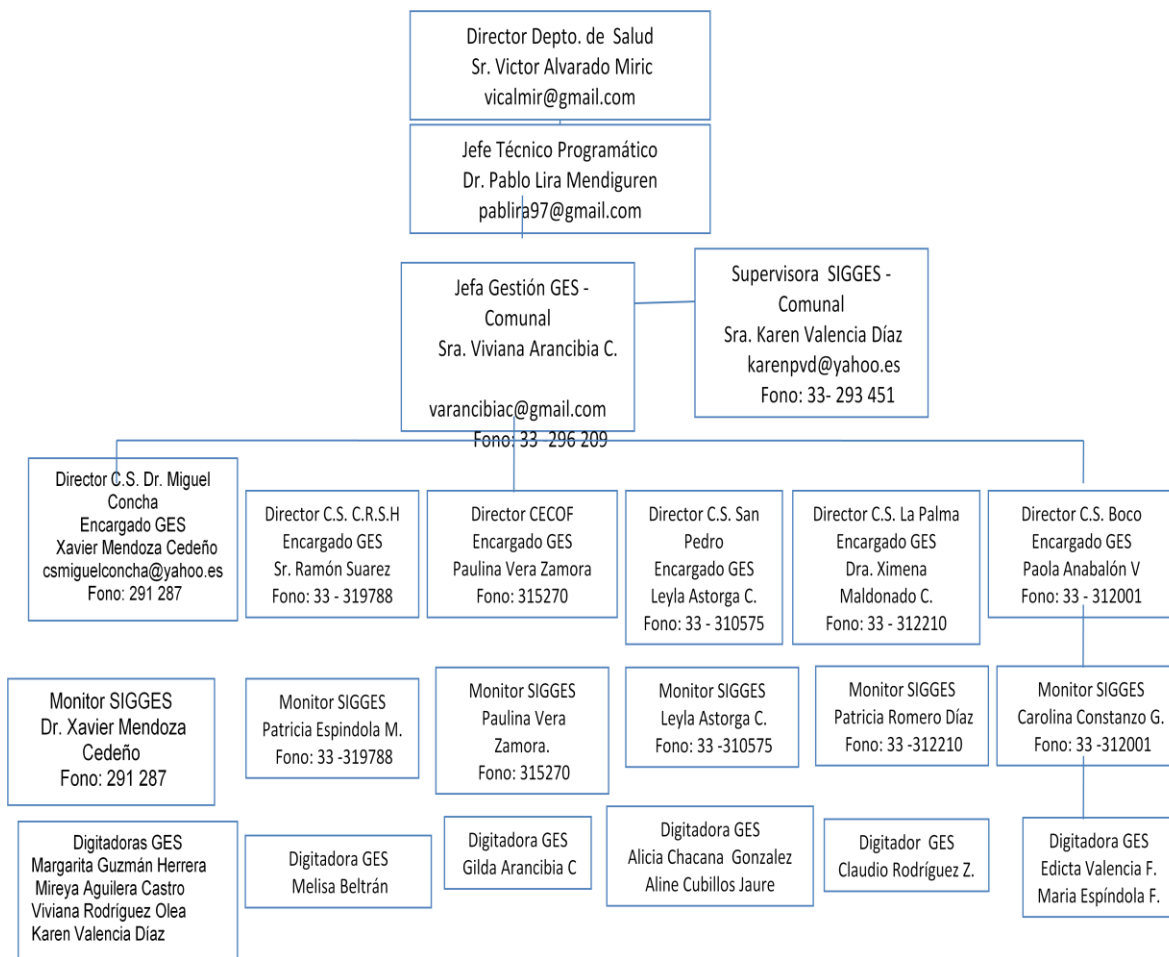
mejoras continuas en los procesos del cumplimiento de las Garantías. Como una medida de alto costo local fue el cambio de los rendimientos de los profesionales médicos y odontólogos para cumplir con la Obligación de los prestadores de entregar información relacionada con las garantías explícitas en salud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

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

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

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

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





PATOLOGÍAS GARANTIZADAS GES - APS

PATOLOGÍAS GES - APS

El AUGE y el niño



Infección Respiratoria Aguda
(Niños menores de 5 años)



Asma Bronquial
(Niños menores de 15 años)



Epilepsia No Refractaria
(Niños menores de 15 años)

El AUGE y las enfermedades crónicas



Diabetes Mellitus II
(mayores de 15 años)



Hipertensión Arterial
(mayores de 15 años)



Enf. Pulmonar Obstructiva
Crónica
(mayores de 15 años)

PATOLOGÍAS GES - APS

El AUGE y el Adulto Mayor



Neumonía
(mayores de 65 años)



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



Órtesis
(mayores de 65 años)

El AUGE y la Salud Mental



Depresión
(personas de 15 años y más)



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



PATOLOGÍAS GES - APS

El AUGE y la Salud Odontológica



Salud Oral Integral
niño de 6 años



Urgencias Odontológicas



Salud Oral Integral
Pacientes de 60 años

Salud Oral
Integral
para la
Embaraza

El AUGE y las Articulaciones



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

Displasia
de
Caderas
(Rx)

GES APS - 2008

(Vigencia a contar 01 de Julio 2008)



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

GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD – AÑO 2008

1. Casos AUGÉ 2008, según patología por establecimiento:

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

ESTADÍSTICA CASOS AUGÉ INGRESADOS POR PATOLOGÍA 2009

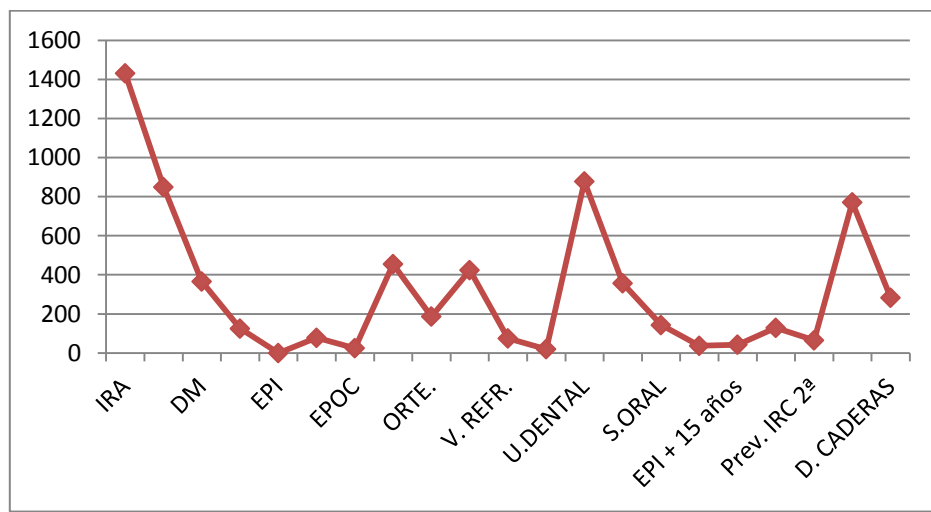
																PILOTO 2008				Piloto 2009	
CENTRO	IRA	HTA	DM	NAC	EPI	ASMA	EPOC	DEPR	ORTE.	ARTR.	V. REFR.	DEP. ALCOHOL	U. DENTAL	S. ORAL 6 A.	S. ORAL 60 A	PARKINSON N	EPI + 15 años	ASMA + 15 años	Prev. IRC 2ª	S.O. EMBARAZ.	TOTAL
LA PALMA	31	37	23	4	0	8	2	76	16	14	1		79	20	13	3	9	17	0	26	379
CECOF	154	17	3	5	0	0	0	4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

ESTADÍSTICA CASOS AUGE INGRESADOS POR PATOLOGÍA 2010

ESTABLECIMIENTO	IRA	HTA	DM	NAC	EPI	ASMA	EPOC	DEPR	ORTE.	ARTR.	V. REFR.	ALCOHOL	U.DENTAL	S.ORAL	S.ORAL	PARKINSON	EPI + 15 años	ASMA + 15 años	Prev. IRC 2 ^a	S.O.	Embarzadas	D. CADERAS	TOTAL
CECOF	182	6	6	11	0	0	0	8	9	15	2	0	17	5	1	0	0	0	0	51	16	329	
BOCO	5	31	13	2	0	0	0	12	12	14	0		0	19	2	2	1	1	3	1	26	12	156
CRSH	0	0	0	0	0	0	0	363	0	0	39	20	143	277	0	0	0	0	0	642	253	1.737	
SAN PEDRO	75	72	24	15	0	0	0	30	20	29	0	0	121	46	2	3	11	5	0	38	1	492	
LA PALMA	46	36	23	5	0	4	4	42	15	25	10	0	92	27	9	2	3	18	2	14	1	378	
M.CONCHA	1.123	704	300	92	0	74	21	0	131	341	24	0	486	0	129	31	28	103	62	0	0	3.649	
TOTAL:	1.431	849	366	125	0	78	25	455	187	424	75	20	878	357	143	37	43	129	65	771	283	6.741	

Durante el año 2010 se incorporó la Garantía Explícita de Displasia de Caderas, le corresponde el primer control a la atención primaria y la realización de Radiografía, Durante este año en las evaluaciones de corte GES nuestra comuna cumplió con el 100% tanto en la Garantía de Acceso como de Oportunidad. De igual forma se realizó por parte de la Superintendencia de Prestadores una auditoría al Centro de Salud Dr. Miguel Concha, cumpliendo este a cabalidad los requisitos exigidos para las prestaciones GES.

GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD COMUNA – AÑO 2010



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

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

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

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

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

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

**INDICE DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (IAAPS)
COMUNAL - OCTUBRE 2010**

CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES	Realizado a Octubre		Cumplimiento
	Numerador/ Denominador	%	
META 1-A : PLAN DE SALUD COMUNAL "Cartera de Servicios" META MINSAL 90%. META SSVQ 90%	93/95	97,9%	100%
META 1-B : PLAN DE SALUD COMUNAL "Capacitación" META MINSAL 90%. META SSVQ 90%	26/26	100%	100%
META 2 : COBERTURA EXAMEN DE MEDICINA PREVENTIVA EN HOMBRES DE 20 A 44 AÑOS META MINSAL 25%. META SSVQ 10%	893/13.150	6,79%	97,01%
META 3 : COBERTURA EXAMEN DE MEDICINA PREVENTIVA EN MUJERES DE 45 A 64 AÑOS META MINSAL 25%. META SSVQ 20%	1.088/5.404	20,13%	100%
META 4 : COBERTURA DE EVALUACIÓN FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR (EFAM) DE 65 Y MÁS AÑOS META MINSAL 75%. META SSVQ 43%	2.386/8.271	28,85%	95,84%
META 5 : INGRESO A CONTROL EMBARAZO, ANTES DE LAS 14 SEMANAS META MINSAL 85%. META SSVQ 85%	824/974	84,6%	100%
META 6 : COBERTURAS ALTAS ODONTOLÓGICAS TOTALES EN POBLACIÓN MENOR DE 20 AÑOS META MINSAL 19%. META SSVQ 19,35%	4.527/22.332	20,27%	100%
META 7 : COBERTURA DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS META MINSAL 85%. META SSVQ 78%	2.390/3.045	78,5%	100%
META 8 : COBERTURA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS META MINSAL: 65% META SSVQ: 66,24%	9.439/13.661	69,1%	100%
META 9 : PORCENTAJE DE NIÑOS Y NIÑAS CON DÉFICIT (RIESGO Y RETRASO) DEL DESARROLLO PSICOMOTOR de 12 A 23 MESES, RECUPERADOS META MINSAL: 60% META SSVQ: 60%	58/56	103.5%	100%
META 10 : BRINDAR ACCESO A LA ATENCIÓN DE SALUD HASTA LAS 20 HORAS DE LUNES A VIERNES META MINSAL: 100% META SSVQ: 100%	5/5	100%	100%
META 11 : TASA DE VISITA INTEGRAL META MINSAL: 0,10% META SSVQ: 0,15%	3.021/18.973	0,16%	100%
META 12 : TASA VISITA A PACIENTE POSTRADO META MINSAL: 6,50% META SSVQ: 6,50%	2.135/91	23,5%	100%

Durante el año 2010 nuestra comuna cumplió con las metas en cada uno de los cortes de evaluación programados. No teniendo descuentos en el per cápita por dicho concepto.



METAS SANITARIAS 2010
COMUNAL - SEPTIEMBRE 2010

INDICADOR	Realizado a Octubre	CUMPLIMIENTO %
	Numerador/ Denominador	
1.-Evaluación Desarrollo Psicomotor a los niños de 12 a 23 meses Meta: 90%	746/1.049	71,12%
2.-Cobertura Papanicolau Meta: 70%	16.250/21.927	74.10%
3A.- Cobertura Altas odontológicas Totales en Adolescentes de 12 años Meta: 65%	599/1.269	47,11%
3B.Cobertura Altas Odontológicas Total Embarazadas Primigestas Meta 55%	374/887	42,16%
3C. Cobertura Altas Odontológicas Total en niños y niñas de 6 años Meta 70%	460/1.071	42,95%
4.-Compensación de personas Diabéticas bajo Control de 20 y más años Meta: 45,4%	1.210/2.452	49,35%
5.- Compensación de personas Hipertensas bajo control de 20 y más años Meta: 55%	4.960/8.779	56,50%
6.- Obesidad en Niños o niñas Menores de 6 años en control. Meta 9,4%	622/6229	9,99%
7.- Profesionales con Agenda Centralizada en SOME de cada establecimiento. Meta: 100%	40/46	100%
8.- Consejos De Desarrollo de Salud funcionando regularmente Meta 100%	5/5	100%
9.- Gestión de Reclamos Meta 90%	8/8	100%
10.- Vacunación tercera dosis Pentavalente del Programa Nacional de Inmunizaciones Meta 95%	897/973	92,19%

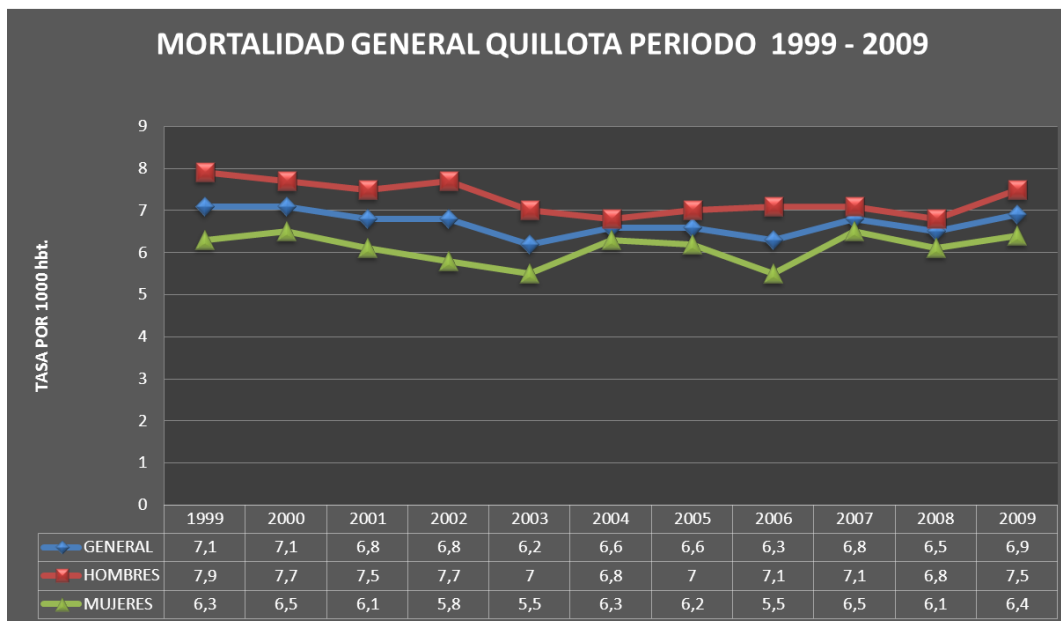
Según las proyecciones a Diciembre se cumplirían de manera adecuada las metas según reunión sostenida con referentes del Servicio.



INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS

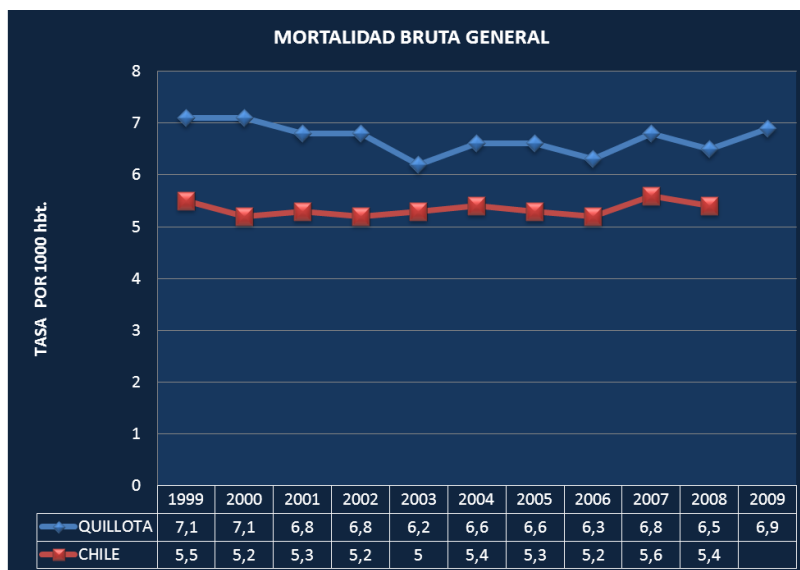
MORTALIDAD

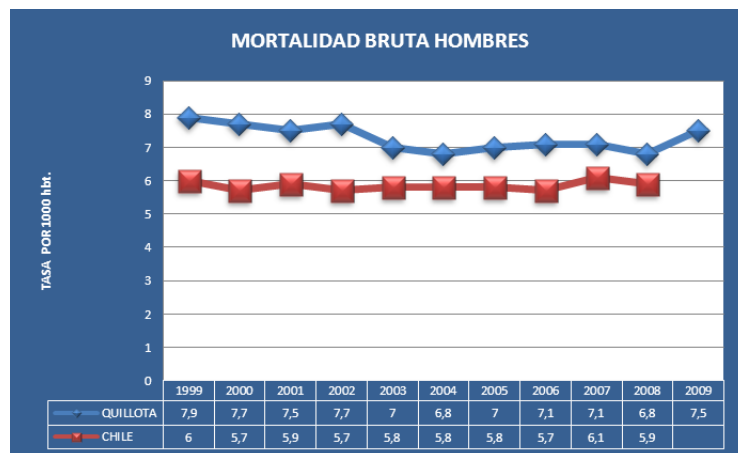
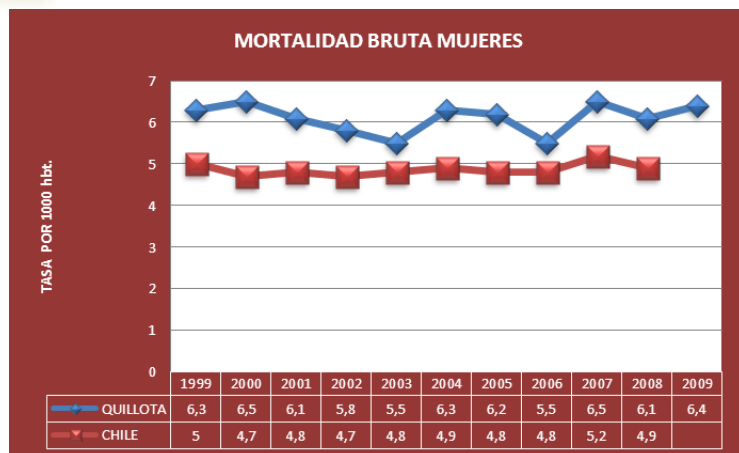
Mortalidad general ambos sexos



La tasas de mortalidad general para el periodo 1999 – 2009 en Quillota han ido en disminución, con tendencia a la estabilización en 7 por 1000 hbt para hombres desde el 2003 (app). Las mujeres han experimentado un aumento saltatorio de la mortalidad general desde el 2003 alcanzando valores al 2009 comparables con los de 1999, con tasas siempre por debajo que los hombres (fenómeno epidemiológico explicado por género)

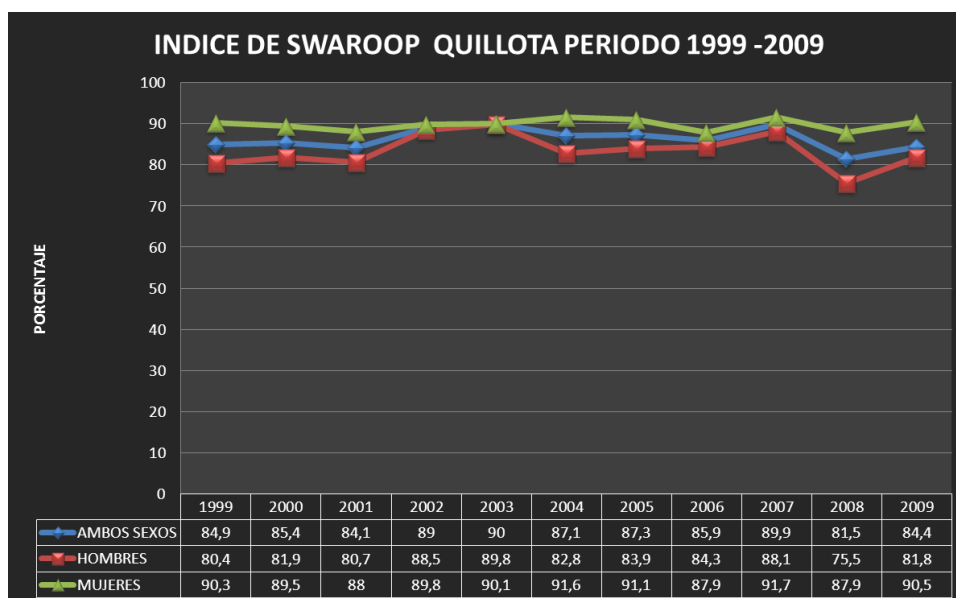
Mortalidad General Quillota V/S Chile periodo 1999 – 2008





Las tasas de mortalidad general y por sexo de Quillota, para el periodo de tiempo señalado, siempre han estado por sobre las tasas de mortalidad del país, hecho que no debe alarmar ya que para realizar una correcta comparación se deben ocupar tasas estandarizadas e índices específicos. Las tasas aumentadas se explican por la característica envejecida de nuestra población.(referirse a perfil demográfico)

Mortalidad General en comparación con Chile periodo 1999 - 2009

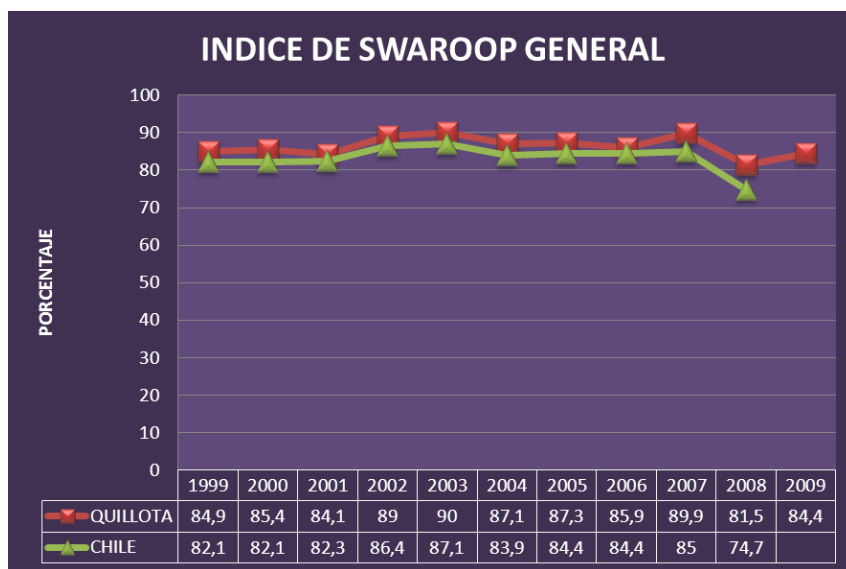


El índice de Swaroop hace referencia a que porcentaje de los fallecidos muere sobre 50 años de edad, internacionalmente se considera valores sobre 90% para países desarrollados.

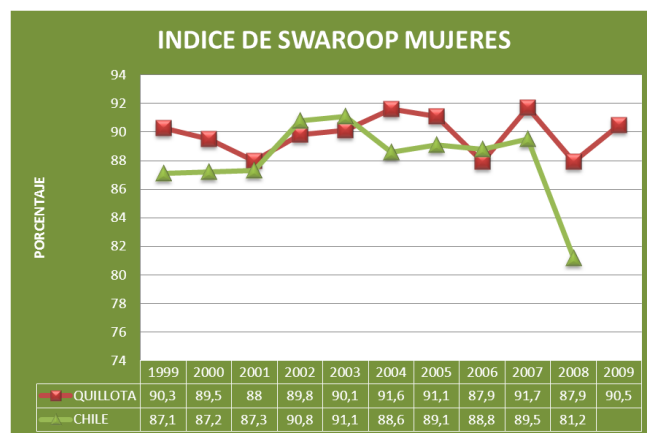
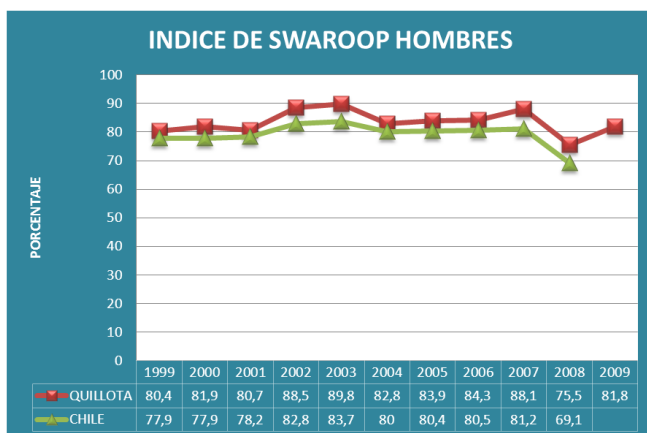


El índice revela algo esperable, las mujeres que fallecen lo hacen a mayor edad que los hombres.

El gráfico muestra como el índice se ha mantenido estable durante el periodo de tiempo señalado, con mejores índices para los años 2002 – 2003. Se observó caída para el años 2008, fenómeno que ocurrió en Quillota como en Chile en general.



Comparando el índice Quillota, durante el tiempo estudiado, ha tenido mejores índices que Chile general, lo que indica que Las personas que fallecen en nuestra comuna mueren a mayor edad. Con índices más cercanos a países desarrollados.



Referente a índices por sexo, tanto hombres como mujeres fallecen a mayor edad comparada con Chile general. Los hombres en el periodo graficado siempre con índices mejores que Chile general y las mujeres con índices de países desarrollados.



QUILLOTA		
	RME	IC (95%)
1999	No calculado por falta de información DEIS	
2000		
2001	108,9	99,4 - 118,4
2002	110,8	101,2 - 120,4
2003	103	93,9 - 112,05
2004	107	97,9 - 116,1
2005	No calculado por mal registro DEIS	
2006	105,9	96,9 - 115,0
2007	106,4	97,7 - 115,1
2008	105,8	97,0 - 114,7

La tabla muestra el riesgo de morir en Quillota v/s Chile general, realizándose una comparación por estandarización indirecta de tasas con obtención de RME (Razón de Mortalidad Esperada).

Los resultados evidenciaron que, desde el 2001 al 2008, los habitantes de Quillota no presentaron ni mayor ni menor riesgo de fallecer que aquellas personas que vivieron en otra parte de Chile para dicho periodo.

Mortalidad Infantil y neonatal

Situación Mortalidad Infantil

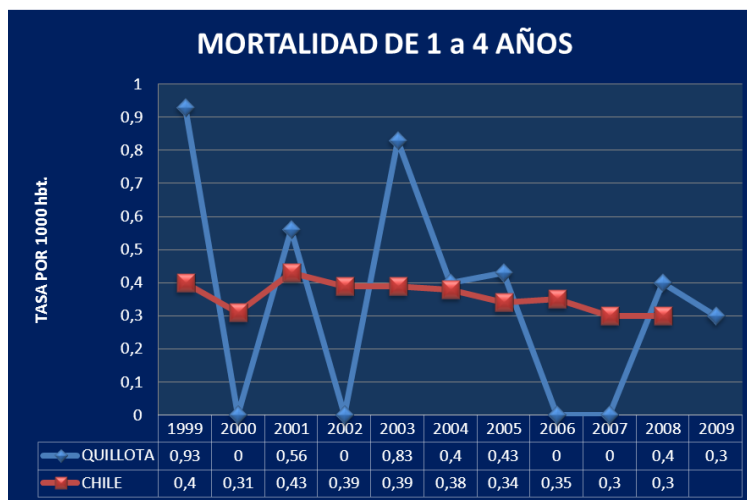
MORTALIDAD INFANTIL Y SUS COMPONENTES, POR REGION Y COMUNA 2007								
REGION Y COMUNA	INFANTIL		NEONATAL		NEONATAL PRECOZ		POSTNEONATAL	
	Defunciones menos de 1 año	Tasa (*)	Defunciones menores 28 días	Tasas (*)	Defunciones menores de 7 días	Tasas (+)	Defunciones 28 días a 11 meses	Tasas (*)
CHILE	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 en la Niñez

QUILLOTA		
GRUPOS DE EDAD (años)		
1 a 4		
AÑO	Def	Tasa (*)
1999	5	0,93
2000	0	0
2001	3	0,56
2002	0	0
2003	4	0,83
2004	2	0,4
2005	2	0,43
2006	0	0
2007	0	0
2008	2	0,4
2009	2	0,3

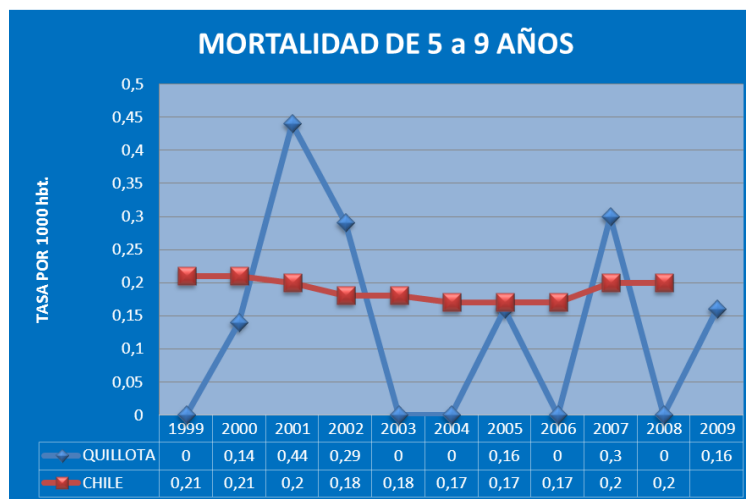


La mortalidad en este grupo etario es baja. En 5 de los 11 años estudiados no hubo fallecidos.

Desde 1999 se ha observado una caída progresiva de las tasas de mortalidad en este grupo.

Las causas de los peak de las tasas guardan relación con malformaciones congénitas y secuelas de la prematuridad que fallecen después del año de vida, así como accidentes ocasionales en menor proporción.

QUILLOTA		
GRUPOS DE EDAD (años)		
5 a 9		
AÑO	Def	Tasa (*)
1999	0	0
2000	1	0,14
2001	3	0,44
2002	2	0,29
2003	0	0
2004	0	0
2005	1	0,16
2006	0	0
2007	2	0,3
2008	0	0
2009	1	0,16



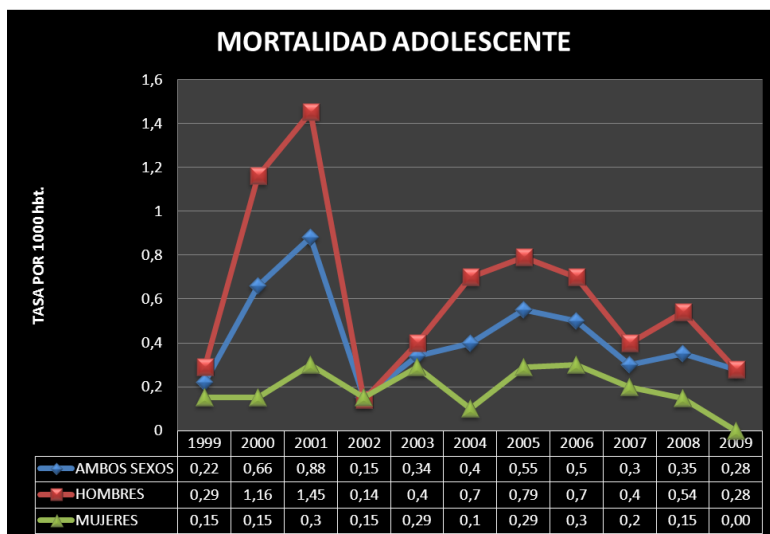
La mortalidad para este grupo etario también fue baja. En 5 de los 11 años estudiados no hubieron fallecidos.



Los peak de las tasas guardan relación con consecuencias de parálisis cerebral, malformaciones, y leucemias.

Mortalidad Adolescente

QUILLOTA			
	AMBOS SEXOS	HOMBRES	MUJERES
AÑO	Defunciones		
1999	3	2	1
2000	9	8	1
2001	12	10	2
2002	2	1	1
2003	5	3	2
2004	6	5	1
2005	8	6	2
2006	7	5	2
2007	4	3	1
2008	5	4	1
2009	4	4	0



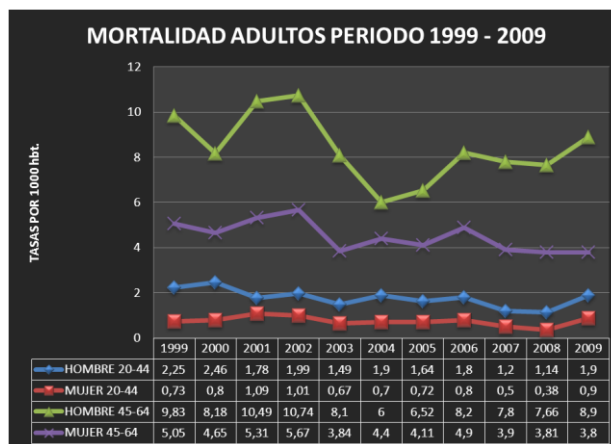
La tasa de mortalidad general en éste grupo etario así como la correspondiente por sexo ha ido en descenso desde 1999.

La mayoría de los adolescentes que fallecen son hombres, siendo sólo 1 o 2 mujeres que fallecen por año, por ello la tasa de mortalidad en las mujeres adolescentes se ha mantenido estable con tendencia a la disminución continua desde el 2006 llegando a 0 para el 2009.

Los peak en la tasa de mortalidad adolescente general, refleja los peak que se producen en el grupo de los hombres adolescente. Dichos peak reflejan el aumento de la muerte por suicidio y agresiones.

Mortalidad Adulto

QUILLOTA				
	20 A 44 AÑOS		45 A 64 AÑOS	
	H	M	H	M
AÑO	Defunciones			
1999	30	10	61	35
2000	33	11	52	33
2001	24	15	69	39
2002	27	14	73	43
2003	22	10	62	32
2004	29	11	48	38
2005	25	11	54	37
2006	27	12	70	46
2007	18	7	69	38
2008	18	6	70	38
2009	31	14	84	39



Tanto en el grupos de 20 a 44 y 45 a 64, la mortalidad es mayor en los hombres, lo que es un hecho esperable por naturaleza biológica de la especie humana.

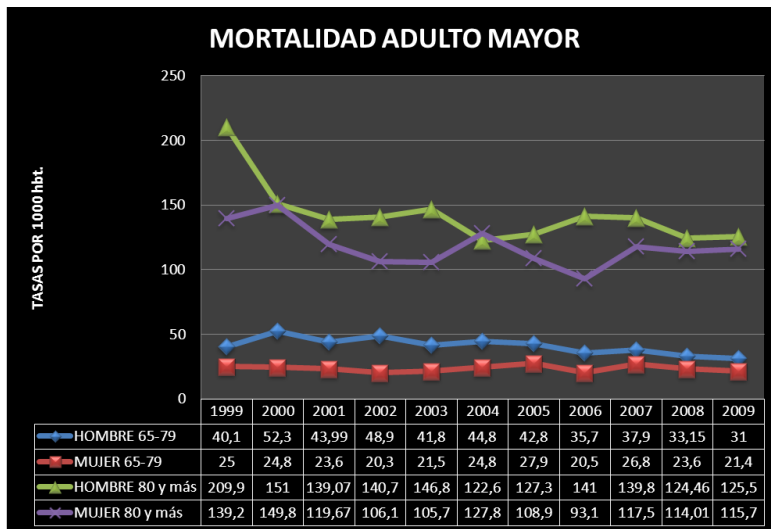
La mortalidad para el año 2009 aparece falsamente aumentada por la inclusión de casos no correspondientes a la comuna (casos impugnados al DEIS MINSAL).

En el grupo de 20 a 44 años la mortalidad se ha mantenido estable con tendencia progresiva al descenso para ambos sexos.

En el grupos de 45 a 64 años, la mortalidad ha ido progresivamente descendiendo para las mujeres, en cambio los hombre han experimentado aumento progresivo de su mortalidad a expensas de las causas cardiovasculares principalmente.

Mortalidad Adulto Mayor

QUILLOTA				
	65 A 79 años		80 y más años	
	H	M	H	M
AÑO	Defunciones			
1999	89	77	89	108
2000	118	78	66	120
2001	101	75	63	101
2002	114	65	66	94
2003	105	70	80	99
2004	116	82	70	125
2005	114	94	76	111
2006	99	71	89	99
2007	109	95	93	130
2008	99	86	87	131
2009	96	80	92	138



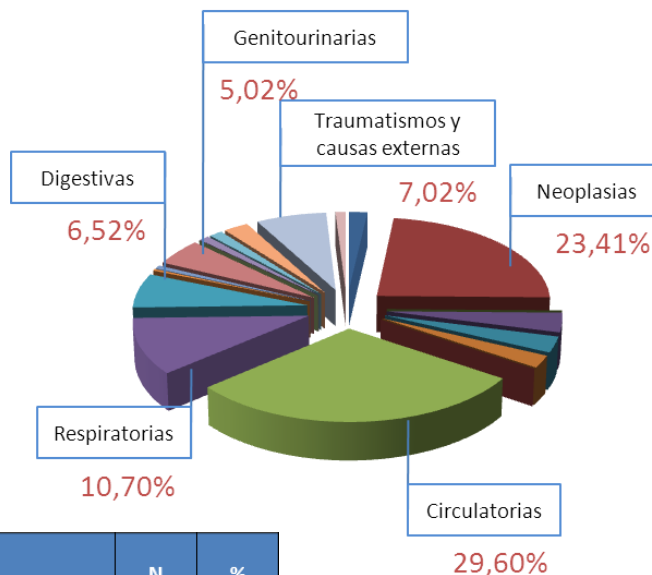
En el grupo de 65-79 años la mortalidad a experimenta un descenso progresivo desde 1999.

Las tasas de mortalidad para el grupo de más de 80 años también a experimentado descenso desde 1999.



Especificaciones en mortalidad para el año 2009

Causas generales de mortalidad:



82,3%

Ranking	Título	N	%
1	Enfermedades del sistema circulatorio	177	29,60%
2	Neoplasias	140	23,41%
3	Enfermedades del sistema respiratorio	64	10,70%
4	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa	42	7,02%
5	Enfermedades del aparato digestivo	39	6,52%
6	Enfermedades del aparato genitourinario	30	5,02%
7	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	22	3,68%
8	Trastornos mentales y del comportamiento	18	3,01%
9	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	15	2,51%
10	Enfermedades del sistema nervioso	14	2,34%
11	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	11	1,84%
12	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	8	1,34%
13	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	6	1,00%
14	No Tipificados	6	1,00%
15	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo	4	0,67%
16	Enfermedades de la piel y el tejido subcutáneo	2	0,33%

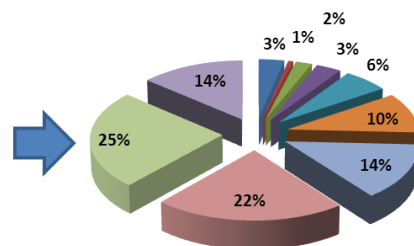
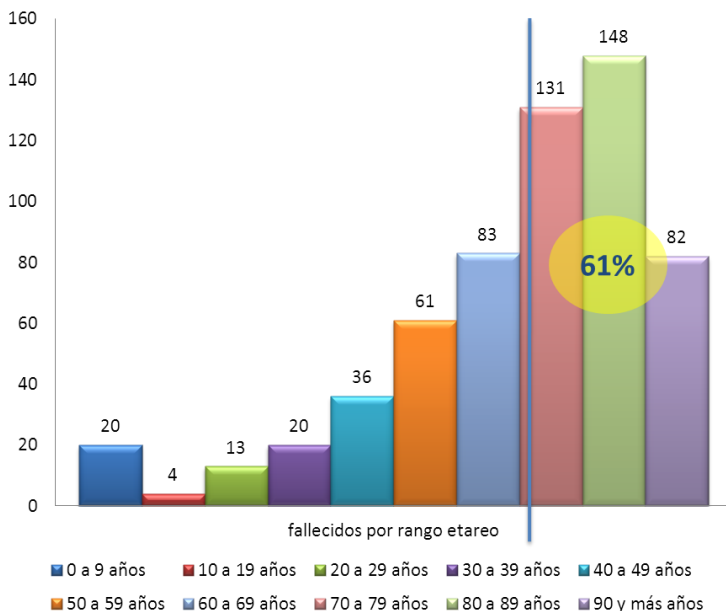
Para el año 2009 las causas de mortalidad ocuparon el siguiente orden:

- 1º lugar: Cardiovascular
- 2º lugar: Neoplasias
- 3º lugar: Respiratorias
- 4º lugar: Traumatismos y causas externas de mortalidad
- 5º lugar: Digestivas
- 6º lugar: Genitourinarias

Las anteriores causas son responsables del 82,3% de las muertes.



Edad de los fallecidos:

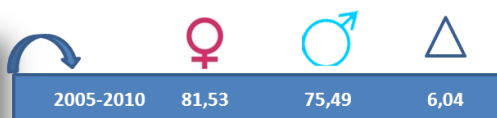


Quillota Población Longeva

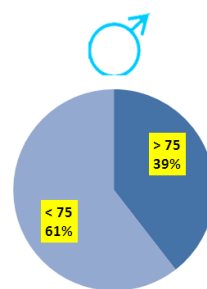
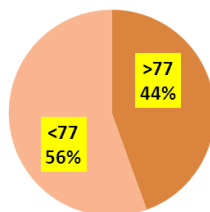
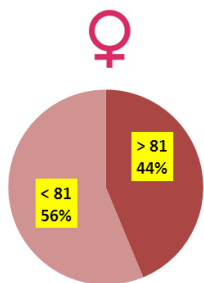
El 61% de los fallecidos el 2009 tenía más de 70 años de edad, lo que refleja el carácter longevo de nuestra población.

CHILE: Hipótesis de evolución de la esperanza de vida al nacer por sexo, según quinquenios. 2000-2050

PERÍODO	Esperanza de vida al nacer (en años)		Diferencial
	Hombres	Mujeres	
2000-2005	74,80	80,80	6,00
2005-2010	75,49	81,53	6,04
2010-2015	76,12	82,20	6,08
2015-2020	76,68	82,81	6,13
2020-2025	77,19	83,36	6,17
2025-2030	77,64	83,86	6,22
2030-2035	78,04	84,31	6,27
2035-2040	78,40	84,71	6,31
2040-2045	78,72	85,08	6,36
2045-2050	79,00	85,40	6,40



77 años

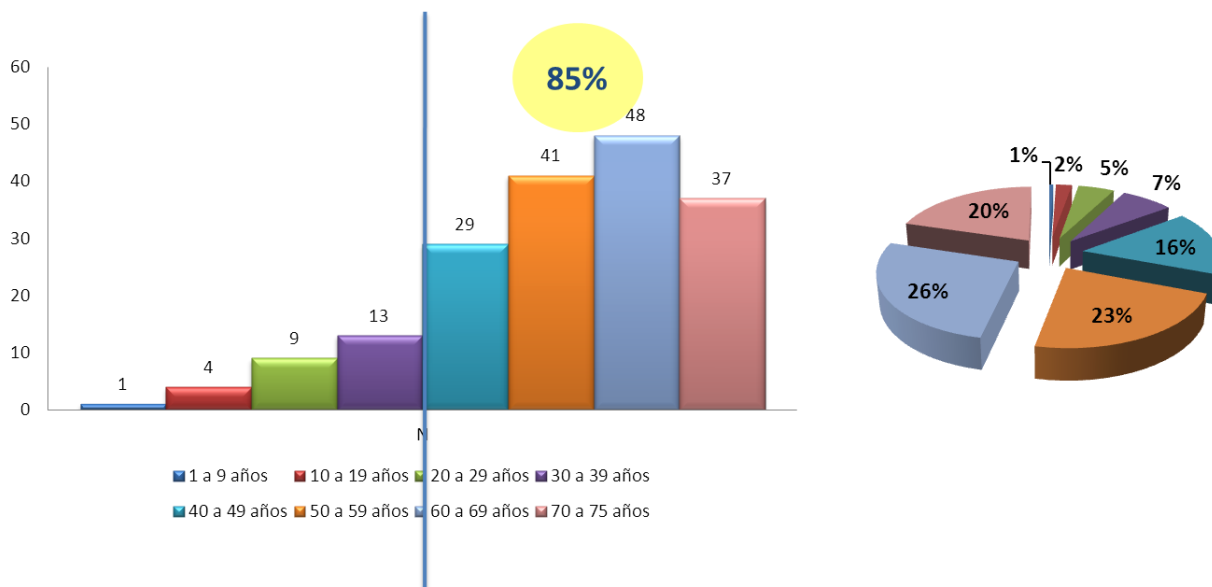


Para el año 2009 el 44% de los fallecidos mujeres y el 39% de los fallecidos hombres, murieron por sobre la expectativa de vida para nuestro país para ese año.

Causa de mortalidad en aquellos que murieron bajo la expectativa de vida esperada



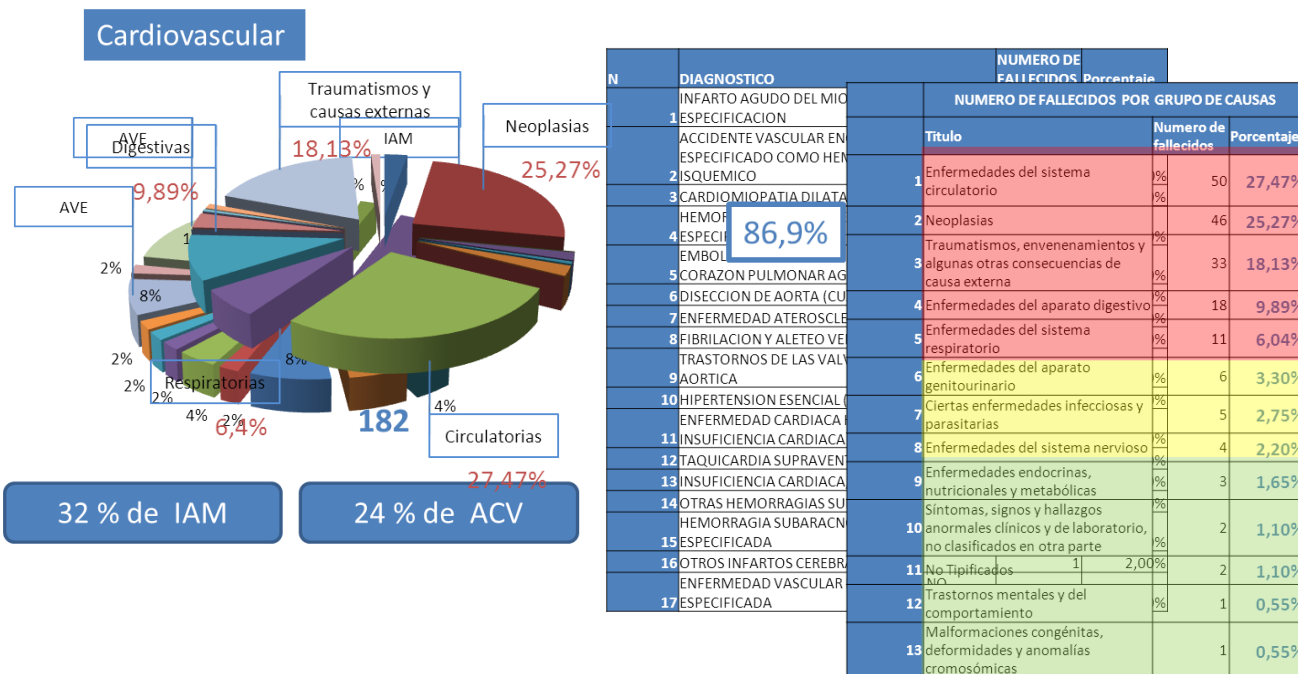
Hombres y edad de muerte:



El 85% de los hombres que fallecieron bajo la expectativa de vida de 75 años para el 2009, lo hicieron entre los 40 a 75 años.

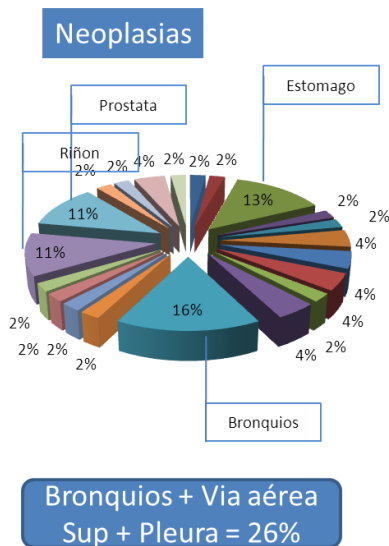
Hombres y causas de muerte:

El 1º y 2º lugar lo ocupa las causas cardiovasculares y neoplasias



respectivamente, el 3º lo ocupan los traumatismo y causas externas de mortalidad con un 18%. En rojo las 5 principales causas que en conjunto suman el 86,9 %.

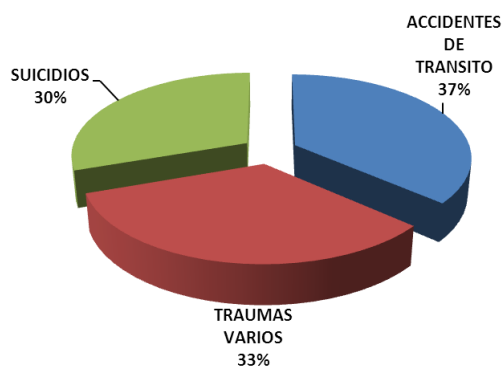
Referente a lo cardiovascular la principal causa es la muerte por Infarto Agudo al Miocardio seguido por los Accidentes cerebro vasculares, sumando en conjunto el 56% de las causas de muerte cardiovascular.



N	DIAGNOSTICO	N	%
1	TUMOR MALIGNO DE LOS BRONQUIOS O DEL PULMON, PARTE NO ESPECIFICADA	7	15,56%
2	TUMOR MALIGNO DEL ESTOMAGO, PARTE NO ESPECIFICADA	6	13,33%
3	TUMOR MALIGNO DE LA PROSTATA	5	11,11%
4	TUMOR MALIGNO DEL RIÑON, EXCEPTO DE LA PELVIS RENAL	5	11,11%
5	TUMOR MALIGNO DEL RECTO	2	4,44%
6	TUMOR MALIGNO DEL HIGADO, NO ESPECIFICADO	2	4,44%
7	TUMOR MALIGNO DE LA VESICULA BILIAR	2	4,44%
8	TUMOR MALIGNO DE LA LARINGE, PARTE NO ESPECIFICADA	2	4,44%
9	LINFOMA NO HODGKIN, NO ESPECIFICADO	2	4,44%
10	TUMOR MALIGNO DE LA OROFARINGE, PARTE NO ESPECIFICADA	1	2,22%
11	TUMOR MALIGNO DE LA FARINGE, PARTE NO ESPECIFICADA	1	2,22%
12	TUMOR MALIGNO DEL COLON, PARTE NO ESPECIFICADA	1	2,22%
13	TUMOR MALIGNO DE LA UNION RECTOSIGMOIDEA	1	2,22%
14	TUMOR MALIGNO DEL PANCREAS, PARTE NO ESPECIFICADA	1	2,22%
15	TUMOR MALIGNO DE LA PLEURA	1	2,22%
16	TUMOR MALIGNO DEL HUESO Y DEL CARTILAGO ARTICULAR, NO ESPECIFICADO	1	2,22%
17	TUMOR MALIGNO DE PARTE ESPECIFICADA DEL PERITONEO	1	2,22%
18	TUMOR MALIGNO DEL PERITONEO, SIN OTRA ESPECIFICACION	1	2,22%
19	TUMOR MALIGNO DEL CEREBRO, EXCEPTO LOBULOS Y VENTRICULOS	1	2,22%
20	TUMOR MALIGNO SECUNDARIO DE LOS HUESOS Y DE LA MEDULA OSEA	1	2,22%
21	LEUCEMIA MIELOMONOCITICA AGUDA	1	2,22%

Las 4 principales causas de muerte por neoplasia fueron el cáncer de pulmón, estomago, riñón y próstata respectivamente.

El 26% de las muertes por cáncer guardan relación con la vía aérea y los pulmones.



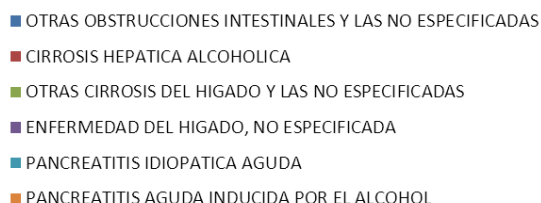
1/3 De las muertes por trauma es un suicidio

LUGAR	DIAGNOSTICO	N	%
1	Peatón lesionado en accidente de tránsito no especi	7	21,21%
2	Persona lesionada en accidente de tránsito, de vehi	5	15,15%
3	Lesión autoinfligida intencionalmente por ahorcamie	4	12,12%
4	Lesión autoinfligida intencionalmente por ahorcamiento	3	9,09%
5	Caída no especificada, en lugar no especificado	2	6,06%
6	Disparo de otras armas de fuego, y las no especific	2	6,06%
7	Exposición a factores no especificados, en lugar no	2	6,06%
8	Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por,	2	6,06%
9	Golpe por objeto arrojado, proyectado o que cae, en	1	3,03%
10	Ahogamiento y sumersión no especificados, en otro	1	3,03%
11	Exposición a corriente eléctrica no especificada, e	1	3,03%
12	Exposición a humos, fuegos o llamas no especificado	1	3,03%
13	Exposición a factores no especificados, en vivienda	1	3,03%
14	Lesión autoinfligida intencionalmente por disparo d	1	3,03%

La principal muerte por trauma fueron los accidentes de tránsito, seguidos de los traumas varios y los suicidios.

Digestivo

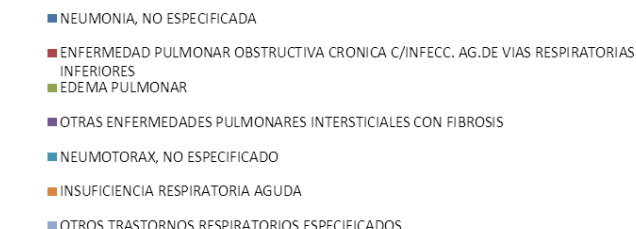
%



80% muere de Cirrosis

Respiratorio

%



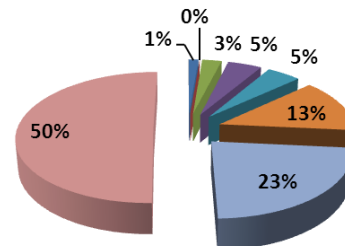
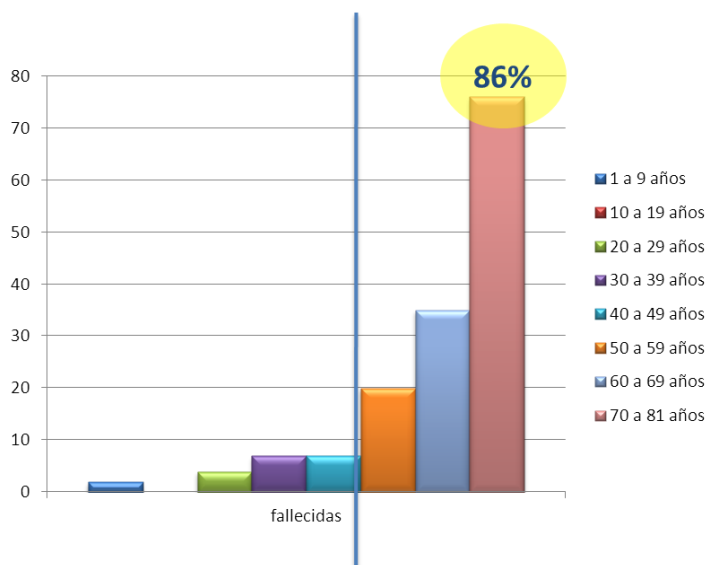
55% Neumonía y Fibrosis Pulmonares

La gran mayoría de las muertes por causa digestiva fue la cirrosis.

Las grandes causas de muerte por causa respiratorias fueron las neumonías y las enfermedades pulmonares intersticiales con fibrosis.

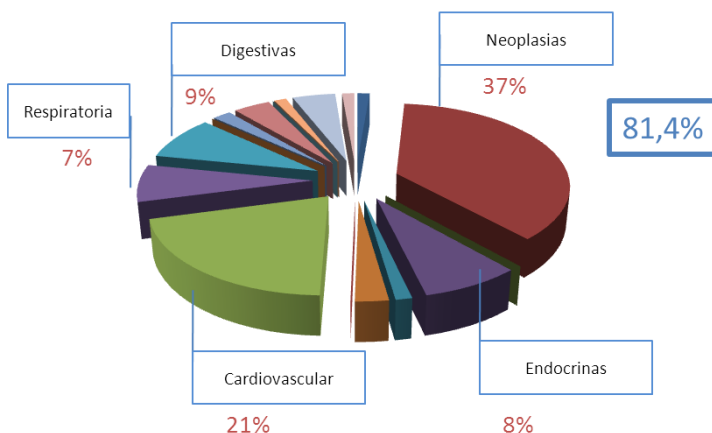


Mujeres y edad de muerte:



La gran mayoría de las mujeres que fallecieron bajo la expectativa de vida para el país para el 2009, murieron sobre los 50 años, principalmente sobre los 70 años.

Mujeres y causa de muerte:

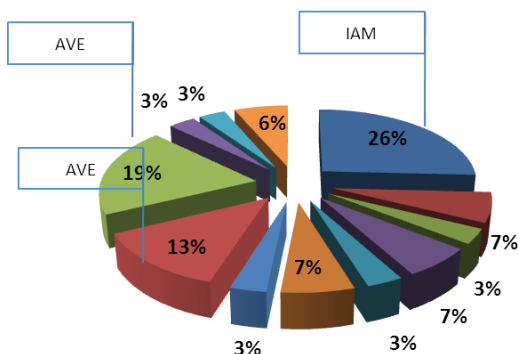


NUMERO DE FALLECIDOS POR GRUPO DE CAUSAS			
Lugar	Título	N	%
1	Neoplasias	56	37,09%
2	Enfermedades del sistema circulatorio	31	20,53%
3	Enfermedades del aparato digestivo	13	8,61%
4	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	12	7,95%
5	Enfermedades del sistema respiratorio	11	7,28%
6	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa	7	4,64%
7	Enfermedades del aparato genitourinario	6	3,97%
8	Enfermedades del sistema nervioso	4	2,65%
9	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo	3	1,99%
10	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	2	1,32%
11	Trastornos mentales y del comportamiento	2	1,32%
13	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	2	1,32%

El 1º y 2º lugar lo ocupa las neoplasias y lo cardiovascular respectivamente. Las neoplasias representan casi el doble de la mortalidad por cardiovascular, el 3º lo ocupan las enfermedades del aparato digestivo seguido de cerca por las causas endocrinas y respiratorias.



Cardiovascular

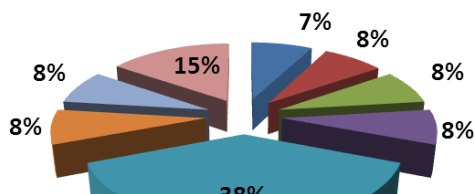


Lugar	Diagnóstico	N	%
1	INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO, SIN OTRA ESPECIFICACION	8	25,81%
2	ACCIDENTE VASCULAR ENCEFALICO AGUDO, NO ESPECIFICADO COMO HEMORRAGICO O ISQUEMICO	6	19,35%
3	HEMORRAGIA INTRAENCEFALICA, NO ESPECIFICADA	4	12,90%
4	ENFERMEDAD ATEROSCLEROTICA DEL CORAZON	2	6,45%
5	CARDIOMIOPATIA DILATADA	2	6,45%
6	INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA	2	6,45%
7	FLEBITIS Y TROMBOFLEBITIS DE OTROS VASOS PROFUNDOS DE LOS MIEMBROS INFERIORES	2	6,45%
8	EMBOLIA PULMONAR SIN MENCION DE CORAZON PULMONAR AGUDO	1	3,23%
9	FIBRILACION Y ALETEO AURICULAR	1	3,23%
10	INSUFICIENCIA CARDIACA, NO ESPECIFICADA	1	3,23%
11	ENCEFALOPATIA HIPERTENSIVA	1	3,23%
12	ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR, NO ESPECIFICADA	1	3,23%

Al igual que los hombres las principales causas de muerte cardiovascular son el infarto agudo al miocardio y los accidentes cerebro vasculares (isquémicos y hemorrágicos).

Digestivas

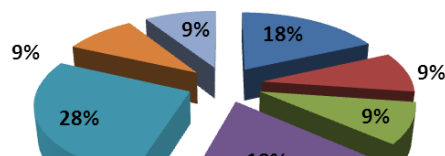
- K550 TRASTORNO VASCULAR AGUDO DE LOS INTESTINOS
- K559 TRASTORNO VASCULAR DEL INTESTINO, NO ESPECIFICADO
- K709 ENFERMEDAD HEPATICA ALCOHOLICA, NO ESPECIFICADA
- K743 CIRROSIS BILIAR PRIMARIA
- K746 OTRAS CIRROSIS DEL HIGADO Y LAS NO ESPECIFICADAS
- K769 ENFERMEDAD DEL HIGADO, NO ESPECIFICADA
- K803 CALCULO DE CONDUCTO BILIAR CON COLANGITIS
- K922 HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL, NO ESPECIFICADA



70% enfermedades hepato Biliares

Endocrinas

- E112 DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE CON COMPLICACIONES RENALES
- E116 DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE CON OTRAS COMPLICACIONES ESPECIFICADAS
- E141 DIABETES MELLITUS NO ESPECIFICADA, CON CETOACIDOSIS
- E142 DIABETES MELLITUS NO ESPECIFICADA, CON COMPLICACIONES RENALES
- E146 DIABETES MELLITUS NO ESPECIFICADA, CON OTRAS COMPLICACIONES ESPECIFICADAS
- E849 FIBROSIS QUISTICA, SIN OTRA ESPECIFICACION
- E889 TRASTORNO METABOLICO, NO ESPECIFICADO



82% Complicaciones de Diabetes

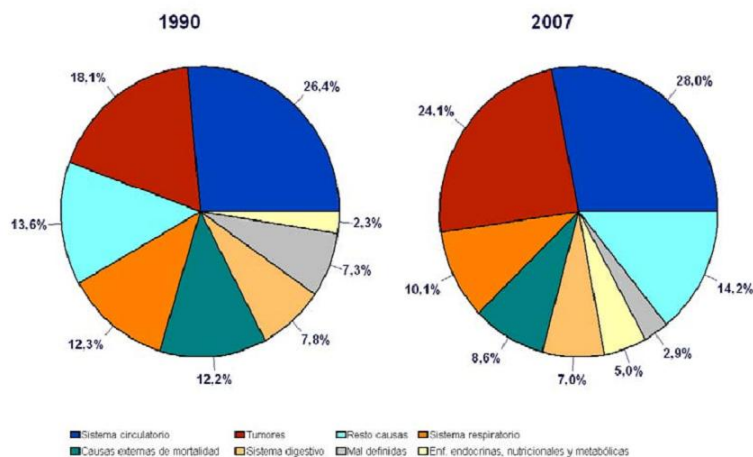
El 70 % de las causas digestivas de mortalidad fueron por afectación del sistema hepato- biliar, siendo la cirrosis del hígado la principal causa.

Las complicaciones de la diabetes tipo 2 fueron la principal causa de mortalidad por causa endocrina en las mujeres para el 2009.



Mortalidad Chile y V región

Defunciones por grandes grupos de causa de muerte.
Chile, 1990 y 2007.



Se observa como en 17 años el descenso de la mortalidad por causa cardiovascular ha sido sólo del 1,6%. En cambio a disminuido de forma importante la muerte por Cánceres. La mortalidad por causas respiratorias descendió sólo un 2% app.

Defunciones por grandes grupos de causas de muerte.
Región de Valparaíso, 2007.



En la V región al igual que Chile general, para el año 2007, las principales causas de mortalidad fueron las causas cardiovasculares y neoplasias.

Conclusión

Así como en el estudio de mortalidad del año 2005, para el 2009 se detectaron errores de registro adjudicando fallecidos a Quillota cuando no correspondían ser adjudicados a nuestra comuna, lo que lleva a que las tasas de mortalidad aparezcan aumentadas para el año 2009, los casos detectados fueron impugnados ante el DEIS MINSAL y corregidos.

Desde 1999 la mortalidad general de Quillota ha disminuido de forma progresiva. El poseer tasas de mortalidad general más elevadas que las del país, se debe a las características envejecida de nuestra población, por lo demás quienes fallecen en Quillota lo hacen a mayor edad. Sumado a esto, los análisis epidemiológicos muestran que las personas que viven en Quillota no tienen mayor riesgo de morir que en otra parte de Chile.

Son pocos los niños que fallecen entre los 1 y 9 años, las principales causas están concentradas en las secuelas que dejan la prematuridad, las malformaciones congénitas, la parálisis cerebral y las leucemias.

Son pocas las mujeres adolescentes que fallecen, en cambio los hombres adolescentes lo mueren en mayor proporción, principalmente por suicidio y agresiones.

Los adultos entre 20 – 44 años han experimentado un descenso progresivo en la mortalidad desde 1999. En cambio en el grupo de los hombres de 45 a 64 años desde el 2004 la mortalidad ha ido en aumento a expensa de las causas cardiovasculares.

La mortalidad en los adultos mayores se ha mantenido descendiendo progresivamente desde 1999 tanto para el grupo de 65 a 79 años así como en los mayores de 80 años.

Para el año 2009 gran parte de los fallecidos murieron por sobre la expectativa de vida del país. El 61% de todos los fallecidos murió sobre los 70 años.

Las principales causas de mortalidad no difieren de las del resto de Chile y región para el año 2007.

Las enfermedades del sistema cardiovascular, las neoplasias y las causas respiratorias siguen siendo las principales causas de muerte.

Analizando el grupo de hombres que fallecieron bajo la expectativa de vida, la edad de éstos se distribuyó de forma dispersa desde los 40 años hasta los 75 años. Sus principales causas de muerte fueron los Infartos Agudos al Miocardio (IAM), los accidentes cerebrovasculares (AVE), los cánceres de; bronquios y vía



aérea superior, estómago, riñón y próstata, los accidentes de tránsito, traumas varios y suicidios, cirrosis hepática, neumonías y fibrosis pulmonares.

Analizando el grupo de las mujeres que fallecieron bajo la expectativa de vida, el 50% de ellas tenía más de 70 años. La principal causa de muertes a diferencia de los hombres fueron las neoplasias, siendo las principales el Ca de Mama, el de vesícula biliar, el de bronquio y pulmón, el de cuello uterino y el de estómago. El segundo lugar de las causas fueron las cardiovasculares siendo el IAM y el AVE, las principales al igual que los hombres. Las enfermedades hepatobiliares así como las consecuencias de la Diabetes fueron causa importante de mortalidad también.

Se hace necesario mantener una adecuada supervisión a los registros de mortalidad en APS ya que en reiteradas ocasiones los errores de registros ha llevado a un falso aumento de la mortalidad en grupos específicos.

Por otra parte el análisis sistemático de las causas de mortalidad permiten enfocar recursos en salud, mejorando la eficiencia del sistema.

Unidad de Investigación

Referencias:

Ine Quillota.

www.ine.cl; indicadores básico de salud.

DEIS Minsal.

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. Modelo de Atención con Enfoque Familiar y Comunitario
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. Obesidad Infantil
9. Apoyo Diagnóstico
10. Salud Mental
11. Atención del Paciente Postrado.
12. Detección Precoz de Cáncer
13. Promoción de la Salud y Determinantes sociales
14. Desarrollo Biosicosocial de la Infancia
15. Investigación

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 2011

El Centro de Salud **Dr. Miguel Concha** forma parte de la organización **SALUD QUILLOTA, Red Municipal de Establecimientos de Salud**, la Atención Primaria de la comuna de Quillota, es pionera en la innovación y desarrollo de estrategias, orientadas en el enfoque integral, comunitario y familiar, implementando tecnologías de vanguardia en la práctica diaria. El centro de salud esta, destinado a la cobertura de atención de la salud, de los beneficiarios del sector urbano de la ciudad, su ubicación brinda en general un fácil acceso, debido a su ubicación estratégica, conformado por equipos multidisciplinarios,, capacitados en diversos ámbitos

Amparados bajo los criterios municipales de una comuna humana saludable y solidaria, que busca el bienestar de el individuo y la familia, resguardando al ser, desde la pre concepción hasta las últimas etapa de el ciclo vital, reorientando muchas prestaciones hacia los adultos mayores, de acuerdo a las características de desarrollo país, con expectativas de vida de 78 años hasta 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. y otros establecimientos de la red.

Enmarcado en el modelo de atención de salud de la Comuna de Quillota, nuestro centro orienta sus acciones hacia la atención del daño, sin descuidar las acciones preventivas promocionales y las orientaciones de el eje SALUD QUILLOTA 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, espirometría, Rx toma de muestras de exámenes), podología y atención domiciliaria.

Características del centro de salud:

Población Percapita área urbana	69771 (85%)
Población percapita comuna	82171

La implementación de el Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU) en Junio de el 2010, constituyo una estrategia muy importante, para la ciudad y para la red, contando con la coordinación de el departamento de salud, servicio de salud y el Hospital San Martín de Quillota, se logro concretar el ansiado proyecto, de contar con un SAPU para la comuna, lográndose un impacto importante, demostrado por la disminución de la tasa de consulta, a nivel de la unidad de emergencia, impacto que también se evidencio, con una disminución, en la tasa de consulta de morbilidad, de el C.S. Miguel Concha. El SAPU brinda un acceso y una oferta a toda la población de la comuna, en especial, a la población laboralmente activa, en horarios, desde las 17 horas hasta las 24 horas, y los fines de semana de 8:00 a 24:00 horas. Se logro coordinar con el Hospital la toma de exámenes y Rx, contribuyendo ha mejorar la resolutiveidad y manejo de patologías más complejas, situación que ha sido evaluada positivamente por la ciudadanía.

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.

El SAPU funciona en dependencias, de el C.S. Miguel Concha, cuenta con 3 box debidamente habilitados y equipados con equipos de última generación, durante el 2010, se arrendó, un inmueble frente al centro de salud, donde se trasladaron gran cantidad de prestaciones de tipo administrativo, como el área estadística, fonosalud, registros de archivos múltiples, unidad denominada **Gestión Global**. Se espera trasladar a esta área otras prestaciones, como interconsultas, agendas y GES.

- **Dotación Funcionarios**

Nuestra dotación cuenta con un variado equipo de profesionales y personal de apoyo, numero de funcionarios que se ha incrementado en el último periodo, debido a la complejidad y al incremento de prestaciones distribuido como sigue:



CARGO	HORAS CONTRATADAS	Nº Funcionarios
Médicos	633	20
Odontólogos	169.5	6
Odontólogo Esp	51	2
Químico Farmacéutico	44	1
Enfermeras	76	3
Kinesiólogas	254	7
Nutricionistas	88	2
Terapeuta Ocupacional	44	1
Asistente Social	44	1
Sicólogo	36	2
Podólogo	37	1
TENS	572	15
Técnicos Paramédicos	704	22
Administrativos	825	20
Auxiliares de servicio	88	2
Conductores	132	3
Tecnólogos	110	3
Ecografista	12	3

Además para complementar nuestras prestaciones y procedimientos se cuenta con el apoyo de servicios externalizados:

Oftalmólogo
Otorrino
Cardiólogo (informe de EKG y Holter)
Profesores de Educación Física.

- **PROGRAMAS Y PRESTACIONES**

Los programas que se desarrollan principalmente en nuestro centro son:

1. PROGRAMA CARDIOVASCULAR/PAT. CRONICAS
2. PROGRAMA ODONTOLOGICO/ ESPECIALIDADES
3. PROGRAMA IRA
4. PROGRAMA ERA
5. REHABILITACIÓN CON BASE COMUNITARIA
6. PROGRAMA POSTRADOS (PADI)
7. MORBILIDAD INFANTIL / ADULTA, ATENCION URGENCIA
8. NEULOGIA INFANTIL/DERMATOLOGIA /TUBERCULOSIS
9. PROGRAMA GES
10. PROCEDIMIENTOS Y EXAMENES



1. PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR:

Dentro del marco epidemiológico nacional, las patologías cardiovasculares constituyen la primera causa, de morbi/mortalidad, a nivel comunal, se mantiene la misma tendencia.

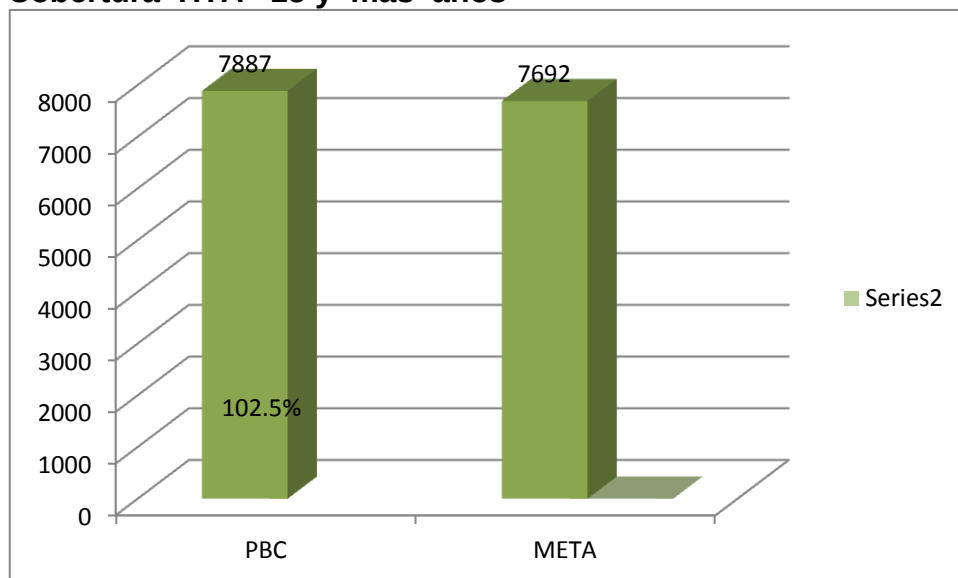
En el ámbito urbano, se cuenta con una amplia cobertura, otorgando las prestaciones necesarias, para el control de patologías de origen cardiovascular y otras, que incluyen control por equipo multiprofesional, prestaciones complementadas con exámenes y medicamentos, así como el seguimiento y registro GES correspondiente, evaluación por kinesiólogo, a quienes ingresan al programa de actividad física..

Índices de Cobertura y Compensación, a Octubre de 2010.

Cobertura HTA 15 y + años
Meta : 65% 7692
Logrado:102.5%

Según prevalencia	PBC	Según meta	% cobertura lograda
11612	7887	7692	102%

Cobertura HTA 15 y más años

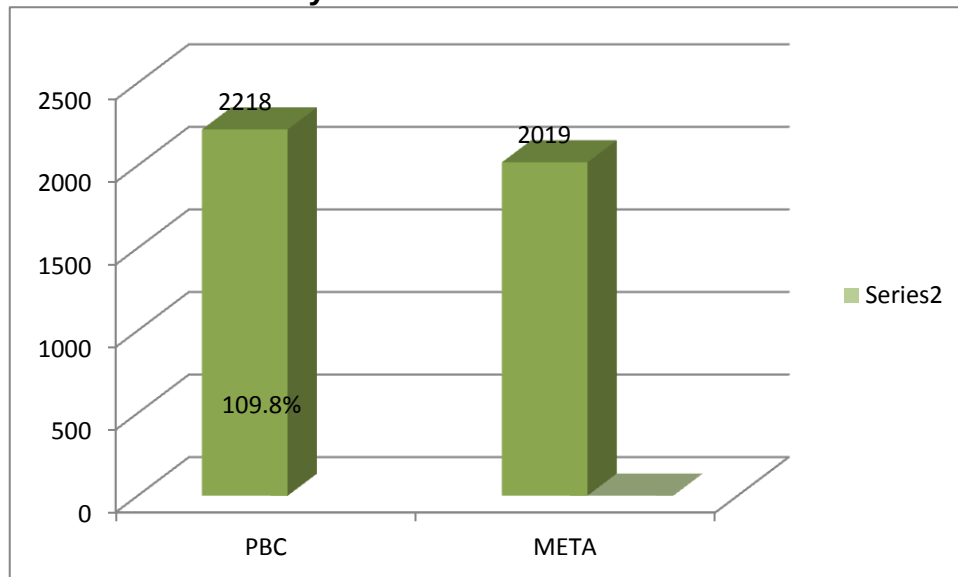




Cobertura DM 15 y + años

Según prevalencia	PBC	Según meta	% cobertura
2588	2218	2019	109.8 %

Cobertura DM 15 y más años

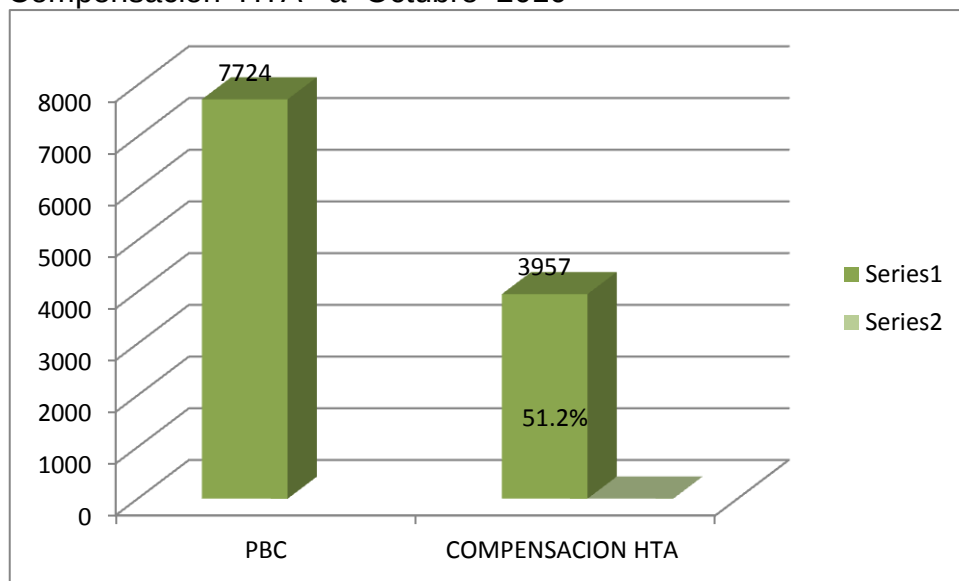


Compensación HTA

Hipertensión arterial	PBC	PA < 130/85	% compensación	Meta
15 – 64 años	3906	2276	55.9 %	55.7
65 y + años	3818	1781	49.2 %	46.6
Total	7724	3957	51.2 %	

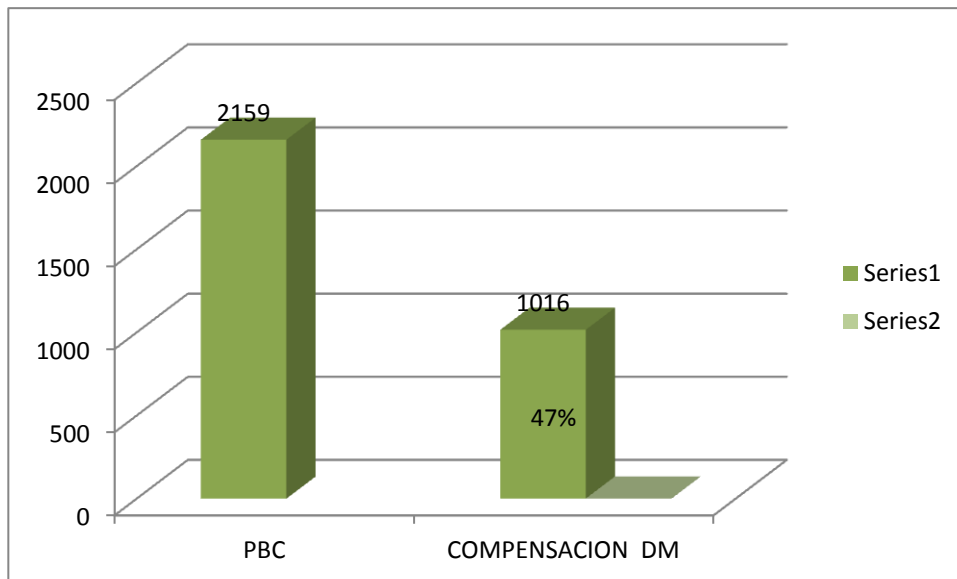


Compensación HTA a Octubre 2010



Compensación DM

Diabetes Mellitus	PBC	HbA1C <7	% compensación	Meta
15 – 64 años	1107	475	42.9	30 %
65 y + años	1052	541	51.4	30 %
Total	2159	1016	47	





Importancia de la compensación

Ambos indicadores, cobertura y compensación, presentan porcentajes que cumplen los requerimientos solicitados, por el Servicio de Salud, tanto para las Metas de desempeño colectivo, como para IAAPS, porcentaje de compensación mayor al nacional y al del SSVQ.

Al lograr mayores niveles de compensación, llegando a mejor control metabólico, de los pacientes, esta ha sido una preocupación continua de los equipos técnicos, el disminuir el número de complicaciones asociadas a las enfermedades cardiovasculares, y lograr impactar, disminuyendo la morbimortalidad asociada a las enfermedades cardio metabólica.

2. PROGRAMA ODONTOLOGICO

Debido a las características técnicas de este centro, el mayor número de actividades programadas y realizadas, son de tipo recuperativo, llegando a representar el 65% de la atenciones odontológicas, y estas sumadas a las prestaciones de especialidad, suman el 81%, de las atenciones odontológicas de este centro.

La intención de los equipos técnicos, es no dejar de lado, o desmerecer las prestaciones o actividades de tipo preventivo promocional, que se pudieran y deben incorporarse y que en muchos casos, son actividades transversales a muchos tipos de intervenciones.

Debido a la demanda y a las metas estipuladas, se priorizan horas por el tema de urgencias odontológicas, pero una brecha importante y un desafío a la vez, es poder realizar altas integrales en adultos en general, grupo en el que se realiza mayores actividades de tipo recuperativo.

Se da atención al 100% de las consultas de urgencia, considerando para ello citas en agenda destinadas en forma exclusiva para ello, de el total de consulta de urgencia, solo un porcentaje muy pequeño, corresponde a urgencias reales.

Se da atención integral al paciente de 60 años (GES 60), que incluye prótesis, si el caso lo amerita, existe una baja convocatoria, para este grupo de edad, este año se está trabajando para diseñar nuevas estrategias para tener mayor cobertura del programa GES 60, se cuenta con 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.

Atenciones Odontología General

	DIURNO	EXTENSION	SABADO	TOTAL
1° Consulta	4910	1929	740	7579
Repetida	6067	1833	2099	9999
Total	10977	3762	2839	17578

Atenciones de Especialidad Periodoncia

1° Consulta	380			
Repetida	1405			
Total	1785			
Actividades	4166			

Programas Especiales

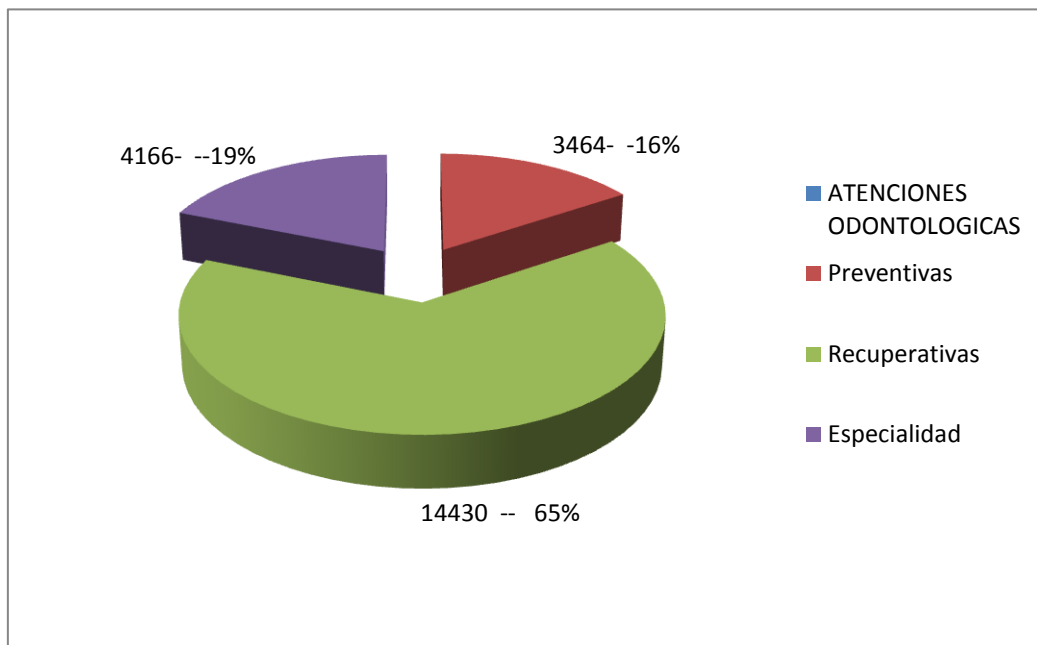
Escasos Recursos	GES	Especialidad
Alta 191	128	
Protesis Acrilica 286	079	286
Protesis Metálica	141	

Atención Urgencia Ges y no Ges

	DIURNO	EXTENSION	SABADO	TOTAL
GES	533	68	21	622
NO GES	5514	2721	863	9098
	6047	2789	884	9720

Actividades Preventivas Recuperativas y Especialidad

	DIURNO	EXTENSION	SABADO	TOTAL
Preventivas	3223	170	71	3464
Recuperativas	9721	3655	1054	14430
Especialidad				4166
Total				20313



TASA CONSULTA ODONTOLÓGICA: 0.25 consulta/hab./año

Atenciones Odontológicas	17578	
URGENCIAS	9720	55%
URGENCIAS GES	622	3,50%

Durante el año 2010 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.

Situación distinta ocurre con las derivaciones, a Limache, al Hospital San Martín de Quillota, a cirugía odontológica y las derivaciones internas de periodoncia.

Derivaciones Odontológicas a La Calera

	Endodoncia	Protesis
Diurno	219	147
Extensión	62	31
Sábado	11	-
Total	292	178

**Derivaciones Odontológicas a Limache**

Derivaciones	Disfunciones Temporo/Mandibulares
Diurno	6

Derivaciones Odontológicas Quillota

	HSMQ	CSMC
Diurno	189	145
Extensión	97	80
Sábado	30	39
Total	316	264

3. PROGRAMA IRA

La sala IRA cuenta con un médico (5), una Kinesióloga (33) y una Téc. Paramédico (22), 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 médico) y C. S. San Pedro (Médico). Existe una brecha, de horas médicas para sala IRA.

Este año, como en años anteriores, se reforzó, con 11 horas de apoyo de Kinesiólogo, por periodo de invierno, se apoyo durante 2 meses el SAPU, con kinesiólogo para IRA Y ERA.

Tipo de Consulta (Kinesióloga)	Nº total año 2010
Ingreso	438
Reingreso	125
Controles	1170
Prestaciones	6611

Pacientes crónicos en control Sala IRA por diagnóstico son:

Diagnóstico	Cantidad
SBOR	180
ASMA	403
Total	583

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 (5hrs) y dos Kinesiólogas (33+11 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 el programa de rehabilitación pulmonar.

En noviembre 2010, se inicia **poli antitabaco**, comenzando con funcionarios del centro.

Población en control SALA ERA por diagnóstico:

Diagnóstico	Cantidad
EPOC	100
ASMA	498
LCFA	107
Total	705

Dato actualizado 31-10-10

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, Centro creado con la participación y un esfuerzo de la comunidad.

El centro comunitario de rehabilitación está enfocado en dar respuesta a las necesidades de los y las usuarios/as con patologías músculo 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.

Actividades kinesiología hasta octubre 2010

Tipo de atención	Nº de atenciones
Kinesiología Motora	8301
Terapeuta Ocupacional	908
EFAM	698
Parkinson pacientes GES	20
Artrosis pacientes GES	299



Este programa además se encarga de la entrega de ayudas técnicas y las sesiones de educación correspondientes, llevando además el registro GES en cada caso.

Ayudas técnicas Enero – Octubre 2010

Cojín antiescaras	12
Colchón antiescaras	31
Silla de ruedas	32
Bastón	50
Andador fijo	20
Andador móvil	4
Total	149

6. PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA INTEGRAL.

Debido a la tendencia mundial de países en desarrollo, el envejecimiento de la población y con ello, el aumento de las patologías propias del adulto mayor, tema que va de la mano, con la detección más precoz de cánceres, y el aumento de manejo de patologías, del AM en forma ambulatoria, ha repercutido en el incremento de prestaciones en domicilio a cargo de los centros, y con ello el incremento de funcionarios y profesionales dedicados a estas funciones. Prestaciones que se enmarcan dentro, de criterios socio demográficos y de vulnerabilidad, incorporando a grupos de riesgo, tratando de enmarcarlos, dentro de un enfoque de territorialidad y sectorización, siguiendo siempre los lineamientos y políticas, de realidades locales.

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.



POBLACION ATENDIDA

Meses	Cáncer	AVE	OTRAS	Total
Enero	21	48	104	173
Febrero	21	46	111	178
Marzo	15	45	120	180
Abril	12	46	116	174
Mayo	16	42	122	180
Junio	15	44	119	178
Julio	16	41	125	182
Agosto	16	41	127	184
Septiembre	17	40	125	183
Octubre	17	42	132	191

VISITAS REALIZADAS

Meses		Total
Enero	344	344
Febrero	364	708
Marzo	440	1148
Abril	395	1543
Mayo	301	1844
Junio	359	2203
Julio	379	2582
Agosto	379	2961
Septiembre	278	3239
Octubre	445	3684



PADI

Visitas por Profesionales

	Méd	Enf.	KN	A,S	NUT.	PS.	T.O	Tecn.	Total
Enero	31	27	7	52	3	40	6	173	339
Febrero	62	14	40	32	3	36	0	173	360
Marzo	41	27	37	57	3	21	6	130	322
Abril	36	15	47	54	2	20	14	191	379
Mayo	33	30	25	50	5	24	2	178	347
Junio	46	23	41	52	6	14	16	187	385
Julio	61	17	28	48	5	46	1	195	401
Agosto	61	17	28	48	5	46	1	182	388
Septiembre	40	15	29	45	0	30	11	166	336
Octubre	55	25	40	60	6	45	25	171	427
Total									3684

El equipo multidisciplinario está formado por Asistente Social, Nutricionista, Técnico Paramédico (reforzado con 10 hrs. extras semanales), Enfermera, Médicos (5), Kinesiólogo, Terapeuta Ocupacional y Sicóloga.

El equipo de el PADI ha logrado satisfacer la alta demanda, de los pacientes de la comuna, así también han adquirido más destreza, en el manejo de pacientes con cáncer, debido al manejo frecuente de patologías más complejas.

Logrando un grado de satisfacción y reconocimiento importante por parte de la comunidad, llevando una coordinación excelente, con el equipo, de cuidados paliativos de el Hospital San Martín.

Además el equipo del PADI ha realizado capacitaciones en diversas áreas a un total de 70 cuidadoras, el 6 de diciembre se realiza, un acto de cierre, de año 2010, entregándose un diploma a las 70 cuidadoras capacitadas durante este periodo.



7. MORBILIDAD INFANTIL Y ADULTA

El centro de salud, al ser un centro de referencia urbana, para la morbilidad, tiene un demanda creciente, en el último periodo y a la vez variable, de acuerdo a condicionantes epidemiológicas y sociales propios de la comuna, que obedecen a realidades locales.

Uno de los desafíos importantes, es brindar una alternativa, o mantener una oferta para la población laboralmente activa, sobretudo en horarios de extensión y los días sábados y domingos, este año solo, se mantuvo la atención de los días sábados, debido a que el SAPU, brindaba una oferta los días sábados y domingo, hasta las 24 horas.

En el centro de salud y la APS, en el último periodo, se ha tratado de mejorar los estándares de calidad, en primer lugar con la ficha digital, se parte, al contar con un sistema de registro, más contemporáneo, expedito, en el cual se pueden revisar antecedentes y atenciones en otros centros de la red, se pueden generar las recetas e interconsulta en forma digital, incluso en el tema de exámenes se esta trabajando, en optimizar, el tiempo y la respuesta en forma digital de los exámenes.

Durante el 2010 los rendimiento en morbilidad adulto se mantienen en 4 pacientes por hora, y en morbilidad infantil en 5 pacientes por hora.

Una de las limitantes importantes, es la falta de oferta de profesionales médicos, se mantiene una brecha, por rotaciones, sobretudo de profesionales jóvenes, que por lo general reciben ofertas de comunas vecinas, lo cual genera en ocasiones, la falta de continuidad, en determinados programas.

El manejo de patologías **GES**, correspondientes a la APS, corresponde a las 13 patologías, que son de este nivel, a obligado a los equipos a tomar las estrategia adecuadas, para el cumplimiento de acceso diagnostico tratamiento y continuidad, de las prestaciones, logrando optimizar cada día, la gestión en esta área, la última supervisión de la superintendencia, el centro de salud, cumplió satisfactoriamente con el 100% de la supervisión.

La ficha digital y todo el sistema informático, constituye actualmente una herramienta de gestión importante, que permite, tener información actualizada y en línea, llevando un mejor manejo de datos.

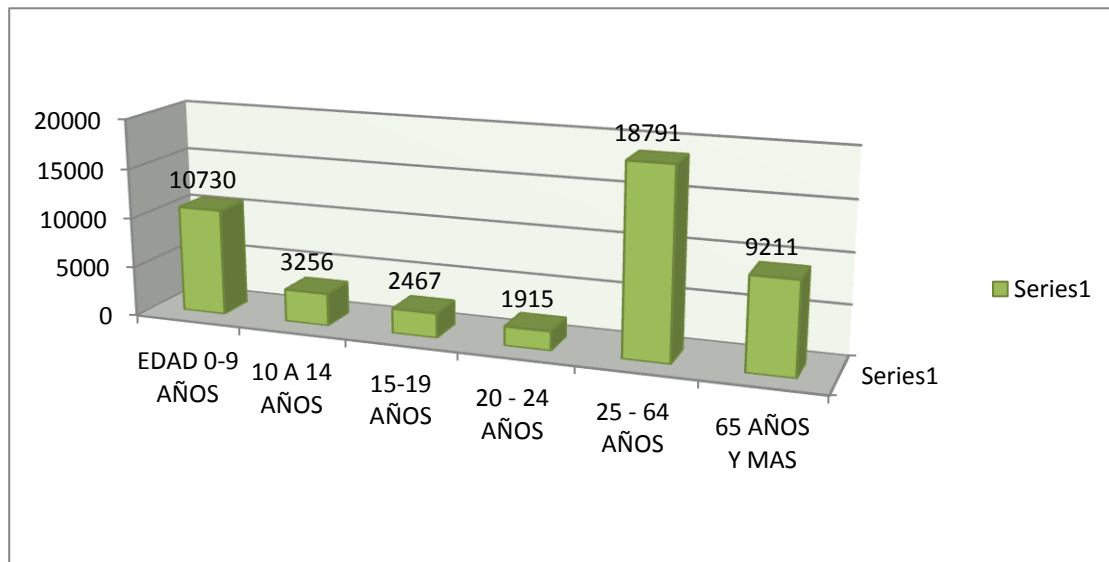
La distribución de atenciones de morbilidad durante el año 2010 se presenta como sigue:

La distribución de la consulta de morbilidad por grupo de edad se presenta como sigue: Dato hasta Nov. 2010.

MES	EDAD 0-9 AÑOS	10 A 14 AÑOS	15-19 AÑOS	20 - 24 AÑOS	25 - 64 AÑOS	65 AÑOS Y MAS	TOTAL
ENERO	722	150	154	147	1510	723	3406
FEBRERO	571	198	199	220	1788	850	3826
MARZO	966	316	276	229	2030	1004	4821
ABRIL	1180	343	250	180	1784	794	4531
MAYO	1187	262	200	144	1374	695	3862
JUNIO	1581	428	257	173	1793	857	5089
JULIO	983	289	213	168	1865	852	4370
AGOSTO	1136	471	293	177	1979	985	5041
SEPTIEMBRE	995	335	231	180	1625	813	4179
OCTUBRE	803	250	227	169	1715	850	4014
NOVIEMBRE	606	214	167	128	1328	788	3231
TOTAL	10730	3256	2467	1915	18791	9211	46370

TOTAL ATENCIONES MORBILIDAD 2010 = 46.370

Atenciones de Morbilidad por grupo etáreo hasta Nov. 2010





Los grupos de edad que más consultan, el de 25 a 64 años, donde encontramos, una cantidad importante de población laboralmente activa, y el otro grupo importante, es el de 0 a 9 años, epidemiológicamente, la tasa de consulta se incrementa, en el periodo de invierno.

Atención Médica día sábado año 2010, hasta Noviembre: 1.888

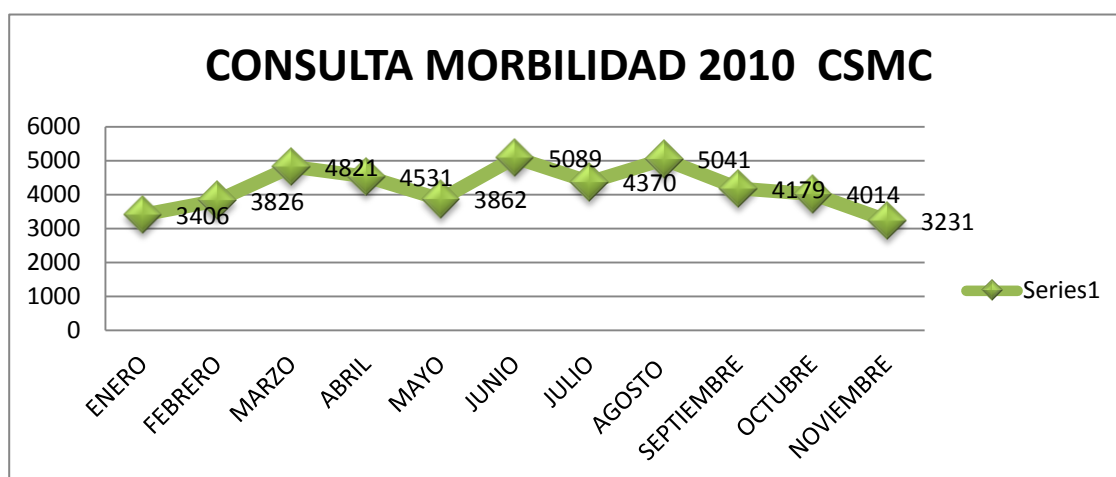
La atención médica en día sábado y (festivo), representa el **4.07%** del total de atenciones médicas del año

Durante los meses de Junio, Julio y Agosto, la atención de morbilidad, no se incrementó, como en años anteriores, debido a que gran parte de la consulta, de el centro fue absorbida por el **SAPU**, quien experimentó, un incremento en el número de sus consultas.

Los mayores flujo de pacientes, a solicitar hora en admisión SAPU, se dan entre las 17 y las 20 horas, por otro lado según, evaluación, de los tiempos de espera, en periodo de invierno, donde existía mayor demanda de pacientes, el 80% de las persona esperaban , menos de 1 hora.

SAPU

Atenciones Junio/ Octubre 2010	11599
Promedio de atenciones por/día	89
Patología respiratoria	7604 (65.5%)





Tasa de consulta morbilidad por población:

Tasa de consulta morbilidad: **0.66 cons./hab./año** **Pob. (69771)**

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.

Distribución de **consultas médicas** por diagnóstico más comunes

<i>Diagnóstico</i>	<i>Cantidad consultas</i>
IRA ALTA	9122
S.B.O.	2762
NEUMONIA	217
OTRAS BAJAS	773

PROCEDIMIENTOS Y OTROS

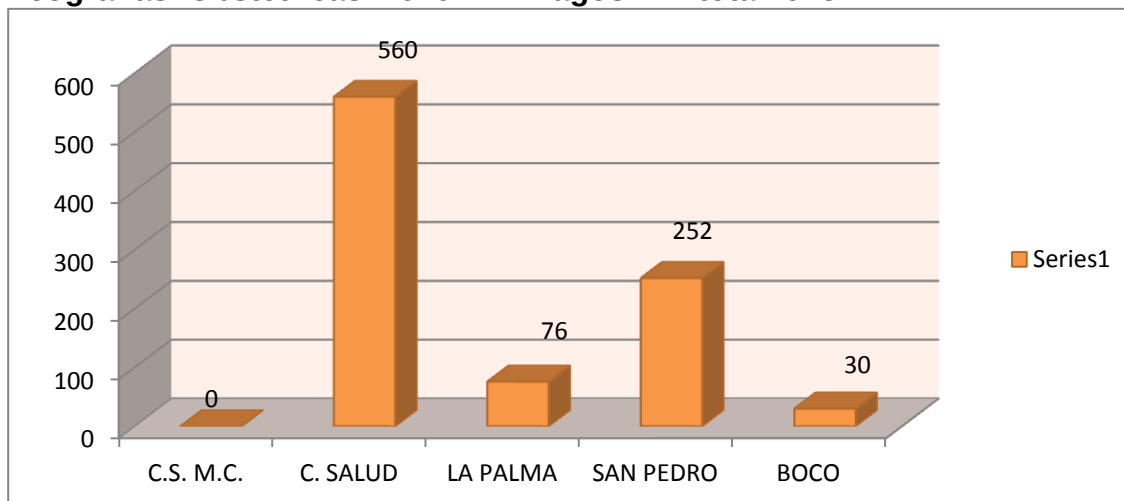
8.1. Curaciones: Total año 2010

Tipo de curación	Cantidad
Simple	
Compleja	
Total	13455

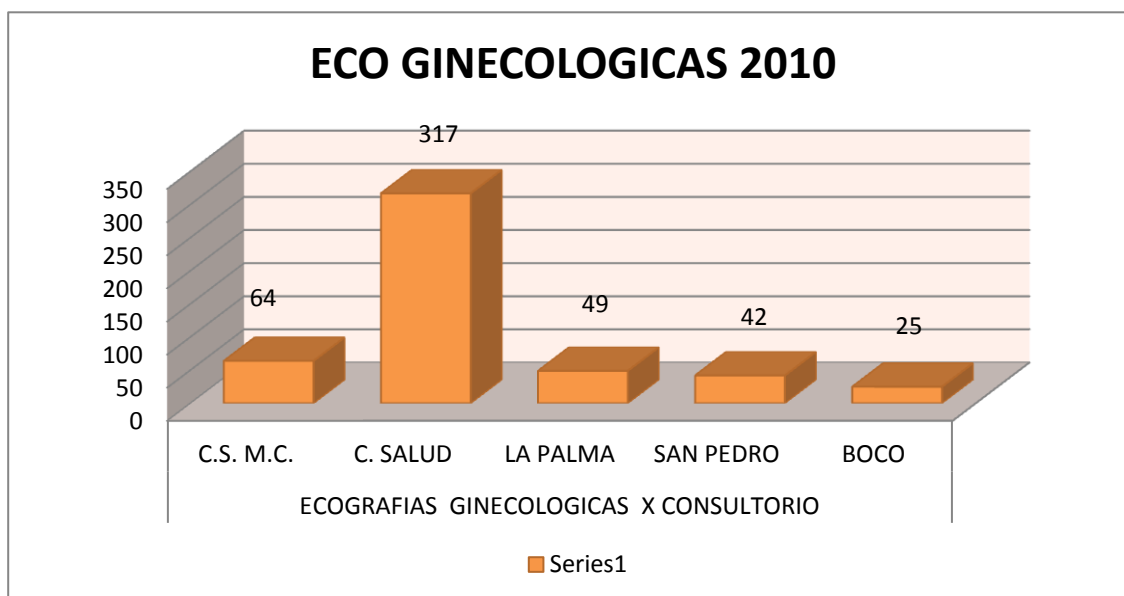
- **Ecotomografías y Ecografías:**
- **Durante el 2010 hasta Octubre, se realizaron 2262 Ecografías Gineco-Obstétricas**



Ecografías Obstétricas 2010 Dr. Lagos total: 918

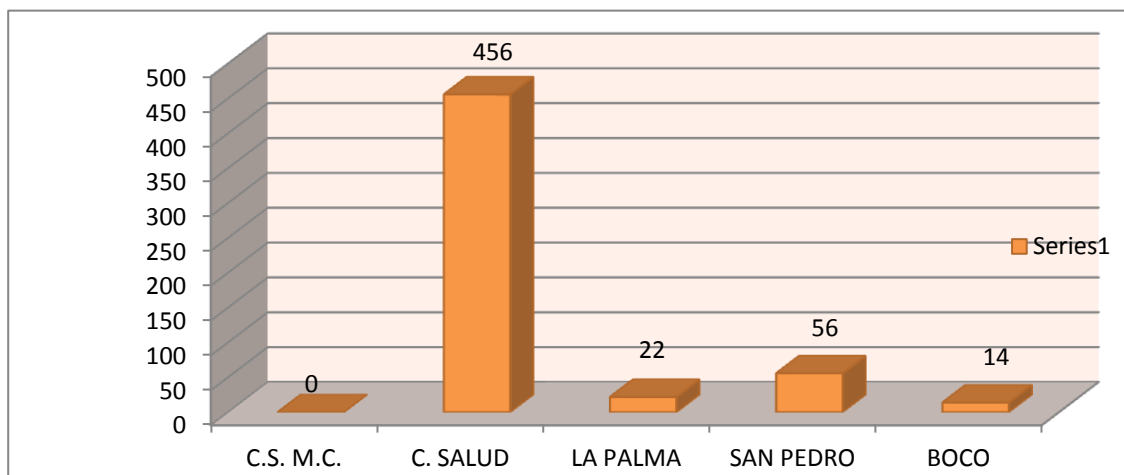


Ecografías ginecológicas 2010 Dr. Lagos total: 497

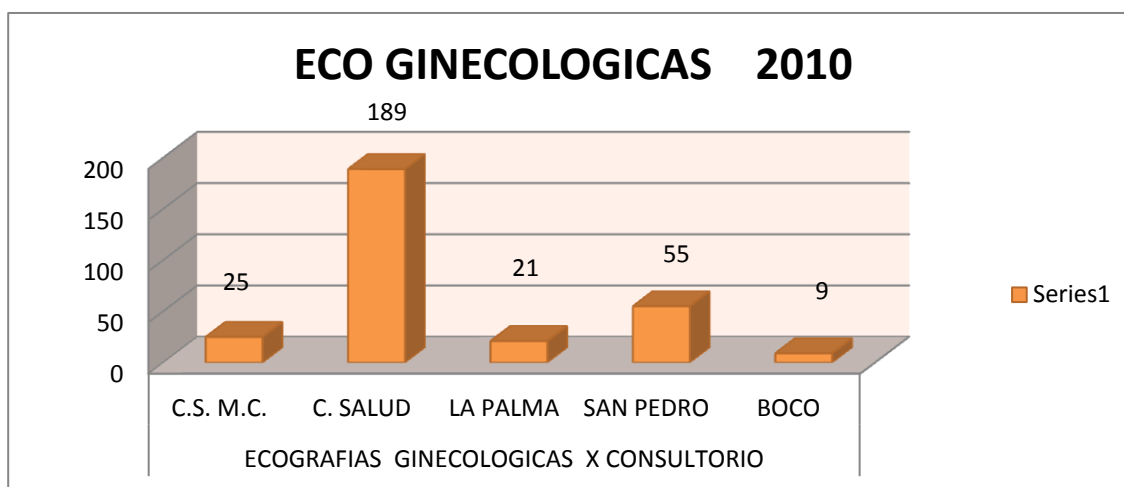




Ecografías Obstétricas 2010 Dr. Rodríguez total: 548

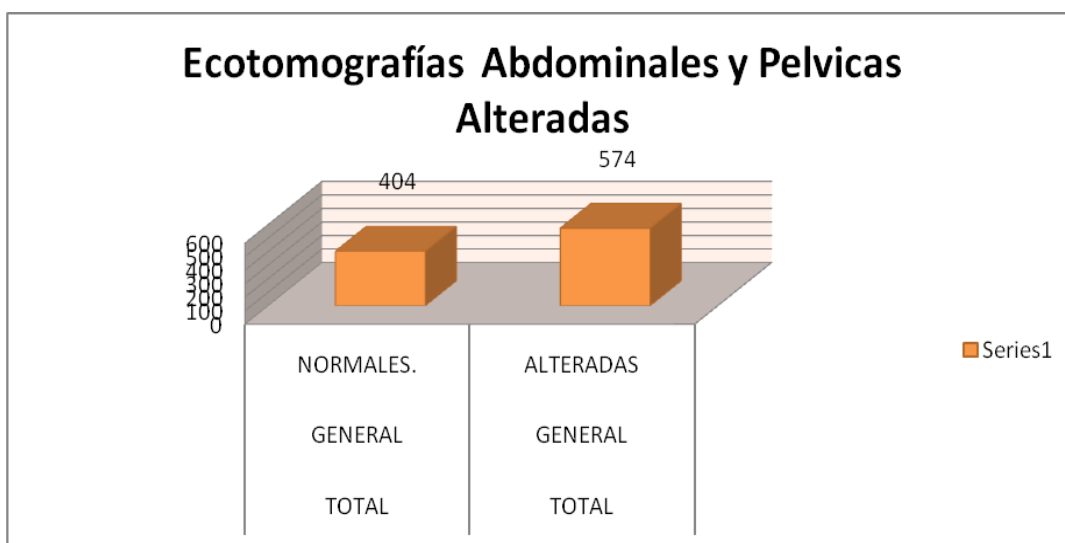
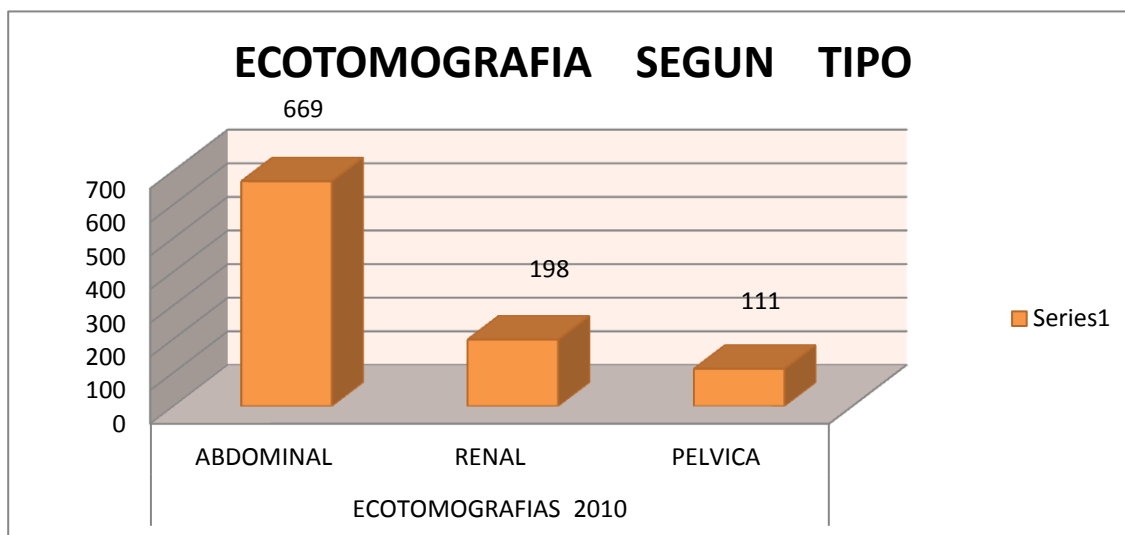


Ecografía Ginecológica 2010 Dr. Rodríguez total: 299





Ecotomografia Abdomino/pélvica Dr. Nevarez total: 978

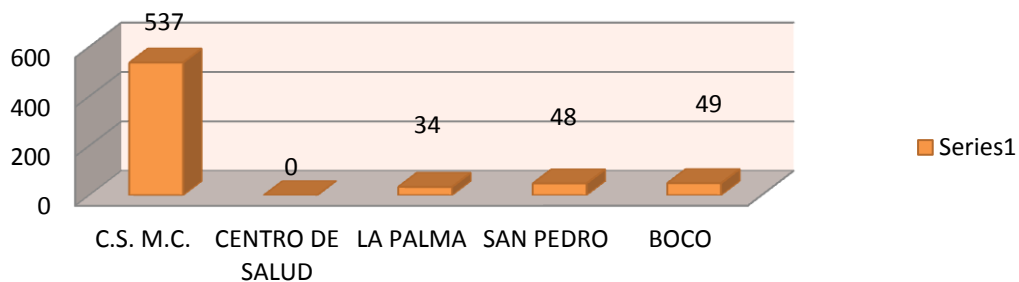


Ecotomografía por centro de salud de origen.

El 80% de las ecotomografías se solicitan desde el C.S. Miguel Concha.

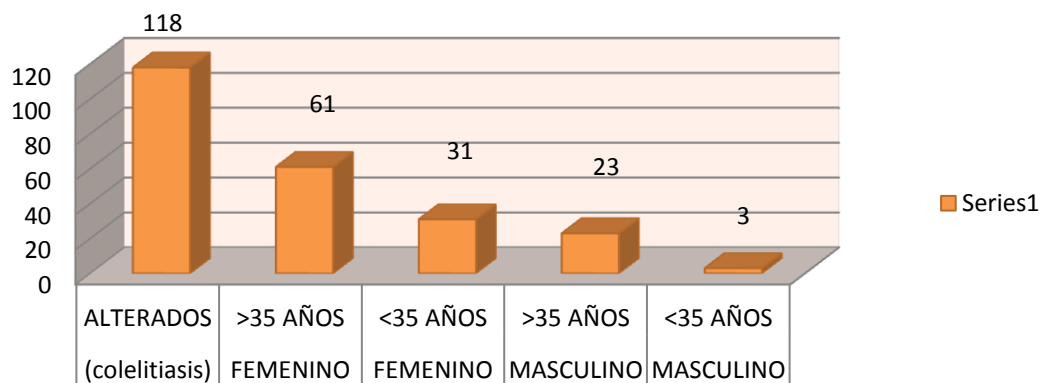


Ecotomografia Abdominales por Centro =668



Ecotomografías alteradas (colecistitis).

Ecotomografías Alteradas Colecistitis 2010





8.3. OTROS PROCEDIMIENTOS

Electrocardiogramas	3000
Holter	72
Fondo de ojo	1060
Espirometrías	606
Toma de muestras	14400

En relación a los Holter, se realiza compra de servicio, de la misma forma se realiza compra de servicio, para Rx torax, para el programa IRA ERA y GES (400 cupos anuales).

Exámenes de Cardiovascular y Morbilidad

EXAMENES	CV	EXAMENES	MORBI
Hemograma	103	Hemograma	1319
Perf. Hematológico	3580	Perf. Hematológico	3536
Hematocrito	3	Hematocrito	4
V.H.S	88	V.H.S	1936
Grupo Sanguíneo	3	Grupo Sanguíneo	14
TP	14	TP	236
TTPK	14	TTPK	235
Monotest	0	Monotest	1
Reticulocitos	1	Reticulocitos	4
Rcto. de Blancos	1	Rcto. de Blancos	8
Rcto. de Plaquetas	0	Rcto. de Plaquetas	10
Hb. Glicosilada	2750	Hb. Glicosilada	458
PTGO	374	PTGO	560
Glicemia	4730	Glicemia	4530
Uremia	580	Uremia	1726
Colesterol	75	Colesterol	251
Triglicéridos	54	Triglicéridos	210
Perfil Lipídico	5392	Perfil Lipídico	4151
Perfil Hepático	502	Perfil Hepático	1786
Acido Úrico	4067	Acido Úrico	2978
Creatinina	4305	Creatinina	4022



Fosfatasa Alcalina	8	Fosfatasa Alcalina	80
Clear. de Creatinina	180	Clear. de Creatinina	116
Electrolitos	2568	Electrolitos	1400
Amilasa	2	Amilasa	20
Proteínas Totales	10	Proteínas Totales	62
Fosfemia	5	Fosfemia	53
GOT	6	GOT	82
GPT	6	GPT	81
Calcemia	7	Calcemia	65
LDH	0	LDH	22
HDL-Colesterol	3	HDL-Colesterol	85
bilirrubina Total	5	bilirrubina Total	80
bilirrubina Directa	1	bilirrubina Directa	0
Albuminemia	34	Albuminemia	91
ASLO	16	ASLO	336
P.C.R.	22	P.C.R.	646
Factor Reumatoideo	25	Factor Reumatoideo	720
Baciloscopias	0	Baciloscopias	0
Baciloscopias X cc	0	Baciloscopias X cc	0
Directo al Frasco	0	Directo al Frasco	0
Gram	0	Gram	0
Coprocultivo	0	Coprocultivo	22
Cultivo Corriente	0	Cultivo Corriente	29
Urocultivo	12	Urocultivo	970
VDRL	1	VDRL	31
Widal	0	Widal	0
Rotavirus	0	Rotavirus	1
Gonoscopia	0	Gonoscopia	0
Parasitologico	2	Parasitologico	422
Test de Graham	2	Test de Graham	279
Acarotest	0	Acarotest	0
VIH	0	VIH	9
Test de Chagas	0	Test de Chagas	9
Sudan	0	Sudan	1
Weber	2	Weber	97
Leucocitos Fecales	0	Leucocitos Fecales	3
Ph	0	Ph	0
Fehling	0	Fehling	3
Sedimentos	30	Sedimentos	498
Orina Completa	3770	Orina Completa	3756



Micoalbuminuria 24 horas	1291	Micoalbuminuria 24 horas	226
Proteinuria	13	Proteinuria	12
Glucosuria	2	Glucosuria	0
BUN en orina	3	BUN en orina	15
Calciuria	1	Calciuria	0
Creatinuria	13	Creatinuria	4
Nitrogeno Ureico	1	Uricosuria	5
Uricosuria	4	TOTAL DIARIOS	38305
TOTAL EXAMENES	34681		

Exámenes de CV 34681, Morbilidad 38305

Toma de muestras : 14400

8.4.GES

Casos nuevos GES ingresados, por patología por mes año 2010

ESTADÍSTICA CASOS AUGÉ INGRESADOS POR PATOLOGÍA 2010

MES	niños																			adultos		TOTAL
	IRA	HTA	DM	NAC	EPI	ASMA	EPOC	DEPR	ORTE.	ARTR.	V. REFR.	DEP. ALCOHOL	U.DENTAL	S.ORAL	S.ORAL	PARKINSON	EPI + 15 años	SMA + 15 años	Prev. IRC 2º			
Enero	54	61	26	3	0	5	0	0	19	37	1	0	59	0	7	7	3	7	6	295		
Febrero	18	45	32	0	0	0	2	0	26	44	2	0	42	0	10	2	1	7	4	235		
Marzo	73	57	28	0	0	5	1	0	6	47	3	0	56	0	26	1	11	15	3	332		
Abril	88	57	33	4	0	7	0	0	14	21	2	0	42	0	21	1	5	11	4	310		
Mayo	138	50	35	5	0	5	2	0	12	30	2	0	47	0	14	4	2	11	5	362		
Junio	224	83	29	6	0	19	2	0	5	30	0	0	48	0	9	8	1	6	7	477		
Julio	145	99	27	19	0	11	1	0	12	38	2	0	26	0	12	0	1	15	2	410		
Agosto	147	96	26	14	0	9	3	0	11	50	3	0	54	0	12	3	1	12	10	451		
Septiembre	150	72	31	28	0	5	5	0	12	21	6	0	49	0	9	2	2	11	15	418		
Octubre	86	84	33	13	0	8	5	0	14	23	3	0	63	0	9	3	1	8	6	359		
Noviembre																				0		
Diciembre																				0		
TOTAL:	1123	704	300	92	0	74	21	0	131	341	24	0	486	0	129	31	28	103	62	3649		



8.5. Pesquisa HTA.

ESTADÍSTICA SOSPECHAS HTA 2010

	Total Citados	Casos en Sospecha - SIGGES		SIGGES	Inasistentes	SIN	Descartados	Confirmados
	Pesquisa	SI	NO	TTO-Antiguos		FONASA		
ENERO	79	19	46	14	18	0	15	46
FEBRERO	88	8	71	9	20	0	41	27
MARZO	64	11	46	7	17	0	11	36
ABRIL	107	13	70	24	25	0	12	70
MAYO	75	7	57	11	16	0	17	42
JUNIO	79	15	49	15	25	0	8	46
JULIO	106	10	84	12	52	0	10	44
AGOSTO	105	20	57	28	44	0	5	56
SEPTIEMBRE	74	16	47	11	34	0	11	29
OCTUBRE	107	20	62	25	57	0	11	39
NOVIEMBRE								
DICIEMBRE								
Total:	884	139	589	156	308	0	141	435

Pesquisas 2010

Pesquisas realizadas	576
Pesquisas confirmadas	435

8.6. INTERCONSULTAS

RESUMEN INTERCONSULTAS AÑO 2010.-

Especialidad	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Sept.	Oct.	N.	D	Total
Pediatría	3	8	12	10	14	21	10	14	5	10			107
M. Interna	13	23	21	10	18	22	12	26	9	13			167
Bronco. Infantil	1	0	0	0	0	1	0	1	0	1			4
Bronco. Adulto	2	3	2	1	0	0	6	3	3	5			25
Cardio. Infantil	1	0	1	0	3	1	1	2	0	1			10
Cardio. Adulto	21	13	28	27	2	18	31	30	21	37			228
Endocrinología	5	3	1	5	1	1	2	5	3	6			32
Gastroenterología	28	28	21	36	31	54	30	36	25	36			325
Hematología	0	1	1	1	3	3	2	1	4	2			18
Nefrología	10	12	6	10	6	6	12	17	22	13			114
Reumatología	5	3	0	1	3	4	2	8	8	3			37
Derma. Infantil	12	8	13	13	18	16	18	14	11	18			141
Derma. Adulto	40	45	57	25	53	35	40	58	36	70			459
Neurología Infantil	3	3	7	3	5	4	4	8	3	5			45
Neurología Adulto	14	27	26	16	30	25	24	44	32	44			282
Psiquiatría	3	4	1	3	2	2	3	9	2	2			31
Cirugía Infantil	17	6	12	5	7	8	7	7	5	10			84
Cirugía Adulto	48	60	49	22	58	43	45	36	29	38			428
Cirugía de mamas	3	1	2	1	2	0	5	5	8	0			27
C. Maxilo Facial	34	49	42	33	39	29	35	46	46	32			385
C. Proctología	0	0	0	1	1	0	1	0	3	2			8
C. Vascular Perif.	21	11	10	6	10	7	3	6	6	11			91
Neurocirugía	1	3	0	5	1	2	2	1	3	1			19
Gine-Obstetricia	3	11	4	1	3	3	7	7	3	5			47
Oftalmología Inf.	9	1	0	9	3	5	4	3	5	3			42
Oftalmología Adul.	110	144	138	98	162	104	120	194	134	65			1269
Otorrino Infantil	15	8	12	18	14	13	13	14	5	11			123
Otorrino Adulto	35	47	46	29	58	52	37	46	46	34			430
Trauma. Infantil	2	3	2	7	11	4	10	8	6	9			62
Trauma. Adulto	52	55	41	32	41	47	50	53	48	63			482
Urología Infantil	2	0	0	2	0	0	2	1	0	0			7
Urología Adulto	14	21	19	13	16	19	26	21	15	16			180
E.T.S	0	2	5	0	3	0	0		0	0			10

El total de interconsultas generadas en el C.S Miguel Concha en el 2010 fue 5719, hasta Octubre. Tasa de derivación 12.3%

Las interconsultas que en mayor número se generaron, fueron para **oftalmología adulto 1269**, traumatología adulto 482, dermatología 459 otorrino 430 y cirugía adulto 428.

TOTAL DE INTERCONSULTAS POR ESPECIALIDAD AÑO 2010

ESPECIALIDAD	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	TOTAL
PEDIATRIA	3	8	12	13	9	21	10	13	6	10			105
M. INTERNA	12	23	21	18	9	22	12	29	12	15			173
BRONCOPULMONAR AD.	2	3	2	0	1	0	7	3	3	5			26
CARDIOLOGIA AD.	22	13	29	24	20	16	29	31	19	38			241
ENDOCRINOLOGIA	4	3	1	0	5	1	2	6	3	6			31
GASTROENTEROLOGIA	26	28	21	31	9	30	30	37	24	36			272
HEMATOLOGIA	0	0	1	3	1	3	2	1	4	2			17
NEFROLOGIA	9	12	6	6	10	6	13	17	22	13			114
REUMATOLOGIA	5	3	0	3	3	4	2	6	6	3			35
DERMATOLOGIA AD.	40	45	57	53	26	35	40	56	33	70			455
NEUROLOGIA AD.	15	26	25	30	16	25	21	41	34	43			276
ONCOLOGIA	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0			2
PSIQUIATRIA AD.	3	4	1	2	2	1	3	7	3	2			28
CIRUGIA INFANTIL	13	6	12	7	5	8	10	8	5	10			84
CIRUGIA ADULTO	50	60	49	57	22	42	42	41	35	38			436
PATOLOGIA MAMARIA	3	1	2	2	1	3	4	3	1	0			20
C. MAXILOFACIAL.	35	49	42	38	33	29	34	42	46	32			380
PROCTOLOGIA	0	0	0	1	2	0	1	0	3	2			9
CIRUGIA VASCULAR	21	11	10	10	6	7	3	7	7	11			93
GINECOLOGIA AD.	3	11	4	4	2	3	6	7	3	4			47
OFTALMOLOGIA	118	145	176	165	98	109	123	177	119	167			1397
OTORRINO	50	55	58	72	46	65	49	54	54	45			548
TRAUMATOLOGIA AD.	52	55	41	41	32	47	54	50	46	63			481
UROLOGIA AD.	13	21	19	16	13	19	23	20	15	16			175
M. FAMILIAR	1	3	3	5	1	2	3	2	0	1			21
GENETICA	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0			1
NEUROCIRUGIA	0	0	0	0	5	2	2	4	0	1			14
BRONCOPULMONAR INF.	1	0	0	0	0	1	0	1	0	1			4
PSIQUIATRIA INF.	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0			1

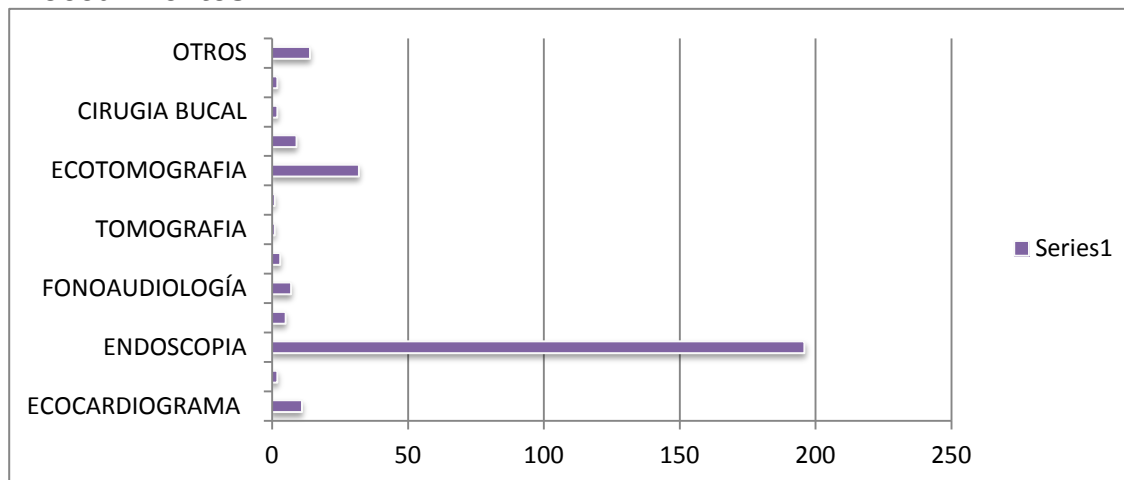
PROCEDIMIENTOS	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	TOTAL
ECOCARDIOGRAMA	1	0	0	2	3	1	3	1	0	0			11
ENDODONCIA	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0			2
ENDOSCOPIA	0	9	25	32	27	24	17	21	23	18			196
ETS	0	2	0	3	0	0	0	0	0	0			5
FONOAUDIOLOGÍA	0	2	1	2	1	0	1	0	0	0			7
A. DOLOR	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0			3
TOMOGRAFIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1			1
ARO	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0			1
ECOTOMOGRAFIA	0	1	0	0	3	3	3	5	12	5			32
TEST ESFUERZO	0	0	4	1	1	1	1	0	1	0			9
CIRUGIA BUCAL	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1			2
U. EMERGENCIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2			2
OTROS	0	1	1	4	3	1	1	0	1	2			14
TOTAL:	1	17	32	45	38	30	26	27	37	27	0	0	280

TOTAL GENERAL:	523	619	649	683	443	559	587	722	561	694	0	0	6040
CARDIOLOGIA INF.	1	0	1	3	0	0	1	2	0	0			8
DERMATOLOGIA INF.	12	8	13	18	12	16	18	14	12	18			141
GINECOLOGIA INF.	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0			2
NEUROLOGIA INF.	3	3	7	5	3	5	2	7	3	5			43
ODONTOLOGIA		2	0	0	0	0	0	0	0	0			2
TRAUMATOLOGIA INF.	2	3	2	11	6	4	10	7	6	9			60
UROLOGIA INF.	2	0	0	0	2	0	2	1	0	0			7
CARDIOCIRUGIA	0	0	2	0	3	2	2	1	0	1			11
TOTAL:	522	602	617	638	405	529	561	695	524	667	0	0	5760

PROCEDIMIENTOS	TOTAL
ECOCARDIOGRAMA	11
ENDODONCIA	2
ENDOSCOPIA	196
ETS	5
FONOAUDIOLOGÍA	7
A. DOLOR	3
TOMOGRAFIA	1
ARO	1
ECOTOMOGRAFIA	32
TEST ESFUERZO	9
CIRUGIA BUCAL	2
U. EMERGENCIA	2
OTROS	14
TOTAL:	280



Procedimientos



Interconsultas

C.SALUD	GES	NO GES	TOTAL
M. CONCHA	1573	4467	6040

	I.C. GES M.CONCHA		
	TOTAL	C/HORA	S/HORA
Accidente Cerebro Vascular	8	3	5
Artrosis de cadera	0	0	0
Artrosis de cadera leve a moderada	93	64	29
CA Uterino	0	0	0
CA Mamas	12	11	1
CA Prostata	18	16	2
CA Gástrico	94	81	13
Cataratas	238	145	93
Colecistectomía Preventiva	36	34	2
Desprendimiento de Retina	6	4	2
DM Tipo II	23	14	9
EPI Infantil No Refractoria	11	8	3
Escoliosis	25	1	24
Insuf. Renal Crónica	22	19	3
Ret. Diabética	75	55	20



Depresión	10	2	8
Hiperplasia de Próstata	38	35	3
Alivio del Dolor	1	0	1
Cardiopatías Congénitas Operables	1	1	0
Tumores Primarios	1	1	0
DM Tipo I	5	1	4
Estrabismo	15	9	6
IAM	0	0	0
Linfoma Adultos	0	0	0
Vicios Refracción otros	296	144	152
Asma Adulto	9	8	1
Esquizofrenia	6	2	4
Prematurez	0	0	0
Artritis Reumatoide	42	21	21
CA Testiculo	2	2	0
Fibrosis Quística	0	0	0
Hernia Núcleo Pulposo	36	10	26
Hipoacusia Bilateral	172	36	136
HTA	12	8	4
Leucemia Adultos	3	2	1
Marcapasos	2	0	2
EPI ADULTO	40	28	12
EPOC	7	7	0
Enf. Parkinson	40	28	12
Hernias P. Abdominal	89	1	88
Prev. 2ª IRC	71	53	18
Asma Infantil	3	3	0
Sind. Dif. Repsirat.	0	0	0
Fisura labiopalatina	0	0	0
leucemia infantil	0	0	0
artritis juvenil	2	0	2
Displasia Caderas	9	7	2
TOTALES	1573	864	709

Tasa de derivación en relación a número total de consultas morbilidad es: 6040 IC, de 46370 atenciones de morbilidad = 13%, esta baja a 10% al sumar las atenciones de cardiovascular, debido a que también generan interconsultas.

Cantidad de IC GES: 1.573

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

Diagnóstico	Total
Vicio de refracción	296
Cataratas	238
Hipoacusia	172
CA gástrico	94
Artrosis	93

8. FARMACIA

8.1. Farmacia móvil:

Una de las estrategias, diseñada hace ya 3 años, fue la creación de la farmacia móvil, iniciativa que ayudo a descongestionar un poco las salas de espera del área de farmacia y a la vez ayudar a muchos adultos mayores, que permanecían por tiempos de espera muy prolongados, en esta área Las coordinaciones con la unión comunal y las juntas de vecinos, que participan de este programa, han sido de buen nivel.

Estrategia que alcanza ya a 16 Juntas de Vecinos y 4 Hogares de Larga Estadía, logrando una cobertura de más de 600 personas, en su mayoría adultos 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.



8.2. Incorporación de nuevo arsenal farmacológico:

Durante el año 2009 se concretó la incorporación de 11 nuevos fármacos al arsenal existente del Centro de Salud, en el 2010, se continuo con este programa, que desde su inicio fue bien evaluado, por los profesionales y por la comunidad, consumo que se ha mantenido estable, en lugar de presentar un incremento o consumo acelerado, 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
Clormezanona 200 mg comp.
Glucosamina 500 mg mas condritina 400 mg
Alprazolam 0.5 mg comp.
Trimebutino 100 mg comp.
Alopurinol 100 mg

8.3. Sistema informático MEDUC:

Esta 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.

Por otro lado, el sistema Meduc, constituye una herramienta de gestión importante, en el manejo de agenda, rendimientos, REM, datos estadísticos, y sistemas de coordinación con otros centros.

PRIORIDADES DEL PLAN DE ACCION 2011

1. Aumentar la acción territorial y comunitaria.
2. Optimizar la calidad prestaciones /Acreditación
3. Usuario interno
4. Potenciar las acciones hacia la población adulta mayor de riesgo.
5. Diagnóstico precoz del cáncer
6. 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.

Durante el 2010, se inician los estudios de preparación, para 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. proceso que podría concretarse en el **2011**,

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, centro que adquirió mayor protagonismo durante el 2010, incorporando, cada día mayor acciones hacia la comunidad, como la complejidad de sus prestaciones, en diciembre de 2010, se realizara el censo de la discapacidad

Territorialidad y Diagnostico Participativo

Una de las principales propuestas para el 2011, 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 etáreos, 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.

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.

Las agentes comunitarias que trabajaron en el programa yo cuido a mi vecino, y que durante el 2010, solo fueron 2 personas, una de Ñawapue, para el 2011, es poder articular, una verdadera red de agentes comunitarios de salud.

Programa que fue evaluado positivamente este año, por la comunidad y por los representantes de la unión comunal, se logró 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 16 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.

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 en el 2011, 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.

Desde el punto de vista de participación comunitaria y dentro de los objetivos del programa cardiovascular, se plantea para el 2011 mantener, los tres sectores de **actividad física** cardiovascular del área urbana (V. Dr. Sagre, Liceo S. Escutti y pobl. Corvi) y crear un grupo nuevo, por definir.

En relación a este tema también, se considera mantener el programa de actividad física del **adulto mayor** que se realiza en la sede de la Said.

2. Optimizar la calidad de las prestaciones

Durante el 2011, el equipo técnico, del centro de salud, plantea el desafío, de trabajar en todo lo referente a mejorar los **estándares de calidad**, a nivel de todas las prestaciones, partiendo desde mejorar nuestro sistema de información y señalética, el acceso a admisión necesita una reingeniería, desde la capacitación de los funcionarios/as, un selector de demanda, manejo de protocolos, de dación de hora, hasta los fono salud, aumentar el actual diseño a una planta telefónica, para un total, de 4 funcionarios, incluido en este tema la confirmación de citas, sea por vía telefónica o por vía mensaje de texto.

Otro de los temas importantes, es el trabajar, con protocolos en las distintas áreas, como es el área de exámenes por ejemplo, donde existe una responsabilidad, sobre el manejo de toma de muestra, así como la confidencialidad de cada caso, el proceso va desde que se genera la orden de examen, hasta que llega el resultado del examen, incluyendo normas del derecho a saber.

Pauta que se repetirá en cada una de las áreas del centro, revisando cada una de las normas y protocolos, de las prestaciones de los distintos profesionales, pretendemos con estas medida, evitar temas como paciente mal citados, exámenes extraviados, ordenes de Rx y eco perdidas, buscamos revisar y mejorar los distintos procesos, que se generan al interior de la institución.

Desde otro punto de vista, el proceso de acreditación, que cada centro debe cumplir, parte desde la infraestructura física, todas las dependencias clínicas, o áreas, donde se brinda una prestación, debe cumplir con un requisito básico mínimo, para asegurar el cumplimiento de una prestación, condiciones, que van a variar de exigencia, según el área.

Como meta final 2011, 2012 como centro esperamos, pasar por los proceso de acreditación, como prestadores de salud, y cumplir con todos los requisitos, que exige la norma.

Una de las prioridades del Plan de Acción 2011 para el Centro de Salud Dr. Miguel Concha es optimizar el funcionamiento del SAPU en relación a mantener apoyo médico en periodos Peak y optimizar la calidad de atención.

Por otro lado como desafío 2011 se plantea la idea de instalar un SAPU dental de 18:00 a 22:00 hrs. de Lunes a Viernes y Sábado y Domingo de 14:00 a 20:00 hrs.

3. Usuario Interno

Para el 2011, una de las apuesta principales, de todo el equipo de gestión, del C.S. Miguel Concha, es trabajar con los funcionarios, en temas como autocuidado, manejo de estilos de vida saludable, haciendo énfasis en la capacitación de los funcionarios, en diversos ámbitos, como es el manejo de público, manejo de conflicto, buscando la excelencia, uso adecuado de la herramienta informática, debido a la demanda y a la complejidad, de las prestaciones, se requiere cada día, una capacitación continua, de nuestros funcionarios.

Se busca el bienestar de los funcionarios, quienes deben laborar en ambientes agradables, confortables, pero a la vez, deben cumplir con protocolos y normas establecidos y conocidos, diseñados, para optimizar la calidad de las prestaciones y la satisfacción usuaria.

4. Potenciar las acciones hacia la población adulta mayor

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.

Actualmente no se tiene un diagnostico local de la cantidad, de adultos mayores, que hay en la comuna, cual es el grado de alfabetización, que cada uno de ellos tiene, su participación, en actividades comunitarias, agrupaciones, por otro lado, se desconoce, el grado de dependencia, y las condiciones de



vulnerabilidad de muchos adultos mayores, semiautovalentes, que se mantienen alejados de nuestra red de salud.

Desde esta perspectiva nuestras acciones están orientadas a intervenir con acciones preventivas, promocionales y curativas, para el 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, a finales de Octubre del 2010, el programa **PADI**, tiene una población bajo control de 191 pacientes aproximadamente se estima un incremento de 10% para el 2011.

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

Desde los otros ámbitos, nuestra 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 2011, es un conjunto de acciones, diseñadas a mejorar nuestra llegada a este grupo de pacientes, que no consulta a nuestros centros.

Una de la alternativas, en el 2010 fue el programa Yo Cuido a mi Vecino, estrategia basada en una ampliación de nuestra red comunitaria a través de las agentes de salud, programa que fracaso en el primer trimestre del año, debido a la no renovación de contrato, a las agentes de salud, por parte de los planes de empleo.

Basados en este mismo sistema, se programa visita integrales por parte del equipo de salud, también se deja abierta la posibilidad, de habilitar en algún momento, el tema de los agentes de salud comunitarios, en el 2011, situación, que permitiría contar con un equipo de agentes comunitarios (10) y brindar una cobertura a ciertos sectores de la comunidad, donde existe adultos mayores vulnerables y desprotegidos.

5. Diagnóstico precoz del cáncer

Para el 2011, una de las expectativas como centro de salud, es poder influir, en la tasa de morbi mortalidad, por cáncer en la comuna, el conjunto de estrategias están destinados, para poder intervenir, en el diagnostico precoz de los distintos canceres, que se ubican, entre las primeras causas de mortalidad por neoplasias.

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

MUJERES	HOMBRES
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 y aumentar el número 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 al cáncer gástrico, se ha tenido una respuesta satisfactoria, por parte del Hospital San Martín de Quillota, debido a la toma oportuna de las endoscopias digestiva alta, a todas las sospechas, de Ca gástricos, o gastritis complicada, de acuerdo a los criterios GES, pero aún así, hay un grupo de pacientes, que no logra tener acceso a una endoscopia, como screening durante lo que va del año 2010, se han realizado 196 endoscopias digestivas altas, la idea es mantener este número de EDA, y poder incrementarlo en un 20 a 30%.

Se espera concretar proyecto de apoyo diagnóstico para la realización del test Holicobacter Pilory como método de Screaning a 100 usuarios aproximadamente.

El mismo proyecto contempla la realización de exámenes de sangre de antígeno prostático, como parte del proceso de diagnóstico oportuno de cáncer de próstata, tema que va de la mano, de la realización oportuna, de ecotomografía pélvica masculina, medida que ayuda a la evaluación de la hipertrofia prostática benigna.

En relación al estudio de colelitiasis existe una brecha de 200 pacientes aproximadamente en espera de ecotomografía abdominal, como prioridad del 2011 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, la proyección es realizar 150 ecotomografías mensuales, durante el 2011.

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

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.

6. 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 propuestos, incluida las reuniones técnicas, reuniones de médicos y las auditorías 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.

CASA DEL CANCER DE QUILLOTA

Historia:

Las Casas de Acogida para Enfermos Terminales de Cáncer “Beatita Benavides” de Quillota y la casa de acogida de San Pedro, son entidades sin fines de lucro, la primera se constituye el 24 de Junio de 2003 y la segunda el 24 Abril del 2007, por grupos de personas que conformaban el Voluntariado en ayuda de Enfermos de Cáncer en ambas casas, con el objetivo de ofrecer asistencia médica a las personas que se encuentran enfermas y en situación de vulnerabilidad.

En el año 2006 la Municipalidad de Quillota, se hace cargo de la administración del proyecto de Quillota desde el área de Desarrollo Comunitario, ya que para el voluntariado era difícil mantenerlo.

Posteriormente a contar del 01 de Enero de 2010 se traspasan las dependencias de las Casas del Cáncer de Quillota y de San Pedro a la administración del Departamento de Salud Municipal de Quillota.

Fundamentación:

La casas de acogida del cáncer nacen como una instancia solidaria para acoger a los enfermos terminales de cáncer en situación de vulnerabilidad de la comuna de Quillota, ya que a veces se hace imposible para las familias facilitar los cuidados que se requieren y los tratamientos son de alto costo, lo que resulta muy complejo para el entorno familiar, desde lo emocional y lo económico.

Además los hospitales no cuentan con los recursos y espacios para mantener a estos pacientes por tiempos indefinidos. A raíz de esta situación se crea una red entre las casas de acogida y el Hospital San Martín de Quillota a través del policlínico del Dolor, desde donde son derivados los enfermos. Los pacientes también son derivados por el médico tratante de la casa de acogida.

En esta instancia el paciente podrá tener los cuidados médicos y paliativos que son necesarios y podrá estar en compañía de sus seres queridos, atendido con afecto y especial preocupación.

Misión:

La misión es que los pacientes de cáncer que lleguen a nuestra dependencias y sus familiares puedan encontrar en la “Casa de Acogida de enfermos de Cáncer”, un lugar de contención y respeto, un espacio que ayude a los pacientes y sus familias a creer y seguir adelante, además de apoyar el tratamiento médico de los pacientes en situación de riesgo, vulnerabilidad y mejorar su calidad de vida.

Objetivo:

El principal objetivo es mantener un compromiso de solidaridad con los pacientes enfermos de cáncer y sus familias, procurando mejorar su calidad y esperanza de vida a través de un proyecto integral Bio-Psico-Social.

Objetivos Específicos:

- Facilitar el proceso de adaptación a la enfermedad de los pacientes.
- Disminución del impacto emocional y del sufrimiento.
- Ayudar a las familias a enfrentar la situación.
- Establecer corresponsabilidad entre la familia y la casa de acogida con el paciente.
- Asesorar a los pacientes y familias en temas sociales.
- Procurar una formación adecuada del equipo técnico/profesional y voluntariado.
- Dar un espacio para la ayuda solidaria de la comunidad.
- Trabajar de manera coordinada con el voluntariado del cáncer.

Beneficiarios:

La Casa de Acogida de Quillota, esta pensada para beneficiar directamente a 13 pacientes y la Casa de Acogida de San Pedro a 7 pacientes, de ambos sexos sin límites de edad, no discrimina en estratos socioeconómicos, privilegiando a las personas vulnerables de la comuna.

Personal:

Casa de Acogida Quillota

- 1 Administradora (Quillota y San Pedro)
- 1 Médico Tratante (Quillota y San Pedro)
- 1 Enfermera Universitaria (Quillota y San Pedro)



- 1 Kinesiólogo
- 4 Paramédicos
- 1 Administrativo
- 2 Manipuladoras de Alimentos
- 2 Auxiliar de aseo

Casa de Acogida San Pedro:

- 4 Paramédicos
- 1 Paramédico ½ Jornada cuidados Paciente Especial (Antonella Ruíz)
- 2 Manipuladoras de Alimentos
- 1 Auxiliar de aseo

Atenciones año 2010:

San Pedro: 8 Pacientes Permanentes (1 Ambulatorio).
Quillota: 63 Pacientes.

Otras actividades Permanentes:

- Contención Psicológica a familiares de los pacientes.
- Asesoría en Red Social a familiares y pacientes (DIDECO)
- Cédula de identidad
- Tramitación pensión asistencial
- Otros
- Acompañamiento tramites hospitalarios (Policlínico del dolor, Emergencia, exámenes, etc)

Otras actividades año 2011:

- Talleres de cuidados de enfermos a Familiares
- Talleres de autocuidado familiares
- Talleres de autocuidado personal

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.

ORGANIGRAMA



LINEAMIENTOS PROGRAMATICOS:

UNIDADES DE INTERVENCIÓN:

1.- Unidad del niño y la niña.

a) Línea primera infancia

Fortalecimiento de la primera infancia enfocada como un determinante social primordial en salud, asociado al funcionamiento eficiente de una red de protección social, especialmente para las familias que se encuentren en situación de mayor vulnerabilidad, promoviendo cambios culturales y normativos en ellas, que les permitan avanzar hacia una mayor equidad en salud. Iniciativa a desarrollar con la implementación del programa de cuidados del proceso reproductivo humano y primera infancia, que fundirá estrategias y acciones locales con las políticas del gobierno central, asentadas en el recientemente creado, sistema intersectorial de protección social, cuyo programa eje es el apoyo al desarrollo biopsicosocial de nuestros niños y niñas.

A partir de la implementación del programa Chile Crece Contigo, se entrega a la comunidad talleres en los que encuentran apoyo para la crianza de sus hijos e hijas. Dada la demanda creciente que los usuarios y usuarias han manifestado en el programa, se pretende mantener la cobertura de atención a las familias, proporcionando espacios en los que puedan aprender y ejercitar de manera vivencial, cómo estimular el desarrollo de los niños y niñas en las diferentes áreas de desarrollo reforzando permanentemente como condición indispensable el ejercicio de un vínculo saludable entre los diferentes miembros de la familia, por lo cual se vuelve recomendable la participación no sólo de las madres sino también de otros miembros significativos de la familia. Lo que influye enormemente en una positiva estimulación y recepción del trabajo a realizar por parte de los menores, ya que se sentirán aún mas motivado. Para lograr estos objetivos las familias deberán modificar sus prácticas de vida diaria y de convivencia, con la finalidad de servir de apoyo durante todo el proceso de desarrollo de sus hijos e hijas. Además los niños y niñas y sus familias que participan se verán directamente beneficiados en los talleres ya que se ofrecerá espacios más atractivos que permitan lograr de mejor manera la estimulación de los niños y niñas.

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. Contribuyendo a disminuir el índice de obesidad infantil en la comuna a un 9% mediante intervenciones efectivas e integrales en jardines infantiles de la comuna.



2.- Unidad del y la adolescente.

Línea mejoramiento de acceso a jóvenes

Objetivo: Aumentar el nº de prestaciones dirigidas a jóvenes adolescentes, con énfasis en el área nutricional, salud bucal, sexual y reproductiva y en salud mental, especialmente en el manejo del consumo problemáticos de drogas, alcohol y depresión. Implementando días y horarios específicos de atención para este grupo objetivo.

3.- Unidad del adulto y adulta.

Línea promoción estilos de vida saludables

Objetivo: Aumentar la oferta de prestaciones relacionadas con enfoque biopsicosocial en adultos y adultas beneficiarias de los distintos programas

4.- Unidad del adulto y adulta mayor

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

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 y complementados con visitas domiciliarias integrales.



6.- Unidad de Promoción y participación ciudadana

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

1.- 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.

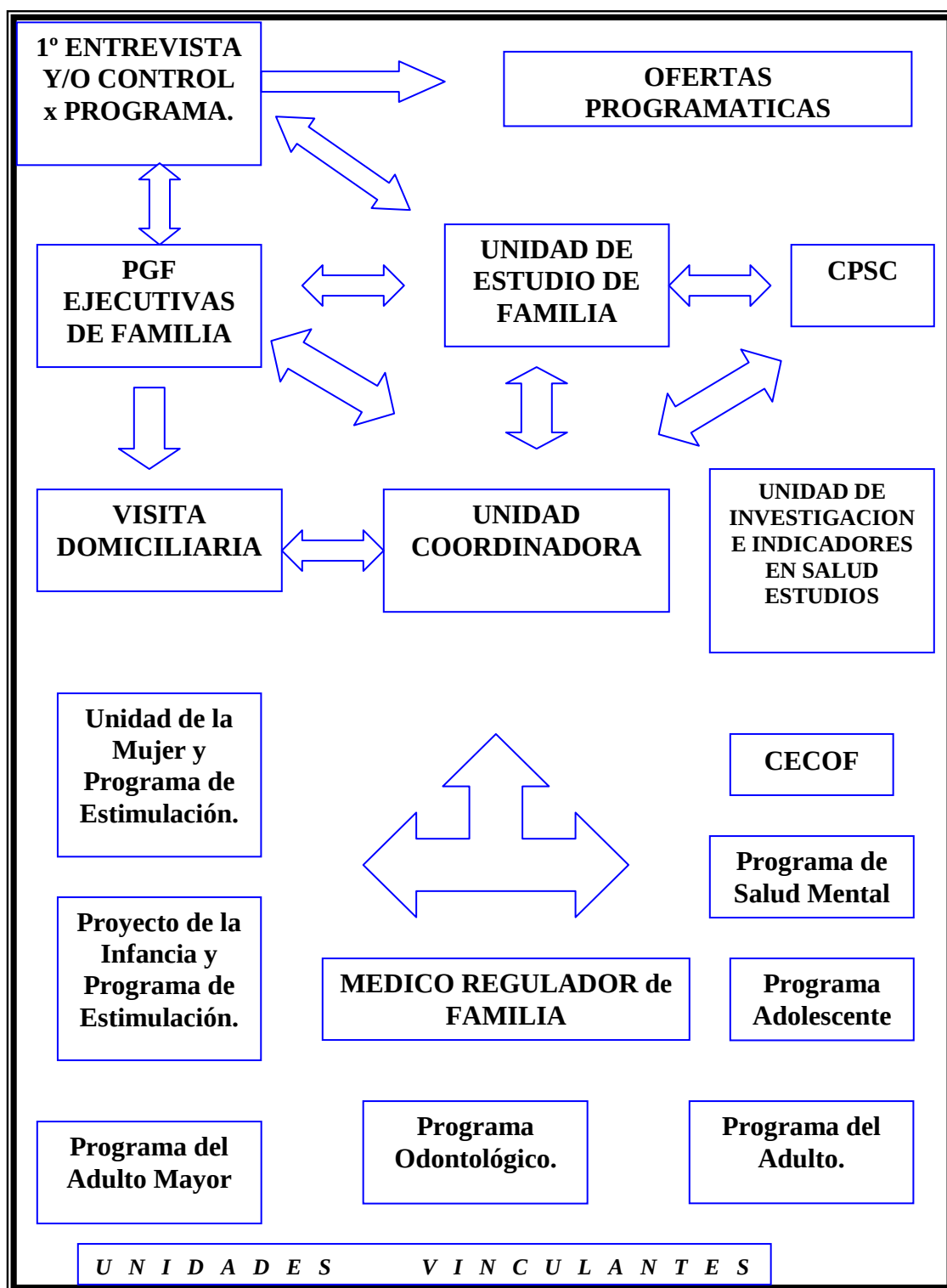
Envejecimiento de la población: Como resultado de las mayores expectativas de vida.

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.

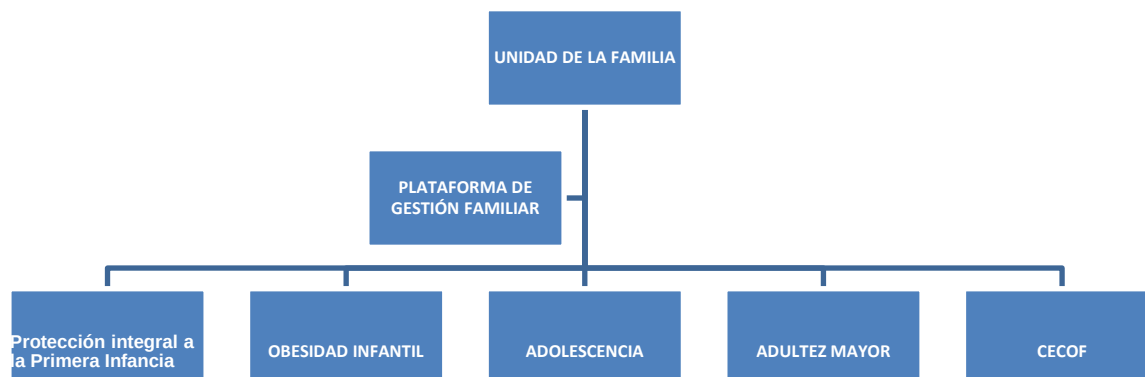


UNIDAD DE LA FAMILIA

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 5 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.

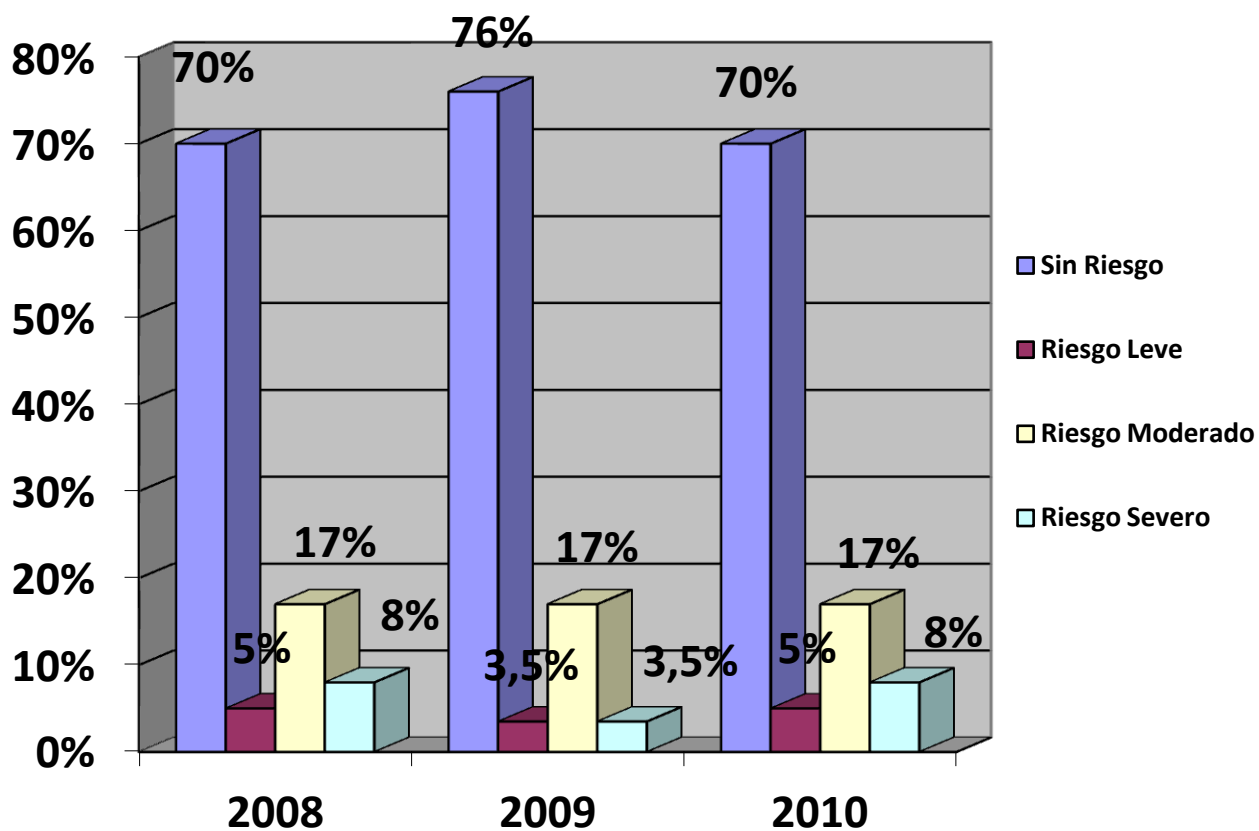
La Unidad de la Familia realiza un trabajo coordinado con la Plataforma de Gestión Familiar, que es una unidad administrativa del sistema comunal de salud de Quillota, cuya finalidad es ser el nexo entre las familias usuarias y los centros de salud de la comuna, siendo su referente de acción la humanización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

Familias Ingresadas Año 2010

Sin Riesgo	525	70%
Riesgo Leve	38	5%
Riesgo Moderado	124	17%
Riesgo Severo	62	8%
Total Familias	749	100%



Ingresos Unidad de la Familia Años 2008-2009-2010



PROGRAMA DE ESTIMULACION TEMPRANA

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 continua 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 las 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 Ug/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. 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 limites 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 2011se realizaron intervenciones en escuelas municipales a la obesidad infantil de la comuna de Quillota en conjunto con CREAS, Universidad de Valparaíso, Ilustre Municipalidad de Quillota a través del departamento de salud y educación. Con enfoque interdisciplinario considerando las áreas alimentación, familias y actividad física.



UNIDAD DEL NIÑO Y 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 niñas/os y sus familias mejores oportunidades para su desarrollo biopsicosocial

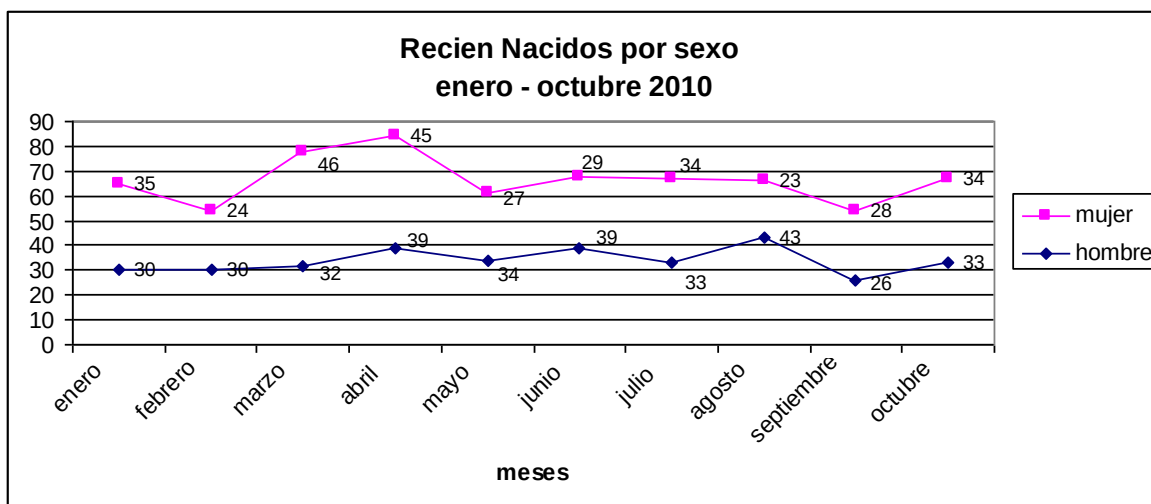
Objetivos General

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

Objetivos Específicos

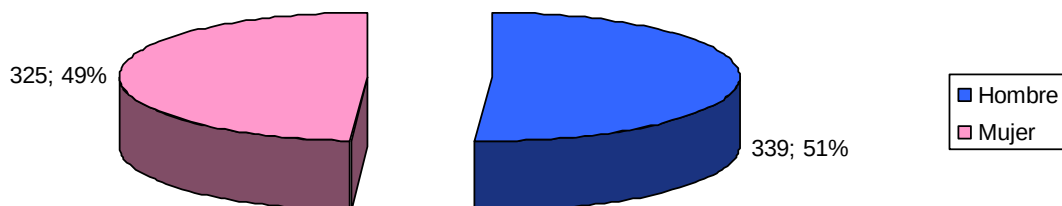
- Prevenir y detectar rezagos precozmente, con el fin de desplegar las acciones necesarias para su intervención.
- Prevención de enfermedades infecto contagiosas prevenibles por PNI.
- Prevenir e intervenir la mal-nutrición por exceso o déficit en el grupo infanto-juvenil de nuestro Centro de Salud.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

Indicadores de resultados de Unidad del niño y la niña durante el 2010

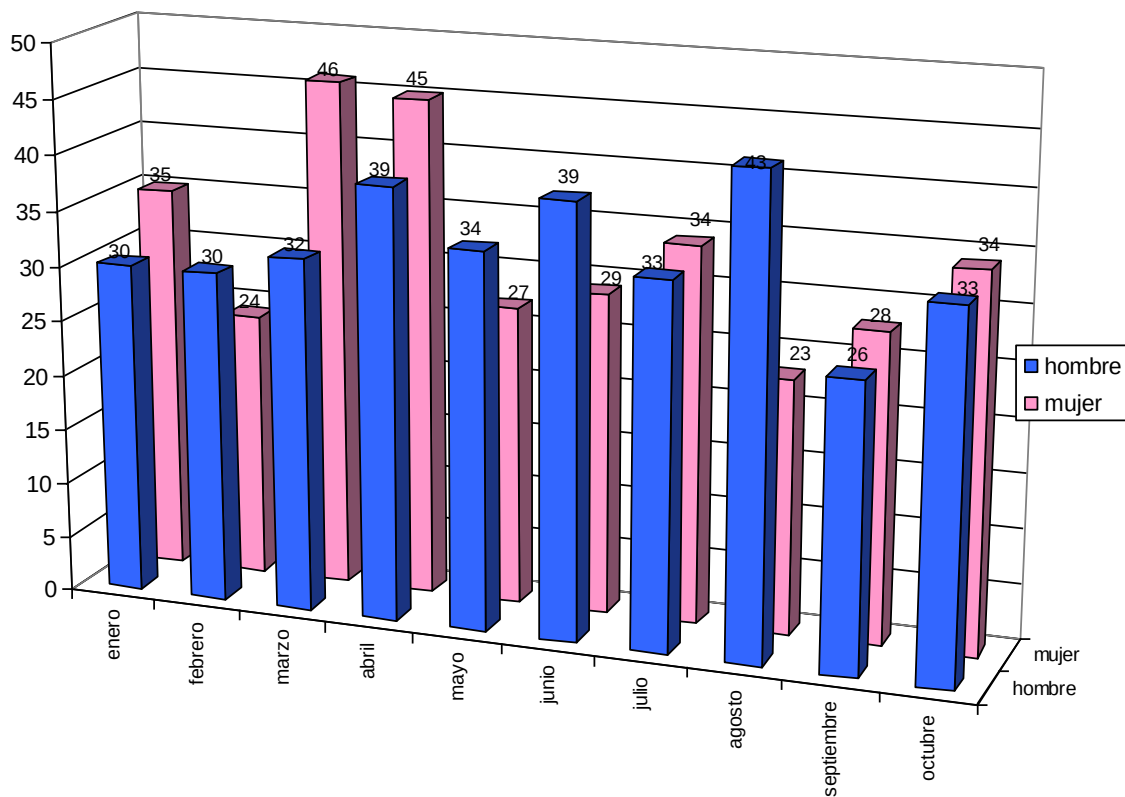


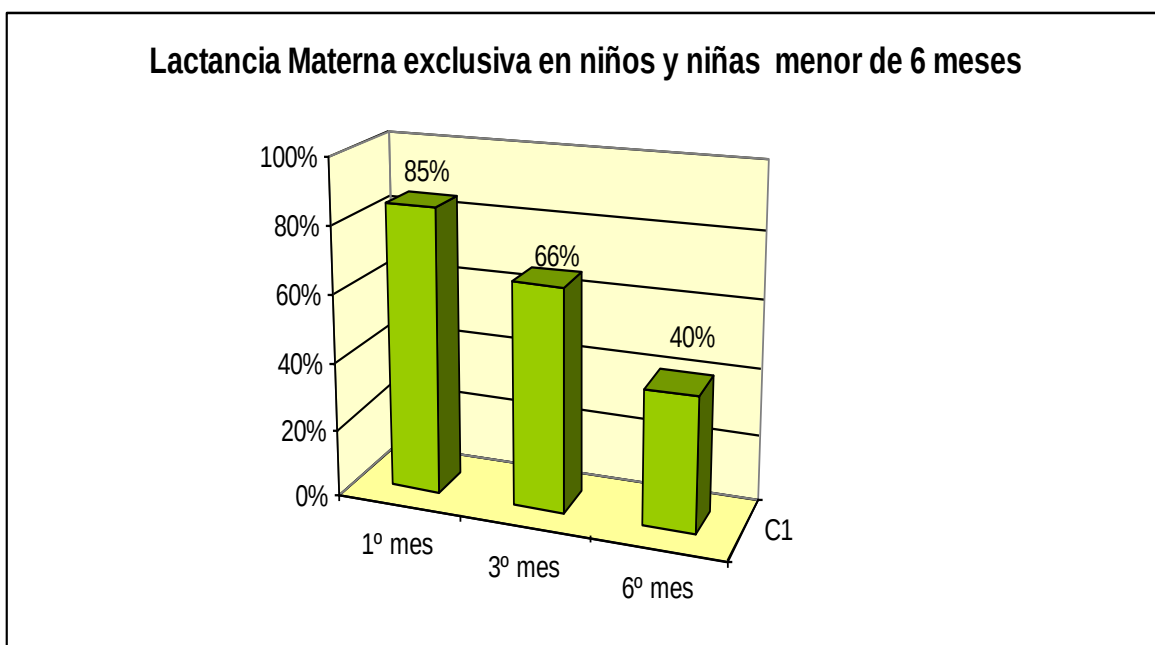
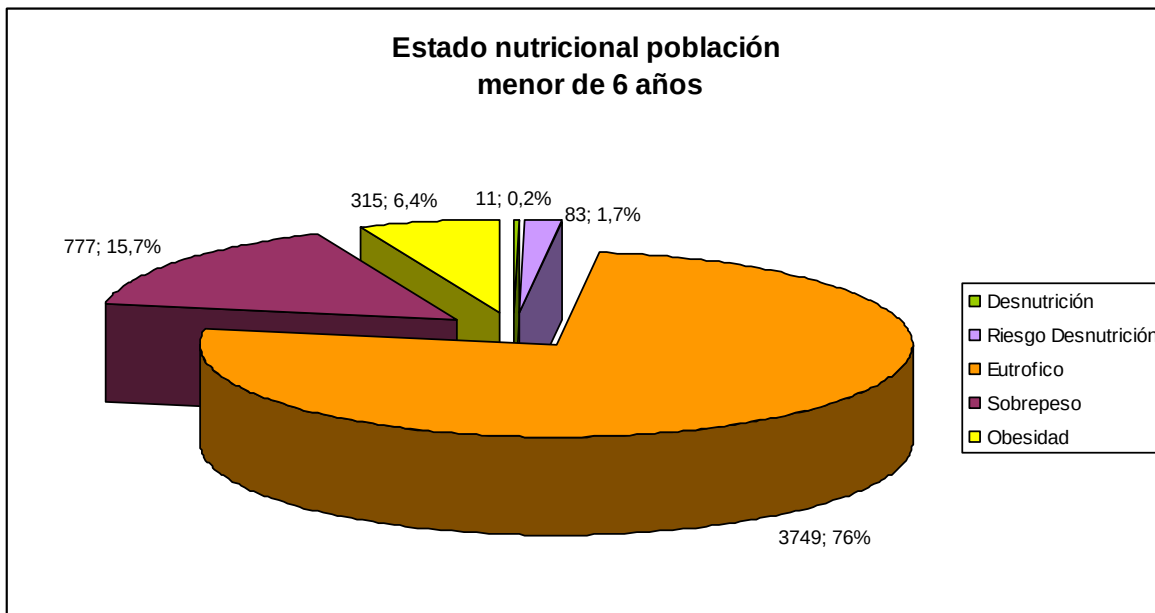


% Recien Nacidos por sexo durante 2010



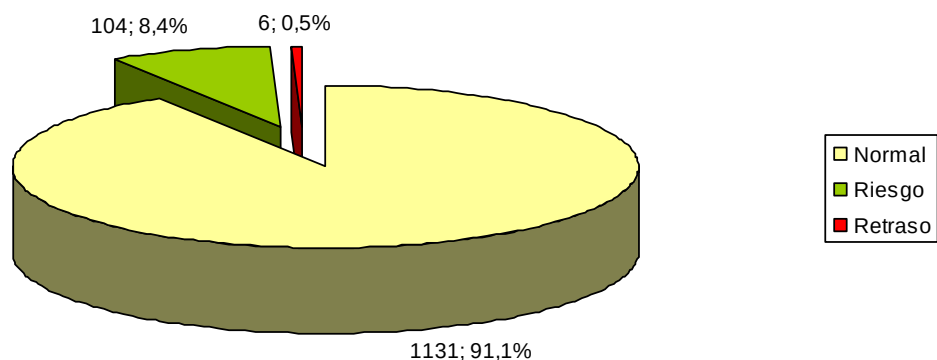
RN por sexo y meses 2010



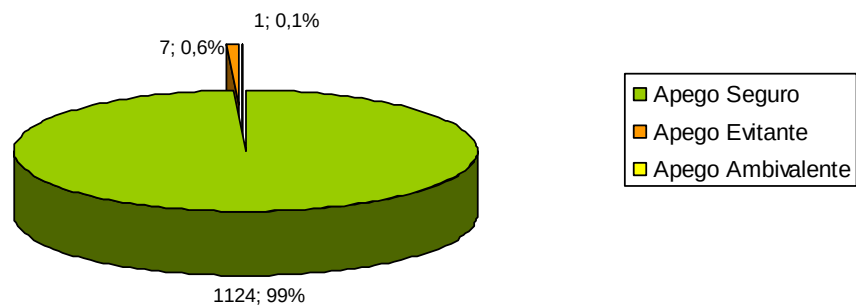




Resultado de Aplicación de Escala del Desarrollo Psicomotor en población menor de 6 años durante 2010



Resultado de aplicación Escala Massie Campbell durante 2010



Aplicación de Instrumentos de evaluación

Escalas	Total	28 días – 5 meses	6-11 meses	12 – 23 meses	2- 5 años
Pauta Breve	2293	618	-	1312	363
Protocolo neurosensorial	630	630			
Escala de Edimburgo	1196	673	523		
Escala de Massie Campbell	1158	622		536	
Escala de EDDP	1334		565	683	86

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 media³.

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.

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

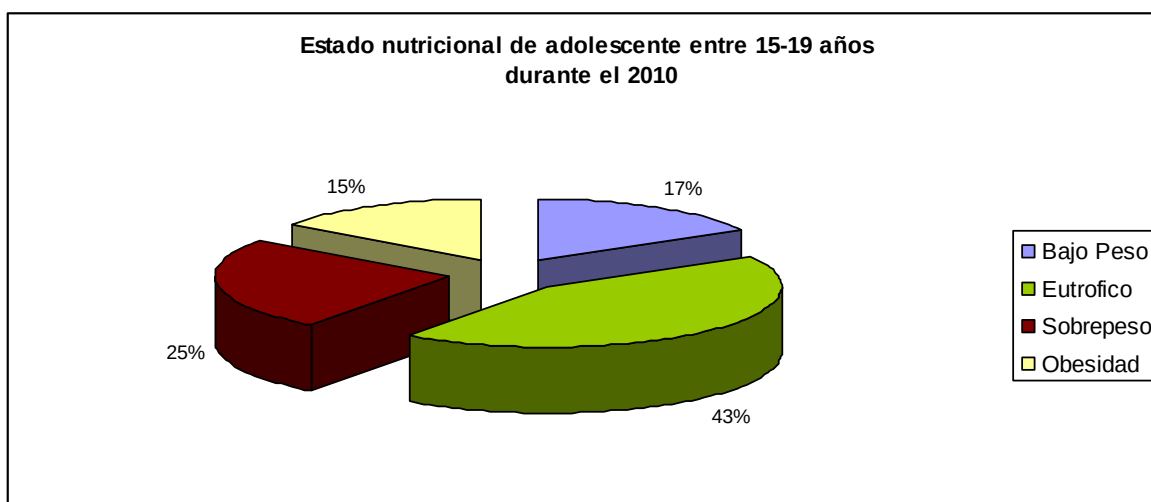
Las mayores demandas nutricionales derivadas del rápido crecimiento se contraponen con los cambios en la conducta alimentaria que ocurren en la adolescencia debido a factores culturales, a la necesidad de socialización y a los deseos de independencia propios de esta etapa. Estos hábitos alimentarios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

³ <http://es.wikipedia.org/wiki/Adolescencia>



- 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 20% del total durante el 2010

Actualmente nuestra población femenina entre 15 y 19 años, beneficiarias de nuestro sistema, corresponde a 2778 jóvenes,

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 etáreo.

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 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

Contextualización:

El programa Montún inicia su funcionamiento como programa piloto a fines del año 2007, consolidándose a principios del año 2008 y manteniendo su funcionamiento a la fecha. Es un programa provincial de tratamiento de alcohol y/o drogas para niños, niñas y adolescentes menores de 20 años de la provincia de Quillota, de modalidad ambulatorio básico que asegura una atención oportuna, de calidad y gratuita, problemática que se encuentra cubierta por las Garantías Explícitas en Salud (GES).



Montún está enmarcado dentro del modelo de salud familiar de la comuna de Quillota, 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.

Perfil: 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.
- Tener residencia en la provincia de Quillota.
- Ser beneficiario de FONASA.

Vía de Ingreso: Montún se considera la puerta de entrada con la que 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) y a otros programa comunitarios.

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

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

Prestaciones y actividades en la comunidad: Dentro de las prestaciones se ofrecen:

- Consejerías a nivel individual, familiar y grupal;
- Evaluaciones y controles médicos;
- Tratamiento farmacológico;
- Psicoterapia individual y familiar;
- Apoyo social individual y familiar;
- Intervenciones psicosociales individuales y familiares;
- Jornadas de reflexión con jóvenes y sus padres;
- Aplicación de screening de drogas;
- Visitas domiciliarias integrales y de rescate;
- Coordinaciones e integración a la red comunitaria y programas de salud;
- Taller de apresto laboral.

Los jóvenes que residen en comunas distintas a Quillota, ingresan al sistema a través de un RUT ficticio que les permite acceder a las prestaciones que ofrece el programa, sin perder la posibilidad de ser atendidos en el consultorio de su comuna para recibir otro tipo de prestaciones de salud.

Las prestaciones otorgadas a la comunidad durante el año 2010 fueron:

- 5 talleres de apego seguro, estilos de crianza y prevención del consumo de sustancias para padres, apoderados, educadores y técnicos de jardines infantiles pertenecientes a la JUNJI.
- 1 taller de pesquisa, acogida y motivación para educadoras y técnicos de jardines infantiles de la JUNJI.
- 2 talleres de prevención del consumo de sustancias y desarrollo personal (7° y 8° básicos) de 1 mes de duración en 2 establecimientos educacionales municipalizados de la comuna de Quillota.
- 1 taller de pesquisa, acogida y motivación para profesores de escuela municipal básica de la comuna de Quillota.
- Psico y socioeducación respecto al consumo de sustancias en adolescentes y procesos de tratamiento a duplas psicosociales y orientadores de escuelas y liceos municipalizados.



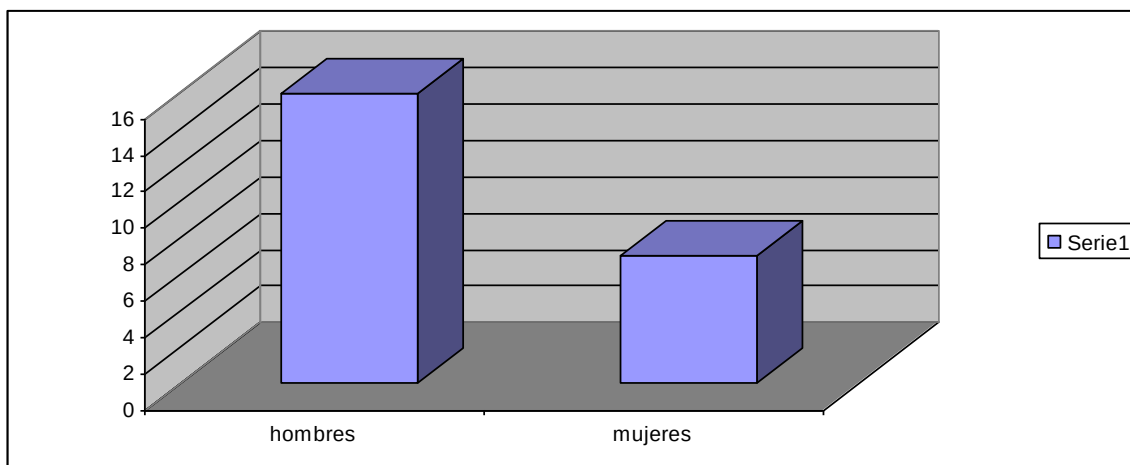
- Difusión sobre prevención, promoción y acerca de los programas de tratamiento y respectiva derivación a juntas de vecinos y UNCO de juntas de vecinos de la comuna de Quillota.
- Participación en feria sociocomunitaria organizada por escuela República de México.
- Realización de exposición durante el mes de prevención del consumo de drogas en el centro de salud Silva Henríquez, con trabajos realizados durante los talleres.
- Coordinación con programas pertenecientes al centro de salud Cardenal Silva Henríquez;
- Coordinaciones con programas de SENAME (PLA, PLAE, medidas alternativas, hogares de menores; PIB, PIE);
- Coordinaciones y trabajo en conjunto con programas de CONACE y PREVIENE;
- Coordinaciones con programas municipales (OMIL, OTEC, oficina del deporte, entre otros);
- Coordinaciones con organizaciones funcionales y territoriales (UNCO);
- Coordinaciones con red educacional y de salud;
- Participación en programas radiales de comuna de La Calera;
- Participación en mesas técnicas provinciales;
- Difusión del programa a toda la red de la provincia de Quillota y sensibilización sobre las problemáticas vinculadas al consumo problemático de sustancias.

Lugar de atención y cobertura: El Programa Montún se encuentra funcionando en las dependencias del Centro de Salud Cardenal Raúl Silva Henríquez, ubicado en Calle La Industria S/N, La Saïd; de lunes a viernes de 09:00 a 18:00 horas, sin embargo su cobertura abarca a todas las comunas de la provincia de Quillota.

Datos estadísticos:

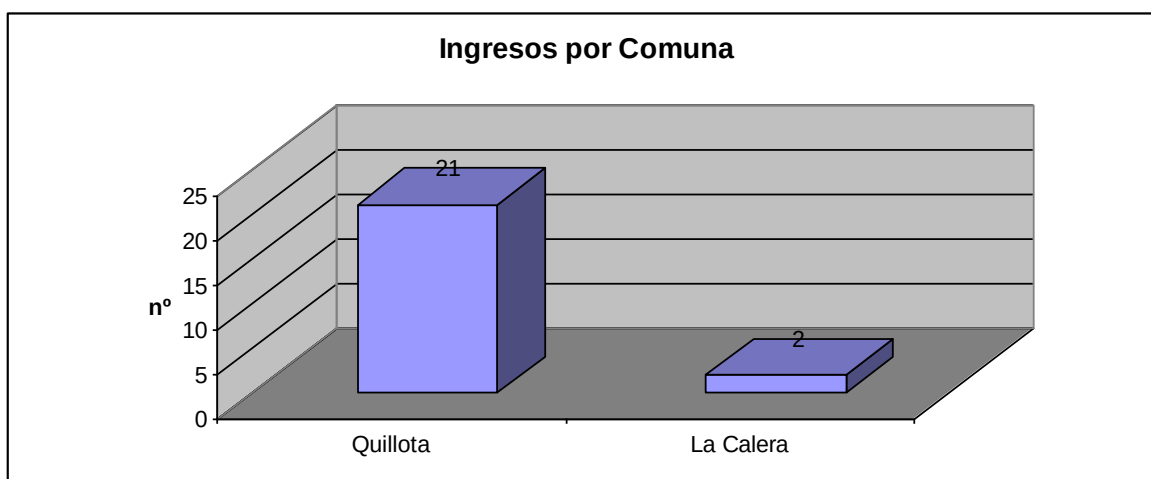
El año 2010 ingresaron 23 jóvenes, de los cuales 16 eran hombres y 7, mujeres. Del año 2009 continuaron su tratamiento 14 usuarios.

Ingresos	Hombres	Mujeres
23	16 (69.56%)	7 (30.43%)



De los 23 jóvenes, 21 mantenían residencia en la comuna de Quillota y 2 usuarios pertenecían a la comuna de La Calera.

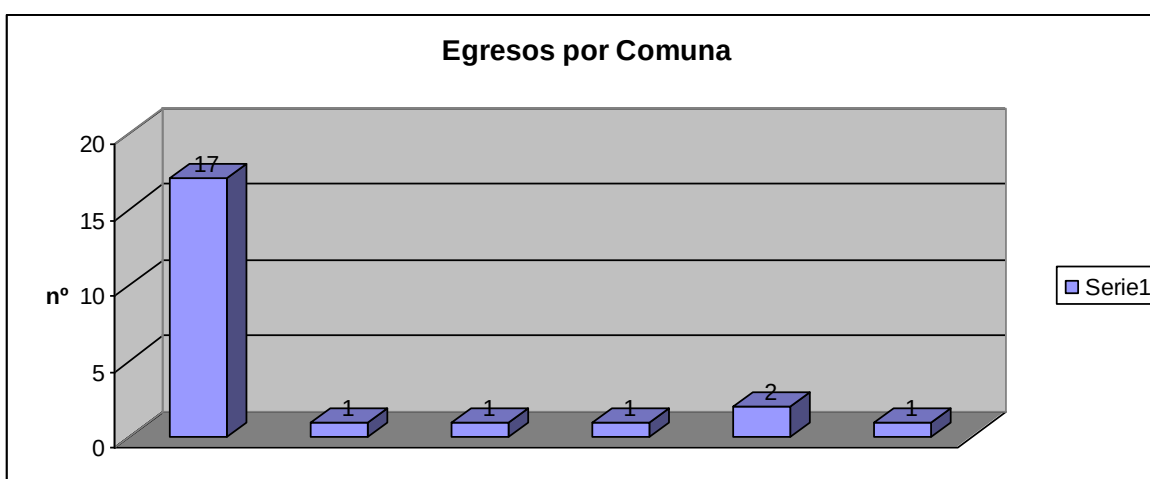
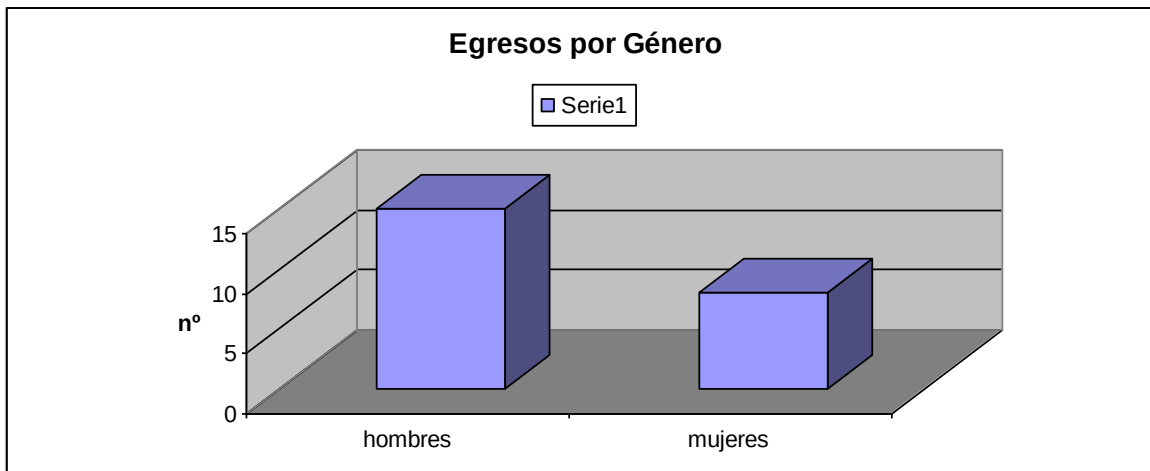
Ingresos Comunas	2010
Quillota	21
La Calera	2



El promedio de edad de los jóvenes ingresados fue de 16,3.

De los 37 jóvenes que se encontraban en el programa durante el año 2010, 23 fueron egresados, de los cuales 15 fueron hombres y 8 mujeres.

Egresos	Hombres	Mujeres
23	15 (76.47%)	8 (23.52%)

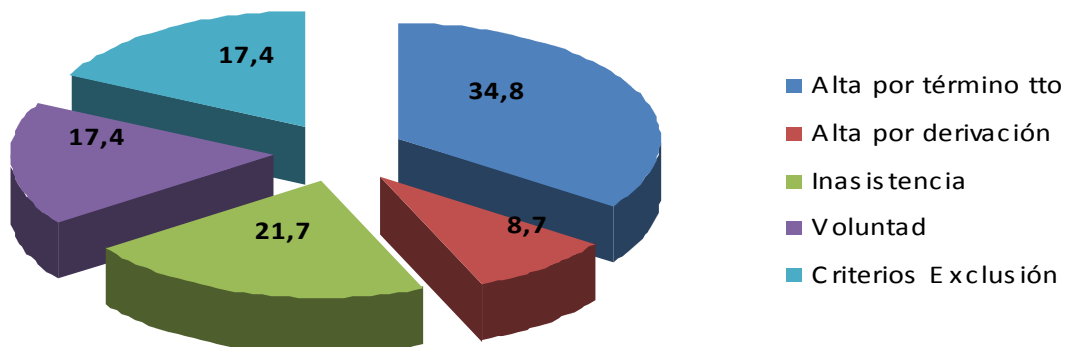


Las causales de egreso se detallan en la siguiente tabla, especificando además, el sexo de los usuarios egresados.

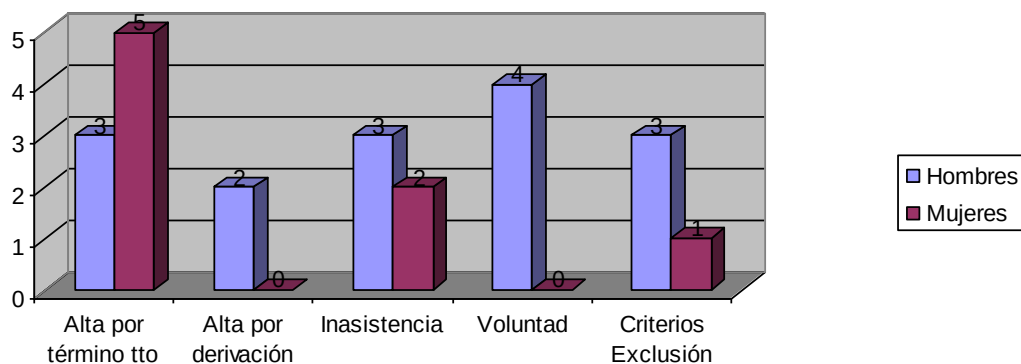
	2010	Hombres	Mujeres
Egresos	23	15 (76.47%)	8 (23.52%)
Altas totales	10 (43.4%)	5	5
Alta por término tto	8 (34.8%)	3	5
Alta por derivación	2 (8.7%)	2	0
Inasistencia	5 (21.7%)	3	2
Voluntad	4 (17.4%)	4	0
Criterios Exclusión	4 (17.4%)	3	1



Egresos totales



Causas de egresos



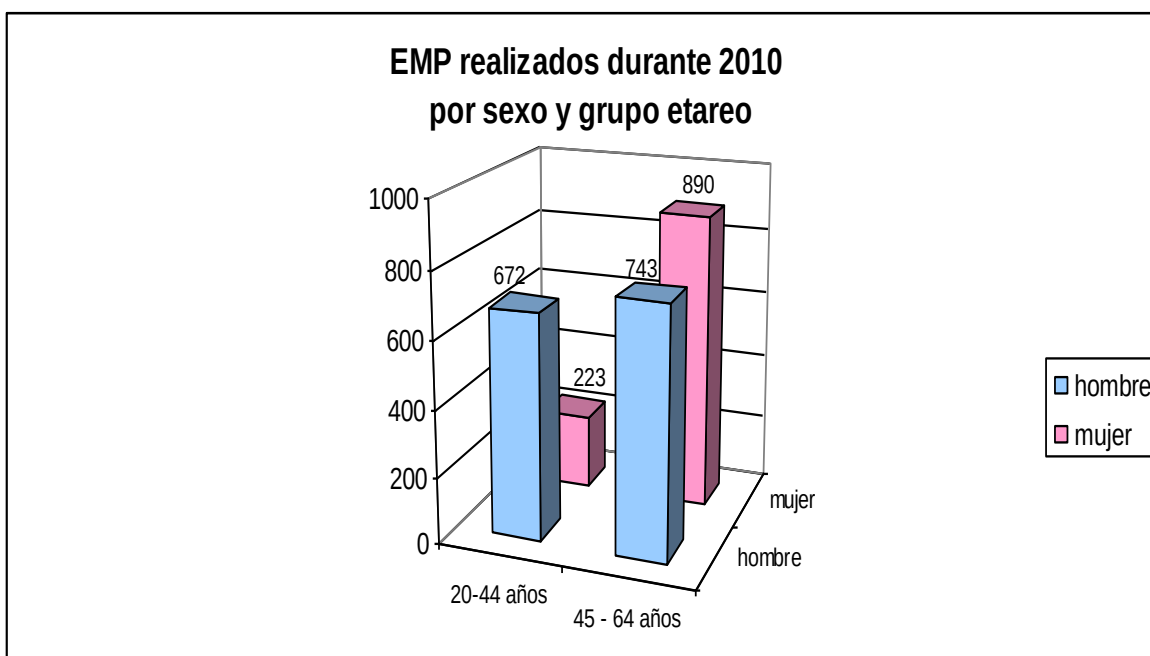
Para el año 2010, son 14 jóvenes los que continuaron en el programa, 9 hombres y 5 mujeres, de los cuales 6 de encuentran en etapa de vínculo y diagnóstico, 5 en etapa de tratamiento y 3 en fase de seguimiento.

Continuidad 2010-2011	Hombre	Mujer
14	9	5

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.

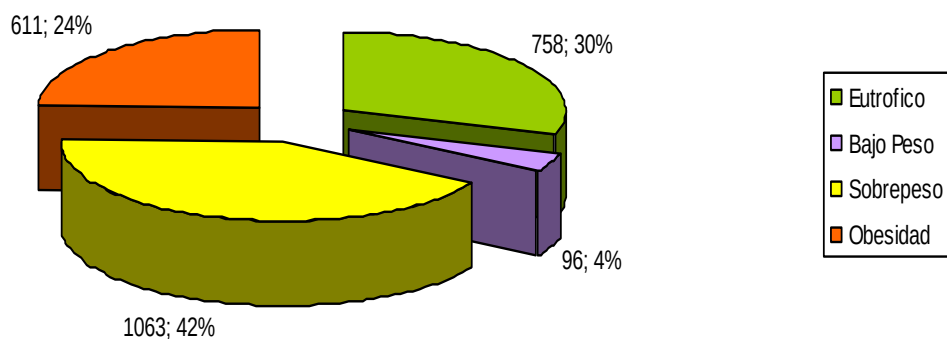
El examen permite detectar la presencia de enfermedades como diabetes o hipertensión. Desde Enero y hasta Diciembre del presente año 2009 el Centro de Salud Municipal Cardenal Raúl Silva Henríquez aplica 2914 examen medico preventivo (EMPA) a hombres y mujeres de entre 20 y 64 años con la finalidad de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



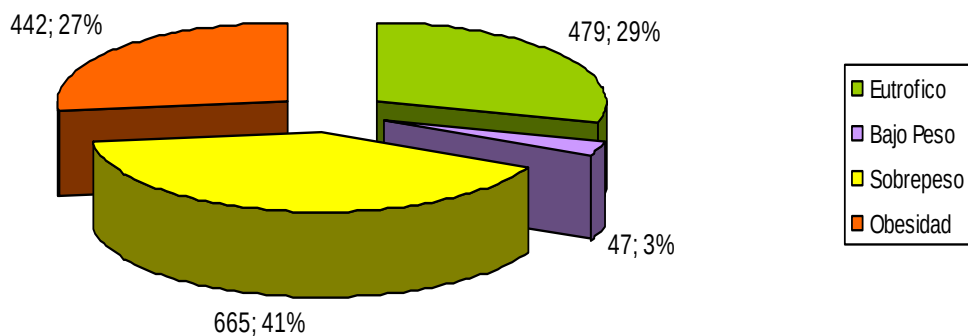
Total EMP realizado durante el 2010 entre hombres y mujeres 2528, siendo al sexo femenino quien más exámenes se aplico 1633, en relación a los hombres se han realizado 895 exámenes.



**Diagnostico nutricional población de 20 - 64 años
evaluadas en EMP**

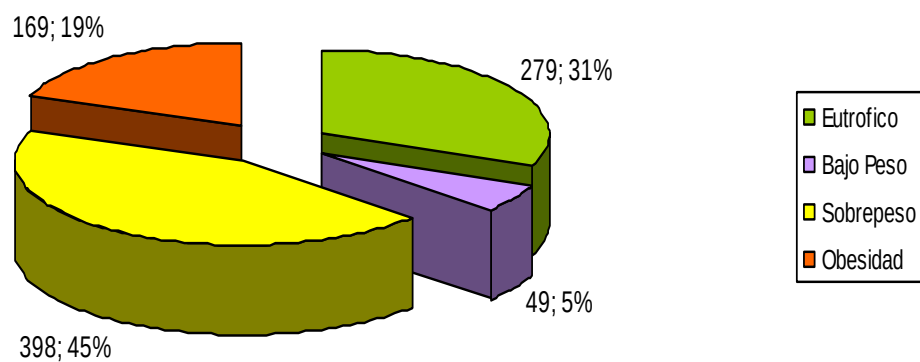


**Diagnostico nutricional poblacion femenina de 20 - 64 años
evaluadas en EMP durante el 2010**

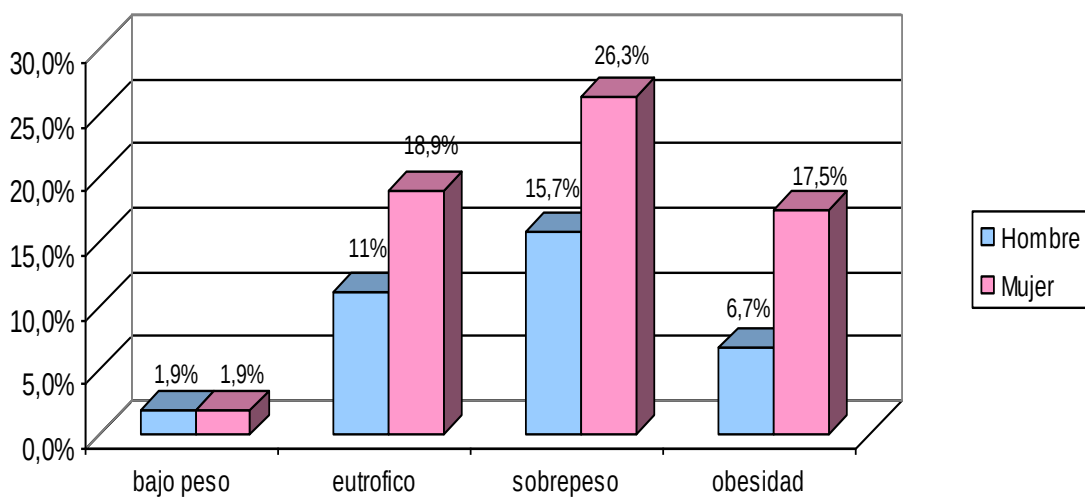




**Diagnostico Nutricional población masculina de 20 - 64 años
evalaudas en EMP durante el 2010**



**Diagnostico nutricional por sexo en poblacion 20 - 64 años
evaluadas en EMP durante el 2010**



PROGRAMA DE SALUD MENTAL EN POBLACION ADULTA

TALLER DE PSICOTERAPIA GRUPAL CONSTRUCTIVISTA COGNITIVO PARA DEPRESIÓN

METODOLOGÍA:

El taller esta diseñado de la siguiente manera:

Doce sesiones de una hora y media de duración (incluye una fase de actividades psicoterapéuticas de una hora de duración y una fase de plenario de media hora aproximadamente).

Las sesiones se realizan, idealmente, con una frecuencia de una vez por semana.

Todas las sesiones son realizadas en una sala alfombrada, y con espacio suficiente para el desplazamiento cómodo de cada sujeto por la sala. Las condiciones ambientales de temperatura, ruido externo y privacidad deben ser las adecuadas para éste tipo de taller.

Con respecto a las actividades del taller, se utilizarán actividades semiestructuradas, debidamente planeadas según los objetivos que se persiguen en cada sesión. Sin embargo, existe la posibilidad de agregar o modificar actividades terapéuticas en función de las necesidades detectadas y las características propias del grupo.

Para el buen resultado del taller se requiere la utilización de dos monitores debidamente capacitados tanto en la ejecución como en los elementos teóricos que están a la base del taller.

El grupo, se caracteriza por ser de número pequeño no sobrepasando los 16 participantes, idealmente manteniendo un número par y constituyéndose como un grupo cerrado, cuyos integrantes se mantienen a lo largo de todo el taller, no permitiéndose la entrada de nuevos miembros.

Los participantes deben cumplir ciertos criterios de inclusión: nivel educacional básica completa, con diagnostico de depresión mayor (unipolar) según los criterios del DSM IV, con angustia compensada, juicio de realidad conservado y sin ideación suicida presente. Además deben estar asistiendo a algún programa de tratamiento para la depresión, puede estar interno o ambulatorio.

ENCUADRE:

Se les solicitará a los pacientes del grupo psicoterapéutico, asistir a las sesiones muy bien vestidos, resguardando el aseo y el arreglo personal. El objetivo de esta solicitud es promover la actividad por parte de los pacientes y reforzar una mejor autoimagen.

Enfatizar en el secreto de grupo (*“Nada de lo que se conversa o sabe dentro del grupo se comenta fuera de él”*).

Reafirmar Compromiso de asistencia y puntualidad. Hacer un contrato de participación, de esta manera se promueve la responsabilidad personal por el cambio.

Al comenzar y finalizar cada sesión, las pacientes se darán la mano sosteniendo con la otra, el antebrazo del compañero y manteniendo contacto visual de esta manera se da inicio y finalización a la sesión.

La participación de los monitores es de guiar, conducir y facilitar las actividades experienciales y de análisis de los participantes, siendo crucial su rol para propiciar las condiciones de cambio de los pacientes. En éste sentido, los monitores deben abstenerse de participar en las actividades del taller y mantener una actitud formal y calida que promueva un contexto de respeto y calidez. La utilización de celulares o de cualquier elemento que pudiese romper el clima logrado en la sesión queda absolutamente prohibida.

PRINCIPIOS:

La significación de las actividades del taller deben ser preferentemente en plenario para poder guiar y conducir las conclusiones en una línea más generativa. Validación de las experiencias personales, sean estas positivas o negativas.

Las experiencias negativas deben ser analizadas según la asertividad generativa:

- evaluación de la propia responsabilidad,
- el resultado siempre aporta información tanto de sí mismo como del otro y del mundo) y
- disminución del nivel de fantasía.

El modelo de aprendizaje que persigue el taller es de tipo vicario, por lo que no es necesario que todos los participantes realicen todas las actividades. Siendo el análisis en plenario la actividad más importante para poder generar cambio en la forma de significar las experiencias.

El material preferente del taller es la experiencia en curso de los integrantes en las actividades, la historia y el conocimiento técnico actúa solo como referente.

Las intervenciones preferentemente de los integrantes, equilibrando y estimulando la participación de todos. Los relatores deben remitirse al mínimo posible. Abstención y Neutralidad.

Las sesiones deben respetar la estructura especificada, de modo de favorecer la domiciliación de los participantes. Deben iniciar y cerrar con un buen clima grupal. La turbulencia puede ocurrir solo al interior del taller.

Los terapeutas y participantes deben guardar celosamente el secreto de lo tratado en el taller.

No se debe seguir trabajando o comentando lo tratado en las sesiones, salvo indicación contraria.

El taller provee una experiencia personal e interpersonal en curso para ser significada de una manera alternativa al estilo depresivo, de modo que instale un modelo a aplicar en situaciones cotidianas.

El taller y las experiencias que se desprenden son exclusivamente de los integrantes (Apropiación Personal). Los terapeutas no participan en las actividades. Se mantienen atentos a la dinámica e intervienen para regularla y direccionarla en pos de los objetivos propuestos. (Pasan piola)

ESTRUCTURA DE LAS SESIONES:

Cada sesión debe seguir la siguiente modalidad:

Recepción: consiste en que los terapeutas, con su setting previamente preparado, reciben a los integrantes con un saludo de mano a cada uno. (2 MINUTOS)

Saludo entre los participantes de la manera convenida. (3 min.)

Contención inicial: Ronda voluntaria para dar la oportunidad de hacer un comentario sobre lo que pasó entre sesión. El terapeuta concede el tiempo, pero se encarga que sea breve, y aconseja tratarlo en la psicoterapia individual. (10 min. Aprox.)

Ejercicio central: Actividad experiencial que permite los objetivos del taller. (45 MINUTOS)

Plenaria: Análisis, discusión y reflexión en que se ordenan los conceptos tratados en la sesión. Se revelan y trabajan los elementos clásicos de la depresión: Tonalidades emotivas, triada cognitiva, pensamientos automáticos, esquemas cognitivos subyacentes distorsiones cognitivas, etc. (30 MINUTOS)

Cierre: Se termina con algún comentario breve de los terapeutas, contingente a lo tratado en la plenaria. Se finaliza con un aplauso y los pacientes se despiden de la manera convenida entre ellos. Los terapeutas se despiden formalmente de cada integrante (3 MINUTOS)

SESION Nº 1: BIENVENIDA – DOMICILIÁNDOSE (ARMANDO EL NIDO)

Objetivos:

- Que los integrantes se conozcan en un clima de confianza y calidez.
- Aclarar expectativas de los participantes y especificar los alcances de la terapia de grupo.
- Instituir los objetivos generales comunes al taller.
- Recaudar el relato y las experiencias de los integrantes del grupo con su sintomatología depresiva.

ACTIVIDADES

Introducción: presentación del setting, encuadre, los procedimientos del taller y aspectos administrativos.

Informar y elaborar los objetivos generales del taller en plenario.

Dinámica: Presentación cruzada de los participantes: Los terapeutas explican: en parejas, cada uno hablará de si mismo y se presentará a su compañero durante cinco minutos, el que escucha lo hará en un silencio absoluto y solamente le hablará a su pareja para avisarle que los cinco minutos se cumplieron (sin preguntas, sin interrupciones). Luego cada uno de los pacientes presenta a su pareja ante el grupo, desde lo que su compañero le dijo. La dupla se constituirá en “socios”, por lo que durante todo el taller el socio será un compañero con el que se puede contar para ser ciertos análisis y el que debe estar como “ayudante” frente al cambio de cada participante.

Exponer experiencias personales en torno a la depresión y explicitar las expectativas sobre el taller.

Actividad de cierre. Entregar un sobre a cada participante, en el aparece un nombre de alguno de los participantes del taller, éste es el “amigo secreto” a quién se le dedicará la bitácora en la que se ira plasmando la experiencia personal vivida en el taller. Contrato – Compromiso

SESION Nº 2 GENERANDO CONFIANZA (EL CUERPO EN EL ESPACIO)

Objetivos:

- Estimular la intersubjetividad a través de redes generativas grupales.
- Reconocimiento del estilo interpersonal y comunicativo
- Modelar y reordenar estilos personales

ACTIVIDADES

1. Saludo corporal e instalación del saludo ceremonial

Descripción de la Actividad

Todos los participantes se ponen de pie y comienzan a circular por toda la sala. Las indicaciones del coordinador van progresivamente desde el mirarse hasta el saludo con un abrazo.

Ejemplo:

Caminar encontrándose con la mirada	Saludarse con la rodilla derecha / iz.
Saludarse con el codo derecho / iz.	Saludarse con el hombro derecho / iz
Saludarse con la cabeza	Saludarse con un abrazo

2. Contención inicial

3. Dinámica: Contando un Día: se divide el grupo en dos y se sientan haciendo dos semicírculos. A cada persona se le asigna un observador que estará sentado en el semicírculo de al frente. Cada miembro del semicírculo relatará en su turno al plenario cómo fue la jornada de ayer, haciendo énfasis en situaciones interpersonales. Una vez que todos los integrantes del semicírculo hacen el relato, los observadores irán uno a uno señalando sólo los aspectos positivos de la participación de sus compañeros en el relato efectuado. De acuerdo al relato los relatores moderan los comentarios y los relatos.

Puntos de Análisis en Plenaria

Objetivos Técnicos:

Hablante:

Construcción del relato de la experiencia pasada. (EX - EX)

Evaluación del relato en el espacio social

Acceso a la experiencia inmediata y explicación y como se mueve esa interfase. (Autoorganización)

Oyente:

Obligatoriedad de centrarse en los aspectos gratificantes del otro

Obligatoriedad de mantenerse en el lugar del oyente

Facilitar la complementariedad de las experiencias propias y con el otro (empatía)
Cierre

SESION N° 3 GENERANDO CONFIANZA (EL CUERPO EN EL ESPACIO)

Objetivos:

- Formar redes intersubjetivas grupales.
- Reconocimiento del estilo interpersonal y comunicativo
- Modelar y reordenar estilos personales

ACTIVIDADES

1. Saludo corporal y saludo ceremonial

2. Contención inicial.

3. Dinámica: Contando un Día: se divide el grupo en dos y se sientan haciendo dos semicírculos. A cada persona se le asigna un observador que estará sentado en el semicírculo de al frente. Cada miembro del semicírculo relatará en su turno al plenario cómo fue la jornada de ayer, haciendo énfasis en situaciones interpersonales. Una vez que todos los integrantes del semicírculo hacen el relato, los observadores irán uno a uno señalando sólo los aspectos positivos de la participación de sus compañeros en el relato efectuado. De acuerdo al relato los relatores moderan los comentarios y los relatos.

Puntos de Análisis en Plenaria

Objetivos Técnicos:

Hablante:

Construcción del relato de la experiencia pasada. (EX - EX)

Evaluación del relato en el espacio social

Acceso a la experiencia inmediata y explicación y como se mueve esa interfase.
(Autoorganización)

Oyente:

Obligatoriedad de centrarse en los aspectos gratificantes del otro

Obligatoriedad de mantenerse en el lugar del oyente

Facilitar la complementariedad de las experiencias propias y con el otro (empatía)

Cierre



SESION Nº 4: LOGRANDO COMPLEMENTARIEDAD.

Objetivos:

- Conocer y practicar el concepto de complementariedad interpersonal en sus tres componentes (conducta, emoción y cognición)
- Desarrollo de la habilidad empática
- Practica de la expresividad y receptividad del modelo comunicacional
- Evaluar y practicar las habilidades generativas (intimidad, mantención, proyección e intensidad)

ACTIVIDAD

1. Saludo corporal y saludo ceremonial
2. Contención inicial
3. Dinámica: Lazarillo modificado

Descripción de la Actividad

Se dividen a los integrantes en dos grupos y en cada grupo se forman parejas. Un será el ciego y el otro el lazarillo. El lazarillo guiara al ciego para que recorra un espacio abierto señalado por el coordinador y lo hará conocer el lugar y los distintos objetos que lo componen haciendo utilizar al ciego el máximo de sentidos posible. Lazarillo y ciego no hablan durante el recorrido, sólo se dan instrucciones con el cuerpo. Lazarillo debe cuidar al ciego. Ciego hace el circuito solo (tiempo máximo 15 min. por ciego)

Puntos de Análisis en Plenaria

Diferencias personales

Actitud protectora / sobreprotectora de los lazarillos

Capacidad de dar confianza del lazarillo.

Empatía del lazarillo sobre necesidades del ciego.

Capacidad de confiar el ciego en su lazarillo

Recursos utilizados por el ciego para realizar el recorrido (mapas conceptuales, ensayo – error, etc.)

Aparición de pensamientos automáticos: ideas disfuncionales sobre sí mismo, el otro y el mundo.

Emociones emergentes durante el recorrido

Metas / logros

Cierre.

SESION Nº 5 EL TRANSFONDO DEL PENSAMIENTO DEPRESIVO

Objetivos:

- Promover la emergencia de los pensamientos depresivos
- Promover la emergencia del concomitante emocional
- Reconocimiento de esquemas cognitivos subyacentes

ACTIVIDAD

1. Saludo corporal y saludo ceremonial
2. Contención inicial.
3. Dinámica: Armando Historia

Se divide a los participantes en cuatro grupos, a cada grupo se le entrega una lámina (Rosenzweig) en la que aparece una situación graficada. Cada participante del grupo tendrá que anotar en el espacio lo que piensa / siente y lo que haría. Comentan entre los integrantes lo que anotaron y eligen el que más lo representa. Se expone en el plenario y se conduce el análisis aplicando el programa de reestructuración cognitiva de Beck

Se les dará una batería de preguntas para ayudar al cambio de pensamiento:

- ¿Qué evidencia existe?
- ¿Qué es lo más adaptativo para este caso o momento?
- ¿Qué es lo peor que podría suceder?
- ¿Ha comprobado lo que piensa?
- ¿Qué pruebas tienes sobre lo que piensas?
- ¿Puede ser de otra manera a como lo piensas?
- Supongamos que hay otras alternativas ¿Cuáles serían?
- ¿Que pensaría otra persona sobre lo que está sucediendo?
- ¿Qué cambiarías si pudieras volver a vivir la situación?
- ¿Te estás culpando demasiado?

Debe quedar registrada e instalada la capacidad para generar pensamientos alternativos que fuesen más adaptativo al sujeto

Tarea: Registrar situaciones en las que sucedieran eventos similares a los trabajado en la sesión. Se utiliza la siguiente planilla



EJEMPLOS DE TERAPIA COGNITIVA REALIZADO EN LA SESION DE GRUPO

Ejemplo situación de malestar	Emoción y reacción	Pensamientos Automáticos Negativos	Nuevos pensamientos y resultados

Cierre.

SESIÓN Nº 6: PILLANDO EL PENSAMIENTO

Objetivos:

- Reforzar la detección de pensamientos disfuncionales en las situaciones cotidianas
- Promover el análisis de pensamientos alternativos a las situaciones perturbadoras.

ACTIVIDAD

1. Saludo corporal y saludo ceremonial

2. Contención inicial.

3. Dinámica

Se dividen en grupos distintos y revisan en conjunto la Tareas, corrigen entre ellos, mejoran los pensamientos alternativos y modulan la emoción. Eligen la situación que mas los represente para mostrarla en el plenario. En plenario se revisan las situaciones, se analizan los pensamientos, se buscan pensamientos alternativos y se modula la emoción.

Previo al análisis en plenario se realiza la rueda de la confianza

Cierre.



SESION Nº 7: EL SENTIDO DE SÍ MISMO DEPRESIVO: ¿SOY INDESEABLE?

Objetivos:

- Desarrollo capacidad expresar cualidades y virtudes a los otros
- Desarrollo capacidad de recibir halagos de los otros
- Incorporación del juicio de los demás al sí mismo
- Contraste entre la opinión personal y la ajena sobre sí mismo
- Modular la emoción en una situación interpersonal crítica

ACTIVIDAD

1. Saludo corporal y saludo ceremonial

2. Contención inicial.

3. Dinámica: DAR Y RECIBIR AFECTO

Descripción de la Actividad

Todo el grupo se sientan en círculo quedando una silla desocupada al centro. Cada integrante debe pasar por la silla del centro y sin hacer comentarios, escucha lo que sus compañeros le dicen. Todos los que están alrededor le expresarán al colega del centro *algún aspecto que admiran o que les guste de él*. Los moderadores deberán registrar los conceptos que aparezcan con mayor frecuencia.

Recomendaciones para la actividad:

Al expresar el halago, es importante ser precisos y que se evite explicar o contextualizar lo que están diciendo.

El halago debe ser dicho en positivo (evitar que empiecen con frases como “al principio me caías mal pero....”)

Todos los que están alrededor deben expresarle algo al del centro

Puntos de Análisis

Capacidad de reconocer y expresar aspectos positivos en los otros.

Capacidad de recibir sin excusar lo que los otros reconocen en uno mismo.

Reconocer los pensamientos automáticos y posibles dificultades para incorporar la opinión de los otros.

Distinción entre autoconcepto y apreciación de los demás

Respeto por opiniones, tempos y emocionalidad de los otros.

Cierre.



SESIÓN Nº 8: EL SENTIDO DE SÍ MISMO DEPRESIVO: ¿SOY INDESEABLE?

Objetivos:

- Desarrollo capacidad expresar cualidades y virtudes a los otros
- Desarrollo capacidad de recibir halagos de los otros
- Incorporación del juicio de los demás al sí mismo
- Contraste entre la opinión personal y la ajena sobre sí mismo
- Modular la emoción en una situación interpersonal crítica

ACTIVIDAD

1. Saludo corporal y saludo ceremonial

2. Contención inicial.

3. Dinámica: DAR Y RECIBIR AFECTO

Descripción de la Actividad

Todo el grupo se sientan en círculo quedando una silla desocupada al centro. Cada integrante debe pasar por la silla del centro y sin hacer comentarios, escucha lo que sus compañeros le dicen. Todos los que están alrededor le expresarán al colega del centro *algún aspecto que admiran o que les guste de él*. Los moderadores deberán registrar los conceptos que aparezcan con mayor frecuencia.

Recomendaciones para la actividad:

Al expresar el halago, es importante ser precisos y que se evite explicar o contextualizar lo que están diciendo.

El halago debe ser dicho en positivo (evitar que empiecen con frases como “al principio me caías mal pero....”)

Todos los que están alrededor deben expresarle algo al del centro

Puntos de Análisis

Capacidad de reconocer y expresar aspectos positivos en los otros.

Capacidad de recibir sin excusar lo que los otros reconocen en uno mismo.

Reconocer los pensamientos automáticos y posibles dificultades para incorporar la opinión de los otros.

Distinción entre autoconcepto y apreciación de los demás

Respeto por opiniones, tempos y emocionalidad de los otros.

Cierre.



SESION Nº 9: BUSCANDO UN CAMINO DISTINTO (ESTA ES LA SESION COMPLEJA)

Objetivos:

- Ensayo conductual a través de diversas situaciones de los contenidos tratados en el taller
- Modulación de las ideas depresiogénicas
- Modulación de los estados emocionales en situaciones de demanda interpersonal
- Resignificación de experiencias críticas

ACTIVIDAD

1. Saludo corporal y saludo ceremonial

2. Contención inicial.

3. Dinámica:

Se junta cada persona con su “socio”, haciendo duplas.

Tres duplas tendrán que crear situaciones en las que se ponga en juego el concepto que el moderador les entregue. Estas tres duplas se dividen en: a) Situación fácil, b) Situación media y c) Situación difícil. Constituyendo de esta manera tres estaciones.

El concepto que el moderador entrega, es uno de los registrados en las sesiones anteriores de la actividad “dar y recibir afecto”.

Una cuarta dupla tendrá que pasar por cada una de las estaciones. Uno de ellos será el participante y el otro el observador, esta división se mantiene en las tres estaciones. Sólo podrá avanzar de una estación a otra, una vez que “el socio participante” de una respuesta a la situación que se le presenta.

Cuando termina de pasar por una estación se hace 1 minuto de análisis en el que el “socio observador” le da un feedback de su participación haciendo énfasis en los aspectos a destacar y en aquellos que hay que mejorar.

Luego cambian los participantes, la mitad del grupo pasa en esta ocasión.

Puntos de Análisis Plenario

Capacidad para reconocer tendencias a la acción.

Pensamientos distorsionados: existencia y capacidad de determinar una actitud ante una situación

Estados emocionales: impacto frente a la situación, emoción en curso de la respuesta, estado emocional durante el minuto de análisis.

Cierre.

SESION Nº 10: BUSCANDO UN CAMINO DISTINTO

Objetivos:

- Ensayo conductual a través de diversas situaciones de los contenidos tratados en el taller
- Modulación de las ideas depresiogénicas
- Modulación de los estados emocionales en situaciones de demanda interpersonal
- Resignificación de experiencias críticas

ACTIVIDAD

1. Saludo corporal y saludo ceremonial

2. Contención inicial.

3. Dinámica:

Se junta cada persona con su “socio”, haciendo duplas.

Tres duplas tendrán que crear situaciones que ponga en juego el concepto que el moderador les entregue. Estas tres duplas se dividen en: a) Situación fácil, b) Situación media y c) Situación difícil. Constituyendo de esta manera tres estaciones.

El concepto que el moderador entrega, es uno de los registrados en las sesiones anteriores de la actividad “dar y recibir afecto”.

Una cuarta dupla tendrá que pasar por cada una de las estaciones. Uno de ellos será el participante y el otro el observador, esta división se mantiene en las tres estaciones. Sólo podrá avanzar de una estación a otra, una vez que “el socio participante” de una respuesta a la situación que se le presenta.

Cuando termina de pasar por una estación se hace 1 minuto de análisis en el que el “socio observador” le da un feedback de su participación haciendo énfasis en los aspectos a destacar y en aquellos que hay que mejorar.

Luego cambian los participantes, pasa la segunda mitad del grupo.

Puntos de Análisis Plenario

Capacidad para reconocer tendencias a la acción.

Pensamientos distorsionados: existencia y capacidad de determinar una actitud ante una situación

Estados emocionales: impacto frente a la situación, emoción en curso de la respuesta, estado emocional durante el minuto de análisis.

Cierre.



SESION Nº 11: MANEJÁNDOSE A SÍ MISMO

Objetivos:

- Control de los indicadores corporales de la ansiedad
- Instalar la capacidad para reconocer estados de tensión y relajación
- Controlar estados emocionales a partir del manejo de musculatura estriada

ACTIVIDADES

1. Saludo corporal y saludo ceremonial
2. Contención inicial.
3. Dinámica: Relajación Progresiva de Jacobson y Borkovec

Puntos de Análisis Plenario

Capacidad para reconocer estados ansiosos

Capacidad para distinguir estados de tensión v/s relajación

Cierre.

SESION Nº 12: SINTIENDO AL GRUPO

Objetivos:

- Promover una situación interpersonal y emocional intensa entre los participantes.
- Sustener las condiciones grupales para el manejo de la intimidad corporal.
- Evaluar las habilidades expresivas y receptivas de los contenidos íntimos.
- Favorecer la despedida de cada uno de los integrantes en una situación emocional generativa.

ACTIVIDADES

1. Saludo corporal y saludo ceremonial
2. Contención inicial.
3. Dinámica: INMERSIÓN EMOCIONAL: consiste en que cada uno de los integrantes del grupo es objeto de ser mecido suavemente mientras se murmulla

de manera melodiosa su nombre, luego se detiene el movimiento y sus compañeros tocan alguna parte del cuerpo de manera solida, consistente. El ejercicio culmina cuando cada uno de los participantes ha sido mecido, nominado y tocado por sus compañeros. La persona que vivencia la actividad está con los ojos vendados, acostado sobre una manta firme que será levemente levantada durante el mecimiento

Puntos de Análisis Plenario

Nivel emocional que genera la actividad

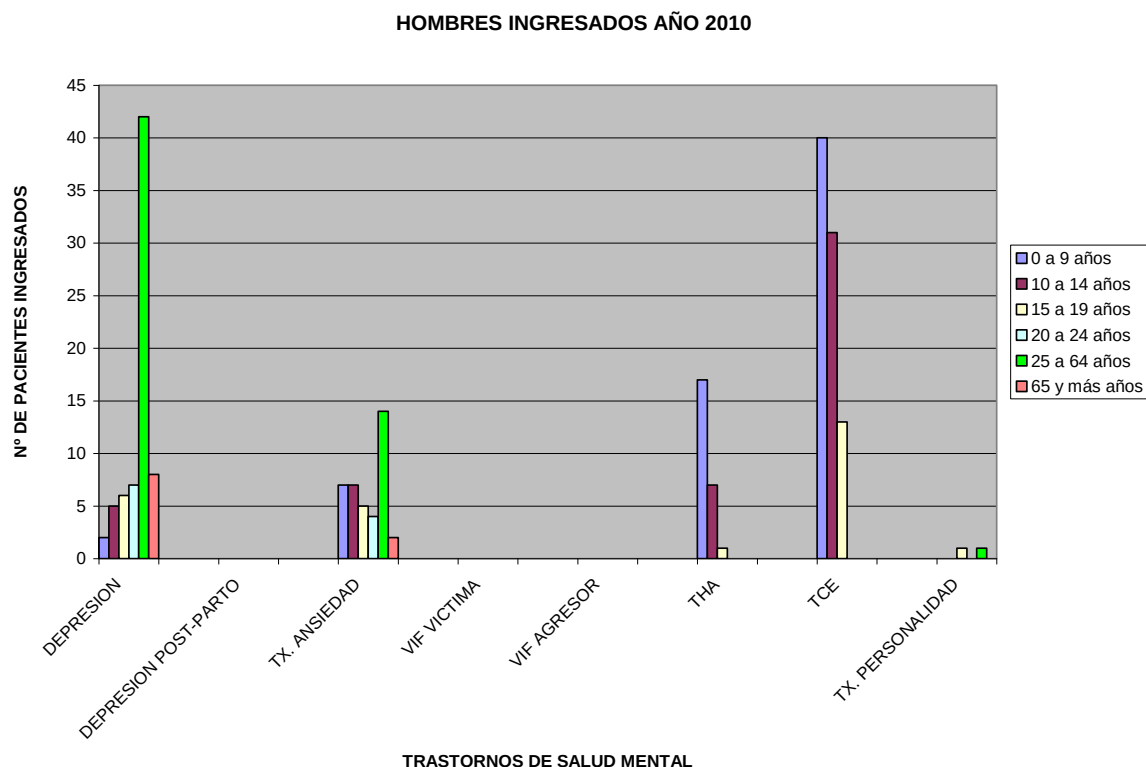
Significación atribuida a la experiencia

Niveles de confianza personal e interpersonal

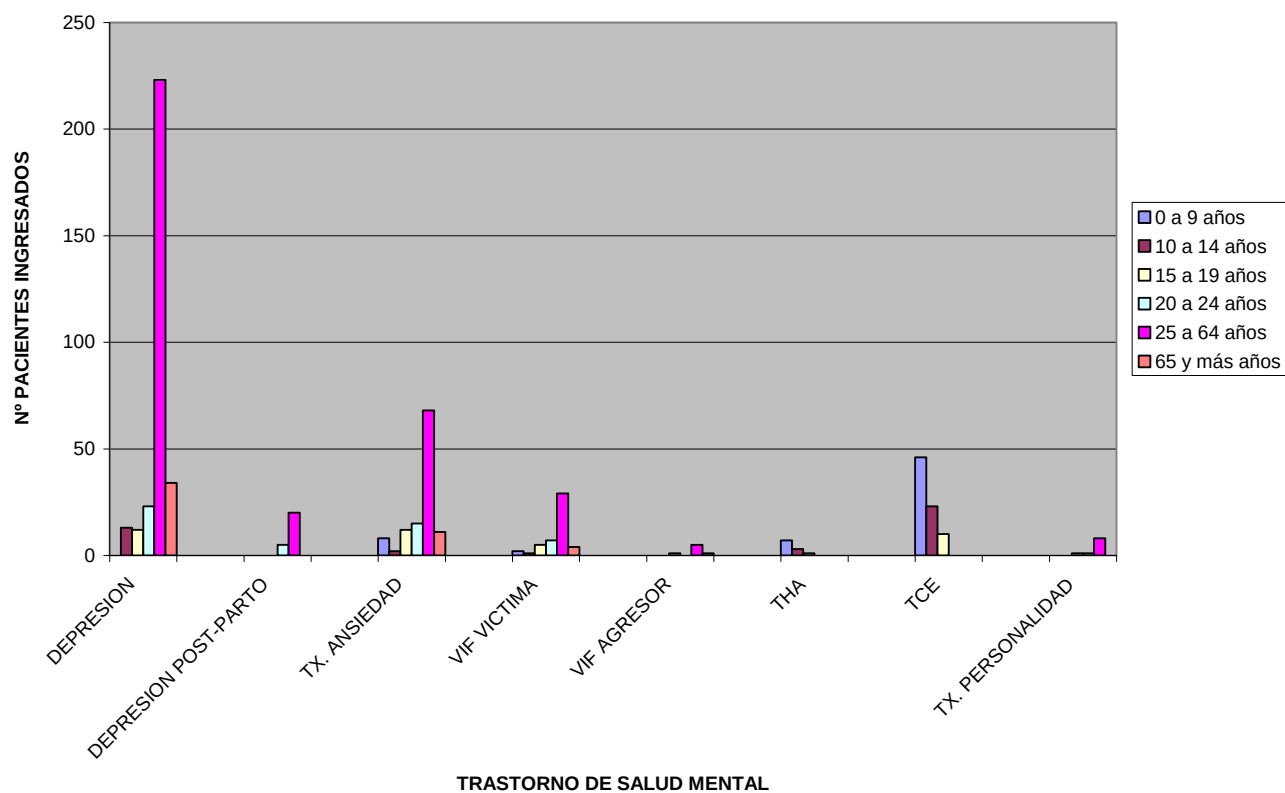
Red generativa entre los distintos integrantes

Anticipación de la perdida, en términos de: angustia, amenazas y fantasías del cierre del taller

Cierre: Entrega de bitácora, despedida entre “socios”, despedida del taller.



MUJERES INGRESADAS UNIDAD SALUD MENTAL AÑO 2010



PROGRAMA EL MOLINO

ANTECEDENTES

Programa “El Molino” surge en Octubre del año 2005 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.

Programa “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 Ilustre Municipalidad de Quillota, ubicado en el sector Said, específicamente en Avenida Las Industrias s/n. El equipo de trabajo está compuesto por la coordinadora y Asistente Social Fabiola Gaete Valencia, Carol Torres Campos, Psicóloga, Paloma Acevedo Rodríguez Terapeuta Ocupacional y Alvaro González Silva, Técnico en Rehabilitación.

Los planes que ejecuta Programa El Molino son 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. 2010. Convenio Ministerio del Interior CONACE- Ministerio de Salud - FONASA)

El Programa de rehabilitación ofrece a sus usuarios (as) una canasta de prestaciones que contemplan variadas prestaciones (en base a requerimientos CONACE) y que son las siguientes:

PRESTACIONES OTORGADAS

1. EVALUACION Y DIAGNÓSTICO INTEGRAL: Proceso de Evaluación y Diagnóstico efectuado por el equipo MOLINO que incluye aspectos clínico-psiquiátricos, psicológicos, de función y disfunción ocupacional, familiar y psicosocial. Su objetivo es contribuir a definir en un plazo de 30 días un Plan de Tratamiento Individual (PTI), que junto con lograr la mejoría clínica, permita actuar eficazmente sobre factores que influyan negativamente en las respuestas futuras a los objetivos de estabilidad clínica y ajuste psicosocial. Este proceso se iniciaron la firma del Consentimiento Informado por parte del usuario (a) y apoderado y cierra con la firma de Contrato Terapéutico donde el usuario (a) conoce sus objetivos de tratamiento. Este proceso fomenta el compromiso del paciente, luego de haber pasado la primera etapa, a continuar el tratamiento, conociendo las características, objetivos, derechos y deberes del programa El Molino, estableciendo así su participación plena y voluntaria en las siguientes etapas del tratamiento.

2. CONSULTA PSICOLÓGICA: Intervención efectuada por psicóloga del Centro, fundada en técnicas psicoterapéuticas, efectuadas en el marco del PTI a un paciente individual. Incluye diagnóstico (trabajado alrededor de Encuesta de Grado de Compromiso Biopsicosocial), apoyo emocional, intervención en crisis, entrenamiento en comportamiento de autoayuda, indicaciones y/o derivaciones que correspondan.

3. PSICOTERAPIA INDIVIDUAL: Actividad realizada por psicólogo clínico a un paciente individual. Incluye actividades con técnicas de psicoterapia de acuerdo a diagnóstico específico y a evidencia de costo/efectividad.

4. CONSULTA DE SALUD MENTAL: Atención otorgada por profesional Terapeuta Ocupacional, Trabajador(a) Social y Técnico en Rehabilitación a paciente, familiar o apoderado. Incluye acciones de apoyo emocional, educación para el autocuidado, refuerzo adhesión a tratamiento, mejorar la capacidad de la familia o apoderado para cuidar al paciente y a sí mismo(a)

5. INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL DE GRUPO: Atención profesional otorgada por psicóloga, trabajadora social, terapeuta ocupacional, educadora a un grupo de paciente y/o familiares. Tiene como finalidad entregar apoyo emocional, educación para el autocuidado, autoayuda, manejo abstinencia, refuerzo adhesión adherencia, mejorar la capacidad de la familia para acompañar/cuidar a un paciente y a sí misma, para rehabilitación psicosocial, reinserción ocupacional, social o laboral, etc. Es importante señalar que el programa el Molino aborda la intervención grupal a través del trabajo en dupla.

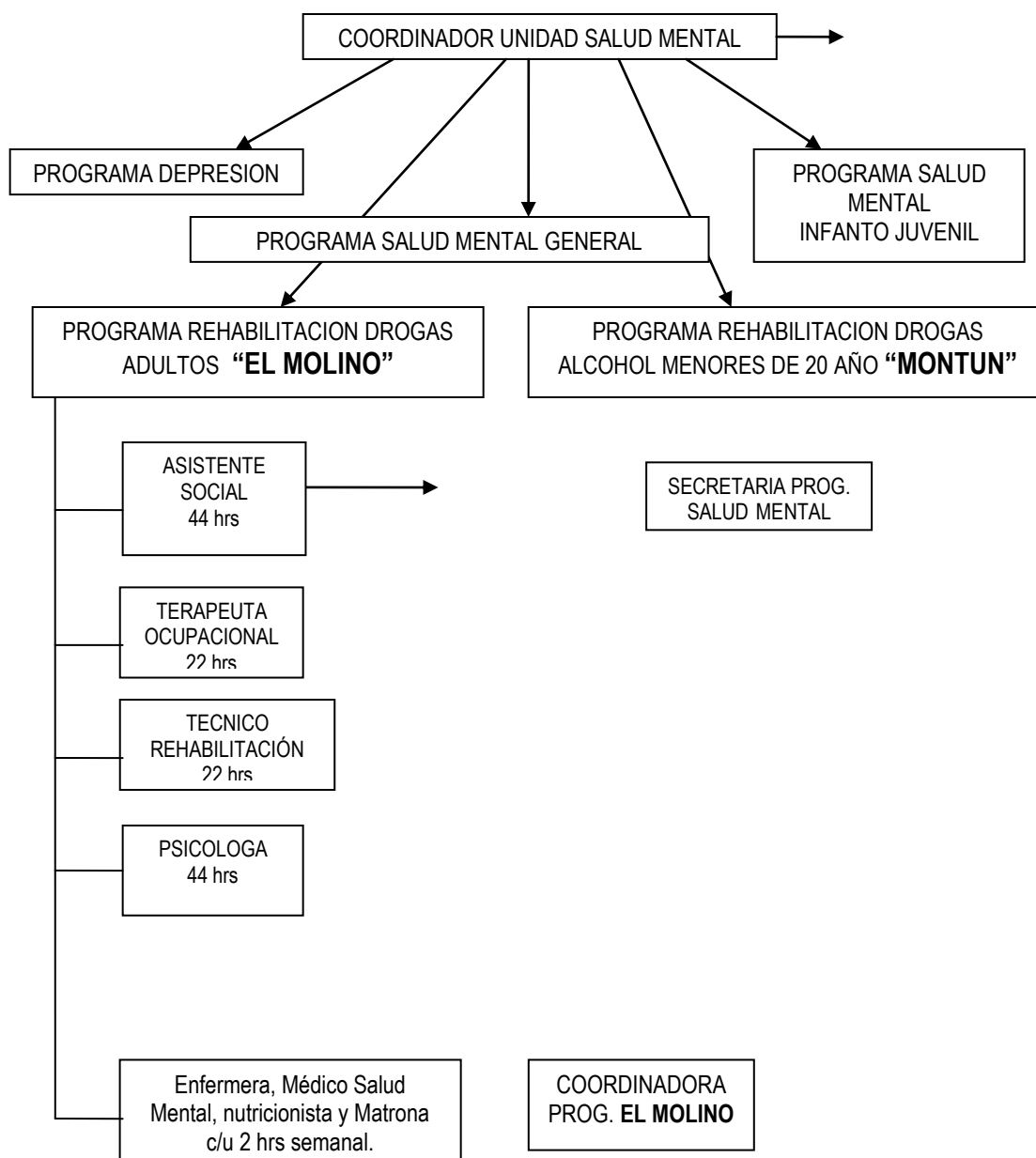
6. INTERVENCIÓN FAMILIAR: Atención profesional efectuada por trabajadora social, psicóloga y terapeuta ocupacional (en dupla psicosocial) a paciente e integrantes de su grupo familiar. Incluye actividades con técnicas de orientación, consejería y mediación familiar de acuerdo a diagnóstico específico y a evidencia de costo/efectividad. El programa el Molino pone énfasis en la atención familiar domiciliaria.



7. VISITA DE SALUD MENTAL INTEGRAL: Es la atención profesional efectuada por psicólogo, t. social, t. ocupacional u otro profesional de salud mental (En dupla) a un paciente y a su familia en el lugar de residencia, trabajo o establecimiento educacional. Incluye algunas de las siguientes actividades: evaluación, diagnóstico social, laboral y familiar, rescate, psicoeducación, apoyo emocional, entrenamiento en habilidades sociales, manejo ambiental, inserción red de apoyo, etc.

8. ATENCIÓN MÉDICA: Es la atención brindada por medico general del consultorio, medico psiquiatra al usuario en la etapa diagnóstica y durante su proceso de rehabilitación. □

9. OTRAS ATENCIONES: Los usuarios del programa tienen el beneficio de optar a la atención con nutricionistas, matronas y a exámenes preventivos, que son gestionados por asistente social del programa.



POBLACIÓN OBJETIVO PROGRAMA EL MOLINO
(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.

I. Criterios de Inclusión

- a. Mujeres y varones con edad igual o superior a 20 años
- b. Usuarios (as) FONASA
- c. Que la droga principal sea una droga ilícita, si bien puede existir consumo de alcohol, éste debe ser secundario.
- d. Que tengan su domicilio en la Provincia de Quillota, entiéndase ciudades de Limache, Quillota, La Cruz, Nogales y Melón.
- e. Que se encuentren realizando alguna actividad, entiéndase estudios, trabajo, labores de casa, cuidado de hijos, etc.
- f. Que cuenten con red de apoyo.
- g. Que su diagnóstico de consumo sea de carácter abusivo o dependencia Moderada.
- h. Que su compromiso Biopsicosocial sea de carácter leve a Moderado.

II. *Criterios de Exclusión:* Los que aún cumpliendo los criterios de inclusión presentan consideraciones especiales que determinan perfil con una complejidad distinta, y para los cuales existen dispositivos especialmente diseñados en la red para su abordaje.

- a. Personas con patología psiquiátrica dual (no compensada y otra condición que los incapacite para integrarse a las actividades del centro).
- b. Personas en situación de calle o que no cuenten con apoyo familiar o acompañante terapéutico.
- c. Personas que manifiesten conductas antisociales que imposibilite el respeto de las normas mínimas de convivencia (problemas judiciales asociados con delitos tipificados contras las personas).



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 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 mes)

b.- Fase de Estabilización: 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. (2 meses)

c.- Fase de Consolidación: 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. (2 meses)

d.- Fase de Pre-egreso: Este se establece en el período de finalización de su tratamiento y consiste en el fortalecimiento de las rutinas establecidas según las evaluaciones previas y que dieron lugar a modificaciones de las actividades realizadas anteriormente. Para esto se establecen algunas directrices que permitan al paciente hacer un auto diagnóstico sobre si mismo y la relación con su entorno, reconociendo las acciones que pudiesen generar un riesgo de recaída y un debilitamiento en la mantención de su rehabilitación. (1 mes)

QUINTA ETAPA: FASE DE SEGUIMIENTO

Corresponde a un período de seguimiento no inferior a un año posterior al alta terapéutica del plan, en el cual se realizan intervenciones individuales, familiares o grupales, con un frecuencia que se distancia progresivamente en la medida que avanza el plazo de un año, con el objeto de evaluar la mantención de los cambios terapéuticos logrados, ofreciendo estrategias de apoyo en el caso de presentarse dificultades.

Apoyo Post Egreso

Cuando el (la) usuario(a) egresa del programa de tratamiento, se mantiene su contacto con la asistencia de este y su familia al Taller Socio-educativo familia Usuario. Así mismo se ofrece atención en el caso que lo requiera para orientarlo e algunas temáticas que generen alguna problemática que ponga en riesgo los logros obtenidos con el tratamiento.

Seguimiento

Se realizan visitas domiciliarias destinadas a indagar sobre la situación del egresado. Observando la mantención de logros obtenidos, ya sea de reducción de consumo o bien la abstinencia completa. El clima familiar, las ocupaciones que esta persona tiene y si ha seguido los lineamientos entregados en su egreso.

Se fortalecen los logros y en caso necesario se reorientan si es que se está presentando alguna problemática que pudiere representar un riesgo de aumento de consumo o de recaída.

Observación: Es importante señalar que la integración social es trabajada transversalmente durante todo el proceso de rehabilitación, ya sea, evaluando en la primera etapa como se encuentra el usuario (a) con sus redes, su situación laboral, educacional, de vivienda, salud, entre otras; como también estructurando estrategias concretas que se materializan como objetivos del plan terapéutico (con un gran énfasis en lo familiar comunitario). Finalmente durante el seguimiento se acompaña y se evalúa como ha seguido avanzando el usuario, no sólo en la temática de consumo sino también en su participación en comunidad.

DERIVACIONES AL CENTRO

Cabe señalar que como el dispositivo Plan ambulatorio básico “ El Molino” se encuentra instalado en el establecimiento de Atención Primaria de Salud (en adelante A.P.S), Centro de Salud Cardenal Raúl Silva Henríquez (en adelante C.S.C.R.S.H.). La persona consultante debe inscribirse en éste pues sólo así puede recibir atención en **El Molino** y en cada uno de los programas que el C.S.C.R.S.H ofrece a la comunidad beneficiaria.

Al solicitar hora es la persona, familia o profesional que deriva quien se acerca personalmente a Admisión del C.S.C.R.S.H., en forma telefónica a las líneas 310160, 319788 o al 800 202 056 solicitando hora en agenda electrónica “**Entrevista Motivacional**” o también puede acercarse a cualquier profesional del programa quien le entregará hora de entrevista.



La persona consultante puede ingresar desde diversas modalidades a Programa El Molino.

- 1. Consultante ingresa al programa en forma espontánea:** Ya sea porque la persona solicitó apoyo a su familia, o a Previene, Dideco, Lugar de Trabajo Empresa, Establecimientos de Educación para adultos o bien conoció de parte de un exparticipante de “El Molino” o de alguien que en la actualidad se encuentra en proceso.
- 2. Consultante proviene desde otro dispositivo de tratamiento de consumo de drogas.,** entiéndase ambulatorio intensivo o residencial ya sea privado o desde la red CONACE / Servicio de Salud.
- 3. Consultante proviene desde un establecimiento A.P.S., o de atención secundaria o terciaria.** Puede tratarse de una persona que consulta por una enfermedad y el (la) profesional tratante al indagar en un examen general observa indicadores de consumo problemático de drogas ilícitas. También es posible que dentro del mismo centro de salud sea derivado desde una unidad coordinadora.
- 4. Consultante proviene desde un Juzgado de Familia, Fiscalía local, Centro de Reinserción Social C.R.S. Gendarmería:** En los dos primeros se trata de una persona que a consecuencia del consumo de drogas ilícitas dañó ya sea psicológica o físicamente a un integrante de su familia o a la comunidad y el magistrado declara que debe someterse en forma obligatoria a un programa de rehabilitación.

En el caso de personas derivadas desde el CRS. Gendarmería es un profesional del área social, denominado Delegado libertad vigilada quien le sugiere que participe en el Programa de rehabilitación para fortalecer su reinserción en la comunidad.

EVALUACION AL INGRESO DEL CENTRO:

Una vez que la persona obtiene su hora en agenda ENTREVISTA MOTIVACIONAL, es el profesional a cargo quien realiza la **Consulta Salud Mental Integral** que tiene por objeto conocer motivo de consulta, lugar de derivación, antecedentes personales, familiares y otros relativos al motivo de consulta, en esta intervención también se brindará la información necesaria a considerar para colegir si consultante cumple o no con el perfil de ingreso a Programa El Molino. Estos antecedentes serán presentados en reunión clínica donde se analiza caso y se decide si consultante ingresa a etapa de evaluación o si es derivado.

Producto de esta entrevista pueden originarse tres situaciones:

1. Que la persona consultante posea como droga principal el Alcohol y de existir consumo de drogas ilícitas éste se trate de algo secundario que no reviste el carácter ni de abusivo o dependiente.

En este caso el equipo deriva con **Hoja de Referencia** al consultante a un programa de A.P.S., o a un Centro particular que atienda personas con previsión social Fonasa “A” o “B” o a grupos de autoayuda de la provincia, tales como “Multifamiliar”, “Emerger” o Alcohólicos Anónimos”.

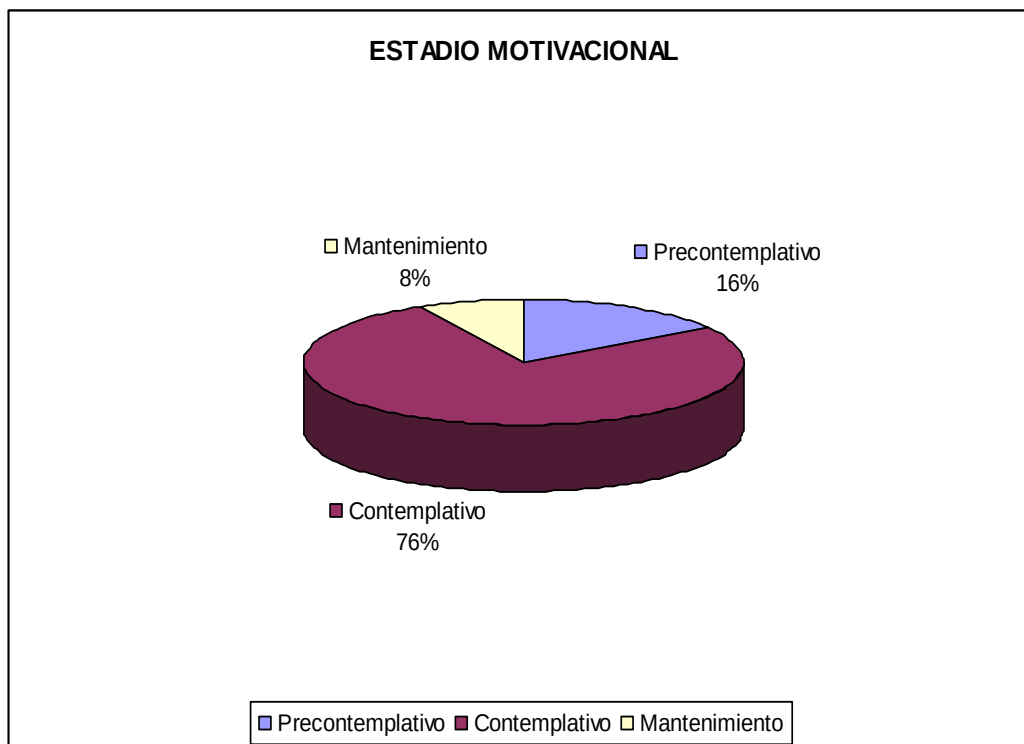
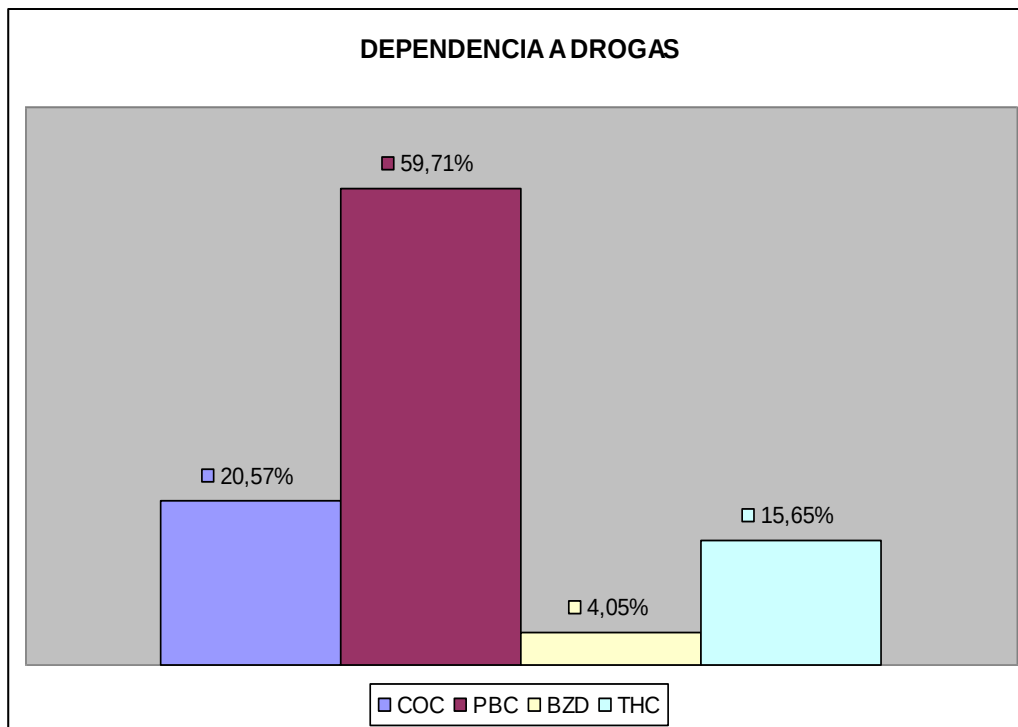
Ahora bien si durante la entrevista se observa que el consultante a consecuencia de la abstinencia ha generado sintomatología de privación severa, o su consumo se encuentre asociado a una comorbilidad física o psiquiátrica con riesgo vital, la (el) profesional Asistente Social se encargará de gestionar en la red la posibilidad de hospitalización para el (la) consultante.

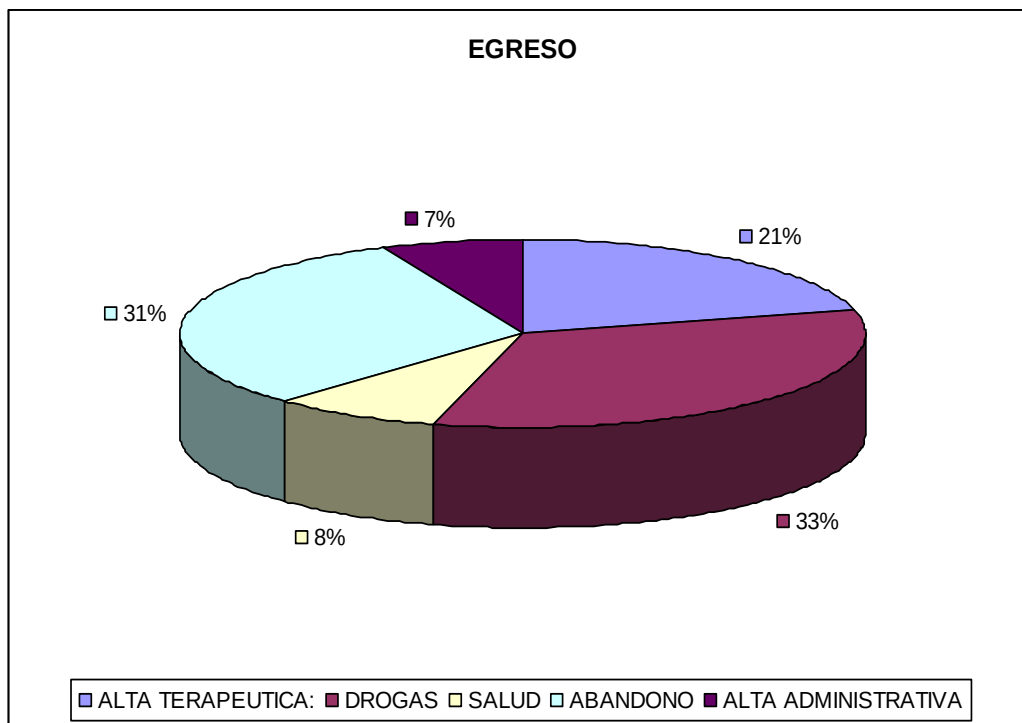
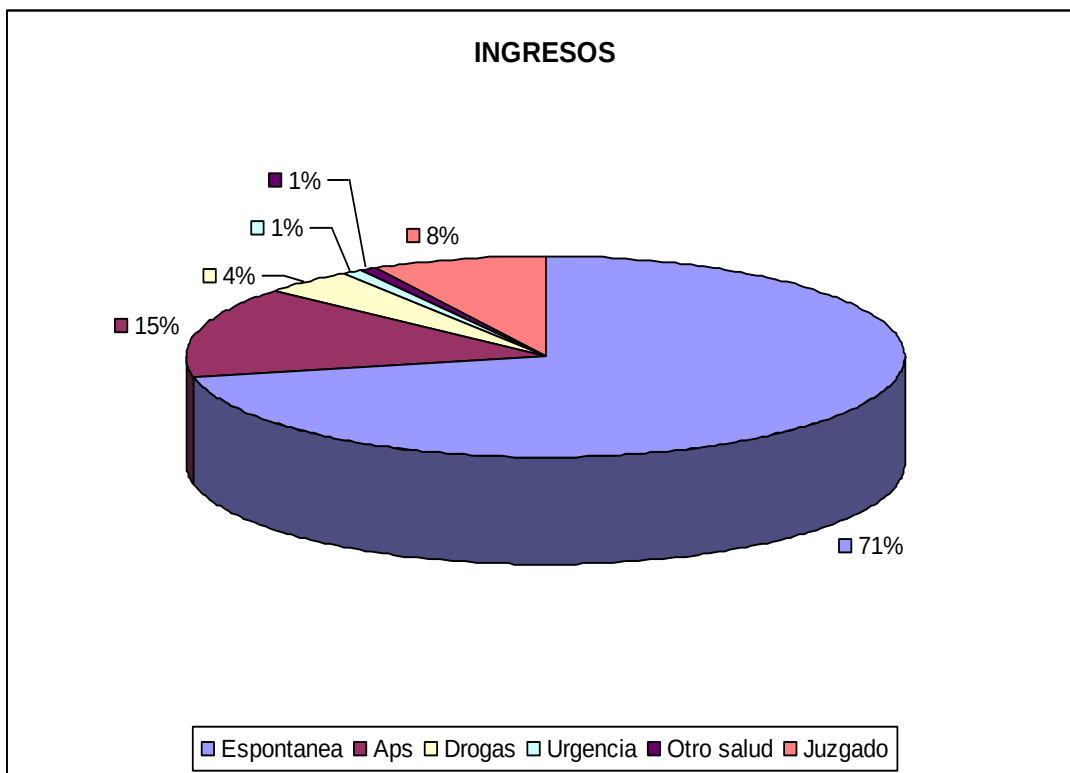
2. Que la persona consultante puntée severo en cada una de las siguientes variables biopsicosociales, entiéndase “Diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias”, “Síndrome de Abstinencia”, “Tratamientos anteriores” y “Actividades laborales o académicas” .

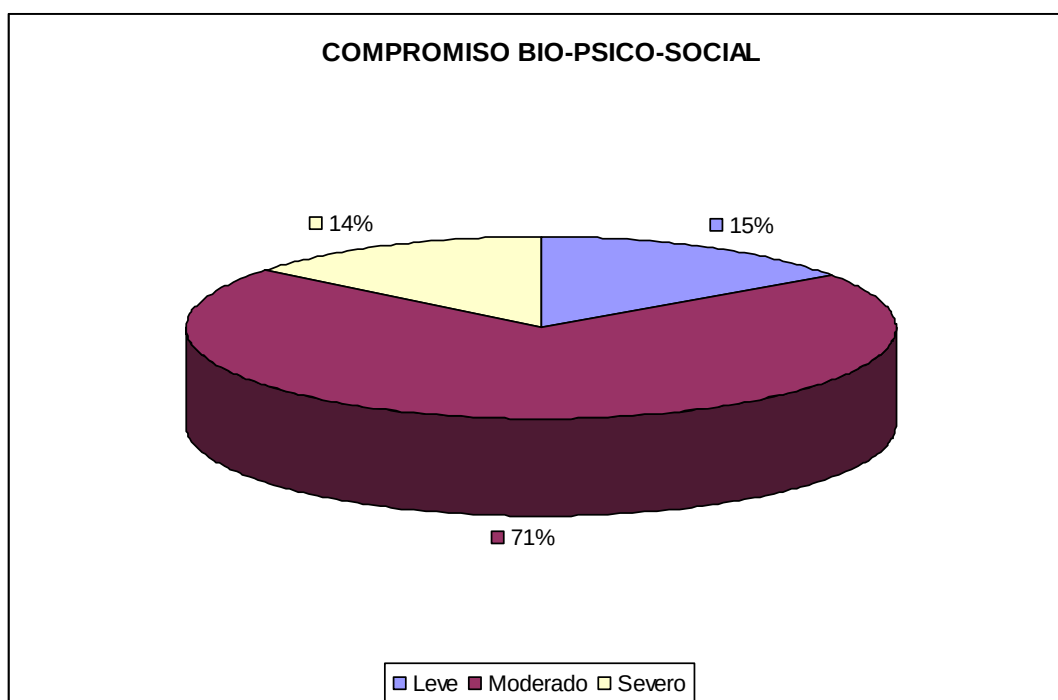
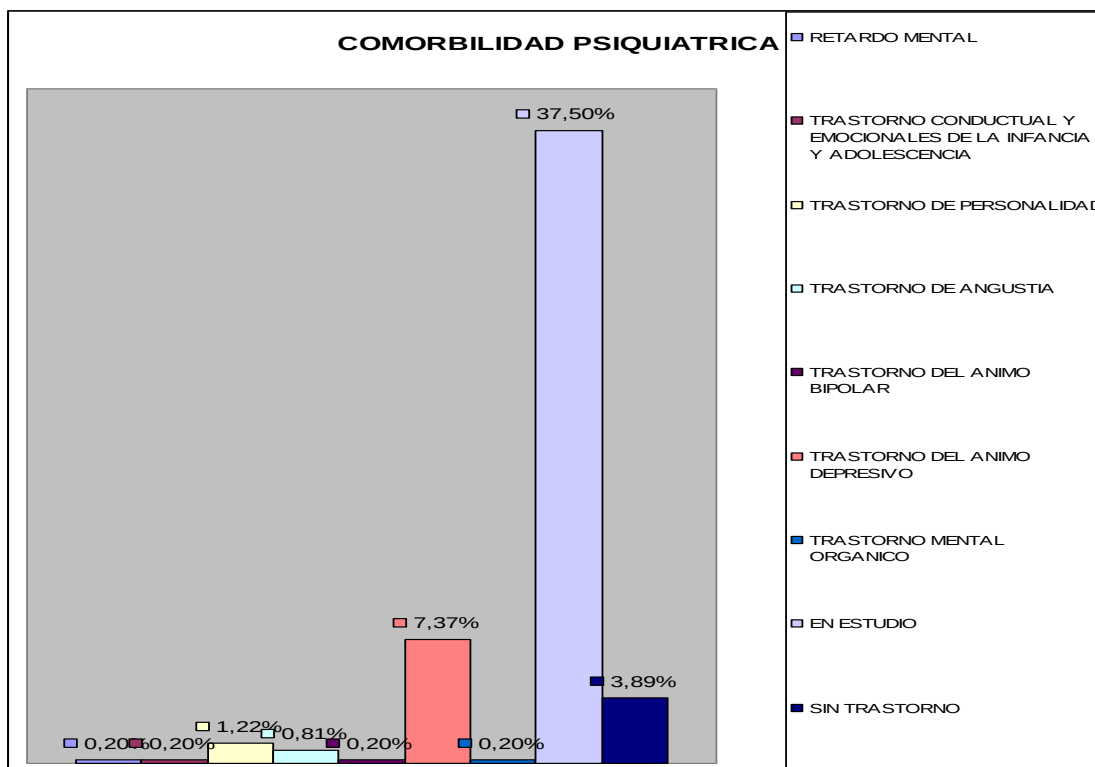
En este caso se le indica a persona consultante que será derivada a otro dispositivo de mayor complejidad; se le cita nuevamente esta vez con Asistente Social, quien otorgará hoja de referencia, dirección de centro donde se le derivará, fecha y horario en el que se le realizará entrevista de ingreso.

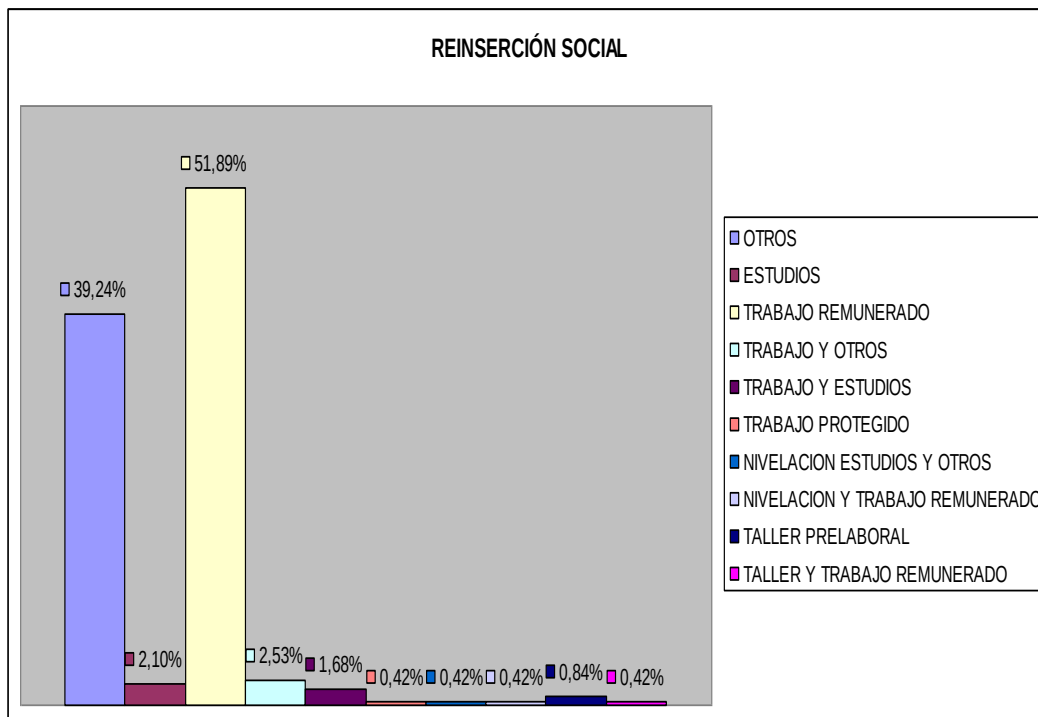
3.- Que la persona consultante puntée leve o moderado en cada una de las siguientes variables psicosociales: Tipo sustancia, vía administración y frecuencia de consumo, Diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias, Síndrome de abstinencia, Tratamientos anteriores, Actividades laborales o académicas y Red de apoyo familiar y social .

Sólo en el tercer caso se determina el *ingreso a Programa El Molino*, expresándole tanto al (la) consultante como a su referente o grupo de apoyo el ingreso a Primera Etapa denominada **Fase de Evaluación**, y haciéndole hincapié que una vez que finalice el diagnóstico integral, el cual es producto de esta fase de tratamiento, se concluirá si el plan de tratamiento ambulatorio básico es el más idóneo a su perfil.



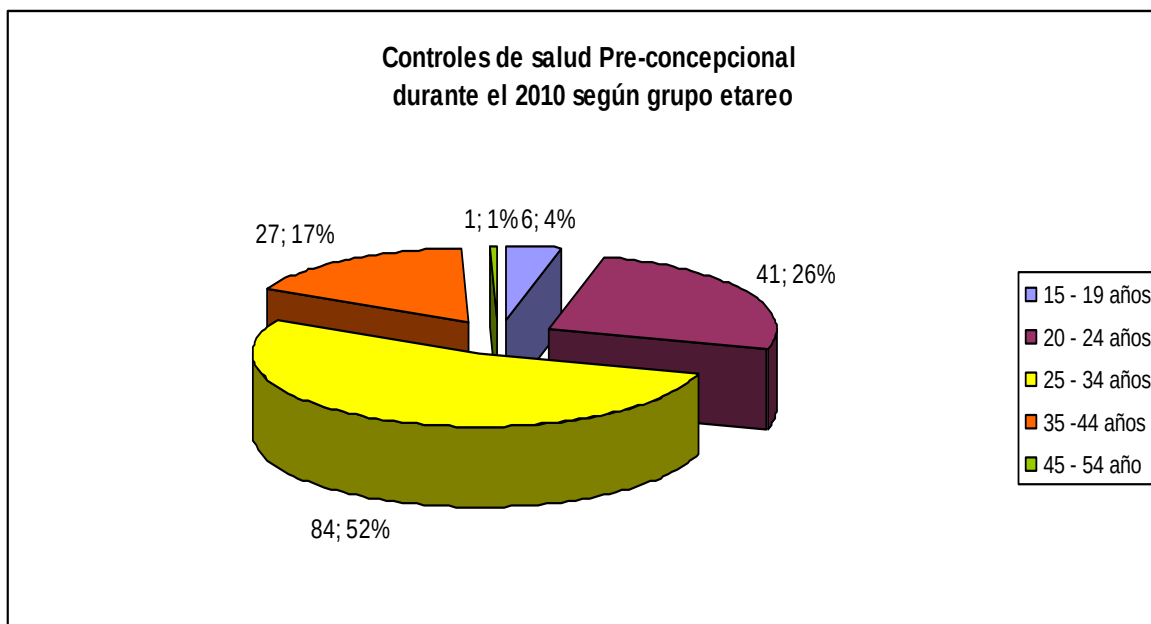




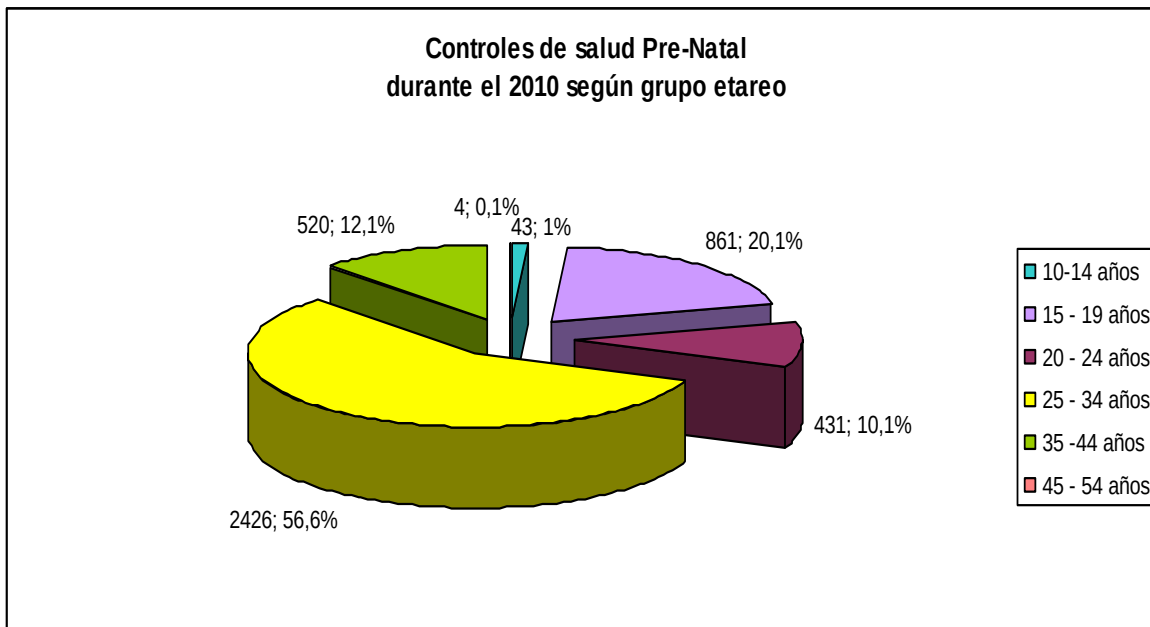


UNIDAD SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

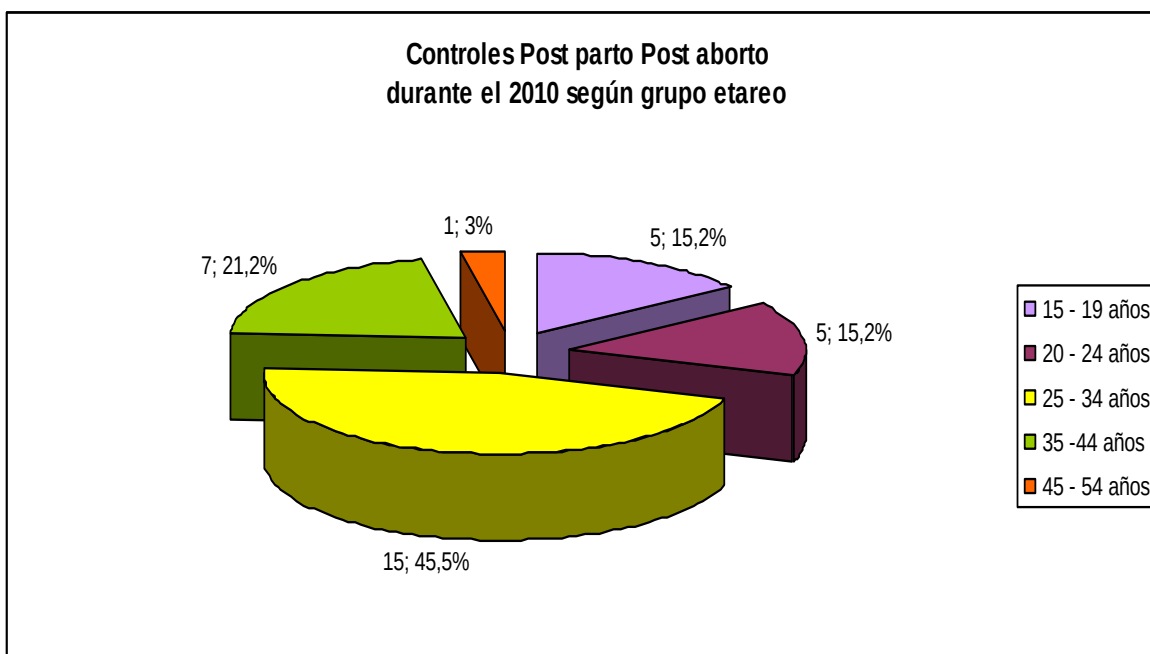
Indicadores año 2010



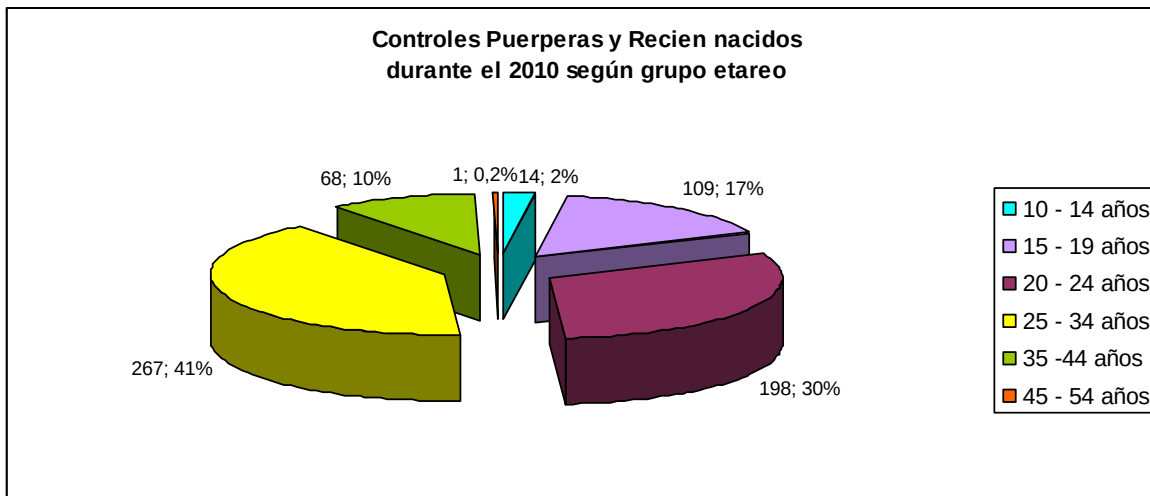
Total de controles Pre-concepcionales realizados durante el 2010 por matrón(as) en el centro de salud Cardenal Raúl Silva Henríquez 149



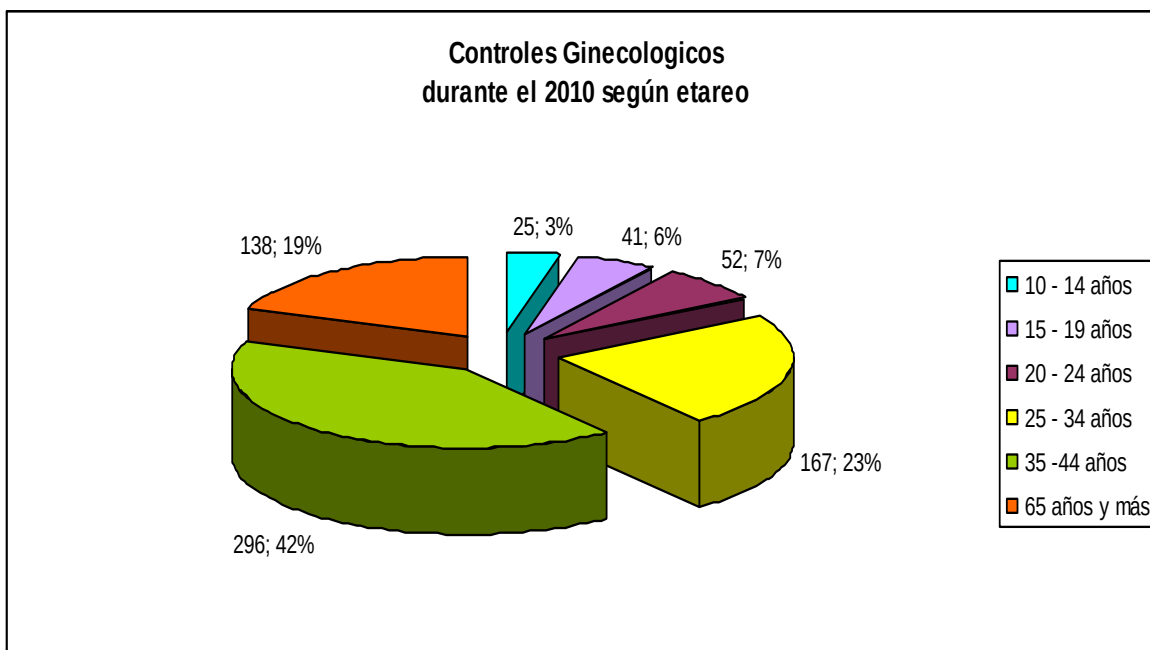
Total de controles Prenatales realizados durante el 2010 por matró(n)as en el centro de salud Cardenal Raúl Silva Henríquez 4285



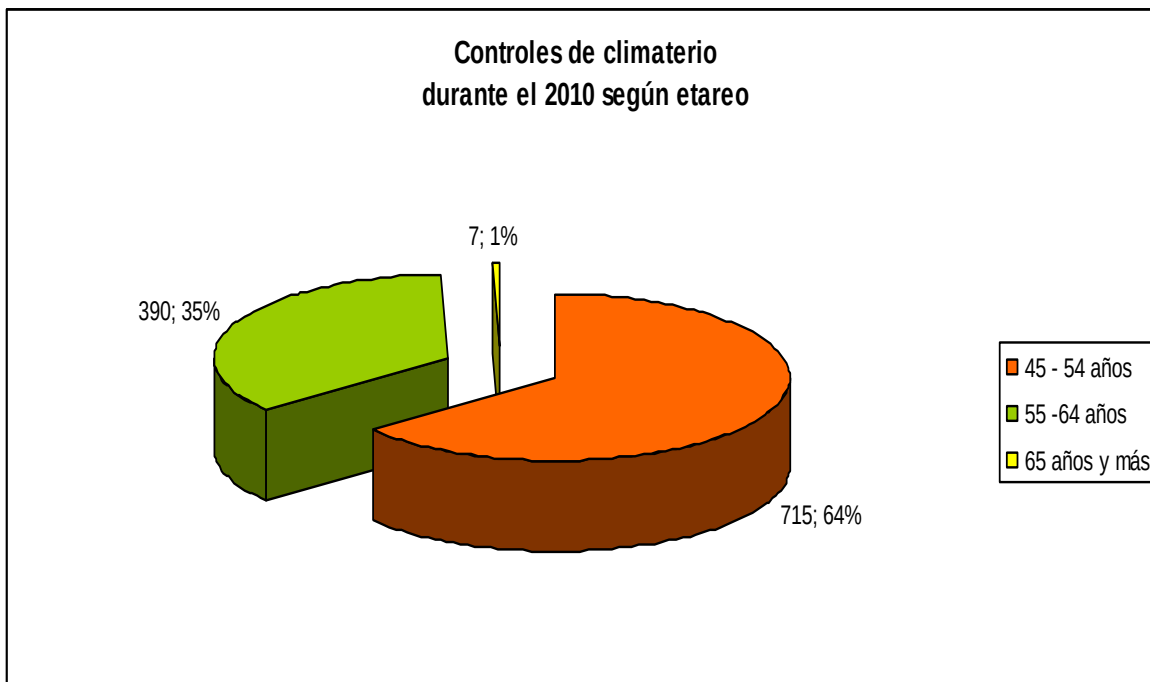
Total de consultas post parto post aborto realizadas por matró(n)as durante el 2010 en el centro de salud Cardenal Raúl Silva Henríquez 33.



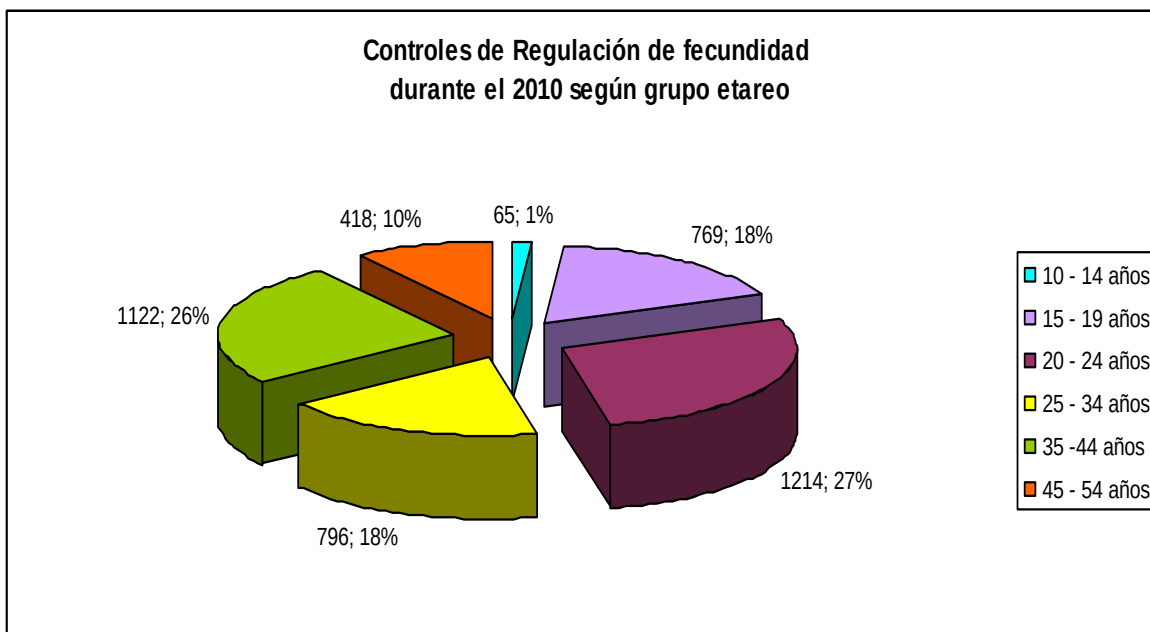
Total de consultas Puérperas y Recién Nacidos realizadas por matró(n) durante el 2010 en el centro de salud Cardenal Raúl Silva Henríquez 657.



Total de controles ginecológicos realizados por matró(n) durante el 2010 en el centro de salud Cardenal Raúl Silva Henríquez 719



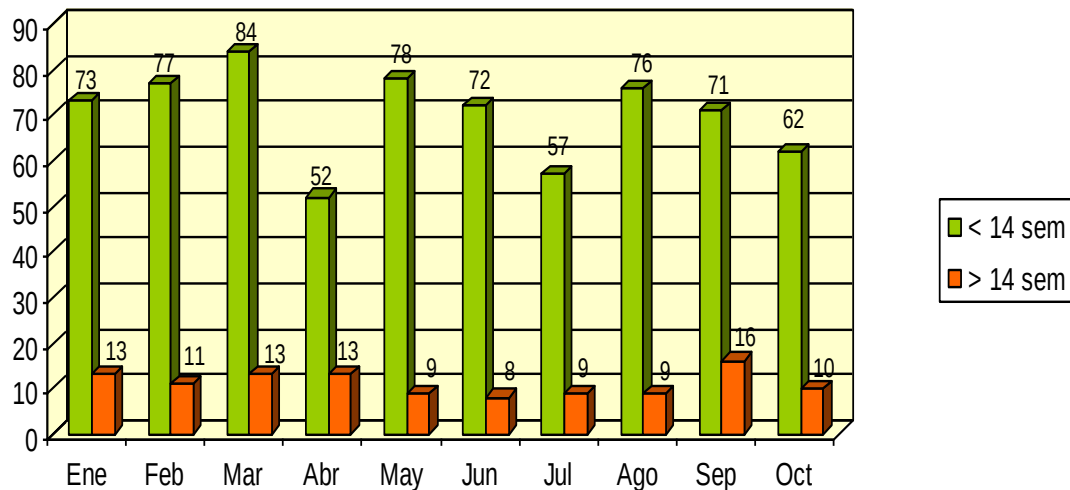
Total de controles ginecológicos realizados por matró(n)as durante el 2010 en el centro de salud Cardenal Raúl Silva Henríquez 1112



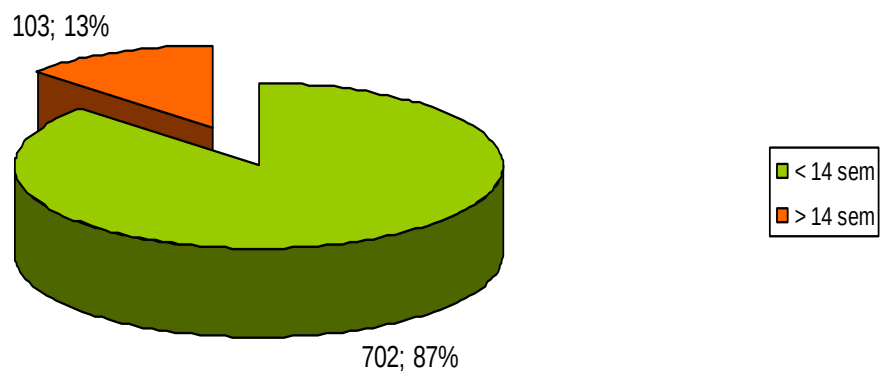
Total de controles de regulación de fertilidad realizados por matró(n)as durante el 2009 en el centro de salud Cardenal Raúl Silva Henríquez 4384



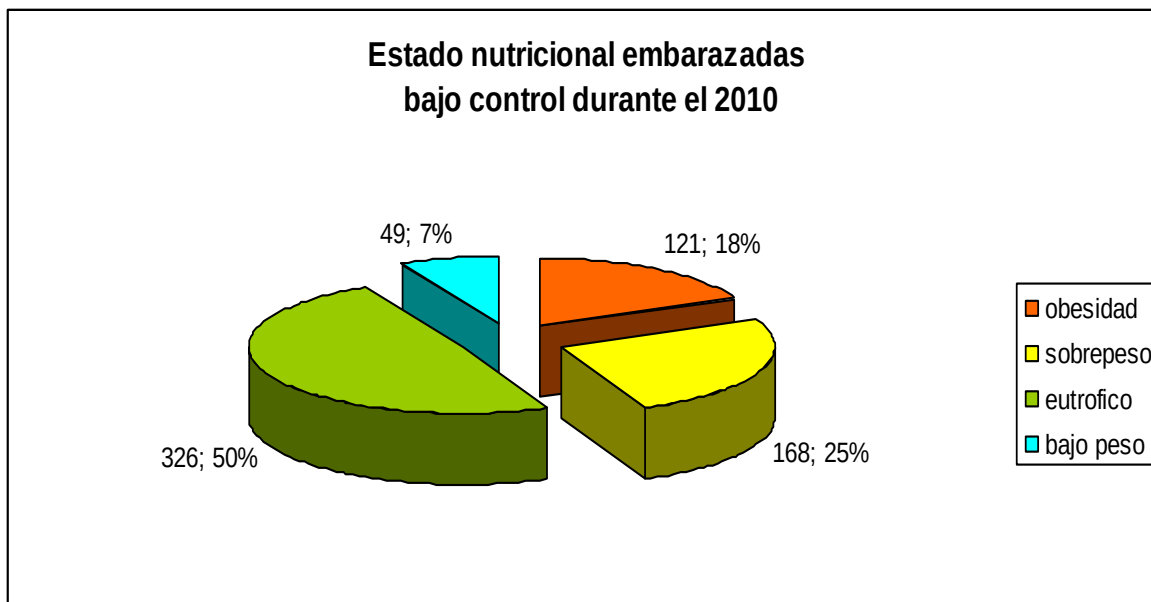
Ingresos de embarazos mensuales segun semanas de gestación durante el año 2010



% de ingresos de embarazos año 2010



Total de consultas de ingresos de embarazadas realizadas por matrón(as) durante el 2010 en el centro de salud Cardenal Raúl Silva Henríquez 805



El 50% de las embarazadas tienen un estado nutricional normal, el 43% por exceso y un 7 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 nacional⁴. La relación por sexo es de 758.049 hombres y 959.429 para las mujeres, representando un 44.14 y 55.86% respectivamente.

⁴ 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.



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
TOTAL	9666

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%.

ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR EN NUESTRA COMUNA

	Total	%	Hombres	%	Mujeres	%
Nacional	1.717.478	11.4	758.049	10.2	959.429	12.5
5 ^{ta} región	206.872	13.4	89.200	43.1	117.672	56.9
Quillota	9666	11.8	4.008	41.5	5.658	58.5

CAMBIOS INHERENTES AL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO⁵

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

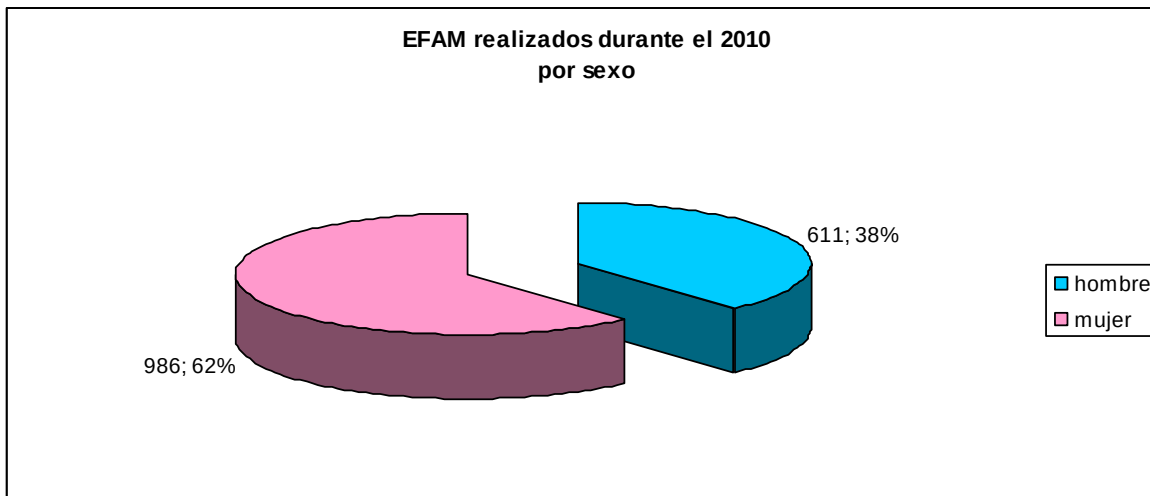
Cambios sociales:

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.

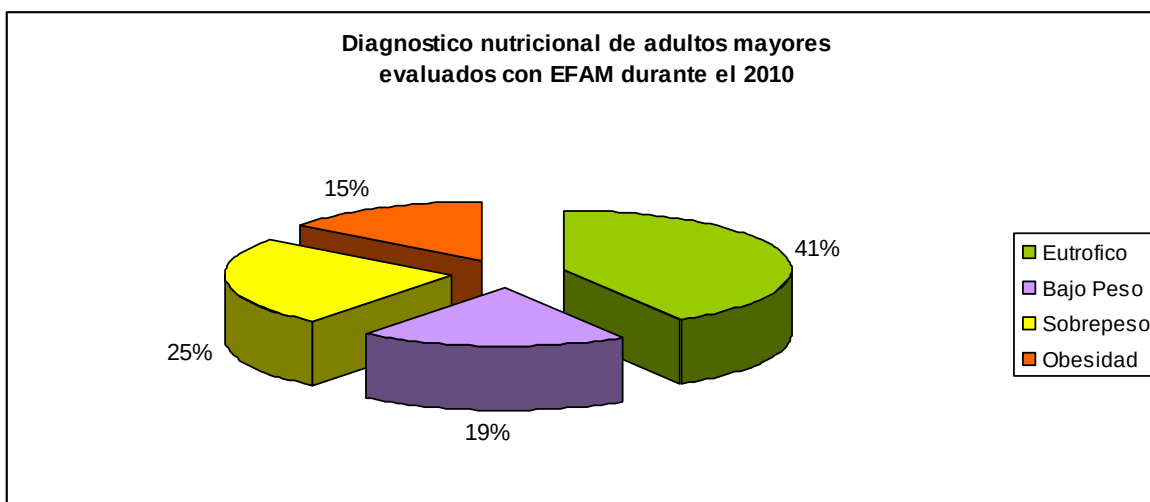
REALIDAD SANITARIA.

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 2010.

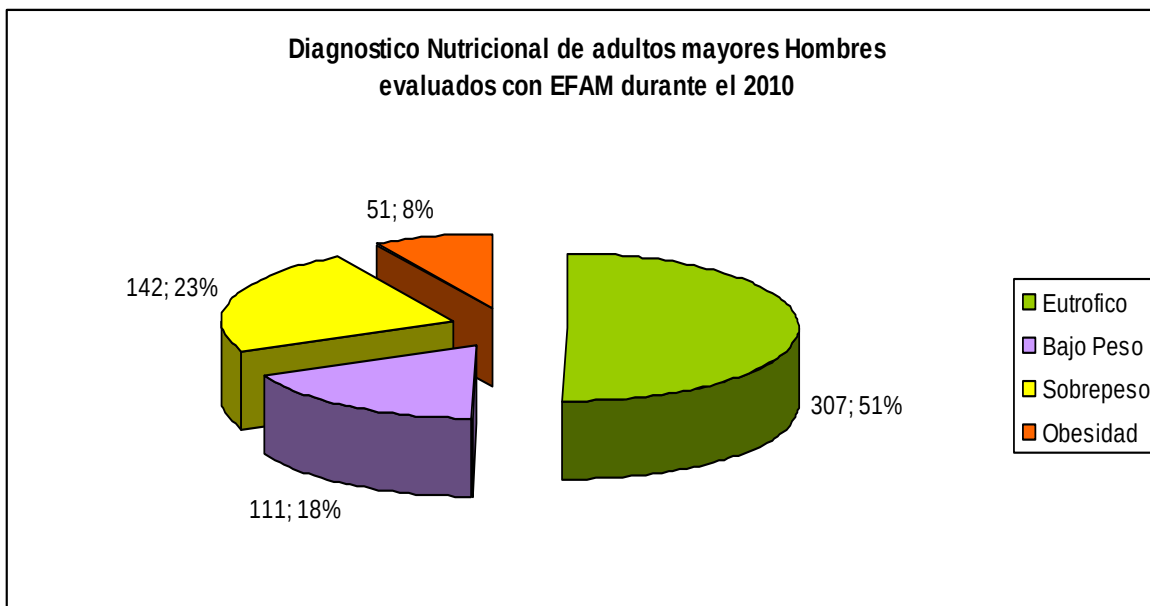
⁵ Doris Squeira, texto “Características del Geronto: Cambios inherentes al Proceso de Envejecimiento”. Centro de Estudios Geronto-Geriátricos. Universidad de Valparaíso.



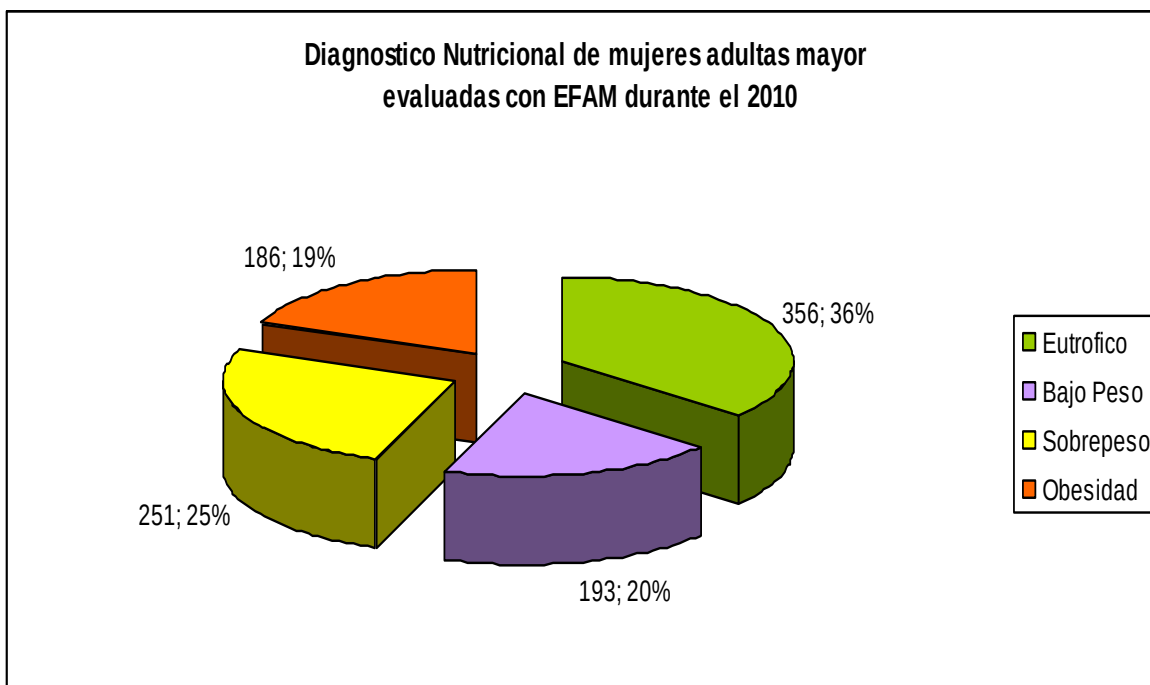
Total EFAM realizado durante el 2010 entre hombres y mujeres 1597, siendo al sexo femenino quien más exámenes se aplicó 986 la misma tendencia de los EMPA donde las mujeres realizaron mayor cantidad de consulta en los distintos programas.



Según los resultados obtenidos de las evaluaciones de EFAM los adultos mayores en nuestro centro de salud según estado nutricional el 59% presenta malnutrición por exceso o déficit, solo un 41% está con estado nutricional eutrófico o normal e igual tendencia presentó el año 2009.



Según los resultados obtenidos de las evaluaciones de EFAM los adultos mayores hombres en nuestro centro de salud según estado nutricional el 49% presenta malnutrición por exceso o déficit, solo un 51%



Según los resultados obtenidos de las evaluaciones de EFAM las adultas mayores en nuestro centro de salud según estado nutricional el 64% presenta malnutrición por exceso o déficit, solo un 36% tiene diagnostico nutricional eutrófico.

EVALUACIÓN PROGRAMA EMERGER 2010 **Y PLANIFICACIÓN 2011**

Evaluación Cualitativa de Logros 2010

Implementación Centro Emerger:

La implementación y apertura oficial del centro Emerger contribuye al fortalecimiento de la identidad del Programa y su visualización en la comunidad, lo que posibilita intensificar los vínculos que fomentan el trabajo colaborativo con la red desde un lugar concreto y ser sede de encuentros que aportan a la integración con la Red Municipal de Centros de Salud, así como la Red Comunal.

A partir de la implementación e inauguración, se da atención de calidad a los usuarios, en un espacio confortable y adecuado, lo que es un factor clave en la adherencia al tratamiento.

El asentamiento físico del Programa Emerger otorga al Equipo la sensación de estabilidad y promueve los sentimientos de compromiso y confianza, ya que ha ido posibilitando un funcionamiento más ordenado, que va conteniendo un proceso de estructuración en los modos de trabajo y ha permitido avocarnos a la tarea creativa de consensuar criterios, encontrar el estilo y sello del Equipo y tener un espacio estable donde reflexionar conjuntamente en torno a nuestras prácticas.

Relaciones Interpersonales en el Equipo:

Los cambios en los miembros del Equipo durante el año 2010 influyen el ritmo y las pautas de funcionamiento al interior del Equipo.

El Equipo se ve a sí mismo como un grupo de mutuo apoyo y cuidado, con límites permeables y flexibles. Una de las grandes tareas del año ha sido justamente afinar tales límites, construir el encuadre, la “cancha en donde nos movemos”, estableciendo roles y perfiles de cada cargo.

Otra tarea importante ha sido construir un Modelo de Tratamiento, que sea específicamente en el tema del consumo/dependencia de alcohol; un enfoque comprensivo, centrado en los vínculos que se establecen en los contextos terapéuticos y la posibilidad de que tanto el Equipo, como los Usuarios y sus Familias, tengan claridad de su posicionamiento en el tratamiento. En esta búsqueda de Modelo, hemos ido opinando en un contexto de libertad, aceptando las diferencias y realizando aportes críticos que promuevan una mayor calidad en el trabajo y, a su vez, posibiliten el autocuidado de los miembros del Equipo. Estamos construyendo una mirada que sea capaz de abarcar los

posicionamientos individuales e integrar las diversas disciplinas en un enfoque interdisciplinario.

Hacemos énfasis en el valor del trabajo grupal con los usuarios, rescatando la percepción de un trabajo terapéutico auténtico, donde la dupla T.O.-T.R.AD. se ha afianzado en el tiempo y se ha apoyado mutuamente desde los recursos de cada una.

Sistematización:

Las reuniones de Equipo son un espacio valioso, ya que nos permiten:

- Resolver en conjunto temas administrativos y recibir información sobre acciones de Coordinación.
- Sistematizar la información y establecer protocolos que se vayan adaptando a los cambios que el Equipo va realizando en el mismo proceso de reflexión conjunta respecto de sus prácticas. Esto permite una mayor claridad del funcionamiento del Programa.
- Discutir y analizar respecto de los casos clínicos, evaluar los procesos individuales y tomar decisiones que promuevan la adherencia al tratamiento.
- Trabajar coordinadamente, dentro del Equipo, compartiendo una visión y una misma línea de trabajo, lo que contribuye en la adherencia al tratamiento y en la confianza de los usuarios respecto del Programa.

Integración con las redes:

Se ha logrado una coordinación efectiva con la Red Municipal y Comunal, realizándose una derivación asistida, un acompañamiento a los usuarios y un seguimiento adecuado.

Por otro lado, se está trabajando en fortalecer los lazos y la integración con los Programas del Departamento de Salud de la Ilustre Municipalidad de Quillota.

Resumen Diagnóstico

Perfil de usuarios:

El Programa Emerger fue creado para personas de la comuna de Quillota, mayores de 20 años, con consumo problemático de alcohol con compromiso biopsicosocial que va de leve a moderado y previsión FONASA.

Se atienden consultas espontáneas y derivaciones de la red Municipal, Programas de convenio CONACE/FONASA/ MINSAL, de Centros Médicos y médicos particulares, de ONGs comunales, del Poder Judicial.



Por no existir otros programas en la comuna que den respuesta a personas con consumo problemático de alcohol con compromiso biopsicosocial severo - como personas coaccionadas por la ley o con diagnósticos psicológicos complejos - se ha atendido a personas cuyo perfil no calza con el del programa, apoyándose en los programas de la red correspondientes para cubrir las necesidades de intervenciones específicas. Pudiendo así este programa avocarse exclusivamente a la problemática del consumo de alcohol.

En cuanto a los usuarios con dependencia crónica se observa que no siempre se ha podido dar la contención necesaria. Esto hace más apremiante que el programa cuente con los medios necesarios (recursos materiales y humanos) para tener una cobertura de mayor complejidad.

Metodología

El Programa Emerger se basa principalmente en el Modelo Motivacional, y cuenta con:

- Primeras entrevistas
- Evaluación psicológica
- Evaluación médica
- Entrevista motivacional
- Talleres grupales

Las entrevistas son semiestructuradas referente a temas motivacionales (factores de riesgo y protección, conciencia de consumo problemático, apoyo familiar, prevención de recaídas)

La psicoterapia de apoyo consiste en profundizar en temáticas de la historia personal. Se realiza desde la óptica sistémica a través de preguntas circulares que apuntan a profundizar en las relaciones significativas de los usuarios y el vínculo de su historia de vida con el consumo problemático de alcohol.

Evaluación Cuantitativa de Logros 2010

Entrevistas individuales	636
Talleres grupales	60
Intervenciones familiares	63
Ingresos	40

Personas en abstinencias

de 1 a 6 M.	21
de 6 a 9 meses	4
de 9 a 12 meses	3
de 12 meses y +	4

Planificación 2011 Programa Emerger

Objetivos:

- Ampliar el impacto del Programa Emerger en la comunidad, a través de intervenciones sistémico-familiares
- Consolidar la sistematización del abordaje clínico específico del Equipo Emerger
- Incrementar el número de usuarios atendidos en proporción a los RRHH del Programa.
- Familiarizar a la comunidad con el programa Emerger por medio de la red institucional y comunitaria.
- Integrar a la familia al tratamiento clínico, a través de actividades en conjunto con los usuarios, que promuevan el uso saludable del tiempo libre, fomentando el vínculo y el apoyo familiar.

Para el cumplimiento de tales objetivos, el Equipo comenzará a abrir espacios de intervención familiar, como el Taller de Familias, así como una incorporación más activa en los procesos individuales.

Por otra parte, el trabajo en comunidad, dando a conocer el Programa, su perfil de Usuario y las vías de derivación, en diversos contextos sociales, educativos y culturales, que permitirán promover la difusión y el acercamiento de la Comuna con el Programa.

Para esto, es fundamental la incorporación de nuevos miembros al Equipo Interdisciplinario: Psicólogo y Trabajador/a Social.

PLATAFORMA DE GESTION FAMILIAR

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 cápitas 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 las/os 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 acápites 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 certero 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...”⁶

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.

⁶ **CUESTIONARIO DE PROFUNDIZACION Para la Segunda Fase de Selección Cuarto Concurso “Premio Nacional a la Innovación en Ciudadanía” 2004**

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 familiar⁷.

PLATAFORMA DE GESTION FAMILIAR.

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 seis 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.
6. Filiación usuaria, estrategia de acercamiento social.

⁷ Ibid opp. N°1



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 controlar⁸.

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"⁹. 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 enfermería¹⁰. Se debe complementar esta última con una conducción no sólo en lo médico/enfermería sino con todos los 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.

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.

⁸ <http://www.unmsm.edu.pe/ogp/ARCHIVOS/Glosario/indg.htm#4>

⁹ Moreu F. *Diario Médico* del 29 de Abril de 1999.

¹⁰ Lister G. Models of clinical management in the UK. *Gestión Hospitalaria*, 1999.

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 cotidianeidad. 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 cánones 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”¹¹.

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.

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”¹².

¹¹ Informa PNUD, Chile año 1998.

¹² Ibid opp M° 10.

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 de 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”¹³.

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 plasmada desde hace bastante tiempo, año 1995 con la reingeniería, y año 2002 con el Plan de Salud.

Como enfrentamos esta avalancha que pareciese ser, y de acuerdo a lo manifestado por funcionarios/as de la salud, se respeta más a usuarias/os que a ellos/as mismos/as. 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.

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.

¹³http://pdf2.biblioteca.hegoa.efaber.net/ebook/15560/Una_Aproximacion_al_Enfoque_de_Derechos_en_las_estrategias.pdf

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.

5. 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/as funcionarios/as 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.

6.- Filiación usuaria, estrategia de acercamiento social.

Las posibilidades comerciales que el mercado entrega en el día de hoy son variadas, desde tarjetas/plásticos, cartas, regalos, informativos, etc. La motivación se centra principalmente en su rol comercial, como una forma de mantener cautivo a una familia, potencial recurso de ganancias.

En una institución sin fines de lucro, con un rol social definido, con atención y prestación de acciones, en este caso sociosanitarias, la filiación pareciese ser no tan necesaria, ya que de alguna manera, la necesidad de los/as pacientes sería un factor determinante en la concurrencia y ocurrencia para con el sistema comunal de salud.

Sin embargo, existen dos variables insertos en la dinámica institucional que no están consideradas en los párrafos anteriores, que marcan las formas de actuar de los organismos en el Chile de hoy. El primero dice que la sobrevivencia económica de los sistemas sanitarios primarios estará regida por el sistema per cápita. De acuerdo al SINIM se define per cápita como “El sistema de financiamiento ‘per cápita’ consiste en que cada municipio recibe recursos según el número de beneficiarios públicos registrados en cada centro de salud de la comuna (población inscrita validada). Los recursos entregados tienen un valor por persona establecidos por promedios históricos que aumenta según las características de cada comuna (rural o urbana, niveles de pobreza, indicador de dificultad de desempeño etc.)¹⁴.

Por lo anterior se entiende la importancia de esta variable, a pesar que dentro de la dinámica actual existen otros medios de ingresos como: ingresos de programas, convenios, aporte municipal, entre otros. Sin embargo es este sistema el más importante para la vida organizacional. Por lo mismo es necesario crear sistemas donde el/la cliente se sienta identificado/a, generando adhesión, ya sea individual o familiar, procurando atención y acercamiento hacia nuestras/os beneficiarias/os.

¹⁴ http://www.sinim.gov.cl/archivos/centro_descargas/Glosario%20Terminos%20Salud%20Municipal.pdf

La otra variable presente en esta discusión es la capacidad de cambio social/estilo de vida/cambio actitudinal que los organismos pueden generar en la ciudadanía, la cual parece ser un fin mucho más loable que la primera.

Acá existe una discusión más profunda, en cuanto a que tan profundo puede ser este cambio. Lo anterior principalmente por que los cambios, desde el más mínimo (personal/familiar), al más grande (sociedad), se basan en una premisa fundamental, que tiene referencia a la capacidad de darse cuenta.

Si se mira la definición un **cambio social** es “una alteración apreciable de las estructuras sociales, las consecuencias y manifestaciones de esas estructuras ligadas a las normas, los valores y a los productos de las mismas”¹⁵.

Entonces la posibilidad de lo anterior pareciese estar demasiado lejos, especialmente en un sistema que generalmente se asocia al paliar. Pero a pesar de esto se debe considerar que Chile cambió en un período de aproximadamente 70 años. El país tenía la tasa de mortalidad infantil más alta del mundo manteniéndose sobre los 300 por mil y llegando incluso a 502 por mil en 1900. Esto cambió radicalmente, llegando el año 2003 a tener una tasa de 7,8 por cada mil nacidos vivos, siendo la más baja del mundo.

Por lo mismo se entiende que a pesar de que las dinámicas se dan al interior de los grupos, familias e individuos, las instituciones sociales tienen mucho que aportar.

Se suma a todo lo anterior el que el Municipio local entiende que el desarrollo de la población se centra y fundamenta en una ciudadanía responsable, activa y participativa, por lo que esta línea de trabajo viene a sumar, siendo congruente con el progreso local.

¹⁵ http://es.wikipedia.org/wiki/Cambio_social

PROGRAMA REESTRUCTURACIÓN DE LA PGF.

OBJETIVOS

Objetivo general:

Incrementar y ampliar el trabajo de la PGF, estableciendo áreas nuevas de trabajo, que permitan vincular el trabajo de las ejecutivas con la comunidad quillotana, en el marco de una cultura familiar saludable y la corresponsabilidad en salud.

Objetivos específicos:

Establecer e incorporar, al trabajo diario, lineamientos de gestión en la PGF, en el área administrativa y clínica, separando las funciones de cada una de éstas.

Desarrollar las áreas comunitaria e intersectorial, la que se enfoque al cambio socio cultural de la comunidad de Quillota, afianzando/potenciando vínculos con organizaciones para intervenciones comunes.

Fomentar la práctica del enfoque de derechos, a través de intervenciones con las familias demandantes y con el intra sistema sanitario.

Desarrollar un área comunicacional, que de cuenta de las acciones desarrolladas por la PGF, en su vinculación con las familias, el intra sistema y con el inter sector.

Generar un Plan de Formación Continúa para los funcionarios de la PGF, en el contexto del desarrollo de las potencialidades conjuntas y las competencias individuales.

Desarrollar una estrategia de filiación social, que genera pertenencia institucional entre los usuarios que se adhieren a este sistema y que están activos en los planes familiares saludables.



LINEAS DE TRABAJO N°1

GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y CLÍNICA DEL PLAN FAMILIA SALUDABLE.

Objetivo general : Establecer e incorporar, al trabajo diario, lineamientos de gestión en la PGF, en el área administrativa y clínica, separando las funciones de cada una de éstas.

Objetivos Específicos : Generar áreas de funcionamiento administrativo y clínico, que sirvan en la operabilidad diaria, en el que debe incurrir el personal de la PGF.

Establecer indicadores de gestión clínica y administrativa, las cuales serán insumo para la evaluación de los procesos y de los resultados.

Disminuir la variabilidad de las acciones en cuanto al trabajo directo con las familias, ya sea a nivel profesional, técnico o administrativo.

Generar una estrategia de vigilancia de acciones familiares, que den cuenta de los procesos que la APS se ha comprometido y sus grados de cumplimiento por parte de la misma.

LINEAS DE TRABAJO N°2

TRABAJO COMUNITARIO E INTERSECTORIAL.

Objetivo general : Desarrollar las áreas comunitaria e intersectorial, la que se enfoque al cambio socio cultural de la comunidad de Quillota, afianzando/potenciando vínculos con organizaciones para intervenciones comunes.

Objetivos Específicos : Vincular las acciones de la PGF con instituciones intra sistema APS, potenciando el trabajo de cada una de las partes.

Desarrollar estrategias de intervención conjunta con organismos pertenecientes al área social de la municipalidad de Quillota, potenciando el trabajo de cada una de las partes.

Propiciar que en el trabajo del personal de la PGF este implícita la mirada de Determinantes Sociales de la Salud (DSS) y la comunitaria, lo que permitirá tener una visión más integra y crítica sobre las problemáticas sanitarias de la sociedad/comunidad.



LINEAS DE TRABAJO N°3

ENFOQUE DE DERECHO Y DEBERES.

Objetivo general : Fomentar la práctica del enfoque de derechos, a través de intervenciones con las familias demandantes y con el intra sistema sanitario.

Objetivos Específicos : Establecer una Cartola de Prestaciones Familiares (CPF), la cual dará cuenta de la demanda, la asistencia/inasistencia, en el marco de involucrar a las familias en sus procesos de salud/enfermedad e ir creando una cultura de corresponsabilidad.

Potenciar el Plan familia saludable en los funcionarios, en cuanto a su concepción de derechos e implicancias sanitarias en las familias consultantes.

Establecer un contrato de prestaciones y garantías ciudadanas, entre las familias consultantes y/o inscritas en el sistema comunal de salud, la APS de Quillota, donde se señalen los deberes y las obligaciones de cada una de las partes.

Potenciar el sistema de reclamos, sugerencias y felicitaciones, a través de la administración del sistema comunal, dando garantías ciudadanas sobre su administración interna.

Evaluar sistemáticamente la atención entregada en las áreas administrativas y técnicas/familiares.

LINEAS DE TRABAJO N°4

LÍNEA COMUNICACIONAL.

Objetivo general : Generar una estrategia comunicacional que se centre en el marketing y en los medios informáticos comunicacionales, para de esta forma dar cuenta de las acciones sanitarias/familiares, comunitarias y preventivas/promocionales que realiza la PGF.

Objetivos Específicos : Desarrollar una pagina web, que incorpore las acciones que la PGF desarrollará, y que tenga la cualidad de ser interactiva, ya sea con los usuarios y con instituciones intra y extra sistema sanitario.

Generar material gráfico y audiovisual, que den cuenta del trabajo realizado por la PGF.

Propiciar la participación de las autoridades municipales, de la APS y del MINSAL en las actividades que desarrolle la PGF durante el año.

Participar en medios de comunicación para difundir actividades de la PGF.

LINEAS DE TRABAJO N°5

GESTION DEL RRHH

Objetivo general : Generar un Plan de Formación Continúa para los funcionarios de la PGF, en el contexto del desarrollo de las potencialidades conjuntas y las competencias individuales.

Objetivos Específicos : Generar un Plan de autocapacitación, especialmente en el área de salud y orientación familiar, que entregue herramientas técnicas a los EEFF y administrativos para el trabajo diario.

Propiciar espacios de reflexión entre los funcionarios de la PGF, que incentive la comunicación interna y las buenas prácticas entre estos.

Elaborar un programa de control del stress y/o autocuidado, que evite las transferencias y/o cargas emocionales de pacientes a EEFF.

Generar una Plan de Capacitación, en áreas que desarrollen habilidades comunicacionales/actitudinales y capacidades técnicas entre los miembros de la PGF.

Desarrollar y gestionar la estructura laboral, desde el control y el seguimiento de las tareas asignadas/esperadas por las EEFF.

LINEAS DE TRABAJO N°6

FILIACIÓN USUARIA

Objetivo general : Desarrollar una estrategia de filiación social, que genera pertenencia institucional entre los usuarios que se adhieren a este sistema y que están activos en los planes familiares saludables,



Objetivos Específicos : Generar un programa informático que actualice diversas características de los usuarios, para que de esta forma se puedan desarrollar actividades, acciones y entregar recursos, dependiendo de las características de estos.

Fomentar la capacidad resolutive de los ejecutivos de familia, en el proceso de filiación de los PFS, contribuyendo con las familias al desarrollo de estos.

CENTRO COMUNITARIO DE SALUD FAMILIAR
CECOF CERRO MAYACA

EVALUACION 2010

I. ANTECEDENTES:

El CECOF CERRO MAYACA, corresponde a una innovación organizacional y de desarrollo del Modelo de Salud Familiar, cuyo propósito es contribuir a mejorar la salud de la población beneficiaria del sector público, incrementando la capacidad de respuesta oportuna de la atención primaria, desde una perspectiva de red más cercana a la gente, y favoreciendo la participación comunitaria.

EL CECOF “Cerro Mayaca”, funciona desde junio del año 2006, con una población asignada de 4.500 personas y una población bajo control de **2.880 personas**, de las cuales 1.561 son mujeres y 1.319 son hombres.

Su enfoque está principalmente centrado en el modelo de salud familiar, apuntando hacia el cuidado integral de la salud de las personas, con un enfoque familiar y en red.

Durante el periodo comprendido entre enero y noviembre 2010, se han llevado a cabo distintas actividades con fuerte énfasis en el trabajo con familias, comunitario y aportando una mirada interdisciplinaria en las labores que se realizan.

Las acciones del centro se enfocan en distintos niveles, familia, niños/as, adultos, adultos mayores, mujer, todos los cuales son cruzados transversalmente por la temática familiar, comunitaria y multidisciplinaria.

A continuación, se presenta evaluación de las actividades año 2010 y Plan de Salud año 2011.

II. EVALUACION PLAN DE SALUD CECOF AÑO 2010.

2.1 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) DIAGNOSTICOS INTEGRALES:

Durante el año 2010 (enero a octubre) se realizaron **55** 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 para el análisis de los casos y, también reuniones con ejecutivas de familias, a fin de elaborar planes de trabajo y realizar su seguimiento mediante visitas domiciliarias.

B) VISITAS DOMICILIARIAS INTEGRALES:

Durante el año 2010, al igual que en años anteriores, se trabajó en la línea de realización de Visitas domiciliarias Integrales por parte del equipo, centrada en acciones de diagnóstico, acompañamiento, intervenciones biosicosociales, trabajo con las familias, orientación general, seguimiento entre otros temas.

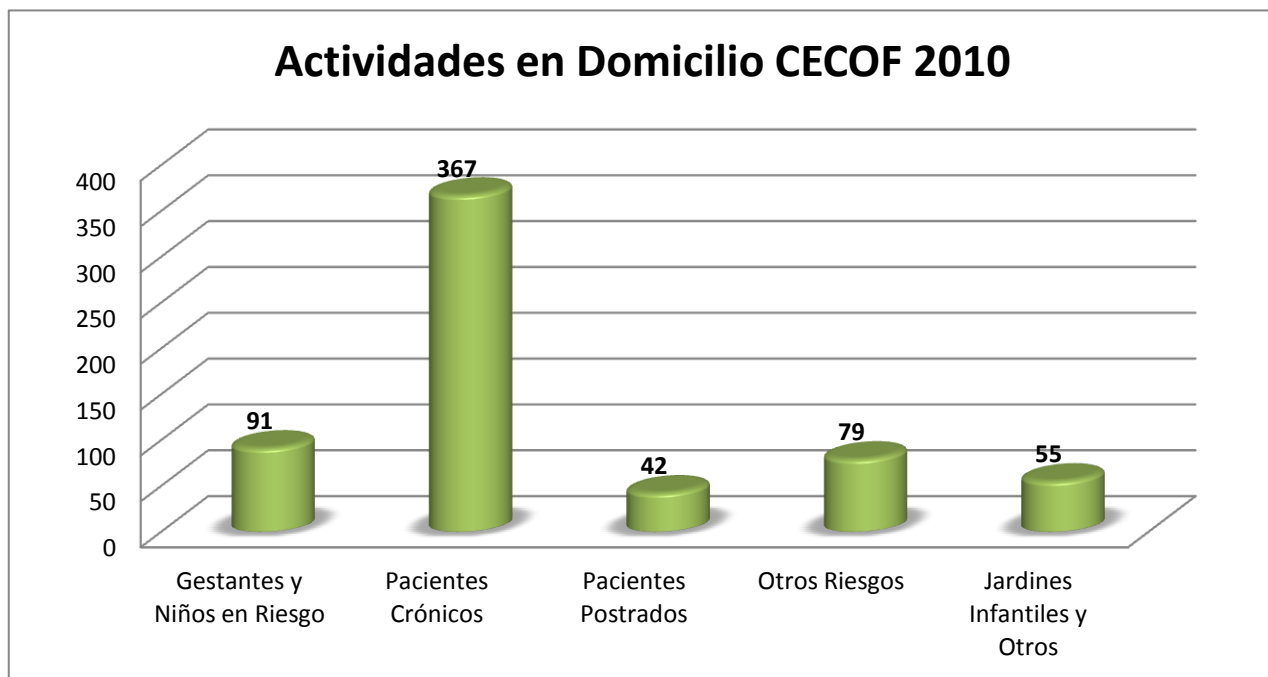
Los principales temas de **visitas domiciliarias integrales** se centran en:

- ✓ Visitas a gestantes con y sin calificación de riesgo.
- ✓ Visitas a recién nacidos.
- ✓ Visitas a pacientes postrados y su familia.
- ✓ Visitas a niños/as con déficit en el desarrollo psicomotor.
- ✓ Visitas a pacientes crónicos y sus familias.
- ✓ Visitas a familias con otros riesgos psicosociales.

Durante el período Enero- octubre 2010, se realizaron un total de 634 visitas integrales.

Algunos datos cuantitativos de las visitas realizadas, se pueden observar en el siguiente gráfico:

Distribución Actividades en Domicilio período enero a octubre 2010.



El gráfico muestra el número de visitas realizadas por temas prioritarios en el centro.

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

Respecto a la mayor concentración de visitas a pacientes del programa cardiovascular, dice relación con la estrategia de trabajo que se desarrolla en conjunto con los técnicos paramédicos, quienes realizan visitas constantes de apoyo y seguimiento a la familia.

C) PROGRAMA CARDIOVASCULAR:

A la fecha se han ingresado **77 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 por todo el equipo profesional (nutricionista, médico, enfermera), 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 en promedio cada 3 meses, dependiendo de la compensación, adherencia al tratamiento y apoyo familiar, turnándose entre los profesionales del centro médico, enfermera y nutricionista, y en los casos que sea necesario se suma la intervención de psicólogo, asistente social y kinesiólogo.

D) PROGRAMA DE ATENCION PACIENTES POSTRADOS Y CUIDADOS DEL CUIDADOR:

Durante el año 2010, se encuentran bajo control **16 pacientes postrados** severos junto a su familia. De estos pacientes:

- ✓ 2 personas menores de 8 años.
- ✓ 5 personas entre 20 y 65 años.
- ✓ 7 personas son mayores de 65 años,

En esta área se realizan las siguientes actividades:

- ✓ Visitas domiciliarias Integrales: Se realizaron **42 visitas** en el período enero a octubre 2010, tal como se muestra en el gráfico n°1.
- ✓ Talleres dirigidos a cuidados del cuidador. Se realizaron 4 talleres, con una asistencia del 100% de los cuidadores. Taller realizado por Kinesiólogo.
- ✓ Tratamientos y procedimientos en terreno: Se realizan tratamientos y procedimientos indicados por el médico, actividad a cargo de paramédico del centro.
- ✓ Entrega de ayudas técnicas en el caso que sea necesario.
- ✓ Entrega de medicamentos en el caso que sea necesario.
- ✓ Coordinación con la Red comunal, para la entrega de ayudas sociales, como pañales, medicamentos, alimentos u otros que sea necesario.
- ✓ Coordinación de pago de estipendio a través del departamento de salud.

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, principalmente a aquellos adultos mayores que no cuentan con redes de apoyo familiares. Mensualmente se entregan en terreno a **59 personas alimentos** y a **51 personas medicamentos**.

F) PROGRAMA CHILE CRECE CONTIGO:

El Programa Chile Crece Contigo se encuentra implementado en el centro desde el año 2008, con todas las actividades que este implica. Durante el año 2010, se han ingresado 55 gestantes.

El programa implica en una primera parte la atención integral a la gestante con atenciones de la matrona, asistente social, psicólogo, 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:

- Visitas domiciliarias integrales. (91 visitas durante el período enero a octubre 2010).

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 nutrición.
- ✓ Talleres de salud oral.

Indicadores de Evaluación Chile Crece Contigo: (Datos enero a octubre 2010)

FORTALECIMIENTO DEL DESARROLLO PRENATAL

- ✓ Porcentaje de gestantes que al ingreso del control prenatal se les aplicó la Evaluación de Psicosocial Abreviada (EPsA): **100% (Meta 100%)**.
- ✓ PROMEDIO de visitas domiciliarias integrales realizadas a familias con gestantes en situación de riesgo psicosocial según EPsA: **1.3 visitas. (Meta 0.8)**.

FORTALECIMIENTO AL DESARROLLO INTEGRAL DEL NIÑO Y NIÑA

- ✓ Porcentaje de controles de salud entregados a diadas antes de los 10 días: **77,1 %. (Meta 80%)**.
- ✓ Porcentaje de controles de salud entregados a niños(as) menores de 1 año en el que el participa el padre: **9.3% (Meta 14%)**.
- ✓ Porcentaje de niños o niñas con rezago en el DSM derivados a alguna modalidad de estimulación: **100%**.

Para el cumplimiento de los indicadores solicitados, se han implementado estrategias que han permitido mejorar su cumplimiento, así:

- ✓ La evaluación del EPA, se realiza en el mismo momento del ingreso de la gestante, junto con la elaboración del diagnóstico familiar y el plan de trabajo, lo que permite dar el cumplimiento del 100% de los EPAS aplicados.
- ✓ Se coordina junto con el equipo visitas semanales, lo que permite visitar al 100% de las gestantes calificadas con riesgo, como el 80% de las otras gestantes.
- ✓ Se mantiene agenda disponible para el ingreso de las diadas antes de los 10 días. Se establece comunicación directa con las gestantes para la entrega de la hora, utilizando dos modalidades: a través de las ejecutivas asignadas de la Plataforma de Gestión Familiar, o a través del contacto directo de los profesionales del centro. Así mismo, el matrón en el último control refuerza con educación la importancia de este control.
- ✓ Se refuerza en forma permanente la importancia de la participación del padre, por lo menos en el primer control, lo que ha permitido aumentar su asistencia.
- ✓ Se realiza un trabajo permanente en el tema del rezago, derivando a la Ludoteca a todos aquellos niños/as que lo requieran. Además, desde este año se implemento en forma permanente el taller de estimulación a cargo del enfermero del centro, lo que ha permitido potenciar el trabajo con los niños/as en esta área.

G) LUDOTECA COMUNITARIA:

En el marco del Programa Chile Crece Contigo, se postulo a un fondo de iniciativas durante el año 2007, quedando seleccionada la Implementación de una Ludoteca Comunitaria; espacio físico implementado con una amplia variedad de 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. Durante el año 2010, se postula nuevamente al mejoramiento de la modalidad, lo que permitió adquirir nuevo equipamiento y material lúdico.



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, funciona desde septiembre del año 2007, atendiendo 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.

Durante el año 2010, se desarrollaron las siguientes actividades:

- ✓ Celebración cumpleaños del año.
- ✓ Celebración día de la familia.
- ✓ Celebración día del niño/a.
- ✓ Fiestas Patrias.
- ✓ Día del medio ambiente.
- ✓ Paseo a la nieve.
- ✓ Talleres con diversas temáticas.

H) PROGRAMA PASAF:

Se implementa durante el año 2010, como una estrategia para intervenir a personas con malnutrición por exceso, consiste en intervenciones sucesivas, destinadas a lograr cambios de estilos de vida saludables en niños(as), adolescentes y adultos con alto riesgo de desarrollar síndrome metabólico o bien con prediabetes o prehipertensión en el caso de los adultos. Se propone un seguimiento alimentario-nutricional, con apoyo de educación, actividad física, asesoramiento en estilos de vida saludable y apoyo psicológico.

Se implementó desde diciembre del año 2009, con 15 cupos para adultos y 15 cupos para niños/as, e incorporó:

- Evaluación Familiar a todos los participantes.
- Evaluación y seguimiento nutricional.
- Evaluación kinesiológica.
- Toma de muestra de exámenes.
- Actividad física para adultos y niños/as 3 veces a la semana.
- Hidrogimnasia para adultos.
- Natación para niños/as.
- Caminata Familiar de lanzamiento.

Actualmente el programa se encuentra en etapa de seguimiento (control de 9° mes), la asistencia y adherencia al tratamiento fue de un 85%.

J) 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 70% las familias pertenecientes al sistema chile solidario, utilizando pauta de derivación estándar a fin de controlar atenciones y derivaciones.

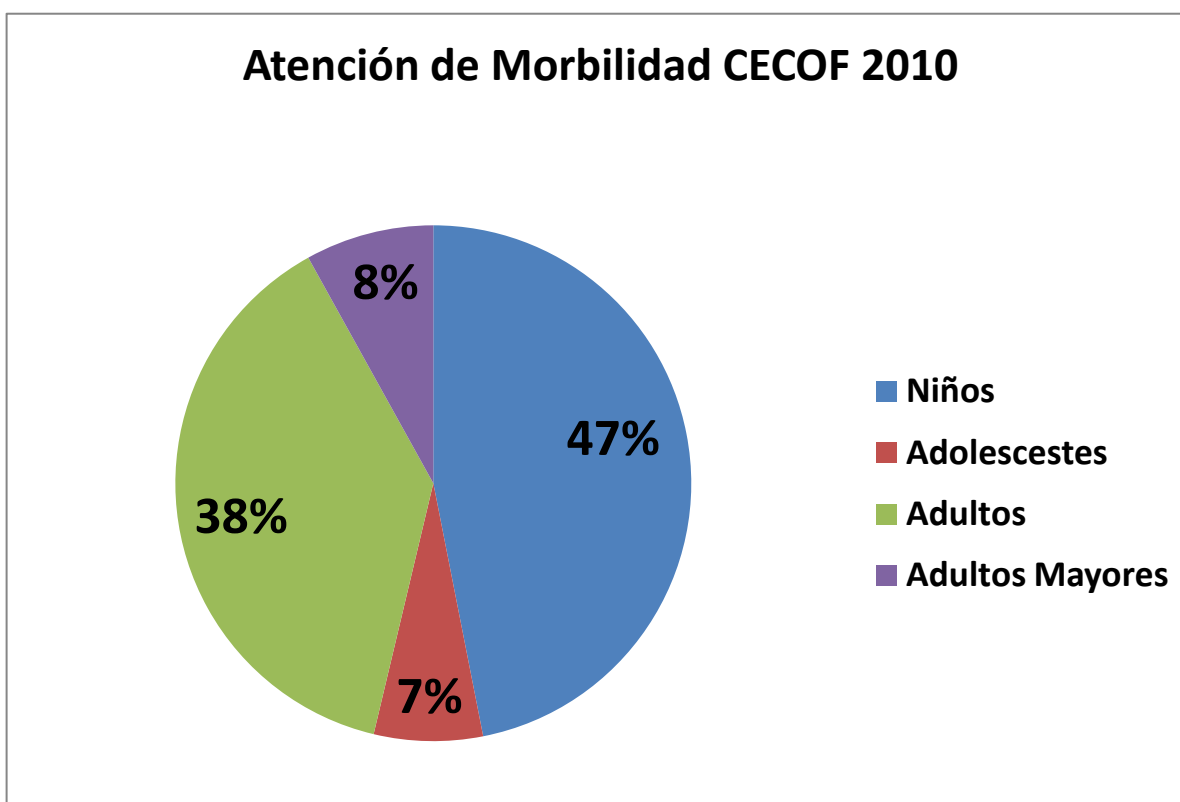
Trabajo centrado en el pilar de salud, en las temáticas de controles para adultos mayores entrega de PACAM, toma de papanicolau, atenciones generales.

2.2. AREA ATENCION CLINICA:

Esta área considera las atenciones por morbilidad y tratamientos principalmente en box, que se realiza a los usuarios y usuarias del centro.

1. ATENCIONES CLINICAS DE MORBILIDAD:

La distribución del periodo enero a octubre 2010 de atenciones de morbilidad de acuerdo a rango etáreos, se grafica de la siguiente manera:

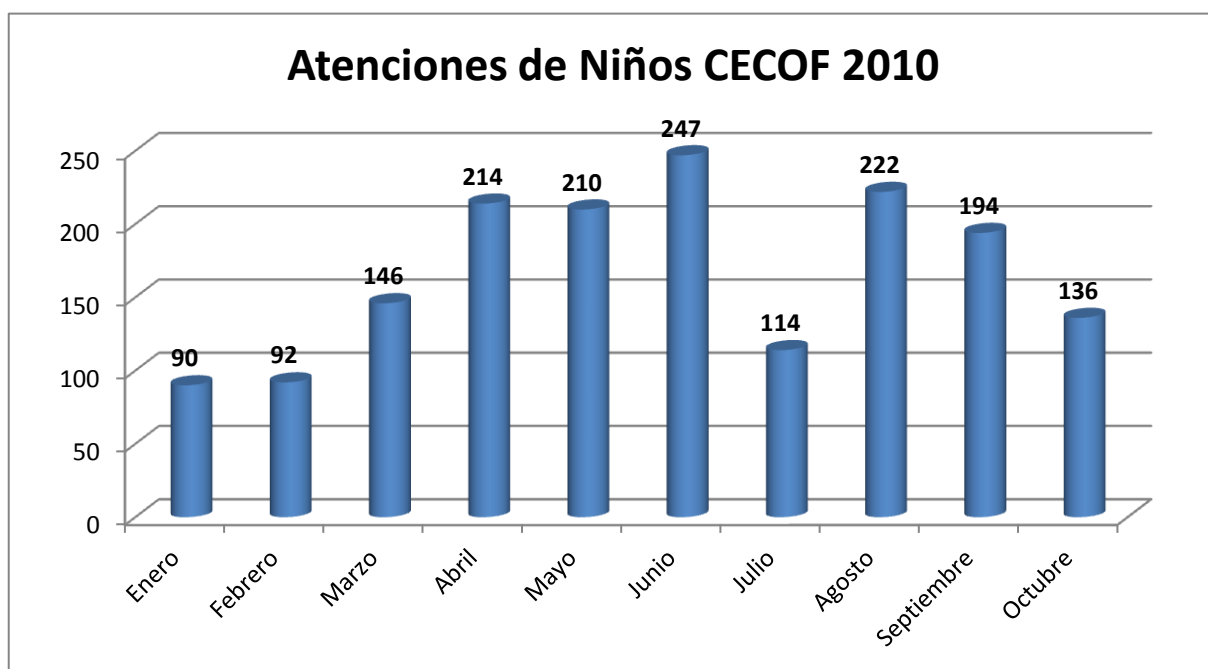




Al visualizar el gráfico las atenciones se concentra, a diferencia de los años anteriores en la población infantil, aumentando en 10 puntos porcentuales en relación al período 2009 (37% 2009), disminuyendo las consultas en población adolescente, y manteniendo en similar distribución la población adulta y adulta mayor. La **tasa de consulta** por habitante es **1.2** consultas al año.

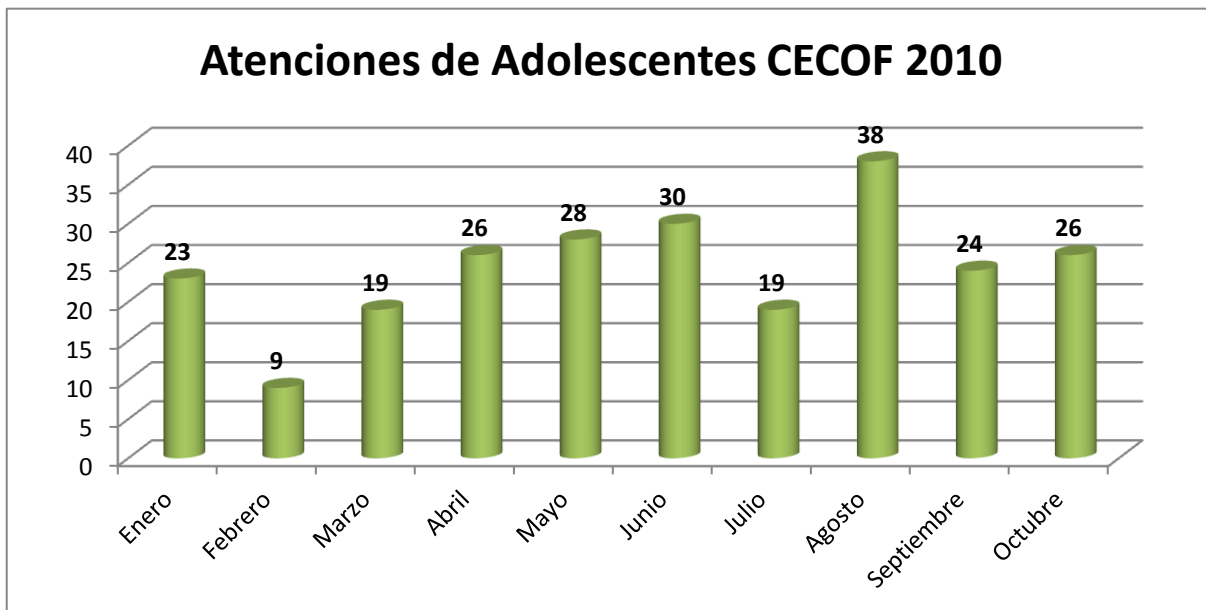
De manera específica las atenciones de morbilidad por grupos etáreo, entre los meses de enero y octubre de 2010, se distribuye:

ATENCIONES NIÑOS/As:

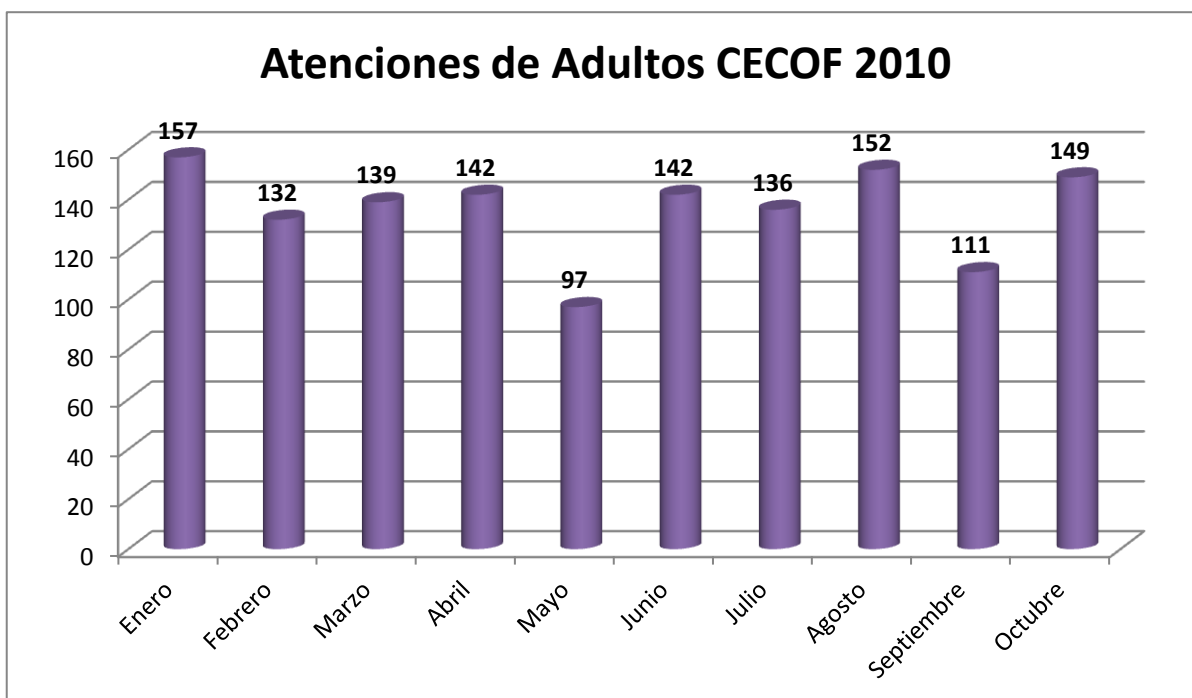




ATENCIONES ADOLESCENTES:

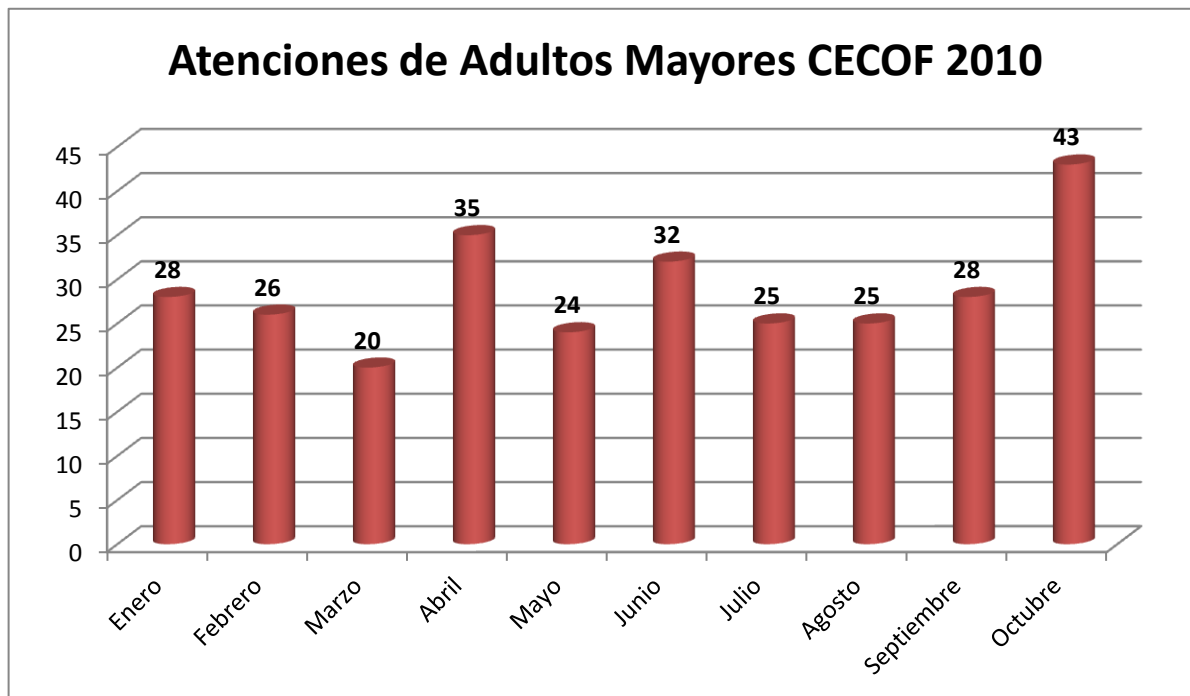


ATENCIONES ADULTOS:





ATENCIONES ADULTOS MAYORES.



Los gráficos, muestran la distribución mensual de atenciones solicitadas por rango etáreo, distribución que se ha mantenido similar durante todo el tiempo de funcionamiento del centro. (2006-2010). Respecto a la distribución por mes de atenciones, se visualiza una concentración en los meses de abril y junio, principalmente en la población infantil, relacionado fundamentalmente con el aumento de enfermedades respiratorias. En los otros rangos etáreos no se visualiza una concentración mayor en algún mes o período específico, si no más bien una distribución regular. El porcentaje de inasistencia a controles es inferior a un 5%.

Respecto a las tasas de consultas por rango etario se visualiza de la siguiente manera:

- Población Infantil: 1.8 consulta años.
- Población adolescente: 0.7 consulta al año.
- Población Adulta: 0.9 consulta al año.
- Población adulta mayor: 1.1 consulta al año.

2. ATENCIONES CLINICAS POR OTROS PROFESIONALES



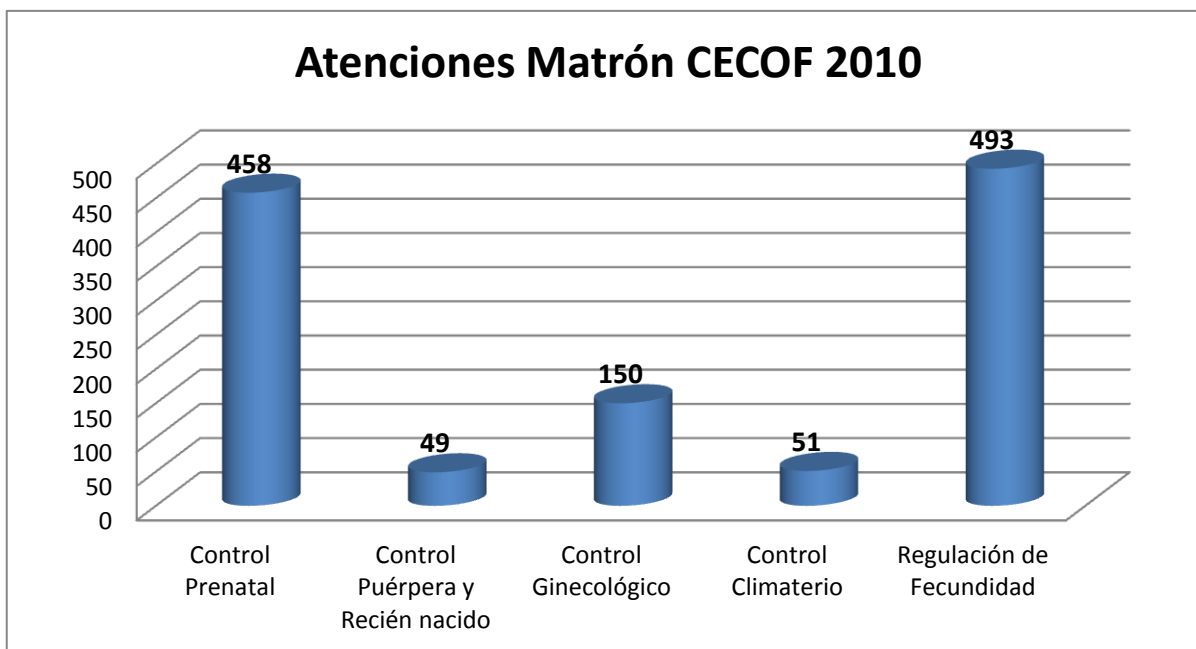
El Gráfico anterior muestra las atenciones de orden clínica de los profesionales asistente social, nutricionista, psicólogo, kinesiólogo y enfermero, sin embargo es necesario señalar que los rendimientos y la carga horaria de atención clínica es diferenciada:

- Psicólogo: 22 horas.
- Asistente Social: 11 horas.
- Nutricionista: 16 horas.
- Kinesiólogo: 9 horas.
- Enfermero: 11 horas.

Dichas atenciones son entregadas principalmente en box y dan respuesta a las distintas necesidades de la población atendida: Atenciones de la mujer, atenciones sociales, nutricionales, psicológicas, controles de salud infantil, entre otros temas.



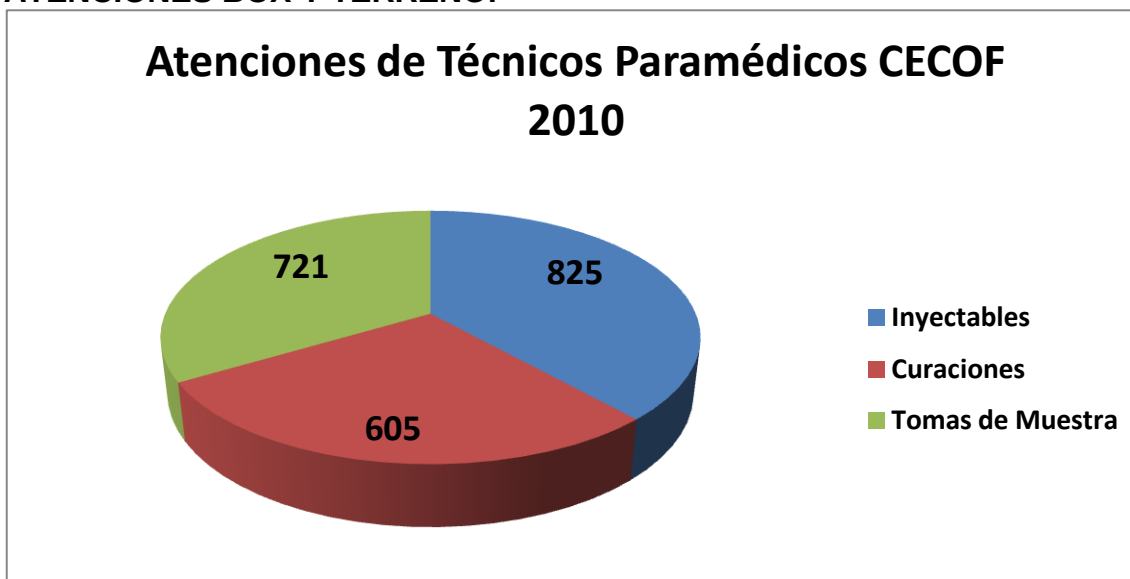
ATENCIÓN CLÍNICA MATRÓN:



EL profesional matróon del centro, cuenta con una carga horaria de 22 horas, las atenciones que realiza tienen distintos rendimientos y objetivos. Lo que muestra el gráfico son las distintas atenciones realizadas durante el período enero a octubre de 2010, sumando un total de 1201 atenciones.

3. PROCEDIMIENTOS Y TRATAMIENTOS EN BOX y TERRENO.

ATENCIÓNES BOX Y TERRENO:

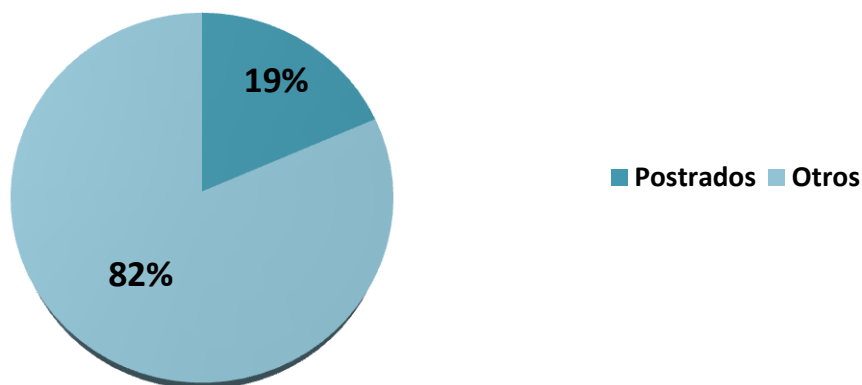




El gráfico muestra las atenciones realizadas por los técnicos paramédicos del centro, principalmente en box, las cuales han aumentado porcentualmente en relación a los años anteriores de funcionamiento del centro.

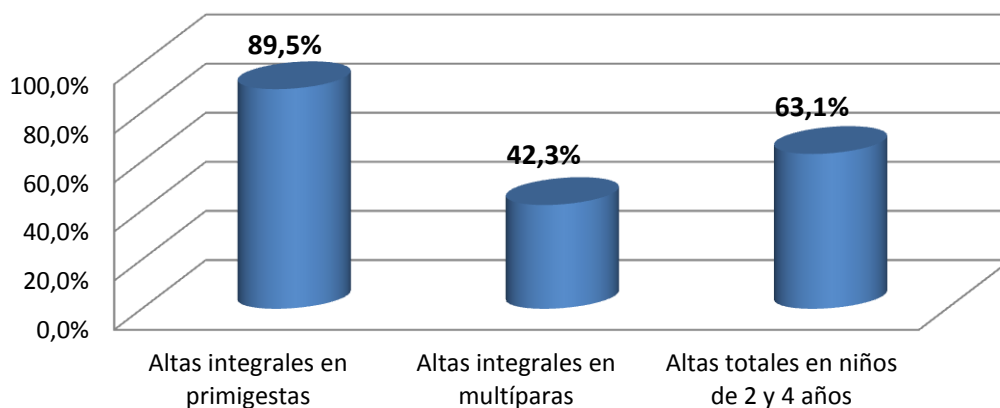
ATENCIONES EN TERRENO:

Tratamientos y Procedimientos en Domicilio CECOF 2010



4. ATENCION ODONTOLOGICA:

Indicadores de Resultado Programa modelo 2010



AREA COMUNITARIA:

- Línea Promoción de estilos de Vida Saludable:

Se realizaron talleres dirigidos a:

- **Talleres de Actividad Física**, para adultos mayores, dicho taller se ejecuto desde julio 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 2 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.
- **Taller de actividad física**, taller que comienza en el marco del Programa PASAF, pero que se ha mantenido con actividad física para adultos y niños 3 veces a la semana.

- Talleres dirigidos a gestantes y puérperas:

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 inicio un trabajo de diagnostico con los niños y niñas que asisten a jardín y sala cuna del sector. Durante este año 2010, 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.

Tratamiento Pediculosis: Durante el año 2010 se realizó un trabajo con los jardines infantiles del sector, a fin de generar diagnostico, tratamiento en el tema de la pediculosis. Así al 100% de los diagnósticos positivos, se le entrego tratamiento completo al niños/a y su familia. Se utilizo peines metálicos y pediculicida adquirido a través del departamento de salud.

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.

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.

DIAGNOSTICO SITUACION DE SALUD 2010

1. 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 limites. 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 2.880 (al 30 de octubre 2010), de las cuales 1.319 son mujeres y 1561 son hombres. La distribución por rangos etarios corresponde:

- Población menor 15: 31.4%.
- Población entre 15-19 años: 11.4%.
- Población entre 20-64 años: 48.6%.
- Población mayor de 65 años: 8.3%.

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 48.4% hombres y un 51.57% 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 2010, 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 otra 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 (Riviera 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 Molinares, 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 INTEGRA (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 20 niños/as en Sala cuna, 32 en nivel medio menor y 32 nivel medio mayor.

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 nº 6, compuesta por 6 JJVV activas:

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

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:**

Durante el presente año, se elaboro un trabajo de Diagnóstico Participativo de Salud, tendiente a recoger las necesidades sentidas de la población, para lo cual se utilizo encuesta estructurada entregada en distintos sectores y grupos



focales a mujeres, vecinos en general, dirigentes, jóvenes, adultos mayores, que permitieron recoger las impresiones de los distintos usuarios/as.

Características de los Grupos de Discusión

Sectores	Tipo de grupo de discusión	Lugar	Fecha
La Virgen	Mujeres con hijos	JJVV Progreso y Desarrollo	7/10
	Vecinos en general	JVV Progreso y Desarrollo	12/10
	Dirigentes de distintos sectores	JVV Progreso y Desarrollo	13/10
Las Praderas	Adultos Mayores	JJVV Las Praderas	13/10
	Vecinos en general	JJVV Las Praderas	18/10
Oscar Alfaro	Adultos Mayores	JJVV Oscar Alfaro	9/10

Porcentaje de Representatividad por sector:

Sectores	% participantes por sector
Las Praderas	32%
Oscar Alfaro	20%
La Virgen	30%
Dirigentes de varios sectores	18%
Total	100%

Porcentaje por grupo etareo:

Grupo Etario	% participantes por grupo etario
Jóvenes (14-24)	9%
Adultos (25-59)	48%
Adultos Mayores (60 y mas)	43%
Total	100%



Porcentaje por grupo sexo:

Sexo	% participantes según sexo
Hombres	11%
Mujeres	89%
Total	100%

Los antecedentes preliminares de este diagnóstico nos permite incorporar la visión de la comunidad respecto de las acciones del CECOF.

De manera resumida se puede señalar lo siguiente.

Problemáticas de Salud Comunitaria (Enfermedades)	
Grupo de Discusión	Problema
1	Problemas respiratorios en los niños
Se repite en grupo 1 y 5	Obesidad
Se repite en grupo 1,3 y 6	Basurales
1	La drogadicción
Se repite en grupo 2 y 5	Hipertensión
2	Diabetes
Se repite en grupo 2, 6	Estrés
Se repite en grupo 2, 6	Resfriados
2	Alcoholismo
Se repite en grupo 3, 5 y 6	Depresión en jóvenes y adultos
Se repite en grupo 1, 3	Perros Vagos
Se repite en grupo 4, 6	Alergias
5	Salud Mental en adultos mayores
Se repite en grupo 2,3,4 y 6	Artritis
Se repite en grupo 2 y 6	Escoliosis
6	Asma



Deficiencias de la Atención Primaria	
Grupo de Discusión	Problema
Se repite en grupo 1, 5 y 6	Falta de pediatra
Se repite en grupo 1,3, 5 Y 6	Falta de horas medicas
Se repite en grupo 2 y 5	Demora en interconsulta
3	Falta de psiquiatra
4	Falta odontólogo para adultos mayores
Se repite en grupo 5 y 6	Falta de geriatra

PROBLEMATICAS PRIORITARIAS O DEBATIDAS EN PROFUNDIDAD

Grupo de Discusión	Problema	Causas	Consecuencias	Soluciones	Quienes deben hacerse cargo	Otros comentarios
1	Gran cantidad de perros vagos	Familias que tienen muchos perros a veces los tiran a la calle Algunas personas los alimentan en las calles y no se hacen responsables de ellos Personas de afuera vienen a botar perros al sector	Contagio de Infecciones (garrapatas, sarna y pulgas) Rompen y esparcen la basura	Operar a las hembras Desparasitarlos y buscarles un hogar Hacer una charla gratuita por sector, para educar a la gente sobre la tenencia de mascotas	Los Vecinos La Mesa Técnica debe organizar una actividad con los vecinos/ hablar en municipio Municipalidad Una institución que defienda D° de los animales	Prioridad del grupo fue: 1° Existencia Pediatra 2° Más horas medicas 3° Perros vagos en las calles
2	Artrosis	Producto de la geografía propia del cerro (Escaleras) La Edad Las precarias condiciones laborales La mala alimentación	Dolores en actividades cotidianas Limitaciones en el trabajo Sobre medicación	Tratamiento medico Instalar juegos para hacer ejercicios en el sector Dieta saludable	Ofrecimiento taller educativo con Kinesiólogo Municipalidad Proyecto entre JJVV y CECOF Taller preparación alimentos saludables	Se Realizo taller con él Kinesiólogo (20/10/10) Programado taller con un Paramédico para el 3/11 Vinculo con profesora

Problemáticas Prioritarias y Debatidas en Profundidad						
Grupo de Discusión	Problema	Causas	Consecuencias	Soluciones	Quienes deben hacerse cargo	Otros comentarios
3	Artrosis	Poca frecuencia recorrido micro No siempre hay dinero para pagar la micro Dificultad de hacer dieta (cuando se está con sobrepeso) Condiciones de vida (construcción casa)	Afecta estado de animo Dificulta el descanso Permanentes dolores Provoca gran consumo de medicamentos	Alimentación sana Actividad física Instalación de Juegos para hacer ejercicios	CECOF ofrece Taller con Kinesiólogo CECOF ofrece actividad física para bajar de peso Taller con Nutricionista	Grupo perteneciente a vecinos del CECOF, por lo que no se ofrece un taller especial en territorio, se asume facilidad en acceso al CECOF
4	Artrosis	Las condiciones laborales Las condiciones de Vida El frio (condiciones laborales o vivienda) La edad	Dificultad para realizar actividades cotidianas Imposibilita salir a la cale Provoca gran consumo de medicamentos	Masajes Medicamentos Juegos para hacer actividad física Ejercicios para calmar los dolores	CECOF ofrece taller con Kinesiólogo	No tuvo convocatoria el taller con Kinesiólogo, por lo cual no se realizo

Problemáticas Prioritarias y Debatidas en Profundidad						
Grupo de Discusión	Problema	Causas	Consecuencias	Soluciones	Quienes deben hacerse cargo	Otros comentarios
5	Falta de horas medicas	Mayor demanda de horas en relación a la oferta	Falta de horas medicas	Aumentar horas medicas Contratar a un segundo doctor(a)	CECOF Departamento salud Municipal	
6	Problemas de salud en los niños	Existencia enfermedades contagiosas como la influenza En invierno niños juegan en la lluvia Pasan frio camino al colegio Cambios de temperatura Quema de flores en la noches	Niños enfermos Tener a los niños en la casa Posibilidad que enfermedad se agrave	Prevenir Darles buena alimentación Identificar factores de riesgo Taller educativo de cuidado infantil para madres y padres	Las familias CECOF ofrece taller de cuidado infantil con enfermero para el 3/10	

RESUMEN:

Con la información recogida, fue posible considerar la visión de la comunidad y conversar respecto a dificultades que presentan y las posibles soluciones en conjunto, apuntando siempre a la corresponsabilidad en salud.

Así de manera preliminar, ya se han instaurado algunas actividades en conjunto como actividad física con kinesiólogo para personas con problemas de artrosis, EMPA en terreno, actividades de promoción, talleres de cuidados básicos para madre de niños menores de 5 años, entre otros temas.

PLAN DE SALUD 2011.

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 2011. 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.

LINEAMIENTOS AÑO 2011

Considerando el perfil del sector y las reuniones sostenidas con la comunidad en general, se mantendrán los lineamientos generales de orden comunitario y familiar, además de las atenciones individuales permanentes:

ATENCIONES INDIVIDUALES:

1. MORBILIDAD GENERAL.
2. ATENCION PRIORIZADA.
3. ATENCION DE LA MUJER.
4. CONTROL DE EMBARAZO.
5. CONTROL DE NIÑO SANO.
6. ATENCION DENTAL NIÑOS Y ADULTOS.
7. ATENCIONES SOCIALES.
8. ATENCIONES PSICOLOGICAS.
9. ATENCIONES NUTRICIONALES.
10. ATENCIONES KINESIOLOGO.
11. ATENCION PODOLOGO.
12. EMPA Y EMPAM.
13. TRATAMIENTOS INYECTABLES, CURACIONES, PESQUISAS, RETIRO DE PUNTOS, INMOVILIZACIONES, TOMA DE MUESTRA DE EXAMENES EN CLINICA Y TERRENO.

ATENCIONES FAMILIARES, GRUPALES, COMUNITARIAS:

1. EVALUACIONES FAMILIARES INTEGRALES
2. EMPAM EN TERRENO.
3. TALLER DE ACTIVIDAD FISICA PARA ADULTOS MAYORES.
4. TALLER DE ACTIVIDAD FISICA.
5. TALLERES DE PAUTAS DE CRIANZA, ALIMENTACION SALUDABLE Y RESOLUCION DE CONFLICTOS, MANEJO DE HTA, SALUD ORAL

INFANTIL, SALUD ORAL EMBARAZADAS, ESTIMULACION TEMPRANA, LACTANCIA MATERNA, TALLERES CON EDUCADORAS DE JARDIN INFANTIL.

6. TALLERES A CUIDADORAS DE PACIENTES POSTRADOS.
7. VISITAS A CUIDADORAS DE PACIENTES POSTRADOS.
8. VDI A PACIENTES POSTRADOS, ADULTOS MAYORES Y FAMILIAS CON DIFICULTADES BIOPSICOSOCIALES.
9. INTERVENCION INDIVIDUAL Y FAMILIAR.
10. PROGRAMA CARDIOVASCULAR PARA ADULTOS MAYORES DE 75 AÑOS.
11. ENTREGA DE PACAM Y PNAC, EN CECOF Y TERRENO.
12. ENTREGA DE MEDICAMENTOS, EN FARMACIA Y TERRENO.
13. ATENCIONES LUDOTECA COMUNITARIA (TALLERES, ACTIVIDADES RECREATIVAS, TARDES DE CINE).
14. AREA DENTAL COMUNITARIA: Principalmente, centrada en acciones en jardines infantiles del sector, que incluye por una parte diagnóstico y tratamiento, y por otra acciones de promoción de los cuidados de salud oral infantil; así se planifico:
 - Talleres con padres.
 - Talleres con educadoras.
 - Talleres con niños/AS.

NUEVOS LINEAMIENTOS:

- Taller de preparación para el parto para gestantes.
- Taller de estimulación, actividad física para gestantes.
- Seguimiento de administración de medicamentos a pacientes del programa cardiovascular en terreno.
- Incorporación de Planes de Familia a pacientes del cardiovascular.
- Talleres permanentes en terreno: Ejercicios para artrosis, cuidado infantil.
- EMPA – EFAM en junta de vecinos.
- Inicio Funcionamiento Gimnasio Comunitario.

CENTRO DE SALUD FAMILIAR SAN PEDRO.

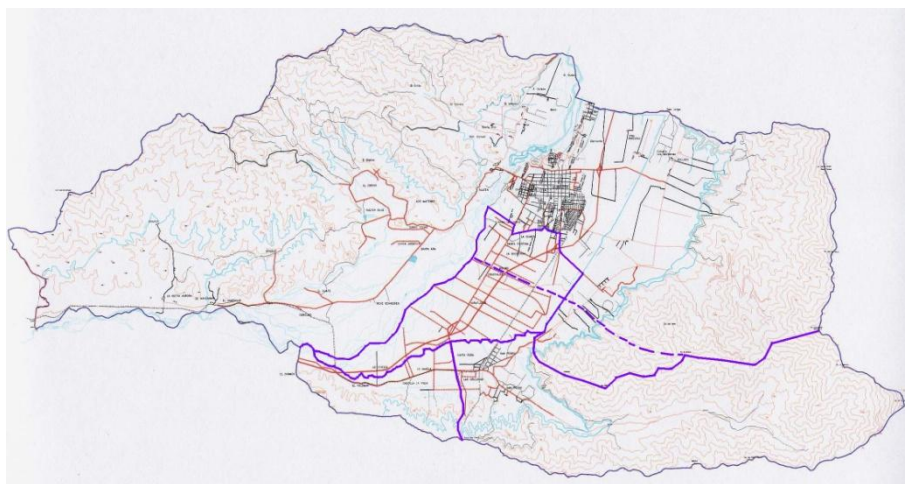
CARACTERIZACION GEOGRAFICA

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 (límite 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.

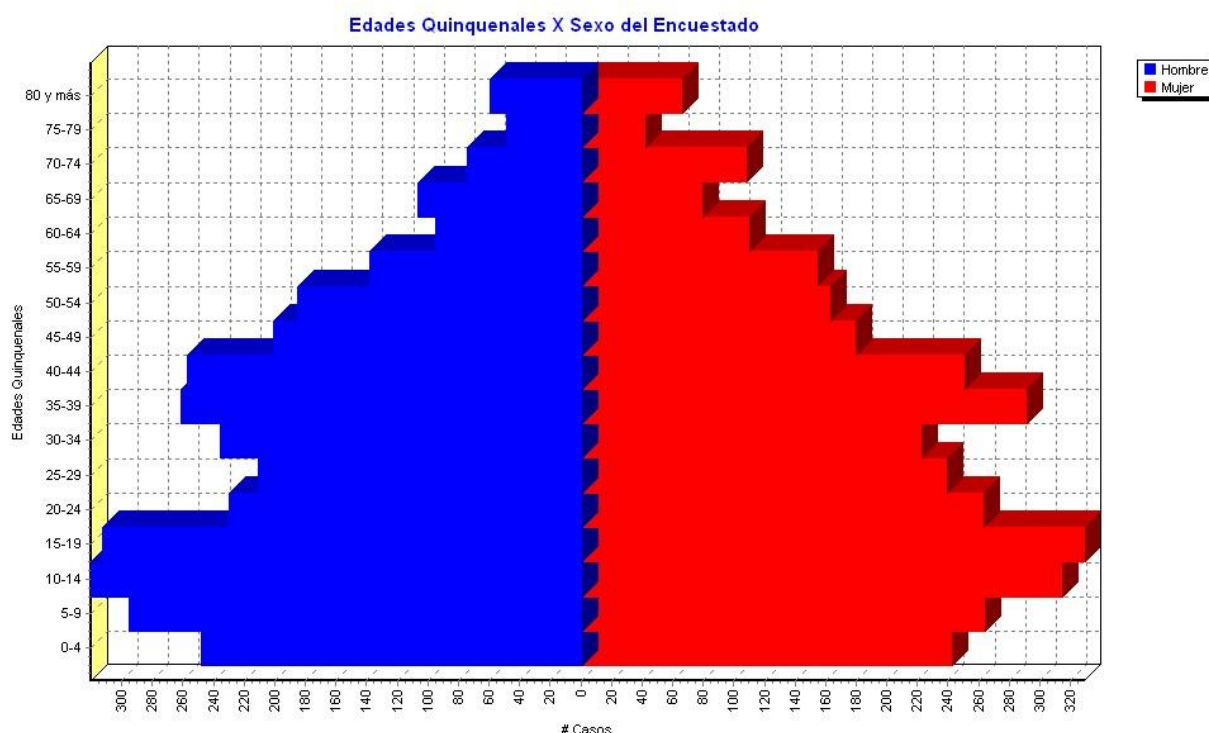
En cuanto a las vías de acceso a la localidad, hacia Quillota a través del camino troncal Quillota Limache, por el interior a través del camino que conecta San Pedro, San Isidro, Quillota.



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

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

Escolaridad

Censo 2002

Categorías	Casos	%	Acumulado %
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%
Total	5504	100%	100%

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.

LINEAMIENTOS GLOBALES DE INTERVENCION 2011

LÍNEA PROMOCION Y PARTICIPACION SOCIAL

SINTESIS EVALUATIVA DEL PLAN DE TRABAJO 2010

Descripción

El Centro de Salud Familiar de San Pedro durante el año 2010 contempló como una de sus principales líneas programáticas continuar con el proceso iniciado con el Consejo de Salud, ya que como resultado del año 2009 se logró el diagnóstico local de salud en la que se señala el uso de los plaguicidas en la agricultura local, como uno de los factores que estarían produciendo mayor daño en la salud de las personas de la localidad.

En consecuencia con el juicio evaluativo de la comunidad, el equipo de salud asume como desafío profundizar y mejorar el nivel de participación, tanto en cantidad de los asistentes de las actividades del Consejo, como en calidad, en cuanto profundizar en los niveles de la participación, de lo meramente informativo y consultivo hacia lo deliberativo y ejecutivo.

En el trabajo realizado por el Consejo de Salud se ha vivido un proceso que aborda diferentes líneas de trabajo, las cuales se han dado de forma muy dinámica, en forma casi simultánea, en un proceso de construcción de conocimiento y acción. Las líneas de trabajo fueron las siguientes:

- Organizativa: reuniones ordinarias del Consejo de Salud de San Pedro, las cuales se realizaron desde enero diciembre de 2010, en promedio dos veces por mes, los días miércoles de 19:00 a 21:00 horas, en primer instancia en el CESFAM de San Pedro y desde abril hasta Diciembre en la sede del Club de Adulto Mayor Años Dorados, en la Población Enrique Arenas. En total participaron 75 personas, que representaron a cerca de treinta organizaciones e instituciones locales y/o comunales, con un grupo estable de trabajo de ocho personas.

Otra área de importancia en la línea organizativa, fueron las fuentes de financiamiento: el programa de Presupuesto Participativo del Servicio de Salud Viña del Mar Valparaíso, Departamento de Salud Municipal de Quillota, Consejo de Salud de San Pedro. Los recursos gestionados permitieron financiar la totalidad de las actividades planificadas y algunas que surgieron en el transcurso del año.

- **Informativa y de investigación:**
 - 1º jornada informativa sobre plaguicidas con las exposiciones del Servicio Agrícola y Ganadero (SAG), Secretaría Regional Ministerial de Salud (SEREMI de Salud), Instituto de Seguridad del Trabajador.

- 2º Jornada Informativa sobre plaguicidas con la exposición de la Red de Acción en Plaguicidas y Sus Alternativas en América Latina.
- Reunión con Unión de Juntas de Vecinos de San Pedro con el objetivo de informar del trabajo del Consejo de Salud de San Pedro.
- Reunión con Federación Campesina Nueva Victoria de Quillota: tema plaguicidas y transgénicos.
- Entrevista con empresario exportador.
- Entrevista con pequeños agricultores

- **Legal:**
 - Revisión del marco legal existente que regula el uso de plaguicidas,
 - Reunión con la autora del proyecto de ley que busca prohibir los plaguicidas tipo 1a y 1b.
 - Exposición ante la Comisión de Agricultura Senado de la República: tema prohibición de plaguicidas 1A y 1B.
 - Exposición en Ministerio de Salud, Políticas Públicas: tema fumigación Aérea

- **Política Local:**
 - Reunión con Alcalde: tema plaguicidas 1A y 1B y fumigación aérea.
 - Reunión con Centro de Transferencia Tecnológica
 - Reunión con encargado de Desarrollo Económico del Municipio de Quillota.
 - Presentación a Concejo Municipal de Quillota la temática plaguicidas: problemas y propuestas.
 - Trabajo con productores agrícolas pequeños y/o familiares.

- Intercambio de experiencia
 - Presentación del trabajo del Consejo de San Pedro a Mesa Territorial de Santa Olivia, Sector La Palma.
 - Exposición en Chincolco: tema plaguicidas y fumigación aérea.

- **Fiscalización.**
 - Salida a Terreno con Unidad Municipal del Ambiente en reinicio de fumigación aérea.
 - Salida a Terreno con Gobernador de Quillota a sector las Cruzada por fumigación aérea.
 - Denuncia de fumigaciones aéreas.

Evaluación de Objetivo

Objetivo General:

El Consejo de Salud de San Pedro durante el año 2010 elabora y ejecuta con la activa participación de los actores involucrados un Programa de trabajo de acuerdo a las prioridades determinada en el Diagnóstico Local de Salud, financiado en parte por el programa de Presupuestos Participativos del Servicio de Salud Viña del Mar Quillota.

Evaluación:

A Noviembre del 2010, El consejo de Salud de San Pedro ha cumplido con elaborar el programa de trabajo 2010, donde destaca la temática priorizada por la comunidad correspondiente al uso de plaguicidas y los peligros para la salud de las personas. También a gestionados los recursos necesarios para la ejecución de la casi totalidad de las actividades planificadas y otras que han surgido en el camino, las principales fuentes de financiamiento fueron programa de Presupuesto Participativos del Servicio de Salud Viña del Mar Quillota y la complementación del Departamento Municipal de Salud de Quillota y del propio Consejo de Salud de San Pedro.

En cuanto al programa de trabajo del Consejo de Salud, el tema central, del uso de plaguicidas y los peligros asociados a ellos, se consolidó en el grupo de trabajo, ya que está estrechamente ligado a la identidad local, al ser la localidad de San Pedro, una comunidad eminentemente agrícola por características territoriales y económicas. Por lo tanto contó con un alto nivel de pertinencia para la salud pública local, viéndose en la necesidad de abordar el trabajo del Centro de Salud en el marco de “Los Determinantes Sociales de la Salud”, lo que implicó un intenso trabajo de redes y la generación de alianzas con los distintos actores públicos y privados vinculados a la problemática.

En lo cualitativo, en la evaluación del programa de trabajo 2010 que realizó el Consejo de Salud en noviembre del mismo año, se identifica como el producto mejor logrado la existencia de un grupo de personas informadas respecto a los peligros que implica el uso de plaguicidas, considerándose en condiciones adecuadas para replicar dicha información. En la misma línea se considera como un desafío para el 2011, difundir esta información a más personas de la comunidad. En cambio, se aprecia que existe la necesidad de contar a corto plazo con resultados concretos, visibles, palpables a favor de la salud de las personas, como por ejemplo: el cese de las fumigaciones aéreas, aumentar y mejorar la calidad de las fiscalizaciones realizadas por los organismos públicos, ya que tanto los trabajadores y sus familias se sienten desprotegidos, indefensos ante el modelo productivo agrícola. Aún, más, perciben al área legislativa como lejana e indiferente al interés de proteger la salud de los trabajadores y familiar de las comunidades agrícolas.

Por lo tanto, de acuerdo a lo realizado, se puede afirmar se ha cumplido con parte importante de lo estipulado por el Objetivo General, aportando calidad al trabajo en salud a nivel local, principalmente gracias a la participación de actores comunitarios, lo que ha favorecido aumentar los niveles de pertinencia en la acciones de protección a la salud de las familias de San Pedro.

Con motivo de proyectar las acciones antes descritas y facilitar espacios de desarrollo permanentes se plantea la necesidad de generar una escuela de ciudadanía que se ejecutará a través de jornadas mensuales, la que surge como prioridad del consejo de salud pero que se encuentra abierta a la participación de otros actores de la comuna.

LINEA SALUD FAMILIAR

El enfoque de salud familiar ha implicado la generación de estrategias propias en distintos ámbitos: a saber; organización del equipo, registros de los distintos pasos del proceso, registros de las atenciones familiares, coordinación de áreas de apoyo, soporte administrativo, etc.

La estructura básica de atención por familia se desarrolla conforme se grafica en el siguiente flujograma:



ETAPAS TRABAJO CON ENFOQUE DE FAMILIA

PRIMERA ETAPA

PRESENTACIÓN DE CASO FAMILIAR

Primer Momento: En este primer momento, algún integrante del equipo de salud propone una familia para ser ingresada al registro de salud familiar, utilizando para ello *Ficha de Presentación de Caso a Salud Familiar*.

Segundo Momento: El equipo de salud, considerando los antecedentes, determina quiénes del equipo constituirán la dupla que realizará VDI, según las necesidades de cada caso, quedando registrado en cuaderno de actas, para planificar posteriormente VDI.

SEGUNDA ETAPA

EJECUCIÓN VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL

Primer Momento: La encargada del registro de salud familiar, determina bitácora de VDI, según dupla a cargo, domicilio de la familia y disponibilidad de recursos. Elabora las carpetas de VDI, a ser entregadas a la dupla, la cual debe contener los siguientes instrumentos:

- 1) *Ficha de Presentación de Caso a Salud Familiar.*
- 2) *Tarjeta de Registro Familiar San Pedro.* (Identificación, Genograma, Evaluación factores riesgo y protectores, Diagnóstico, Plan de Intervención)
- 3) *Hoja de Registro de Visita Domiciliaria Integral.*
- 4) *Ficha Resumen Plan de Intervención Salud Familiar.*

Segundo Momento: La dupla ejecuta VDI. El instrumento 1 guiará a la dupla en la dirección en la cual debe dirigir principalmente la intervención. Se utilizan los instrumentos 2 y 3 para la actualización de datos.

TERCERA ETAPA

ELABORACIÓN PLANES DE INTERVENCIÓN

Primer Momento: Posteriormente a la visita, la dupla define el diagnóstico familiar y el plan de intervención, el cual queda registrado en los instrumentos 2 y 4. El instrumento 4. Es de principal importancia, que el plan de intervención esté definido por objetivos, miembro del equipo que deberá ejecutar las actividades, y plazo para su ejecución.

Segundo Momento: Finalmente, la dupla deberá devolver la carpeta con la información a la encargada, la cuál archivará en kardex según número de familia, y, entregará a los miembros del equipo las actividades a ejecutar según plan de intervención. Esta devolución, deberá realizarse con plazo máximo de una semana.

CUARTA ETAPA

EJECUCIÓN DE LOS PLANES DE INTERVENCIÓN

Cada profesional, será el encargado de llevar a cabo el objetivo del plan de intervención que le corresponde, según el plazo indicado para ello. En caso de encontrar alguna dificultad en el proceso, deberá coordinarse con Asistente Social o Psicóloga.

QUINTA ETAPA SEGUIMIENTO DE LOS PLANES DE INTERVENCIÓN

Se realiza un primer seguimiento al mes de ingresada la familia, posteriormente al tercer mes, y, finalmente, al sexto mes. Dicho seguimiento, quedará consignado en Tarjeta de Registro Familiar.

INDICADORES EN SALUD FAMILIAR:

Nº DE FAMILIAS BAJO CONTROL EN KARDEX FAMILIAR:

MES	Nº DE VISITAS DOMICILIARIAS INTEGRALES de Enero a Octubre del 2010.
Enero	0
Febrero	1
Marzo	8
Abril	4
Mayo	30
Junio	16
Julio	4
Agosto	8
Septiembre	14
Octubre	20
Total	105
Tasa de VDI lograda a octubre.	1.8
Meta IAAPS solicitada.	0.1

Nº de Visitas Domiciliarias a Octubre del 2010

	profesional		Técnico paramédico		total	
	postrados	otros	postrados	otros	postrados	otros
Enero	42	22	12	12	54	34
Febrero	56	39	10	0	66	39
Marzo	54	42	0	0	54	42
Abril	2	60	12	0	14	60
Mayo	2	66	17	0	19	66
Junio	0	45	0	0	0	45
Julio	0	33	0	0	0	33
Agosto	5	53	15	5	20	58
Septiembre	0	41	0	0	0	41
Octubre	1	10	10	3	11	13
Total	162	411	76	20	238	431
Meta IAAPS	3					
Tasa VD Postrado solicitada						
Total VD Postrado	238					
Tasa VD Postrado Lograda.	4.1					

El trabajo con enfoque de salud familiar en San Pedro representa uno de los pilares fundamentales de acercamiento a la comunidad. Bajo este enfoque, se han superado las metas IAAPS, en tasa de VDI se alcanza un 1.8 y en tasa de VD Postrado un 4.1. Dichos indicadores dan cuenta de la importancia de los procesos con enfoque de familia y de la gestión de recursos dirigidas a ese fin. Para el próximo año, se proyecta mantener las tasas elevadas de VD, tanto integrales como de salud, junto con el fortalecimiento de las Consejerías Familiares y de Salud que se realizan en el Centro. Actualmente se realizan consejerías familiares e infanto juveniles, principalmente dirigidas a temáticas de salud mental y dinámica familiar. Es necesario ampliar dichas consejerías familiares a otras patologías, tales como aquellas asociadas al programa de salud cardiovascular y programa de la mujer, programas en los cuales emergen temáticas que son susceptibles de intervenir bajo el modelo de consejería breve.

En cuanto al trabajo con familias, se proyecta realizar un proceso de evaluación de los instrumentos utilizados para evaluación y seguimiento, así como la elaboración de una estrategia para otorgar mayor continuidad a los seguimientos de las familias bajo control. Por tanto, el énfasis no estará puesto en aumentar el número de familias en control, sino en monitorear cualitativamente los procesos que se han llevado a cabo. Esta área se verá

fortalecida a su vez por la capacitación en actualización de herramientas del modelo de salud familiar, programada para realizarse este año.

No obstante estos importantes logros y el paulatino proceso de consolidación de estas acciones nos encontramos sometidos a algunas dificultades que han sido objeto de evaluación por parte del equipo de familia y el equipo de gestión. Problemáticas que tienen que ver principalmente con la continuidad de los seguimientos. Si bien logramos realizar un adecuado diagnóstico y plan de intervención familiar, los seguimientos involucran un contacto efectivo y a veces un incremento de la demanda de recursos, principalmente humanos; que se generan dificultades para conciliar estos seguimientos con los ingresos nuevos. A la larga esto ha conducido a frenar en algún momento los nuevos ingresos y en otros a mermar la efectividad de los seguimientos. Una forma de mejorar las dificultades de seguimientos es la creación de sistemas informáticos de alarma. Por otra parte nos encontramos elaborando criterios para establecer la periodicidad de los seguimientos de acuerdo a los diagnósticos y planes de seguimiento. Otro problema es la carencia de dispositivos digitales que permitan llevar en forma centralizada los casos familiares.

Un elemento fundamental es la actualización permanente del equipo en Salud familiar, particularmente dados los nuevos integrantes del mismo.

ADOLESCENTE:

- Se realizan 4 talleres de salud sexual y reproductiva para los alumnos de 7° y 8° básico de los 2 colegios de San Pedro. En promedio son unos 25 niños por sesión, lo cual representa en promedio al 65% de los niños inscritos entre los 13 y 14 años. El objetivo central es prevenir el embarazo adolescente y las ETS, además de promocionar el autocuidado, aprendizaje de la pubertad y cambios físicos y psicológicos de esa etapa; y el acercamiento de los jóvenes al sistema de salud.

A incorporar como estrategias complementarias para el 2011:

- Charlas antitabaco y consumo de alcohol y drogas, realización de test AUDIT, y de EMP a los jóvenes.
- Difusión por medios de comunicación locales sobre el consumo de alcohol, drogas y tabaco, a través de un programa de educación para jóvenes semanal en la radio.
- El 100% de los adolescentes que consulta, ya sea por salud sexual o por solicitud de método anticonceptivo, se le realizan conserjería de salud sexual y reproductiva, regulación de fecundidad, prevención de ETS
- El 100% de los adolescentes que solicitan método anticonceptivo, se les entrega sin discriminación y sin necesidad de que sea acompañado por un adulto.
- Actualmente el 38% de las adolescentes mujeres se encuentran en control de regulación de fecundidad.
- Se realiza un seguimiento a las puérperas adolescentes, ya sea desde el post parto, 6° mes y hacia delante, en un 100%, a través de equipo de cabecera.
- Se realizan a todos los jóvenes que lo soliciten el test de VIH (previa conserjería) y VDRL si así lo desean.

EMBARAZADAS (PROGRAMA CHILE CRECE CONTIGO)

- 81 de 86 embarazadas asisten a talleres educativos, lo cual representa un 94%. Estos talleres son diseñados y realizados por un equipo multidisciplinario, en donde participan profesionales como: Asistente Social, Matrona, Nutricionista, Enfermera, Odontóloga y Maso terapeuta. Se tocan temas como el autocuidado; los cambios físicos y psicológicos de la embarazada, preparación para el trabajo de parto y parto, riesgos por exposición a plaguicidas, cuidados del recién nacido, nutrición en la gestación y post de esta, beneficios legales de la embarazada, entre otros. Este porcentaje de asistencia se debe a que tenemos una mirada integral como base la familia, se les entrega confort y confianza a las gestante, se les integra al equipo de salud y trabajo de nuestro sistema; además que como estrategia base es realizar taller y control en el mismo

momento, hacer un taller participativo educativo y entretenido para la embarazada sin importar su edad ni condición. Estos talleres se distribuyen en dos sesiones por mes durante los 12 meses.

- Además se realizan talleres de masoterapia, ejercicios para el parto, y taller de estimulación temprana para recién nacidos semanalmente. En estos talleres asisten aprox. 56 gestantes, lo cual constituye app. Un 64%, esta asistencia se debe a las conserjerías y talleres como los descritos anteriormente. De estas un número importante visita la sala Chile Crece Contigo y la maternidad Del Hospital San Martín de Quillota, se les educa y se les dan a conocer sus derechos por ser partes del programa. Además de la entrega del ajuar por parte del Hospital San Martín, que también va incluido en el programa.
- Al 100% de las gestantes se les aplica la pauta de evaluación psicosocial EpSA al ingreso y en el 3º trimestre de embarazo, lo cual constituye un instrumento para la posterior realización de visitas domiciliarias integrales.
 - Con respecto a las VDI hay una cobertura de un 55%, porcentaje que podría incrementarse de aumentar la disponibilidad de horas de móvil.
 - Toas las gestantes que presentan VIF, factores de riesgo sicosociales, etc.; son derivadas a equipo de cabecera, y se realizan denuncias a los distintos organismos según corresponda.
 - De las 86 embarazadas solo 3 presentaron violencia de genero o VIF, de diversa magnitud, de las cuales 1 se denuncio a tribunales de familia para solicitar una medida de protección.
- El 100% de las embarazadas ingresan al programa Chile Crece contigo, se les entrega guías, CD educativos, conserjerías, agenda de la mujer, etc. Y se llenan los formularios para el ingreso del mismo.
- El 100% de los recién nacidos que ingresan a control en el centro de salud se ingresan al programa Chile Crece contigo, insertándolos en talleres de estimulación temprana semanalmente, fomentando la lactancia materna exclusiva, además de la derivación según corresponda al equipo de cabecera. Total de RN ingresados 83
 - Por disponibilidad de móvil no se pueden realizar VDI a todos los RN, como lo señala el programa, quizás se pueda gestionarlo.
- El total de las embarazadas se les realiza exámenes de rutina, incluyendo el VIH y VDRL si así ellas lo desean (previa consejería.)
- Todas las gestantes que se pesquise consumo de alcohol, drogas o tabaco se les realiza conserjería a fondo y son derivadas a equipo de cabecera.

- Solo el 38% de los controles prenatales son con acompañante:
 - Estrategias: Invitar a acompañantes a talleres y controles; difundir a través de dípticos o trípticos la importancia de la compañía durante los controles, acoger transversalmente durante todas las instancias de controles el acompañamiento de la pareja o familiar.
- El 83% de los controles de binomio se realizan antes de los 10 días, o sea 69 de 83 controles. Esto es debido a la educación y oportunidad de cupo y tiempo para la puérpera y su recién nacido que se entrega en el centro., con el fin de incrementar la lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses de vida, cuidados del recién nacido, pesquisa oportuna de patologías, educación.
- El 84% de las embarazadas ingresan antes de las 14 semanas, lo cual se le garantiza además la ecografía antes de las 14 semanas de gestación.
 - Quizás por medios de difusión se pueden aumentar la cobertura de ingreso antes de las 14 semanas, realizando educación y difusión.

CICLO VITAL DE LA MUJER (ATENCION DE LA MUJER)

- 946 mujeres de entre 25 y 64 años tiene su PAP vigente (total población 1500), lo cual constituye un 64%.
 - Para el aumento de la cobertura: realizar difusión por medios de comunicación locales, derivación por parte de equipo de cabecera, realizar voz a voz con las mismas personas.
- 53 mujeres de entre 50 y 54 años tiene su examen de mamografía (población total 140), lo cual constituye un 37% de la población.
- Aumentar la cobertura de EMP (IAAPS) en las mujeres que no padezcan de enfermedades crónicas sin distinción de edad
 - Estrategia: Difusión, derivación de otros profesionales, realización de EMP durante diversos controles de distintos profesionales, etc.

DIAGNÓSTICO EN SALUD EN KINESIOLOGÍA

Salud Cardiovascular

Prestación actual:

AFCV

Actividad física cardiovascular a cargo de kinesiólogo, profesor de educación física y técnico en deporte y recreación. Busca reducir el nivel de sedentarismo en la población en control en PSCV, siendo uno de los ejes para mantener a este grupo en estado compensado, a saber, control cardiovascular al día, alimentación saludable, ejercicio al menos 30 minutos 3 veces por semana, administración de medicamentos, entre otros.

Actividades realizadas:

1. 2 sesiones por semana de actividad física cardiovascular de 120 minutos c/u a cargo de profesor de educación física y técnico en deporte y recreación. Lugar: gimnasio Sol de Julio.
2. 2 sesiones mensuales de evaluación kinésica cardiovascular (actividad física) de 2 horas. Rendimiento 3/hora. Usuarios deben ser reevaluados cada 4 meses. Gimnasio Sol de Julio.
3. 1 sesión semanal de actividad física cardiovascular a cargo de kinesiólogo. Duración: 2 horas. Rendimiento: 3/hora. Lugar: CESFAM.

Meta: Población estimada PSCV 500. Sedentarismo 80% (MINSAL) 400 usuarios. Obesos: 410 usuarios menores de 65 años Falta información sobre mayores de 65 años en PSCV. Meta recomendada 2010: 25% (103 usuarios); recomendada 2011 10% (41 usuarios).

Cumplimiento de meta: Participan periódicamente en los planes de actividad física cardiovascular dependientes del CESFAM San Pedro menos de 40 usuarios, de los cuales menos del 25% corresponde al perfil solicitado para permanecer en actividad física por parte del CESFAM o en forma particular (obesos y sobrepeso).

Factores intervinientes: poca adherencia a sesiones de AFCV; falta de espacios para entrega de educación en actividad física a usuarios del PSCV; difusión de información sobre espacios para realizar AFCV.

Actividades necesarias para cumplimiento de meta:

1. Educación en beneficios de la actividad física por parte del kinesiólogo en el marco del "Control Grupal Cardiovascular" creado por este CESFAM a cargo de enfermera, nutricionista y kinesiólogo.
2. Aumento de horas de actividad física por parte de profesores de educación física, técnicos en deporte, kinesiólogos.
3. Aumento de horas de actividad física para evaluación kinésica.

Otra actividad nueva es el Control Grupal Cardiovascular

Salud respiratoria

Prestación actual:

Kine respiratoria

Comprende atenciones de terapia respiratoria por indicación médica con prioridad para casos GES:

- IRA baja de manejo ambulatorio en menores de 5 años
- Neumonía adquirida en la comunidad de manejo ambulatorio en mayores de 65 años
- ASMA en menores y mayores de 15 años: usuarios en crisis.
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica: usuarios en crisis.

Actividades realizadas:

Tratamiento: 4 a 5 sesiones promedio por caso.

Meta: 150 usuarios. Total de atenciones requeridas: 675 atenciones.

Cumplimiento de meta: Superada en base a atención en sobrecupos. Pese a lo anterior, los casos GES atendidos fueron superiores a lo estimado, en especial IRA baja. Dado que son prestaciones garantizadas, estos usuarios deben ser atendidos pese a cumplimiento de metas.

Actividades necesarias para cumplimiento de meta:

1. Atención en CESFAM en servicio Kine respiratorio.
2. Atención en domicilio para dependientes y adultos mayores.
3. Asignación de sobrecupos: 3/hora, lo cual permite cubrir una mayor demanda diaria sin necesidad de modificar con tanta frecuencia la agenda horaria. Lo anterior reduce el tiempo y la calidad de la atención de los usuarios, lo cual podría afectar a mediano plazo los niveles de satisfacción usuaria. Cabe destacar que en ocasiones se utilizan sobrecupos de kine trauma los cuales corresponden a 15 minutos, en prestaciones respiratorias, rendidas en 20 minutos.
4. Flexibilización de agenda horaria en función de las fluctuaciones de incidencias de casos respiratorios observados.

Disponibilidad horaria (viene de subtítulo anterior):

1. 797 cupos para el 2010.
2. Estimado 15% de atenciones en domicilio: 129 cupos en 2010
3. 205 sobrecupos asignados para 2010

Lo anterior nos da un total estimado de 1130 cupos asignados para prestaciones respiratorias en diversos servicios.

Rendimiento real:

Estimado en 75% de atenciones realizadas en dependencias del CESFAM frente al total de cupos y sobrecupos asignados, es decir, 750 atenciones.

El rendimiento de domicilio para atenciones respiratorias se estima en 90%, por tanto nos da un total de 184 atenciones.

El total de atenciones respiratorias otorgadas es de aproximadamente 934.

Factores intervinientes:

Habitacionales: humedad, deficiente aislación térmica, uso de leña o carbón en la calefacción. Ambiente: exposición a agroquímicos, sospecha en contaminación de aguas, cercanía a termoeléctrica.

Familiares: hábito tabáquico, hacinamiento, escasa escolaridad dentro de la familia.

Embarazo adolescente: se ha observado que las madres menores de 20 años muestran menor grado de asimilación de educación IRA, educación en lactancia materna y educación antitabaco. Todo anterior influye en mayor duración del cuadro y mayor tasa de reingreso, por esta razón se observa una mayor cantidad de prestaciones que las esperadas para este año, lo cual no es posible objetivar, sino mas bien inferir dado la frecuencia con que estos factores se mencionan dentro de las condiciones habitacionales y ambientales de las familias con personas con afecciones respiratorias.

Hospitalización abreviada

Protocolo de atención de urgencia de manejo ambulatorio ante crisis respiratoria moderada:

- IRA baja de manejo ambulatorio en menores de 5 años
- ASMA en menores 15 años.

Actividades realizadas:

Tratamiento: Sesión única por evento con duración de 1 hora.

Meta: 20 usuarios.

Cumplimiento de meta: Cumplida.

Factores intervinientes: Similares a kine respiratoria.

Actividades necesarias para cumplimiento de meta:

1. Uso de horas indirectas laborales.
2. Reducción del tiempo de atención de los otros usuarios.

Kine respiratoria urgencia:

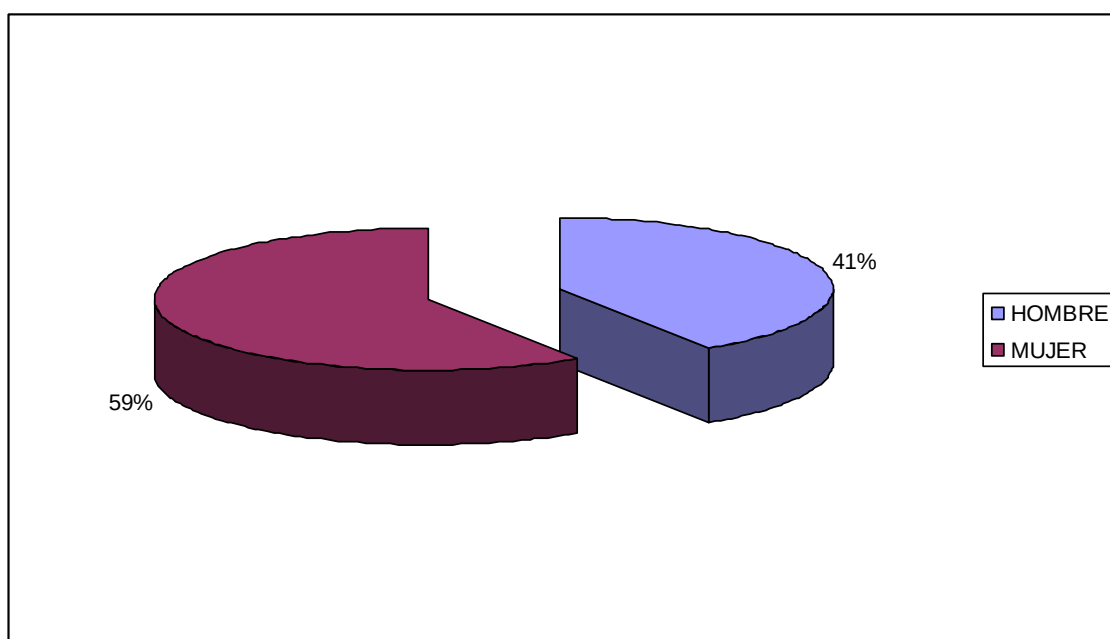
Contabilizado dentro de la cobertura horaria de kine respiratorio. Rendimiento 3/hora. Carga de 1,3 horas semanales que se traducen en 4 cupos por semana sin opción de sobrecupos. Ingreso de cuadros respiratorios GES.

LINEA PROGRAMÁTICA ASISTENCIAL

SAPU SAN PEDRO

Nº de Consultas Médicas en sapu separadas por género y por mes.

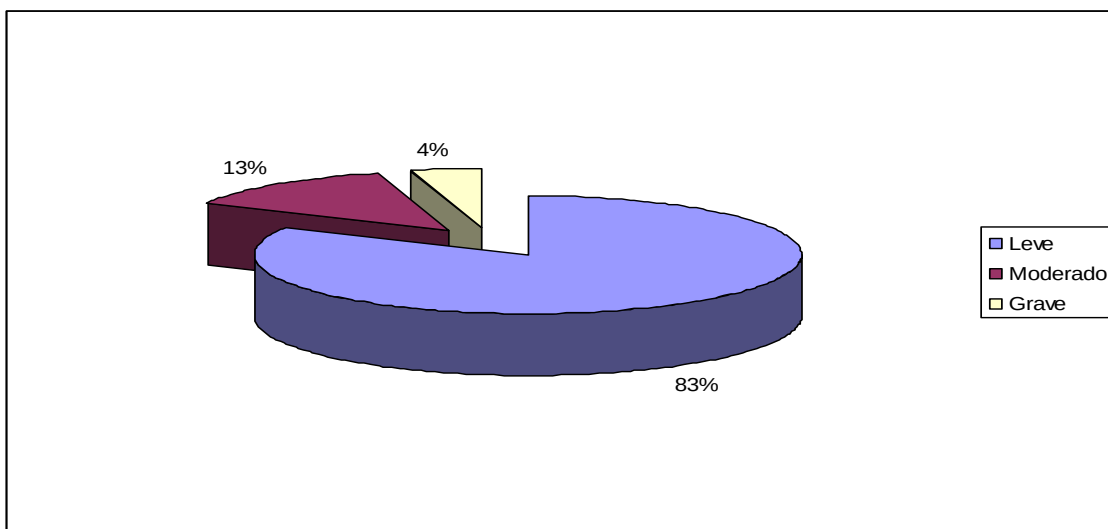
	HOMBRE	MUJER
Enero	134	196
Febrero	101	132
Marzo	130	201
Abril	87	139
Mayo	151	241
Junio	174	235
Julio	110	196
Agosto	224	288
Septiembre	153	187
Octubre	87	153
Noviembre		
Diciembre		
TOTAL	1351	1968



Las personas que han consultado en SAPU en el período corresponden a un 59% de mujeres y 41% de varones. Los meses en que más se concentra la demanda corresponde al período invernal lo que es coherente con los problemas respiratorios atribuibles a las condiciones ambientales. Llama la atención que el mes de enero presenta una alta demanda de atención médica.

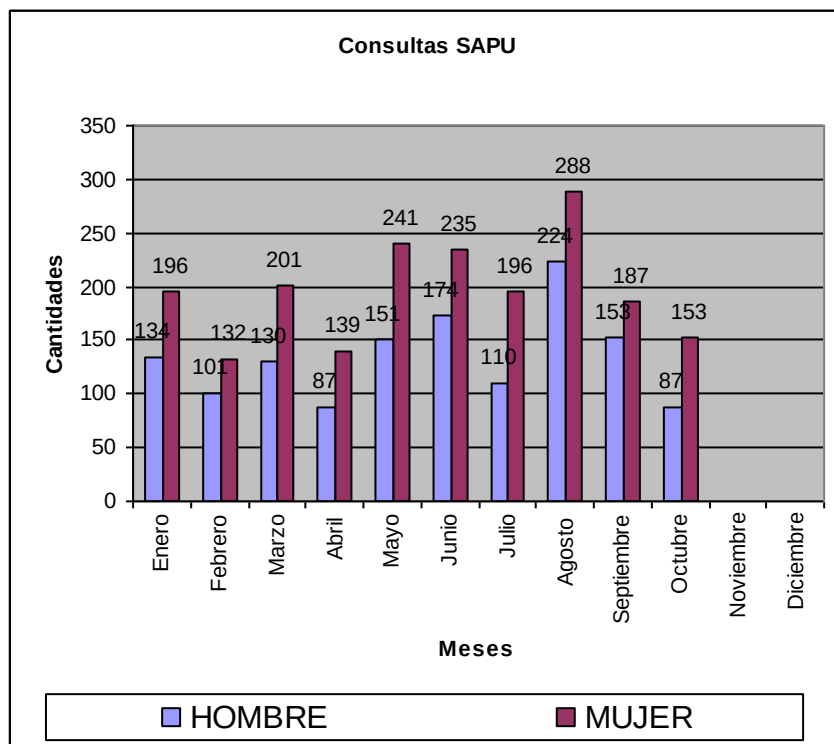
Score de riesgo en niños de 0 a 6 meses de edad.

	Leve	Moderado	Grave
Enero	6	1	0
Febrero	24	2	2
Marzo	14	6	0
Abril	15	4	0
Mayo	20	3	0
Junio	19	2	0
Julio	15	3	0
Agosto	12	2	0
Septiembre	32	4	4
Octubre	37	3	4
total	194	30	10

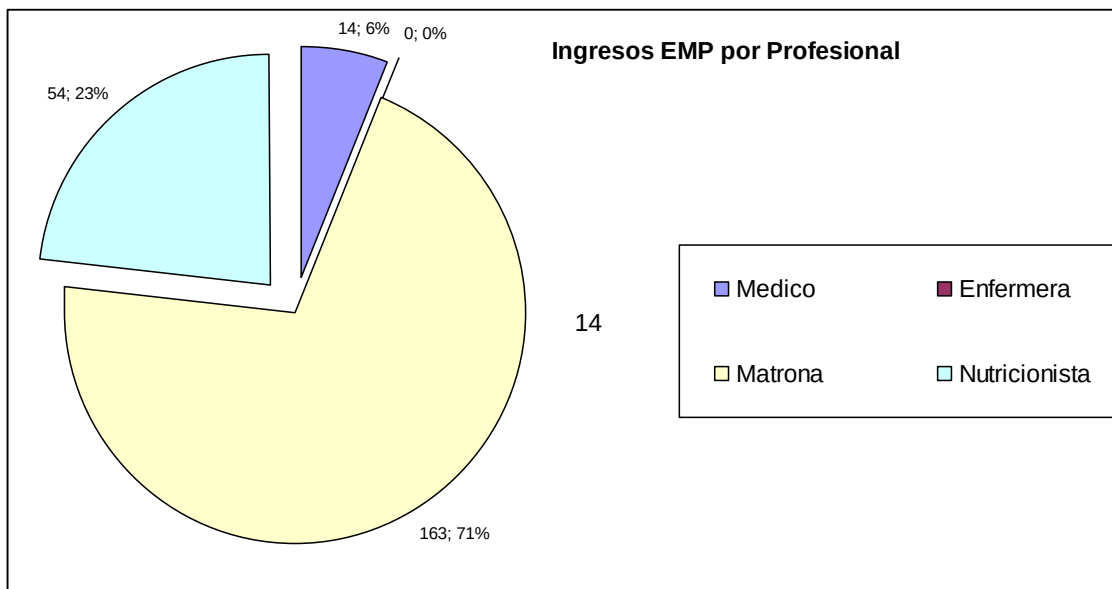


Del total de niños evaluados en el período tenemos que un 17% corresponde a las categorías moderadas o graves con un 13% y un 4% respectivamente. Llama la atención el riesgo moderado ya que se encuentra elevado respecto a las tasas país. Dado que existen distintos componentes para la determinación del riesgo es preciso profundizar en el análisis de los mismos para conocer las causas de este problema y con ello guiar intervenciones de mayor pertinencia.

CONSULTAS MÉDICAS SAPU por mes, año 2010.

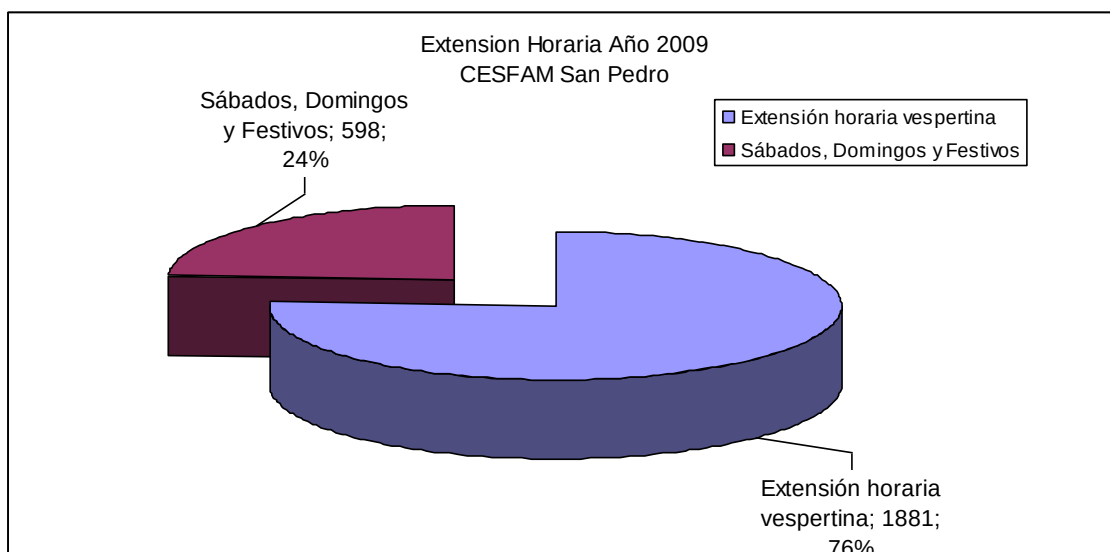


EMP DISTRIBUIDOS SEGÚN PROFESIONAL QUE REALIZA LA ACTIVIDAD

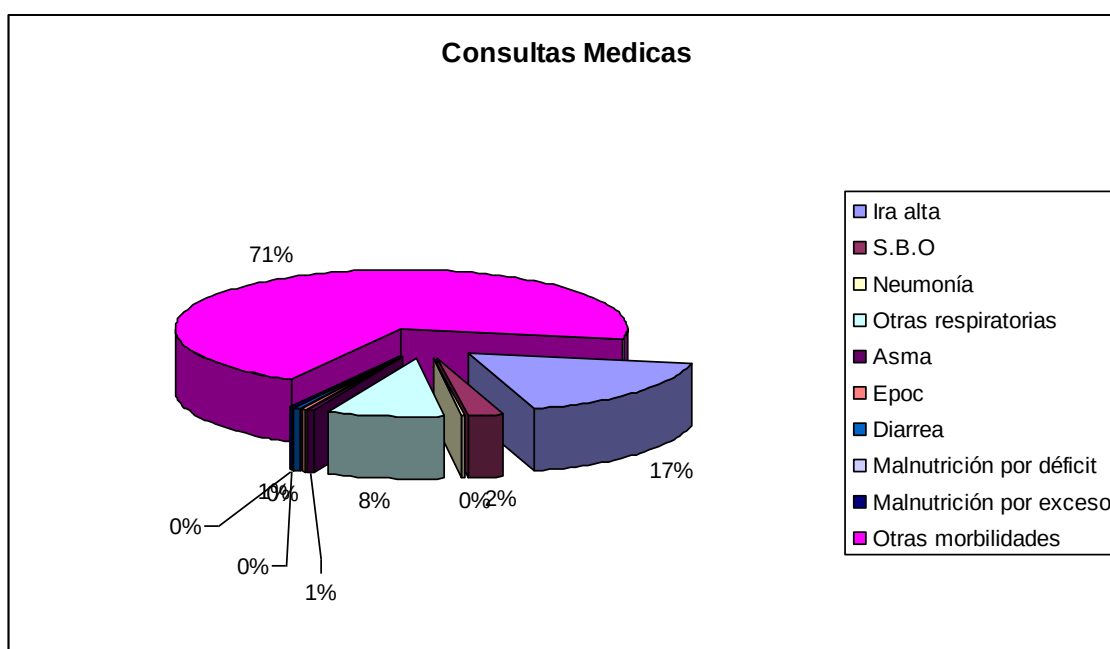


Nos parece interesante reflejar las estrategias diseñadas por el equipo para el logro de las metas y tareas propuestas dado que como lo demuestra el gráfico anterior para la actividad EMP tenemos un importante aporte por parte de la profesional Matrona, luego nutricionista y finalmente médico.

Porcentaje De Atenciones en Extensión horaria médica vespertina y diurna enero a octubre 2010.



Problemas de salud según diagnostico enero a octubre 2010.



LINEA GESTION EN SALUD

Con el objetivo de evaluar el estado de avance de programas y el cumplimiento de indicadores y procesos clínicos, es que el centro realiza en forma regular monitoreo de éstos. Para el año 2011, se pretende construir en base a estos indicadores, una línea de análisis epidemiológico en el centro.

Monitoreo de Procesos Administrativos:

- Monitoreo de procesos GES
- Monitoreo de Cumplimiento IAAPS y Desempeño Colectivo en forma trimestral en conjunto con los profesionales a cargo de cada programa, facilitando la retroalimentación y programación de actividades.

Monitoreo de Procesos Clínicos:

- Monitoreo de registro clínico en fichas clínicas de usuarios, cartolas de registro por programas.
- Supervisión Sapu: Supervisiones directas, telefónicas y revisión de instrumentos de traspaso de información.

Monitoreo Epidemiológico:

- Monitoreo de Mortalidad: Llevar registro local y análisis de la mortalidad del centro, principalmente asociados a Ca, abortos y mortinatos.
- Monitoreo de Morbilidad: Incorporación de la visión de salud ambiental en el registro de atenciones de morbilidad. Creación de un instrumento que permita registrar morbilidad posiblemente asociada al uso de agrotóxicos.
- Monitoreo de Malformaciones: Registro y seguimiento de casos de usuarios con malformaciones.

Monitoreo de Demanda:

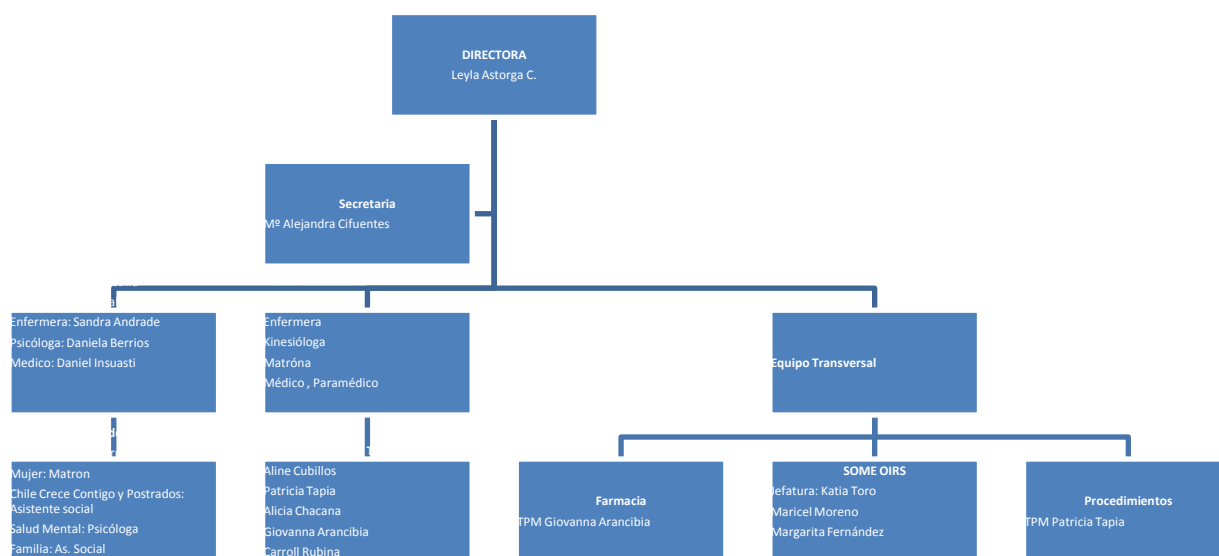
- Agendas Compartidas
- Listas de Espera

Satisfacción Usuaría:

Aplicación de Encuesta de Satisfacción Usuaría. Utilización de resultados como herramienta para calificaciones del desempeño del personal así como insumo para el análisis de los procesos del centro en las reuniones de equipo de gestión y reuniones generales de equipo.

DESARROLLO DEL RECURSO HUMANO

ORGANIGRAMA



CAPACITACIÓN, AUTOCAPACITACION Y AUTOCUIDADO

A la luz de una visión de salud integral y holística, es que podemos identificar al equipo que trabaja en salud, como parte de un sistema, que, junto con los usuarios externos, los programas de intervención y la institucionalidad, dan forma a un sistema denominado salud.

Dentro de esta visión, el abordaje de los equipos de salud, a través de la generación de espacios de fortalecimiento y bienestar para ellos, se torna un elemento de igual importancia que el abordaje del resto de los elementos que forman el sistema salud.

Cuando nos referimos a promoción de salud dentro de los equipos de agentes en salud, debemos tener en cuenta que, ellos, deben asumir el autocuidado como una vivencia cotidiana, pues, al vivir saludablemente, la promoción de la salud favorece compartir sus propias vivencias. En la medida que el personal de salud vive el autocuidado, está en condiciones de difundir la salud a los demás. El personal de salud, debe buscar espacios de reflexión y discusión acerca de lo que la gente sabe, vive y siente en las diferentes situaciones de la vida y la salud, identificando prácticas de autocuidado favorables y desfavorables, promoviendo así, mediante un proceso educativo de reflexión- acción, el regreso a la práctica para transformarla.

Es así como, el desarrollo de dichas prácticas favorecerá el trabajo que el equipo pueda desarrollar con los usuarios externos. En la medida que el equipo pueda identificar y llevar a cabo a través de procesos de aprendizaje activos prácticas de autocuidado, podrá, por una parte, desarrollar una mayor empatía con el usuario externo, entregando así un servicio más humano y de mayor calidad y, por otra, generar bienestar en su salud, impactando positivamente en su calidad de vida, cooperando así, con la formación de un equipo de atención en salud conciente de dichas prácticas, capaces de aplicarlas en su vida y promoverlas en la de los otros. Pensando en un mejor trabajo con el usuario externo y siguiendo como los procesos activos de aprendizaje, se incorpora desarrollar en el equipo de trabajo herramientas para la promoción en salud, lo cual permitirá a los trabajadores adquirir nuevos conocimientos, habilidades y destrezas que permitirán ampliar su repertorio técnico para el trabajo en equipo con sus compañeros de labor y hacia la atención del usuario externo. En la medida que el recurso humano cuenta con las herramientas para alcanzar sus objetivos, nos acercamos con mayor seguridad a alcanzar un impacto positivo en la comunidad.

El programa de desarrollo del recurso humano de nuestro centro de salud se divide en los siguientes espacios:

- Espacios de capacitación y autocapacitación

- Espacios de autocuidado
- Aplicación de EMP funcionarios. Actualización de examen a funcionarios antiguos y toma de examen para funcionarios nuevos.

Las áreas de autocapacitaciones son las siguientes:

- Manejo de Crisis. Psicóloga Daniela Berríos.
- Modelo de Consejería Familiar Breve. Psicóloga Daniela Berríos, Asistente Social Alvaro Castillo.
- Habilidades básicas para el manejo de grupos: Psicóloga Daniela Berríos
- Actualización en modelo de salud familiar: Leyla Astorga, Daniela Berríos
- Actualización de Manejo en Caso de Catástrofe y Plan de Contingencia: A cargo de las jefaturas del centro y a realizarse en forma trimestral.

Para el año en curso, se proyecta realizar una capacitación en Salud Familiar y Naturopatía como Medio de Prevención en Salud. Esta práctica se dirige a la educación, prevención, promoción y sanación del ser humano, con una visión integrativa de éste como un ser individual, único e irrepetible. Incluyendo dentro del proceso de sanación todo su entorno: familiar, laboral, social, etc.

Dentro de este contexto se aprecia coherencia entre esta mirada y el enfoque de salud familiar donde el individuo se encuentra inserto y hacia donde se dirigen las acciones del equipo de salud. Se realizarán talleres teórico-prácticos por medio de los cuales se espera que los participantes entiendan los fundamentos de la Naturopatía; disciplina complementaria que busca, con una mirada holística el reencuentro de las personas con su estado natural de bienestar. También se realizará un curso básico de Shiatsu, esta es una disciplina de origen japonés, cuyo objetivo es el de mejorar la salud estimulando la capacidad natural autocurativa del organismo a través de presiones (dígitopresión) que se reparten por todo el cuerpo.

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

CARACTERÍSTICAS DEL CENTRO DE SALUD.

El Centro de Salud, se caracteriza por ser un establecimiento Rural, que posee la instalaciones básicas diseñada hace ya 16 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 Atención Familiar, Box de preparación área de la Mujer y Vida en Pareja e Infantil y Cardiovascular, Box de Farmacia, Box de Entrega de Alimentos, Esterilización, Box de Tratamiento, Extracción de muestras y Vacunatorio, Sala de Cirugía Menor , dos salas de espera de tipo general, un rincón infantil y un área de funcionarios.

Dentro del Personal cuenta con:

PROFESIONALES Y PERSONAL	HORAS SEMANALES
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, promoción, 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
12. Psicopedagoga	8

Durante el período 2010, 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, 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 las instancias de trabajar con los colegios, jardín infantil, y las mesas territoriales de Santa Olivia, Los Almendros y las Pataguas, ha permitido, un trabajo mas dinámico y concatenado en la permanente búsqueda de 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 resolutivo en lo concerniente a la salud Individual, Familiar y comunitario, aún 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 la infraestructura, se habilitó espacio para Sala de Entrevistas familiares, y que ha facilitado mucho el trabajo del Psicólogo así como también de la Psicopedagoga.

Además por iniciativa del Equipo de Salud, y con el apoyo del Departamento de salud, también fue habilitado el espacio para usarlo como Estacionamiento de los vehículos de los funcionarios, ya que representaba un serio peligro para nuestros usuarios, la ocupación de la calle en este sentido, lo que hacía prever accidentes que son evitables a todas luces.

En el plano resolutivo, hemos seguido avanzando en lo referente a visitas domiciliarias integrales a todos los pacientes que lo requieran, infantil,

embarazadas, 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, cubriendo las necesidades de la comuna de Quillota, se ha sumado, la habilitación de la Sala de Cirugía menor, también para satisfacer las necesidades comunales, se ha continuado con la 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 continuó con la participación del Equipo con representación profesional en cada una de las Mesas Territoriales antes citadas, y se trabajó en las siguientes líneas de acción

1. **Reforzamiento de la Identidad Cultural del Sector.** Con actividades tales como: Concurso de Pintura en el Mes del Mar, Juegos Criollos con los niños para el Bicentenario.
2. **Promoción de Salud:** Ciclo de Vida Sana con Jardín Infantil Caperucita, Encuentros mensuales con Adulto mayor, que se convirtió en el Club del Adulto Mayor.
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

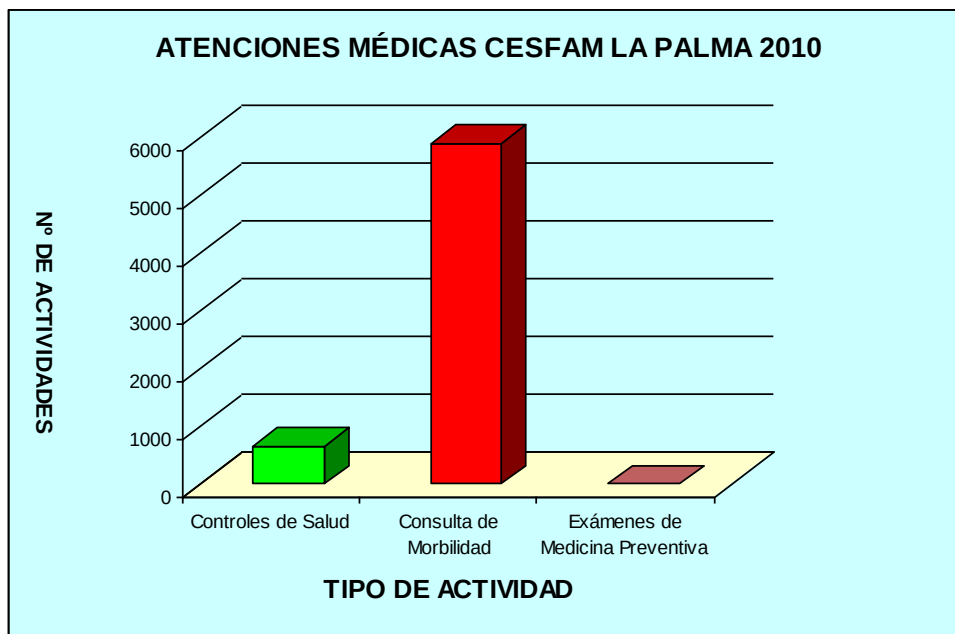
A.- Registro estadístico – Epidemiológico:

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 el 2010

1.- Atenciones Médicas por actividad

	TOTAL	ENE	FEB	MAR	AB	MAY	JUN	JUL	AG	SEP	OC	N	D
Actividad	6.551	376	535	769	707	742	625	678	801	697	621	0	0
Controles de Salud	655	7	131	135	4	4	51	55	80	95	93	0	0

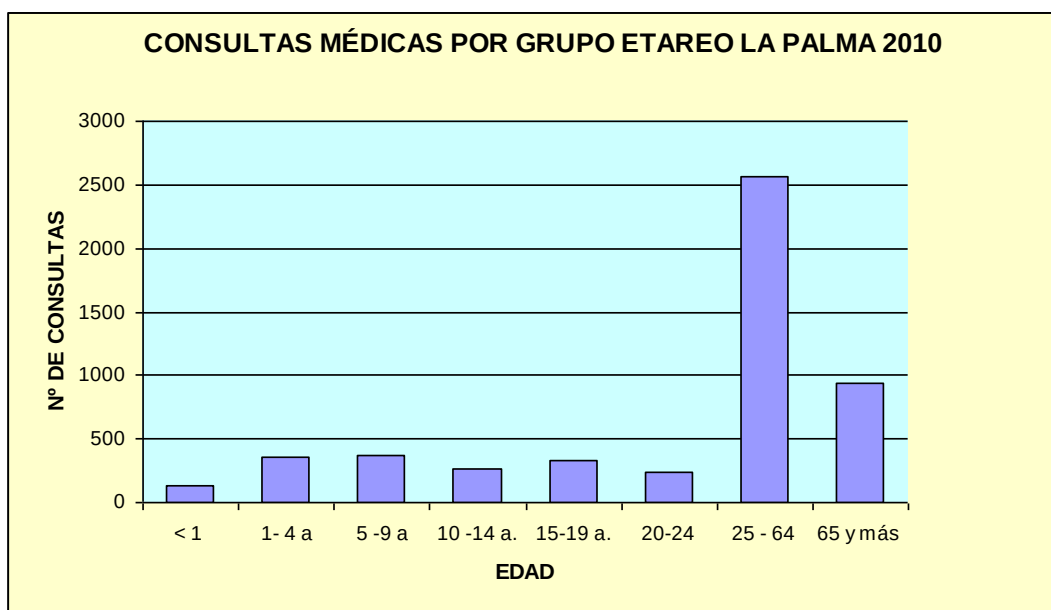
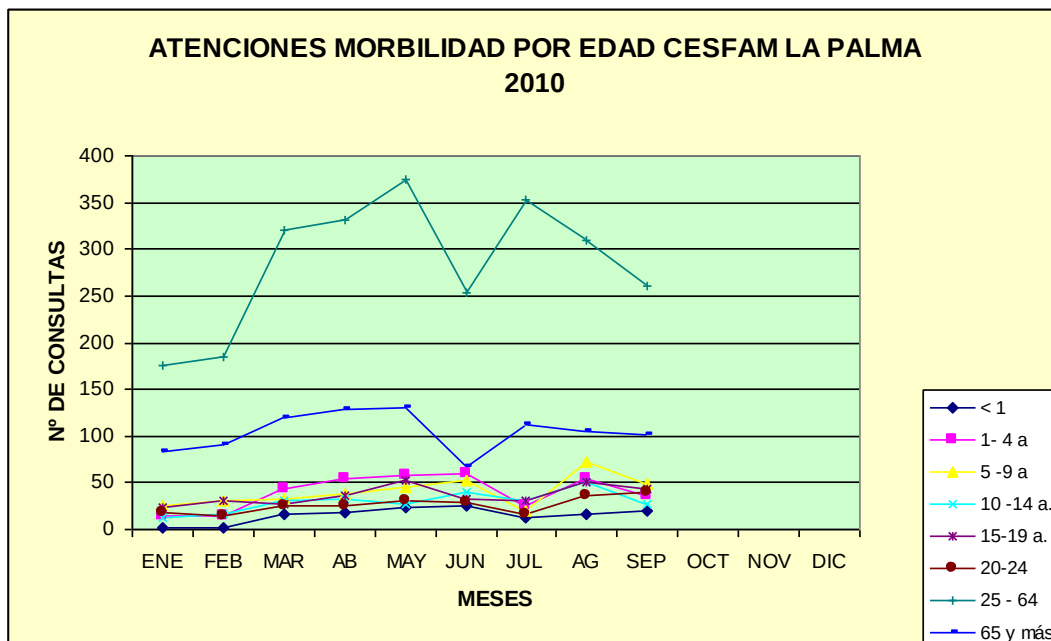
Consulta de Morbilidad	5.895	369	404	633	703	738	574	623	721	602	528	0	0
Exámenes de Medicina Preventiva	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0



El profesional médico centraliza su atención en la consulta de morbilidad, sin embargo está dentro del Equipo para acciones como los controles de salud y exámenes de salud preventivo.

2.- Atenciones Médicas por morbilidad por edades.

	ENE	FEB	MAR	AB	MAY	JUN	JUL	AG	SEP
< 1	2	2	16	18	23	26	13	17	20
1- 4 a	14	14	44	54	58	59	26	54	36
5 -9 a	25	31	32	38	45	52	20	72	49
10 -14 a.	13	17	30	33	28	39	30	50	27
15-19 a.	23	30	28	36	53	33	30	51	44
20-24	18	14	25	25	30	29	17	36	39
25 - 64	176	185	320	331	374	254	353	309	261
65 y más	84	91	119	129	131	67	113	105	102

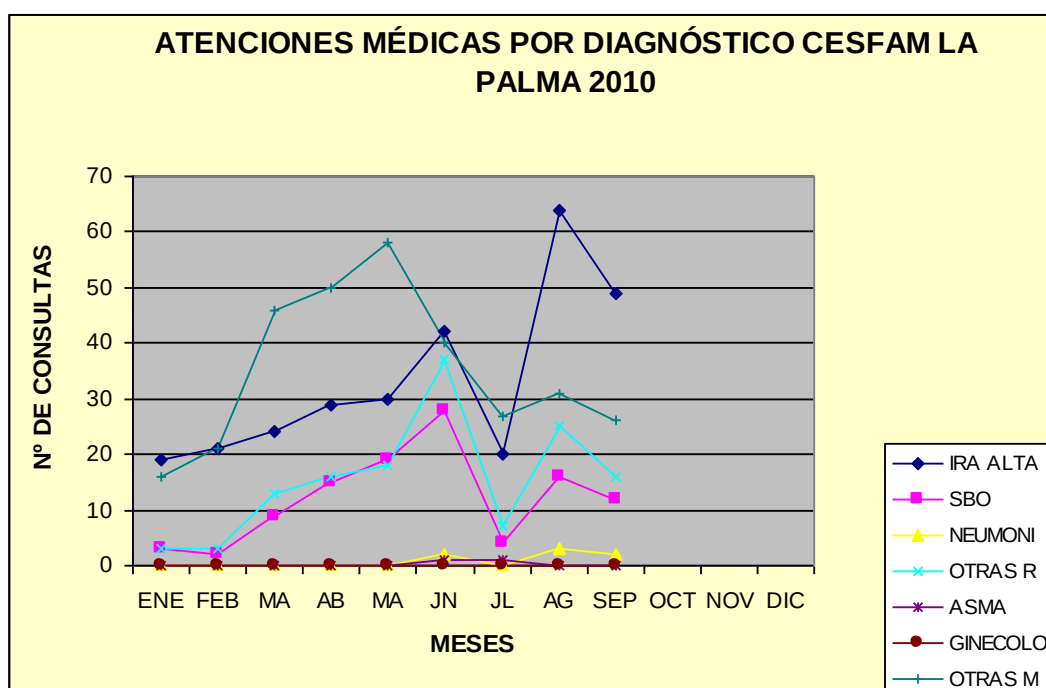


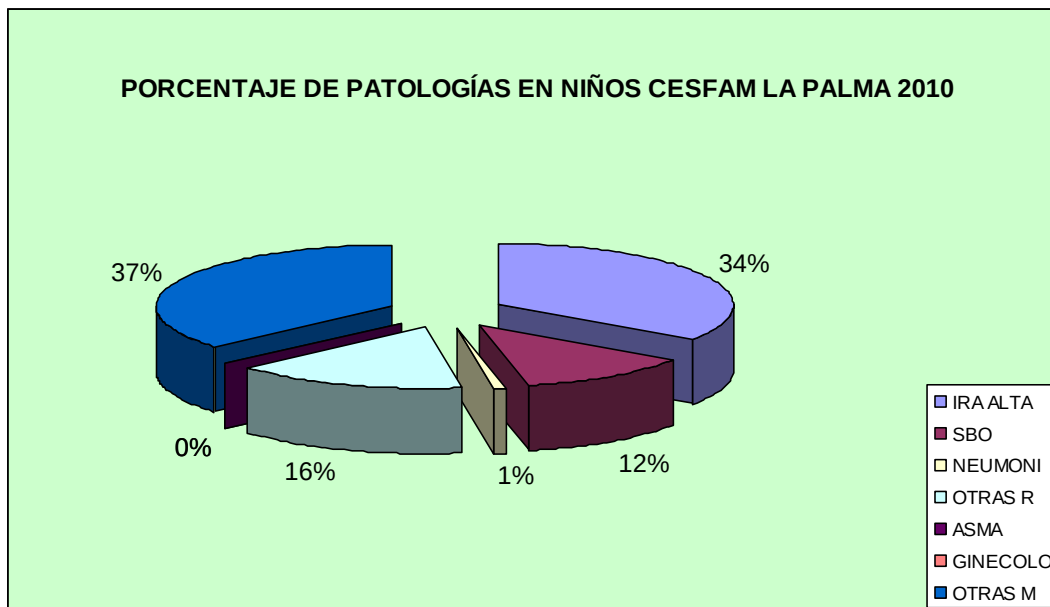
Se hace evidente que el grupo etáreo que mas consulta como en los años anteriores, es el adulto de entre 25 y 64 años, seguido de los niños hasta los 14 años y finalmente el adulto mayor.

3.- Atenciones médicas por programa y grupo diagnóstico:

INFANTIL

	ENE	FEB	MA	AB	MA	JN	JL	AG	SEP	OCT	NOV	DIC
IRA ALTA	19	21	24	29	30	42	20	64	49			
SBO	3	2	9	15	19	28	4	16	12			
NEUMONI	0	0	0	0	0	2	0	3	2			
OTRAS R	3	3	13	16	18	37	7	25	16			
ASMA	0	0	0	0	0	1	1	0	0			
GINECOLO	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
OTRAS M	16	21	46	50	58	40	27	31	26			

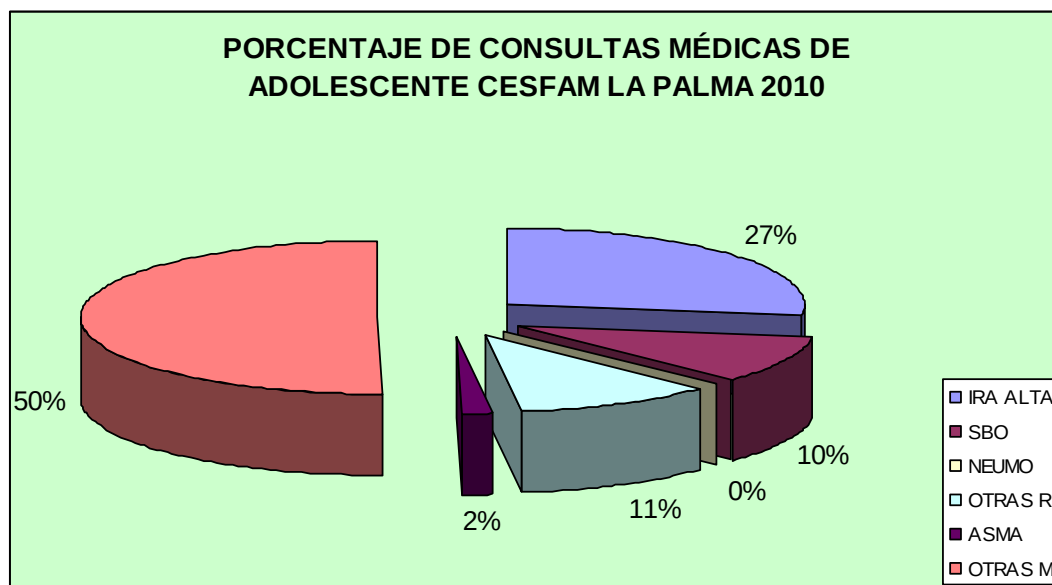
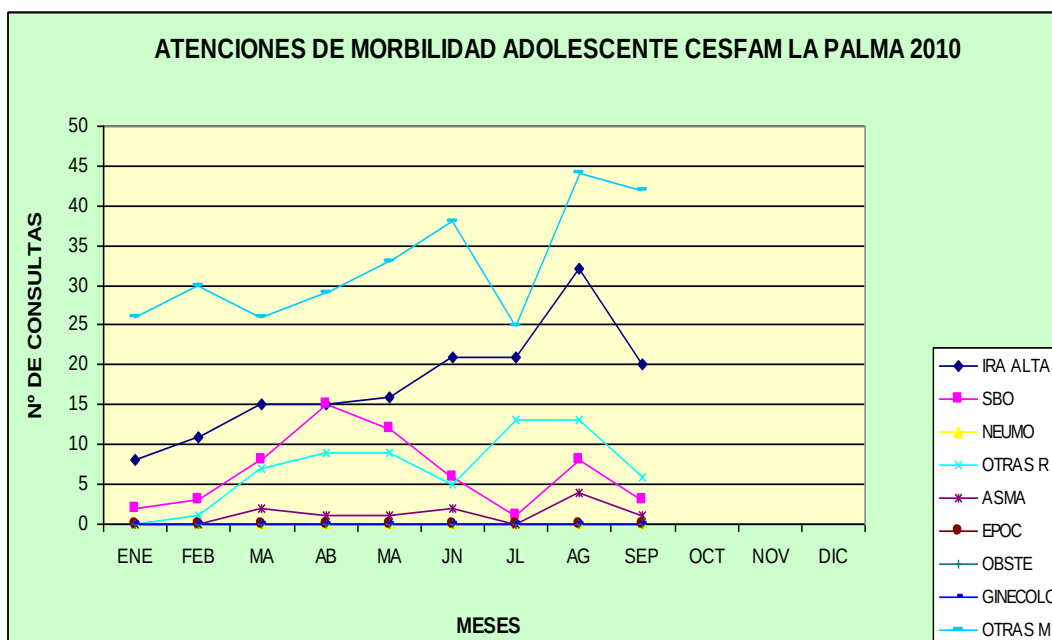




Se evidencia en los gráficos que la morbilidad infantil durante este año realizó dos peak, que se inició en Mayo y el mayor repunte fue en Agosto, predominan las infecciones respiratorias altas, que prácticamente igualan a otras patologías que no tienen que ver con el sistema respiratorio, se destaca además que el SBO, se produjo en Mayo su mayor prevalencia, y en porcentaje es la tercera en causal de consulta, esto se da muy en especial en los niños menores de 5 años.

ADOLESCENTE

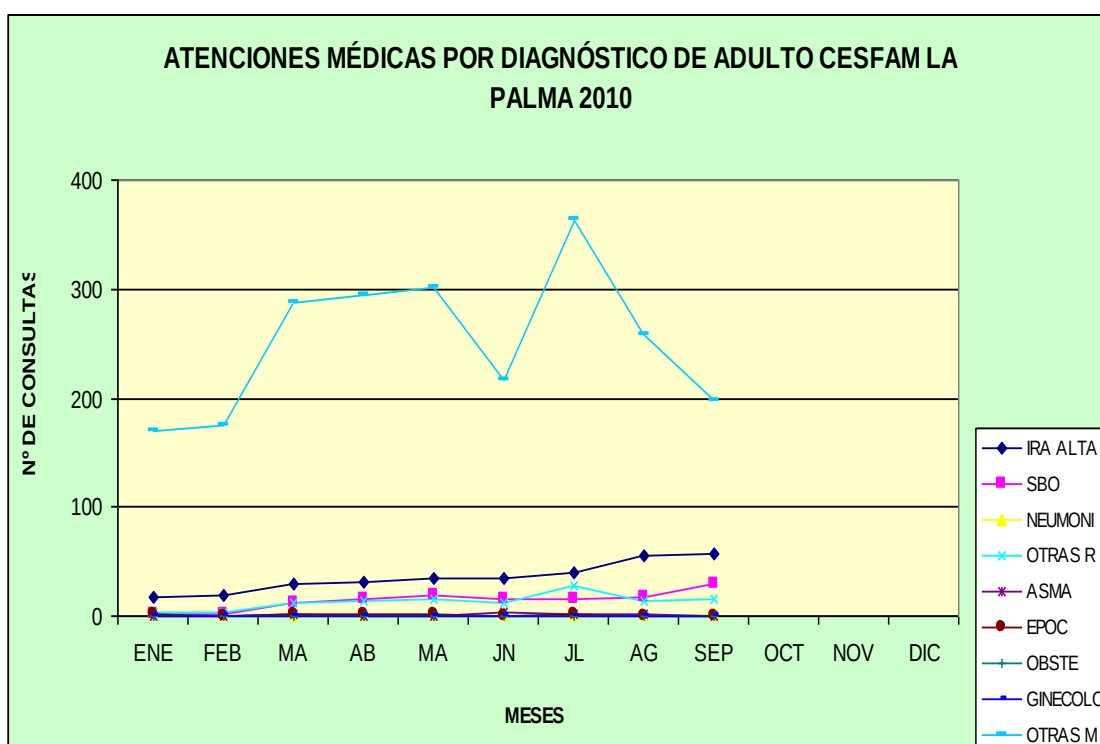
DIAGNÓS	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
IRA ALTA	8	11	15	15	16	21	21	32	20			
SBO	2	3	8	15	12	6	1	8	3			
NEUMO	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
OTRAS R	0	1	7	9	9	5	13	13	6			
ASMA	0	0	2	1	1	2	0	4	1			
EPOC	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
OBSTE	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
GINECOLO	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
OTRAS M	26	30	26	29	33	38	25	44	42			

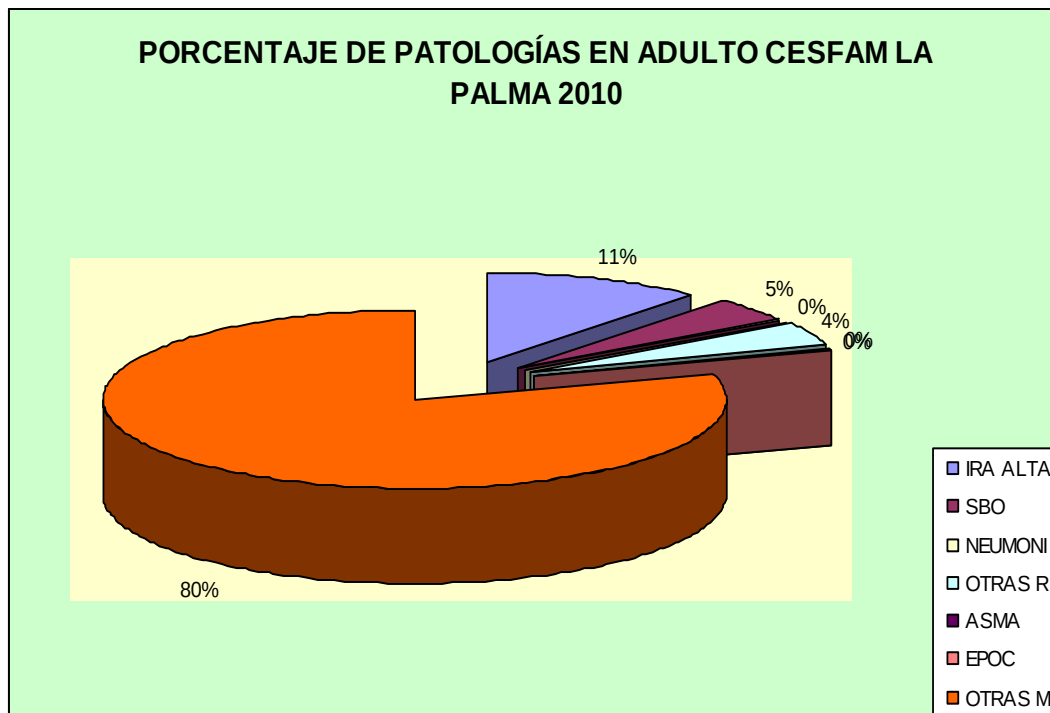


En la adolescencia es evidente observar que lo respiratorio con lo no respiratorio es prácticamente la mitad de la consulta médica, prevaleciendo en lo respiratorio las infecciones respiratorias altas y aún con un porcentaje importante la obstrucción de las vías aéreas en cuadros agudos.

ADULTO

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
IRA ALTA	18	19	30	32	35	35	39	55	57			
SBO	2	2	12	15	19	16	15	18	29			
NEUMONI	0	0	0	0	0	0	1	0	1			
OTRAS R	3	3	12	14	16	12	28	13	16			
ASMA	0	0	2	0	0	3	1	1	0			
EPOC	1	0	1	1	2	0	1	0	0			
OBSTE	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
GINECOLO	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
OTRAS M	170	175	288	294	302	217	363	258	197			

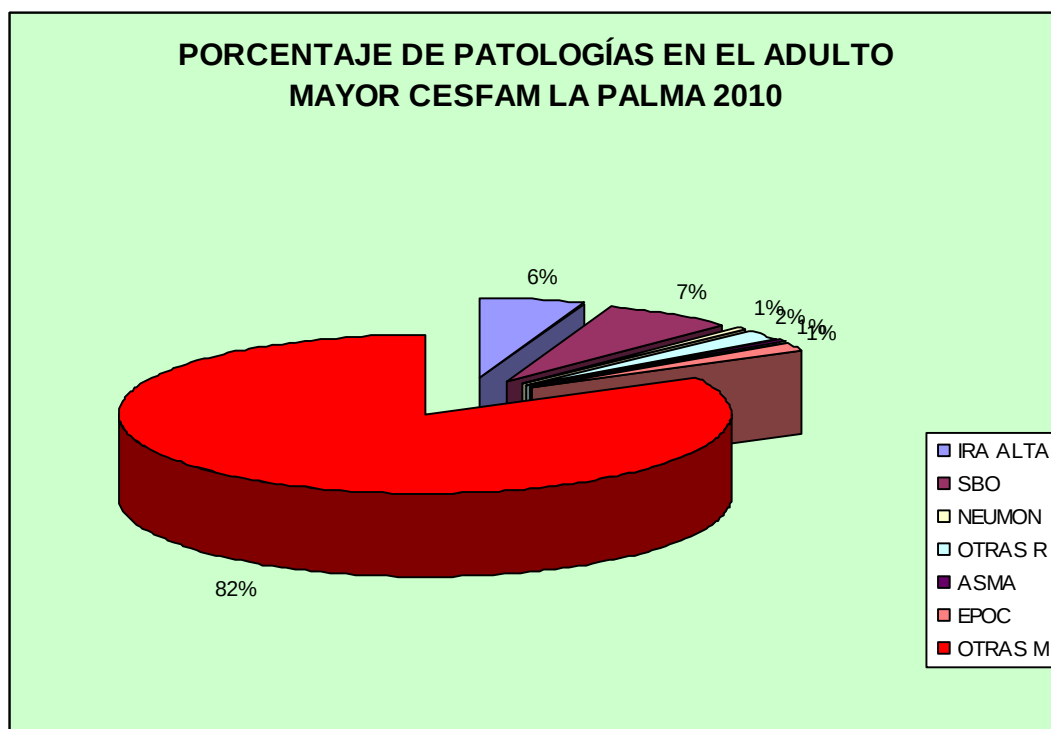
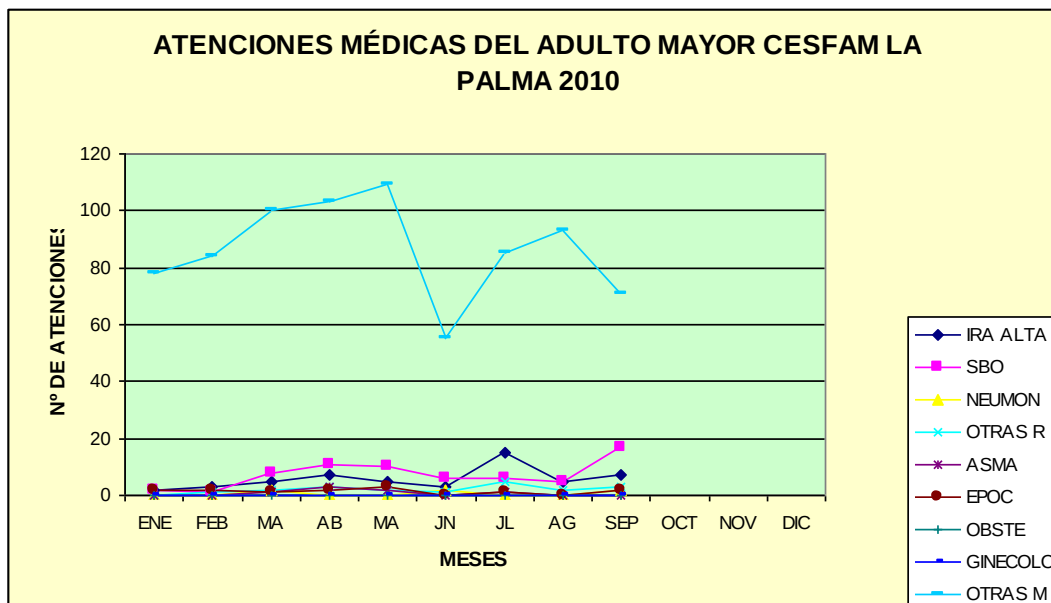




Con los adultos se hace evidente que predominan otras patologías y no las respiratorias que solo alcanzan el 20% del total, por tanto las preocupaciones son otras y tienen que ver con el daño inminente de las personas a esta edad.

ADULTO MAYOR

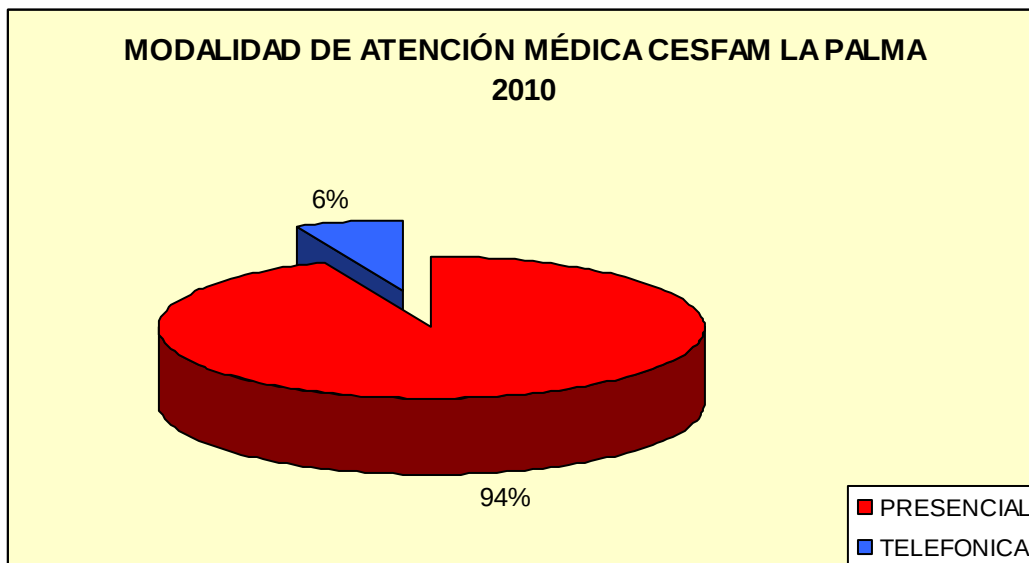
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
IRA ALTA	2	3	5	7	5	3	15	5	7			
SBO	2	1	8	11	10	6	6	5	17			
NEUMON	0	0	2	0	0	2	0	0	2			
OTRAS R	0	1	2	3	2	1	5	2	3			
ASMA	0	0	1	3	2	0	1	0	0			
EPOC	2	2	1	2	3	0	1	0	2			
OBSTE	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
GINECOLO	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
OTRAS M	78	84	100	103	109	55	85	93	71			



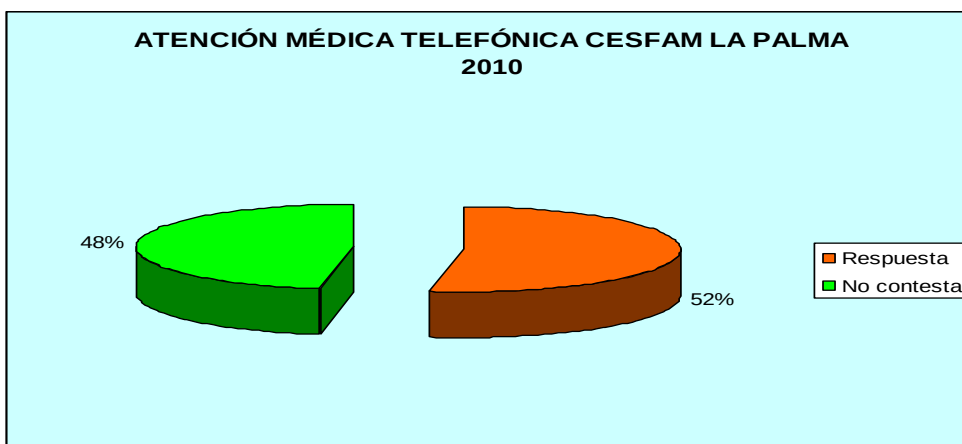
En la presentación de las patologías en el adulto mayor, las consultas semejan a las del adulto, incluso disminuyendo aún mas las consultas por patologías de origen respiratorio haciéndose evidente ya las patologías de incumbencia crónica en lo respiratorio.

A partir del 2010, se integró la modalidad de atención médica telefónica, en el área de morbilidad esto surge a por que debemos crear instancias en donde las horas profesionales se hagan mucho mas efectivas y por tanto rindan al 100%, se inicia con la entrega vía telefónica de los resultados de

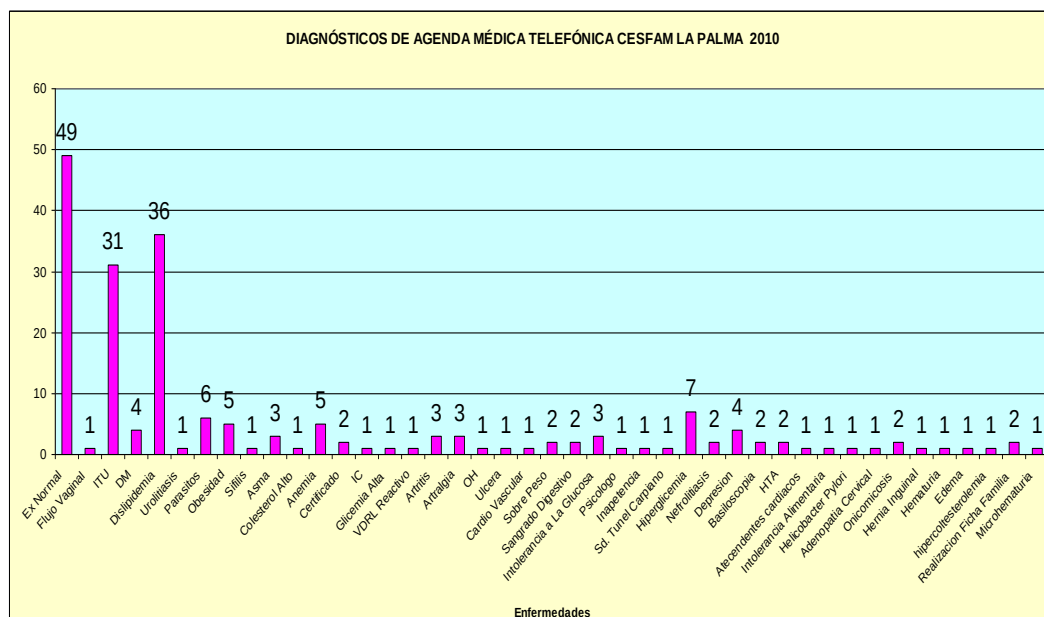
exámenes, estas han sido un total de 372, que del total de 5930 consultas de atención médica a Septiembre por morbilidad representa el 6.2%.



De la resolución de la Agenda telefónica, se obtuvo respuesta en 195 llamados, de los 372 efectuados que representa el 52%, y en 177 no hubo respuesta, que representa el 48%, la razón de ello son varias, es una modalidad nueva de atención por tanto los usuarios deben adaptarse a ella, porque se sorprenden en primera instancia, no existe actualización responsable de los teléfonos de las personas lo que permite ubicarlas, además se aprecia que estos llamados telefónicos deben hacerse en horas de medio día que es donde mas accesibles están nuestros usuarios por sus características rurales y agrícolas.



La variabilidad de patologías que aparecen son innumerables, se destacan Infección de Vías urinarias (32) y dislipidemia (36), además de un número muy significativo de exámenes normales (49), esto ha contribuido a gestionar de mejor manera el rendimiento de las horas semanales de médico para atención de morbilidad que son 32, debido a que se resuelven de forma adecuada patologías que no requieren intervención no invasiva en forma satisfactoria.



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

2010

INGRESO
INTERCONSULTAS POR ESPECIALIDAD
H.S.M.Q

PRIMER SEMESTRE 2010

DERMATOLOGIA	20
MEDICINA INTERNA	33
CIRUGIA INFANTIL	9
CARDIOLOGIA	27
ECO-CERVICAL	4
CIRUGIA GENERAL	25
HEMATOLOGIA	6
POLI-CHOQUE	5
TAMIZAJE	10
NEUROLOGIA ADULTO	37
UROLOGIA	29
ENDOCRINOLOGIA	5
U.EMERGENCIA	11
ENDOSCOPIA	7
ENDODONCIA	6
POLI-GINECOLOGIA	4

EX.LABORATORIO	9
ECOTOMOGRAFIA	2
NEUROLOGIA INFANTIL	8
NEONATOLOGIA	3
NUTRICIONISTA	10
PEDIATRIA	7
GINECOLOGIA	25
CONTROLES	1
KINESIOLOGIA	6
ECO-ABDOMINAL	5
ECO-RENAL	1
CIRUGIA DE MAMAS	2
REUMATOLOGIA	1
TRAUMATOLOGIA	1
NEUMOTISILOGO	6
EPILEPSIA	2

OFTALMOLOGIA	17
ODONTOLOGIA	9
HOLTER DE P.ARTERIAL	2
NEFROLOGIA	9
ALTO RIESGO	2
OTORRINO	2

GASTROENTEROLOGIA	3
PATOLOGIA CERVICAL	7
PROCTOLOGIA	1
RADIOLOGIA	5
POD	2
TOTAL	386

**INGRESO
INTERCONSULTAS POR ESPECIALIDAD
H.S.M.Q**

SEGUNDO SEMESTRE 2010

DERMATOLOGIA	6
MEDICINA INTERNA	15
CIRUGIA INFANTIL	12
CARDIOLOGIA	16
CIRUGIA ADULTO	18
HEMATOLOGIA	5
POLI-CHOQUE	5
TAMIZAJE	4
NEUROLOGIA ADULTO	26
UROLOGIA	15
ENDOCRINOLOGIA	3
U.EMERGENCIA	10
ENDOSCOPIA	7
ENDODONCIA	1
OFTALMOLOGIA	9
ODONTOLOGIA	5

EX.LABORATORIO	1
ECOTOMOGRFIA	2
NEUROLOGIA INFANTIL	7
NEONATOLOGIA	1
NUTRICIONISTA	7
PEDIATRIA	4
GINECOLOGIA	21
CONTROLES	3
KINESIOLOGIA	1
ECO-ABDOMINAL	2
ECO-RENAL	1
PSIQUIATRIA	2
ELECTROENCEFALOGRA MA	3
TRAUMATOLOGIA	2
NEUMOTISILOGO	11
EPILEPSIA	1

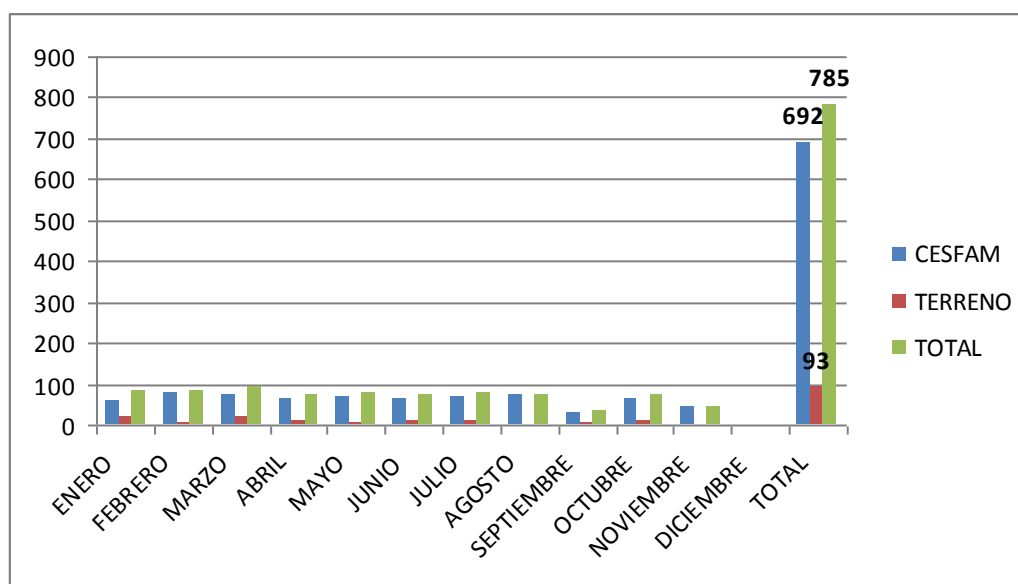
HOLTER DE P. ARTERIAL	3
NEFROLOGIA ADULTO	5
NEFROLOGIA INFANTIL	2
ALTO RIESGO	9
OTORRINO	3

GASTROENTEROLOGIA	6
PATOLOGIA CERVICAL	6
PROCTOLOGIA	2
RADIOLOGIA	2
TOTAL	263

El total de Interconsultas emitidas es de 649, hacia el hospital San Martín de Quillota, siendo las especialidades mas requeridas Neurología, Ginecología y Medicina Interna.

CLASIFICACIÓN DE INTERCONSULTAS POR MODO DE ENTREGA AÑO 2010

MES	CESFAM	TERRENO	TOTAL
ENERO	61	20	81
FEBRERO	80	5	85
MARZO	73	22	95
ABRIL	65	10	75
MAYO	70	7	77
JUNIO	62	9	71
JULIO	68	9	77
AGOSTO	74	0	74
SEPTIEMBRE	30	3	33
OCTUBRE	64	8	72
NOVIEMBRE	45	0	45
DICIEMBRE			0
TOTAL	692	93	785
%	88,152866	11,8471338	100

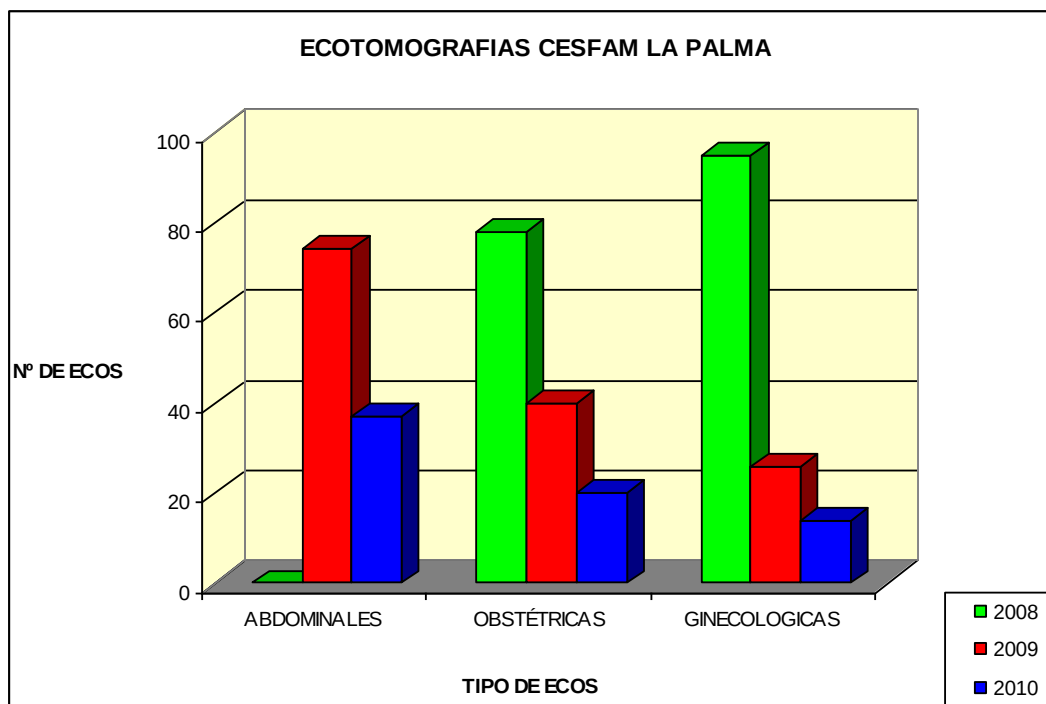


En el año 2010, el área de admisión decidió entregar interconsultas en establecimiento luego de contacto con usuarios beneficiarios de esta prestación, por vía telefónica principalmente para permitir mejor rendimiento de horas vehículo que para nuestro establecimiento están asignadas en 16 horas semanales, y hasta el año 2009 consumía en la entrega de interconsultas un promedio de 6 horas semanales, lo que restaba para realizar otras acciones que son importantes para nuestro establecimiento, durante este año se han entregado el 88% (692) de las interconsultas y tan solo 93 han sido entregadas en terreno (12%).

Es así como durante este año, se han entregado con hora dada 785 interconsultas, que son 136 interconsultas mas de las emitidas desde nuestro centro, lo que equivale al 17.3% mas, esto se explica porque existen usuarios del sector que se atienden en otros establecimientos de la Red Quillota de APS, pero que por lugar de vivienda nosotros la entregamos, y además este grupo también integra las interconsultas que son emitidas desde el H.S.M.Q, para otras especialidades.

Respecto a procedimientos y exámenes complementarios que permiten realizar una mejor aproximación diagnóstica, nuestro CESFAM, al igual que los otros Centros rurales, solicita Ecografías dentro del Sistema, dirigiendo las solicitudes al Centro de Salud Dr. Miguel Concha.

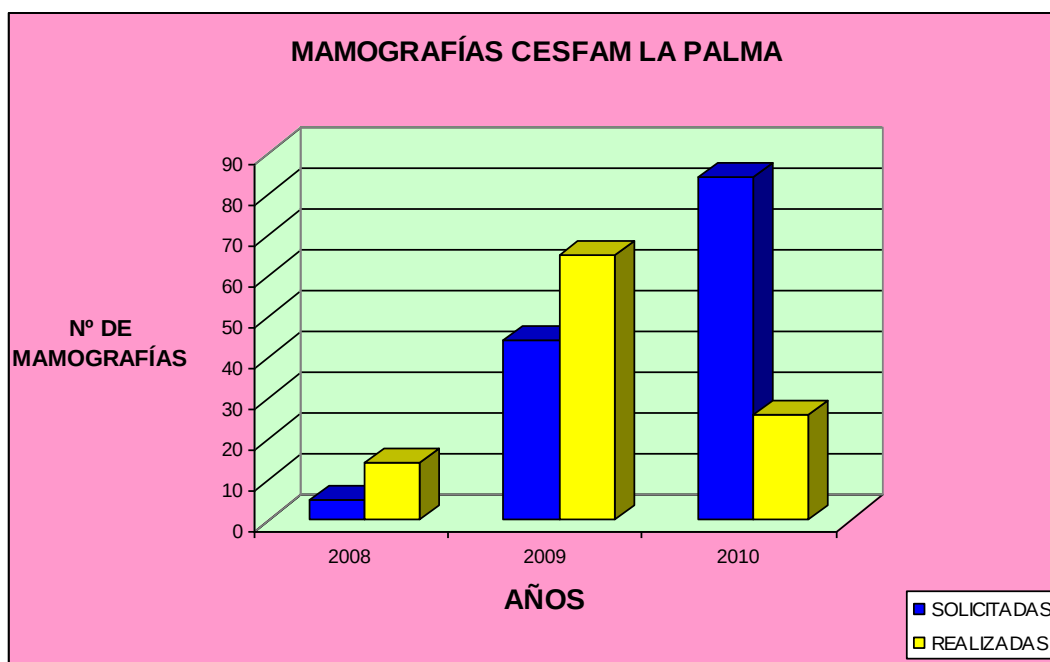
ECOS	ABDOMINALES	OBSTÉTRICAS	GINECOLOGICAS	TOTAL
2008	.53	78	95	173
2009	74	40	26	140
2010	37	20	14	71



Las mamografías por convenio con la empresa “Todo Salud”, 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
2010	84	26

Este año se ha notado una disminución en la realización de mamografías, probablemente porque los convenios son tardíos en general todos los años.



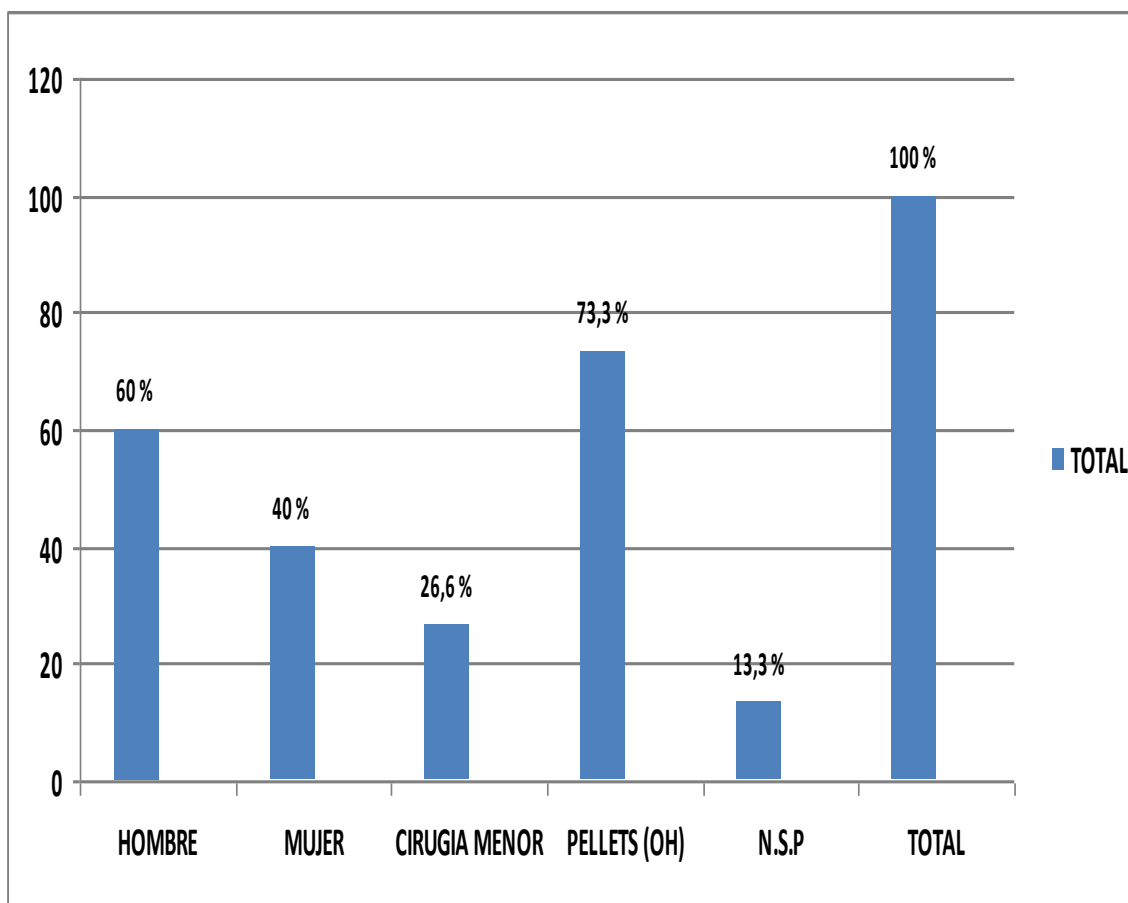
En la contribución a resolutiveidad local y de la comuna:

en nuestro CESFAM, se instala pellets para personas con problemas de alcoholismo derivadas de toda la comuna, y se ha realizado cirugías menores.

2010

MES	HOMBR E	MUJER	CIRUGIA MENOR	PELLETS (OH)	N.S.P	TOTAL
ENERO	1	0	0	1	0	1
FEBRERO	1	1	1	1	0	2
MARZO	0	0	0	0	0	0
ABRIL	2	3	2	3	1	5
MAYO	0	1	1	0	0	1
JUNIO	1	1	0	2	0	2
JULIO	0	0	0	0	0	0
AGOSTO	2	0	0	2	1	2

SEPTIEMBRE	0	0	0	0	0	0
OCTUBRE	1	0	0	1	0	1
NOVIEMBRE	1	0	0	1	0	1
DICIEMBRE						0
TOTAL	9	6	4	11	2	15
%	60	40	26,66666667	73,33333333	13,33333333	100



CUADRO COMPARATIVO DE ACCIONES DE RESOLUTIVIDAD CESFAM LA PALMA

Acciones	2008	2009	2010
Instalación de Pellets para programa del alcoholismo.	6	22	11
Cirugía menor	0	11	4
Antígeno prostático*	6	67	45
TOTAL	12	100	60

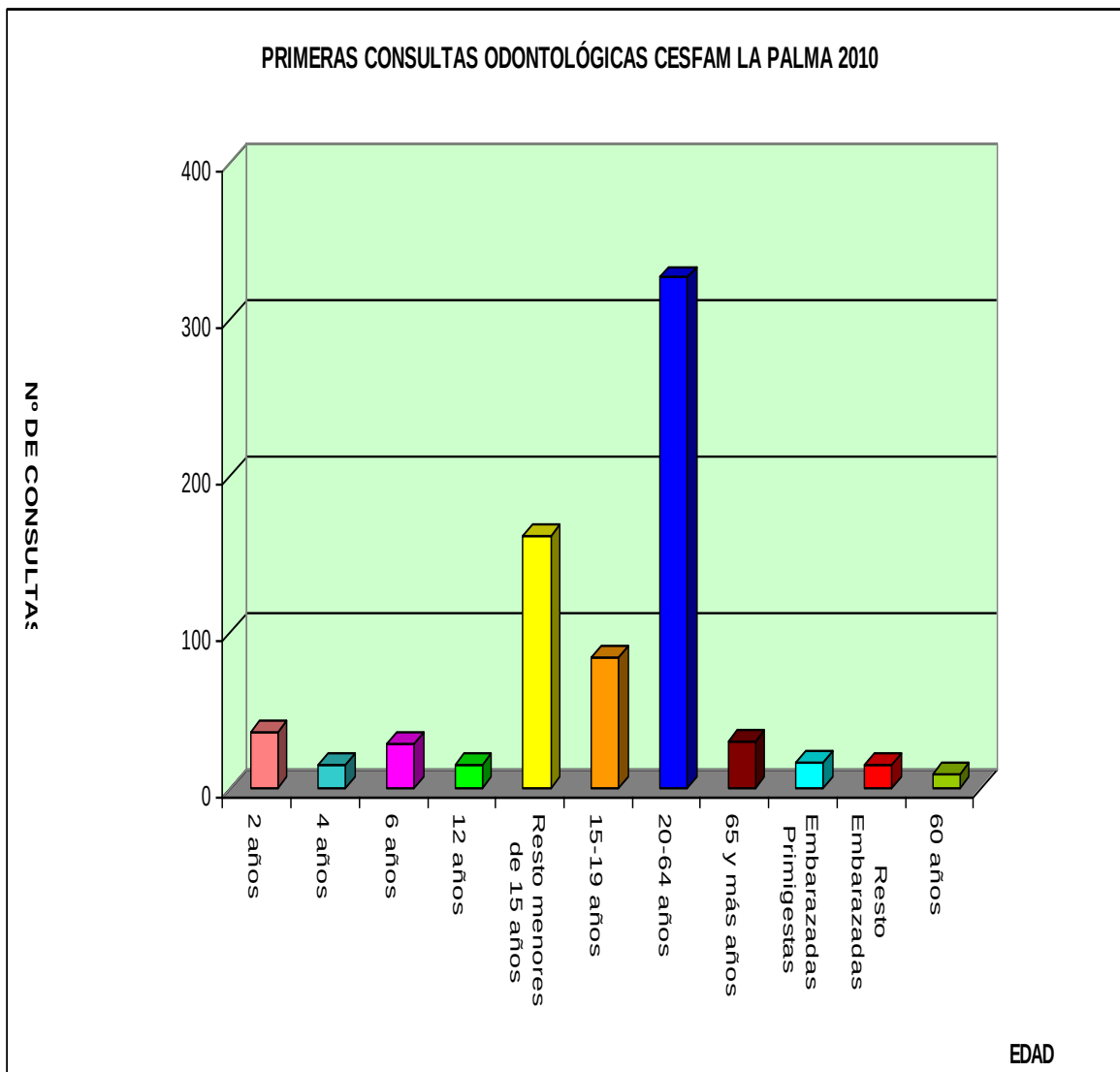
*Usuarios del Centro de Salud Rural La Palma

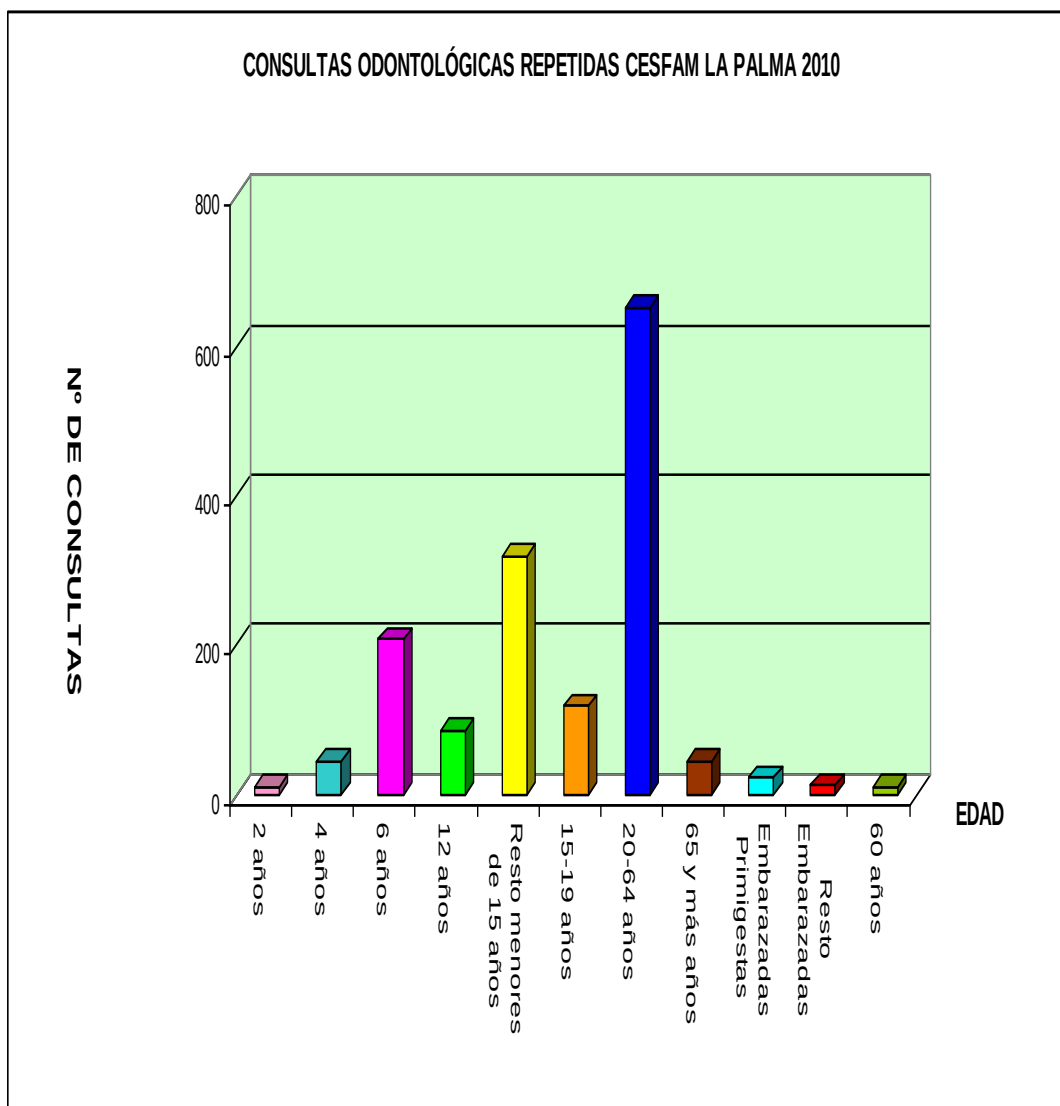
Del antígeno prostático realizado durante el 2010, en 5 de ellos ha salido alterado su examen, lo que determina que el 10%, de los usuarios que se toman el Antígeno Prostático, tendrían algún problema de próstata.

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

2010

	TOTAL	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
Odontología General	2.251	245	0	303	326	253	343	331	210	240	0	0	0
Primeras consultas	732	121	0	111	119	97	75	81	64	64	0	0	0
2 años	36	2	0	2	12	4	2	5	6	3	0	0	0
4 años	15	0	0	0	3	2	3	2	2	3	0	0	0
6 años	29	5	0	1	15	4	1	2	0	1	0	0	0
12 años	16	2	0	3	0	6	4	1	0	0	0	0	0
Resto menores de 15 años	162	21	0	25	27	22	18	18	17	14	0	0	0
15-19 años	84	17	0	23	11	9	7	4	10	3	0	0	0
20-64 años	327	60	0	47	45	42	37	39	25	32	0	0	0
65 y más años	30	6	0	6	1	6	2	6	1	2	0	0	0
Embarazadas Primigestas	17	6	0	1	1	1	0	3	1	4	0	0	0
Resto Embarazadas	16	2	0	3	4	1	1	1	2	2	0	0	0
60 años	9	1	0	0	2	0	3	2	1	0	0	0	0
Consultas repetidas	1.519	124	0	192	207	156	268	250	146	176	0	0	0
2 años	10	2	0	0	1	1	1	5	0	0	0	0	0
4 años	44	7	0	0	12	5	4	3	11	2	0	0	0
6 años	208	2	0	4	62	32	61	44	0	3	0	0	0
12 años	86	8	0	9	2	1	39	11	12	4	0	0	0
Resto menores de 15 años	319	16	0	36	37	30	44	62	38	56	0	0	0
15-19 años	119	10	0	35	14	11	15	10	11	13	0	0	0
20-64 años	652	67	0	91	67	64	96	107	69	91	0	0	0
65 y más años	46	3	0	15	5	6	7	4	1	5	0	0	0
Embarazadas Primigestas	23	7	0	1	4	3	0	3	3	2	0	0	0
Resto Embarazadas	12	2	0	1	3	3	1	1	1	0	0	0	0
60 años	11	0	0	0	1	3	3	2	1	1	0	0	0

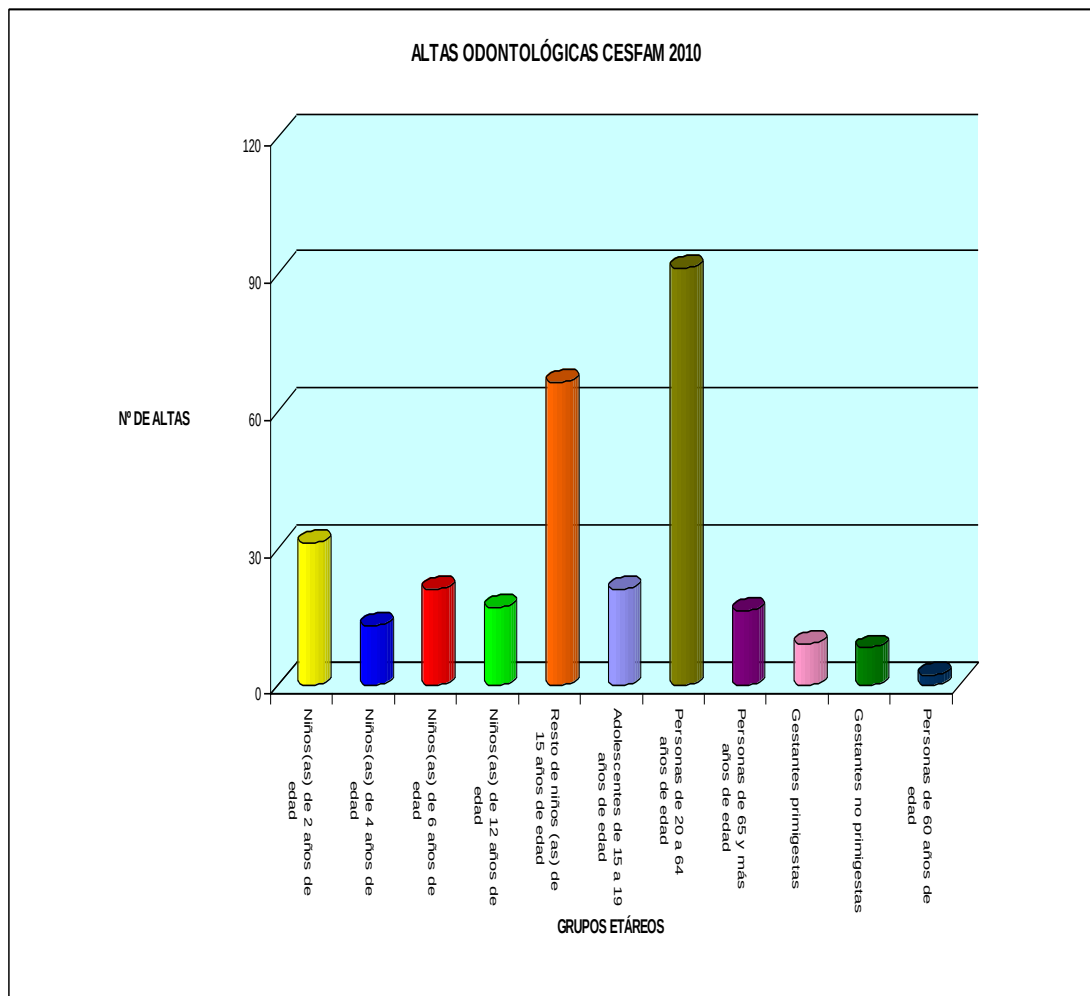




La Población que más acude atención dental es de 20 a 64 años, seguido por los adolescentes y los niños, diferenciándose entre primeras consultas y repetidas en estos últimos.

ALTAS ODONTOLÓGICAS 2010

	TOTAL	ENE	FEB	MAR	AB	MAY	JUN	JUL	AG	SEP	OCT	NO	DI
Consultorio La Palma	262	18	0	38	40	24	36	36	31	39	0	0	0
Niños(as) de 2 años de edad	31	2	0	2	11	3	0	4	6	3	0	0	0
Niños(as) de 4 años de edad	13	0	0	0	4	2	2	1	2	2	0	0	0
Niños(as) de 6 años de edad	21	0	0	1	3	6	4	7	0	0	0	0	0
Niños(as) de 12 años de edad	14	0	0	0	1	0	7	4	1	1	0	0	0
Resto de niños (as) de 15 años de edad	53	5	0	10	6	8	6	5	1	12	0	0	0
Adolescentes de 15 a 19 años de edad	20	1	0	5	1	1	8	1	1	2	0	0	0
Personas de 20 a 64 años de edad	81	10	0	14	11	3	2	11	16	14	0	0	0
Personas de 65 y más años de edad	16	0	0	3	0	1	6	2	0	4	0	0	0
Gestantes primigestas	7	0	0	1	1	0	1	1	3	0	0	0	0
Gestantes no primigestas	6	0	0	2	2	0	0	0	1	1	0	0	0
Personas de 60 años de edad	2	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0



Se repite lo encontrado en las consultas odontológicas, las altas también se dan principalmente entre los adultos de 20 a 64 años, seguidos por los adolescentes de 13 a 15 años, y luego los niños menores de 2 años.

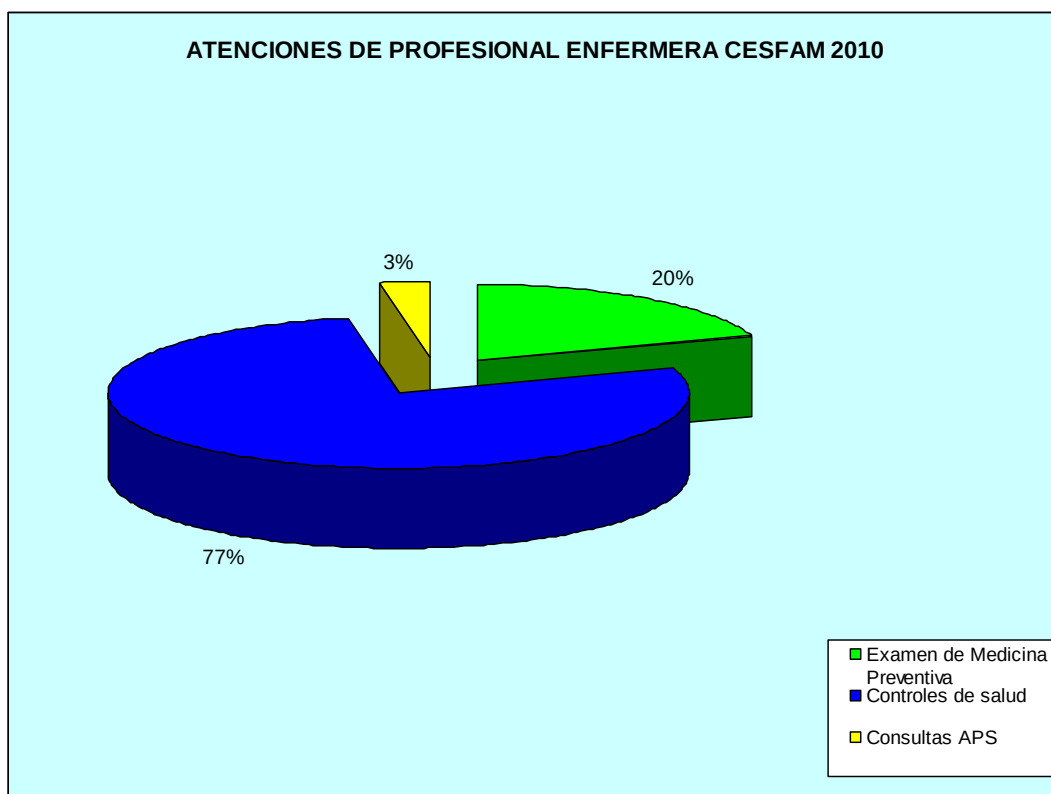
6.- Atención por otros profesionales:

6.1.- Enfermera:

2010

	TOTAL	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
CESFAM La Palma	1.326	169	33	52	203	229	236	160	122	122	0	0	0

Examen de Medicina Preventiva	262	34	27	7	25	67	63	10	13	16	0	0	0
Controles de salud	1.029	132	3	41	169	161	166	146	109	102	0	0	0
Consultas APS	35	3	3	4	9	1	7	4	0	4	0	0	0

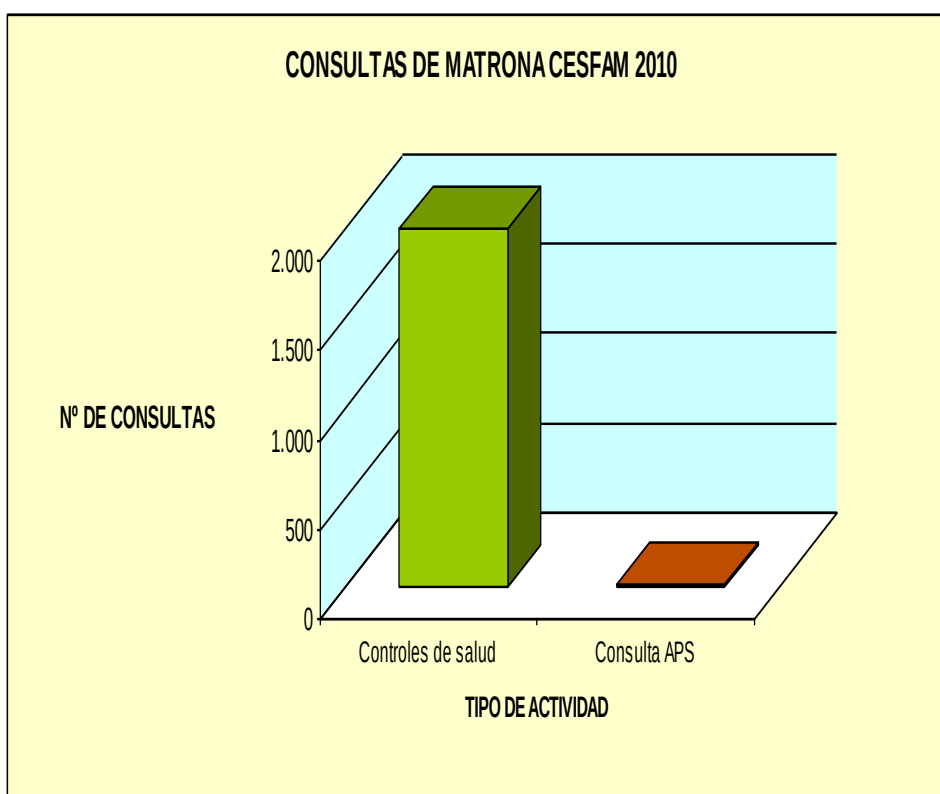


La principal actividad de la enfermera en la atención directa son los controles de salud, como lo evidencia el gráfico, pero existe un porcentaje importante de Examen de Salud Preventiva, que esperamos cada año vaya en aumento.

6.2.- Atención por matrona:

2010

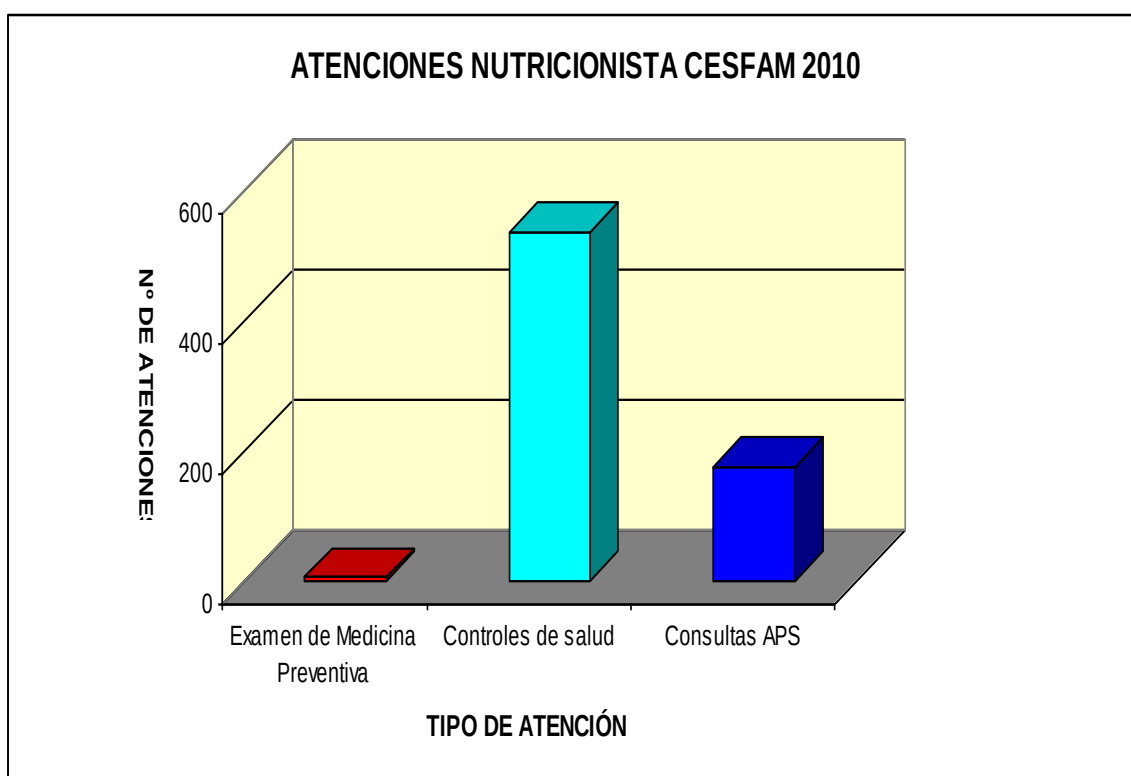
ACTIVID.	TOTAL	ENE	FEB	MAR	AB	MA	JUN	JUL	AG	SEP	OC	NO	DIC
Controles de salud	2.008	208	174	204	243	105	385	207	258	224	0	0	0
Consulta APS	22	0	0	0	0	0	0	10	0	12	0	0	0



Al igual que el profesional Enfermera, la Matrona, en atención directa tiene su tiempo asignado principalmente a controles de salud y que es la esencia de su trabajo en atención de Box.

6.3.- Atención Nutricionista:

	2010												
	TOTAL	EN	FEB	MAR	AB	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
Consultorio La Palma	721	74	55	97	74	79	81	63	106	92	0	0	0
Examen de Medicina Preventiva	7	0	0	0	0	0	0	0	7	0	0	0	0
Controles de salud	538	38	41	79	51	67	67	53	88	54	0	0	0
Consultas APS	176	36	14	18	23	12	14	10	11	38	0	0	0

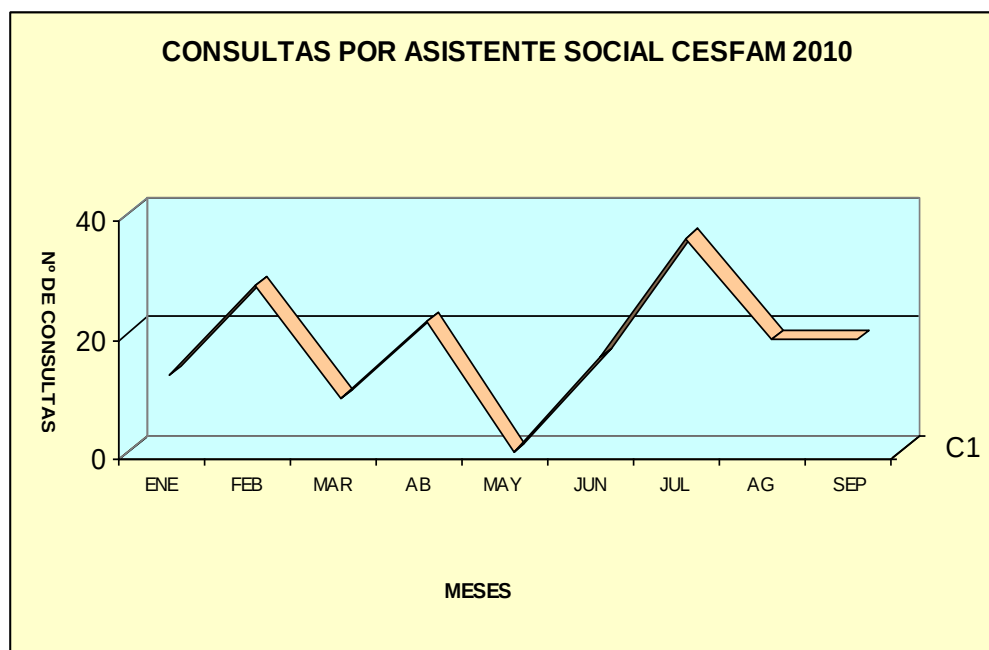


Es de destacar con la profesional nutricionista que existen consultas nutricionales que no entran dentro de los controles de salud, y que es importante que se evidencien, pues este profesional tiene mucho que aportar en esa instancia, además del trabajo en terreno y domicilios.

6.4.- Atenciones por Asistente Social:

2010

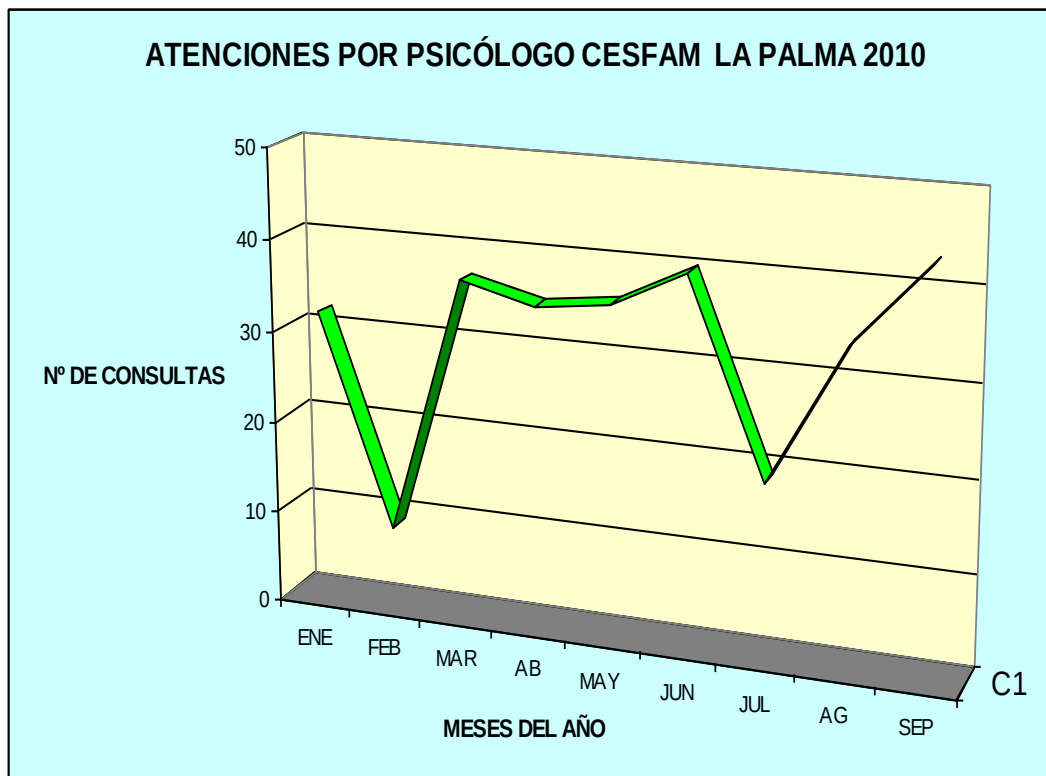
	TOTAL	ENE	FEB	MAR	AB	MAY	JUN	JUL	AG	SEP	OC	NO	DI
Consultas	162	13	28	9	22	0	16	36	19	19	0	0	0



6.5.- Atenciones por Psicólogo:

2010

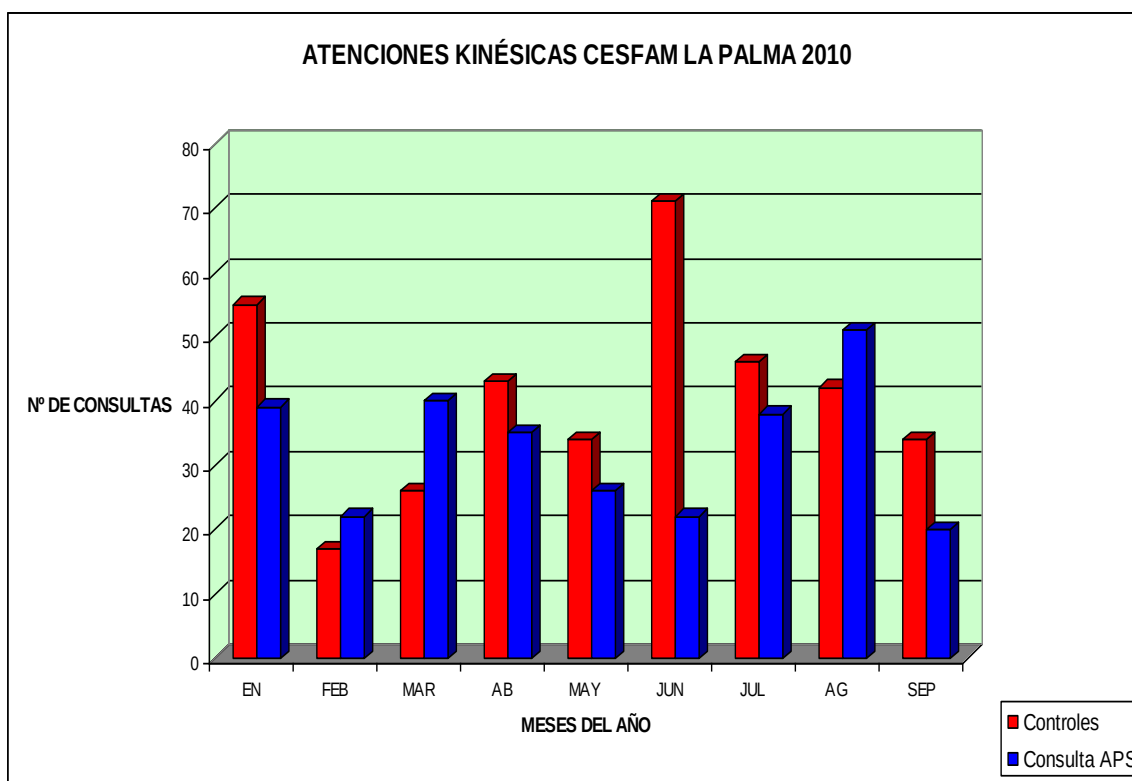
	TOTAL	ENE	FEB	MAR	AB	MAY	JUN	JUL	AG	SEP	OC	NO	DI
Consultas	285	32	9	37	35	36	40	19	34	43	0	0	0



6.6 Atenciones por Kinesióloga:

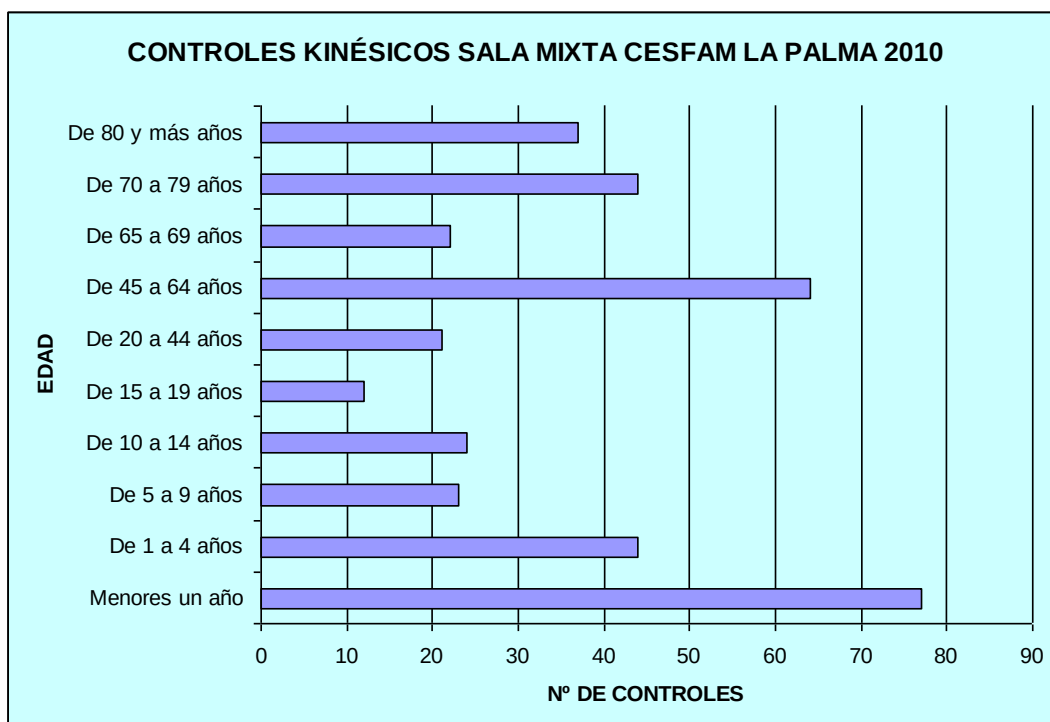
6.6.1 Por Consultas:

	TOTAL	ENE	FEB	MAR	AB	MAY	JUN	JUL	AG	SEP	OC	NO	DIC
ACTIVIDAD	661	94	39	66	78	60	93	84	93	54	0	0	0
Controles	368	55	17	26	43	34	71	46	42	34	0	0	0
Consulta APS	293	39	22	40	35	26	22	38	51	20	0	0	0



6.6.2 Atenciones en Sala Mixta.

	TOTAL	EN	FEB	MAR	AB	MAY	JUN	JUL	AG	SEP	OC	NO	DIC
Consultorio La Palma	368	55	17	26	43	34	71	46	42	34	0	0	0
Menores un año	77	2	0	1	4	12	28	16	8	6	0	0	0
De 1 a 4 años	44	7	0	2	8	8	9	2	8	0	0	0	0
De 5 a 9 años	23	5	1	1	0	3	4	5	2	2	0	0	0
De 10 a 14 años	24	0	0	2	2	3	6	2	6	3	0	0	0
De 15 a 19 años	12	3	1	4	0	0	1	1	1	1	0	0	0
De 20 a 44 años	21	4	4	0	5	0	3	1	2	2	0	0	0
De 45 a 64 años	64	15	3	5	12	0	7	8	10	4	0	0	0
De 65 a 69 años	22	5	1	5	3	0	3	1	1	3	0	0	0
De 70 a 79 años	44	8	6	2	5	5	7	7	3	1	0	0	0
De 80 y más años	37	6	1	4	4	3	3	3	1	12	0	0	0

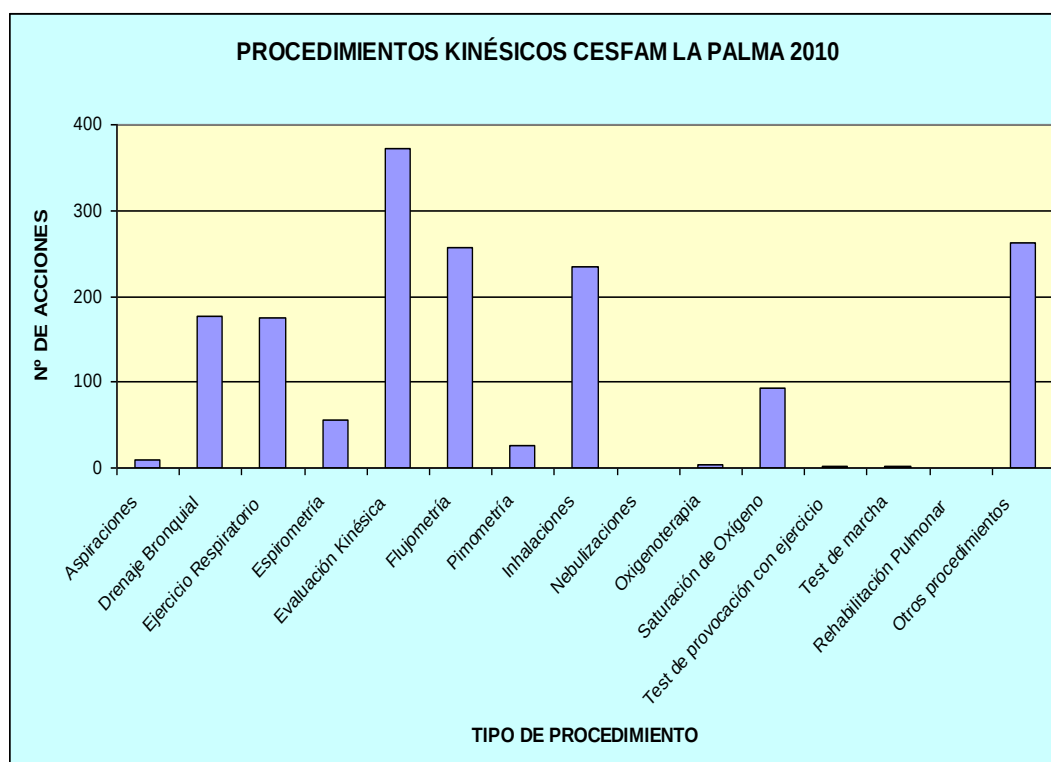


Las edades que más acuden a control kinésico, son los niños menores de un año, seguidos por adultos mayores de mas de 65 años, y en tercer lugar los adultos.

Procedimientos Kinésicos

	TOTAL	EN	FEB	MR	AB	MA	JN	JL	AG	SE	O	N	DI
Consultorio La Palma	1.667	115	127	140	213	169	306	218	233	146	0	0	0
Aspiraciones	9	0	0	0	1	2	0	1	2	3	0	0	0
Drenaje Bronquial	177	9	1	11	17	25	46	26	30	12	0	0	0
Ejercicio Respiratorio	174	9	1	11	17	25	46	26	27	12	0	0	0
Espirometría	56	7	7	1	10	8	5	9	4	5	0	0	0
Evaluación Kinésica	373	31	8	34	49	41	82	48	49	31	0	0	0
Flujometría	256	22	14	32	36	15	40	35	36	26	0	0	0
Pimometría	26	0	0	0	0	26	0	0	0	0	0	0	0
Inhalaciones	235	20	14	20	43	0	39	38	35	26	0	0	0
Nebulizaciones	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Oxigenoterapia	4	0	0	1	0	1	0	0	0	2	0	0	0
Saturación de Oxígeno	93	0	10	14	19	10	16	15	0	9	0	0	0
Test de provocación con ejercicio	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Test de marcha	1	0	0	0	1	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	262	17	72	15	20	16	32	20	50	20	0	0	0



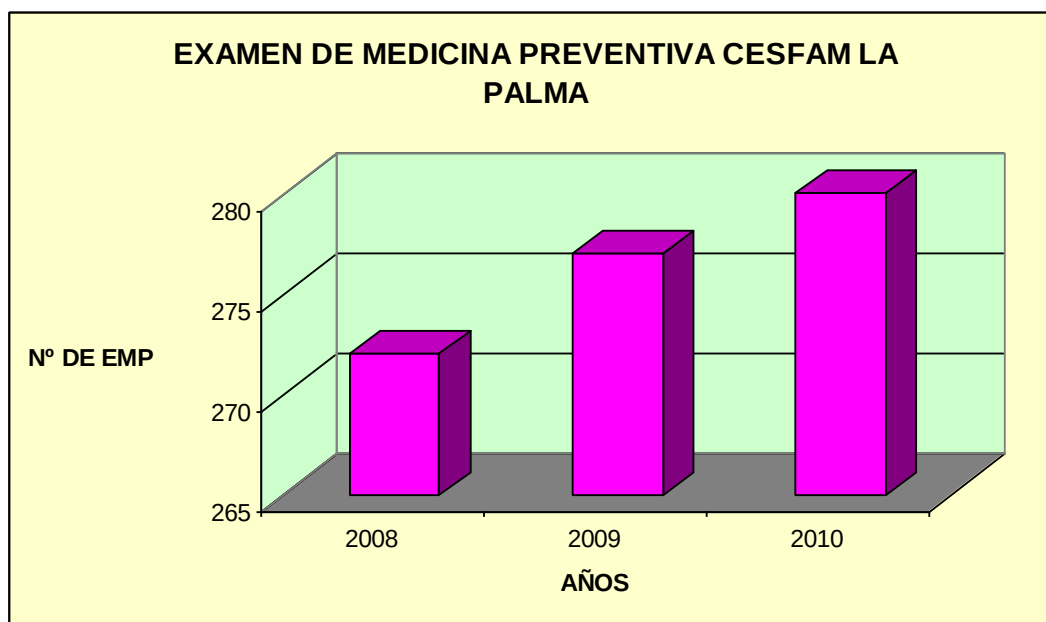
Los procedimientos mas aplicados son evaluaciones kinésicas, inhalaciones y flujometría, que tienen relación con la salud respiratoria, de nuestros usuarios y que se encuentra acorde con lo destinado para una Sala Mixta.

7.- Actividades de Prevención Equipo de Salud:

7.1 Medicina Preventiva:

Examen Medicina Preventiva	2008	2009	2010
Nº de acciones	272	277	280*

* A Octubre del 2010.

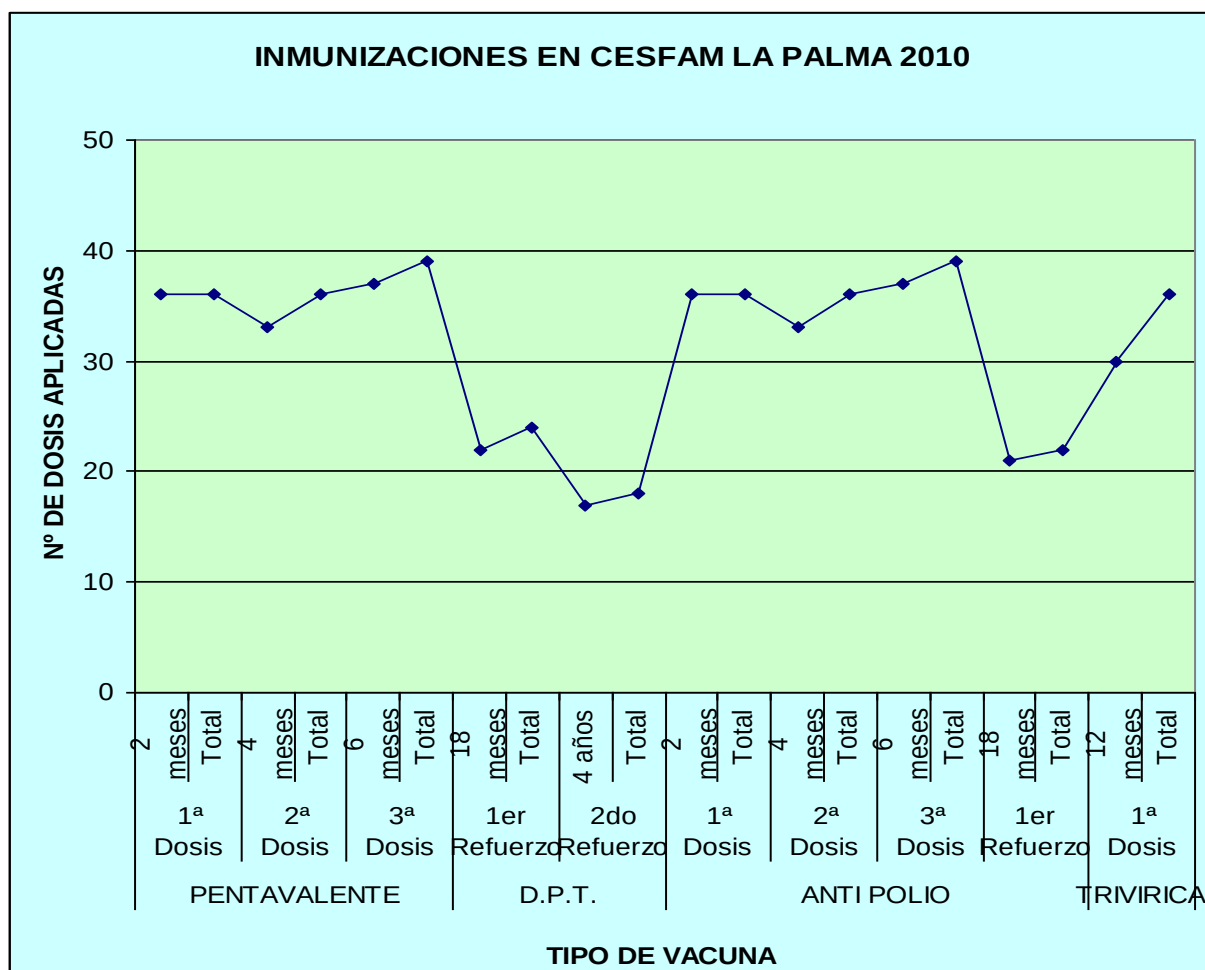


Los exámenes de medicina preventiva van en aumento desde el 2008 y esperamos que en un tiempo no muy lejano se convierta en una vía de acceso importante, a nuestras prestaciones.

7.2 Programa de Inmunizaciones.

VACUNA	EDAD		TOTA	E	F	M	A	M	JN	JL	AG	SEP	OC	N	DIC
			322	34	29	24	29	27	58	44	39	38	0	0	0
BCG	Recién Nacido	En Maternidad	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		Total	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PENTAVALENTE	1ª Dosis	2 meses	36	2	4	5	6	3	8	2	2	4	0	0	0
		Total	36	2	4	5	6	3	8	2	2	4	0	0	0
	2ª Dosis	4 meses	33	2	1	1	1	5	8	4	8	3	0	0	0
		Total	36	3	1	1	1	5	8	5	9	3	0	0	0
	3ª Dosis	6 meses	37	3	3	3	2	1	5	6	5	9	0	0	0
		Total	39	5	3	3	2	1	5	6	5	9	0	0	0
D.P.T.	1er Refuerzo	18 meses	22	4	5	3	2	1	4	2	1	0	0	0	0
		Total	24	5	5	3	2	1	4	2	2	0	0	0	0
	2do Refuerzo	4 años	17	2	0	0	2	5	0	5	0	3	0	0	0
		Total	18	3	0	0	2	5	0	5	0	3	0	0	0
ANTI POLIO	1ª Dosis	2 meses	36	2	4	5	6	3	8	2	2	4	0	0	0
		Total	36	2	4	5	6	3	8	2	2	4	0	0	0
	2ª Dosis	4 meses	33	2	1	1	1	5	8	4	8	3	0	0	0
		Total	36	3	1	1	1	5	8	5	9	3	0	0	0
	3ª Dosis	6 meses	37	3	3	3	2	1	5	6	5	9	0	0	0
		Total	39	5	3	3	2	1	5	6	5	9	0	0	0
	1er Refuerzo	18 meses	21	4	5	3	2	1	4	2	0	0	0	0	0
		Total	22	5	5	3	2	1	4	2	0	0	0	0	0
TRIVIRICA	1ª Dosis	12 meses	30	1	3	0	5	2	7	8	2	2	0	0	0
		Total	36	1	3	0	5	2	8	9	5	3	0	0	0
	1er Refuerzo	1ro básico	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		Total	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOXOIDE DIFTÉRICO O TETÁNICO		2º básico	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		Profiláctico Tetánico	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		Total	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
NEUMOCO CICA CONJUGADA	1ª Dosis	2 meses	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		Total	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	2da Dosis	4 meses	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

		Total	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	3ra Dosis	6 meses	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		Total	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	1er Refuerzo	12 meses	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		Total	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	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	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HEPATITIS B Dializados	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	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Refuerzo	Total	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HEPATITIS C Hemofilia y Otros	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	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL HEPATITIS B Y C			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
NEUMOCÓCICA	Adulto Mayor	Menor 65 años	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		65 años	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		Mayor 65 años	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		Total	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Fiebre Amarilla		Total	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0



Es de apreciar que en los refuerzos siempre disminuye el número de dosis colocadas, pues al ser niños de mayor edad es difícil llegar al 100% de ellos pues los controles de salud son mas distantes y las madres se relajan un poco en la administración de ellas en las edades correspondientes.

7.3 Actividad Física

Durante el 2010, se inicia el PASAF, para niños y adultos, en la Palma se constituyó un grupo de niños de 10 a 15 años y un grupo de adultas con factores de riesgo cardiovascular, destacándose principalmente la obesidad, en total han sido 29 usuarios.

El programa no ha tenido el impacto deseado, pues la participación se ha visto desmembrada porque los usuarios no internalizan la importancia del autocuidado a pesar de que se ha cumplido con todas las etapas del programa, con inclusión de talleres con psicólogo y nutricionista, pero no hay compromiso y además quien ha estado en la actividad no ha logrado compenetrarse en este compromiso.

Existe además un grupo de Actividad Física que funciona en la Población 19 de Febrero y que acoge a personas que se encuentran en Programa Cardiovascular y al cual se derivan, para prevención secundaria de complicaciones, funciona en forma autónoma.

8.- EVALUACIÓN DE IAAPS Y METAS SANITARIAS LA PALMA 2010.

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 2010.

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	31	708	12.5%	115	16.2%

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	269	372	25%	69	18%

2.3.- Cobertura examen medicina preventiva del Adulto mayor (mas de 65 años): Meta 43%

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	15	378	43%	145	38%

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
40	52	85%	77%

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
152	992	19%	15.3%

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

Nº personas bajo control por DM de 15 años y mas	Nº de personas con DM de 15 años y mas esperados para año 2010 según prevalencia	Meta	Realizado	% de Cumplimiento.
171	162	85%	171	105.5%

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

Nº personas bajo control por HTA de 15 años y mas	Nº de personas con HTA de 15 años y mas esperados para año 2010 según prevalencia	Meta	Realizado	% de Cumplimiento
518	612	65%	518	84%

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	3	66.6%

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

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
611	3758	0.1	1.62

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
122	14	6.5	8.7

METAS SANITARIAS DEL CESFAM LA PALMA

1.- Evaluación del Desarrollo Psicomotor: Meta 91%

Evaluación realizado	DSM	Población Infantil de 12 a 23 meses	% de Cumplimiento
33		48 (35 niños de 18 meses)	68% (94% en el grupo de riesgo de 18 meses)

2.- Cobertura del Papanicolau: Meta 70%

PAP Vigente	Población de mujeres de 20 a 64 años	% de cumplimiento
901	1067	84%

3 A.- Cobertura altas odontológicas totales en adolescentes de 12 años: Meta 70%

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 : Meta 60%

Altas odontológicas totales de embarazadas	Total de Embarazadas registradas en el año	% de Cumplimiento.
17	52	32%

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.
21	28	75%

4.- Compensación de personas Diabéticas bajo control de 20 y mas años: Meta 50%

Nº de compensados de DM de 20 años y mas	Total de Diabéticos bajo control de 20 y mas años	% de Cumplimiento
93	170	54.7%

5.- Compensación de personas con Hipertensión Arterial bajo control de 20 y mas años: Meta 60%

Nº de Hipertensos compensados de 20 años y mas	Total de Hipertensos de 20 años y mas bajo control	% de Cumplimiento
348	395	88%

6.- Obesidad en niños/as menores de 6 años bajo control: Meta 9.4%

Niños obesos menores de 6 años en control nutricional	Total de niños menores de 6 años en control	% de Cumplimiento
36	278	12.9%

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
6	6	100

10.- Vacunación Tercera dosis pentavalente del Programa Nacional de Inmunizaciones: Meta 95%.

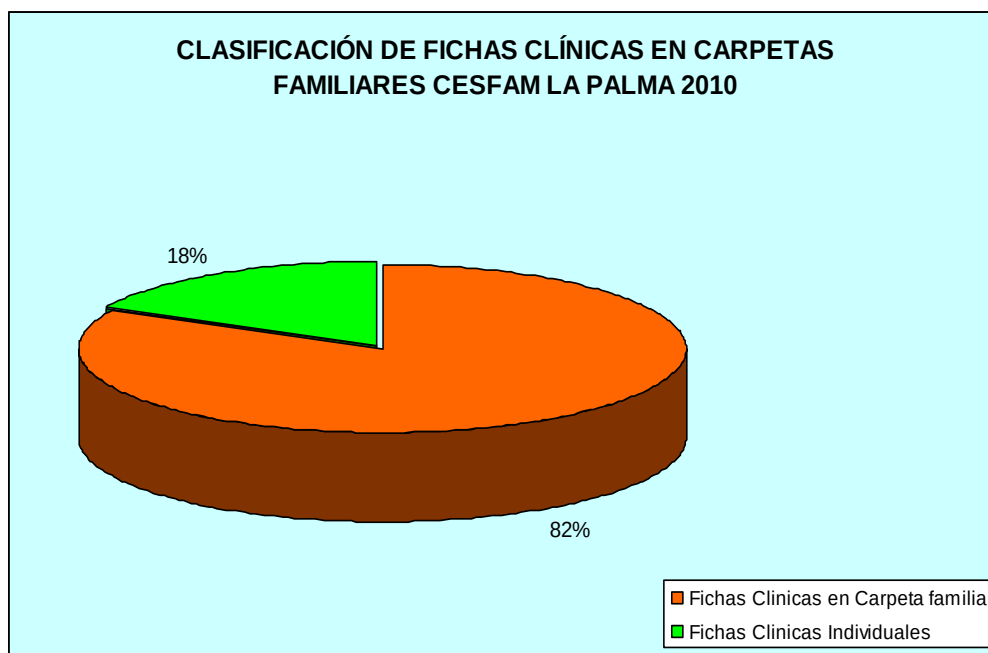
Nº de dosis colocadas de tercera dosis pentavalente del PNI	Población total de niños de esa edad	% de Cumplimiento
47	42	112%

9.- Acreditación 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.

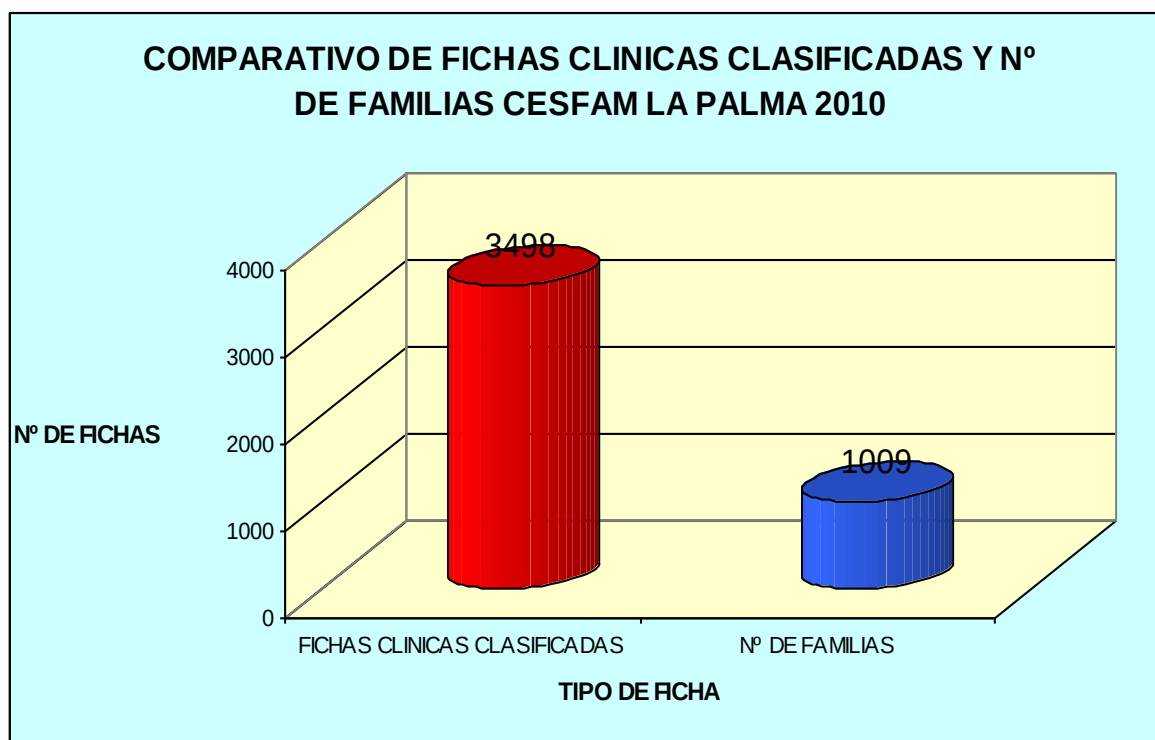
Es así como se ha procedido a actualizar admisión en su función de archivo, transformando las fichas individuales en fichas familiares, generando análisis de Casos Biosociales, por semana, planes de trabajo con las familias del sector y mejora de acceso a nuestra canasta de prestaciones.

En existencia tenemos 4218 fichas individuales, de las cuales 3478, se encuentran ya clasificadas como fichas familiares, lo que representa un 82%, del total.



Las 3478 fichas que se encuentran en Carpetas familiares, están dentro de 1009 familias, los que representa, el 105 %, del total de familias que deben existir en promedio en el Sector de La Palma, que serían de 959.

En Diciembre del 2009, se nos acredita como CESFAM en nivel medio superior, acreditación que se hace oficial en Abril del 2010.



Existen planes iniciales de intervención en 332 familias, lo que en promedio de las 1009 existentes en este momento incorporadas como familias, representa el 33%.

El porcentaje de familias con plan inicial se ha reducido de 34% del 2009, al 33% debido a que se ha incrementado el número de usuarios que se han inscrito en 375 en un año, (de 3843 a 4218).

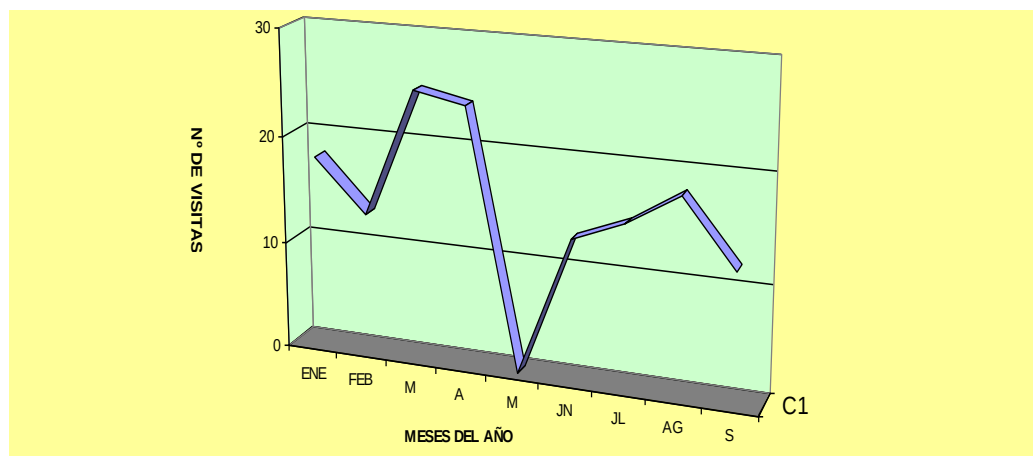
9.1 Visitas Domiciliarias a las familias

9.1.1 V. D. a Familias con adulto mayor dependiente.

2010

Meses	TOTAL	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
Actividad													0
	138	18	13	25	24	0	13	15	18	12	0	0	

VISITAS DOMICILIARIAS EN PACIENTES DEPENDIENTES CESFAM LA PALMA 2010

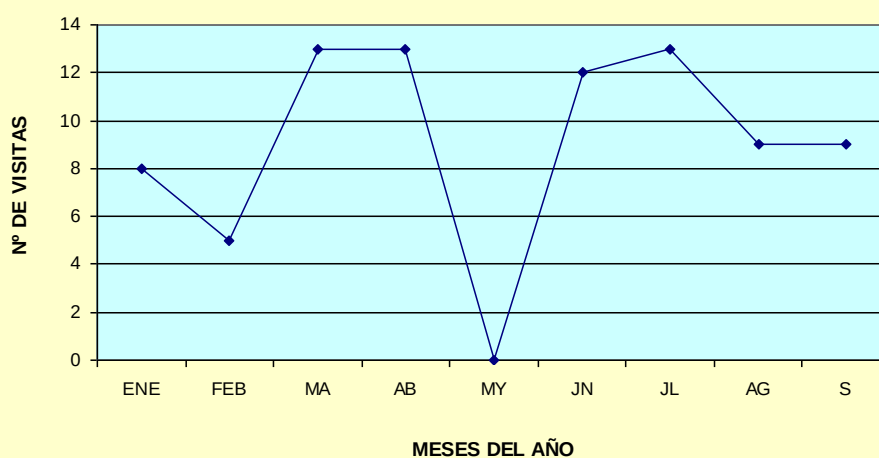


9.1.2 V. D, a Familiar con adulto mayor con Demencia.

2010

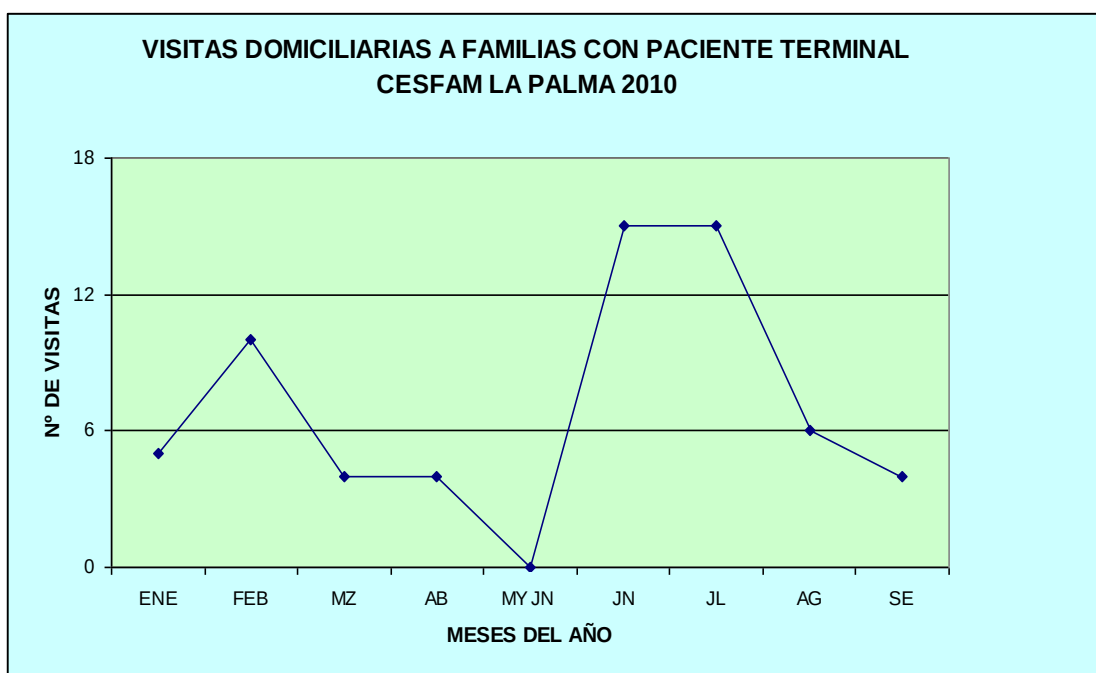
Meses	TOTAL	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
Actividad													0
	82	8	5	13	13	0	12	13	9	9	0	0	

VISITAS DOMICILIARIAS ADULTO MAYOR CON DEMENCIA CESFAM LA PALMA 2010



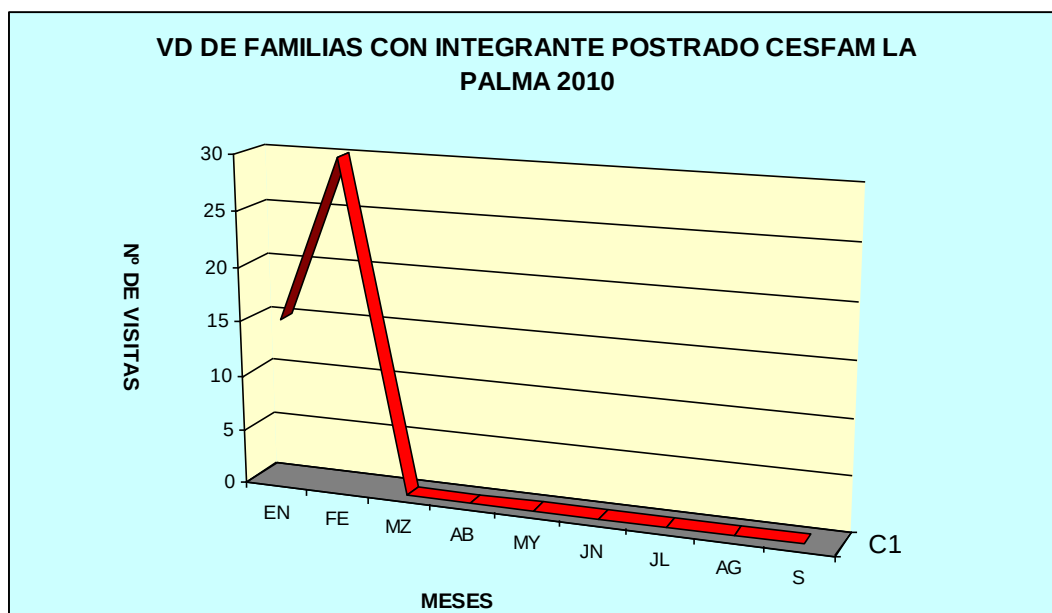
9.1.3 V. D. a Familias con integrante con enfermedad Terminal

Meses	TOAL	ENE	FEB	MA	AB	MY	JN	JL	AG	S	O	N	DIC
Actividad	63	5	10	4	4	0	15	15	6	4	0	0	0



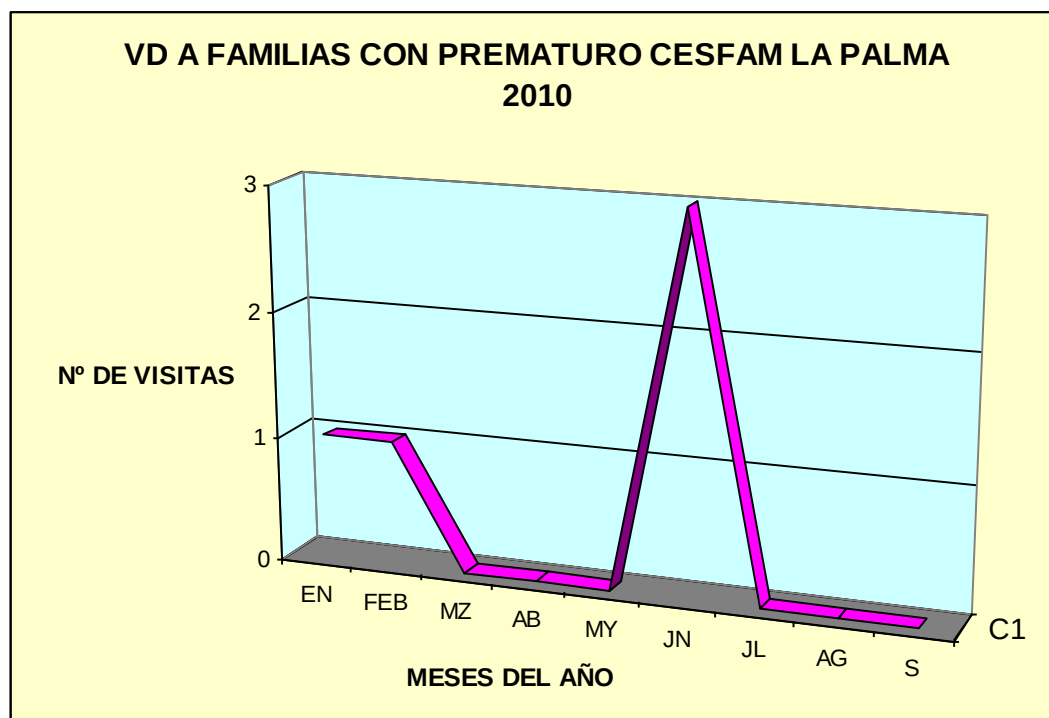
9.1.4 V. D. a Familias con integrante postrado

Meses	TOTAL	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
Actividad	45	15	30	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0



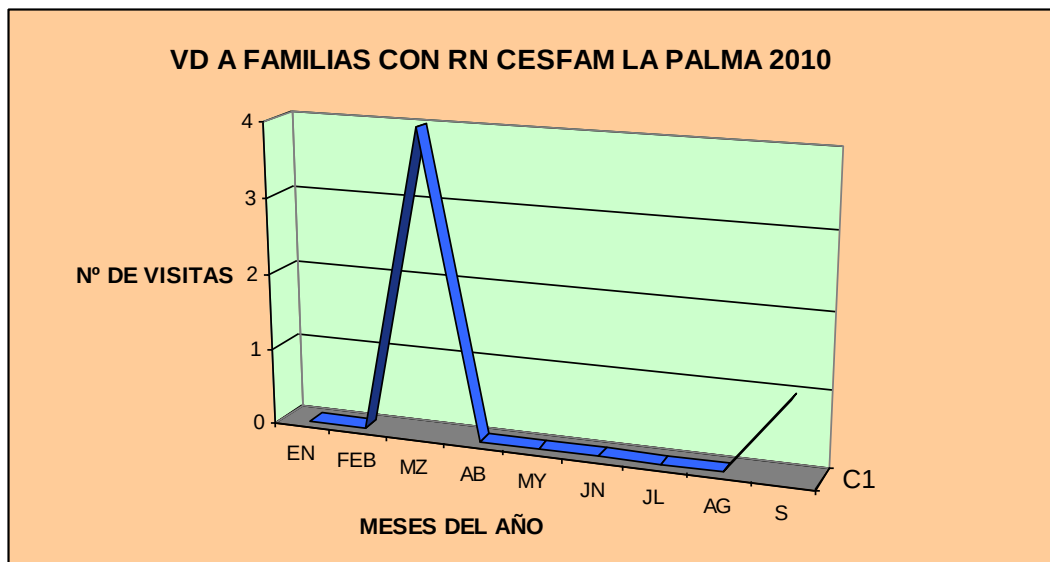
9.1.5.- V. D. a Familias con Prematuro

Meses	TOTAL	EN	FE	MA	AB	MA	JU	JU	AG	SE	OC	NO	DI
Actividad	5	1	1	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0



9.1.6.- V. D. a Familias con R. N.

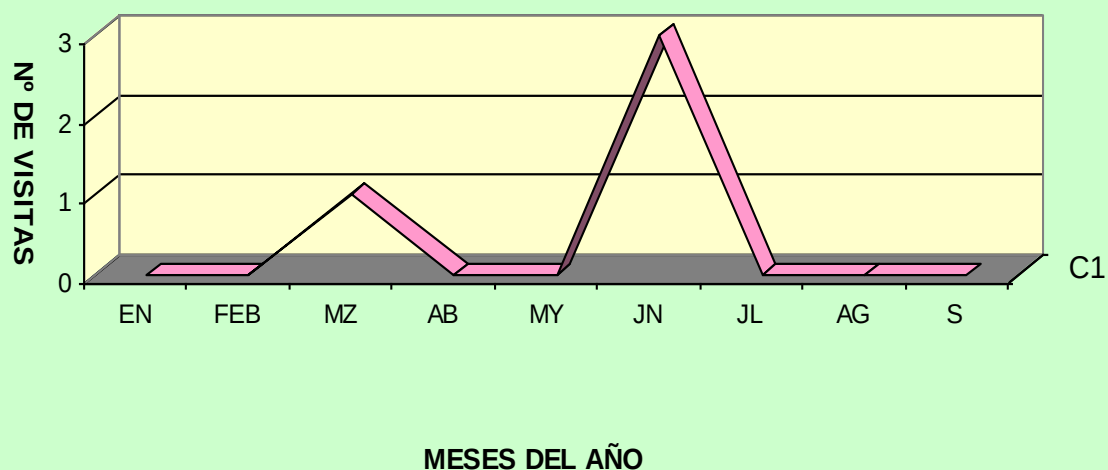
Meses	TOTAL	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
Actividad	5	0	0	4	0	0	0	0	0	1	0	0	0



9.1.8.- V. D. a Familias con Gestantes con Riesgo Biopsicosocial

Meses	TOTAL	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
Actividad	4	0	0	1	0	0	3	0	0	0	0	0	0

VD CON GESTANTES CON RIESGO BPS CESFAM LA PALMA 2010



9.1.10.- V. D. de primer contacto para conocer el entorno familiar

Meses	TOTAL	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
Actividad	4	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0

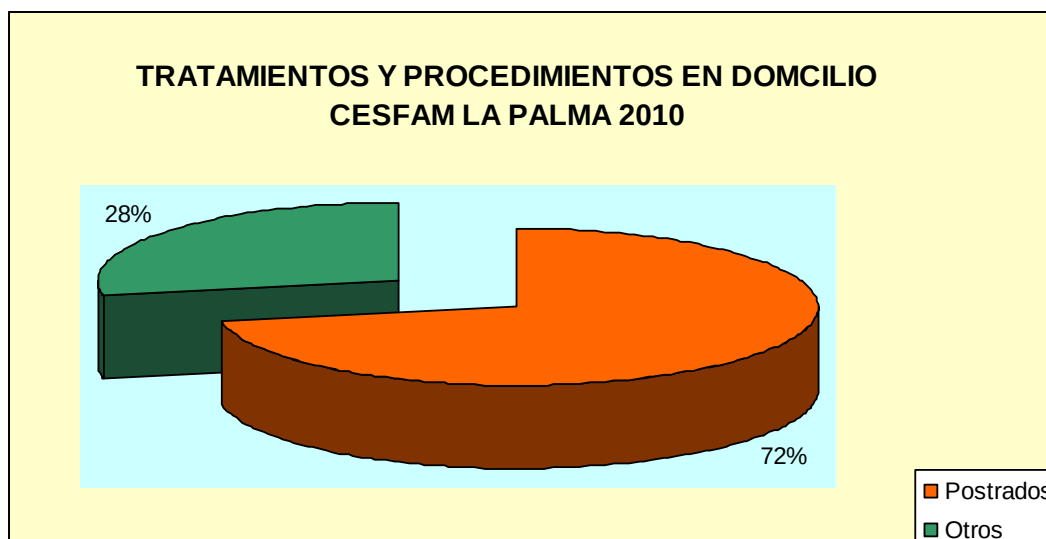
9.1.11.- Otras visitas domiciliarias integrales.

Meses	TOTAL	ENE	FEB	MZ	AB	MY	JN	JL	AG	S	O	N	DIC
Actividad	265	23	23	0	0	0	8	2	0	0	0	0	0
Visita Epidemiológica	0	0	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	3	0	0	0	1	0	0	2	0	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
Visita a pacientes con Enfermedad													

Mental														
-Niños (0 a 9 años)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
-Adolescentes (10 a 19 años)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
-Adultos (20 y mas años)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
En Sector Rural	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Otras	262	23	23	0	102	0	8	0	0	0	0	0	0	0

9.1.12.- Tratamientos y procedimientos en Domicilio

	Total	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OC	N	DIC
Postrados	166	26	30	13	10	0	0	40	36	11	0	0	0
Otros	65	0	0	0	0	0	43	21	0	1	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 2011, 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.

Durante el 2010 se ha trabajado con Líderes de la Comunidad en alfabetización informática, y existe aún el desafío de hacerlo con la comunidad entera.

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.
- Pesquisa 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 dúctiles 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 82%, 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 en las encuestas de satisfacción usuaria indica que mayoritariamente los usuarios se encuentran satisfechos con la atención brindada por los profesionales y mas instancias de nuestro establecimiento.

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 2011, e incluso se ampliará la atención telefónica hacia otros profesionales 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.

LINEAMIENTOS CESFAM LA PALMA 2011

Siempre constituye un desafío un nuevo año de trabajo y planificación, sin embargo con la madurez del tiempo recorrido, se aprecia que este trabajo va tomando su propio rumbo, durante el 2011, debe ser el año de la consagración de lo realizado y la complementación de lo nuevo, el Equipo del CESFAM La Palma, cree importante destacar los siguientes puntos:

1. Funcionalidad de Sistema Informático Meduc al 100%, ya que actualmente por dificultades en la constitución eléctrica de este establecimiento ha impedido funcionar con el sistema en toda su capacidad.
2. Consolidar la mecánica de trabajo del Centro como Centro de Salud Familiar en su funcionamiento interno.
3. Que la instancia de contacto telefónico, se amplíe a los demás profesionales y se constituya en una vía validada por la comunidad y el Profesional, en el objetivo de permitir mejorar la gestión de horas profesionales, en cuanto a su rendimiento, puesto que el nivel de rendimiento es subóptimo, en esta misma línea se debe mejorar el manejo de horas médicas con la comunidad
4. Socializar, validar y reconocer ante la comunidad la Sala de Cirugía menor y su funcionamiento en toda su capacidad, y sus prestaciones hacia la Comuna de Quillota.
5. Constituir un plan de promoción que vaya generando mas participación de la comunidad y que ella adquiera un porcentaje de sentido crítico para un crecimiento en las áreas que defina como complejas, el desafío en este año es realizar el Diagnóstico Participativo actualizado.

Que el Equipo de Salud, se constituya en agente fortalecedor del trabajo con la comunidad.

6. Continuar con la Alfabetización Informática, en el objetivo de contribuir a disminuir la brecha digital con la ciudadanía del sector y alcanzar un equilibrio intergeneracional en este ámbito.
7. Integrar terapias alternativas y complementarias en la práctica de APS.
8. Constituirse en el Eje motor de la conservación del medio ambiente, con la introducción del Reciclaje como el elemento primordial y básico de un ambiente de conservación natural y limpio.
9. Descentralizar horas profesionales, administradas desde admisión, determinando la administración de ellas recaiga en la responsabilidad de los profesionales y no del área de admisión, se iniciará este ámbito desde el área Maternal.

10. Ampliación de servicio de Biblio salud, con Campaña de Recolección y actualización de Libros y Videos.
11. Programa PASAF, funcional y con compromiso de los usuarios y del monitor.
12. Satisfacción usuaria con encuestas de satisfacción locales y además también con encuestas de los usuarios que se trasladan o que ingresan a nuestro CESFAM.

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 2.860 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	290	283	573
15 y 24 años	255	259	514
25 y 44 años	434	373	807
45 y 64 años	326	291	617
65 años y mas	177	172	349
Totales	1482	1378	2860

En cuanto a la distribución demográfica, existe una clara prevalencia de población adulta, con un total de 1.424 personas, correspondiente al 49.7% del total de la población. En cuanto al grupo etáreo menor de 15 años, este representa el 20% del total, correspondiente a 573 casos. La población juvenil abarca el 17.9% y los adultos mayores de 65 años corresponden al 12.2%. 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 1.482 que representan el 51.8% versus 48.2% de hombres, correspondiente a un total de 1.378 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.

Producto del terremoto de febrero del 2010, una importante cantidad de viviendas sufrieron daños estructurales, principalmente debido a su antigua construcción y materialidad. Estos casos se encuentran acogidos a los programas de reconstrucción.

- **Servicios Básicos:** respecto al saneamiento básico de las viviendas, podemos señalar que en todos los sectores que comprenden la comunidad 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.

A partir de noviembre del año 2009 una parte importante de la población, principalmente femenina del sector, se acogió a los programas de empleo gubernamentales, realizando labores de reparación y mejoramiento del entorno además de insertarse en instituciones del sector como el jardín infantil y CESFAM Boco, en el área de servicios.

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. Antes de comenzar el periodo de clases del 2010 surge la iniciativa municipal de cerrar dicho establecimiento debido a su baja matrícula y desempeño escolar, hecho que movilizó a la comunidad de Boco en general, quienes se opusieron fuertemente a esta medida, principalmente por el importante patrimonio histórico que posee esta escuela rural, una de las más antiguas del país. Las movilizaciones de vecinos y apoderados permitieron que el municipio estableciera una serie de acuerdos que permitieran la continuidad del establecimiento, como aumento de la matrícula, mejora en el rendimiento general, mejoras en el resultado del SIMCE, entre otras. 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). A la fecha cuenta con 66 niños y niñas matriculados, lo que ha significado realizar algunas reestructuraciones, como el hecho de fusionar los niveles de sala cuna. Durante el año 2010 se ha producido además un aumento de la dotación de personal del establecimiento. Otro aspecto importante de señalar es que el jardín infantil se ha incorporado al trabajo comunitario, instalándose en las mesas territoriales, vinculándose a las redes locales, entre otras estrategias que le han permitido posicionarse dentro de la comunidad.

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 moderada participación comunitaria. 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 baja participación comunitaria, durante el año 2010 se realizaron importantes actividades propuestas por este centro de salud, como peñas folclóricas, bingos, actividades recreativas familiares, actividades de promoción de estilos de vida saludables, enfocadas a los distintos grupos etareos de la población, contando con el apoyo de las organizaciones comunitarias.

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 18 años, momento donde se ampliaron las instalaciones existentes, incorporando cinco boxs 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 boxs profesionales de Asistente Social, Médico, Matrona, Nutricionista, Psicólogo, Enfermera, Odontóloga. Además de los recintos de tratamiento, preparación, farmacia, vacunatorio, bodega de leche y Sala Multiuso. Además de los servicios higiénicos de público y personal y cocina del personal.

Durante el transcurso de este año y en el marco del proceso de Acreditación, se han realizado obras de mejoramiento de la infraestructura que incluyeron la construcción de una bodega de almacenaje de material, lavadero y zona de manejo de material contaminado, junto con el reacondicionamiento de las dependencias existentes como baño para discapacitados y box de atención nutricional.

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 2008 el Centro de Salud Rural Boco inició un importante proceso tendiente a transformarse en CESFAM, cuya resolución aprobatoria fue emitida en el mes de Diciembre de 2009.

Nuevas Prestaciones:

Durante el año 2010 se han incorporado una serie de nuevas prestaciones y estrategias de trabajo comunitario tendientes a reforzar la participación de los usuarios y la corresponsabilidad en salud, las cuales han tenido una gran aceptación y grado de participación por parte de nuestros usuarios.

Algunas de dichas actividades realizadas durante este año fueron:

- Encuentros de capacitación y autocuidado para cuidadores de pacientes postrados.
Debido a que la población adulta mayor del sector se caracteriza por su gran longevidad, el número de ellos y en general de pacientes que han ingresados al Programa de Postrados ha aumentado en forma significativa. Además de brindar a los pacientes dependientes la atención requerida, surge un nuevo grupo de usuarios que requieren de nuestra intervención, o por lo menos de nuestro apoyo: los cuidadores. Enfocados en ello, se planificaron reuniones mensuales en nuestro centro, con el objetivo de brindar un espacio de aprendizaje y autocuidado, pero principalmente un oportunidad para la relación entre ellos, el compartir sus experiencias y sentir.
- Encuentros recreativos para adultos mayores.
El objetivo que se persigue con estas actividades es principalmente la formación de un grupo de adultos mayores autovalentes
- Actividades de promoción con escuela y jardín infantil.
La Escuela de Boco y el Jardín Infantil son dos de las instituciones con las que mantenemos un contacto y coordinación en forma permanente. En ellos y con ellos hemos planificado diversas actividades promocionales. Con el Jardín Infantil hemos realizado charlas educativas a padres y cuidadores de los niños y niñas que ahí asisten. En el colegio se ha intentado una intervención en el ámbito de la educación sexual en alumnos de 6° a 8° básico. Ambas instituciones se han unido a las actividades realizadas en el centro de salud, como por ejemplo concursos de dibujo por el mes del corazón, Mundial de fútbol Africa 2010, etc.
- Mes del corazón.
Agosto fue el mes del Corazón, y cómo centro de salud, lo celebramos con nuestra comunidad, invitando a los usuarios a trabajar por el

bienestar de su corazón, cómo órgano de vida y sentimientos. Se invitó a los usuarios a la realización de EMPA, talleres de alimentación saludable, talleres de actividad física y actividades recreativas y de relajación.

- **Apoyando a Chile en el Mundial**
La participación de la selección de fútbol en el Mundial Africa 2010 fue un evento nacional, y en el intento de crear el sentimiento de pertenencia de los usuarios con su centro de salud, es que se invitó a los niños y a los vecinos en general a ver los partidos de Chile en nuestro centro, compartiendo un grato momento, alimentando todos juntos la esperanza de un triunfo, como una gran familia.
- **Grupo de adultos mayores**
Durante este año, se ha logrado la incorporación de los adultos mayores en pleno a las actividades de promoción de nuestro centro, contando actualmente con un grupo de alrededor de 20 usuarios que participan entusiastas en actividades recreativas como bingos, exposición de películas, presentaciones circenses, etc. que se realizan mensualmente.
- **Celebrando el Bicentenario.**
Septiembre fue el mes en que celebramos los 200 años de nuestra patria, y el centro de salud realizó actividades durante todo el mes, concluyendo con una gran Peña que se realizó en dependencias de la Escuela de Boco. Lo principal de destacar en esta actividad es que si bien fue propuesta por el centro de salud, en su organización participaron la mesa territorial, Jardín Infantil y Colegio, con el apoyo de la comunidad en general, acercándose usuarios en forma espontánea con cooperaciones para dicha actividad.

De igual manera se han incorporado programas de actividad física:

- **Programa de Alimentación Saludable y Actividad Física (PASAF)**
Si bien este programa tiene su iniciativa y fondos en el Ministerio de salud, el nuestra población tuvo tal significancia, que al término formal de dicho programa, el grupo beneficiario se organizó y movilizó para solicitar a través de cartas y reuniones el apoyo municipal para la continuidad de esta instancia por lo menos hasta fin de año. Si bien la población a la que iba dirigido este programa incluía a usuarios de sexo masculino, se formó una grupo de mujeres de diversas edades. Cabe destacar que en el éxito de este programa influyeron otras dos variables no menos importantes: el profesor de educación física, y su compromiso al 100% con el programa y sus alumnas, y el convenio logrado con el centro turístico el Edén, dándole la posibilidad a pobladoras sin acceso a este tipo de dependencias, asistir a clases de hidrogimnasia en piscina temperada, por ejemplo.
- **Chile Deportes**
La población en general, con mayor o menor riesgo cardiovascular o de obesidad, al no ser seleccionada en el programa PASAF, evidenció la

falta de otra instancia para la actividad física. A través de una coordinación directa con Chile Deportes, se logró la realización de clases de Aeróbica en dependencias de nuestro centro dos veces a la semana. A dichas clases asisten todo tipo de mujeres, las cuales formaron un segundo grupo, bastante afeitado y que principalmente comparten un momento saludable y de esparcimiento en forma semanal.

Cabe destacar que la población femenina del sector no cuenta con lugares y/o actividades de esparcimiento, y este tipo de actividades han ido transformando al centro de salud un lugar de encuentro y no sólo un “consultorio” al que acudir cuando se presenta una enfermedad.

Finalmente, en el marco del programa Chile Crece Contigo, se ha incorporado un servicio de Estimulación Itinerante atendiendo un promedio de 20 niños y niñas que presentan diagnóstico de riesgo o retraso del DSM. Para dicho programa se ha incorporado un profesional psicopedagogo que ha venido a reforzar la dotación del centro de salud, que cuenta con al apoyo didáctico necesario y móvil para su traslado a los hogares de los niños y niñas.

Equipo de Salud

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	29 hrs.	Psicólogo	11 hrs.
Enfermera	44 hrs.	Odontóloga	44 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.	Psicopedagoga	8 hrs.

En cuanto al flujograma de funcionamiento del centro de salud, se presenta el siguiente esquema



FLUJOGRAMA DE FUNCIONAMIENTO



Características de Nivel de Salud

Atenciones Médicas según tipo

Tipo de Atenciones	Acumulado
Controles de Salud	401
Consulta de Morbilidad	2849
Consultorio Boco Total	3250

Acumulado a septiembre 2010 (fuente estadísticas DEIS)

La tabla anterior, según datos DEIS, nos muestra que el 87.6 % de las atenciones médicas realizadas durante el 2010 corresponden a morbilidad general y un 12.3% a controles de salud, porcentaje que aumenta en relación al período 2009 (8.9%), lo que podría interpretarse como una conducta preventiva mayor de parte de los usuarios.

Atenciones de Morbilidad según sexo

(Fuente estadística local Cesfam Boco a octubre 2010)

Morbilidad General

Consulta de Morbilidad	3064
Hombres	1151
Mujeres	1913

Se aprecia que la tendencia de las atenciones en general es de predominio femenino, siendo un 62.4% de éstas demandadas por mujeres, apreciándose una leve disminución en relación al período 2009 (65.6%).

**Tasa de consulta de atención morbilidad médica
por grupo de edad año 2009**

GRUPO DE EDAD	Nº DE CONSULTAS MEDICAS	POBLACION ASIGNADA	TASA DE CONSULTA
< de 1 año	123	44	2.8
1 a 4 años	291	160	1.8
5 a 9 años	225	175	1.3
10 a 14 años	190	190	1.0
15 a 19 años	220	248	0.9
20 a 24 años	179	266	0.7
25 a 64 años	1338	1424	0.9
65 y mas	498	349	1.4
Total	3064	3533	0.86

En el cálculo de la tasa de consulta se consideró la población per cápita estimada al 30 de junio 2010, según SSVQ. Según podemos apreciar, las tasas de consulta mayor se concentraron en los grupos etáreos extremos como son los lactantes menores de un año, menores de 1 a 4 años y adultos mayores, tendencia que sigue el comportamiento de las tasas del servicio de salud y del país. La tasa de consulta general presenta una leve disminución de un 0.14 en relación al período 2009.

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
Normal	34
Menores de 12 meses	18
-12 a 23 meses	11
-2 a 5 años	5
Riesgo	9
-Menores de 12 meses	0
-12 a 23 meses	5
-2 a 5 años	4
Retraso	1
-Menores de 12 meses	0
-12 a 23 meses	0
-2 a 5 años	1

En la tabla anterior podemos apreciar que un 77.2 % de los niños evaluados por primera vez con escala de Desarrollo Psicomotor, según edad correspondiente, tiene una evaluación en categoría normal, siendo mayor que en años anteriores, lo que se explica con él mayor énfasis en estimulación temprana a través del sistema Chile Crece Contigo, reenfocando los controles de salud y desarrollando nuevas experiencias como la Sala Itinerante de Estimulación. La mayor concentración de niños categorizados en riesgo para su DSM son los de 12 a 23 meses, en los cuales un 55.5 % corresponden a este diagnostico. En evaluaciones por área el mayor déficit continúa ubicándose en el área del lenguaje.

Aplicación de Protocolo Neurosensorial de Niños Y Niñas hasta 2 meses de Edad

Establecimiento	Acumulado (septiembre 2010)	Niños/as bajo control de 1 mes
Consultorio Boco	20	26

En el contexto del programa Chile Crece Contigo, se han evaluado un 77 % 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
Apego Seguro	31
-28 días a 5 meses	16
-12 a 23 meses	15
Apego Evitante	30
-28 días a 5 meses	0
-12 a 23 meses	0
Apego Ambivalente	1
-28 días a 5 meses	1
-12 a 23 meses	0

Según la aplicación de la Pauta de Observación de la Relación Vincular (Escala de Massie Campbell), un 96.7% presenta un apego seguro entre los niños evaluados y sus cuidadores. No se registran evaluaciones con resultados de apego evitante, mientras que solo un 3.2 % de los niños evaluados registra apego de tipo 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
Total	465		170		295	
15 a 19 años	0	0,0	0	0,0	0	0,0
20 a 34 años	16	3,44	3	1,76	13	4,41
35 a 44 años	36	7,74	8	4,71	28	9,49
45 a 54 años	80	17,2	23	13,53	57	19,32
55 a 64 años	98	21,08	34	20,0	64	21,7
65 a 69 años	37	7,96	17	10,0	20	6,78
70 a 79 años	198	42,58	85	50,5	113	38,31
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 (64.3% para este grupo de edad). En relación a la variable por sexo, existe un predominio de mujeres con un 63.4% de las personas bajo control.

La cobertura alcanzada para Hipertensión, en Centro de Salud Boco, es de un 88%, superando la meta IAAPS 20 que es de un 85% de cobertura, estimándose una población bajo control de 528 beneficiarios.

Población en control Diabetes, según grupo de edad y sexo.

Grupo de edad y sexo	Total		Hombres		Mujeres	
	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa
Total	91		32		59	
15 a 19 años	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
20 a 34 años	6	6,59%	2	6,25%	4	6,78%
35 a 44 años	12	13,19%	6	18,75%	6	10,17%
45 a 54 años	19	20,88%	4	12,50%	15	25,42%
55 a 64 años	8	8,79%	3	9,38%	5	8,47%
65 a 69 años	14	15,38%	3	9,38%	11	18,64%
70 y más	32	35,16%	14	43,75%	18	30,51%

Se puede apreciar claramente que el predominio de las tasas se concentra en aquellas personas mayores de 65 años, como es esperable según prevalencia. En relación a la variable por sexo, existe un predominio de mujeres con un 65% de las personas bajo control.

La cobertura alcanzada para Diabetes Mellitus, en Centro de Salud Familiar Boco, es de un 79.8%, superando la meta IAAPS 2010 que es de un 65% de cobertura, estimándose una población bajo control de 114 beneficiarios.

Pacientes postrados en control, según sexo y condición de postración.

Condición de Postración	Total		Hombres		Mujeres	
	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa
Total	26		12		14	
Postrado oncológico	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Postrado no oncológico	26	94,4	12	46.1	14	53.8
Postrados con escaras	1	3.8	1	8.3	0	0

Los pacientes postrados bajo control registrados al mes de noviembre del 2010, corresponden en un 88.4% a personas mayores de 65 años. Se registran también cuatro personas menores, de 52, 50, 31 y 15 años, lo que corresponde a un 15.4% de las personas ingresadas al programa.

Solo una persona ha presentado úlceras por presión debido a su condición de postración.

Para las personas que cumplen las funciones de cuidadores/as, están programadas capacitaciones periódicas y se encuentran todos ingresados al beneficio de estipendio.

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	203	1	8	11	21	18	83	61
En riesgo	17	0	1	2	0	1	6	7
Desnutrición	0	0	0	0	0	0	0	0
Sobrepeso	36	0	4	1	7	7	15	2
Obesidad	7	0	0	2	0	2	2	1
Normal	143	1	3	6	14	8	60	51
Desnutrición secundaria	0	0	0	0	0	0	0	0

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 17.7 % de niños en sobrepeso y un 3.4 % en categoría de obesidad, según censo efectuado en mes de septiembre del 2010. La meta sanitaria 2010 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, especialmente en el rubro de sobrepeso, donde se registra un aumento porcentual importante, comparado con diciembre del 2009, a pesar de las iniciativas locales por revertir este problema.

Población en control por regulación de fecundidad según grupo de edad y método utilizado.

(Fuente: estadística local Cesfam Boco, septiembre 2010)

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	150	0	6	15	57	72
Hormonal						
- Oral combinado	235	1	53	64	54	63
- Oral progestágeno	22	0	0	7	7	8
- Inyectable combinado	71	1	14	23	17	16
- Inyectable progestageno	21	0	2	12	5	2
- Implante	41	0	8	9	16	8
Preservativo						
Mujer	19	0	0	5	3	11
Hombre	0	0	0	0	0	0

La tabla anterior nos presenta la distribución de los métodos de regulación de fecundidad según grupos etáreos, donde predominan aquellas usuarias de métodos orales combinados, representando un 42 % de las mujeres ingresadas. En relación a las usuarias de DIU, estas corresponden al 27 % de las mujeres bajo control. El grupo de edad de mujeres adolescentes entre 15 a 19 años representa un 15 % del total de mujeres en el programa, las cuales en su mayoría ingresan después de su primer embarazo y en las cuales se ha hecho especial hincapié, para evitar el segundo embarazo adolescente. Se registran también dos menores de 15 años que se encuentran utilizando un método anticonceptivo, lo que representa un 0.3 % de las mujeres en control.

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
643	87	97	100	127	101	70	43	18

Población femenina per cápita a junio 2010: 760 mujeres, lo que corresponde a un 84% de vigencia de PAP, sobre la meta sanitaria propuesta para este año.

Ingreso de Embarazo según Grupos de Edad

Total Octubre 2010	Menor de 15 años	15 a 19 años	20 a 34 años	35 a 44 años
37	1	4	28	4

En relación a la edad de las gestantes al momento del ingreso a control prenatal, podemos concluir que el ingreso de embarazadas adolescentes menores de 15 años solamente alcanza a un 2.7% (1 caso a octubre del presente), el cual aumenta a un 13.5% cuando se incorpora a todas las menores de 19 años, siendo esta cifra bajo el promedio del servicio de salud y del país. Llama la atención el aumento de mujeres que se embarazan en edades sobre los 35 años, alcanzando un porcentaje de un 10.8%, fenómeno que se ha ido repitiendo como comportamiento general.

Ingresos de Gestantes antes de las 14 Semanas al Programa de Control del Embarazo, según Grupo de Edad.

Establecimiento y Grupo de Edad	Acumulado
Consultorio Boco	30
Menor de 15 años	0
15 a 19 años	2
20 a 34 años	25
35 a 44 años	3
45 a 54 años	0
Total ingresos de embarazo	37

Se puede apreciar que un 81 % de las mujeres gestantes ingresa a este Centro en forma precoz, antes de las 14 semanas de gestación, durante los meses enero-octubre del año 2010.

Lineamientos Generales para el año 2011

En base a los datos estadísticos antes expuestos, a las características propias de nuestra población asignada y a los resultados obtenidos con las intervenciones de promoción realizadas, nos hemos planteado como lineamientos generales para el próximo año lo siguiente:

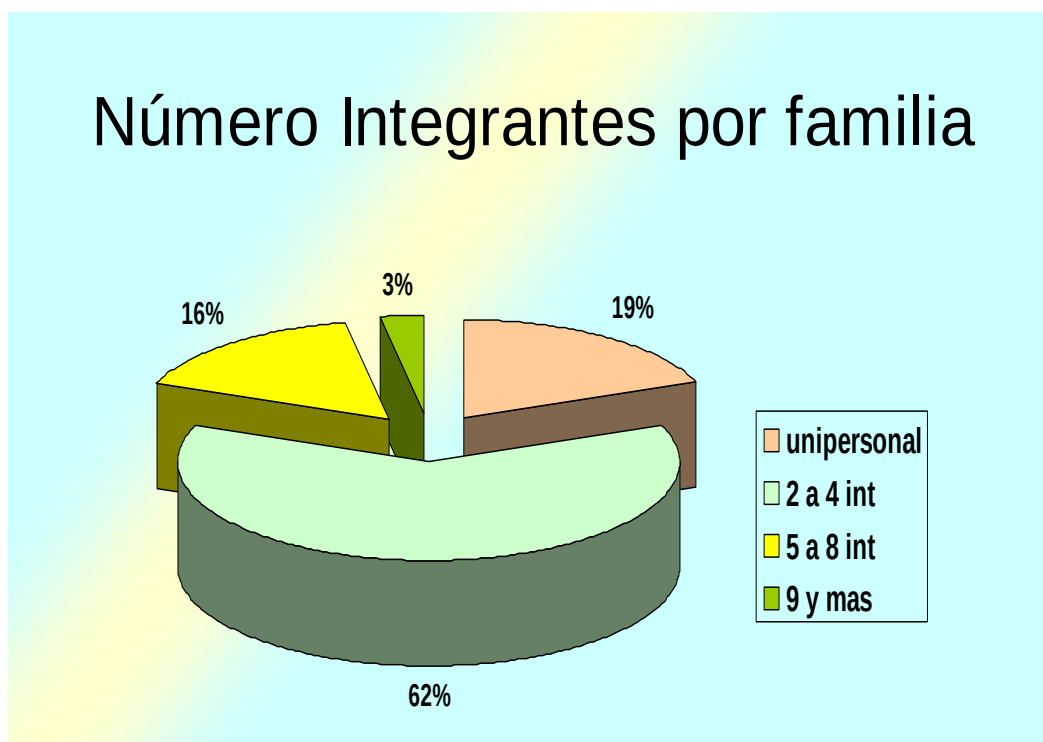
- Consolidar al Centro de Salud como un espacio de encuentro de los vecinos del sector, incentivando la ocupación y empoderamiento de los espacios.
- Acompañar a la comunidad en el reconocimiento paulatino de sus capacidades en el tema promocional y autoresponsabilidad en salud.
- Derribar en la mente colectiva de la población en general, y en la de nosotros como prestadores de salud, el concepto de salud asociado a sólo la falta de enfermedad.
- Superar las barreras de acceso a nuestro centro, con especial enfoque en la población adolescente.
- Consolidar el trabajo con enfoque familiar que hasta el momento hemos instaurado, avanzando en el proceso de transformación de CESFAM a la IV etapa.
- Y no menos importante, evaluar e intervenir en el autocuidado de nuestros propios funcionarios.

POSTA DE SALUD RURAL DE MANZANAR

El presente diagnóstico socioeconómico y sanitario de la comunidad de Manzanar que se presenta, tiene como fuente de recolección de datos las fichas familiares realizadas a cada familia usuaria del sector, actualizada por última vez en diciembre del año 2009 por parte del Técnico de Enfermería a cargo del establecimiento. El próximo proceso de actualización se encuentra actualmente en curso, con apoyo de alumnas en práctica de la carrera de TENS de Inacap Valparaíso.

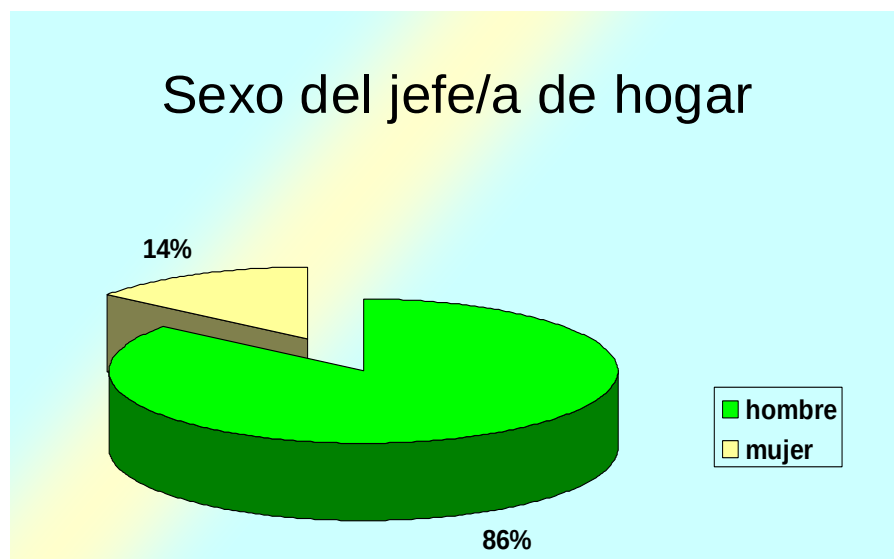
PROMEDIO DE INTEGRANTES POR FAMILIA

Cantidad de personas que forman un grupo familiar



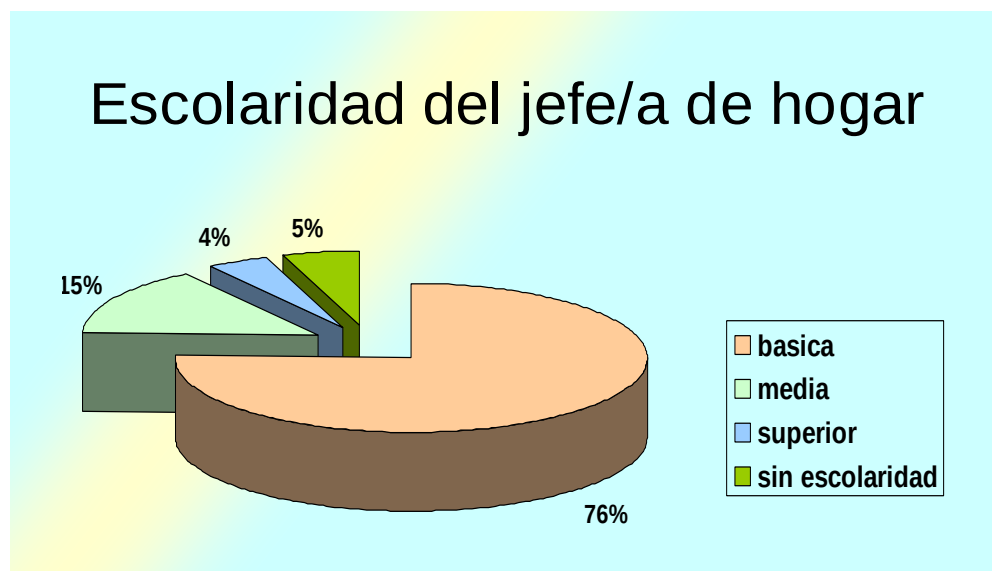
JEFE/A DE HOGAR

Es la persona reconocida como tal por los demás miembros del hogar.



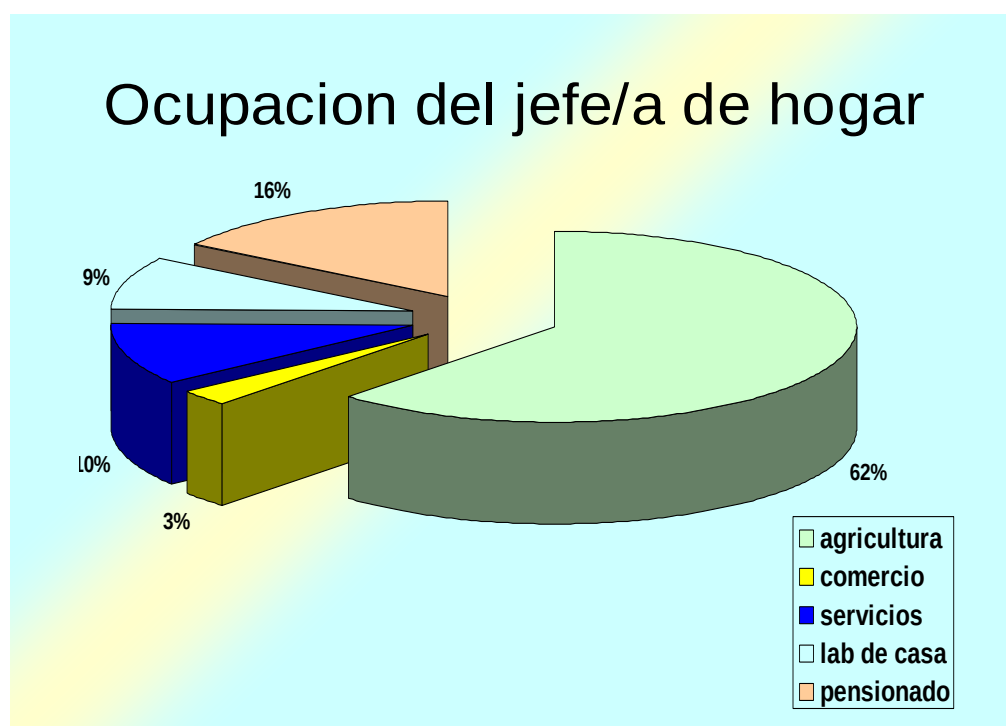
ESCOLARIDAD DEL JEFE/A DE HOGAR

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

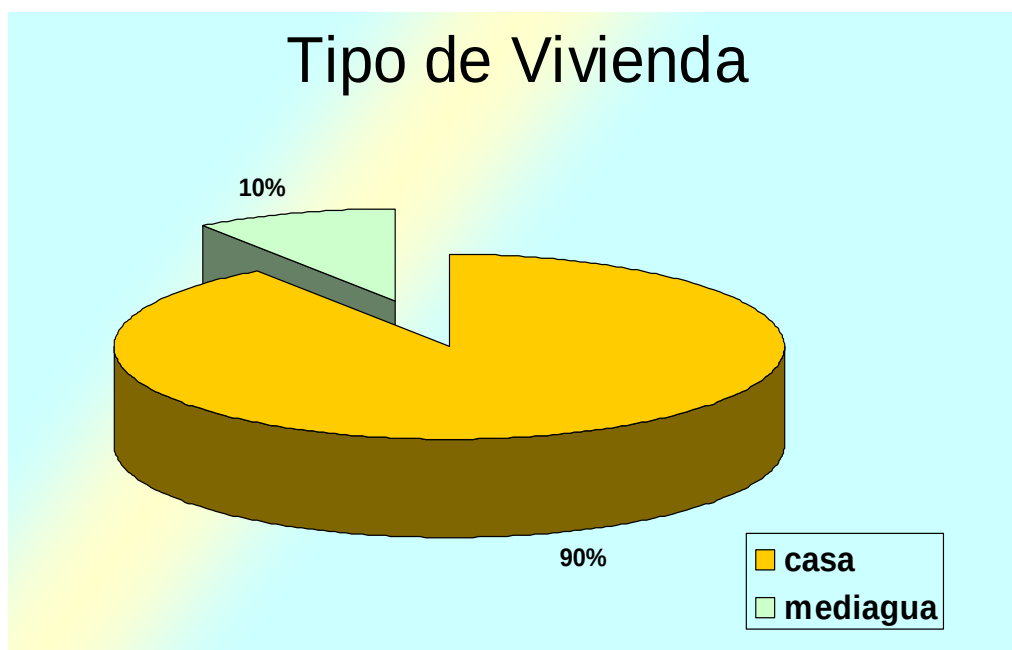
Se refiere a la clase de trabajo que efectúa una persona ocupada (o que desempeñaba antes si está cesante) durante el período de referencia adoptado, independientemente de la rama económica a la que pertenezca o la categoría de empleo que tenga.



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.

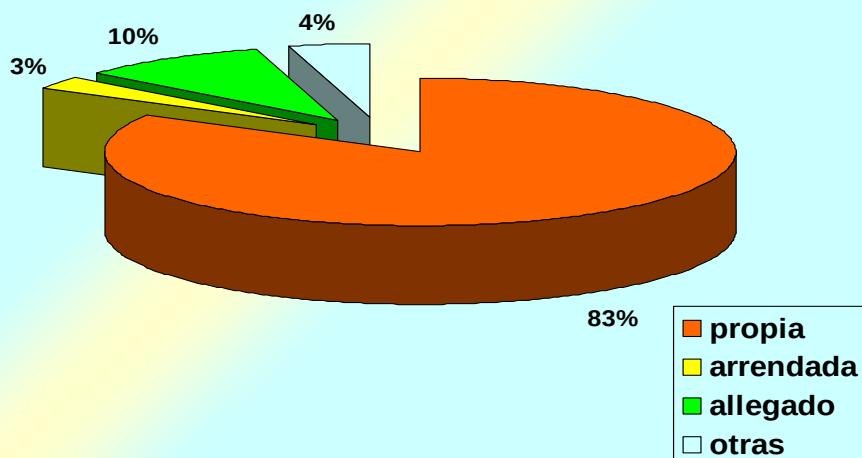
- Podemos decir, entonces, que la primera función de la vivienda es proporcionar un espacio seguro y confortable para resguardarse.



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.

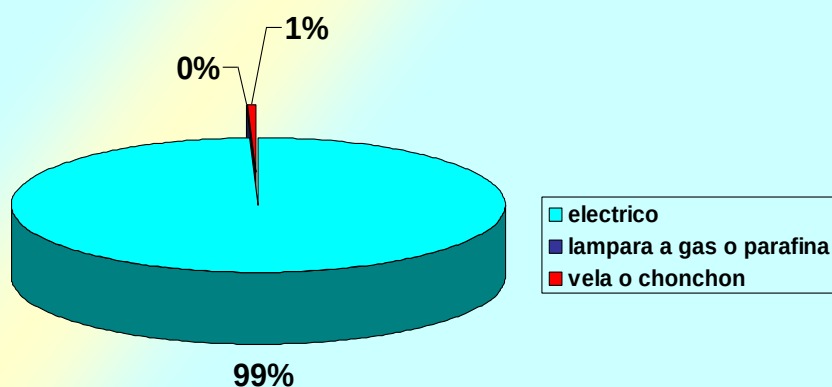
Tenencia de la vivienda



SISTEMA DE ALUMBRADO

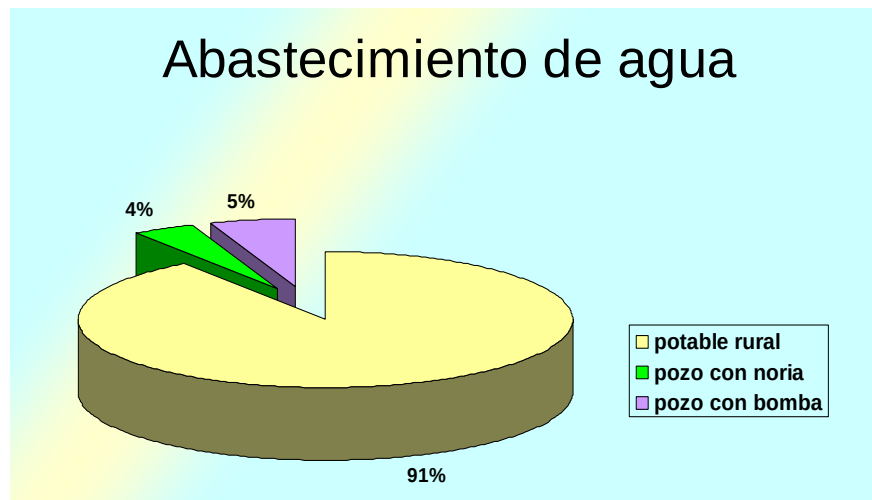
Es el tipo de energía utilizado por las familias para satisfacer las necesidades de iluminación al interior de sus hogares.

Tipo de iluminación



ABASTECIMIENTO DE AGUA

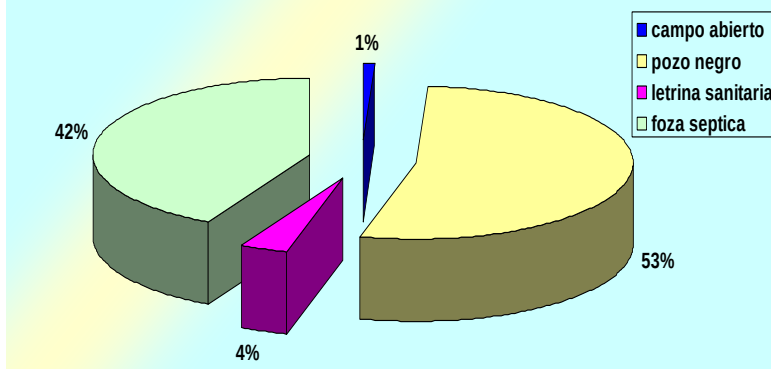
- El propósito principal de un sistema de abastecimiento de agua es suministrar agua segura para el consumo humano a un costo razonable.
- La cantidad de agua para mantener la vida de una persona es pequeña, pero al agruparse formando comunidades, la cantidad se incrementa.



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.

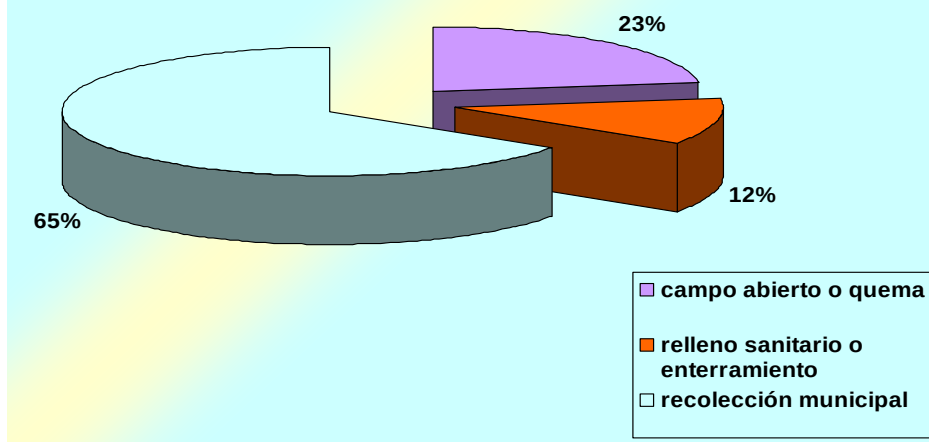
Disposición de excretas



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.

Disposición de basuras



CENTRO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y LA CULTURA

I. Misión

Trabajar el *empoderamiento* 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*.

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.

Lineamientos Programáticos

Acción Interna.

- a) Jóvenes
- b) Mujeres
- c) Niños y Niñas
- d) Personas con discapacidad

Ámbito Comunal

- a) Mesas territoriales de organizaciones comunitarias
- b) Mesa técnica integración social
- c) Plan Comunal de Promoción de Salud
- d) Coordinación educación-salud
- e) Vínculos con privados en el área de la cultura

Líneas de Acción 2011

El Centro de 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.

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-psicosocial, están supeditados a cuestiones físicas determinadas por la posición en la estructura socioeconómica.

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*, 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 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.

Integración

La definición formal del verbo integrar refiere a *hacer que algo o alguien pase a formar parte de un todo*. 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.

Capital social y empoderamiento

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 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”. Pude

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.

Desarrollo por áreas

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 mayor edad. 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.

Dentro de las actividades actualmente llevadas a cabo, aquella desarrollada en la sala de ensayo del CPSC será fortalecida y nuevamente sistematizada en cuanto a su planificación, registro, mantención y ampliación de su uso. Este espacio constituye una herramienta fundamental para asegurar la continuidad participativa de jóvenes dentro del espacio físico del CPSC, lo que garantiza su cobertura y la mixtura que se promueve en pos del concepto de *integración* y *respeto a la diversidad*.

Se llevará a cabo una capacitación a los grupos que ocupan la sala en relación al uso de los implementos, para evitar el uso indebido que sea pernicioso para su conservación en un buen estado y la desaparición de elementos pertenecientes a todos los beneficiarios de este bien. En cuanto a actividades con los usuarios, se proponen las siguientes iniciativas:

- Organización de eventos que persigan generar mayores conocimientos en el aspecto de la incorporación de mayores conocimientos musicales para los jóvenes que participan en esta área, como por ejemplo clínicas musicales, talleres y muestras, las que en el pasado han mostrado una gran satisfacción y aceptación en la comunidad.
- Potenciar el día viernes para la realización de eventos.
- Organización de eventos musicales de forma periódica
- Desarrollar eventos musicales. La muestra del trabajo en vivo es importantísima para los fines de las bandas de rock, y se convierte en un

instante de entretención que se mezcla la grata sensación de que genera la posibilidad de aprobación o rechazo del público. Para este punto es imperiosa la búsqueda de nuevos y variados espacios.

- Recoger a principio de año, las necesidades de los jóvenes, de carácter individual, colectivo, o temático, para luego motivar e incentivar a los mismos para que desarrollen las soluciones a éstas. Vale decir, reconocer un problema y convertirlo en un desafío. Para esto es necesario contar con recursos a través de fondos públicos.
- Potenciar en los jóvenes conceptos que agreguen valor a sus aportes, tales como innovación, impacto, entretención, vitalidad, gestión, creatividad, etc.
- Apoyar la mayor cantidad de actividades consolidadas como el aniversario y la ramada, además de las que surjan en el año.
- Mejorar los canales de difusión del Área. A través de sitios web, facebook y otros.

Para la concreción de lo anteriormente expuesto se requiere realizar las siguientes actividades de planificación y coordinación.

- Al menos 6 reuniones con representantes de bandas que ocupan la sala de ensayo para programar actividades y recoger inquietudes
- Listado de asistencia de bandas a las reuniones y Acta de reuniones.
- 1 reunión semanal de equipo de trabajo al interior del CPSC para coordinar y ejecutar las actividades planificadas
- Registro de Planificación mensual de actividades
- Reuniones de coordinación con el intersector para planificar y ejecutar actividades.
- Registro de control de asistencia de bandas a los ensayos en forma periódica.
- Registro de datos personales de integrantes de las bandas.
- Mantención de registro de horas de ensayo por bandas

Área Teatro

La actividad del Área de Teatro, en su dinámico proceso de adaptación a las potencialidades del CPSC, propone para el año 2011, implementar 3 Grandes Líneas de Acción:

Actividades de Vinculación Sistémica

Se realizará 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 los 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 entretenimiento en los niños que han cumplido con la edad suficiente (6 años) para realizar el “egreso” del régimen de Control de Niño Sano.

Celebración del sexto Cumpleaños de los usuarios del Sistema de Salud de Quillota, con una frecuencia de cuatro 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:

- 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. Difundir este registro en pagina web.
- Creación de instrumento de registro de evaluación por parte de los beneficiarios en la totalidad de las prestaciones señaladas.

b) Coordinación y planificación con centros de salud la generación de iniciativas que sean requeridas por éstos y que tengan relación con las orientaciones de los centros en el ámbito del desarrollo del recurso humano.

Crear y mantener vínculos con los centros de salud para generar muestras de lo trabajado por cada unidad.

Para lograr lo planteado, se requiere realizar lo siguiente:

Reuniones de coordinación

Confección de listas de asistencia

Coordinación con actores locales para la realización de las intervenciones.

C) 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.

- 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.

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.

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.

Actividad Física

Dentro del CPSC la actividad física ha tenido un importante desarrollo en relación a su integralidad. Es así que se ha ido incorporando el tema de la comida saludable, 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.

Con relación a lo anteriormente expuesto y considerando las distintas propuestas de los participantes de esta actividad se plantea la realización de las siguientes actividades:

Realización de actividad física en el CPSC, incorporando aerobox, baile entretenido, aeróbica, Pilates, danza árabe, caminatas, trabajo localizado, etc. Esta actividad, y el horario en la que se realiza, permite la participación de las personas que lo deseen dada la inmensa gama de responsabilidades con las que tienen que cumplir, particularmente las mujeres que es el grupo etéreo que acude en mayor número. Se realizan además celebraciones 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 l@s miembros del grupo, esto permite que las metas establecidas, que son difíciles de cumplir porque tiene que ver 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. Esto permite reforzar en forma permanente los esfuerzos realizados por las integrantes en la consecución de una vida mas saludable.

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.

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 siete 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.

Propuesta para Sala de Exposiciones 2011

- Fortalecer la difusión del quehacer de la sala.
- Mantener 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 diez 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.
- Incorporar la participación de artistas en nuevas propuestas en donde estén presentes desde la propuesta a la evaluación de la actividad.

Difusión

Hasta ahora el área de difusión del CPSC, ha cumplido con la función de informar sobre las actividades realizadas 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:

- Desarrollar nuevos elementos de difusión de manera digital, ya sea en el envío de correos electrónicos, y la mantención de la página del CPSC y confeccionar un sistema de video que muestre las iniciativas del centro en televisor ubicado en hall.
- Apoyar la elaboración de elementos de difusión externos al CPSC y de la red municipal de centros de salud de la comuna.

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

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 numero de personas. Algunas de éstas son:

- Ensayos de grupos que bailan salsa, tango, cueca, etc.
- Capacitaciones como de manipulación de alimentos y otros.
- Grupos de teatro externos
- Juntas de Vecinos
- Grupos de adulto mayor, etc.
- Jugadores de pin pon

Este año se pretende seguir posibilitando el uso de la infraestructura, 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.

Desarrollo Externo del CPSC

Red Municipal de Centros de Salud

Fortalecer la relación de manera que estos puedan generar vínculo e iniciativas a realizar en forma conjunta, generando el aprendizaje mutuo.

Red Institucional Municipal

Fortalecimiento del trabajo conjunto con departamentos municipales: Operaciones, Movilización, Educación, Deportes, y Cultura.

Proyectos

Captación de posibles necesidades, ideas e intereses 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.

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.

Propuestas Generales para el año 2011

Trabajo con los Sectores

Sector Rural

El sector de San Pedro pretende darle continuidad a experiencias que han ido desarrollando durante el año 2010 y que tienen relación con el uso de pesticidas y lo medio ambiental. El propósito del CPSC es apoyar a las organizaciones y sus representante en los temas que han sido valorados por ellos, esto es el autocuidado, a través de encuentros, paseos, celebraciones, etc. que tienen por finalidad crear un ambiente grato, que genera vínculo y que propicia el desarrollo de redes sociales.

Las propuestas de trabajo del sector de Boco tiene que ver con el número importante de personas de la tercera edad que se encuentran solos y con pocas posibilidades de distraerse y tener momentos gratos. Se pretende repetir la actividad de la celebración de la fiesta de “Los que Pasaron Agosto” que ha sido tan exitosa en términos de participación. Esta iniciativa no es excluyente de los otros sectores de la comuna y participan todos los sectores de Quillota.

Sector Urbano

El sector urbano llevará a cabo iniciativas en coordinación con el centro de promoción que dicen relación con la generación de actividades como:

La Celebración del Día de la Mujer

Celebración del Día del Hombre

La Fiesta de “Los que Pasaron Agosto”

La Ramada

Otras actividades de planificación, evaluación, encuentro y recreación.

En conjunto con el sector de Aconcagua Sur se dará continuidad al trabajo iniciado para recoger la historia del sector, la que quedará plasmado en murales aledaños al Río Aconcagua, para darle continuidad a lo que ha venido realizando el centro de promoción, esto es, llevar gente a la rivera del Río a participar de eventos de interés cultural.

DOTACION AÑO 2010 - 2011

ApellidoPaterno	ApellidoMaterno	Nombres	Cargo	Jornada
KASIS	BERNAL	LUIS	AUXILIAR DE SERVICIO	44
SAN MARTIN	ALVAREZ	ALFREDO	MEDICO	44
OSORIO	LARA	ESTER	TECNICO PARAMEDICO	44
MUÑOZ	MARTINEZ	CHARLES JAIME	AUXILIAR DE SERVICIO	44
RODRIGUEZ	ARREDONDO	JOSE MANUEL	ADMINISTRATIVO	44
CARVAJAL	CABALLERO	SOFIA	PSICOLOGO	33
SAN JUAN	IBARRA	DINA PATRICIA	NUTRICIONISTA	44
ALVAREZ	YAÑEZ	CARLOS	AUXILIAR DE SERVICIO	44
RETAMALES	GOMEZ	HAYDEE	TECNICO PARAMEDICO	44
BICKELL	ANILIO	VERONICA ESTER	MATRON/A	44
BRITO	VELIZ	ANA MARIA	ENFERMERA	44
ROJAS	MONTENEGRO	EDUARDO MANUEL	ADMINISTRATIVO	44
NUÑEZ	CAMPOS	MARTA	TECNICO PARAMEDICO	44
JORQUERA	ARRIADO	ALICIA	TENS	44
DOLMECHS	ARAVENA	CRISTINA	ADMINISTRATIVO	33
HERRERA	FERNANDEZ	MANUEL	AUXILIAR DE SERVICIO	44
CAMPOS	MUÑOZ	CARMEN GLORIA	ENFERMERA	44
MILLA	CASTILLO	CARMEN LISETTE	NUTRICIONISTA	44
SALGADO	MORALES	MIGUEL ANGEL	TECNICO PARAMEDICO	44
CORTES	DIAZ	HERNAN	AUXILIAR DE SERVICIO	44
CORTES	PINO	MARIA	MATRON/A	44
OLIVARES	VIDELA	MARCIA VERONICA	TENS	44
DIAZ	AMECHAZURRA	CARMEN	ASISTENTE SOCIAL	44
ESPINDOLA	FERNANDEZ	MARIA CECILIA	TECNICO PARAMEDICO	44
VILLARROEL	BERRIOS	RICARDO	AUXILIAR DE SERVICIO	44
FERNANDEZ	PENROZ	JOAQUIN ADOLFO	MATRON/A	44
RODRIGUEZ	OLEA	VIVIANA	ADMINISTRATIVO	44
BASAURE	ARANEDA	HERTA ROSA DEL PILAR	MEDICO	44
SOLERVICENS	MORTARA	SANDRA	ODONTOLOGO	44
LIRA	BUSTOS	NORMA	ODONTOLOGO	44
MARDONES	RIVAS	MONICA GRACIELA DEL R.	ODONTOLOGO	22
PEREZ	SAN MARTIN	CARLOS	AUXILIAR DE SERVICIO	44
PONCE	QUIROZ	SEGUNDO	ADMINISTRATIVO	44
TAPIA	CASTRO	HILDA ROSA	MEDICO	33
SILVA	ESTAY	JOSE	MEDICO	33
VILLARROEL	CISTERNAS	MARIA TERESA	AUXILIAR DE SERVICIO	44
LOPEZ	BUSTOS	SANDRA	KINESIOLOGO	33
PONCE	HORMAZABAL	ISIDRO RICARDO	AUXILIAR DE SERVICIO	44
TRONCOSO	PAEZ	VIRGINIA	TENS	44
ARAVENA	RAMIREZ	ADRIANA	ADMINISTRATIVO	44
CARVAJAL	VILLEGAS	JACKELINE	ADMINISTRATIVO	44
SAAVEDRA	SILVA	MARIA ADELAIDA	ENFERMERA	44
REAL	IRRIBARRA	WALESKA	MEDICO	44
GONZALEZ	LEON	LUIS RICARDO	KINESIOLOGO	44
GALVEZ	OCARANZA	ZAHIRA TERESA	MEDICO	44

PAREDES	HERNANDEZ	CARMEN	MATRON/A	22
VERA	SUAZO	LUIS FERNANDO	ADMINISTRATIVO	44
VALENCIA	FIGUEROA	EDICTA	ADMINISTRATIVO	44
ESCOBAR	JIMENEZ	LUIS	AUXILIAR DE SERVICIO	44
FERNANDEZ	VARGAS	ZUNILDA	TENS	44
VARGAS	TAGLE	FABIANO	ADMINISTRATIVO	44
ARANCIBIA	CANTILLANA	VIVIANA	TECNICO EN ADMINISTRACION DE EMPRESA	44
CARTE	CONTRERAS	ROSA	TECNICO PARAMEDICO	44
AGUILAR	CABALLERO	ANA MARIA	ADMINISTRATIVO	44
IBARRA	HALTENHOFF	JACQUELINE	ENFERMERA	44
CRUZ	RETAMAL	EVA CAROLINA	ASISTENTE SOCIAL	44
RAMIREZ	ARAVENA	LUCIA	MEDICO	33
ALVARADO	MIRIC	VICTOR	ASISTENTE SOCIAL	44
OLGUIN	AVILA	CLAUDIA VERONICA	KINESIOLOGO	44
CAMPOS	SUAZO	XIMENA	NUTRICIONISTA	44
MEZA	RODRIGUEZ	MARCELA NOEMI	PSICOLOGO	44
PIZARRO	AGUILERA	RITA	TECNICO PARAMEDICO	44
FLORES	BERMUDEZ	JAQUELINE	ADMINISTRATIVO	44
ROJAS	MUÑOZ	MARITZA	ODONTOLOGO	44
NUÑEZ	GODOY	NANCY MAGALY	AUXILIAR DE SERVICIO	44
ALMENDRAS	DIAZ	MIRIAM NOEMI	TECNICO PARAMEDICO	44
CORTES	ARAYA	RUBEN	TENS	44
OLIVARES	TAPIA	GERARDO ISMAEL	AUXILIAR DE SERVICIO	44
PUENTES	WASAFF	FERNANDO	MEDICO	22
ASTORGA	CARDENAS	LEYLA	ASISTENTE SOCIAL	44
VASQUEZ	GUTIERREZ	MARIA	ADMINISTRATIVO	44
RIQUELME	AGUILERA	NELSON	AUXILIAR DE SERVICIO	44
FERNANDEZ	ARAVENA	MARGARITA	AUXILIAR DE SERVICIO	44
VASQUEZ	BARRAZA	ANA MARIA	ADMINISTRATIVO	33
MAZUELA	TAPIA	JOSE MIGUEL	AUXILIAR DE SERVICIO	44
SILVA	ESPINOZA	MARIA	TECNICO PARAMEDICO	44
CATALAN	SALINAS	CESAR	AUXILIAR DE SERVICIO	44
RIVEROS	VALDES	JOSE	TECNICO PARAMEDICO	44
AGUILAR	FREDES	CATALINA	TENS	44
VARAS	CASTILLO	SANDRA	ASISTENTE SOCIAL	44
JAMETT	TERRAZA	VICTOR	ODONTOLOGO	44
MARAMBIO	TAPIA	XIMENA BEATRIZ	ADMINISTRATIVO	33
LOPEZ	HERNANDEZ	ALEJANDRA LILIANA	ADMINISTRATIVO	22
NAVARRO	JARA	ERICK	PSICOLOGO	44
CORAZANIS	RIVEROS	MARCELA	TECNICO PARAMEDICO	44
ALVIÑA	VEAS	PAMELA	ADMINISTRATIVO	22
MILLAR	AVENDAÑO	MARIBEL DEL CARMEN	AUXILIAR DE SERVICIO	22
JIMENEZ	OLIVARES	VILSIA	TENS	44
FERNANDEZ	MALDONADO	CECILIA	NUTRICIONISTA	44
AGUILERA	CASTRO	MIREYA	ADMINISTRATIVO	44
AEDO	OLIVARES	GEORGINA	ADMINISTRATIVO	44
RODRIGUEZ	ZAVALA	CLAUDIO	ADMINISTRATIVO	44
ADASME	SOTO	ELIZABETH	TENS	44

DEMUTH	BOZZO	FRITZ	INGENIERO EN SONIDO	44
PROTASOWICKI	IZQUIERDO	FRANCISCO	PSICOLOGO	44
ZAPATA	CACERES	ROBINSON ANTONIO	AUXILIAR DE SERVICIO	44
CALDERON	CAVIERES	DORIS	ADMINISTRATIVO	44
ARAYA	MORALES	CARMEN ROSA	AUXILIAR DE SERVICIO	44
ANABALON	VIDELA	PAOLA ANDREA	ENFERMERA	44
PEREZ	AVALOS	TERESA	TENS	44
TAPIA	CORREA	PATRICIA	TENS	44
TORRES	OLIVARES	MIGUEL	AUXILIAR DE SERVICIO	44
LIRA	MENDIGUREN	PABLO	ODONTOLOGO	44
CANALES	PACHECO	MIRIAM	TECNICO PARAMEDICO	44
CUBILLOS	JAURE	ALINE	TECNICO PARAMEDICO	44
FLORES	ARANCIBIA	LUISA	ADMINISTRATIVO	44
ZAMBRANO	TORRES	ROSA IVANA	ADMINISTRATIVO	44
DIAZ	ESCUDERO	BEATRIZ	ADMINISTRATIVO	44
GACITUA	VALENZUELA	MARCELA DEL PILAR	TECNICO PARAMEDICO	44
CHACANA	ZAMORA	GLADYS	ADMINISTRATIVO	44
BARRALES	REYES	SANDRA	MATRON/A	44
QUINTANA	CAMPILLAY	ORIANA	ADMINISTRATIVO	44
TORRES	CAMPOS	CAROL	PSICOLOGO	44
TAPIA	NOVOA	ROSA IRIS	TECNICO PARAMEDICO	44
ARACENA	GONZALEZ	ELSA INES	AUXILIAR DE SERVICIO	44
ULLOA	ABURTO	MARIA CAROLINA	ADMINISTRATIVO	44
SABANDO	FRANULIC	VEZNA	ODONTOLOGO	33
MORALES	FIGUEROA	ROSARIO	ADMINISTRATIVO	44
FIGUEROA	DONOSO	ROSSANNA	ADMINISTRATIVO	44
MATURANA	DONOSO	CLAUDIA	PSICOLOGO	44
AHUMADA	ORELLANA	MILZA LUZ	ADMINISTRATIVO	22
PIZARRO	COROMINAS	CLAUDIA	TENS	44
SILVA	FIGUEROA	CARMEN GLORIA	ADMINISTRATIVO	44
CUEVAS	LAZO	RUTH	TECNICO PARAMEDICO	44
RODRIGUEZ	OLEA	YASNA	TECNICO PARAMEDICO	44
PARRAGUEZ	CISTERNAS	LUIS	TECNICO PARAMEDICO	22
AHUMADA	ORELLANA	MARINA	TECNICO PARAMEDICO	44
JELVEZ	RUZ	JAVIER ENRIQUE	AUXILIAR DE SERVICIO	44
VIELMA	ARANCIBIA	WILSON	AUXILIAR DE SERVICIO	44
VALENZUELA	CANALES	MARIA	TECNICO PARAMEDICO	44
TRONCOSO	GONZALEZ	MAYBETH	ADMINISTRATIVO	44
PARRAGUEZ	CISTERNAS	CRISTIAN	TECNICO PARAMEDICO	44
LARA	CHACANA	CLAUDIA	TECNICO PARAMEDICO	44
GAETE	VALENCIA	FABIOLA	ASISTENTE SOCIAL	44
SUAREZ	LAGO	RAMON VIRGILIO	MATRON/A	44
CASTILLO	CUEVAS	ALVARO	ASISTENTE SOCIAL	33
CANEO	OLIVARES	VERONICA	ADMINISTRATIVO	44
NEIRA	CONTRERAS	VICTOR	ASISTENTE SOCIAL	44
ROJO	MONTENEGRO	ELENA	ADMINISTRATIVO	44
NAVIA	HEVIA	BELGICA DEL CARMEN	TENS	44
OYANADEL	MIRANDA	ANTONIO	TECNICO PARAMEDICO	44
DIAZ	RODRIGUEZ	VIRNA	ADMINISTRATIVO	44

GUZMAN	HERRERA	MARGARITA	ADMINISTRATIVO	44
BELLIDO	ZAMORA	MARCELO ENRIQUE	AUXILIAR DE SERVICIO	44
VERGARA	SILVA	KATHERINE	ASISTENTE SOCIAL	44
ROJAS	FIGUEROA	MARCELO FERNANDO	TECNOLOGO	44
GALAZ	ZAMORA	GLADYS ELIZABETH	ADMINISTRATIVO	44
VICENCIO	CISTERNAS	PAULA ANDREA	TENS	33
MADRID	DIAZ	ILSE	AUXILIAR DE SERVICIO	44
ARANCIBIA	GUZMAN	MARIA CRISTINA	ADMINISTRATIVO	44
CASTILLO	FUENTES	JUANA	TENS	44
MORALES	AGUILERA	SOLANGE	TENS	44
NAVIA	HEVIA	MARIA ELENA	AUXILIAR DE SERVICIO	44
MONTALVAN	SANTANA	ROSA	ADMINISTRATIVO	44
ARANCIBIA	CORTES	GIOVANNA	TECNICO PARAMEDICO	44
PALACIOS	OLIVARES	IRMA	TECNICO PARAMEDICO	44
CHACANA	GONZALEZ	ALICIA	TENS	44
SAAVEDRA	MORAN	ALBERTO ALEJANDRO	AUXILIAR DE SERVICIO	44
FAUNDEZ	QUEZADA	MARIA INES	ADMINISTRATIVO	44
LOBOS	OJEDA	ALEX	AUXILIAR DE SERVICIO	33
COX	SUAREZ	ROSA	ADMINISTRATIVO	44
ALVAREZ	LEIVA	BETZABE	TECNICO PARAMEDICO	44
CISTERNAS	QUILABRAN	FRANCIA	TENS	44
TORO	TRIGO	KATIA	ADMINISTRATIVO	44
CONTRERAS	ALARCON	GERARDO DAVID	DISEÑADOR GRAFICO	44
SAEZ	MOLINA	CLAUDIA	TECNICO PARAMEDICO	44
SEPULVEDA	GOMEZ	ROSA	TENS	44
FERRADA	VALENZUELA	ISABEL	TECNICO PARAMEDICO	44
RUBINA	SILVA	CARROLL ANNETE	TECNICO PARAMEDICO	44
ASTORGA	CARMONA	ANDREA	QUIMICO FARMACEUTICO	44
MATUS	CAÑETE	PAMELA	ENFERMERA	33
CASTILLO	GONZALEZ	LORENA DEL CARMEN	TECNICO PARAMEDICO	44
SANCHEZ	VRSALOVIC	KATICA ANDREA	TECNICO EN ADMINISTRACION DE EMPRESA	44
MORENO	SEREY	CECILIA	ADMINISTRATIVO	44
RIVERA	FERNANDEZ	DORIS	ADMINISTRATIVO	33
ESPINDOLA	MORAGA	PATRICIA	NUTRICIONISTA	44
RAMOS	CONTRERAS	MARIA	ADMINISTRATIVO	44
BELTRAN	CATALDO	DANIELA	TECNICO PARAMEDICO	44
SANTANDER	PONCE	VICTOR	INFORMATICO	44
SALINAS	SOLIS	CAROLINA DEL CARMEN	TENS	22
NAVARRO	ZAMORA	JULIO ANDRES	NUTRICIONISTA	22
VALENZUELA	LEZANA	CAROLINA	ODONTOLOGO	44
PONCE	CANALES	PAULINA	KINESIOLOGO	44
MUÑOZ	FERREROS	DANIELA SABINA	PSICOLOGO	44
FISCHER	CANTO	ANA MARIA	PSICOLOGO	22
ARAYA	PEREZ	YOLANDA	NUTRICIONISTA	44
PACHECO	AVILA	SERGIO	ODONTOLOGO	44
GONZALEZ	PINARES	IVONNE	ADMINISTRATIVO	44
VALENCIA	DIAZ	KAREN	ADMINISTRATIVO	44
ORTIZ	ESTAY	JORGE	TECNICO PARAMEDICO	44

BASAEZ	CHACANA	EVELYN	TECNICO PARAMEDICO	44
SALDIVAR	LARA	JUAN	AUXILIAR DE SERVICIO	22
GUERRERO	GARAY	LUIS	TECNICO PARAMEDICO	44
LEIVA	PONCE	ENZO	ADMINISTRATIVO	44
OLGUIN	BRAUCHI	VALERIA ALEJANDRA	ODONTOLOGO	44
BASTIAS	CASTRO	LORENA	ADMINISTRATIVO	44
CONSTANZO	GAVILAN	CAROLINA	MATRON/A	44
SENDRA	POLANCO	MARIA JOSE	PSICOLOGO	11
BELTRAN	TAPIA	MELISSA	ADMINISTRATIVO	44
GONZALEZ	SILVA	ALVARO PATRICIO	TENS	22
BARRAZA	GALVEZ	YORDANA	TENS	44
ROMERO	DIAZ	PATRICIA	ASISTENTE SOCIAL	44
VICENCIO	GALVEZ	CLAUDIO ANDRES	TENS	44
ALAMOS	SALAS	CLAUDIA ANDREA	ADMINISTRATIVO	22
PEREIRA	ARANCIBIA	FABIOLA	TENS	44
VERGARA	REYES	MARIA JOSE	ASISTENTE SOCIAL	44
LIRA	GUERRERO	ALEXIS	AUXILIAR DE SERVICIO	44
YOUNG	CABALLERO	CRISTIAN ALEJANDRO	KINESIOLOGO	33
SALLES	SOMARRIVA	MICHELY	MATRON/A	44
GILI	GRAF	PAULINA VERONICA	PSICOLOGO	44
PAULSEN	RIVERA	KATHERINE	ASISTENTE SOCIAL	22
MOYA	LOPEZ	EDUARDO	ADMINISTRATIVO	33
CIFUENTES	ZAVALA	MARIA ALEJANDRA	ADMINISTRATIVO	44
GONZALEZ	RUIZ	VERONICA	TENS	44
ARANCIBIA	CASTRO	GILDA TERESITA	ADMINISTRATIVO	44
CARVAJAL	TAPIA	MAURICIO	CONTADOR	44
HUENCHULLAN	GODOY	ESTEBAN	TECNOLOGO	44
PINTO	ALARCON	ALEJANDRA	ODONTOLOGO	44
VALENCIA	SEVERINO	CAROLA	KINESIOLOGO	33
MORALES	SUAZO	ALICIA	TENS	44
CORREA	LLANTEN	ALEJANDRA	MEDICO	44
CAMILLA	TAPIA	EVELYN	ADMINISTRATIVO	44
MALDONADO	CASTRO	XIMENA	MEDICO	44
CONTRERAS	VARGAS	MARIA ARACELI	TECNICO PARAMEDICO	44
TAPIA	ANGULO	MARIELA	TECNICO PARAMEDICO	33
MENDOZA	CEDEÑO	XAVIER	MEDICO	44
MUÑOZ	PONCE	ROSA	MATRON/A	44
REGATO	ARRATA	SUSANA	ODONTOLOGO	33
FARFAN	FARFAN	WILSON MANUEL	MEDICO	22
ROMERO	LORENTZEN	WIMPER	PSICOLOGO	44
INSUASTI	SOTO	DANIEL	MEDICO	44
MURGUEITIO	NIEVES	ROSA	MEDICO	22
BARRAZA	VEAS	EVELYN	ODONTOLOGO	44
VARAS	JERIA	PABLO ANTONIO	TECNOLOGO	22
ANDRADE	BRITO	SANDRA	ENFERMERA	44
ORTIZ	LIZANA	XIMENA	MEDICO	11
VERGARA	SANDOVAL	ERIKA MACARENA	NUTRICIONISTA	33
BUGUEÑO	TAPIA	ALEJANDRA VIVIANA	TENS	44
ACEVEDO	RODRIGUEZ	PALOMA	TERAPEUTA OCUPACIONAL	22

ASTUDILLO	AGUILERA	VICTOR PATRICIO	TECNICO PARAMEDICO	44
JARA	JAURE	AMPARO	TENS	44
YAÑEZ	BAEZ	GONZALO	AUXILIAR DE SERVICIO	44
PEREZ	HERNANDEZ	MAURICIO EDUARDO	PSICOLOGO	44
MONTIEL	TELLO	PABLO CESAR	ODONTOLOGO	44
TOLEDO	OLIVARES	FABIOLA	KINESIOLOGO	44
BERRIOS	AHUMADA	DANIELA	PSICOLOGO	33
JARA	JARA	EDUARDO ANTONIO	TENS	44
LOPEZ	BOSQUE	SEBASTIAN	MEDICO	44
SEGUEL	MOLINA	PAMELA IVONNE	TERAPEUTA OCUPACIONAL	44
SANHUEZA	ROA	MICHAEL LUCIANO	ENFERMERA	44
PACHECO	AVILA	MARIELA TERESA	EDUCADORA DE PARVULO	22
MERCADO	SALINAS	EVELYN	TECNICO PARAMEDICO	44
FERNANDEZ	MUÑOZ	MARIA TERESA	TENS	22
CHAFARIK	PIZARRO	PRISCILA EDITH	TENS	44
CABRERA	TORREJON	PAOLA	TECNICO PARAMEDICO	44
AGUILERA	ARAYA	JOSE PAULO	TENS	44
SALVADOR	ALVAREZ	DANISSA	TENS	44
HERNANDEZ	MONTENEGRO	MARCELA JOSEFINA	ADMINISTRATIVO	44
SANCHEZ	MOLINA	FERNANDO ALBERTO	ADMINISTRATIVO	33
QUIROZ	CASTRO	ANA MARIA FRANCISCA	MEDICO	44
ROJAS	ESPEJO	CAROLINA	KINESIOLOGO	44
FREDES	ARANCIBIA	ESTER	ADMINISTRATIVO	44
SAAVEDRA	VARAS	TOMAS	ADMINISTRATIVO	44
SUAREZ	OLIVARES	TAMARA	ADMINISTRATIVO	44
SARAVIA	PASTEN	CLAUDIA	TECNICO PARAMEDICO	44
LOPEZ DE ARECHAGA	SOTO	FELIPE ESTEBAN	ODONTOLOGO	33
BERNAL	MOLINA	JUAN	TECNICO PARAMEDICO	44
MONDACA	BRITO	MARJORIE CHISLEINE	TENS	22
SOLIS	CACERES	PAMELA MELISA	KINESIOLOGO	22
HERRERA	VILLALON	CINTHYA	TECNICO PARAMEDICO	44
MUÑOZ	SANCHEZ	DANIELA ALEJANDRA	PSICOPEDAGOGA	22
MATURANA	FIGUEROA	KATTY ROMINA	TENS	44
MONDACA	HERRERA	BORIS	ADMINISTRATIVO	44
RAMIREZ	VILLALOBOS	EDUARDO RODRIGO	ENFERMERA	44
MARTINEZ	HUERTA	NICOLE DEL ROSARIO	TENS	22
QUINTEROS	INOSTROZA	ISABEL	ADMINISTRATIVO	44
GONZALEZ	PINOCHET	JESSICA	TENS	44
NAVARRO	CHACANA	FRANCISCO	TECNICO PARAMEDICO	44
CARO	CASTRO	DEBORATH NADIN	TENS	44
OLMOS	LEIVA	BARBARA DANIELA	TENS	44
AGUILERA	VILLALOBOS	NICOL JASMIN	TENS	44
SALAZAR	ALVAREZ	GEORGINA NINOSKA	TECNICO PARAMEDICO	44
FREDES	LOPEZ	FRANCISCO	ADMINISTRATIVO	44
VERA	ZAMORA	PAULINA	ASISTENTE SOCIAL	44
VALDZ	DURAN	MAGDALENA	ADMINISTRATIVO	44
ESPINOSA	GUTIERREZ	BLANCA KARINA	TENS	44
MADERO	HERNANDEZ	MOISES BENJAMIN	MEDICO	44
MARTINEZ	GALAN	IRINA	MEDICO	22

LOOR	NAVAS	ARTURO ADOLFO	MEDICO	44
BRIONES	GUARIN	CESAR AUGUSTO	MEDICO	44
LARA	MAIGUASHCA	JOHANNA SILVANA	MEDICO	44
BARRIGA	ALBUJA	XIMENA ELIZABETH	MEDICO	22
GUAMBIANGO	CATOTA	WILLIAM	MATRON/A	44

PRESUPUESTO
RED MUNICIPAL DE CENTROS DE SALUD

CUENTAS				PRESUPUESTO 2011 Millones
	Sub - Título	Items		
<u>1</u>			<u>INGRESOS TOTALES</u>	<u>3.345.543</u>
<u>115</u>	<u>03</u>		<u>TRIBUTOS SOBRE EL USO DE BIENES Y REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES</u>	<u>0</u>
<u>115</u>	<u>03</u>	<u>01</u>	Patentes y Tasas por Derechos	<u>0</u>
<u>115</u>	<u>05</u>		<u>TRANSFERENCIAS CORRIENTES</u>	<u>3.255.543</u>
<u>115</u>	<u>05</u>	<u>03</u>	De Otras Entidades Públicas	<u>3.255.543</u>
<u>115</u>	<u>07</u>		<u>C X C RENTAS DE LA PROPIEDAD</u>	<u>3.000</u>
<u>115</u>	<u>07</u>	<u>02</u>	Venta de Servicios	<u>3.000</u>
<u>115</u>	<u>08</u>		<u>OTROS INGRESOS CORRIENTES</u>	<u>87.000</u>
<u>115</u>	<u>08</u>	<u>01</u>	Recuperación y Reembolsos por Licencias Médicas	<u>70.000</u>
<u>115</u>	<u>08</u>	<u>99</u>	Otros	<u>17.000</u>
<u>2</u>			<u>GASTOS TOTALES</u>	<u>3.345.543</u>
				<u>0</u>
<u>215</u>	<u>21</u>		<u>GASTO EN PERSONAL</u>	<u>2.330.136</u>
<u>215</u>	<u>21</u>	<u>01</u>	Personal de Planta	<u>1.060.203</u>
<u>215</u>	<u>21</u>	<u>02</u>	Personal a Contrata	<u>1.108.983</u>
<u>215</u>	<u>21</u>	<u>03</u>	Otras Remuneraciones	<u>160.950</u>
<u>215</u>	<u>22</u>		<u>BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO</u>	<u>742.200</u>
<u>215</u>	<u>22</u>	<u>01</u>	Alimentos y Bebidas	<u>4.000</u>
<u>215</u>	<u>22</u>	<u>02</u>	Textiles, Vestuario y Calzado	<u>25.000</u>
<u>215</u>	<u>22</u>	<u>03</u>	Combustibles y Lubricantes	<u>11.000</u>
<u>215</u>	<u>22</u>	<u>04</u>	Materiales de Uso o Consumo	<u>330.800</u>
<u>215</u>	<u>22</u>	<u>05</u>	Servicios Básicos	<u>94.000</u>
<u>215</u>	<u>22</u>	<u>06</u>	Mantenimiento y Reparaciones	<u>23.800</u>
<u>215</u>	<u>22</u>	<u>07</u>	Publicidad y Difusión	<u>12.500</u>
<u>215</u>	<u>22</u>	<u>08</u>	Servicios Generales	<u>48.300</u>
<u>215</u>	<u>22</u>	<u>09</u>	Arriendos	<u>103.800</u>

<u>215</u>	22	10	Servicios Financieros y de Seguros	8.000
<u>215</u>	22	11	Servicios Técnicos y Profesionales	22.000
<u>215</u>	22	12	Otros Gastos en Bienes y Servicios de Consumo	59.000
<u>215</u>	24		<u>TRANSFERENCIAS CORRIENTES</u>	<u>23.000</u>
<u>215</u>	24	01	Al Sector Privado	23.000
<u>215</u>	29		<u>ADQUISICIONES DE ACTIVOS NO FINANCIEROS</u>	<u>70.000</u>
<u>215</u>	29	01	Terrenos	0
<u>215</u>	29	02	Edificios	0
<u>215</u>	29	03	Vehículos	0
<u>215</u>	29	04	Mobiliario y Otros	15.000
<u>215</u>	29	05	Maquinas y Equipos	41.000
<u>215</u>	29	06	Equipos Informáticos	5.000
<u>215</u>	29	07	Programas Informáticos	4.000
<u>215</u>	29	99	Otros Activos no Financieros	5.000
-				
<u>215</u>	31		<u>INICIATIVAS DE INVERSION</u>	<u>102.500</u>
<u>215</u>	31	01	Estudios Básicos	0
<u>215</u>	31	02	Proyectos	102.500
<u>215</u>	31	03	Programas de Inversión	0
<u>215</u>	34		<u>SERVICIO DE LA DEUDA</u>	<u>0</u>
<u>215</u>	34	07	Deuda Flotante	77.707