

EVALUACION LINEAS PROGRAMATICAS AREA URBANA 2011

AREA PROMOCION:

AREA INFANTIL

- **CELEBRACION CUMPLEAÑOS 6 AÑOS:**
Se realizaron la celebración de 3 cumpleaños de niños(as) que son dados de alta del control de Salud Infantil, vale decir, a los 6 años de edad. Las 3 celebraciones realizadas contaron con una asistencia promedio de 150 niños(as).
- **CELEBRACION FIESTAS PATRIAS.** Actividad destinada a celebrar en conjunto con los niño/as de algunos sectores de la comuna las Fiestas Patrias, con concursos, juegos y otras actividades recreativas.
- **CELEBRACION DIA DEL NIÑO/A:** Celebración del día del niño/a, con actividades recreativas, lúdicas que permiten la integración de los niños/as a los centros de salud, desde una mirada promociona e integradora.
- **LUDOTECA COMUNITARIA:** Funciona desde septiembre 2008 en el CECOF CERRO MAYACA, atendiendo en promedio 30 niños y niñas diarias de distintas edades, quienes acuden a solicitar juegos, a los talleres que se realizan o a participar de distintas actividades lúdicas y recreativas. Cuenta con intervención en los tres niveles, Prevención, Promoción y recuperación.
- **ACTIVIDAD FISICA PARA NIÑOS/AS:** Se realizan taller de actividad física una vez a la semana, donde se conjugan actividades deportivas y recreativas. Asisten en promedio 15 niños/as semanales, entre 8 y 12 años.

AREA JÓVENES

Sala de ensayo:

Se ha mantenido la sala de ensayos con un promedio mensual de 70 ensayos, al momento de la evaluación es posible contar con 30 bandas aproximadamente de 5 estilos musicales, (punk, rock progresivo, death metal, pop rock y metal progresivo).

Se han incorporado otras líneas musicales como el hip hop, la música electrónica.

Tocatas:

En cuanto a tocatas es factible dar cuenta de 13 tocatas, entre ellas se destacan tocata Rock en Rio realizada en las riberas del Rio Aconcagua con el objeto de rescatar este espacio como un lugar de encuentro, haciéndolo parte de la ciudad.

Tocatas en Hogar de menores con el objeto de incorporar a los niños(as) de escasos recursos en espacios artístico-musicales. Las tocatas hip hop se han combinado con expresiones artísticas como grafitis, cine, etc. Con relación a la música electrónica se apoyó la realización de disco compilado de la Agrupación “Cirila” cuyo lanzamiento se realizó en la comuna y también en la ciudad de Viña del Mar. Es importante también señalar la improvisación sonora electrónica realizada en el Museo Histórico arqueológico de Quillota denominada “Museo Sonoro”.

Eventos:

2 trawelun: vale decir, encuentro de personas interesadas en la cultura mapuche. Esto incluyó música, poesía, baile, de la cultura mapuche.

Feciso: Realización de 3 jornadas del Festival de Cine social y antisocial. Estas jornadas se llevaron a efecto en el Centro de Promos, Villa Paraíso y Población El Bosque.

Murales Aconcagua Sur: Se realizó un rescate con la historia del sector destacándose la labor realizada durante muchos años por los areneros, quienes son parte de una labor que se encuentra en extinción debido a la modernización y el rigor de la labor realizada. Los murales fueron confeccionados con varios muralistas y los niños(as) del sector interesados(as).

Clínicas, charlas: Se realizó una charla por Claudio Narea, guitarrista del grupo Los Prisioneros. También se llevó a efecto clínica de Lutería (mantención de guitarras y bajos) a cargo de Diego Vilches.

Exposiciones: Se han realizado a la fecha 10 exposiciones con sus respectivas inauguraciones. Estas exposiciones fueron de pintura y esculturas.

AREA MUJERES

Grupo de Fitness:

El grupo de fitness se mantuvo durante todo el año 2011 con sesiones durante todos los meses del año, 3 veces a la semana con un promedio de asistencia de 25 personas. Un total anual de 117 sesiones, con un promedio mensual de 12 sesiones. A las personas que asistieron se les tomaron medidas antropométricas sistemáticamente a modo de evaluación y seguimiento. El grupo de fitness además generó iniciativas tales como:

Día de la madre, día del profesor, celebración de cumpleaños, paseos recreativos y de esparcimiento, celebración del Día de la Actividad Física.

Además, los centros urbanos Cardenal Raúl Silva Henríquez y CECOF, cuentan con actividad física 2 veces a la semana, con una asistencia promedio de 30 personas.

Talleres de autoestima: Estos talleres fueron realizados por la Psicóloga Sofía Carvajal en 6 organizaciones: Jardín Infantil Los Pollitos, Medialuna, Oso Panda, Cuncunita Feliz, el Grupo Adulto Mayor del sector de la Saíd y el Grupo Adulto Mayor de la Parroquia Los Desamparados.

PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Cortometraje: Se confeccionó cortometraje que tuvo la oportunidad de participar en concurso o muestra de Nanometraje a nivel nacional.

Se participa permanentemente con agrupación Cealivi y en conjunto con ellos se ejecutan a nivel comunal:

Expo de cultura y emprendimiento de personas con discapacidad, en ella participan todas las escuelas especiales de la comuna, se participa también en **Marcha por la integración** que se lleva a cabo junto con todos los establecimientos educacionales especiales y la colaboración de organizaciones públicas y privadas que realizan alguna labor con las personas con discapacidad.

MESAS TERRITORIALES DE ORGANIZACIONES COMUNITARIAS

Fiesta de los que pasaron Agosto:

Dentro de las actividades mas importantes programada, coordinada y ejecutada con la participación de organizaciones sociales de la comuna y en particular con adultos mayores, fue la realización de la Fiesta de los que pasaron Agosto, en donde tradicionalmente se hace una fiesta para conmemorar esta fecha, se incorporó también este año la degustación de receta preparada con alimentos entregados a través del PACAM y de una presentación de fotografías antiguas de Quillota, facilitadas por un artista local y la presentación de un video con imágenes del tren desde la Estación de la Corvi.

RAMADA:

En coordinación con diversas organizaciones sociales y personas que acuden al Centro de Promoción se programó la 7° versión de la Ramada del Centro de Promoción que se denominó “La sin lucro, ramada gratuita y de calidad”

DÍA DEL HOMBRE:

Nuevamente se organizó esta iniciativa que ya se ha llevado a cabo años anteriores.

VIDEOS RECETAS SALUDABLES:

Con la participación de personas que pertenecen a la mesa se confeccionó un recetario y se grabaron 12 recetas para ser difundidas en primera instancia a través de la página web del Centro de Promoción y de la plataforma del departamento de Salud.

VIDEO CON TALLERES QUE ARREGLAN BICICLETAS EN QUILLOTA:

Esta experiencia pretende recoger una labor de alto impacto en la comuna por la gran cantidad de personas que usan la bicicleta, todo esto en el contexto de la pronta construcción de las ciclo vías y difusión de estudio de prefactibilidad a realizarse en el 1° Seminario de bicicultura.

COORDINACIÓN CON OTRAS ORGANIZACIONES:

ANECDOTARIO:

A partir de las coordinaciones con los Centros de Salud Silva Henríquez y M. Concha, se rescató información con relación a anécdotas de funcionarios(as), con el objeto de confeccionar un anecdotario que diera cuenta de ello y de la historia que han vivido las personas que trabajan en la APS de Quillota, como el proceso que ha tenido esta organización.

PRESENTACIONES:

Como resultado de la coordinación con organizaciones de distinta índole, se ha presentado la experiencia del Centro de Promoción a:
Universidad de Valparaíso, Facultad de Medicina
Hospital de Quillota, Unidad de Salud Mental
Asociación Chilena de Municipalidades
Aps de Vicuña.

ALIMENTACIÓN SALUDABLE:

5 Sesiones de evaluación y seguimiento a Hogar de Ancianos Amencri
8 evaluaciones y seguimiento de personas en grupos de aeróbica
4 talleres con grupo de adultos mayores de Parroquia Desamparados

PLAN COMUNAL DE PROMOCIÓN DE SALUD

El plan comunal de promoción este año estableció las líneas de trabajo en Alimentación saludable-actividad física y Vida libre de humo de tabaco.

Dentro del ámbito de la alimentación saludable-actividad:

- Realización de 1° Seminario de Bicicultura como parte del apoyo a la participación ciudadana en el diseño del proyecto de ciclo vías en la comuna de Quillota.
- Instalación de 3 estacionamientos para bicicletas en los Centros de Salud Rurales (Boco, San Pedro, La Palma y Centro de Promoción).
- 1 Feria que mostró las distintas disciplinas deportivas que se realizan a nivel de la comuna, con la participación de establecimientos educacionales municipalizados, jardines infantiles, servicios públicos y privados, con el objeto de difundir la oferta programática existente a nivel de la comuna.
- 1 Campeonato de futbolito escolar ambos sexos organizado por Escuela Ego de la comuna, con convocatoria comunal. (Participación de 6 establecimientos educacionales municipalizados de la comuna)
- Realización de diversas acciones en actividad física dentro de escuela EGO y 4 establecimientos educacionales municipalizados de la comuna.

Se llevaron a cabo:

- 130 intervenciones de recreos activos en los colegios Abraham Lincoln, República de México, Valle de Quillota, Abel Guerrero y La Palma. Con formación de Brigadas de educación física.
- 2 jornada de actividad física en el Parque Aconcagua
- 51 sesiones con apoderados(as) de Colegio Abraham Lincoln parte del taller de educación física.
- 1 caminata saludable.

Rescate de utilización de plazas saludables existentes en la comuna.

- 85 sesiones de actividad física con el objeto de rescatar el uso de máquinas de ejercicios en plazas de los sectores Vista Hermosa (Boco), El Sendero, La Villa Coopreval y Villa Las Palmas.

Abordaje de los resultados obtenidos en evaluación nutricional:

- Evaluación nutricional a los alumnos de los colegios Abel Guerrero (174), Abraham Lincoln(283), República de México (384), Valle de Quillota (298), La Palma (160).
- 4 evaluaciones nutricionales a la totalidad de alumnos(as) de Jardines Infantiles (Jardín Los Lúcumos, Las Rosas)
- Seguimiento de aproximadamente 150 niños(as) del colegio Abraham Lincoln
- Seguimiento de aproximadamente 8 niños(as) del colegio República de México
- 2 talleres de alimentación saludable en 2 Jardines infantiles
- 2 Talleres de alimentación saludable, con 8 sesiones cada uno dirigido a apoderados(as) de Escuela República de México y alumnos de 6° a 8° básico)
- 1 muestra de comida saludable a profesores del mismo establecimiento.
- 6 Talleres de deportes urbanos, con 8 sesiones cada uno de parkour, skate y breakdance, con alumnos de 1° a 8 ° básico en Escuelas Abraham Lincoln, Abel Guerrero, La Palma, Valle de Quillota, República de México y sector comunitario La Corvi.

Incorporación del daño en el consumo de tabaco en la línea de trabajo de la red de jardines infantiles de la comuna:

- 1 jornada de capacitación con funcionarias de jardines infantiles de la comuna.
- 1 Jornada de intercambio de experiencia y actualización en el daño producido por el consumo de tabaco
- 3 presentaciones de obras de teatro tabaco en Jardín infantil Los Pollitos (con la participación de Jardín las Rosas y Aconcagua Sur), Aconcagua Sur (con la participación de jardín infantil La Semillita.
- 1 marcha de protesta contra el consumo de tabaco. En esta marcha participaron los Jardines Infantiles Principito, Los Lúcumos y el jardín del Cerro Mayaca.
- 3 jornadas de Capacitación en los daños producidos por el consumo de tabaco a 20 dirigentes/as y/o vecinos/as como monitores/as comunitario

AREA PREVENCIÓN:

1.- AREA INFANTIL:

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 más motivados. 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.

Misión

Fortalecer las acciones preventivas y promocionales con un enfoque integral, tomando como base la familia, a través de un MODELO DE GESTIÓN 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 niños y sus familias mejores oportunidades para su desarrollo biopsicosocial

Objetivos Generales

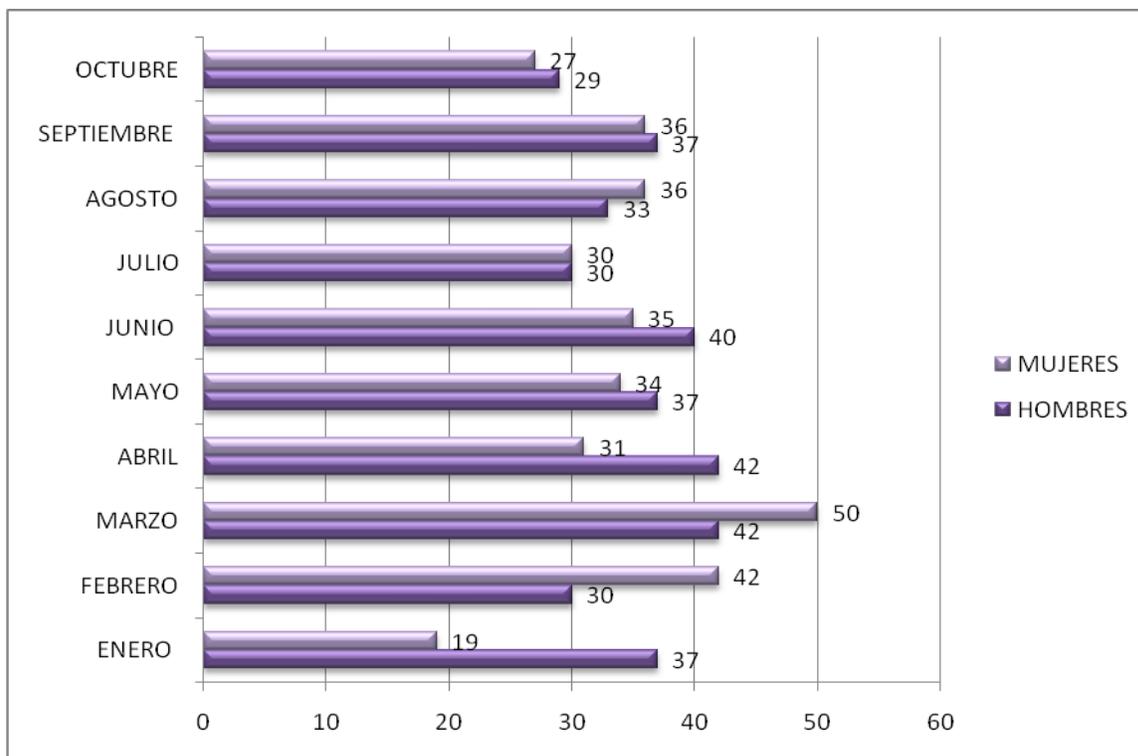
Realizar prestaciones de atención con un enfoque biopsicosocial a los niños y sus familias inscritas en los Centro de Salud de la comuna.

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.
- .- Contribuir a la estimulación temprana en todos los niños bajo control.

INDICADORES DE RESULTADO AREA INFANTIL AÑO 2011.

1. Gráfico: Recién Nacidos por mes y sexo año 2011.

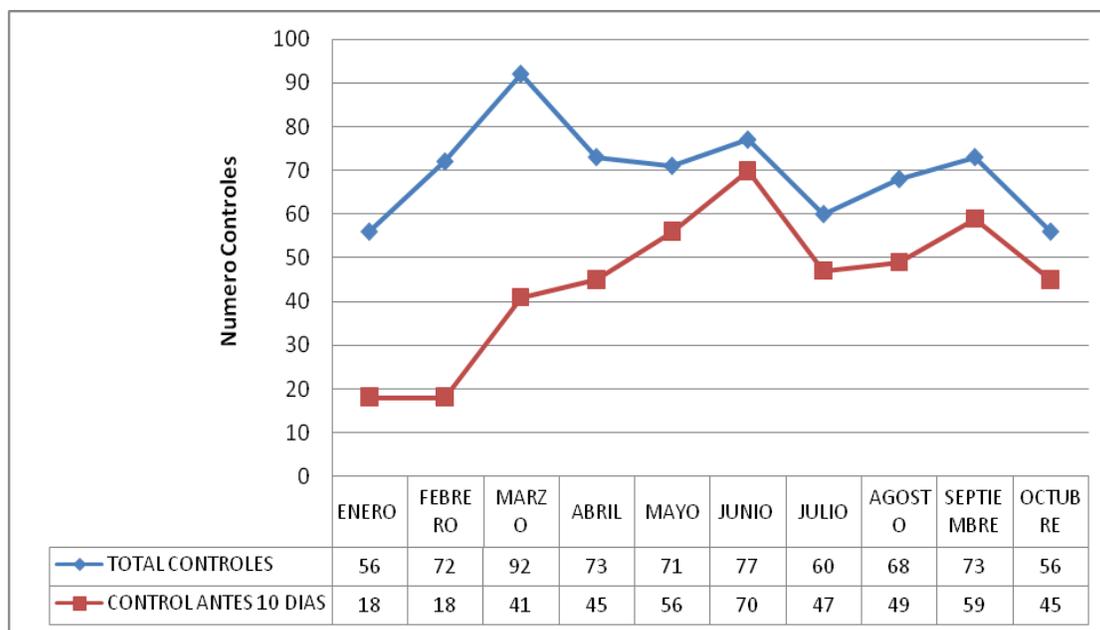


2. Gráfico: Distribución Porcentual por sexo.



Entre los meses de enero a octubre de 2011, ingresaron 698 niños/as, de los cuales 357 fueron hombres, equivalente un 51.2% y 340 mujeres equivalente 48.7%. En relación al año 2010, hubo una disminución 2.8 puntos porcentuales, correspondientes a 14 nacimientos menos.

3. GRAFICO: Comparación Número total de controles de diadas (madre-hijo/a) v/s Control antes de los 10 días de vida del recién nacido.



Durante el año 2011 se realizaron 698 ingresos de recién nacidos, de acuerdo a lo establecido en las líneas programáticas el ingreso debe realizarse antes de los 10 días de vida del niño/a, En el período correspondiente de enero a octubre a la fecha, se han realizado 448 ingresos antes de los 10 días de vida, lo que corresponde a un 64,18% sobre el total de los ingresos realizados. Se realizaron distintas estrategias para disminuir la brecha, tales como: asignación de administrativo exclusivo, entrega de hora según fecha de parto y confirmación de asistencia. Considerando todo lo anterior, se logro una disminución considerable en la brecha nacimiento/control, tal como se puede visualizar en el grafico anterior.

Aplicación Instrumentos en Control de Salud Infantil:

La aplicación de instrumentos en el control de salud infantil, es una forma más objetiva de evaluar el desarrollo integral del niño y su medio ambiente, detectar las desviaciones y derivarlas a tiempo para que sean tratadas dentro de la red del sistema público de salud. Para lograr el objetivo, éstos se aplican en distintas edades tanto al niño como a la madre o cuidador. De manera práctica, esto ha demostrado su efectividad en la detección de manera macro de problemas de salud mental como la depresión postparto, de la relación vincular madre e hijo donde el apego es fundamental, de desarrollo psicomotor del niño donde se evalúan ámbitos de su desarrollo integral, siendo una pieza fundamental del crecimiento biopsicosocial del infante.

Gráfico: Número de Escalas de Desarrollo Psicomotor (EEDP) aplicadas a niños/as entre 18 y 24 meses.

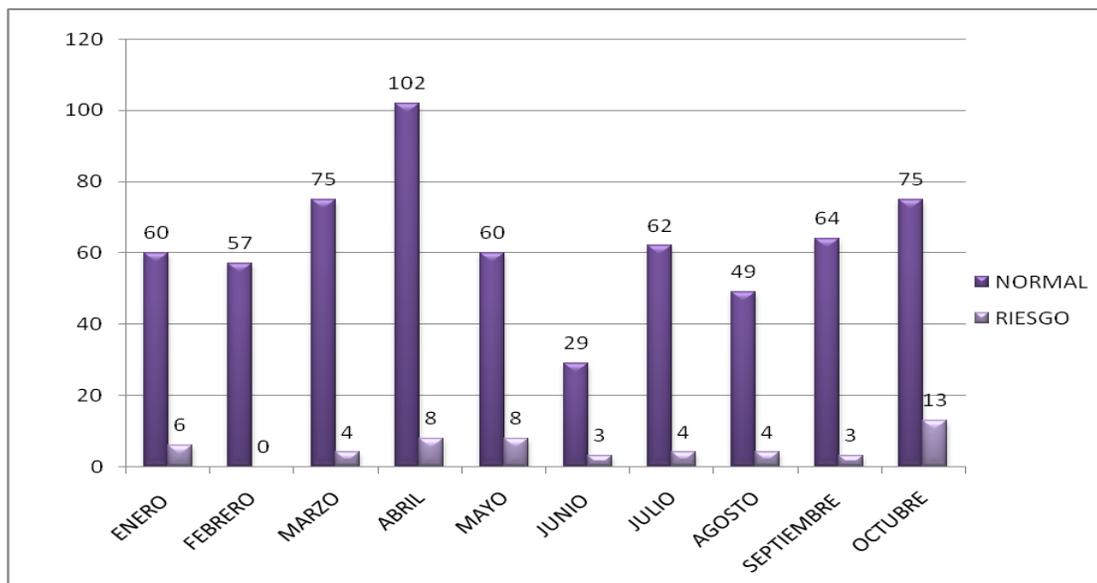
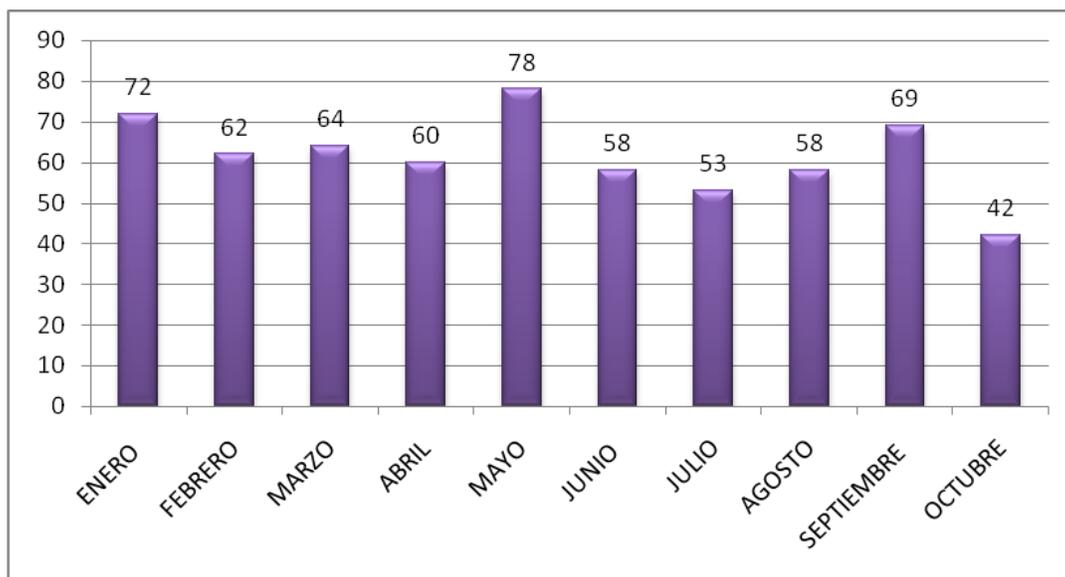


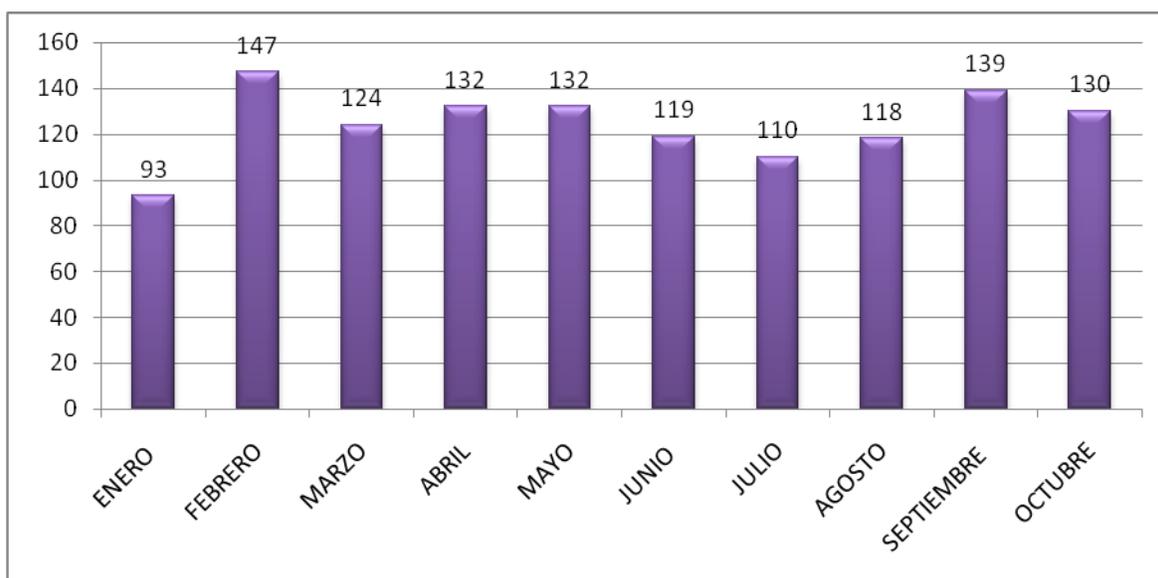
GRAFICO: PROTOCOLOS NEUROSENSORIALES APLICADOS.



Otro de los instrumentos que se aplica en el control de salud infantil, es el PROTOCOLO NEUROSENSORIAL, que se aplica a los niños/as entre el primer y segundo mes de vida.

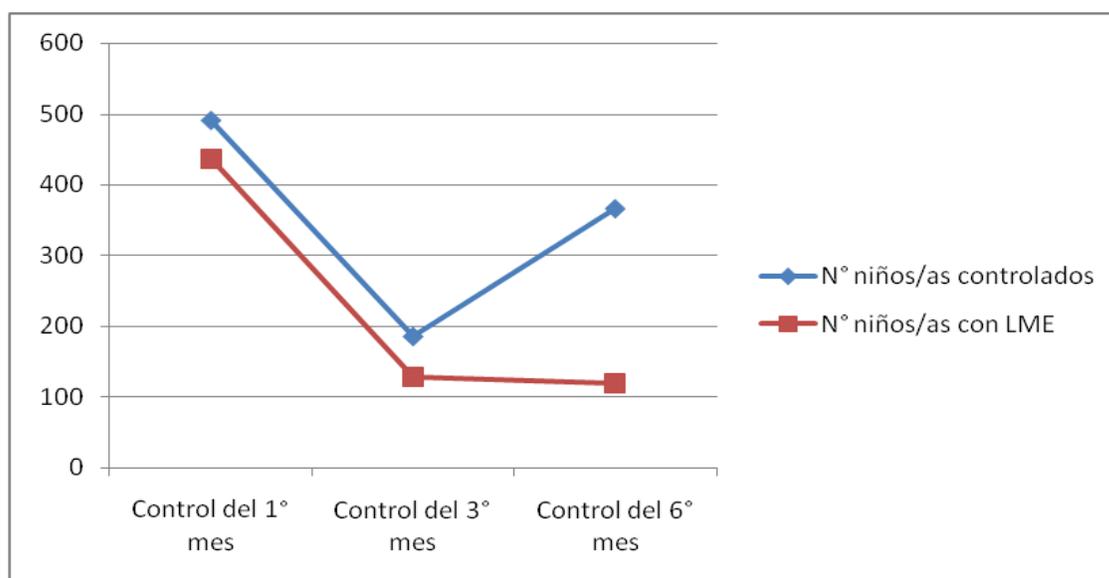
Entre el periodo enero a octubre se han aplicado 616 Protocolos Neurosensoriales, que corresponde a un 88% del total de los niños/as de esas edad, encontrándose el 100% de los resultados en los rangos normales.

GRAFICO: ESCALAS DE EDIMBURGO APLICADAS



Durante el período enero a octubre 2011 se han aplicado 1.244 ESCALAS EDIMBURGO, escalas que se aplican en los controles de salud infantil de los 2 y 6 meses. Esta escala permite detectar madres con signos de depresión post-parto. De las escalas aplicadas un total de 139 arrojaron resultado ALTERADAS, lo que corresponde un 11% del total.

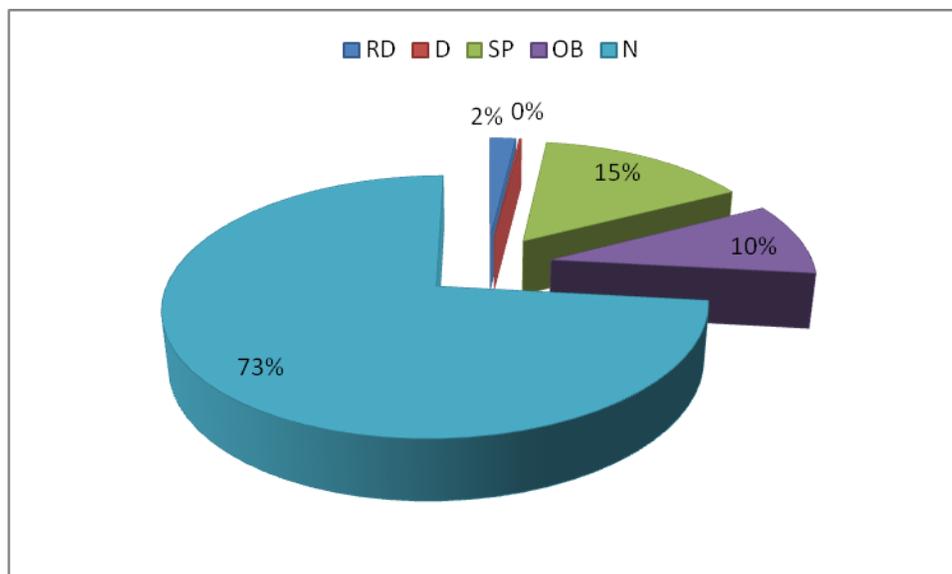
GRAFICO: COMPARACION NIÑOS/AS CONTROLADOS - LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA.



Respecto al tipo de alimentación, específicamente la Lactancia Materna Exclusiva, en los controles de salud infantil del Primer, tercer y sexto mes, se puede observar la tendencia a la disminución de la lactancia materna: En el primer control del total de niños/as controlados un **89%** de los niños/as presenta como alimentación **LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA**, en el tercer control disminuye a un 69% y al sexto mes disminuye a un 33%.

La explicación se puede dar que al tercer mes la madre se incorpora a la fuerza laboral y al 6° mes los niños/as incorporan otro tipo de alimentación.

GRAFICO: ESTADO NUTRICIONAL POBLACION BAJO CONTROL MENOR DE 6 AÑOS BAJO 2011.



De acuerdo a los datos informados en el período enero a octubre del 2011, la población infantil menor de 6 años, mayoritariamente presenta un estado nutricional normal (73%), la malnutrición por exceso representa un 35% del total, y solo 2% presenta malnutrición por déficit.

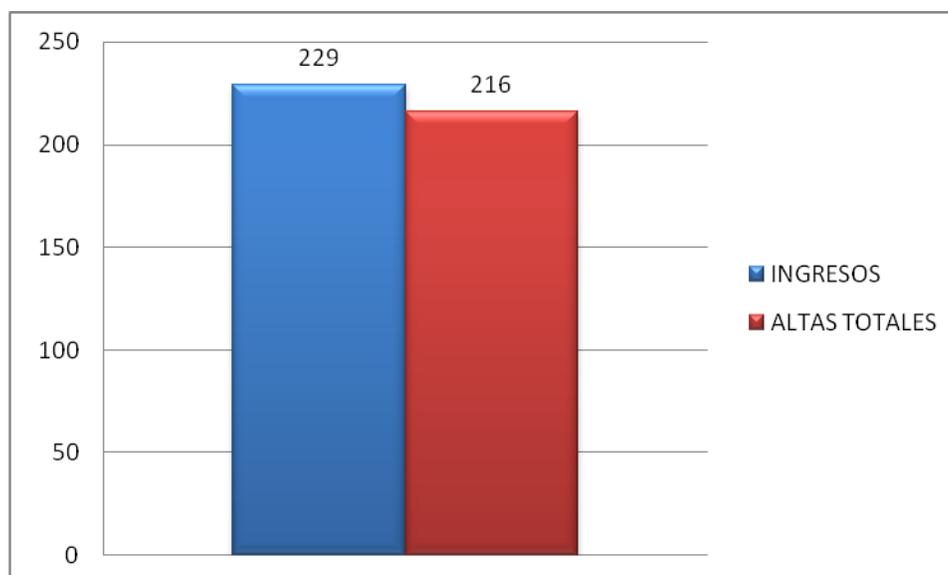
AREA DENTAL INFANTIL

GRAFICO: PORCENTAJE DE ACTIVIDADES PREVENTIVAS V/S ACTIVIDADES RECUPERATIVAS 2011.



De acuerdo a los datos obtenidos de enero a octubre se observa una correcta tendencia, con un porcentaje mayor al 60% de actividades de tipo Promocional Preventivo. Del total de acciones realizadas en el grupo menor de 15 años, las urgencias odontológicas representan el 6% de las actividades totales,

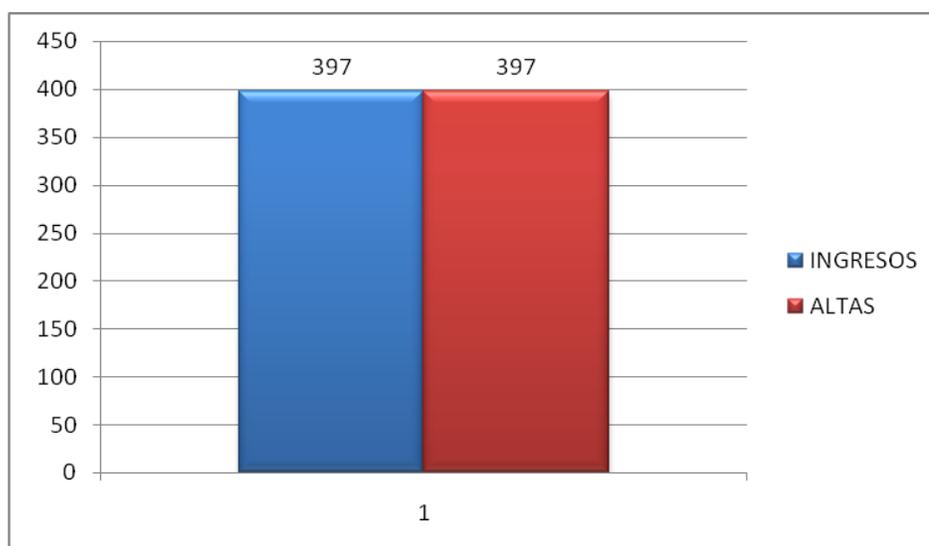
GRAFICO: ALTAS TOTALES SEGÚN INGRESO POBLACION 2 AÑOS.



De acuerdo a las atenciones periodo enero a octubre 2011, se han realizado 229 ingresos a tratamiento dental en niños/as de 2 años, de los cuales se han dado de alta total odontológica al 94%. (216 niños/as).

Respecto a las coberturas de altas totales según población total per cápita de 2 años (896), a octubre del 2011, se ha alcanzado una cobertura de un 24, 2%. Meta: 30%.

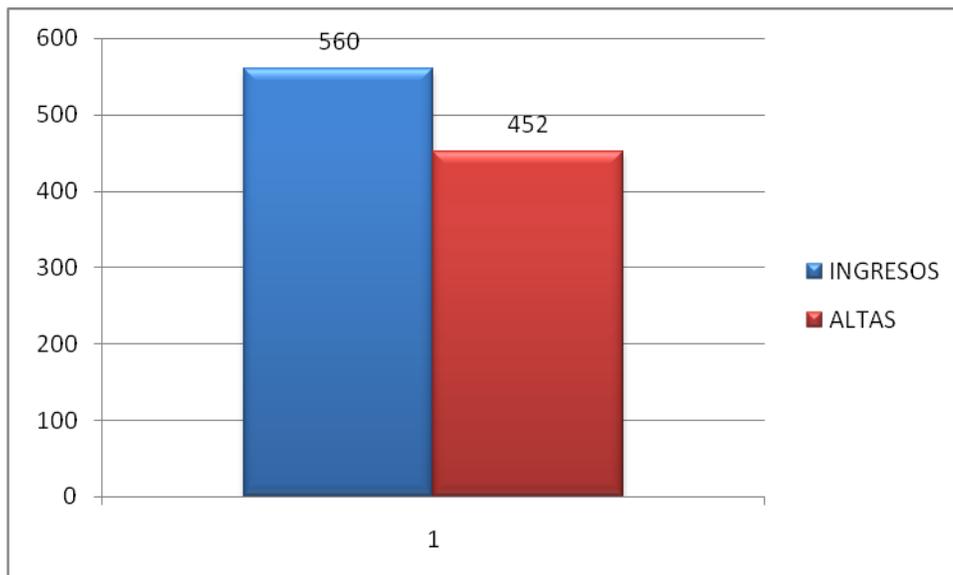
GRAFICO ALTAS TOTALES SEGÚN INGRESOS POBLACION 4 AÑOS



De acuerdo a las atenciones periodo enero a octubre 2011, se han realizado 397 ingresos a tratamiento dental en niños/as de 4 años, de los cuales se han dado de alta total odontológica al 100%.

Respecto a las coberturas de altas totales según población total per cápita de 4 años (896), a octubre del 2011, se ha alcanzado una cobertura de un 44%. De acuerdo a orientación del Programa Odontológicas se ha alcanzado la cobertura de altas totales según población total (Meta 35%)

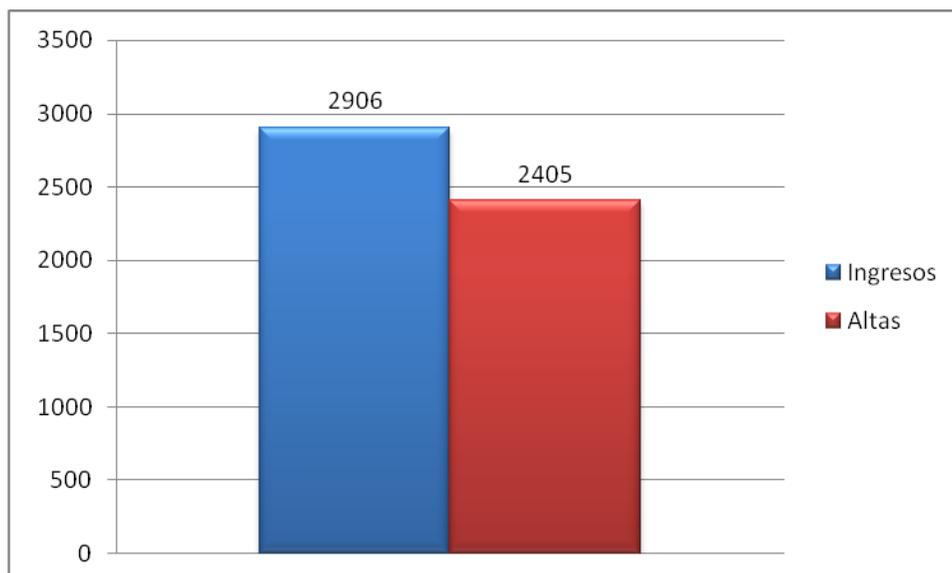
GRAFICO ALTAS TOTALES SEGÚN INGRESOS POBLACION 6 AÑOS



De acuerdo a las atenciones periodo enero a octubre 2011, se han realizado 560 ingresos a tratamiento dental en niños/as de 6 años, de los cuales se han dado de alta total odontológica al 80%.

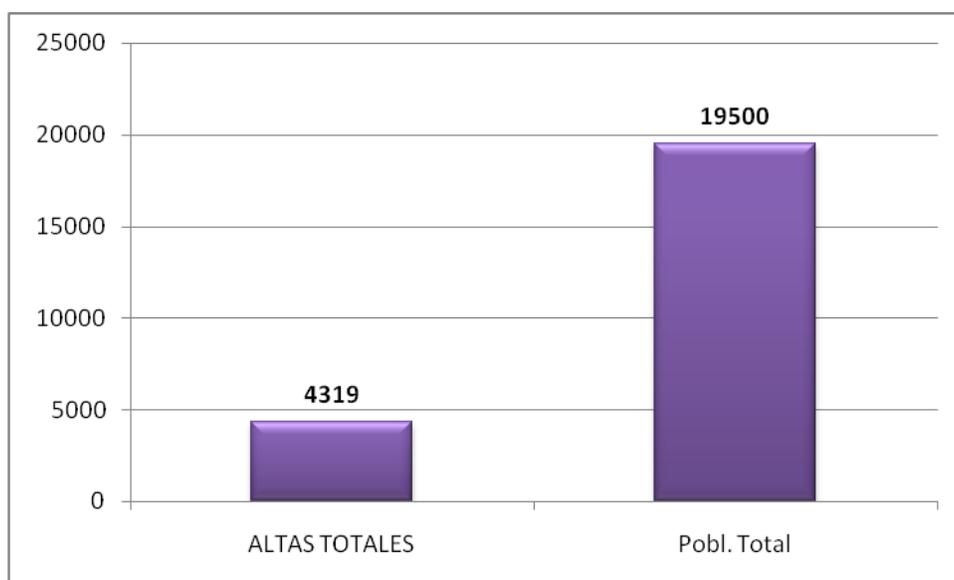
Respecto a las coberturas de altas totales según población total per cápita de 6 años (937), a octubre del 2011, se ha alcanzado una cobertura de un 48%.

GRAFICO: ALTAS TOTALES SEGÚN INGRESO RESTO POBLACION 15 AÑOS.



De acuerdo a las atenciones periodo enero a octubre 2011, se han realizado 2906 ingresos a tratamiento dental en resto población menor de 15 años, de los cuales se han dado de alta total odontológica al 100%.

GRAFICO: COBERTURA DE ALTAS ODONTOLOGICAS TOTALES EN MENORES DE 20 AÑOS.



De acuerdo a los datos obtenidos de enero a octubre de 2011, se ha alcanzado una cobertura adecuada a lo solicitado en los IAAPS. Se han dado 4.319 altas totales odontológicas en el área urbana, lo que corresponde a un 22.1% respecto de la población menor de 20 años. De acuerdo a la tendencia observada, el indicador será cumplido a diciembre, dado que lo solicitado corresponde a un 22.8%.

SALA DE ESTIMULACION Y LUDOTECA COMUNITARIA:

En el marco del Programa Chile Crece Contigo, se ha postulado desde el años 2007 a los fondos de iniciativas, quedando seleccionada en el primer años de postulación la Implementación de una Ludoteca Comunitaria en el CECOF Cerro Mayaca, y posteriormente en el año 2009, la Implementación de una SALA DE ESTIMULACION, en el Centro de Salud Cardenal Raúl Silva Henríquez.

Ambos dispositivos, están destinados principalmente a niños/as menores de 6 años y sus familias, y las intervenciones se enmarcan en las líneas de educación, prevención, promoción y recuperación.

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. . A cargo de una monitora comunitaria, con supervisión directa del equipo de salud del centro (Enfermera, Asistente Social). Durante el año 2011, 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 2011, se desarrollaron las siguientes actividades:

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

SALA DE ESTIMULACIÓN:

Funciona desde el año 2009, a cargo de una Educadora de Párvulos, jornada completa.

ACTIVIDADES 2011:

Derivaciones de los niños/as a la sala de estimulación de lenguaje:

Se aplica en los controles de salud de los 18 meses la escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (EEDP) por enfermera, todos los niños que están en riesgo o rezago con respecto a lo esperado para su edad en el área de lenguaje, se derivan a la sala de estimulación del lenguaje del Centro de Salud CRSH.

A los niños y niñas que se encuentran en edad distinta a la mencionada y que presenten algún indicador de rezago o riesgo se aplica la pauta breve por enfermera y en el caso de ser confirmado se deriva a sala de estimulación de lenguaje.

Ingresos de los niños/as a la sala de estimulación de lenguaje:

Una vez derivados los niños/as a la sala de estimulación participan en una primera instancia de un taller de ingresos. A este taller asisten los niños con sus padres y en él se realiza el primer encuentro con la educadora de párvulos encargada de la sala de estimulación de lenguaje.

Plan de trabajo a aplicar a los niños/as y sus familias

El trabajo se realiza en pequeños grupos que varía dependiendo del número de derivaciones que se realicen semanalmente por las enfermeras y formados por lo general por 5 niños cada grupo app.

La atención consta de 9 talleres que se ajustan a las necesidades de cada niño/a en relación a su déficit en el área del lenguaje. Cada taller lo planifica y efectúa la educadora de párvulos con un rendimiento de 40 minutos por sesión, con concentración semanal.

Los talleres son tanto para la familia como para los niños con este objetivo se pretende educar en relación a lo que se espera que logren los niños/as y la importancia que tiene la replica que ellos deben hacer en sus casas. De la misma forma se entrega material a ambos actores de los talleres.

El material entregado para los niños taller a taller es la segunda parte del “acompañándote a descubrir” que se subdivide en 5 packs perteneciente a CHCC. El material entregado para las familias lo elabora la educadora de párvulos y consta en específico de una carpeta en la que taller a taller se incorpora información acerca de actividades que se pueden realizar con los niños/as en las casas con su justificación e indicaciones para ponerlos en practica.

Mecanismo de evaluación del progreso de los niños/as

Evaluación diagnóstica: Se toma como evaluación diagnóstica el test de desarrollo psicomotor (EEDP) aplicado por la enfermera que deriva al niño/a a la sala de estimulación del lenguaje.

Evaluación del proceso: Se realizan registro de observación en los cuales se anotan los progresos y avances que tienen los niños en el área del lenguaje.

Evaluación final: finalizado los 9 talleres se evalúa al niño/a con el mismo test del desarrollo psicomotor (EEDP) si aun no han cumplido los 2 años de edad, en el caso de los niños mayores a esa edad se aplica el TEPSI.

Mecanismo de egreso de los niños /as:

El egreso de los niños depende de los resultados que se obtengan en la evaluación final. Si alcanzan un nivel de desarrollo de normalidad en el área de lenguaje para su edad se otorga el egreso y alta en el DSM. Si por el contrario el niño/a aun sigue con un déficit en el área de lenguaje o un retardo en el DSM se recomienda seguir asistiendo a la sala de estimulación del lenguaje mientras se expone su caso en reunión de la unidad del niño y se deriva a medico.

Monitoreo de los resultados alcanzados por los niños/as

Los resultados de los test que se aplican para evaluar a los niños/as y las observaciones que se realizan durante el proceso de aplicación de los talleres se registran en el sistema MedUC, en la ficha de salud de cada niño/a en el registro de salud de este sistema. Y se registra de una forma más breve en la ficha clínica de salud de cada niño/a.

.

AREA 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 media¹.

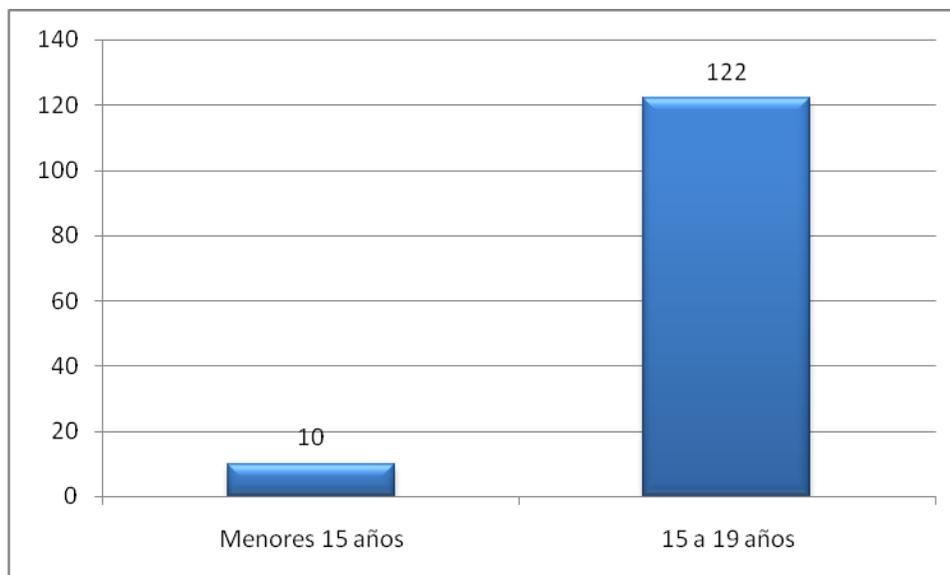
En términos poblacionales los adolescentes en Chile, de acuerdo al Censo del 2002, son 2.702.541, de los cuales 1.325.464 son mujeres y 1.377.077 son hombres. A nivel comunal existen 14.127 adolescentes, en una relación porcentual de 51.99% de hombres (7.345) y 48.01% de mujeres (6.782), manteniendo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

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

EVALUACION AREA ADOLESCENTE:

GRAFICO: INGRESO EMBARAZO ADOLESCENTE SEGÚN GRUPO ETAREO 2011.



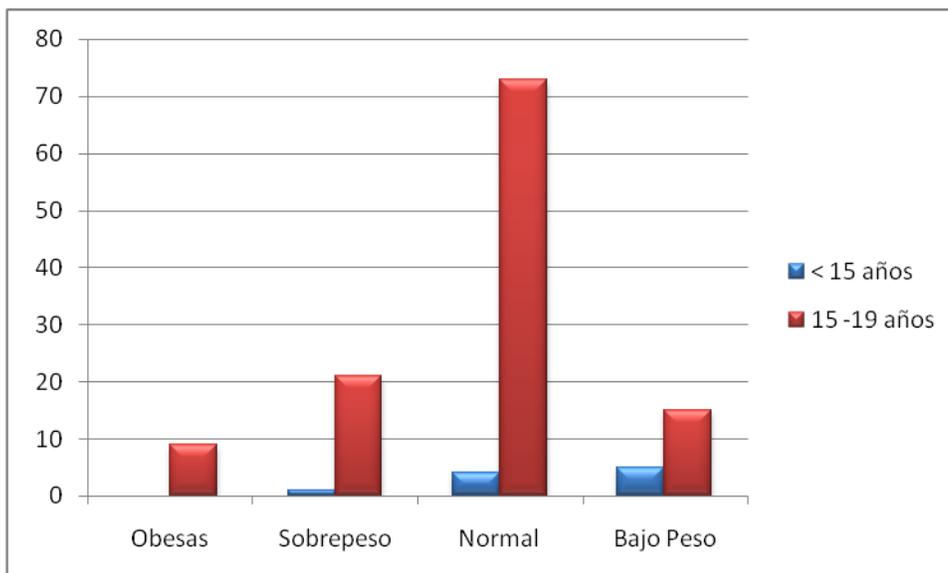
Los cambios culturales hacen que la vida sexual se inicie cada vez más precozmente, lo que conlleva un aumento del embarazo adolescente, realidad que se presenta en países desarrollados y en desarrollo, con importantes consecuencias sociales como es la perpetuación de la pobreza, la deserción escolar, la estigmatización social, etc., y consecuencias médicas como es la mayor morbi-mortalidad materno-perinatal e infantil de las madres adolescentes y de sus hijo.

Durante el período correspondiente a **Enero a Octubre** se han realizado 802 ingresos a control de embarazo, de los cuales 132 corresponden a menores de 19 años, lo que equivale a un 16% respecto de los ingresos totales. Así mismo el porcentaje de ingresos de menores de 15 años equivale a 1.6% y las gestantes entre 15 y 19 años, corresponden a un 15%.

A nivel local, en el sector urbano de la comuna de Quillota nuestros registros muestran una tendencia levemente inferior de lo que sucede en el país. Los nacimientos de madres menores de 20 años representan el 16% del total durante el 2011, siendo un porcentaje menor de lo informado el año 2010 (20%).

Actualmente nuestra población femenina entre 15 y 19 años, beneficiarias de nuestro sistema, corresponde a 2762 jóvenes.

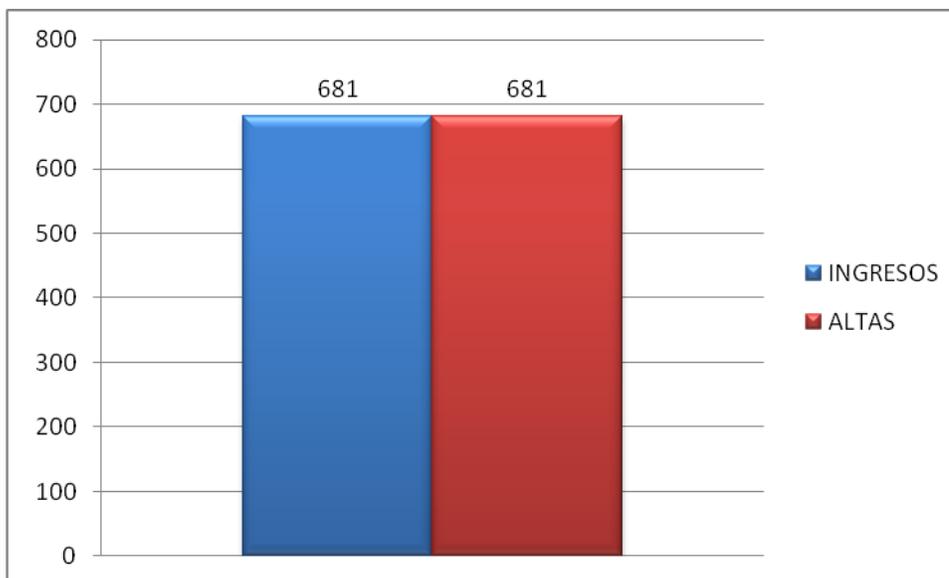
GRAFICO: ESTADO NUTRICIONAL GESTANTES ADOLESCENTES.



Respecto al estado nutricional de las gestantes adolescentes, el mayor porcentaje se ubica dentro de los rangos normales equivalente a un 60%, sólo un 16% presenta malnutrición por déficit y un 24% malnutrición por exceso.

1. AREA DENTAL ADOLESCENTE.

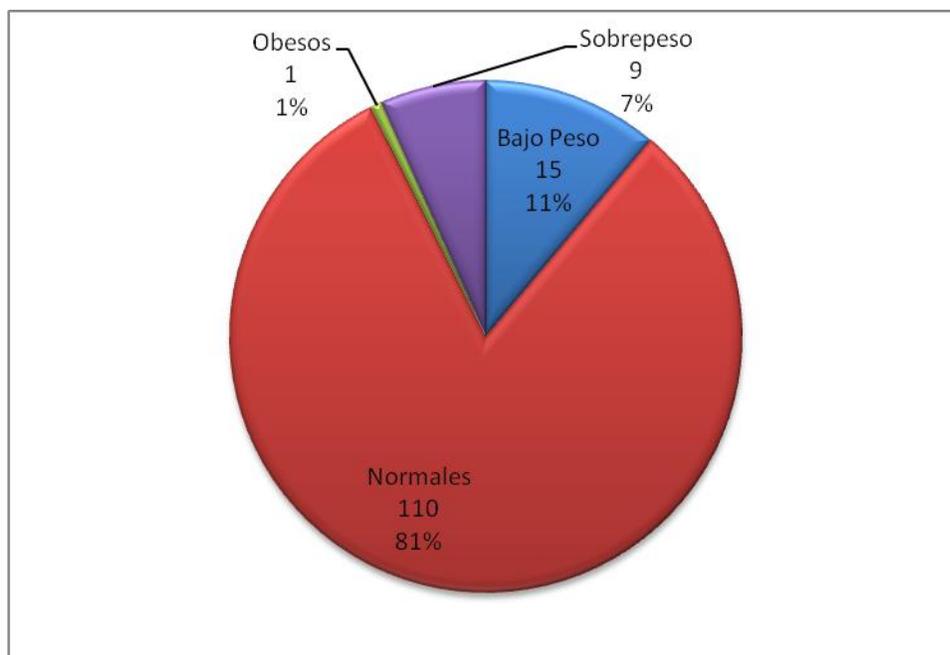
GRAFICO: ALTAS TOTALES SEGÚN INGRESO POBLACION 12 AÑOS.



De acuerdo a las atenciones periodo enero a octubre 2011, se han realizado 681 ingresos a tratamiento dental en niños/as de 12 años, de los cuales se han dado de alta total odontológica al 100%.

Respecto a las coberturas de altas totales según población total per cápita de 12 años (1092), a octubre del 2011, se ha alcanzado una cobertura de un 62.3%. De acuerdo a orientación del Programa Odontológicas se prevee que a diciembre se alcanzara la cobertura comunal de altas totales según población total (Meta 65%)

2. GRAFICO: ESTADO NUTRICIONAL ADOLESCENTES SEGÚN FICHAS CLAP.



De acuerdo a las fichas CLAP aplicadas durante el periodo enero a octubre 2011, el mayor porcentaje de adolescentes se encuentran con un estado nutricional normal.

Programa Provincial de Tratamiento de Alcohol y Drogas para Menores de 20 Años (MONTUN)

Montún “Liberarse Hoy” (Mapudungun,) es el programa provincial de tratamiento de alcohol y/o drogas para niños, niñas y adolescentes menores de 20 años de la provincia de Quillota, posee una modalidad ambulatorio básico que asegura una atención oportuna, de calidad y gratuita, que se encuentra cubierta por las Garantías Explícitas en Salud (GES 53).

Montún forma parte del programa de salud mental del Centro de Salud Cardenal Raúl Silva Henríquez y está enmarcado dentro del modelo de salud familiar, ya que la familia o adulto responsable cumple un rol preponderante y esencial en el apoyo y acompañamiento durante todo el proceso.

El programa está diseñado para abordar la problemática del consumo de sustancias con un enfoque integral con perspectiva evolutiva, considerando las características propias de la etapa de desarrollo que vivencian los jóvenes, potenciando sus recursos y habilidades y minimizando fracasos y debilidades.

- **METAS 2011:**

Las metas solicitadas desde el SSVQ para el PAB Montún para el año 2011, son 112 planes de tratamiento y 32 planes de seguimiento anuales. Es decir, manteniendo 10 planes de tratamiento y 3 planes de seguimiento al mes, se cumplirían las metas. A diferencia de años anteriores no se plantearon metas relacionadas a número de personas ingresadas.

Cada plan debe tener semanalmente 2 a 3 intervenciones, las cuales deben ser informadas en SIGGES, con respecto al proceso de tratamiento este debe durar 6 meses, mientras que la etapa de seguimiento tiene una duración de 12 meses. La forma de diferenciar los planes es a través de las intervenciones prestadas en cada periodo (código SIGGES). En relación a las prestaciones realizadas por el programa, surge la duda respecto a las prestaciones otorgadas a las familias, ya que no existe un código que permita registrarlas como tal. Esta situación preocupa ya que quedarían prestaciones realizadas a las familias de los jóvenes, con objetivos terapéuticos definidos en sus planes de tratamiento, según la guía clínica, que no serían consideradas.

- **PERFIL:**

Los niños y adolescentes deben cumplir con el siguiente perfil:

- Ser menores de 20 años de edad.
- Presentar consumo problemático de alcohol y/o drogas.
- Contar con red de apoyo familiar.
- Tener residencia en la provincia de Quillota.
- Ser beneficiario de FONASA.

- **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. Se debe solicitar hora personalmente o vía telefónica en el Centro de Salud Cardenal Raúl Silva Henríquez en la **Agenda Ingresos Montún**.

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.

- **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. Las etapas y los tiempos considerados dentro del proceso de tratamiento son los siguientes:

Vínculo y Diagnóstico Integral	1 mes a 2 meses
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:**

Dentro de las prestaciones se ofrecen:

- Consejerías a nivel individual, familiar y grupal.
- Evaluaciones y controles médicos.
- Tratamiento farmacológico.
- Psicoterapia individual y familiar.
- Intervención social individual y familiar.
- Intervenciones psicosociales individuales y familiares.
- Intervenciones Terapéuticas.
- Intervenciones Preventivas.
- Aplicación de screening de drogas y alcohol.
- Visitas domiciliarias integrales y de rescate.
- Coordinaciones e integración a la red comunitaria y programas de salud.
- Actividades deportivas. (Gimnasio) para el usuario y su familia.

- Actividades de reflexión (Taiso y meditación Zen) para el usuario y su familia.
- Actividades Recreativas (Piscina Municipal) para el usuario y su familia.
- Actividades Laborales (Apresto Laboral) para el usuario y su familia.

ACTIVIDADES EN LA COMUNIDAD OTORGADAS DURANTE EL AÑO 2011:

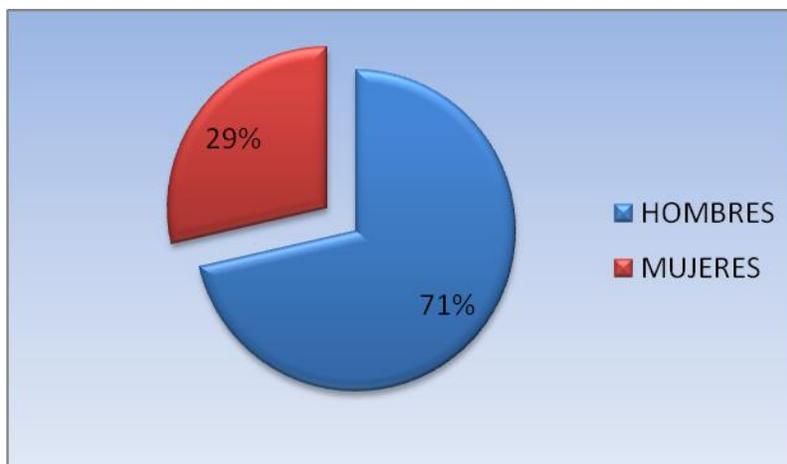
- Talleres para apoderados del Liceo Ciudad de Quillota, sobre “Prevención del consumo de sustancias y desarrollo personal”.
- Talleres para orientadores del Liceo Ciudad de Quillota, Liceo Agrícola de Quillota, Liceo Felipe Cortez de La Calera, sobre “Prevención del consumo de sustancias y desarrollo personal”.
- Taller de pesquisa, acogida y motivación para a equipo docente de Escuela de de Educación Especial.
- 1 taller de pesquisa, acogida y motivación para profesores de escuela municipal básica de la comuna de Quillota.
- Participación en Exporedes.
- Realización de Foro de Prevención realizados con Previene Quillota, organizados por OPD Quillota.
- Realización de Foro de Prevención realizado con Previene Quillota, organizados por OPD Quillota.
- Participación en la Jornada de trabajo para la elaboración de la Política Comunal de Drogas y Alcohol.
- Participación en mesas de tratamiento de infancia y tratamiento de consumos.
- Difusión sobre prevención, promoción y acerca de los programas de tratamiento y respectiva derivación a red social operante.
- Celebración y exposición durante el mes del “no consumo de drogas”, en el Centro de Salud Silva Henríquez.
- Coordinación con programas pertenecientes al Centro de Salud Cardenal Silva Henríquez. (Control de niño sano, salud mental, área de la mujer, entre otros.)
- Coordinaciones con programas de SENAME (PLA, PLAE, medidas alternativas, hogares de menores; PIB, PIE).
- Coordinaciones y trabajo en conjunto con programas de SENDA 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 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.

EVALUACION INDICADORES

INGRESOS

- **INGRESOS SEGÚN SEXO:**

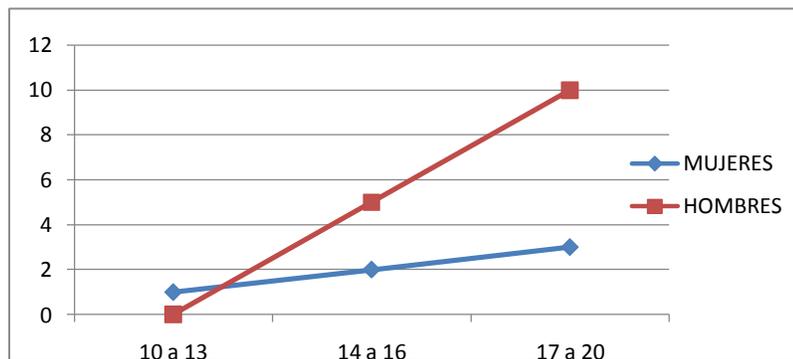
El año 2011 ingresaron 21 jóvenes, de los cuales 15 eran hombres y 6 mujeres. Del año 2010 continuaron su tratamiento 8 usuarios.



- **INGRESOS SEGÚN PROMEDIO DE EDAD:**

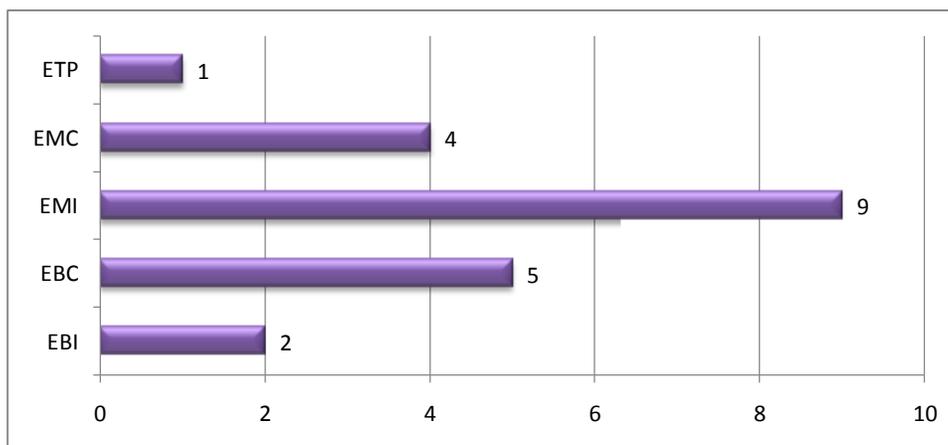
El promedio de edad de los jóvenes ingresados al programa se concentra principalmente entre los 17 a 20 años, siendo la usuaria más joven de 13 años y el promedio de edad en general de 16,2.

El promedio de edad por sexo en las mujeres es de 16.5 y en los hombres es 17.1.



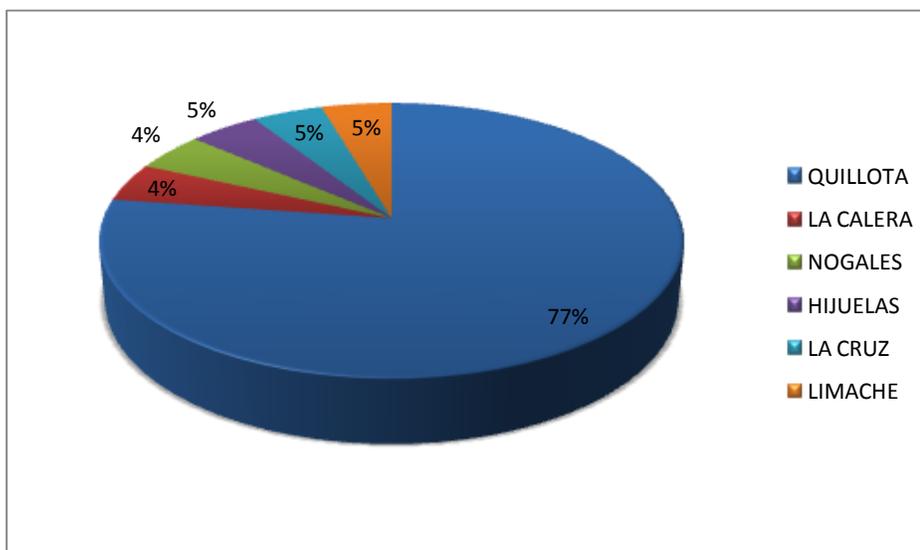
- **INGRESO SEGÚN NIVEL EDUCACIONAL:**

En cuanto al nivel educacional de los usuarios del programa este se concentra principalmente en la educación media incompleta (2° medio). Además de los jóvenes ingresados cuatro desertan del proceso educacional, 3 se encuentran con exámenes libres y con situación de matrícula condicional.



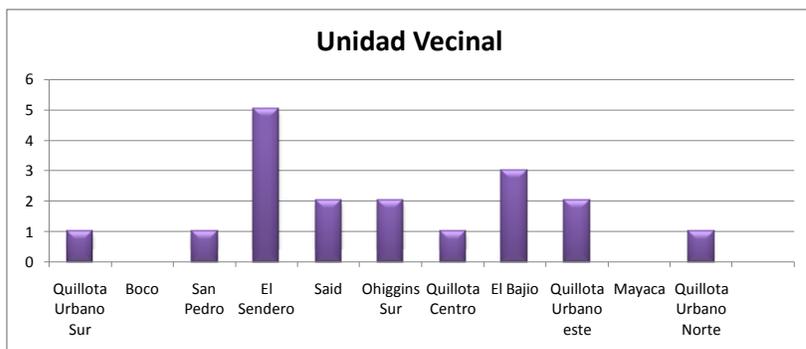
- **INGRESOS SEGÚN COMUNA:**

De los 21 jóvenes del programa, 18 mantenían residencia en la comuna de Quillota, mientras que de las comunas de La Calera, Limache, Nogales, La Cruz e Hijuelas asistían un usuario de cada comuna.



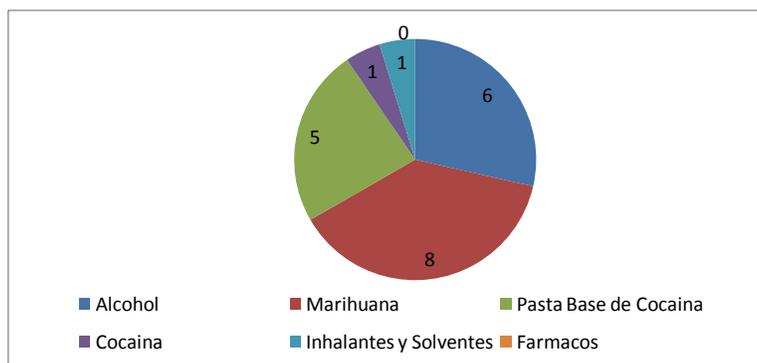
INGRESOS DE QUILLOTA SEGÚN UNIDAD VECINAL

Los ingresos de los 2011 residentes en la comuna de Quillota se concentran territorialmente en los sectores de Villa el Sendero, Aconcagua Sur, Antumapu, Nueva Amanecer.



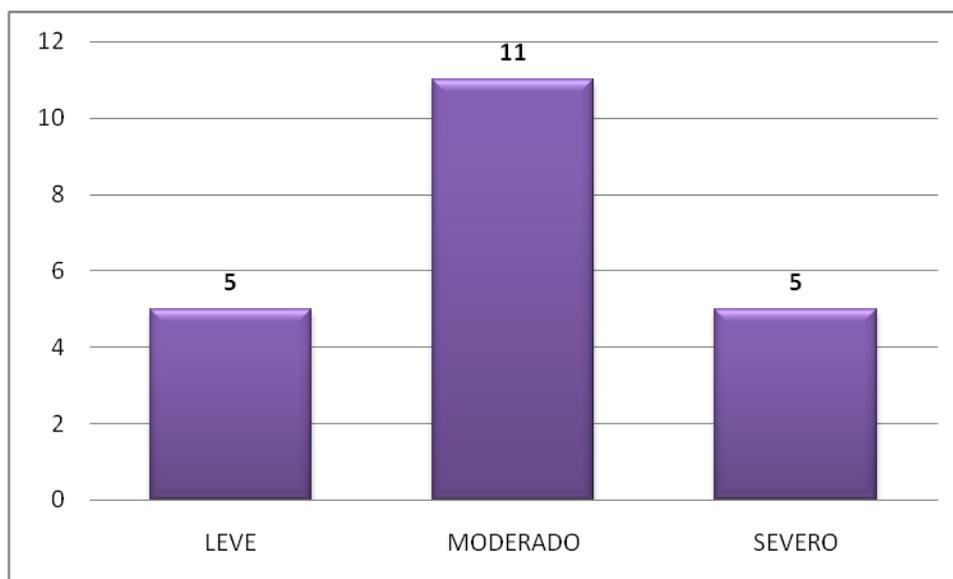
INGRESO SEGÚN TIPO DE CONSUMO:

De los jóvenes ingresados solo tres presentan una problemática con poli consumos. Según la droga principal los usuarios presentarían los siguiente consumos Marihuana (8); Alcohol (6); Pasta Base de Cocaína (5), Inhalantes (1) y Cocaína (1).-



- **INGRESOS SEGÚN COMPROMISO BIOPSIICOSOCIAL**

En relación al compromiso biopsicosocial los usuarios Montún presentan un compromiso moderado lo cual responde al perfil asignado para el programa según guía clínica.



- **ACTIVIDADES TERAPEUTICAS Y PREVENTIVAS:**

Conjuntamente con las metas solicitadas por el SSVQ al Programa Montún (por tipo de plan), se plantea además, que todos los centros de salud deben cumplir metas de salud mental asociadas a intervenciones preventivas y terapéuticas a personas mayores de 10 años con consumo “riesgoso” y “problema o dependiente” de alcohol y drogas, respectivamente. El perfil “riesgoso” no está definido con claridad, confundiéndose con el perfil “perjudicial” correspondiente al PAB, al cual le corresponden perfiles con consumo problemático (perjudicial y dependiente) según la guía clínica.

Durante el 2011 se realizan 13 atenciones preventivas, concentrándose la edad de los asistentes entre los 15 a 19 años, cuatro atenciones corresponden a mujeres y 11 a hombres. Las causales de no ingreso al programa son las siguientes;

- Derivado a la red de tratamiento (perfil no corresponde a Montún).
- Usuario no acepta consumo ni tratamiento.
- Mantiene tratamiento en otro programa.
- Consumo experimental.
- Derivado a psicólogo infantojuvenil por problemas conductuales.
- Consumo de drogas no problematizado, no desea ingresar a tratamiento.

- **ACTIVIDADES DE APOYO:**

En el fenómeno del consumo de sustancias los elementos intervinientes son la sustancia, la persona y el contexto. Este último se entiende como las características socioculturales del ambiente que influyen de manera directa en la forma en que las personas se desarrollan, es decir, si el ambiente cuenta con estímulos positivos que potencien los recursos y habilidades personales es más factible que la persona se desarrolle de manera sana e integral; por el contrario si el ambiente es principalmente adverso y con factores perjudiciales y de riesgo para el sujeto, es más factible que se vincule a actividades que perjudiquen o entorpezcan su normal desarrollo.

Si bien la mayoría de los jóvenes participantes del programa Montún residen en la comuna de Quillota, ellos no se vinculan ni aprovechan los espacios y actividades culturales, deportivas o recreacionales que están a su disposición, o, si los usan, son en contextos de riesgo. Para otorgar un tratamiento de calidad que propicie un sano desarrollo, evitar futuras recaídas y facilitar la integración de los usuarios a su comunidad es necesario contar con lugares y actividades en que los jóvenes puedan desarrollarse y compartir de manera saludable y protegida. En este contexto el gimnasio y la piscina municipal cumplen con estos requisitos, los jóvenes cuentan con la permanente evaluación y orientación de una profesora de educación física y de una kinesióloga, además del apoyo y acompañamiento de la dupla psicosocial del programa Montún.

Todas las actividades son acompañadas por una de las terapeutas, ya que cada actividad y espacio dentro del proceso de tratamiento son considerados como intervenciones terapéuticas para alcanzar objetivos sociocupacionales y de adecuado manejo del ocio. En los tratamientos con niños y adolescentes es importante no sólo intervenir dentro del box, sino que generar espacios transicionales fuera del centro de salud insertos en la comunidad que permitan vincular a los jóvenes y a sus familias en su contexto, el cual facilite el desarrollo de todas las áreas del individuo, pensando en potenciar sus recursos personales y familiares y superar los déficit.

Los objetivos centrales de las actividades son;

- Prevenir recaídas, consumo de nuevas sustancias y factores de riesgo.
- Promover estilos de vida saludables.
- Buen uso del tiempo libre.
- Vincular a los jóvenes a su comunidad.

Entre las actividades desarrolladas cabe mencionar:

1.- Actividades Deportivas;

Los días jueves los jóvenes y sus familias asistirán al gimnasio ubicado en el estadio Lucio Fariña, desde las 15 hrs. las actividades se realizarán durante todo el año, con una duración de 1 hora 30 app, cada vez.

Dicha actividad estará a cargo de un profesor de educación física y una kinesióloga. Posteriormente dichos profesionales y usuarios establecerán plan de trabajo y días de asistencia.

Cada Joven debe ser acompañado de un apoderado, con ello se trabaja en el fortalecimiento de las relaciones familiares, se potencian además estilos de vida saludable y buen uso del tiempo libre a nivel familiar y apoyar el cuidado del grupo de jóvenes.

Actualmente asisten 6 jóvenes y algún miembro de su familia a la actividad deportiva, dos de los jóvenes son mujeres y cuatro hombres.

2.- Actividades Taiso y meditación zen:

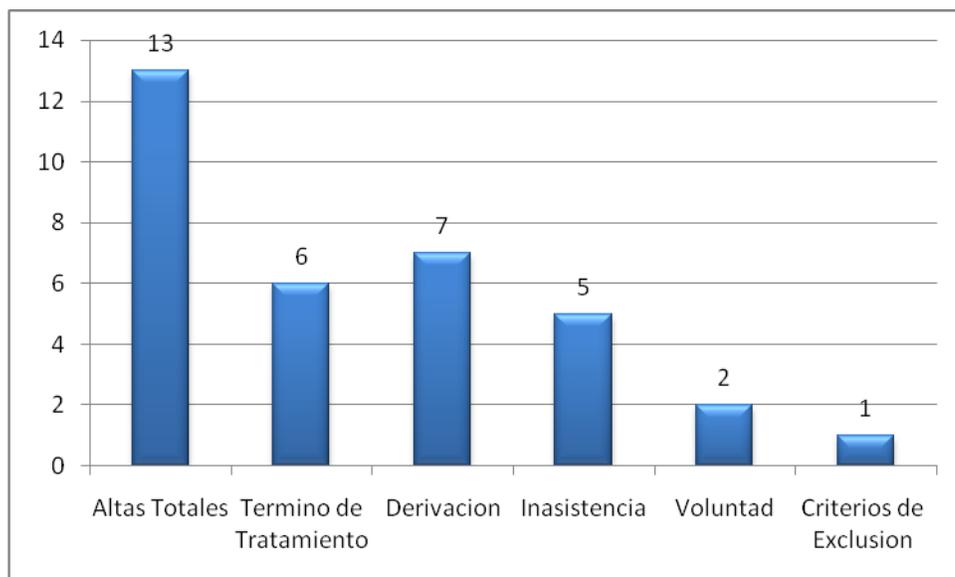
Actividad es realizada los días martes de en el auditorium del centro de salud Cardenal Raúl Silva Henríquez. Actualmente asisten 3 familias del programa.

3.- Actividades Recreativas: Actualmente se coordina con el departamento de deporte la posibilidad de generar un espacio para los usuarios Montún tal como se realizo durante el verano 2010-2011, donde los jóvenes asistían con su familia y bajo la supervisión de una de las profesionales del programa, el día jueves desde las 14 hrs en forma gratuita.

EGRESOS

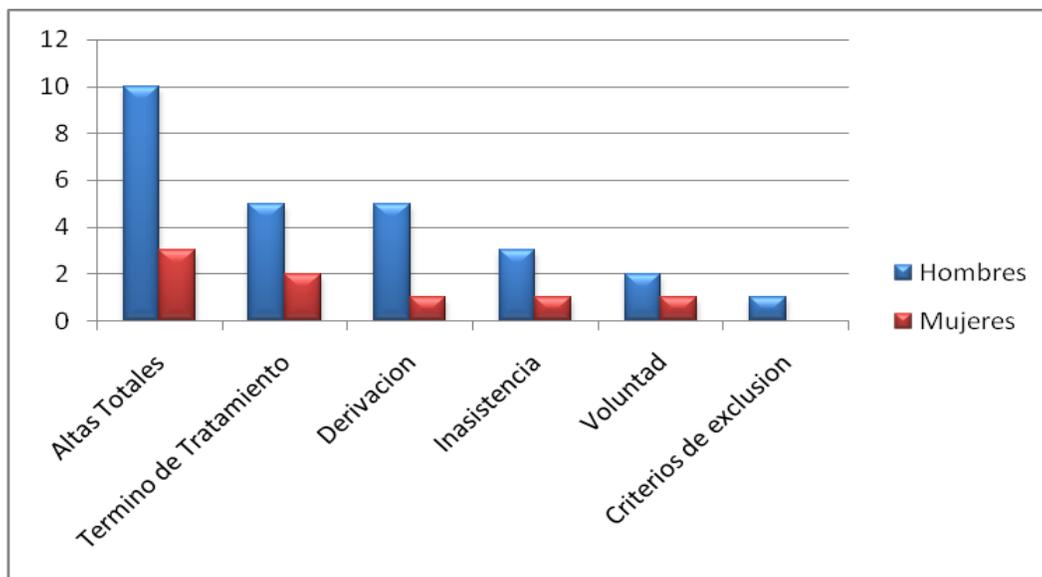
De los 28 jóvenes que se encontraban en el programa durante el año 2011, 20 fueron egresados.

- **EGRESOS SEGÚN CAUSALES:**



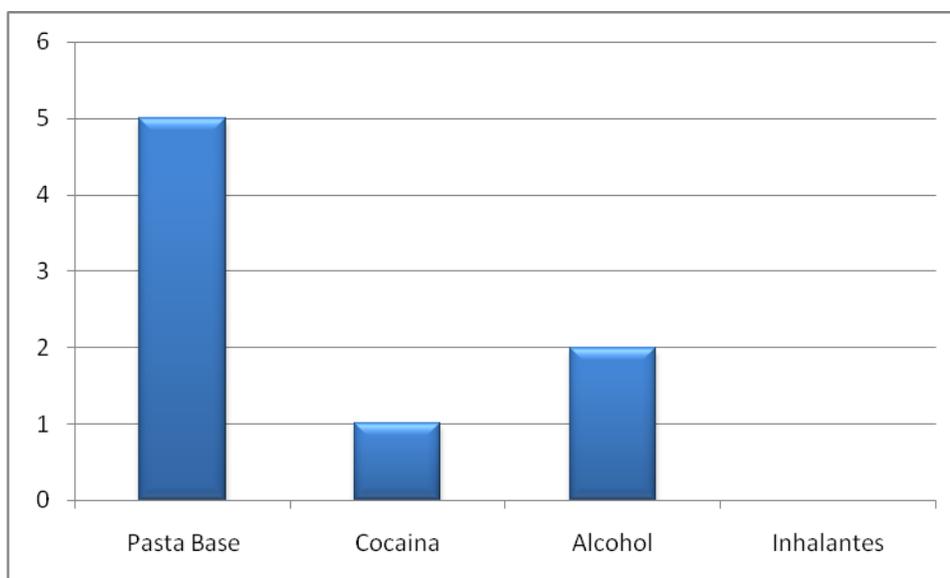
- **EGRESOS SEGÚN SEXO Y CAUSALES DE DERIVACION:**

En relación a los egresos según sexo, 15 de ellos corresponden a hombres y 8 a mujeres.



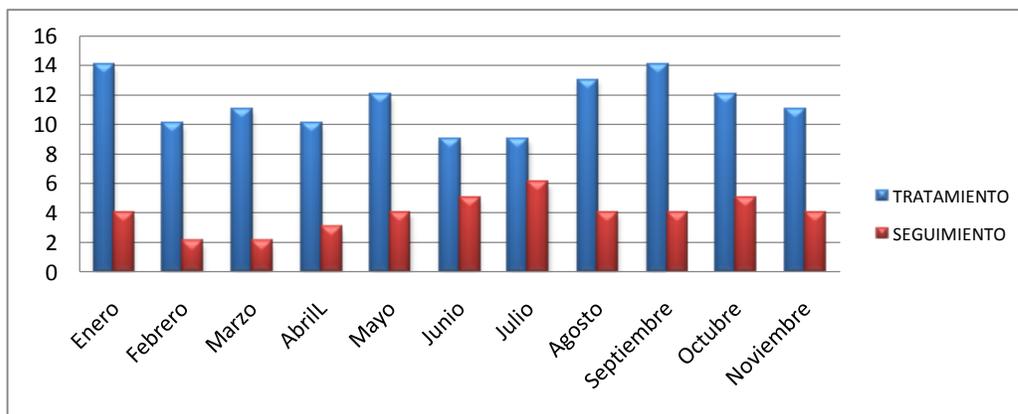
EGRESOS SEGÚN TIPO DE CONSUMO

En relación al tipo de consumo se nota según aparece en los gráficos un mayor porcentaje de egresos con consumos de THC.-



PROYECCION 2012

Al mes de noviembre del presente año, 11 usuarios se encuentran en etapa de tratamiento y 4 en etapa de seguimiento. A continuación se realiza un detalle mensual del tipo de plan;



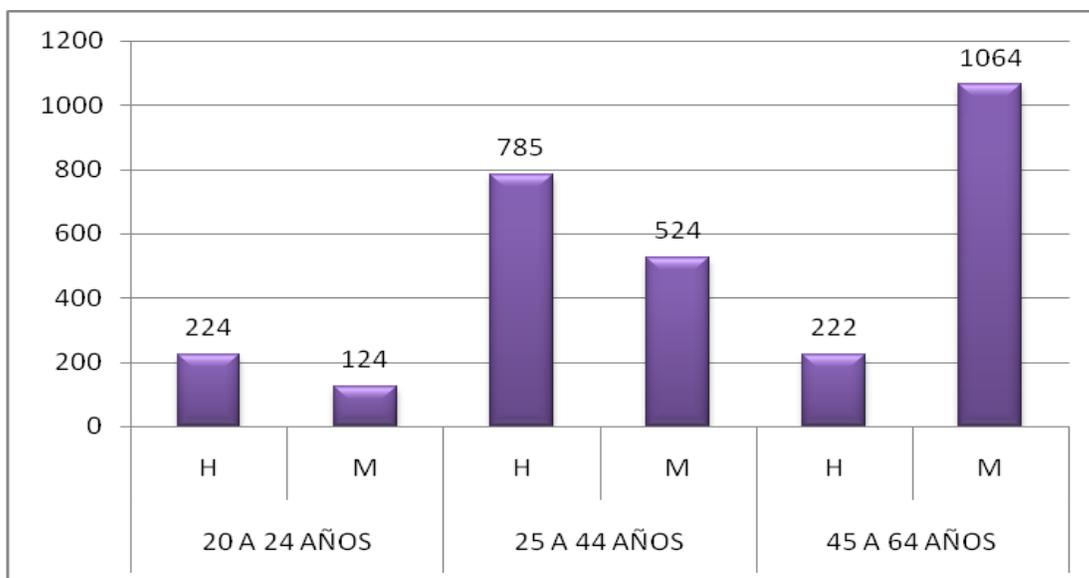
Para el año 2012, son 14 jóvenes los que continuaran en el programa, 11 hombres y 3 mujeres, de los cuales 3 se encuentran en etapa de vínculo y diagnóstico, 7 en etapa de tratamiento y 4 en fase de seguimiento.

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.

GRAFICO: EMP REALIZADO 2011 POR SEXO.



Durante el período enero a octubre se realizaron un total 2.943 entre los rangos etáreos de 20 a 64 años. De estos, 1.712 corresponden a mujeres y 1231 a hombres.

Grafico: DIAGNOSTICO NUTRICIONAL POBLACION DE 20 A 64 EVALUADOS EN EMP

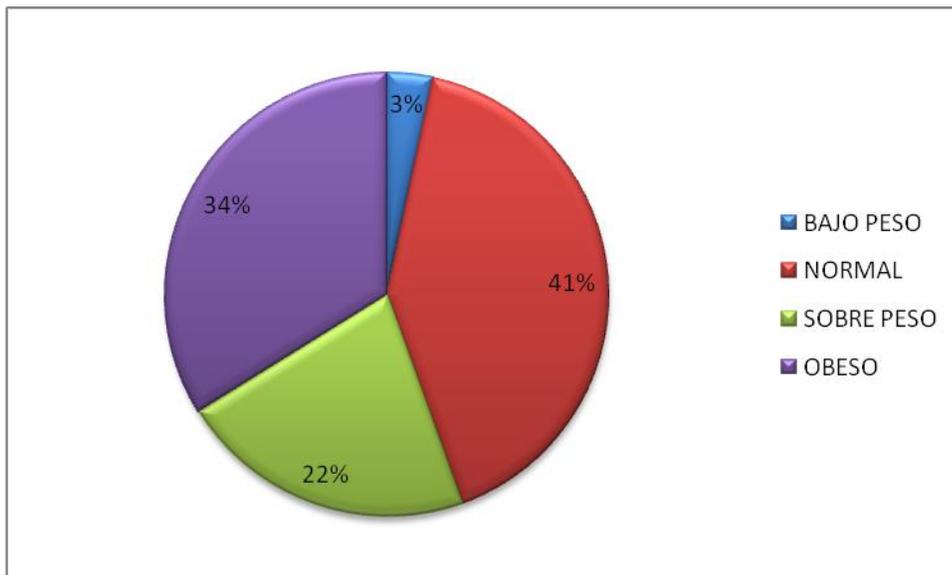


GRAFICO: DIAGNOSTICO NUTRICIONAL POBLACION FEMENINA 20-64 AÑOS EVALUADAS EN EMP 2011.

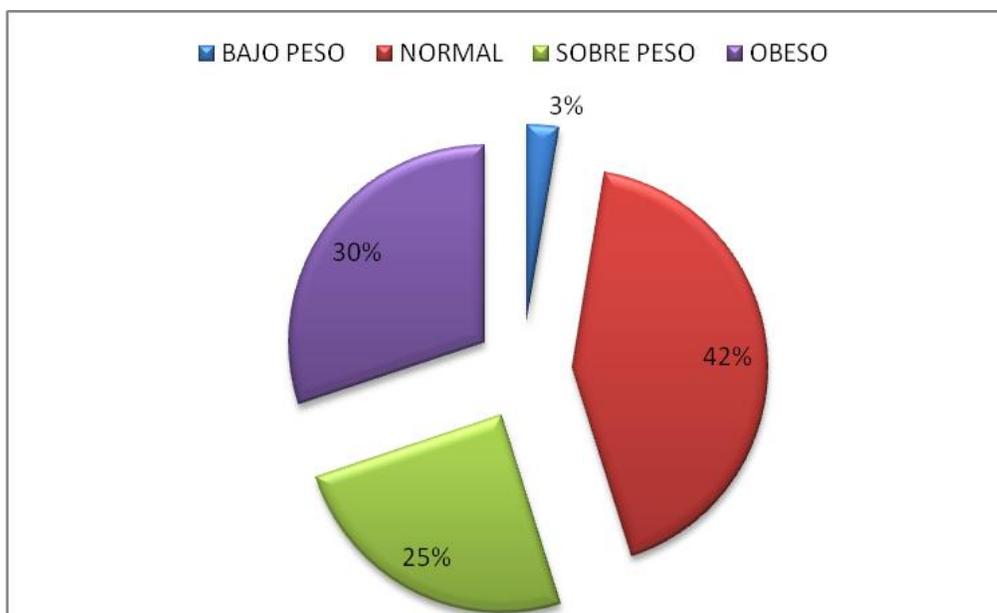
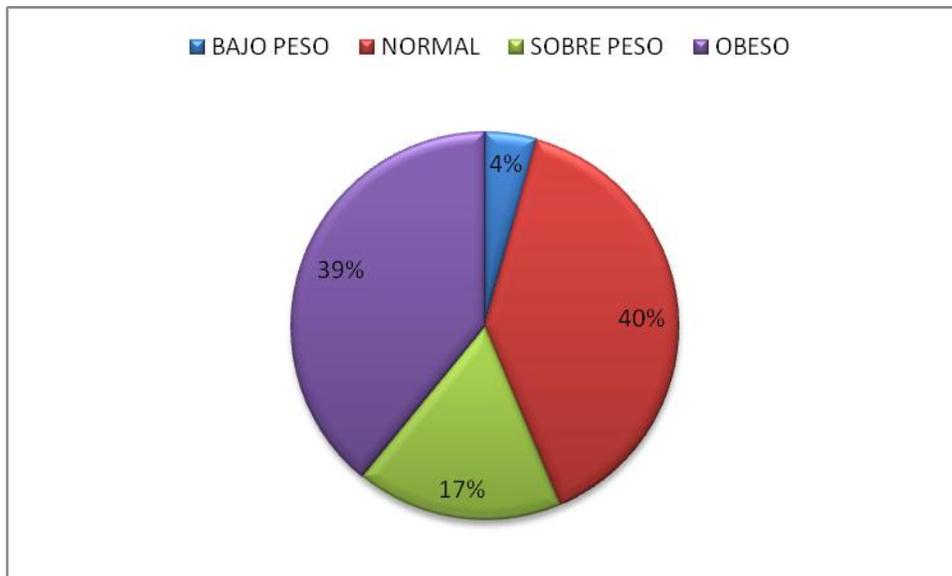


GRAFICO: DIAGNOSTICO NUTRICIONAL POBLACION MASCULINA 20-64 AÑOS EVALUADAS EN EMP 2011.



PROGRAMA DE SALUD MENTAL EN POBLACION ADULTA

El Ministerio de Salud espera que la Atención Primaria de Salud efectúe actividades de promoción, prevención, detección precoz y tratamiento temprano de los problemas de salud mental de baja a moderada severidad, en una relación de continuidad de cuidados con los equipos de especialidad, dando cuenta de la riqueza de la interacción entre estos niveles de resolutivez y el beneficio que esto representa para los usuarios.

Desde este marco y considerando el modelo de salud local, se define como objetivo general del Programa de Salud Mental, contribuir a mejorar la atención de salud mental de nuestros usuarios del sistema público de salud, mejorando la accesibilidad, oportunidad y calidad técnica de la atención que se entrega en los establecimientos en sus aspectos promocionales, preventivos, curativos y de rehabilitación, con un enfoque de salud familiar y comunitario.

Desde este objetivo general y sumado al convenio existente entre SSVQ y la I. Municipalidad de Quillota, se desprenden los objetivos específicos del programa, los cuales si bien no abarcan todas las actividades que se desarrollan, considera los ejes centrales y prioritarios del plan de acción en salud mental.

Los objetivos específicos son los siguientes:

- Prevenir, detectar, diagnosticar y proporcionar un tratamiento integral, accesible, oportuno y eficaz, a las personas de 15 años y más que sufren trastornos depresivos, concordantes con las normativas vigentes y de acuerdo al régimen de garantías explícitas que deben cumplirse en este nivel de atención.
- Prevenir, detectar, diagnosticar y proporcionar un tratamiento integral, accesible, oportuno y eficaz, a mujeres que sufren violencia intrafamiliar.
- Prevenir, detectar activamente riesgos y problemas asociados al consumo de sustancias psicoactivas, entregar información y consejería para el auto cuidado y proporcionar tratamiento integral, accesible, oportuno y eficaz, cuando este sea necesario, a población consultante de 10 y más años de edad.
- Prevenir, detectar, diagnosticar y proporcionar atención integral a población menor de 20 años con consumo perjudicial y dependencia de alcohol y drogas que pueda beneficiarse del Plan Ambulatorio Básico y su seguimiento, de acuerdo a criterios de inclusión, normativas vigentes y de acuerdo al régimen de garantías explícitas en salud.
- Realizar detección precoz, prevención del daño e intervención temprana en salud mental, de acuerdo a necesidades específicas de los niños, niñas y adolescentes, por ciclo vital, que fomente y mantenga vínculo familia - niño/a, con acceso oportuno, sin exclusión, asegurando atención integral e integrada y con estándares de calidad.

Finalmente indicar que el Programa de Salud Mental actúa de forma indistinta ante la población en general, considerando diferencias solo en aquellos casos donde las normativas o el criterio clínico basado en las evidencias disponibles así lo indiquen.

A continuación se señala una serie de indicadores que dan cuenta de la realidad actual del programa de salud mental. En estos indicadores quedan al margen aquellas personas incorporadas en los programas específicos de drogas, tanto en población adulta como infanto-juvenil.

GRAFICO: PACIENTES INGRESADOS A SALUD MENTAL 2011

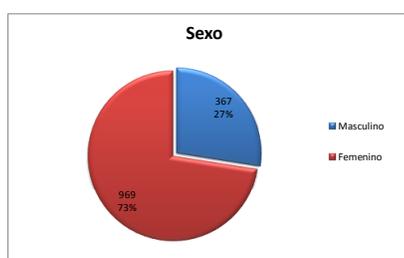


GRAFICO: PACIENTES INGRESADOS POR RANGO ETAREO.

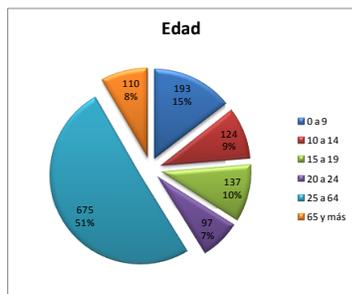


GRAFICO: PACIENTES INGRESADOS POR DIAGNOSTICO:

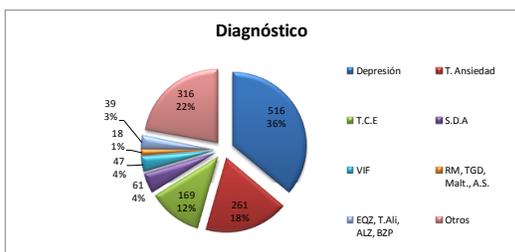


GRAFICO POBLACION CONTROL POR SEXO:

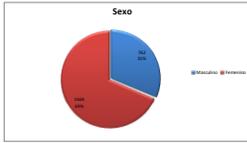


GRAFICO: POBLACION CONTROL POR EDAD.

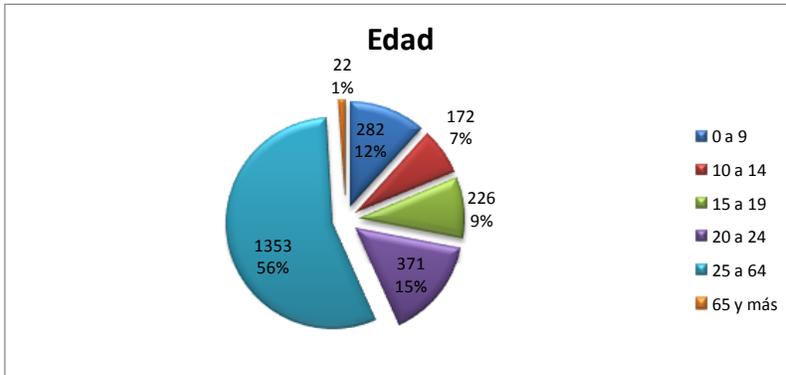


GRAFICO: POBLACION CONTROL SEGÚN DIAGNOSTICO:

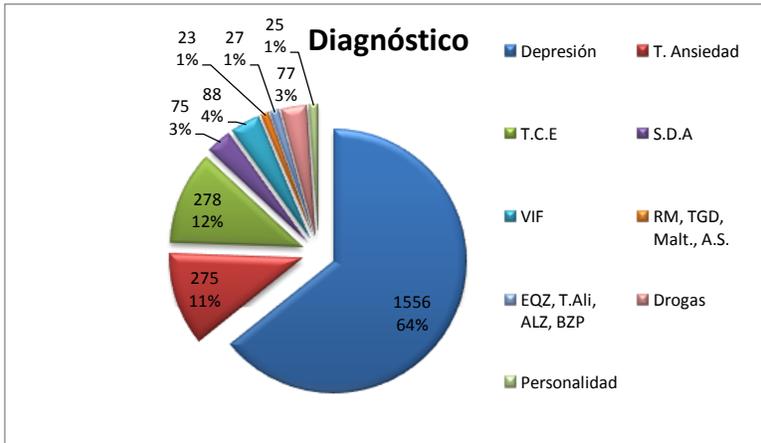
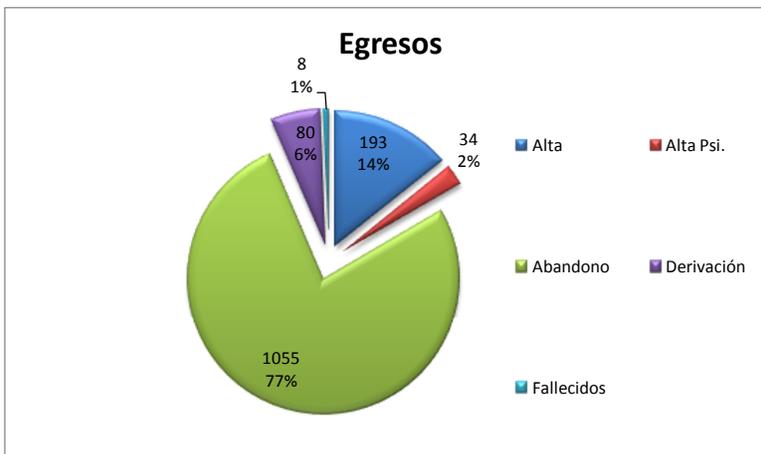


GRAFICO: EGRESOS AÑO 2011.



Remesa (Evaluación a Agosto 2011)

Componente	Indicador	Aporte CSCRSH	Objetivo
VIF	Mujeres ingresadas	27	35
	Int. Comunitaria - Grupo Autoayuda	1	2
	Int. Comunitaria - Org. Comunitaria	0	3
OH y Drogas	Ingreso Int. Preventiva	9	28
	Ingreso Int. Terapéutica	65	26
	Int. Comunitaria - Grupo Autoayuda	1	2
OH y Drogas < 20 años	Meses tratamiento PAB	88	112
	Meses seguimiento PAB	29	32
Salud Mental Infanto-Juvenil	Niños, niñas y adolescentes atendidos Trastorno Hipercinetico	55	46
	Niños, niñas y adolescentes ingresados por Maltrato Infantil	7	8
	Niños, niñas y adolescentes ingresados a T.C.E	131	56
	Int. Comunitaria – Org. Padres	7	4
	Int. Comunitaria – Profesores	5	4

PROGRAMA EL MOLINO, REHABILITACION ALCOHOL Y DROGAS MAYORES DE 20 AÑOS.

La Cobertura señalada para Programa El Molino el presente año ascendió a 420 planes anuales, debiendo ejecutar 35 planes mensuales, hasta la fecha se han efectuado tan sólo 335, por ende existe una deuda de 85 planes, la que deberá ser cubierta en el mes de noviembre y diciembre. Cabe señalar que si bien el recurso humano el presente año fue incrementado en 22 hrs. psicólogo, 11 hrs. terapeuta ocupacional, 4 hrs. quincenales de Psiquiatra y 4 hrs. semanales de Tallerista, existió rotación del personal principalmente por licencias médicas y dificultad en la obtención de reemplazo de psicóloga 44 hrs. a contrata.

La incorporación de recurso humano favoreció la entrega de canasta de prestaciones, y potenció el ejercicio de actividades que fortalecieron adherencia a tratamiento, tales como ejecución taller meditación taíso, taller yoga, multifamiliar en dupla con psicólogo, visitas domiciliarias integrales en dupla psicosocial. Además el presente año programa El Molino cuenta con celular, el que ha favorecido en forma significativa acciones de rescate y de incorporación de red familiar a tratamiento.

Nuestro programa se encuentra inserto en Unidad Salud Mental, hecho que ha potenciado la coordinación efectiva con el encargado y ha permitido que el presente año se disponga de dos nuevos espacios individuales en distintos jornadas y días de la semana, situación que ha potenciado la incorporación óptima de profesionales al quehacer diario. En lo relativo a espacios grupales, se cuenta

con la utilización tanto de Sala comunitaria como del auditorio, ambos en horario vespertino.

Fue significativa la ejecución de una ceremonia de Egreso en el mes de Julio 2011, hito que significó la finalización de 6 personas que se encontraban en proceso desde el año 2010. Esta actividad se efectuó en el auditorio de establecimiento donde funciona Programa Emerger.

Respecto del trabajo en red, El Molino inició y continuó coordinaciones con Unidad de Emergencia HSMQ, Programa Patología Dual, Hospital de Día, Hospital La Calera, Hospital Quillota, Hospital Philippe Pinel, Putaendo, Gustavo Fricke, Centro de Salud Miguel Concha, San Pedro, Casa de La Cultura, OMIL, Centros educacionales de nivelación escolar, Centros de formación técnica, Centro de la Mujer, Centro de Reinserción Social, Gendarmería, Juzgado de Familia, Fiscalías, Juzgados de Garantía, Defensorías La Calera, Quillota, Hogares de Protección red SENAME, entre otras, todas instancias que fortalecieron los avances terapéuticos relacionados con la salud e integración social de la población en atención.

Se participó en reuniones con entidades públicas, privadas y comunitarias, entre éstas destacan: Previene La Calera, Previene Quillota, CONACE Viña del Mar, Jardín Infantil El Principito, Homecenter Sodimac y Mesa Territorial N° 6.

El presente año se avanzó en la coordinación intrasistema con cada uno de los programas del Centro, principalmente con Unidad de la Familia, Programa de Salud Mental, Atención de la mujer, Control niño sano, Unidad de tratamiento, todas ellas vinculadas significativamente con los procesos de población en atención.

Respecto de los avances en procedimientos de carácter administrativo, equipo El Molino posee programa de tratamiento escrito, el cual es actualizado bimensualmente o según procedimientos o necesidades que población en atención requiera. Cuenta además con la publicación en el Diario Mural de los derechos de los usuarios, plan de emergencia, horario de actividades, etc.

El presente mes se aplicó cuestionario de satisfacción usuaria, sin embargo de la totalidad de 25 instrumentos entregados, tan sólo fueron devueltos al buzón de opiniones 9, muestra que por cierto no permite extrapolar los resultados, sin embargo es significativo que de los 9 instrumentos, el 100 % de éstos encuestados manifestó que la atención que ha recibido por parte del programa ha sido de buena a excelente.

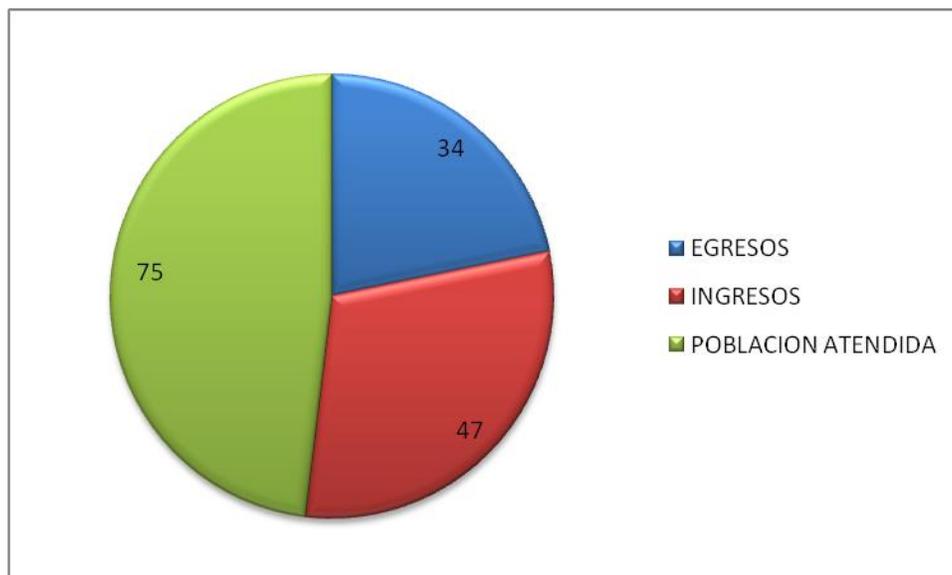
Si bien el presente año, tan sólo se efectuaron 5 egresos por derivación, el equipo efectuó derivaciones de personas consultantes, las que por cierto tan sólo fueron atendidas una vez por el equipo; los centros de derivación fueron los siguientes: Centro de Tratamiento Residencial Mujeres “Levántate”, Quillota, Programa Ambulatorio Intensivo PROSAIN Quillota, Programa Ambulatorio Intensivo CTA Villa Alemana, Centro de tratamiento Residencial Mujeres “Peñablanca”, Villa

Alemana, Centro de Tratamiento Residencial Varones “La Roca”, Viña del Mar, Centro de Tratamiento Residencial Varones “Pablo Neruda”, Valparaíso y Centro de tratamiento Residencial Varones “Renacer”, Los Andes.

Los siguientes gráficos fueron obtenidos del Software de tratamiento SENDA “Servicio Nacional Drogas y Alcohol”; ex CONACE.

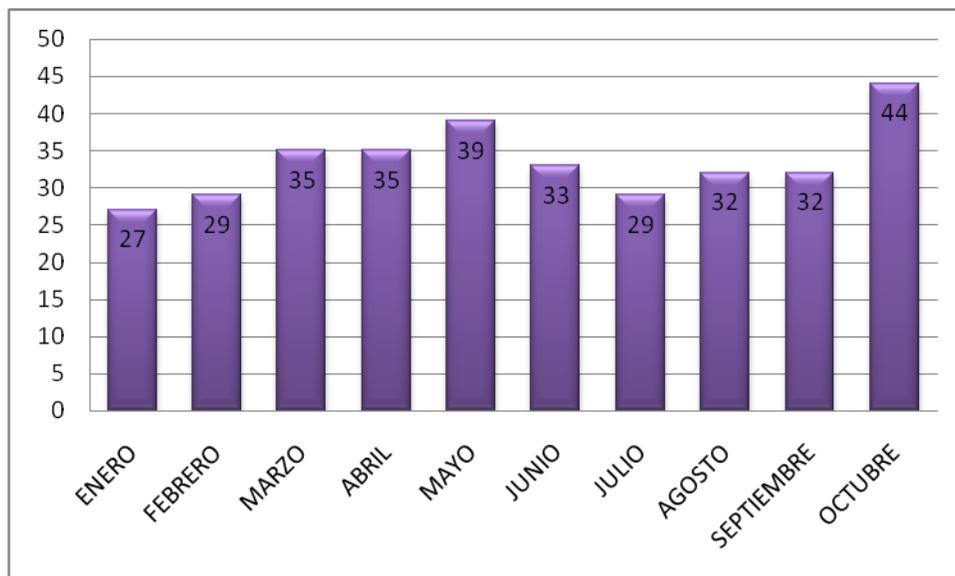
EVALUACION INDICADORES

GRAFICO: MOVIMIENTO DE PERSONAS AÑO 2011.



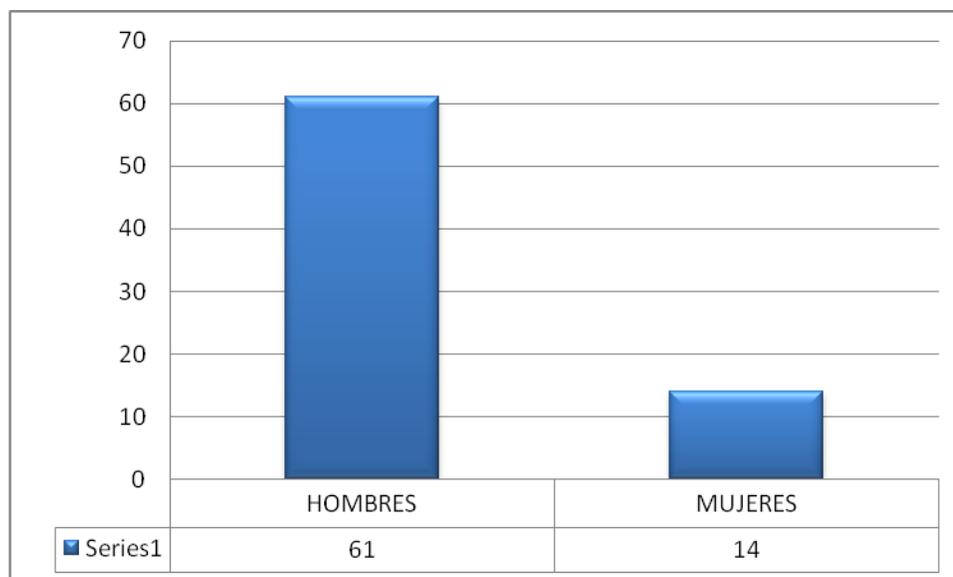
El presente año la población en atención fueron 75 personas, de las cuales 47 ingresaron el presente año, y 28 eran usuarios(as) que se encontraban en tratamiento desde el año 2010.

GRAFICO: PLANES DE TRATAMIENTO EJEUTADOS ENERO A OCTUBRE 2011



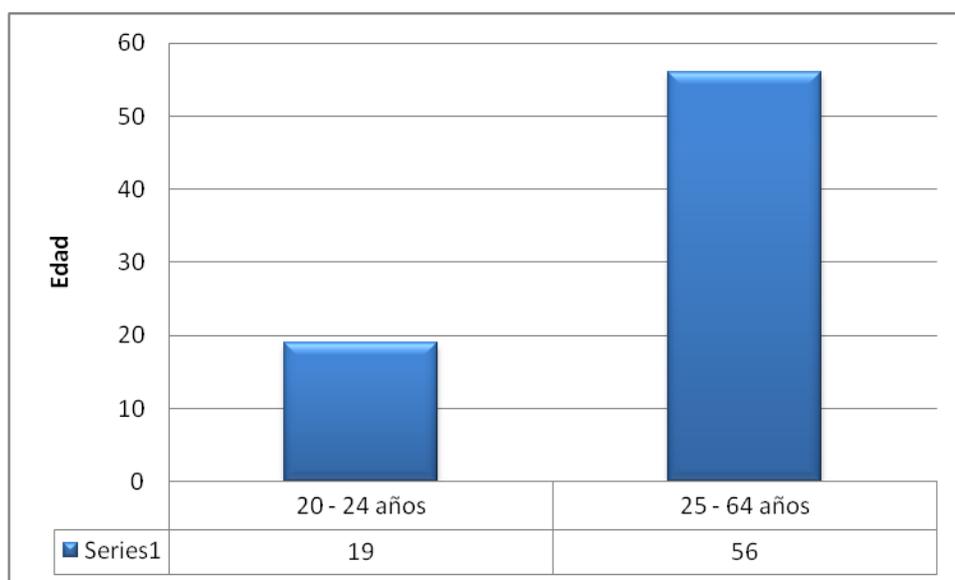
El presente año la población en atención fluctuó entre 27 a 44 usuarios(as), en los meses de enero y febrero es posible observar una disminución que obedece principalmente a la época estival, considerando que además el año 2010 el número de planes convenidos era de 30 personas. Se puede apreciar otra baja en el mes de julio, la cual obedece al egreso de 6 personas por alta terapéutica. En los meses de agosto y septiembre equipo no llegó a cubrir los 35 planes principalmente porque existía déficit en el recurso humano, situación que por cierto significó la decisión de incorporar 44 planes en el mes de octubre 2011 considerando que en el mes de noviembre la canasta de prestaciones se vería cubierta por la incorporación de 66 hrs. psicólogo.

GRAFICO: INGRESO POR GÉNERO, 2011, 75 USUARIOS(AS)



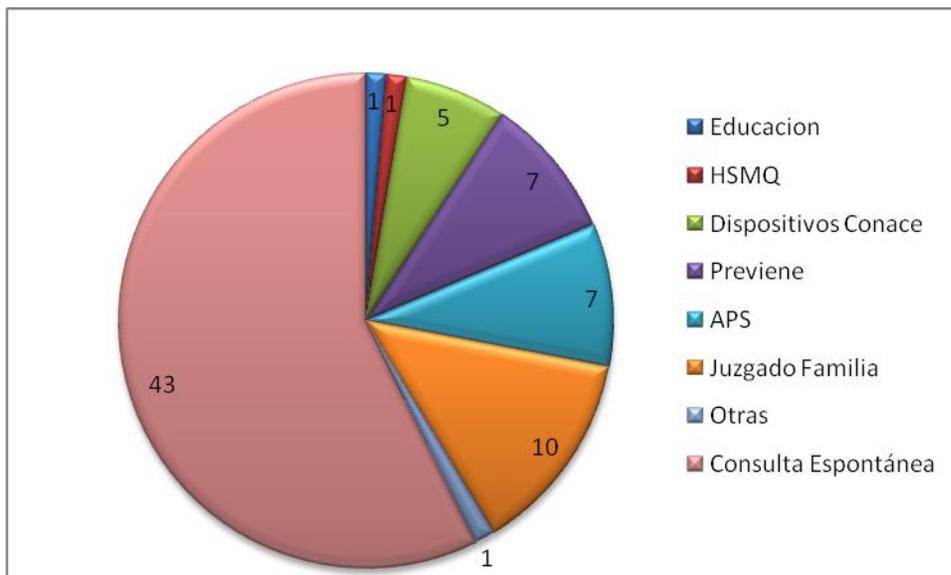
Como es habitual, el número de varones que consulta e ingresa a tratamiento siempre supera el 80 %, situación que luego de cinco años de funcionamiento es posible de analizar en lo relativo al diagnóstico de consumo, las mujeres en general consultan por tratamiento cuando ya su patología ha superado con creces la respuesta de un programa ambulatorio, y deben ser atendidas en forma residencial. Por otra parte las que consultan ingresaron principalmente de la Unidad de la Familia y del Juzgado, ambas vías obedecen a un trabajo motivacional efectuado por profesionales del área social. En lo que respecta a trabajo con perspectiva de género es necesario incluir el año 2012 la incorporación de auxiliares de párvulo en práctica de manera que las mujeres que no cuentan con apoyo en el cuidado de sus hijos no vean obstaculizadas su participación por esto.

GRAFICO: TRAMO ETÁREO POBLACION EN ATENCION, AÑO 2011, 75 USUARIOS(AS)



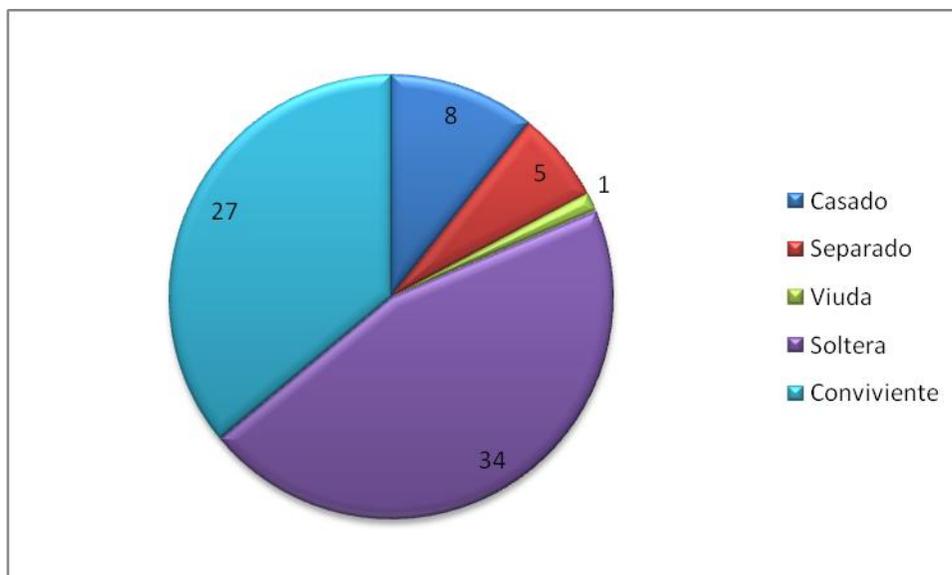
Es importante observar que el 75 % de nuestra población en atención supera los 25 años, hecho que podría denotar su vivencia asociada al ciclo vital, en general las personas que consultan se encuentran experimentando tareas de desarrollo vinculadas a la etapa de adultez, donde la familia de procreación se vuelve un ente problematizador, generando la obligatoriedad en el tratamiento, ya sea porque la persona no cumple roles conyugales, marentales o parentales, principalmente asociados a la mantención económica y falencias en el ámbito afectivo.

GRAFICO: VIA DE INGRESO POBLACION ATENDIDA AÑO 2011, 75 USUARIOS(AS)



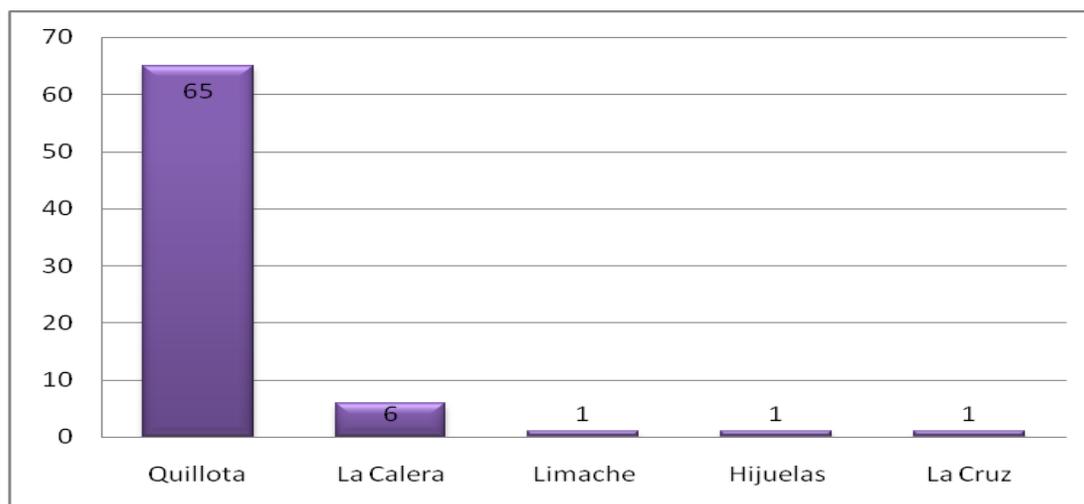
Un 57% de nuestra población ingresa por consulta espontánea, situación que una vez que la persona ingresa a tratamiento, es posible de analizar que lo espontáneo más bien surge de la problematización que ha generado la familia, o porque su actividad ocupacional se ha visto notoriamente afectada por el consumo. También es relevante el 13% que ingresa por Juzgado de familia, donde es posible observar que en la actualidad existiría un mayor uso de la legalidad en lo relativo a denunciar VIF de carácter psicológica. Tan sólo un 9% de la población en atención surge desde APS, hecho que en el año 2012 pudiese observarse como un desafío a incrementar, principalmente considerando que nos encontramos insertos en la red municipal de la salud.

GRAFICO: ESTADO CIVIL POBLACION ATENDIDA 2011, 75 USUARIOS(AS)



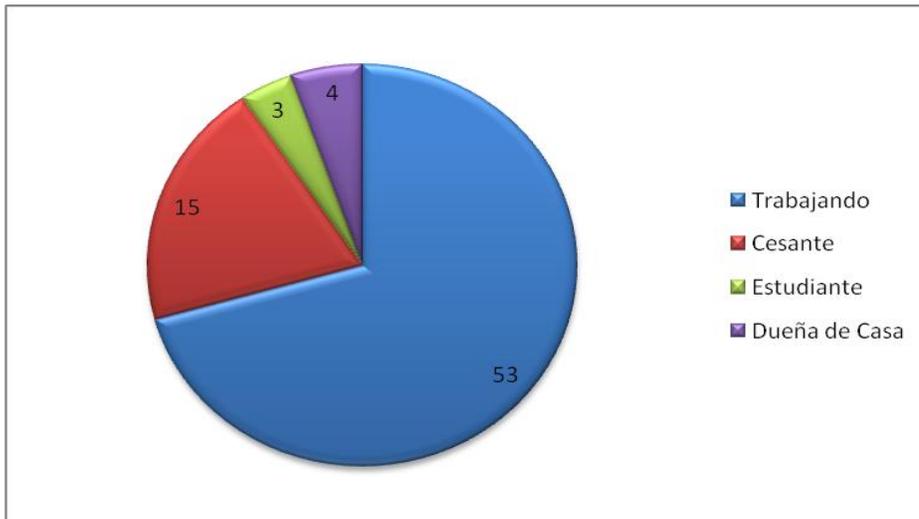
Un 45 % de la población en atención es soltera, en esta categoría se encuentran 12 personas que tienen edad inferior a 25 años, de las cuales si bien cinco personas tienen hijos igualmente no viven con sus parejas, sino que con sus padres o abuelos. Respecto de los 22 restantes que se encuentran en el tramo etáreo de 25 a 64 años de edad, 17 personas tienen hijos, pero no viven con pareja sino que se encuentran viviendo en forma independiente, o con su familia de origen. Si se suman las personas casadas con las convivientes nos encontramos con un porcentaje que supera el de los solteros, 47%. Es posible colegir que tanto el porcentaje de solteros como el de casados, por experimentar la vivencia del rol parental o parental como ya se indicó anteriormente vivencian la problematización desde su familia de procreación, en general son las parejas o los hijos los que más potencian la necesidad de rehabilitación.

GRAFICO: COMUNA DE REFERENCIA POBLACION ATENDIDA 2011, 75 USUARIOS (AS)



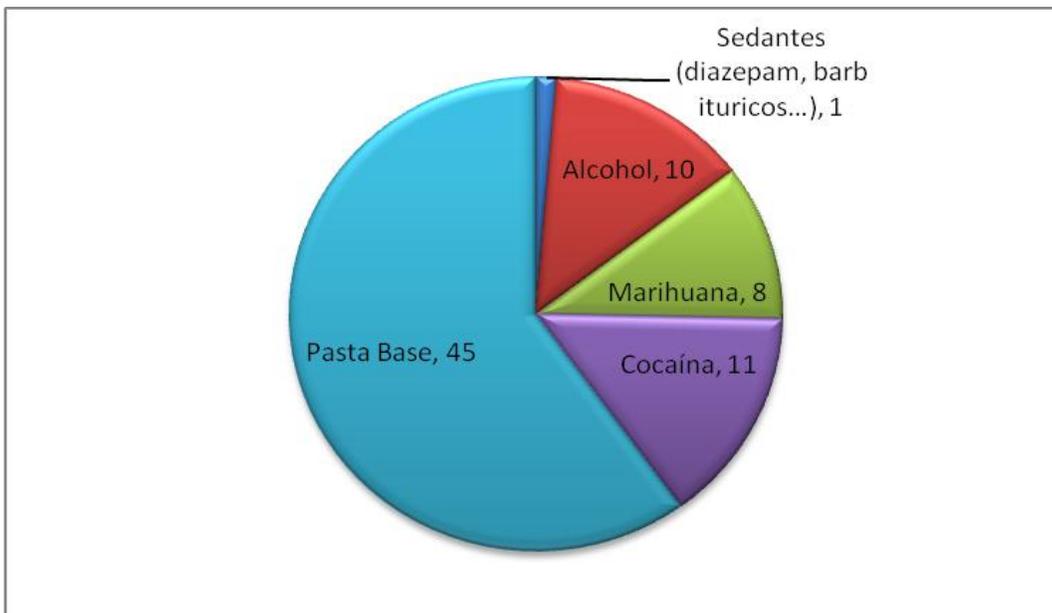
Si bien el Programa El Molino es un dispositivo SENDA de carácter provincial, un 87% de los ingresos proviene de nuestra comuna, situación que podría obedecer principalmente a la territorialidad; el proceso de rehabilitación en sí es un desafío para la persona que consulta por ende mientras más cerca la atención, será más oportuna, y su distancia favorecerá la adherencia a tratamiento. No es casualidad que tanto los abandonos como altas administrativas se encuentren asociadas a la comuna de origen.

GRAFICO: ACTIVIDAD OCUPACIONAL POBLACION ATENDIDA.



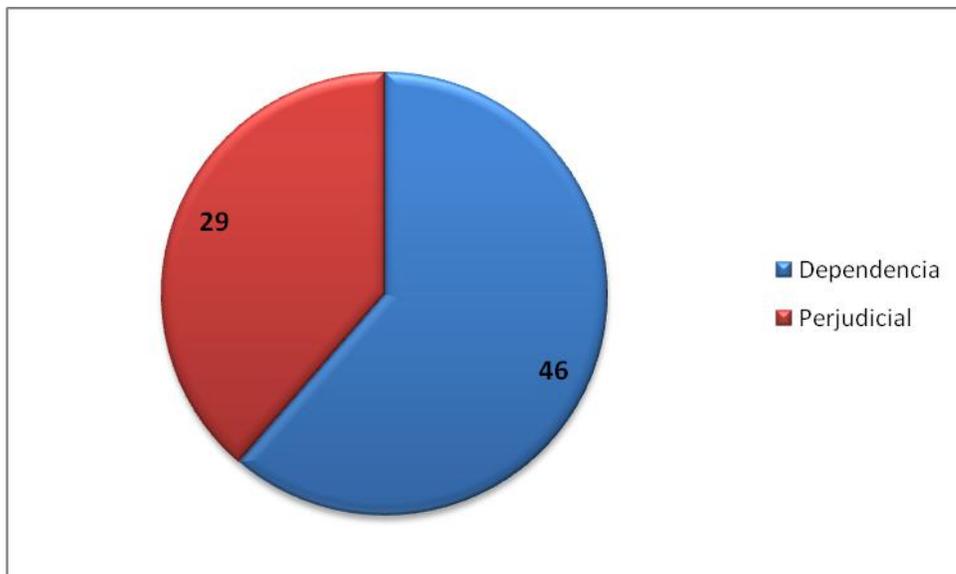
Por ser Programa El Molino una respuesta de carácter ambulatorio al proceso de rehabilitación de sustancias ilegales, es posible entender que el 71 % de la población atendida se encuentre trabajando, donde el programa se convierte en una respuesta efectiva al poseer atención de carácter vespertina de lunes a viernes. Respecto del 20% que se encuentra cesante, existe una coordinación fluida entre nuestro programa y la Oficina municipal de colocaciones, esto favorece la incorporación laboral de nuestra población en un tiempo que no supera los tres meses, tiempo que por cierto es contemplado por el programa de tratamiento ofrecido a la persona en cuestión

GRAFICO: TIPO DE SUSTANCIAS CONSUMIDA AÑO 2011, (75 USUARIOS)



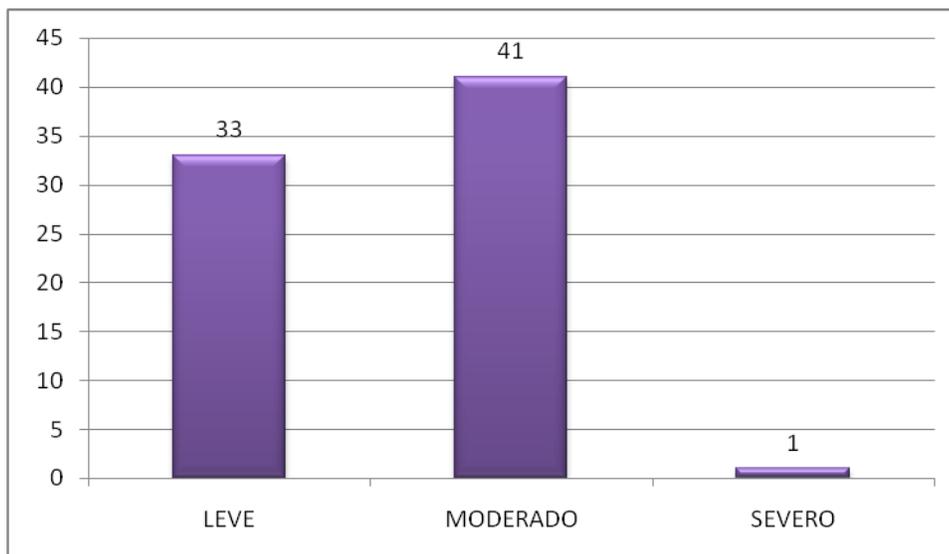
Un 60% de la población en atención ingresó a tratamiento por consumo de Pasta base de cocaína, porcentaje que evidencia la necesidad de mantener en nuestro equipo al recurso humano psiquiatra, sin obviar que de la Unidad Salud Mental donde nos encontramos insertos genera una respuesta a nivel de evaluación por parte de un médico con expertiz. El hecho de que asistan personas que posee este consumo genera que el equipo clínico deba efectuar intervenciones en crisis, asociadas principalmente a la vivencia de recaídas o sintomatologías de privación, ambas situaciones desafían a la red de salud municipal de poder contar con la posibilidad de contar con una unidad de desintoxicación, respuesta que actualmente el Hospital de nuestra comuna no otorga.

GRAFICO: DIAGNOSTICOS DE CONSUMO AL INGRESO 2011.



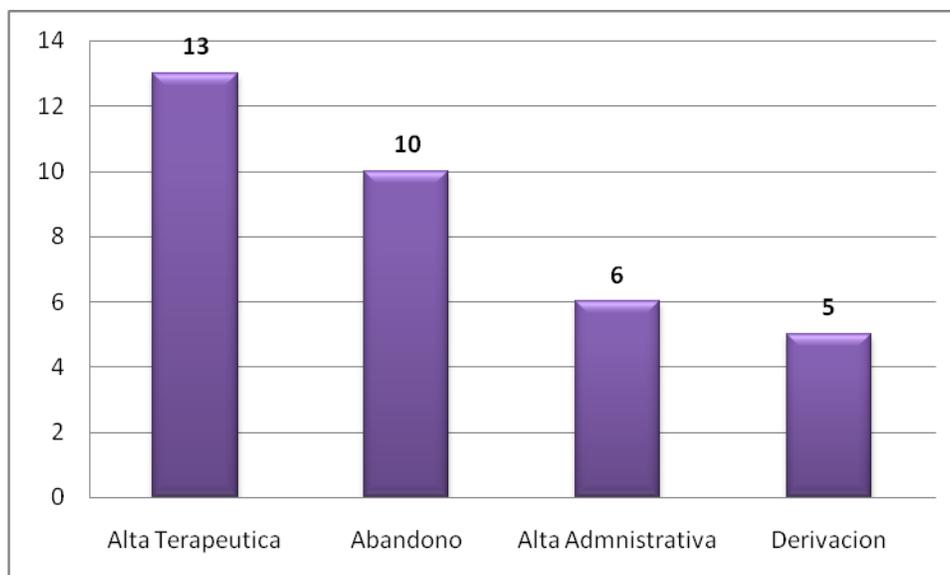
Un 61% de población en atención ingresó con diagnóstico de consumo dependencia, hecho que por cierto tiene correlación con lo comentado respecto al uso de sustancia. Un 60% ingresa y su consumo principal es pasta base, consumo que de por se asocia a la vivencia de una dependencia de carácter severo. Se hace nuevamente hincapié en la necesidad de contar con respuestas asociadas al apoyo en la desintoxicación, instancia obligatoria previa al inicio de tratamiento, pues tanto para la persona en atención, como para su familia la rehabilitación es imposible mientras que el sujeto no deje de consumir y para ello es obligatoria la desintoxicación. Actualmente el equipo otorga una respuesta de carácter ambulatorio, donde la entrega de fármacos es una alternativa, pero no por ello el patrón de consumo se rompe, por lo cual la necesidad del apoyo clínico que es de carácter semanal, en casos críticos se vuelve diario.

GRAFICO: COMPROMISO BIOPSIICOSOCIAL POBL. AÑO 2011, 75 USUARIOS (AS)

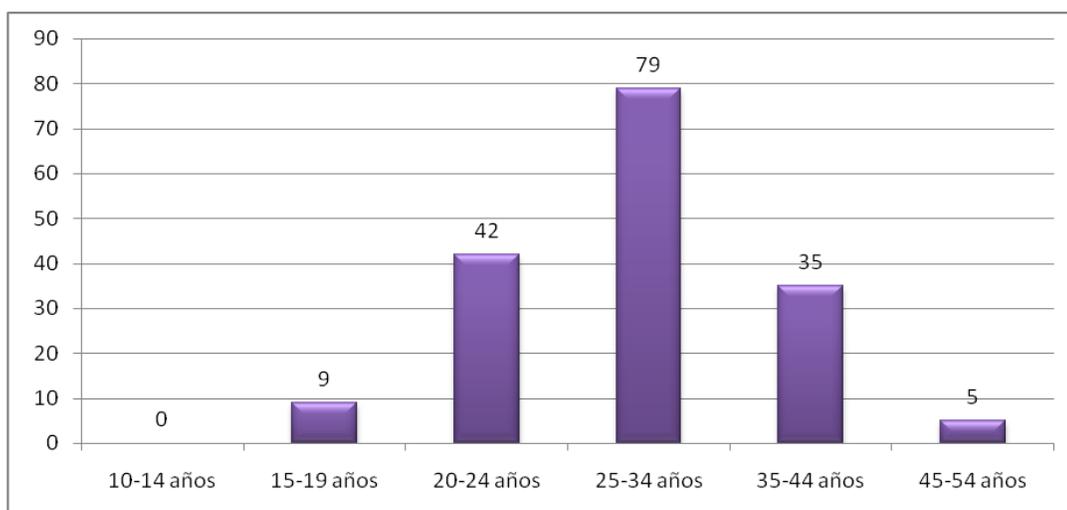


Programa El Molino debería ingresar a personas con compromiso biopsicosocial de carácter leve, sin embargo por lo comentado anteriormente las personas que consumen drogas estimulantes, tales como la pasta base y la cocaína han generado consecuencias que asociadas a la violencia intrafamiliar, inestabilidad actividad laboral, antecedentes penales, experiencia de anteriores tratamientos de los cuales se ha egresado por abandono.

GRAFICO: MOTIVO EGRESO POBLACION 2011, 34 EGRESOS.



Finalmente es importante analizar que de 34 personas egresadas el presente año, tan sólo el 38% egresó por alta terapéutica, personas que actualmente aún se encuentran en seguimiento, se destaca que en ellas existió una red de apoyo funcional y una alta adherencia a tratamiento. Respecto del 62% restante, cabe señalar que son todas personas que poseían diagnóstico de consumo dependiente severo a pasta base de cocaína, tan sólo un 15% logró tener una respuesta de derivación por parte de la red, la cual por cierto no fue inmediata, esto también significó la contención por parte del equipo clínico.



UNIDAD DE LA MUJER Y DE LA VIDA EN PAREJA

INDICADORES DE RESULTADO AÑO 2011

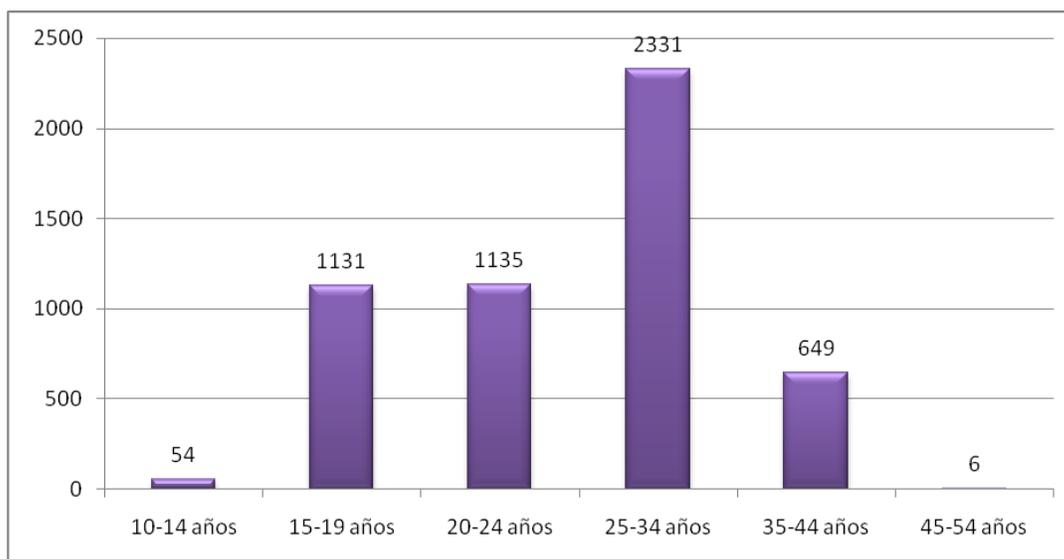
GRAFICO: CONTROLES PRECONCEPCIONALES.

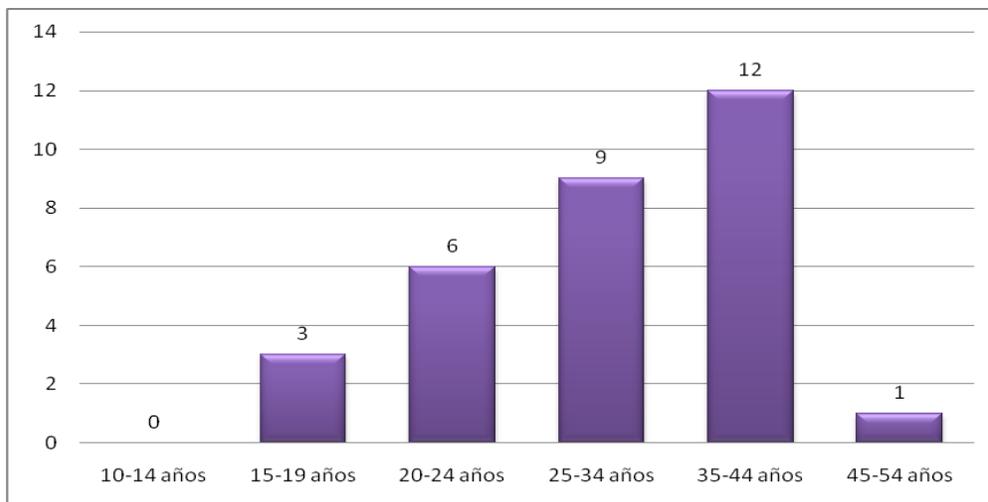
Entre el período correspondiente a enero a octubre del año 2011, se realizaron 170 controles, realizados por profesional Matrón/a.

GRAFICO: CONTROLES PRENATALES:

Entre el período correspondiente a enero a octubre del año 2011, se realizaron 5306 controles, realizados por profesional Matrón/a, aumentando los controles en relación a lo informado el año 2010 (4285).

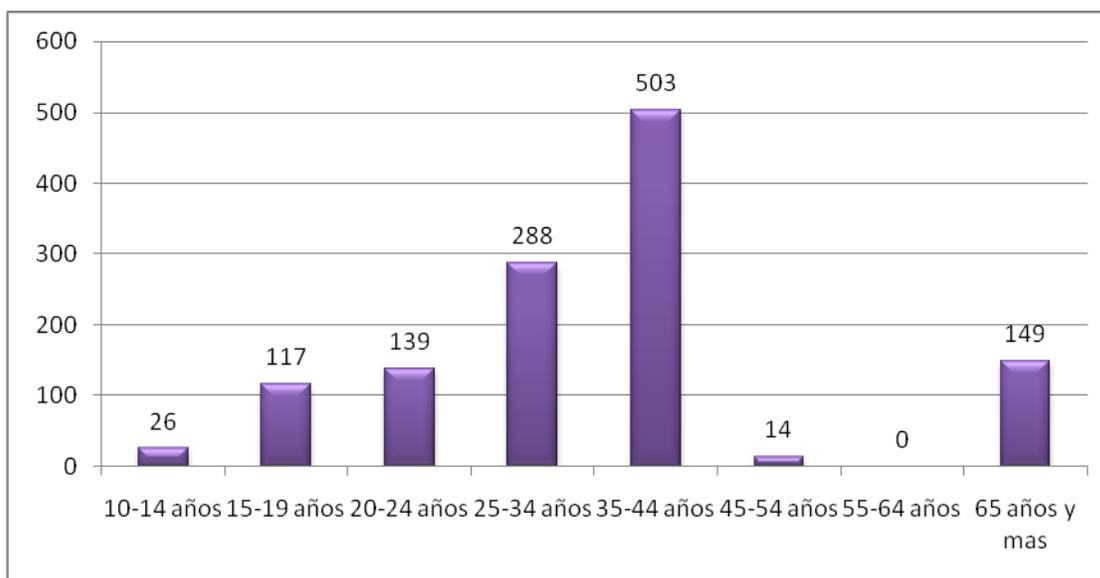
GRAFICO: CONTROLES POST ABORTO SEGÚN GRUPO ETAREO:





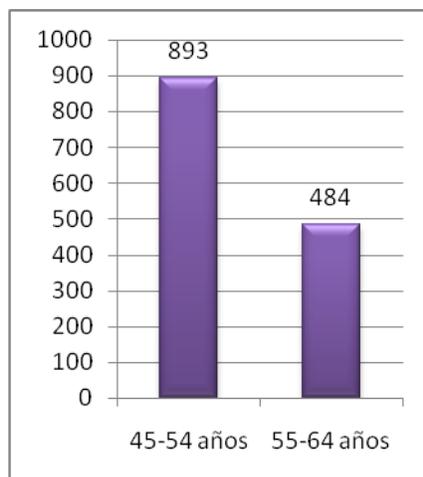
Entre el período correspondiente a enero a octubre del año 2011, se realizaron 31 controles, realizados por profesional Matrón/a.

GRAFICO: CONTROLES GINECOLOGICOS 2011 SEGÚN GRUPO ETAREO:



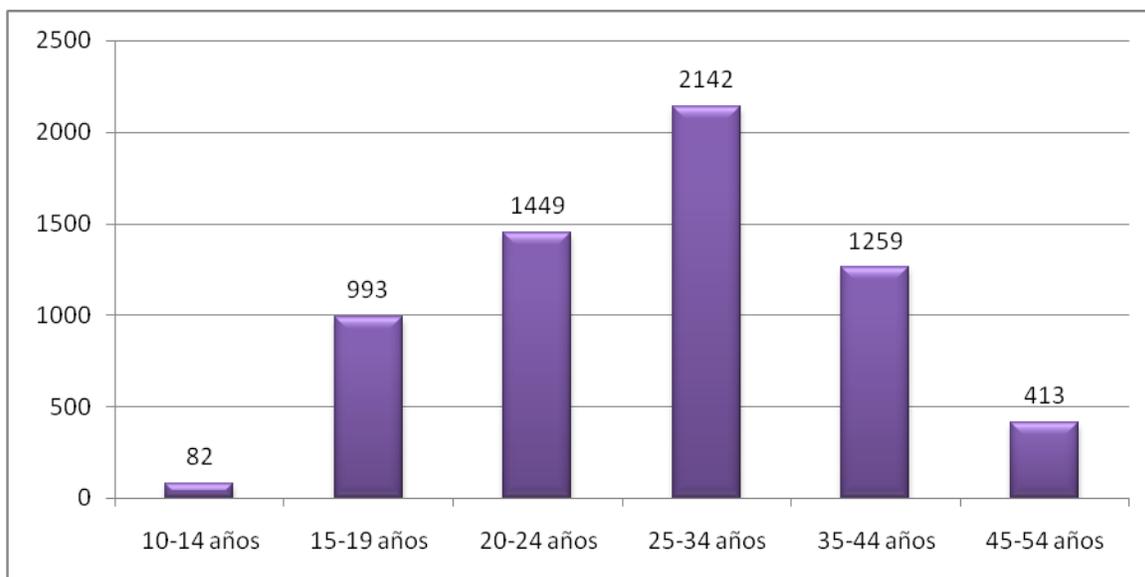
Entre el período correspondiente a enero a octubre del año 2011, se realizaron 1236 controles, realizados por profesional Matrón/a, aumentando los controles en relación a lo informado el año 2010 en un 41.8%.

GRAFICO: CONTROLES CLIMATERIO SEGÚN GRUPO ETAREO:



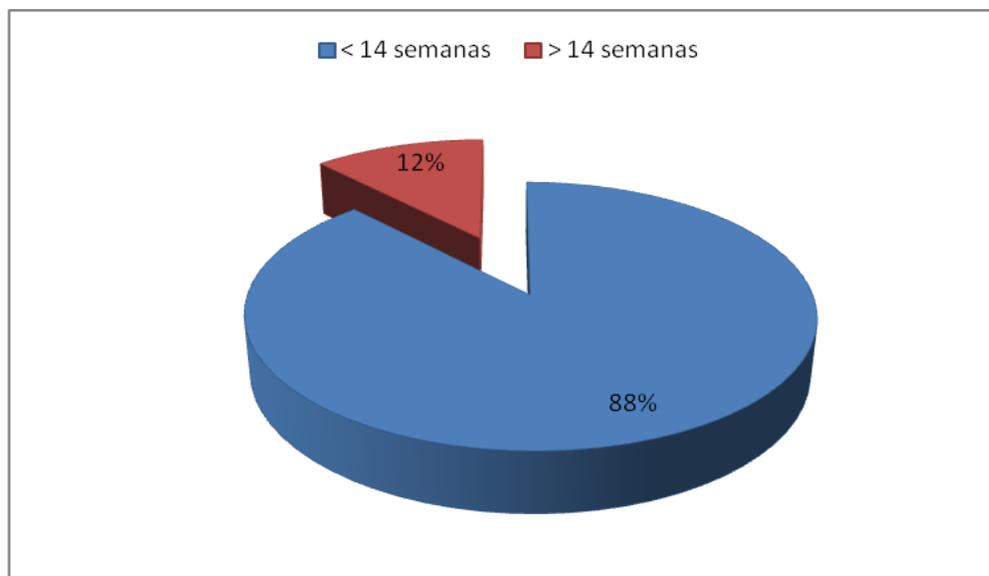
Entre el período correspondiente a enero a octubre del año 2011, se realizaron 1377 controles, realizados por profesional Matrán/a.

GRAFICO: CONTROLES REGULACION FECUNDIDAD 2011.



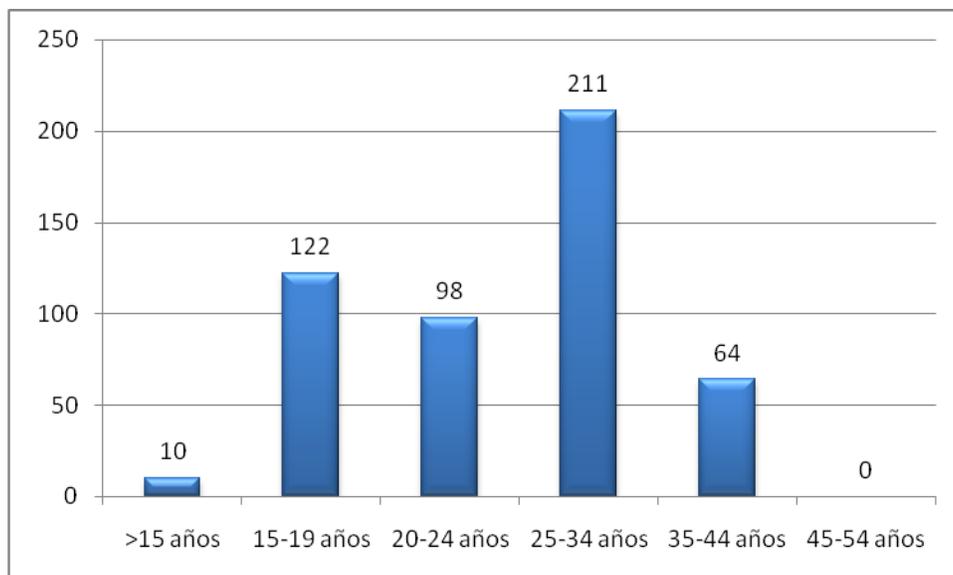
Entre el período correspondiente a enero a octubre del año 2011, se realizaron 6338 controles, realizados por profesional Matrán/a.

GRAFICO: INGRESOS EMBARAZOS AÑO 2011.



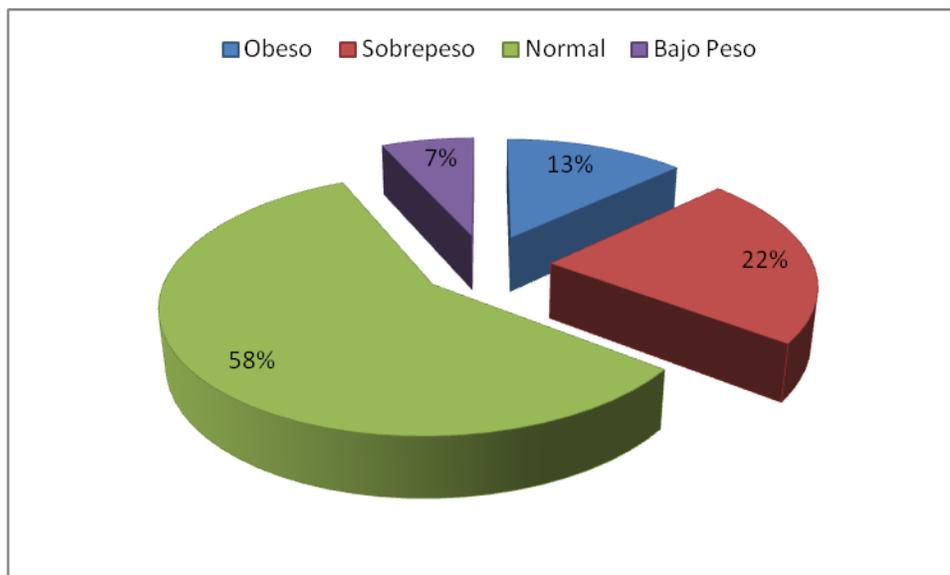
Durante el período enero a octubre 2011, se realizaron 802 ingresos de embarazadas, de las cuales un 88% fueron ingresadas antes de las 14 semanas de gestación, porcentaje sobre la meta exigida.

GRAFICO: GESTANTES EN CONTROL SEGÚN GRUPO ETAREO 2011.



Durante el año 2011 se realizaron 802 ingresos a control de embarazo, de éstos el mayor porcentaje se acumula en el rango de 25 a 34 años, equivalente a un 34% del total, siguiendo el rango de 15 a 19 años con un 15%..

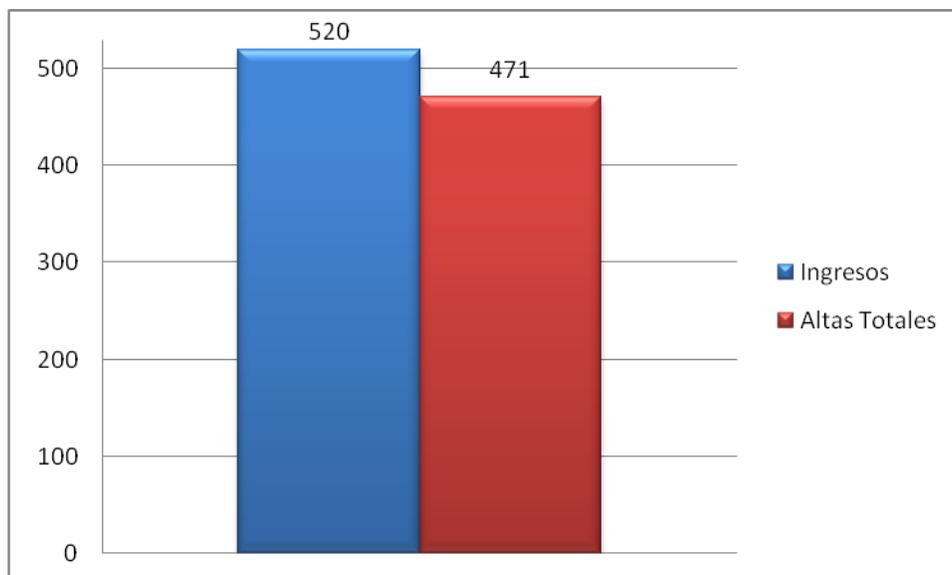
GRAFICO: ESTADO NUTRICIONAL GESTANTES INGRESADAS AÑO 2011



De acuerdo a los datos recopilados de enero a octubre el 48% de las gestantes ingresadas presentan diagnostico de malnutrición, el 35% por exceso y un 7 por déficit.

AREA DENTAL GESTANTES:

GRAFICO: INGRESOS GESTANTES A CONTROL V/S ALTAS TOTALES.



Respecto a los ingresos a control odontológico a gestantes en el período enero a octubre de 2011, se han ingresado 520 embarazadas, de las cuales 471 han sido dadas de altas, lo que equivale a un 90%.

Respecto a Cobertura de Altas odontológicas totales, en el mismo período se ha logrado dar de alta a un 59% del total de la población de gestantes bajo control, según la meta sanitaria para el periodo la cobertura a alcanzar es un 57%, por lo que la tendencia a octubre muestra que la meta se cumplirá satisfactoriamente.

ADULTO MAYOR

DATOS DEMOGRAFICOS.

De acuerdo al censo del año 2002 la cantidad de adultos mayores en Chile es de 1.717.478, representando el 10% del total nacional². La relación por sexo es de 758.049 hombres y 959.429 para las mujeres, representando un 44.14 y 55.86% respectivamente.

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



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

SEXO	ADULTOS/AS MAYORES
HOMBRES	4.008
MUJERES	5.658
TOTAL	9666

El cuadro anterior nos muestra una relación de porcentual entre sexo algo similar a 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

² 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.

EVALUACION AÑO 2012 AREA ADULTO MAYOR:

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 2011.

GRAFICO: NUMERO EFAM APLICADOS POR SEXO Y RANGO ETAREO 2011.

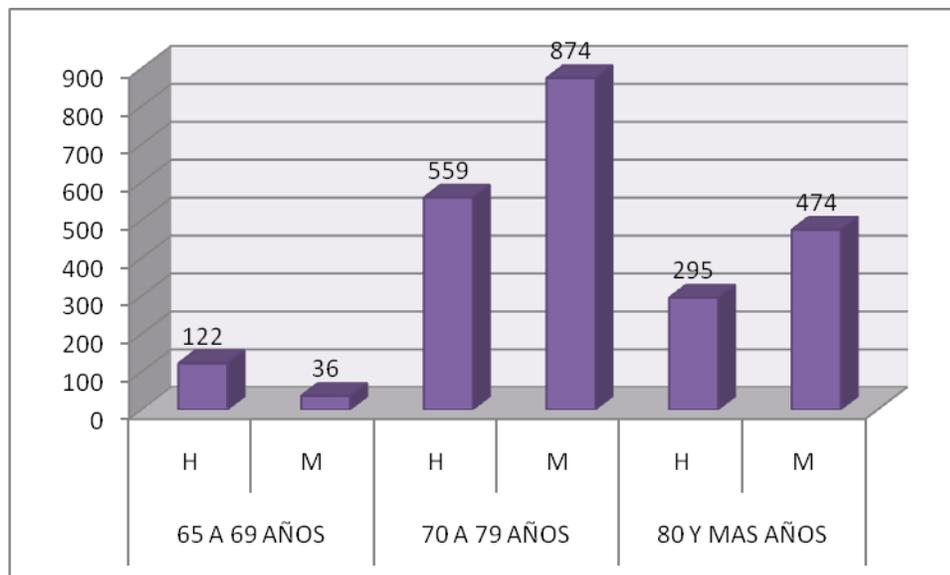
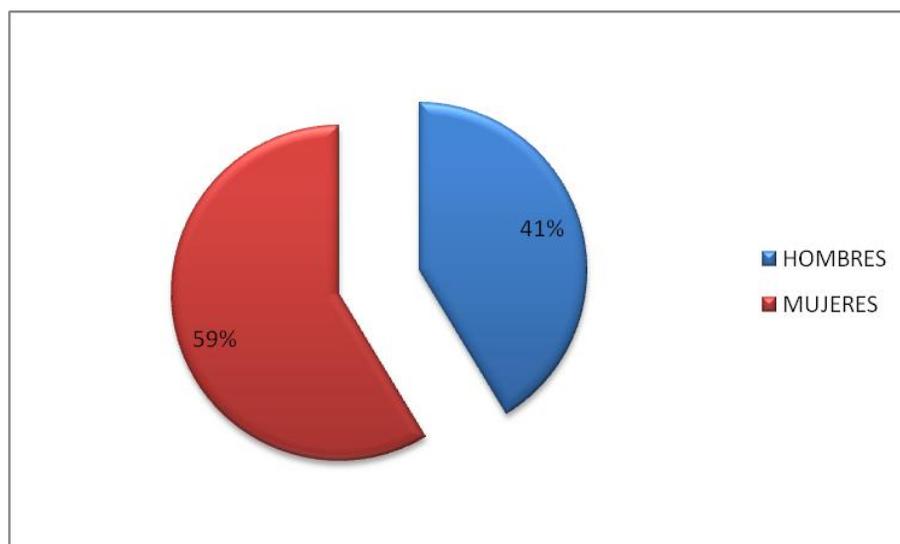
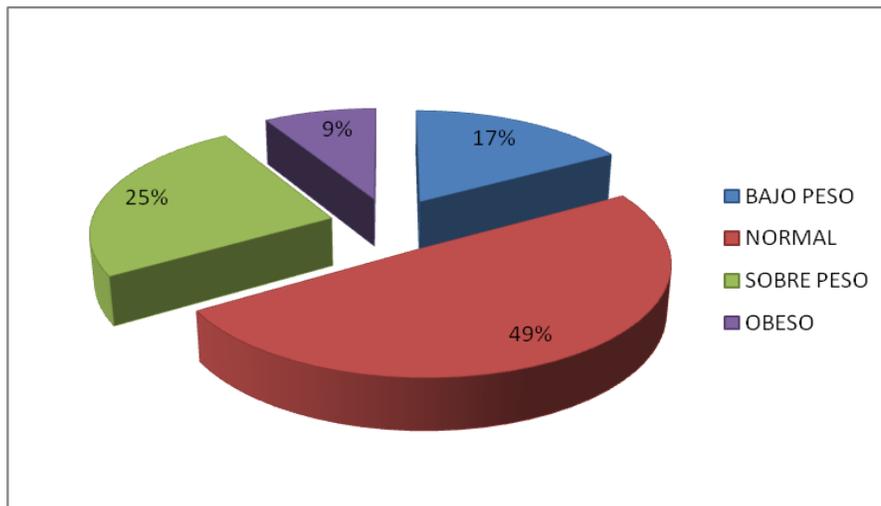


GRAFICO: DISTRIBUCION PORCENTUAL POR SEXO EFAM APLICADOS 2011.



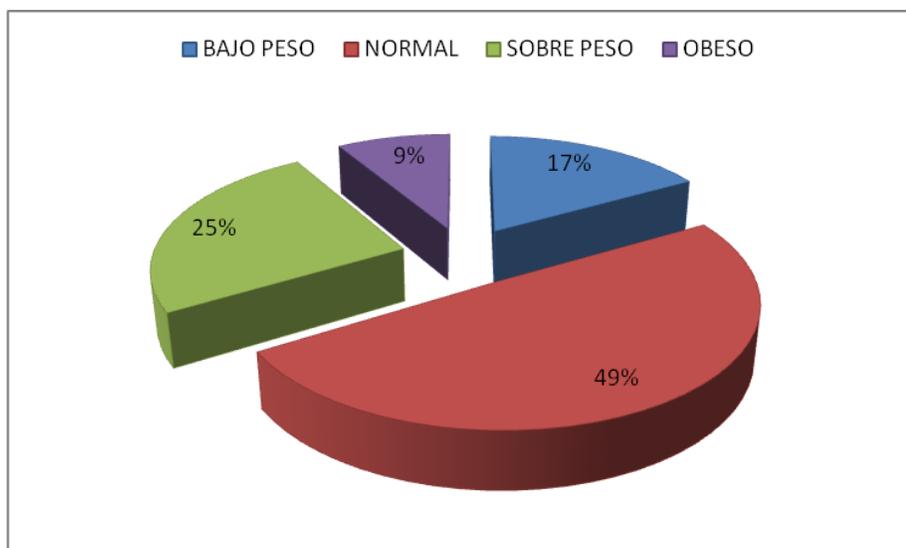
Durante el periodo correspondiente a enero octubre 2011 entre hombres y mujeres se realizaron 2540 EFAM, siendo al sexo femenino quien más exámenes se aplico 1384, siendo la misma tendencia de los EMPA donde las mujer realizaron mayor cantidad de consulta en los distintos programas.

GRAFICO: DIAGNOSTICO NUTRICIONAL ADULTOS MAYORES EFAM 2011.



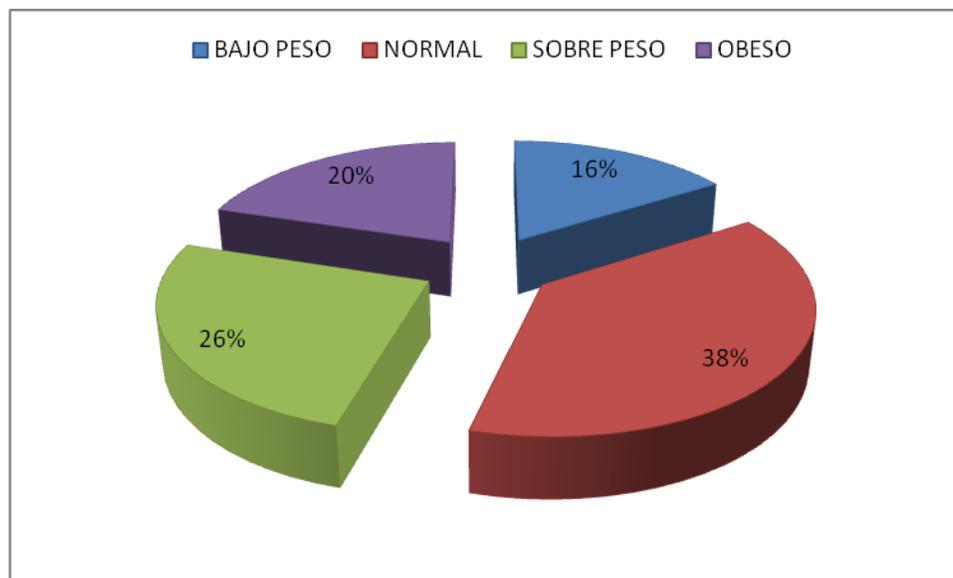
Según los resultados obtenidos de las evaluaciones de EFAM los adultos mayores en nuestro centro de salud según estado nutricional el 34% presenta malnutrición por exceso 17% presenta malnutrición por déficit, y solo un 49% presenta estado nutricional eutrófico o normal igual tendencia presento el año 2010, sin embargo con un leve aumento de los adultos mayores con estado nutricional normal.

GRAFICO: DIAGNOSTICO NUTRICIONAL ADULTOS MAYORES HOMBRES EVALUADOS CON EFAM POR SEXO 2011.



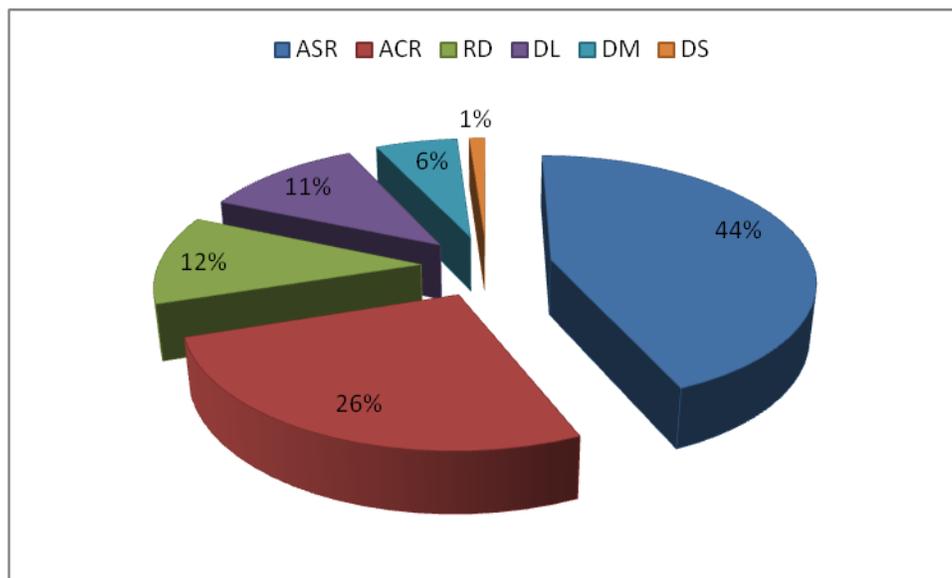
Según los resultados obtenidos de las evaluaciones de EFAM los adultos mayores hombres en nuestro centro de salud según estado nutricional el 34% presenta malnutrición por exceso, y solo un 49%, presenta estado nutricional normal, presentando una tendencia similar a la observada en el año 2010.

GRAFICO: DIAGNOSTICO NUTRICIONAL ADULTOS MAYORES MUJERES EVALUADOS CON EFAM POR SEXO 2011.



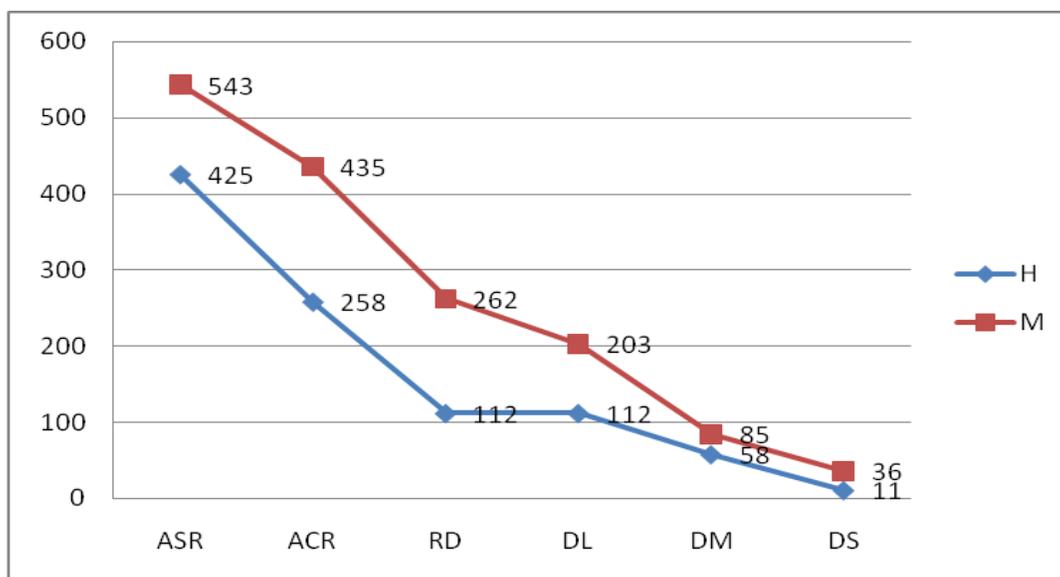
Según los resultados obtenidos de las evaluaciones de EFAM las adultas mayores en nuestro centro de salud según estado nutricional el 46% presenta malnutrición por exceso, solo un 38% tiene diagnostico nutricional eutrófico, presentando porcentajes inferiores en este rango en comparación con los hombres.

DIAGNOSTICO: FUNCIONALIDAD ADULTOS MAYORES SEGÚN EFAM APLICADOS AÑO 2011.



En relación al diagnóstico de funcionalidad de acuerdo a EFAM aplicados, un 44% corresponde a adultos mayores AUTOVALENTES SIN RIESGO, UN 26% AUTOVALENTES CON RIESGO.

GRAFICO: COMPARACION NIVEL FUNCIONALIDAD SEGÚN SEXO 2011.



De acuerdo al nivel de funcionalidad se puede observar claramente la diferencia en todos los niveles de funcionalidad entre hombres y mujeres, siendo siempre la mujer que presentan mayores porcentajes en los distintos niveles, sin embargo esa diferencia se va acortando a medida que la funcionalidad va disminuyendo.

AREA REHABILITACION

MORBILIDAD INFANTIL Y ADULTA

Uno de los desafíos importantes, es brindar una alternativa, o mantener una oferta para la población laboralmente activa, sobretodo en horarios de extensión y los días Sábados y Domingos, este año sólo, 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.

La atención primaria de salud, 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 2011 los rendimientos 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, sobretodo 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 diagnóstico 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.

GRAFICO: ATENCIONES MORBILIDAD POR GRUPO POBLACION, 2011.

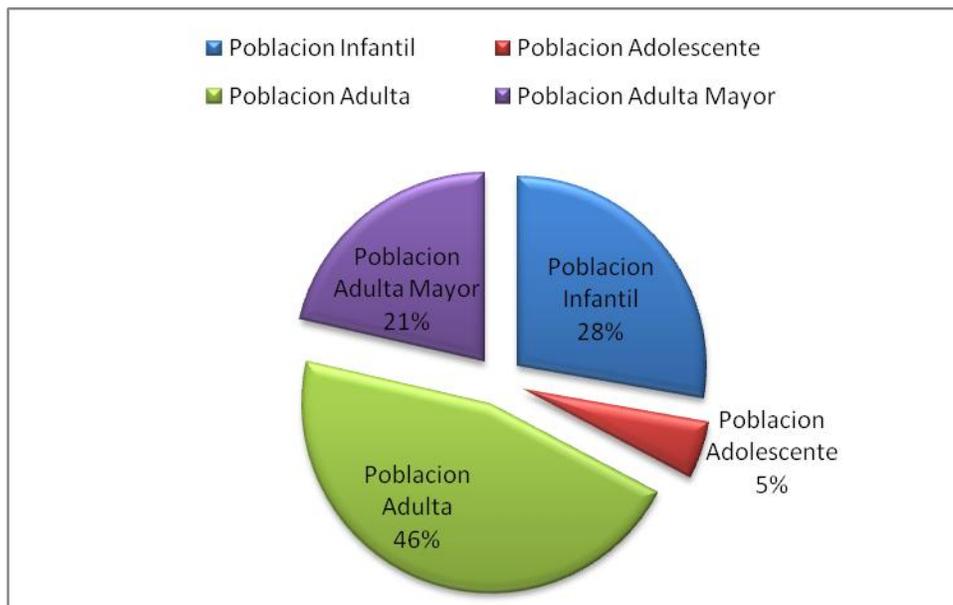
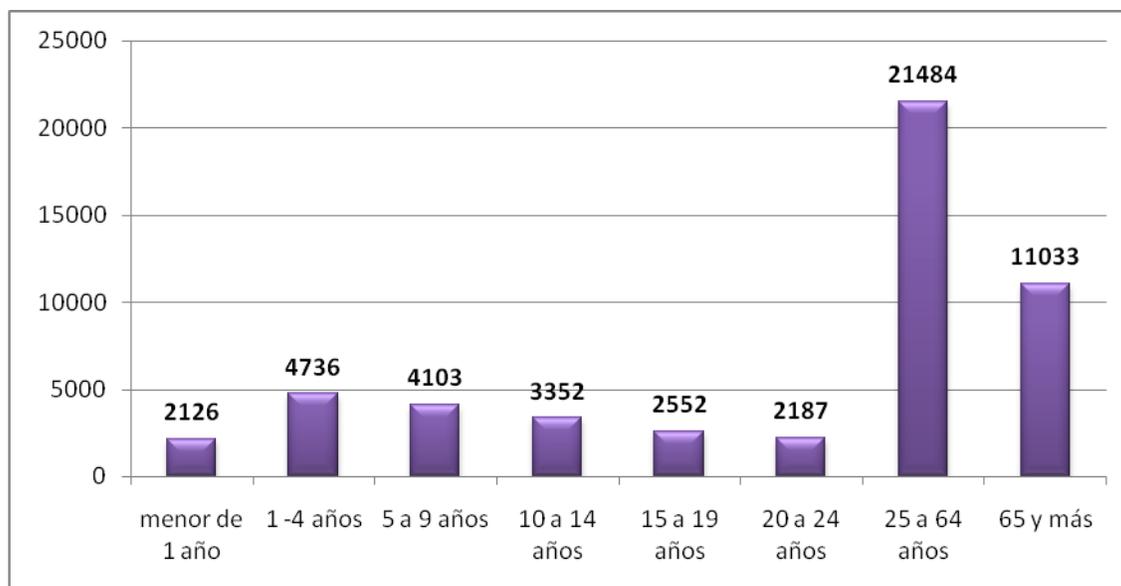


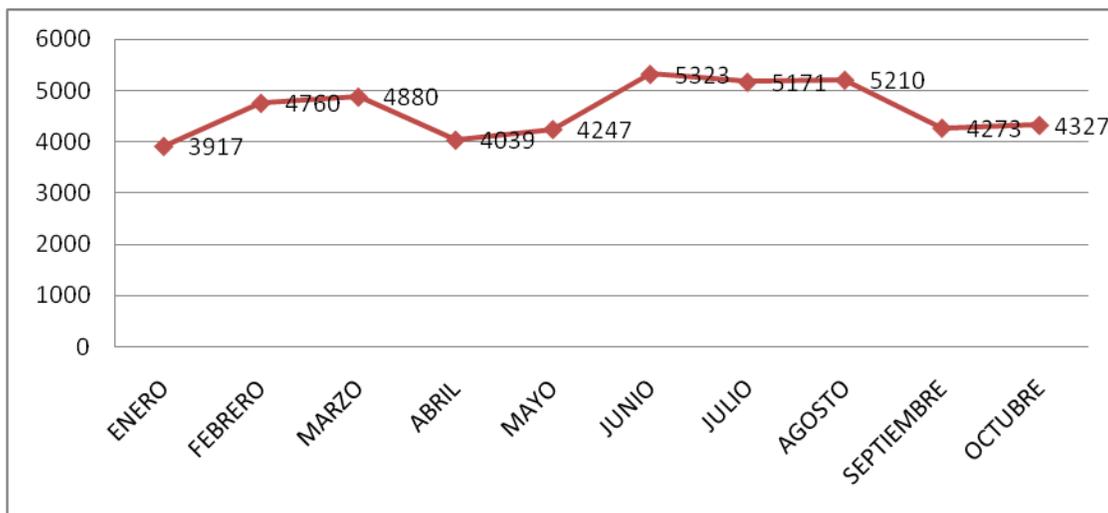
GRAFICO: ATENCIONES MORBILIDAD POR GRUPO ETAREO:



Los grupos de edad que más consultan, es 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.

La datos mostrados en los gráficos anteriores, muestran una tendencia similar a los años anteriores, en lo que dice relación con la mayor concentración de población adulta en las atenciones de morbilidad.

GRAFICO: ATENCIONES DE MORBILIDAD POR MES, 2011:



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

SERVICIO DE ATENCION PRIMARIA DE URGENCIA (SAPU)

La implementación de el Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU) en Junio del 2010, constituyo una estrategia muy importante, para la ciudad y para la red, contando con la coordinación del 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, por otro lado, debido a la coordinación con el Hospital, en relación a la toma de exámenes y Rx, el grado, de resolutivez y manejo de patologías más complejas se ha visto incrementado, situación que ha sido evaluada positivamente por la ciudadanía.

En junio del 2011 se cumplió un año de funcionamiento del SAPU, registrándose 28000 atenciones en este periodo. Ante la creciente y sostenida demanda, que enfrenta el SAPU, aún en periodos no críticos, se plantea para el 2012, la posibilidad de mantener, los turnos de médicos de apoyo, por periodos más prolongados, así como la eventualidad, de contar con un SAPUDENT, de 1 0 2 horas diarias, debido a la casuística, de consultas de urgencias dentales, que llegan al SAPU, o que no se logra tener capacidad de oferta y resolución en horario habitual del Centro de Salud.

GRAFICO: NUMERO DE ATENCIONES MENSUALES SAPU, 2011.

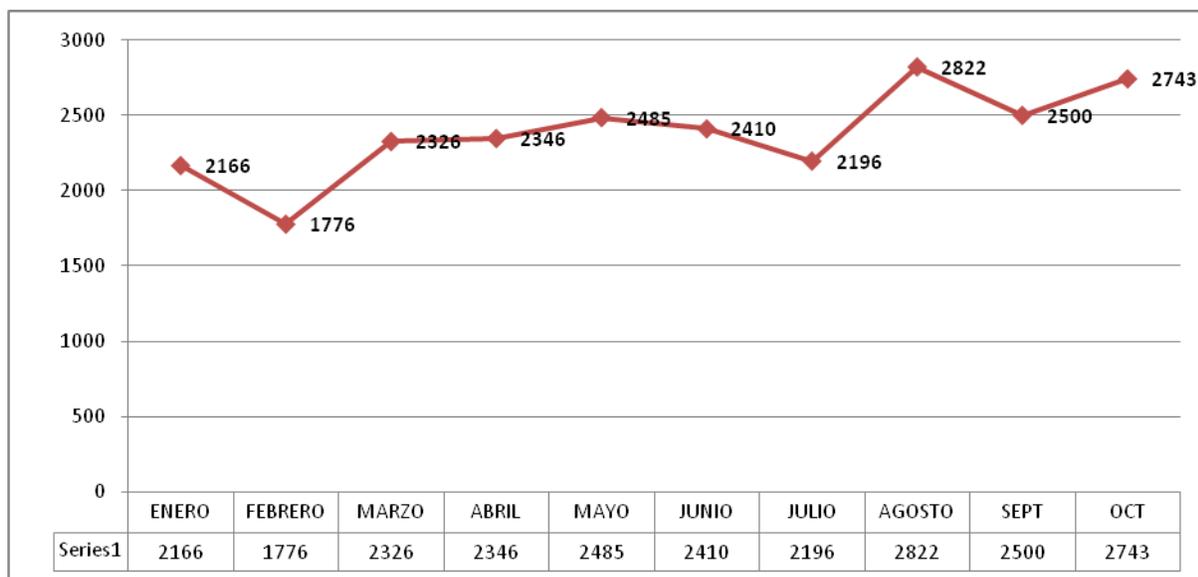
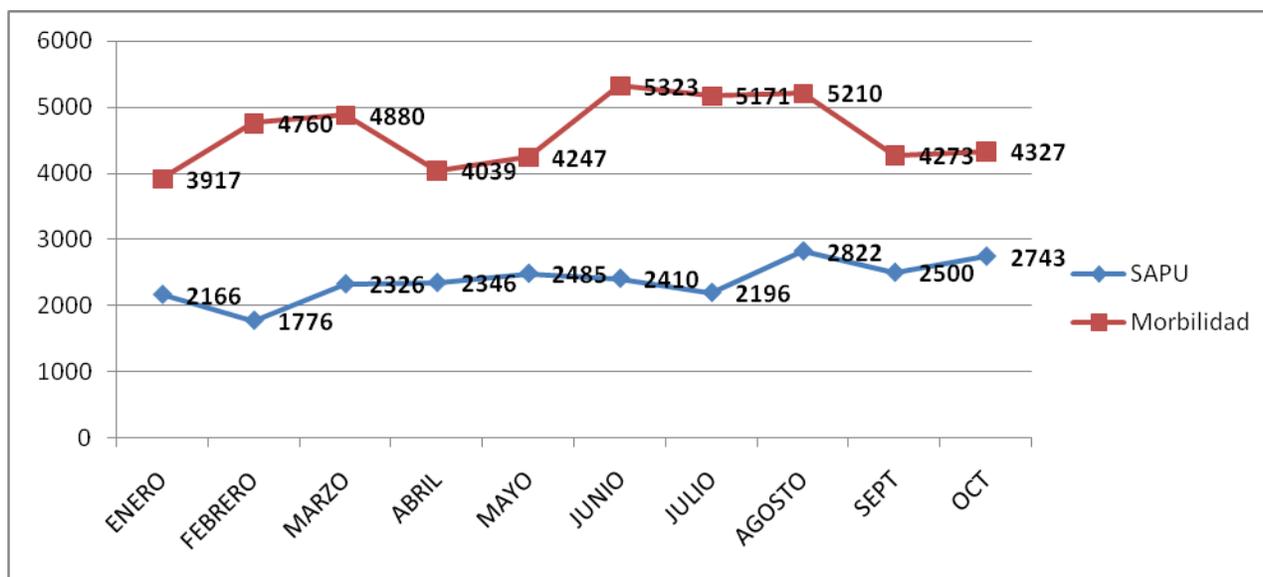


GRAFICO: COMPARACION ATENCIONES DE MORBILIDAD V/S ATENCIONES SAPU.



Como se visualiza en el gráfico, En período de invierno se puede observar que la diferencia disminuye entre las consultas de morbilidad dadas por el centro de salud, y las otorgadas en el SAPU, debido a que el peak de atenciones actualmente es absorbido por las atenciones SAPU, no existiendo un aumento consulta significativa en este periodo como en años anteriores.

Un dato importante de señalar es que en el período junio a octubre 2010, se realizaron 11599 consultas, y en el mismo periodo 2011, 12671, consultas, lo que significa un 9.2% aumento de consultas en el mismo período.

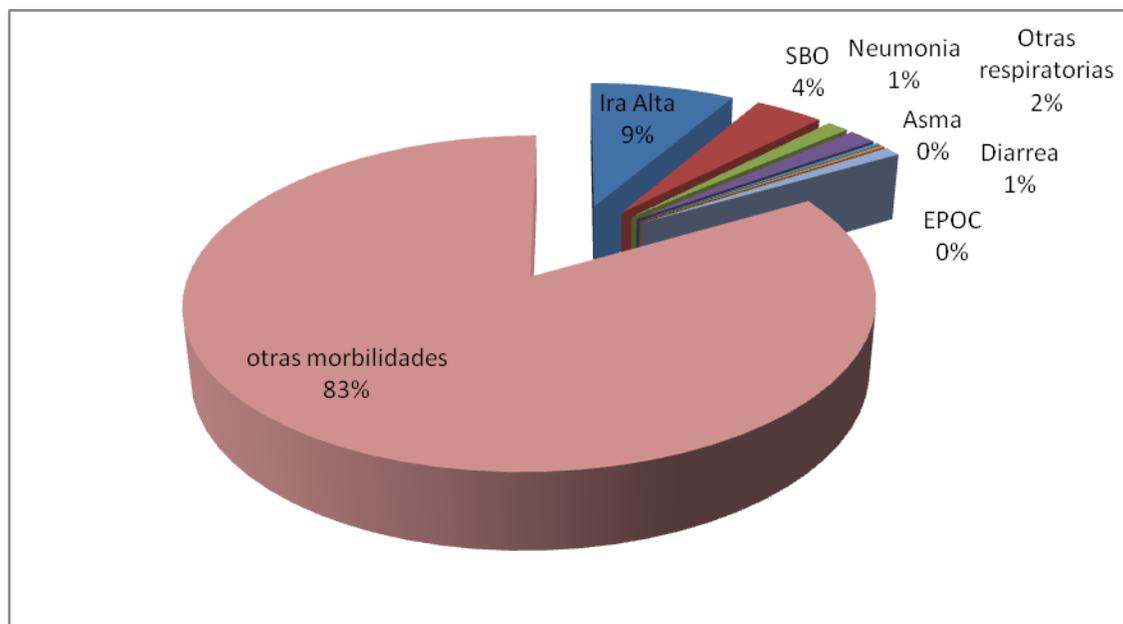
TASAS DE CONSULTAS

Tasa de consulta morbilidad por población:

- Tasa de consulta morbilidad General: 0.7 cons./hab./año. Población (70.292) (a Octubre de 2011)
- Tasa de consulta morbilidad por rango etareo:
 - ✓ Menor 1 año: 2.7 cons./hab./año.
 - ✓ 1 a 4 años: 1.3 cons./hab./año
 - ✓ 5 a 9 años: 0.8 cons./hab./año
 - ✓ 10 a 14 años: 0.6 cons./hab./año
 - ✓ 15 a 19 años: 0.4 cons./hab./año
 - ✓ 20 a 24 años: 0.35 cons./hab./año
 - ✓ 25 a 64 años: 0.6 cons./hab./año
 - ✓ 65 y mas: 1.2 cons./hab./año

Se puede apreciar claramente que la mayor cantidad de consultas la concentran los grupos extremos de la población, lo que se relaciona además con las tasas de consulta antes señaladas, las que se consideran además como edades de monitoreo, tendencia que se mantiene a lo largo de los años.

GRAFICO: PORCENTAJE DE CONSULTAS MEDICAS POR DIAGNOSTICO, AÑO 2011.



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

GRAFICO: CONSULTAS MÉDICAS POR ENFERMEDADES RESPIRATORIAS 2011.

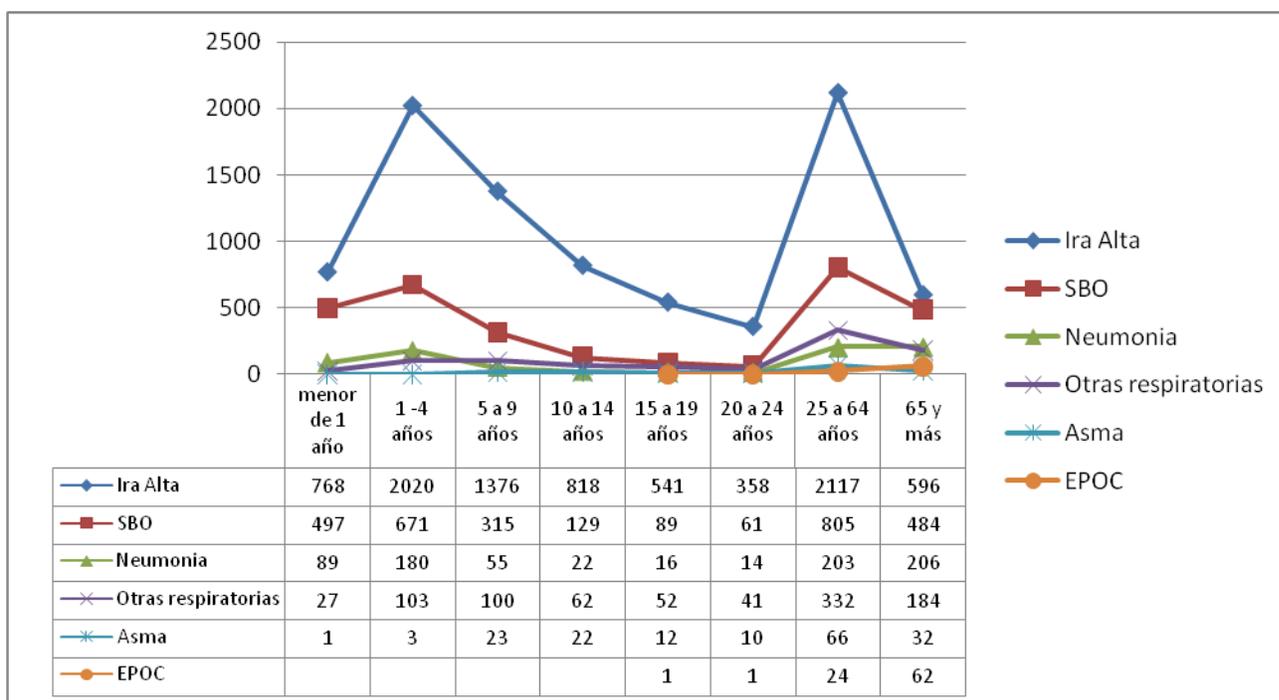
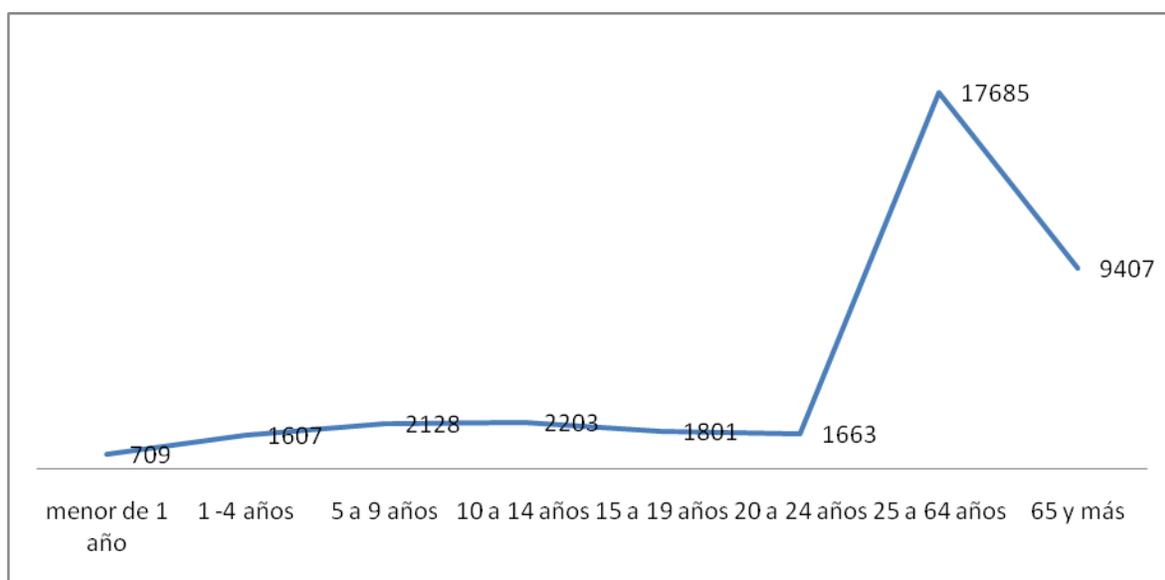


GRAFICO: CONSULTAS MEDICAS SEGÚN GRUPO ETAREO, POR OTRAS MORBILIDADES, 2011.



Al observar el gráfico destaca claramente la mayor concentración de consultas en el grupo 25-64 años, en esta categoría, que agrupa diferentes tipos de enfermedades.

PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR:

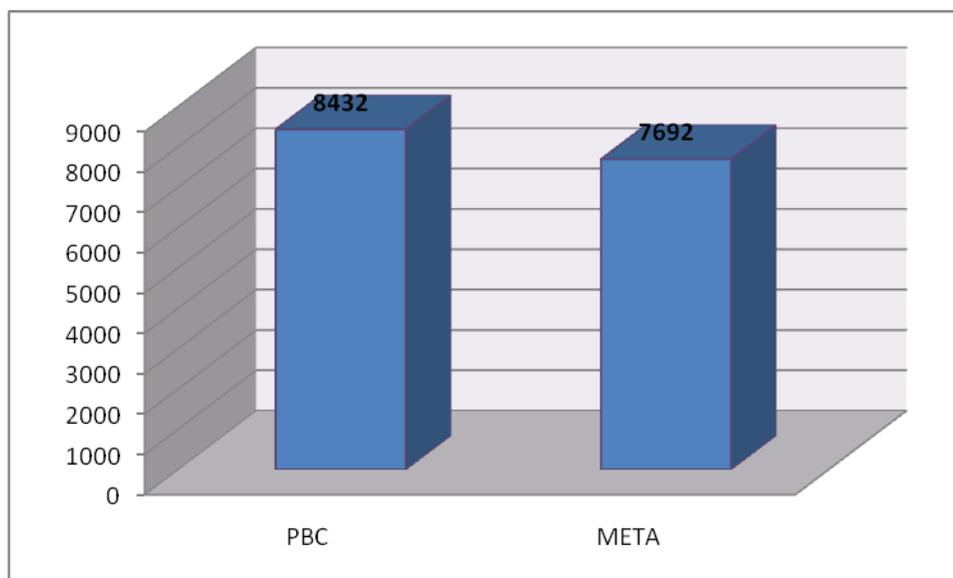
Dentro del marco epidemiológico nacional, las patologías cardiovasculares constituyen la primera causa, de morbi/mortalidad, a nivel comunal, se mantiene la misma tendencia.

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..

GRAFICO: INDICE DE COBERTURA HIPERTENSION ARTERIAL POBLACION 15 Y MÁS AÑOS, Octubre de 2011.

Cobertura HTA 15 y + años

- Meta: 65% 7692
- Logrado: 109.6%

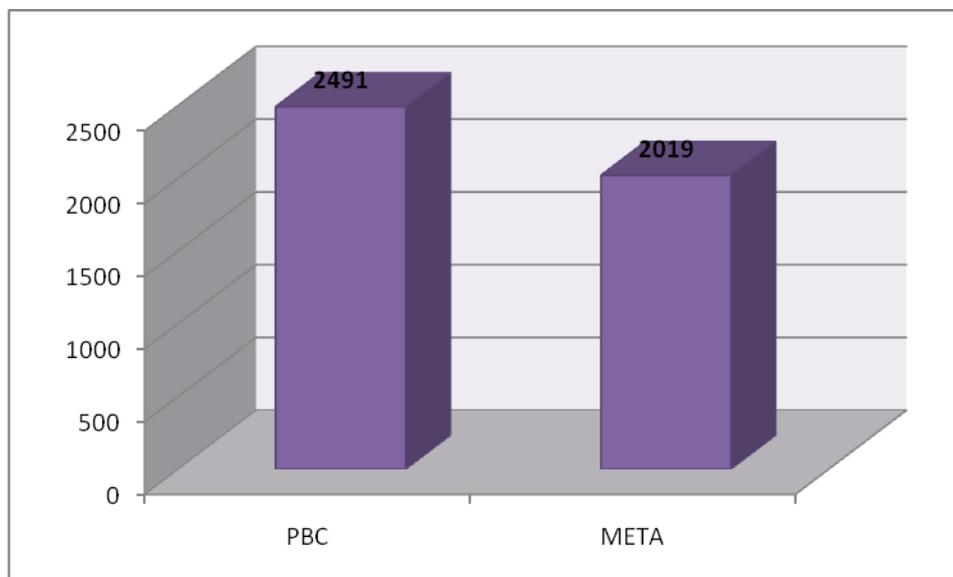


De acuerdo a los datos obtenidos de enero a la fecha actualmente existe una Población Bajo Control (PBC), de 8.342 personas. La meta establecida para este año era de 7.692, por lo cual se supero la meta es 650 personas.

GRAFICO: INDICE DE COBERTURA DIABETES POBLACION 15 Y MAS AÑOS, a Octubre de 2011.

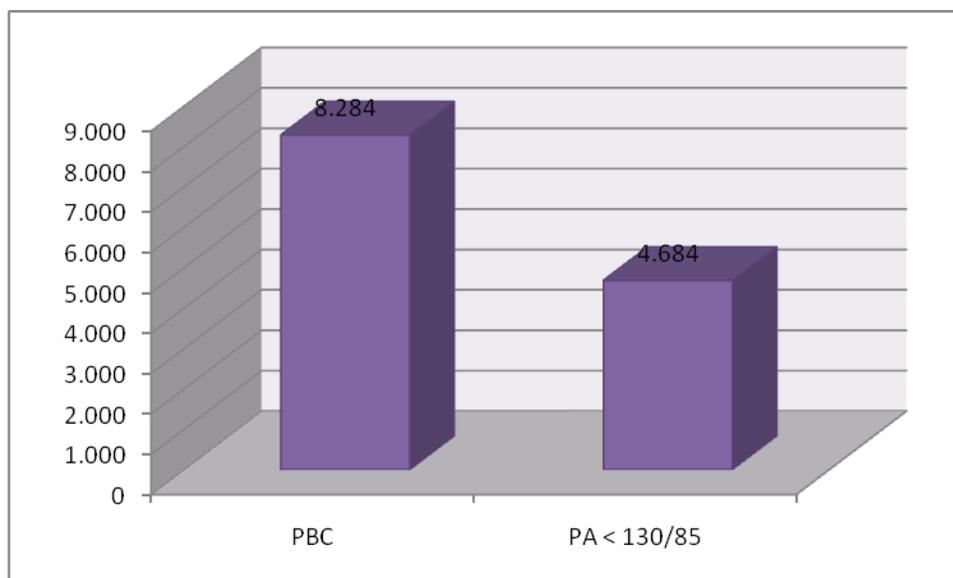
Cobertura DM 15 y + años

- Meta: 2019
- Logrado: 123.3%



De acuerdo a los datos obtenidos de enero a la fecha actualmente existe una Población Bajo Control (PBC), de 2.491 personas. La meta establecida para este año era de 2019, por lo cual se supero la meta es 472 personas.

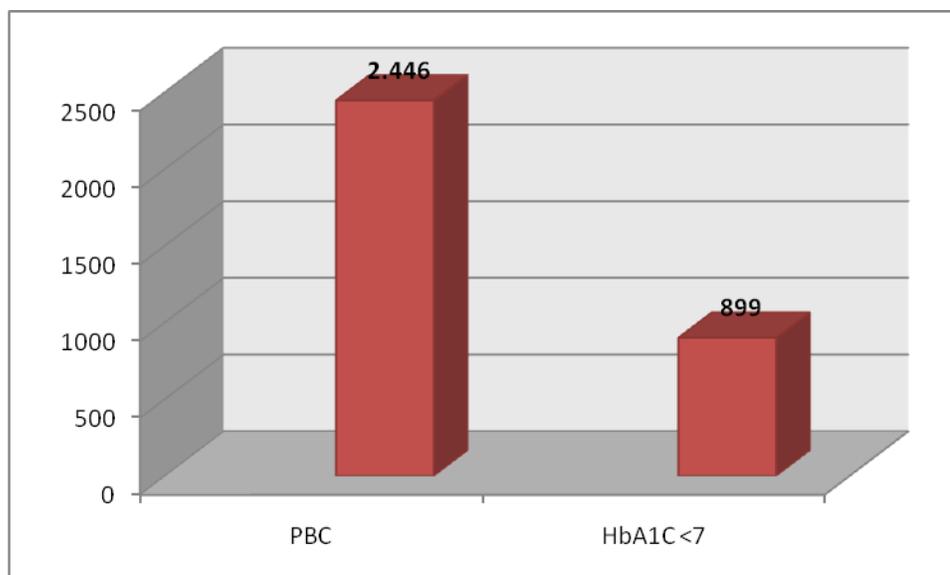
GRAFICO NIVELES DE COMPENSACION HTA POBLACION 15 AÑOS Y MÁS, A OCTUBRE 2111.



De acuerdo a los datos obtenidos a octubre del 2011, del total de población de 15 años y mas que corresponde a 8.284 personas, un 56.5% se encuentra con niveles de compensación (PA < 130/85), la meta establecida para el año 2011 es de un 60%, por lo cual se puede señalar que la meta muestra tendencia de cumplimiento de acuerdo a los actuales datos.

Otro dato complementario es que la población de 15 a 64 años presenta un 59.2% de niveles de compensación y la población mayor de 65 años un 53%.

GRAFICO NIVELES DE COMPENSACION DM POBLACION 15 AÑOS Y MAS, A OCTUBRE 2111.



De acuerdo a los datos obtenidos a octubre del 2011, del total de población de 15 años y mas que corresponde a 2.446 personas, un 36.7% se encuentra con niveles de compensación de HbA1C < 7%, la meta establecida para el año 2011 es de un 47%.

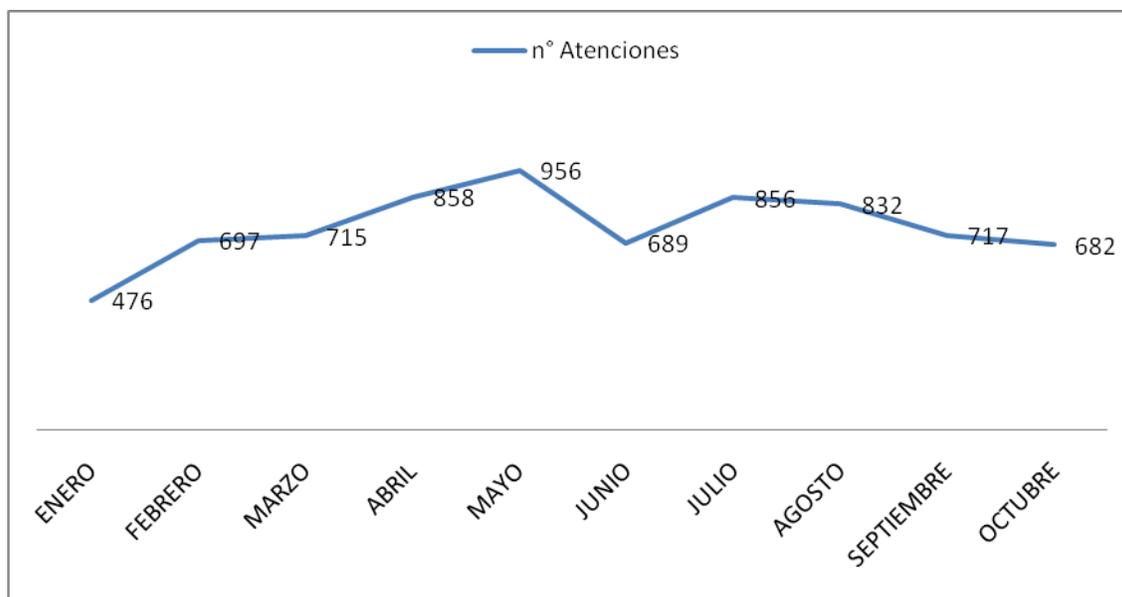
Otro dato complementario es que la población de 15 a 64 años presenta un 29.4% de niveles de compensación y la población mayor de 65 años un 43.8%.

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.

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.

GRAFICO: ATENCIONES MENSUALES PROGRAMA CARDIOVASCULAR.



Como se observa en el gráfico, las atenciones del Programa Cardiovascular mantienen una tendencia similar, con un promedio de 742 atenciones mensuales, otorgada por los distintos profesionales que componen el programa.

AREA ODONTOLOGICA RECUPERATIVA ADULTOS:

El mayor número de actividades programadas y realizadas, son de tipo recuperativo, llegando a representar el 68% de la atenciones odontológicas, y estas sumadas a las prestaciones de especialidad, suman el 81%, de las atenciones odontológicas.

GRAFICO: TIPOS DE ACTIVIDADES ODONTOLOGICAS:



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, del total de consulta de urgencia, solo un porcentaje muy pequeño, corresponde a urgencias reales.

Se dio atención integral a 241 pacientes de 60 años (GES 60), a los cuales se les realizaron cerca de 400 prótesis (acrílicas y metálicas). Las Metas estipuladas en el programa odontológico del adulto a la fecha se encuentran logradas, debido a las distintas estrategias de convocatoria utilizadas durante el año.

En lo referente a la especialidad de Prótesis, se realizan programas de especialidades de Hombres y Mujeres de escasos recursos, SERNAM (Jefas de Hogar), orientados a la rehabilitación de hombres y mujeres entre 15 y 64 años, cuya cobertura fue de 261 personas a la fecha a las cuales se le han otorgado alta integral y su respectiva rehabilitación protésica, si el caso lo requería.

Se cuenta con atención de especialidad en Radiología dental, Periodoncia (Convenio SSVQ). A partir de noviembre de 2011 se implementa 30 horas mensuales de la especialidad de endodoncia en el CESFAM BOCO, a partir de , programa comunal de endodoncia para dientes anteriores, con el que se espera dar mayor resolución, en esta área.

Durante el año 2011 una de las brechas importantes es la escasa o nula resolución por parte del Servicio de Salud 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.

GRAFICO: DERIVACIONES ODONTOLÓGICAS HOSPITAL LA CALERA:

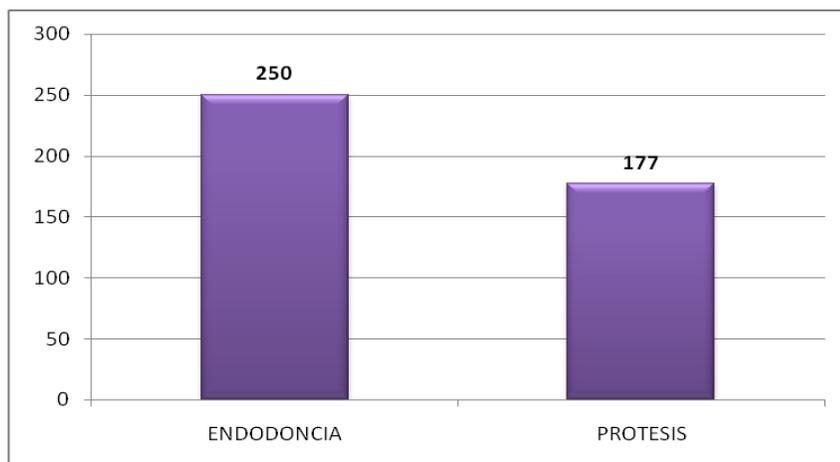
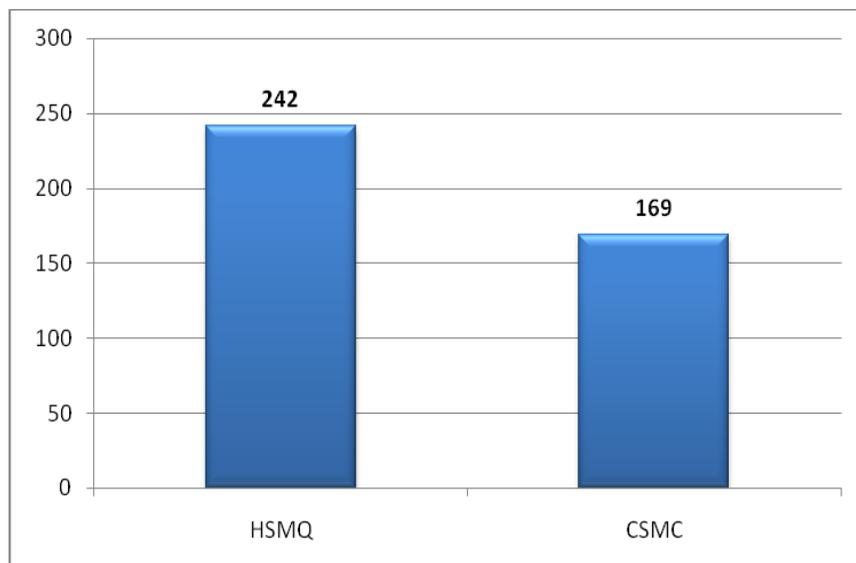


GRAFICO: DERIVACIONES A HOSPITAL SAN MARTIN QUILLOTA Y CSMC.



Del total de derivaciones realizadas (441), 242 se realizaron al Hospital San Martín de Quillota, a la especialidad de Cirugía Maxilo Facial, y 169 al Centro de Salud Dr. Miguel Concha a la especialidad de Periodoncia.

PROGRAMA IRA

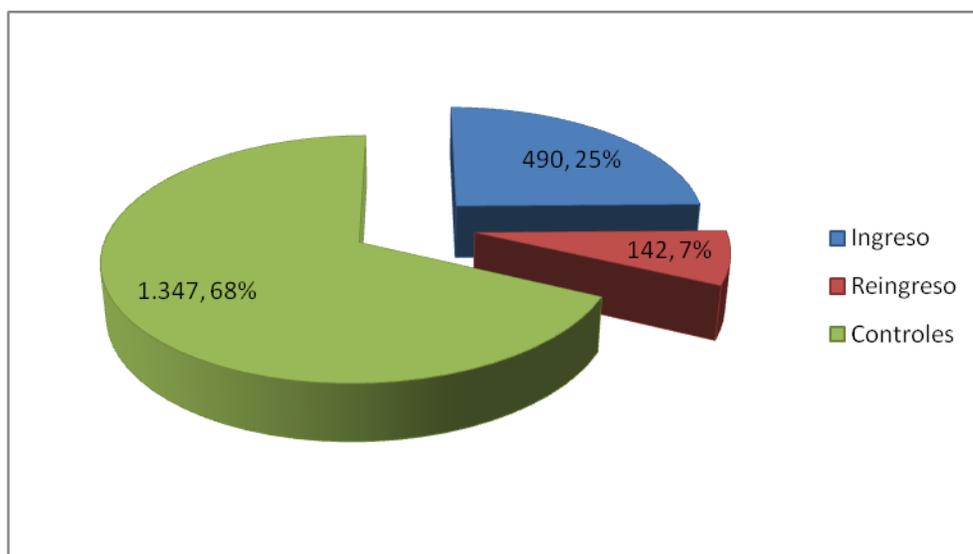
La sala IRA cuenta con un equipo compuesto por un médico (5 hrs), una Kinesióloga (33 hrs.) y una Técnico Paramédico (22 hrs), quienes atienden al 100% de los niños del sector urbano que lo requieran.

Además la Sala IRA dispone de cupos por agenda compartida para el CESFAM Rural Boco (para Kinesióloga y médico) y CESFAM San Pedro (Médico).

Este año, tal como en año anteriores, se reforzó con 22 horas de apoyo de Kinesiólogo, por el periodo de invierno y se apoyo durante 3 meses el SAPU, con kinesiólogo para apoyar programa IRA Y ERA.

Refuerzo que fue de mucha importancia, para absorber los peak de demanda, sobre todo, en grupos de riesgo, menores de 5 años y mayores de 65 años.

GRAFICO: TIPOS DE CONSULTA KINESIOLOGICA SALA IRA.



Del total de atenciones realizadas durante el periodo enero a octubre, un 68% corresponde a controles, un 25% a ingresos nuevos y un 7% a reingreso. Derivadas de estas atenciones se realizaron 6723 prestaciones.

GRAFICO: NUMERO DE ATENCIONES MENSUALES SALA IRA.

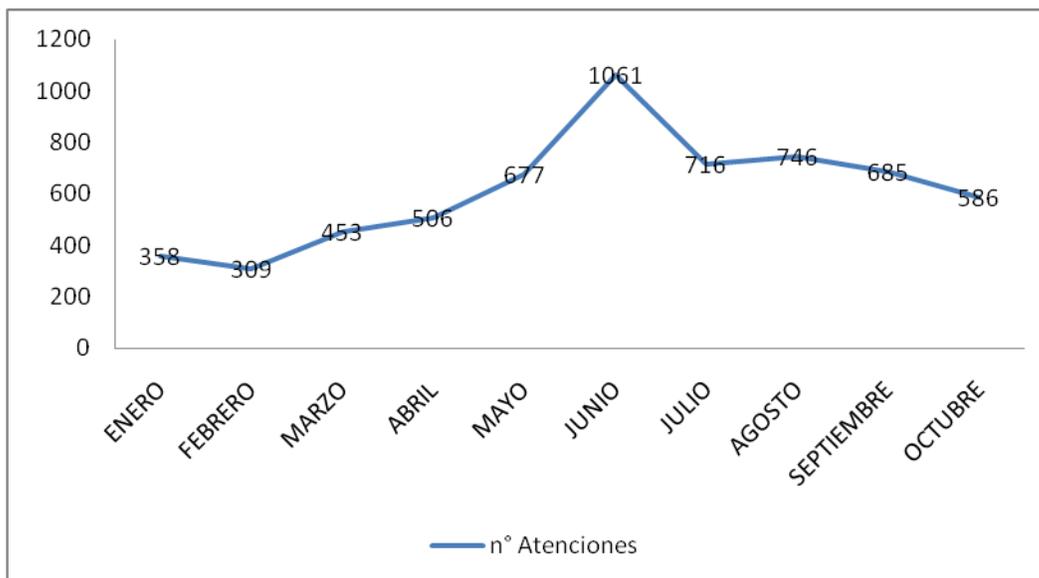
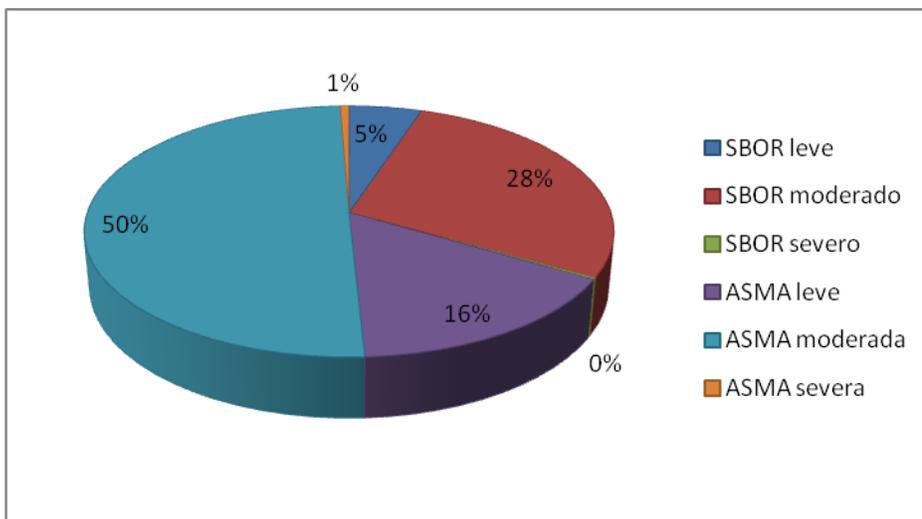


GRAFICO: PACIENTES CRONICOS EN CONTROL SALA IRA POR DIAGNOSTICO:



De acuerdo a los datos obtenidos de enero a la fecha, el mayor porcentaje de pacientes ha sido diagnosticado por Asma Moderada (50%).

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

PROGRAMA ERA

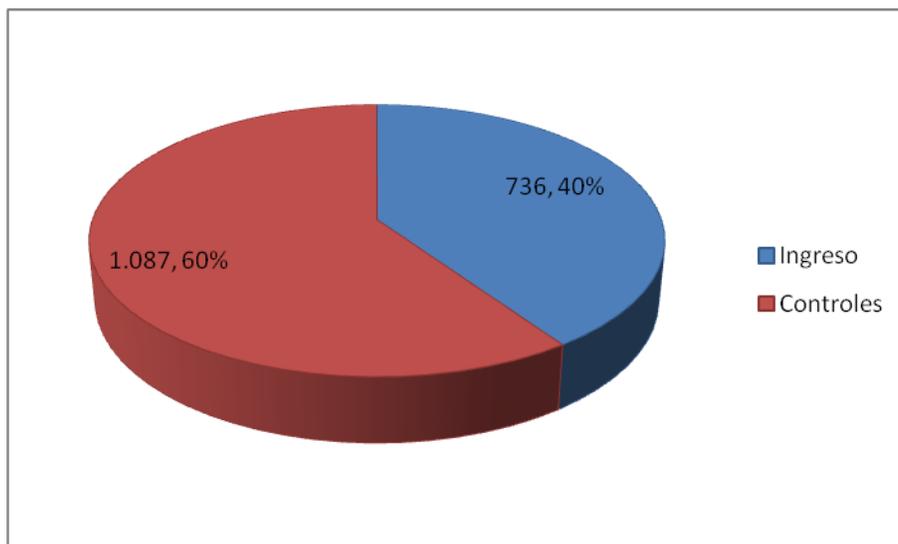
La sala ERA cuenta con un equipo profesional compuesto por un Médico (5 hrs) y dos Kinesiólogas (ambos de 33 hrs.), quienes atienden a la población con patología respiratoria crónica compensada y reagudizada del sector urbano que lo requiera.

Además la sala ERA dispone de cupos por agenda compartida para el CESFAM 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, durante el 2011 se consolidan los tratamientos a 9 funcionarios, contando con apoyo farmacológico y con controles periódicos con médico broncopulmonar del Hospital San Martín de Quillota, Dra. Juana Pavie logrando a Noviembre del 2011 mantener a los 9 funcionarios dentro del Programa.

Se planifica para el 2012 extender este Programa a usuarios del sistema.

GRAFICO: TIPOS DE CONSULTA KINESIOLOGICA SALA ERA.



Respecto a los tipos de consulta kinesiológicas durante el período enero a la fecha se distribuyen en un 60% de controles y un 40% de ingresos. Derivadas de estas atenciones se realizaron 3968 prestaciones.

GRAFICO: NUMERO DE ATENCIONES MENSUALES SALA ERA.

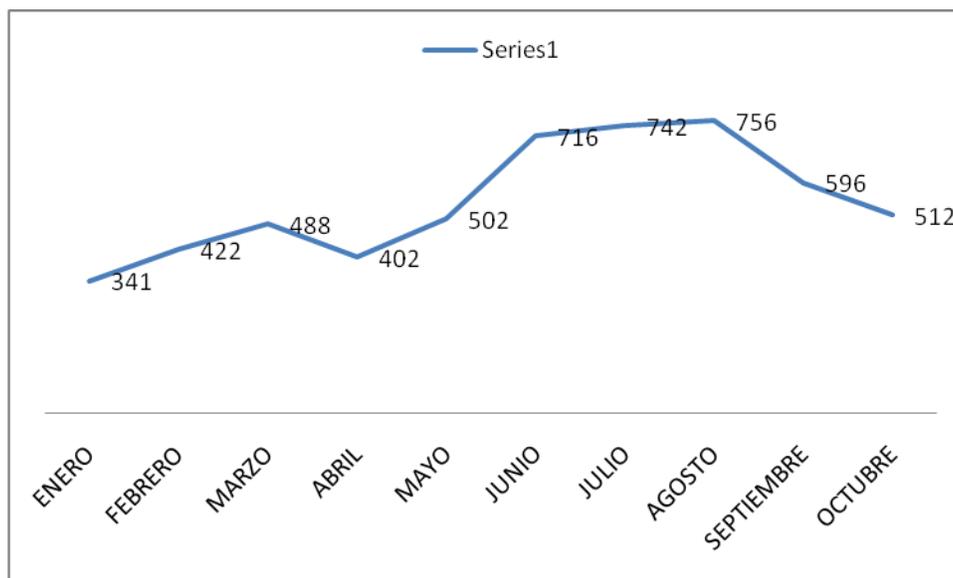
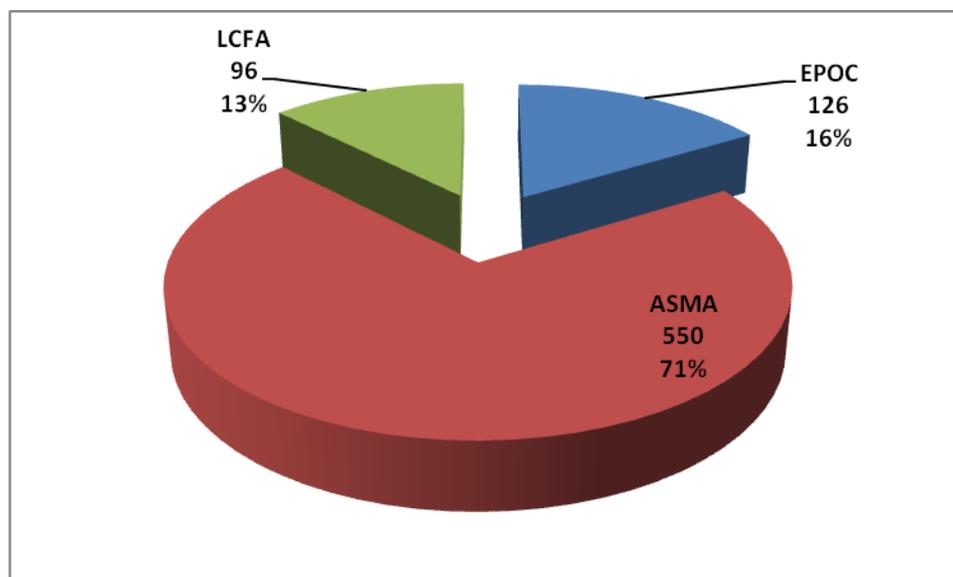


GRAFICO: POBLACION EN CONTROL SALA ERA POR DIAGNOSTICO.



De acuerdo a los datos obtenidos de enero a la fecha (dato actualizado al 17-11-11), el mayor porcentaje de pacientes ha sido diagnosticado por Asma (71%).

La frecuencia de controles con médico y kinesióloga varía en caso de que el paciente se encuentre con sus parámetros de compensación. 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.

Desde hace un mes se cuenta con tubo de oxígeno de 0.7 m³, para optimizar, las actividades de rehabilitación pulmonar, mejorando de esta forma la calidad y la seguridad de las prestaciones.

REHABILITACIÓN COMUNITARIA.

El centro de salud Dr. Miguel Concha, 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.

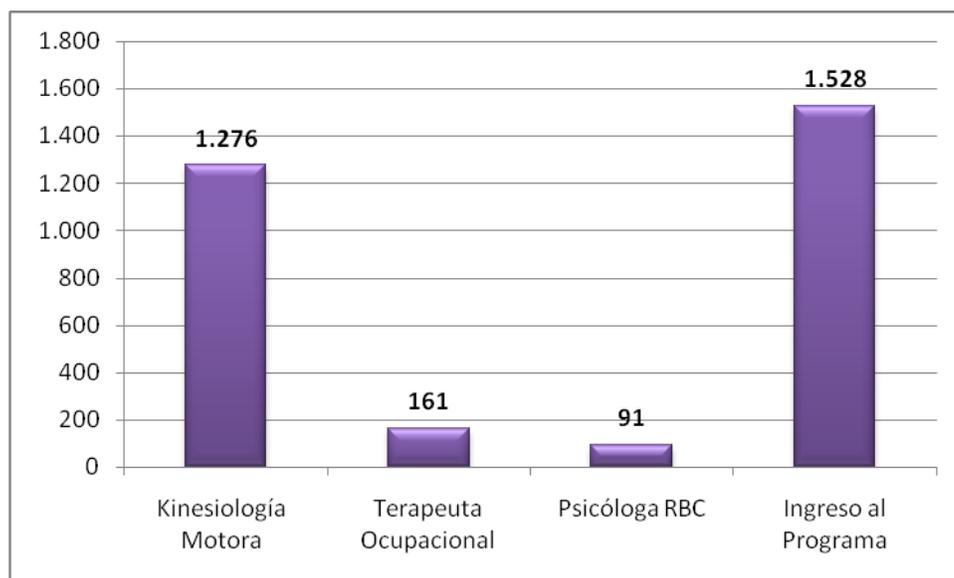
El centro comunitario de rehabilitación está enfocado en dar respuesta a las necesidades de los y las usuarios/as con patologías musculo esqueléticas, neurológicas (Accidente cerebro vasculares y enfermedad de Parkinson, fundamentalmente) y patologías GES (Artrosis cadera y rodilla, leve y moderada >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

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

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

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

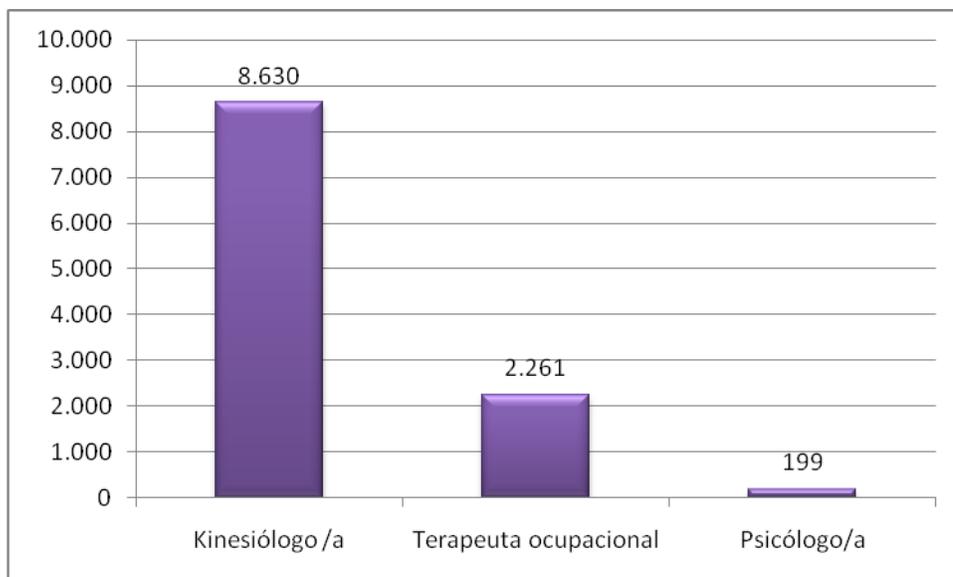
GRAFICO: CONSULTAS PROFESIONALES OCTUBRE 2011.



Durante el período enero a la fecha se han realizado distintos tipos de atención en el Programa, así se pueden observar el gráfico en lo que respecta a **1° CONSULTAS**, se ha entregado 1276 atenciones en Kinesiología Motora, 161 consultas con Terapeuta Ocupacional, 91 atenciones con Psicóloga del Programa y 1528 consultas respecto a ingreso al Programa.

Así mismo, se han realizado 15.121 procedimientos, terapéuticos, como por ejemplo fisioterapia, masoterapia, confección de órtesis, actividades de inclusión social, ejercicios terapéuticos, adaptaciones en el hogar, etc.

GRAFICO: CONTROLES PROFESIONALES A OCTUBRE 2011 EN PROGRAMA REHABILITACION CON BASE COMUNITARIA (RBC).

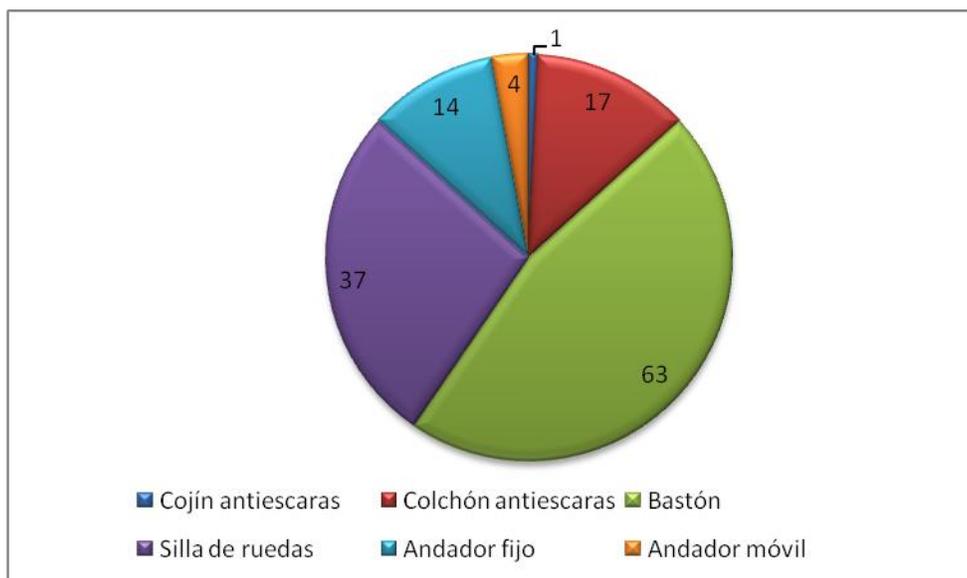


Durante el período enero a la fecha tal como se pueden observar el gráfico en lo que respecta a **CONTROLES RBC** se ha entregado 8.630 atenciones en Kinesiología, 2261 con terapeuta ocupacional y 199 con psicólogo/a.

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.

El principal elemento de ayuda técnica entregado, son los bastones, seguidos de las sillas de ruedas, elemento que son de vital importancia dentro de los proceso de rehabilitación y de integración, de los usuarios con algún grado de discapacidad.

GRAFICO: ORTESIS ENTREGADAS ENERO A LA FECHA:

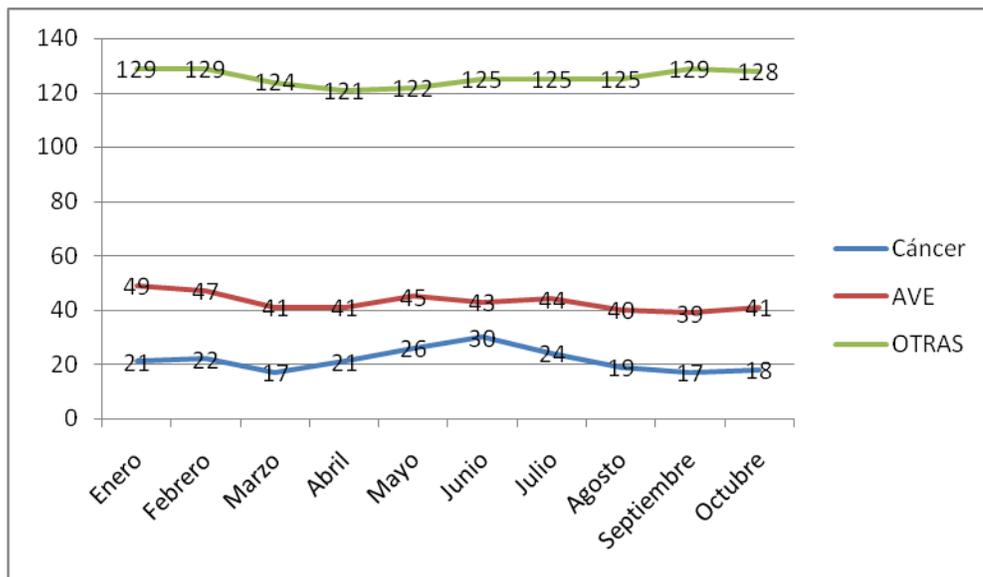


PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA INTEGRAL.

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.

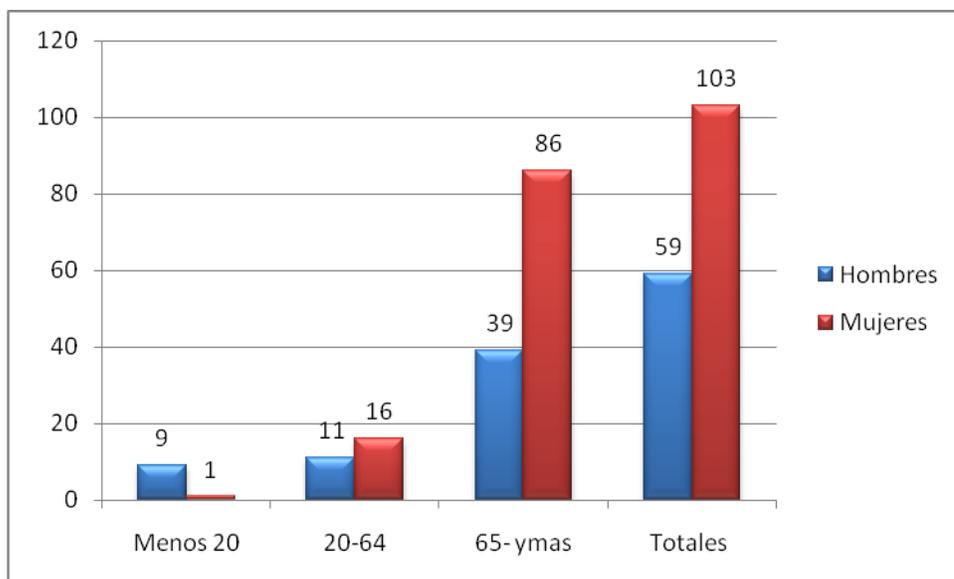
Programa destinado a la población con cáncer terminal y dependencia severa del sector urbano de la comuna de Quillota, que considera la atención por equipo multidisciplinario en domicilio.

GRAFICO: PACIENTES BAJO CONTROL PROGRAMA PADI, 2011.



A la fecha el Programa PADI, tiene bajo control a 162 personas, de las cuales un alto porcentaje (68%), corresponden a otras patologías dentro de las cuales se puede mencionar; fibrosis pulmonar, fracturas, daño neurológico, artrosis severa, Alzheimer, demencia senil, entre otras.

GRAFICO: PACIENTES POSTRADOS POR GRUPO ETAREO Y SEXO. SIN INCLUIR CANCER.



El mayor número de pacientes, del programa PADI, esta dado por usuarios, mayores de 65 años, existiendo un mayor número de mujeres, que hombre en estado de postración.

GRAFICO: PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE CANCER POR GRUPO ETAREO Y SEXO:

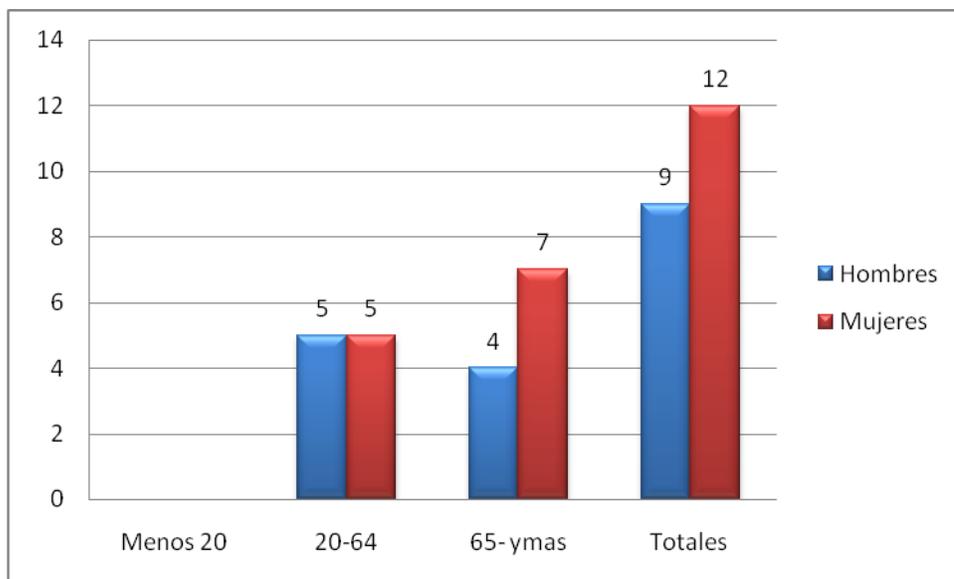


GRAFICO: VISITAS DOMICILIARIAS POR MES, PADI 2011.

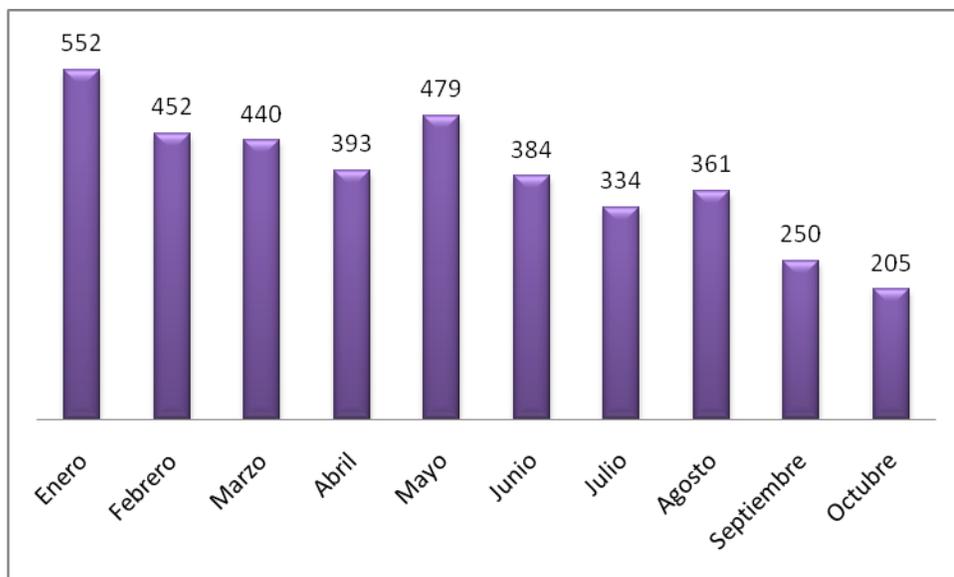
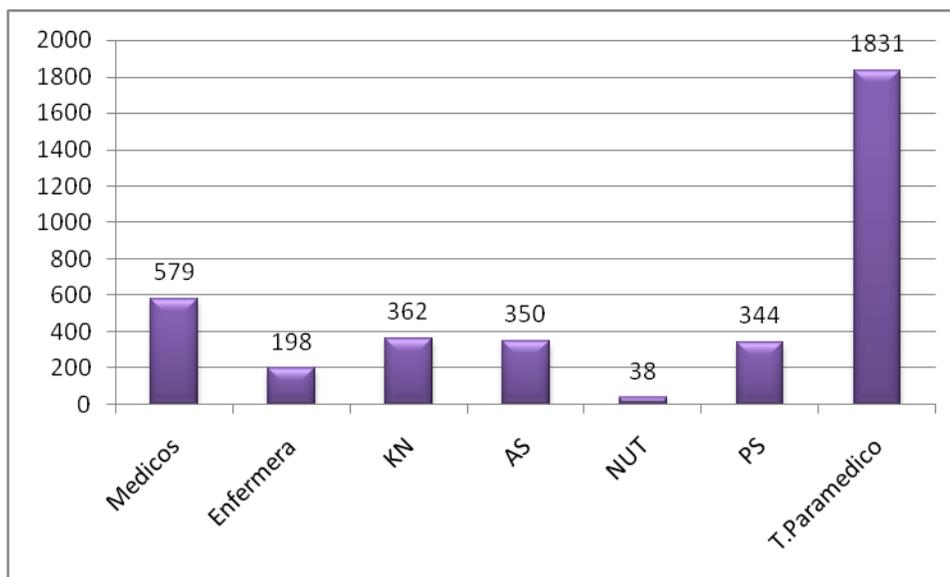


GRAFICO: VISITAS DOMICILIARIAS POR PROFESIONAL, PADI 2011.



El gráfico muestra las visitas domiciliarias realizadas por el equipo PADI, dentro de las cuales destaca el mayor porcentaje de visitas por Técnico Paramédico, debido a que este profesional cuenta con jornada completa en el Programa.

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.

ATENCIONES OTROS PROFESIONALES:

CONSULTAS PROFESIONAL MATRON/A:

GRAFICO: CONSULTAS MATRON/A POR RANGO ETAREO Y TIPO.

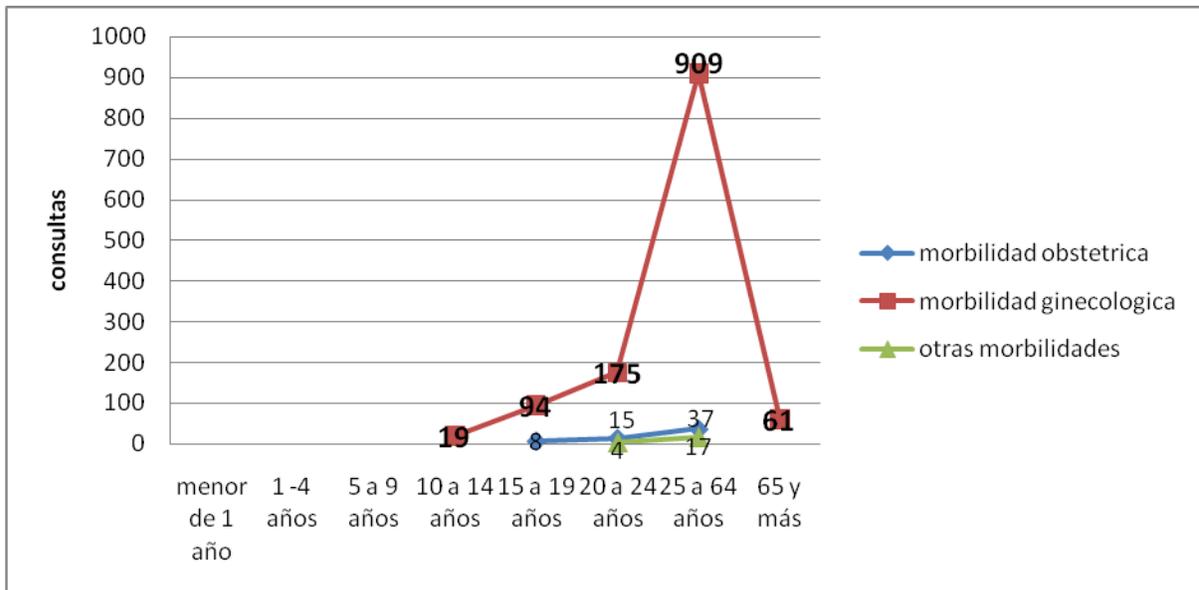
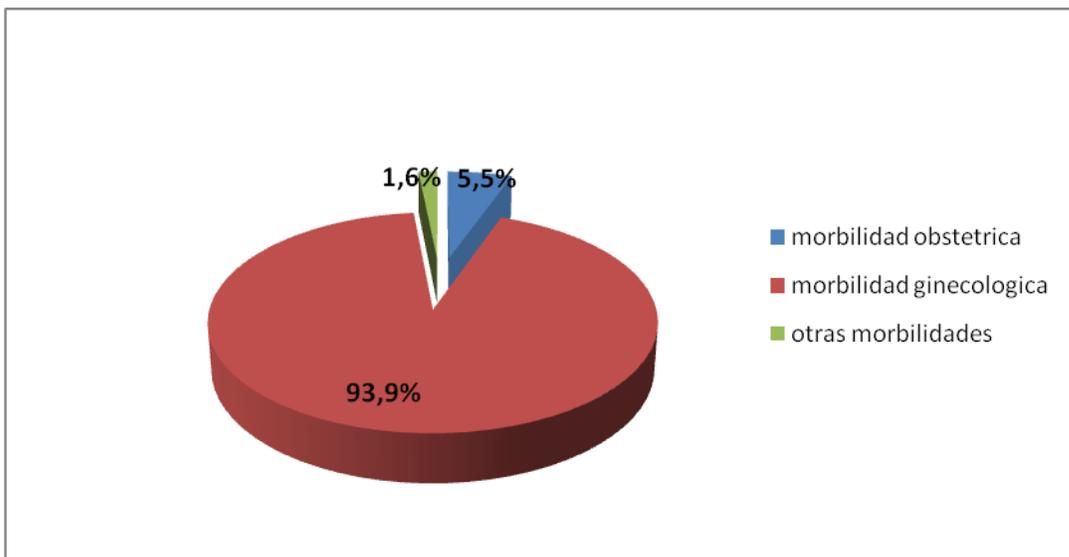


GRAFICO: TIPO DE CONSULTAS MATRON/A.



El mayor porcentaje de consultas a matron/a, se agrupan en la categoría morbilidad ginecológica, donde se realizan consultas relacionadas con pacientes con metrorragias, quistes ováricos, amenorreas, flujos vaginales, entre otros. Este tipo de consultas además, presenta una mayor frecuencia en los grupos etáreos de 25 a 64 años.

CONSULTAS PROFESIONAL NUTRICIONISTAS:

GRAFICO: CONSULTAS NUTRICIONISTA POR RANGO ETAREO:

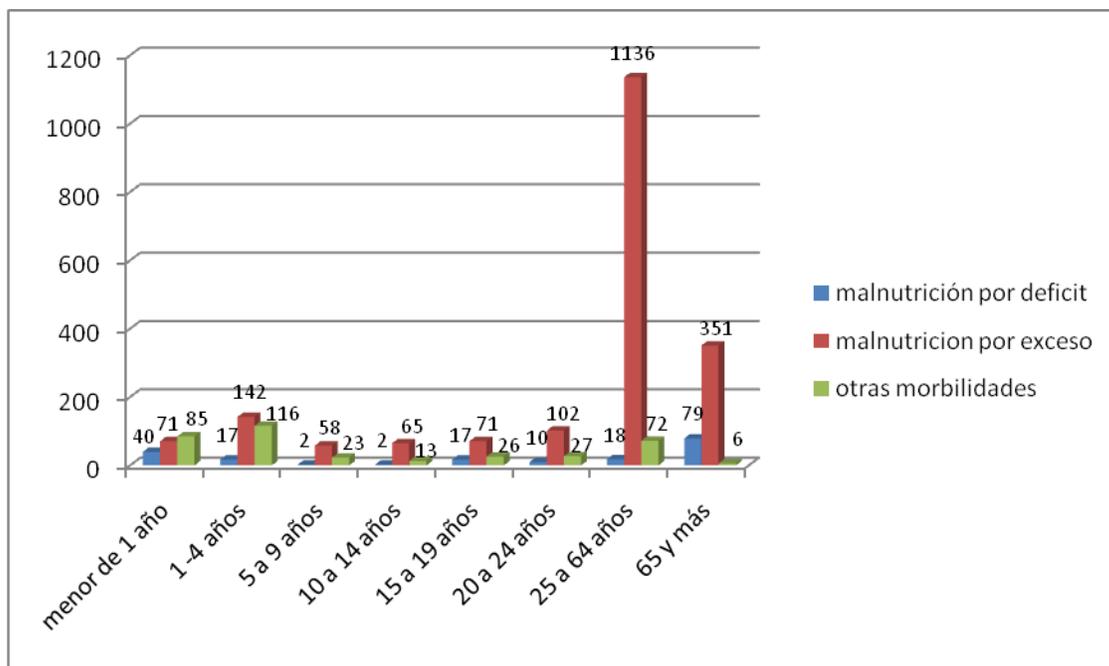
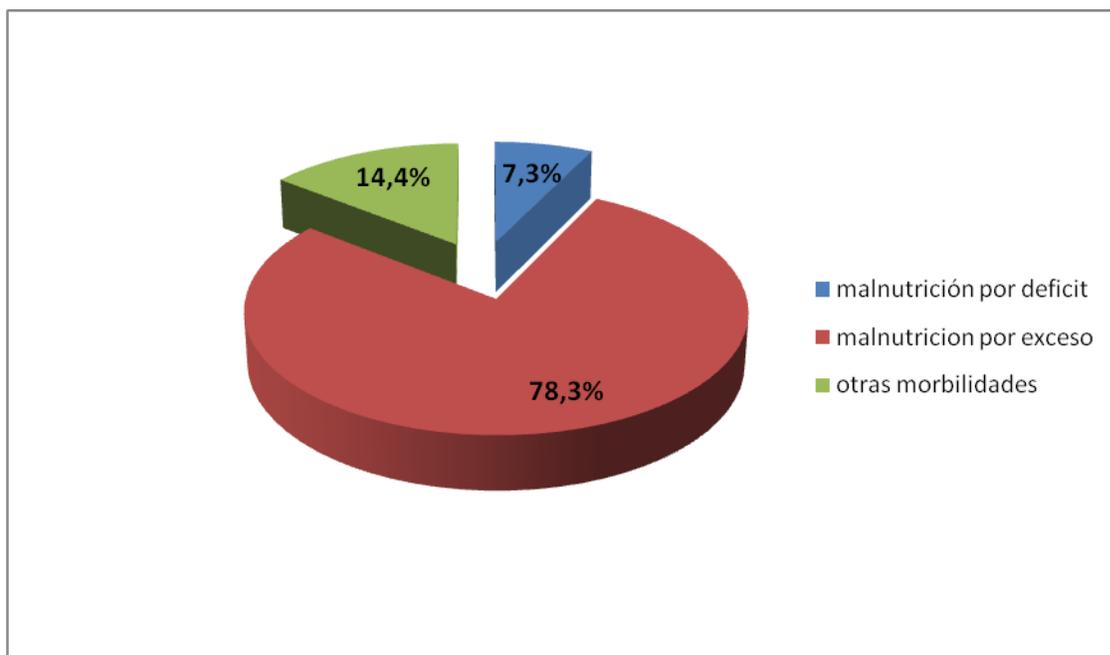
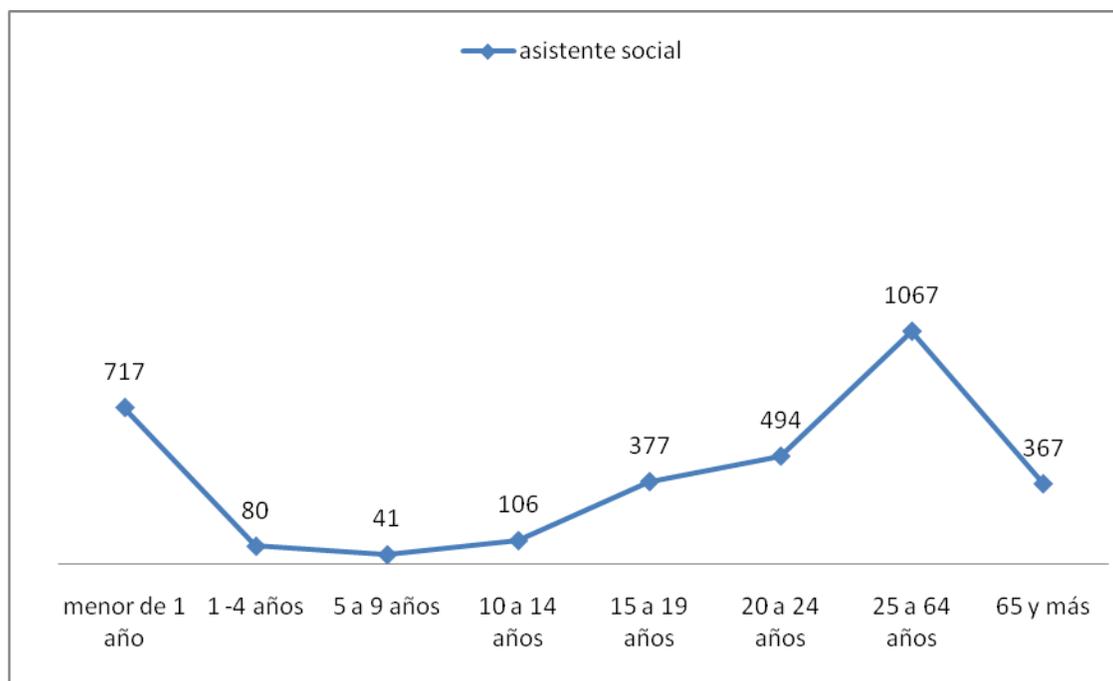


GRAFICO: TIPO DE CONSULTAS A PROFESIONAL NUTRICIONISTA:



Tal como se puede observar la mayor concentración de atenciones se centra en el diagnóstico de malnutrición por exceso 78.3% y con una acumulación principalmente dada en los grupos de edad de 25 a 64 años, relacionado principalmente con derivaciones de la unidad sexual y reproductiva.

PROFESIONAL ASISTENTE SOCIAL:



Como se observa en el gráfico, existe una concentración de consultas en los rangos de 20 a 64 años y en el rango menor de 1 años. Existe un promedio de 406 consultas mensuales, y la mayor consulta es principalmente en mujeres con un 75% de las consultas realizadas.

Los temas principales que tratan están relacionados por una parte con orientación social general, beneficios sociales, ayudas sociales y por otra con el trabajo directo con familias, con atenciones orientadas a la evaluación familiar, esto explica la mayor concentración en ciertos grupos etáreos: En menores de 1 año por la evaluación que se realiza al primer mes de vida del niño/a, y de 20 a 64 años, por la mayor concentración de gestantes en este rango etéreo.

ACTIVIDADES DE APOYO DIAGNOSTICO:

GRAFICO: EXAMENES DE LABORATORIO ENERO A OCTUBRE 2011:

Los gráficos muestran, que el mayor número de exámenes, que se toman, a nivel urbano, corresponde a los bioquímicos y hematológicos.

En estos datos y gráficos, no se consideran, los exámenes tomados, por el área del SAPU, donde en promedio se toman 4-5 exámenes por día, en especial relacionados, solo a perfil hematológico , PCR y sedimento de orina / urocultivo.

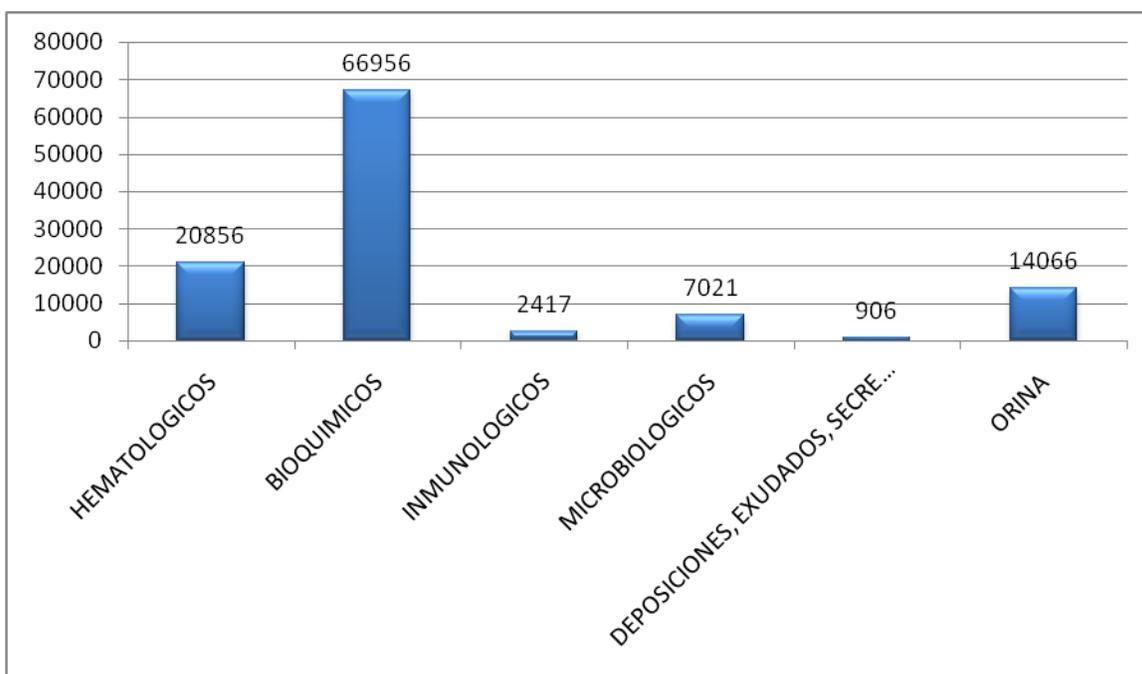
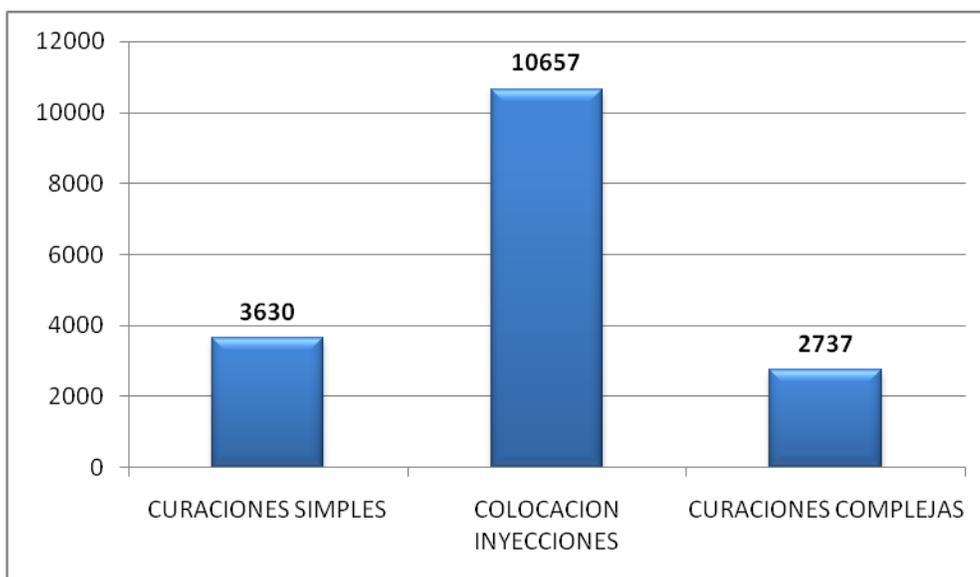


GRAFICO: PROCEDIMIENTOS DE APOYO CLINICO Y TERAPEUTICO:



La gran cantidad de prestaciones, que se registran, corresponden a diversos procedimientos que se realizan en el área de tratamiento, dentro de ellos, están las curaciones complejas y el manejo avanzado de **Pie Diabético**, el mismo que se realiza de acuerdo a las normas ministeriales, con excelentes resultados.

GRAFICO: IMAGENOLOGIA:

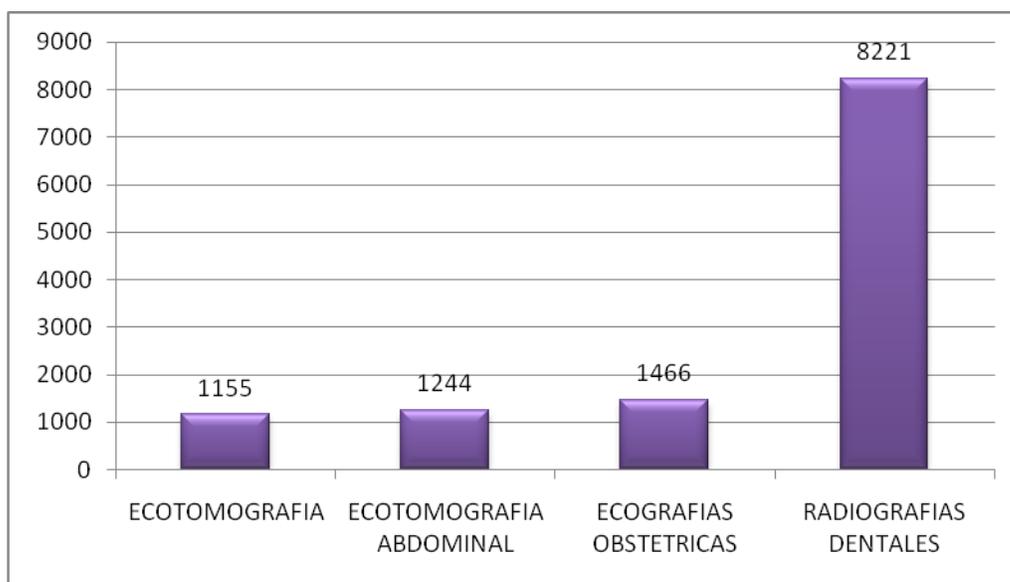
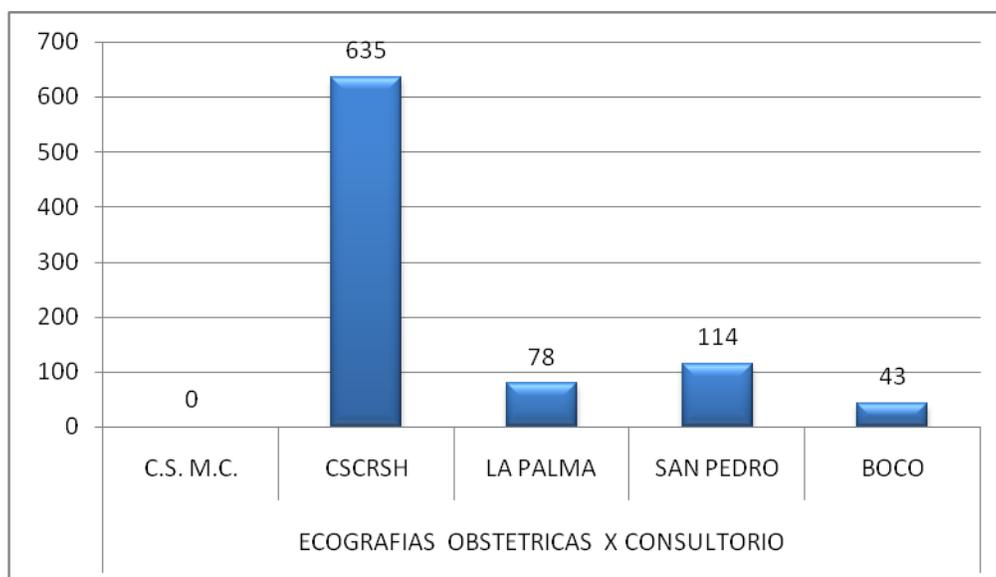
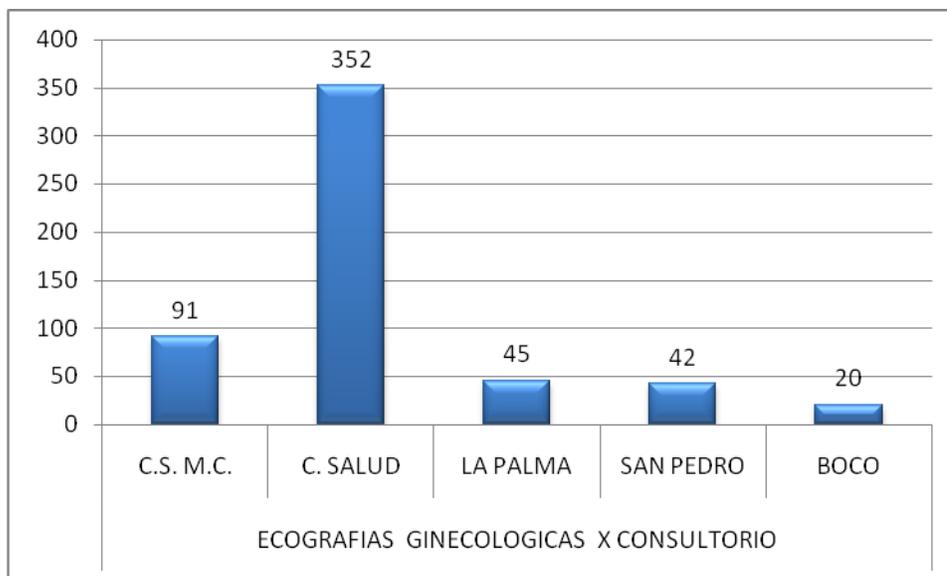


GRAFICO: ECOGRAFIAS OBSTETRICAS POR CENTRO DE SALUD:



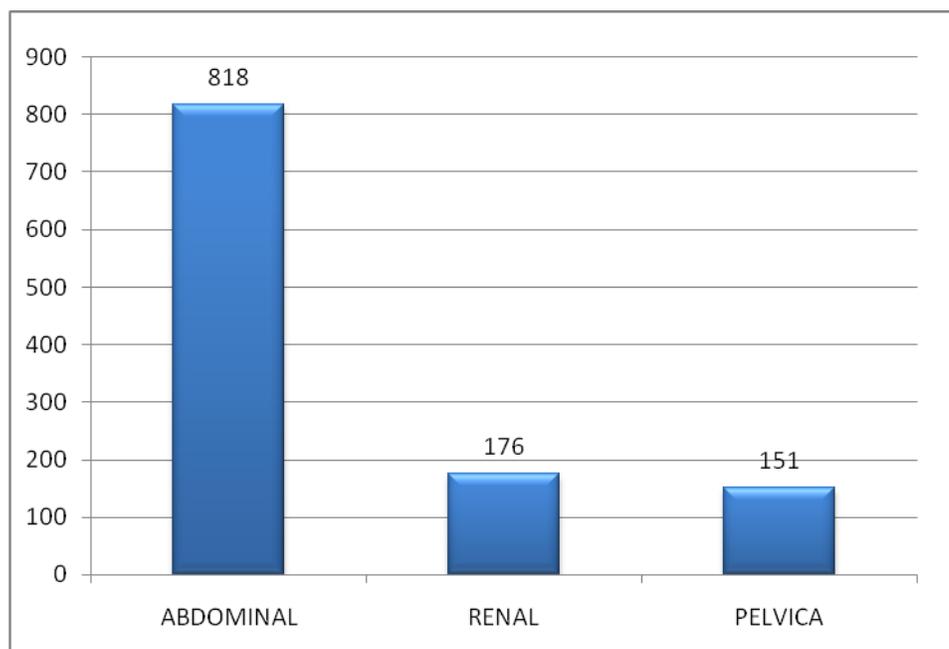
Durante el periodo enero a octubre se han realizado 870 Ecografías Obstétricas en los distintos centros de salud de la comuna, de las cuales el 100% ha tenido resultados normales.

GRAFICO: ECOGRAFIAS GINECOLOGICAS REALIZADAS POR CENTRO DE SALUD.



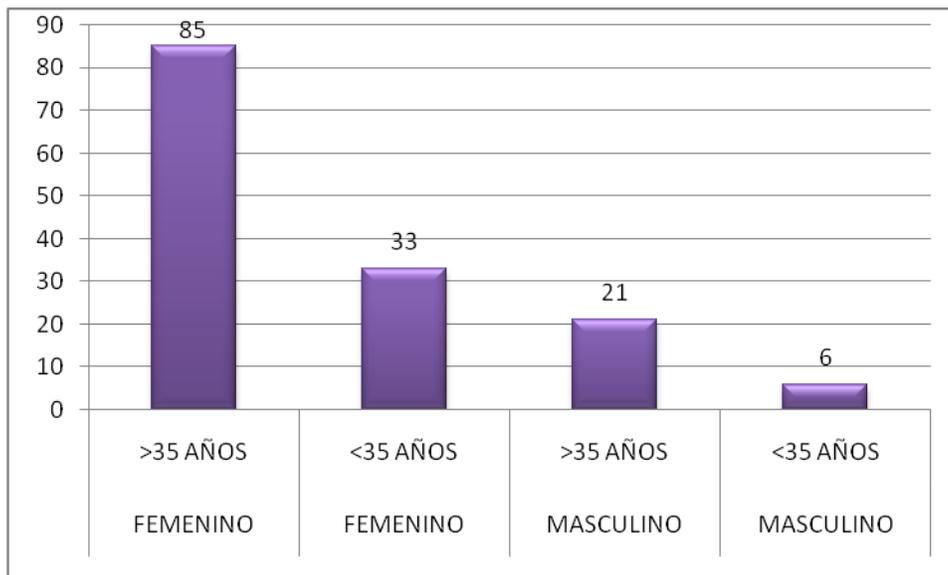
Durante el periodo enero a octubre se han realizado 550 Ecografías Ginecológicas en los distintos centros de salud de la comuna.

GRAFICO: ECOTOMOGRAFIAS TOMADAS AÑO 2011, POR TIPO:



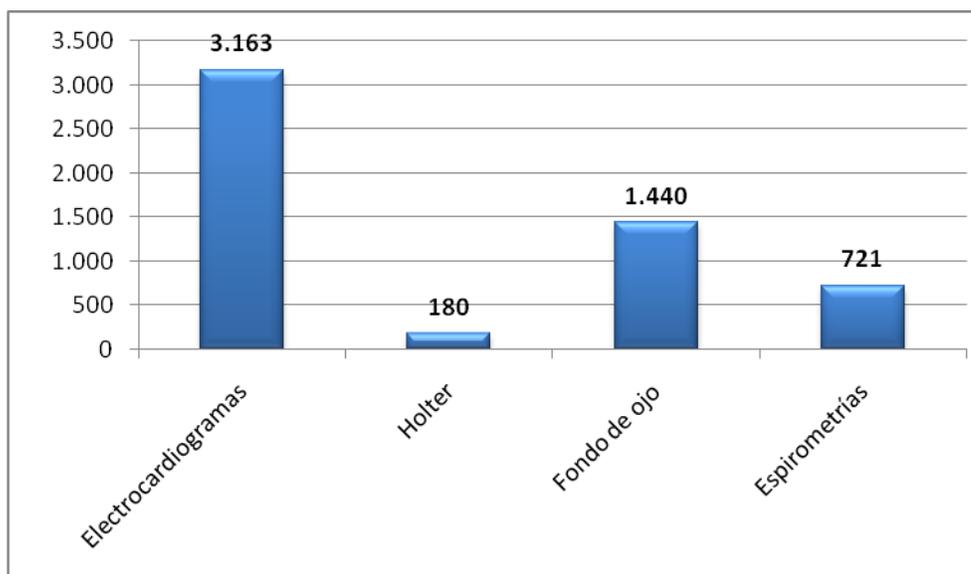
Durante el período enero a octubre se han tomado 1146 ecotomografías, de las cuales un 33% (387), presentan resultados normales y un 67% (759), presentan resultados alterados,

GRAFICO ECOTOMOGRAFIAS ABDOMINALES ALTERADAS POR SEXO Y EDAD, DIAGNOSTICO COLELITIASIS.



De las 818 ecotomografías abdominales tomadas, 145 presentan resultado alterado, por diagnostico de COLELITIASIS.

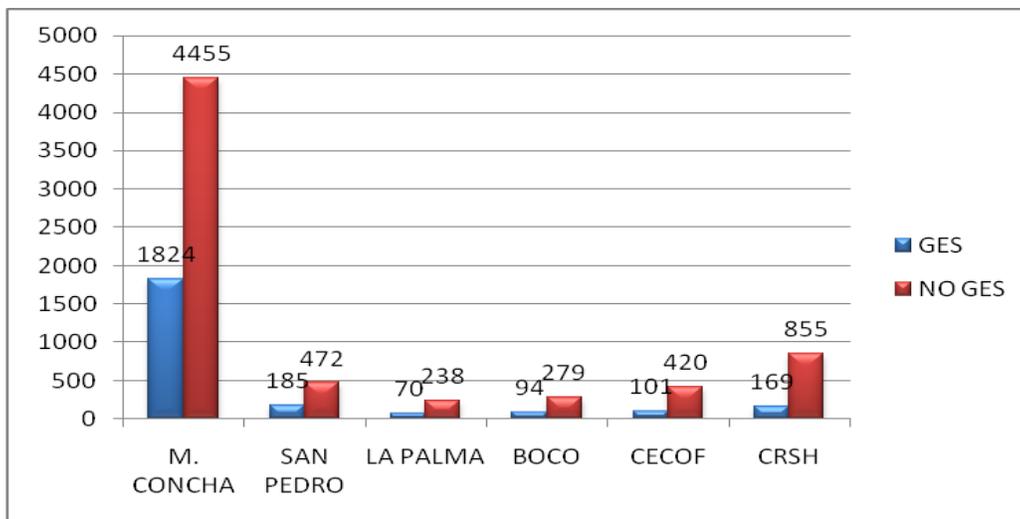
GRAFICO: NUMERO DE EKG, HOLTER, FONDO DE OJOS Y ESPIROMETRIAS. ENERO A OCTUBRE 2011.



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).

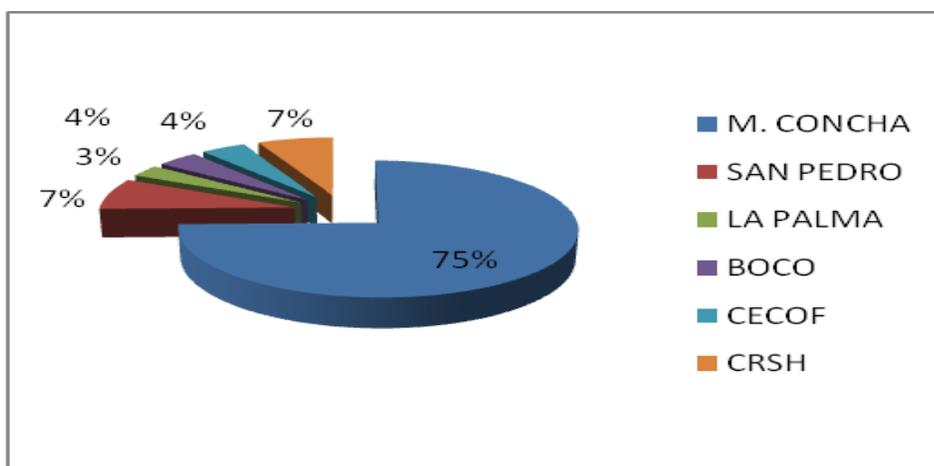
INTERCONSULTAS COMUNALES:

GRAFICO: N° DE INTERCONSULTAS DERIVADAS AL HSMQ POR CENTRO DE SALUD Y PATOLOGIA.



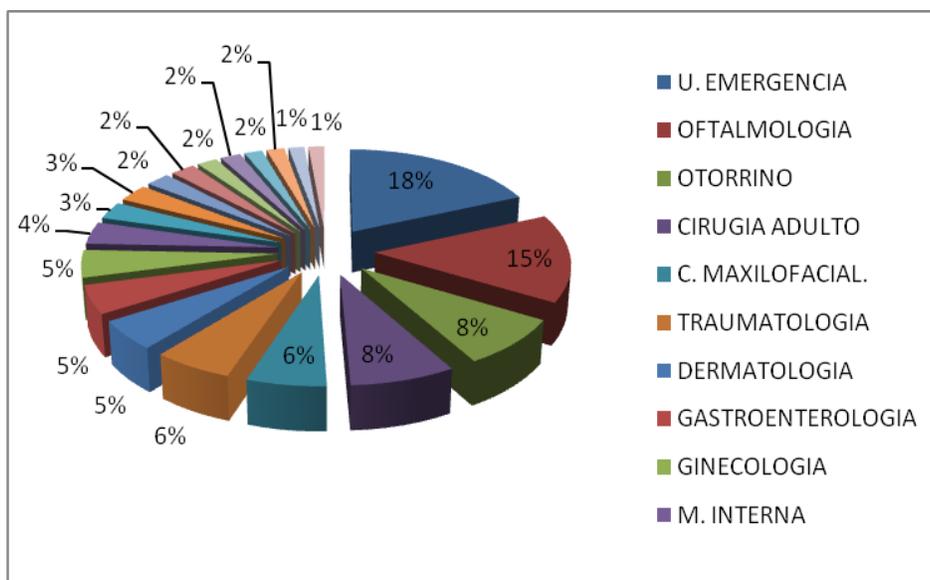
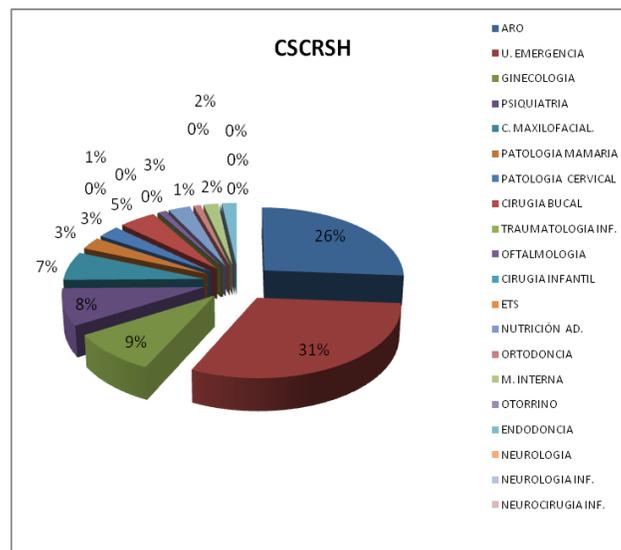
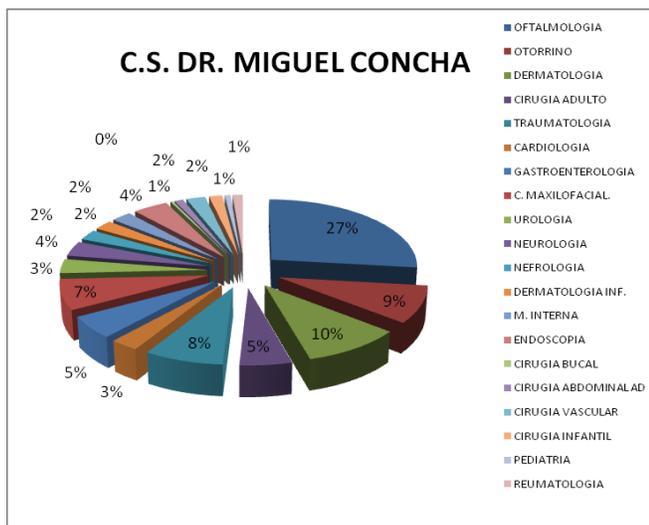
Tal como se aprecia en los gráficos, el mayor número de IC, es derivada desde el CSMC, dado el modelo de funcionamiento de la comuna, donde este centro se centra principalmente en la atención del daño de los usuarios/as de nuestros servicios.

GRAFICO: PORCENTAJE DE IC PATOLOGIAS GES POR CENTRO DE SALUD.



Así mismo, en lo que dice relación con la derivación Patologías Ges, el centro de salud Dr. Miguel Concha agrupa el mayor porcentaje de derivaciones.

GRAFICOS: INTERCONSULTAS POR ESPECIALIDAD Y CENTRO.



Cada centro de salud de la comuna, genera derivaciones al Hospital San Martín de Quillota, de acuerdo al énfasis de atención de cada uno de ellos. Así, el Centro de Salud Cardenal Raúl Silva Henríquez, tiene una acumulación de derivaciones en la especialidad ARO (Alto Riesgo Obstétrico), con un 31% y derivaciones a unidad de Emergencia con un 26%, lo anterior, esta dado por que este centro, atiende casi el 90% de las gestantes de la comuna,

En el caso del CECOF, no presenta una acumulación significativamente mayor en alguna derivación, dado que es un centro que presenta la mayor parte de la canasta de prestación, pero con un volumen inferior de población que los otros centros urbanos. De igual modo destaca un mayor porcentaje de derivaciones a

Unidad de Emergencia, con un 18% del total de derivaciones, siguiendo las derivaciones a oftalmología, con un 15%.

En el caso del CSDMC, presenta una mayor derivación especialidad de oftalmología, con un 27%, las demás especialidades presentan porcentajes de derivaciones similares.

FARMACIA

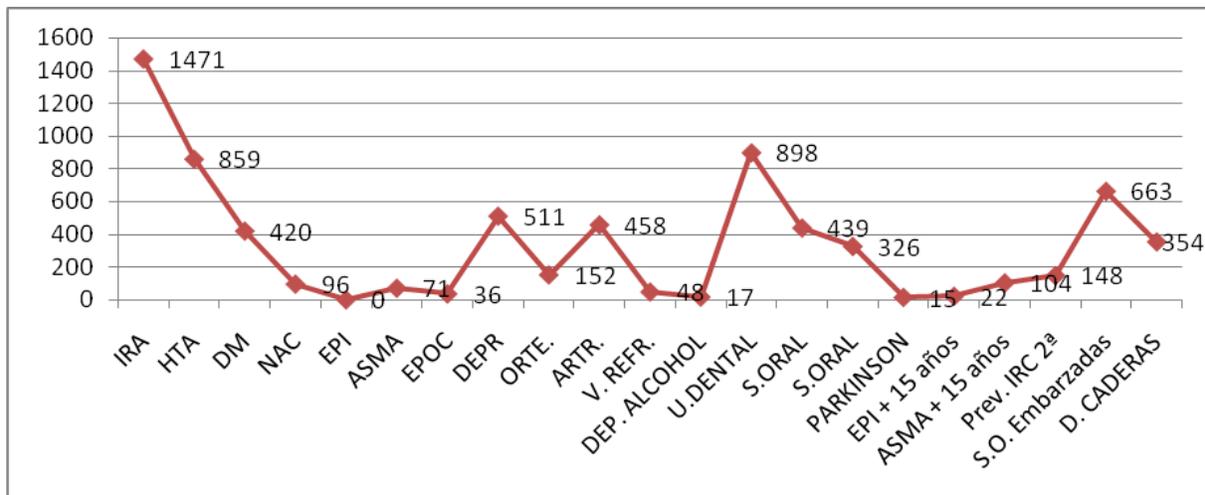
Farmacia móvil:

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 adultas mayores. Que incluye la entrega de citas para exámenes y controles del Programa de Salud Cardiovascular, además de medicamentos se entregan los alimentos del Programa de Alimentación Complementaria PACAM, para los adultos mayores.

GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD (GES)

GRAFICO: RESUMEN COMUNAL CASOS CREADOS GES 2011.



INDICE DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (IAAPS)

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 2011. 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 2011**

CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES	Realizado a Octubre		Cumplimiento
	Numerador/ Denominador	%	
META 1 : COBERTURA EXAMEN DE MEDICINA PREVENTIVA EN HOMBRES DE 20 A 44 AÑOS META MINSAL 25%. META SSVQ 9,2%	1.188/14.350	8,3%	100%
META 2 : COBERTURA EXAMEN DE MEDICINA PREVENTIVA EN MUJERES DE 45 A 64 AÑOS META MINSAL 25%. META SSVQ 23%	1.228/6.316	19,4%	100%
META 3 : COBERTURA DE EVALUACIÓN FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR (EFAM) DE 65 Y MÁS AÑOS META MINSAL 50%. META SSVQ 40%	2.658/9.666	32,5%	82,8%
META 4 : INGRESO A CONTROL EMBARAZO, ANTES DE LAS 14 SEMANAS META MINSAL 85%. META SSVQ 85%	835/956	87,3%	100%
META 5 : COBERTURA DE EXAMEN DE SALUD DEL ADOLESCENTE ENTRE 10 Y 14 AÑOS META MINSAL 5%. META SSVQ 3,6%	233/646	3,6%	86,9%
META 6 : COBERTURAS ALTAS ODONTOLÓGICAS TOTALES EN POBLACIÓN MENOR DE 20 AÑOS META MINSAL 19%. META SSVQ 22,8%	4.906/23.958	20,5%	100%
META 7 : GESTION DE RECLAMOS EN ATENCION PRIMARIA META MINSAL %. META SSVQ 90%	181/187	90%	100%
META 8 : COBERTURA DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS META MINSAL 50%. META SSVQ 35,7%	2.791/7.952	35,1%	98,3%
META 9 : COBERTURA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS META MINSAL: 65% META SSVQ: 87%	9.767/14.905	65,5%	75,3%
META 9 : PORCENTAJE DE NIÑOS Y NIÑAS CON DÉFICIT (RIESGO Y RETRASO) DEL DESARROLLO PSICOMOTOR de 12 A 23 MESES, RECUPERADOS META MINSAL: 65% META SSVQ: 90%	26/17	152,9%	100%
META 11 : TASA DE VISITA INTEGRAL META MINSAL: 0,18% META SSVQ: 0,19%	3.413/20.542	0,17%	100%
META 12 : TASA VISITA A PACIENTE POSTRADO META MINSAL: 20% META SSVQ: 12%	2.417/45	53,71%	100%

La evaluación a Septiembre del 2011, nos muestra un cumplimiento del 95,5% de las metas a cumplir a este corte, calificando en tramo 1. Durante el año 2011 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 2011
COMUNAL - SEPTIEMBRE 2011**

INDICADOR	Realizado a Octubre	CUMPLIMIENTO %
	Numerador/ Denominador	
1.-Evaluación Desarrollo Psicomotor a los niños de 12 a 23 meses Meta: 93%	746/1.049	71,12%
2.-Cobertura Papanicolau Meta: 72%	16.887/21.927	77%
3A.- Cobertura Altas odontológicas Totales en Adolescentes de 12 años Meta: 65%	715/1.316	54,3%
3B. Cobertura Altas Odontológicas Total en niños y niñas de 6 años Meta 70%	444/1.071	41,5%
3C.Cobertura Altas Odontológicas Total Embarazadas Primigestas Meta 67%	493/912	54,1%
4.-Compensación de personas Diabéticas bajo Control de 20 y más años Meta: 47,5%	1.146/2.857	40,1%
5.- Compensación de personas Hipertensas bajo control de 20 y más años Meta: 60%	5.823/9.818	59,3%
6.- Obesidad en Niños o niñas Menores de 6 años en control. Meta 9,4%	490/5.660	8,7%
7.- Consejos De Desarrollo de Salud funcionando regularmente Meta 100%	5/5	100%

La evaluación a Septiembre del 2011, nos muestra un cumplimiento del 96,5% de las metas a cumplir a este corte, calificando en tramo 1. Según las proyecciones a Diciembre se cumplirían de manera adecuada las metas.

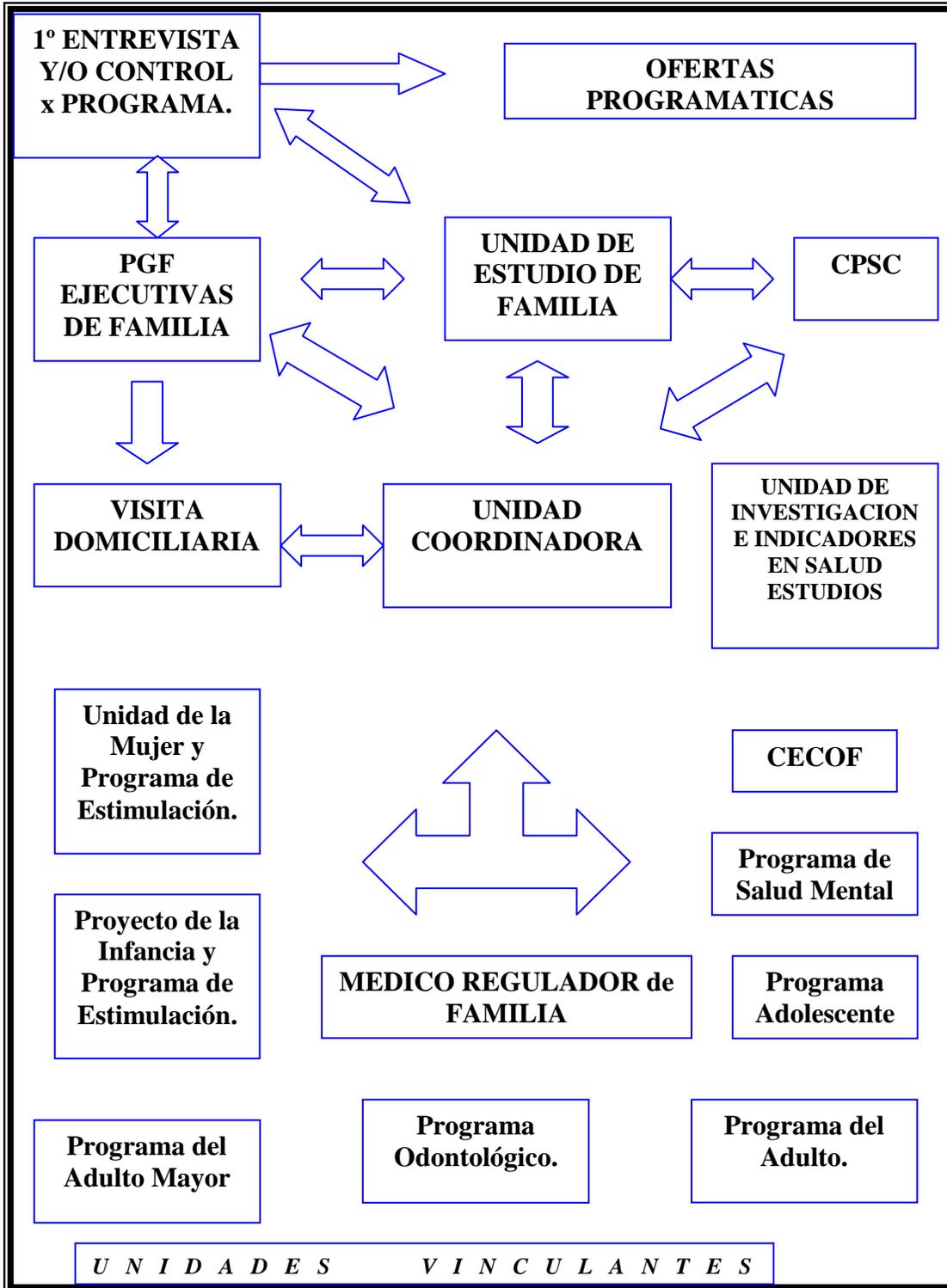
AREA FAMILIA:

EL SISTEMA COMUNAL.

Dado la realidad social actual, la estructura sanitaria comunal a debido abordar la política sanitaria poniendo énfasis en los aspectos centrales, emanados del MINSAL, con modificaciones, producto de una realidad comunal única y un sistema de salud en transformación permanente.

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.

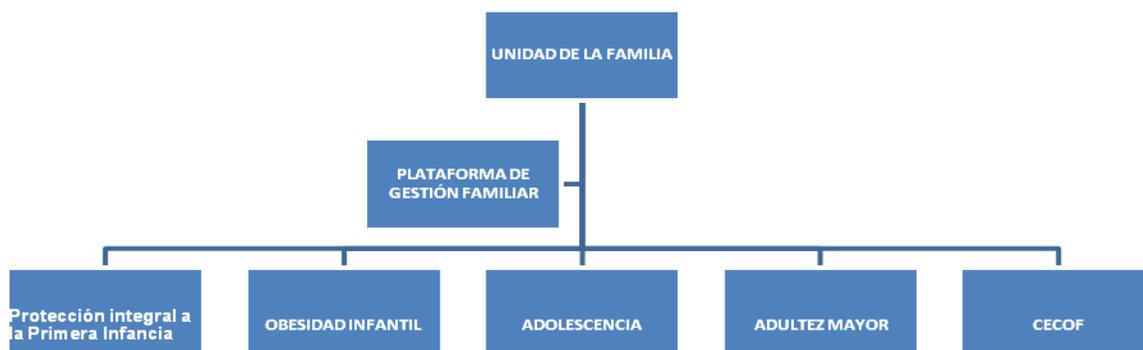


UNIDAD DE LA FAMILIA

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.

SECTORIZACION TERRITORIO URBANO.

La definición de sectorización está referida a una “delimitación de funciones y competencias en sectores homogéneos de actividad, para precisar responsabilidades, evitar duplicidad de funciones y permitir que las decisiones y acciones gubernamentales fluyan de manera rápida y eficiente”. (<http://www.definicion.org/sectorizacion>)

Ahora bien, en el sector salud el concepto de sectorización se asimila a territorialidad, que si bien no son antagónicos, no necesariamente son lo mismo. La territorialidad comprende tres elementos esenciales: el sentido de la identidad espacial, el sentido de la exclusividad y la compartimentación de la interacción humana en el espacio. “Proporciona, entonces, no sólo un sentimiento de pertenencia a una porción particular de tierra sobre el que se tienen derechos exclusivos, sino que implica un modo de comportamiento en el interior de esa entidad”. (<http://doom.obolog.com/territorio-territorialidad-133670>)

En Quillota, ante la necesidad de conformar trabajos sectoriales y unificar criterios de trabajo común, se trabajó en una sectorización de carácter territorial, ubicando a siete sectores, seis urbanos y el último fuera de estos límites.

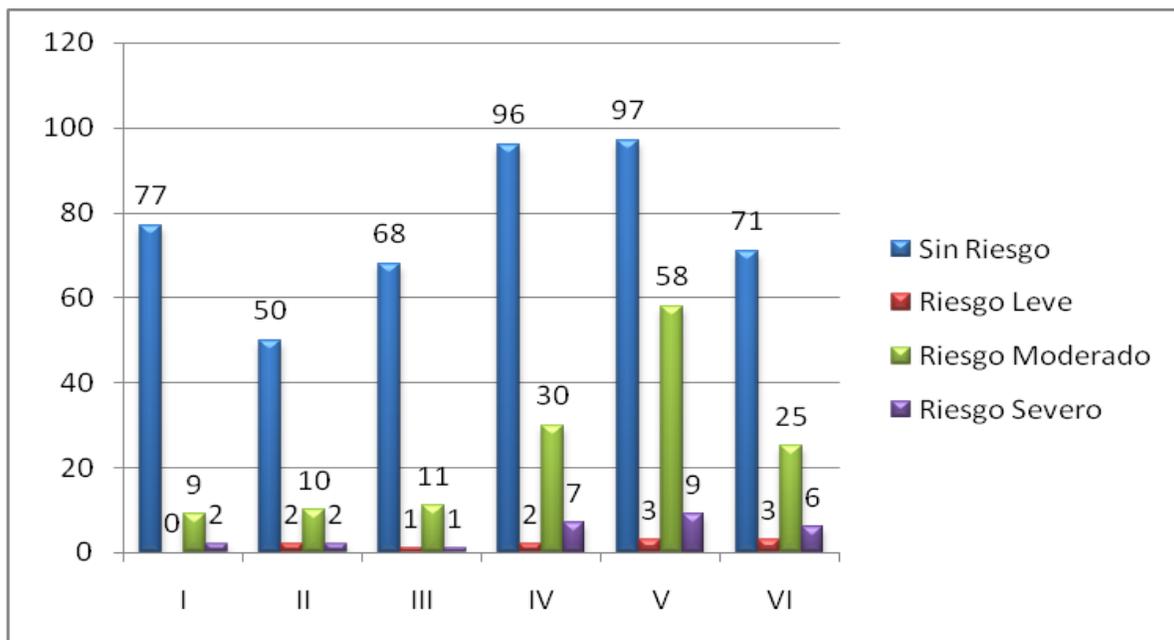
SECTORES COMUNA DE QUILLOTA:

SECTOR 1	SECTOR 2	SECTOR 3
<p>El Diámelo Villa El Crisol. Pedro Aguirre Cerda. Villa Padre Hurtado. Población Alfredo Rebolan I y II. Villa La Escuela. Villa Dr. Sagre. Villa Los Queltehues. Villa Magisterio. Villa Aconcagua I y II. Villa Nueva Italia. Villa Merced. Rinconada. Los Parrones. Simón Álamos. 21 de Mayo. Calle Arturo Prat. Serrano. Sargento Aldea. Calle Ariztía. Villa Las Lilas. Los Molinos de Quillota I y II. Condominio Quillota. Condominio Rivera del Inca. Condominio Incahuasi Doña Francisca Ignacio Serrano</p>	<p>Mayaca Antiguo. Ampliación Mayaca. Población Municipal. Aconcagua Norte. Población Molinares. Calle Molinares. Valencia. Villa Santa Rosa. Calle 18 de septiembre. Oscar Alfaro Las Praderas. El Mirador. Yolanda Gatica. Cerro Mayaca El Peumo. El Esfuerzo. Rosales Kennedy. Villa Primavera. Aconcagua Sur. Población José Miguel Carrera. El Bajío. La Portada. Chile Nuevo. Baquedano. General Mackenna. La Concepción I y II. Gonzalo de Los Rios. Villa Hermosa. Pedro de Valdivia. Villa Los Aromos. Condominio Social Los Palmares. Avenida Valparaíso.</p>	<p>Villa Paraíso. Calle Aspillaga. Calle Diego Portales. Calle Herboso. Población Rafael Ariztía. Calle Ariztía. Lo Garzo. Los Lúcumos. Santa Teresita. Villa Coopreval. Calle Arauco</p>

SECTOR 4	SECTOR 5	SECTOR 6
<p>La Corvi. Alemania. Población Venezuela. Villa Cervantes. Cristo Redentor. Villa Nuevo Horizonte. Conjunto habitacional San Isidro. Villa México. Villa España. Población Carlos Mardones. Los Quillayes. Diego Portales. Los Paltos. Villa Tahití Empleados Particulares. Villa Reina Ana. Villa Rio Aconcagua. Villa Barrio Freire. Los Escritores. Población O'Higgins". Calle Prat. Calle Carrera. Calle Bulnes. Calle Pinto. Calle San Martin. Calle O'Higgins. Calle Blanco. Calle Condell. Calle Chacabuco. Calle Concepción. Calle Pudeto. Calle Diego Echeverría. Calle Yungay. Calle Ahumada. Calle Arauco. Calle Benimelli. Calle C. Carvajal Calle S. Escutti. Calle H. Castro. Calle Hno. De La Fuente. Calle Av. Valparaíso. Calle B. Concha. Calle Clodomiro Figueroa.</p>	<p>Villa Agustín Avezón. Jardines del Aconcagua. Ríos de Chile. Población Atumapu I, II, III, IV, V y VI. Villa Rapa Nui. Villa Leonardo da Vinci. Población Amanecer. Condominio Nemesio Antúnez. Condominio Caburga. Condominio Parque Real Población Príncipe de Gales Condominio Doña Inés Villa Sol Naciente Villa Hermanos Maristas Población Santo Domingo. Villa San Alberto. Población El Bosque. Población Salvador Said. Diego de Almagro. Población Manuela Figueroa. Población Reyes Católicos. Villa San Antonio. Población Beatita Benavides. El Retoño I y II. Villa Portal Araucarias I y II. Av. Juan Bautista Alberdi Villa Alegre. Villa Las Viñas de Quillota. Villa Nápoli Calle Lorca. La Poetisa. Conjunto Habitacional San Luis</p>	<p>Villa El Sendero Villa Doña Josefina Condominio Villa El Alba Condominio Villa El Solar Villa Hermano Bonifacio I y II.</p>

EVALUACION AREA FAMILIA:

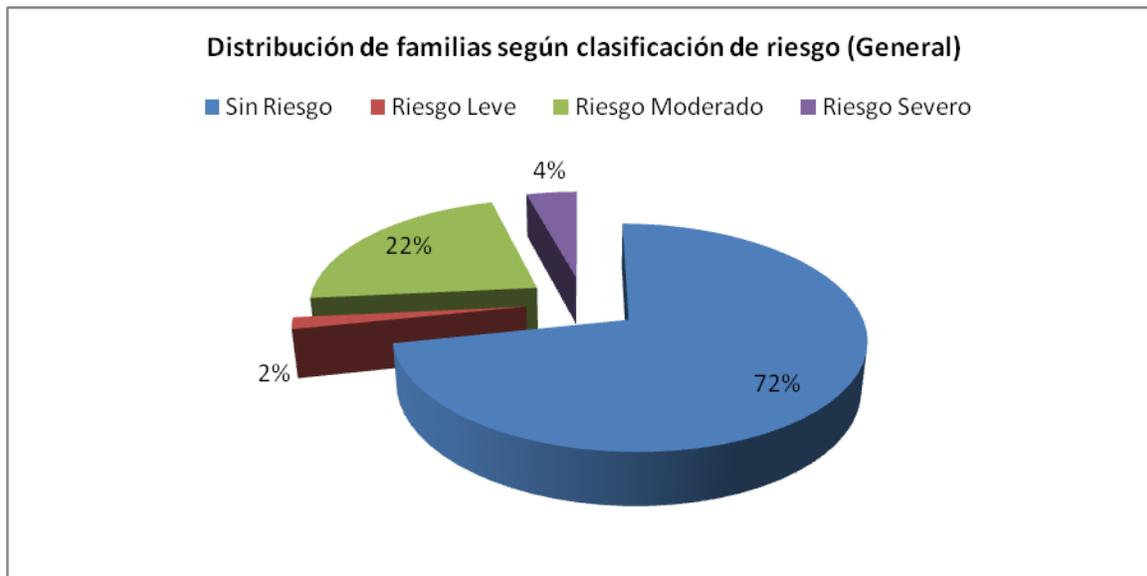
GRAFICO: FAMILIAS INGRESADAS A LA UNIDAD DE LA FAMILIA AÑO 2011, POR SECTOR, CICLO DE VIDA FAMILIA Y RIESGO SOCIAL. RESUMEN TOTAL. (640 FAMILIAS)



Se desprende del grafico anterior que el 71.71% de la familia ingresadas durante el presente año no tiene riesgo social, seguido de el riesgo moderado, con 143 ocurrencias, lo que corresponde a 22.34%.

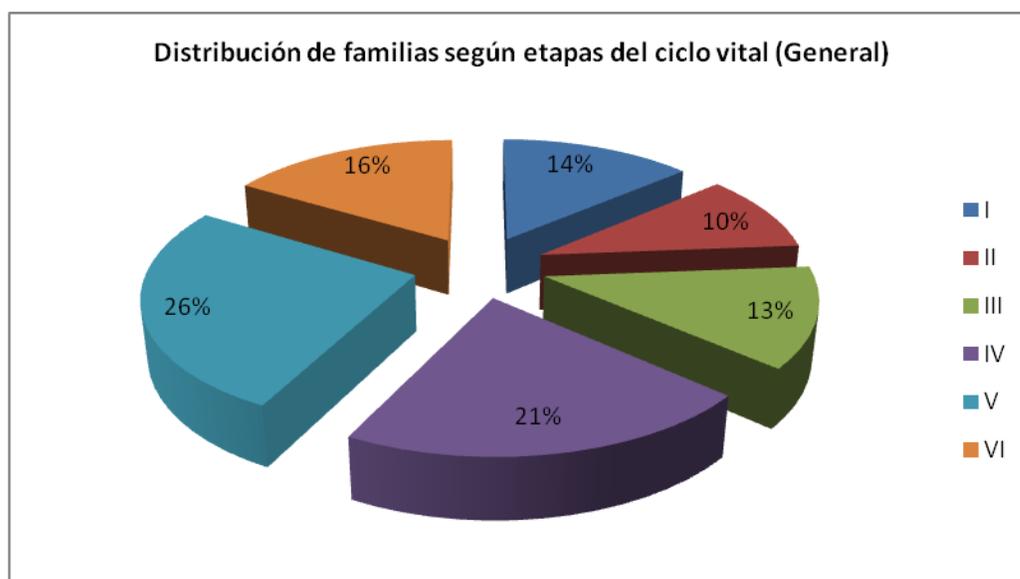
Esto significa que las acciones sanitarias que se realizan en pos de las familias tienen un estándar básico, lo que no significa despreocupación social por estas, sino que se trabaja sobre la base de la canasta básica de salud, sin modificaciones complejas de los instrumentos.

GRAFICO: DISTRIBUCION DE FAMILIAS SEGÚN CLASIFICACION DE RIESGO (GENERAL)



A pesar de lo anterior el sistema sanitario comunal adiciona de igual forma contenidos sanitarios propios, como la posibilidad que las familias sin riesgo cuenten con Ejecutivas de Familia y se adscriban al programa de estimulación temprana.

En cuanto a la conformación de grupos familiares por etapa de vida, se puede señalar que la gran mayoría se encuentra en las etapas IV, V y VI, con 135, 167 y 105 ocurrencias respectivamente, lo que implica que tiene un 20.09, 26.09 y 16.4% cada una, lo que sumados dan un 63.35% del total general.



Las etapas antes mencionadas corresponden a:

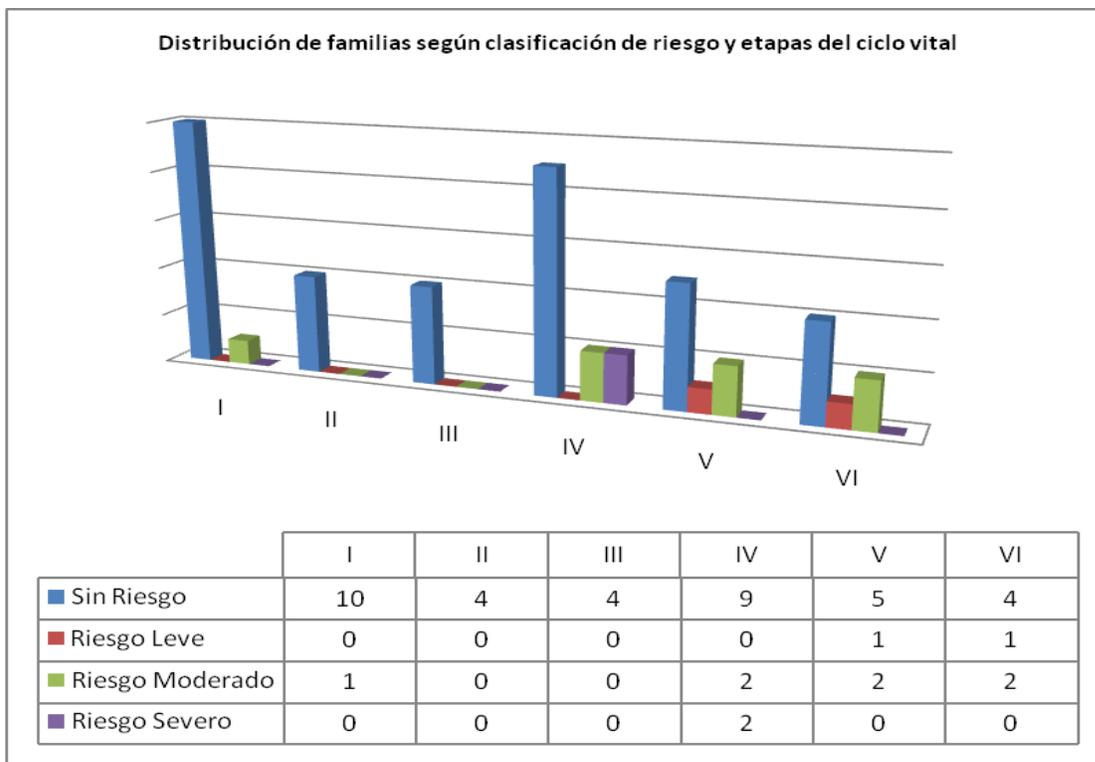
- Familia con hijos preescolares y/o escolares.
- Familia con hijos adolescentes.
- Desprendimiento.

Lo anterior implica que la APS deba generar estrategias de atención para estas familias, entregando herramientas socio educativas y evaluaciones sanitarias para albergarlas, sin que estas se sientan invadidas.

Este año se generó trabajos preventivos promocionales en el ámbito de la nutrición escolar, a través de proyectos FONDEF y Promoción. Así también se vacuno a 100 menores de edad, entre los 10 y 13 años, con la vacuna contra el papiloma humano.

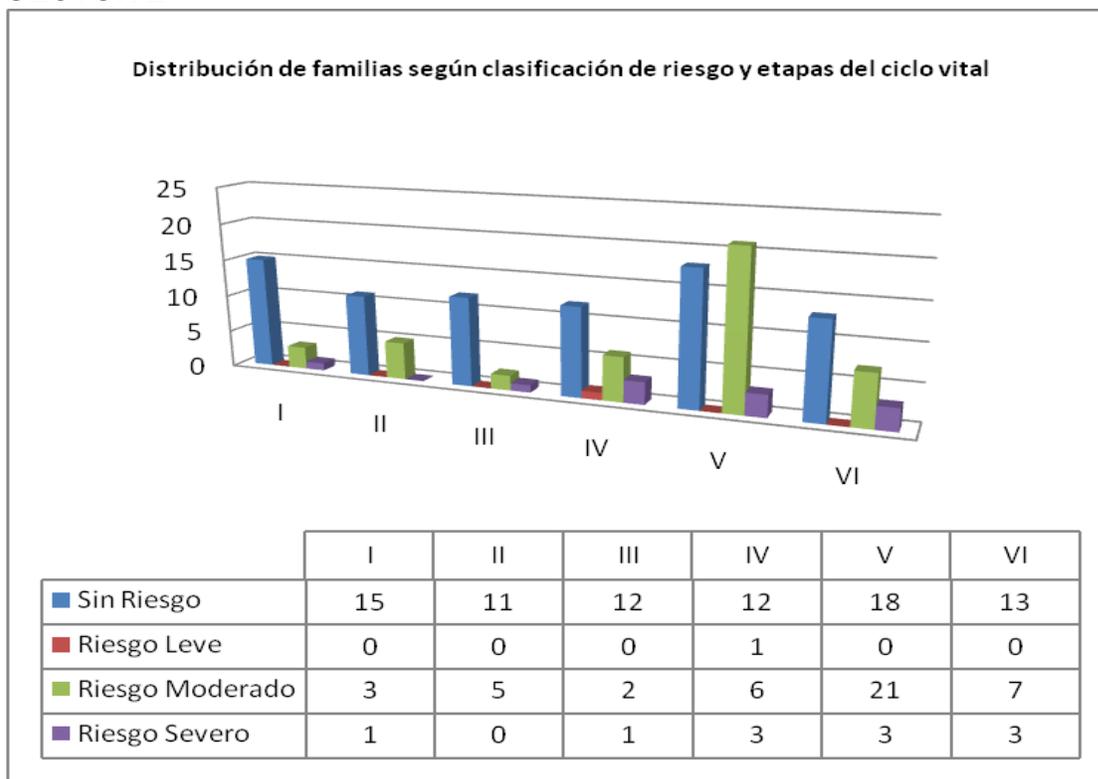
CLASIFICACION DE LAS FAMILIAS SEGÚN RIESGO Y CICLO DE VIDA FAMILIAR POR SECTOR.

SECTOR 1



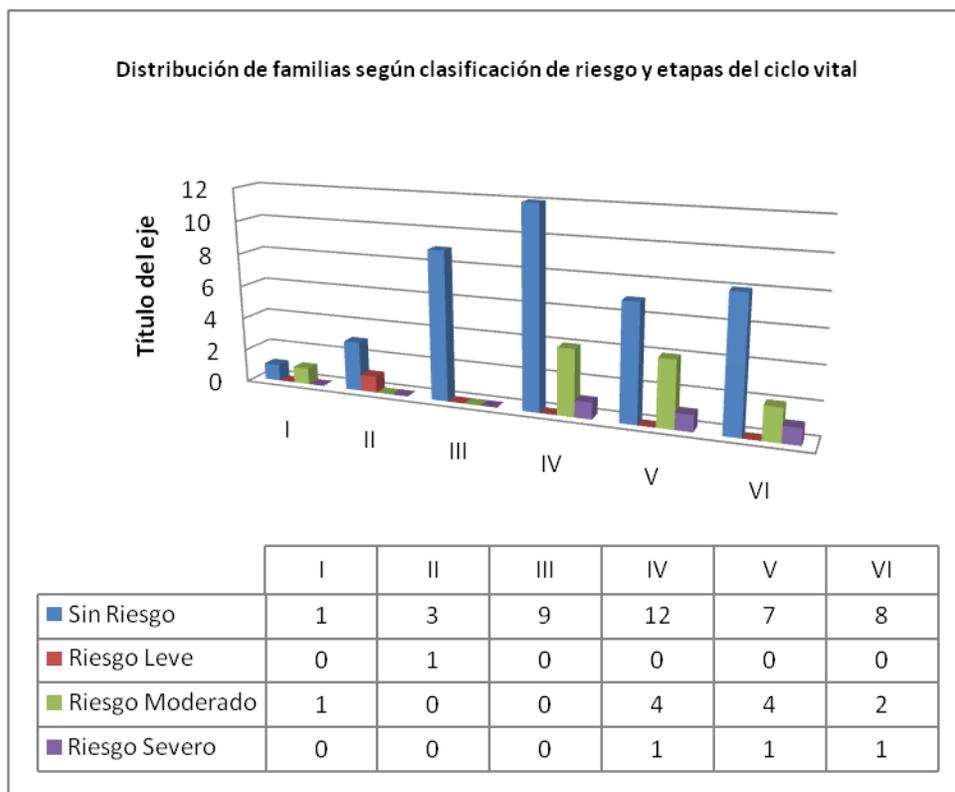
Acá la mayor atención, que la APS debe tener son aquellas que tienen riesgo severo. Sin embargo su ocurrencia es marginal, 2 casos que representan un 4.08% del total.

SECTOR 2



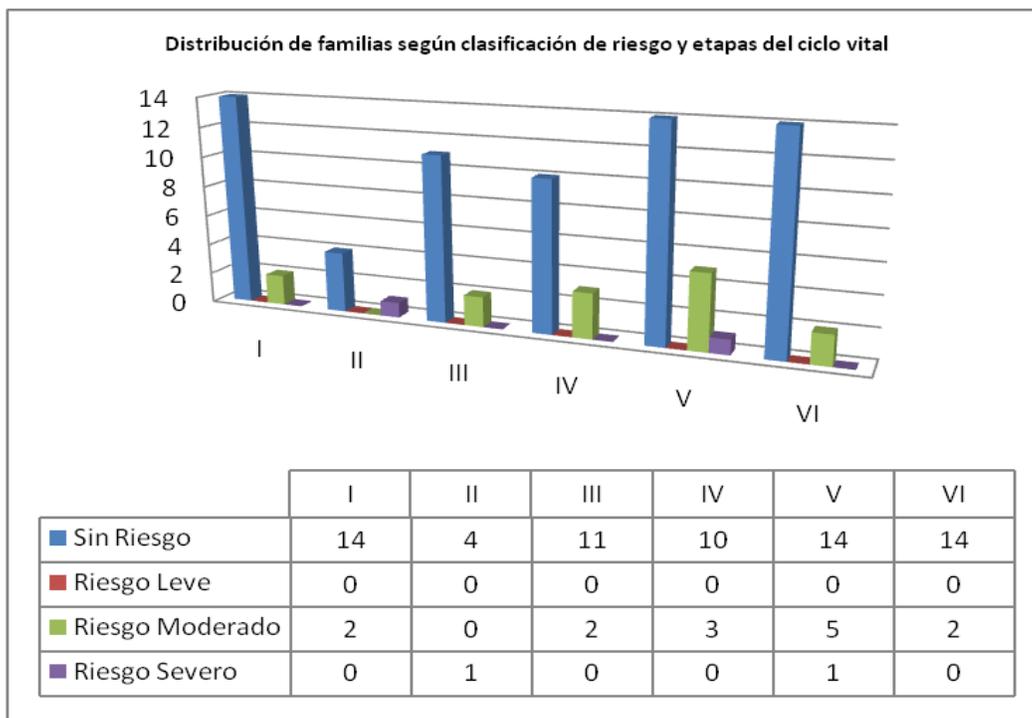
En este grafico y cuadro se muestra que hay una diferencia importante con el primer sector, por cuanto hay 11 casos con R.S, lo que implica un mayor aporte sanitario y de trabajo en equipo para con estas familias. Otro elemento interesante es que el R. S cruza casi todas las etapas del ciclo de vida de la familia. Esto revela que existe una marginalidad mayor en este sector, con acceso a herramientas sociales familiares menores.

SECTOR 3



Nuevamente el R.S es marginal en este sector, con sólo tres casos, representando al 5% del total del sector. Sin embargo el riesgo moderado tiene un total de 11 familias, siendo el 20% del total. Se debe realizar un monitoreo permanente con estos casos, ya que el limite entre los dos riesgo entre los dos es mínimo.

SECTOR 4



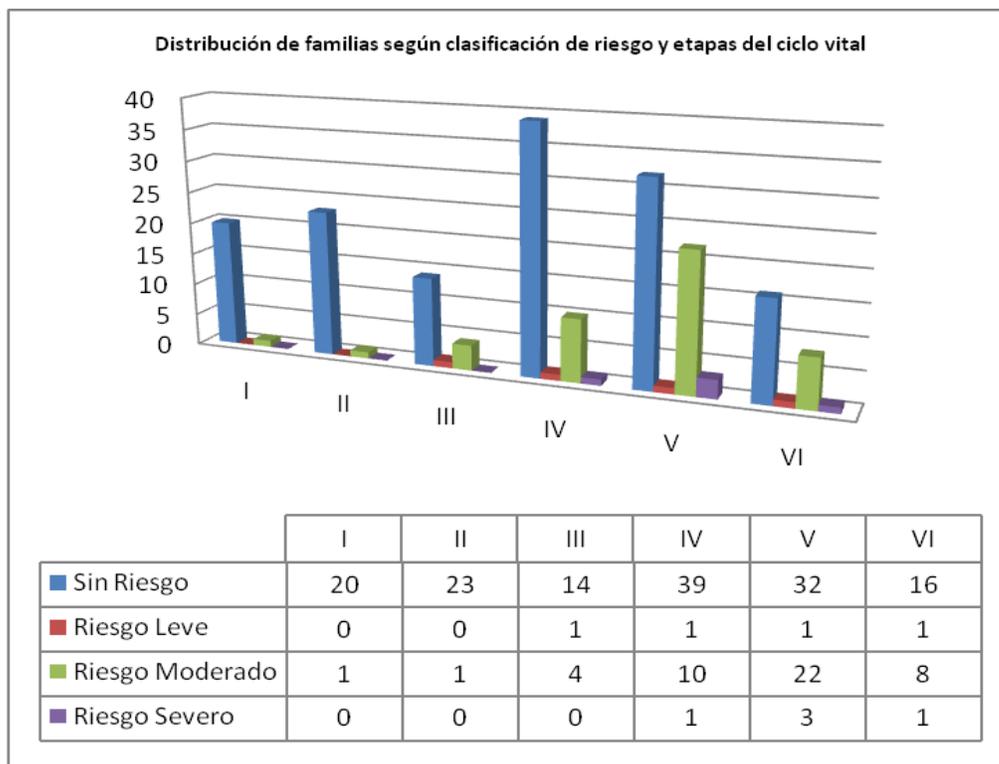
Como en el anterior sector es el R.M el que tiene una incidencia importante en el total general, 14 casos. Cabe destacar que en la etapa V del C.V.F se diagnosticaron 5 casos, es decir familias con hijos/as adolescentes. Se debe tener presente que en esta etapa hay que:

- 1) Alterar la flexibilidad de los límites.
- 2) Lograr un equilibrio entre el control y la independencia.
- 3) Permitir al adolescente entrar y salir de la familia.

Los problemas más recurrentes que pueden aparecer son:

- 1) Salidas nocturnas y huidas del hogar.
- 2) Rechazo a la escuela y ausencias sin permiso.
- 3) Violencia familiar, trastornos alimentarios, problemas sexuales, embarazos no planeados.
- 4) Síntomas en los padres (cefalea).

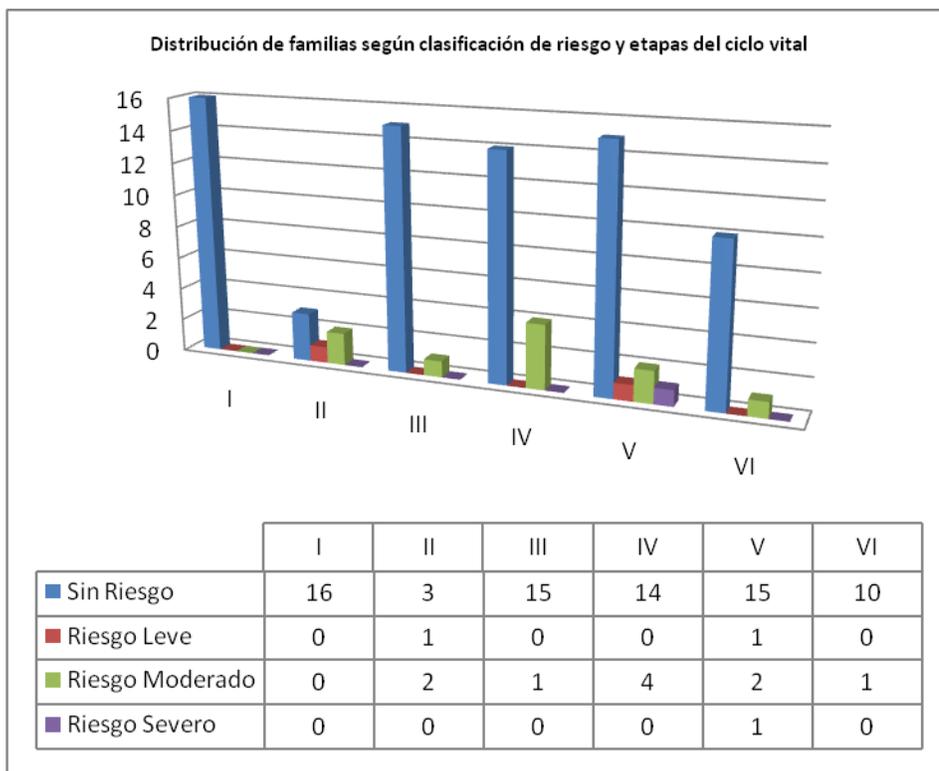
SECTOR 5



En el sector 5 se deben tener en cuenta nuevamente lo nombrada para el sector anterior, teniendo en cuenta que el R.M y R.S suman un total de 51 familias, con un 26% entre las dos.

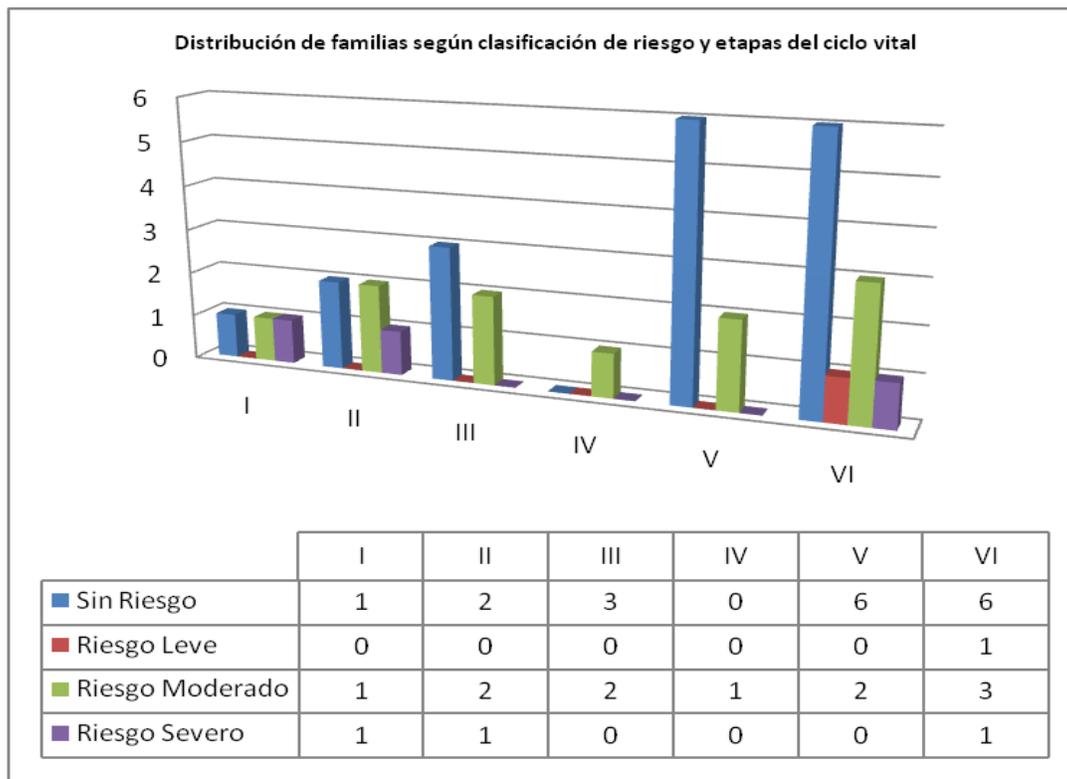
Sin embargo se debe tener en cuenta que el universo de familias es mucho más alto que los anteriores ya que estamos hablando de 199 familias.

SECTOR 6



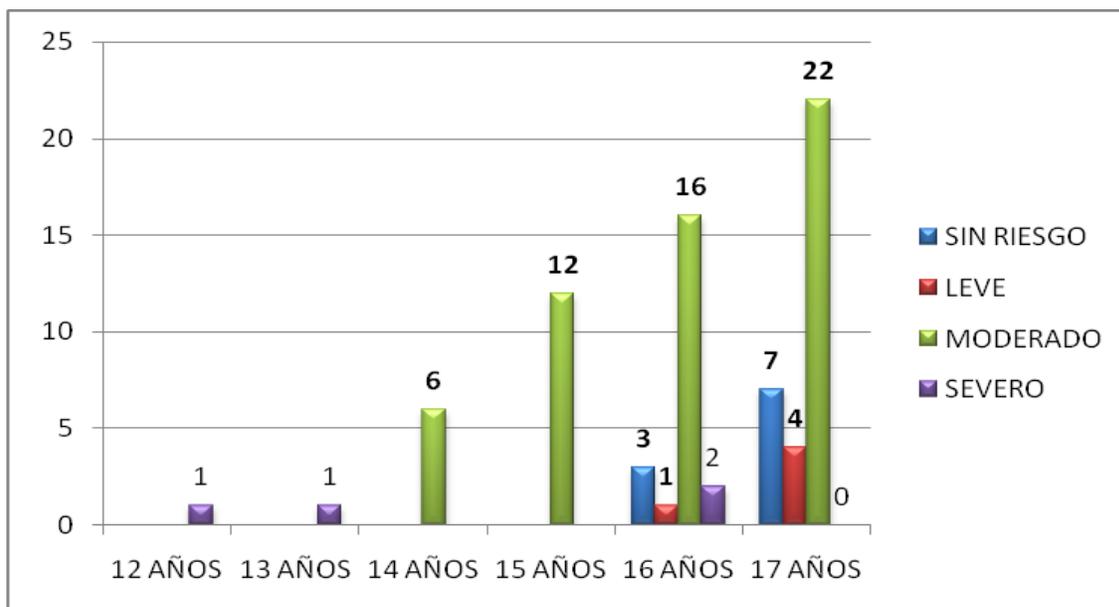
Este sector es el que tiene un mayor porcentaje de familias sin riesgo, con un 85%, 73 de 86 ocurrencias. Otra curiosidad es que la distribución por etapa de vida (en las familias sin riesgo) es casi uniforme, si no fuera por los 3 casos de la etapa dos. Esto significa que los equipos socio sanitarios, deben desplegar una mayor variedad de estrategias educativas para con estas familias.

SECTOR 7



El equipo de salud se enfrenta con el sector más pequeño, en relación a las familias derivadas a la unidad de la familia, sólo 33 familias. De este total la mayoría está en la etapa 6 (11 casos con un 33.3% del total), y coincidentemente en mismo número y porcentaje del tipo de riesgo (moderado).

GESTANTES ADOLESCENTES INGRESADAS A UNIDAD DE FAMILIA AÑO 2011



Durante el período enero a octubre se han ingresado 75 gestantes adolescentes entre 12 y 17 años, de las cuales un 74% presenta riesgo moderado, relacionado principalmente a la edad de gestación, conflictos con la maternidad, baja escolaridad entre otros.