

EVALUACION LINEAS PROGRAMATICAS AREA URBANA 2011

AREA PROMOCIÓN

AREA INFANTIL

CELEBRACION CUMPLEAÑOS 6 AÑOS:

Se realizó 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) y sus familias.

CELEBRACIÓN DÍA DEL LIBRO: En coordinación con el Consejo Nacional de las artes y la Cultura, actividad realizada en la Plaza de Armas de la comuna con la participación de más de 500 personas.

YOGA INFANTIL: Actividad que se realiza desde el mes de septiembre a la fecha con una participación promedio de 10 niños(as), acompañado de algún miembro de su familia, se incorporan también aspectos de alimentación saludable como complementación de la actividad. Esta actividad está dividida por grupo etéreo, vale decir, un taller con niños(as) de 5 a 8 años y el otro de 9 a 12 años.

ÁREA JÓVENES

Sala de ensayo:

Se ha mantenido la sala de ensayo con un número aproximado al año de 329 ensayos, con un promedio mensual de 33 ensayos, al momento de la evaluación es posible contar con 22 bandas aproximadamente de diversos estilos musicales, (punk, rock, death, pop rock y metal). Para la coordinación de esta área se han realizado 4 reuniones.

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

Tocatas:

Es factible dar cuenta de 7 tocatas, entre ellas se destacan "Rock en Rio" realizada en las riberas del Rio Aconcagua con el objeto de rescatar este espacio público 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 del segundo 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”.

La banda Jamster confecciona su videoclip y realiza su lanzamiento en el Promo, con la participación de músicos Argentinos. Además se realizó tocata hip hop en coordinación con Prosain, quienes intervienen a jóvenes en riesgo social.

Grupo de breakdance: Participan alrededor de 20 jóvenes, los días viernes y sábado a practicar esta disciplina de deporte urbano. Las sesiones tienen una duración de 2 horas aproximadamente.

Taller de tenis de mesa: Participan alrededor de 5 jóvenes y 3 adultos en sesiones de 2 horas aproximadamente, los días martes y jueves.

Eventos:

1 traweluwn: Encuentro de personas interesadas en la cultura mapuche. Esto incluyó música, poesía, baile, de la cultura mapuche, participan alrededor de 80 personas

Murales Centro de Promoción: Con ocasión del traweluwn se realizaron murales en las paredes externas del Centro de Promoción.

Clínicas, charlas: Se llevó a efecto clínica de Lutería (mantención de guitarras y bajos) a cargo de Diego Vilches, que se realizó con 2 grupos de aproximadamente 10 personas por cada uno con 9 sesiones de 2 horas.

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

Presentación del psiquiatra Luis Weinstein, con el tema de “Salud Integral”, con la participación de 30 personas aproximadamente.

Participación en Ferias: Feria convocada por Previene Senda de la comuna de Quillota, en el tema de la prevención del consumo de alcohol y drogas.

Feria en Escuela República de México, con el objeto de mostrar diversas instancias de participación para alumnos(as) del colegio en donde se realiza la actividad. También se muestra el quehacer de diversas organizaciones de la comuna.

AREA MUJERES

Grupo de Fitness:

El grupo de fitness se mantuvo durante todo el año 2012 con sesiones durante todos los meses del año, 3 veces a la semana con un promedio de asistencia de 25 personas. En los meses de Octubre, Noviembre subió a 40 personas aproximadamente. 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.

Se incorpora grupo de fitness durante la mañana con sesiones de trabajo de 1 hora aproximadamente, con un promedio de 20 personas participando. Se reúnen los días lunes y jueves durante la mañana. Un total anual de 68 sesiones a la fecha.

Grupo de zumba con un promedio de asistencia de 15 personas, se han realizado a la fecha alrededor de 120 sesiones, se reúnen los días lunes, miércoles y viernes. El grupo de aeróbica convoca a maratón de baile entretenido con la participación de más de 100 personas

Talleres de autoestima: Estos talleres fueron realizados por la Psicóloga Sofía Carvajal en organizaciones: Jardín Medialuna, Jardín Infantil Cuncunita Feliz ubicada en Liceo Escutti Orrego, y con usuarias del Centro de Promoción.

ADULTOS

Taller de yoga: Durante el mes de septiembre se da inicio al taller de yoga para adultos, permanece hasta la fecha con una asistencia en promedio de 10 personas. 2 sesiones semanales.

Taller de reiki: Se realizaron 2 talleres que se inician en el mes de julio con la participación de 40 personas. Se realizaron 16 sesiones.

Taller de imanes: Se da inicio a este taller en el mes de septiembre a la fecha, con una afluencia de 10 personas con 1 sesión semanal.

Actividad Física en máquinas: Se da inicio a esta actividad en el mes de febrero, las personas acuden con profesor de educación física quien los evalúa y les entrega una rutina de entrenamiento. Han Participado durante el año alrededor de 50 personas a la fecha.

Taller de tango: Participan alrededor de 10 personas, 1 vez a la semana.

Gemoterapia: Se da inicio a esta actividad durante el mes de junio, las sesiones son individuales y duran alrededor de 1 hora. A la fecha han participado 12 personas aproximadamente.

Taller de Huertos caseros: Durante 2 meses se realizaron sesiones de huertos caseros con una totalidad de 8 sesiones y 2 visitas a predio orgánico con el objeto de visualizar el aspecto práctico de la actividad.

PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Taller de Musicoterapia realizado en Centro Terapéutico Alfa ubicado en el sector de San Isidro, se realizaron 5 con la participación de 15 personas de la comunidad escolar.

Expo encuentro diversidad como plaza ciudadana, con la participación de 150 personas de la Provincia de Quillota.

Concurso de sonidos diversos, grabación de música y video clip “Deja a un lado”, del grupo punk “Las Demencias”. Grabación del tema musical “Sólo Fluye”, del joven rapero “Mc Brito”.

DIFUSIÓN

Boletín Informativo Mensual: se han realizado todos los meses con la muestra de todas las acciones del mes y las actividades permanentes.

Afiches: Se han diseñado y pegado afiches para todas las actividades del centro, además de sus versiones virtuales para la página, el correo, facebook, entre otros.

Página: Se ha mantenido y actualizado constantemente con la información de nuestras actividades, fotos de lo realizado y difusión de las nuevas propuestas.

Facebook: Se ha consolidado como herramienta de difusión, respuesta a dudas, compartimiento de las experiencias, además para subir fotos de las actividades realizadas, cabe destacar que a la fecha contamos con 2.583 amigos.

Agenda Electrónica: Para mejorar la gestión del centro se crea una base de datos para registrar a nuestros usuarios que, a esta fecha, suman 483 personas.

Saludos de Cumpleaños: Se han enviado más de 100 tarjetas de saludos de cumpleaños a nuestros usuarios.

MESAS TERRITORIALES DE ORGANIZACIONES COMUNITARIAS

Fiesta de los que pasaron Agosto:

Dentro de las actividades más 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.

RAMADA:

En coordinación con diversas organizaciones sociales y personas que acuden al Centro de Promoción se programó la 9ª versión de la Ramada del Centro de Promoción que se denominó “El Caso Fonda”. Participan aproximadamente 300 personas.

ACTIVIDADES A BENEFICIO:

Se realizaron 4 actividades a beneficio esto es 2 Lota y 1 Bingo. Además se colaboró con show benéfico con artistas locales.

Lanzamiento del Libro Una décima, un infierno y otros cuentos de Julia Fuentes Aranda, con la participación de 50 personas aproximadamente.

Grabación del Tema “Canción Para Dormir”: se musicalizó y grabó el poema del mismo nombre escrito por Julia Fuentes Aranda

Campamento comunitario: Se realiza una jornada de preparación de Campamento comunitario, en donde se establecen las líneas programáticas de la actividad. El campamento se realiza en el mes de octubre con la participación de 51 personas durante 2 días de trabajo. Los conceptos trabajados fueron participación y diversidad desde la ontología.

Muestra de baile: Actividad realizada durante el mes de agosto, en donde se muestran diversas disciplinas como el breakdance y el tango, se realiza en la Plaza de Los Ceibos.

COORDINACIÓN CON OTRAS ORGANIZACIONES:

APOYO EN AMPLIFICACIÓN

Se coordinaron varios eventos y actividades con el apoyo en amplificación del Promo como la Expo Diversidad, Día del Niño del Jardín Ruiseñor y la Jornada de Salud de San Pedro.

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, con alumnos de primer año de Medicina de la Universidad de Valparaíso.

Asociación Chilena de Municipalidades, con la participación en Concurso de Buenas Prácticas, en donde se obtuvo el 9° Lugar.

ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y NUTRICIÓN

En esta area se llevaron a cabo las siguientes acciones:

Evaluación nutricional grupo fitness, realizada a 26 personas

Evaluación nutricional a 5 personas que asisten a gimnasio promo

2 evaluación nutricionales Jardín Infantil Los Pollitos, 14 funcionarias y 98 alumnos(as)

1 evaluación nutricional Jardín Infantil Ruiseñor, a 18 funcionarias del Jardín

3 talleres de alim. saludable y planificación de minutos, Jardín Infantil Los Pollitos (2 talleres a funcionarias y 1 taller a apoderados), participación promedio de cada uno de ellos de 10 personas.

1 taller de alimentación saludable, con 2 sesiones y planificación de minutos, Jardín Infantil Ruiseñor, participan funcionarias y apoderados(as) con 15 participantes en promedio.

1 taller de dieta ayurvédica a grupo yoga familiar, con la participación de 5 niños(as) y sus respectivas familias.

OTRAS INICIATIVAS:

Capación coaching ontológico: Se llevó a cabo capacitación en Coaching ontológico en donde participaron 7 funcionarios del equipo. La capacitación tuvo 10 sesiones y se prolongaron por 3 meses.

AREA PREVENCIÓN:

UNIDAD DEL NIÑO Y NIÑA

INDICADORES DE RESULTADO AÑO 2012

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 GESTION donde “las actuales actividades de prevención y fomento de salud, tales como controles, consultas, visita domiciliarias, talleres, campañas de vacunación tratamientos, entrevistas, coordinación intra – extra sistema, reuniones clínicas, con el fin de entregarle a los niñas y sus familias mejores oportunidades para su desarrollo biopsicosocial

OBJETIVO GENERAL

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 2012.

Gráfico: Recién Nacidos por mes y sexo año 2012.

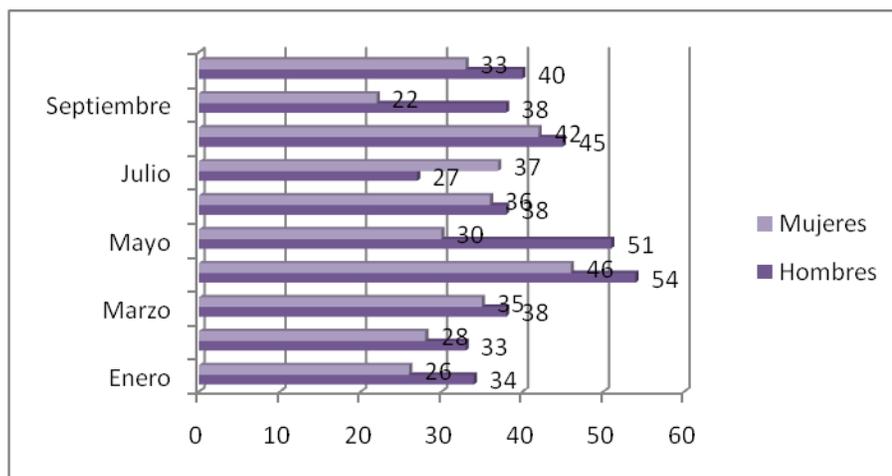
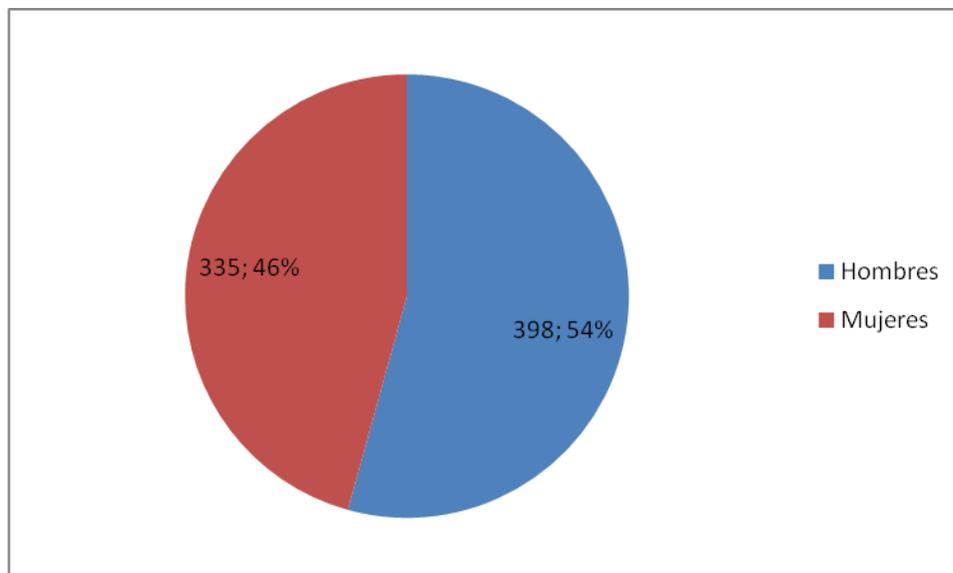


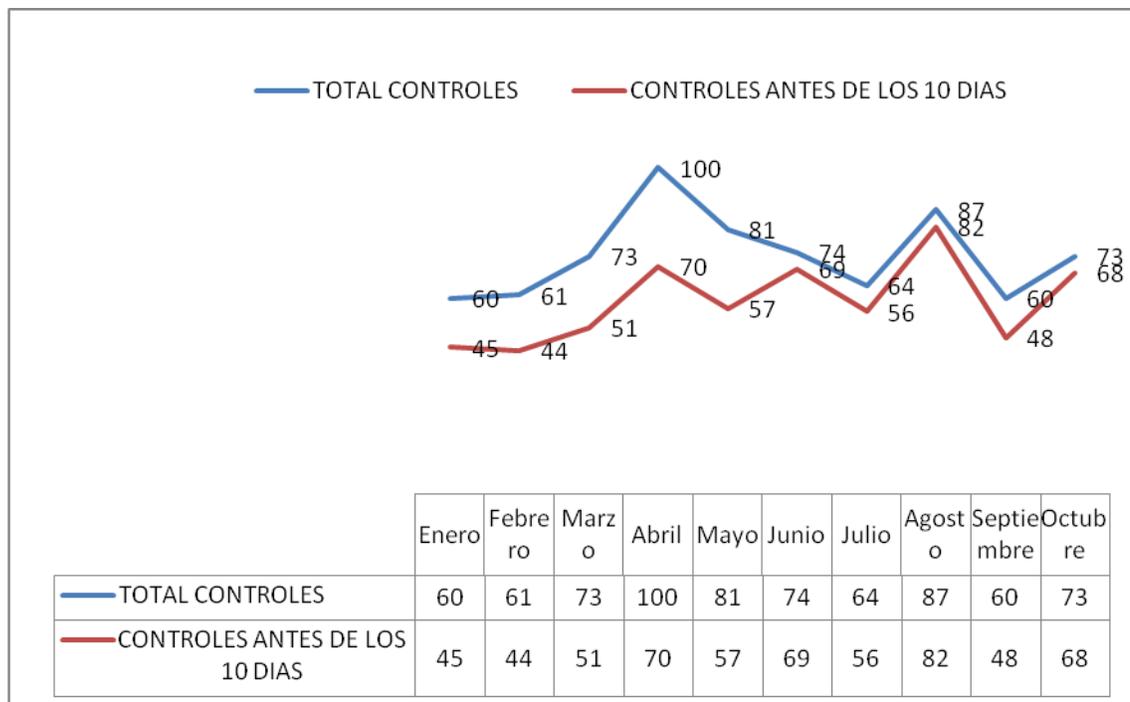
Gráfico: Distribución Porcentual por sexo.



Entre los meses de enero a octubre de 2012, ingresaron 733 niños/as, de los cuales 398 fueron hombres, equivalente un 54% y 335 mujeres equivalente 46%.

En relación al año 2011, hubo un aumento 5% puntos porcentuales, correspondientes a 35 nacimientos más.

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

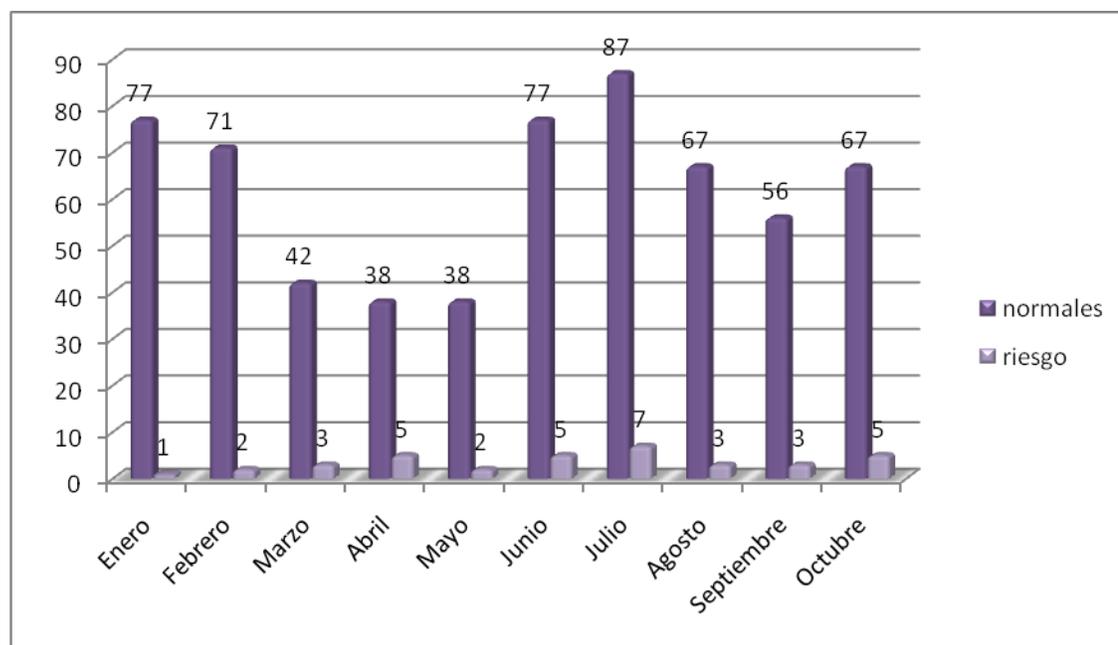


Durante el año 2012 se realizaron 733 ingresos de recién nacidos, de acuerdo a lo establecido en las líneas programáticas el ingreso debe realizarse antes de los 10 días de vida del niño/a, En el período correspondiente de enero a octubre a la fecha, se han realizado 590 ingresos antes de los 10 días de vida, lo que corresponde a un 80.5% 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 logró una disminución considerable en la brecha nacimiento/control, tal como se puede visualizar en el gráfico.

APLICACIÓN INSTRUMENTOS EN CONTROL DE SALUD INFANTIL:

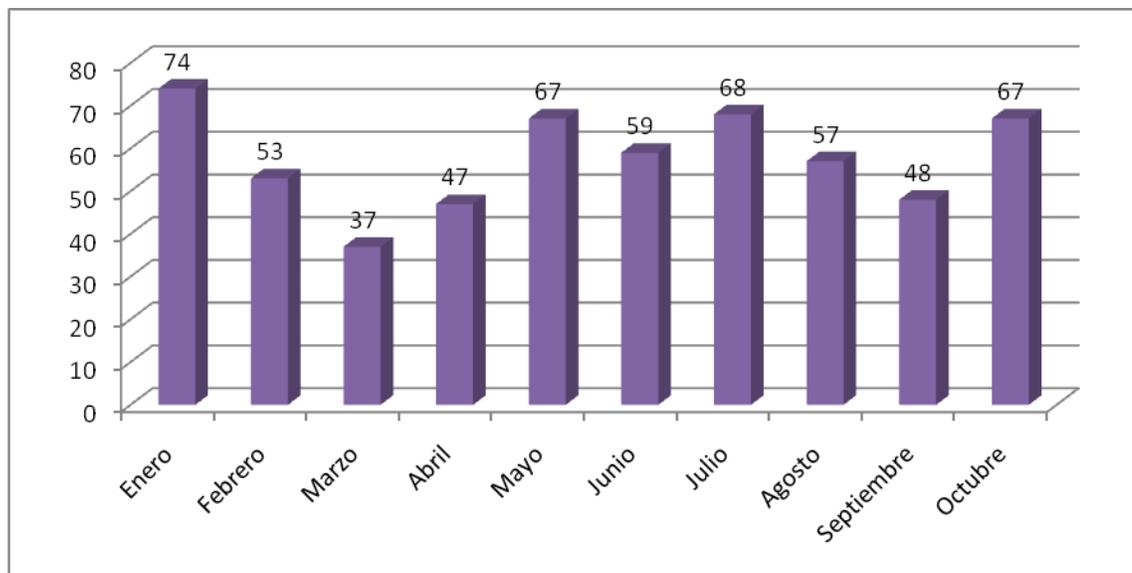
La aplicación de instrumentos en el control de salud infantil, es una forma más objetiva de evaluar el desarrollo integral del niño y su medio ambiente, detectar las desviaciones y derivarlas a tiempo para que sean tratadas dentro de la red del sistema público de salud. Para lograr el objetivo, éstos 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 23 meses.



Durante el 2012 se han aplicado en el rango de edad de 18 a 23 meses 656 pautas de evaluación de Desarrollo Psicomotor, y un 5,5% de los evaluados tienen algún rezago, riesgo o retraso en el desarrollo psicomotor

GRAFICO: PROTOCOLOS NEUROSENSORIALES APLICADOS.

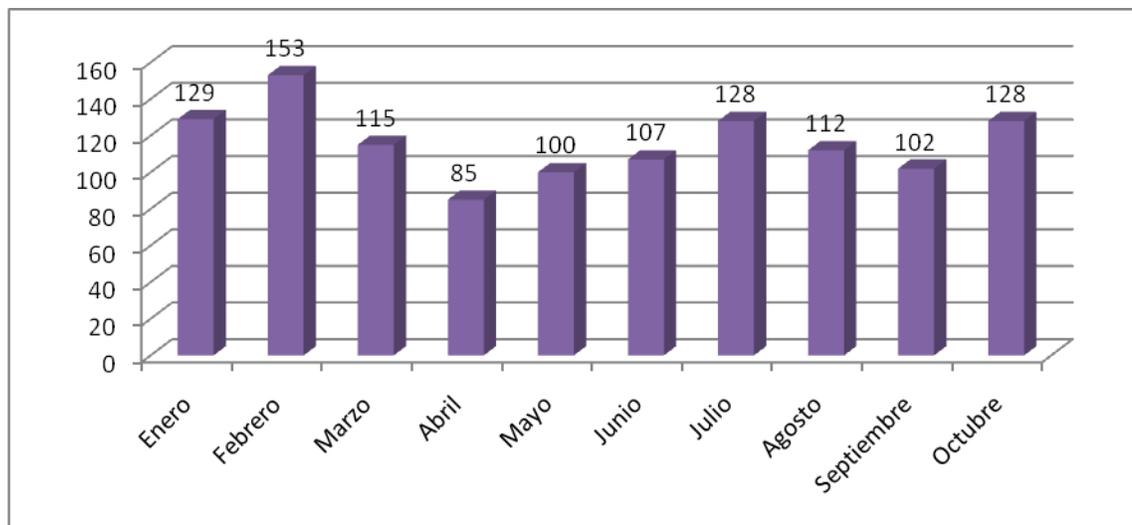


Otro de los instrumentos que se aplica en el control de salud infantil, es el PROTOCOLO NEUROSENSORIAL, que se aplica a los niños/as entre el primer y segundo mes de vida.

Entre el periodo enero a octubre se han aplicado 577 Protocolos Neurosensoriales, que corresponde a un 79% del total de los niños/as de esas edad, encontrándose el 100% de los resultados en los rangos normales.

El porcentaje de protocolos aplicados tiene relación al aumento de nacimientos comparado con el 2011 a la fecha, la falta de horas profesionales y la cantidad de feriados legales han perjudicados en mejorar la demanda de los usuarios

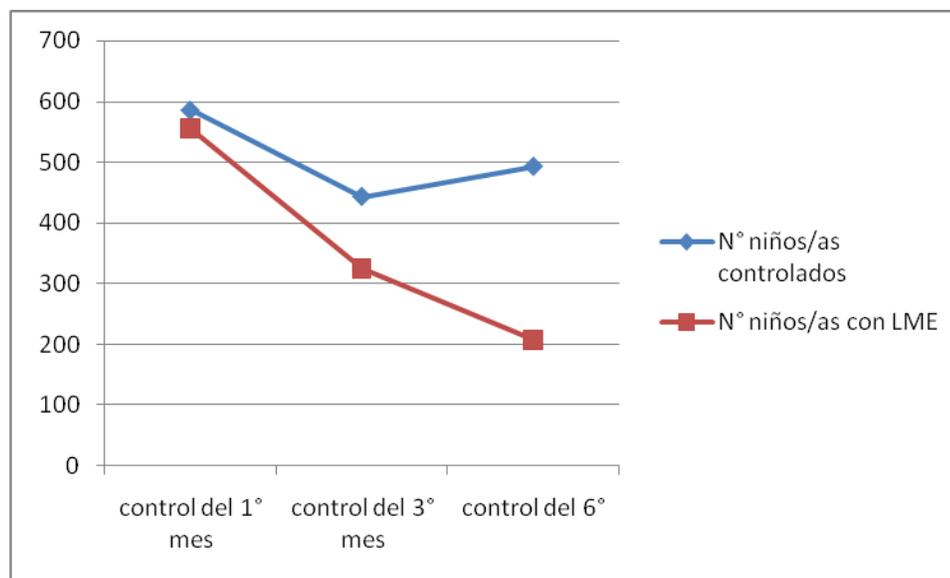
GRAFICO: ESCALAS DE EDIMBURGO APLICADAS



Durante el período enero a octubre 2012 se han aplicado 1.159 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 99 arrojaron resultado ALTERADAS, lo que corresponde un 8,5%.

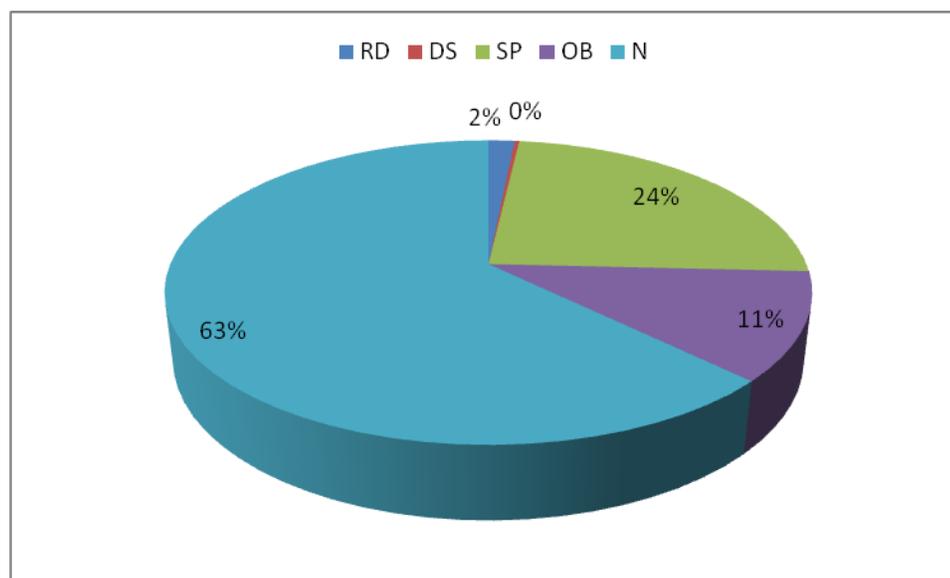
GRAFICO: COMPARACION NIÑOS/AS CONTROLADOS - LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA.



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 que durante el 2012 hubo una tendencia de las madres por la lactancia materna : En el primer control del total de niños/as controlados aumento de un 89% del 2011 a 94,7% de los niños/as presenta como alimentación LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA, en el tercer control disminuye a un 73,4%

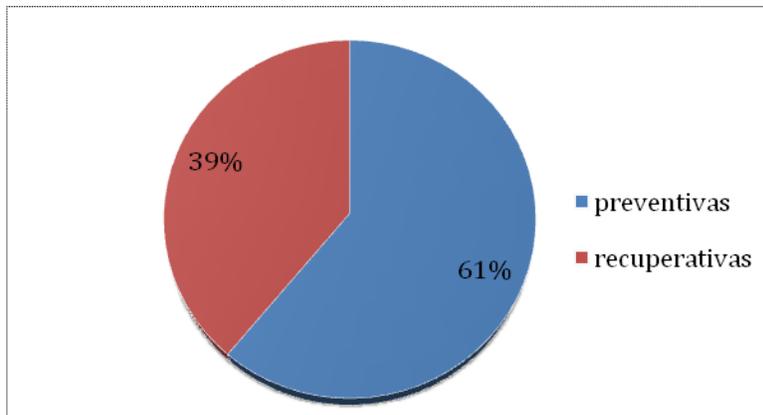
aumentando en un 4% comparado con el 2011 y al sexto mes disminuye a un 42% donde el incremento al año anterior es de un 9%.

GRAFICO: ESTADO NUTRICIONAL POBLACION BAJO CONTROL MENOR DE 6 AÑOS BAJO 2012.



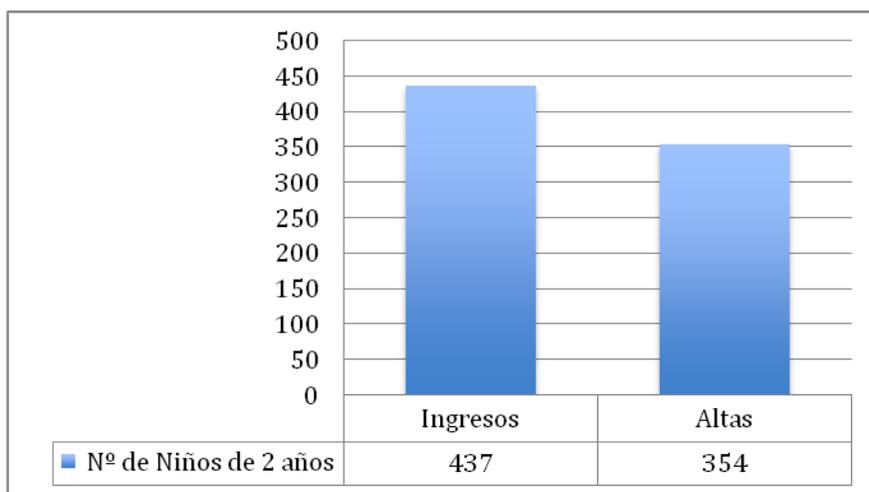
De acuerdo a los datos informados en el período enero a octubre del 2012, la población infantil menor de 6 años, mayoritariamente presenta un estado nutricional normal (63%), la malnutrición por exceso representa un 35% del total, y solo 2% presenta malnutrición por déficit.

GRAFICO: PORCENTAJE DE ACTIVIDADES PREVENTIVAS V/S ACTIVIDADES RECUPERATIVAS 2012



De acuerdo a los datos obtenidos de enero a octubre se observa una correcta tendencia, con un porcentaje mayor al 61% de actividades de tipo Promocional Preventivo. Del total de acciones realizadas en el grupo menor de 15 años, las urgencias odontológicas representan el 6.9% de las actividades totales de las cuales el 1% son Urgencias GES

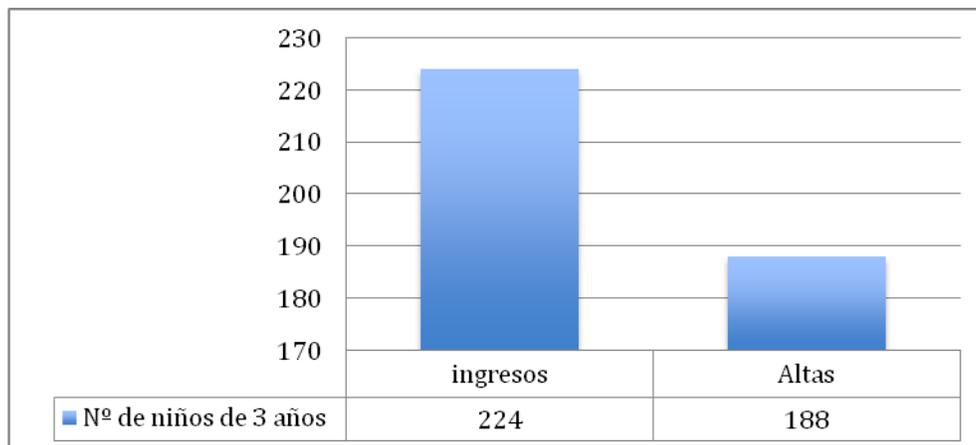
GRAFICO: ALTAS TOTALES SEGÚN INGRESO POBLACION 2 AÑOS.



De acuerdo a las atenciones periodo enero a octubre 2012, se han realizado 437 ingresos a tratamiento dental en niños/as de 2 años, de los cuales se han dado de alta total odontológica al 81%. (354 niños/as).

Respecto a las coberturas de altas totales según población total per cápita de 2 años (895), a octubre del 2011, se ha alcanzado una cobertura de un 39.5%. Meta: 30%.

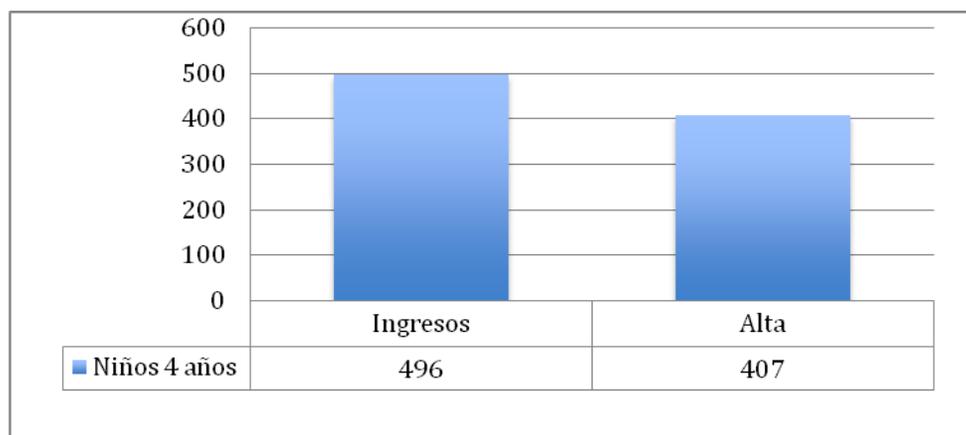
GRAFICO ALTAS TOTALES SEGÚN INGRESOS POBLACION 3 AÑOS



De acuerdo a las atenciones periodo enero a octubre 2012, se han realizado 224 ingresos a tratamiento dental en niños/as de 3 años, de los cuales se han dado de alta total odontológica al 83%. (188 niños/as).

Respecto a las coberturas de altas totales según población total per cápita de 3 años (895), a octubre del 2012, se ha alcanzado una cobertura de un 21% no hay registro de este antecedente anterior debido a que el rango atareo fue incluido en el REM de este año

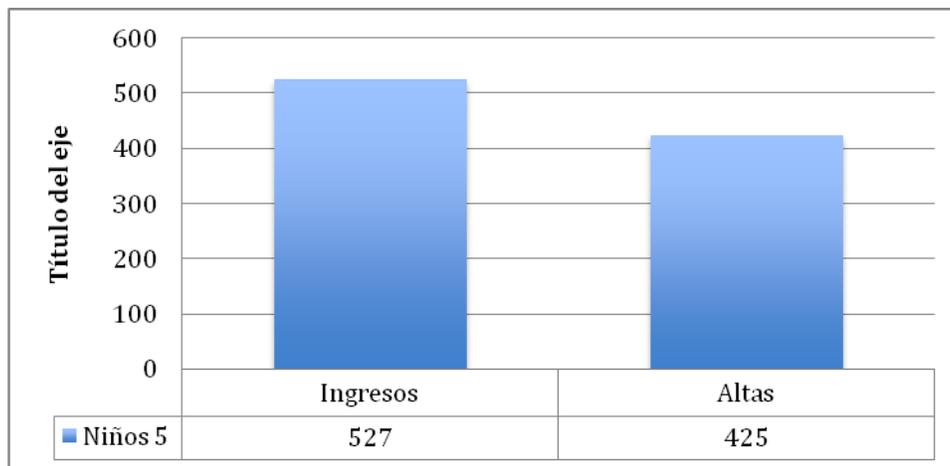
GRAFICO ALTAS TOTALES SEGÚN INGRESOS POBLACION 4 AÑOS



De acuerdo a las atenciones periodo enero a octubre 2012, se han realizado 496 ingresos a tratamiento dental en niños/as de 4 años, de los cuales se han dado de alta total odontológica al 82%.

Respecto a las coberturas de altas totales según población total per cápita de 4 años (895), a octubre del 2012, se ha alcanzado una cobertura de un 45%. De acuerdo a orientación del Programa Odontológicas se superado la cobertura de altas totales según población total (Meta 35%)

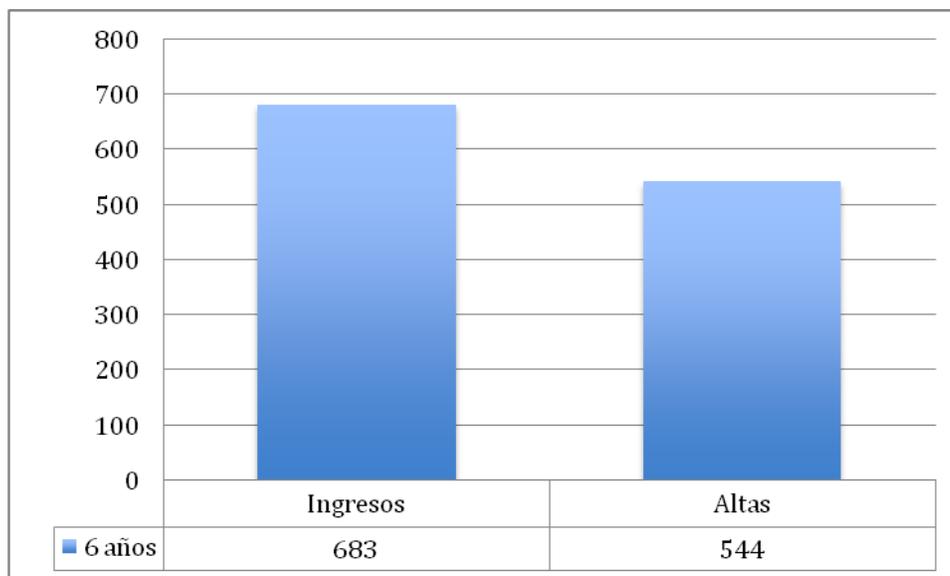
GRAFICO ALTAS TOTALES SEGÚN INGRESOS POBLACION 5 AÑOS



De acuerdo a las atenciones periodo enero a octubre 2012, se han realizado 527 ingresos a tratamiento dental en niños/as de 5 años, de los cuales se han dado de alta total odontológica al 80.6%.

Respecto a las coberturas de altas totales según población total per cápita de 5 años (895), a octubre del 2012, se ha alcanzado una cobertura de un 47%.

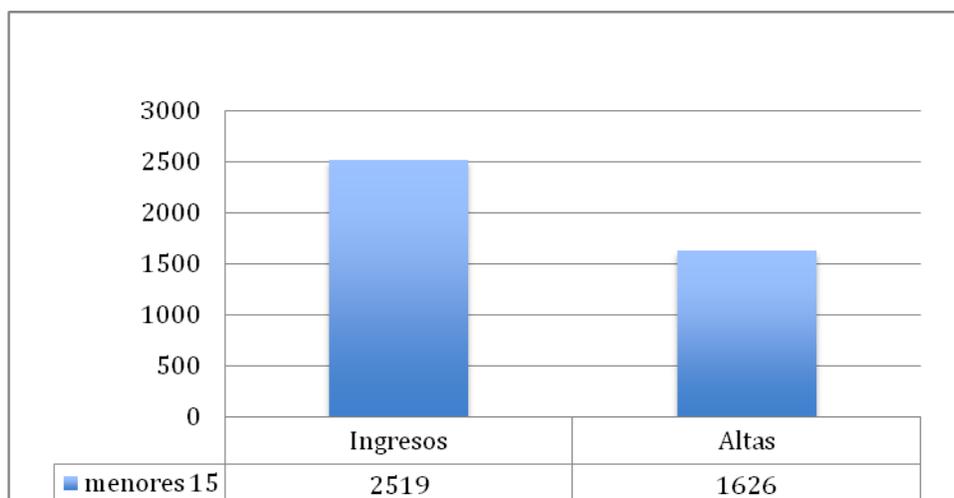
GRAFICO ALTAS TOTALES SEGÚN INGRESOS POBLACION 6 AÑOS



De acuerdo a las atenciones periodo enero a octubre 2012, se han realizado 683 ingresos a tratamiento dental en niños/as de 6 años, de los cuales se han dado de alta total odontológica al 79.6%.

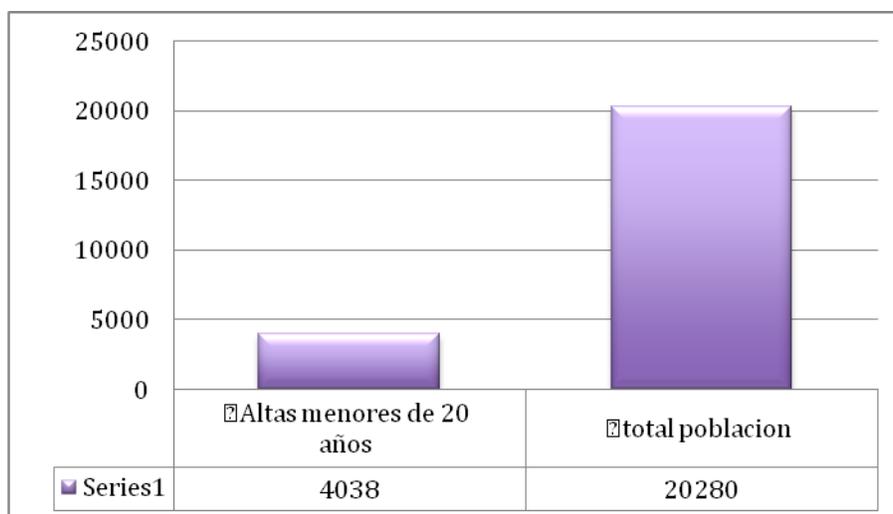
Respecto a las coberturas de altas totales según población total per cápita de 6 años (942), a octubre del 2012, se ha alcanzado una cobertura de un 57.7%.

GRAFICO: ALTAS TOTALES SEGÚN INGRESO RESTO POBLACION 15 AÑOS.



De acuerdo a las atenciones periodo enero a octubre 2012, se han realizado 2519 ingresos a tratamiento dental en resto población menor de 15 años, de los cuales se han dado de alta total odontológica al 64.5%. Esto corresponde al 11% del total de la población percapita.

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



De acuerdo a los datos obtenidos de enero a octubre de 2012, se ha alcanzado una cobertura adecuada a lo solicitado en los IAAPS. Se han dado 4.038 altas totales odontológicas en el área urbana, lo que corresponde a un 19.9% respecto de la población menor de 20 años. De acuerdo a la tendencia observada, la 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 año 2007 a los fondos de iniciativas, quedando seleccionada en el primer año 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 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 2012, 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 2012, 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 dos Educadora de Párvulos, media jornada y durante el segundo semestre se incorpora Kinesióloga por 22 hrs

ACTIVIDADES 2012:

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.

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.

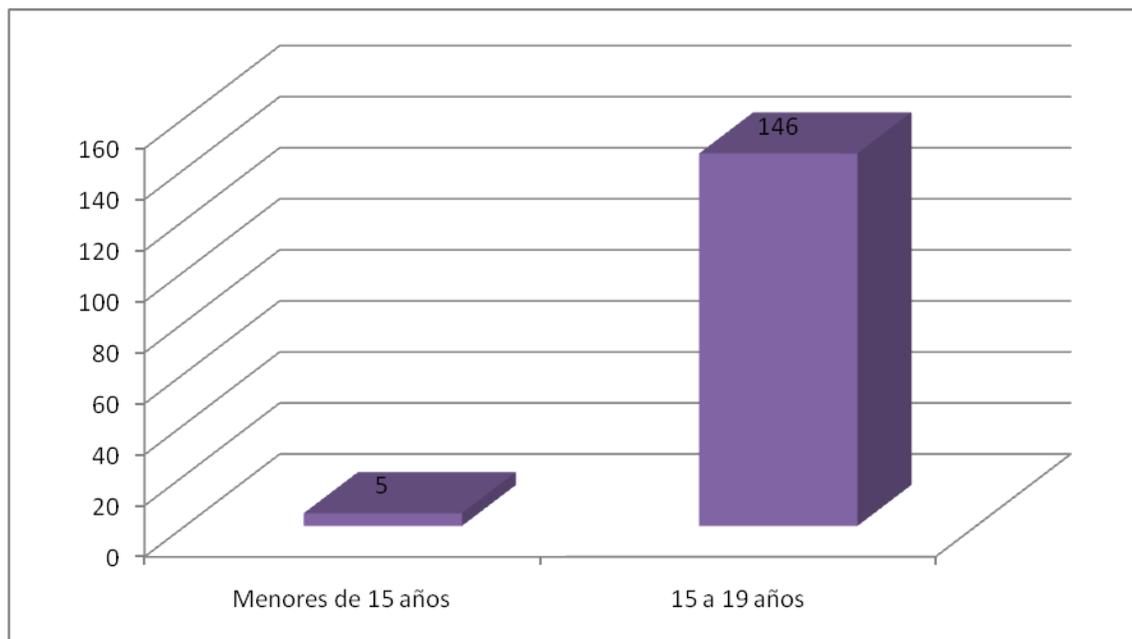
En términos poblacionales los adolescentes en Chile, de acuerdo al Censo del 2002, son 2.702.541, de los cuales 1.325.464 son mujeres y 1.377.077 son hombres. A nivel comunal existen 14.127 adolescentes, en una relación porcentual de 51.99% de hombres (7.345) y 48.01% de mujeres (6.782), manteniendo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

EVALUACION AREA ADOLESCENTE:

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

GRAFICO: INGRESO EMBARAZO ADOLESCENTE SEGÚN GRUPO ETAREO 2012.



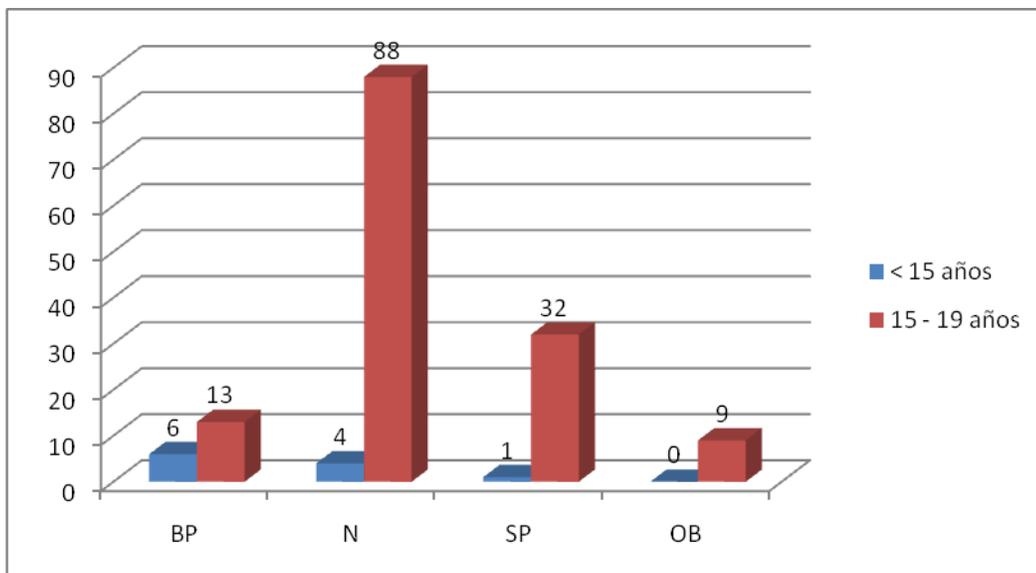
Los cambios culturales hacen que la vida sexual se inicie cada vez más precozmente, lo que conlleva un aumento del embarazo adolescente, realidad que se presenta en países desarrollados y en desarrollo, con importantes consecuencias sociales como es la perpetuación de la pobreza, la deserción escolar, 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 787 ingresos a control de embarazo, de los cuales 151 corresponden a menores de 19 años, lo que equivale a un 19,2% respecto de los ingresos totales. Así mismo el porcentaje de ingresos de menores de 15 años equivale a 0,6% disminuyen un punto porcentual en relación a 2011, en relación a las gestantes entre 15 y 19 años, corresponden a un 18,5% durante el 2012 aumentando en 3 puntos porcentual según lo informado el 2011

A nivel local, en el sector urbano de la comuna de Quillota nuestros registros muestran una tendencia similar a lo que sucede en el país. Los nacimientos de madres menores de 20 años representan el 19,2% del total durante el 2012,

Actualmente nuestra población femenina entre 15 y 19 años, beneficiarias de nuestro sistema, corresponde a 2776 jóvenes.

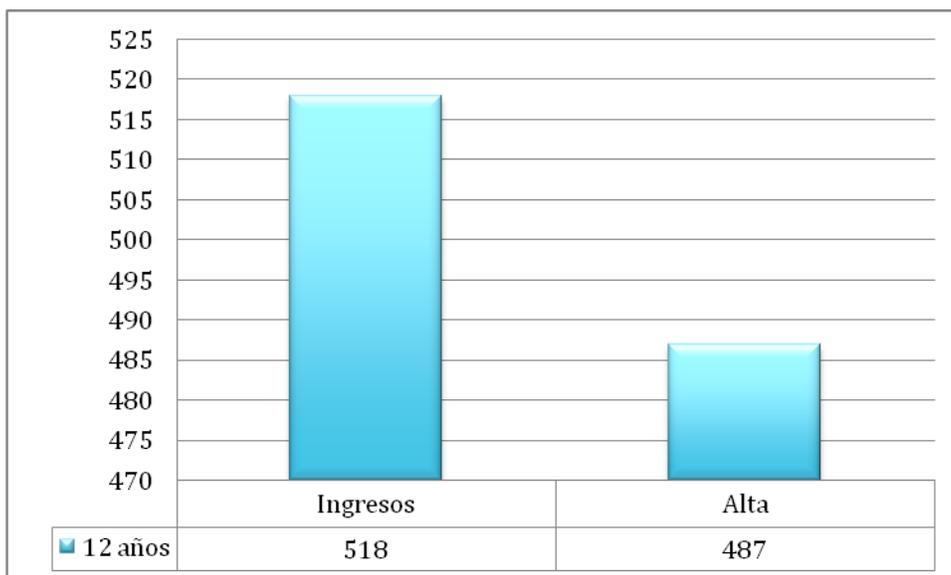
GRAFICO: ESTADO NUTRICIONAL GESTANTES ADOLESCENTES.



Respecto al estado nutricional de las gestantes adolescentes, el mayor porcentaje se ubica dentro de los rangos normales equivalente a un 60%, sólo un 12% presenta malnutrición por déficit y un 28% malnutrición por exceso.

AREA DENTAL ADOLESCENTE.

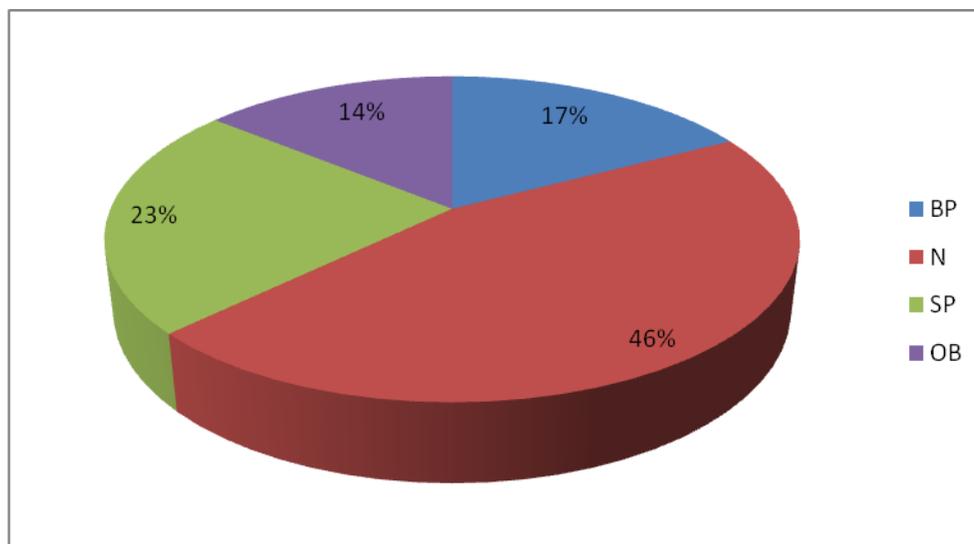
GRAFICO: ALTAS TOTALES SEGÚN INGRESO POBLACION 12 AÑOS.



De acuerdo a las atenciones periodo enero a octubre 2012, se han realizado 518 ingresos a tratamiento dental en niños/as de 12 años, de los cuales se han dado de alta total odontológica al 94% de los niños ingresados

Respecto a las coberturas de altas totales según población total per cápita de 12 años (1097), a octubre del 2012, se ha alcanzado una cobertura de un 44%. 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%)

GRAFICO: ESTADO NUTRICIONAL ADOLESCENTES SEGÚN FICHAS CLAP.



Respecto al estado nutricional de los adolescentes, eutróficos son un 46%, un 17% presenta malnutrición por déficit y un 37% malnutrición por exceso.

PROGRAMA PROVINCIAL DE TRATAMIENTO DE ALCOHOL Y DROGAS PARA MENORES DE 20 AÑOS – (GES 53).

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, se encuentra cubierta por las Garantías Explícitas en Salud (GES 53). Posee una modalidad ambulatorio básico, que asegura una atención oportuna, de calidad y gratuita.

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 en niños, niñas y jóvenes con un enfoque integral con perspectiva evolutiva, considerando las características propias de la etapa de desarrollo que vivencian los usuarios, potenciando sus recursos y habilidades y minimizando fracasos y debilidades.

METAS 2012:

Las metas solicitadas desde el SSVQ para el PAB Montún el año 2012, son 96 planes de tratamiento y 20 planes de seguimiento anuales. Es decir, manteniendo 8 planes de tratamiento y 2 planes de seguimiento al mes, se cumplirían las metas. Nuevamente no se plantean metas relacionadas a número de personas ingresadas.

Cada plan debe tener semanalmente 2 a 3 intervenciones, las cuales deben ser informadas en SIGGES. Respecto al proceso de tratamiento este tiene una duración de 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, persisten dudas respecto a las prestaciones otorgadas a las familias, ya que no existe un código específico que permita registrarlas como tal. Esta situación preocupa ya que quedan 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:

- 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**; prestación que se realiza en dupla psicosocial, generalmente los días viernes de cada semana.

Los jóvenes que residen en comunas distintas a Quillota, ingresan al sistema a través de su RUT, a diferencia de años anteriores donde se generaba un RUT FICTICIO. El ingreso solo les permite acceder a las prestaciones que ofrece el programa, sin perder la posibilidad de ser atendidos y/o recibir otro tipo de prestaciones de salud en el consultorio de su comuna.

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 hora 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:

- Consejerías a nivel individual, familiar y grupal.
- Evaluaciones y controles médicos.
- Tratamiento farmacológico. (Si corresponde)
- 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 2012:

- Taller de pesquisa, acogida y motivación para profesores del Liceo Leonardo Da Vinci, de la comuna de La Cruz.
- Taller de pesquisa, acogida y motivación para profesores de la Escuela República de México, de la comuna de Quillota.
- Taller de difusión y pesquisa, para profesores mesa de educación, de la comuna de Quillota.
- Organización de talleres educativos en drogodependencia, implementados en el “Mes de la prevención, en el auditorium del centro de salud, dirigidos a delegaciones de establecimientos educacionales: Escuela República de México, Colegio Tierra del Fuego, Colegio Cristiano, Liceo de Hombres.
- Organización e implementación de la feria de tratamiento, desarrollada en el Mes de la Prevención, en el CS. Cardenal Raúl Silva Henríquez, de Quillota.
- Organización y Celebración del “Mes de la Prevención”, desarrollada en dependencias del CS. Cardenal Raúl Silva Henríquez, de Quillota.
- Participación en las jornadas de trabajo para la elaboración de la Política Comunal de Drogas y Alcohol.
- Participación en mesas de tratamiento Previene La Calera y Quillota.
- Difusión sobre prevención, promoción y acerca de los programas de tratamiento y respectiva derivación a red social operante.
- Participación Feria de Tratamiento, organizada por Previene La Calera en Liceo Pedro de Valdivia”.
- 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.

LUGAR DE ATENCIÓN Y COBERTURA:

El Programa Montún se encuentra funcionando en las dependencias del Centro de Salud Cardenal Raúl Silva Henríquez, ubicado en Calle La Industria S/N, La Said; de lunes a viernes de 09:00 a 17:30 horas, sin embargo su cobertura abarca a todas las comunas de la provincia de Quillota. Los teléfonos de atención son 310160, 319757, 319788. Su mail es: montun@saludquillota.cl

DATOS ESTADÍSTICOS

INGRESOS SEGÚN SEXO:

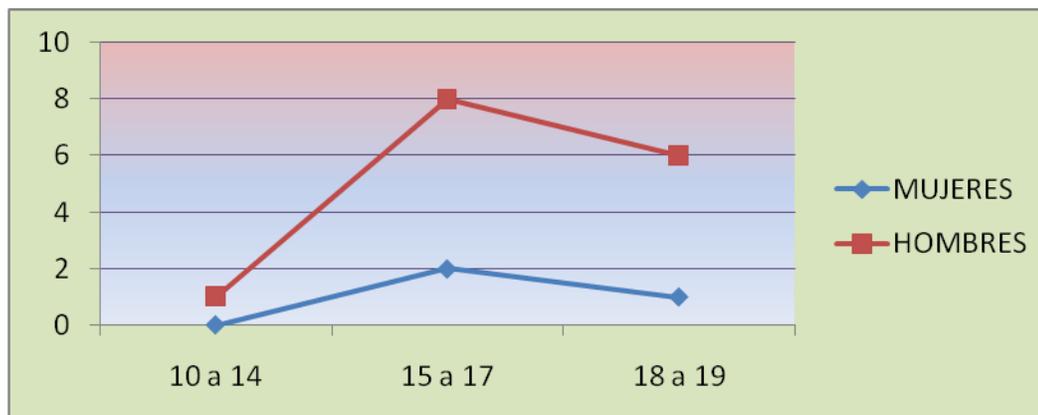
El año 2012 ingresaron 18 jóvenes, de los cuales 15 eran hombres y 3 mujeres. Del año 2010 continuaron su tratamiento 10 usuarios.



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 los usuarios más jóvenes de 14 años y el promedio de edad en general de 16,2.

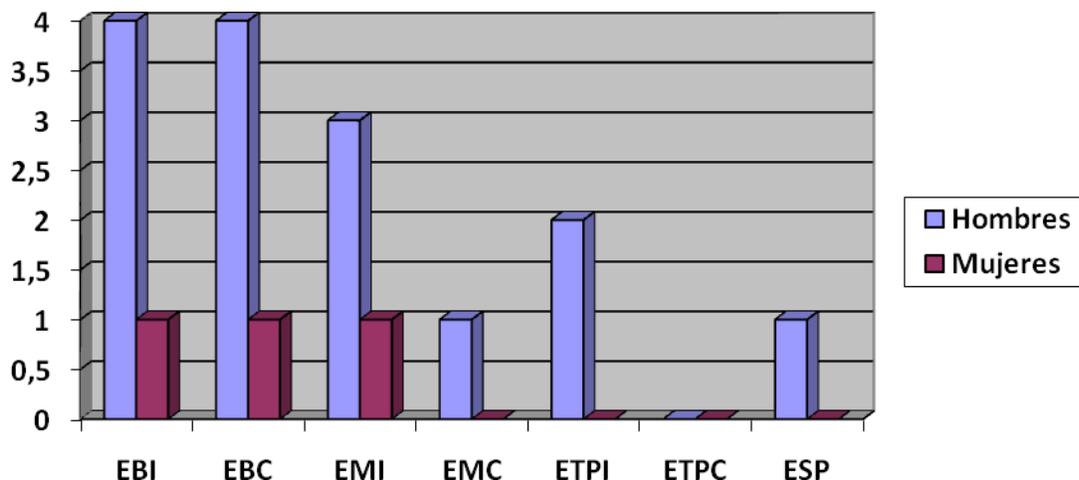
El promedio de edad por sexo en las mujeres es de 16.5% y en los hombres es 17.1%



INGRESO SEGÚN NIVEL EDUCACIONAL:

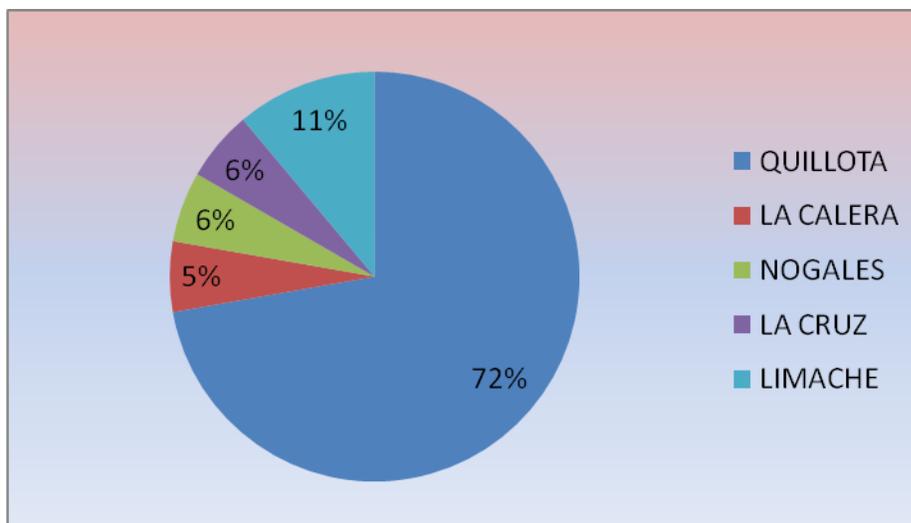
En cuanto al nivel educacional de los usuarios del programa este se concentra principalmente en la educación básica. De los jóvenes ingresados seis se encontraban en calidad de deserción escolar (una mujer y cinco hombres).

Respecto a otras modalidades de educación solo un usuarios cursa nivelación de estudio y un usuario asiste a la modalidad de preuniversitario.



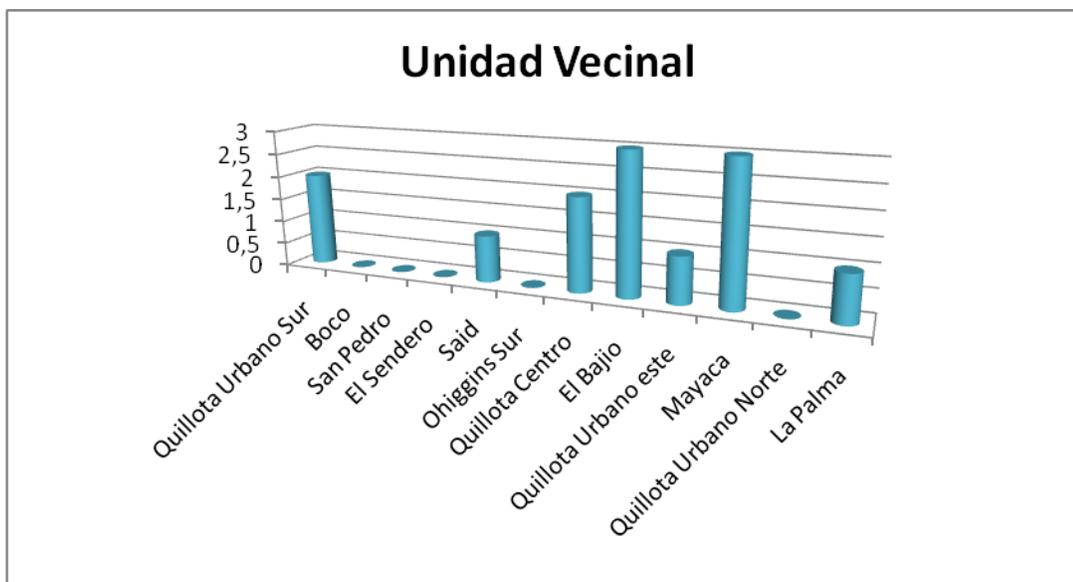
INGRESOS SEGÚN COMUNA:

De los 18 jóvenes ingresados al programa, 13 mantenían residencia en la comuna de Quillota, 2 en la comuna de Limache (Inscritos en Centro de Salud Silva Henríquez), 1 en la comuna de Nogales y 1 en la comuna de la Cruz, no existiendo a la fecha derivaciones desde la comuna de Hijuelas.



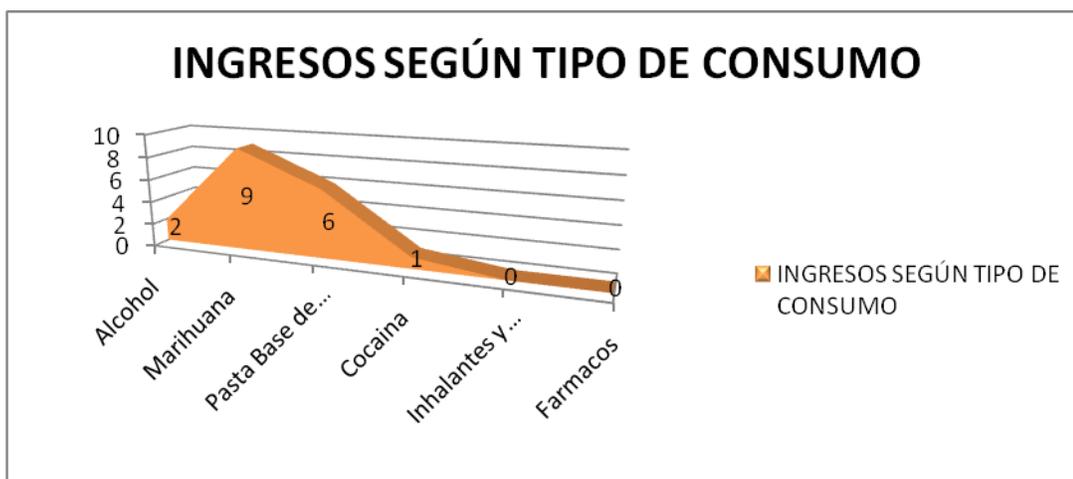
INGRESOS DE QUILLOTA SEGÚN UNIDAD VECINAL

Los ingresos del 2012 residentes en la comuna de Quillota, se concentran territorialmente en los sectores del Bajío y el Cerro Mayaca.



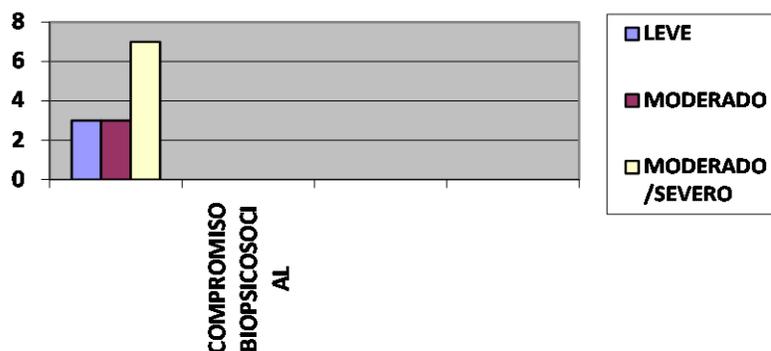
INGRESO SEGÚN TIPO DE CONSUMO:

De los jóvenes ingresados 5 de ellos presentan una problemática de poli consumos (una mujer y cuatro hombres). Según la droga principal los usuarios presentarían los siguiente consumos; Marihuana (9); Pasta Base de Cocaína (6); Cocaína (1), Alcohol (2), Inhalantes (0) y fármacos (0). Cabe destacar en el presente año el aumento paulatino y mantenido de jóvenes con consumo de PBC que solicitan ingreso al programa.



INGRESOS SEGÚN COMPROMISO BIOPSIOSOCIAL

En relación al compromiso biopsicosocial los actuales usuarios Montún presentan principalmente un compromiso moderado, existiendo casos con un diagnóstico Moderado a Severo, sin embargo se da respuesta al perfil asignado para el programa según guía clínica.



INGRESOS A MEDICO DE SALUD MENTAL

De los 18 jóvenes ingresados al programa, 13 poseen evaluación médica al día, de ellos solo 1 permanece en control y con tratamiento farmacológico. Actualmente se encuentra en gestión evaluación médica de dos usuarios, debido a los escasos de agenda de ingreso medico.

ACTIVIDADES TERAPEUTICAS Y PREVENTIVAS:

Conjuntamente con las metas solicitadas por el SSVQ al programa, el departamento de salud de Quillota, plantea que todos los centros de salud deben cumplir con metas de salud mental asociadas a intervenciones preventivas y terapéuticas dirigidas a personas mayores de 10 años con consumo “riesgoso” y “problema o dependiente” de alcohol y drogas, respectivamente.

Durante el 2012 se realizan 2 atenciones preventivas, dirigidas a dos hombres de 14 y 16 años respectivamente, quienes no presentan consumos de sustancias según datos recogidos en entrevista.

Respecto a las intervenciones terapéuticas, durante el año se realizan 28 entrevistas, concentrándose la edad de los asistentes entre los 15 y 18 años, de ellas 6 responden a prestaciones recibidas por mujeres y 22 recibidas por hombres. Las causales de no ingreso al programa son las siguientes;

- Usuario no acepta consumo ni tratamiento.
- Usuario de Isapre.
- Usuario no cumple con la edad requerida para el Programa, se deriva al programa El Molino.

- Consumo de drogas no problematizado, no desea ingresar a tratamiento.

ACTIVIDADES DE APOYO:

En los tratamientos por consumos de drogas y/o alcohol con niños, niñas y adolescentes es importante no sólo intervenir dentro del box, sino además gestionar y generar espacios transicionales fuera del centro de salud insertos en la comunidad, permitiendo con ello vincular a los jóvenes y a sus familias en su contexto, facilitando así su desarrollo en todas las áreas del individuo, potenciar sus recursos personales y familiares y superar situaciones de conflicto.

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, recreacionales y/o laborales 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.

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.
- Favorecer la rutina.
- Realización de actividades en familia.

Entre las actividades desarrolladas cabe mencionar:

Actividades Deportivas;

Los jóvenes y sus familias en coordinación con representantes de la Oficina de Deportes de la Ilustre Municipalidad de Quillota, acuerdan el establecimiento de un programa de acondicionamiento físico en el gimnasio municipal, fijando conjuntamente días y horarios de citación. Las actividades deportivas 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. Actividad supervisada por la asistente social del programa.

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 el buen uso del tiempo libre a nivel familiar y apoyar el cuidado del grupo de jóvenes.

Actualmente asisten 5 jóvenes a la actividad deportiva, siendo acompañados de algún miembro de red de apoyo, de ellos dos son mujeres y tres son hombres.

Actividades Laborales:

Con fecha 05 de julio del presente año, 12 usuarios del programa y 4 acompañantes de su red de apoyo, asisten y son capacitado en Apresto y laboral. Actividad gestionada conjuntamente con la Oficina Municipal de Intermediación laboral (OMIL). Siendo certificados y generándose posteriormente propuestas de trabajo.

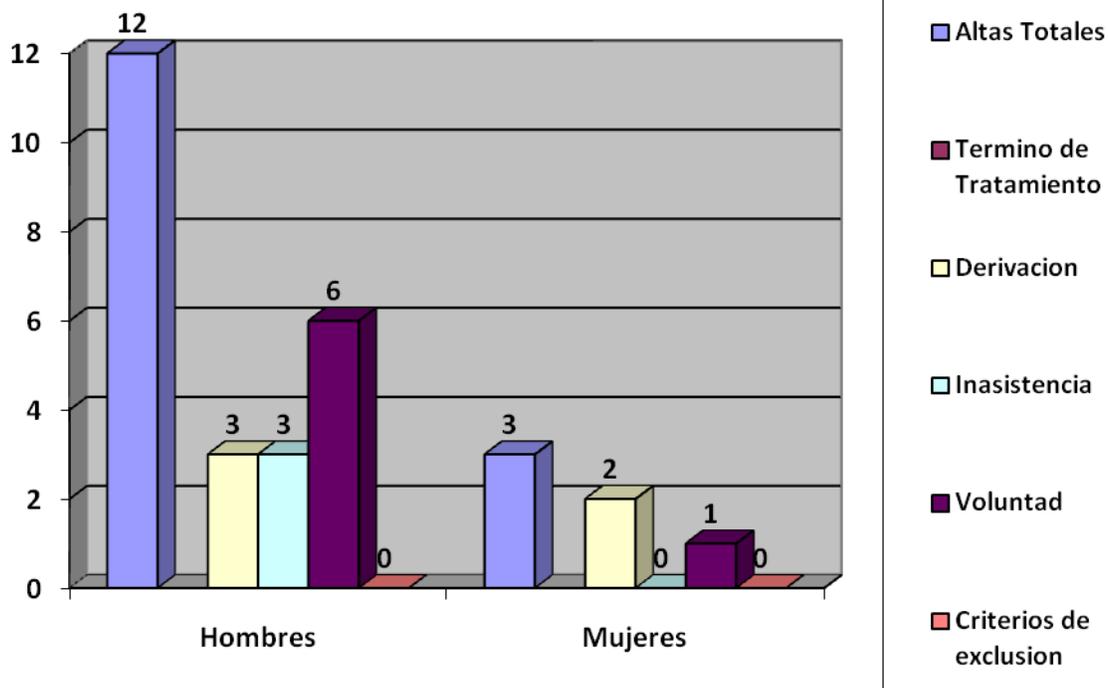
Actividades Recreativas: Actualmente se coordina con la oficina de deporte la posibilidad de generar nuevamente un espacio para los usuarios Montún, tal como se realizo durante el verano 2011 - 2012, donde los jóvenes asistían con su familia y bajo la supervisión de una de las profesionales del programa, gestión en curso.

EGRESOS

De los 28 jóvenes que se encontraban en el programa durante el año 2012, 15 fueron egresados. Egresos que a continuación se detallan

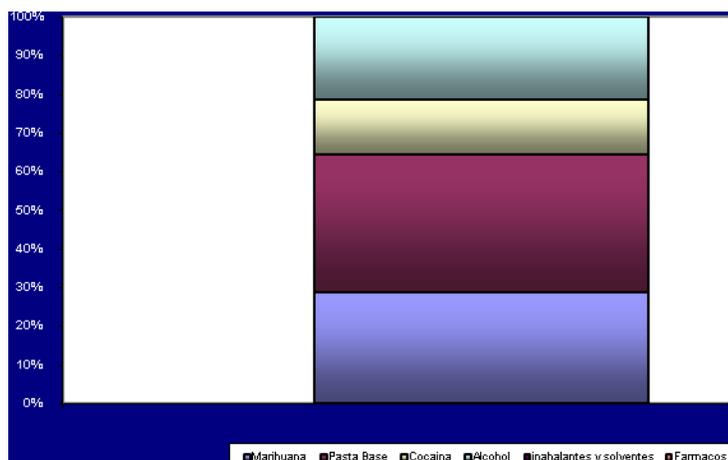
EGRESOS SEGÚN SEXO Y CAUSALES DE DERIVACION:

En relación a los egresos según sexo, 12 de ellos corresponden a hombres y 3 a mujeres.



EGRESOS SEGÚN TIPO DE CONSUMO

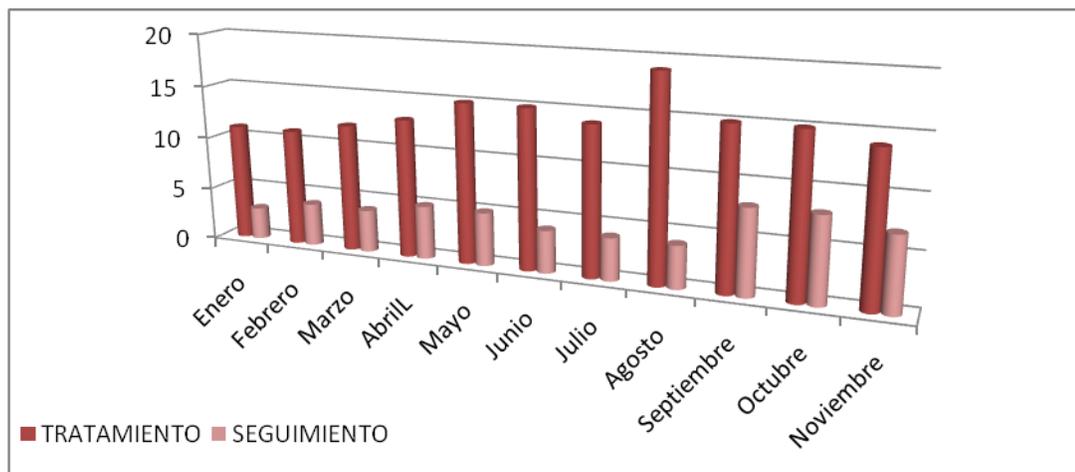
En relación al tipo de consumo existe un mayor porcentaje de egresos con consumos de THC.-



PROYECCION 2013

Según las metas planteadas por el SSVQ el Programa Montún a la fecha se encuentra con un total de plan de tratamiento de 154 planes por ende con un 137,50 % del cumplimiento. Respecto a las metas planteadas para el Plan de seguimiento el programa cuenta con 56 planes ósea un 175,00% cumplido.

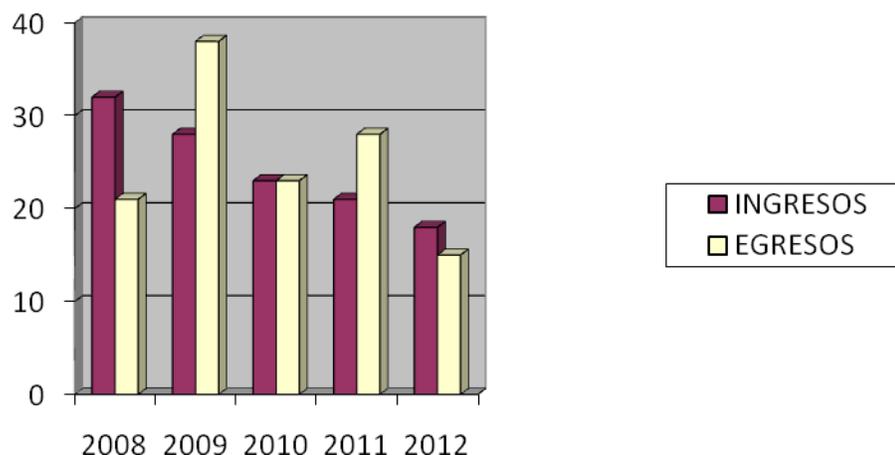
Al mes de noviembre del presente año, 9 usuarios se encuentran en etapa de tratamiento y 7 en etapa de seguimiento. A continuación se realiza un detalle mensual del tipo de plan:



Cabe señalar que durante noviembre del 2012 se harán efectivas 2 alta por término de tratamiento. Durante este mes además se encuentran en evaluación de pre ingreso 4 jóvenes.

Para el año 2012, son 14 jóvenes los que continuaran en el programa, 11 hombres y 3 mujeres, de los cuales 9 se encuentran en etapa de tratamiento y 5 en etapa de seguimiento.

Finalmente se entregan datos históricos que complementan la información recolectada y facilitan una evaluación en el tiempo acerca del funcionamiento del Programa Montún.

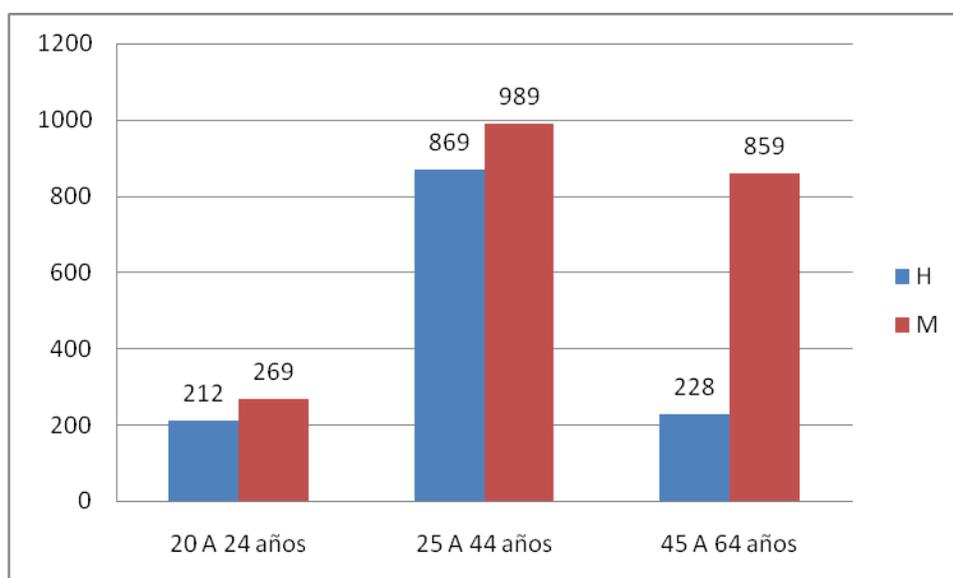


ADULTO:

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.

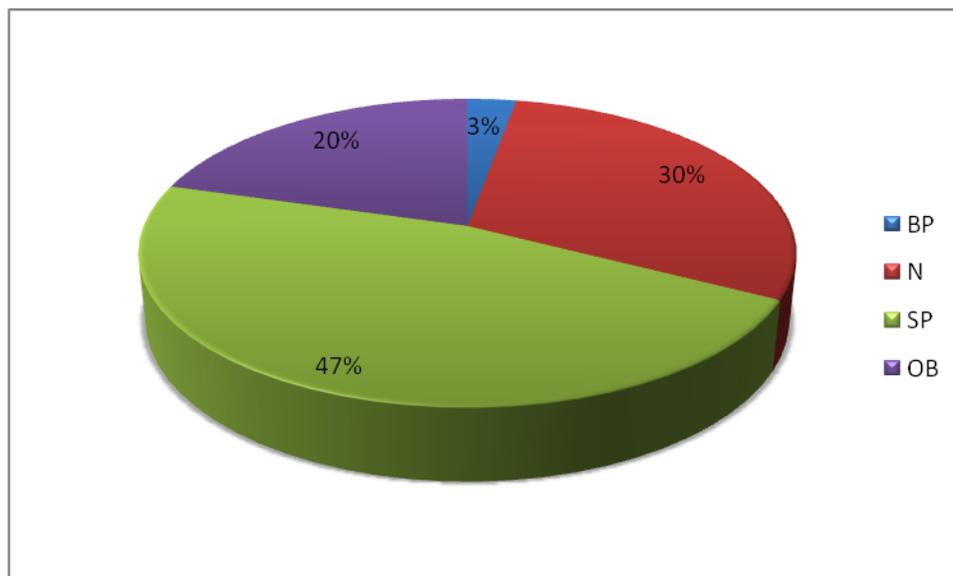
El examen permite detectar la presencia de enfermedades como diabetes o hipertensión. Desde Enero y hasta Diciembre del presente año 2009 el Centro de Salud Municipal Cardenal Raúl Silva Henríquez aplica 2914 examen médico preventivo (EMPA) a hombres y mujeres de entre 20 y 64 años con la finalidad de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

GRAFICO: EMP REALIZADO 2011 POR SEXO.



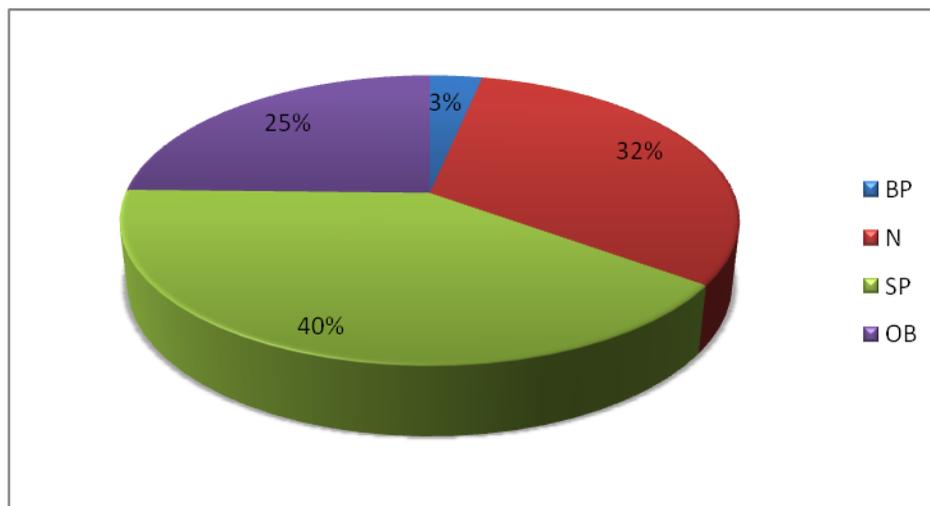
Durante el período enero a octubre se realizaron un total 3426 entre los rangos etáreos de 20 a 64 años. De estos, 2117 corresponden a mujeres y 1309 a hombres. Incrementando en un 14% en relación al 2011 el número de EMPA aplicados

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



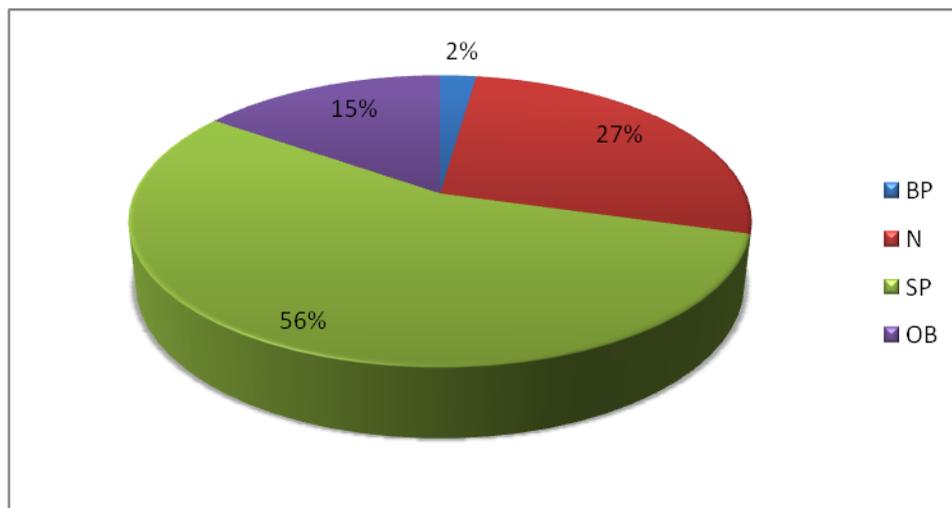
De acuerdo a los datos informados en el período enero a octubre del 2012, la población adulto, mayoritariamente presenta un estado nutricional normal 30% disminuyen en 11 puntos porcentuales en comparación al 2011, la malnutrición por exceso representa un 67% del total aumentando en relación al 2011 un 11%, y solo 2% presenta malnutrición por déficit igual al año anterior

GRAFICO: DIAGNOSTICO NUTRICIONAL POBLACION FEMENINA 20-64 AÑOS EVALUADAS EN EMP 2012.



Respecto al estado nutricional de las mujeres eutróficas equivalente a un 32%, sólo un 3% presenta malnutrición por déficit y un 65% malnutrición por exceso aumentando un 10% en relación al 2011.

GRAFICO: DIAGNOSTICO NUTRICIONAL POBLACION MASCULINA 20-64 AÑOS EVALUADAS EN EMP 2012.



En relación al estado nutricional de los hombres al igual que las mujeres aumentaron en un 15% la mal nutrición por exceso alcanzando un 71%, los eutróficos representan un 27% y los bajos peso un 2% del total.

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 2012

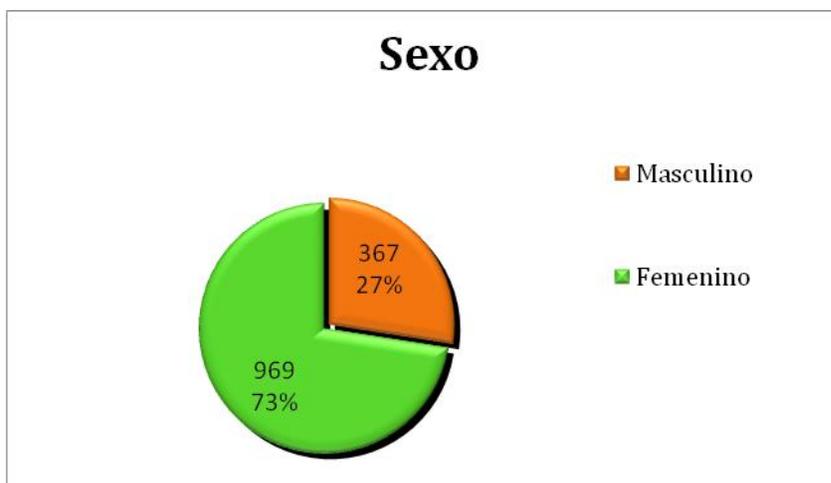


GRAFICO: PACIENTES INGRESADOS POR RANGO ETAREO.

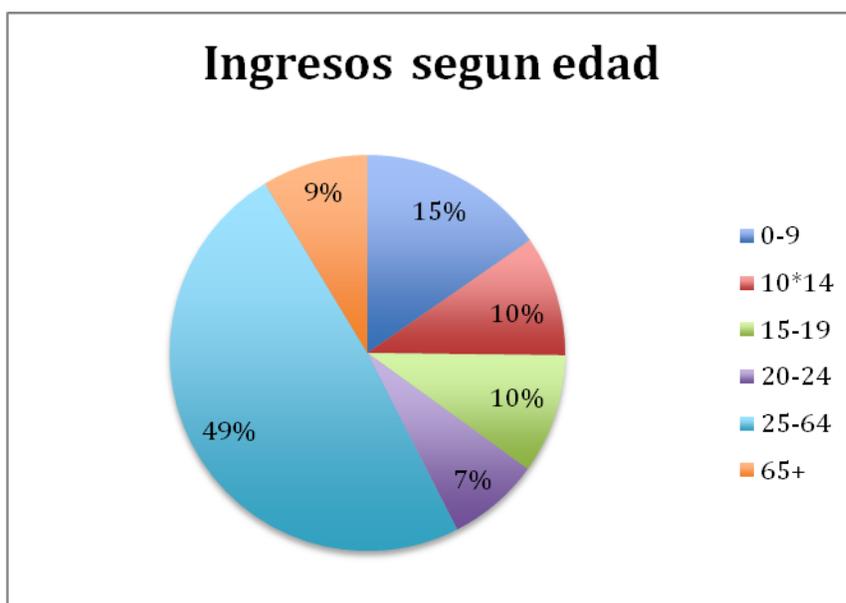


GRAFICO: PACIENTES INGRESADOS POR DIAGNOSTICO:

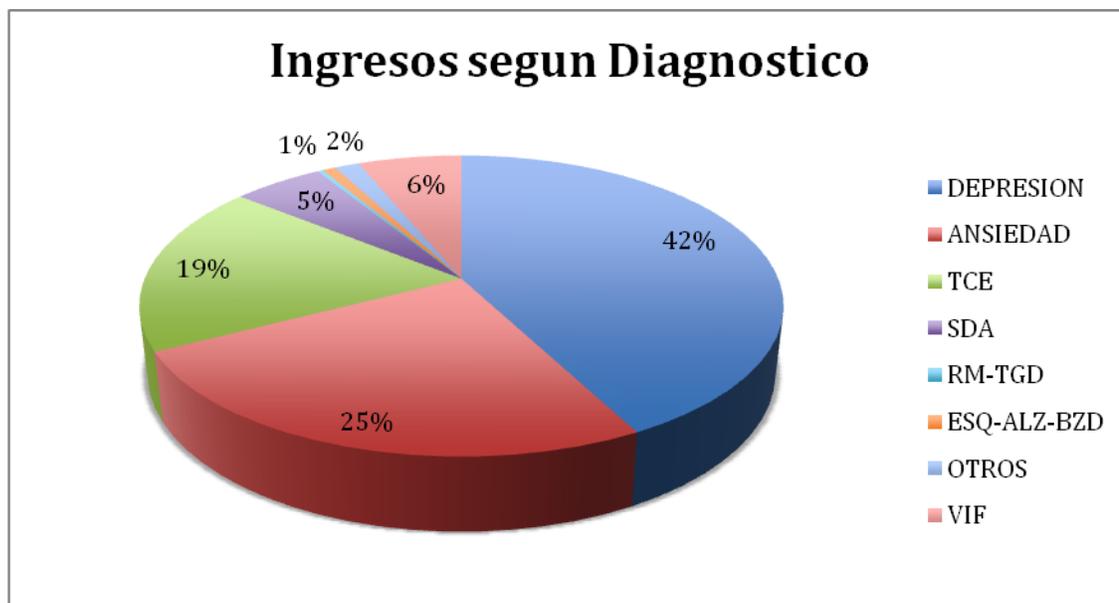


GRAFICO POBLACION CONTROL POR SEXO:

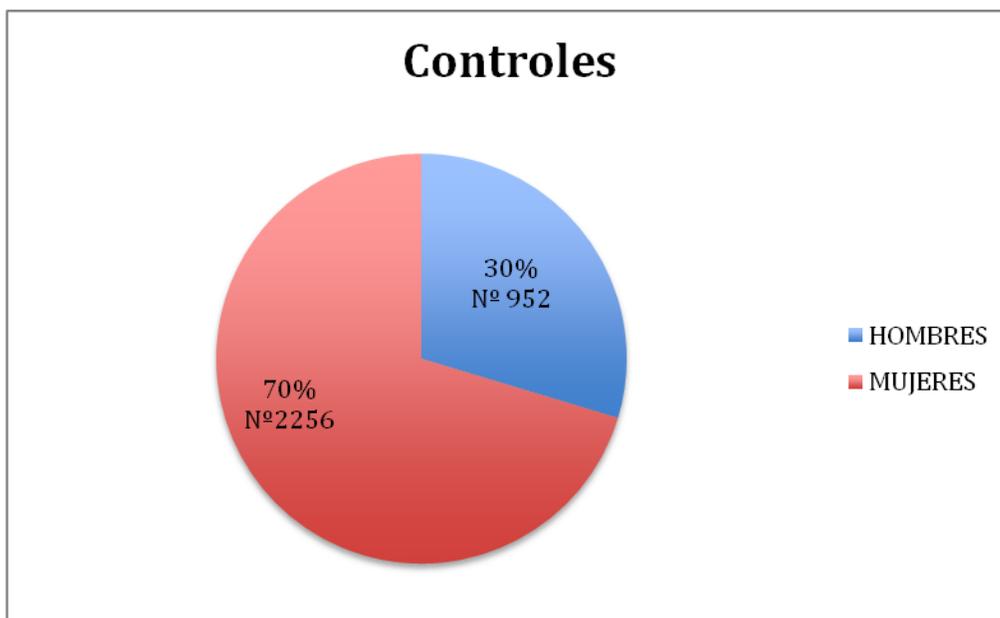


GRAFICO: POBLACION CONTROL POR EDAD.

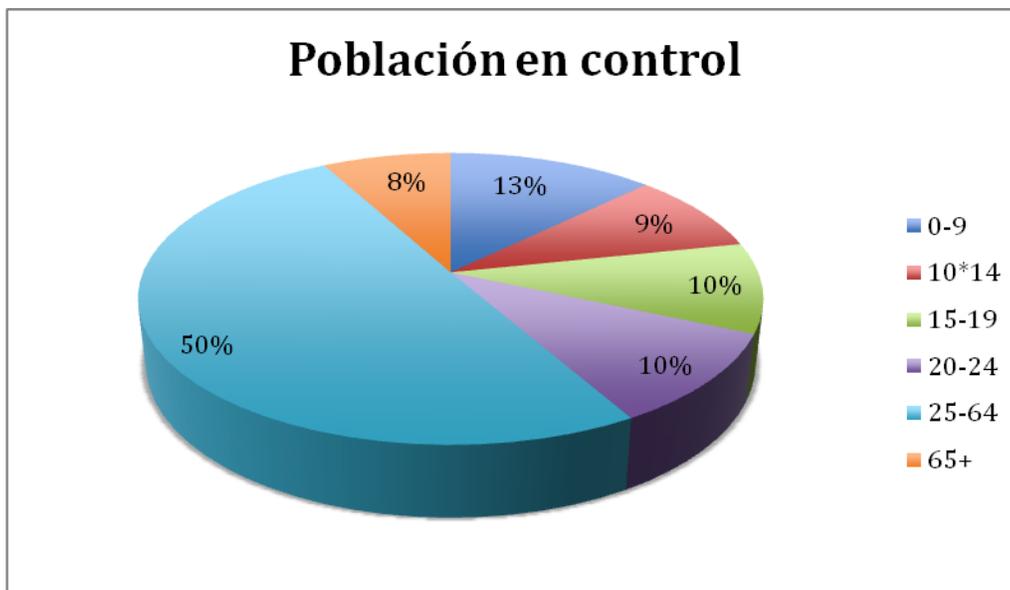


GRAFICO: POBLACION CONTROL SEGÚN DIAGNOSTICO:

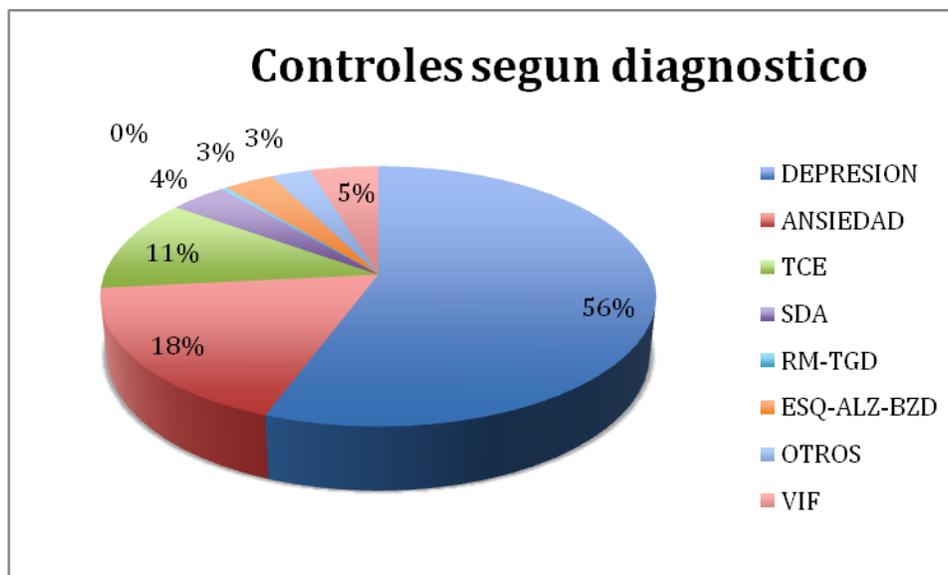
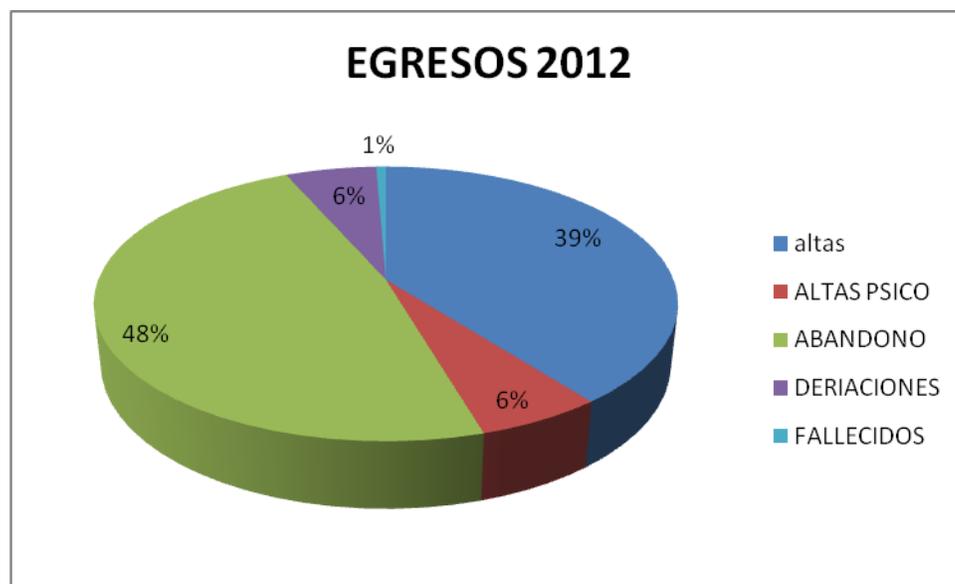


GRAFICO: EGRESOS AÑO 2012.



**EVALUACION PROGRAMA TERAPÉUTICO EL MOLINO
ENERO – OCTUBRE 2012**

DESCRIPCION DEL PROGRAMA

Programa “El Molino” forma parte de la Unidad de Salud Mental, surgiendo en el año 2006 a través de un convenio que realiza La Ilustre Municipalidad de Quillota con CONACE – FONASA -- MINSAL como una respuesta a la gran necesidad de rehabilitación en la comuna. La cobertura anual hasta el año 2010 es de 360 planes de tratamiento, y a partir del año 2011 se aumenta a 420, debiendo atender 35 planes cada mes.

Planes en los cuales se ejecuta un conjunto de intervenciones y prestaciones recomendables para el logro de los objetivos terapéuticos dirigido a personas que presentan consumo perjudicial o dependencia a sustancias psicoactivas y compromiso biopsicosocial leve y moderado, donde resalta la existencia de una actividad ocupacional (laboral o educacional) parcial o total y la existencia de red de apoyo (Norma y Orientaciones técnico- administrativas de los Planes de tratamiento y rehabilitación para personas adultas con problemas derivados del consumo de drogas. 2012. Convenio SENDA- MINSAL).

EQUIPO EJECUTOR DEL PROGRAMA

NOMBRE	PROFESION	HRS. CONTRATADAS
Fabiola Gaete	Asistente Social / Coordinadora	44 hrs.
Carol Torres	Psicóloga	44 hrs.
Oscar Alvarado	Psicólogo	22 hrs.
Paloma Acevedo	Terapeuta Ocupacional	22 hrs.
Leonor Lagos	Terapeuta Ocupacional	11 hrs.
Eduardo Bastías	Médico Psiquiatra	8 hrs.(mensuales)

Observación: Además es importante mencionar que dentro del equipo también aportan con horas profesional para usuarios Molino, 1 enfermera, 1 nutricionista, 1 matrona y 1 médico general (cada uno con 2 horas).

Sin dudas el presente año ha sido muy provechoso en el sentido de contar con un equipo como el mencionado, de 44 hrs. de psicólogo se aumentaron a 66 a fines del año 2011 lo cual generó un crecimiento tanto en la calidad como en la cantidad de prestaciones otorgadas, sumado a lo anterior estuvo la incorporación de 11 hrs. de terapeuta ocupacional, instancia que aún en la actualidad sigue siendo una prioridad al momento de planificar acciones, durante el año 2013 insistiremos en el aumento de 11 hrs. más de esta profesional principalmente por el carácter con el cual se desarrolla un programa de esta envergadura, entiéndase necesidad de fortalecer el área de integración social.

POBLACIÓN OBJETIVO (PERFIL DE INGRESO):

Este programa está dirigido a personas beneficiarias de FONASA, mayores de 20 años de la provincia de Quillota que presentan un consumo abusivo o dependiente de sustancias psicotrópicas ilícitas, destacándose un compromiso biopsicosocial más bien de carácter leve a moderado. Cabe señalar que en este programa es relevante que la persona que consulta desarrolle una actividad ocupacional remunerada, labores de casa y/o estudios en jornada parcial o total; y que por otra parte posea un referente o grupo significativo que le acompañe en las intervenciones a desarrollar durante el proceso terapéutico.

Ahora bien las personas que aún cumpliendo los criterios de inclusión presentaran consideraciones especiales que determinen un perfil para tratar en un dispositivo de mayor complejidad, se determinará su derivación, instancia en la cual equipo le acompañará hasta obtener el ingreso a dicho dispositivo.

Dentro de las consideraciones especiales se encuentran:

- Personas que poseen un diagnóstico de consumo y un compromiso biopsicosocial severo
- Personas con patología psiquiátrica dual (no compensada y otra condición que los incapacite para integrarse a las intervenciones del programa).
- Personas en situación de calle
- Personas que manifiesten conductas antisociales que imposibilite el respeto de las normas mínimas de convivencia (problemas judiciales asociados con delitos tipificados contra las personas).

OBJETIVOS PROGRAMA EL MOLINO

OBJETIVO GENERAL

Potenciar el logro de la suspensión y/o reducción del uso de sustancias psicotrópicas a través de un proceso terapéutico integral, que posibilite el desarrollo de un funcionamiento general más armónico, tanto para la persona como para su entorno familiar.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Efectuar un diagnóstico Integral de la persona en atención
- Apoyar y fortalecer el proceso de motivación al cambio
- Definir plan de intervención según diagnóstico, ejecutando intervenciones terapéuticas y educativas, dirigidas a la persona afectada, su familia y a la relación entre ellos
- Propiciar la problematización de los factores que facilitan y mantienen el consumo
- Fortalecer los factores protectores que permitan el logro del proceso de cambio
- Apoyar y fortalecer estrategias de prevención de recaídas
- Apoyar el desarrollo de habilidades sociales
- Orientar y fomentar la integración social y ocupacional
- Apoyar y orientar el propósito de cambio en el estilo de vida
- Fortalecer y reparar las relaciones vinculares significativas
- Entrenar en estilo de crianza saludables
- Facilitar el proceso de preparación para el egreso de acuerdo a los criterios definidos.
- Realizar seguimiento del proceso de cambio posterior al egreso

INGRESO AL CENTRO

La persona consultante debe estar inscrita en el Centro de Salud “Cardenal Raúl Silva Henríquez” para recibir todas las prestaciones que otorga Programa **El Molino**, incluidas las asociadas a percapita, en el caso de que usuario (a) no sean de la comuna y si residan en la provincia podrán igualmente inscribirse en Centro de Salud, pero sólo podrán recibir las atenciones exclusivas del Programa.

Al solicitar hora es la persona, familia o referente de apoyo quien se acerca a Admisión del C.S.C.R.S.H., o a través de vía telefónica solicitando hora en agenda electrónica “**Entrevista Motivacional**”. En el caso que sea un profesional quién derive puede solicitar hora por correo electrónico o por vía telefónica al equipo terapéutico.

Una vez que la persona obtiene su hora en agenda ENTREVISTA MOTIVACIONAL, un profesional realiza la **Consulta Salud Mental** que tiene por objeto conocer motivo de consulta, origen de ingreso, información personal, familiar y social y otros relativos al consumo de sustancias psicotrópicas, antecedentes que además evidenciarán elementos de juicio para evaluar tanto diagnóstico como compromiso biopsicosocial. La información recabada se presenta en reunión clínica donde se analiza si persona corresponde a población objetivo, de considerar que persona cumple con perfil de ingreso se le otorgan nuevas citas e ingresa a SISTRAT (Registro digital Nacional de Personas en tratamiento on line), en caso contrario profesional que le entrevistó efectúa derivación a dispositivo de mayor complejidad perteneciente a SENDA o a Servicio Salud de la región sin que esta persona ingrese a SISTRAT.

ETAPAS DEL TRATAMIENTO

El proceso terapéutico tiene una duración aproximada de 7 a 9 meses, con una fase de seguimiento de un año. Basando su quehacer en una mirada biopsicosocial, sustentada en teorías como las de sistema, apego, ecológica, transteórico del cambio, ocupación humana, entre otras.

Inserto en las etapas de tratamiento y concordante con instrumentos aplicados y gestiones que se consideran en la intervención se encuentra el **enfoque con perspectiva de género**, insistiendo en una atención de carácter vespertino que recoge la necesidad de un número significativo de varones que se desempeña en obras agrícolas o de construcción, y también enfatiza el trabajo con la mujer muy a pesar de la no existencia de red de apoyo. También se destaca el enfoque de género en el consentimiento de ingreso, donde se resalta su relación con los hijos, insistiendo en que el equipo siempre puede atender al usuario (a) en el caso de que exista otro profesional del equipo que pueda cautelar por el cuidado de sus hijos mientras se encuentran en intervención.

El proceso terapéutico se desarrolla en cuatro etapas que se definen a continuación:

Etapas de Acogida y Elaboración Diagnóstica: Es un período de acogida y contención que tiene como fin favorecer vínculo y recopilar información diagnóstica relativa a su salud mental, física, estadio motivacional, compromiso biopsicosocial. (Aproximadamente se prolonga de 1 mes a mes y medio).

Etapas de Estabilización y Tratamiento: Es una etapa que tiene como fin principal la co-construcción del plan de Tratamiento Individual. Etapa donde se enfatiza el trabajo terapéutico, donde participa activamente la persona y su grupo familiar y/o de referencia, con el objeto de modificar las formas de relación y estilos de vida que favorecen el consumo (aprox. 4 meses)

Etapas de Pre- Egreso: Etapa en la cual la persona inicia la co-construcción de proyecto de vida, el equipo socioeduca y potencia la generación de estrategias que favorezcan una reinserción social efectiva, fortaleciendo rutinas establecidas durante etapa de tratamiento. (aprox. 2 meses)

Etapas de Seguimiento: Consiste en el acompañamiento post tratamiento que tiene como objetivo mantener y fortalecer pensamientos, actitudes y comportamientos que favorecen abstinencia o reducción del consumo. (Aprox. 12 meses)

EGRESO DE TRATAMIENTO

Por **egreso** se entiende al término de la relación entre la persona y Programa El Molino; el equipo clínico basado en la Norma técnica SENDA / MINSAL considerará motivos de egreso los siguientes:

- **Alta Terapéutica:** cumplimiento de objetivos terapéuticos Evaluación realizada por equipo tratante en acuerdo con la persona.
- **Alta Administrativa:** Decisión del equipo tratante de egresar a la persona del programa por incumplimiento grave a las normas de convivencia como robo, tráfico al interior del centro, agresión, etc. También procede en caso de traslado de domicilio, reclusión en Centro de Gendarmería, fallecimiento.
- **Derivación:** Si la persona no cumple perfil de población objetivo, ya sea que presente una o más consideraciones especiales el equipo sugiere derivación a otra instancia de mayor complejidad, ya sea SENDA o de MINSAL, situación es descrita en Consentimiento informado que la persona firma al ingresar a proceso terapéutico. También puede originarse derivación a otro centro de rehabilitación de la misma complejidad que el nuestro si la persona requiere por motivos personales o laborales modificar su domicilio a una nueva provincia o región del país.

- **Abandono:** inasistencia y/o pérdida de contacto de la persona en tratamiento por un tiempo igual o mayor a 60 días, habiéndose realizado a lo menos dos acciones de rescate, estas acciones permiten evaluar las razones de la interrupción de la asistencia y estimular que el usuario retome su tratamiento.

Evaluación de egreso del proceso terapéutico:

La evaluación que se efectúa del proceso terapéutico corresponde a la apreciación clínica que hace el equipo o profesional tratante con la persona en tratamiento y su apoderado, evaluándose el nivel alcanzado de logro en los objetivos terapéuticos planteados al inicio del proceso y descritos en el plan de tratamiento individual.

Los criterios incluyen la evaluación del estado clínico y psicosocial al momento del egreso y una apreciación pronóstica del equipo tratante. Las variables a evaluar son las siguientes:

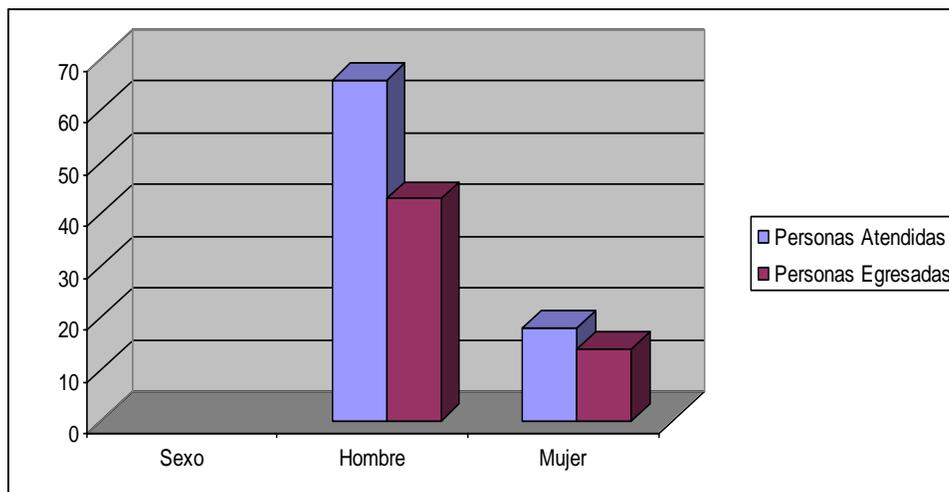
- **Patrón de consumo:** el tipo de sustancia, la dosis, la frecuencia y tiempo de consumo, el contexto de consumo, vale decir, forma de acceso a la sustancia, consumo en compañía o en solitario, entre otros.
- **Situación familiar:** calidad de las relaciones al interior del grupo de referencia y la actitud de familia o cercanos en relación al consumo.
- **Relaciones interpersonales:** calidad de relaciones entre sus pares en el contexto general, y el referido al problema de consumo.
- **Situación ocupacional:** de la experiencia laboral, de estudios y del tiempo libre (u ocio).
- **Trasgresión a la norma social:** actitudes conductas personales que violan principios, normas y expectativas sociales, que incluye la comisión de faltas o delitos
- **Estado de salud mental:** existencia de algún problema de salud mental diagnosticado por CIE – 10 o DSM - 4
- **Estado de salud física** (incluye control natalidad, control embarazo y sexualidad responsable): existencia de algún problema de salud diagnosticado por CIE – 10 o DSM - 4

Y las categorías de consenso son:

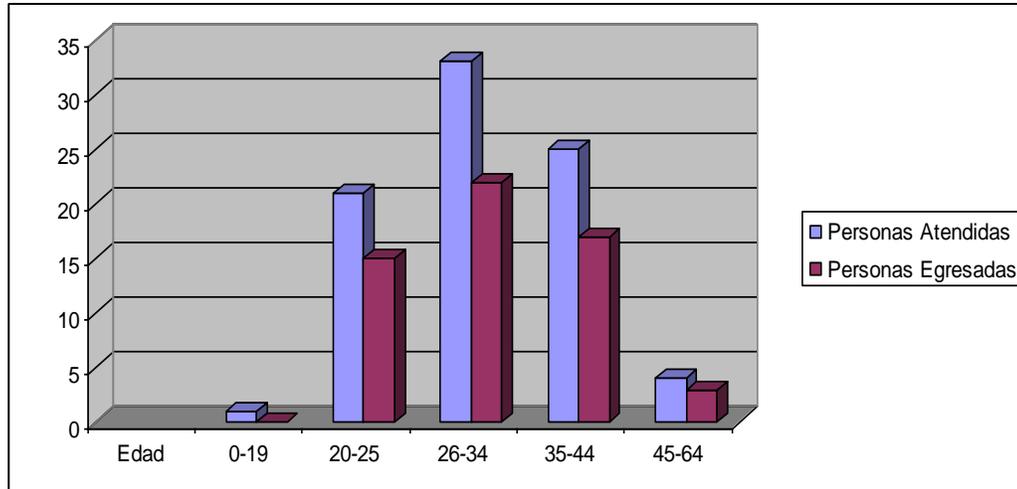
- **Logro alto:** alcance de la totalidad de los objetivos planteados. La persona se encuentra en condiciones de integrarse al medio de manera satisfactoria. Se aprecia la decisión por consolidar un cambio favorable en su estilo de vida.
- **Logro intermedio:** alcance parcial de los objetivos, requeriría de un período de apoyo para una integración social satisfactoria. Se aprecia una débil disposición y preparación para sostener un cambio de estilo de vida.
- **Logro Mínimo:** con alcance mínimo de logros de los objetivos planteados. Se mantienen sin modificación la generalidad de las variables personales y del contexto que hacen pensar que la persona se encuentra en riesgo de una probable recaída. Se aprecia una débil o nula disposición al cambio en estilo de vida.

ANALISIS EN GRAFICOS DE LA SITUACION AÑO 2012

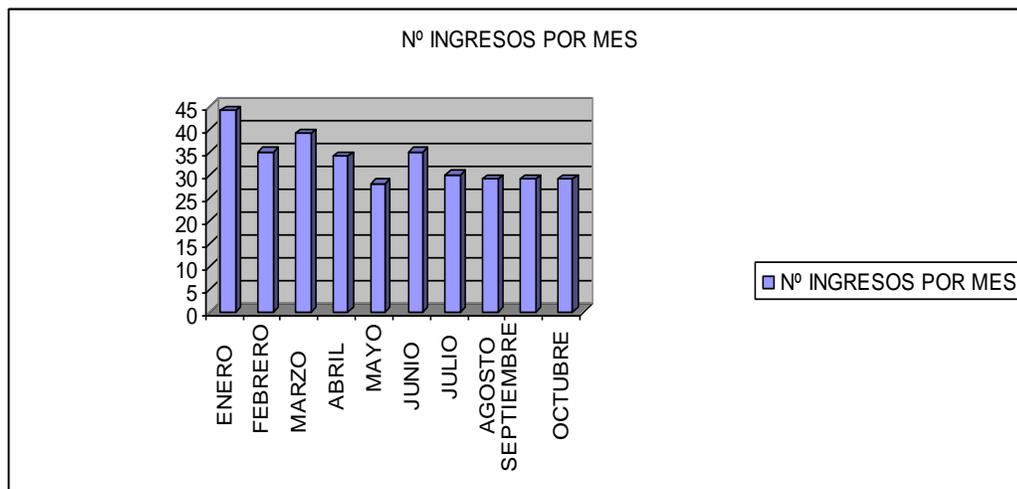
El presente análisis fue extraído de los datos arrojados por SISTRAT, sistema SENDA digital on line.



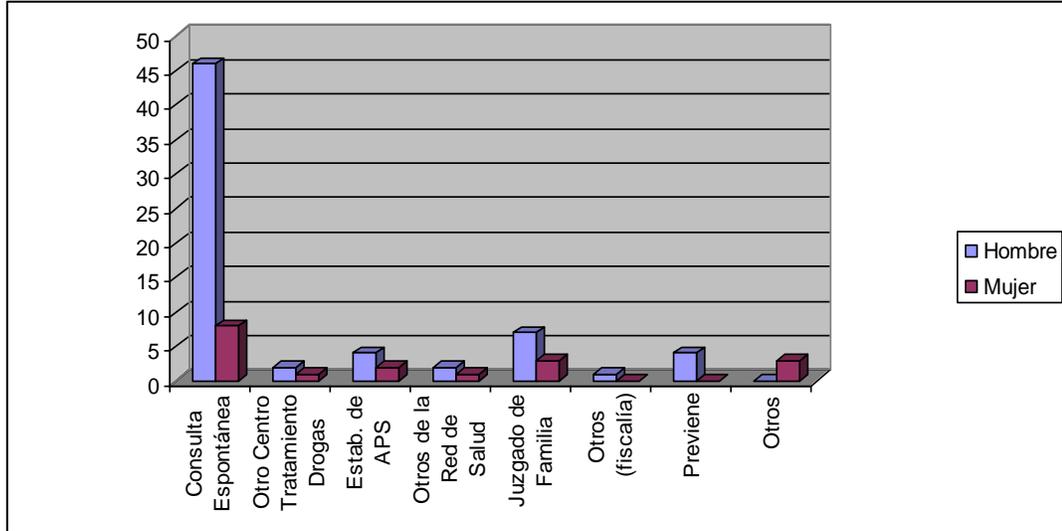
El grafico da cuenta que el presente año fueron atendidas 84 personas, egresando 57 de ellas, como es habitual en programas de rehabilitación es significativo el número de varones que ingresa o consulta por tratamiento, en el caso de Programa El Molino 66 varones ingresaron a tto., y tan sólo 18 mujeres, esto en porcentaje equivale a un 78% de hombres y 22 % de mujeres.



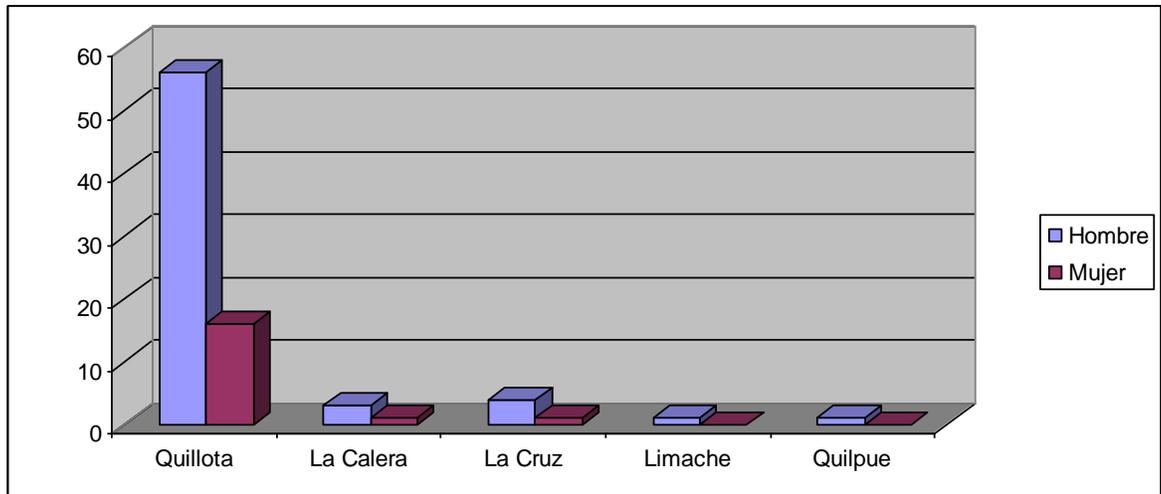
Respecto del tramo etáreo, el porcentaje mayor de ingresos se encuentra entre los 26 a 34 años un 39 % , edad que puede asociarse al ciclo vital de adulto joven en que comienza a desarrollarse la familia de procreación y lo que se observa es que precisamente son las parejas o cónyuges las personas que mayormente problematizan consumo.



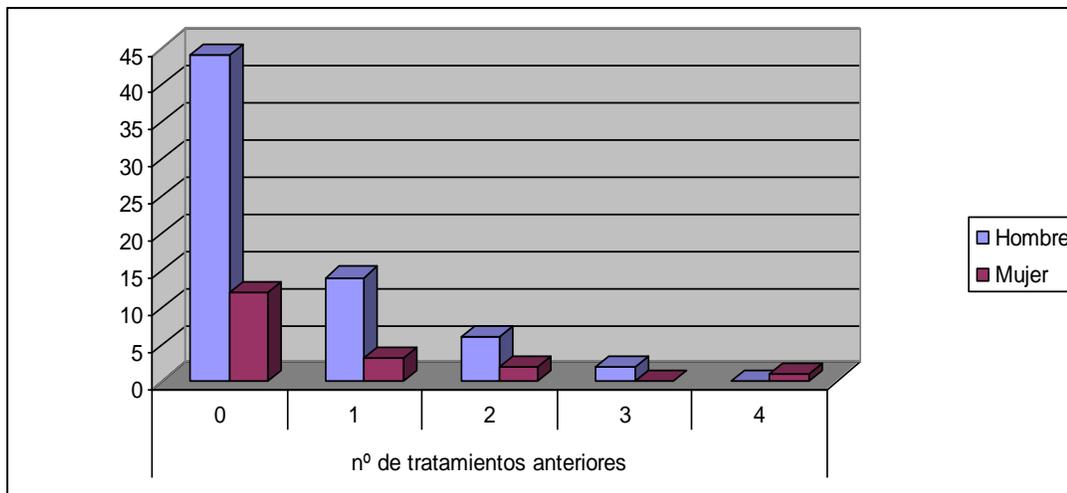
Los planes que atendemos por mes deben ser 35, sin embargo el equipo ha priorizado la atención de perfiles que sean acordes a la realidad de un programa básico, generándose de julio hasta la fecha un declive en aumento de planes, priorizando la calidad en la atención y evitando el desgaste del equipo clínico, tan común cuando ingresan usuarios pertenecientes a dispositivos de mayor complejidad.



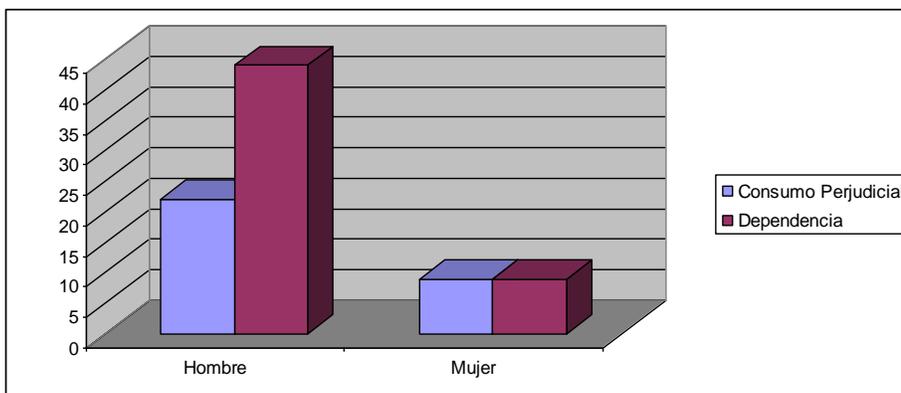
Como es habitual en los años anteriores, la principal vía de ingreso es la consulta espontánea 64%, esto puede deberse a que el programa ya se encuentra instalado desde el año 2006 y ya han transitado más de 500 personas por él, lo que le ha hecho visible a la comunidad. Otro porcentaje a destacar es el 12 % que ingresa por vía juzgado de Familia y esto evidencia el trabajo en red que efectúa nuestro Centro de Salud con instancias gubernamentales de la Comuna.



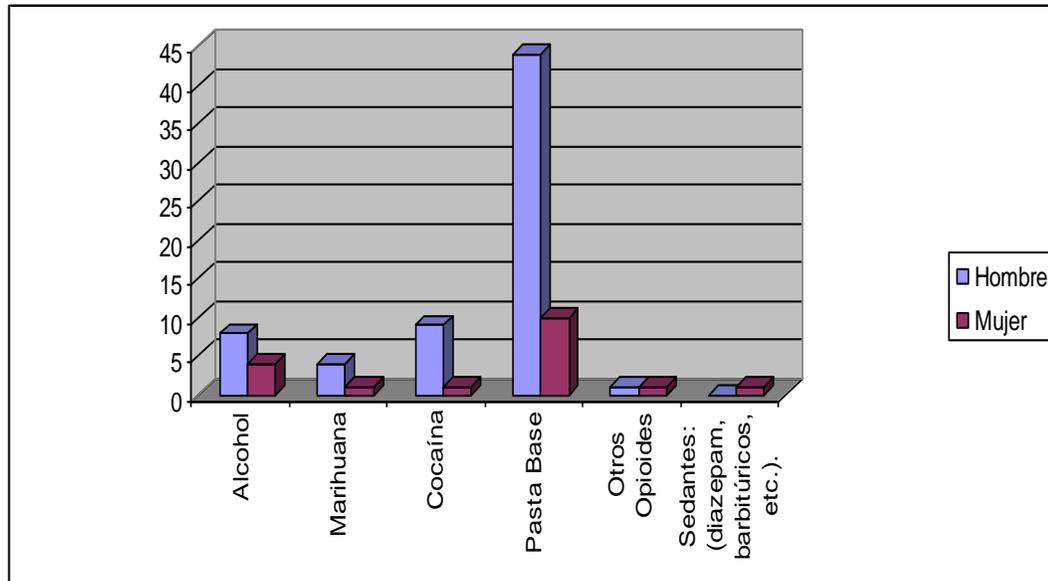
Si bien Programa El Molino es un programa provincial, ha podido otorgar atención a comunas como Limache y Quilpúe que son de la provincia Marga Marga, por supuesto que el porcentaje principal corresponde a la comuna Quillota 87%, lo cual tiene que ver con el acceso de usuarios a nuestro Centro de Salud.



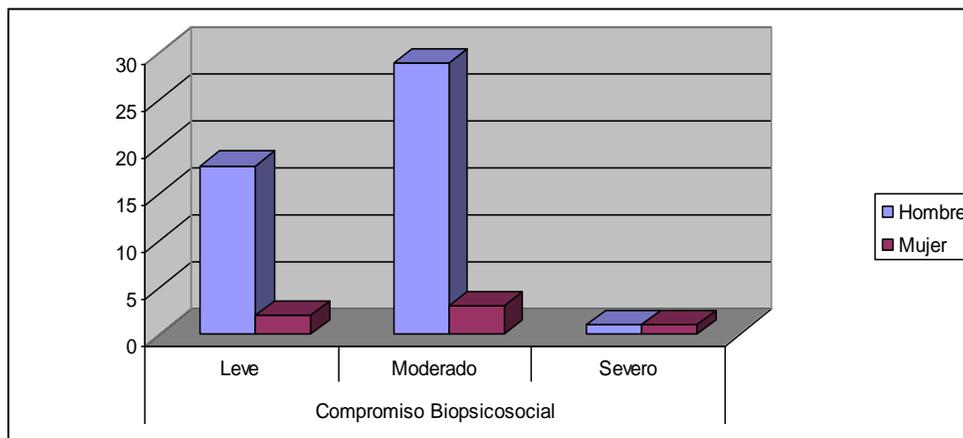
Es relevante observar que de las personas que ingresaron a tratamiento el presente año un 67% de éstas Programa El Molino era la primera instancia de tratamiento y con ello se puede apreciar que nuestro equipo efectuó un filtro más específico en lo relativo a la complejidad de la persona consultante; ahora bien si a esto se le suma el número de personas que ya habían hecho un tratamiento anterior se llega al 87% de la población en atención, bastante más significativo que los porcentajes de personas ingresadas que superaban dos instancias de tratamiento anterior.



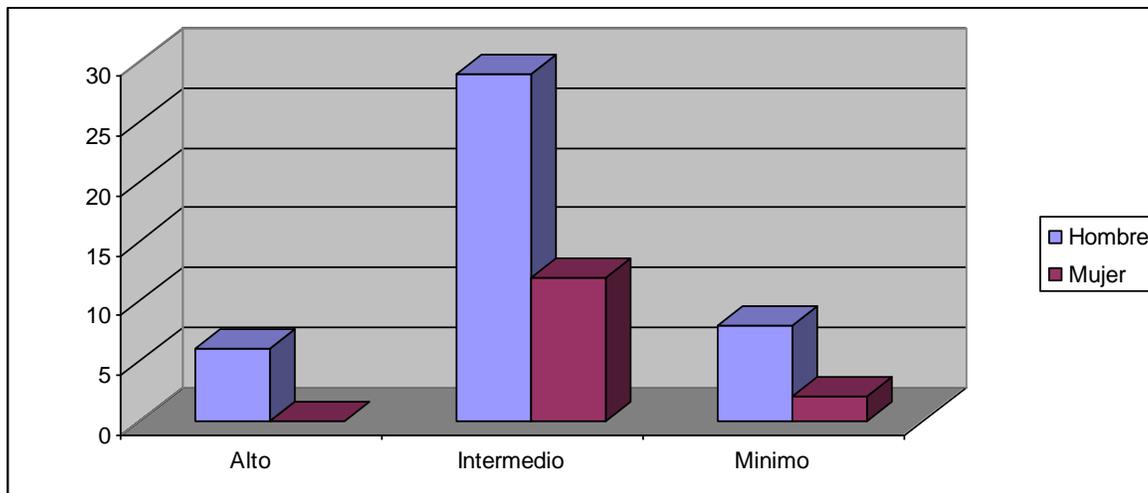
El grafico evidencia que el diagnóstico de consumo no ha variado el año 2012, aún son la mayoría de las personas atendidas dependientes 63% y por lo mismo sigue siendo relevante efectuar todos los esfuerzos asociados al logro de la desintoxicación a corto y mediano plazo, de ahí que sea tan significativo continuar trabajando con la familia, efectuando trabajo en red y potenciando metas realistas, donde en más de una ocasión surge la reducción del daño como una alternativa a evaluar, pues de los 57 egresados tan sólo 15 obtuvieron alta terapéutica y es posible que el resto de los egresados haya observado que la reducción en su consumo era una meta final para éstos.



Este gráfico perfectamente puede relacionarse con el anterior que señala que existe un 63% de personas tratadas que poseen un diagnóstico de consumo dependiente, pues en este gráfico se registra la sustancia principal que llevó a la persona a ingresar a tratamiento, es evidente que sustancias como la pasta base y la cocaína son las que tienen el mayor porcentaje, en el caso de la pasta base, 54 personas la consumían y por lo mismo no puede asociarse este consumo a un diagnóstico de perjudicial, es más sin se observa el porcentaje, precisamente es un 64%, bastante similar al de diagnóstico de dependencia.

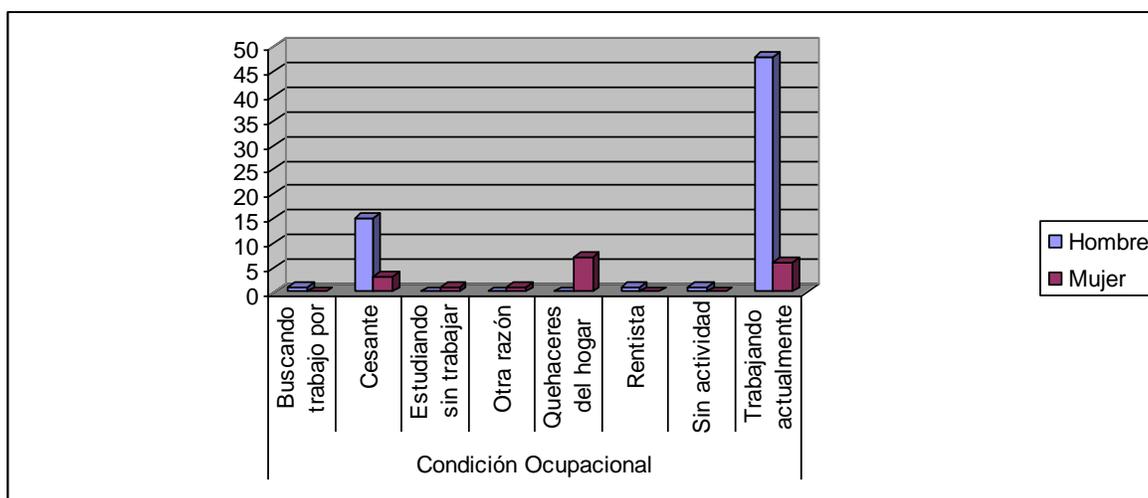


Es importantísimo observar este gráfico que da cuenta que la población tratada el presente año poseía un compromiso biopsicosocial leve a moderado y por lo mismo el equipo pudo desarrollar un trabajo de mayor calidad en lo asociado a intervenciones terapéuticas relativas a etapa de tratamiento, e incluso de los 57 egresados, 49 superaron los tres meses de tratamiento, hecho que evidencia un cambio en la dinámica de tratamientos anteriores.

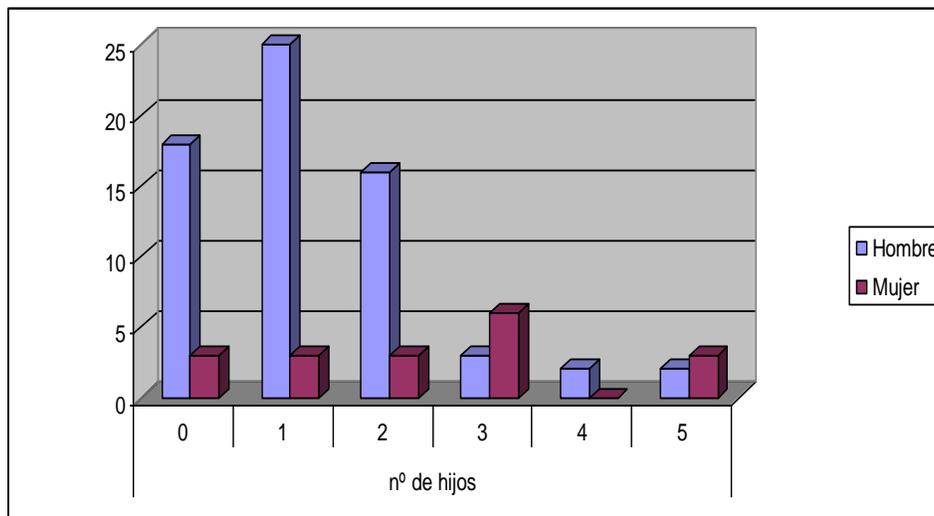


Respecto de las 57 personas egresadas un 71% tuvo un logro intermedio lo que definitivamente favorece su calidad de vida pues como se mencionaba con antelación de las 84 personas atendidas el presente año un 67% no había hecho antes un proceso terapéutico y por lo mismo el logro obtenido favorece su confianza en el sistema de recuperación.

Ahora bien si de variables demográficas se trata, se consideró relevante apreciar los siguientes gráficos:



Respecto de la condición ocupacional de la población en atención, un 64% de ésta se encuentra laborando actualmente lo que evidencia que requiere un programa de estas características pues efectivamente si bien consume, este consumo no le ha significado un desarraigo en lo asociado a su calidad de vida pues aún continúa trabajando y con ello se aprecia que Programa El Molino es una alternativa viable para efectuar rehabilitación y con ello continuar inserto en el campo laboral.



Y el número de hijos evidencia porque Programa El Molino considera fundamental el trabajar desde el modelo de apego pues como las barras de este gráfico nos evidencian existe un 75% de usuarios(as) que tienen de 1 a 5 hijos por ende el trabajo desde los estilos de crianza es un desafío constante en el equipo.

TRABAJO EN RED EFECTUADO POR EQUIPO EL MOLINO

- Participación en Día de la Prevención en el consumo de Drogas, organizado por Programa Montún
- Participación en Red Foco Social a partir del mes de Octubre 2012
- Participación en Reuniones de Unidad Salud Mental a partir del mes de Octubre
- Participación en Mesas de Tratamiento SENDA provincial y regional. En presente mes se organiza en conjunto con Previene Quillota y La Calera Seminario de Desintoxicación.
- Coordinación con Programas Emerger y Montún desde Octubre cada quince días a fin de evaluar origen de Unidad de Dependencias.
- Participación en Red de Educación Parvularia (Seminario)
- Capacitación en Modelo de Apego a Unidades Salud Mental, Familia y Dental
- Difusión Programa El Molino a Programas de Hospital San Martín de Quillota, a Plataforma Familiar y a 4º Comisaría de Carabineros Quillota, específicamente Oficina Microtráfico y Violencia Intrafamiliar.
- Consultorías periódicas con OPD, DAM, PIB, HSMQ, Juzgados de Familia, Garantía, entre otros programas municipales.

- Coordinación para desintoxicación con Hospital Gustavo Fricke, Viña del Mar.
- Coordinación para gestionar espacio para atención individual y grupal. En conjunto con Director del Centro se coordina inicio de atenciones en dependencias de Programa Emerger.
- Coordinación con Departamento de Salud por temática infraestructura, se logra el presente año ampliación de box individual atenciones de Programa El Molino y Oficina Administrativa de Unidad Salud Mental.
- Coordinación para implementación talleres y compra de test drogas con Departamento de Salud.
- Coordinaciones con cada una de las unidades del Centro de Salud para el logro de objetivos terapéuticos asociados a la salud física de nuestros (as) usuarios(as). Unidad de Tratamiento, Empa, Unidad de la Mujer y de la Pareja, Unidad de la Familia, entre otras.
- Coordinación con Centros urbanos y rurales del Departamento de Salud para el logro de prestaciones de población en atención.
- Coordinación de capacitaciones para equipo a través de SENDA y Departamento de Salud, en el presente año se encuentran capacitándose en Psicodrama Terapeuta Ocupacional y en Diplomado tratamientos farmacológicos y dependencias Médico del Programa.

DESAFIOS Y PROYECCIONES AÑO 2013

El equipo evaluó el pasado viernes 23 de noviembre las siguientes proyecciones:

- Efectuar tres claustros durante el año 2013, claustros que tendrán como temática la intervención en familia, la evaluación del desempeño y la revisión del manual terapéutico.
- Ceremonia de Alta terapéutica, frecuencia a evaluar
- Coordinar la obtención de alumno en práctica de gestión administrativa y terapia ocupacional
- Coordinar el aumento de 11 hrs. terapeuta ocupacional
- Evaluar gestión de Psiquiatra y ver viabilidad de contratación nuevo profesional
- Desarrollar plan de autocuidado anual que potencie clima laboral y mayor solidez en el trabajo de equipo
- Coordinar obtención de PC con acceso a internet
- Coordinar aumento de horas disposición móvil para continuar efectuando intervenciones en terreno
- Coordinar señalética para Programa El Molino y espacio físico para buzón de felicitaciones, sugerencias o reclamos de población en atención
- Coordinar celebración día prevención uso de sustancias psicotrópicas en coordinación con el surgimiento de Unidad de Dependencias integradas por Emerger, Montún y El Molino.
- Coordinar nuevos espacios de atención en dependencias del CSCRSH
- Confeccionar formatos para el desarrollo de reuniones técnicas y de análisis de casos
- Coordinar con Asesora SENDA rol efectivo que poseerá durante reuniones mensuales con equipo El Molino
- Coordinar confección proyecto Biblioteca para Unidad Salud Mental y futura Unidad de Dependencias.
- Sistematizar intervenciones en familia para su futuro análisis

PROGRAMA EMERGER: UNA ESTRATEGIA LOCAL EN EL TRATAMIENTO DEL CONSUMO PROBLEMÁTICO DE ALCOHOL

INTRODUCCIÓN

En Chile, la mayoría de los programas de tratamiento en Alcohol de carácter público se dirigían al consumo mixto o exclusivo de drogas ilícitas. Esto limitaba la implementación de un tratamiento especializado en la red de atención primaria. En el año 2008, la I. Municipalidad de Quillota, a través de su Departamento de Salud, realiza un diagnóstico sobre el beber problema en la comuna y las redes de tratamiento local, en el cual se constata que en la Comuna de Quillota existe una alta incidencia de consumo problemático de alcohol en relación a las cifras nacionales, en un contexto donde no existían programas de tratamiento específicos para tal temática. A partir de este diagnóstico, el Departamento de Salud Municipal comienza la implementación del Programa Emerger.

OBJETIVO

Implementar un programa municipal de atención integral, interdisciplinaria y contextualizada del beber problema, en la comuna de Quillota

METODOLOGÍA

El trabajo transdisciplinario es uno de los ejes que otorga identidad al Programa Emerger, ya que los criterios, protocolos y enfoque terapéutico se han construido en conjunto, sin la base de una metodología pre existente, en el desafío de ir elaborando un abordaje que integre la experiencia aprendida y, a la vez, pueda ser flexible a las necesidades de los usuarios y a los cambios del contexto histórico que lo cruza. Así, las intervenciones terapéuticas se ajustan al perfil del paciente, donde el tratamiento es concebido como un proceso que conjuga intervenciones médicas, psicoeducativas, motivacionales, psicoterapéuticas individuales/familiares, dependiendo del momento personal y particularidades del usuario, centradas en sus recursos. En complemento, el trabajo en taller grupal es un espacio sostenedor, identitario y resignificante de los espacios y relaciones sociales, que busca adaptarse al contexto del grupo e incorporar el enfoque de género. Incorpora la Psicoeducación y facilita vivencias de conexión emocional, a través del trabajo corporal. Al ser un programa municipal, existe una estrecha coordinación con la red de atención primaria y gran sentido de compromiso.

IMPLEMENTACIÓN

Se instala un programa ambulatorio de atención integral, que cuenta con espacio adecuado para la atención de personas con consumo problemático de alcohol, asegurando confidencialidad y calidad en la atención, centradas en un acompañamiento motivacional en ambivalencia, para la co-construcción de motivo de consulta y objetivos del tratamiento.

Perfil del usuario:

- Hombres y mujeres mayores de 20 años
- Desde consumo problemático hasta dependencia de alcohol.
- Residentes de la Comuna de Quillota y que se encuentren inscritos en algún centro de salud de la Comuna.

Equipo

Técnico en Rehabilitación y Coordinadora: 44 horas

Trabajador social: 33 horas

Psicólogo: 11 horas

Psicólogo: 11 horas

Médico: 11 horas

Principales prestaciones y orientaciones:

Primera Entrevista y evaluaciones biopsicosociales

- Atenciones médicas
- Intervenciones motivacionales
- Intervenciones familiares
- Intervenciones psicológicas y sociales
- Taller Grupal
- Visitas domiciliarias

ESTADÍSTICAS:

Vías de derivación

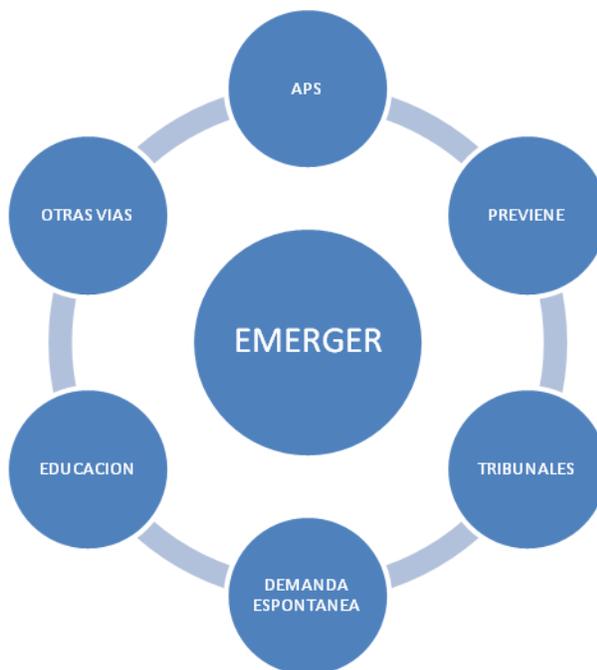


GRÁFICO DE ATENCIONES MES DE NOVIEMBRE 2012



Altas por finalización de tratamiento 2012: 6

RESULTADOS 2012

- Los objetivos y estrategias empleadas han permitido generar un programa con características innovadoras a nivel de atención primaria, que se mantiene en constante actualización y experimentación
- La adherencia al tratamiento ha ido en aumento, a partir de la flexibilización de los criterios e intervenciones. En este sentido, se han incorporado progresivamente más mujeres al tratamiento, lo que se constituye como un logro que ha permitido develar el consumo problemático en la población femenina.
- El clima en el equipo es nutritivo, colaborativo y horizontal. Es un equipo estable, con baja rotación, lo que promueve adherencia y vínculo terapéutico.
- Abordaje sistémico que se incorpora a la terapia familiar
- Incorporación de una intervención con enfoque de equidad de género en los lineamientos técnicos del programa
- Incorporación de la Declaración de los Derechos de las personas en situación de Ayuda, Apoyo o Asesoría, trabajada en la red de acción por los derechos y la equidad de género de Quillota.
- Inclusión de estadísticas REM Emerger a la red de salud.
- Incorporación de un Trabajador Social al equipo clínico, lo que ha permitido:
- Fortalecimiento del vínculo con la red de salud (Participación en reuniones de salud mental en CSRSH, conformación de trabajo en red y reuniones mensuales con programas de dependencias del Departamento de Salud de Quillota).
- Realizar el trabajo del Taller grupal, con enfoque socio – educativo y con perspectiva de equidad de género y de DDHH.
- Fortalecer y ampliar la inclusión de la Familia en el tratamiento
- Realizar visitas domiciliarias
- Apertura hacia la comunidad: Fortalecimiento posicionamiento y visibilidad del Programa, principalmente a nivel de dispositivos de salud, redes institucionales (mesa de tratamiento provincial, red de acción por los derechos, comisión género, salud mental CSRSH etc) y establecimientos educacionales
- Participación en proyecto de Granja Terapéutica.
- Trabajo en conjunto con Casa de Acogida.
- Presencia socio-comunitaria
- Difusión Mediática del Programa Emerger
- Desarrollo de un Manual Operativo Emerger
- Desarrollo de protocolos de ingreso y derivación clínica
- Desarrollo de protocolo de derivación por procesos de desintoxicación

PROYECCIONES 2013

- Sistematizar e Investigar en el tratamiento de la problemática del alcohol, a nivel de atención primaria.
- Ampliar cobertura en la Comuna, integrando el trabajo comunitario con las diversas redes de la comuna
- Realizar talleres familiares Socio-educativos con enfoque sistémico.
- Trabajo conjunto con centros de desintoxicación con protocolos de derivación específicos
- Seguir fortaleciendo el trabajo de redes para derivaciones oportunas.
- Lograr instancias de capacitación en conjunto con los diversos programas de la red de salud.
- Trabajo coordinado con programas internos que aborden la problemática de dependencias (Molino-Montun)
- Contar con supervisiones clínicas.
- Integrar examen de medicina preventiva para el adulto dentro del ciclo diagnóstico del programa.
- Continuar con el trabajo de visibilización comunitaria del programa, así también, aumentar la derivación desde los dispositivos comunitarios.
- Sistematizar intervenciones con enfoque de género dentro del programa.

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 Nº1: 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%.

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.

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

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 2012.

GRAFICO: NUMERO EFAM APLICADOS POR SEXO Y RANGO ETAREO 2012.

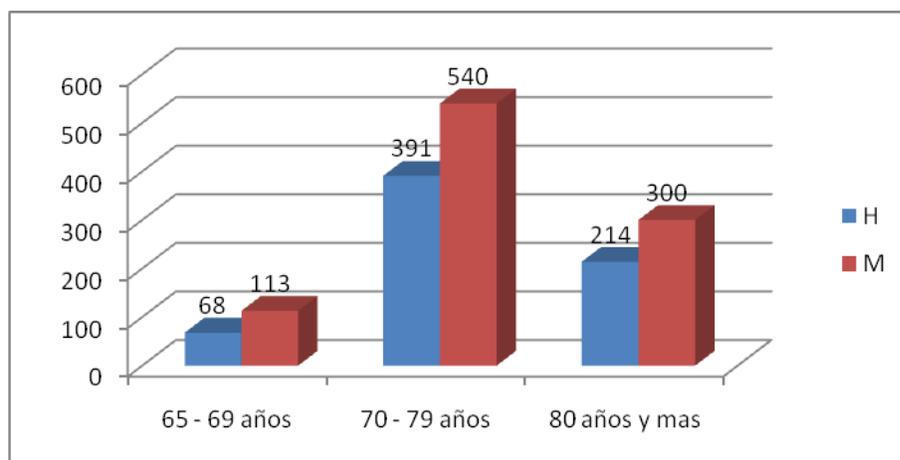
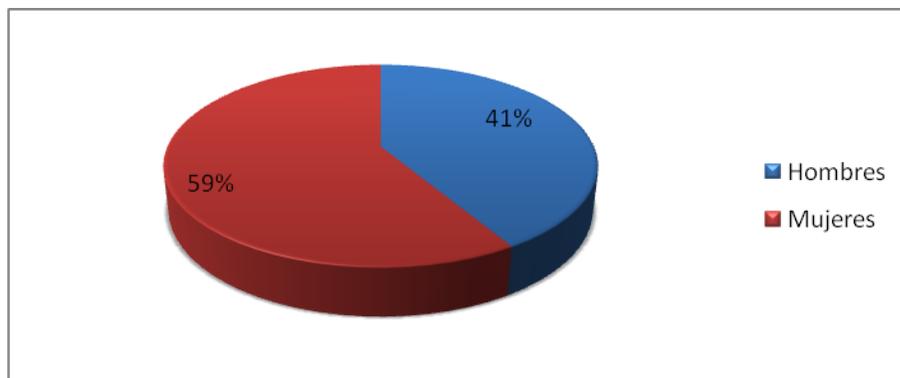
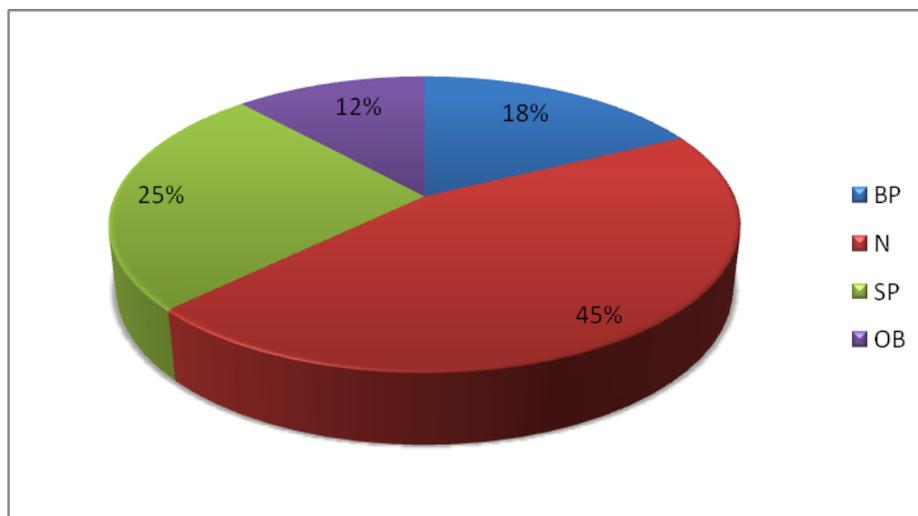


GRAFICO: DISTRIBUCION PORCENTUAL POR SEXO EFAM APLICADOS 2012.



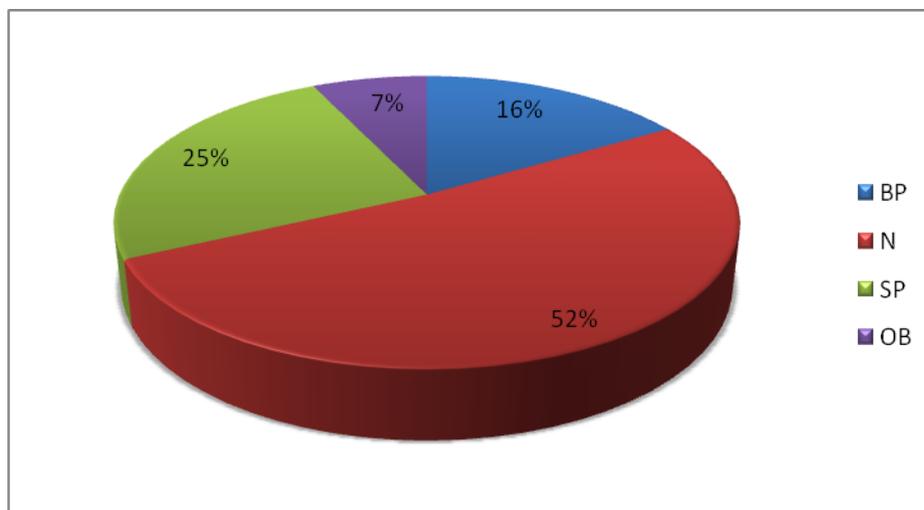
Durante el periodo correspondiente a enero octubre 2012 entre hombres y mujeres se realizaron 1626 EFAM, siendo al sexo femenino quien más exámenes se aplico 953, siendo la misma tendencia de los EMPA donde las mujer realizaron mayor cantidad de consulta en los distintos programas.

GRAFICO: DIAGNOSTICO NUTRICIONAL ADULTOS MAYORES EFAM 2012.



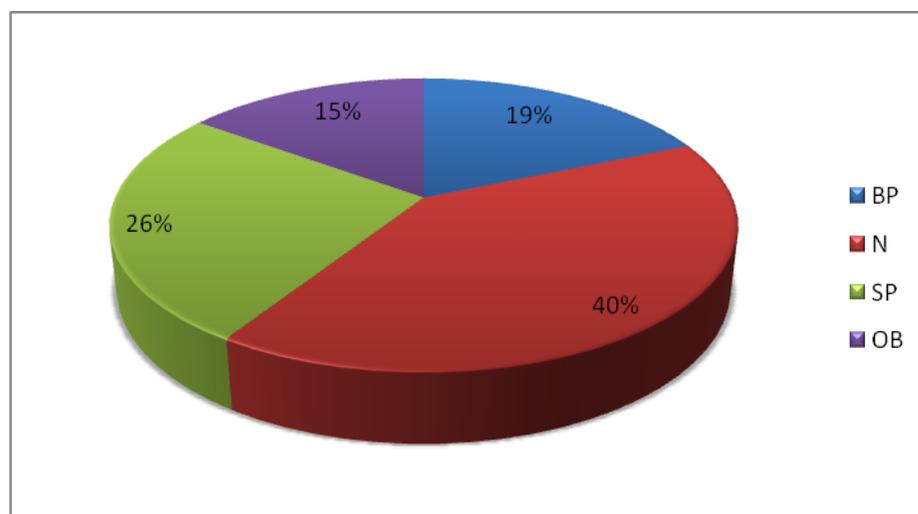
Según los resultados obtenidos de las evaluaciones de EFAM los adultos mayores en nuestro centro de salud según estado nutricional el 37% presenta malnutrición por exceso 18% presenta malnutrición por déficit, y solo un 45% presenta estado nutricional eutrófico o normal igual tendencia presento el año 2011.

GRAFICO: DIAGNOSTICO NUTRICIONAL ADULTOS MAYORES HOMBRES EVALUADOS CON EFAM POR SEXO 2012.



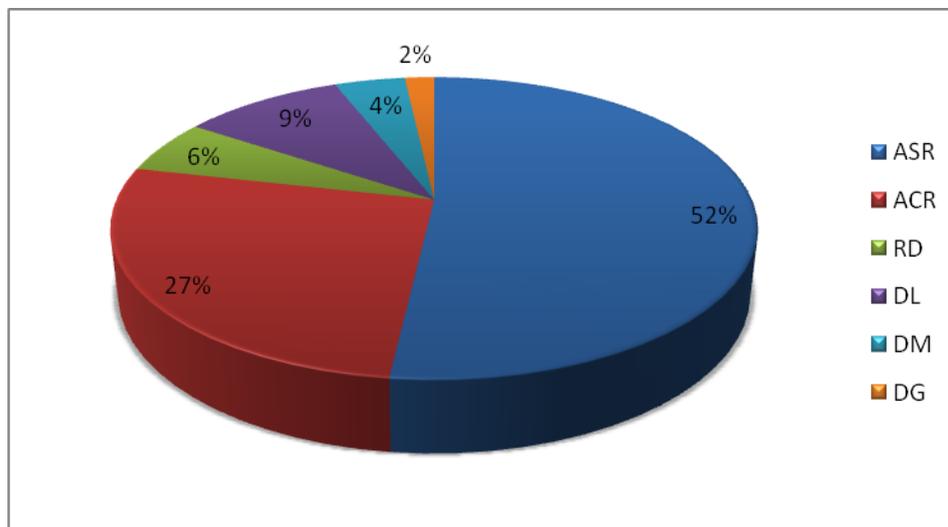
Según los resultados obtenidos de las evaluaciones de EFAM los adultos mayores hombres en nuestro centro de salud según estado nutricional el 32% presenta malnutrición por exceso, un 52%, presenta estado nutricional normal, presentando una tendencia al aumento en 3 puntos porcentuales en relación al 2011

GRAFICO: DIAGNOSTICO NUTRICIONAL ADULTOS MAYORES MUJERES EVALUADOS CON EFAM POR SEXO 2012.



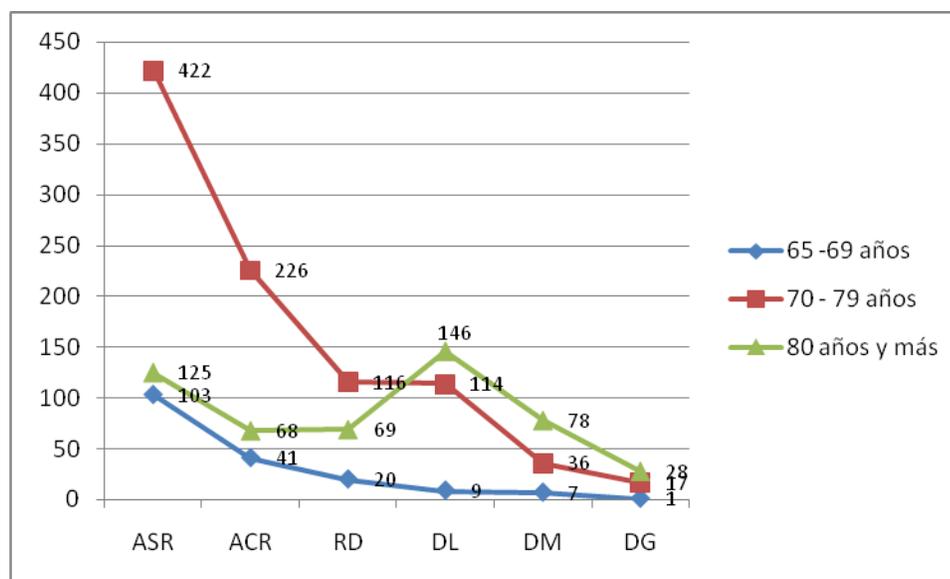
Según los resultados obtenidos de las evaluaciones de EFAM las adultas mayores en nuestro centro de salud según estado nutricional el 41% presenta malnutrición por exceso, disminuyendo 5 puntos porcentuales en relación al 2011 un 40% tiene diagnostico nutricional eutrófico

DIAGNOSTICO: FUNCIONALIDAD ADULTOS MAYORES SEGÚN EFAM APLICADOS AÑO 2012



En relación al diagnóstico de funcionalidad de acuerdo a EFAM aplicados, un 52%, corresponden a adultos mayores AUTOVALENTES SIN RIESGO 8 puntos porcentuales más que el 2011, un 27% AUTOVALENTES CON RIESGO, manteniéndose en relaciona al año anterior, es decir que disminuyo durante el 2012 los adultos mayores con algún grado de dependencia

GRAFICO: COMPARACION NIVEL FUNCIONALIDAD GRUPO ETAREO.



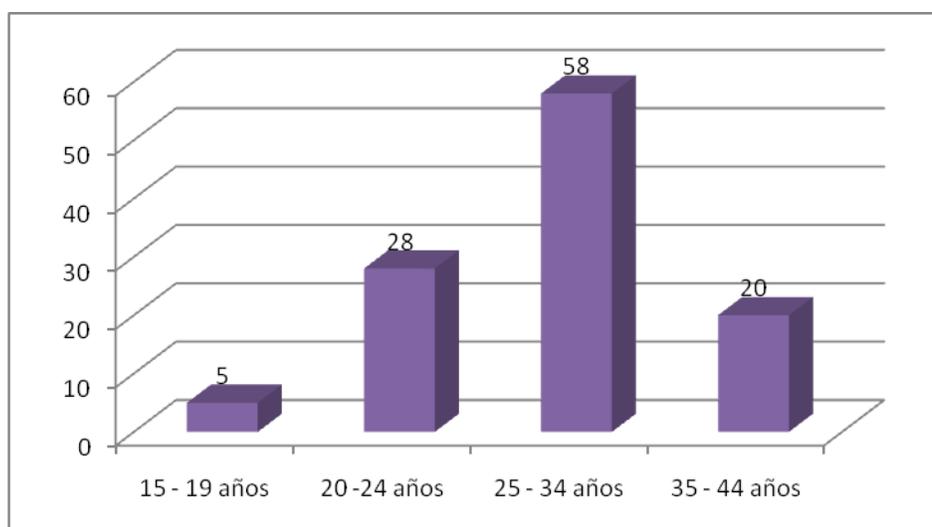
De acuerdo al nivel de funcionalidad se puede observar que el grupo que más consulta es de 70 – 79 años representa el 57% ya que se relaciona con el beneficio de entrega de alimentos; 11% al grupo de 65 a 69 años y un 31% al grupo de 80 años y más. Los autovalentes sin riesgo son mayoritariamente en los grupos de 65 – 69 y 70 a 79 años y Riesgo de Dependencia se marca significativamente en el grupo de 80 años y más

AREA PREVENCION:

UNIDAD DE LA MUJER Y DE LA VIDA EN PAREJA

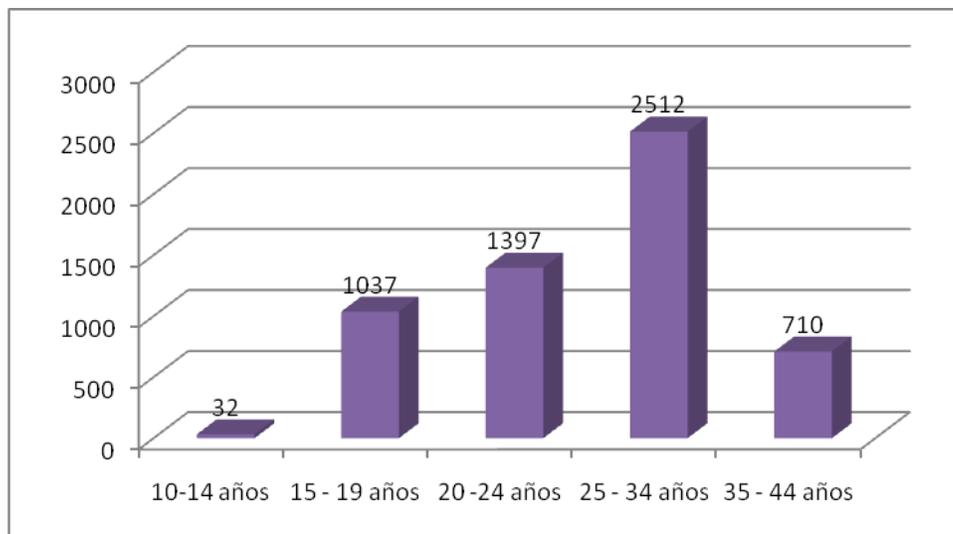
INDICADORES DE RESULTADO AÑO 2012

GRAFICO: CONTROLES PRECONCEPCIONALES.



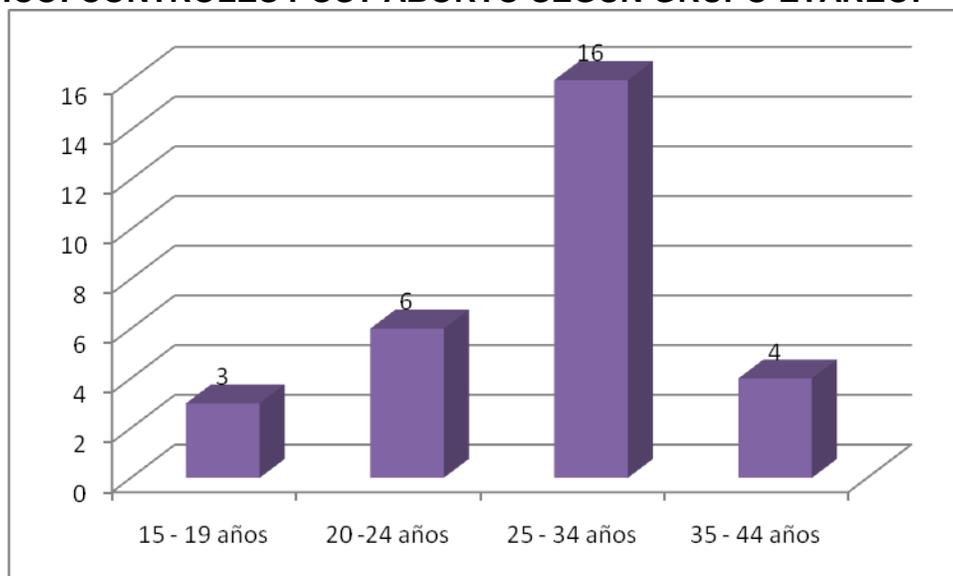
Entre el período correspondiente a enero a octubre del año 2012, se realizaron 111 controles, realizados por profesional Matrón/a disminuyendo en un 35% este tipo de consulta en relación al 2011

GRAFICO: CONTROLES PRENATALES:



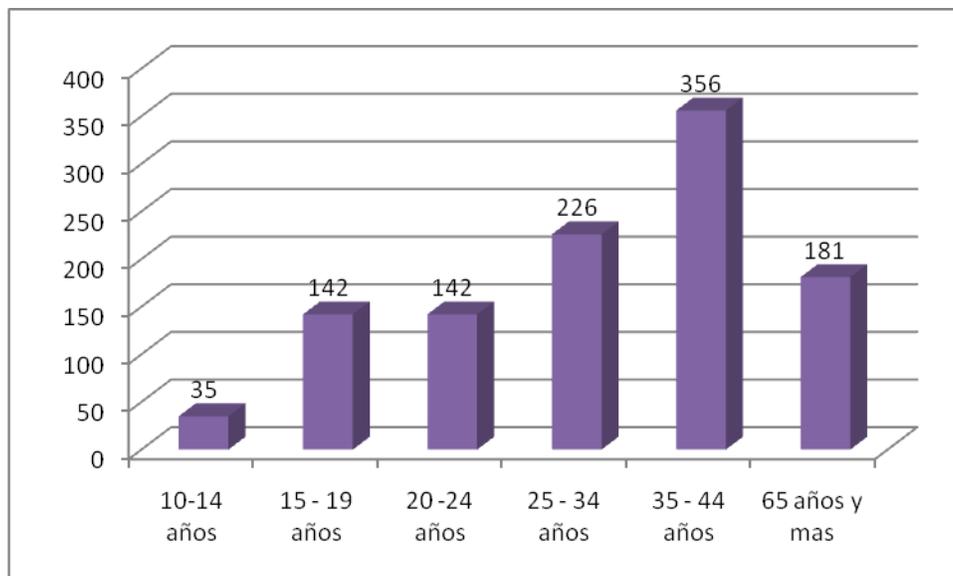
Entre el período correspondiente a enero a octubre del año 2012, se realizaron 5688 controles, realizados por profesional Matrán/a, aumentando los controles en relación a lo informado el año 2011 (5306), aumentando un 7%

GRAFICO: CONTROLES POST ABORTO SEGÚN GRUPO ETAREO:



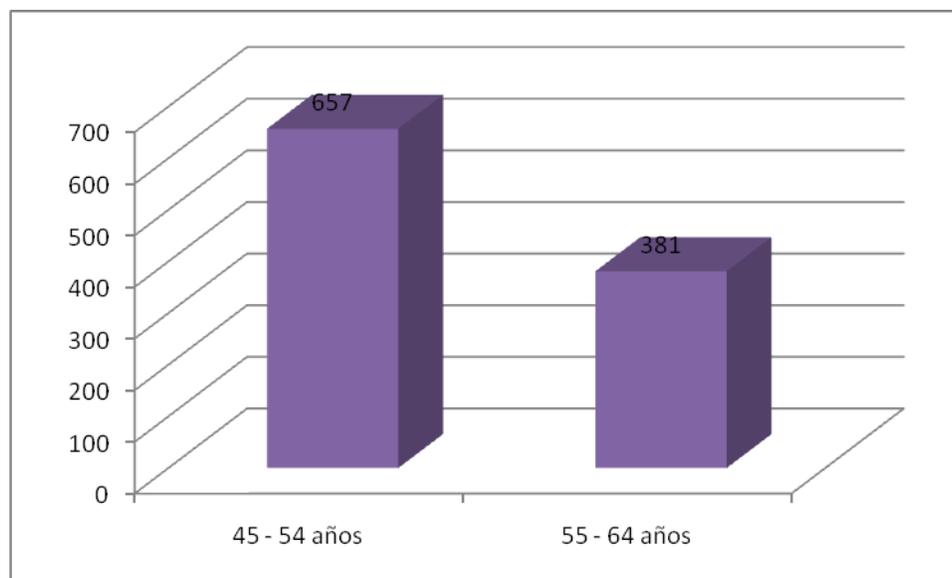
Entre el período correspondiente a enero a octubre del año 2012, se realizaron 29 controles post parto, post aborto realizados por profesional Matrán/a.

GRAFICO: CONTROLES GINECOLOGICOS SEGÚN GRUPO ETAREO:



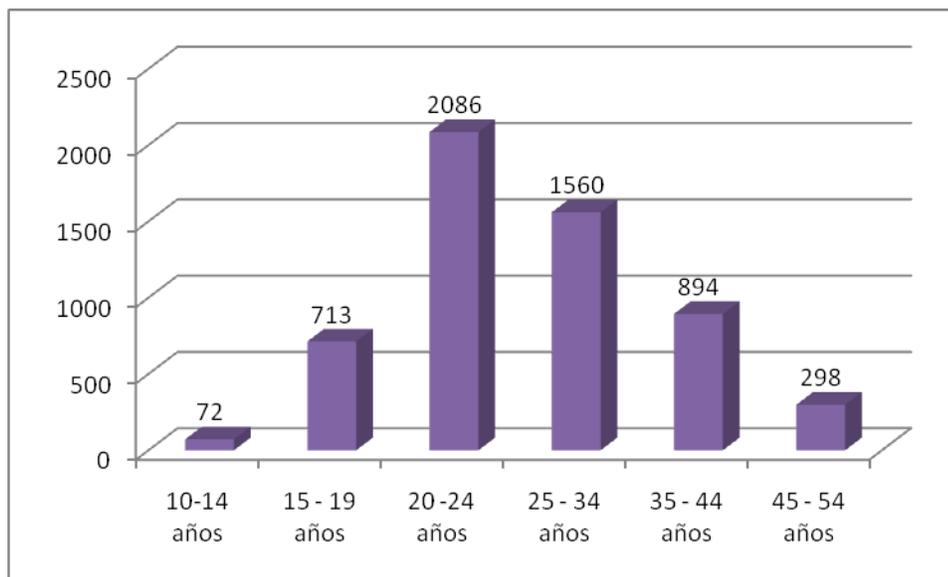
Entre el período correspondiente a enero a octubre del año 2012, se realizaron 1082 controles, realizados por profesional Matrón/a, disminuyendo los controles en relación a lo informado el año 2011 en un 14%.

GRAFICO: CONTROLES CLIMATERIO SEGÚN GRUPO ETAREO



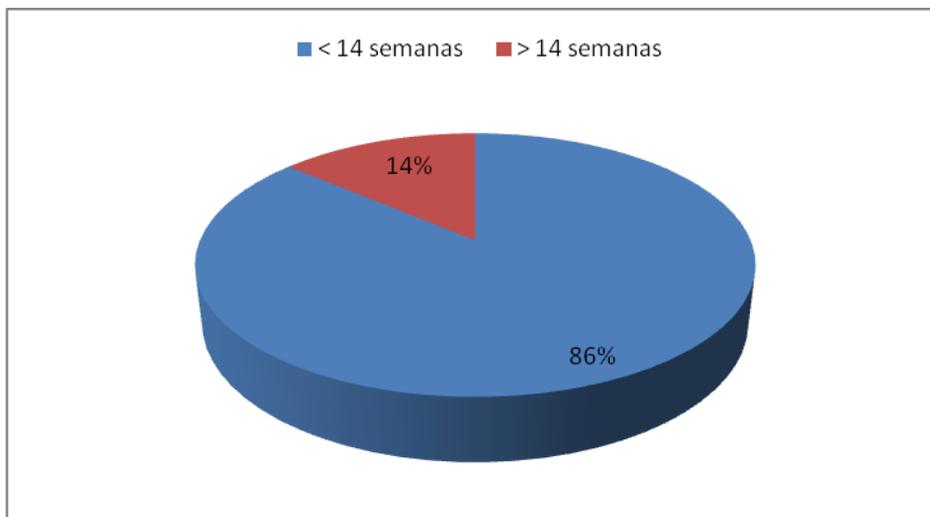
Entre el período correspondiente a enero a octubre del año 2012, se realizaron 1038 controles, realizados por profesional Matrón/a.

GRAFICO: CONTROLES REGULACION FECUNDIDAD.



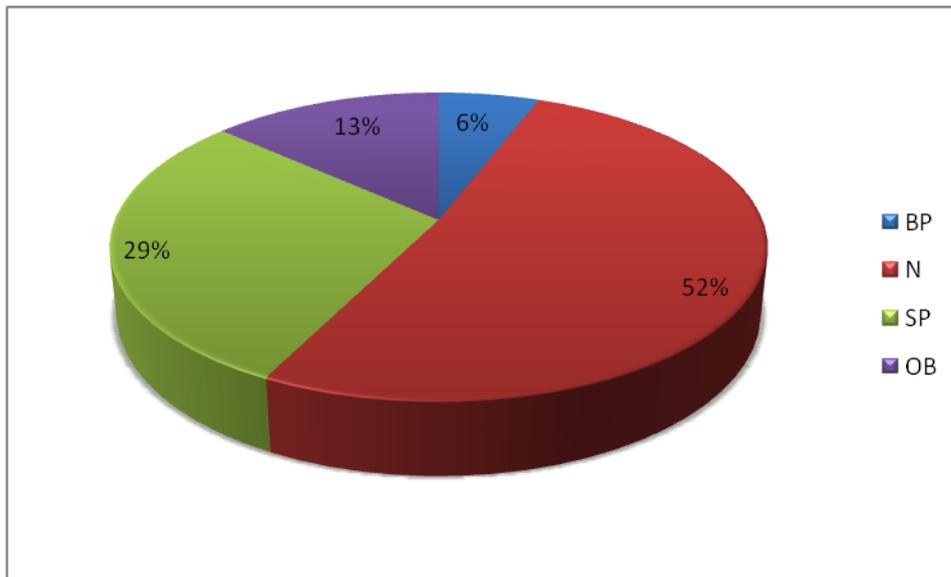
Entre el período correspondiente a enero a octubre del año 2012, se realizaron 5623 controles, realizados por profesional Matrón/a.

GRAFICO: INGRESOS EMBARAZOS



Durante el período enero a octubre 2012, se realizaron 787 ingresos de embarazadas, de las cuales un 86% fueron ingresadas antes de las 14 semanas de gestación, disminuyendo los ingresos en relación al 2011 en 15 a igual fecha

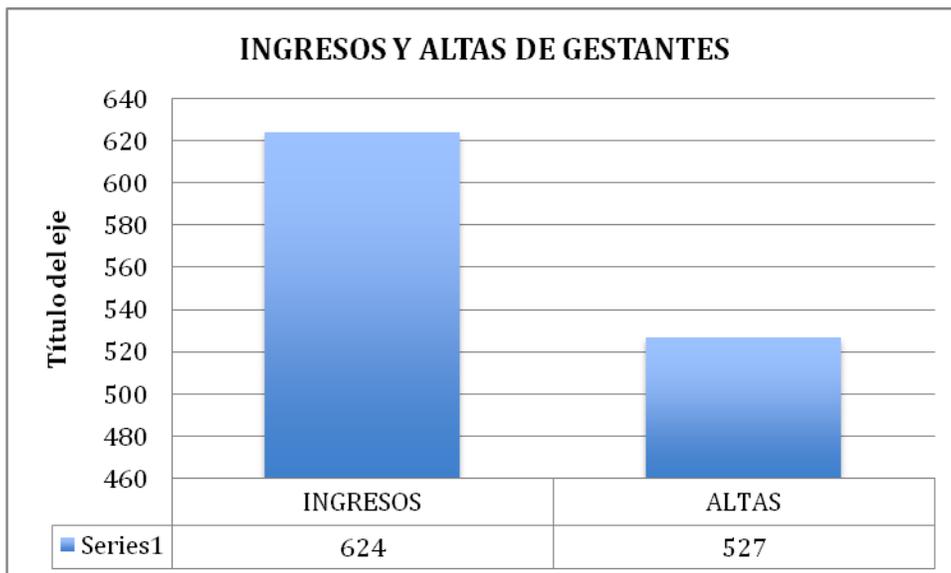
GRAFICO: ESTADO NUTRICIONAL GESTANTES INGRESADAS AÑO 2012



De acuerdo a los datos recopilados de enero a octubre el 48% de las gestantes ingresadas presentan diagnóstico de malnutrición, el 42% por exceso y un 6 por déficit y 52% es eutrofica.

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 2012, se han ingresado 624 embarazadas, de las cuales 527 han sido dadas de altas, lo que equivale a un 84%.

En relación a Cobertura de Altas odontológicas totales, en el mismo período se ha logrado dar de alta a un 66.9%% 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 nacional³. 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

³ 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.



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

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.

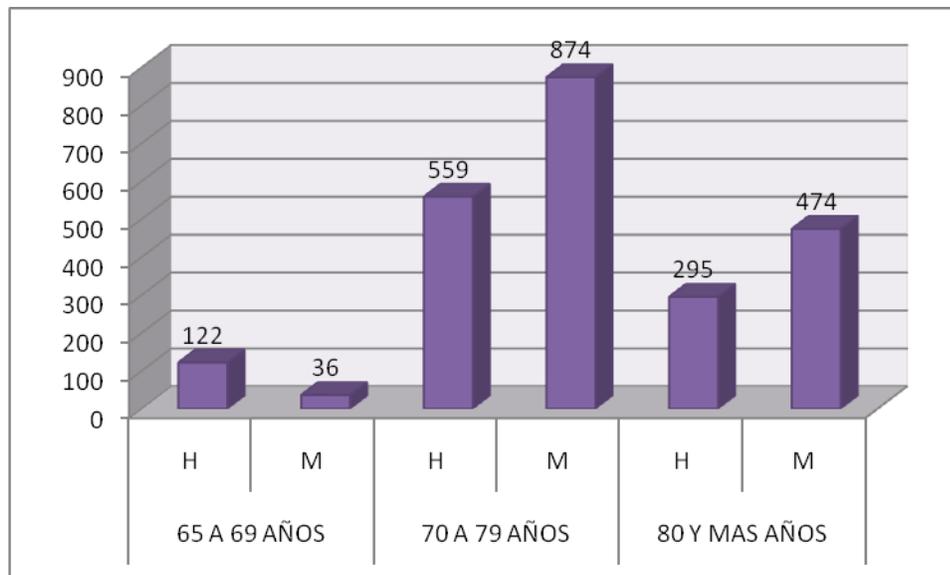
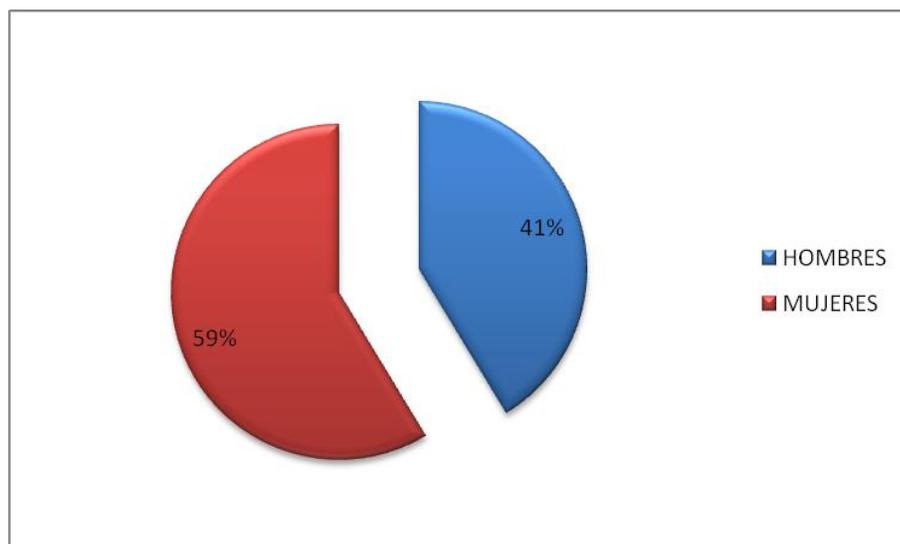
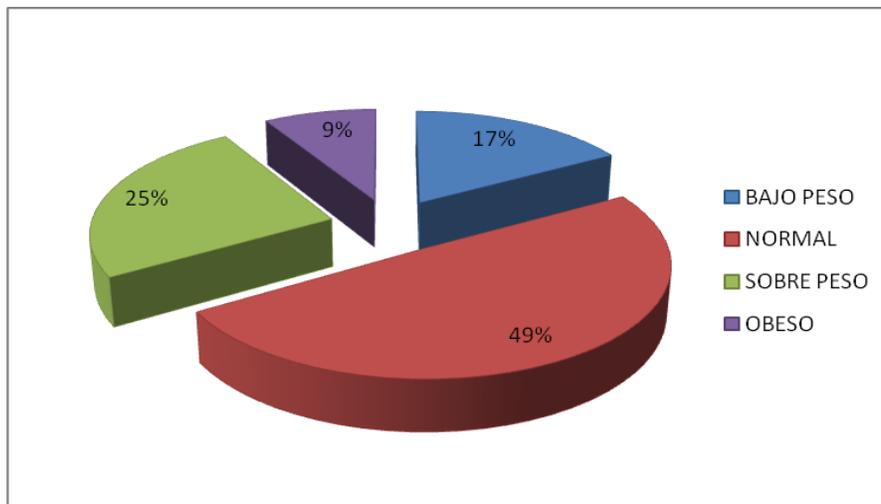


GRAFICO: DISTRIBUCION PORCENTUAL POR SEXO EFAM APLICADOS 2011.



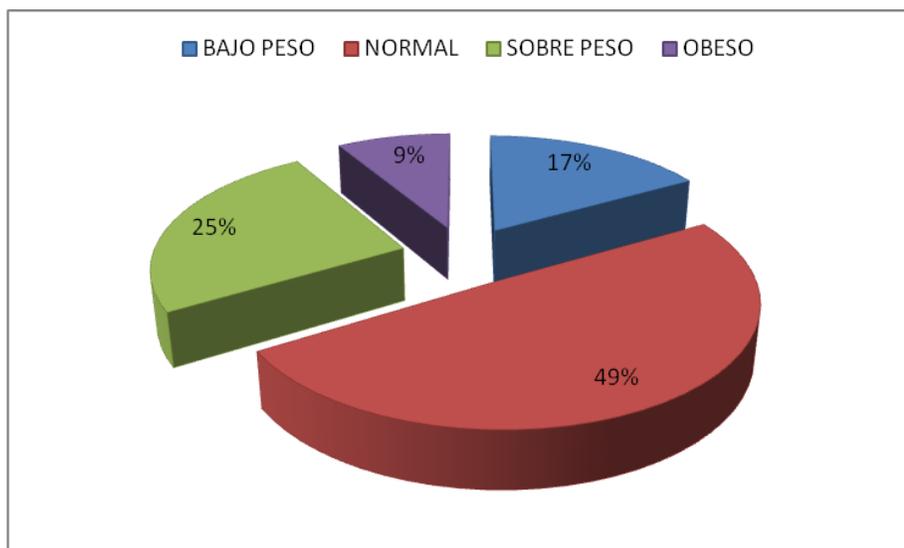
Durante el periodo correspondiente a enero octubre 2011 entre hombres y mujeres se realizaron 2540 EFAM, siendo al sexo femenino quien más exámenes se aplico 1384, siendo la misma tendencia de los EMPA donde las mujer realizaron mayor cantidad de consulta en los distintos programas.

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.

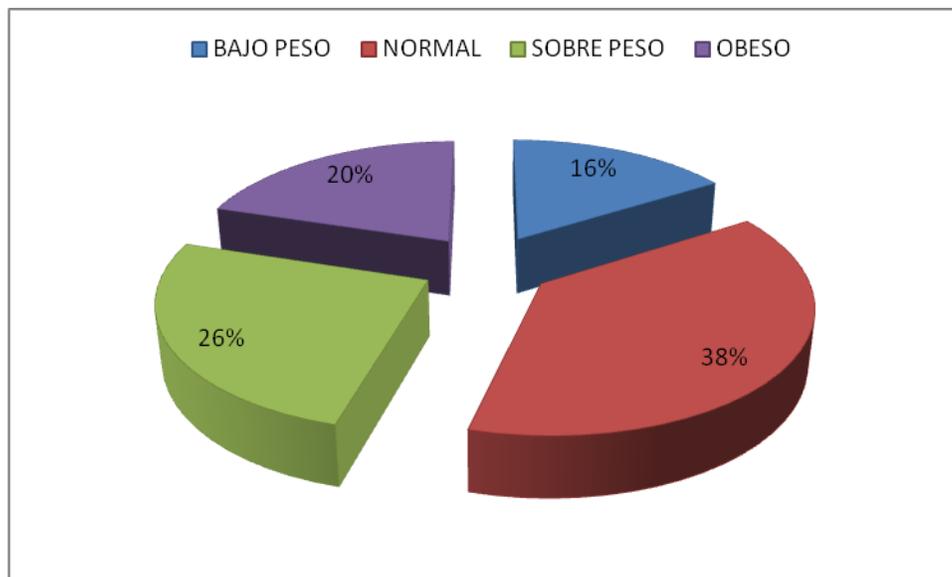
GRAFICO: DIAGNOSTICO NUTRICIONAL ADULTOS MAYORES HOMBRES EVALUADOS CON EFAM POR SEXO 2011.



Según los resultados obtenidos

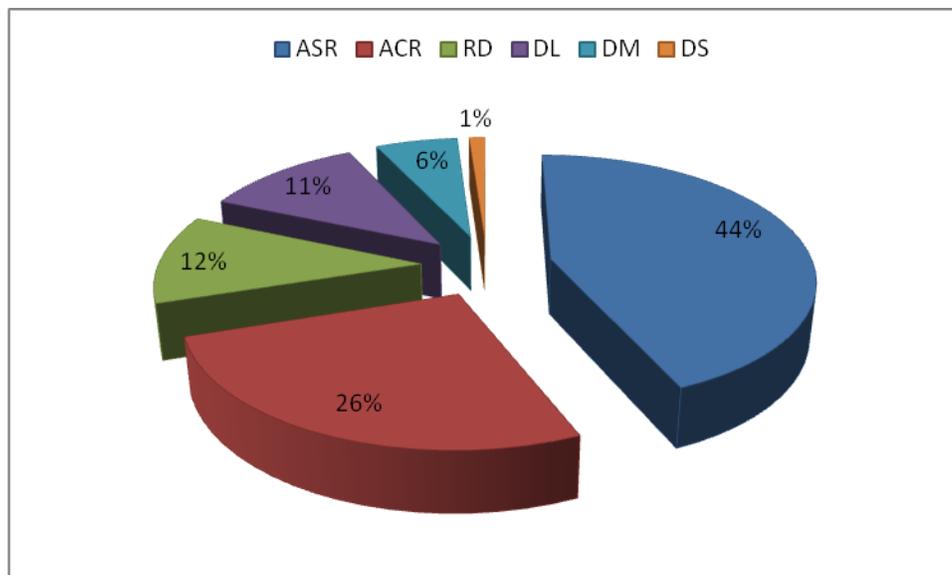
de las evaluaciones de EFAM los adultos mayores hombres en nuestro centro de salud según estado nutricional el 34% presenta malnutrición por exceso, y solo un 49%, presenta estado nutricional normal, presentando una tendencia similar a la observada en el año 2010.

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



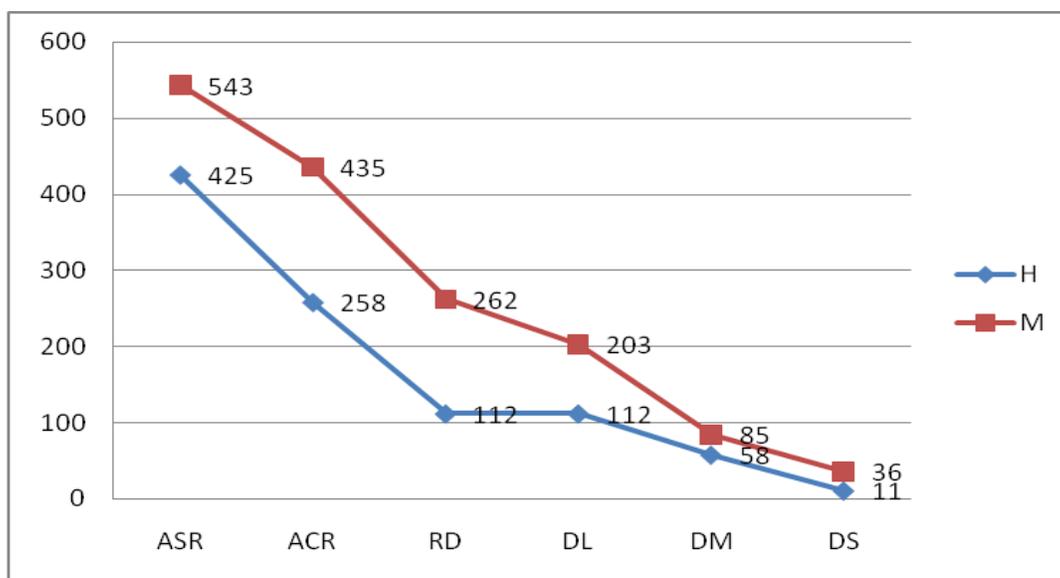
Según los resultados obtenidos de las evaluaciones de EFAM las adultas mayores en nuestro centro de salud según estado nutricional el 46% presenta malnutrición por exceso, solo un 38% tiene diagnostico nutricional eutrófico, presentando porcentajes inferiores en este rango en comparación con los hombres.

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.

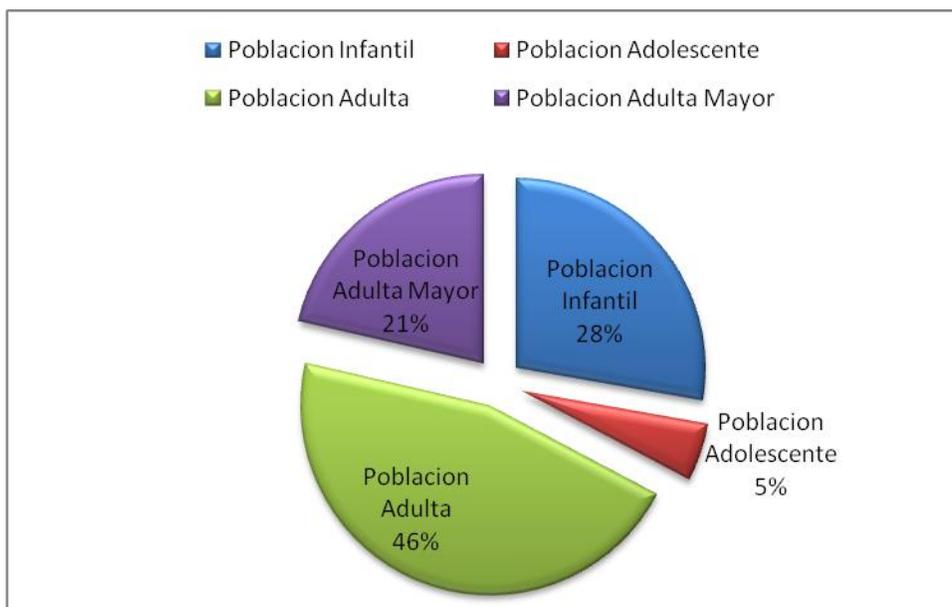
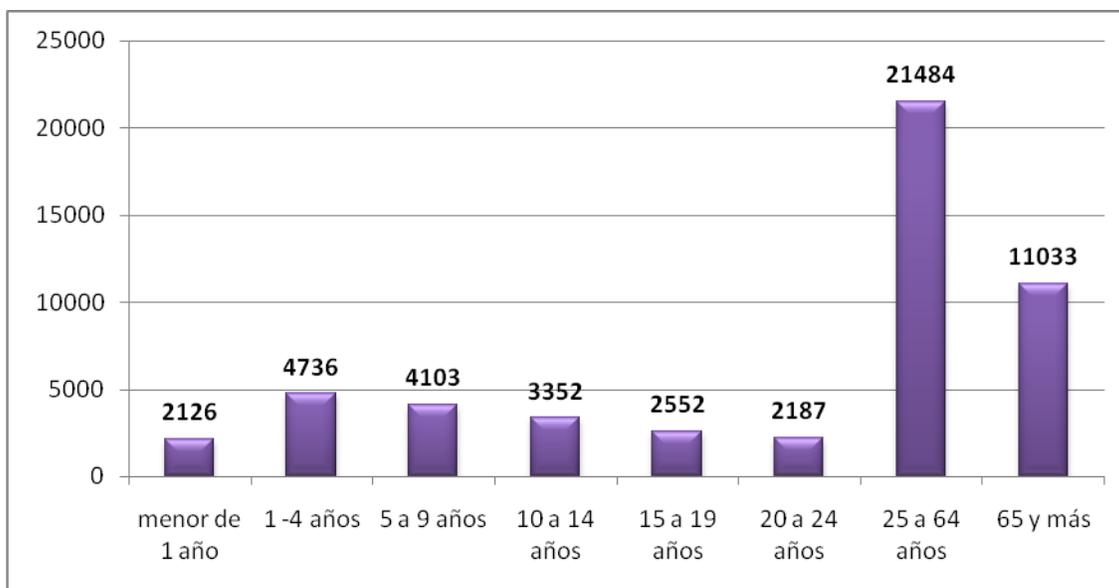


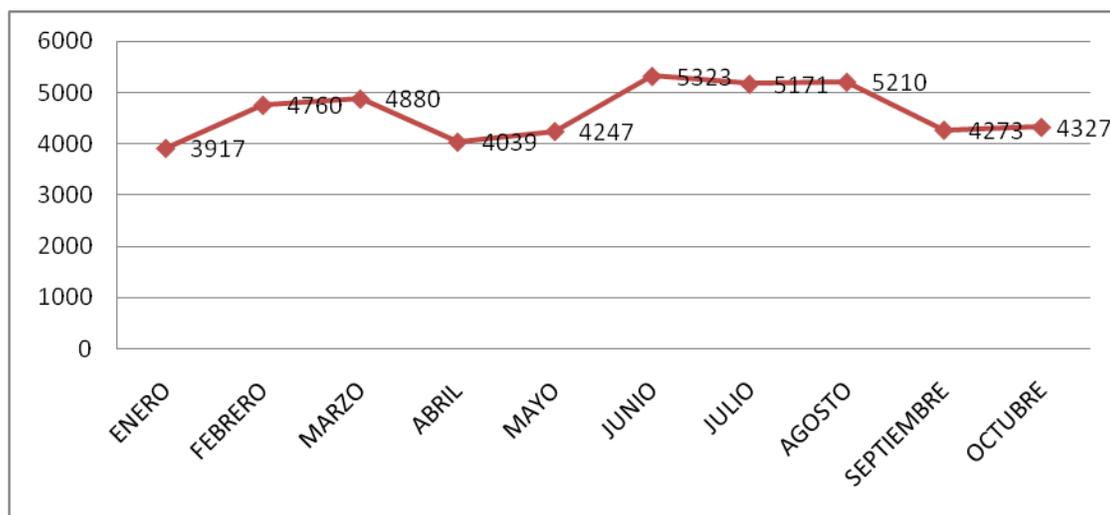
GRAFICO: ATENCIONES MORBILIDAD POR GRUPO ETAREO:



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.

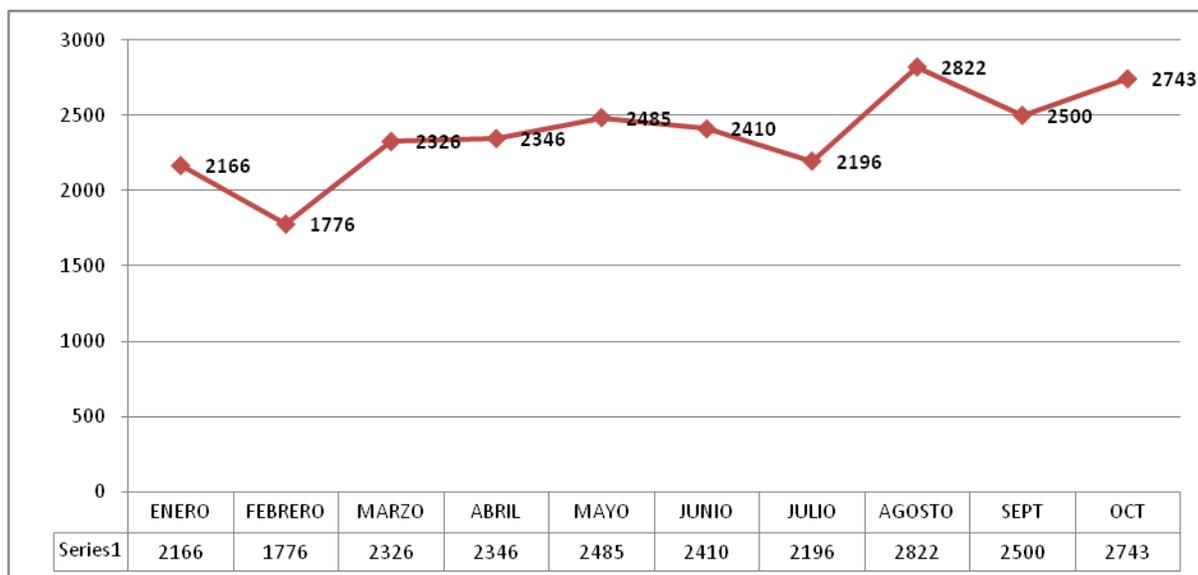
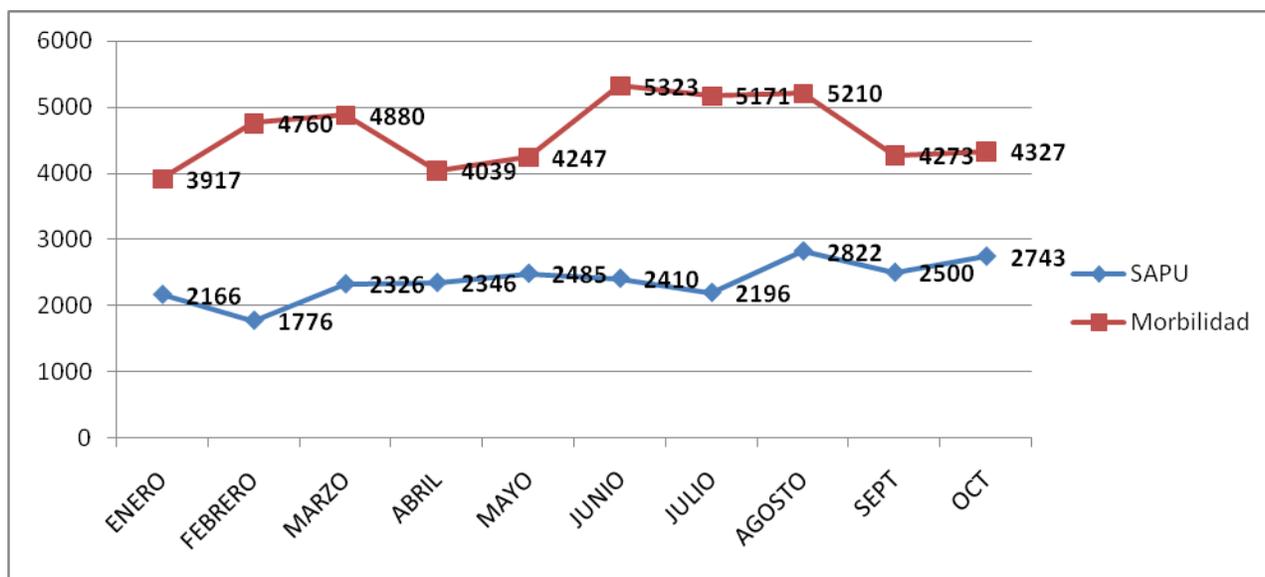


GRAFICO: COMPARACION ATENCIONES DE MORBILIDAD V/S ATENCIONES SAPU.



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.

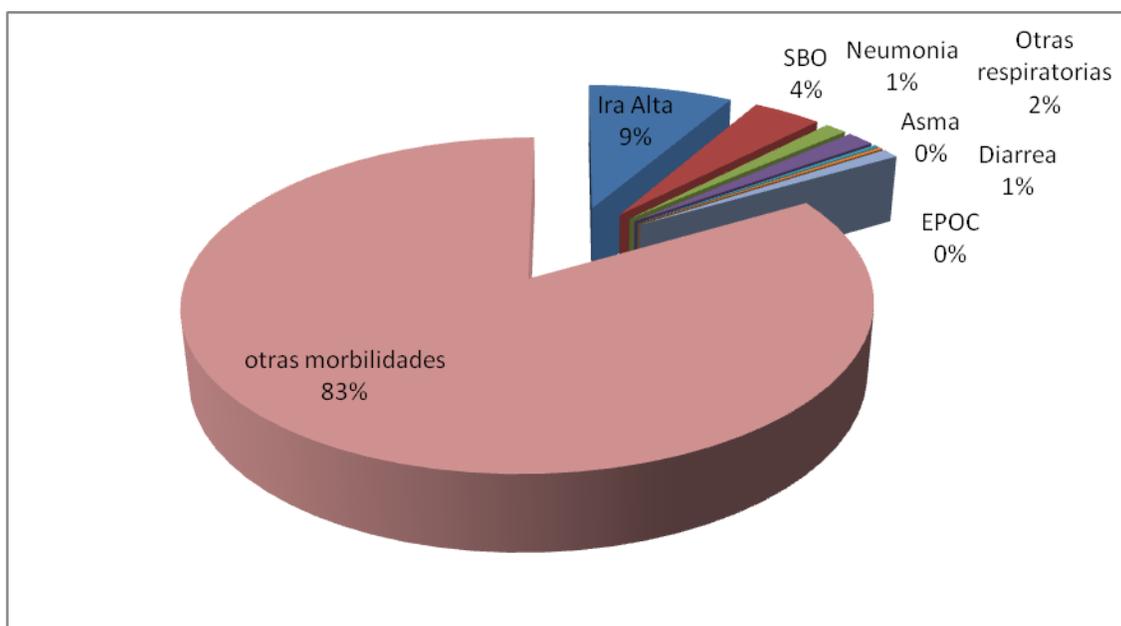
TASAS DE CONSULTAS

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.

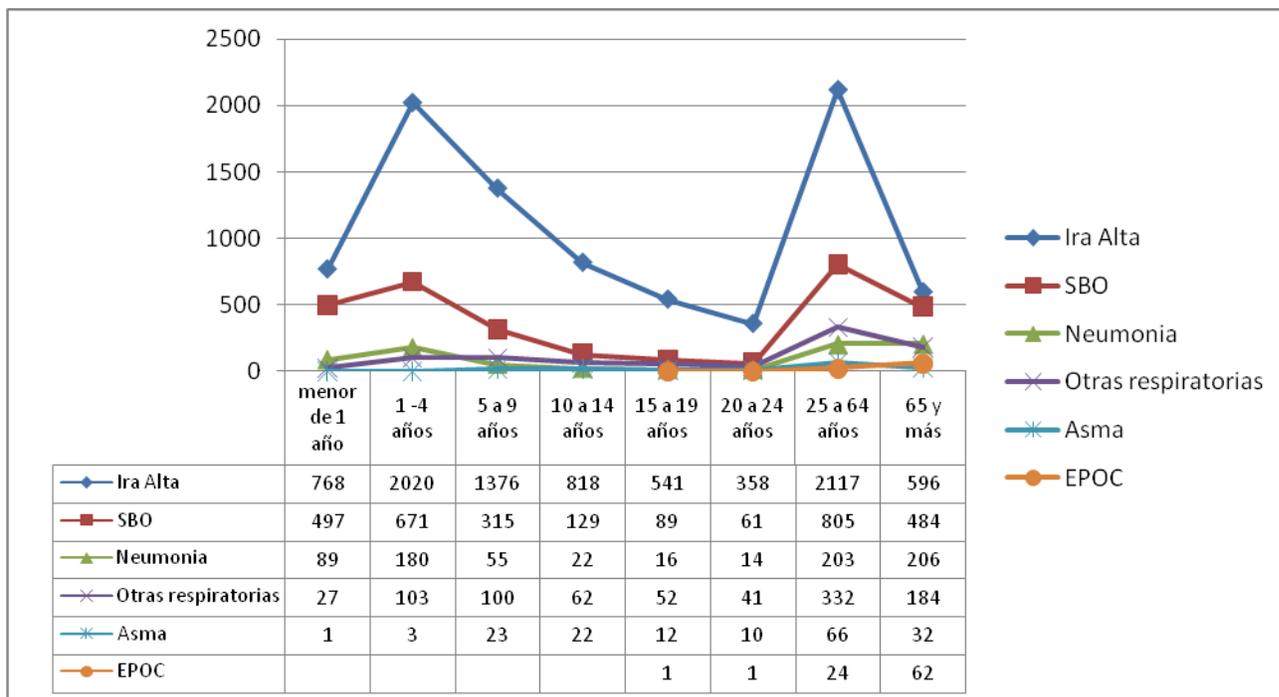
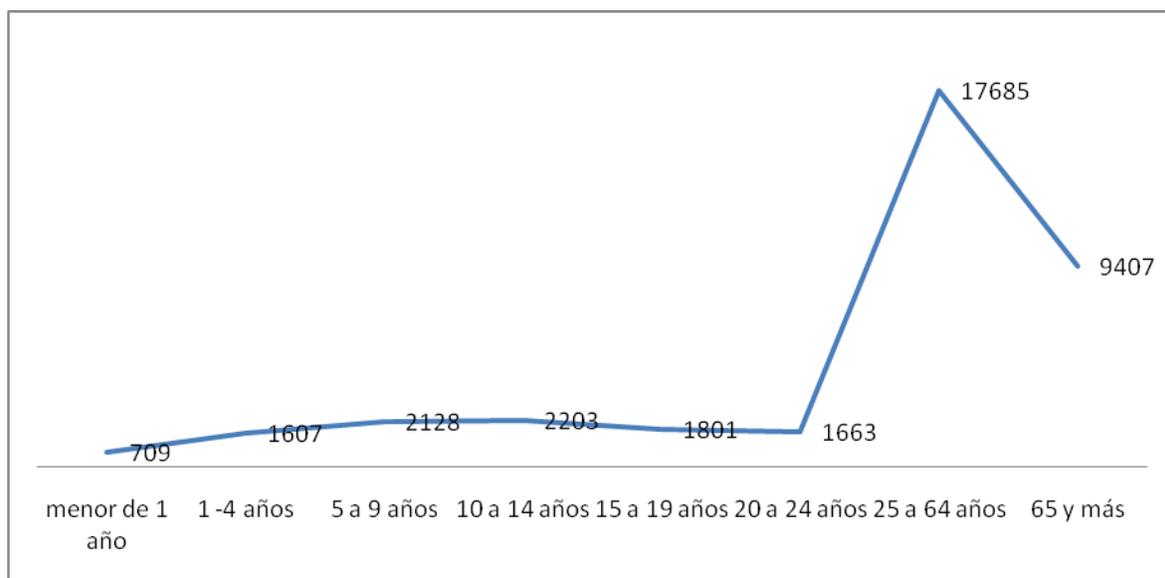


GRAFICO: CONSULTAS MEDICAS SEGÚN GRUPO ETAREO, POR OTRAS MORBILIDADES, 2011.



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:

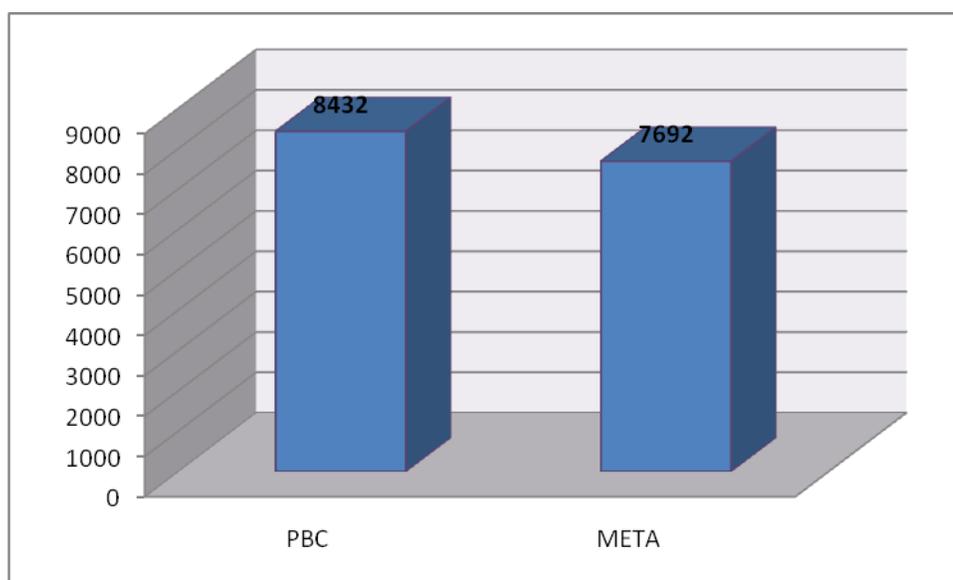
Dentro del marco epidemiológico nacional, las patologías cardiovasculares constituyen la primera causa, de morbi/mortalidad, a nivel comunal, se mantiene la misma tendencia.

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%

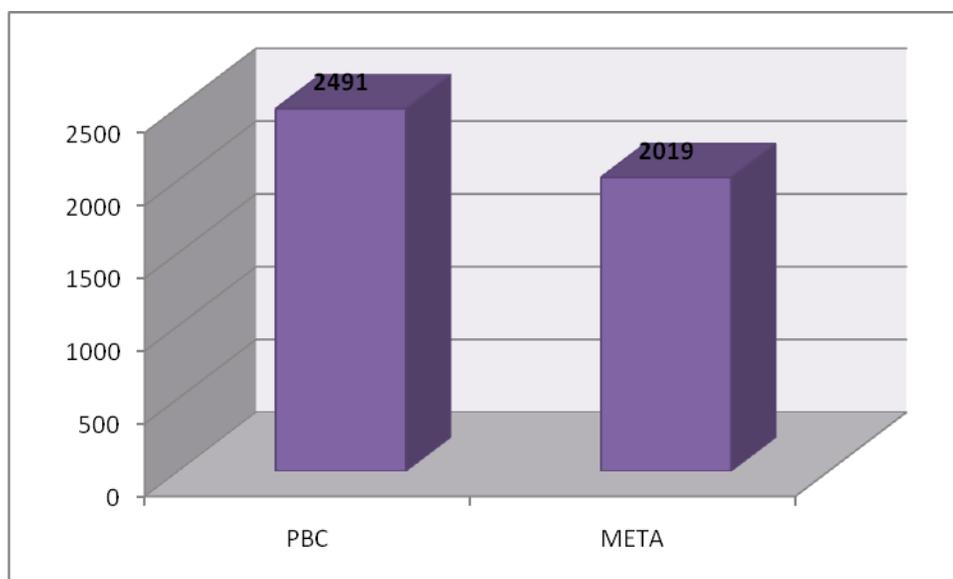


De acuerdo a los datos obtenidos de enero a la fecha actualmente existe una Población Bajo Control (PBC), de 8.342 personas. La meta establecida para este año era de 7.692, por lo cual se supero la meta es 650 personas.

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

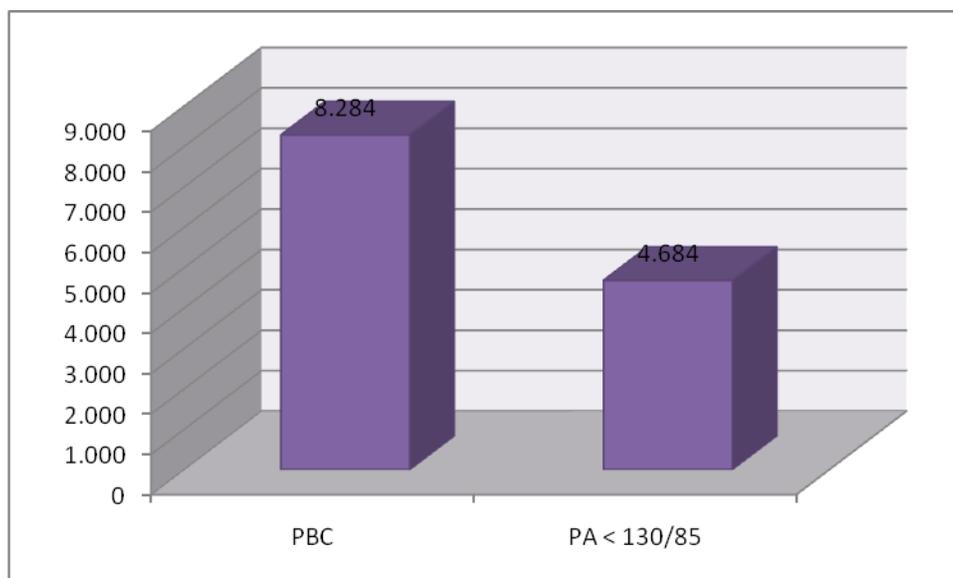
Cobertura DM 15 y + años

- 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.

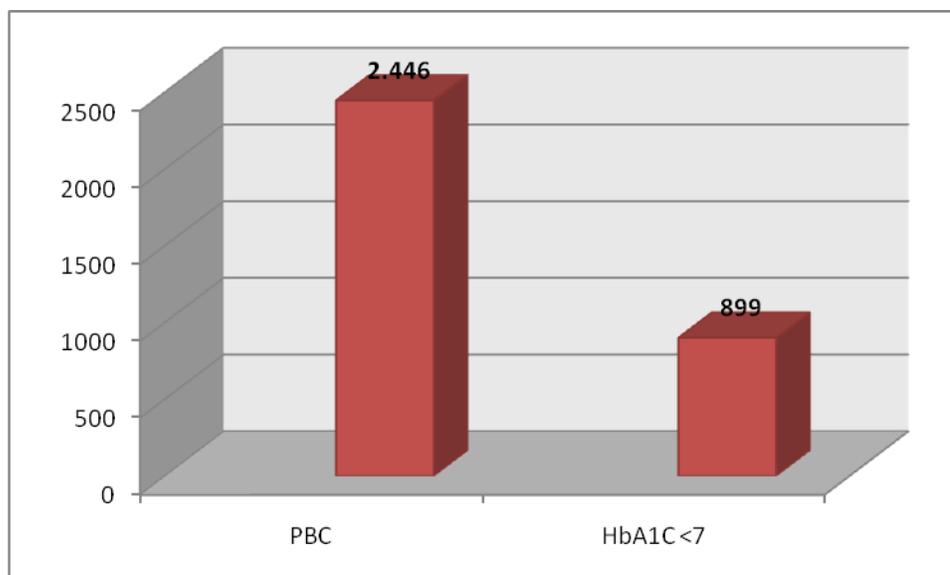
GRAFICO NIVELES DE COMPENSACION HTA POBLACION 15 AÑOS Y MÁS, A OCTUBRE 2111.



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%.

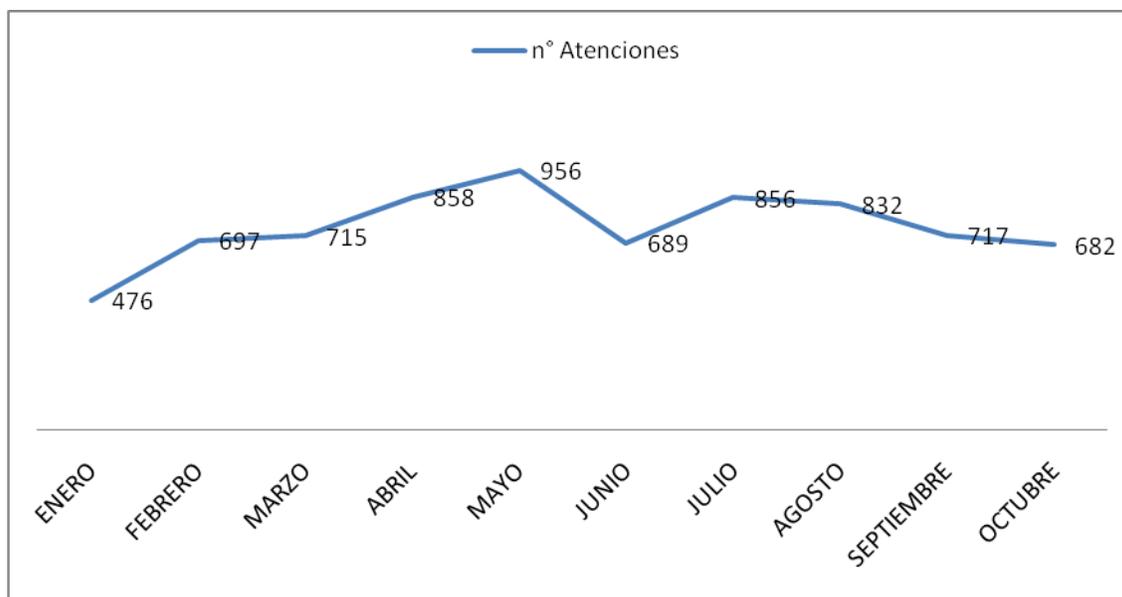
Otro dato complementario es que la población de 15 a 64 años presenta un 29.4% de niveles de compensación y la población mayor de 65 años un 43.8%.

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.

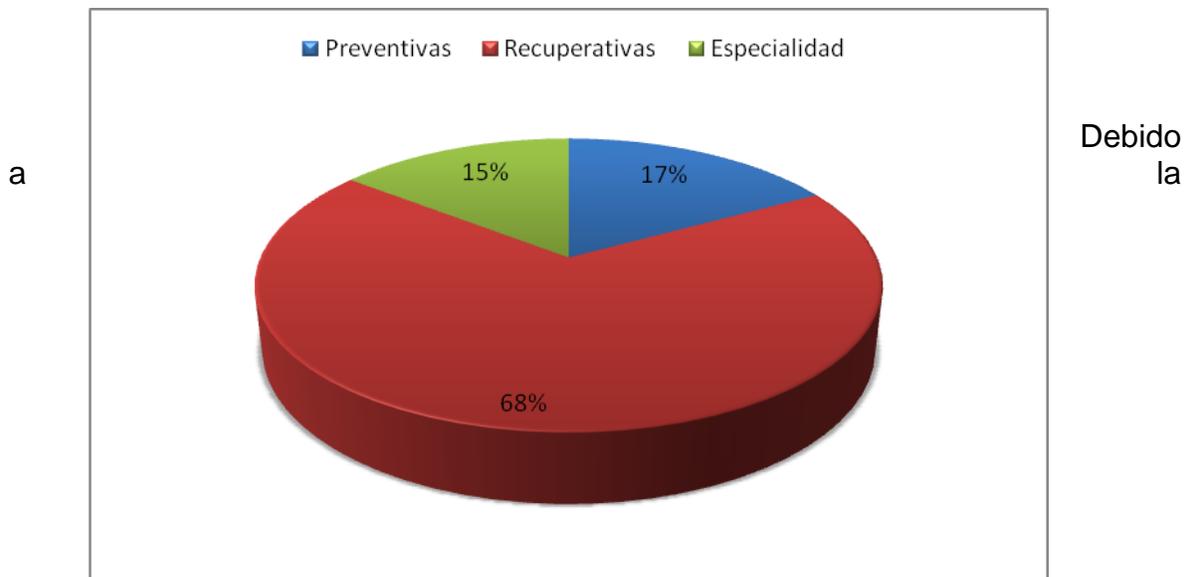


Como se observa en el gráfico, las atenciones del Programa Cardiovascular mantienen una tendencia similar, con un promedio de 742 atenciones mensuales, otorgada por los distintos profesionales que componen el programa.

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:



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:

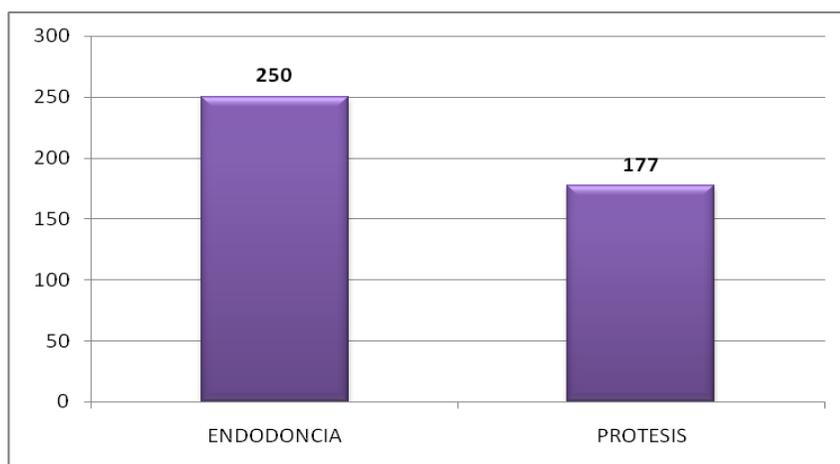
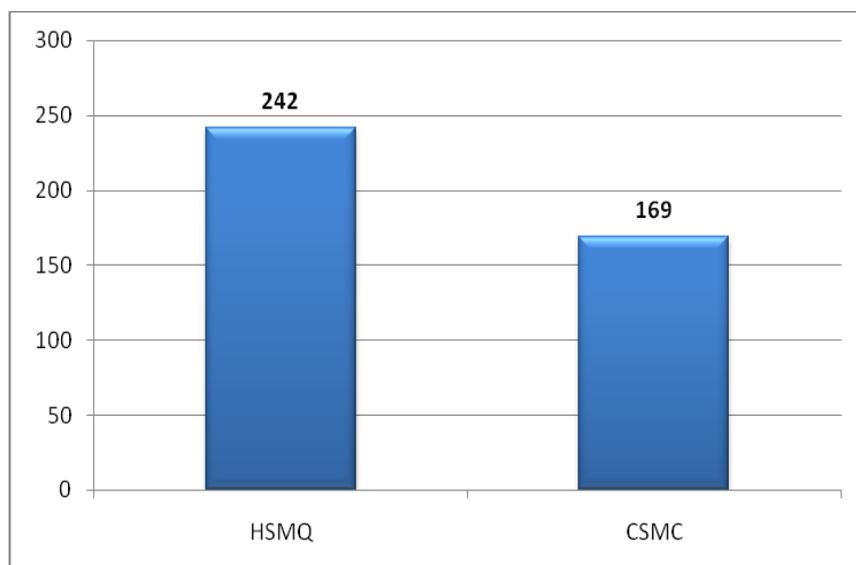


GRAFICO: DERIVACIONES A HOSPITAL SAN MARTIN QUILLOTA Y CSMC.



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

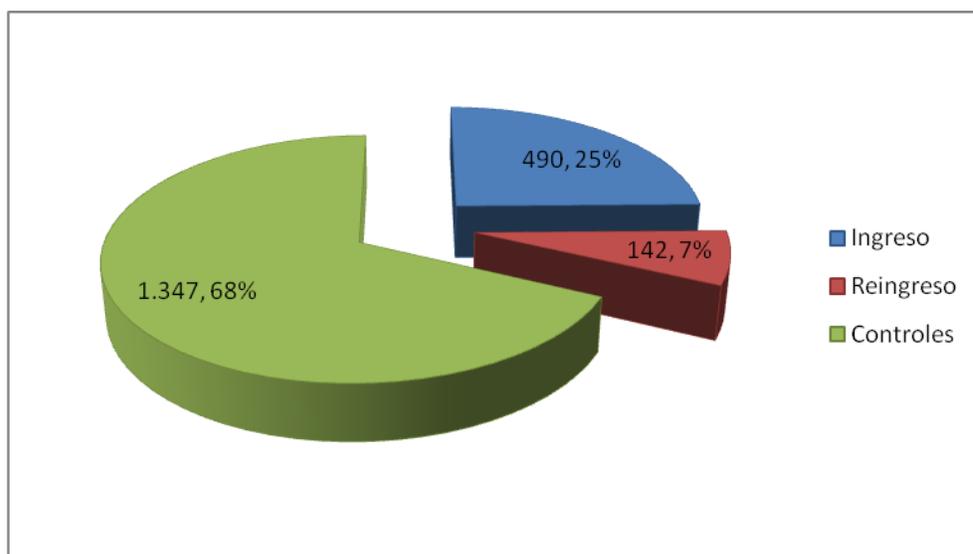
La sala IRA cuenta con un equipo compuesto por un médico (5 hrs), una Kinesióloga (33 hrs.) y una Técnico Paramédico (22 hrs), quienes atienden al 100% de los niños del sector urbano que lo requieran.

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.

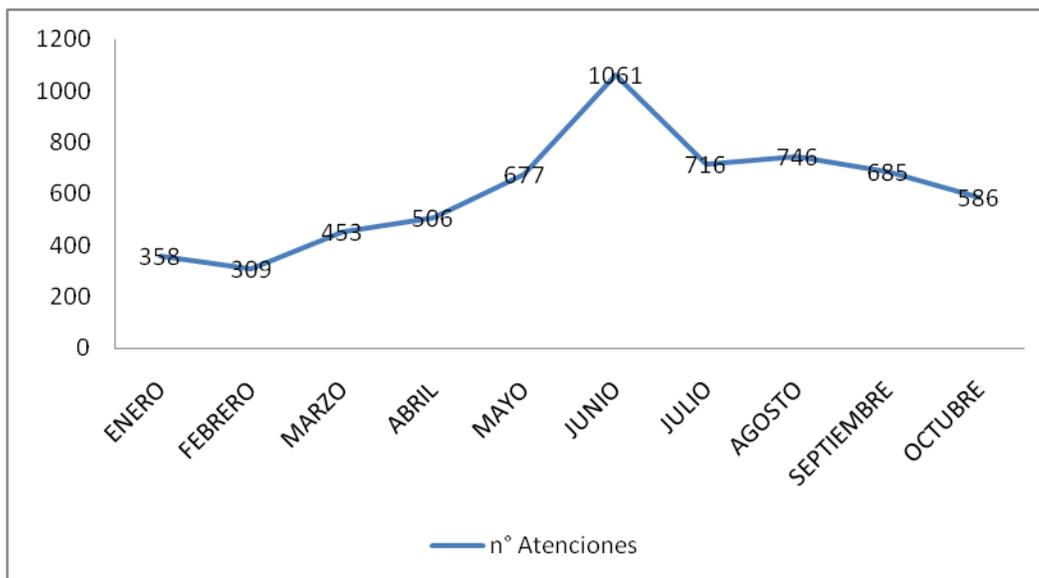
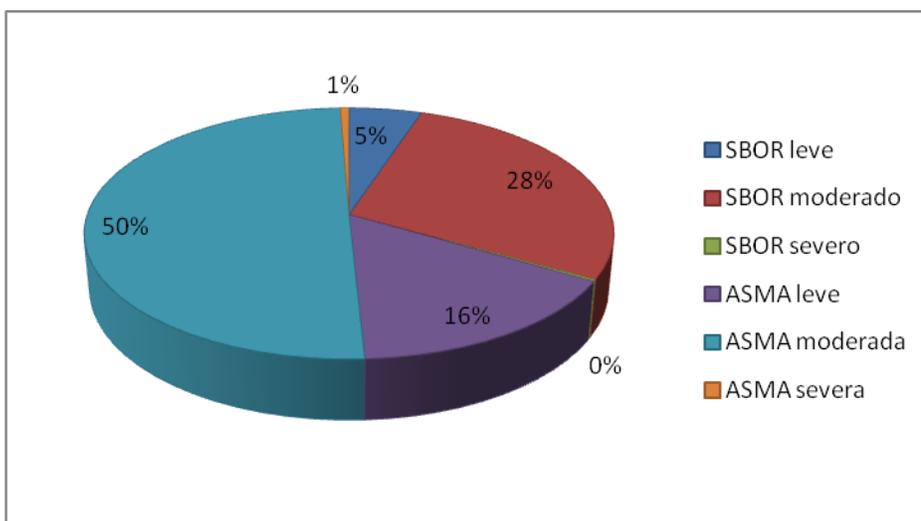


GRAFICO: PACIENTES CRONICOS EN CONTROL SALA IRA POR DIAGNOSTICO:



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

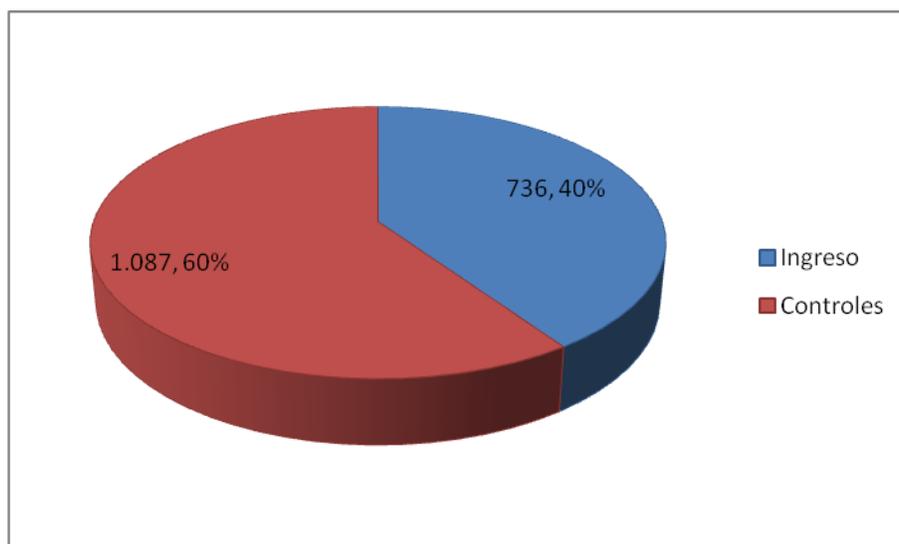
La sala ERA cuenta con un equipo profesional compuesto por un Médico (5 hrs) y dos Kinesiólogas (ambos de 33 hrs.), quienes atienden a la población con patología respiratoria crónica compensada y reagudizada del sector urbano que lo requiera.

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.

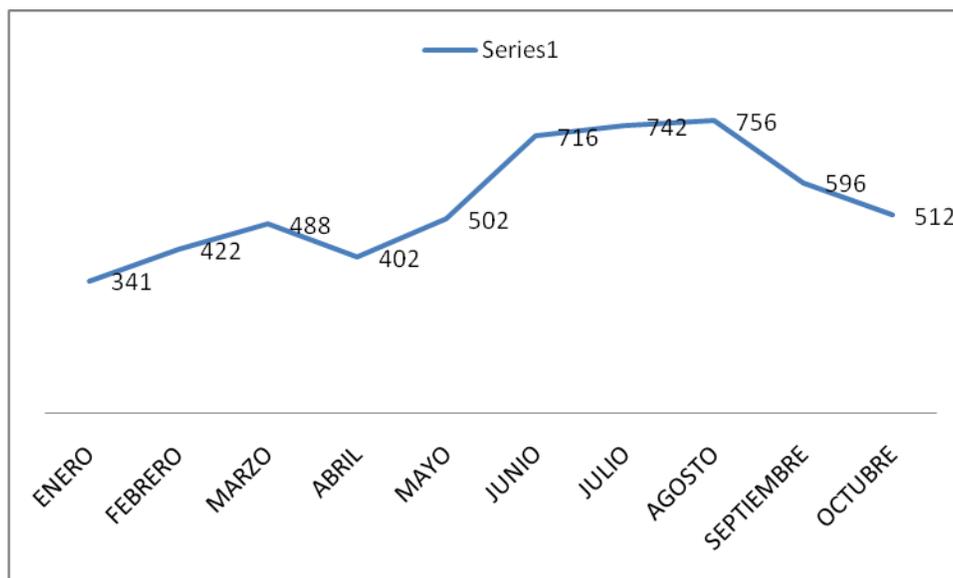
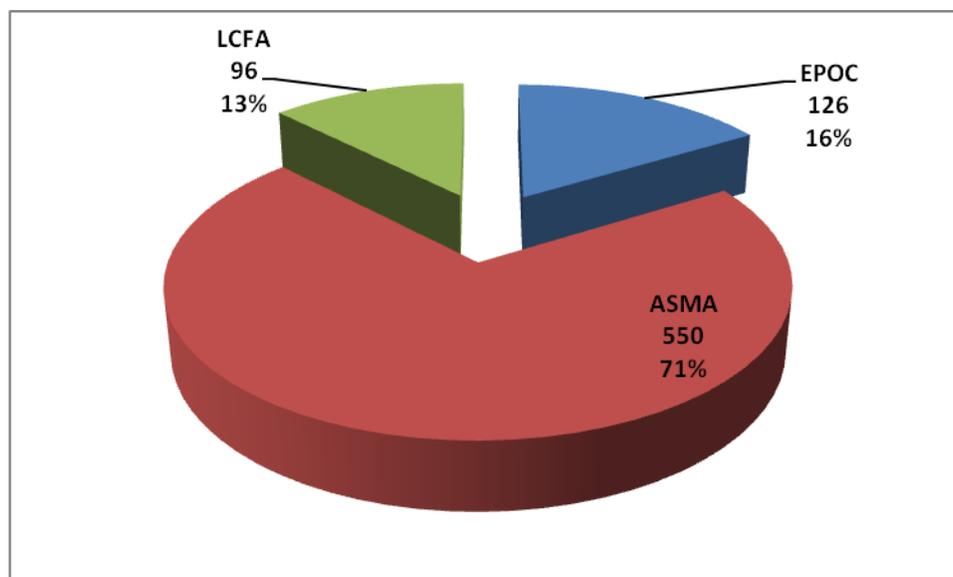


GRAFICO: POBLACION EN CONTROL SALA ERA POR DIAGNOSTICO.



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.

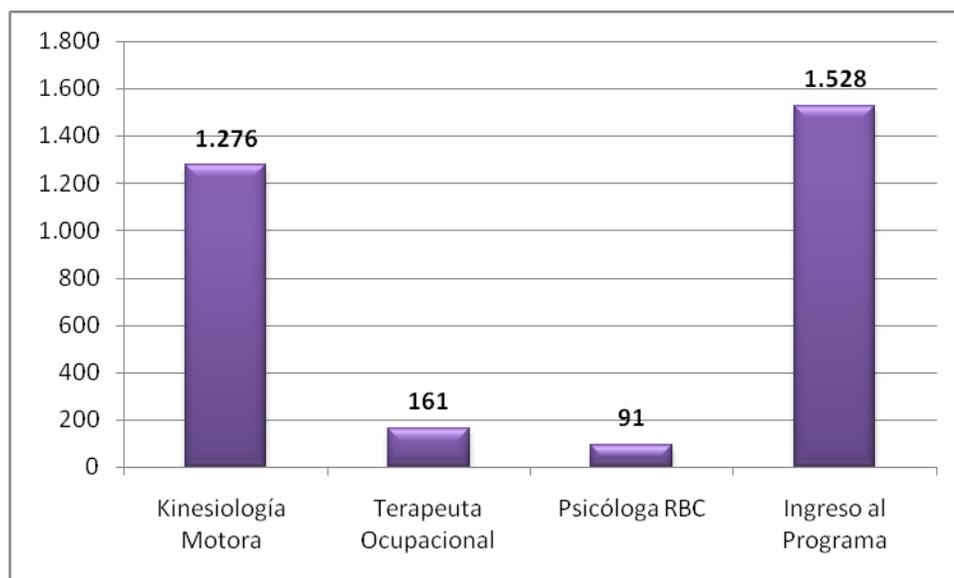
El centro comunitario de rehabilitación está enfocado en dar respuesta a las necesidades de los y las usuarios/as con patologías musculo esqueléticas, neurológicas (Accidente cerebro vasculares y enfermedad de Parkinson, fundamentalmente) y patologías GES (Artrosis cadera y rodilla, leve y moderada >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

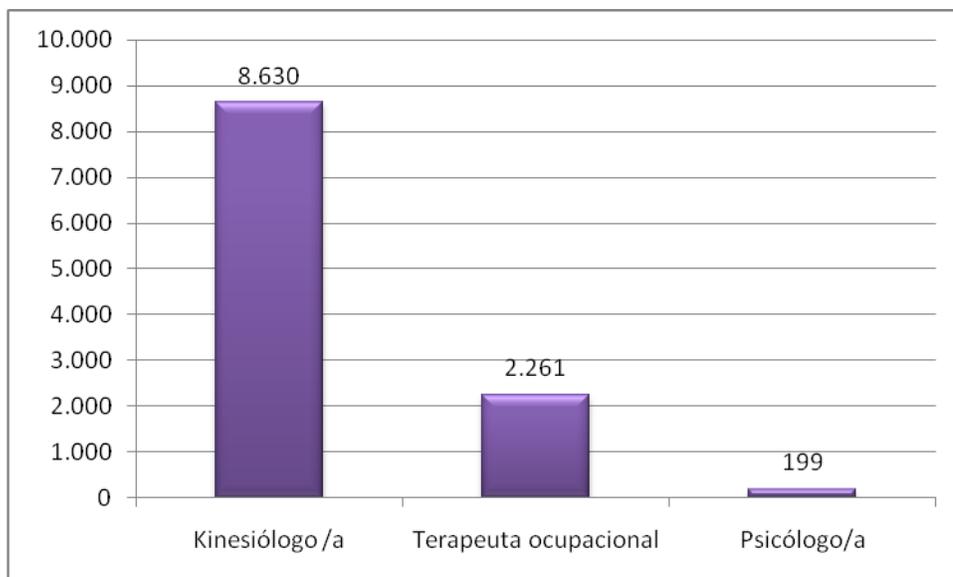
GRAFICO: CONSULTAS PROFESIONALES OCTUBRE 2011.



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).

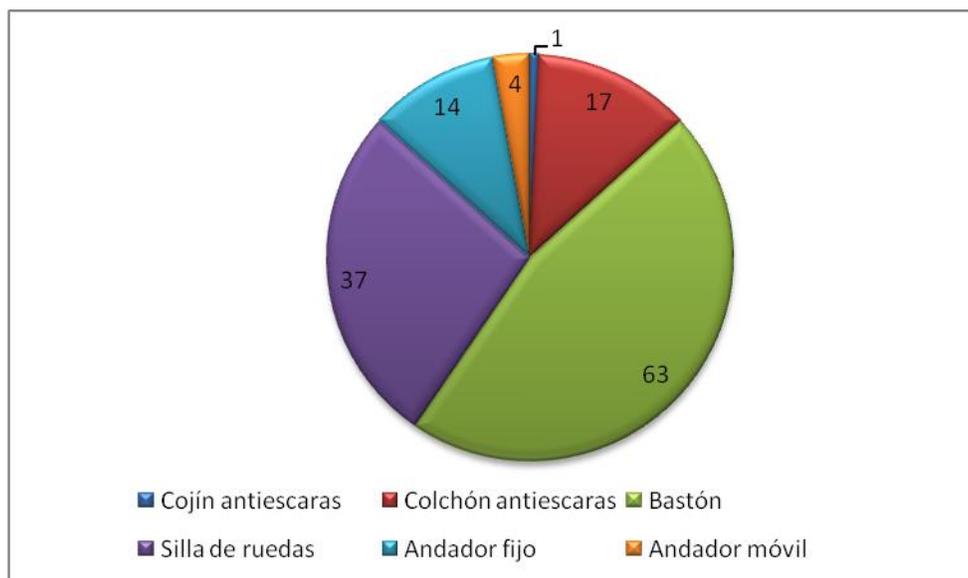


Durante el período enero a la fecha tal como se pueden observar el gráfico en lo que respecta a **CONTROLES RBC** se ha entregado 8.630 atenciones en Kinesiólogía, 2.261 con terapeuta ocupacional y 199 con psicólogo/a.

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 procesos de rehabilitación y de integración, de los usuarios con algún grado de discapacidad.

GRAFICO: ORTESIS ENTREGADAS ENERO A LA FECHA:

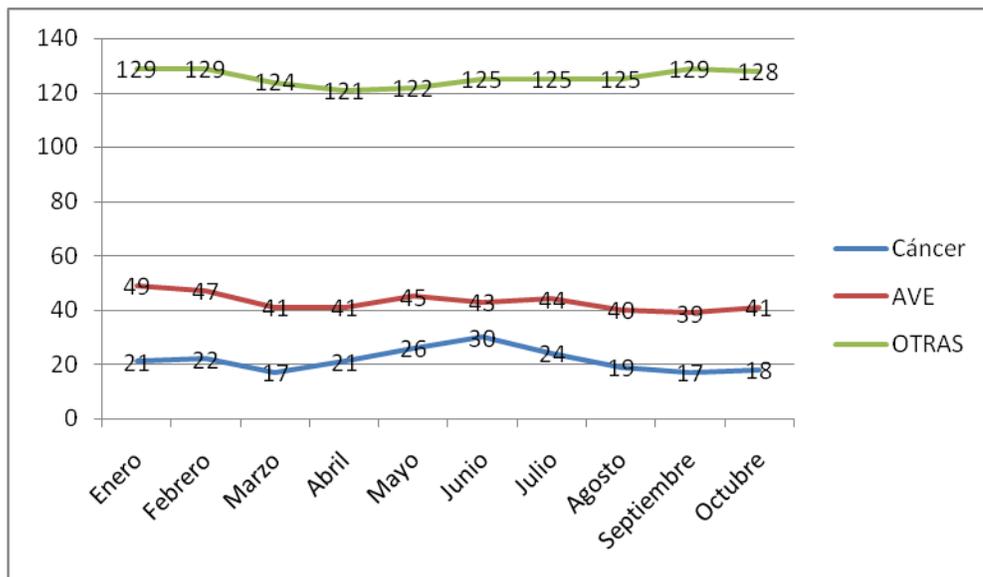


PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA INTEGRAL.

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.

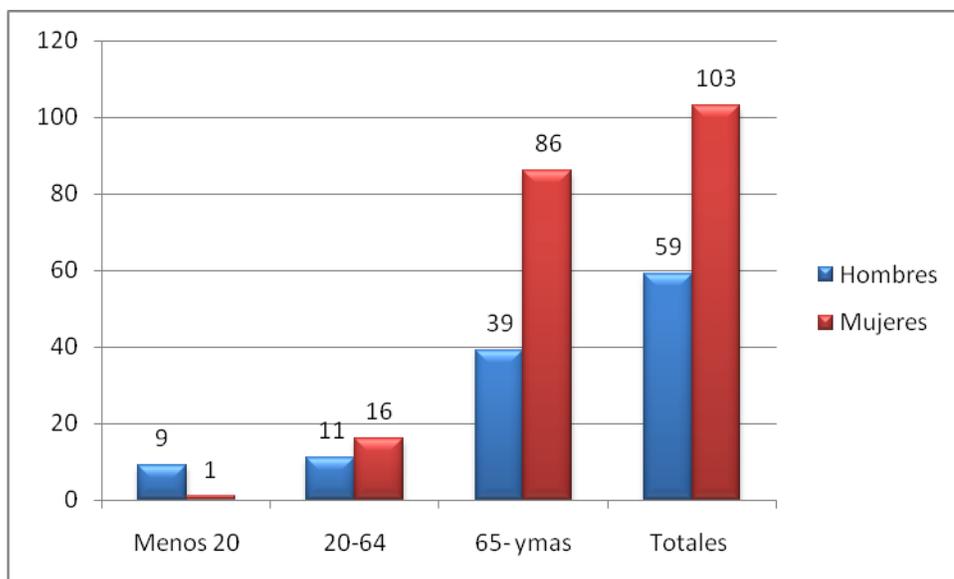
Programa destinado a la población con cáncer terminal y dependencia severa del sector urbano de la comuna de Quillota, que considera la atención por equipo multidisciplinario en domicilio.

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:

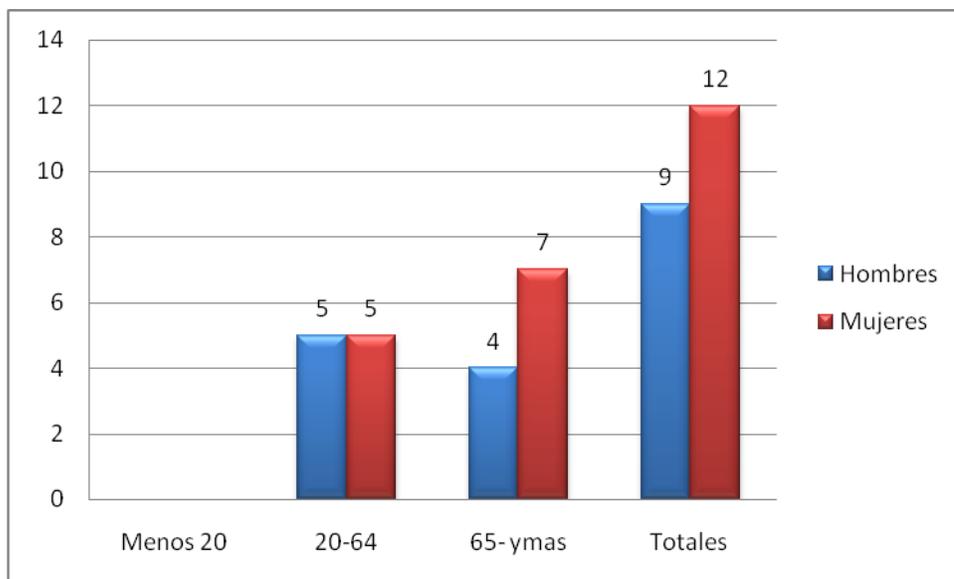


GRAFICO: VISITAS DOMICILIARIAS POR MES, PADI 2011.

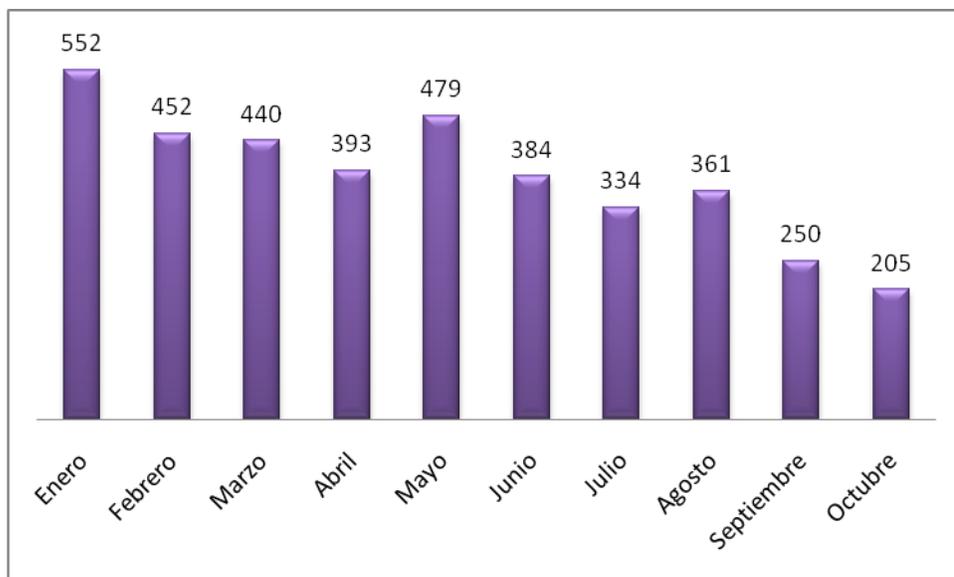
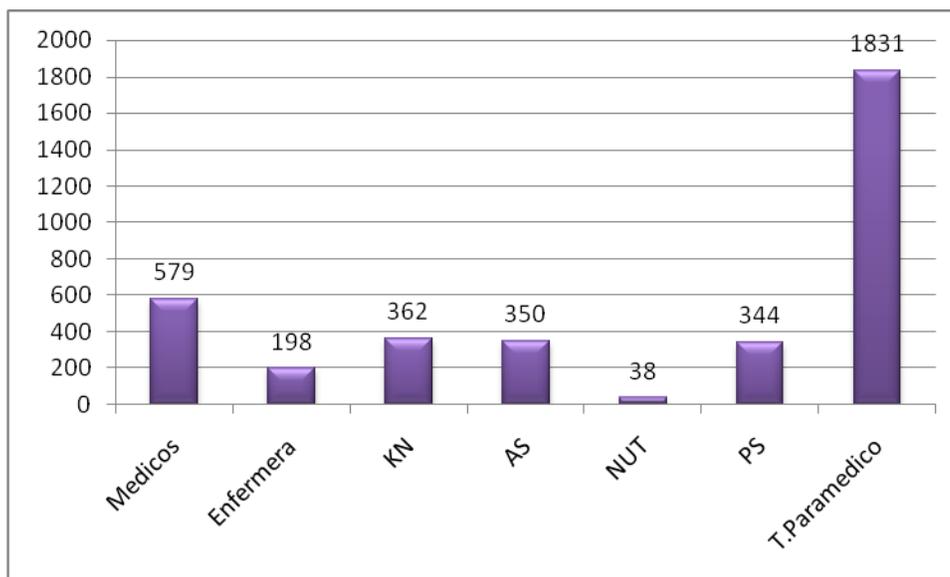


GRAFICO: VISITAS DOMICILIARIAS POR PROFESIONAL, PADI 2011.



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.

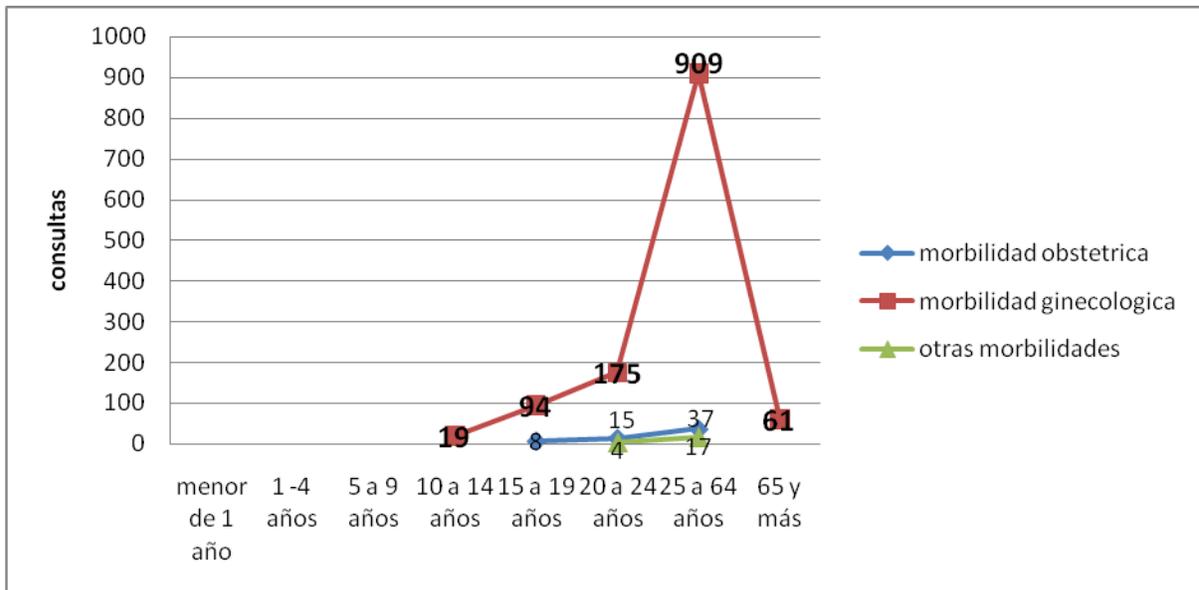
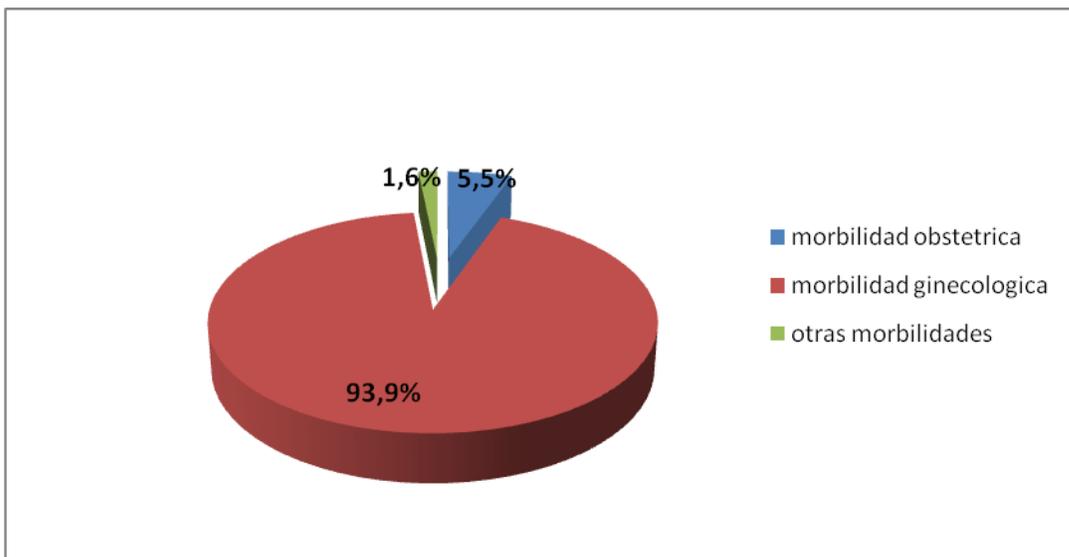


GRAFICO: TIPO DE CONSULTAS MATRON/A.



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:

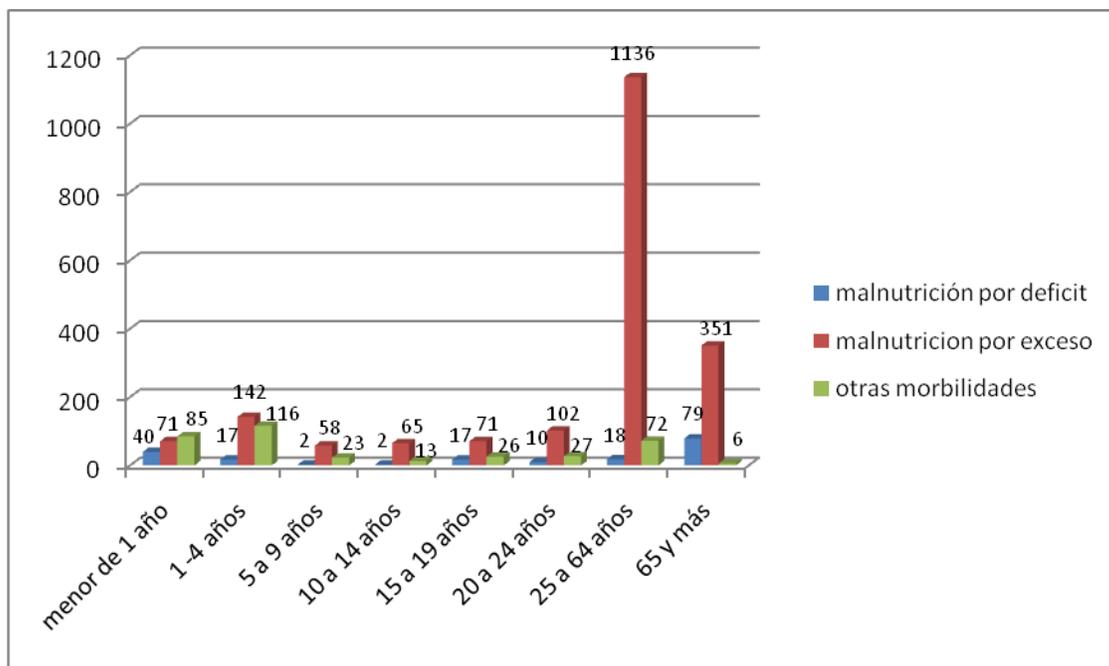
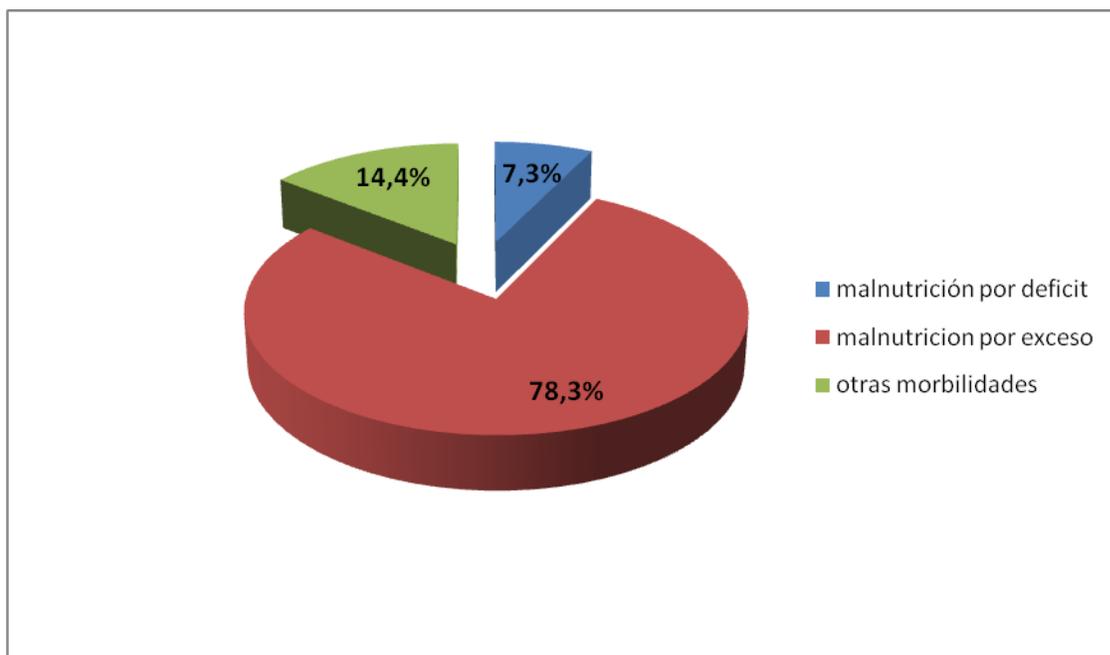
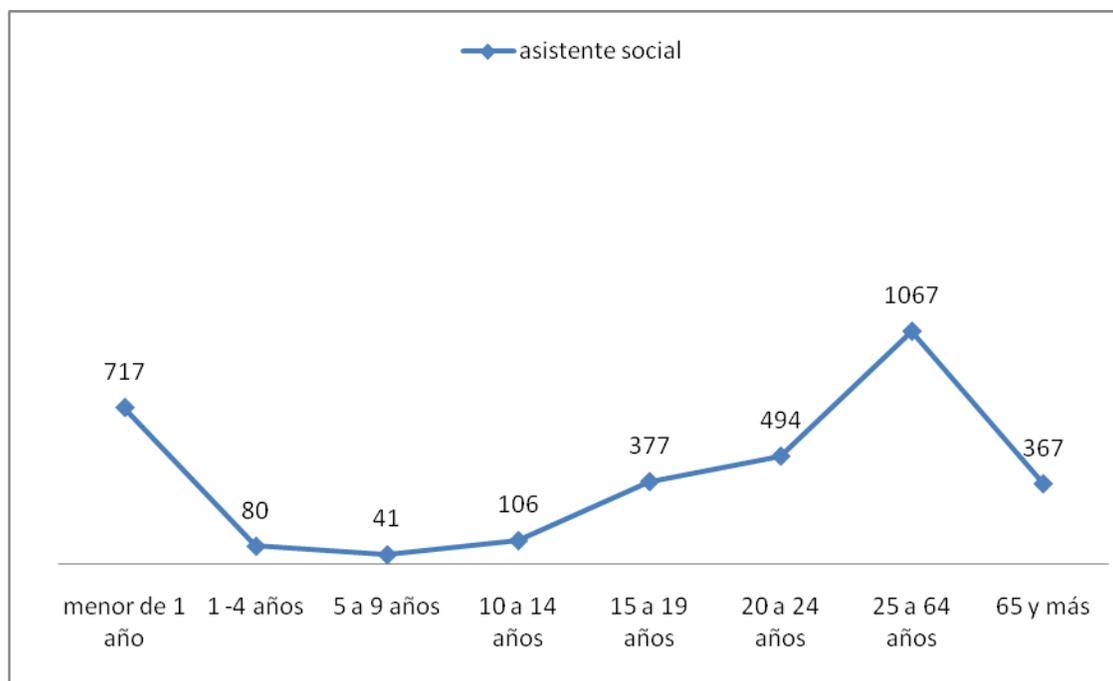


GRAFICO: TIPO DE CONSULTAS A PROFESIONAL NUTRICIONISTA:



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 etáreo.

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.

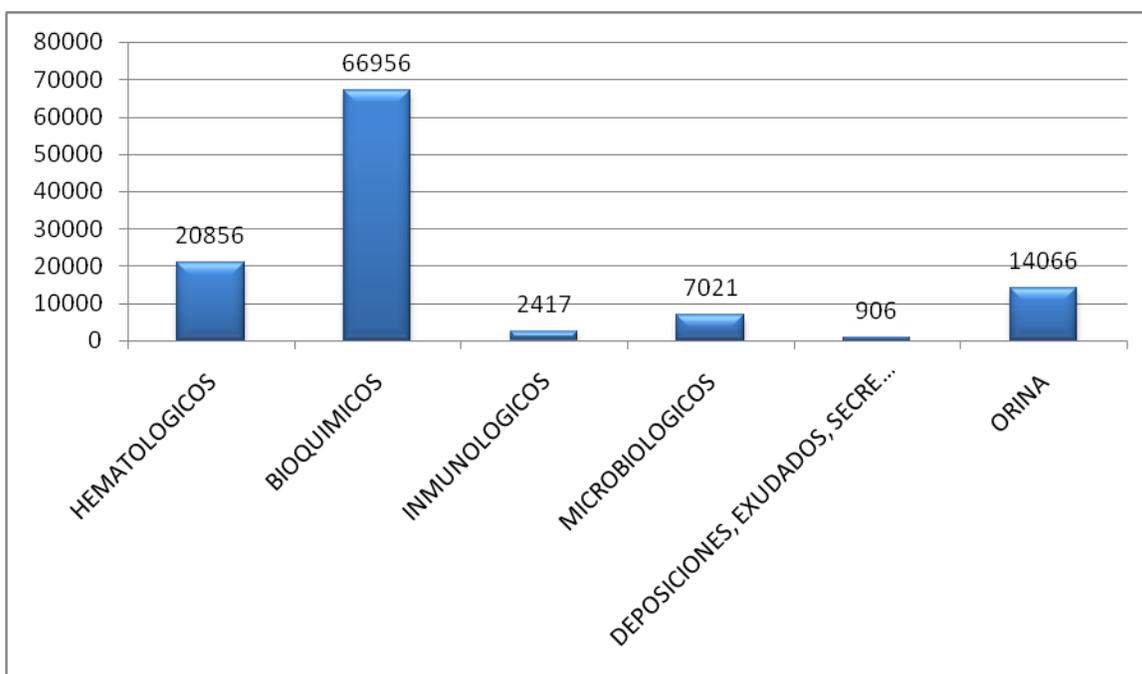
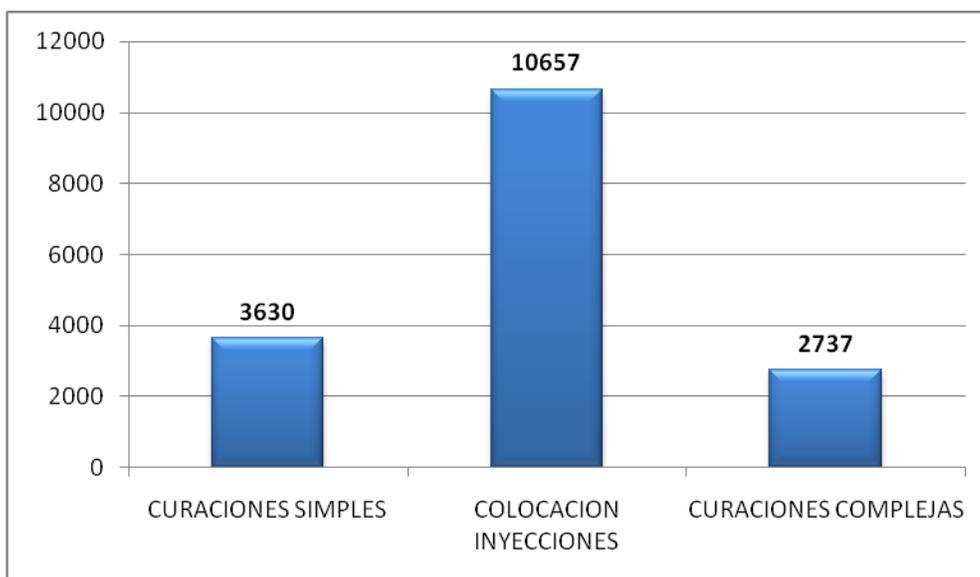


GRAFICO: PROCEDIMIENTOS DE APOYO CLINICO Y TERAPEUTICO:



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:

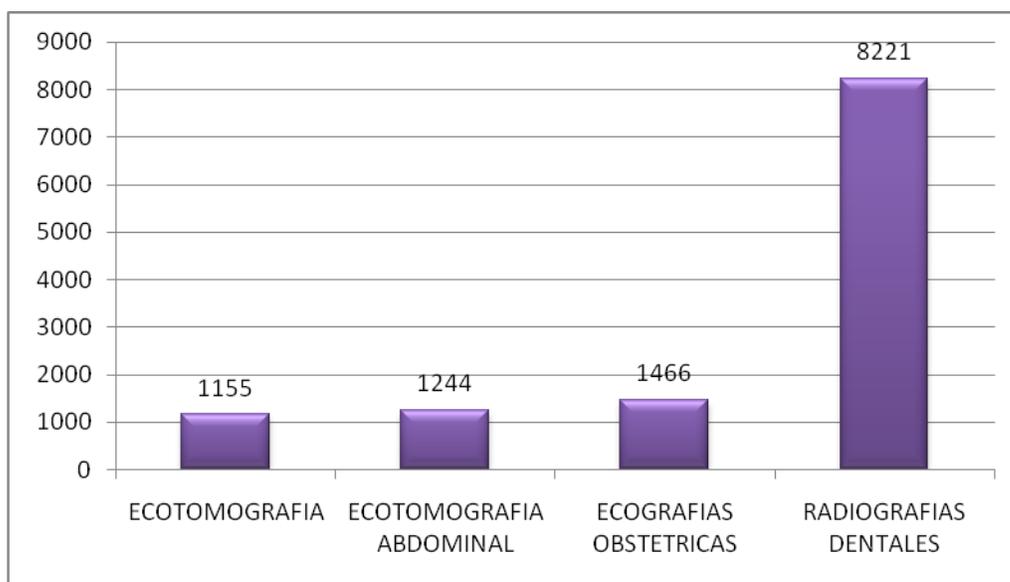
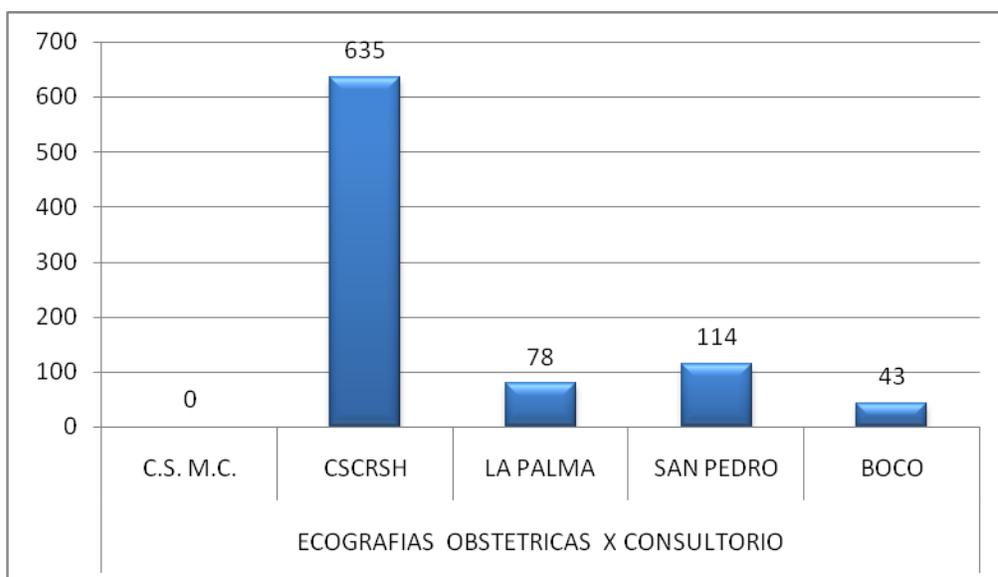
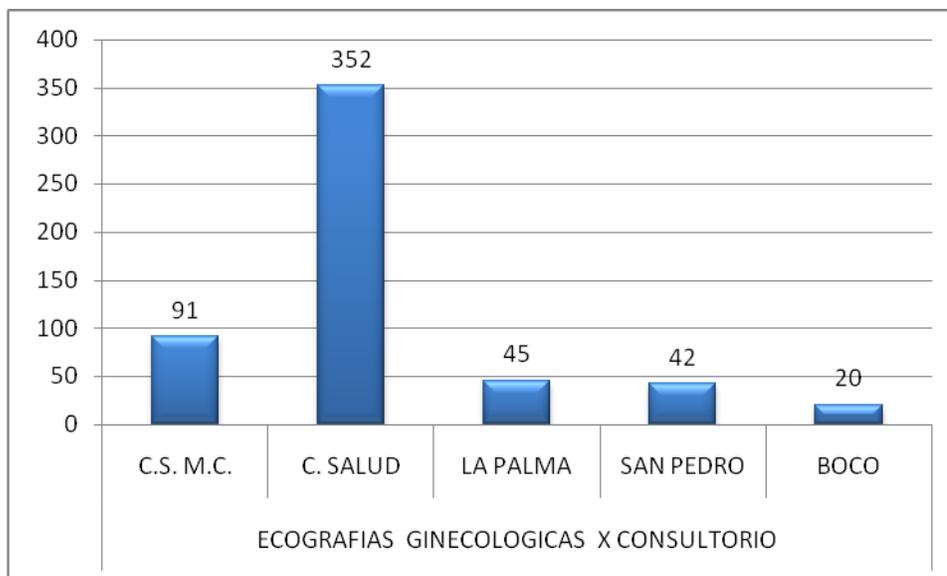


GRAFICO: ECOGRAFIAS OBSTETRICAS POR CENTRO DE SALUD:



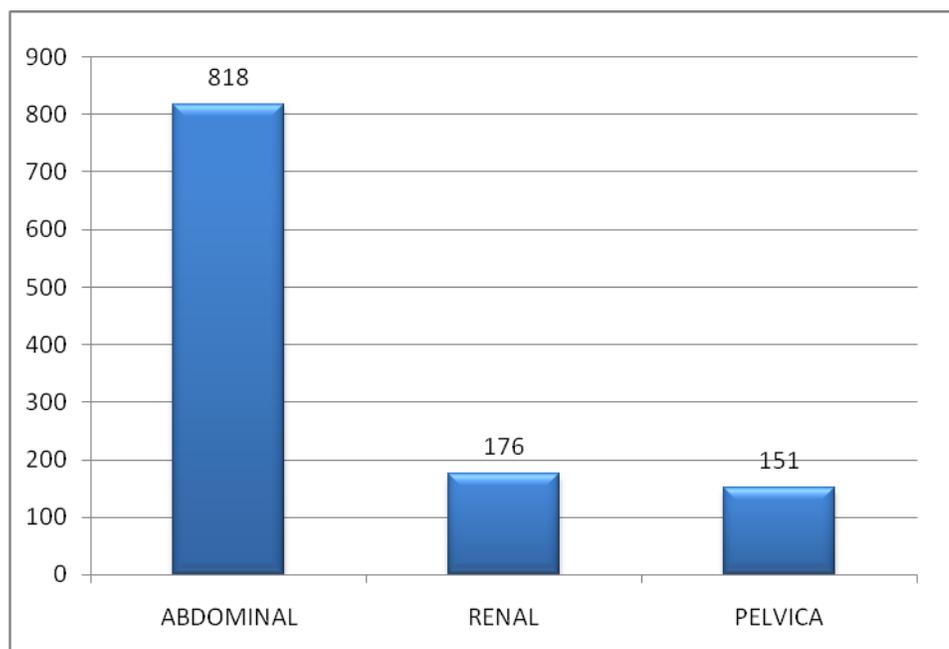
Durante el periodo enero a octubre se han realizado 870 Ecografías Obstétricas en los distintos centros de salud de la comuna, de las cuales el 100% ha tenido resultados normales.

GRAFICO: ECOGRAFIAS GINECOLOGICAS REALIZADAS POR CENTRO DE SALUD.



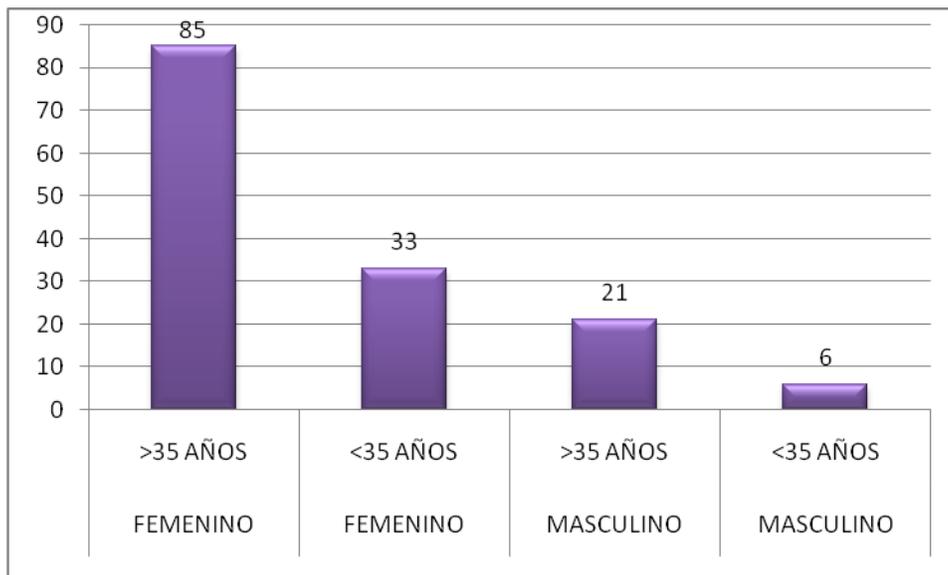
Durante el periodo enero a octubre se han realizado 550 Ecografías Ginecológicas en los distintos centros de salud de la comuna.

GRAFICO: ECOTOMOGRAFIAS TOMADAS AÑO 2011, POR TIPO:



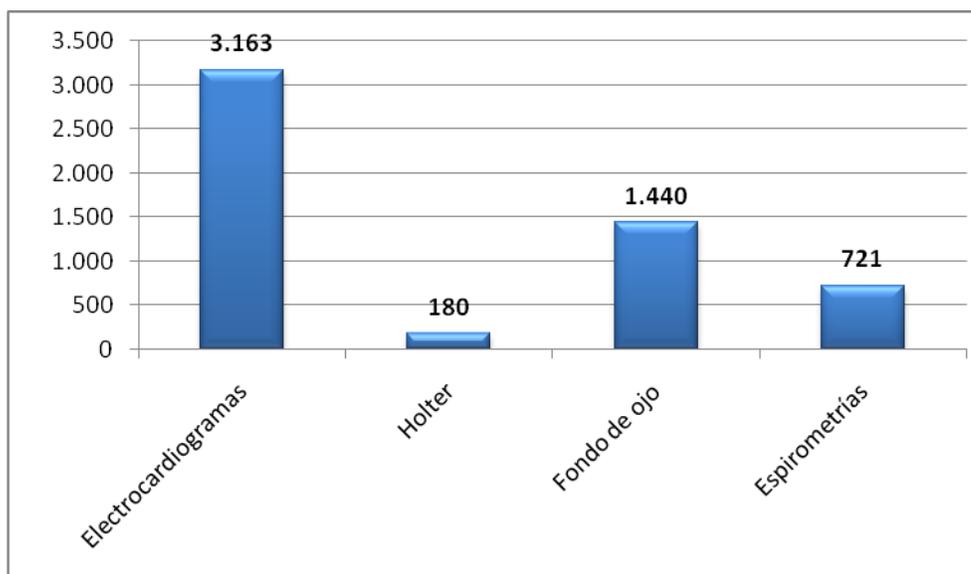
Durante el período enero a octubre se han tomado 1146 ecotomografías, de las cuales un 33% (387), presentan resultados normales y un 67% (759), presentan resultados alterados,

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



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

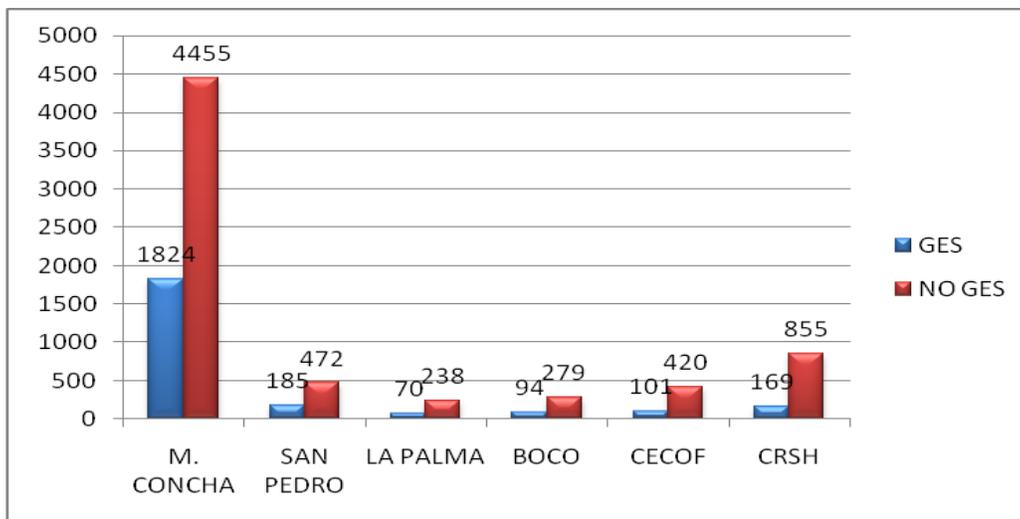
GRAFICO: NUMERO DE EKG, HOLTER, FONDO DE OJOS Y ESPIROMETRIAS. ENERO A OCTUBRE 2011.



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).

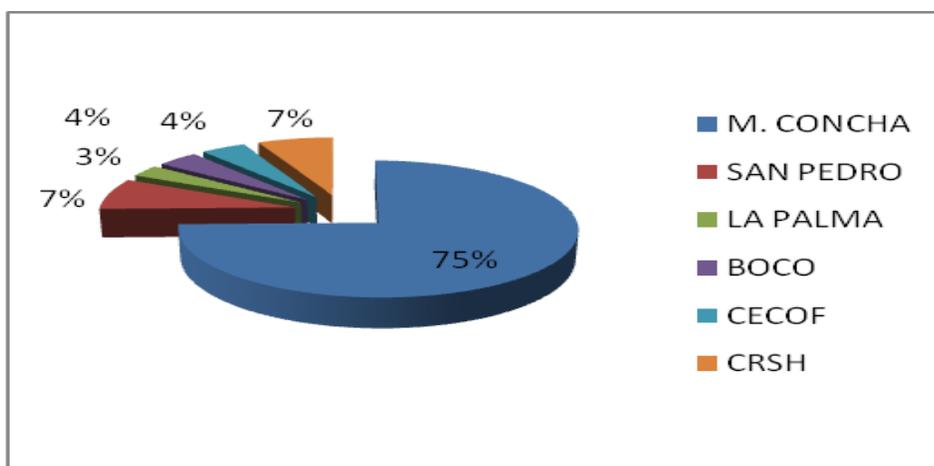
INTERCONSULTAS COMUNALES:

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



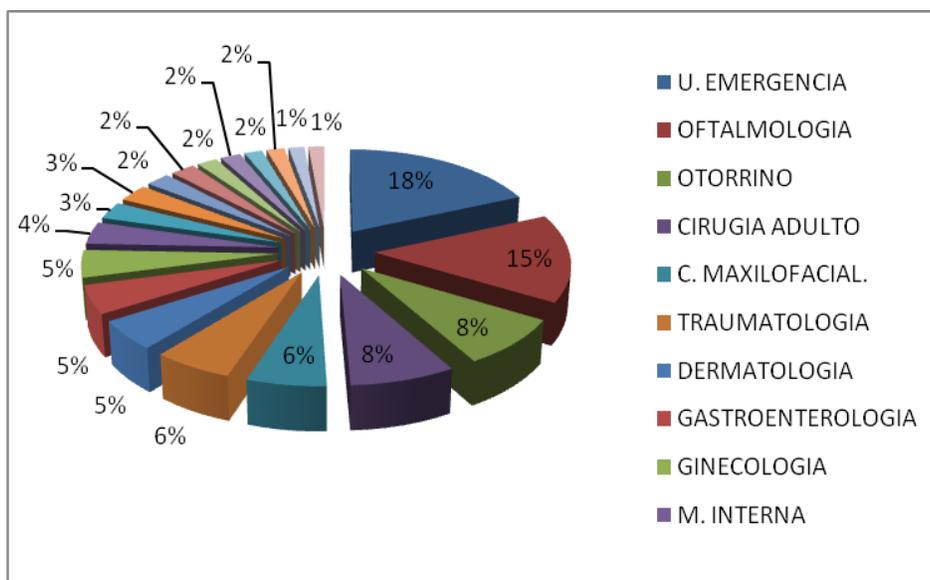
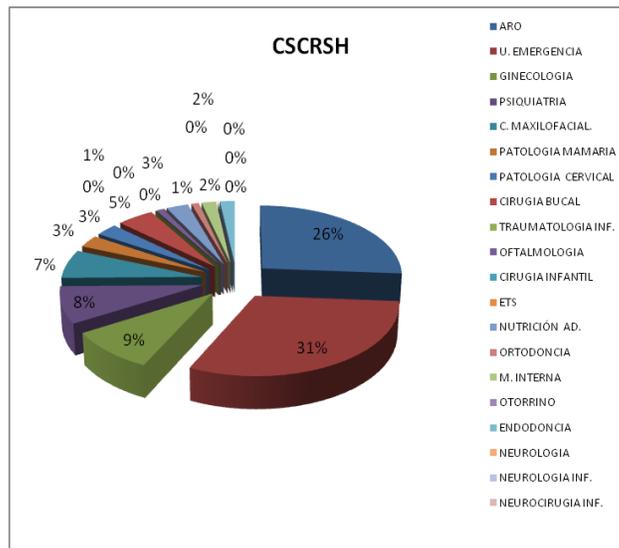
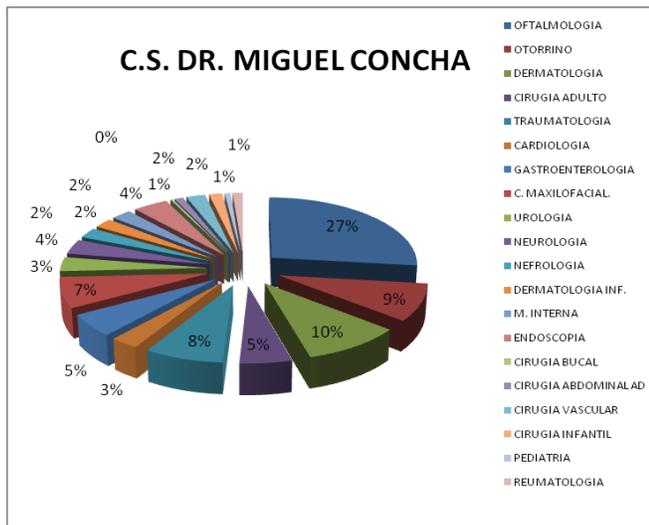
Tal como se aprecia en los gráficos, el mayor número de IC, es derivada desde el CSMC, dado el modelo de funcionamiento de la comuna, donde este centro se centra principalmente en la atención del daño de los usuarios/as de nuestros servicios.

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

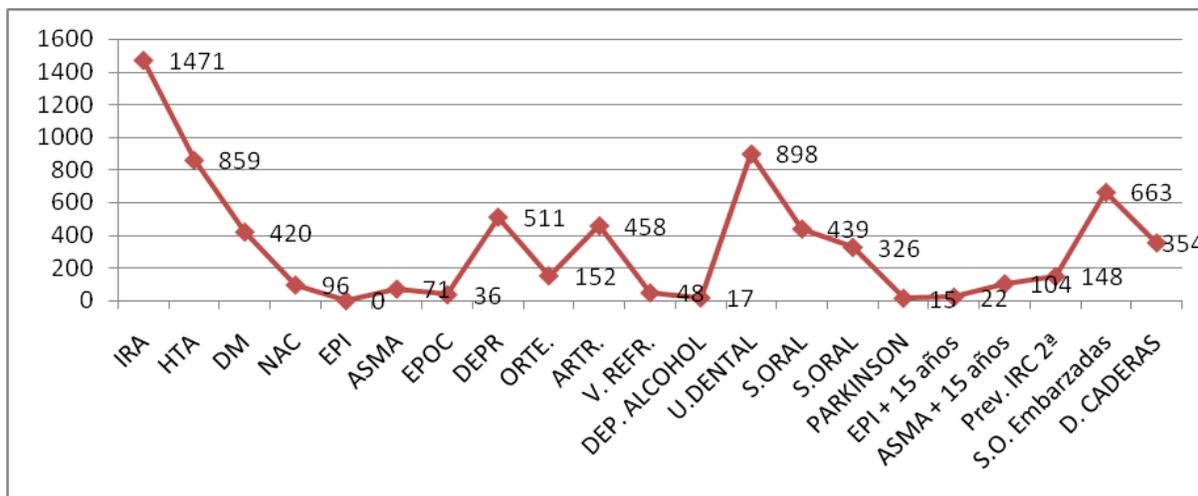
Farmacia móvil:

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.

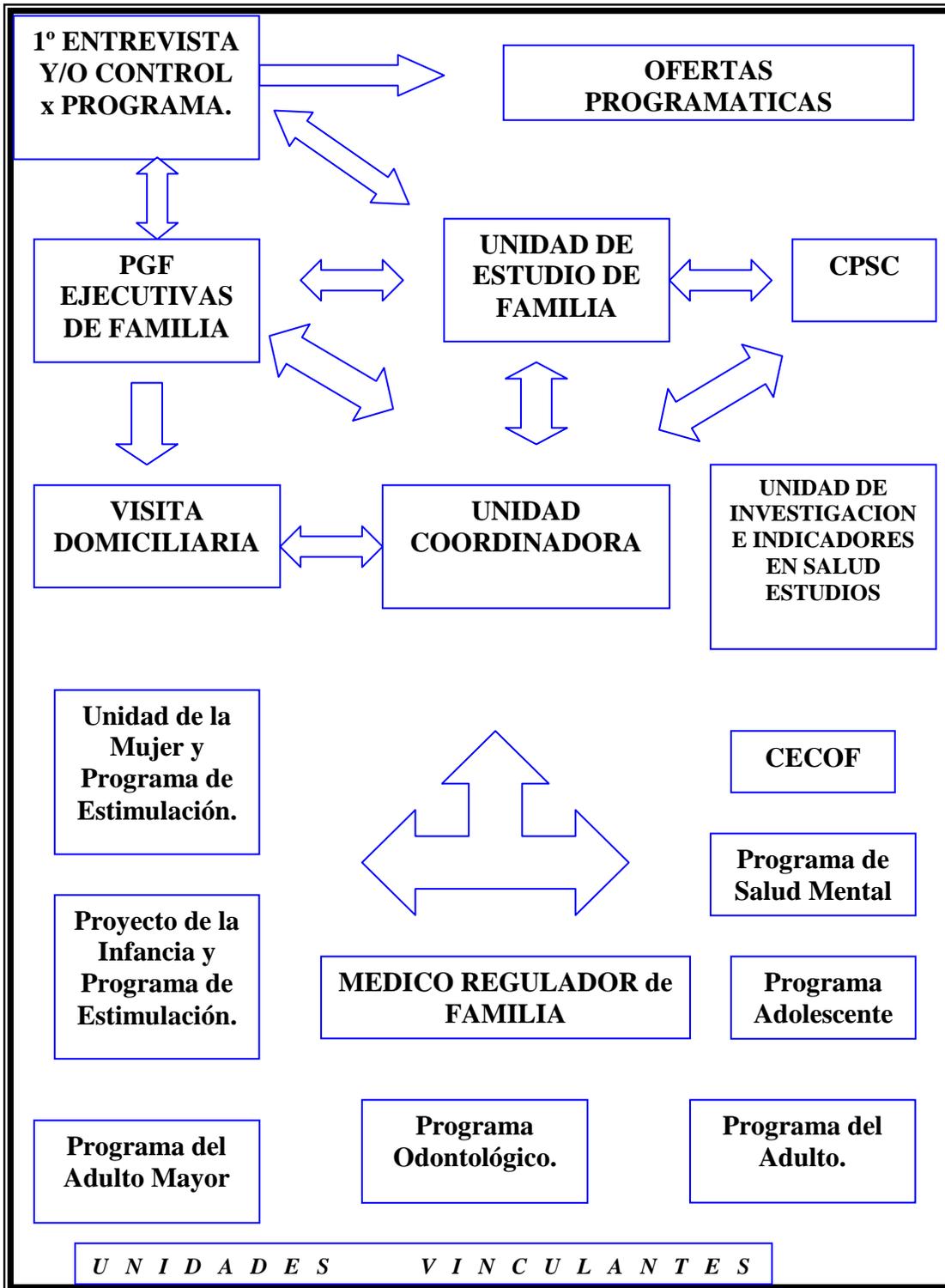
AREA FAMILIA:

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.

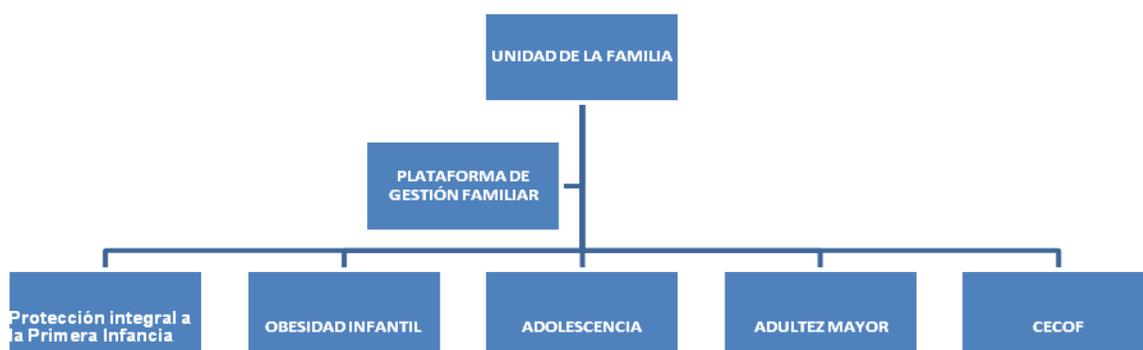


UNIDAD DE LA FAMILIA

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.

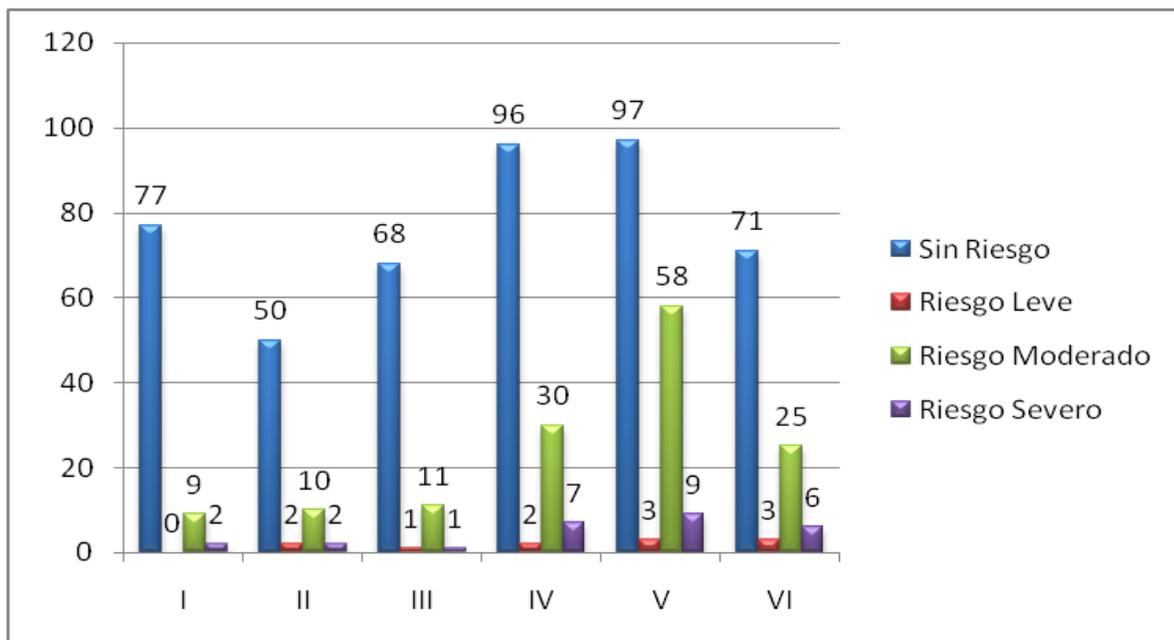
SECTORES COMUNA DE QUILLOTA:

SECTOR 1	SECTOR 2	SECTOR 3
El Diámelo Villa El Crisol. Pedro Aguirre Cerda. Villa Padre Hurtado. Población Alfredo Rebolal 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	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.	Villa Paraíso. Calle Aspillaga. Calle Diego Portales. Calle Herboso. Población Rafael Ariztía. Calle Ariztía. Lo Garzo. Los Lúcumos. Santa Teresita. Villa Coopreval. Calle Arauco

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:

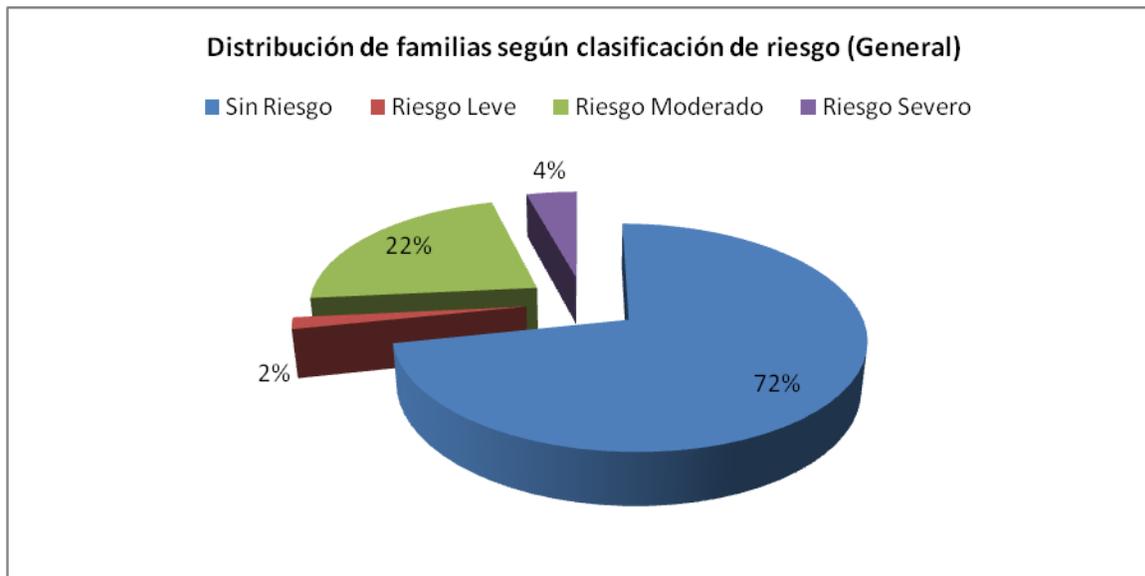
GRAFICO: FAMILIAS INGRESADAS A LA UNIDAD DE LA FAMILIA AÑO 2011, POR SECTOR, CICLO DE VIDA FAMILIA Y RIESGO SOCIAL. RESUMEN TOTAL. (640 FAMILIAS)



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%.

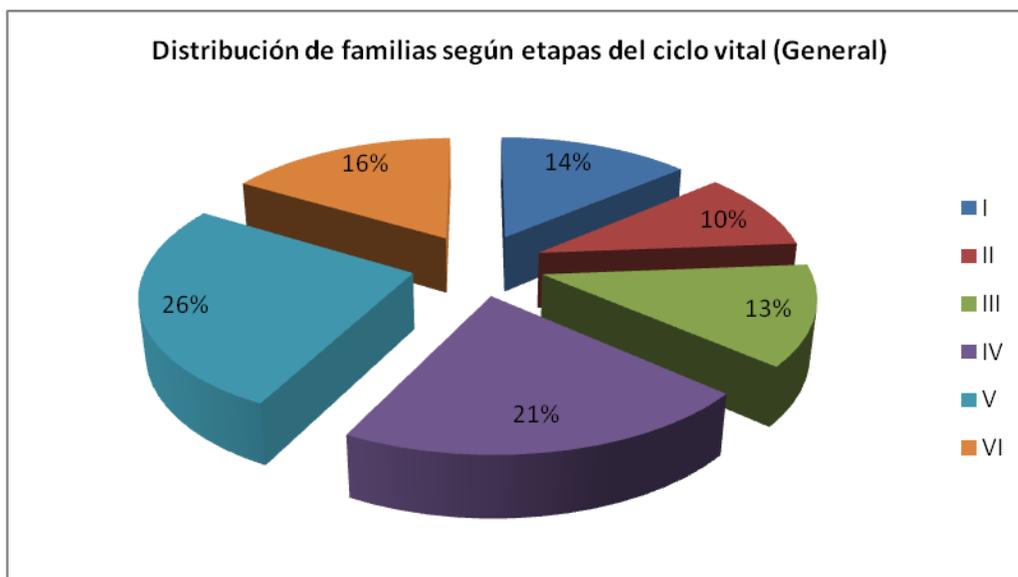
Esto significa que las acciones sanitarias que se realizan en pos de las familias tienen un estándar básico, lo que no significa despreocupación social por estas, sino que se trabaja sobre la base de la canasta básica de salud, sin modificaciones complejas de los instrumentos.

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:

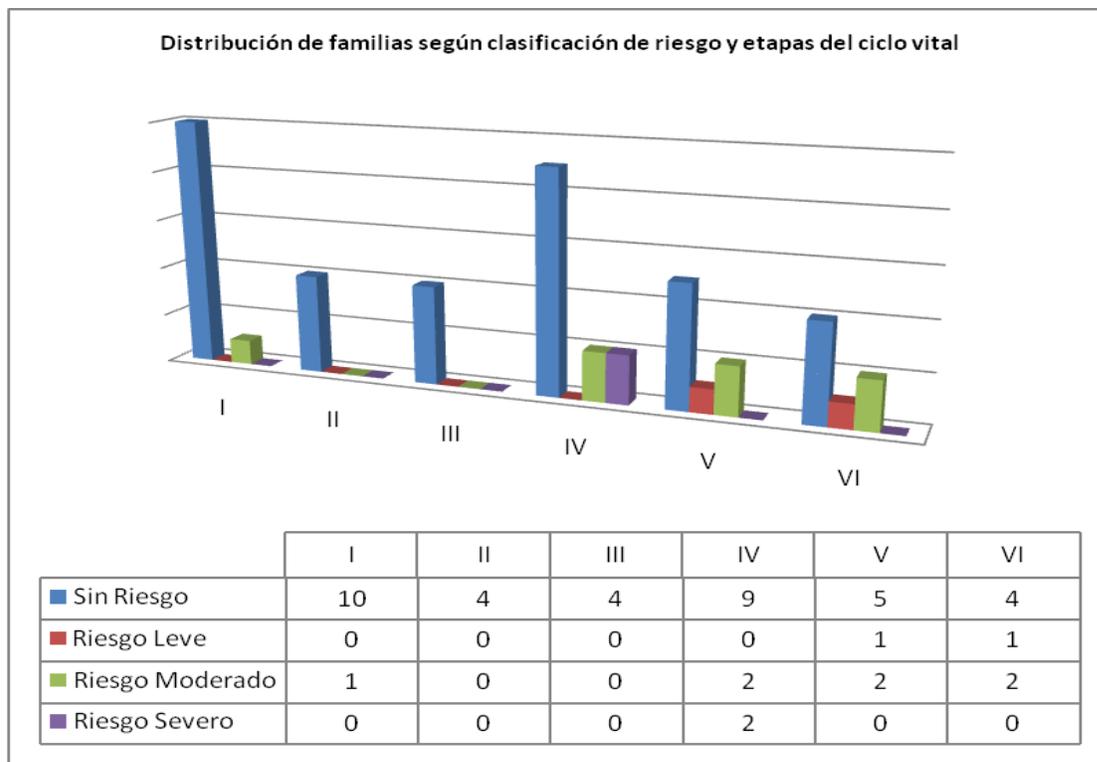
- Familia con hijos preescolares y/o escolares.
- Familia con hijos adolescentes.
- Desprendimiento.

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.

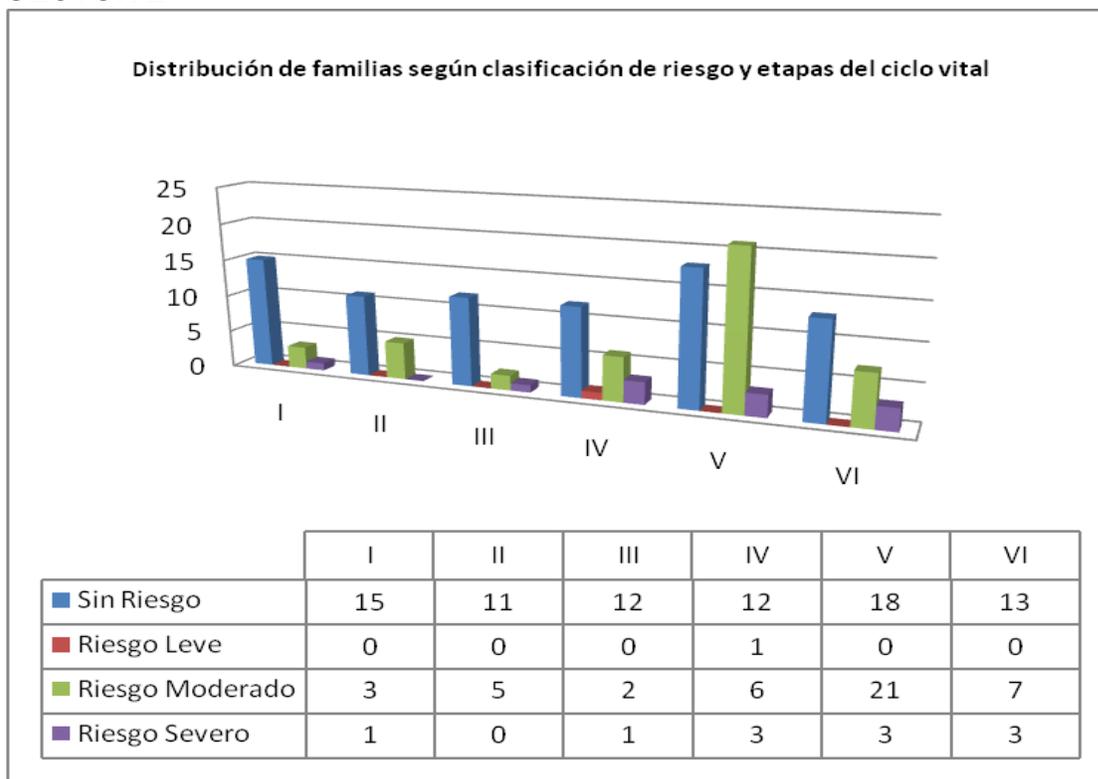
CLASIFICACION DE LAS FAMILIAS SEGÚN RIESGO Y CICLO DE VIDA FAMILIAR POR SECTOR.

SECTOR 1



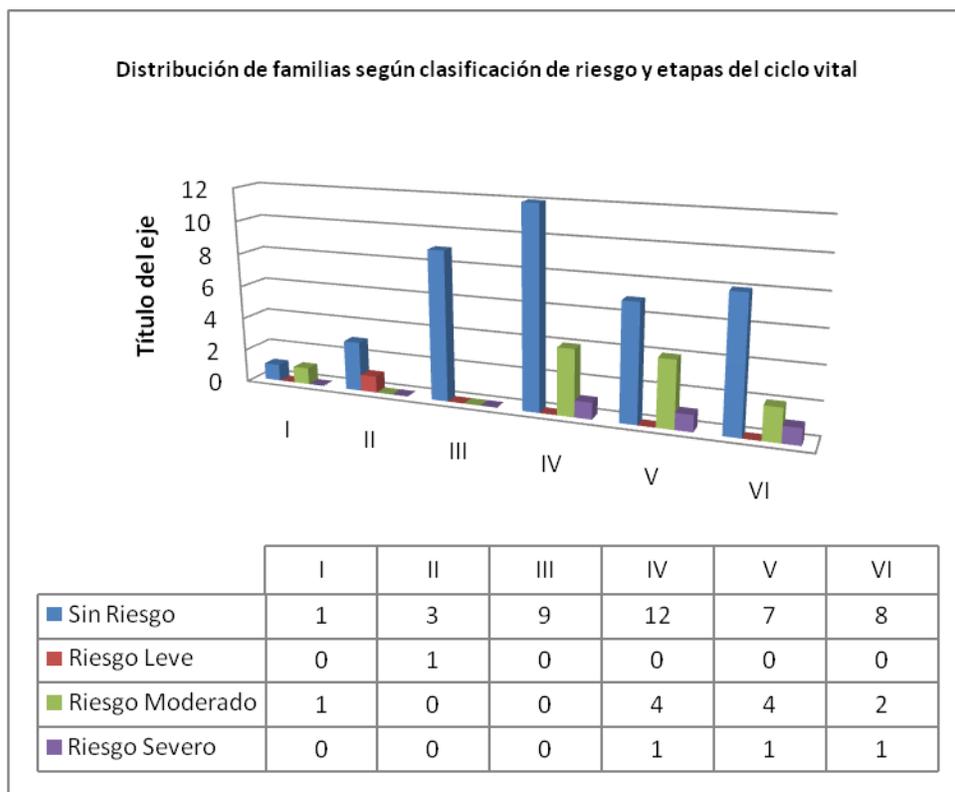
Acá la mayor atención, que la APS debe tener son aquellas que tienen riesgo severo. Sin embargo su ocurrencia es marginal, 2 casos que representan un 4.08% del total.

SECTOR 2



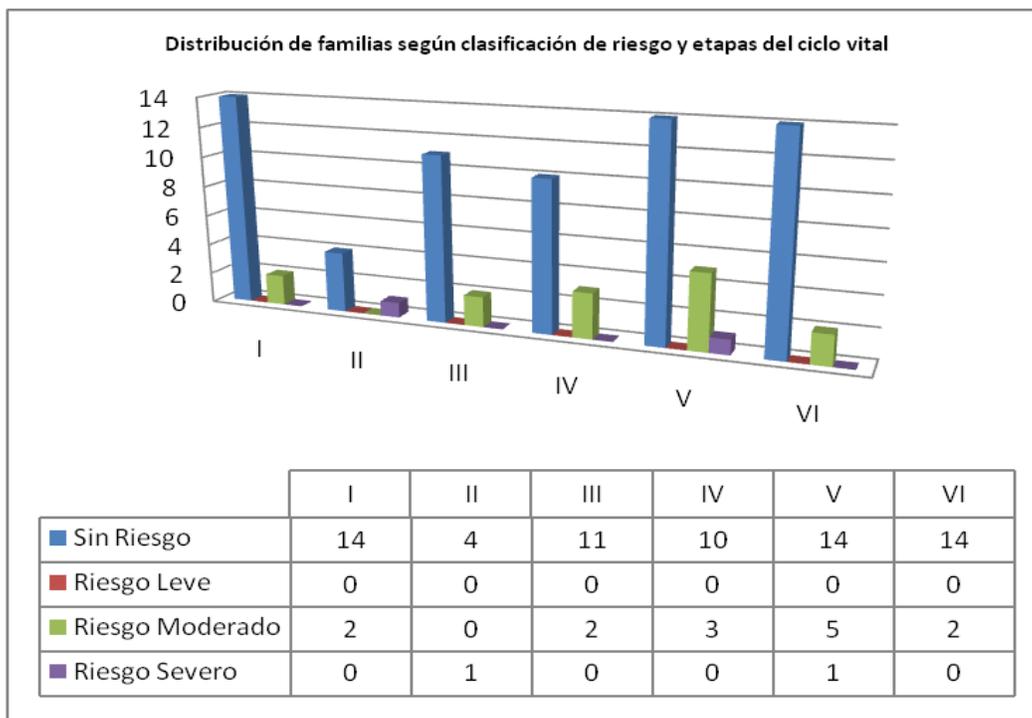
En este grafico y cuadro se muestra que hay una diferencia importante con el primer sector, por cuanto hay 11 casos con R.S, lo que implica un mayor aporte sanitario y de trabajo en equipo para con estas familias. Otro elemento interesante es que el R. S cruza casi todas las etapas del ciclo de vida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



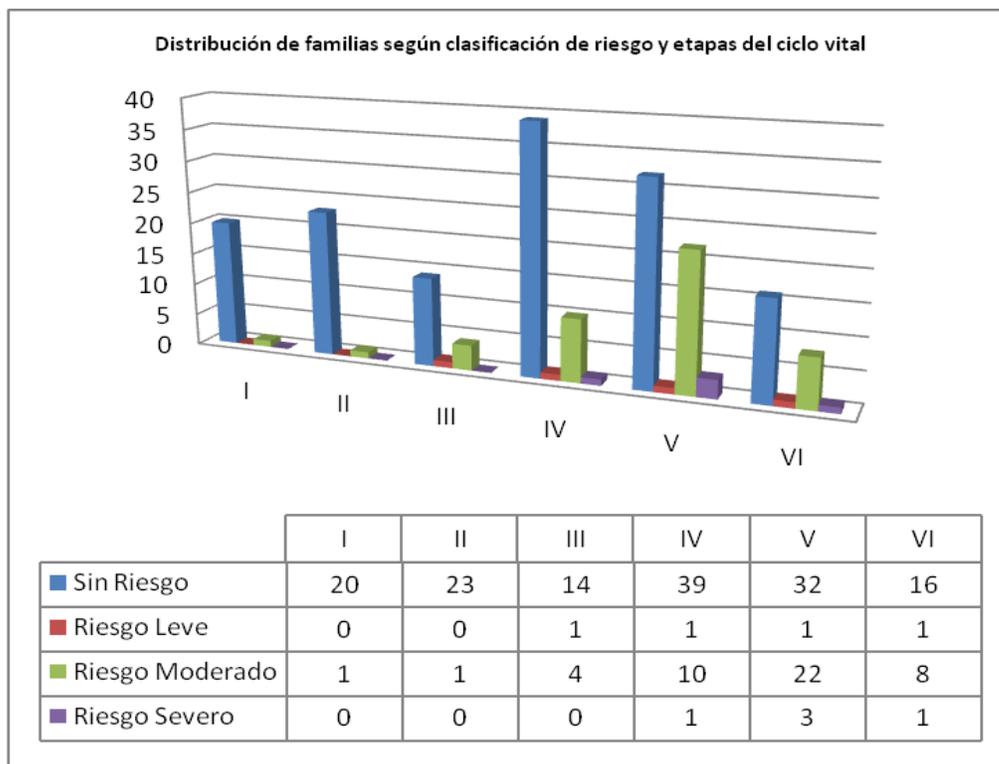
Como en el anterior sector es el R.M el que tiene una incidencia importante en el total general, 14 casos. Cabe destacar que en la etapa V del C.V.F se diagnosticaron 5 casos, es decir familias con hijos/as adolescentes. Se debe tener presente que en esta etapa hay que:

- 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).

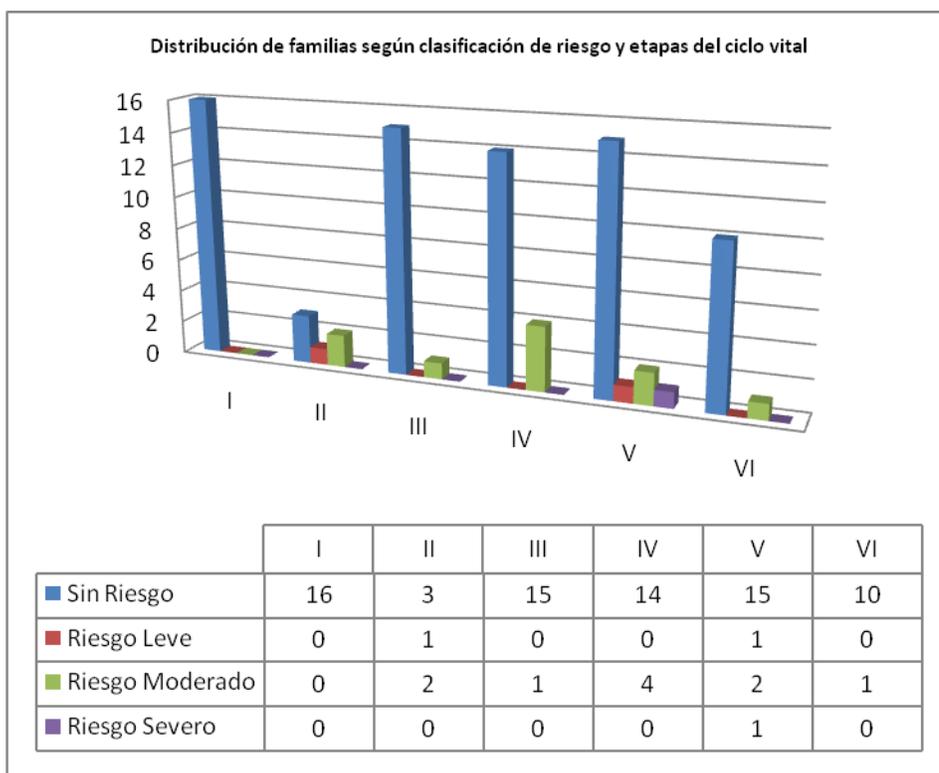
SECTOR 5



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.

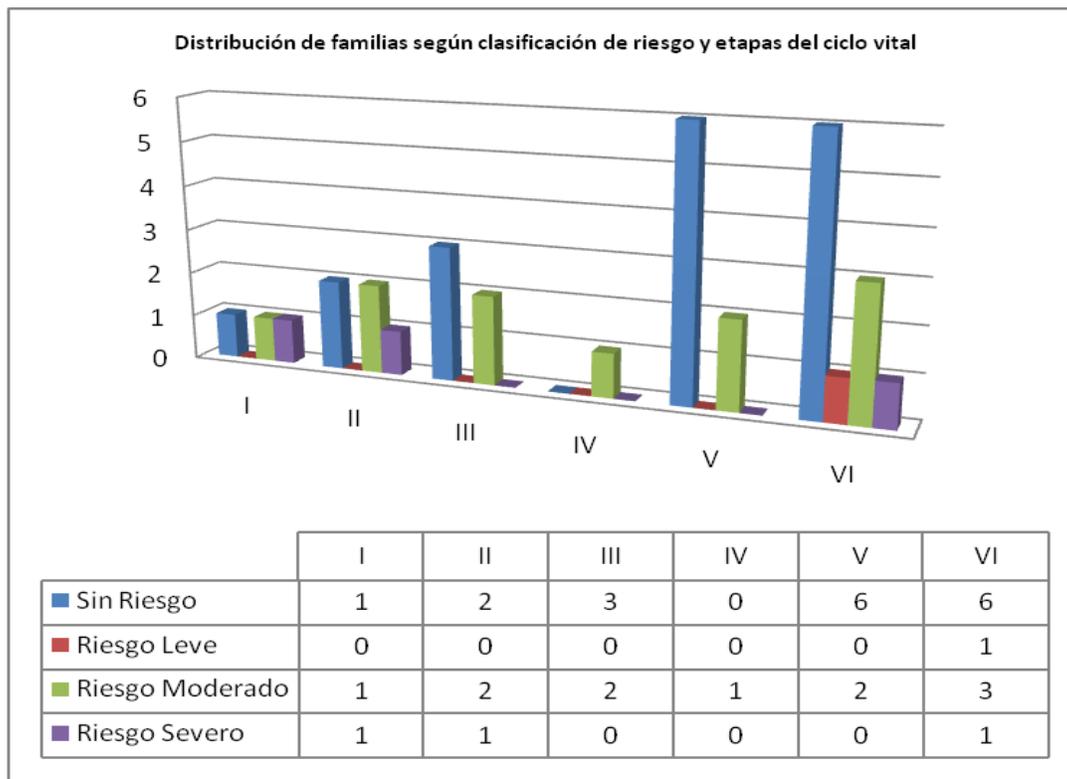
Sin embargo se debe tener en cuenta que el universo de familias es mucho más alto que los anteriores ya que estamos hablando de 199 familias.

SECTOR 6



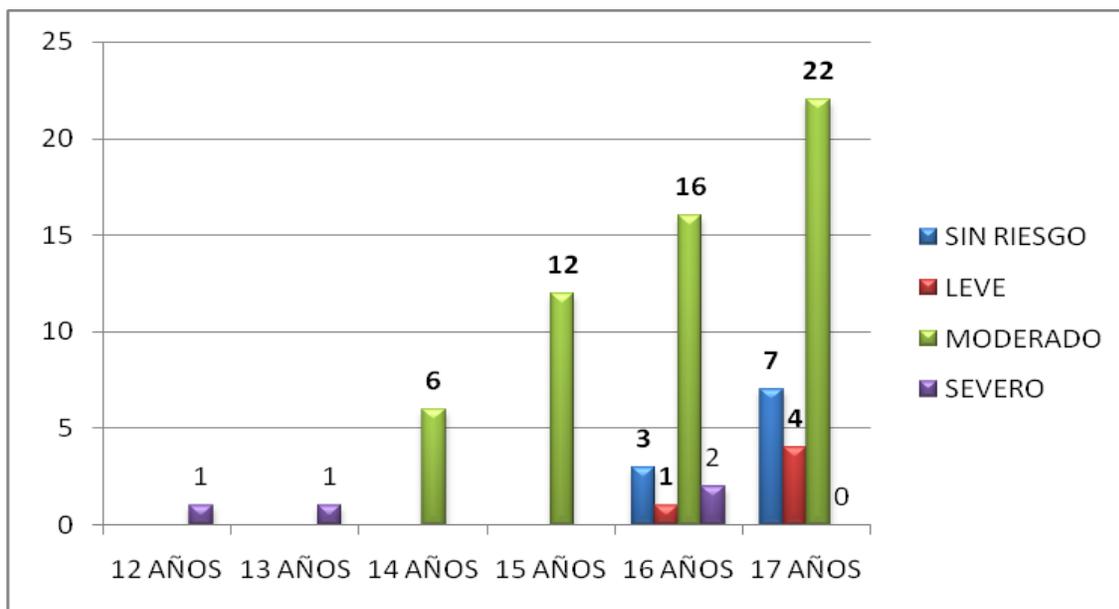
Este sector es el que tiene un mayor porcentaje de familias sin riesgo, con un 85%, 73 de 86 ocurrencias. Otra curiosidad es que la distribución por etapa de vida (en las familias sin riesgo) es casi uniforme, si no fuera por los 3 casos de la etapa dos. Esto significa que los equipos socio sanitarios,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