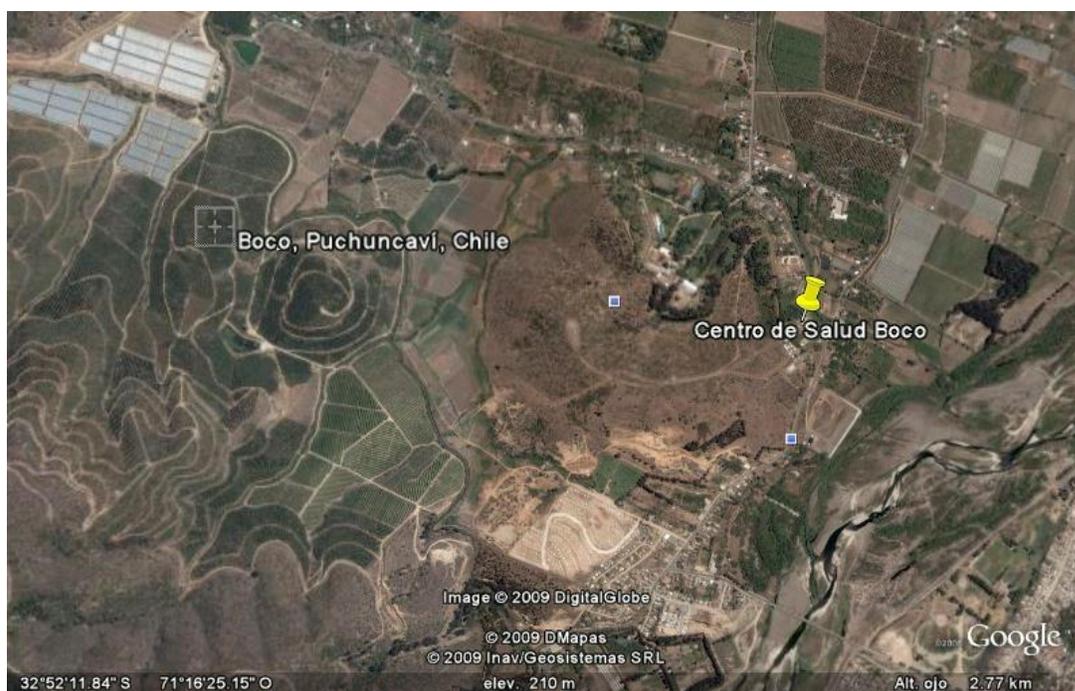


EVALUACION GENERAL PROGRAMACION RURAL 2012.

A continuación se presenta el documento consolidado que da cuenta del plan de salud de los tres CESFAM rurales de la comuna de Quillota, a saber:

CARACTERÍSTICAS DEL CENTRO DE SALUD: BOCO



Características Geográficas del sector:

El sector rural de Boco, pertenece a la comuna de Quillota, y se ubica en el sector oriente de la ciudad a aproximadamente 3 kms. del centro.

El acceso desde la ciudad al sector se da principalmente por el acceso oriente, por camino asfaltado. En cuanto al traslado hasta las diferentes localidades que comprende, este también se da por vías en buen estado de conservación y con presencia de pavimento. La locomoción con la que cuenta el sector consta de buses con periodicidad de 30 minutos y con periódicas salidas de Colectivos. Los anteriores poseen su terminal en el centro de la ciudad. A partir del mes de mayo del 2010 comenzaron las obras de reparación del puente de Boco, principal y única vía de acceso directo a la localidad.

La población se distribuye en los sectores de Boco norte, Boco centro, Boco sur, Casas Viejas, Rautén, Rautén bajo, René Sheneider, El Huape, Carolmo, Manzanar y Mauco. La relación en distancia (Km.) al Centro de Salud desde las localidades antes mencionadas es de aproximadamente:

- | | | | |
|-----------------|-------|------------------|--------|
| ▪ Boco norte : | 2 km. | ▪ R. Sheneider : | 8 km. |
| ▪ Boco centro: | 0 km. | ▪ El Huape : | 8 km. |
| ▪ Boco sur : | 1 km. | ▪ Carolmo : | 10 km. |
| ▪ Casas Viejas: | 4 km. | ▪ Manzanar : | 12 Km. |
| ▪ Rautén : | 5 km. | ▪ Mauco : | 12 km. |
| ▪ Rautén bajo: | 6 km. | | |

Características de la Población:

La población asignada a este Centro de Salud, según informe estimado al 30 de junio del 2010, asciende a 2.860 personas, correspondiente al 4,1% de la población total de la comuna, las cuales se distribuyen de la siguiente manera, según rango etáreo y género:

	Población Femenina	Población Masculina	Total
menor de 15 años	281	273	554
15 y 24 años	265	269	534
25 y 44 años	431	375	806
45 y 64 años	328	293	621
65 años y mas	179	170	349
Totales	1484	1380	2864

En cuanto a la distribución demográfica, existe una clara prevalencia de población adulta, con un total de 1.776 personas, correspondiente al 62% del total de la población. En cuanto al grupo etáreo menor de 15 años, este representa el 19% del total, correspondiente a 554 casos. La población juvenil abarca el 18.6% y los adultos mayores de 65 años corresponden al 12.2%. Es importante señalar, que debido al aumento en la esperanza de vida de la población en general sumado a otras variables propias del territorio, como estilo de vida más saludable

en comparación al área urbana, existe en el sector una importante cantidad de adultos mayores que sobrepasan los 90 años, y que mayoritariamente viven solos o acompañados de otros adultos mayores igual de longevos. Esta situación ha obligado a este centro de salud a reorientar sus líneas de acción con el fin de prestar la debida atención que este grupo etáreo requiere (atenciones integrales en domicilio, mayor demanda de ayudas técnicas e ingresos a programa de postrados, etc.)

Respecto a la distribución de la población por género, podemos señalar que existe una leve mayoría de mujeres, con un total de 1.484 que representan el 51.8% versus 48.2% de hombres, correspondiente a un total de 1.380 casos.

Factores condicionantes de la salud

1. Características del ambiente

- ▶ **Características de las viviendas:** el sector se caracteriza por presentar principalmente viviendas aisladas, de material ligero o adobe. Los terrenos son mayoritariamente amplios, permitiendo que las familias puedan contar con espacios de uso agrícola para su comercialización o abastecimiento doméstico, al igual que la cría de animales.

No obstante lo anterior, y frente a la necesidad de contar con nuevas viviendas en el sector, se crearon 5 poblaciones, a saber: Juan Jacksic, Díaz Fuenzalida, Manuel Rodríguez, Vista Hermosa y San José. En el caso de estas dos últimas poblaciones, es importante señalar que se caracterizan por la inadecuación que presentan respecto al territorio rural. Son viviendas básicas, de material sólido, presentan servicios básicos completos, pero sus pequeñas dimensiones han venido a presentar un grave problema de hacinamiento para sus habitantes, quienes al no contar con los recursos económicos suficientes, se han visto impedidos de realizar construcciones que permitan ampliar estas viviendas. En el caso de la población Vista Hermosa, sus habitantes no pueden postular a subsidios de ampliación del Estado, debido a que la particular naturaleza del programa que facilitó su construcción no lo permite.

Producto del terremoto de febrero del 2010, una importante cantidad de viviendas sufrieron daños estructurales, principalmente debido a su antigua construcción y materialidad. Estos casos se encuentran acogidos a los programas de reconstrucción.

- ▶ **Servicios Básicos:** respecto al saneamiento básico de las viviendas, podemos señalar que en todos los sectores que comprenden la comunidad de Boco, Rautén y Manzanar, existe **Agua Potable Rural**. Esto corresponde a pozos de agua construidos por CORFO y Obras Públicas, cuya administración fue entregada directamente a los usuarios de esta agua, quienes se organizan en la actualidad a través de Comités de Agua Potable Rural que regulan el funcionamiento de estos pozos. En lo referente a **Luz Eléctrica**, la gran mayoría de las viviendas cuenta con este servicio, salvo un pequeño porcentaje que principalmente por razones económicas o estructurales, o bien por encontrarse demasiado rezagados de la población, aun ocupan otros tipos de suministro de antigua data (chon-chon, antorchas, etc.) En relación a los servicios de **Eliminación de Excretas** es importante señalar que solo se cuenta con alcantarillado hasta el paradero n° 1 de Boco. El resto de la población usa Fosa Séptica o Pozo Negro, lo que ha venido a traducirse en uno de los principales problemas sanitarios del sector y la principal demanda de los pobladores.

2. Características económicas y socioculturales.

Debido a la gran extensión territorial y a la fertilidad de sus suelos, la principal actividad laboral y productiva del sector es la agricultura, por lo que un importante porcentaje de la población se desempeña en labores agrícolas. De igual manera, existe una oferta de trabajos agrícolas estacionales, principalmente en período de verano, donde se ocupa una gran cantidad de la mano de obra femenina, que durante el resto del año permanece dedicada a labores de carácter doméstico.

No obstante lo anterior, ha comenzado a surgir también otro tipo de actividad productiva, como es el turismo rural. Esta incipiente actividad se ha estado desarrollando principalmente en el sector de Rautén.

A partir de noviembre del año 2009 una parte importante de la población, principalmente femenina del sector, se acogió a los programas de empleo gubernamentales, realizando labores de reparación y mejoramiento del entorno además de insertarse en instituciones del sector como el jardín infantil y CESFAM Boco, en el área de servicios.

En cuanto a la oferta educacional, en el sector existe la escuela básica Cumbres de Boco, la cual cuenta con una matrícula aproximada de 130 alumnos, de los cuales, un importante porcentaje corresponde a alumnos del área urbana. Antes de comenzar el periodo de clases del 2010 surge la iniciativa municipal de cerrar dicho establecimiento debido a su baja matrícula y desempeño escolar, hecho que movilizó a la comunidad de Boco en general, quienes se opusieron fuertemente a esta medida, principalmente por el importante patrimonio histórico

que posee esta escuela rural, una de las más antiguas del país. Las movilizaciones de vecinos y apoderados permitieron que el municipio estableciera una serie de acuerdos que permitieran la continuidad del establecimiento, como aumento de la matrícula, mejora en el rendimiento general, mejoras en el resultado del SIMCE, entre otras. Las políticas municipales de fortalecimiento han dado buenos frutos en el sector educación de Boco, pudiendo potenciar su escuela como elemento social fundamental. Se aumenta la dotación, se renueva personal post jubilación y se retoma la labor intersectorial. El jardín infantil del sector logra también ser una alternativa importante para las familias del sector, aumenta fuertemente su matrícula y se consolida en la asistencia y permanencia de sus niños. Tiene una disponibilidad de matrícula de 104 alumnos, repartidos en los niveles de sala cuna menor (3 meses a 1 años) sala cuna menor (1 año a 2 años), nivel medio menor (2 años a 3 años) nivel medio mayor (3 años a 4 años y 11 meses). A la fecha cuenta con 75 niños y niñas matriculados. Otro aspecto importante de señalar es que el jardín infantil se ha validado como un actor fundamental en el trabajo comunitario, instalándose en las mesas territoriales, vinculándose a las redes locales, entre otras estrategias comunitarias.

Debido a la falta de establecimientos educacionales de enseñanza media, los alumnos deben trasladarse a la ciudad para continuar sus estudios medios.

En cuanto al equipamiento del sector, este cuenta con plazas de juegos, multicanchas, canchas de fútbol, colegio, jardín infantil, Centro de salud, Posta Rural (Manzanar) sedes comunitarias, Centros turísticos y locales comerciales.

En general los habitantes de la comunidad de Boco se presentan afables, de buen trato, con baja escolaridad, y con moderada participación comunitaria. En la actualidad existen 2 mesas territoriales, una en el sector de Boco y otra en el sector de Rautén, las cuales convocan a las organizaciones formales existentes. La participación comunitaria ha aumentado, observándose una buena adhesividad durante el año 2012, a aquellas actividades propuestas al alero del Cesfam, tales como peñas folclóricas, bingos, actividades recreativas familiares, actividades de promoción de estilos de vida saludables, enfocadas a los distintos grupos etáreos de la población, contando con el apoyo de las organizaciones comunitarias.

Un importante nivel organizacional y participativo representan los clubes deportivos del sector, pero quienes no se han integrado las mesas territoriales.

Características del Centro de Salud:

El Centro de Salud Boco con las instalaciones actuales que posee data del año 1995, sin embargo con anterioridad existía como Posta, donde se realizaban principalmente labores de tipo asistencial.

El Centro de Salud cuenta con su actual infraestructura desde hace 18 años, momento donde se ampliaron las instalaciones existentes, incorporando cinco boxes de atención y el actual sector de admisión.

En cuanto a la distribución del espacio el centro cuenta con dos salas de espera de regular tamaño y con los boxes profesionales de Asistente Social, Médico, Matrona, Nutricionista, Psicólogo, Enfermera, Odontóloga. Además de los recintos de tratamiento, preparación, farmacia, vacunatorio, bodega de leche y Sala Multiuso. Además de los servicios higiénicos de público y personal y cocina del personal.

Durante el transcurso de este año y en el marco del proceso de Acreditación, se han realizado obras de mejoramiento de la infraestructura que incluyeron la construcción de una bodega de almacenaje de material, lavadero y zona de manejo de material contaminado, junto con el reacondicionamiento de las dependencias existentes como baño para discapacitados y box de atención nutricional. Además se acondicionó el Box de Toma de Muestra para exámenes en forma independiente y se renovó mobiliario y equipamiento de Box dental y tratamiento..

En cuanto al equipamiento del centro, este cuenta con butacas individuales para la espera de los (as) pacientes, paneles informativos, señalética adecuada y un equipo audiovisual completo.

Por otra parte, el centro posee una dispersión geográfica importante, hecho que lo ha clasificado dentro de los centros priorizados por Desempeño Difícil.

Es importante además señalar que durante el año 2008 el Centro de Salud Rural Boco inició un importante proceso tendiente a transformarse en CESFAM, cuya resolución aprobatoria fue emitida en el mes de Diciembre de 2009 y ha continuado con evaluaciones positivas hasta el año en curso.

Prestaciones de promoción en salud:

Se han incorporado y mantenido de otros años, una serie de nuevas prestaciones y estrategias de trabajo comunitario tendientes a reforzar la

participación de los usuarios y la corresponsabilidad en salud, las cuales han tenido una gran aceptación y grado de participación por parte de nuestros usuarios.

Algunas de dichas actividades realizadas durante este año fueron:

- Encuentros de capacitación y autocuidado para cuidadores de pacientes postrados.
Debido a que la población adulta mayor del sector se caracteriza por su gran longevidad, el número de ellos y en general de pacientes que han ingresados al Programa de Postrados ha aumentado en forma significativa. Además de brindar a los pacientes dependientes la atención requerida, surge un nuevo grupo de usuarios que requieren de nuestra intervención, o por lo menos de nuestro apoyo: los cuidadores. Enfocados en ello, se planificaron reuniones mensuales en nuestro centro, con el objetivo de brindar un espacio de aprendizaje y autocuidado, pero principalmente un oportunidad para la relación entre ellos, el compartir sus experiencias y sentir.
- Encuentros recreativos para adultos mayores.
El objetivo que se persigue con estas actividades es principalmente la formación de un grupo de adultos mayores autovalentes
- Actividades de promoción con escuela y jardín infantil.
La Escuela Cumbres de Boco y el Jardín Infantil son dos de las instituciones con las que mantenemos un contacto y coordinación en forma permanente. En ellos y con ellos hemos planificado diversas actividades promocionales. Con el Jardín Infantil hemos realizado charlas educativas a padres y cuidadores de los niños y niñas que ahí asisten. En el colegio se ha intentado una intervención en el ámbito de la educación sexual en alumnos de 6° a 8° básico. Ambas instituciones se han unido a las actividades realizadas en el centro de salud, como por ejemplo concursos de dibujo por el mes del corazón, fiestas patrias y otros.
- Mes del corazón.
Agosto fue el mes del Corazón, y como centro de salud, lo celebramos con nuestra comunidad, invitando a los usuarios a trabajar por el bienestar de su corazón, cómo órgano de vida y sentimientos. Se invitó a los usuarios a la realización de EMPA, talleres de alimentación saludable, talleres de actividad física y actividades recreativas y de relajación.
- Grupo de adultos mayores
Durante este año, se ha logrado la continuidad del trabajo con los adultos mayores en pleno a las actividades de promoción de nuestro centro,

contando actualmente con un grupo de alrededor de 20 usuarios que participan entusiastas en actividades recreativas como bingos, exposición de películas, presentaciones circenses, etc. que se realizan mensualmente.

De igual manera se han incorporado programas de actividad física:

- Programa de Alimentación Saludable y Actividad Física (PASAF)
Si bien este programa tiene su iniciativa y fondos en el Ministerio de salud, el nuestra población tuvo tal significancia, que al término formal de dicho programa, el grupo beneficiario se organizó y movilizó para solicitar a través de cartas y reuniones el apoyo municipal para la continuidad de esta instancia por lo menos hasta fin de año. Si bien la población a la que iba dirigido este programa incluía a usuarios de sexo masculino, se formó un grupo de mujeres de diversas edades. Cabe destacar que en el éxito de este programa influyeron otras dos variables no menos importantes: el profesor de educación física, y su compromiso al 100% con el programa y sus alumnas, y el convenio logrado con el centro turístico el Edén, dándole la posibilidad a pobladoras sin acceso a este tipo de dependencias, asistir a clases de hidrogimnasia en piscina temperada, por ejemplo. Además este grupo se adjudicó la construcción de un mini gimnasio e implementación deportiva.
- Vida Sana
La población en general, con mayor riesgo cardiovascular o de obesidad se ha incorporado al programa Vida Sana

Cabe destacar que la población femenina del sector no cuenta con lugares y/o actividades de esparcimiento, y este tipo de actividades han ido transformando al centro de salud un lugar de encuentro y no sólo un “consultorio” al que acudir cuando se presenta una enfermedad.

Finalmente, en el marco del programa Chile Crece Contigo, se ha continuado con el servicio de Estimulación Itinerante atendiendo un promedio de 20 niños y niñas que presentan diagnóstico de riesgo o retraso del DSM. Para dicho programa se cuenta con un profesional psicopedagogo que ha venido a reforzar la dotación del centro de salud, que cuenta con al apoyo didáctico necesario y móvil para su traslado a los hogares de los niños y niñas.

Equipo de Salud

Por su parte, el recurso humano del centro se encuentra compuesta por el siguiente equipo de salud.

Trabajadores (as) CS Boco	Horas Semanales disponibles	Trabajadores (as) CS Boco	Horas Semanales disponibles
Médico	36 hrs.	Psicólogo	11 hrs.
Enfermera	44 hrs.	Odontóloga	44 hrs.
Asistente Social	22 hrs.	Técnicos Paramédicos	143 hrs.
Matrona	33 hrs.	Administrativa	44 hrs.
Kinesióloga	3.2 hrs.	Auxiliar de Servicio	44 hrs.
Nutricionista	22 hrs.	Psicopedagoga	8 hrs.

Para el año 2013 se aumentarán las jornadas de Asistente Social y Nutricionista en 44 horas cada una.

Características de Nivel de Salud

Atenciones Médicas según tipo

Tipo de Atenciones	Acumulado
Controles de Salud	502
Consulta de Morbilidad	3265
Consultorio Boco Total	3765

Acumulado a septiembre 2012 (fuente estadísticas DEIS)

La tabla anterior, según datos DEIS, nos muestra que el 87 % de las atenciones médicas realizadas durante el 2012 corresponden a morbilidad general y un 13% a controles de salud, porcentaje que aumenta en relación al período 2011, lo que podría interpretarse como una conducta preventiva mayor de parte de los usuarios.

Atenciones de Morbilidad según sexo

(Fuente estadística local Cesfam Boco a octubre 2012)

Morbilidad General

Consulta de Morbilidad	3064
Hombres	1360
Mujeres	2120

Se aprecia que la tendencia de las atenciones en general es de predominio femenino, siendo un 60 % de éstas demandadas por mujeres, apreciándose una leve disminución en relación al período 2011 (62.4%).

**Tasa de consulta de atención morbilidad médica
por grupo de edad año 2009**

GRUPO DE EDAD	Nº DE CONSULTAS MEDICAS	POBLACION ASIGNADA	TASA DE CONSULTA
< de 1 año	123	44	2.8
1 a 4 años	291	160	1.8
5 a 9 años	225	175	1.3
10 a 14 años	190	190	1.0
15 a 19 años	220	248	0.9
20 a 24 años	179	266	0.7
25 a 64 años	1338	1424	0.9
65 y mas	498	349	1.4
Total	3064	3533	0.86

En el cálculo de la tasa de consulta se consideró la población per cápita estimada al 30 de junio 2012, según SSVQ. Según podemos apreciar, las tasas de consulta mayor se concentraron en los grupos etáreos extremos como son los lactantes menores de un año, menores de 1 a 4 años y adultos mayores, tendencia que sigue el comportamiento de las tasas del servicio de salud y del país. La tasa de consulta general presenta una leve disminución de un 0.14 en relación al período 2011.

Resultados al Aplicar por primera vez a Niños y Niñas la Escala de Evaluación Del Desarrollo Psicomotor, Según Grupo De Edad.

Resultado y Grupo de Edad	Acumulado
Normal	51
Menores de 12 meses	24
-12 a 23 meses	16
-2 a 5 años	11
Riesgo	12
-Menores de 12 meses	2
-12 a 23 meses	6
-2 a 5 años	4
Retraso	4
-Menores de 12 meses	1
-12 a 23 meses	2
-2 a 5 años	1

En la tabla anterior podemos apreciar que un 76 % de los niños evaluados por primera vez con escala de Desarrollo Psicomotor, según edad correspondiente, tiene una evaluación en categoría normal, siendo mayor que en años anteriores, lo que se explica con el mayor énfasis en estimulación temprana a través del sistema Chile Crece Contigo, reenfocando los controles de salud y desarrollando nuevas experiencias como la Sala Itinerante de Estimulación. La mayor concentración de niños categorizados en riesgo para su DSM son los de 12 a 23 meses, en los cuales un 17 % corresponden a este diagnóstico, inferior a otros años de evaluación. En evaluaciones por área el mayor déficit continúa ubicándose en el área del lenguaje.

**Aplicación de Protocolo Neurosensorial de Niños Y Niñas
hasta 2 meses de Edad**

Establecimiento	Acumulado (septiembre 2012)	Niños/as bajo control de 1 mes
Consultorio <i>Boco</i>	15	15

En el contexto del programa Chile Crece Contigo, se han evaluado un 100 % de los niños bajo control con protocolo neurosensorial. Esta actividad es realizada por profesional médico en el control de salud de un mes.

**Resultados de la Aplicación de Pauta de Observación de la Relación Vincular,
Según Grupo de Edad.**

Resultado y Grupo de Edad	Acumulado
Apego Seguro	27
-28 días a 5 meses	20
-12 a 23 meses	7
Apego Evitante	0
-28 días a 5 meses	0
-12 a 23 meses	0
Apego Ambivalente	1
-28 días a 5 meses	1
-12 a 23 meses	0

Según la aplicación de la Pauta de Observación de la Relación Vincular (Escala de Massie Campbell), un 96.7% presenta un apego seguro entre los niños evaluados y sus cuidadores. No se registran evaluaciones con resultados de apego evitante, mientras que solo un 3.2 % de los niños evaluados registra apego de tipo ambivalente.

Población en control por Hipertensión Arterial según sexo y grupo de Edad

Grupo de edad y sexo	Total		Hombres		Mujeres	
	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa
Total	465		170		295	
15 a 19 años	0	0,0	0	0,0	0	0,0
20 a 34 años	16	3,44	3	1,76	13	4.41
35 a 44 años	36	7,74	8	4.71	28	9.49
45 a 54 años	80	17,2	23	13,53	57	19,32
55 a 64 años	98	21,08	34	20,0	64	21,7
65 a 69 años	37	7,96	17	10.0	20	6,78
70 a 79 años	198	42,58	85	50.5	113	38,31
80 y más años	51	11,4	23	13.6	28	10

En los datos de la tabla anterior podemos apreciar claramente que el comportamiento por grupo de edad concentra la mayor tasa de personas con Hipertensión en el grupo mayor de 65 años, como es esperable según prevalencia (64.3% para este grupo de edad). En relación a la variable por sexo, existe un predominio de mujeres con un 63.4% de las personas bajo control.

La cobertura alcanzada para Hipertensión, en Centro de Salud Boco, es de un 88%, superando la meta IAAPS 2012 que es de un 85% de cobertura, estimándose una población bajo control de 528 beneficiarios.

Población en control Diabetes, según grupo de edad y sexo.

Grupo de edad y sexo	Total		Hombres		Mujeres	
	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa
Total	91		32		59	
15 a 19 años	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
20 a 34 años	6	6,59%	2	6,25%	4	6,78%
35 a 44 años	12	13,19%	6	18,75%	6	10,17%
45 a 54 años	19	20,88%	4	12,50%	15	25,42%
55 a 64 años	8	8,79%	3	9,38%	5	8,47%
65 a 69 años	14	15,38%	3	9,38%	11	18,64%
70 y más	32	35,16%	14	43,75%	18	30,51%

Se puede apreciar claramente que el predominio de las tasas se concentra en aquellas personas mayores de 65 años, como es esperable según prevalencia. En relación a la variable por sexo, existe un predominio de mujeres con un 65% de las personas bajo control.

La cobertura alcanzada para Diabetes Mellitus, en Centro de Salud Familiar Boco, es de un 79.8%, superando la meta IAAPS 2012 que es de un 65% de cobertura, estimándose una población bajo control de 114 beneficiarios.

**Pacientes postrados en control, según sexo
y condición de postración.**

Condición de Postración	Total		Hombres		Mujeres	
	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa
Total	18		10		8	
Postrado oncológico	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Postrado no oncológico	30	100	15	50	15	50
Postrados con escaras	1	5,5	1	10	0	0

Los pacientes postrados bajo control registrados al mes de septiembre del 2012, corresponden en un 88.8% a personas mayores de 65 años. Se registran también dos personas menores, de 52 y 15 años, lo que corresponde a un 11,1% de las personas ingresadas al programa.

Solo una persona ha presentado úlceras por presión debido a su condición de postración.

Para las personas que cumplen las funciones de cuidadores/as, están programadas capacitaciones periódicas y se encuentran todos ingresados al beneficio de estipendio.

Menores de seis años en control, según diagnóstico nutricional integrado y grupo edad.

Diagnóstico Nutricional Integrado	Total	0 a 2 meses	3 a 5 meses	6 a 11 meses	12 a 17 meses	18 a 23 meses	24 a 47 meses	48 a 71 meses
Total	206	1	9	17	18	14	63	76
En riesgo	0	0	0	0	0	0	0	0
Desnutrición	2	0	0	0	0	0	0	2
Sobrepeso	38	0	5	4	5	5	8	11
Obesidad	12	0	0	1	1	1	2	7
Normal	154	1	4	12	14	8	53	56
Desnutrición secundaria	0	0	0	0	0	0	0	0

La distribución según estado nutricional, en población bajo control menor de 6 años, nos muestra una tasa del 18.4 % de niños en sobrepeso y un 5.8 % en categoría de obesidad, según censo efectuado en el mes de septiembre del 2012. La meta sanitaria 2012 fija una tasa de obesidad en menor de 6 años de un 8,6 %, para la cual este establecimiento se encuentra muy por debajo de la cifra propuesta, pero sin embargo esta tasa aumenta considerablemente si consideramos ambas categorías con mal nutrición por exceso, especialmente en el rubro de sobrepeso, donde se registra un aumento porcentual importante, comparado con diciembre del 2011, a pesar de las iniciativas locales por revertir este problema.

Población en control por regulación de fecundidad según grupo de edad y método utilizado.

(Fuente: estadística local Cesfam Boco, septiembre 2012)

Método de regulación de fecundidad	Total	Menos de 15 años	15 a 19 años	20 a 24 años	25 a 34 años	35 a 44 años	45 a 54 años
DIU	145	0	8	19	51	49	18
Hormonal							
- Oral combinado	265	5	66	69	60	49	16
- Oral prostágeno	17	0	1	3	7	0	6
- Inyectable combinado	73	4	19	14	16	15	5
- Inyectable progestageno	35	0	3	17	11	3	1
- Implante	53	1	9	14	22	7	0
Preservativo							
Mujer	18	0	1	5	2	7	3
Hombre	0	0	0	0	0	0	0

La tabla anterior nos presenta la distribución de los métodos de regulación de fecundidad según grupos etareos, donde predominan aquellas usuarias de métodos orales combinados, representando un 43.7 % de las mujeres ingresadas. En relación a las usuarias de DIU, estas corresponden al 23.9 % de las mujeres bajo control. El grupo de edad de mujeres adolescentes entre 15 a 19 años representa un 17.6 % del total de mujeres en el programa, las cuales en su mayoría ingresan después de su primer embarazo y en las cuales se ha hecho especial hincapié, para evitar el segundo embarazo adolescente. Se registran también diez menores de 15 años que se encuentran utilizando un método anticonceptivo, lo que representa un 1.6 % de las mujeres en control.

**Población Femenina con PAP Vigente,
según Grupos Quinquenales de Edad**

Total	Menor de 25 años	25 a 29 años	30 a 34 años	35 a 39 años	40 a 44 años	45 a 49 años	50 a 54 años	55 a 59 años	60 a 64 años	65 y mas años
670	125	64	74	80	91	84	47	45	27	33

Población femenina per cápita a Septiembre del año 2012: 760 mujeres, lo que corresponde a un 88.1 % de vigencia de PAP, sobre la meta sanitaria propuesta para este año.

Ingreso de Embarazo según Grupos de Edad

Total Octubre 2012	Menor de 15 años	15 a 19 años	20 a 34 años	35 a 44 años
34	0	2	28	4

En relación a la edad de las gestantes al momento del ingreso a control prenatal, podemos concluir que el ingreso de embarazadas adolescentes menores de 15 años solamente alcanza a un 0% (sin caso a octubre del presente), el cual aumenta a un 5.8 % cuando se incorpora a todas las menores de 19 años, siendo esta cifra bajo el promedio del servicio de salud y del país. Llama la atención el aumento de mujeres que se embarazan en edades sobre los 35 años, alcanzando un porcentaje de un 11.7 %, fenómeno que se ha ido repitiendo como comportamiento general.

Ingresos de Gestantes antes de las 14 Semanas al Programa de Control del Embarazo, según Grupo de Edad.

Establecimiento y Grupo de Edad	Acumulado
Consultorio Boco	24
Menor de 15 años	0
15 a 19 años	2
20 a 34 años	21
35 a 44 años	1
45 a 54 años	0
Total ingresos de embarazo	34

Se puede apreciar que un 81 % de las mujeres gestantes ingresa a este Centro en forma precoz, antes de las 14 semanas de gestación, durante los meses enero-octubre del año 2010.

Lineamientos Generales para el año 2013

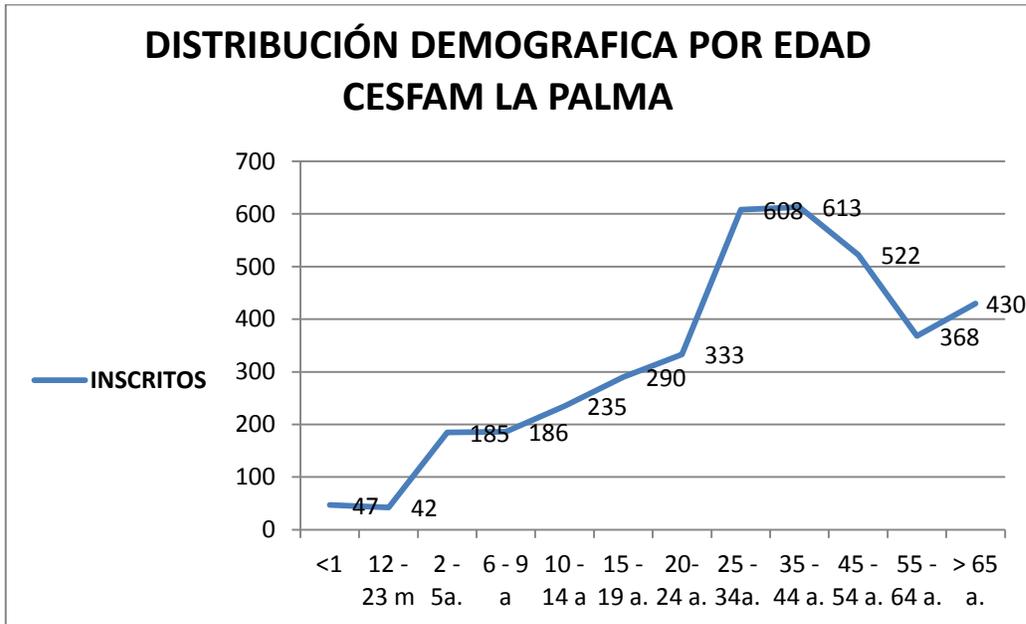
En base a los datos estadísticos antes expuestos, a las características propias de nuestra población asignada y a los resultados obtenidos con las intervenciones de promoción realizadas, nos hemos planteado como lineamientos generales para el próximo año lo siguiente:

- Consolidar al Centro de Salud como un espacio de encuentro de los vecinos del sector, incentivando la ocupación y empoderamiento de los espacios.
- Acompañar a la comunidad en el reconocimiento paulatino de sus capacidades en el tema promocional y autoresponsabilidad en salud.
- Derribar en la mente colectiva de la población en general, y en la de nosotros como prestadores de salud, el concepto de salud asociado a sólo la falta de enfermedad.
- Superar las barreras de acceso a nuestro centro, con especial enfoque en la población adolescente.
- Consolidar el trabajo con enfoque familiar que hasta el momento hemos instaurado, cumpliendo en el proceso de transformación de CESFAM con la IV etapa.
- Y no menos importante, evaluar e intervenir en el autocuidado de nuestros propios funcionarios.

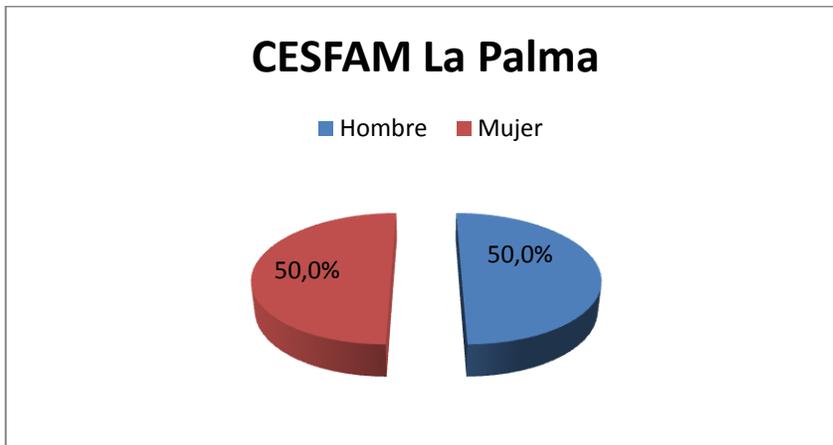
CARACTERÍSTICAS DEL CENTRO DE SALUD: LA PALMA

Caracterización Demográfica

Población asignada según grupos de edades



Podemos señalar que en cuanto a la distribución demográfica, existe una clara prevalencia de población adulta, (15 a 64 años) con un total de 3164 personas, correspondiente al 82% del total de la población asignada. En cuanto al grupo etáreo menor de 15 años, este representa el 18% del total, correspondiente 695 personas. La población juvenil entre 15 y 19 años abarca el 7.5% con 290 personas y los adultos mayores de 65 años corresponden al 11.1% con un total de 430 habitantes en este rango etáreo.



Respecto a la distribución de la población por género, podemos señalar que no existe diferenciación, con un total de 1914 hombres que representan el 49.5% versus 50.5% de mujeres con un total de 1945, correspondiente a un total de 3859 usuarios

El Centro de Salud La Palma , se caracteriza por ser un establecimiento Rural, que posee la instalaciones básicas diseñada hace ya 17 años, con Box de Atención de Profesionales (Médico, Enfermera, Nutricionista, Matrona, Dental, Asistente Social, Sala Mixta), Box de Dirección, Oficina OIRS, Sala Polivalente, Box de Atención Familiar, Box de preparación área de la Mujer y Vida en Pareja e Infantil y Cardiovascular, Box de Farmacia, Box de Entrega de Alimentos, Box de Tratamiento, Extracción de muestras y Vacunatorio, Sala de Cirugía Menor , dos salas de espera de tipo general, un rincón infantil y un área de funcionarios.

Durante el período 2012, se ha seguido en la senda consolidación del Equipo de Trabajo, ha permitido organizar mejor el trabajo, sobre todo hacia la comunidad, pues en el área rural se hace siempre imperioso el trabajo lo más cercano en salud a las personas, es así como las instancias de trabajar con los colegios, jardín infantil, y las mesas territoriales de Santa Olivia, Los Almendros y las Pataguas, ha permitido, un trabajo más dinámico y concatenado en la permanente búsqueda de mejor gestión en salud de APS, para y con la comunidad.

Lo antes expuesto ha permitido, establecer líneas de trabajo en el planteamiento hacia un Centro de Salud Integral y resolutivo en lo concerniente a la salud Individual, Familiar y comunitario, aún pendiente la regularización de Horas Nutricionista, Psicólogo y Administrativo, y en el intertanto surge ya la necesidad de contar con horas estables de Médico, esto para completar un Equipo de Salud con Equilibrio, para los desafíos de avance en los ámbitos antes descritos.

En complemento de infraestructura, durante el 2012 se regularizó la clínica dental, equipándola en su totalidad con implementos y Equipo nuevo, lo que ha permitido un trabajo muy apreciado por la comunidad en esta área

Además durante el mes de Julio, se externaliza esterilización hacia el área Urbana, y se re-destinan espacios considerados para Tratamiento, toma de muestras y vacunatorio, permitiendo áreas espaciosas y con las características propias y adecuadas a un centro de salud de estos tiempos modernos.

Todas las iniciativas señaladas van en el camino de hacer de los espacios de atenciones de salud, amigables y cercanas a las comunidades.

LÍNEA PROMOCIÓN DE SALUD POR ESPACIOS DE PROMOCIÓN

Comunidad

Fortalecimiento del Consejo Consultivo.

Participación activa mensual del Equipo de Salud, en las tres Mesas Territoriales del Sector.

Participación y adjudicación Presupuestos Participativos según sector.

Insumos para la buena convivencia y administración del recurso humano existente en nuestro CESFAM.

Lugares de trabajos

Se continúa con la aplicación de Exámenes de Salud Preventiva (EMPA) en terreno a Trabajadores Agrícolas de empresas del sector. Incorporando, mediante convenio con la empresa privada, la toma de muestras de sangre para examen de Antígeno Prostático a hombres mayores de 45 años.

Durante el año 2012 se realizaron un total de 124 exámenes en puestos de trabajo

Hogares

Acreditación Hogares Libres de Humo de Tabaco.

Consejería Familiar en Estilos de Vida y Factores Psicosociales en VDI.

Escuelas

Ciclo de Vida Sana en Jardín Infantil Caperucita.

Se contemplan actividades mensuales de alimentación saludable, actividad física, reforzamiento de hábitos y talleres de psicomotricidad con grupo heterógeno compuesto por niños y niñas del sector de 2 a 4 años.

Educación en Técnicas de Cepillado en escolares de pre básica y básica de ambas escuelas del sector.

Centro de salud

Factores protectores psicosociales y promoción de la salud mental en diferentes etapas del ciclo vital individual y familiar:

Bibliosalud: Mediante convenio con la Casa de la Cultura de Quillota, y por donaciones locales, con cambio semestral de la disponibilidad literaria, en este

espacio se destina el préstamo de obras literarias de diferentes géneros a la comunidad por medio de comodatos por un período de 30 días.

Formación de Monitores en patologías CV. El objetivo es contar con pacientes expertos en enfermedades crónicas de modo de convertirse en referentes para sus pares y promotores de estilos de vida saludables en sus territorios.

LÍNEA PROMOCIÓN DE SALUD POR CONDICIONANTES

Actividad Física

Programa actividad física Cardiovascular en Convenio con la Casa del deporte, asiste un aproximado de 15 personas quienes realizan 2 veces por semana ejercicios acorde a su patología base y sus habilidades individuales, siempre en la supervisión de los monitores, que son profesores de Educación Física experimentados.

Se cuenta además con un grupo de actividad física de mujeres dentro del programa Vida Sana, quienes también realizan 2 veces por semana ejercicios de tipo localizado en la intervención de los factores predisponentes de riesgo cardiovascular, en especial el sobrepeso, y el sedentarismo, se han realizado esfuerzos por integrar a los adolescentes con iguales factores de riesgo pero el impacto es menor.

Dentro de este mismo lineamiento y en la finalidad de encontrar estrategias para la activación de las personas es que se realizó por primera ocasión La Corrida Familiar de la Palma, con un éxito evidente al obtener la participación de 170 personas de todos los grupos etáreos, muchos de ellos atletas tanto de la Comuna como de Comunas Vecinas y personas naturales, que les interesa este tipo de actividades.

Alimentación saludable

Actividades recreativas – educativas en jardín infantil “Caperucita”.
Muestra anual de Alimentación Saludable CV.
Programa Vida Sana

Tabaco y Alcohol

Taller de cesación de tabaco.
Acreditación Hogares Libres de Humo de Tabaco.
Consejerías individuales y familiares

Factores Protectores Psicosociales

En acciones de participación global tales como:

- Celebración de Fiestas Patrias en comunidad, con la primera Peña Folklórica “Dialogando con nuestras Costumbres”
- Celebración del Día de La raza, en familia palmina con el encuentro Titulado “Encuentro de pueblos a una nueva Hispanidad”
- Club del Adulto Mayor. Contemplan actividades recreativas y cognitivas dirigidas a este sector de la población, principalmente para mantener un espacio que contribuya en la salud física y mental de sus participantes.

En participación por fechas importantes:

- Saludos de significado en : Día del Amor, Día de la Mujer, Pascua de Resurrección, Día de la Madre, Día del Padre, Día del Niño, Fiestas Patrias, Halowen, Día del Adulto Mayor.

Ornamentación del establecimiento en hechos significativos:

- Navidad
- Pascua de Resurrección
- Día del Niño
- Fiestas Patrias
- Halloween
- Día de la Raza
- Cumpleaños del Establecimiento

Factores Protectores Ambientales

Continuidad de contenedores en el centro para eliminación residuos tóxicos (pilas y baterías).

LÍNEA PROMOCIÓN POR ESTRATEGIA

Comunicación social

Contacto permanente con medios de comunicación masiva para información al público de las actividades del centro (diario de distribución provincial y radio comunal).

Paneles informativos continuamente actualizados.

Difusión Protocolos de atención.

Flayers de dación de horas en forma mensual.

Comunicados mensuales de actividades e información del centro distribuidos en mesas territoriales.

Material educativo (dípticos, trípticos), entregados en los Centros de Pago de Agua Potable rural.

Educación

Talleres Ingreso CV

Talleres Artrosis

Talleres para gestantes

Participación

Diseño y aplicación encuesta de satisfacción usuaria.

Plan anual Consejo Consultivo de Usuarios/as.

Administración de horas médicas por parte de la comunidad

Intersectorialidad

Vinculación red comunal disponible (Jardín Infantil, escuelas del sector, DIDECO, HSMQ.)

LINEAMIENTO ASISTENCIALIDAD

INDICADORES DE RESULTADOS AREA INFANTIL

Gráfico 1: Menores de 6 años en control, según diagnóstico nutricional integrado y grupo de edad

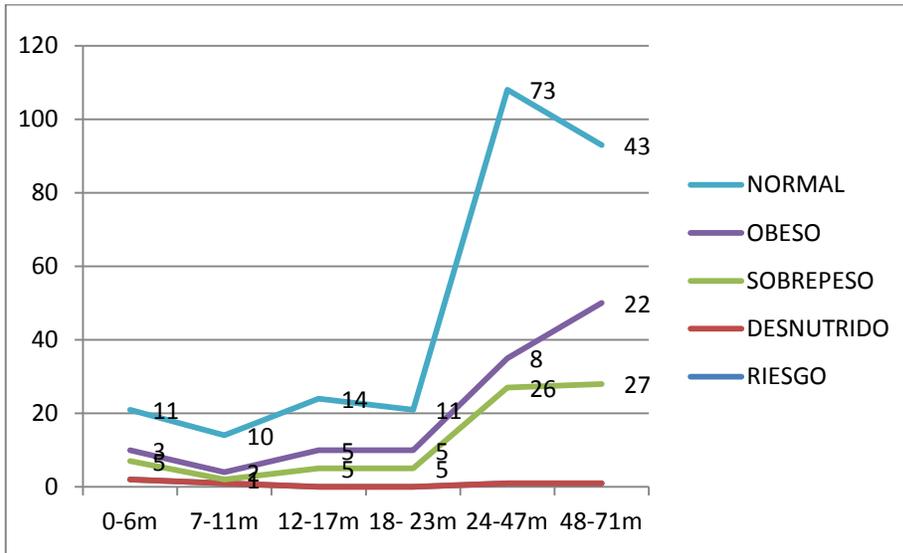
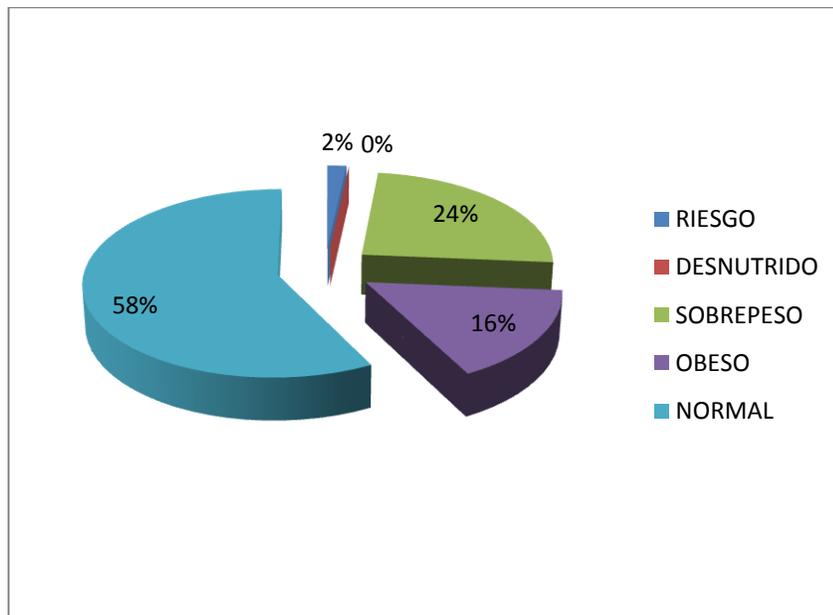


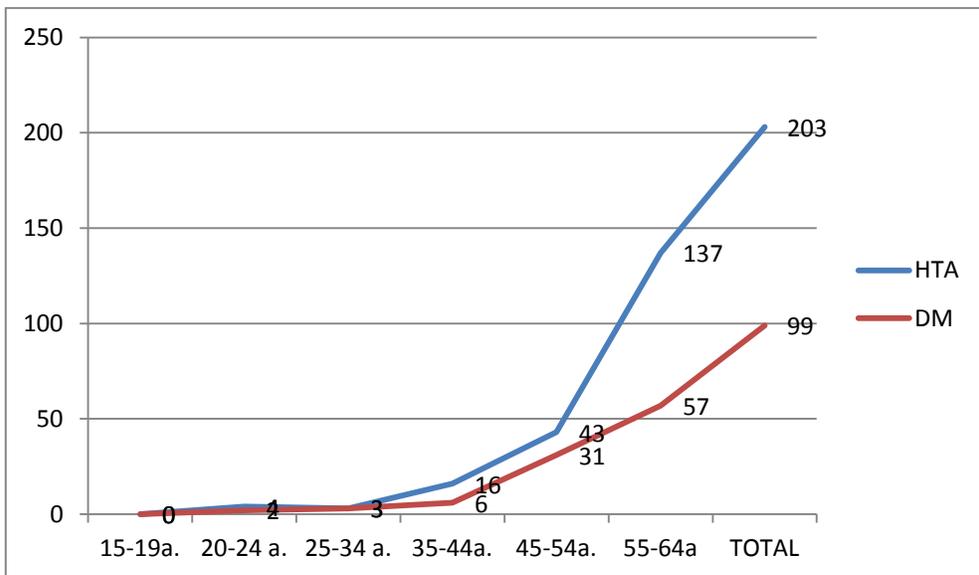
Gráfico 2: Distribución porcentual según diagnóstico nutricional en población bajo control menor de 6 años



En el caso del CESFAM La Palma, un 40% presenta diagnóstico de mal nutrición por exceso entre obesidad y sobrepeso y un 58% diagnóstico normal. Es por eso que una importante cantidad de las acciones de promoción realizadas por el equipo de salud del CESFAM están destinadas a promover la alimentación saludable y la actividad física en población infantil. Existe una diferencia entre el 2011 y 2012 en un punto porcentual en alza en malnutrición por exceso en desmedro de los niños con peso normal.

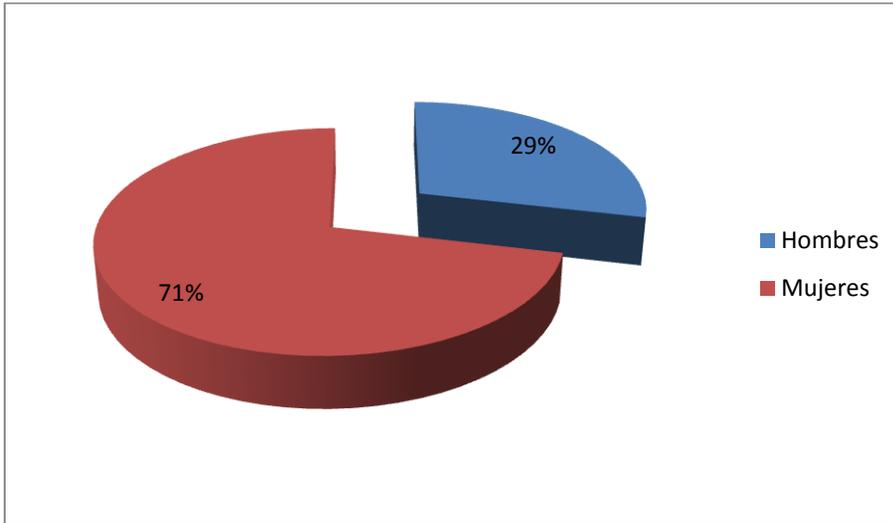
INDICADORES DE RESULTADOS AREA ADULTO

Grafico 1 Población bajo control por Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus



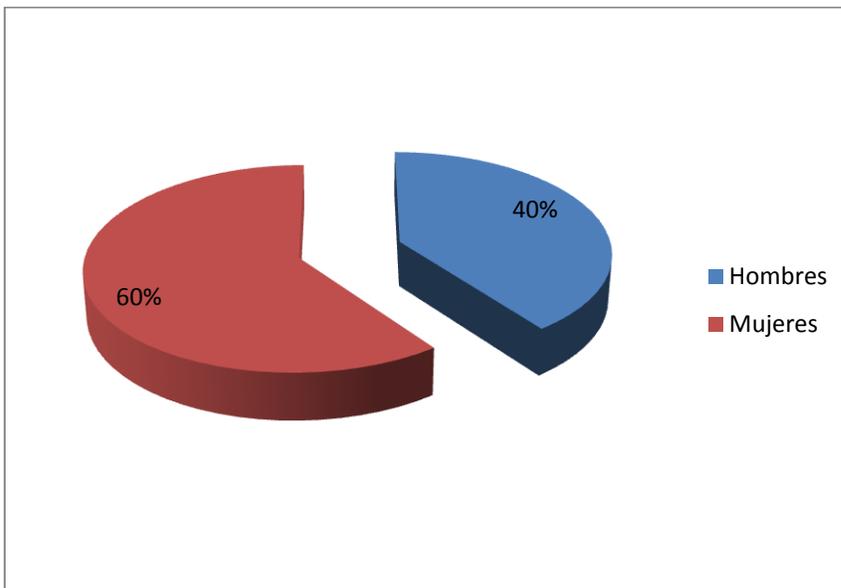
El grafico n°1^a a la población bajo control de Hipertensos es mayor que la Diabética tendencia que se observo nivel rural pero cabe destacar que en ambas poblaciones a medida que van aumentando el número de años también aumenta la población

Grafico 2 Población bajo control por Hipertensión Arterial según sexo



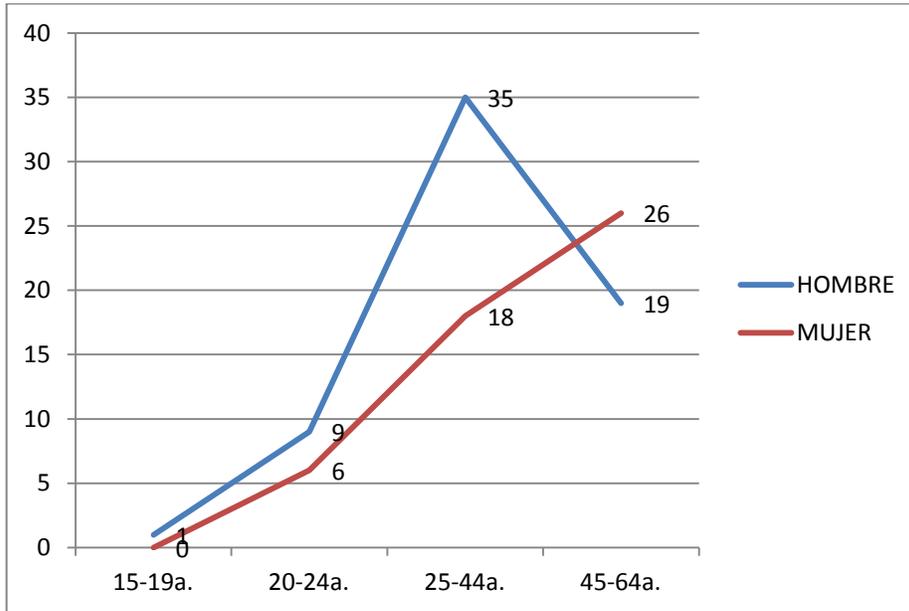
Como podemos observar el grafico n°2 la población femenina en control por Hipertensión Arterial es un 71% duplicando la población masculina que es un 29%, manteniendo la característica del año 2011

Grafico 3: Población bajo control por Diabetes Mellitus según sexo



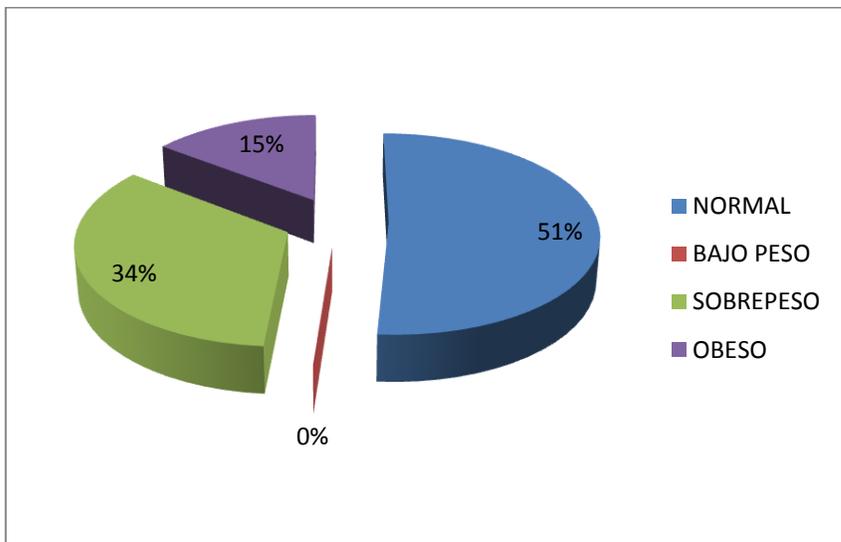
Como podemos observar el grafico n°3 la población femenina en control por Diabetes Mellitus , sorprende por el incremento de 10% en el control de hombres diabéticos, versus el año anterior creciendo de 27,4% al 40%, y decreciendo en ese mismo porcentaje el de mujeres a un 60%

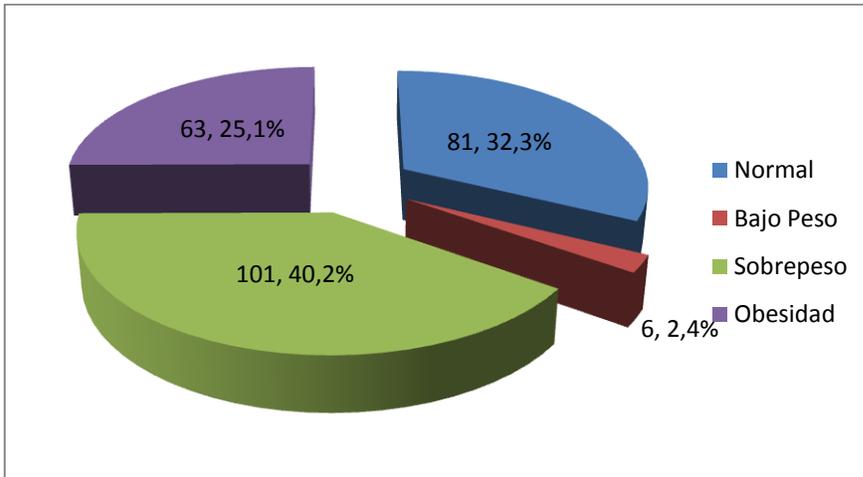
Gráfico 4.- Referido a EMP, realizados en Cesfam La Palma de Enero a Octubre del 2012



Este grafico muestra lo realizado durante el año en EMP, llama la atención los EMP, de 25 a 44 años que superan los hombres versus las mujeres, eso se debe a que se realizan EMP, en terreno y se enfoca en el mayor riesgo del género masculino en esta etapa etárea.

Grafico 5: Distribución porcentual según diagnóstico nutricional

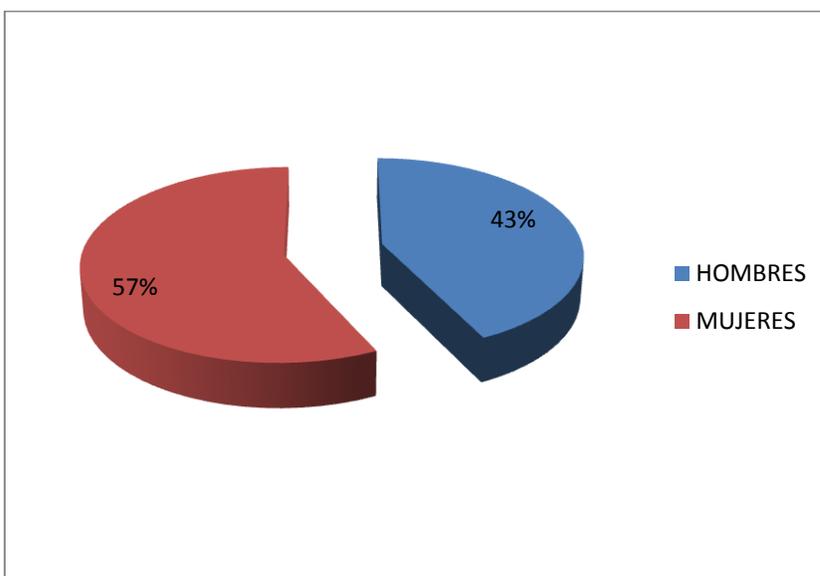




El grafico 5 en su parte superior el 2012 y en la inferior el 2011 nos muestra que la malnutrición por exceso representa un 59%, no hay malnutrición en déficit y que solo un 51% esta en estado nutricional normal de la poblacion a la que se le aplico EMP durante el 2012. Si se compara con el año anterior existe una clara evidencia de una baja de 6%, en el exceso, sin poder definir si ello se debiera a intervención clara en salud o simplemente a un hecho fortuito o a personas distintas en los 2 años, en sus evaluación EMP.

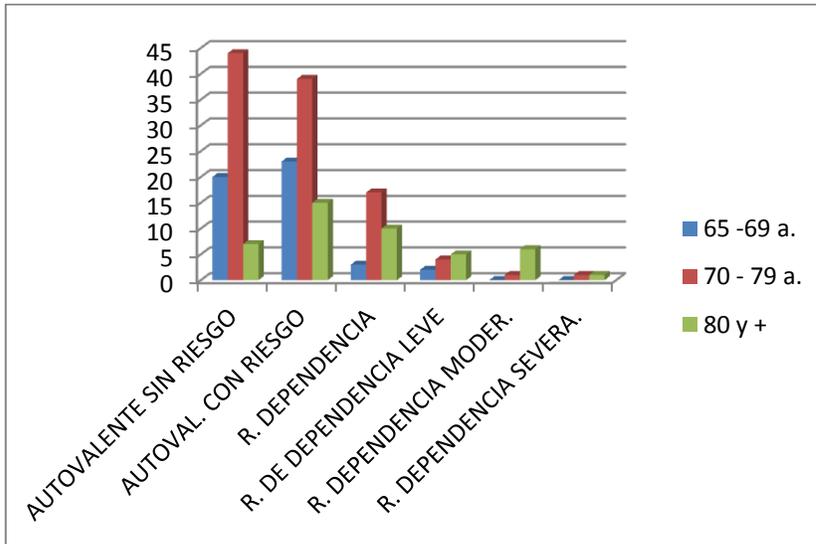
INDICADORES DE RESULTADOS AREA ADULTO MAYOR

Grafico 1.- EMPAM realizados de Enero a Octubre del 2012 y distribución por Sexo



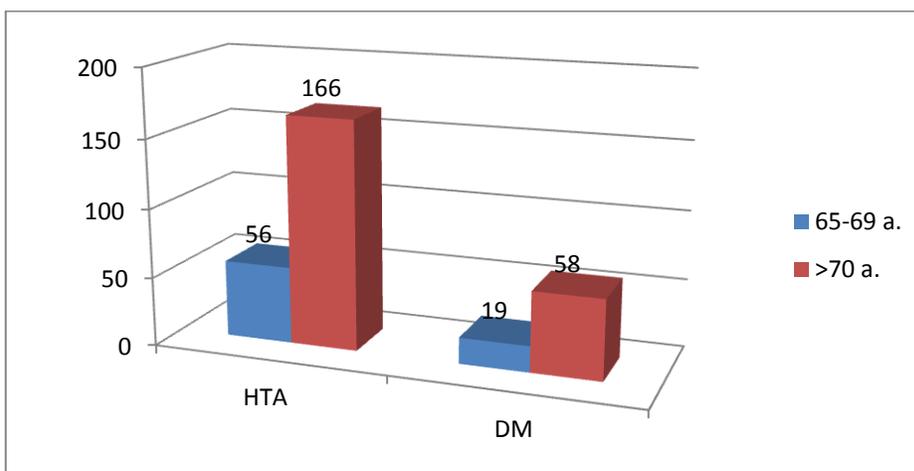
Se realizaron un total de 208 Empam de Enero a Octubre, siendo de ellos 89 hombres (43%) y 119 mujeres (57%), al igual que en el resto de grupos etáreos existe una cultura de atención principalmente del genero femenino.

Gráfico 2.- Distribución del EMPAM, por riesgo de pérdida de independencia



Existe una alta concentración entre los adultos mayores con EMPAM, efectuado que están dentro del riesgo de perder autovalencia si sumamos los autovalentes con riesgo y el riesgo de dependencia, hacen un total de 107 (aproximadamente el 50% del total de evaluados) adultos mayores en riesgo, por tanto se requiere realizar una intervención al respecto.

Gráfico 3 Población bajo control por Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus



El gráfico n°1 a la población bajo control de Hipertensos es mayor que la Diabética tendencia que se observó tanto a nivel rural como por grupos etáreos y sexo.

Incremento de Resolutividad Médica a la Comuna en Cirugía Menor, de Enero a Octubre del 2012 CESFAM La Palma

En el ámbito de Cirugía menor, abastece las necesidades de la Comuna de Quillota, en esta demanda y durante el 2012, se incrementó en un 36%, en vista que hasta Noviembre del 2011, se llevaban 77 intervenciones y hoy hasta Octubre estas son de alrededor de 215 realizadas.

Sin embargo se debe acotar que en la modalidad de la atención de usuarios de esta necesidad, primero deben acudir de los distintos centros a una Evaluación para apreciar si el procedimiento quirúrgico se puede realizar en nuestras instalaciones o en su defecto por su complejidad, derivarlo al Centro de Referencia, que en este caso es el Hospital San Martín de Quillota, en esto surge la pérdida de un 7% de usuarios, para la realización de procedimiento de Cirugía menor, como se aprecia en el cuadro contíguo.

DIAGNÓSTICOS DE PROCEDIMIENTOS EFECTUADOS

MES	EVALUACIÓN	CIRUGÍA
ENERO	VACACIONES	
FEBRERO	23	18
MARZO	25	25
ABRIL	19	19
MAYO	26	25
JUNIO	34	33
JULIO	19	19
AGOSTO	22	21
SEPTIEMBRE	24	24
OCTUBRE	39	31
TOTAL	231	215

PROCEDIMIENTOS	TOTAL
Onicectomías	15
Lipomectomías	30
Matricectomías	5
Extirpación de Nevus	15
Extirpación de Verrugas	5
Extirpación de Quiste Sebáceo	15
Extirpación de Quiste Sinovial	8
Extirpación de Papiloma	15
Extirpación de Fibroma	3
Instalación de Pellets	40
Queratoma	3
Uña Bífida	1

Léntigo	0
Extirpación de Pólipo	5
Extracción cuerpo extraño	0
Extirpación de granuloma	4
Acrocordon	40
Extirpación de Quiste Epidérmico	10
Extirpación de Queloides	5
Extirpación de tumor de Cara	1
TOTAL	215

De un análisis de la tabla de Diagnósticos de procedimientos de baja complejidad, se desprende que los más solicitados son: Instalación de Pellets, Acrocordon y Lipomectomías.

CARACTERÍSTICAS DEL CENTRO DE SALUD: SAN PEDRO

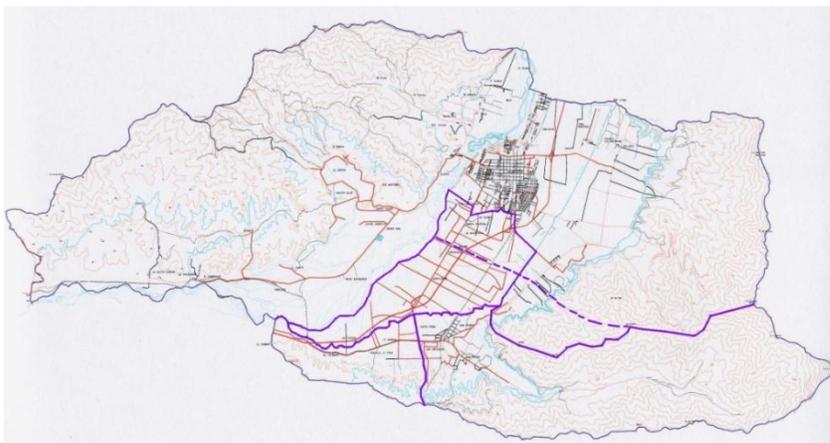
1.- DESCRIPCIÓN GEOGRÁFICA:

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

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

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

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



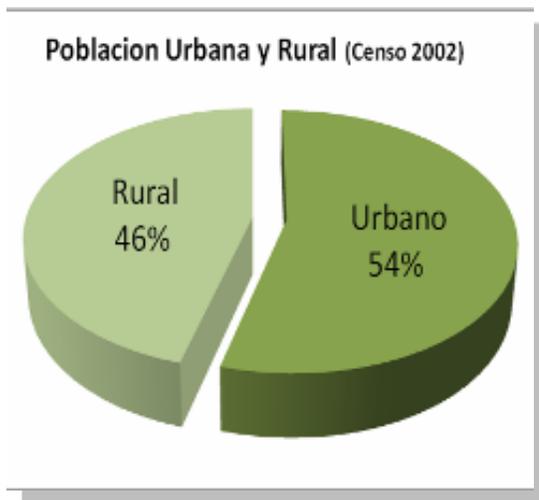
2.- ANÁLISIS DEMOGRÁFICO

2.1.- ANÁLISIS DEMOGRÁFICO BÁSICO

De acuerdo a los datos recolectados por el Censo de Población y Vivienda del año 2002 del Instituto Nacional de Estadísticas (INE), la localidad de San Pedro posee una vasta superficie y según las estimaciones de la sección de estadística del Servicio de Salud Viña del Mar Quillota de noviembre de 2011, la población sería de **6.927 habitantes**, de los cuales **3.500 son mujeres** y **3.427 hombres**.

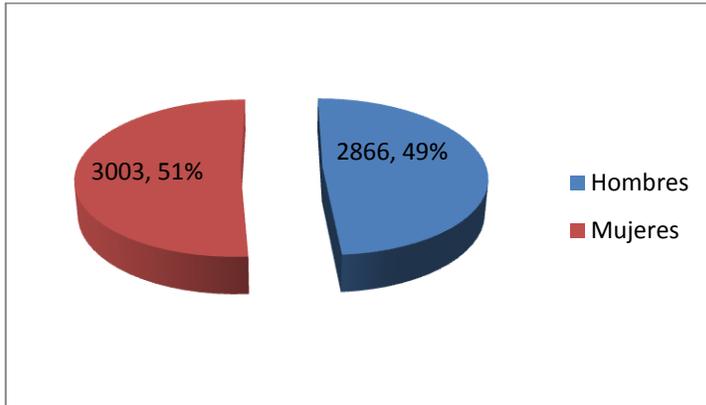
De la totalidad de habitantes de la comuna un 46% (3.186 habitantes) corresponde a población rural y un 54% (3.740 habitantes) a población urbana.

Distribución de la Población Área Urbana - Rural

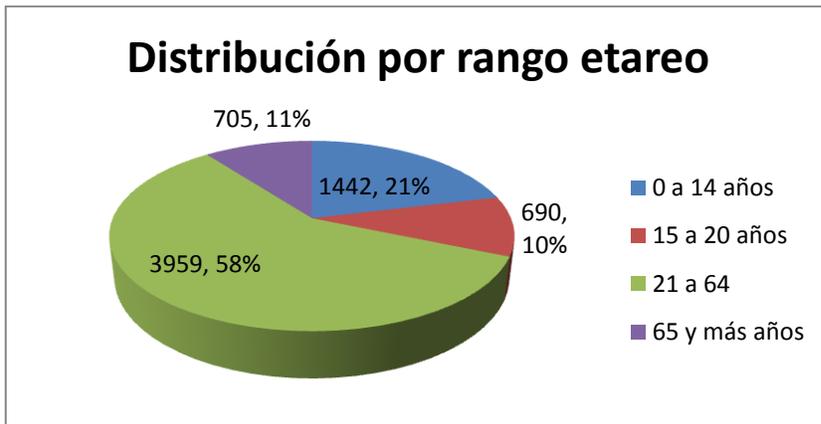


En cuanto a la distribución de la población de San Pedro según el área de localización, de acuerdo al Censo de 2020, la distribución entre en el área urbana presenta una leve mayoría con un 54%, en comparación con el área rural que cuenta con el 46% de la población. Cabe señalar que San Pedro tiene una gran extensión territorial, mayoritariamente rural, por lo que en los últimos años se ha venido dando una densificación del suelo urbano, producto de la subdivisión de sitios dado el surgimiento de nuevos núcleos familiares al interior de los hogares, la mayoría de las veces sin vivienda propia, con problema de allegamiento. Además han surgido nuevos asentamientos humanos correspondientes a conjuntos de viviendas sociales. En cambio en el área rural se da el caso de la subdivisión de grandes porciones de tierra para su venta como parcelas de agrado, con población que proviene desde fuera de la comuna y con ocupación de las viviendas por el fin de semana.

GRAFICO: DISTRIBUCION POR SEXO.



Según estimaciones del Servicio de Salud Viña del Mar Quillota¹, un 49% de la población corresponde a hombres y un 51% a mujeres. Cifras que son similares a la media comunal y nacional



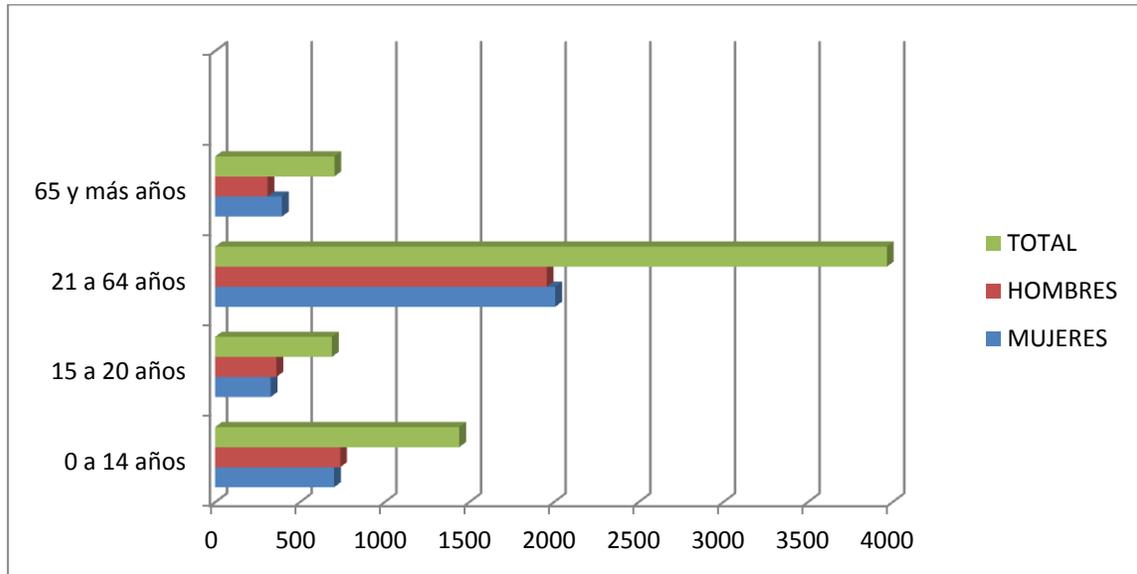
Fuente; Población estimada al 30 junio 2012 SSVQ

La distribución de la población según rango etareo muestra que el tramo de 21 a 64 años corresponde a un 58% de la población total, en segundo lugar aparece el tramo de 0 a 14 años con un 21%, le sigue el grupo de 65 y más años con 11% y por último el tramo de 15 a 20 años con un 10%. Del gráfico se puede inferir que la población de San Pedro se encuentra en un proceso de transición hacia el envejecimiento; se aprecia que la población adulta se ha ido incrementando en el tiempo; pese a ellos aún la población de 0 a 14 años sigue siendo un importante grupo respecto al total.

¹ Estimaciones de la sección de estadística del Servicio de Salud Viña del Mar Quillota de noviembre de 2011

Otro fenómeno que se observa que la población de 15 a 20 años está por debajo de la población de 65 y más años, no siendo aún, una diferencia muy notable pero que puede estar marcando la tendencia hacia el envejecimiento.

Grafico: Distribución por grupos etáreos y sexo:



Fuente; Población estimada al 30 junio 2012 SSVQ

Del gráfico anterior podemos referir que de la población menor a 20 años los hombres presenta una presencia levemente mayor que las mujeres, situación que invierte de los 21 años en adelante. Esto se explicaría por condicionantes de estilos de vida, autocuidado, entre otros.

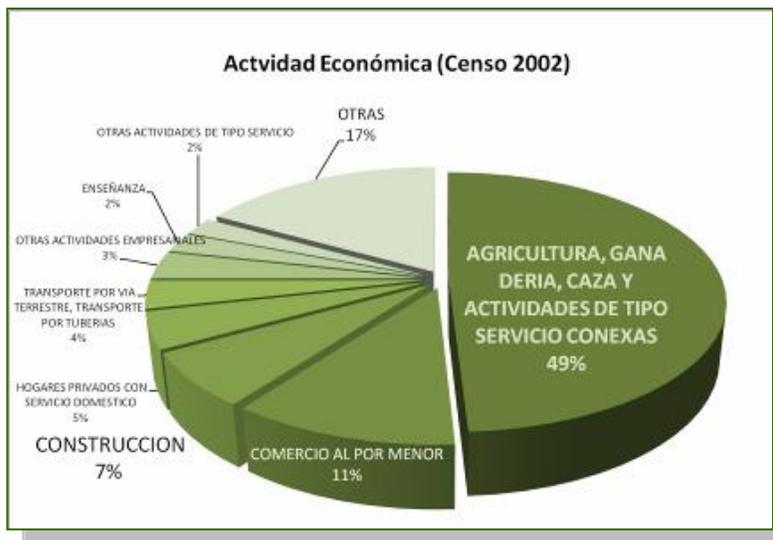
Gráfico: nivel de escolaridad

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

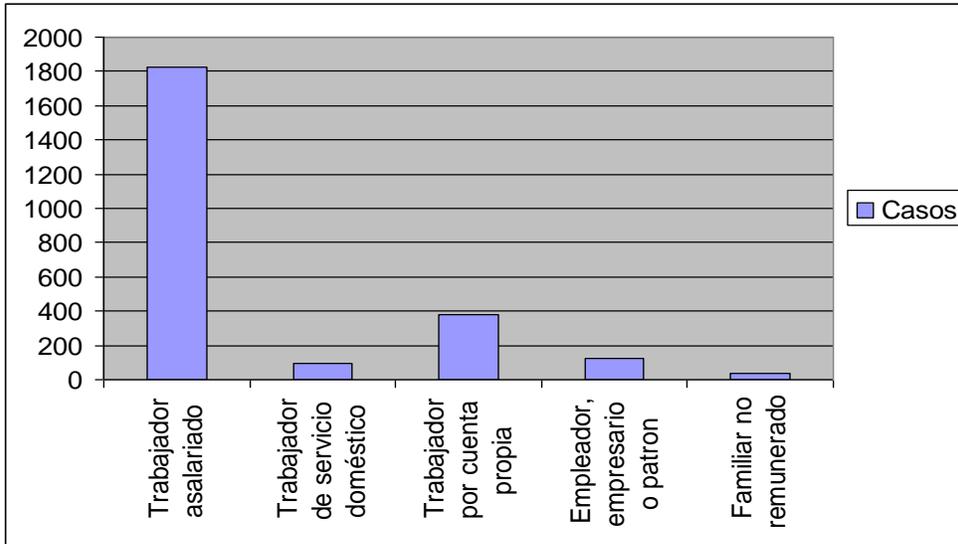
La tabla refleja que el 47% de la población solo alcanza el nivel básico de educación. Terminan la enseñanza media un 32% de la población. Las personas que estando en enseñanza media de carácter técnico finalizan sus estudios alcanzan el 5 %. La formación técnico profesional corresponde a un 4% y la Superior universitaria asciende también a un 4%.

Los datos reflejan que las personas en San Pedro se encuentran muy por debajo del promedio nacional con pocos años de estudio y muy bajo nivel de calificación con las consecuencias de esto, tanto en lo referido al empleo como a los ingresos, la calidad del trabajo, constituyendo en un determinante social clave en la calidad de vida.

Actividad Económica.



Según el gráfico, la mayor parte de la población laboralmente activa se ocupa en el área de la agricultura, ganadería, caza y actividades de tipo servicios conexos con un 49%, en segundo lugar en comercio al por menos con un 11%, en un tercer lugar en la construcción con un 7%, en el cuarto lugar en el servicio doméstico con un 5% y en los últimos lugares otro tipo de actividades. Estos datos coinciden la actividad de tipo agrícola y similares desarrollada en San Pedro, donde, estrechamente vinculad al mayor porcentaje de suelo de tipo rural, donde aumenta considerablemente año tras año el uso intensivo de suelo con monocultivos por parte de la industria agrícola dirigido a los mercados internacionales y de hortalizas por parte de medianos, pequeños agricultores para el consumo nacional.



Según el censo 2002, la condición en que laboraban las personas, mayoritariamente lo hacía como trabajadores dependientes, que laboran por un salario; en segundo lugar aparecen los trabajadores por cuenta propia; en tercer lugar los independientes que son empleadores, empresarios o patrones, y en último lugar los trabajadores de servicio doméstico. Considerando el mayor porcentaje de quienes trabajan lo hacen en el área de la agricultura, ganadería, caza y actividades de tipo servicios conexos, podemos inferir que en general los trabajadores presentan condiciones laborales inestables y de baja remuneración, dado el carácter de trabajos de temporadas que presenta la agricultura.

EVALUACION LINEAS PROGRAMATICAS CESFAM SAN PEDRO 2012

AREA PROMOCION Y PARTICIPACIÓN SOCIAL:

La Promoción de la salud es un área estratégica sustancial para la atención primaria de Quillota por el impacto que tiene sobre la vida de las comunidades; valorando los factores protectores y las fortalezas presentes en personas y comunidades como medio de avanzar hacia mejores estándares de salud.

Así mismo la Participación Social es fundamental cuando nos vinculamos como equipos de salud con los actores sociales de la localidad desde un enfoque de determinantes sociales de la salud. Es un desafío para nuestra atención primaria y particularmente para nuestro centro de salud, profundizar mayores niveles de diálogo en materias de salud con los colectivos desde la corresponsabilidad.

El trabajo que se presenta es el reflejo de intencionar procesos de empoderamiento, reflexión y acción conjunta entre la institución y los representantes de la comunidad, especialmente a través del consejo de salud de San Pedro y la participación de todas las organizaciones que han estado presentes en el proceso.

Los datos que se exponen a continuación dan cuenta de las actividades realizadas desde enero a 13 noviembre 2012.

- N° actividades realizadas: 21
- n° de reuniones: 21
- N° participantes:
 - Personas: 82.
 - N° Juntas de Vecinos: 12 juntas de vecinos (100%), más Unión de Juntas de Vecinos de San Pedro
 - N° Organizaciones funcionales: 07.
 - N° Instituciones: 22

- Actividades desarrolladas.

FECHA	LINEA	Ámbito	ACTIVIDAD	DESCRIPCION
05/01/2012	Consejo de Salud		Reunión Ampliada del Consejo de Salud	Asiste Director del Dpto. de Salud para dar respuesta de la gestión de un médico para San Pedro. Revisión de reclamos 2011
09/01/2012	Consejo de Salud	Producción Agrícola Ecológica	Reunión Cooperativa Ecológica	Evaluar primera venta post-reorganización con sistema de pedido
23/01/2012	Consejo de Salud	Producción Agrícola Ecológica	Reunión Cooperativa Ecológica	Evaluar segunda venta post-reorganización con sistema de feria
25/01/2012	Consejo de Salud		Comisión de Trabajo Consejo de Salud	Borrador de programa de trabajo 2012
14/03/2012	Consejo de Salud		Comisión de Trabajo Consejo de Salud	Revisión acciones 2011 y planteamientos para 2012.
29/03/2012	Consejo de Salud		Ampliado Con JJVV, Comité Gestión	Revisión Programa de Trabajo Consejo de Salud 2012; Remodelación Centro de Salud; Info general: campaña de vacunación, nuevos médicos, horario de atención, Varios.
09/05/2012	Consejo de Salud		Comisión de Trabajo Consejo de Salud	Novedades, Participación en elaboración de Reglamento Nacional de Aplicación terrestre de plaguicidas; Cartas de JJVV apoyando cese de fumigación aéreas; Investigación SEREMI de Salud; Auto cuidado.
09/05/2012	Consejo de Salud		Ampliado Con JJVV, Comité Gestión	Info Gestión: SAPU, reemplazo matrona, evaluar factibilidad de controles crónicos en terreno; Catastro de personas con dificultad para moverse; Cartas apoyo a cese fumigación aérea; Identificación de Huertos familiares; Actividad de elaboración propuesta Reglamento Nacional Fumigación Terrestre.
17/05/2012	Consejo de Salud		Comité Local de Emergencia	Elaboración de mapa de factores de peligro y protección de San Pedro
06/06/2012	Consejo de Salud	Producción Agrícola Ecológica	Comisión de Trabajo Consejo de Salud	Evaluar postulación a Fondo de Protección Ambiental; preparar Taller de propuesta a Reglamento Nacional de Aplicación Terrestre de Plaguicidas.

13/06/2012	Consejo de Salud		Taller Elaboración Propuesta Reglamento Nacional de Aplicación Terrestre de Plaguicidas	Taller Elaboración Propuesta Reglamento Nacional de Aplicación Terrestre de Plaguicidas: identificaciones de etapas: antes, durante y después, tareas, peligros y medidas de protección.
20/jun/2012	Consejo de Salud	Satisfacción Usuaría	Asamblea JJVV Sol de Julio	Difusión actividad en terreno de toma EMPA; GES: Atención dental adultos 60; Protocolo de Atención y Buen trato entre usuarios y funcionarios en la dación de horas morbilidad diurna.
27/jun/2012	Consejo de Salud	Producción Agrícola Ecológica		
25/jul/2012	Consejo de Salud	Plan de Trabajo	Comisión de Trabajo Consejo de Salud	Compartir de novedades a nivel personal de los participantes, revisión de avances y pendientes en Plan de Trabajo 2012, organización de solicitud de carta de apoyo para solicitar a SEREMI de Salud para las fumigaciones aéreas en San Pedro
8/ago/2012	Consejo de Salud	Plaguicidas	Comisión de Trabajo Consejo de Salud	Selección de contenidos para campaña de educación comunitaria para la protección de la salud en el uso de plaguicidas. Organización de actividad de difusión de reglamento Nacional de Aplicación Aérea de Plaguicidas
29/ago/2012	Consejo de Salud	Plaguicidas	Difusión Reglamento Nacional de Aplicación Aérea de Plaguicidas	Encargada de Salud Ocupacional de la SEREMI de Salud de Valparaíso. Expone reglamento Nacional de aplicación aérea de Plaguicidas. Invitados usuarios del centro de salud, dirigentes vecinales y sociales, encargados de instituciones locales
5/sep/2012	Consejo de Salud	Plaguicidas y Satisfacción Usuaría	Comisión de Trabajo Consejo de Salud	Evaluación Actividad de difusión del reglamento nacional de aplicación aérea de Plaguicidas. Identificación de días y hora de clubes de adultos mayores de San Pedro para agendar actividad de difusión de beneficios AUGE. Organización Foro: Plaguicidas y Salud del 27-9-2012: revisión de invitados, programas y gestiones realizadas y pendientes

12/sep/2012	Consejo de Salud	Plaguicidas	Comisión de Trabajo Consejo de Salud	Organización Foro: Plaguicidas y Salud del 27-9-2012: revisión de invitados, programas y gestiones realizadas y pendientes. Elaboración de preguntas para panelistas. Distribución de tareas para la actividad: co-panelista del consejo y moderadora
26/sep/2012	Consejo de Salud	Plaguicidas	Comisión de Trabajo Consejo de Salud	Organización Foro: Plaguicidas y Salud del 27-9-2012: revisión de invitados, programas y gestiones realizadas y pendientes. Elaboración de preguntas para panelistas. Distribución de tareas para la actividad
27/sep/2012	Consejo de Salud	Plaguicidas	Foro Plaguicida y Salud	Actividad de Información y dialogo respecto a los problemas y alternativas que se presentan en cuanto al uso de plaguicidas en la agricultura.
8/oct/2012	Consejo de Salud	Salud Mental Comunitaria	Intercambio Experiencia	Intercambio de Experiencia entre Equipo de Salud Mental Comunitaria de Paraguay y Equipo de Promoción del Cefam San Pedro
17/oct/2012	Consejo de Salud	Historia Local	Comisión de Trabajo Consejo de Salud	Organización Caminata Histórica de San Pedro
7/nov/2012	Consejo de Salud	Historia Local	Comisión de Trabajo Consejo de Salud	Organización Caminata Histórica de San Pedro y avances campaña prevención plaguicidas
13/11/2012	Consejo de Salud	Satisfacción Usuaría	Reunión Ampliada con JJVV	Entrega copia de protocolo de atención y buen trato entre usuarios y Funcionarios en dación de hora morbilidad diurna

INFANCIA

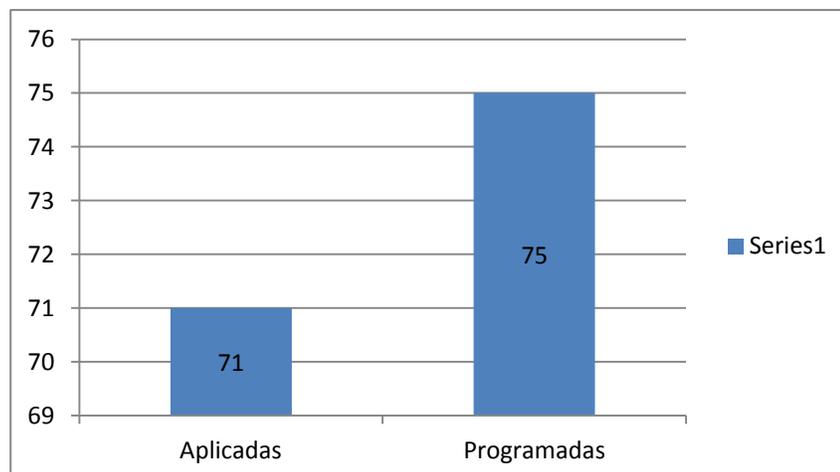
ESTADO NUTRICIONAL DE NIÑOS DE 0 A 6 AÑOS A SEPTIEMBRE DEL 2012.



Del total de los niños y niñas evaluados a septiembre se obtiene un 58% de ellos se encuentra con adecuado indicador de peso/talla. En la categoría malnutrición (déficit y exceso) se ubica el restante 42%; lo que constituye un importante grupo siendo casi la mitad de todos los niños evaluados.

Aplicación Instrumentos en Control de Salud Infantil:

Número de Escalas de Desarrollo Psicomotor (EEDP) aplicadas a niños/as entre 12 y 23 meses de Enero a Octubre 2012.



Se aplicaron 71 escalas habiendo sido programadas 75, lo que corresponde a un 94,6% logrado.

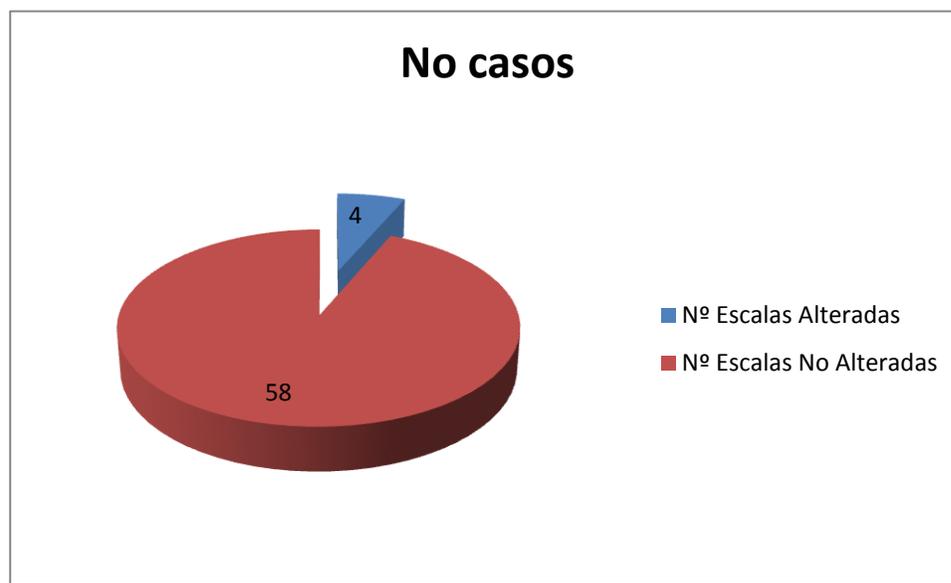
De estas el 9,8 % resultaron con riesgo o retraso del desarrollo psicomotor y el 100% del déficit fue recuperado el tercer mes de tratamiento

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 33 protocolos Neurosensoriales, que corresponde a un 60 % del total de los niños/as de esas edad, encontrándose el 100% de los resultados en los rangos normales.

GRAFICO: ESCALAS DE EDIMBURGO APLICADAS



Durante el período enero a octubre 2012 se han aplicado 62 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.

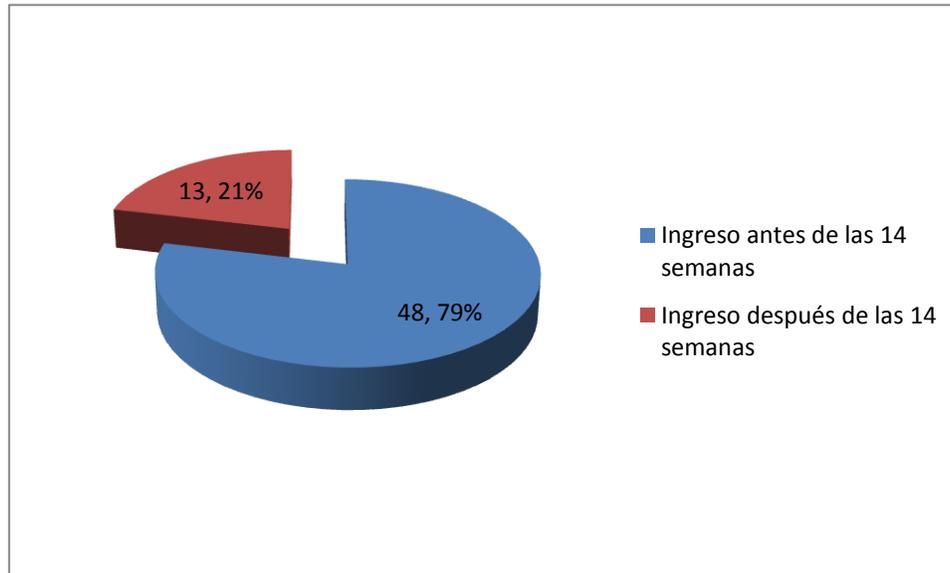
De las escalas aplicadas un total de 4 arrojaron resultado ALTERADAS, lo que corresponde un 6% del total.

ATENCIÓN DE LA MUJER

Población Femenina con Pap Vigente, según Grupos Quinquenales de Edad a septiembre 2012.

Total	menor de 25 años	5 a 29 años	30 a 34 años	35 a 39 años	40 a 44 años	45 a 49 años	50 a 54 años	55 a 59 años	60 a 64 años	Mayor 64 años
607	41	44	75	55	94	79	27	9	3	0

Ingresos de Gestantes antes de las 14 Semanas al Programa de Control del Embarazo, Cefsam San Pedro a Septiembre del 2012.



Ingreso a control prenatal antes de las 14 semanas un **79%** de las embarazadas.

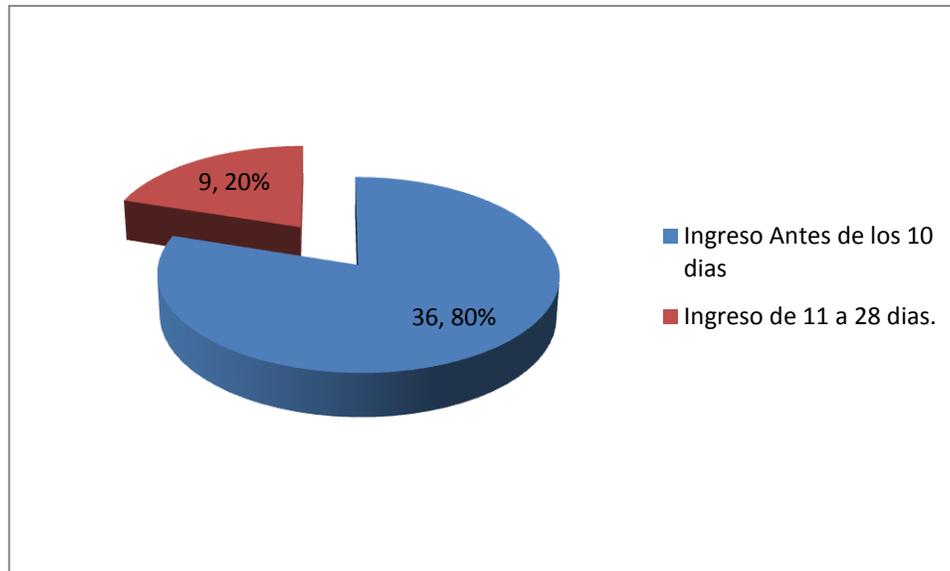
Mejorar reforzando el control preconcepcional, en nuestra población en control de regulación de la fecundidad.

**POBLACIÓN EN CONTROL POR REGULACIÓN DE FECUNDIDAD
SEGÚN GRUPO DE EDAD Y MÉTODO UTILIZADO.**

(Fuente: estadística local Cesfam San Pedro, septiembre 2012)

Método de regulación de fecundidad	Total	Menos de 15 años	15 a 19 años	20 a 24 años	25 a 34 años	35 y más años
DIU	141	0	0	22	37	82
Hormonal						
- Oral combinado	266	4	44	58	92	68
- Oral progestágeno	92	0	2	57	7	26
- Inyectable combinado	138	4	29	41	36	28
- Inyectable progestageno	41	0	6	12	14	9
- Implante	82	0	9	15	27	31
Preservativo						
Mujer	16	0	2	0	4	10
Hombre	4	0	0	0	3	1
TOTAL	780	8	92	205	220	255

Control de puérpera y RN antes de las 10 días de vida, CESFAM San Pedro a Septiembre del 2012.



El Ingreso de RN y puérpera antes de los 10 días de vida a control con matrona a septiembre del 2012 alcanza el **80%**, del total de puérperas controladas.

Según evaluación e indicación de matrona, se realiza rescate de binomio por TENS vía telefónica al 100%. Este resultado se explica por la inscripción tardía del RN en registro civil.

Además se priorizan y gestionan cupos de control con la profesional de manera de garantizar cupos para evaluación antes de los 10 días.

Se mantiene necesidad de reforzar educación en últimos controles prenatales con el fin de mejorar este indicador.

Talleres prenatales, según información a Septiembre 2012

1 TALLER	2 TALLERES	TOTAL
34	17	51

Según la información obtenida, han participado 51 embarazadas en talleres prenatales, de las cuales el 67% han participado en 2 talleres y el 33 % en 1 taller.

Se intenta coordinar con control de embarazo.

Se realizó evaluación psicosocial (EPsA) y EDIMBURGO al 100% de las embarazadas ingresada a control prenatal. Desde Octubre 2012, se comenzaron a aplicar evaluación de EDIMBURGO a mujeres post parto (hasta los 10 días) por matrona.

LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA HASTA LOS 6 MESES DE VIDA.

		1º mes	3º mes	6º mes	12º mes
Total Controlados mensualmente de enero a septiembre 2012		43	35	27	27
	Lactancia Materna Exclusiva	41	25	19	
	Lactancia Materna Mas solido	0			14

De los niños en control a septiembre del 2012 tenemos que un 62, 8 % de ellos alcanza la meta de LME hasta los 6 meses de vida.

EVALUACIÓN PROGRAMA ODONTOLÓGICO. CESFAM SAN PEDRO
RESULTADO METAS ALTA INTEGRAL ODONTOLÓGICA AÑO 2011.

grupo	población	% meta	Meta n°	Logrado n°	% logrado
2 años	83	30%	25	39	46,8%
4 años	83	35	29	30	36,2%
6 años	65	70%	55	54	68,7%
12 años	94	65%	59	74	81,5%
embarazadas	85	60%	51	55	64,7%
60 años	48	50%	26	19	36,5%
0-19 años	1725	22.8%	394	382	22,1%

Resultado Metas Alta Integral Odontológica año 2012. (hasta octubre 2012)

grupo	población	% meta	Meta n°	Logrado n°	% logrado
2 años	83	30%	25	32	39%
4 años	83	35%	29	30	36%
6 años	65	70%	55	61	94%
12 años	94	73%	66	54	57%
embarazadas	85	60%	51	80	94%
60 años	48	50%	26	14	29%
0-19 años	17205	24.1 %	416	364	21%

Grado de utilización del Recurso Humano.

El servicio dental cuenta con 2 dentistas (44 hrs y 4 hrs respectivamente), 2 auxiliares paramédicos que cubren las horas de atención dental.

Al año existen disponibles 1848 hrs odontólogo. De acuerdo a programación de Programa Modelo se requieren 1898 hrs odontólogo.

Niveles de impacto.

Respecto a las orientaciones de la década 2011 – 2020, en Salud Bucal, se establece como meta de impacto “Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en los menores de 20 años, con énfasis en los más vulnerables”.

Aumentar 33% la prevalencia de ausencia de historia de caries en niños de 6 años.

Disminuir 10% el promedio de daño por caries en adolescentes de 12 años en establecimientos de educación municipal.

OBJETIVO GENERAL:

- Cumplir con las orientaciones programáticas propuestas para la década 2011 – 2020.
- Cumplir con la programación para el año 2013.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Promover y Prevenir Salud bucal en grupos priorizados del Programa Modelo.
- Rehabilitar y otorgar Altas Integrales en grupos priorizados del Programa Modelo.
- Atención y resolución de demanda espontánea en población beneficiaria adulta trabajadora.

ESTRATEGIAS:

- Promover y difundir en los medios locales la Atención Dental: radio, TV, portal internet.
- Realizar reuniones con el equipo de salud de Cesfam para crear estrategias de derivación.

- Coordinar y calendarizar la atención de los beneficiarios menores de 20 años escolarizados en centros educacionales del sector.
- Coordinar y calendarizar la atención de usuarios beneficiarios que acudan por demanda espontánea.

ACTIVIDADES:

- Ingreso a tratamiento dental el mismo día que se entregan prestaciones con otro integrante del equipo de salud: matrona en el caso de ingreso de embarazadas, enfermera en el caso de CNS 2 y 4 años, usuarios de 60 años que demanden atención o consulten en Cesfam (SOME, Farmacia, Nutricionista, Médico, toma de exámenes y pesquisa de hipertensión).
- Coordinación con equipo de salud familiar: calendarización de atenciones dentales en las familias en estudio.
- Reunión con Directores de Centros educacionales para calendarizar: sesión educativa en sala de clases de niños de 6 y 12 años.
- Reunión con directora y personal de jardín Medialuna. Sesión educativa con preescolares y apoderados de dicho jardín.
- Calendarización de atención dental de niños de 6 y 12 años de colegios: “Escuela Abel Guerrero” y “Colegio Italiano”.
- Calendarización de atención dental de niños de Hogar y Escuela “Campo Los Espinos” del Cajón de San Pedro.
- Confección de agendas para atención de urgencias, ingresos y operatoria en grupos priorizados.

- Confección de agendas para atención de urgencias y operatoria en adultos beneficiarios; en horario de extensión horaria y día sábado.
- Sesiones educativas en embarazadas dentro del marco del programa Chile Crece Contigo.
- Realizar actividades preventivas y recuperativas destinadas a lograr el alta integral en pacientes de los grupos priorizados por el Plan Nacional de Salud Buco Dental.

Indicadores de atención dental adulto en Extensión Horaria. Valores hasta octubre 2012.

IND. RESULTADO		
	Nº Obturaciones realizadas	429
	Nº primeras consultas	506
	INDICADOR (%)	85%
	Nº Exodoncias realizadas	137
	Nº primeras consultas	506
INDICADOR (%)	27%	

Observaciones:

La atención por demanda espontánea de la población adulta se resuelve en horario de extensión. De las prestaciones se desglosa que el 85% de las consultas es por rehabilitación (operatoria) y un 27% corresponde a exodoncias (mayoritariamente durante el horario de urgencia en extensión).

Los niños que ingresan al Programa odontológico a los 6 y 12 años, por intermedio de sus respectivos centros educativos, tienen un gran daño en su salud oral. Una vez finalizada la labor del colegio es responsabilidad de los apoderados cumplir con los controles semestrales, los que lamentablemente no se cumplen en la mayoría de los casos, y es así que los niños consultan posteriormente sólo en horario de urgencias cuando ya se ha instalado el daño nuevamente.

Se observa falta de compromiso de la población adulta. Las causas probables pueden ser: desinformación en salud oral, temas laborales, dificultad de acceso al CESFAM.

UNIDAD DE FAMILIA

CLASIFICACIÓN DE LAS FAMILIAS POR SECTOR	TOTAL
Nº FAMILIAS EN EL SECTOR RURAL	90
Nº DE ENCUESTAS FAMILIARES VIGENTES	16
Nº FAMILIAS INSCRITAS	90
Nº FAMILIAS EVALUADAS	90
Nº DE FAMILIAS EN RIESGO ALTO Y MEDIANO	60

- El programa de salud familiar durante el año 2012 ha logrado avanzar en la clarificación de procedimientos administrativos que en lo teórico debiera facilitar el flujo en el ciclo: Presentación de caso-VDI-Estudio de Caso-Plan de Trabajo-Seguimiento-Evaluación. En este procedimiento se ha creado a nivel local una pauta de estudio de familia, basada en las orientaciones técnicas de la salud familiar, con el fin de agilizar la realización de estudios de familiar y a la vez facilitar el aprendizaje de los contenidos técnicos básicos para realizar esta labor, por parte del equipo de Salud. Con esta herramienta se logró involucrar a la mayor parte del equipo en la línea de salud familiar. También se ha creado un tarjetero para el seguimiento de las actividades de los planes de salud familiar, lo que permitió en el inicio de su operación realizar el seguimiento oportuno de cumplimiento de actividades.

- Sin embargo, entre las principales debilidades del programa de salud familiar, es que no se cuente con apoyo técnico habilitado con horas exclusivas para hacer el seguimiento del tarjetero de los planes de salud de familia. Ya que el apoyo brindado por personal que tiene a cargo otras responsabilidades a su cargo, de forma principal, pese a su buena voluntad, dado las exigencias de la rutina diaria, el trabajo de familia tiende a ser relegado a un segundo o tercer plano, con el consecuente retardo en los planes de salud familiar.
- Una gran oportunidad que se presenta para el Programa de Salud Familiar, es la incorporación de familiar del programa PADI-Estipendio, dado que los usuarios beneficiarios requieren de supervisión mensual en domicilio, con visitas de control y visitas domiciliarias integrales, por lo tanto se presentan condiciones apropiadas para realizar flujo en el ciclo: Presentación de caso-VDI-Estudio de Caso-Plan de Trabajo-Seguimiento-Evaluación. Al menos así ha quedado demostrado en el trabajo realizado con algunas de las familias del programa. Como por ejemplo la incorporación de integrantes adolescentes a la evaluación integral de salud o al programa de VPH.

Registro de embarazadas y exposición a agrotóxicos.

En la evaluación socioeconómica de ingreso de las gestantes realizadas desde el año 2011 a noviembre de 2012, se ha incorporado el factor de riesgo de exposición a plaguicidas. Como resultado se ha logrado pesquisar que las mujeres están expuestas a los agrotóxicos, principalmente por motivos de la ubicación de su vivienda aledaña o como parte de un predio agrícola y/o en su puesto de trabajo en las labores de obrera agrícola, en las que comúnmente se realizan fumigaciones con plaguicidas en turnos de trabajo distintos, o en áreas cercanas a ellas o en el peor de los casos, estando ella presente o siendo ella manipuladoras de los productos. Pero además se evidencia un como un importante factor de peligro para la gestación el hecho que la pareja trabaje con plaguicidas, ya sea en su traslado, almacenamiento y lo peor, en la aplicación de ellos.

También se ha pesquisarado que las gestantes que han presentados síntomas de intoxicación aguda por plaguicidas no asignan importancias a las consecuencias en su salud que pudiese tener este hecho, normalmente realizan una breve pausa y después de ella se mantienen en sus puestos de trabajo. En caso que la intoxicación sea más grave, generalmente deben concurrir solas a algún establecimiento de salud público, donde normalmente no se siguen los procedimientos de investigación sanitaria respecto al origen de la intoxicación. Y en los casos en que ha existido investigación sanitaria, lo trabajadores por temor a perder su fuente laboral, han colaborado poco.

Como conclusiones generales previas a este seguimiento, pareciera que existe relación entre casos de interrupción de gestaciones y malformaciones con la labor de aplicador de plaguicidas y trabajo agrícola con exposición laboral y/o domiciliaria a plaguicidas.

- Gestante pesquisadas con antecedentes exposición plaguicida, laboral o domiciliaria :
 - Año 2011:12 gestantes.
 - Año 2012: 15 gestantes.

- Gestante pesquisadas con antecedentes de síntomas de intoxicación aguda atribuibles a contacto con plaguicida laboral o domiciliaria:
 - Año 2011:07 gestantes.
 - Año 2012: 06 gestantes.
 - Una gestante con dos embarazos interrumpidos, ambos malformaciones graves. Según médicos tratantes, debido a actividad laboral de fumigador de la pareja y de obrera agrícola ella.

PROGRAMA SALUD MENTAL

PRINCIPALES ALCANCES DEL PROGRAMA DURANTE EL AÑO 2012:

Actividades de Promoción y Prevención en Salud Mental: Durante el año 2012, se ejecutaron 2 espacios grupales en el marco de las actividades de promoción de salud mental:

Actividades de Promoción para Usuarios del Programa de Salud Mental: Realización de Talleres de Promoción de Habilidades para usuarios adultos del programa. Los talleres se ejecutaban bajo el enfoque de la Terapia Corporal, con una regularidad de dos veces al mes.

La ventaja de la utilización de este enfoque teórico descentrado del lenguaje, permitió que la población de San Pedro asistiera en forma desestigmatizada a los espacios grupales de salud mental. Durante los años previos de ejecución del programa de salud mental, la principal dificultad para la conformación de éstos era la escasa participación grupal por estar asociada a exposición antes sus pares. Con la incorporación de nuevas estrategias de intervención grupal, se logra desmitificar aquella situación y, como consecuencia de aquello, se logra la consolidación de los espacios grupales como prestación estable, siendo además valorada positivamente por los usuarios del programa.

Proyecto de Intervención Escolar: Dirigido a abordar las problemáticas de clima escolar y convivencia que se presentan. En esta propuesta de intervención, se trabajó con la metodología entregada por Micheline Flack y Jacques de Coulon : El Yoga en la Escuela. Dicha metodología se basa en incorporar ejercicios de yoga al comienzo de la clase, haciendo participar a la totalidad del curso en una actividad que se basa en la relajación como un método concreto para guiar a los alumnos hacia una mejor gestión y aprovechamiento de su energía, relajándose cuando es necesario, escuchando mejor, aprendiendo a controlar su estrés, despertar su creatividad y contribuir al sentido de grupo y unidad vincular. La enseñanza y práctica de determinadas técnicas corporales contribuyen a un mejor clima al interior de la sala de clases, disminuyendo la ansiedad, inquietud, problemas de atención y concentración y problemas de interacción social en los alumnos. Por otra parte, funcionan como un elemento novedoso de manejo conductual para el profesor, y es una herramienta que le permite intervenir al curso de manera indirecta, tomando una distancia del problema pero no dejando de intervenir en él. Dicho proyecto fue trabajado con el Colegio Italiano de San Pedro, con los cursos quinto, séptimo y octavo básico, desde el segundo semestre del presente año.

Dicha intervención contribuyó a generar un vínculo directo con la comunidad educativa y los alumnos, quienes adhirieron a la realización de las actividades.

Consejerías Familiares: Durante el año 2012, desde el programa de salud mental, y en concordancia con los lineamientos planteados por el Cesfam, se potencia el espacio de consejería familiar como prestación a los usuarios de salud mental, principalmente en los casos de atenciones infanto juveniles. Dichas consejerías familiares se realizan bajo el modelo de intervención breve en psicoterapia, lo cual contribuye a aumentar la corresponsabilidad de los usuarios en el proceso terapéutico y, permite una incorporación activa de la familia en el tratamiento. En algunas consultas, los usuarios no presentan patologías de salud mental y su consulta se relaciona con crisis normativas o no normativas de la familia y etapa vital, por lo cual, la derivación a consejería familiar se traduce en la prestación que recibe dicho usuario y su familia.

Aumento de las atenciones población infanto juvenil: Durante el presente año, se aumentaron las atenciones dirigidas a niños y niñas de nuestra población, realizando las coordinaciones necesarias entre profesionales y con la red externa para facilitar el acceso de niños y niñas a atención.

INDICADORES ESTADÍSTICOS

INGRESOS Y EGRESOS POR PRINCIPALES DIAGNÓSTICOS POBLACION ADULTA (mayores 15 años)

DIAGNÓSTICO	INGRESOS	EGRESOS
Depresión	33	5
Trastorno de Ansiedad	27	7
VIF Víctima	3	-
VIF Agresor	1	-

El objetivo a mediano plazo es disminuir los ingresos de salud mental por patología individual, y, aumentar la cobertura de los espacios grupales de promoción y prevención, así como aumentar la oferta de consejería familiar.

INGRESOS Y EGRESOS POR PRINCIPALES DIAGNÓSTICOS POBLACION INFANTO JUVENIL (menores 15 años)

DIAGNÓSTICO	INGRESOS	EGRESOS
Trastorno de la Conducta y las Emociones	14	-
Trastorno de Ansiedad	5	1
Trastorno de la Atención	2	-

ATENCIÓN DE CASOS JUDICIALIZADOS:

AÑO 2012	4
ADULTOS	1
NIÑOS	3

Las atenciones que se encuentran judicializadas corresponden a derivaciones realizadas desde el Juzgado de Familia de Quillota, siendo el usuario índice principalmente menores, en causas de vulneración de derechos, siendo referidos para atención psicosocial con el objetivo de potenciar habilidades parentales en los adultos responsables y, abordar estado psicoemocional del menor en la causa.

ELABORACION DE INFORMES:

AÑO	TOTAL INFORMES
2012	25
A tribunales de familia	10
Civiles y Educativas	15

PROYECCION 2013

Capacitación a Profesores: durante el año 2013, se espera poder iniciar una capacitación en los profesores en la técnica **Yoga en el Aula**, para que sea incorporado como parte de sus planificaciones de clases, pudiendo recurrir a utilizar la herramienta sin necesidad del monitor de salud. A su vez, se pretende identificar un grupo de niños y niñas que necesiten una mayor profundización en este tipo de trabajo, para crear un taller dirigido a ellos, a realizarse en el Cesfam, basándose en las mismas técnicas.

Realización de Actividades de Promoción y Prevención con Adultos Mayores de la Comunidad: Se encuentra contemplado trabajar con las agrupaciones de adultos mayores existentes en nuestra comunidad, potenciando sus espacios ya existentes, y, entregando nuevos espacios de participación desde la salud mental.

Realización de Talleres de Verano para niños y niñas: Durante el período de vacaciones escolares, se planifica la realización de talleres de promoción de habilidades para niños y niñas.

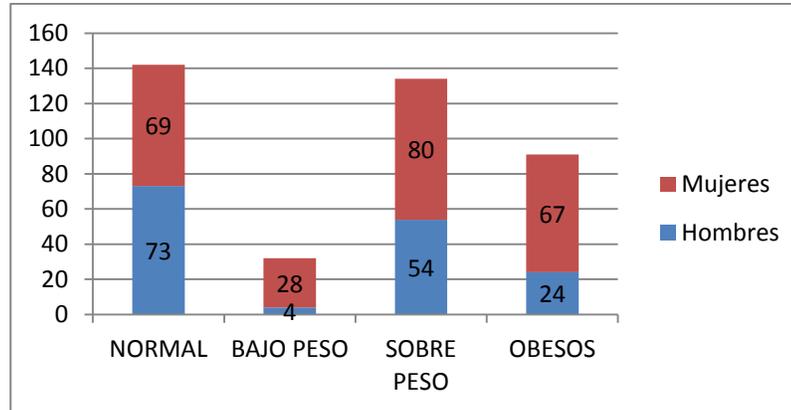
SERVICIO DE ATENCION PRIMARIA DE URGENCIA (SAPU)

Nº ATENCIONES MEDICAS SAPU, ENERO A OCTUBRE 2012.

Enero	363
Febrero	654
Marzo	656
Abril	830
Mayo	806
Junio	1178
Julio	1052
Agosto	938
Septiembre	885
Octubre	981
Noviembre	
Diciembre	
TOTAL	8343

ADULTO Y ADULTO MAYOR

ESTADO NUTRICIONAL DE ADULTOS ENTRE 20 Y 64 AÑOS DE ACUERDO A EMPAS REALIZADOS A SEPTIEMBRE DEL 2012



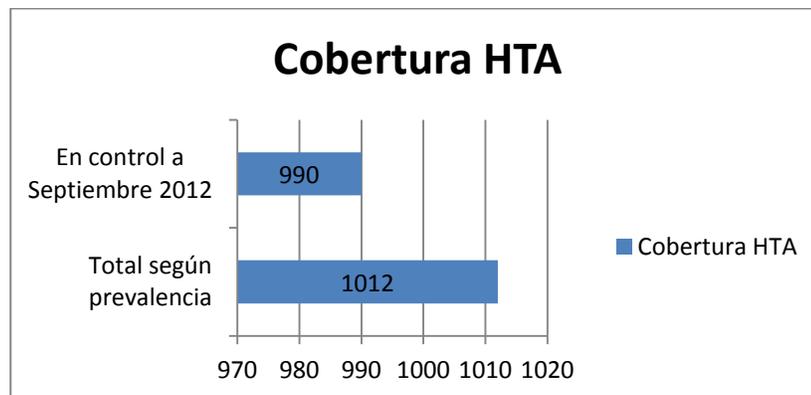
De las personas evaluadas un importante porcentaje se ubica en las categorías de malnutrición; sin embargo la diferencia que se produce entre hombres y mujeres es muy relevante. En categoría normal solo tenemos un 28% de mujeres mientras que de los hombres se tiene un porcentaje de 47%.

En sobrepeso las mujeres presentan un porcentaje levemente menor al de los hombres. La obesidad presente en mujeres alcanza a un 27% mientras que en varones es de un 15%.

PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR:

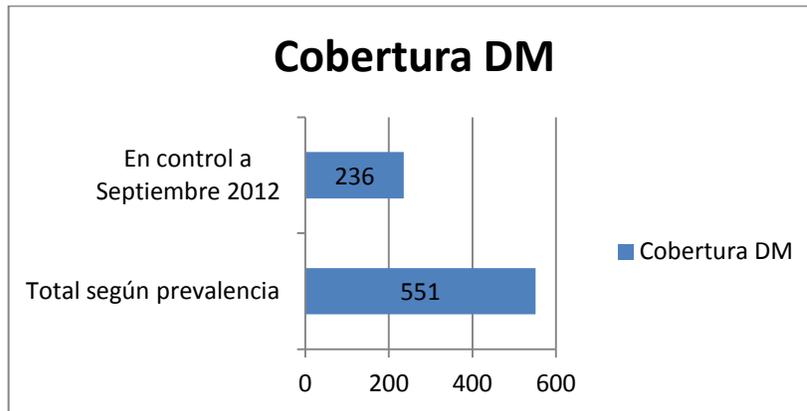
GRAFICO: INDICE DE COBERTURA HIPERTENSION ARTERIAL POBLACION 15 Y MÁS AÑOS, Septiembre de 2012.

Cobertura HTA 15 y + años



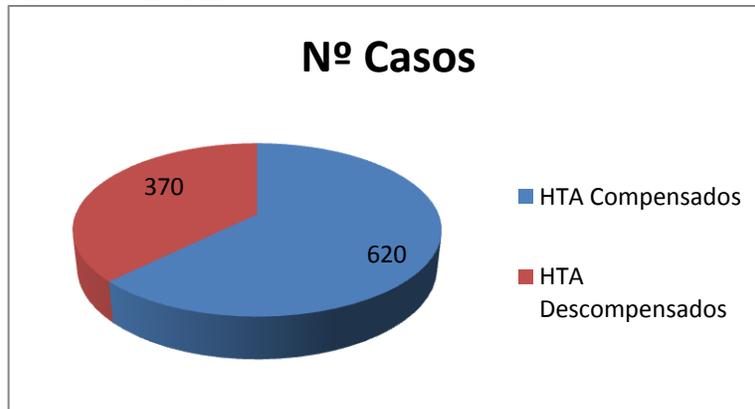
Para el cálculo de la cobertura de HTA se estiman los casos esperados con una prevalencia de 15,7% en población inscrita entre 15 y 64 años (632 pacientes) y de 64,3% en población de 65 y más años (380 pacientes) Total pacientes esperados: 1012. En control a septiembre del 2012 tenemos 990 pacientes por lo cual se alcanza la meta en un porcentaje correspondiente al 97,8% logrando una cobertura muy por encima de lo establecido en la meta para el año.

GRAFICO: INDICE DE COBERTURA DM 2 POBLACION 15 Y MÁS AÑOS, Septiembre de 2012.



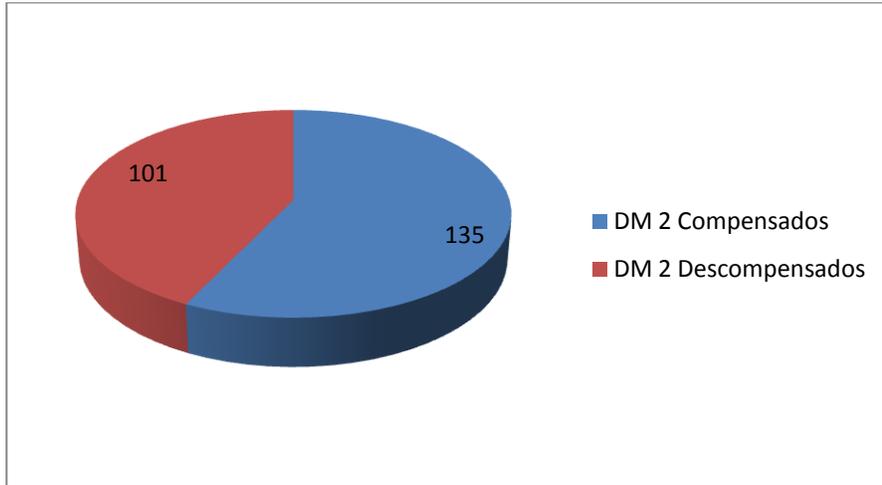
Para el cálculo de la cobertura de DM2 se estiman los casos esperados con una prevalencia de 10% en población inscrita entre 15 y 64 años (403 pacientes) y de 25% en población de 65 y más años (148 pacientes). Pacientes esperados según prevalencia asciende a 551 personas. Pacientes en control por DM 2 a septiembre del 2012, 236 lo que corresponde a un 42,8% de la meta.

GRAFICO: INDICE DE COMPENSACION HTA POBLACION 15 Y MÁS AÑOS, Septiembre de 2012.



De los pacientes que se encuentran el control por HTA en el PSCV existe un total de 990, de ellos 620 se encuentran compensados, correspondiendo a un 63%.

GRAFICO: INDICE DE COMPENSACION DM 2 POBLACION 15 Y MÁS AÑOS, Septiembre de 2012.



De los pacientes que se encuentran el control por DM 2 en el PSCV existe un total de 236, de ellos 135 se encuentran compensados HbA1C< 7%, correspondiendo a un 57%.

SALA DE ESTIMULACIÓN ITINERANTE

RESUMEN 2012 (Enero- Noviembre)

1. Número de Beneficiarios
2. Modalidad de Ingreso a Sala de Estimulación

Derivados desde el Control de Salud Niño Sano	26
Talleres Preventivos	24

3. Motivos de derivación (Derivados desde el control niño sano) :
Riesgo, Retraso o Rezago en

Lenguaje	11
Motricidad y Coordinación	2
Otra vulnerabilidad	13

* Al pesquisar existencia de desinformación sobre estimulación de DSM, se generó talleres preventivos con el fin de educar a las madres desde el inicio (0-3 meses) en actividades de estimulación temprana, sin embargo nos queda incorporar visitas o talleres preventivos para el área del lenguaje el cual es el segundo motivo de derivación de los menores del centro de salud.

4. Altas (Derivados desde el control de Salud)

Cumplimientos de objetivos	16	
Continúan en Intervención	10	Trastorno Específicos del Lenguaje : 2 Rezago Lenguaje: 4 Otra vulnerabilidad: 4

5. Talleres Preventivos (Visitas preventivas)

0-3 meses	14
6,7,8 meses (Gateo y Marcha)	10

0-3 meses: Visita preventiva a madres primerizas o que necesitan apoyo en periodo de adaptación en llegada del recién nacido, se realizan de 2 a 4 visitas de acuerdo a los casos, cada 15 días o 1 vez al mes, con el objetivo de educar a los padres en la estimulación del DSM, complementariamente, se educa sobre

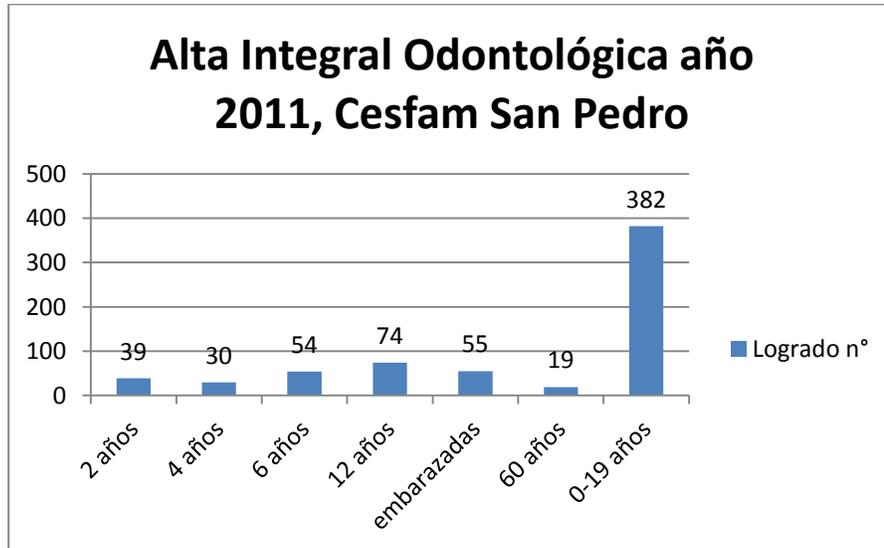
cuidados, prevención de peligros, masajes para control de sueño, adaptación del lugar (cuna, móviles, etc.)

Gateo- Marcha: Visita preventiva a madres con el fin de educar en hitos del dsm de su bebé, prevención de uso de andador (peligros, dificultades, etc.); uso de corral – cuna, dado por el servicio (beneficios, formas, ejercicios específicos, etc.).

6. Por realizar año 2012: Visitas preventivas de 0- 3 meses y seguimiento de sesión de intervención a menores con riesgo, rezago, retraso.

EVALUACIÓN PROGRAMA ODONTOLÓGICO. CESFAM SAN PEDRO

ALTA INTEGRAL ODONTOLÓGICA AÑO 2011.



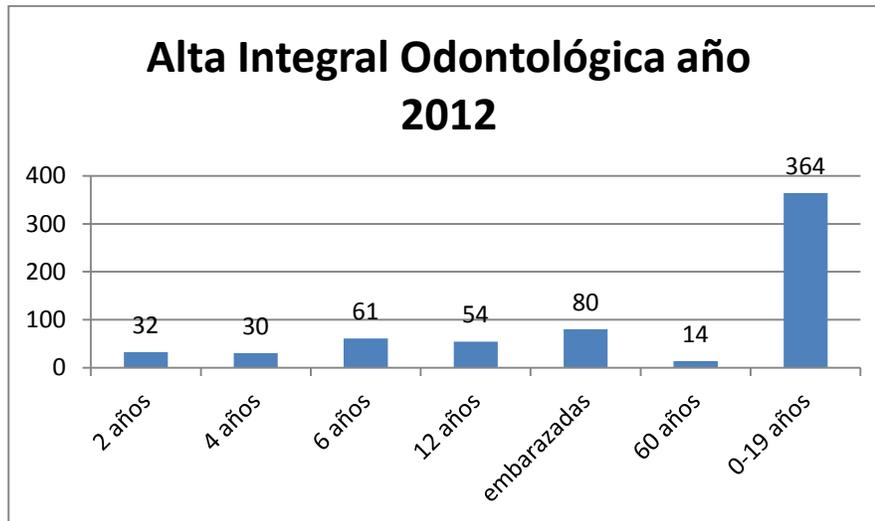
Según lo observado en el gráfico, en número mayor de altas odontológicas se concentraron en el tramo de 0-19 años de edad, con 382 casos; en segundo lugar el grupo de 12 años con 74 casos; en tercer lugar las embarazadas y el grupo de 6 años con 55 y 54 casos respectivamente. En último lugar se encuentra el grupo de 60 años con 19 casos.

Resultado Metas Alta Integral Odontológica año 2011.

grupo	población	% meta	Meta n°	Logrado n°	% logrado
2 años	83	30%	25	39	46,8%
4 años	83	35%	29	30	36,2%
6 años	65	70%	55	54	68,7%
12 años	94	65%	59	74	81,5%
embarazadas	85	60%	51	55	64,7%
60 años	48	50%	26	19	36,5%
0-19 años	1725	22.8%	394	382	22,1%

En cuanto al cumplimiento de las metas de alta integral odontológica 2011, se puede apreciar que el mayor porcentaje de cumplimiento se da en el grupo de 12 años con un 80% de cumplimientos, en segundo lugar el grupo de 6 años con un 68% de cumplimiento, en tercer lugar el grupo embarazadas con un 64% de cumplimiento, en cambio en el último lugar está el grupo de 0-19 años con el 22,1%.

Alta Integral Odontológica año 2012. (Hasta octubre 2012)



Según lo observado en el gráfico, en número mayor de altas odontológicas se concentraron en el tramo de 0-19 años de edad, con 364 casos; en segundo lugar el grupo de las embarazadas con 80 casos; en tercer lugar el grupo de 6 años con 61. En último lugar se encuentra el grupo de 60 años con 14 casos.

Resultado Metas Alta Integral Odontológica año 2012. (Hasta octubre 2012)

grupo	población	% meta	Meta n°	Logrado n°	% logrado
2 años	83	30%	25	32	39%
4 años	83	35%	29	30	36%
6 años	65	70%	55	61	94%
12 años	94	73%	66	54	57%
embarazadas	85	60%	51	80	94%
60 años	48	50%	26	14	29%
0-19 años	1725	24.1 %	416	364	21%

Grado de utilización del Recurso Humano.

El servicio dental cuenta con 2 dentistas (44 hrs y 4 hrs respectivamente), 2 auxiliares paramédicos que cubren las horas de atención dental.

Al año existen disponibles 1848 hrs odontólogo. De acuerdo a programación de Programa Modelo se requieren 1898 hrs odontólogo.

Niveles de impacto.

Respecto a las orientaciones de la década 2011 – 2020, en Salud Bucal, se establece como meta de impacto “Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en los menores de 20 años, con énfasis en los más vulnerables”.

Aumentar 33% la prevalencia de ausencia de historia de caries en niños de 6 años.

Disminuir 10% el promedio de daño por caries en adolescentes de 12 años en establecimientos de educación municipal.

OBJETIVO GENERAL:

- Cumplir con las orientaciones programáticas propuestas para la década 2011 – 2020.
- Cumplir con la programación para el año 2013.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Promover y Prevenir Salud bucal en grupos priorizados del Programa Modelo.
- Rehabilitar y otorgar Altas Integrales en grupos priorizados del Programa Modelo.
- Atención y resolución de demanda espontánea en población beneficiaria adulta trabajadora.

ESTRATEGIAS:

- Promover y difundir en los medios locales la Atención Dental: radio, portal internet.
- Realizar reuniones con el equipo de salud de Cesfam para crear estrategias de derivación.

- Coordinar y calendarizar la atención de los beneficiarios menores de 20 años escolarizados en centros educacionales del sector.
- Coordinar y calendarizar la atención de usuarios beneficiarios que acudan por demanda espontánea.

ACTIVIDADES:

- Ingreso a tratamiento dental el mismo día que se entregan prestaciones con otro integrante del equipo de salud: matrona en el caso de ingreso de embarazadas, enfermera en el caso de CNS 2 y 4 años, usuarios de 60 años que demanden atención o consulten en Cefam (SOME, Farmacia, Nutricionista, Médico, toma de exámenes y pesquisa de hipertensión).
- Coordinación con equipo de salud familiar: calendarización de atenciones dentales en las familias en estudio.
- Reunión con Directores de Centros educacionales para calendarizar: sesión educativa en sala de clases de niños de 6 y 12 años.
- Reunión con directora y personal de jardín Medialuna. Sesión educativa con preescolares y apoderados de dicho jardín.
- Calendarización de atención dental de niños de 6 y 12 años de colegios: “Escuela Abel Guerrero” y “Colegio Italiano”.
- Calendarización de atención dental de niños de Hogar y Escuela “Campo Los Espinos” del Cajón de San Pedro.
- Confección de agendas para atención de urgencias, ingresos y operatoria en grupos priorizados.
- Confección de agendas para atención de urgencias y operatoria en adultos beneficiarios; en horario de extensión horaria y día sábado.
- Sesiones educativas en embarazadas dentro del marco del programa Chile Crece Contigo.
- Realizar actividades preventivas y recuperativas destinadas a lograr el alta integral en pacientes de los grupos priorizados por el Plan Nacional de Salud Buco Dental.

Indicadores de atención dental adulto en Extensión Horaria. Valores hasta octubre 2012.

IND. RESULTADO	Nº Obturaciones realizadas	429
	Nº primeras consultas	506
	INDICADOR (%)	85%
	Nº Exodoncias realizadas	137
	Nº primeras consultas	506
	INDICADOR (%)	27%

Observaciones:

La atención por demanda espontánea de la población adulta se resuelve en horario de extensión. De las prestaciones se desglosa que el 85% de las consultas es por rehabilitación (operatoria) y un 27% corresponde a exodoncias (mayoritariamente durante el horario de urgencia en extensión).

Los niños que ingresan al Programa odontológico a los 6 y 12 años, por intermedio de sus respectivos centros educativos, tienen un gran daño en su salud oral. Una vez finalizada la labor del colegio es responsabilidad de los apoderados cumplir con los controles semestrales, los que lamentablemente no se cumplen en la mayoría de los casos, y es así que los niños consultan posteriormente sólo en horario de urgencias cuando ya se ha instalado el daño nuevamente.

Se observa falta de compromiso de la población adulta. Las causas probables pueden ser: desinformación en salud oral, temas laborales, dificultad de acceso al CESFAM.

GRAFICOS: INTERCONSULTAS POR ESPECIALIDAD Y CENTRO.

INTERCONSULTAS AÑO 2012

	Menor 15	Mayor 15
Pediatría	23	
Medicina Interna	1	13
Broncopulmonar		4
Cardiología		42
Gastroenterología		24
Hematología		2
Nefrología		40
Dermatología	21	49
Inf. Transmisión Sexual		7
Obstetricia		26
Reumatología		1
Salud Ocupacional		1
Neurología	3	29
Psiquiatría		16
Cirugía Infantil	15	
Cirugía Adulto		43
Cirugía Abdominal		53
Cirugía de Mamas		12
Cirugía de Mamas con Patología Mamaria		1
Cirugía Máxilo Facial	2	30
Neurocirugía		14
Ginecología	1	46

Oftalmología	12	78
Otorrinolaringología	10	43
Traumatología	19	50
Urología	2	26
Vascular Periférico		5