



INTRODUCCION

En la lógica de elaboración de planes anuales, el nuevo plan de salud comunal de Quillota nos encuentra en una saludable condición Institucional donde resalta la consolidación de la imagen corporativa de Saludquillota proyectada por medio de innumerables relaciones entre usuarios e integrantes de nuestra red y; también, por una plataforma digital que cada vez más logra integrar a nuestros usuarios y a nuestros funcionarios.

En este marco de identidad corporativa cada vez más fuerte, se ha evidenciado una fuerte valoración ciudadana derivada de las nuevas alternativas que se han creado para su beneficio y que son parte del plan de inversión local tanto en ámbitos sanitarios como de protección social.

En ese contexto, cerramos el año 2012 con importantes desafíos logrados y que son parte de los compromisos asumidos en el año que cerramos. Destacamos por cierto el plan de vacunación contra el VPH que además logra un reconocimiento nacional por parte de la Asociación Chilena de Municipalidades.

Destacamos la construcción y habilitación con recursos propios de un Centro Comunitario de Salud familiar, antiguo anhelo de la comunidad de ese sector y que surge como un compromiso en un diagnóstico participativo realizado. Así también es necesario destacar la elaboración del plan de trabajo dirigido a la salud del adulto mayor que ya se ha iniciado habilitando una dependencia para ese trabajo y la implementación en el hogar de 200 adultos mayores, de un dispositivo de teleasistencia que permite por vía remota, responder a requerimientos de esas personas ante urgencias.

Sin duda que ninguno de estos esfuerzos locales podría ser factible de realizar si no pudiésemos mantener el nivel de ejecución de los planes y programas que el MINSAL delega en nuestra comuna. En esa labor participa el mayor margen de nuestra dotación y nuestro cumplimiento da la tranquilidad para plantear nuevos desafíos en esa área.

El nuevo plan de salud para el año 2013, es un plan que se apoya en la situación de estabilidad que se ha ido logrando en el tiempo y que pretende como principal objetivo, mantener y proyectar la inversión en materias sanitarias; de protección social y de infraestructura que ha realizado nuestra comuna.

Nuestro Alcalde ha comprometido la construcción de un nuevo CECOSF en otro sector territorial de la comuna y esperamos materializar ese objetivo. Nos

hemos propuesto materializar el desafío de vacunar a todo el cohorte de niñas de 12 años durante el 2013 y esperamos alcanzarlo. Así también duplicar la teleasistencia para adultos mayores y habilitar el 100% de las dependencias para la atención específica de su salud.

En el ámbito de la gestión, se evidencia la necesidad de fortalecer la estructura organizacional creando nuevas áreas de competencia y enfrentar el gran desafío de la acreditación de nuestros establecimientos.

Por último, ratificar que no sería factible alcanzar ninguno de estos objetivos si no cumplimos la misión que se nos ha delegado y esperamos lograrlo con una buena evaluación de nuestros usuarios y autoridades.

VICTOR ALVARADO MIRIC
Director Departamento de Salud

DATOS ADMINISTRATIVOS

Institución : Departamento de Salud Ilustre Municipalidad de Quillota

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

Teléfono : 296200 Fax : 296215

E-mails : victor.alvarado@salud.quillota.cl

difusiondds@gmail.com

Alcalde : Dr. Luis Mella Gajardo

Concejales : Fernando Puentes Wasaff

José Rebolar Rivas

Maria Baeza Hermosilla

Mauricio Avila Pino

Ramon Balbontín Leiva

Alejandro Villarroel Castillo

Director Departamento de Salud : Victor Alvarado Miric

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

Jefa Recursos Humanos : Claudia Maturana Donoso

Jefa Área Gestión de Redes : Dra. Waleska Real Iribarra

Jefa Área Gestión de Admisión : Viviana Arancibia Cantillana

Jefe de Finanzas : Mauricio Carvajal Tapia

Jefe de Personal : Antonio Eguren Barrales

Direcciones de Centros de Salud Urbanos:

Cardenal Raúl Silva Henríquez	:	Ramón Suárez Lago
E-mail	:	ramon.suarez@saludquillota.cl
Teléfonos	:	319788 – 319757 – 310160
Dr. Miguel Concha	:	Dr. Xavier Mendoza Cedeño
E-mail	:	xavier.mendoza@saludquillota.cl
Teléfonos	:	291286 - 291287
CECOF Cerro Mayaca	:	Paulina Vera Zamora
E-mail	:	paulina.vera@saludquillota.cl
Teléfonos	:	315270 – 294720
CECOF Santa Teresita	:	Dra. Alejandra Correa LLantén
E-mail	:	alejandra.correa@saludquillota.cl
Teléfonos	:	318152

Direcciones de Centros de Salud Rurales:

Boco	:	Paola Anabalón Videla
E-mail	:	paola.anabalon@saludquillota.cl
Teléfonos	:	312001 – 294886
La Palma	:	Dra. Ximena Maldonado Castro
E-mail	:	Ximena.maldonado@salud.quillota.cl
Teléfonos	:	312210 – 294774 – 294765
San Pedro	:	Leyla Astorga Cárdenas
E-mail	:	leyla.astorga@saludquillota.cl
Teléfonos	:	318728 – 310575
Posta de Salud Manzanar	:	Paola Anabalón Videla
E-mail	:	paola.anabalon@saludquillota.cl
Teléfonos	:	312001 – 29488

Encargados de Establecimientos:

Plataforma de Gestión Familiar	:	Victor Neira Contreras
E-mail	:	victor.neira@saludquillota.cl
Teléfono	:	313632 – 315927
Centro de Promoción de la Salud y la Cultura	:	Sandra Varas Castillo
E-mail	:	sandra.varas@saludquillota.cl
Teléfono	:	318384
Centro de EMERGER	:	Paula Vicencio Cisternas.
E-mail	:	paula.vicencio@saludquillota.cl
Teléfono	:	257577
Casa de Acogida del Cáncer	:	Marcela Meza Rodríguez
E-mail	:	marcela.meza@saludquillota.cl
Teléfono	:	268856



DESCRIPCION DE LA COMUNA

saludquillota
Red Municipal de Centros de Salud



1.- DESCRIPCIÓN GEOGRÁFICA:

Localización Político - Geográfica:

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

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

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

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

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



División Político Administrativa Quinta Región

Los límites del territorio comunal son los siguientes:

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

MAPA DE LA COMUNA DE QUILLOTA:

AREA URBANA Y RURAL CON UBICACIÓN DE LA RED DE SALUD COMUNAL:



2.- ANÁLISIS DEMOGRÁFICO

2.1.- ANÁLISIS DEMOGRÁFICO BÁSICO

De acuerdo a los datos recolectados por el Censo de Población y Vivienda del año 2002 del Instituto Nacional de Estadísticas (INE), la comuna posee una superficie de 302 km² y la población estimada de acuerdo al INE sería de **87.120 habitantes**, de los cuales 44.035 son mujeres y 43.085 hombres.

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

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

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

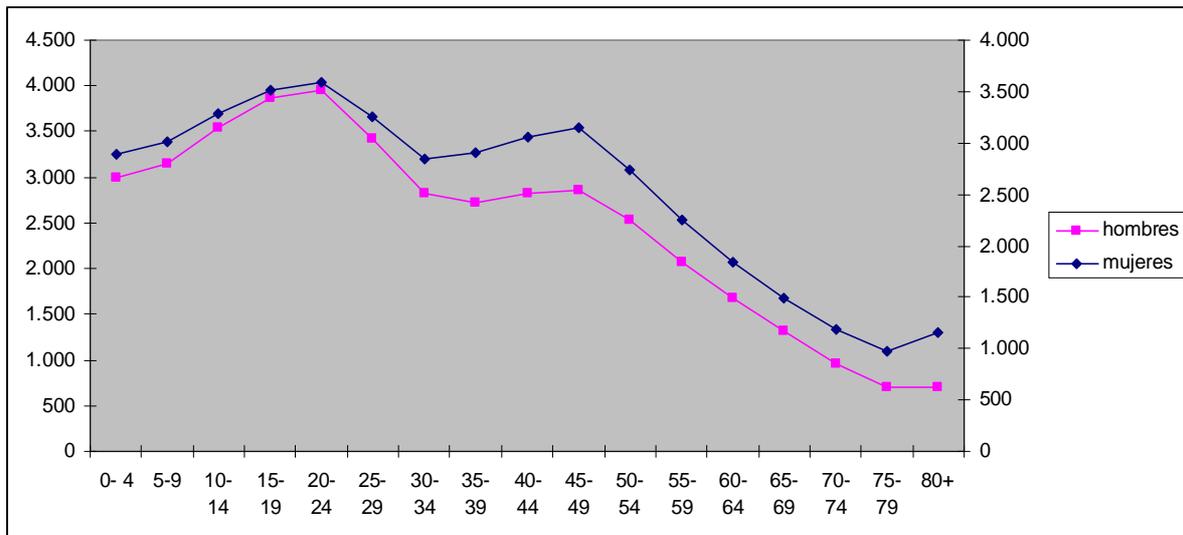
Considerando datos obtenidos a través del Reporte Estadístico Comunal (INE 2008) la distribución por grupos etáreos, muestra una mayor concentración en la población adulta – adulta mayor. Los adultos mayores comunal a nivel comunal representan un 9.6% del total de la población, lo que da cuenta de un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

Los siguientes gráficos muestran algunos datos demográficos de la comuna, de acuerdo a proyecciones del INE 2010-2020:

GRAFICO: DISTRIBUCION POR SEXO.



GRAFICO: PROYECCION POBLACION POR EDAD Y SEXO (INE 2008).



Fuente; INE, 2008.

En el gráfico se puede observar, que a pesar de la tendencia de envejecimiento de la población, el porcentaje de población menor de 20 años sigue siendo muy significativo, ya que corresponde al 30.95% del total de la población (INE, Proyecciones Poblacionales 2008). En cuanto a la composición de género, se aprecia la predominancia de mujeres, las que representan el 51% de la población de la comuna, tal como se observa en el primer grafico.

GRAFICO: DISTRIBUCION POR GRUPOS ETAREOS:

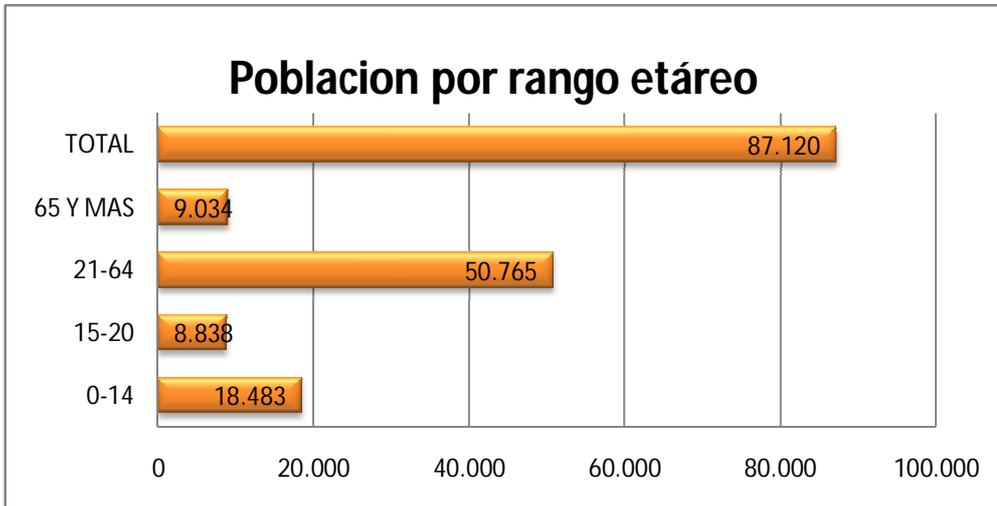
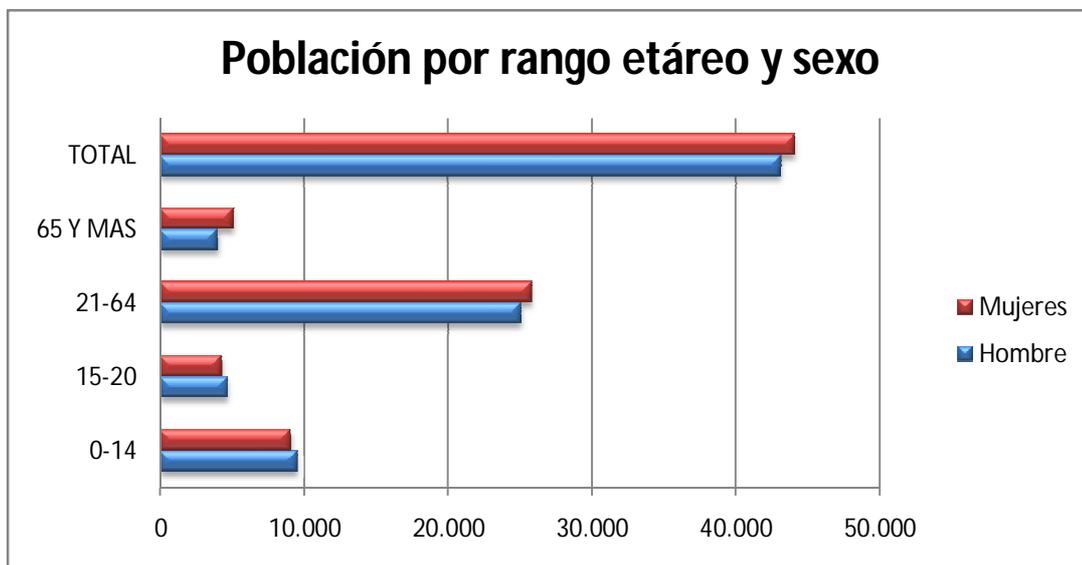


GRAFICO: DISTRIBUCION POR GRUPOS ETAREOS Y SEXO:



INE, PROYECCIONES 2010-2020

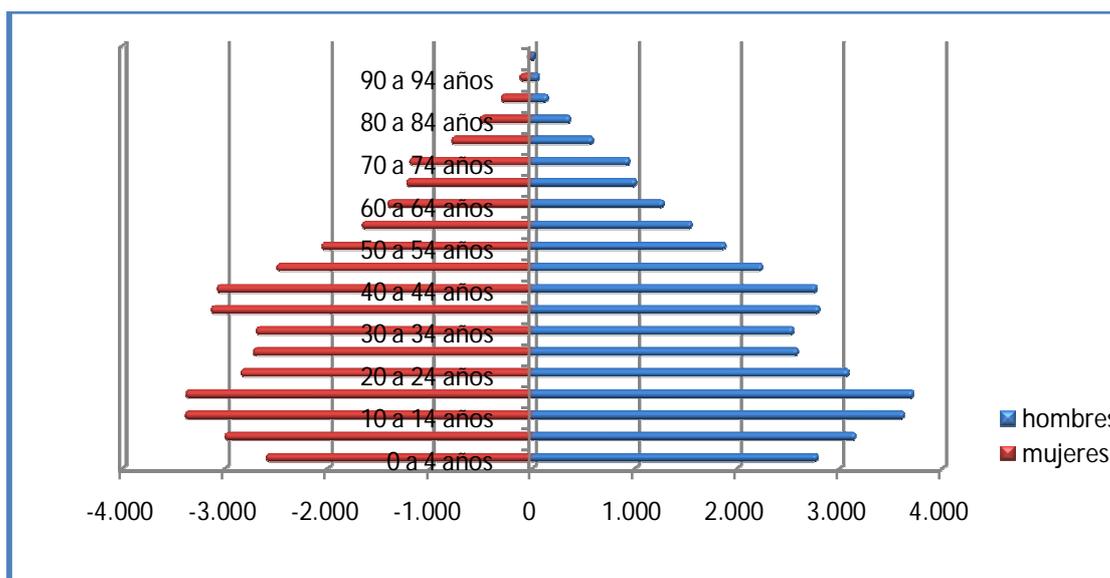
Un complemento a la información anterior, se extrae desde la pirámide poblacional de la comuna, donde se observa claramente la tendencia al envejecimiento poblacional. Dentro de los aspectos relevantes que se aprecian en la pirámide, es la verticalización de su base y el mayor número de población de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

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

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

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

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

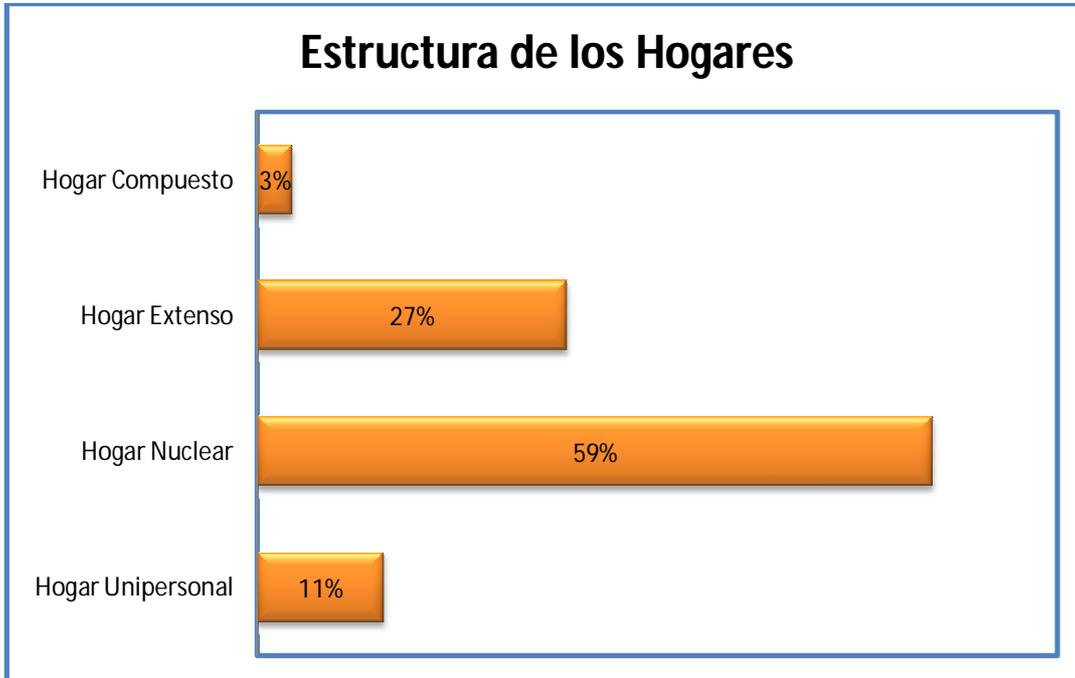


Fuente, Censo 2002, INE.

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

- El índice de dependencia de la comuna corresponde a 51,8, personas inactivas por cada 100 activas. Cifra menor que la reflejada por el censo del 92 que alcanzaba las 59,5 personas inactivas por cada 100 personas activas.
- Respecto del índice de vejez este refleja que hay 40 mayores de 65 por cada 100 menores de 15 años. (La cifra según el censo de 1992 correspondía a 29 mayores de 65 por cada 100 menores de 15 años).
- Conforme el censo del 2002 las viviendas contabilizadas llegaban a 21.966, de las cuales 1.698 correspondían a unidades nuevas (deshabitadas), lo que da un total de 20.268 viviendas ocupadas efectivamente.
- Respecto de los hogares, el censo del 2002 contabilizó 21.177:
 - ✓ El promedio de personas por vivienda alcanza a 3,75 ppv (personas por vivienda).
 - ✓ El promedio de personas por hogar es de 3,58 pph (personas por hogar).
 - ✓ El promedio de hogares por vivienda alcanza a 1,04 hpv (hogares por vivienda).
- Al analizar la **Estructura de los hogares**, (mediante procesamiento de las cifras del censo 2002 con Redatam) se observa que en Quillota existe un claro predominio de hogares nucleares, vale decir aquellos conformados por un núcleo familiar (58,70%), por su parte los hogares unipersonales corresponden al 11,29% del total de hogares. Los hogares extendidos; vale decir, aquellos que se componen de un hogar nuclear y otras personas emparentadas con el jefe de hogar son el 26,5% de los hogares de la comuna. Finalmente los hogares compuestos, es decir, aquellos formados por un hogar nuclear o extendido y otras personas no emparentadas con el jefe de hogar; o personas que viven juntas sin parentesco entre sí corresponden a un 3,49% de los hogares de la comuna, tal como se visualiza en el gráfico siguiente.

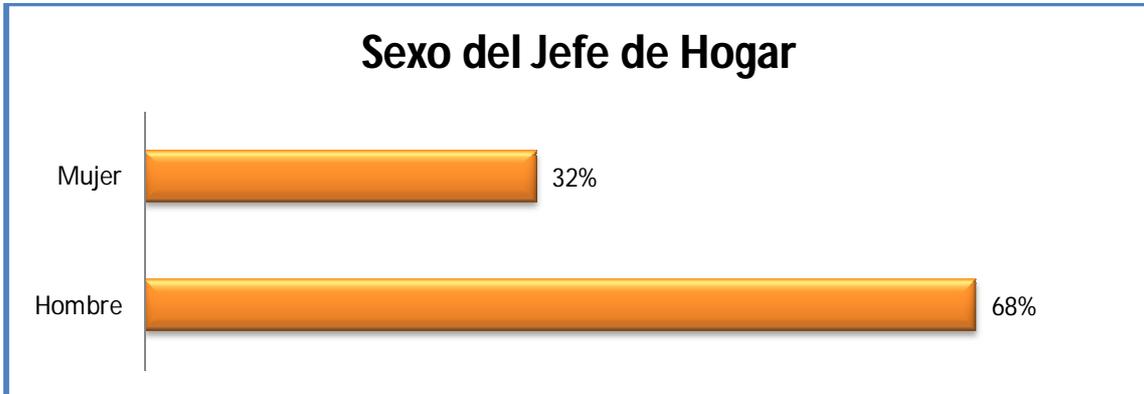
GRAFICO: ESTRUCTURA DE LOS HOGARES:



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

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

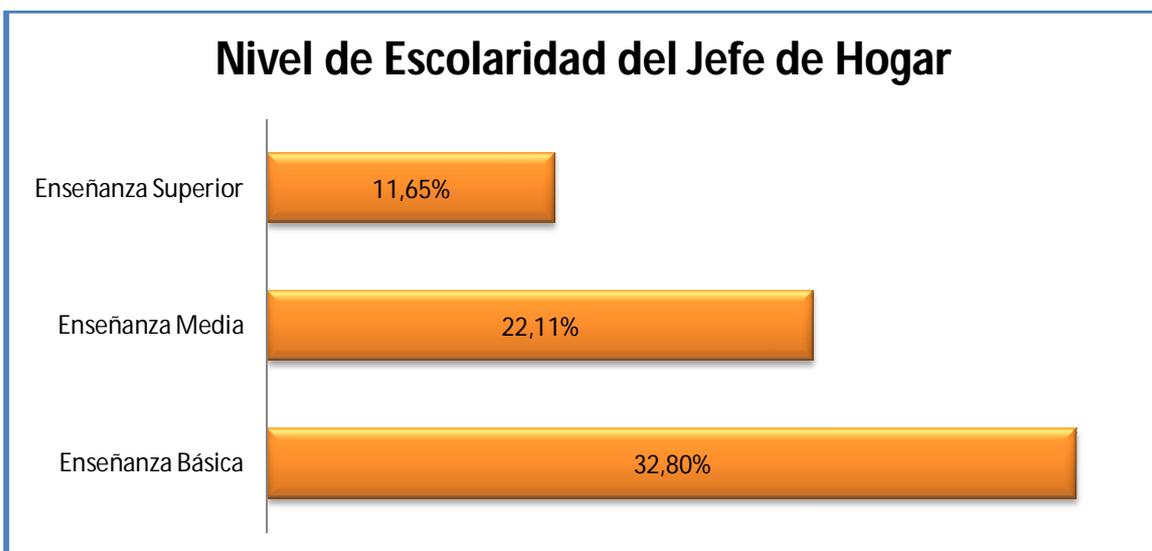
GRAFICO SEXO DEL JEFE DE HOGAR:



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

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

GRAFICO: NIVEL DE ESCOLARIDAD JEFE DE HOGAR.



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

GRAFICO: GRUPOS SOCIOECONOMICOS:

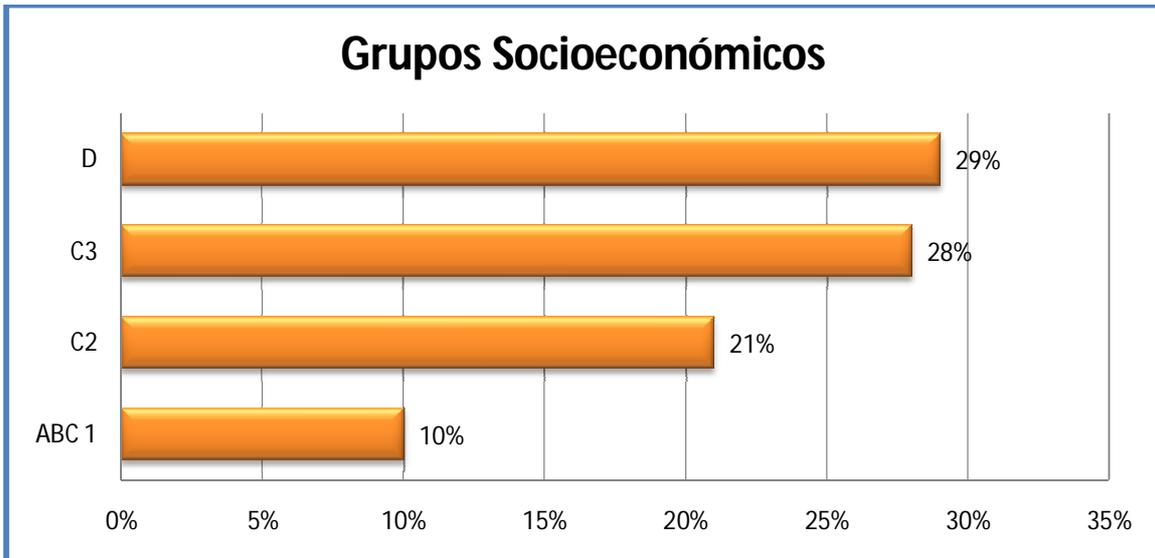
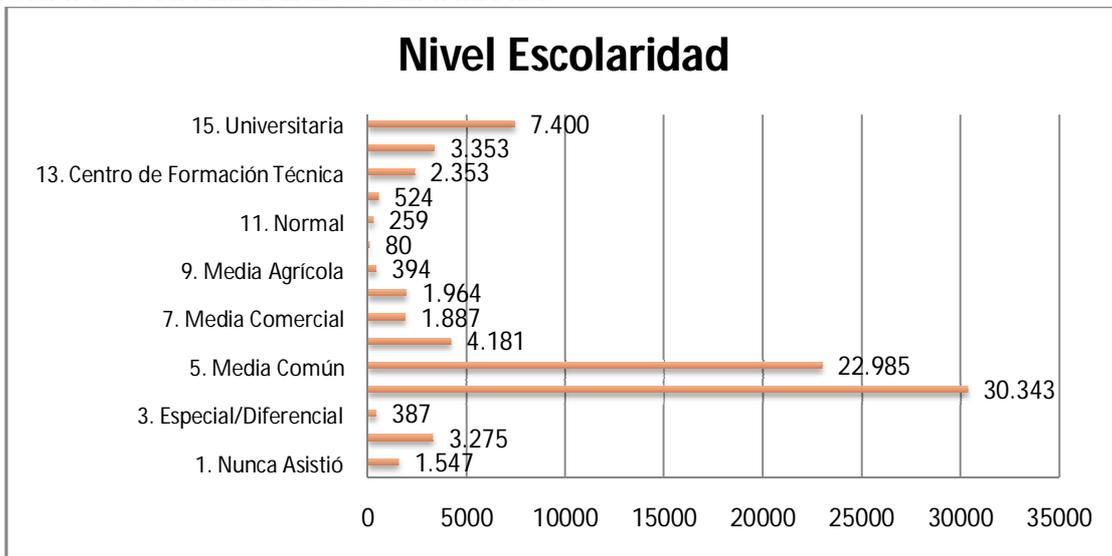


GRAFICO NIVEL DE ESCOLARIDAD:



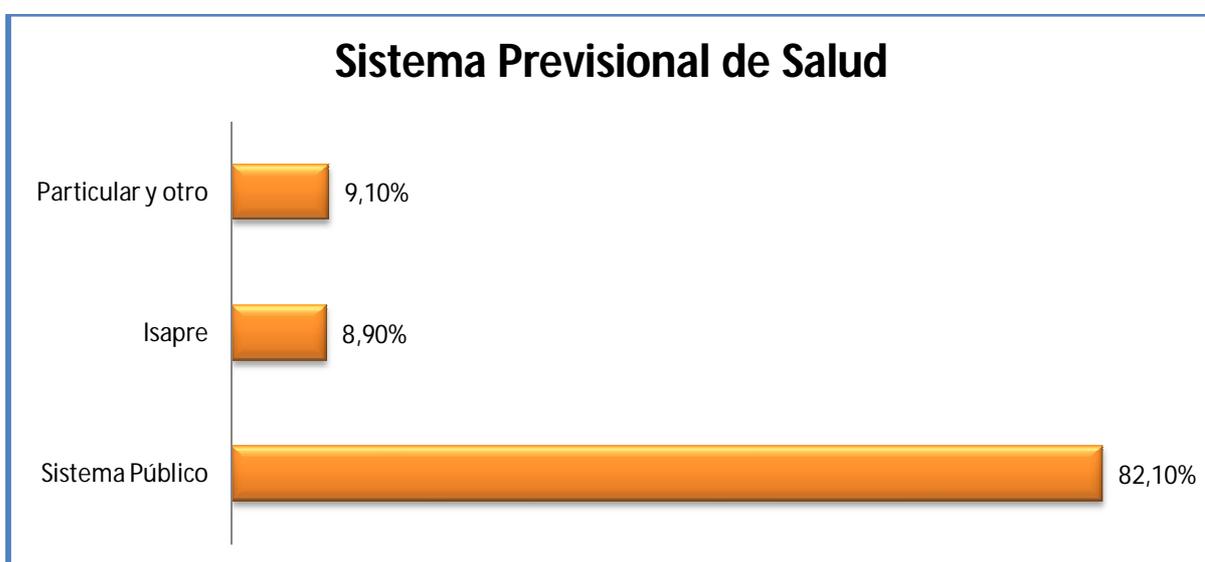
INE, PROYECCIONES 2010-2020

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

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

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

GRAFICO SISTEMA PREVISIONAL DE SALUD:



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

POBLACIÓN COMUNAL DEPENDIENTE DE LA RED DE ATENCIÓN PRIMARIA MUNICIPAL

Establecimiento	Total de población estimada (según per cápita) 2008	Total de población estimada (según per cápita) 2009	Total de población estimada (según per cápita) 2010	Total de población estimada (según per cápita) 2011	Total de población estimada (según per cápita) 2012
Dr. Miguel Concha	36.472	35.973	39.968	41.976	41.806
Cardenal Silva H.	29.655	28.578	29.803	28.316	28.314
San Pedro	5.354	5.189	5.782	5.889	5.869
La Palma	3.641	3.484	3.758	3.870	3.859
Boco	2.795	2.676	2.860	2.890	2.874
Total	77.917	75.900	82.171	82.941	82.722

3. NIVEL DE DESARROLLO:

3.1- EQUIDAD Y SATISFACCIÓN DE NECESIDADES:

3.1.1.- Análisis de la Pobreza e Indigencia:

a) *Evolución de la pobreza e indigencia:*

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

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

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

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

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

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

Fuente: Mideplan Casen 2006.

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

- La pobreza general se ha reducido considerablemente en el lapso de ocho años. En 1998, ésta ascendía al 24.1 % de la población, mientras que en 2006 alcanzó un 14%, es decir, disminuyó en un 9.2%.
- Desagregando la pobreza general, se observa un comportamiento distinto entre la pobreza no indigente y la indigencia.
- La indigencia aumenta entre los años 1998 y 2003 (0.2 puntos porcentuales) disminuyendo posteriormente entre los años 2003 y 2006 (2 puntos porcentuales), mientras que la pobreza no indigente mantiene un ritmo de descenso permanente, disminuyendo en 8.2 puntos porcentuales, entre los años 1998 y 2006.
- Finalmente, es necesario establecer, a nivel de hipótesis, cuáles serían los factores explicativos de la disminución de la pobreza, considerando el contexto local y nacional en que ocurre este fenómeno.

- Por otro lado, la indigencia tuvo una disminución sostenida durante el período considerado. Esta situación puede explicarse porque las autoridades a nivel nacional y local han privilegiado los sectores más pobres de la sociedad para focalizar recursos, lo que ha permitido que, a pesar de las fluctuaciones de economía local y nacional, la tendencia general haya sido la disminución de la población indigente. A esto se suma la incorporación del Sistema de Protección Chile Solidario, focalizando su intervención a los sectores de extrema pobreza o indigencia de nuestra comuna, contando a la fecha con 1.669 familias intervenidas por el programas en las 56 condiciones mínimas que éste establece.
- Respecto a los resultados de la Encuesta CASEN 2009, si bien no se cuenta con los resultados comunales, dentro de los detalles más significativos, se corroboró una disminución en el porcentaje de la población bajo la línea de la pobreza a nivel regional, que llegó al 15%, lo que significa que 202.201 personas viven cada mes con menos de 64.134 pesos. Sin embargo, se estimó que 59.933 habitantes de la región (3,4%) están bajo la línea de la indigencia, o sea, sobreviven con menos de 32.067 pesos cada 30 días, una cifra que superó los índices de la anterior medición, en el 2006.
- De acuerdo a datos de la Seremi de Planificación, en pocas comunas de la región hubo aumentos elevados en el porcentaje de personas bajo la línea de pobreza, en la comuna de Quillota la pobreza aumentó en algunas décimas, de 14 a 14,3%.

b) Territorialidad de la Pobreza:

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

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

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

insertos en el territorio y un equipo interdisciplinario de profesionales que los respaldan y acompañan en acciones específicas.

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

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

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

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

Nº Unidad Vecinal	Nombre	Poblaciones	Tipo	Nivel de Vulnerabilidad
3	Centauro	Pedro Aguirre Cerda Rebolar	Urbana	Vulnerabilidad en vivienda.
4	Estación	Aritzia	Urbana	Alta concentración de adultos mayores
5	Cerro	Michimalongo Molinares Molinare Aconcagua Norte Progreso y Desarrollo Las Praderas El Peumo Oscar Alfaro El Mirador	Urbana	Vulnerabilidad socioeconómica general
6	18 de septiembre	Yolanda Gatica Calle 18 El esfuerzo Mns. René Plenovi Villa Santa Rosa Rosales Kennedy	Urbana	Vulnerabilidad socioeconómica general
7	Condell Oriente	Los Lúcumos Lo Garzo	Urbana	Vulnerabilidad socioeconómica general
8	Quillota Centro	José Miguel Carrera	Urbana	Vulnerabilidad socioeconómica general
10	Liceo de Hombres	Pob. Portales	Urbana	Vulnerabilidad socioeconómica general
11	Bajío	V. Gral. Mackena Pedro de Valdivia Gonzalo de los Ríos Chile Nuevo Nva Concepción	Urbana	Vulnerabilidad socioeconómica general
12	Flamenco	Los Aromos Aconcagua Sur José Miguel Carrera	Urbana	Vulnerabilidad socioeconómica general

15	Sector Corvi	Hermanos Carrera Unión y Progreso Arturo Prat Carlos Condell Santa Cecilia J. Abelardo Núñez	Urbana	Vulnerabilidad por alta concentración de adultos mayores.
19	Said	San Alberto San Pancracio Beatita Benavides Said. Santo Domingo	Urbana	Vulnerabilidad socioeconómica general. Alto porcentaje de vivienda en deterioro, alto porcentaje de niños.

Fuente: Dirección de Desarrollo Comunitario-2009.

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

Cuadro N° 4: Territorios Vulnerables

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

Fuente DIDECO, (Extraído Pladeco 2010)

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

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

3.1.2.- Situación de la Vivienda:

a) Calidad de las viviendas:

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

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

Cuadro nº 1. Indicadores de Materialidad de la vivienda:

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

Casen 2006

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

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

Cuadro nº 2: Niveles de Hacinamiento:

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

Casen 2006

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

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

b) Acceso a Servicios Básicos:

Saneamiento y disponibilidad de servicios básicos:

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

Cuadro N° 3: Cobertura de servicios básicos 2006:

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

Fuente: Mideplan, Encuesta CASEN 2006.

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

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

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

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

Cuadro n° 4: Saneamiento Básico:

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

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

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

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

Fuente: Observatorio Urbano MINVU

3.1.3.- Cultura:

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

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

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

3.1.4.- Deporte:

a) Infraestructura Deportiva

Quillota cuenta con 47 recintos deportivos de distinto tipo. De ellos, 6 son de propiedad municipal (4 administrados por el municipio y 2 se encuentran entregados en concesión a particulares); 37 (canchas o multicanchas) son

propiedad del municipio u otro ente del Estado y se encuentran entregadas en comodato a Juntas de Vecinos, Clubes Deportivos o Asociaciones Deportivas; y 4 son netamente privados (3 de ellos son gimnasios y el otro es el Complejo Deportivo de Colegio Particular Diego Echeverría).

Durante el año 2010 se reinaugura el Estadio Lucio Fariña, recinto quedó con una capacidad para 7.500 espectadores, butacas techadas, modernos camarines, baños de primer nivel, casetas, restaurant, un museo arqueológico y nueva iluminación, todo con una inversión de 7.900 millones de pesos.

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

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

Fuente: Oficina de Deporte Municipalidad de Quillota

b) Tipos de deportes que se practican:

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

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

3.1.5. Participación, Democracia e Integración:

3.1.5.1.- Organizaciones Comunitarias:

a) Organizaciones Comunitarias Territoriales

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

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

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

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

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

Localización	Total
Urbano	84
Rural	30
Total	114

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

a) Organizaciones Comunitarias Funcionales

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

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

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

INDICE DESARROLLO HUMANO COMUNA DE QUILLOTA:

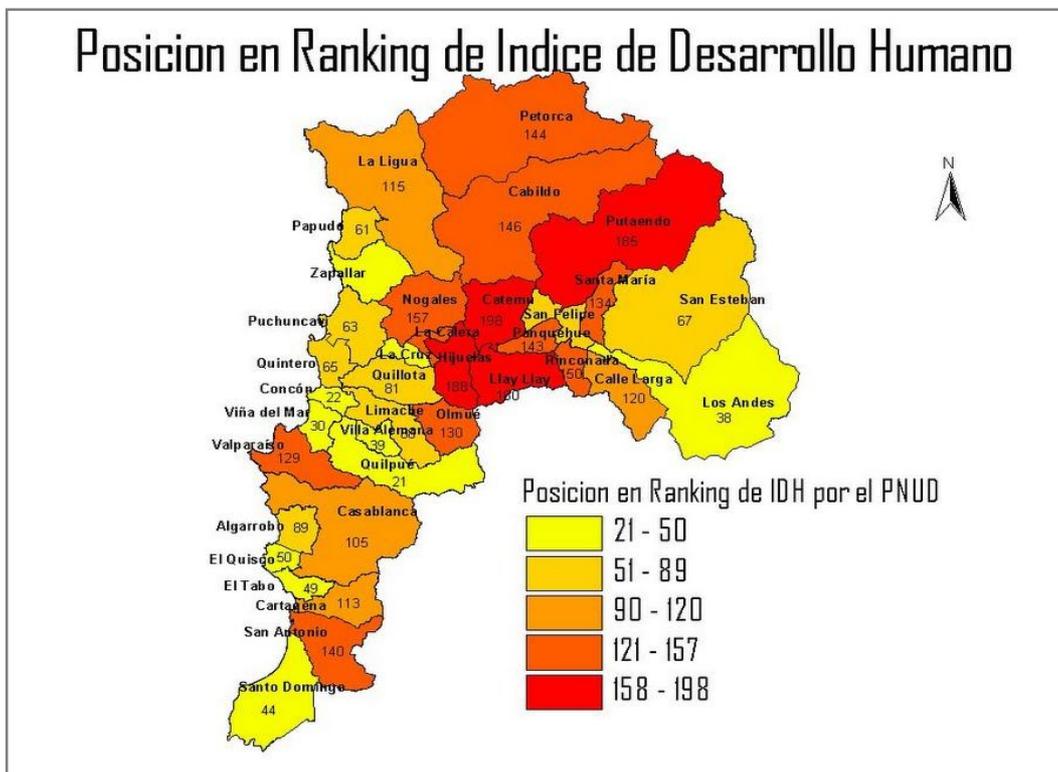
El IDH (Índice de Desarrollo Humano) es una clasificación que elabora el PNUD (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo) con el fin de mostrar como el país, mejora en aspectos que influyen en la calidad de vida de las persona. Para la elaboración de este informe se toman en cuenta indicadores de salud, educación (alfabetismo, años de escolaridad y matrícula combinada en educación preescolar, básica, media y superior) y finalmente indicadores de ingreso (promedio per. capita por hogar, desigualdad en la distribución del ingreso y la incidencia de pobreza).

- Así se elabora un Ranking de todas las comunas de Chile siguiendo estos indicadores.

El mapa de la Quinta Región presentado es solo un ranking que nos esta diciendo cuales son las comunas en las que una persona tiene la posibilidad de llegar a *“a ser una persona sana, educada, productiva, creativa y ver respetados tanto su dignidad personal como sus derechos humanos”* (Pérez de Cuellar, Javier. Nuestra Diversidad Creativa. Informe de la Comisión Mundial de Cultura y Desarrollo. UNESCO, 1996. Pág 8.)

La comuna de Quillota en tanto muestra índices de desarrollo humano, positivos en comparación a la demás comunas de la región y de la Provincia. Este posicionamiento de comunal se debe a diferentes factores, por una parte un índice adecuado de escolaridad y alfabetización, como la presencia de servicios de salud básicos y accesibles, los ingresos per cápita a nivel comunal y la distribución de estos es adecuado en términos comparativos, las actividades económicas desarrolladas en la comuna, basadas principalmente en la agricultura, permite que aproximadamente el treinta por ciento de la población se ocupe en esta actividad.

El IDH, es una combinación de un ranking de desarrollo humano, desarrollo educacional, desarrollo en salud, e ingresos. Las comunas están ordenadas de 1 a 333; donde 1 refleja el mayor desarrollo alcanzado, y 333 el menor. Quillota, presenta un IDH de 81, ubicándose dentro de los categoría media.



ESTADISTICAS VITALES COMUNA DE QUILLOTA

NACIMIENTOS:

De acuerdo a los datos obtenidos del las Estadística Vitales INE 2009, se informan 1197 niños/as nacidos vivos. Considerando los datos actuales, durante el año 2011 (enero a la fecha) se han registrado 849 nacimientos entre el área urbana y rural, considerando solo los inscritos en nuestro sistema de salud.

Total Nacimientos a Octubre 2011.

MES	TOTAL
Enero	95
Febrero	91
Marzo	131
Abril	109
Mayo	105
Junio	112
Julio	92
Agosto	110
Septiembre	105
Octubre	32
Noviembre	
Diciembre	
Total:	982

Por Sexo

Masculino	500
Femenino	482
Total:	982

Por Peso de Nacimiento

Peso en gramos	Masc.	Fem.	Total
500 a 1000	2	2	4
1000 a 2000	8	7	15
2100 a 2500	29	22	51
2600 a 3000	62	77	139
3000 y más	406	367	773
Total:	507	475	982

Edad Gestacional

Semanas de Gestación	Masc.	Fem.	Total
< 20 semanas	0	0	0
20 a 30 semanas	2	3	5
30 a 37 semanas	62	62	124
> a 37 semanas	435	418	853
Total:	499	483	982

Edad de los Padres

EDAD	PADRE	MADRE
< 15 años	1	11
16 a 18 años	20	84
19 a 30 años	501	611
31 a 45 años	423	276
46 y más	37	0
Total:	982	982

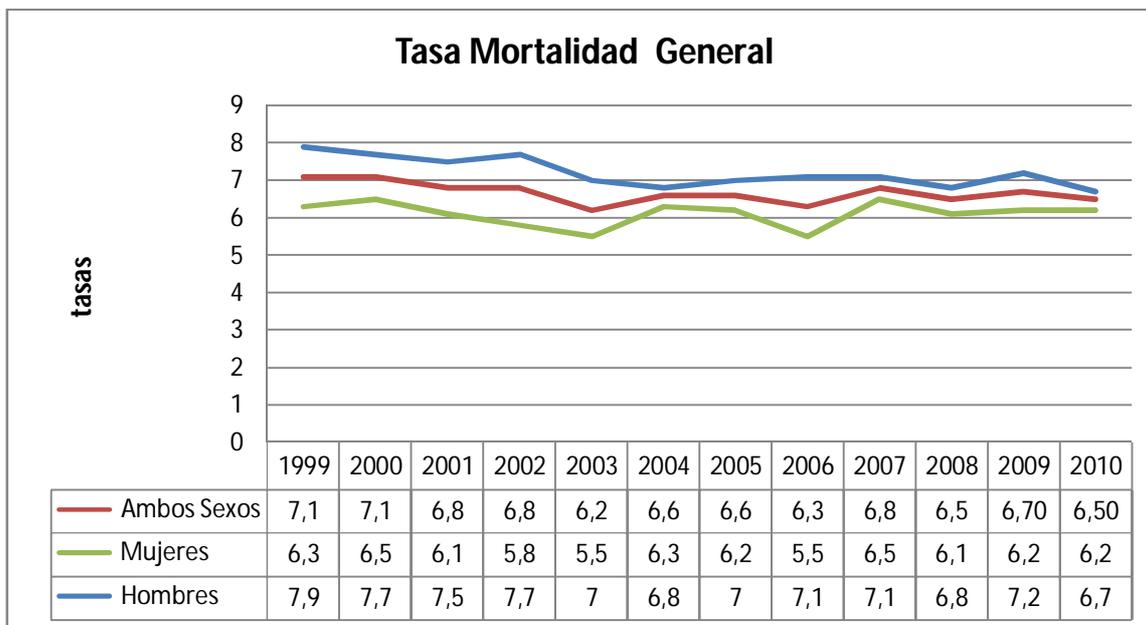
MATRIMONIOS:

De acuerdo a los datos obtenidos de las Estadística Vitales INE 2009, se informan 262 matrimonios en nuestra comuna.

MORTALIDAD

A continuación se entrega información respecto a la Mortalidad en la comuna de Quillota, de acuerdo a datos recopilados y analizados por la unidad de investigación del departamento de salud

Mortalidad general y ambos sexos



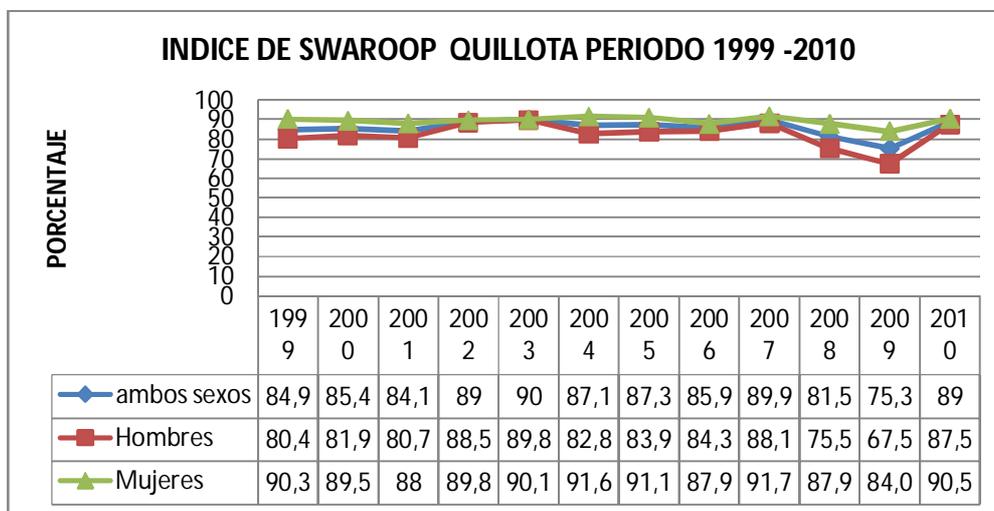
Tasas oficiales publicadas para DEIS Minsal periodo 1999- 2009, más período 2010 cálculos no oficiales a partir de la base de datos para defunciones publicada para ese año en DEIS Minsal.

Comparando la evolución de la curva de mortalidad general para ambos sexos observamos una disminución de la mortalidad general desde 1999 hasta el año 2003, con una estabilización posterior en valores fluctuantes en un rango de 6,5 – 6,8, con una media para los últimos 5 años de 6,6.

La mortalidad masculina siempre ha sido mayor que la mortalidad femenina, (fenómeno explicado por características biológicas de la especie humana), este fenómeno muestra un período en el cual disminuyó fuertemente (1999 – 2002), tendiendo a una estabilización promedio en los últimos 8 años en 6,9 por 1000 habitantes.

La mortalidad femenina, con tendencia a alcanzar valores similares para los de 1999, con un promedio para los últimos 6 años de 6,2 por 1000 hbt.

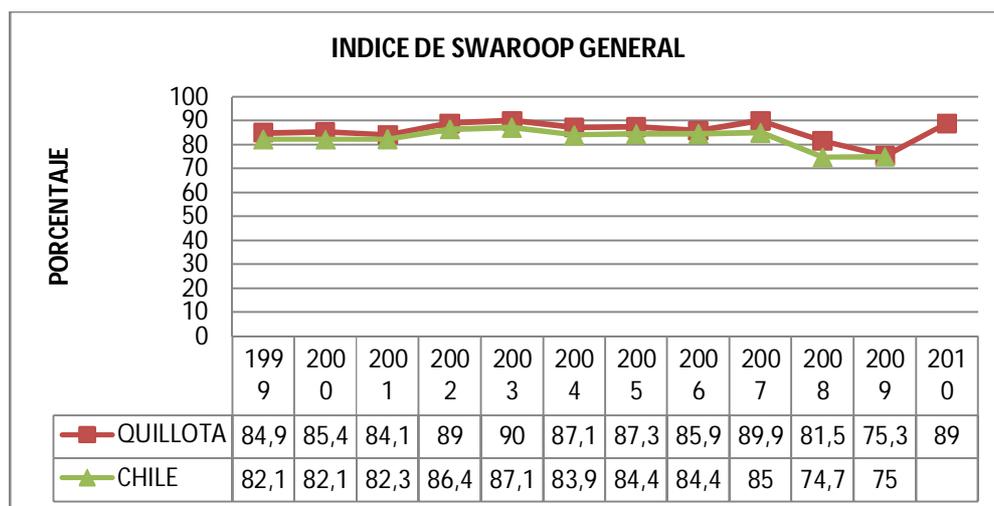
Mortalidad General en comparación con Chile periodo 1999 - 2010



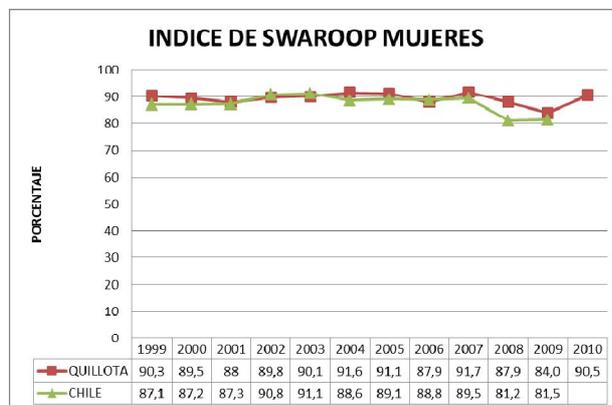
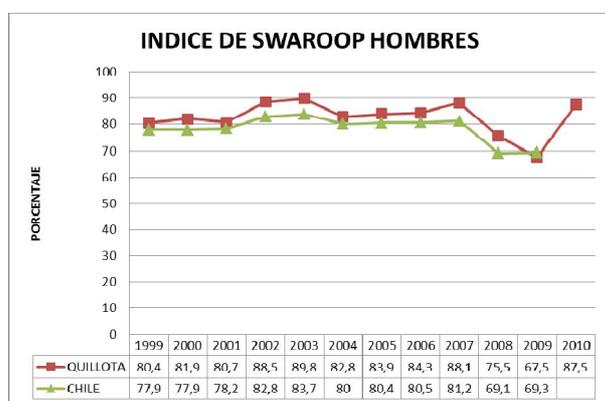
El índice de Swaroop hace referencia a que porcentaje de los fallecidos muere sobre 50 años de edad, internacionalmente se considera valores sobre 90% para países desarrollados.

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

El gráfico muestra como el índice se ha mantenido estable durante el periodo de tiempo señalado, con mejores índices para los años 2002, 2003, 2007 y 2010. Se observó caída para los años 2008 y 2009, fenómeno que ocurrió en Quillota como en Chile en general.



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



Referente a índices por sexo, el índice muestra como la población quillotana fallece a mayor edad comparada con Chile general.

Las mujeres al igual que los hombres fallecen a mayor edad comparado con Chile general pero la diferencia de los índices de Swaroop es menor.

Los hombres en el periodo graficado siempre con índices mejores que Chile general y las mujeres con índices de países desarrollados.

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

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

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

Mortalidad en la Niñez



QUILLOTA				
AÑO	GRUPOS DE EDAD (años)			
	1 a 4		5 a 9	
	Defunciones	Tasa	Defunciones	Tasa
1999	5	0,93	0	0
2000	0	0	1	0,14
2001	3	0,56	3	0,44
2002	0	0	2	0,29
2003	4	0,83	0	0
2004	2	0,4	0	0
2005	2	0,43	1	0,16
2006	0	0	0	0
2007	0	0	2	0,3
2008	2	0,4	0	0
2009	2	0,4	1	0,2
2010	1	0,2	0	0

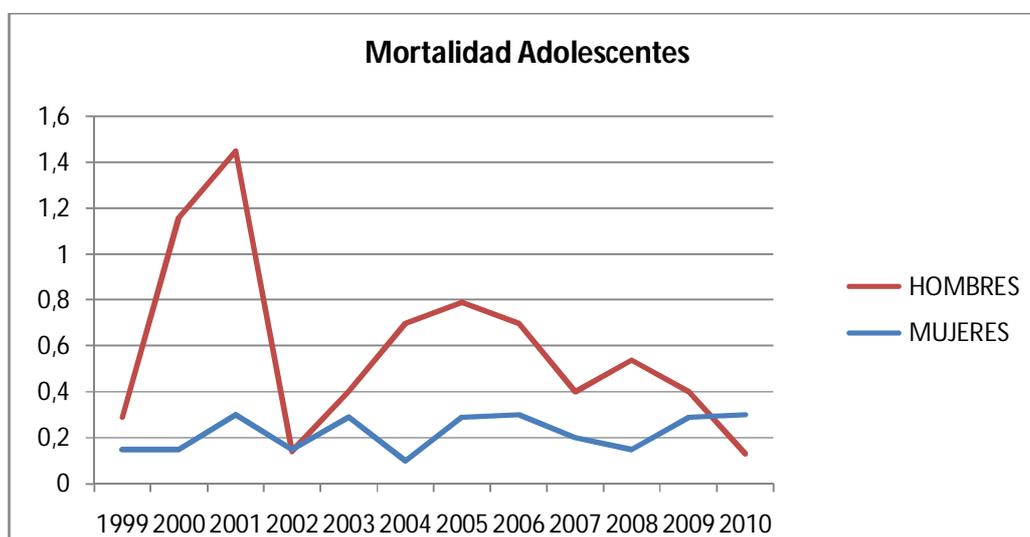
Grupo de 1-4 años: la mortalidad en este grupo etario es baja. En 4 de los 12 años estudiados no hubieron fallecidos. Desde 1999 se ha observado una caída progresiva de las tasas de mortalidad en este grupo.

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

Grupo de 4-9 años: La mortalidad para este grupo etario también fue baja. En 6 de los 12 años estudiados no hubieron fallecidos.

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

Mortalidad Adolescente



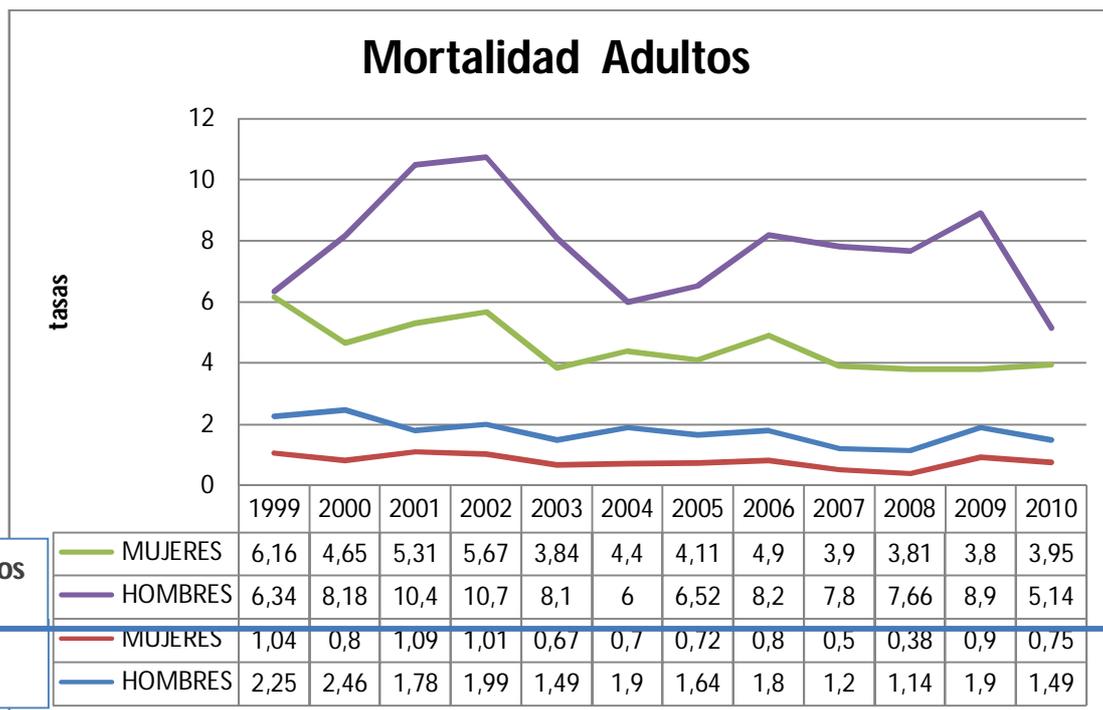
AÑO	AMBOS SEXOS		HOMBRES		MUJERES	
	Defunciones	Tasa (**)	Defunciones	Tasa (**)	Defunciones	Tasa (**)
1999	3	0,22	2	0,29	1	0,15
2000	9	0,66	8	1,16	1	0,15
2001	12	0,88	10	1,45	2	0,3
2002	2	0,15	1	0,14	1	0,15
2003	5	0,34	3	0,4	2	0,29
2004	6	0,4	5	0,7	1	0,1
2005	8	0,55	6	0,79	2	0,29
2006	7	0,5	5	0,7	2	0,3
2007	4	0,3	3	0,4	1	0,2
2008	5	0,35	4	0,54	1	0,15
2009	5	0,34	3	0,4	2	0,29
2010	3	0,21	1	0,13	2	0,3

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

La mayoría de los adolescentes que fallecen son hombres, siendo sólo 1 o 2 mujeres que fallecen por año, por ello la tasa de mortalidad en las mujeres adolescentes se ha mantenido estable con tendencia al alza en los últimos 3 años.

Los peak en la tasa de mortalidad adolescente general, refleja los peak que se producen en el grupo de los hombres adolescente. Dichos peak reflejan el aumento de la muerte por suicidio y agresiones. La tasa a ido en constante disminución desde el año 2005, siendo menor que la femenina para el 2010.

Mortalidad Adulto



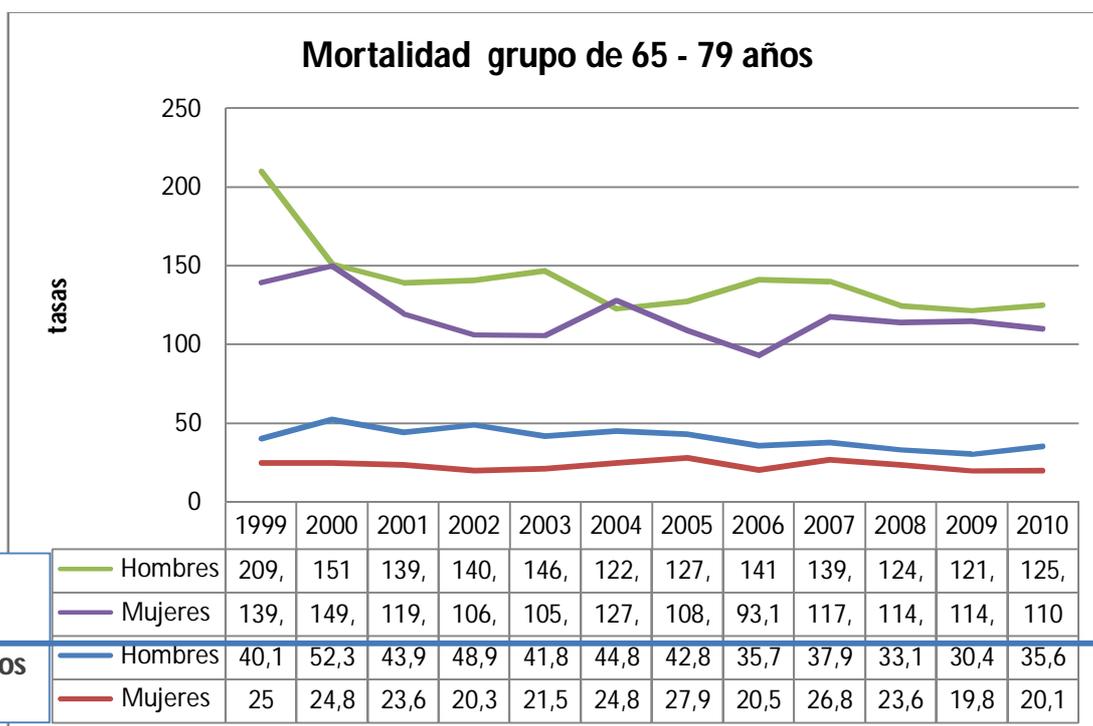
AÑO	20 A 44 AÑOS				45 A 64 AÑOS			
	HOMBRES		MUJERES		HOMBRES		MUJERES	
	Defunciones	Tasa (**)	Defunciones	Tasa (**)	Defunciones	Tasa (**)	Defunciones	Tasa (**)
1999	30	2,25	4	1,04	11	6,34	9	6,16
2000	33	2,46	11	0,8	52	8,18	33	4,65
2001	24	1,78	15	1,09	69	10,49	39	5,31
2002	27	1,99	14	1,01	73	10,74	43	5,67
2003	22	1,49	10	0,67	62	8,1	32	3,84
2004	29	1,9	11	0,7	48	6	38	4,4
2005	25	1,64	11	0,72	54	6,52	37	4,11
2006	27	1,8	12	0,8	70	8,2	46	4,9
2007	18	1,2	7	0,5	69	7,8	38	3,9
2008	18	1,14	6	0,38	70	7,66	38	3,81
2009	31	1,9	14	0,9	84	8,9	39	3,8
2010	24	1,49	12	0,75	50	5,14	42	3,95

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

En el grupo de 20 a 44 años la mortalidad se ha mantenido estable con tendencia progresiva al descenso para ambos sexos, con leve aumento para el 2009 y descenso nuevamente para el año 2010.

En el grupos de 45 a 64 años, la mortalidad ha ido progresivamente descendiendo para las mujeres, en cambio los hombre han experimentado aumento progresivo de su mortalidad a expensas de las causas cardiovasculares principalmente, pero para el año 2010, la tasa de mortalidad cae drásticamente en este grupo con una disminución del app el 40 %.

Mortalidad Adulto Mayor



AÑO	65 A 79 años				80 y más años			
	Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres	
	Defunciones	Tasa (**)	Defunciones	Tasa (**)	Defunciones	Tasa (**)	Defunciones	Tasa (**)
1999	89	40,1	77	25	89	209,9	108	139,2
2000	118	52,3	78	24,8	66	151	120	149,8
2001	101	43,99	75	23,6	63	139,07	101	119,67
2002	114	48,9	65	20,3	66	140,7	94	106,1
2003	105	41,8	70	21,5	80	146,8	99	105,7
2004	116	44,8	82	24,8	70	122,6	125	127,8
2005	114	42,8	94	27,9	76	127,3	111	108,9
2006	99	35,7	71	20,5	89	141	99	93,1
2007	109	37,9	95	26,8	93	139,8	130	117,5
2008	99	33,15	86	23,61	87	124,46	131	114,01
2009	94	30,4	74	19,8	89	121,4	137	114,8
2010	114	35,6	77	20,1	96	125,1	136	110

En el grupo de 65-79 años la mortalidad a experimenta un descenso progresivo desde 1999, con aumento en la mortalidad masculina para el año

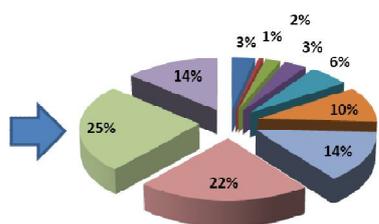
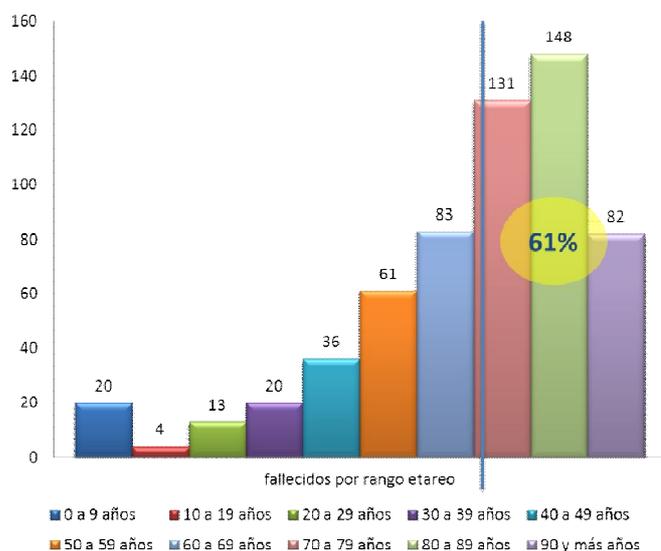
2010, lo que se explicaría por el desplazamiento de las edades de mortalidad masculina a un grupo etario mayor, en términos simples los hombres que para el año 2009 fallecieron entre los 44 – 64 años, para el 2010 lo hicieron entre los 65 -79 años.

Las tasas de mortalidad para el grupo de más de 80 años también a experimentado descenso desde 1999, con tendencia a la estabilización para los últimos 4 años.

Especificaciones de Mortalidad; análisis 2009 y 2010.

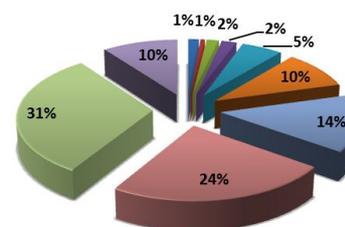
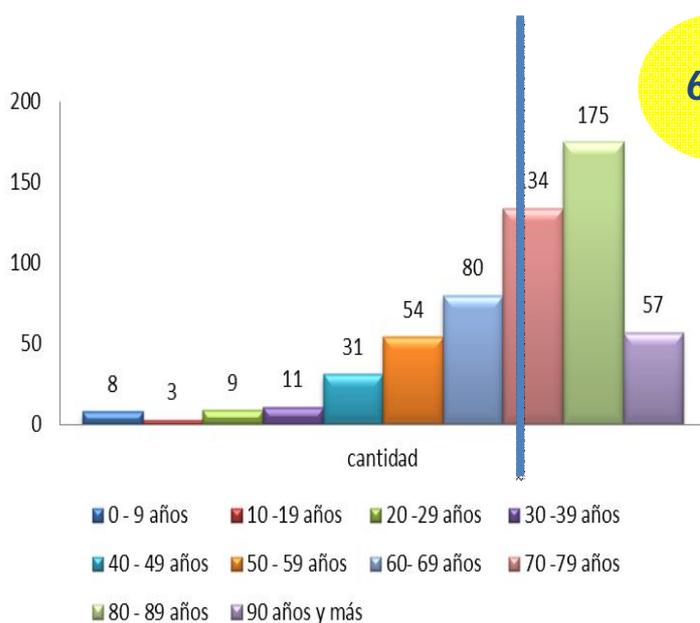
Edad de los fallecidos:

2009:



Quillota Población Longeva

2010:



En comparación con el año 2009 se observa un desplazamiento de la mortalidad a edades más elevadas, aumenta el porcentaje de personas que fallecen sobre los 70 años de un 61% a un 65 %. Lo que también se ve reflejado en el índice de swaroop señalado anteriormente.

El grupo de 70 a 79 años concentra el mayor porcentaje de fallecidos con un 24%.

El número de fallecidos menor de 1 año disminuye de 20 (13 restando los casos imputados al DEIS Minsal) a 8 para el 2010.

Causas de mortalidad:

2009:

ranking	Titulo	2009	
		numero	%
1	Enfermedades del sistema circulatorio	177	29,60%
2	neoplasias	140	23,41%
3	Enfermedades del sistema respiratorio	64	10,70%
4	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa	42	7,02%
5	Enfermedades del aparato digestivo	39	6,52%
6	Enfermedades del aparato genitourinario	30	5,02%
7	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	22	3,68%
8	Trastornos mentales y del comportamiento	18	3,01%
9	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	15	2,51%
10	Enfermedades del sistema nervioso	14	2,34%
11	Enfermedades infecciosas	11	1,84%
12	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	8	1,34%
13	no tipificadas	6	1,00%
14	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	6	1,00%
15	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo	4	0,67%
16	Enfermedades de la piel y el tejido subcutáneo	2	0,33%

2010:

ranking	Titulo	2010	
		numero	%
1	Enfermedades del sistema circulatorio	150	26,69%
2	neoplasias	145	25,80%
3	Enfermedades del sistema respiratorio	66	11,74%
4	Enfermedades del aparato digestivo	43	7,65%
5	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	36	6,41%
6	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa	27	4,80%
7	Enfermedades del aparato genitourinario	23	4,09%
8	Enfermedades del sistema nervioso	15	2,67%
9	Trastornos mentales y del comportamiento	14	2,49%
10	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	14	2,49%
11	Enfermedades infecciosas	10	1,78%
12	Enfermedad de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	5	0,89%
13	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo	4	0,71%
14	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	4	0,71%
15	Enfermedades de la piel y el tejido subcutáneo	3	0,53%
16	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	3	0,53%

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

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

Para el año 2010 las causas de mortalidad ocuparon el siguiente orden:

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

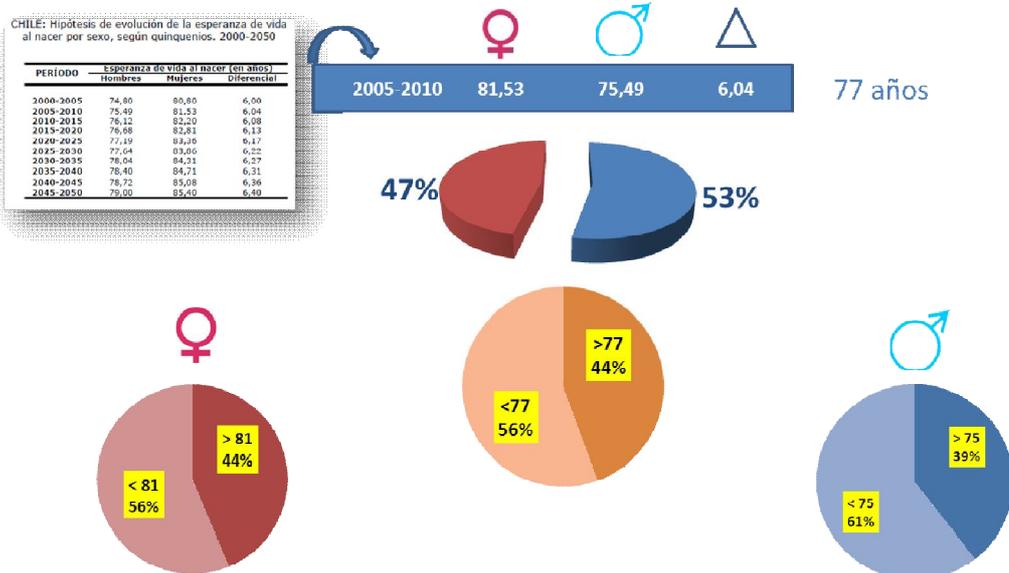
Las primeras 6 causas son responsables del 83% de las causas de fallecimiento para cada año.

Comparando ambos años, se puede observar como las tres primeras causas de mortalidad se mantuvieron estables, siendo en orden decreciente; Enf, Cardiovascular, Neoplasias y Enf Respiratoria.

Expectativa de vida de los fallecidos

2009:

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



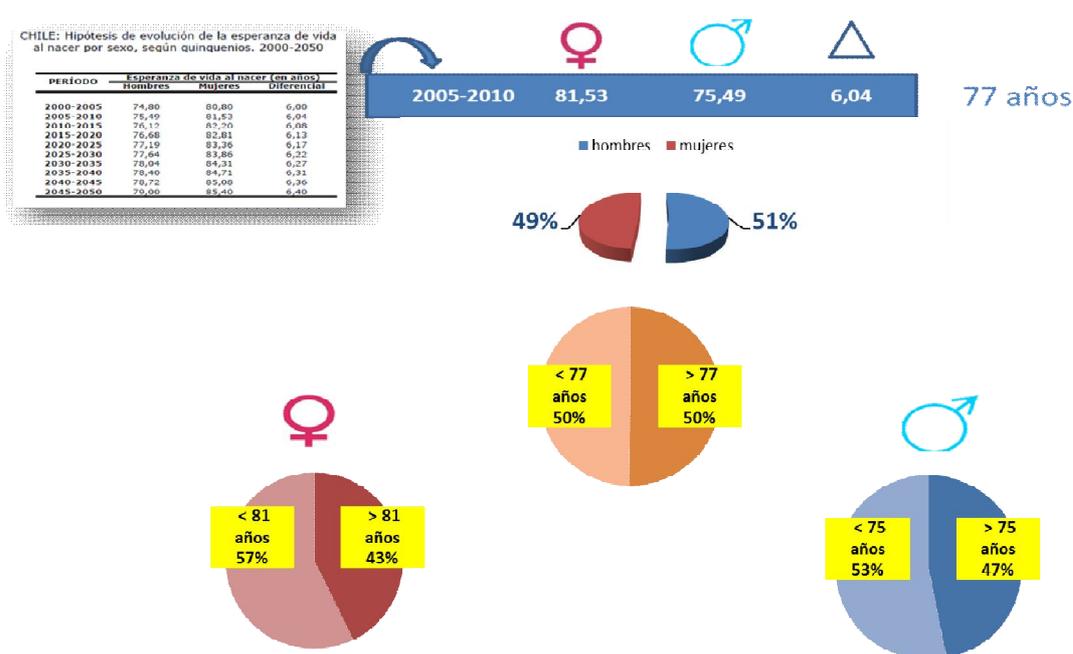
Del total de fallecidos el 47% fue mujer y el 53% hombre.

Tomando como referencia la esperanza de vida para la población chilena para el periodo 2005 -2010, vemos que de los fallecidos el año 2009 el 44 % falleció sobre la expectativa de vida esperada. Separado por sexo, el 44% de los

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

2010:

El 62,5% de los fallecidos el 2010 tenía más de 70 años de edad, lo que reafirma la aseveración del carácter longevo de nuestra población.

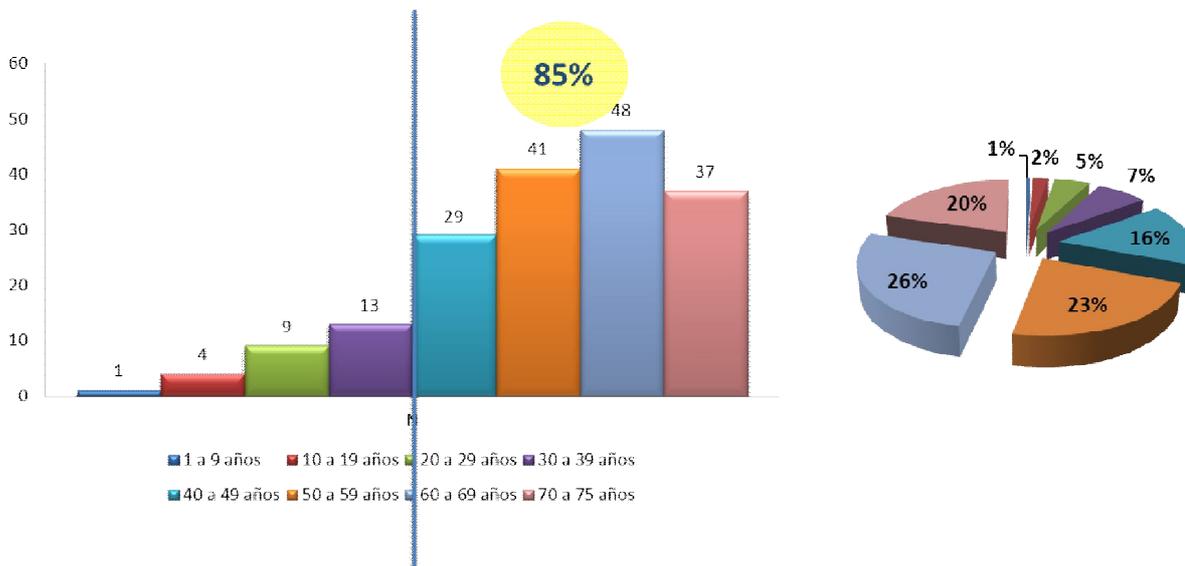


Del total de fallecidos el 49% fue mujer y el 51% hombre.

Tomando como referencia la esperanza de vida para la población chilena para el periodo 2005 -2010, vemos que de los fallecidos el año 2010 el 50% falleció sobre la expectativa de vida esperada. Separado por sexo el 43% de los fallecidos mujeres y el 47% de los fallecidos hombres, murieron por sobre la expectativa de vida para nuestro país para ese año.

Causa de mortalidad en aquellos que murieron bajo la expectativa de vida esperada para el 2009.

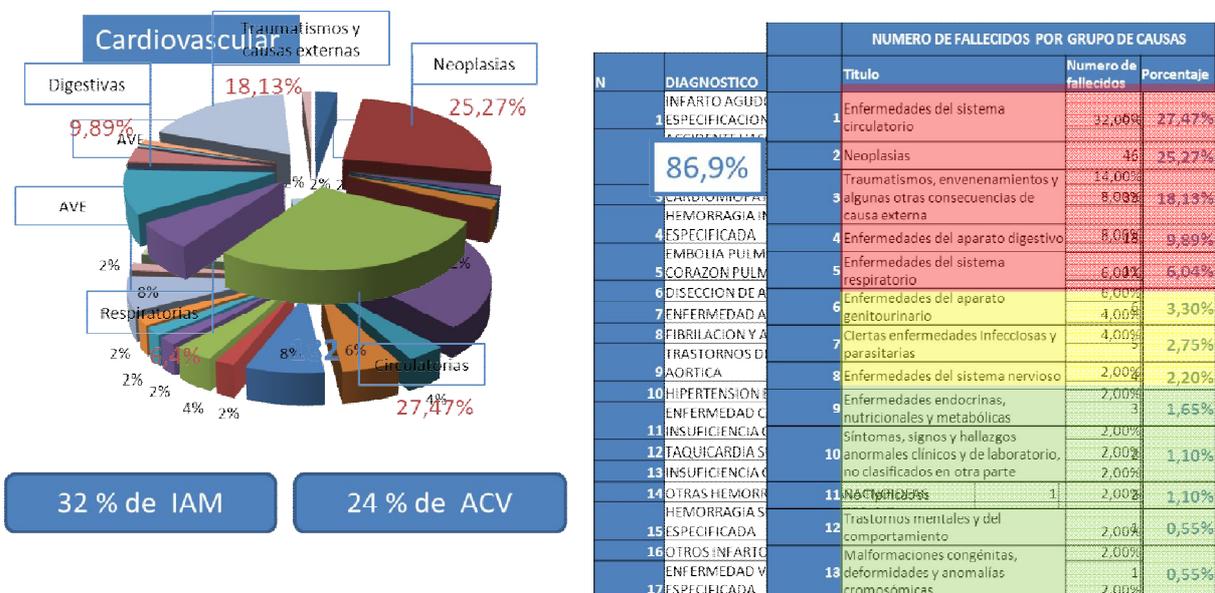
Hombres y edad de muerte:



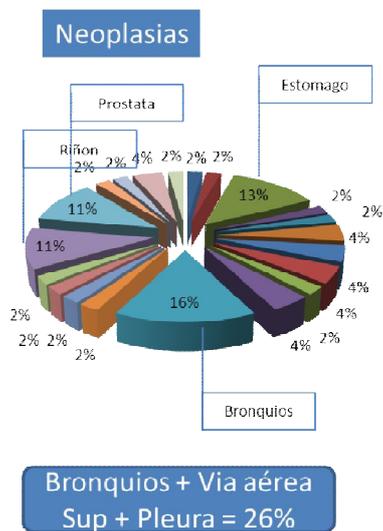
El 85% de los hombres que fallecieron bajo la expectativa de vida de 75 años para el 2009, lo hicieron entre los 40 a 75 años.

Hombres y causas de muerte:

El 1º y 2º lugar lo ocupa las causas cardiovasculares y neoplasias respectivamente, el 3º lo ocupan los traumatismo y causas externas de mortalidad con un 18%. En rojo las 5 principales causas que en conjunto suman el 86,9 %.



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

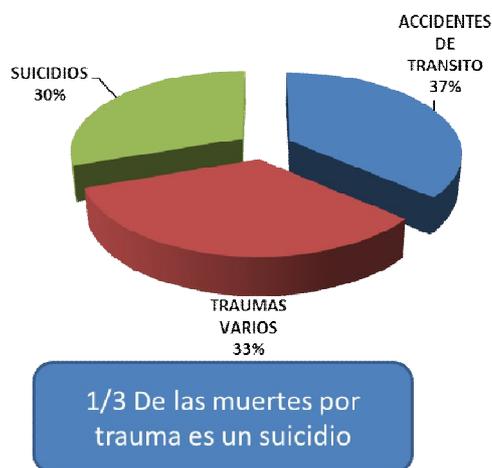


N	DIAGNOSTICO	N	%
1	TUMOR MALIGNO DE LOS BRONQUIOS O DEL PULMON, PARTE NO ESPECIFICADA	7	15,56%
2	TUMOR MALIGNO DEL ESTOMAGO, PARTE NO ESPECIFICADA	6	13,33%
3	TUMOR MALIGNO DE LA PROSTATA	5	11,11%
4	TUMOR MALIGNO DEL RIÑON, EXCEPTO DE LA PELVIS RENAL	5	11,11%
5	TUMOR MALIGNO DEL RECTO	2	4,44%
6	TUMOR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

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

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

Traumatismos y Causas Externas



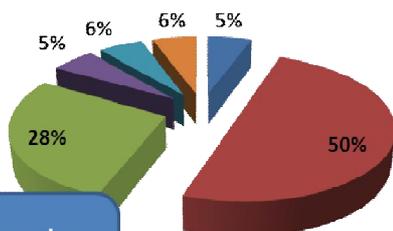
LUGAR	DIAGNOSTICO	N	%
1	Peaton lesionado en accidente de tránsito no especi	7	21,21%
2	Persona lesionada en accidente de tránsito, de vehi	5	15,15%
3	Lesión autoinfligida intencionalmente por ahorc	4	12,12%
4	Lesión autoinfligida intencionalmente por ahorc	3	9,09%
5	Caída no especificada, en lugar no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

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

Digestivo

%

- OTRAS OBSTRUCCIONES INTESTINALES Y LAS NO ESPECIFICADAS
- CIRROSIS HEPATICA ALCOHOLICA
- OTRAS CIRROSIS DEL HIGADO Y LAS NO ESPECIFICADAS
- ENFERMEDAD DEL HIGADO, NO ESPECIFICADA
- PANCREATITIS IDIOPATICA AGUDA
- PANCREATITIS AGUDA INDUCIDA POR EL ALCOHOL

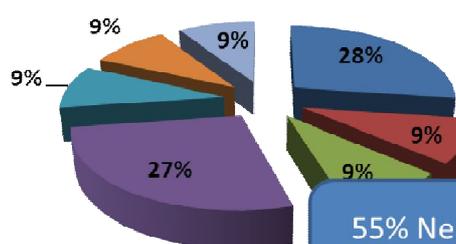


80% muere de Cirrosis

Respiratorio

%

- NEUMONIA, NO ESPECIFICADA
- ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA C/INFECC. AG.DE VIAS RESPIRATORIAS INFERIORES
- EDEMA PULMONAR
- OTRAS ENFERMEDADES PULMONARES INTERSTIALES CON FIBROSIS
- NEUMOTORAX, NO ESPECIFICADO
- INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA
- OTROS TRASTORNOS RESPIRATORIOS ESPECIFICADOS

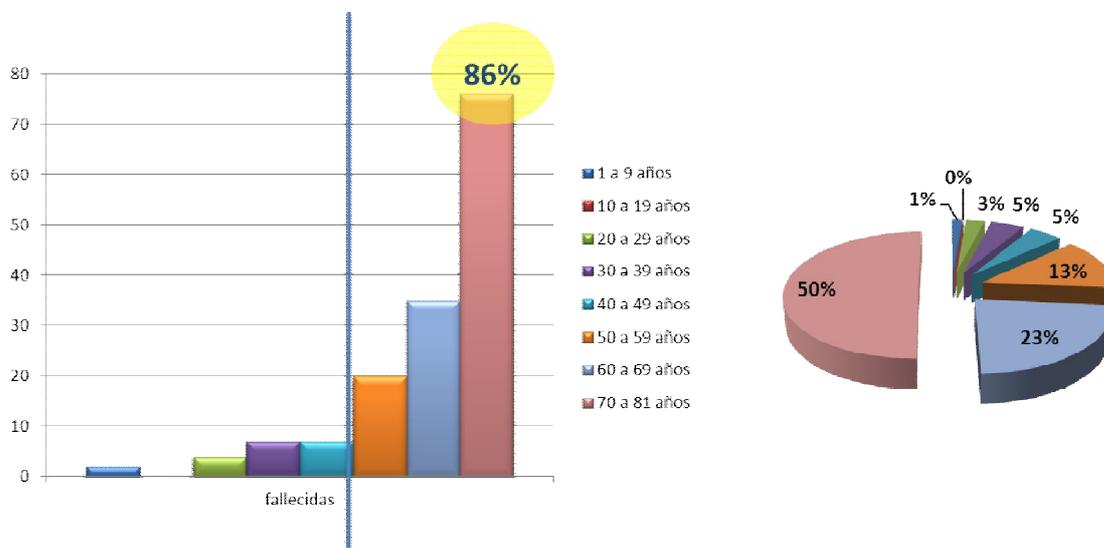


55% Neumonía y Fibrosis Pulmonares

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

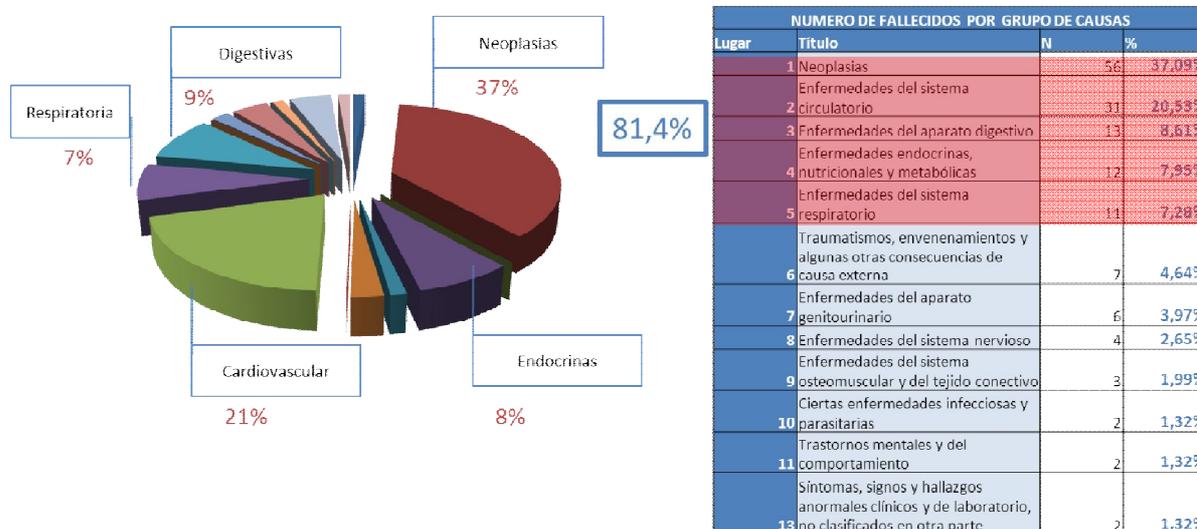
Las grandes causas de muerte por causa respiratorias fueron las neumonías y las enfermedades pulmonares intersticiales con fibrosis.

Mujeres y edad de muerte:

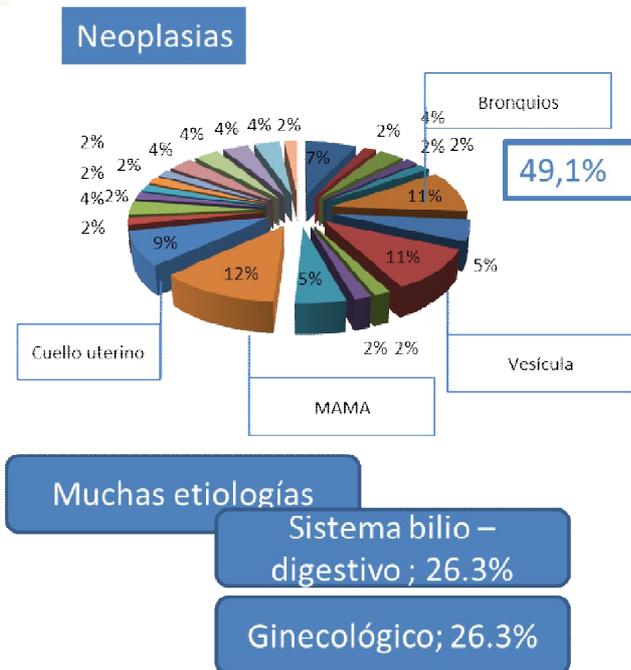


La gran mayoría de las mujeres que fallecieron bajo la expectativa de vida para el país para el 2009, murieron sobre los 50 años, principalmente sobre los 70 años.

Mujeres y causa de muerte:



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



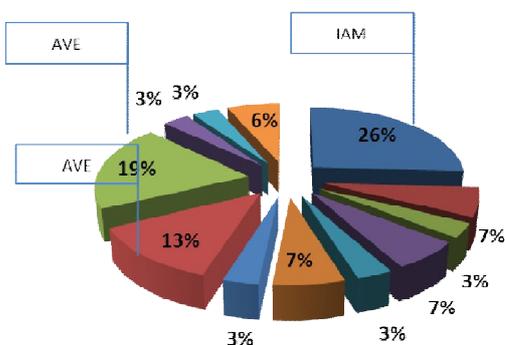
Diagnóstico	N	%
TUMOR MALIGNO DE LA MAMA, PARTE NO ESPECIFICADA	7	12,28%
TUMOR MALIGNO DE LA VESICULA BILIAR	6	10,53%
TUMOR MALIGNO DE LOS BRONQUIOS O DEL PULMON, PARTE NO ESPECIFICADA	6	10,53%
TUMOR MALIGNO DEL CUELLO DEL UTERO, SIN OTRA ESPECIFICACION	5	8,77%
TUMOR MALIGNO DEL ESTOMAGO, PARTE NO ESPECIFICADA	4	7,02%
TUMOR MALIGNO DEL PANCREAS, PARTE NO ESPECIFICADA	3	5,26%
TUMOR MALIGNO DEL PERITONEO, SIN OTRA ESPECIFICACION	3	5,26%
TUMOR MALIGNO DEL COLON, PARTE NO ESPECIFICADA	2	3,51%
TUMOR MALIGNO DEL OVARIO	2	3,51%
TUMOR MALIGNO DE SITIOS NO ESPECIFICADOS	2	3,51%
LINFOMA NO HODGKIN, NO ESPECIFICADO	2	3,51%
MIELOMA MULTIPLE	2	3,51%
LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA	2	3,51%
TUMOR MALIGNO DEL DUODENO	1	1,75%
TUMOR MALIGNO DE LA UNION RECTOSIGMOIDEA	1	1,75%
TUMOR MALIGNO DEL HIGADO, NO ESPECIFICADO	1	1,75%
TUMOR MALIGNO DE LA PLEURA	1	1,75%
TUMOR MALIGNO DE PARTE ESPECIFICADA DEL PERITONCO	1	1,75%
TUMOR MALIGNO DEL UTERO, PARTE NO ESPECIFICADA	1	1,75%
TUMOR MALIGNO DE LA URETRA	1	1,75%
TUMOR MALIGNO DEL ENCEFALO, PARTE NO ESPECIFICADA	1	1,75%
TUMOR MALIGNO DE LA CABEZA, CARA Y CUELLO	1	1,75%
TUMOR MALIGNO DE LA CABEZA, CARA Y CUELLO	1	1,75%
LEUCEMIA AGUDA, CELULAS DE TIPO NO ESPECIFICADO	1	1,75%

Una gran variedad de neoplasias distintas fueron las causantes de mortalidad.

La principal causa de muerte por cáncer fue el Ca de Mama seguido por el vesícula biliar y pulmón en 2º y 3º lugar respectivamente.

Los 2 principales sistemas anatómicos comprometidos son el biliar – digestivo y el ginecológico, que en conjunto suman más del 50% de las causas de muerte por cáncer.

Cardiovascular

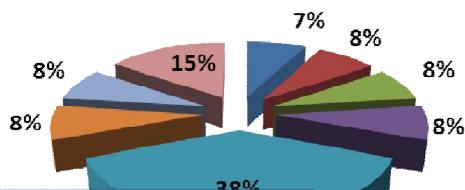


Lugar	Diagnóstico	N	%
1	INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO, SIN OTRA ESPECIFICACION	2	25,81%
2	ACCIDENTE VASCULAR ENCEFALICO AGUDO, NO ESPECIFICADO COMO HEMORRAGICO O ISQUEMICO	6	19,35%
3	HEMORRAGIA INTRAENCEFALICA, NO ESPECIFICADA	4	12,90%
4	ENFERMEDAD ATEROSCLEROTICA DEL CORAZON	2	6,45%
5	CARDIOMIOPATIA DILATADA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

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

Digestivas

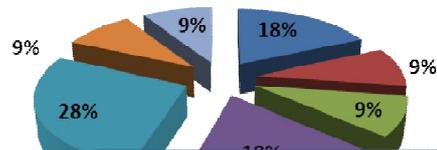
- K550 TRASTORNO VASCULAR AGUDO DE LOS INTESTINOS
- K559 TRASTORNO VASCULAR DEL INTESTINO, NO ESPECIFICADO
- K709 ENFERMEDAD HEPATICA ALCOHOLICA, NO ESPECIFICADA
- K743 CIRROSIS BILIAR PRIMARIA
- K746 OTRAS CIRROSIS DEL HIGADO Y LAS NO ESPECIFICADAS
- K769 ENFERMEDAD DEL HIGADO, NO ESPECIFICADA
- K803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



70% enfermedades hepato Biliares

Endocrinas

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



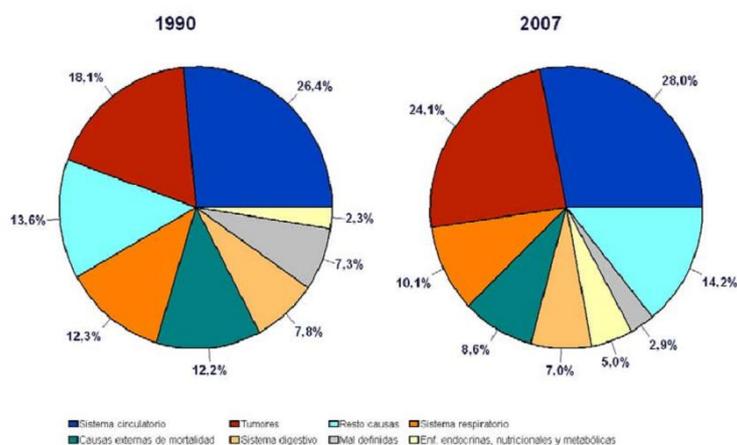
82% Complicaciones de Diabetes

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

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

Mortalidad Chile y V región

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



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

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



En la V región al igual que Chile general, para el año 2007, las principales causas de mortalidad fueron las causas cardiovasculares, neoplasias y respiratorias, al igual que Quillota para los años 2009 - 2010

Especificaciones en mortalidad para el año 2010:

Grupo de causas por rango etario:

I. CARDIOVASCULAR E00 - E90

EDAD	hombre	mujer
>= 15 a 65	15	9
> 65 años	57	63
Total	72	72

II. TUMORES (NEOPLASIAS) C00 - C97 / D00 - D48

EDAD	hombre	mujer
>= 15 a 65	14	26
> 65 años	50	47
Total	64	73

III. ENFERMEDADES RESPIRATORIAS J00 - J99

EDAD	hombre	mujer
>= 15 a 65	2	4
> 65 años	32	32
Total	34	36

IV. TRAUMATISMOS Y ACCIDENTES S00 - S99 / T00 - T99

EDAD	hombre	mujer
>= 15 a 65	14	5
> 65 años	4	1
Total	18	6

Como se señaló con anterioridad las causas de mortalidad se concentraron en los mayores de 65 años.

Mortalidad infantil para año 2010:

Total	8	Menos 1 Calera	
La Calera	13 días	Prematurez Extrema	

Mortalidad Infantil	Nº	%
Neonatal Precoz	4 (horas)	77
Neonatal Tardía	2 (8 y 13 días)	33
Total Neonatal	6	85
Post-neonatal	1 (10 ms)	14%
Total	7	100

Causa	Inmediata	Originaria
Prematurez	1	4
Malformación Congénita	1	1
Shock Séptico	1	
Asfixia Neonatal	1	
Asfixia Neonatal	1	
ECN	1	
Malformación Renal y Pulm	1	

Tipo de Embarazo		
Único	6	85.7

Embarazo Gemelar					
Edad Madre	P.Nac.	E.G.	Control APS	Control ARO	Causa Mte
19	530-750	23 ss	En revisión	En revisión	ANN-Premt.

Malformacion Congénita	
Cardiopatía	Síndrome de Potter

De los 8 menores que fallecieron para el año 2010, uno es originario de la ciudad de Calera y se encuentra mal asignado a nuestra comuna. De los fallecidos, las principales causas al igual que el 2009 guardan relación con la prematurez, malformaciones congénitas, sumándose la asfixia perinatal.

CONCLUSIÓN

Así como en el estudio de mortalidad del año 2005, para el 2009 se detectaron errores de registro adjudicando fallecidos a Quillota cuando no correspondían ser adjudicados a nuestra comuna, los casos detectados fueron impugnados ante el DEIS MINSAL lográndose, para la publicación oficial de las tasas de mortalidad del año 2009, una reducción de los casos inicialmente adjudicados.

Desde 1999 la mortalidad general de Quillota ha disminuido de forma progresiva. El poseer tasas de mortalidad general más elevadas que las del país, se debe a las características envejecida de nuestra población, por lo demás quienes fallecen en Quillota lo hacen a mayor edad fenómeno que queda demostrado para el año 2009 y 2010, en este último año el 50% de los fallecidos lo hicieron sobre la expectativa de vida esperada para el país, además el porcentaje de hombres que fallecieron sobre la expectativa de vida para el año 2010 aumento en 9%

Sumado a esto, los análisis epidemiológicos muestran que las personas que viven en Quillota no tienen mayor riesgo de morir que en otra parte de Chile.

La mortalidad infantil para el año 2010 evidencia, al igual que para el año 2009, a la prematuridad y las malformaciones congénitas como las causas principales

Son pocos los niños que fallecen entre los 1 y 9 años, las principales causas están concentradas en las secuelas que dejan la prematuridad, las malformaciones congénitas, la parálisis cerebral y las leucemias. Solo un fallecido en este grupo para el 2010

Los peak en la tasa de mortalidad adolescente general, refleja los peak que se producen en el grupo de los hombres adolescente. Dichos peak reflejan el aumento de la muerte por suicidio y agresiones. La tasa de mortalidad adolescente masculina a ido en constante disminución desde el año 2005, siendo menor que la femenina para el 2010.

Los adultos entre 20 – 44 años han experimentado un descenso progresivo en la mortalidad desde 1999. En cambio en el grupo de los hombres de 45 a 64 años desde el 2004 hasta el 2009 experimentó un aumento a expensas de las causas cardiovasculares, tendencia que fue rota para el 2010 en donde se produjo una caída abrupta de la mortalidad masculina entre los 45 -64 años, produciéndose un desplazamiento de los fallecimientos a grupos de mayor edad.

La mortalidad en los adultos mayores se a mantenido descendiendo progresivamente desde 1999 tanto para el grupo de 65 a 79 años así como en los mayores de 80 años. Con leve aumento desde el 2009 al 2010 en el grupo masculino.

Para el año 2009 gran parte de los fallecidos murieron por sobre la expectativa de vida del país. El 61% de todos los fallecidos murió sobre los 70 años y 62,5% para el 2010

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

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

Analizando el grupo de hombres que fallecieron bajo la expectativa de vida, la edad de éstos se distribuyó de forma dispersa desde los 40 años hasta los 75 años. Sus principales causas de muerte fueron los Infartos Agudos al Miocardio (IAM), los accidentes cerebrovasculares (AVE), los cánceres de; bronquios y vía aérea superior, estómago, riñón y próstata, los accidentes de tránsito, traumas varios y suicidios, cirrosis hepática, neumonías y fibrosis pulmonares.

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

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

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

Referencias:

Unidad de Investigación del Departamento de Salud, Ine Quillota, www.ine.cl; indicadores básico de salud, DEIS Minsal.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

En la carga de enfermedad que sufre la población de la comuna se describen las dos características principales que la definen: Mortalidad y Morbilidad.

De la primera, que continúa siendo la característica más aceptable y confiable para comprender el estado de salud de una comunidad, se describen sus tasas, tendencia de la última década hasta el 2010 y Causas Específicas de ella.

De la Morbilidad, que en su definición más simple se acepta como “el conjunto de Problemas de Salud que afectan al bienestar de la población” o “las personas que padecen el efecto de una enfermedad en la población”, presenta diversas dificultades en la definición de términos y conceptos tales como el qué se entiende por Salud-Enfermedad, la diferencia entre percepción y enfermedad real, necesidad versus consulta efectiva. Se agrega, las dificultades que existen para la recolección de datos con sistemas de registro extemporáneos por lo que la información sobre Morbilidad a nivel país es débil y fragmentaria además, de estar basada en la Oferta más que en la Demanda.

El diagnóstico comunal respecto de ésta se efectúa con la Base de Datos año 2010 que se extrae de los Registros Digitales de las prestaciones profesionales del área urbana de la comuna. Se expresa en términos cuantitativos presentados en la información de cada uno de los Centros de Salud y en términos cualitativos en el Perfil de la Morbilidad.

Morbilidad y su Perfil Cualitativo.

Causas de consulta Morbilidad Electiva Area Urbana.

Para estos efectos, se utilizó el diagnóstico principal registrado por los profesionales médicos en cada consulta de Morbilidad electiva, excluido el SAPU, utilizando la Nomenclatura y códigos del CIE 10.

Causas de Consulta: Frecuencia y Proporción.

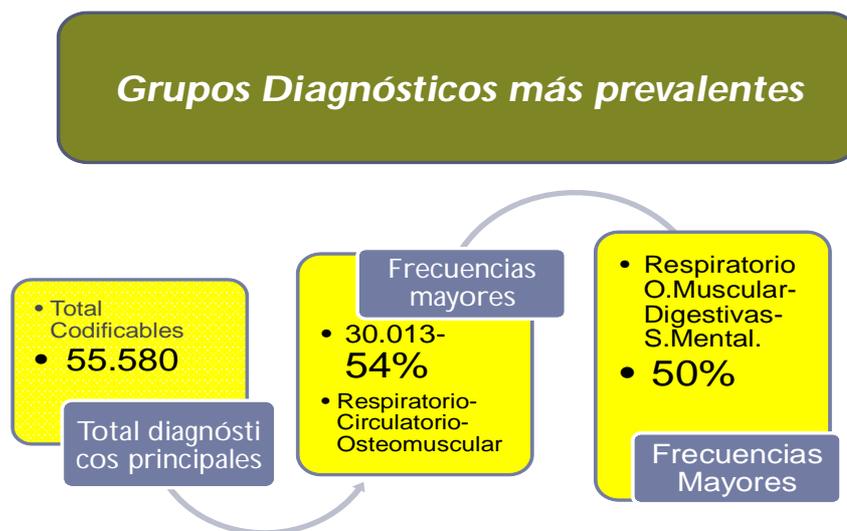
Capítulo CIE 10	Nombre	Número	Proporción Codificada
X	Enfermedades del Sistema Respiratorio	13.769	25%
IX	Enfermedades del Sistema Circulatorio	8.187	15%
XIII	Enfermedades del sistema osteomuscular y tejido conjuntivo	7.787	14%
IV	Enfermedades Endocrinas, Nutricionales y Metabólicas	4.216	7.5%
XI	Enfermedades Digestivas	3.561	6.1%
V	Enfermedades Mentales y del Comportamiento	2.621	4.7%
XII	Enfermedades de la Piel y el Tejido subcutáneo	2.452	4.4%
XVIII	Signos y síntomas mal definidos	2.271	4%
XIV	Enfermedades Genitourinarias	2.151	3.85%
I	Enfermedades Infecciosas y Parasitarias	1.858	3.3%
VI	Enfermedades del Sistema Nervioso	1.747	3.1%
VII	Enfermedades de Ojos y anexos	1.436	2.5%
XIX	Trauma y envenenamiento	923	1.8%
III	Enfermedades de la sangre	385	0.6%
II	Tumores	310	0.5%
XVII-XVIII-XX-XXI		274	0.3%
Total Codificados		55.580	100%
Vacías No Codificables	Vacías No Codificables	1.632	2.8%

Las consultas de Salud Mental en Adultos no queda reflejada en la tabla anterior, por efectuarse ésta en Centro de Salud Silva Henríquez que no fue tabulado.

Causas de consulta de mayor frecuencia.

Agrupadas las 3 principales causas de consulta, suman éstas más del 50 % del total de diagnósticos, correspondiendo a las Enfermedades del Sistema Respiratorio, Circulatorio y Osteomuscular.

Si se excluyen los diagnósticos del Sistema Circulatorio, que mayoritariamente son consultas médicas bajo la modalidad de atención programada, correspondientes al Programa de Salud Cardiovascular, resultan cuatro grupos de enfermedad como las causantes del 50% de las consultas por Demanda Espontánea.



Los subgrupos más prevalentes en Enfermedades Respiratorias corresponden a patología Infecciosa de la Vía Respiratoria Superior en un 58% y en un 72% es Vía Respiratoria Alta si se agregan otras patologías de la Vía Aérea superior no Infecciosa. El 24% corresponde a cuadros de vía respiratoria Baja, en los que a su vez la Neumonía tiene una baja frecuencia de 2% del total de Enfermedades respiratorias.

El subgrupo más frecuente en las Enfermedades circulatorias corresponde a la Enfermedad Hipertensiva con un contundente 90 % del total.

Los Subgrupos más prevalentes en la patología Osteomuscular corresponde a las Dorsopatías (35%) y Artropatías (31%)

Diagnósticos específicos más frecuentes en la consulta electiva.

De los grupos y subgrupos de enfermedades, al despejar los diagnósticos específicos, resultan 12 cuadros con frecuencias por sobre las 1.000 consultas.

Diagnóstico Específico	Frecuencia	Proporción del total codificado
Hipertensión Arterial	7.561	13%
Rinofaringitis	4.082	7.3%
Dorsalgias y Lumbalgias	2.360	4.2%
Faringitis	2.091	3.76%
Diabetes Mellitus	2.074	3.73%
Amigdalitis	1.581	2.8%
Trastornos Metabólicos	1.529	2.7%
Bronquitis	1.407	2.5%
Trastornos de Tejido Blandos (hombro)	1.326	2.3%
Artrosis	1.209	2.1%
Rinitis Alérgica	1.161	2%
Trastornos Articulares (internos de rodilla y rótula)	1.068	1.9%

Causas de Consulta Modalidad - Urgencia

1.- Atención Primaria Urbana.

SAPU.

Sólo se dispone de categorización en Causas respiratorias y No Respiratorias de 6 meses de funcionamiento año 2010

En 6 meses se realizan 15.890 consultas de las cuales 9.512 equivalente al 60% del total, corresponde a patología respiratoria y de ésta 7.588 (79 %) a enfermedades de Vía respiratoria Alta. Las consultas no respiratorias ascienden a 6.376 correspondiendo al 40% del total de consultas, sin especificar el tipo de enfermedades.

2.- Unidad de Emergencia Hospital Quillota.

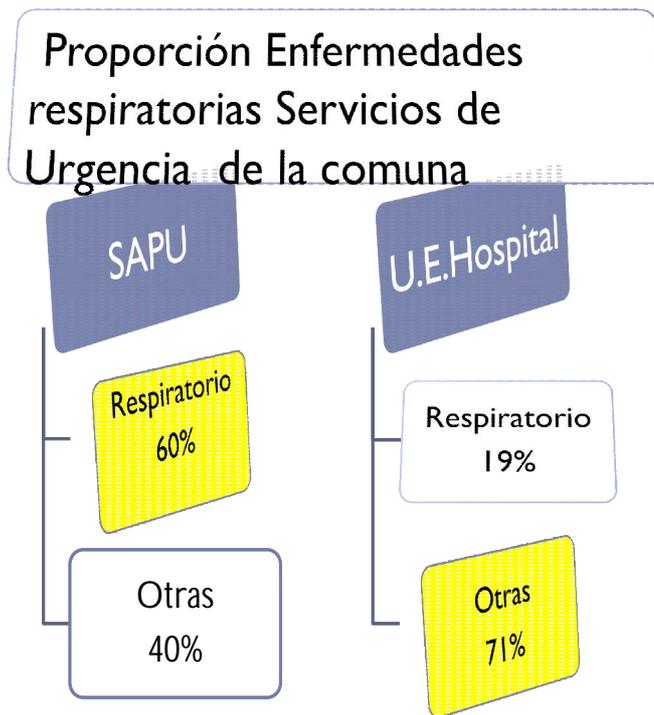
El Total de consultas de personas de la comuna de Quillota en UE corresponde a 81.861 equivalentes al 65% del total de consultas en dicho centro.

Los grupos diagnósticos más frecuentes corresponden:

Capítulo/Enfermedad	Número	Proporción
Enfermedades del Sistema Respiratorio	24.744	19%
Factores que influyen en el estado de salud y contacto	23.112	18%
Traumatismo, envenenamientos y algunas otras consecuencias	16.908	13%
Síntomas, signos u hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	12.924	10%
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	10.584	8.4%
Enfermedades del sistema digestivo	7.920	6.2%
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	5.208	4.1%
Enfermedades del sistema Genitourinario	4.680	3.7%
Causas externas de morbilidad y de mortalidad	4.548	3.6%
Enfermedades del Sistema Circulatorio	3.252	2.5%
Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	2.760	2.1%
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	1.884	1.4%
Embarazo, parto y puerperio	1.848	1.4%
Enfermedades Endocrinas, nutricionales y metabólicas	1.380	
Enfermedades del ojo y sus anexos	1.212	
Trastornos mentales y del comportamiento	1.152	
Enfermedades del sistema nervioso	852	
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	384	
Enfermedades de la sangre de los órganos hematopoyéticos	276	
Tumores, neoplasias	36	
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	36	
TOTAL	125.700	100%

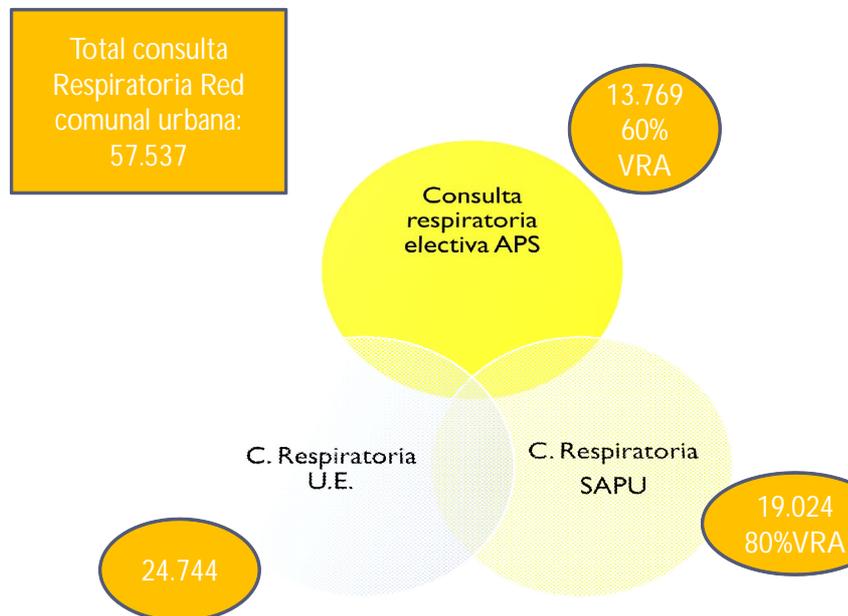
Del análisis de consultas en la Red, con la información disponible, se desprende que la patología respiratoria es a nivel de la consulta Electiva y de Urgencia la causa más frecuente. A nivel Primario tanto en la Urgencia como en la consulta electiva son las enfermedades de la vía respiratoria superior las más prevalentes.

En la consulta de Urgencia la proporción de la consulta respiratoria es diferente en el Nivel Primario y Secundario.



..

Agregados la consulta electiva y de urgencia, considerando sólo 6 meses de la consulta SAPU, la consulta por Enfermedades Respiratorias asciende a 48.025. Si se proyectara a 12 meses la consulta SAPU, ascendería a 57.537 consultas por enfermedad respiratoria, mayoritariamente de Vía Respiratoria superior, lo que plantea y obliga a intervención estratégica en lo que respecta a la Demanda por este tipo de cuadros, principalmente orientado al auto-cuidado en grupos etáreos escolar y adulto joven.



Derivaciones Nivel Secundario.

Diagnósticos no resueltos en APS y en Lista de Espera prolongada CRD Hospital Base.

- Especialidades más derivadas desde APS.
 - Oftalmología
 - Traumatología
 - Dermatología (Sin Lista Espera prolongada)
 - Otorrinolaringología
 - Cirugía

- Especialidades con mayor Lista de Espera en CRD Hospital Base San Martín de Quillota.
 - Oftalmología
 - Traumatología
 - Otorrinolaringología
 - Cirugía

- Concepto Tiempo Espera Prolongado.
 - Consultas: Mayor a 120 días
 - Cirugía: Mayor a 1 año.

- Diagnósticos más frecuentes en lista de espera prolongada CRD Hospital Quillota
 - Oftalmología: Chalazión-Pterigion
 - Cirugía: Hernias-Colelitiasis -Safenectomía
 - Otorrino: Hipertrofia Adenoidea-amigdalina
 - Traumatología: Quistes sinoviales-Lumbociáticas-Retiro de placas.

Causas de consulta según Edad y Sexo.

Las causas de consulta por Grupo Etéreo están expresadas en proporción (%) del total de consultas codificables por cada tramo. Por sexo se expresa la proporción entre ellos por cada Grupo de enfermedad.

Causas de consulta en lactantes de 0 a 11 meses.

	Mujer (%)	Hombre (%)	Proporción
E. Respiratorias	49.6	50.4	60%
E. Digestivas	46.6	53.4	8.5
E. Infecciosas	43.5	56.5	7.9
E. de la Piel	47.2	52.8	7.7
E. del Ojo	48.8	51.2	5.9
Síntomas, signos y hallazgos anormales	70.7	29.3	3
M. Congénitas	58.6	41.4	2.3
Afecciones Perinatales	50	50	0.6
E. de la Sangre	85	14.9	0.5

Destaca la concentración de Enfermedades Respiratorias, con escasa dispersión en el resto de patologías, sin diferencias significativas por sexo.

Causas de consulta en niños entre 1 y 10 años.

	Mujer (%)	Hombre (%)	Proporción
E. Respiratorias	48.9	51.1	62%
E. Mental y del comportamiento	20.1	79.9	7.8
E. Infecciosas	51.3	48.7	5.6
E. del Ojo	50.7	49.3	5.3
E. Digestivas	51.7	48.3	4.5
E. de la Piel	50.6	49.4	4.5
Síntomas, signos y hallazgos anormales	54.9	46.1	3.5
E. Genitourinarias	68.3	31.2	2.5
E. Osteomusculares	46.6	53.5	1

También en este grupo etéreo prevalecen las enfermedades respiratorias, con un importante lugar en las Enfermedades de la Salud mental y del comportamiento entre las que mayoritariamente corresponden a cuadros de Síndrome de Déficit Atencional de la población escolar.

Causas de consulta en adolescentes entre 11 y 19 años.

	Mujer (%)	Hombre (%)	Proporción
E. Respiratoria	53	47	40.6
E. Mentales y del Comportamiento	27	73	9.26
Signos, síntomas y hallazgos anormales	62	38	7
E. Osteomusculares	61	39	6.9
E. Digestivas	63	37	6.5
E. de la Piel	55	45	6.3
E. Infecciosas	50	50	4.7
E. del ojo	54	46	4.2
E. Genitourinarias	76	24	3.7

En los adolescentes, la causa respiratoria presenta un descenso, con mayor dispersión de otras enfermedades y un alza respecto de los niños de 1 a 10 años en las enfermedades ligadas a la Salud Mental. Se debe mencionar que este grupo etéreo es el que presenta la menor tasa de consulta en el área urbana de Quillota: 0.5 cons/hab/ año.

Causas de consulta en adultos jóvenes entre 20 y 44 años.

	Mujer (%)	Hombre (%)	Proporción
E. Respiratorias	75	25	19.2
E. Osteomusculares	71	29	15.4
E. Digestivas	71.2	28.8	9
E. Sistema Circulatorio	64	36	9
E. Endocrinas	69	31	8.1
Signos, síntomas y hallazgos anormales	72	28	5.9
E. genitourinarias	79	21	5.8
E. Mentales y del comportamiento	66	34	5.5
E. del Sistema Nervioso	70	30	5.5

Causas de consulta en adultos entre 45-64 años.

	Mujer (%)	Hombre (%)	Proporción
E. Respiratorias	67	33	23.4
E. Osteomusculares	77	23	21
E. Digestivas	66	34	12.7
E. Sistema Circulatorio	80	20	12.2
E. Endocrinas	74	26	7
Signos, síntomas y hallazgos anormales	74	26	4.1
E. genitourinarias	76	24	3.8
E. Mentales y del comportamiento	68	32	2.9
E. del Sistema Nervioso	72	28	2.9

En el adulto joven y adulto medio, la causa respiratoria experimenta descenso importante ascendiendo la patología Osteomuscular, la que estaría relacionada con el elemento laboral: Dorso-lumbopatías, Patología de tejidos blandos y algunas enfermedades degenerativas son las más prevalentes.

Causas de consulta en adultos entre 65 y 79 años.

	Mujer (%)	Hombre (%)	Proporción
E. Sistema Circulatorio	61	39	30.5
E. Osteomusculares	71	29	17.4
E. Endocrinas	73	37	11.7
E. Respiratorias	72	28	10
E. Digestivas	64	36	5.8
E. Genitourinarias	64	36	4.7
E. del Ojo	64	36	4.3
Signos, síntomas y hallazgos anormales	64	36	4.1
E. Sistema Nervioso	61	39	2.3

Causas de consulta en adultos de 80 y más años.

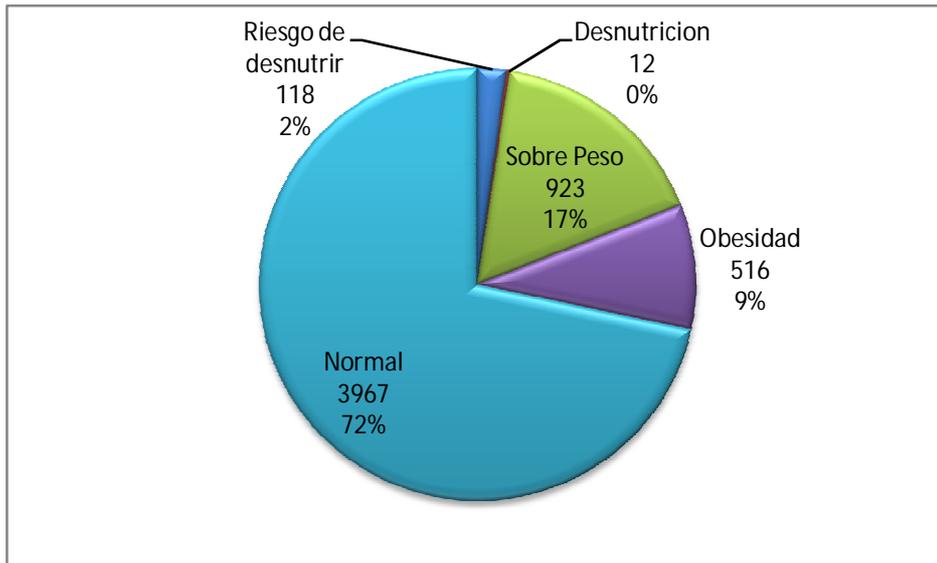
	Mujer (%)	Hombre (%)	Proporción
E. Sistema Circulatorio	64	36	34.4
E. Osteomusculares	64	36	16
E. Endocrinas	62	38	9
E. Respiratorias	69	31	8.2
E. Genitourinarias	65	35	6
E. del Ojo	57	43	5.2
Signos, síntomas y hallazgos anormales	56	44	5
E. Digestivas	64	36	4.2
E. Sistema Nervioso	55	45	4

En el Adulto mayor y senescente las Enfermedades del Sistema Circulatorio prevalecen como las más frecuentes, con demanda espontánea y mayoritariamente Demanda Inducida en el contexto del Programa Salud Cardiovascular.

PORCENTAJE DE OBESIDAD POR GRUPOS POBLACIONALES

POBLACION MENOR DE 6 AÑOS:

GRAFICO: ESTADO NUTRICIONAL POBLACION MENOR DE 6 AÑOS.

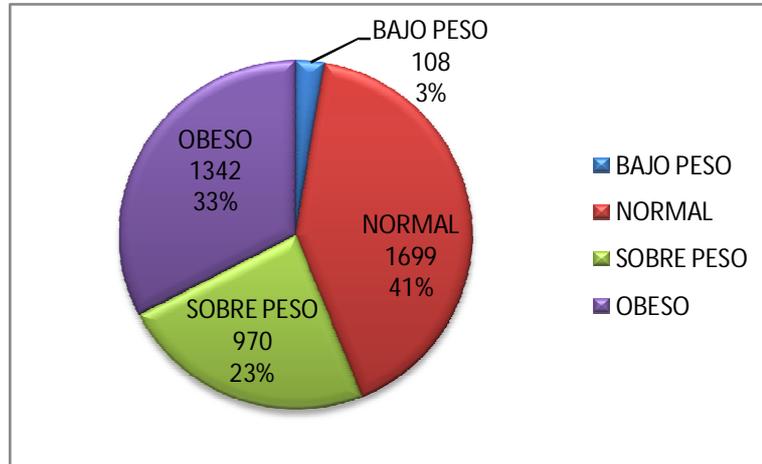


Respecto al estado nutricional de la población infantil menor de 6 años a nivel comunal se puede observar un porcentaje de **9% de niños/as con diagnóstico de obesidad infantil**, logrando la meta sanitaria establecida 9.4%.

Actualmente se desarrollan estrategias comunales, para la disminución constante de este indicador, como lo es por ejemplo el trabajo intersectorial entre educación, salud y Universidad de Valparaíso, a través de la Implementación del Proyecto “Disminución de los riesgos cardiovasculares en población infantil”, siendo uno de los temas a tratar la disminución de la obesidad infantil.

POBLACION ADULTA:

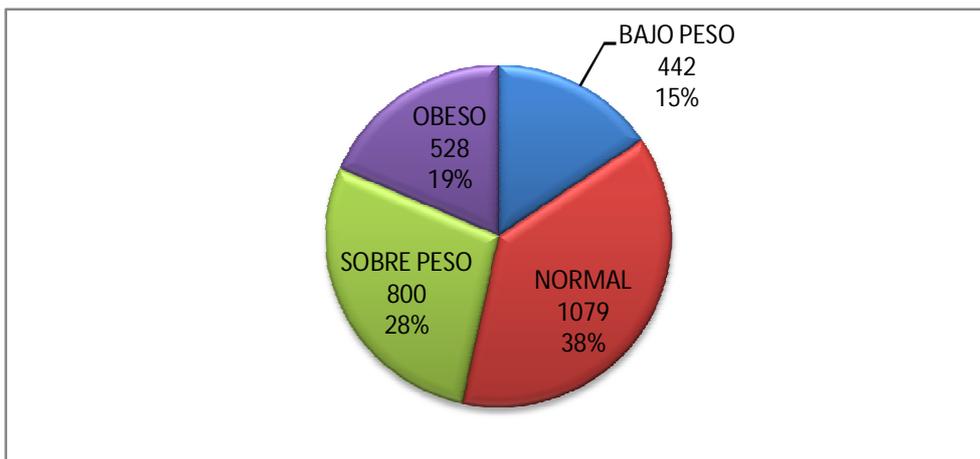
GRAFICO: ESTADO NUTRICIONAL POBLACION ADULTA:



De acuerdo a los datos recopilados en la aplicación de EMP a población adulta de 20 a 64 años, durante el periodo enero a fecha, se puede extraer la información de estado nutricional, donde el estado nutricional de obesidad presenta valores de un **33%**.

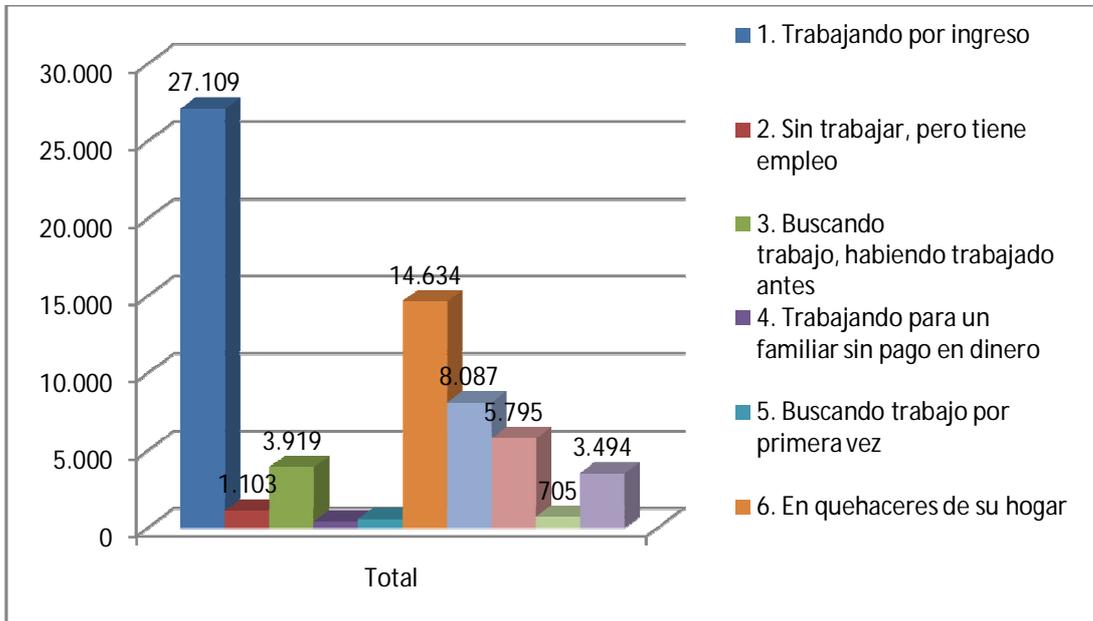
POBLACION ADULTA MAYOR:

GRAFICO: ESTADO NUTRICIONAL POBLACION ADULTA MAYOR:



De acuerdo a los datos recopilados de la aplicación de EMP adulto Mayor (2849), enero a octubre 2011, se puede extraer el estado nutricional de los adultos mayores, donde respecto al estado nutricional obeso, existe solo un **19%**.

ANTECEDENTES LABORALES COMUNA:



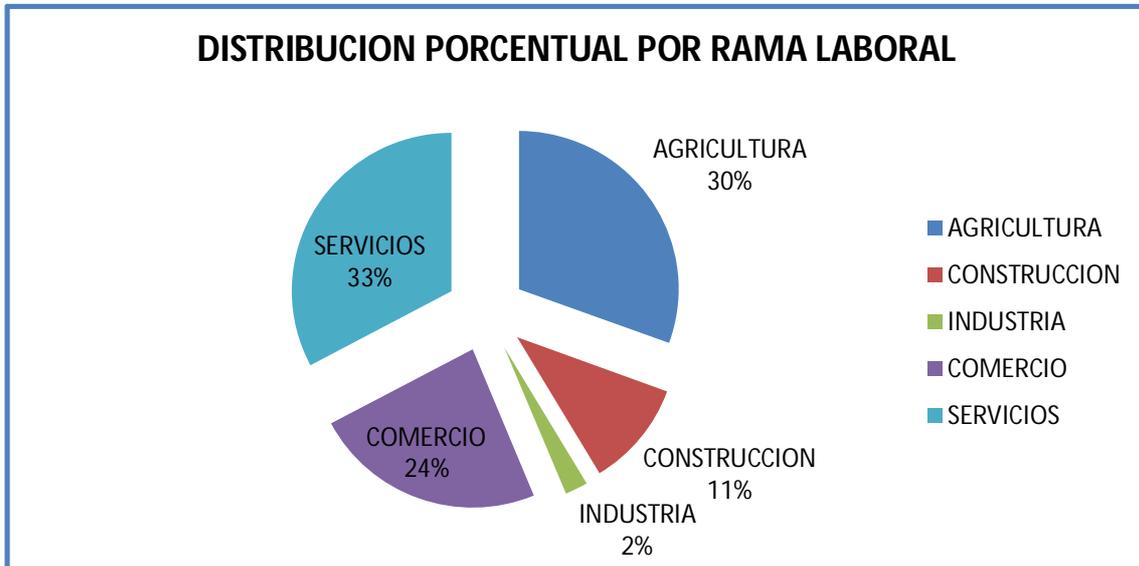
INE, PROYECCIONES 2010-2020

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

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

Adicionalmente, se puede señalar que la tasa de desocupación de la comuna de acuerdo a los datos obtenidos del INE respecto del último trimestre móvil diciembre-febrero 2011 es de un **10.2%**, presentando un aumento de 2.2 puntos porcentuales respecto del trimestre inmediatamente anterior, presentando un porcentaje mayor que a nivel regional. (Región de Valparaíso, 9.4%, primer lugar a nivel nacional)

GRAFICO: DISTRIBUCION PORCENTUAL POR RAMA LABORAL.



Fuente: Ficha de Protección Social, Dideco 2009

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

DATOS ESTADISTICOS DE EMBARAZOS EN PADRES ADOLESCENTES

Edad de Padres Nacimientos Quillota 2010-2011.

2010

	14	15	16	17	18	19
Hombre	0	0	2	6	9	32
Mujer	3	8	30	40	43	64

2011

Edad	14	15	16	17	18	19
Hombre	1	0	5	10	14	31
Mujer	5	10	25	39	39	63

Proporción del total de Embarazos

2010

	Mujer	Hombre
Total embarazos	1192	1192
Total 14 a 19 años	188	49
Proporción	15,7%	4,1%

2011

	Mujer	Hombre
Total embarazos	1253	1253
Total Menores de 19 años	181	61
Proporción	14,4%	4,8%

Tasa de Fecundidad Adolescentes

Construido sólo en base a Edad de Madre, no de Padre.

Tasa= N° Embarazos adolescente por cada 1000 niñas

Niñas de 15 a 19 años 3.364 (no se cuenta con dato edad 14 años en distribución per cápita FONASA MINSAL)

Si se agregan las Inscritas en Base de Datos Rayen, corte de edad 14 años con 625 niñas, el total Población edad 14 a 19 años es: 3.989

Tasa Quillota 2010	55,8/oo
Quillota 2011	53,8%o
Referente País	51,2%o

DATOS ESTADÍSTICOS ADULTO MAYOR

PERSPECTICA SOCIO-SANITARIA



Datos Estadísticos Adulto Mayor

○ Población INE Adulto Mayor 60 años > 65¿?)	12.833 (10.045
○ Población Per-cápita Comuna	10.746
○ Pob. Per-cápita urbano	9.241
○ Clientes reales M. Concha electiva	5.838
○ Clientes SAPU	309
○ Cobertura	66%

Población Control Cardiovascular

○ Personas Adulo Mayor en control	3.500
-----------------------------------	-------

Protección Social “Cerrada” del Adulto Mayor

Casas de Reposo

	Nº Total con registros	15	100%
Tipo	Beneficencia	4	26%
	Privadas	11	74%
Capacidad	8 a 20 personas	11	
	21 a 40 personas	1	
	41 a 60 personas	1	
	> 60 personas	2	
	Total	296 personas 148 en Beneficencia	
	Índice Ocupacional	En los de Beneficencia: 135 personas Mayo	91% en Beneficencia

2.-Carga de Enfermedad Salud Ambulatoria.

Morbilidad Atención Primaria.

Causas de consulta adultos 65 a 79 años.

	Total	Proporción
E. Sistema Circulatorio	2918	30.5
E. Osteomusculares	1666	17.4
E. Endocrinas	1123	11.7
E. Respiratorias	953	10
E. Digestivas	553	5.8

Causas de consulta adultos 80 años

Adultos mayores 80 años	Total	Proporción
E. Sistema Circulatorio	965	34.4
E. Osteomusculares	443	16
E. Endocrinas	243	9
E. Respiratorias	231	8.2
E. Genitourinarias	162	6

3.- Carga de Enfermedad Atención Cerrada.

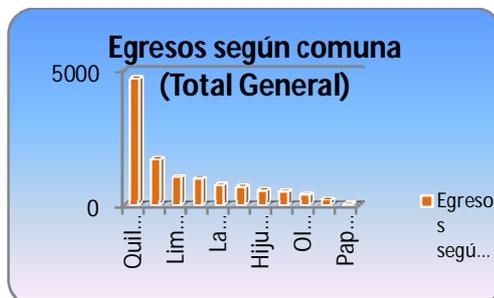
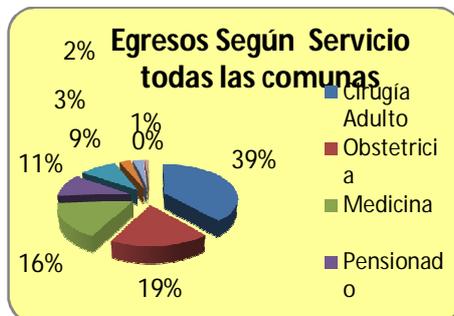
Salud Hospitalaria Adulto Mayor.

Egresos Hospitalarios Adulto Mayor.

Se utiliza Base de Datos de los egresos Hospital Base de Quillota año 2011.

Egresos según comuna todas las edades.

Comuna	Nº	Proporción
Quillota	4698	40,7
La Calera	1705	14,8
Limache	1040	9,0
Otras	973	8,4
La Ligua	749	6,5
Nogales	678	5,9
Hijuelas	554	4,8
Cabildo	512	4,4
Olmue	396	3,4
Petorca	208	1,8
Papudo	36	0,3
Total	11549	100



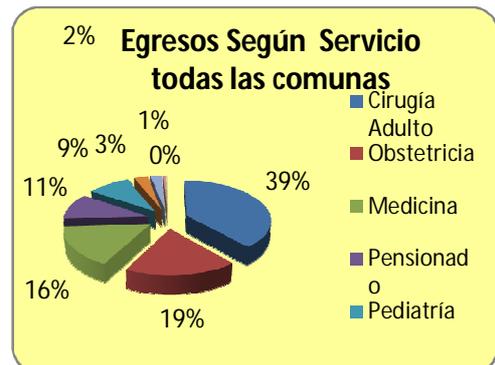
Egreso

Según Servicio todas las comunas.

Servicio-Egreso	Total	Proporción
Cirugía Adulto	4.455	38,6
Obstetricia	2.210	19,1
Medicina	1.897	16,4
Pensionado	1.209	10,5
Pediatría	1.069	9,3
Cirugía Infantil	336	2,9
Cunas	284	2,5
UTCIM	70	0,6
Incubadoras	19	0,2
Total general	11.549	

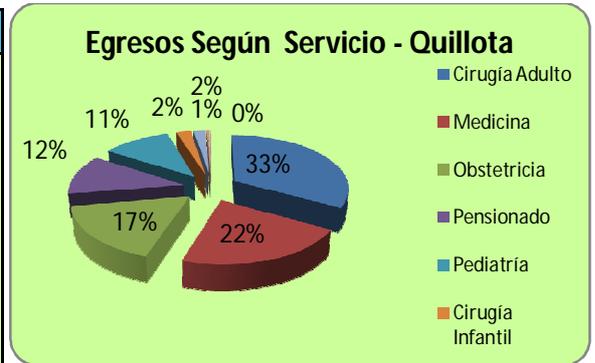
Egresos Según Servicio Otras comunas.

Servicio-Egreso	Total	Proporción
Cirugía Adulto	2.893	42,2
Obstetricia	1.397	12,1
Medicina	878	7,6
Pensionado	644	5,6
Pediatría	552	4,8
Cirugía Infantil	226	2,0
Cunas	202	1,7
UTCIM	44	0,4
Incubadoras	15	0,1
Total general	6.851	

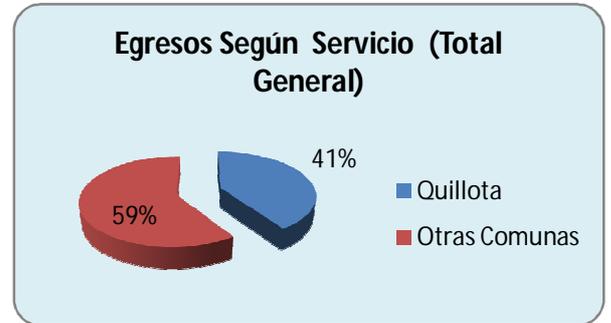


Egresos Según Servicio – Comuna Quillota

Servicio-Egreso	Total	Proporción
Cirugía Adulto	1.562	33,2
Medicina	1.019	21,7
Obstetricia	813	17,3
Pensionado	565	12,0
Pediatría	517	11,0
Cirugía Infantil	110	2,3
Cunas	82	1,7
UTCIM	26	0,6
Incubadoras	4	0,1
Total Quillota	4.698	



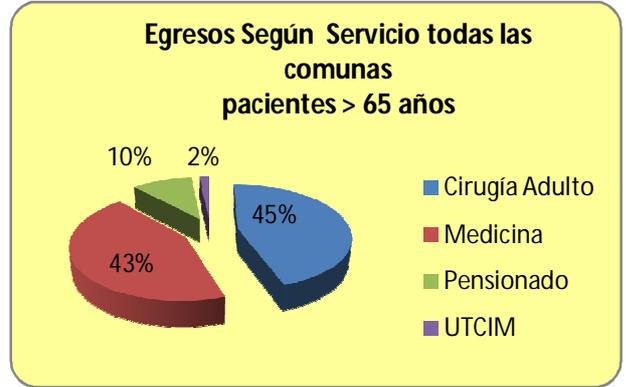
Comuna	Total	Proporción
Quillota	4.698	40,7
Otras Comunas	6.851	59,3
Total	11.549	100,0



SERVICIO / EGRESO Pacientes 65 años y más

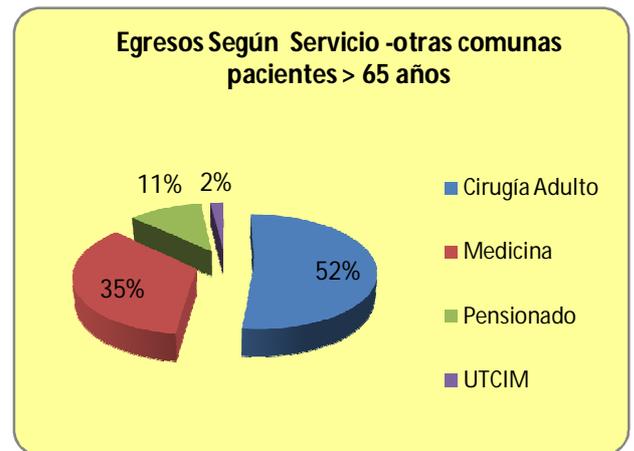
Egresos Según Servicio todas las comunas.

Servicio-Egreso	Total	Proporción
Cirugía Adulto	1.103	44,8
Medicina	1.072	43,5
Pensionado	248	10,1
UTCIM	40	1,6
Total	2.463	100,0



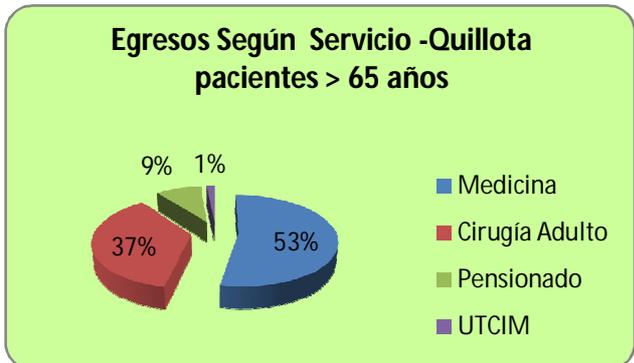
egresos Según Servicio Otras comunas.

Servicio-Egreso	Total	Proporción
Cirugía Adulto	683	51,9
Medicina	461	35,1
Pensionado	147	11,2
UTCIM	24	1,8
Total	1.315	100,0

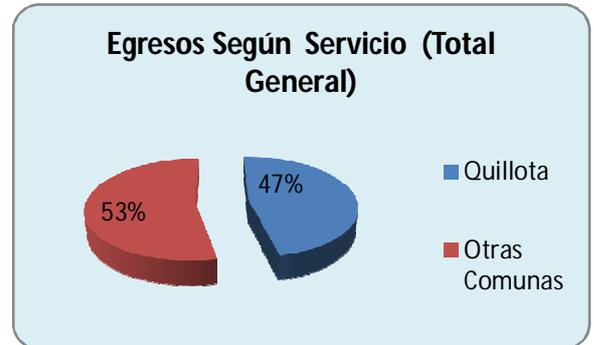


Egresos Según Servicio – Comuna Quillota

Servicio-Egreso	Total	Proporción
Medicina	611	53,2
Cirugía Adulto	420	36,6
Pensionado	101	8,8
UTCIM	16	1,4
Total	1.148	100,0



Comuna	Total	Proporción
Quillota	1.148	46,6
Otras Comunas	1.315	53,4
Total	2.463	100,0



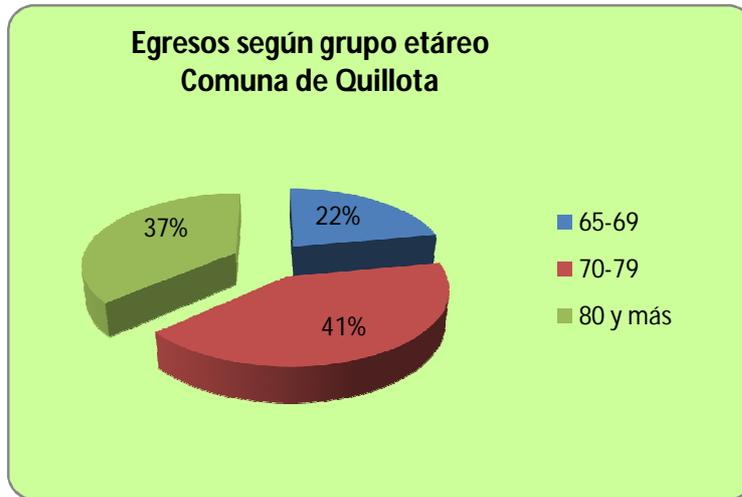
EGRESOS POR GRUPO ETAREO TODAS LAS COMUNAS 65 AÑOS Y MÁS

G. Étareo	65-69	70-79	80 y más	TOTAL
Total	603	1.087	773	2.463
Proporción	24,5	44,1	31,4	100,0



EGRESOS GRUPO ETAREO COMUNA DE QUILLOTA 65 AÑOS Y MAS

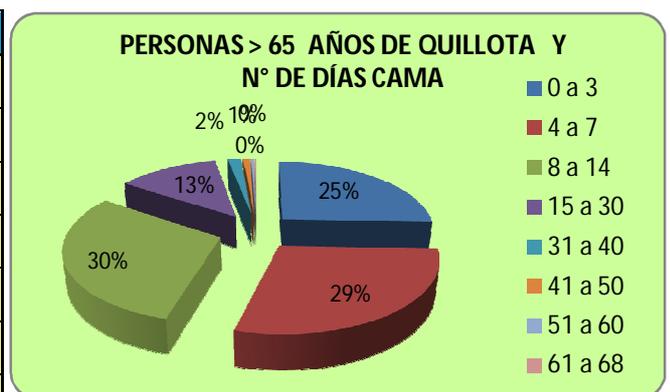
G. Étareo	65-69	70-79	80 y más	TOTAL
Total	254	475	419	1.148
Proporción	22,1	41,4	36,5	100,0



Días Camas Adulto Mayor.

PERSONAS > 65 AÑOS DE QUILLOTA Y N° DE DÍAS CAMA

Cantidad Días	Total	Proporción
0 a 3	293	25,5
4 a 7	330	28,7
8 a 14	346	30,1
15 a 30	145	12,6
31 a 40	18	1,6
41 a 50	10	0,9
51 a 60	4	0,3
61 a 68	2	0,2
Total	1148	



Días Cama	Cirugía Adulto	Medicina	Pensionado	UTCIM	Total general
0	2	1			3
1	49	35	28	4	116
2	39	37	11	3	90
3	35	36	12	1	84
TOTAL	125	109	51	8	293

Días Cama	Cirugía Adulto	Medicina	Pensionado	UTCIM	Total general
4	48	37	20	1	106
5	26	45	8		79
6	20	47	8	1	76
7	19	44	4	2	69
TOTAL	113	173	40	4	330

Días Cama	Cirugía Adulto	Medicina	Pensionado	UTCIM	Total general
8	17	60	1	1	79
9	17	38	2		57
10	24	42		2	68
11	16	25	2		43
12	13	30			43
13	12	17			29
14	7	20			27
TOTAL	106	232	5	3	346

Días Cama	Cirugía Adulto	Medicina	Pensionado	UTCIM	Total general
15	6	13	2		21
16	8	10	2		20
17	6	6			12
18	4	10			14
19	2	13		1	16
20	6	4			10
21	5	4	1		10
22	3	4			7
23	5	5			10
24		3			3
25	4	1			5

26	1	1			2
27	1	2			3
28		4			4
29	4	2			6
30	1	1			2
TOTAL	56	83	5	1	145

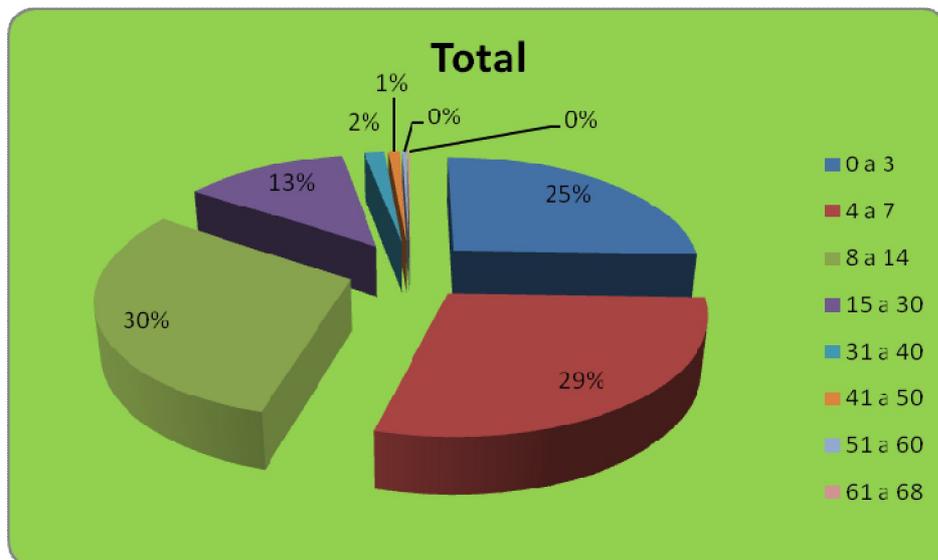
Días Cama	Cirugía Adulto	Medicina	Pensionado	UTCIM	Total general
31	2	1			3
32	1				1
33	1	1			2
34	1				1
35	2				2
36	1	1			2
37	1	2			3
39	1				1
40		3			3
TOTAL	10	8			18

Días Cama	Cirugía Adulto	Medicina	Pensionado	UTCIM	Total general
43		1			1
44	1	1			2
45	1	1			2
46	2	1			3
47	1				1
48	1				1
TOTAL	6	4			10

Días Cama	Cirugía Adulto	Medicina	Pensionado	UTCIM	Total general
51		1			1
52	1				1
54	1				1
60	1				1
TOTAL	3	1			4

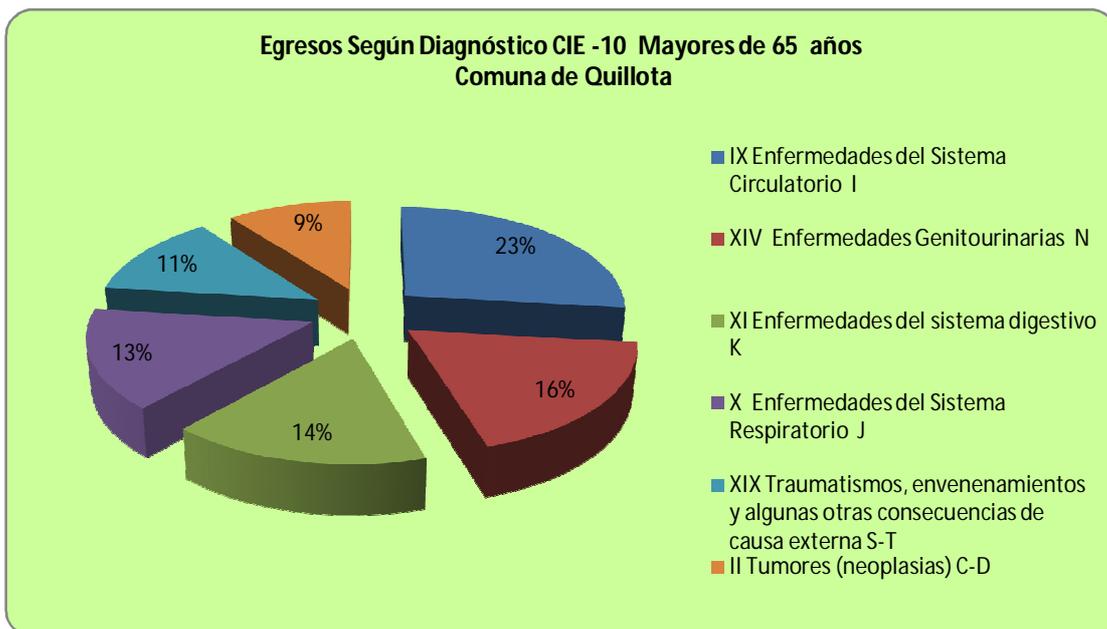
Días Cama	Cirugía Adulto	Medicina	Pensionado	UTCIM	Total general
65	1				1
68		1			1
TOTAL	1	1			2
Total general	420	611	101	16	1148

Cantidad Días Cama	Cirugía Adulto	Medicina	Pensionado	UTCIM	Total
0 a 3	125	109	51	8	293
4 a 7	113	173	40	4	330
8 a 14	106	232	5	3	346
15 a 30	56	83	5	1	145
31 a 40	10	8	0	0	18
41 a 50	6	4	0	0	10
51 a 60	3	1	0	0	4
61 a 68	1	1	0	0	2
Total	420	611	101	16	1148



Egresos Según Diagnóstico Mayores de 65 años.

Capítulo CIE - 10		Código	Total	Proporción
IX	Enfermedades del Sistema Circulatorio	I	263	22,9
XIV	Enfermedades Genitourinarias	N	182	15,9
XI	Enfermedades del sistema digestivo	K	160	13,9
X	Enfermedades del Sistema Respiratorio	J	151	13,2
XIX	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa	S-T	124	10,8
II	Tumores (neoplasias)	C-D	101	8,8
XVIII	Signos y síntomas mal definidos	R	42	3,7
III	Enfermedades Endocrinas, nutricionales y metabólicas	E	35	3,0
I	Enfermedades Infecciosas y Parasitarias	A-B	33	2,9
XXI	Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud	Z	21	1,8
XII	Enfermedades de la Piel y el Tejido subcutáneo	L	12	1,0
VI	Enfermedades del sistema nervioso	G	8	0,7
XIII	Enfermedades del sistema osteomuscular y tejido conjuntivo	M	8	0,7
IV	Trastornos mentales y del comportamiento	F	3	0,3
VII-VIII	Enfermedades del ojo / Enfermedades del oído	H	3	0,3
XV	Embarazo, Parto y Puerperio	O	1	0,1
XVII	Malformaciones Congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	Q	1	0,1
TOTAL:			1148	100,0



DIAGNOSTICO PARTICIPATIVO AREA COMUNAL

METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO:

- Teórico-Práctica considerando una planificación desde los problemas
- utilizando como recurso las fortalezas.

OBJETIVOS:

General:

- Desarrollar un diagnóstico participativo que permita recopilar las necesidades de la ciudadanía permitiendo establecer soluciones a las problemáticas de salud desde la misma comunidad.

Específicos:

- Acercar el sistema de salud al capital social permitiendo la coordinación con el mismo.
- Favorecer el auto análisis comunitario que de cuenta del grado de sus problemáticas.
- Permitir el desarrollo de soluciones por parte de la comunidad en relación a las problemáticas planteadas.
- Favorecer la comunicación y participación en el desarrollo de planes de salud futuros.
- Efectuar una sistematización de la experiencia que permita desarrollar un informe para ser utilizado como instrumento de gestión en la red de salud municipal.

DESTINADO A:

- Población interesada
- Sociedad Civil organizada
Ej: miembros del Concejo comunal de la discapacidad, miembros de CEALIVI, miembros de UNCO y miembros de Juntas de Vecinos, Mesas Territoriales, Red Q, Of. de la Juventud JUNJI y Of. Del Adulto Mayor, Of. De La Discapacidad
- Autoridades comunales: Presidente o representantes de las entidades anteriormente señaladas

TECNICAS A UTILIZAR:

- FLOA
- Lluvia De Ideas
- Escala De Estimación-Valoración
- Técnica De Jerarquización
- Análisis De Acciones

PRODUCTOS ESPERADOS:

- Diagnóstico participativo de la comunidad que permita establecer una herramienta de gestión para políticas locales de salud, especialmente en el concejo consultivo y desarrollo de las estrategias de RBC
- Obtener un compromiso del capital social en las políticas y gestión de salud y de las autoridades competentes.
- Generar una sistematización de la experiencia que permita ser una herramienta de trabajo capaz de ser replicada por otras entidades municipales.

PARTICIPANTES:

Miembros del Concejo comunal de la discapacidad.
Miembros de CEALIVI.
Miembros de UNCO.
Miembros de Juntas de Vecinos y Mesas Territoriales,
Red Q, (Educación).
Oficina de la Juventud
JUNJI.
Oficina del Adulto Mayor.
Oficina de la Discapacidad
Autoridades Comunales.
Directores de Centros de Salud de la comuna.
Dirección de Desarrollo Comunitario.

PRINCIPALES RESULTADOS DEL DIAGNOSTICO PARTICIPATIVO:

Para el trabajo grupal, fueron dispuestas 10 mesas de trabajo, cada una compuesta por 10 representantes de la comunidad, un monitor facilitador y un monitor digitador. La distribución de representantes fue aleatoria en 6 de las 10 mesas dispuestas, creándose 4 mesas intencionadas, una para personas en situación de discapacidad, una para representantes de la población joven, y una para representantes de la Red-Q (Educación) y una para Adulto mayor. Contando con la concurrencia de 110 personas lo que corresponde al 84% de las invitaciones entregadas, 100% de los monitores voluntarios y 60% de las autoridades invitadas al evento.

En el análisis intergrupal se observa una correlación en las problemáticas sentidas por parte de los participantes en las distintas mesas, las que pueden ser resumidas en las siguientes temáticas:

- Poca comunicación e información en relación a los programas y beneficios.
- Solicitud de talleres, vacunación y controles en los jardines infantiles.
- Necesidad de lograr la apropiación de espacios para los jóvenes.
- Necesidad de contar con más espacios de deporte y desarrollo de actividades de vida saludable, lo anterior con la intención de disminuir el sedentarismo y obesidad.
- Problemas de aseo y ornato, asociados a contaminación acústica, del aire, basurales, saneamiento ambiental, presencia de perros vagos y antenas.

MATRIZ DE PROBLEMATIZACION:

La idea principal fue que los grupos pudiesen identificar las principales problemáticas en el tema de salud asociadas a los grupos que representaban. Así, con las problemáticas señaladas, debían ser transformadas en positivas.

RESUMEN MATRIZ.

- PROBLEMA	+ OBJETIVO GENERAL
Falta de asistencia en los centros de salud	Capacitación de voluntarios para apoyo en la atención de público
Falta de aprovechamientos de los espacios de los centros de atención para acoger iniciativas comunitarias	Realizar actividad recreativas de grupos comunitarios de jóvenes vinculados a actividad física y recreación
Falta de información real en torno a la sexualidad	Generar un diagnóstico en temas de sexualidad y un programa de trabajo desde los jóvenes
Distancia entre los centros de salud y jóvenes	Generar un trabajo en conjunto entre salud y Oficina Municipal de la Juventud para potenciar las redes
Falta desarrollar conciencia ecológica Falta compatibilizar salud alópata y natural	Promover un plebiscito para tomar decisiones a futuras propuestas de actividades que puedan contaminar la ciudad.
Hay estigmatización a ciertos sectores de la comuna.	Fomentar buenas practicas de convivencia.
La comunidad no aprovecha los espacios comunitarios y públicos para desarrollar buenos estilos de vida	Estudiar los diferentes con .grupos para que opinen como hacer los espacios mas amigables para la diversidad, a través de mesas territoriales

- PROBLEMA	+ OBJETIVO GENERAL
Existe individualismo y falta de ponerse en el lugar del otro desde la edad preescolar	Promover en la comunidad formas de convivencia y respeto educando sobre deberes y derechos hacia el otro y hacia su medio dentro de todos los espacios de la comunidad.
Falta de presencia de profesionales del área de salud (asistente social, enfermera, psicóloga, otros...) en los propios establecimientos educativos.	Generar instancias de coordinación entre el área salud y educación, para promover espacios compartidos de atención.
Falta de espacios de atención específica para adolescentes, en el área preventiva, promocional y recuperativa.	Implementar un espacio de atención de salud juvenil en los mismos establecimientos de salud: "Consultorio Juvenil".
Excesivo tiempo de espera en la entrega de medicamentos en Consultorio M Concha	Disminuir tiempo de espera en la entrega de medicamentos Cons M Concha
Falta de comunicación entre la Unión Comunal y las mesas territoriales con respecto a beneficios en Salud que tienen y que desconocen.	Fortalecer las redes existentes mejorando la participación de todos los actores de la comunidad

Posteriormente, considerando la matriz de problemas/objetivos, se priorizaron los principales problemáticas, utilizando para ello la MATRIZ DE JERARQUIZACION, de lo anterior surgen, las principales problemáticas a trabajar y su línea de acción:

JOVENES:

- Falta de espacios específicos para atención de jóvenes en el área de prevención, promoción y recuperación, en los centros de salud, que genera una mayor distancia entre estos y los equipos de salud.
- Falta de presencia de equipos de salud en los establecimientos educacionales, para acercar ambos espacios.

Líneas a trabajar:

- Generar un trabajo en conjunto entre salud y Oficina Municipal de la Juventud para potenciar las redes y la integración activa de los jóvenes en salud.
- Implementar un espacio de atención de salud juvenil en los mismos establecimientos de salud: "Consultorio Juvenil".
- Generar instancias de coordinación entre el área salud y educación, para promover espacios compartidos de atención.
-

COMUNIDAD Y VIDA SALUDABLE:

- Comunidad no aprovecha espacios públicos para generar y desarrollar estilos de vida saludables.
- Aumento de los niveles de obesidad en general.

Líneas a trabajar:

- Generar coordinación y estrategias con los diferentes grupos de la comunidad para que se elaboren propuestas de generación de espacios más amigables en los distintos sectores de la comunidad, utilizando como medio de reunión y gestión las mesas territoriales.
- Reactivar, integrar y motivar a la gente, creando espacios para la actividad física y recreación
- Jornadas recreativas y de esparcimiento.
- Mantención y aumento de actividades físicas.
- Potenciar el desarrollo de actividades deportivas, y utilización de espacios existente para ello.

ADULTO MAYOR:

- Falta de especialistas en los adultos mayores a las acciones de salud.
- Falta de capacidad de las familias en los cuidados del Adulto Mayor y sus etapas.
- Más actividades para el cuidador de adultos mayores.

Líneas de Acción:

- Generar espacios de capacitación o información permanente a las familias en los cuidados del adulto mayor y las etapas de evolución y además del auto cuidado de los cuidadores.
- Mantener y potenciar la atención preferencial del adulto mayor.

DIAGNOSTICOS PARTICIPATIVO DE SALUD AREA RURAL:

CESFAM SAN PEDRO:

El trabajo comunitario en San Pedro se ha caracterizado por avanzar en la línea de participación social basada en el enfoque de determinantes sociales de la salud y el enfoque ecosistémico. Bajo esta perspectiva se han ido incrementando las acciones en dos direcciones: En los diagnósticos sociosanitarios con técnicas participativas de los que ha devenido un conjunto de acciones programáticas y de la aproximación a la calidad de atención que brinda el Cesfam a través del diseño participativo del protocolo de atención usuaria.

El trabajo descrito se ha fundamentado en el aporte de consejo de salud de San Pedro, cuya experiencia y cooperación han sido determinantes para mantener y proyectar el desarrollo de esta área.

Cabe hacer presente que el diagnóstico participativo 2011 está en proceso de construcción, se ha desarrollado la primera etapa pero falta hacer la sistematización y devolución a los participantes.

SEXO		EDAD		TOTAL PARTICIPANTES
Hombres	Mujeres	Menor de 65 años	Mayor de 65 años	286
99	187	243	43	
Nº de reuniones al 16 de noviembre de 2011: 29				
Grupo de trabajo estable del Consejo de salud: 9 personas				
Grupo de trabajo estable de la red de productores: 10 personas.				

De las áreas derivadas del diagnóstico participativo 2009 y programas de intervención 2010-2011, podemos señalar como estado de avance:

- **FUMIGACIONES AEREAS**

- Creación de red de comunidades fumigadas.
- Recurso de Protección de Alcalde debido a fumigaciones aéreas en zonas pobladas.
- Solicitud a SEREMI de Salud de ampliación de franja de seguridad para fumigaciones aéreas.
- Difusión de Reglamento Nacional de Fumigaciones Aéreas para Servicios Públicos e instituciones de San Pedro.

- Difusión de Reglamento Nacional de Fumigaciones Aéreas para dirigentes comunitarios.
- Fiscalización de fumigaciones aéreas.
- Caminata: No a las fumigaciones aéreas y transgénicos".

- **PLAGUICIDAS PELIGROSOS**

- Asistencia a sesiones de la comisión de Agricultura del Senado para argumentar razones para prohibir plaguicidas Sumamente peligrosos (1ª) y peligrosos (1b).
- Alcalde de Quillota solicita al Senado prohibición de plaguicidas Sumamente peligrosos (1ª) y peligrosos (1b).

- **ALIMENTOS ORGANICOS.**

- Creación de Cooperativa de Consumo de productos agrícolas exentos de plaguicidas.
 - Encuentro de productores agrícolas y consumidores.
 - Capacitación de productores agrícolas en terreno.
 - Capacitación de productores agrícolas en la certificación de producción orgánica
 - Capacitación en la formación de Cooperativa de Consumo.
 - Oferta y compra de cooperativa de consumo.

- **ATENCION AL USUARIO**

- Protocolo de Atención y Buen Trato Al Usuario
 - Elaboración de Protocolo de Atención y Buen Trato Al Usuario en la dación de hora y atención de morbilidad en horario diurno.
 - Aprobación de versión preliminar por parte de Directora del Centro de Salud de San Pedro.
 - Aprobación de versión preliminar por parte del Director del Departamento de Salud de Quillota.
 - Deposito del protocolo en el Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota.
 - Periodo de marcha blanca del Protocolo e introducción de modificaciones.
 - Deposito del protocolo definitivo en el Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota.
 - Implementación definitiva del Protocolo en el Centro de Salud.

- **Estacionamiento de bicicletas.**
 - Instalación de estacionamiento de bicicletas en el Centro de Salud.
 - Inauguración del estacionamiento de bicicletas.

LOGROS	DESAFIOS
<ul style="list-style-type: none"> • Consolidación del consejo de salud San Pedro. • Avance cualitativo en la mirada ciudadana de los participantes del consejo de salud. • Vinculación con redes locales que han favorecido la gestión y comunicación con la comunidad (Radio comunitaria). • Diseño y análisis de la realidad sociosanitaria. • Avance desde la participación consultiva hacia la participación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Participar en la creación del reglamento nacional de fumigaciones terrestres. • Campaña de educación comunitaria sobre los peligros asociados al uso de plaguicidas y las medidas de protección a la salud. • Formalización de la cooperativa de consumo. • Ubicación de puntos estables de ventas • Firma del Protocolo por parte de autoridades. • Publicación y Difusión del protocolo. • Campaña de educación auto-cuidado en el uso de la bicicleta. • Instalar la comisión de revisión de solicitudes ciudadanas.

DIAGNÓSTICO RURAL PARTICIPATIVO CESFAM LA PALMA

CONTEXTO:

El sector rural La Palma, pertenece a la comuna de Quillota, y se ubica en el sector oriente de la ciudad a aproximadamente 5 kms. del centro de la ciudad.

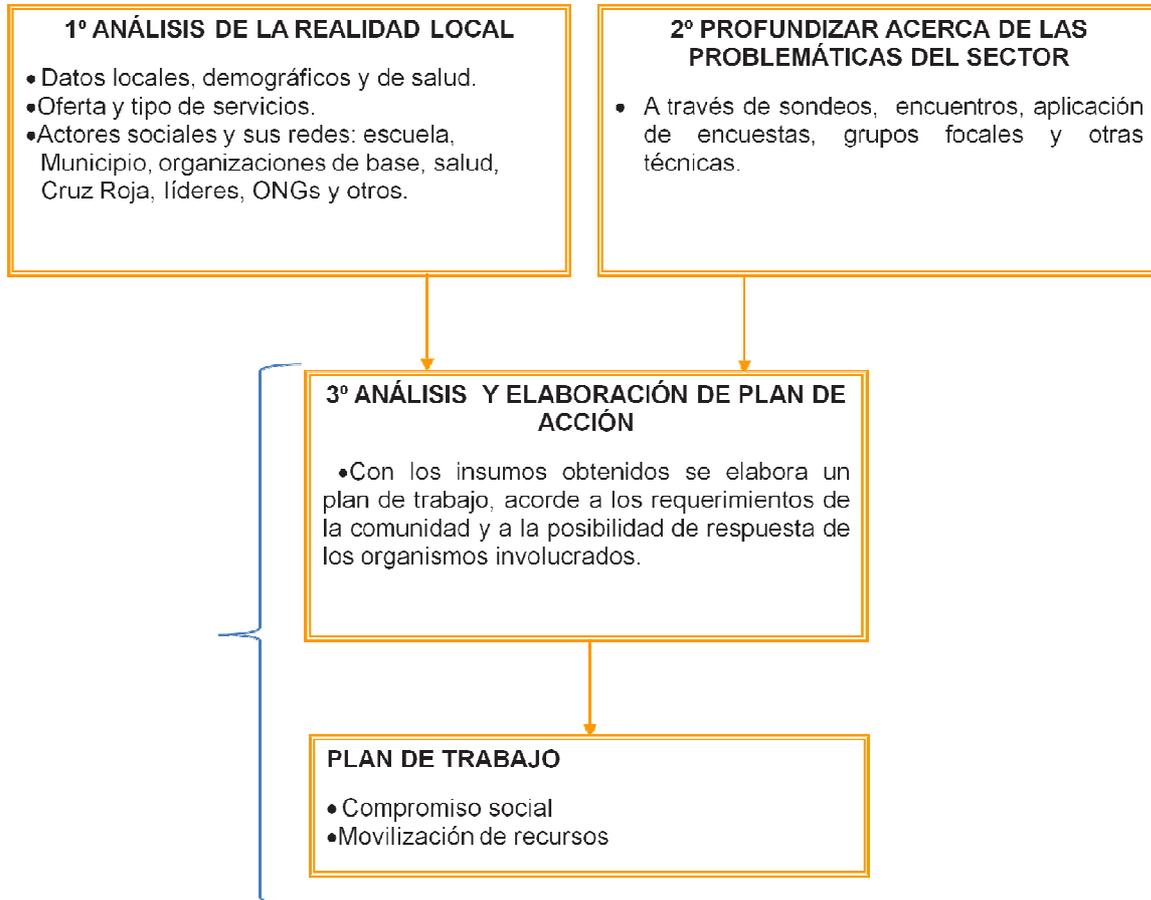
En cuanto al traslado hasta las diferentes localidades que comprende, este también se da por vías en buen estado de conservación y con presencia de pavimento. La locomoción con la que cuenta el sector corresponde a tres líneas de taxis colectivos rurales y al servicio esporádico de buses. Los anteriores poseen su terminal al final de la calle Ariztía con Av. Condell y en la Plaza de los Ceibos.

La población del sector se distribuye en los sectores de Santa Olivia, Los Morillos, El Huerto, La Hornilla, Los Almendros, La Palma, Rotonda San Isidro, Pueblo Indio, El Cóndor, Lo Mardones, Las Pataguas, La Puntilla.

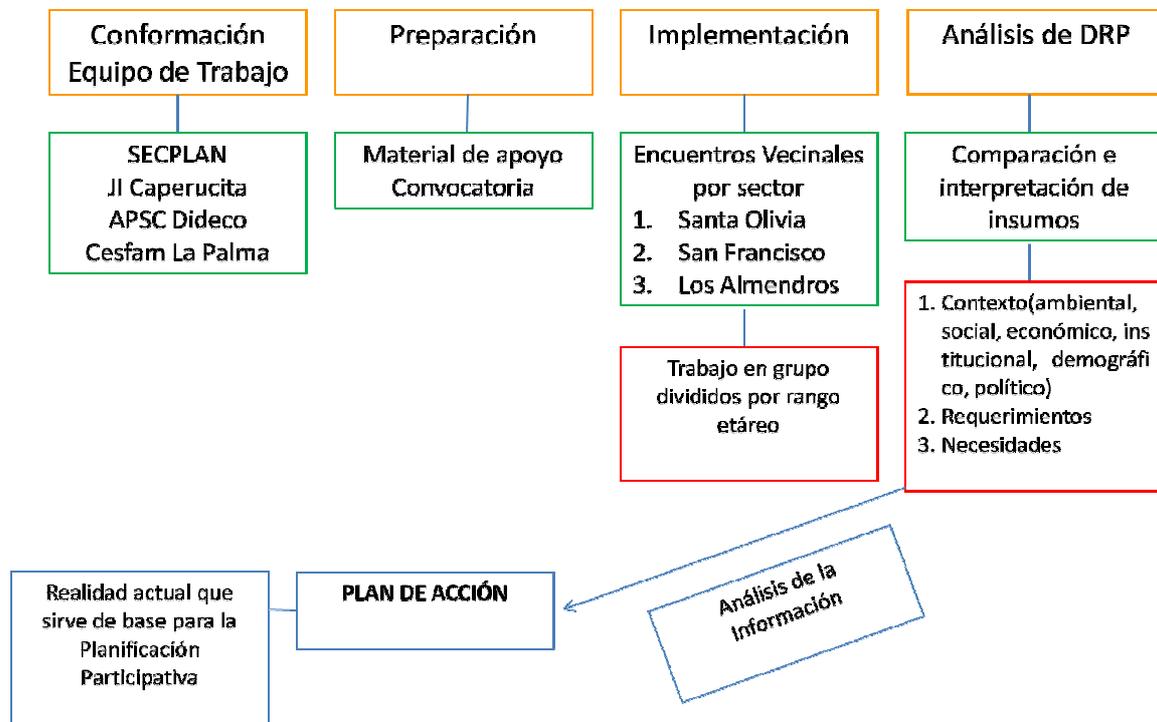
OBJETIVOS:

- Obtener información primaria de “campo” en la comunidad, con un grupo representativo de ella, de modo de lograr un autodiagnóstico.
- Evaluar los problemas y las oportunidades de solución para considerar posibles proyectos de mejoramiento en el manejo de los recursos y de las condiciones de vida de hombres y mujeres en general.

MOMENTOS DEL DIAGNÓSTICO:



METODOLOGÍA:



TENDENCIAS:

Según los datos recogidos en los tres encuentros vecinales con niños, adolescentes, adultos y AM del sector La Palma, las siguientes son las tendencias que identifican en este momento a su gente:

- Gusto de compartir entre amigos.
- Fútbol y rodeo deportes que identifican al sector.
- Sector tranquilo, acogedor y seguro.
- Fuentes laborales permanentes aunque inestables.
- Solidaridad entre vecinos
- Disminución en el consumo de alcohol y drogas.
- Dificultad para generar encuentros entre vecinos
- Escasa participación comunitaria (JJVV, Comités)
- Falta de interés para liderar organizaciones comunitarias. (Ausencia de recambio de líderes)
- Migración de Jóvenes a la ciudad, principalmente por estudios.
- Población joven no interesada en realizar labores agrícolas.
- No existe tenencia responsable de mascotas.
- Se reconocen organizaciones, instituciones y líderes del sector.

NECESIDADES Y REQUERIMIENTOS:

EDUCACIÓN	SALUD	INFRAESTRUCTURA	SERVICIOS
<ul style="list-style-type: none"> • Implementación de tercer nivel en Jardín Infantil (2 a 3 Años) • Acceso a participación de padres y apoderados en procesos de las escuelas. • Tenencia responsable de mascotas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento horas profesionales (Matrona – Nutricionista) • Médico permanente en el Cesfam. • Programas Preventivos OH y drogas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pavimentación para sectores donde aun existen calles de tierra. • Sistema de eliminación de aguas lluvia. • Implementación de alcantarillado. • Instalación de paraderos . 	<ul style="list-style-type: none"> • Mejora en el sistema de locomoción pública • Mejora en el acceso internet • Acceso para todo el sector a sistema de aseo domiciliario • Instalación de señalética en el sector de establecimientos educacionales y centro de salud. • Lugares de esparcimiento. • Juegos Infantiles. • Mejorar seguridad (Mayor presencia de Plan Cuadrante).

OFERTA DE SALUD DE LA COMUNA:

MODELO DE GESTIÓN LOCAL Y REFORMA DE SALUD

MODELO DE GESTIÓN

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

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

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

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

LA NECESIDAD DE LA INTEGRACION.

La **Misión Institucional** del Departamento de Salud ha sido definida en los siguientes términos:

“Ser un sistema de salud municipal de atención Primaria de Salud Pública Integral, oportuno, innovador, resolutivo, en la calidad de las prestaciones de sus servicios, que trabaja con familias para el logro de individuos sanos y una ciudadanía saludable, corresponsable, participativa e integral.”

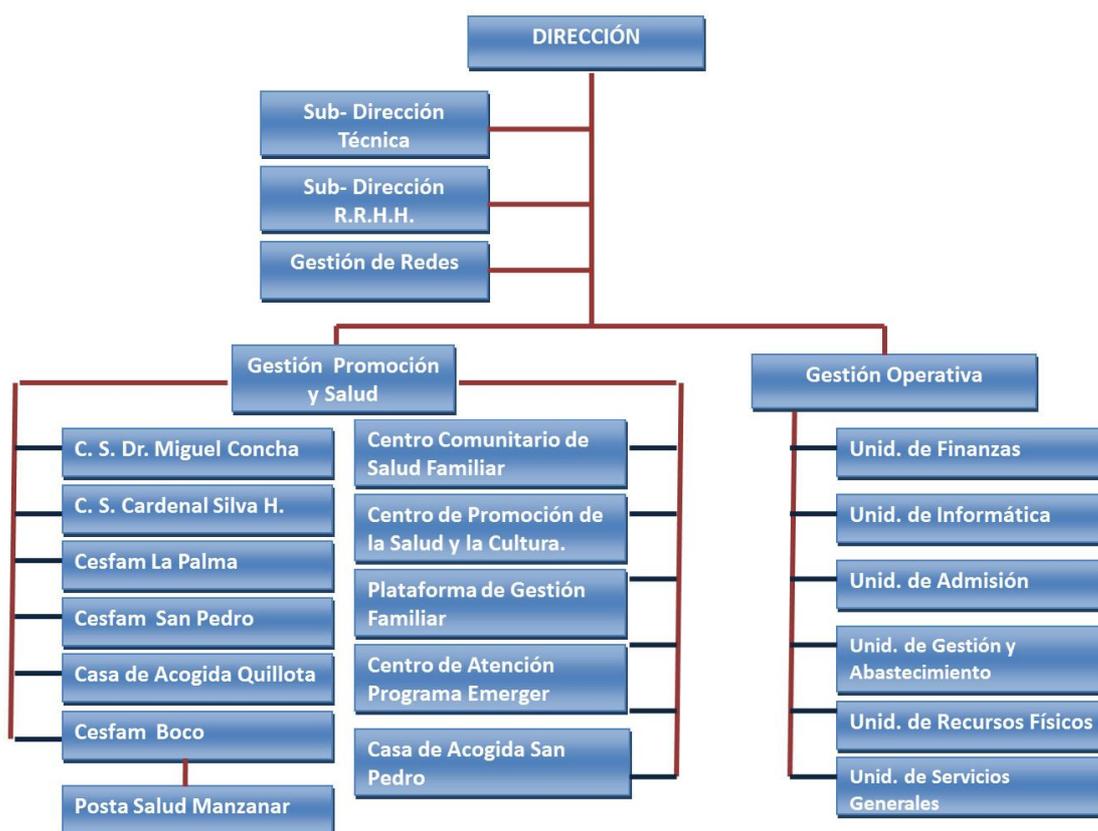
Visión:

“Incidir en el desarrollo de Quillota como Comuna Saludable, promoviendo un cambio cultural en la gestión y fomentando la participación ciudadana, la corresponsabilidad y el enfoque familiar de Salud.”

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

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

ORGANIGRAMA:



ENFOQUE DEL MODELO DE GESTION SANITARIA COMUNAL

**PROMOCION DE LA
SALUD Y GARANTÍAS
CIUDADANAS**

Las modalidades de atención tienden a fortalecer la familia, conjuntamente con resolver la demanda

Los centros rurales, el C.S.C.R.S.H. CECOF y el Centro de Promoción de la salud y la cultura generan acciones de asociación ciudadana

El C.S.C.R.S.H , CECOF y los centros de salud rurales, reformulan su accionar programático hacia un modelo con un fuerte componente

El centro de Salud Dr. Miguel Concha Resuelve oportunamente la consulta Médica y la derivación de los otros centros de APS de la comuna a especialidad y procedimiento. La mayor complejidad la deriva al Hospital.

LA FUNCIONALIDAD EN RED DEL SISTEMA

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

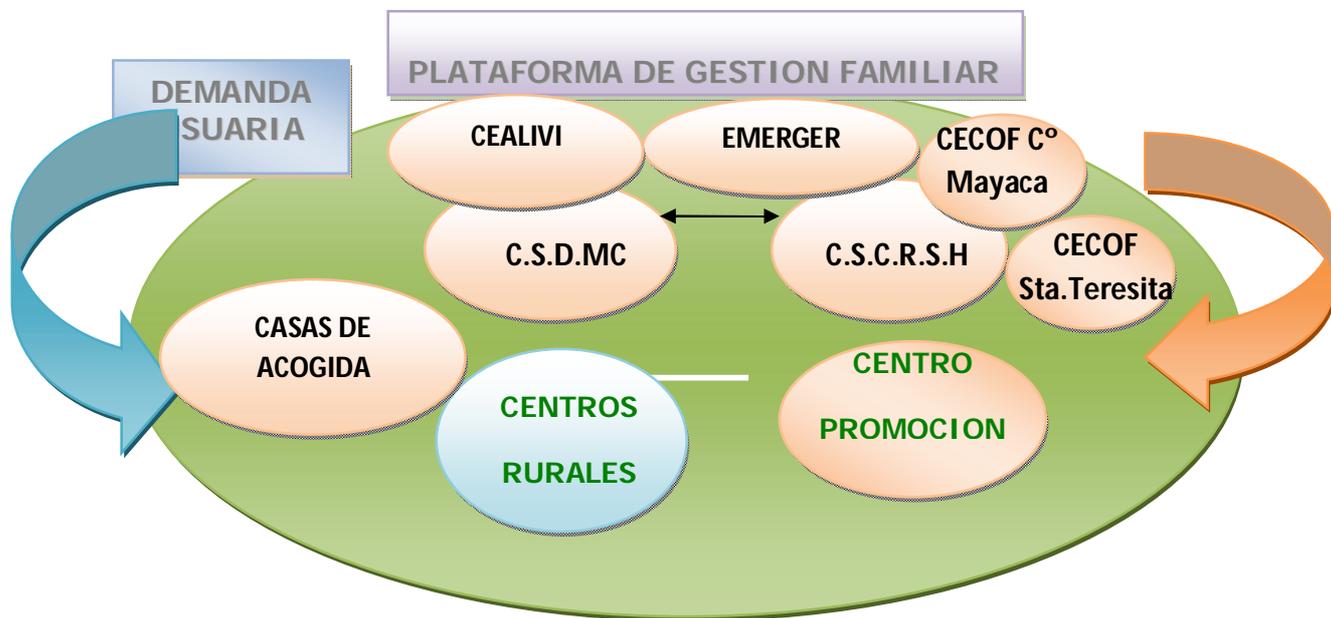
Conjuntamente con las prácticas programáticas vinculantes que tendrá la misión de cada establecimiento, el modelo de gestión genera la Plataforma de Gestión Familiar, instancia que recibe la información asociada a la actividad de cada establecimiento, así como también acoge los requerimientos de cada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

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

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

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

MODELO DE FUNCIONAMIENTO EN RED



RED DE CENTROS DE SALUD COMUNA DE QUILLOTA:

AREA URBANA



**CENTRO DE SALUD CARDENAL RAUL SILVA
HENRIQUEZ, INAUGURACION: 13 de julio 1999.**

Dirección: Avda. las industrias sin número.



**CENTRO DE SALUD DR. MIGUEL CONCHA
HENRIQUEZ, INAUGURACION: 04 de Agosto 2003.**

Dirección: Maipú 962.



**CECOF CERRO MAYACA, INAUGURACION: 20 de
junio 2006.**

Dirección: Aconcagua n° 13, Cerro Mayaca.



**CECOF SANTA TERESITA, INAUGURACION: 30 de
Octubre 2012.**

**Dirección: Avda. Vicuña Mackena n° 525, Villa
Santa Teresita.**



**PLATAFORMA DE GESTION FAMILIAR,
INAUGURACION: Agosto 2003.**

Dirección: San Martín n° 67.



**CENTRO PROMOCION DE LA SALUD Y LA
CULTURA. INAUGURACION, Noviembre 1999.**

Dirección: Condell 1440.



**CASA DE ACOGIDA QUILLOTA. INUGURACION,
Junio 2003.**

Dirección: Condell 200.

AREA RURAL:



CESFAM LA PALMA.

Dirección: San Francisco sin n° La Palma



CESFAM SAN PEDRO

Dirección: Avda. Rene Schneider sin n°, San Pedro.



CASA DE ACOGIDA SAN PEDRO.

INAUGURACION, ABRIL 2007.



CESFAM BOCO

Dirección: Balmaceda sin n°, Boco.



POSTA RURAL MANZANAR

RED MUNICIPAL DE CENTROS DE SALUD DE LA COMUNA:

CENTROS DE SALUD AREA URBANA:

CENTRO DE SALUD DR. MIGUEL CONCHA

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

Amparados bajo los criterios municipales de una comuna humana saludable y solidaria, que busca el bienestar de el individuo y la familia, resguardando al ser, desde la pre concepción hasta las últimas etapa de el ciclo vital, reorientando muchas prestaciones hacia los adultos mayores, de acuerdo a las características de desarrollo país, con expectativas de vida de 78 años hasta este centro de salud le corresponde atender al 85% de la población inscrita de la comuna y complementa sus acciones con el centro de salud Raúl Silva Henríquez. Además, al ser parte de la red de servicios de atención primaria de la comuna, complementa las acciones de los centros de salud rurales y otros establecimientos de la red.

Enmarcado en el modelo de atención de salud de la Comuna de Quillota, este centro orienta sus acciones hacia la atención del daño, sin descuidar las acciones preventivas promocionales y las orientaciones de el eje SALUD QUILLOTA en el contexto de la curación, tratamiento, rehabilitación y prevención secundaria; incluyendo las prestaciones del Programa de Salud Cardiovascular, dental adulto, kinesiología respiratoria infantil, adulta y motora, procedimientos diagnósticos (EKG, Ecografía, ecotomografía, espirometría, Rx toma de muestras de exámenes), podología y atención domiciliaria

PROGRAMAS Y PRESTACIONES

Los programas que se desarrollan principalmente en este centro son:

- Programa de Odontología/especialidades.
- Programa IRA,
- Programa ERA- Rehabilitación Pulmonar EPOC.
- Programa Rehabilitación con base comunitaria,
- Programa de Atención domiciliaria Integral.
- Morbilidad Infantil y Adulta.
- Neurología Infantil, dermatología, tuberculosis, Emerger, Traumatología.
- Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU).
- Procedimientos y exámenes.

PRESTACIONES

- Exámenes de Laboratorio.
- Radiografía.
- Ecotomografía Abdominal
- Electrocardiograma.
- Espiometrías.
- Flujimetrías.
- Pesquisas HTA.
- Holter PA.
- Mamografía.
- Audiometría.
- Podología.

RECURSOS HUMANOS:

El Centro de Salud Dr. Miguel Concha, cuenta con un variado equipo de profesionales y personal de apoyo, numero de funcionarios que se ha incrementado en el último periodo, debido a la complejidad y al incremento de prestaciones distribuido como sigue:

CARGO	HORAS CONTRATADAS	Nº FUNCIONARIOS
Médicos	1.178	22
Odontólogos	155.30	5
Odontólogo Esp	66	2
Químico Farmacéutico	41	1
Enfermeras	81	4
Kinesiólogas	196	5
Nutricionistas	88	2
Terapeuta Ocupacional	44	1
Asistente Social	33	1
Podólogo	38	1
TENS Centro Salud Dr. M.C.	264	6
Técnicos Paramédicos CS Dr.M.C.	825	19
Administrativos	762	18
Auxiliares de servicio	44	1
Conductores	62	2
Enfermera SAPU	15	1
TENS SAPU	198	6
Administrativos SAPU	22	1
Tec. Paramédico RX HSMQ	44	1
Tecnólogos Médicos H.S.M.Q.	110	3
Administrativo Laboratorio HSMQ	33	1
Psicóloga CEALIVI	22	1
Técnico Paramédico U.E.	88	2
Conductor U.E.	88	2
Ecografista	17	2

PROGRAMA EMERGER:

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

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

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

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

Metodología

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

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

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

CASAS DE ACOGIDA DE ENFERMOS TERMINALES QUILLOTA Y SAN PEDRO:

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

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

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

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

CENTRO DE SALUD CARDENAL RAUL SILVA HENRIQUEZ

El Centro de Salud Cardenal Raúl Silva Henríquez aborda temáticas de prevención y promoción de la salud, a través del funcionamiento de unidades que se vinculan entre sí para brindar una atención con enfoque familiar a través de todo el ciclo vital familiar.

MISIÓN:

“Fortalecer las acciones preventivas y promocionales con un enfoque integral, tomando como base la familia, a través de un modelo de gestión donde las actuales actividades de prevención y fomento de salud, tales como controles, consultas, consejerías visitas domiciliarias, entrevistas, tratamientos, exámenes etc., las aglutina en **UNIDADES VINCULANTES** y las acuerda con las familias en un plan de intervención familiar”.

MODELO DE GESTION:

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

Las **unidades vinculantes** son unidades operativas del centro, conformadas por equipos transdisciplinarios, que desarrollan una acción sanitaria, previamente acordada con las familias, y materializada en un plan de salud familiar.

Unidades:

- Unidad de la familia
- Unidad del niño y la niña
- Unidad del y la adolescente
- Unidad de la Mujer y vida en pareja
- Unidad del Adulto y Adulto mayor
- Unidad de salud odontológica
- Unidad de salud mental
- Unidades de Apoyo (PNAC-PACAM-Exámenes-Farmacia).

CENTRO COMUNITARIO DE SALUD FAMILIAR, CECOF CERRO MAYACA:

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

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

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

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

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

MISION:

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

VISION:

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

OBJETIVO GENERAL:

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

CANASTA DE PRESTACIONES:

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

ATENCIONES INDIVIDUALES:

- Morbilidad general infantil, adolescente, adulto y adulto mayor.
- Atención de la mujer.
- Control de embarazo.
- Control de salud Infantil.
- Atención dental niños y adultos.
- Atenciones sociales.
- Atenciones psicológicas.
- Atenciones nutricionales.
- Atenciones kinesiólogo.
- Emp Adulto y Adulto Mayor.
- Tratamientos inyectables, curaciones, pesquisas, retiro de puntos, inmovilizaciones, toma de muestra de exámenes en clínica y terreno.

ATENCIONES FAMILIARES, GRUPALES, COMUNITARIAS:

- Evaluaciones Familiares Integrales
- Empam En Terreno.
- Taller De Actividad Física para mujeres y niños/as..
- Taller De Actividad Física.
- Talleres De Pautas De Crianza, Alimentación Saludable Y Resolución De Conflictos, Manejo De Hta, Salud Oral Infantil, Salud Oral Embarazadas, Estimulación Temprana, Lactancia Materna, Talleres Con Educadoras De Jardín Infantil.
- Talleres A Cuidadoras De Pacientes Postrados.
- Visitas A Cuidadoras De Pacientes Postrados.
- Vdi A Pacientes Postrados, Adultos Mayores Y Familias Con Dificultades Biopsicosociales.
- Intervención Individual Y Familiar.
- Programa Cardiovascular Para Adultos Mayores De 75 Años.
- Entrega De Pacam Y PNAC, En Cecof Y Terreno.
- Entrega De Medicamentos, En Farmacia Y Terreno.
- Atenciones Ludoteca Comunitaria (Talleres, Actividades Recreativas, Tardes De Cine)
- Área Dental Comunitaria: Principalmente, Centrada En Acciones En Jardines Infantiles Del Sector, Que Incluye Por Una Parte Diagnóstico Y Tratamiento, Y

Por otras Acciones de promoción de los cuidados de salud oral infantil; así se planificó:

- Talleres Con Padres.
- Talleres Con Educadoras.
- Talleres con niños/AS.

RECURSOS HUMANOS:

Equipo de Salud CECOF	Horas Semanales disponibles	Equipo de Salud CECOF	Horas Semanales disponibles
Médico	44 hrs.	Psicólogo	22 hrs.
Enfermera	44 hrs.	Odontóloga	40 hrs.
Asistente Social	44 hrs.	Técnicos Paramédicos	132 hrs.
Matrón	33 hrs.	Administrativa	44 hrs.
Kinesióloga	9 hrs.	Auxiliar de Servicio	44 hrs.
Nutricionista	22 hrs.	Educadora Comunitaria	33 hrs.
Prof. Educación Física	9 hrs.		

CECOF SANTA TERESITA

VISIÓN

Ser una Centro de Salud Comunitario Familiar de excelencia, referente comunitario de la promoción, prevención y co responsabilidad en salud, con un modelo de atención centrado en las familias y la comunidad que responda cabalmente al modelo comunal de salud, con énfasis en la calidad de la atención y en el trato humanizador hacia nuestros usuarios y sus familias.

MISIÓN

El CECOF Santa Teresita, busca fomentar la promoción y prevención de la salud de sus usuarios, además de contribuir en la mantención y recuperación de ésta, a través de un modelo de atención centrado en las familias de la comunidad, logrando una interacción entre sí, a fin de determinar riesgos para intervenir correctamente según sus necesidades.

Elementos Distintivos del Quehacer:

Centro de Salud Comunitario Familiar centrado en la promoción de la salud, la participación comunitaria y la co responsabilidad en salud.

Objetivos:

- Disminuir la brecha en el acceso a los servicios de salud de la población de usuarios asignados al CECOF.
- Fortalecer los niveles de participación de la comunidad para incrementar así sus niveles de salud.
- Empoderar a la comunidad de usuarios del concepto de co responsabilidad, proceso mediante el cual asumen responsabilidad respecto a su salud individual y colectiva.
- Acompañar a las familias del territorio en los procesos de salud-enfermedad, a lo largo del ciclo vital.
- Establecer con la comunidad una alianza colaborativa en la participación, involucrándolos en la gestión del centro de salud.

- Fomentar el uso de los espacios del CECOF en el quehacer comunitario del territorio.

DOTACIÓN TOTAL: 14 Funcionarios

POBLACIÓN BENEFICIARIA

EL CECOF Santa Teresita, se inauguró el 30 de Octubre de 2012, con una población asignada de 10.000 personas aproximadamente, abarcando los sectores de Población Santa Teresita, Villa Paraíso, Villa Coopreval, Población Los Lúcumos, Población Logarzo, Villa Ariztía y Junta de Vecinos Aspillaga.

ATENCIONES INDIVIDUALES:

- Morbilidad general
- Programa cardiovascular para adultos mayores de 65 años
- Atención de la mujer y vida en pareja
- Control de embarazo
- Control de salud infantil
- Atención dental niños y adultos
- Atenciones sociales
- Atenciones nutricionales
- Empa y Empam
- Tratamientos inyectables, curaciones, pesquisas, retiro de puntos, inmovilizaciones, toma de muestra de exámenes

ATENCIONES GRUPALES:

- Intervención familiar
- Empa y Empam en terreno
- Entrega de PACAM y PNAC, en CECOF y terreno
- Entrega de medicamentos, en farmacia y terreno
- Actividades recreativas, tardes de cine
- Talleres de promoción de salud y calidad de vida, alimentación saludable, pautas de crianza, resolución de conflictos, manejo de HTA y DM, salud oral infantil, salud oral embarazadas, estimulación temprana, lactancia materna, entre otros.

CENTRO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y LA CULTURA

I. Misión

Trabajar el *empoderamiento* ciudadano desarrollando una propuesta de trabajo que promueva una participación de la comunidad, integrando lo saludable, con una cultura de la tolerancia y respeto de la diversidad. Todo a través del desarrollo cultural y reconocimiento de los *determinantes sociales de los niveles de salud*.

Modelo de Gestión

Hoy consolida el Centro de Promoción de la Salud y la Cultura (desde ahora CPSC) la organización de experiencias de participación en su interior en diversas áreas, desde las que desarrolla un rol promotor de la acción ciudadana. Impulsa el plan de promoción de la salud, articulando las experiencias del ámbito urbano y rural.

Lineamientos Programáticos

Acción Interna.

- a) Jóvenes
- b) Mujeres
- c) Niños y Niñas
- d) Personas con discapacidad

Ámbito Comunal

- a) Mesas territoriales de organizaciones comunitarias
- b) Mesa técnica integración social
- c) Plan Comunal de Promoción de Salud
- d) Coordinación educación-salud
- e) Vínculos con privados en el área de la cultura

PLATAFORMA DE GESTION FAMILIAR PLATAFORMA DE GESTION FAMILIAR.

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

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

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

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

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

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

OBJETIVOS

Objetivo general:

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

Objetivos específicos:

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

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

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

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

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

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

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

CENTROS DE SALUD FAMILIAR RURAL

CESFAM LA PALMA:

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, Esterilización, Box de Tratamiento, Extracción de muestras y Vacunatorio, Sala de Cirugía Menor , dos salas de espera de tipo general, un rincón infantil y un área de funcionarios.

Durante el período 2012, la 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 de Matrona y de Psicólogo, y en el intertanto surge ya la necesidad de incremento de horas Nutricionista y 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 instalación eléctrica, lo que ha permitido tener iluminación adecuada en cada oficina y salas de espera que ayuda a realizar un trabajo en armonía, además de contar con calefacción adecuada para los meses de invierno, lo que ha permitido ambientar en forma más acogedora nuestro establecimiento para el servicio de nuestros usuarios.

Además por iniciativa del Equipo de Salud, se ha realizado por primera vez la pintura interior de nuestro establecimiento desde su fundación en 1994, y con la colaboración del Departamento de Salud de Quillota, la instalación de la Señalética.

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

Dentro del Personal cuenta con:

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

CESFAM BOCO:

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 año 2011 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.

Durante el año 2012 se ha logrado la adquisición de materiales destinados a fortalecer las actividades de promoción y el trabajo comunitario, como mesas, toldos, cámara fotográfica, entre otros.

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.

Equipo de Salud

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

Trabajadores (as) CS Boco	Horas Semanales disponibles	Trabajadores (as) CS Boco	Horas Semanales disponibles
Médico	29 hrs.	Psicólogo	11 hrs.
Enfermera	44 hrs.	Odontóloga	44 hrs.
Asistente Social	22 hrs.	Técnicos Paramédicos	143 hrs.
Matrona	33 hrs.	Administrativa	44 hrs.
Kinesióloga	3.2 hrs.	Auxiliar de Servicio	44 hrs.
Nutricionista	22 hrs.	Psicopedagoga	8 hrs.

CESFAM SAN PEDRO:

VISION:

Incidir en el desarrollo de Quillota como Comuna Saludable, promoviendo un cambio cultural en la gestión y fomentando la participación ciudadana, la corresponsabilidad y el enfoque familiar de Salud

MISION:

Ser un sistema de salud municipal de atención Primaria de Salud Pública Integral, oportuno, innovador, resolutivo, en la calidad de las prestaciones de sus servicios, que trabaja con familias para el logro de individuos sanos y una ciudadanía saludable, corresponsable, participativa e integral.

BREVE RESEÑA HISTÓRICA

- 1º. Posta Rural: compuesto por un equipo estable de Técnico, Enfermera y Administrativo, con médico sólo en las tardes, quienes realizaban rondas de atención mensuales a algunos sectores de San Pedro. Esta etapa termina el año 1989.
- 2º. Consultorio: fue un centro de salud básico, permanente y estable con un equipo de salud integrado por médico, enfermera, matrona, asistente social, dentista, nutricionista, técnico paramédico y últimamente psicóloga, kinesiólogo, psicopedagoga y masoterapeuta. El objetivo del consultorio era garantizar la totalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del paciente, con actividades para curar y prevenir las enfermedades y promover la salud. Esta etapa termina el año 2008.
- 3º. Centro de Salud con enfoque Familiar y Comunitario

El año 2008, el Centro de Salud de San Pedro formaliza su forma de trabajo con una visión familiar y comunitario.

Centro de Salud con Enfoque Familiar y Comunitario San Pedro

Es un Centro de Salud que cuenta con un Equipo de Cabecera, que además de brinda la atención de salud tradicional centrada en el “enfermo”, con grupo priorizado de 84 familias desarrolla el programa de salud Familiar, con las que realiza las actividades de los programas habituales y además promueve la práctica de hábitos saludable, como por ejemplo la alimentación sana y actividad física. En complementación con lo anterior busca potenciar y condicionar las condiciones sociales protectoras de la salud, como por ejemplo la familia, el barrio, el medioambiente, la educación, el trabajo y la participación social, concretamente por medio del Consejo Local de Salud.

CANASTA DE PRESTACIONES ENTREGADAS EN LOS CENTROS DE SALUD DE LA COMUNA DE QUILLOTA.

I. PROGRAMA DE SALUD DEL NIÑO

1. Control de salud del infantil.
2. Evaluación del desarrollo psicomotor
3. Control de malnutrición
4. Control de lactancia materna
5. Educación a grupos de riesgo
6. Consulta nutricional
7. Consulta de morbilidad
8. Control de enfermedades crónicas
9. Consulta por déficit del desarrollo psicomotor
10. Consulta kinésica
11. Consulta de salud mental
12. Vacunación
13. Programa Nacional de Alimentación Complementaria
14. Atención a domicilio

II. PROGRAMA DE SALUD DEL ADOLESCENTE

15. Control de salud
16. Consulta morbilidad
17. Control crónico
18. Control prenatal
19. Control de puerperio
20. Control de regulación de fecundidad
21. Consejería en salud sexual y reproductiva
22. Control ginecológico preventivo
23. Educación grupal
24. Consulta morbilidad obstétrica
25. Consulta morbilidad ginecológica
26. Intervención Psicosocial
27. Consulta y/o consejería en salud mental
28. Programa Nacional de Alimentación Complementaria
29. Atención a domicilio.

III. PROGRAMA DE LA MUJER

30. Control prenatal
31. Control de puerperio
32. Control de regulación de fecundidad
33. Consejería en salud sexual y reproductiva

34. Control ginecológico preventivo
35. Educación grupal
36. Consulta morbilidad obstétrica
37. Consulta morbilidad ginecológica
38. Consulta nutricional
39. Programa Nacional de Alimentación Complementaria
40. Ecografía Obstétrica del Primer Trimestre

IV. PROGRAMA DEL ADULTO

41. Consulta de morbilidad
42. Consulta y control de enfermedades crónicas
43. Consulta nutricional
44. Control de salud
45. Intervención psicosocial
46. Consulta y/o consejería de salud mental
47. Educación grupal
48. Atención a domicilio
49. Atención podología a pacientes con pie diabético
50. Curación de Pie diabético
51. Intervención Grupal de Actividad Física

V. PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR

52. Consulta de morbilidad
53. Consulta y control de enfermedades crónicas
54. Consulta nutricional
55. Control de salud
56. Intervención psicosocial
57. Consulta de salud mental
58. Educación grupal
59. Consulta kinésica
60. Vacunación antiinfluenza
61. Atención a domicilio
62. Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor
63. Atención podología a pacientes con pie diabético
64. Curación de Pie Diabético

VI. PROGRAMA DE SALUD ORAL

65. Examen de salud
66. Educación grupal
67. Urgencias
68. Exodoncias

69. Destartraje y pulido coronario
70. Obturaciones temporales y definitivas
71. Aplicación sellantes
72. Pulpotomías
73. Barniz de Flúor
74. Endodoncia
75. Rayos X dental

VII. ACTIVIDADES CON GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD ASOCIADAS A PROGRAMAS

76. Diagnóstico y tratamiento de hipertensión arterial primaria o esencial: consultas de morbilidad y controles de crónicos para personas de 15 años y más, en programas de adolescente, adulto y adulto mayor.
77. Diagnóstico y tratamiento de Diabetes Mellitus tipo 2: Consultas de morbilidad y controles de crónicos en programas del niño, adolescente, adulto y adulto mayor.
78. Acceso a evaluación y alta odontológica integral a niños y niñas de 6 años: prestaciones del programa odontológico.
79. Acceso a tratamiento de epilepsia no refractaria para los beneficiarios desde un año a menores de 15 años: consultas de morbilidad y controles de crónicos en programas del niño y adolescente.
80. Acceso a tratamiento de IRA baja de manejo ambulatorio en menores de 5 años: consultas de morbilidad y kinésica en programa del niño.
81. Acceso a diagnóstico y tratamiento de Neumonía adquirida en la comunidad de manejo ambulatorio en personas de 65 años y más: consultas de morbilidad y kinésica en el Programa Adulto Mayor.
82. Acceso a diagnóstico y tratamiento de la Depresión de manejo ambulatorio en personas de 15 años y más: consulta de salud mental, consejería de salud mental, intervención psicosocial y tratamiento farmacológico.
83. Acceso a diagnóstico y tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica: consultas de morbilidad y controles de crónicos; atención kinésica en programa de adulto mayor.
84. Acceso a diagnóstico y tratamiento del asma bronquial moderada en menores de 15 años: consultas de morbilidad y controles de crónicos en programas del niño y del adolescente; atención kinésica en programa del niño.
85. Acceso a diagnóstico y tratamiento de presbicia en personas de 65 y más años: consultas de morbilidad, controles de salud y control de crónicos en programa del adulto mayor.
86. Acceso a tratamiento médico en personas de 55 años y más, con artrosis de cadera y/o rodilla, leve o moderada
87. Acceso a Diagnóstico y tratamiento de la Urgencia odontológica Ambulatoria

VIII. ACTIVIDADES GENERALES ASOCIADAS A TODOS LOS PROGRAMAS

88. Educación grupal ambiental
89. Consejería familiar
90. Visita domiciliaria integral
91. Consulta social
92. Tratamiento y curaciones
93. Extensión Horaria
94. Intervención Familiar Psicosocial
95. Diagnóstico y control de la TB.

OTRAS ACTIVIDADES:

- Actividad Física niños/as y adultos.
- Celebración cumpleaños 6 años.
- Celebración: Pasamos Agosto (adultos Mayores), día de la madre, del niño/a, de la familia.
- Sala de estimulación, Ludoteca Comunitaria, Servicio Itinerante de Estimulación.
- Atenciones en Poli de Traumatología
- Atención integral de Rehabilitación para tratamiento de alcoholismo (EMERGER)
- Atención integral en las Casas de Acogidas de Quillota y de San Pedro.
- Programa Rehabilitación de Base Comunitaria (CEALIVI)

EVALUACION LINEAS PROGRAMATICAS AREA URBANA 2012

AREA PROMOCIÓN

AREA INFANTIL

CELEBRACION CUMPLEAÑOS 6 AÑOS:

Se realizó la celebración de 3 cumpleaños de niños(as) que son dados de alta del control de Salud Infantil, vale decir, a los 6 años de edad. Las 3 celebraciones realizadas contaron con una asistencia promedio de 150 niños(as) y sus familias.

CELEBRACIÓN DÍA DEL LIBRO

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

YOGA INFANTIL

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

ÁREA JÓVENES

SALA DE ENSAYO:

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

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

TOCATAS:

Es factible dar cuenta de 7 tocatas, entre ellas se destacan "Rock en Rio" realizada en las riberas del Rio Aconcagua con el objeto de rescatar este espacio público como un lugar de encuentro, haciéndolo parte de la ciudad. Tocatás en Hogar de menores con el objeto de incorporar a los niños(as) de escasos recursos en espacios artístico-musicales. Las tocatás hip hop se han combinado con expresiones artísticas como grafitis, cine, etc. Con relación a la música electrónica se apoyó la realización del segundo disco compilado de la Agrupación

“Cirila” cuyo lanzamiento se realizó en la comuna y también en la ciudad de Viña del Mar.

Es importante también señalar la improvisación sonora electrónica realizada en el Museo Histórico arqueológico de Quillota denominada “Museo Sonoro”.

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

GRUPO DE BREAKDANCE

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

TALLER DE TENIS DE MESA:

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

EVENTOS

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

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

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

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

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

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

Feria en Escuela República de México, con el objeto de mostrar diversas instancias de participación para alumnos(as) del colegio en donde se realiza la

actividad. También se muestra el quehacer de diversas organizaciones de la comuna.

AREA MUJERES

GRUPO DE FITNESS:

El grupo de fitness se mantuvo durante todo el año 2012 con sesiones durante todos los meses del año, 3 veces a la semana con un promedio de asistencia de 25 personas. En los meses de Octubre, Noviembre subió a 40 personas aproximadamente. Un total anual de 117 sesiones, con un promedio mensual de 12 sesiones. A las personas que asistieron se les tomaron medidas antropométricas sistemáticamente a modo de evaluación y seguimiento. El grupo de fitness además generó iniciativas tales como:

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

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

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

TALLERES DE AUTOESTIMA:

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

ADULTOS

TALLER DE YOGA:

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



TALLER DE REIKI:

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

TALLER DE IMANES:

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

ACTIVIDAD FÍSICA EN MÁQUINAS:

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

TALLER DE TANGO:

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

GEMOTERAPIA:

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

TALLER DE HUERTOS CASEROS:

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

PERSONAS CON DISCAPACIDAD

TALLER DE MUSICOTERAPIA

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

EXPO ENCUENTRO DIVERSIDAD

Como plaza ciudadana, con la participación de 150 personas de la Provincia de Quillota.

CONCURSO

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

DIFUSIÓN

BOLETÍN INFORMATIVO MENSUAL

Se han realizado todos los meses con la muestra de todas las acciones del mes y las actividades permanentes.

AFICHES

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

PÁGINA

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

FACEBOOK

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

AGENDA ELECTRÓNICA

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

SALUDOS DE CUMPLEAÑOS

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

MESAS TERRITORIALES DE ORGANIZACIONES COMUNITARIAS

FIESTA DE LOS QUE PASARON AGOSTO:

Dentro de las actividades más importantes programada, coordinada y ejecutada con la participación de organizaciones sociales de la comuna y en particular con adultos mayores, fue la realización de la Fiesta de los que pasaron Agosto, en donde tradicionalmente se hace una fiesta para conmemorar esta fecha.

RAMADA:

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



ACTIVIDADES A BENEFICIO:

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

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

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

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

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

COORDINACIÓN CON OTRAS ORGANIZACIONES:

APOYO EN AMPLIFICACIÓN

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

PRESENTACIONES:

Como resultado de la coordinación con organizaciones de distinta índole, se ha presentado la experiencia del Centro de Promoción a:
Universidad de Valparaíso, Facultad de Medicina, con alumnos de primer año de Medicina de la Universidad de Valparaíso.

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

ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y NUTRICIÓN

En esta área se llevaron a cabo las siguientes acciones:

- Evaluación nutricional grupo fitness, realizada a 26 personas
- Evaluación nutricional a 5 personas que asisten a gimnasio promo
- 2 evaluaciones nutricionales Jardín Infantil Los Pollitos, 14 funcionarias y 98 alumnos(as)
- 1 evaluación nutricional Jardín Infantil Ruiseñor, a 18 funcionarias del Jardín
- 3 talleres de alim. saludable y planificación de minutos, Jardín Infantil Los Pollitos (2 talleres a funcionarias y 1 taller a apoderados), participación promedio de cada uno de ellos de 10 personas.
- 1 taller de alimentación saludable, con 2 sesiones y planificación de minutos, Jardín Infantil Ruiseñor, participan funcionarias y apoderados(as) con 15 participantes en promedio.
- 1 taller de dieta ayurvédica a grupo yoga familiar, con la participación de 5 niños(as) y sus respectivas familias.

OTRAS INICIATIVAS:

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

AREA PREVENCIÓN:

UNIDAD DEL NIÑO Y NIÑA

INDICADORES DE RESULTADO AÑO 2012

LÍNEA PRIMERA INFANCIA

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

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

Además los niños y niñas y sus familias que participan se verán directamente beneficiados en los talleres ya que se ofrecerá espacios más atractivos que permitan lograr de mejor manera la estimulación de los niños y niñas.

MISIÓN

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

OBJETIVO GENERAL

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

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

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

INDICADORES DE RESULTADO AREA INFANTIL AÑO 2012.

Gráfico: Recién Nacidos por mes y sexo año 2012.

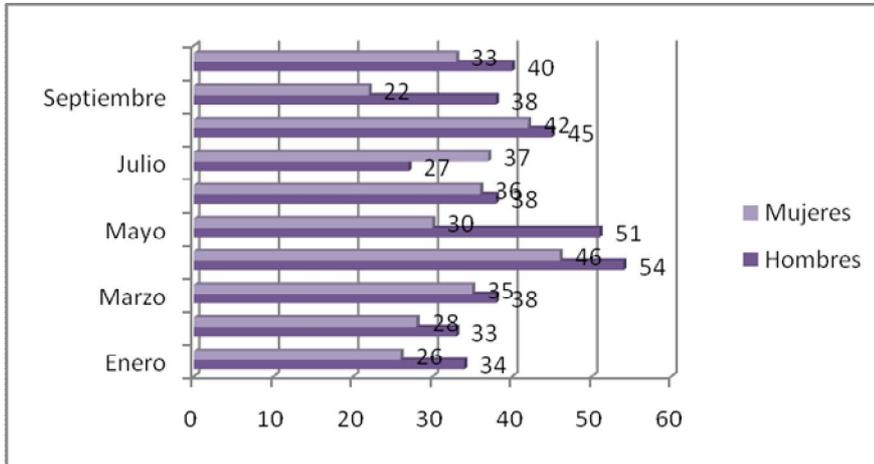
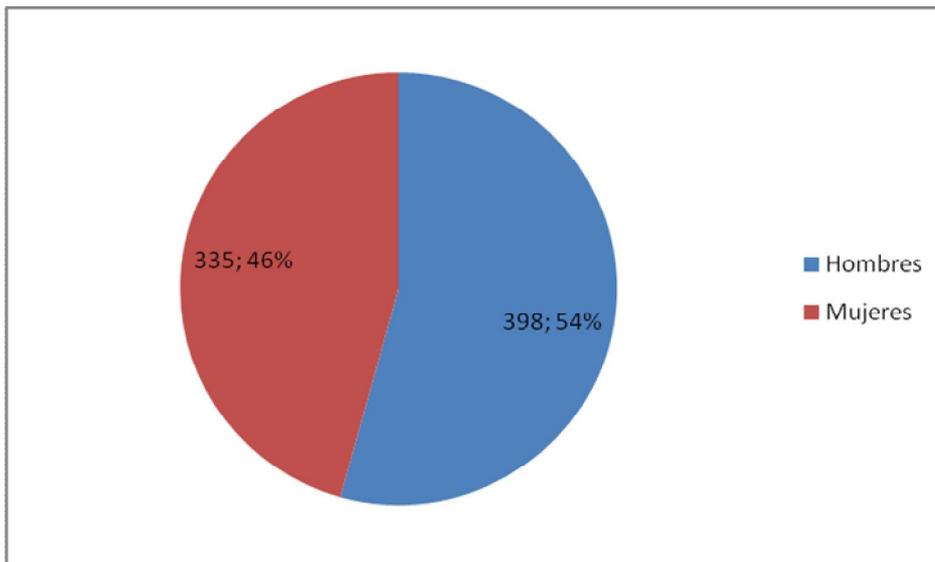


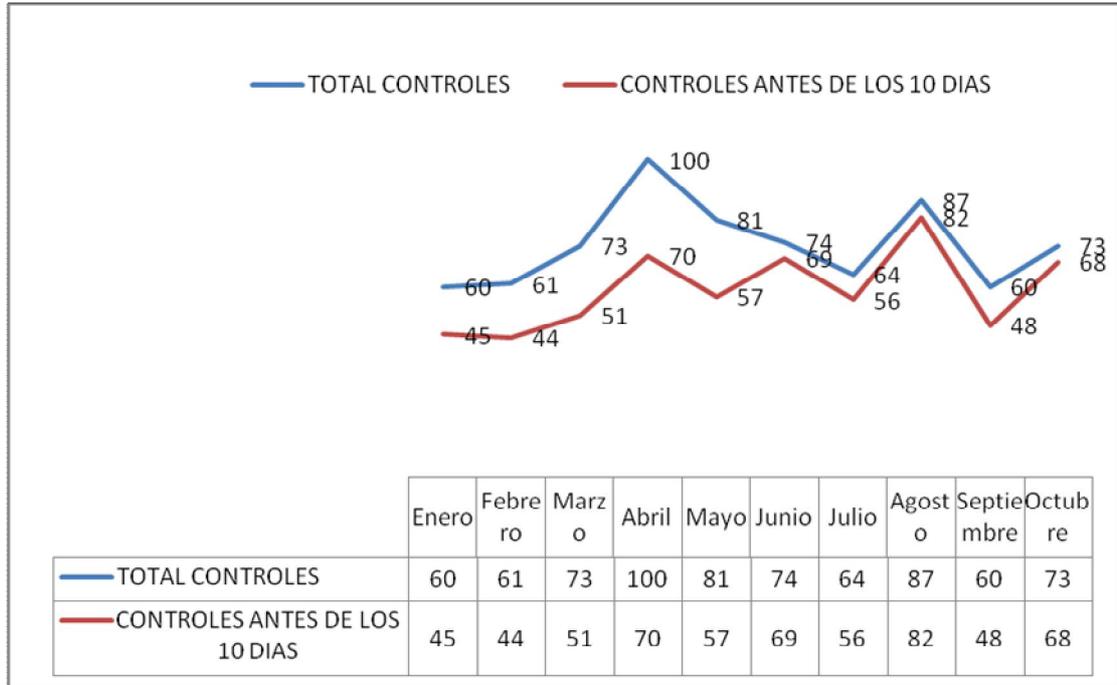
Gráfico: Distribución Porcentual por sexo.



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

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

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

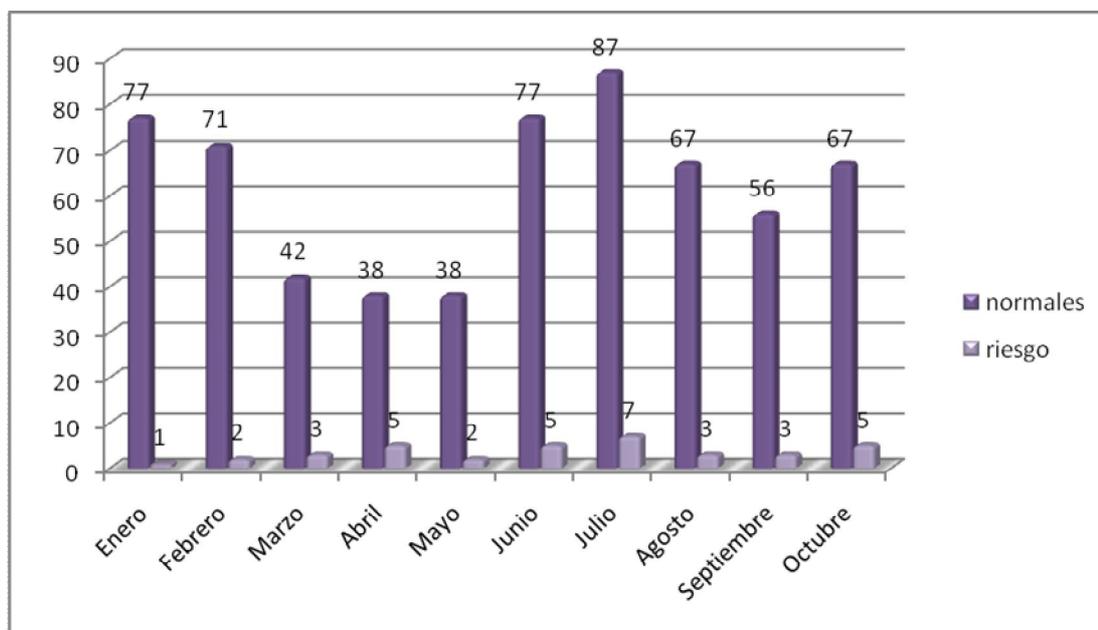


Durante el año 2012 se realizaron 733 ingresos de recién nacidos, de acuerdo a lo establecido en las líneas programáticas el ingreso debe realizarse antes de los 10 días de vida del niño/a, En el período correspondiente de enero a octubre a la fecha, se han realizado 590 ingresos antes de los 10 días de vida, lo que corresponde a un 80.5% sobre el total de los ingresos realizados. Se realizaron distintas estrategias para disminuir la brecha, tales como: asignación de administrativo exclusivo, entrega de hora según fecha de parto y confirmación de asistencia. Considerando todo lo anterior, se logro una disminución considerable en la brecha nacimiento/control, tal como se puede visualizar en el grafico.

APLICACIÓN INSTRUMENTOS EN CONTROL DE SALUD INFANTIL:

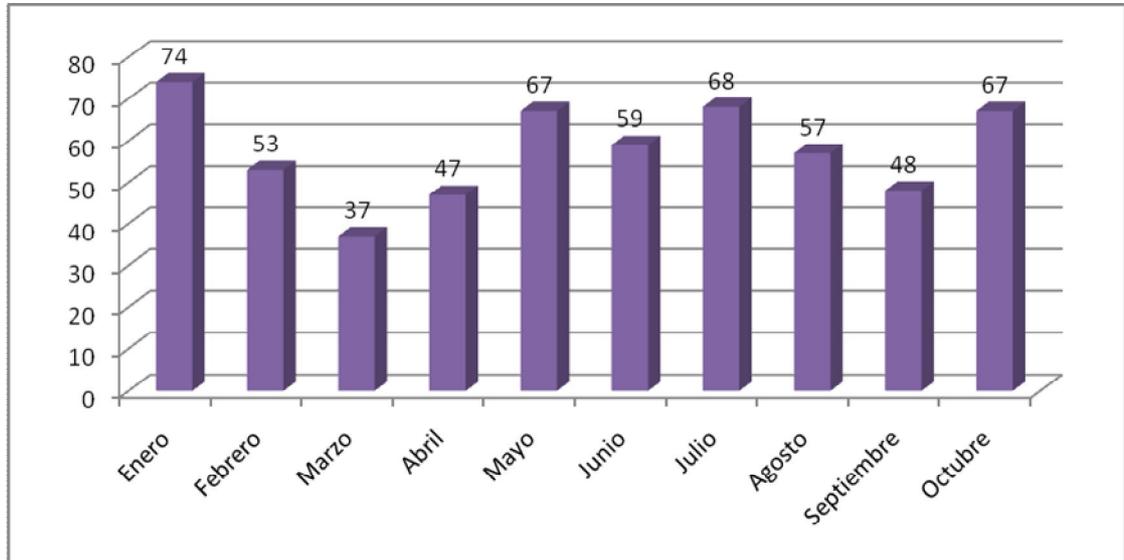
La aplicación de instrumentos en el control de salud infantil, es una forma más objetiva de evaluar el desarrollo integral del niño y su medio ambiente, detectar las desviaciones y derivarlas a tiempo para que sean tratadas dentro de la red del sistema público de salud. Para lograr el objetivo, éstos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

Gráfico: Número de Escalas de Desarrollo Psicomotor (EEDP) aplicadas a niños/as entre 18 y 23 meses.



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

GRAFICO: PROTOCOLOS NEUROSENSORIALES APLICADOS.

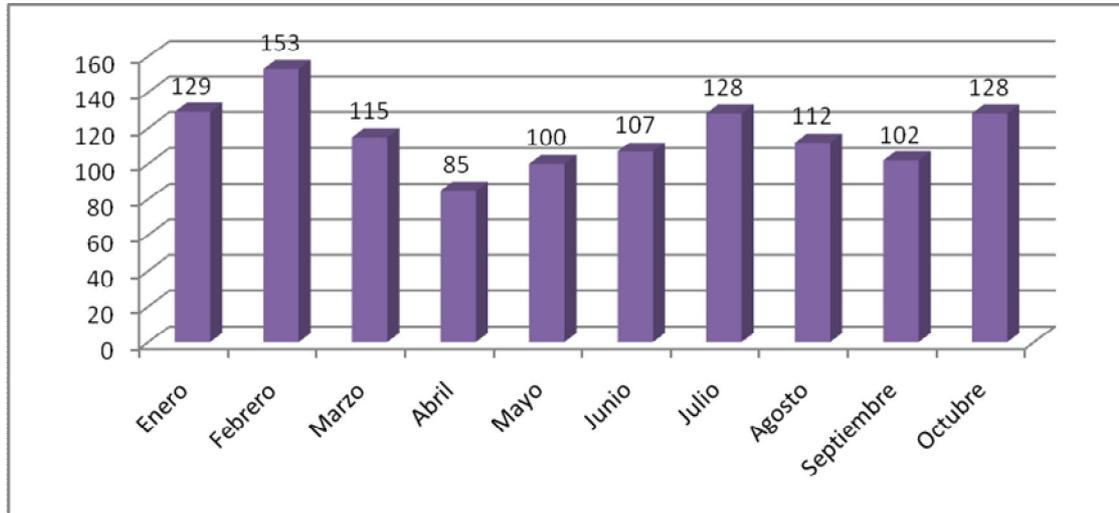


Otro de los instrumentos que se aplica en el control de salud infantil, es el PROTOCOLO NEUROSENSORIAL, que se aplica a los niños/as entre el primer y segundo mes de vida.

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

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

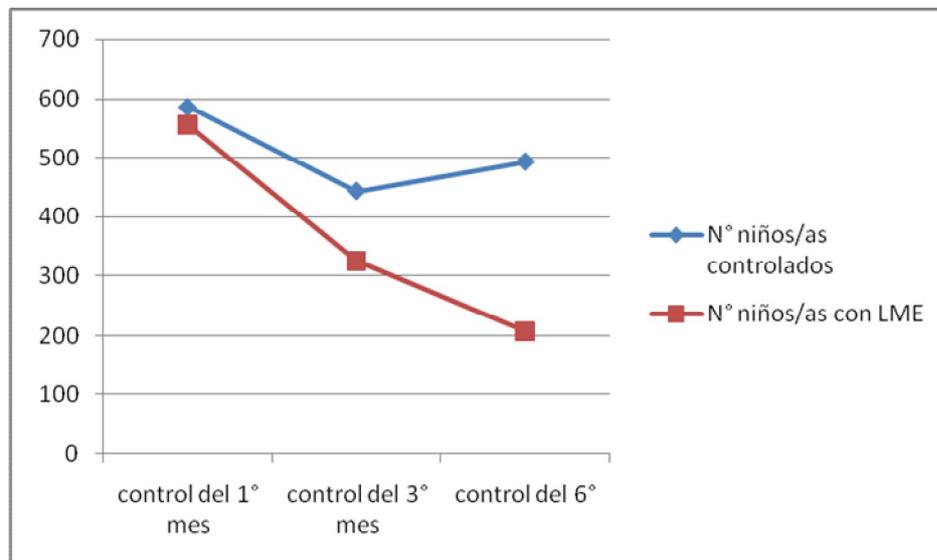
GRAFICO: ESCALAS DE EDIMBURGO APLICADAS



Durante el período enero a octubre 2012 se han aplicado 1.159 ESCALAS EDIMBURGO, escalas que se aplican en los controles de salud infantil de los 2 y 6 meses. Esta escala permite detectar madres con signos de depresión post-parto.

De las escalas aplicadas un total de 99 arrojaron resultado ALTERADAS, lo que corresponde un 8,5%.

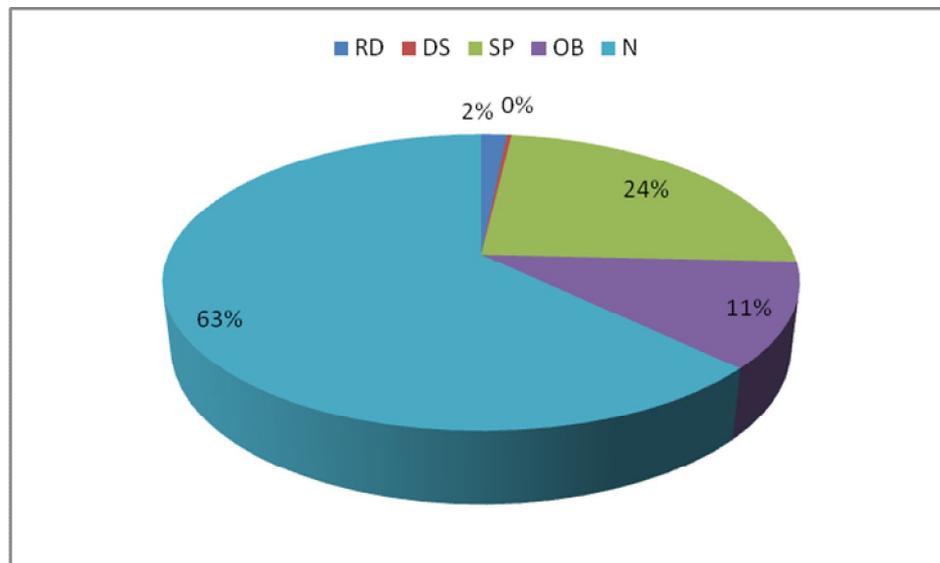
GRAFICO: COMPARACION NIÑOS/AS CONTROLADOS - LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA.



Respecto al tipo de alimentación, específicamente la Lactancia Materna Exclusiva, en los controles de salud infantil del Primer, tercer y sexto mes, se puede observar que durante el 2012 hubo una tendencia de las madres por la

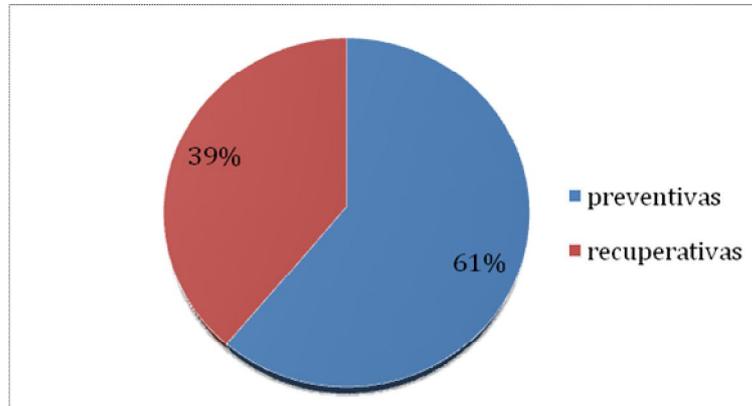
lactancia materna : En el primer control del total de niños/as controlados aumento de un 89% del 2011 a 94,7% de los niños/as presenta como alimentación LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA, en el tercer control disminuye a un 73,4% aumentando en un 4% comparado con el 2011 y al sexto mes disminuye a un 42% donde el incremento al año anterior es de un 9%.

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



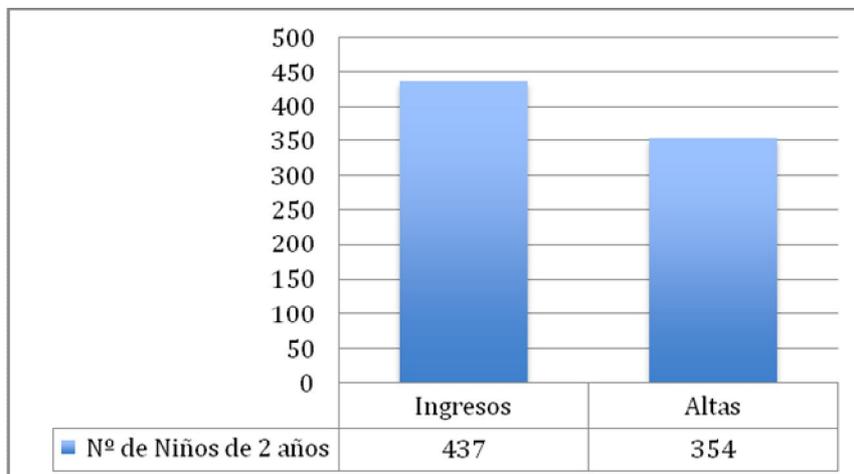
De acuerdo a los datos informados en el período enero a octubre del 2012, la población infantil menor de 6 años, mayoritariamente presenta un estado nutricional normal (63%), la malnutrición por exceso representa un 35% del total, y solo 2% presenta malnutrición por déficit.

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



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

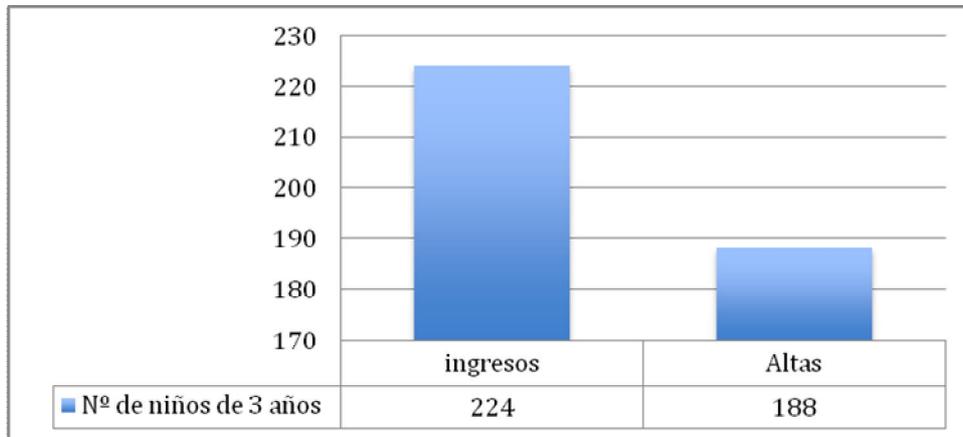
GRAFICO: ALTAS TOTALES SEGÚN INGRESO POBLACION 2 AÑOS.



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

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

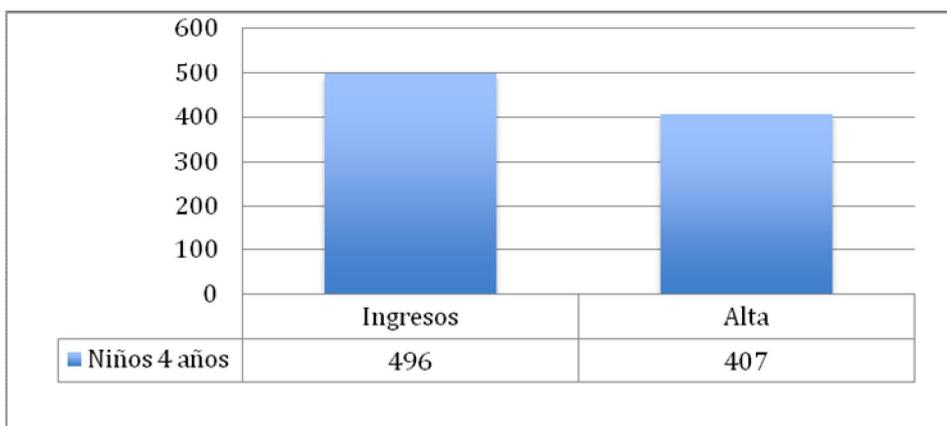
GRAFICO ALTAS TOTALES SEGÚN INGRESOS POBLACION 3 AÑOS



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

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

GRAFICO ALTAS TOTALES SEGÚN INGRESOS POBLACION 4 AÑOS

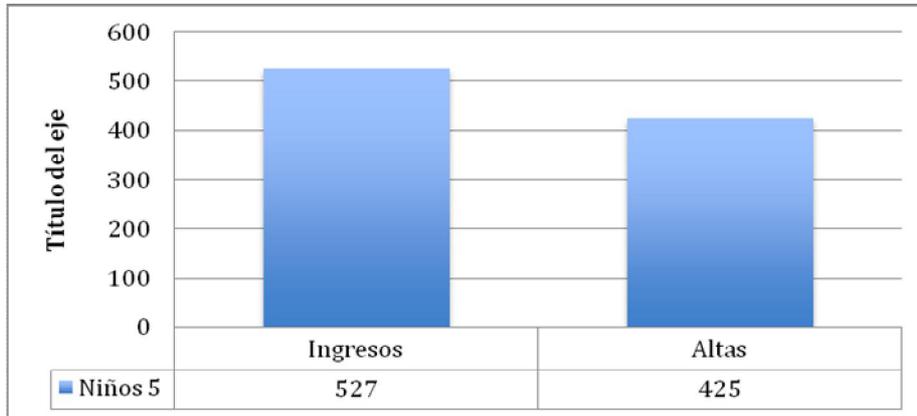


De acuerdo a las atenciones periodo enero a octubre 2012, se han realizado 496 ingresos a tratamiento dental en niños/as de 4 años, de los cuales se han dado de alta total odontológica al 82%.

Respecto a las coberturas de altas totales según población total per cápita de 4 años (895), a octubre del 2012, se ha alcanzado una cobertura de un 45%.

De acuerdo a orientación del Programa Odontológicas se superado la cobertura de altas totales según población total (Meta 35%)

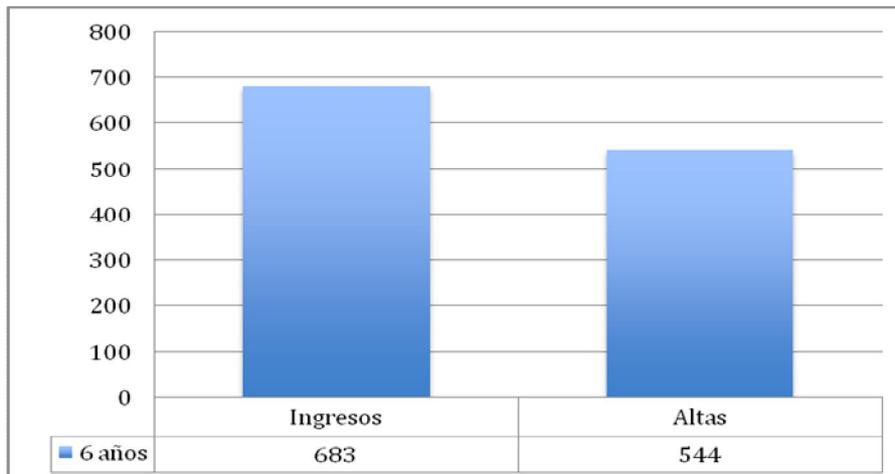
GRAFICO ALTAS TOTALES SEGÚN INGRESOS POBLACION 5 AÑOS



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

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

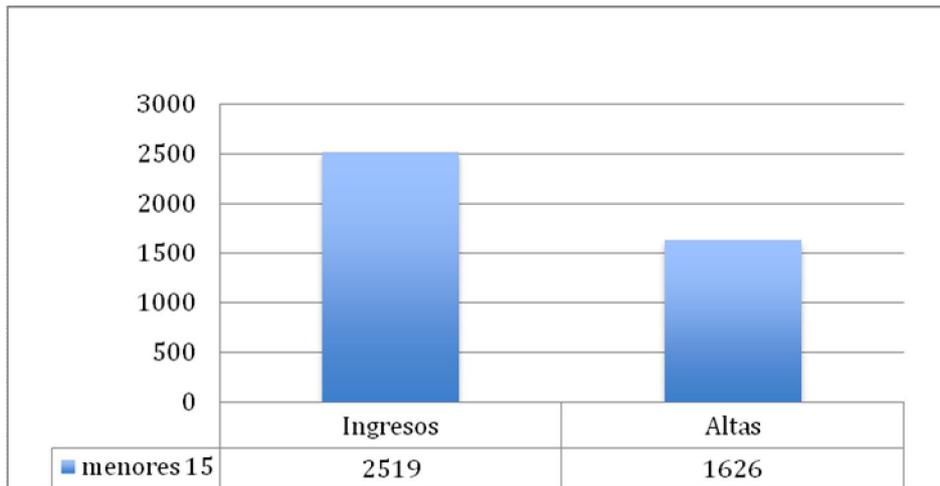
GRAFICO ALTAS TOTALES SEGÚN INGRESOS POBLACION 6 AÑOS



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

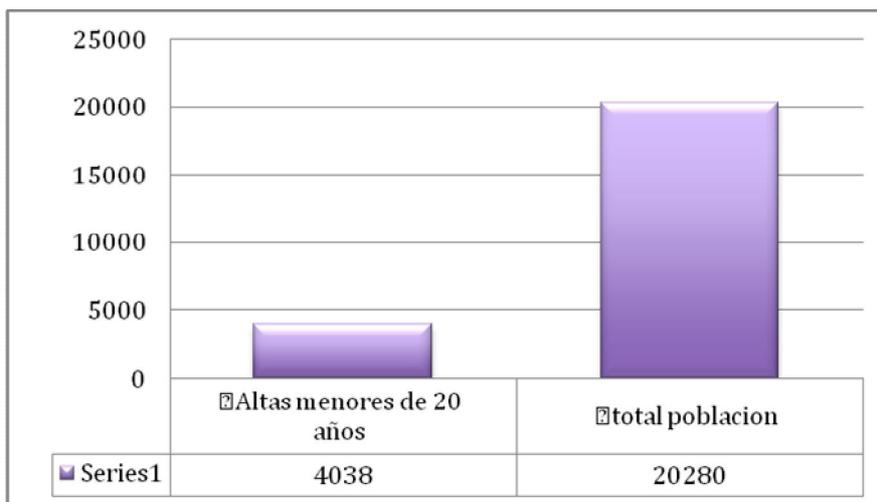
Respecto a las coberturas de altas totales según población total per cápita de 6 años (942), a octubre del 2012, se ha alcanzado una cobertura de un 57.7%.

GRAFICO: ALTAS TOTALES SEGÚN INGRESO RESTO POBLACION 15 AÑOS.



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

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



De acuerdo a los datos obtenidos de enero a octubre de 2012, se ha alcanzado una cobertura adecuada a lo solicitado en los IAAPS. Se han dado 4.038 altas totales odontológicas en el área urbana, lo que corresponde a un 19.9% respecto de la población menor de 20 años. De acuerdo a la tendencia observada, la indicador será cumplido a diciembre, dado que lo solicitado corresponde a un 22.8%.

SALA DE ESTIMULACION Y LUDOTECA COMUNITARIA:

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

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

LUDOTECA COMUNITARIA:

Espacio físico implementado con una amplia variedad de de tipos de juegos y material lúdico didáctico, que puede ser solicitado por usuarios, en este caso madres, padres o cuidador/a de niños y niñas de primera infancia, para ser usado en su hogar. . A cargo de una monitora comunitaria, con supervisión directa del equipo de salud del centro (Enfermera, Asistente Social). Durante el año 2012, se postula nuevamente al mejoramiento de la modalidad, lo que permitió adquirir nuevo equipamiento y material lúdico.

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

La Ludoteca, funciona desde septiembre del año 2007, atendiendo en promedio 30 niños y niñas de distintas edades, quienes acuden a solicitar juegos, a los talleres que se realizan o a participar de distintas actividades lúdicas.

Durante el año 2012, se desarrollaron las siguientes actividades:

- Celebración cumpleaños.
- Celebración día de la familia.
- Celebración día del niño/a.
- Fiestas Patrias.

- Día del medio ambiente.
- Talleres con diversas temáticas.

SALA DE ESTIMULACIÓN:

Funciona desde el año 2009, a cargo de dos Educadora de Párvulos, media jornada y durante el segundo semestre se incorpora Kinesióloga por 22 hrs

ACTIVIDADES 2012:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Mecanismo de evaluación del progreso de los niños/as

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

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

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

Mecanismo de egreso de los niños /as:

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

Monitoreo de los resultados alcanzados por los niños/as

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

AREA ADOLESCENCIA

INTRODUCCION

La adolescencia es un fenómeno cultural y social y por lo tanto sus límites no se asocian fácilmente a características físicas. La palabra deriva del significado latino del verbo adolescere, "crecer." El tiempo se identifica con cambios dramáticos ocurridos en el cuerpo, junto con progresos en la psicología y la carrera académica de una persona. En el inicio de la adolescencia, los niños terminan la escuela primaria y se incorporan generalmente a la educación secundaria, tal como la escuela media¹.

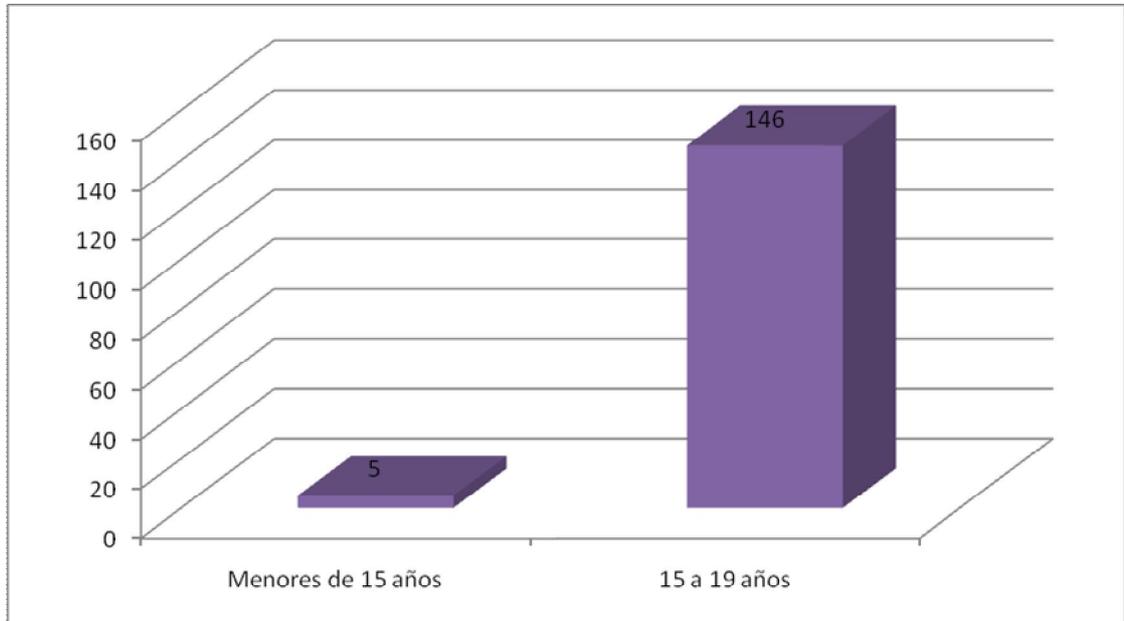
En términos poblacionales los adolescentes en Chile, de acuerdo al Censo del 2002, son 2.702.541, de los cuales 1.325.464 son mujeres y 1.377.077 son hombres. A nivel comunal existen 14.127 adolescentes, en una relación porcentual de 51.99% de hombres (7.345) y 48.01% de mujeres (6.782), manteniendo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

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

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

EVALUACION AREA ADOLESCENTE:

GRAFICO: INGRESO EMBARAZO ADOLESCENTE SEGÚN GRUPO ETAREO 2012.



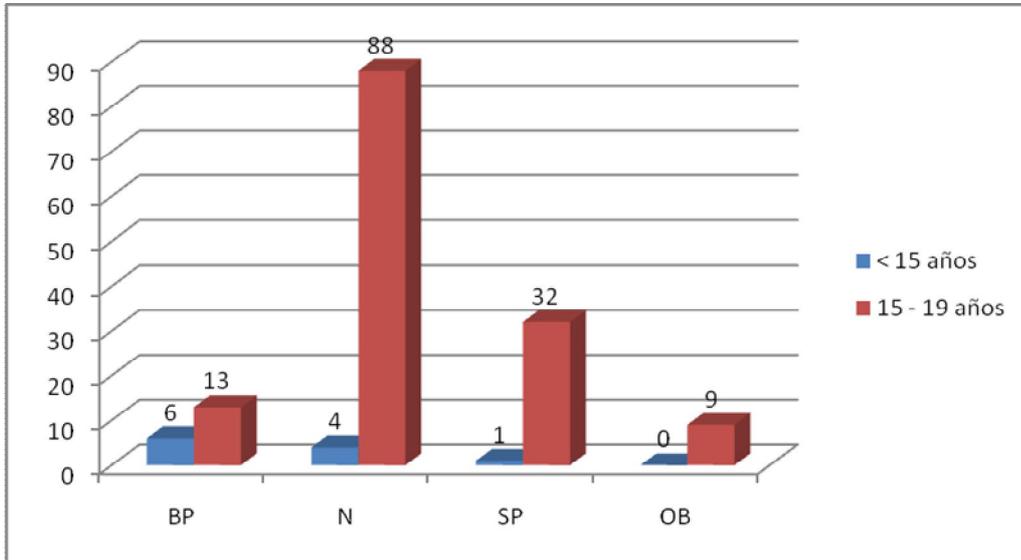
Los cambios culturales hacen que la vida sexual se inicie cada vez más precozmente, lo que conlleva un aumento del embarazo adolescente, realidad que se presenta en países desarrollados y en desarrollo, con importantes consecuencias sociales como es la perpetuación de la pobreza, la deserción escolar,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

Durante el período correspondiente a **Enero a Octubre** se han realizado 787 ingresos a control de embarazo, de los cuales 151 corresponden a menores de 19 años, lo que equivales a un 19,2% respecto de los ingresos totales. Así mismo el porcentaje de ingresos de menores de 15 años equivale a 0,6% disminuyen un punto porcentual en relación a 2011, en relación a las gestantes entre 15 y 19 años, corresponden a un 18,5% durante el 2012 aumentando en 3 puntos porcentual según lo informado el 2011

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

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

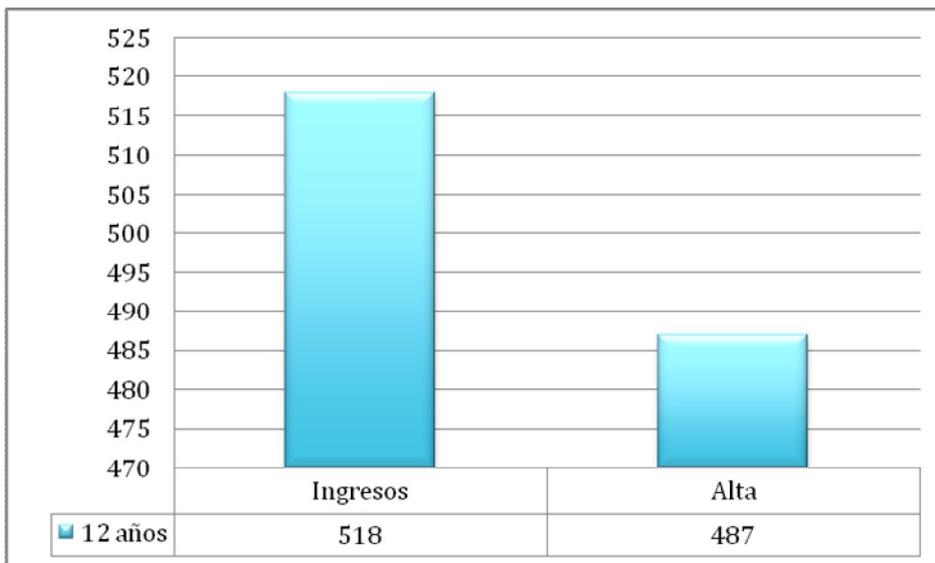
GRAFICO: ESTADO NUTRICIONAL GESTANTES ADOLESCENTES.



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

AREA DENTAL ADOLESCENTE.

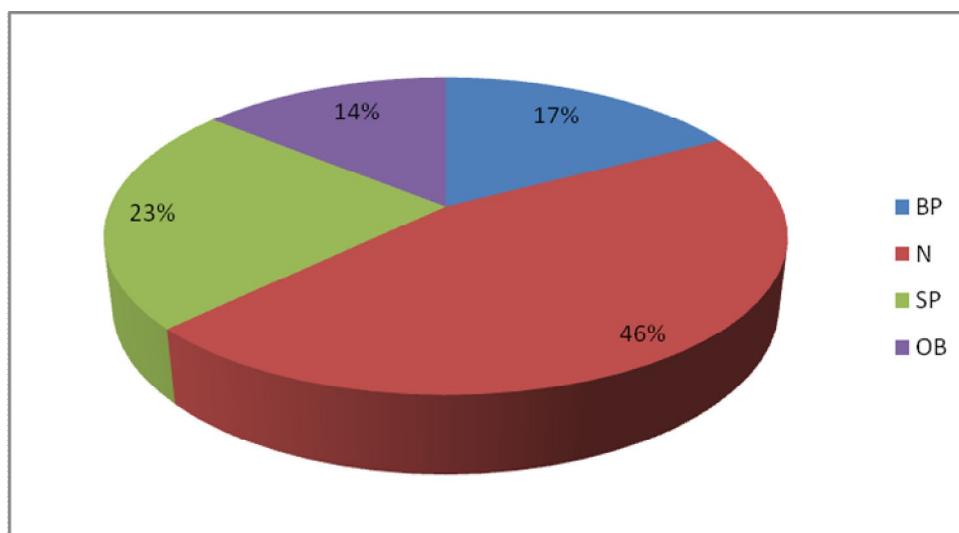
GRAFICO: ALTAS TOTALES SEGÚN INGRESO POBLACION 12 AÑOS.



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

Respecto a las coberturas de altas totales según población total per cápita de 12 años (1097), a octubre del 2012, se ha alcanzado una cobertura de un 44%. De acuerdo a orientación del Programa Odontológicas se prevee que a diciembre se alcanzara la cobertura comunal de altas totales según población total (Meta 65%)

GRAFICO: ESTADO NUTRICIONAL ADOLESCENTES SEGÚN FICHAS CLAP.



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

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

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

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

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

METAS 2012:

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

Cada plan debe tener semanalmente 2 a 3 intervenciones, las cuales deben ser informadas en SIGGES. Respecto al proceso de tratamiento este tiene una duración de 6 meses, mientras que la etapa de seguimiento tiene una duración de 12 meses.

La forma de diferenciar los planes es a través de las intervenciones prestadas en cada periodo (código SIGGES). En relación a las prestaciones realizadas por el programa, persisten dudas respecto a las prestaciones otorgadas a las familias, ya que no existe un código específico que permita registrarlas como tal. Esta situación preocupa ya que quedan prestaciones realizadas a las familias de los jóvenes, con objetivos terapéuticos definidos en sus planes de tratamiento, según la guía clínica, que no serían consideradas.

PERFIL:

- Ser menores de 20 años de edad.
- Presentar consumo problemático de alcohol y/o drogas.

- Contar con red de apoyo familiar.
- Tener residencia en la provincia de Quillota.
- Ser beneficiario de FONASA.

VÍA DE INGRESO:

Es a través de demanda espontánea, derivaciones desde organizaciones comunitarias y educacionales, programas psicosociales, tribunales de familia, derivaciones de hospitales, centros de salud o consultorios, entre otros. Se debe solicitar hora personalmente o vía telefónica en el Centro de Salud Cardenal Raúl Silva Henríquez en la **Agenda Ingresos Montún**; prestación que se realiza en dupla psicosocial, generalmente los días viernes de cada semana.

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

MODALIDAD:

El tratamiento es de modalidad ambulatoria básica, es decir, los jóvenes y sus familias asisten al programa de 2 a 3 veces por semana, con una duración de 1 hora cada vez. Las etapas y los tiempos considerados dentro del proceso de tratamiento son los siguientes;

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

PRESTACIONES:

- Consejerías a nivel individual, familiar y grupal.
- Evaluaciones y controles médicos.
- Tratamiento farmacológico. (Si corresponde)
- Psicoterapia individual y familiar.
- Intervención social individual y familiar.
- Intervenciones psicosociales individuales y familiares.
- Intervenciones Terapéuticas.
- Intervenciones Preventivas.

- Aplicación de screening de drogas y alcohol.
- Visitas domiciliarias integrales y de rescate.
- Coordinaciones e integración a la red comunitaria y programas de salud.
- Actividades deportivas. (Gimnasio) para el usuario y su familia.
- Actividades de reflexión (Taiso y meditación Zen) para el usuario y su familia.
- Actividades Recreativas (Piscina Municipal) para el usuario y su familia.
- Actividades Laborales (Apresto Laboral) para el usuario y su familia.

ACTIVIDADES EN LA COMUNIDAD OTORGADAS DURANTE EL AÑO 2012:

- Taller de pesquisa, acogida y motivación para profesores del Liceo Leonardo Da Vinci, de la comuna de La Cruz.
- Taller de pesquisa, acogida y motivación para profesores de la Escuela República de México, de la comuna de Quillota.
- Taller de difusión y pesquisa, para profesores mesa de educación, de la comuna de Quillota.
- Organización de talleres educativos en drogodependencia, implementados en el “Mes de la prevención, en el auditorium del centro de salud, dirigidos a delegaciones de establecimientos educacionales: Escuela República de México, Colegio Tierra del Fuego, Colegio Cristiano, Liceo de Hombres.
- Organización e implementación de la feria de tratamiento, desarrollada en el Mes de la Prevención, en el CS. Cardenal Raúl Silva Henríquez, de Quillota.
- Organización y Celebración del “Mes de la Prevención”, desarrollada en dependencias del CS. Cardenal Raúl Silva Henríquez, de Quillota.
- Participación en las jornadas de trabajo para la elaboración de la Política Comunal de Drogas y Alcohol.
- Participación en mesas de tratamiento Previene La Calera y Quillota.
- Difusión sobre prevención, promoción y acerca de los programas de tratamiento y respectiva derivación a red social operante.
- Participación Feria de Tratamiento, organizada por Previene La Calera en Liceo Pedro de Valdivia”.
- Coordinación con programas pertenecientes al Centro de Salud Cardenal Silva Henríquez. (Control de niño sano, salud mental, área de la mujer, entre otros.)
- Coordinaciones con programas de SENAME (PLA, PLAE, medidas alternativas, hogares de menores; PIB, PIE).
- Coordinaciones y trabajo en conjunto con programas de SENDA y PREVIENE.
- Coordinaciones con programas municipales (OMIL, OTEC, oficina del deporte, entre otros).
- Coordinaciones con organizaciones funcionales y territoriales (UNCO).
- Coordinaciones con red educacional y de salud.

- Participación en mesas técnicas provinciales.
- Difusión del programa a toda la red de la provincia de Quillota y sensibilización sobre las problemáticas vinculadas al consumo problemático de sustancias.

LUGAR DE ATENCIÓN Y COBERTURA:

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

DATOS ESTADÍSTICOS

INGRESOS SEGÚN SEXO:

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



INGRESOS SEGÚN PROMEDIO DE EDAD:

El promedio de edad de los jóvenes ingresados al programa se concentra principalmente entre los 17 a 20 años, siendo los usuarios más jóvenes de 14 años y el promedio de edad en general de 16,2.

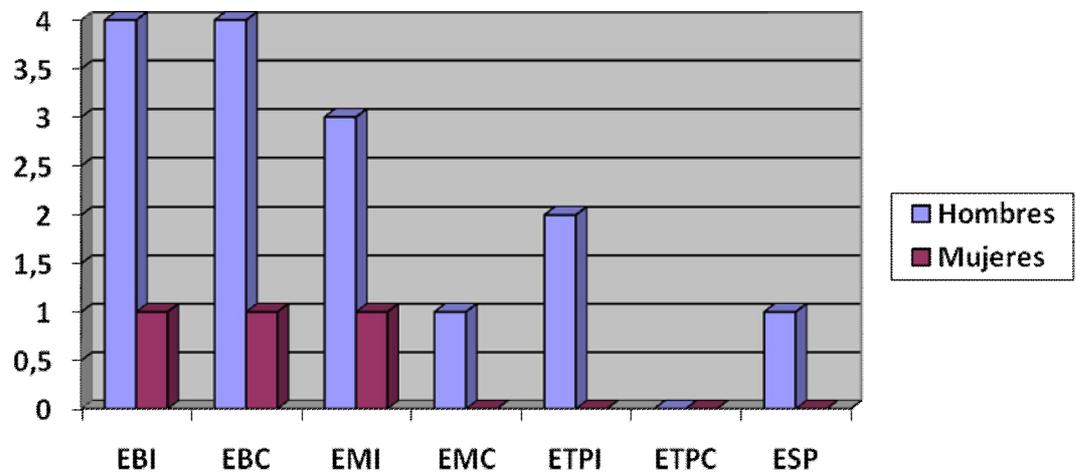
El promedio de edad por sexo en las mujeres es de 16.5% y en los hombres es 17.1%



INGRESO SEGÚN NIVEL EDUCACIONAL:

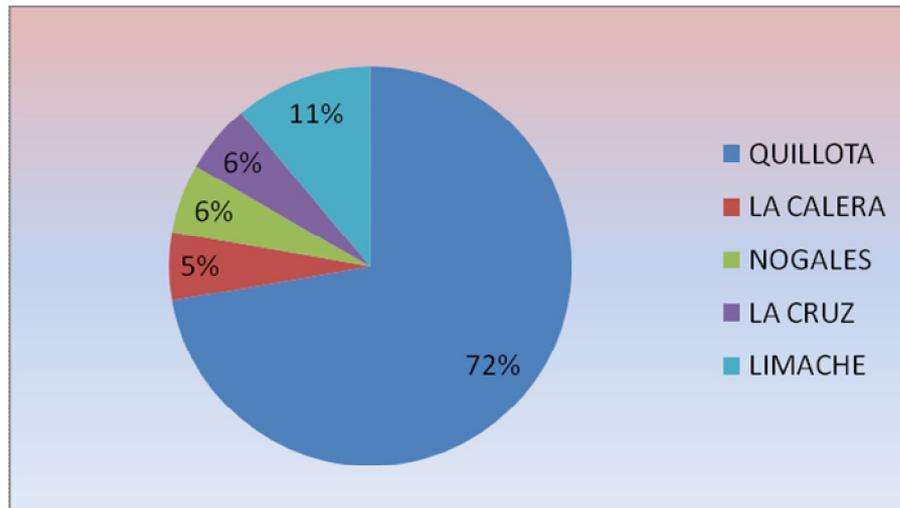
En cuanto al nivel educacional de los usuarios del programa este se concentra principalmente en la educación básica. De los jóvenes ingresados seis se encontraban en calidad de deserción escolar (una mujer y cinco hombres).

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



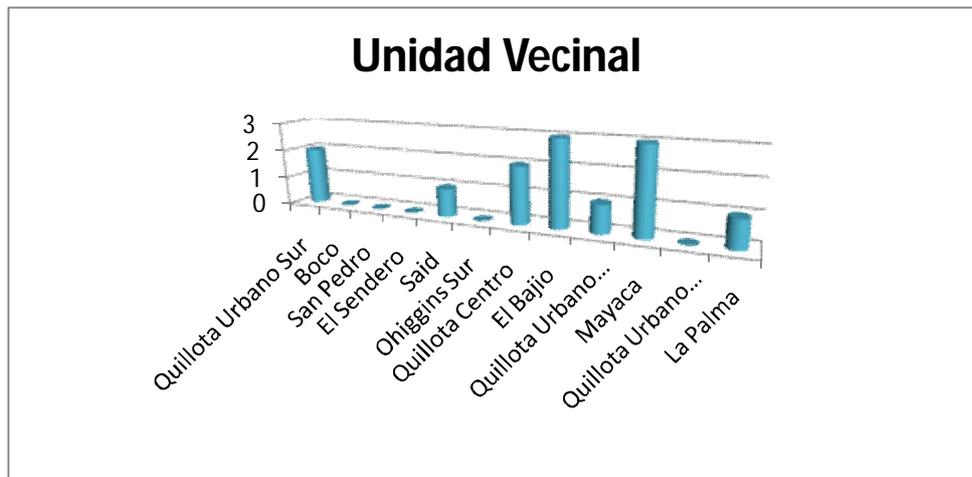
INGRESOS SEGÚN COMUNA:

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



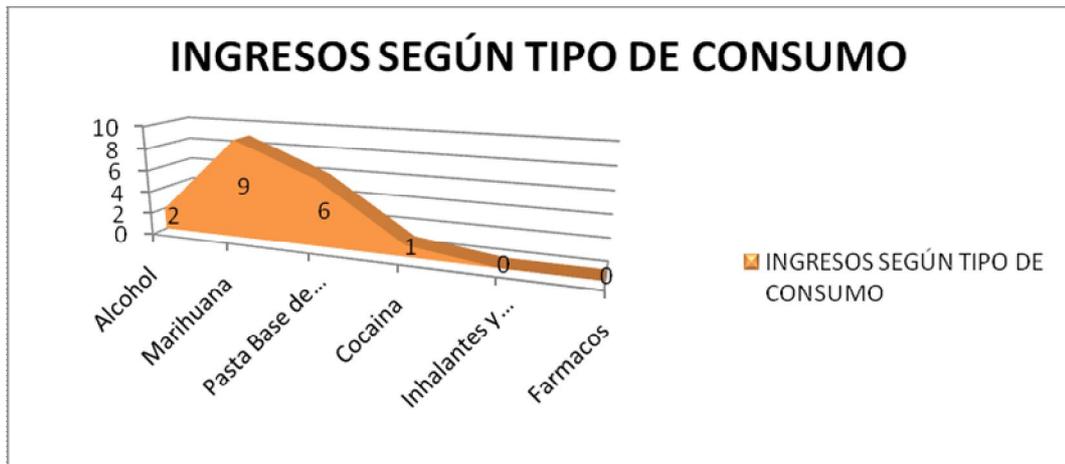
INGRESOS DE QUILLOTA SEGÚN UNIDAD VECINAL

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



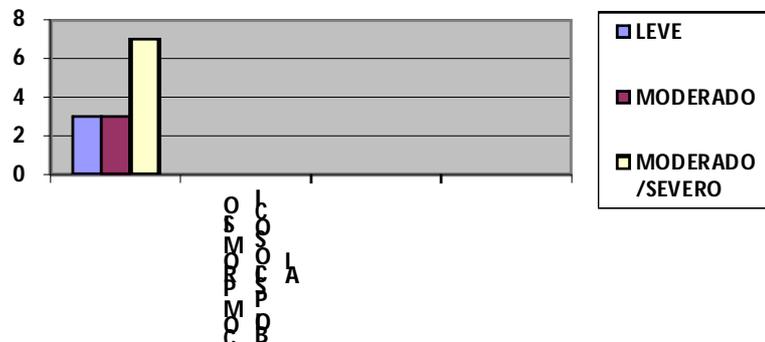
INGRESO SEGÚN TIPO DE CONSUMO:

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



INGRESOS SEGÚN COMPROMISO BIOPSIOSOCIAL

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



INGRESOS A MEDICO DE SALUD MENTAL

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

ACTIVIDADES TERAPEUTICAS Y PREVENTIVAS:

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

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

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

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

ACTIVIDADES DE APOYO:

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

Si bien la mayoría de los jóvenes participantes del programa Montún residen en la comuna de Quillota, ellos no se vinculan ni aprovechan los espacios y actividades culturales, deportivas, recreacionales y/o laborales que están a su disposición, o, si los usan, son en contextos de riesgo. Para otorgar un tratamiento de calidad que propicie un sano desarrollo, evitar futuras recaídas y facilitar la integración de los usuarios a su comunidad es necesario contar con lugares y



actividades en que los jóvenes puedan desarrollarse y compartir de manera saludable y protegida.

Los objetivos centrales de las actividades son:

- Prevenir recaídas, consumo de nuevas sustancias y factores de riesgo.
- Promover estilos de vida saludables.
- Buen uso del tiempo libre.
- Vincular a los jóvenes a su comunidad.
- Favorecer la rutina.
- Realización de actividades en familia.

Entre las actividades desarrolladas cabe mencionar:

Actividades Deportivas:

Los jóvenes y sus familias en coordinación con representantes de la Oficina de Deportes de la Ilustre Municipalidad de Quillota, acuerdan el establecimiento de un programa de acondicionamiento físico en el gimnasio municipal, fijando conjuntamente días y horarios de citación. Las actividades deportivas se realizarán durante todo el año, con una duración de 1 hora 30 app., cada vez. Dicha actividad estará a cargo de un profesor de educación física y una kinesióloga. Actividad supervisada por la asistente social del programa.

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

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

Actividades Laborales:

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

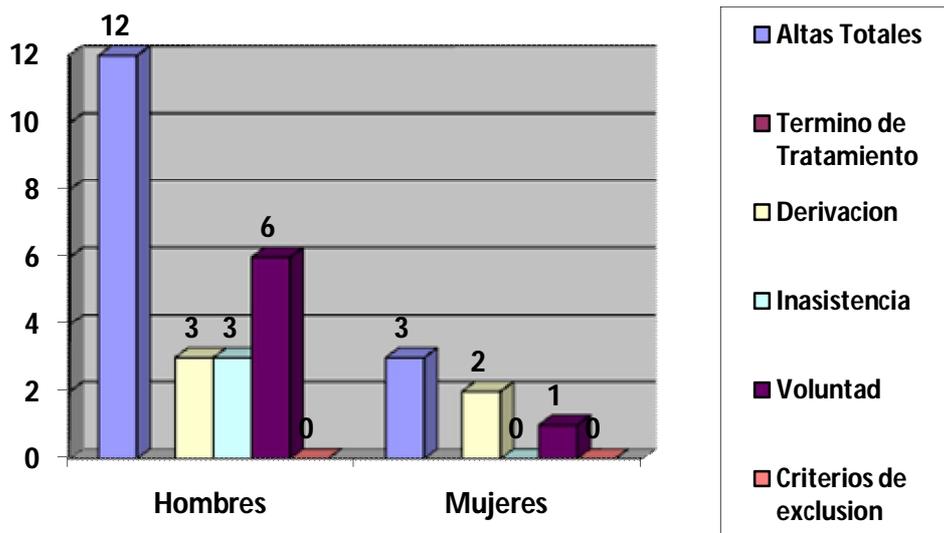
Actividades Recreativas: Actualmente se coordina con la oficina de deporte la posibilidad de generar nuevamente un espacio para los usuarios Montún, tal como se realizo durante el verano 2011 - 2012, donde los jóvenes asistían con su familia y bajo la supervisión de una de las profesionales del programa,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

EGRESOS

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

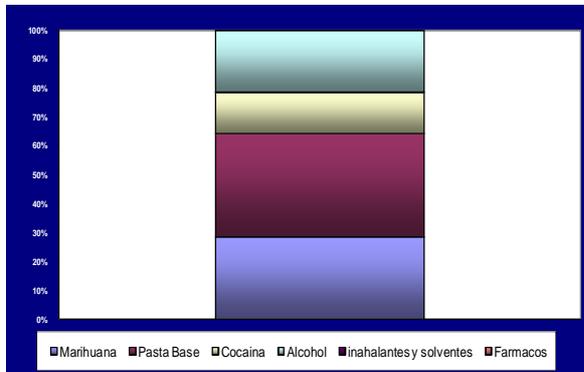
EGRESOS SEGÚN SEXO Y CAUSALES DE DERIVACION:

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



EGRESOS SEGÚN TIPO DE CONSUMO

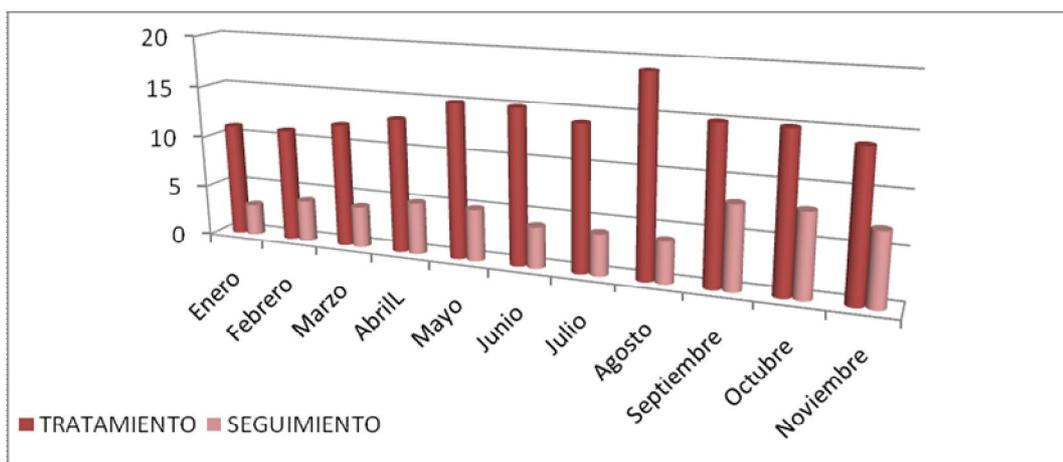
En relación al tipo de consumo existe un mayor porcentaje de egresos con consumos de THC.-



PROYECCION 2013

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

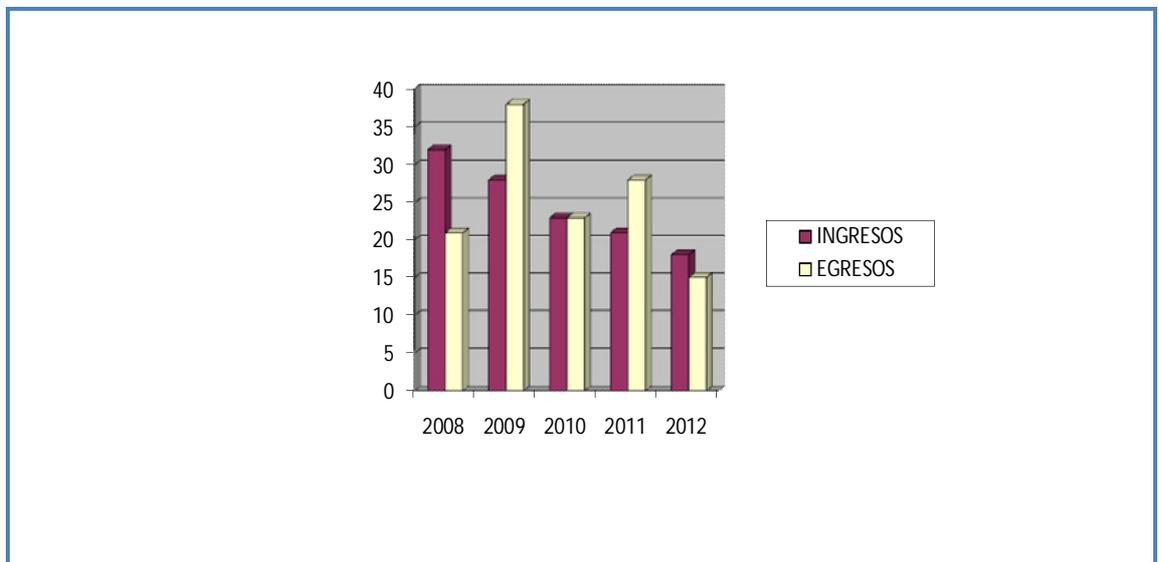
Al mes de noviembre del presente año, 9 usuarios se encuentran en etapa de tratamiento y 7 en etapa de seguimiento. A continuación se realiza un detalle mensual del tipo de plan:



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

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

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

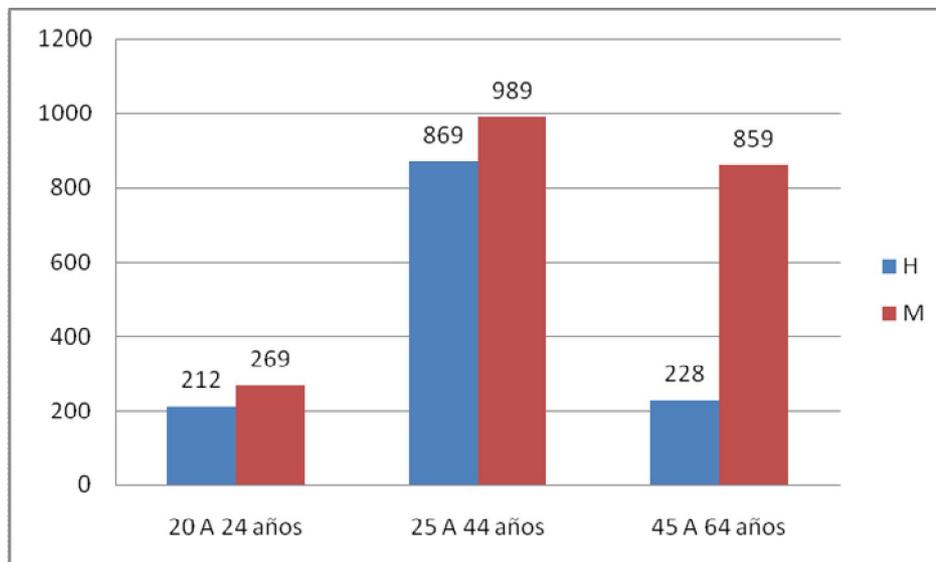


ADULTO:

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

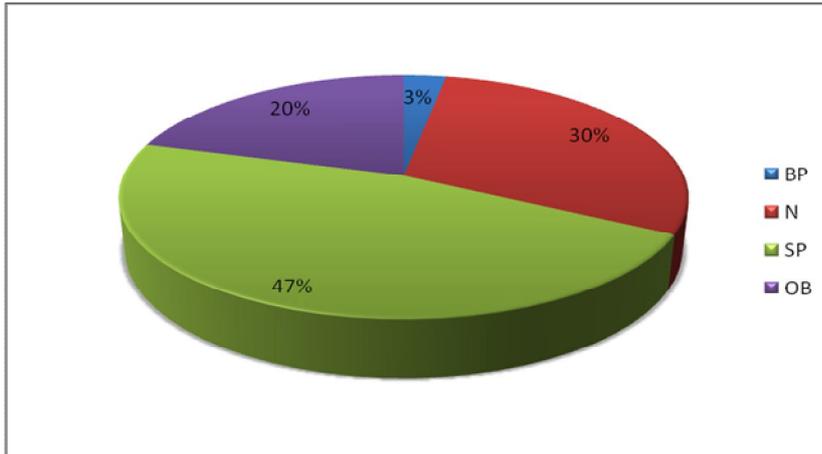
El examen permite detectar la presencia de enfermedades como diabetes o hipertensión. Desde Enero y hasta Diciembre del presente año 2009 el Centro de Salud Municipal Cardenal Raúl Silva Henríquez aplica 2914 examen médico preventivo (EMPA) a hombres y mujeres de entre 20 y 64 años con la finalidad de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

GRAFICO: EMP REALIZADO 2011 POR SEXO.



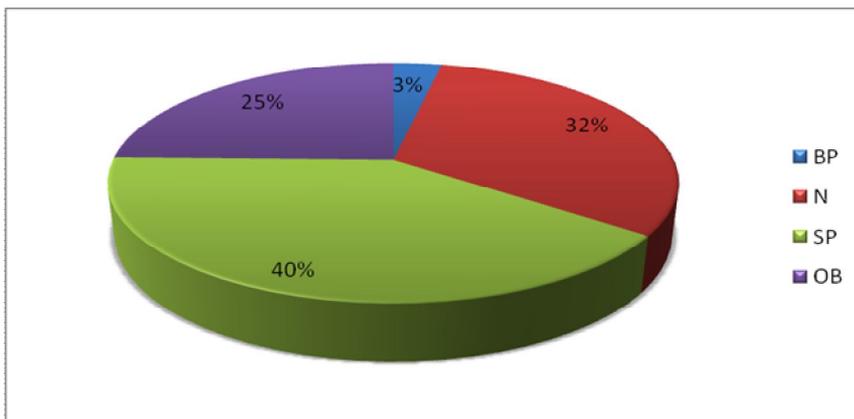
Durante el período enero a octubre se realizaron un total 3426 entre los rangos etáreos de 20 a 64 años. De estos, 2117 corresponden a mujeres y 1309 a hombres. Incrementando en un 14% en relación al 2011 el número de EMPA aplicados

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



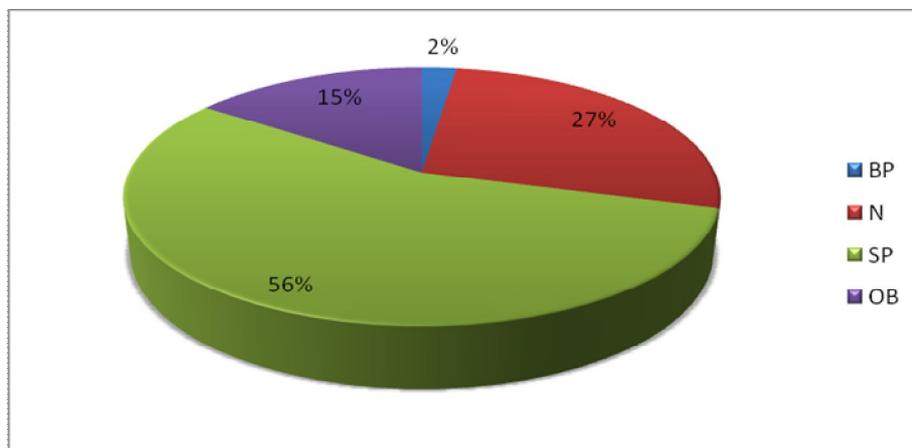
De acuerdo a los datos informados en el período enero a octubre del 2012, la población adulto, mayoritariamente presenta un estado nutricional normal 30% disminuyen en 11 puntos porcentuales en comparación al 2011, la malnutrición por exceso representa un 67% del total aumentando en relación al 2011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

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



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

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



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

PROGRAMA DE SALUD MENTAL EN POBLACION ADULTA

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

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

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

Los objetivos específicos son los siguientes:

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

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

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

GRAFICO: PACIENTES INGRESADOS A SALUD MENTAL 2012

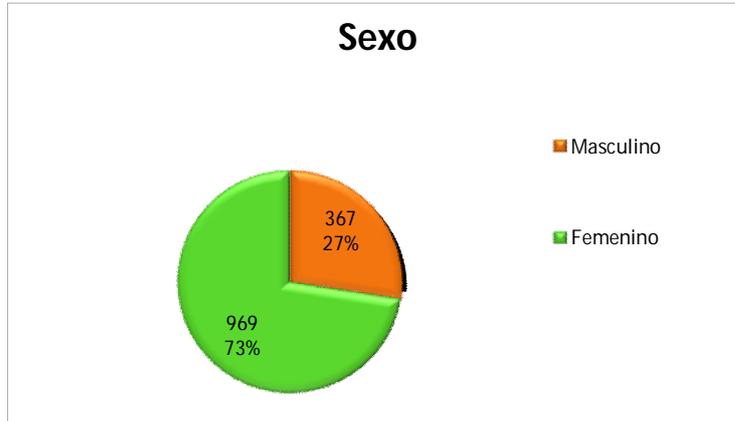


GRAFICO: PACIENTES INGRESADOS POR RANGO ETAREO.



GRAFICO: PACIENTES INGRESADOS POR DIAGNOSTICO:

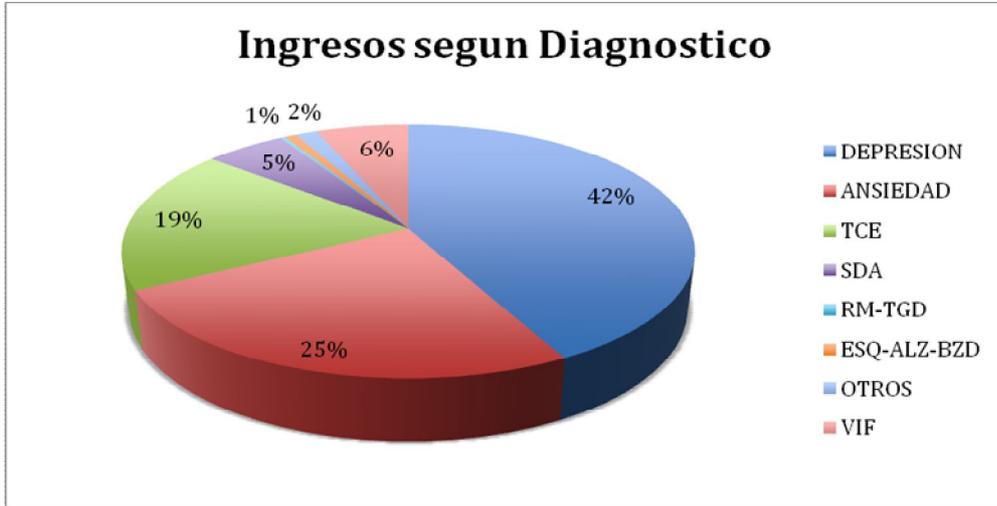


GRAFICO POBLACION CONTROL POR SEXO:

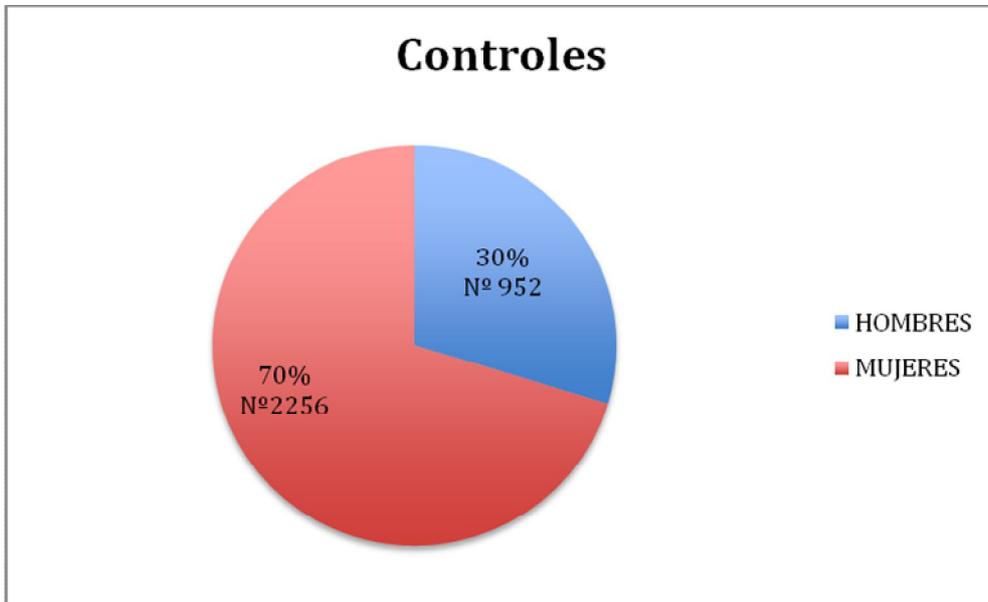


GRAFICO: POBLACION CONTROL POR EDAD.



GRAFICO: POBLACION CONTROL SEGÚN DIAGNOSTICO:

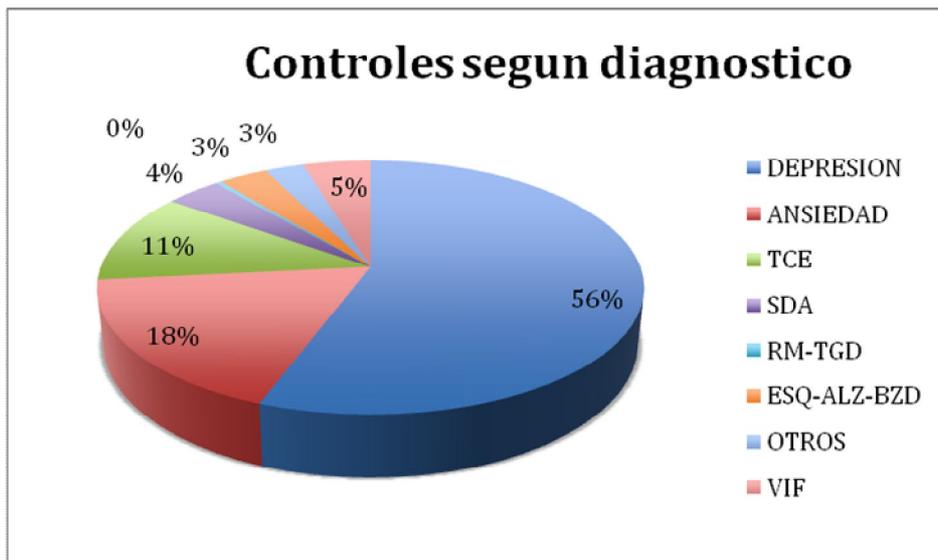
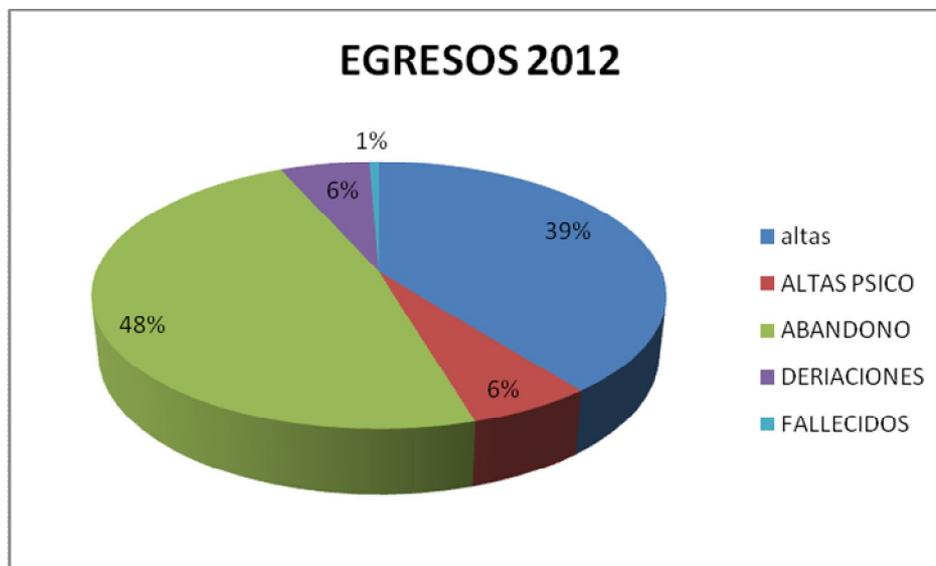


GRAFICO: EGRESOS AÑO 2012.



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

DESCRIPCION DEL PROGRAMA

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

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

EQUIPO EJECUTOR DEL PROGRAMA

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

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

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

POBLACIÓN OBJETIVO (PERFIL DE INGRESO):

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

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

Dentro de las consideraciones especiales se encuentran:

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

OBJETIVOS PROGRAMA EL MOLINO

OBJETIVO GENERAL

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

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

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

INGRESO AL CENTRO

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

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

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

ETAPAS DEL TRATAMIENTO

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

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

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

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

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

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

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

EGRESO DE TRATAMIENTO

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

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

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

Evaluación de egreso del proceso terapéutico:

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

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

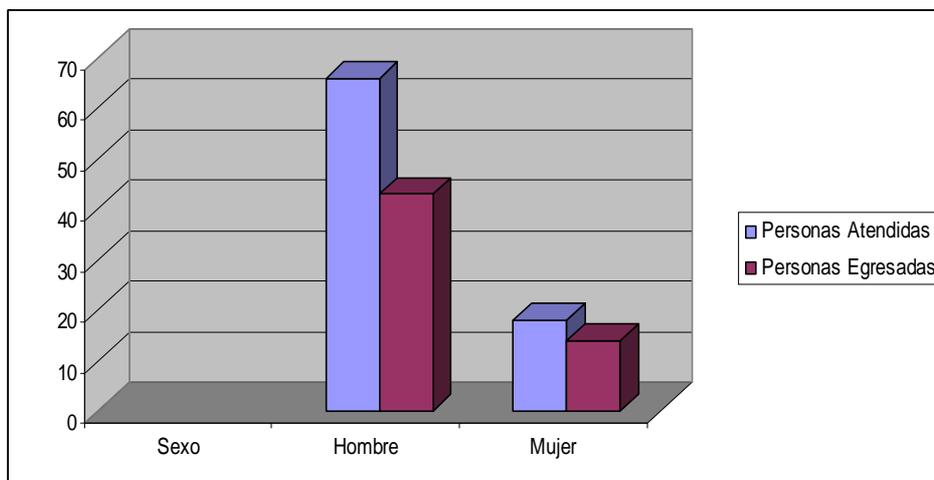
- **Patrón de consumo:** el tipo de sustancia, la dosis, la frecuencia y tiempo de consumo, el contexto de consumo, vale decir, forma de acceso a la sustancia, consumo en compañía o en solitario, entre otros.
- **Situación familiar:** calidad de las relaciones al interior del grupo de referencia y la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

Y las categorías de consenso son:

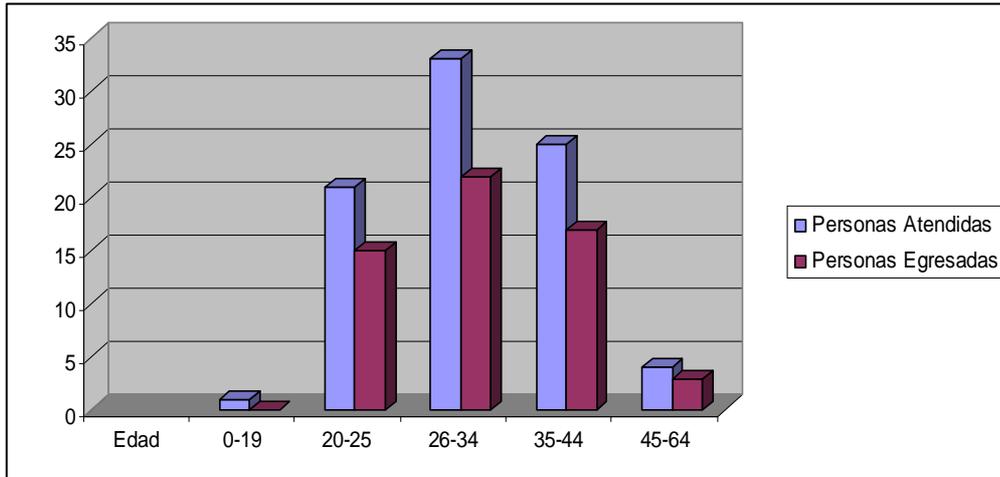
- **Logro alto:** alcance de la totalidad de los objetivos planteados. La persona se encuentra en condiciones de integrarse al medio de manera satisfactoria. Se aprecia la decisión por consolidar un cambio favorable en su estilo de vida.
- **Logro intermedio:** alcance parcial de los objetivos, requeriría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

ANALISIS EN GRAFICOS DE LA SITUACION AÑO 2012

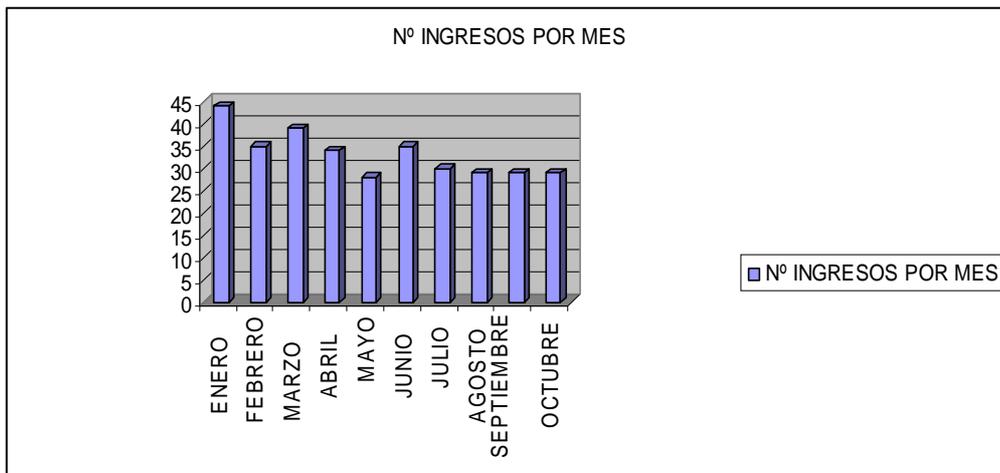
El presente análisis fue extraído de los datos arrojados por SISTRAT, sistema SENDA digital on line.



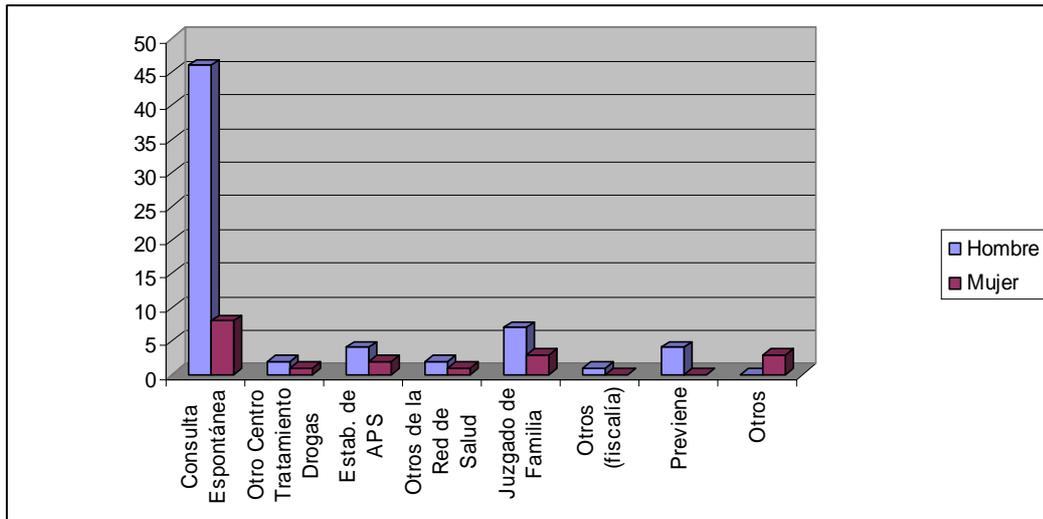
El grafico da cuenta que el presente año fueron atendidas 84 personas, egresando 57 de ellas, como es habitual en programas de rehabilitación es significativo el número de varones que ingresa o consulta por tratamiento, en el caso de Programa El Molino 66 varones ingresaron a tto., y tan sólo 18 mujeres,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



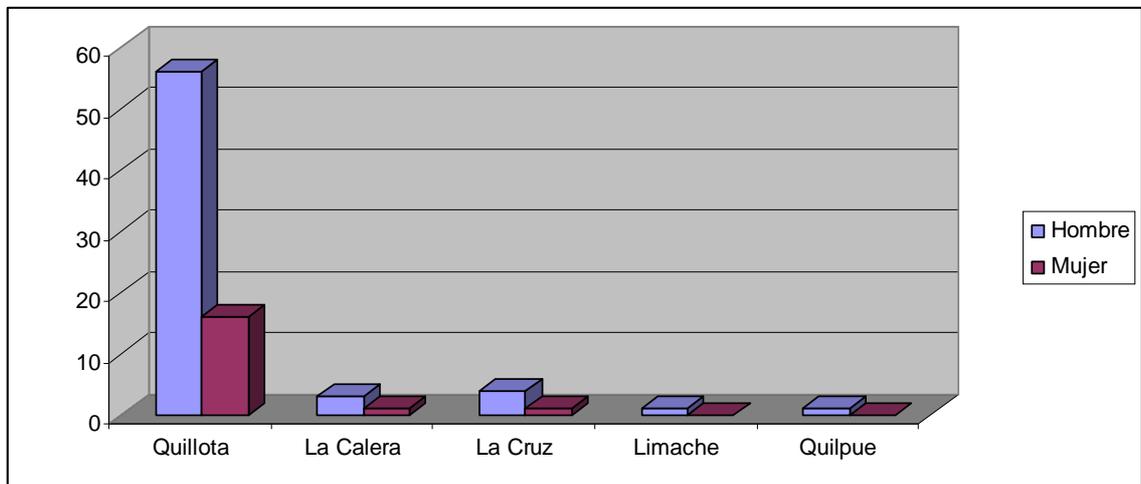
Respecto del tramo etáreo, el porcentaje mayor de ingresos se encuentra entre los 26 a 34 años un 39 % , edad que puede asociarse al ciclo vital de adulto joven en que comienza a desarrollarse la familia de procreación y lo que se observa es que precisamente son las parejas o cónyuges las personas que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



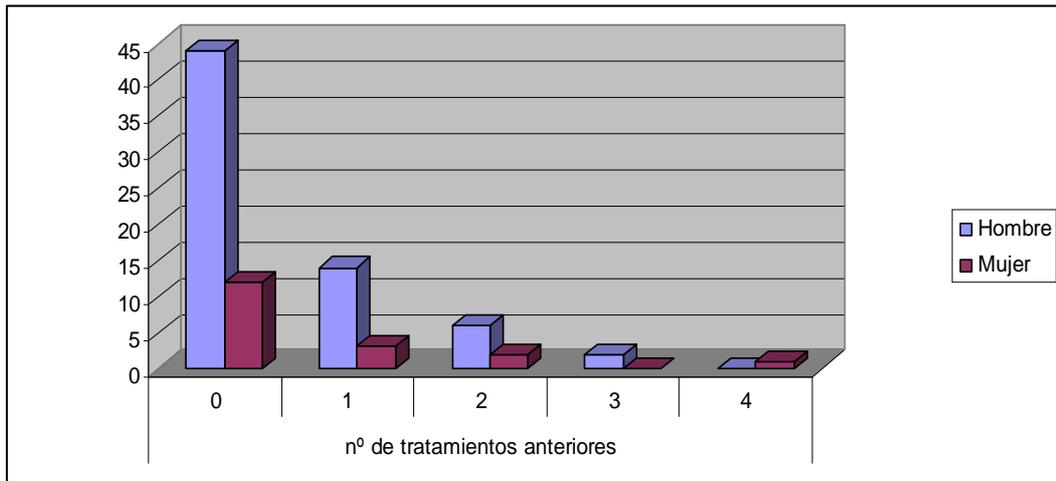
Los planes que atendemos por mes deben ser 35, sin embargo el equipo ha priorizado la atención de perfiles que sean acordes a la realidad de un programa básico, generándose de julio hasta la fecha un declive en aumento de planes, priorizando la calidad en la atención y evitando el desgaste del equipo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



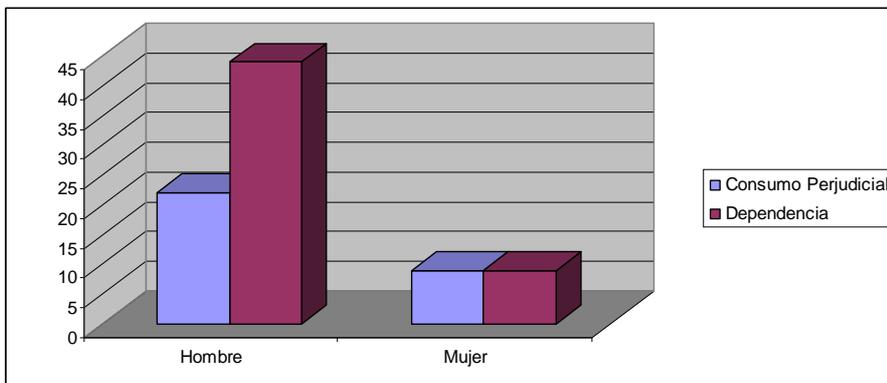
Como es habitual en los años anteriores, la principal vía de ingreso es la consulta espontánea 64%, esto puede deberse a que el programa ya se encuentra instalado desde el año 2006 y ya han transitado más de 500 personas por él, lo que le ha hecho visible a la comunidad. Otro porcentaje a destacar es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



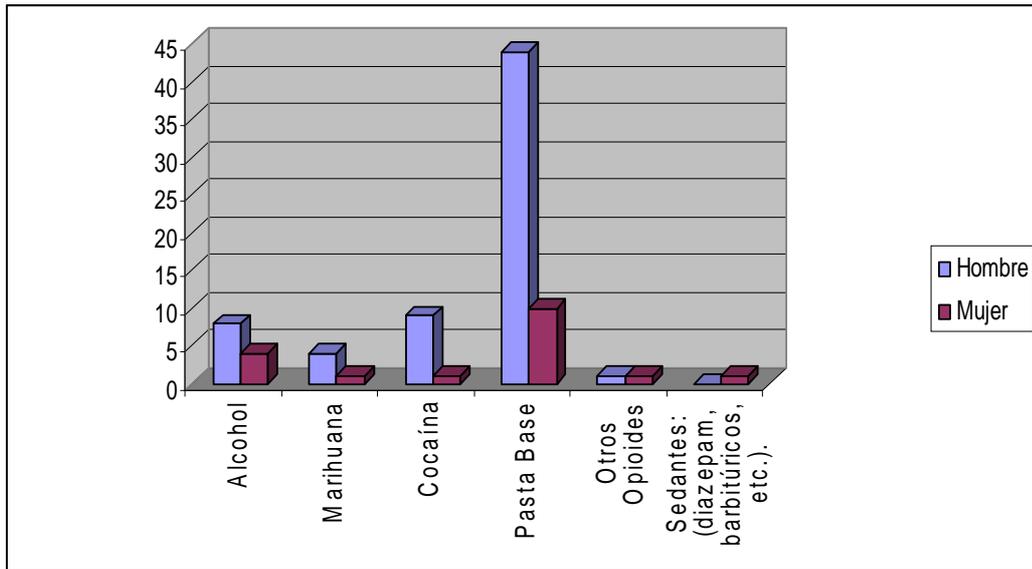
Si bien Programa El Molino es un programa provincial, ha podido otorgar atención a comunas como Limache y Quilpue que son de la provincia Marga Marga, por supuesto que el porcentaje principal corresponde a la comuna Quillota 87%, lo cual tiene que ver con el acceso de usuarios a nuestro Centro de Salud.



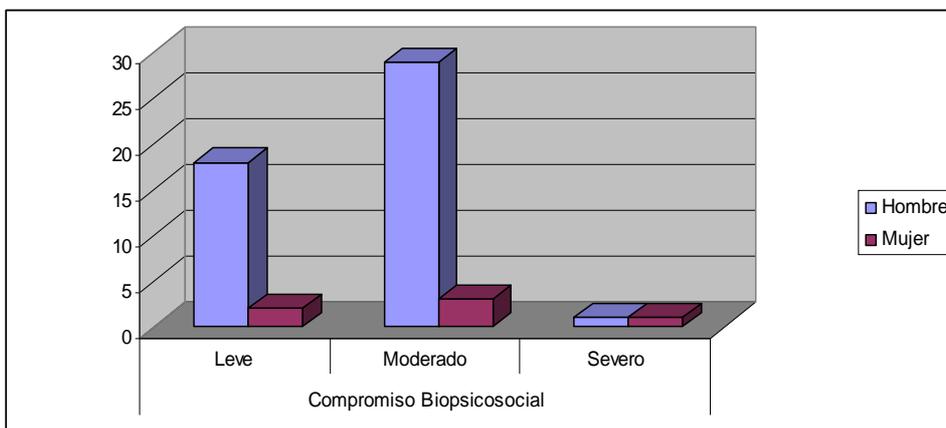
Es relevante observar que de las personas que ingresaron a tratamiento el presente año un 67% de éstas Programa El Molino era la primera instancia de tratamiento y con ello se puede apreciar que nuestro equipo efectuó un filtro más específico en lo relativo a la complejidad de la persona consultante;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



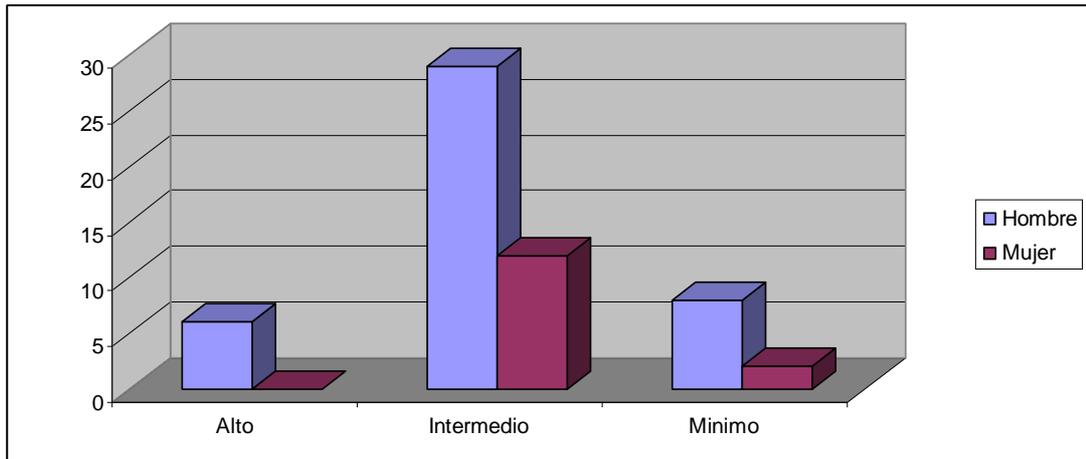
El grafico evidencia que el diagnóstico de consumo no ha variado el año 2012, aún son la mayoría de las personas atendidas dependientes 63% y por lo mismo sigue siendo relevante efectuar todos los esfuerzos asociados al logro de la desintoxicación a corto y mediano plazo, de ahí que sea tan significativo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



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

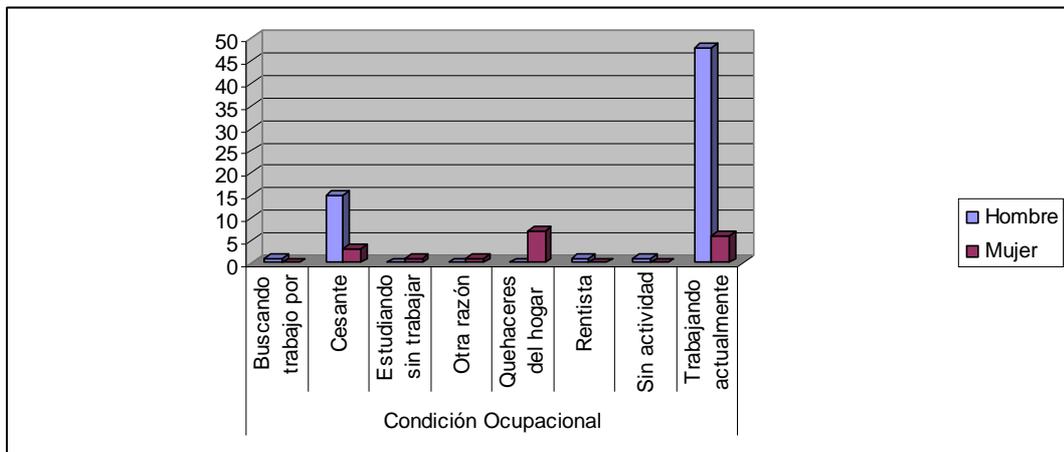


Es importantísimo observar este gráfico que da cuenta que la población tratada el presente año poseía un compromiso biopsicosocial leve a moderado y por lo mismo el equipo pudo desarrollar un trabajo de mayor calidad en lo asociado a intervenciones terapéuticas relativas a etapa de tratamiento, e incluso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

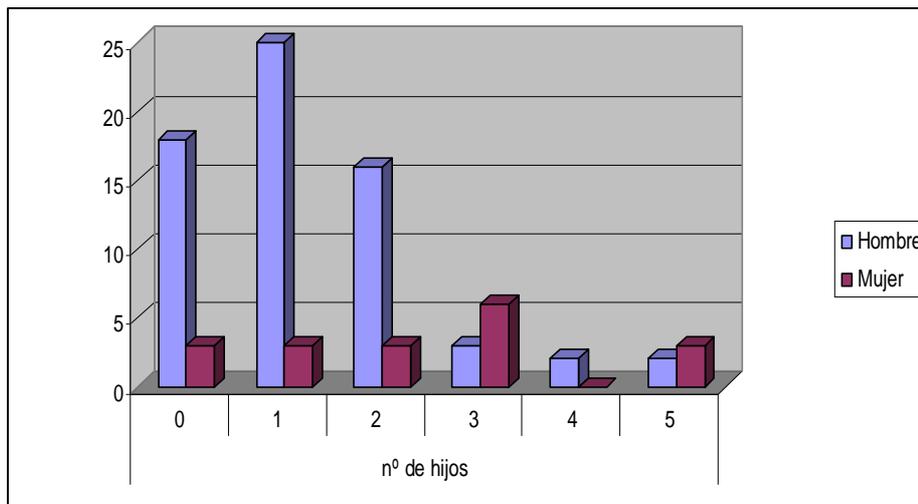


Respecto de las 57 personas egresadas un 71% tuvo un logro intermedio lo que definitivamente favorece su calidad de vida pues como se mencionaba con antelación de las 84 personas atendidas el presente año un 67% no había hecho antes un proceso terapéutico y por lo mismo el logro obtenido favorece su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

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



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



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

TRABAJO EN RED EFECTUADO POR EQUIPO EL MOLINO

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

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

DESAFIOS Y PROYECCIONES AÑO 2013

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

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

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

INTRODUCCIÓN

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

OBJETIVO

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

METODOLOGÍA

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

IMPLEMENTACIÓN

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

Perfil del usuario:

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

Equipo

Técnico en Rehabilitación y Coordinadora: 44 horas

Trabajador social: 33 horas

Psicólogo: 11 horas

Psicólogo: 11 horas

Médico: 11 horas

Principales prestaciones y orientaciones:

Primera Entrevista y evaluaciones biopsicosociales

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

ESTADÍSTICAS:

Vías de derivación

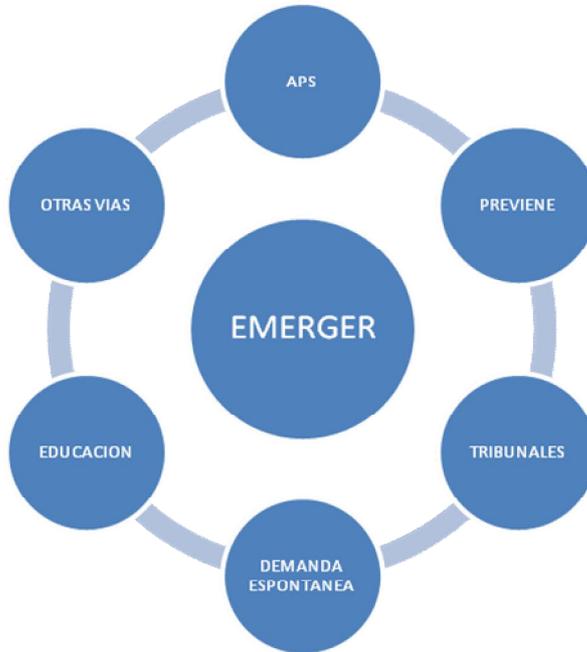


GRÁFICO DE ATENCIONES MES DE NOVIEMBRE 2012



Altas por finalización de tratamiento 2012: 6

RESULTADOS 2012

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

PROYECCIONES 2013

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

ADULTO MAYOR

DATOS DEMOGRAFICOS.

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

GRAFICO N°1: POBLACIÓN CHILENA SEGÚN SEXO, CENSO 2002



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

SEXO	ADULTOS/AS MAYORES
HOMBRES	4.008
MUJERES	5.658
TOTAL	9666

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

² Si se realiza el cálculo por la población mayor de 65 años, esta sería de 1.217.576. Se hace la distinción ya que los programas sanitarios consideran al/a Adulto/a Mayor con 65 años y más.

ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR EN NUESTRA COMUNA

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

EVALUACION AÑO 2012 AREA ADULTO MAYOR:

Los adultos/as mayores que asisten los establecimientos de salud de Quillota, son mayoritariamente mujeres, así lo muestra un análisis que se realizó con los Examen de Medicina Preventiva del Adulto/a Mayor (EFAM) vigente 2012.

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

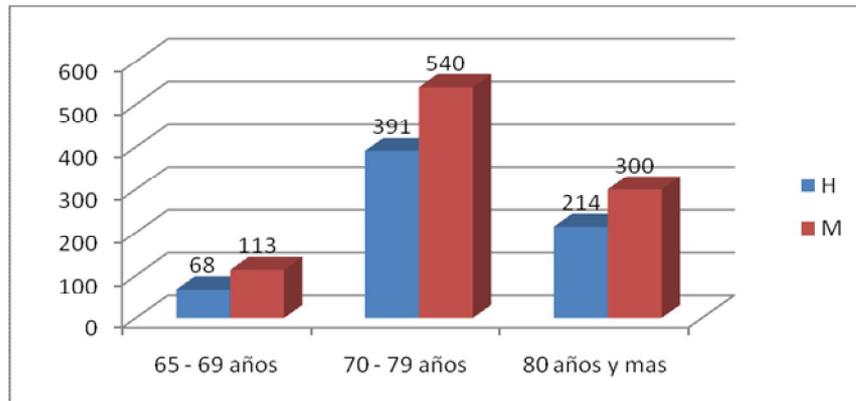
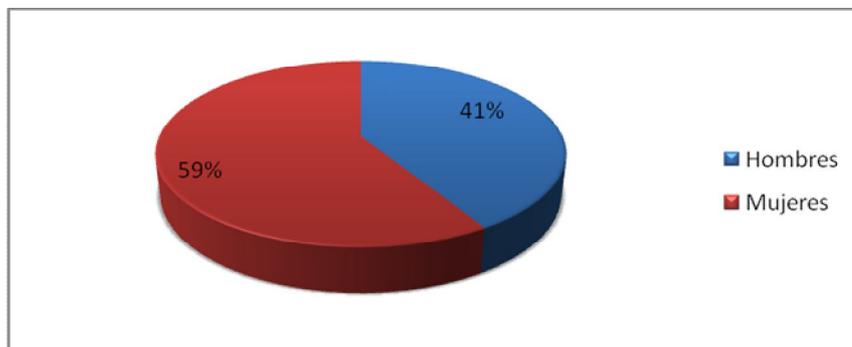
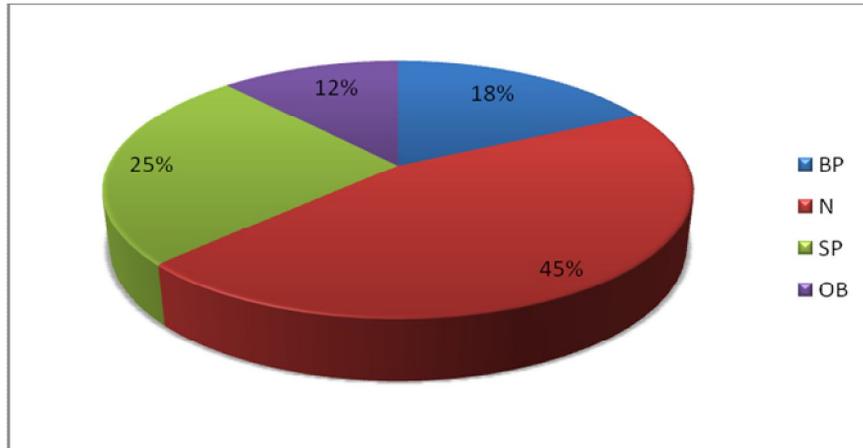


GRAFICO: DISTRIBUCION PORCENTUAL POR SEXO EFAM APLICADOS 2012.



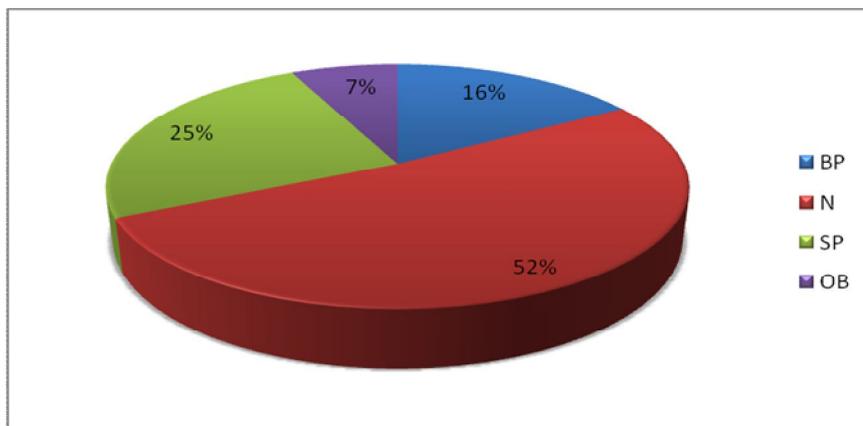
Durante el periodo correspondiente a enero octubre 2012 entre hombres y mujeres se realizaron 1626 EFAM, siendo al sexo femenino quien más exámenes se aplico 953, siendo la misma tendencia de los EMPA donde las mujer realizaron mayor cantidad de consulta en los distintos programas.

GRAFICO: DIAGNOSTICO NUTRICIONAL ADULTOS MAYORES EFAM 2012.



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

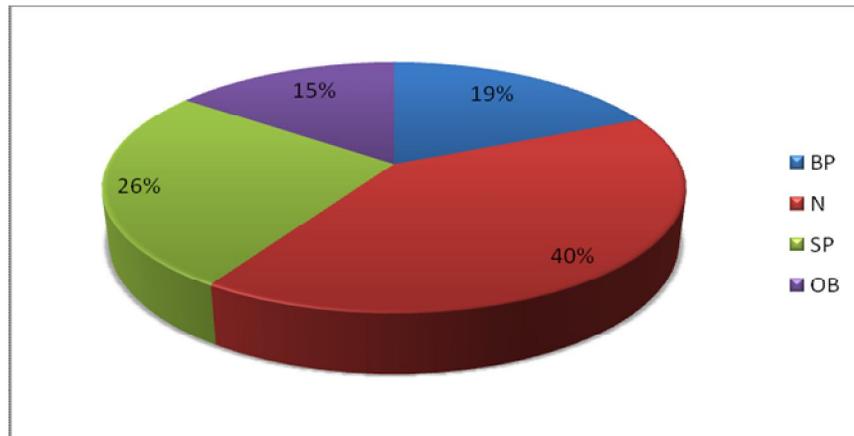
GRAFICO: DIAGNOSTICO NUTRICIONAL ADULTOS MAYORES HOMBRES EVALUADOS CON EFAM POR SEXO 2012.



Según los resultados obtenidos de las evaluaciones de EFAM los adultos mayores hombres en nuestro centro de salud según estado nutricional el 32%

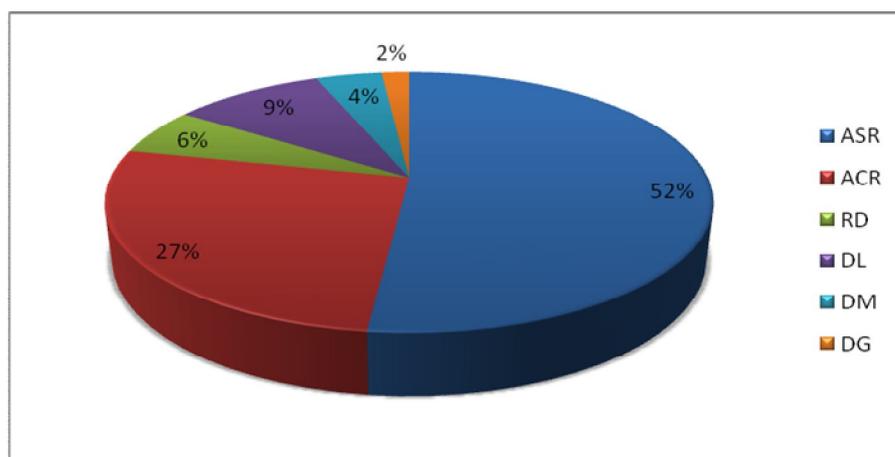
presenta malnutrición por exceso, un 52%, presenta estado nutricional normal, presentando una tendencia al aumento en 3 puntos porcentuales en relación al 2011

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



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

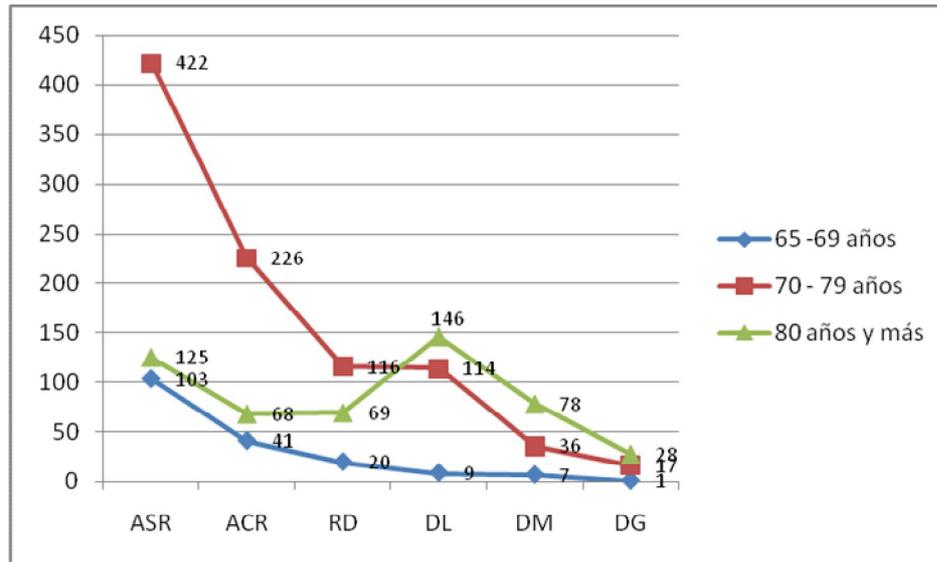
DIAGNOSTICO: FUNCIONALIDAD ADULTOS MAYORES SEGÚN EFAM APLICADOS AÑO 2012



En relación al diagnostico de funcionalidad de acuerdo a EFAM aplicados, un 52%, corresponden a adultos mayores AUTOVALENTES SIN RIESGO 8

puntos porcentuales más que el 2011, un 27% AUTOVALENTES CON RIESGO, manteniéndose en relaciona al año anterior, es decir que disminuyo durante el 2012 los adultos mayores con algún grado de dependencia

GRAFICO: COMPARACION NIVEL FUNCIONALIDAD GRUPO ETAREO.



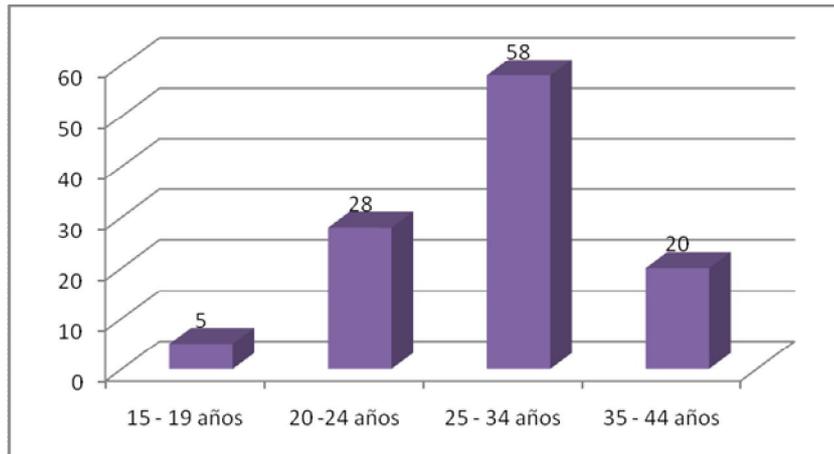
De acuerdo al nivel de funcionalidad se puede observar que el grupo que más consulta es de 70 – 79 años representa el 57% ya que se relaciona con el beneficio de entrega de alimentos; 11% al grupo de 65 a 69 años y un 31% al grupo de 80 años y más. Los autovalentes sin riesgo son mayoritariamente en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

AREA PREVENCION:

UNIDAD DE LA MUJER Y DE LA VIDA EN PAREJA

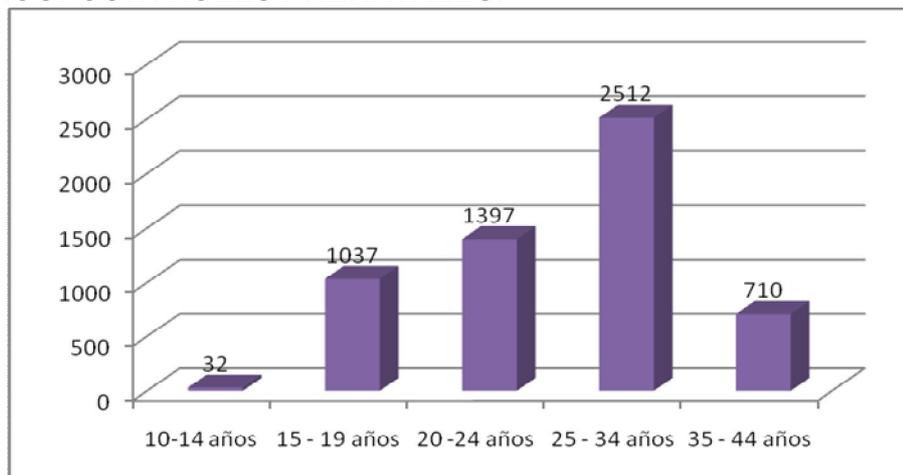
INDICADORES DE RESULTADO AÑO 2012

GRAFICO: CONTROLES PRECONCEPCIONALES.



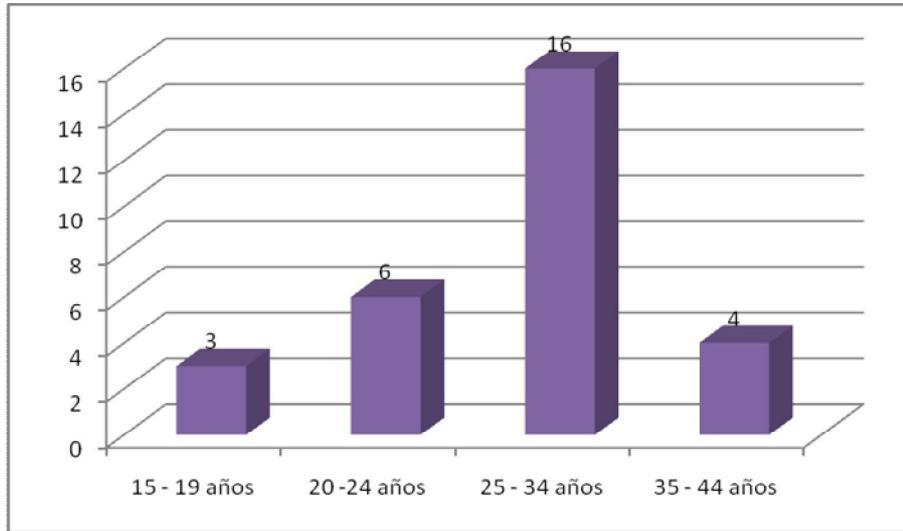
Entre el período correspondiente a enero a octubre del año 2012, se realizaron 111 controles, realizados por profesional Matrón/a disminuyendo en un 35% este tipo de consulta en relación al 2011

GRAFICO: CONTROLES PRENATALES:



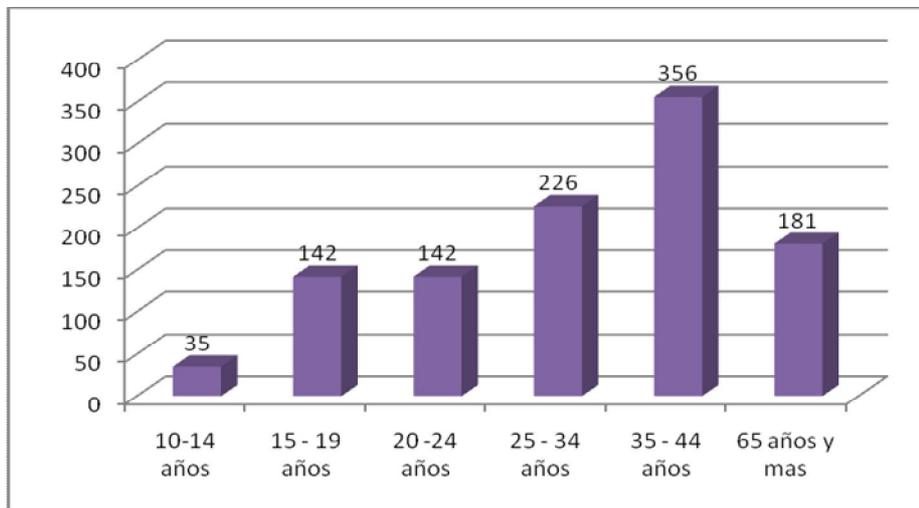
Entre el período correspondiente a enero a octubre del año 2012, se realizaron 5688 controles, realizados por profesional Matrón/a, aumentando los controles en relación a lo informado el año 2011 (5306), aumentando un 7%

GRAFICO: CONTROLES POST ABORTO SEGÚN GRUPO ETAREO:



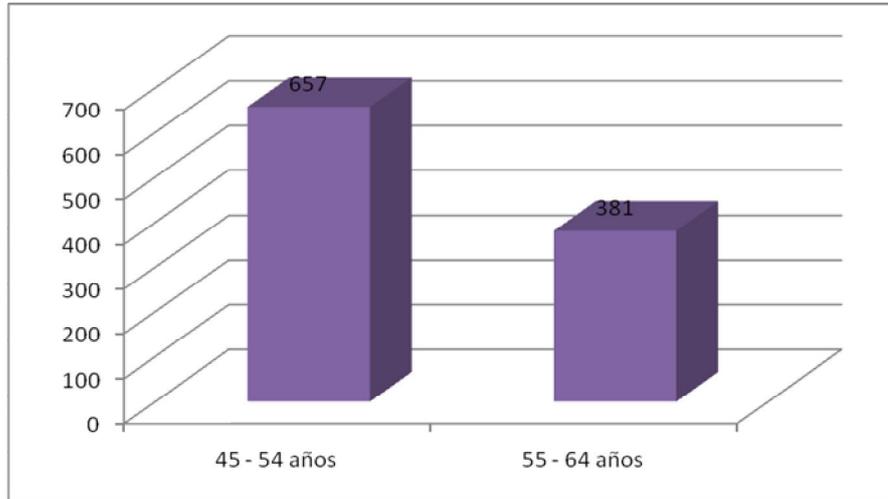
Entre el período correspondiente a enero a octubre del año 2012, se realizaron 29 controles post parto, post aborto realizados por profesional Matrón/a.

GRAFICO: CONTROLES GINECOLOGICOS SEGÚN GRUPO ETAREO:



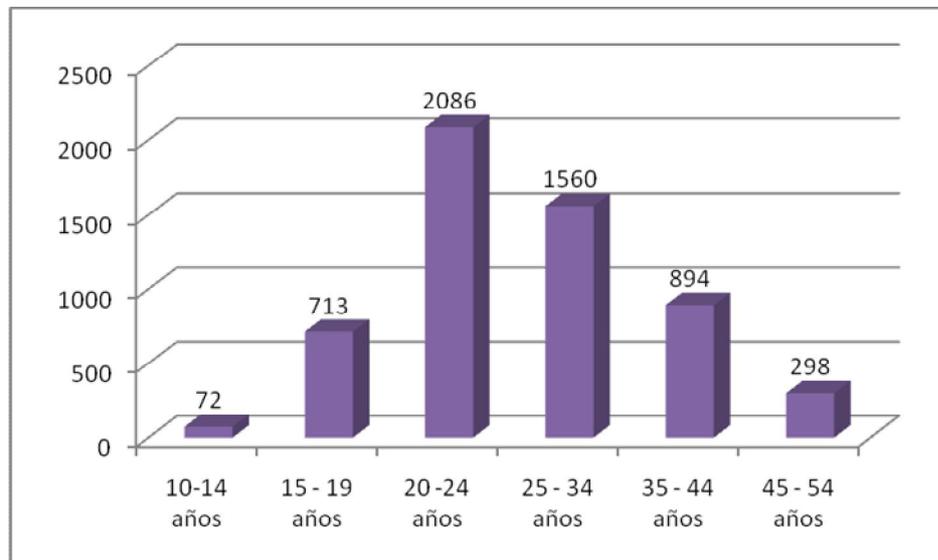
Entre el período correspondiente a enero a octubre del año 2012, se realizaron 1082 controles, realizados por profesional Matrón/a, disminuyendo los controles en relación a lo informado el año 2011 en un 14%.

GRAFICO: CONTROLES CLIMATERIO SEGÚN GRUPO ETAREO



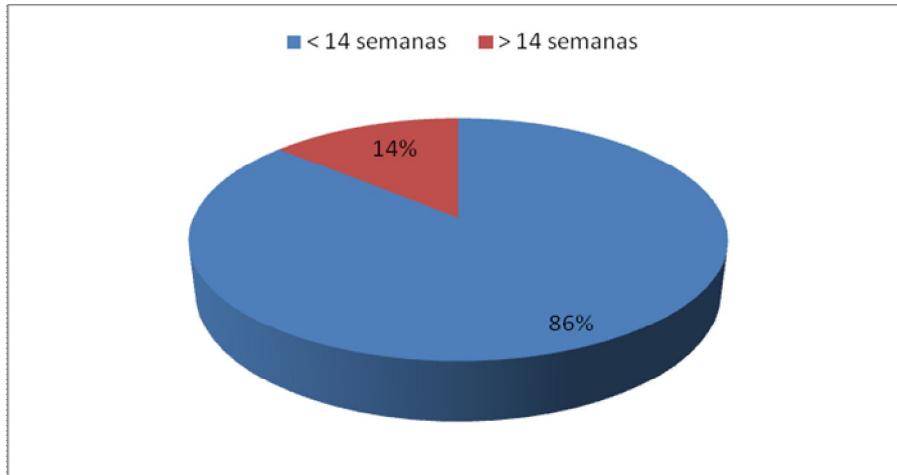
Entre el período correspondiente a enero a octubre del año 2012, se realizaron 1038 controles, realizados por profesional Matrón/a.

GRAFICO: CONTROLES REGULACION FECUNDIDAD.



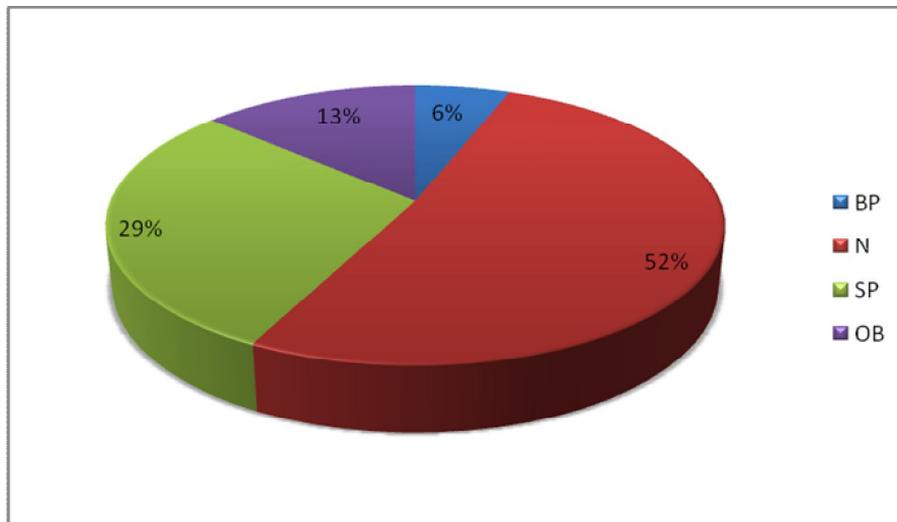
Entre el período correspondiente a enero a octubre del año 2012, se realizaron 5623 controles, realizados por profesional Matrón/a.

GRAFICO: INGRESOS EMBARAZOS



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

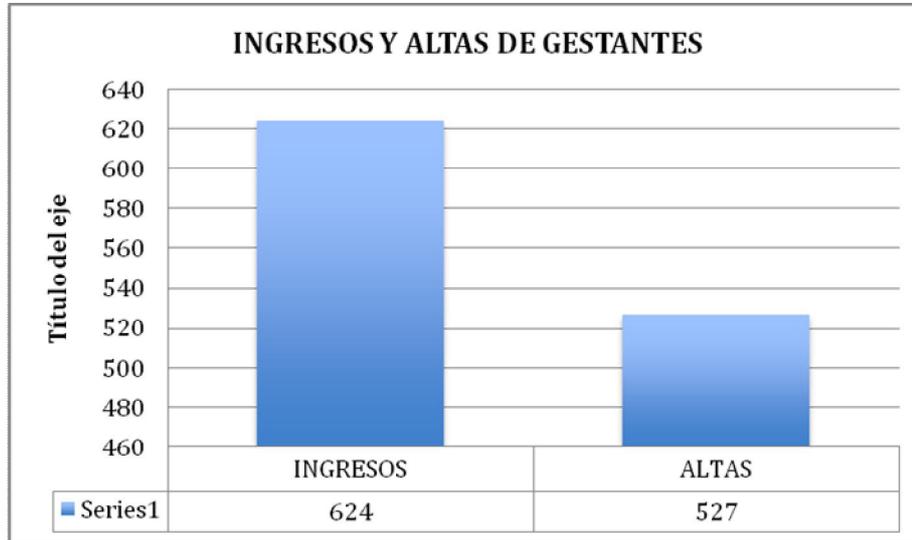
GRAFICO: ESTADO NUTRICIONAL GESTANTES INGRESADAS AÑO 2012



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

AREA DENTAL GESTANTES:

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



Respecto a los ingresos a control odontológico a gestantes en el período enero a octubre de 2012, se han ingresado 624 embarazadas, de las cuales 527 han sido dadas de altas, lo que equivale a un 84%.

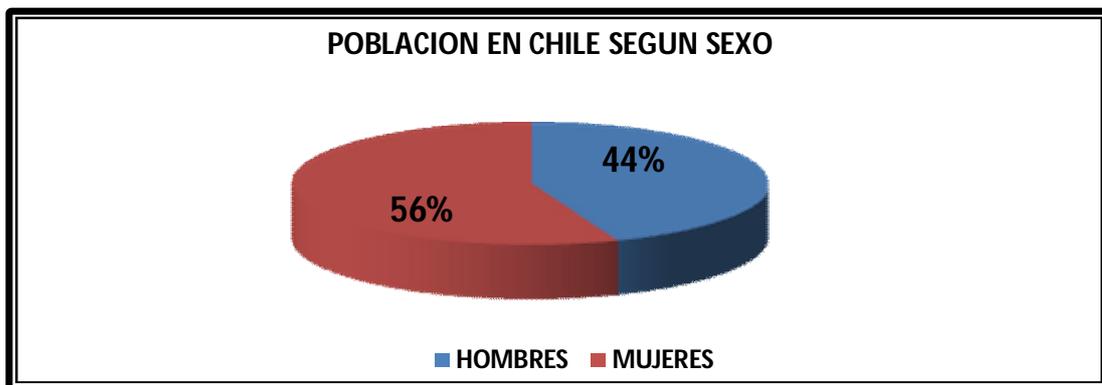
En relación a Cobertura de Altas odontológicas totales, en el mismo período se ha logrado dar de alta a un 66.9%% del total de la población de gestantes bajo control, según la meta sanitaria para el periodo la cobertura a alcanzar es un 57%, por lo que la tendencia a octubre muestra que la meta se cumplirá satisfactoriamente

ADULTO MAYOR

DATOS DEMOGRAFICOS.

De acuerdo al censo del año 2002 la cantidad de adultos mayores en Chile es de 1.717.478, representando el 10% del total nacional³. La relación por sexo es de 758.049 hombres y 959.429 para las mujeres, representando un 44.14 y 55.86% respectivamente.

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



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

SEXO	ADULTOS/AS MAYORES
HOMBRES	4.008
MUJERES	5.658
TOTAL	9666

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

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

ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR EN NUESTRA COMUNA

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

EVALUACION AÑO 2012 AREA ADULTO MAYOR:

Los adultos/as mayores que asisten los establecimientos de salud de Quillota, son mayoritariamente mujeres, así lo muestra un análisis que se realizó con los Examen de Medicina Preventiva del Adulto/a Mayor (EFAM) vigente 2011.

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

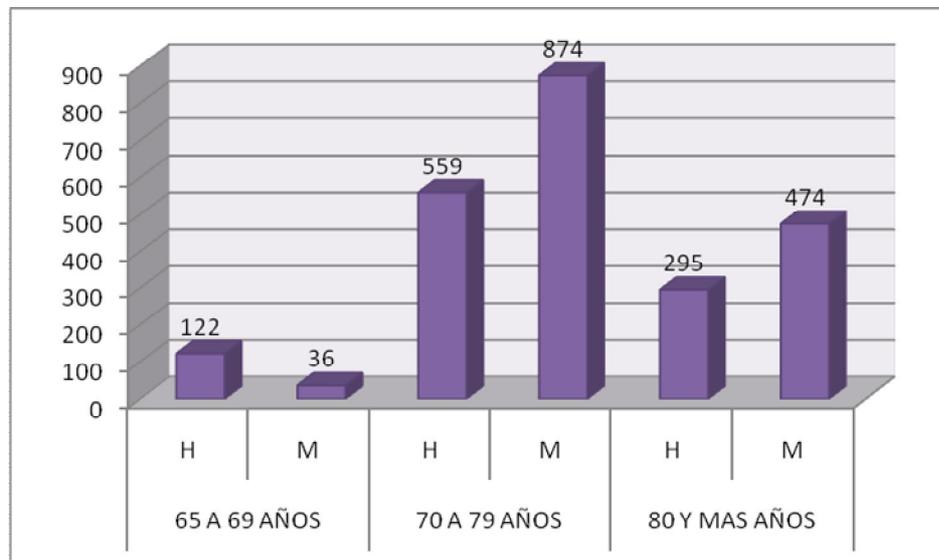
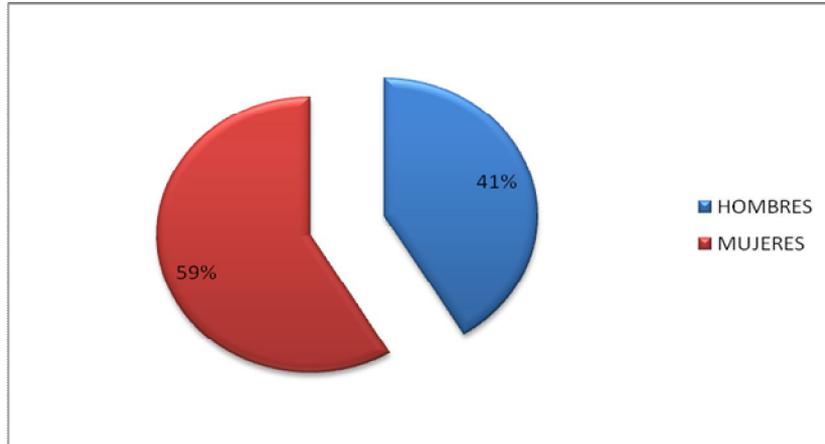
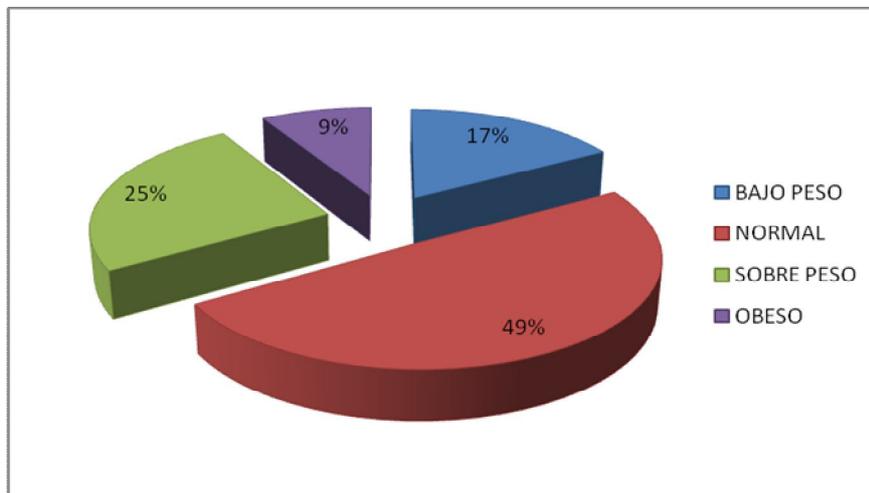


GRAFICO: DISTRIBUCION PORCENTUAL POR SEXO EFAM APLICADOS 2011.



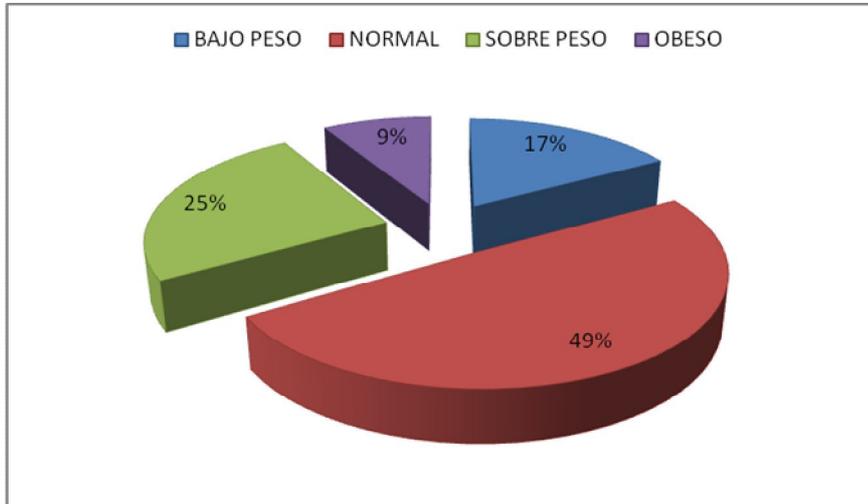
Durante el periodo correspondiente a enero octubre 2011 entre hombres y mujeres se realizaron 2540 EFAM, siendo al sexo femenino quien más exámenes se aplico 1384, siendo la misma tendencia de los EMPA donde las mujer realizaron mayor cantidad de consulta en los distintos programas.

GRAFICO: DIAGNOSTICO NUTRICIONAL ADULTOS MAYORES EFAM 2011.



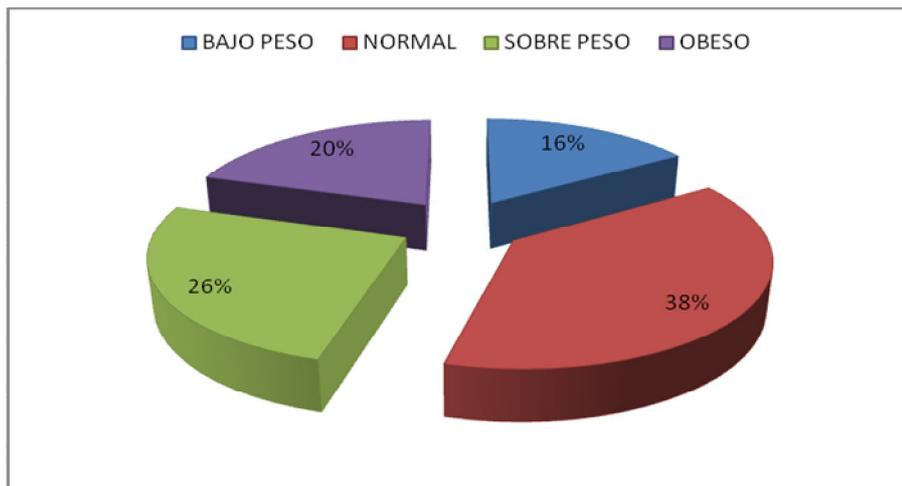
Según los resultados obtenidos de las evaluaciones de EFAM los adultos mayores en nuestro centro de salud según estado nutricional el 34% presenta malnutrición por exceso 17% presenta malnutrición por déficit, y solo un 49% presenta estado nutricional eutrófico o normal igual tendencia presento el año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

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



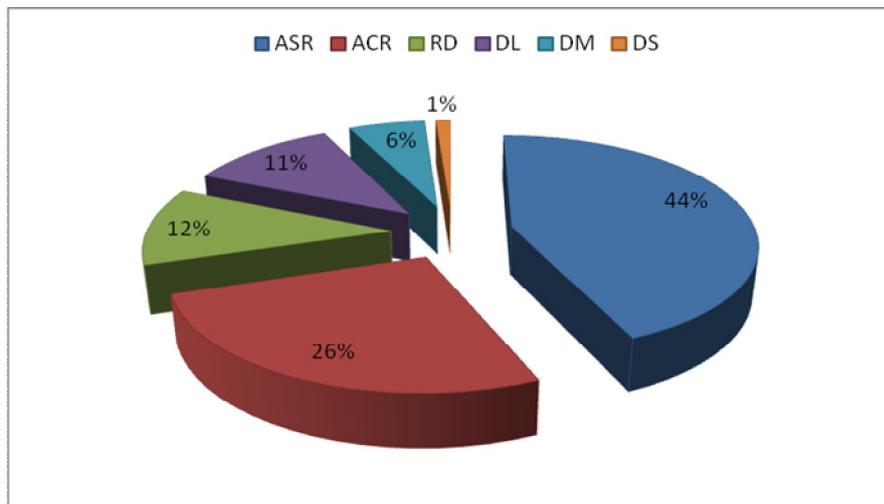
Según los resultados obtenidos de las evaluaciones de EFAM los adultos mayores hombres en nuestro centro de salud según estado nutricional el 34% presenta malnutrición por exceso, y solo un 49%, presenta estado nutricional normal, presentando una tendencia similar a la observada en el año 2010.

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



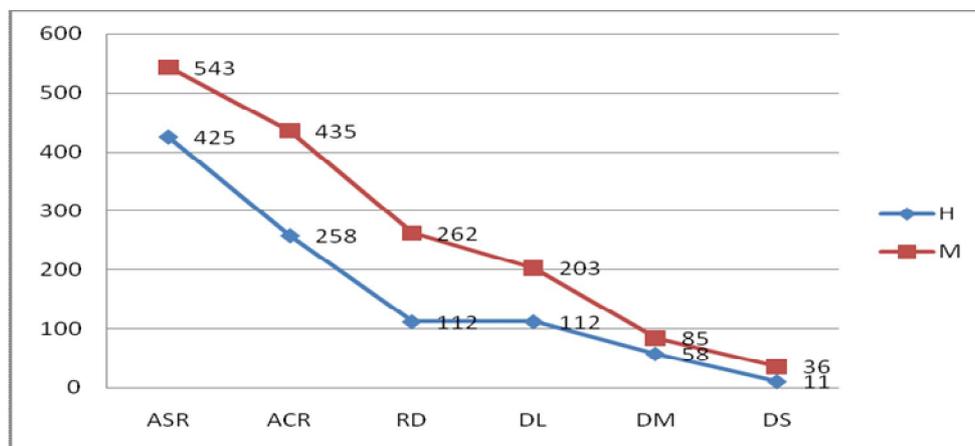
Según los resultados obtenidos de las evaluaciones de EFAM las adultas mayores en nuestro centro de salud según estado nutricional el 46% presenta malnutrición por exceso, solo un 38% tiene diagnóstico nutricional eutrófico, presentando porcentajes inferiores en este rango en comparación con los hombres.

DIAGNOSTICO: FUNCIONALIDAD ADULTOS MAYORES SEGÚN EFAM APLICADOS AÑO 2011.



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

GRAFICO: COMPARACION NIVEL FUNCIONALIDAD SEGÚN SEXO 2011.



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

AREA REHABILITACION

MORBILIDAD INFANTIL Y ADULTA

Dentro de una realidad nacional, la demanda de horas de morbilidad, a nivel de la APS, es una constante, que incluso en muchas partes se muestra con una tendencia a incrementarse, o relacionada en ocasiones a aumento de la población beneficiaria, así como demanda insatisfecha, desde otros sistema de prestadores o a factores socio demográficos característicos de cada comuna,, sin descartar el nivel de usuarios cada vez más informados y proactivos a consultar precozmente.

El número de atenciones de urgencia y SAPU, en los últimos años se ha incrementado a nivel nacional, en la comuna, se replica la misma tendencia nacional, el aumento considerable de las atenciones SAPU, en relación a los años anteriores.

Uno de los desafíos importantes, es brindar una alternativa, o mantener una oferta para la población laboralmente activa, sobretodo en horarios de extensión y los días Sábados y Domingos, como en otros años sólo, se mantuvo la atención de extensión de los días Sábados, debido a que el **SAPU**, brindaba una oferta los días sábados domingos y feriados, hasta las 24 horas.

Como parte de la red, el centro de salud Dr. Miguel Concha y el SAPU, absorbe y comparte , gran parte de la demanda de atención de la unidad de emergencia, aportando con atenciones y prestaciones oportunas resolutivas y de primer nivel.

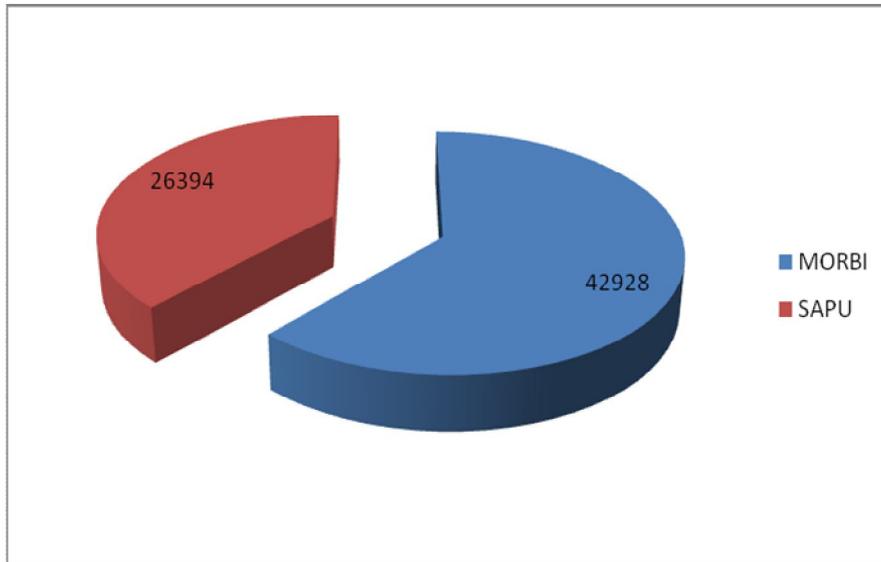
**CENTRO SALUD DR. MIGUEL CONCHA
ATENCIONES MORBILIDAD Y SAPU 2012**

SEMANA	CONSULTORIO	SAPU
1	539	505
2	709	502
3	664	501
4	806	458
5	1044	421
6	975	444
7	721	424
8	915	452
9	1117	229
10	972	455
11	980	577
12	991	622
13	1115	597
14	674	769
15	991	660
16	1149	654
17	1100	605
18	948	631
19	1080	563
20	1179	629
21	847	658
22	1065	599
23	1025	643
24	1137	711
25	1143	782
26	1563	818
27	1074	865
28	1229	640
29	755	625
30	987	573
31	1142	471
32	901	558
33	705	604
34	976	564
35	1204	515
36	1052	575
37	1021	527
38	394	618
39	889	606
40	925	534
41	1019	616



42	828	667	
43	870	663	
44	701	610	
45	807	654	
Total	42928	26394	69322
	61,90%	38%	

**CENTRO SALUD DR. MIGUEL CONCHA
ATENCIÓNES MORBILIDAD Y SAPU 2012**



*2012

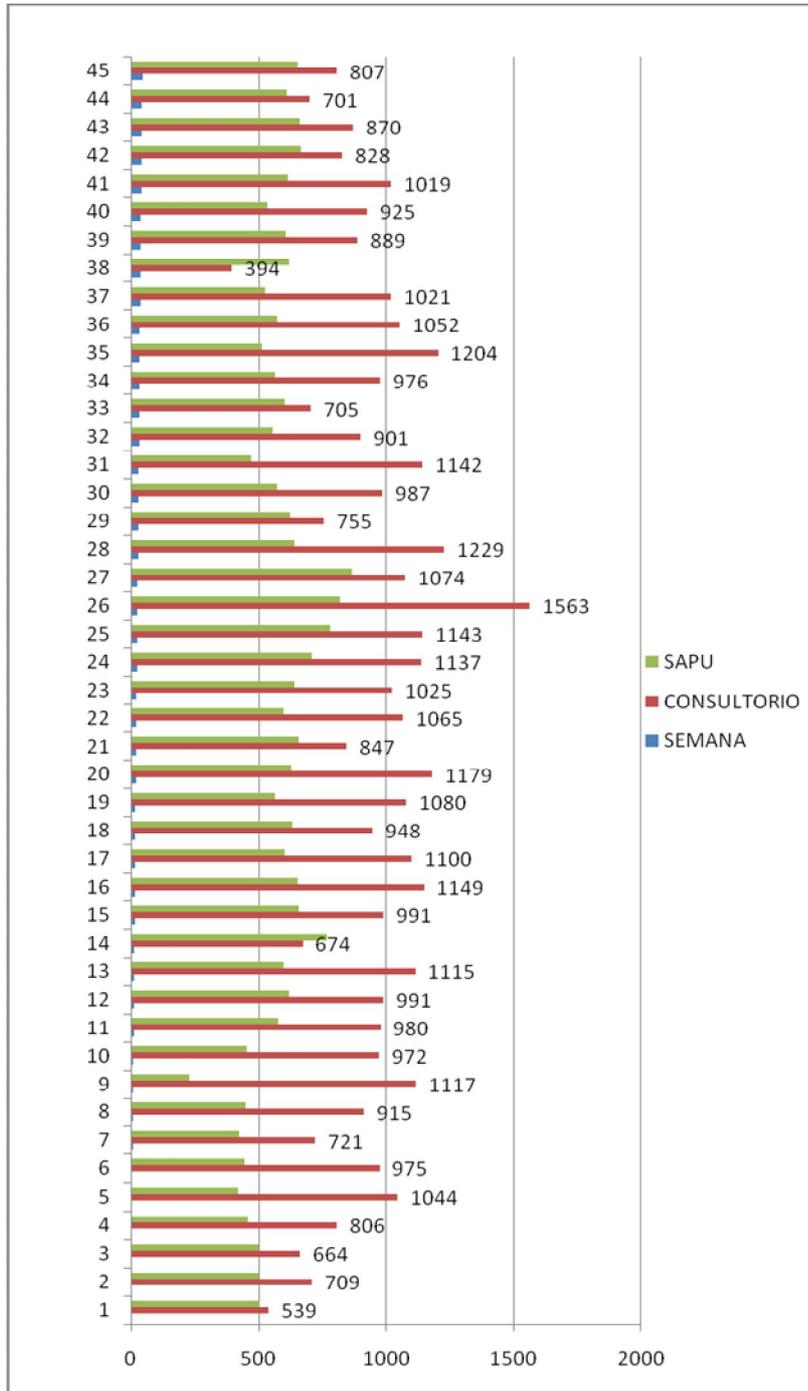
MORBI	SAPU	TOTAL
42928	26394	69322
61,90%	38%	

2011		
MORBI	SAPU	TOTAL
46136	24725	70864

*Mayor número de feriados, evaluación hasta la semana 45

**CENTRO SALUD DR. MIGUEL CONCHA
ATENCIONES MORBILIDAD Y SAPU 2012**

**ATENCIONES 2012 POR SEMANA
EPIDEMIOLOGICA**



En morbilidad del Centro Dr. Miguel Concha desde la semana 16 a la semana 35, se mantiene una tasa de consulta, por sobre las 1000 consultas semanales, variaciones de curvas que se dan en el gráfico relacionada, en ocasiones con feriados, y en otras circunstancias se relaciona a disminución de la oferta de horas médicas, por factores variables, como licencias, renunciaciones de profesionales, las cuales no se logran reemplazar, con la velocidad, con que se dan los hechos.

En relación al SAPU desde la semana N° 11, el número de consultas, sobrepasó las 500 consultas semanales y se mantiene en la semana 45, en 807 consultas semanales aproximadamente.

La atención primaria de salud, en el último período, ha tratado de mejorar los estándares de calidad, en primer lugar con la **ficha digital**, en marzo del 2012, se cambia el sistema informático existente, perteneciente a la empresa Meduc, por un nuevo sistema, perteneciente a la empresa **RAYEN**, se parte con un sistema de registro más contemporáneo, expedito, en el cual se pueden revisar antecedentes y atenciones en otros centros de la red y del país, se pueden generar las recetas e interconsulta en forma digital, incluso en el tema de exámenes se está trabajando, en optimizar, la solicitud y la respuesta en forma digital de los exámenes.

El sistema RAYEN, está disponible en muchas comunas del país, lo cual permite en determinados casos, compartir la información, en el caso de pacientes que se trasladan de un centro a otro, de igual forma permite identificar pacientes policonsultantes, en 2 o más comunas, al mismo tiempo.

Durante el 2012 los rendimientos en morbilidad adulto se mantienen en 4 pacientes por hora, y en morbilidad infantil en 5 pacientes por hora.

Existiendo agendas diferenciadas, para los diferentes tipos de prestadores, el centro cuenta con un equipo multiprofesional, capacitado en los diversos ámbitos, brindando atenciones individuales, personalizadas y a la comunidad.

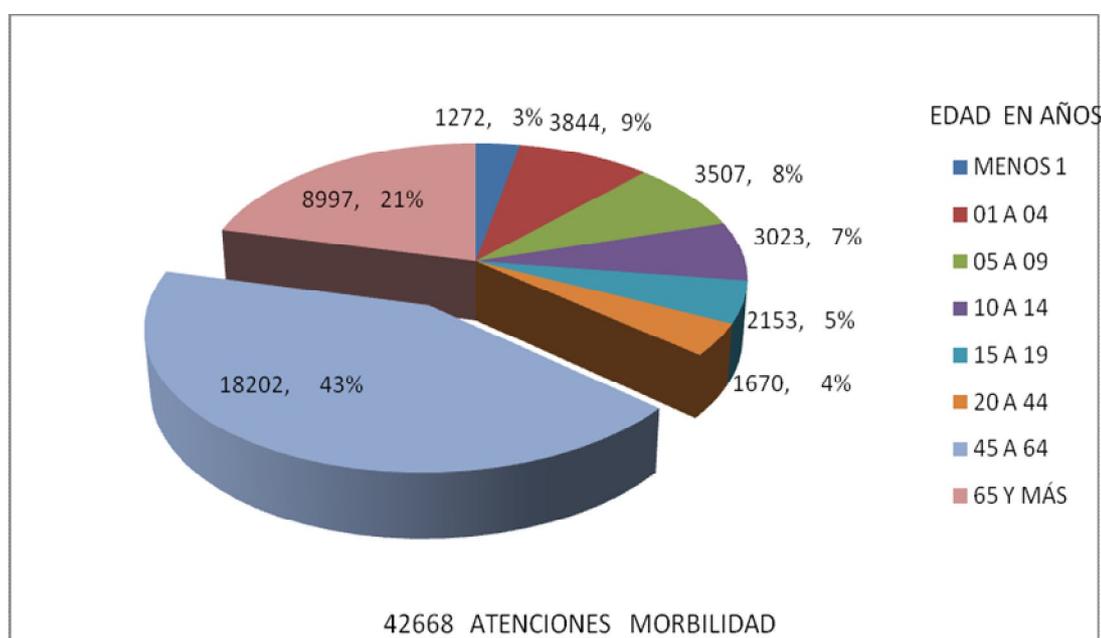
Una de las limitantes importantes, es la falta de oferta de profesionales médicos, se mantiene una brecha, por rotaciones, sobretodo de profesionales jóvenes, que por lo general reciben ofertas de comunas vecinas, lo cual genera en ocasiones, la falta de continuidad, en determinados programas.

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

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

El nuevo sistema informático RAYEN a contar de abril 2102 permite conversar con el SIDRA, tema que optimiza el trabajo realizado en el área de interconsultas, la cuales pasan directamente al nivel de mayor complejidad respectivo.

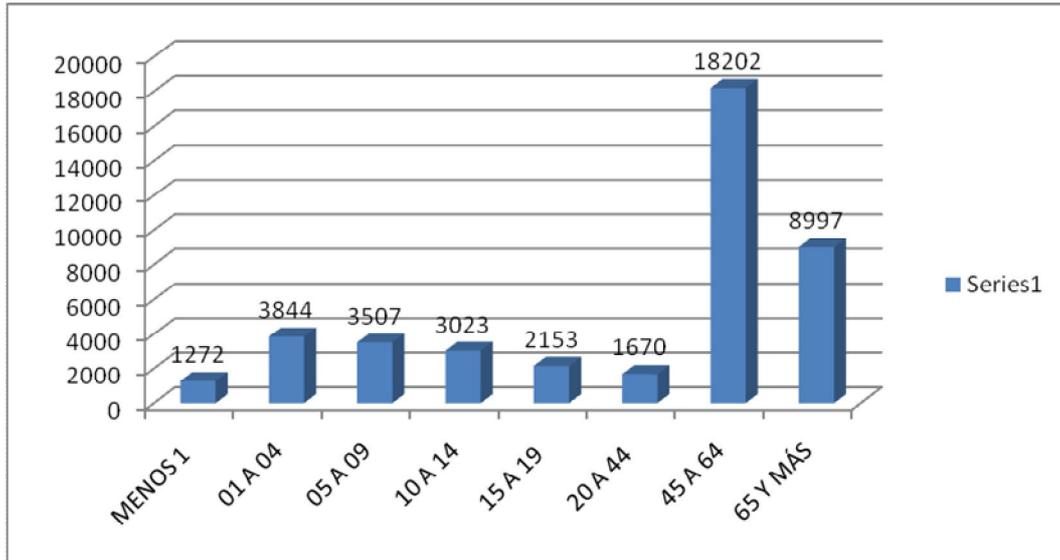
Atenciones de morbilidad por grupo etáreo año 2012 CS.M.C.



MENOS 1	01 A 04	05 A 09	10 A 14	15 A 19	20 A 44	45 A 64	65 Y MÁS
1272	3844	3507	3023	2153	1670	18202	8997

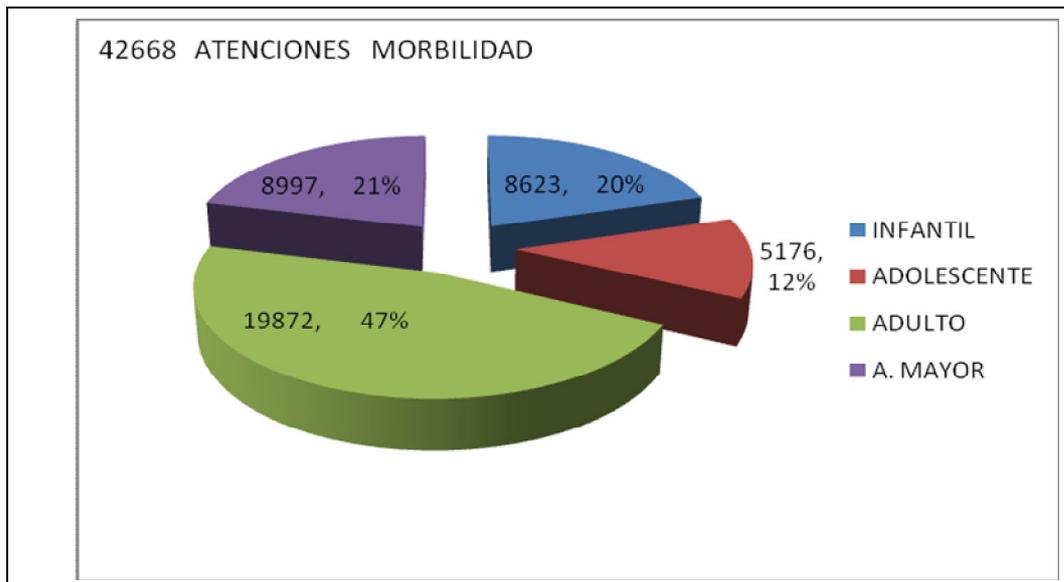
El grupos de edad que más consulta, es el de 45 a 64 años, donde encontramos, una cantidad importante de población laboralmente activa, si se analiza por grupos poblacionales en primer lugar están los adultos de 20 a 64 años con el 47%, en segundo lugar están los adultos mayores con el 21 %, en tercer lugar está la población infantil con el 20% y por último los adolescentes con el 12 %.

Atenciones morbilidad 2012 por grupo de edad



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

Atenciones Morbilidad 2012 por Población / Programas

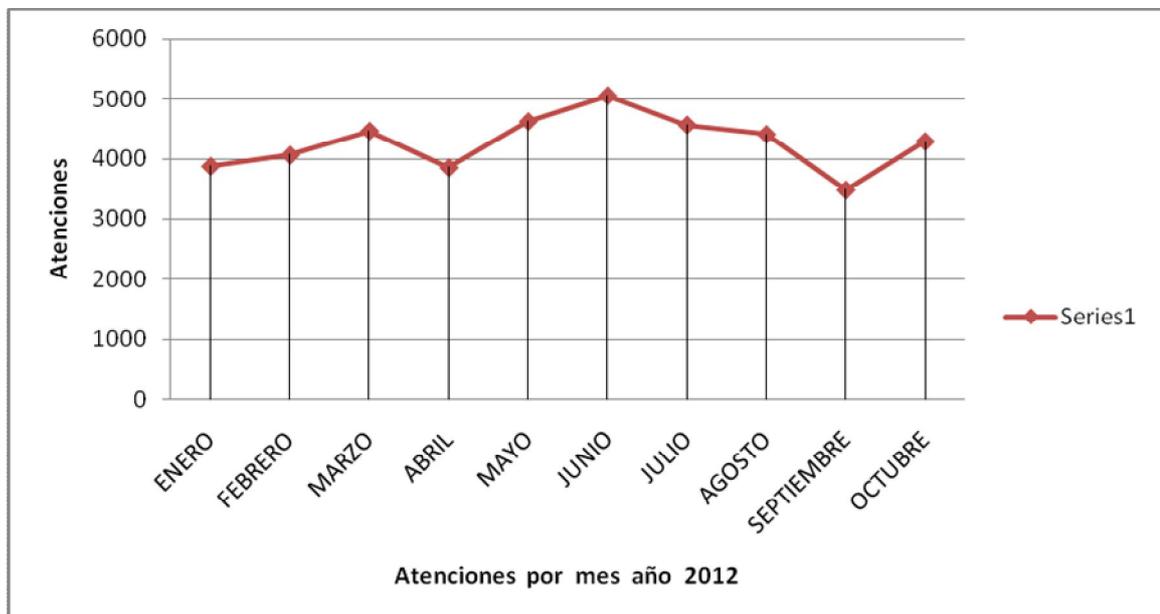


ATENCIONES 2012 POR PROGRAMA

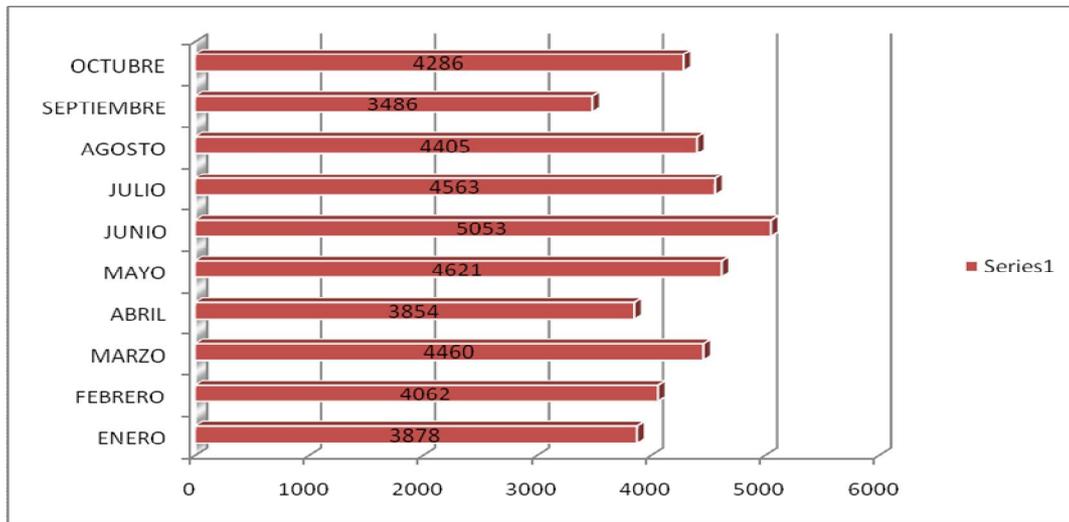
INFANTIL	ADOLESCENTE	ADULTO	A. MAYOR	TOTAL
8623	5176	19872	8997	42668

Atenciones morbilidad por mes año 2012

MESES	TOTAL
ENERO	3878
FEBRERO	4062
MARZO	4460
ABRIL	3854
MAYO	4621
JUNIO	5053
JULIO	4563
AGOSTO	4405
SEPTIEMBRE	3486
OCTUBRE	4286



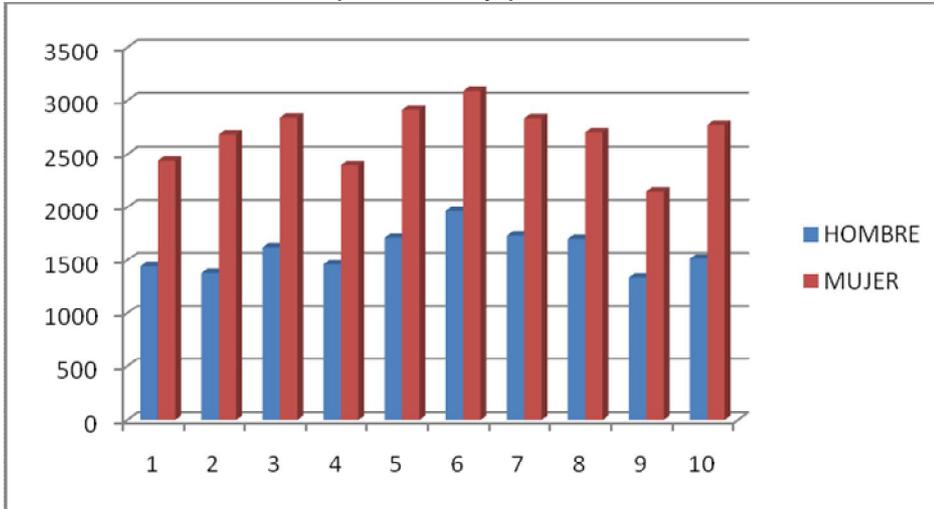
Atenciones morbilidad por mes año 2012



Los meses de mayo junio y julio, son los meses, donde se realizaron el mayor número de consulta, situación que coincide epidemiológicamente, con los meses más fríos y por ende de mayor número de patologías respiratorias.

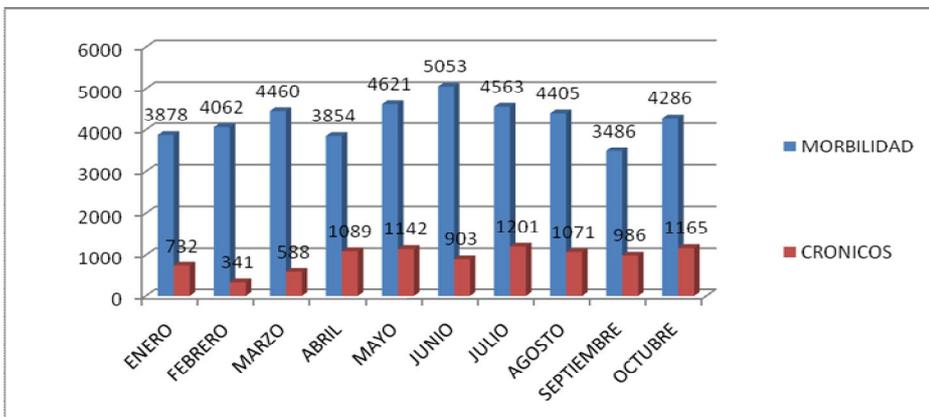
Epidemiológicamente, la tasa de consulta se incrementa , en el periodo de invierno.

Atenciones morbilidad por sexo y por mes 2012



HOMBRE	MUJER	
1442	2436	
1379	2683	
1624	2836	
1460	2394	
1714	2907	
1963	3090	
1733	2830	
1703	2702	
1336	2150	
1516	2770	
15870	26798	42668

ATENCIONES MORBILIDAD Y CARDIOVASCULAR 2012



MES:	MORBILIDAD	CRONICOS
ENERO	3878	732
FEBRERO	4062	341
MARZO	4460	588
ABRIL	3854	1089
MAYO	4621	1142
JUNIO	5053	903
JULIO	4563	1201
AGOSTO	4405	1071
SEPTIEMBRE	3486	986
OCTUBRE	4286	1165
	42668	9218
		51886

El número de consultas de cardiovascular hasta el mes de octubre del 2012, fue de **9218**, en relación al 2011 donde se realizaron 9059 consultas hasta diciembre del 2011, situación que demuestra un incremento importante, en el número de consultas cardiovasculares.

SERVICIO DE ATENCION PRIMARIA DE URGENCIA (SAPU)

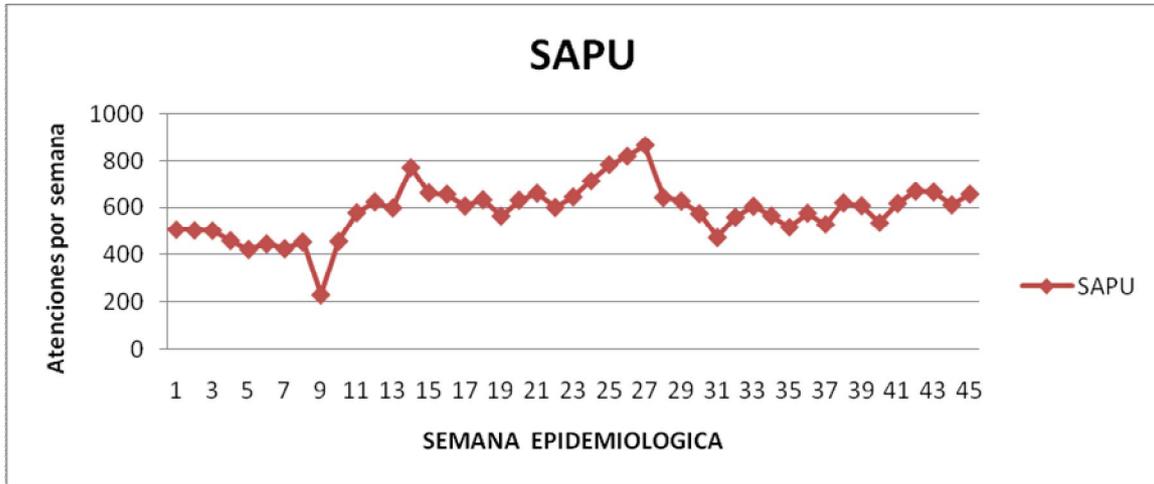
La implementación del Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU) desde Junio del 2010, constituyó una estrategia muy importante, para la ciudad y para la red, lográndose un impacto importante, demostrado por la disminución de la tasa de consulta, a nivel de la unidad de emergencia, impacto que también se evidenció, con una disminución, en la tasa de consulta de morbilidad, de el C.S. Miguel Concha, el SAPU brinda un acceso y una oferta a toda la población de la comuna, en especial, a la población laboralmente activa, en horarios, desde las 17 horas hasta las 24 horas, y los fines de semana y feriados + de 8:00 a 24:00 horas, lo que se denomina, un **SAPU CORTO**, por otro lado, debido a la coordinación con el Hospital, en relación a la toma de exámenes y Rx, el grado, de resolutivez y manejo de patologías más complejas se ha visto incrementado, situación que ha sido evaluada positivamente por la ciudadanía.

El SAPU, lleva funcionando 2 años 5 meses, este año hasta la fecha octubre 2012, se registran 26000 atenciones, 2000 atenciones más que igual fecha del año anterior.

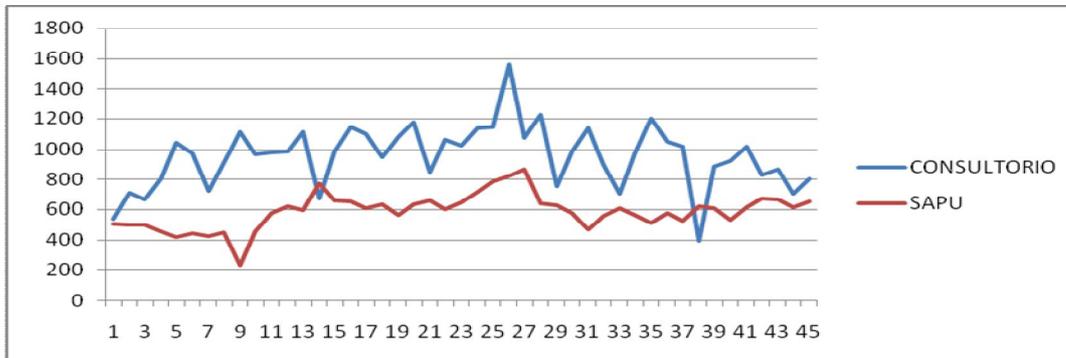
Ante la creciente y sostenida demanda, que enfrenta el SAPU, aún en periodos no críticos, se plantea para el 2013, la posibilidad de mantener, los turnos de médicos de apoyo, por periodos más prolongados, hasta la fecha los números de consultas se mantienen entre 80 y 100 pacientes por turnos de lunes a viernes, cifra que se incrementa los fines de semana, por tener 16 horas de atención, debido a la demanda por patología dental de urgencia, se mantiene propuesta de crear un **SAPUDENT** para el 2013 para el área urbana, situación que se relaciona con consulta de este tipo, sobre

todo en horarios de fines de semana donde no se tiene una oferta de horas de odontólogos con capacidad de resolución más inmediata.

GRAFICO: NUMERO DE ATENCIONES MENSUALES SAPU, 2012.



Relación atenciones SAPU y consultorio hasta semana 45.



Entre el SAPU y morbilidad suman 69322 atenciones, en relación a los 70120 usuarios validados del sector urbano de Quillota, representa una tasa de consulta de 0.98

MORBI	SAPU	TOTAL
42928	26394	69322
61,90%	38%	

Como se visualiza en el gráfico, se puede observar, que el número de consultas en periodo de invierno aumenta, en forma similar, en las semanas críticas, tanto para la morbilidad, como para el SAPU, aunque el SAPU, mantiene una tendencia al alza, en determinados momentos la curva de

consulta se relaciona, con factores socio demográficos y factores propios de la comuna, como feriados y eventos sociales magnos.(expo feria-partidos), situaciones puntuales donde la curva experimenta un descenso.

TASA DE CONSULTA

Tasa de consulta morbilidad por población:

- Tasa de consulta morbilidad General: 0.6 cons./hab./año. Población (70.120) (a Octubre de 2012).
- En el 2011 la tasa de consulta general fue de 0.7

	TASA DE CONSULTA		0.6		
	ATENCIONES 2012 POR PROGRAMA				
	INFANTIL	ADOLESCENTE	ADULTO	A. MAYOR	TOTAL
Consulta	8623	5176	19872	8997	42668
Pob.	9098	11182	41309	8531	70120
	0,94	0,46	0,48	1,05	0,6

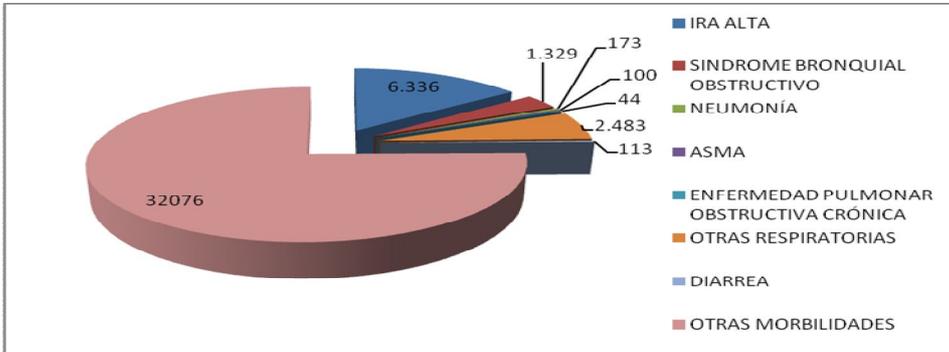
Se puede apreciar claramente que la mayor cantidad de consultas la concentran los grupos extremos de la población, lo que se relaciona además con las tasas de consulta antes señaladas, las que se consideran además como edades de monitoreo, tendencia que se mantiene a lo largo de los años.

Este año se visualiza a octubre 2012, una disminución leve del número de consultas del centro, registrándose una tasa total de 0.6 y con incremento de +- 2000 consultas más para el SAPU, situación que se puede relacionar con mayor resolutivez del sapu, menos días de atención del centro de salud por mayor número de días feriados, pero también se da el incremento de consultas banales o no pertinentes en el sapu así como, consultas frecuentes de pacientes cardiovasculares descompensados, que encuentra en el sapu una alternativa de atención.

También hemos detectado, frecuentemente situaciones de doble consulta, entre el SAPU y la unidad de emergencia, así como entre el SAPU y el centro de salud.

GRAFICO: PORCENTAJE DE CONSULTAS MEDICAS POR DIAGNOSTICO, AÑO 2012.

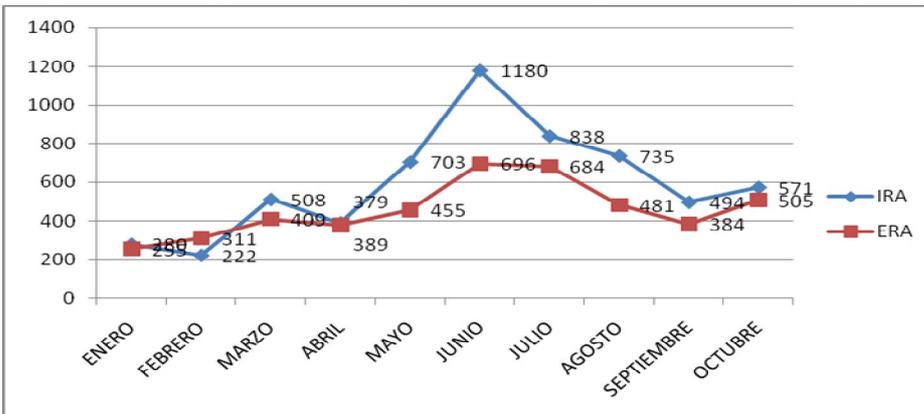
Total de consultas 42668



ATENCION MEDICA PATOLOGIA IRA ERA POR MES 2012

MES:	IRA	ERA
ENERO	280	255
FEBRERO	222	311
MARZO	508	409
ABRIL	389	379
MAYO	703	455
JUNIO	1180	696
JULIO	838	684
AGOSTO	735	481
SEPTIEMBRE	494	384
OCTUBRE	571	505
	5920	4559

ATENCION MEDICA PATOLOGIA IRA ERA POR MES 2012

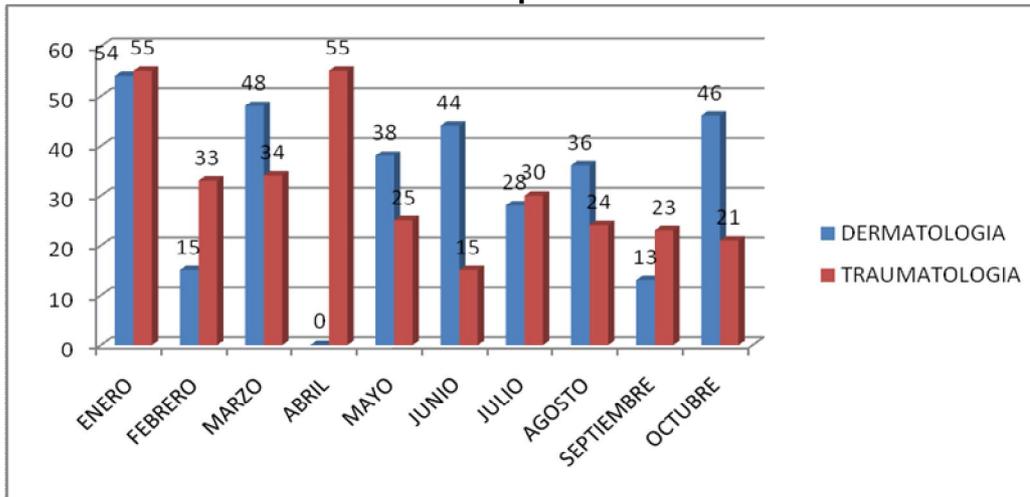


La curva de atención, muestra su tendencia desde los meses de mayo a agosto, donde el mayor número de consultas por patologías respiratorias se incrementa, tanto en el área infantil como adultos.

ATENCION MEDICA POLI 2012

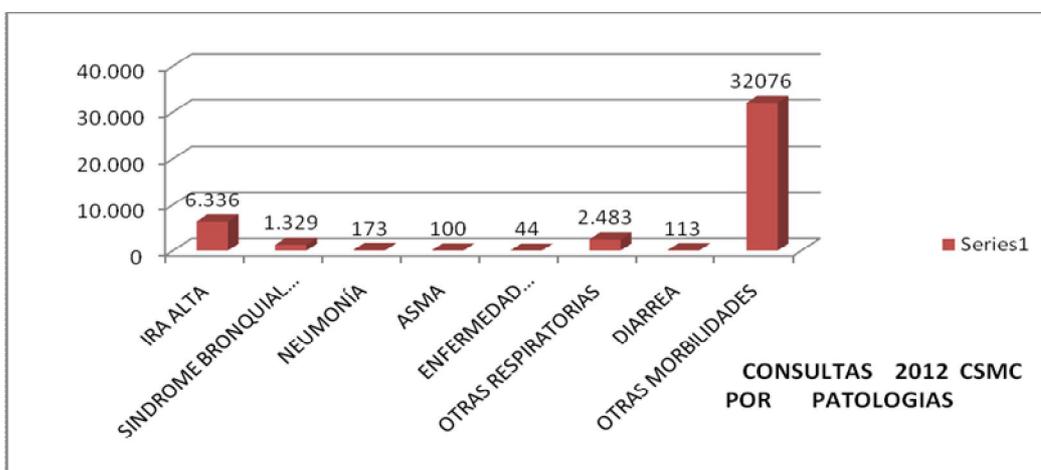
MES:	DERMATOLOGIA	TRAUMATOLOGIA
ENERO	54	55
FEBRERO	15	33
MARZO	48	34
ABRIL	0	55
MAYO	38	25
JUNIO	44	15
JULIO	28	30
AGOSTO	36	24
SEPTIEMBRE	13	23
OCTUBRE	46	21
	322	315

Atención médico de APS con especialista 2012



CONSULTAS 2012 CSMC POR PATOLOGIAS

IRA ALTA	6.336
SINDROME BRONQUIAL OBSTRUCTIVO	1.329
NEUMONÍA	173
ASMA	100
ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA	44
OTRAS RESPIRATORIAS	2.483
DIARREA	113
OTRAS MORBILIDADES	32076



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

GRAFICO: CONSULTAS MÉDICAS POR ENFERMEDADES RESPIRATORIAS 2012

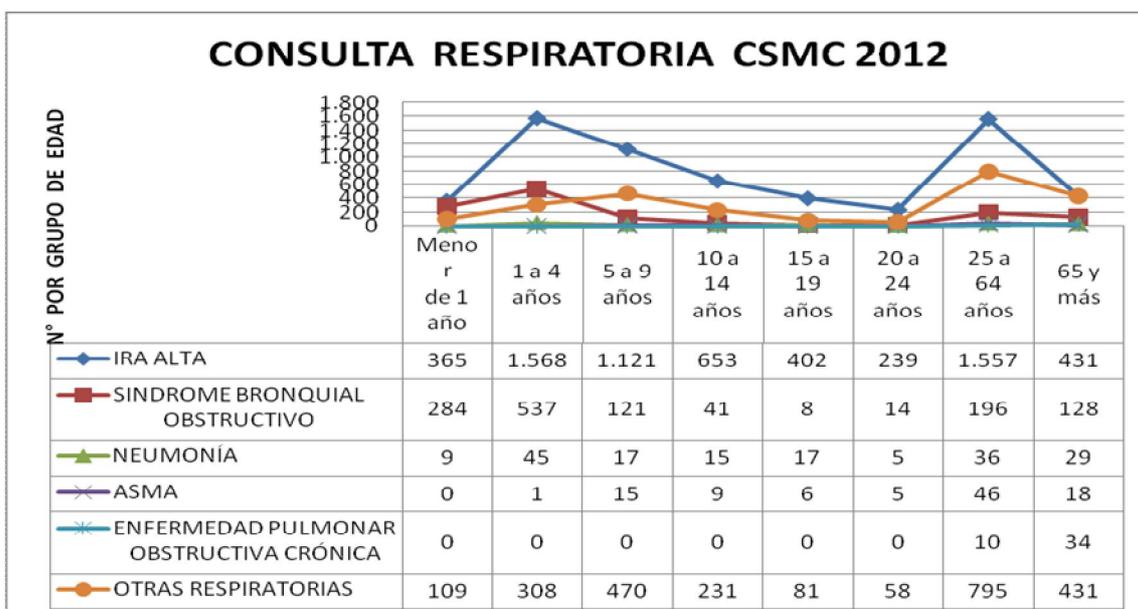
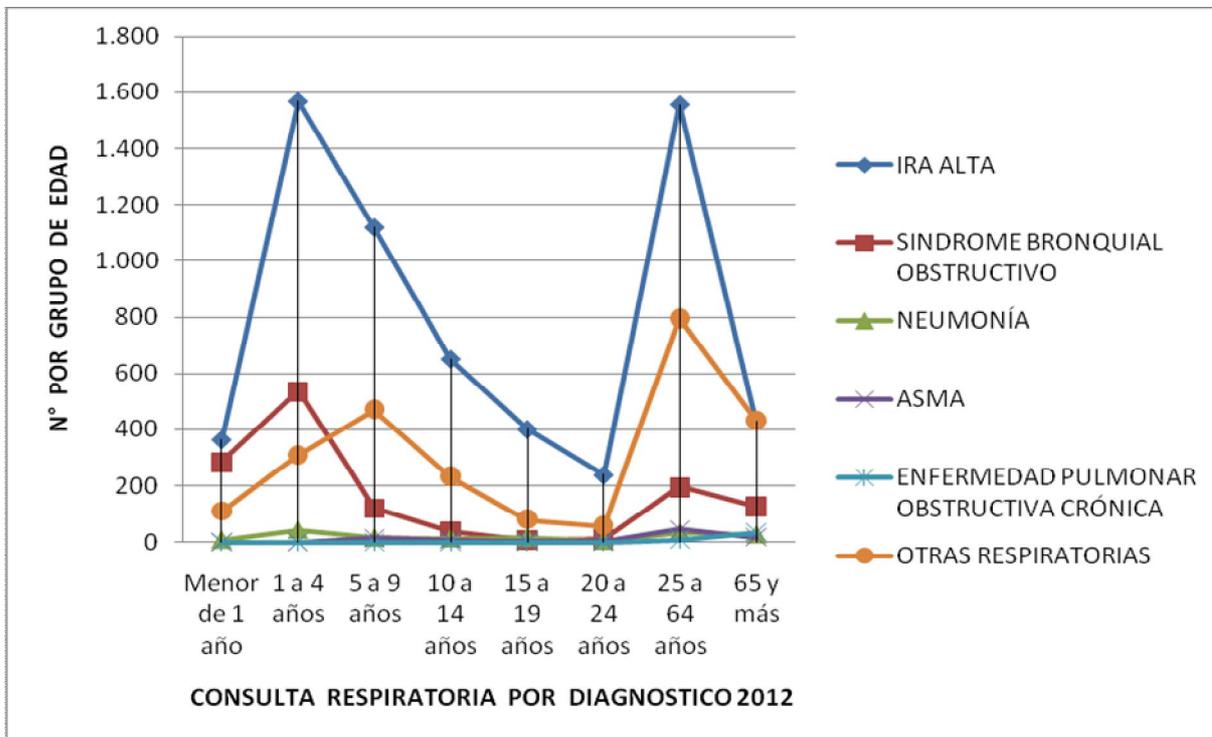
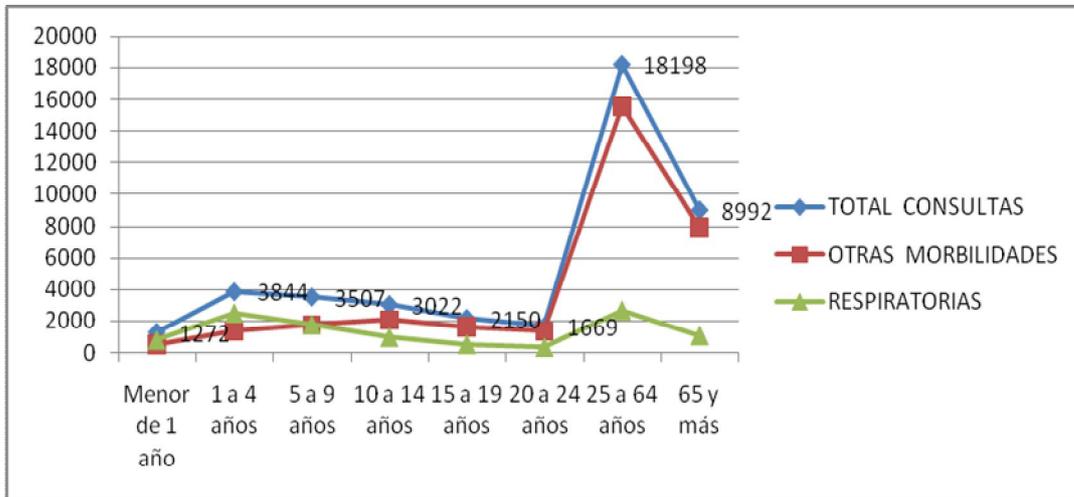
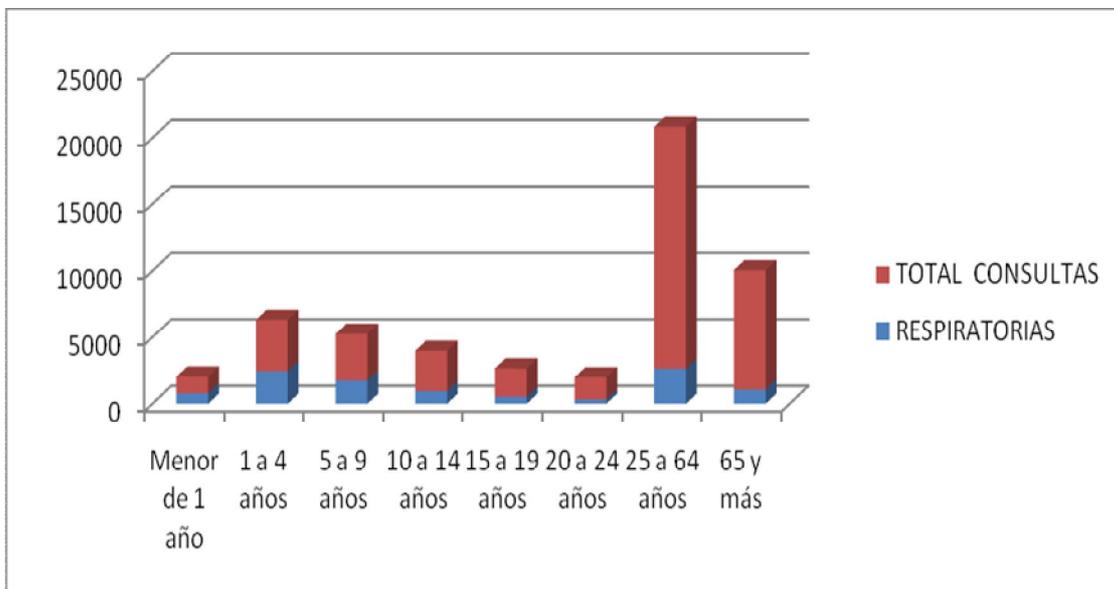


GRAFICO: CONSULTAS MEDICAS SEGÚN GRUPO ETAREO, TOTAL DE CONSULTAS, CONSULTAS RESPIRATORIAS Y OTRAS MORBILIDADES, 2012.



Relación de la consulta respiratoria en relación al total de consulta en CS. Dr. Miguel Concha 2012



	Menor de 1 año	1 a 4 años	5 a 9 años	10 a 14 años	15 a 19 años	20 a 24 años	25 a 64 años	65 y más
RESPIRATORIAS	767	2459	1744	949	514	321	2640	1071
TOTAL CONSULTAS	1272	3844	3507	3022	2150	1669	18198	8992

Al observar el gráfico destaca claramente la mayor concentración de consultas en el grupo 25-64 años, en esta categoría, que agrupa diferentes tipos de enfermedades, también el grupo de 1 a 4 años y el de 5 a 9 años, registran, mayor número de consultas respiratorias, en relación a los otros grupos.

PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR:

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

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

Como centro de salud, una de los compromisos más importantes, es asegurar el control y la continuidad de los tratamientos, de todos los pacientes pertenecientes al programa cardiovascular, y desde el ámbito normativo GES, resguardamos los ingresos oportunos y dentro del marco referencial de todas las patologías Ges, pertenecientes al área cardiovascular.

Al 30 de octubre 2012 llevamos 9218 atenciones médicas de cardiovascular, el año 2011 a la misma fecha se realizaron 7478 atenciones, lo que representa **1740** atenciones más.

RESUMEN DE ATENCIONES POR MEDICO CARDIOVASCULAR AÑO 2012

MESES	0-9	10 A 14	15 A 19	20 A 24	25 A 34	35 A 44	45 A 54	55 A 64	65 Y MÁS	HOMBRE	MUJER	TOTAL
ENERO	0	0	1	1	16	40	116	198	360	255	477	732
FEBRERO	0	0	2	2	15	18	82	92	130	139	202	341
MARZO	0	0	0	3	14	20	96	116	339	194	394	588
ABRIL	2	0	3	5	21	70	200	293	495	386	703	1089
MAYO	0	0	6	16	143	144	143	141	549	395	747	1142
JUNIO	29	17	7	8	19	45	143	205	430	324	579	903
JULIO	37	9	8	8	26	64	192	302	555	437	764	1201
AGOSTO	51	34	7	7	15	65	157	251	484	400	671	1071
SEPTIEMBRE	18	11	3	5	24	62	163	261	439	343	643	986
OCTUBRE	11	4	7	9	22	78	187	283	564	389	776	1165
NOVIEMBRE												0
DICIEMBRE												0
TOTAL	148	75	44	64	315	606	1479	2142	4345	3262	5956	9218

La preocupación continua, como servicio de salud es pesquisar, más pacientes con patología cardiovascular, dentro del marco referencial de las metas, pero más allá de esta situación, está el detectar oportunamente y en forma más precoz, patologías cardiovasculares, que impactan en forma importante, en la morbi/mortalidad de los usuarios y en la calidad de vida de las personas.

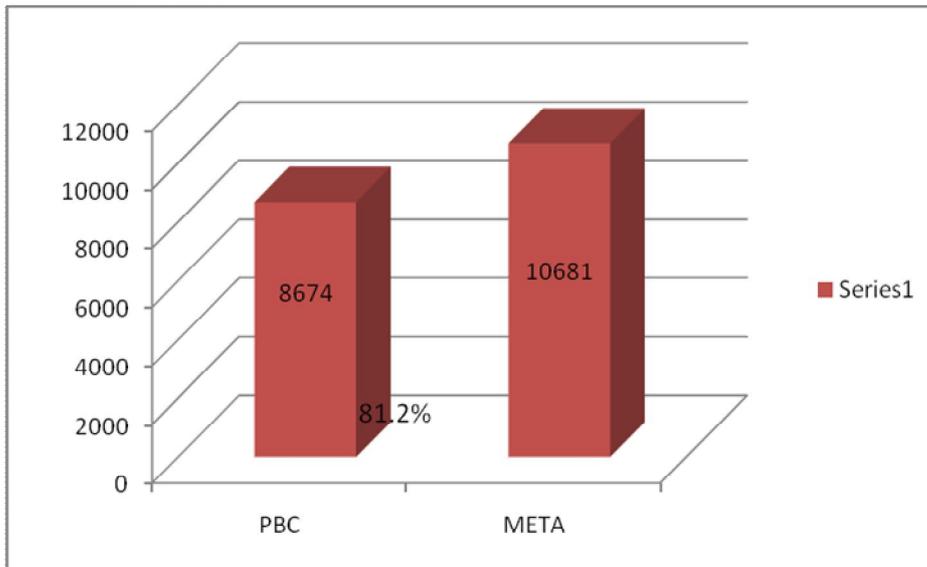
Nuestro niveles de cobertura, a nivel urbano de la comuna de Quillota, están sobre la meta, solicitada por el ministerio de salud.

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

Meta propuesta es :65% , lograda el 81.2%

PBC	8674	81,20%
META	10681	

Cobertura HTA

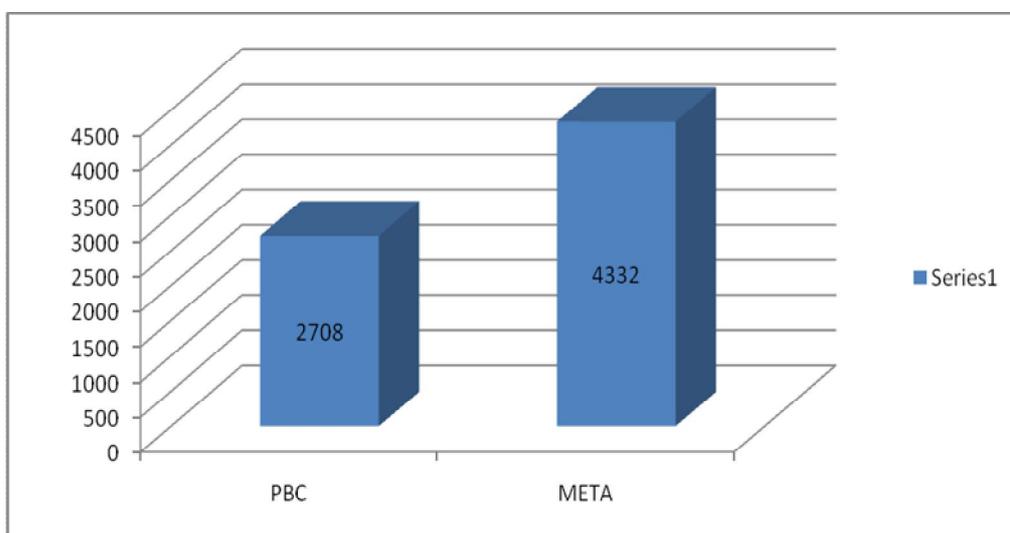


De acuerdo a los datos obtenidos de enero a la fecha ,actualmente existe una Población Bajo Control (PBC), de 8.674 personas, llegando al 81% de cobertura en relación al 65% planteado en la meta, sistema que funciona con la pesquisa precoz desde morbilidad y desde los exámenes de medicina preventiva, prestaciones donde se derivan los paciente, para estudio y evaluación.

GRAFICO: INDICE DE COBERTURA DIABETES POBLACION 15 Y MAS AÑOS, a Octubre de 2012.

PBC	2708	62,50%
META	4332	

COBERTURA DIABETES EN PERSONAS MAYORES DE 15 AÑOS

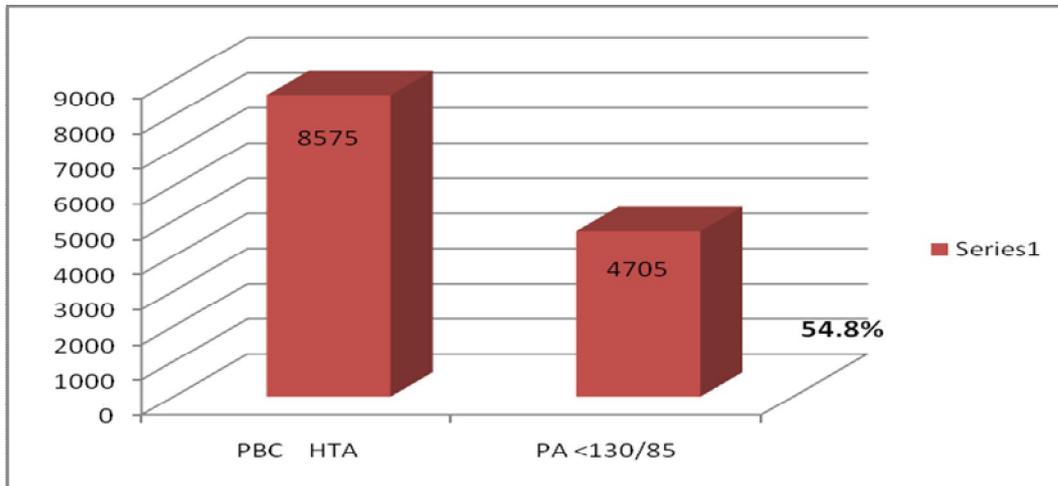


De acuerdo a los datos obtenidos de enero a la fecha actualmente existe una Población Bajo Control (PBC), de 2.708 personas, cifra que representa el 62.5% de cobertura, sistema que funciona con la pesquisa precoz desde morbilidad y desde los exámenes de medicina preventiva, prestaciones donde se derivan los paciente, para estudio y evaluación y posterior ingreso al programa si corresponde.

Como red de salud una de las preocupaciones más importantes es lograr, el mayor índice de compensación de los pacientes hipertensos y diabéticos, orientados en lograr el menor número de complicaciones, ausentismo laboral y la morbi/mortalidad asociada a este grupo de pacientes, sin dejar de lado la calidad de vida y los estilos de vida saludable.

GRAFICO NIVELES DE COMPENSACION HTA POBLACION 15 AÑOS Y MÁS, A OCTUBRE 2012.

COMPENSACION HTA EN > DE 15 AÑOS



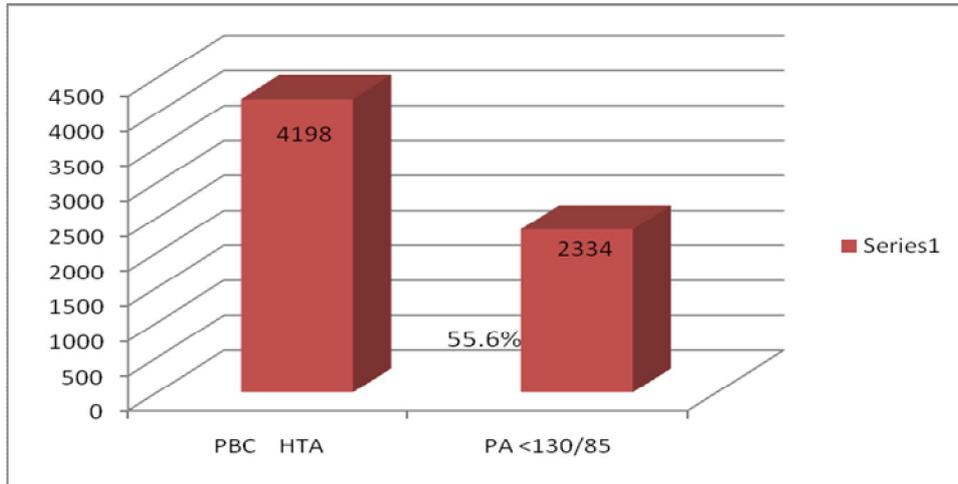
PBC HTA	8575	Comp.
PA <130/85	4705	54,80%

De acuerdo a los datos obtenidos a octubre del 2012, del total de población de 15 años y más que corresponde a 8.284 personas, un 54.85% se encuentra con niveles de compensación (PA < 130/85), la meta establecida para el año 2012 es de un 60%, por lo cual se puede señalar que la meta muestra tendencia de cumplimiento de acuerdo a los actuales datos.

COMPENSACION HTA EN < DE 65 AÑOS

Meta	55,70%
Cumplimiento	55,60%

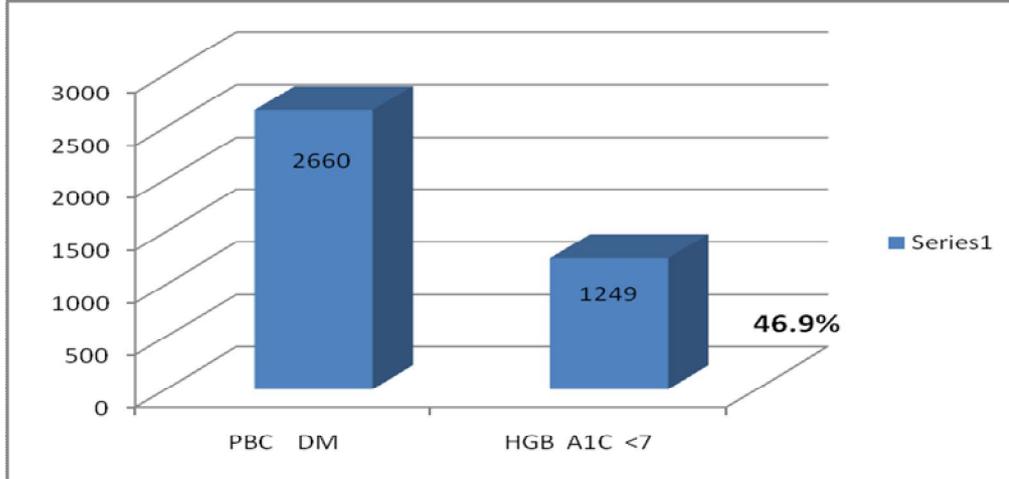
PBC HTA	4198	Comp.
PA <130/85	2334	55,60%



Otro dato complementario es que la población HTA de 15 a 64 años presenta un 55.6% de compensación y la población mayor de 65 años un 54.1%.

GRAFICO NIVELES DE COMPENSACION DM POBLACION 15 AÑOS Y MAS, A OCTUBRE 2012.

COMPENSACION DIABETES EN > DE 15 AÑOS



PBC DM	2660	Comp.
HGB A1C <7	1249	46,90%

De acuerdo a los datos obtenidos a octubre del 2012, del total de población Diabética, de 15 años y mas que corresponde a 2.660 personas, un 46.9% (1249 pacientes), se encuentra con niveles de compensación de HbA1C< 7%, la meta establecida para el año 2012 es de un 47%.

Otro dato complementario es que la población de 15 a 64 años presenta un 42.2% de niveles de compensación y la población mayor de 65 años un 51.6%.

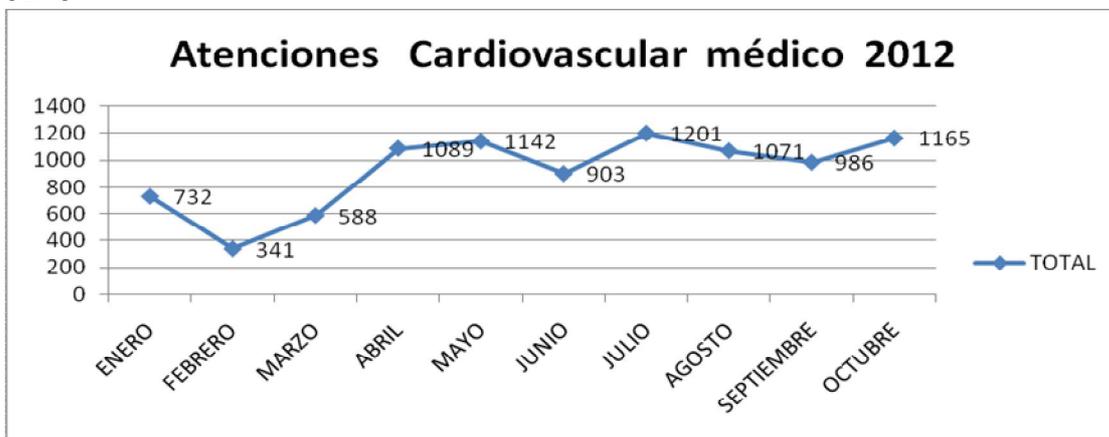
Importancia de la compensación

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

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

GRAFICO: ATENCIONES MENSUALES PROGRAMA CARDIOVASCULAR.

9218



MESES	TOTAL
ENERO	732
FEBRERO	341
MARZO	588
ABRIL	1089
MAYO	1142
JUNIO	903
JULIO	1201

AGOSTO	1071
SEPTIEMBRE	986
OCTUBRE	1165
Total	9218

Como se observa en el gráfico, las atenciones del Programa Cardiovascular mantienen una tendencia similar, con un promedio de 921 atenciones mensuales, otorgada por los profesionales del programa.

AREA ODONTOLOGICA RECUPERATIVA ADULTOS:

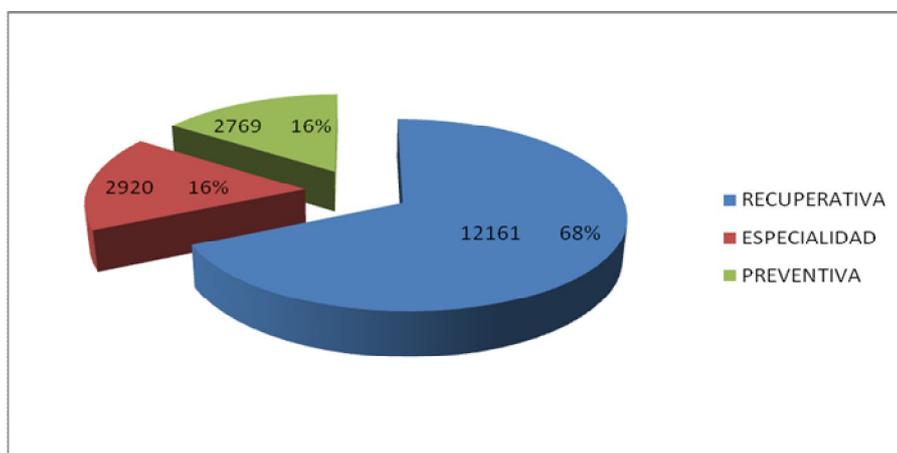
Al ser este un centro dedicado a las actividades y prestaciones recuperativas y de especialidad, estas predominan en mayor proporción, por sobre las actividades de tipo preventivo.

Diferenciamos la actividades en atenciones de urgencia odontológica, odontología general y especialidades como periodoncia y prótesis.

El mayor número de actividades programadas y realizadas, son de tipo recuperativo, llegando a representar el 68% de la atenciones odontológicas, y estas sumadas a las prestaciones de especialidad, suman el 84 %, de las atenciones odontológicas.

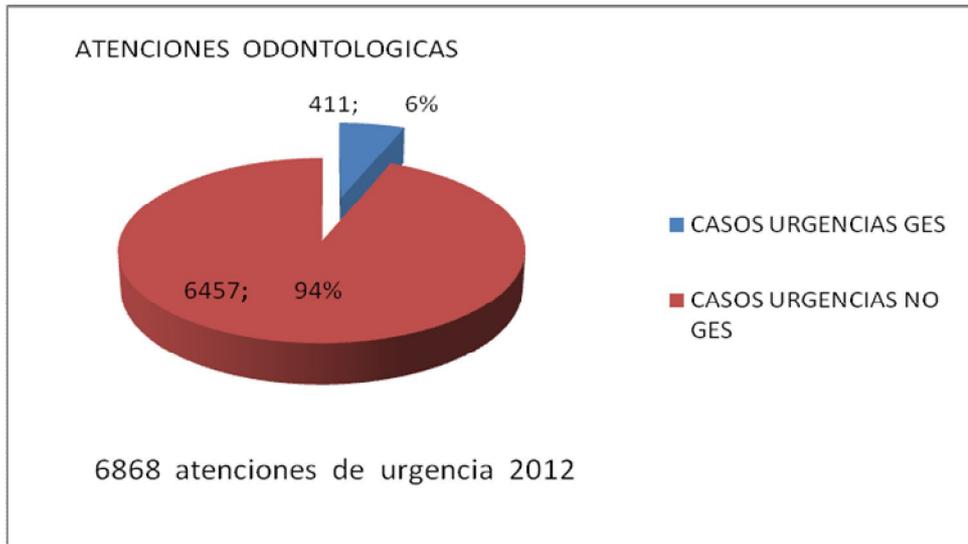
ACTIVIDADES ODONTOLOGIA 2012

RECUPERATIVA	12161
ESPECIALIDAD	2920
PREVENTIVA	2769
TOTAL	17850



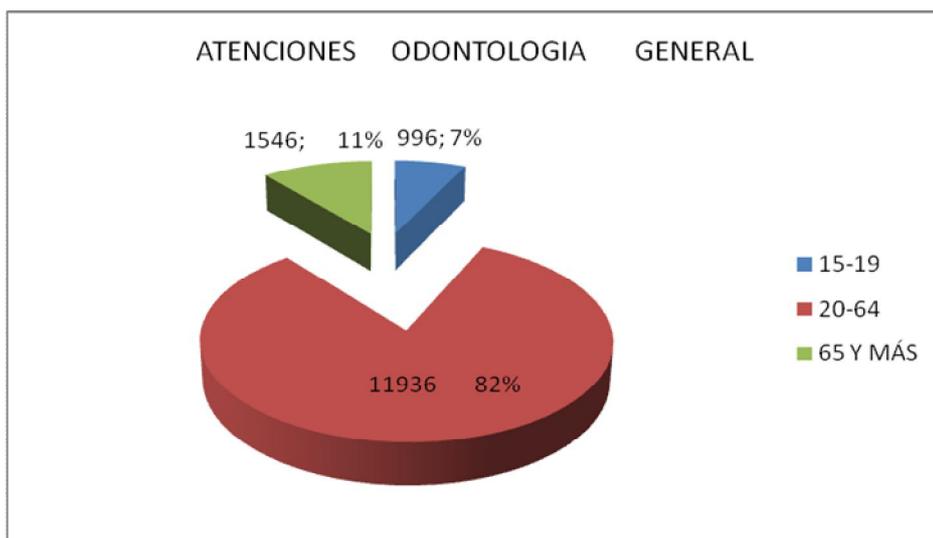
Por las características del centro, las actividades de tipo preventivas, son pocas, representando solo el 16% de las prestaciones, del área odontológica.

Atenciones de urgencia odontológica 2012



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

Atenciones odontología general 2012 por grupos de edad



El mayor número de atenciones se da en el grupo de 20 a 64 años, siendo estas atenciones en su mayoría de tipo recuperativas, grupo donde se encuentra un número importante de población laboralmente activa, situaciones que contribuyen en muchos casos al ausentismo laboral o alteran la calidad de vida de los pacientes.

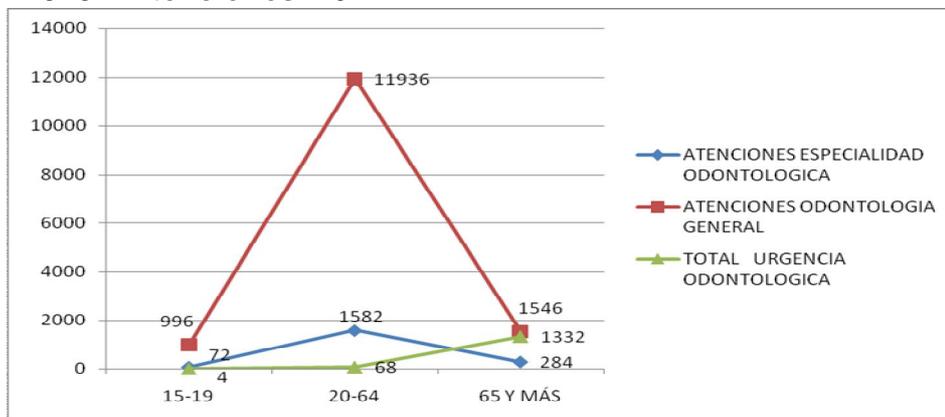


El tipo de atención de especialidad, que se brinda, en nuestro centro, está centrado en 2 áreas, en periodoncia básicamente (Convenio SSVQ) y en segundo lugar en rehabilitación e implantología (prótesis). El programa de prótesis está destinado a jefas de hogar, hombre y mujeres de escasos recursos, derivados desde dideco, programa que está limitado a cupos, se le han otorgado alta integral y su respectiva rehabilitación protésica, si el caso lo requería.

En relación a endodoncia dientes anteriores, se realiza la derivación a CESFAM de Boco, con buena respuesta de nuestra red, los otros tipos de endodoncia se deriva a Hospital La Calera, con escasa respuesta a las demandas de nuestros usuarios derivados. Nuestra derivaciones a cirugía a Hospital de Quillota funciona adecuadamente, aunque con periodo de latencia un poco prolongado, para las interconsultas de cirugía dental más complejas.

Total de atenciones odontológicas por tipo y grupos de edad

17828 Atenciones 2012



GRUPO DE EDAD	15-19	20-64	65 Y MÁS	TOTAL
ATENCIONES ESPECIALIDAD ODONTOLÓGICA	72	1582	284	1938
ATENCIONES ODONTOLOGIA GENERAL	996	11936	1546	14478
TOTAL URGENCIA ODONTOLÓGICA	4	68	1332	1404
				17820

El mayor número de atenciones se da en el grupo de 20 a 64 años, siendo estas atenciones en su mayoría de tipo recuperativas, el grupo de adolescentes, es el grupo que registra el menor número de consultas, situación que no se relaciona con la oferta, sino con el escaso interés de este grupo etareo, por consultar, por otro lado mucho de estos usuarios, buscan atenciones de especialidad como ortodoncia, ante la cual no existe ninguna oferta.

Como red de salud disponemos de servicio de especialidad en Radiología dental, prestación que constituye un aporte, dentro del ámbito de prestaciones odontológicas integrales y de calidad.

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

**Atención odontológica GES - M
Concha**

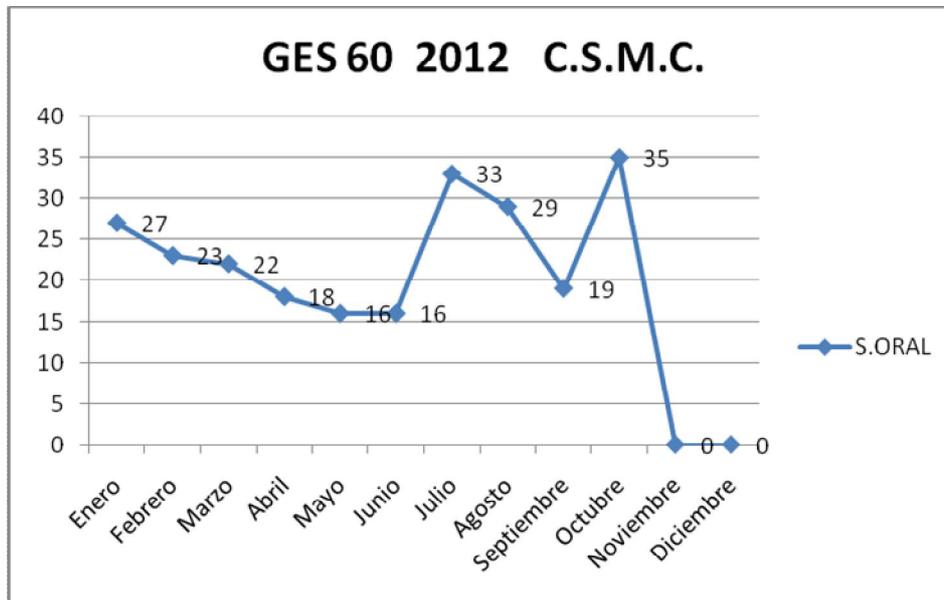
Enero a Octubre 2012

	U.DENTAL
Enero	36
Febrero	42
Marzo	51
Abril	43
Mayo	25
Junio	52
Julio	47
Agosto	52
Septiembre	47
Octubre	48
Noviembre	0
Diciembre	0
	443



Se dio atención integral a 238 pacientes de 60 años (GES 60), a los cuales se les realizaron cerca de 382 prótesis (acrílicas y metálicas). Las Metas estipuladas en el programa odontológico del adulto a la fecha se encuentran logradas, debido a las distintas estrategias de convocatoria utilizadas durante el año.

	GES 60
Enero	27
Febrero	23
Marzo	22
Abril	18
Mayo	16
Junio	16
Julio	33
Agosto	29
Septiembre	19
Octubre	35
Noviembre	0
Diciembre	0
	238



En noviembre de 2012 se cumple 1 año que disponemos en la red la especialidad de endodoncia en el CESFAM BOCO, a partir del , programa comunal de endodoncia para dientes anteriores, con el que se espera dar mayor resolución, en esta área, disponiendo de 30 horas mensuales.

En el 2012 una de las brechas importantes es la escasa o nula resolución por parte del Servicio de Salud en relación a las prótesis para adultos mayores, y las derivaciones para endodoncia, dientes posteriores que se realizan por medio de la red al Hospital Mario Sánchez de La Calera

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

PROGRAMA IRA

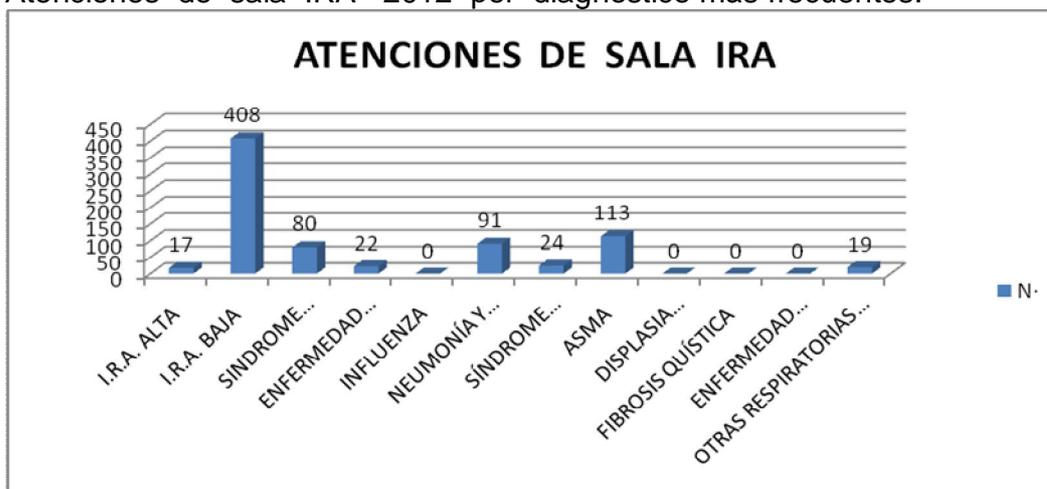
La sala IRA cuenta con un equipo compuesto por un médico (5 hrs), una Kinesióloga (33 hrs.) y una Técnico Paramédico (22 hrs), quienes atienden al 100% de los niños del sector urbano que lo requieran.

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

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

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

Atenciones de sala IRA 2012 por diagnostico más frecuentes.

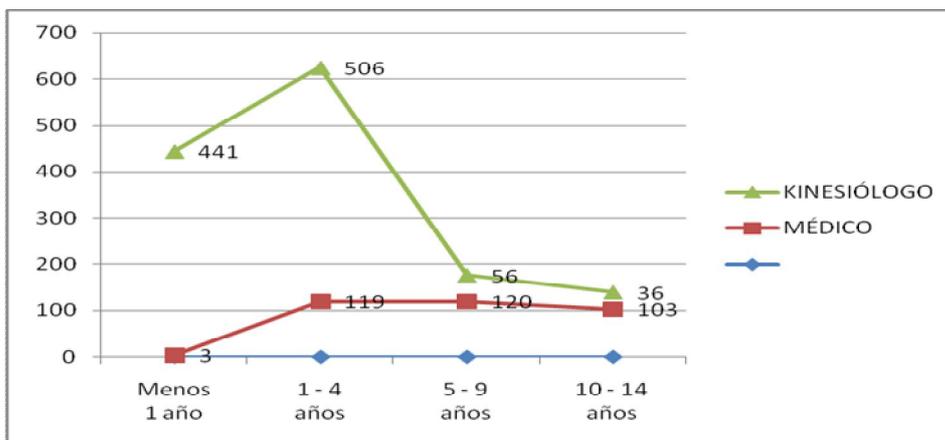


El mayor número de consultas, en la sala IRA, se dio con las iras bajas, seguida por los cuadros de asma descompensada y las neumonías.

CONTROLES SALA IRA 2012

PROFESIONAL	Menos 1 año	1 - 4 años	5 - 9 años	10 - 14 años	TOTAL
MÉDICO	3	119	120	103	345
KINESIÓLOGO	441	506	56	36	1.039
TOTAL	444	625	176	139	1.384

Atenciones por profesionales de sala IRA 2012

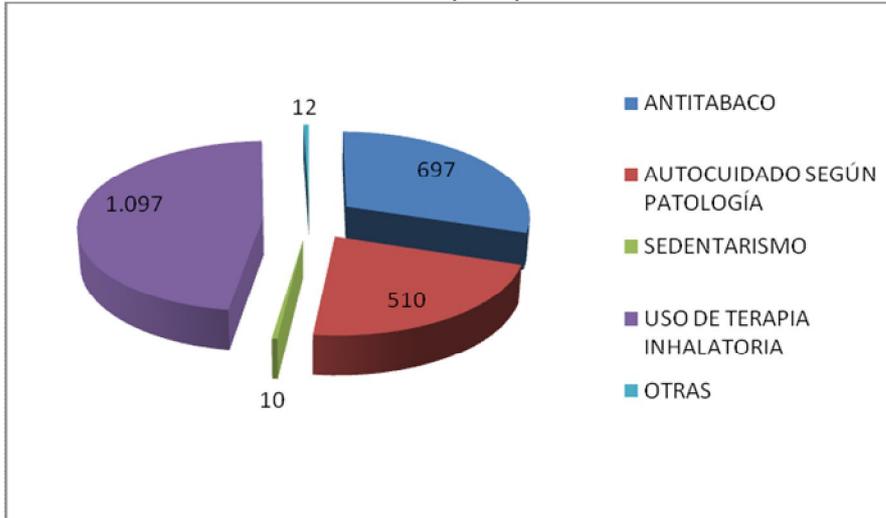


El mayor número de atenciones de sala IRA, se dio en los menores de 5 años y dentro de este grupo, el rango de 1 a 4 años, por ello que todos los esfuerzos ministeriales y como APS, están orientados a priorizar la atención en estos grupos etareo, debido al número y riesgo agregado.

Del total de atenciones realizadas durante el periodo enero a octubre, el mayor número de horas están destinada a controles, seguido de un porcentaje de 20 a 25% a casos nuevos.

EDUCACION INDIVIDUAL REALIZADA EN SALA IRA ERA 2012	
ANTITABACO	697
AUTOCUIDADO SEGÚN PATOLOGÍA	510
SEDENTARISMO	10
USO DE TERAPIA INHALATORIA	1.097
OTRAS	12

Educación individual realizada por profesionales IRA- ERA

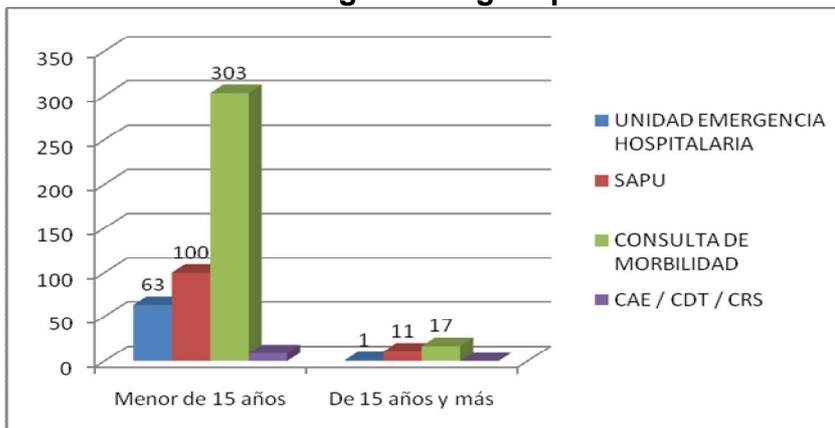


Independiente de la característica del centro dedicado a prestaciones orientadas al daño, el equipo de profesionales de las sala IRA y ERA, realiza educación continua, tanto a los pacientes, como a los acompañantes y/o familiares, destacando la educación anti tabáquica y el uso adecuado de terapia inhalatoria.

RECEPCION DE PACIENTES SEGÚN ORIGEN

ORIGEN	Menor de 15 años	De 15 años y más
UNIDAD EMERGENCIA HOSPITALARIA	63	1
SAPU	100	11
CONSULTA DE MORBILIDAD	303	17
CAE / CDT / CRS	9	0

Atenciones cuadros agudos según procedencia - IRA ERA 2012

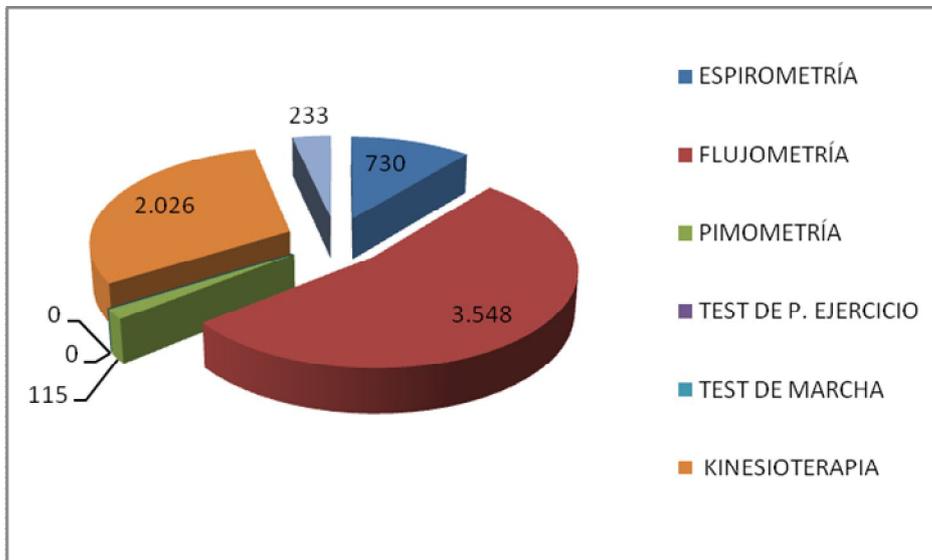


El principal derivador, de cuadro agudos, para evaluación en sala IRA-ERA, son los pacientes derivados, desde la consulta de morbilidad del centro, concentrando el mayor número de atenciones los menores de 15 años y dentro de este grupo los menores de 5 y los lactantes.

Procedimientos de sala IRA y ERA 2012

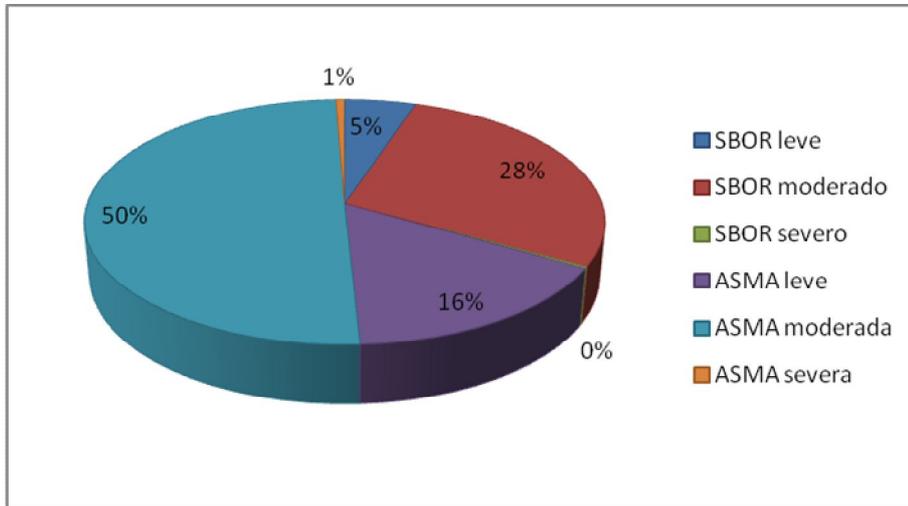
PROCEDIMIENTO	IRA-ERA 2012
ESPIROMETRÍA	730
FLUJOMETRÍA	3.548
PIMOMETRÍA	115
TEST DE P. EJERCICIO	0
TEST DE MARCHA	0
KINESIOTERAPIA	2.026
S.REHABILITACIÓN PULMONAR	233
TOTAL	6.652

Procedimientos sala IRA ERA 2012



La flujometría, es un método de apoyo diagnóstico y de evaluación del estado basal habitual, de cada paciente de las sala de crónicos respiratorios.

GRAFICO: DISTRIBUCION PACIENTES CRONICOS EN CONTROL SALA IRA POR DIAGNOSTICO:



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

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

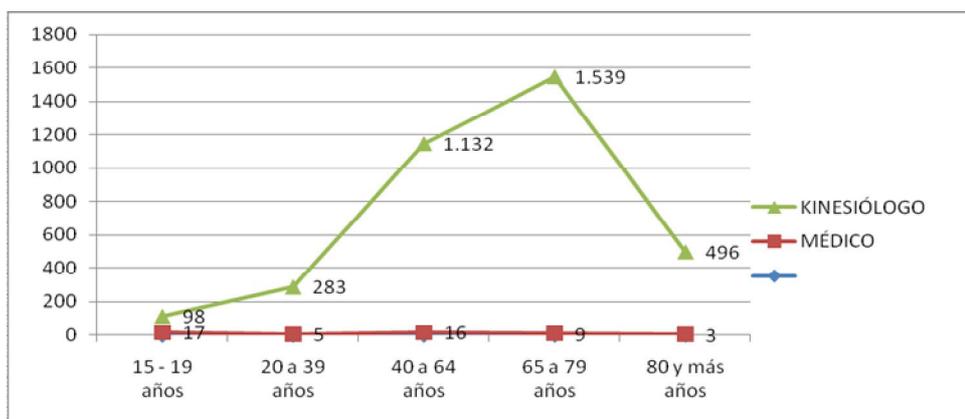
PROGRAMA ERA

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

Además la sala ERA dispone de cupos por agenda compartida para el CESFAM Rural Boco. La Sala ofrece una variedad de prestaciones que incluyen, entre otras; la entrega de inhaladores, visita domiciliaria a pacientes con oxígeno domiciliario, control a pacientes crónicos y el programa de rehabilitación pulmonar.

**CONTROLES SALA ERA
2012**

PROFESIONAL	15 - 19 años	20 a 39 años	40 a 64 años	65 a 79 años	80 y más años	TOTAL
MÉDICO	17	5	16	9	3	50
KINESIÓLOGO	98	283	1.132	1.539	496	3.548
TOTAL	115	288	1.148	1.548	499	3.598

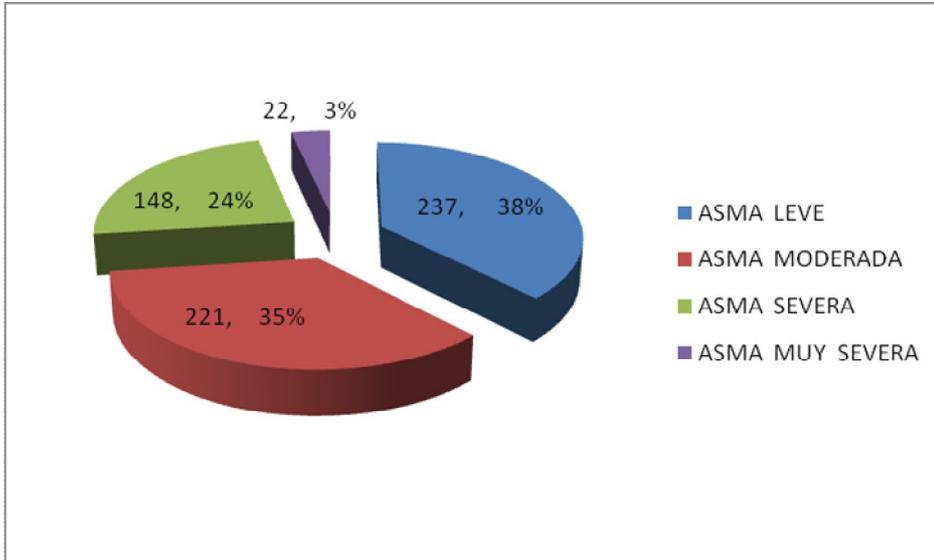


El mayor número de actividades la registra, el profesional kinesiólogo, de la sala ERA, con el grupo de los 40 hasta los 79 años.

PACIENTES EN CONTROL ERA

ASMA LEVE	237
ASMA MODERADA	221
ASMA SEVERA	148
ASMA MUY SEVERA	22
	628

ASMA 2012

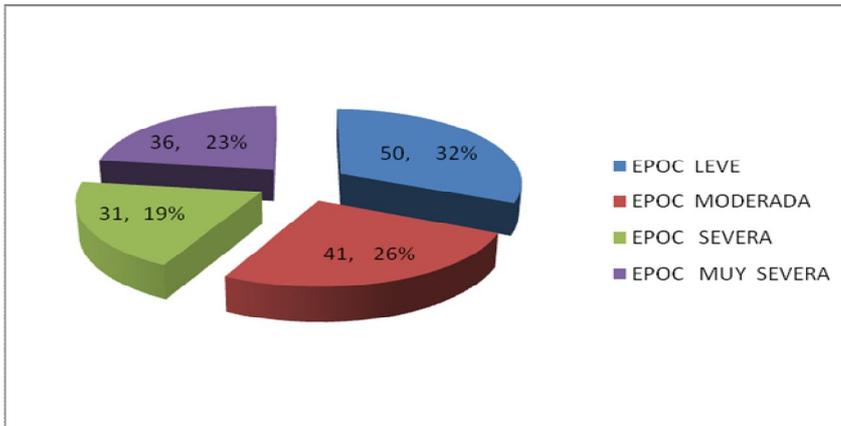


El mayor número de pacientes bajo control en sala ERA , corresponde a los asmáticos, con un total de 628 pacientes, en relación a los 158 EPOC y los 89 LCFA.

EPOC

EPOC LEVE	50
EPOC MODERADA	41
EPOC SEVERA	31
EPOC MUY SEVERA	36
	158

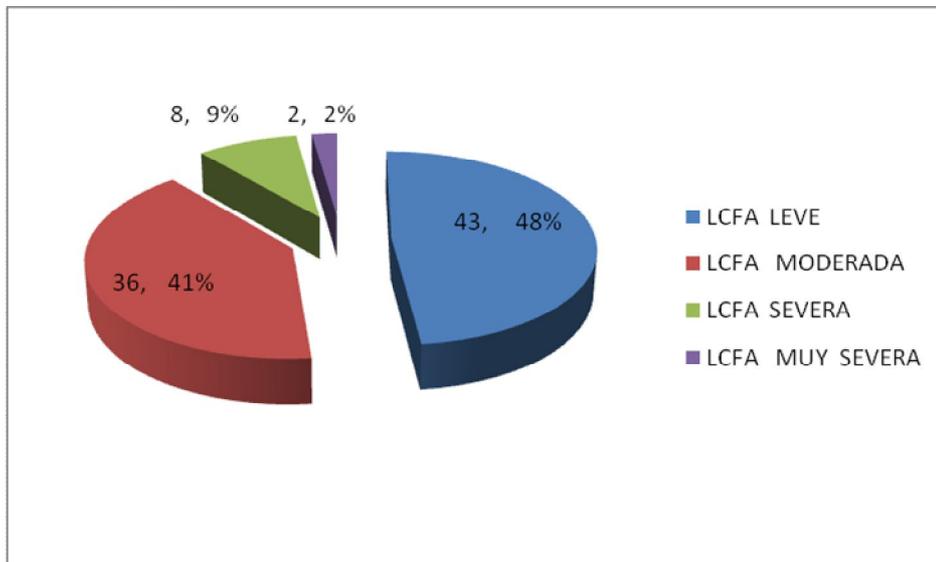
EPOC 2012



LCFA

LCFA LEVE	43
LCFA MODERADA	36
LCFA SEVERA	8
LCFA MUY SEVERA	2
	89

LCFA 2012



El mayor porcentaje de pacientes ha sido diagnosticado por Asma

La frecuencia de controles con médico y kinesióloga varía en caso de que el paciente se encuentre con sus parámetros de compensación. En el caso de pacientes descompensados la frecuencia es de tres controles al año por médico y dos por kinesióloga. Si el paciente está compensado esta frecuencia disminuye a dos y uno respectivamente.

La sala ERA cuenta con tubo de oxígeno de 0.7 m³, para optimizar, las actividades de rehabilitación pulmonar, mejorando de esta forma la calidad y la seguridad de las prestaciones.

REHABILITACIÓN COMUNITARIA.

El centro de salud Dr. Miguel Concha, presta servicios de kinesiología motora y terapeuta ocupacional, en el contexto de la rehabilitación con base comunitaria, lo que además ha permitido renovar la implementación de gimnasio y fisioterapia, ampliándose desde diciembre de 2009 al centro CEALIVI, Centro creado con la participación y un esfuerzo de la comunidad.

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

Durante el 2012, se trabajó en el proyecto, de los **cultivos hidropónicos**, coordinación en proyecto de **granja terapéutica**, **proyecto turismo** en la ciudad, se presentaron en el primer encuentro nacional de rehabilitación basado en la comunidad, con personas en situación de discapacidad y por último se trabajo en el proyecto de senderismo en la comuna de Quillota.

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

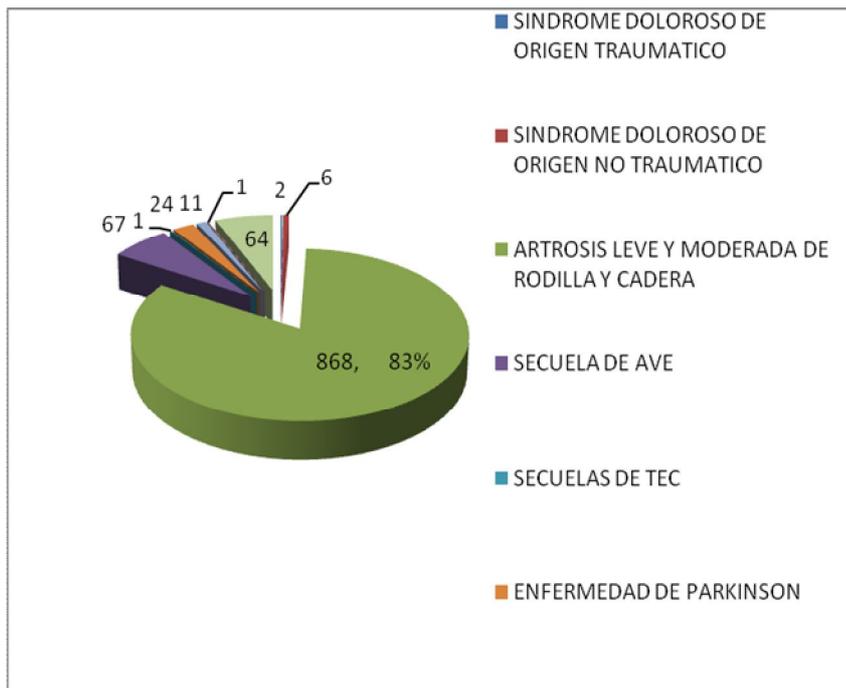
Este proyecto ha incorporado a la comunidad como receptores y participantes de la estrategia, a través de las juntas de vecinos y formación de monitores.

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

Atenciones Kinesiología 2012

PACIENTES EN CONTROL EN EL PROGRAMA	
SINDROME DOLOROSO DE ORIGEN TRAUMATICO	2
SINDROME DOLOROSO DE ORIGEN NO TRAUMATICO	6
ARTROSIS LEVE Y MODERADA DE RODILLA Y CADERA	868
SECUELA DE AVE	67
SECUELAS DE TEC	1
ENFERMEDAD DE PARKINSON	24
OTRO DEFICIT SECUNDARIO CON COMPROMISO NEUROMUSCULAR EN MENOR DE 20 AÑOS CONGENITO	11

OTRO DEFICIT SECUNDARIO CON COMPROMISO NEUROMUSCULAR EN MENOR DE 20 AÑOS ADQUIRIDO	1
OTROS	64
TOTAL ATENCION KINESICA	1044



Los datos muestra mayor número de atenciones, para la artrosis leve y moderada de rodilla y cadera,(868) en este grupo están casi en la totalidad, los pacientes mayores de 55 años, por estar incluidos dentro de las prestaciones ges.

PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA INTEGRAL.

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

de enmarcarlos, dentro de un enfoque de territorialidad y sectorización, siguiendo siempre los lineamientos y políticas, de realidades locales.

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

ATENCIONES EN DOMICILIO POR EQUIPO PADI

A PERSONAS CON DEPENDENCIA LEVE	31
A PERSONAS CON DEPENDENCIA MODERADA	220
SEVERO /ONCOLÓGICOS	223
SEVERO / NO ONCOLÓGICOS	460
OTROS	25
	959

Atenciones en domicilio por equipo PADI 2012

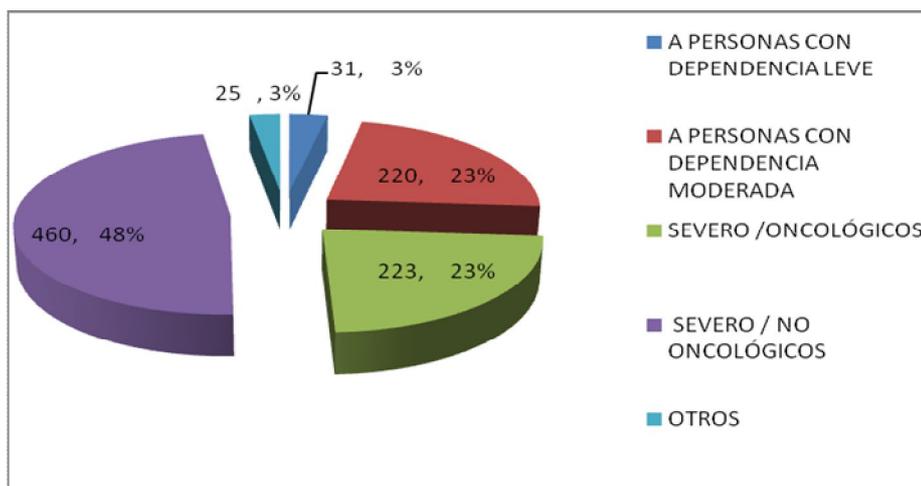
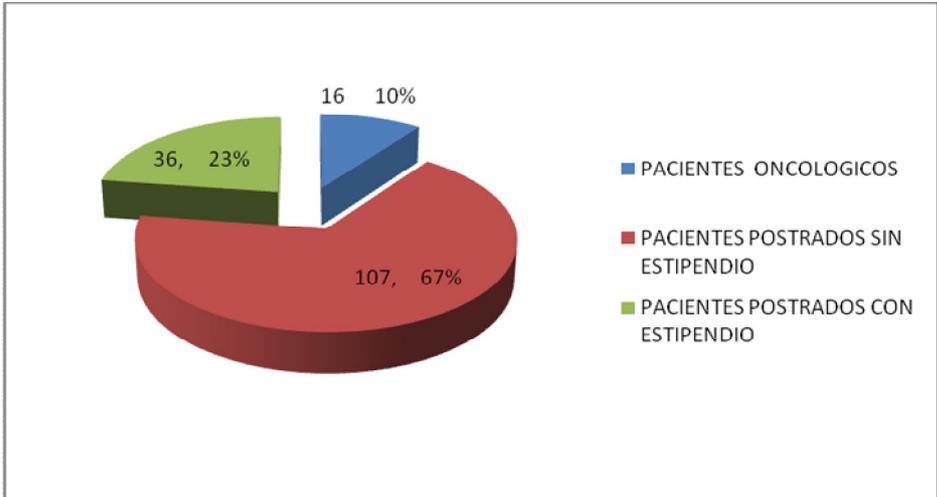


GRAFICO: PACIENTES BAJO CONTROL PROGRAMA PADI, 2012.

PACIENTES POSTRADOS EN CONTROL C.SMC.

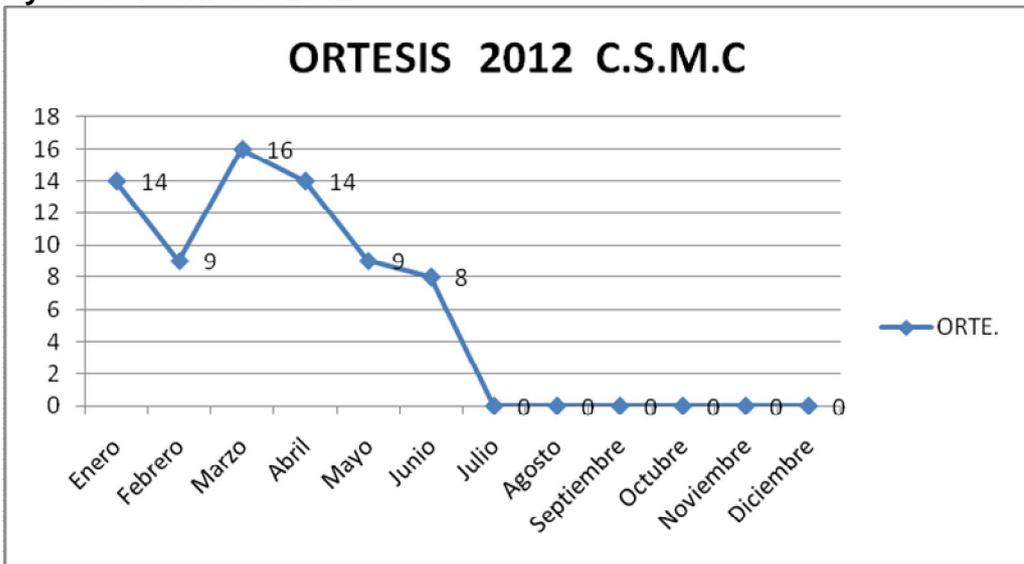
PACIENTES ONCOLOGICOS	16
PACIENTES POSTRADOS SIN ESTIPENDIO	107
PACIENTES POSTRADOS CON ESTIPENDIO	36
TOTAL	159



A la fecha el Programa PADI, tiene bajo control a 159 personas, de las cuales un 16 pacientes corresponden a pacientes oncológicos, los otros grupo de pacientes postrados corresponden a AVE, fibrosis pulmonar, fracturas, daño neurológico, artrosis severa, Alzheimer, demencia senil, entre otras.

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

Ayudas Técnicas 2012



Desde el mes de junio el registro en relación ORTESIS , paso a manos del Hospital de Quillota, por tal razón solo disponemos de información hasta junio 2012.

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

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

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

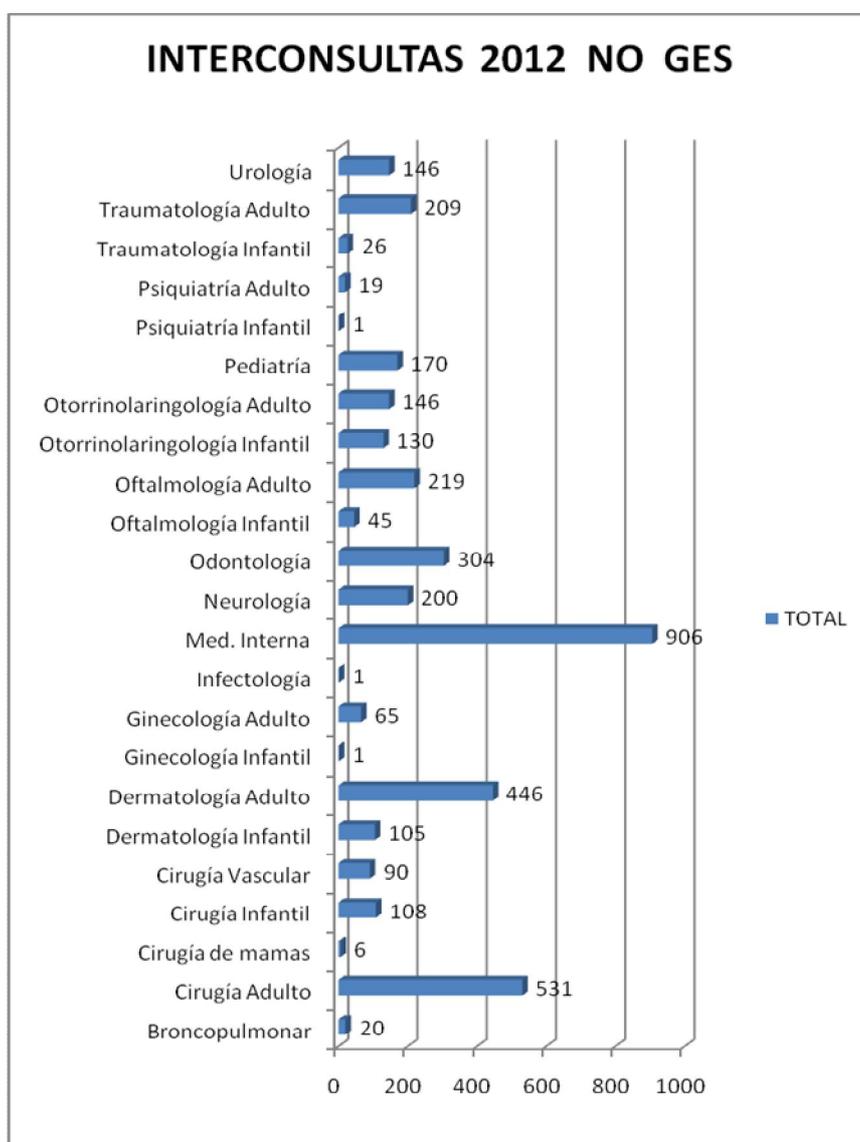
Logrando un grado de satisfacción y reconocimiento importante por parte de la comunidad, llevando una coordinación excelente, con el equipo, de cuidados paliativos de el Hospital San Martín.

Además el equipo del PADI ha realizado capacitaciones en diversas áreas a un total de 50 cuidadoras.

Interconsultas No GES 2012

ESPECIALIDAD	TOTAL
Broncopulmonar	20
Cirugía Adulto	531
Cirugía de mamas	6
Cirugía Infantil	108
Cirugía Vasculat	90
Dermatología Infantil	105
Dermatología Adulto	446
Ginecología Infantil	1
Ginecología Adulto	65
Infectología	1
Med. Interna	906
Neurología	200
Odontología	304
Oftalmología Infantil	45
Oftalmología Adulto	219
Otorrinolaringología Infantil	130

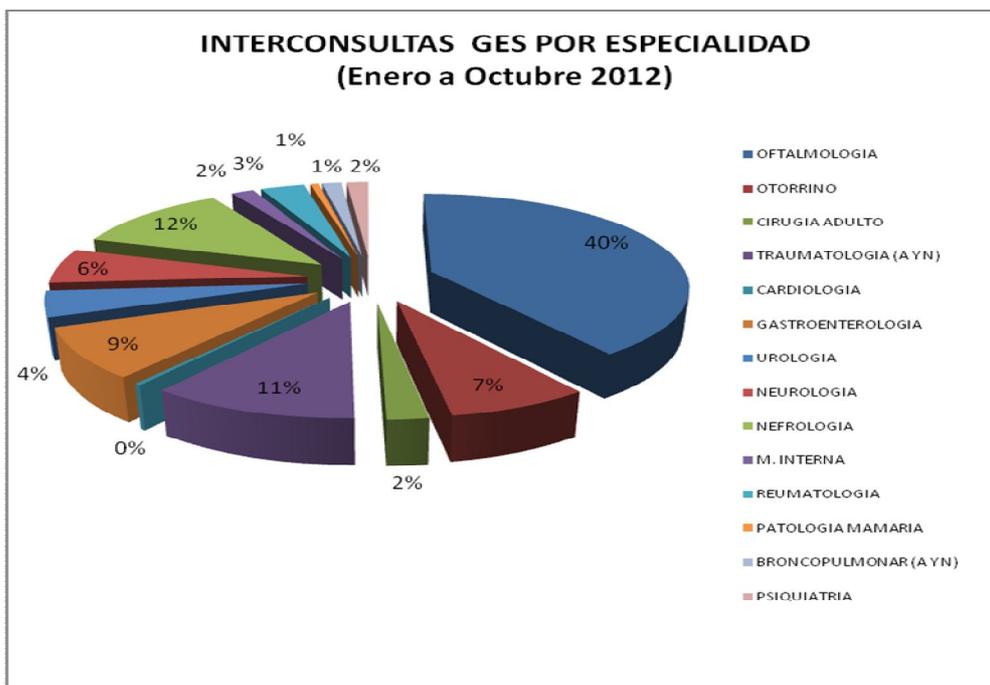
Otorrinolaringología Adulto	146
Pediatría	170
Psiquiatría Infantil	1
Psiquiatría Adulto	19
Traumatología Infantil	26
Traumatología Adulto	209
Urología	146
TOTAL	3894



El mayor número de interconsultas, se registra para medicina interna, cirugía adulto y dermatología adulto, dato que también concuerda, con el grupo de población, que tiene el mayor número de consultas.

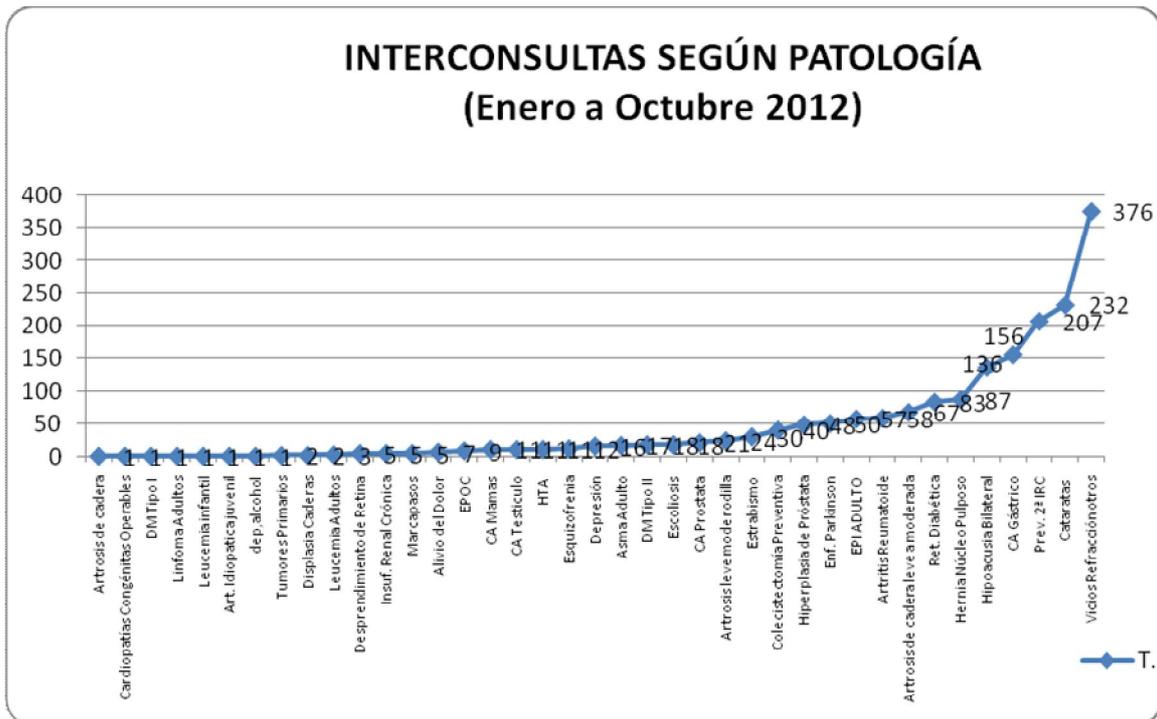
INTERCONSULTAS GES 2012
Hasta octubre 2012

ESPECIALIDAD	TOTAL
OFTALMOLOGIA	726
OTORRINO	136
CIRUGIA ADULTO	40
TRAUMATOLOGIA (A Y N)	199
CARDIOLOGIA	6
GASTROENTEROLOGIA	156
UROLOGIA	80
NEUROLOGIA	109
NEFROLOGIA	212
M. INTERNA	30
REUMATOLOGIA	59
PATOLOGIA MAMARIA	11
BRONCOPULMONAR (A Y N)	26
PSIQUIATRIA	29



Oftalmología, gastroenterología, nefrología, ORL y traumatología, son las especialidades que agrupan el mayor número de solicitudes de interconsulta, al nivel de mayor complejidad, sumando cerca del 78% de las interconsultas.

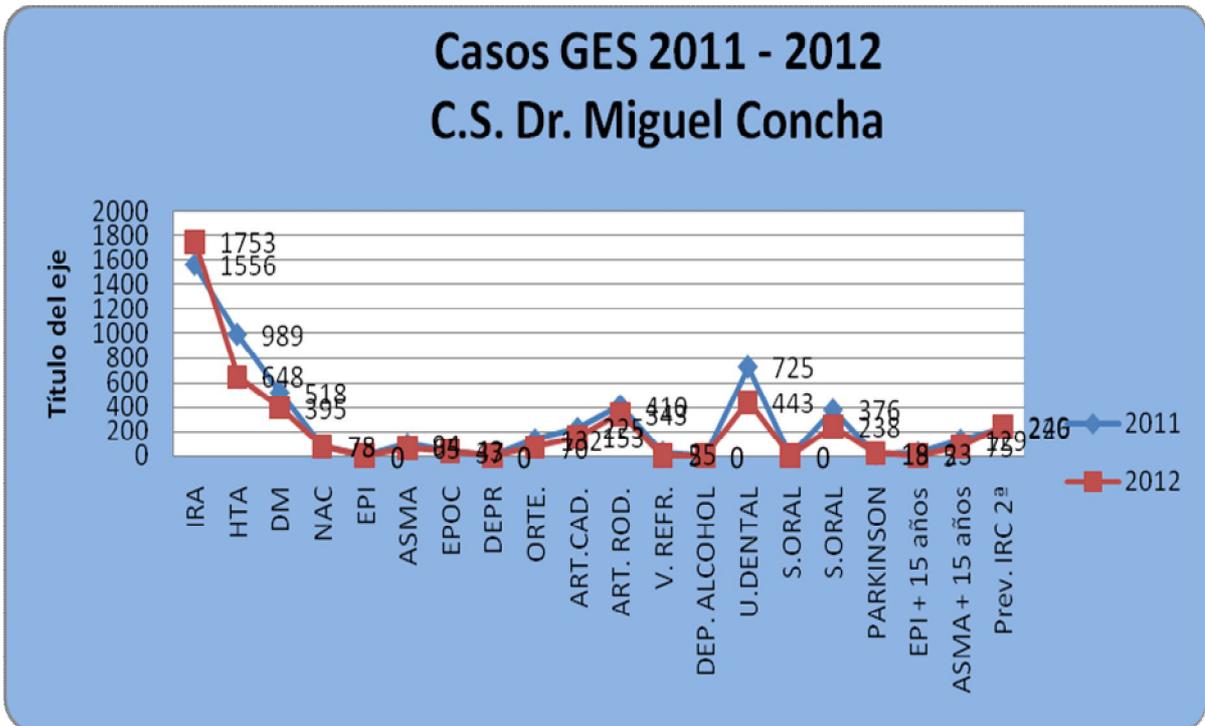
Distribución de interconsultas por patología 2012



El mayor número de interconsultas de acuerdo a la patología, se relaciona, con vicio refracción y catarata, seguido de prevención secundaria de IRC, CA gástrico e hipoacusia.

COMPARATIVO CASOS GES 2011 - 2012

	IRA	HTA	DM	NAC	EPI	ASMA	EPOC	DEPR	ORTE.	ART.CAD.	ART. ROD.	V. REFR.	P. ALCOHOL	U.DENTAL	S.ORAL	S.ORAL	ARKINSON	EPI + 15 años	ASMA + 15 años		TOTAL
2011	1556	989	518	78	0	94	43	0	132	225	410	25	0	725	0	376	18	23	129	226	5567
2012	1753	648	395	75	0	65	37	0	70	153	343	5	0	443	0	238	19	5	75	240	4564



ACTIVIDADES DE APOYO DIAGNOSTICO:

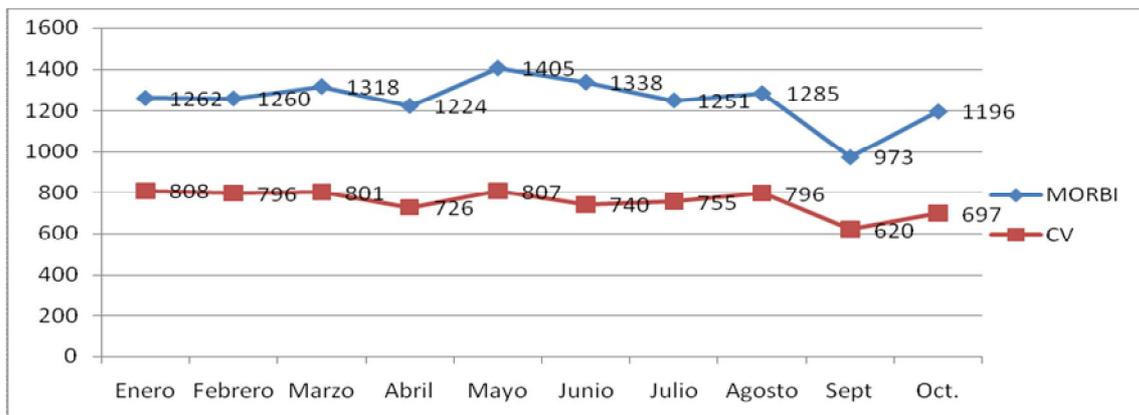
El mayor número de exámenes, que se toman, a nivel urbano, corresponde a los bioquímicos y hematológicos.

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

EXAMENES 2012 C.S..DR. MIGUEL
CONCHA

N° DE PERSONAS

	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Sept	Oct.	
MORBI	1262	1260	1318	1224	1405	1338	1251	1285	973	1196	12512
CV	808	796	801	726	807	740	755	796	620	697	7546
	2070	2056	2119	1950	2212	2078	2006	2081	1593	1893	20058



Entre los exámenes de cardiovascular y morbilidad, se han realizado procedimientos de toma de muestra a 20058 personas.

Clasificación por tipo de examen 2012
Exámenes morbilidad

EXAMENES	
Hemograma	1488
Perf. Hematologico	5723
Hematocrito	1
V.H.S	1461
Grupo Sanguineo	16
TP	228
TTPK	233
Monotest	
Reticulocitos	2
Rcto. de Blancos	10
Rcto. de Plaquetas	5
Hb. Glicosilada	1441
PTGO	772
Glicemia	8017
Uremia	4865
Colesterol	54
Trigliceridos	30
Perfil Lipidico	7974
Perfil Hepático	2651
Acido Urico	5401
Creatinina	6835
Fosfatasa Alcalina	62
Clear. de Creatinina	401
Electrolitos	4760
Amilasa	29
Proteinas Totales	54
Fosfemia	53
GOT	7
GPT	7
Calcemia	156
LDH	58
HDL-Colesterol	2
bilirrubina Total	7
bilirrubina Directa	
Albuminemia	38
ASLO	472
P.C.R.	637
Factor Reumatoideo	571
Baciloscopias	
Baciloscopias X cc	
Directo al Frasco	
Gram	2
Coprocultivo	89
Cultivo Corriente	69
Urocultivo	1310

VDRL	59
Widal	
Rotavirus	8
Gonoscofia	
Parasitologico	331
Test de Graham	266
Acarotest	8
VIH	2
Test de Chagas	13
Sudan	
Weber	133
Leucocitos Fecales	47
Ph	6
Fehling	10
Sedimentos	317
Orina Completa	5852
Micoalbuminuria 24 horas	1557
Proteinuria	49
Glucosuria	5
BUN en orina	
Calciuria	1
Creatinuria	195
Nit. Ureico	109
Uricosuria	6
TOTAL DIARIOS	64965

El perfil hematológico, la glicemia, orina completa, creatinina y el perfil lipídico están entre los exámenes más solicitados, exámenes además relacionados a problema agudos de tipo infeccioso y los otros destinados al diagnóstico precoz y oportuno de patología cardiovascular.

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

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS 2012

EXAMEN	EKG	ECOGRAFIA GINE/OBSTETRIC A	ECOTOMOGRAFIA ABDOMINAL/PELVIC A	TOTAL
ENERO	255	171	140	566
FEBRERO	239	182	140	561
MARZO	397	109	140	646
ABRIL	426	175	140	741
MAYO	421	193	140	754
JUNIO	415	203	140	758
JULIO	447	185	140	772
AGOSTO	556	265	134	955
SEPTIEMBRE	259	82	155	496
OCTUBRE	527	196	144	867
NOVIEMBRE				
DICIEMBRE				0
TOTAL	3942	1761	1413	7116

El número de electros, que se realiza mensualmente, dentro del programa cardiovascular, constituye un aporte importante en el manejo de los pacientes del programa C.V. principalmente en relación a los paciente hipertensos y diabéticos.

Las ecografía gineco/obstétricas, son de uso exclusivo por el programa maternal, existiendo actualmente una brecha, en relación, al gran número de pacientes embarazadas de la comunal, situación, que se relaciona, en que no se ha logrado contratar más horas de ecografista, debido a la falta de oferta.

Procedimientos realizados en el área de tratamiento 2012

FECHA 2012	CURACIONES PLANAS	ULCERA C. COMPLEJA	QUEMADURA DERMA./TEGUMENTOS	UPD C. COMPLEJA	E/ DE PUNTOS C. PLANA	T.B.C. C. PLANA	L/ DE OIDO MISCELANOS	CULTIVO C. PLANA	INVECTABLE MISCELANEOS	TOTAL
ENERO	385	186	35	71	58	14	16	5	634	1404
FEBRERO	382	193	36	59	84	37	23	12	801	1627
MARZO	300	193	35	60	68	45	5	13	1752	2471
ABRIL	289	130	38	96	51	38	15	9	841	1507
MAYO	284	168	39	47	54	20	29	7	1095	1743
JUNIO	261	114	39	92	39	43	16	11	983	1598
JULIO	307	113	27	38	49	44	12	6	1184	1780
AGOSTO	389	183	23	39	60	56	27	10	1279	2066
SEPT.	226	102	19	59	49	31	17	9	1475	1987
OCTUBRE	217	130	33	62	48	35	16	4	1196	1741
NOVIEMBRE										
DICIEMBRE										
TOTAL	3040	1512	324	623	560	363	176	86	11240	17924

Atenciones de podólogo 2012

MES	PODOLOGO
Enero	221
Febrero	314
Marzo	298
Abril	252
Mayo	322
Junio	274
Julio	236
Agosto	313
Septiembre	236
Octubre	341
Noviembre	
Diciembre	
Total	2807

FARMACIA

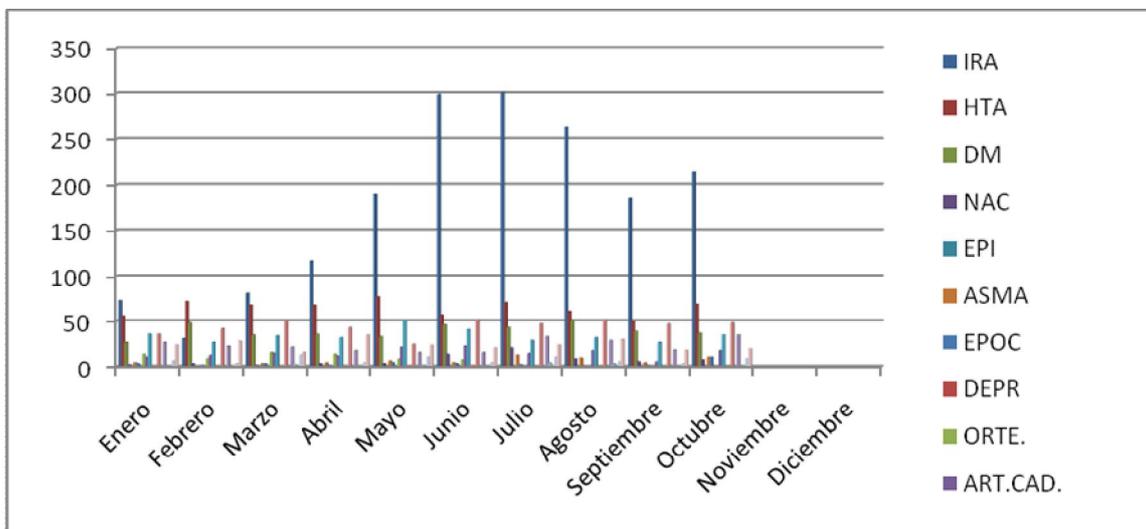
Farmacia móvil:

Una de las estrategias, diseñada hace ya 5 años, fue la creación de la farmacia móvil, iniciativa que ayudo a descongestionar un poco las salas de espera del área de farmacia y a la vez ayudar a muchos adultos mayores, que permanecían por tiempos de espera muy prolongados, en esta área. Las coordinaciones con la unión comunal y las juntas de vecinos, que participan de este programa, han sido de buen nivel.

Estrategia que alcanza ya a 16 Juntas de Vecinos y 4 Hogares de Larga Estadía, logrando una cobertura de más de 600 personas, en su mayoría adultas mayores. Que incluye la entrega de citas para exámenes y controles del Programa de Salud Cardiovascular, además de medicamentos se entregan los alimentos del Programa de Alimentación Complementaria PACAM, para los adultos mayores.

GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD (GES)

GRAFICO: RESUMEN COMUNAL CASOS CREADOS GES 2012.



INDICE DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (IAAPS)

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

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

A continuación se detallan los índices que fueron evaluados durante el presente año y las coberturas logradas al último corte de Octubre del 2012. Según la evaluación realizada en dicho corte por parte del Servicio de Salud Viña del Mar –Quillota, nuestra comuna cumplió con el 100 % de las metas a lograr. Estos desafíos que genera el cumplimiento tanto de los Índices de Actividad como de las Garantías Explícitas de Salud (GES), han requerido de parte de las Autoridades Locales, Equipo de Gestión de Departamento y de las Direcciones de los Establecimientos de la Red APS, optimizar los recursos tanto humanos, físicos y financieros, además de mejorar los diferentes procesos clínicos como ha sido la protocolización de las diferentes patologías garantizadas. De igual manera se han reforzado los equipos administrativos que deben velar por el registro adecuado de dichas prestaciones.

**INDICE DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (IAAPS)
COMUNAL - OCTUBRE 2012**

CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES	Realizado a Octubre		Cumplimiento
	Numerador/ Denominador	%	
META 1 : COBERTURA EXAMEN DE MEDICINA PREVENTIVA EN HOMBRES DE 20 A 44 AÑOS META MINSAL 25%. META SSVQ 9,2%	1.319/15.088	8,7%	100%
META 2 : COBERTURA EXAMEN DE MEDICINA PREVENTIVA EN MUJERES DE 45 A 64 AÑOS META MINSAL 25%. META SSVQ 23%	1.034/9.373	11%	56,3%
META 3 : COBERTURA DE EVALUACIÓN FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR (EFAM) DE 65 Y MÁS AÑOS META MINSAL 50%. META SSVQ 40%	2.240/10.492	21,3%	73,5%
META 4 : INGRESO A CONTROL EMBARAZO, ANTES DE LAS 14 SEMANAS META MINSAL 85%. META SSVQ 85%	798/934	85,4%	98,3%
META 5 : COBERTURA DE EXAMEN DE SALUD DEL ADOLESCENTE ENTRE 10 Y 14 AÑOS META MINSAL 5%. META SSVQ 3,6%	341/6.240	5,5%	100%
META 6 : COBERTURAS ALTAS ODONTOLÓGICAS TOTALES EN POBLACIÓN MENOR DE 20 AÑOS META MINSAL 19%. META SSVQ 22,8%	5.046/23.738	21,3%	100%
META 7 : GESTION DE RECLAMOS EN ATENCION PRIMARIA META MINSAL %. META SSVQ 90%	117/117	100%	100%
META 8 : COBERTURA DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS META MINSAL 50%. META SSVQ 35,7%	3.224/8.331	38,7%	100%
META 9 : COBERTURA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS META MINSAL: 65% META SSVQ: 87%	10.428/15.708	66,4%	96,9%
META 9 : PORCENTAJE DE NIÑOS Y NIÑAS CON DÉFICIT (RIESGO Y RETRASO) DEL DESARROLLO PSICOMOTOR de 12 A 23 MESES, RECUPERADOS META MINSAL: 65% META SSVQ: 90%	792/1069	74,1%	96%
META 11 : TASA DE VISITA INTEGRAL META MINSAL: 0,18% META SSVQ: 0,19%	2.860/21.147	0,14%	83,7%

La evaluación a Octubre del 2012, nos muestra un cumplimiento del 91,4% de las metas a cumplir a este corte, calificando en tramo 1. Durante el año 2012 nuestra comuna cumplió con las metas en cada uno de los cortes de evaluación programados. No teniendo descuentos en el per cápita por dicho concepto. Cabe señalar que para el año 2013 se realizarán estrategias para mejorar el cumplimiento de la Meta N° 3 EFAM Adulto Mayor.

METAS SANITARIAS 2012
COMUNAL - SEPTIEMBRE 2012

INDICADOR	Realizado a Octubre	CUMPLIMIENTO %
	Numerador/ Denominador	
1.-Evaluación Desarrollo Psicomotor a los niños de 12 a 23 meses Meta: 93,1%	8/20	60,9%
2.-Cobertura Papanicolau Meta: 78,3%	17.512/22.811	76.8%
3A.- Cobertura Altas odontológicas Totales en Adolescentes de 12 años Meta: 70,2%	586/1.308	44,8%
3B. Cobertura Altas Odontológicas Total en niños y niñas de 6 años Meta 70%	563/1.074	52,4%
3C.Cobertura Altas Odontológicas Total Embarazadas Primigestas Meta 67%	582/814	71,5%
4.- Aumento de la Cobertura Efectiva de Personas de 15 y más años con HTA controlada Meta: 17,4%	1.494/8.336	17.9%
5.- Aumento de la Cobertura Efectiva de Personas de 15 y más años con HTA controlada Meta: 42,4%	6.517/15.657	41,6%
6.- Obesidad en Niños o niñas Menores de 6 años en control. Meta 6,7%	566/4.801	11,8%
7.- Consejos De Desarrollo de Salud funcionando regularmente Meta 100%	5/5	100%
8.- Evaluación de Satisfacción Usuaría Meta 100%	5/5	100%

La evaluación a Septiembre del 2012, nos muestra un cumplimiento del 93,88% de las metas a cumplir a este corte, calificando en tramo 1. Según las proyecciones a Diciembre se cumplirían de manera adecuada las metas.

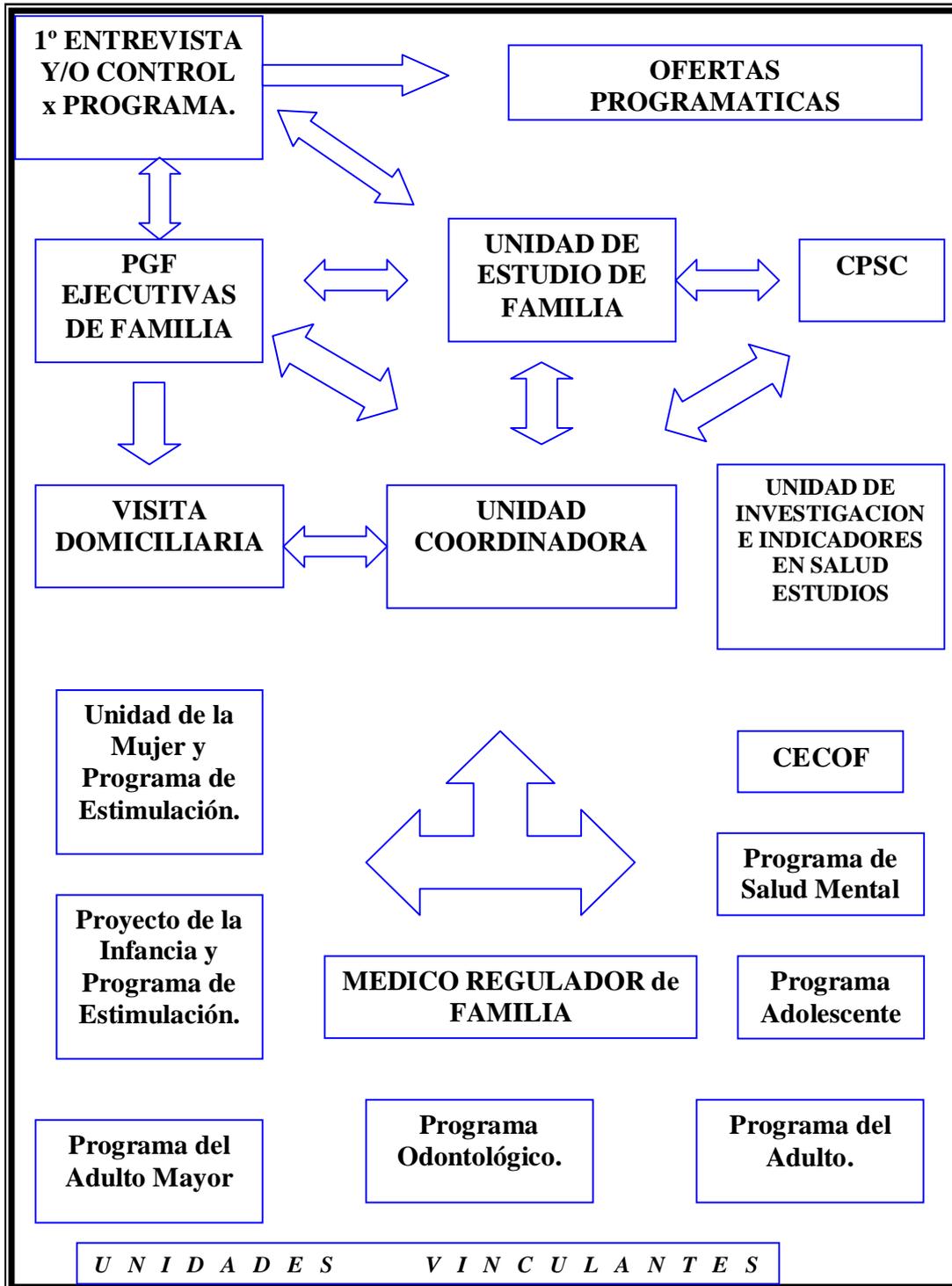
AREA FAMILIA:

EL SISTEMA COMUNAL.

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

ESQUEMA DE ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE ATENCION FAMILIAR

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

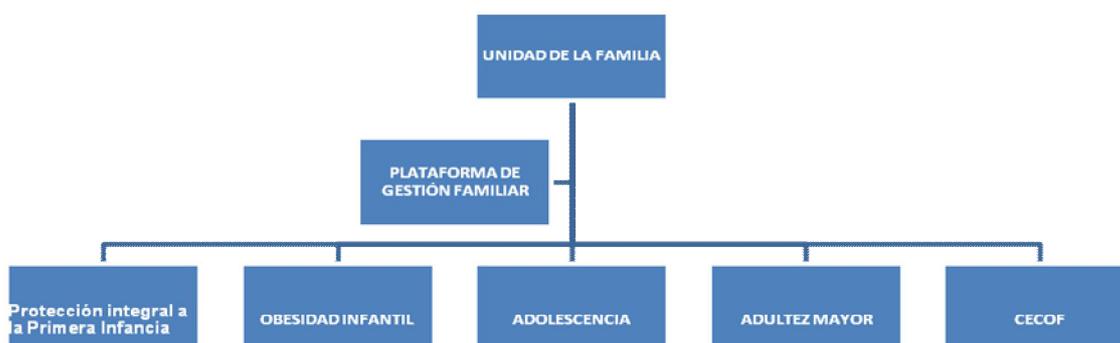


UNIDAD DE LA FAMILIA

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

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

La Unidad de la Familia organiza sus acciones a través del ingreso a ella de los casos derivados desde las 5 líneas de prioridades sanitarias locales, como se muestra en el siguiente esquema:



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

FUNCIONAMIENTO DE LA UNIDAD DE LA FAMILIA.

El objetivo central de esta unidad es la generación de planes de salud familiar, constituidos por una propuesta de un conjunto de prestaciones otorgadas o coordinadas por la atención primaria y sus redes, que se presenta a la familia, después de su análisis por parte del equipo de salud con la correspondiente aplicación del estudio de familia, para su aprobación o rechazo parcial o total.

Pone énfasis en el autocuidado en salud mediante la promoción y prevención y está destinado a orientar la familia hacia un mejor estado de equilibrio en salud, favoreciendo así la corresponsabilidad de las familias en el cuidado de sus integrantes.



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

SECTORIZACION TERRITORIO URBANO.

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

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

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

SECTORES COMUNA DE QUILLOTA:

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

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

EVALUACION 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 mas saludable

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

Respecto a la distribución de la población por género, podemos señalar que existe una leve mayoría de mujeres, con un total de 1.484 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 étnicos 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 cómo centro de salud, lo celebramos con nuestra comunidad, invitando a los usuarios a trabajar por el bienestar de su corazón, cómo órgano de vida y sentimientos. Se invitó a los usuarios a la realización de EMPA, talleres de alimentación saludable, talleres de actividad física y actividades recreativas y de relajación.
- 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 progestágeno	17	0	1	3	7	0	6
- Inyectable combinado	73	4	19	14	16	15	5
- Inyectable progestágeno	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

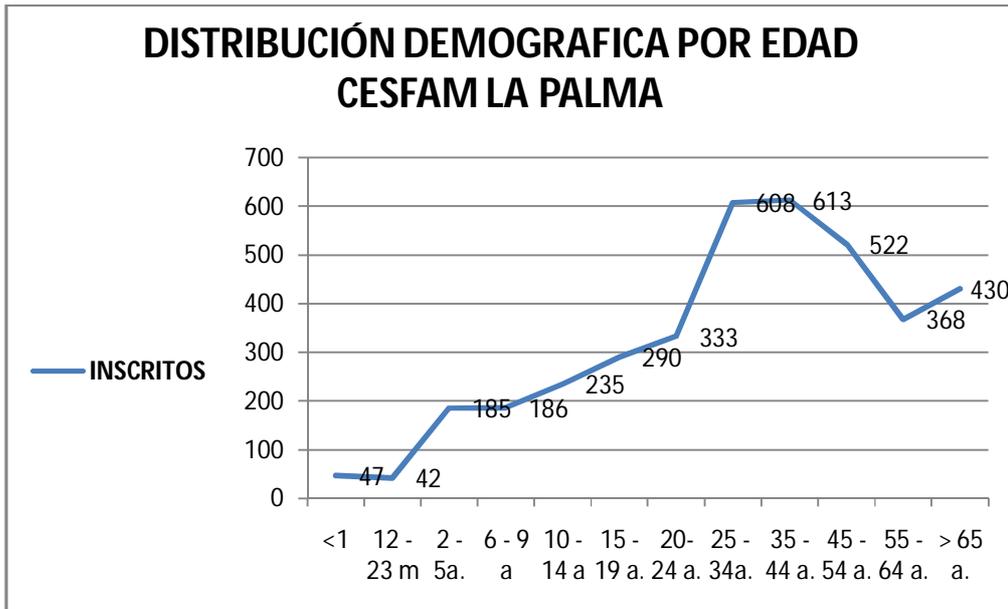
En base a los datos estadísticos antes expuestos, a las características propias de nuestra población asignada y a los resultados obtenidos con las intervenciones de promoción realizadas, nos hemos planteado como lineamientos generales para el próximo año lo siguiente:

- 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.

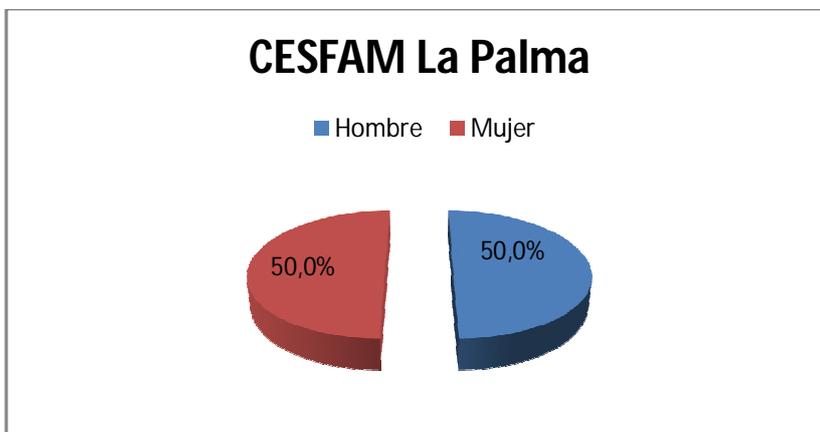
CARACTERÍSTICAS DEL CENTRO DE SALUD: LA PALMA

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 espaciales 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

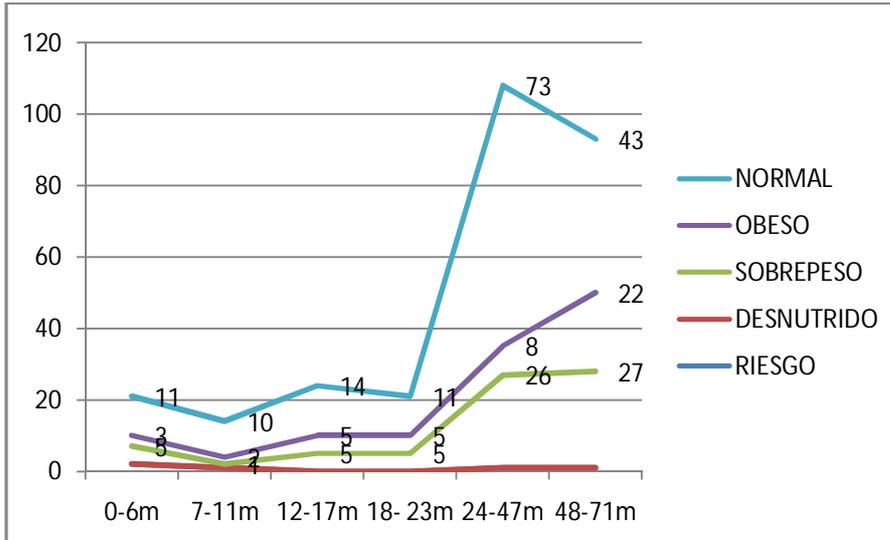
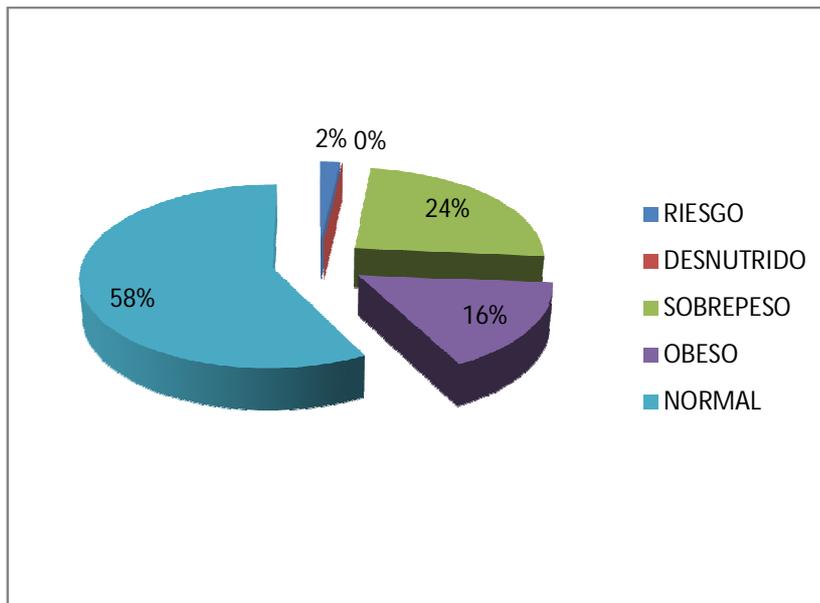


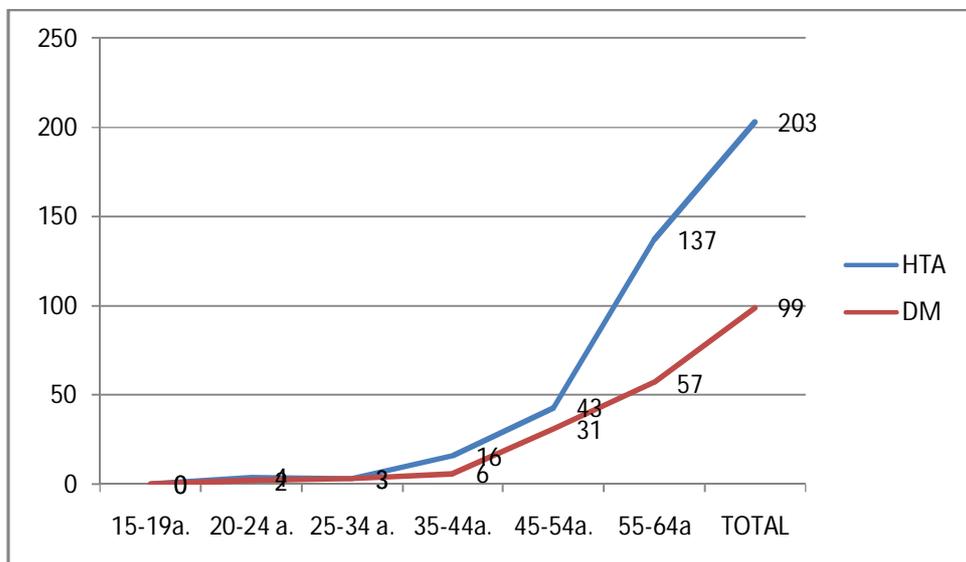
Grafico 2: Distribución porcentual según diagnóstico nutricional en población bajo control menor de 6 años



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.

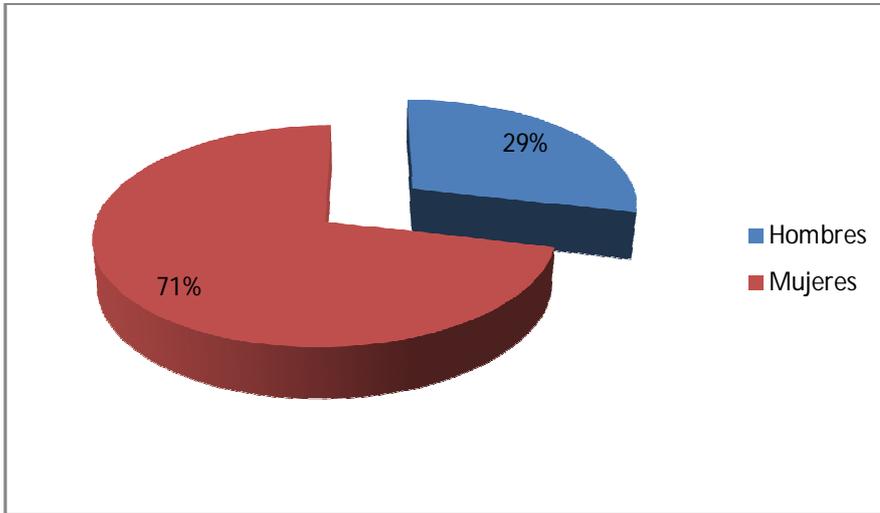
INDICADORES DE RESULTADOS AREA ADULTO

Grafico 1 Población bajo control por Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus



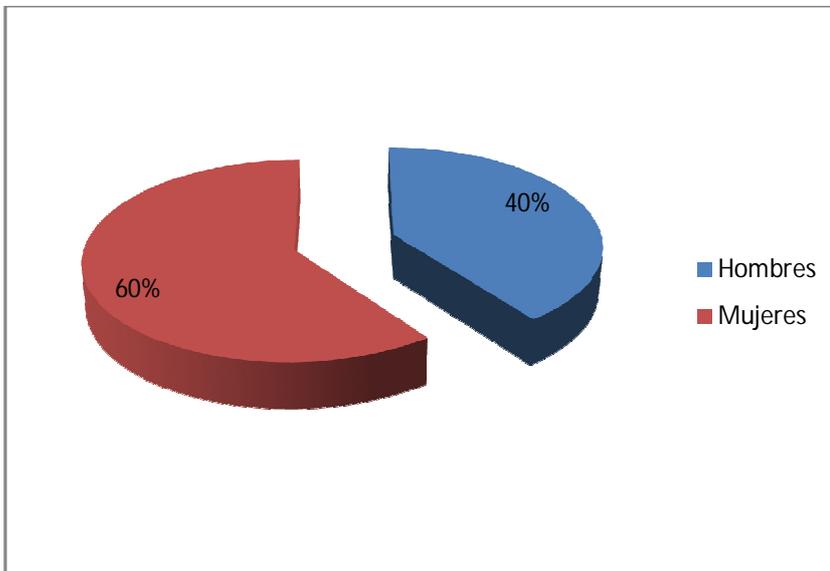
El grafico n°1ª a la población bajo control de Hipertensos es mayor que la Diabética tendencia que se observo nivel rural pero cabe destacar que en ambas poblaciones a medida que van aumentando el número de años también aumenta la población

Grafico 2 Población bajo control por Hipertensión Arterial según sexo



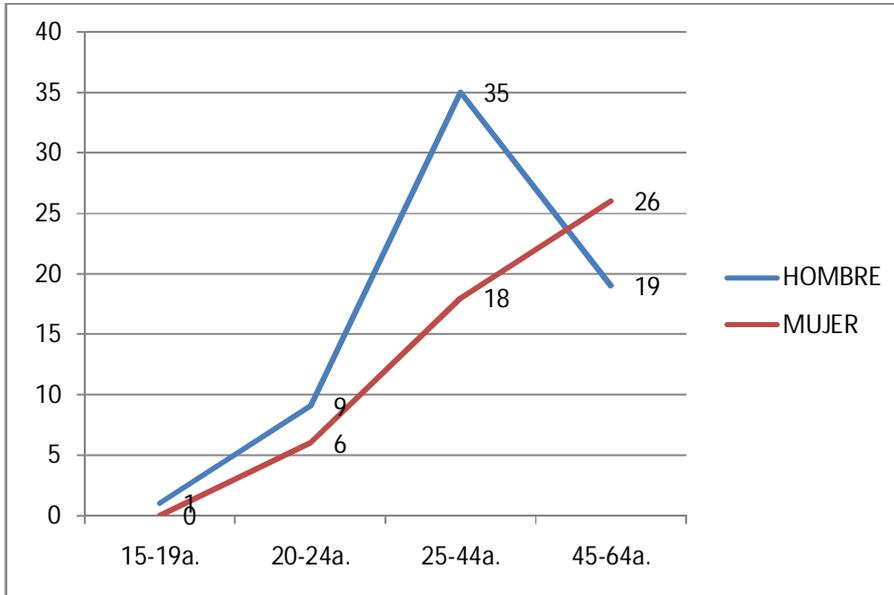
Como podemos observar el grafico n°2 la población femenina en control por Hipertensión Arterial es un 71% duplicando la población masculina que es un 29%, manteniendo la característica del año 2011

Grafico 3: Población bajo control por Diabetes Mellitus según sexo



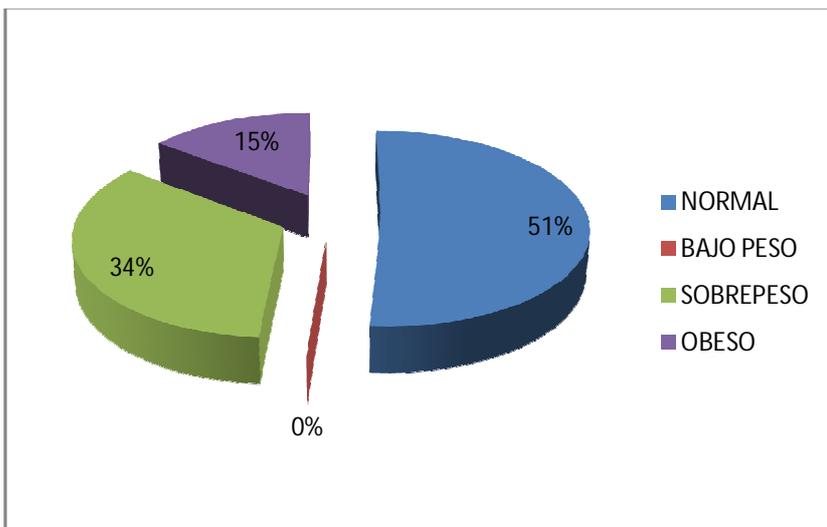
Como podemos observar el grafico n°3 la población femenina en control por Diabetes Mellitus , sorprende por el incremento de 10% en el control de hombres diabéticos, versus el año anterior creciendo de 27,4% al 40%, y decreciendo en ese mismo porcentaje el de mujeres a un 60%

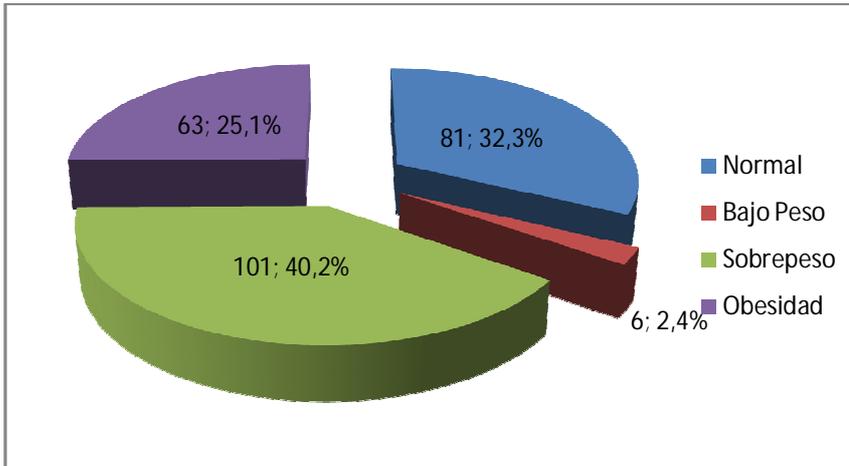
Gráfico 4.- Referido a EMP, realizados en Cesfam La Palma de Enero a Octubre del 2012



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

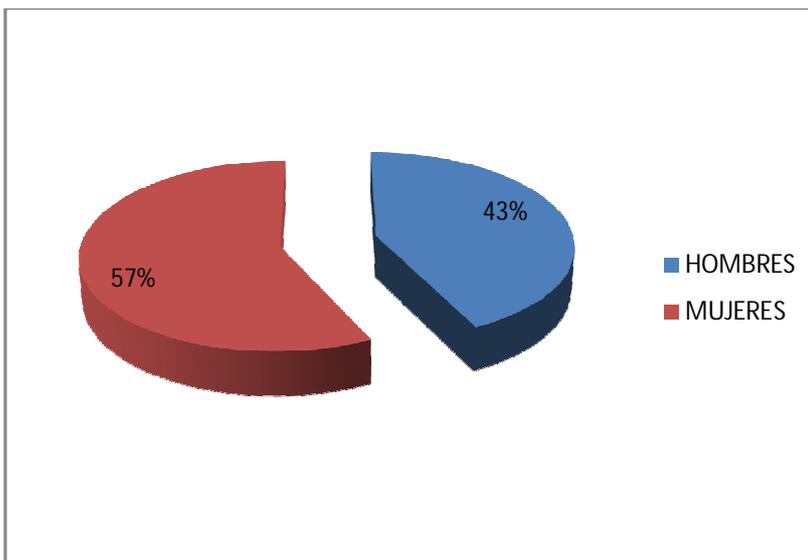




El grafico 5 en su parte superior el 2012 y en la inferior el 2011 nos muestra que la malnutrición por exceso representa un 59%, no hay malnutrición en déficit y que solo un 51% esta en estado nutricional normal de la poblacion a la que se le aplico EMP durante el 2012. Si se compara con el año anterior 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.

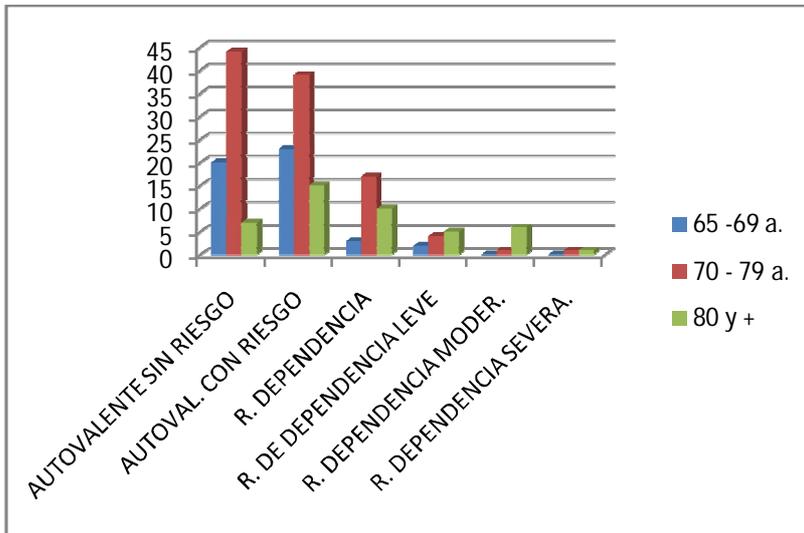
INDICADORES DE RESULTADOS AREA ADULTO MAYOR

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



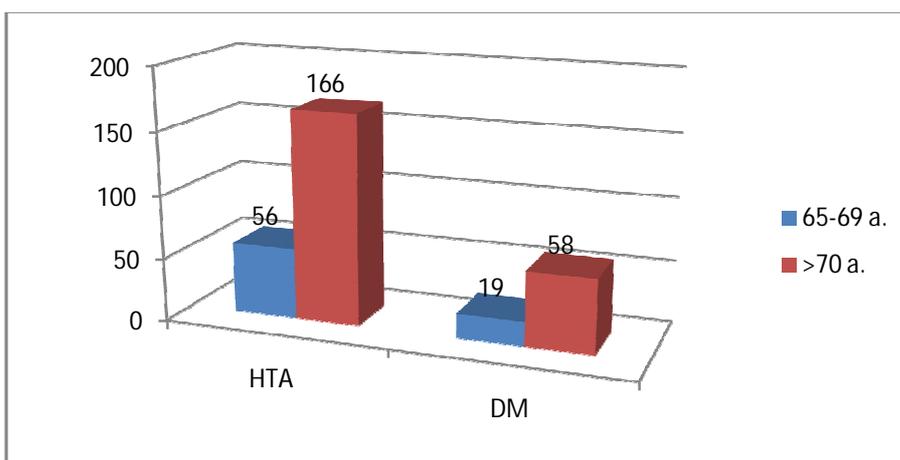
Se realizaron un total de 208 Empam de Enero a Octubre, siendo de ellos 89 hombres (43%) y 119 mujeres (57%), al igual que en el resto de grupos etáreos existe una cultura de atención principalmente del genero femenino.

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°1ª a la población bajo control de Hipertensos es mayor que la Diabética tendencia que se observo 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 contiguo.

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

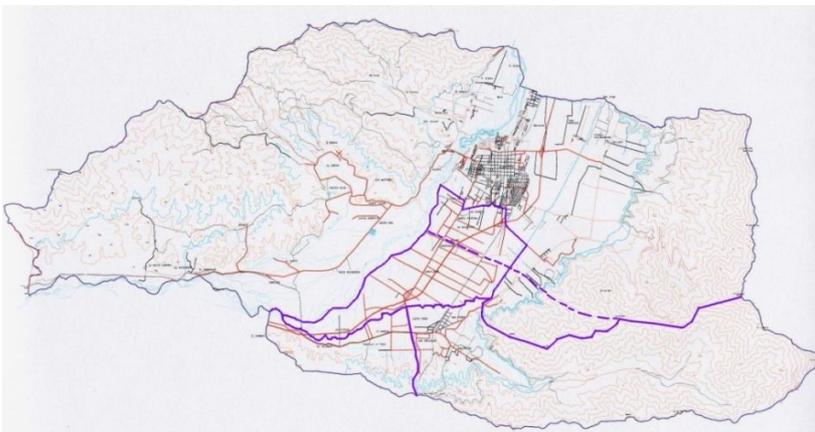
1.- DESCRIPCIÓN GEOGRÁFICA:

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.



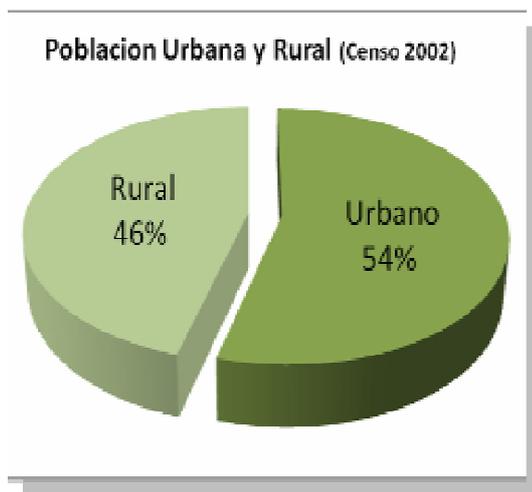
2.- ANÁLISIS DEMOGRÁFICO

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**.

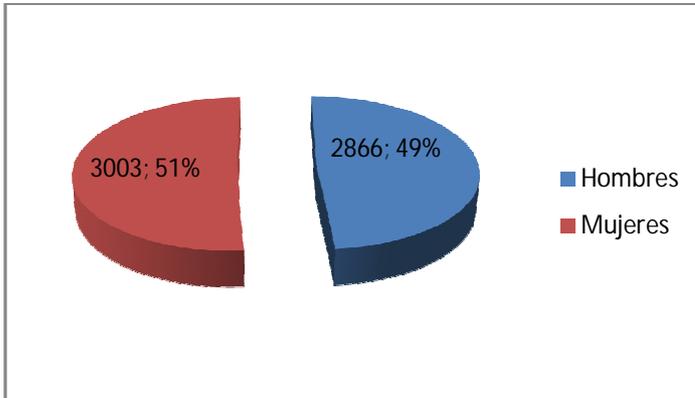
De la totalidad de habitantes de la comuna un 46% (3.186 habitantes) corresponde a población rural y un 54% (3.740 habitantes) a población urbana.

Distribución de la Población Área Urbana - Rural

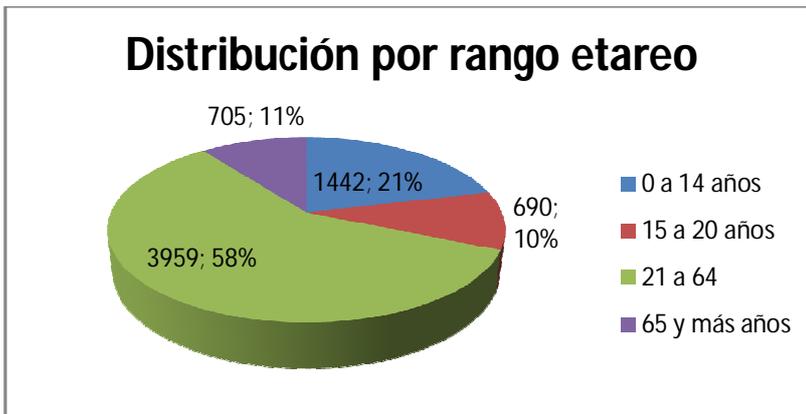


En cuanto a la distribución de la población de San Pedro según el área de localización, de acuerdo al Censo de 2020, la distribución entre en el área urbana presenta una leve mayoría con un 54%, en comparación con el área rural que cuenta con el 46% de la población. Cabe señalar que San Pedro tiene una 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



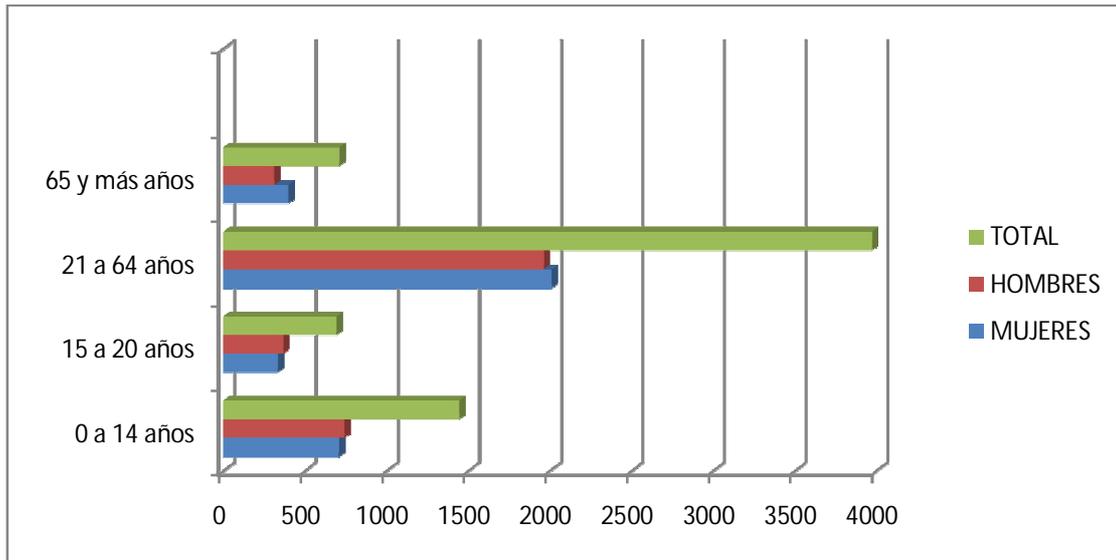
Fuente; Población estimada al 30 junio 2012 SSVQ

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.

Gráfico: 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%

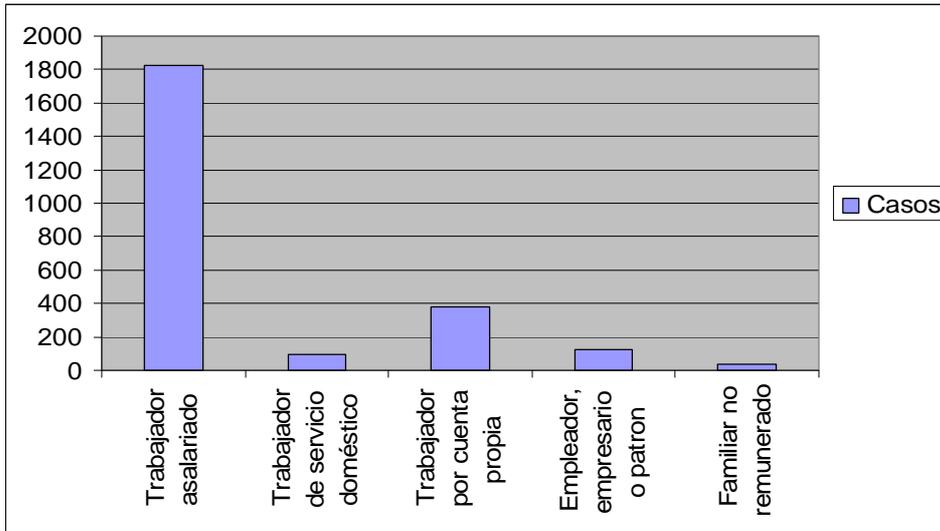
La tabla refleja que el 47% de la población solo alcanza el nivel básico de educación. Terminan la enseñanza media un 32% de la población. Las personas que estando en enseñanza media de carácter técnico finalizan sus estudios alcanzan el 5%. La formación técnico profesional corresponde a un 4% y la Superior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

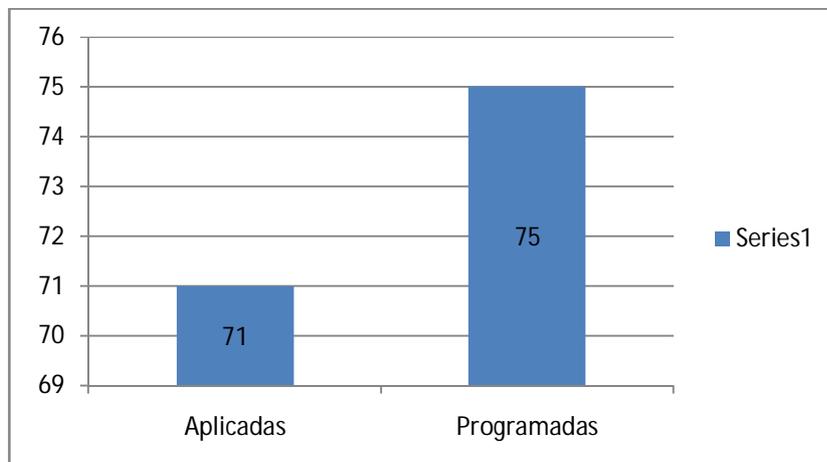
ESTADO NUTRICIONAL DE NIÑOS DE 0 A 6 AÑOS A SEPTIEMBRE DEL 2012.



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.

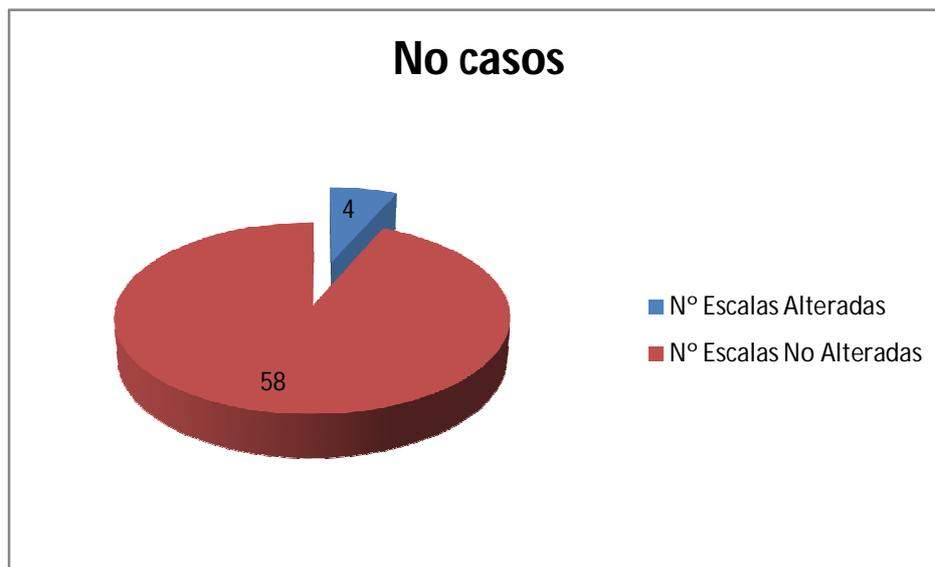
De estas el 9,8 % resultaron con riesgo o retraso del desarrollo psicomotor y el 100% del déficit fue recuperado el tercer mes de tratamiento

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.

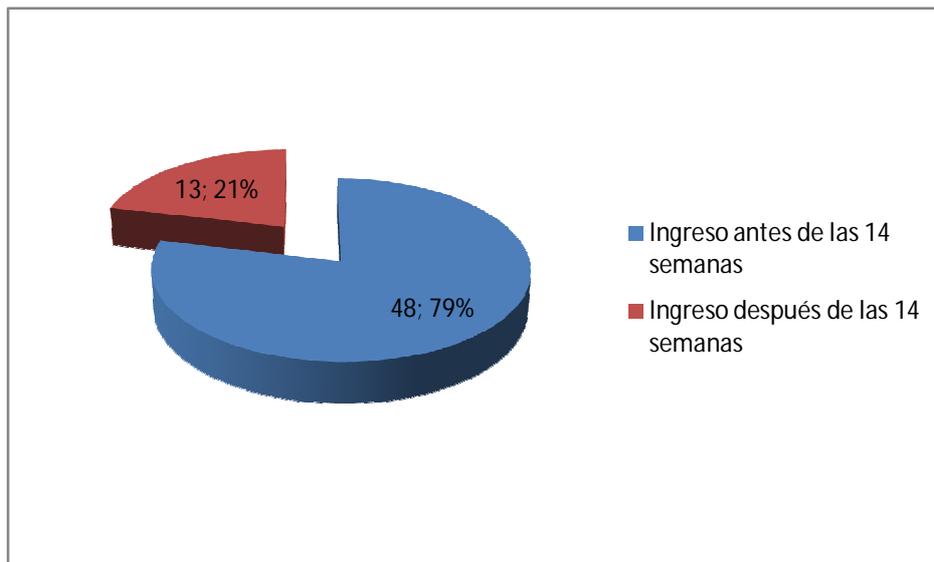
De las escalas aplicadas un total de 4 arrojaron resultado ALTERADAS, lo que corresponde un 6% del total.

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, Cefam San Pedro a Septiembre del 2012.



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

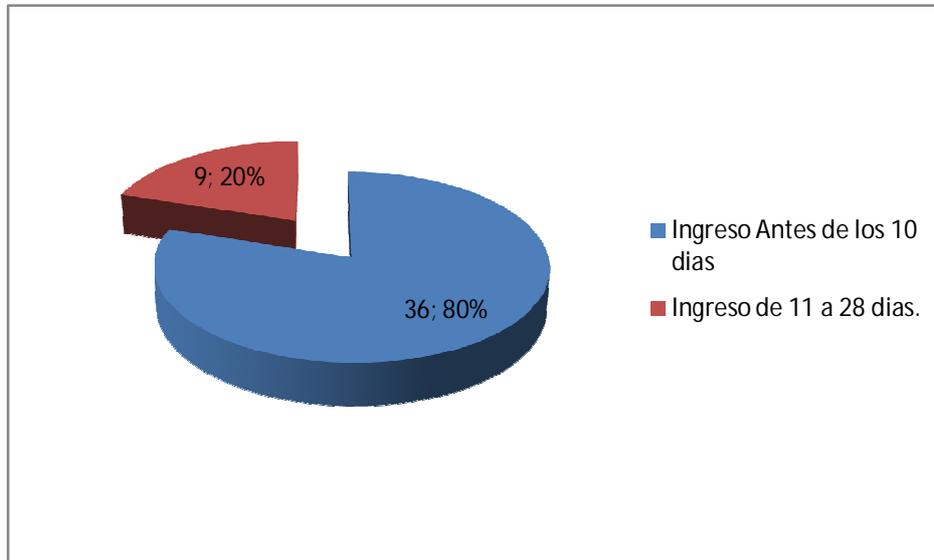
Mejorar reforzando el control preconcepcional, en nuestra población en control de regulación de la fecundidad.

**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 progestágeno	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 Cefsam (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 cuenta 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 pesquisado 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 coocurrir 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.

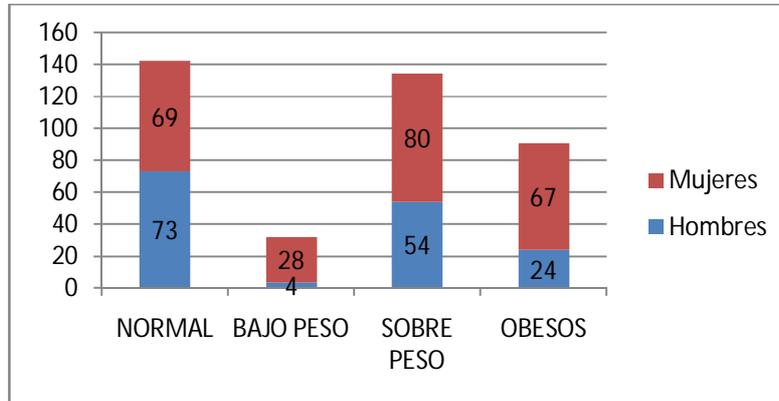
SERVICIO DE ATENCION PRIMARIA DE URGENCIA (SAPU)

**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



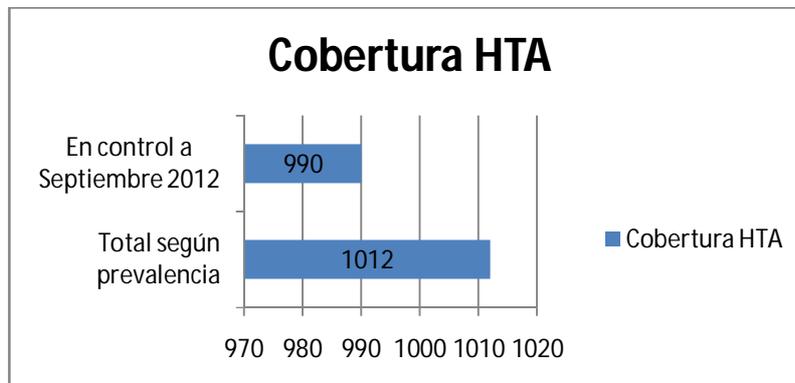
De las personas evaluadas un importante porcentaje se ubica en las categorías de malnutrición; sin embargo la diferencia que se produce entre hombres y mujeres es muy relevante. En categoría normal solo tenemos un 28% de mujeres mientras que de los hombres se tiene un porcentaje de 47%.

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:

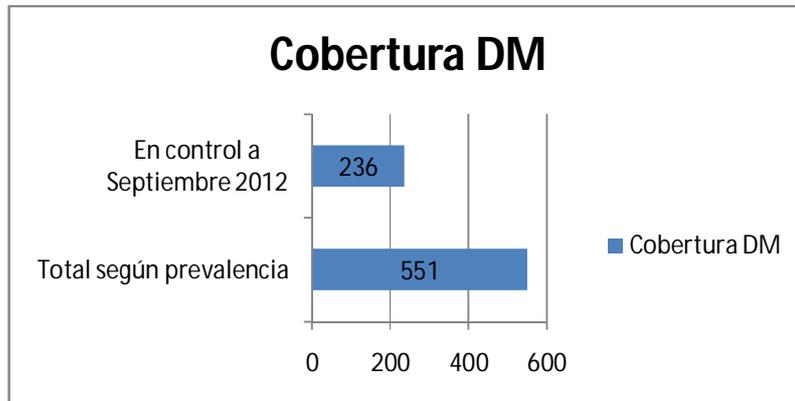
GRAFICO: INDICE DE COBERTURA HIPERTENSION ARTERIAL POBLACION 15 Y MÁS AÑOS, Septiembre de 2012.

Cobertura HTA 15 y + años



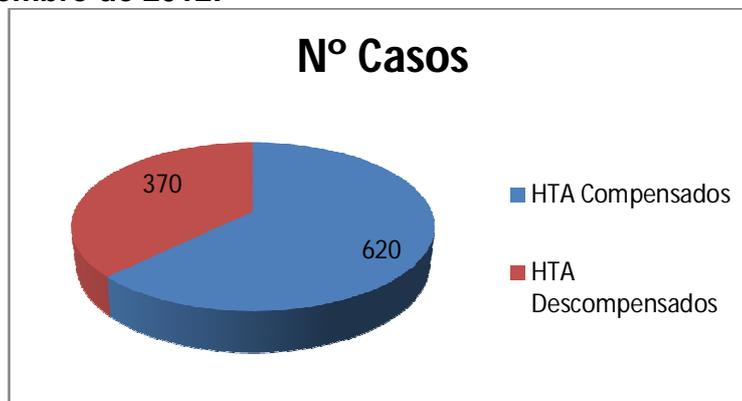
Para el cálculo de la cobertura de HTA se estiman los casos esperados con una prevalencia de 15,7% en población inscrita entre 15 y 64 años (632 pacientes) y de 64,3% en población de 65 y más años (380 pacientes) Total pacientes esperados: 1012. En control a septiembre del 2012 tenemos 990 pacientes 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.



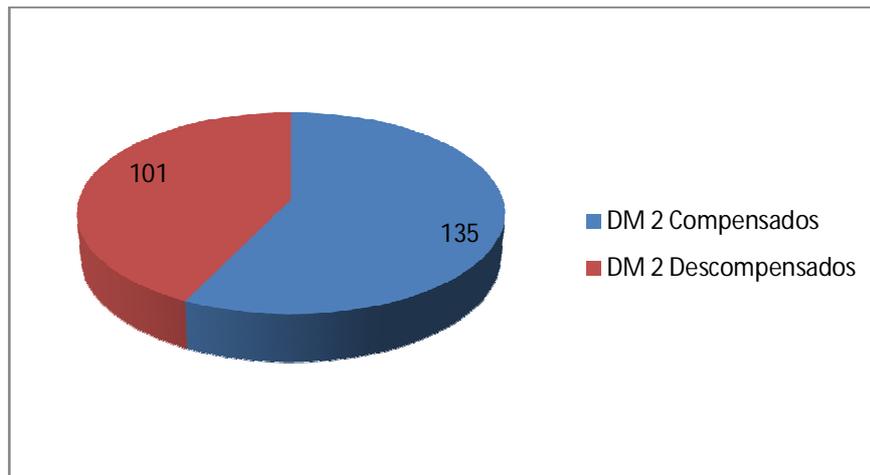
Para el cálculo de la cobertura de DM2 se estiman los casos esperados con una prevalencia de 10% en población inscrita entre 15 y 64 años (403 *pacientes*) y de 25% en población de 65 y más años (148 *pacientes*). Pacientes esperados según prevalencia asciende a 551 personas. Pacientes en control por 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 etivos	de	16	
Continúan Intervención	en	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

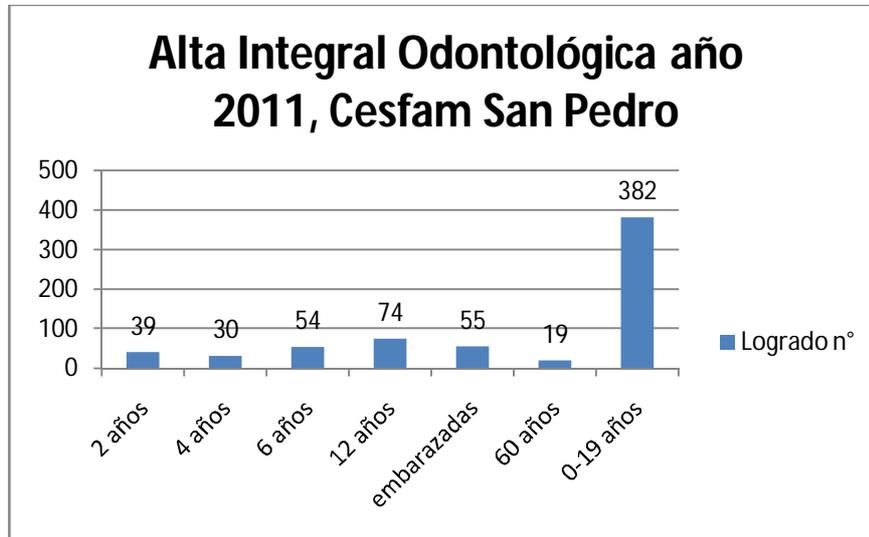
cuidados, prevención de peligros, masajes para control de sueño, adaptación del lugar (cuna, móviles, etc.)

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.



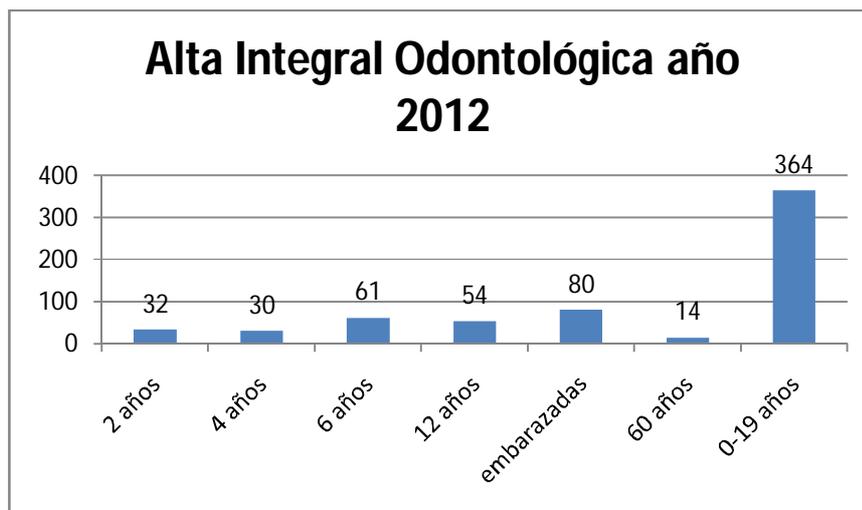
Según lo observado en el gráfico, en número mayor de altas odontológicas se concentraron en el tramo de 0-19 años de edad, con 382 casos; en segundo lugar el grupo de 12 años con 74 casos; en tercer lugar las embarazadas y el grupo de 6 años con 55 y 54 casos respectivamente. En último lugar se encuentra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

DESAFIOS AÑO 2013

Para la elaboración de los desafíos año 2013, es necesario tener en cuenta tres elementos de contexto comunal y nacional:

I. PLADECO 2010-2015

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

Desde el Foco Social se trabajará en tres objetivos transversales:

1. Ciudadanía y Participación

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

2. Desarrollo Humano

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

3. Gestión Interna

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

II. LINEAMIENTOS LOCALES

- Sistema basado en la promoción de salud y las garantías ciudadanas.
- Oportunidad; Calidad y Resolutividad del nivel prestador.
- Enfoque Familiar y Comunitario.
- Comunidades Rurales saludables
- Funcionamiento en red
- Plan Familia Saludable.

III. OBJETIVOS SANITARIOS 2010-2020

- Reducir la carga sanitaria de las enfermedades transmisibles y contribuir a disminuir su impacto social y económico
- Prevenir y reducir la morbilidad, la discapacidad y mortalidad prematura por afecciones crónicas no transmisibles, trastornos mentales, violencia y traumatismos
- Desarrollo de hábitos y estilos de vida saludables, que favorezcan la reducción de los factores de riesgo asociados a la carga de enfermedad de la población
- Reducir la mortalidad, morbilidad y mejorar la salud de las personas, a lo largo de todo el ciclo vital
- Proteger la salud de la población a través del mejoramiento de las condiciones ambientales, laborales y de seguridad e inocuidad de los alimentos
- Favorecer la Institucionalidad de Salud mediante el fortalecimiento de la gobernanza, el financiamiento, la dotación de personal, la infraestructura, gestión y la investigación en salud
- Mejorar el acceso a la atención en salud oportuna, segura y de buena calidad, considerando las expectativas de la población, en un marco de respeto de los derechos de las personas en salud
- Fortalecer la Gestión Integral del Riesgo en el Sector Salud, a fin de responder adecuada y oportunamente a emergencias, desastres y epidemias, disminuyendo con ello, el impacto sobre la salud de las personas, el efecto que el deterioro de las condiciones ambientales pueda causar en ellas, y evitando al máximo los daños en la infraestructura de los establecimientos asistenciales

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

Considerando por tanto los elementos anteriormente mencionados, se proponen como desafíos año 2013, lo siguiente:

DESAFIOS COMUNALES

1. **SANITARIOS**
2. **PROGRAMATICOS**
3. **GESTION**
4. **PARTICIPACION CIUDADANA**
- 5.- **SATISFACCIÓN USUARIA.**

1. **SANITARIOS.** En este tipo de desafíos se contemplan prioridades que surgen como importantes dentro de los diagnósticos realizados, varios de ellos son también prioridad País.

- Disminución complicaciones de la Patología Cardiovascular
- Prevención Cáncer Cérvico Uterino.
- Fortalecimiento de la Red comunal de Prevención y Rehabilitación en la temática de Alcohol y Drogas.
- Potenciar acciones hacia población Adulto Mayor en riesgo.
- Obesidad infantil
- Embarazo y primera infancia
- Disminuir los indicadores de daño oral en grupos más vulnerables de nuestra población infantil
- Abordar la discapacidad desde la mirada de la protección social bajo el concepto de trabajo en red.

2. **PROGRAMATICOS.** Son objetivos relacionados al necesario alineamiento de la organización con las exigencias principalmente del MINSAL, de forma de lograr eficiencia en el cumplimiento de indicadores y exigencias.

- 100% Cumplimiento en indicador IAAPS – Metas y GES
- Ejecución mayor al 90% Convenios MINSAL
- Cumplimiento mayor al 90% PNI y Campañas de vacunación
- Fortalecimiento del modelo de atención con enfoque familiar y comunitario

- 3. GESTION.** Desafíos relacionados a un conjunto de dimensiones propias de la realidad interna a la organización, de forma de alcanzar con ello grados importantes de eficacia en el gerenciamiento institucional

I. Organizacional

- Cumplimiento en la oportunidad de procesos administrativos tales como concursos directivos calificaciones y concursos de dotación
- Fortalecer áreas de gestión interna (Finanzas ,Recursos Físicos)
- Creación Comité de calidad
- Creación de Áreas de gestión administrativa al interior de Centros de alta dotación de la Comuna.

II. Recursos Humanos

- Fortalecer las competencias de los/as integrantes de la dotación en términos de lograr mayor excelencia en la prestación de servicios y en la atención de nuestros/as usuarios/as.
- Entregar herramientas a trabajadores/as del sistema en orden a contar con mayor información y preparación en los procesos de acreditación de calidad.
- Consolidar el desarrollo de la innovación de nuestros equipos, particularmente en las áreas que den cuenta de nuevas temáticas que incidan en la salud de la ciudadanía de la comuna.
- Contribuir a la mayor visibilización de la gestión desarrollada por los equipos de salud, tanto a nivel interno como externo.
- Desarrollo de dos escuelas de temporada
- Aplicación de nueva pauta de calificaciones.
- Consolidación de estrategias de formación en el área de Apoyo espiritual y buen trato a través de ejecución de diplomados y Pasantías internacionales

III. Inversión

- Construcción CECOF Ruta Norte
- Generación Proyecto ampliación C.S. Cardenal Raúl Silva Henríquez.
- Plan de mantención y operaciones de los establecimientos
- Plan de superación de brechas proceso de Autorización Sanitaria y Acreditación.

IV. TICS

- Habilitación sistema de control de horarios en consultorios.
- Mantención plataforma WEB

V. Estudio e Investigación

- Creación de Comité científico.
- Fortalecimiento de Unidad de Investigación

VI. Redes

- Afianzar el trabajo desarrollado en Red.

VII. Calidad y resolutiveidad

- Plan para la acreditación de establecimientos
- Respaldar crecimiento de atención a pacientes postrados
- Mantener indicadores de resultados en programas de inversión local, tales como casas de acogida, emerger, Poli de Traumatología y programas co-financiados tales como CEALIVI, Montún, El Molino
- Incorporar nuevas áreas en el programa de rehabilitación
Ampliación de Poli de Traumatología con oferta de Ortopedia.

4. PARTICIPACION CIUDADANA. Desafíos en el marco de nuestra vinculación permanente con los actores sociales de la comuna y en la ejecución de las líneas propias de la Promoción de la Salud con un enfoque de Determinantes Sociales.

- Aumentar la presencia territorial de prestaciones de los establecimientos
- Respaldo plan del Centro de PROMOS
- Afianzar mesas territoriales
- Implementar cuenta pública obligatoria.
- Integración de la red de Monitores a la estrategia local de Adulto Mayor.
- Consolidar el Portal Ciudadano en la Plataforma WEB.

5.- Satisfacción y trato al usuario:

- Formación re R.R.H.H. en Ley de Derechos y Deberes de los pacientes.
- Creación y desarrollo de mecanismos de fidelización con el usuario.
- Estudio de Satisfacción y trato al usuario.