

## **EVALUACION DE INDICADORES**

### **CENTRO DE SALUD CARDENAL RAÚL SILVA HENRÍQUEZ**

El centro de salud Cardenal Raúl Silva Henríquez comparte la visión comunal del Departamento de salud correspondiente a “incidir en el desarrollo de Quillota como comuna saludable, promoviendo un cambio cultural en la gestión y fomentando la participación ciudadana, la co-responsabilidad y el enfoque familiar de salud.”

Por otra parte su misión consiste en fortalecer las acciones socio sanitarias preventivas y promocionales con un enfoque integral, tomando como base la familia.

Sus principales programas y orientaciones corresponden a:

- Programa de apoyo al desarrollo biopsicosocial de niños y niñas.
- Programa nacional de inmunizaciones.
- Programa de salud sexual y reproductiva.
- Programa preventivo de salud del adulto.
- Programa de salud odontológico infantojuvenil y embarazadas.
- Programa de salud mental.
- Programas de rehabilitación de consumo problemático de alcohol y drogas.
- Programas de alimentación complementaria.
- Radiografía dental.



## **ÁREA PREVENCIÓN**

### **UNIDAD DE LA MUJER Y DE LA VIDA EN PAREJA**

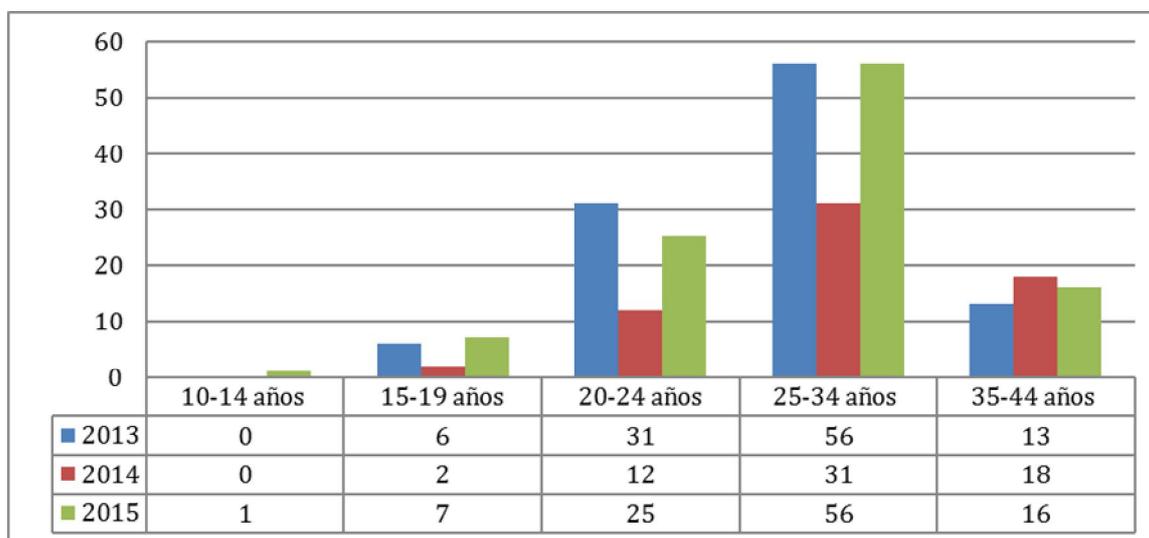
El programa de la mujer consiste en desarrollar acciones que contribuyan al desarrollo integral, físico, mental y social en todas las etapas del ciclo vital.

El énfasis del programa está dado en actividades preventivas (controles prenatales, regulación de la fecundidad, ginecológico y de climaterio) actividades promocionales (consejerías), consultas de morbilidad general obstétrica y ginecológica, además de la pesquisa de cáncer cervico uterino y mamas.

#### **Objetivos Específicos**

- Optimizar el rendimiento de las actividades de vigilancia del binomio madre-hijo a lo largo del proceso reproductivo, a través de una adecuada aplicación del enfoque de riesgo y de la focalización en aquellas mujeres que presenten condiciones de mayor riesgo reproductivo, antes de y durante el embarazo.
- Fortalecer la preparación de la madre y su pareja durante el embarazo, para permitirles asumir un rol activo al momento del nacimiento de su hijo/a (preparación para el parto), y durante su primer año de vida (promoción de lactancia materna, puericultura).
- Reducir la inequidad reproductiva, brecha entre la fecundidad deseada y la fecundidad real, en grupos más vulnerables (jóvenes, sectores más pobres, mujeres jefas de hogar).
- Fortalecer el logro de una salud sexual y reproductiva satisfactoria para todas las personas.
- Modificar estilos de vida para lograr hábitos saludables.
- Mejorar la calidad de vida de la mujer post menopausia.
- Reducir la morbimortalidad por cánceres ginecológicos.

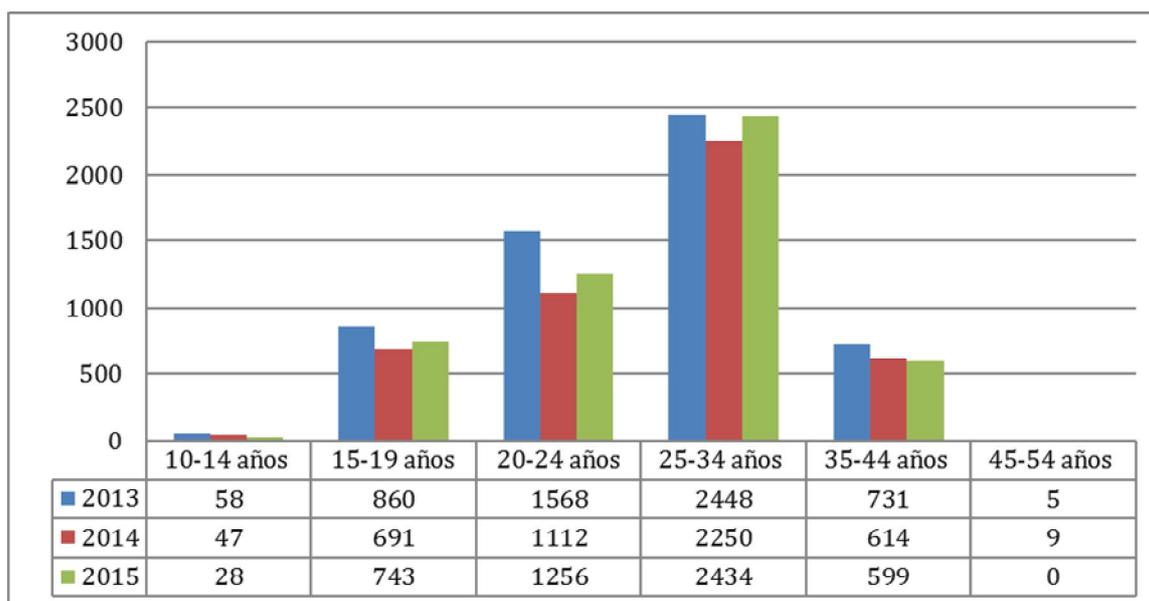
### GRÁFICO: CONTROLES PRECONCEPCIONALES.



El gráfico muestra los controles preconceptionales realizados por el matró / matrona entre el período correspondiente a Enero - Octubre del año 2013, 2014 y 2015 por grupo etario.

Se evidencia un aumento considerable de controles preconceptionales en menores de 24 años respecto al año 2014, en otras edades hay tendencia a mantenerlo, llama la atención en este año 2015 una adolescente menor de 15 años programando un embarazo.

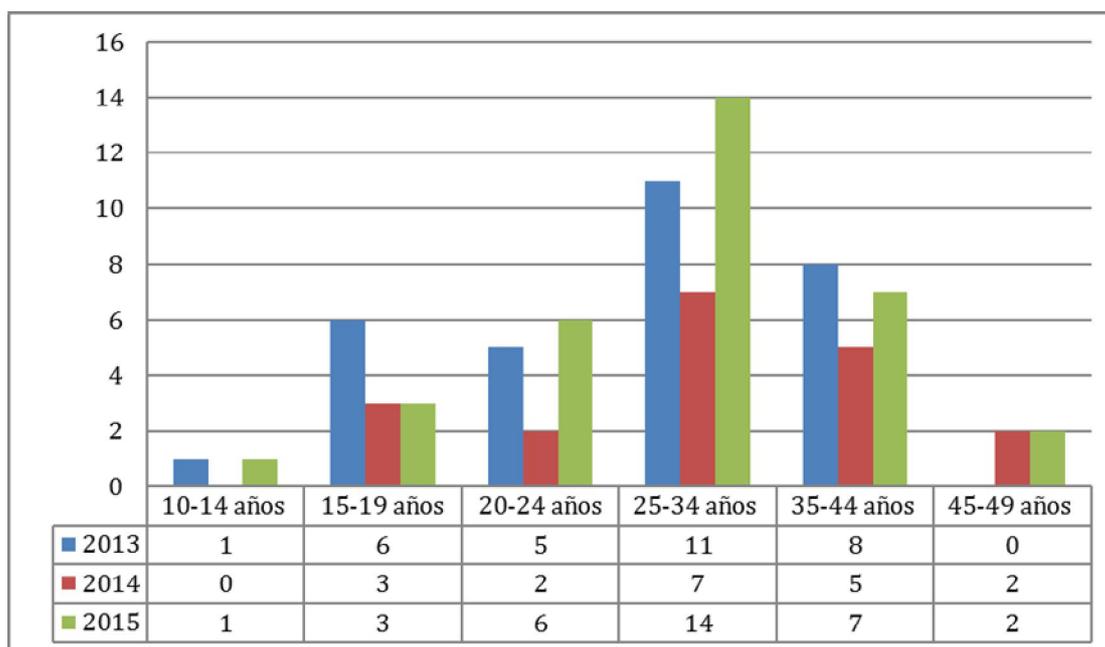
### GRÁFICO: CONTROLES PRENATALES.



En relación a los controles prenatales realizados por el matrn / matrona entre el perodo correspondiente a Enero - Octubre de los aos 2013, 2014 y 2015 por grupo etario, se puede observar que el grupo etario con mayor nmero de embarazadas lo constituyen las mujeres de 25 a 34 aos y que en el ao 2015 no hubo mujeres mayores de 45 aos.

Este ao 2015 se agreg como recurso humano un profesional mdico con 18 hrs. en la Unidad, constituyendo el 2% de los controles realizados.

### GRFICO: CONTROLES POST PARTO/ABORTO SEGUN GRUPO ETARIO

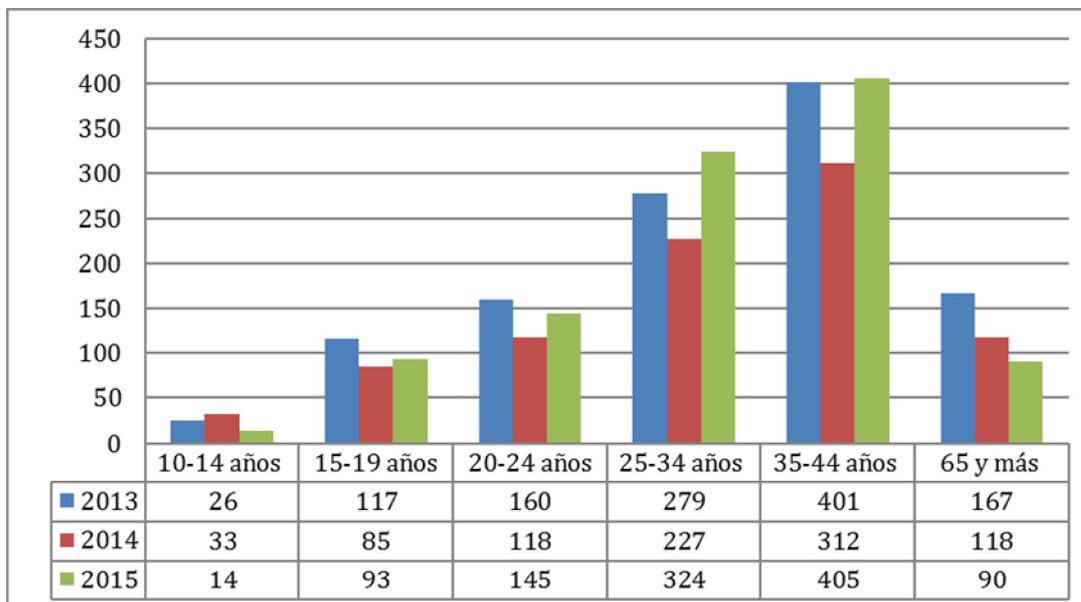


El grfico muestra los controles post parto/aborto realizados por el matrn/matrona entre el perodo correspondiente a Enero - Octubre de los aos 2013, 2014 y 2015 por grupo etario.

Los casos considerados en esta grfica corresponden a mujeres que acuden a control con trmino de proceso ya sea post aborto o post parto en donde el reci n nacido se encuentra hospitalizado o fallecido.

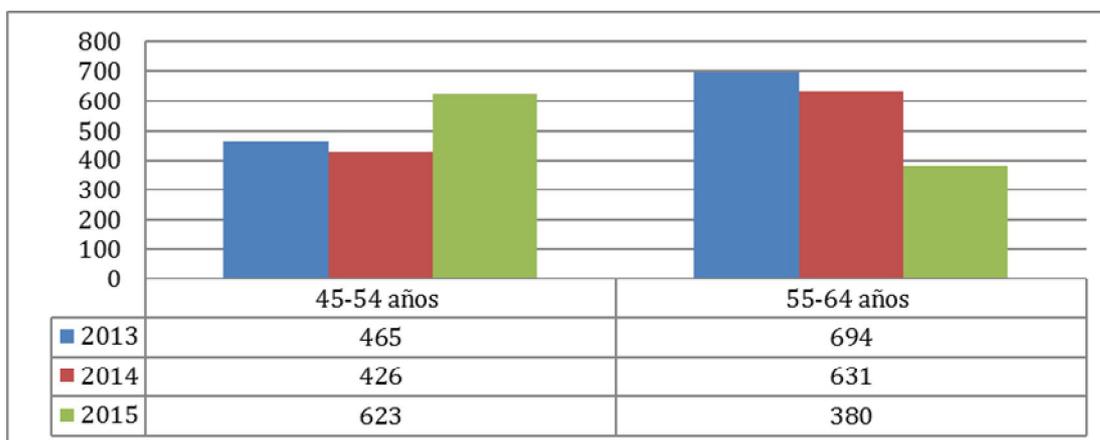
El 40% corresponde a abortos y el 6.8% a mortinatos, el 53.2% corresponde a RN hospitalizados, por prematuridad y/o malformaciones.

**GRÁFICO: CONTROLES GINECOLÓGICOS SEGÚN GRUPO ETARIO**



Este gráfico muestra el número de controles ginecológicos realizados por matró / matrona entre el período correspondiente a Enero - Octubre de los años 2013, 2014 y 2015 por grupo etario. Se observa un aumento en controles realizados en el año 2015 respecto al año anterior, puede ser por el incremento de oferta en horas, debido a la incorporación de un profesional médico de apoyo.

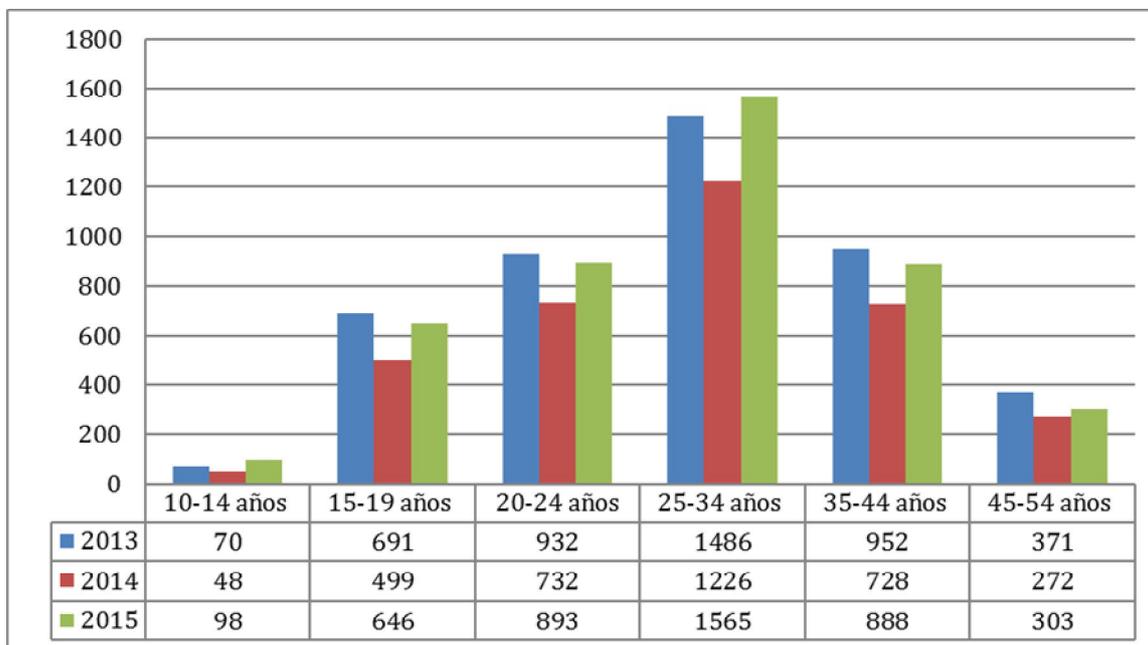
**GRÁFICO: CONTROLES DE CLIMATERIO SEGÚN GRUPO ETARIO**



En relación a los controles de climaterio realizados por matró / matrona entre el período correspondiente a Enero - Octubre de los años 2013, 2014 y 2015 por grupo etario, se observa un aumento en el primer rango etario, sin embargo una baja considerable en mujeres de 55 a 64 años que coincide con el aumento

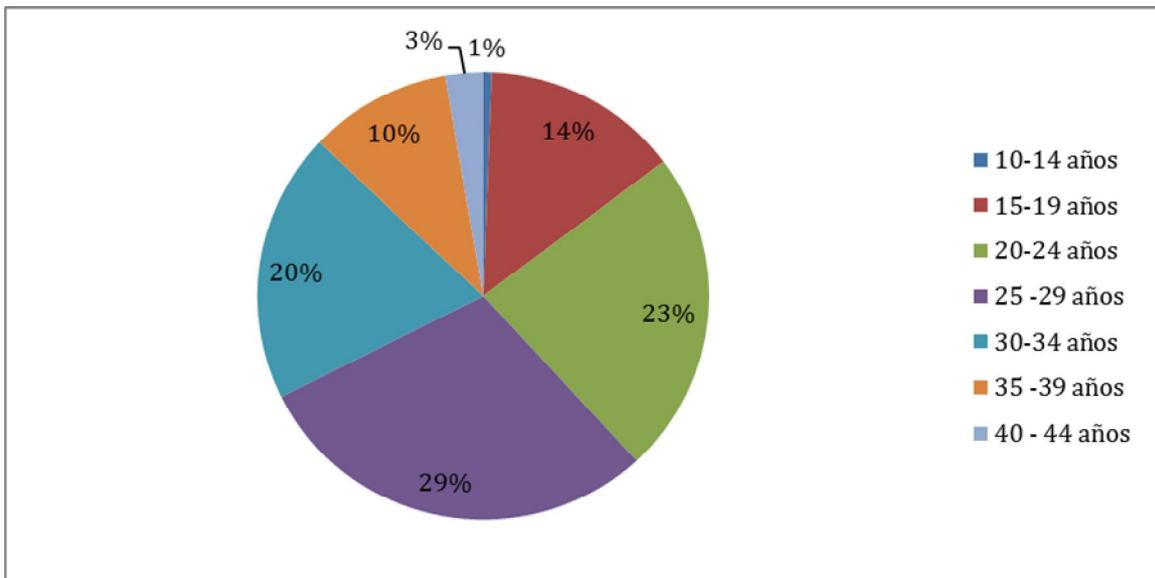
de morbilidad ginecológica de ese rango etario, de tal modo se prevaleció el registro de morbilidad por sobre el control habitual

**GRÁFICO: CONTROLES DE REGULACIÓN DE FECUNDIDAD.**



Este gráfico muestra el número de controles de regulación de la fecundidad realizados por matrn / matrona entre el período correspondientes a Enero - Octubre de los años 2013, 2014 y 2015 por grupo etario. Se observa un aumento considerable de personas que acuden a control en este año 2015 respecto al anterior en todos los grupos etarios.

### GRÁFICO: INGRESO EMBARAZOS SEGÚN GRUPO ETARIO

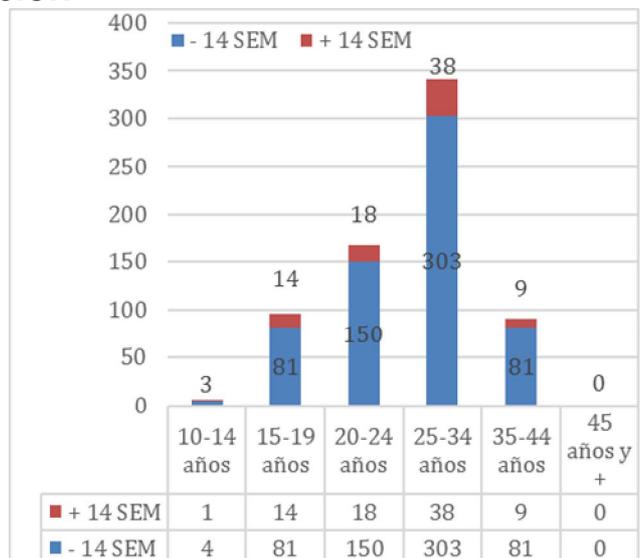


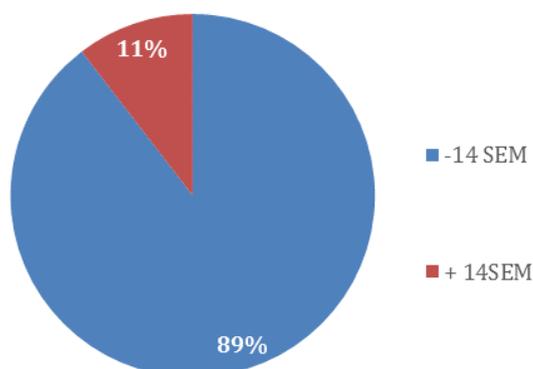
El total de ingresos de embarazos realizados por matrócn / matrona entre el período correspondiente a Enero - Octubre del año 2015, por grupo etario corresponde a 699 mujeres ingresadas a control prenatal. De éstas un 1% corresponde al grupo de 10 a 14 años, un 14% al grupo entre 15 y 19 años, un 23% al grupo de 20 a 24 años y un 13% al grupo entre los 35 y 44 años.

El grupo que más concentra ingresos de embarazadas corresponde al que fluctúa entre los 25 y 34 años concentrando un 49 % del total.

Es necesario hacer notar la baja de embarazadas adolescentes que disminuyó de 18% del año 2014 a 15% en el año 2015.

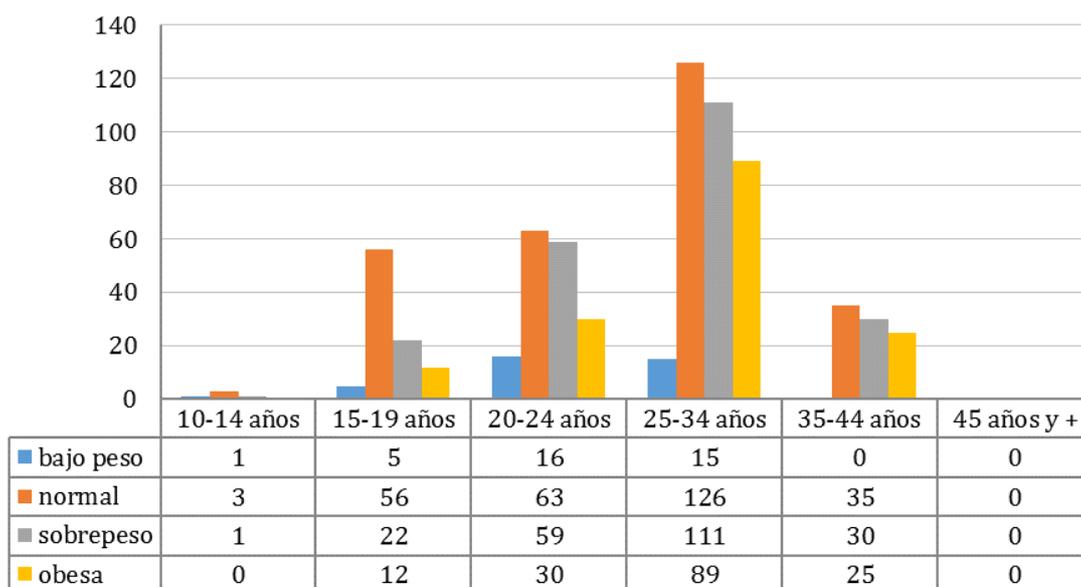
### GRÁFICO: INGRESOS DE EMBARAZOS SEGÚN EDAD Y SEMANAS DE GESTACIÓN





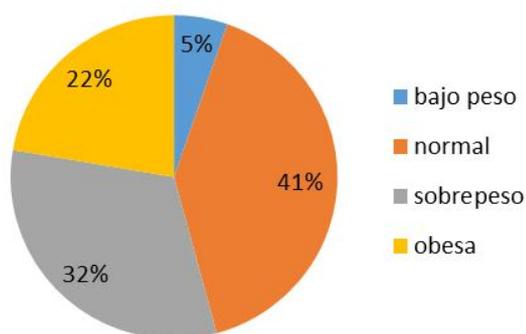
El número de ingresos a control prenatal realizados por el matrn / matrona entre el período correspondiente a enero - octubre del año 2015 corresponde a 699 embarazadas, de las cuales un 89% fueron ingresadas antes de las 14 semanas de gestación. El porcentaje de ingreso a control prenatal de los centros de salud del área es un 2.5% por sobre lo negociado para el cumplimiento de este indicador.

**GRÁFICO: ESTADO NUTRICIONAL DE GESTANTES INGRESADAS A CONTROL PRENATAL SEGÚN SU GRUPO ETARIO**



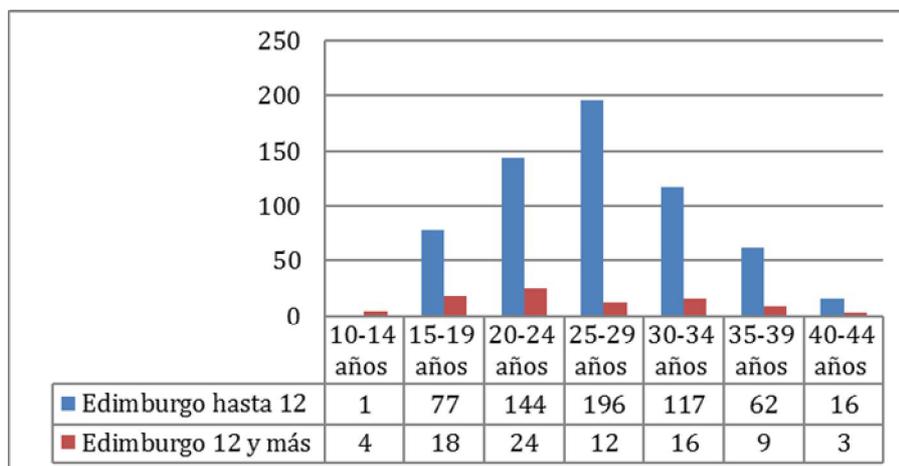
El diagnóstico nutricional de las gestantes de acuerdo a los datos informados en el censo de los meses de Enero a Octubre del año 2015, muestra que el 59% de las gestantes presentan algún tipo de malnutrición.

De este grupo, el 54% presenta mal nutrición por exceso (sobrepeso y obesas) y un 5% por déficit, por otro lado



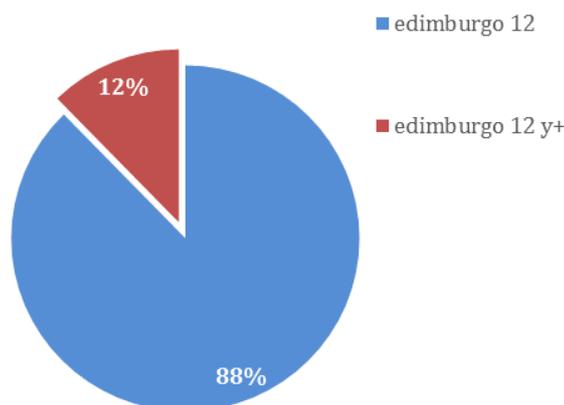
el 41% de las embarazadas fue diagnosticada con estado nutricional normal. Se evidencia una disminución de la tendencia a mal nutrición respecto al año 2014

### GRÁFICO: ESCALAS DE EDIMBURGO APLICADAS AL INGRESO DE CONTROL PRENATAL

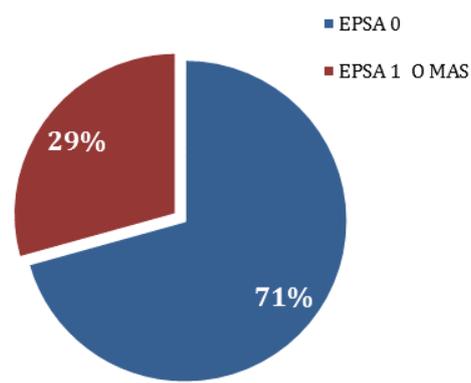
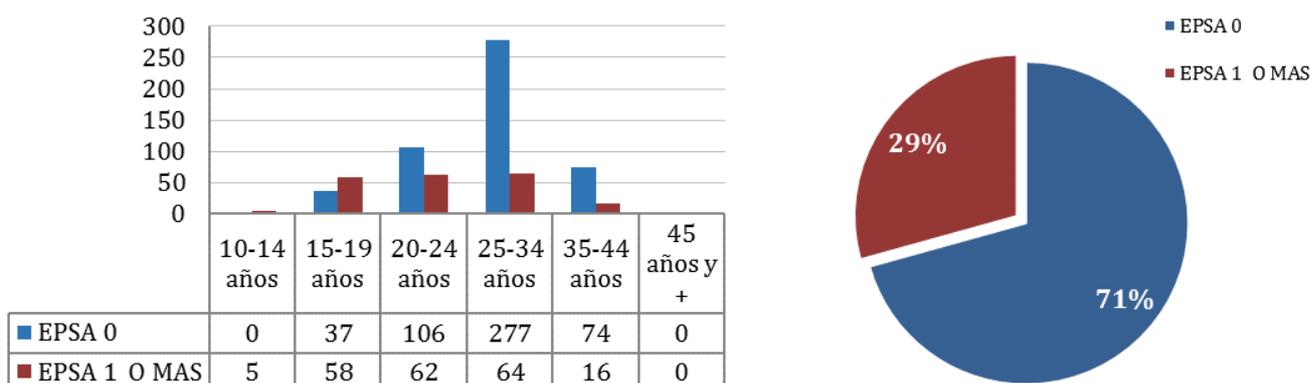


Durante el período de enero a octubre del año 2015 se han aplicado 699 Escalas de Edimburgo, al momento del ingreso a control prenatal.

De las escalas aplicadas un total de 86 arrojaron resultado positivo, lo que corresponde a un 12% de los exámenes totales. Todas las pacientes que presentaron la escala de Edimburgo alterada son derivadas a atención con psicólogo, para confirmación diagnóstica y seguimiento



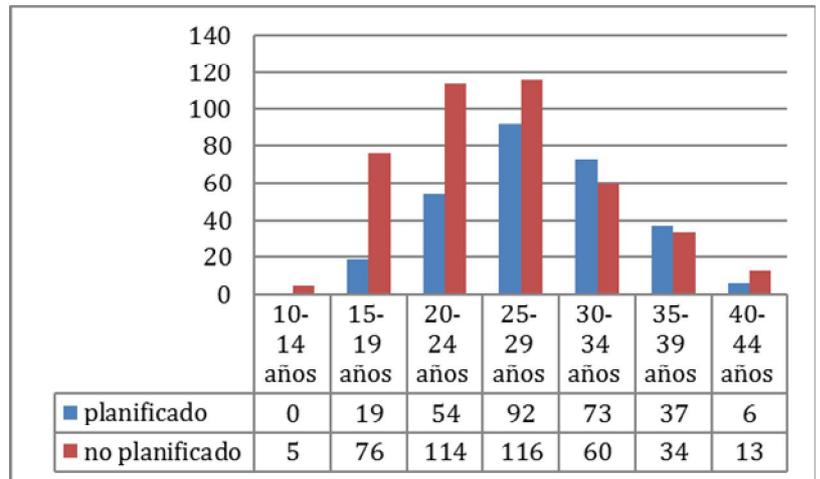
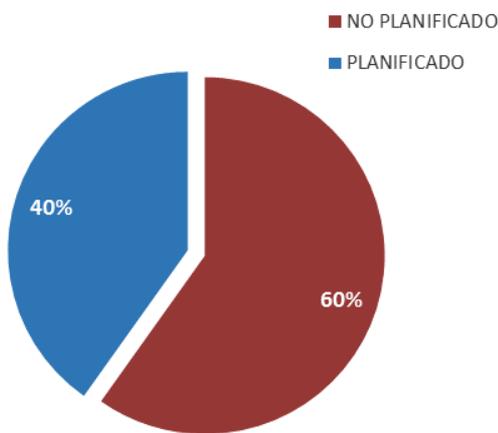
### GRÁFICO: EMBARAZADAS CON EPSA MÁS DE 1 AL INGRESO A CONTROL PRENATAL 2015



Durante el período Enero a Octubre del año 2015 se han aplicado 699 EPSA al momento del ingreso a control prenatal.

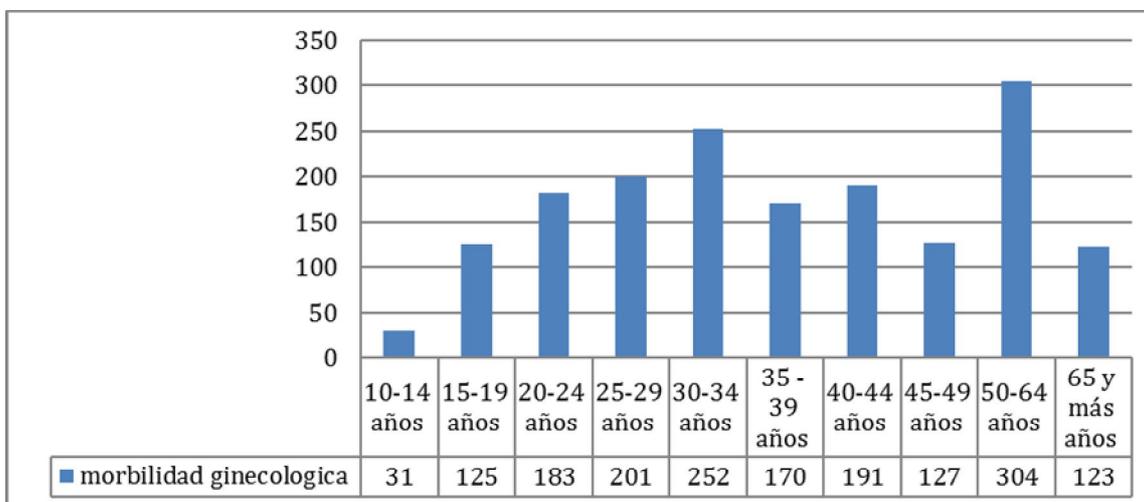
De las escalas aplicadas un total de 205 arrojaron resultado positivo, lo que corresponde a un 25.6% de los exámenes totales. Todas las pacientes que presentan EPSA alterada son derivadas a atención con asistente social, para confirmación diagnóstica y seguimiento.

**GRÁFICO: EMBARAZO PLANIFICADO Y NO PLANIFICADO SEGÚN EDAD DE LA GESTANTE.**



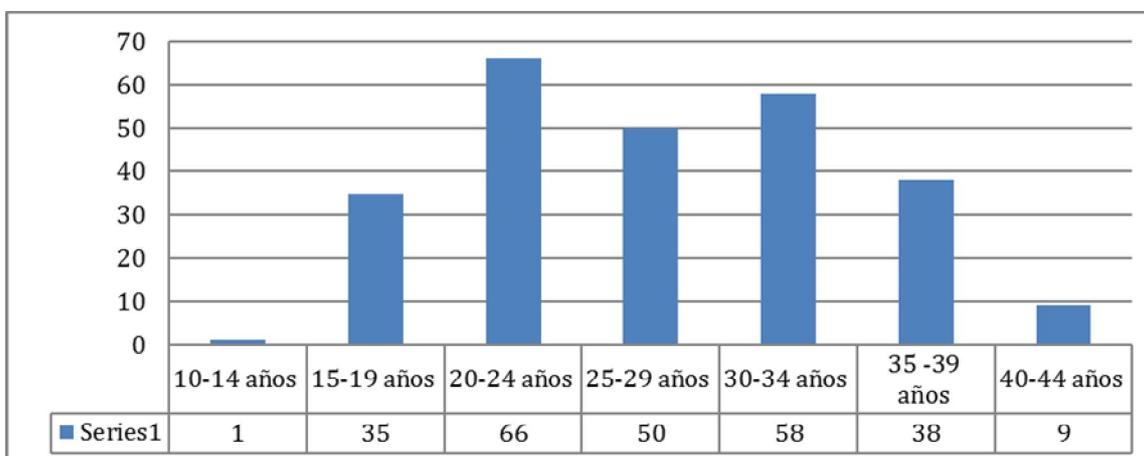
El 40% de los embarazos controlados fueron planificados lo que nos indica la necesidad de poner énfasis en la educación, en planificación familiar y facilitar la adquisición de métodos anticonceptivos, principalmente en grupos etarios menores a 30 años, donde la mayor parte de los embarazos controlados no fueron planificados.

### GRÁFICO: MORBILIDAD GINECOLÓGICA POR GRUPO ETARIO



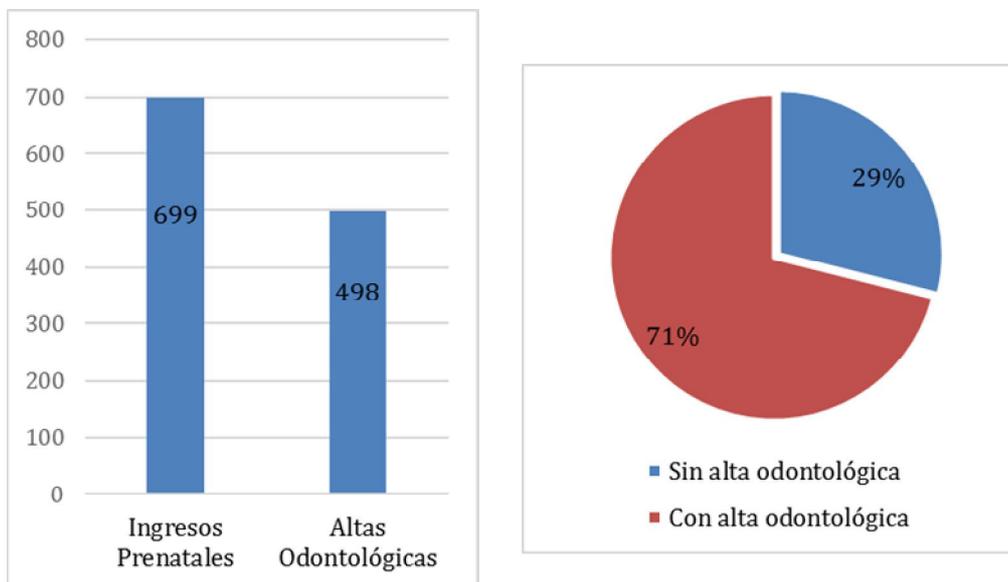
Durante el período comprendido entre Enero y Octubre del año 2015 se han realizado 1707 consultas de morbilidad ginecológicas, aumentando más de 40% en relación al año anterior, esto debido al aumento de oferta por concepto de incorporación de horas médicas a la dotación de la unidad.

### GRÁFICO: MORBILIDAD OBSTÉTRICA POR GRUPO ETARIO



Este gráfico muestra las consultas realizadas entre Enero y Octubre/2015, llegando a 257 embarazadas con patologías concomitantes con el embarazo manejadas en nuestro centro por profesional médico.

### GRÁFICO: INGRESOS GESTANTES A CONTROL PRENATAL V/S ALTAS ODONTOLÓGICAS INTEGRALES

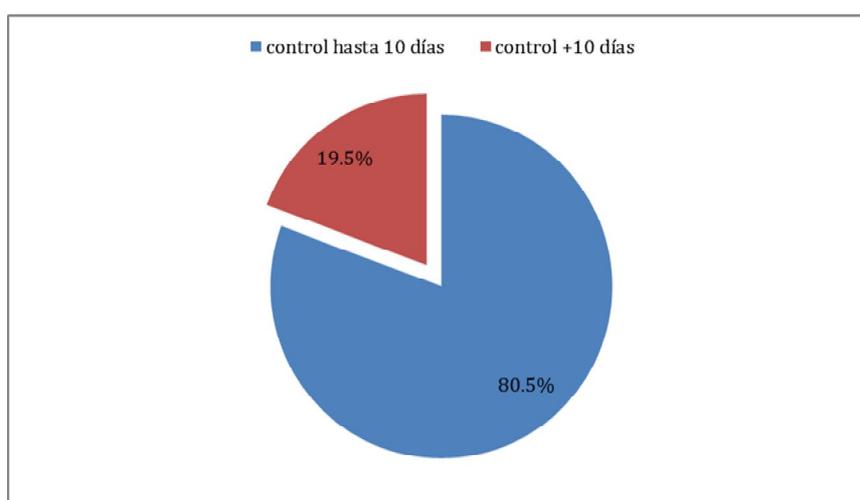
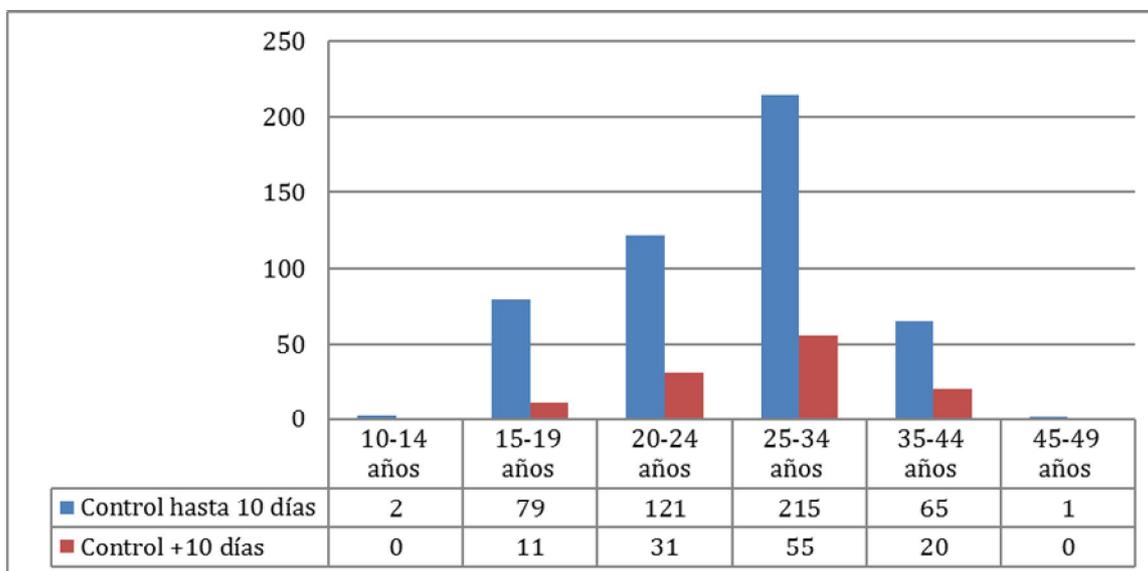


Respecto a las altas odontológicas integrales en el período Enero - Octubre del año 2015, se han ingresado 699 pacientes a control prenatal, de las cuales 498 han sido dadas de alta de tratamiento odontológico, lo que equivale a un 71% del total.

Cabe resaltar la importancia de este grupo de pacientes ya que en el ámbito odontológico es la primera instancia donde el profesional le puede traspasar conocimientos y cuidados tanto a la madre en control como al niño que se encuentra en gestación.

Por otra parte, estas pacientes son objeto de una meta sanitaria correspondiente al número 3 B, (aumento de cobertura de alta odontológica en embarazadas) la que dispone que del 100% de pacientes ingresadas a control prenatal por la matrona durante el año, el 65% debe contar con su alta odontológica. Porcentaje que es ampliamente superado en lo que corre del año.

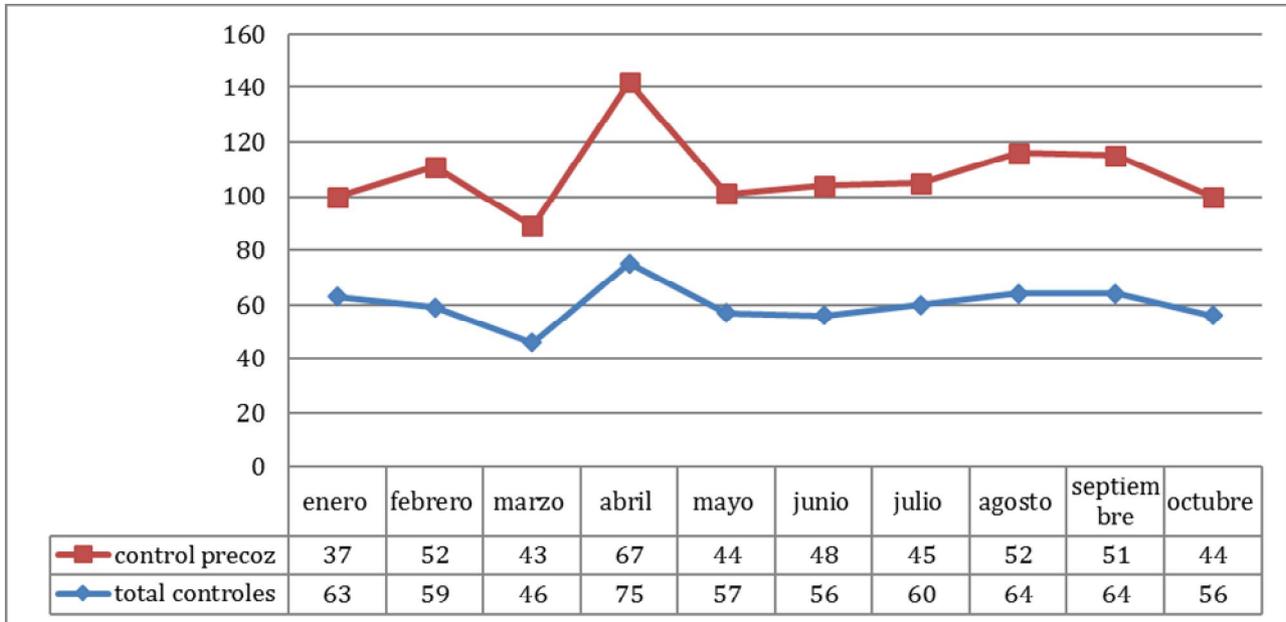
### GRÁFICO: CONTROL PRECOZ Y TARDÍO DE LA DIADA SEGÚN GRUPO ETARIO DE LA MADRE



Entre los meses de Enero y Octubre del año 2015, ingresaron 600 niños/as a control de diada, entre los cuales 483 asistieron a control antes de los 10 días de vida, representando un 80.5% del total.

Por otra parte 117 niños fueron ingresados a control después de los 10 días de vida, representando el 19.5% del total.

**GRÁFICO: COMPARACIÓN NÚMERO TOTAL DE CONTROLES DE DIADAS V/S CONTROLES DE DIADA ANTES DE LOS 10 DÍAS DE VIDA DEL RECIÉN NACIDO**



Durante el año 2014 se realizaron 600 ingresos de diadas (madre-hijo). 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 a Enero - Octubre del año 2015, se han realizado 483 ingresos antes de los 10 días de vida, lo que corresponde a un 80.5% sobre el total de los ingresos realizados. Se han mantenido las estrategias para lograr la meta establecida, tales como: asignación de administrativo exclusivo, entrega de hora según fecha de parto y confirmación de asistencia.

## **UNIDAD INFANTIL**

El Control de Salud Infantil es una actividad dirigida a promover la salud del niño y la niña en forma integral y de detectar precoz u oportunamente cualquier alteración o enfermedad que pudiera presentarse. A través de la supervisión de salud, se espera acompañar el proceso de crecimiento y desarrollo integral de la población infantil y de esta forma promover el fortalecimiento de la primera infancia 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, asegurando que todos los niños y niñas tengan las condiciones que permitan el máximo desarrollo de sus potencialidades y capacidades, en un marco de respeto y garantía de sus derechos.

### **Objetivo General**

Fortalecer las acciones preventivas y promocionales con un enfoque integral, tomando como base la familia, a través de un modelo de gestión donde las actuales actividades de prevención y fomento de salud, tales como controles, consultas, visita domiciliarias, talleres, campañas de vacunación, tratamientos, entrevistas, coordinación intra – extra sistema, reuniones clínicas, etcétera, entreguen a los niños/as y sus familias las mejores oportunidades para alcanzar su máximo desarrollo biopsicosocial.

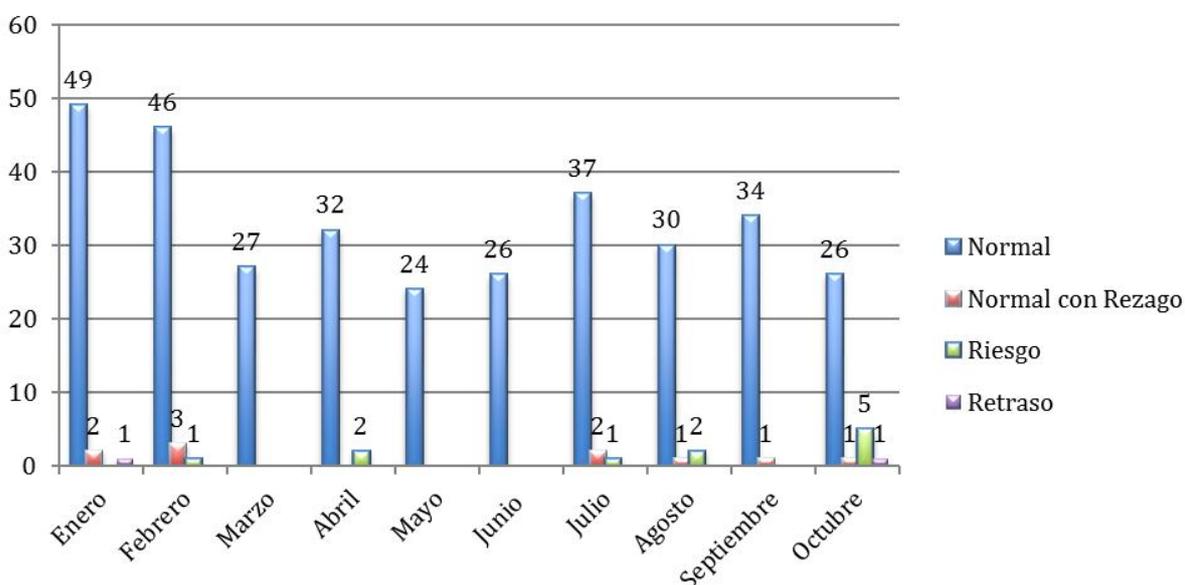
### **Objetivos Específicos**

- Prevenir y detectar rezagos precozmente, con el fin de desplegar las acciones necesarias para su intervención.
- Prevención de enfermedades infecto contagiosas prevenibles por el Programa Nacional de Inmunizaciones.
- Promover factores protectores en el desarrollo infantil y familiar.
- Disminuir la incidencia de factores de riesgo en el desarrollo infantil y familiar.
- Prevenir la mal - nutrición infantil ya sea por exceso o déficit.
- Contribuir a la estimulación temprana en todos los niños que se encuentren bajo control.

## Indicadores Unidad Infantil Año 2015

La aplicación de instrumentos de valoración en el Control de Salud Infantil permite evaluar de una forma más objetiva el desarrollo integral de los niños así como de su entorno, detectar de forma oportuna factores de riesgo y/o alteraciones que interfieran de forma negativa, así como también reforzar conductas protectoras que permitan a los niños y niñas desarrollarse dentro de un ambiente óptimo y protegido.

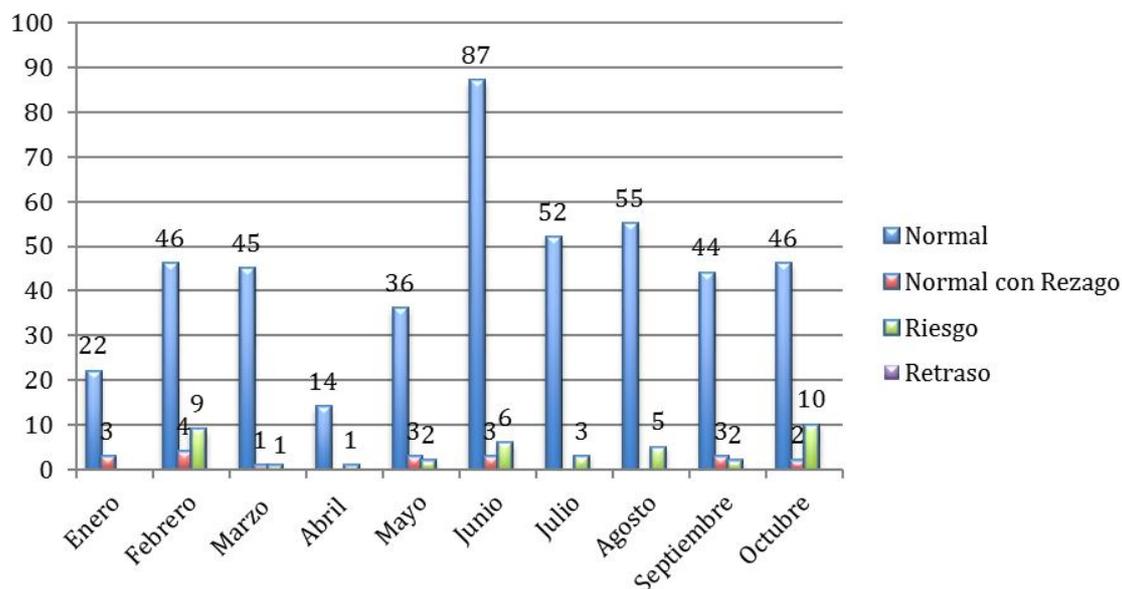
**GRÁFICO: NÚMERO DE ESCALAS DE DESARROLLO PSICOMOTOR (EEDP) APLICADAS A NIÑOS/AS ENTRE 7 A 11 MESES.**



La evaluación del Desarrollo Psicomotor en los niños y niñas tiene por objetivo valorar la adquisición de habilidades que se van presentando y consolidando a medida que los niños crecen, siendo un indicador importante del grado de maduración a nivel del Sistema Nervioso Central. La Evaluación se realiza con la aplicación del instrumento de Evaluación del Desarrollo Psicomotor, más conocido como EEDP, el que se realiza a los 8 y 18 meses de edad de los niños/as. Las áreas a evaluar son lenguaje, motricidad, coordinación y área social.

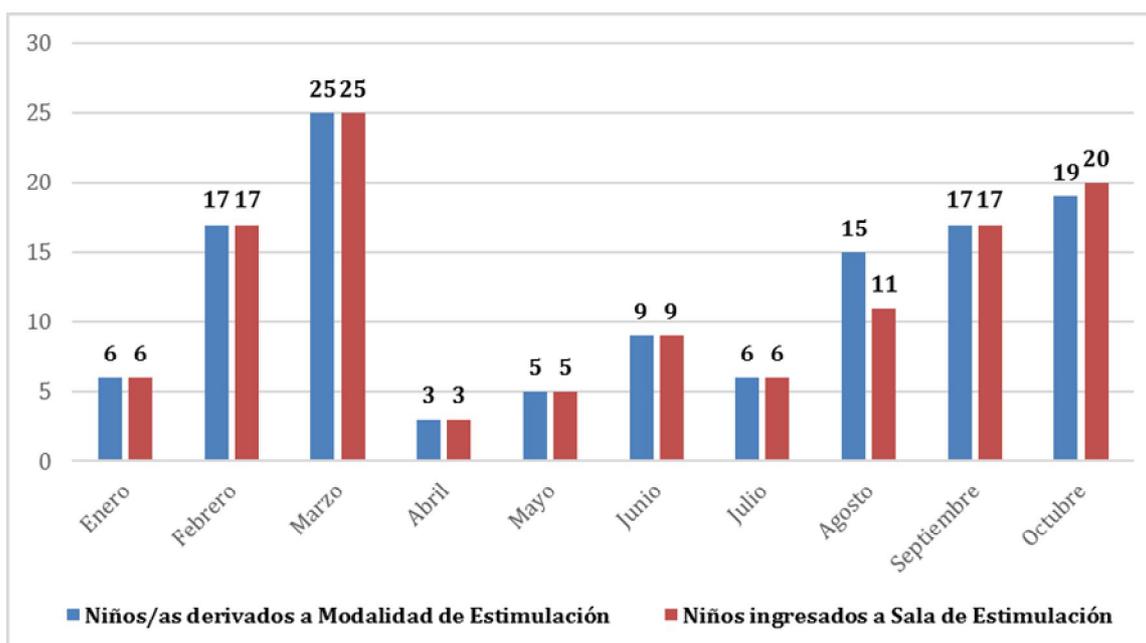
Respecto a la aplicación del instrumento en niños/as entre 7 y 11 meses durante el período Enero - Octubre del año en curso, se han realizado 354 evaluaciones, en las cuales se ha observado que 23 niños/as presentan un déficit del desarrollo Psicomotor, ya sea en una o más de una de las áreas evaluadas, lo que representa un 6,5% del total de niños controlados.

**GRÁFICO: NÚMERO DE ESCALAS DE DESARROLLO PSICOMOTOR (EEDP) APLICADAS A NIÑOS/AS ENTRE 18 A 23 MESES.**



Respecto a la evaluación del Desarrollo Psicomotor a los niños entre 18 y 23 meses se puede mencionar que a Octubre del año 2015 se han aplicado 505 evaluaciones, de las cuales 58 han presentado algún grado de déficit en el desarrollo psicomotor, lo que representa un 11,5% del total de los niños/as evaluados.

**GRÁFICO: NIÑOS DERIVADOS A MODALIDAD DE ESTIMULACIÓN V/S INGRESOS A SALA DE ESTIMULACIÓN**

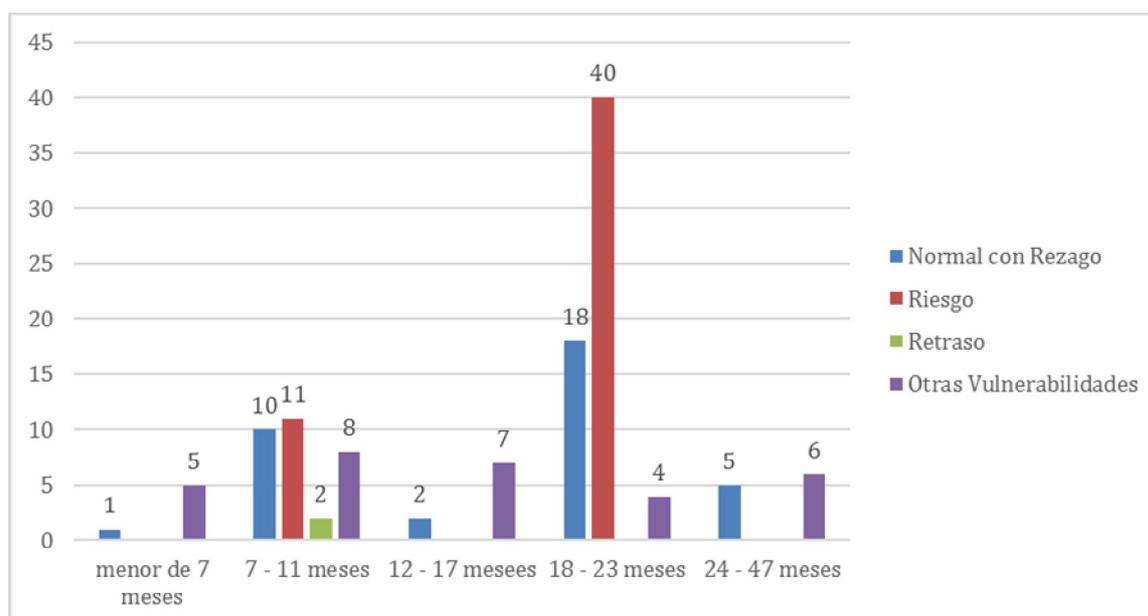


Al realizar la evaluación del Desarrollo Psicomotor y observarse un grado de déficit en alguna de las áreas observadas, los niños y niñas son derivados a la Sala de Estimulación, modalidad en donde se refuerza a los padres y/o cuidadores la importancia de la estimulación en la adquisición de habilidades en los niños, así como también en las respectivas sesiones se refuerzan las áreas deficitarias para que los niños logren desarrollar su máximo potencial.

A causa de lo anterior, y tal como se puede apreciar en el gráfico N° 3 todo niño o niñas con alteración del Desarrollo Psicomotor ingresa a la Sala de Estimulación, ya sea iniciando las intervenciones en el mismo mes en que fue diagnosticado o en el mes siguiente, según la disponibilidad de los padres y/o cuidadores para comprometerse con la asistencia a dicha modalidad.

Respecto al gráfico se puede apreciar que del total de los niños/as derivados por algún grado de déficit en el desarrollo psicomotor a la Sala de Estimulación, el 97,5% efectivamente ingresa a tratamiento.

### GRÁFICO: MOTIVOS DE DERIVACIÓN A SALA DE ESTIMULACIÓN

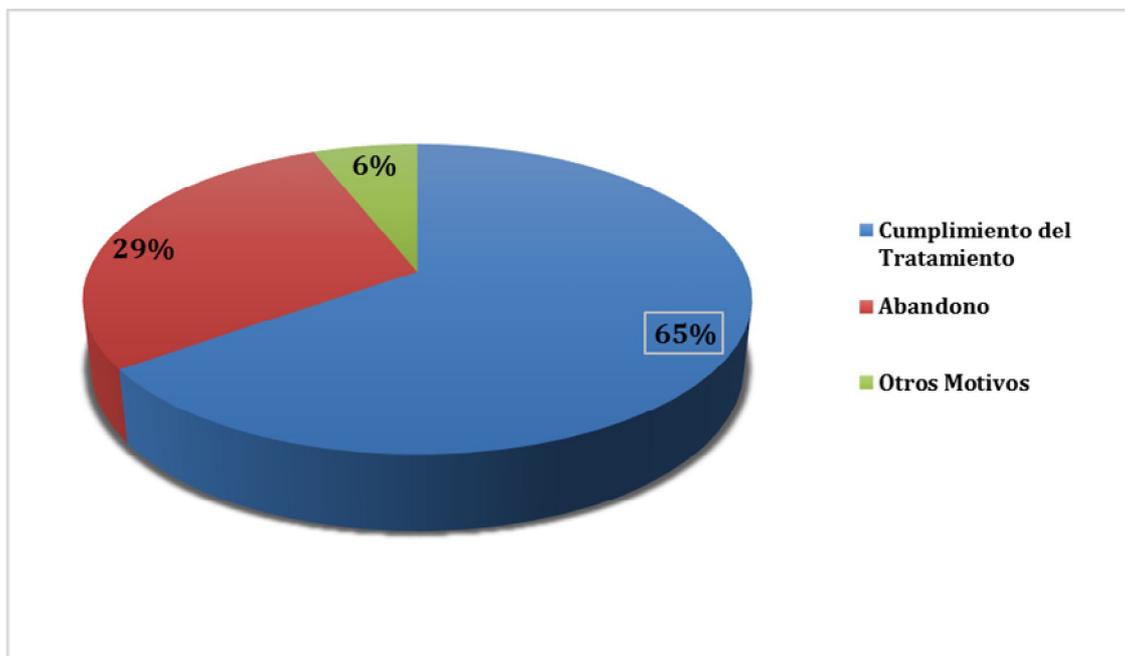


Como se puede apreciar en el gráfico N°4, existen diversas causas de ingreso a la Sala de estimulación, las 3 primeras asociadas a la evaluación del Desarrollo Psicomotor, siendo la categoría Riesgo del Desarrollo Psicomotor la que presenta el número más alto con 51 ingresos con corte a Octubre, es seguida por los niños con evaluación normal pero que presentan algún rezago en un área específica con 36 ingresos, mientras que a la fecha sólo han ingresado 2 pacientes con retraso del Desarrollo Psicomotor a los 7-11 meses.

En relación al ítem de derivación que hace referencia a Otras Vulnerabilidades tiene que ver con factores de riesgo personales, como por ejemplo patología de base, prematurez, así como también factores de riesgo familiares o ambientales que interfieren o pueden interferir a futuro en el desarrollo

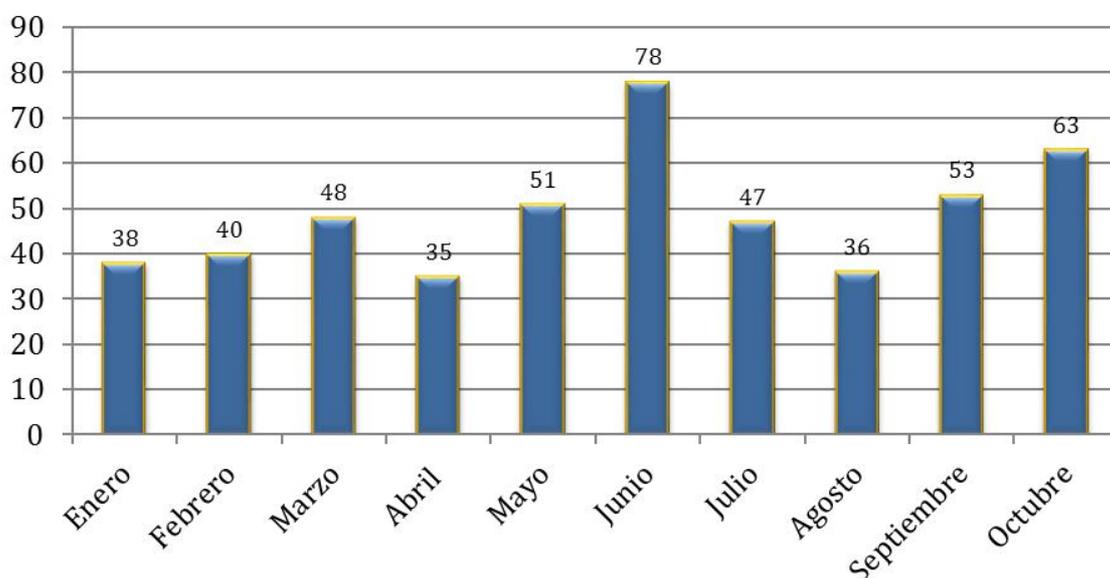
de los niños y niñas, pudiendo ser derivados a la Sala de Estimulación en cualquier control de salud en donde se detecte la presencia de dichos factores. En este ítem se puede apreciar que en el período Enero - Octubre de este año han sido derivados 30 niños/as.

**GRÁFICO: EGRESOS SALA DE ESTIMULACIÓN**



Todo niño o niña que ingresa a la Sala de Estimulación debe tener un plan de intervenciones, según su diagnóstico de ingreso. Posterior al cumplimiento de dicho plan, es reevaluado para ser egresado de la Sala de Estimulación, como se puede apreciar en el gráfico N° 5 existe un 65% de los niños/as ingresados que cumplen con el Plan establecido, mientras que un 27% hace abandono de la modalidad, y un 6% es egresado a causa de otros motivos que en su mayoría corresponde a traslados de ciudad.

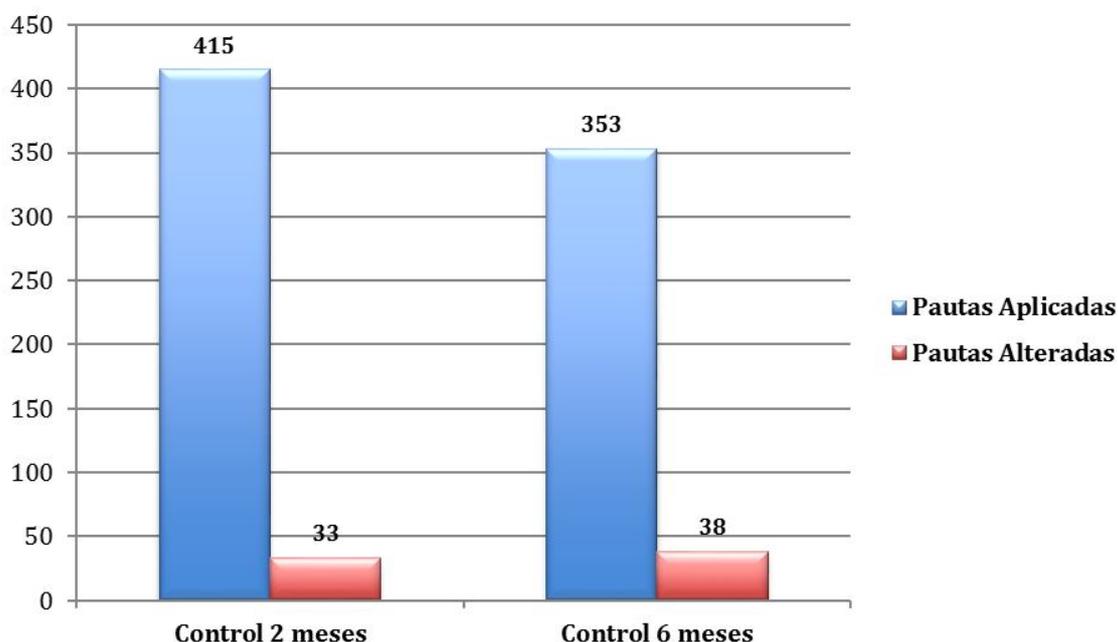
### GRÁFICO: APLICACIÓN PROTOCOLOS NEUROSENSORIALES



Otro instrumento de evaluación que se aplica en el Control de Salud Infantil, es el Protocolo Neurosensorial. Este instrumento que es realizado por profesional médico en el control del 1 mes de vida de los niños/as, tiene por objetivo identificar alteraciones al examen físico y neurológico que pueden implicar factores de riesgo importantes para el neuro-desarrollo, además de realizar una pesquisa precoz de trastornos neurosensoriales en lactantes de entre 1 a 2 meses.

En el período comprendido entre los meses de Enero y Octubre del año en curso, se han aplicado 489 Protocolos Neurosensoriales, resultando el 100% con evaluación en rangos normales, al igual que los resultados obtenidos el año 2014.

**GRÁFICO: APLICACIÓN ESCALA DE EDIMBURGO**

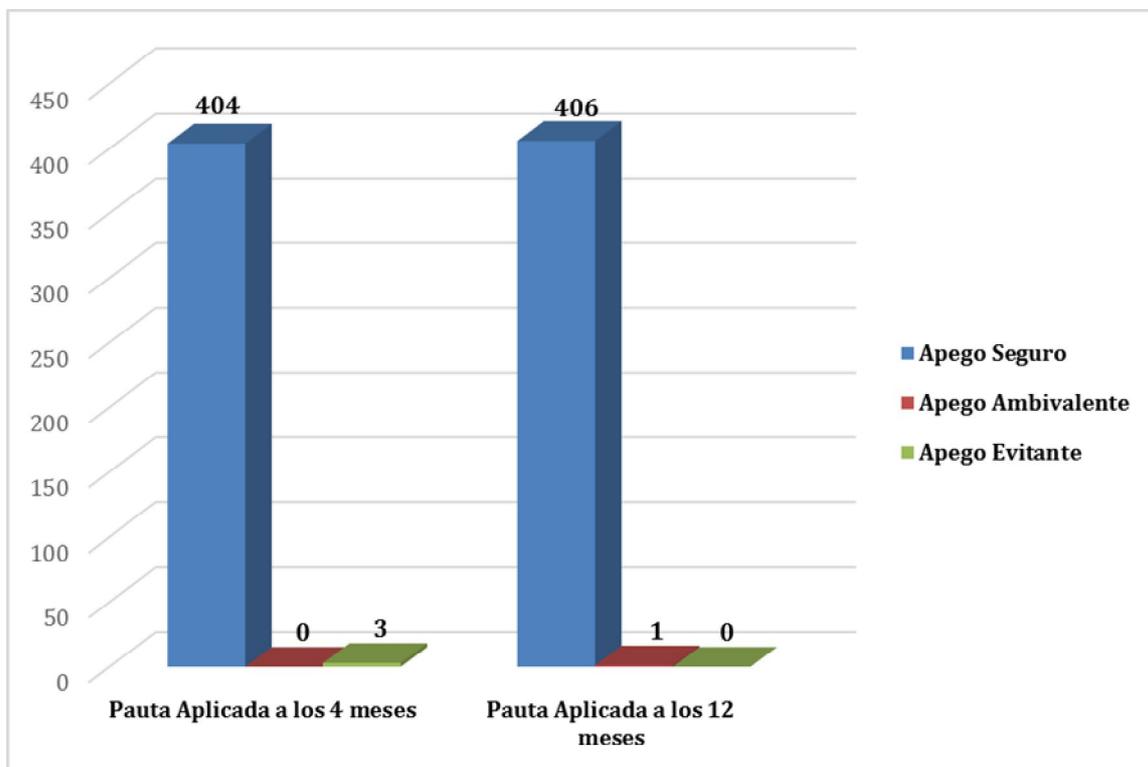


Otro de los instrumentos aplicados durante los Controles de Salud Infantil corresponde a la Escala de Edimburgo. Esta escala que se aplica a las madres de los lactantes en los controles de salud de los 2 y 6 meses de edad, tiene por objetivo ser un instrumento de tamizaje que permita detectar de forma precoz la presencia de sintomatología depresiva en el período post-parto.

Durante el período comprendido entre Enero y Octubre de este año se han aplicado 415 mediciones a los 2 meses post-parto, de las cuales 33 arrojaron resultados alterados, lo que representa un 8% del total, mientras que a los 6 meses post-parto se realizaron 353 evaluaciones presentándose 38 alteradas lo que corresponde a un 10,8%.

Toda evaluación alterada es derivada a Unidad de Salud Mental, según rige la normativa, y es allí donde se realiza una evaluación más exhaustiva por parte del profesional del área, quién según su evaluación, diagnostica o no la presencia de depresión post-parto.

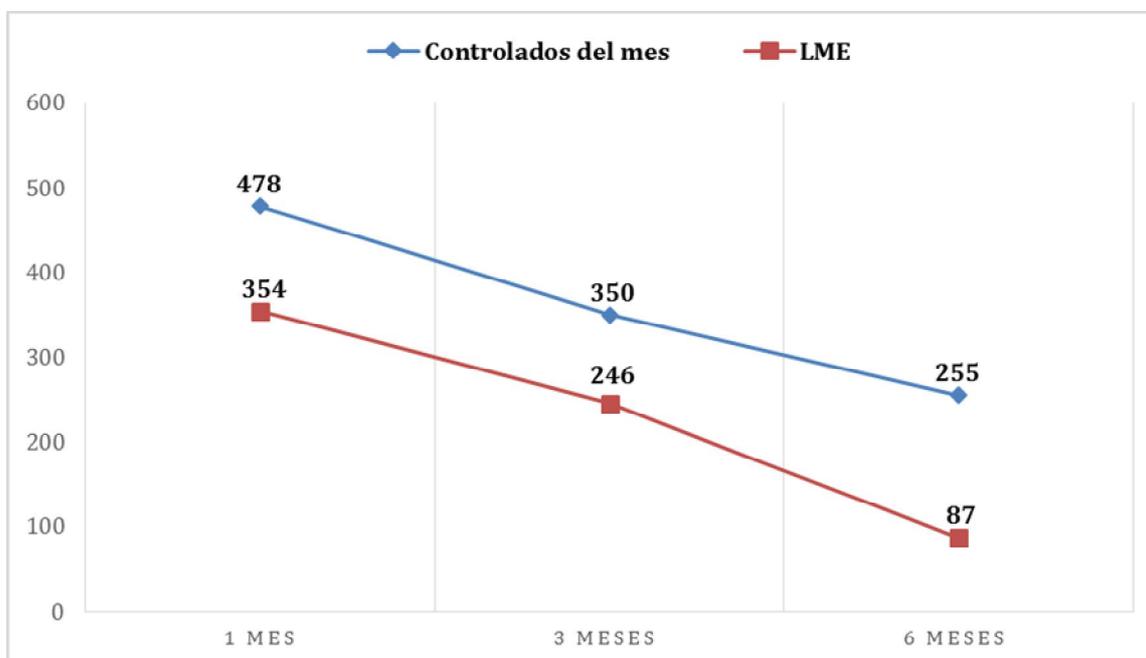
### GRÁFICO: APLICACIÓN ESCALA MASSIE CAMPBELL



La Escala Massie Campbell al igual que los instrumentos anteriores se aplica durante el Control de Salud Infantil a los 4 y 12 meses de edad y tiene como objetivo principal valorar por medio de la observación, tanto de la madre y/o cuidador como del lactante, la conducta frente a situaciones de stress para que mediante esta forma se pueda distinguir el tipo de vínculo existente entre ambos. Existen 3 tipos de vínculo afectivo que corresponden a Apego Seguro, Apego Evitante y Apego Ambivalente.

Entre los meses de Enero a Octubre de este año, se realizaron 404 evaluaciones a los 4 meses de las cuales un 99.3% correspondió a apego seguro, un 0.7% a apego evitante, no observándose apego ambivalente. Mientras que a los 12 meses se realizaron 406 evaluaciones, obteniéndose un 0.3% de presencia de apego ambivalente y un 99.7% de apego seguro.

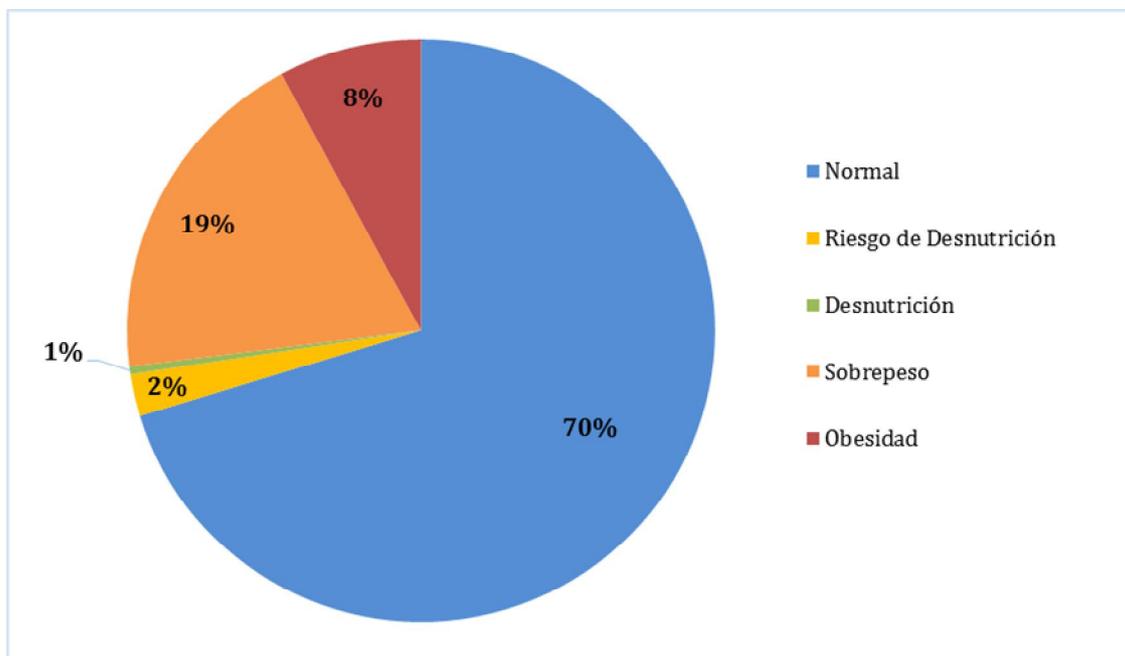
### GRÁFICO: NIÑOS/AS CONTROLADOS V/S LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA



Respecto al tipo de alimentación de los lactantes menores, específicamente en lo que respecta a Lactancia Materna Exclusiva, según información obtenida a través de los Controles de Salud Infantil efectuados en el Primer, Tercer y Sexto mes de vida, durante el período correspondiente entre Enero y Octubre del año en curso, se puede observar que en el control del primer mes de un total de 478 niños controlados, 354 lactantes se encuentran con lactancia materna exclusiva, lo que representa el 74,1% del total, porcentaje inferior al año 2014 en donde se observaba al mes de vida un 84,3% de niños con Lactancia Materna Exclusiva.

En relación a los lactantes controlados al tercer mes, de un total de 350 niños, 246 se mantienen con lactancia materna exclusiva correspondiendo al 70,3% del total controlado, porcentaje inferior en un 2,7% al año 2014, mientras que a los 6 meses de un total de 255 lactantes controlados 87 se mantienen hasta ese instante con este tipo de alimentación, correspondiendo a un 34,1%, porcentaje superior respecto al año anterior en donde se observaba un 21% de lactancia materna exclusiva a los seis meses.

### GRÁFICO: ESTADO NUTRICIONAL DE LA POBLACIÓN BAJO CONTROL MENOR DE 6 AÑOS, SEPTIEMBRE 2015

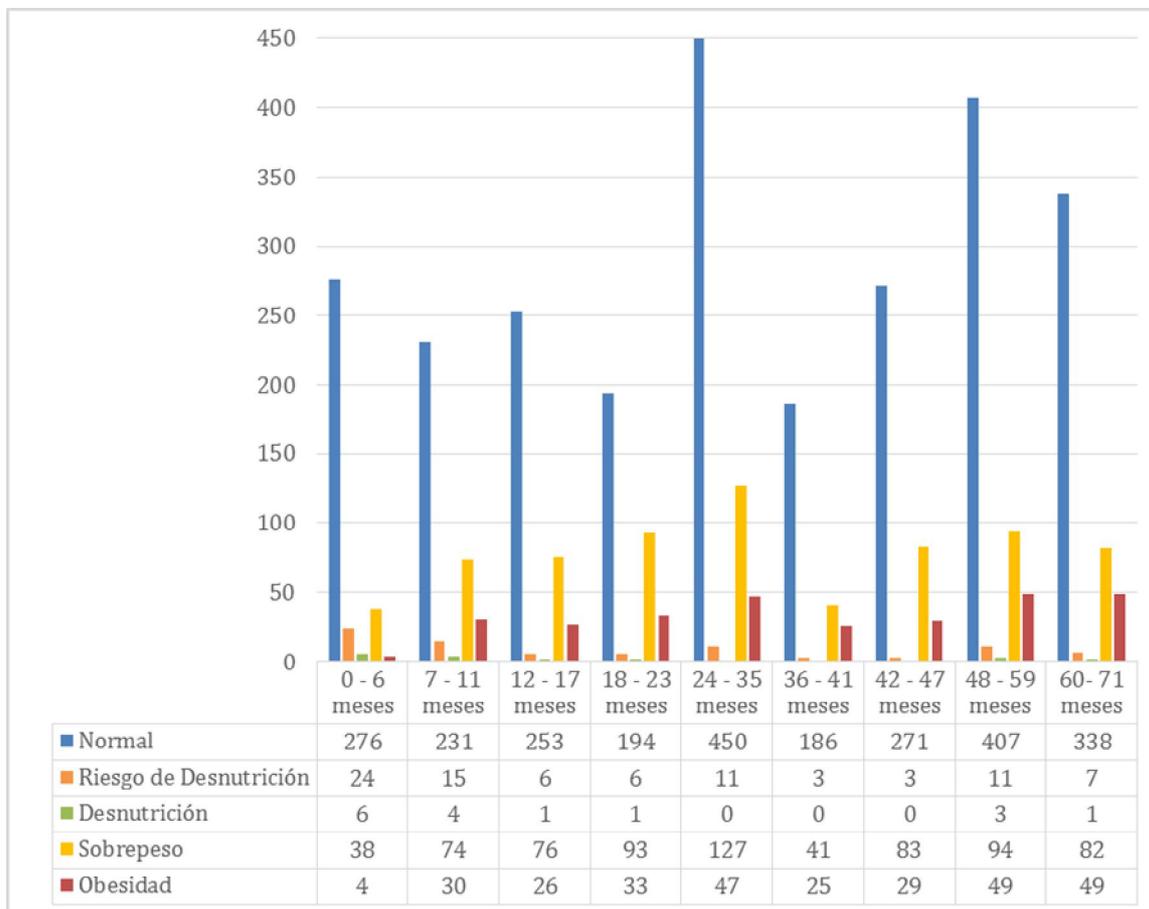


De acuerdo a los datos obtenidos según la población bajo control en el Centro de Salud Cardenal Raúl Silva Henríquez, al mes de Septiembre del año en curso, la población infantil menor de 6 años correspondiente a un total de 3708 niños, los que en su mayoría presentan un estado nutricional normal, correspondiente a un 70% del total.

En relación a la malnutrición por exceso se puede observar que un 27% del total de los menores controlados se encuentra insertos dentro de esta categoría correspondiendo un 8% a obesidad y un 19% a sobrepeso.

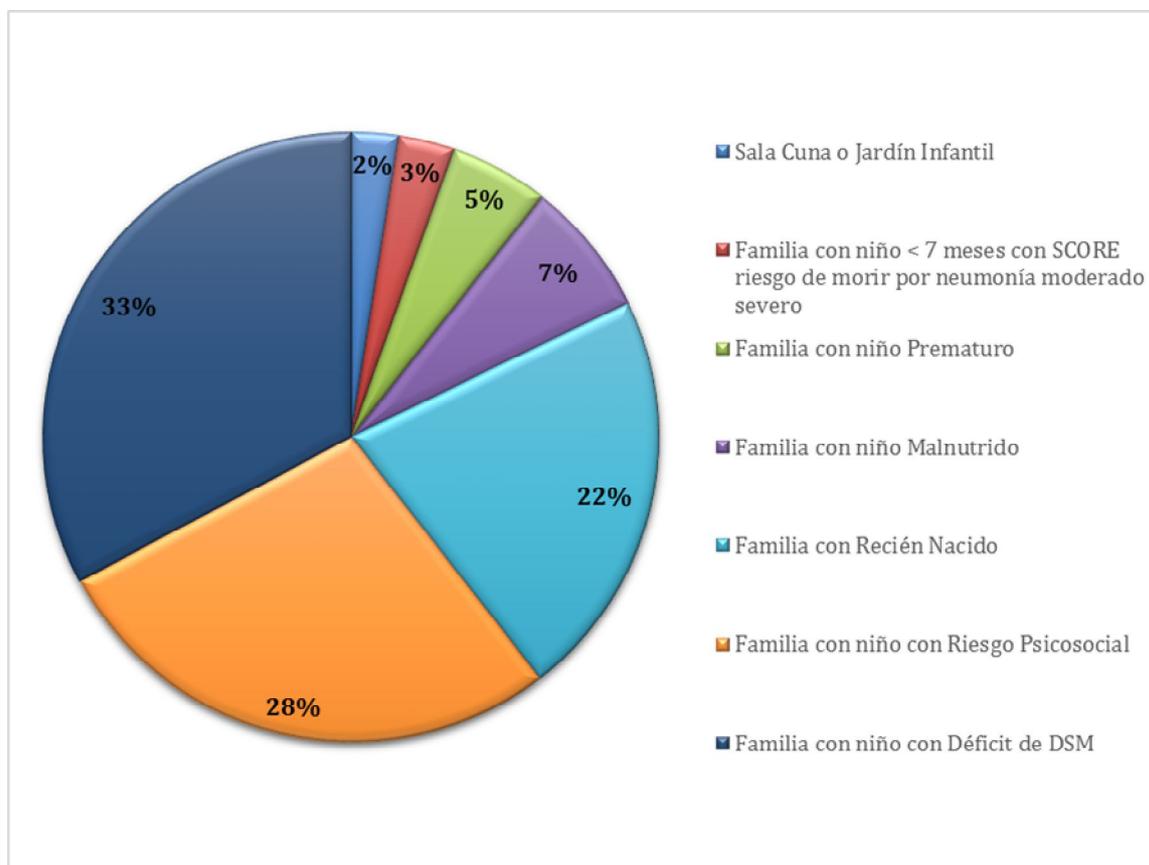
Por otra parte se puede observar que la malnutrición por déficit representa un 3% del total de la población bajo control, menor de 6 años.

**GRÁFICO: ESTADO NUTRICIONAL DE LA POBLACIÓN BAJO CONTROL MENOR DE 6 AÑOS SEGÚN GRUPO ETARIO, SEPTIEMBRE 2015.**



En relación a los grupos etarios, se puede establecer que el grupo entre 24 a 35 meses de edad (2 y 3 años) presenta el mayor número de niños con Sobrepeso, mientras que en las edades entre los 48 a 71 meses (4 y 6 años) se observa la presencia de un mayor porcentaje de obesidad. Respecto a la malnutrición por déficit, al contrario de la malnutrición por exceso, esta se encuentra concentrada en su mayoría en el primer año de vida de los niños.

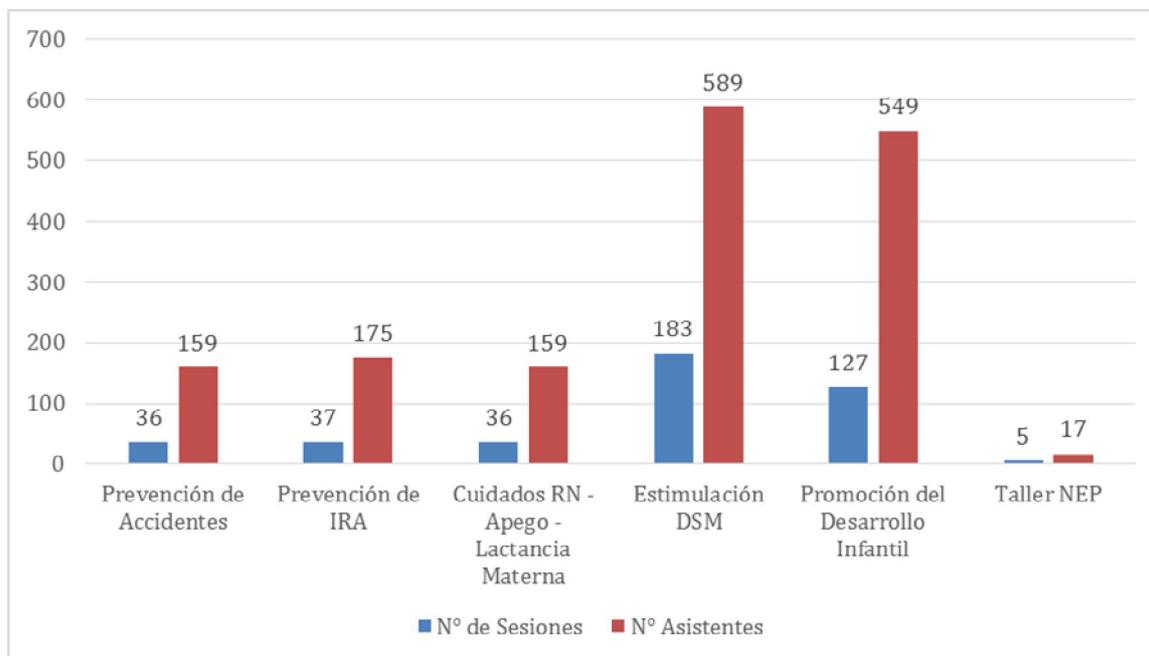
### GRÁFICO: VISITAS DOMICILIARIAS INTEGRALES REALIZADAS ENTRE ENERO A OCTUBRE 2015



En el gráfico N° 12 se puede apreciar que con corte a Octubre del año en curso, se han realizado 405 visitas domiciliarias integrales por parte de la unidad infantil, siendo las visitas a familias de niños con déficit de desarrollo psicomotor las que presentan el mayor porcentaje con un 32,8%, esto se debe a que según el tipo de intervenciones planificadas corresponde realizar cerca de 2 a 3 visitas domiciliarias por cada niño diagnosticado con déficit del desarrollo psicomotor.

A dichas visitas le siguen las visitas domiciliarias a familias con riesgo psicosocial ya sea de primer contacto o seguimiento con un 27,7% y en tercer lugar se encuentran las visitas domiciliarias a familias con niños recién nacidos con un 21,7% las que son realizadas en dupla enfermera – matrona con el fin de conocer y recabar mayores antecedentes de los recién nacidos que ingresan a la unidad infantil.

### GRÁFICO: ACTIVIDADES DE EDUCACIÓN REALIZADAS ENTRE ENERO Y OCTUBRE 2015



En relación a la ejecución de actividades de educación, señalar que durante el año 2015 con corte a Octubre, se han hecho 424 actividades grupales, de las que han participado 1648 padres y/o cuidadores, siendo los temas más tratados estimulación del desarrollo psicomotor y promoción del desarrollo infantil temprano. Respecto a la realización de Talleres Nadie es Perfecto, señalar que a la fecha se han realizado 5 sesiones con un total de 17 asistentes.

## **Programa de Salud Escolar**

Durante los años escolares, el niño entre los cinco y diez años enfrenta una de las etapas más exigentes para su desarrollo personal, la que es determinante para la consolidación de su personalidad y de sus capacidades emocionales, laborales y sociales.

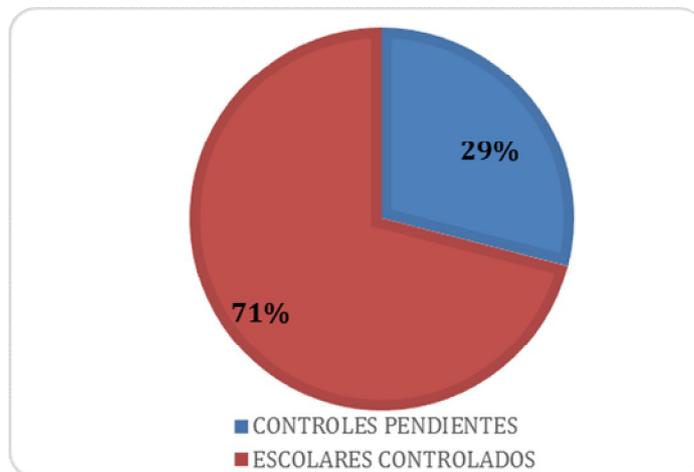
Es una etapa de baja mortalidad, pero de alta y grave morbilidad relacionada con condicionantes que afectan la calidad de vida como enfermedades crónicas no transmisibles o su predisposición. Dentro de los problemas de salud reportados por los padres y apoderados se encuentran:

- Problemas de comportamiento 15%
- Déficit atencional 4.6%
- Obesidad 12%
- Problemas auditivos 2.6%
- Problemas visuales 8.9%
- Salud respiratoria 15.7%
- Vulneración de derechos 2.1%

Por otra parte las caries constituyen uno de los problemas con mayor índice en la población infantil según estudios nacionales, con una prevalencia en niños de 6 a 12 años de 70.3% y 62.5% respectivamente.

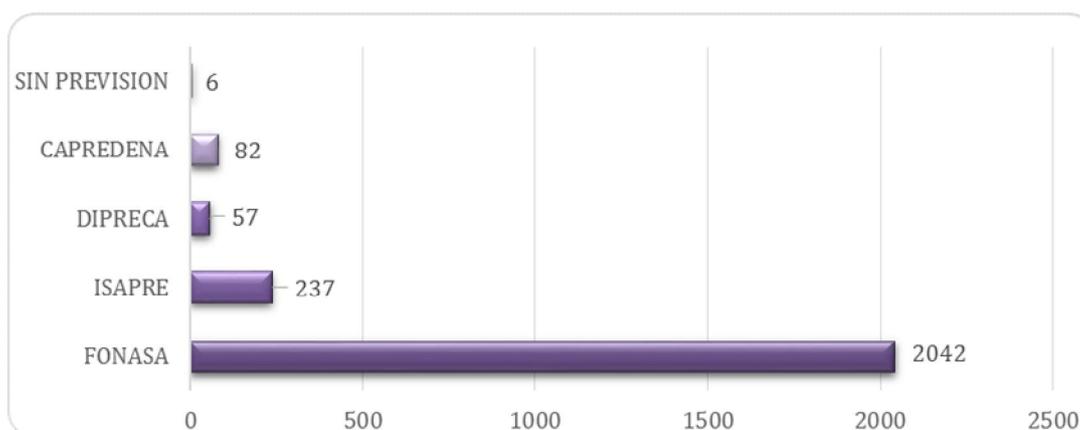
En síntesis, el control de salud de la población escolar en establecimientos educacionales es una estrategia de pesquisa precoz, activa y anticipatoria de probables patologías, que como la evidencia clínica señala, afectan a este grupo etario y que son atendidas por el sistema cuando el daño en salud ya está instalado.

**GRÁFICO: POBLACIÓN ESCOLAR CONTROLADA DESDE ENERO A OCTUBRE AÑO 2015.**



Los controles de Salud incorporados en el Programa Piloto de Salud Escolar iniciado en el año 2012, se calculan según el número total de matriculados de 5 a 9 años en los distintos establecimientos municipales y subvencionados del área urbana de Quillota. Del 2012 a la fecha la población total ha ido variando por el cierre o privatización de algunos establecimientos educacionales, por lo que para el año 2015 se estima controlar una población escolar total de 3.426 alumnos, que cursan desde kínder a cuarto básico. A la fecha se han realizado 2.424 controles en terreno y se espera completar la meta durante el último período del año.

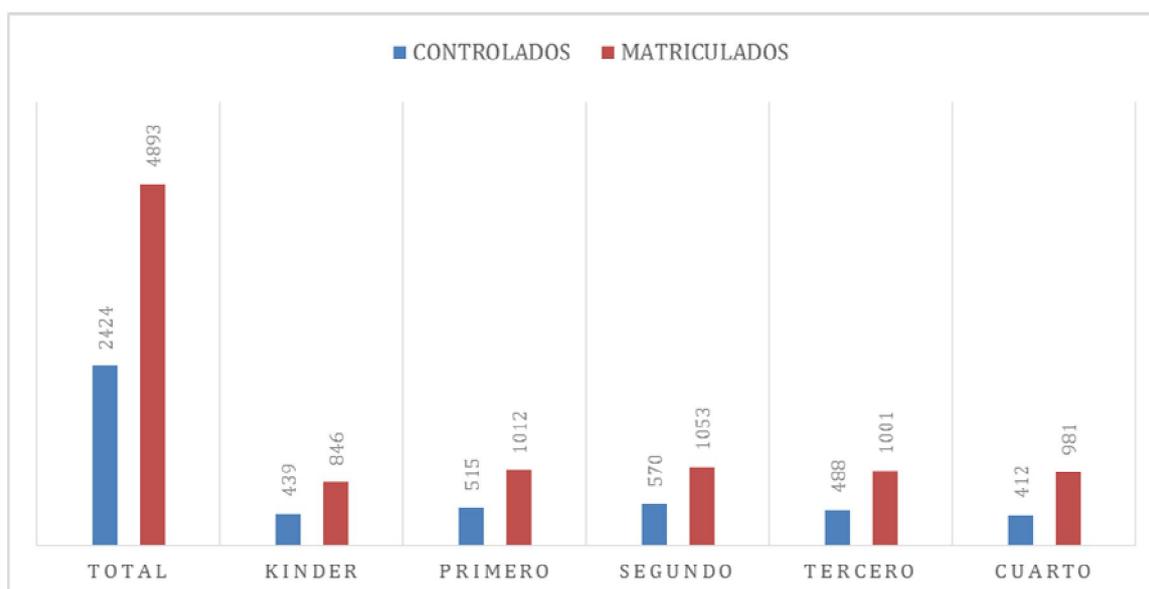
**GRÁFICO: SITUACIÓN PREVISIONAL DE LA POBLACIÓN ESCOLAR CONTROLADA DESDE ENERO A OCTUBRE AÑO 2015**



Los controles de salud escolar se realizan a toda la población en los establecimientos educacionales desde kínder a cuarto básico sin discriminar su sistema de salud, lo que permite llevar un registro con los datos pesquisados de

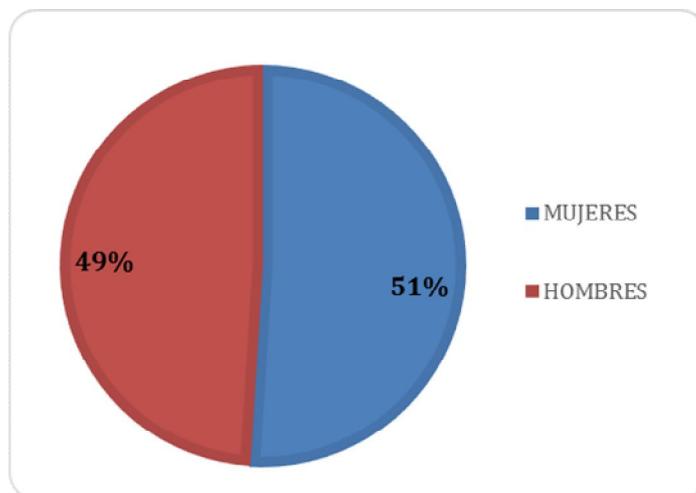
los alumnos, sin embargo solamente los pacientes percapitados pueden ser ingresados y registrados en la estadística del centro de salud. Aun así todos los controles, son informados por escrito a los padres y apoderados de los escolares, al igual que a los establecimientos educacionales para derivar oportunamente las alteraciones de salud pesquisadas en ellos.

**GRÁFICO: POBLACIÓN TOTAL MATRICULADA EN ESTABLECIMIENTOS MUNICIPALES Y SUBVENCIONADOS DEL ÁREA URBANA DE QUILLOTA V/S LA POBLACIÓN CONTROLADA DURANTE EL AÑO 2015**



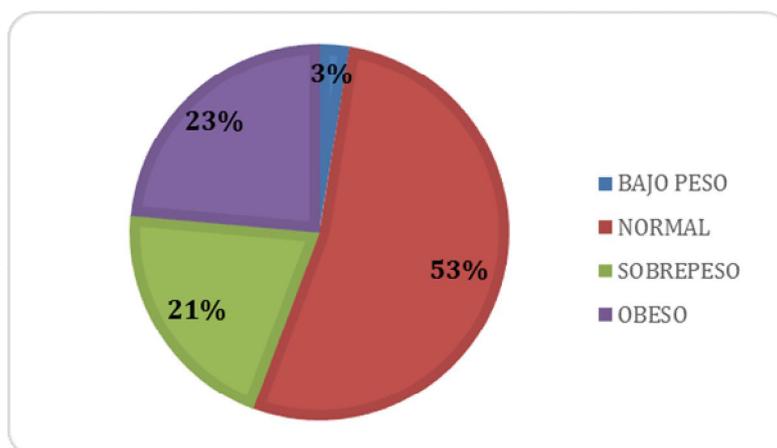
En este gráfico se aprecia la distribución numérica controlada según nivel educacional a la fecha. Cabe destacar que el 70% de la población total de alumnos matriculados corresponden a nuestra meta anual de 3426 escolares para el año 2015, por lo que se pretende cumplir la meta en diciembre del presente año.

**GRÁFICO: POBLACIÓN ESCOLAR DE 5 A 9 AÑOS CONTROLADA AÑO 2015 SEGÚN GÉNERO.**



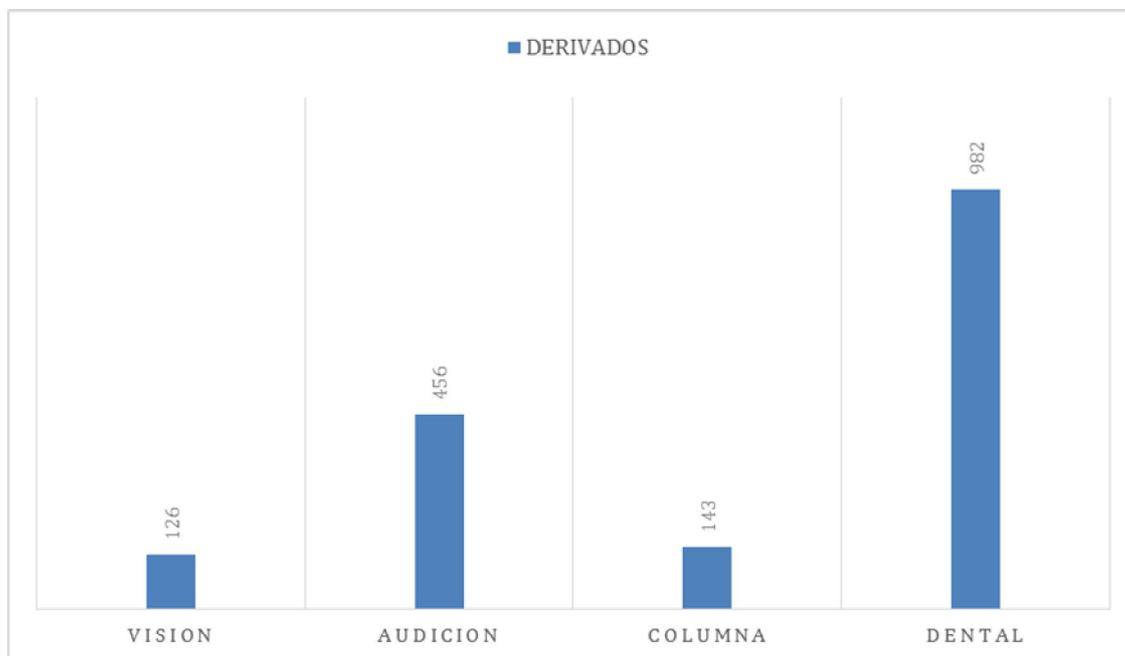
De acuerdo a los controles escolares realizados a la fecha, el gráfico muestra que la distribución según género logra porcentajes muy similares, con una leve predominancia de las mujeres, lo que coincide con la estimación de la población de 5 a 9 años declarada por el INE a Junio del 2015.

**GRÁFICO: DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL DE LA POBLACIÓN ESCOLAR DE 5 A 9 AÑOS CONTROLADA DURANTE EL AÑO 2015**



En la población escolar controlada por el programa, se pesquisó que un 44% de los niños presentan malnutrición por exceso, cifras que se mantienen en relación a años anteriores. De la misma forma los niños que presentan malnutrición por déficit o un diagnóstico normal, mantienen las tendencias obtenidas en años anteriores, lo que se ajusta a las estadísticas entregadas por la JUNAEB en un estudio de situación nutricional de escolares en establecimientos educacionales municipalizados y particulares subvencionados a julio del 2014.

### GRÁFICO: DERIVACIONES A SERVICIOS MÉDICOS DE JUNAEB DE LA POBLACIÓN CONTROLADA DURANTE EL AÑO 2015



Durante los controles de salud realizados a la población escolar se pesquisaron distintas alteraciones que fueron derivadas a los servicios médicos de JUNAEB, entre éstas encontramos: alteraciones visuales pesquisadas con las tablas de Snellen, alteraciones auditivas según una encuesta respondida por padres y apoderados, alteraciones posturales pesquisadas en el examen físico al aplicar el test de Adam y alteraciones dentales pesquisadas en el examen oral.

Cabe destacar que estas alteraciones se presentan con una baja frecuencia, salvo las patologías dentales que están presentes en un importante porcentaje de la población controlada pero que a su vez tienen una mayor cobertura.

Los Servicios Médicos de JUNAEB mantienen cupos disponibles limitados para la atención de estas alteraciones y el seguimiento de las mismas, por lo cual no logra controlar a la población total pesquisada por el Programa Piloto de Salud Escolar.

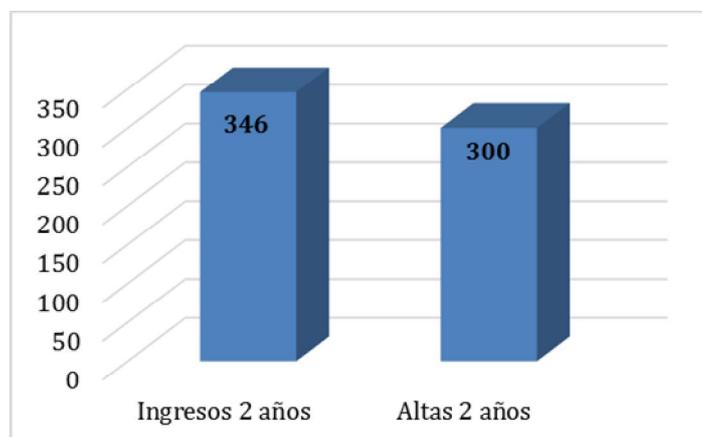
## Salud Oral en Atención Primaria

La Salud Bucal es reconocida como una de las prioridades de salud del país, tanto por la prevalencia y severidad de las enfermedades bucales como por la mayor percepción de la población frente a estas patologías que afectan su salud general y su calidad de vida.

La Política de Salud Bucal está orientada a la prevención y promoción de la Salud Bucal de la población, con énfasis en los grupos más vulnerables. Considera además actividades recuperativas en grupos priorizados mediante acciones costo efectivas basadas en la mejor evidencia disponible.

Los estudios nacionales muestran una dramática situación, ya que a los 2 años de edad el 17,5% de los niños y niñas ya tiene caries, llegando al 50,4% a los 4 años y al 70,4% a los 6 años. A los 12 años están afectados el 62,5%, cifra levemente menor debido a que se mide en los dientes definitivos, una segunda oportunidad dada por la naturaleza, pero desgraciadamente al llegar a la edad adulta se observa a casi la totalidad de la población con caries. Es por esta situación, que sale a relucir la importancia del enfoque preventivo y promocional del Centro de Salud Cardenal Raúl Silva Henríquez, en la que se busca brindar una atención odontológica centrada en esta población objetivo, realizando controles periódicos a los niños de entre 2 y 14 años, 11 meses 29 días.

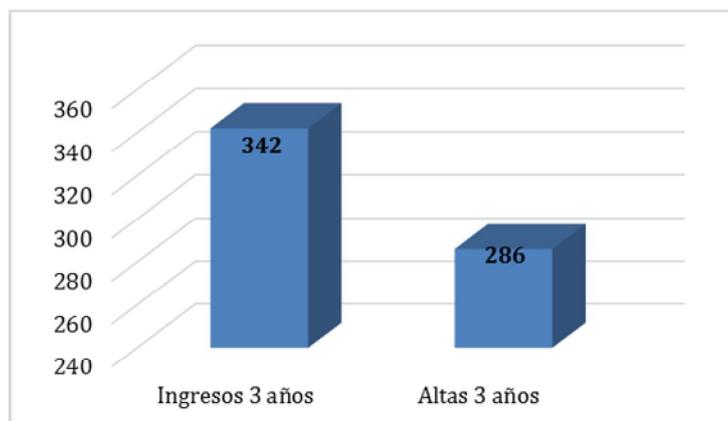
### GRÁFICO: ALTAS ODONTOLÓGICAS V/S INGRESOS EN POBLACIÓN DE 2 AÑOS.



En relación a la población bajo control de 2 años, al 40,6% se le ha realizado el ingreso a atención odontológica.

De acuerdo a las atenciones del período enero - octubre 2015, se han realizado 346 ingresos a tratamiento dental en niños/as de 2 años, de los cuales 300 han quedado de alta, correspondiente al 86.7%.

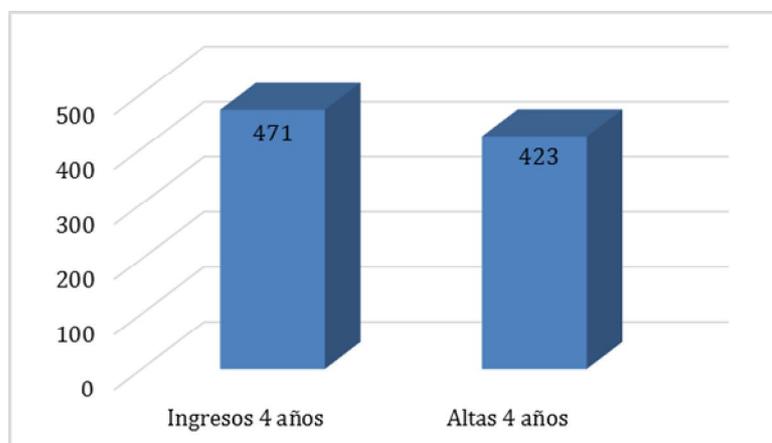
**GRÁFICO: ALTAS ODONTOLÓGICAS V/S INGRESOS EN POBLACIÓN DE 3 AÑOS.**



En relación a la población bajo control de 3 años, al 40,1% se le ha realizado el ingreso a atención odontológica.

De acuerdo a las atenciones del período enero - octubre 2015, se han realizado 342 ingresos a tratamiento dental en niños/as de 3 años, de los cuales 286 han quedado de alta, lo que corresponde a un el 83,6%.

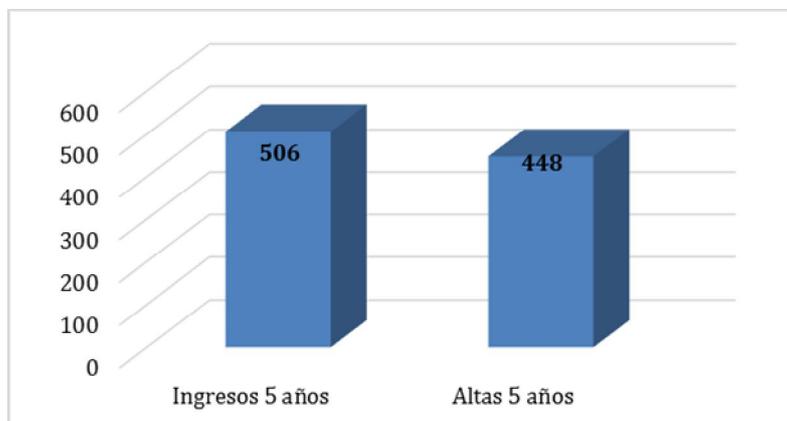
**GRÁFICO: ALTAS ODONTOLÓGICAS V/S INGRESOS EN POBLACIÓN DE 4 AÑOS.**



En relación a la población bajo control de 4 años, al 55,3% se le ha realizado el ingreso a atención odontológica.

De acuerdo a las atenciones del período enero - octubre 2015, se han realizado 471 ingresos a tratamiento dental en niños/as de 4 años, de los cuales 423 han quedado de alta, lo que corresponde a un 89,8%.

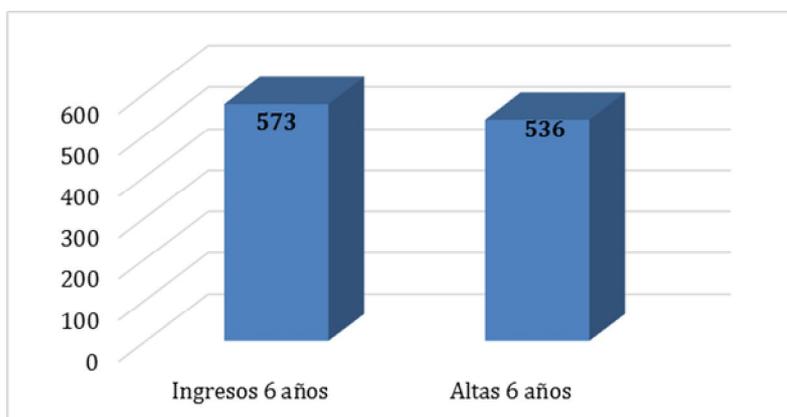
### GRÁFICO: ALTAS ODONTOLÓGICAS V/S INGRESOS EN POBLACIÓN DE 5 AÑOS.



En relación a la población bajo control de 5 años, al 59,4% se le ha realizado el ingreso a atención odontológica.

De acuerdo a las atenciones del período enero - octubre 2015, se han realizado 506 ingresos a tratamiento dental en niños/as de 5 años, de los cuales 448 quedaron de alta, lo que corresponde al 88,5%.

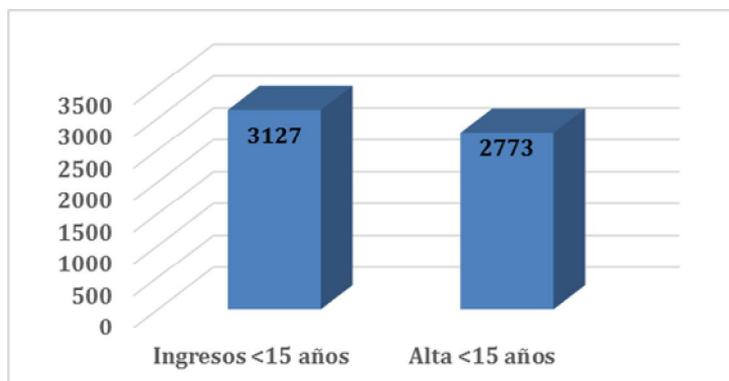
### GRÁFICO: ALTAS ODONTOLÓGICAS V/S INGRESOS EN POBLACIÓN DE 6 AÑOS.



En relación a la población bajo control de 6 años, al 71,4% se le ha realizado el ingreso a atención odontológica.

De acuerdo a las atenciones del período enero - octubre 2015, se han realizado 573 ingresos a tratamiento dental en niños/as de 6 años, de los cuales 536 han quedado de alta, lo que corresponde a un 93,5%.

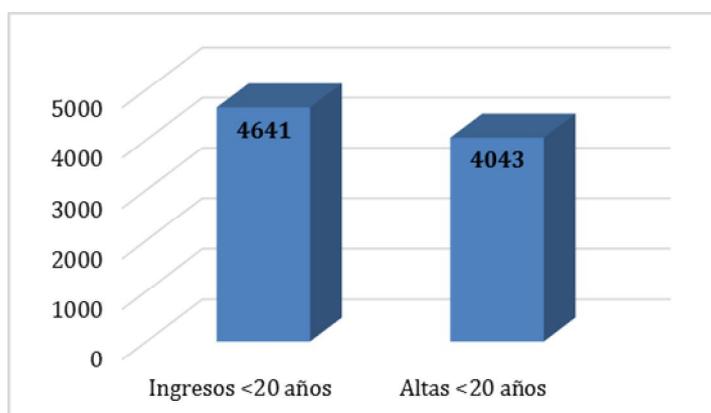
**GRÁFICO: ALTAS ODONTOLÓGICAS V/S INGRESOS EN POBLACIÓN RESTANTE < DE 15 AÑOS.**



En relación a la población bajo control menor de 15 años (excluyendo los pacientes de 2, 3, 4, 5 y 6 años) al 42,5% se le ha realizado el ingreso a atención odontológica.

De acuerdo a las atenciones del período enero - octubre 2015, se han realizado 3.127 ingresos a tratamiento dental en el resto de la población menor de 15 años, de los cuales 2.773 han quedado de alta, lo que corresponde al 88,7%.

**GRÁFICO: ALTAS ODONTOLÓGICAS V/S INGRESOS EN POBLACIÓN RESTANTE < DE 20 AÑOS.**



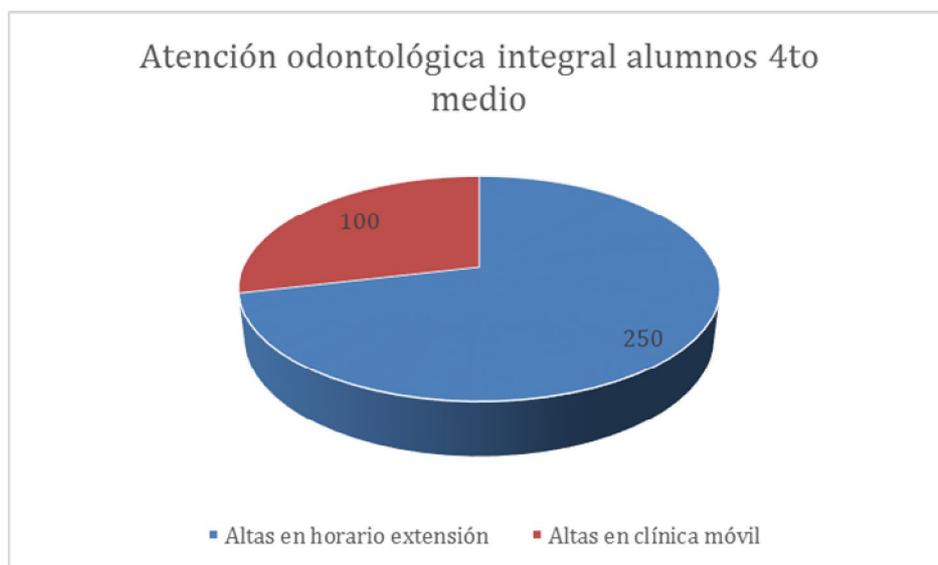
En relación a la población bajo control menor de 20 años (excluyendo los pacientes de 6 años), al 32,9% se le ha realizado el ingreso a atención odontológica.

De acuerdo a las atenciones del período enero - octubre 2015, se han realizado 5.062 ingresos a tratamiento dental en el resto de la población menor de 20 años, de los cuales 4.512 fueron dados de alta, lo que corresponde al 89,1%.

## Programa Mejoramiento al Acceso

El programa de mejoramiento del acceso a la atención odontológica tiene como propósito brindar acceso a la atención de patologías bucales a la población que cursa cuarto año de educación media y a los adultos mayores de 20 años, en horarios y lugares compatibles con actividades educacionales y laborales.

En el Centro de Salud Cardenal Raúl Silva Henríquez, durante el año 2015, se llevó a cabo el segundo componente de este programa, que se encarga de la atención odontológica integral a estudiantes de cuarto año de educación media, bajo dos modalidades, una llevada a cabo durante la extensión horaria, y otra a través de una clínica móvil, que será otorgada por el Servicio de Salud, para la atención dentro de los mismos establecimientos educacionales. La cantidad de altas a realizar es de 350, de las cuales 250 se han ejecutado en la modalidad extensión horaria y 100 están pendiente para ser realizadas en clínica móvil.



## **Programa Sembrando Sonrisas**

El Ministerio de Salud ha desarrollado desde el año 2007 una propuesta de intervención intersectorial para la promoción de hábitos de higiene y alimentación y la prevención de caries en los párvulos de jardines infantiles, a través del Programa de Promoción y Prevención en Salud Bucal para Preescolares. Es así que ese año se puso en marcha un programa piloto para la prevención de caries y promoción de hábitos de higiene y alimentación saludables en los párvulos de algunas comunas del país, el cual durante el año 2012 amplía su cobertura bajo el nombre “Programa Preventivo en Salud Bucal en Población Preescolar en APS”, constituyéndose en una de las estrategias del “Modelo de Intervención Preventivo Promocional de Salud Bucal en Párvulos y Escolares”. A partir de la experiencia anteriormente señalada, nace en 2015 “Sembrando Sonrisas”, programa diseñado con el fin de aumentar la cobertura de niñas y niños con medidas específicas de promoción y prevención en salud bucal.

El objetivo de este programa es mantener y mejorar la salud bucal de la población parvularia de establecimientos educacionales que reciben financiamiento público, fomentando la promoción de la salud y la prevención de patologías bucales, a través de la entrega de herramientas para el autocuidado y la aplicación de medidas de prevención específicas a población beneficiaria de niños y niñas entre 2 y 5 años, que asisten a establecimientos educacionales parvularios pertenecientes a instituciones: JUNJI, Fundación Integra y otras (ONG/ Fundaciones) y establecimientos educacionales municipales en los Niveles de Transición 1 y 2.

Este programa consta de:

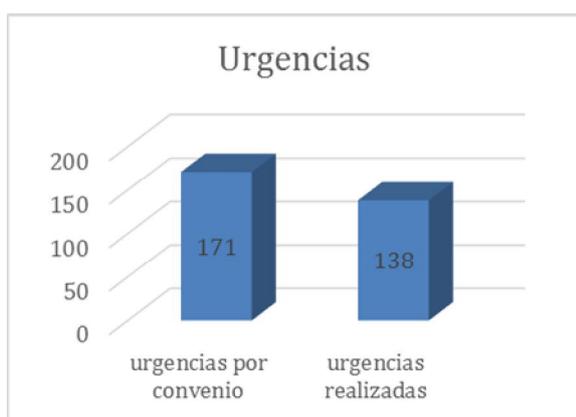
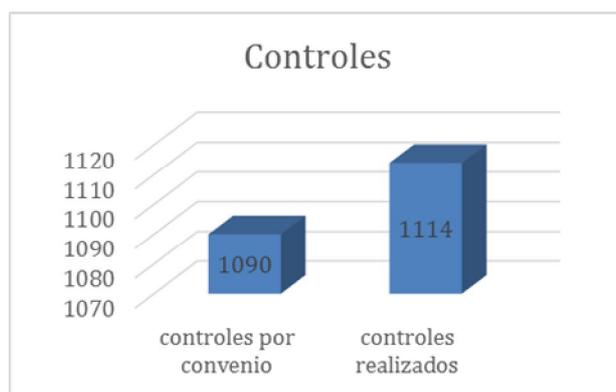
- Realización de sesión educativa.
- Entrega anual de un set de higiene oral a niñas y niños de 2 a 5 años.
- Examen de salud bucal.
- Dos aplicaciones de flúor barniz por año a niñas y niños.

## Programa JUNAEB

El programa desarrolla acciones de promoción, prevención y recuperación de la salud bucal a estudiantes desde Pre-Kinder a Octavo Básico de colegios adscritos, municipales y municipales subvencionados.

Los cursos a atender, se trasladan en su totalidad al Centro de Salud, durante una semana de corrido, con la finalidad de llevar a cabo el componente de promoción consistente en educación para la salud, acerca de temáticas inherentes a la alimentación saludable y la higiene bucal, a cargo de un técnico, y el componente preventivo y recuperativo que se efectúa en el módulo dental, a cargo de los profesionales odontólogos.

A continuación, se grafica lo acordado para el año 2015, y lo realizado hasta octubre de 2015.



### **Sala de Estimulación y Ludoteca Comunitaria:**

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

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

### **Sala de Estimulación 2015 ChCC-CRSH**

La sala de estimulación funciona como una modalidad de apoyo al desarrollo infantil en la comuna de Quillota desde el año 2009.

Para efectos técnicos y administrativos la sala depende del Centro de Salud “Cardenal Raúl Silva Henríquez” y para efectos de financiamiento se encuentra vinculada al Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial (PADB). Físicamente se encuentra en CECOF Sta. Teresita.

### **Objetivo General:**

Apoyar la implementación del Sistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo a nivel comunal, a través de la oferta local de intervenciones adaptadas para una adecuada estimulación del desarrollo a fin que los niños(as) puedan desplegar al máximo sus potencialidades y capacidades.

### **Objetivos Específicos:**

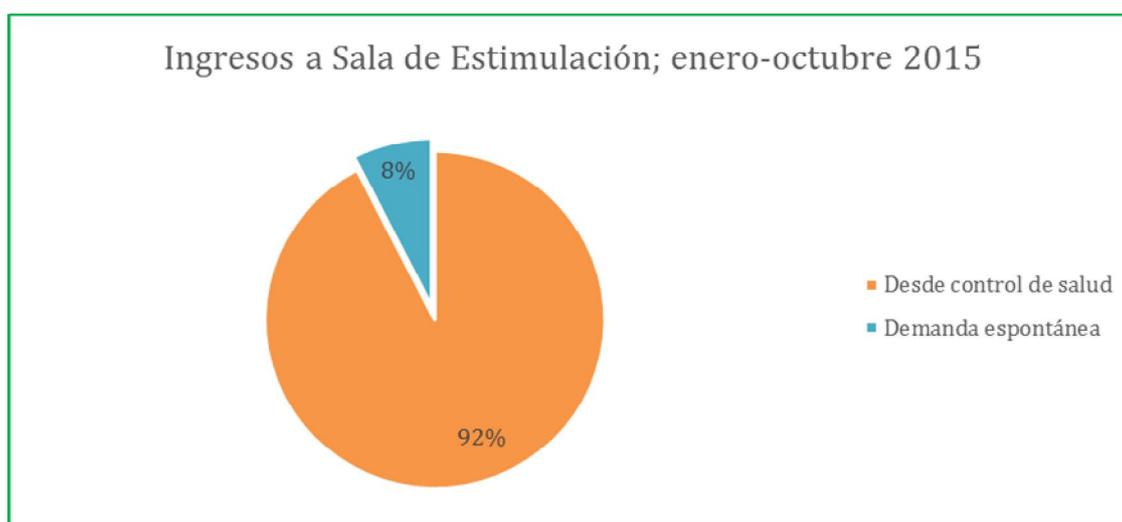
- 1.-Potenciar el máximo despliegue de las capacidades de niños(as) en primera infancia que se encuentran en condición de rezago, riesgo, retraso y/o riesgo biopsicosocial en su desarrollo, a través de atenciones directas focalizadas de acuerdo a un plan de intervención individualizado para cada niño(a).
- 2.-Facilitar la adecuada articulación de apoyos específicos que requieren niños(as) entre 0 a 5 años de edad que se encuentran en condición de rezago, riesgo, retraso y/o riesgo biopsicosocial en su desarrollo.
- 3.-Apoyar a las familias, especialmente madre, padre y/o adulto responsable, de niños(as) en primera infancia, para la adecuada atención, cuidado y estimulación de sus hijos e hijas.
- 4.-Ofrecer intervenciones que fomenten la estimulación efectiva de los niños y niñas así como también que promuevan y prevengan el desarrollo integral de toda la población infantil a cargo.

## Composición del equipo de trabajo

Durante el año 2015 el equipo de trabajo de la sala de estimulación está compuesto por 2 Educadoras de Párvulos (33 y 22 horas) y 1 *Kinesióloga* (11 horas).

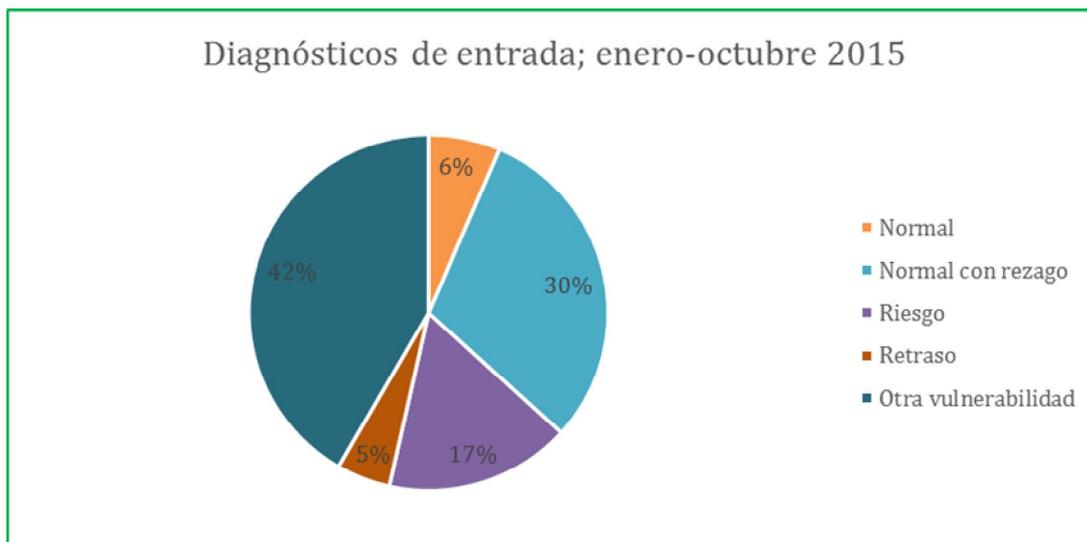
## Proceso de derivación e ingreso a sala de estimulación

- Las derivaciones a sala de estimulación se realizan, en su mayoría, desde controles de salud en los que se detecta algún tipo de déficit de DSM o riesgo biopsicosocial después de haberse aplicado alguna de estas pautas:
  - ✓ *Evaluación de desarrollo psicomotor EEDP*: a los 8 y 18 meses.
  - ✓ *Evaluación de desarrollo psicomotor TEPSI*: a los 3 años y 6 meses.
  - ✓ *Pauta breve (EEDP)*: Se aplica en cualquier control de salud en el que enfermera note algún tipo de déficit del desarrollo psicomotor.
  - ✓ *Pauta de detección de riesgo biopsicosocial*: se aplica transversalmente.
- Otra forma de derivación, que se comenzó a aplicar durante el periodo 2015, es la derivación desde otras instituciones de la red ChCC. Para tales efectos se utiliza una ficha única de derivación que se recepciona en sala de estimulación, gestionando, posteriormente, la evaluación con enfermera para aplicación de test DSM.
- Existe una tercera forma de ingreso a sala de estimulación que tiene que ver con la demanda espontánea de las familias en la participación de actividades que fomenten las capacidades idóneas de sus hijos e hijas.



Categoría de los resultados en la evaluación del desarrollo en control de salud:

- Normal.
- Normal con rezago.
- Riesgo.
- Retraso.
- Otra vulnerabilidad (riesgo biosicosocial).



Todos los niños y niñas reciben, al ingresar a la sala de estimulación, la tarjeta de asistencia a la modalidad de apoyo al desarrollo infantil sala de estimulación. En ella se escribe el plan de intervención de cada niño y niña y sus respectivas citas. En la misma, se realiza un compromiso firmado de participación y cumplimiento del plan.

**Tarjeta de asistencia a modalidad de apoyo al desarrollo infantil, sala de estimulación:**



### Plan de intervención según estado de desarrollo y edad:

A continuación se especifican criterios administrativos de la intervención (número de sesiones, frecuencia, periodicidad, duración), de acuerdo a estado del desarrollo y edad.

En caso de niños(as) con condición de discapacidad, se entiende la intervención de estimulación como complementaria a un programa de rehabilitación en nivel de especialidad. Por esta razón no se integra dentro de los estándares administrativos de intervención descritos en el siguiente cuadro:

<b>CATEGORÍA INTERVENCIÓN SEGÚN DESARROLLO Y EDAD</b>				
<b>Aspectos administrativos</b>	<b>Normal</b>	<b>Rezago/ riesgo BPS</b>	<b>Riesgo</b>	<b>Retraso</b>
<b>Rango de tiempo máximo de la intervención según edad</b>	Desde 1 a 3 meses en cualquier edad	2 meses en cualquier edad	0 a 11 meses de edad: 2 meses	0 a 11 meses de edad: 2 meses
			12 a 23 meses de edad: 3 meses	12 a 23 meses de edad: 4 meses
			24 a 59 meses de edad: 4 meses	24 a 59 meses de edad: 6 meses
<b>Total de sesiones</b>	1 a 3 sesiones en cualquier edad	5 sesiones en cualquier edad	0 a 11 meses de edad: 8 sesiones	0 a 11 meses de edad: 12 sesiones
			12 a 23 meses de edad: 10 sesiones	12 a 23 meses de edad: 16 meses
			24 a 59 meses de edad: 14 sesiones	24 a 59 meses de edad: 20 meses
<b>Frecuencia Sesiones</b>	1 o 2 sesiones al mes	2 a 4 sesiones al mes	Primer mes: 1 sesión a la semana	Primer mes: 2 sesiones a la semana
			Segundo mes: 1 sesión a la semana	Segundo mes: 1 sesión a la semana
			Desde el tercer al cuarto mes: 2 veces al mes	Desde el tercer al sexto mes de tratamiento: 2 veces al mes
<b>Tipo de atenciones</b>	Atención grupal (no se da atención individual exceptuando el ingreso)	Siempre se inicia con atención individual. Luego atención individual alternada con intervención grupal	Atención individual primer mes. Luego atención individual alternada con intervención grupal	Atención individual primer mes. Luego atención individual alternada con atención grupal.

## **Ejecución del plan de trabajo**

Cada niño y niña que ingresa a sala de estimulación tiene un plan diseñado específicamente según su estado de desarrollo y edad. Para llevarse a cabo este plan se necesitan intervenciones individuales y familiares, talleres grupales y de atención domiciliaria de estimulación.

### **Atención domiciliaria de estimulación:**

Las visitas domiciliarias de estimulación han sido un complemento del trabajo en sala que apoya la atención de niños/as con graves dificultades de desplazamiento o que en razón de sus objetivos de intervención y/o grado de déficit requieran de orientaciones a la familia que se potencien con una intervención directa en el hogar (por ejemplo, cuando se quiere evaluar y dar indicaciones de adaptaciones de espacios físicos en el hogar).

También se ha utilizado como modalidad complementaria transitoria, en casos de deserción o baja adherencia a estimulación en sala, intencionando dentro del plan de atención la reinserción a la modalidad. A partir de este año las visitas se realizan junto con enfermera, saliendo e interviniendo en duplas para una mayor integralidad de la sesión. Estas visitas se registran dentro del área infantojuvenil.

### **Derivaciones**

- Se considera derivación a médico o a especialista. Sólo los niños(as) con resultados de test del desarrollo en categoría retraso se derivan a médico en paralelo al ingreso a modalidad, quien determina si aplica derivación a neurólogo.
- Se considera trabajo en red intrasectorial (estudios de caso/médico)
- Se considera trabajo en red extrasectorial para gatillar prestaciones garantizadas y preferentes (ChCC).

### **Talleres grupales de estimulación:**

A través del año 2014 se han entregado distintos tipos de talleres grupales de estimulación del desarrollo psicomotor a la comunidad infantil. Estos talleres tienen distintos objetivos, en algunos casos responden a déficit DSM en otros a la prevención y promoción de la estimulación oportuna. A continuación una descripción de cada uno de ellos:

**Taller de estimulación de lenguaje:** diseñado para potenciar el máximo despliegue de las capacidades de niños(as) que se encuentran en condición de riesgo, rezago o retraso en el área del lenguaje y que pertenecen a rango etario de 18 a 24 meses. Estos talleres son un complemento para el plan de intervención

perfilado para los niños (as) con estas características. Son 4 sesiones grupales en total:

- Sesión 1: Hitos del desarrollo  
Importancia de la expresión y gestualización en el desarrollo del lenguaje.
- Sesión 2: Trastornos específicos del lenguaje.  
Cuentos y títeres.
- Sesión 3: La rutina en el desarrollo infantil.  
Praxias y masajes faciales.
- Sesión 4: Estilos de crianza.  
Ejercicios de soplo.  
Despedida

\*El taller de estimulación del lenguaje tiene una parte teórica (para padres) y una práctica (para niños/as).

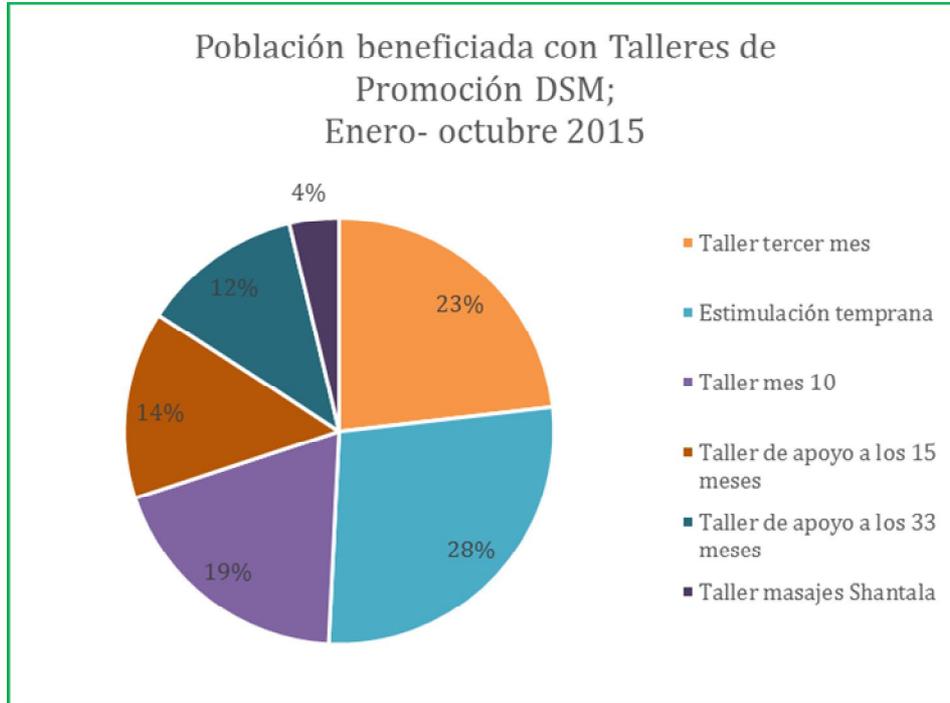
**Talleres de promoción y prevención:** Diseñado para toda la población infantil a cargo. A continuación una tabla con dichos talleres y el grupo etario al cual corresponden:

Nombre	Edad	Temática	Profesionales
Taller 3er mes	3 meses	Evaluación Grupal DSM, masajes corporales.	Educadora de Párvulos y Masoterapeuta
Estimulación Temprana	0 a 6 meses 7 a 12 meses	Estilos de crianza, educación postural, afectiva, cognitiva y sensorial.	Educadora de Párvulos y Masoterapeuta
Taller mes 10	10 meses	Control de marcha	Kinesióloga
Taller de apoyo a los 15 meses	15 meses	Orientaciones para la estimulación DSM	Educadora de Párvulos
Taller de apoyo a los 33 meses	33 meses	Orientaciones para la estimulación DSM	Educadora de Párvulos
Taller masajes Shantala	De 0 a 10 meses	Técnica de masajes Shantala	Educadora de Párvulos

**Talleres grupales de masajes Shantala:** Durante este año este taller se realizó con población en riesgo biopsicosocial, específicamente afectados en el ítem padre o madre adolescente.

Los talleres de masajes Shantala contaron con 3 intervenciones:

- Sesión 1: Tren inferior.
- Sesión 2: Tren superior.
- Sesión 3: Masajes S.O.S y reflexología.



## **ÁREA ADOLESCENCIA**

### **Introducción**

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 media<sup>1</sup>.

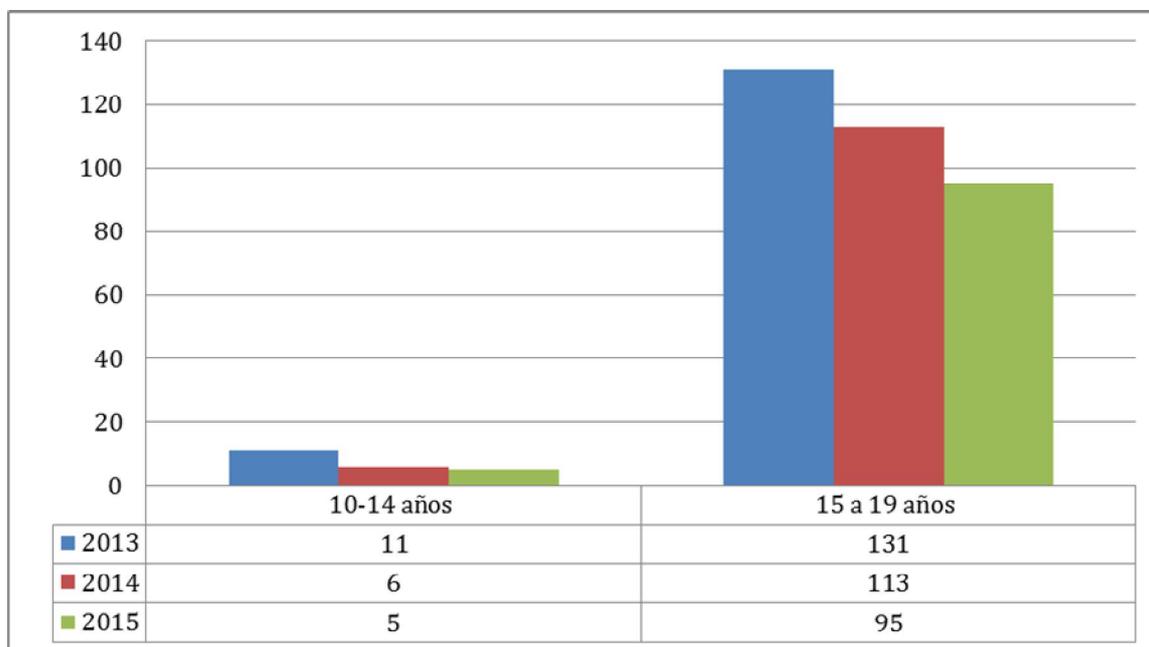
En términos generales, el período de la adolescencia se extiende entre los diez y los dieciocho años, y su comienzo está marcado por el inicio del desarrollo de las características sexuales secundarias. En el sexo femenino, el aumento de la velocidad de crecimiento ocurre en promedio entre los 10 y 12 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.

### **Evaluación Área Adolescente:**

#### **Unidad de la Mujer y Vida en Pareja:**

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 hijos.

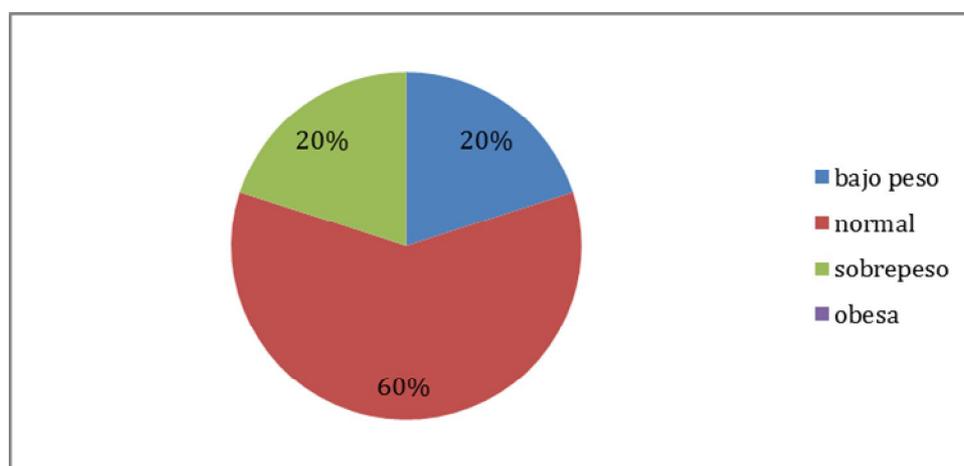
**GRÁFICO: INGRESO DE EMBARAZO ADOLESCENTE SEGÚN GRUPO ETARIO DURANTE LOS AÑOS 2013, 2014 Y 2015.**



Durante el período correspondiente a Enero - Octubre del año 2015, se han realizado 699 ingresos a control de embarazo, de los cuales 100 corresponden a menores de 20 años, lo que equivale a un 14% respecto de los ingresos totales.

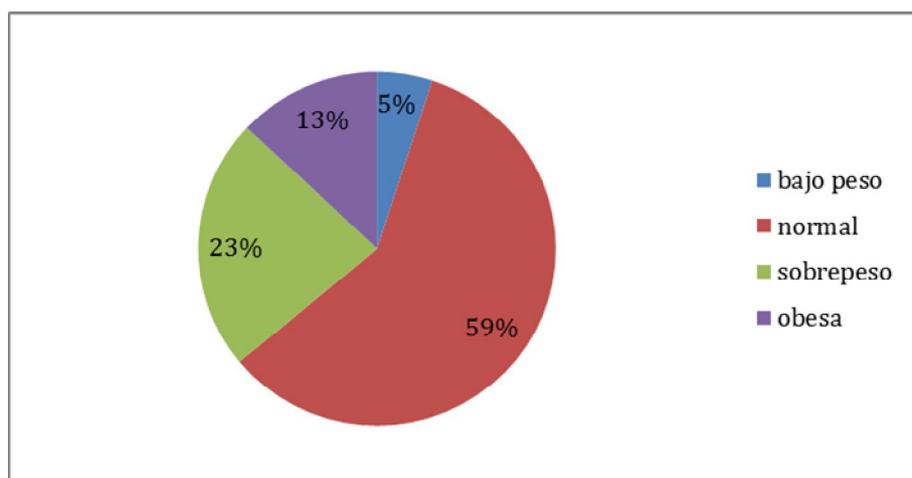
A nivel local, en el sector urbano de la comuna de Quillota nuestros registros muestran una tendencia similar a lo que sucede en el país ya que se observa una clara tendencia a disminución de embarazos en este grupo etario respecto a los años anteriores.

**GRÁFICO: ESTADO NUTRICIONAL EN GESTANTES MENORES DE 15 AÑOS**



Respecto al estado nutricional de las gestantes menores de 15 años, el mayor porcentaje se encuentra con un diagnóstico normal, alcanzando el 60% del total, resultados que son similares a los encontrados en años anteriores. No hay que perder de vista que el universo de este grupo son solo cinco pacientes que fueron ingresadas a control prenatal durante el transcurso de este año.

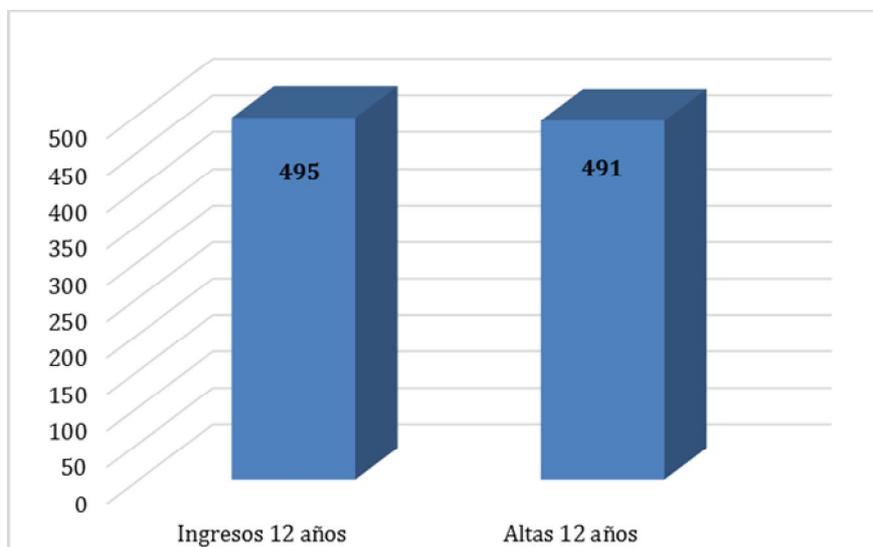
**GRÁFICO: ESTADO NUTRICIONAL EN GESTANTES DE ENTRE 15 Y 19 AÑOS.**



Este gráfico nos muestra el diagnóstico nutricional de las gestantes entre 15 y 19 años de acuerdo a los datos informados en el censo del mes de octubre del año 2015. Un 41% de las gestantes tienen diagnóstico de malnutrición, el 36% por exceso y un 5% por déficit. Por otra parte un 59% está clasificada como estado nutricional normal. Se evidencia una mejoría en mal nutrición por déficit en relación al año 2014, disminuyendo de 18% a un 5%, del año 2014.

## Área Dental Adolescente

**GRÁFICO: ALTAS ODONTOLÓGICAS V/S INGRESOS EN POBLACIÓN DE 12 AÑOS.**



En relación a la población bajo control de 12 años, al 59,7% se le ha realizado el ingreso a atención odontológica.

De acuerdo a las atenciones del período enero - septiembre 2015, se han realizado 495 ingresos a tratamiento dental en niños/as de 12 años, de los cuales 491 fueron dados de alta, lo que corresponde al 99%.

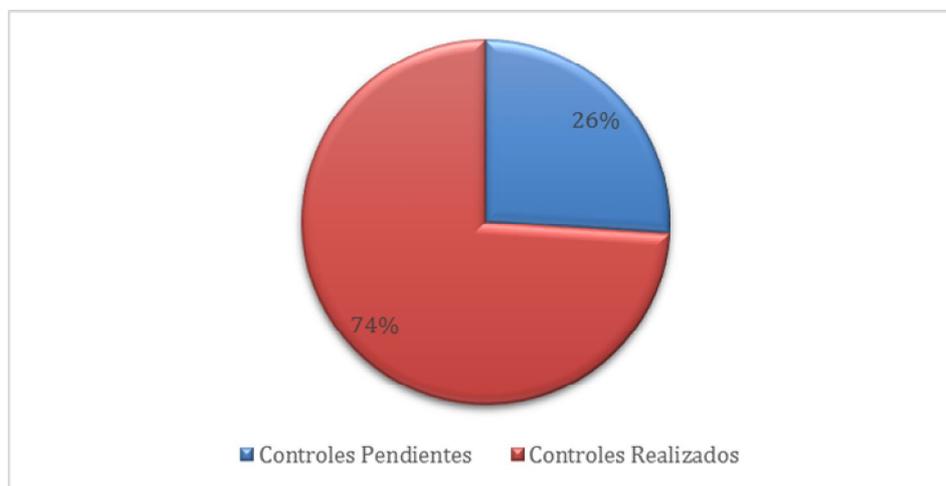
## Programa Joven Sano

La población adolescente ha sido considerada tradicionalmente como una población sana dado que presentan tasas de morbimortalidad más bajas respecto a la población en general, esto produjo por décadas una invisibilización de este grupo en las políticas de salud con ausencia de estrategias preventivas, no así las realizadas en la población infantil a través del “control niño sano”, que permitieron impactar en problemas gravitantes de salud.

En materia de atención preventiva para la población adolescente, el sistema público reconoce falencias históricas sobre todo en etapas de 10 a 14 años, desplegando refuerzos centrados solo en la población mayor de 15 años donde se crean y aplican acciones promocionales para resolver de manera oportuna las problemáticas de salud propias de la edad.

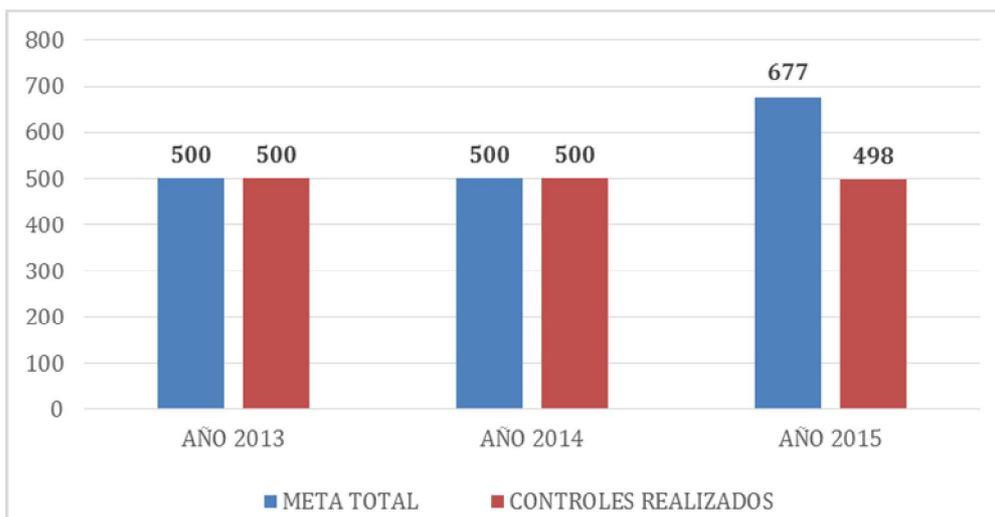
A partir del año 2011, la implementación del control de salud integral del adolescente constituyó un importante avance en la visibilización de este grupo etario, por lo que hoy en día el Programa de Salud integral Joven Sano abarca a la población adolescente de 10 a 19 años controlada principalmente en los establecimientos educacionales, buscando crear espacios amigables en los Centros de Salud y en los colegios para que los adolescentes se sientan cómodos con los equipos de salud que los intervienen, creando la confianza necesaria para pesquisar problemas de salud como embarazo adolescente o intentos suicidas.

### GRÁFICO: POBLACIÓN DE 10 A 19 AÑOS CONTROLADA DESDE ENERO A OCTUBRE AÑO 2015



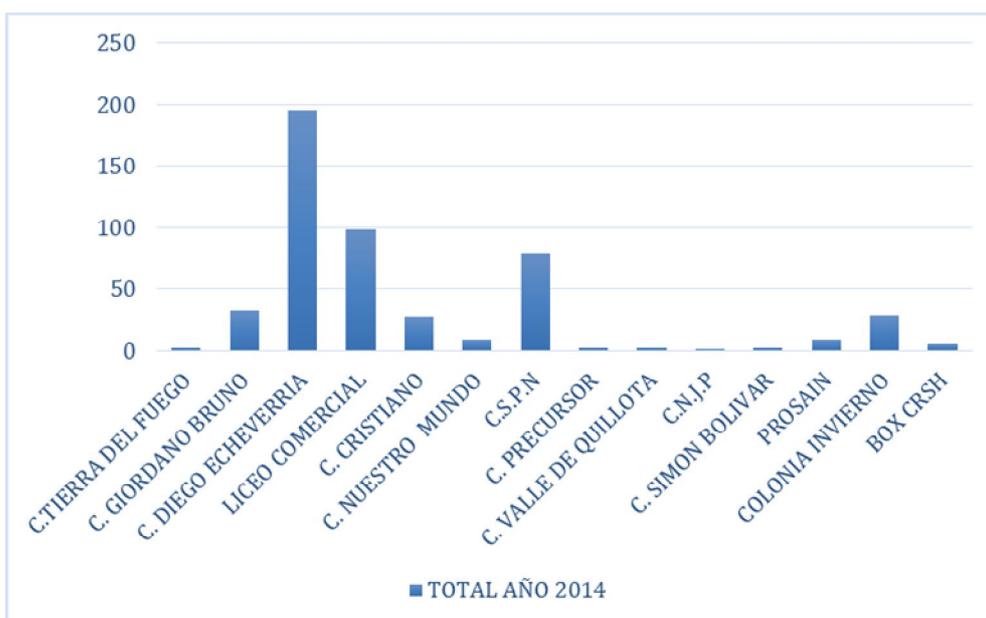
La población a evaluar por este programa para el año 2015 es de 677 adolescentes. A la fecha se han realizado 498 controles (principalmente realizados en terreno), por lo que falta completar un 26% del total de la meta en lo que resta del año.

### GRÁFICO: TOTAL DE CONTROLES EN POBLACIÓN DE 10 A 19 AÑOS DURANTE LOS AÑOS 2013 - 2015



Desde el comienzo del programa se dispuso controlar a aproximadamente el 5% de la población adolescente per capitada de la comuna de Quillota. Para este año la meta corresponde al 6%, aumentando la exigencia en 177 controles. Para lograr este objetivo están pendientes 179 controles que deberán ser realizados en lo que queda del año.

### GRÁFICO: DISTRIBUCIÓN DEL TOTAL DE CONTROLES REALIZADOS DURANTE EL AÑO 2015

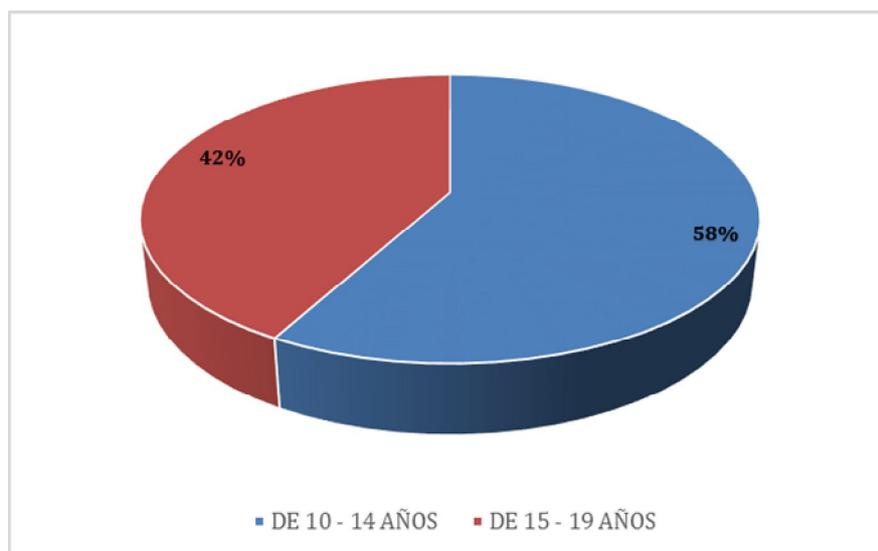


Los controles de salud joven sano se han desarrollado a lo largo del presente año en diferentes establecimientos educacionales, los que han sido intervenidos también por el programa escolar. Cabe destacar que desde el año 2014 se firmó un acuerdo con el Liceo Comercial de Quillota para la intervención integral de los adolescentes en el establecimiento educacional, donde un equipo multidisciplinario asiste para controlarlos durante todo el año, controles que a la fecha se siguen manteniendo.

El gráfico muestra un número importante de controles realizados en el colegio Diego Echeverría, por la gran cantidad de matriculados que mantienen una muy buena asistencia, controlando a los adolescentes que cursan primero medio. Por otro lado, los controles más bajos se han realizado en colegios donde solo se pesquisarón adolescentes de 10 a 14 años matriculados en cuarto básico.

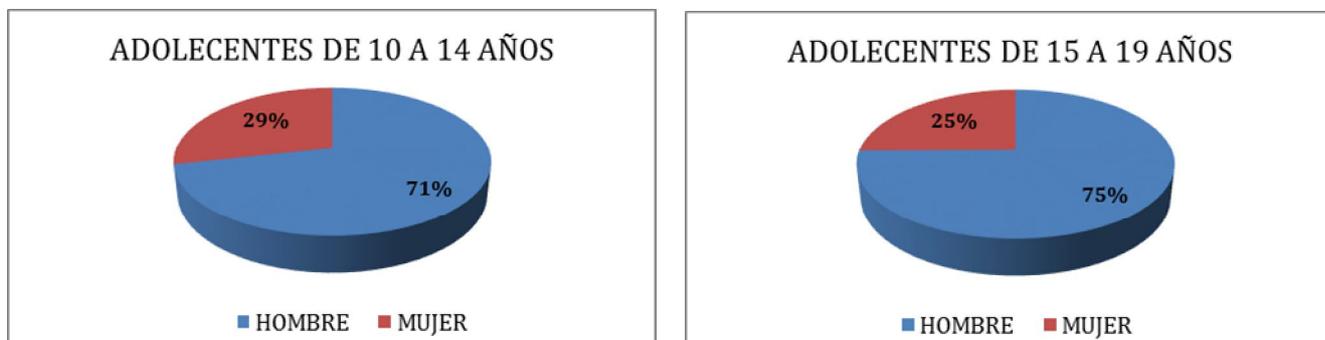
Se han controlado también adolescentes fuera de los establecimientos educacionales derivados internamente y un mínimo porcentaje se ha realizado en box.

#### **GRÁFICO: TOTAL DE CONTROLES REALIZADOS DURANTE EL AÑO 2015 EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE SEGÚN RANGOS ETARIOS**



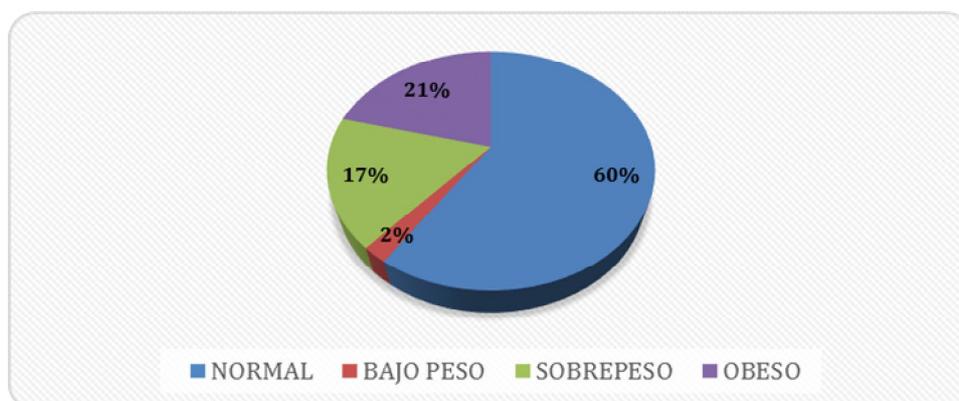
Según los controles realizados a la fecha se mantiene la tendencia de los años anteriores, donde se controla a la población escolar de 10 a 14 años más que a la de 15 a 19 años, debido a que muchos jóvenes al estar cursando cuarto básico ya cuentan con más de 10 años de edad por lo que son pesquisados durante los controles escolares en los distintos establecimientos educacionales.

**GRÁFICO: CONTROL DE SALUD JOVEN SANO SEGÚN GÉNERO, REALIZADOS DURANTE ENERO A OCTUBRE AÑO 2015**



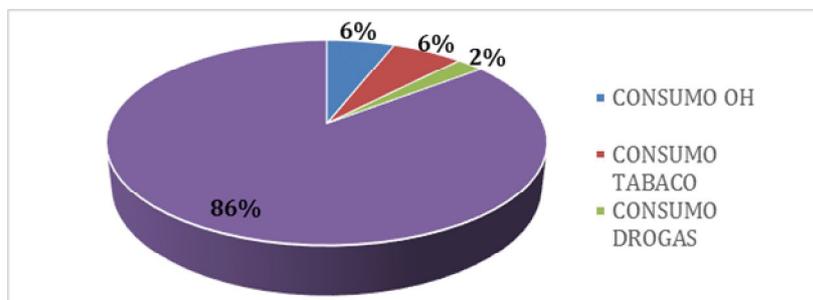
De acuerdo a las cifras entregadas anteriormente, se puede evidenciar que se han realizado más controles a la población adolescente del género masculino, situación que se repite de años anteriores, por realizar los controles adolescentes en un establecimiento educacional de varones con un gran porcentaje de matrícula, lo que genera esta distribución.

**GRÁFICO: DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL PESQUISADOS EN CONTROLES JOVEN SANO REALIZADOS DURANTE EL AÑO 2015**



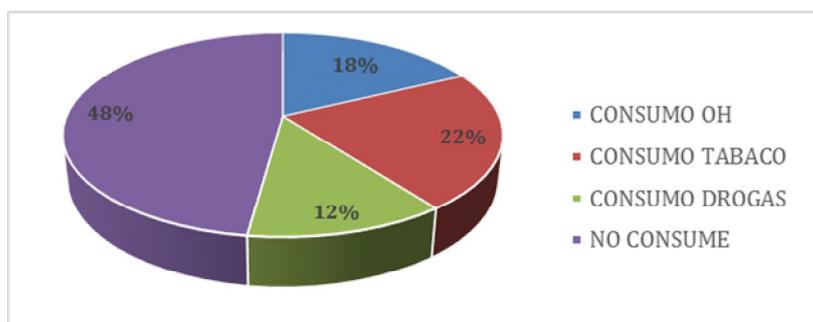
El gráfico muestra que un 38% de la población adolescente controlada presenta malnutrición por exceso, problema de salud que mantiene un alto nivel de prioridad para la creación de estrategias públicas que prevengan esta condición y que promuevan estilos de vida saludable. Cabe destacar que una de las razones por las que se evalúa anualmente un establecimiento educacional en específico, es porque presenta los índices más altos de malnutrición por exceso de la comuna y donde el colegio trabaja en conjunto para disminuir estos porcentajes.

**GRÁFICO: CONSUMO DE SUSTANCIAS PERJUDICIALES (LÍCITAS E ILÍCITAS) REFERIDAS POR LOS ADOLESCENTES DE 10 A 14 AÑOS EN LOS CONTROLES REALIZADOS DURANTE EL AÑO 2015.**



El consumo de alcohol, tabaco y drogas como la marihuana, han ido en aumento en grupos etarios menores de 15 años, por lo que se ha intentado controlar a la población adolescente en niveles educacionales más bajos. Los adolescentes han referido consumir o por lo menos probar con grupos de amigos algunas de estas drogas y en varios casos mantienen más de un consumo. El 14% que corresponde a este número de adolescentes pesquisados, se les entregó educación sobre el tema y fueron derivados oportunamente al programa Montun, aunque algunos se encontraban en tratamiento de desintoxicación en Posain.

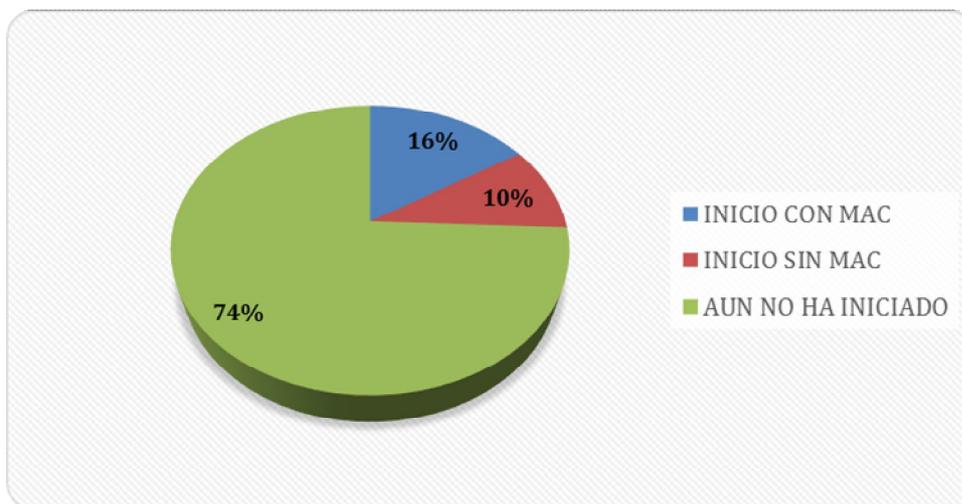
**GRÁFICO: CONSUMO DE SUSTANCIAS PERJUDICIALES (LÍCITAS E ILÍCITAS) REFERIDAS POR LOS ADOLESCENTES DE 15 A 19 AÑOS EN LOS CONTROLES REALIZADOS DURANTE EL AÑO 2015.**



De la población total de adolescentes controlados de 15 a 19 años, el 52% refiere consumir tabaco, alcohol y drogas, especialmente la marihuana. En varios de los casos pesquisados son consumos múltiples y la principal causa de inicio es desde el grupo de pares. A todos se les entregó educación sobre el tema y fueron derivados oportunamente al programa Montun, aunque uno de los establecimientos educacionales ya se encontraba intervenido por este programa o los adolescentes se encontraban en tratamiento de desintoxicación en Posain.

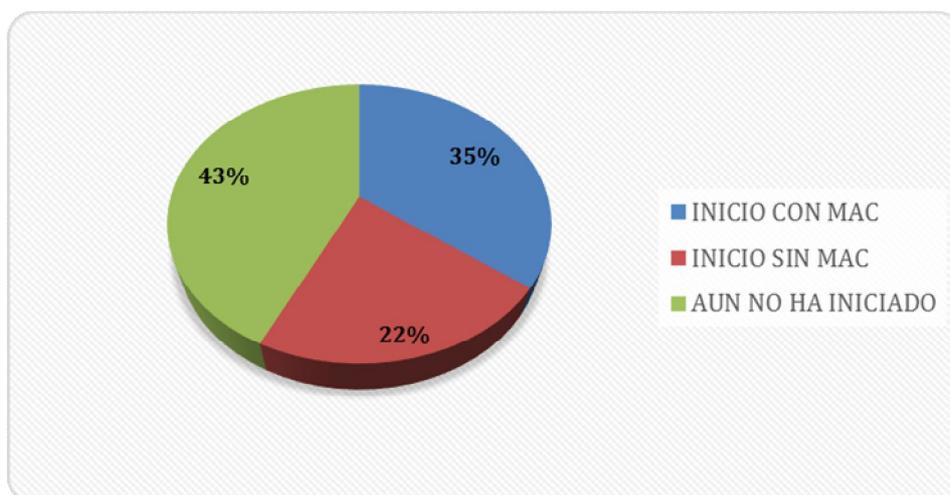
Como centro de salud enfocado en la prevención y promoción es nuestra labor reaccionar ante estas cifras y realizar diferentes actividades para disminuir los riesgos asociados a estas adicciones.

**GRÁFICO: COMIENZO DE VIDA SEXUAL REFERIDA EN POBLACIÓN DE 10 A 14 AÑOS CONTROLADA DURANTE EL AÑO 2015**



En los últimos años, estudios a nivel nacional, muestran que ha aumentado el número de embarazos adolescentes en grupos etarios más tempranos. De igual manera las enfermedades e infecciones de transmisión sexual han experimentado un aumento, por lo que la educación, prevención y promoción de conductas sexuales seguras es fundamental. De la población adolescente controlada a la fecha se aprecia que el 26% de la población de adolescentes de 10 a 14 años ha comenzado su actividad sexual, pero el 10% de ésta mantiene relaciones sexuales poco seguras. La intervención principal de estos adolescentes se realizó en un establecimiento educacional de varones, por lo que la gran parte de los adolescentes controlados eran hombres que iniciaron su actividad sexual sin preservativo o presentaban desconocimiento en cuanto a la correcta colocación de éstos.

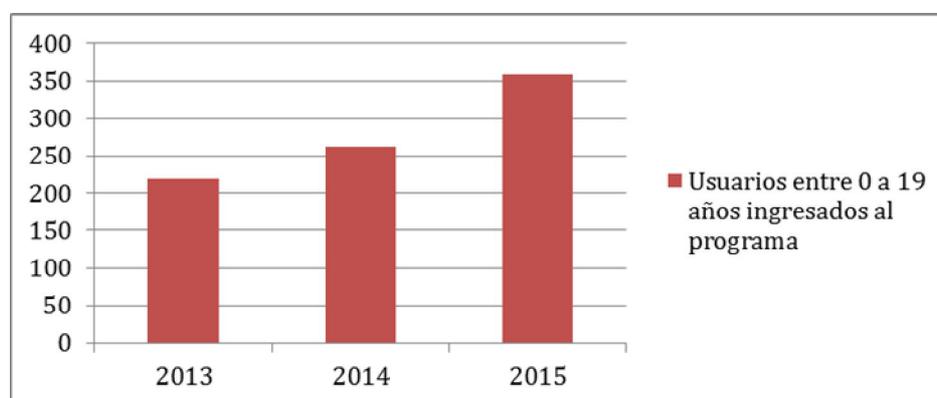
**GRÁFICO: COMIENZO DE VIDA SEXUAL REFERIDA EN POBLACIÓN DE 15 A 19 AÑOS CONTROLADA DURANTE EL AÑO 2015**



En la población de adolescentes de 15 a 19 años el escenario es distinto, el 57% de los adolescentes refieren haber iniciado su actividad sexual pero solo el 35% de éstos mantiene controles periódicos y utiliza métodos anticonceptivos ya sean inyectables, orales o de barrera. El 22% mantiene relaciones sexuales poco seguras donde aumenta el riesgo de embarazo adolescente y de ITS por múltiples parejas. Un alto porcentaje de adolescentes cree tener un conocimiento básico sobre el tema o erróneo, por lo que las intervenciones en educación y consejerías ayudarían a disminuir considerablemente estas brechas.

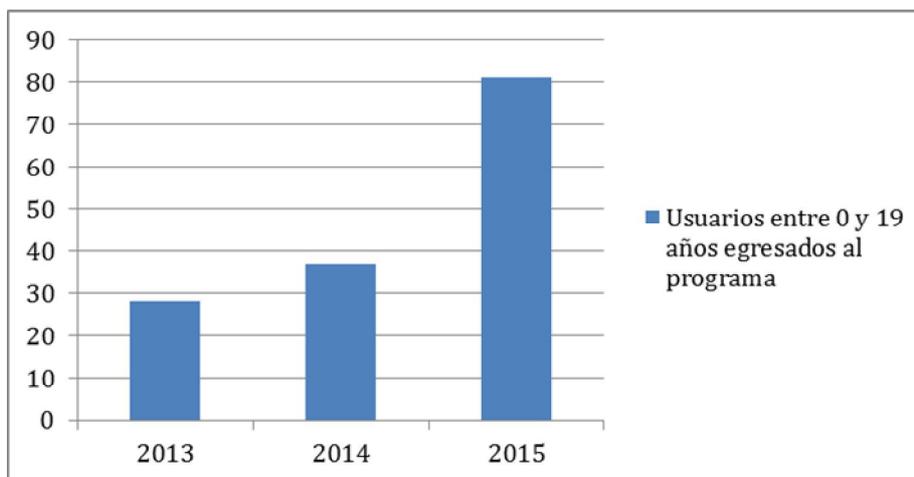
## Área Salud Mental

**GRAFICO: USUARIOS INGRESADOS AL PROGRAMA  
ÁREA INFANTO JUVENIL.**



Como se desprende del gráfico, el área infanto-juvenil, ha venido aumentando en el número de usuarios que hace ingreso al programa. En el 2013 el número de ingresos fue de 219 usuarios, en el 2014 fueron 263 y ya en el 2015 van 359. De la información anterior es posible inferir que la población está haciendo cada vez más demanda de las prestaciones de salud mental, ya sea porque hay una mayor preocupación por parte de las familias entorno al bienestar de sus hijos o por el aumento de las coordinaciones y trabajo con la red local existente, sobre todo con la red educacional que ha aumentado el número de derivaciones a los sistemas de salud. Por otra parte este fenómeno puede dar respuesta al mayor ordenamiento técnico-administrativo de la unidad, ya que desde el 2015 la unidad cuenta con recurso medico propio para el área infanto-juvenil lo que ha servido para dar mayor respuesta a las necesidades antes señaladas.

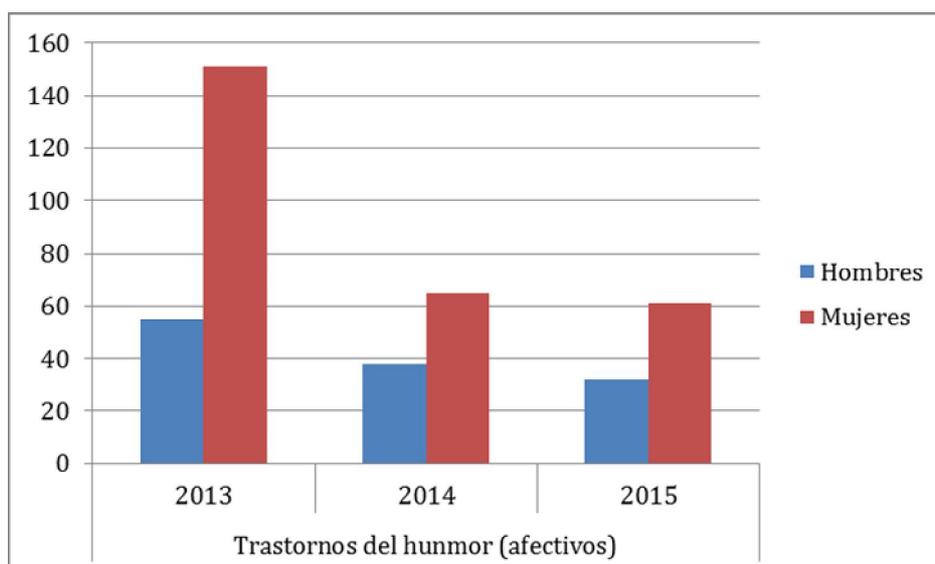
### GRÁFICO: USUARIOS EGRESADOS DEL PROGRAMA ÁREA INFANTO JUVENIL.



De la misma manera que el primer gráfico, la proyección que muestra esta figura nos indica una tendencia al alza en la entrega de altas terapéuticas por parte del programa. Si en el año 2013 las altas entre enero y septiembre fueron 28, en el año 2014 eran 37 las mismas, ya en el 2015 éstas fueron 81. Se podría inferir que la mayor capacidad de RRHH de la unidad en su área infanto-juvenil y un mejor manejo de este recurso permitiría aumentar la capacidad de resolutivez de las demandas presentadas por la población.

### PATOLOGÍAS DE SALUD MENTAL BAJO CONTROL CON MAYORES DEMANDAS EN ÁREA INFANTO JUVENIL.

#### GRÁFICO: TRASTORNO DEL HUMOR EN ADOLESCENTES, SEGÚN SEXO.



Como se observa en el gráfico uno de los cuadros patológicos con alto número de demanda poblacional son los trastornos de humor (afectivos); en este conjunto encontramos los cuadros depresivos y trastornos bipolares.

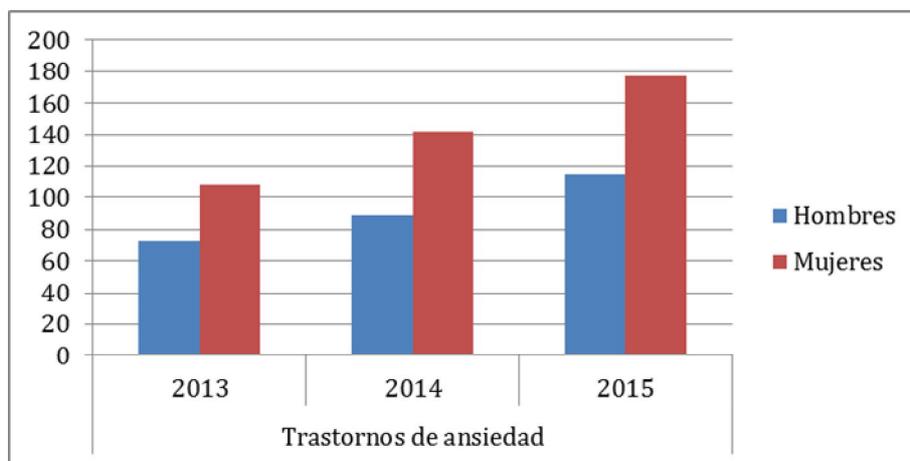
En el año 2013 la demanda bajo control alcanzó a 211 usuarios (55 hombres y 151 mujeres), en el año 2014 ésta fue de 104 usuarios (38 hombres y 65 mujeres), mientras que en el 2015 solo llegaron a 93 usuarios (32 hombres y 61 mujeres). Este descenso en la población bajo control en los trastornos del humor pudiese deberse por un lado a una menor detección y problematización por parte de los familiares de los síntomas asociados a este tipo de cuadros, que por lo demás se manifiestan de diferente forma que en la población adulta.

Ahora, estos datos difieren de los antecedentes generales por demanda de salud mental, que como se analizó en el gráfico 1, que según éste iría en alza en los últimos años.

Otro fenómeno que podría dar explicación a esta baja podría ser una mayor rigurosidad médica y psicológica a la hora de entregar y confirmar este tipo de diagnósticos.

Respecto de la prevalencia por sexo los datos mantienen la tendencia nacional (7,6 hombres y 21,7 en mujeres; fuente ENS 2011), siendo las mujeres las que mayoritariamente cuentan con éste tipo de diagnóstico.

#### GRÁFICO: TRASTORNO DE ANSIEDAD EN ADOLESCENTES, SEGÚN SEXO.

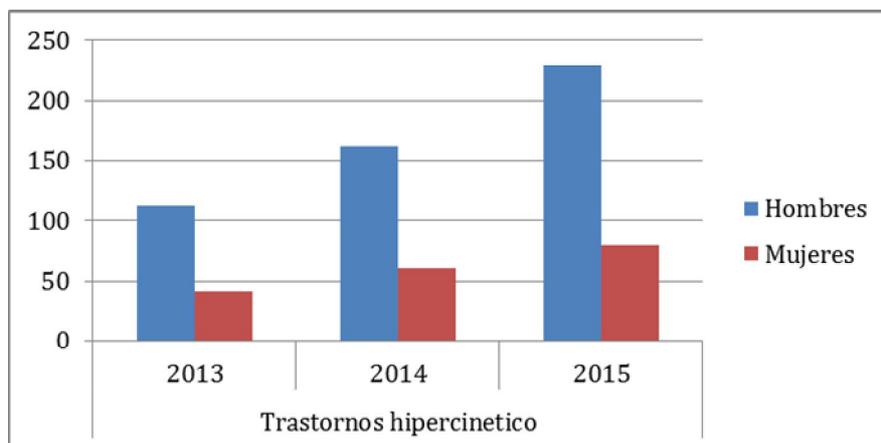


Los datos de la figura difieren significativamente del gráfico anterior. Es en los trastornos de ansiedad donde ha existido un alza continua durante los últimos años. Si en el 2013 el número de usuarios bajo control era de 180 (72 hombres y 108 mujeres) ya en el 2015 la cifra es de 292 (115 hombres y 177 mujeres) lo que señala un aumento del 162% de demanda. Nuevamente la mayor demanda la realizan las mujeres en los últimos 3 años.

El aumento de los trastornos de ansiedad presentan diversas explicaciones, pero una de las más validadas tiene relación con los actuales ritmos de vida; altos niveles de estrés, competitividad, individualismos, agresiones, etc. que hacen desarrollar cuadros agudos de tensión y angustia, por ejemplo en el mundo escolar, donde las exigencias de los establecimientos educacionales por obtener

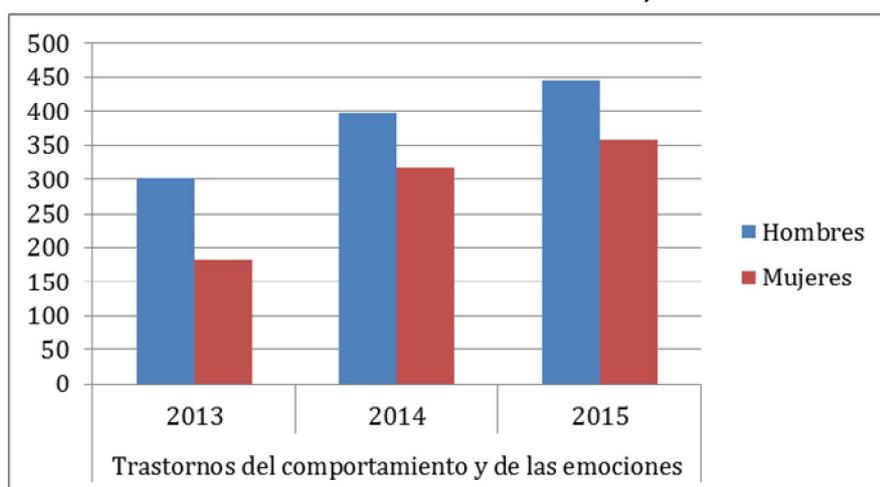
mejores rendimientos han producido una merma en la salud mental de los niños y niñas, exigencias que muchas veces también viene alimentada desde los sistema de crianza familiar.

**GRÁFICO: TRASTORNOS HIPERCINETICOS EN ADOLESCENTES, SEGÚN SEXO.**



Por su parte, los trastornos hiperkinéticos, asociados al déficit atencional y la hiperactividad, también es una patología que viene al alza en los últimos 3 años, llegando el 2015 a presentar un total de 308 usuarios bajo control., de los cuales 229 son hombres y 79 mujeres. Este tipo de cuadros afecta muchos más a los niños que a las niñas ya sean por sus características psicobiológicas como a patrones socioculturales asociados al género masculino (más activos y bruscos que las niñas). Por otra parte este aumento significativo de demanda podría estar asociado a una mayor detección del fenómeno o por el contrario a un sobre diagnóstico del mismo, discusión aun no zanjada en los estudios.

**GRÁFICO: TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO Y DE LAS EMOCIONES EN ADOLESCENTES, SEGÚN SEXO.**



La información entregada en la figura da cuenta del trastorno con mayor prevalencia en la población infanto-juvenil en nuestro programa. Los trastornos del comportamiento y de las emociones representan una amplia gama de síntomas y alteraciones que de alguna manera afectan el normal desarrollo de los niños, niñas y adolescentes. El gran número de cambios biopsicosociales por los que se atraviesan en esta etapa del ciclo vital hacen que la demanda sea muy significativa y alta. En el 2013 la demanda bajo control fue de 485 casos, en el 2014 de 715 y en el 2015 es de 802, lo que señala un alza en los últimos 3 años del 165%, siendo los hombres los que generan la mayor demanda de atención.

### **Programa Ambulatorio Básico “MONTUN” GES 53**

El Programa Montún, que en Mapudungun significa “liberarse hoy”, es un programa ambulatorio básico comunal, de tratamiento de alcohol y otras drogas para niños, niñas y adolescentes menores de 20 años; el cual se encuentra cubierto por las Garantías Explícitas en Salud (GES 53). Montún, forma parte del programa de salud mental del Centro de Salud Cardenal Raúl Silva Henríquez de la comuna de Quillota.

El programa está pensado como un plan ambulatorio básico, indicado para adolescentes que presentan un consumo problemático de riesgo moderado, sin una enfermedad mental severa, y un compromiso biopsicosocial moderado, que desempeñan una actividad educacional parcial o total y cuentan con red de apoyo familiar (MINSAL, 2007). Los jóvenes y sus familias asisten al programa de 2 a 3 veces por semana, con una duración de 1 a 2 horas cada atención (MINSAL, 2007).

Respecto al proceso de tratamiento, éste ha sufrido modificaciones: de acuerdo a Guía Clínica 2007 el tratamiento tenía una duración de seis meses, sin embargo, a partir de 2014 puede ser de 3 meses, o extenderse a seis meses en el caso que se requiera mayor tiempo para el cumplimiento de los objetivos del plan de tratamiento individual. En relación a la etapa de seguimiento, tiene una duración de 12 meses.

El programa está diseñado para dar una respuesta integral (modelo bio-psico-social) con perspectiva evolutiva, considerando las características propias de la etapa de desarrollo que vivencian los usuarios; colocando especial atención al fomento de la resiliencia, recursos y habilidades de los/as jóvenes. Montún, además, está enmarcado dentro del modelo de salud familiar, ya que la familia y/o adulto responsable cumple un rol esencial en el apoyo y acompañamiento durante todo el proceso terapéutico.

### Metas en Planes de Tratamiento 2015.

Las metas exigidas desde el Servicio de Salud Viña del Mar Quillota para el Programa Ambulatorio “Montún” para el año 2014, fueron 96 planes de tratamiento y 20 planes de seguimiento anuales (Servicio de Salud, 2012); es decir, 8 planes de tratamiento y 2 planes (aproximado) de seguimiento al mes. Según información del Servicio (2015), para este año, no se ha exigido un número de casos determinado en atención, sin embargo, hemos tomamos las metas del 2014 como un punto de referencia.

#### Planes 2014

	Tratamiento	Seguimiento
ENERO	10	3
FEBRERO	9	4
MARZO	9	3
ABRIL	8	4
MAYO	7	4
JUNIO	8	4
JULIO	9	4
AGOSTO	12	4
SEPT	15	4

#### Planes 2015

	Tratamiento	Refuerzo	Seguimiento
ENERO	6	3	6
FEBRERO	6	3	5
MARZO	8	2	4
ABRIL	5	5	4
MAYO	5	6	5
JUNIO	6	5	6
JULIO	6	4	6
AGOSTO	7	4	7
SEPT	7	2	7

Según se desprende de la tabla y tomando como referencia las metas del año 2014, se puede afirmar que de enero a septiembre del 2015 se han cumplido las metas exigidas para tratamiento y seguimiento, siendo el promedio de tratamiento 12,2 es decir más de 10 usuarios en tratamiento por mes. Respecto del seguimiento el promedio es de 5,5, es decir, más de 5 usuarios en seguimiento mensual.

Es importante señalar, que al hablar de 18 usuarios en total (promedio tratamiento y seguimiento), estamos diciendo que 18 familias (incluyendo papás, mamás, abuelos, tíos, etc.) se han beneficiado del tratamiento; también se han incorporado profesores, orientadores, cuidadores, pololas y todo aquel significativo para el joven que nos aporte información y apoyo al proceso terapéutico. Si consideramos que la atención se otorga una a dos veces por semana, por usuario y familia o adulto significativo, podremos entender la complejidad del tratamiento y en términos cuantitativos notaremos que se atienden mucho más que 18 usuarios por mes.

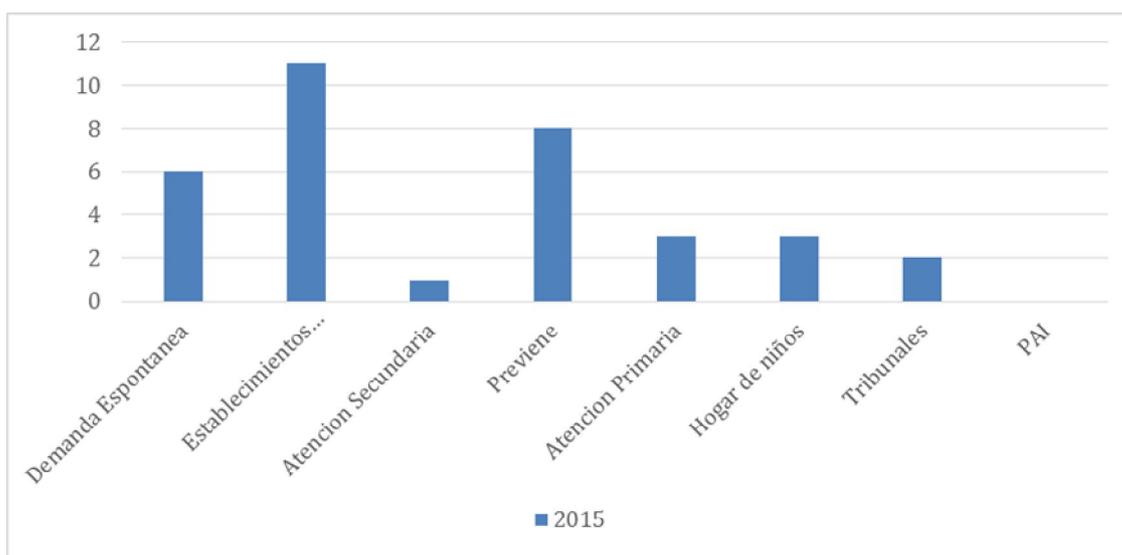
## Usuarios Según Vías de Ingreso 2015.

La mayoría de los usuarios llega al programa en forma de demanda espontánea, derivados desde los centros de salud, hospital, red comunal etc. y un porcentaje menor acude desde los tribunales de familia y garantía en forma coaccionada.

Para ingresar al programa se debe solicitar una hora en INGRESO MONTUN ya sea en forma personal o a través de un familiar o un profesional de otro dispositivo, comunicándose directamente al teléfono del programa o acudiendo a la casa de programas de tratamiento del DESAM (Freire 1211, Quillota).

La primera y segunda entrevista de evaluación de Ingreso es realizada por una dupla psicosocial, posteriormente se realiza evaluación con médico del Programa.

**GRÁFICO: USUARIOS SEGÚN VÍAS DE INGRESO**



Según se desprende en el grafico el número mayoritario de ingresos al programa vienen de la red educacional por lo que se pudiese inferir que ha existido una fuerte entrada y trabajo de promoción importante del programa, siendo una fuente de referencia de los establecimientos para los alumnos con consumo problemático de drogas. Así también previene asoma como otra vía de derivación, demostrando una articulación fluida y potente entre las áreas de salud, educacional y social del municipio de Quillota.

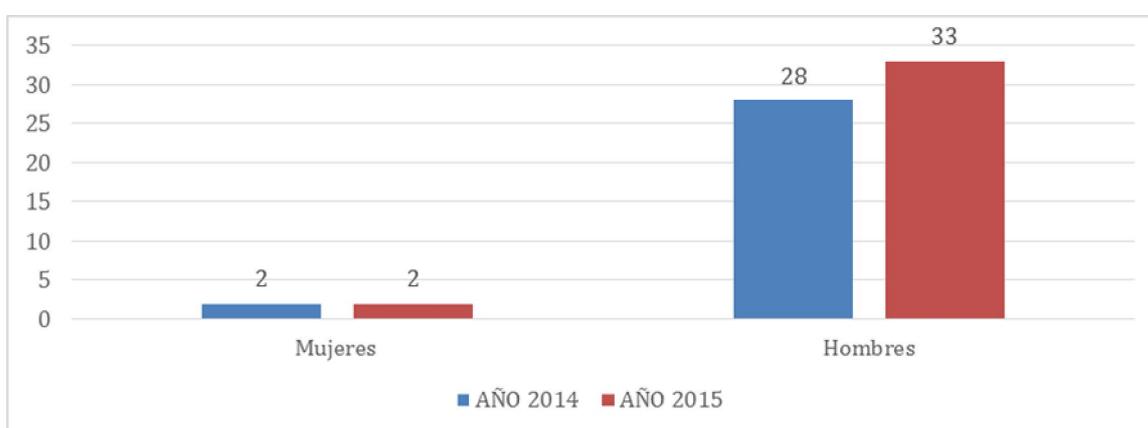
### Usuarios Según Género 2015

A la fecha del año 2015 se atendió un total de 35 usuarios, de los cuales 33 eran hombres y 2 mujeres, aumentando en 5 usuarios comparado con el año 2014. Lo anterior habla de un crecimiento, pero que en líneas generales mantiene su capacidad de atención.

Cabe señalar que del año 2014 continuaron su tratamiento 22 usuarios.

El alto porcentaje de usuarios hombres es coherente con la información nacional de centros de tratamientos y con las investigaciones de género, que señalan que los hombres en su construcción de masculinidad, presentan mayor riesgo frente al consumo de drogas (Farapi, 2009)

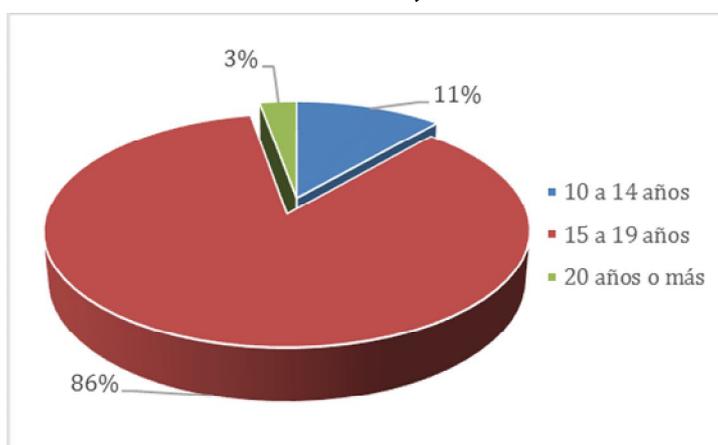
**GRÁFICO: USUARIOS EN CONTROL, SEGÚN SEXO**



### Usuarios Según Promedio de Edad 2015

El promedio de edad de los jóvenes atendidos durante el primer semestre del 2015 es de 16 años; siendo el usuario más joven de 14 años y el mayor de 20 años. Promedio similar al del año 2014. De esta forma el programa logra abarcar y llegar a toda la población objetivo (jóvenes y adolescentes) para el que está destinado.

**GRÁFICO: USUARIOS EN CONTROL, SEGÚN PROMEDIO DE EDAD**



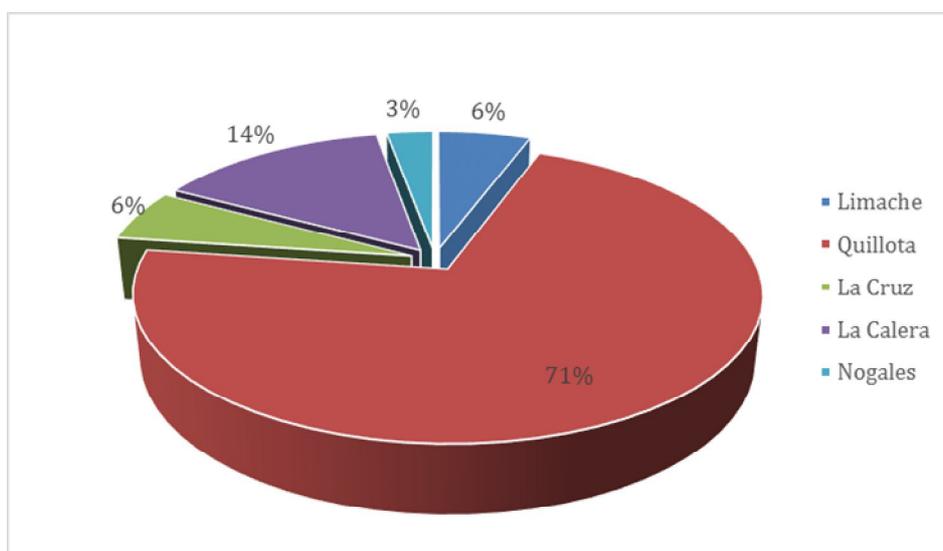
## Usuarios Según Comuna 2015

Hay que considerar que de acuerdo a lo señalado por el Servicio de Salud a partir de abril del 2015 se atenderán usuarios exclusivamente inscritos en Centros de Salud de la comuna de Quillota. Sin embargo, para resguardar el ámbito del proceso terapéutico de los usuarios, se completará el tratamiento de aquellos jóvenes de otras comunas que ingresaron el 2014.

En relación al siguiente gráfico, de los 35 jóvenes del programa atendidos durante el presente año, 25 mantenían residencia en la comuna de Quillota; 5 en la comuna de La Calera, 2 en la comuna de Limache (Inscritos en Centro de Salud Silva Henríquez); 1 en la comuna de Nogales (Inscritos en Centro de Salud Silva Henríquez) y 2 en la comuna de la Cruz.

De la misma forma que el 2014, la mayoría de los usuarios tenían residencia en la comuna de Quillota (70%), demostrando la importancia de contar con éste tipo de dispositivos para los jóvenes de la comuna y que entregue respuestas a sus necesidades de tratamiento versus otros jóvenes de otras comunas que necesitan trasladarse para poder contar con acceso a un programa con estas características.

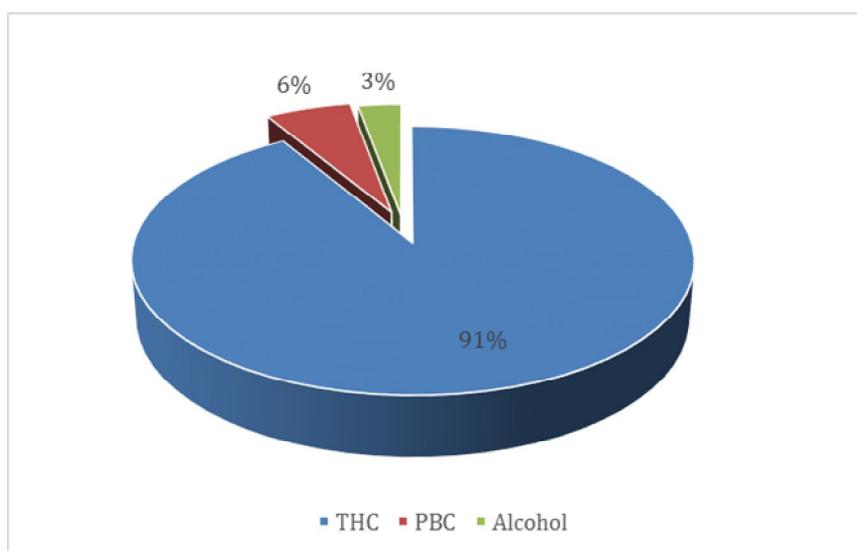
### GRÁFICO: USUARIOS EN CONTROL, SEGÚN COMUNA DE RESIDENCIA



### Usuarios Según Droga Principal 2015.

De acuerdo al gráfico, durante el año 2015 seguimos observando una prevalencia importante de demanda de atención por consumo de marihuana (91%), siguiendo la tendencia de del 2014 (97%) y el 2013 (cerca al 90%). Así otras drogas como la pasta base de cocaína y el alcohol sigue presentando demandas de tratamiento muy bajas. De lo anterior se pueden inferir diversas cosas; en primer lugar que existe un alto consumo de marihuana en la población adolescente, segundo, que desde los jóvenes o sus familiares se sigue problematizando el consumo de marihuana, por lo tanto aún no hay espacio social amplio para la permisividad, y tercero, que al comparar estadísticas de población adulta en tratamiento, en donde el mayor porcentaje de éstos es de pasta base de cocaína, se podría inferir que el consumo de marihuana estaría siendo una droga puente para sustancias potencialmente más dañinas y adictivas para estos jóvenes. De esta forma vuelve a tomar relevancia este tipo de programas ya que podría estar frenando el avance de potenciales consumidores problemas en la etapa adulta.

**GRÁFICO: USUARIOS EN CONTROL, SEGÚN CONSUMO DE DROGA PRINCIPAL**

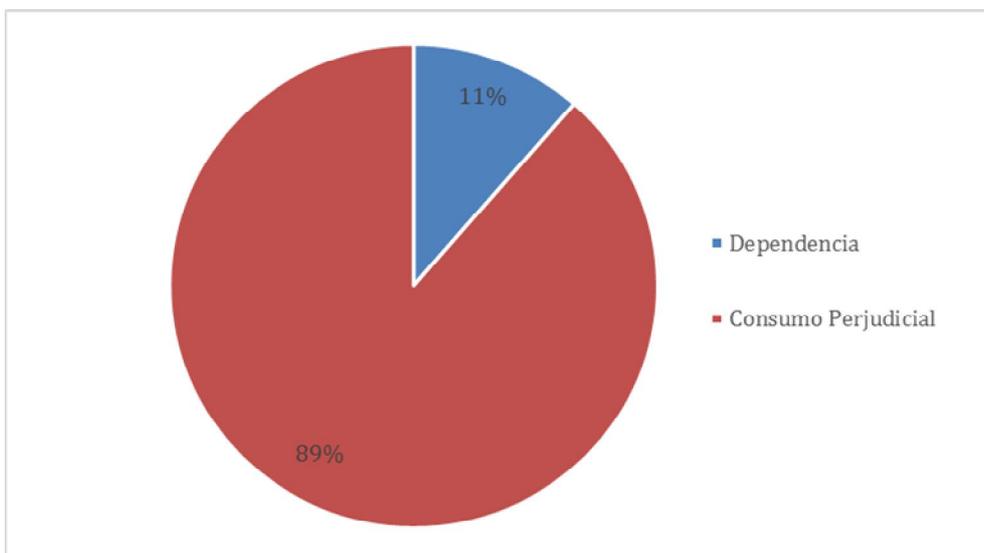


### Usuarios Según Diagnóstico de Consumo (CIE-10).

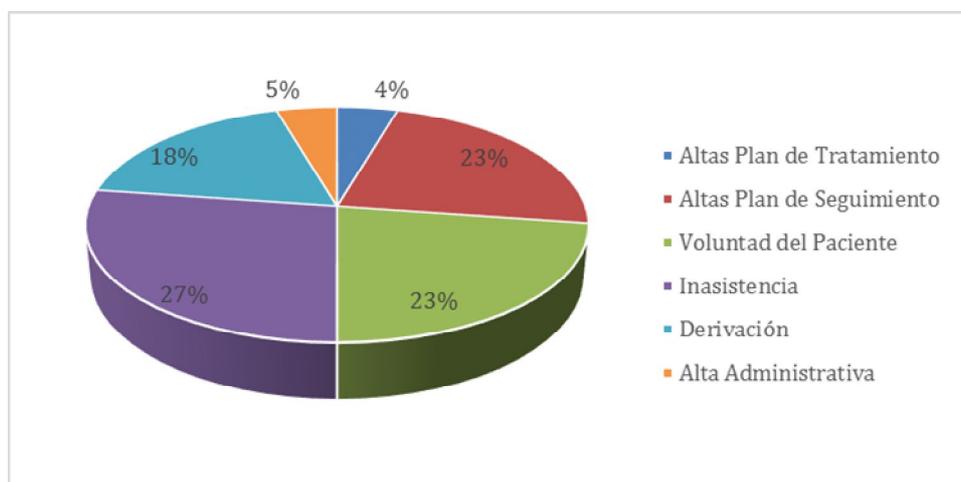
Durante el año 2014 el 97% de los diagnósticos entregados correspondieron a consumo perjudicial y solo un 3% a dependencia, mientras tanto para el presente año la cifra de perjudiciales disminuyó en 8 puntos porcentuales, trasladándose estos a diagnósticos de dependencias a un 11%. Las cifras anteriores son potencialmente de alertas por complejo de generar dependencias a sustancias a tan pronta edad.

En el 2015, existen 4 usuarios que presentan diagnóstico de dependencia, entre ellos, 2 a la marihuana y 2 a la pasta base; los 31 usuarios restantes, presentan consumo perjudicial a la marihuana. Cabe destacar en los últimos años un aumento progresivo de jóvenes con dependencia a la marihuana. Esta información refrenda El Décimo Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar llevado a cabo el 2013, que señala que la percepción de riesgo de los jóvenes con respecto a esta sustancia disminuye, es decir, no se la considera una droga capaz de producir dependencia y daño biopsicosocial; por cuanto el consumo en población escolar se ha disparado pasando del 19,6% el 2011 al 30,6% el 2013 (SENDA, 2014)

**GRÁFICO: USUARIOS EN CONTROL, SEGÚN DIAGNÓSTICO DE CONSUMO**



## GRÁFICO: EGRESOS TERAPÉUTICOS SEGÚN CAUSALES 2015



De acuerdo al gráfico, durante el presente año se han dado un total de 7 altas terapéuticas, cifra que se encuentra dentro del promedio nacional de los centros de tratamiento para adultos (SENDA, 2014), sin embargo, creemos que aun cuando, no tenemos estimaciones nacionales en adolescentes, el tratamiento en este grupo etario es más complejo que con adultos, ya que en su gran mayoría éstos vienen coaccionados formal o informalmente. Además, se debe considerar que el tratamiento es llevado a cabo por una dupla psicosocial, solo a partir de junio se suma un médico, se carece de un equipo interdisciplinario (psicólogo, trabajador social, técnico en rehabilitación, terapeuta ocupacional, talleristas) como en la gran mayoría de los dispositivos públicos; por cuanto, el resultado es más meritorio.

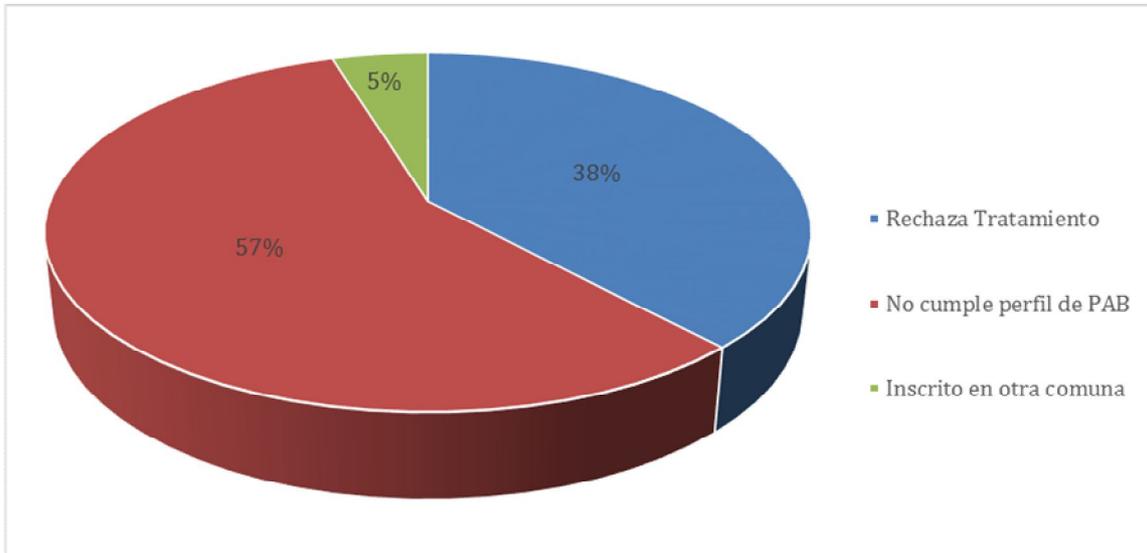
### Actividades Terapéuticas y Preventivas.

Durante el 2015 se han realizado 49 intervenciones preventivas, dirigidas a jóvenes y/o a quienes no presentan consumos de sustancias, según datos recogidos en entrevista de evaluación y en algunos casos tras aplicación de screening de drogas. Con ellos se realiza trabajo de educación y consejería familiar.

Respecto a las Intervenciones Terapéuticas, en esta primera etapa se han realizado 64 sesiones de Evaluación de Ingreso, a jóvenes entre 13 – 19 años, 6 mujeres y 26 hombres, de ellos han ingresado al programa 13 usuarios. Cabe señalar que antes de oficializar el ingreso al programa la dupla psicosocial realiza de dos a tres sesiones terapéuticas con el usuario y su familia, con el objetivo de contar con la información suficiente que permita realizar un diagnóstico de consumo más certero, así como generar un vínculo y trabajar la disposición al cambio (motivación): variables claves y determinantes en el éxito del proceso terapéutico.

Entre las principales causales por las cuales no ingresaron los otros casos son las siguientes:

**GRÁFICO: MOTIVOS DE NO INGRESO AL PROGRAMA**



## Planificación Primer Semestre.

### AREA EDUCACIONAL

ACTIVIDAD	FECHA	PRODUCTOS	CUMPLIMIENTO
<b>Promoción y difusión del Programa Montún y de temáticas de drogodependencia.</b>	Abril - Octubre	Todos los establecimientos educacionales municipales de la comuna de Quillota fueron informados a través de folletería y material educativo en temáticas de prevención de consumos y promoción de desarrollo saludable.  Se informa además del programa incluyendo actuales modificaciones.	Cumplido
<b>Taller Educativo para Profesores.</b>	Febrero 2015.	Se realizaron 2 talleres educativos a profesores del Liceo Comercial Fiscal de Quillota. Sobre temáticas de Adolescencia y pesquisa de consumos de sustancias.  Iniciativas que se enmarcan dentro del Proyecto Liceo.	Cumplido
<b>Atenciones breves y consejerías en establecimiento educacional de la comuna de Quillota.</b>	Marzo a Mayo	En establecimientos de la comuna de Quillota, Liceo Comercial Fiscal tiene intervenciones breves y consejerías con alumnos de educación media priorizados por el equipo docente y psicosocial en marco Proyecto Liceo.  La intervención se lleva a cabo todos los martes en jornada de tarde.	Cumplido
<b>2 Charlas Preventivas de Drogas a alumnos de educación media.</b>	Abril -Mayo	En Liceo Comercial Fiscal C – 27, se realizan dos charlas educativas en temáticas de prevención de drogas en adolescentes. Dirigidas a alumnos de terceros medios en el marco del Proyecto Liceo.	Cumplido
<b>1 Taller preventivo para alumnas de educación básica.</b>	Noviembre	En Escuela Roberto Matta, se realizan un taller educativo en temáticas de prevención de drogas en adolescentes. Dirigidas a alumnos de séptimo y octavo básico.	Pendiente
<b>Taller Educativo para Profesores.</b>	Noviembre 2015.	Realización de un Taller educativos a profesores del Colegio Roberto Matta de Quillota. Sobre temáticas de Adolescencia y pesquisa de consumos de sustancias.	Pendiente

## AREA SALUD

ACTIVIDAD	FECHA	PRODUCTOS	CUMPLIMIENTO
<b>Sensibilización sobre la Felicidad.</b>	Marzo	Se realizó un taller educativo con usuarios de los programas de dependencias sobre la temática de la Felicidad. Se abordó los componentes de la felicidad y su fomento, desde la perspectiva de la investigación psicológica, a través del análisis de un documental y un plenario.	Cumplido
<b>Elaboración de protocolo de atención de gestantes con consumos de drogas.</b>	Mayo	Se establece protocolo inicial de priorización en la atención de gestantes con consumos de sustancias.  Iniciativa realizada entre la Unidad de la Familia, Plataforma de gestión, Programa Chile Crece Contigo y Equipos de Dependencia.	En proceso
<b>Elaboración y distribución de material educativo e informativo sobre programa Montún.</b>	Mayo a Diciembre	Todos los establecimientos de atención primaria de la comuna de Quillota serán informados a través de folletería y material de difusión sobre funcionamiento del programa Montún, nuevos cambios y equipo.	Cumplido
<b>Modificaciones en Programa Terapéutico.</b>	Anualmente	Trabajo metodológico debido	Cumplido
<b>Participación de Equipo Montún en Mesa de Integración Social.</b>	Mensualmente	El equipo participa activamente de las actividades planteadas por la red Integración Social de Senda.	Cumplido
<b>Participación de Equipo Montún en Mesa comunal de Infancia y juventud.</b>	Mensualmente	El equipo participa activamente de las actividades planteadas por la red.	Cumplido
<b>Celebración del mes de la Prevención</b>	Junio	Se planteó la realización de talleres con familias de usuarios del Programa Montún, con líderes de juntas de vecino y con redes institucionales.	No cumplida Actividad no contó con materiales solicitados.

### AREA SOCIOCUPACIONAL

ACTIVIDAD	FECHA	PRODUCTOS	CUMPLIMIENTO
<b>Actividades Deportivas en Gimnasio Municipal</b>	Mayo	Debido a cambios en Departamento de Deporte este beneficio fue suspendido durante el 2014 y reestructurado este primer semestre del 2015.  Actualmente, se trabaja en una nueva propuesta interna con los usuarios para hacerlos participe de este beneficio.	En proceso a iniciarse en mes de noviembre
<b>Apresto y Laboral</b>	Noviembre-diciembre	Realización de una Jornada de capacitación en Apresto Laboral dirigida a los jóvenes y/o familias del programa. Implementada por Oficina de Intermediación Laboral de Quillota.	En proceso

### AREA COMUNITARIA

ACTIVIDAD	FECHA	PRODUCTOS	CUMPLIMIENTO
<b>Promover, difundir y educar sobre funcionamiento del programa Montún.</b>	Marzo a Septiembre	80 % de las juntas de vecinos adscritas a la unión comunal de la comuna de Quillota	Cumplida
<b>Sensibilización Comunitaria sobre la Felicidad.</b>	Marzo	Se realizó un taller educativo con vecinos del sector colindante al Centro Emerger sobre la temática de la Felicidad.  La idea central abordó los componentes de la felicidad y su fomento, desde la perspectiva de la investigación psicológica, a través del análisis de un documental y un plenario.	Cumplido
<b>Libro para la Familia</b>	Marzo - Diciembre	Editar libro de columnas escritas para diario Observador en temáticas de adolescencia y drogas, para trabajarlas en talleres psicoeducativos con padres.	En Proceso

## Conclusiones

Si se comparan las metas 2014 con lo atendido hasta la fecha, es posible señalar que se está cumpliendo satisfactoriamente desde el punto de vista cuantitativo, sin embargo, desde el ámbito estrictamente técnico, las intervenciones distan mucho de ser todo lo integrales que se exige. Esto es, considerar no sólo prestaciones psicológicas o sociales, sino comunitarias y de integración social. En este sentido, a partir de junio, se integró un médico con 11 horas exclusivas para Montún, lo cual permitió que las prestaciones médicas y notificaciones GES, se realizaran de manera expedita, además, entrega la mirada de otro profesional en el análisis de los casos. En relación a las prestaciones realizadas por el programa a las familias, no existe un código específico en SIGGES que permita registrarlas como tal. Esta situación significa que existen prestaciones con las familias de los jóvenes, con objetivos terapéuticos definidos en sus planes de tratamiento, que no han sido consideradas desde el servicio de salud. El programa a partir del 2015 funciona de manera permanente en el espacio físico de Emerger, esto ha significado contar con un espacio físico más amable para trabajar con los jóvenes, lo cual podría incidir en una mayor adherencia terapéutica de los usuarios y sus familias. Asimismo, se cuenta con implementación óptima para el desarrollo del programa (pizarras acrílicas, computadores, inmobiliario, etc.). Considerando este último punto, reconocemos el esfuerzo del Departamento de Salud por dotar al programa de mejores condiciones para trabajar esta compleja problemática con nuestros adolescentes.

## Sugerencias

Montún se ha transformado a través del tiempo en un referente de tratamiento para adolescentes menores de 20 años validado desde las instituciones (colegios, tribunales, centros de salud); a su vez, ha liderado otras actividades como el día de la felicidad y de la prevención del consumo entre otras. Sin embargo, si queremos resguardar la excelencia técnica y el buen funcionamiento administrativo del programa sugerimos lo siguiente:

- Coordinación más fluida con el Servicio de Salud, así como instancias de capacitación y acompañamiento técnico (asesorías) que nos permitan entender la lógica de los nuevos cambios técnicos y administrativos del programa, y fomentar las mejores prácticas con adolescentes.
- Integrar las prestaciones que las Normas y Guías clínicas sugieren para un programa básico; para ello, se necesita sumar a un técnico en rehabilitación al programa, por cuanto resulta imposible que una dupla psicosocial pueda dar cuenta (de manera eficiente) de todas las actividades que contempla un programa que si bien es básico, atiende cada vez casos más complejos, y que participa, además, de instancias preventivas en colegios y otras instituciones.
- Generar una mayor integración entre la práctica clínica y la investigación: urge en este sentido fomentar las buenas prácticas a través de la sistematización de los procesos de tratamiento y la participación del programa en congresos y otras actividades científicas; relevando los programas innovadores en el ámbito de drogas de la comuna de Quillota.

## UNIDAD DEL ADULTO

### Examen de Medicina Preventiva del Adulto.

El examen de medicina preventiva (EMP), es un plan periódico de monitoreo y evaluación de la salud a lo largo del ciclo vital con el propósito de reducir la morbilidad o sufrimiento, asociada a aquellas patologías o condiciones prevenibles o controlables, tanto para quien la padece como para su familia y la sociedad. Este examen se realiza cada tres años pero puede ser anual si el usuario así lo desea o de acuerdo al criterio de riesgo del profesional evaluador. Debe realizarse en el contexto de un control o consulta por un profesional de la salud debidamente capacitado quien deberá realizar una anamnesis, un examen físico, mediciones de laboratorio, educaciones, indicaciones y/o derivaciones, según corresponda.

A continuación se detallan los datos obtenidos de la realización de los exámenes médicos preventivos a lo que va del año 2015 y algunas cifras comparativas del año 2014.

#### GRÁFICO: EXÁMENES MÉDICOS PREVENTIVOS (EMP) REALIZADOS DESDE ENERO A OCTUBRE EN LOS AÑOS 2014 Y 2015 SEGÚN GÉNERO.

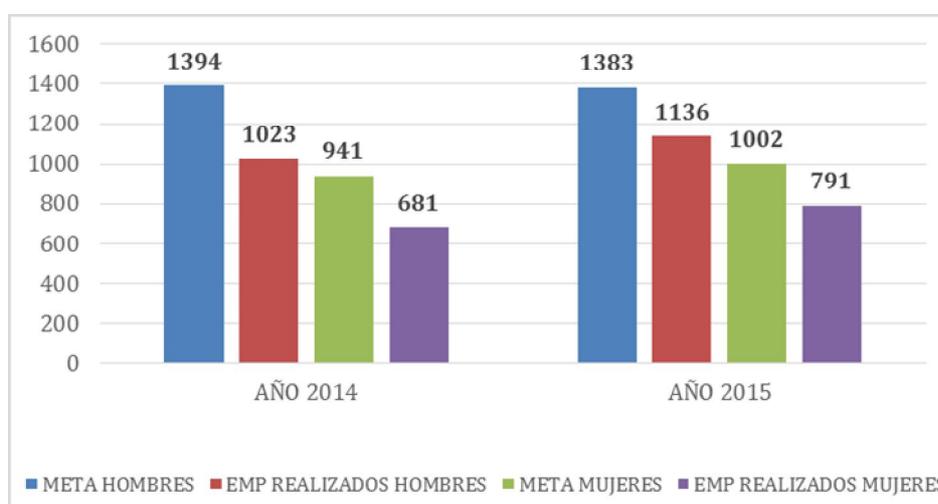


De acuerdo a los datos entregados durante el año 2014 en comparación con los del año 2015 entre los meses de Enero a Octubre, se observa que existe un aumento de controles en la población masculina y un leve descenso en la población femenina, sin embargo, los exámenes médicos preventivos correspondientes a usuarios en edades de metas IAAPS aumentaron considerablemente en ambos casos. Hombres aumentaron en 246 controlados y mujeres en 159 controladas.

Durante el año 2015 los exámenes médicos preventivos se han realizado con el mismo número de profesionales, han apoyado técnicos de otros programas

para metas en conjunto, se han incorporado nuevas empresas a los realizados en terreno, se han dado más horas de atención en box, todos han sido derivados oportunamente al intra o extrasistema, un alto porcentaje de los usuarios cuenta con sus exámenes sanguíneos al día y todos los usuarios controlados se encuentran registrados en sistema informático Rayen, por lo que este año en comparación con el 2014, se ha aumentado la productividad de los exámenes preventivos, mejorando la calidad en la atención.

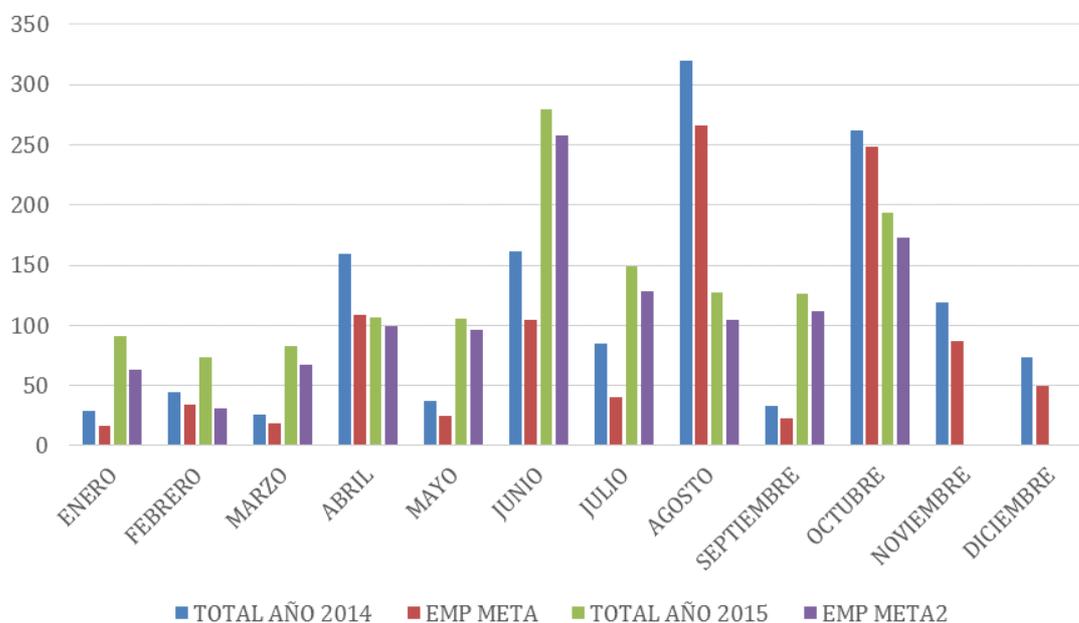
**GRÁFICO: EXÁMENES MÉDICOS PREVENTIVOS (EMP) REALIZADOS EN LOS AÑOS 2014-2015 ENTRE LOS MESES DE ENERO A OCTUBRE POR GÉNERO Y POR GRUPOS ETARIOS**



Los exámenes médicos preventivos se realizan a lo largo de todo el ciclo vital pero los grupos etarios donde es más valioso controlar periódicamente su estado de salud general son los hombres de 20 a 44 años, pues no asisten a los centros de salud para controles anuales y las mujeres de 45 a 64 años ya que en edades anteriores asisten regularmente a controles ginecológicos y prenatales. La poca preocupación de estos grupos por controlarse constantemente hace que aumente el riesgo de presentar patologías cardiovasculares o en su defecto que éstas sean tempranamente pesquisadas. Por este motivo los grupos específicos antes mencionados se convierten en prioritarios y objetivo de cumplimiento de metas IAAPS.

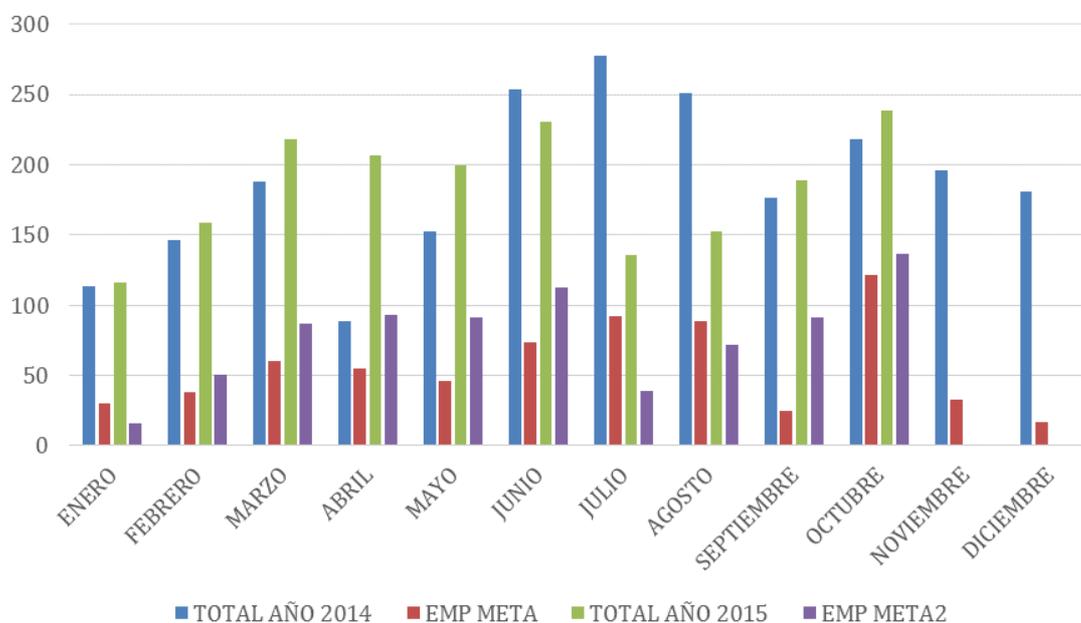
En este contexto los EMP que se debían realizar en el año 2014 para el cumplimiento de las metas del Centro de Salud CRSH eran de 1.394 hombres y 941 mujeres dentro de los rangos etarios correspondientes, alcanzando durante ese año solo el 73,4% y 72,4% de cobertura respectivamente (Período Enero – Diciembre). Para el año 2015 se estimó una meta de 1.383 hombres y 1.002 mujeres de la que se ha realizado de enero a octubre el 82.1% de los hombres y el 78.9% de las mujeres, faltando aun dos meses del año por incorporar.

### GRÁFICO: DISTRIBUCIÓN MENSUAL DE EXÁMENES MÉDICOS PREVENTIVOS (EMP) EN POBLACIÓN MASCULINA, REALIZADOS EN LOS AÑOS 2014 - 2015



Si comparamos la distribución de EMP aplicados a la población masculina durante los meses de Enero a Octubre entre los años 2014 y 2015, vemos un alza de controles en los meses de Abril, Junio y Agosto, meses que corresponden a cortes de meta. Los meses de Noviembre y Diciembre del presente año no están considerados aun, pero se evidencia un alza de exámenes realizados en el mes de Octubre por la participación en la Expo Feria "Yo creo en Quillota". Es importante destacar que en comparación al año anterior, durante este período se han realizado más controles en general y por otra parte se ha evidenciado un aumento de exámenes en los grupos etarios de riesgo.

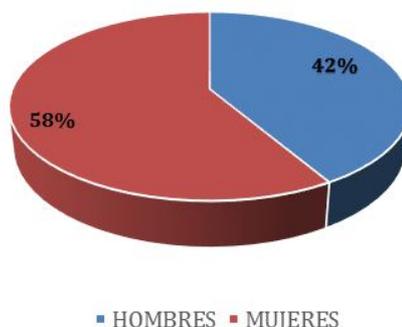
### GRÁFICO: DISTRIBUCIÓN MENSUAL DE EXÁMENES MÉDICOS PREVENTIVOS (EMP) EN POBLACIÓN FEMENINA, REALIZADOS EN LOS AÑOS 2014 - 2015



Si comparamos la distribución de EMP aplicados a la población femenina durante los meses de Enero a Octubre entre los años 2014 y 2015, vemos que en la mayoría de los meses se realizan más del doble de los exámenes médicos preventivos dentro del grupo etario meta, ya que en el Centro de Salud se controla un gran número de usuarias del sexo femenino en controles ginecológicos.

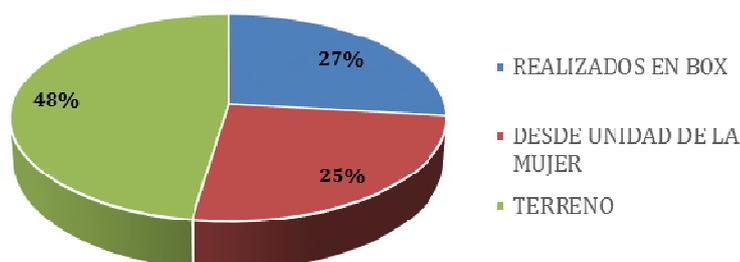
Durante este año se ha mantenido el aporte que genera la unidad de la mujer y vida en pareja con la realización de exámenes médicos preventivos, distribuidos distintamente a lo largo del año, pero ha disminuido su focalización a los grupos de riesgo, por lo que se muestra una disminución en comparación con los controles del año 2014.

**GRÁFICO: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE EXÁMENES MÉDICOS PREVENTIVOS (EMP) SEGÚN GÉNERO, REALIZADOS EN EL AÑO 2015 ENTRE LOS MESES DE ENERO A OCTUBRE**



Desde los meses de Enero a Octubre del presente año, los exámenes médicos preventivos que se han realizado, ya sea en box de atención o en terreno, corresponden a 3.184 hombres y mujeres, de entre 15 y 64 años de edad, siendo el sexo femenino el que más se ha controlado. Dentro de los motivos por los que se produce esta diferencia, es porque la población femenina realiza más consultas en el Centro de Salud, generalmente por atenciones ginecológicas, pesquizando con mayor facilidad a este grupo que a la población masculina que en alto porcentaje, no consulta en los Centros de Salud y que cuando se controlan en terreno se niegan a la pesquisa.

**GRÁFICO: ORIGEN DE EXÁMENES MÉDICOS PREVENTIVOS (EMP) REALIZADOS DURANTE EL AÑO 2015 ENTRE LOS MESES DE ENERO A OCTUBRE.**



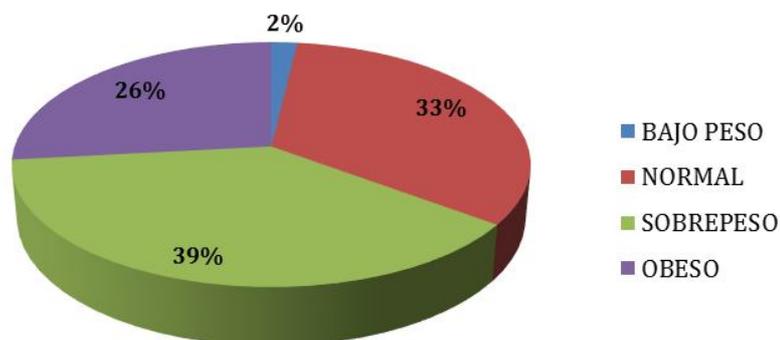
En relación al origen de los exámenes médicos preventivos, se puede mencionar que la mayoría de los exámenes se realiza en terreno, coordinando previamente con empresas del área urbana y rural de la comuna para controlar a la población laboral que se encuentra cautiva. Se deben reforzar las pesquisas dentro del centro de Salud para aumentar el número de exámenes médicos preventivos e incentivar a la población laboral en la realización de estos exámenes para prevenir patologías que pudiesen significar ausentismo laboral y alto número de licencias médicas.

## Principales Alteraciones de Salud Pesquisadas en los Exámenes Médicos Preventivos Durante el Año 2015

### 1.- Diagnóstico Nutricional:

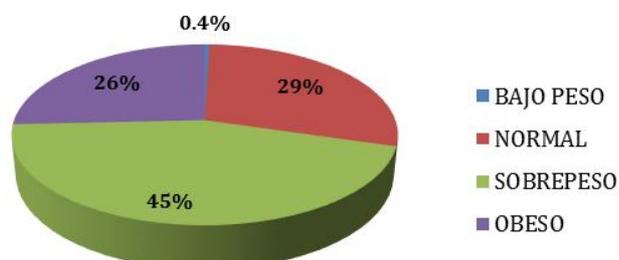
Según la Organización mundial de la Salud (OMS), la obesidad y el sobrepeso han alcanzado caracteres de epidemia a nivel mundial. Al igual que en otros países, en Chile el exceso de peso, presenta una prevalencia alta y creciente desde los primeros años de vida, situando al país en el lugar número 23 entre los que presentan mayor sobrepeso del mundo, con 65.3% de su población adulta con un IMC igual o mayor a 25.

#### GRÁFICO: DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL DE LA POBLACIÓN FEMENINA DE 15 A 64 AÑOS DE EDAD QUE SE REALIZÓ EMP DESDE ENERO A OCTUBRE AÑO 2015



Respecto al estado nutricional de la población femenina controlada en exámenes médicos preventivos durante los meses de Enero a Octubre del presente año, correspondiente a 1.848 mujeres, se evidencia un patrón similar al de años anteriores en lo que respecta a malnutrición por exceso, donde el 65% de las mujeres superan por casi el doble a la población con diagnóstico nutricional normal. Según cifras entregadas en el año 2014 disminuyó en un 5% la malnutrición por exceso y aumento un 7% los índices de normalidad y se mantuvo la población bajo peso. Se mantienen las estadísticas nacionales al decir que la población femenina presenta mayores índices de obesidad que los hombres.

**GRÁFICO: DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL DE LA POBLACIÓN MASCULINA DE 15 A 64 AÑOS DE EDAD QUE SE REALIZÓ EMP DESDE ENERO A OCTUBRE AÑO 2015**



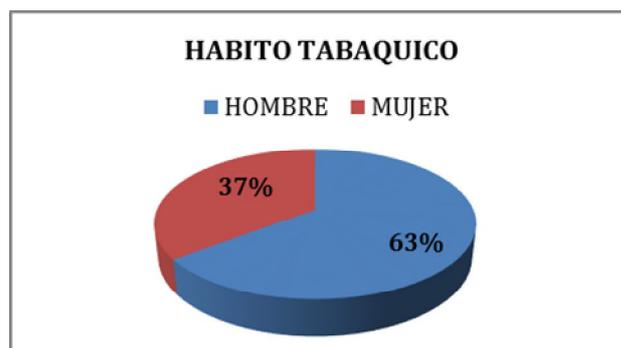
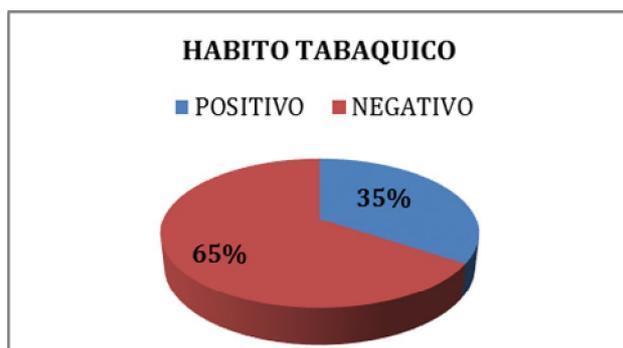
En relación a la población masculina que se controló con exámenes médicos preventivos durante los meses de Enero a Octubre del presente año, correspondiente a 1.336 hombres, un 71% presenta malnutrición por exceso, aumentando las cifras en comparación con el año 2014.

Se muestra que la población con diagnóstico nutricional de sobrepeso y obesidad, supera por más del doble a la población normal, pero se evidencia una disminución de la población bajo peso de un 1.6% en comparación con el año anterior. Se deben reforzar considerablemente las actividades de prevención y promoción de la salud, así como también la dotación de profesionales que puedan ayudar a disminuir estas altísimas cifras.

**2.- Tabaquismo:**

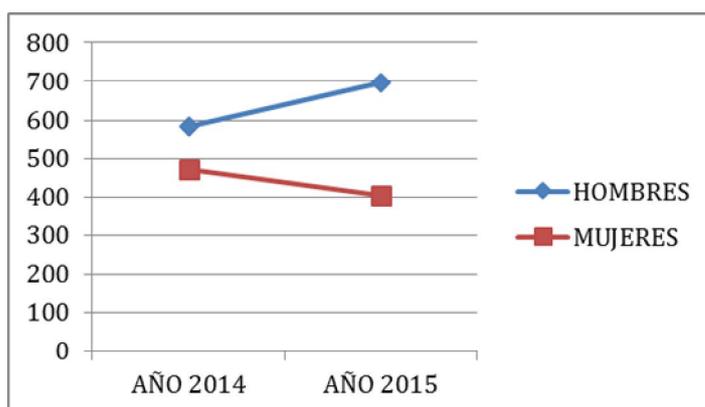
El consumo de tabaco en Chile es uno de los más altos de Latinoamérica, con un promedio de 1.150 cigarrillos anuales por cada adulto del país. La Encuesta Nacional de Salud en Chile año 2003 muestra una prevalencia de tabaquismo del 42%, siendo mayor el porcentaje de consumo en hombres menores, en zonas urbanas y en personas con nivel educacional mayor a 12 años.

**GRÁFICO: TABAQUISMO EN POBLACIÓN MASCULINA Y FEMENINA DE 15 A 64 AÑOS DE EDAD CONTROLADAS CON EMP DESDE ENERO A OCTUBRE AÑO 2015**



En relación a estas gráficas, solo un tercio de la población controlada por los exámenes de medicina preventiva refiere mantener un consumo de tabaco de por lo menos un cigarrillo diario. La mayoría de esta población está compuesta por hombres en rangos etarios más bajos.

**GRÁFICO: TABAQUISMO EN POBLACIÓN MASCULINA Y FEMENINA DE 15 A 64 AÑOS DE EDAD CONTROLADAS CON EMP AÑO 2014-2015 ENTRE LOS MESES DE ENERO A OCTUBRE**



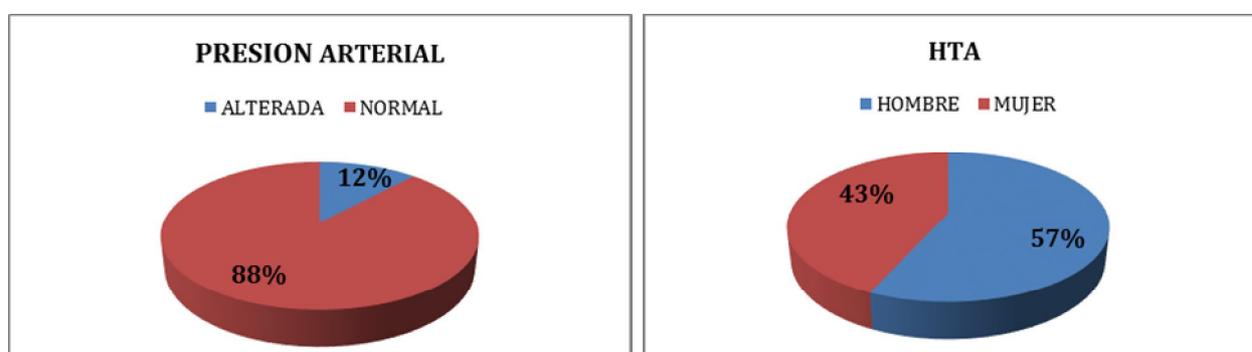
El hábito tabáquico en la población masculina controlada con exámenes médicos preventivos ha incrementado levemente durante el año 2015 en relación al año anterior, manteniéndose en un alto nivel. No obstante, la población femenina se ve favorecida con una disminución del consumo.

Con respecto a los datos pesquisados, se deben generar estrategias de prevención dirigidas especialmente a la población adolescente, pues es en esta etapa del ciclo vital donde se evidencia el comienzo del hábito tabáquico, principalmente en la población masculina, lo que a futuro pudiera provocar patologías cardiovasculares. Por otra parte es importante diseñar estrategias para prevenir el inicio o la reincidencia del hábito tabáquico en la población femenina en rangos etarios mayores como por ejemplo en la etapa del climaterio.

**3.- Presión Arterial:**

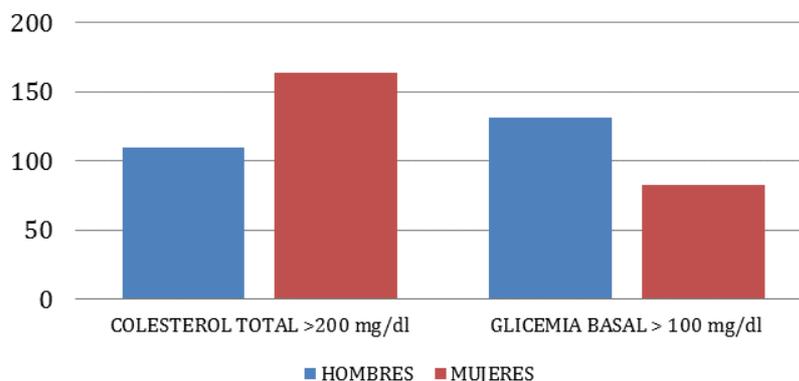
El aumento de la Presión Arterial o HTA es un factor de riesgo conducente a patologías cardíacas, cerebrales, renales, entre otras, todas complicaciones que están entre las enfermedades de mayor gravedad en la población adulta. La OMS informa que la HTA es responsable del 62% de la enfermedad cerebrovascular y del 49% de la enfermedad isquémica cardíaca, por esto las estrategias de prevención y promoción de la salud, la detección oportuna, su manejo integral y los esfuerzos exitosos para disminuir los niveles de presión arterial, permiten prevenir la alta morbimortalidad y el riesgo cardiovascular de la población.

**GRÁFICO: USUARIOS DE 15 A 64 AÑOS DIAGNOSTICADOS HIPERTENSOS EN PESQUISAS DE PRESIÓN ARTERIAL ENTRE ENERO A OCTUBRE AÑO 2015**



Las pesquisas de presión arterial que se realizaron en el Centro de Salud durante el presente año a la población masculina y femenina en control, evidenciaron que un alto porcentaje de usuarios Hipertensos son hombres, de los cuales la mayoría no conocía su condición hasta el momento de la pesquisa, siendo asintomáticos la mayor parte del tiempo. En comparación con el año 2014 la elevación de la Presión Arterial pesquisada disminuyó en un 8% aproximadamente.

**GRÁFICO: USUARIOS DE 15 A 64 AÑOS CON EXÁMENES SANGUÍNEOS ALTERADOS ENTRE ENERO A OCTUBRE AÑO 2015**



Aproximadamente el 90% de la población bajo control que se le aplicó el EMP, se le solicitó exámenes sanguíneos, los que fueron tomados tanto en el Centro de Salud como en terreno. El 10% restante, no hizo el ayuno correspondiente, no se acercaron al Centro de Salud, se negaron a realizarlos o simplemente se derivaron a sus centros de origen. Los usuarios mayores de 40 años que presentaron un aumento del Colesterol Total, se les solicitó una muestra de Perfil Lipídico, y los que presentaron aumento de la Glicemia Basal entre 100-126 mg/dl, se les solicitó la Prueba de Tolerancia a la Glucosa Oral (PTGO).

Todos los usuarios que presentaron alteración de estas segundas muestras fueron derivados a controles con nutricionista y médico para ingreso al Programa Cardiovascular respectivamente.

### **Unidad de Salud Mental**

La unidad de salud mental se enmarca dentro de la estructura técnico administrativo del centro de salud Cardenal Raúl Silva Henríquez, centro perteneciente a la red de centros de salud municipal de la comuna de Quillota.

Esta unidad tiene como misión el fortalecer las actividades de prevención, detección precoz y tratamiento temprano de los problemas de salud mental de baja a moderada severidad a través del Ciclo Vital, en una relación de continuidad de cuidados con los Equipos Comunitarios de Salud Mental de Especialidad, y en interacción con los distintos niveles de resolutivez en beneficio de las personas en términos de acceso, oportunidad y calidad de la atención (Minsal 2015).

Dentro de este marco, y para los fines técnico-administrativos la unidad se divide en dos grandes áreas; el programa de atención integral y los programas de drogodependencias.

### **Programa de Atención Integral.**

#### **Objetivo General**

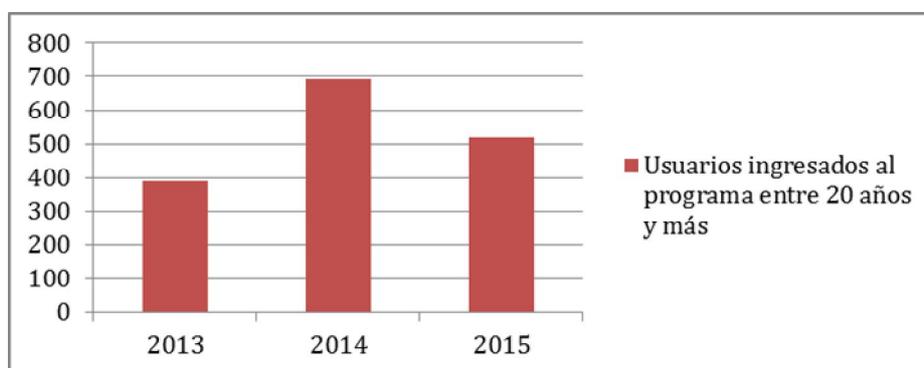
Contribuir a mejorar la atención de salud mental de los usuarios de la Atención Primaria de Salud en las Redes Asistenciales, favoreciendo la

accesibilidad, oportunidad y calidad técnica de la atención que se entrega en los establecimientos de Atención Primaria de Salud en sus aspectos promocionales, preventivos, curativos y de rehabilitación, con un Enfoque de Salud Familiar y Comunitario, logrando un aumento paulatino de la resolutivez y disminuyendo tiempos de espera para la especialidad.”(OOTTAA, Minsal 2015).

A continuación se señala una serie de indicadores que dan cuenta de la realidad actual del programa de atención integral de salud mental. En estos indicadores quedan al margen aquellas personas incorporadas en los programas específicos de drogas, y dan cuenta por una lado de la población infanto-juvenil (0 a 19 años) y adulta (20 años y más).

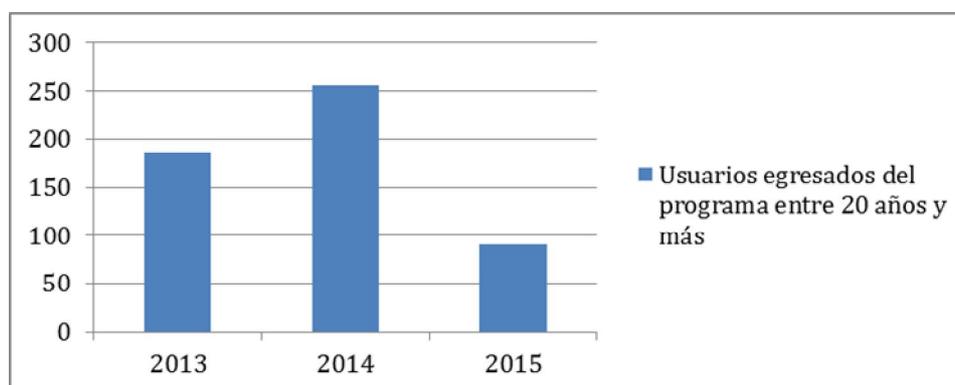
La información que se entrega en adelante respecto a los años 2013, 2014 y 2015 es en base a los datos poblacionales entre los meses de enero a octubre de cada año.

#### GRÁFICO: USUARIOS INGRESADOS AL PROGRAMA ENTRE 20 Y MÁS AÑOS DE EDAD.



Como muestra el gráfico, los ingresos durante los últimos 3 años no han ido al alza en forma lineal, existiendo el 2013 un total de 389 ingresos, 2014 fueron 694 y el 2015 un total de 562. Llama la atención el gran número de ingresos que se presentaron el 2014. Ahora cabe señalar que durante fines del 2014 y mediados del 2015 la unidad de salud mental tuvo diversos cambios en la composición de su equipo, por que posiblemente la oferta programática pudo verse mermada y por ende tener menos capacidad de respuesta para toda la necesidad de la población.

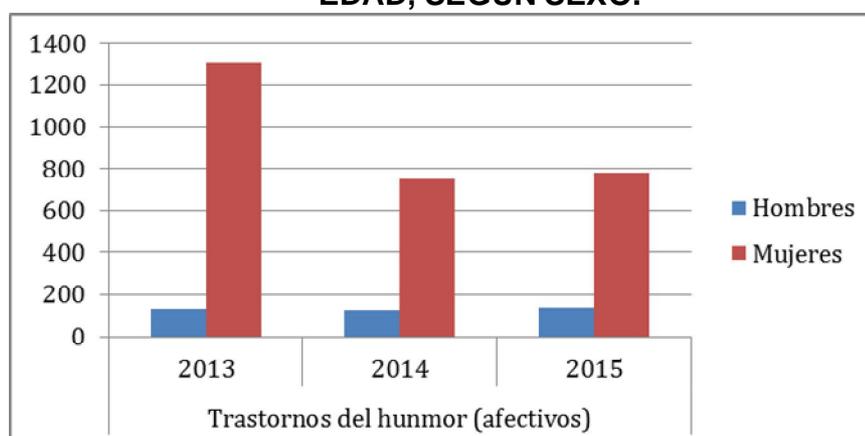
#### GRÁFICO: USUARIOS EGRESADOS AL PROGRAMA ENTRE 20 Y MÁS AÑOS DE EDAD.



El gráfico anterior muestra un comportamiento similar al de los ingresos al programa durante los últimos 3 años, existiendo un alza de las altas terapéuticas durante el 2014 (256 altas) y una baja de éstas para el presente año (91 altas). Frente a esta disminución significativa de las altas para este año se está trabajando en un plan de contingencia que ayude a aumentar esta cifra (meta comunal 261) en el último trimestre del 2015.

### Patologías de Salud Mental Bajo Control con Mayores Demandas en Área Adulta.

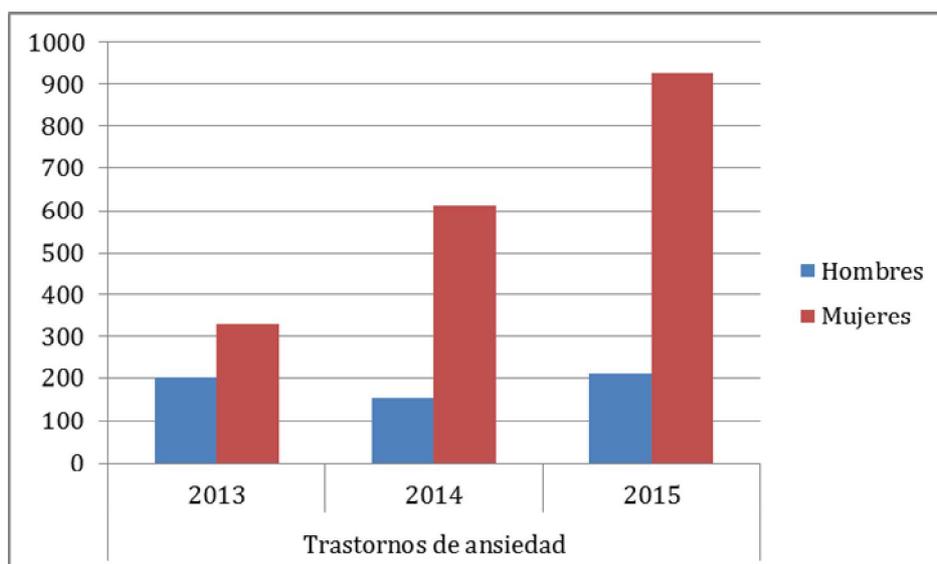
#### GRÁFICO: TRASTORNO DEL HUMOR EN ADULTOS DE 20 Y MÁS AÑOS DE EDAD, SEGÚN SEXO.



El gráfico anterior muestra una tendencia a la baja en el número de demandas de la población por acceder a tratamientos relacionados con trastornos de humor. Una posible hipótesis dice relación con los niveles de desesperanza que vive la población, por ende sus expectativas de cambio son menores y de esta forma la posibilidad de realizar un tratamiento psicológico disminuye. También pudiese ser que históricamente existió un mayor sobre diagnóstico y por ende hoy al contar con mejores instrumentos y más práctica muchos cuadros son descartados del espectro del trastorno del humor.

El mayor número de demandas lo realizan las mujeres (2013; 1311, 2014; 748 y el 2015; 778). Llama la atención el alto número de población bajo control declarado el 2013 y la baja significativa al siguiente año.

**GRÁFICO: TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN ADULTOS DE 20 Y MÁS AÑOS DE EDAD, SEGÚN SEXO.**



La misma propensión que la población infanto-juvenil se observa en la población adulta. Se observa una clara y significativa tendencia al alza, mientras el 2013 los usuarios bajo control por este tipo de trastornos alcanzaba a 530 usuarios, el 2015 es de 1137, un 215% más. También se observa claramente que la población más demandante son las mujeres, este fenómeno se puede explicar por diversas causas; en primer lugar son las mujeres quienes más demandas atención en salud, por temas socioculturales al parecer son las mujeres quienes más se verían afectadas por los altos niveles de estrés y presión asociados a responsabilidades de crianza, mantención del hogar e inserción laboral.

Lo anterior configura claros desafíos técnicos para hacer frente a esta demanda, con el fin de configurar y protocolizar tratamientos que demuestren el mejor corte de efectividad.

**Indicadores 2015.**

Para este año las acciones del programa de salud mental pasan a ser parte de los índices de actividad de la atención primaria de salud, específicamente la meta 12 “Cobertura de atención integral de trastornos mentales en personas de 5 y más años”.

De esta forma el indicador para la comuna de Quillota es de mantener 2864 personas bajo control en el programa, que representan al 17% del 22% de la población total que se espera desarrolle un cuadro patológico de salud mental.

Frente a lo anterior los resultados obtenidos durante el 2015 son:

<b>Corte</b>	<b>PBC</b>	<b>Meta (17%)</b>
1º corte (enero-marzo)	3223	19,3%
2º corte (abril-junio)	3378	20,05%
3º corte (julio-sept)	3559	20,12%

Por otra parte el programa cuenta con dos metas a nivel comunal, también exigidas por el Servicio de salud Viña del Mar-Quillota, y estas son al 3º corte:

**Componente nº1: Prevención en personas con factores de riesgo y/o en trastornos de salud mental.**

Meta Logro

Talleres de habilidades personales	6	<b>2</b>
Nº de personas en talleres de habilidades personales	36	<b>38</b>
Talleres preventivos / educativos	4	<b>3</b>
Nº de personas en talleres preventivos de salud mental	24	<b>9</b>
Promoción y colaboración con grupos de autoayuda	1	<b>1</b>
Intervenciones preventivas en alcohol y drogas	357	<b>191</b>

**Componente nº2: Atención integral a personas con trastornos mentales.**

Meta Logro

Cobertura de tratamiento (ingresos)	732	<b>601</b>
Altas terapéuticas	261	<b>150</b>
Consultorías de salud mental	8	<b>6</b>

## **Programa Ambulatorio Básico “EL MOLINO”**

El programa “El Molino” forma parte de la unidad de salud mental, que se encuentra inserta en el Centro de Salud Cardenal Raúl Silva Henríquez, dependiente del Departamento de Salud de la Ilustre Municipalidad de Quillota.

Surge en el año 2006 a través de un convenio que realiza la Ilustre Municipalidad de Quillota con CONACE (actual SENDA) – FONASA – MINSAL. “El Molino” es un programa de tratamiento ambulatorio básico dirigido a la población general de la provincia cuya cobertura anual es de 432 planes tanto para hombres como para mujeres.

Los planes de tratamiento contiene una canasta de prestaciones/intervenciones recomendables para el logro de objetivos terapéuticos co-construidos con las personas usuarias que presenten consumo problemático o dependencia de sustancias psicoactivas y compromiso biopsicosocial leve a moderado.

### **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”

### **Perfil de Ingreso**

- Mujeres y varones con edad igual o superior a 20 años.
- Usuarias/os de FONASA.
- Que la persona usuaria tenga su domicilio en la provincia de Quillota.
- Que su compromiso biopsicosocial sea de carácter leve o moderado.

### **Vía de ingreso**

El Programa Ambulatorio Básico “El Molino” se considera la puerta de entrada con la que cuentan las personas usuarias y sus familias, no solo para acceder al programa en modalidad básica, sino que también para recibir las evaluaciones y derivaciones correspondientes para ingresar a tratamientos de mayor intensidad/complejidad y a otros programas comunitarios. El ingreso al programa Molino es a través de las siguientes vías:

- Demanda espontánea (vía e-mail [hernan.silva@saludquillota.cl](mailto:hernan.silva@saludquillota.cl))
- Derivaciones desde organizaciones comunitarias y educacionales.
- Programas psicosociales.
- Tribunales de familia y de garantía.
- Hospitales y APS (de otras comunas).
- PREVIENE.
- Otros programas de tratamiento.
- Casa de acogida (Unidad de desintoxicación).

### **Prestaciones**

- Consejerías a nivel individual, familiar y grupal.
- Evaluaciones y controles médicos.
- Tratamiento farmacológico.
- Psicoterapia individual y familiar.
- Intervenciones psicosociales individuales y familiares.
- Talleres psicosociales y socio-educacionales con usuarios y familia.
- Aplicación de screening de drogas.
- Visitas domiciliarias integrales y de re-vinculación.
- Coordinación e integración a la red comunitaria y programas de salud.
- Intervenciones en el área de integración social.

### **Actividades en la comunidad**

- Actividades socio – educativas con organizaciones sociales de base.
- Participación en programas radiales y medios escritos.
- Talleres de apresto laboral.
- Ferias educativas y de prevención.
- Talleres para jóvenes y adultos en espacios institucionales y no institucionales.
- Apoyo a iniciativas comunitarias propuesta por personas usuarias.

### **Trabajo en red**

- Vinculación con red institucional municipal, SERNAM, Unidad de desintoxicación, Unidad de desintoxicación El Salvador, PREVIENE, BANAMOR, Gendarmería, SENAME, SERVIU, Juzgado de garantía, Juzgado de familia, OMIL, PROMO, Oficina de discapacidad, COMPIN, Carabineros de Chile, etc.
- Mesa de tratamiento regional y comunal.
- Red de niñez y juventudes de Quillota.
- Red por la equidad de género.
- Mesa de integración comunal y regional.
- Talleres de promoción y género en CDP Quillota.

### **Equipo**

- Eduardo Bastías: Médico, 8 horas mensuales.
- Fabiola Gaete: Asistente Social, 22 horas.
- Cristal Campillay: Terapeuta Ocupacional, 22 horas.
- Marcela Morán. Psicóloga, 44 horas.
- Oscar Alvarado: Psicólogo, 22 horas.
- Hernán Silva. Coordinador, 22 horas.

## **Metas en Planes de Tratamiento 2015**

Según convenio firmado por el Departamento de Salud de Quillota, SENDA y MINSAL, basado en las normas técnicas y metas del SENDA, el programa ambulatorio “El Molino” tiene que cumplir con el objetivo de 432 planes ejecutados durante el año 2015.

## **Variables Comparativas 2014 – 2015.**

Durante el período que comprende desde Enero a Octubre del año 2015 “El Molino” ha ingresado a SISTRAT (sistema de registro de personas en tratamiento SENDA) un total de 109 pacientes, 8 personas más que en la misma fecha del año anterior. Es importante señalar que las personas que ingresan a SISTRAT no son el total de las personas atendidas durante el año por el programa, ya que no se consideran los pacientes que vienen a primera entrevista y luego desisten de seguir o ingresar a tratamiento (lo que considera el ingreso a SISTRAT). Así también, no se consideran en esta cifra las personas participantes de los grupos que “El Molino” realiza en redes externas al centro de salud, ya sean los varones del grupo del CDP – Quillota y las/os estudiantes de establecimientos educacionales en los que “El Molino” ha desarrollado actividades socio educativas de promoción.

Por estos motivos las cifras que se ocuparan para trabajar las variables comparativas tendrán las siguientes características:

- 1- Personas usuarias ingresadas al sistema de registro SISTRAT desde el mes de enero a octubre del 2015 y considerando la misma fecha de corte para el año 2014.
- 2- No se consideraran las personas atendidas en actividades grupales fuera del contexto institucional del Centro de Salud Raúl Silva Henríquez.

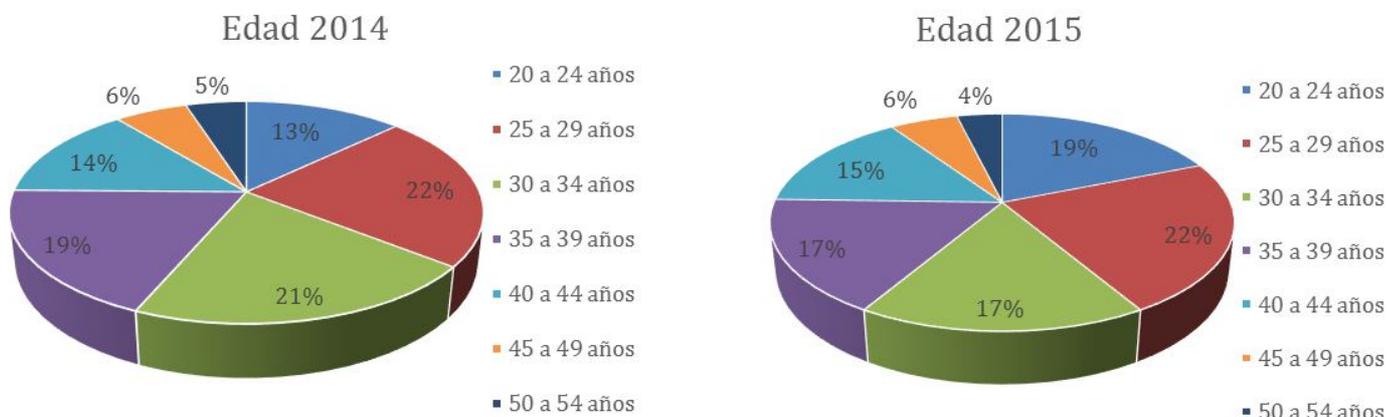
### GRÁFICO: USUARIOS SEGÚN SEXO.



Durante el año 2015 (Enero a octubre) se han atendido un total de 109 personas, de las cuales 81 son varones y 28 corresponden a mujeres. Estas cifras muestran un importante avance en la inclusión de las mujeres a los procesos de tratamiento de dependencias a sustancias lícitas o ilícitas, debido a que durante el año 2013 solo el 18% de los usuarios fueron de sexo femenino y durante el año 2014 esta cifra disminuyó de manera importante alcanzando solo el 12% de la población total del PAB molino.

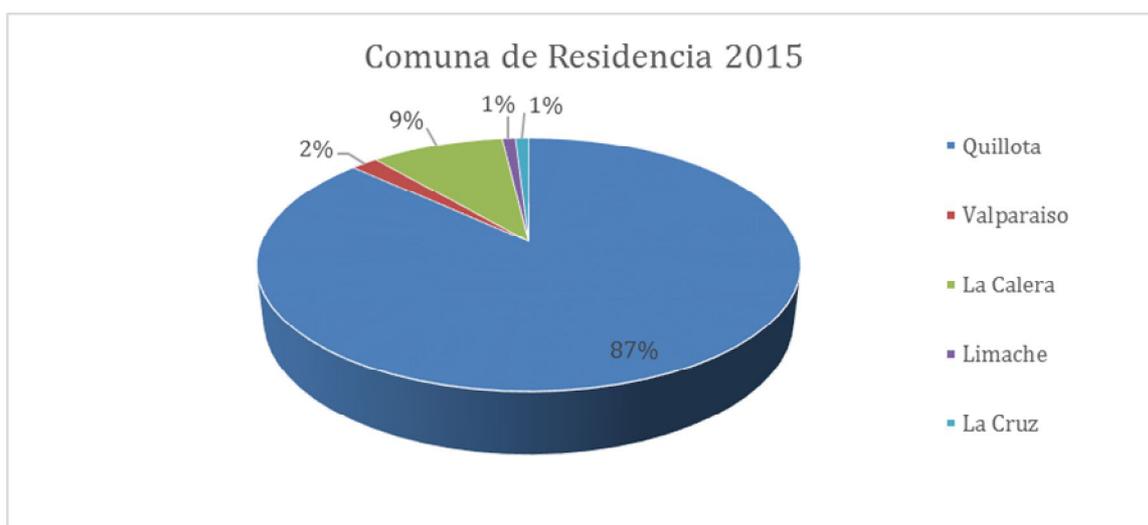
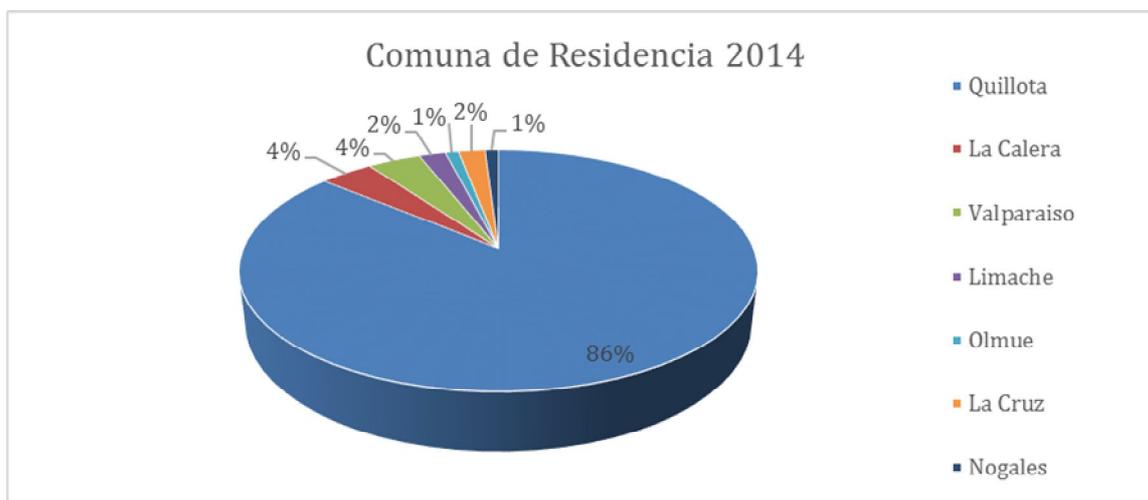
En comparación con cifras nacionales “El Molino” se encuentra en 6 puntos porcentuales más abajo del promedio general en relación al género de los usuarios (75% varones y 25% mujeres) pero no hay que desconocer los avances en comparación con los años anteriores, lo que demuestra el acierto de la inclusión de la variable género como eje transversal del programa, así también, en el trabajo de coordinación con otras instituciones y la participación en la red por la equidad de género de Quillota, lo que ha ayudado a potenciar esta oferta programática en las mujeres de la provincia, inquietud ya señalada en informe de resultados 2014.

**GRÁFICO: USUARIOS SEGÚN PROMEDIO DE EDAD 2014 – 2015.**



Durante el año 2014 la mayor cantidad de pacientes que ingresaron al programa, se ubicaron en el rango etario entre los 25 y 39 años, llegando a representar más del 60% del total de personas atendidas. Cifras que se mantienen similares durante el año 2015, donde aunque existe un aumento de 6% en la población de 20 a 24 años, se mantiene la tendencia de que los usuarios del programa Molino no sobrepasan los 44 años de edad, llegando a representar alrededor del 90 % del total de las personas atendidas en los dos años.

### GRÁFICO: USUARIOS SEGÚN COMUNA 2014 – 2015.

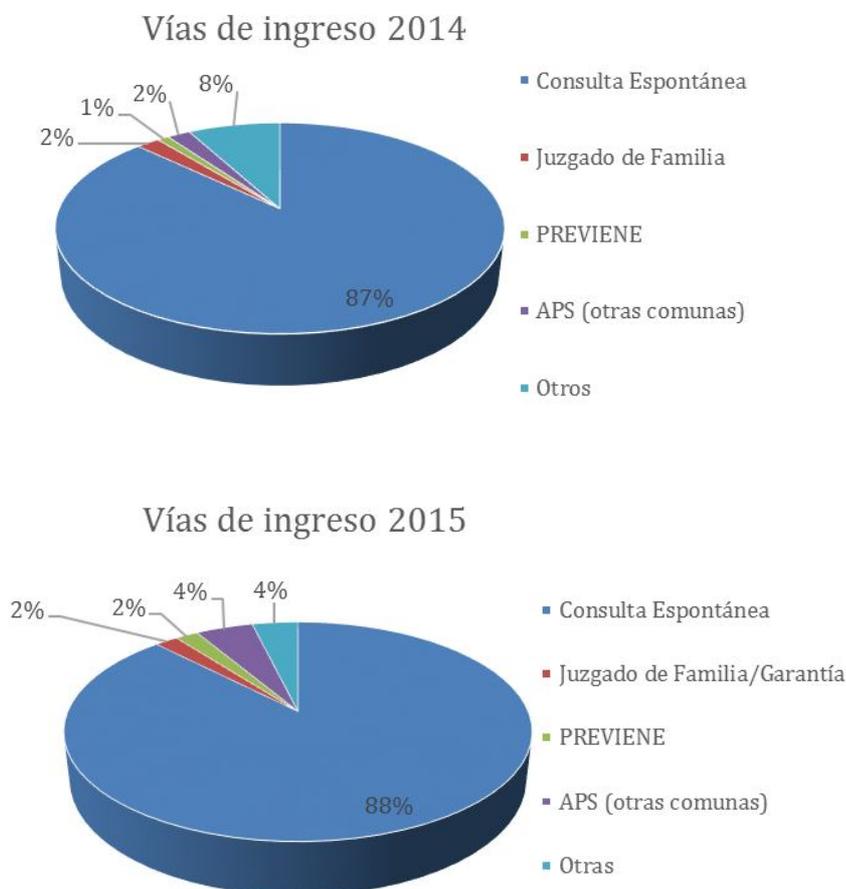


Durante el año 2013 la comuna que más presentó ingresos al programa fue la de Quillota con un total del 83%, el 2014 la cifra aumento a un 86% y durante el año 2015 el 87% de los usuarios que ingresaron a tratamiento en “El Molino” manifestaron tener residencia en la comuna de Quillota.

Por otra parte, el 13% restante de los pacientes ingresados a tratamiento, provienen de diferentes comunas, distribuyéndose de manera bastante proporcional y en donde durante el transcurso de este año, destaca la comuna de La Calera, con un 9% de los pacientes ingresados).

Estos números evidencian que aunque el programa tenga un carácter provincial, no logra tener este impacto, situación que se explica por la existencia de otros dispositivos (especializados o no) en otras comunas del territorio, sumándole a esto la variable territorial como obstaculizador imperante en el ingreso a un dispositivo especializado de atención a personas que presentan consumo problemático o dependencia de sustancias.

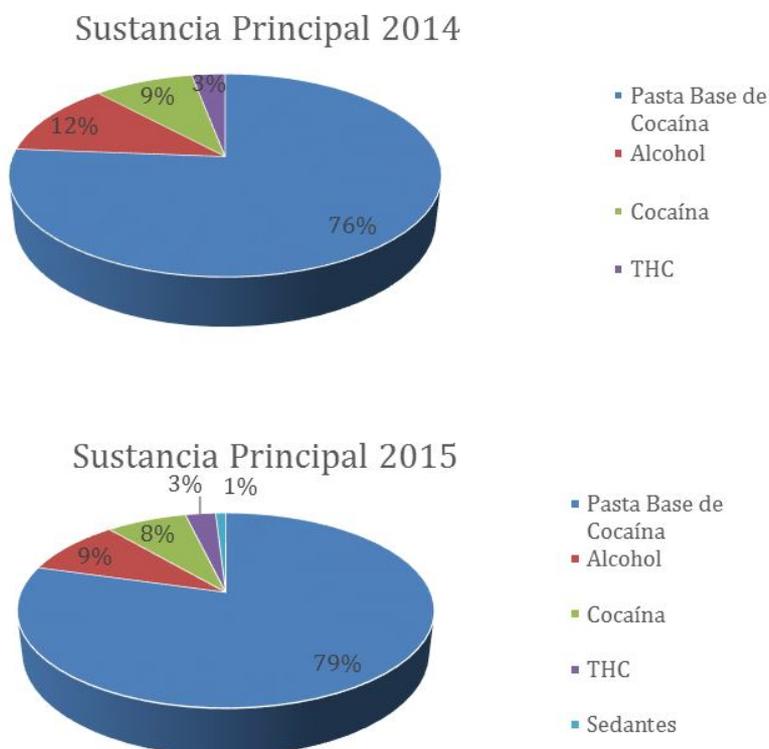
## GRÁFICO: USUARIOS SEGÚN VÍAS DE INGRESO 2014 – 2015.



Durante el año 2015 se mantuvo la tendencia de aumento en la demanda espontánea, logrando un alza del 13% en comparación con el año 2013 (2013: 75% y 2014: 87%). Es necesario señalar que a diferencia de otros dispositivos de tratamiento, el PAB Molino cuenta con una amplia red de dispositivos de ingreso espontáneo, ya que se consideran como tal todos los centros de atención de salud de la red municipal, ya sean urbanos o rurales.

Otro factor a analizar son las derivaciones de tribunales de justicia o de garantía, ya que aunque las derivaciones mediante sentencias y/o suspensiones de procedimiento son significativas, estas no llegan a concretarse, ya sea porque las personas no se presentan a primera entrevista o porque no adhieren a procesos terapéuticos y por ende, no ingresan a la base de datos SISTRAT. En la variable "otras" se entienden las personas derivadas de instituciones del SENAME, dispositivos comunitarios, iglesias y otros programas de drogas.

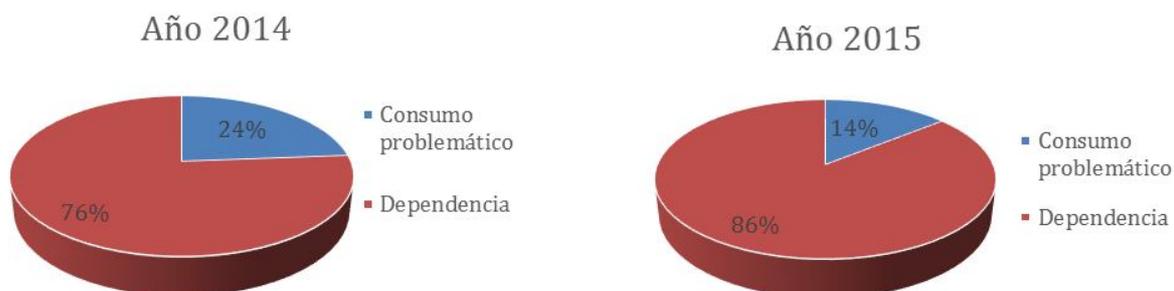
**GRÁFICO: USUARIOS SEGÚN DROGA PRINCIPAL 2014 – 2015.**



El programa Molino es un dispositivo especializado en el consumo de drogas de carácter ilícito, presentando como droga principal referida por los usuarios, la pasta base de cocaína, sustancia que coincide con cifras regionales y nacionales, aunque esto no significa que tenga un carácter más peligroso que otro tipo de sustancias, como por ejemplo el alcohol (ver estrategia nacional de alcohol SENDA-MINSAL)

Los resultados obtenidos al analizar la droga principal que consumen los pacientes que ingresan al programa, nos muestra que se mantiene una tendencia muy similar al comparar los años 2014 y 2015, donde claramente la pasta base es la sustancia más consumida por los usuarios tratados por El Molino.

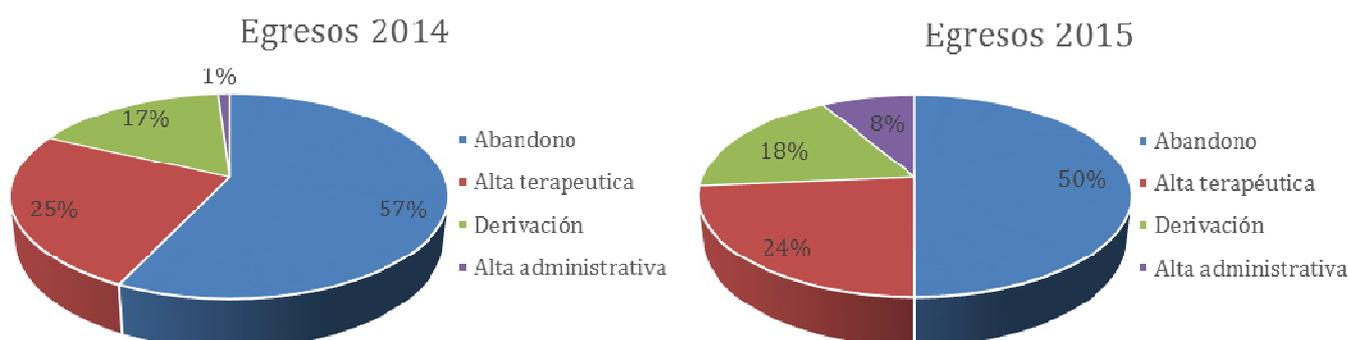
**GRÁFICO: USUARIOS SEGÚN DIAGNÓSTICO DE CONSUMO (CIE-10).**



Aunque el programa Molino es un dispositivo de carácter ambulatorio básico y debería trabajar con personas que presenten un diagnóstico de consumo de carácter problemático y compromiso biopsicosocial leve a moderado, la realidad demuestra que la mayoría de las personas que solicitan ingreso al plan terapéutico no estarían cumpliendo con este perfil, cifra que coincide plenamente con los porcentajes regionales, los cuales señalan que el 82% de las personas ingresadas a algún dispositivo de tratamiento en la región presenta un diagnóstico de consumo dependiente y solo el 18% presenta consumo problemático según los datos arrojados por el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA).

Diversas hipótesis pueden desprenderse de estos datos, solo por nombrar alguna, puede existir la posibilidad que la consulta a dispositivos especializados de tratamiento de sustancias sea tardía, o sea que no exista problematización en una primera instancia de consumo abusivo de sustancias.

### GRÁFICO: EGRESOS TERAPÉUTICOS SEGÚN CAUSALES.



Durante el año 2014 predominó como motivo de egreso el abandono, cifra que fue superior en un 10% al promedio regional (47%) según datos proporcionados por SENDA ([www.senda.cl](http://www.senda.cl)), dato que es comparado con el total de dispositivos de tratamiento, ya sean residenciales, intensivos, etcétera, por lo que no llegaría a ser completamente significativa, debido a que los programas ambulatorios básicos insertos en espacio de atención públicos son la puerta de entrada a cualquier otro programa de atención o también es el primer contacto que una persona tiene para realizar un tratamiento de rehabilitación, por lo que en muchas ocasiones no presentan la motivación necesaria o los tiempo de espera en la derivación a otros dispositivos más intensivos o residenciales son extremadamente extensos, llegando en algunos casos hasta los tres meses.

Las cifras arrojadas para el año 2015 corresponden solamente al 66% de la población atendida de enero a octubre del mismo año, ya que el 34% del total atendido aún se encuentra activo en el programa, durante este año el 24% de los egresos se han debido a altas terapéuticas, presentando una diferencia de un 1% menos en relación con el año anterior.

Se considerarán motivos de egreso de un programa:

- 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 o fallecimiento.
- Derivación: traslado por indicación o sugerencia del equipo, a otro centro que resuelva su motivo de consulta; por cambio de domicilio, u otra razón justificada.

## **CONCLUSIONES Y OTROS 2015**

El PAB molino al estar inserto en un centro de salud APS, que prioriza la prevención y el trabajo familiar y con la comunidad, ha transitado un camino de contacto constante con redes institucionales o no institucionales, priorizando el trabajo en red para avanzar en la no sobre intervención y en el respeto de los derechos humanos de las personas usuarias. Tema no fortuito debido a la discriminación y estigmatización de las personas que se encuentran en situación de consumo problemático o dependiente de drogas.

“El Molino” durante el año 2015 tuvo una participación constante en los siguientes espacios:

- Red por la equidad de género de Quillota.
- Mesa comunal y regional de integración social.
- Mesa regional y comunal de tratamiento.
- Red de niñez y juventudes (OPD Quillota).

Además durante el presente año se desarrollaron las siguientes actividades en la comunidad:

- Talleres de género y drogas en CDP – Quillota (Trabajo coordinado con Banamor y Gendarmería de Chile).
- Talleres de promoción en establecimientos educacionales (trabajo coordinado con SERMAN Quillota).
- Taller de promoción con PRODEMU La Ligua.
- Taller de promoción con red SERNAM Viña del Mar.

## **Programa Ambulatorio Básico “EMERGER”**

En Chile, la mayoría de los programas de tratamiento del consumo problemático de Alcohol de carácter público se dirigían al consumo mixto o exclusivo de drogas ilícitas. Esta situación limitaba la implementación de un tratamiento especializado en la red de atención primaria. En el año 2008, la Ilustre 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, bajo el alero del alcalde Dr. Luis Mella Gajardo comienza la implementación del Programa EMERGER, una iniciativa local que depende administrativamente del Centro de Salud Cardenal Raúl Silva Henríquez de la ciudad de Quillota. En la actualidad, no ha sido replicado este diagnóstico con finalidad de conocer si tras la implementación del programa Emerger la comuna de Quillota presenta menores cifras en comparación al año 2008. La indagación de dicha situación permitiría avances en el conocimiento epidemiológico del consumo de alcohol en nuestra comuna.

### **Objetivo General**

Brindar atención en forma ambulatoria a personas mayores de veinte años, inscritas en algún centro de salud de la comuna de Quillota, que presentan consumo problemático de alcohol, como sustancia psicoactiva principal, en cualquiera de sus estadios (consumo perjudicial o síndrome de dependencia).

### **Objetivos Específicos**

- Apoyar y fortalecer el proceso de motivación al cambio.
- 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 apoyar el proceso de integración social.
- Apoyar y orientar el propósito de cambio en el estilo de vida.
- Facilitar el proceso de preparación para el egreso de acuerdo a criterios definidos.
- Realizar seguimiento del proceso de cambio posterior al egreso.

## **Vías de ingreso**

Para ingresar al programa, se debe solicitar una hora de primera entrevista, ya sea en forma personal, a través de un familiar o un profesional de otro dispositivo, comunicándose directamente al teléfono del programa o acudiendo a la dirección Freire #1211 en la Comuna de Quillota. Del mismo modo, es posible ingresar al programa a través de derivación asistida a partir de tribunales, otros programas de APS, red de atención secundaria de salud, red Sename, etc.

## **Equipo**

- Cristóbal Fuentes, médico, 11 hrs. semanales.
- Franco Maray, psicólogo, 33 hrs. semanales.
- Paula Vicencio, técnico en rehabilitación, 44 hrs. semanales.
- Hernán Silva, trabajador social, 22 hrs. semanales.

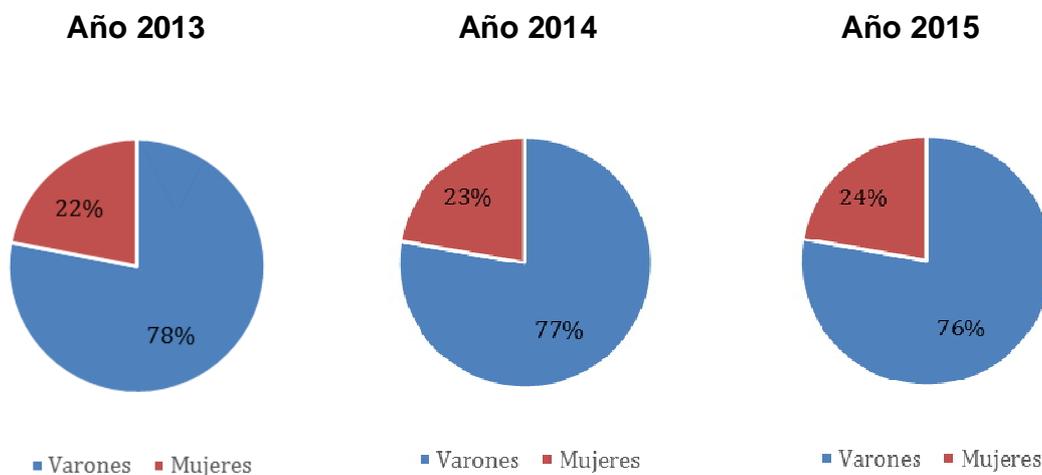
## **Prestaciones**

- Atenciones médicas
- Intervenciones motivacionales
- Intervenciones psicológicas y psicoterapéuticas
- Talleres grupales
- Visitas domiciliarias y de rescate
- Desintoxicación en la comunidad
- Coordinación para desintoxicación en residencia y acompañamiento
- Coordinación e integración a la red comunitaria y programas de salud
- Actividades recreativas y deportivas (gimnasio municipal)

## **Variables comparativas 2013, 2014 y 2015**

Para la definición del presente análisis, se consideraron principalmente como referencia las 111 personas que se mantuvieron activas en proceso terapéutico en Emerger durante el año 2015. Dentro de esta población, se consideran las 88 personas ingresadas durante el presente año y las 23 personas que resultaron egresas por alta terapéutica el 14 de mayo del presente, quienes se encontraron o encuentran, en su mayoría, y hasta fin de año, en proceso de seguimiento.

### Usuarios Según Género.



Tomando, para medidas comparativas, el número total de 72 usuarios que recibieron atenciones terapéuticas en el programa a lo largo del año 2013, es posible referir que la población atendida ha presentado un aumento sostenido durante los últimos dos años. Este crecimiento alcanza un orden del 208% al contrastar el año 2013 con el 2014 y de un 154% en la comparación con el año 2015.

De acuerdo a la distribución según sexo el año 2013 muestra que del número total de 72 usuarios, hay presencia de 16 mujeres y 56 varones (porcentualmente, el 22% de los usuarios es de sexo femenino, mientras el 78% es de sexo masculino). Siguiendo con el mismo análisis, el año 2014 presentó una distribución según sexo de 34 mujeres y 116 varones (23% de sexo femenino y 77% de sexo masculino). Finalmente, el año 2015 presenta un aumento en el porcentaje de usuarias que reciben atenciones terapéuticas en el programa (24% de mujeres y 76% de hombres), con un total de 27 mujeres y 84 varones.

Cabe mencionar la mantención de la tendencia en el menor número de mujeres que acceden a un tratamiento de dependencias, en comparación al de varones. Esto pudiera estar influenciado por variables culturales y de relaciones de género, impidiendo en ciertos casos el ingreso, o si quiera, acercamiento de mujeres a unidades de tratamiento especializadas.

## Usuarios Según Promedio de Edad.

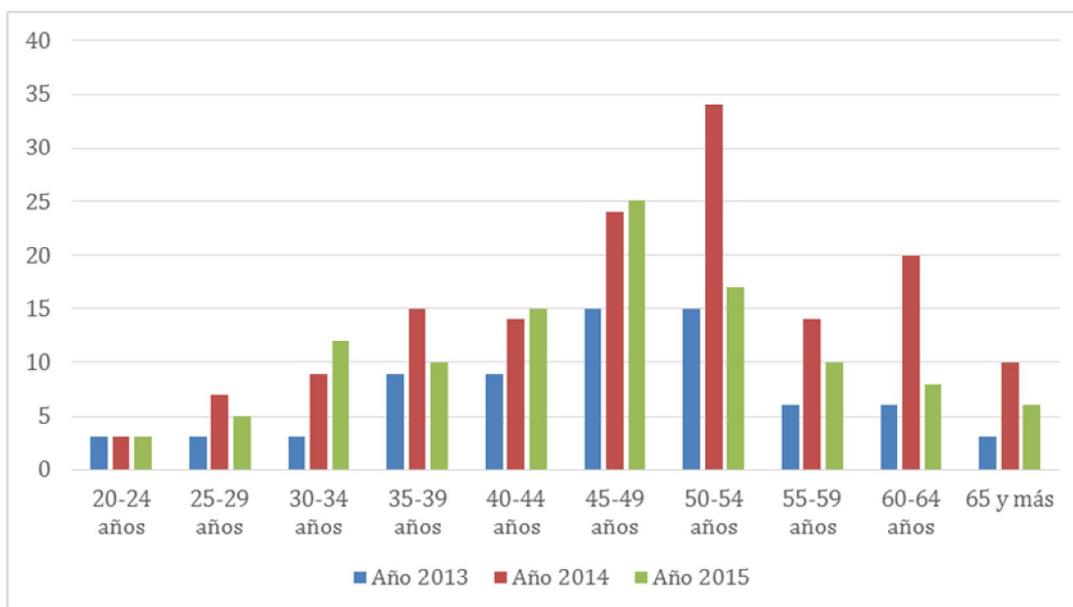
Respecto al año 2013, la edad promedio de los usuarios ingresados al programa correspondió a 47 años, con una desviación estándar de 11 años lo que significa que la mayor concentración de usuarios ingresados al programa se enmarcó entre los 36 y los 58 años de edad (47 +/- 11 años). El promedio de edad según género correspondió a 40 años para las mujeres y 49 años para los varones.

El año 2014 presentó una mayor concentración de usuarios ingresados al programa en el grupo etario correspondiente entre los 40 y 60 años de edad, donde el promedio fue de 50 años y la desviación estándar de 10 años (50 +/- 10 años). La edad promedio de las mujeres fue de 47 años y de los varones de 49 años.

Finalmente, el presente año 2015 exhibe una mayor concentración de ingresos al programa en el rango etario comprendido entre los 35 y 57 años, siendo el promedio de edad 46 años y la desviación estándar de 11 años (46 +/- 11 años).

El detalle de la distribución por rangos etarios para cada año se especifica en el siguiente gráfico:

**GRÁFICO: DISTRIBUCIÓN DE LOS USUARIOS POR VARIABLE EDAD PARA LOS AÑOS 2013, 2014 Y 2015**



## Usuarios Según Comuna de Residencia.

Si bien todas las personas que ingresan al programa Emerger deben encontrarse inscritas en algún consultorio de la comuna, es posible que sus lugares de residencia correspondan a otras zonas del país, encontrándose por motivos laborales, familiares o de otra índole, en la comuna durante el período de tratamiento. Por este motivo se han ingresado usuarios provenientes desde centros ubicados en otras comunas del país (prioritariamente de la quinta región y muy excepcionalmente de otras regiones).

Durante el año 2013, el 85% de las personas que ingresaron a un proceso terapéutico en el Programa Emerger eran residentes de la comuna de Quillota, siguiendo con un porcentaje muy bajo de entre 5 y 6 % las comunas de La Cruz y La Calera.

Se estima que esto posee directa relación con que Emerger era visualizado como un programa netamente comunal cuyo espacio físico o lugar de atención se encuentra ubicado en la ciudad de Quillota. Las personas de otras comunas necesariamente deben hacer un cambio de domicilio, lo que implica un costo económico y de traslado, lo cual dificulta la mantención de los procesos a largo plazo.

Durante el año 2014, esta tendencia se mantiene y acentúa levemente, ya que el 90% de los ingresos a procesos terapéuticos en el programa son residentes de la comuna de Quillota. En el presente año, el porcentaje de personas que realizaron procesos terapéuticos provenientes de la comuna de Quillota se acrecentó otra vez levemente, exhibiendo un aumento del orden del 5% al año 2014 y un 10% respecto al año 2013, sosteniéndose la tendencia al alza de 5% anual.

**TABLA: DETALLE DEL LUGAR DE PROCEDENCIA DE LOS USUARIOS EN EL AÑO 2015**

Ciudad/comuna de procedencia	Quillota	106 usuarios	95,5%
	La Cruz	01 usuario	0,9%
	La Calera	01 usuario	0,9%
	San Pedro	01 usuario	0,9%
	Colmo	01 usuario	0,9%
	Concón	01 usuario	0,9%
	<b>Total</b>	<b>111</b>	<b>100%</b>

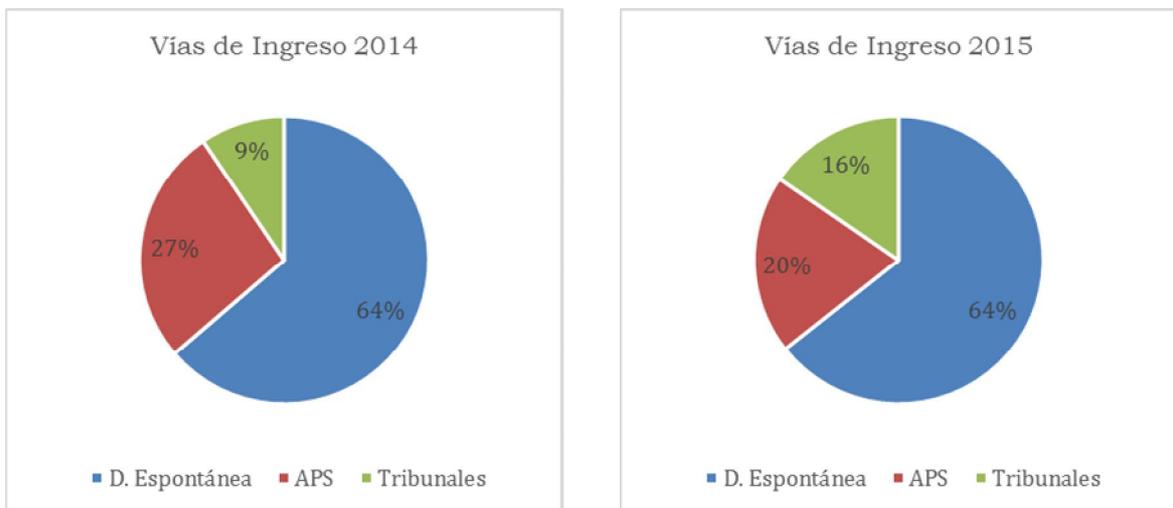
### Usuarios Según Vías de Ingreso.

Durante el transcurso de los dos últimos años, la mayoría de los usuarios interactúa en una primera instancia con el programa a través de la demanda espontánea (64% para los períodos anuales 2014 y 2015), reconociéndose, en la mayor parte de ellos, coacción informal ejercida por sus respectivas familias.

En segundo lugar (27% el 2014 y 20% el 2015), asisten derivados desde los centros de salud, hospitales y/o red comunal (Previene, Red de Infancia, etc.).

Finalmente, un porcentaje menor (9% y 16% para los períodos respectivos) acude derivado desde los Tribunales de Familia y Garantía (coaccionada formalmente), en forma de suspensiones causales de procedimiento y con carácter de obligatoriedad. Durante el año 2015, y desde el segundo semestre del 2014, este porcentaje ha ido en aumento, considerando que según la literatura especializada al respecto, la mayoría de las faltas y/o delitos por violencia intrafamiliar parecen encontrarse asociados a estados influenciados por el uso y/o abuso de alcohol.

### GRÁFICO: USUARIOS BAJO CONTROL SEGÚN VÍAS DE INGRESO



## Usuarios Según Diagnóstico de Consumo (CIE-10)

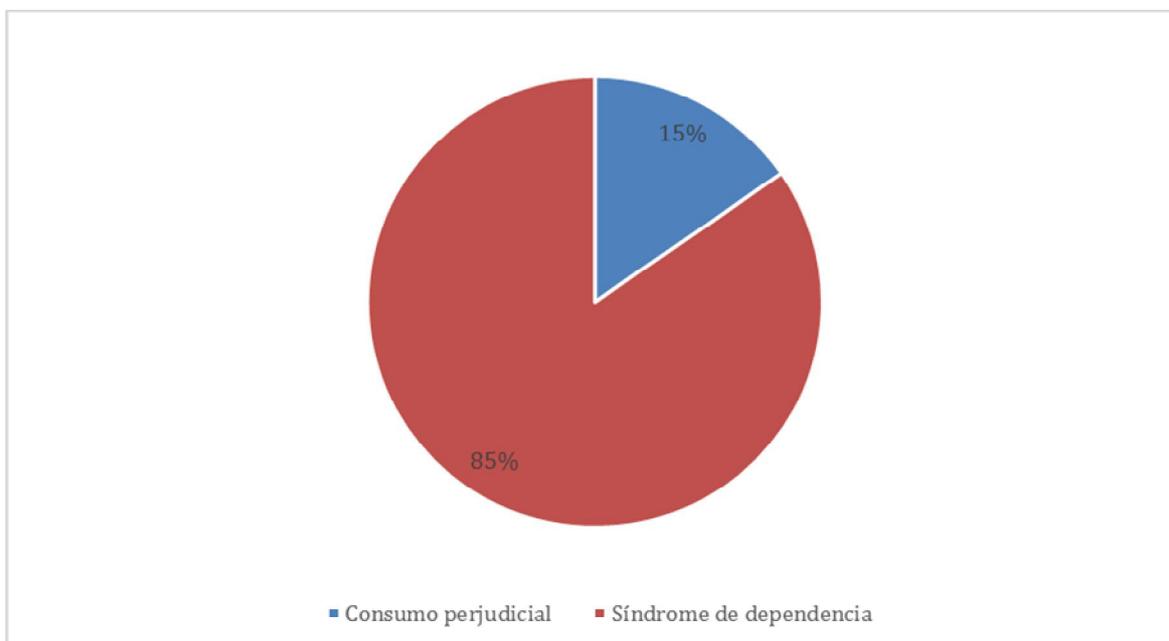
La mayoría de los manuales utilizados para la realización de diagnósticos en torno a las dificultades presentadas por las personas, relativas al consumo de alcohol, suelen identificar dos trastornos principales: el cuadro denominado consumo perjudicial (CIE-10) y el síndrome de dependencia de alcohol (CIE-10).

La mayor parte de la población de usuarios atendidos por el programa (85% que corresponde a 94 personas), presenta un diagnóstico que corresponde al síndrome de dependencia de alcohol, determinado principalmente a través de la evaluación clínica general (entrevistas, exámenes médicos y criterios clínicos).

El 15% restante (27 personas), presenta un diagnóstico de consumo perjudicial. Si incorporamos la variable género y la relacionamos con el tipo de diagnóstico de consumo, es posible afirmar que dentro del género masculino, 72 pacientes (85,7%) presentan diagnóstico de síndrome de dependencia, mientras que 12 (14,3%) poseen el de consumo perjudicial. Por su parte, 22 mujeres presentan diagnóstico de dependencia al alcohol mientras 5 muestran un consumo perjudicial.

En comparación al año 2014, donde un 73% de los usuarios presentaba un diagnóstico de dependencia al alcohol, la gravedad o intensidad del consumo se ha acrecentado en la población atendida.

### GRÁFICO: USUARIOS EN CONTROL, SEGÚN DIAGNÓSTICO DE CONSUMO



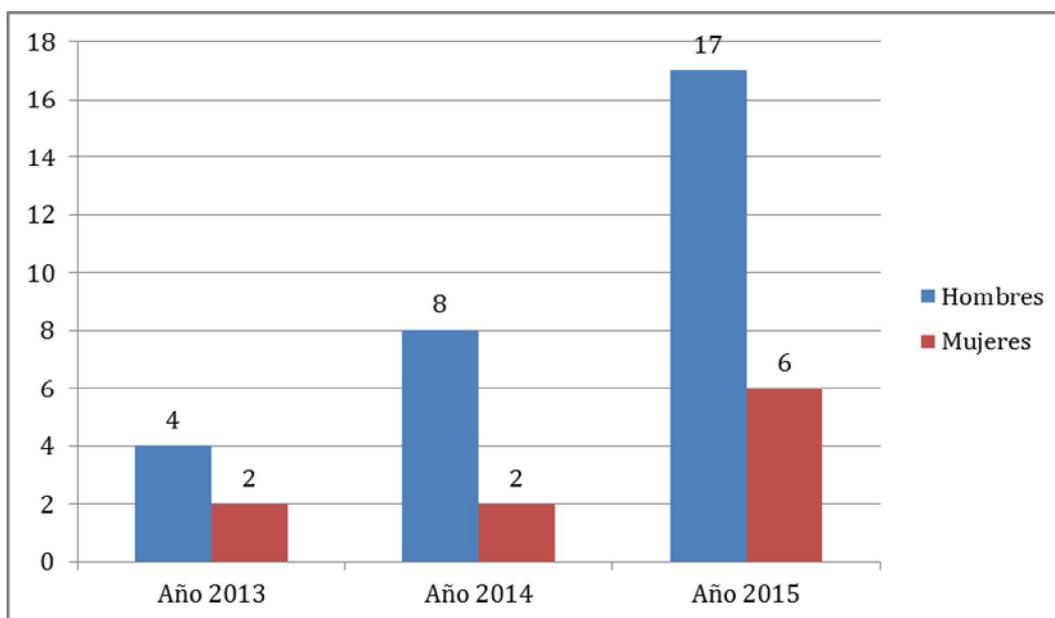
## **Egresos Terapéuticos Según Causales.**

Como se ha señalado previamente, el proceso de tratamiento en nuestro programa posee diferentes etapas:

- Fase de Ingreso al programa a través de la realización de una primera entrevista, revisándose en dicha sesión el motivo de consulta manifiesto, la sospecha diagnóstica y motivación al cambio.
- Fase de Tratamiento, que comienza con las evaluaciones de carácter médico, psicológico y social. Posteriormente, dentro de esta etapa se realiza la confirmación diagnóstica de consumo perjudicial o síndrome de dependencia al alcohol, elaboración del plan de tratamiento individual y mantención de las estrategias desarrolladas para el abordaje de los objetivos terapéuticos. Esta etapa tiene una duración aproximada de seis meses, pero puede eventualmente extenderse hasta 1 año.
- Fase de Seguimiento, comienza al cumplirse los objetivos terapéuticos co-construidos y que tiene una duración aproximada de seis meses. La frecuencia de las intervenciones disminuye durante esta etapa, realizándose atenciones una vez por mes.
- Fase de egreso. Puede realizarse de tres formas:
  - Egreso por alta terapéutica, tras la culminación exitosa del proceso de tratamiento y la fase de seguimiento.
  - Egreso por abandono, que puede ocurrir a lo largo de cualquier fase de las mencionadas previamente y sucede tras presentar de manera reiterada el usuario tres inasistencias a citaciones de intervención sin mediar previo aviso.
  - Egreso por alta administrativa: De manera similar al egreso por abandono, puede suceder en cualquier fase, distinguiéndose por la falta grave (agresividad, destrucción de la propiedad, etc.) que el usuario realiza en las dependencias del programa o en relación a la vulneración de los derechos de los técnicos y profesionales que prestan servicios allí.

Por motivo de alta terapéutica de los pacientes, podemos desprender que durante el presente año han finalizado sus procesos terapéuticos en forma exitosa 23 usuarios, situación que en comparación con el año anterior (10 personas), significa un aumento considerable correspondiente al 230%. En el siguiente gráfico se muestran comparativamente los usuarios egresados mediante esta causal durante los años 2013, 2014 y 2015, considerando secundariamente su distribución según sexo.

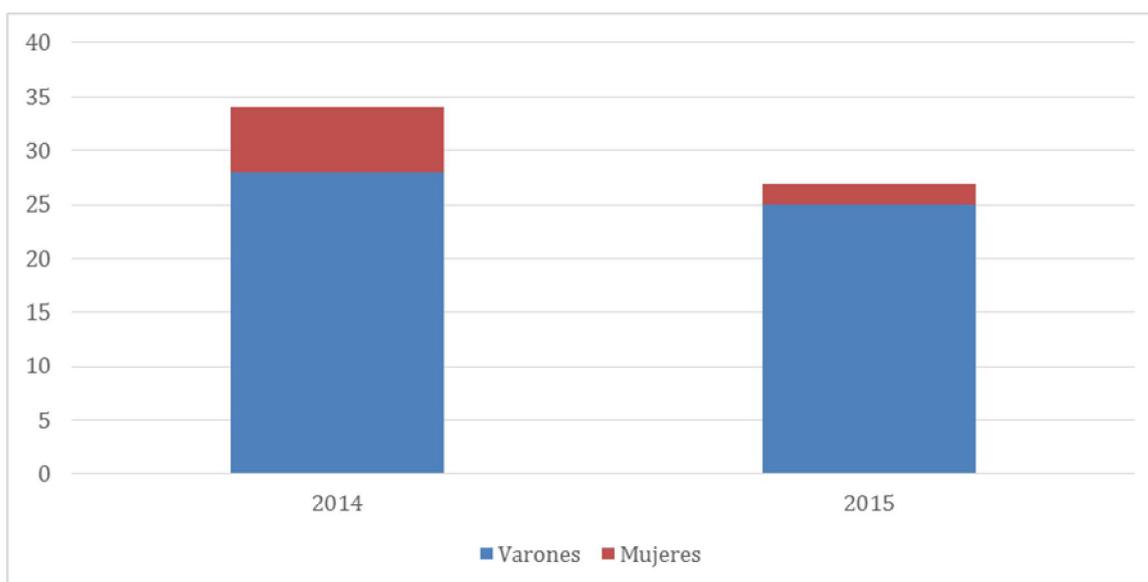
### GRÁFICO: EGRESOS POR ALTA TERAPÉUTICOS SEGÚN SEXO



### Egresos por Abandono.

Durante el transcurso del año han sido egresados por abandono 27 usuarios, de los cuales 25 (92,6%) son de sexo masculino. En comparación al año 2014, donde hubo 34 egresos por abandono del tratamiento, el porcentaje disminuyó considerablemente (26,5%), según muestra el siguiente gráfico.

### GRÁFICO: EGRESOS POR ABANDONO



## **Resultados 2015, Metas 2016.**

- La adherencia al tratamiento se mantiene en aumento. En este sentido, se siguen incorporado progresivamente más mujeres al tratamiento, lo que se constituye como un logro que ha permitido develar el consumo problemático en la población femenina e intencionar un trabajo con perspectiva de género.
- Participación mixta, de mujeres y hombres al taller grupal, con un porcentaje del 30% correspondiente a mujeres.
- Integración y realización de intervenciones psicoterapéuticas con alta eficacia en procesos de desintoxicación en la comunidad realizados durante el presente año.
- Coordinación con múltiples establecimientos y organizaciones que permiten un mejor funcionamiento del programa y la entrega de un servicio más completo para nuestros usuarios.
- Participación activa de usuarios de Emerger en programa de formación de oficios, Más Capaz, SENCE, con usuarios que hoy se encuentran finalizando su capacitación laboral y en proceso de reinserción al trabajo.
- Participación de profesionales como investigadores asociados en proyectos FONIS (Fondo Nacional de Investigación y Desarrollo en Salud) y FONDART (Fondo Nacional de las Artes Visuales, Apoyo para el desarrollo artístico, difusión cultural y conservación patrimonial por medio de programas y concursos de proyectos de Artes Visuales, Fotografía, Nuevos Medios, Teatro, Danza, Artes Circenses, Artesanía, Diseño y Arquitectura).
- Ceremonia de egreso con alta terapéutica de 23 usuarios el 14 de mayo 2015.
- Implementación del taller de biblioterapia, comenzando en el presente año, con la finalidad de postular el año 2016 al Fondart de lectura.
- Formación de grupo de egresados por alta terapéutica 2015, para constituirse como organización comunitaria funcional, y convertirse en un grupo autónomo para postulación a fondos del Servicio de Salud año 2016.
- Desarrollo de un proyecto de creación de un boletín y bolsa de trabajo, en coordinación con los otros programas de dependencias para el año 2016.

## **Conclusión.**

Es importante destacar, luego del análisis de todas las variables anteriormente descritas, que en comparación a la población de usuarios que recibieron atención terapéutica durante el año 2014, la gravedad o intensidad del diagnóstico de consumo se ha acrecentado considerablemente.

Esta situación ha implicado que un alto porcentaje de los usuarios que asisten a una primera entrevista en el programa Emerger, poseen un perfil que se encuentra fuera de la atención que realizaría idealmente un programa ambulatorio básico, es decir, muestran complejidades respecto al grado de compromiso biopsicosocial de carácter moderado a severo, con comorbilidades de tipo psiquiátrico no compensado en ocasiones, sin redes de apoyo psicosocial, lo que nos lleva a plantear la necesidad de constituirnos en el futuro en un programa de carácter ambulatorio intensivo, dando respuesta a la alta exigencia del perfil de usuarios con los que trabajamos.

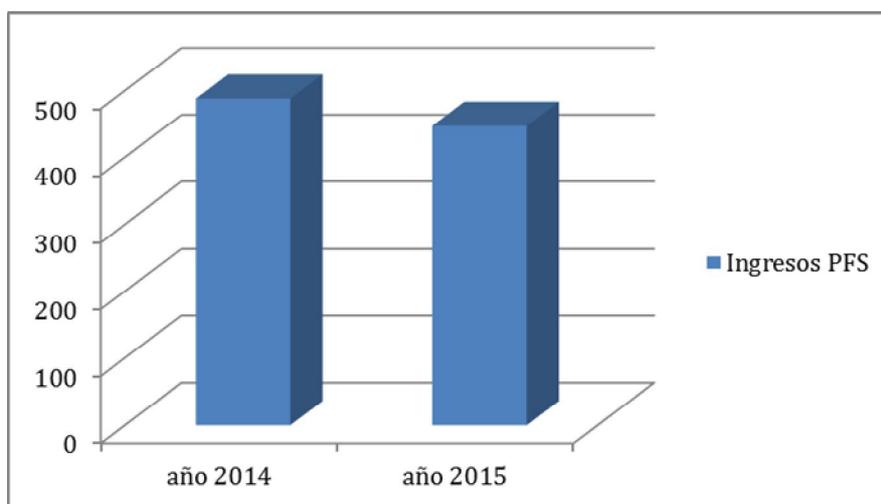
Finalmente nuestra experiencia nos muestra que las personas vinculan con el programa más allá del diagnóstico de consumo, consolidando el factor de la alianza terapéutica y la motivación como los ejes principales de nuestras intervenciones.

## INDICADORES DE EVALUACION PLATAFORMA DE GESTIÓN FAMILIAR

### AREA FAMILIA

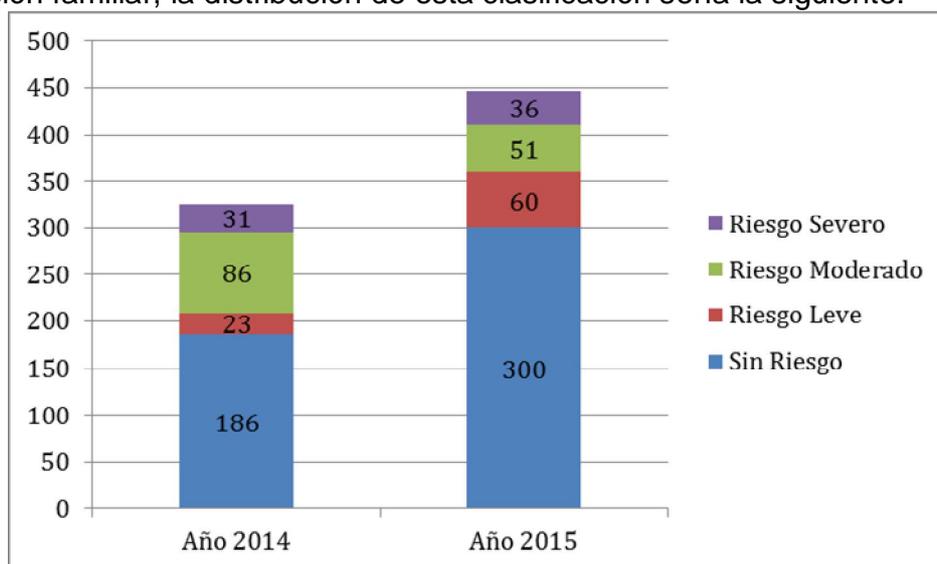
Familias ingresadas a la estrategia de Salud Quillota, Plan Familia Saludable para el año 2014 fueron 488, mientras que para el año 2015 al mes de octubre han ingresado 447 familias.

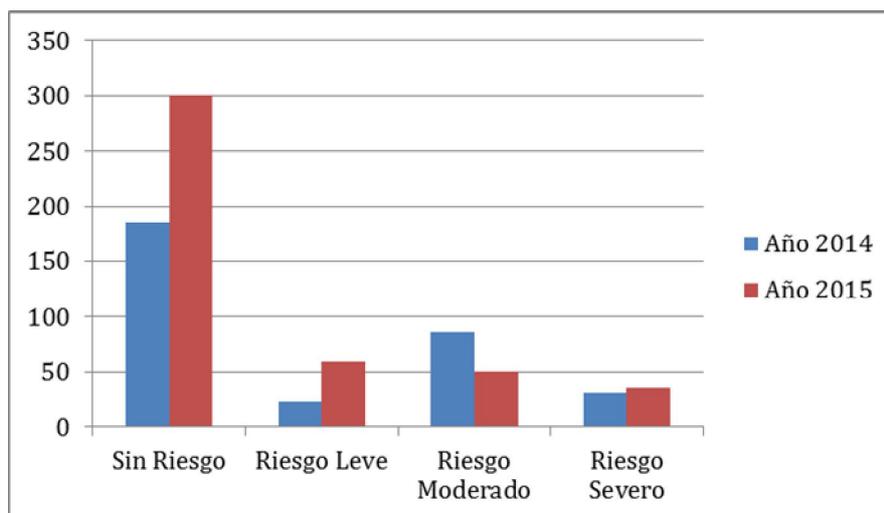
**GRAFICO: FAMILIAS INGRESADAS A LA ESTRATEGIA AÑOS 2014 Y 2015.**



**GRAFICO: POBLACIÓN BAJO CONTROL (A OCTUBRE DEL 2015)**

Las familias han sido clasificadas de acuerdo a su riesgo de presentar o no disfunción familiar, la distribución de esta clasificación sería la siguiente:

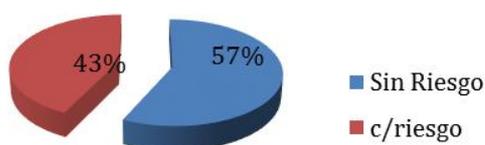




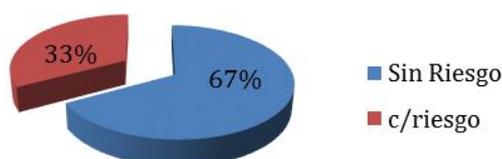
Tal como se muestra en el gráfico anterior, la tendencia estaría en el aumento de las familias clasificadas sin riesgo y un alza en la clasificación de familias con riesgo leve, así mismo las familias con riesgo moderado estaría disminuyendo, esto se podría explicar ya que el instrumento que recoge la información familiar se revisó, precisando con mayor profundidad la clasificación de riesgo, siendo las familias con riesgo severo quienes presentan una escasa variación.

**GRAFICO: DISTRIBUCION DE LAS FAMILIAS CLASIFICADAS CON Y SIN RIESGO DE DISFUNCION FAMILIAR.**

**Año 2014**



**Año 2015**



En el gráfico anterior, se puede visualizar en términos de porcentaje la tendencia a la disminución de la presencia de factores de riesgos de disfunción familiar al presente año.

La comuna ha sido dividida en términos de sectores con la finalidad de poder identificar los territorios donde se concentran nuestras familias ingresadas a la estrategia de salud Quillota y así planificar las acciones de tipo promocionales y preventivas y de acuerdo a las necesidades detectadas en la entrevista de ingreso al Plan Familia Saludable, quedando seis urbanos y el último fuera de estos límites.

<b>Sector I</b>		
El Diámelo.	Villa Aconcagua I y II.	Sargento Aldea.
Villa El Crisol.	Villa Nueva Italia.	Calle Ariztía.
Pedro Aguirre Cerda.	Villa Merced.	Villa Las Lilas.
Villa Padre Hurtado.	Rinconada.	Los Molinos de Quillota I y II.
Población Alfredo Rebolan I y II.	Los Parrones.	Condominio Quillota.
Villa La Escuela.	Simón Álamos.	Condominio Rivera del Inca.
Villa Dr. Sagre.	21 de Mayo.	Condominio Incahuasi
Villa Los Queltehues.	Calle Arturo Prat.	Doña Francisca
Villa Magisterio.	Serrano.	Ignacio Serrano

<b>Sector II</b>		
Mayaca Antiguo.	El Mirador.	Chile Nuevo.
Ampliación Mayaca.	Yolanda Gatica.	Baquedano.
Población Municipal.	Cerro Mayaca	General Mackenna.
Aconcagua Norte.	El Peumo.	La Concepción I y II.
Población Molinares.	El Esfuerzo.	Gonzalo de Los Ríos.
Calle Molinares.	Rosales Kennedy.	Villa Hermosa.
Valencia.	Villa Primavera.	Pedro de Valdivia.
Villa Santa Rosa.	Aconcagua Sur.	Villa Los Aromos.
Calle 18 de septiembre.	Población José Miguel Carrera.	Condominio Social Los Palmares.
Oscar Alfaro	El Bajío.	Avenida Valparaíso.
Las Praderas.	La Portada.	

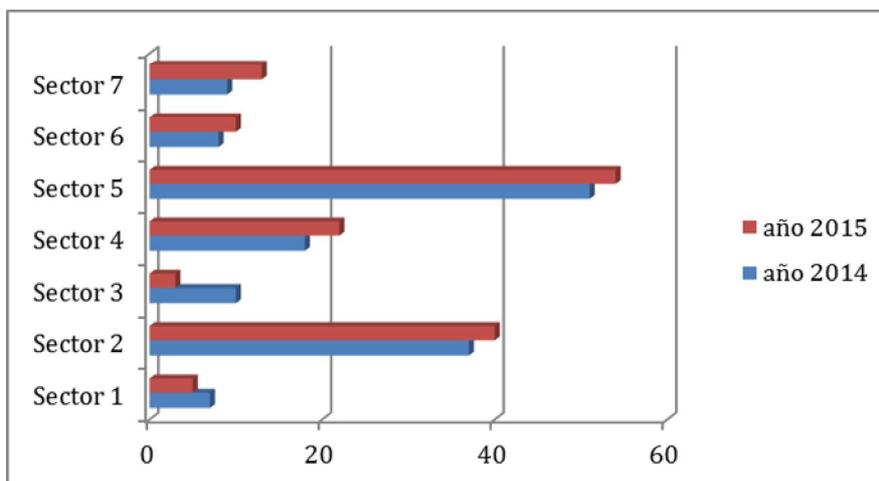
<b>Sector III</b>		
Villa Paraíso.	Población Rafael Ariztía.	Santa Teresita.
Calle Aspillaga.	Calle Ariztía.	Villa Coopreval.
Calle Diego Portales.	Lo Garzo.	Calle Arauco
Calle Herboso.	Los Lúcumos.	

<b>Sector IV</b>		
La Corvi.	Villa Reina Ana.	Calle Pudeto.
Alemania.	Villa Rio Aconcagua.	Calle Diego Echeverría.
Población Venezuela.	Villa Barrio Freire.	Calle Yungay.
Villa Cervantes.	Los Escritores.	Calle Ahumada.
Cristo Redentor.	Población O'Higgins".	Calle Arauco.
Villa Nuevo Horizonte.	Calle Prat.	Calle Benimelli.
Conjunto habitacional San Isidro.	Calle Carrera.	Calle C. Carvajal
Villa México.	Calle Bulnes.	Calle S. Escutti.
Villa España.	Calle Pinto.	Calle H. Castro.
Población Carlos Mardones.	Calle San Martin.	Calle Hno. De La Fuente.
Los Quillayes.	Calle O'Higgins.	Calle Av. Valparaíso.
Diego Portales.	Calle Blanco	Calle B. Concha.
Los Paltos.	Calle Condell.	Calle Clodomiro Figueroa.
Villa Tahití	Calle Chacabuco.	
Empleados Particulares.	Calle Concepción.	

<b>Sector V</b>		
Villa Agustín Avezón.	Condominio Doña Inés	Población Beatita Benavides.
Jardines del Aconcagua.	Villa Sol Naciente	El Retoño I y II.
Ríos de Chile.	Villa Hermanos Maristas	Villa Portal Araucarias I y II.
Población Atumapu I, II, III, IV, V y VI.	Población Santo Domingo.	Av. Juan Bautista Alberdi
Villa Rapa Nui.	Villa San Alberto.	Villa Alegre.
Villa Leonardo da Vinci.	Población El Bosque.	Villa Las Viñas de Quillota.
Población Amanecer.	Población Salvador Said.	Villa Nápoli
Condominio Nemesio Antúnez.	Diego de Almagro.	Calle Lorca.
Condominio Caburga.	Población Manuela Figueroa.	La Poetisa.
Condominio Parque Real	Población Reyes Católicos.	Conjunto Habitacional San Luis
Población Príncipe de Gales	Villa San Antonio.	

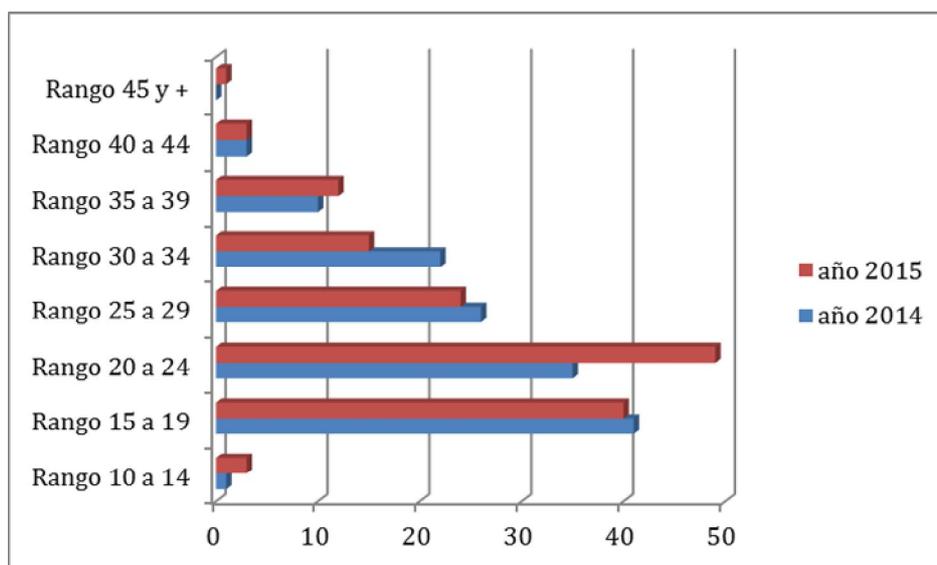
<b>Sector VI</b>		
Villa El Sendero	Condominio Villa El Alba	Villa Hermano Bonifacio I y II.
Villa Doña Josefina	Condominio Villa El Solar	

**GRAFICO: DISTRIBUCIÓN DE LAS FAMILIAS CON RIESGO AÑOS 2014 Y 2015 DE ACUERDO A SECTOR DE RESIDENCIA.**

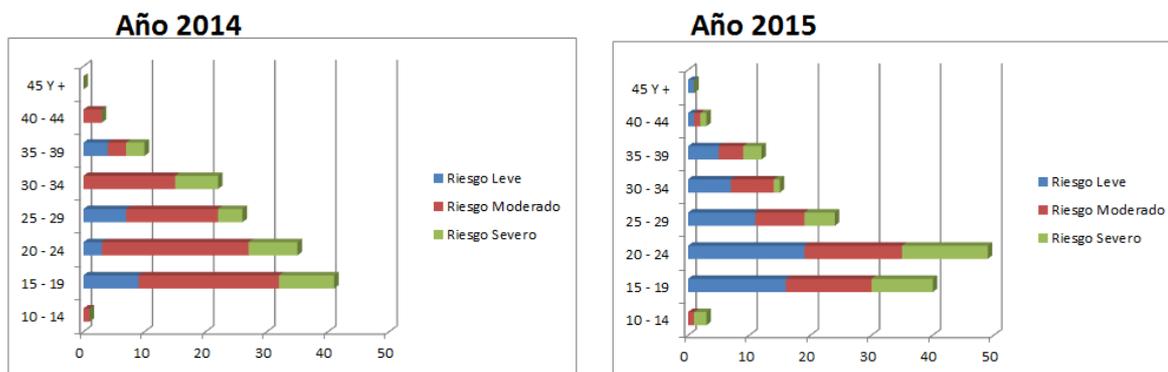


Tal como se demuestra en el gráfico, es en el sector 5 donde se concentran, principalmente, las familias bajo control con 54, en segundo lugar le sigue el sector 2 con 40 familias y en tercer lugar es el sector 4 con 22, en los demás sectores su dato es marginal, sin embargo llama la atención que 13 familias, cuya residencia corresponde a zonas rurales o fuera de la comuna, apuesten a la estrategia de salud local.

**GRAFICO: DISTRIBUCIÓN DE LAS GESTANTES CLASIFICADAS CON RIESGOS INGRESADAS AÑO 2014 Y 2015 DE ACUERDO AL RANGO ETÁREO.**

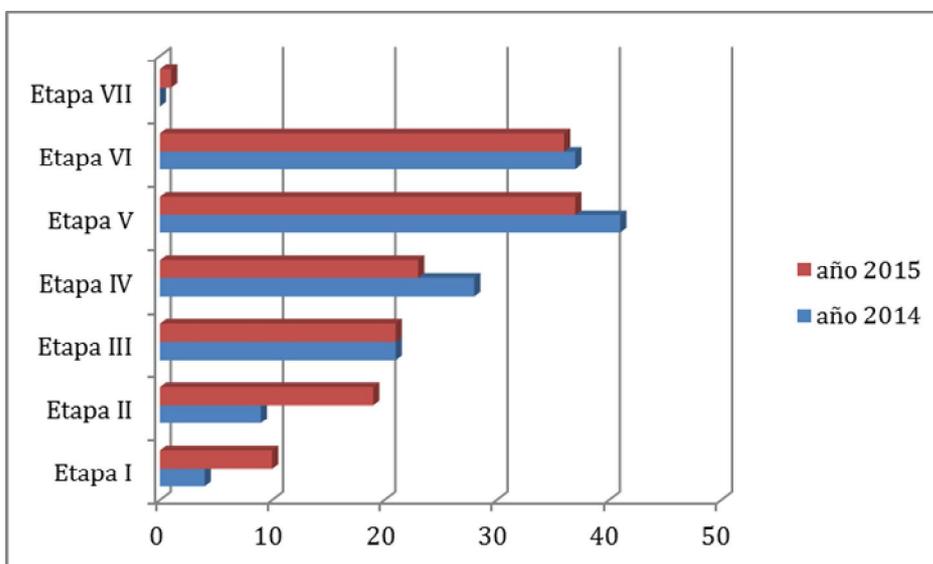


Se observa según el gráfico anterior, un aumento de los ingresos al Plan Familia Saludable gestantes menores de 15 años para el año 2015, sin embargo para el año 2014 los ingresos a la estrategia estuvo centrada en los embarazos en mujeres de 15 a 19 años, rango etáreo que para el año 2015 se desplazó a las mujeres ingresadas a control prenatal de 20 a 24 años.



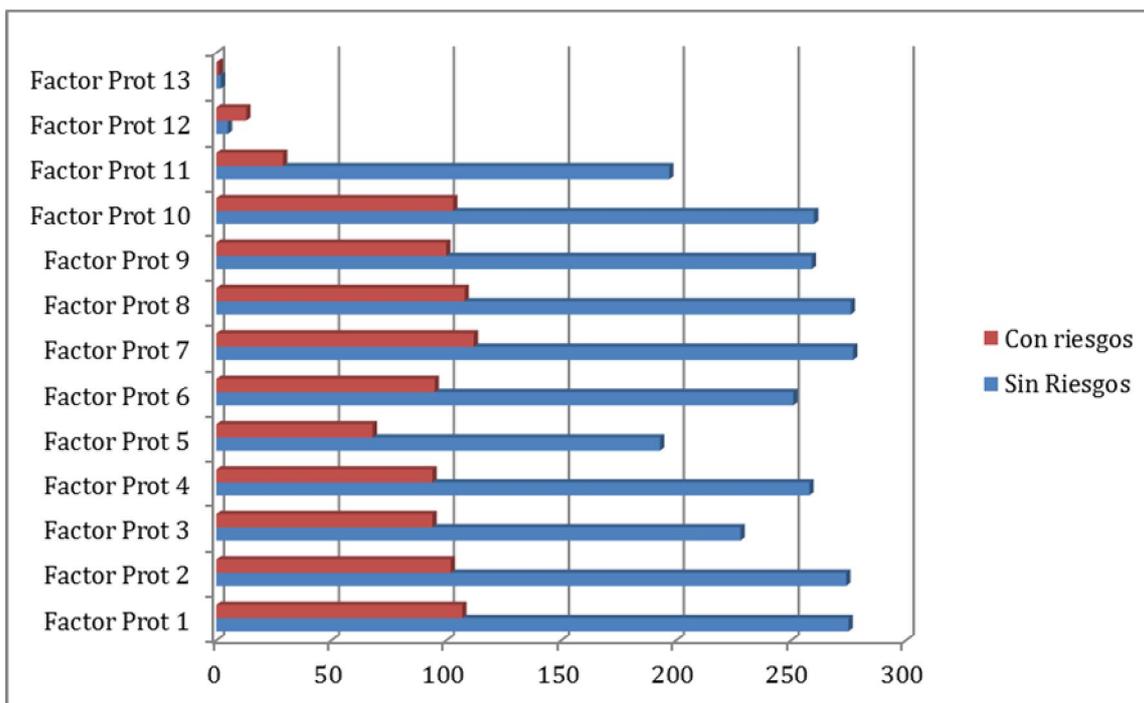
De acuerdo al gráfico anterior se aprecia un aumento de 37 familias para el año 2015 clasificadas con riesgo leve, mientras que las familias clasificadas con riesgo moderado han disminuido 45 familias en relación al 2014. Para el riesgo severo se mantiene en cifras similares en ambos años.

**GRAFICO: DISTRIBUCIÓN DE LAS FAMILIAS BAJO CONTROL DE ACUERDO A LA ETAPA DEL CICLO VITAL FAMILIAR.**



Se observa una mayor concentración (año 2015) de familias en la etapa I y II del ciclo vital familiar, en relación al año 2014, estas corresponden a familias en formación y las que se encuentran en etapa de crianza inicial de sus hijos e hijas.

## GRAFICO: FACTORES PROTECTORES DE LAS FAMILIAS BAJO CONTROL



De las familias clasificadas sin riesgo los factores protectores que tienen mayor presencia son:

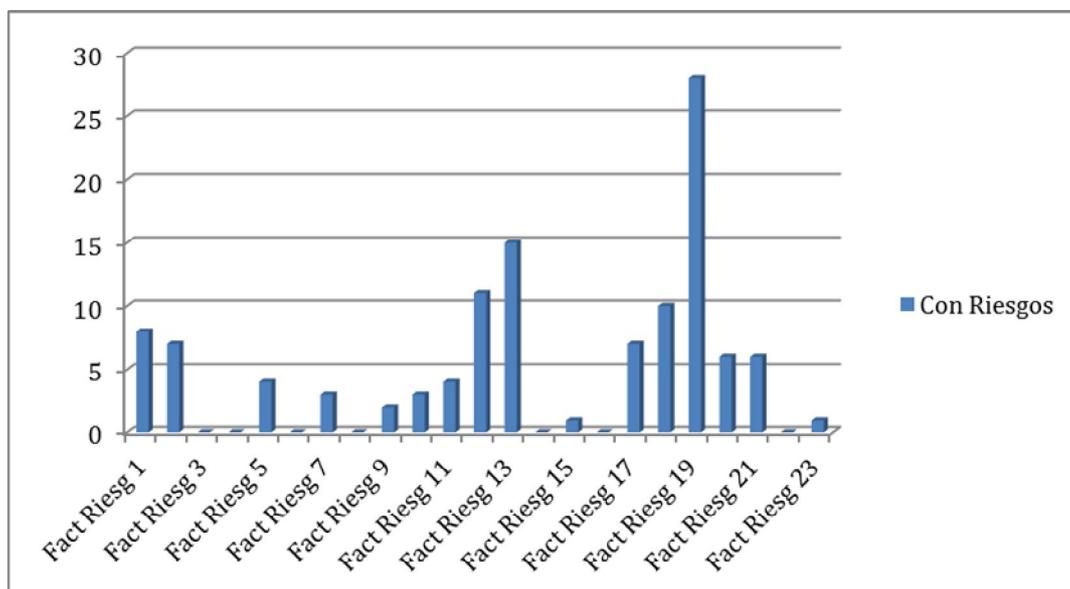
- F. protector 1: comunicación abierta y directa.
- F. protector 2: expresión permanente de afecto.
- F. protector 7: Percepción de apoyo familiar.
- F. protector 8: Sentido de pertenencia.

Ahora, para las familias clasificadas con riesgo los factores protectores que tienen menor presencia son:

- F. protector 13: Aporte y/o subsidio estatal.
- F. protector 12: Actividad deportiva sistemática.
- F. protector 11: Vivienda y saneamiento adecuado.
- F. protector 5: Participación en organizaciones comunitarias.

En este sentido, la activación y/o coordinación de las redes institucionales pertinentes cobran relevancia en el trabajo a desarrollar con las familias clasificadas con algún tipo de riesgo de disfunción familiar, donde la promoción de estos factores protectores les permitiría enfrentar con mayores herramientas los factores de riesgo presentes en cada una de ellas.

### GRAFICO: FACTORES DE RIESGO DE LAS FAMILIAS BAJO CONTROL



El gráfico anterior da cuenta de los factores de riesgo que se presentan con mayor frecuencia en las familias ingresadas a la estrategia y que son clasificadas de riesgo de disfunción familiar.

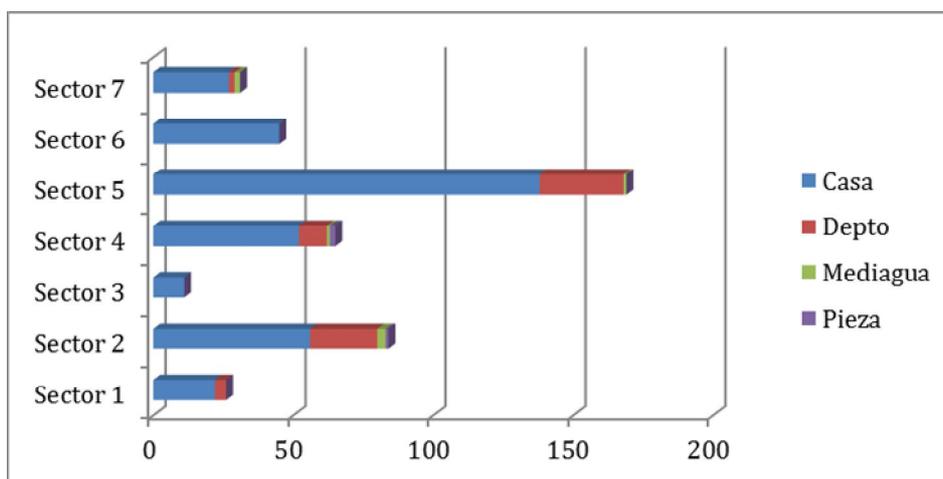
Factor de riesgo 12: Embarazo no deseado/planificado.

Factor de riesgo 13: Ausencia madre/padre.

Factor de riesgo 18: Embarazo Adolescente.

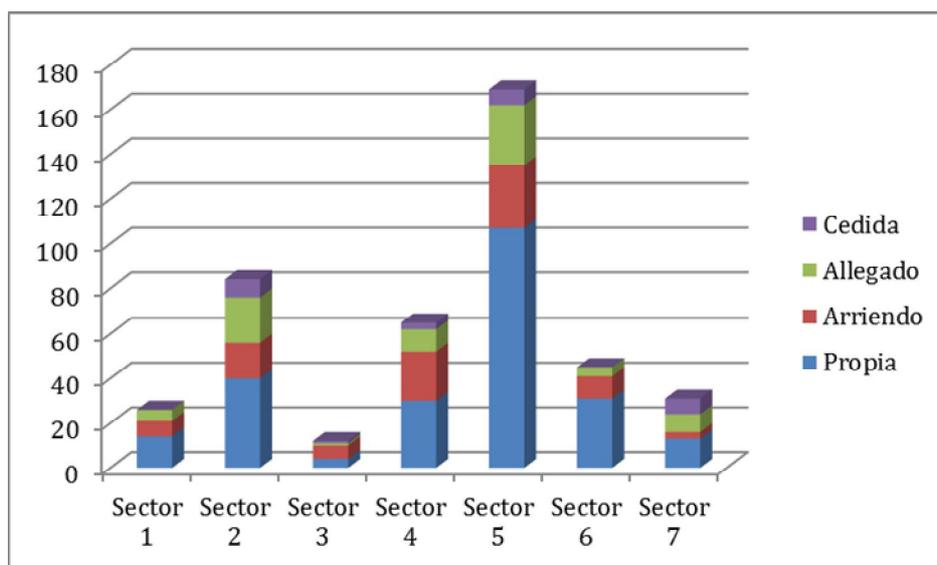
Factor de riesgo 19: Patología crónica de algún miembro de la familia.

### GRAFICO: TIPO DE VIVIENDA SEGÚN SECTOR DE LAS FAMILIAS BAJO CONTROL.



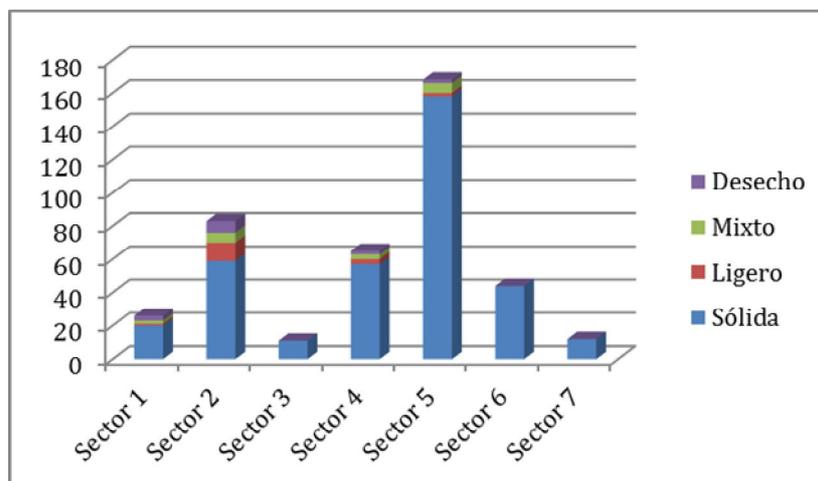
El gráfico nos muestra el tipo de vivienda que ocupan las familias ingresadas a la estrategia, donde predominan las vivienda tipo casa y departamento, siendo escasa la presencia de mediaguas en total 7 lo que corresponde a un 1.62% ubicadas principalmente en el sector 2. Mientras que las familias que habitan una pieza corresponde al 0.7% y que corresponde al sector 4 principalmente.

**GRAFICO: TENENCIA DE LA VIVIENDA SEGÚN SECTOR DE LAS FAMILIAS BAJO CONTROL.**



La tenencia de la vivienda está dada principalmente por la condición de propietario o en proceso de adquisición de la vivienda, sin embargo un 44,67% del total de familias bajo control habitan vivienda en otra condición, siendo el sector 5 donde se concentran mayoritariamente las familias que habitan en condición de arrendatario y allegados, mientras que en los sectores 2 y 7 se concentran las viviendas cedidas.

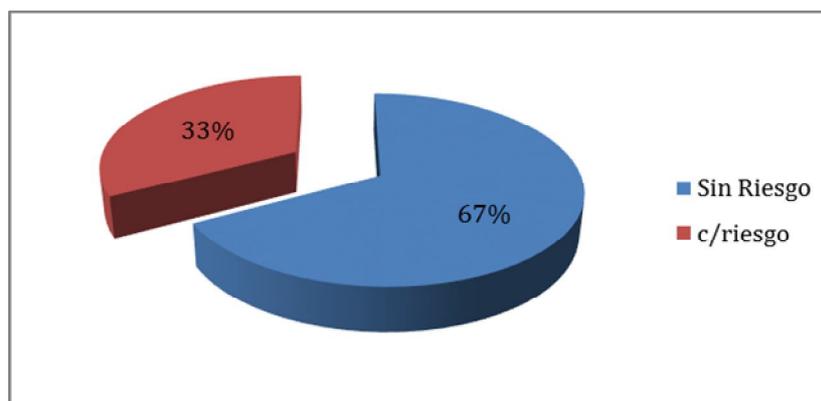
**GRAFICO: MATERIALIDAD DE LA VIVIENDA SEGÚN SECTOR DE LAS FAMILIAS BAJO CONTROL.**



Tal como se demuestra en el gráfico, las familias bajo control habitan viviendas sólidas principalmente en todos los sectores, sin embargo es en el sector 2 donde se aprecia una mayor incidencia de viviendas de material ligero, desecho y mixto (24 en total), luego le corresponde al sector 5 con un total de 10 viviendas de material antes mencionado.

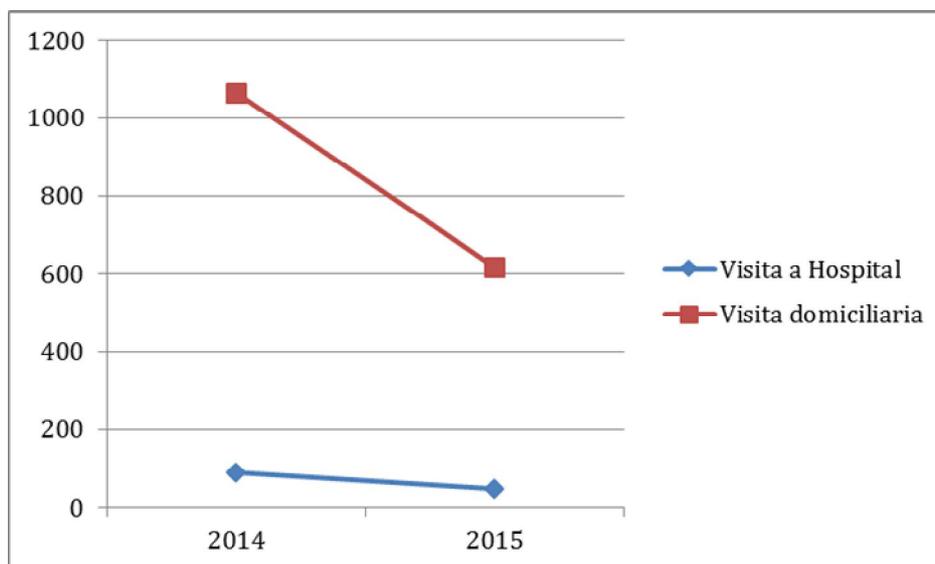
2.- Actividades Plataforma de Gestión Familiar

**GRAFICO: CLASIFICACION SEGÚN RIESGO DE LAS FAMILIAS BAJO CONTROL.**



A partir del año 2015, las actividades realizadas por las ejecutivas de familia orientadas al cumplimiento de los planes de familia saludable de las familias bajo control, disminuyeron notoriamente puesto que estas se enfocaron en la gestión de las familias clasificadas con algún riesgo de disfunción familiar. Es decir, del total de familias ingresadas, solo el 33 % cuenta con ejecutiva de familia y el resto posee un plan de familia saludable autogestionado.

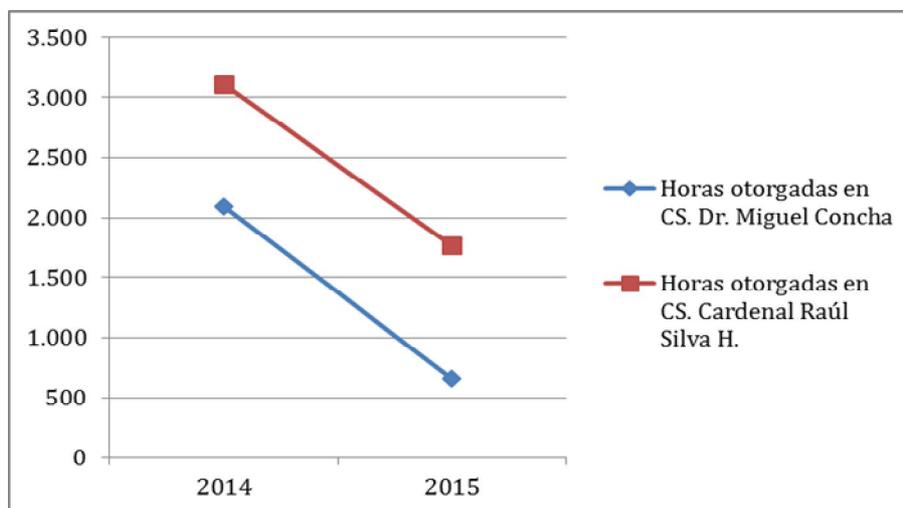
### GRAFICO: VISITAS DOMICILIARIAS Y HOSPITAL



A partir del segundo semestre del año, la tendencia de las visitas ha ido disminuyendo lo que tiene directa relación a la estrategia establecida de focalizar los recursos en las familias con riesgo de disfunción familiar. (Uso eficiente de los recursos).

Respecto a las visitas en el hospital por nacimiento, estas han tenido un leve decremento considerando la estrategia planteada anteriormente y la oferta existente en el sector privado de salud.

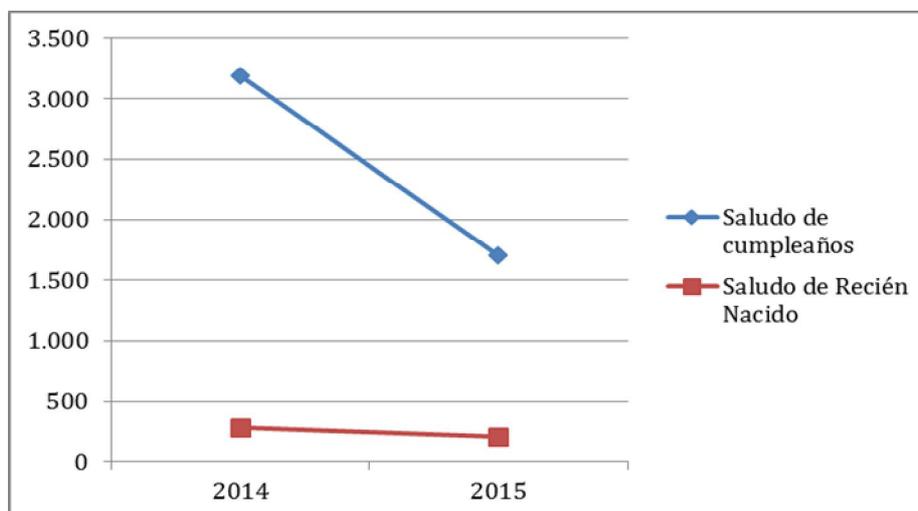
### GRAFICO: GESTION DE HORAS EN RED APS



En este gráfico, se puede visualizar que la gestión de citas de las ejecutivas de familia en la red APS ha disminuido considerablemente por 2 factores:

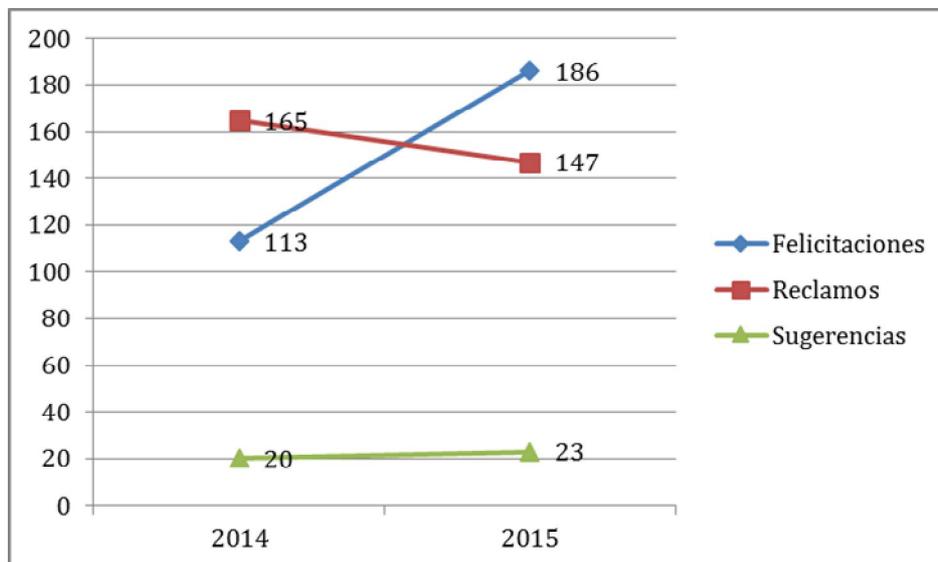
- A la estrategia de focalizar en familias de riesgos las prestaciones garantizadas
- Al sistema de gestión de demanda asistencial, el que permite a las familias gestionar oportunamente sus citas mediante línea telefónica

### GRAFICO: RESCATE DE EVENTOS SALUDABLES



Considerando que el universo de familias bajo control es menor, el rescate de eventos será proporcional a la cantidad de integrantes que tenga la familia.

### GRAFICO: GESTIONES CIUDADANAS



Según la retroalimentación entregada por los usuarios y usuarias de la red de atención primaria de saludquillota, se identifica el reconocimiento de una buena gestión incrementando las felicitaciones y disminuyendo los reclamos.

## **INDICADORES DE EVALUACION**

### **CENTRO DE SALUD DR. MIGUEL CONCHA**

#### **DIAGNOSTICO AÑO 2015**

Quillota es una comuna emergente, en la última década el aumento de la población beneficiaria usuaria de nuestro sistema de salud se ha incrementado, algunos descritos como nuevos usuarios aquellos ciudadanos que no utilizaban el sistema público, pero que en el último periodo encantados o atraídos al sistema público, descartando los usuarios frecuentes o habituales de nuestros centros, tema que va de la mano con el aumento del grado de resolutivez y complejidad de la APS, así también en los últimos 5 años, se produce un incremento de las consultas de urgencia, por otro lado, se produce un incremento de consultantes usuarios no habituales de nuestro sistema como por ejemplo la incorporación de nuevas patologías GES en los últimos años como hipotiroidismo, tratamiento del Helicobacter Pylori, sumado a un número de convenios y prestaciones como otorrino, oftalmología, mamografía espirometrias entre otras, cada vez más oportunas y expeditas a las demandas y necesidades de nuestros usuarios.

La población asignada para la comuna de Quillota corresponde a 90490, la población según percapita corresponde a 81878 y de esta cifra 69046 son usuarios del área urbana

Uno de los desafíos más importantes, en políticas de salud es el derecho al acceso, equidad y oportunidad de las prestaciones de salud.

Dentro de las políticas nacionales, para la década 2010 – 2020 propuestas por el ministerio de salud, en relación al perfil epidemiológico y de desarrollo país, donde las expectativas de vida, se han incrementado y por ende la población adulta mayor, tema que va de la mano, con un aumento, de las patologías propias del adulto mayor, como son las enfermedades cardiovasculares, las patologías por cáncer y eventos relacionados a la senilidad, brindando prestaciones diversas a todos los grupo etareos de acuerdo a los perfiles epidemiológicos.

Situaciones donde cumple un rol importante los determinantes sociales, que influyen en una comunidad, por otro lado necesitamos comunidades más autónomas más participativa, con un fortalecimiento de la red socio sanitaria.

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 pro activos 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.

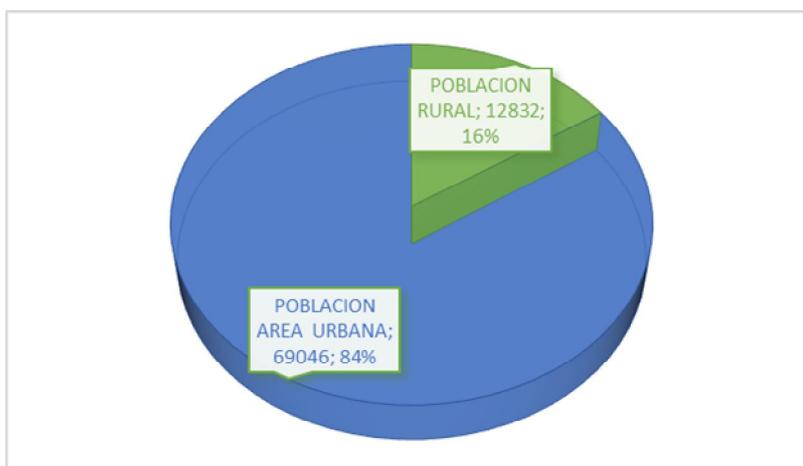
Un compromiso importante, en el último periodo, ha sido brindar una alternativa, o mantener una oferta para la población laboralmente activa, sobretudo en horarios de extensión y los días Sábados y Domingos, como en otros años sólo, se mantuvo la atención de extensión de los días Sábados, debido a que el **SAPU**, brindaba una oferta los días sábados domingos y feriados, desde las 8:00 hasta las 24 horas.

Como parte de la red , el centro de salud Dr. Miguel Concha, Plaza Mayor 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 a todos nuestros usuarios de la comuna.

Las conductas y tendencias de la ciudadanía, se orienta a la inmediatez de las atenciones, muchos usuarios prefieren horarios de SAPU y permanecen durante 1 o 2 horas esperando una atención en el área de urgencia, grupos donde se incorpora población laboralmente activa, que por diversas razones no obtienen facilidades de sus empleadores para asistir a controles en horarios hábiles, dentro de los perfiles de nuestros usuarios existe un alto porcentaje de trabajadores del área agrícola, comercio, retail, asesoras del hogar, independientes y funcionarios públicos.

<b>Población estimada a Junio 2015</b>	<b>Total personas</b>	<b>Porcentaje</b>
Población área urbana	69046	84%
Población Rural	12832	16%
Población comunal	81878	100%

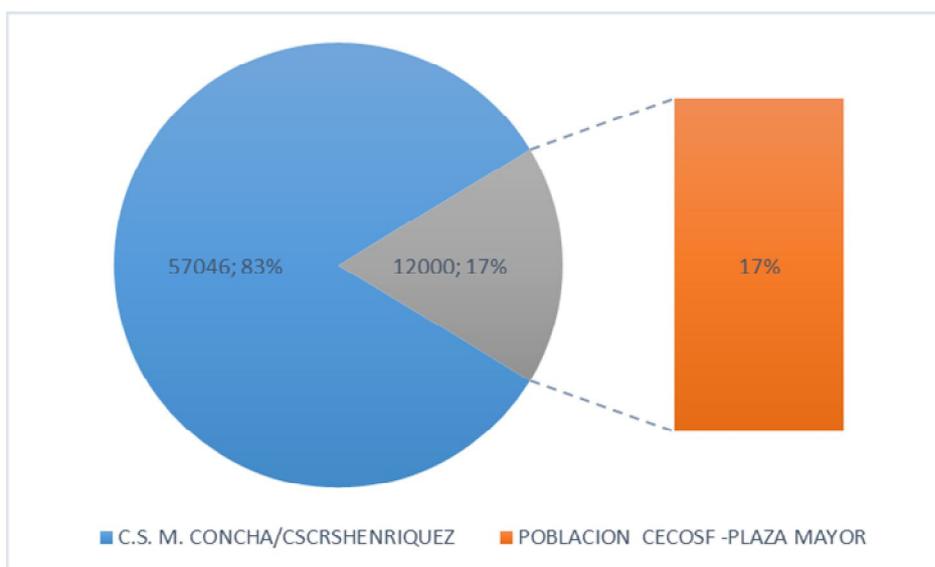
### GRAFICO POBLACION PERCAPITA DE LA COMUNA



De los 69.046 pacientes asignados al área urbana, existe un aproximado de 12.000 personas que están vinculados al CECOSF Santa Teresita, CECOSF Cerro Mayaca, y Centro Plaza Mayor, pero estos 12.000 pacientes a la vez tienen acceso a controles en estos centros interactúan y reciben prestaciones de los dos centros urbanos grandes, es decir, del CS. Silva Henríquez y el Miguel Concha, teniendo acceso la diversidad de prestaciones de la red salud de la comuna de Quillota, incluida las atenciones de urgencia.

En el área urbana y a nivel comunal los grupos de usuarios que consultan con mayor frecuencia son los grupos menores de 5 años y los mayores de 65 años, grupos que son priorizados tanto en la atención electiva como en las atenciones de urgencia.

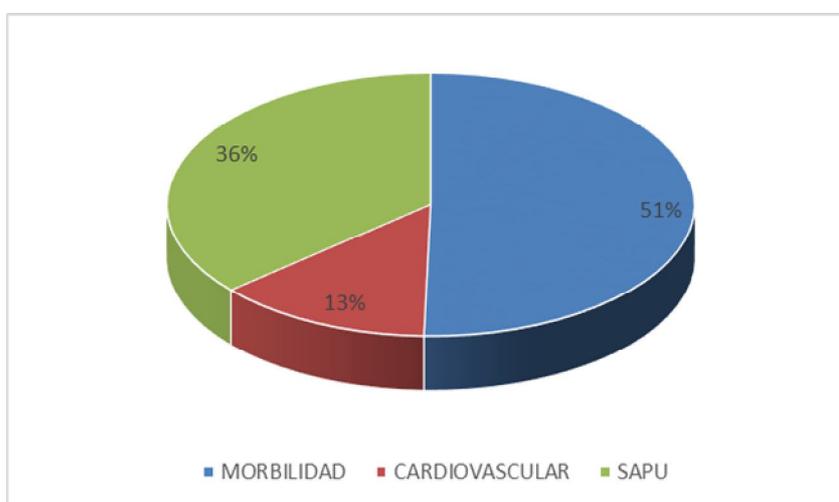
### GRAFICO: POBLACIÓN ÁREA URBANA



Atenciones médicas del C.S.Dr.Miguel Concha, considerada hasta septiembre 2015, las atenciones médicas suman 61747, este factor no considera las atenciones de los CECOSF Santa Teresita ni Cerro Mayaca, centro que brindan atención de morbilidad al área urbana de Quillota, el SAPU mantiene casi un número constante y ascendente de atenciones durante el año.

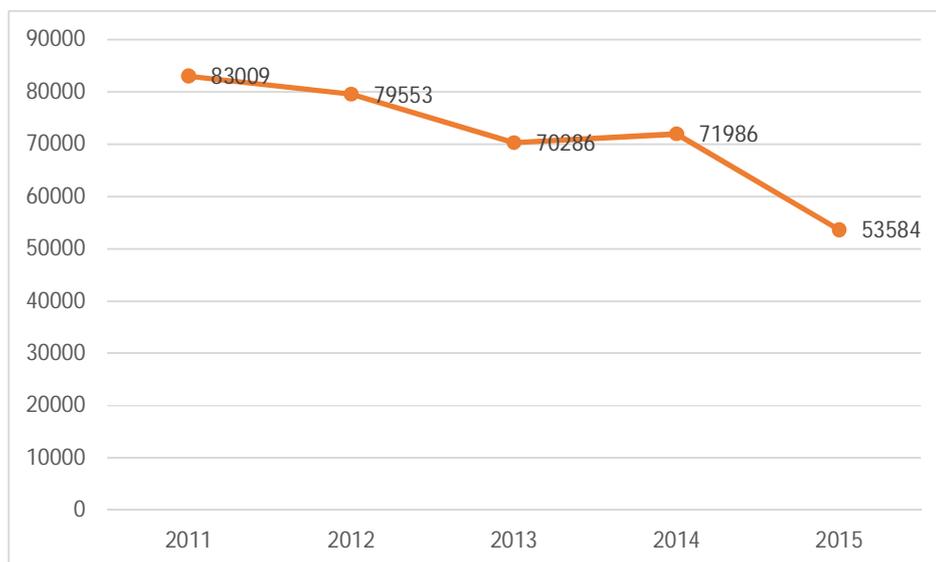
C.S. DR. MIGUEL CONCHA			2015	
MES:	MORBILIDAD	CARDIOVASCULAR	TOTAL	SAPU
ENERO	3455	902	4357	2217
FEBRERO	3769	896	4665	1874
MARZO	4058	770	4828	2618
ABRIL	2920	1043	3963	2584
MAYO	3180	730	3910	2849
JUNIO	3527	925	4452	2683
JULIO	3589	1126	4715	2274
AGOSTO	3309	965	4274	2710
SEPTIEMBRE	3316	806	4122	2652
TOTAL	31123	8163	39286	22461

#### GRAFICO: ATENCIONES MEDICAS CENTRO SALUD DR. MIGUEL CONCHA



De 61747 atenciones brindadas en el Centro de Salud hasta septiembre del 2015, el 51% corresponden a atenciones de morbilidad, el 36% al SAPU y el 13% a cardiovascular.

## GRAFICO: ATENCIONES DE MORBILIDAD CENTRO DE SALUD Y SAPU



La evaluación actual incluye hasta septiembre 2015, las atenciones de morbilidad este año disminuyeron considerablemente en relación al año anterior, situación relacionada con la falta de profesionales médicos, existiendo una brecha de 2 jornadas de 44 horas de médico, recurso escaso tanto a nivel regional como nacional, a pesar de las gestiones realizadas, no se ha logrado concretar la contratación de nuevos profesionales médicos para nuestra APS.

En abril del 2015 cumplió 2 años en funciones El Centro de Atención Integral del Adulto Mayor (PLAZA MAYOR), cuyos datos de atenciones de morbilidad, son considerados en nuestro registro estadístico, registrándose un número importante de atenciones de profesionales en este centro, situación que ha ayudado a descongestionar un poco el Centro de Salud Dr. Miguel Concha, hecho que durante el 2015 se ha visualizado con un mayor impacto

Los adultos mayores tienen una opción de acceso a atenciones más exclusivas y expeditas, sin tener que competir con pacientes de otros grupos de edades para solicitar una prestación.

El centro Plaza Mayor ofrece una oferta de morbilidad a atenciones orientadas a la atención Integral del adulto mayor VIAM.

## Gestión de la demanda.

Desde junio del 2015, se implementa sistema de entrega de horas de morbilidad vía telefónica **GDA**, sistema que entrega hora por medio de software , el mismo que es capaz de entregar hasta 40 citas en un minuto, disponible desde las 6:30 horas, esta es una estrategia que apuesta a eliminar las filas de los centros a primera hora de la mañana, evitando las filas y competencia por los números para solicitar horas al inicio de la jornada, evitando traslados innecesarios de los usuarios y en especial de los adultos mayores, de esta manera evitando gastos innecesarios de locomoción, disminuyendo traslados de los usuarios al tener que retornar en otro horario cuando la hora que se conseguía era en otro horario diferido.

Este sistema entrega la hora vía teléfono y envía un mensaje de texto al instante ratificando la fecha, la hora, el médico y el box donde debe presentarse el usuario.

Esta estrategia ha significado mucho para nuestro centro, al tener las salas de espera despejadas con poco público los funcionarios/as de admisión, pueden realizar gestión de casos, entrega de horas presenciales, evaluar consolidado de usuarios que llaman priorizando a grupos de edad vulnerables o de riesgo para asignarles horas que se reservan para estos casos especiales, ubicando a pacientes que no obtuvieron acceso a hora, reasignar horas devueltas por los usuarios.

**TABLA: CONSOLIDACION DE HORAS MEDICAS 2015 GDA**

Fecha	Total disponibles cupos	Cupos asignados GDA	Cupos asignados en Centro de salud
Junio	1051	775	276
Julio	3224	2515	709
Agosto	2863	2403	460
Septiembre	2991	2503	488
Octubre	2894	2277	617
TOTAL	13023	10473	2550

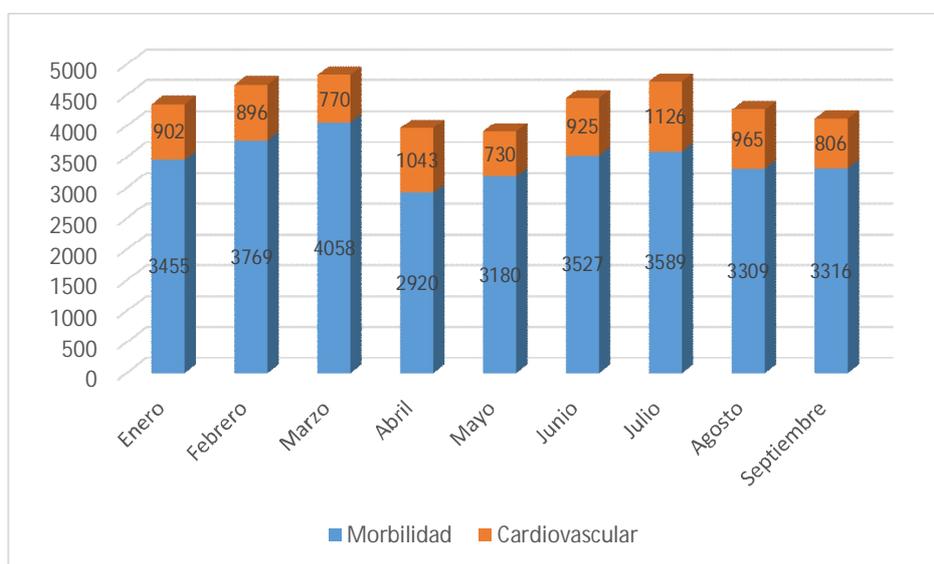
De las 13023 cupos de morbilidad entregados en este periodo desde junio hasta octubre 2015, el 80% de las horas se han entregado por el sistema GDA, lo que representa 10473 horas entregadas, y solo 2550 fueron entregadas en forma presencial por situaciones especiales o casos evaluado por el personal de admisión priorizándolos de acuerdo a cada caso y necesidad.

**GRAFICO: DISTRIBUCION DE HORAS MEDICAS, SEGÚN TIPO DE ASIGNACION**



El impacto logrado es muy alto, sobretodo en el ámbito de satisfacción usuaria, sin embargo existen casos aislados de usuarios no contentos con el sistema, por temas como no le permite elegir el profesional con quien desean atenderse o casos en los cuales los adultos mayores no dominan el uso del celular para solicitar una hora, casos que se han ido resolviendo desde admisión en la medida de lo posible y de nuestras capacidades de respuesta.

**GRAFICO: ATENCIONES MEDICAS DE MORBILIDAD Y CARDIOVASCULAR**



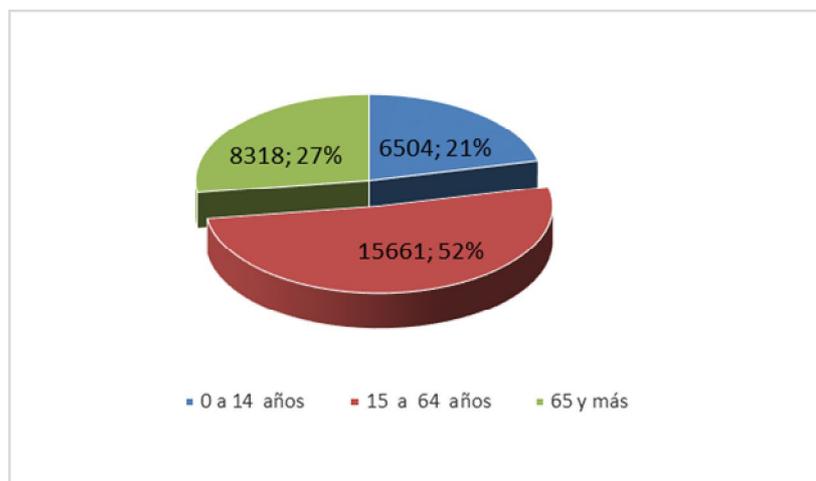
La suma entre atenciones de morbilidad y cardiovascular es 39286, las atenciones de cardiovascular representan el 20% del total de atenciones médicas del centro sin contabilizar las atenciones de SAPU

La brecha actual de horas médicas, ha sido difícil de compensar, por la falta de recurso profesional, bajo interés de los profesionales en cubrir horas extras, situación que ha generado un desmedro en el número y la calidad de las atenciones, debiendo los profesionales repetirse turnos SAPU en ciertas ocasiones o atender solos turnos entre 80 y 100 pacientes.

La curva de atenciones SAPU, durante el año 2015 se mantiene estable, con una leve tendencia al alza, alcanzando las 2850 consulta por mes, en los meses de invierno.

Una estrategia importante implementada en junio del 2015, y que parte a raíz de una preocupación continua de los equipos de salud de la APS de Quillota, que se relaciona con las filas de usuarios a primera hora de la mañana a las entradas a los centros y en las diversas áreas de admisión. A través del sistema **GDA**, se entrega hora médica de morbilidad vía telefónica ofertando el 80% de las horas médicas, sistema que opera como una central telefónica a través de software que es capaz de captar en un momento hasta 40 llamadas en forma simultánea, sistema muy bien evaluado por los usuarios y por los equipos de APS, aún existen alguna brechas que resolver, pero el sistema demostró un cambio al eliminar las filas a primera horas de la mañana, de esta manera el equipo administrativo de admisión se dedica a realizar gestiones administrativas tratando de resolver la mayor cantidad casos, aquellos en donde GDA no puede resolver una problemática en especial, sistema que se complementa con las acciones presenciales que se entregan en admisión, también se trabaja en menor proporción con fono salud y pagina web de salud Quillota.

#### GRAFICO: ATENCIONES DE MORBILIDAD 2015 POR GRUPO ETAREO



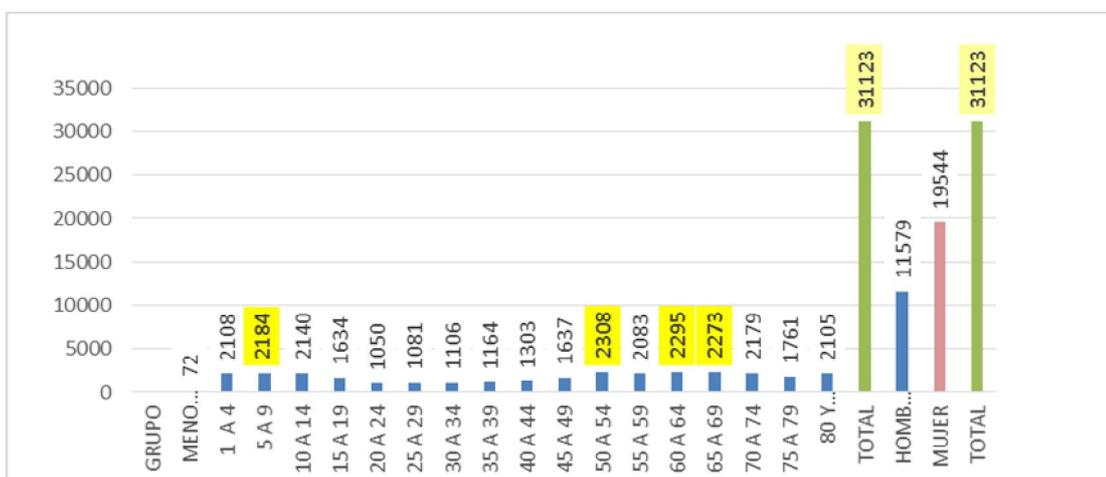
Por grupo de edad, el grupo de 15 a 64 años, es el grupo que concentra el 52% de las atenciones (15661), si bien es un rango muy amplio, concentra un rango importante de población laboralmente activa, usuarios que generalmente buscan atenciones en horarios de extensión.

Por otro lado el grupo que menores atenciones concentra es el grupo de 10 a 19 años, registrando solo 3774 atenciones, los adolescentes representan el grupo de usuarios que tienen menor interés o adhesividad a controles o seguimiento en procesos de estudio de alguna patología.

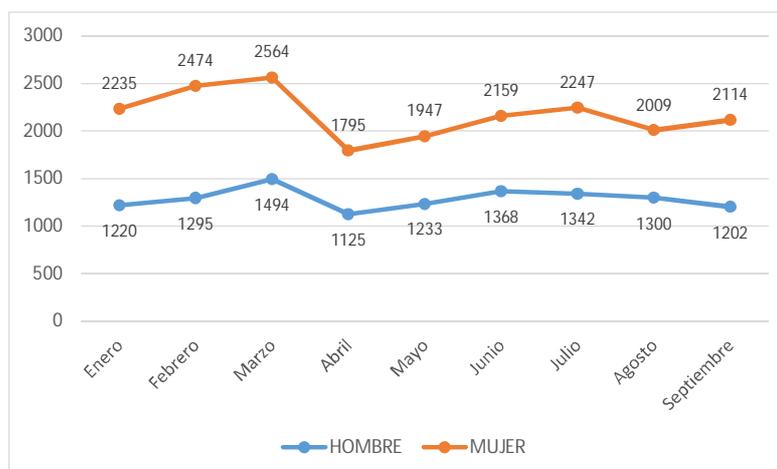
**TABLA: TASA DE CONSULTA 2015 POR GRUPOS DE EDAD**

Edad	Atenciones	Población	Tasa
0 a 14 años	6504	4721	1,3
15 a 64 años	15661	46258	0,3
65 y más	8318	9179	0,9
<b>TOTAL</b>	<b>30483</b>	<b>60158</b>	<b>0,5</b>

**GRAFICO: ATENCIONES DE MORBILIDAD POR GRUPO ETAREO**

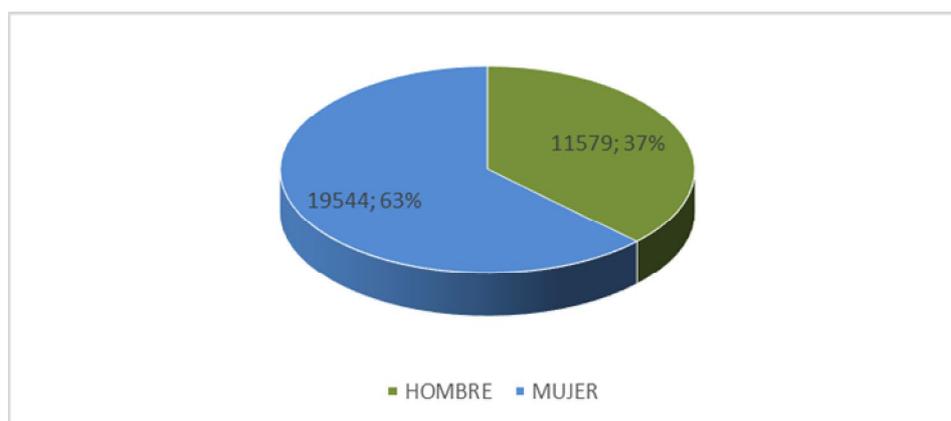


**GRAFICO: ATENCIONES DE MORBILIDAD POR SEXO**



En el gráfico mensual de las atenciones de morbilidad hasta el mes de septiembre 2015 siempre se mantiene esta tendencia que las mujeres superan el número de consultas por sobre las consultas de los hombres, los hombres representan solo el 37% de las consultas.

#### **GRAFICO: ATENCIONES MORBILIDAD POR SEXO**



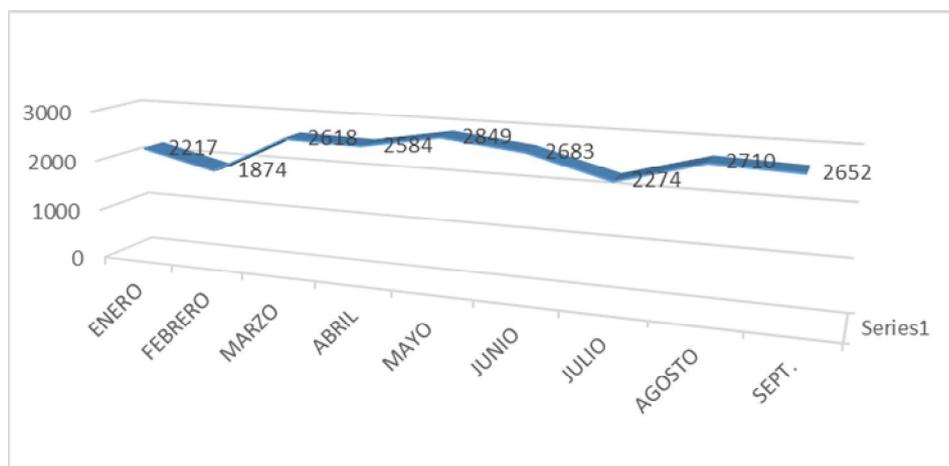
Las mujeres consultan más que los hombres, factor que podría relacionarse por una fuerza laboral mayoritariamente masculina, a los cuales les cuesta solicitar permisos, o no se les otorga permiso con facilidad en sus lugares de trabajo, las mujeres representan el 63% de las consultas de morbilidad.

#### **Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU)**

El número de consultas del SAPU, se mantiene en promedio mensualmente en 2500 consultas con un máximo en junio llegando a 2849 consultas, en general se mantiene estable a lo largo del año, con una leve tendencia a subir en los últimos meses, factores relacionados principalmente con población laboralmente activa y dinámicas y conductas propias de la comuna.

La mayor parte de consultas de SAPU corresponden a patologías banales, con escaso porcentaje de patologías complejas las cuales son derivadas según protocolo al nivel secundario.

### GRAFICO: CONSULTAS DE SAPU 2015 POR MES



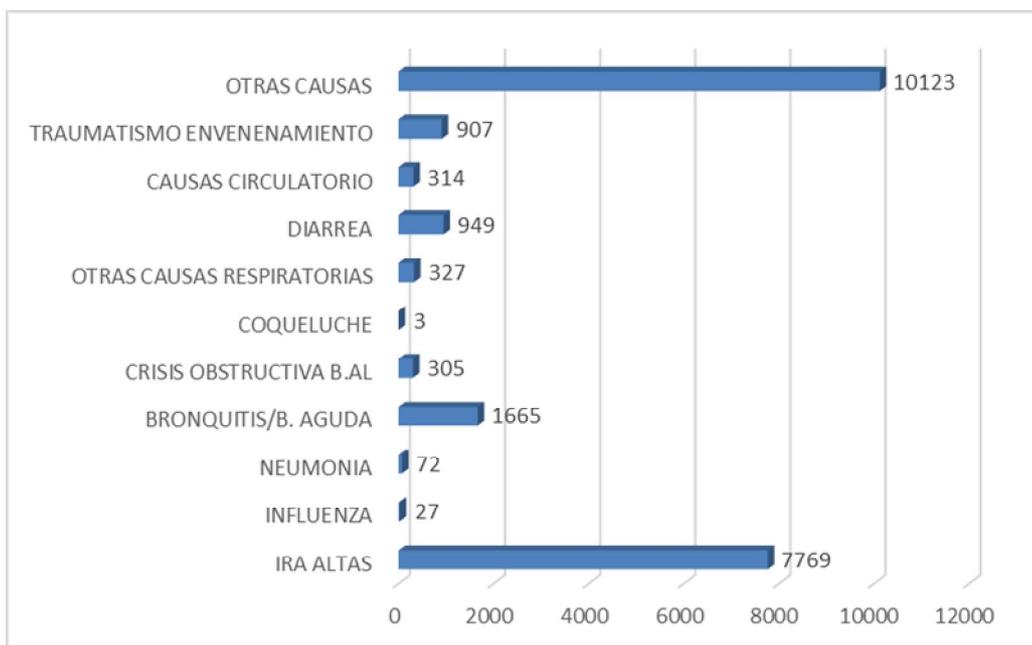
Hasta septiembre del 2015 se han atendido 22461 pacientes, número que se mantienen elevados relacionado con un incremento en la demanda de prestaciones del SAPU y por otro lado a la disminución de horas de morbilidad del centro.

La implementación del Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU) desde Junio del 2010, ha significado 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 evidencio, con una disminución, en la tasa de consulta de morbilidad, del 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 5 años, este año hasta la fecha septiembre 2015, se registran 22461 atenciones.

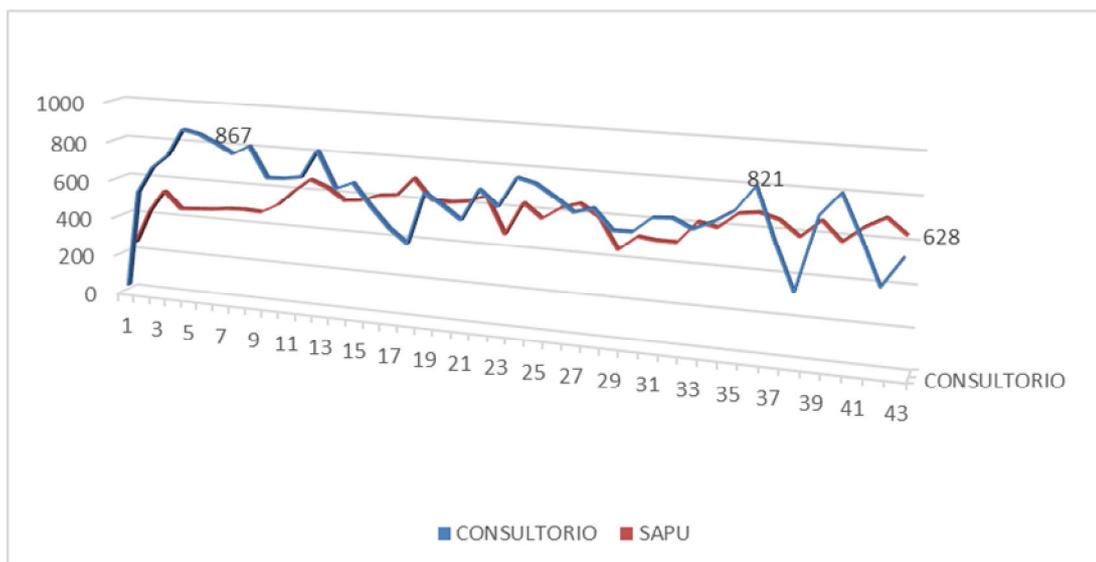
Ante la creciente y sostenida demanda, que enfrenta el SAPU, aún en periodos no críticos, se plantea para el 2016, la posibilidad de mantener, 2 médicos por turnos y en lo posible un tercer médico en periodo de invierno, hasta la fecha los números de consultas se mantienen entre 80 y 100 pacientes por turnos de lunes a viernes, cifra que se incrementa los fines de semana, por tener 16 horas de atención, una de las apuestas para el 2016 es que se construya y entre el funcionamiento el **SAR**, significa contar con un SAPU con horarios de atención de 17 horas a 8:00 h del día siguiente, un sapu con mayor cantidad de prestaciones, como constatación de lesiones, alcoholemias, disponer de ambulancia, kit de laboratorio básico y equipo de rayos.

### GRAFICO: CONSULTAS SAPU SEGÚN DIAGNOSTICO



El ítem otras causas representa 10123 atenciones , donde se agrupan los diagnósticos por cuadros digestivos, urinarios , osteoarticulares, neurológico dermatológicos, metabólicos y endocrinos , las IRA altas representan el segundo grupo con 7769 atenciones incluye todas las patologías respiratorias altas, como por ejemplo rinofaringitis, rinitis, faringitis, amigdalitis, sinusitis, gripe, en tercer lugar están las bronquitis y bronquitis aguda, existiendo a nivel del SAPU mucha consulta banal que congestiona la atención de las patologías más urgentes complejas o graves.

### GRAFICO: ATENCIONES DE MORBILIDAD Y SAPU (HASTA SEMANA N°42)



Las consultas semanales de morbilidad y SAPU, se mantienen muy cerca en el rango de las 600 consultas semanales, ligeramente sobrepasada por las consultas de morbilidad del consultorio.

Las consultas electivas presentan una leve tendencia al incremento en el último periodo por sobre las consultas de urgencia.

Las atenciones de SAPU se mantienen uniforme a lo largo del año, manteniendo una constante durante la mayor parte del año con incrementos en las tasas de consulta durante los meses de invierno.

En relación a fenómenos y situaciones particulares que se dan a nivel de la unidad de emergencia del Hospital de Quillota, relacionada con tiempos de espera muy prolongados entre 6 y 10 horas de espera, existe una migración continua de pacientes desde la unidad de emergencia hacia el SAPU, situación que en determinadas oportunidades también colapsa el SAPU.

En otras ocasiones también se detecta la doble consulta entre la unidad de emergencia y el SAPU, también se ha detectado pacientes quienes buscan una segunda opinión consultando en el mismo día o en un corto periodo de tiempo en las 2 áreas.

## **PROGRAMA CARDIOVASCULAR**

Las patologías cardiovasculares constituyen la primera causa de morbi/mortalidad en Chile, con secuelas y discapacidad que llevan a la pérdida de la capacidad funcional y laboral, por ende repercusión en la vida de una persona y en su entorno familiar con claro impacto en

Hasta septiembre del 2015, se han entregado 8163 atenciones médicas por parte del programa cardiovascular, como pacientes del programa están registrados 10151 pacientes, con patologías como hipertensión arterial, diabetes y dislipidemia, pudiendo estos pacientes portar otras patologías como hipotiroidismo, epilepsia, párkinson artrosis u otra que complejice su comorbilidad o su riesgo 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 multi profesional, 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.

En los últimos años se han incorporado a los controles cardiovasculares todos los pacientes con diagnóstico de resistencia a la insulina, siendo un número importante de pacientes los ingresados en estos grupos.

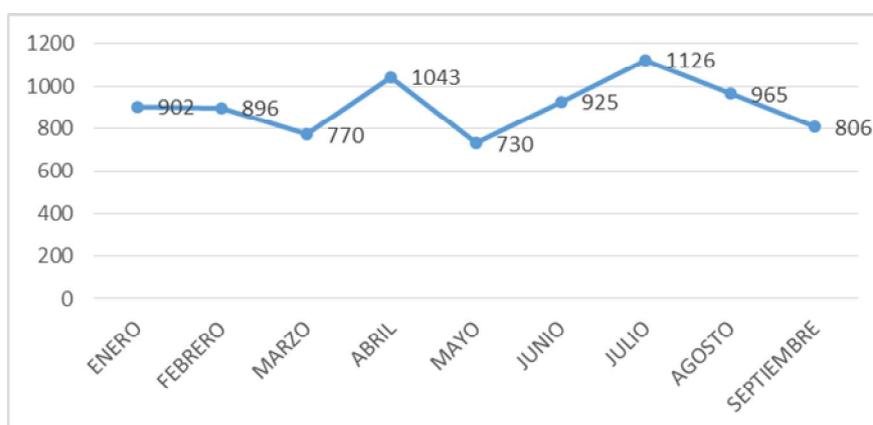
Sumado a estos octubre 2015 se cumplió 2 años de la incorporación como patología GES APS, los pacientes con hipotiroidismo.

## Atenciones médicas cardiovascular 2015

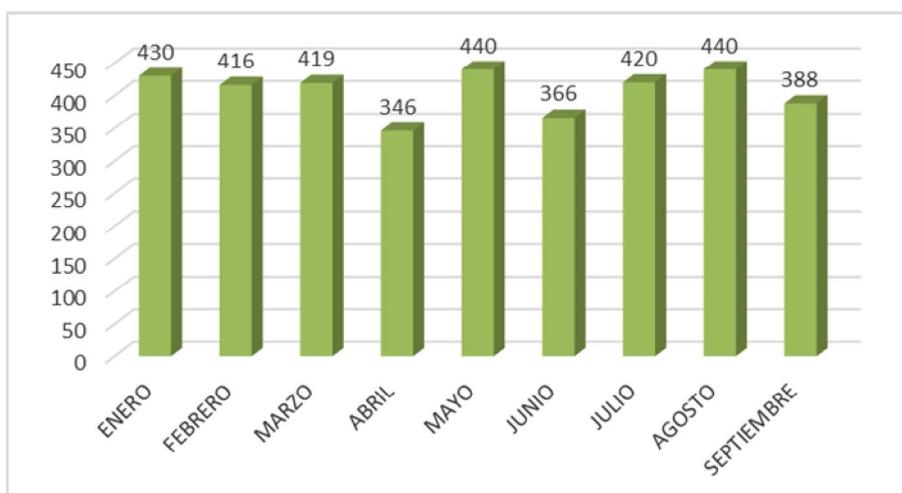
Las atenciones de cardiovascular se mantiene estable durante todos los meses del año, salvo en dos meses donde sobrepasa de las 1000 consulta por mes, aún con estas cifras hay pacientes que no logran ser atendidos por existir una brecha en horas medicas destinadas a cardiovascular.

El factor de inasistencia es también muy importante, situación que lleva a pérdida importante de horas profesionales, y por ende un costo para el sistema y son horas que no se pudieron ofertar a otros usuarios.

**GRAFICO: ATENCIONES MEDICAS DE CARDIOVASCULAR 2015**

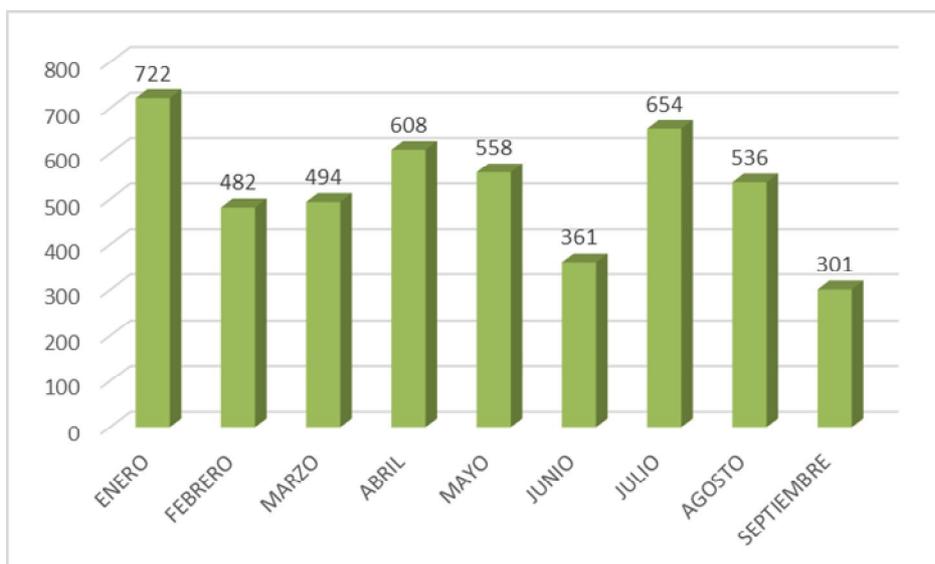


**GRAFICO: ATENCIONES CARDIOVASCULAR NUTRICIONISTA 2015**



A la fecha se han realizado 3665 atenciones entre controles e ingresos al programa de salud

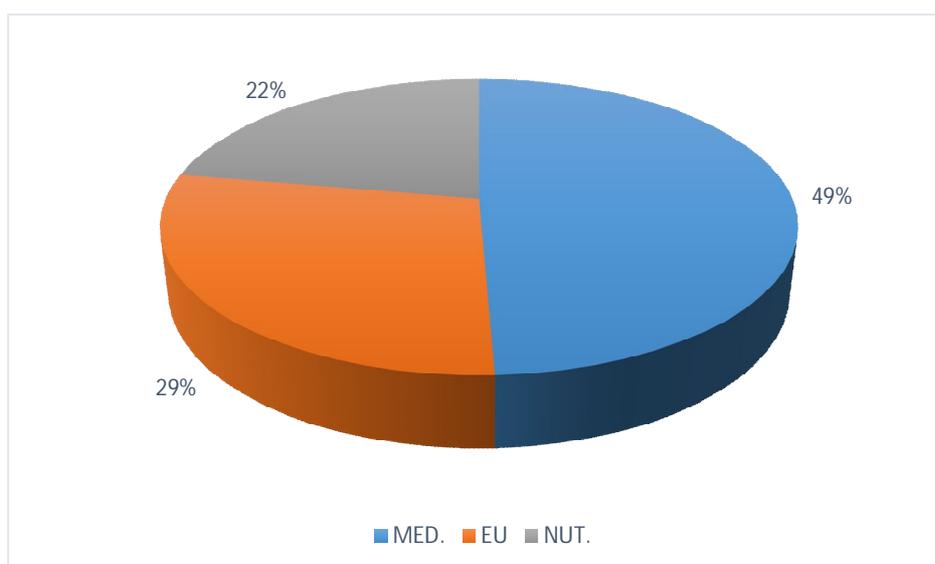
**GRAFICO: ATENCIONES CARDIOVASCULAR ENFERMERA 2015**



Hasta septiembre se han realizado 4716 atenciones entre controles e ingresos al programa de salud.

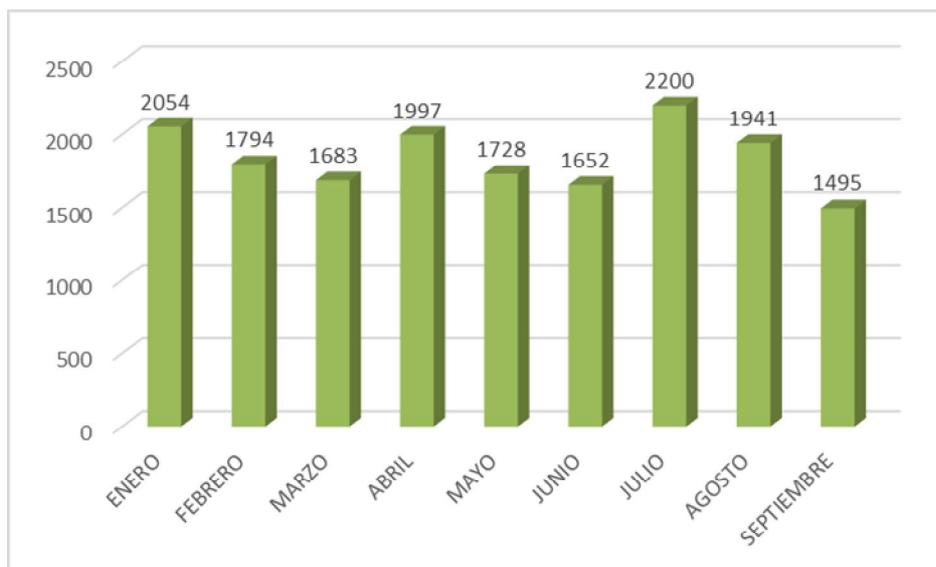
En relación a Fondo de ojo, hasta septiembre 2015 se han realizado 1828 fondo de ojo realizados por el especialista, los pacientes con retinopatía diabéticas o cualquier patología oftalmológica agregada, son derivados a morbilidad para que sean re direccionados a controles de especialidad, los pacientes con algún grado de retinopatía leve son derivados a controles a los 3 o 6 meses, de acuerdo a la complejidad de cada caso.

**GRAFICO: ATENCIONES EQUIPO CARDIO VASCULAR**



El equipo de profesionales de cardiovascular suma 16544 atenciones realizadas a los 10151 pacientes clasificados como Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus y Dislipidemia, muchos de ellos, tienen las tres patologías más otras comorbilidades agregadas, situaciones que complejizan más el riesgo cardiovascular.

### GRAFICO: ATENCIONES EQUIPO CARDIOVASCULAR POR MES



Aún con esta cifra de atenciones, tenemos una brecha importante de pacientes que no alcanzan hora para sus controles respectivos, y son diferidos para los meses siguientes, situación que genera insatisfacción usuaria.

<b>Cobertura Diabetes personas de 15 años y más</b>		
	<b>Personas</b>	<b>Meta</b>
Según prevalencia	6921	
Población Bajo Control	3066	<b>44,3%</b>
Según meta pactada	3322	48%

<b>Cobertura Hipertensión Arterial personas de 15 años y más</b>		
	<b>Personas</b>	<b>Meta</b>
Según prevalencia	13165	
PBC	8417	<b>63,90%</b>
Según meta pactada	9281	70%

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.

Nuestros niveles de cobertura, a nivel urbano de la comuna de Quillota, están cerca a las metas, solicitada por el ministerio de salud.

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.

### **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.

Compensación HTA	Personas	Meta lograda
Según prevalencia	13165	<b>40,10%</b>
PBC con PA < 140/90	5274	
Según meta pactada	42%	

Compensación Diabetes	Personas	Meta lograda
Según prevalencia	6921	<b>22,20%</b>
PBC con HGB A1C < 7%	1535	
Según meta pactada	23%	

Desde inicios del 2015, se comienza a trabajar en la posibilidad de generar el **censo cardiovascular en forma digital**, obteniendo este desde los datos generados por las prestaciones otorgadas desde sistema informático Rayen o desde un modelo local obteniendo y procesando la información digital disponible, en el mes de Septiembre del 2015, se tiene certeza que es factible obtener el censo por esta vía, proceso que nos significaría una optimización de los tiempos, permitiendo destinar tiempos ocupados en el paloteo o estadística mensual que se realiza en forma manual todos los meses, , horas que se ocupan durante los meses donde se realizaban los censos largos ocupando 5 profesionales y 6 para médicos como mínimo en la ejecución de esta labor, está proyectado comenzar el 2016 con el censo digital.

Este año en agosto se inicia con una nueva **estrategia**, de entregar las **horas de cardiovascular** de los próximos controles, inmediatamente después de salir de la consulta del control actual, medida que permite entregar una próxima citación evitando que el paciente regrese innecesariamente meses después a buscar una hora de una próxima citación, de esta misma forma también se entregan las horas de los exámenes correspondientes para los respectivos controles posteriores, de igual forma se corre un riesgo en que los pacientes sobre todo adultos mayores olviden con mayor facilidad estas citas por la latencia, es decir lo precoz de la entrega de la cita.

Pero esta medida pretende descongestionar las salas de espera y el centro de salud, cada inicio de mes se convocaban un gran número de usuarios a competir por alcanzar una cita en el programa cardiovascular, aún con esta medida existe una brecha importante de horas profesionales en el programa cardiovascular, situación que genera que muchos usuarios no alcancen una hora de control cardiovascular.

Como medida complementaria, se han realizado esfuerzos para mantener un sistema de llamados telefónicos de confirmación de citas, de esta manera disminuir el factor de inasistencia que en ocasiones es muy alto, representando una pérdida importante de recurso en lo que se relaciona con horas profesionales no ocupadas.

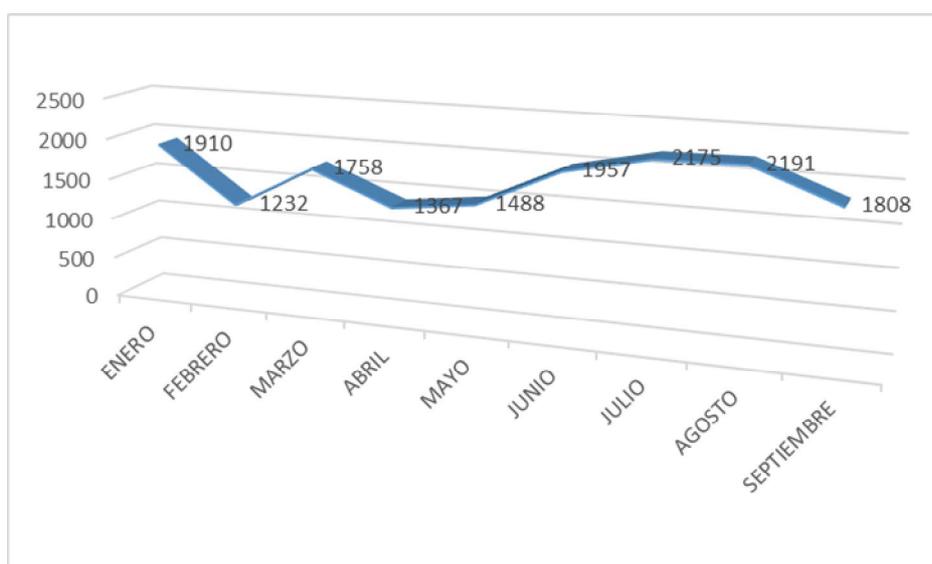
Una apuesta importante que se considera para el 2016, es que el sistema **GDA**, realice los llamados y entregue los mensajes de texto con las citas de los pacientes de cardiovascular, de esta forma sería mucho más expedito la entrega de confirmación de cita de control cardiovascular

## PROGRAMA ODONTOLÓGICO

Las atenciones odontológicas del C.S. Dr. Miguel Concha esta orientadas a población mayor de 15 años, y dentro de este marco por la característica del centro orientado a actividades recuperativas sobre las preventivas, la mayor parte de prestaciones están orientadas al daño.

Disponemos de 4 clínicas dentales que funcionan de 8 a 20 horas de lunes a viernes y los días sábados de 8 a 12:30, con una capacidad de ocupación del 90

### GRAFICO: CONSULTAS ODONTOLÓGICAS POR MES



**TABLA: CONSULTAS Y CONTROLES ODONTOLÓGICOS 2015**

MES	15 – 19 AÑOS	20 – 64 AÑOS	65 Y MAS AÑOS	GEST.	HOMBRE	MUJER	TOTAL
ENERO	86	1673	150	1	591	1319	<b>1910</b>
FEBRERO	94	962	176	0	456	776	<b>1232</b>
MARZO	109	1424	225	0	590	1168	<b>1758</b>
ABRIL	77	1097	193	0	361	1006	<b>1367</b>
MAYO	125	1146	217	0	473	1015	<b>1488</b>
JUNIO	122	1521	314	0	531	1426	<b>1957</b>
JULIO	95	1686	394	0	534	1641	<b>2175</b>
AGOSTO	140	1737	314	0	701	1490	<b>2191</b>
SEPTIEMBRE	135	1387	286	0	528	1280	<b>1808</b>
<b>TOTAL</b>	<b>983</b>	<b>12633</b>	<b>2269</b>	<b>1</b>	<b>4765</b>	<b>11121</b>	<b>15886</b>

### GRAFICO: ATENCIONES ODONTOLÓGICAS POR GRUPO DE EDAD

EDAD	15 – 19 AÑOS	20 – 64 AÑOS	65 Y MAS AÑOS	TOTAL
ATENCIONES	983	12633	2269	15886

En el segundo semestre del 2015, el equipo directivo diseña dos estrategias dentro del marco de satisfacción usuaria y calidad de prestaciones, el primero es la entrega de horas por sistema **GDA**, todas las horas 80% de las horas de urgencia son entregadas por esta vía, dejando una pequeña cantidad para casos presenciales de situaciones especiales.

Evitando de esta forma las filas o aglomeraciones, medidas que tienen un impacto positivo en la ciudadanía evitando traslados innecesarios en las mañanas al centro solo a solicitar una hora, para presentarse a una prestación horas después, en ciertas ocasiones podía coincidir con horas de atención en el mismo horario.

Otras de las apuestas importantes es la entrega de **hora de operatoria** o control en el mismo box, el paciente sale de la consulta odontológica, con la hora para el próximo control odontológico, medida que ha sido bien evaluada por los usuarios y por los equipos, el paciente que sale de una consulta sale con su hora lista evitando traslados innecesarios de los pacientes y por ende evitar gasto de tiempo y recurso de los usuarios, logrando un impacto en eliminar aglomeraciones en sala de espera de admisión dental.

### TABLA: CONSOLIDACION DE HORAS DENTALES 2015

Fecha	Total Cupos Disponibles	Cupos asignados GDA	Cupos Asignados en C.S.
Septiembre	647	546	101
Octubre	748	647	101
TOTAL	1395	1193	202

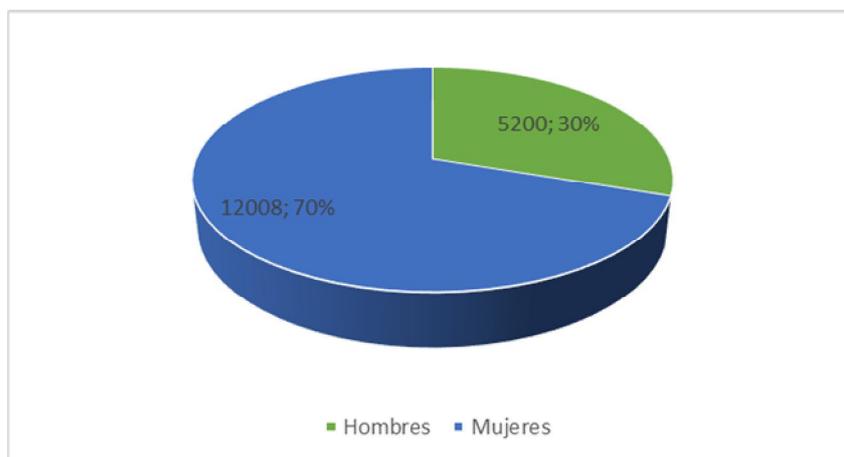
Esta estrategia resultó de gran impacto de las 1395 atenciones registradas, desde el periodo cuando iniciamos con la asignación de horas dentales por el sistema **GDA** septiembre 2015, **el 86 %** de las citas se han entregado por vía telefónica GDA, medida que tiene un gran impacto en la satisfacción usuaria, evitando las filas a primera hora de la mañana y la congestión en las salas de espera del área dental.

Las urgencias GES son muy pocas, se han atendido solo 222 hasta septiembre del presente, consultas que tienen acceso a atenciones de inmediato por parte del equipo de odontólogos del centro, en el siguiente registro se visualiza el mayor número de actividades recuperativas.

**TABLA: ATENCIONES ODONTOLÓGICAS 2015**

Tipos	Atenciones
Consulta tratamiento	9435
Morbilidad	5541
Urgencia GES	222
Total	15.198

**TABLA: ATENCIONES ODONTOLÓGICAS POR SEXO**



De acuerdo a estos datos las mujeres consultan más que los hombre, puede relacionarse con varios factores, tal vez mayoritariamente con una población laboralmente activa de predominio masculina con difícil acceso a permisos o a una condición masculina de menor preocupación por su salud oral, visto desde otro ámbito podría relacionarse con mayor tolerancia por parte del género masculino o simplemente menos preocupación por su salud oral.

El 70 % de las consultas corresponde a mujeres, mientras que los hombres solo representan el 30% de las consultas odontológicas.

**TABLA: PROGRAMAS ODONTOLÓGICOS (PROTESIS)**

<b>Programa</b>	<b>N° Pacientes</b>	<b>N° Prótesis</b>
<b>Más sonrisa sub-componentes</b>		
Gestión local	300	524
Sernam	53	70
Junji	0	0
Integra	8	10
Minvu	8	14
Prodemu	2	4
<b>GES 60</b>	133	238
<b>Resolutividad</b>	53	93
<b>Total</b>	<b>557</b>	<b>953</b>

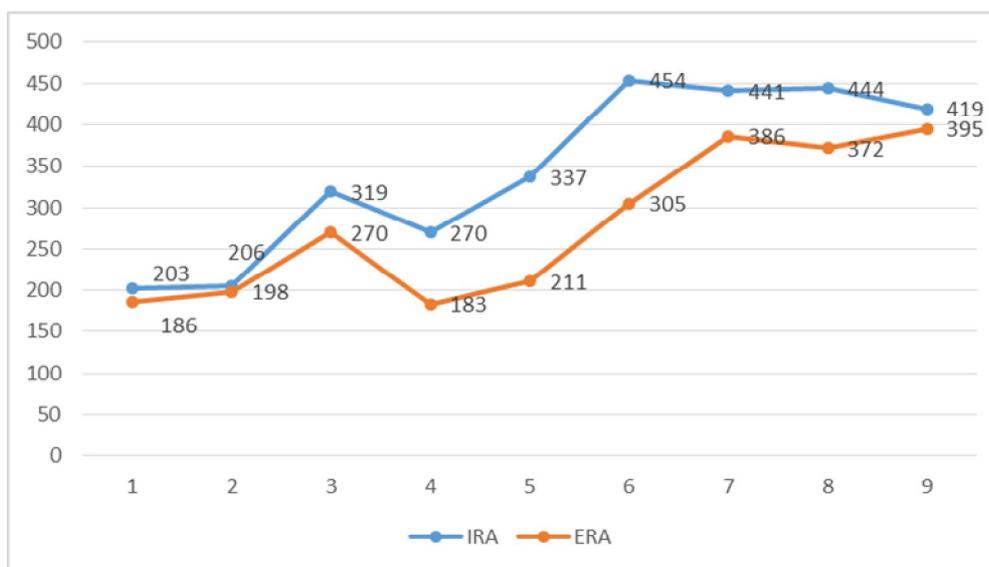
<b>Programa</b>	<b>N° Pacientes</b>	<b>N° Prótesis</b>
GES 60	133	238
Resolutividad	53	93
Más sonrisa	371	622
<b>Total</b>	<b>557</b>	<b>953</b>

## Atención Kinésica en el área urbana red salud Quillota.

### Atenciones de sala IRA y sala ERA 2015

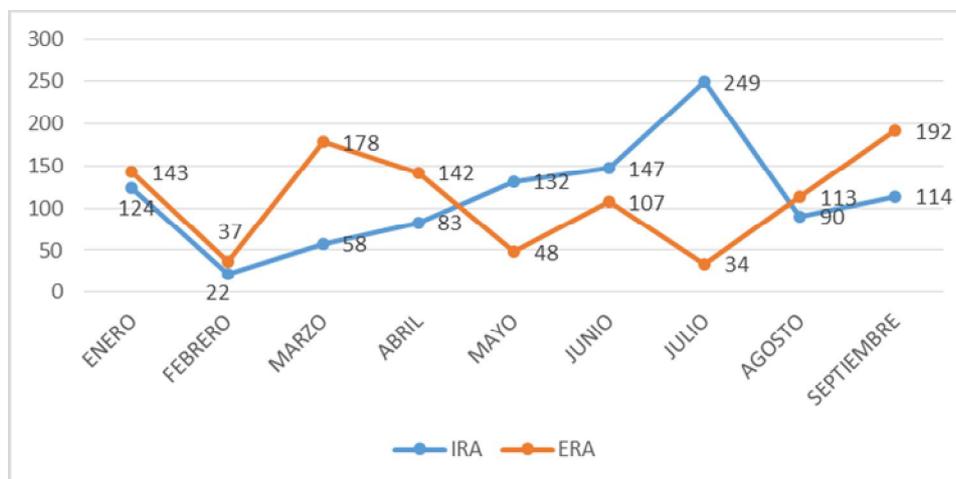
Las atenciones médicas de la sala IRA y ERA experimentan un aumento importante en los meses de invierno, llegando a las 450 consultas en el mes de junio.

**GRAFICO: ATENCIONES MEDICAS SALA IRA Y ERA 2015**



Manteniendo una meseta estable durante los siguientes 4 meses, talvez relacionada con una curva epidemiológica un poco atrasada de patologías respiratorias.

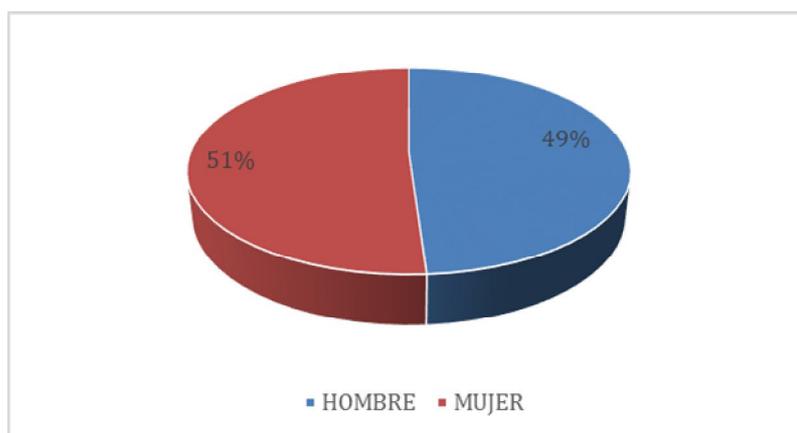
**GRAFICO: ATENCIONES KINESIÓLOGO SALA IRA Y SALA ERA INGRESOS**



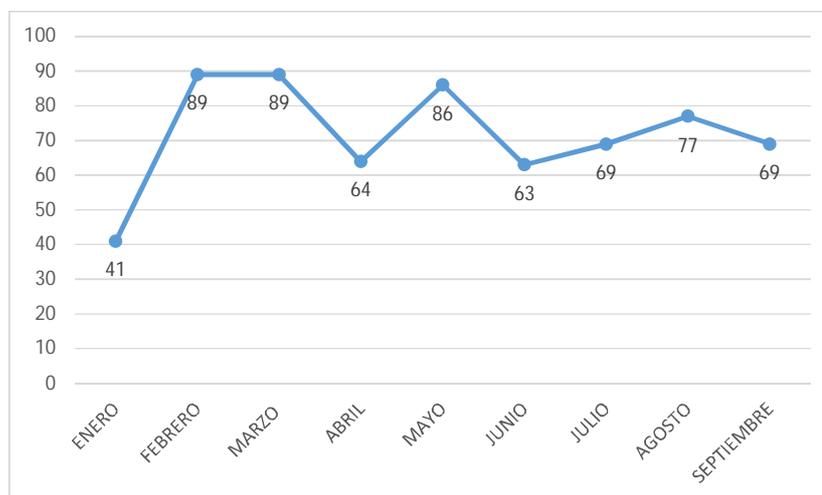
En los meses de invierno, por un periodo aproximado de 3 meses se cuenta con un apoyo Kinesiólogo para la patología respiratoria derivada de morbilidad y SAPU, manteniendo una cobertura hasta los días sábados y domingos, brindando atenciones a pacientes del área infantil y adultos.

Las atenciones de kinesiólogía área respiratoria se mantienen equilibradas entre hombre y mujeres, sumando 2013 atenciones hasta septiembre 2015.

**GRAFICO: ATENCIONES POR KINESIÓLOGO IRA Y ERA INGRESOS POR SEXO.**

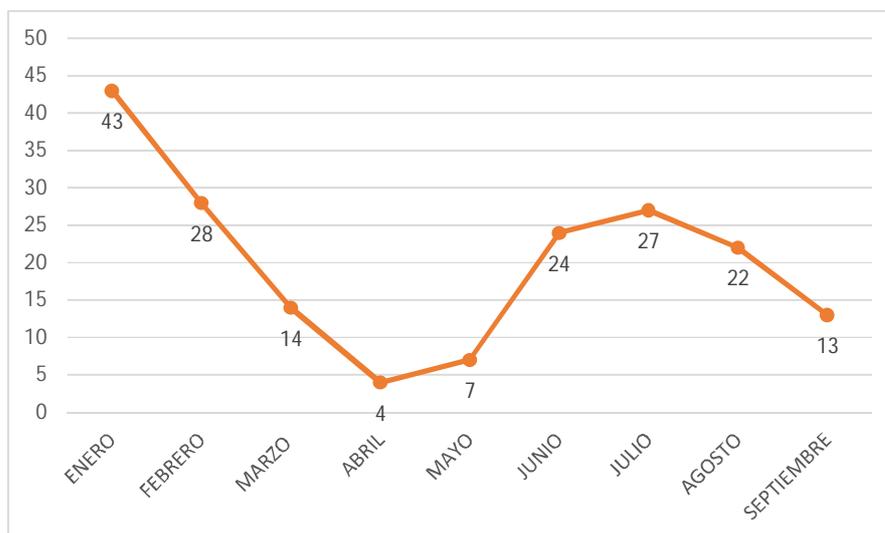


**GRAFICO: ATENCIONES KINESIOLOGÍA MOTORA INGRESOS**

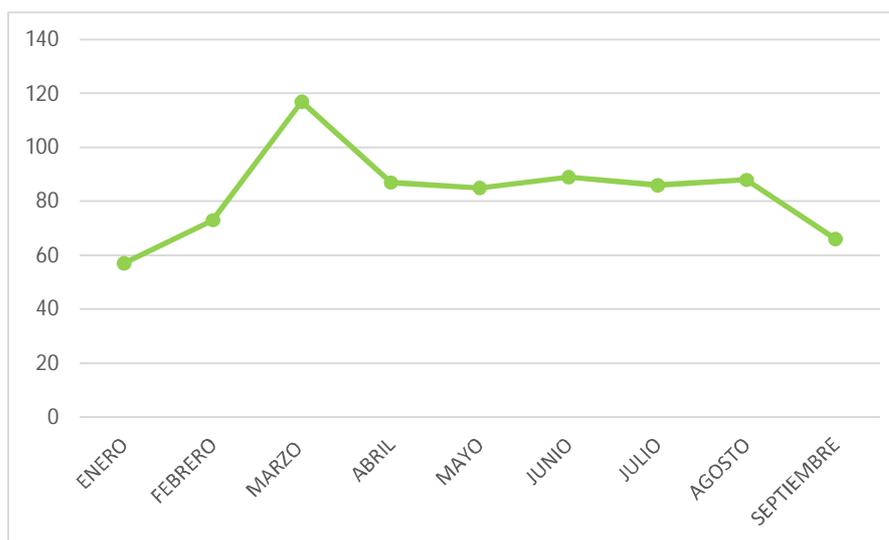


Los ingresos a Kinesiólogía motora incorporan un gran grupo de patologías derivadas desde la morbilidad de la APS, el SAPU, o desde el extrasistema, patologías del ámbito Osteomuscular Traumático, Artrosis, Parkinson neurológicas, dentro del grupo de enfermedades degenerativas entre otras. A septiembre se ha atendido a 647 personas.

**GRAFICO: ATENCIONES KINESIOLOGÍA MOTORA CENTRO COMUNITARIO DE REHABILITACIÓN.**



**GRAFICO: ATENCIONES KINESIOLOGÍA MOTORA INGRESOS CASA DE ACOGIDA BEATITA BENAVIDES.**



En total se registran 1577 atenciones kinésicas correspondientes a atenciones de ingreso, prestaciones brindadas por los equipos de la red salud, C.S Dr. Miguel Concha, CCR y Casa de Acogida.

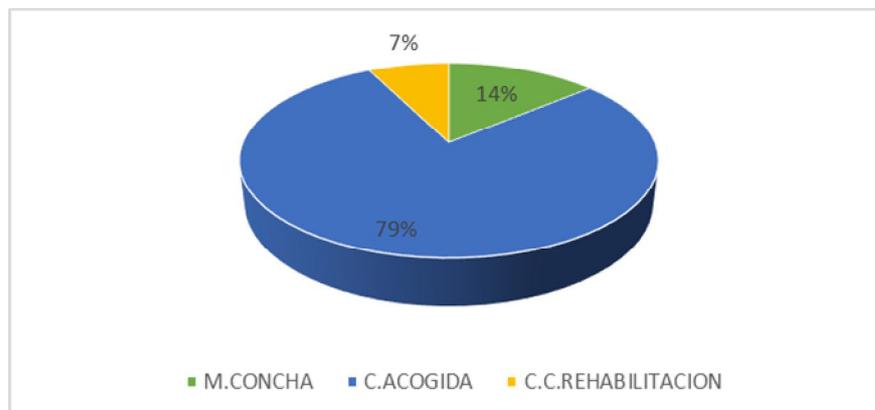
Existe un número importante de pacientes que están en condiciones de hospitalizados en la Casa de Acogida y otros que son visitados por los equipos de kinesioología por su condición de postrados

**TABLA: PROCEDIMIENTOS DE KINESIOLOGIA MOTORA**

PROCEDIMIENTOS	M.CONCHA	C.ACOGIDA	C.C.REHABILITACION	TOTAL
Evaluación ayudas técnicas	269	277	46	<b>592</b>
Fisioterapia	3.975	14801	174	<b>18.950</b>
Masoterapia	276	6519	124	<b>6919</b>
Ejercicios terapéuticos	3957	17004	3947	<b>24908</b>
Habilitación y/o rehabilitación laboral	0	0	0	<b>0</b>
Habilitación y/o rehabilitación educacional	0	0	1	<b>1</b>
Confección órtesis y/o adaptaciones	0	16	28	<b>44</b>
Habilitación y rehabilitación de AVD	0	2328	77	<b>2405</b>
Adaptación del hogar	0	0	5	<b>5</b>
Actividades recreativas	20	0	341	<b>361</b>
Actividades terapéuticas	1.064	13308	372	<b>14.744</b>
Orientación y movilidad	0	2	23	<b>25</b>
<b>TOTAL</b>	<b>9.561</b>	<b>54255</b>	<b>5138</b>	<b>68.954</b>

Las consultas de Kinesiología Motora, de tratamiento y seguimiento en nuestras tres unidades del área urbana de Quillota suman 68954, número muy alto de prestaciones sobre todo el área de Kinesiología de la casa de acogida con 54255 prestaciones, dato que se relaciona con la oferta de 10 prestadores entre kinesiólogos y Terapeuta ocupacional, brindando una cobertura muy alta las 3 unidades a la comuna de Quillota, dentro de las patología a las que se brinda atención para rehabilitación, están parálisis facial, trastornos osteo articulares, artrosis, traumas , ACV, otras lesiones neurológicas, Parkinson y rehabilitación pulmonar.

**GRAFICO: ATENCIONES KINESIOLOGIA MOTORA**



En la gráfica se muestra que el Kimche representa el 79 % de las atenciones, dato que se relaciona con el número de profesionales que laboran en esta unidad.

## Interconsultas

La atención primaria de salud, en el último periodo, ha tratado de mejorar los estándares de calidad, en primer lugar con la ficha digital, somos usuarios del sistema de ficha electrónica **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.

Durante el 2015 se mantiene el sistema RAYEN, como sistema de registro informático y de Gestión de la APS de la comuna.

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.

En Noviembre del 2015 se cumplen 2 años de la puesta en marcha del sistema de **licencia médica electrónica (LME)**, como parte de una política ministerial.

Durante el 2015 los rendimientos en morbilidad adulto se mantienen en 4 pacientes por hora, y en morbilidad infantil en 5 pacientes por hora, en el periodo de invierno se subieron los rendimientos de morbilidad a 5 por horas para enfrentar la alta demanda de consulta en ese momento.

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 patologías, que son de este nivel, a obligado a los equipos a tomar las estrategia adecuadas, para el cumplimiento de acceso diagnóstico tratamiento y continuidad, de las prestaciones, logrando optimizar cada día, la gestión en esta área.

La 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 sistema informático RAYEN que desde abril 2012 permite conversar con el **SIDRA**, son 3 años que han permitido optimizar el trabajo realizado en el área de interconsultas, la cuales pasan directamente al nivel de mayor complejidad respectivo.

**TABLA: INTERCONSULTAS POR ESPECIALIDAD 2015,  
SIN CONSIDERAR I.C. GES.**

<b>Especialidad</b>	<b>Total</b>
Broncopulmonar	31
Cardiología	193
Cirugía Abdominal	97
Cirugía Adulto	277
Cirugía de Mama	5
Cirugía Infantil	68
Cirugía Maxilo Facial	197
Cirugía Vasculat Periférica	50
Dermatología	461
Endocrinología	42
ETS	1
Gastroenterología	266
Geriatría	1
Ginecología	47
Hematología	27
Infectología	3
Medicina Interna	117
Nefrología	33
Neonatología	1
Neurocirugía	8
Neurología	170
Oftalmología	201
Otorrinolaringología	209
Pediatría	79
Periodoncia	79
Psiquiatría	25
Reumatología	11
Traumatología	259
Urología	95
<b>Total</b>	<b>3053</b>

**TABLA: TOTAL DE INTERCONSULTAS INCLUIDAS IC GES.**

<b>Especialidad</b>	<b>Total</b>
Pediatría	70
Medicina Interna	132
Broncopulmonar Adulto	88
Broncopulmonar Infantil	3
Cardiología Adulto	186
Cardiología Infantil	4
Endocrinología Adulto	40
Endocrinología Infantil	6
Gastroenterología Niño	4
Gastroenterología Adulto	438
Hematología Adulto	23
Nefrología Adulto	89
Nefrología Infantil	11
Reumatología/ADULTO	48
Reumatología/NIÑO	4
Dermatología ADULTO	330
Dermatología Infantil	84
Inf. Transmisión Sexual	7
Neurología Adulto	209
Neurología Infantil	35
Psiquiatría Niño	2
Psiquiatría Adulto	22
Infectología	3
Cirugía Infantil	61
Cirugía Adulto	309
Cirugía Abdominal	125
Cirugía de Mamas (excluye Patología Mamaria)	4
Cirugía de Mamas con Patología Mamaria	7
Cirugía Máxilo Facial	246
Cirugía Vascular Periférica	41
Neurocirugía	24
Cardiocrugía	1
Ginecología (excluye Patología Cervical)	39
Ginecología con Patología Cervical	1
Oftalmología Infantil	72
Oftalmología Adulto	2136
Otorrino/Adulto	383
Otorrino/Infantil	76
Traumatología Infantil	38
Traumatología Adulto	300

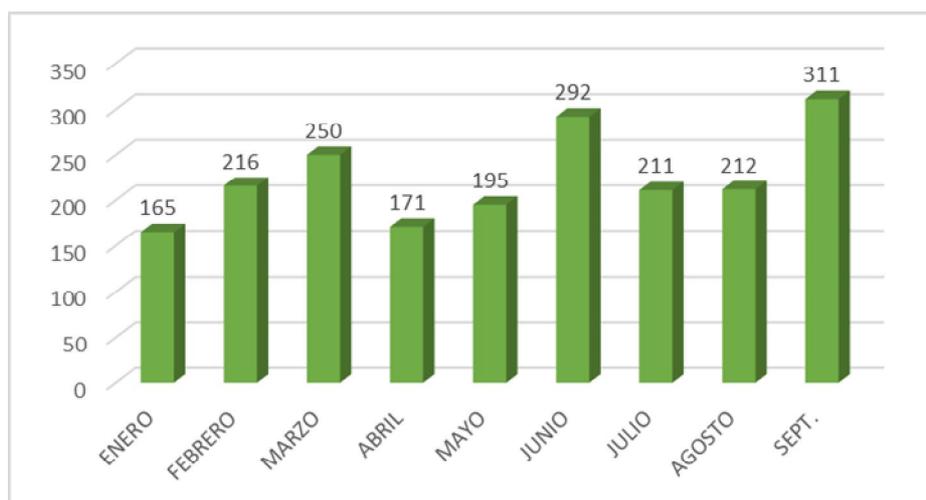
Urología Infantil	8
Urología Adulto	135
PERIODONCIA	76
Dolor Paliativo	6
R. INTER ECO.	201
R. Interna L Oidos	1
U.EMERGENCIA	49
TOTAL	6189

La mayor parte de las interconsultas la representan las de oftalmología con 2136 IC, seguidas por gastroenterología, otorrino, dermatología, cirugía adulto, y traumatología.

### Procedimientos 2015

El Centro de salud realiza ecografías ginecológicas y obstétricas, por las características de nuestra APS, la mayor parte de las ecografías son de tipo obstétricas, la demanda comunal de ecografías a embarazadas fluctúa entre las 800 y 1000 embarazadas por año, se parte con la ecografías precoz primeras semanas orientadas a confirmación de embarazo nidación y primer desarrollo del embarazo, las siguiente ecografías evalúan ubicación placentaria, anatomía fetal y desarrollo segunda mitad del embarazo, actualmente no existe un consenso con el nivel secundario que permita distribuir u orientar la toma de ecografías en determinada edad del embarazo y actuar en forma complementaria con el Hospital de Quillota.

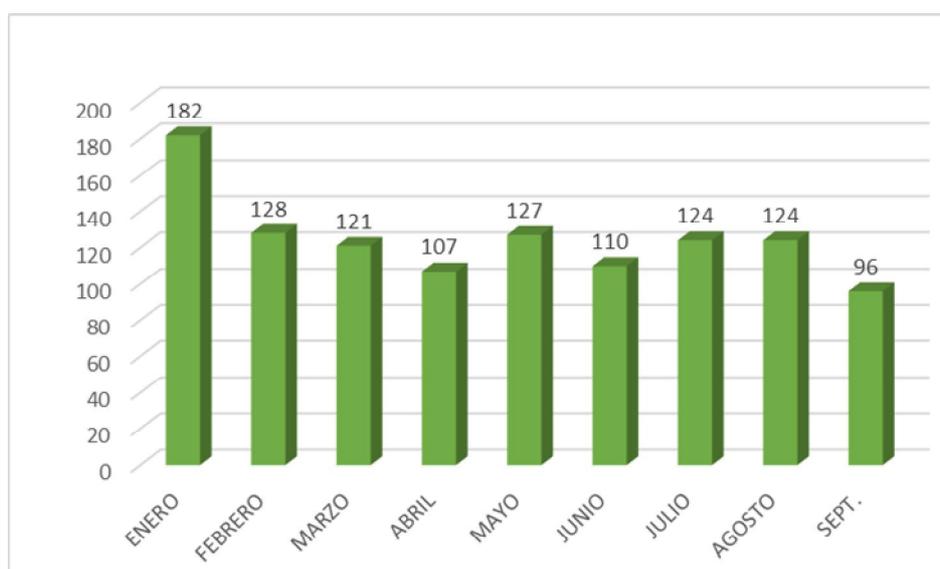
### GRAFICO: ECOTOMOGRAFIA GINE/OBSTETRICA



A septiembre del 2015 se han realizado en total 2.023 ecotomografías entre ginecológicas y obstétricas.

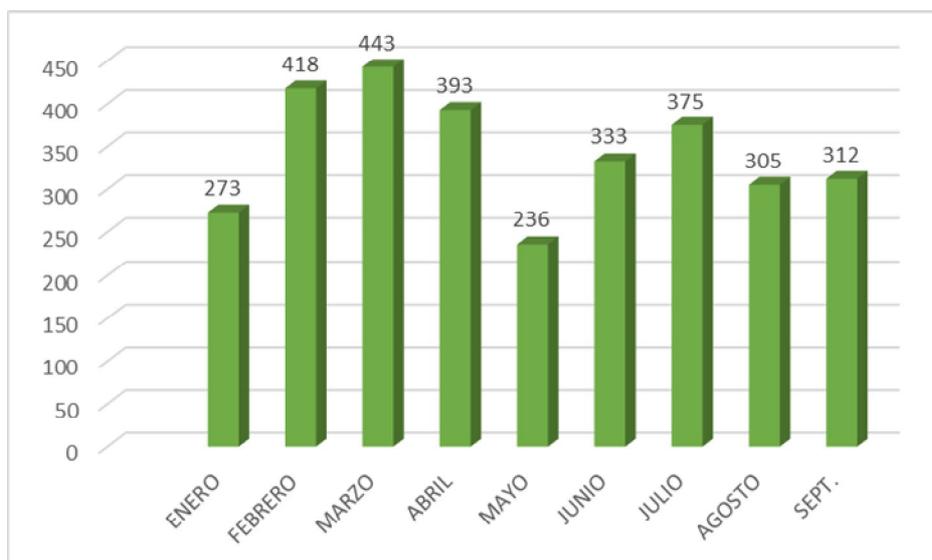
Las ecotomografías abdominales están orientadas por convenio a grupos de riesgo, como examen preventivo a mujeres de 35 a 49 años, detección de colelitiasis y por ende detección precoz del cáncer de hígado y vías biliares, también está orientado como screening, a otros grupos de género y edad mayores de 35 años con sintomatología específica o factores de riesgo, como una preocupación continua del departamento de salud y la municipalidad de Quillota, se habilitaron 25 cupos mensuales, para pacientes menores de 35 años, para estudio de otras patologías abdominales, estudio renales y pélvico masculino, hasta septiembre 2015 se han realizado 1119 ecotomografías abdominales.

### GRAFICO: ECOTOMOGRAFIA ABDOMINAL



Hasta el mes de octubre se han realizado 63 ecotomografías, bajo el mismo programa pero por compra de servicios a externos, en este caso corresponde a la Clínica los Leones, este número se suma a las 1301 realizadas en el centro de salud sumando 1364 ecotomografía hasta la fecha.

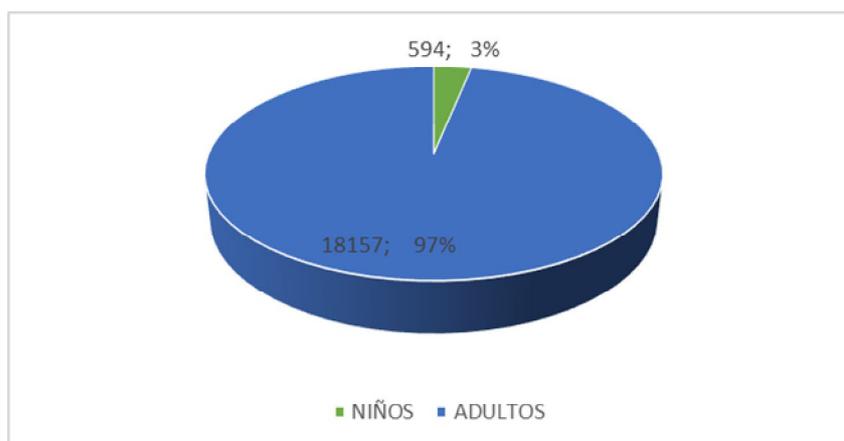
**GRAFICO: ELECTROCARDIOGRAMAS REALIZADOS DURANTE EL 2015**



Hasta septiembre de 2015 se han realizado 3088 electrocardiogramas, la mayoría de estos exámenes cerca del 75 % están orientados para el control de los pacientes del programa cardiovascular, estos son informado por un cardiólogo y de acuerdo a informe de alteración los pacientes son orientados a evaluación con su médico, existe un porcentaje menor, cerca del 25% de los electrocardiogramas que son solicitados a pacientes desde las prestaciones de morbilidad.

Por medio del SAPU se toman electrocardiogramas de urgencia, por medio del sistema de telemedicina, en promedio se toman 25 a 30 electrocardiogramas de urgencia al mes en esta área.

**GRAFICO: TOMA DE MUESTRAS REALIZADAS DURANTE EL 2015**



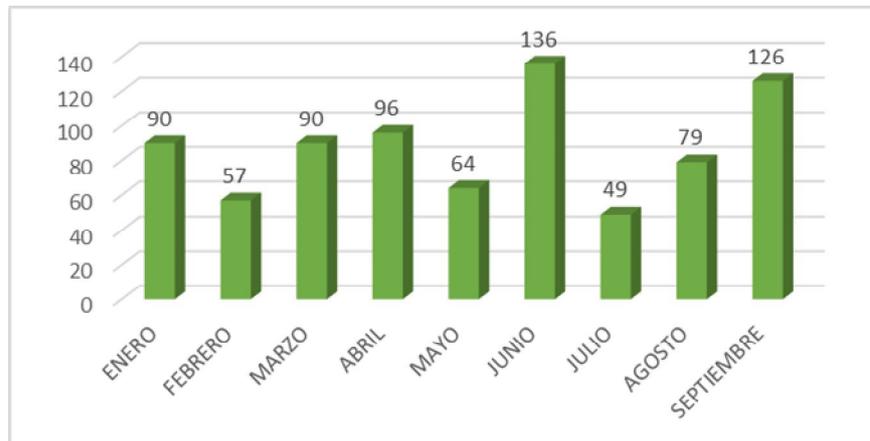
El mayor porcentaje de tomas de muestra de sangre, está representado por adultos el 97% de la muestra tomadas, solo un 3 % de la toma de muestras se

realiza a niños, situación que se relaciona con la complejidad y casuística de las patologías de adultos en quienes se requiere de más exámenes para descartar o precisar una enfermedad.

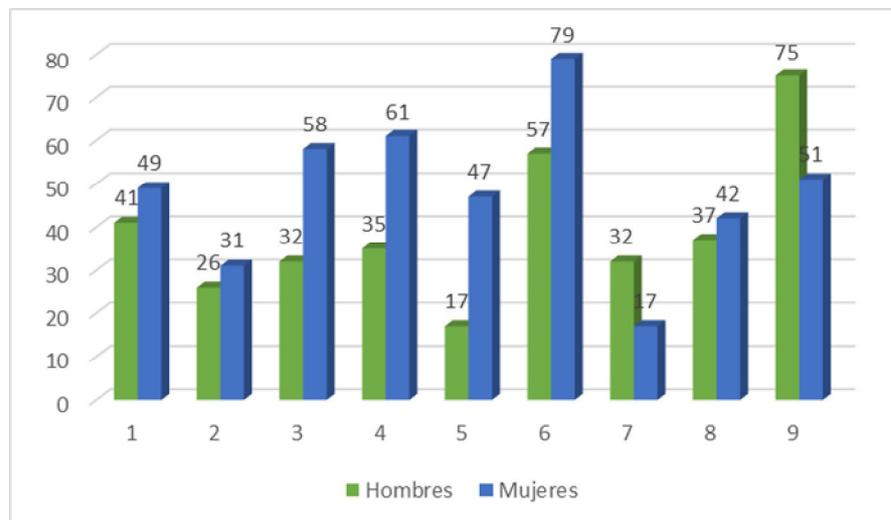
### Espirometrías

Hasta septiembre se han realizado 787 espirometrías, examen que se toma para diagnóstico y eventualmente para control de la evolución de los pacientes de sala IRA y sala ERA , dentro de las patologías que están en las garantías GES el asma y los pacientes EPOC, como APS tenemos la responsabilidad del acceso para el estudio/ diagnóstico, de esta manera alcanzar una cobertura de acuerdo a meta negociada con el servicio de salud y por otro lado asegurar la continuidad de los controles y entrega de medicamentos a los pacientes con patologías respiratoria crónica.

**GRAFICO: ESPIROMETRIAS REALIZADAS DURANTE EL 2015**



**GRAFICO: ESPIROMETRIAS REALIZADAS, SEGÚN SEXO**



**TABLA: ATENCIONES PODÓLOGO CARDIOVASCULAR Y MORBILIDAD**

MES	PODOLOGO
ENERO	203
FEBRERO	165
MARZO	360
ABRIL	334
MAYO	315
JUNIO	333
JULIO	261
AGOSTO	325
SEPT.	298
TOTAL	2594

El podólogo realiza atenciones a los pacientes de cardiovascular en un 70% de sus prestaciones, el 30 % restante están orientadas a los pacientes de morbilidad, existe una disminución y bajo interés de los pacientes especialmente diabéticos para ser continuos y cumplir con su evaluación y tratamiento podológico

**TABLA: PROCEDIMIENTOS Y CURACIONES**

MES	PROCEDIMIENTOS
ENERO	1644
FEBRERO	1670
MARZO	2036
ABRIL	2436
MAYO	2007
JUNIO	1933
JULIO	1731
AGOSTO	1878
SEPT.	1861
TOTAL	17196

Se han realizado 17196 curaciones y procedimientos en el área de tratamiento durante el 2015, en este grupo se incluyen hasta septiembre 2015, curaciones simples, irrigadas, extracción de puntos, curación de quemados, procedimientos inyectables, asistencia en lavado de oído, tratamiento tuberculosis entre otros procedimientos.

## Curación Avanzada de Heridas.

La morbi mortalidad asociada a los pacientes con patología cardiovascular, principalmente en los pacientes diabéticos, en quienes de acuerdo al grado de compromiso vascular de los pacientes, años de evolución de la diabetes, la adhesividad y descompensación metabólicas hacen más vulnerable a un paciente de sufrir una complicación, como son las úlceras de extremidades inferiores, situaciones que llevan a lesiones de mayor complejidad y por ende a amputaciones, aumentando el riesgo de mortalidad en este grupo de pacientes, llevando a los pacientes a incapacidad y posteriormente a la postración y o dependencia dependiendo del grado de compromiso o tipo de amputación.

**TABLA: CURACIÓN AVANZADA DE HERIDAS**

MESES	Nº DE USUARIOS	Nº DE ATENCIONES
ENERO	19	37
FEBRERO	17	34
MARZO	16	34
ABRIL	23	45
MAYO	20	47
JUNIO	20	38
JULIO	25	64
AGOSTO	15	54
SEPTIEMBRE	24	35
OCTUBRE	20	74
<b>TOTAL</b>	<b>199</b>	<b>462</b>

Las curaciones avanzadas de heridas las realizan el médico y la enfermera, estas curaciones se realizan bajo los estándares y protocolos del Minsal sobre manejo de heridas.

## **INDICADORES DE EVALUACION**

### **CECOF CERRO MAYACA AÑO 2015**

El CECOF CERRO MAYACA, corresponden 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 y bajo control de 4.500 personas, aproximadamente.

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.

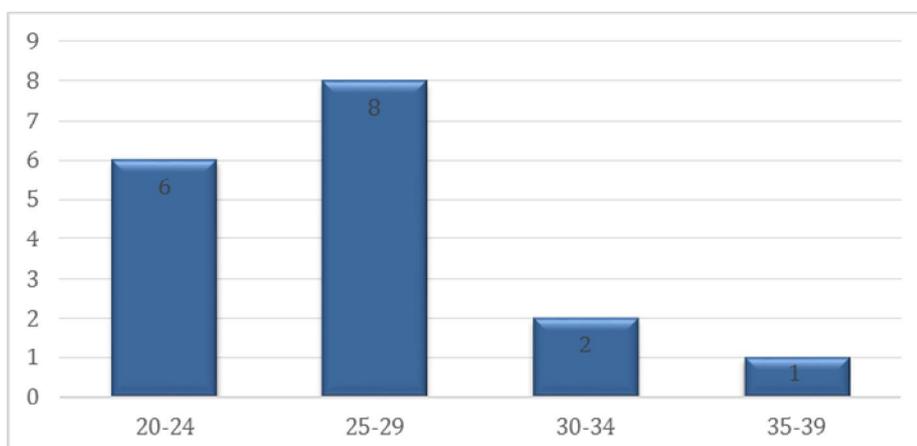
Durante el periodo comprendido entre enero y septiembre de 2015, se han llevado a cabo distintas actividades con fuerte énfasis en el trabajo con familias, comunitario y aportando una mirada interdisciplinaria en las labores que se realizan.

Las acciones se enfocan en distintos niveles, familia, niñ@s, adultos, adultos mayores, mujer, todos los cuales son cruzados transversalmente por la temática familiar, comunitaria y multidisciplinaria

## **AREA PREVENCION**

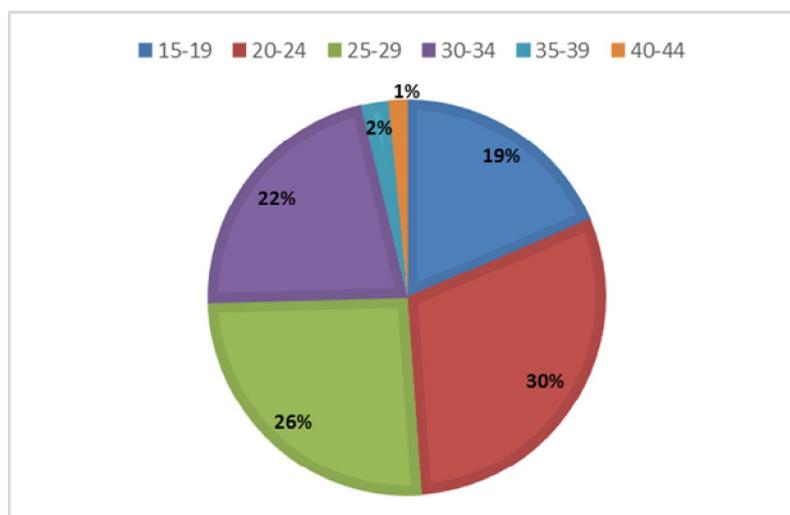
### **ATENCIÓN DE LA MUJER Y DE LA VIDA EN PAREJA**

**GRÁFICO: CONTROLES PRECONCEPCIONALES**



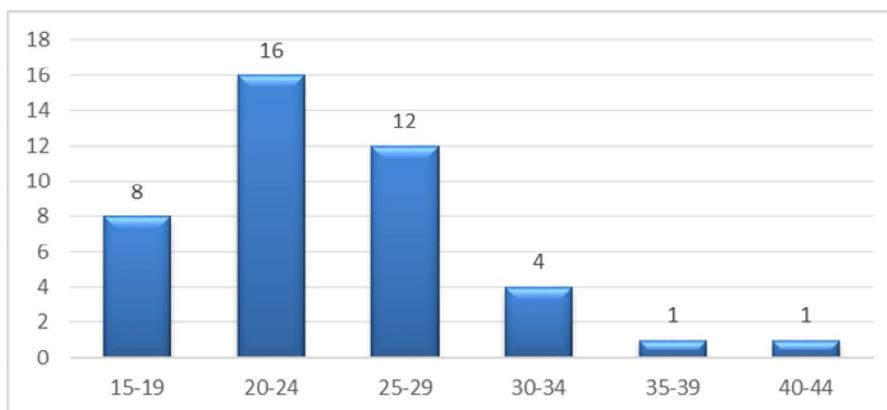
El gráfico muestra el número de controles preconceptionales realizados por Matrn, entre el período correspondiente de enero a septiembre del año 2015, se realizaron 17 controles en total. Las mujeres de 25 a 29 años son el grupo que más consultó por control preconceptional.

**GRÁFICO: CONTROLES PRENATALES**



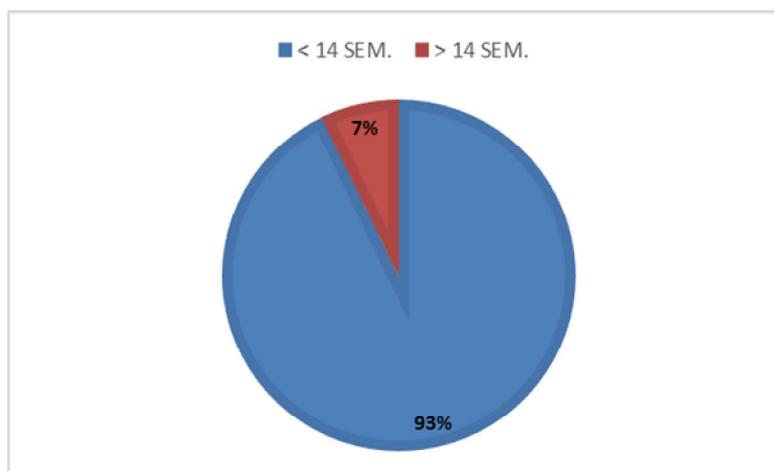
El gráfico muestra el número de controles prenatales realizados por Matrn, entre enero a septiembre del año 2015. Durante este año se realizaron 350 controles. La mayoría de los controles se concentran en las edades de 20 a 24 años que corresponde al 30% (105).

### GRÁFICO: INGRESOS PRENATALES SEGÚN GRUPO ETÁREO



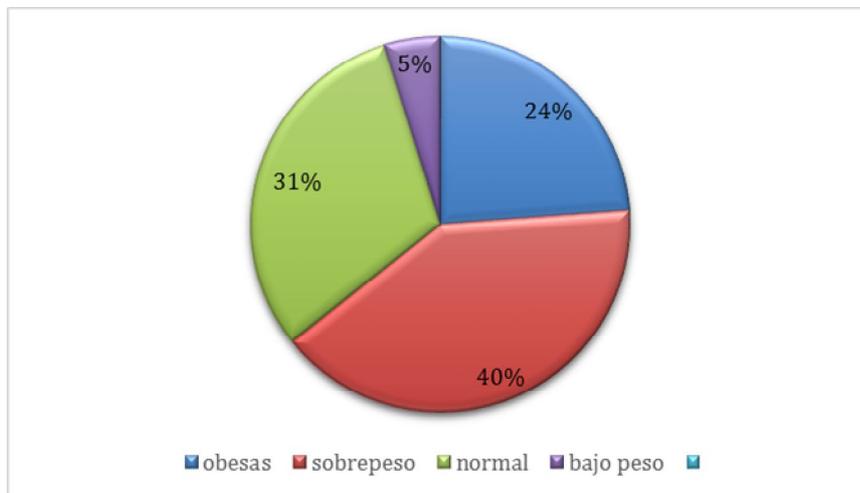
El gráfico muestra el número de ingresos a control prenatal por grupo etareo realizados por Matrón, entre enero a Septiembre del año 2015. Se realizaron 42 ingresos prenatales, de los cuales la mayor concentración se observa en las edades de 20 a 24 años con un (38%), un 28% está entre los 25 y 29 años, y el 19 % está entre los 15 -19 años.

### GRÁFICO: INGRESOS PRENATALES SEGÚN SEMANAS GESTACIONALES



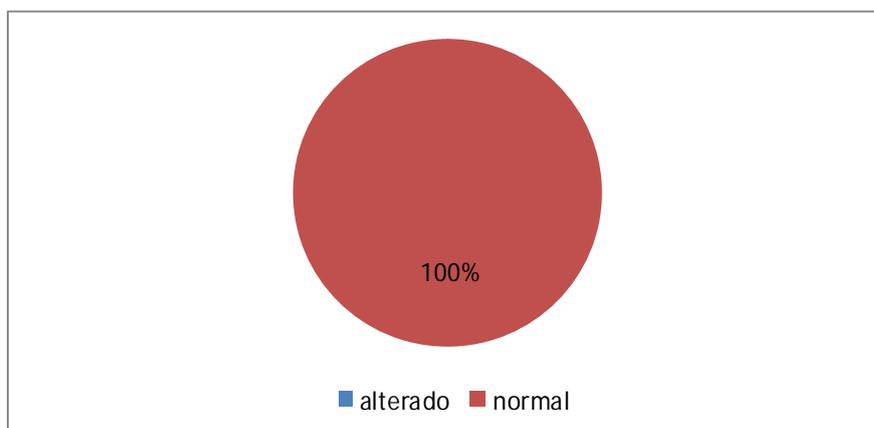
El gráfico muestra el número de Ingresos a control Prenatal según semanas de embarazo, de acuerdo a lo establecido en las líneas programáticas el ingreso debe realizarse antes de las 14 semanas. Entre enero y Septiembre de 2015, se realizaron 42 ingresos a control prenatal de las cuales, el 93% (39) fueron ingresadas antes de las 14 semanas de gestación y sólo el 7 % (3) después de las 14 semanas. IAAPS, establece como meta que el 87% de las gestantes debe ingresar antes de las 14 semanas de gestación, considerando los datos anteriores, a la fecha la meta se encuentra cumplida (93% de ingresos antes de las 14 semanas), lo anterior, se debe a estrategias del centro, como contar con agendas priorizadas para el ingreso de gestantes, evitando que este sea posterior a lo establecido.

### GRÁFICO: ESTADO NUTRICIONAL DE GESTANTES INGRESADAS A CONTROL PRENATAL



El gráfico muestra el estado nutricional de las gestantes ingresadas entre enero a septiembre del 2015. Se presenta según la siguiente distribución: el 40% de las gestantes tienen diagnóstico de sobrepeso, el 31 % peso normal, el 24% obesidad y el 5% bajo peso.

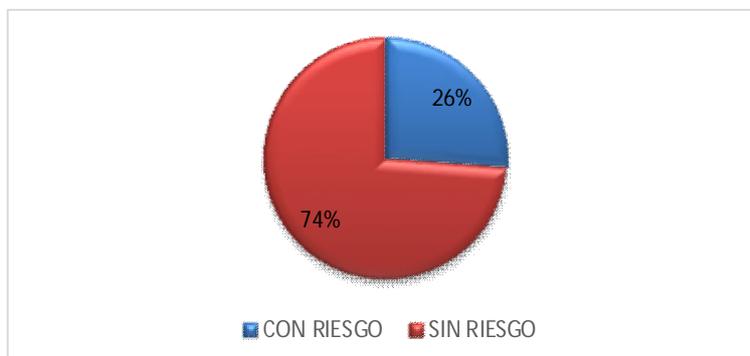
### GRÁFICO: ESCALAS DE EDIMBURGO APLICADAS AL INGRESO DEL CONTROL PRENATAL



Durante el período enero a septiembre del 2015 se aplicaron 42 Escalas de Edimburgo al ingreso de control prenatal. Esta escala permite detectar sintomatología depresiva.

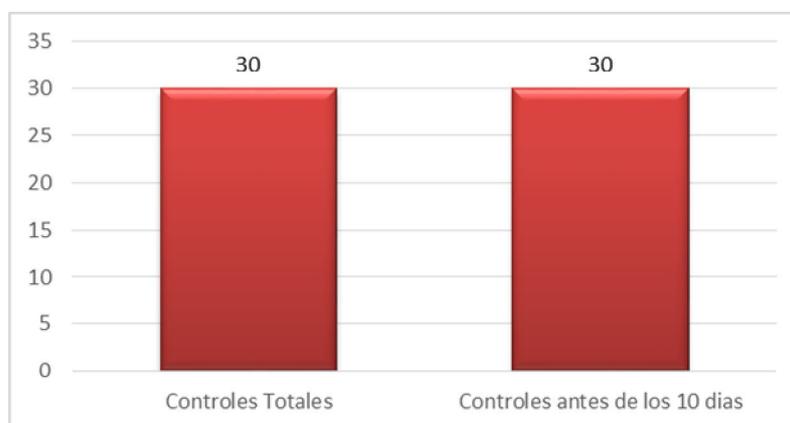
El gráfico muestra que el 100% de las gestantes que se les aplicó la escala de Edimburgo se encuentra dentro de los parámetros normales.

**GRÁFICO: APLICACIÓN DE EVALUACIÓN PSICOSOCIAL ABREVIADA AL INGRESO DEL CONTROL PRENATAL**



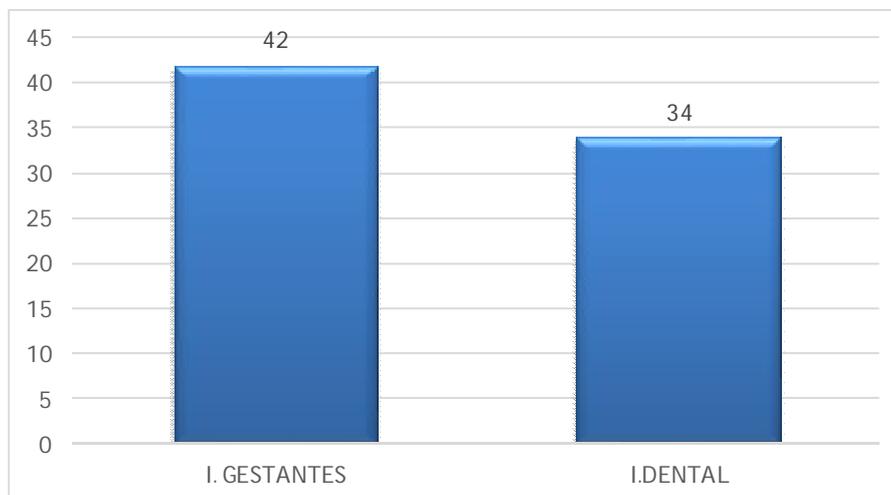
Durante el periodo de enero a septiembre del año 2015 se han aplicado 42 Evaluaciones Psicosociales abreviadas al ingreso al control prenatal, de las cuales 74% (31 gestantes) no presentan riesgos psicosociales y el 26% (11 gestantes) presenta algún riesgo psicosocial. Todas las gestantes con riesgo son derivadas al equipo multidisciplinario para intervención adecuada, además de realizar a lo menos 1 visita domiciliaria integral al 100% de las gestantes en riesgo.

**GRÁFICO: COMPARACIÓN NÚMERO TOTAL DE CONTROLES DE DIADAS (MADRE-HIJO/A) V/S CONTROL ANTES DE LOS 10 DÍAS DE VIDA DEL RECIÉN NACIDO.**

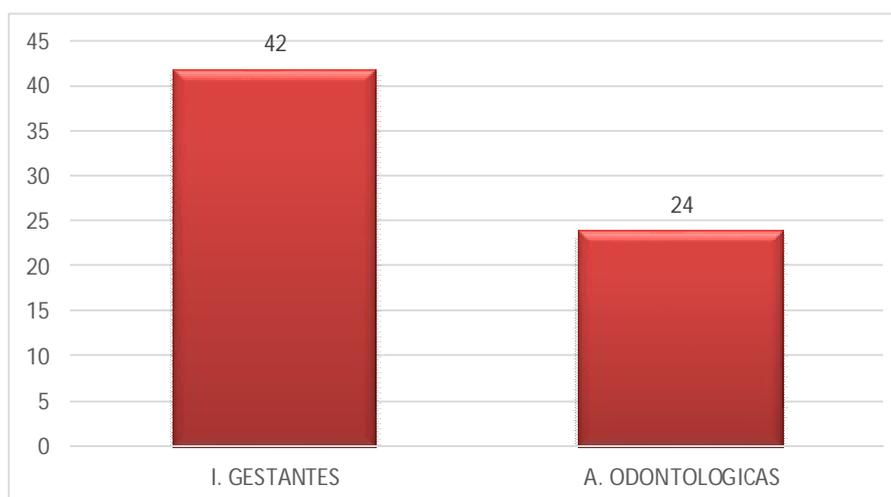


Durante el periodo de enero a septiembre del 2015 se realizaron 30 ingresos de diadas (madre-hijo). De acuerdo a lo establecido en las líneas programáticas el ingreso debe realizarse antes de los 10 días de vida del niño/a. El gráfico muestra que se realizaron 30 ingresos antes de los 10 días de vida, lo que corresponde a un 100 %. Lo anterior, se debe a una estrategia de priorizar agenda para la hora de ingreso y de mantener un contacto permanente con las gestantes al momento del nacimiento de sus hijos, por lo cual se cuenta con información actualizada de las fechas de parto.

### GRÁFICO: INGRESO DE GESTANTES A CONTROL ODONTOLÓGICO

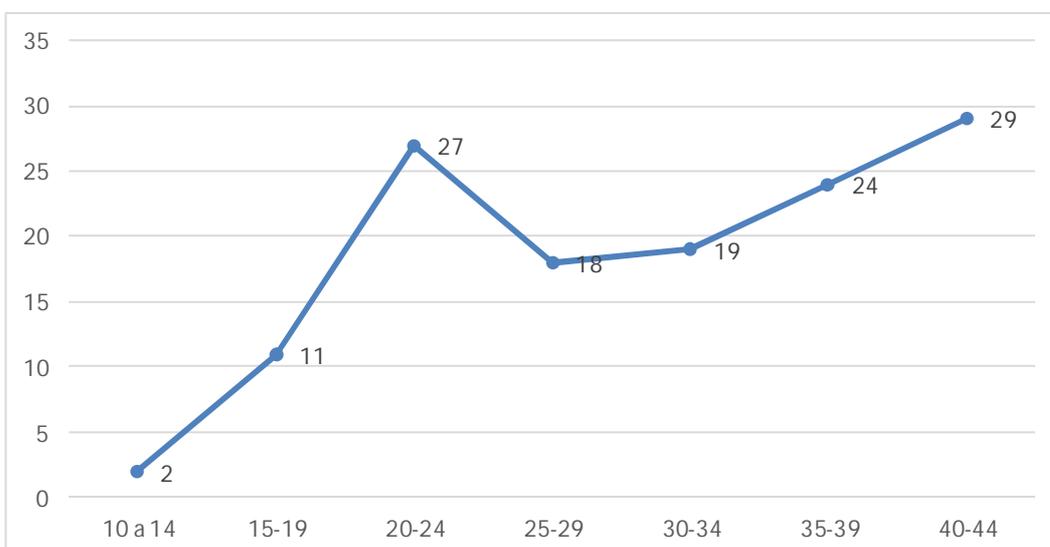


### GRAFICO: GESTANTES INGRESADAS V/S ALTAS ODONTOLÓGICAS.



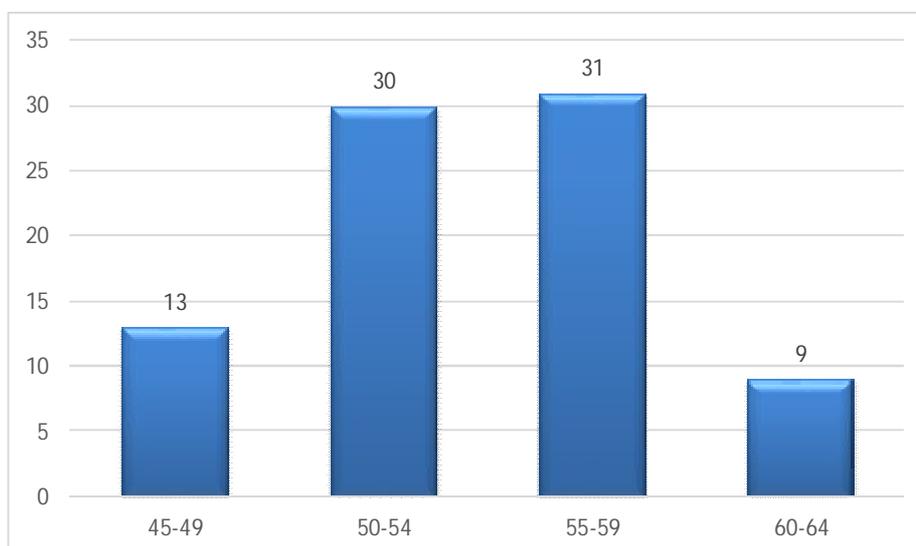
Respecto a la atención dental de gestantes, en el periodo enero a septiembre de 2015, se han ingresado 42 gestantes, de las cuales 34 ingresaron a control dental, lo que corresponde a un 80% de la población. Respecto, del total de gestantes ingresadas a control prenatal, se ha logrado dar de alta total al 57% de las gestantes bajo control. Meta Sanitaria, establecida para este año es de 63%. Por lo anterior, se ha establecido estrategias con agendas diferencias y priorizadas a fin de lograr el cumplimiento de esta meta a diciembre 2015.

### GRÁFICO: CONTROLES GINECOLÓGICOS SEGÚN GRUPO ETÁREO



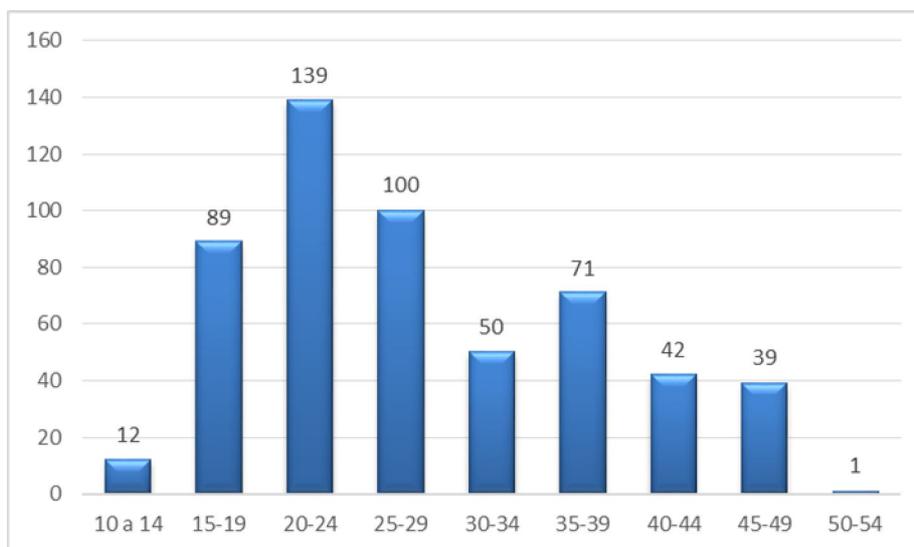
El gráfico muestra el número de controles ginecológicos realizados por Matrón/a entre enero a septiembre del 2015, representado por grupo etáreo. Durante este periodo se realizaron 130 controles en total, la mayor concentración se observa en el grupo de 20 – 24 años.

### GRÁFICO: CONTROL DE CLIMATERIO



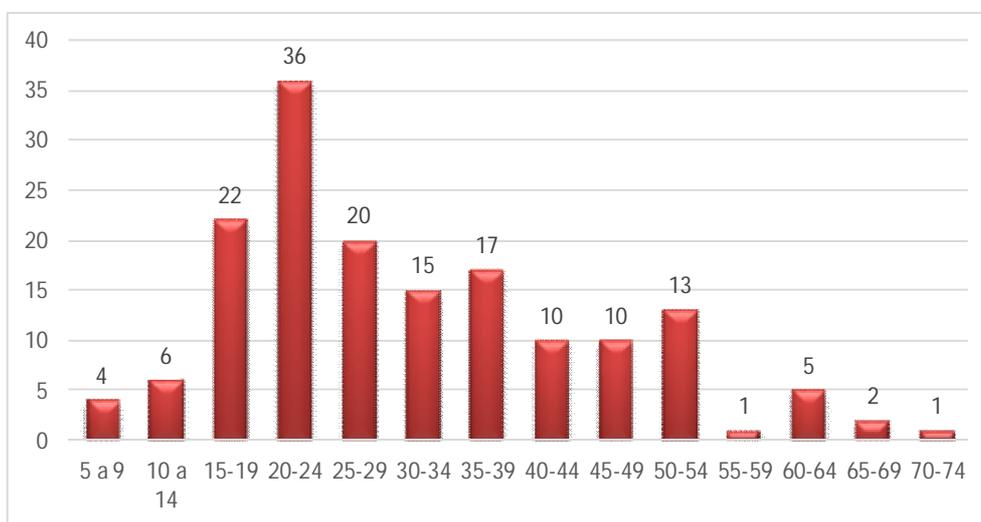
El gráfico muestra el número de controles en la etapa del climaterio realizado por Matrón, en el periodo de enero a septiembre del 2015, representado por grupo etario, se realizaron 83 atenciones en la etapa del climaterio.

### GRÁFICO: CONTROLES DE REGULACIÓN DE FECUNDIDAD



Este gráfico muestra el número de controles de fecundidad realizados por Matrón durante enero a septiembre del 2015. En total se atendieron 543 personas. La mayoría de las consultas las realizaron mujeres entre 20-24 años.

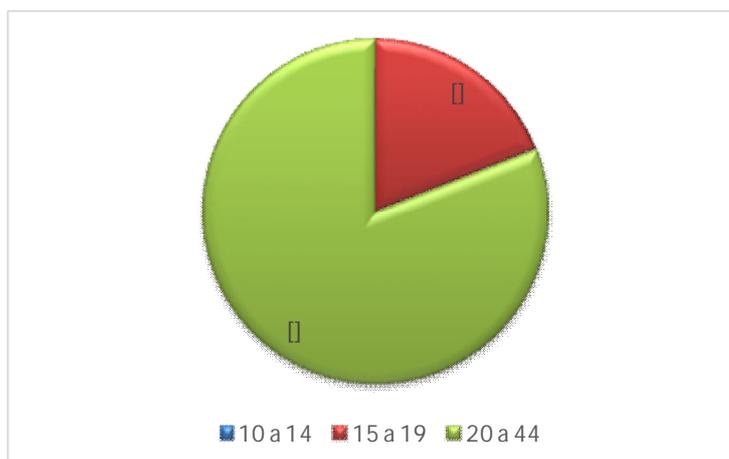
### GRÁFICO: CONSULTAS POR MORBILIDAD GINECOLÓGICA



Durante enero a octubre del año 2015 se han realizado 162 consultas de morbilidad ginecológicas, siendo las patologías más frecuentes las infecciones genitourinarias, patologías mamarias, metrorragias disfuncionales y miomatosis.

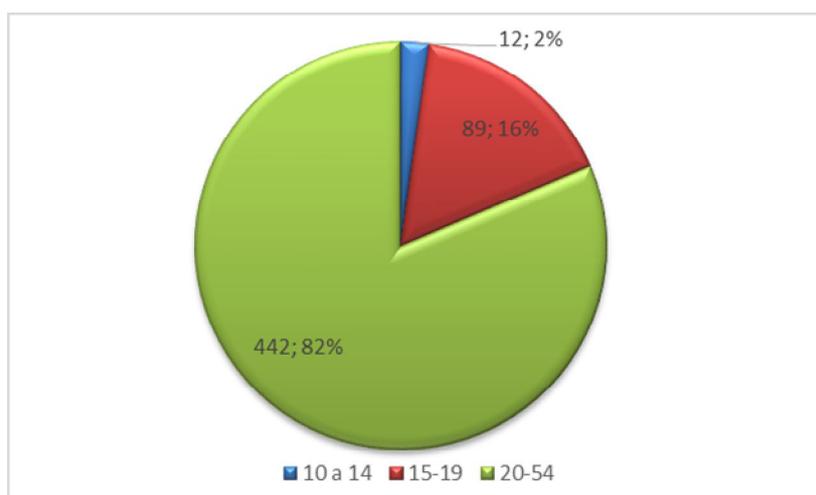
**AREA ADOLESCENTE:**

**GRÁFICO: INGRESO A CONTROL PRENATAL DE GESTANTES ADOLESCENTES**



El grafico muestra el total de ingreso a control prenatal que fueron 42 ingresos entre enero y septiembre del 2015, de este total el 19% (8 ingresos) corresponde a adolescentes entre 15-19 años. Cabe resaltar que no se han ingresado gestantes menores de 15 años y que se logró disminuir los ingreso de gestantes adolescentes en relación al 2014 (6 ingresos menos).

**GRÁFICO: CONTROL DE REGULACIÓN DE FECUNDIDAD EN ADOLESCENTES**



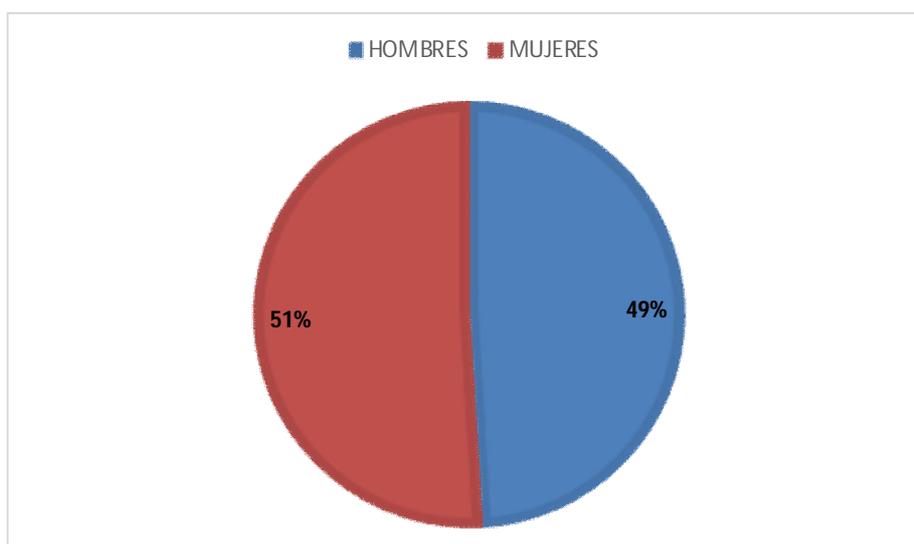
Los controles para uso de método anticonceptivo en adolescentes representan un 16% del total. Sólo un 2% de adolescentes entre 10 y 14 años consultaron para dicho control.

## **AREA INFANTIL.**

El objetivo de la realización de controles de salud infantil y la respectiva aplicación de instrumentos según edad; es evaluar el crecimiento y desarrollo integral del niño o niña, corroborando que éste se realice en forma normal.

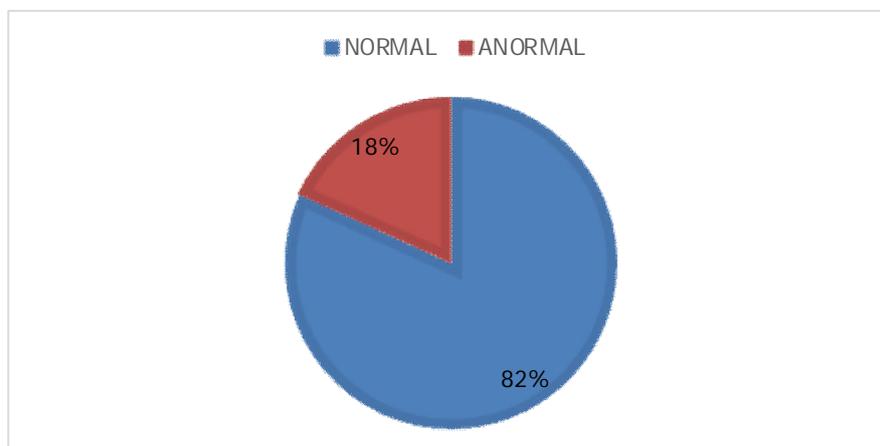
Este programa está a cargo de la Enfermera y participan otros profesionales como médico, nutricionista y matrón, quienes controlan y pesquisan, acorde a la periodicidad de controles.

### **GRÁFICO: POBLACIÓN BAJO CONTROL.**



En el periodo correspondiente enero a septiembre de 2015, se mantiene una población bajo control en el programa Infantil de 316 niños/as entre 0 y 6 años, de los cuales el 51% corresponde a mujeres y el 49% a hombres.

### GRÁFICO: PROTOCOLOS NEUROSENSORIALES APLICADOS.

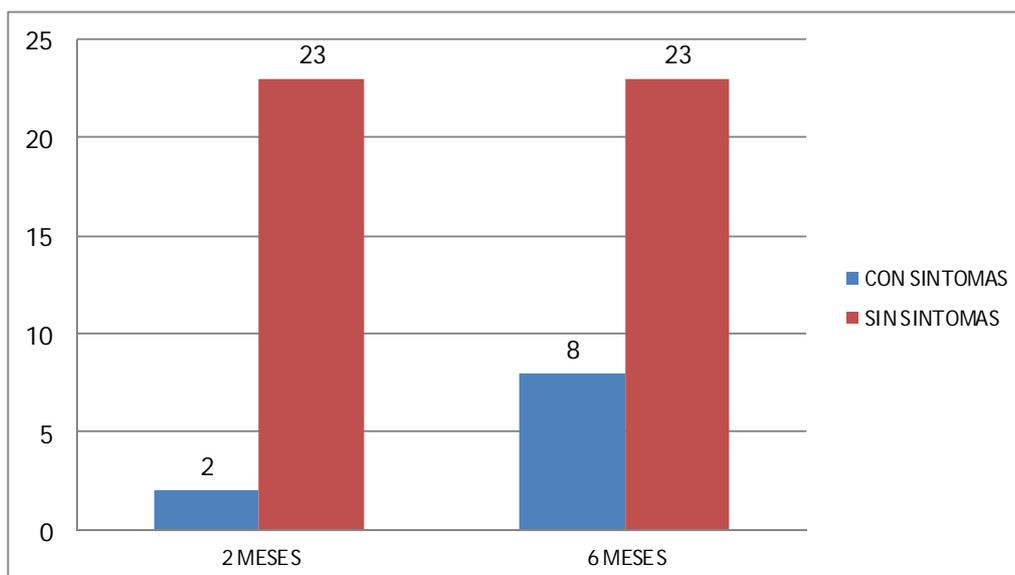


Uno de los primeros instrumentos aplicados en el control de salud infantil, es el PROTOCOLO NEUROSENSORIAL, corresponde a la aplicación de un test de neurodesarrollo que tiene como objetivo pesquisar trastornos neurosensoriales en el niño. Se aplica en el Control de Salud de Niño Sano al mes y/o a los dos meses de edad, por profesional médico.

Los resultados de la evaluación se clasifican en: Normal, Anormal y Muy Anormal.

Entre el periodo enero a Septiembre 2015 se han aplicado 33 Protocolos Neurosensoriales, encontrándose el 82% de los resultados en los rangos normales y un 6% en el rango de anormales, los cuales fueron derivados según protocolo.

### GRÁFICO: ESCALAS DE EDIMBURGO APLICADAS

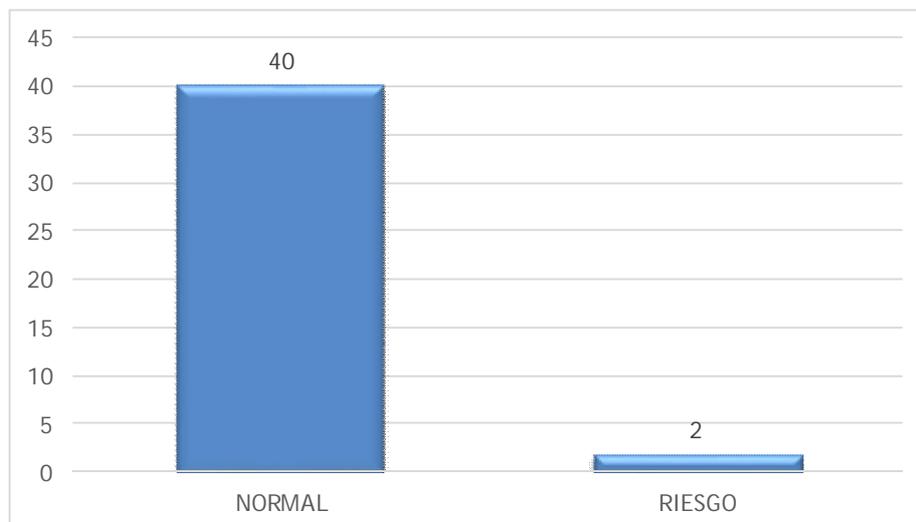


Durante el período enero a septiembre 2015 se han aplicado **56 ESCALAS EDIMBURGO**, instrumento de tamizaje simple y rápido de contestar, que se utiliza

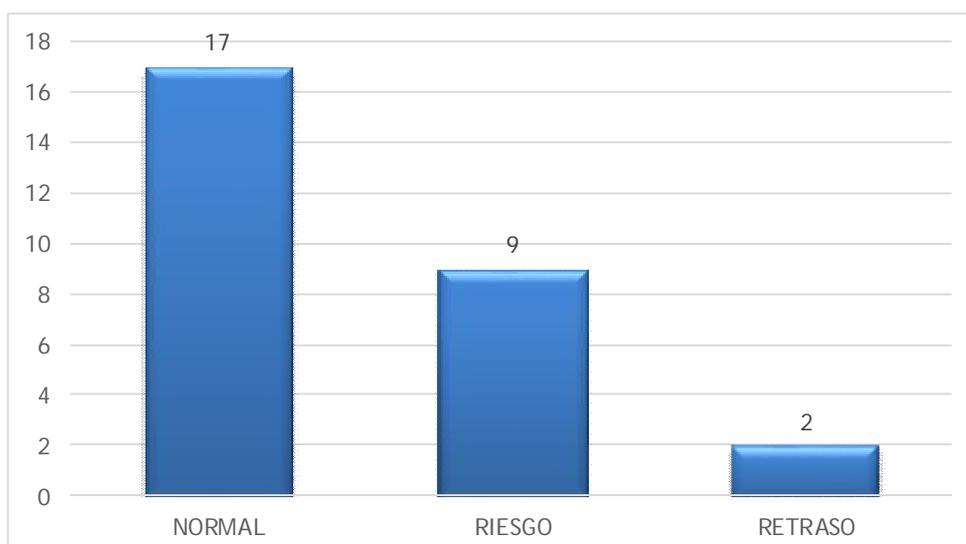
para pesquisar síntomas depresivos en el periodo postparto de la madre durante el Control de Salud del niño o la niña a los 2 y 6 meses de edad.

De todas las escalas aplicadas un total de 46 arrojaron resultado normal, y 10 arrojaron resultado anormal lo que corresponde un 21,7%, las cuales el 100% son derivadas a atención con psicóloga/o, para confirmación diagnóstica.

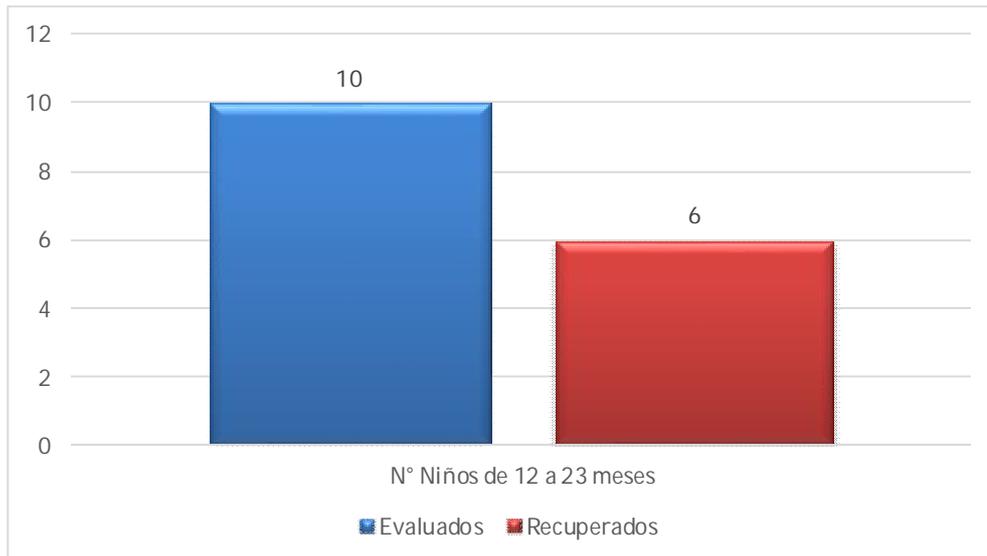
**GRÁFICO: NÚMERO DE ESCALAS DE DESARROLLO PSICOMOTOR (EEDP) APLICADAS A NIÑOS/AS ENTRE 7 Y 11 MESES.**



**GRÁFICO: NÚMERO DE ESCALAS DE DESARROLLO PSICOMOTOR (EEDP) APLICADAS A NIÑOS/AS ENTRE 18 Y 23 MESES.**



### GRÁFICO: NUMERO DE REEVALUACIÓN (EDDP) APLICADAS A NIÑOS/AS ENTRE 12 Y 23 MESES



La aplicación de la Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (EEDP), es un instrumento estandarizado que se utiliza para medir el nivel de desarrollo de las funciones psicomotoras del niño entre 1 y 24 meses, mide rendimiento del niño frente a ciertas situaciones que para ser resueltas requieren determinado grado de desarrollo psicomotor.

Se realiza durante el control de niño sano, permite pesquisar a niños y niñas que presenten riesgo o retraso en su desarrollo psicomotriz, con el fin de intervenir junto con sus familias, mediante acciones de recuperación que contribuyan al logro de un desarrollo normal.

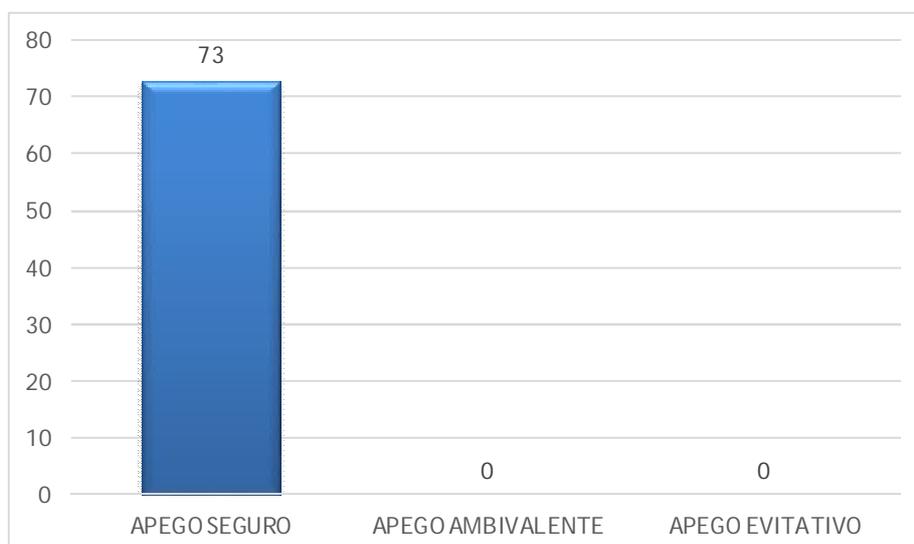
Durante el periodo evaluación, solo un 18,5% de los niños presentan alteración en alguna de sus áreas.

En el rango de 7 a 11 meses de las 42 pautas de evaluación de Desarrollo Psicomotor, 4,7% de los evaluados tienen algún rezago, riesgo o retraso en el desarrollo psicomotor

En el rango de 18 a 23 meses de las 28 pautas de evaluación de Desarrollo Psicomotor, un 39,2% de los evaluados tienen algún rezago, riesgo o retraso en el desarrollo psicomotor.

Todas las pautas encontradas con algún tipo de rezago, son derivadas a las modalidades de estimulación correspondiente (Ludoteca o Sala de estimulación), donde se trabaja en la recuperación, a la fecha el 100% ha sido recuperado.

### GRÁFICO: ESCALA MASSIE CAMPBELL APLICADAS

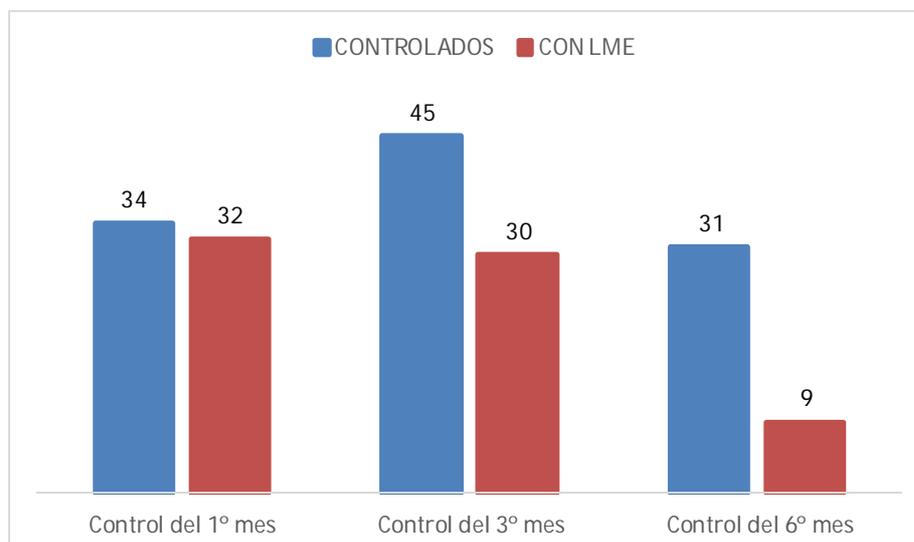


Otro instrumento aplicado en el control de salud Infantil, es la Escala **Massie Campbell**, que en base a criterios de observación, tiene como objetivo evaluar indicadores de la calidad del vínculo de apego madre/cuidador - hijo/hija en situaciones de stress. Los puntajes indican desde una relación de tipo evitativa, aislada y carente de reciprocidad a una relación más intensa, intrusiva y demandante de afecto. Se aplica en los Controles de Salud a los 4 y 12 meses de edad, como parte de la evaluación del desarrollo integral del niño y la niña en el ciclo vital.

Entre los meses de enero a septiembre del 2015, se realizaron 73 escalas, instrumento que se aplica en los controles de salud.

Del total de escalas aplicadas, el 100% obtuvo resultado de Apego Seguro en su evaluación.

### GRÁFICO: COMPARACIÓN NIÑOS/AS CONTROLADOS - LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA.



La lactancia materna exclusiva significa que durante los primeros 6 meses de vida

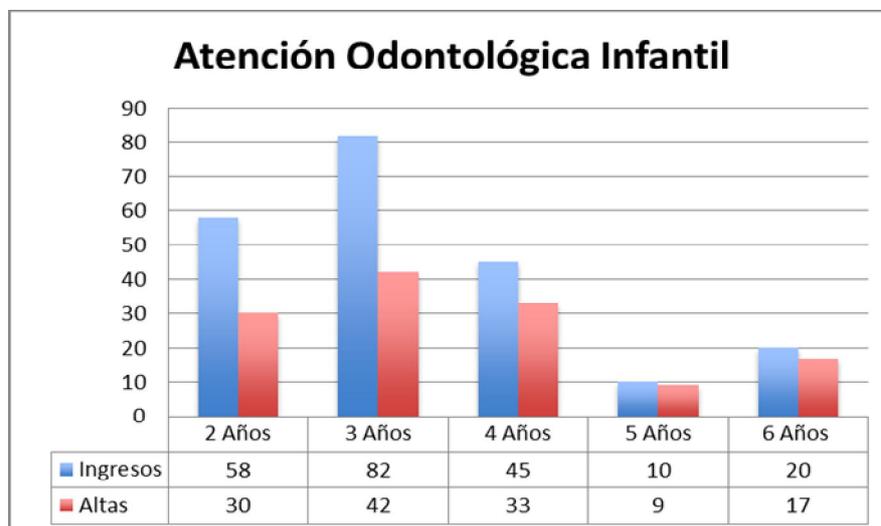
los/las bebés deben recibir únicamente leche materna de su madre, de una nodriza, o leche materna extraída y que no deben recibir ningún otro alimento o líquido a no ser jarabe o gotas de medicinas, vitaminas o minerales prescritos por el personal de salud. Después de cumplidos los 6 meses, la lactancia debe continuarse, junto a otros alimentos complementarios, hasta cumplidos los 2 años y aún más.

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 en el control de primer mes el 94,1% de las madres opta por la lactancia materna exclusiva, en el tercer mes el 66,6 % continúa con LME; y al sexto mes el 29% persiste con LME; baja el porcentaje ya que se inicia la alimentación complementaria.

Dado lo anterior se cumple la Meta Sanitaria n° 6 del 26% de la cobertura de LM, debido que al día de hoy esta se encuentra en un 32% de cobertura.

**AREA DENTAL INFANTIL:**

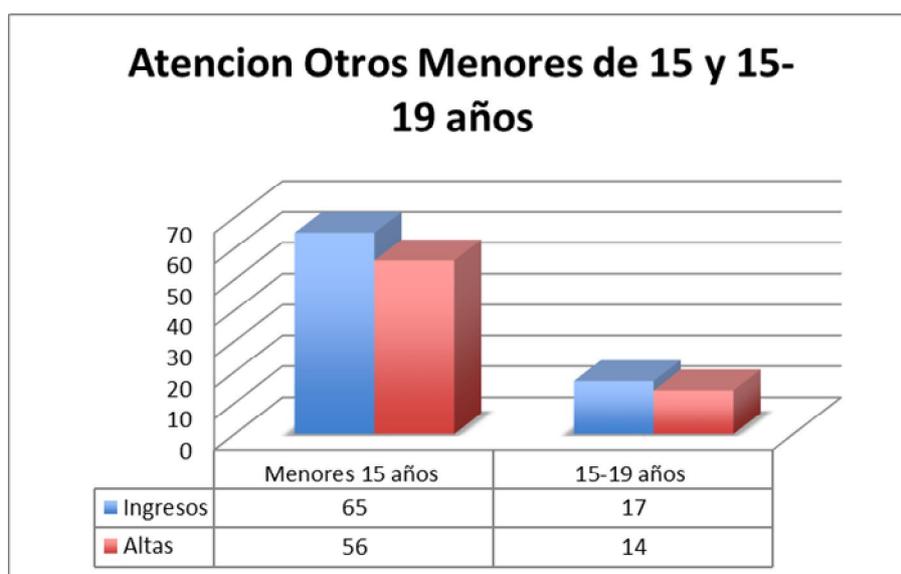
**GRÁFICO: ALTAS ODONTOLÓGICAS TOTALES 2, 4, 5 Y 6 AÑOS DE EDAD**



Respecto a la atención dental del área infantil, han ingresado a tratamiento 215 niños, de los cuales el 60% han sido dados de alta, siendo el grupo de 3 años de edad el que tiene la mayor diferencia entre ingresados y dados de alta.

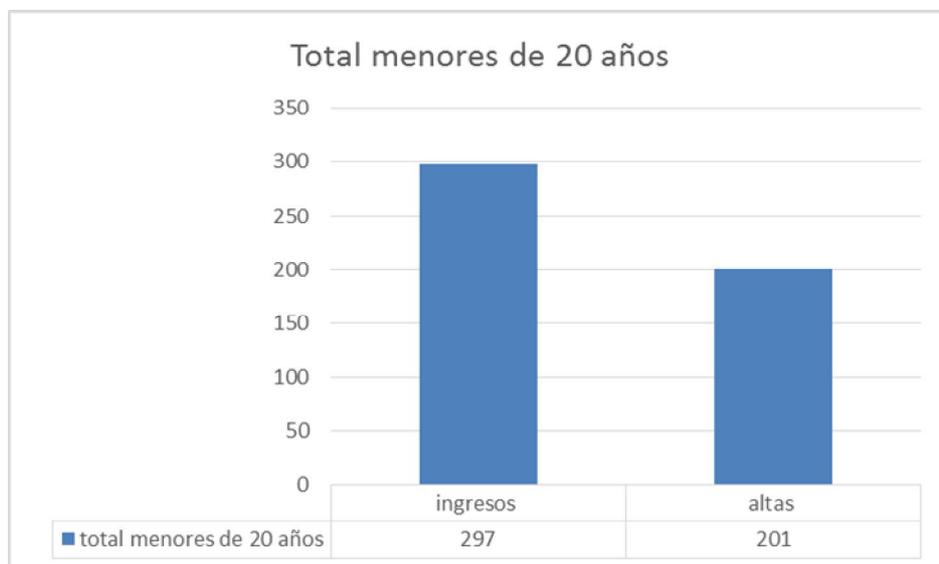
En relación al grafico inferior vemos que de los grupos etarios menores de 15 años y 15-19 han ingresado a control 82 pacientes, de los cuales el 83% se encuentra de alta.

**GRÁFICO: ALTAS ODONTOLÓGICAS TOTALES OTROS MENORES 20 AÑOS**



## CONVENIO CECOF

### GRÁFICO: INGRESO V/S ALTAS INTEGRALES POBLACIÓN MENOR DE 20 AÑOS



Con este gráfico podemos evaluar, tanto Meta IAAPS correspondiente a alta integral en menores de 20 años y el Convenio CECOF.

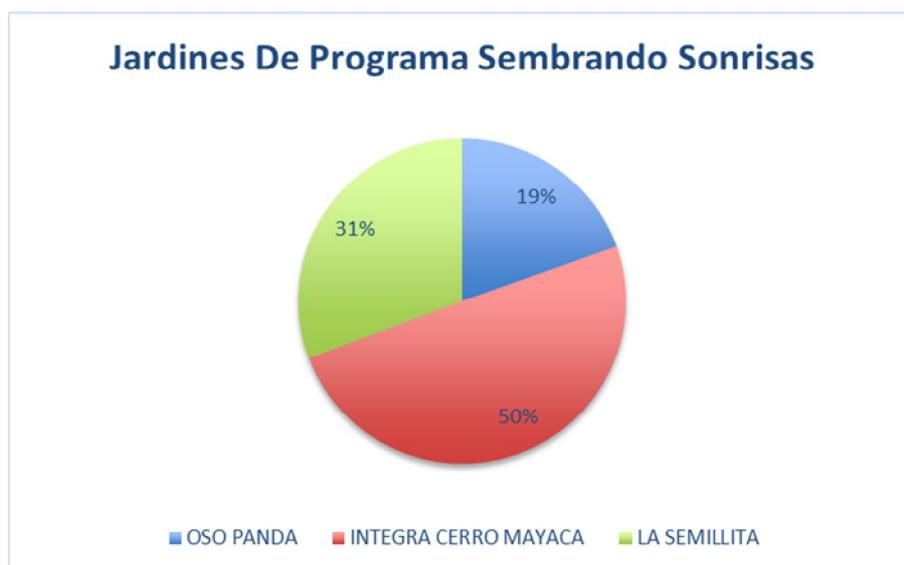
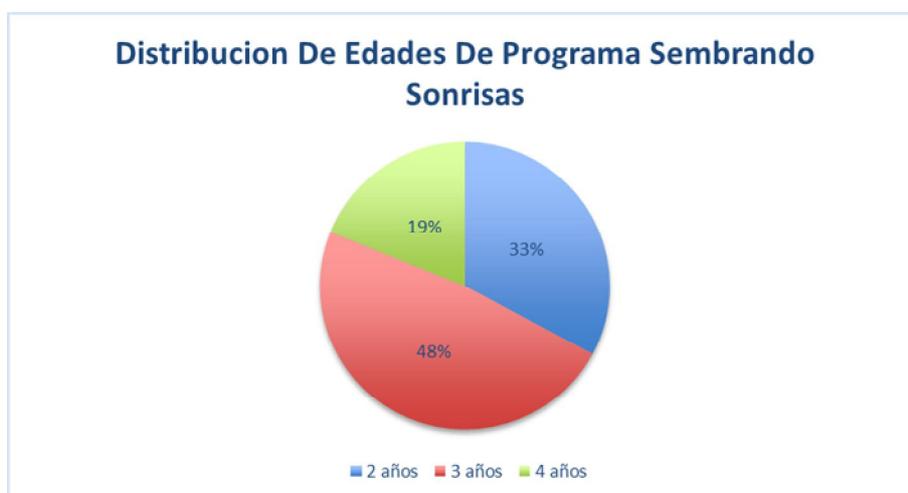
Nuestra población asignada menor de 20 años es de 1087 personas. De este total han ingresado a tratamiento el 27,3% de la población, de los cuales está de alta el 67% de los ingresados, lo que corresponde al 18.4% de la población menor de 20 años.

Con lo anterior, se cumple la meta convenio Cecof (10%), pero aún falta para cumplir la meta IAAPS (29%), la que se ve dificultada debido a que nuestra población es compartida con otros centro de la comuna, además de contar solo con jornada parcial de odontólogo.

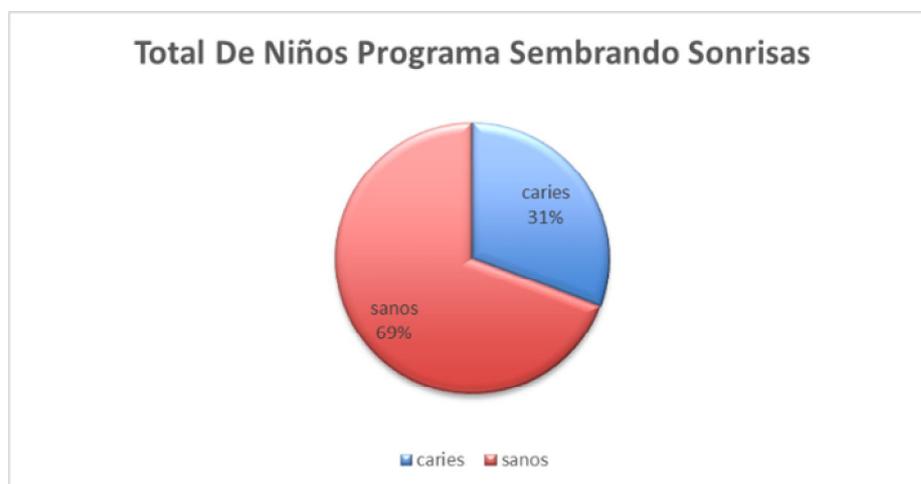
## PROGRAMA SEMBRANDO SONRISAS

Durante el 2015 se continuó con la atención comunitaria de jardines infantiles, este año enmarcado en el Programa Sembrando Sonrisas. Participaron los 3 jardines del sector (2 Integra y 1 Junji VTF); se incluyeron todos los niños que se encontraban matriculados en marzo-abril con un universo de 143 niños de edades entre 2 y 4 años, se observa que un 48% de los niños son de 3 años de edad y que el jardín que tiene un mayor número de niños es el Jardín Integra Cerro Mayaca.

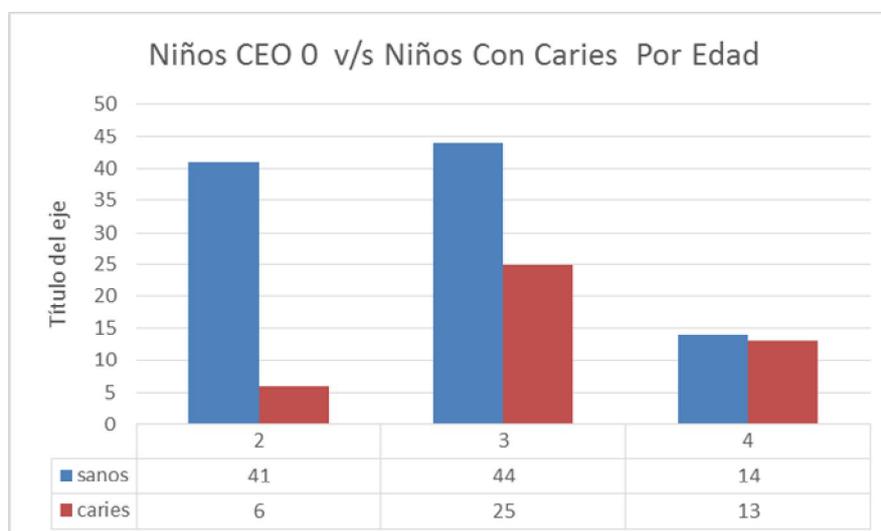
### GRÁFICOS PROGRAMA SEMBRANDO SONRISAS



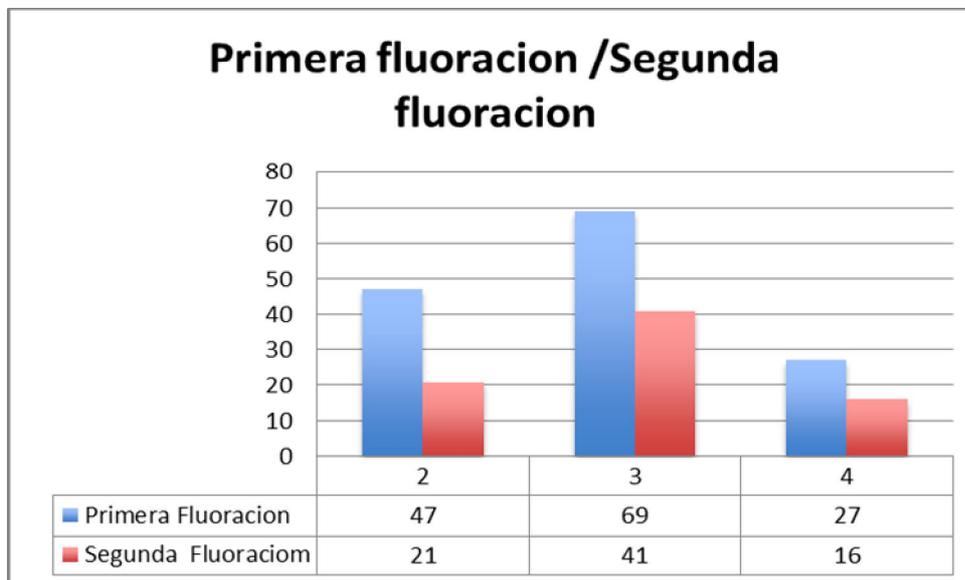
## GRÁFICO: ESTADO DE SALUD BUCAL DE LOS NIÑOS/AS



Se observa que el 69% del total de los niños/as examinados se encuentra con Ceo 0, es decir, sanos y sin ninguna intervención recuperativa en sus bocas. Si desglosamos esto por edades, vemos que en la medida que los niños crecen se aumenta la prevalencia de caries partiendo con un 12 % en niños de 2 años , un 36% en los de 3 años llegando a un 48% en los de 4 años, tal como lo muestra el siguiente gráfico.



Actualmente nos encontramos trabajando en el proceso de segunda fluoración, alcanzando ya el 54% de los niños ingresados al programa, ya se realizaron educaciones y entrega de kit de aseo



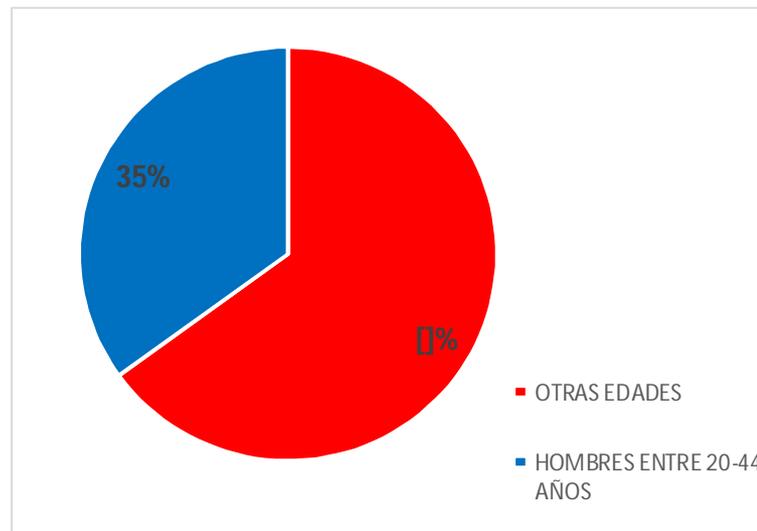
## UNIDAD DEL ADULTO

### GRÁFICO: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR SEXO DE EMPA APLICADOS.



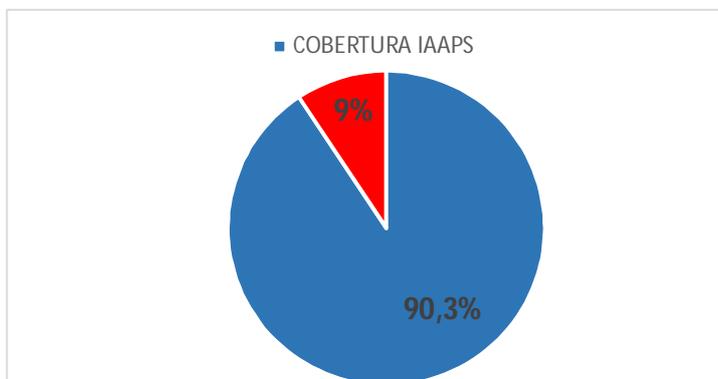
Desde Enero a Septiembre del presente año, se han realizado un total de 179 examen médico preventivo (EMPA) a hombres y mujeres de entre 15 y 64 años, siendo el grupo de mujeres con más controles (130), lo que representa un 72,6%.

### GRÁFICO: RELACIÓN EMPA TOTAL MUJERES V/S MUJERES ENTRE 45-64 AÑOS



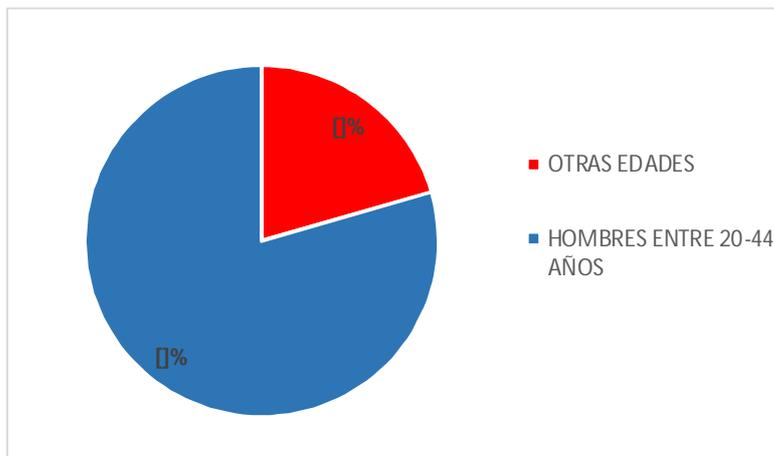
De un total de 130 EMPA realizados al sexo femenino, el 35% de ellos corresponde a edades priorizadas para IAAPS 2015, es decir, mujeres entre 45-64 años.

**GRÁFICO: COBERTURA EMPA REALIZADOS A MUJERES ENTRE 45-64 AÑOS EN RELACIÓN A META IAAPS.**



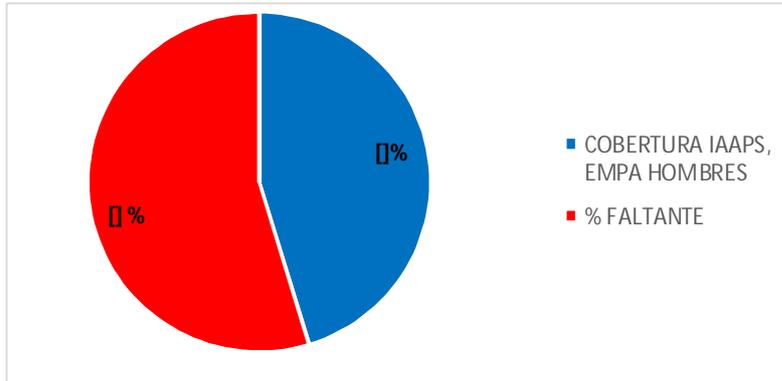
Considerando la población estimada de mujeres entre 45 y 64 años, excluyendo pacientes cardiovascular, (434 mujeres) a Septiembre del año 2015 se ha realizado el 90.3% de la meta IAAPS (17.4%) para EMPA mujeres entre 45-64 años de edad, asignada a Cecof Cerro Mayaca.

**GRÁFICO: RELACIÓN EMPA REALIZADOS A TOTALIDAD HOMBRES Y ENTRE 20-44 AÑOS**



De un total de 49 EMPA realizados al sexo masculino, el 79.5% de ellos corresponde a edades priorizadas para IAAPS 2015, es decir hombres entre 20-44 años. Se evidencia asertividad en las derivaciones por parte del equipo de salud.

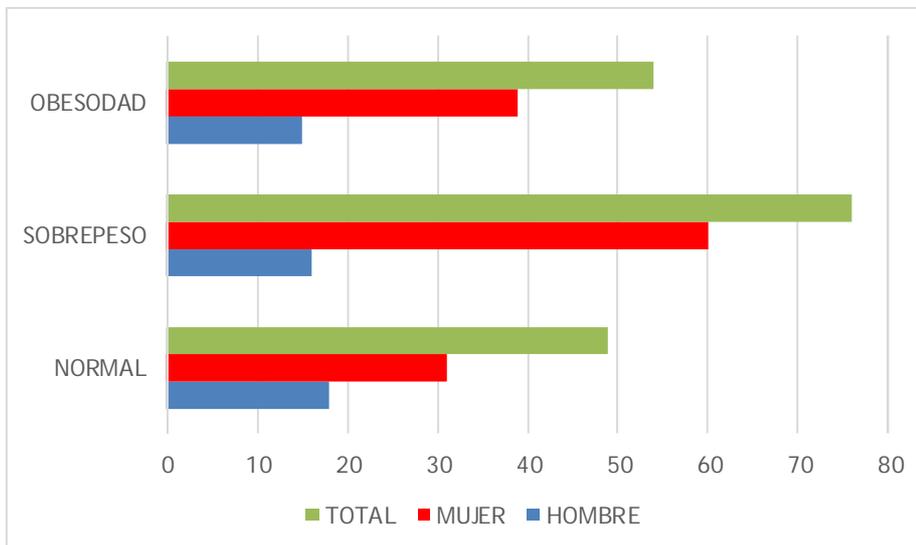
**GRÁFICO: COBERTURA EMPA REALIZADOS A HOMBRES ENTRE 20-44 AÑOS EN RELACIÓN A META IAAPS.**



Considerando la población estimada de hombres entre 20 y 44 años, excluyendo pacientes cardiovascular, (713 hombres), a Septiembre del año 2015 se ha realizado el 45.3% de la meta IAAPS para EMPA hombres entre 20-44 años de edad, asignada a Cecof Cerro Mayaca.

Se deberán incrementar estrategias para realizar EMPA espontáneo o en lugares estratégicos

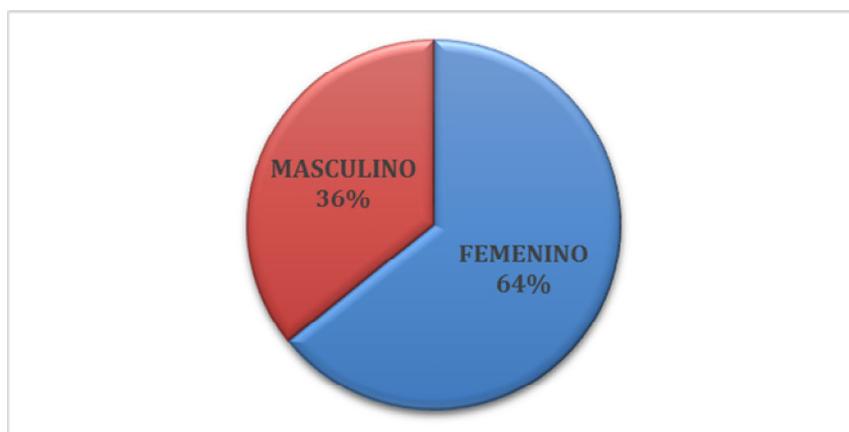
**GRÁFICO: DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL EN EMPA APLICADOS, SEGÚN SEXO.**



El presente gráfico evidencia la malnutrición por exceso arrojada en EMPA adulto, siendo más evidente en el sexo femenino. En la totalidad de 170 EMPA realizados, no se diagnosticó malnutrición por déficit.

**UNIDAD DEL ADULTO MAYOR**

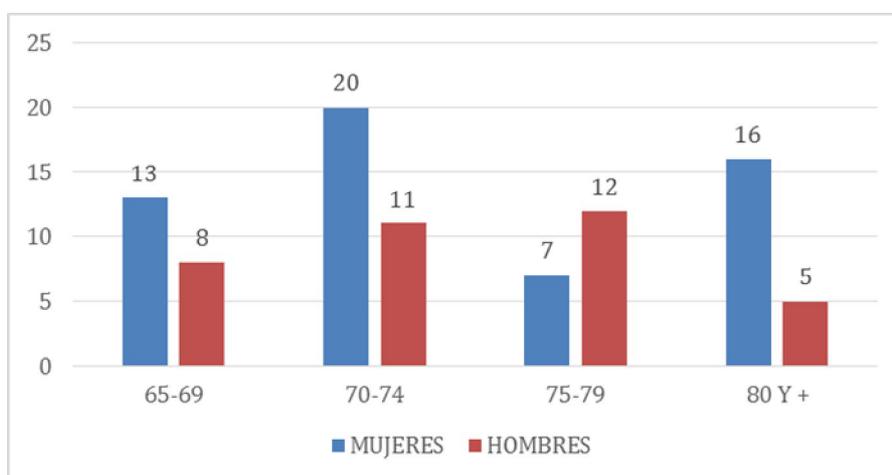
### GRÁFICO: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR SEXO EMPAM APLICADOS



Durante el periodo correspondiente a enero a septiembre 2015 se realizaron 95 EMPAM, de los cuales 61 fueron a mujeres, lo que representa un 64,2% del total.

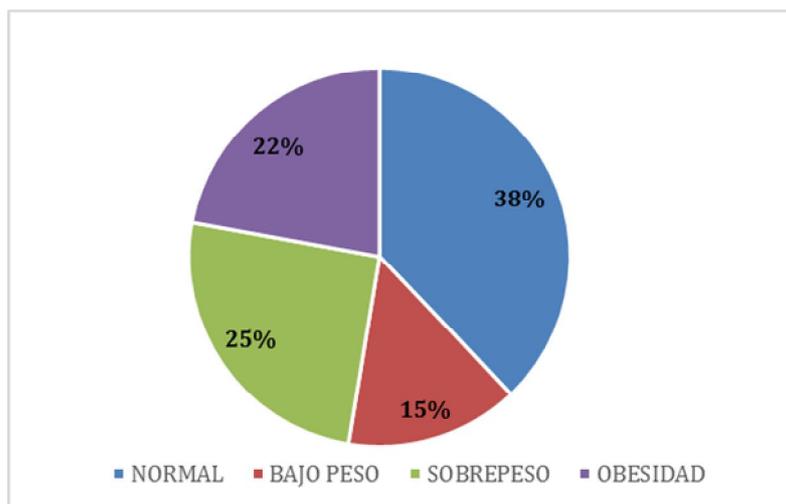
Considerando la población total de adultos mayores estimada (469 adultos mayores de 65 años), y la meta establecida para este año 2015, que corresponde a un 35%, a la fecha llevamos 63% de la meta establecida, quedando pendiente 55 EMPAM, que realizar de octubre a diciembre, para lo cual ya se han generado las estrategias para el cumplimiento de dicha meta.

### GRÁFICO: NÚMERO DE EMPAM APLICADOS POR SEXO Y RANGO ETAREO.



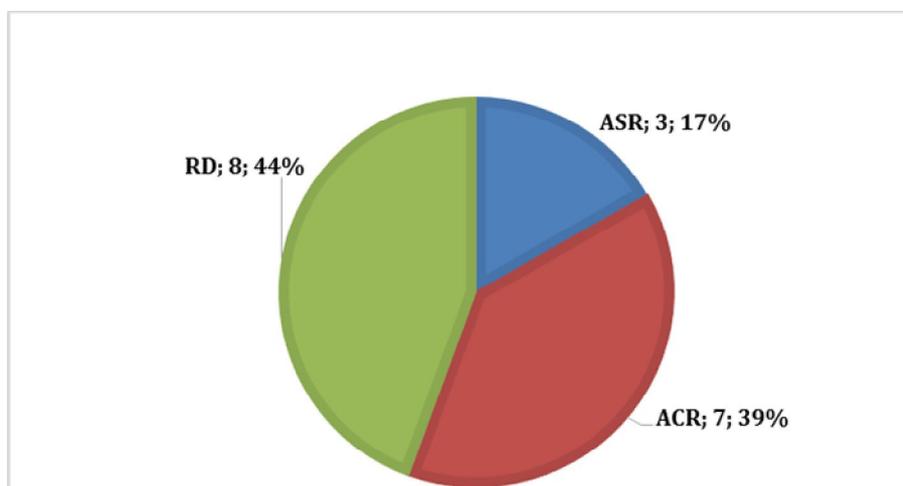
En 2015 se realizaron 95 EMPAM, de los cuales el rango etáreo de 75-79 años tuvo menos controles (en ambos sexos). El grupo etáreo con mayor cantidad de controles realizados es el de 70-74 años.

**GRÁFICO: DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL ADULTOS MAYORES SEGÚN REALIZACIÓN DE EMPAM**



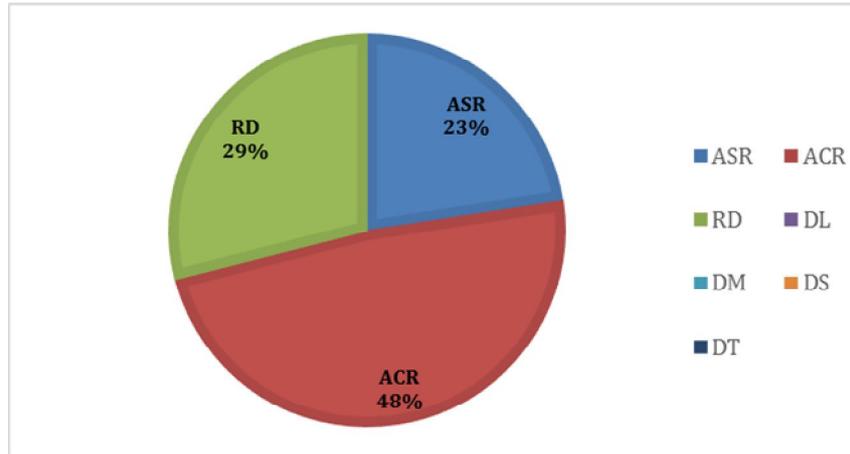
De los exámenes de medicina preventiva para los adultos mayores (EMPAM), en relación al estado nutricional, un 47% presenta malnutrición por exceso, un 15% malnutrición por déficit y un 38% se encuentra normal.

**GRÁFICO: NIVEL DE FUNCIONALIDAD ADULTOS MAYORES DE 65 A 69 AÑOS.**



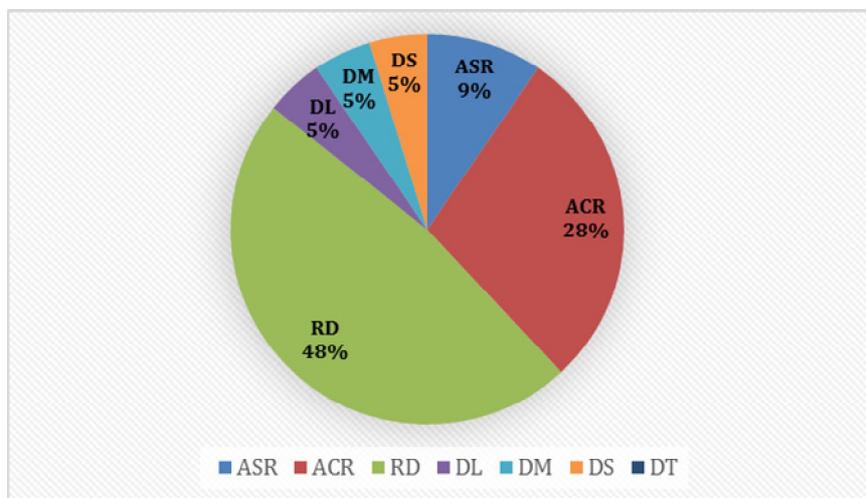
En relación al diagnóstico de funcionalidad de acuerdo a EFAM aplicados, un 55,5% de los adultos corresponde a Adultos Mayores autovalentes; de estos un 30% corresponden a Autovalentes sin riesgo. En este grupo etáreo no se presentan personas de ningún tipo de dependencia.

**GRÁFICO: NIVEL DE FUNCIONALIDAD ADULTOS MAYORES DE 70 A 74 AÑOS.**



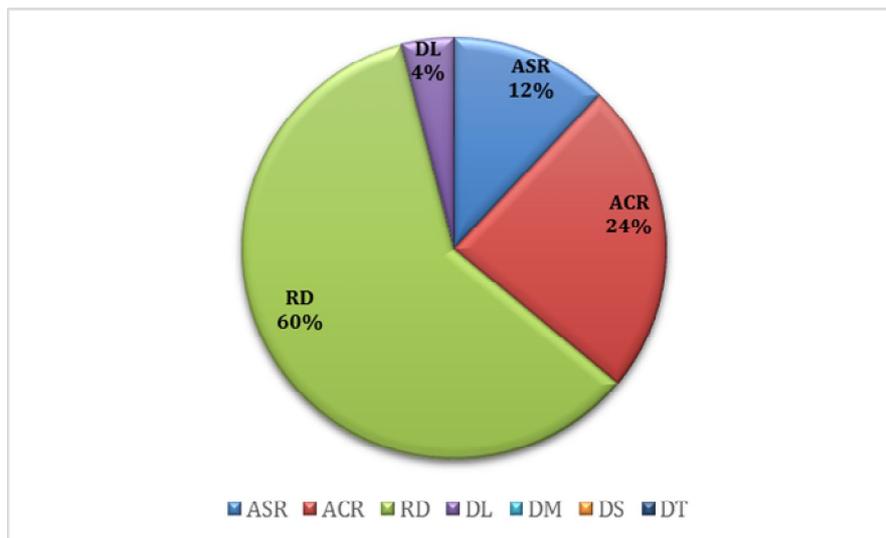
En este segundo quinquenio existen un 70,9% de personas autovalentes, de ellos 31,8% son autovalentes sin riesgo. No existen casos de dependencia.

**GRÁFICO: NIVEL DE FUNCIONALIDAD ADULTOS MAYORES DE 75 A 79 AÑOS.**



Las personas entre 75 y 79 años, a las que les fue aplicado el EFAM, presentaron una disminución sustancial de autovalencia sin riesgo. En este quinquenio aumenta el riesgo de dependencia y se presentan los casos de dependencia leve, moderada y severa.

**GRÁFICO: NIVEL DE FUNCIONALIDAD ADULTOS MAYORES DE 80 Y MÁS AÑOS.**



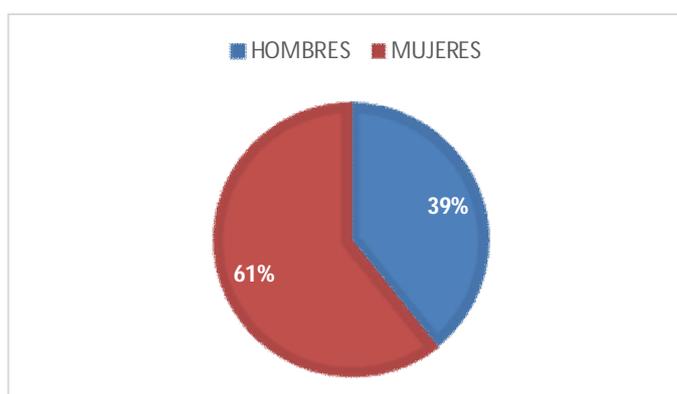
En este grupo etáreo se pesquisan más casos de riesgo de dependencia correspondiente a un 60 % de los controles realizados durante ese periodo.

## **AREA REHABILITACION**

### **Área Atención Morbilidad:**

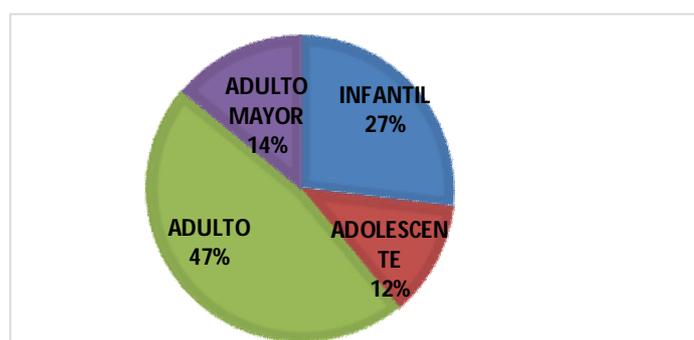
Esta área considera las atenciones por morbilidad, principalmente en box, que se realiza a los usuarios y usuarias de ambos centros.

#### **GRÁFICO: TOTAL DE ATENCIONES POR SEXO**



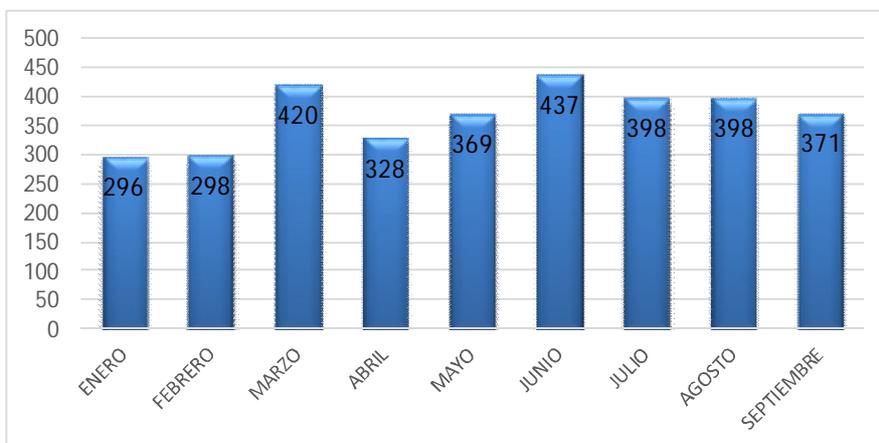
Durante el periodo de enero a septiembre del presente año, se han realizado un total de 3.315 atenciones por consultas de morbilidad, de la cuales un 39% corresponde a hombres y un 61% a mujeres. Proyectándose a cifras similares de atenciones, que las realizadas en el año 2014.

#### **GRÁFICO: DISTRIBUCIÓN POR RANGO ETAREO.**



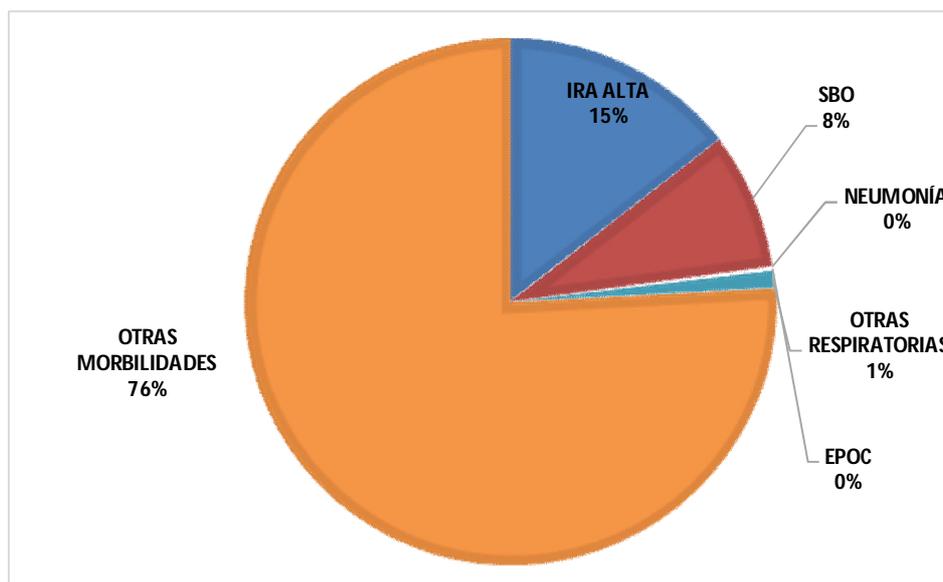
Del total de atenciones realizadas durante el período, la mayor concentración se concentra en el grupo etareo Adulto (20 a 64 años), tendencia que se visualiza en los últimos años de atenciones.

**GRÁFICO: DISTRIBUCIÓN DE ATENCIONES MENSUALES.**



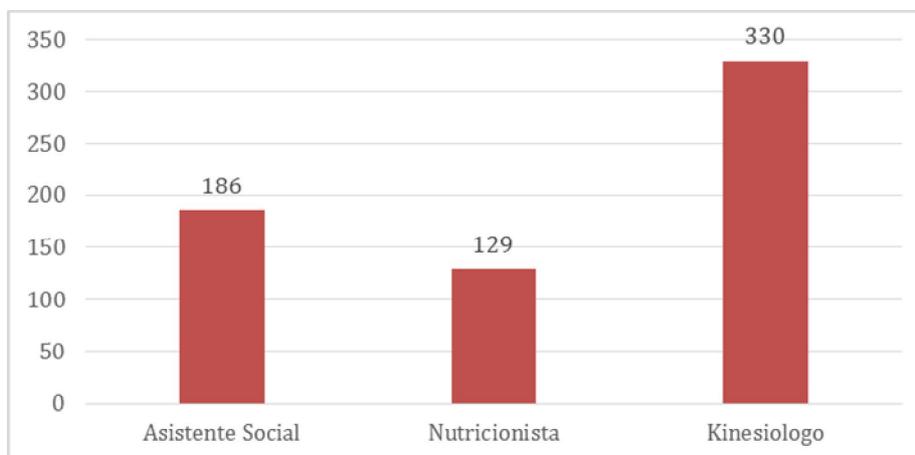
El gráfico anterior, muestra la distribución de atenciones mensuales, manteniéndose una distribución similar durante los diferentes meses.

**GRÁFICO: ATENCIÓN POR DIAGNOSTICO**



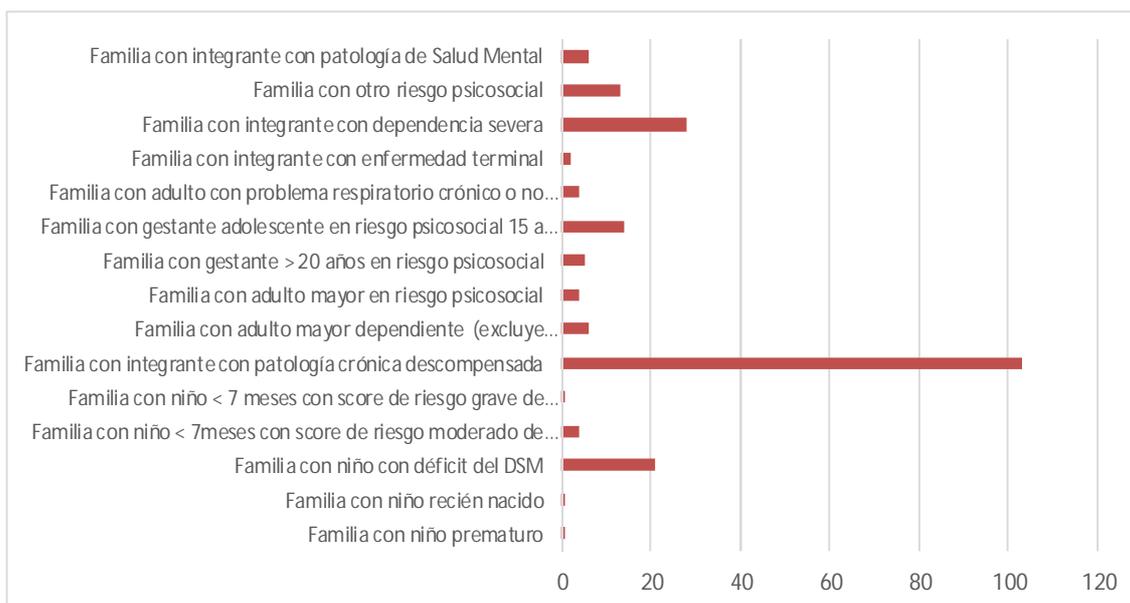
El gráfico anterior, muestra la distribución por diagnóstico, donde se evidencia el mayor porcentaje en consultas por otras morbilidades con un 76%.

### GRÁFICO: OTRAS ATENCIONES PROFESIONALES

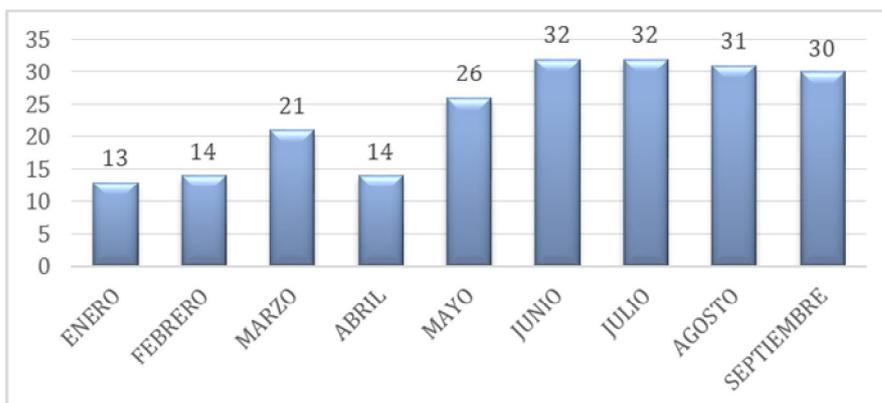


El gráfico nos muestra las consultas de otros profesionales en el período; consultas sociales, nutricionales y kinesiológicas.

### GRÁFICO: VISITAS DOMICILIARIAS REALIZADAS SEGÚN CLASIFICACIÓN.



### GRÁFICO: NÚMERO DE VISITAS DOMICILIARIAS REALIZADAS DURANTE EL 2015



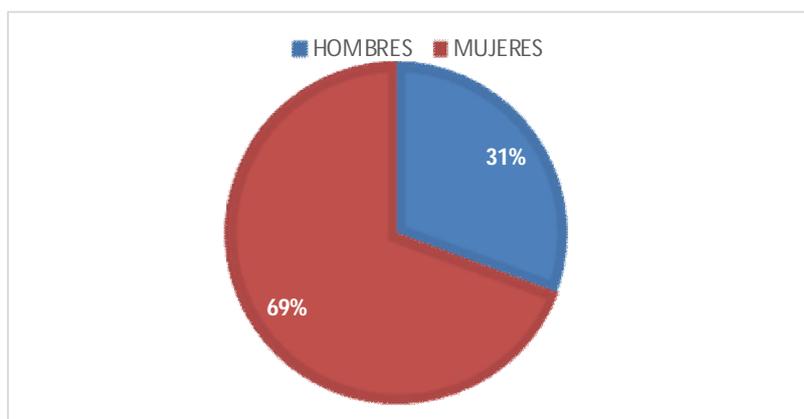
Durante el período se han realizado 213 visitas domiciliarias integrales, en diferentes temáticas establecidas. La mayor concentración se da en los pacientes con patologías crónicas, dado que aquellos que son controlados en domicilio, se incorpora VDI.

Destaca también, las VDI incorporadas al programa de atención domiciliaria, las visitas a niños/as con riesgo DSM, y las visitas a gestantes con riesgo.

## **PROGRAMA CARDIOVASCULAR:**

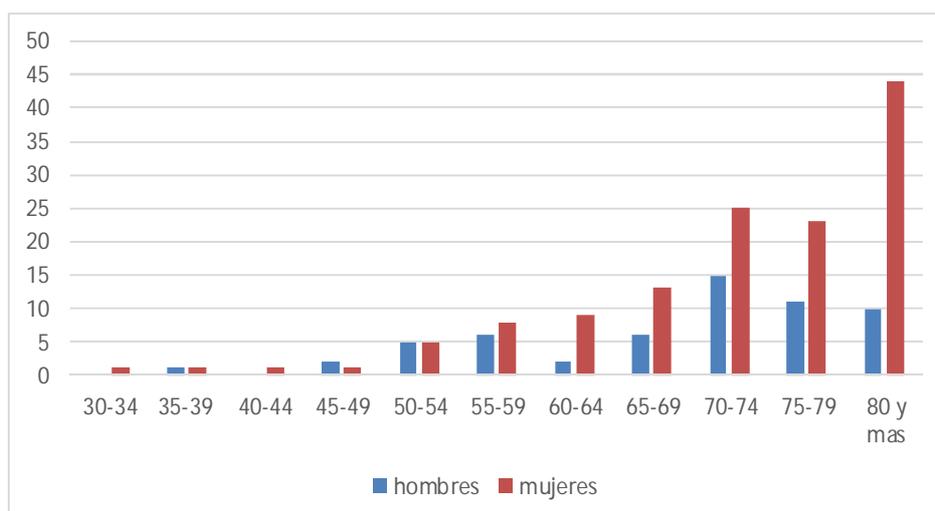
En el CECOF CM, se ha implementado el Programa Cardiovascular, con un enfoque multidisciplinario, incorporando las diferentes variables que pueden afectar o incidir la calidad de vida de los usuarios/as. En este contexto además, se centra la atención principalmente en adultos mayores de 65 años, con la idea de poder atender a aquella población que presenta más dificultad de acceso a los servicios de salud.

### **GRAFICO DISTRIBUCIÓN PACIENTES POR SEXO**



A la fecha el centro cuenta con una población bajo control de 189 personas, de las cuales 31% corresponde a varones y un 69% a mujeres

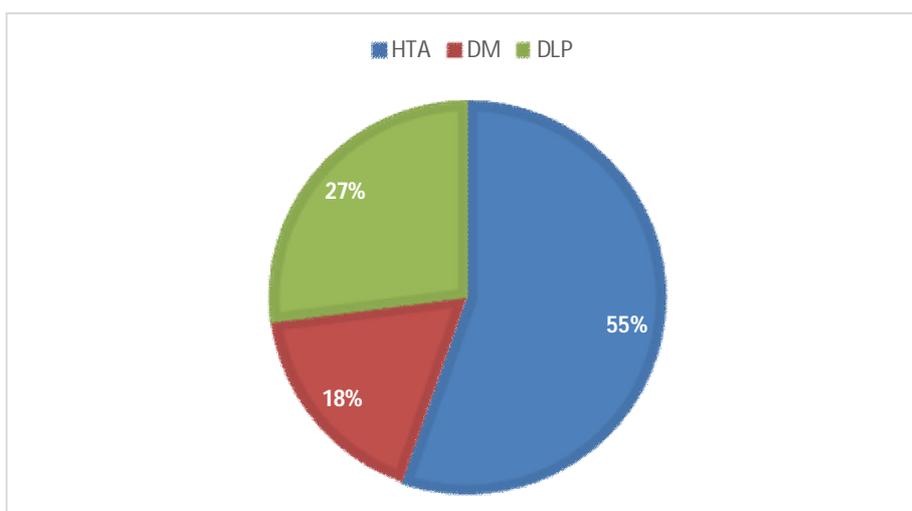
### **GRAFICO DISTRIBUCIÓN POR EDAD Y SEXO**



Siguiendo el análisis anterior, del total de personas atendidas (189), el 28% corresponde a población mayor de 80 años, de los cuales gran parte de las atenciones se realiza en domicilio.

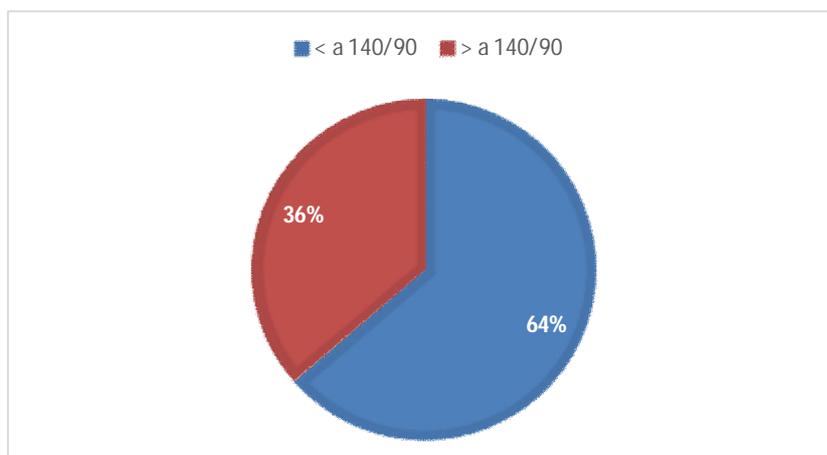
Los pacientes de menores edades que se atienden en el centro, son principalmente cuidadores de pacientes del programa de atención domiciliaria, quienes en general se encontraban inasistentes a su controles por los cuidados de su familiares, el otro porcentaje, corresponde a personas dependientes.

### GRÁFICO: DISTRIBUCIÓN POR PATOLOGÍA



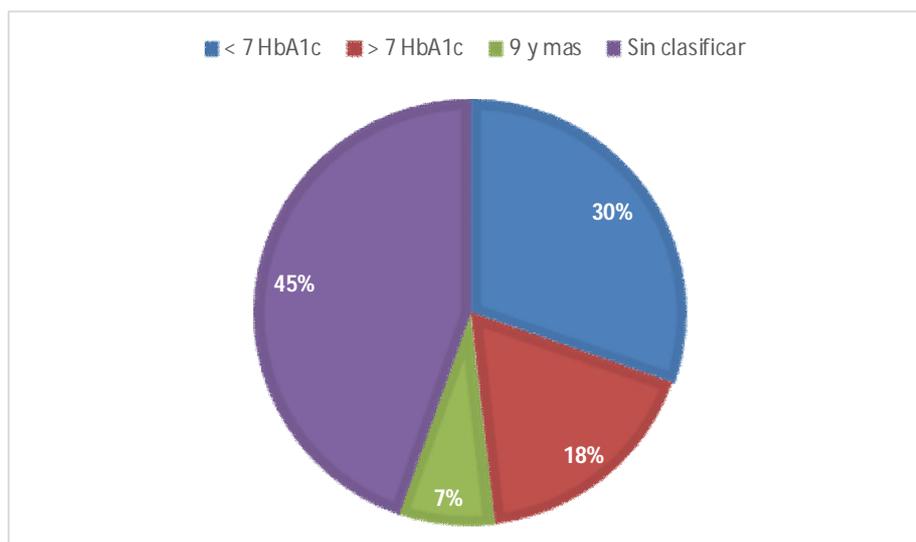
Del total de pacientes atendidos, el 55% tiene diagnóstico de HTA, EL 18% de Diabetes Mellitus y el 27% Dislipidemia.

### GRÁFICO: NIVEL DE COMPENSACIÓN HTA



Respecto a los niveles de compensación de los pacientes con diagnóstico de HTA, el 64% presenta presiones menores a 140/90, logrando meta establecida.

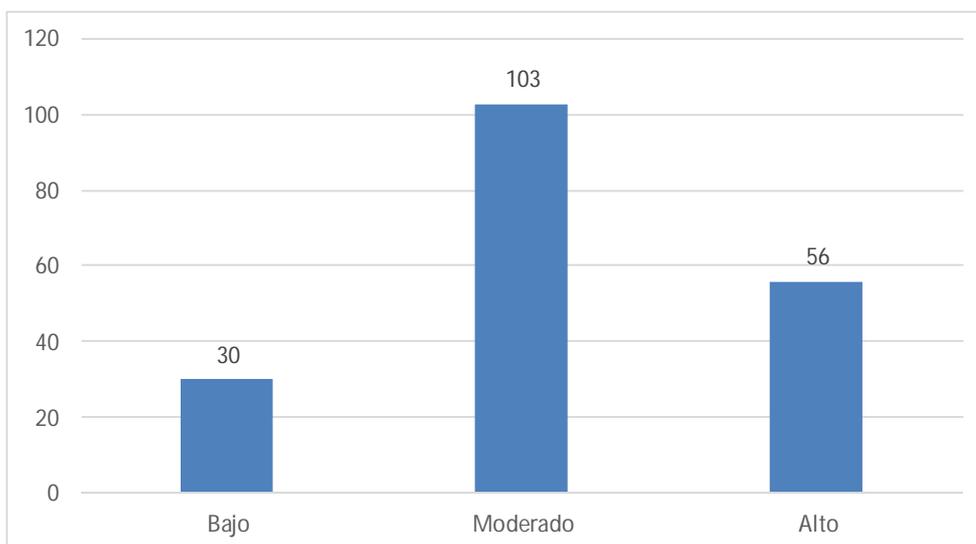
### GRÁFICO: NIVEL DE COMPENSACIÓN DM



Respecto a la compensación de pacientes con diagnóstico de DM, un 30% presenta hemoglobinas inferiores a 7, logrando un alto porcentaje de compensación en este aspecto y que incide directamente en la calidad de vida de los usuarios/as.

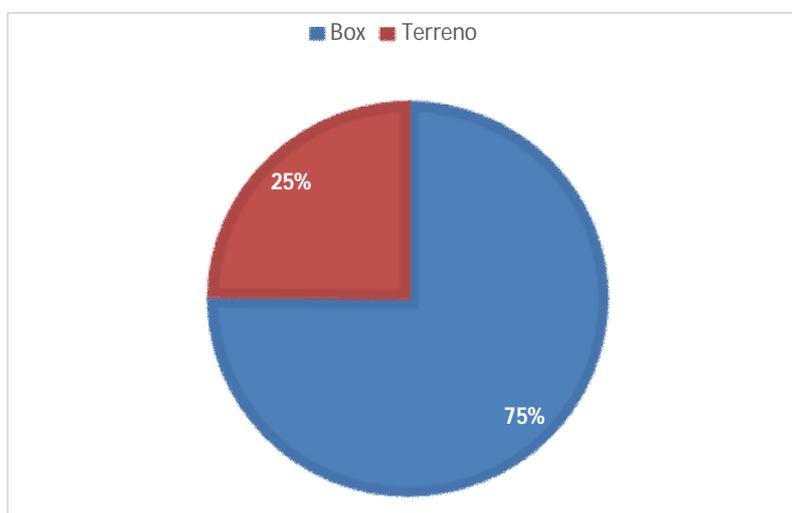
Existe un porcentaje de 45% sin clasificar, lo que ya se encuentra con estrategias avanzadas para el logro de toma de muestra del total de población.

### GRÁFICO: RIESGO CARDIOVASCULAR



El gráfico nos muestra la clasificación del total de población Cardiovascular, según riesgo cardiovascular, de los cuales la mayor concentración se da en el riesgo moderado (54%).

### GRAFICO: TIPO DE ATENCIÓN



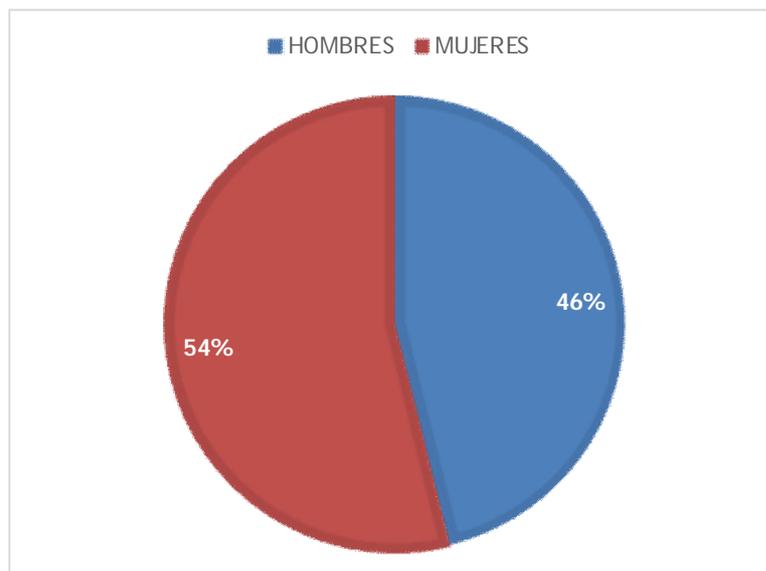
Dada las características de la población bajo control del programa cardiovascular, donde un alto porcentaje son adultos mayores de 70 años, las atenciones de control se entregan en box o en domicilio. De total de pacientes bajo control, el 25% de las atenciones se realizan en domicilio, incorporando visitas de médico, nutricionista, enfermera, toma de exámenes y procedimientos, entre otros.

## PROGRAMA DE ATENCION DOMICILIARIA DE PACIENTES POSTRADOS SEVEROS

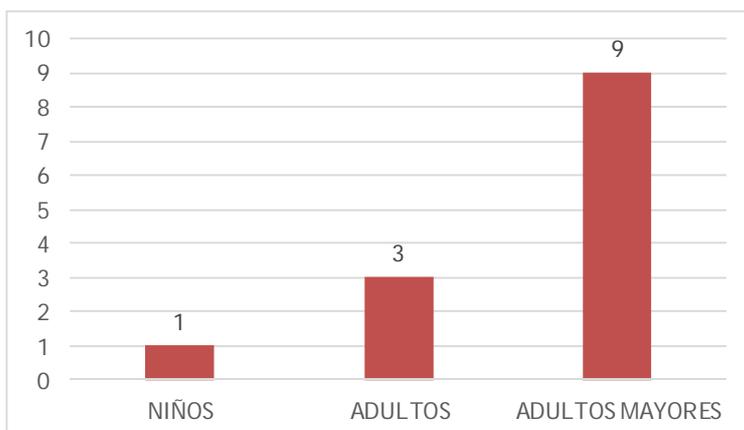
El Programa de Atención Domiciliaria a Personas con Dependencia Severa, está dirigido a todas aquellas personas que sufran algún grado de dependencia severa: física, psíquica o multidéficit, según índice de Barthel; cuyo objetivo es otorgar a la persona con dependencia severa, cuidador y familia, una atención integral en su domicilio en el ámbito físico emocional y social mejorando así su calidad de vida y potenciando su recuperación y rehabilitación.

El programa está liderado por enfermera, y además se realizan visitas de seguimiento e integrales por un equipo multidisciplinario todos los meses al 100% de los pacientes postrados, que corresponde a la fecha a 13 usuarios/as, 12 de los cuales se encuentran incorporados al pago de estipendios. Durante el período han fallecido 4 personas pertenecientes a este programa.

**GRÁFICO: DISTRIBUCIÓN POR SEXO**

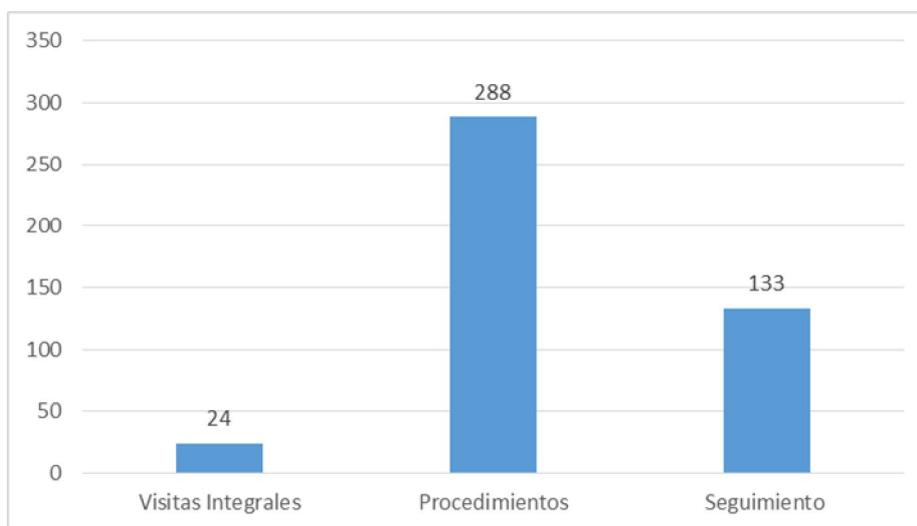


### GRAFICO: DISTRIBUCIÓN POR GRUPO ETAREO



Los gráficos anteriores nos muestran la distribución por sexo de los pacientes ingresados, 54% hombres y 46% de mujeres. Respecto al grupo etario la mayor concentración se da en el grupo de adultos mayores.

### GRAFICO: TIPO DE ATENCIONES



El gráfico muestra el tipo de atenciones en domicilio que incorpora el programa; Se debe realizar 2 visita domiciliaria integral por cada paciente, 1 visita mensual de seguimiento por parte de un profesional del equipo y los procedimientos que en general se realizan a los pacientes (curaciones de escaras).

## AREA PROMOCIONAL – PREVENTIVA:

Durante el año 2015 se realizaron diversas actividades de orden preventivo promocional:

- **Talleres de actividad Física para adultos y niños/as:** Se realiza actividad física dos veces a la semana, realizando Zumba y acondicionamiento físico. En general asisten semanalmente 15 adultos (principalmente mujeres) y 12 niños/as.
- **Talleres Gestantes:** Se realizaron 4 talleres en el año, agrupando gestantes del 1° y 3° trimestre, donde participan profesional matrn, psicóloga, nutricionista, enfermera. Se trabajan temas relacionados con preparación para el parto, sueño, cuidados del recién nacido entre otros.
- **Talleres de Estimulación Temprana:** Se realizaron 4 talleres en el año. Dirigido a niños/as entre 0 y 5 años, con el objetivo de poder desarrollar al máximo las capacidades y potencialidades de los niños/as, trabajando en las áreas de lenguaje, motricidad, coordinación y social.
- **Taller Nadie es Perfecto:** Se realizaron a la fecha 3 talleres, de 6 sesiones cada uno y se encuentra planificado uno para el mes de diciembre. Dirigido a padres, madres o cuidadores de niños/As entre 0 y 4 años, con el objetivo de trabajar habilidades parentales en 5 temas principales: Comportamiento, Primeros Auxilios, Salud física, Salud Mental, Autocuidado.
- **Taller de Promoción del desarrollo Infantil:** Se realizaron 2 talleres en el año, dirigido a niños/as menores de 1 año.
- **Talleres Cuidadores de Pacientes Programa de Atención Domiciliaria:** Se programaron 6 talleres en el año, de los cuales se encuentra ejecutados 5 y planificado el último en diciembre para cierre de año.
- **Talleres de prevención de Enfermedad Respiratoria:** Se realizaron 4 talleres al año, dirigido a madres de niños/as menores de 1 año, con el objetivo de entregar herramientas de prevención y de manejo de enfermedades respiratorias.
- **Talleres Pacientes Cardiovasculares:** Dirigido a pacientes del programa CV, con el objetivo de entregar herramientas de autocuidado.
- **Actividades Promocionales:** Se realizaron durante el año actividades de celebración día de la Felicidad, día del niño, semana lactancia materna, Fiestas Patrias. Se encuentra programada actividad de celebración de Fiestas Patrias para niños y adultos mayores.

## **AREA COMUNITARIA.**

La mesa de trabajo Comunitaria del sector, es una instancia validada desde hace muchos años, como una forma de trabajo activa entre sus distintos actores, donde El CECOF Cerro Mayaca, cumple una función de asesoría y acompañamiento técnico, y de trabajo en conjunto, cuyo objetivo es apoyar el desarrollo integral de del centro de salud y de la comunidad, colaborando en el cumplimiento de la visión y misión del mismo; “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”

Tal como en años anteriores, una vez al mes se realiza reunión con la comunidad, donde a comienzos de año se establece plan de trabajo. Este año el objetivo está centrado en:

“Incentivar la participación social y el derecho al ejercicio de la ciudadanía, por medio de la incorporación de la comunidad en el apoyo a la gestión del centro y en sus procesos de salud”

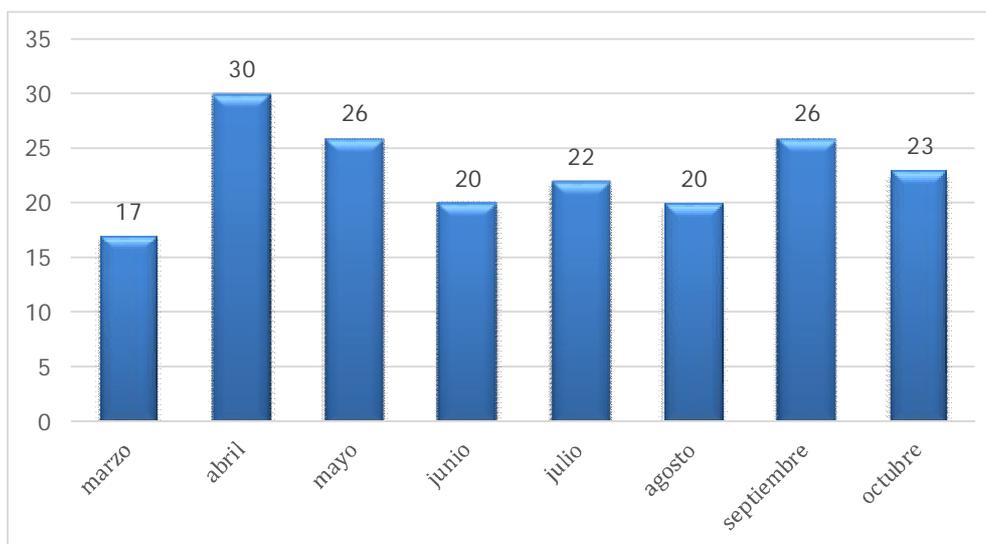
Y los **objetivos específicos** para el año, se centraron en:

1. Elaborar Diagnostico Comunitario de Salud.
2. Realizar actualizaciones permanentes de temáticas solicitadas por dirigentes comunitarios participante de la mesa.
3. Desarrollar actividades de difusión de actividades del centro.
4. Desarrollar cuenta anual de actividades desarrolladas por el centro

## RESULTADOS:

Se realizaron reuniones mensuales programadas desde el mes de marzo a la fecha, con un promedio de asistentes de 23 participantes. Reuniones que se realizan en las diversas sedes del sector, y donde participan representantes de las 6 juntas de vecinos vigentes, clubes deportivos, iglesias, jardín infantil.

**GRAFICO: PARTICIPANTES POR MES**



### Capacitaciones Dirigentes:

Respecto a las capacitaciones a dirigentes, se han realizado de manera mensual en las siguientes temáticas:

- GARANTIAS GES GENERAL.
- GARANTIAS GES ATENCION PRIMARIA DE SALUD, ACCESO Y OPORTUNIDAD.
- SALUD FAMILIAR.
- LEY DE DERECHOS Y DEBERES.
- DIAGNOSTICOS PARTICIPATIVO DE SALUD.
- FONASA.

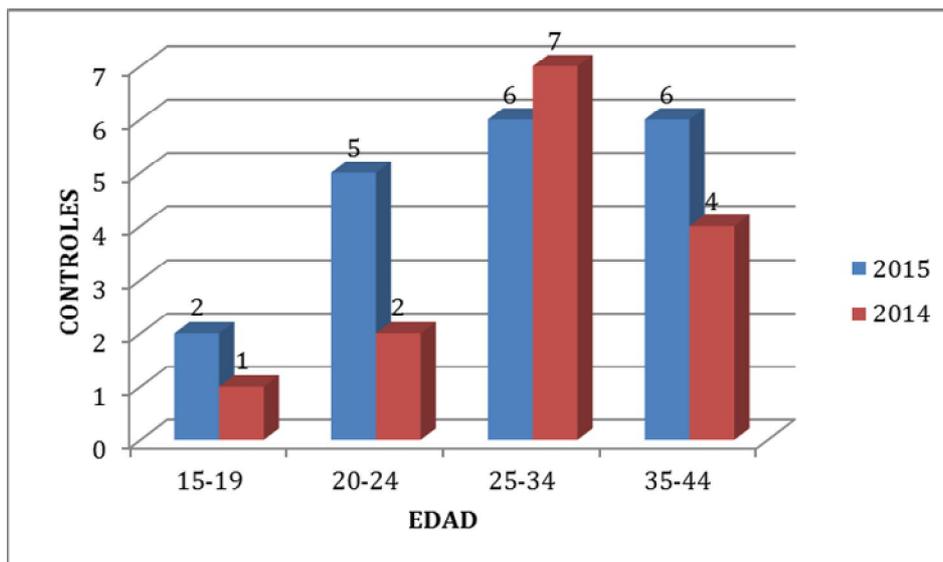
## INDICADORES DE EVALUACION

## **CECOF SANTA TERESITA AÑO 2015**

### **AREA PREVENTIVA**

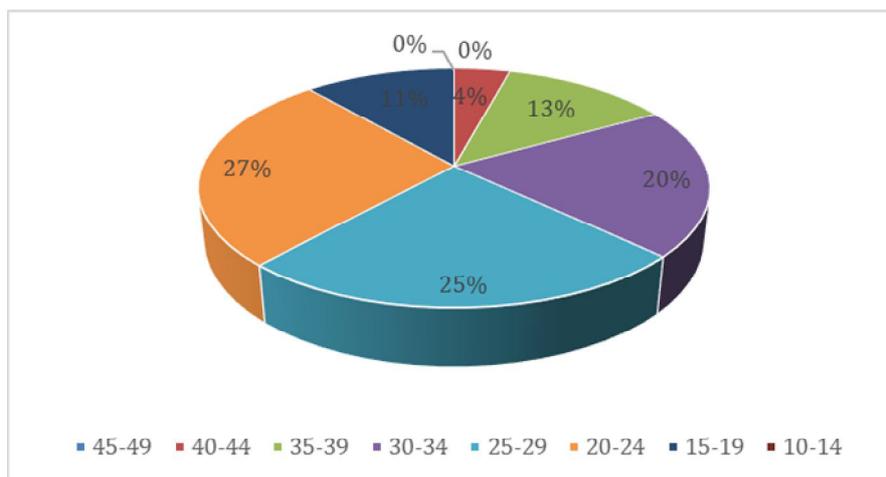
### **ATENCIÓN DE LA MUJER Y DE LA VIDA EN PAREJA**

**GRÁFICO: CONTROLES PRE-CONCEPCIONALES DISTRIBUIDOS POR GRUPO ETAREO**



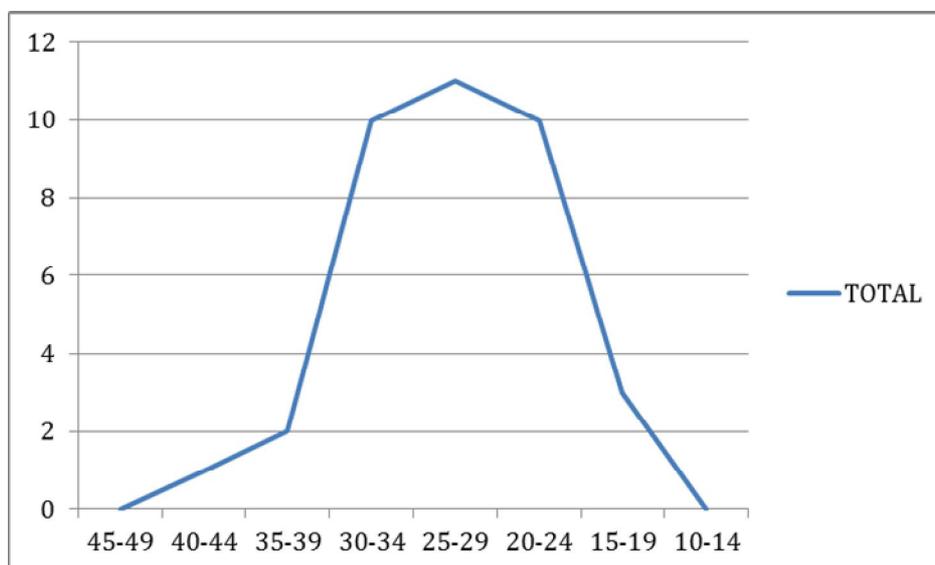
El grafico muestra el número de controles preconceptionales realizados por Matrona entre los períodos correspondientes de enero a septiembre del año 2015, por grupo etáreo comparados con los mismos datos del año 2014. Durante el 2014 se realizaron 14 controles en total y 17 en 2015. Se puede observar que la cantidad de controles a edad mayores han aumentado..

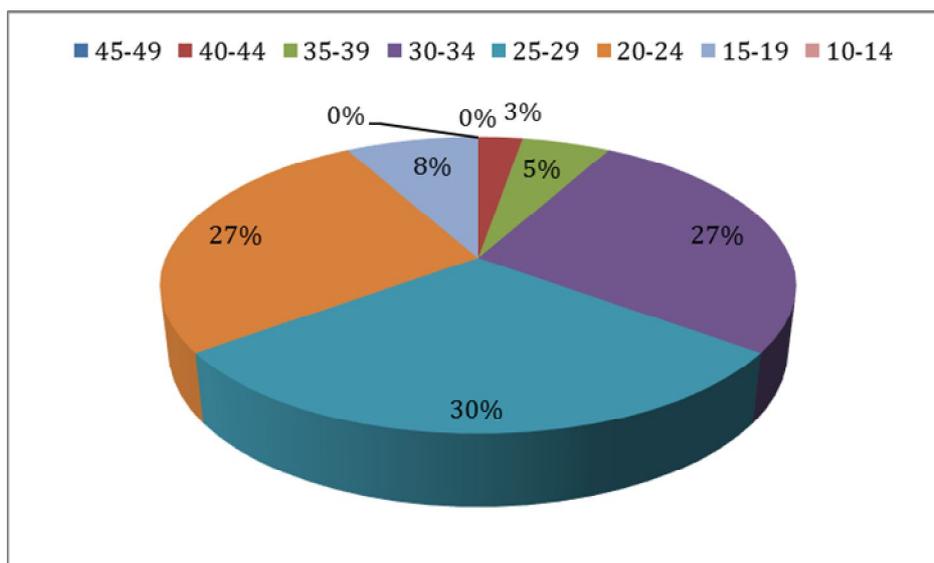
### GRÁFICO: CONTROLES PRENATALES DISTRIBUIDOS POR GRUPO ETAREO



Los controles prenatales realizados por Matrona entre enero a septiembre del año 2015, se presentan por grupo etáreo. Durante este año se realizaron 237 controles en total. La mayoría de los controles se concentran en las edades de 20 a 29 años. Cabe señalar que no se produjeron controles en los el grupo de menores de 15 años.

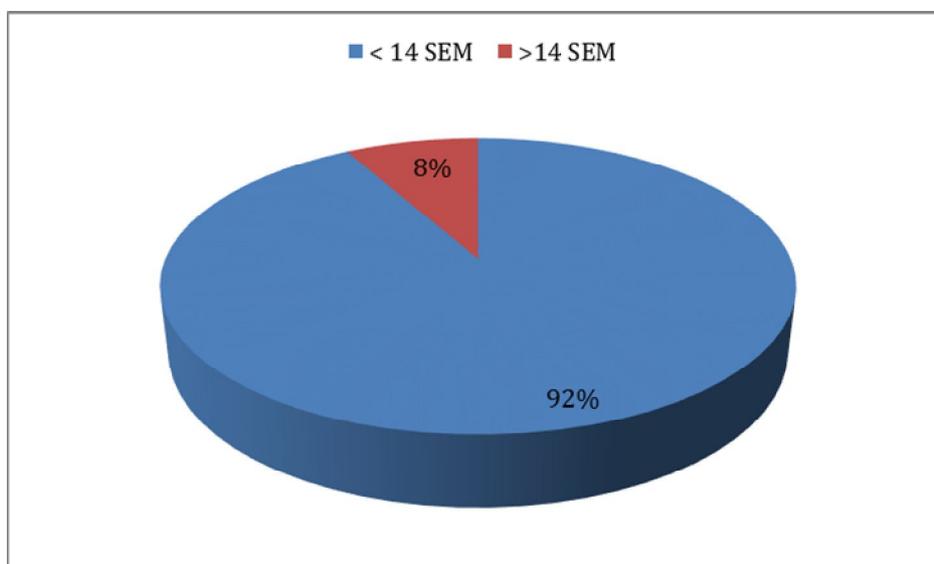
### GRÁFICO: INGRESOS PRENATALES SEGÚN GRUPO ETÁREO





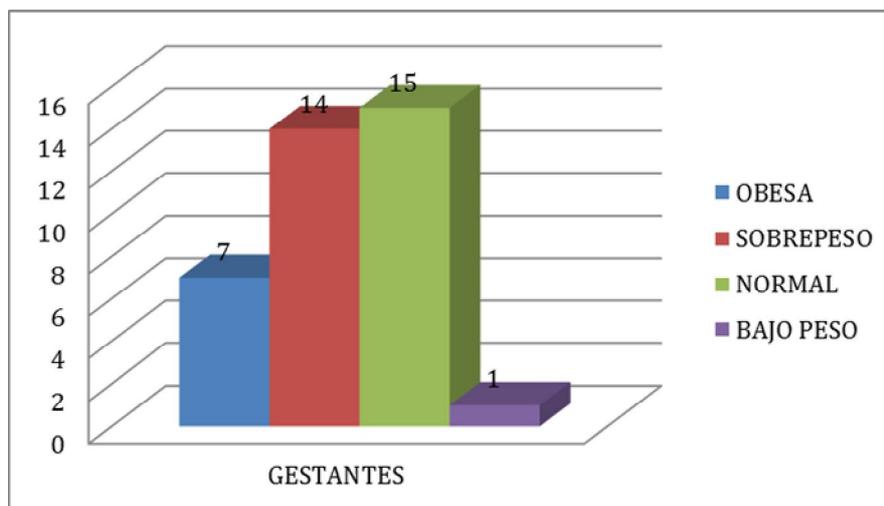
El total de ingresos de embarazos realizados por Matrona entre los períodos correspondientes de enero a septiembre del año 2015, por grupo etáreo ingresados 37 mujeres a control prenatal. Se observa en las edades de 20 a 29 años la concentración mayor de gestantes (con un 57%) y un 27% está entre los 30 y 34 años y sólo el 8% es adolescente.

#### GRÁFICO: INGRESOS PRENATALES SEGÚN SEMANAS GESTACIONALES



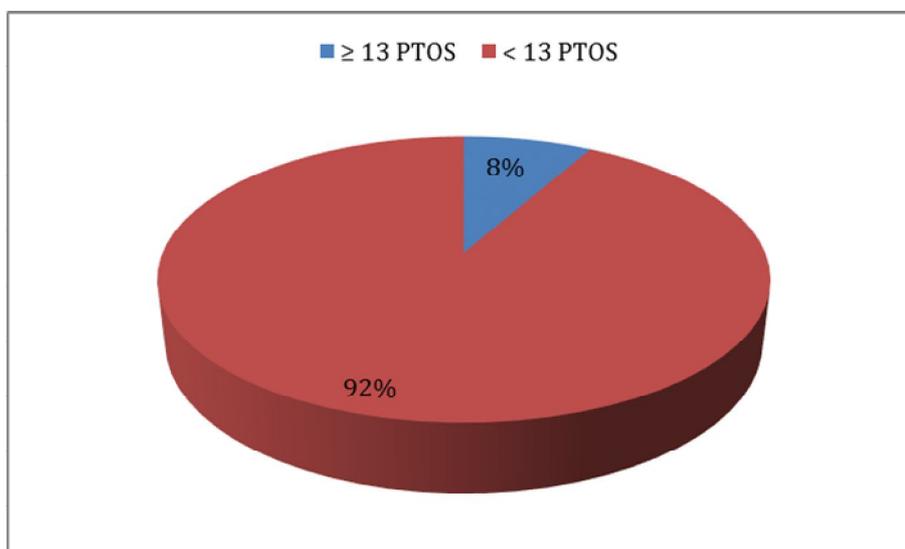
El número de Ingresos a control Prenatal realizados por Matrona entre los períodos correspondientes a enero y septiembre de 2015, fue de 37 gestantes, de las cuales un 92% fueron ingresadas antes de las 14 semanas de gestación.

**GRÁFICO: ESTADO NUTRICIONAL DE GESTANTES INGRESADAS A CONTROL PRENATAL**



El diagnóstico nutricional de las gestantes ingresadas en 2015 se presenta según la siguiente distribución: el 59% de las gestantes tienen diagnóstico de malnutrición, el 56% por exceso y 40% fue diagnosticada con estado nutricional normal.

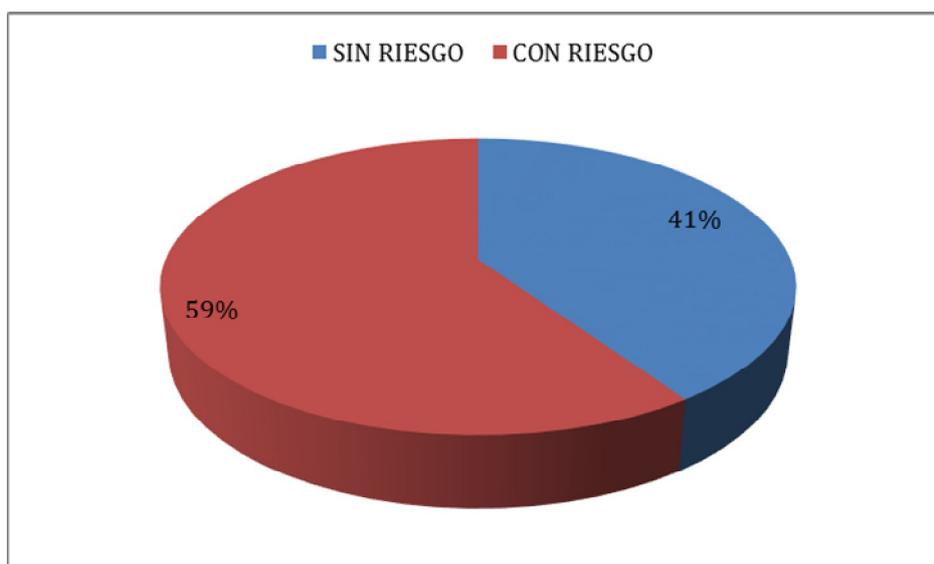
**GRÁFICO: ESCALAS DE EDIMBURGO APLICADAS AL INGRESO DEL CONTROL PRENATAL**



Durante el período enero a septiembre 2015 se han aplicado 37 Escalas de Edimburgo al ingreso de control prenatal. Esta escala permite detectar sintomatología depresiva.

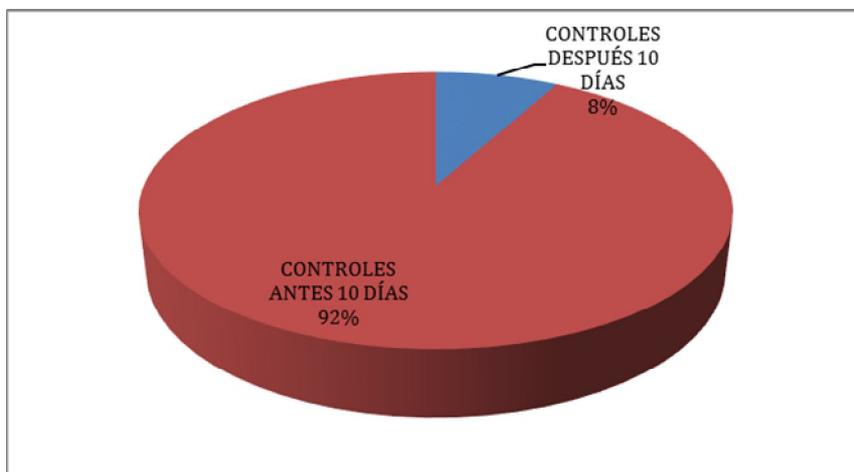
De las escalas aplicadas un total de 3 arrojaron resultado positivo, lo que corresponde un 8% del total. Las gestantes con sintomatología depresiva se derivan a atención en centro Cardenal Raúl Silva Henríquez.

**GRÁFICO: APLICACIÓN DE EVALUACIÓN PSICOSOCIAL ABREVIADA AL INGRESO DEL CONTROL PRENATAL**



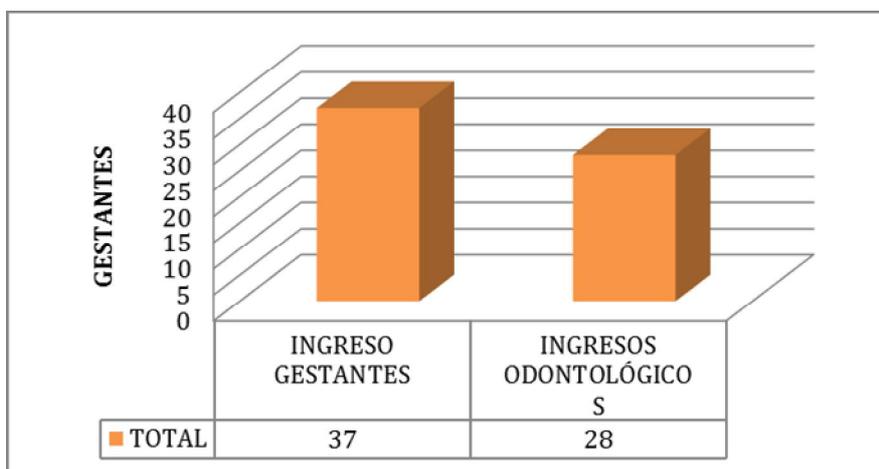
En el año 2015 se han aplicado 37 Evaluaciones Psicosociales abreviadas a gestantes, de las cuales 22 presentan riesgos psicosociales, lo que representa un 59%. Todas estas gestantes son derivadas a equipo multidisciplinario para intervención adecuada, además de realizar a lo menos 1 visita domiciliaria integral al 100% de las gestantes en riesgo.

**GRÁFICO: COMPARACIÓN NÚMERO TOTAL DE CONTROLES DE DIADAS (MADRE-HIJO/A) V/S CONTROL ANTES DE LOS 10 DÍAS DE VIDA DEL RECIÉN NACIDO.**



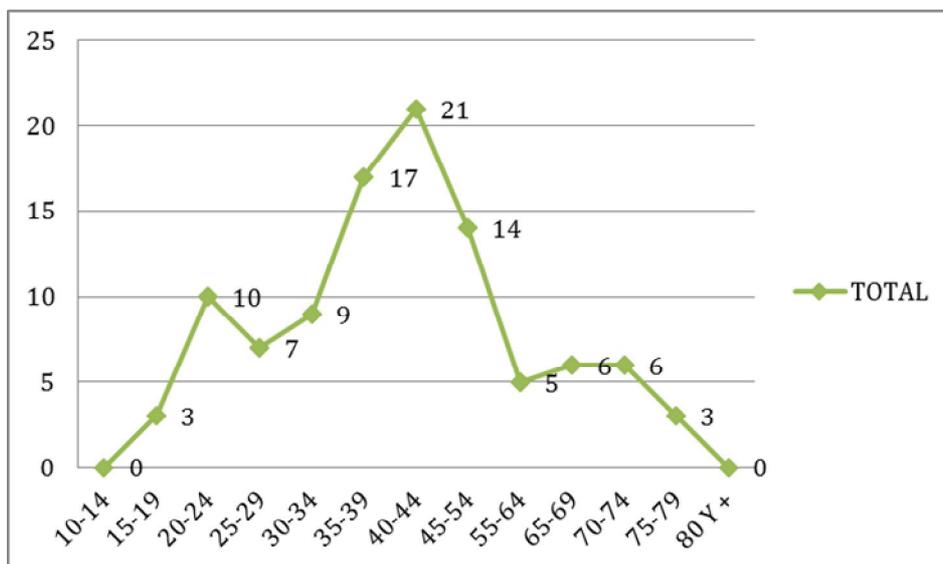
Durante el año 2015 se realizaron 25 ingresos de binomios (madre-hijo). De acuerdo a lo establecido en las líneas programáticas el ingreso debe realizarse antes de los 10 días de vida del niño/a. En el período correspondiente de enero a septiembre del 2014, se han realizado 23 ingresos antes de los 10 días de vida, lo que corresponde a un 92% sobre el total de los ingresos realizados, cumpliendo la meta solicitada para el año.

**GRÁFICO: INGRESO DE GESTANTES A CONTROL ODONTOLÓGICO**



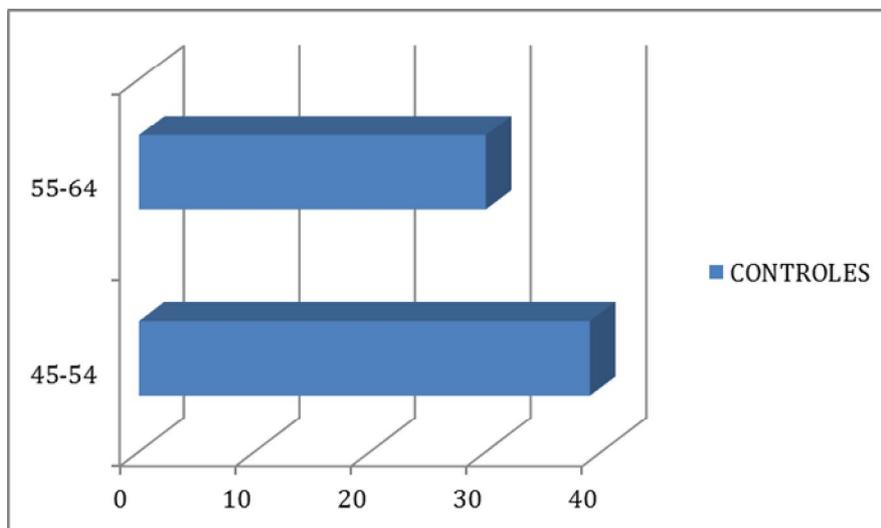
Respecto a la atención dental de gestantes, en el periodo enero a septiembre de 2015, se han ingresado 37 gestantes, de las cuales 28 ingresaron a control dental, lo que corresponde a un 75% de la población.

### GRÁFICO: CONTROLES GINECOLÓGICOS SEGÚN GRUPO ETÁREO



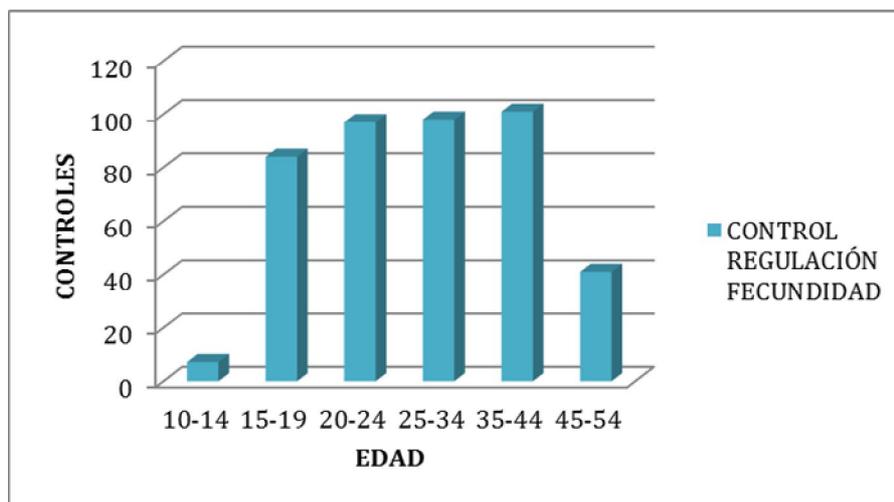
Este gráfico muestra el número de controles ginecológicos realizados por Matrona entre los periodos correspondientes de enero a septiembre del año 2015, por grupo etáreo. Durante este periodo se realizaron 101 controles en total, incluyendo a mujeres de más de 70 años.

### GRÁFICO: CONTROL DE CLIMATERIO



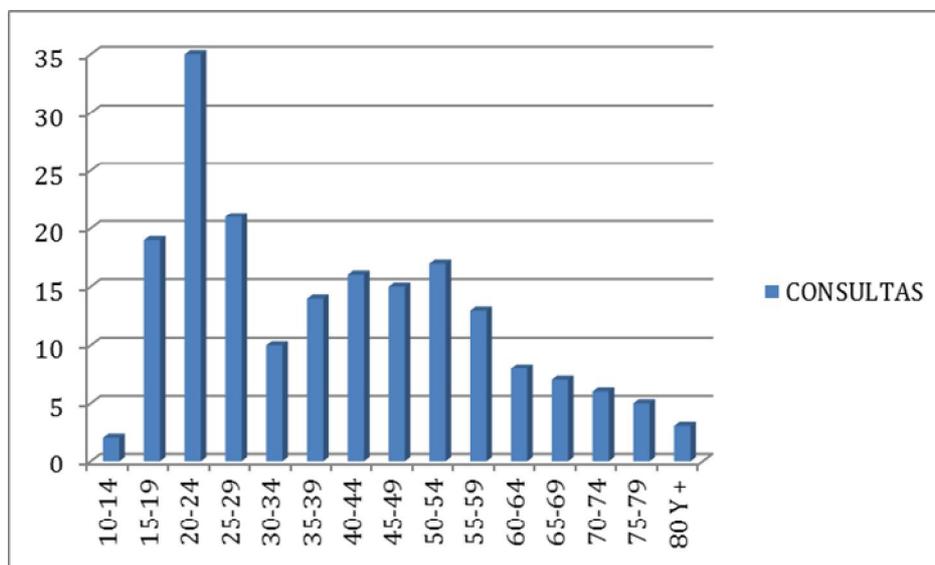
Se realizaron 69 controles de climaterio en ambos grupos etáreos en el periodo de enero a septiembre de 2015.

### GRÁFICO: CONTROLES DE REGULACIÓN DE FECUNDIDAD



Este gráfico muestra los controles de fecundidad realizados durante el año. En total se realizaron 330 controles. Llama la atención el aumento en el grupo de 35 a 44 años.

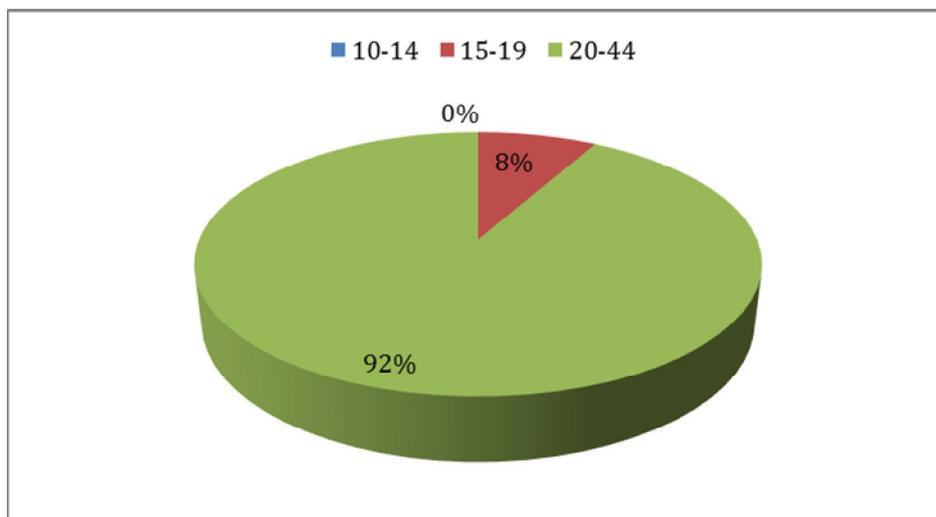
### GRÁFICO: CONSULTAS POR MORBILIDAD GINECOLÓGICA



Durante enero y octubre del año 2015 se han realizado 191 consultas de morbilidad ginecológicas, siendo las patologías más frecuentes las vulvo-vaginitis, metrorragias disfuncionales, mastalgias y miomatosis.

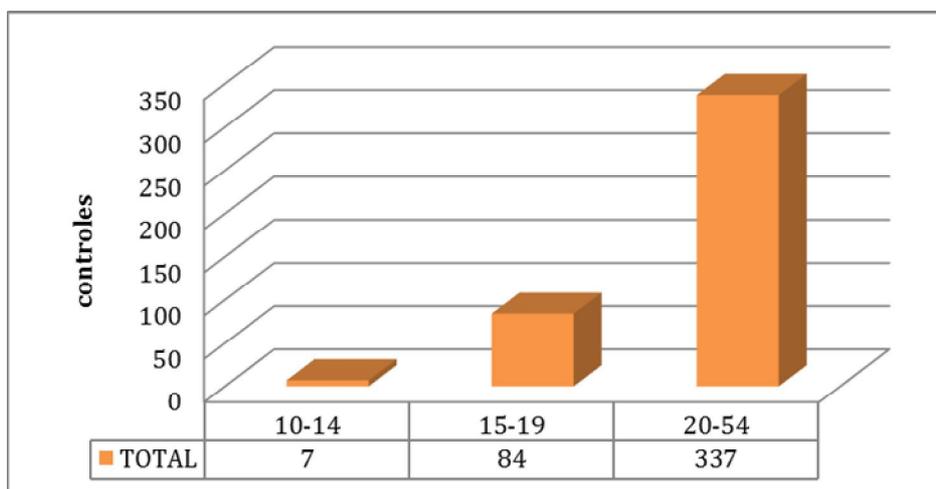
## **PROGRAMA ADOLESCENTE**

**GRÁFICO: INGRESO A CONTROL PRENATAL DE GESTANTES ADOLESCENTES**



Los ingresos de control prenatal en adolescentes, representa un 8% de los ingresos totales. Cabe resaltar que no se han ingresado gestantes menores de 15 años.

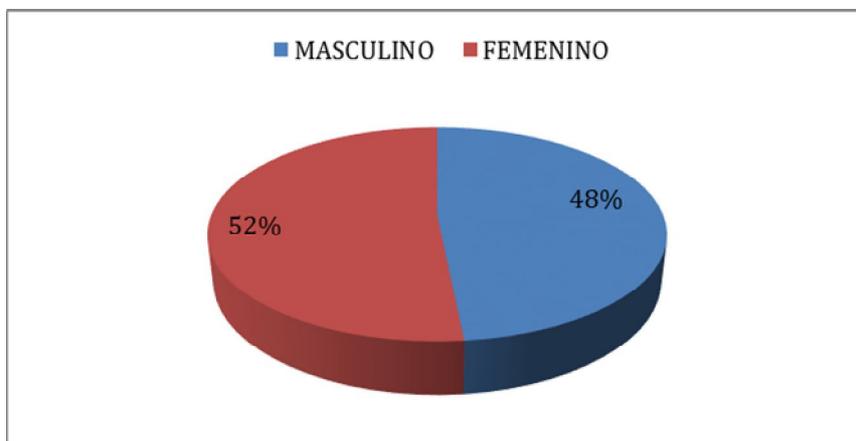
**GRÁFICO: CONTROL DE REGULACIÓN DE FECUNDIDAD EN ADOLESCENTES**



Los controles para uso de método anticonceptivo en adolescentes representan un 27% del total. Sólo 7 adolescentes entre 10 y 14 años consultaron para dicho control.

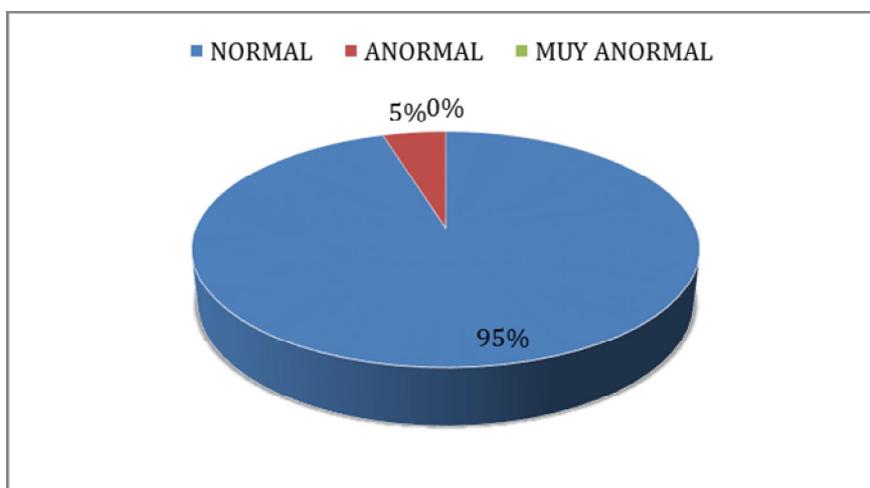
**AREA INFANTIL.**

**GRÁFICO: POBLACIÓN BAJO CONTROL.**



En el periodo correspondiente enero a septiembre de 2015, se mantiene una población bajo control en el programa Infantil de 277 niños/as entre 0 y 5 años, de los cuales el 52% corresponde a mujeres y el 48% a hombres.

**GRÁFICO: PROTOCOLOS NEUROSENSORIALES APLICADOS.**

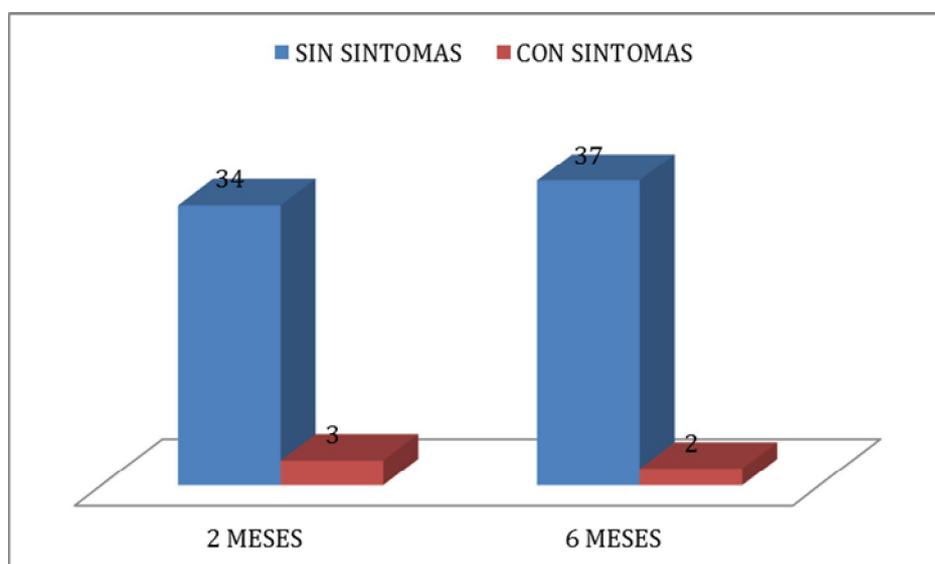


Uno de los primeros instrumentos aplicados en el control de salud infantil, es el PROTOCOLO NEUROSENSORIAL, que se aplica a los niños/as al primer y tercer mes de vida, corresponde a la aplicación de un test de neurodesarrollo que tiene como objetivo pesquisar trastornos neurosensoriales en el niño/a.

Los resultados de la evaluación se clasifican en: Normal, Anormal y Muy Anormal.

Entre el periodo enero a septiembre de 2015 se han aplicado 63 Protocolos Neurosensoriales, encontrándose el 95% de los resultados en los rangos normales.

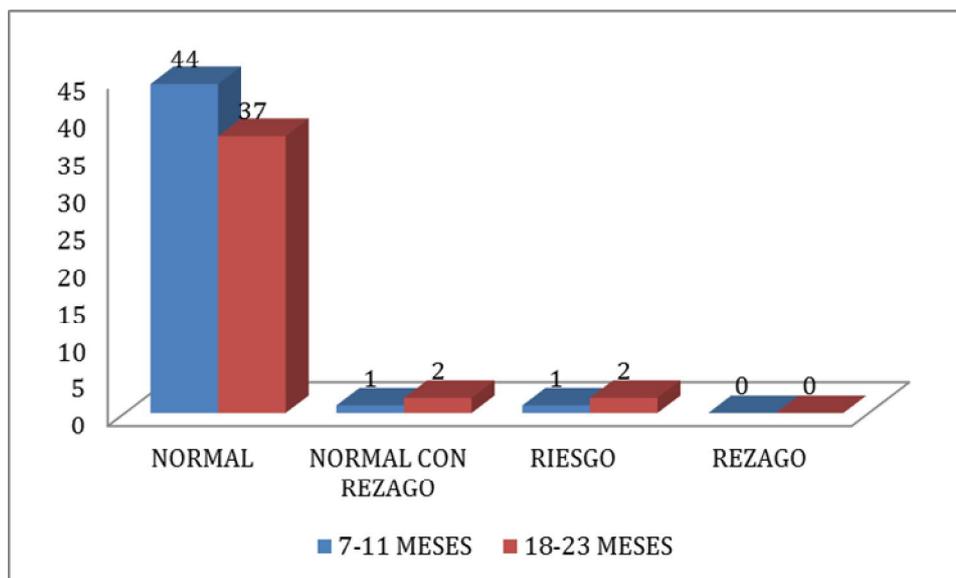
### GRÁFICO: ESCALAS DE EDIMBURGO APLICADAS



Durante el período enero a septiembre 2015 se han aplicado **76 ESCALAS EDIMBURGO**, se refiere a un test de evaluación que tiene como objetivo la detección de signos tempranos de depresión post parto en la madre durante el Control de Salud del niño o la niña a los 2 y 6 meses de edad.

De las escalas aplicadas un total de 5 arrojaron resultado ALTERADAS, lo que corresponde un 6,5%, las cuales el 100% son derivadas a atención con psicóloga/o, para confirmación diagnóstica.

**GRÁFICO: NÚMERO DE ESCALAS DE DESARROLLO PSICOMOTOR (EEDP) APLICADAS A NIÑOS/AS ENTRE 7 - 11 MESES Y 18 – 23 MESES.**



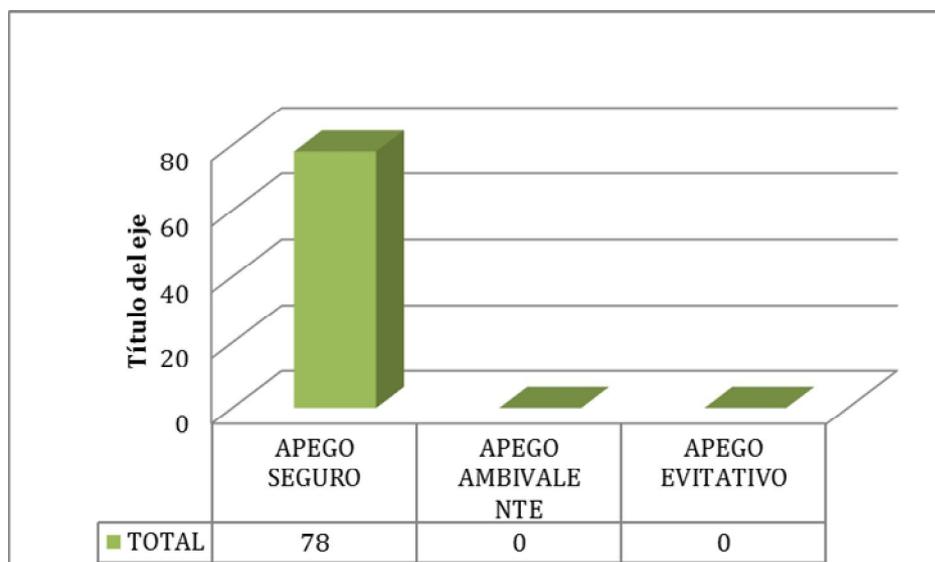
La aplicación de la Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (EEDP), durante el control de niño sano, permite pesquisar a niños y niñas que presenten riesgo o retraso en su desarrollo psicomotriz, con el fin de intervenir junto con sus familias, mediante acciones de recuperación que contribuyan al logro de un desarrollo normal.

Durante el periodo enero a octubre 2015, en el rango 7 a 11 meses se han aplicado 46 pautas de evaluación, de los cuales solo un 4,3% presentan alteración en alguna de sus áreas.

En el rango de 18 a 23 meses 41 pautas de evaluación de Desarrollo Psicomotor, y un 9,7% de los evaluados tienen algún rezago o riesgo en el desarrollo psicomotor.

Todas las pautas encontradas con algún tipo de riesgo son derivadas a las Sala de estimulación, donde se trabaja en la recuperación, a la fecha el 100% ha sido recuperado.

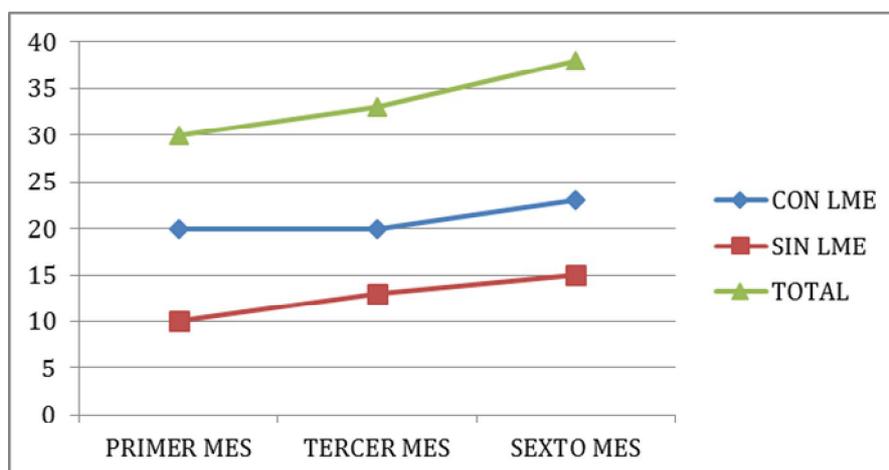
### GRÁFICO: ESCALA MASSIE CAMPBELL APLICADAS



Otro instrumento aplicado en el control de salud Infantil, es la Escala Massie Campbel, (Observación de Indicadores de Apego Madre-Bebé en Situaciones de Stress (ADS), cuyo objetivo principal es evaluar estilos de apego entre madre (o figura significativa) e hijo. De esta aplicación los resultados de apego que se pueden obtener son Apego Seguro, Ambivalente o Evitante.

Entre los meses de enero a septiembre de 2015, se realizaron 78 escalas, instrumento que se aplica en los controles de salud de los 4 y 12 meses de edad. Del total de escalas aplicadas, el 100% obtuvo resultado de Apego Seguro en su evaluación.

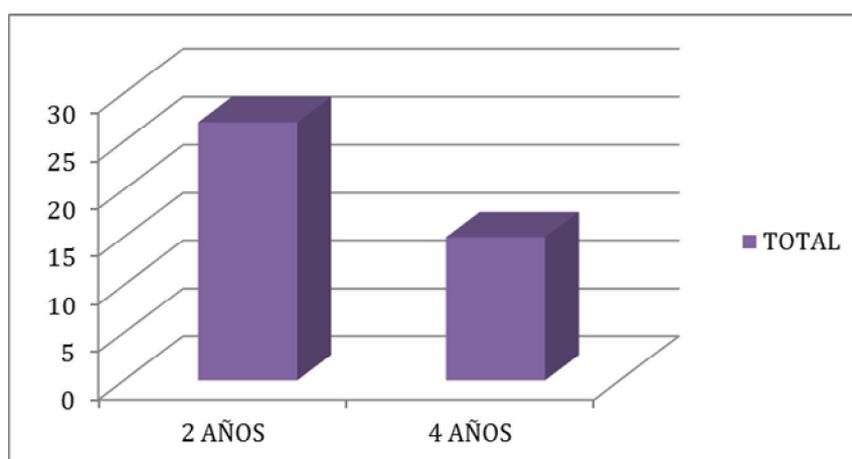
### GRÁFICO: COMPARACIÓN NIÑOS/AS CONTROLADOS - LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA.



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 en el control de primer mes el 66% de las madres opta por la lactancia materna exclusiva.

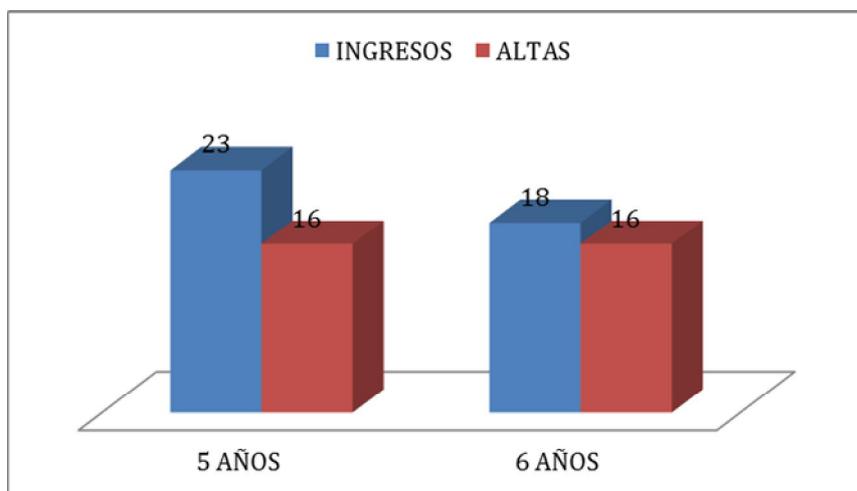
En relación a los controles del 3º y 6º mes, la lactancia materna exclusiva se mantiene: en el control del tercer mes se observa un 60%, y en el control de 6º mes baja a un 60,5%. Esto puede explicarse debido a las diversas instancias de educación sobre los beneficios de la lactancia materna, tanto en los controles como en los talleres.

### GRÁFICO: ALTAS ODONTOLÓGICAS TOTALES 2 Y 4 AÑOS.



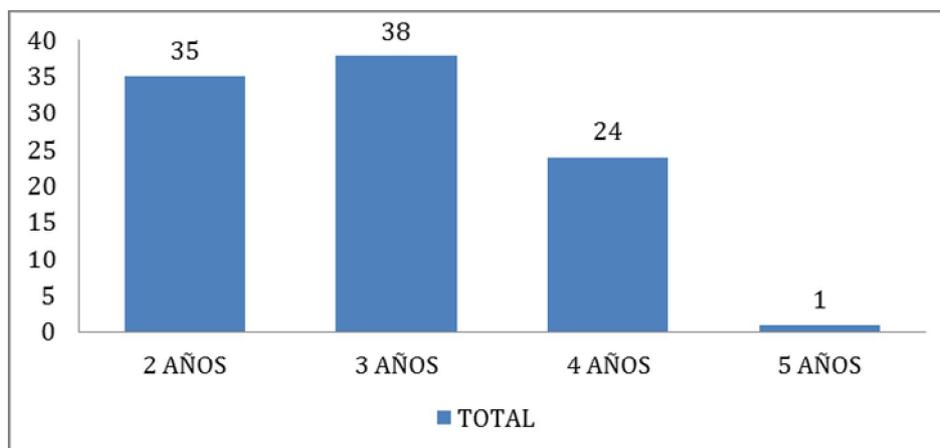
Respecto a la atención dental del área infantil, respecto a las altas odontológicas totales de 2 y 4 años, del total de población bajo control de 2 años, se ha ingresado a 27 niños, y 15 niños de la población de 4 años, en ambos casos con un alta de un 100%.

### GRAFICO ALTAS ODONTOLÓGICAS 5 Y 6 AÑOS



Respecto a las altas de 5 años, se ha logrado un 69.5% de altas totales y de las altas de población de 6 años un 88.8%.

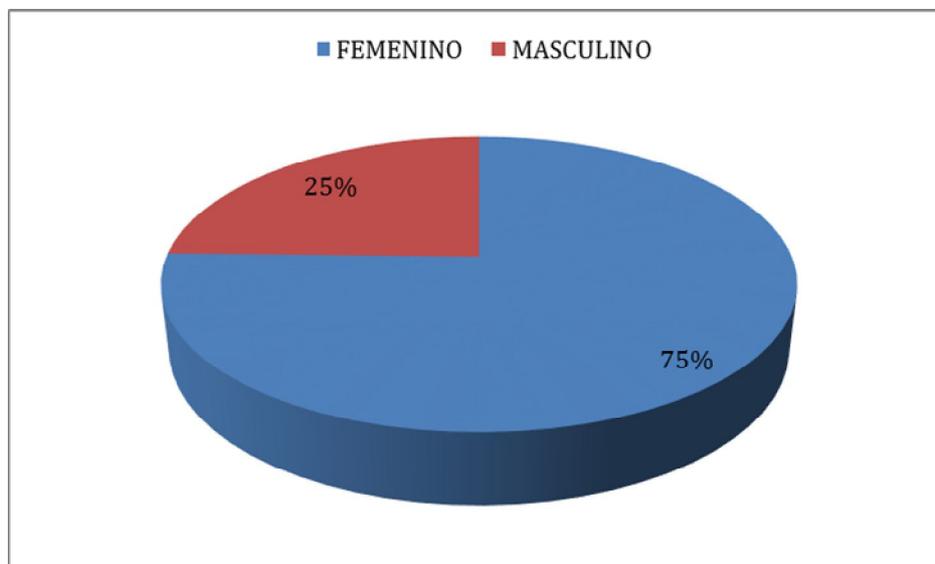
### GRÁFICO: APLICACIÓN FLUOR COMUNITARIO



Durante el año 2015, se trabajó con los jardines correspondientes al sector (Integra y JUNJI), trabajando con el programa de Flúor Comunitario, actividad preventiva – promocional, que incorpora el trabajo con párvulos, padres y educadoras, de niños/as de 2 a 5 años., realizando actividad de fluoración, talleres y entrega de set dental. En el caso de niños observados con caries se le realizó tratamiento en el centro de salud.

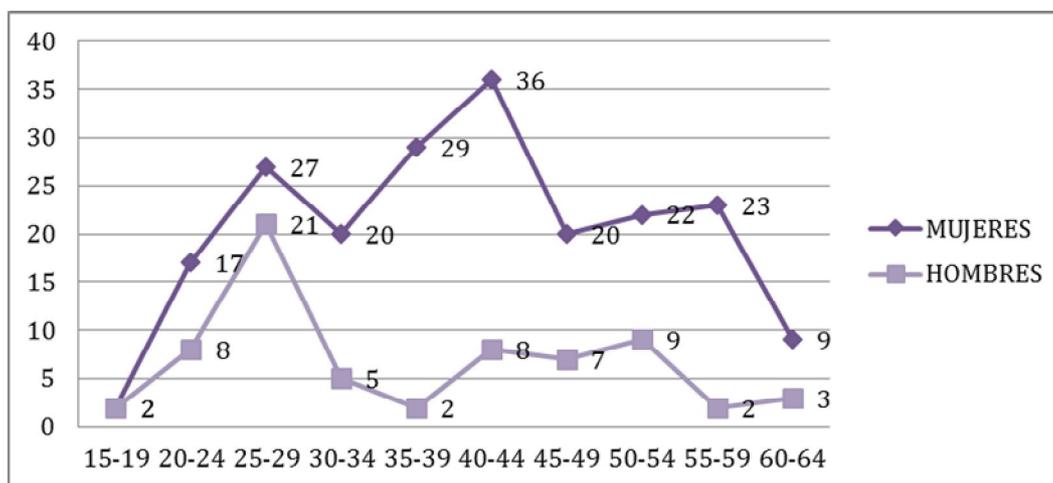
## UNIDAD DEL ADULTO

### GRÁFICO: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR SEXO DE EMP APLICADOS



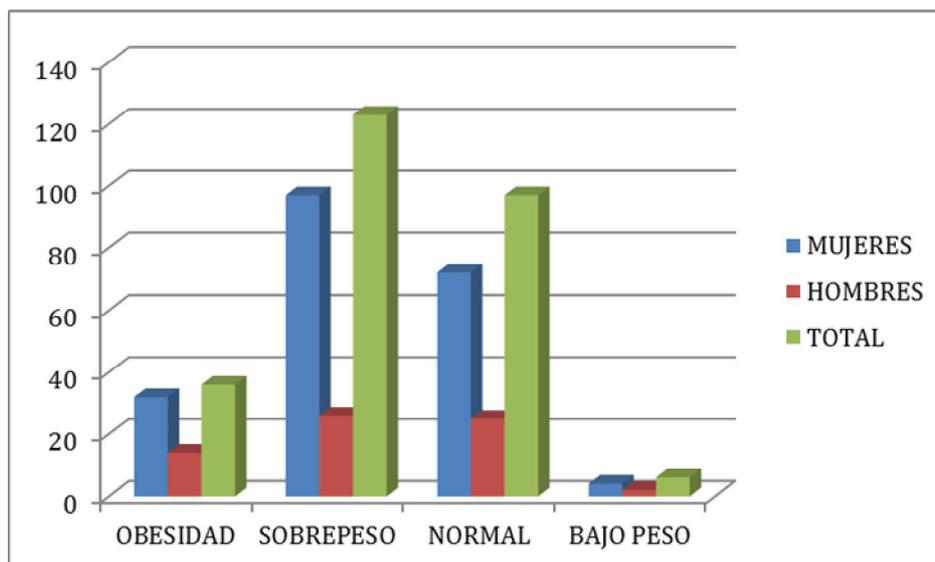
Desde enero a septiembre del presente año se han realizado 272 examen médico preventivo (EMPA) a hombres y mujeres de entre 15 y 64 años, siendo el grupo de mujeres con más controles (205), lo que representa un 75%.

### GRÁFICO: DISTRIBUCIÓN POR SEXO Y EDAD EN EMP APLICADOS



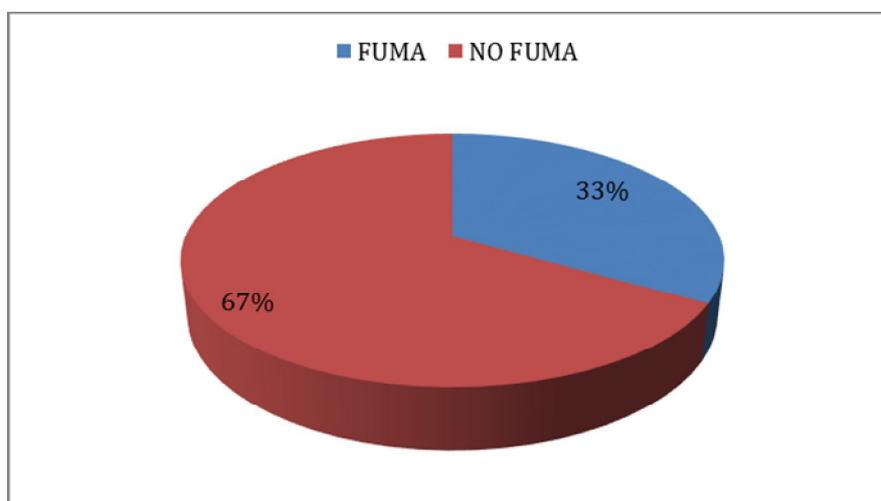
Este gráfico muestra la distribución de EMP tomados según su grupo etáreo y sexo. Nótese un aumento en la aplicación del examen en las mujeres desde los 40 a los 44 años. En los hombres se observa una curva desigual, con aumento en hombres de 25-29 años.

**GRÁFICO: DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL EN EMP APLICADOS, SEGÚN SEXO.**



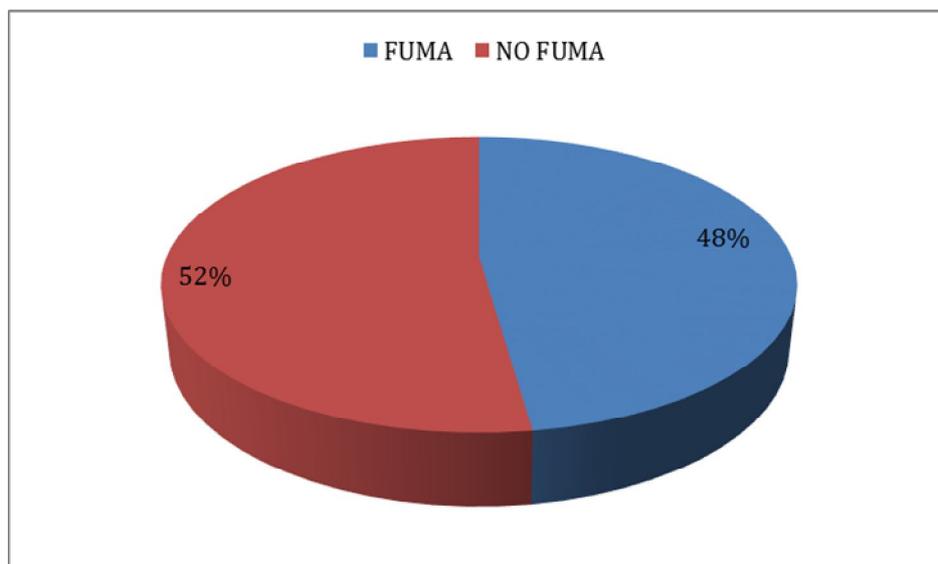
Respecto a los resultados sobre el estado nutricional, en ambos sexos, predomina el sobrepeso. En las mujeres puede observarse una cantidad similar en resultados de sobrepeso y eutrofia.

**GRÁFICO: CONSUMO DE TABACO EN POBLACIÓN FEMENINA DE 20 A 64 AÑOS EVALUADOS EN EMP**



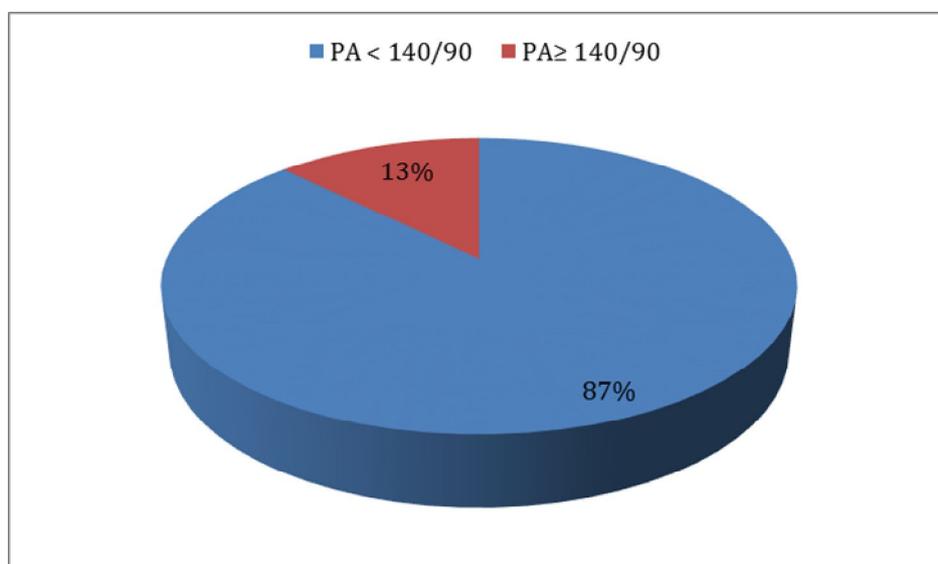
De acuerdo a los datos informados, la población femenina de 15 a 64 años que informó tabaquismo fue del 33% del total.

**GRÁFICO: CONSUMO DE TABACO EN POBLACIÓN MASCULINA DE 20 A 64 AÑOS EVALUADOS EN EMP**



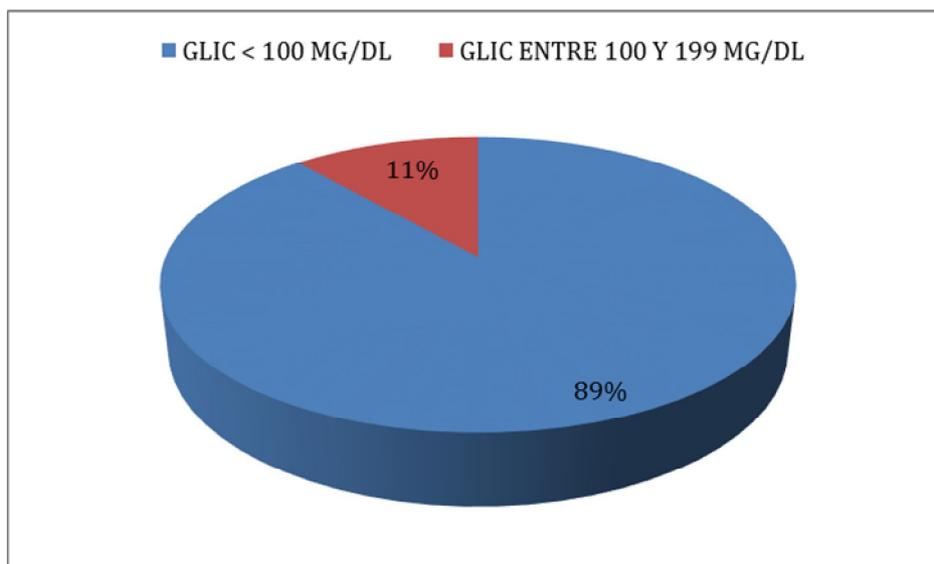
Según los datos recopilados casi la mitad de la población masculina de 15 a 64 años examinada consume tabaco.

**GRÁFICO: RESULTADOS DE LA MEDICIÓN DE PRESIÓN ARTERIAL EVALUADOS POR EMP**



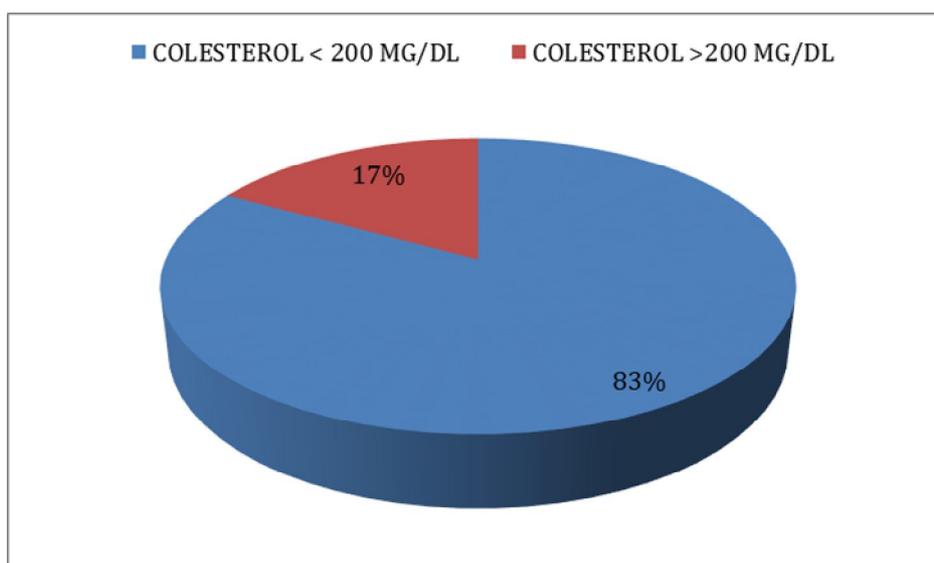
El 13% de la población, de ambos sexos y entre las edades de 15 a 64 años, resultó con presión arterial mayor o igual a 140/90 por lo que fue derivada a pesquisa de presión arterial.

### GRÁFICO: RESULTADOS DE LA MEDICIÓN DE GLICEMIA EVALUADOS POR EMP



El 11% de la población, de ambos sexos y entre las edades de 150 a 64 años, resultó con la glicemia mayor a 100 mg/dl por lo que se solicitó una prueba de tolerancia a la glucosa oral o fue derivado a médico, según correspondiera.

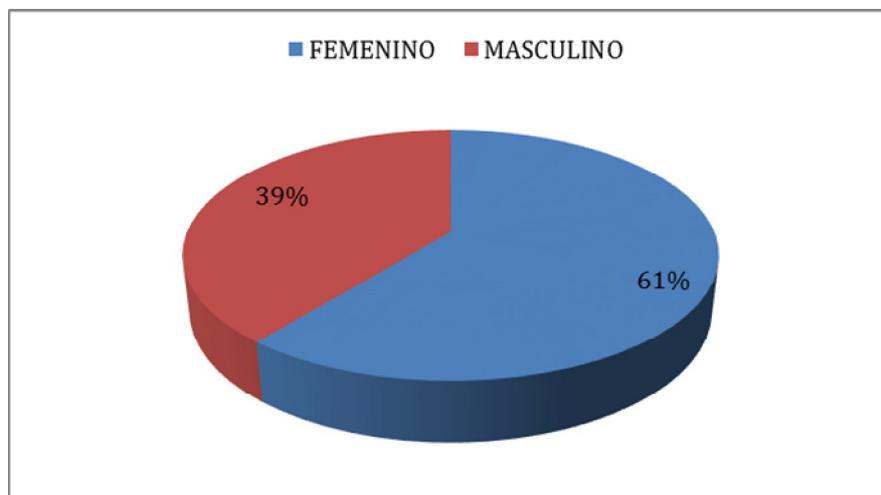
### GRÁFICO: RESULTADOS DE LA MEDICIÓN SANGUÍNEA DE COLESTEROL TOTAL EVALUADOS POR EMP



El 17% de la población evaluada resultó con el colesterol total mayor a 200 mg/dl por lo que fue derivada a control médico y/o nutricional.

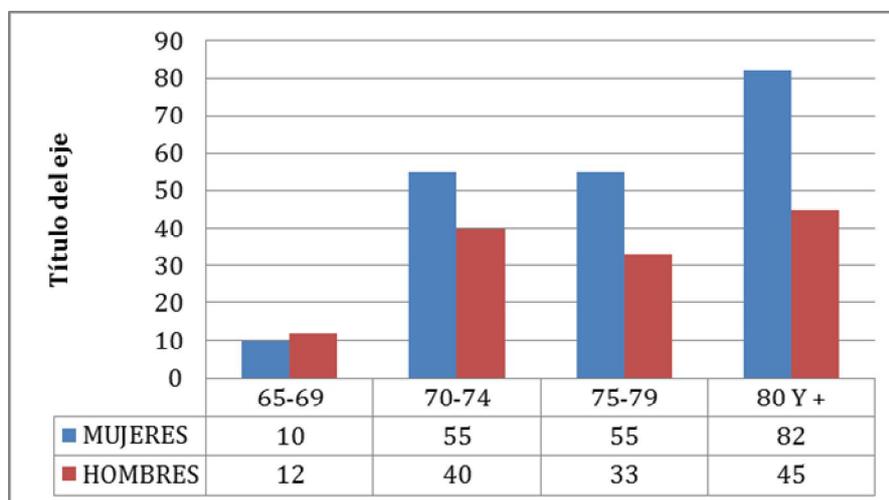
## UNIDAD DEL ADULTO MAYOR

### GRÁFICO: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR SEXO EMPAM APLICADOS



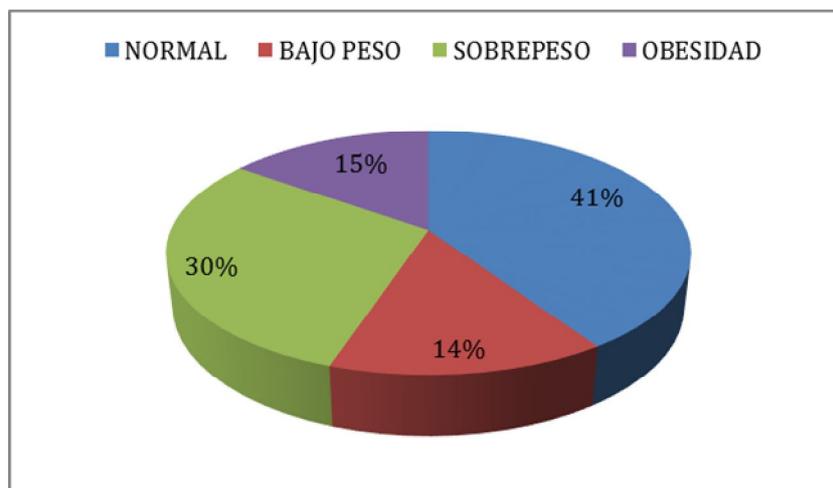
Durante el periodo correspondiente a enero a septiembre 2015 se realizaron 332 EMPAM, de los cuales 202 fueron a mujeres, lo que representa un 61% del total.

### GRÁFICO: NÚMERO DE EMPAM APLICADOS POR SEXO Y RANGO ETAREO.



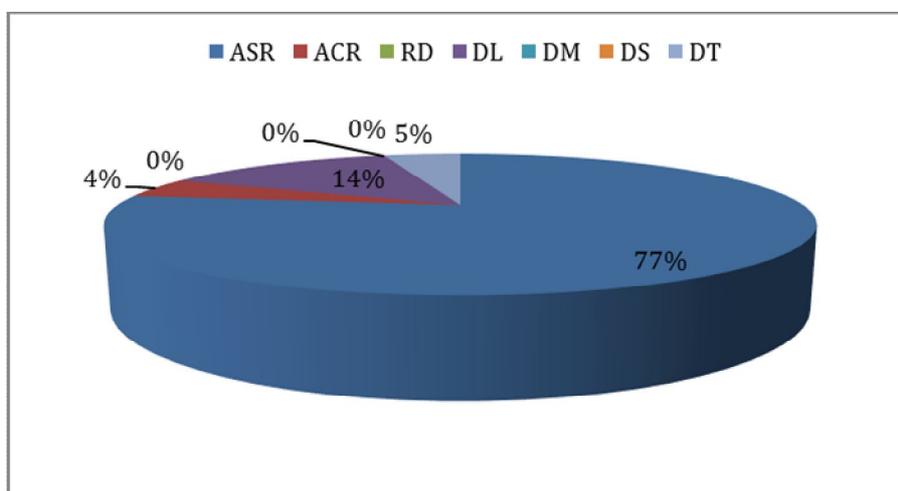
En 2015 se realizaron 332 EMPAM, de los cuales el rango etáreo de 65-69 años tuvo menos controles (en ambos sexos). El grupo etáreo con mayor cantidad de controles realizados es el de 80 y más años.

**GRAFICO: DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL ADULTOS MAYORES SEGÚN REAIZACION DE EMPAM**



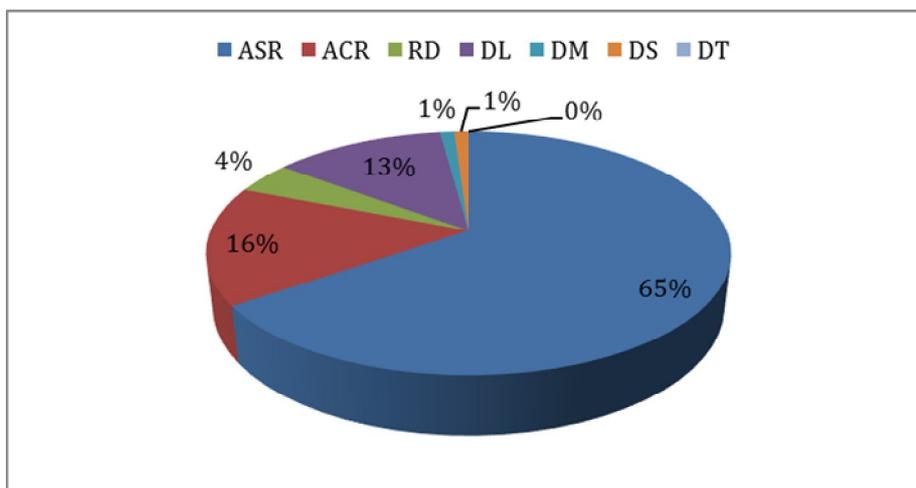
De los exámenes de medicina preventiva para los adultos mayores (EMPAM), en relación al estado nutricional, un 45% presenta malnutrición por exceso, un 15% malnutrición por déficit y un 41% se encuentra normal.

**GRÁFICO: NIVEL DE FUNCIONALIDAD ADULTOS MAYORES DE 65 A 69 AÑOS.**



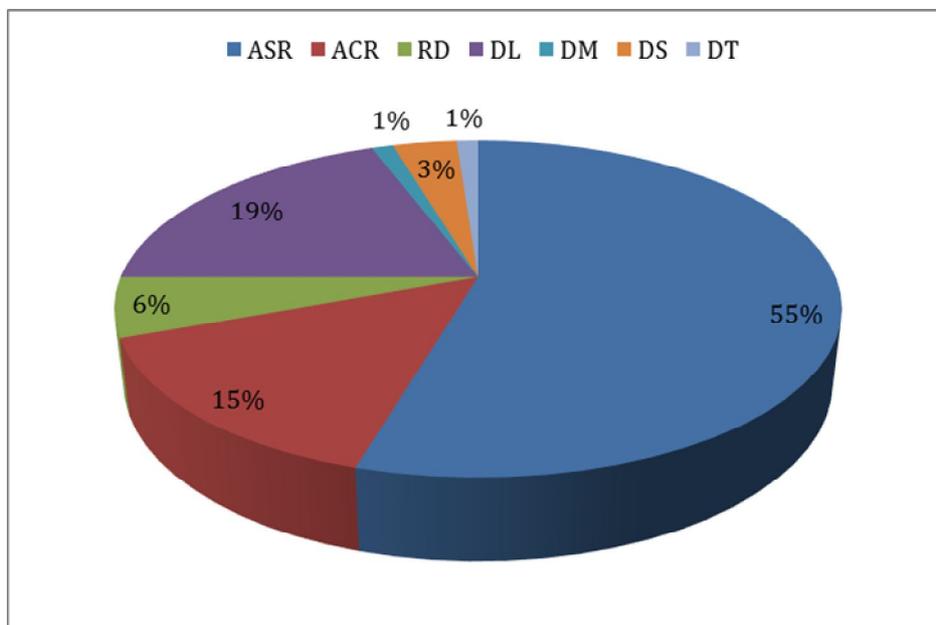
En relación al diagnóstico de funcionalidad de acuerdo a EFAM aplicados, un 81% de los adultos son autovalentes; de estos un 77% corresponden a autovalentes sin riesgo. En este grupo etáreo hay una persona dependiente total.

**GRÁFICO: NIVEL DE FUNCIONALIDAD ADULTOS MAYORES DE 70 A 74 AÑOS.**



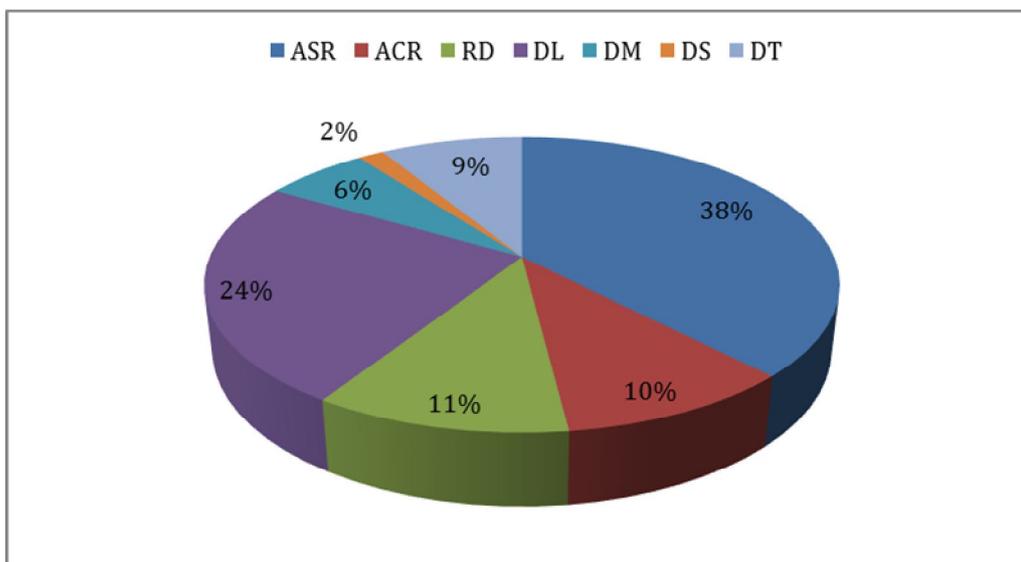
En este segundo quinquenio existen un 81% de personas autovalentes, aunque disminuyen más de un 7% los autovalentes sin riesgo. Aparecen más casos de dependencia leve con un 13%.

**GRÁFICO: NIVEL DE FUNCIONALIDAD ADULTOS MAYORES DE 75 A 79 AÑOS.**



Las personas entre 75 y 79 años, a las que les fue aplicado el EFAM, presentaron una disminución sustancial de autovalencia sin riesgo, notando un aumento en la dependencia leve con un 6% más que el quinquenio anterior. Aún así mantiene su autovalencia en un 55%.

### GRÁFICO: NIVEL DE FUNCIONALIDAD ADULTOS MAYORES DE 80 Y MÁS AÑOS.

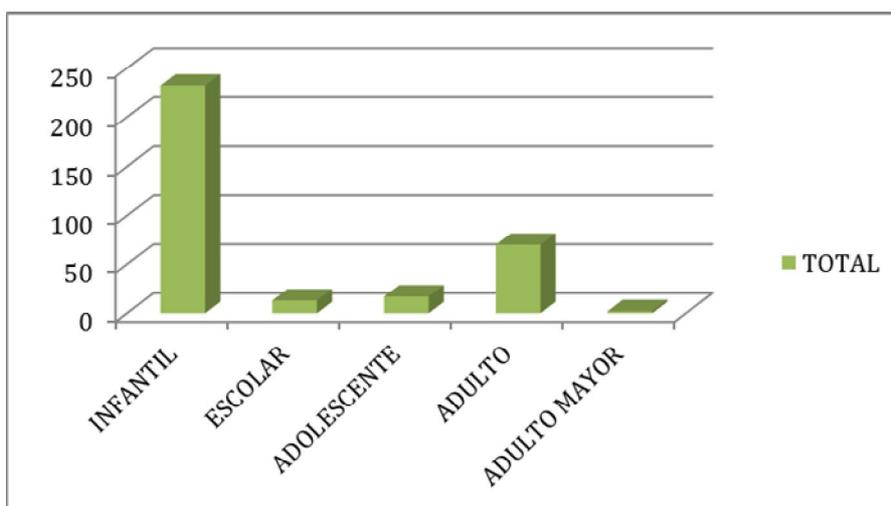


En este grupo etáreo disminuye la autovalencia en un 12% comparado con el quinquenio anterior y aumenta, significativamente, la dependencia total. La dependencia severa se mantiene estable en casi todos los grupos.

## ÁREA NUTRICIONAL

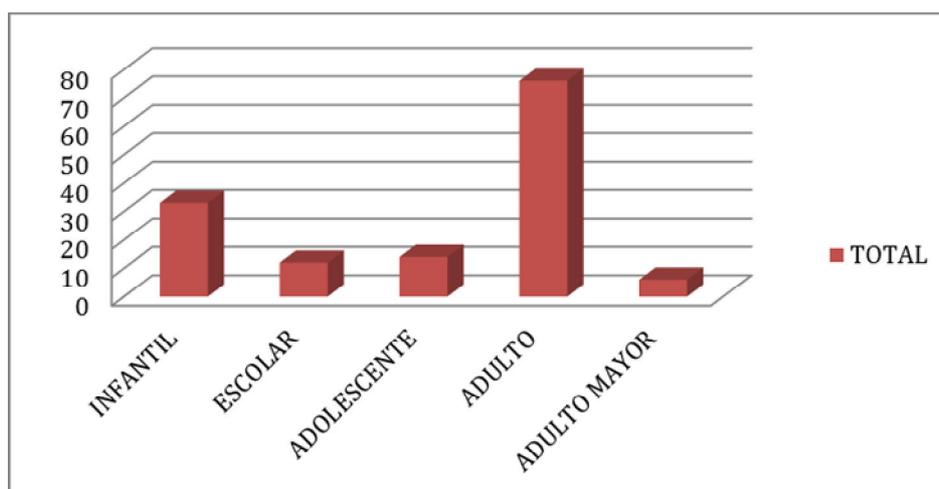
Ésta área tiene un fuerte componente preventivo debido a que puede favorecer la aparición de patologías y es transversal a todas las edades.

**GRÁFICO: CONTROLES NUTRICIONALES**



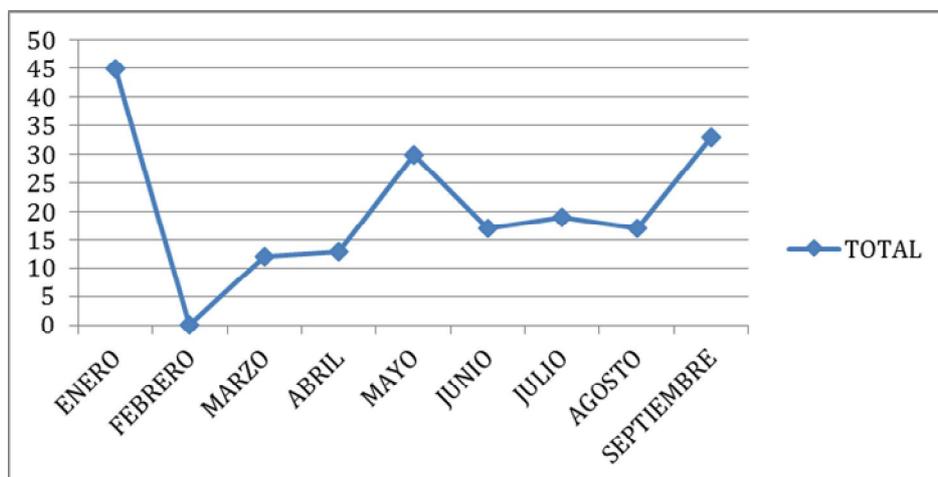
Se puede observar que la mayoría de las consultas está centrada en 2 grupos, infantil y adultos. Esto puede explicarse debido a que en la mayoría de los casos, los niños son derivados desde control infantil a evaluaciones y educación; en el caso de los adultos, son por derivación posterior a la realización de EMP.

**GRÁFICO: CONSULTAS NUTRICIONALES**



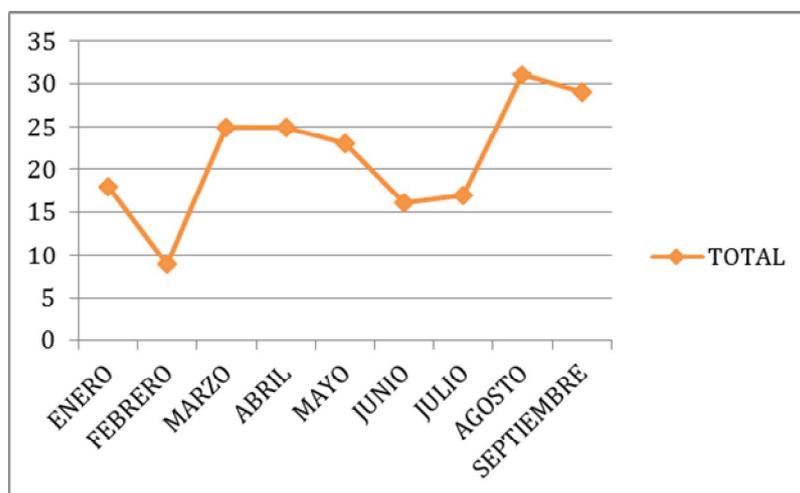
La consulta nutricional corresponde a cuando un usuario solicita espontáneamente evaluación nutricional o es derivado por médico o matrona y es la primera vez que consulta. En el gráfico se puede observar una tendencia en niños y adultos.

### GRÁFICO: CONSULTAS SOCIALES



El gráfico muestra la variabilidad mensual en las consultas sociales. En total se realizaron 186 entre enero y septiembre. La mayoría de las consultas es para solicitar orientación para postulación para subsidios, becas y sobre la situación de adultos mayores.

### GRÁFICO: VISITAS DOMICILIARIAS INTEGRALES



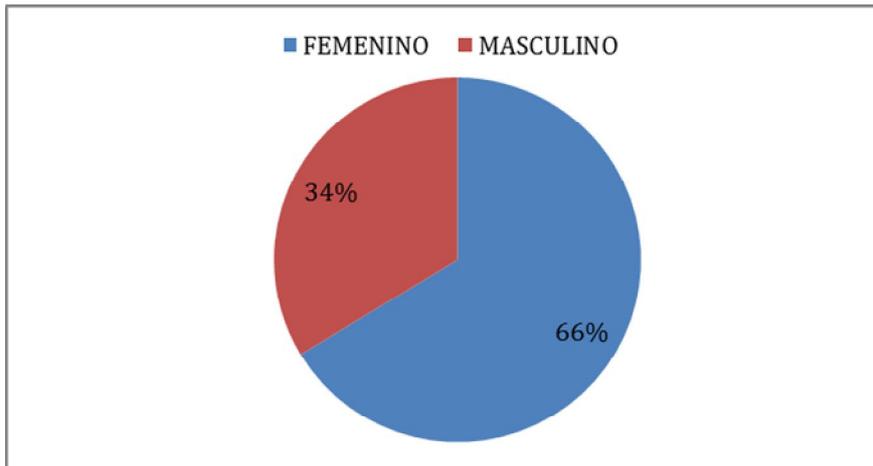
Las visitas domiciliarias integrales las realizan todos los profesionales como resultado de evaluación previa para constatar en terreno el entorno y situación familiar de gestantes, niños o adultos mayores que se encuentren en riesgo. Entre enero y septiembre se realizaron 193 VDI.

## ÁREA REHABILITACIÓN

### AREA ATENCION MORBILIDAD:

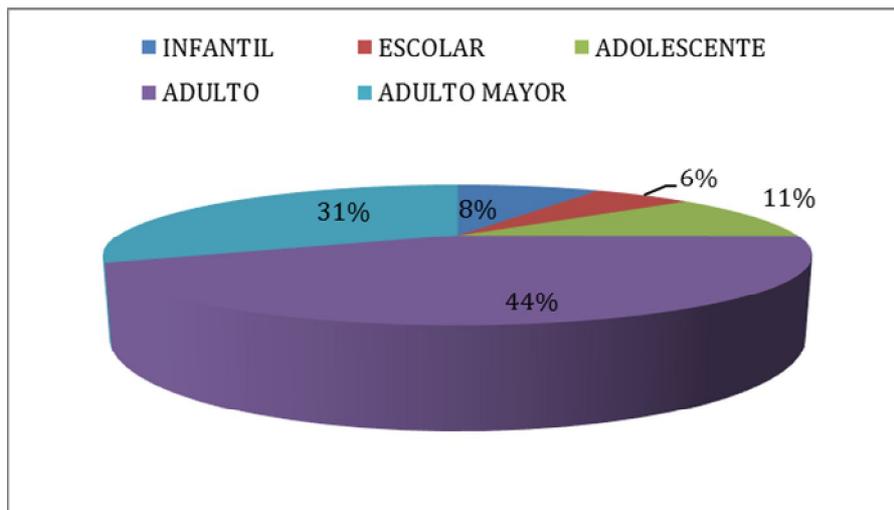
Esta área considera las atenciones por morbilidad transversales por edad , principalmente en box.

**GRÁFICO: TOTAL DE ATENCIONES POR SEXO**



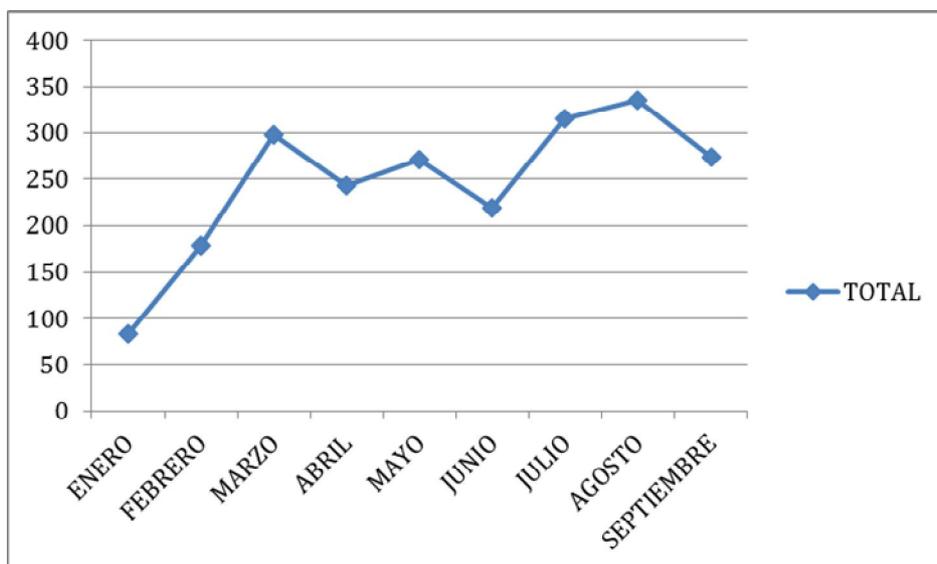
Durante el periodo de enero a septiembre del presente año, se han realizado un total de 2212 atenciones, de la cuales un 34% corresponde a hombres y un 66% a mujeres.

**GRAFICO: DISTRIBUCIÓN POR RANGO ETÁREO.**



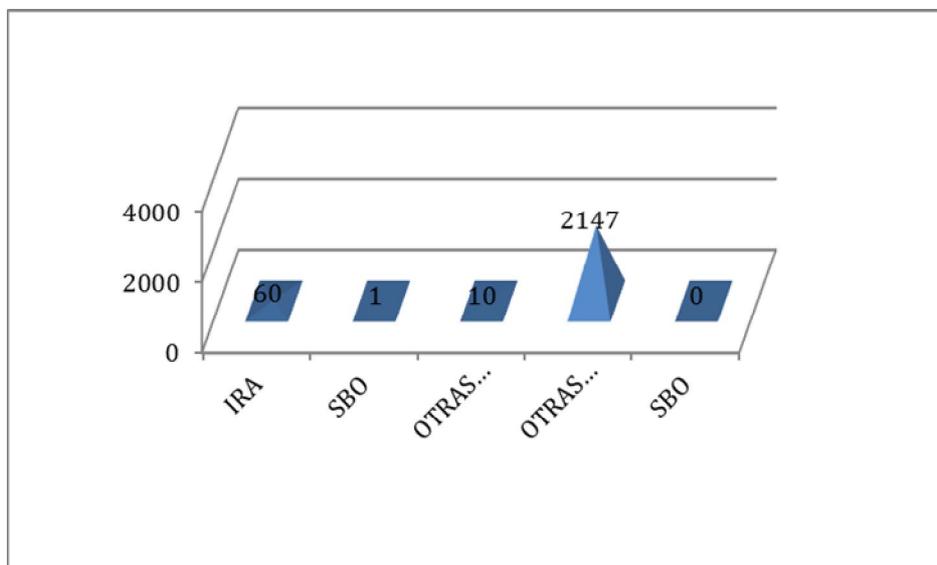
Del total de atenciones realizadas durante el período, la mayor concentración se centra en el grupo etareo Adulto (20 a 64 años).

### GRÁFICO DISTRIBUCIÓN DE ATENCIONES MENSUALES.



El grafico anterior, muestra la distribución de atenciones mensuales, con un aumento considerable mensualmente hasta marzo, donde se mantiene constante hasta junio, y posteriormente un nuevo aumento dado por época de invierno.

### GRÁFICO: ATENCIÓN POR DIAGNÓSTICO

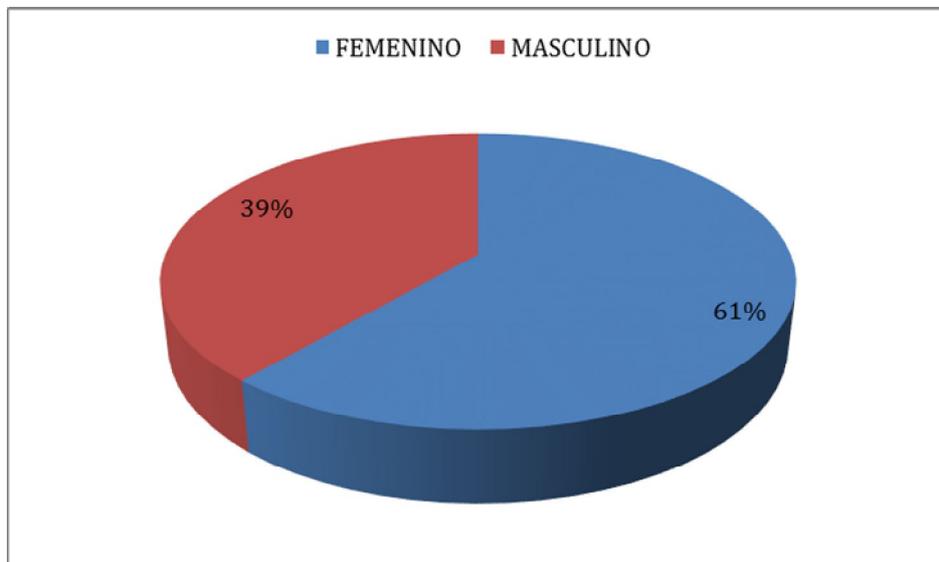


El grafico anterior, muestra la distribución por diagnóstico, donde se evidencia el mayor porcentaje en consultas por otras morbilidades, con un 73%, donde se agrupan enfermedades como;

## **PROGRAMA CARDIOVASCULAR:**

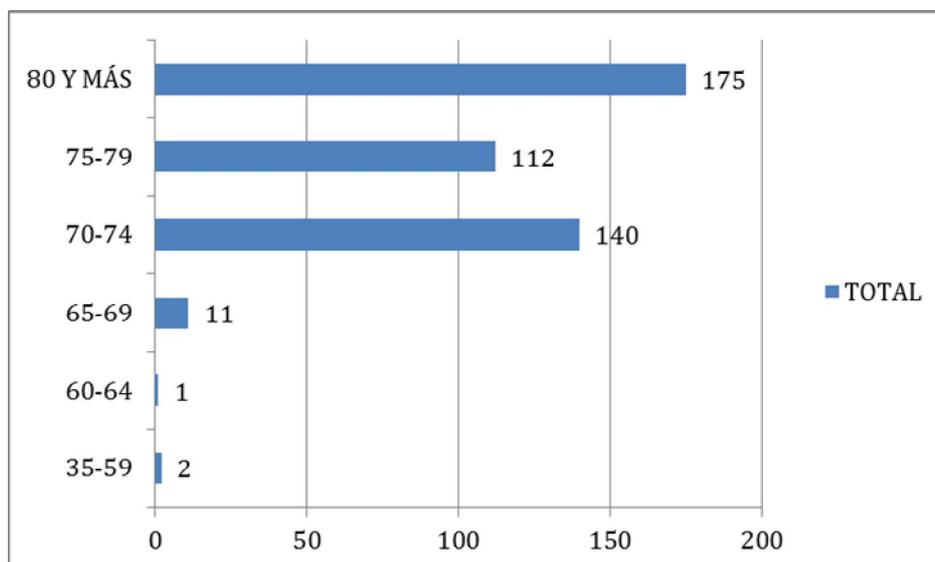
En CECOF STA TERESITA se ha implementado el Programa Cardiovascular, con un enfoque multidisciplinario, incorporando las diferentes variables que pueden afectar o incidir la calidad de vida de los usuarios/as. En este contexto además, se centra la atención principalmente en adultos mayores de 70 años, con la idea de poder atender a aquella población que presenta más dificultad de acceso a los servicios de salud. Aun así, hay casos especiales de personas con dificultad de movilidad (amputaciones, secuelas de ACV) o alteraciones mentales que tiene menos de 70 y que reciben la atención en nuestro centro.

### **GRÁFICO: DISTRIBUCIÓN PACIENTES POR SEXO**



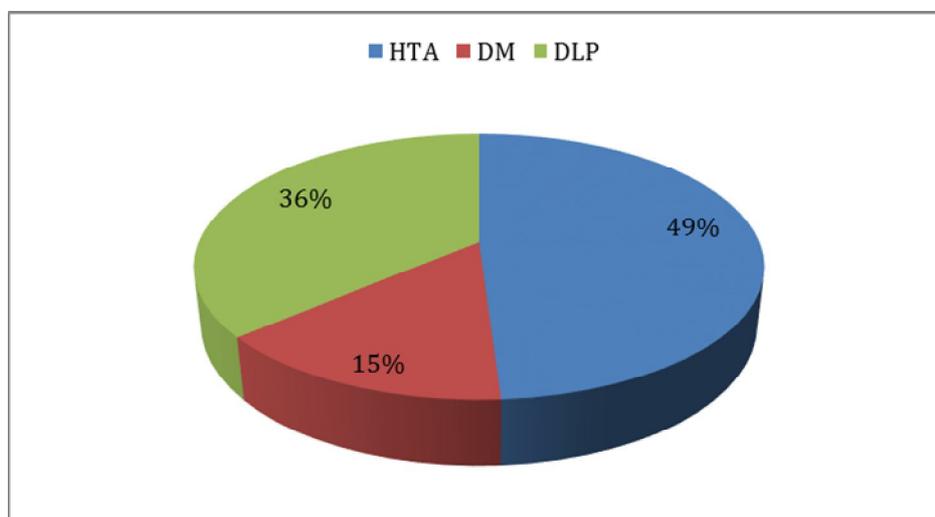
Actualmente, ambos centros concentran una población bajo control de 441 personas, de las cuales 39% corresponde a varones y un 61% a mujeres

### GRÁFICO DISTRIBUCIÓN POR EDAD:



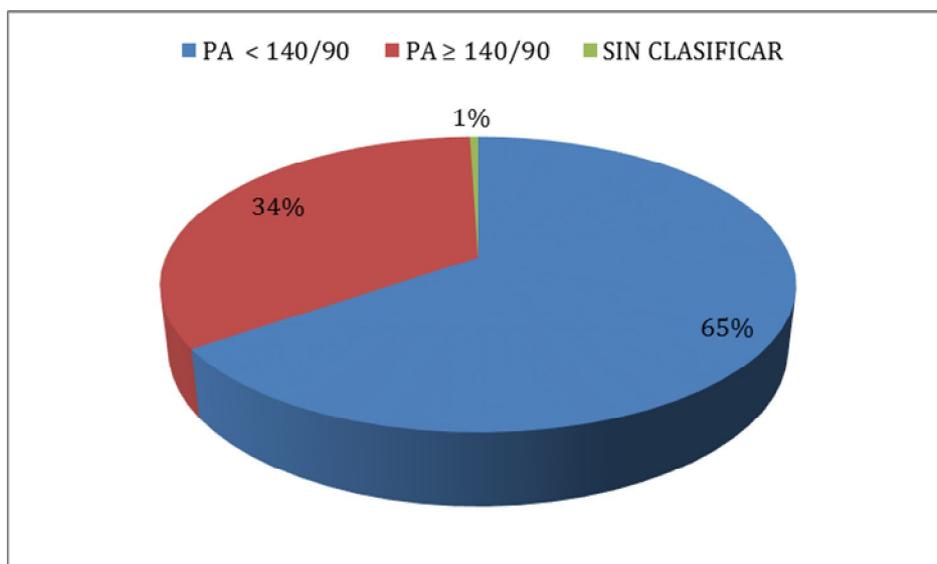
Si siguiendo el análisis anterior, del total de personas atendida (441), el 39% corresponde a población mayor de 80 años.

### GRÁFICO: DISTRIBUCIÓN POR PATOLOGIA



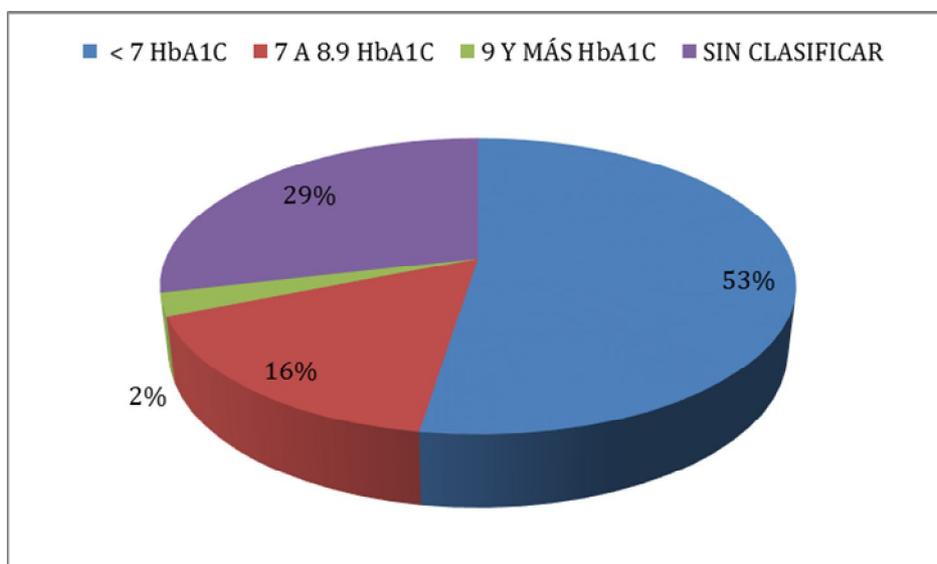
Del total de pacientes atendidos, el 49% tiene diagnóstico de HTA, el 15% de Diabetes Mellitus y el 36% Dislipidemia. Cabe señalar que, en la mayoría de los casos, los usuarios presentan más de una patología.

### GRÁFICO NIVEL DE COMPENSACIÓN HTA:



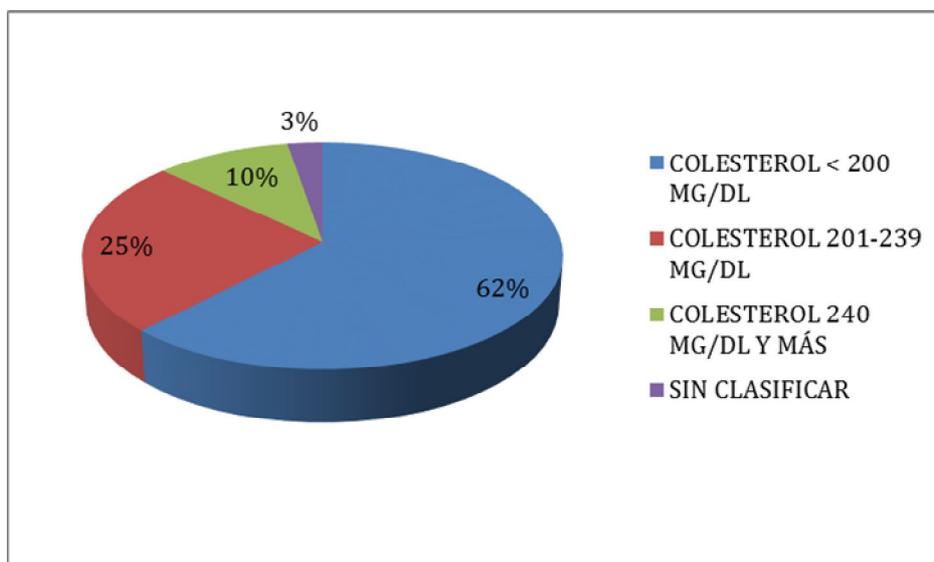
Respecto a los niveles de compensación de los pacientes con diagnóstico de HTA, el 65% presenta presiones menores a 140/90, logrando meta establecida.

### GRÁFICO NIVEL DE COMPENSACIÓN DM



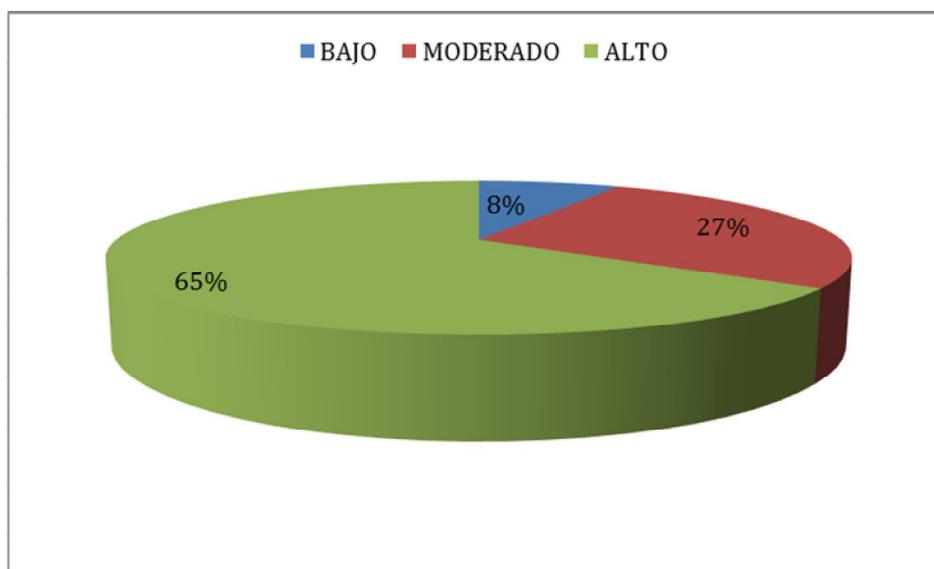
Respecto a la compensación de pacientes con diagnóstico de DM no insulino requiriente, un 53% presenta hemoglobinas inferiores a 7, logrando un alto porcentaje de compensación en este aspecto y que incide directamente en la calidad de vida de los usuarios/as.

### GRÁFICO: NIVEL DE COMPENSACIÓN DISLIPIDEMIA



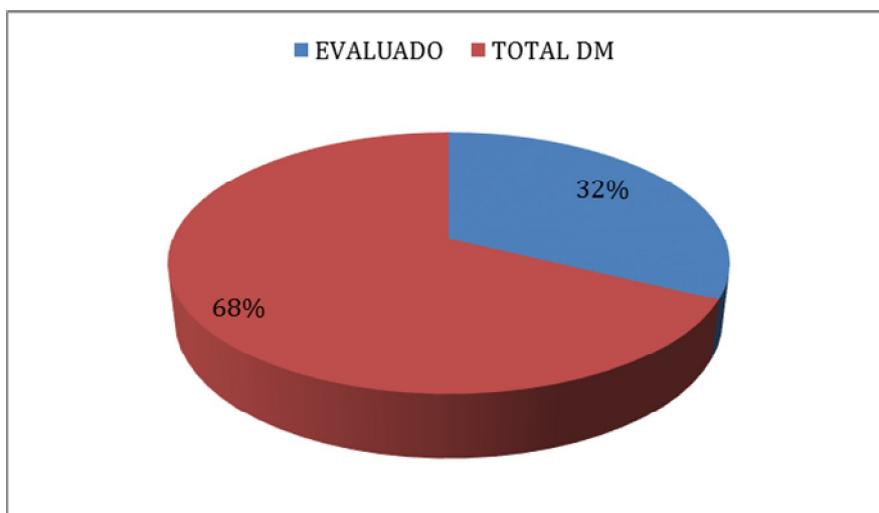
En cuanto a los pacientes que presentan Dislipidemia, se puede observar que un 62% presenta niveles de colesterol menor a 200 mg/dl.

### GRÁFICO: CLASIFICACIÓN SEGÚN RIESGO CARDIOVASCULAR



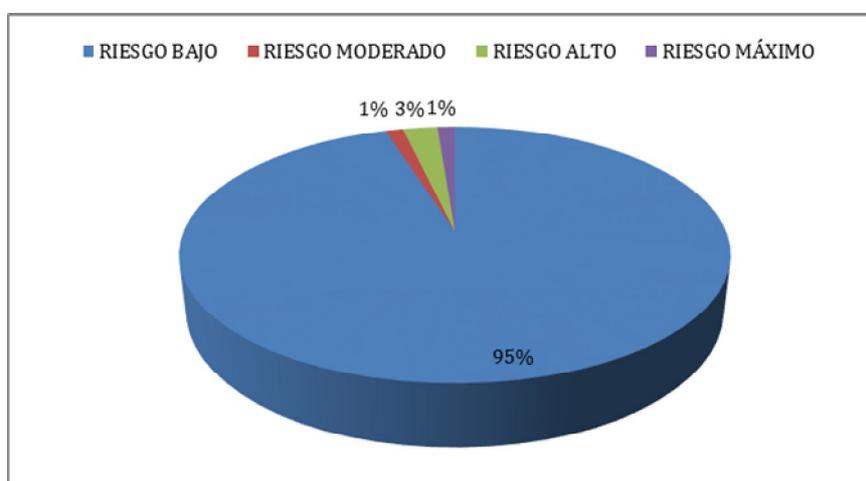
El 65% de la población cardiovascular atendida está clasificada con Alto riesgo, lo que se puede explicar principalmente por la edad de los atendidos.

### GRÁFICO: REALIZACIÓN DE FONDO DE OJO EN DIABÉTICOS



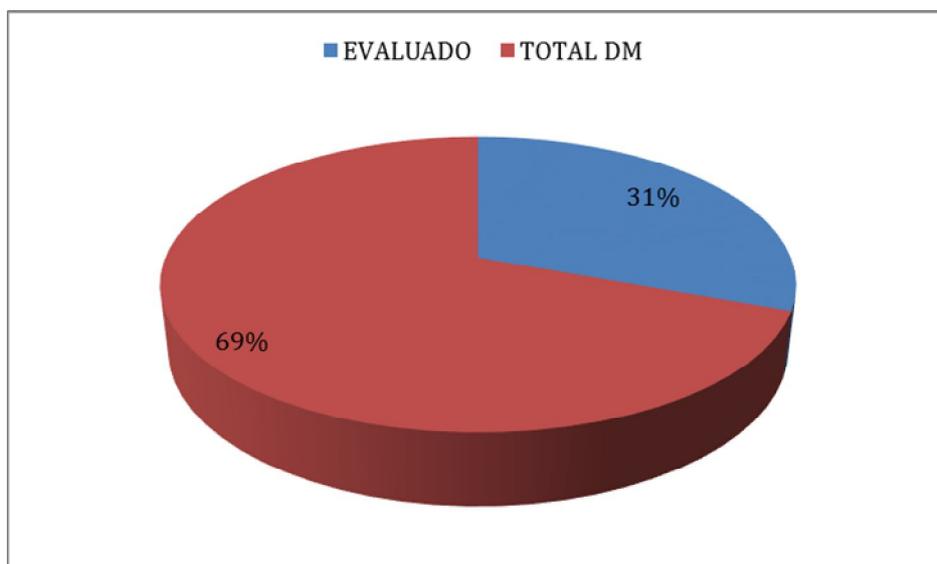
El Fondo de ojo es un examen que se realiza a los pacientes diabéticos para evaluar el polo posterior del globo ocular y ver si se presenta Retinopatía Diabética. Entre enero y septiembre de 2015 se han evaluado 58 pacientes diabéticos.

### GRÁFICO: EVALUACIÓN DE PIE DIABÉTICO



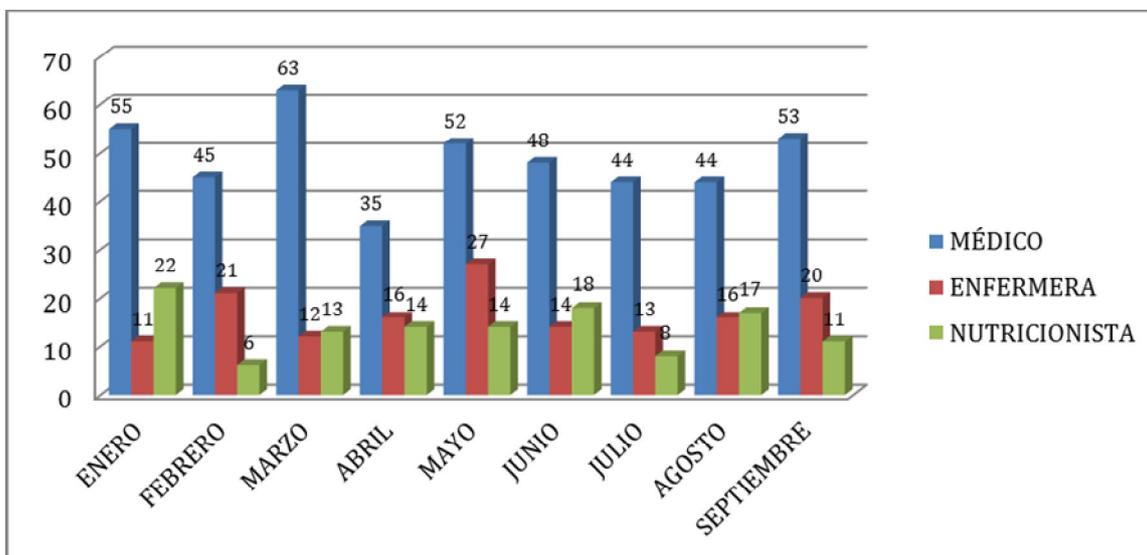
El pie diabético es un trastorno provocado por el daño progresivo de la enfermedad que causa problemas en las arterias periféricas que irrigan el pie, provocando trastornos sensoriales, úlceras en la planta y atrofia de la piel. En las evaluaciones realizadas, se encontró que el 95% de la población diabética tiene bajo riesgo de complicaciones.

### GRÁFICO: QUALIDIAB APLICADOS



El QUALIDIAB es un instrumento de registro para medir la calidad de la atención médica y que se ha empezado a realizar en junio del presente año, teniendo realizadas 31% del total de entrevistas.

### GRÁFICO: CONTROL CARDIOVASCULAR POR PROFESIONAL Y POR MES



Desde enero a septiembre se han realizado 712 controles cardiovasculares, de los cuales 439 fueron realizados por médico, profesional que más horas dedica a este tipo de controles.

## **EVALUACION DE INDICADORES CENTRO PLAZA MAYOR**

### **Situación y contexto**

La población Adulta Mayor de la Comuna de Quillota se encuentra inscrita en un 83% en la Red Comunal de Centros de Salud (Salud Quillota), Quillota se destaca por ser la 4ta comuna con mayor proporción de Adultos Mayores después de Viña del Mar, Quilpué y Viña Alemana.

El Centro de Salud Plaza Mayor nace como una estrategia de innovación dentro de la oferta comunal de prestaciones para el Adulto Mayor de la comuna. Su concepción inicial se fundamenta en la resolución de problemas de tipo satisfacción usuaria en prestaciones de farmacia, toma de exámenes, admisión, salas de espera y empatía de los funcionarios hacia el Adulto Mayor.

Durante su puesta en marcha y primeros meses de funcionamiento las temáticas de trabajo se encausan hacia una comprensión más profunda de las necesidades del Adulto Mayor así como un abordaje cada vez más integral de estas dando como resultado un modelo y estilo de atención denominado “Abordaje Integral”.

### **Misión y Visión**

El Centro Plaza Mayor busca constituirse como un referente en cuanto a la atención integral con una mirada humana del ser Adulto Mayor orientada a recuperar, mejorar y/o mantener su salud con énfasis en la salud, la co-responsabilidad y la felicidad.

El hacer del Centro se basa en un modelo de atención bio-psicosocial, dirigido estratégicamente a la población mayor a 60 años ciudad de Quillota (Zona Urbana), en el cual el equipo de trabajo multidisciplinario pondrá al alcance de los/as usuarios una oferta innovadora de prestaciones para el abordaje de situaciones socio-sanitarias.

Desde este primer encuadre se construye una Medicina Participativa, una intervención activa del Adulto Mayor en su proceso de salud, de co-responsabilidad, perseverancia, deseo y voluntad; donde el equipo de Salud en sus atenciones acompaña a los usuarios reconociendo en ellos sus capacidades y oportunidades para lograr un estado mejor de salud, una vida mejor, un mayor estado de bienestar y felicidad.

Nuestro compromiso como equipo de salud es lograr mejorar o mantener el grado de independencia del Adulto Mayor, ayudarle a desarrollar destrezas cognitivas y habilidades para mejorar su situación emocional, invitarle a la participación social adecuada y finalmente un mejoramiento en su calidad de vida. Confiamos en sus capacidades que tienen para elegir y tomar sus propias decisiones según sus convicciones personales. Por esto como equipo respetamos

el tipo de relación que desea tener con su familia y con personas significativas y flexibilizamos la atención si la persona no quiere realizar alguna actividad que se le indica.

## Prestaciones realizadas

### Atenciones médicas.

Las atenciones médicas se estructuran desde la lógica de la valoración geriátrica integral, materializado en la Valoración Integral del Adulto Mayor (VIAM).

Este enfoque permite una eficiente y eficaz práctica clínica logrando mayor exactitud diagnóstica, realizar tamizaje (screening) en grupos de riesgo; seguimiento de tratamiento, estudio o plan de intervención; conocer los recursos del paciente y su entorno.

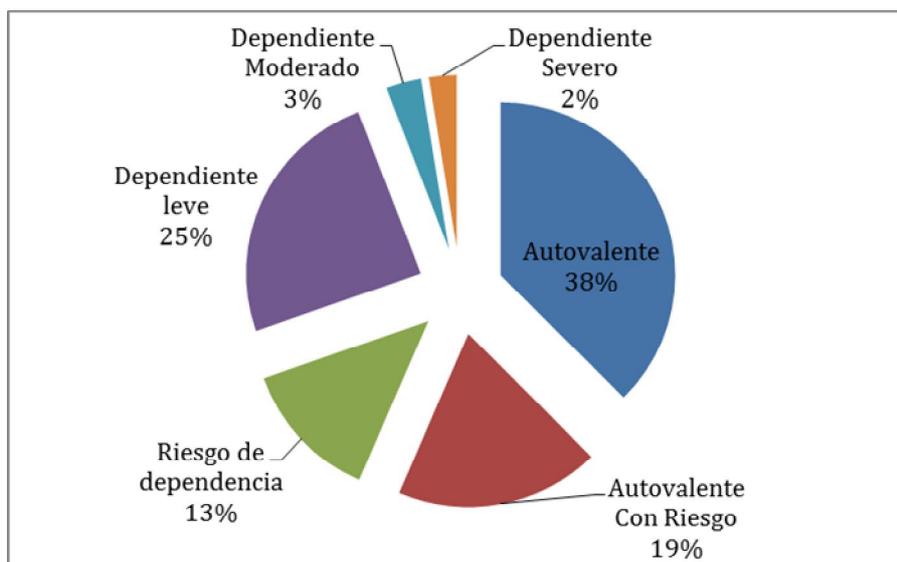
Respecto del impacto hacia el usuario el VIAM permite mejorar el estado funcional y cognitivo; distribución de los recursos y esfuerzos de acuerdo al estado funcional; trabajar de acuerdo a metas de recuperación, rehabilitación, mantención o prevención.

Durante el año 2015 se han realizado 3539 atenciones de las cuales 3341 corresponden a VIAM y 198 a Morbilidad Adulto Mayor, beneficiando a una población de 1575 usuarios distintos.

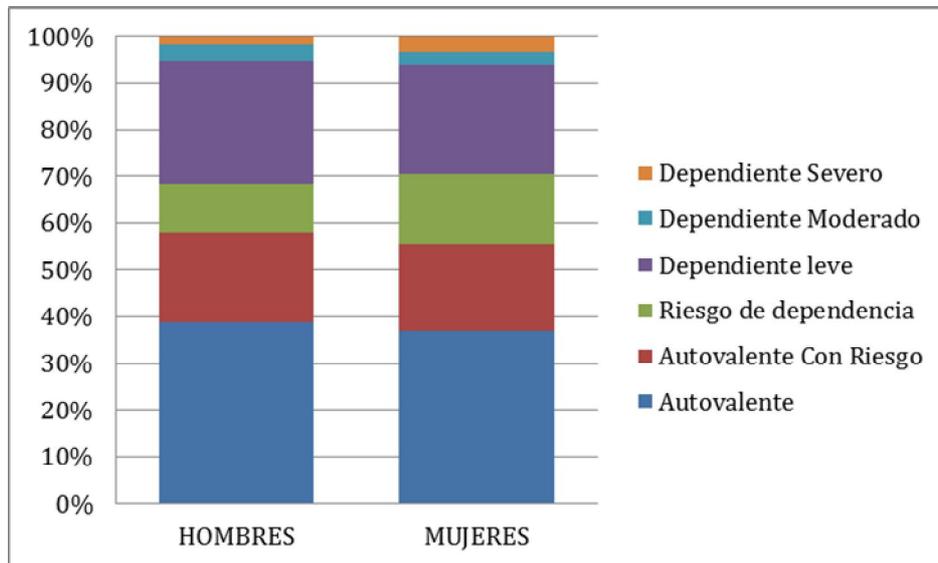
### EMPAM

Respecto del Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor (EMPAM) han sido atendidos 1717 beneficiarios.

**GRAFICO: DIAGNOSTICO DE FUNCIONALIDAD**



**GRAFICO: PROPORCION DE FUNCIONALIDAD POR SEXO**



Total de población en control según funcionalidad enero –septiembre 2015				
Diagnostico	Hombres	Mujeres	Total	Proporción
Autovalente	253	392	645	38%
Autovalente Con Riesgo	125	200	325	19%
Riesgo de dependencia	68	157	225	13%
Dependiente leve	172	250	422	25%
Dependiente Moderado	23	33	56	3%
Dependiente Severo	11	33	44	3%
<b>TOTAL</b>	<b>652</b>	<b>1065</b>	<b>1717</b>	

## ATENCIÓN SOCIAL

Motivo de Atención:

- Internación Hogares
- Orientación Pensiones, Licencias Médicas, Problemas Laborales con Mutuales e Inspección del Trabajo
- Personas que viven solas
- Abandonados
- Problemas Legales (Interdicción, carnet de discapacidad, VIF Tribunal de Familia.)
- Problemas Económicos y sociales (Ayudas económicas en exámenes u otros)
- Conflictos con los vecinos

## VISITAS DOMICILIARIAS

Está orientada a los Adultos Mayores vulnerables, autovalentes y dependientes leves con un plan de tratamiento derivado por médico o enfermera y por demanda espontánea

**Objetivos:**

1. Completar estudio social-médico, para evaluar factores de riesgos y potenciar los protectores.
2. Educación sobre la Administración de Medicamentos
3. Articular la red Social y Familiar
4. Realizar gestiones concretas según necesidad de cada caso en particular. Informes médico-social para beneficios o para ingresos a Residencias o internación administrativas involuntarias

Se han realizado al mes de septiembre 127 visitas domiciliarias integrales en conjunto con el médico.

<b>Evaluación de visita domiciliaria 2015</b>		
<b>Diagnostico</b>	<b>Visitas</b>	<b>Porcentaje</b>
Dependencia severa	7	5%
Demencia	12	10%
Riesgo Social	108	85%

Los motivos de consultas incluyen automedicación, polifarmacia, descompensación de patologías de base, escasa o nulo apoyo familiar y social, falta de atención oportuna y pobreza.

Dentro de las acciones realizadas destaca educación sobre la administración de medicamentos, ayudando a la compensación de patologías de base, la integración a la red social y/o familiar y coordinación de beneficios sociales.

## **ATENCIÓN PSICOLÓGICA**

La atención psicológica de la persona y/o la familia en el Centro Integral Plaza Mayor se centra en tres áreas.

### **Las atenciones individuales:**

Buscan acompañar procesos de restitución de conductas adaptativas al entorno. Modular las herramientas y respuestas actitudinales de la persona frente a patrones culturales dinámicos.

Atenuar el impacto negativo de cambios propios de la edad en cuanto a: personalidad, pensamiento, emociones, preocupaciones físicas y de salud, elaboración de duelos por personas o por la pérdida de las propias habilidades y destrezas.

Total atenciones individuales y su desglose: 137

Total pacientes ingresados en Rayén: 72

(Nota: algunos casos de pacientes han llegado a su quinta sesión)

El remanente de atenciones corresponde a: trabajadores del sistema y/o casos especiales derivados incluso desde el mismo alcalde.

### **El abordaje familiar busca:**

Aportar a las familias miradas como sistemas, su equilibrio en cuanto a sus: rutinas, reglas de relaciones, mejorando la calidad de sus conversaciones a fin de que tomen mejores acuerdos y logren sostener un clima de respeto, protección, apoyos mutuos, trato comprensivo y amoroso, entre otros.

Atenciones individuales para cuidadores o sus familias: 5 casos, 11 atenciones.

### **El psicólogo en los talleres grupales busca:**

Diseñar espacios reflexivos, de participación, e integración social, donde las temáticas son abordadas desde un modelo de construccionismo social, desde el cual el aprendizaje se da en la relación y la comunicación con los demás.

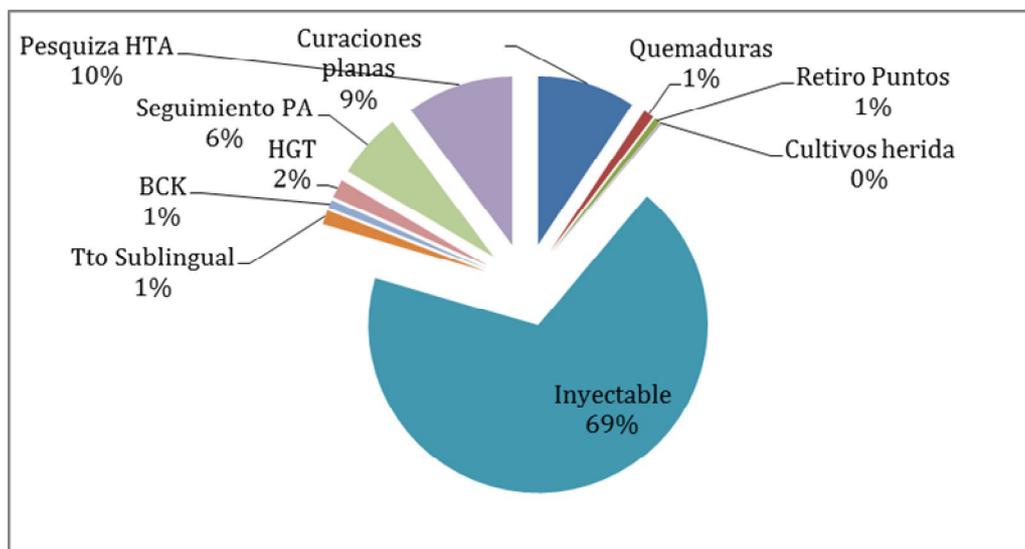
Conformar equipos interdisciplinarios en los cuales los contenidos promocionales y preventivos se potencian al ser expuestos de diversas formas lo que enriquece su entrega

Diseño y ejecución de talleres de: memoria y habilidades cognitivas; taller de desarrollo personal; taller para cuidadores de pacientes con demencias; y para usuarios del programa Más: 56 sesiones planificadas; y 61 realizadas.

## PROCEDIMIENTOS

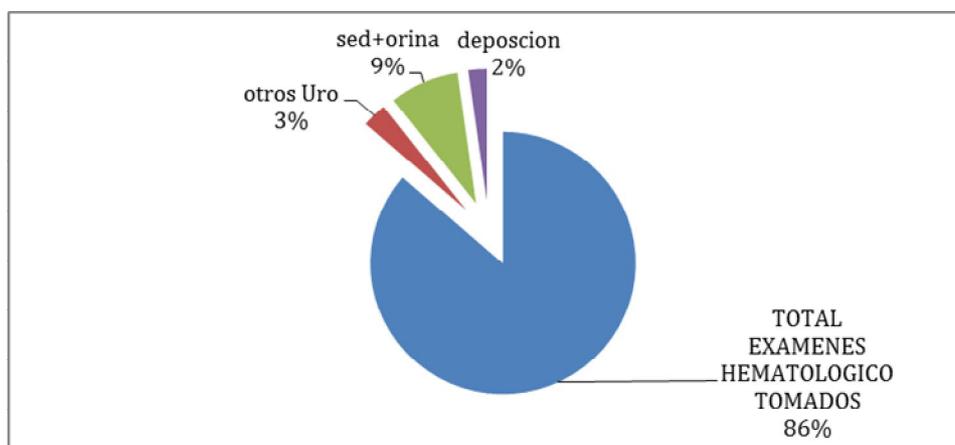
La valoración integral del Adulto Mayor se complementa con una serie de prestaciones como son:

**GRAFICO: PROCEDIMEINTOS REALIZADOS DURENTE EL 2015**



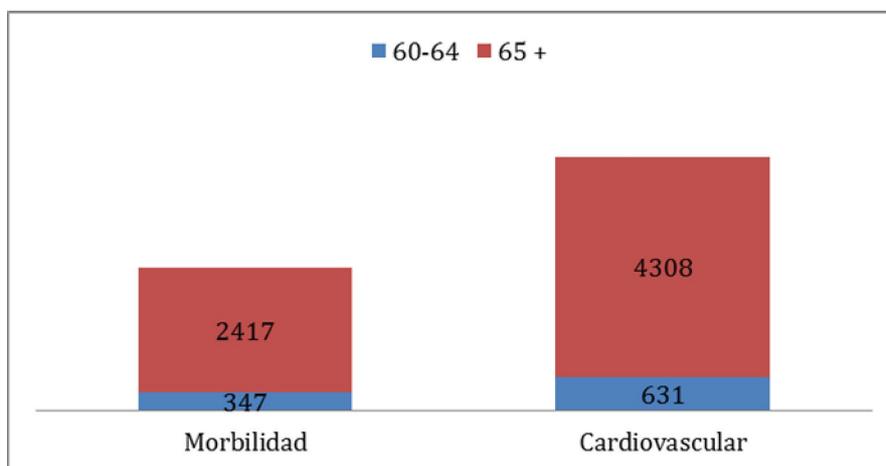
Procedimientos 2015				
Curaciones planas	Quemaduras	Retiro Puntos	Cultivos herida	Inyectable
414	45	27	4	3028
Sublingual	BCK	HGT	Seguimiento PA	Pesquisa HTA
61	35	78	280	451
<b>Total 4423</b>				

**GRAFICO: EXAMENES TOMADOS DURANTE EL 2015**

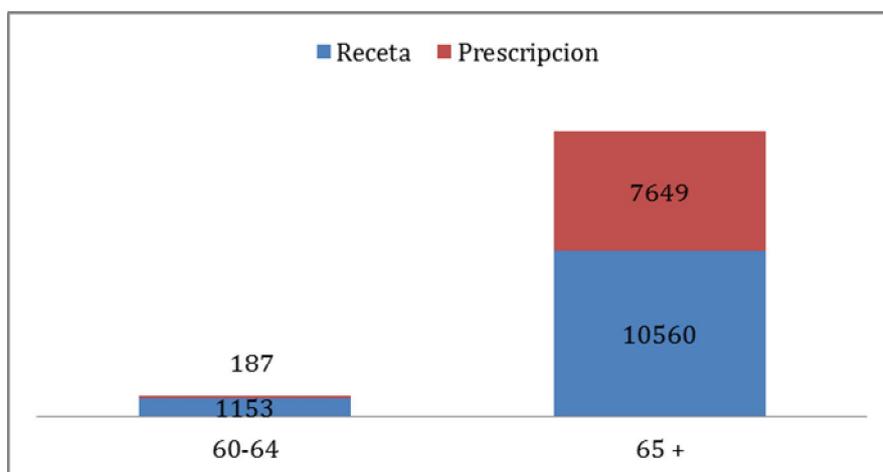


- Exámenes totales tomados: 6588
- Electrocardiogramas realizados 243 (No presentados 8)
- Despacho farmacia por tipo de receta y edad (Morbilidad o cardiovascular)

**GRAFICO: DESPACHO RECETA MORBILIDAD VERSUS CARDIOVASCULAR**



**GRAFICO: PRESCRIPCIONES VERSUS RECETAS SEGÚN GRUPO DE EDAD**



## TRABAJO EN RED

Desde el centro se derivan a los usuarios hacia otras entidades que prestan servicios dentro de la comuna. A través de la Red que se logran ampliar las prestaciones involucrando a los Centros de Rehabilitación (CCR, Kimche) con talleres de prevención de caídas, Plataforma Familiar, coordinando el trabajo con adultos mayores con frágil red social y familiar, Programa Salud Mental, en tratamiento de la depresión del adulto mayor, ingreso de ayuda social y alimenticia a través del Padam y Ceam, programas del Hogar de Cristo, ingreso a la red Hospitalarias con problemas cognitivos severos, y coordinación con casa de residencias para los adultos mayores abandonados con dependencia en su funcionalidad. Coordinación con los centros de salud y casas de acogida y hospedería.

Además se facilita el acceso a actores como como Dideco, Banamor, Oficina de la Discapacidad, Casa del Adulto Mayor, Gobernación, Serviu, Seremi de Salud y Senama.

### Espacios de aprendizaje

Son una Estrategia Promocional –Preventiva, indicados desde el Plan de Intervención o por Demanda Espontánea.

Su objetivo es recuperar, mejorar y/o mantener la salud a través de una Medicina Participativa de co-responsabilidad, haciéndose cargo de sí mismo.

Se basa en la metodología de construcción a través del lenguaje y las experiencias de vida del adulto mayor promoviendo la autonomía independencia y responsabilidad con un enfoque proactivo, de recreación y ayuda mutua.

Durante el 2015 se han realizado 96 sesiones de talleres en el Centro, los que se ejecutan una vez por semana.

Talleres realizados año 2015		
Actividades	Sesiones	Duración
Habilidades Cognitivas	38	Anual
Desarrollo Personal	39	Anual
Arteterapia	8	2 Meses
Tai-chi	20	5 Meses

## **Medicina complementaria**

Las Terapias Alternativas Reiki y Flores de Back, están enmarcado en este Plan de Intervención, como tratamiento integral del adulto mayor, complementan los tratamientos de salud entregando a las personas un equilibrio a nivel energético e integral logrando mejorar su calidad de vida.

Desde Enero a Septiembre se atienden 125 personas de las cuales se realizan 230 atenciones de Reiki y Flores de Bach, con un promedio de 1.8 sesiones por personas

## **Impacto de la Medicina complementaria**

De la encuesta realizada al inicio y final del ciclo de sesiones. “Como se siente” antes y después del tratamiento de terapias alternativas el 100% se siente entre Mal (56%) y regular (44%), además se evalúa la calidad de vida antes y después con una nota promedio antes de un 4,5 y al terminar el tratamiento con un 6.5 (80%), un 7(15%) y un 5 ( 5%).

## **Evaluación Cualitativa del tratamiento.**

Aspectos a mejorar antes del Tratamiento de acuerdo a la necesidad del usuario: Ansiedad, Insomnio, Sensación de inseguridad, Decaimiento, Soledad, Temores, Tristeza y Dolores físicos. En general estos ocho problemas dan cuenta de una realidad que abarca situaciones sociales, psicológicas y físicas que pueden ser abordadas desde la medicina complementaria.

Efectos Generados al Finalizar el Tratamiento:

Cabe destacar que una persona puede sentir más de una variable de las presentadas a continuación además de funcionar como una autoevaluación.

- Sensación de estar más saludable y Expresión del sentir, de dar a conocer sus sentimientos y va disminuyendo los dolores físicos 35%
- Seguridad personal, Optimismo 25%
- Relajación, Animo 20%
- Control de irritabilidad, Tranquilidad, Relaciones más fluidas 25%
- Mejora comunicación, Confianza personal, Deseo de compartir con otros 25%
- Solicita menos horas médicas. 15%

## **Teleasistencia**

El Centro administra el Programa de Teleasistencia, este sistema responde a una política Municipal, de protección del adulto mayor y apunta dar a mayor seguridad especialmente a los que viven solos o se encuentran parte del día sin compañía.

## Tipología de usuarios

El Servicio de Teleasistencia cuenta con un promedio de 270 adultos mayores de la comuna de Quillota, de ellos 200 son titulares, es decir, adultos mayores a quien se les hizo entrega del dispositivo de Teleasistencia y 70 usuarios beneficiarios, es decir, adultos mayores que viven en el mismo domicilio del titular, y por tanto también se benefician del servicio.

### Distribución de los usuarios según su tipología.

#### Sexo

De los 270 adultos mayores 73 son hombres (27%) y 197 son mujeres (73%).

#### Edad

Respecto al rango de edad de los usuarios, 72 tienen entre 81 y 85 años, lo que corresponde al 27% del total, 66 de los usuarios se ubican entre los 76 y 80 años y 55 personas entre 71 y 75 años. El resto de las edades de los usuarios se distribuye entre los rangos entre 60-65 del 71-75 y 90-95 años.

#### Situación de convivencia:

Del total de 200 usuarios, 92 usuarios viven solos, (46%) y 108 (54%) acompañados, normalmente por otro adulto mayor o por familiares que pasan la mayor parte del tiempo fuera del domicilio.

#### Tipos de Alarmas.

En el mes de Enero a Septiembre la Central de Atención telefónica recibe un promedio de 699 alarmas, emitidas desde los dispositivos de Teleasistencia que los adultos mayores que tienen instalado en sus domicilios. Motivos de llamados, por Emergencia un 10% de los llamados, No emergencia el 17% y Problemas técnicos un 82%

### 1.- Emergencia

Alarmas generadas por situaciones que suponen un riesgo para la integridad física, psíquica o social de la persona usuaria o su entorno y que requiere la actuación y movilización inmediata de recursos de emergencia.

Motivos de Alarma de Emergencia, Teleasistencia 2015	
Enfermedades cardiovasculares	10%
Enfermedades aparato digestivo	30%
Caídas	10%
Social un 10%	10%
Sin respuesta del usuario*	40%

\*Donde el Teleoperador, al contestarlas no obtiene respuesta del usuario, en este momento se activa el protocolo de emergencia, consistente en cancelar la alarma y llamar al teléfono del domicilio del usuario, en caso de que el usuario no conteste

se llama a sus recursos para verificar el estado del usuario, si es necesario se movilizan recursos públicos para que acudan al domicilio a verificar el estado del usuario

<b>2.- No Emergencia:</b>	
<b>Motivos de Alarma No Emergencia, Teleasistencia 2015</b>	
Comprobar funcionamiento	51%
Para conversar	25%
Por error	11 %
Petición de información sin gestión	8%
Comunicar cambios y nuevos datos	2%
Gestión con otras entidades	2%
Gestión con horas médicas	1%
<b>3.- Técnicas</b>	

En caso de anomalía por cualquiera de los motivos que se describen a continuación, el equipo de Teleasistencia envía una alarma a la Central de Atención, estas alarmas son imperceptibles por el usuario, pero permiten monitorear que el equipo instalado en su domicilio está funcionando correctamente.

<b>Motivos de Alarma Técnica, Teleasistencia 2015</b>	
Fallo batería	0,2%
Desconexión del terminal	13.21%
Conexión del terminal	13.21%
UCR saliendo de rango	0,18%
UCR entrando en rango	4.1%
Autochequeo	69.1%

### **Fallo batería. (0.2%)**

Alarma técnica que indica que la batería del terminal comienza a agotarse, esto sucede cuando el equipo dejó de recibir corriente eléctrica por más de 8 días consecutivos. En este caso la Central de Atención toma contacto con el usuario para chequera la situación, y si es necesario se agenda una visita de técnico al domicilio

### **Desconexión del terminal. (13.21%)**

Alarma técnica que indica que el terminal no está recibiendo corriente eléctrica, esto puede ser motivado porque el usuario desconectó el equipo de la corriente eléctrica, o porque no dispone de electricidad en el domicilio. En este caso la Central de Atención toma contacto con el usuario para chequera la situación, y si es necesario se agenda una visita de técnico al domicilio.

### **Conexión del terminal. (13.21%)**

Alarma técnica que indica que el terminal volvió a recibir corriente eléctrica, tras una desconexión.

#### **UCR saliendo de rango. (0,18%)**

El Terminal chequea la cobertura de radio del pulsador (Unidad de Control Remoto) detectando que el mismo se encuentra fuera del alcance del terminal, esta situación se puede producir porque el usuario se ha llevado el pulsador fuera de la vivienda.

#### **UCR entrando en rango (4.1%)**

El Terminal chequea la cobertura de radio del pulsador (Unidad de Control Remoto) detectando que el mismo se encuentra dentro del alcance del terminal, esta situación se da cuando el usuario regresa a su vivienda.

#### **Autochequeo: (69.1%)**

Alarmas técnicas que el equipo de teleasistencia envía a la central de atención cada 15 días, son imperceptibles para los usuarios, pero permiten monitorear que el equipo instalado en su domicilio está funcionando.

### **4.- Tipos de llamadas.**

La Central de Atención realiza un promedio de 492 llamadas a los usuarios del Servicio de Teleasistencia. Los motivos son los siguientes:

<b>Llamadas servicio Teleasistencia 2015</b>	
Cortesía y seguimiento	78.1%
Llamadas ante emergencia	7.9%
Llamadas ante no emergencias	14%

#### **Cortesía y seguimiento**

Llamadas programadas de carácter preventivo y de acompañamiento. Saludo de cumpleaños. Agendas Solicitadas por la persona, recordatorio de tratamientos, citas médicas, Agendas Solicitadas por el Centro de Salud: invitación a actividades municipales. Durante el mes de septiembre se informó a los usuarios del Servicio de Teleasistencia, a través de llamados de seguimiento realizados desde la Central de Atención, sobre el nuevo número para solicitar Horas médicas.

#### **Llamadas ante emergencia.**

Llamadas de seguimiento tras una situación de alarma de la persona usuaria. – Llamadas de seguimiento hasta la resolución o estabilización de una situación de emergencia, por la llegada de recursos movilizados para tal fin.

#### **Llamadas ante no emergencias**

Otro tipo de llamadas no incluidas en las categorías anteriores, por ejemplo llamadas a recursos públicos para realizar gestiones, llamadas a recursos propios del usuario para obtener información.

## 5.- Visitas a domicilio

El Servicio de Teleasistencia, dispone de dos días al mes para realizar visita en terreno. Dentro de los motivos de visita está: las instalaciones, mantención o retiro del beneficio.

Motivo de <b>retiro de Sistema Teleasistencia 2015</b>	
Fallecimientos:	44%
Cambio de teléfono a satelital*	33%
Otras causas (Económico, cambio de ciudad)	33%

\*El teléfono con tecnología Satelital no es compatible con el servicio de teleasistencia

## EVENTOS DE DIFUSIÓN

### Eventos Masivos

En nuestras atenciones, el equipo de salud, también ha incorporado la recreación, lo cultural, las celebraciones de nuestras fechas importantes, siendo una persona más integrada al grupo del Adulto mayor, como una faceta tan importante de la calidad de vida, la risa, la música, la alegría y la felicidad.

Dialogo Ciudadano del centro Plaza Mayor, Diagnóstico Participativo del Programa MAS, Lanzamiento del Programa Herramientas y Abordaje de Demencias, Esquinazo artístico Mes de la Patria, EMPAM-TON programa MAS, Seminario sexualidad "Expresando Mis Afectos"  
Actividades donde el promedio de participación ha superado las 100 personas.

### Actividades puntuales

Acciones de psicólogo hacia la comunidad: Octubre 02: charla en colegio Instituto Rafael Aristía.  
Entrevistas Radiales Unidad de oftalmología.

### Capacitación interna

Su principal objetivo es mejorar la calidad de la atención por medio de la coordinación de criterios con los equipos de trabajo.

### Capacitación red del Adulto Mayor

El año 2015 se dio curso a coordinaciones entre los centros de SaludQuillota que Prestan atenciones a Adultos Mayores como son el Equipo PADI, CCR, Casa de Acogida Kimche y centro Plaza Mayor. Combinando acciones de los distintos profesionales que trabajan en estas áreas.

Participan los equipos de los programas señalados y los Talleres de Capacitación que se han realizado a la fecha son dos en el mes de septiembre, falta el mes octubre-noviembre y diciembre. Las capacitaciones se realizan una vez al mes.

## **Capacitación interna equipo Plaza Mayor**

Taller sobre habilidades y competencias genéricas para el trabajo (autocuidado personal Plaza Mayor): 6 sesiones diseñadas, para 2 grupos paralelos.

## **NOVEDADES 2015**

### **Programa MÁS Adultos Mayores Autovalentes.**

Corresponde a un programa Ministerial que tiene como objetivo prolongar la autovalencia de las personas con 65 años o más. Se desarrolla a través de un trabajo en dos componentes, el primero corresponde a un programa de estimulación funcional, el segundo, al fomento del autocuidado a nivel de organizaciones locales.

Dentro del primer componente 348 Adultos Mayores han participado de talleres bisemanales durante periodos de 3 meses donde reciben estimulación motora, cognitiva y de autocuidado. Cabe destacar que estos talleres se realizan en sedes sociales con el fin de acercar las prestaciones de salud a la comunidad.

### **Programa Herramientas para familiares o personas con demencia.**

Dado que la demencia es una patología de alta prevalencia y alto impacto familiar que no cuenta con un tratamiento curativo. La herramienta de mayor importancia radica en la prevención y consulta precoz.

Una vez hecho el diagnóstico de demencia se dará ingreso al programa de demencia de adulto mayor. Los objetivos de dicho programa se encuentran enfocados en el paciente y en el cuidador o/familiar.

Objetivos generales del programa:

- Preservar capacidad cognitiva y funcional del paciente demencial.
- Fomentar el respeto a la dignidad de AM.
- Mejorar dinámica familiar del paciente con diagnóstico de demencia

Objetivos en el paciente

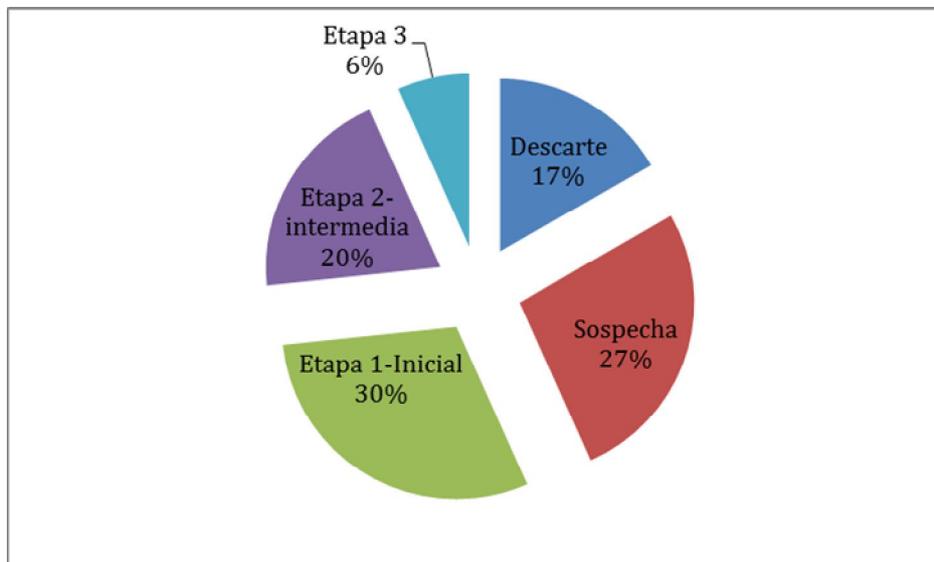
- Retrasar dependencia funcional
- Mejorar estado de ánimo
- Mejorar patrón de relación con el medio y con el cuidador
- Prevenir el desarrollo de trastornos conductuales
- Corregir trastornos conductuales presentes

Objetivos en el cuidador

- Aceptar la enfermedad
- Entregar información sobre Alzheimer y principales cuidados.
- Conocer y/o entender el curso de la enfermedad y complicaciones
- Reconocer las sobrecargas como cuidador
- Conocer recursos disponibles de la red de salud y social.

Desde su reapertura en Julio de 2015 se encuentra bajo control 25 usuarios.

### GRAFICO: USUARIOS INGRESADOS



### Proyecto Piloto Neyum

Proyecto piloto desarrollado por empresa local JTech en donde a petición de SaludQuillota realiza solicitud para desarrollar una experiencia de innovación ligada a la protección en caso de emergencia para personas con dificultad de comunicación.

Se entregaron en primera instancia 53 pulseras más un servidor y la creación de un portal de administración de datos de pacientes, para actualizar o modificar datos en línea.

Las pulseras fueron dirigidas a adultos mayores con diagnóstico de enfermedad de alzheimer u otro tipo de demencia realizando su enrolamiento y subida de datos en el Centro Plaza Mayor.

## **UNIDAD DE OFTALMOLOGÍA**

### **Objetivo**

A través de la implementación y puesta en marcha de las UAPOs se espera contribuir a mejorar la capacidad resolutoria de la red asistencial, mejorando la accesibilidad, oportunidad y resolutoria con la calidad técnica, potenciando a la atención primaria en sus aspectos promocionales, preventivos asistenciales, pertinencia diagnóstica y derivación, enmarcado en el modelo de salud integral con enfoque familiar.

### **Prestaciones**

La UAPO entrega atención oftalmológica a la comunidad, a través de una interconsulta enviada por los diferentes centros de atención primaria de la comuna.

La UAPO en Quillota depende administrativamente del Consultorio Miguel Concha y está emplazado al costado de Playa Mayor entregando prestaciones de:

- Vicio de refracción desde los 15 años hasta 64 años.
- Presbicia de 40 a 64 años.
- Urgencia oftalmológica.
- Glaucoma.
- Fondos de ojo en diabéticos de riesgo.
- Estudio de estrabismo.
- Tratamiento ortóptico.

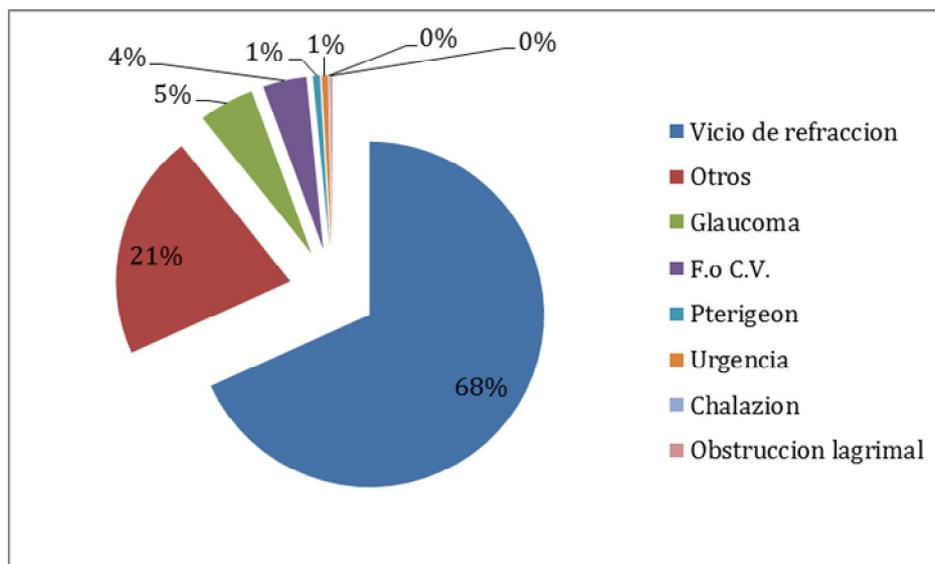
Los procedimientos realizados incluyen:

- Agudeza visual: permite evaluar la visión lejana y/o cercana del paciente, entregando una información global del sistema visual.
- Tonometría aplanática: en todo paciente mayor de 40 años, lo que permite medir la presión intraocular en pacientes con sospecha o en tratamiento de glaucoma.
- Autorefractometría: Permite tener una idea estimativa de la ametropía.
- Campimetría computarizada: evalúa el campo visual, midiendo la sensibilidad retiniana en pacientes con sospecha de glaucoma y/u otro problema oftalmológico.
- Paquimetría US: permite obtener la medida del grosor corneal que en pacientes con glaucoma ayuda a obtener una PIO corregida.
- Exámenes de estrabismo
- Se le realizará el estudio para ver la coordinación de los ojos y determinar si el paciente requiere o no un tratamiento ortóptico o tiene algún tipo de desviación.

- Test de Shirmer: Examen que evalúa la cantidad de lágrimas que produce una persona en un tiempo determinado y bajo condiciones específicas.
- Fondo de Ojo: Examen realizado por el médico en el que se evalúa el estado de la retina y los vasos.
- Biomicroscopia: Examen que permite evaluar la superficie anterior del ojo.

### Atenciones

**GRAFICO: ATENCIONES REALIZADAS DE ACUERDO A TIPO DE DIAGNÓSTICO**



Atenciones 2015 Unidad de Oftalmología							
Vicio de refracción	Otros	Glaucoma	F.o c.v	Pterigeon	Urgencia	Chalazion	Obstruccion lagrimal
1773	547	134	105	17	15	2	6
<b>Total: 2599</b>							

Interconsultas GES Emitidas a nivel secundario 2015			
RD	Catarata	VR	Desprendimiento de retina
9	24	1	1
<b>Total 35</b>			

Interconsultas No GES emitidas al nivel secundario 2015					
Pterigeon	Chalazion	Blefaritis	Glaucoma	Obstrucción Lagrimal	Otros
19	2	1	4	6	38
<b>Total 70</b>					

Se han entregado un total de 1464 lentes.

### Operativos

Como estrategia para acercar las prestaciones de la Unidad de Oftalmología a la comunidad y de generar conciencia de las temáticas de salud Visual se han realizado 4 operativos beneficiando a las poblaciones del sector Rural como San Pedro, La Palma y Boco, además de un operativo en la Plaza de Armas de Quillota.

### Eventos

La Unidad de Oftalmología ha participado en dos años consecutivos en la Expo Feria Yo Creo en Quillota, entregando prestaciones y dando a conocer la Unidad a la comunidad.

## **Análisis FODA 2015**

### **Fortalezas**

- Modelo de salud integral permite mayor resolutivez de problemáticas de salud de los usuarios.
- Tiempos de atención mayores, adecuados a realidad del usuario.
- Equipo de pequeño tamaño facilita coordinaciones.
- Gestión participativa en toma de decisiones determina mayor compromiso de funcionarios.
- Personal con adecuado perfil para trato a usuario.

### **Oportunidades**

- Población acotada por rango de edad lo que permite definir estrategias individualizadas para este grupo.
- Infraestructura atípica que causa buena impresión en usuarios.
- Interés del público por temas de prevención de Demencias/Alzheimer. (Tema atractivo de entrada para otras prestaciones: EMPAM, MAS, Cardiovascular)
- Ubicación estratégica en centro de la ciudad.

### **Debilidades**

- Falta de exámenes clínicos para completar estudios de nivel primario. (Eco tomografía partes blandas, Eco Doppler arterial y venoso, Colonoscopia, laboratorio Tumoral)
- Falta de algunas prestaciones específicas como atención dental y ginecológica.
- Falta de justificación de costes versus beneficios del modelo integral.
- Falta de dominio de herramientas informáticas.
- Déficit en capacidad de “marketing” respecto del modelo de salud integral para posicionarlo tanto dentro de la red de salud como en la población general.
- Desgaste del equipo tras tres años de trabajo.
- No tenemos el letrero del Plaza Fuera del centro.

### **Amenazas**

- Aumento sostenido de proporción de Adultos Mayores en Quillota.
- Aumento de la demanda en proporción al posicionamiento del centro y al aumento demográfico.
- Perfil del usuario: polipatología, polifarmacia, demandante, variable autovalencia.
- En ocasiones usuario de difícil trato.
- Planta física del centro no adecuada totalmente a realidad del perfil de usuario. Espacio insuficiente para agregar nuevas prestaciones. Diseño de la espera.