

EVALUACION GENERAL PROGRAMACION RURAL 2015

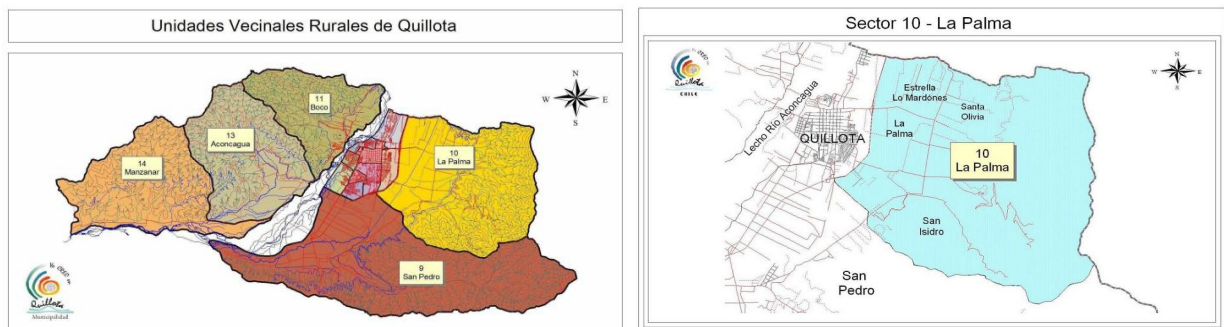
A continuación se presenta el documento consolidado que da cuenta del plan de salud de los tres CESFAM rurales de la comuna de Quillota, a saber:

EVALUACION GENERAL PROGRAMACION CESFAM LA PALMA

Contextualización Centro de Atención – Reseña Histórica – Mapa

El Centro de Salud Familiar La Palma, posee un Enfoque Familiar, centrado en la Promoción de Salud y en el ejercicio de las Garantías Ciudadanas. Pretende lograr principalmente la corresponsabilidad familiar en el proceso de Salud-Enfermedad por medio de la entrega de servicios de alto valor agregado (en el ámbito preventivo -promocional como en la dimensión del daño en salud), asociado a la satisfacción usuaria y a la participación social.

El sector rural de La Palma, pertenece a la comuna de Quillota, y se ubica en el sector oriente de la ciudad; a aproximadamente 5 kms del centro de ésta. La población del sector se distribuye en los sectores de Santa Olivia, Los Morillos, El Huerto, La Hornilla, Los Almendros, La Palma, Rotonda San Isidro, Pueblo Indio, El Cóndor, Lo Mardones, Las Pataguas y La Puntilla.



Características Económicas y Socioculturales

Debido a la gran extensión territorial y a la fertilidad de sus suelos, la principal actividad laboral y productiva del sector es la agricultura; por lo que un importante porcentaje de la población se desempeña en labores agrícolas. En la última década parte importante de la población, principalmente femenina se ha incorporado a la actividad laboral, desarrollando no solo trabajo agrícola sino también prestaciones principalmente en el área de servicios en el sector urbano de la comuna.

Por otra parte gran parte de la población adulto joven, mayoritariamente hombres ha dejado las labores agrícolas para desempeñarse en faenas mineras. Situación que ha acrecentado la crisis agrícola del sector. Lo anterior dado que a

la falta de recurso hídrico se suma la escases de mano de obra para el cultivo y producción de productos agrícolas.

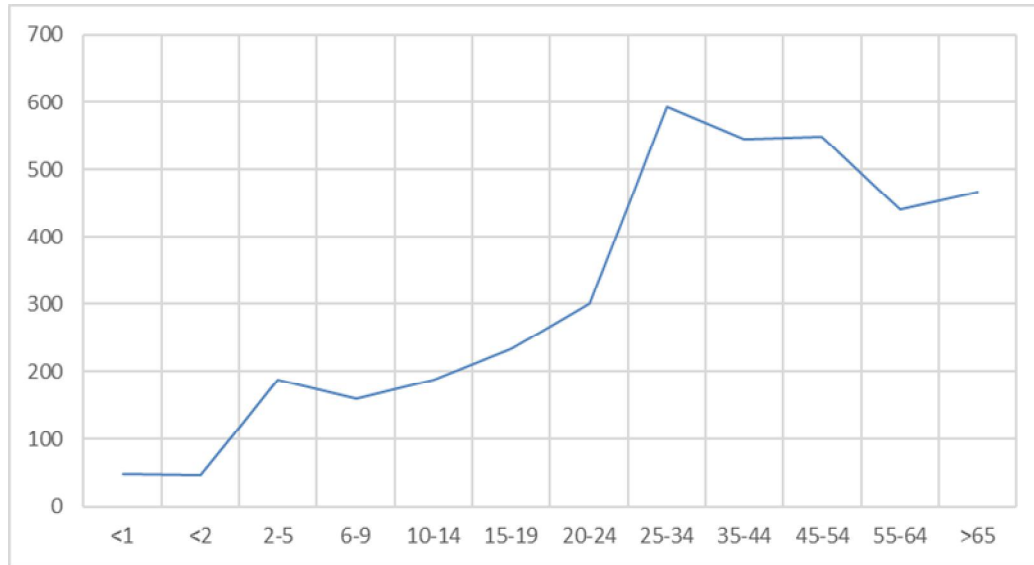
En cuanto a las características socioculturales del sector los habitantes de la comunidad de La Palma se presentan afables, de buen trato, con baja escolaridad, y con moderada participación comunitaria. En la actualidad existen tres mesas territoriales, las cuales convocan a las organizaciones formales existentes.

Población

EDAD	HABITANTES
- 1 año	87
12 a 23 meses	85
2 a 5 años	323
6 a 9 años	336
10 a 14 años	420
15 a 19 años	466
20 a 24 años	509
25 a 34 años	1.013
35 a 44 años	793
45 a 54 años	813
55 a 64 años	714
65 y más	742
TOTAL	6.302

*Según datos estadísticos del SSVQ al 30/06/2015 la población asignada es de 6.302 personas; con un per cápita validado de 3.757.

GRAFICO: POBLACION PERCAPITA CESFAM LA PALMA



El gráfico anterior muestra el aumento creciente de la población según edad, alcanzando la mayor cantidad de población en el tramo adulto de 25 a 34 años, descendiendo hasta el grupo 55 a 64 años y luego aumentado levemente la población adulto mayor sobre 65 años.

Por otra parte existe mayor cantidad de población femenina con 1.899 usuarias v/s 1.228 hombres, cantidad total de población masculina del centro.

1. Equipamiento y Servicios

Áreas Verdes	3
Centros Educativos	6
Centros de Salud	1 privado 1 público
Sedes Vecinales	4
Equipamiento Deportivo	15
Capillas	2
Empresas Agrícolas	7

2. Tendencias

Según los datos recogidos en el último diagnóstico participativo realizado (vigencia 2014 -2015), se enuncian las principales tendencias del sector:

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

3. Factores de Riesgo y Factores Protectores (se desprenden del diagnóstico participativo 2014-2015)

Factores Protectores	Factores de Riesgo
<ul style="list-style-type: none"> · Centro de Salud validado y reconocido por los/as usuarios/as. · Iglesia como centro de encuentro · Fuentes laborales permanentes de tipo agrícola · Presencia de centros educacionales · Vida familiar y comunitaria · Instancias de Recreación · Deporte · Solidaridad entre vecinos 	<ul style="list-style-type: none"> · Consumo de drogas y alcohol · Violencia intrafamiliar · Inestabilidad Laboral · Ausencia de red de alcantarillado · Sedentarismo / Obesidad · Incremento de enfermedades crónicas (CV principalmente.) · Aumento de enfermedades terminales (CA) · Delincuencia · Mal uso de agrotóxicos

	<ul style="list-style-type: none">· Vías Peligrosas· Ausencia de tenencia responsable de mascotas· Dificultad en el transporte· Problemas de alumbrado público
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Principios Orientadores:

Durante el año 2015, el Centro de Salud Familiar La Palma desarrolló los principios orientadores de su quehacer, de modo de poner un sello propio en sus atenciones que no permita mejorar y avanzar en la calidad de la atención.

- **Visión Cesfam La Palma:**

Convertirnos en referentes de Atención Primaria de la comunidad rural a la que pertenecemos; siendo un centro de salud de excelencia, comprometido con la salud integral de nuestros usuarios/as, sus familias y la comunidad en general; incorporando en nuestras atenciones un sello que evidencie calidez, empatía y acompañamiento continuo en los procesos de salud de la población beneficiaria.

- **Misión Cesfam La Palma:**

Ser un Centro de Salud Rural que trabaja fuertemente con la comunidad organizada, rescatando su identidad local para el logro de familias e individuos sanos; desarrollando acciones curativas y preventivas - promocionales en salud, promoviendo la participación ciudadana y la corresponsabilidad de manera de impactar positivamente y a lo largo del tiempo en la calidad de vida de las personas.

- **Objetivo de la Institución:**

Contribuir por medio de un enfoque biopsicosocial a mejorar la calidad de vida de las familias del sector rural de La Palma manteniendo su identidad local. Lo anterior, poniendo principal énfasis en lo preventivo – promocional, de modo de establecer relaciones continuas con la población usuaria, conocer su entorno familiar y comunitario, comprender las interacciones entre los miembros de la familia para determinar riesgo y así orientar de mejor manera las intervenciones.

4. Dotación:

Durante el año 2015, la dotación del centro estuvo conformado por profesionales, técnicos, personal administrativo y de servicio, según lo expuesto en la siguiente tabla.

Cargo	N° Horas Semanales	D O T A C I O N E S T A B L E
Químico Farmacéutico	4.30 hrs.	
Psicólogo	11 hrs.	
Psicopedagoga	11 hrs.	
Nutricionista	22 hrs.	
Odontóloga (2)	33 hrs. / 22 hrs.	
Médico (2)	19 hrs. /28 hrs.	
Matrona	33 hrs.	
Enfermera	44 hrs.	
Asistente Social	44 hrs.	
Kinesióloga	44 hrs.	
TENS (5)	220 hrs.	
TONS	44 hrs.	
Administrativo (2)	88 hrs.	
Auxiliar de Servicio	44 hrs.	
Podólogo	5 hrs. Mensuales	

EVALUACION GENERAL PROGRAMACIÓN AÑO 2015

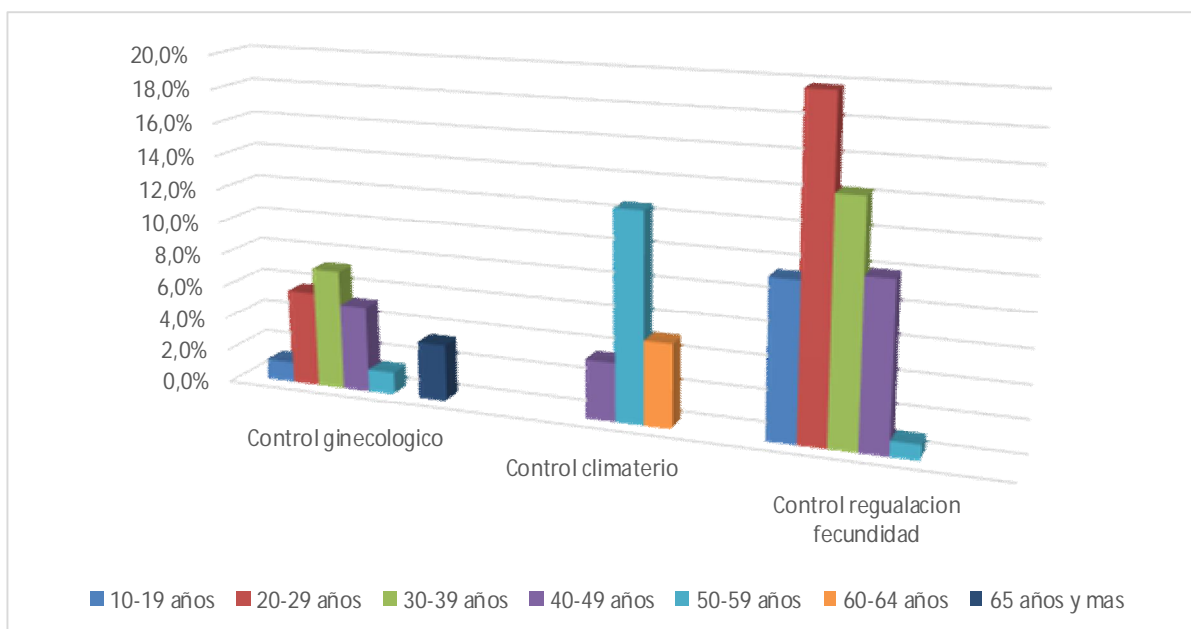
1. UNIDAD DE LA MUJER

1.1 SALUD SEXUAL

La unidad de la mujer contempla la atención de mujeres de 10 y más años, incorporando atenciones ginecológicas, de regulación de fecundidad, climaterio; además de los controles prenatales.

El siguiente gráfico expone controles de salud de la unidad diferenciados por rango etario y atención otorgada.

GRAFICO: CONTROLES DE SALUD UNIDAD DE LA MUJER

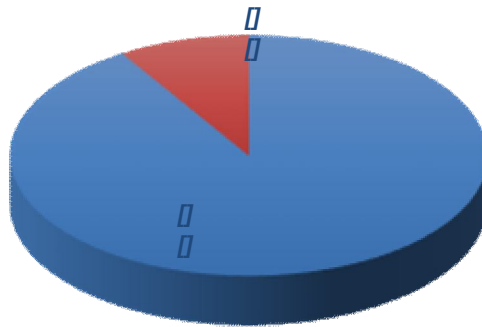


Durante los meses de enero a octubre del año 2015 se realizaron un total de 731 atenciones. Entre las que cuentan: Control de regulación de fecundidad, control ginecológico y control de climaterio. Del total; 399 atenciones corresponden a controles por uso de métodos anticonceptivos en población de 10 a 59 años mostrando la mayor cantidad de ellos en el rango de mujeres de 20 a 29 años con un 19.8% sobre el total. A su vez, se realizaron 177 atenciones ginecológicas en mujeres de todas las edades con una mayor concentración en aquellas entre 30 a 39 años con un porcentaje del 7.3% sobre el total. Finalmente se desarrollaron 155 controles de climaterio en mujeres de 40 a 64 años mostrando mayor consulta en el rango de 50 a 59 años con un 12.6%.

1.2 SALUD REPRODUCTIVA

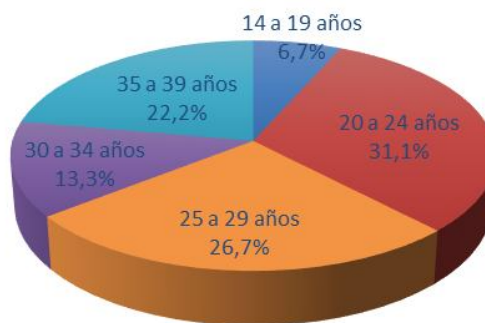
El Centro de Salud Familiar La Palma mantiene un per cápita de mujeres en edad fértil de 844. De esta población el 5.3% correspondiente a 45 mujeres ingresó a control prenatal entre los meses de enero a octubre del 2015.

GRAFICO: INGRESO PRENATAL MENOR A 14 SEMANAS DE GESTACION



Del total de gestantes ingresadas, 41 lo hicieron antes de las 14 semanas, lo que corresponde al 91% del total de ingresos. El 9% restante correspondiente a 4 mujeres lo hicieron posterior a las 14 semanas.

GRAFICO: INGRESO PRENATAL SEGÚN RANGO ETAREO



En cuanto a la edad de las gestantes esta varía entre los 17 y los 39 años. La mayor concentración se da entre el rango de edad de 20 a 24 años con 14 embarazos que representa el 31.1% del total de ingresos; seguido de 12 entre los 25 y 29 años con un 26.7%; 10 entre los 35 y 39 años equivalente al 22.2%, 6 entre los 30 y 34 años con un 13.3% y solo 3 menores de 20 que representan el 6.7% del total.

2. UNIDAD INFANTIL

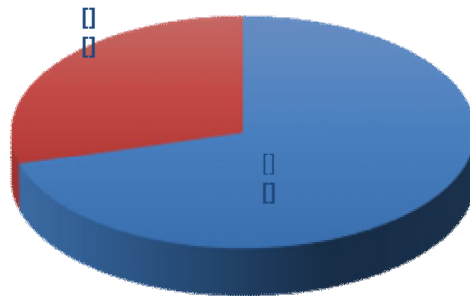
La población infantil del centro considerando población entre 0 y 9 años según per cápita 2015 es de 443 niños/as.

El centro mantiene una población infantil bajo control (según censo de población a septiembre del año en curso) de 311 niños/as.

2.1 CONTROL DIADA

Durante los meses de enero a octubre del año 2015 han ingresado 34 recién nacidos, controlados en atención de diada (madre- hijo) por profesional Matrona. De los anteriores, 24 diadas realizaron su control previo a los 10 días, alcanzando un 53% del total y un 22% correspondiente a 10 diadas lo hicieron posterior a los 10 días.

GRAFICO: CONTROL DIADA MENOR A 10 DIAS

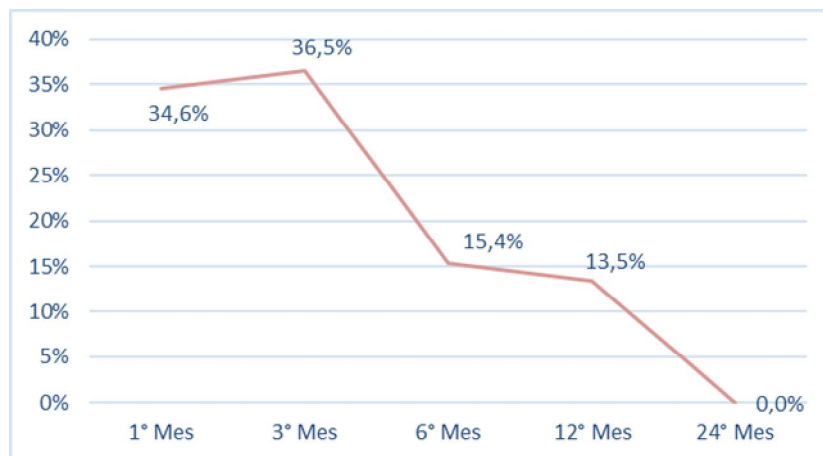


2.2 LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

Localmente (considerando los ingresos de RN del año 2014) se había planificado alcanzar 15 niños/as con LME al sexto mes de vida. Según registros estadísticos a la fecha solo 8 niños mantienen LME al sexto mes.

En el siguiente gráfico se observa la disminución de lactancia materna en función de la edad de los niños/as. A mayor edad menor la cantidad de niños/as que la mantienen.

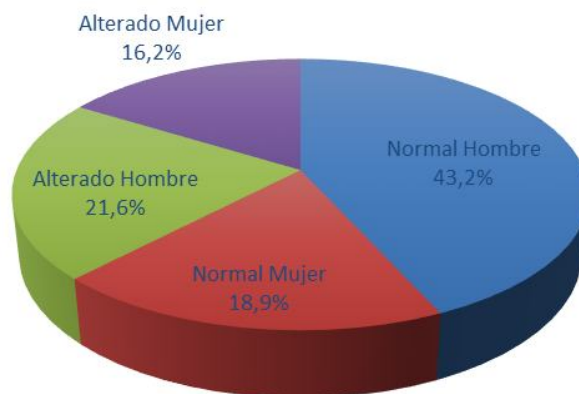
GRAFICO: LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA



2.3 PROTOCOLO NEUROSENSORIAL

Durante los meses de enero a octubre se han aplicado 37 protocolos neurosensoriales, divididos en 24 hombres y 13 mujeres. De estos el 62.1% obtuvo resultado normal y un 37.8% presentaba alguna anomalía. Estos últimos todos fueron derivados a la modalidad itinerante de estimulación con profesional psicopedagoga.

GRAFICO: RESULTADO PROTOCOLO NEUROSENSORIAL (1 – 2 MESES)



2.4 PAUTA DE DESARROLLO PSICOMOTOR

Durante el año 2015, al corte se han aplicado 79 pautas de desarrollo psicomotor en niños/as de 8 a 18 meses. Del total aplicado el 8% presenta riesgo y el restante 92% se encuentra normal. La totalidad de las pautas alteradas es derivada a la modalidad itinerante de estimulación.

2.5 SERVICIO ITINERANTE DE ESTIMULACION (CHCC)

El servicio itinerante pertenece a una modalidad del Programa CHCC, que se incorpora a la comuna de Quillota en el año 2010. Se implementa en el sector rural de la comuna, abarcando los sectores de La Palma, Boco y San Pedro. En ese periodo, la cobertura comprometida para la estrategia fue de 120 niños. En los siguientes años, la cobertura comprometida ha descendido, permitiendo una mejor calidad en la atención.

En el periodo 2014- 2015, se comprometió el servicio con un ingreso de 80 niños al programa. Según distribución el Cefsam La Palma aporta con 28 niños/ del total ingresado.

Las principales causas o diagnósticos de ingreso al servicio itinerante son: Resultados de DSM en niños y niñas con riesgo, rezago, retraso y otras vulnerabilidades. El siguiente gráfico muestra el porcentaje e ingreso según causal.

GRAFICO: CAUSAL DE INGRESO AL SERVICIO ITINERANTE

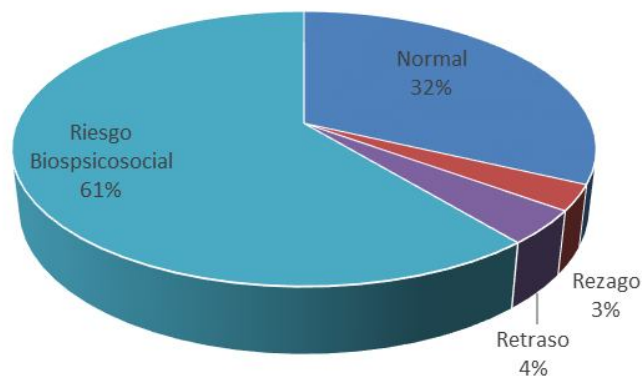


GRAFICO: RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN (6 MESES DESDE EL INGRESO)

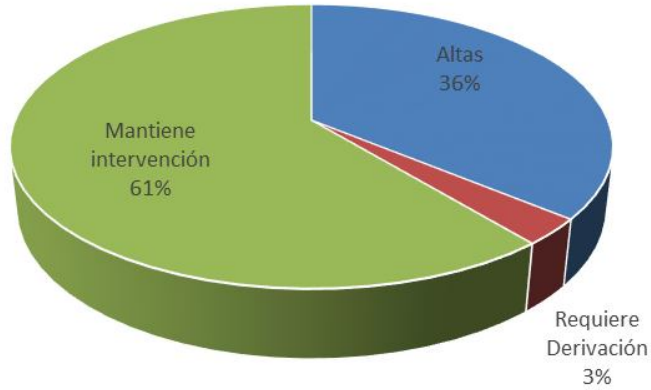
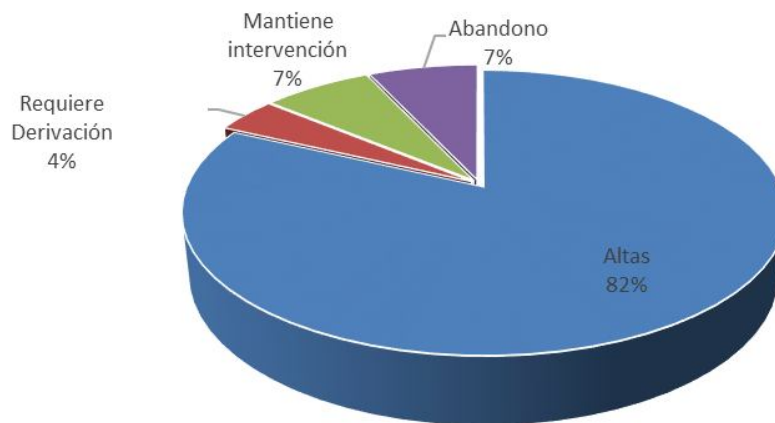


GRAFICO: RESULTADOS SEGUNDA INTERVENCIÓN (4 MESES POST PRIMERA INTERVENCIÓN)



El servicio itinerante se ha incorporado al Cesfam de manera óptima, siendo un servicio reconocido por los usuarios, valorado por su impacto y validado por la comunidad.

3. UNIDAD ADOLESCENTE

3.1 FICHA CLAP

Según población per cápita el centro tiene una población adolescente de 421 jóvenes.

El año 2015 se han realizado 28 fichas CLAP tanto en el centro como en establecimientos educacionales. De los anteriores 14 fueron realizados a mujeres y los restantes a población masculina.

Durante el primer trimestre del año se realizó un ciclo de medición antropometría a estudiantes de quinto al octavo básico de la Escuela Las Pataguas con el objetivo de pesquisar parámetros físicos alterados en los alumnos y derivar a ficha Clap al Cesfam.

3.2 EDUCACIÓN SEXUAL

Durante los meses de abril y mayo tres alumnos en práctica de las carreras de Obstetricia y Técnico de Nivel Superior en Enfermería bajo la supervisión y en conjunto con la profesional matrona del centro; trabajaron con los/as alumnos de séptimo y octavo de la Escuela Las Pataguas en temáticas de sexualidad. Participando 21 de los/as 26 estudiantes de ambos cursos.

La actividad contemplaba la ejecución de 5 sesiones, entre las que contaban:

Primera sesión: Aplicación encuesta para realizar diagnóstico respecto al conocimiento de los estudiantes en temáticas de sexualidad.

Segunda sesión: Taller educativo de métodos de anticonceptivos y enfermedades de transmisión sexual con aclaración visual de ITS.

Tercera sesión: Aplacar mitos en temáticas de salud sexual y reproductiva.

Cuarta sesión: Taller con padres y apoderados respecto a temáticas del adolescente y controles de salud.

Quinta sesión: Medición antropométrica con el objetivo de pesquisar parámetros físicos alterados en los/as alumnos/as.

La colaboración del equipo docente y de los/as apoderados permitieron la continuidad de la intervención, de esta manera contribuir al logro de los objetivos propuestos para la educación como son incidir y prevenir infecciones de transmisión sexual y embarazo adolescente.

4. UNIDAD ADULTO

4.1 EXAMEN MÉDICO PREVENTIVO DEL ADULTO

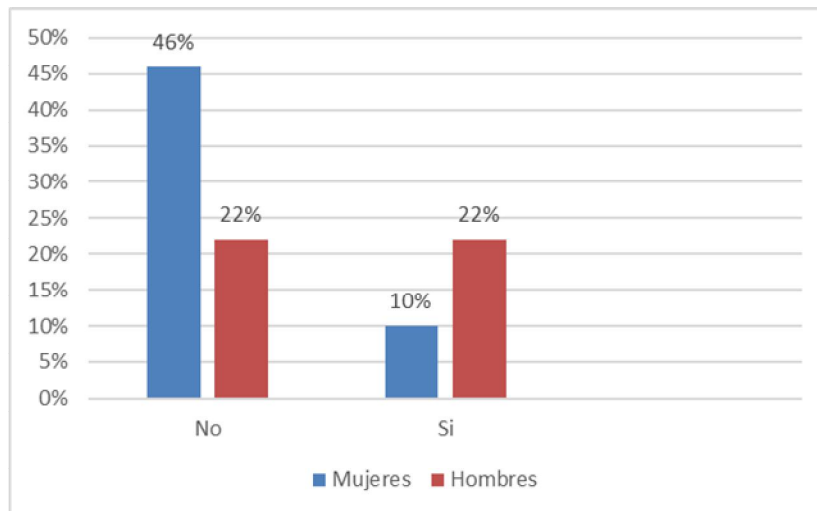
Durante enero y octubre del presente año se han realizado 106 exámenes médicos preventivos de salud en adultos usuarios/as del sector en población de 20 a 64 años. Del total realizado el 53% corresponde a exámenes realizados a mujeres y el 47% restante a hombres. El EMPA es una de las estrategias en la cual se registra el mayor número de inasistencias v/s citas programadas.

A continuación se detalla los resultados obtenidos según variable analizada.

· **Tabaco:**

El hábito tabáquico en usuarios/as que se realizó el examen es de un 32% del total analizado. De ellos el mayor porcentaje es de hombres fumadores con un 22% v/s un 10% en mujeres. Por otra parte el 68% de los usuarios/as con EMPA vigente no consume tabaco.

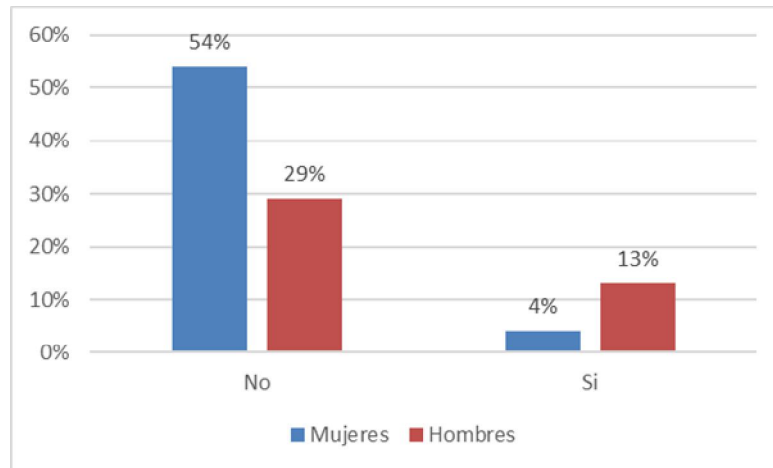
GRAFICO: HABITO TABAQUICO, SEGÚN SEXO



· **Alcohol:**

En cuanto al consumo de alcohol, el 17% presenta consumo de alcohol; con un 13% de hombres y un 4% de mujeres. Por su parte el 83% de los usuarios/as no presenta problemas con el consumo de alcohol.

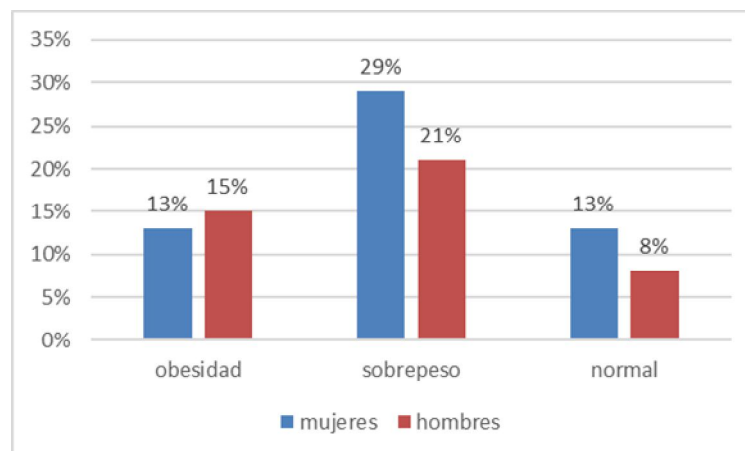
GRAFICO: CONSUMO DE ALCOHOL, SEGÚN SEXO



· **Estado Nutricional:**

Analizando los resultados solo un 21% del total presenta un estado nutricional normal, alcanzando un 78% las personas con sobrepeso y obesas. La mayor incidencia la muestran las mujeres con sobrepeso, seguido de hombres en igual condición. Por su parte las mujeres se encuentran por sobre los hombres en la categoría normal y sobrepeso; y los hombres por sobre las mujeres en la categoría de obesos.

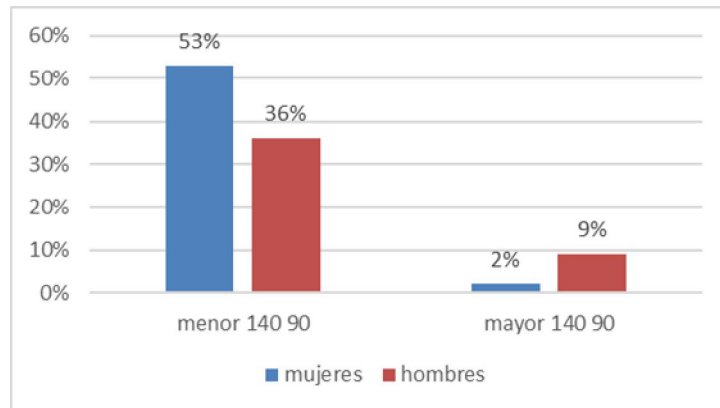
GRAFICO: ESTADO NUTRCIONAL, SEGÚN SEXO



· **Presión Arterial:**

En cuanto a las cifras de presión arterial, un 89% presentaba cifras normales de PA. Solo un 11% mostró cifras alteradas de PA. Estos últimos mayoritariamente hombres con un 9% v/s un 2% de mujeres.

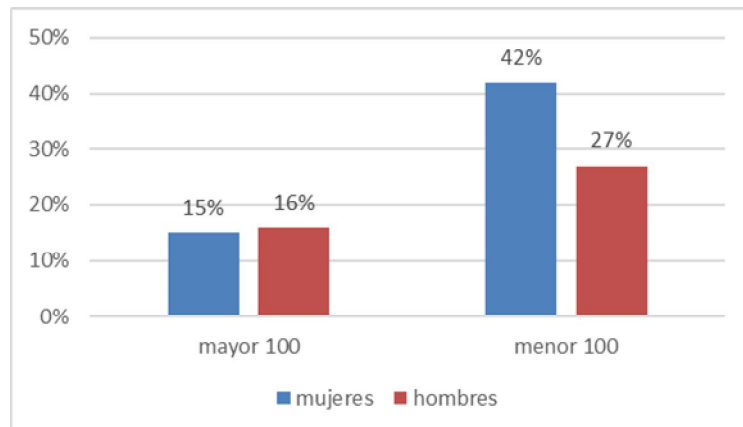
GRAFICO: PRESION ARTERIAL, SEGÚN SEXO.



· **Glicemia:**

En resultados de glicemias; el 69% del total presentó niveles normales de azúcar en sangre. El restante 31% mostraba alteración de resultados de azúcar; con una leve incidencia de hombres por sobre mujeres.

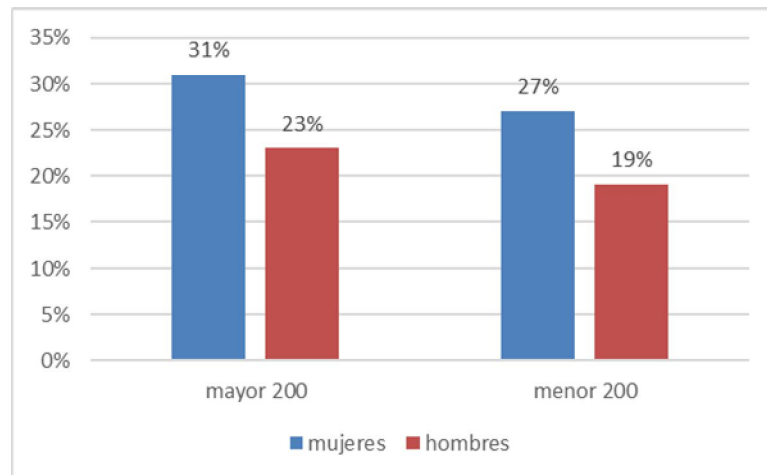
GRAFICO: GLICEMIA, SEGÚN SEXO.



Colesterol:

El 54% de los usuarios/as presentan niveles altos de colesterol; con una mayor incidencia de mujeres por sobre los hombres. Lo anterior se asocia directamente con los resultados obtenidos en la categoría de estado nutricional, donde la tenencia es marcada por personas con sobrepeso y obesas.

GRAFICO: COLESTEROL, SEGÚN SEXO.



5. UNIDAD ADULTO MAYOR

5.1 EMPAM

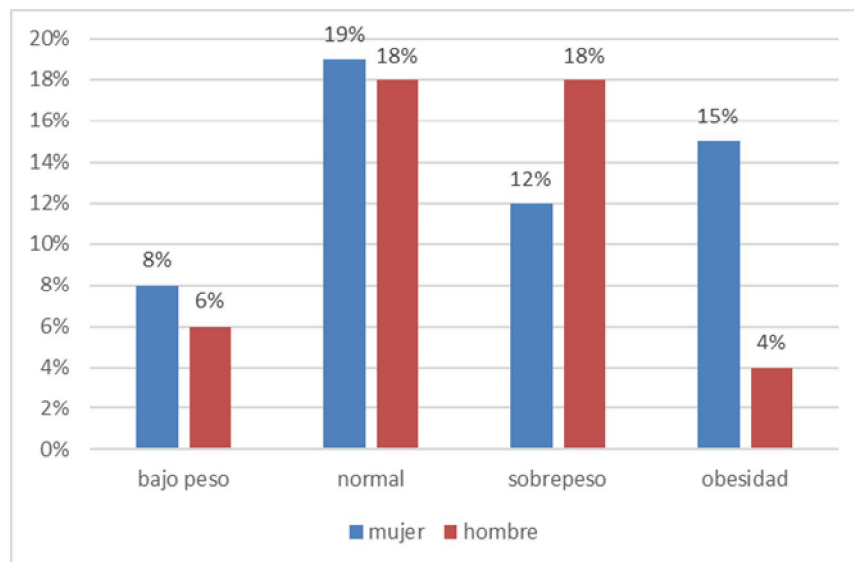
A la fecha se han realizado 136 EMPAM a población AM del centro. Del total el 53% corresponde a mujeres y 47% restante a hombres.

A continuación se detallan los resultados obtenidos según variable analizada.

· Estado Nutricional:

Del total de exámenes realizado, considerando ambos sexos, un 38% se encuentra normal; un 29% sobrepeso; un 19% obeso y el restante 14% enflaquecido o bajo peso.

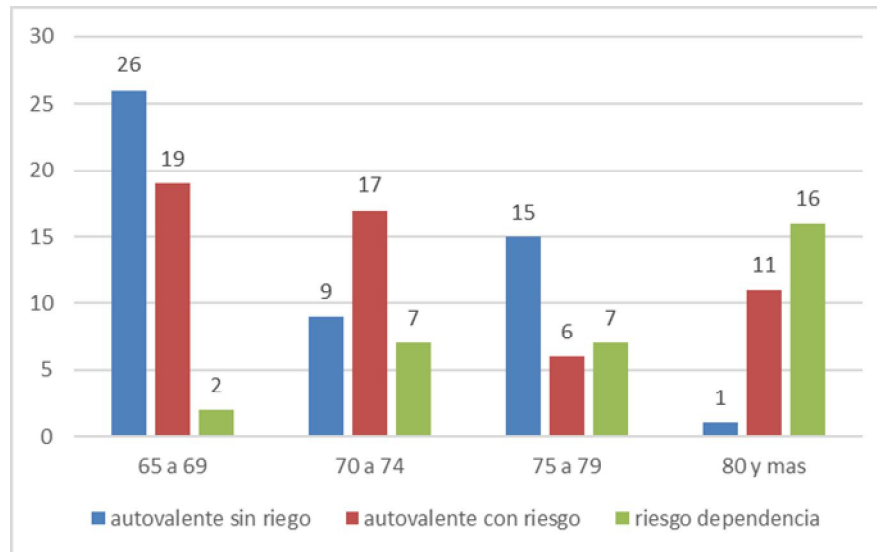
GRAFICO: PORCENTAJES SEGÚN ESTADO NUTRICIONAL POR SEXO.



· Nivel de Funcionalidad:

En cuanto a la funcionalidad del AM; respecto del total de exámenes aplicados, un 38% se encuentra en el grupo de AM autovalentes sin riesgo de dependencia; un 39% en el grupo de autovalentes con riesgo de dependencia y finalmente un 23% presenta riesgo de dependencia.

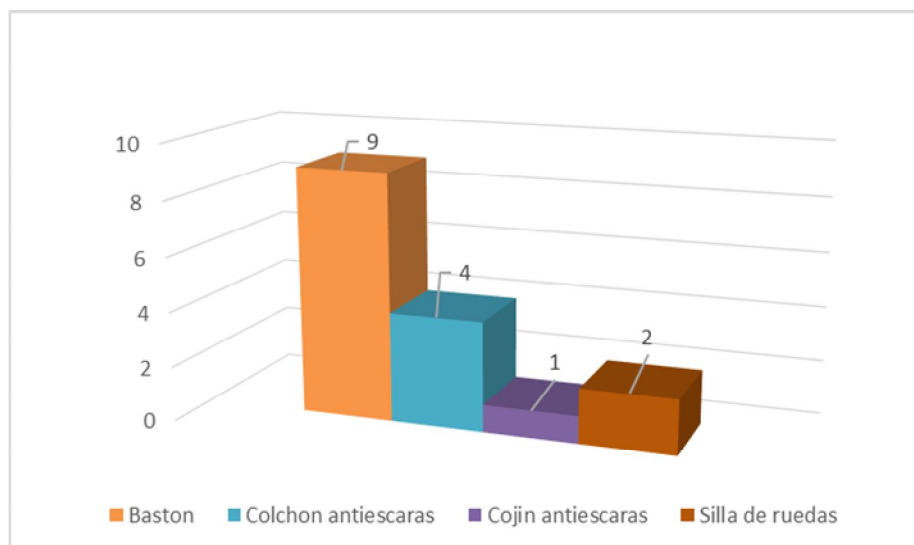
GRÁFICO NIVEL DE FUNCIONALIDAD POR RANGO ETARIO, SEPARADO POR SEXO.



5.2 ORTESIS

Durante el año 2015 se entregan en total 16 ayudas técnicas GES a mayores de 65 años. De las órtesis entregadas la de mayor indicación por profesional médico es el bastón canadiense principalmente por diagnósticos de Gonartrosis y Coxartrosis de AM. En segundo lugar se encuentran los colchones antiescaras (4) a pacientes del Programa de Atención Domiciliaria que presentan dependencia severa o aquellos de cuidados paliativos. Finalmente se entregaron dos sillas de rueda y un cojín antiescaras.

GRAFICO: ORTESIS GES MAYOR DE 65 AÑOS, SEGÚN AYUDA TECNICA



UNIDAD DE FAMILIA

Desde el año 2007 el Centro de Salud Familiar La Palma definió a las familias usuarias/as como la unidad básica de intervención en salud. Con ello se pretendía acompañar los procesos de salud – enfermedad de cada uno de sus integrantes de modo de alcanzar el máximo grado de bienestar, a través del trabajo conjunto familia - equipo de salud. Para ello se pretendía generar planes de intervención basados en el análisis de cada grupo familiar en de la identificación de factores protectores y de riesgo. Cada plan contemplaba el fomento de conductas saludables, prevención de enfermedades, plan de manejo y tratamiento de factores de riesgo, entre otros.

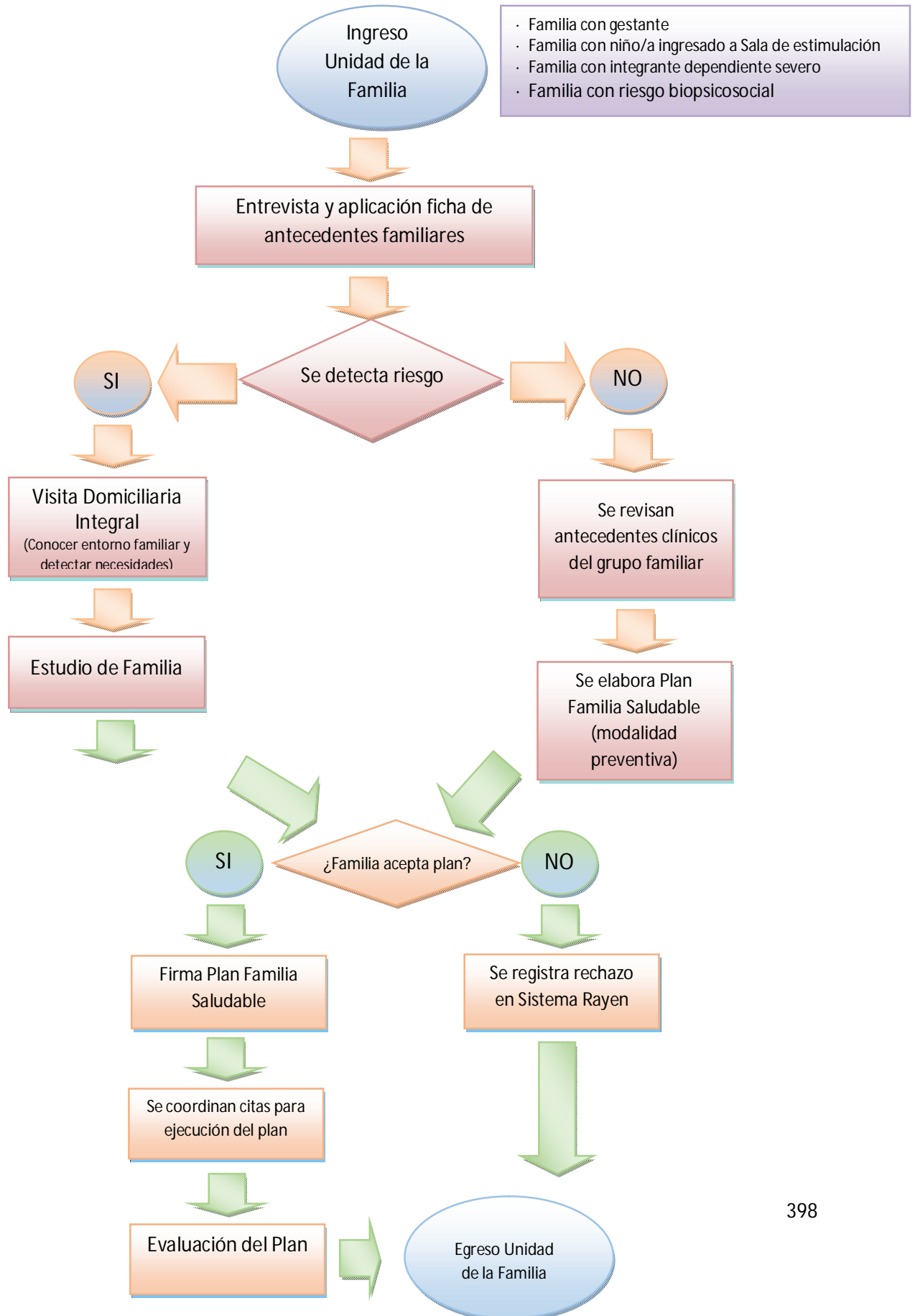
La unidad de la familia se encuentra a cargo de la profesional Asistente Social e incorpora al equipo profesional y técnico en su totalidad. Asignando la responsabilidad de seguimiento de las actividades del plan a cada TENS asignada para ello.

El ingreso a la unidad se realiza por medio de una entrevista y su consiguiente aplicación de un instrumento de creación local para evaluar situación familiar. Para lo anterior se priorizaron grupos cautivos que lo integran: Familias con gestantes ingresadas a control prenatal, Familias con niños/as ingresados al Servicio Itinerante de Estimulación, Familias con paciente con dependencia severa o familias con riesgo biopsicosocial detectado.

Durante el año 2015 se realizó el ingreso a la unidad utilizando la población gestante bajo control. Del total de embarazadas 23 mujeres ingresaron a la unidad, detectando solo cuatro familias con riesgo. De estas últimas ninguna presentaba riesgo severo y en un 75% presentaban riesgo moderado, asociados a episodios de tipo depresivo leves durante el embarazo.

Por su parte se realizó el análisis de 40 familias seleccionadas por orden de ficha familiar para evaluar antecedentes clínicos del grupo y realizar plan familia saludable preventivo. La totalidad de ellos fueron presentados a las familias, teniendo una adhesión del 50%.

A continuación se detalla flujograma de atención de la unidad.



6. UNIDAD DE SALUD MENTAL

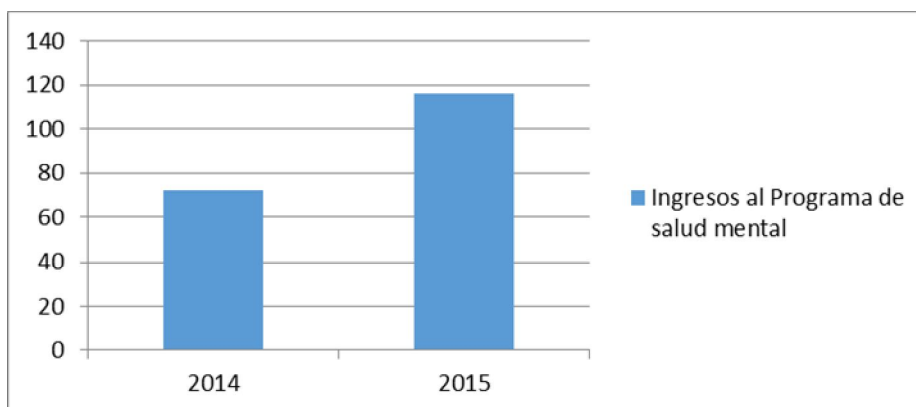
Como una de las estrategias para lograr los objetivos propuestos en relación a la atención en salud familiar, las prestaciones de salud mental se insertan en el Centro de Salud Familiar La Palma, dentro de un conjunto de prestaciones, que trabajan multi e interdisciplinariamente y que centran su foco de trabajo en la familia y su ciclo vital, a través del fomento de mayor participación social y buscando potenciar las capacidades de éstas para alcanzar mayores estándares de bienestar.

A continuación se presentan una serie de datos que pretenden describir las características de las demandas de atención de salud mental, entre los años 2014 y 2015, de la población del sector de la Palma de la comuna de Quillota. Esta información se basa sobre los datos de la población bajo control del programa de salud mental, entre los meses de enero y septiembre de cada año.

Los antecedentes revisados dan cuenta que existe un aumento de la población que ha hecho ingreso al programa entre el año 2014 y el 2015. Como muestra el gráfico, el número de ingresos durante el año 2014 alcanzaron las 72 personas (22 hombres y 50 mujeres) mientras que en el año 2015, a la misma fecha, existen 116 personas (37 hombres y 79 mujeres), lo que representa un aumento del 161%. Se mantienen estables los porcentajes entre hombres y mujeres entre ambos años, siendo éstas las que generan mayores ingresos al programa.

Estos indicadores nos señalan que los ingresos al programa según sexo, son iguales en porcentaje tanto en el sector urbano de la comuna, en donde según datos del 2015, el 66,3% de los ingresos al programa corresponden a mujeres (datos área salud mental Consultorio Cardenal Raúl Silva Henríquez) como en el sector rural que alcanzan éstas el 68%.

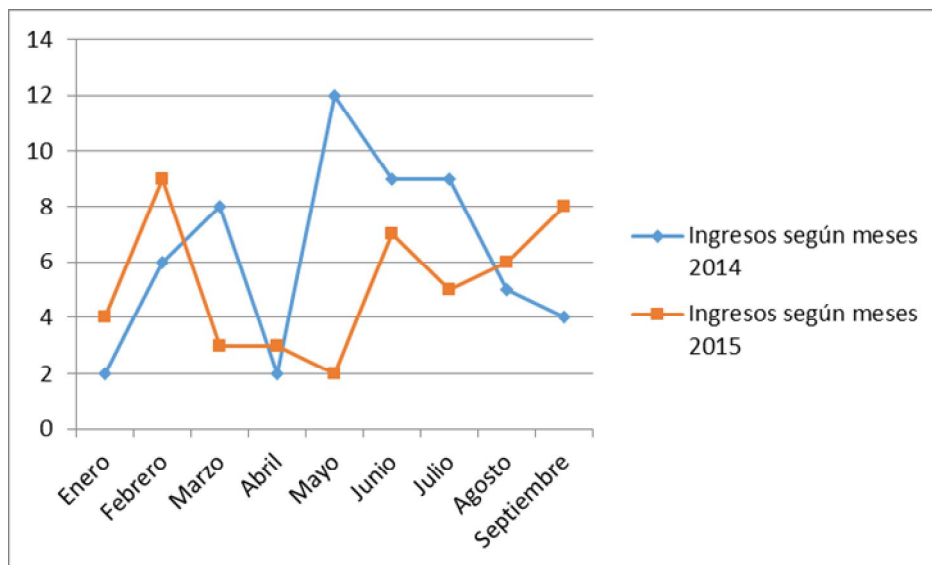
GRAFICO: INGRESOS AL PROGRAMA DE SALUD MENTAL



Respecto al proceso de ingresos durante los meses respectivos de los años 2014 y 2015, los datos expuestos en el gráfico señalan una similitud en el proceso de ingresos durante ambos años. El primer mes del año comienza con una lenta de demanda de ingresos (2 el 2014 y 4 el 2015). Ya avanzado el primer cuarto del año empieza un aumento de éstas y luego drásticamente un descenso en el segundo cuarto del año. Para avanzar con cierto promedio medio a términos de año. Llama eso si la atención el número de ingresos de los años 2014 y 2015 a igual mes de mayo, donde en el 2014 representa el mes con menos ingresos, solo 2 y en el 2015 él de mayores ingresos, con 12 casos.

Al parecer no existiría algún dato solido que indique diferencias sustanciales entre los procesos de ingresos al programa en el transcurso de los años 2014 y 2015, ya sea en el número de éstos como en el porcentaje según sexo.

GRAFICO: COMPARACION DE INGRESOS PROGRAMA SALUD MENTAL 2014 - 2015

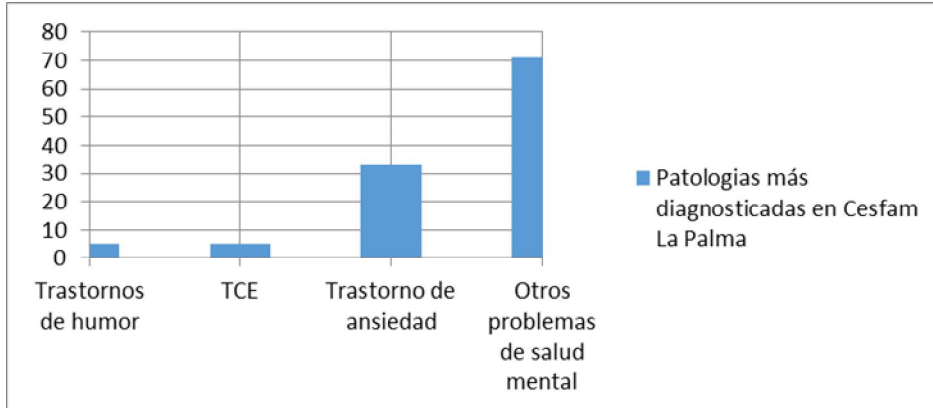


Como se observa en el gráfico, los mayores ingresos al programa corresponden al conjunto de diagnósticos denominados "otros problemas de salud mental" (sistema de categorización de patologías CIE-10). Éstos son factores que influyen en el estado de salud de las personas, que no configuran un trastorno de salud mental, pero que de todas formas generan niveles de merma en la calidad de vida de la gente.

Los también denominados códigos Z alcanzan un 62% los ingresos. Le siguen los trastornos de ansiedad con un 29%. De estos datos, más los datos de la población rural, se podría inferir que tanto las condiciones biopsicosociales del sector rural, como las condiciones

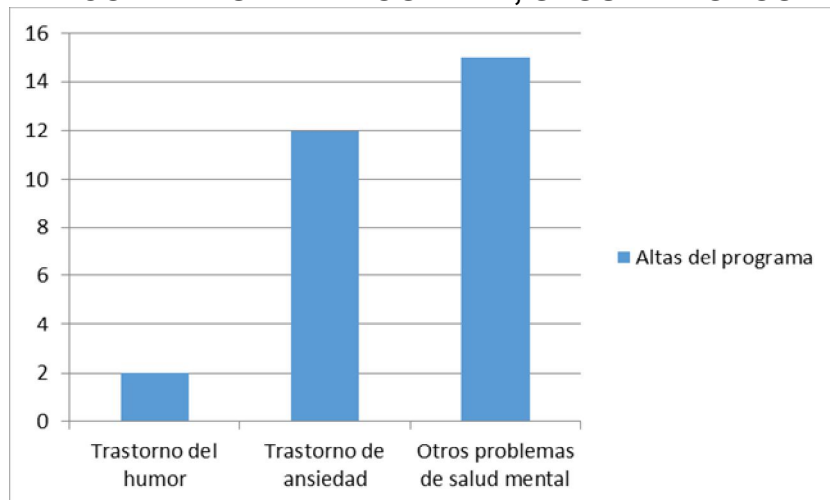
biopsicosociales del sector urbano generarían características diagnósticas similares en ambos sectores. Por ejemplo los “otros problemas de salud mental” alcanzan el primer lugar de demandas en el sector rural y el segundo en el sector urbano. Y los trastornos de ansiedad segundo lugar de demandas en el sector rural y el primero en el urbano. Le sigue en ambos sectores una lista de diversos diagnósticos con menor presencia porcentual.

GRAFICO: PATOLOGIAS CON MAYOR INCIDENCIA DE DIAGNÓSTICO



Finalmente respecto a las altas terapéuticas del programa durante el año 2015, el grafico nº 4 nos muestra que el flujo de altas responde en el mismo sentido que las patologías de ingreso. Es decir, en este caso, el mayor porcentaje de altas las tienen los “Otros problemas de salud mental”, igual similitud en el porcentaje de ingresos, en donde este tipo de problemas representan el mayor número de ingresos al programa. Nuevamente vuelve a aparecer los trastornos de ansiedad, ahora en el número de altas. Este tipo de trastorno ha ido en un fuerte aumento durante los últimos años, tanto en la población rural como urbana, demostrando que los actuales ritmos de vida, una serie de factores con una alta carga de estrés y tensiones son potenciales generadores de este tipo de cuadros.

GRAFICO: ALTAS DEL PROGRAMA, SEGÚN DIAGNOSTICO



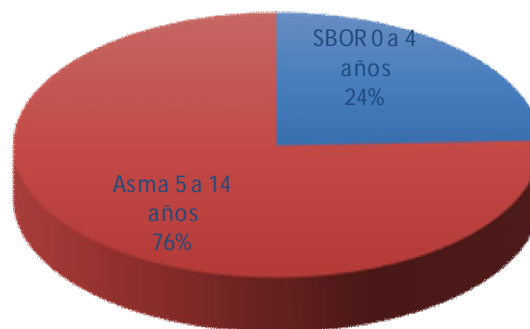
UNIDAD KINÉSICA (SALA MIXTA)

6.1 COMPONENTE RESPIRATORIO

La población infantil per cápita del establecimiento corresponde a 630 niños/as; de estos un 6.5 % se encuentra en control en sala mixta con diagnóstico de patología respiratoria crónica. Actualmente entre el rango de edad de 0 a 4 años encuentran bajo control como población respiratoria infantil 10 niños (5 hombres y 5 mujeres) los cuales presentan diagnóstico de SBOR (síndrome bronquial obstructivo recurrente) La población infantil de 5 a 14 años presenta diagnóstico respiratorio de Asma con 31 pacientes en control (10 hombres y 21 mujeres).

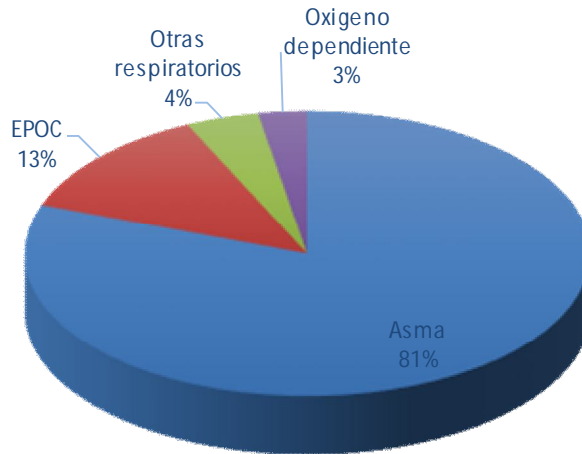
En total el grupo crónico respiratorio infantil del centro es de 41 usuarios/as. Porcentualmente el 24% son del grupo de SBOR y 76% Asmáticos. Los controles de la sala son realizados por Médico IRA y profesional Kinesióloga, los cuales son derivados a especialidad broncopulmonar en el caso que se requiera.

GRAFICO: CRONICOS RESPIRATORIOS INFANTIL



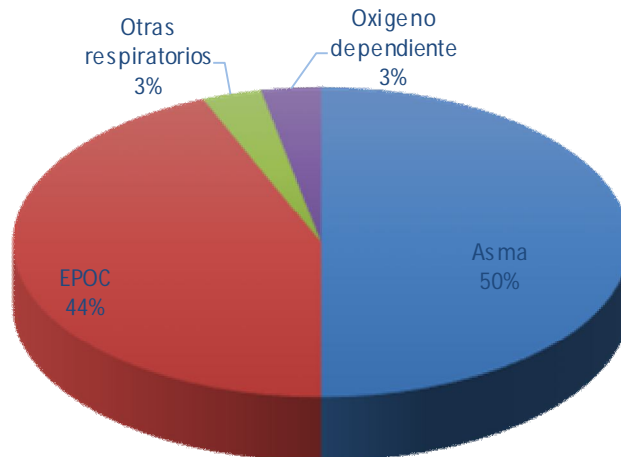
La población adulta en control en la sala corresponde a 72 pacientes, la patología de mayor prevalencia es el Asma con un 81%, 13% son EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica) y un 4% corresponde a otras patologías como Fibrosis Pulmonar, LCFA, Insuficiencia Respiratoria Crónica. Cabe destacar que se encuentran ingresados dos pacientes oxígeno dependiente con control en nivel secundario.

GRAFICO: CRONICOS RESPIRATORIOS 15 A 64 AÑOS



En el grupo de pacientes adulto mayor; 32 personas se encuentran en control. De ellos 16 son asmáticos que corresponde a un 50%, 14 son EPOC que corresponde a un 44%, 1 padece de otras enfermedades respiratorias crónicas. En cuanto a pacientes oxigeno dependiente solo se mantiene un AM que mantiene controles paralelos en la sala y broncopulmonar en HSMQ.

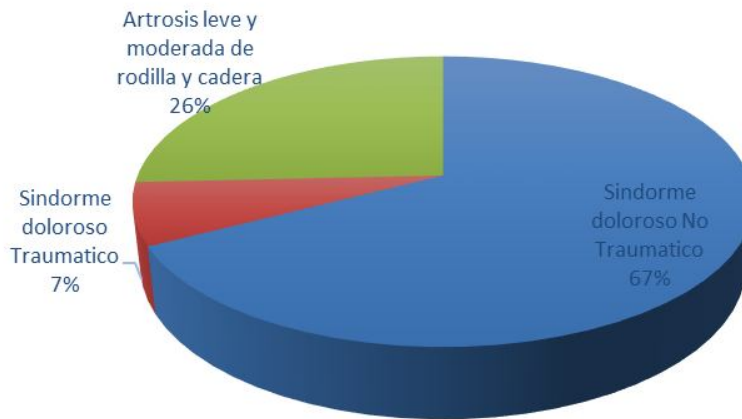
GRAFICO: CRONICOS RESPIRATORIOS 65 AÑOS Y MAS



6.2 COMPONENTE REHABILITACIÓN

Los ingresos a sala de rehabilitación física según patología corresponde en un 67% a síndrome doloroso no traumáticos como lumbagos, hombro doloroso, síndrome de manguito rotador y tendinitis, esto a consecuencia del trabajo agrícola que realizan los usuarios/as del Cesfam; las artrosis de rodillas y cadera corresponden a un 26%, y solo un 7% ingresa por síndrome doloroso secundario a traumatismos. Los pacientes son derivados por medico de morbilidad del establecimiento.

GRAFICO: INGRESOS A REHABILITACION FISICA

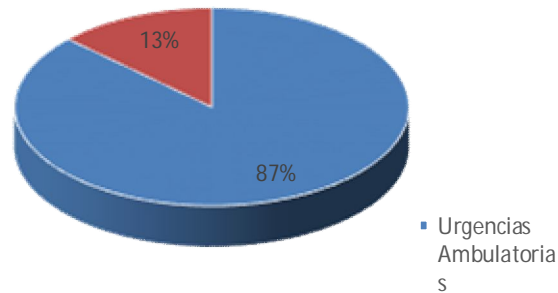


7. UNIDAD DENTAL

7.1 ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DIURNA

- **Urgencias Odontológicas**

GRAFICO: URGENCIAS ODONTOLOGICAS



Durante enero y octubre del año 2015 se realizaron 783 atenciones de urgencia odontológica. De las anteriores 682 correspondiente a un 87% fueron urgencias odontológicas ambulatorias y las restantes 101 con el 13% fueron urgencias GES.

- **Altas odontológicas por edad**

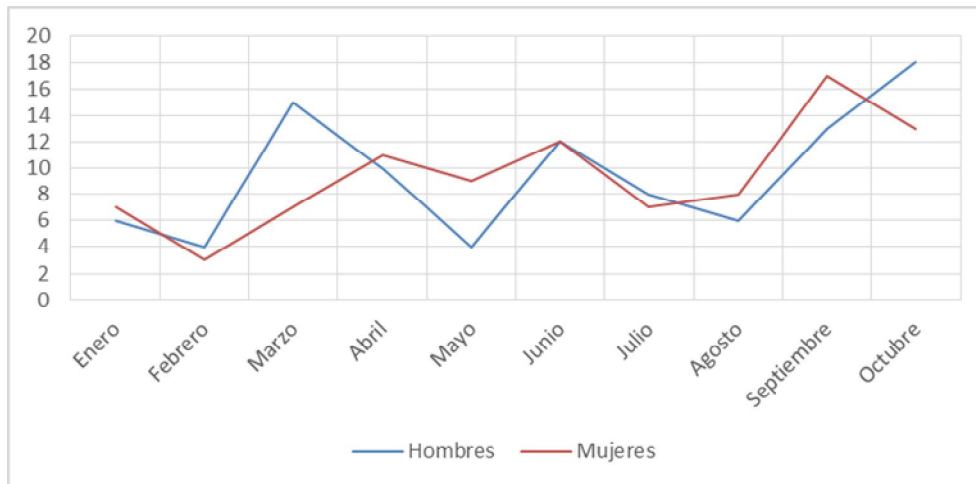
GRAFICO: ALTAS ODONTOLOGICAS



El gráfico anterior muestra la cantidad de altas odontológicas según estrategia 2, 4, 6, 12 años y gestantes. Del total realizado (131 altas) entre enero y octubre del presente; la distribución es la siguiente: con un 31% y con el mayor porcentaje sobre el total realizado se encuentran las altas de 12 años, seguidas por un 25% de altas de embarazadas, 18 % de altas de 2 años, 16% de 4 años y finalmente un 10% de altas de 6 años.

· **Altas odontológicas población menor de 20 años**

GRAFICO: ALTAS ODONTOLÓGICAS POBLACIÓN MENOR DE 20 AÑOS



En el transcurso del año se han realizado 190 altas odontológicas a población menor de 20 años. Comparativamente existe un porcentaje similar entre hombres y mujeres atendidas con un 51% y un 49% respectivamente, correspondiente a 96 hombres y 94 mujeres.

· **Ges 60**

En cuanto a la población de 60 años, se estima que el centro posee unos 44 adultos en esa condición. Para el año 2015 la población beneficiaria de GES 60 es de 15 personas distribuidas en 8 hombres y 7 mujeres.

· **Programa Sembrando Sonrisas**

GRAFICO PROGRAMA SEMBRANDO SONRISAS



El Programa Sembrando Sonrisas durante el año 2015 fue ejecutado en los dos establecimientos educacionales municipales, en el Jardín VTF municipal y en el PMI del sector de Santa Olivia. Dicho programa alcanzó una cobertura de 55 niños/as entre 2 años y 5 años 11 meses. De la totalidad de atenciones realizadas la mayor cantidad con 24 prestaciones se realizaron en el JI Caperucita, seguido de 18 en la Escuela La Palma, 8 en la Escuela Las Pataguas y 5 en el PMI Nueva Esperanza. El gráfico anterior muestra la distribución porcentual de los totales por establecimiento educacional.

7.2 PROGRAMA MEJORAMIENTO EN EL ACCESO A LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA

El programa de mejoramiento en el acceso a la atención odontológica contempla la atención de morbilidad dental en horario de extensión (incluida mañana del sábado) en personas mayores de 20 años. Esta estrategia se incorpora a las prestaciones del Cefam a partir del mes de julio del 2015. Durante los meses de julio a octubre se han realizado 611 atenciones divididas en población de 20 a 64 años (586 atenciones) y en mayores de 65 años (25 atenciones). Del total de atenciones realizadas el 95.9% corresponde al primer grupo de edad y el restante 4.1% al segundo.

GRAFICO: ATENCIONES PROGRAMA MEJORAMIENTO EN EL ACCESO A LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA



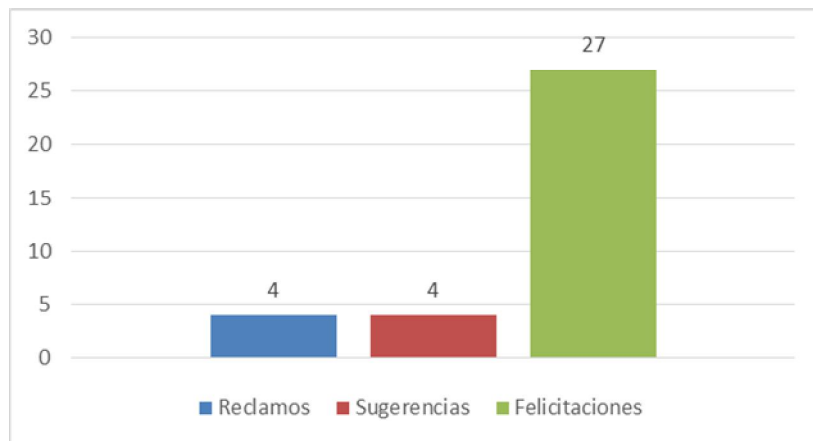
8. UNIDAD DE PROMOCION Y PARTICIPACION COMUNITARIA

8.1 OIRS

Como estrategia 2015, el equipo de salud del centro se planteó como objetivo disminuir la cantidad de reclamos del año anterior, los cuales principalmente se daban por trato. De esta manera y posterior al diagnóstico realizado según el análisis de las solicitudes ciudadanas 2014 y 2013, además de los resultados de la encuesta nacional de trato 2014. Se elaboró un diagnóstico y su posterior plan de trabajo (2016 – 2017) de modo de resguardar la calidad de la atención en el componente satisfacción usuaria.

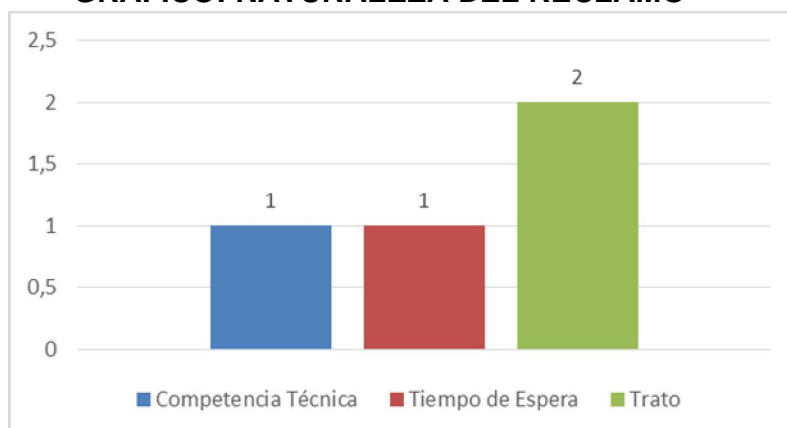
El siguiente gráfico presenta la cantidad de solicitudes ciudadanas, recepcionadas de enero a octubre del 2015.

GRAFICO: SOLICITUDES CIUDADANAS



Del total de solicitudes ciudadanas el 77% corresponde a felicitaciones, un 11.5% a sugerencias y el mismo porcentaje a reclamos. En cuanto a la naturaleza del reclamos estos se dividen en trato, tiempo de espera y competencia técnica.

GRAFICO: NATURALEZA DEL RECLAMO



10.2 CONSEJO CONSULTIVO

El consejo consultivo de usuarios/as del centro lo conforman las tres mesas territoriales existentes en el sector de La Palma. Las cuales se agrupan territorialmente y se dividen en mesa territorial Los Almendros, San Francisco y Santa Olivia.

Dentro de las funciones principales del Consejo para nuestro centro, se encuentran:

- Colaborar activamente en la gestión de la dirección del establecimiento, asegurando una real participación de todos los sectores involucrados en la mejora continua de la atención de salud y de la calidad de vida de la población usuaria.
- Canalizar las opiniones de la comunidad y dar respuesta a sus inquietudes.
- Identificar problemas y participar activamente en la planificación de estrategias de solución.
- Participar en los procesos de evaluación de la gestión del establecimiento y constituir comisiones de trabajo necesarias para el desarrollo de sus actividades.

Este consejo sesiona mensualmente, además de las instancias extraordinarias creadas para fines específicos, principalmente jornadas de trabajo, planificación y evaluación.

El consejo elabora su plan de trabajo anual en el mes de marzo de cada año y su cumplimiento es evaluado en el mes de diciembre en un consejo ampliado. Este año además y por primera vez se realizará la cuenta pública del centro.

El plan de acción del consejo del año 2015 es evaluado mediante matriz programática de cumplimiento (compromiso de gestión N° 7) con cortes a junio, septiembre y diciembre; donde se espera 100% de lo programado en el último corte.

10.3 TRABAJO COMUNITARIO

El componente comunitario ha sido uno de los principales ejes en la gestión del centro. El mantener canales de comunicación claros, directos y efectivos con la comunidad usuaria ha permitido trabajar el concepto de salud desde una perspectiva preventiva promocional, manteniendo y reforzando la identidad cultural y local del sector.

El centro ha puesto principal énfasis en desarrollar acciones que promuevan la salud desde la integralidad de las personas y su identidad acorde al medio que habita. Lo anterior, en el entendido de que el sector rural posee un matiz distinto, en el cual se incorpora la territorialidad como un factor importantísimo en el desarrollo integral de los individuos.

Según la impresión desde la comunidad, a partir del último diagnóstico participativo realizado, el principal énfasis se encuentra en potenciar estilos de vida saludables como forma de disminuir el riesgo CV principalmente en niños y adolescentes. Además de realizar actividades familiares en el marco de promover una vida sana.

LINEAMIENTOS A CONSIDERAR EN LA LÍNEA DE PROMOCIÓN EN SALUD DEL CESFAM

1. Constituir un plan de promoción que genere mayor participación por parte de la comunidad; y que en él se plasme el sentido crítico de la población.
2. Definir áreas críticas por parte de la comunidad que sean susceptibles de ser modificadas con los recursos propios con los que cuenta el territorio.
3. Generar y redireccionar estrategias a partir de los insumos adquiridos desde los territorios en instancias como mesas territoriales u otras actividades comunitarias.
4. Empoderar al Equipo de Salud, como agente fortalecedor del trabajo con la comunidad.
5. Integrar terapias alternativas y complementarias en la práctica de APS.
6. Direccionar esfuerzos para constituirse en el eje central de la conservación del medio ambiente, con la introducción del reciclaje como elemento primordial y básico de un ambiente de conservación natural y limpio.
7. Avanzar en la calidad de la atención en salud, por medio de la satisfacción usuaria de la población.

El trabajo comunitario del año 2015 se ha desarrollado en las actividades planificadas dentro del plan anual del consejo local de salud, conformado por las mesas territoriales del sector que trabajan en forma autónoma en cada uno de los sectores que conforman la unidad vecinal N° 10 correspondiente a La Palma.

A continuación se detallan los objetivos planificados para este año.

Objetivo General:

“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”

Objetivos Específicos:

- Desarrollar iniciativas tendientes a mejorar la calidad de la atención y las prestaciones otorgadas.
- Potenciar OIRS como referente técnico en materia de difusión e información a la comunidad.
- Desarrollar iniciativas conjuntas de proyectos locales que contribuyan a la prevención y promoción de la salud de la población, resguardando la identidad local del sector.

✓ **ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL 2015**

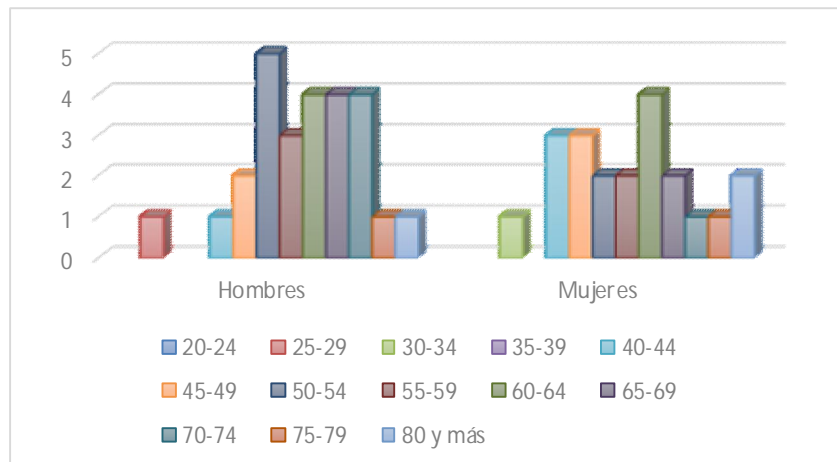
- Feria de la salud (Difusión garantías AUGE, protocolos de atención, cartera prestaciones Cesfam, derechos y deberes de los usuarios/as)
- Cuenta pública CESFAM
- Diálogos ciudadanos (temáticas emergentes)
- Jornada de sensibilización del equipo de salud en estrategias de humanización del trato
- Fortalecimiento OIRS (entrega de información y difusión) Distribución de flyer, informativo mensual en cuentas de agua potable de los/as usuarios/as del sector.
- Actividades Preventivas – Promocionales (Farmacia Viva, Feria Productiva Los Parceleros, Talleres Embarazadas y Niños CHCC, Ciclos de Vida Sana con preescolares – escolares, Muestra de alimentación saludable, Taller sexualidad en escuelas del sector, Aplicación Ficha adolescente en establecimientos educacionales)
- Conmemoración días y fechas relevantes (día de la mujer, pascua de resurrección, día mamá, papá, niño/a, familia, Mes del Corazón, Fiestas Patrias, Halloween, Navidad, Club del AM)

11 OTROS INDICADORES DE EVALUACIÓN

11.1 PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR

El Programa de Salud Cardiovascular posee una población bajo control de 822 personas según censo del mes de septiembre. Durante los meses de enero a octubre se han realizado 47 ingresos, correspondiente el 55% a hombres y el 45% a mujeres. El siguiente gráfico indica la distribución por rango de edad, diferenciados por sexo.

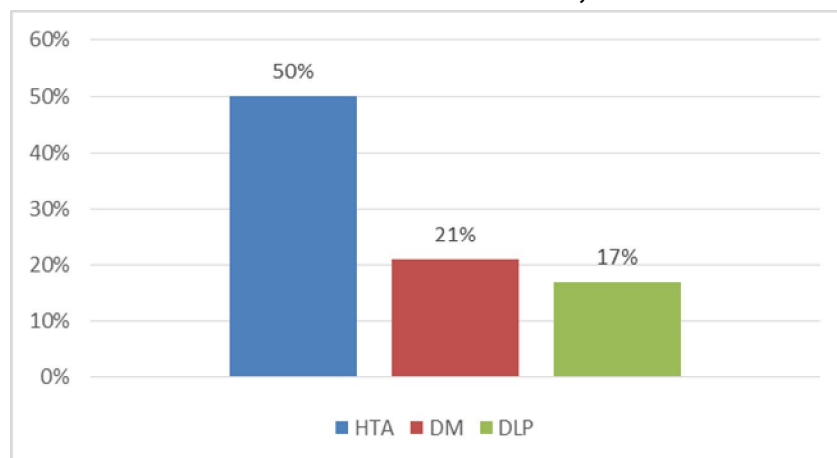
GRAFICO: INGRESOS A PROGRAMA CARDIOVASCULAR



Del total de pacientes bajo control el 50% corresponde a diagnóstico de Hipertensión Arterial, seguido de un 21% con diagnóstico de Diabetes Mellitus y finalmente con un 17% aquellos con diagnóstico de Dislipidemia.

Del total la población bajo control 541 presenta diagnóstico mixto; siendo en este caso hipertensos y diabéticos a la vez.

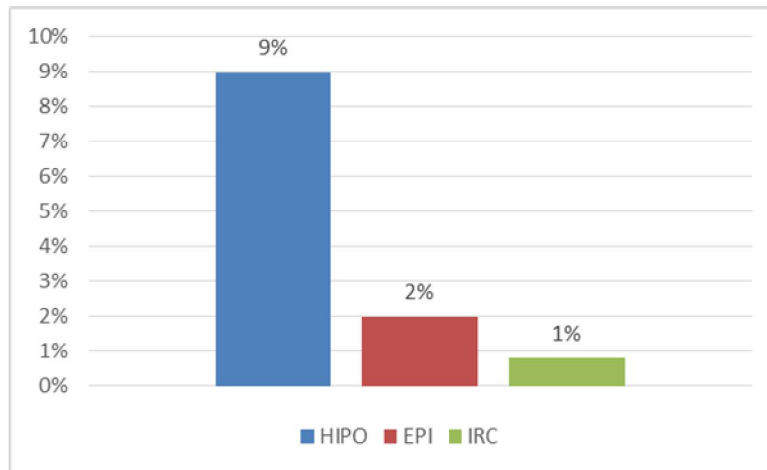
GRAFICO: POBLACION CARDIOVASCULAR, SEGÚN DIAGNOSTICO



11.2 OTRAS PATOLOGÍAS CRÓNICAS

Existe un total de 113 pacientes con diagnóstico de patología crónica no cardiovascular. Entre estos cuentan Hipotiroidismo, Epilepsia e Insuficiencia renal crónica. El siguiente gráfico muestra la distribución por patología con sus respectivos porcentajes, correspondiente a 89 pacientes con diagnóstico de HIPO, 16 de EPI y 8 de IRC.

GRAFICO: POBLACION CON OTRAS PATOLOGIAS CRONICAS



11.3 SALA DE PROCEDIMIENTOS MENORES

La sala de procedimientos menores posee cobertura comunal y según convenio 2015 debía realizar 250 procedimientos cutáneos de cirugía menor. De enero a octubre se han realizado 281 intervenciones.

Los siguientes gráficos muestran porcentualmente la distribución sobre el total de cirugías realizadas en cuanto a rango de edad y sexo.

GRAFICO: CIRUGIAS MENORES SEGÚN GRUPO ETAREO

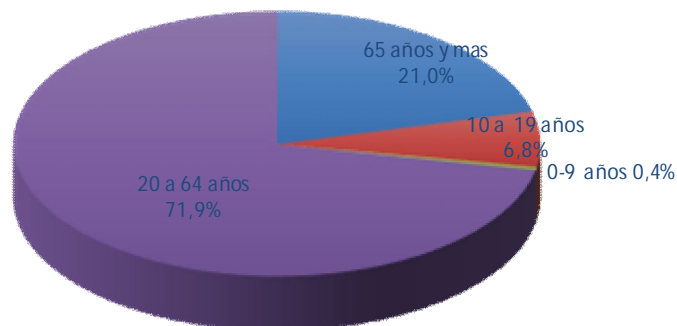
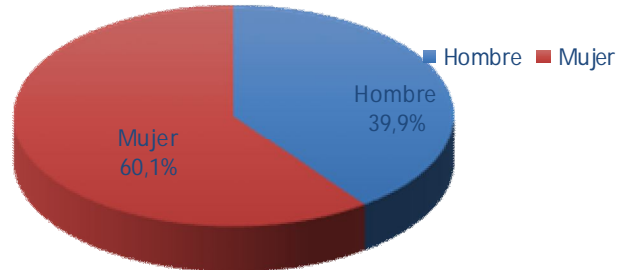


GRAFICO: CIRUGIAS MENORES SEGÚN SEXO



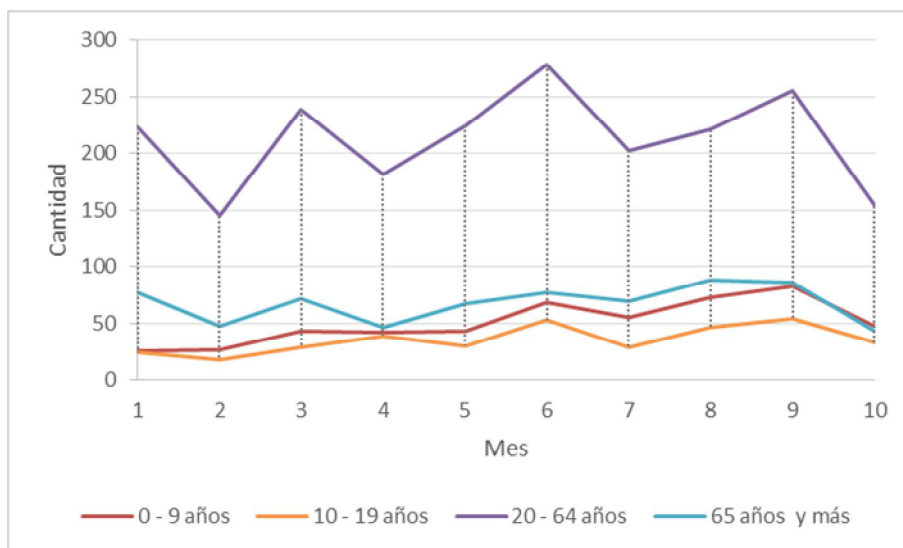
Al igual que en el año 2014, los diagnósticos con mayor número de intervenciones fueron: instalación de pellets para tratamiento en el abuso de alcohol que no han logrado resultados positivos con otro tipo de tratamientos anteriores, acrocordones y extirpación de lipomas.

11.4 CONSULTAS DE MORBILIDAD MÉDICA

El Centro de Salud Familiar La Palma posee 16 horas médicas semanales disponibles para atención de morbilidad. Durante el año 2015 se han realizado 3.364 consultas a usuarios/as de toda edad.

El gráfico a continuación muestra la distribución por mes y rango etáreo de la población el centro respecto a las atenciones médicas recibidas. En él se evidencia una clara tendencia del grupo adulto de 20 a 64 años respecto a la utilización de horas médicas de morbilidad. El pick del año en todos los rangos se da en el mes seis, coincidente con campaña de invierno.

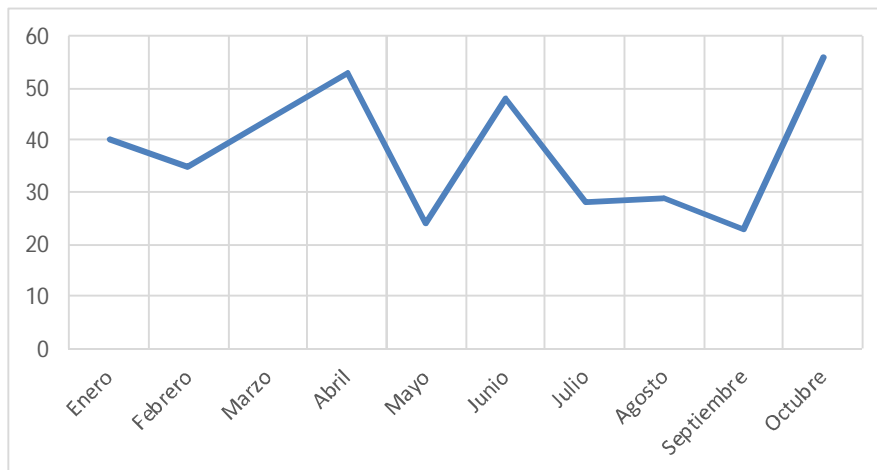
GRAFICO: CONSULTAS DE MORBILIDAD



11.5 ATENCIÓN DOMICILIARIA

De enero a octubre el equipo de salud del centro ha realizado 380 visitas domiciliarias integrales a familias usuarias/as que evidencien algún factor de riesgo. Entre ellas se cuentan las visitas del Programa de Atención Domiciliaria, Servicio Itinerante de estimulación, Riesgo Psicosocial, entre otras.

GRAFICO: VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL

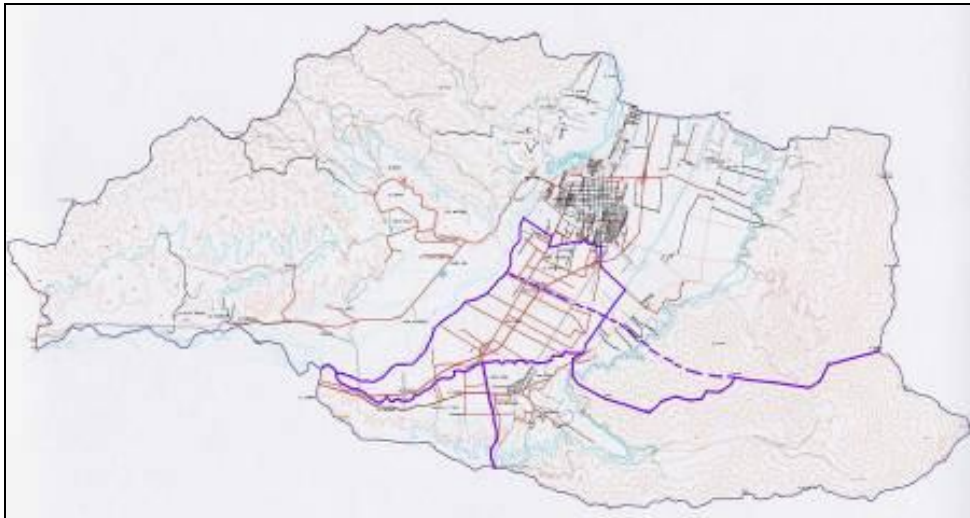


En cuanto a las visitas domiciliarias de seguimiento, principalmente realizadas para beneficiarios del Programa de Atención Domiciliaria, en su componente dependencia severa y paliativos se realizaron 42 visitas, principalmente por técnico de enfermería. En cuanto a procedimientos y tratamientos en domicilio, de enero a octubre se efectuaron 272 actividades.

CENTRO DE SALUD FAMILIAR SAN PEDRO

CARACTERIZACION GEOGRÁFICA

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

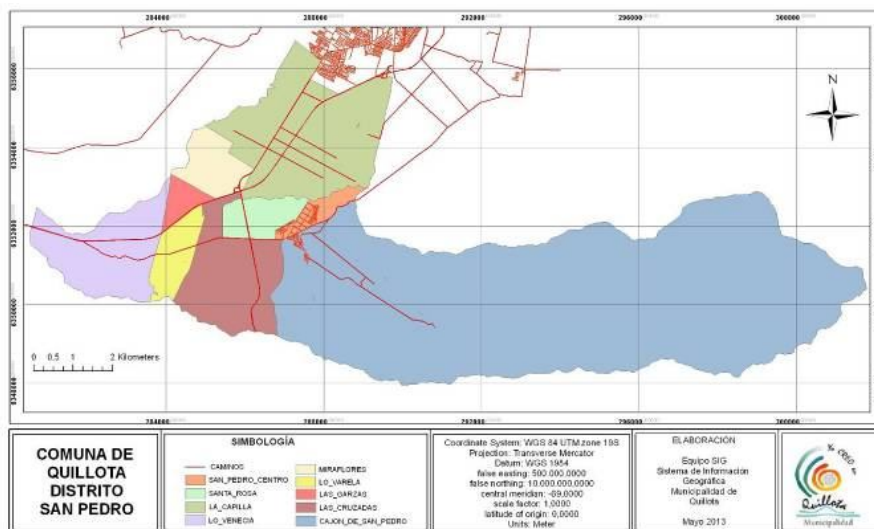


Esta lámina grafica en línea azul continua delimita la cobertura territorial del Centro de Salud San Pedro, conformados por tres distritos censales, que en su conjunto alcanzan casi un tercio del territorio comunal.

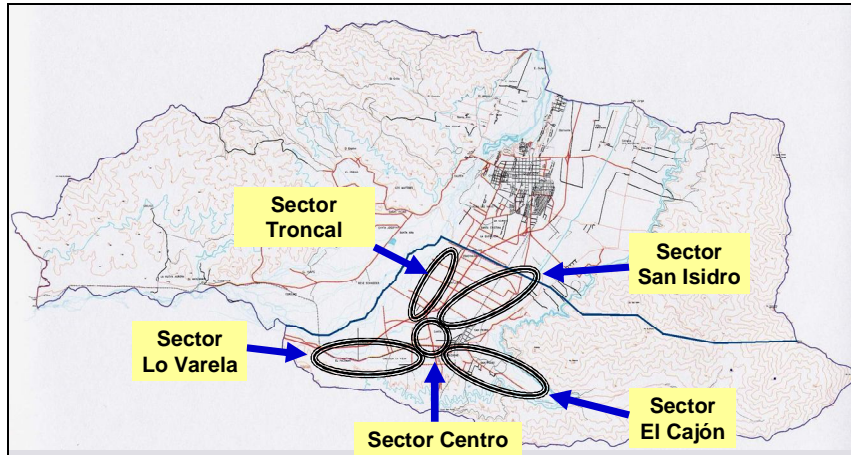
Según el ordenamiento territorial del Municipio de Quillota aprobado por el Honorable Consejo Municipal el 09 de mayo de 2011, el distrito de San Pedro corresponde a la Unidad Vecinal N° 9



Al interior de la Unidad Vecinal N° de San Pedro, en un trabajo conjunto de Delegación Municipal de San Pedro con los actores locales, se definen nueve subsectores: San Pedro Centro, Santa Rosa, La Capilla, Lo Venecia, Miraflores, Lo Varela, Las Garzas, Las Cruzadas, Cajón de San Pedro.



Para fines prácticos de trabajo del Centro de Salud, el territorio se divide geográficamente en cinco macro sectores: Sector centro, sector Lo Varela (a 5 kilómetros del centro, a 13 kilómetros de la ciudad de Quillota), Sector el Cajón (a 7 kilómetros del centro, a 15 kilómetros de la ciudad de Quillota), sector San isidro a (3 kilómetros del centro a 5 kilómetros de la ciudad de Quillota) y sector El Troncal.



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

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

ÁREA DE CENTROS DE SALUD RURALES

La Misión de los Municipales de Salud Rurales es ser un *“Sistema de salud cuyo propósito es contribuir al desarrollo de una localidad rural saludable e identitaria, garantizando un enfoque familiar y un rol articulador de los actores comunitarios rurales”*.

En este contexto, entre los principios que orientan el quehacer de los Centros de Salud ha sufrido una paulatina transformación, pasando de una práctica tradicionalmente asistencialista, centrada en el Equipo y Centro de Salud, hacia principios donde destacan el criterio geográfico que define la ruralidad; el enfoque de atención que incorpora elementos de la salud familiar, considerando la visión holística de la persona, familia y entorno; el particular sello que imprimen las comunidades en los Centros y que los diferencia de los centros urbanos; por último, la madures que se ha alcanzado con la comunidad rural, constituyéndonos en actores y observadores de sus procesos.

En esta línea, es que surge desde la Dirección del Departamento de Salud la indicación de crear el Área de Centros de Salud Rurales, con el desafío de unir esfuerzos en el trabajo por una mejor calidad de vida de las familiar que habitan en estas localidades, recogiendo su particular riqueza cultural.

La propuesta del Área de Centros Municipales de Salud Rurales, se fundamenta en fuerzas tanto internas, como externas a los Centros de Salud que han generado dinámicas particulares. Entre las principales justificaciones para ello se puede mencionar las siguientes:

- Los Centros Municipales de Salud Rurales se han convertido en un importante referente social para las comunidades y zona de Quillota en las cuales se encuentran insertos. En éstos, no solamente la población encuentra respuestas a problemáticas referidas a la salud de las personas, sino que son percibidas como espacios de expresión y promoción comunitarios.
- Los trabajadores de estos centros han podido determinar la importancia del trabajo colectivo entre ellos, para reconocer, validar y socializar la importancia que la población rural debe tener en la gestión política y social de la comuna.
- La actual multifuncionalidad de los territorios rurales precisa ahondar en el trabajo interdisciplinario a partir de la colaboración entre los distintos actores comunitarios que realizan sus actividades en estas localidades.
- Cada vez es más difícil trabajar en contextos rurales por la pluralidad de intereses y expectativas existentes, y además, los/as ciudadanos/as son más exigentes y reivindicativos/as, de modo que “tienes que responder, pero no estás dotado para atenderlo todo”.

- El modelo de salud de la comuna de Quillota ha destacado a nivel nacional por el énfasis, manejo y compromiso que presenta frente a la promoción de salud, manteniendo históricamente el fomento del trabajo coordinado entre los Centros de Salud que atienden a los sectores rurales.

En esta línea de trabajo, las Direcciones y equipos técnicos de los Centros de Salud Rurales, se han reunido para analizar y proponer un programa de trabajo común, siendo el eje de este proceso el diagnóstico local de Salud elaborados junto a las comunidades de cada localidad. Como producto, surge la necesidad de generar instancias de encuentro e intercambio de experiencias entre los dirigentes y líderes comunitarios, como también de los equipos de cada Centro de Salud.

EVALUACIÓN Y PROYECCIONES

PROGRAMA DE SALUD FAMILIAR

El programa de Salud Familiar del Centro de Salud de San Pedro, comenzó a implementarse el año 2008, ingresando en primera instancia a las familias con integrantes atendidos por el Programa Cardiovascular (CV), ello en el marco de la organización de aplicación del enfoque familiar como estrategia del sector rural en una alianza de trabajo conjunto.

En un segundo periodo se pone el acento en las mujeres gestantes. Durante el año 2011 se avanza en cantidad y calidad, en cuanto el seguimiento al plan de salud de las gestantes de riesgos, previa elaboración de una ficha social, cartola familiar y visita domiciliaria integral se realiza estrechamente con la unidad maternal. El seguimiento ha favorecido la prevención y promoción de conductas saludables y la pesquisa temprana de daños para la salud de las gestantes y sus familias, destacando la vulneración de los derechos laborales de las mujeres que trabajan en labores agrícolas y la prevención de los riesgos vinculados a la exposición a plaguicidas.

Durante el año 2013 se actualizaron las carpetas de familia y se incorporaron nuevos casos detectados por el equipo de salud. Durante el año 2014 el énfasis se puso en privilegiar las reuniones del Equipo de Familia por sobre otras actividades, propiciar las responsabilidades individuales de los integrantes del Equipo de Salud y en el desarrollo de Estudios y Programas de Familia con enfoque preventivo-promocional.

El año 2015, dado la conjugación de dos factores:

1. Ejecución del Plan de Mejora del Cesfam 2015-2016.
2. La realización del Diplomado de Atención Primaria de Salud y Enfoque de Salud Familiar por parte del encargado del área, se ha logrado reducir la brecha del Cesfam en capacitación especializada en Salud Familiar. Esta situación ha gatillado un proceso de revisión de todos los procedimientos internos hasta ahora realizado por el equipo de salud en cuanto a la salud

familiar, reformulándose casi la totalidad de ellos e incorporándose nuevas acciones y sus respectivos documentos guías, de acuerdo a las exigencias del Plan de Mejora y de los conocimientos teóricos y técnicos suministrados por el Diplomado.

Por lo tanto, los recursos se han concentrado en realizar mejoras administrativas y técnicas a nivel de meso y micro gestión en la implementación del modelo de salud integral con enfoque familiar y comunitarios a nivel local, proyectando para el 2016 la finalización de la etapa de sensibilización del equipo de salud, capacitación y marcha blanca de propuestas de mejora para su implementación definitiva.

PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA INTEGRAL (PADI):

El programa PADI, busca otorgar tanto las personas con dependencia severa, como a su cuidador y familia, una atención integral en su domicilio, con un entorno social y emocional adecuado.

En la actualidad dicho programa lo conforman 63 usuarios, los que cuentan con un equipo de cabecera, liderado por la Enfermera, el Kinesiólogo y Asistente Social, los que se encargan de coordinar prestaciones de otros miembros del equipo siempre con un enfoque biopsicosocial, además de la constante capacitación de familias y cuidadores, a través de talleres educativos y actividades prácticas y la activación de la Red de Salud.

Así mismo y en conjunto con la comunidad se creó un equipo de cooperación, conformado por vecinos de la misma, que cuyo objetivo principal es actuar de mediadores, facilitando los tramites de gestión o retiro de insumos entre usuario y CESFAM.

El Programa de Salud Familiar permitirá continuar ampliando la calidad de atención a nuestros usuarios, mejorando no sólo la calidad de vida de los mismos, sino también de sus familias.

ÉNFAIS EN FAMILIAS DE GESTANTES E INFANCIA.

Al igual que el año 2015, se dará prioridad a las familias de riesgos con: gestantes, recién nacidos y prematuros. Esto contempla continuar con la gestión del programa, que incorpora elementos administrativos y prestaciones directas a los grupos priorizados, de manera tal que se garantice el acceso a estas familias. Los recursos utilizados son entre otros: Matrona, Asistente Social, Admisión, Enfermera, Psicopedagoga y Masoterapeuta. Por ejemplo: una gestante evaluada de riesgo por la Matrona y/o Asistente Social, tras el parto se informará a Admisión para que el recién nacido acceda a agenda reservada para su evaluación de ingreso. La psicopedagoga deberá atender a los niños y niñas derivados desde la unidad familiar, podrán ser pesquisadas por enfermera pero se deberá ingresar como familia de modo que se asegure que no sean intervenciones aisladas.

Todo lo anterior con el objeto de garantizar un acompañamiento más cercano a la relación vincular madre-hijo y padres-hijos dentro de las distintas acciones de salud familiar.

PROGRAMA JOVEN SANO

Durante este año, se presentó el proyecto de “Implementación del Programa Joven Sano en el centro de salud”, a cargo de la Matrona del Cesfam.

En primera instancia dirigida a la población de jóvenes entre 10-14 años, para lo cual, se gestionó realizar los controles de salud en los establecimientos educacionales del sector: Colegio Abel Guerreo, Colegio Italiano y Hogar Campo Los Espinos. Con esto, se logró pesquisar factores de riesgo biopsicosociales de los adolescentes, permitiendo así la coordinación con el resto del equipo de salud, para una atención Integral del Adolescente.

Para el año 2016, se espera llegar a la población de 15-19 años, mediante la gestión con grupos juveniles de iglesias del sector, igualmente se realizara la coordinación con el Liceo Agrícola de Quillota, para realizar los controles de salud a los estudiantes.

SOBRE EJECUCIÓN DE PLANES DE SALUD FAMILIAR.

El año 2013 el equipo del Centro de Salud de San Pedro diseñó una estrategia que tiene como objetivo reforzar el trabajo con las familias.

En primera instancia se constituye el Equipo de Cabecera, sus principales funciones son: liderar el trabajo de Familia, participar con los Equipos de cada sector en la elaboración de los Estudios y Programas de Salud Familiar, y supervisar el cumplimiento de los Programas de Salud Familiar.

Para el trabajo con las familias, se debió considerar que pese al extenso territorio de cobertura del Centro de Salud, por norma, debido a la cantidad de población no corresponde la división por sectores. Ante esta realidad, se opta por agrupar las carpetas de Familia según su domicilio, para lo cual se definieron tres

subsectores, respetando el ordenamiento tradicional del territorio de la localidad, cada uno a cargo de un equipo de familia para cada subsector.

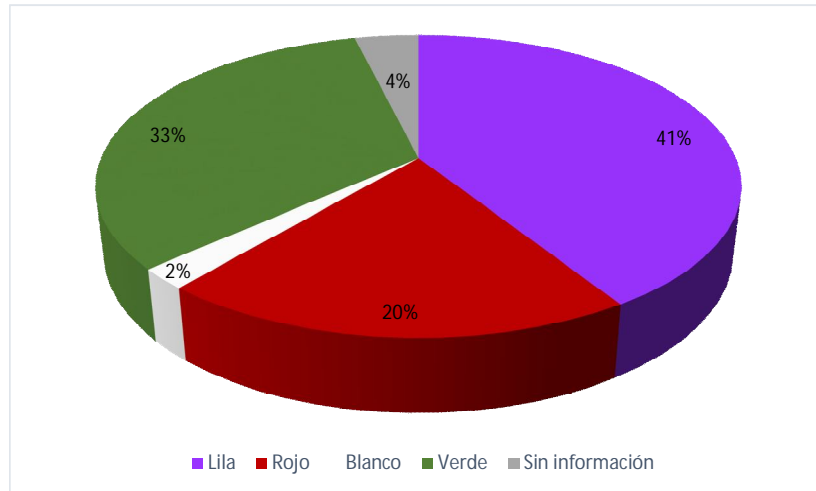
Sub-Sector	Poblaciones	Nº Sitos/ lotes/ parcelas	Nº Familias App	Nº Familias con carpeta	Equipo
VERDE	Recinto Estación	21 sitios		7	Kinesiólogo Cristian Young. Técnico: Vilsia Jiménez. Administrativo: Cecilia Moreno.
	Enrique Arenas	204 lotes		29	
	Recinto Cousiño	12 lotes		2	
	Avenida Principal (desde Ruta 60 Ch a Cruce René Shcneider)	40 lotes		6	
	Fundo Santa Rosa			1	
	Las Cruzadas			5	
	Lo Varela			3	
	Lo Venecia				
	Las Garzas				
	Camino Troncal			2	
Ruta 60 ch					
Sub-Sector	Poblaciones	Nº Sitos/ lotes/ parcelas	Nº Familias App	Nº Familias con carpeta	Equipo
LILA	San Pedro Actual (El Pueblo)			27	Nutricionista Julia Lira Pavez Técnico: Aline Cubillos Administrativo: Katia Toro Trigo
	El Esfuerzo	60 lotes		6	
	El Huerto	57+43		5	
	Sor Teresita	125 lotes		9	
	Santa Rita de Cassia	44 lotes		5	
	El Sueño	12 lotes			
	Sol de Julio	180		9	
	San Isidro			3	
Sub-Sector	Poblaciones	Nº Sitos/ lotes/ parcelas	Nº Familias	Nº Familias con	Equipo

		lotes/ parcelas	App	carpeta	
ROJO	Luís Mella	24 lotes		5	Matrona
	Nueva Esperanza	41 lotes		4	Valeska González
	Villa Primavera	66 lotes		3	Técnico: Patricia Tapia.
	Teobaldo Sanguinetti	19 lotes		1	
	El Cajón de San Pedro			27	Administrativo: Tamara Suarez
Sub-Sector	Poblaciones	Nº Sitos/ lotes/ parcelas	Nº Familias App	Nº Familias con carpeta	Equipo
BLANCO (Fuera de San Pedro)	Villa México			1	
	Los Laureles			1	
	Artificio			1	

Es una tarea del equipo del subsector profundizar el conocimiento de éste, en cuanto a su caracterización demográfica y epidemiológica.

De los subsectores definidos por el Equipo de Salud, la mayor cantidad de familias con cartola familiar se concentra en el sector lila, que incluye el casco urbano original de la localidad, así como también las poblaciones con mayor densidad poblacional. Mientras que en segundo lugar se ubica el sector verde que incluye sólo una población urbana y los restantes son solos sectores netamente rurales. En cambio, con menor cantidad de familias con cartolas se encuentra el subsector rojo que contiene a la población de mediana antigüedad.

GRAFICO: DISTRIBUCION DE LAS FAMILIAS CON CAROLA FAMILIAR, SEGÚN SUBSECTORES DEL CESFAM SAN PEDRO A OCTUBRE 2015



Con el objetivo de posibilitar la participación de la mayor cantidad de integrantes del Equipo de Salud, cada subsector quedó a cargo de un equipo de trabajo, compuesto por profesionales, técnicos, administrativos. Los auxiliares de servicios no han sido incorporados, debido que esta función está en manos de servicios externos al centro de salud.

Las causales de Ingreso al Programa de Salud Familiar que se han definido localmente son las siguientes:

1. Gestantes con riesgo social.
2. Recién nacidos con riesgo social.
3. Usuarios postrados y paliativos.
4. Problema de salud mental.
5. Prematuro.
6. Obesidad infantil y adulto.
7. Riesgo DSM.
8. Usuario (a) con problema cardiovascular descompensado o inasistente.
9. Dinámicas Familiares.
10. Familias sin riesgo (estudio).

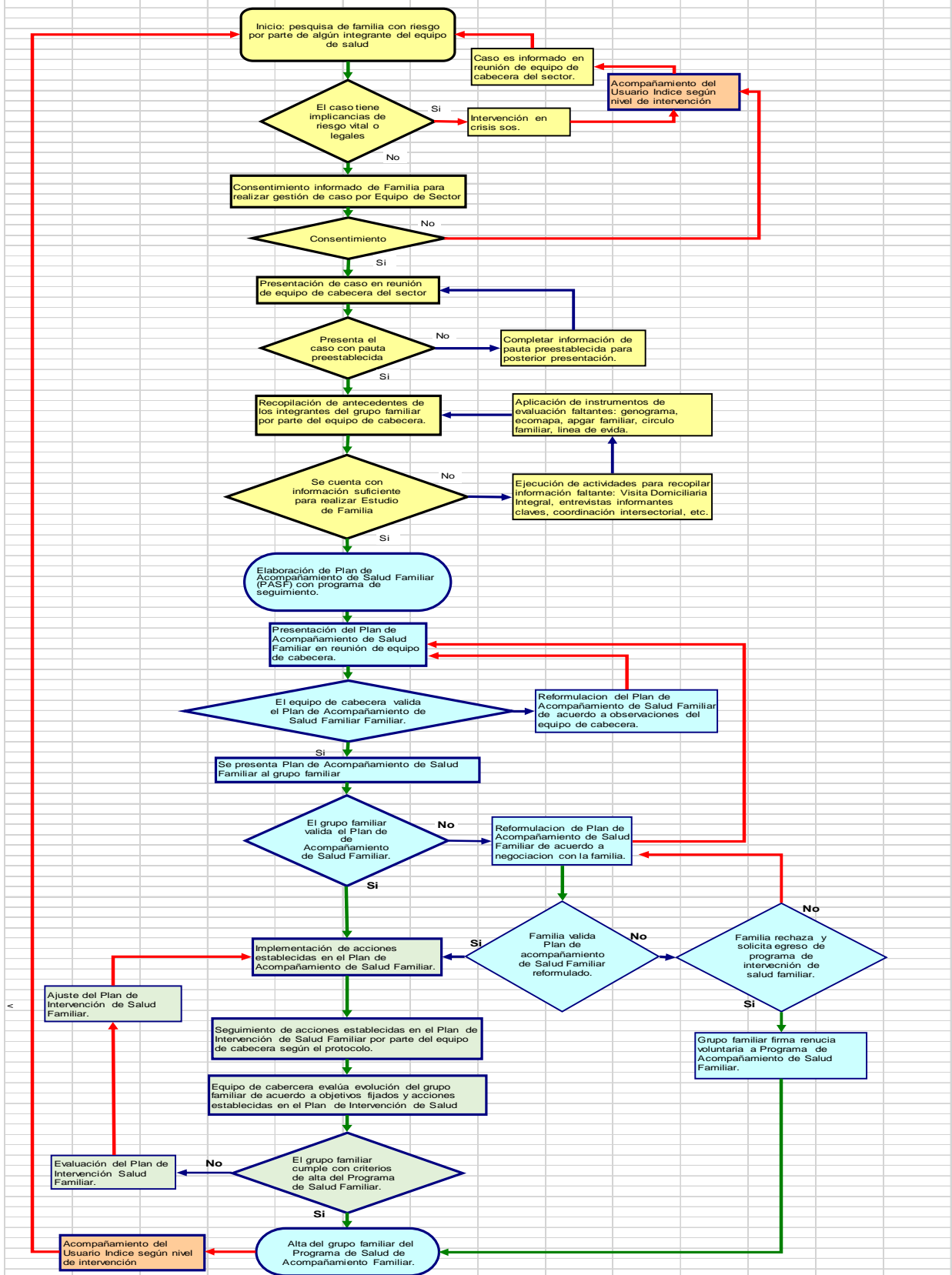
Para el trabajo con la Familia el Equipo de Salud ha construido un proceso compuesto por una secuencia de actividades, que producto de la implementación del Plan de Mejora del Cesfam 2015-2016, concretamente con la elaboración del **Plan De Acompañamiento A Familias Evaluadas Como De Riesgo**, ha sufrido una profunda transformación durante el año 2015, buscando ajustarse a las exigencias técnicas de la guías clínicas y a las necesidades e intereses del nivel local. Para su implementación se debe cumplir con la sensibilización y capacitación del Equipo de Salud respecto a su importancia, realizar una marcha blanca y su implementación definitiva.

La elaboración del Plan De Acompañamiento A Familias Evaluadas Como De Riesgo, ha permitido clarificar los criterios de selección de los grupos familiares, cuestión que en los análisis realizados por parte del Equipo de Salud, de la implementación del Modelo de Salud Familiar a nivel local, hasta la fecha siempre existió poca claridad al respecto. En consecuencia se han elaborados documentos, como por ejemplo, la Pauta Nivel de Riesgo Familiar que estandariza la determinación del nivel de riesgo, con carácter general para las familias de usuarios que ingresan a atención de algún programa o en profundidad a las familiar que ingresan a gestión de caso, con su respetivo estudio de familia.

En este ámbito ha sido central la clarificación conceptual respeto a la elaboración a la función del Equipo de Salud de acuerdo al enfoque de salud familiar y comunitario, identificándose como pilar del quehacer la función de acompañamiento a los usuarios y sus familiar a lo largo de las distintas etapas de la vida y las respectivas crisis que vivirán, ya sea entregando información anticipatoria, acompañando en su recorrido, apoyando para su resolución o de lo contrario derivando al nivel secundario cuando sea necesario.

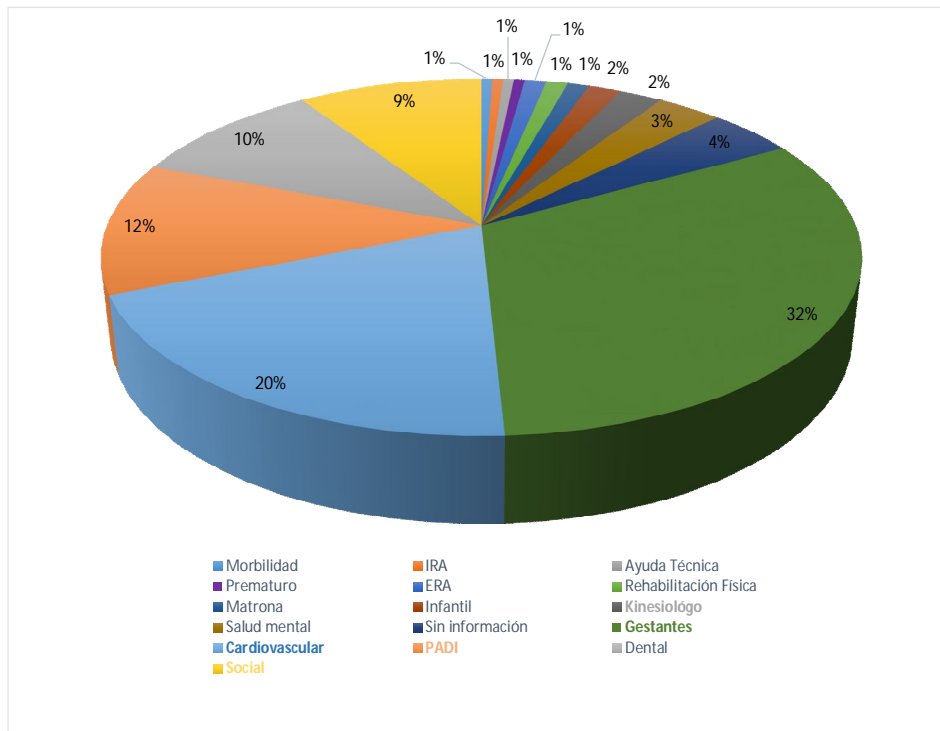
La propuesta de mejora se grafica en el diagrama de flujo de elaboración y seguimiento del Plan de Mejora, que a continuación se expone.

Diagrama de Flujo De Elaboración y Seguimiento del Plan de Acompañamiento Familiar



Según el trabajo realizado hasta la fecha de presente documento, como causa de ingreso al Programa de Salud Familiar (PSF), ha experimentado un cambio en cuanto al programa de ingreso, hasta el año 2014 prevalecieron las familias con integrantes con patología crónica Cardiovascular. Esto se debe a que la base del PSF fue dado por el Programa de Salud Cardiovascular (PSCV). En cambio durante el año 2015 se puede apreciar que la mayor cantidad de cartolas provienen de los ingresos de gestantes, lo cual da cuenta del cambio de foco, desde el cuidado de la enfermedad hacia la promoción de salud y prevención de problemas de salud. Esto se debe a que este grupo de familias presentan una oportunidad para desarrollar procesos de Salud Familiar a cabalidad, en las distintas etapas vitales de la persona y su entorno familiar. En tercer lugar se encuentran las familias con integrante dependiente severo, parte del Programa de Atención Domiciliaria Integral (PADI).

GRAFICO DE DISTRIBUCION DE LAS FAMILIAS CON CARTOLA FAMILIAR, SEGÚN PROGRAMA DE INGRESO DEL CESFAN SAN PEDRO A OCTUBRE 2015



A octubre de 2015, según el Registro Estadístico Mensual, el Centro Municipal de Salud de San Pedro cuenta con las siguientes cifras resultantes del Programa de Salud Familiar.

- N° Familias con carpeta familiar: 183
- En cuanto a la determinación del nivel de riesgo, dado el proceso de mejora que ha involucrado la revisión de los procedimientos y sus instrumentos, se ha congelado la determinación del nivel de riesgo de las familiar ingresadas

con cartolas familiares, hasta que sea sancionada la pauta de determinación de nivel de riesgo.

Para la ejecución de las actividades del PSF se cuenta con el siguiente conjunto de herramientas, que permiten el conocimiento, estudio y trabajo con las familias:

1. Cartola Familiar.
2. Genograma.
3. Eco-mapa, mapa de red de apoyo social.
4. APGAR Familiar
5. Estudio de Familia.
6. Visita Domiciliaria Integral.
7. Modelo de Factores Protectores y Riesgo.
8. Revisión de Instrumento

La Visita Domiciliaria Integral (VDI), es uno de los principales componentes del PSF, principalmente en su etapa de conocimiento de la Familia y posterior al Programa de Trabajo de Salud Familiar, en la etapa de seguimiento y evaluación. Esta es una de las actividades que demanda más recursos para el Centro de Salud, ya requiere de horas profesionales y recursos logísticos insustituibles como movilización, atendiendo a la amplia área territorial.

En la línea de mejorar los procedimientos, por requerimiento del Equipo de Salud se creó la Guía Para El Registro De Visita Domiciliaria Integral En Cartola Familiar, cuyo objetivo es detallar un marco de referencia para el registro de la información recolectada en la visita domiciliaria integral por parte del Equipo de Salud y facilitar unidad de criterios. Parte de esta modificación, se contempla la eliminación del formulario del Visita Domiciliaria Integral hasta ahora existente en el Cefam, dejando para tal efecto el registro directo en la cartola familiar al momento de la VDI.

A septiembre 2015, (Según REM) se registran 623 VDI, mientras que a noviembre del año 2014 se registraron 466 VDI.

LOGROS	DESAFIOS
<ul style="list-style-type: none"> • Reducción de la brecha de capacitación del equipo en salud familiar mediante la realización por parte del encargado del Diplomado del Modelo de Salud Integral con enfoque familiar y comunitario en APS. • Aumento de la elaboración de cartolas familiares. • Equipo de salud altamente motivado. • Reserva de agenda de Equipo de Salud para trabajo de Familia. • Registro de reuniones semanales de trabajo con familia. • Gestión de atención con enfoque integral y multidisciplinario. • Atención oportuna y priorizada para usuarios pertenecientes de la unidad familiar como producto de la vinculación directa entre profesionales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitar al equipo de salud en las mejoras del proceso de implementación del modelo del Modelo de Salud Integral con enfoque familiar y comunitario en APS. • Consolidar equipos de trabajo y optimizar los recursos de gestión en carpetas de familia. • Instalar en el trabajo cotidiano el proceso metodológico del trabajo con Familia. • Propiciar participación del equipo transversal en el desarrollo de la metodología de Salud Familiar. • Incentivar las responsabilidades individuales de los integrantes de los Equipos de Salud en el desarrollo del Modelo de Salud Familia.

LÍNEA COMUNITARIA Y PARTICIPACIÓN SOCIAL

El trabajo comunitario en San Pedro se ha caracterizado por avanzar en la línea de participación social basada en el enfoque de determinantes sociales de la salud y el enfoque ecosistémico. Bajo esta perspectiva se han ido incrementando las acciones en dos direcciones:

- En los diagnósticos socio-sanitarios con técnicas participativas que ha devenido un conjunto de acciones programáticas.
- La identificación de realidades locales que se constituyen en problemas sociales, que afectan directamente el bienestar de las familiar y en consecuencia su salud.
- La abogacía por mejorar condiciones de servicios, la satisfacción de necesidades básicas y la defensa por el derecho a un Medioambiente saludable.

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

Durante el año 2015, el eje del trabajo comunitario ha sido la ejecución del programa de trabajo del Consejo Local de Salud, el cual da respuesta y continuidad al proceso de Diagnóstico Comunitario Participativo de Salud realizado el año 2014 y en los cuales se priorizaron las siguientes líneas de trabajo según prioridad dada por el Consejo de Salud:

- 1° Consumo problemático de drogas.
- 2° Exposición a plaguicidas.
- 3° Suciedad de las calles.
- 4° Pérdida de horas médicas por inasistencia de usuarios.

Se debe destacar que la temática del consumo problemático de drogas es se ha tornado durante el año 2014 una problema comunitario agudo, muy complejo de abordar, que durante el año 2015 ha registrado un elevado impacto en la opinión pública local, asociado a una escalada de hechos delictivos violentos, realidad nueva para la población local.

En cuanto al Diagnóstico Comunitario Participativo de Salud, debe ser actualizado el año 2016, razón por la que se espera que sea uno de los ejes principales del programa de trabajo del siguiente año, además de dar continuidad a las actividades de los años anteriores y la incorporación de los nuevas propuestas surgidas de la evaluación anual.

SEXO		TOTAL PARTICIPANTES DIRECTOS
Hombres	Mujeres	567
150	418	
Nº de actividades comunitaria al 30 de octubre noviembre de 2015: 19		
Grupo de trabajo estable del Consejo de salud: 9 personas		
Grupo de trabajo estable de la red de productores: 5 personas.		

De las áreas derivadas del diagnóstico participativo 2014 y programas de trabajo del Consejo de Salud 2015, podemos señalar como estado de avance es el siguiente:

Actividades comprometidas en el Plan de Trabajo 2015	% de Avance de la actividad al 30-09-2015	Describa detalladamente la ejecución de la actividad comprometida
Campaña informática de los resultados del Diagnóstico Comunitario Participativo de Salud 2014	50%	Exposición de resultados a representantes de: - Establecimientos Educativos de la localidad. - Equipo local del Programa Actuar en comunidad del SENDA.
Continuidad de grupo de monitores para la promoción de la Salud y la prevención del consumo de drogas	75%	Tres sesiones del Taller socioeducativo en temáticas de la prevención del consumo problemático de drogas, a cargo de la Psicóloga Claudia Díaz Orellana del CESFAM de San Pedro. Con la asistencia de líderes, dirigentes comunitarios y representantes de instituciones de la localidad de San Pedro.
Encuentro Artístico Cultural Local	100%	Conformación y reunión y reunión periódica de la comisión que organizará la actividad, fijada por el Consejo de Salud para el 12-10-2015. En la reunión de la comisión participaron El Delegado Municipal local, una representante del Centro de Salud y representantes de los usuarios. Además paralelamente se ha trabajado en reuniones con el Intersector, específicamente con los establecimientos educativos en la coordinación de su participación en la actividad. A la fecha se ha gestionado participativamente la totalidad de la actividad.
Actividades Físicas Recreativas	50%	Actividad de celebración de Fiesta Patrias en que se invitó a la comunidad a bailar cueca durante una hora en el exterior del CESFAM. Participaron usuarios, funcionarios del CESFAM y representantes de clubes de adultos mayores de la localidad.
Difusión de la oferta curativa del consumo problemático de drogas.	0%	
Feria Ecológica Vida Sana de San Pedro	75%	Los días martes y jueves de cada semana, entre las 09:30 y 12:00 horas en el exterior del CESFAM San Pedro, funciona la Feria Ecológica Vida Sana de San Pedro, compuesta por cinco integrantes, usuarias del centro de salud, que ofertan frutas y verduras cultivados en sus huertos familiares y productos derivados de su manufactura.
Taller para desarrollar estrategia para disminuir la suciedad de las calles	25%	Se ha reunido en dos oportunidades la comisión que ha organizado un plan de trabajo para realizar un diagnóstico de la suciedad de las calles a nivel local. Han participado de las reuniones el Delegado Municipal local, la Directora y Asistente Social del CESFAM, representante del Jardín Infantil media Luna.
Taller para desarrollar estrategia para disminuir la pérdida de horas médicas por inasistencia de los usuarios.	0%	

Taller de implementación de un medio de comunicación para la población adolescente usuaria.	0%	
---------------------------------------------------------------------------------------------	----	--

El trabajo comunitario en San Pedro ha dado prioridad a los procesos con sentido, orientados por la Determinantes Sociales de la Salud, por sobre al activismo espontáneo y desarticulado. Como producto de esta metodología se han obtenido importantes logros que dicen principalmente con promoción de liderazgos positivos, informados y empoderados en relación a la defensa del bien común local.

LOGROS	DESAFIOS
<ul style="list-style-type: none"> • Incorporación de revisión de solicitudes ciudadanas (OIRS) a las reuniones ampliadas regulares del Consejo de Salud. • Consolidación del consejo de salud San Pedro. • Validación del Consejo de Salud por parte de los dirigentes vecinales de San Pedro, como instancia de apoyo comunitaria-técnica. • Empoderamiento de los líderes y dirigentes comunitarios vinculados al Consejo de Salud. • Desarrollo de procesos participativos efectivos en la identificación y abogacía por temas de interés ciudadano locales. • Recepción del Producto del proceso de participar en la creación del reglamento nacional de fumigaciones terrestres. • Conclusión de alianzas estratégicas con la Universidad de Valparaíso para el estudio (FONIS) de los temas de interés comunitario: plaguicidas. • Avance cualitativo en la mirada ciudadana de los participantes del consejo de salud. • Incorporación del Intersector en las actividades del Programa de trabajo 2015 del Consejo de Salud. • Vinculación con redes locales que han favorecido la gestión y comunicación con la comunidad (Radio comunitaria). • Reconocimiento comunal de la Feria Ecológica Vida Sana de San Pedro por medio de Premio de la incorporación a la iniciativa "Eco Feria". • Desarrollo a nivel local del rol de animador sociocultural con enfoque de promoción de salud y prevención de problemas de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> • Incorporación de representantes de los trabajadores del Cesfam en las reuniones ampliadas regulares del Consejo de Salud. • Fomentar mayor protagonismo de los integrantes del Consejo de Salud representantes de organizaciones comunitarias en la organización y ejecución de las actividades del programa de trabajo 2016. • Desarrollo de Plan de Trabajo común en áreas de interés similares con los sectores rurales de la comuna. • Incorporar al Consejo de Salud líderes o dirigentes comunitarios de ámbitos que posibiliten una mayor diversidad, por ejemplo: organizaciones deportivas, culturales, educación, et. • Fomento en líderes y dirigentes comunitarios de una visión más optimista respecto a realidades complejas que afectan negativamente la comunidad, como por ejemplo la drogadicción.

PLAN DE MEJORA

Intersector

El trabajo intersectorial es una variable clave para la promoción de salud en los distintos ámbitos y para las distintas condicionantes de la salud. En esta perspectiva durante el año 2015, en el marco de la implementación del Plan de Mejora del Cesfam 2015-2016, se ha presentado la oportunidad de dar mayores niveles de formalidad al trabajo entre el Centro de Salud y la red local, para lo cual se ha elaborado el documento del Plan de Trabajo Intersectorial 2015, en el cual por primera vez, se recogen y condensan las distintas actividades que realiza el Cesfam en conjunto con las distintas instituciones y servicios a nivel local.

INSTITUCIONES DE LA RED LOCAL

Nº	Institución	Representante	Dirección	Teléfono	Correo electrónico
1	Delegación Municipal	César Arancibia Bahamóndez	Dueñas Nº16	2329368 - 98298798	cesar.arancibia@quillota.cl
2	Centro de Salud Familiar	Mónica Quiroga Fernández	René Schnneider Nº206	2310575 - 98219135	monica.quiroga@saludquillota.cl
3	Casa de Acogida	Marcela Meza Rodríguez	San Fernando Nº60	2329802 - 77679622	marcela.meza@saludquillota.cl
4	Retén Las Cruzadas	Hernán Gallegos Ramírez	Dueñas Nº110	2433088 - 81884897	reten.lascruzadas@carabineros.cl
5	Cuarta Compañía de Bomberos	Carlos Navia A.	Principal s/n	2315893 - 97276207	lidiecita1@yahoo.es
6	Escuela Abel Guerrero	Guillermo Trejo Carreño	Cintura Nº223	2296657 - 62099633	maria.molina@redq.cl
7	Escuela Italiana	Erika Leiva Vasquez	René Schnneider s/n	2329331	citalianosp@gmail.com
8	Escuela El Cajón	Beatrix Loos	Parcela 43-A3	2316776 - 96476538	bealoos@gmail.com
9	Hogar Campo Los Espinos	Beatrix Loos	Parcela 43-A4	2316777 - 96476538	sociedadjuntos@yahoo.es
10	Jardín Infantil Media Luna	Teresa Ramírez Gómez	Teniente Merino s/n	2316131 - 83595555	jardinmedialuna@gmail.com
11	Jardín Infantil Putupur	Marcela Gil Ortiz	Cintura s/n	2329842	jardin.putupur@redq.cl
12	Agrup. Cultural Nueva Imagen	Luis Arancibia Arancibia	Avda. Dueñas Nº16	2329285 - 94610152	nuevaimagenfm@gmail.com

El proceso de trabajo intersectorial, ha centrado el foco principal en la coordinación con los establecimientos educacionales, fomentando un espacio de participación, caracterizado por el encuentro y dialogo entre los distintos actores locales del ámbito de la educación. Lo que ha dado pie al surgimiento de coordinaciones generales y bipartitas paralelas.

INSTITUCIONES DEL AMBITO EDUCACIONAL FORMAL

	Institución	Representante	Dirección	Teléfono	Correo electrónico
6	Escuela Abel Guerrero	Guillermo Trejo Carreño	Cintura N°223	2296657 - 62099633	maria.molina@redq.cl
7	Escuela Italiana	Erika Leiva Vasquez	René Schneider s/n	2329331	citalianosp@gmail.com
8	Escuela El Cajón	Beatrix Loos	Parcela 43-A3	2316776 - 96476538	bealoos@gmail.com
9	Hogar Campo Los Espinos	Beatrix Loos	Parcela 43-A4	2316777 - 96476538	sociedadjuntos@yahoo.es
10	Jardín Infantil Media Luna	Teresa Ramírez Gómez	Teniente Merino s/n	2316131 - 83595555	jardinmedialuna@gmail.com
11	Jardín Infantil Putupur	Marcela Gil Ortiz	Cintura s/n	2329842	jardin.putupur@redq.cl

Al interior de este proceso se han desarrollado reuniones de trabajo el Cesfam con establecimientos educacionales específico (Colegio Italiano y Jardín Infantil Media Luna) para abordar temas de interés de ambas partes, especialmente la clarificación de criterios de derivación de usuarios, lo que debiera arrojar como producto un diagrama de flujo del procedimiento validado por los participantes. También se debe resaltar la concreción de servicios ofertados desde el Cesfam a los establecimientos educacionales, como consejerías y talleres grupales de maso-terapia y kinesiología.

En este proceso han participado activamente cuatro de los cinco establecimientos educacionales (Jardín Infantil Media Luna, Escuela de Lenguaje Ayenkantún, Escuela El Cajón y Hogar Campo Los Espinos y Colegio Italiano), destacando su intervención en el proceso de organización y ejecución de la actividad del Programa de Trabajo 2015 del Consejo de Salud “Segundo Encuentro Cultural Familiar de San Pedro”.

Para el año 2015 se proyecta dar continuidad a la mesa de trabajo del intersector con foco en los establecimientos educacionales, con la meta de elaborar en conjunto el Programa de Trabajo Intersectorial 2015 e incorporar a los restantes establecimientos educacionales y avanzar en la formalización los vínculos institucionales.

El espacio de amamantamiento

A fin del año 2015 se habilita un espacio de amamantamiento acondicionado, donde las madres puedan extraerse leche o amamantar a sus hijos de una manera tranquila y confortable, promoviendo no sólo el vínculo y apego entre ellos, sino también favoreciendo la cobertura de lactancia materna, la cual debe ser exclusiva hasta los seis meses, aspecto de vital importancia y considerado meta sanitaria a nivel país, además busca disminuir la malnutrición por exceso en la población infantil.

Con la incorporación del espacio de amamantamiento para el año 2016, se busca lograr aumentos porcentuales en la cobertura de LME, disminución de malnutrición por exceso en la población infantil, además de mejorar el vínculo materno, entregando a nuestros usuarios un lugar acogedor y privado, que promueva la lactancia materna y crianza respetuosa.

Centro de trabajo promotor de salud

En busca de mejorar la calidad de vida en el ambiente laboral, a través de actividades planificadas que permitan optimizar las conductas y hábitos de los funcionarios, es que durante el año 2015 comienzan las primeras actividades que buscan acreditar a Cesfam San Pedro como "lugar de trabajo promotor de salud".

Para el año 2016 se planifican actividades prácticas y participativas con todo el equipo de Cesfam San Pedro, estableciendo la conformación de un equipo permanente encargado de coordinar actividades de capacitación y recreativas que incrementen el desarrollo personal de cada uno.

Algunas cifras respecto a la Lactancia Materna Exclusiva

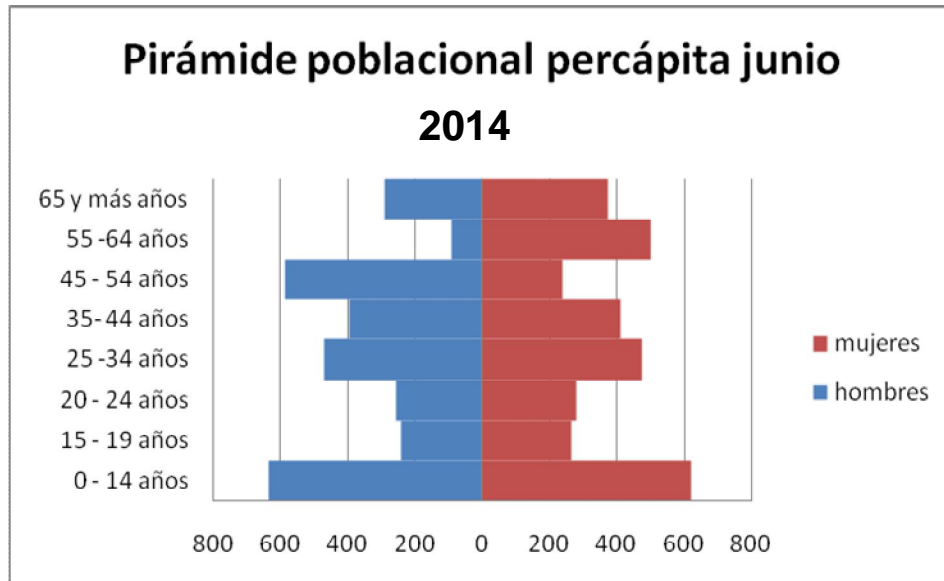
Lactancia materna exclusiva a los 6 meses en Cesfam San Pedro es el 55.5% del total de infantes controlados (nivel país 60 %) → esperamos lograr un incremento de LME, reforzando los talleres en gestantes, consejerías breves y dando a conocer el espacio de amamantamiento a nuestros usuarios.

Consultas nutricionales infantiles.

En el año 2015 as consultas nutricionales infantiles estuvieron bajo las cifras solicitadas a nivel país. De la población infantil bajo control, el 57,6% acudió a consulta nutricional del 5 mes, mientras que para consulta de los tres años y medio la cifra bajó a 19,6%.

Para el año 2016 se espera incrementar la adherencia a consultas y controles nutricionales de la población infantil, mejorando así la malnutrición por exceso, fomento de lactancia materna y estilos de vida saludables. Con las oportunas derivaciones y capacitaciones del equipo de salud y la cooperación de jardines infantil del territorio local se gestionarán atenciones en los mismos establecimientos educacionales, facilitando material educativo a educadores, padres y apoderados.

LÍNEA ASISTENCIAL



Con una población percápita total validada a junio 2014, (último dato oficial), de 5.987. La distribución etárea de la población muestra un alto número de menores de quince años, siendo los mayores de 65 años de la mitad de éstos. La población adulta-joven es importante respecto al resto. Podríamos estar hablando de una población joven en general. Si además observamos la alta demanda de la población infantil podemos inferir que será necesario reforzar las acciones destinadas y programas dirigidos a esa población.

RECURSOS HUMANOS DISPONIBLES:

Trabajadores (as) CS San Pedro	Horas semanales disponibles
Médico	71 hrs.
Enfermera	66 hrs.
Asistente Social	33 hrs.
Matrona	50 hrs.
Kinesiólogo	44 hrs.
Nutricionista	22 hrs.
Masoterapeuta	5 hrs.
Psicólogo	22 hrs.
Odontóloga	43 hrs.
Técnicos Paramédicos CESFAM	242 hrs.
Técnicos Paramédicos SAPU	132 hrs.
Administrativa CESFAM	198 hrs.
Administrativos SAPU	66 hrs.
Auxiliar de Servicio	44 hrs.
Psicopedagoga	8 hrs.

La distribución de la jornada

- De lunes a viernes entre 08:00 – 20:00 hrs. Teniendo 2 extensiones dentales, 2 de atención de la mujer, 1 de nutricionista.
- Sábado entre 08:00 y 14:00 hrs. atención dental.

Cabe destacar que en el presente año no existe brecha negativa de horas médicas en el Programa de Salud Cardiovascular, lo que se refleja en una mayor oportunidad en las atenciones de toda la población perteneciente a dicho programa.

Las horas de profesional *matrona* durante este año han sido estables con la incorporación al equipo de una matrona que aporta con su labor en el programa de la mujer, adolescente, adulto mayor en los ámbitos preventivos, promocionales y de atención directa.

Las horas de *asistente social* cubren las necesidades de orientación social respecto a programas y vínculos con las redes institucionales locales. También son un fuerte aporte en el desarrollo de las líneas de salud comunitaria y salud familiar.

Las horas *kinesiólogo* han sido destinadas tanto a la atención directa del programa respiratorio infantil, respiratorio adulto y traumatología en menor medida. Se ha constituido un importante aporte a las actividades de atención en domicilio para beneficiarios dependientes, o con limitación física. Participa activamente en aspectos de gestión en el programa del Adulto Mayor y en la prevención primaria en grupos de riesgo. En las temporadas de invierno suele requerirse un apoyo más importante de este profesional por la alta demanda que se genera con el aumento enfermedades respiratorias habilitándose SAPU kinesiológico, este año se elevó la oferta a 22 horas semanales brindando atención de lunes a domingo con 2 profesionales entre el 27 de julio y el 30 de octubre, esto permite otorgar más atenciones, descongestionando la agenda kinésica del horario diurno a fin de cumplir con las metas asociadas a otros programas y aumentar los cupos de atención. La Sala ERA que inició en junio de 2014 con 50 beneficiarios, cuenta a septiembre del presente año con 100 beneficiario duplicando la población derivada desde la Sala Era de Quillota, traducándose en un aumento de la pesquisa, cobertura y prestación de servicios asociados a población crónica respiratoria, se mantiene el desafío de mejorar la implementación de la Sala ERA que impactará positivamente en la calidad de vida de esta población.

Las horas *nutricionista* se han dirigido estratégicamente al apoyo de los programas de lactancia materna y embarazo, esto dado que el Cesfam apunta a fortalecer líneas de trabajo de la vinculación madre-hijo en tanto que la población de San Pedro ha presentado dificultades es esta área. También es necesario destacar el rol importante de la nutricionista en el control de la malnutrición por exceso, cuya prevalencia es necesario disminuir en nuestra localidad. También ha sido fundamental para el fortalecimiento de la prevención y su contribución al mejoramiento de los estilos de vida y autocuidado por medio del desarrollo de

acciones grupales hacia usuarios pertenecientes al PSCV y de los exámenes médicos preventivos. Dentro de los desafíos para 2016 está el aumento de la prevalencia de la lactancia materna exclusiva y la promoción transversal de salud en la comunidad a través de diversas actividades masivas.

La *masoterapeuta* en conjunto con psicopedagoga matrona y nutricionista han sido sustanciales para el apoyo a la relación vincular madre-hijo. Entrega prestaciones tales como: estimulación temprana, preparación para el parto, reconocimiento de salas en Hospital San Martín, atención de niños y bebés en sala cuna del Jardín Infantil medialuna. Las horas de Psicopedagoga destinadas al apoyo de niños y familias con rezago o retraso del desarrollo psicomotor han sido de suma importancia para brindar prestaciones de calidad a estos niños, con un sistema de estimulación itinerante, donde los menores son atendidos en domicilio y en sala y, junto a esto brinda prestaciones orientadas a la pesquisa de trastornos hipercinéticos, atencionales y del aprendizaje. Es en este contexto que la psicopedagoga trabaja en conjunto en la recepción y derivación de casos relacionados con menores en riesgo biopsicosocial, trastorno motores y salud mental.

El recurso *psicólogo* ha sido un aporte para las personas de San Pedro que valoran altamente contar con esta prestación en el Cefam. Trabaja en alianza con la unidad maternal para la atención de aquellas madres o gestantes que presentan deficiencias vinculares, alteraciones de salud mental durante el embarazo o presenten riesgo biopsicosocial; trabaja con kinesiólogo en apoyo a disfunciones musculoesqueléticas asociadas a cuadros de salud mental, apoyo de trastornos adaptativos tras secuelas neurológicas u otras; con psicopedagoga en el apoyo y atención de niños con diagnósticos de TDA/H y/o trastornos del aprendizaje; apoyo a programa del adulto mayor en intervención de casos de alteración cognitiva o procesos demenciales; con nutricionista en apoyo de trastornos ansiosos y adaptativos. Otorga otras prestaciones como VIF, OH y drogas, terapia de parejas, además de las patologías GES salud mental. Trabaja en conjunto con el Asistente Social en la gestión y desarrollo de capacitaciones para la comunidad en temáticas como prevención del consumo de drogas y VIF. Además de ver los casos derivados de tribunales tanto de familia como de garantía, brindando información a los solicitantes y realizando la atención de casos en terapia de control de impulsos.

Se realizan visitas domiciliarias de salud mental individual, en caso de que los usuarios sean detectados con sospecha de algún trastorno de salud mental y tengan pocas posibilidades de traslado.

Trabajo en conjunto con organismos dependientes del SENAME en casos en que se necesita la colaboración e información respecto a casos relacionados con infancia y adolescencia.

Trabaja de forma directa con los dos EE Colegio Italiano de San Pedro y Escuela Abel Guerrero, en los casos detectados por éstos, de TDA/ H o trastornos

emocionales o de la conducta en infancia y /o adolescencia, agilizando los procesos de atención y estableciendo un vínculo directo con éstos.

En los casos de usuarios con consumo problemático de drogas o alcohol se realizan la detección y derivación inmediata a los dispositivos especializados de APS, para su evaluación y tratamiento, Programa EMERGER, MOLINO o MONTUN.

Realiza coordinaciones con Hospital San Martín de Quillota hacia la Unidad de Salud Mental, en el caso en que los usuarios que solicitan ingreso no cumplan el perfil de APS y necesiten atención a nivel secundario.

Realiza coordinación y seguimiento de casos derivado por el médico que atiende pacientes de salud mental, tanto en lo farmacológico como lo terapéutico.

Es parte del equipo de cabecera del CESFAM, participando de forma activa en las Reuniones de Familia y en el estudio de casos que se hace necesario intervenir.

Ha sido posible detectar tanto en la población control que está ingresada al Programa de Salud Mental, como en las consejerías de Salud Mental, el grado de compromiso biopsicosocial que se presenta de moderado y severo en torno a ciertas temáticas que afectan a familias o personas integrantes de familias y que afectan a su entorno como a la población en general. Es posible identificar como factores de riesgo los altos consumo de Oh y normalización de esto, inicio precoz de actividad sexual en adolescentes con embarazo adolescentes y consecuentes trastornos adaptativos. Además del consumo de sustancias ilícitas como PBC y COC aumentando los índices de delitos en la comunidad y el llamado “domestiqueo” o robo de cosas dentro del hogar para poder consumir, así mismo los altos índices de VIF. Estas últimas situaciones tienden a normalizarse en las familias y por ende a no ser denunciadas, de modo de aumentar las consultas a psicólogo y médico por patologías de salud mental.

Las horas *odontólogo* se distribuyen de lunes a viernes y se realizan dos extensiones horarias semanales. Además una los días sábados. Esto otorga mayores posibilidades de acceso a los usuarios trabajadores. Pese a lo anterior es posible señalar que se aprecia un déficit de horas de este profesional para aquellas poblaciones no contempladas en los programas priorizados: infantil, ges, embarazadas, etc. que son los adultos que ya presentan daños de salud bucal y que son altamente demandantes.

El rol de la profesional *enfermera* en su quehacer diario del CESFAM, define variadas actividades las cuales son transversales a todos los programas y grupos etáreos. Las 66 horas actualmente disponibles debido a la incorporación de dos nueva profesionales en jornadas parciales para la atención directa, ha constituido un aporte sustantivo para el desarrollo de la totalidad de actividades en la que la enfermera debe participar, no teniendo así que delegar en otras profesionales tareas propias de su rol.

Los *técnicos paramédicos y TENS* realizan un importante apoyo transversal a los diferentes programas. Han adquirido herramientas orientadas al modelo de salud con enfoque integral y familiar y siendo fundamentales para el acompañamiento y seguimiento de áreas estratégicas.

El estamento *administrativo* asume en su quehacer importantes retos con actividades de alta importancia y responsabilidad como el SGGES, atención directa de público, funciones de estafeta, coordinación de horas con otros niveles de atención y con la red comunal de salud, lo que ha demandado un trabajo de equipo coordinado, responsable y dedicado en el desarrollo y empoderamiento de estas actividades y funciones.

El recurso *auxiliar de servicio* ha presentado un déficit relativo a largas licencias médicas durante este año. Situación a ha sido subsanada con la contratación de una empresa de aseo, lo que ha brindado un mejor estándar y mayor satisfacción de nuestros usuarios frente a la temática de mantención del centro de salud.

BALANCE OFERTA – DEMANDA

Gracias a la incorporación de mayor número de horas médicas, se logró disminuir los rechazos en atenciones del PSCV a cero.

En cuanto a las horas dentales, los ingresos a tratamientos, en población adulta es la prestación que presenta mayor número de rechazos.

TABLA: ATENCIONES MÉDICAS SEGÚN TIPO A OCTUBRE 2015

Tipo de Atenciones	Acumulado
Controles de Salud PSCV	931
Consulta de Morbilidad	4.139
Consultorio San Pedro Total	5.070

El cuadro anterior muestra la distribución de consulta médica y controles del PSCV.

TABLA: COMPORTAMIENTO DE LA MORBILIDAD CESFAM – SAPU, 2014/2015

Prestación	2014	2015	Diferencia	%
Morbilidad CESFAM	3.074	4.139	+ 1.065	25% de aumento
Morbilidad SAPU	10.266	8.877	- 1.389	13,5% de disminución

Realizando la comparación del comportamiento de las atenciones de morbilidad entregadas en horario de CESFAM vemos que presentan un aumento de un 25% en relación a igual fecha del año pasado, situación que se ve explicada en la mayor oferta de horas médicas en este horario.

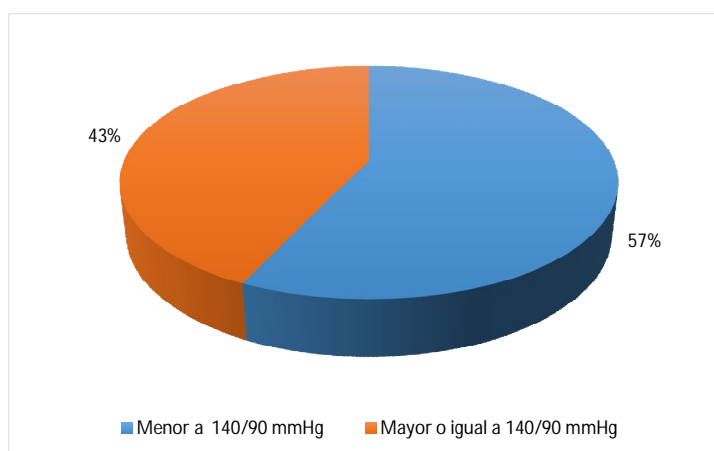
PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR

Como consecuencia de los cambios epidemiológicos, nutricionales y demográficos por los que ha atravesado el país, existe un aumento en la esperanza de vida de la población y con ello un aumento de enfermedades crónicas no transmisibles.

En la actualidad, el programa cardiovascular ha elevado el número de usuarios inscritos en él, destacando al grupo etáreo de 65 años y más con el mayor porcentaje de inscritos. Por otro lado es sexo femenino es el que presenta el mayor porcentaje de usuarios, alcanzando el 65,7% del total.

El aumento de horas médicas registradas durante este año permitió crear una prestación para pacientes con descompensación de su patología, el cual accede a una atención extra con el objetivo de compensar su situación de salud y evitar hospitalizaciones y riesgos secundarios.

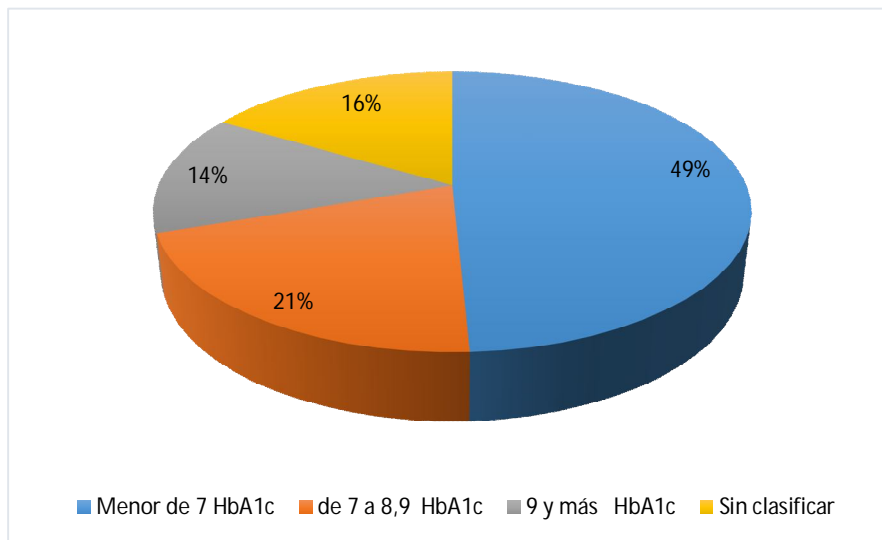
GRAFICO: INDICE DE COMPENSACION DE HIPERTENSION ARTERIAL A SEPTIEMBRE DEL 2015



Nuestros índices de compensación a septiembre 2015 corresponden a un 56,9% de hipertensos con presiones menores a 140/90. La población mayor de 15 años bajo control es de 857 personas.

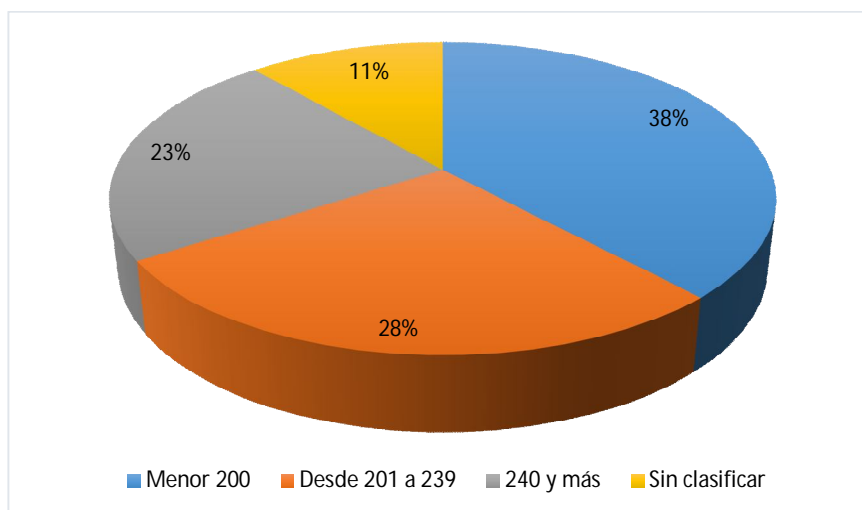
A igual fecha 2014 el % de compensación de la población bajo control hipertensa es de 61.6% la población total es de 824 personas.

GRAFICO: INDICE DE COMPENSACION DE DIABETES MELLITUS A SEPTIEMBRE DEL 2015



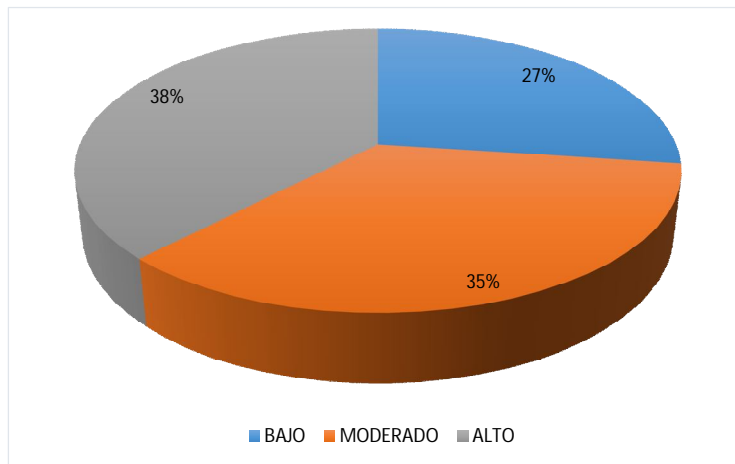
El 49.2% de nuestros diabéticos bajo control con hemoglobina glicosilada menores a 7%. La población bajo control de diabéticos mayores de 15 años es de 323. Hubo un aumento de 12 puntos porcentuales en relación al 2014

GRAFICO: INDICE DE COMPENSACION DE DISLIPIDEMIA A SEPTIEMBRE DEL 2015



La población bajo control dislipidemicos mayor de 15 años es de 509, los usuarios con resultados de colesterol total menor de 200 mg/dl son 194 y representan el 38.1%. En relación al año 2014, disminuyo en 10 puntos porcentuales.

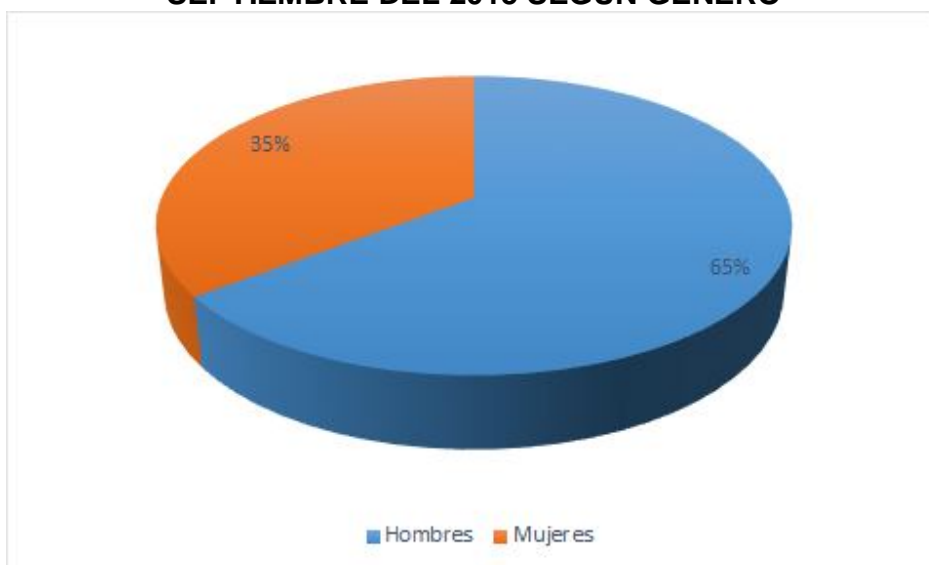
GRAFICO: CLASIFICACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR A SEPTIEMBRE DEL 2015



EXAMENES 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.

GRAFICO DE EXÁMENES MÉDICOS PREVENTIVOS (EMP) A SEPTIEMBRE DEL 2015 SEGÚN GÉNERO



PROGRAMA DE LA MUJER Y VIDA EN PAREJA

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

Método de regulación de fecundidad	Total	Menos de 15 años	15 a 19 años	20 a 24 años	25 a 29 años	30 a 34 años	35 a 39 años	40 a 44 años	45 a 49 años	50 a 54 años
DIU	136			25	199	25	19	30	9	9
Hormonal										
-Oral combinado	403	13	100	86	77	64	32	19	10	2
-Oral prostágeno	130		5	58	8	9	9	17	24	
-Inyectable combinado	264	12	65	80	30	32	27	13	5	
-Inyectable progestageno	89		16	22	1	14	13	3	10	
- Implante	144	1	24	32	30	23	16	17	1	
Preservativo										
Mujer	30		4	2	5	5	2	3	8	1
Hombre	9		3	1	2	1	1	1		
TOTAL	1205	26	217	306	182	173	119	103	67	12

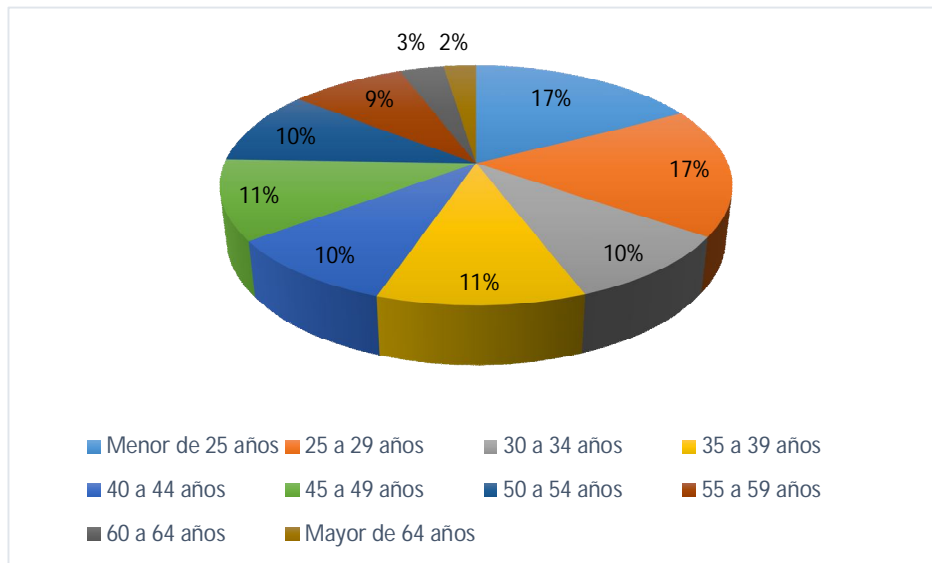
Fuente: estadística local Cesfam San Pedro, septiembre 2015

De un total de 1205 usuarias en control por regulación de fecundidad, el 33.4 % prefiere el método oral combinado, concentrándose en mayor número los grupos etarios de 15 a 34 años; esto se explica por la accesibilidad que tienen las usuarias al método y la comodidad que les genera el anticonceptivo.

El método de implante, ha aumentado considerablemente su uso en el último periodo, la lista de espera se eliminó y el método, es entregado a las usuarias que lo soliciten, previa consejería y compromiso con el uso del anticonceptivo.

El método del preservativo, si bien ha aumentado considerablemente su uso en el último periodo, es un desafío para nosotros aumentar su uso combinado con otros métodos para así disminuir la incidencia de enfermedades de transmisión sexual.

GRAFICO: POBLACIÓN FEMENINA CON PAP VIGENTE, SEGÚN GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD



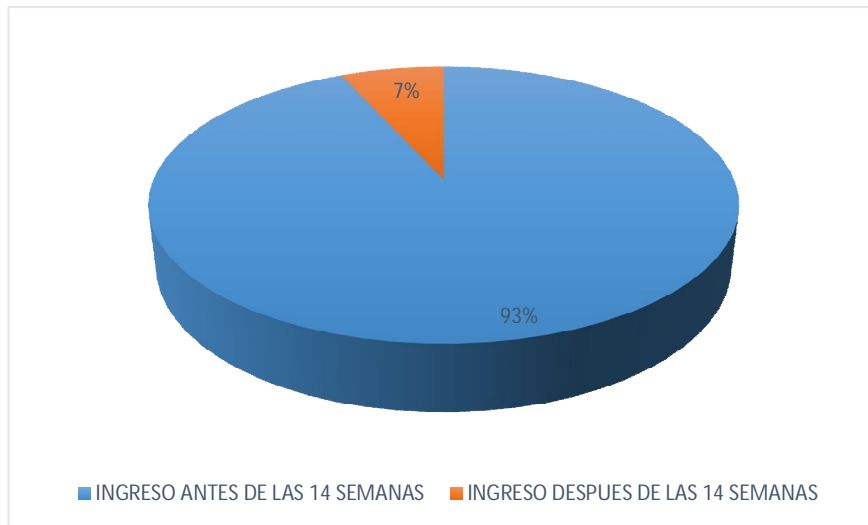
(Fuente: estadística local Cesfam San Pedro, septiembre 2015)

A septiembre del 2015 se han realizado 1469 PAP, la población de mujeres de 25 a 64 años representan un 81%.

Del total de la población femenina asignada entre 25-64 años, el 73.4% tiene su PAP vigente, lo cual refleja un aumento del 12.4 % en relación al año anterior. Tenemos como desafío continuar aumentando la vigencia hasta un 79 %, utilizando el mismo recurso del año anterior: campaña de PAP, enfocada solo a los exámenes que no estén vigentes, dando facilidad a la población para acceder al examen, sin necesidad de solicitar hora.

Los PAP realizados se realizan principalmente en los controles de regulación de fecundidad, ginecológica y climateria, además de consultas espontáneas que requiera la población femenina, así como también derivaciones realizadas por otros profesionales.

GRAFICO: INGRESOS DE GESTANTES ANTES DE LAS 14 SEMANAS AL PROGRAMA DE CONTROL DEL EMBARAZO, SEGÚN GRUPO DE EDAD



Gracias a las constantes educaciones durante consultas a matrona, y el empoderamiento de la comunidad en general, a la fecha han ingresado 55 gestantes el 93.2% ha sido antes de las 14 semanas, lo cual implica un mayor control de la salud perinatal, disminuyendo la morbilidad materno – infantil.

Evaluación de Índice ceo y COP según grupo etario en población priorizada ingresada a tratamiento durante enero – octubre 2013. Comparada con los valores nacionales MINSAL, Chile, 2007.

De la presente tabla se desglosa que la prevalencia de daño por caries se compara en algunos grupos etarios a lo observado a nivel nacional, sin embargo cabe destacar, que a muy temprana edad ya se observan altos índices de daño; lo que significa que los niños pequeños ya presentan al menos 1.3 caries en su primer control odontológico a los 2 años de edad.

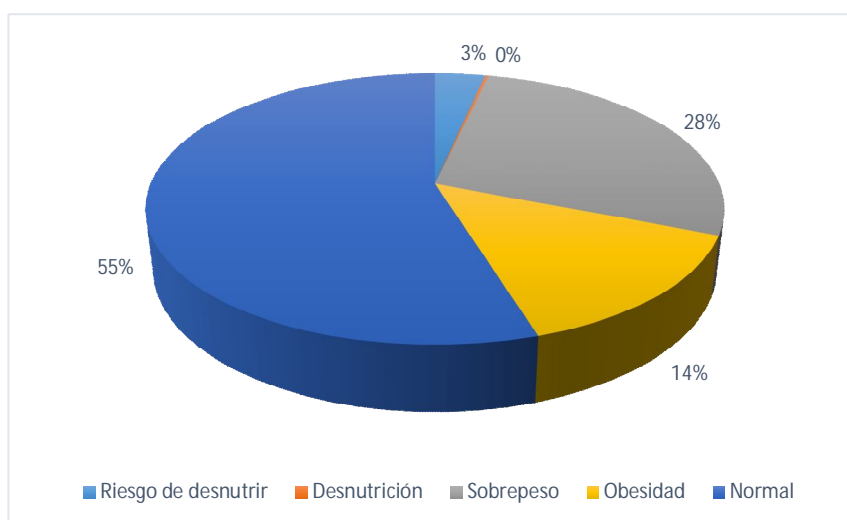
Gracias a las campañas de promoción y prevención ejecutadas en los jardines del distrito es que se ha logrado concientizar a los apoderados de la importancia de la salud bucal, y es por este motivo, que los índices de caries en los niños entre 4 y 6 años no son tan desfavorables en comparación a lo observado hace 3 años, cuando en el grupo de 6 años se observaba un ceo de 6. Estas actividades en los jardines han contribuido a la fidelización en la adhesión del tratamiento dental, y sus controles periódicos según nivel de riesgo.

Se observa también, que a medida que aumenta la edad, también aumenta el valor del índice COP; superando el promedio nacional a los 12 años y manteniéndose alto a lo largo de la vida.

Esto indica la alta demanda de horas dentales por la población adulta.

Grupo etario	0	1 a 2	3 a 4	5 y +	promedio	valor nacional
2 años	36	3	3	1	1,3	0,5
3 años	27	2	1	5	1,7	Sin datos
4 años	21	1	5	8	2,2	2,3
5 años	11	8	7	10	2,9	Sin datos
6 años	20	14	8	20	2,9	3,7
12 años	20	13	13	4	2,3	1,9
15-19 años	3	8	6	29	4	Sin datos
Embarazadas	3	4	8	42	4,4	Sin datos

GRAFICO: MENORES DE SEIS AÑOS EN CONTROL, SEGÚN DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL INTEGRADO



A causa de la transición epidemiológica y nutricional que ha sufrido el país, se han incrementado los porcentajes de sobrepeso y obesidad en los niños menores de 6 años, tanto a nivel país, como en la localidad. El sedentarismo, el aumento en el consumo de alimentos procesados, con alto contenido de grasas y azúcar son los principales responsables de éstas cifras.

El gran desafío para el periodo venidero es fomentar con más fuerza la práctica de actividad física, el consumo de alimentos saludables, mejorando así no sólo los porcentajes de sobrepeso y obesidad en los niños menores de 6 años, sino también la calidad de vida de toda la población.

LOGROS	DESAFIOS
<ul style="list-style-type: none"> • Coberturas de personas que padecen HTA y DM. • Oferta de horas médicas y dentales en horarios que permiten acceso a trabajadores y trabajadoras. • Sistematización de procesos administrativos. • Monitoreo de actividades y prestaciones. • Oferta sapu permite acceso a varones. • Talleres de gestantes en el primer y tercer trimestre, con participación de matrona y masoterapeuta. • Mejoramiento de las instalaciones eléctricas e infraestructura. • Habilidad de generador eléctrico, lo que permite autonomía de luz y seguridad en vacunatorio. • Fidelización de tratamientos dentales en la población infantil y gestante, y valoración positiva del cuidado de la salud bucal. • Aumento de compensación en pacientes cardiovasculares. • Consolidación del equipo cardiovascular con médico, enfermera, nutricionista y técnico paramédico estables. • Reconocimiento por parte de los usuarios del programa de atención domiciliaria integral PADI, como apoyo fundamental a la familia y paciente. • Constitución y puesta en marcha de Comité de calidad. • Constitución y puesta en marcha de Comité de Gestión de Lista de Espera. • Capacitación continua en salud familiar. • Intervención integral de grupos de adultos mayores en estimulación cognitiva y de memoria, con kinesiólogo y psicóloga. • Realización de Talleres NEP en conjunto con jardines infantiles. • Implementación de un espacio de amamantamiento, que favorece la L.M.E 	<ul style="list-style-type: none"> • Mejora de indicador de malnutrición infantil por exceso. • Fortalecimiento de coberturas de tratamiento y preventivas en salud bucal. • Flexibilidad de prestaciones técnicas y profesionales de acuerdo a volúmenes de demanda estacional o derivadas de las rutinas diarias. • Retomar el programa del adolescente, poniendo énfasis en la salud sexual y reproductiva, previniendo el embarazo adolescente y ETS; trabajando con los líderes representativos. • Conseguir disminuir incidencia de caries en población infantil perteneciente a los jardines del distrito. • Intervención integral con grupo de mujeres en etapa de climaterio, con participación de psicóloga y matrona. • Incorporará alternativas de actividad física dentro y fuera del establecimiento. • mantener el trabajo comunitario e incorporar actividades grupales frente a la primera infancia. NEP • Acreditar nuestro establecimiento como lugar de trabajo promotor de salud • Aumentar la prevalencia de Lactancia Materna Exclusiva en los menores bajo control. • Incrementar la adherencia a las consultas y controles nutricionales. • Aumentar la cobertura de exámenes preventivos de salud en todas las edades priorizadas.

SERVICIO ATENCION PRIMARIA DE URGENCIA SAPU

Adosado al CESFAM de San Pedro, funciona desde mayo del 2012 un SAPU corto.

SAPU cuenta con 4 paramédicos, 2 administrativos y médicos que tienen turnos:

- De lunes a viernes entre 17:00 – 24:00 hrs.
- Sábado, domingo y festivos entre 08:00 – 24:00 hrs.

ATENCIONES MÉDICAS SAPU

Atenciones de Morbilidad SAPU	AÑO 2014	AÑO 2015	Disminución de un 13,5 %
	10.266	8.877	

El servicio de atención de urgencia implementado en nuestro centro cuenta con una alta valoración comunitaria, las atenciones médicas entregadas en este servicio hasta octubre del 2015 corresponden a 46,6 % más que las atenciones de morbilidad entregadas en horario diurno; La mayor afluencia de pacientes en este horario creemos que obedece a la comodidad horaria, debido a razones laborales de los usuarios(as) y a la calidad del servicio prestado, consulta y entrega de medicamentos.

Nº DE PROCEDIMIENTOS CLÍNICOS EN SAPU

Actividad	Nº de procedimientos realizados
Fleboclisis	47
Curaciones	332
Tratamientos Inyectables	3942
Sondas	670
TOTAL	4991

CASA DE ACOGIDA PARA ENFERMOS TERMINALES DE SAN PEDRO

La Casa de Acogida de San Pedro es inaugurada el día 24 de Abril del año 2007, bajo la iniciativa de un grupo de voluntarias “Damas de Verde”; cuya función es la de brindar apoyo a las personas con enfermedad de cáncer y a sus familias. Muchas de ellas, reconocieron la necesidad de proporcionar apoyo y cuidado a este grupo vulnerable de personas. Es así que el área de Dirección de Desarrollo Comunitario (DIDECO) toma el compromiso de sustentar dicha carencia.

En su etapa inicial, la Casa de Acogida de San Pedro pone especial énfasis a la atención de personas en situaciones de vulnerabilidad con diagnóstico de cáncer en etapa terminal, para que así puedan encontrar una muerte digna, con apoyo en atención médica, técnico- profesional de enfermería (cuidados paliativos, higiene y confort, entrega de medicamentos, etc.), apoyo espiritual y contención para el propio usuario/a y la familia. Este lugar tiene una capacidad de 13 pacientes y un horario de visita extendido, para que la persona tenga la compañía de sus seres queridos la mayor parte del día.

En el año 2007, DIDECO integra a la primera profesional y encargada de las Casas de Acogida; posteriormente y a partir del año 2010 el Departamento de Salud de la Ilustre Municipalidad de Quillota se hace cargo de sus funcionarios y dependencias. Sumado a lo anterior en el año 2011-2012 se incorporan diversos profesionales, tales como: kinesiólogos/a, fonoaudióloga, terapeuta ocupacional, trabajadora social y nutricionistas. Lo anterior con el objetivo de entregar una mejor atención a personas que enfrentan otros problemas de salud, como es el caso de los accidentes cerebro vasculares, entre otras patologías de origen neurológico; así como también casos sociales de vulnerabilidad, dependencia por pérdida de autonomía y desintoxicación de pacientes con consumo problemático de alcohol y drogas.

En conclusión, la Casa de Acogida de San Pedro es un proyecto con una alta rentabilidad humana, el cual se enmarca tanto dentro del modelo innovador del departamento de salud, así como de lo que promueve la municipalidad, la que busca ser de Quillota una comuna más “Humada, saludable, innovadora y feliz”, siempre resguardando la dignidad y el respeto de todos/as las personas.

MISION

La Casa de Acogida busca ser un Centro de Salud Municipal con un enfoque transdisciplinario innovador y resolutivo, en la calidad de sus servicios a través de un modelo de atención familiar, orientado a usuarios/as que presenten determinantes sociales de riesgo, para brindar ayuda en la mitigación del dolor, obtención de autonomía funcional y fomentar estilos saludables de vida, con una participación ciudadana corresponsable participativa social e inclusiva.

VISION

Contribuir al desarrollo de una comuna Humana, Saludable, Innovadora e Inclusiva, a través de un modelo de atención familiar, promoviendo participación ciudadana y corresponsabilidad en el cuidado de la salud.

OBJETIVO GENERAL

Favorecer mejoras en la calidad y esperanza de vida a través de una atención basada en la integralidad del ser humano, coordinada en conjunto a sus unidades vinculantes de enfoque transdisciplinario con fuertes valores institucionales dirigidos a la autonomía funcional, desarrollo personal y alivio del dolor.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Incorporar a la familia en el proceso salud/enfermedad de los pacientes.
2. Entregar atenciones multidisciplinaria basadas en el amor, respeto, dignidad y el fortalecimiento de los vínculos afectivos.
3. Entregar atención integral en el proceso salud/enfermedad.
4. Articular una red entre APS/ Atención hospitalaria.

DESGLOSE DE PRESTACIONES

Atención Médica: Evaluación y atención de pacientes, evolución de fichas médicas, Prescripción de tratamientos médicos, Emisión de certificados de Defunción, Invalidez y Tratamiento en Unidad de Desintoxicación, Emisión de altas médicas y Reuniones clínicas.

Atención Kinésica: Evaluación Kinésica integral, Sesiones de kinesiterapia motora y respiratoria individual y Realización de talleres grupales.

Atención Social: Atención, evaluación y gestión de ayudas sociales, Evaluación socioeconómica, Orientación y consejerías en gestión de beneficios previsionales, Atención y entrevista usuarios/as y familiares.

Atención Nutricional: Evaluación nutricional, Adecuación del soporte nutricional artificial indicado según el estado clínico, Entregar información al paciente y/o familiares sobre el plan nutricional, Orientar la forma de preparación y elaboración de alimento que componen el plan de tratamiento al personal de manipulación.

Atención Técnico/a en Enfermería: Realizar aseo y confort a los pacientes, Entregar cuidados paliativos, Realizar curaciones y cambio de posiciones a los pacientes, Realización diario de procedimientos, Registro de todos los procedimientos realizados, Coordinación de insumos necesarios.

Número de Prestaciones Mensuales

	Cargo	N° de Prestaciones Mensuales
1	TENS	416
2	KINESIOLOGIA	448
3	NUTRICIONISTA	96
4	TRABAJO SOCIAL	30

RECURSOS HUMANOS: DEPARTAMENTO DE SALUD

	Cargo	Jornada
1	TENS	44 Hrs
2	Manipuladora de Alimentos	44 Hrs
3	TENS	44 Hrs
4	TENS	44 Hrs
5	TENS	22 Hrs
6	TENS	44 Hrs
7	Manipuladora de Alimentos	44 Hrs
8	Auxiliar de Aseo	44 Hrs

RECURSOS HUMANOS: APOORTE MUNICIPAL DIDECO

	Cargo	Jornada
1	Kinesióloga	44 Hrs
2	Nutricionista	11 Hrs
3	Auxiliar de Aseo	11 Hrs

LOGROS Y DESAFIOS

2015-2016

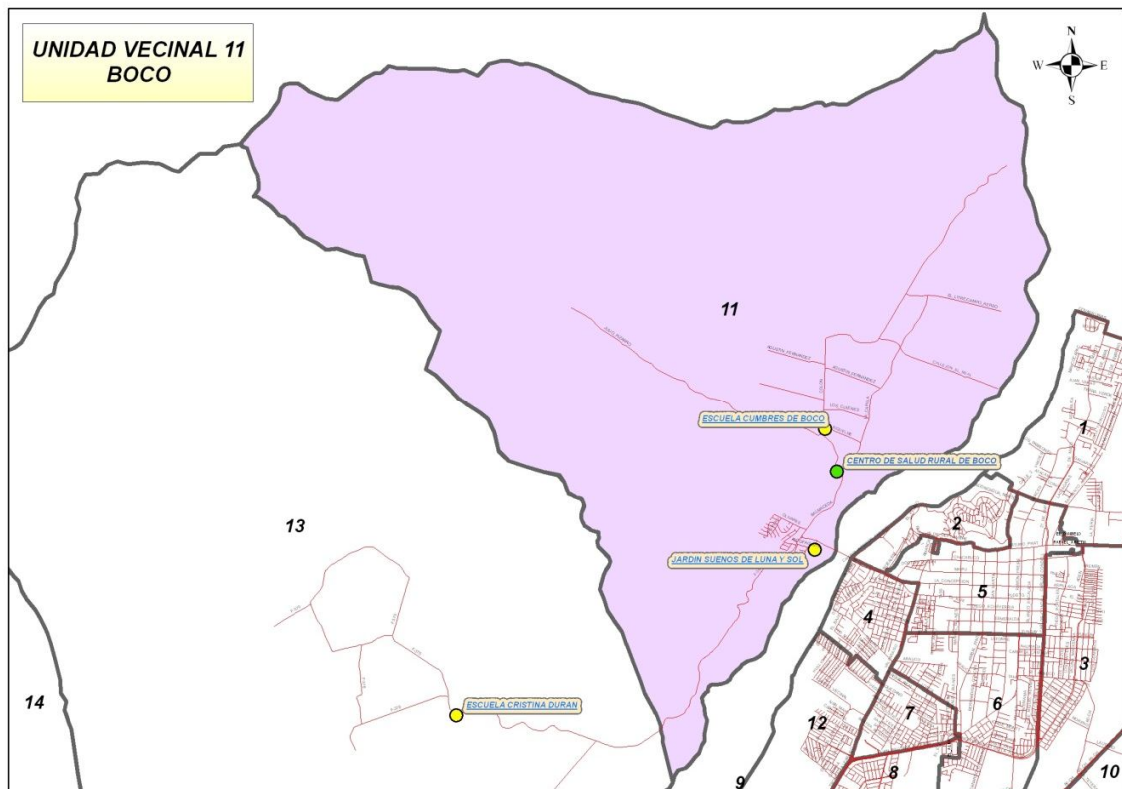
El principal desafío como Casa de Acogida de San Pedro del año 2015 y el próximo 2016, tiene relación con la Adjudicación Proyecto SENAMA: "Sala de Rehabilitación y estimulación motora", la cual se emplazará y dependerá técnica y administrativamente de la Casa de Acogida de San Pedro. La Sala de Rehabilitación busca dar tratamiento a pacientes en grado de dependencia moderada a severa, del distrito de San Pedro de la comuna de Quillota. Dicho espacio se sustenta en dar respuestas a las necesidades sentidas por la propia comunidad y que respaldan y justifican la implementación requeridas, tales como:

- Necesidad de atención en centros especializados en la rehabilitación geriátrica.
- Necesidad de mejorar la calidad de vida.
- Necesidad de permanecer físicamente saludable y ajustarse a las limitaciones.
- Necesidad de disminuir las complicaciones médicas de patologías crónicas.
- Necesidad de prevenir futuras enfermedades y lesiones.
- Necesidad de mantener el máximo capacidad de AVD.
- Necesidad de integración social, familiar y laboral.
- Necesidad de mantener la identidad y el estatus social.
- Necesidad de estimular y mejorar la función cognitiva y afectiva.
- Necesidad de establecer nuevos roles en la familia.
- Necesidad de contar con un sistema de redes de apoyo comunal.
- Necesidad de compañía y amistad.
- Necesidad de lograr la integridad mediante la aceptación de la propia vida.
- Necesidad de reducción de costos de tratamiento médico profesional y de rehabilitación

I. DESCRIPCION DE LA POBLACION DEL SECTOR BOCO DE SALUD CESFAM BOCO 2014 – 2015:

1. DESCRIPCION SOCIODEMOGRAFICA COMUNIDAD DE BOCO

Imagen N° 1: Mapa de Territorio de Boco



2. CARACTERÍSTICAS GEOGRÁFICAS DEL SECTOR:

A) LÍMITES

Este territorio corresponde al sector emplazado en el área sur-oeste de nuestra comuna y sus límites son:

- Límite Norte : Comuna de la Cruz
- Límite Sur : Territorio N° 13 – Boco
- Límite Este : Ribera río Aconcagua
- Límite Oeste : Comuna de Quintero

B) POBLACIONES DESTACADAS

- BocoSur
- Boco Norte
- Población Díaz Fuenzalida
- Juan Yaczik
- La Capilla
- Manuel Rodríguez
- Vista Hermosa
- Fundó El Grillo San José
- Rauten
- Rauten Alto
- Casas Viejas
- Chilhue

C) DISTANCIA (KM.) AL CENTRO DE QUILLOTA DESDE LAS LOCALIDADES ANTES MENCIONADAS ES DE APROXIMADAMENTE:

Tabla: Descripción de la distancia desde las localidades del sector de Boco al Centro de Quillota.

Boco Norte	2 km.
Boco Centro	0 km.
Boco Sur	1 km.
Casas Viejas	4 km.
Rautén	5 km.
Rautén Bajo	6 km.
R. Sheneider	8 km.
El Huape	8 km.

D) VÍAS DE ACCESO

El acceso desde la ciudad al sector se da principalmente por el acceso oriente, a través del Puente Boco cuyo camino es asfaltado. Se presenta una vía principal que une Santa Rosa de Colmo por el sur con Lo Rojas en el norte, esta vía se presenta asfaltada, con dos pistas angostas, sin veredas en la mayor parte de su extensión.

Este camino presenta luminarias en el sector donde existe mayor densidad poblacional, con señaléticas acordes. En la extensión de este territorio es posible encontrar sólo cuatro paraderos de locomoción colectiva.

También existe el acceso sur a través del Puente Colmo, el cual comunica con la ruta 60 CH, que conecta a Quillota con Viña del Mar.

Durante el año 2014 el MOP ha iniciado un estudio de factibilidad técnica que permita poder mejorar la conectividad de la zona interior con Viña del Mar y Valparaíso. De esta forma se mejoraría el camino que bordea el Río Aconcagua desde el Puente Colmo hasta Lo Rojas, se espera que los resultados del estudio sean presentados en el segundo semestre del 2015. Mejorando las condiciones actuales del camino rural que circunda la localidad de Boco.

E) LOCOMOCIÓN COLECTIVA

La locomoción con la que cuenta el sector consta de buses con periodicidad de 30 minutos y con periódicas salidas de Colectivos. Los anteriores poseen su terminal en el centro de la ciudad.

En los últimos dos años la comunidad se ha organizado para buscar soluciones en torno a mejorar el servicio de locomoción colectiva, para ello se han realizado diferentes conversaciones y reuniones con las líneas que atienden al sector rural, y las comunidades de Boco, San Pedro y la Palma, con el objetivo de poder responder a la demanda de mejorar la frecuencia y presencia de los colectivos en los terminales, evitando las largas esperas que deben tener los usuarios de los sectores rurales. Estas conversaciones han permitido acercar posiciones tanto de los empresarios, de la comunidad como de la SEREMIA de TRANSPORTE y la Municipalidad de Quillota, generando el desafío a la autoridad de mejorar su fiscalización y al empresariado de optimizar el servicio que ofrece a las comunidades.

3. DESCRIPCION GENERAL DE LA POBLACION DE BOCO

A) DATOS POBLACIONALES

A.1 Descripción Población Sector Boco: Se presenta a continuación la descripción de la población del sector de Boco la cual alcanza un total de **3.744 personas**.

En cuanto a la distribución demográfica, existe una clara prevalencia de población adulta, con un total de 2283 personas, correspondiente al 61% del total de la población. En cuanto al grupo etáreo menor de 15 años, este representa el 19% del total, correspondiente a 743 casos. La población juvenil abarca el 7,4 % y los adultos mayores de 65 años corresponden al 12%. Es importante señalar, que debido al aumento en la esperanza de vida de la población en general sumado a otras variables propias del territorio, como estilo de vida saludable en comparación al área urbana, existe en el sector una importante cantidad de adultos mayores que sobrepasan los 90 años, y que mayoritariamente viven solos o acompañados de otros adultos mayores igual de longevos. Esta situación ha obligado a este centro de salud a reorientar sus líneas de acción con el fin de prestar la debida atención que este grupo etáreo requiere (atenciones integrales en domicilio, mayor demanda de ayudas técnicas e ingresos a programa de postrados, etc.).

Tabla: Descripción de la Población Infantil del sector de Boco Asignada al Centro de Salud Familiar de Boco.

ESTABLECIMIENTO BOCO					
POBLACION ASIGNADA INFANTIL					
SUB TOTAL	< 1 año	12-23 meses	2-5 años	6-9 años	10-14 años
743	51	50	192	200	250

**Gráfico: Descripción de la población Infantil asignada al CESFAM de Boco
Asignada al Centro de Salud Familiar de Boco.**

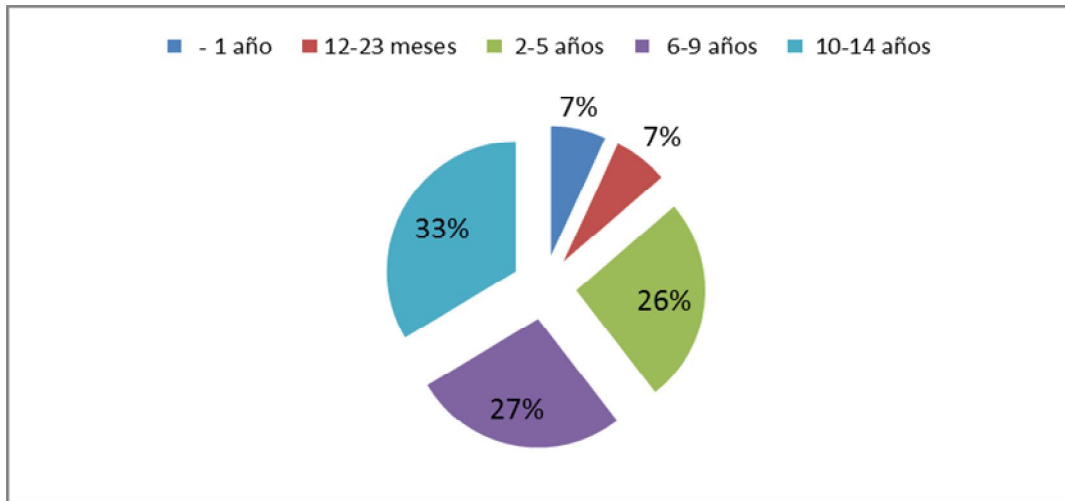


Tabla: Descripción de la Población Adulta del sector de Boco

ESTABLECIMIENTO BOCO							
POBLACION ASIGNADA ADULTA							
SUB	15-19	20-	25-	35-44	45-54	55-64	65 Y
TOTAL	años	24años	34años	años	años	años	+
3001	277	302	601	471	483	424	441

GRÁFICO: DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN ADULTA ASIGNADA

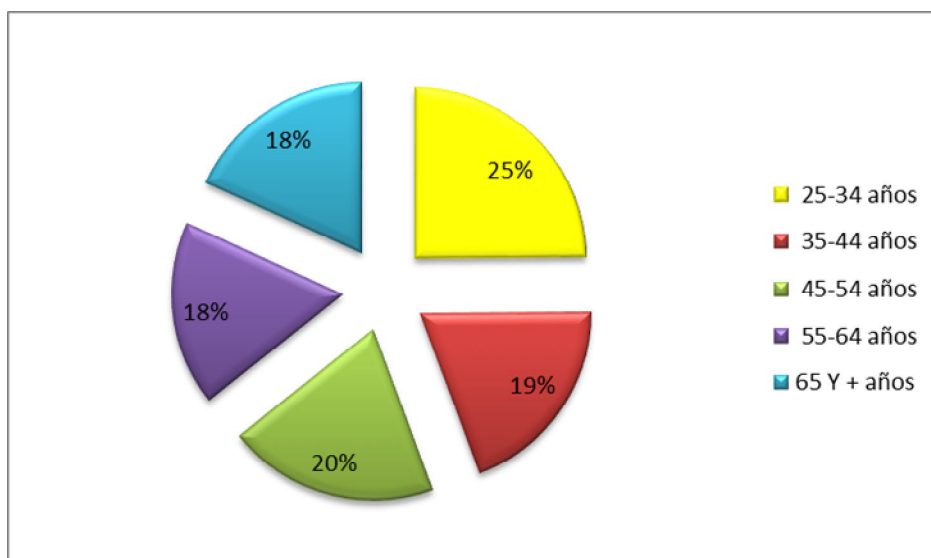
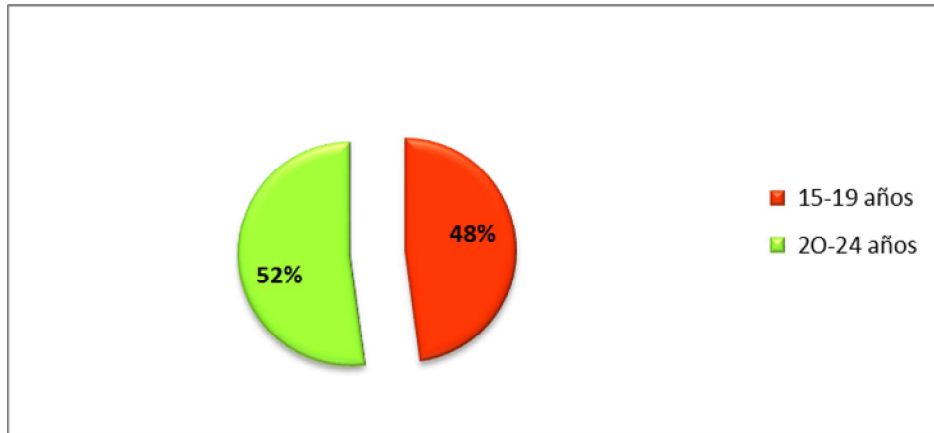
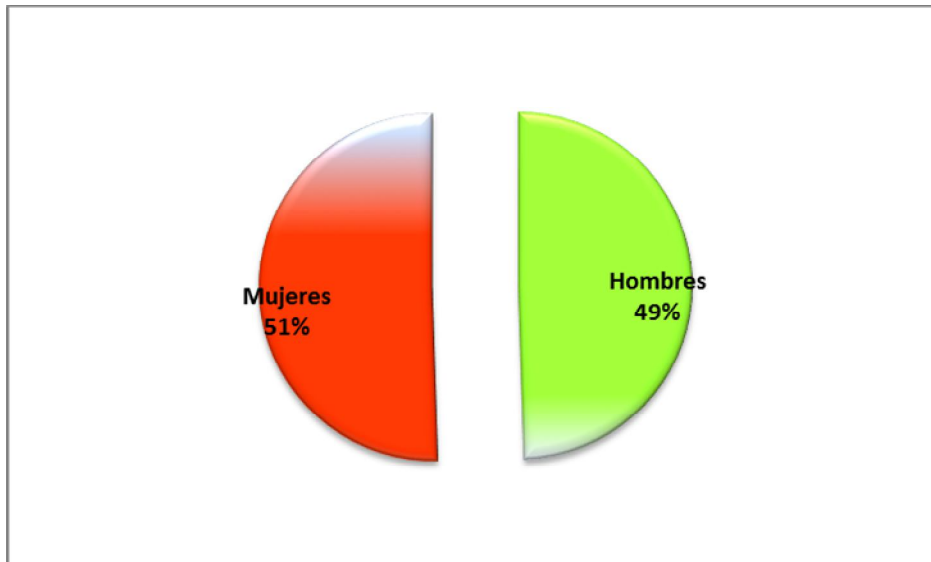


GRAFICO: DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN JUVENIL ASIGNADA



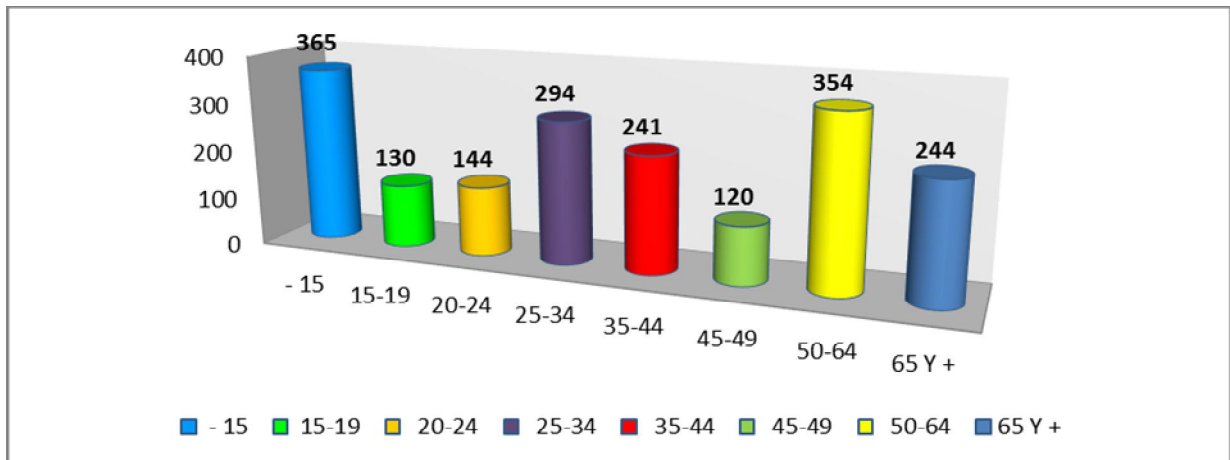
Respecto a la distribución de la población por género, podemos señalar que existe una leve mayoría de mujeres, con un total que representan el 51% versus 49% de hombres, como podemos ver en el gráfico siguiente y en el Gráfico N° 4 la distribución de la población femenina según rango etario.

GRAFICO: DESCRIPCIÓN SEGÚN SEXO DE LA POBLACIÓN DE LA COMUNIDAD DE BOCO



Fuente: censos poblacionales

GRAFICO: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN FEMENINA SEGÚN RANGO ETARIO DE LA POBLACIÓN DE LA COMUNIDAD DE BOCO



Fuente: censos poblacionales

A.2 Descripción Población PERCAPITA del CESFAM BOCO:

A continuación se presenta la Población PER CAPITA del centro de salud familiar de Boco para el año 2015 la cual alcanza un total de 3.088 personas que corresponde al 82% de la población total asignada. Se describe a continuación la distribución por rango etario:

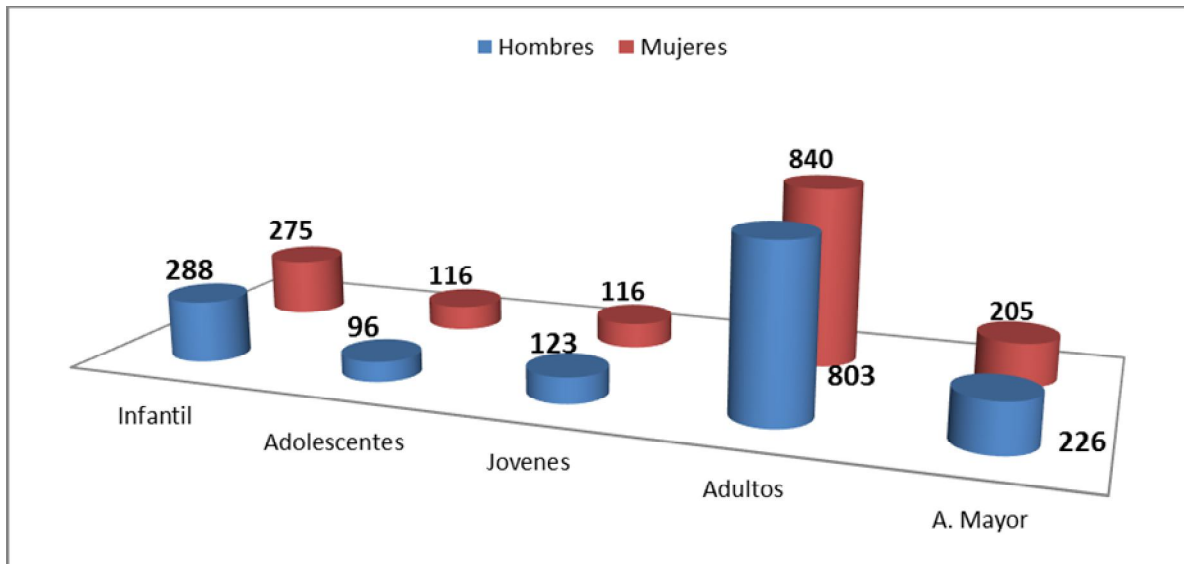
Tabla: Descripción de la Población PER CAPITA Infantil

POBLACION ASIGNADA INFANTIL					
TOTAL ESTABLECIMIENTO BOCO TOTAL 3.088					
SUB TOTAL	< 1 año	12-23 meses	2-5 años	6-9 años	10-14 años
563	35	30	160	162	176

Tabla: Descripción de la Población PER CAPITA Adulta

POBLACION ASIGNADA ADULTA							
TOTAL ESTABLECIMIENTO BOCO TOTAL 3.088							
SUB TOTAL	15- años	20- años	25- años	35- años	45- años	55-64 años	65 Y +
2.525	212	239	471	394	437	341	431

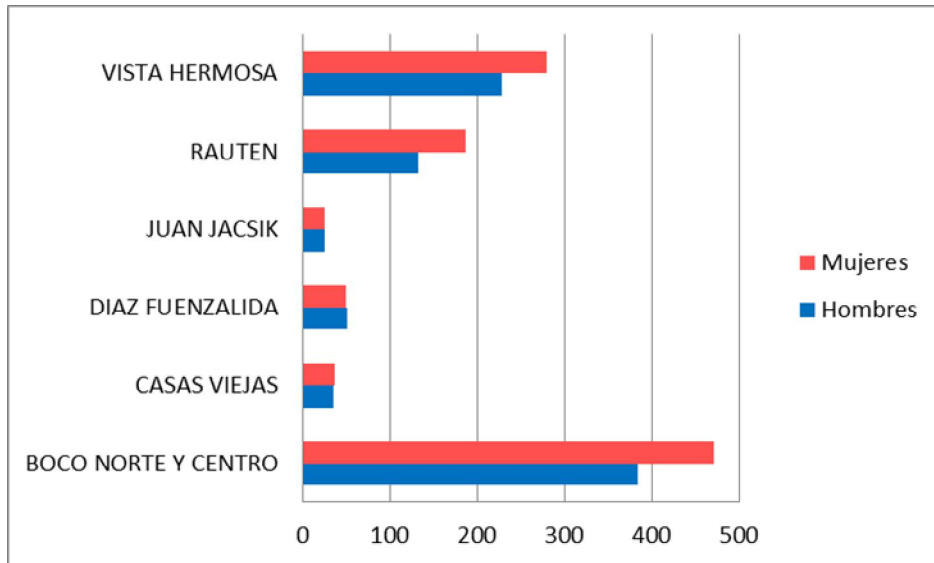
GRAFICO: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN SEXO Y TRAMO ETARIO DE LA POBLACIÓN DE LA PER CAPITA



A.3 Descripción de Antecedentes Socioeconómicos de la Población Sector Boco:

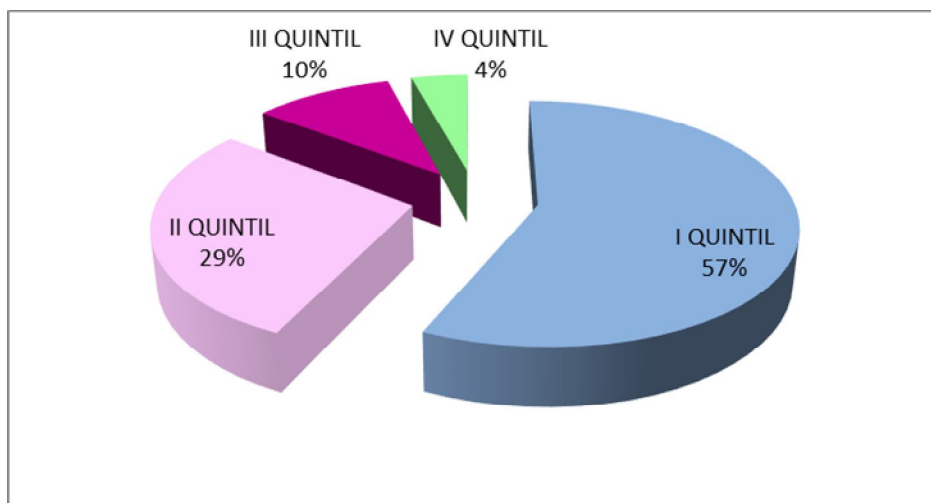
Comenzamos por presentar los datos de distribución por sexo en las diferentes poblaciones que conforman la población de sector de BOCO.

GRAFICO: DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN DE BOCO DIVIDIDA POR POBLACIONES O VILLAS DEL SECTOR.



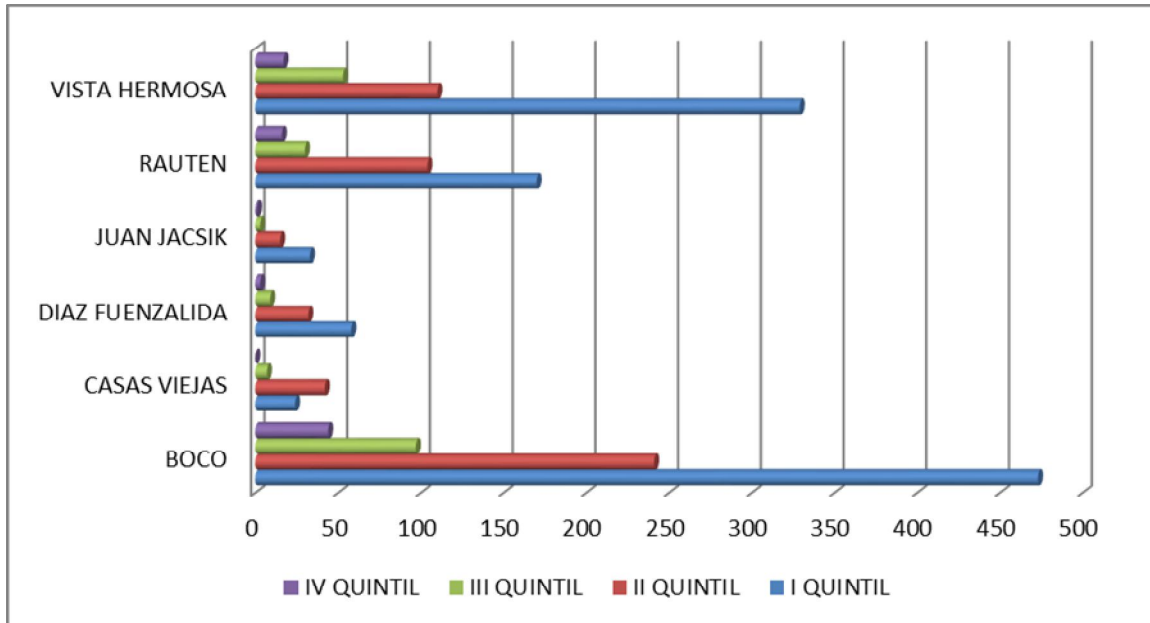
Si siguiendo con la descripción socioeconómica de la población podemos ver que en el cuadro siguiente se muestra la distribución por Quintiles de la población de Boco, en ella podemos observar que existe un mayor porcentaje de personas que se ubican en el primer quintil, lo cual caracteriza a familias que se encuentran bajo la línea de la pobreza con un ingreso per cápita de \$72.098.-

GRAFICO: DESCRIPCIÓN DE LA DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN POR QUINTILES



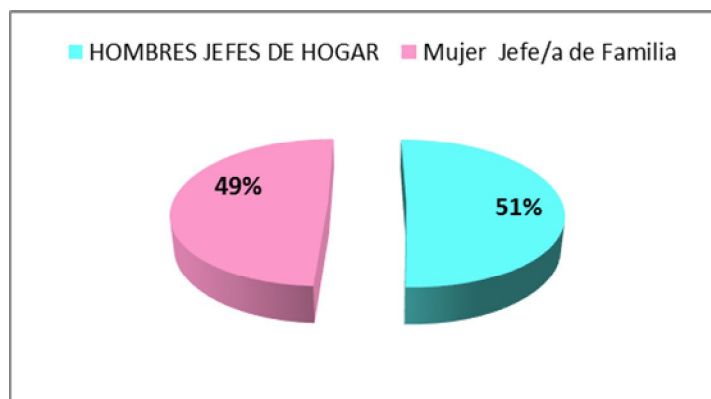
Además es importante reconocer cómo se distribuyen por quintiles las familias en las poblaciones en el sector de Boco.

GRAFICO: DESCRIPCIÓN DE LA DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN POR QUINTILES



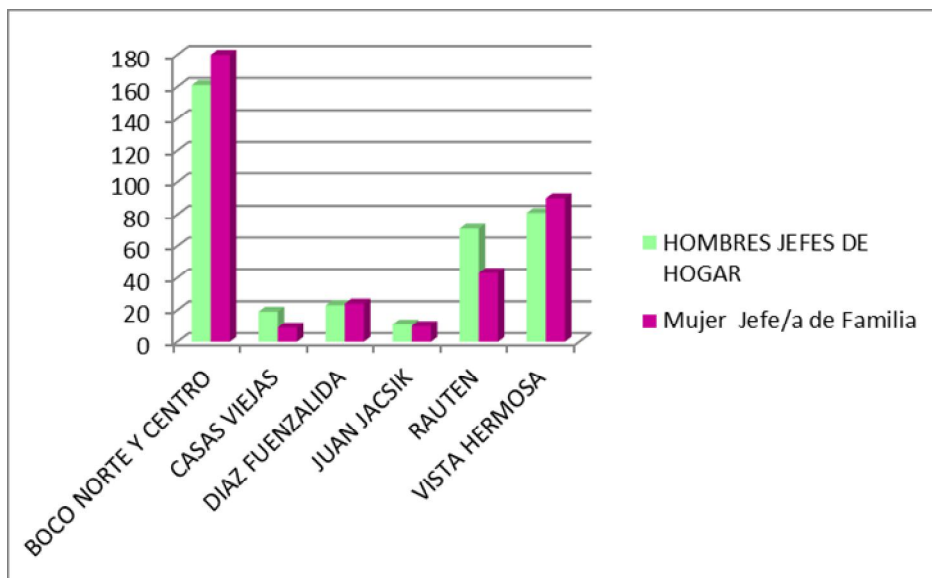
Un dato relevante en las descripciones poblacionales es conocer cuánto porcentaje de las mujeres son jefa de familia, para el caso de nuestro que el sector podemos observar que el porcentaje de mujeres que tienen a su cargo la jefatura de hogar es levemente mayor que los hombres, como lo vemos en el grafico siguiente.

GRAFICO: DESCRIPCIÓN DE LA DISTRIBUCIÓN DE LA JEFATURA DE HOGAR POBLACIÓN DE BOCO



Es posible observar también la distribución de este dato en las diferentes poblaciones del sector:

GRAFICO: DESCRIPCIÓN DE LA DISTRIBUCIÓN DE LA JEFATURA DE HOGAR DE LA POBLACIÓN DE BOCO, SEGÚN POBLACIONES Y VILLAS.



B) CARACTERÍSTICAS DE LAS VIVIENDAS

En el sector es posible identificar dos divisiones territoriales una que corresponde a la porción más densamente poblada y que alberga aéreas de comercio y servicio, que va desde el paradero uno hasta el paradero cinco y otro que corresponde a sectores rurales con muy baja densidad poblacional y que abarca al 80% del territorio.

En el primer caso podemos observar poblaciones correspondientes a viviendas sociales construidas con recursos SERVIU y gestionadas por la Municipalidad de Quillota, las cuales en su mayoría se caracterizan por una construcción solida de casetas sanitarias en terrenos que permitían a la familia poder ampliar sus viviendas a través de la autoconstrucción, o viviendas sociales de construcción solida de un metraje no mayor a los 50 mts. Construidos, que presentan servicios básicos completos incluido el alcantarillado.

En el sector del paradero uno se encuentra la mayor densidad poblacional, encontrándose emplazadas las poblaciones: Juan Yacksin, Díaz Fuenzalida, Manuel Rodríguez, y San José con un total aproximado de 154 personas, estas poblaciones han sido entregadas entre los años 1985 y 2001.

La población Vista Hermosa, paradero 2, que alberga a un total de 509 personas corresponde a la más grande de las poblaciones de Boco y presenta también la particularidad de ser viviendas sociales sin deuda, que corresponden a una caseta sanitaria mejorada, ampliada con dos espacios habitables y con la posibilidad de la autoconstrucción de parte de los propietarios, la cual fue entregada hace 9 años.

La principal característica de estas poblaciones dice relación con sus pequeñas dimensiones, las cuales han venido a presentar un grave problema de hacinamiento para sus habitantes, quienes al no contar con los recursos económicos suficientes, se han visto impedidos de realizar construcciones que permitan ampliar estas viviendas.

En este sector se ubican también almacenes de barrio, atendidos generalmente por sus propios dueños y uno o dos empleados, el Jardín Infantil Sueños de Sol y Luna, La Escuela Cumbres de Boco y El Centro de Salud Familiar Boco.

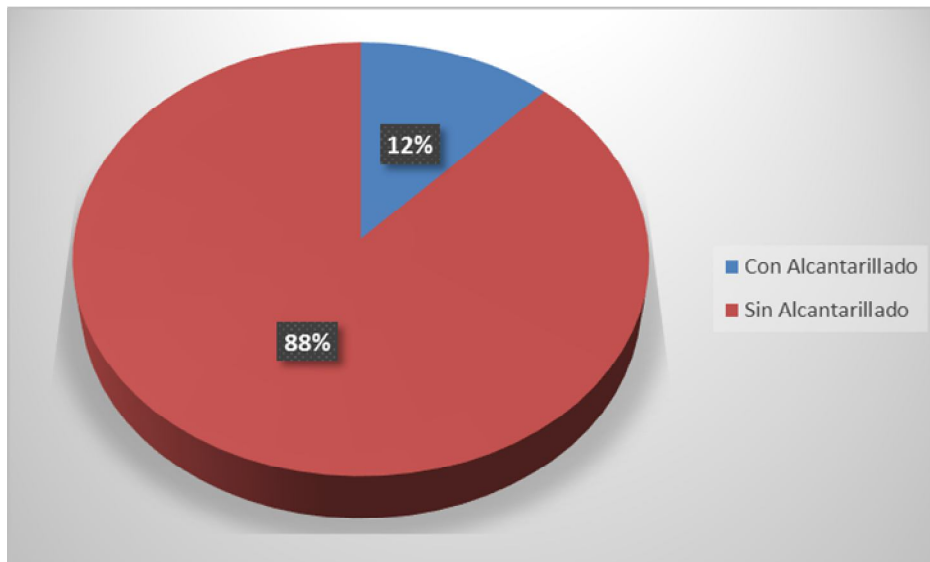
El resto de las viviendas que se ubican en la porción territorial de baja densidad poblacional, pero de un extenso territorio, sector que se caracteriza por presentar principalmente viviendas aisladas, de material ligero o adobe. Los terrenos son mayoritariamente amplios, permitiendo que las familias puedan contar con espacios de uso agrícola para su comercialización o abastecimiento doméstico, al igual que la cría de animales.

Además se observa un aumento significativo de parcelas de agrado, principalmente en el sector de Rauten, en donde se han loteado grandes terrenos, llegando una población de características ABC1 o IV Quintil a vivir al sector.

Todas las familias que habitan en esta porción del territorio no pueden acceder al saneamiento básico del alcantarillado, pues no existe la factibilidad técnica de poder instalarlo, debiendo cada familia según sus recursos habilitar pozos sépticos, fosas sépticas y en el menor de los casos pozos negros.

Así entonces podemos observar en el siguiente gráfico la distribución de este servicio en la población de BOCO:

GRAFICO: DESCRIPCIÓN DEL PORCENTAJE DE PERSONAS QUE CUENTAN CON ALCANTARILLADO EN EL SECTOR DE BOCO



C) CARACTERÍSTICAS DE LAS ACTIVIDADES PRODUCTIVAS DE LA POBLACION DE BOCO

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

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

La gastronomía es también un rubro nuevo y que ha tomado gran fuerza en los últimos años, surgiendo nuevos locales como: El Mesón de la Capilla, El Huaso, La Picá de Boco, La Casona de Rauten, Fundo El Grillo, locales que han desplazado al tradicional Centro Turístico El Edén como foco de atención de los visitantes.

Se observa una gran cantidad de mano de obra femenina, realizando especialmente labores de asesoras de hogar y trabajo agrícola, con largas jornadas de trabajo, lo que ha requerido que el Jardín Infantil del sector deba tener ampliación de su horario de atención para apoyar a estas trabajadoras.

El incremento en las parcelas de agrado en el sector también ha traído consigo el emplazamiento de profesionales de mediana edad, que realizan todas sus funciones laborales en comunas de Valparaíso, Viña del Mar, Santiago u otras regiones.

D) CARACTERÍSTICAS SOCIOCULTURALES

a. Educación:

En cuanto a la oferta educacional el sector cuenta con:

Jardin Infantil Sueños de
Luna y Sol

- Cuenta con tres niveles: Sal Cuna, Medio Menor, Medio Mayor.
- Financiada Via Trasferencia directa y administrado por el Departamento de Educación Municipal Red - Q

Escuela Básica Cumbres de
Boco

- Cuenta con cursos que van: desde Pre kinder a 8° Básico.
- Financiado mediante subvencion escolar directa del MINEDUC y administrado por el Departamento de Educación Municipal Red - Q

Escuela Básica Cristian
Duran

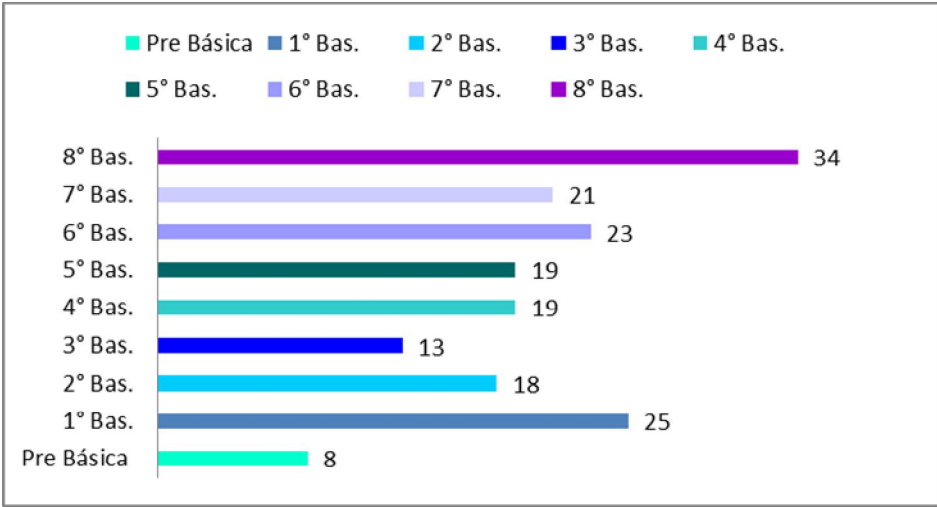
- Cuenta con cursos que van: desde Pre kinder a 6° Básico.
- Financiado mediante subvencion escolar directa del MINEDUC y administrado por el Departamento de Educación Municipal Red - Q



ESCUELA CUMBRE DE BOCO

Una de las más antiguas del país, la cual cuenta con una matrícula aproximada de 180 alumnos, de los cuales, un importante porcentaje corresponde a alumnos del área urbana. Las políticas municipales de fortalecimiento han dado buenos frutos en el sector educacional de Boco, pudiendo potenciar su escuela como elemento social fundamental. De esta forma la escuela ha pasado a formar parte de la Mesa Territorial, y con ello a compartir de manera cercana y directa con la comunidad.

GRAFICO: DESCRIPCIÓN LA MATRÍCULA DE LA ESCUELA CUMBRE DE BOCO

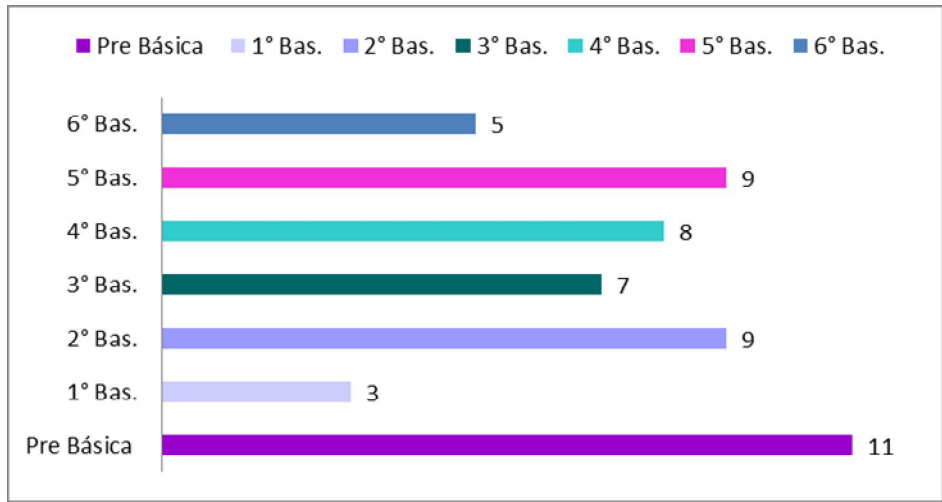




ESCUELA CRISTINA DURAN

Está inserta en un área rural de muy difícil acceso, pues la locomoción es escasa pasando solo cuatro veces al día. Gran parte de la matrícula tiene domicilio en el sector del centro de Quillota y debe trasladarse en una micro municipal para poder acceder a la escuela. Esta escuela cuenta con cursos que van desde Pre – Kinder a Sexto Básico con una matrícula total de 52 personas que se desglosan en el siguiente cuadro:

GRAFICO: DESCRIPCIÓN LA MATRÍCULA DE LA ESCUELA CRISTINA DURAN

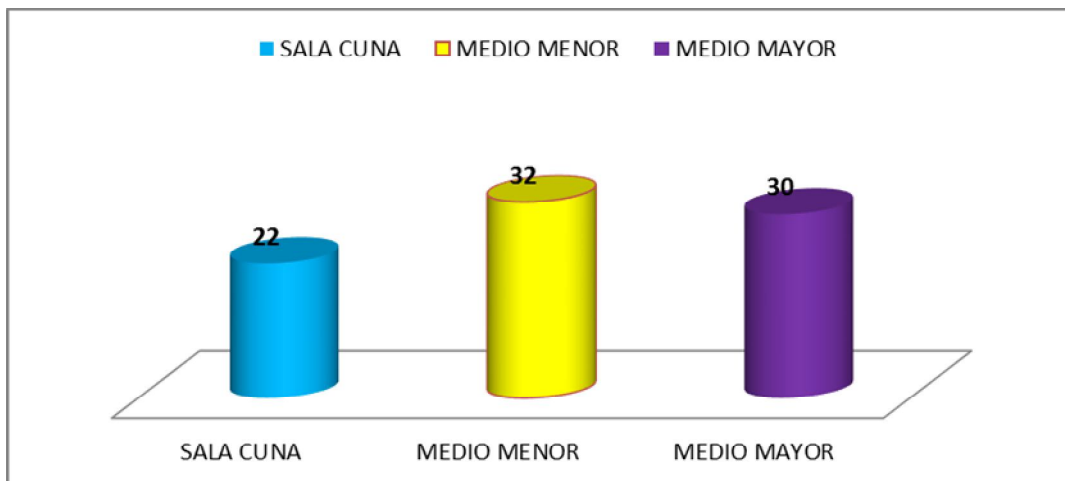




JARDÍN INFANTIL SUEÑOS DE LUNA
Y SOL

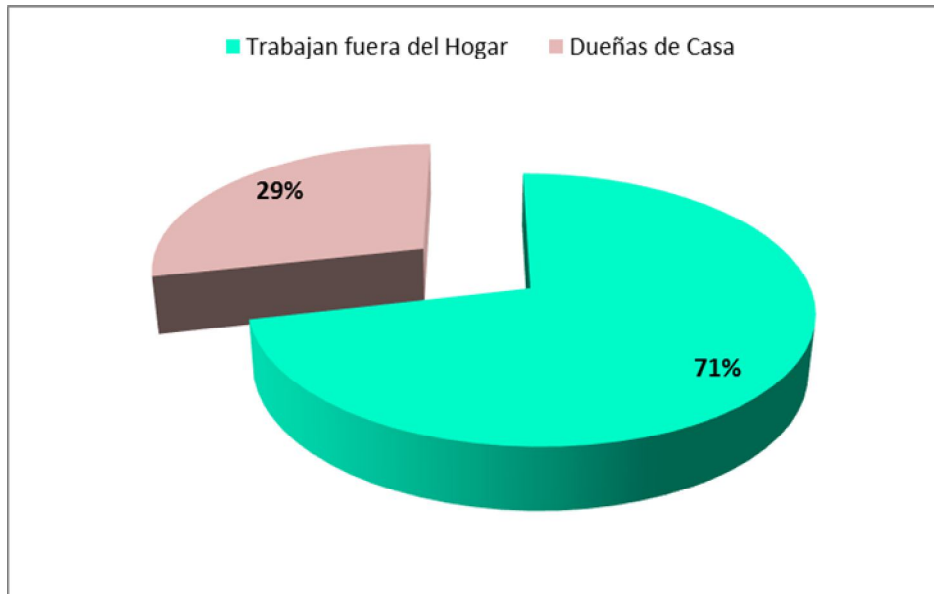
Cuenta con una matrícula de 84 niños y niñas, que se distribuyen en los niveles de sala cuna desde los 84 días a los 2 años, medio menor desde los 2 años a los 3 años, y medio mayor que va desde los tres a los cuatro año, distribuidos de la siguiente manera:

**GRAFICO: DESCRIPCIÓN LA MATRICULA DEL JARDÍN INFANTIL
SUEÑOS DE LUNA Y SOL.**



Este establecimiento se ha vuelto un aporte importante principalmente para las madres trabajadoras del sector, quienes pueden realizar sus tareas laborales dejando a sus pequeños cuidados y procurando una estimulación a su desarrollo. Este grupo de mujeres trabajadoras son descritas a través del siguiente cuadro que permite visualizar la magnitud de mujeres trabajadores dentro de la matrícula del jardín.

GRAFICO: DESCRIPCIÓN LA DISTRIBUCIÓN DE LA ACTIVIDAD LABORAL DE LAS MADRES DEL JARDÍN INFANTIL SUEÑOS LUNA Y SOL.



Finalmente no existen dentro de la oferta de servicios establecimientos educacionales de enseñanza media, por lo que los alumnos deben trasladarse a la ciudad para continuar sus estudios medios.

b. Equipamiento Comunitario:

El sector, cuenta con 4 sedes de Juntas de Vecinos:

- Población Díaz Fuenzalida
- Vista Hermosa
- Julio Pizarro
- Rauten Bajo

Además de una sede que se encuentra inhabilitada en el sector de Boco centro, es importante destacar que el sector de Boco Norte no cuenta con sede comunitaria, debiendo ocupar las dependencias de la Capilla Católica que existe en el lugar.

Otros equipamientos comunitarios del sector:

- Se cuenta con la sede de los Bailes Chinos de la Santa Cruz de Mayo, la cual está emplazada a un costado del CESFAM de Boco.
- En el sector se encuentran tres canchas bien habilitadas: San Lorenzo, Agroil, Cancha de Rauten Bajo. Además de las multicanchas de Vista Hermosa, y San José.
- El Gimnasio del Cesfam Boco que cuenta con salón multiuso y con una pequeña sala con 6 máquinas de ejercicios.
- Es una de las grandes debilidades del sector es la falta de espacios de juegos y recreación como lo son las plazas bien habilitadas, además y como ya lo expusimos la falta de sede comunitaria para el sector de Boco Norte.

Equipamiento Comunitario Sector Boco



C) Factores Organizativos:

En la actualidad existen 2 mesas territoriales, una en el sector de Boco denominada “Boco Crece Unido” y otra en el sector de Rautén conocida como “Aconcagua”, las cuales convocan a las organizaciones formales existentes.

Tabla: Descripción las Organizaciones Comunitarias Territoriales y Funcionales que pertenecen a la mesa Territorial Boco Crece Unido.

Nombre de la Organización
J.V. Villa Vista Hermosa
J.V. Julio Pizarro
Comité Pavimentación Los Espinos
J.V Díaz Fuenzalida
Grupo De Actividad Física Por Una Vida Sana Boco Se Mueve
Grupo De Actividad Física Innovando Salud
Comité Del Adulto Mayor Esperanza De Boco
J.V Juan Jacksic
Comité Adelanto Villa San José
Sociedad Baile Religioso Santa Cruz De Mayo
Club Deportivo Estrella De Boco
J.V. Boco Norte

Esta Mesa se mantiene en funcionamiento desde hace seis años y ha logrado mantener un funcionamiento eficiente y efectivo, el que se refleja en la buena comunicación que existe entre las diferentes organizaciones y las actividades que planifican y desarrollan en conjunto anualmente. Tiene un alto nivel de credibilidad ante la comunidad y también ante las autoridades.

Tabla: Descripción las Organizaciones Comunitarias Territoriales y Funcionales que pertenecen a la mesa Territorial Aconcagua.

Nombre de la Organización
Agua Potable Rural Casas Viejas De Rauten
J.V. Rene Schneider
J.V. Rauten Bajo
C.M. Sta. Monica De Rauten B.
J.V. Casas Viejas De Rauten
Agua Potable Rural Rene Schneider
Club Dep. Rauten Bajo

Esta Mesa se mantiene en funcionamiento desde aproximadamente unos cinco años y ha logrado mantener un funcionamiento regular pero efectivo. Existiendo un buen nivel de comunicación entre las organizaciones, aun así no han logrado desarrollar un proceso de planificación, ni de ejecución de actividades en conjunto. Utilizando principalmente el espacio como herramienta de comunicación entre la comunidad y las autoridades municipales.

II. DESCRIPCION CENTRO DE SALUD CESFAM BOCO 2014 – 2015:

1. CARACTERISTICAS DEL CENTRO DE SALUD FAMILIAR BOCO:

El Centro de Salud Boco cuenta con las actuales instalaciones desde del año 1995, con anterioridad existía como Posta en donde se realizaban principalmente labores de tipo asistencial, con la nueva infraestructura se incorporando seis boxs de atención y el actual sector de admisión.

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

En cuanto al proceso de acreditación Cesfam, se continúa con las visitas de supervisión, quedando categorizado el establecimiento como de Nivel Medio Superior.

A continuación describiremos brevemente el quehacer diario del Centro de Salud Familiar de Boco

Equipo de Salud CESFAM BOCO 2015



a. Infraestructura del centro de salud:

En cuanto a la distribución del espacio el centro cuenta con dos salas de espera de regular tamaño y con los 6 boxs profesionales que se distribuyen en:

- ✓ Médico,
- ✓ Matrona,
- ✓ Nutricionista,
- ✓ Psicólogo,
- ✓ Enfermera,
- ✓ Odontóloga.
- ✓ Asistente Social

Además cuenta con los recintos de:

- ✓ Tratamiento,
- ✓ Preparación,
- ✓ Farmacia,
- ✓ Vacunatorio,
- ✓ Bodega de Leche,
- ✓ Sala Multiuso,
- ✓ Una Bodega de Almacenaje de Material,
- ✓ Lavadero y Zona de Manejo de Material Contaminado,
- ✓ Baño para Discapacitados
- ✓ Box De Toma de Muestra para Exámenes en Forma Independiente
- ✓ Servicios Higiénicos de Público y Personal
- ✓ Comedor y Cocina del personal

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

Imagen: Instalaciones CESFAM BOCO 2015



b. Recurso Humano CESFAM BOCO

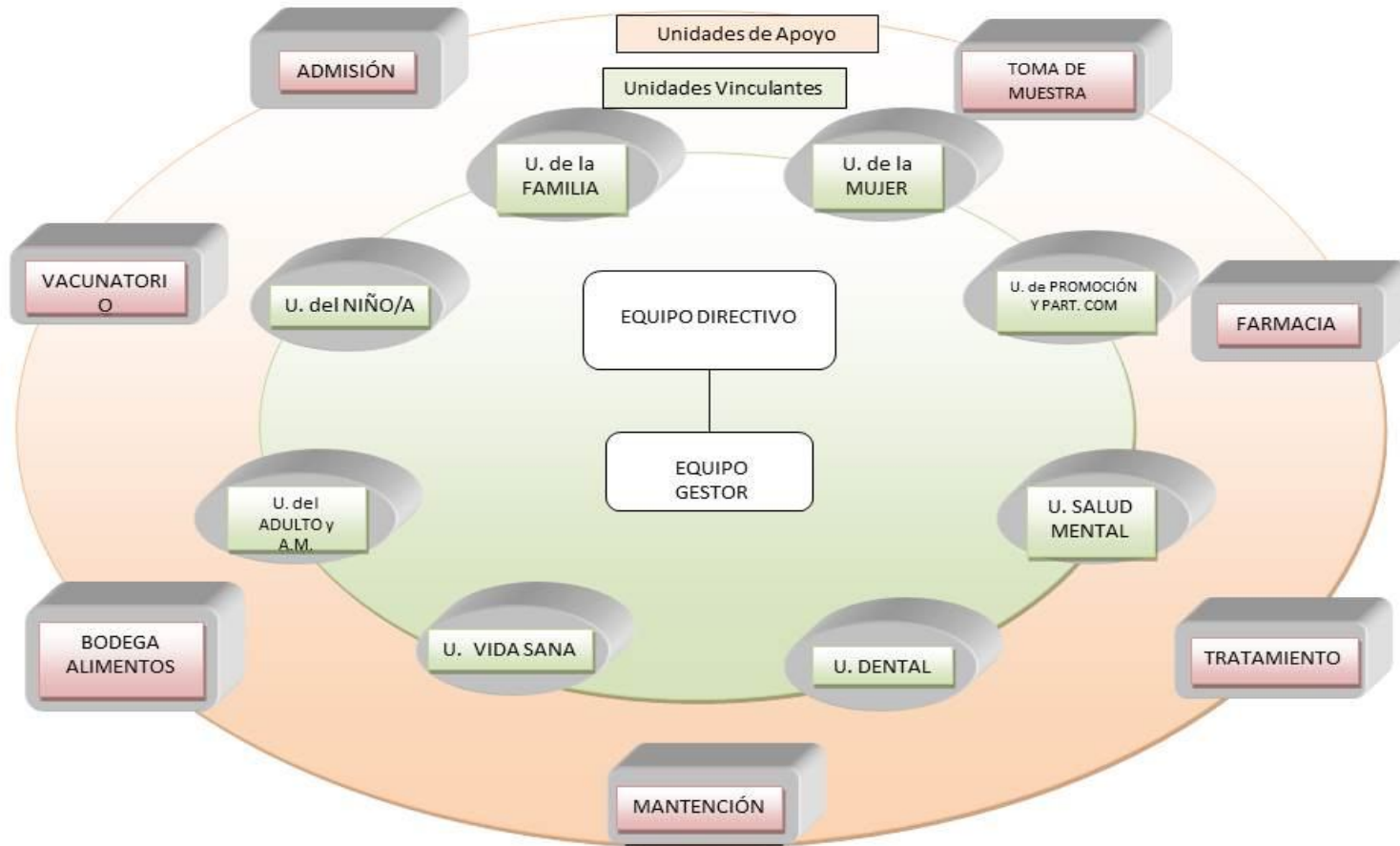
Por su parte, el recurso humano del centro se encuentra compuesta por el siguiente equipo de salud.

Tabla N°8: Descripción de la carga horaria personal CESFAM BOCO

Trabajadores (as) CS Boco	Horas Semanales disponibles	Trabajadores (as) CS Boco	Horas Semanales disponibles
Médico	44 hrs.	Psicólogo	11 hrs.
Enfermera	44 hrs.	Odontóloga	44 hrs.
Asistente Social	44 hrs.	Técnicos	143 hrs.
Matrona	33 hrs.	Paramédicos	
Kinesióloga	11 hrs.	Administrativa	66 hrs.
Nutricionista	22 hrs.	Auxiliar de Servicio	44 hrs.
		Psicopedagoga	11 hrs.

Desde el mes de abril del 2015 se aumentan horas de Médico destinándose principalmente a programa de Atención Domiciliaria a Pacientes Dependientes severos, atención morbilidad y pacientes crónicos.

ORGANIGRAMA CESFAM BOCO 2015



2. DESARROLLO POR UNIDAD DE TRABAJO CENTRO DE SALUD FAMILIAR BOCO:

2.1 Unidad de la Mujer

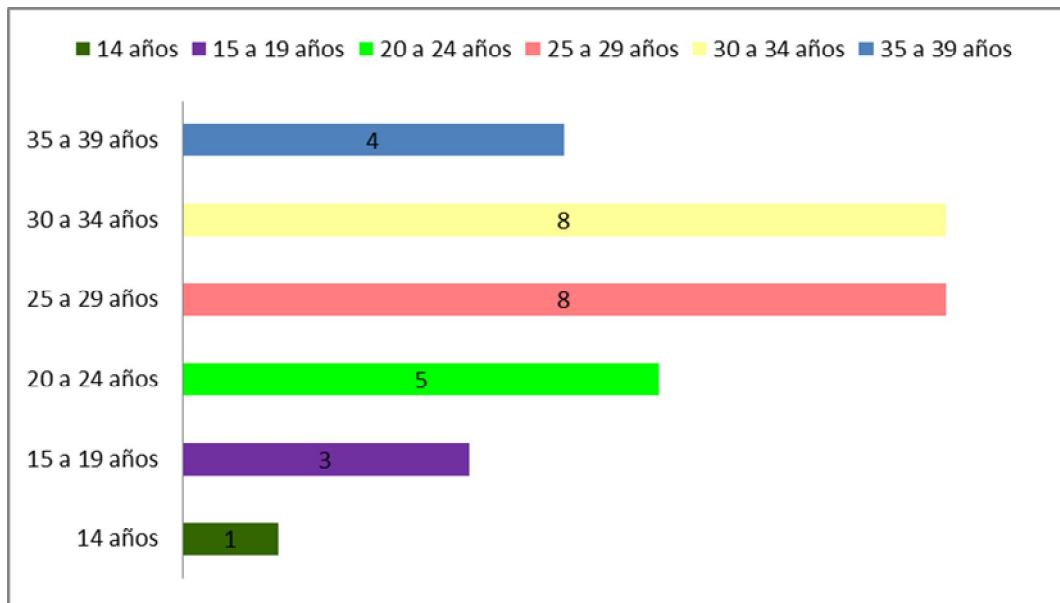
En el Centro de Salud Familiar Boco se encuentran inscritas durante el periodo comprendido entre enero – septiembre de 2015 un total de 1.556 mujeres de las cuales 672 se encuentran en edad fértil lo que corresponde al 43,2% del total de la población del inscrita durante este año.

Gracias a las constantes educaciones durante consultas a matrona, y el empoderamiento de la comunidad en general, es que 97% de las embarazos (28 mujeres) ingresa al programa de control de embarazo antes de las 14 semanas, lo cual implica un mayor control madre-hijo, disminuyendo las cifras de patologías del recién nacido y la puérpera.

GRÁFICO: DESCRIPCION GENERAL DEL NUMERO DE EMBARAZOS



GRAFICO: DESCRIPCIÓN DE LAS GESTANTES SEGÚN GRUPO ETARIO DURANTE EL PERIODO ENERO – SEPTIEMBRE 2015.



En el proceso de control del embarazo se destaca la importancia de la aplicación de la Escala de Edimburgo, encuesta para la detección de síntomas depresivos en mujeres que permite un apropiado de tamizaje a la población en riesgo y la EPSA (Evaluación Psicosocial Abreviada), instrumento para la detección e intervención temprana sobre algunos factores de riesgo que introducen inequidad en el desarrollo de las personas.

Ambas evaluaciones son consideradas una estrategia prioritaria para el seguimiento y apoyo al desarrollo infantil en el contexto del Sistema de Protección Integral a la Primera Infancia Chile Crce Contigo.

GRAFICO: DESCRIPCION DE LA APLICACIÓN EPSA Y EDIMBURGO

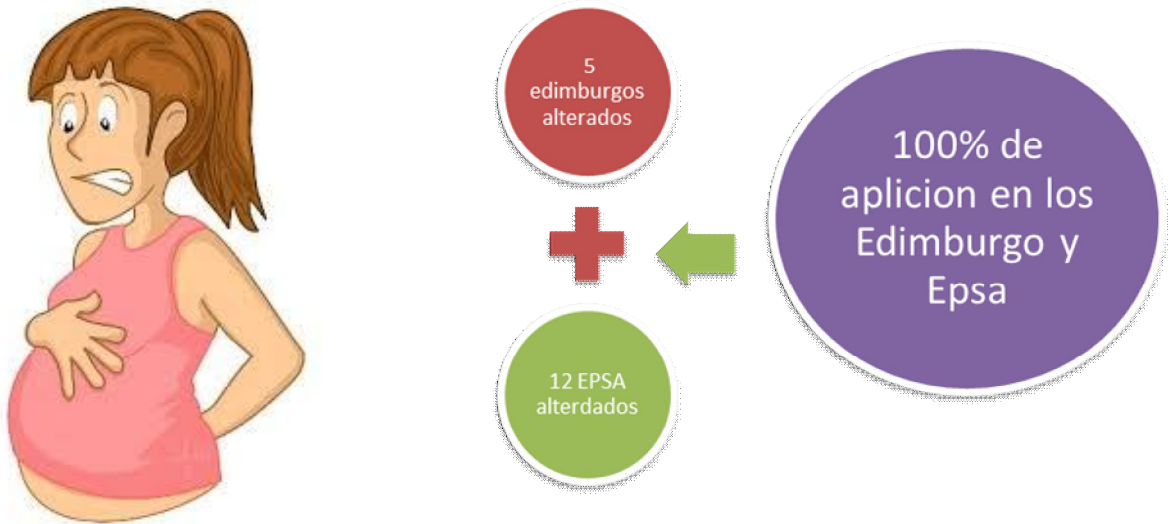
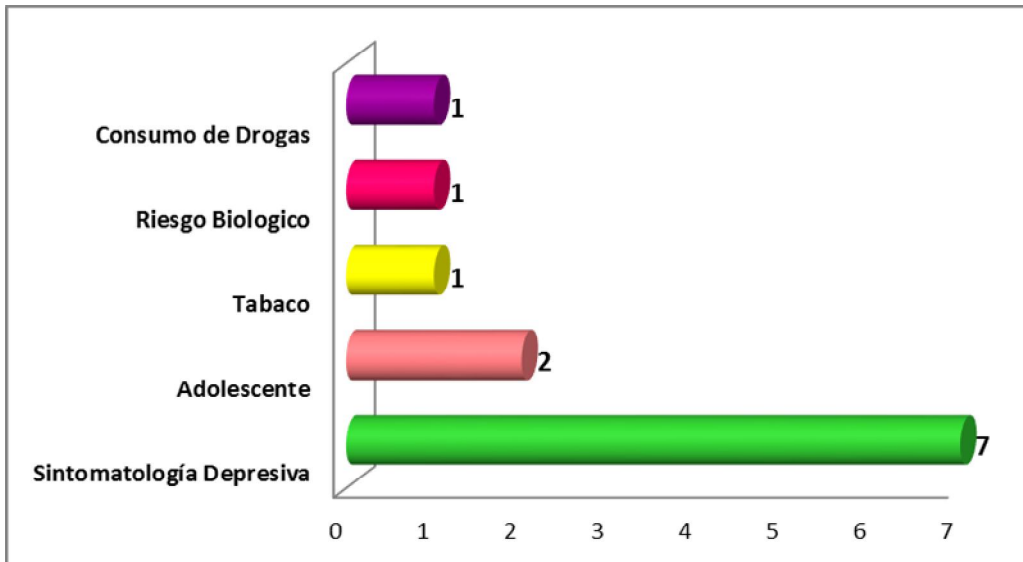
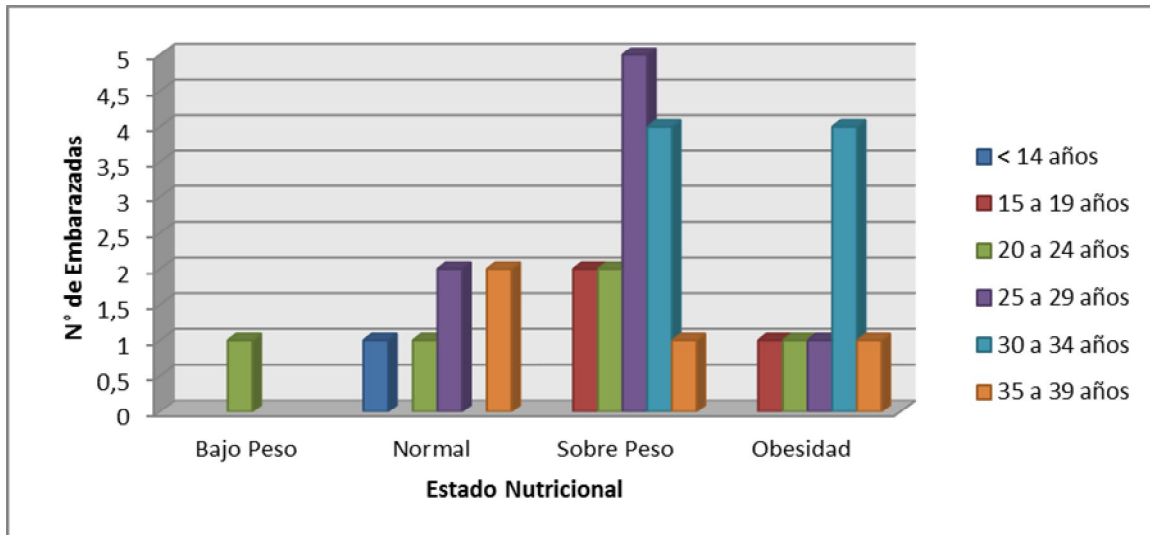


GRAFICO: DESCRIPCION GENERAL DE LOS RIESGOS DETERMINADOS EN EL EPSA PARA LA POBLACION EMBARAZADAS.

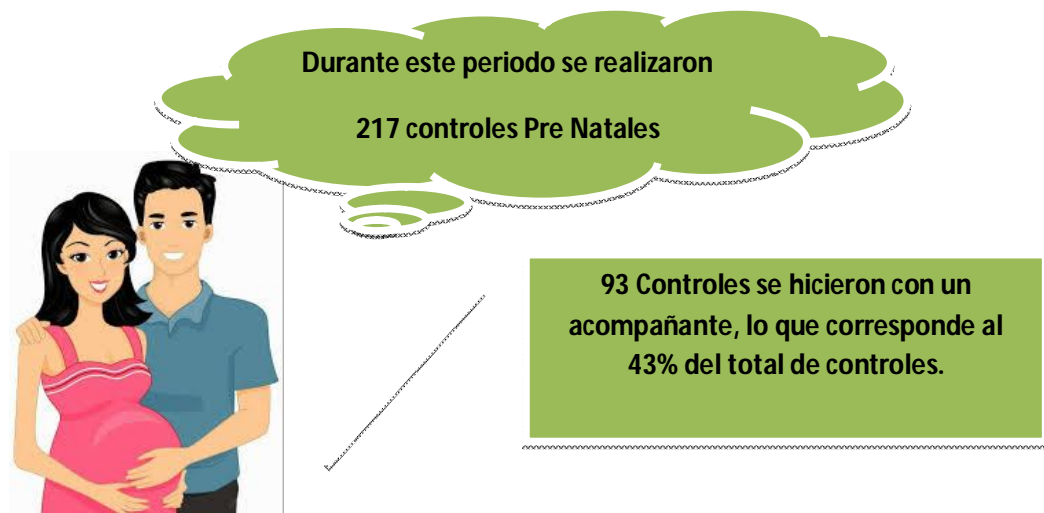


En los procesos de embarazo el CESFAM BOCO ha agrega la evaluacion y seguimiento nutricional para todos los ingresos, por lo que es posible poder evidenciar la siguiente información que da cuenta de este seguimiento:

GRAFICO: DESCRIPCION DEL ESTADO NUTRICIONAL DE LAS 29 EMBARAZADAS



Los procesos de embarazos requieren de apoyo y educación a la embarazada pero también para aquellos que la acompañaran en este nuevo camino, el CESFAM de Boco ha promovido el involucramiento de los padres en este proceso y durante este año el comportamiento de la población ha sido el siguiente:



En la búsqueda de contribuir a la disminución de los embarazos no planeados y no deseados, la Unidad de la Familia mediante la oferta sistemática

de métodos anticonceptivos modernos y la prestación de servicios de calidad a toda la población en área rural, la consejería se convierte en un importante instrumento la cual consiste en proporcionar información a las personas, además de brindar apoyo para el análisis de sus circunstancias y así tomar o confirmar una decisión personal o de pareja en forma satisfactoria.

Este importante instrumento metodológico es utilizado en las atenciones que se les brindan a las mujeres y hombres que se acercan al centro de salud, y el trabajo realizado durante el 2015 se ve reflejado en la siguiente tabla:

TABLA: DESCRIPCIÓN DE LAS CONSEJERÍAS SEXUALES Y DE PATERNIDAD RESPONSABLE.

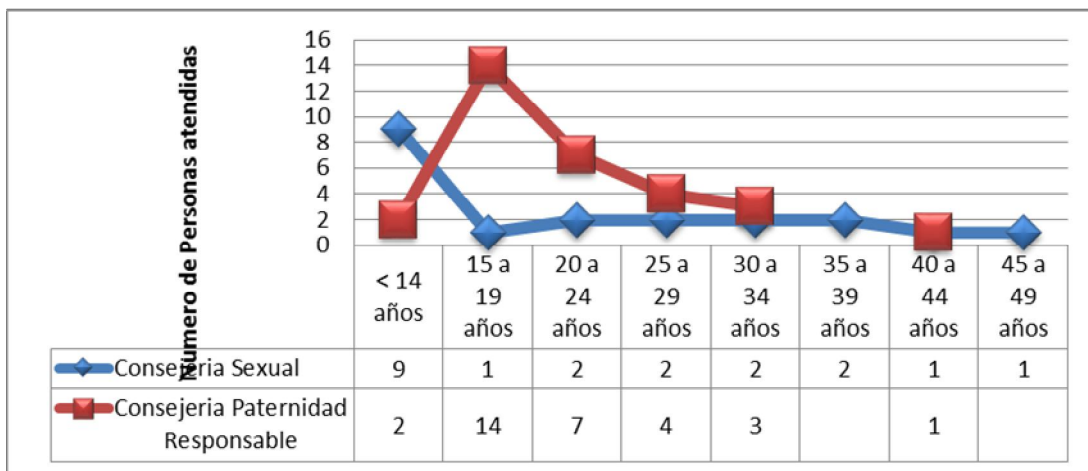
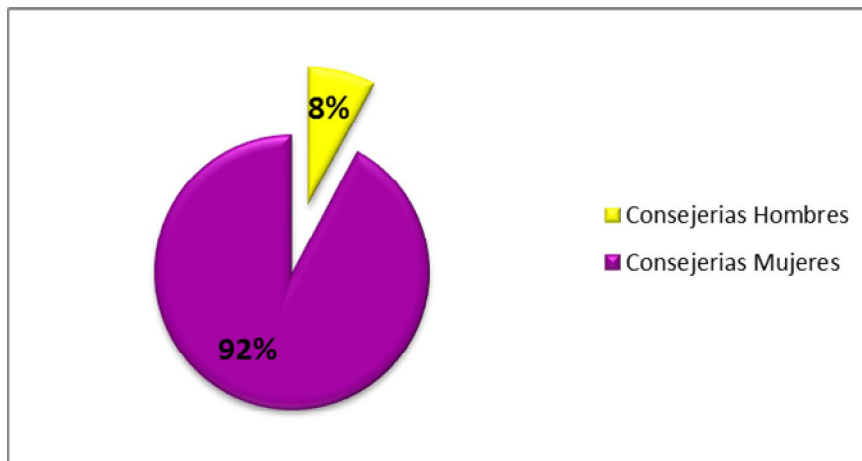


GRAFICO: DESCRIPCIÓN DEL NÚMERO DE PACIENTES ATENDIDOS EN CONSEJERÍAS EN LAS UNIDAD DE LA MUJER, SEGÚN SEXO.



Dentro de las mujeres que deben tomarse el PAP, están 1882 de 20 a 64 años, de ellas aproximadamente 1352 se encuentran con su PAP al día, esto representa el 61%, por lo que se aprecia un déficit de cobertura, lo que implica que debemos estar más conscientes de realizar mecanismos que permitan tener este

fin resuelto, ya que para llegar al 79%, requerido por meta nos hace falta 134 PAP a cubrir.

Las acciones preventivas de la unidad de la mujer también contemplan la aplicación a la población de mamografías las cuales se describen la aplicación en siguiente cuadro:

GRAFICO: DESCRIPCIÓN DE MAMOGRAFÍAS SOLICITADAS EN INFORMES 2015, SEGÚN SU CATEGORÍA DE PATOLOGÍA

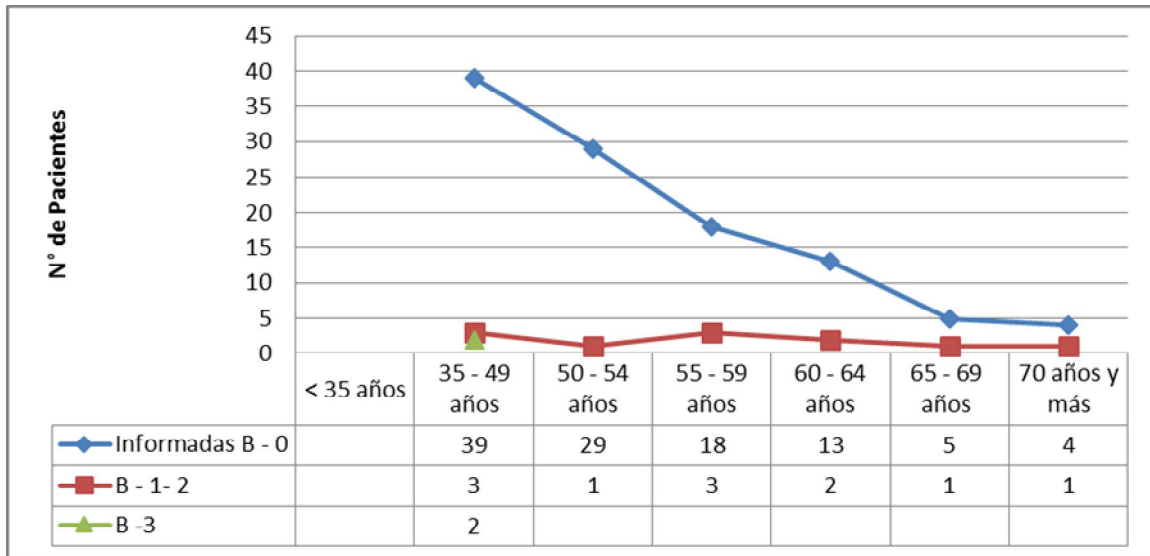


GRAFICO: DESCRIPCIÓN DE ECOGRAFÍAS SOLICITADAS EN INFORMES 2015, SEGÚN SU CATEGORÍA DE PATOLOGÍA

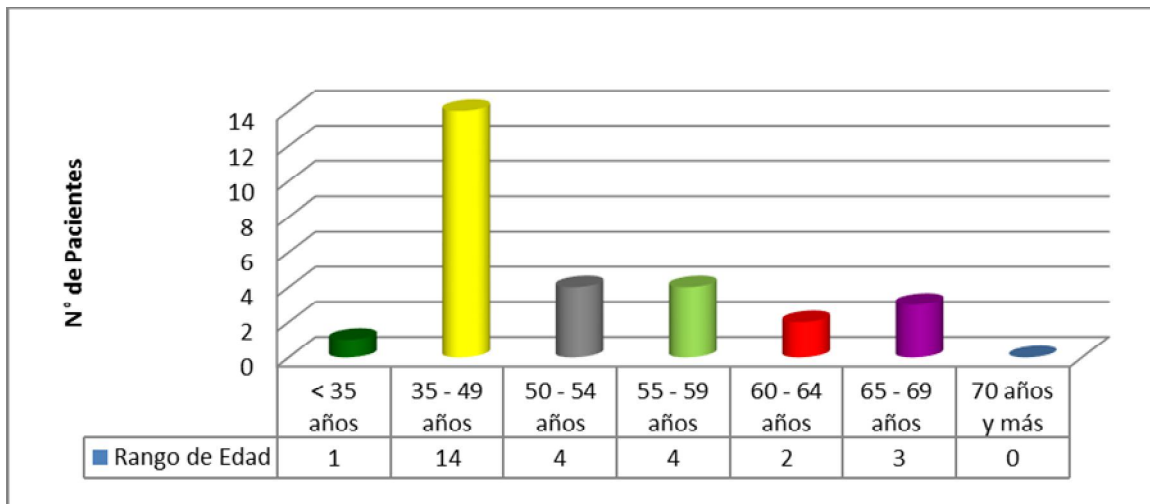


Tabla: Descripción de la aplicación de método anticonceptivo según rango de edad.

MÉTODOS	TOTAL	GRUPO DE EDAD (en años)									
		< de 15 años	15 a 19 años	20 a 24 años	25 a 29 años	30 a 34 años	35 a 39 años	40 a 44 años	45 a 49 años	50 a 54 años	
DIU	80	0	7	5	7	18	17	14	12		
HORMONAL	Oral Combinado	210	9	57	52	28	25	24	13	2	
	Oral Progestágeno	22		2	6	3	3	1	1	6	
	Inyectable Combinado	70	2	26	12	1	11	8	5	5	
	Inyectable Progestágeno	49		4	23	7	6	2	3	4	
	Implante	81	2	19	17	16	14	4	7	2	
	SÓLO PRESERVATIVO	Mujer	22	0	3	3	1	2	2	8	3
		Hombres	0								
TOTAL	534	13	118	118	63	79	58	51	34	0	

2.2 Unidad del Niño y la Niña

Los niños y las niñas son el recurso principal de una comunidad, por lo que asegurar un desarrollo integral en la primera infancia es un desafío estratégico que nace desde el nivel central y que se convierte en prioridad en una comunidad como la nuestra en donde la tendencia es el envejecimiento de nuestra población y el desarraigo de la tierra de las nuevas generaciones, es por ello que el enfoque de nuestro CESFAM tiene como principal meta poder implementar a través de la formulación de actividades programáticas un diseño innovador de acercamiento a la infancia que permita poder conocer mejor las necesidades de este grupo etario que se presenta con nuevas inquietudes y nuevas formas de comunicarse.

Imagen: Número de niños y niñas bajo control según población asignada



GRAFICO: DESCRIPCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN INFANTIL ATENDIDA SEGÚN SEXO EN EL PERIODO ENERO - SEPTIEMBRE 2015.



Tabla: Descripción de la Población Infantil Según rango etario en Control del Niño Sano periodo Enero - Septiembre 2015

		Rango Etario						
Sexo		< 1 Mes	1 Mes	2 meses	3 meses	4 meses	5 meses	6 meses
Hombre		0	0	3	0	2	3	4
Mujer		0	1	3	1	2	3	1

		Rango Etario								
Sexo		7 a 11 meses	12 a 17 meses	18 a 23 meses	24 a 35 meses	36 a 41 meses	42 a 47 meses	48 a 59 meses	60 a 71 meses	6 a 9 años
Hombre		9	11	9	11	7	8	20	17	28
Mujer		13	6	8	16	10	10	14	20	27

El desarrollo psicomotor, o la progresiva adquisición de habilidades en el niño, es la manifestación externa de la maduración del Sistema Nervioso Central (SNC), la cual tiene un orden preestablecido y por esto el desarrollo tiene una secuencia clara y predecible.

Existen factores que favorecen un adecuado progreso psicomotor, estos son: una buena nutrición, un sólido vínculo madre-hijo y una estimulación sensorial

adecuada y oportuna. Las neuronas requieren de oxígeno y glucosa para vivir y desarrollarse.

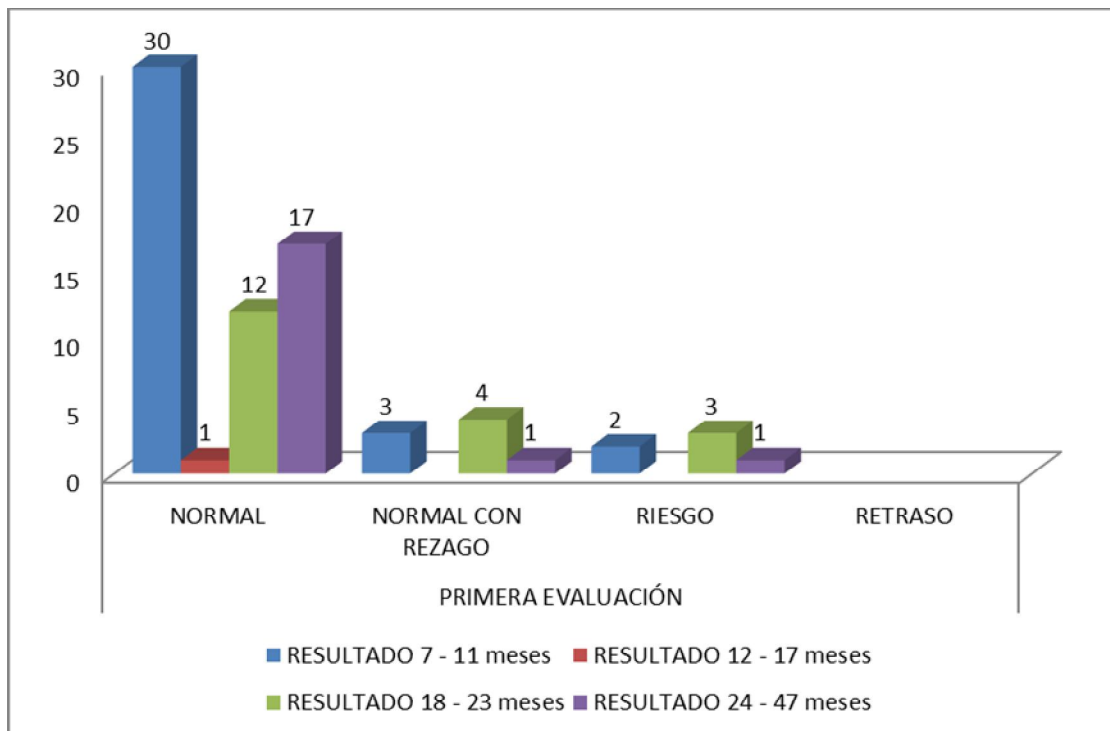
Los factores que frenan el desarrollo psicomotor son aquellas condiciones que pueden producir un daño neuronal irreversible como son: una hipoxia mantenida, la hipoglicemia, y las infecciones o traumatismos del SNC. Otros factores son, la ausencia de un vínculo madre-hijo adecuado y la falta de estimulación sensorial oportuna.

EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR

Los niños sanos siguen un patrón de desarrollo o de adquisición de habilidades. Este patrón es claro y se han definido hitos básicos, fáciles de medir, que nos permiten saber cuándo un niño va progresando adecuadamente. Con ellos se han elaborado pruebas objetivas de evaluación del desarrollo considerando cuatro áreas: motricidad gruesa, motricidad fina, sociabilidad y lenguaje.

Los resultados del desarrollo psicomotor se evalúan en los niños y niñas que acude a supervisión de salud o control sano a través de pautas de "screening" o tamizaje rápidas que para la población infantil en control, para el CESFAM de Boco estos screening arrojan los siguientes resultados:

GRAFICO: DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DE ESCALA DE EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR DE LA POBLACIÓN CONTROL DEL NIÑO SANO



La detección y evaluación de la calidad relación afectiva que una madre y padre establecen con sus hijos durante los primeros doce meses de vida es una tarea primordial para la prevención y detección precoz de problemas presentes y futuros en el niño y su familia.

Prevenir adecuadamente en los problemas de apego del niño con su familia ha sido considerado una estrategia efectiva para que los problemas, sufrimientos y dificultades del niño no se conviertan en rasgos estables, crónicos e inmodificables de su personalidad y experiencia de vida. De esta forma las pautas aplicadas a la población de en control del CESFAM de BOCO.

GRAFICO: DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DE PAUTA DE OBSERVACIÓN DE LA RELACIÓN VINCULAR DE LA POBLACIÓN CONTROL DEL NIÑO SANO

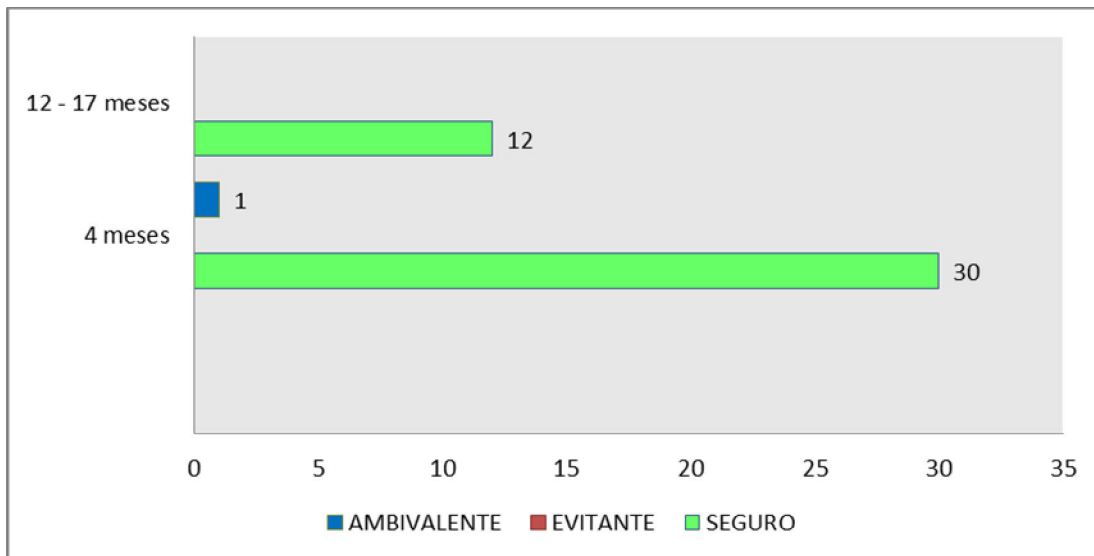
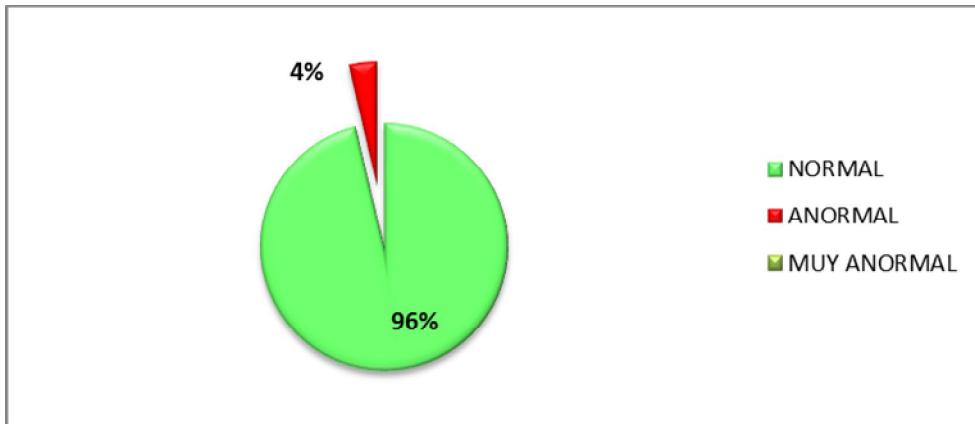


GRAFICO: DESCRIPCIÓN RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DE PROTOCOLO NEUROSENSORIAL

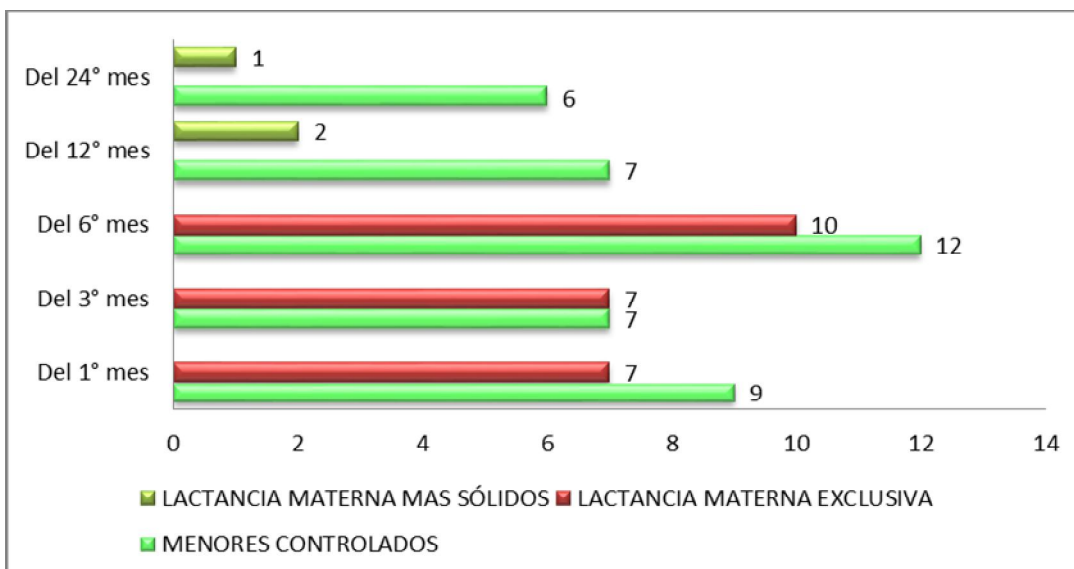


Lactancia Materna Exclusiva:

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 77,3% de las madres opta por la lactancia materna exclusiva.

De acuerdo a los datos informados en el período enero a octubre del 2013, la población infantil menor de 6 años, mayoritariamente presenta un estado nutricional normal 70,2 %, la malnutrición por exceso representa un 27,5% del total, y solo 2,3% presenta malnutrición por déficit.

GRAFICO: DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE ALIMENTACIÓN



Resumen Servicio Itinerante Chile Crece Contigo:

Chile Crece Contigo es un Sistema de Protección Integral a la Infancia que tiene como misión acompañar, proteger y apoyar integralmente, a todos los niños, niñas y sus familias, a través de acciones y servicios de carácter universal, así como focalizando apoyos especiales a aquellos que presentan alguna vulnerabilidad mayor.

Su objetivo principal es acompañar y hacer un seguimiento personalizado a la trayectoria de desarrollo de los niños y niñas, desde el primer control de gestación hasta su ingreso al sistema escolar en el primer nivel de transición o pre kinder (alrededor de los 4 o 5 años de edad).

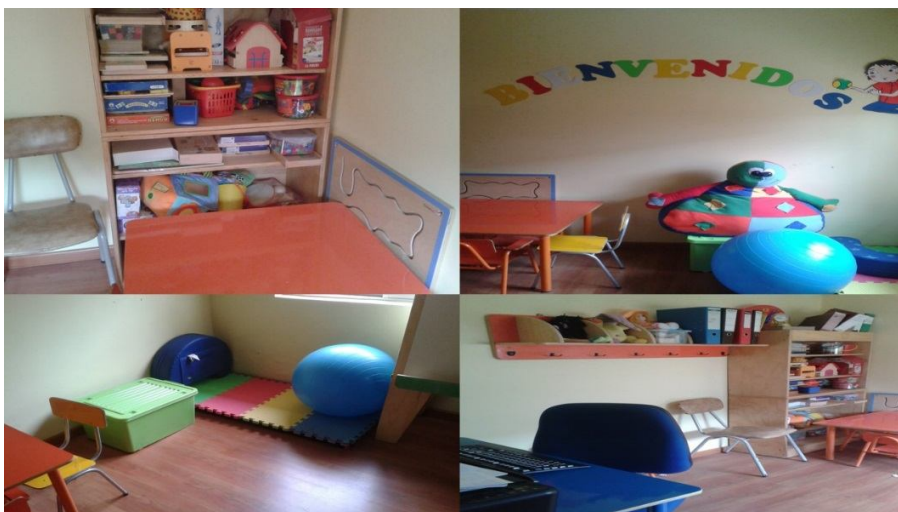
En busca de fortalecer las intervenciones en la población infantil en situación de vulnerabilidad, rezago y déficit en su desarrollo integral el CESFAM de Boco ha implementado dos modalidades de atención:

1. Sala de estimulación en el centro de salud,
2. Servicio Itinerante de atención

Ambas buscan optimizar la atención de salud al niño y niña con déficit en su desarrollo integral, estimulación por déficit a través de un plan de intervención personalizado en función de déficits detectados, permitiendo la revisión y seguimiento de este plan.

Facilitar el acceso a estos servicios a través de la incorporación al programa de visita domiciliaria integral para el déficit en el desarrollo biopsicosocial y psicomotor del niño o niña. Brindándoles además a los padres consejería individual y sesiones educativas de apoyo al aprendizaje infantil y la educación a la familia sobre desarrollo infantil.

Imagen: Sala de Estimulación



De esta manera, a un mismo niño o niña se le estará brindando apoyo simultáneo en las distintas áreas que se conjugan en su desarrollo: salud, educación preescolar, condiciones familiares, condiciones de su barrio y comunidad, entre otros.

Durante el periodo enero – septiembre 2015 se han ingresado un total de 42 niños y niñas del sector ha ambos servicios de estimulación.

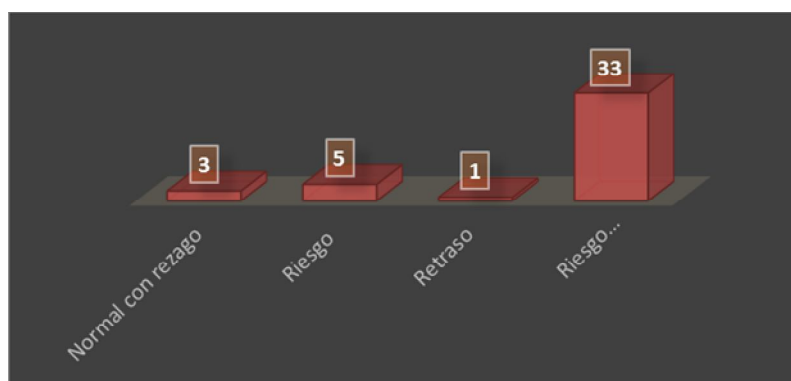
GRAFICO: DISTRIBUCIÓN POR SEXO DE LOS INGRESOS A SALA DE ESTIMULACIÓN Y SERVICIO ITINERANTE SEGÚN SEXO



La población rural de Boco presenta como principal problema la dispersión territorial en que se encuentran la viviendas y con ello el difícil acceso a la locomoción colectiva, por ello es que el servicio itinerante ha sido muy valorado por las familias, principalmente por las madres quienes ven en este atención también una ayuda en el acceso a nuevos aprendizajes y en la economía de la familia.

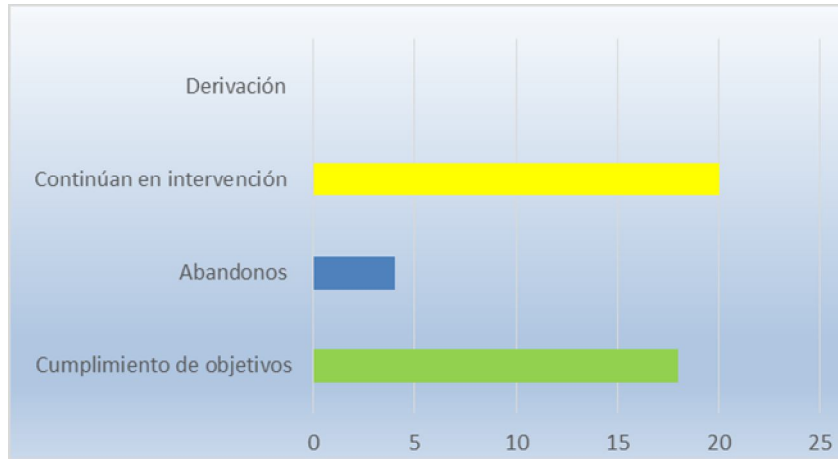
Pasamos a continuación a presentar las causales de ingreso de los 42 niños y niñas atendidas:

GRAFICO: DESCRIPCIÓN INGRESOS A SALA DE ESTIMULACIÓN Y SERVICIO ITINERANTE SEGÚN SEXO.



Finalmente se puede observar las causas de egreso del programa en el siguiente gráfico.

GRÁFICO: DESCRIPCIÓN DE LOS EGRESOS A SALA DE ESTIMULACIÓN Y SERVICIO ITINERANTE



JOVEN Y ADOLESCENTE.

Resguardar la condición de salud y asegurar el normal desarrollo de la población adolescente y joven, es un factor decisivo para el crecimiento y progreso de nuestras comunidades es por ello que la pesquisa oportuna e intervención precoz se inicia con el “Control Joven Sano”, realizado con un enfoque participativo, anticipatorio y de riesgo, transformándose en un pilar fundamental de las acciones preventivas y promocionales de nuestro Centro de Salud.

Para obtener éxito con esta acción y lograr un alto impacto en la salud de nuestros adolescentes, nuestro Cesfam a implementarse este control en forma articulada con la comunidad a la que pertenece y sus organizaciones vivas.

Pero además hemos querido definir criterios de calidad que aseguren una atención acorde a los requerimientos y expectativas de la población adolescente, porque muchos de ellos no se acercan a los Centros de Salud solo porque les parece “aburrido” pues los espacios de espera no están pensados para ellos, y a veces porque les intimida relacionarse con los profesionales.

En atención a estos criterios es que el viernes 28 de agosto del presente año hemos iniciado el proyecto “CENTRO DE SALUD JOVEN” en donde adolescentes hombres y mujeres de 10 a 19 años en el contexto del control de salud integral han tenido su primer CONTROL DE JOVEN SANO.

Las atenciones han continuado de manera periódica cada 15 días los viernes por las mañanas, momento en que todas las atenciones profesionales se orientan solo para los jóvenes y todo el personal técnico y administrado está dispuesto para brindarles un espacio cómodo y acogedor.

Esta actividad atendiendo a los adolescentes de la Escuela Cumbres de Boco, a través del trabajo intersectorial que se realiza a través de la Mesa de Salud Educación.

GRAFICO: DESCRIPCIÓN DE LOS ADOLESCENTES ATENDIDOS EN EL PERIODO AGOSTO – NOVIEMBRE DE 2015



GRAFICO: DESCRIPCIÓN DE LOS ADOLESCENTES ATENDIDOS EN EL PERIODO AGOSTO – NOVIEMBRE DE 2015, SEGÚN RANGO ETARIO.

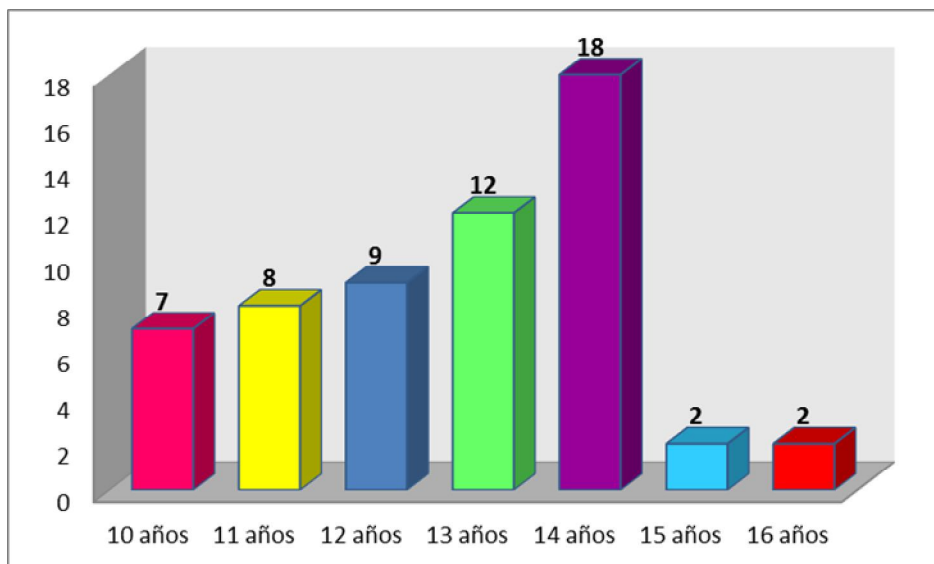
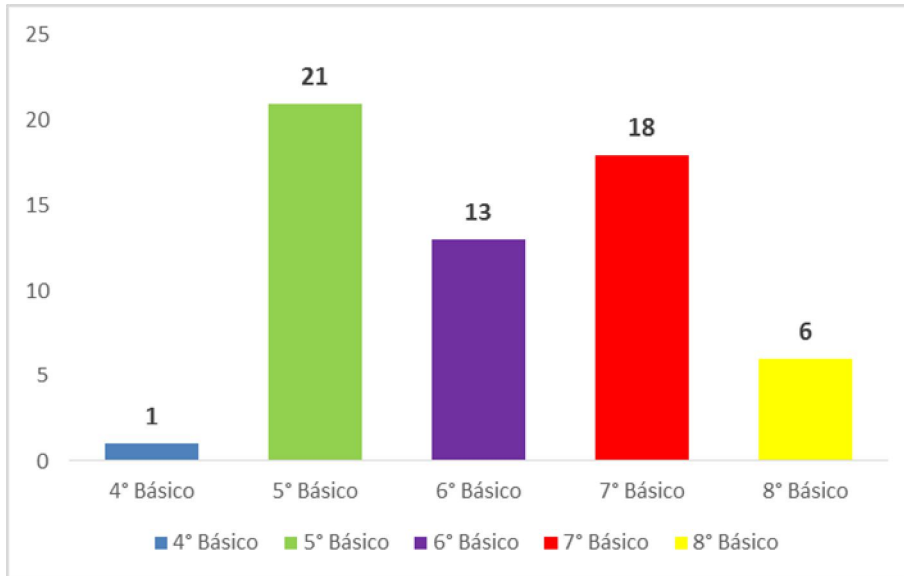


GRAFICO: DESCRIPCIÓN DE LOS ADOLESCENTES ATENDIDOS, SEGÚN CURSOS.



Los jóvenes han sido atendidos en espacios destinados solo para ellos, con una mesa de ping pong, un área de películas y juegos en el Gimnasio de nuestro CESFAM.

Esto implica que todas los profesionales, técnicos y administrativos, desde las 8:00 a las 13:00 horas solo atendían a estos jóvenes, respetando sus tiempos e inquietudes.

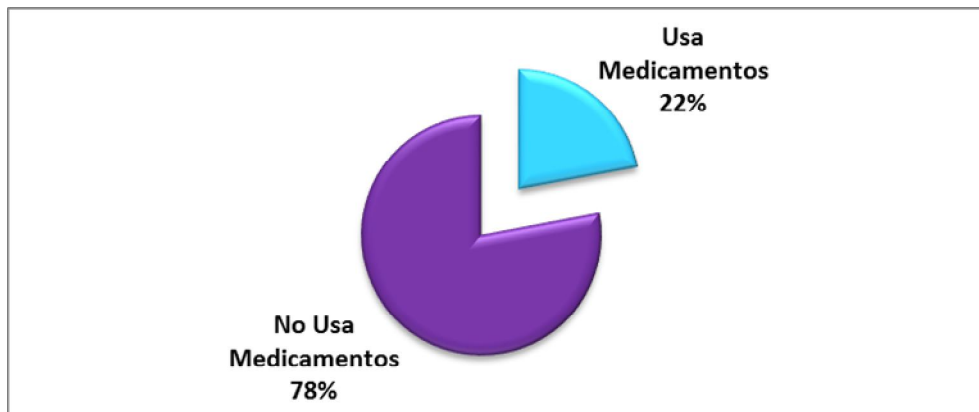
Imagen: Actividades Centro de Salud joven



Hasta ahora se han podido visualizar en este trabajo con los jóvenes y adolescentes de la comunidad los siguientes hallazgos:

- ✓ Se ha podido detectar que del total de los atendidos un 22 % utiliza diariamente medicamentos asociados en el 100% de los casos a metilfenidato, asociados a un diagnóstico de TDA, ellos se encuentra incorporado al Programa Comunal de Integración y al Programa de TDA Comunal.

GRAFICO: DESCRIPCIÓN DE LOS ADOLESCENTES QUE PRESENTAN CONSUMO DE MEDICAMENTOS



- ✓ La adolescencia es compleja debido a todos los cambios físicos, emocionales y químicos, los cuales crean confusión e incertidumbre. Además, en esta etapa es cuando los adolescentes empiezan a crear y establecer su rol dentro de la familia y la sociedad. La agresión es una alternativa que los adolescentes encuentran para canalizar sus emociones aunque pueden existir otros factores ya sea ambientales enfermedades físicas, exposición constante al abuso, etc.

Los adolescentes atendido en este periodo reconocen en su mayoría sus estados de ánimos cambiantes pero que no le afecta de manera significativa en sus relaciones, pero también existe un porcentaje que preocupa pues reconoce utilizar la violencia como medio de relación frecuente con: sus pares, los adultos y con su medio en general.

Imagen: Descripción del número de adolescente que reconocen recurrir a la violencia como forma de relacionarse.



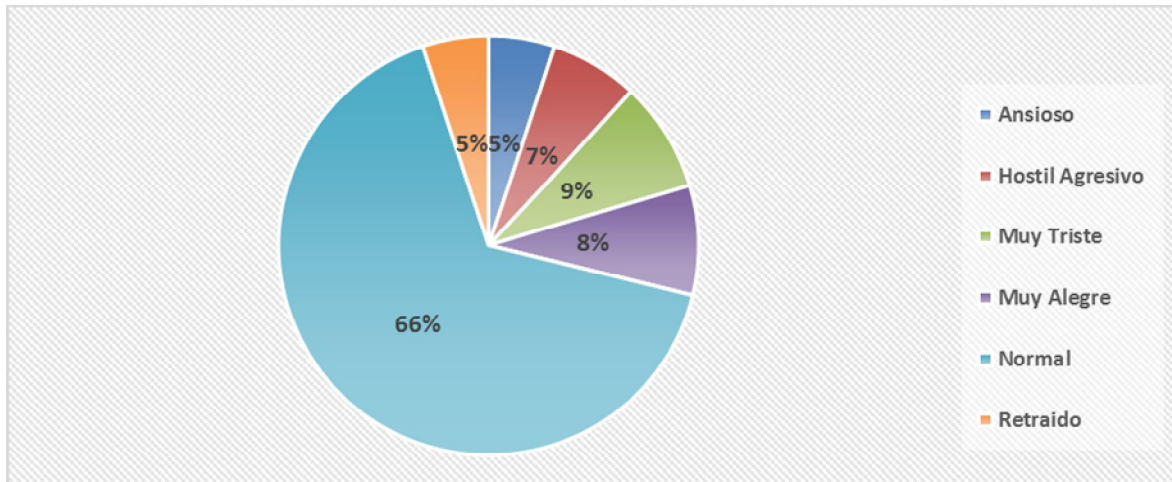
14 de ellos reconoce tener un comportamiento violeto.

✓ Otro factor que es importante rescatar es el número de niños y niñas que se reconocen víctimas de violencia intrafamiliar.



9 somos víctimas de violencia intrafamiliar

GRAFICO: DESCRIPCIÓN DE LOS ESTADOS DE ÁNIMOS QUE LOS ADOLESCENTES DAN CUENTA EN LA ATENCIÓN.



✓ Por otro lado estas atenciones nos arroja el dato de aquellos que pololean y de quienes mantienen relaciones sexuales.

Tabla N°12: Descripción del grupo de adolescentes que pololean y sus edades.

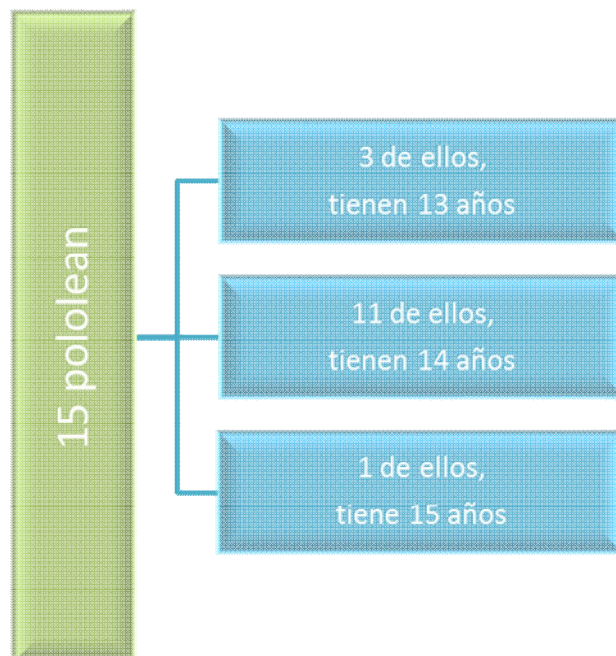


Imagen: Número de Adolescentes que mantienen relaciones sexuales.



7 adolescentes
mantienen
relaciones
sexuales

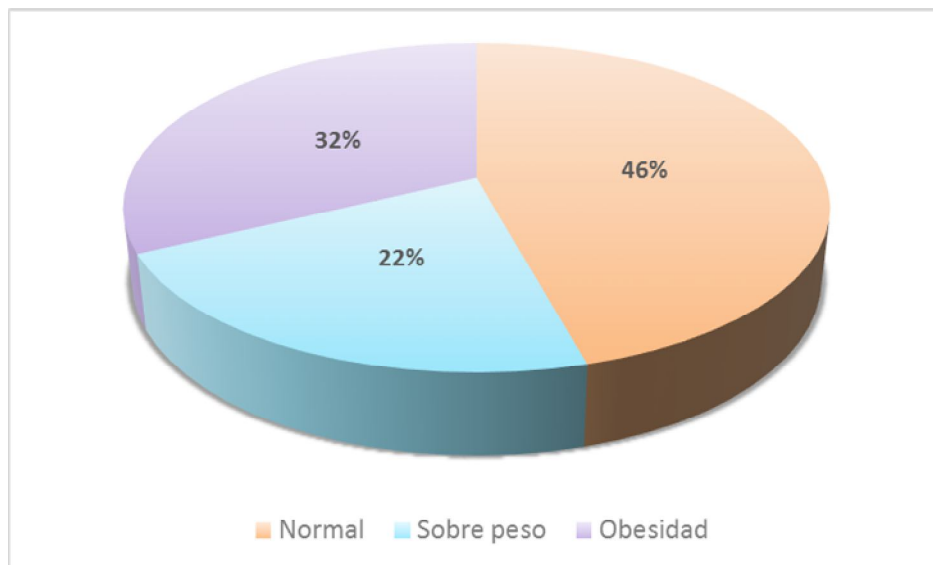
5 son hombres y 2
son mujeres

De los Hombres
Los 5 tienen 14 años

De las Mujeres
1 tiene 14 años
y la otra 15 años

Estado nutricional de los adolescentes atendidos es:

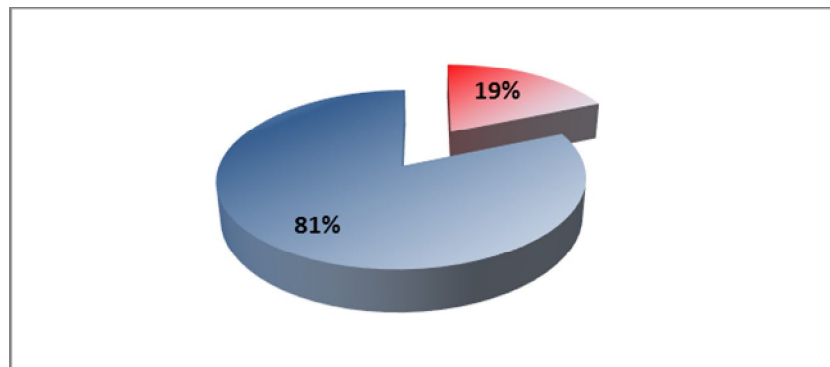
GRAFICO: DESCRIPCIÓN DE LOS ESTADOS DE ÁNIMOS QUE LOS ADOLESCENTES DAN CUENTA EN LA ATENCIÓN.



2.3 Unidad del Adulto

PROGRAMA CARDIO VASCULAR

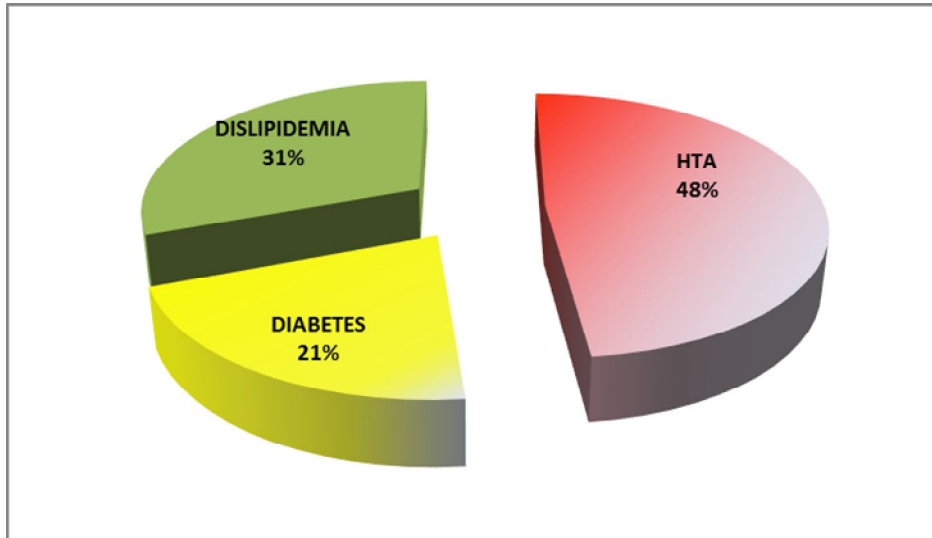
GRAFICO: DESCRIPCIÓN DEL PORCENTAJE DE USUARIOS QUE SE ENCUENTRAN EN CONTROL EN EL PROGRAMA CARDIOVASCULAR.



En los datos de la tabla anterior podemos apreciar claramente que el grupo de pacientes que se encuentran afectados por enfermedades cardiovasculares corresponden al 19% de la población tal como lo muestra el grafico anterior.

De los pacientes que se encuentran diagnosticados de enfermedades cardiovasculares presentamos observar en el próximo grafico la distribución de los diagnósticos dislipidemia, HTA y diabetes en la población bajo control del PSCV:

GRAFICO: DESCRIPCIÓN DE LA DISTRIBUCIÓN DE LOS DIAGNÓSTICOS DISLIPIDEMIA, HTA Y DIABETES EN LA POBLACIÓN BAJO CONTROL DEL PSCV



En primer lugar analizaremos al grupo de pacientes con antecedentes de Hipertensión Arterial de los cuales la cobertura alcanzada para Hipertensión, en Centro de Salud Boco, es de un 58.5%, bajo la meta IAAPS 2015 que es de un 71% de cobertura, estimándose una población bajo control de 354 beneficiarios. Esta baja se encuentra marcada por el grupo de 65 y más años, donde la cobertura, según población asignada, es de un 49.45%.

Además podemos describir que un por grupo de edad, muestra que la mayor concentración se ha desplazado a las edades de 45 a 64 años. En relación a la variable por sexo, existe un predominio de mujeres con un 65.5% de las personas bajo control.

Tabla: Descripción por rango etario de pacientes en control que presentan HT

Grupo de edad y sexo	N° Hombres	N° Mujeres	TOTAL
15 a 19 años	0	0	
20 a 34 años	2	2	
35 a 44 años	8	15	
45 a 54 años	21	51	
55 a 64 años	25	55	
65 a 69 años	26	23	
70 y más años	54	72	
TOTAL	136	218	354

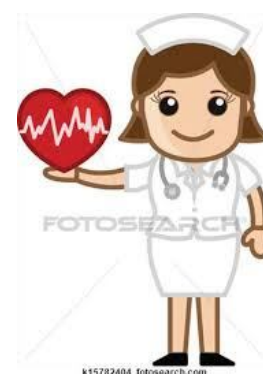


Se puede apreciar claramente que el predominio de las tasas se concentra en aquellas personas mayores de 65 años, como es esperable según prevalencia. En relación a la variable por sexo, existe un predominio de mujeres con un 61% de las personas bajo control.

La cobertura general alcanzada para Diabetes Mellitus, en Centro de Salud Familiar Boco, es de un 48.4%, bajo la meta IAAPS 2015 que es de un 55% de cobertura, estimándose una población bajo control de 153 beneficiarios. En el desglose por grupos etáreos, la cobertura en menores de 65 años es solo de un 28.8%, contrastando con las personas mayores de 65 años que alcanzan un 50%.

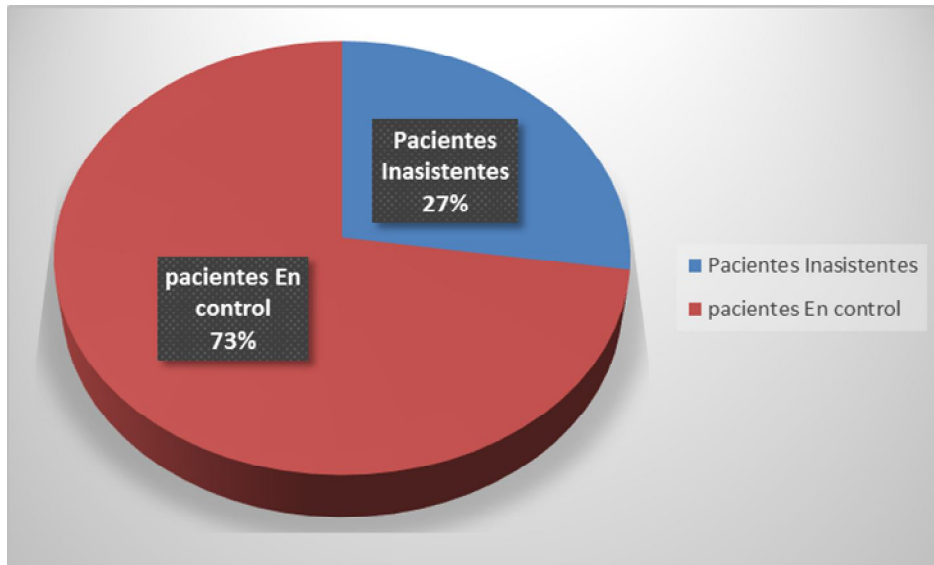
Tabla : Descripción por rango etario de pacientes en control que presentan DM

Grupo de edad y sexo	N° Hombres	N° Mujeres	TOTAL
15 a 19 años	0	3	
20 a 34 años	0	2	
35 a 44 años	5	15	
45 a 54 años	17	27	
55 a 64 años	12	15	
65 a 69 años	12	17	
70 y más años	13	15	
TOTAL	59	94	153



Es también importante para el programa poder los pacientes inasistentes a las diferentes atenciones de manera de poder establecer las estrategias educativas y motivacionales para lograr bajar el porcentaje de inasistencia.

GRAFICO: DESCRIPCIÓN DE LOS PACIENTES QUE SE ENCUENTRAN CON DIAGNÓSTICO PCSV MOSTRANDO PORCENTAJE DE QUIENES ESTÁN EN CONTROL Y QUIENES SE ENCUENTRAN INASISTENTES



La descripción de la población con Diagnóstico de enfermedad Cardiovascular ingresada a PCSV considerando el porcentaje de asistentes e inasistentes en el periodo enero – septiembre 2015 no establece un desafío de ampliar las estrategias que nos permitan conocer cuáles son las razones para el abandono del tratamiento así como los diferentes agentes educativos que permitirían poder motivar a los usuarios a continuar y mantener sus controles al día.

MORBILIDAD GENERAL

Es un hecho conocido que la magnitud y características de la morbilidad atendida en nuestro centro de salud se refiere solo a las personas que sintiendo la necesidad de atención médica, acuden a solicitarla y la reciben; por lo tanto, se limita a informar sobre una parte de las enfermedades que afectan a una comunidad. A pesar de estas limitaciones, la información que se logra al analizar las consultas de morbilidad tiene interés para el equipo de salud que debe orientar las acciones de prevención y tratamiento de sus beneficiarios.

Tabla: Descripción del total de atenciones de morbilidad para el periodo Enero – Septiembre 2015.

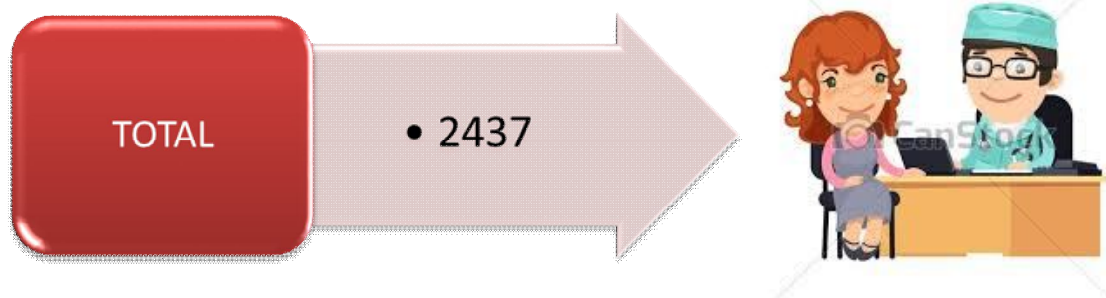
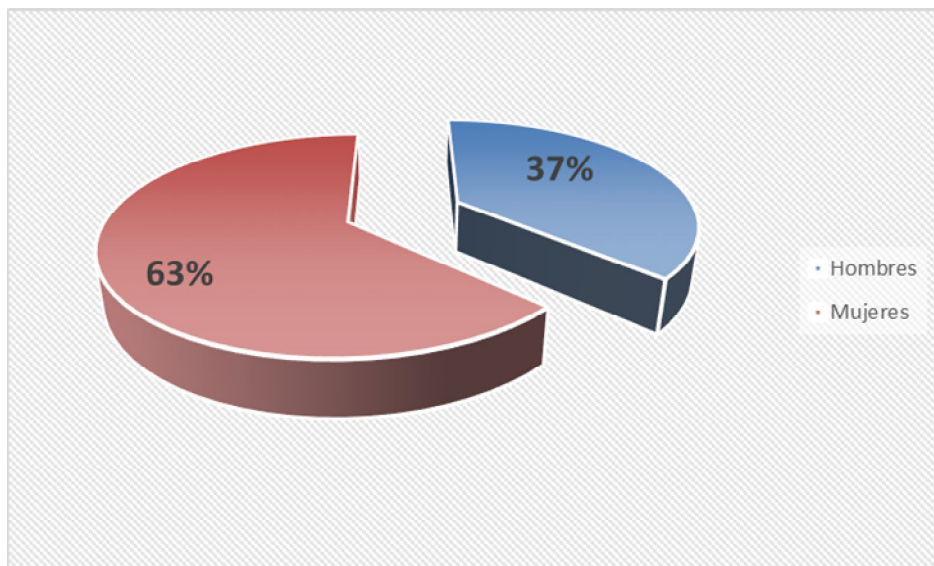


GRAFICO: ATENCIONES DE MORBILIDAD SEGÚN SEXO, FUENTE ESTADÍSTICA LOCAL CESFAM BOCO A SEPTIEMBRE 2015.



Se mantiene la tendencia que las atenciones en general son de predominio femenino, siendo un 63 % de éstas demandadas por mujeres.

GRAFICO: DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE CONSULTA SEGÚN GRUPOS DE PRIORIZACIÓN PARA LA ATENCIÓN DE MORBILIDAD AÑO 2015



2.4 Unidad de Vida Sana

Esta unidad tiene como propósito contribuir a la disminución de los factores de riesgo cardiovascular asociados al síndrome metabólico en la población intervenida, aportando a la prevención de enfermedades crónicas. Para se han implementado estrategias de intervención en personas con condiciones de riesgo de desarrollar enfermedades crónicas.

Cabe destacar que es la población femenina del sector no contaba con lugares y/o actividades de esparcimiento, y este tipo de necesidad permitió que el CESFAM fuera implementado actividades que han ido transformando al centro de salud un lugar de encuentro y no sólo un "consultorio" al que acudir cuando se presenta una enfermedad

Para ello desde el año 2011 se lleva a cabo el Taller por una Vida Sana Boco se Mueve, el cual ha permite que cerca de 25 mujeres de entre 20 a 60 años compartan en un ambiente de sana convivencia de una actividad física.

Imagen: Descripción del N° de Sesiones realizadas por el Taller Por una Vida Sana Boco se Mueve



Imagen: Gimnasio CESAM BOCO



AÑO 2014



AÑO 2015



Desde Agosto de este año se ha comenzado a implementar un nuevo taller de actividad física, que se realiza los días martes y jueves por la mañana de 9:00 a 10:00 logrado así poder responder a la comunidad que ha solicitado este horario por mucho tiempo. Permitiendo que le adulto mayor se involucre también en esta atención es que durante este mismo horario se les atiende de manera diferenciada en las máquinas para poder seguirlas motivando a continuar participando.

Imagen: Grupo matinal Actividad Física CESFAM BOCO



GRUPO DE ACTIVIDAD FISICA MATINAL 2015



Imagen: Adultos Mayores Actividad Física CESFAM BOCO



Grupo de Adultos Mayores