

DIAGNOSTICO DE SALUD
CENTRO DE SALUD FAMILIAR SUR
2014

ÍNDICE

| | | |
|-----|---|----|
| 1 – | INTRODUCCION ----- | 03 |
| | 1.1 MISION | |
| | 1.2 VISION | |
| | 1.3 OBJETIVOS ESTRATEGICOS | |
| 2 - | ANTECEDENTES DEL CESFAM | |
| | 2.1 - Descripción de los límites----- | 04 |
| | 2.2 – Nivel de Acreditación: | |
| | En Salud familiar ----- | 04 |
| | En Calidad y Seguridad del Paciente ----- | 05 |
| | 2.3 – Factores Determinantes de Salud ----- | 05 |
| | 2.4 - Capital Humano del CESFAM y horas contratadas----- | 07 |
| | 2.5 - Juntas Vecinales ----- | 08 |
| | 2.6 - Indicadores Demográficos ----- | 08 |
| | 2.6.1 - Crecimiento de la población inscrita ----- | 08 |
| | 2.6.2 – Pertinencia Cultural----- | 08 |
| | 2.6.3 – Extranjeros Validados ----- | 10 |
| | 2.6.4 – Clasificación de riesgos familiares ----- | 13 |
| | 2.7 - Indicadores de Salud----- | 13 |
| | 2.7.1 - Consultas de Urgencias Odontológicas----- | 13 |
| | 2.7.2 - Consultas médicas de urgencia SAPU ----- | 13 |
| | 2.7.3 - Traslado a centros de mayor complejidad----- | 15 |
| | 2.7.4 - Población cardiovascular sectorizada----- | 15 |
| | 2.7.5 - Estado de funcionalidad ----- | 16 |
| | 2.7.6 - Usuarios con Artrosis sectorizados----- | 17 |
| | 2.7.7 - Usuarios con Epilepsia Sectorizados----- | 18 |
| | 2.7.8 - Usuarios con Parkinson sectorizados----- | 18 |
| | 2.7.9 - Consultas médicas por SOME----- | 19 |
| | 2.7.10- Cobertura de PAP y examen físico de mamas----- | 19 |
| | 2.7.11- Cobertura ingreso gestantes adolescentes ----- | 19 |
| | 2.7.12- Cobertura ingreso gestante menor de 14 semanas- | 20 |
| | 2.7.13- Cobertura de lactancia materna ----- | 20 |
| | 2.7.14- Cobertura de menores de 6 años con obesidad ---- | 21 |
| | 2.7.15- Cobertura ingresos y compensación DM----- | 21 |
| | 2.7.16- Cobertura ingresos y compensación HTA----- | 22 |
| | 2.7.17- Cobertura de EMPA ----- | 23 |
| | 2.7.18- Vigilancia epidemiológica ----- | 24 |
| | 2.7.19- Cobertura de inmunizaciones----- | 24 |
| | 2.7.20- Atenciones por Enfermedades Respiratorias | |
| | Sala IRA ----- | 25 |
| | Sala ERA ----- | 29 |
| | 2.7.21- Atenciones Dentales----- | 31 |
| | 2.7.23- Unidad Primaria de Atención Oftalmológica (UAPO) | 32 |
| | 2.7.24 - Lista de Espera/ Interconsulta----- | 34 |
| | 2.7.25 - Diagnostico PNAC sectorizado ----- | 35 |
| 3 – | MATRIZ DECISIONAL Y ANALISIS FODA ----- | 37 |
| | 3.1 – Matriz Decisional ----- | 37 |
| | 3.2 – FODA comunitario ----- | 37 |
| 4 - | PARTICIPACION COMUNITARIA | |
| | 4.1 - Consejo de Desarrollo Centro de Salud Sector Sur----- | 39 |
| | 4.2 - Gestión de Solicitudes Ciudadanas ----- | 41 |
| | 4.3 - Encuesta de Satisfacción Usuaría Año 2013----- | 49 |
| | 4.4 - Comisión Mixta ----- | 60 |
| | 4.5- Actividades de Promoción ----- | 62 |
| 5 – | ANÁLISIS POR SECTOR | |
| | 5.1 - SECTOR 1 ----- | 63 |
| | Determinantes de Salud | |
| | Ciclo Vital del Niño----- | 64 |
| | Ciclo Vital Adolescente ----- | 65 |
| | Ciclo Vital Salud Sexual y Reproductiva ----- | 66 |
| | Ciclo Vital Adulto y Adulto Mayor ----- | 68 |

| | |
|---|---------|
| 5.2 - SECTOR 2 ----- | 69 |
| Salud Familiar y Comunitaria | |
| Ciclo Vital del Niño ----- | 73 |
| Ciclo Vital Adolescente ----- | 79 |
| Ciclo Vital Salud Sexual y Reproductiva ----- | 77 |
| Ciclo Vital Adulto y Adulto Mayor ----- | 85 |
| 5.3 - SECTOR 3 ----- | 87 |
| Salud Familiar y Comunitaria | |
| Ciclo Vital del Niño ----- | 90 |
| Ciclo Vital Adolescente ----- | 95 |
| Ciclo Vital Salud Sexual y Reproductiva ----- | 96 |
| Ciclo Vital Adulto y Adulto Mayor ----- | 98 |
| 5.4 - SECTOR 4 ----- | 102 |
| Salud Familiar y Comunitaria | |
| Ciclo Vital del Niño ----- | 103 |
| Ciclo Vital Adolescente ----- | 108 |
| Ciclo Vital Salud Sexual y Reproductiva ----- | 109 |
| Ciclo Vital Adulto y Adulto Mayor ----- | 114 |
| 5.5 – SECTOR 5 | 117 |
| 6.- Evaluación en caso de emergencia..... | 118 |

1 - INTRODUCCION

El Modelo de Atención Integral de Salud con Enfoque Familiar y Comunitario reconoce como principio en la Atención Primaria de Salud un sistema centrado en las personas, con integralidad de la atención y continuidad del cuidado

Para implementar este modelo, es que se interviene sobre los factores determinantes de la salud y enfermedad del grupo familiar, ya que los posibles problemas emergentes en general son multifactoriales, por ello es que la atención no sólo debe provenir del sector sanitario, sino con la participación de la comunidad y la coordinación de todos los servicios implicados en salud, es decir, debe existir la eficaz integración de las redes asistenciales de salud, asegurando el cumplimiento del régimen general de garantías en cuanto al acceso, calidad, oportunidad y protección financiera de las personas, mejorando la satisfacción usuaria y garantizando el uso racional de los recursos.

1.1 - MISION

“Brindar atenciones de salud con enfoque integral y de calidad, a través de un trato cercano a las personas, fomentando la corresponsabilidad en situaciones de su salud, de sus familias y de la comunidad en general, desarrollando actividades de promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud a lo largo de su ciclo vital individual y familiar.”

1.2 – VISION

“Ser un Centro de Salud Familiar que pueda satisfacer las necesidades de salud de las personas, de sus familias, del entorno y redes sociales. Comprometidos en colaborar con la co-construcción de una salud integral y comunitaria, a través de un trabajo multidisciplinario del equipo de salud, implementando y desarrollando estrategias para promover estilos de vida saludables y de autocuidado en las familias y comunidad que nos han elegido para cumplir con este propósito”.

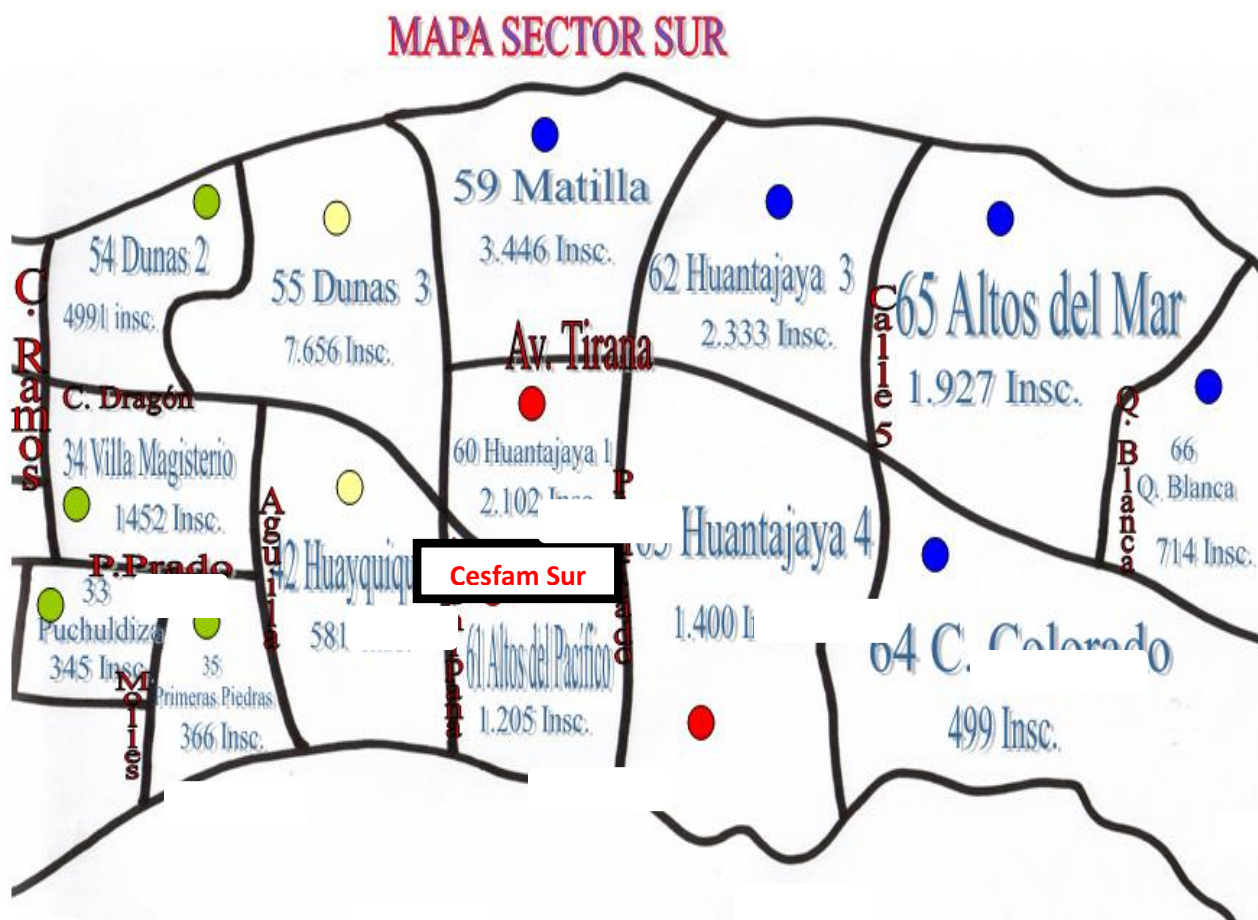
1.3 - OBJETIVOS ESTRATEGICOS

- Reducir la carga sanitaria de las enfermedades transmisibles contribuyendo a disminuir su impacto social y económico, entregando atenciones de salud con enfoque integral, satisfaciendo las necesidades de la comunidad e incorporando las familias, el trabajo coordinado con las redes sociales y la comunidad en general, en la construcción de estilos de vida saludable.
- Fomentar estrategias de respeto y de buen trato recíproco entre funcionarios y usuarios, mejorando la calidad de atención y de satisfacción usuaria.
- Entregar atenciones e intervenciones con enfoque biopsicosocial, a través de cualquier actividad que se realice entregando una atención de calidad y con calidez.
- Desarrollar planes de cuidados y estudios de familia, en las familias que se encuentran en los grupos de riesgos y/o situación de vulnerabilidad.
- Fortalecer la institucionalidad del establecimiento aumentando los mecanismos de participación ciudadana, fortaleciendo el trabajo coordinado con el Consejo de Desarrollo Local y la comunidad organizada, así como con las redes sociales.
- Elaborar programas de mejora continua con el fin de enfrentar de la mejor forma posible las situaciones de emergencia desastres y epidemias que se presenten.

- o Posibilitar espacios para el desarrollo de los funcionarios y de los usuarios externos Trabajando con enfoque en los factores de riesgo y de protección. Con planes participativos.

2 - ANTECEDENTES DEL CESFAM

2.1 - DESCRIPCIÓN DE LOS LÍMITES:



Al norte se puede observar la avenida Castro Ramos, al sur Limite Urbano, al este faldeos del Cerro Dragón y Oeste Avenida Arturo Prat.

2.2 – NIVEL DE ACREDITACIÓN:

- ✓ EN SALUD FAMILIAR

En el año 2012 el Centro de Salud Familiar Sur cumplió con todos los requisitos para ser acreditado en el nivel de Desarrollo Medio Superior, avanzando con los procesos internos para lograr la atención de todos los usuarios con la mirada del modelo biopsicosocial con enfoque familiar y comunitario para lograr responder a las necesidades de los usuarios considerando su ciclo vital individual, familiar y su entorno permitiendo ampliar la mirada teniendo en cuenta los determinantes sociales sin perder de vista los objetivos estratégicos del mismo CESFAM y del Ministerio de Salud para la década 2010-2020.

Sin embargo durante el año 2014 el equipo ha sufrido crisis sobretodo asociados al nivel de estrés que sufrió toda la comuna por el sismo de gran magnitud que sufrió la 1° y 2° región en el mes de abril, lo cual se ha visto afectado con muchas licencias y alterado el clima laboral al interior del equipo asociado al déficit de horas médicas que ha sido un factor constante durante el año, lo cual ha causado un retroceso en el trabajo en general del CESFAM.

De acuerdo a lo anterior es que los ámbitos de Equipo de Salud y de Procesos se han visto mermados considerablemente.

✓ EN CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

Se ha continuado lentamente el proceso de acreditación, revisando protocolos y procedimientos operativos estandarizados, lo cual también se ha visto afectado por los motivos anteriormente mencionados y además por los trabajos de mejoras para acortar las brechas lo cual, a pesar de tratar de controlar los inconvenientes que se producen al estar trabajando en medio de constructoras y faenas propias, ha sido un factor que ha jugado muy en contra en que los procesos avancen como se había planificado.

Es más se tiene el convencimiento y el compromiso que una vez concluidas todas las mejoras se regularizará todo y se volverá a trabajar con el mismo compromiso que ha caracterizado al equipo del CESFAM.

2.3 - FACTORES DETERMINANTES DE SALUD

○ Acceso y Movilización

El CESFAM Sur se ubica en la explanada de una pendiente que por su declive presenta riesgos de accidente, especialmente en niños, embarazadas, adultos mayores y discapacitados.

Por lo que en conjunto con el Consejo Consultivo de Salud se ha gestionado la solicitud de dejar en un solo sentido la calle que permite el acceso al CESFAM, la cual se ve demasiada congestionada por las construcciones y la falta de estacionamientos por la misma razón.

Los usuarios acceden al Centro de Salud Familiar Sur aproximadamente en veinte minutos contando con las líneas de micros 4-5-7-8-9-10-15, también se cuenta con acceso a través de colectivos.

○ Características de las viviendas:

El sector perteneciente al Centro de Salud cuenta con una gran variedad de construcciones, las hay de material ligero predominando este en la toma de Laguna Verde, siendo el resto de las viviendas de material sólido o mixto constituidas por soluciones habitacionales del tipo básico SERVIU subsidiadas, viviendas de espacio reducido y con pequeñas dependencias que en gran número han sido mejoradas y ampliadas. Condiciones sanitarias adecuadas. Por otro lado se aprecia un sector caracterizado por la existencia de viviendas de mayor plusvalía, conformado por pequeños grupos habitacionales comercializados por empresas constructoras particulares. Al oeste, a orillas del mar se visualizan zonas que cuentan con todos los recursos y comodidades de la vida moderna, viviendas de alto costo de propiedad de particulares. Al este se hallan soluciones habitacionales estandarizadas de menor plusvalía, como también viviendas básicas que acogen a familias de menores ingresos.

○ Abastecimiento de Agua:

Todas las poblaciones aledañas al Centro de Salud Sur, cuentan con una red de agua potable. El funcionamiento y mantenimiento de las redes de abastecimiento están a cargo de la Empresa Aguas del Altiplano.

○ Suministro Eléctrico:

La generalidad de las viviendas pertenecientes al CESFAM Sur se encuentra con Suministro eléctrico.

- Eliminación de excretas:

El 95,5% de la población total de Iquique cuenta con alcantarillado. El sector adscrito al Centro de Salud cuenta casi en su totalidad con este servicio, teniendo una red de alcantarillado para aguas servidas en correcto funcionamiento. Sin embargo, aún encontramos un 1% con pozos negros, fosas sépticas y alcantarillados compartidos.

- Eliminación de residuos:

Las medidas de recolección dependen de la Ilustre Municipalidad de Iquique, ella es realizada por camiones especializados diariamente. Aún así se observan micro basurales generados por personas que tiran sus basuras donde no corresponde como es el caso del pasaje Saladero que acumula sus residuos domiciliarios en la vereda de acceso al CESFAM.

- Seguridad social

Este sector no cuenta con instituciones de seguridad como comisarias, actualmente si lo hace con una compañía de bomberos ubicada en Rancagua con El Águila. La comisaría más cercana se encuentra en Avenida Pedro Prado s/n participando en el plan cuadrante N° 4.

- Vivienda

Es uno de los sectores más diversos en la calidad de sus viviendas está densamente poblado y donde se ubica un número importante de beneficiarios del Sistema Público. Constituidas por soluciones habitacionales del tipo básico SERVIU subsidiadas, Viviendas de espacio reducido y con pequeñas dependencias que en gran número han sido mejoradas y ampliadas. Condiciones sanitarias adecuadas. Por otro lado se aprecia un sector caracterizado por la existencia de viviendas de mayor plusvalía, conformado por pequeños grupos habitacionales comercializados por empresas constructoras particulares. Al oeste, a orillas del mar se visualizan zonas que cuentan con todos los recursos y comodidades de la vida moderna, viviendas de alto costo de propiedad de particulares. Al este se hallan soluciones habitacionales estandarizadas de menor plusvalía, como también viviendas básicas que acogen a familias de menores ingresos.

- Factores protectores

Encontramos factores protectores en los sectores pertenecientes al CESFAM Sur y nuestro plan de trabajo será reforzar aquellos débiles y mantener los que funcionan adecuadamente. El sector es diverso en cuanto a nivel socioeconómico, rango etáreo, etc. Aun así con estas diferencias podemos identificar.

Familias jóvenes, a quienes poder educar, orientar y prevenir posibles factores de riesgo. En cuanto al nivel socioeconómico buscar metodologías y gestiones para la educación y capacitación laboral que permita mejorar los estándares de vida.

Participación Comunitaria, el sector se caracteriza por una amplia red de juntas vecinales y organizaciones formales e informales, donde la gran mayoría es activa, por medio de esta participación logramos un acercamiento que permita conocer a fondo a las familias del sector a demás de un trabajo conjunto con la comunidad.

- Nivel escolaridad población.

Trabajo conjunto con establecimientos educacionales del sector, a través de la comisión mixta, salud y educación.

2.4 – CAPITAL HUMANO DEL CESFAM Y HORAS CONTRATADAS:

| CESFAM | FUNCIONARIOS | CANTIDAD | HORAS DIARIAS | HORAS SEMANALES |
|-----------------|----------------------|----------|---------------|-----------------|
| | DIRECTOR (A) | 1 | 8,8 | 44 |
| | JEFE(A) DE SOME | 1 | 8,8 | 44 |
| | MEDICOS | 6 | 52,8 | 264 |
| | QUIMICO | 1 | 8,8 | 44 |
| | ODONTOLOGOS | 3 | 26,4 | 132 |
| | ENFERMERAS | 9 | 79,2 | 396 |
| | ENFERMERA ERA | 1 | 8,8 | 44 |
| | MATRONA | 7 | 61,6 | 308 |
| | TECNOLOGO MEDICO | 1 | 8,8 | 44 |
| | KINESIOLOGOS | 2 | 17,6 | 88 |
| | NUTRICIONISTA | 3 | 26,4 | 132 |
| | PSICOLOGOS | 4 | 35,2 | 176 |
| | ASISTENTE SOCIAL | 3 | 26,4 | 132 |
| | EDUCADORA DE PARVULO | 3 | 26,4 | 132 |
| | TENS | 18 | 158,4 | 792 |
| | TECNICO PARAMEDICO | 10 | 88 | 440 |
| | TENS DENTAL | 3 | 26,4 | 132 |
| | TENS BODEGA DE LECHE | 2 | 17,6 | 88 |
| | TENS FARMACIA | 3 | 26,4 | 132 |
| ADMINISTRATIVOS | 9 | 79,2 | 396 | |
| SERENO | 6 | 52,8 | 264 | |
| CONDUCTORES | 2 | 17,6 | 88 | |

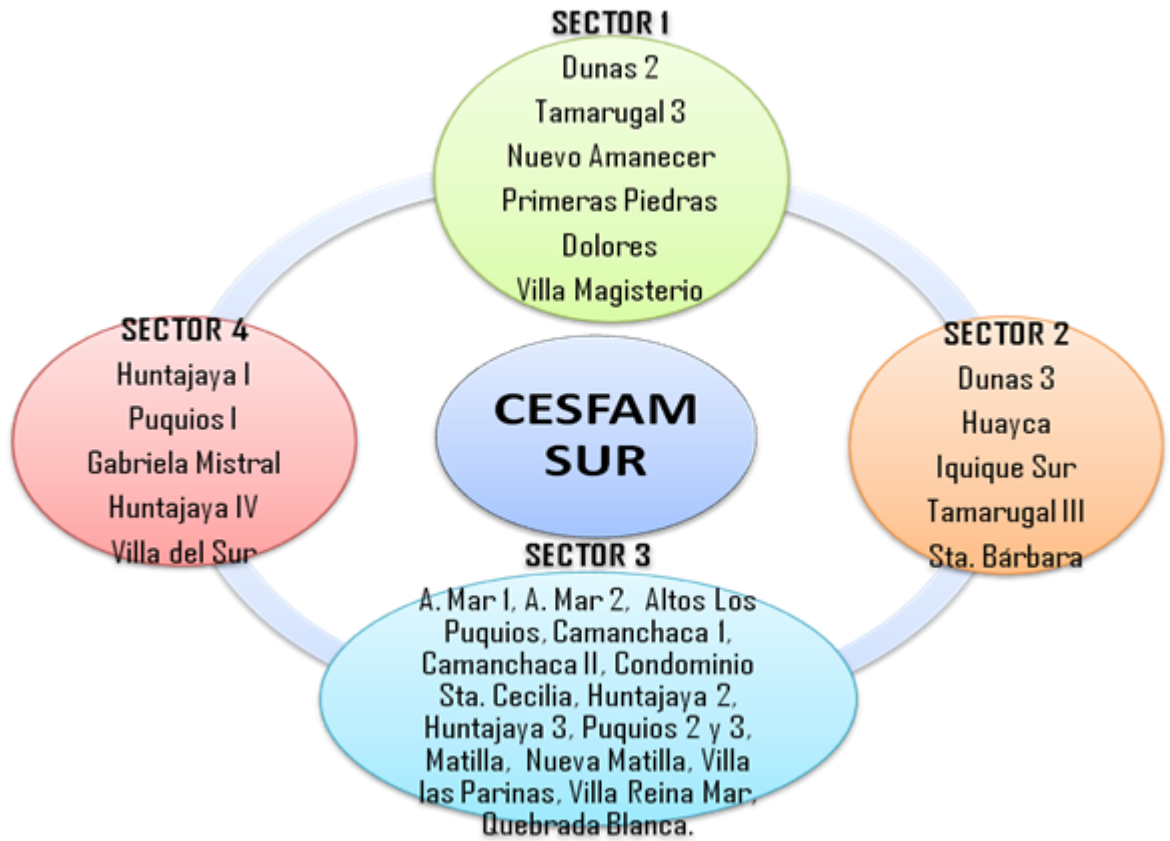
| EXTENSION HORARIA | DIRECTOR (A) | 1 | 3,5 | 21,5 |
|-------------------|----------------|---|------|------|
| | MEDICOS | 1 | 3,5 | 21,5 |
| | ENFERMERA | 3 | 10,5 | 56,5 |
| | MATRONA | 3 | 10,5 | 56,5 |
| | NUTICIONISTA | 1 | 3,5 | 21,5 |
| | TENS | 8 | 28 | 144 |
| | ADMINISTRATIVO | 1 | 3,5 | 21,5 |

| UNAMI | MEDICOS | 2 | 18 | 90 |
|-------|----------------------|---|----|-----|
| | TENS | 3 | 27 | 135 |
| | ADMINISTRATIVO | 1 | 9 | 45 |
| | CONDUCTOR | 1 | 9 | 45 |
| | AUXILIAR DE SERVICIO | 1 | 9 | 45 |

| HPV | PSICOLOGOS | 3 | 26,4 | 132 |
|-----|---------------|---|------|-----|
| | PSICOPEDAGOGO | 1 | 8,8 | 44 |

Es importante mencionar que durante el año 2015 el recurso humano aumentará porque durante el mes de enero se trasladará el laboratorio comunal de Atención Primaria de la Comuna a las dependencias del CESFAM, al edificio que en la actualidad se está construyendo, proyecto que después de 10 años se logra concretar, lo que permitirá trabajar con mayor amplitud y cumplir con la canasta completa de exámenes que corresponde realizar al nivel de Atención Primaria de Salud.

2.5 - JUNTAS VECINALES ADSCRITAS AL ÁREA GEOGRÁFICA DEL CESFAM:



2.6 - INDICADORES

DEMOGRÁFICOS

2.6.1 - Crecimiento de la población inscrita

| | INFANTIL | ADOLESCENTE | ADULTO | ADULTOS MAYORES | TOTAL INSCRITOS | FAMILIAS A 06-10-2014 | FAMILIAS A 11/09/2013 |
|-----------------|----------|-------------|--------|-----------------|-----------------|-----------------------|-----------------------|
| (FONASA) | | | | | | | |
| SECTOR 1 | 1020 | 1118 | 4672 | 880 | 7690 | 3229 | 3149 |
| SECTOR 2 | 886 | 1265 | 4244 | 582 | 6665 | 2894 | 2695 |
| SECTOR 3 | 1881 | 1709 | 7144 | 1037 | 11771 | 5233 | 5075 |
| SECTOR 4 | 1131 | 1194 | 4838 | 742 | 7905 | 4116 | 4060 |
| SECTOR 5 | 1509 | 1405 | 4296 | 692 | ❖ | ❖ | ❖ |

Fuente: Datos recolectados a través del Sistema RAYEN durante el mes de octubre 2014



En proceso de revisión para consolidar datos finales

2.6.2 – Pertinencia Cultural

Familias que se identifican con algún pueblo originario:

| Etnia | Sector 1 | Sector 2 | Sector 3 | Sector 4 | |
|----------------------|----------|----------|----------|----------|-----|
| Aymara | 30 | 11 | 40 | 58 | 139 |
| Diaguita | 4 | 2 | 11 | 8 | 25 |
| Mapuche | 15 | 11 | 24 | 29 | 79 |
| Quechua | 4 | 1 | 4 | 8 | 17 |
| Atacameño | 1 | | 2 | 4 | 7 |
| No contesta | | | | 1 | 1 |
| Otras étnicas | | 1 | 1 | | 2 |

| | | | | | |
|----------------|----|----|----|-----|-----|
| Totales | 54 | 26 | 82 | 108 | 270 |
|----------------|----|----|----|-----|-----|

Fuente: Datos recolectados a través del Sistema RAYEN durante el mes de octubre 2014

Las familias que se identifican con pueblos originarios son **270**, de las cuales 54 (20%) corresponden al sector uno, de éstas, 30 familias, lo que equivale a 55.5% se identifican con el pueblo Aymara,

Las familias que se identifican con alguna etnia del Sector 2 son 26 (9.62%) y 11 de ellas (42%) se identifican con el pueblo Aymara.

En el sector tres hay 82 familias (30.37%) de los cuales 40 (48.7%) se identifican con el pueblo Aymara.

Las familias que se identifican en el sector cuatro son 108 (40%) de los cuales 58 (53.7%) se identifican con el pueblo Aymara.

Es relevante incorporar este dato ya que así identificamos nuestras familias con identidades distintas, destacando especialmente la identificación con las culturas Aymara (51%) y Mapuche (29%), las respetemos en sus valores, e incorporamos en nuestras acciones el sentido de pertinencia cultural.

Comparando con el año 2013, teníamos 194 familias que se identificaban con alguna etnia, aumentando para 270 en la actualidad.

PLAN DE ACCION CESFAM SUR

OBJETIVO GENERAL:

Reconocer, respetar y valorar las familias que se identifican con pueblos originarios inscritas en nuestro CESFAM.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Reconocer las familias que se identifican con algún pueblo originario;
- Respetar la identidad social y cultural, las costumbres y tradiciones de las familias con pertinencia cultural.
- Facilitar y asegurar sus derechos de oportunidad e igualdad de condiciones;

ACCIONES ESPECÍFICAS DIRIGIDAS A PUEBLOS ORIGINARIOS:

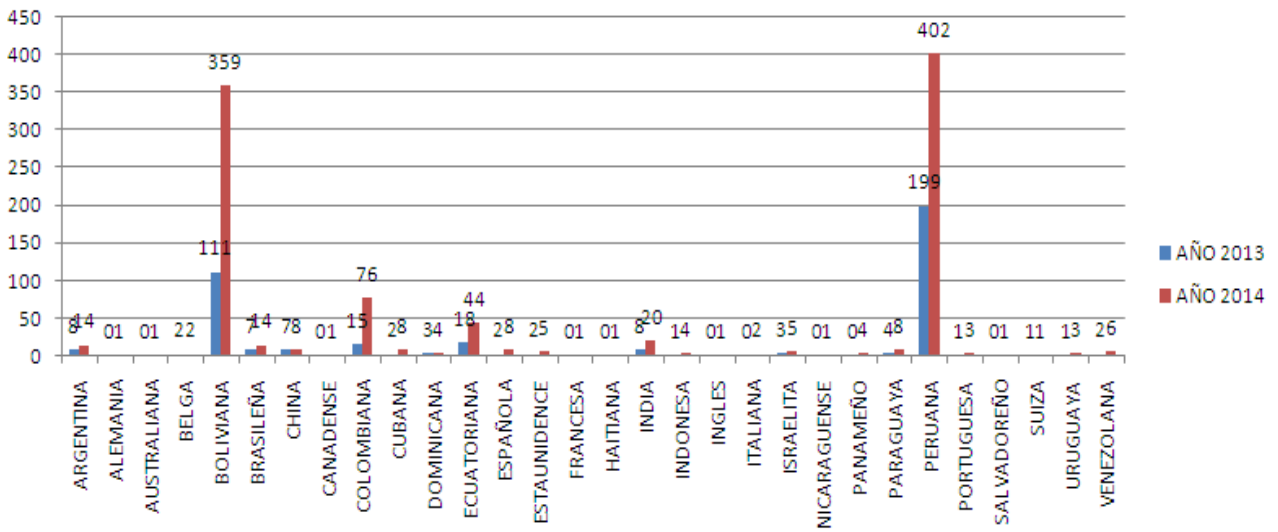
- Identificar en instrumentos utilizados las familias con pertenencia cultural, siendo algunos de ellos:
 - Sistema de Inscripción;
 - Tarjeta Familiar;
 - TPI;
 - Tarjeta de Planificación Familiar;
 - Cartola Cardiovascular;
- Brindar atenciones con respeto a las culturas distintas, sin discriminación;
- Incluir a las familias con pertenencia cultural en todas las prestaciones ofrecidas por nuestro Centro de Salud Familiar y en todos los ciclos vitales: Ciclo Vital Infantil, Ciclo Vital Adolescente, Ciclo Vital Salud Sexual y Reproductiva y Ciclo Vital Adulto y Adulto Mayor.
- Derivar cuando lo amerite, a recibir mayor orientación por parte de la “Facilitadora Intercultural” que se encuentra disponible en el CESFAM Aguirre.

2.6.3 – Extranjeros Validados:

Según datos recolectados a través del Sistema RAYEN durante el mes de octubre de 2014 se puede observar un total de **1.009** extranjeros que se encuentran inscritos en el CESFAM. Se observa un aumento de 278% en relación al año anterior, en donde eran 362 extranjeros inscritos.

| NACIONALIDAD | 2013 | 2014 |
|--------------|------|------|
| ARGENTINA | 8 | 14 |
| ALEMANIA | 0 | 1 |
| AUSTRALIANA | 0 | 1 |
| BELGA | 2 | 2 |
| BOLIVIANA | 111 | 359 |
| BRASILEÑA | 7 | 14 |
| CHINA | 7 | 8 |
| CANADENSE | 0 | 1 |
| COLOMBIANA | 15 | 76 |
| CUBANA | 2 | 8 |
| DOMINICANA | 3 | 4 |
| ECUATORIANA | 18 | 44 |
| ESPAÑOLA | 2 | 8 |
| ESTAUNIDENCE | 2 | 5 |
| FRANCESA | 0 | 1 |
| HAITIANA | 0 | 1 |
| INDIA | 8 | 20 |
| INDONESA | 1 | 4 |
| INGLES | 0 | 1 |
| ITALIANA | 0 | 2 |
| ISRAELITA | 3 | 5 |
| NICARAGUENSE | 0 | 1 |
| PANAMEÑO | 0 | 4 |
| PARAGUAYA | 4 | 8 |
| PERUANA | 199 | 402 |
| PORTUGUESA | 1 | 3 |
| SALVADOREÑO | 0 | 1 |
| SUIZA | 1 | 1 |
| URUGUAYA | 1 | 3 |
| VENEZOLANA | 2 | 6 |

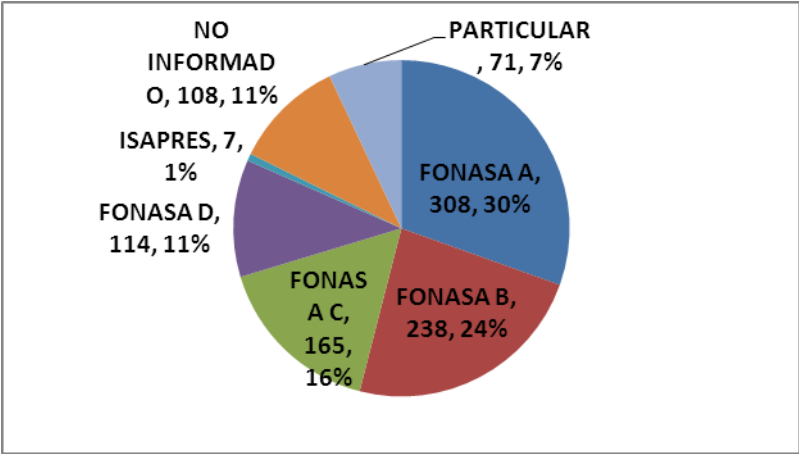
| | | |
|-------|-----|-------|
| TOTAL | 362 | 1.009 |
|-------|-----|-------|



Que la mayoría de los extranjeros inscritos en el CESFAM Sur son de nacionalidad Peruana con 39.84%, seguida de Boliviana con 35.57% y Colombiana con 7.53%. Se puede observar el aumento considerable de usuarios inscritos de estas nacionalidades y por otro lado el aumento de 506% de usuarios inscritos de nacionalidad Colombiana en el año 2014.

A demás se puede observar el ingreso al CESFAM de usuarios de nacionalidad europea durante el año 2014, como italianos, franceses, ingleses y otros, lo que podría reflejar el proceso de globalización, migración y fenómeno de crisis mundial, lo cual ha afectado directamente algunos países europeos y americanos a partir del año 2009.

En torno a los tramos de FONASA se puede observar:



Que el 30%(308) usuarios extranjeros validados son del Tramo FONASA A, 24% (238) son FONASA B, 16% (165) son FONASA C y 11% (114) FONASA D. Lo que refleja que 51% se encuentran como cotizantes y/o cargas de personas cotizantes, o sea, en condición laboralmente activa, lo que se mantuvo en relación al año 2013.

Con relación al tramo de FONASA de las tres primeras mayorías, se puede observar:

| NACIONALIDAD | F/A | F/B | F/C | F/D | NO/INFORMADO | PARTICULAR |
|--------------|-----|-----|-----|-----|--------------|------------|
| PERUANA | 104 | 105 | 87 | 63 | 24 | 18 |
| BOLIVIANA | 116 | 83 | 53 | 20 | 61 | 26 |
| COLOMBIANA | 24 | 14 | 5 | 8 | 10 | 15 |

| | | | | | | |
|-------|-----|-----|-----|----|----|----|
| TOTAL | 244 | 202 | 145 | 91 | 95 | 59 |
|-------|-----|-----|-----|----|----|----|

Se observa que la gran mayoría de extranjeros inscritos en el CESFAM Sur son de estas tres nacionalidades, lo que suman un total de 836 usuarios extranjeros, equivaliendo a 82.85% del total inscritos, de estos el 29% son FONASA A, el 24% son FONASA B, 17% son FONASA C, 10.88% son FONASA D, 11% No informado y el 7% son Isapres.

De esta forma, el 51.88% son cotizantes y/o cargas, dado que son FONASA B, C o D, Se observa un número significativo de usuarios en condición de no informado, lo que podría indicar que se encuentran con documentos de migración en tramites y/o información de FONASA no actualizado en sistema Rayen. Por otro lado se observa un 7% que son Isapres, teniendo derecho de retiro de alimento complementario y vacunas, en caso de niños menores de 6 años.

| SECTOR | TOTAL | MASC. | FEM. |
|--------------|-------|-------|------|
| SECTOR 1 | 46 | 14 | 32 |
| SECTOR 2 | 57 | 14 | 43 |
| SECTOR 3 | 91 | 23 | 68 |
| SECTOR 4 | 75 | 15 | 60 |
| FUERA SECTOR | 93 | 26 | 67 |
| TOTAL | 362 | 92 | 270 |

Fuente: Datos recolectados a través del Sistema RAYEN durante el mes de octubre 2013

Se puede observar un total de 362 extranjeros que se encuentran inscritos y validados en nuestro CESFAM, siendo de estos 74% mujeres y 26% hombres.

En torno a las principales nacionalidades de los extranjeros validados, se puede observar:

| NACIONALIDAD | TOTAL |
|--------------|-------|
| ARGENTINA | 8 |
| BELGA | 2 |
| BOLIVIANA | 111 |
| BRASILEÑA | 7 |
| CHINA | 7 |
| COLOMBIANA | 15 |
| CUBANA | 2 |
| DOMINICANA | 3 |
| ECUATORIANA | 18 |
| ESPAÑOLA | 2 |
| ESTAUNIDENCE | 2 |
| INDIA | 8 |
| INDONESA | 1 |
| ISRAELITA | 3 |
| PARAGUAYA | 4 |
| PERUANA | 199 |
| PORTUGUESA | 1 |

| | |
|-------------------|---|
| SUIZA | 1 |
| URUGUAYA | 1 |
| VENEZOLANA | 2 |

Que la mayoría de los extranjeros validados son de nacionalidad Peruana con 50%, seguida de Boliviana con 28% y Ecuatoriana con un 5%.

En torno al tramo de FONASA a que pertenecen, se puede observar que 188 extranjeros validados son del Tramo FONASA A, 114 son FONASA B, 61 son FONASA C y 33 FONASA D. Lo que refleja que 47% se encuentran validados como personas de escasos recursos y que 52% se encuentran como cotizantes y/o cargas de personas cotizantes, o sea, en condición laboralmente activa.

2.6.4 - Familias evaluadas por clasificación de riesgos

Se observa que el CESFAM cuenta con 4418 Tarjetas Familiares, de las cuales se han evaluado 2066 (47%), predominando en estas el riesgo bajo con un total de 1244 familias (28,1%).

| | TOTAL FAMILIAS | TOTAL DE TARJETAS FAMILIARES | TOTAL DE FAMILIAS EVALUADAS | FAMILIAS CON RIESGO MINIMO | FAMILIAS CON RIESGO BAJO | FAMILIAS CON RIESGO MODERADO | FAMILIAS CON RIESGO ALTO |
|-----------------|----------------|------------------------------|-----------------------------|----------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|
| SECTOR 1 | 3229 | 820 | 512 | 145 | 280 | 72 | 14 |
| SECTOR 2 | 2894 | 1189 | 776 | 145 | 535 | 102 | 13 |
| SECTOR 3 | 5233 | 1322 | 336 | 113 | 173 | 48 | 2 |
| SECTOR 4 | 8232 | 1087 | 442 | 98 | 256 | 76 | 13 |
| TOTAL | 19588 | 4418 | 2066 | 501 | 1244 | 298 | 42 |

2.7 - INDICADORES DE SALUD

2.7.1 - Consultas de Urgencias Odontológicas:

El CESFAM presta atención de urgencia GES (Pulpitis, pericoronitis, complicaciones post exodoncias, abscesos, flegmones, traumatismos dentoalveolar, guna) y no GES durante el día, efectuado por los turnos diurnos, extensiones horarias y SAPU dental.

Desde enero a septiembre del presente año se han realizado 6.636 atenciones de urgencias no GES y 1.189 urgencias GES, en total han sido atendidos 7.825 pacientes.

La mayoría de las acciones realizadas corresponden a extracciones de dientes temporales y permanentes, trepanaciones, pulpotomias, obturaciones provisorias, cementaciones de coronas, ferulizaciones, curetajes, solicitud de radiografías y entrega de recetas.

2.7.2 - Consultas médicas de urgencia SAPU Sur enero-agosto de 2013-2014

El servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU) SUR, se encuentra ubicado actualmente en Playa el Águila sin número, cuenta con dependencia propia la cual se distribuye de la siguiente forma:

7 box de atención

- 1 sala de reanimación
- 1 sala de espera
- 1 sala de ubicación de radios
- 1 patio de luz
- 1 sala de estar para personal

El horario de atención es de 24 horas, distribuyéndose los turnos de la siguiente manera:

- TURNOS MEDICO: Desde las 08:00 a las 17:00 hrs, 17:00 a 00:00 hrs y turno noche de 00:00 a 08:00 hrs.

La dotación de médicos corresponde a 12 Médicos los cuales se distribuyen de la siguiente manera:

- 2 Médicos que realizan turno de lunes a viernes de 08:00 a 17:00 hrs.
- 10 Médicos que realizan turnos de 08:00 a 00:00 hrs los fines de semana y festivos, turnos de 17:00 a 00:00 hrs. de lunes a viernes y turnos cortos de 19:00 a 22:00 hrs.
- TURNOS TECNICOS PARAMEDICOS, ADMINISTRATIVO, CONDUCTORES Y AUXILIARES DE SERVICIO:

Se distribuyen de la siguiente forma:

- Turno Día de 08:00 a la 17:00 hrs.
- Turno largo de la 17:00 a la 00:00 hrs.
- Turno Noche de la 00:00 hrs hasta 08:00 hrs..

La dotación actual se distribuye de la siguiente forma:

- 11 Técnicos Paramédico los cuales se distribuyen de la siguiente manera:
 - Turno Día 3 técnicos de 08:00 a 17:00 hrs.
 - Turno Largo de 17:00 a 00:00 hrs. 2 Técnico paramédico turno largo y 1 Técnico de Paramédico de apoyo de 18:00 a 22:00 hrs.
 - Turno Noche de 00:00 a 08:00 hrs. Con 2 Técnicos Paramédicos
 - 6 conductores los cuales se distribuyen uno por turno.
 - 8 Administrativos, los cuales se distribuyen uno por turno.
 - 8 Auxiliares de Servicios, distribuyéndose 1 por turno.
 - 5 enfermeras que realizan turno de 18^o a 21^o, una por turno.

Actualmente la administración de SAPU está a cargo de la Dirección de cada establecimiento de salud; implementándose el cargo de Enfermera Coordinadora.

- ✓ Consultas médicas de urgencia SAPU Sur:

| |
|----------------------------|
| Enero a Septiembre de 2013 |
|----------------------------|

| |
|-------|
| 32045 |
|-------|

| |
|----------------------------|
| Enero a Septiembre de 2014 |
|----------------------------|

| |
|-------|
| 34712 |
|-------|

Se observa un aumento considerable de un año a otro, lo cual se traduce al aumento de población sector Sur y a la disponibilidad de atención durante las 24 hrs. Lo cual lo perciben los usuarios y ven satisfechas sus demandas asistenciales a pesar que en el CESFAM durante el año 2014 ha tenido un déficit considerable de horas médicas por diversas razones.

Es destacable la atenciones que se realizaron durante el evento de sísmico que sufrió la comuna en el mes de abril que por motivos de emergencia se tuvo que montar una atención de urgencia en la entrada del CESFAM y SAPU para lograr atender a los usuarios que durante una semana se les brindó atención a sus demandas sin riesgo de accidentes hasta que se dio el pase para ingresar al establecimiento, previa evaluación del edificio por los expertos. Las atenciones fueron las siguientes, la primera semana de abril:

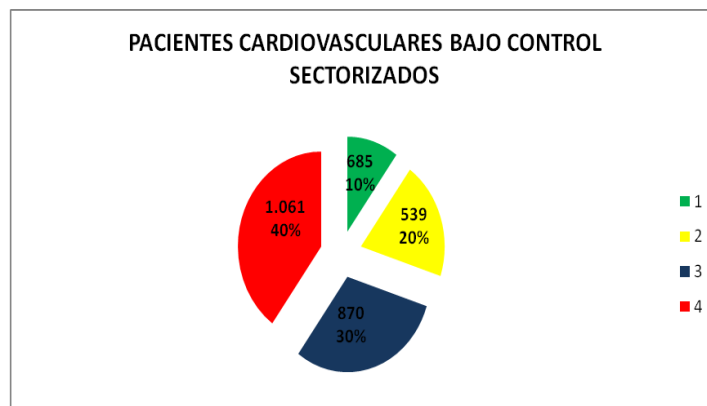
| Día | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Total |
|-----------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-------|
| Atención medica | 139 | 153 | 137 | 199 | 191 | 171 | 139 | 1258 |

2.7.3 - Traslado a centros de mayor complejidad Enero –Septiembre 2014

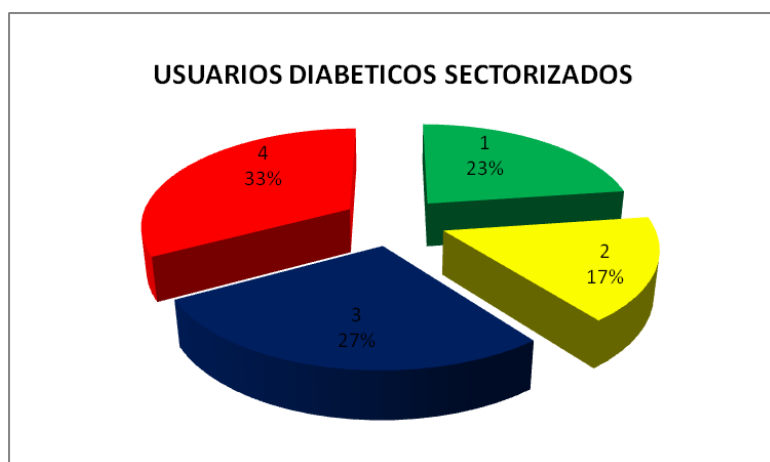
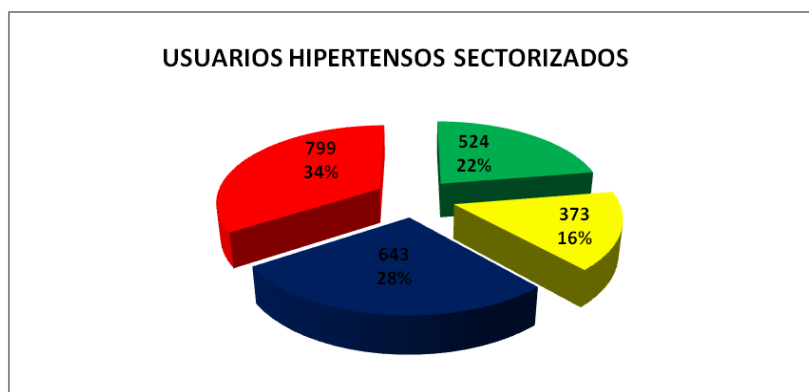
$$\frac{\text{numero de traslado efectuados}}{\text{número de consultas SAPU}} \times 100 = \frac{506}{34712} = 1.5\%$$

Se observa el destacado número de consultas que son resueltas en el servicio de urgencia SAPU Sur, ya que de las 34.712 consultas solo fueron trasladadas un 1.5%, (506 usuarios), lo que nos indica un alto porcentaje de resolutivead medica.

2.7.4 - Población cardiovascular sectorizada

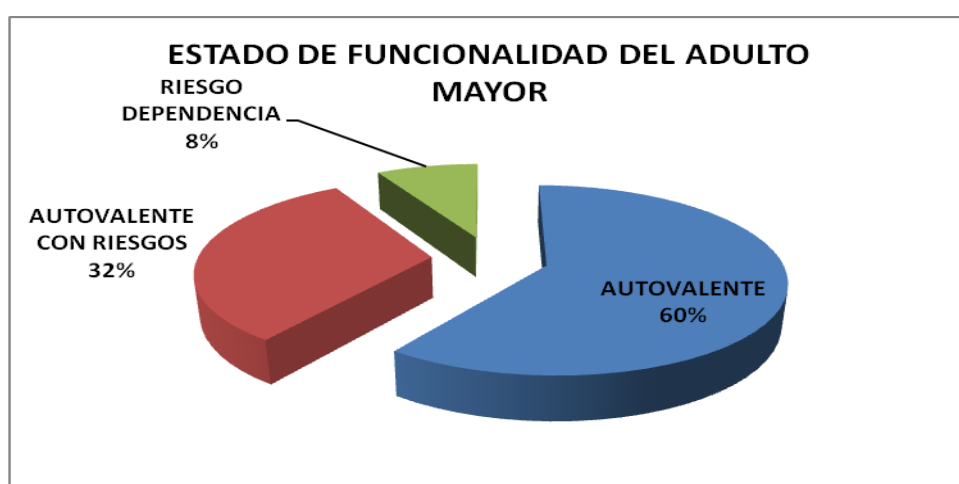


En el siguiente grafico podemos deducir que la mayor población bajo control cardiovascular corresponde al sector 4, con un 40%, ya que este sector presenta la mayor población inscrita y abarcando población fuera de sector.



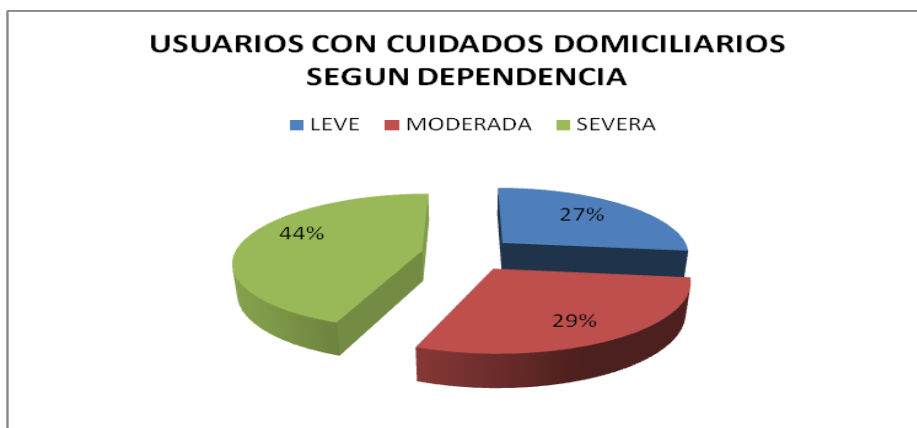
| USUARIOS DIABETICOS SECTORIZADOS | |
|---|-------------|
| 1 | 275 |
| 2 | 202 |
| 3 | 333 |
| 4 | 397 |
| TOTAL | 1207 |

2.7.5 – Estado de funcionalidad



| ESTADO DE FUNCIONALIDAD | |
|--------------------------------|-----|
| AUTOVALENTE | 653 |
| AUTOVALENTE CON RIESGOS | 344 |
| RIESGO DEPENDENCIA | 90 |

En el gráfico podemos deducir que contamos con un mayor porcentaje de adultos mayores Autovalente con un 60%, es así como el programa de Adulto Mayor tiene como visión que las personas mayores permanezcan autovalentes por el mayor tiempo posible y que sus problemas de salud sean resueltos en forma autónoma y asegurando una buena calidad de vida.

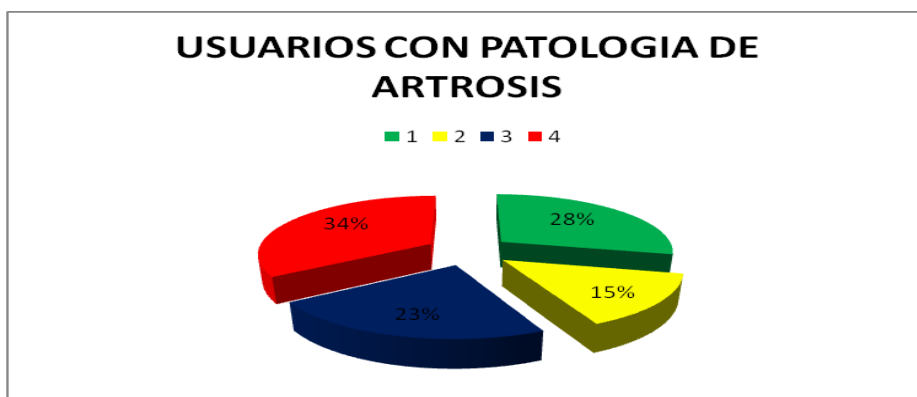


| USUARIOS CON DEPENDENCIA | |
|--------------------------|-----|
| LEVE | 53 |
| MODERADA | 57 |
| SEVERA | 87 |
| TOTAL | 197 |

De acuerdo a los índices de la esperanza de vida de hombre y mujeres la edad promedio es de 78 y 82 años aproximadamente, de estos usuarios se mantiene una población con algún grado de dependencia, predomina la población con dependencia leve, por lo que nos da una orientación para las intervenciones en los planes de cuidados hacia los usuarios con dependencia leve, para ir disminuyendo la prevalencia de usuarios con dependencia moderada y grave.

Importante mencionar que del total de pacientes en cuidados domiciliarios fueron abordados por el equipo de cada sector pos terremoto y así con un gran apoyo de las familias que ayudaron a los cuidados y necesidades que ellos requirieron con nuestra guía de profesionales.

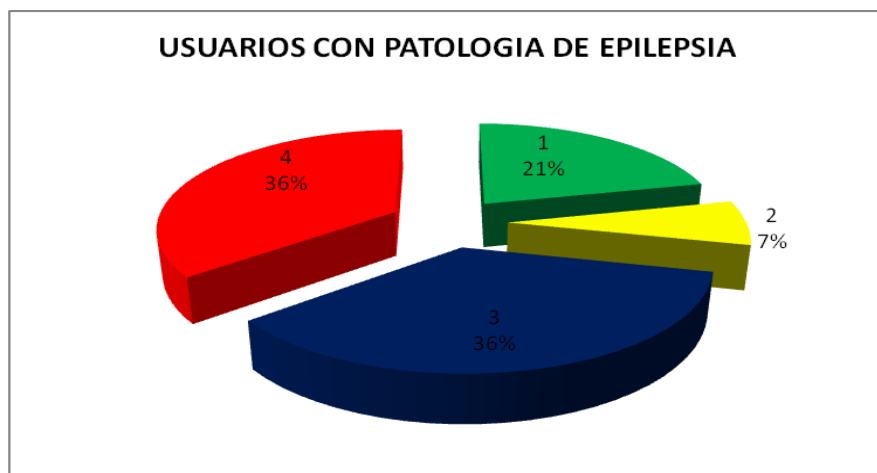
2.7.6 – Usuarios con Artrosis



| USUARIOS CON ARTROSIS SECTORIZADOS | |
|------------------------------------|-----|
| 1 | 55 |
| 2 | 28 |
| 3 | 44 |
| 4 | 66 |
| TOTAL | 193 |

La artrosis a nivel nacional es una patología de alta frecuencia, que va aumentando con la edad. Actualmente nuestra población bajo control son de 193 usuarios, predominando el grupo etáreo de 55 a 64 y de 70 y más años lo que se condice con estudios nacionales, los cuales refieren que las personas mayores de 60 años presentan alguna alteración a nivel articular.

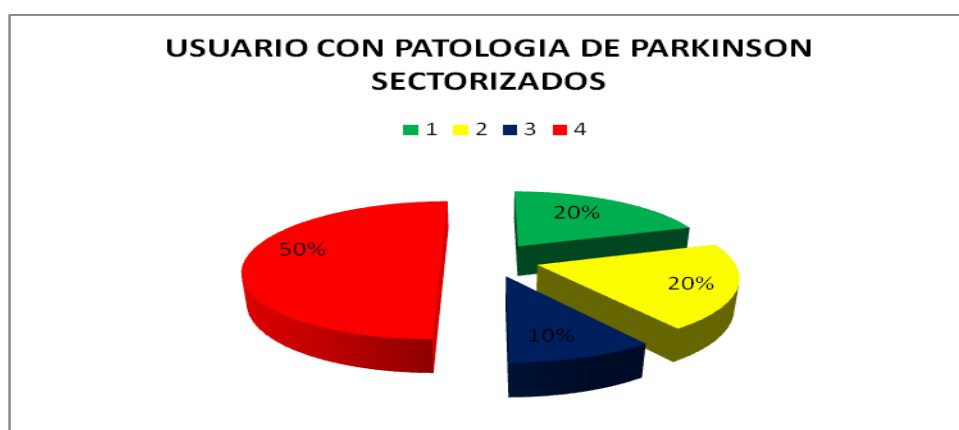
2.7.7 – Usuarios con Epilepsia



| Sector | Usuarios |
|--------|----------|
| 1 | 3 |
| 2 | 1 |
| 3 | 5 |
| 4 | 5 |
| TOTAL | 14 |

El sector 3 y 4 concentra el mayor número de pacientes epilépticos en relación a los otros sectores siendo el grupo etáreo de 45 a 64 años que prevalece.

2.7.8 – Usuarios con Parkinson



| SECTOR | USUARIOS CON PARKINSON |
|--------|------------------------|
| 1 | 2 |
| 2 | 2 |
| 3 | 1 |
| 4 | 5 |
| TOTAL | 10 |

La Población de Parkinson se presenta a partir de los 55 años, lo que está de acuerdo con la epidemiología de esta enfermedad que dice que tiene inicio entre los 50 y 60 años de la población, presentando la mayor población el sector 4 con un 50%.

2.7.9 - Acceso a la atención de salud: Consultas médicas por SOME.

Consultas médicas realizadas por Morbilidad Periodo Enero-Septiembre 2014

| Tipo de morbilidad | Total | Hombres | Mujeres |
|----------------------|-------|---------|---------|
| IRA Alta | 1221 | 405 | 816 |
| Sind. Bronquial Obs. | 74 | 43 | 31 |
| Neumonía | 57 | 23 | 34 |
| Asma | 47 | 26 | 25 |
| Otras respiratorias | 6 | 2 | 4 |
| Otras morbilidades | 6352 | 2002 | 4350 |
| Total | 7757 | 2054 | 5262 |

Se observa que el 68% del total de las consultas son realizadas por usuarias del sexo femenino, el 0,74% fueron la causa de consulta neumonía de los cuales se presentan la mayoría de los casos en la edades extremas es decir en menores de 5 años con 14 casos y mayores de 80 años con 10 casos el resto se distribuye en forma uniforme, los casos se presentaron en temporada de invierno.

2.7.10 - Cobertura de Papanicolau (PAP) y examen físico de mamas (EFM) a Agosto 2014:

El objetivo de ambos exámenes es detectar en estadios precoces dos cánceres muy importantes en la población femenina, por lo que nuestro CESFAM enfatiza la gestión en los controles preventivos de salud especialmente los de la mujer, centrando nuestro trabajo en el área de promoción y prevención.

La cobertura de Papanicolau corresponde a un 49.69%, es decir, 4590 mujeres entre 25 y 64 años tienen su PAP vigente. Se debe destacar que esta vigencia corresponde a mujeres que durante los últimos tres años se hayan realizado dicho examen. Por otro lado la cobertura del examen físico de Mamas corresponde a 5520 con su examen vigente.

Como medio complementario al examen físico de Mama (EFM), tenemos imágenes diagnósticas, en este caso las mamografías y ecotomografías mamarias, nuestras usuarias son derivadas a toma de estos exámenes y tenemos una cobertura que alcanza a 1810 mujeres con mamografía vigente. En el grupo objetivo de las mujeres con Mamografía vigente de 50 a 59 años, alcanzamos al número 879, el cual corresponde al 86.77%.

2.7.11 - Cobertura de ingreso gestantes adolescentes a Agosto 2014

Durante este año, se puede visualizar con gran satisfacción que el ingreso a control prenatal en la población de adolescentes, ha ido disminuyendo, a excepción del sector 1 que presento un leve aumento en relación al año anterior.(esto podría ser explicado por evento sufrido en Abril del presente año, debido que el sector 1, sufrió en su población más daño en sus viviendas ,con el

consiguiente problemas de habitabilidad , de hacinamiento, y además del ausentismo de dicha población a los controles de regulación de la fecundidad, muchas de ello debido al traslado de los usuarios a otros domicilios, con la dificultad de acudir al centro de salud

Del total de ingresos de gestantes 363 durante este año, tenemos una disminución en igual periodo medido el año anterior de 7 ingresos menos de gestantes adolescentes (cobertura para este periodo de un 16% con 58 usuarias en el rango etario entre 15-19 años, sin tener durante este año 2014 gestantes menores de 15 años, lo que contribuye enormemente en disminuir el círculo de la pobreza. Esto se puede explicar al ingreso al programa de SSRR, a métodos de planificación familiar, talleres a adolescentes en los centros educacionales municipales.

Mostrando la tendencia a nivel nacional de ir disminuyendo en su incidencia.

| EDADES | SECTOR 1 | SECTOR 2 | SECTOR 3 | SECTOR 4 |
|---------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| 14 años | - | - | - | - |
| 15 años | 1 | - | - | 2 |
| 16 años | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 17 años | 3 | 2 | 2 | 7 |
| 18 años | 5 | 2 | 4 | 3 |
| 19 años | 4 | 3 | 9 | 7 |
| Total | 14 | 8 | 16 | 20 |

2.7.12 - Cobertura de ingreso gestante menor de 14 semanas Agosto 2014

El objetivo primordial de que cada gestante ingrese antes de las 14 semanas de amenorrea radica en la detección precoz de patologías y riesgos psicosociales, con el fin de derivar a especialista si amerita o bien acompañar y crear vínculo con la gestante y su familia con su matrona y equipo de cabecera, apoyando este período donde la gestante es vulnerable pero también tremendamente receptiva a realizar cambios de hábitos en pro de la salud de su hijo o hija.

Por lo cual debemos mencionar que del total de ingresos (399), el ingreso menor de 14 semanas tiene una cobertura de un 87.72%, correspondiendo a 350 gestantes.

2.7.13 - Cobertura de lactancia materna Septiembre 2014

La lactancia materna es la forma de alimentación que contribuye con mayor efectividad al desarrollo físico y mental del niño, proporcionándole nutriente en calidad y cantidad adecuadas. Se recomienda que el niño reciba leche materna en forma exclusiva durante los primeros seis meses de vida y que constituya parte importante de la alimentación hasta los dos años.

De Enero a Septiembre de 2014 se logró un 49% de lactancia materna en niños de hasta 6 meses de edad, si se analiza por edad al mes de vida un 77% está con LME, al tercer mes un 61% y al sexto solo un 49% está con LME, porcentaje muy bajo, puede ser debido principalmente a que la mayoría de las usuarias trabajan sin imposiciones lo que conlleva a un retorno precoz a sus labores remuneradas. Un 40% de los niños de 1 año están con lactancia materna. Es necesario mantener el Comité de Lactancia Materna el cual se reactivó en Junio del 2014 y por sobre todo socializar tanto intra como extramural las políticas que fomentan la lactancia materna hasta los 2 años de vida.

2.7.14 - Cobertura de menores de 6 años con obesidad Septiembre 2014

El último estudio del Ministerio de Salud (Minsal) de abril 2014, **señala que el 34% de los menores de seis años está malnutrido** pero, a diferencia de 1960, ahora por exceso de peso: al ingresar a primero básico, el 24% tiene sobrepeso y el 10% obesidad.

Los resultados del SIMCE de Educación Física realizado el 2012, revelaron que cuatro de cada diez alumnos presenta obesidad o sobrepeso. El informe presentado por la cartera revela que las regiones de Tarapacá, Atacama y La Araucanía presentaron los mayores niveles de esta condición. En Tarapacá, el 50% de la región tiene obesidad o sobrepeso, donde el 19% tiene la primera característica, y el 31% la segunda.

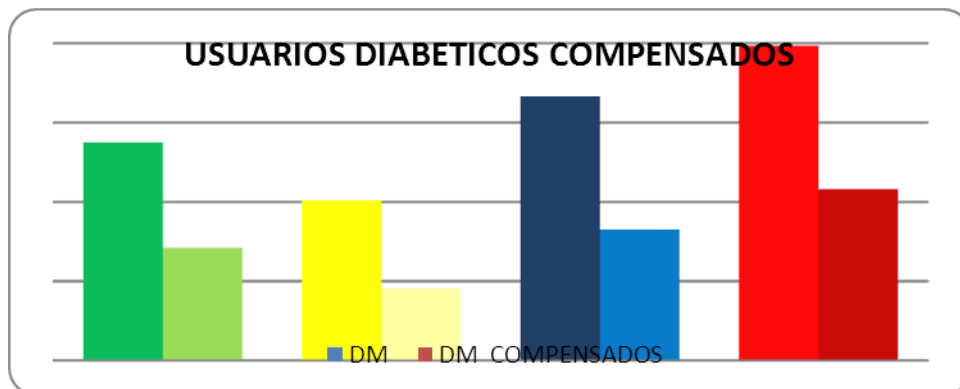
En relación al estado nutricional de la población de 0 a 6 años de 2021 niños y niñas del CESFAM Sur, 191 (9.4%) corresponden a niños obesos, gracias a la cooperación de los diferentes equipos esta cifra cumple la meta aunque de manera límite, estratégicamente se tomaron las siguientes medidas: enfocar las visitas domiciliarias a las familias con niños obesos, mejorar el rescate de inasistentes, dar atención espontánea por parte de profesional nutricionista a nuevos niños pesquisados, se reactivó el comité de malnutrición con participación de un equipo multidisciplinario, se ha sensibilizado a los equipos sobre la responsabilidad de fomentar la alimentación saludable y actividad física medida preventiva de la obesidad y tener identificada su población de niños y niñas que presenten algún tipo de malnutrición.

Por último destacar la labor de los equipos ya que no se cuenta con el recurso óptimo de nutricionistas.

2.7.15 - Cobertura de ingresos y compensación usuarios diabéticos Septiembre 2014

INGRESOS:

Durante el año 2014 se han ingresado 243 usuarios diagnosticados con diabetes mellitus



En el gráfico se puede observar que la compensación de diabéticos con hemoglobina glicosilada <7% corresponde al sector 4, en relación al año pasado que presentaba un 49% considerando la adherencia al tratamiento y el seguimiento de los controles cardiovasculares.

| SECTOR | DM | DM COMPENSADOS |
|--------------|-------------|----------------|
| 1 | 275 | 142 |
| 2 | 202 | 91 |
| 3 | 333 | 165 |
| 4 | 397 | 216 |
| TOTAL | 1207 | 614 |

Pobl. Validada 15 y más años: 23.849 => 20.97 % Prev. Nac. = 2.768 (esperado a cumplir)

Pobl. Validada 15 -64 años: 21.296 X 10 % prev. Nacional. = 2.130
(Esperado a cumplir)

Pobl. Validada 65 y más: 2.553 X 25 % prev. Nacional. = 638
(Esperado a cumplir)

Población esperada a cumplir de 15 y más años: 2.768

Pobl. con Diabetes Mellitus 15 años y más a Septiembre 2014 = 1.218
(META 47%)

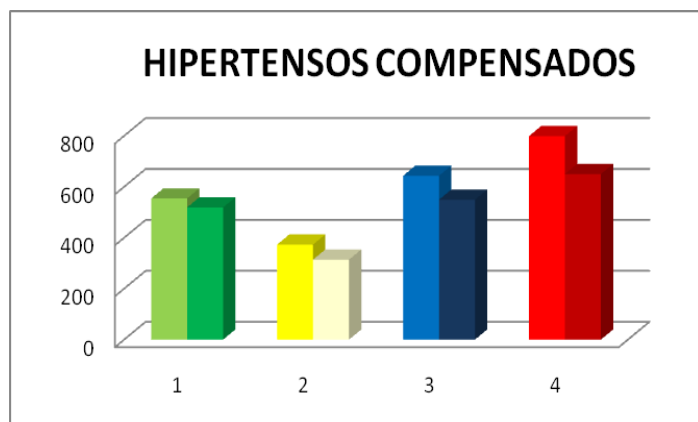
Población de 15 y más años 2.768 (meta 47%)

Cumplimiento a Septiembre 2014: 45.13%
Logrando 22.18% de compensación

2.7.16 - Cobertura de ingresos y compensación usuarios hipertensos Septiembre 2014

INGRESOS:

Durante el presente año se han detectado 367 usuarios diagnosticados como portadores de hipertensión arterial, iniciando el tratamiento adecuado para lograr sus compensaciones.



En el grafico se puede observar que el sector 1 presenta el mayor porcentaje de usuarios compensados de un 93%, en relación al año 2013 que presentaba un 88.4%, lo cual se relaciona a una mejor adherencia de los usuarios a su tratamiento.

| SECTOR | HTA | HTA COMPENSADO | PORCENTAJE |
|--------------|-------------|----------------|--------------|
| 1 | 554 | 519 | 93% |
| 2 | 373 | 314 | 84% |
| 3 | 643 | 549 | 85% |
| 4 | 799 | 650 | 81% |
| TOTAL | 2339 | 2032 | 86.9% |

Pobl. Validada 15 y más años: 23.849 => 37.10 % Prev. Nac. =4.985 (esperado a cumplir)

Pobl. Validada 15 -64 años: 21.296 => 15.7 % Prev. Nac. = 3.343 (esperado a cumplir)

Pobl. Validada 65 y más: 2.553 => 64.3 % prev. Nac. = 1.642 (esperado a cumplir)

Pobl. Validada esperada según prevalencia nacional en adultos de 15 años y más: 4.985

Pobl. HTA de 15 años y más a Septiembre 2014 = 2.360
(META 56%)

Población de 15 y más años 4.985 (meta 56% = 2.360)

Cumplimiento a Septiembre 2014: 47.34%
Logrando 40,76% de compensación.

2.7.17 - Cobertura de EMPA Septiembre 2014

El examen preventivo de salud del adulto es el instrumento que nos ayuda a detectar las patologías crónicas no transmisibles, por eso mantenemos un profesional encargado de este examen, quien realiza EMPA en el CESFAM, pero además sale constantemente a operativos y otros trabajos comunitarios, además que cada sector tiene el compromiso de mantener la cobertura de su población con dicho examen al día.

✓ **EMPA EN HOMBRES (META 31.5%)**

| | |
|------------------------------|-------|
| Hombres validados 20-44 años | 4.850 |
| Población cv bajo control | - 77 |
| | <hr/> |
| | 4.773 |

EMPA realizados a la fecha: 1.131 (23.70%)

✓ **EMPA EN MUJERES (META 42%)**

| | |
|------------------------------|-------|
| Mujeres validadas 45-64 años | 4.055 |
| Población CV. bajo control | - 968 |
| | <hr/> |
| | 3.087 |

EMPA realizados a la fecha: 1.002 (32.47%)

2.7.18 - Vigilancia epidemiológica:

Enfermedades de notificación obligatorias:

Durante el periodo enero a septiembre del presente año se han presentado los siguientes casos:

- Enfermedades de transmisión por alimentos, 2 casos Parotiditis, 2 casos en el sector 1
- Enfermedades de transmisión por alimentos, 2 casos, Parotiditis, 1 caso en el sector 3
- Parotiditis 2 Casos, Enfermedades de transmisión por alimentos 3 casos, Hepatitis A 2 casos en el sector 4.

Es relevante mencionar que más o menos 3 meses la salud pública nacional e internacional está en alerta y expectante con respecto a la Enfermedad causada por el virus Ébola y es así como se ha estado instruyendo y capacitando a los delegados de epidemiología y a los funcionarios en caso que se presentara algún caso en el país o comuna.

Enfermedad por el virus del Ébola (EVE)

La EVE (anteriormente conocida como fiebre hemorrágica del Ébola) es una enfermedad grave, con una tasa de letalidad de hasta un 90%. No existe un tratamiento específico aprobado, ni vacuna con licencia disponible para el uso en seres humanos o animales.

El primer caso registrado fue el de un profesor llamado Mabalo Lokela, de 44 años, quién volvía de un viaje por el norte de Zaire. Su alta fiebre fue diagnosticada como un caso de malaria, y en consecuencia se le administró quinina.

Lokela, volvía al hospital todos los días. Una semana después, sus síntomas incluían **vómitos incontrolables, diarrea sangrienta, cefalea, mareos y disnea**. Más tarde empezó a sangrar por la **nariz, boca y ano**, muriendo el 8 de septiembre de 1976, apenas 14 días después de manifestársele los primeros síntomas

- Desde esa fecha se han registrado 22 brotes importantes en África.

- En el pasado, los brotes de Ébola en el oeste de África habían sido localizados y contenidos.
- Lo que distingue el brote actual, que comenzó en diciembre del 2013, es su **severidad y la mayor área de diseminación**.

DECLARACIÓN DE LA OMS (8 de Agosto de 2014)

Indica:

- Que el brote de EVE en África Occidental, constituye un «evento extraordinario» y supone un riesgo de salud pública para otros estados.
- Que las posibles consecuencias de una mayor propagación internacional son particularmente graves dada la virulencia del virus, su intensa transmisión tanto en la comunidad como en los centros sanitarios, y la debilidad de los sistemas de salud en los países afectados.
- Que es esencial una respuesta internacional coordinada para detener y revertir la propagación internacional del virus.

Considerando la situación actual de la enfermedad por el virus de Ébola (EVE) en el África Occidental, la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) recomienda a los Estados Miembros permanecer vigilantes ante la potencial introducción del EVE en las Américas, concientizar y ampliar el conocimiento de la enfermedad en los trabajadores de la salud, y fortalecer la implementación de las medidas prevención y control de infecciones, en todos los niveles de atención de los servicios de salud.

2.7.19 - Cobertura de inmunizaciones Enero- Agosto 2014

Con respecto a la inmunizaciones en el año 2014 se presentaron cambios en el calendario de inmunización, en donde se integró 3 vacunas al calendario de vacunación programático las cuales son: vacuna antimeningococica al año de vida como dosis única, puesto que durante el año 2013 se trabajó con estrategia meningococica que comprendía a todo menor entre 9 meses y menor de 5 año. La cual funciono bajando la incidencia de casos de meningitis w135, por lo cual viendo el éxito de esta en la prevención de esa enfermedad el ministerio tomo como estrategia integrar esta vacuna como programática para todos los niños que desde el 1 de enero del 2014 cumplían un año. Además se integró la vacuna contra el Virus del Papilomoma Humano (VPH) la cual es dirigida para todas las niñas de cursen 4° básico y tengan los 9 años cumplidos y esta estrategia se implementó desde 2 de septiembre al 24 del mismo mes. Vacuna Hepatitis “A” a los 18 meses de edad y se sigue vacunando a niños menores de 7 años hasta el 31 de octubre.

Se presenta tabla de porcentaje año 2014 y comparación con año 2013 y 2012, mismo periodo:

:

| VACUNAS | 2014 | 2013 | 2012 |
|------------------------------------|-------------|-------------|--------------|
| pentavalente + antipolio+neumo1° | 61% | 63% | 68% |
| pentavalente + antipolio+ neumo 2° | 62% | 59% | 59% |
| pentavalente + antipolio 3° | 66% | 57% | 58% |
| pentavalente + antipolio R | 66% | 72% | 63% |
| tresvídrica 1° | 68% | 76% | 65% |
| tresvídrica 1° básico | 101% | 4 niños | 11 niños |
| neumocócica refuerzo | 66% | 75% | 66% |
| dpta 1° básico | 101% | 8 niños | 1 niño |
| dpta 8° básico | 86% | 43 niños | 0 |
| hepatitis b personal | 10% | 40% | 0 |
| neumo 23 | 78 personas | 75 personas | 143 personas |
| antirbica | 108% | 68% | 107 vacunas |
| dt | 102% | 83% | 26 vacunas |
| Antimeningoccica 12 Meses | 84% | 0% | 0 |
| Virus Papiloma Humano (VPH) | 0% | | |

Con respecto a la inmunización de influenza 2014 hasta junio se refleja lo siguiente:

| GRUPOS DE EDAD | Cobertura 2014 | 2013 |
|----------------------|----------------|-----------|
| Ad. Mayor (>65 años) | 103% | 68% |
| Personal S.N.S.S. | 125% | 128% |
| Embarazada | 102% | 93% |
| Niños de 6 a 23 m | 99% | 135% |
| Personal Avícolas | 6 personas | 5 persona |
| crónicos 2-64 años | 80% | 86% |
| otras prioridades | 11145 personas | 8110 |
| rechazos | 150 | 173 |

Se inmunizó a un total de 15.335 personas, puesto que post terremoto se implementó la vacunación de influenza para toda la población por el riesgo de aumentar la incidencia de esta por las condiciones en que esta la población, podemos observar que el porcentaje más bajo de cumplimiento son los crónicos en donde se encuentran los diabéticos, Niños Ira, Adultos Era, etc. Y en comparación con el 2013 las coberturas mejoraron en la mayoría de la población.

La campaña sigue vigente para toda la persona que quiera inmunizarse puesto que si todavía se cuentan con vacunas estas deben ser ofrecidas a la comunidad y con más énfasis a los grupos objetivos.

2.7.20 - Atenciones por Enfermedades Respiratorias

✓ Sala IRA

Las Infecciones Respiratorias Agudas constituyen un importante problema epidemiológico independientemente del indicador utilizado. Tal situación justifica que nuestro país adopte estrategias e intervenciones para hacer frente a este desafío y que permitan abordar en forma adecuada los factores de riesgo, la educación de la comunidad, la capacitación de los equipos de salud y la asignación de recursos en este grave problema de Salud Pública.

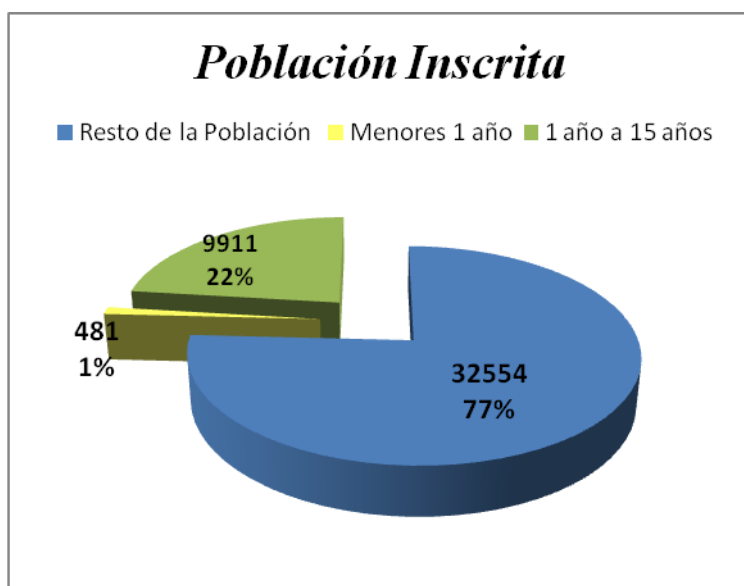
El diseño de este programa basado en intervenciones y estrategias con participación de los equipos de salud, comunidad y autoridad, hace que sea uno de los programas mejor evaluado en

cuanto a eficacia, rendimiento y costo efectividad y altamente innovador ajustado a la realidad de nuestro país.

El Programa IRA abarca a la población de 0 a 15 años.

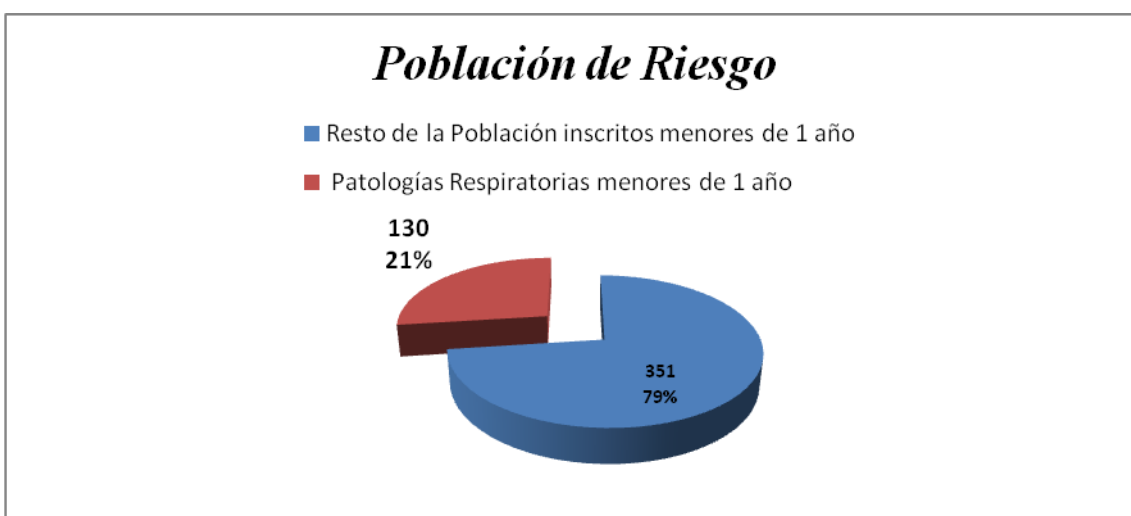
Población CESFAM Sur

| | |
|-------------|-----------------|
| TOTAL | 43.774 Usuarios |
| 0 a 15 años | 11.108 Usuarios |



Fuente de información: Rayen (MINSAL)

La población que representa el grupo etareo atendido en Sala Ira está representada por el 23% de la población y de estos 481 usuarios menores de un año correspondiendo al 1%, siendo el grupo etáreo más vulnerable. Por tanto es necesario considerar dentro de la programación de Sala Ira, estrategias de intervención tanto preventiva y/ promocionales de enfermedades respiratorias.



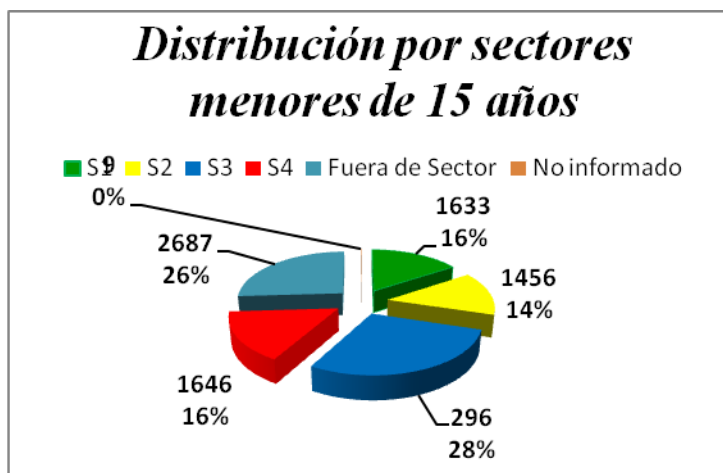
Fuente de información: Rayen (MINSAL)

La cantidad de 481 representa usuarios menores de un año. Cabe señalar que éste grupo etáreo es el de mayor vulnerabilidad ya que su Sistema Respiratorio aun es inmaduro y no cuenta 100% con la estructura anatómica ni fisiológica para responder en buena forma ante las injurias de los agentes virales, bacterianos y medioambientales.

De este total tenemos un 21% que representa usuarios portadores de patologías respiratorias., quienes en algún momento pudiesen estar expuesto a mayor complicaciones debido a la presencia de factores de riesgo o falta de educación a la cuidadora principal, a la familia y comunidad.

Sin lugar a duda frente a esta situación se hace imprescindible reforzar acciones preventivas y promocionales por parte del Equipo IRA principalmente como también el resto del equipo de salud.

DISTRIBUCIÓN POR SECTOR:



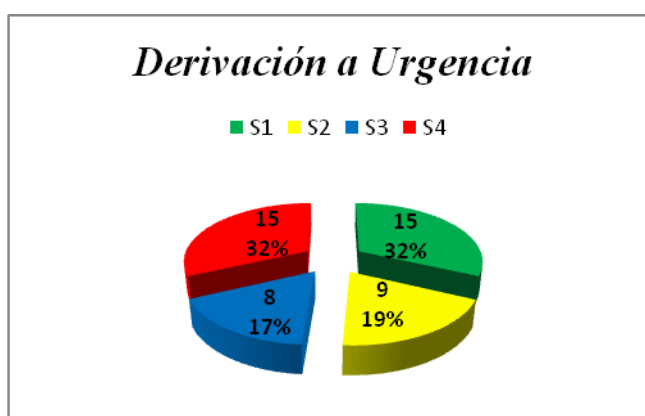
Fuente de información: Rayen (MINSAL)

El sector 4 (sector geográfico propiamente tal + fuera del sector), representa la mayor cantidad de usuarios cuyo grupo etáreo es menor de 15 años. Se puede inferir que para efectos de atención, sería el sector con mayor demanda asistencial y otros tipos de prestaciones.

ASISTENCIALIDAD:

Los menores de un año han presentado un incremento importante con respecto a los datos evaluados en anteriores diagnósticos, esto es de consideración debido a que este grupo es de riesgo frente a patologías respiratorias por el grado de desarrollo y maduras tanto del sistema inmunológico como del aparato respiratorio en términos de su anatomía y funcionalidad, lo que los predisponen a una alta incidencia de mortalidad si es que los factores socio ambientales están presentes en el entorno del menor.

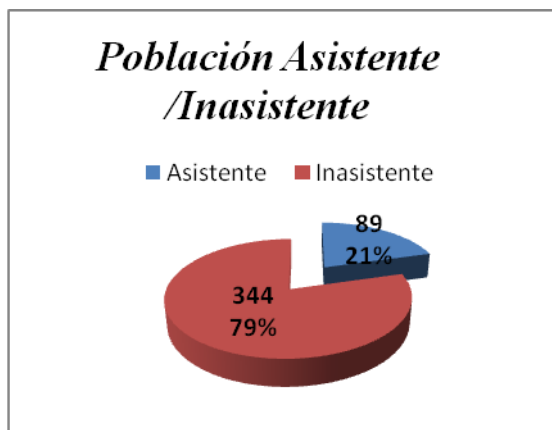
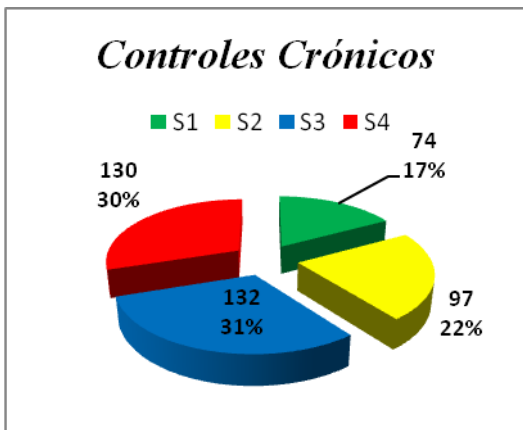
DERIVACIONES A SERVICIOS DE URGENCIA:



Las derivaciones al servicio de urgencias presentaron mayor concentración en los meses de invierno, lo cual se relaciona con antecedentes de hospitalizaciones abreviadas de los usuarios. Esto nos indica que existe una buena pesquisa por parte de los padres y se puede concluir que ha sido efectiva la educación por parte del equipo de salud de la sala IRA con respecto a los signos y síntomas de gravedad respiratorio y factores de riesgo que pueden causar compromiso importante de los pacientes.

COBERTURA DEL PROGRAMA CRÓNICO RESPIRATORIO:

- POBLACIÓN 0 A 15 AÑOS : 11.108 USUARIOS
- POB. PROGRAMA CRÓNICO S. IRA : 404 USUARIOS
- META 4 % : 434 USUARIOS



La concentración de pacientes pertenecientes al Programa Crónico Respiratorio está dada en las unidades que geográficamente están contiguas a las faldas del Cerro Dragón. Lo que nos indica que el factor contaminante ambiental es importante por las partículas de polvo en el aire que estarían influyendo en la evolución natural de esta patología en la población.

OTRAS ACCIONES Y PRESTACIONES

- 1.-Estudios de Familia: En ocasiones presentados ante el equipo Sector respectivo, de esta forma como equipo transversal se contribuye en los procesos de Salud Familiar.
- 2.-Casos Clínicos: Con la participación de los Internos de Kinesiología se trabaja permanentemente en la elaboración de casos clínicos y presentados a internos de otras áreas como también en la Mesa Técnica del Servicio de Salud Iquique. El objetivo de ahondar más en la clínica del paciente, retroalimentación y contribuir a una mejor evolución y posterior recuperación del paciente.
3. -Capacitación: Dirigidos tanto al equipo de salud, padres y cuidadores de pacientes ira, jardines infantiles.
- 4.- Procedimiento Operativo IRA post. Terremoto

Posterior al terremoto muchas familias quedaron en situación de calle, allegada y hacinada. Tal realidad los expuso a una situación de mayor vulnerabilidad ya que la aparición de los factores de riesgo se hicieron más inminente tales como: hacinamiento, exposición a los cambios bruscos de temperatura, enfriamientos, inhalación de sustancias irritantes (polvo)

Como equipo se plantearon objetivos y acciones a realizar a corto plazo:

Objetivo General

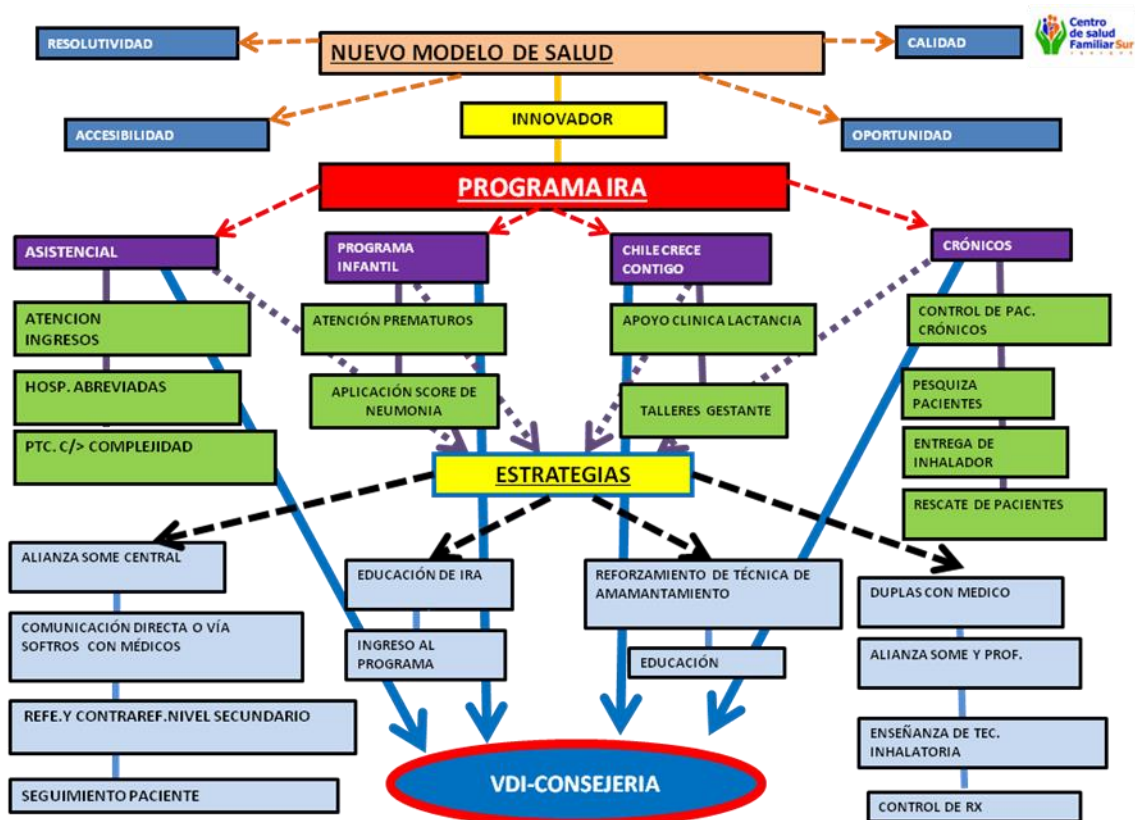
- Prevenir complicaciones de IRAs en forma precoz en la población vulnerable post terremoto.

Objetivos Específicos

- Pesquisar presencia de reagudizaciones de patologías respiratorias en pacientes crónicos.

- Conocer el estado actual de los paciente crónicos respiratorios (controles y medicamentos al día)
- Rescatar pacientes que están inasistente a controles con Médico Ira.

5.- Buenas Prácticas



- ✓ Sala ERA

La sala era del CESFAM SUR comenzó a funcionar el 25 de julio del 2005, el equipo que la compone son:

- ✓ 1 Médico con 22 hrs. comunal que visita 3 las salas de la comuna como promedio tres veces a la semana para atender los usuarios crónicos.
- ✓ 1 Enfermera con 33 hrs. semanales.
- ✓ 1 Kinesiólogo con 33 hrs. semanales.

Objetivo general

Fue creada con el objetivo de disminuir la mortalidad y letalidad de las enfermedades respiratorias de la población adulta y adulta mayor.

Patologías

- Crónicas: ASMA mayor de 15 años (AUGE)
EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica) (AUGE)
Otras (LCFA)
- Agudas: Neumonía del adulto mayor (AUGE)
Bronquitis Obstructiva

Tuberculosis, Tabaquismo, Influenza

El total de paciente bajo control en sala ERA: 391

Cobertura:

A la fecha se encuentran los siguientes pacientes bajo control según patología.

ASMA: 246 pacientes activos bajo control.

Se menciona que en relación a pacientes inasistentes se están realizando constantes revisiones del tarjetero y también citaciones vía telefónica como también visitas domiciliarias. Los pacientes relatan su inasistencia por diversos motivos.

- Por el trabajo.
- Por tener que ir a clases.
- No están en domicilio.
- Teléfono cortado o ya no existe.

EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica): 95 pacientes activos bajo control

LCFA: 55 pacientes activos bajo control.

PROGRAMA DE TUBERCULOSIS

La tuberculosis es una enfermedad transmisible, endémica de presencia mundial. En grado variable, en todos los países del mundo ocurren casos de tuberculosis y millones de personas mueren por su causa.

El daño que produce la enfermedad se expresa por infección, morbilidad y muerte. Afecta con mayor fuerza a los grupos sociales más pobres y a los individuos más vulnerables. Es causa de sufrimiento humano, individual y social.

La tuberculosis constituye actualmente una Emergencia Sanitaria Mundial para la Organización Mundial de la Salud, y urge a los países miembros adoptar las medidas necesarias para disminuir el daño, controlarla y si es posible, eliminarla como Problema de Salud Pública. Es por lo tanto, responsabilidad del Estado lograr su control y eliminación.

En junio de 2014, por resolución exenta se modifica la norma general técnica para el Control y la Eliminación de la Tuberculosis.

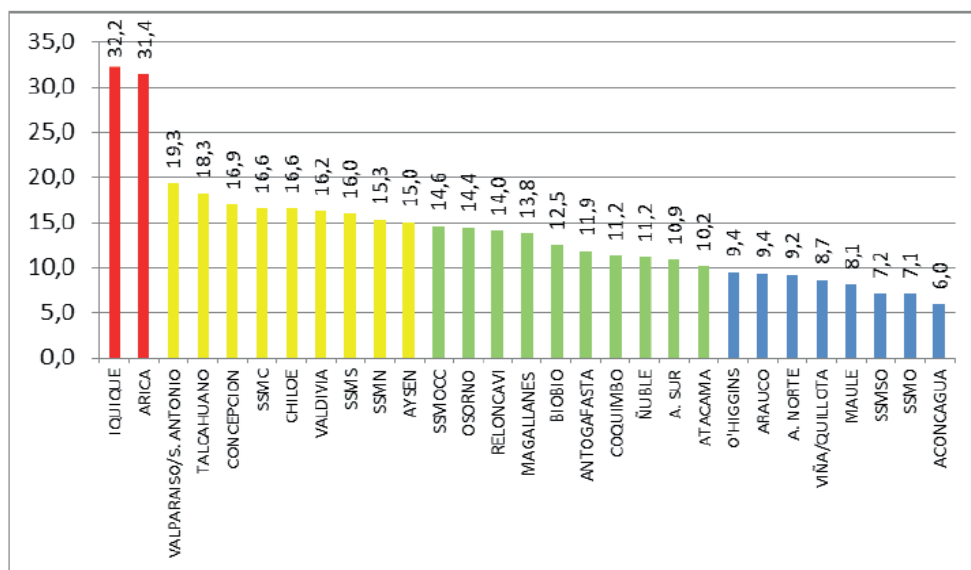
El Programa de Control y Eliminación de la Tuberculosis (PROCET) es un programa de Salud Pública de alcance nacional, descentralizado, cuyas normas y operaciones técnicas se deben cumplir en todos los niveles de la estructura del Sistema Nacional de Servicios de Salud y en las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud del país.

El objetivo general del PROCET es reducir significativamente el riesgo de infección, morbilidad y mortalidad por tuberculosis (TBC) en Chile, hasta obtener su eliminación como problema de Salud Pública. La meta sanitaria es reducir la tasa de incidencia de TBC en todas las formas a menos de 5 x 100.000 habitantes.

La tasa de casos de TBC en la Región de Tarapacá es de un 32.2, siendo ésta la tasa más alta del país, seguida por Arica y Parinacota con una tasa de un 31.4. Estos datos indican la importancia de una pesquisa activa de personas y para ello se realiza a diario la toma de muestras para baciloscopías, utilizando como estrategia la pesquisa en salas de espera del CESFAM, SAPU

y derivación de profesionales desde sus atenciones. Estos esfuerzos no han sido suficientes, debido a que la pesquisa sigue siendo baja.

Incidencia de Tasa de tuberculosis en todas sus formas por Servicio de Salud. Chile 2012



Fuente: PROCET

En el año 2014, en el CESFAM Sur, la pesquisa de casos positivos ha sido menor que en el año 2013, en donde se alcanzó a la pesquisa de 8 pacientes, 1 de las cuales abandonó tratamiento. Actualmente contamos con 3 personas en tratamiento. Lo que se detalla en el cuadro siguiente:

| SEXO | EDAD | SECTOR | LOCALIZACION |
|------|------|--------|-----------------------|
| F | 58 | 3 | PULMONAR - GANGLIONAR |
| F | 46 | 1 | PULMONAR |
| M | 51 | 4 | PULMONAR |

De los 3 usuarios en tratamiento actualmente, se realizaron los estudios de contactos para cada uno de ellos, siendo 10 los contactos estudiados, el 50% de ellos menores de 15 años, los cuales fueron estudiados con PPD. El 100% de los contactos resultó sano para Tuberculosis.

Desde enero de 2014 a la fecha, se han realizado 502 baciloscopías, número menor al del año anterior en el mismo periodo comprendido; no obstante se ha mejorado la calidad de la muestra, lo que hace más favorable la pesquisa de personas con Tuberculosis Pulmonar.

2.7.21 Atenciones Dentales:

| | Población validada | Programado | Enero a Agosto | Septiembre | Total | % Cumplimiento |
|-------------------------------------|--------------------|------------|----------------|------------|-------|----------------|
| 6 (68,3 %) | 607 | 415 | 369 | 4 | 373 | 61,44 % |
| 12 (73%) | 501 | 366 | 578 | 5 | 583 | 116,36 % |
| Gestantes (48%) | 501 | 240 | 182 | 13 | 195 | 38,92 % |
| IAAPS (menores 20 años, 22%) | 10239 | 2253 | 1682 | 66 | 1748 | 17,07 % |

2.7.22 - Unidad Primaria de Atención Oftalmológica (UAPO)

La Unidad de Atención Primaria Oftalmológica (UAPO), fue creada el año 20xx, con el propósito de entregar una solución rápida a las necesidades de atención oftalmológicas de la población y disminuir las listas de espera en el área de oftalmología.

Recurso Humano

- ❖ Oftalmólogo (22 horas semanales).
- ❖ Tecnólogo Médico (44 horas semanales, compartidas)
- ❖ Técnico Enfermería de Nivel Superior (44 horas semanales)

Encargado de unidad

- ❖ Tecnólogo Médico:

Ubicación:

En las dependencias de CESFAM SUR

Horarios de atención

- ❖ Lunes a Viernes: 08:00 a 16:30 horas

Beneficiarios

Personas entre 15 y 64 años de edad, sin patologías GES, inscritos en el CESFAM, o CESFAM de referencia

Además a través de convenio paciente inscritos en los Consultorios.

¿Cómo acceder?

El médico de atención primaria, luego de examinar a la persona emite una interconsulta en donde deriva para atenderse en la UAPO.

Prestaciones

- ❖ Vicio de refracción a personas entre 15 y 64 años de edad.
- ❖ Fondo de ojo a personas con diabetes.
- ❖ Glaucoma a personas entre 15 y 64 años de edad.
- ❖ Otras patologías

TablaN°1: Atención anual realizada por la UAPO, según REM 2014 (Enero a Septiembre)

| Meses del Año | Oftalmólogo | Tecnólogo Medico |
|---------------|-------------|------------------|
| Enero | 0 | 382 |
| Febrero | 150 | 617 |
| Marzo | 135 | 710 |
| Abril | 152 | 339 |
| Mayo | 117 | 494 |
| Junio | 156 | 677 |
| Julio | 0 | 555 |
| Agosto | 178 | 379 |
| Septiembre | 181 | 524 |
| Total | 1.069 | 4.677 |

Fig 1.-Distribucion grafica de consultas realizadas en UAPO, segun profesional, durante el año 2014

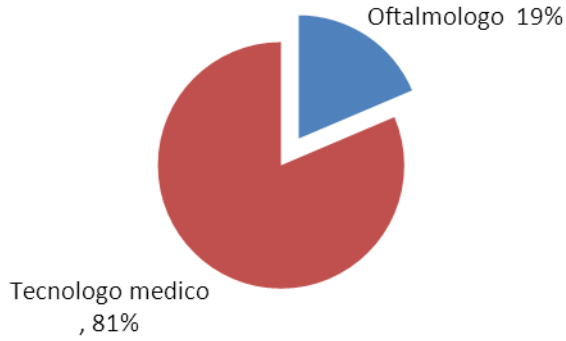


Tabla N°2: Atención anual realizada por oftalmólogo, según REM 2014 (Enero a Septiembre)

| ESPECIALIDADES Y SUB-ESPECIALIDADES Oftalmología en UAPO | A BENEFICIARIOS | | TOTAL |
|--|-----------------|---------------|-------|
| | Menos 15 años | 15 y más años | |
| Enero | | | 0 |
| Febrero | 10 | 140 | 150 |
| Marzo | 6 | 129 | 135 |
| Abril | 5 | 147 | 152 |
| Mayo | 6 | 111 | 117 |
| Junio | 8 | 148 | 156 |
| Julio | | | 0 |
| Agosto | 11 | 167 | 178 |
| Septiembre | 68 | 113 | 181 |
| Total | 114 | 955 | 1.069 |

Fig: 2 Distribucion grafica de la atencion de Oftalmologo, realizada en UAPO Sur, durante enero y septiembre 2014

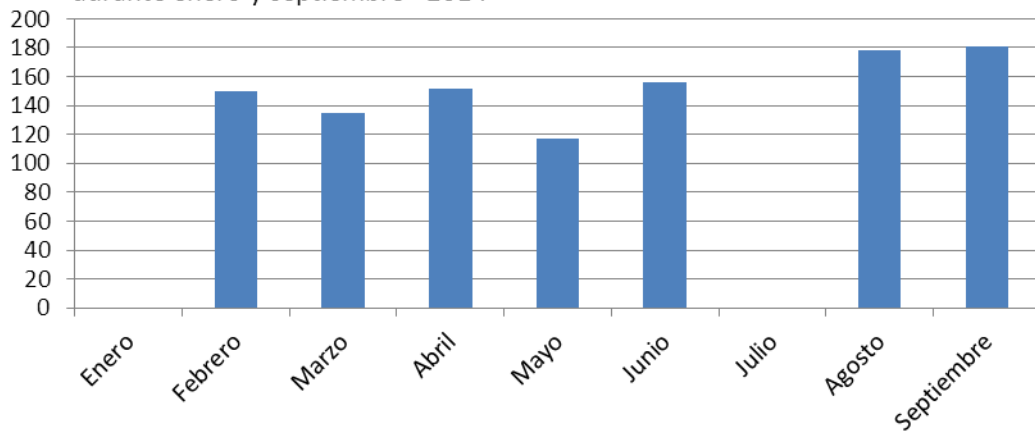
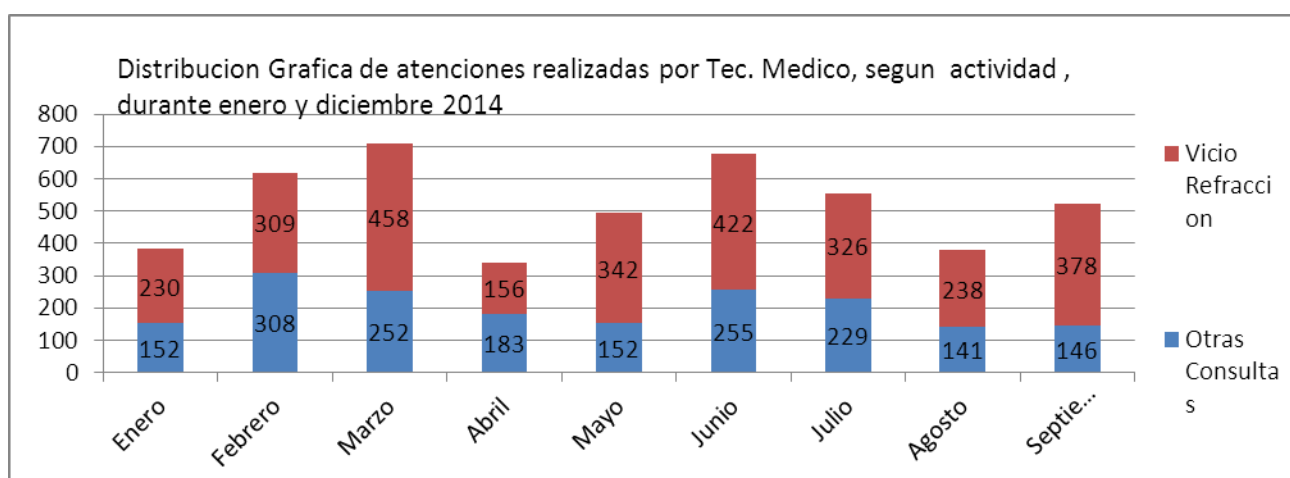


Tabla N°3: Atención anual realizada por Tecnólogo médico, según REM 2014 (Enero a Septiembre), analizadas según la actividad,

| | T M V. DE REFRACCIÓN (UAPO) | T. M OTRAS CONSULTAS (UAPO) |
|------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Enero | 152 | 230 |
| Febrero | 308 | 309 |
| Marzo | 252 | 458 |
| Abril | 183 | 156 |
| Mayo | 152 | 342 |
| Junio | 255 | 422 |
| Julio | 229 | 326 |
| Agosto | 141 | 238 |
| Septiembre | 146 | 378 |
| Total | 1.818 | 2.859 |



2.7.23-A - Lista de Espera CESFAM Sur a Septiembre 2014.

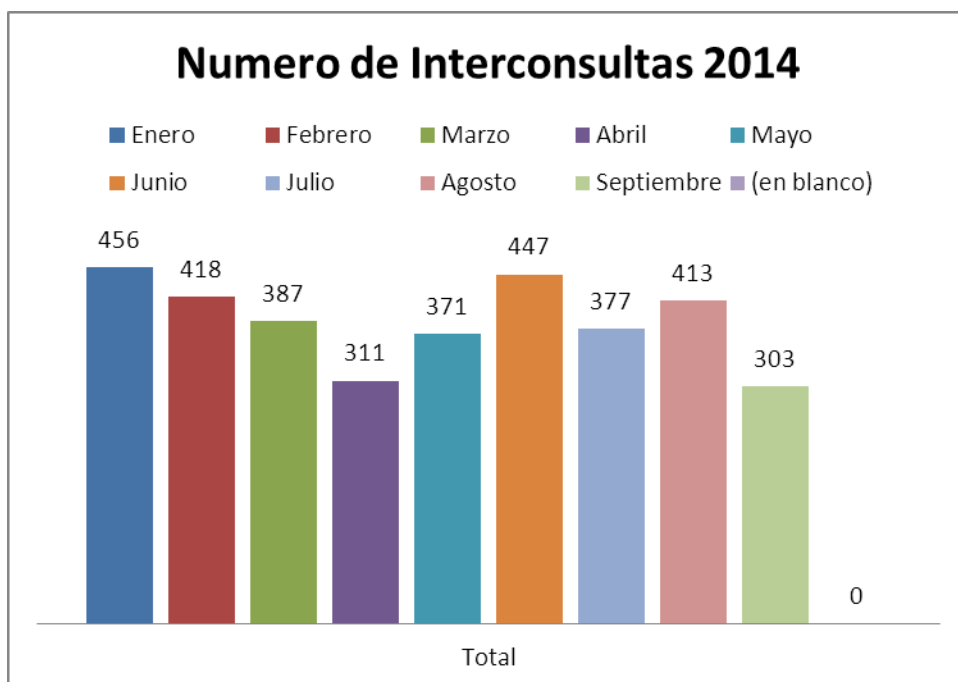
| LISTA DE ESPERA 2014 | |
|-----------------------------|---------------------|
| ADULTO | |
| ESPECIALIDAD | A SEPT. 2014 |
| Cardiología | 8 |
| Cirugía | 8 |
| Cirugía Abdominal | 11 |
| Cirugía Proctológica | 4 |
| Cirugía Vasculat | 24 |
| Dermatología | 19 |
| Endocrinología | 5 |
| Gastroenterología | 15 |
| Medicina Interna | 7 |
| Neurocirugía | 11 |
| Neurología | 49 |
| Reumatología | 17 |
| Traumatología | 45 |
| Urología | 21 |
| TOTAL | 305 |

| INFANTIL | |
|----------------|--------------|
| ESPECIALIDAD | A SEPT. 2014 |
| Cardiología | 1 |
| Dermatología | 6 |
| Neurología | 12 |
| Traumatología | 20 |
| TOTAL | 39 |
| | |
| MUJER | |
| ESPECIALIDADES | A SEPT. 2014 |
| Ginecología | 29 |
| TOTAL | 29 |

Se puede observar que el número de IC pendientes en lista de espera en el adulto es en la especialidad de neurología y traumatología, semejante a lo que sucede con los niños.

2.7.24-B- El número de interconsultas generadas durante el periodo enero septiembre han sido las siguientes:

| Enero | Febrero | Marzo | Abril | Mayo | Junio | Julio | Agosto | Septiem | Total |
|-------|---------|-------|-------|------|-------|-------|--------|---------|-------|
| 456 | 418 | 387 | 311 | 371 | 447 | 377 | 413 | 303 | 3483 |



2.7.24 - Diagnostico PNAC:

Durante el año 2014 en la bodega de alimentos del CESFAM Sur se entregaron por el Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC) 5109 kilos de Leche Purita Fortificada, 6738 kilos de Leche Purita Cereal y 4924 kilos de Leche Purita Mamá, sectorizados en el siguiente cuadro:

| | SECTOR1 | SECTOR2 | SECTOR 3 | SECTOR 4 | TOTAL |
|--------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|
| LPF | 728 | 726 | 1638 | 2017 | 5109 |
| LPC | 956 | 1090 | 2252 | 2440 | 6738 |
| LPM | 540 | 656 | 900 | 2828 | 4924 |
| TOTAL | 2224 | 2472 | 4790 | 7285 | 16771 |

Según el sistema Rayen a septiembre 2013, el sector que más kilos entrega el PNAC es el sector 4 durante el periodo de enero a agosto con 7285 Kg. tomando en consideración que es el sector con más población inscrita personas.

De los 16771 Kg. de producto entregado el 43.4% a corresponde al sector 4, mientras que el sector 3 tiene un 28.5%, el sector 2 un 14.7% y el sector 1 un 13.2% lo que es totalmente acorde a la cantidad de población inscrita.

Respecto a los adultos mayores en el CESFAM Sur se entregaron 5834 kg de Bebida Láctea y Crema Años Dorados desde el mes de enero a Agosto 2014, sectorizados en el siguiente cuadro:

| | SECTOR 1 | SECTOR 2 | SECTOR 3 | SECTOR 4 | TOTAL |
|--------------------|----------|----------|----------|----------|-------|
| Bebida Láctea | 577 | 511 | 553 | 834 | 2475 |
| Crema Años Dorados | 577 | 511 | 553 | 834 | 2475 |
| TOTAL | 1154 | 1022 | 1106 | 1668 | 4950 |

Según la información entregada por el sistema rayen a agosto 2014 el sector 1 corresponde al 23.3% de retiro de PACAM, 20.6% del sector2, 22.3%, del sector 3 y el sector 4 que es el sector con mas población inscrita el 33.6% retiró bebida láctea y crema años dorados este año.

3 MATRIZ DECISIONAL Y ANALISIS FODA : Trabajo Comunitario Participativo.

3.1 - Matriz Decisional

| Problemas | Magnitud | Trascendencia | Vulnerabilidad | Factibilidad económica | Total |
|---|----------|---------------|----------------|------------------------|-------|
| 1. Actividades de promoción hacia la comunidad | 3 | 2 | 3 | 3 | 11 |
| 2. Fortalecer a nuevos dirigentes | 3 | 3 | 2 | 3 | 11 |
| 3. Prioridad en la atención médica para el adulto mayor | 3 | 3 | 3 | 3 | 12 |
| 4. Escases recurso profesional medico | 3 | 3 | 3 | 1 | 10 |
| 5. Fortalecer el uso de la línea telefónica | 3 | 3 | 3 | 3 | 12 |
| 6.Solicitud de hora atención medica aprox. 06.00 A.M. | 3 | 3 | 3 | 2 | 12 |
| 7.Adherencia a control y tratamiento cardio vascular | 3 | 3 | 3 | 3 | 12 |
| 8.Practica de los derechos y deberes de los usuarios | 3 | 3 | 2 | 1 | 9 |
| 9. Falta de medicamentos | 3 | 3 | 3 | 2 | 11 |
| 10. Efectos psicológicos post terremoto | 3 | 3 | 3 | 3 | 12 |
| 11. Delincuencia alrededor del CESFAM | 3 | 3 | 3 | 1 | 10 |
| 12. Convenio oftalmológico -lentes- | 3 | 3 | 3 | 1 | 10 |
| 13. Consumo abusivo de drogas y alcohol | 3 | 3 | 3 | 2 | 11 |
| 14. Salud oral, déficit de horas odontológicas. | 3 | 3 | 3 | 2 | 11 |
| 15. Enfermedades infectocontagiosa | 3 | 3 | 3 | 1 | 10 |

3.2 - FODA Comunitario

🚩 Sector 1

| FORTALEZAS | DEBILIDADES |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ○ Deseo del equipo de salud de seguir trabajando con la comunidad. ○ Compromiso de dirigentes para retomar actividades en USAC ○ Asistir a la reunión permitió que dirigentes conozcan al equipo de salud. ○ Realización de operativos orientados a la promoción y prevención. | <ul style="list-style-type: none"> ○ Escasa participación ○ Falta de información ○ Poca concurrencia a USAC |
| OPORTUNIDADES | AMENAZAS |
| <ul style="list-style-type: none"> ○ Líneas telefónicas permiten sacar horas y no acudir a CESFAM ○ Existencia de grupos establecidos en la comunidad. ○ Trabajo de equipo en la comunidad ante situaciones difíciles. | <ul style="list-style-type: none"> ○ Desencanto de la comunidad ○ Dificultad en la comunicación dirigentes con equipo de salud. ○ Arreglos de sede vecinal impide trabajo en terreno |

✚ Sector 2

| FORTALEZAS | DEBILIDADES |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes histórico de proyectos ganados por el concejo de desarrollo local | <ul style="list-style-type: none"> • Inasistencia de juntas de vecinales al consejo de desarrollo local • La comunidad identifica al Cesfam como curativo y no preventivo. |
| <ul style="list-style-type: none"> • OPORTUNIDADES | <ul style="list-style-type: none"> • AMENAZAS |
| <ul style="list-style-type: none"> • Invitar a participar a las reuniones los coordinadores territoriales de la municipalidad • El diagnostico comunitario nos permite orientar de manera mas eficiente los proyectos y programas a ejecutar • Promover la participación social a través de las juntas de vecinos | <ul style="list-style-type: none"> • Población flotante y extranjeros indocumentados • Baja participación de la ciudadanía en las juntas de vecino y consejo de desarrollo |

✚ Sector 3

| FORTALEZAS | DEBILIDADES |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ○ Buena atención por parte del CESFAM y equipo sector 3. ○ Satisfacción por trabajo realizado con familias que presentan usuarios con dependencia. ○ Interés por parte de la comunidad en participar de actividades del CESFAM Sur. ○ Presencia de voluntarios de la comunidad con interés en continuar proyecto "Acompañando con amor". ○ Trabajo coordinado entre dirigentes, CESFAM Sur y Carabineros. ○ Abertura del Consejo para que nuevos dirigentes se integren. ○ Coordinación del equipo de cabecera con las familias y comunidad. ○ Mejorías en proceso de comunicación con instituciones. ○ Realización de actividades preventivas y de promoción. ○ Participación de instituciones en el Consejo de Desarrollo. ○ Apoyo por parte del CESFAM a las familias post terremoto. ○ Presencia de Plan Preventivo en caso de catástrofes. | <ul style="list-style-type: none"> ○ No funcionamiento de la línea 0800 para solicitudes de horas. ○ Solicitud de horas temprano. ○ Visitas domiciliarias integrales por Medico para usuarios postrados consideradas apenas una vez al mes. ○ Acceso dificultoso al CESFAM (infraestructura de bajada y subida) ○ Poco interés de la comunidad en participar de actividades promovidas por el CESFAM. |
| OPORTUNIDADES | AMENAZAS |
| <ul style="list-style-type: none"> ○ Postulación de nuevos proyectos. ○ Continuidad del proyecto "Acompañando con amor". ○ Ampliar invitación a otras redes sociales. | <ul style="list-style-type: none"> ○ Catástrofes naturales. ○ Presencia de delincuencia en las cercanías del CESFAM. ○ Presencia de microbasurales en el sector. |

✚ Sector 4

En el sector se realizó el máximo esfuerzo por llevar a cabo la reunión del sector con la participación de la comunidad pero fue inútil ya que la convocatoria fue muy escasa por lo tanto se queda con una lluvia de ideas que se lograron rescatar de la reunión ampliada del Consejo Local de Salud.

4 - PARTICIPACION COMUNITARIA

4.1 - Consejo de Desarrollo Centro de Salud Sector Sur

Es un espacio de participación que permite el diálogo e intercambio de información entre los trabajadores del CESFAM Sur, sus Directivos, los Usuarios y la comunidad en general. Con el fin de aportar al mejoramiento de la salud y calidad de vida de la población.

REPRESENTANTES DE LOS FUNCIONARIOS DEL CENTRO DE SALUD FAMILIAR SUR:

DIRECTORIO TITULAR:

Sr. Pedro López Lorca (Presidente), Sr. Anibaldo Carvajal Echeverría (Secretario) y Sr. Gabriel González Guzmán (Tesorero).

SUPLENTES:

Sr. Luis Quezada Bugueño, Sr. Jency Larama Maldonado y Sra. Rosemary Barretas García.

REPRESENTANTES DE LOS FUNCIONARIOS

Carolina Rocuant, Marisol Avalos y Pilar Portales (actualmente en CESFAM Videla). Se realizan constantes reuniones con los directivos del Consejo de Desarrollo y reuniones ampliadas con la comunidad en general.

Con fecha 27 de diciembre de 2013, se realiza reunión de Directiva del Consejo de Desarrollo Local en donde se realiza inventario del Consejo y se evalúa Plan de Trabajo diseñado para el año 2013, con cumplimiento de 100% de las actividades programadas. Durante los primeros meses del presente año se diseña junto a los Directivos del Consejo **Plan de Trabajo para el año 2014**, siendo este consolidado de la siguiente manera:

| OBJETIVOS | METAS | ACTIVIDADES | AVANCES A SEPTIEMBRE 2014 |
|--|---|--|---|
| Incorporar acciones de gestión comunitarias a través de los directivos del Consejo de Salud en el CESFAM Sur | <p>Instalación de Oficina Comunitaria en el interior del establecimiento.</p> <p>Trabajo coordinado entre dirigentes, comunidad y funcionarios del CESFAM Sur.</p> <p>Difusión de buena práctica desarrollada</p> | <p>1.- Sensibilizar dirección y funcionarios del CESFAM, para que Oficina Comunitaria sea incorporada en instalaciones dentro del CESFAM (después de terminadas obras de ampliación);</p> <p>2 – Planificación de reunión ampliadas en la comunidad, según sectores (1, 2 y 3);</p> <p>3.- Participación de dirigentes en reuniones de Consultas Ciudadanas;</p> <p>4 – Reuniones en la comunidad pos terremoto;</p> <p>5 – Difusión de actividades realizadas por el Consejo por parte de sus dirigentes;</p> <p>6 – Reuniones de rendición de cuentas por el proyecto “acompañando con</p> | <p>En desarrollo</p> <p>Logrado. (Durante los meses de agosto y septiembre 2014, se realizan reuniones ampliadas en la comunidad por sector)</p> <p>Logrado. (Comité cuenta con representante de la comunidad de manera permanente)</p> <p>Logrado.</p> <p>Logrado. (De manera constante en reuniones, gestiones y otras actividades realizadas).</p> <p>Logrado.</p> |

| | | | |
|--|-------------------------------------|---|--|
| | por Consejo en conjunto con CESFAM. | amor” mensualmente; 7 - Gestiones para conseguir fondos para traslado para presentación de buena práctica ejecutada por el consejo en Congreso en la ciudad de Concepción en agosto 2014; 8 – Planificar elección de nueva directiva Consejo para el segundo semestre 2014. | Se realizan gestiones con organizaciones sociales, empresas e instituciones gubernamentales. Pese a esto no fue posible conseguir fondos. En desarrollo. (Planificado para octubre 2014) |
| Participar de las instancias de decisiones y gestión en las políticas del CESFAM Sur | Participación activa de dirigentes. | Reuniones de directiva mensual y de asamblea cada dos meses | Logrado. Se realizan las reuniones planificadas y reuniones extras. |

Se observa compromiso por parte de nuestra comunidad, representada por los dirigentes del Consejo de Desarrollo de nuestro CESFAM, así como por parte de nuestros funcionarios en el sentido de realizar esfuerzos por cumplir con el plan de trabajo diseñado en conjunto, el cual se observa cumplimiento en su mayoría de actividades planificadas para el año 2014, quedando el proceso de elección de nueva directiva para el segundo semestre, estando planificada para el 30-10-2014.

Producto del compromiso y trabajo colaborativo por parte de nuestros dirigentes es que durante el año 2014, se realizan varias reuniones entre dirigentes y autoridades locales, como: Director del Servicio de Salud Iquique, SEREMIA de Salud y Director del Departamento de Salud de la Cormudesi con el fin de tratar temas relacionados con el monitoreo de la ampliación de nuestro CESFAM, construcción del laboratorio comunal y otras temáticas pertinentes.

Durante el año 2013 se logra postular y adjudicar de manera exitosa 01 proyecto postulado por el Consejo de Desarrollo de nuestro CESFAM, siendo aprobado a través del Fondo Mixto de Apoyo Social del Ministerio de Desarrollo social en el valor de \$ 2.950.000, con el fin de Fortalecer el autocuidado de familias con integrantes en condición de cuidados domiciliarios a través del acompañamiento de un grupo de voluntarios, denominado “**Acompañando con amor**”. El cual fue desarrollado durante los años 2013 y primer semestre del año 2014, con resultados favorables e impactos positivos en la vida de los cuidadores y de sus familias, a demás del resultado valioso indirecto obtenido con el compromiso por parte del grupo de voluntarios y dirigentes del consejo de desarrollo.

Como producto y reconocimiento de esta buena práctica desarrollada, durante el mes de abril 2014 se publica experiencia en Revista Científica de la ACHM y durante el mes de marzo de 2014 se recibe reconocimiento en calidad de “Distinción”, por parte de la Asociación Chilena de Municipalidades en el V Concurso de Buenas Prácticas en la Atención Primaria de Salud Municipal al Grupo de Voluntariado “Acompañando con amor” del CESFAM Sur. Además se recibe invitación especial para participar en la III Jornada de Buenas Prácticas en APS y Salud Familiar en la ciudad de Concepción, organizada por la Universidad de Concepción, Programa de Salud y

Medicina Familiar durante el mes de agosto de 2014, la cual pese los esfuerzos realizados no fue posible acudir.

Con relación a la Meta Ley 19.813 Año 2014 en donde se espera el mejoramiento de la gestión y participación de la comunidad organizada en las tareas del establecimiento, lo que es concordante con el modelo de Salud Familiar, se observa avance en las temáticas propuesta, siendo estas:

| TEMATICA | GESTION REALIZADA | AVANCES A SEPT. 2014 |
|--|--|-----------------------|
| Diagnóstico participativo de salud. | Mesas de Trabajo con la comunidad por sectores y de manera ampliada. | Logrado. |
| Gestión de solicitudes ciudadanas. | Participación de representante de la comunidad de manera permanente. | Logrado. |
| Difusión e información a la comunidad. | Se realiza de manera permanente a través de reuniones ampliadas y otras gestiones. | Logrado. |
| Infraestructura e inversiones. | Reuniones por parte del Consejo de Desarrollo con las autoridades pertinentes para tratar temas de ampliación del CESFAM y mejorías locales. | Logrado |
| Control Social | Se realiza reunión en terreno para monitoreo de obras de ampliación y construcción de laboratorio comunal, en la cual participaron dirigentes del Consejo, Director del Servicio de Salud y Director CESFAM. | Logrado |
| AUGE | Planificado para segundo semestre. | En desarrollo. |

4.2 - Gestión de Solicitudes Ciudadanas:

La OIRS (Oficina de Información, Reclamos y Sugerencias) es la **PUERTA DE ENTRADA** al sistema del CESFAM Sur y la primera posibilidad del ejercicio de los derechos ciudadanos.

MISION DE LA OIRS DEL SECTOR SALUD:

“Ser un espacio de interacción y acceso de **las personas** a todas las instituciones de salud, con la finalidad de garantizar el derecho de los ciudadanos(as) sin discriminación, a informarse, sugerir, reclamar y/o felicitar, acerca de las materias propias del sector salud, **en un marco de respeto a todas las personas que constituyen el medio y la finalidad de las acciones del sector, de manera de contribuir a una atención de excelencia”**

OBJETIVOS DE LA OIRS DEL SECTOR SALUD

- Facilitar el acceso de la población a la información sobre el funcionamiento y servicios otorgados por el Sistema Salud y otros órganos, servicios o empresas del Estado;
- Entregar atención oportuna, clara, transparente y de calidad a todas las personas sin discriminación;
- Establecer coordinación con otras reparticiones públicas dentro y fuera del Sector Salud, con el fin de optimizar la calidad de la atención a las personas;
- Recibir y gestionar todas las solicitudes ciudadanas;

CONSULTAS CIUDADANAS REALIZADAS

PERIODO ENERO A SEPTIEMBRE 2014;

1 – INFORMACIONES Y CONSULTAS:

– TOTAL REALIZADA POR MES



| TOTAL | INFORMACIONES Y CONSULTAS |
|-------|---------------------------|
| 1970 | ENERO |
| 2194 | FEBRERO |
| 1830 | MARZO |
| 2194 | ABRIL |
| 1830 | MAYO |
| 1830 | JUNIO |
| 975 | JULIO |
| 106 | AGOSTO |
| 522 | SEPTIEMBRE |

Durante el periodo de Enero a Septiembre de 2014 se recibieron consultas en la OIRS del CESFAM Sur, siendo los principales motivos de consulta:

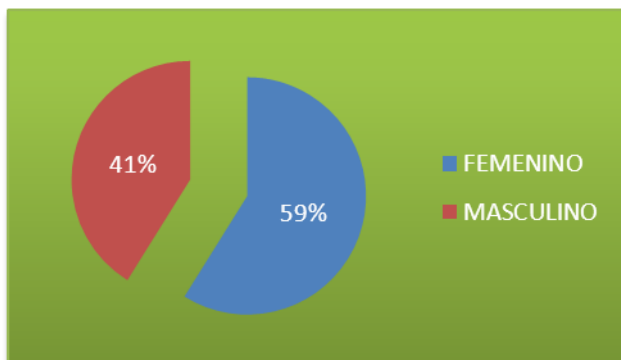
✓ **Consultas personalizadas:**

Consulta por Ubicación de box; Consulta por temas de previsión; Consulta por actualización en sistema Rayen; Consultas por requisitos de inscripción en el CESFAM; Consultas por horario respecto a horas odontológicas; Consultas por direcciones y teléfonos de la red; Consultas por horarios de atención SAPU.

✓ **Consultas telefónicas:**

Consulta por cambios y solicitudes de hora; Consultas por traslados de otras ciudades; Consultas por horario respecto a horas odontológicas; Consultas por información de números telefónicos de otras unidades; Consultas por entrega de lentes oftalmológicas.

1.2 – POR DISTRIBUCION DE SEXO:



| | |
|-----------|------|
| FEMENINO | 7920 |
| MASCULINO | 9682 |

Del total de las consultas realizadas, 59% de las consultas fueron realizadas por mujeres y 41% fueron realizadas por hombres. Se observa que las consultas por el sexo masculino han

aumentado levemente en comparación al año 2013. No obstante siempre siguen siendo las mujeres las que mayoritariamente consultan en nuestro CESFAM, esto puede deberse a que durante años la mujer ha sido quien asume el rol de cuidadora dentro de la familia por lo que asume también los cuidados de salud.

Existen variaciones respecto a las consultas realizadas entre los meses de Julio hacia adelante, esto debido a que se implementa un registro más detallado de las consultas realizadas por los usuarios, contando desde ese momento con una plataforma virtual, y a la vez el área social crea una planilla con mayor rigurosidad respecto a los meses anteriores que dan cuenta de las consultas realizadas.

2. SUGERENCIAS

2.1 – TOTAL DE SUGERENCIAS REALIZADAS EN EL SEMESTRE

AÑO 2014



| MES | CANTIDAD |
|------------|----------|
| ENERO | 1 |
| FEBRERO | 1 |
| MARZO | 1 |
| ABRIL | 1 |
| MAYO | 1 |
| JUNIO | 5 |
| AGOSTO | 3 |
| SEPTIEMBRE | 0 |

2.2 – motivo de las sugerencias realizadas

| Área | Sugerencia | Acciones |
|-------------------|--|--|
| Dirección SAPU | Considerar al menos 2 médicos para atención en urgencia. | se analiza en comité, directora trabaja en propuesta de recurso humano, se informa a usuaria de horarios de atención y de la incorporación de kinesiólogos en campaña de invierno. |
| Dirección UAPO | Mejorar sala de espera de UAPO | Se realizan gestiones para nivelar piso y cerrar sala de espera, director conversa con constructora quien se responsabiliza. |
| SOME | Más personal en la entrega de horas | Se buscan estrategias que permitan entregar horas con anticipación y no en fechas específicas. |
| Dirección | Más recurso nutricionista. | Se analiza comité, y se gestiona recurso nutricionista de 22 horas en extensión |

| | | |
|---------------------------------|--|---|
| | mejorar líneas telefónicas | horaria. Se conversa con jefe de SOME para habilitación de líneas telefónicas. |
| Podóloga | No reemplazar recurso de podóloga | Se conversa con referente de adulto quien aclara que no existen intenciones en reemplazar a profesional. Se entrega aclaración a usuario. |
| Referente adulto y adulto mayor | Mayor supervisión de encargada | Analizado por comité de gestión y reclamos, se da a conocer a usuario protocolo de supervisión. |
| SAPU | Mayor prolijidad en la limpieza y habilitación de baños públicos | Se conversa con encargada de SAPU, habilitaran segundo baño público y se supervisara limpieza. Se informará también con carteles educativos el cuidado por parte de los usuarios de la limpieza de los baños. |
| Dirección | Limpieza del entorno del establecimiento | Analizado en comité de gestión y reclamos, se envía oficio solicitando limpieza por parte de municipalidad en Playa el Águila, con el fin de evitar accidentes y mejorar el entorno del lugar. |
| Dirección | Horas dentales sean agendadas durante el día | Analizado en comité, se resuelve trasladar entrega de horas dentales a las 16:00 hrs y así la atención será a las 17:00 hrs con la finalidad que los usuarios no esperen largos tiempos. |
| SAPU | Tiempos de espera y priorización en la atención | Analizado en comité, se da a conocer sistema de priorización según criterios médicos. |

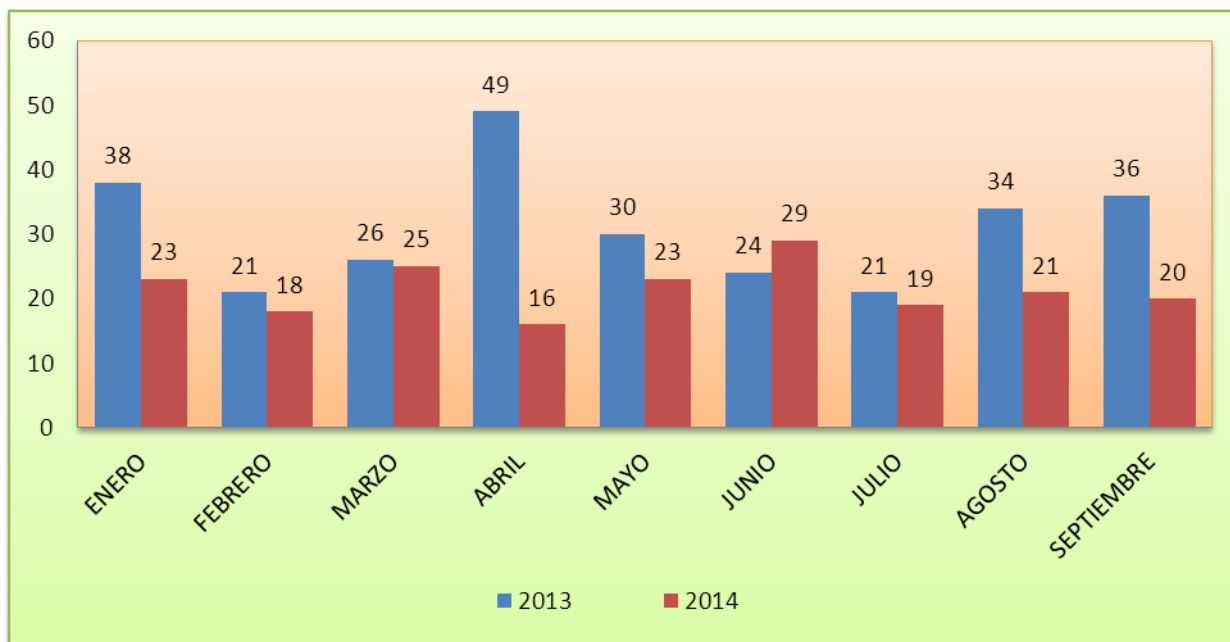
3 – FELICITACIONES

3.1 – TOTAL DE FELICITACIONES RECIBIDAS DE ENERO A SEPTIEMBRE 2014



Desde Enero a Septiembre 2014 se han recibido **194 Felicitaciones**, siendo 155 realizadas por mujeres y 39 por hombres.

3.2 – FELICITACIONES RECIBIDAS AÑO 2014, EN COMPARACION CON AÑO 2013.



Año 2013 - 279

Año 2014 - 194

A la fecha se observa una disminución en las felicitaciones en comparación con el año 2013. En el mes de abril existe una diferencia notoria con el mes de abril año 2013, durante este mes ocurre el terremoto en la ciudad de Iquique, algunos días las atenciones se realizaron en las afueras de nuestro CESFAM por contingencia, y demoró otros días en habilitarse los boxes, implementos, luz e internet. En los meses posteriores Mayo y Junio repuntan nuevamente las felicitaciones a nuestros funcionarios, lo que también refleja las mejoras implementadas en el CESFAM y el alto nivel de satisfacción usuaria.

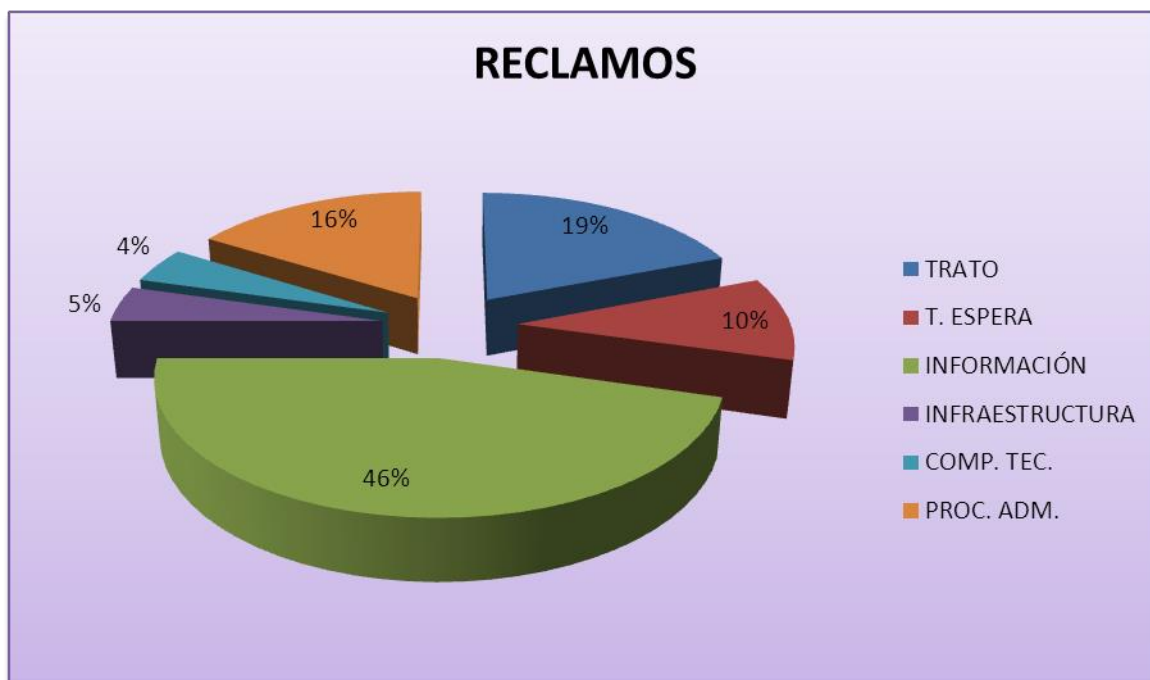
3.2 - FUNCIONARIOS DESTACADOS POR RECIBIMIENTO DE FELICITACIONES DURANTE EL AÑO 2014

| FUNCIONARIO(A) | MESES | TOTAL DE FELICITACIONES |
|-------------------------|--------------|--------------------------------|
| LUCY HERNANDEZ | ENERO | 6 |
| ELENA BERNAL | FEBRERO | 4 |
| YANET GRENETT | MARZO | 4 |
| LUCY HERNANDEZ | ABRIL | 7 |
| LUIS PEREZ | MAYO | 6 |
| LUIS PEREZ | JUNIO | 8 |
| LUIS PÉREZ | JULIO | |
| TODO EL PERSONAL | AGOSTO | 4 |
| TODO EL PERSONAL | SEPTIEMBRE | 3 |

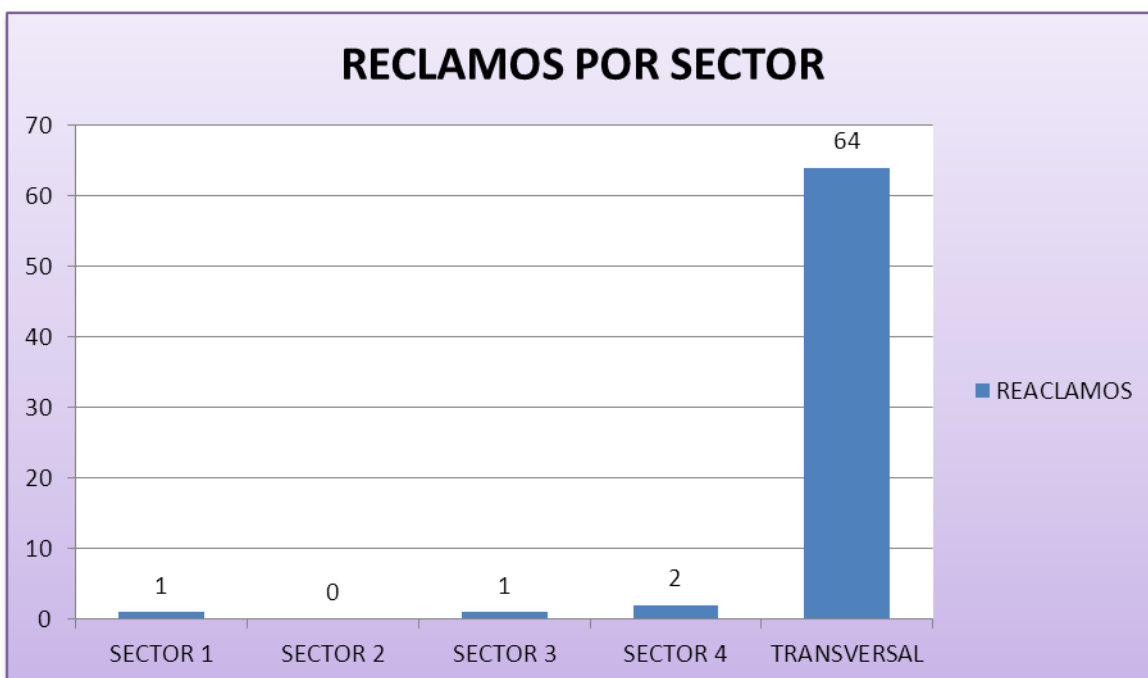
En torno a las Felicitaciones que se realizan constantemente en nuestro CESFAM hacia las distintas áreas, funcionarios y por diferentes procedimientos, es importante mencionar que en los últimos meses las felicitaciones han sido variadas incorporándose nuevos funcionarios que han sido reconocidos por los usuarios de nuestro CESFAM Sur ya sea por su buen trato, amabilidad, profesionalismo etc.

4 – RECLAMOS

4.1 – TOTAL DE RECLAMOS RECIBIDOS DURANTE LOS MESES DE ENERO A SEPTIEMBRE 2014:



| MESES | TRATO | T.ESPERA | INFORMACION | INFRAESTRUCTURA | COMP.TECN. | PROC. ADM. | TOTAL |
|------------|-------|----------|-------------|-----------------|------------|------------|-------|
| ENERO | 2 | 2 | | | | 2 | 6 |
| FEBRERO | 1 | | 3 | | | | 4 |
| MARZO | 3 | | 2 | | | 2 | 7 |
| ABRIL | 2 | | 5 | | | | 7 |
| MAYO | 3 | | 5 | | | 1 | 9 |
| JUNIO | | 1 | 5 | | | 2 | 8 |
| JULIO | | 2 | 2 | | | 1 | 5 |
| AGOSTO | 1 | | 4 | 2 | 3 | 2 | 12 |
| SEPTIEMBRE | 1 | 2 | 5 | 1 | | 1 | 10 |



El sector Transversal es quien genera la mayor cantidad de Reclamos en nuestro CESFAM, encontrándose en este sector áreas con mayor demanda y rigurosidad en los protocolos, como lo es SAPU, bodega de alimentos, farmacia y SOME.

4.3 – UNIDADES QUE MÁS CONCENTRAN RECLAMOS INDEPENDIENTE DE LA CLASIFICACION.

| UNIDAD | CANTIDAD |
|--------------|----------|
| SAPU | 14 |
| SOME CENTRAL | 09 |

Desde Enero a Septiembre 2014 la Unidad del Servicio de Atención Primaria de Urgencia, SAPU, es quien concentra la mayor cantidad de reclamos en su mayoría por tiempo de espera, reclamos que han sido analizados en las reuniones de Comité de Gestión de Reclamos implementando estrategias que hasta la fecha han resultado de manera positiva.

GESTION, RESOLUCION Y RESPUESTA DE LAS CONSULTAS CIUDADANAS EN EL CESFAM SUR

➤ COMITÉ DE CONSULTAS CIUDADANAS:

- ☀ Es una instancia de participación, **donde se conoce** periódicamente las solicitudes, reclamos, sugerencias y felicitaciones presentadas por los usuarios en el CESFAM Sur;
- ☀ Instancia **donde se realiza análisis** y en donde se **propone estrategias que puedan contribuir al mejoramiento del CESFAM**, con la participación de representantes de la comunidad y funcionarios de la salud.

➤ **COMITÉ GESTIÓN DE RECLAMOS, SUGERENCIAS Y DEL BUEN TRATO**

El Comité de Gestión de Reclamos, Sugerencias y del Buen Trato del CESFAM, se entiende como un espacio de comunicación, discusión, análisis y búsqueda de estrategias entre la comunidad, y funcionarios del establecimiento, tendientes a dar solución, principalmente a aquellas situaciones que persisten, provocando reiterados reclamos, identificando, priorizando y promoviendo la humanización del trato, respetando los derechos ciudadanos de sus usuarios internos y externos.

➤ **OBJETIVO GENERAL:**

Promover la humanización del trato, a través del respeto mutuo entre los usuarios internos y externos. Analizar y dar respuestas a los reclamos, sugerencias y felicitaciones estampadas por los usuarios con el fin de buscar estrategias que permitan un mejor trato tanto de funcionarios como de usuarios.

➤ **OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

- ✓ Sensibilizar a los funcionarios en torno al buen trato;
- ✓ Mejorar la satisfacción de los usuarios y funcionarios del respecto al trato, y en consecuencia disminuir los reclamos por esta condición;
- ✓ Fomentar un trato digno, amable y cordial entre los usuarios internos y externos;

➤ **PARTICIPANTES DEL COMITÉ DE GESTION Y RECLAMOS:**

Representante Coordinadores: 1

| | |
|----------------------|----------|
| Jefe de SOME: | 1 |
|----------------------|----------|

Operadora OIRS: 1

| | |
|---------------------|----------|
| Director (a) | 1 |
|---------------------|----------|

Representantes de la Comunidad: 2

| |
|---|
| Encargada Comité: Asistente Social |
|---|

➤ **CALENDARIZACION DE REUNIONES:**

Del total de 30 reuniones programadas se han realizado 23 reuniones, entre los meses de enero a Septiembre del año 2014, todas realizadas dentro del CESFAM y con la finalidad de analizar las consultas ciudadanas y trabajar en Plan de Mejora. Desde enero a marzo fueron programadas cada 15 días, después de esa fecha todos los miércoles, en algunos casos coincidiendo con feriados legales, suspensión de reunión, producto del terremoto y por falta de integrantes.

Desde el mes junio del presente año se cuenta con una **plataforma virtual**; página virtual, dependiente del Ministerio de Salud, donde se incorporan los registros de solicitudes ciudadanas, entregando un folio de recepción y donde los usuarios pueden monitorear los procesos de respuesta.

Modalidades posibles de respuestas:

- **Carta certificada** al usuario(a)
- **Correo electrónico**

Todas las modalidades de respuesta son a través de la plataforma virtual.

Plazo estipulado para entregar respuesta: 15 días hábiles.

4.3 - ENCUESTA DE SATISFACCION USUARIA 2014

Periodo de Aplicación:

El tiempo contemplado para la aplicación fue el mes de **Octubre** desde el 03 al 17 del año **2014**.

UNIVERSO:

El universo seleccionado fue de **120** personas seleccionadas de forma aleatoria y que de manera voluntaria aceptaron ser encuestados.

DISEÑO DE LA ENCUESTA

La encuesta fue diseñada por el Ministerio de Salud, "Buen Servicio y Calidad de Atención" Centros de Salud Primaria 2011. Unidad de Participación Social, presentando cinco ámbitos a evaluar, siendo estos:

- Acceso a la Atención (cuatro preguntas),
- Calidad de Atención (cinco preguntas),
- Recomendación (una pregunta),
- Expectativas (una pregunta),
- Satisfacción Global (una pregunta).

APLICACIÓN DE LA ENCUESTA

La encuesta fue aplicada por dos Alumnos en Práctica de la Carrera de Enfermería de las Universidades Santo Tomás, sede Iquique y Universidad de Tarapacá sede Arica.

- Jhonathan Orellana Zampoña
- Víctor Marín Segovia

En horarios distintos (Jornadas mañana y tarde) y con un público aleatorio.

PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION OBTENIDA:

El procesamiento de los instrumentos y la tabulación de los datos fue realizado por Asistente Social, Encargada OIRS, durante la primera semana de Octubre de 2014.

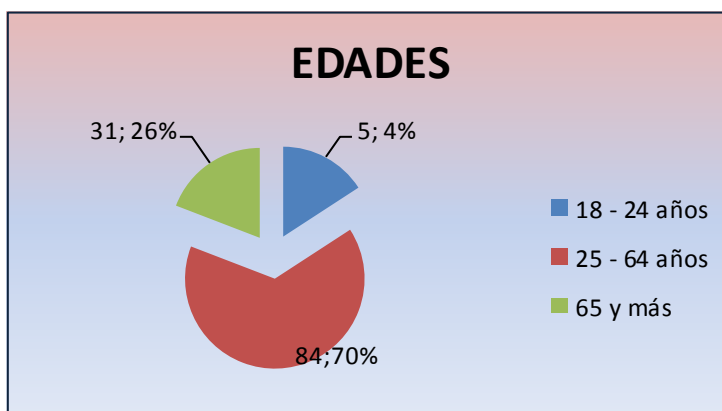
RESULTADO DE LA ENCUESTA.

1. IDENTIFICACION.

1.0 Establecimiento: Centro de Salud Familiar Sur.

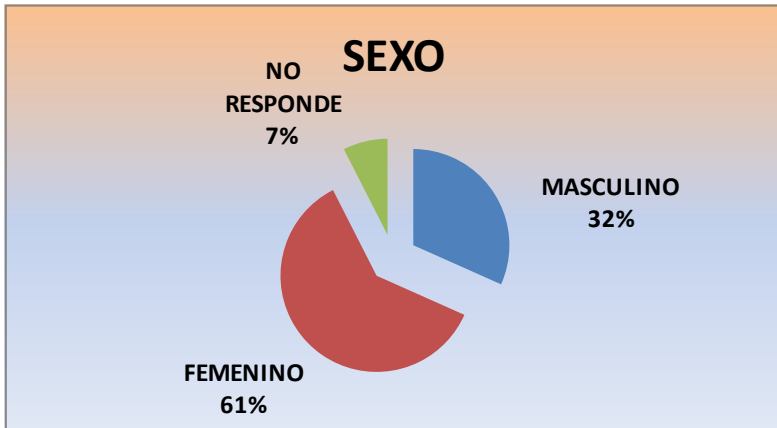
1.1 Edad

| EDAD | TOTAL |
|-------|-------|
| 18-24 | 19 |
| 25-64 | 78 |



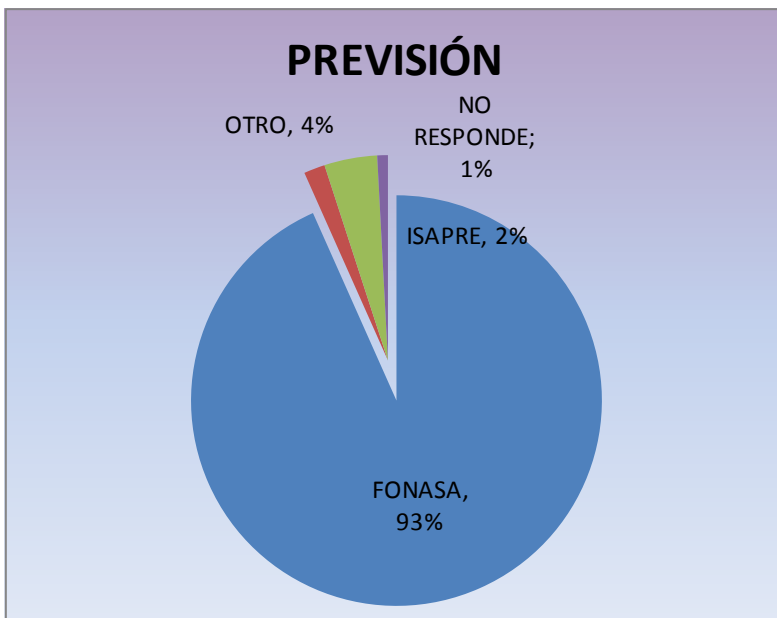
| | |
|----------|-----|
| 65 Y MAS | 23 |
| | 120 |

1.2 – Sexo:



| | |
|-------------|----|
| MASCULINO | 38 |
| FEMENINO | 73 |
| NO RESPONDE | 9 |

1.3 – PREVISIÓN:



| | |
|-------------|-----|
| PREVISIÓN | |
| FONASA | 112 |
| ISAPRE | 2 |
| OTRO | 5 |
| NO RESPONDE | 1 |

A. ACCESO A LA ATENCIÓN:

Marque de 1 a 7, el grado de acuerdo con la afirmación planteada donde 1 es **nunca** y 7 es **siempre**.

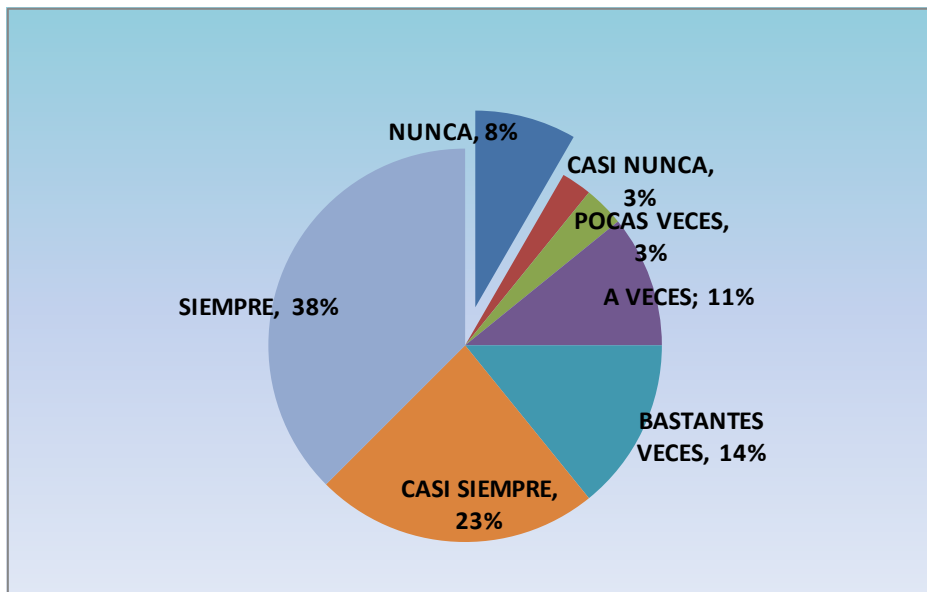
1. Es fácil contactarse por teléfono con el CESFAM:

| | PUNTAJE | RESPUESTAS |
|-----------------|-------------|------------|
| NUNCA | 1 | 35 |
| CASI NUNCA | 2 | 8 |
| POCAS VECES | 3 | 10 |
| A VECES | 4 | 16 |
| BASTANTES VECES | 5 | 22 |
| CASI SIEMPRE | 6 | 11 |
| SIEMPRE | 7 | 17 |
| SIN RESPUESTA | No Responde | 1 |



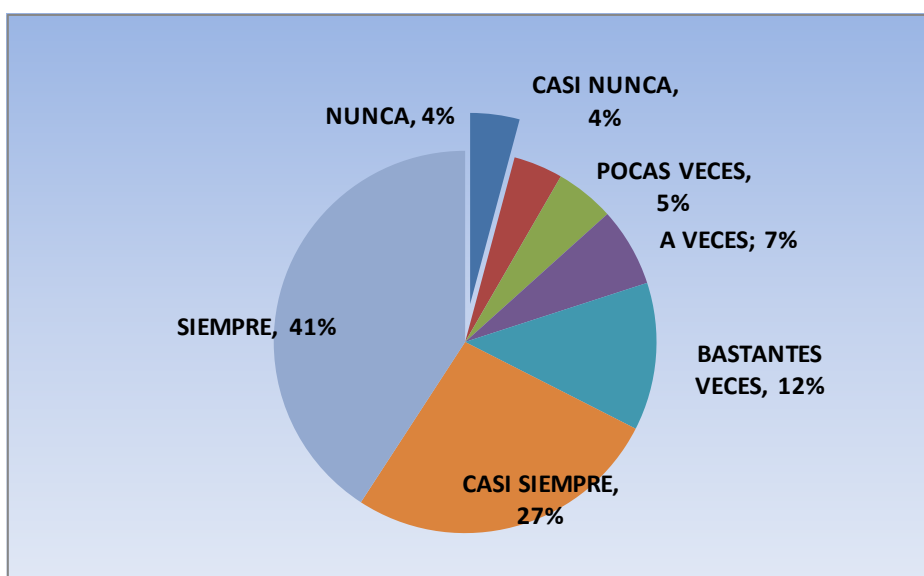
2. Le fue fácil conseguir la hora que usted necesitaba:

| | PUNTAJE | RESPUESTAS |
|-----------------|-------------|------------|
| NUNCA | 1 | 10 |
| CASI NUNCA | 2 | 3 |
| POCAS VECES | 3 | 4 |
| A VECES | 4 | 13 |
| BASTANTES VECES | 5 | 17 |
| CASI SIEMPRE | 6 | 28 |
| SIEMPRE | 7 | 45 |
| SIN RESPUESTA | No Responde | 0 |



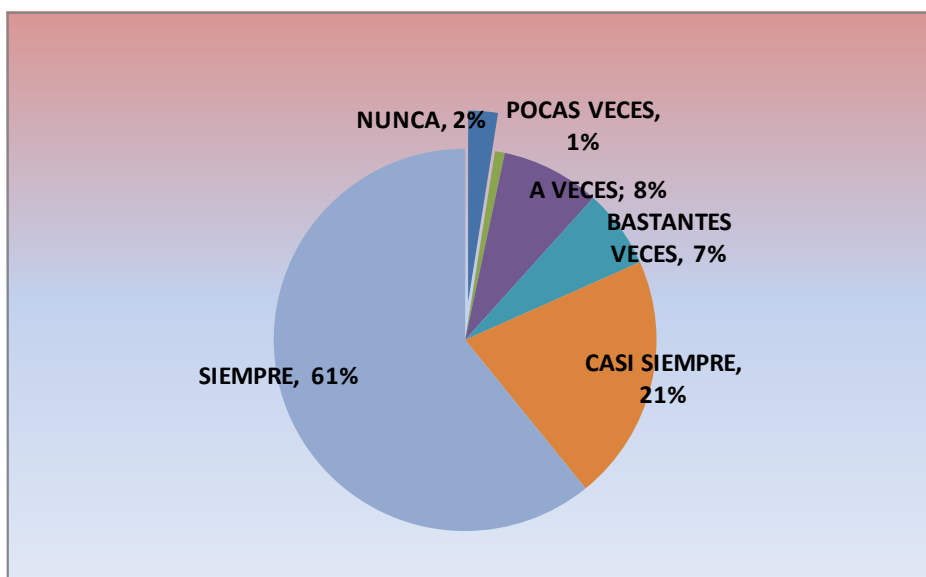
3. Las consultas Médicas se atienden con puntualidad:

| | PUNTAJE | RESPUESTAS |
|-----------------|-------------|------------|
| NUNCA | 1 | 5 |
| CASI NUNCA | 2 | 5 |
| POCAS VECES | 3 | 6 |
| A VECES | 4 | 8 |
| BASTANTES VECES | 5 | 15 |
| CASI SIEMPRE | 6 | 32 |
| SIEMPRE | 7 | 49 |
| SIN RESPUESTA | No Responde | 0 |



4. Los medicamentos están oportunamente en la Farmacia:

| | PUNTAJE | RESPUESTAS |
|-----------------|-------------|------------|
| NUNCA | 1 | 3 |
| CASI NUNCA | 2 | 0 |
| POCAS VECES | 3 | 1 |
| A VECES | 4 | 10 |
| BASTANTES VECES | 5 | 8 |
| CASI SIEMPRE | 6 | 25 |
| SIEMPRE | 7 | 73 |
| SIN RESPUESTA | No Responde | 0 |



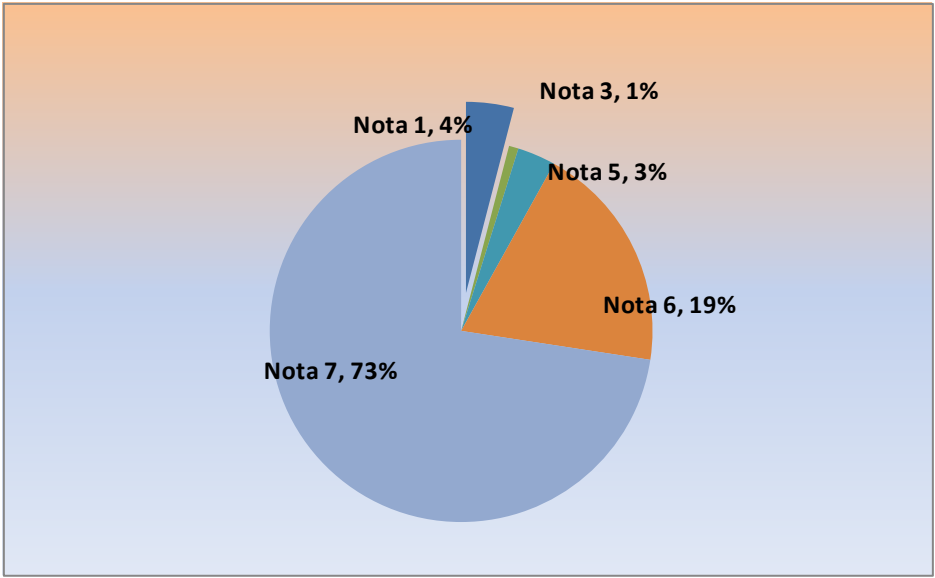
B – CALIDAD DE ATENCIÓN:

Utilizando una escala de 1 a 7, ¿Qué nota le pondría a los siguientes aspectos de la atención de salud recibida?:

5. La amabilidad y respeto con que fue tratado (a) por los médicos:

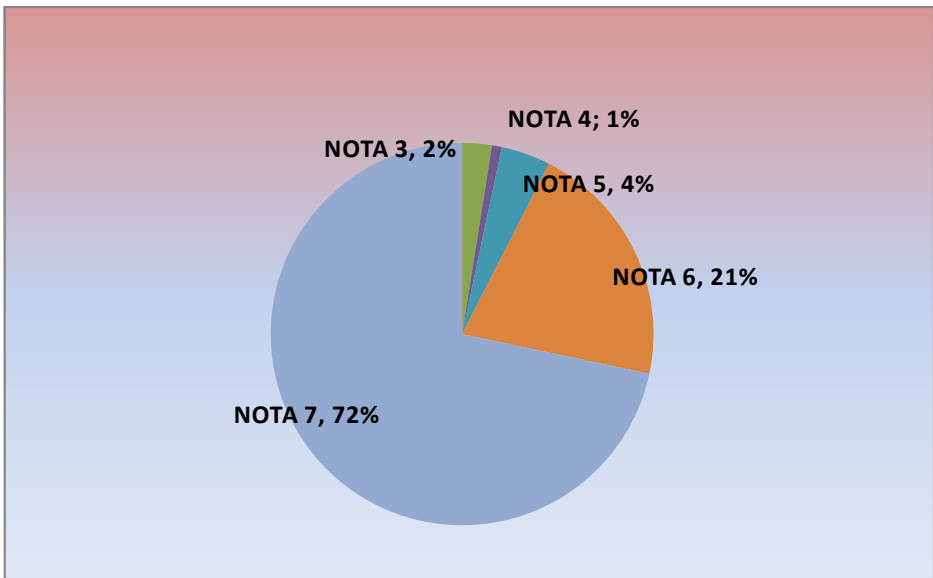
| Nota | RESPUESTAS |
|------|------------|
| 1 | 1 |
| 2 | 0 |
| 3 | 1 |
| 4 | 0 |
| 5 | 4 |

| | |
|-------------|----|
| 6 | 24 |
| 7 | 90 |
| No Responde | 0 |



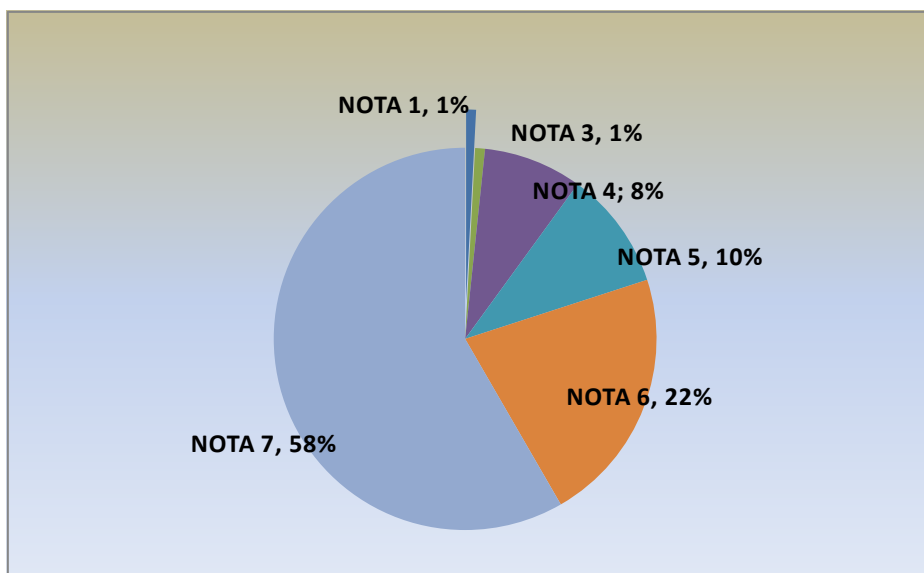
6. La amabilidad y respeto con que lo ha tratado (a) otros profesionales:

| NOTA | RESPUESTAS |
|-------------|------------|
| 1 | 0 |
| 2 | 0 |
| 3 | 3 |
| 4 | 1 |
| 5 | 5 |
| 6 | 25 |
| 7 | 86 |
| No Responde | 0 |



7. La amabilidad y respeto con que lo ha tratado el personal administrativo (entrega de horas e informaciones):

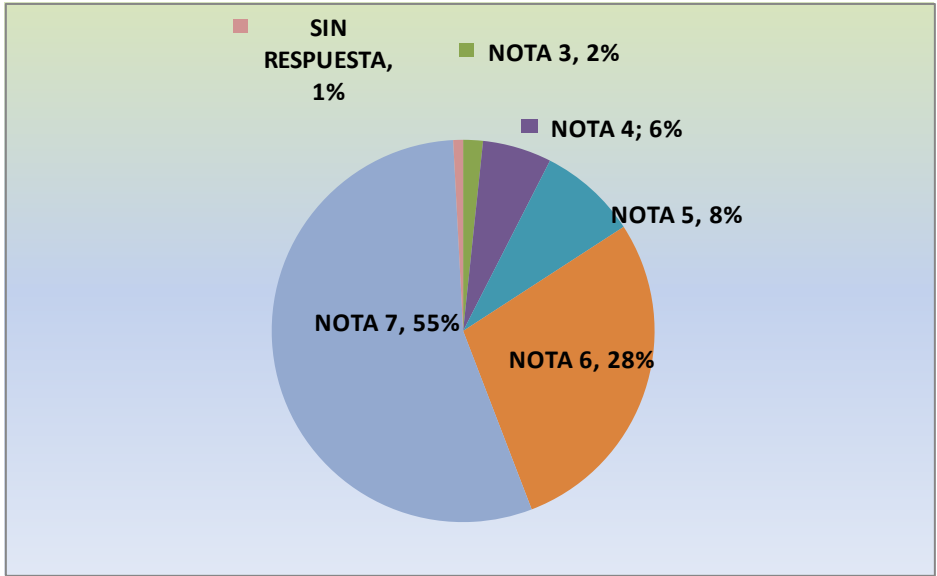
| NOTA | RESPUESTAS |
|-------------|------------|
| 1 | 1 |
| 2 | 0 |
| 3 | 1 |
| 4 | 10 |
| 5 | 12 |
| 6 | 26 |
| 7 | 70 |
| No Responde | 0 |



8. Claridad con que el personal de salud le informa su diagnóstico, las causas y su tratamiento:

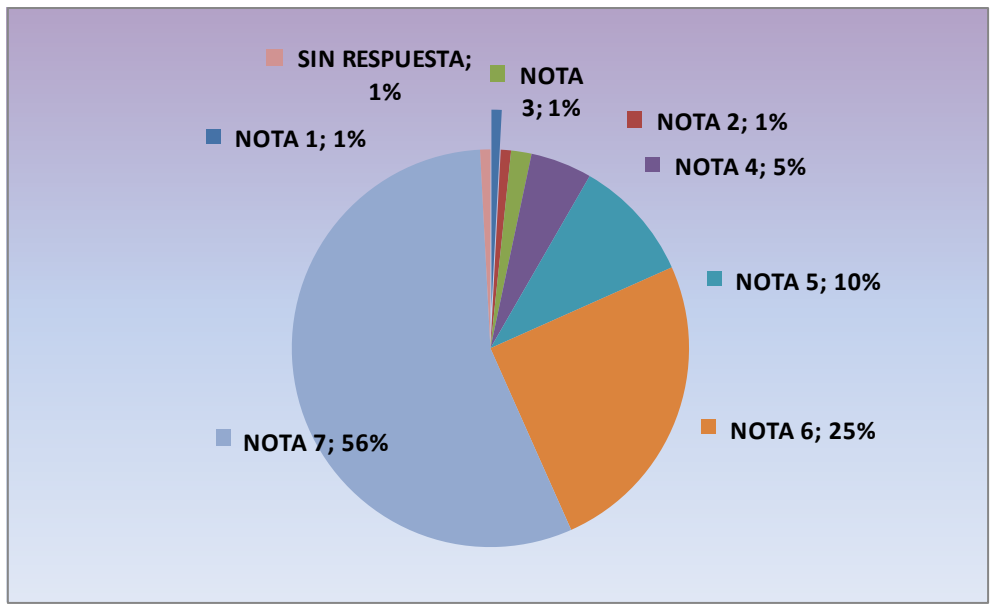
| NOTA | RESPUESTAS |
|------|------------|
| 1 | 0 |
| 2 | 0 |
| 3 | 2 |
| 4 | 7 |
| 5 | 10 |
| 6 | 34 |
| 7 | 66 |

| | |
|-------------|---|
| No Responde | 1 |
|-------------|---|



9. Comodidad y Limpieza de la sala de espera, box, baños y pasillo:

| NOTA | RESPUESTAS |
|-------------|------------|
| 1 | 1 |
| 2 | 1 |
| 3 | 2 |
| 4 | 6 |
| 5 | 12 |
| 6 | 30 |
| 7 | 67 |
| No Responde | 1 |

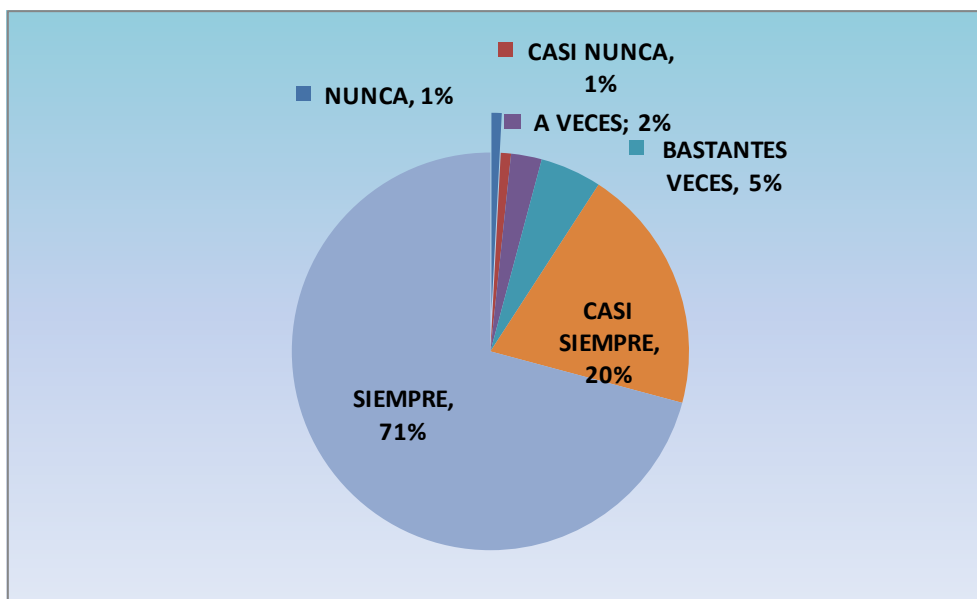


C – RECOMENDACIÓN:

Cuál es su disposición a recomendar. En una escala de 1 a 7, donde 1 es “NO lo recomendaría” y 7 es “SI lo recomendaría”.

10. Si un familiar lo necesitara. ¿Le recomendaría este CESFAM?:

| | PUNTAJE | RESPUESTAS |
|-----------------|-------------|------------|
| NUNCA | 1 | 1 |
| CASI NUNCA | 2 | 1 |
| POCAS VECES | 3 | 0 |
| A VECES | 4 | 3 |
| BASTANTES VECES | 5 | 6 |
| CASI SIEMPRE | 6 | 24 |
| SIEMPRE | 7 | 85 |
| SIN RESPUESTA | No Responde | 0 |



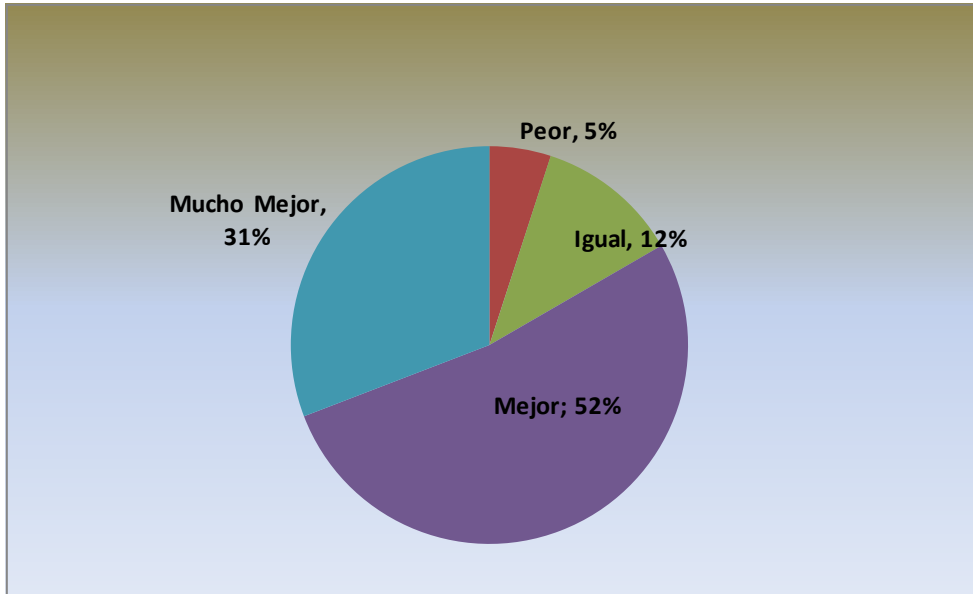
D.- EXPECTATIVAS:

Respecto a los que usted espera.

11. La atención que ha recibido en este CESFAM ha sido:

| CATEGORIA | PUNTAJE | RESPUESTAS |
|------------|---------|------------|
| Mucho Peor | 1 | 0 |
| Peor | 2 | 6 |
| Igual | 3 | 14 |
| Mejor | 4 | 63 |

| | | |
|-------------|-------------|----|
| Mucho Mejor | 5 | 37 |
| | No Responde | 0 |

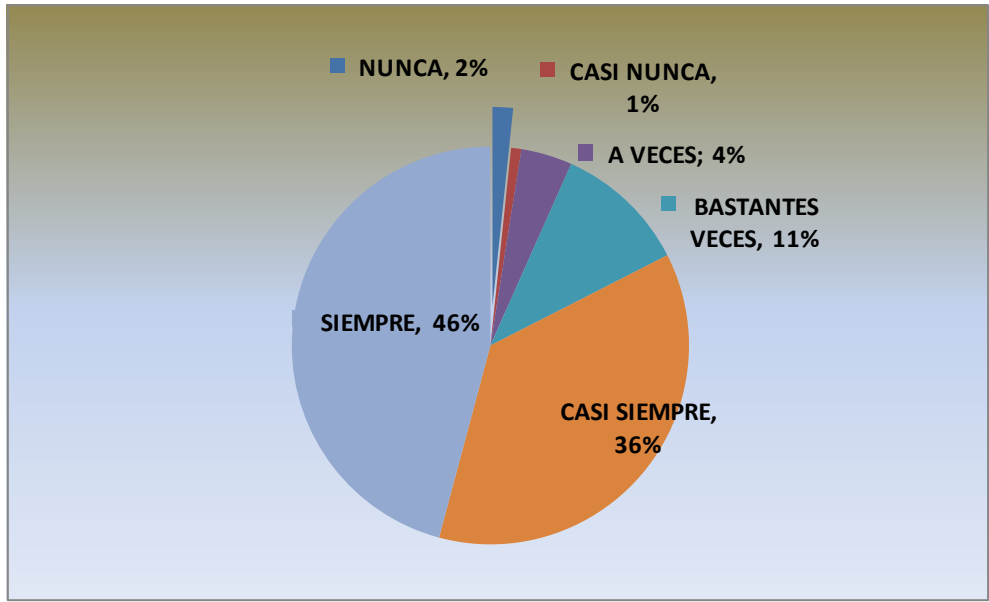


E.- SATISFACCIÓN GLOBAL.

Utilizando una escala de 1 a 7, donde 1 es nada satisfactorio y 7 es muy satisfactorio.

12.- Marque la alternativa con el Grado de Satisfacción Global con la atención de salud recibida en este CESFAM

| | PUNTAJE | RESPUESTAS |
|-----------------|-------------|------------|
| NUNCA | 1 | 2 |
| CASI NUNCA | 2 | 1 |
| POCAS VECES | 3 | 0 |
| A VECES | 4 | 5 |
| BASTANTES VECES | 5 | 13 |
| CASI SIEMPRE | 6 | 44 |
| SIEMPRE | 7 | 55 |
| SIN RESPUESTA | No Responde | 0 |



CONSIDERACION

Mediante los resultados presentados, se puede observar:

1 –

La edad promedio de quienes participaron en la Encuesta corresponde mayoritariamente con un 84,7% a los rangos entre 25 a 64 años, siendo en su mayoría con un 61% del sexo femenino y con Previsión FONASA con un 93%.

En el ámbito **Acceso a la Atención**, un 14% de la población Encuestada refiere que le resulta fácil contactarse por teléfono con el CESFAM, mientras que un 29% señala que nunca le es fácil contactarse vía telefónica para acceder a las horas de atención. Un 1% no responde a la pregunta refiriendo que Nunca se han contactado vía telefónica, ya que lo hacen de manera presencial. Un **18%** de la población evalúa con 5 su grado de acuerdo con la afirmación “**es fácil contactarse vía telefónica**”. Existe una variación considerable respecto a la misma pregunta efectuada en el año 2013, donde el acceso a la atención a través de la vía telefónica ha sido más difícil este año, respecto al anterior con un **25%** de acceso.

Un **38%** de la Población Encuestada señala que **siempre** le es fácil conseguir la hora que necesitaba en el CESFAM, un **23% casi siempre**, mientras que un **8%** nunca le es fácil conseguir estas horas.

Respecto a la Puntualidad de las Consultas Médicas, el **41%** refiere que **siempre** éstas son realizadas con puntualidad, un **23 %casi siempre**, un **12%** evalúa con 5 el grado de acuerdo, considerando que 1 es **Nunca** y 7 es **Siempre**.

Un alto nivel de satisfacción usuaria con un 61% afirma que **siempre** y un **25 %** que **casi siempre** los medicamentos están oportunamente en Farmacia.

2 –

En torno a la Calidad de la atención y utilizando una escala de evaluación de **1 a 7**, la **nota** puesta a la amabilidad y respeto con que los **médicos** atendieron refleja que un **73%** evalúa con nota **7** mientras que un **19%** con nota 6, seguido con un **3%** con nota 5, una evaluación negativa de un 4% con nota 1.

En torno a la amabilidad y respeto de **otros profesionales** 86% es evaluado con nota **7**, seguido con un **21%** con nota **6** y un **4%** con nota 5, y un **2%** evaluación negativa con nota **3**.

Respecto a la amabilidad y Respeto del **personal Administrativo** el 58% evaluó con nota **7**, seguido con un 22% con nota 6 y un 10% con nota 5, con una evaluación negativa mínima de un 1% con nota 3.

El **55%** de la población encuestada evalúa con nota **7** y un 28% evalúa con nota 6 la **claridad** con que el personal del CESFAM entrega la **información respecto a los Diagnósticos y Tratamiento**.

UN **56%** evalúa con nota **7** la Comodidad y limpieza de las salas de espera, box, baños y pasillos, mientras que un 5% evalúa con nota 4.

3 –

Es interesante observar que un 71% si recomendaría nuestro CESFAM, considerando que esta recomendación la harían a algún familiar que lo necesitara.

Un 31% evalúa que la atención recibida en nuestro CESFAM, ha sido **Mucho Mejor**, un 52 % **mejor**, un 12% **Igual** y un 5% **Peor**.

En la **Satisfacción Global** con la atención recibida en el CESFAM Sur, considerando que 1 es nada satisfactorio y 7 es muy satisfactorio el 46 % considera **muy satisfactorio** la atención que se brinda en el CESFAM sin grado de nada satisfactorio.

Si consideramos los Siempre, Casi Siempre y Bastantes Veces estos nos darían 112 lo que equivale a un 93% de Satisfacción Global.

4.4 - Comisión Mixta Salud Educación:

Objetivo General

Desarrollar competencias necesarias para analizar, supervisar, diseñar y ejecutar desde un perspectiva integral, intervenciones diferenciadas de carácter socioeducativo, que contribuyan al proceso de integración social de niños, preadolescentes y adolescentes en vulnerabilidad, riesgo psicosocial, promoviendo hábitos de vida saludables, detección precoz de comportamientos arriesgados para la salud integral, insertos en la red educacional con la finalidad de abordar desde un metodología integral a la familia y comunidad.

Objetivo Especifico

Contribuir a mejorar las condiciones de vida y de salud de los niños, a padres de familia, docentes y comunidad, con la participación activa y responsable de diferentes sectores e instituciones

Estrategia

Fortalecer la intervención de los sectores de salud y educación mediante un plan de trabajo anual que garantice la participación de las redes y cumplimiento de las actividades que se programen

Metodología

- Se buscará favorecer la apropiación de contenidos a través del reconocimiento de las experiencias de trabajo de los participantes en las Reuniones mensuales y del trabajo de casos.

- Se desarrollarán actividades grupales e individuales y análisis colectivos de experiencias, que permitan favorecer y fortalecer el equipo.

Intervenciones que realizan los equipos que Participan en el COMSE.

- Recepción al ingreso con dupla psicosocial del sector que pertenece según registro de Inscripción (Asistente Social –Psicólogo)
- Diagnostico a través de ficha Clap
- Talleres en establecimientos educacionales, escuelas de Lenguaje, Jardines Infantiles
- Derivaciones Oportunas de la Red a la encargada de COMSE, para que gestione su atención oportuna en caso de pesquisar algún riesgo psicosocial.
- Reuniones Comse Mensual (análisis de casos), con aplicación de instrumentos familiares.
- Seguimientos de casos y familias, pesquisados por el equipo que participa en reunión de Comisión Mixta o en el establecimiento educacional en donde asiste.
- Derivación oportuna a equipo de cabecera del sector, para su seguimiento e intervención.
- Formulación de Proyecto de promoción y prevención estilos de vida Saludable Proyecto Elige vivir sano
- Realización de logo Comse.

Equipo profesionales Redes del sector que participan en el Comse

- Escuela Lenguaje Santa Laura
- Escuela Lenguaje Audimed
- Escuela Lenguaje Nuevo Inti
- Escuela Lenguaje Montserrat
- E. Educacional España
- E. Educacional Chipana
- E. Educacional Italia
- OPD
- Previene
- Programa Habilidades para la Vida
- Jardín Infantil Dragoncitos
- Jardín Infantil Arenita
- Jardin. Infantil C. de Mar
- Instituto Del Mar
- Policia de Investigaciones (Depto. de Menores)

Equipo Profesionales que participan en el Comse

- Referente P. Adolescente : Matrona Viviana Orrego
- Referente P.S. Mental : Psicólogo Pablo Lira Quezada
- Referente P. Infantil : Enfermera Laura Cárdenas
- Coordinadora de Comsito : E. Párvulos Ruth Álvarez
- Programa Nutrición : Nutricionista Karen Flores
- Coordinadora de Comse : Asistente Social. Carolina Rocuant

CALENDARIZACION DE REUNIONES COMSE PERIODO 2014

Las reuniones para el presente año se programaron para el primer miércoles de cada mes desde abril hasta diciembre rotándose los lugares de reunión, partiendo por el CESFAM para luego asistir a los diferentes establecimientos educacionales que participan de esta comisión.

DERIVACIONES DE LA RED

- Derivaciones escuelas de lenguaje, jardines Infantiles y establecimientos educacionales
 - Evaluación Psicólogo
 - Evaluación Dental
 - Evaluación Oftalmólogo
- Implementación de talleres escuelas de lenguaje y jardines
 - Nutrición, estilos de vida saludable
 - Habilidades parentales
 - Auto cuidado en aula

PROTOCOLO DE RECEPCION



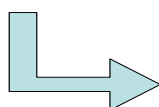
HOJA DE DERIVACION

- Escuelas de Lenguaje
- Establecimientos Educacional
- Jardines Infantiles



RECEPCION DE DOCUMENTO

- Coordinadora Comse (Carolina Rocuant)
- Coordinadora Comsito (Ruth Álvarez)
- Some Central



SOLICITUD DE ATENCION MEDICA

- Oftalmológica
- Medica
- Psicólogo
- Dental
- (Bloque especial)

4. 5. Actividades de Promoción:

Se han realizado varias actividades de promoción, celebración de días mundiales relacionados con la salud pública, plazas ciudadanas en conjunto con otras instituciones de la red, además de participar activamente en convocatorias de otras organizaciones.

El CESFAM fue premiado por proyecto "Acompañando con Amor", reflejo de iniciativas que ratifican las actividades de promoción inmersas en el quehacer diario del equipo en conjunto con la comunidad.

5. ANALISIS POR SECTOR:

- ANEXOS:

5.1 - SECTOR 1

1.-DETERMINANTES DE SALUD:

Determinantes Estructurales, condiciones de vida y sistema de salud:

La población inscrita en el CESFAM Sur corresponde a un total de 43.880 de los cuales 8.029 usuarios pertenecen al Sector 1 color verde, siendo 3.229 familias. En este sector se destacan geográficamente dos sectores divididos por la densidad poblacional, los recursos comunitarios, ocupación e ingreso.

La población del CESFAM Sur se encuentra sectorizada según área geográfica y factores de riesgo como una segunda instancia, por tanto cada sector cuenta con diferentes Unidades Vecinales para lograr un trabajo más detallado e incorporar el trabajo comunitario necesario para fortalecer la pesquisa, promover y prevenir en salud. De esta sectorización es que contamos con Unidades Vecinales que se dividen en dos grandes focos de atención con las diferencias en las condiciones que los determinan. En una primera instancia encontramos la Unidad Vecinal 34, conformada por familias en su mayoría en etapa de madurez, con retiro de la vida laboral, con ciclo vital familiar del nido vacío. Es en esta unidad vecinal donde se concentra la mayor parte de Adultos Mayores. La cercanía relativa de esta unidad vecinal con el CESFAM Sur, posibilita que el equipo pueda acceder caminando, no obstante sea de difícil acceso para los usuarios producto de la pendiente en que se encuentra el CESFAM. Las viviendas del Conjunto Habitacional Villa Magisterio, ocupadas en su gran mayoría por docentes en retiro de enseñanza básica y media, Son construcciones sólidas, estandarizadas, generalmente ampliadas y de buenas condiciones sanitarias. Se observa cuidado por el medio ambiente y se privilegian las áreas verdes domiciliarias. Principal centro de abastecimiento es la Rotonda y Supermercado UNIMARC. Familias en su mayoría con retiro de la vida laboral y etapa del nido vacío, de clase media, profesionales en su mayoría. Población poco demandante, con muy baja inscripción y pertenecen al Sistema Privado de Salud. La Organización vecinal está constituida, por una sede social muy bien equipada y se encuentra en un lugar seguro junto a un cuartel de bomberos, no obstante existe poca participación de sus habitantes.

Otra de las unidades vecinales perteneciente a esta división de características según sector es la J.V. N° 33 Puchuldiza, donde la principal característica habitacional son departamentos divididos en block, y otro porcentaje son viviendas estandarizadas de material sólido y ampliadas. Población en el que predomina un nivel socioeconómico medio bajo. En sus cercanías se encuentra un supermercado que abastece a las familias que allí habitan. Gran complejidad, en términos de inscripción el Centro de Salud ha mantenido este sector, puesto que no existe una definición clara respecto al Centro de Salud que le corresponde (Sur – Guzmán) el porcentaje de inscritos está dividido.

La segunda división con la Unidad Vecinal a destacar es la 54, que se encuentra desde Avenida La Tirana hacia el cerro y desde Castro Ramos hasta Playa Blanca, esta unidad presenta alta vulnerabilidad. Es el sector más densamente poblado y donde se ubica un número importante de beneficiarios del Sistema Público.

Constituidas por soluciones habitacionales del tipo básico SERVIU subsidiadas. Viviendas de espacio reducido y con pequeñas dependencias que en gran número han sido mejoradas y ampliadas. Condiciones sanitarias adecuadas, exceptuando una parte de esta población que vive

inserta en una Toma de Terreno que data de hace aproximadamente 25 años y que pese a los proyectos habitacionales realizados con las familias y que han accedido a viviendas sociales en la Comuna de Alto Hospicio, estos espacios son nuevamente ocupados por nuevas familias. Aquí las condiciones sanitarias son complejas, no cuentan con sistema de alcantarillado, las viviendas son de material ligero, en su mayoría con piso de tierra, incorporado encima de éste madera o alfombras.

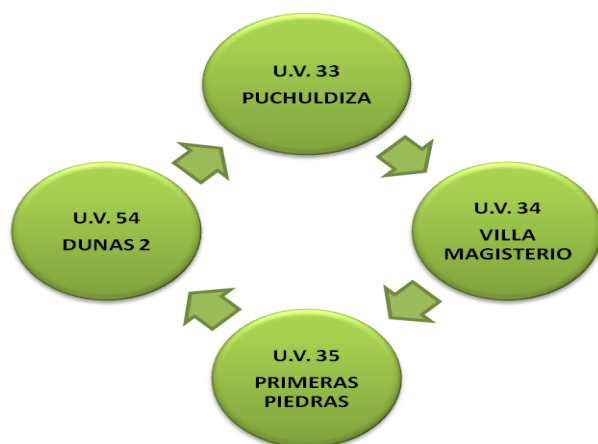
Familias mayormente potenciadas en lo social cultural, con mayor tendencia a la inestabilidad familiar y laboral.

La participación social, comunitaria es más evidente, existe una mayor organización, respecto a las otras Unidades Vecinales, no obstante la participación comunitaria sigue siendo débil en el sector. Algunos de sus líderes naturales están validados en el interior de sus propias entidades y también se proyectan en el ámbito local. Es por esto que durante el año 2012 se selecciona esta unidad vecinal para implementar una Unidad de Salud Comunitaria, la que en los comienzos tiene resultados a la vista, no obstante al correr de los meses decae en la asistencia, debiendo el equipo retomar las Visitas Domiciliarias Integrales en el sector.

Este sector presenta problemáticas de salud siendo las de mayor relevancia las de salud mental (disfunción familiar, depresión, alcohol, venta y consumo de drogas, violencia entre otros), infecciones gastrointestinales y respiratorias agudas, derivados de factores de riesgos ambientales.

Sector con factores de riesgo, que se convierten en población altamente demandante, vulnerable socialmente, con pocos espacios protectores, las canchas deportivas, han pasado a ser lugares de peligro debido a la falta de iluminación y presencia de delincuencia, la ultima cancha que se encontraba restaurada fue la ubicada frente a la sede Tamarugal 3, y donde tras el terremoto sufre daños importantes quedando inhabilitada a la espera de restauración.

Juntas Vecinales



El sector 1 comprende 4 unidades vecinales de las cuales, inscritos en el sector son alrededor de 8.029 usuarios siendo aproximadamente 3229 familias.

❖ Ciclo vital del niño

De un total de 2.851 niños que se encuentran bajo control al mes de agosto del 2014, el 17,36 %, es decir 495 niños, corresponden al sector 1, estos niños corresponden hasta el grupo etario menor a 9 años.

De los niños prematuros que pertenecen al sector, tenemos un total de 15 niños, de estos el 66,66% en los menores de 1 año y el 33,33% corresponden a niños entre 1 año y 6 años pertenecientes al sector.

En relación a la población infantil inasistente, si consideramos una inasistencia de por lo menos a un control correspondiente al calendario de controles del programa infantil, tenemos un total de 380 inasistentes correspondientes al 76,76%. Del total de inasistentes el grupo etario el 2,36% corresponden a niños menores de 6 meses, correspondientes a 9 niños; de los niños de 6 a 11 meses el 3,42 % correspondiente a 13 niños, de los niños de 12 a 23 meses el 6,5% son inasistentes con un total de 25 niños; 51,31% de los inasistentes corresponden a niños de 24 a 71 meses con un total de 195 niños este es el grupo principal de inasistentes los cuales se ven justificadas por las madres trabajadoras y menores asistentes a jardines infantiles, del grupo de los niños de 6 a 9 años, el 36,31% se encuentra inasistente correspondiente a 138 niños, de esto se puede justificar que son un grupo nuevo de control, los cuales aún no son bien internalizados por los usuarios. Además de destacar que aumentaron las inasistencias considerablemente una de las causas se puede deber a la ocurrencia del terremoto ocurrido en el mes de abril, teniendo el mes de marzo previo al terremoto un total de 306 inasistentes en relación a agosto con 74 menores más que en marzo, y en comparación con agosto del año 2013 había un total de 296 niños inasistentes en total un 28,36% más en relación al año anterior.

Para la mejora de la asistencia a controles, se realizan estrategias, mediante las educaciones en cada control, con la importancia de la asistencia a estos, fomento de la lactancia materna, fomento de apego y vínculo entre padres e hijos, importancia de la detección de cambios durante las distintas etapas del ciclo vital, rescate vía telefónica y rescate domiciliario.

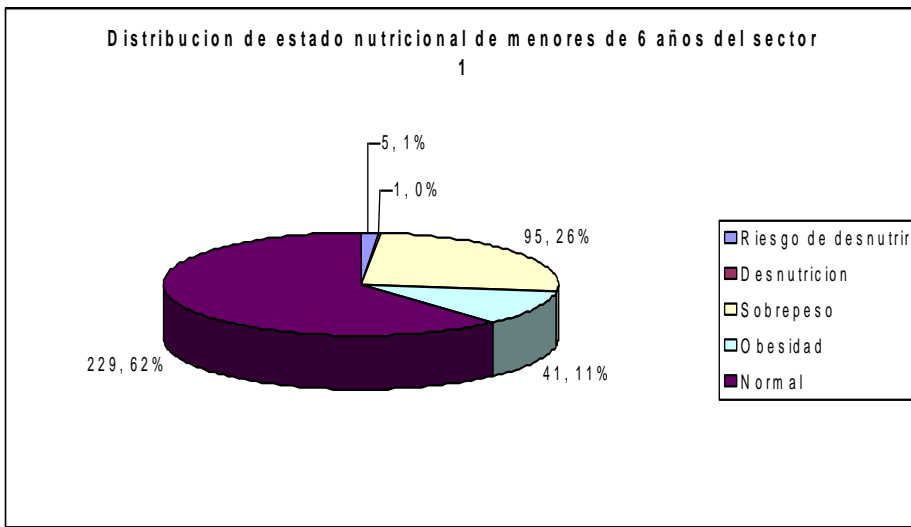
De los niños que se encuentra bajo control en el programa infantil desde el mes de enero a agosto se han realizado en total 84 evaluaciones de desarrollo psicomotor en los niños de 8 meses, 18 meses y 3 años, durante estos meses se han encontrado 1 niños normal con rezago de 18 meses, 1 niños de 18 meses normal con riesgo, 3 niño con riesgo en evaluación de TEPSI de 3 años, actualmente al mes de agosto los 1 pacientes se encuentran algunos bajo control, otros en alta.

❖ **Diagnostico nutricional**

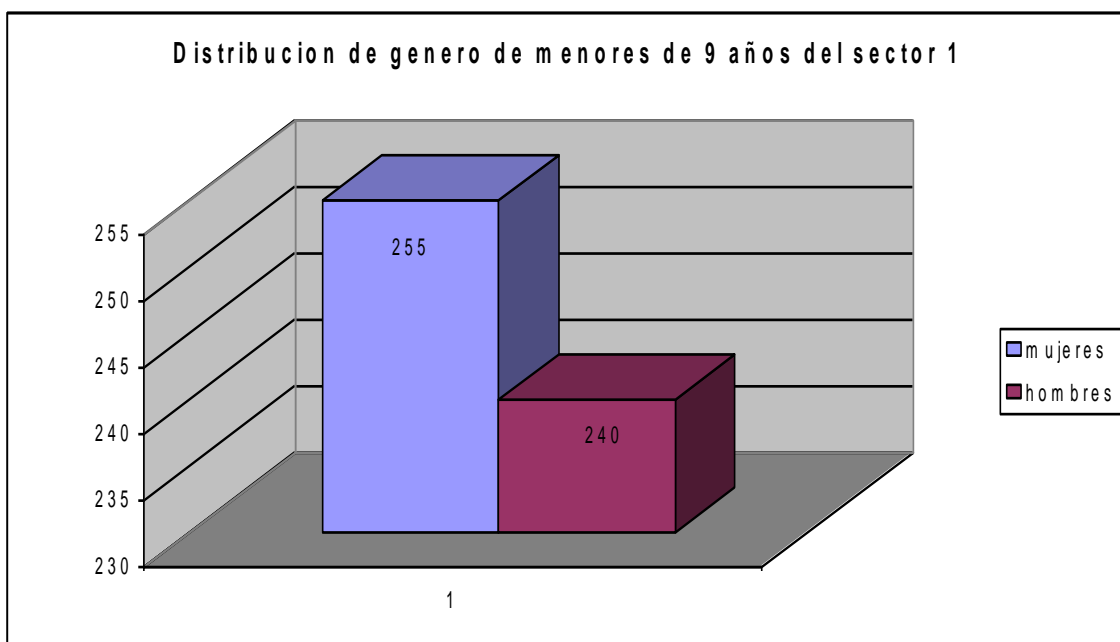
El sector 1 tiene según el REM mes de Agosto 2014 tiene 495 menores de 9 años. Cuenta con una población bajo control de 371 niños menores de 6 años de los cuales 9 de ellos se encuentran con un estado nutricional de riesgo de desnutrición correspondiente al 1.3%, mientras que el 0.26% de ellos con desnutrición. El estado nutricional de malnutrición por déficit de la mayoría de los niños bajo control se debe a que son pequeños para la edad gestacional, los cuales se encuentran en control nutricional de manera mensual o cada 15 días, la mayoría con incrementos adecuados de peso, o delgados constitucional los que actualmente mantienen controles según cronograma normal con incrementos adecuados según edad y alimentación adecuada.

Según la condición de malnutrición por exceso, el sector 1 presenta un 11.05% de los niños con estado nutricional de obesidad, tomando en consideración la meta de un 9,4% y un 25.6% de niños con estado nutricional de sobrepeso. Ambos grupos se encuentran en controles mensuales con nutricionista para mejorar hábitos alimenticios, sin embargo la disminución de este porcentaje generalmente se logra con la mantención del peso de los menores e incremento de talla normal.

En estado nutricional normal se encuentra el 61.7%.



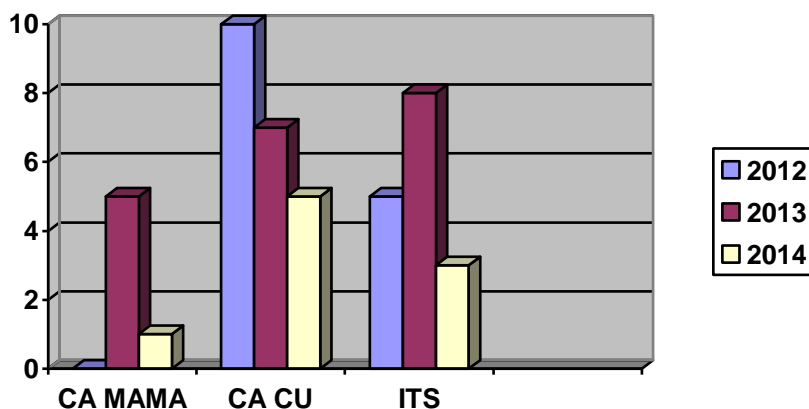
Según sexo el 51%5 de los menores de 9 años bajo control son mujeres y el 48.4% son hombres.



En el caso de los menores que se encuentran bajo control por malnutrición por déficit, de los 6 en total, 4 son mayores de 6 meses correspondientes a PNAC de refuerzo con entrega de producto mi sopita de los cuales los 4 retiraron el mes de agosto 2014.

❖ **Programa salud sexual y reproductiva**

Población femenina sector uno e incidencia de cáncer cervicouterino, de mamas e infecciones de transmisión sexual.



Se observa que en comparación a los años anteriores durante 2014 baja la incidencia de cánceres de mama y cervicouterinos así como las ITS.

El diagnóstico que predomina en las derivaciones a UNACESS, al igual que el año pasado, es la condilomatosis, seguido de los moluscos contagiosos, ambos son detectados habitualmente en control y no por consulta espontánea de las usuarias, lo cual es preocupante ya que demuestra el desconocimiento de éstas de parte de la población.

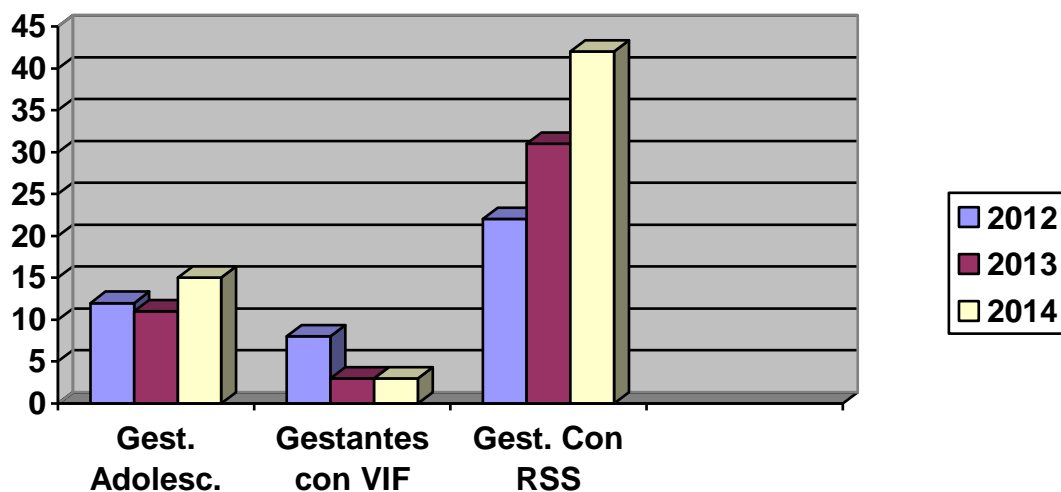
En cuanto al cáncer cervicouterino durante los últimos tres años la pesquisa se realiza promedio a los 31 años de edad de las mujeres que se realizan el examen de PAP.

La diferencia que existía entre las distintas unidades vecinales en cuanto a presencia de casos de cánceres en la población femenina, este año no se observa, ya que la distribución es de manera uniforme entre el sector que comprende las unidades vecinales 33,34 y 35, ubicado bajo la calle la tirana y la unidad vecinal 54 ubicada sobre esta misma calle (años anteriores esta unidad vecinal contemplaba más riesgos epidemiológicos al ser una población más vulnerable).

Después del siniestro ocurrido el presente año el rescate de la población inasistente

a sus controles se ha dificultado ya que muchas usuarias cambiaron su domicilio por presentar problemas en sus viviendas. Por el mismo motivo se observa un alza en la pérdida de horas por ausentismo, cifra que fue mayor en el mes de abril y a la fecha ha ido en disminución.

Gestantes Sector N°1 e incidencia de riesgos psicosociales



El presente año hay un notable aumento de riesgos psicosociales en comparación con años anteriores. Según EPSA aplicados al ingreso del control prenatal, los riesgos que mayor incidencia tienen en las gestantes son el N° 9 que corresponde a otros y el N° 4 que es conflictos con la maternidad. Desde el siniestro ocurrido en el mes de abril, se observa un aumento en la problemática de vivienda, ya que muchas familias deben cambiar su domicilio y vivir de allegados con otros familiares, además de presentar hacinamiento. A esto se suma la pérdida de sus controles de regulación de la fecundidad por lo que aumenta el número de gestaciones no planificadas, por lo tanto en vías de aceptación.

El 23% de las gestantes del sector tuvieron problemas con sus viviendas que quedaron con riesgo de habitabilidad, dos de ellas abandonaron sus viviendas y se quedaron en carpas, mientras que cuatro gestantes se fueron de la ciudad.

Todas las puérperas que tuvieron su parto en el mes de abril fueron dadas de alta de manera precoz, sin presentar complicaciones posteriores. Se realizaron dos controles de binomio de manera tardía debido a cambios de domicilio.

La población de gestantes que se encontraban viviendo en el sector de la toma Laguna Verde disminuye este año ya que varias de ellas reciben el beneficio de vivienda en Alto Hospicio, sin embargo deciden continuar sus controles en este Establecimiento refiriendo que se sienten acogidas por el equipo de salud.

El número de gestantes extranjeras también bajo después del terremoto, solo el último mes se observa nuevamente un número de gestantes extranjeras bajo control igual que el primer trimestre.

En cuanto al embarazo en adolescente se observa un aumento el último año, sin presentar gestantes precoces (menores de 15 años) como años anteriores. La población de gestantes adolescentes corresponde al 24.5 % y el año 2013 solo alcanzaba el 20 %.

La población de adolescentes que se mantiene en control de regulación de fecundidad actualmente es de un 12 % del total de mujeres que están con método anticonceptivo, cifra que se mantiene igual al año anterior quizás debido a la interrupción en las actividades que se realizaban en los colegios. Dichos talleres de sexualidad contribuían a brindar educación a los adolescentes y facilitar el acercamiento de ellos a los centros de salud.

Este año se presenta un caso de neomortinato en el sector al igual que el año anterior. En cuanto a la prematuridad extrema se presentan 3 casos y el año pasado sólo uno, todos tienen relación con antecedentes maternos. La incidencia de abortos este año disminuyó de un 10 % a un 4.6 %.

Este año el sector no presenta casos de VIH, pero si un caso de sífilis congénita en una gestante que realiza su ingreso a control prenatal de manera tardía, la cual inicia tratamiento por sífilis en el centro de salud y posterior es derivada a UNACESS, sin embargo por lo avanzado de su gestación no se logró completar tratamiento.

Los casos de VIF han disminuido su pesquisa los últimos dos años en comparación con el año 2012. Éstos son derivados al equipo de cabecera para su seguimiento e intervención.

5.2 - SECTOR 2

✓ Unidad vecinal nº 55 Dunas 3:

Es uno de los sectores más densamente poblados. En él se ubican un número importante de beneficiarios del sistema público, constituida por soluciones habitacionales del tipo básico SERVIU, subsidiadas, con condiciones sanitarias adecuadas.

Las Familias están mayormente potenciadas en lo económico, social y cultural, con mayor tendencia a la estabilidad familiar y laboral.

En esta unidad vecinal existe una Toma que data del año 1993, la cual alberga aproximadamente 650 familias en situación de vulnerabilidad. Cabe mencionar que al sector 2 se le ha asignado, la toma de Terreno laguna verde, desde Monte Sinaí hacia el Sur.

Es de gran importancia mencionar que la mayoría de las familias durante el último periodo del 2014 han tenido solución habitacionales, de la cual al momento de irse con su familia, al lugar físico llega una nueva familia a ocupar ese inmueble, según lo conversado con la presidenta de la junta de vecino exista la posibilidad de que la mayoría de la población ubicada en ese sector sea removida a otro lugar con una solución habitacional, ya que por motivos de planificación regional se debe construir carretera de acceso a Rotonda el pampino.

✓ Unidad Vecinal nº 42 Huayquique:

Caracteriza este sector la existencia de viviendas de mayor plusvalía. La calidad de éstas, condiciones materiales, sanitarias, diseño y condiciones de su entorno son elementos que inciden positivamente en el desarrollo y calidad de vida de sus habitantes. Es una organización vecinal incipiente, con muy bajo nivel de participación. Familias de mayor poder económico social y cultural, por lo que en su mayoría son pertenecientes al sistema de Isapres.

✓ SALUD FAMILIAR / COMUNITARIA

Determinantes de la salud

Se puede mencionar que en cuanto a infraestructura la mayoría de la población de sector es de material mixto, en lo que corresponde desde la avenida de la tirana hasta el faldeo de cerro dragón podemos mencionar que las vivienda son la mayoría de material mixto,, en cuanto desde la avenida la tirana hacia la costa se observan pocos edificios los cuales hasta la fecha ha ido en aumento, infraestructura de las viviendas es de material solido, inclusive se observa diferenciación en estatus económico.

Se observan en su mayoría casa con almacenes (abarrotes, zapateros, confección y arreglo de ropa, minimarket, botillería) pequeños, de los cuales en su gran cantidad la población del sector 2 desde la avenida la tirana hacia los faldeos del cerro dragón, ocupan este trabajo como ingreso familiar.

Dentro del sector geográfico se puede observar una multicancha, un centro de rehabilitación que se encuentra insertado en una plaza, parques de diversión para los niños, jardines infantiles, 2 correspondiente a JUNJI., es de gran importancia mencionar que existe una cancha en situación de abandono que es ocupado para el poli consumo de alcohol y drogas de jóvenes.

En relación a la educación en el sector esta cuenta con jardines infantiles 2 que corresponden a JUNJI, 2 corresponden a nivel particular, 2 escuelas de lenguaje, 2 establecimiento educacional subvencionado particular, Una clínica de atención particular, tres centros de eventos infantiles.

En cuanto a la educación en nuestro sector se observan dos realidades divididas por la avenida la tirana, en lo que respecta hacia el faldeo del cerro dragón existe elevados índices de condiciones de familias en hacinamiento, allegadas, inestabilidad laboral, gran índice de adulto joven en situación de cesantía, se observa deserción escolar en la población adolescente, gran tiempo de ocio.

1 – Total de Familias inscritas por sector (corte septiembre 2014)

Acorde a los datos registrados en el sistema RAYEN, nos indica un total de 2.894 familias inscritas pertenecientes al sector 2ª Septiembre del año 2014.

2 - Día de sector para trabajo comunitario y actividades desarrollados.

El día de sector correspondiente al sector 2 son los miércoles de cada semana, a partir de las 09; 45 hrs. hasta las 10:30 hrs. Que comienza con la reunión de equipo de cabecera, posterior se realizan actividades domiciliarias, planificación de salidas a terrenos, ruta y cronogramas de actividades del día de sector, esa actividad tiene su duración hasta las 15;30 hrs, de lo cual se regresa al Cesfam para realizar estudios de familias o planes de cuidado.

3 - Información de grupo de riesgos

Durante el periodo de 2013 se trabajo en grupo de riesgo en familias de gestantes con antecedentes de depresión severa, lo cual en este periodo 2014 se decide cambiar de grupo de riesgo a programa de cuidados domiciliarios.

El grupo de riesgo corresponde a las familias que tengan en sus integrantes algún miembro que pertenezca a Programa de cuidados Domiciliarios.

Estos corresponde a 72 familias con integrantes que pertenecen al programa de cuidados domiciliarios de los cuales existe 28 familias con integrante en cuidados domiciliario con dependencia severa , 23 familias con integrante en cuidados domiciliarios con dependencia moderada, 16 familias con integrantes en cuidados domiciliarios con dependencia leve, de los cuales 70 se encuentran con sus capacitaciones al 100% en domicilio , 1 familia se encuentra con capacitación pendiente, 1 familia participo en capacitación en taller realizado en el Cesfam.

Pacientes pertenecientes a programa cuidados domiciliarios son 29 de sexo femenino, 43 de sexo masculino.

De las 72 familias que pertenecen al programa de cuidados domiciliarios podemos decir que hasta la fecha han fallecido 08 pacientes, 08 familias se han trasladado de Cesfam , 02 familias se han trasladado alto hospicio, 06 familias se han trasladado a otra ciudad.

El 100 % de de las familias que pertenecen a programa cuidados domiciliarios tiene sus estudios de familia, planes de cuidado, visitas domiciliarias.

4 – Trabajo con familias realizados:

- ✓ Total de Tarjetas Familiares (con riesgos mínimo, bajo, moderado, alto):

De acuerdo al registro del tarjetero familiar, de las tarjetas evaluadas con riesgo que corresponde a un total de 1189 . Tarjetas familiares, de las cuales 776 se encuentran evaluadas, en donde se clasifican según riesgo familiar , 145 tarjetas familiares son clasificadas con riesgo mínimo, 535 son clasificadas con riesgo bajo, 102 son clasificadas con riesgo moderado, 13 son clasificadas con riesgo alto.. según datos obtenidos en el último corte realizado en junio 2014.

La población de riesgo moderado, es menor en relación a la proporción de la gran cantidad de tarjetas evaluadas. Sin embargo la proporción de tarjetas evaluadas en relación a la cantidad de familias inscritas alcanza el 42% del total, de las cuales las evaluadas corresponden al 28% del total de familias pertenecientes al sector 2.

Familias en control de salud familiar

De un total de 2.894 familias pertenecientes al sector 2 cuenta con la mayor cantidad de familias evaluadas en relación a los demás sectores están son 1.129, mayor cantidad de familias en riesgos mediano y alto 115 familias, según datos Rem enero a junio 2014.

En cuanto al indicador demográfico podemos decir que la población inscrita validada por fonasa del sector 2 corresponde 6.665 inscritos, de los cuales la población infantil corresponde a 886 inscritos, la población adolescente corresponde 1265 inscritos, la población adulta es de 4.244 inscritos y la población adulta mayor corresponde a 582 inscritos.

✓ Identificación USAC Sector:

La USAC del sector está ubicada en la Junta vecinal de la Huayca S/N, en la actualidad se encuentra sin actividad planificada para el periodo 2014, se convocó a reunión a dirigentes del sector en donde se propuso evaluar el proyecto en marzo 2015.

✓ Dificultades presentadas y estrategias utilizadas.

Durante el año 2014, se convocó a 2 reuniones ampliadas entre el equipo de cabecera del sector 2 y los dirigentes vecinales e instituciones pertenecientes al sector. En ambas ocasiones sólo acudieron las directoras de los jardines infantiles “Caballito de Mar” y “Arenita”, escuelas de lenguaje, en donde se programaron talleres de fortalecimientos de habilidades parentales en escuela de lenguaje Audimed.

Se programaron en dos oportunidades operativos con el equipo de salud post evento sísmico ocurrido en abril 2014, de los cuales se realizaron en la junta de vecino santa bárbara, logrando un rescate de pacientes inasistente a control, y recopilación de antecedentes según los últimos acontecimientos ocurridos.

La participación de apoderados en talleres fue de 16 personas aproximadamente, llegando a un número total de 30 personas educadas en las temáticas abordadas. La valoración de las directoras de ambos establecimientos fue positiva en tanto sienten que el trabajo en red entre educación y salud les permite educar y facilitar el trabajo con los apoderados de los párvulos. Se plantea como estrategia repetir durante el año 2015 por medio de la red COMSE dichos talleres hacia los apoderados a fin de poder abarcar cada vez más un mayor número de personas.

Respecto al uso y funcionamiento de la USAC, durante el año 2014 el equipo concurre durante los meses de marzo a realizar trabajos de estudios de familia, rescates de insistentes. A pesar de la

difusión realizada sólo llegaron 9 personas al operativo realizado en la USAC, por lo que la instancia tuvo bajo impacto.

En conversación informal con algunos dirigentes vecinales se deduce que una de las problemáticas que tiene la baja convocatoria de la población a la USAC, es debido a su horario y que no satisface las expectativas de la población ya que aun se encuentran insertos en un modelo de mejorar calidad de vida no prevenir la calidad de vida por medio de educación y talleres.

En relación a consultas sociales de enero a septiembre 2014 se realizan 554 consultas sociales de usuarios sector 2, distribuidas según ciclo vital

| Programa | Infantil | Adolescente | SSRM | Adulto | Adulto Mayor | Salud Mental |
|--------------------|----------|-------------|------|--------|--------------|--------------|
| Consultas Sociales | 141 | 156 | 396 | 299 | 55 | 75 |
| Porcentaje | 25% | 28% | 71% | 53% | 9% | 13% |

En cuanto a las consultas sociales realizadas el periodo 2013 (1. 448) se puede mencionar una disminución en consultas sociales

| Programa | Infantil | Adolescente | SSRM | Adulto | Adulto Mayor | Salud Mental |
|-------------------------|----------|-------------|------|--------|--------------|--------------|
| Consultas Sociales 2013 | 193 | 172 | 415 | 391 | 142 | 94 |
| Consultas Sociales 2014 | 141 | 156 | 396 | 299 | 55 | 75 |

Se observa una gran disminución en las consultas sociales en los que respecta el periodo 2013 en relación al periodo 2014, de esta manera se observa lo siguiente:

Una considerable disminución en consultas sociales en lo que respecta el programa adulto y programa adulto mayor, seguidos por el programa SSRM con una baja significativa, en lo respecta a las consultas sociales realizadas en el programa adolescente e infantil también se observa una disminución, a pesar de iniciar el periodo 2013 el control joven sano.

Es de gran importancia mencionar el aumento de las consultas de salud mental por síndromes varios, lo que nos lleva a concluir que a causa del fenómeno sísmico ocurrido en abril 2014, estas consultas se observan en aumento, ya que según especialistas en esta clase de trastornos conductuales, emocionales y psicológicos, refieren que los efectos secundarios pueden aparecer posterior a seis meses hasta diez años.

En cuanto al sistema previsional de los usuarios que solicitaron consultas sociales, de sector 2 durante el periodo enero a septiembre 2014 se puede observar lo siguiente.

De las 554 consultas sociales, 22 % corresponde a clasificación Previsional Grupo A Calificación Carenial Fonasa, 13% corresponde a clasificación Previsional Grupo B Fonasa, 09% corresponde a clasificación Previsional Grupo C Fonasa, 3.7% Corresponde a clasificación Previsional Grupo D Fonasa, 21% Consultas sociales realizadas sin Clasificación Previsional de Fonasa, 3% Orientaciones y educaciones previsionales (Isapre-Capredenas)

Se puede concluir que el 62% de la población de sector 2 que realizo algún tipo de consulta social se encuentra actualmente cotizando, que pueden ser cargas previsionales familiares de abuelos, padres y o esposos, motivo por el cual se encuentran cotizando en Fonasa, por lo tanto el 38% de la población se encuentra recibiendo algún tipo de beneficio tanto de la municipalidad de Iquique o de Alto Hospicio.

En cuanto al 21 % de la población que consultaron sin sistema previsional de salud, equivalen a consultas distribuidas en usuarios extranjeros que acuden por primera vez en caso de su primera prestación gratuita según convenios existentes, junto a ello recién nacido y su inscripción, motivo por el cual no se reconocía la carga previsional de sus padres y o cuidadores.

- Consultas Sociales Infantiles

Durante el periodo de enero a septiembre de 2014 se realizan 124 consultas sociales infantiles a niños de 0 a 9 años, lo que equivale un **25 %** del total de consultas sociales realizadas por la asistente social del sector.

Se observa una disminución de consultas sociales infantiles con relación al año 2013, oportunidad en que fueron realizadas 193 consultas infantiles por parte de Asistente Social Sector 2. Lo que se justifica en virtud del trabajo realizado por parte del equipo de cabecera sector 2 derivación oportuna de casos por parte del equipo, en lo que respecta el periodo 2014 se observa una descenso ya que la asistente social del sector 2 cumple rol de coordinadora de sector observándose disminución en sus horas distribuidas para consultas sociales del programa infantil, por lo cual es de gran importancia fortalecer la derivación interna del equipo de cabecera de sector 2. Las consultas sociales infantiles se focalizaron en:

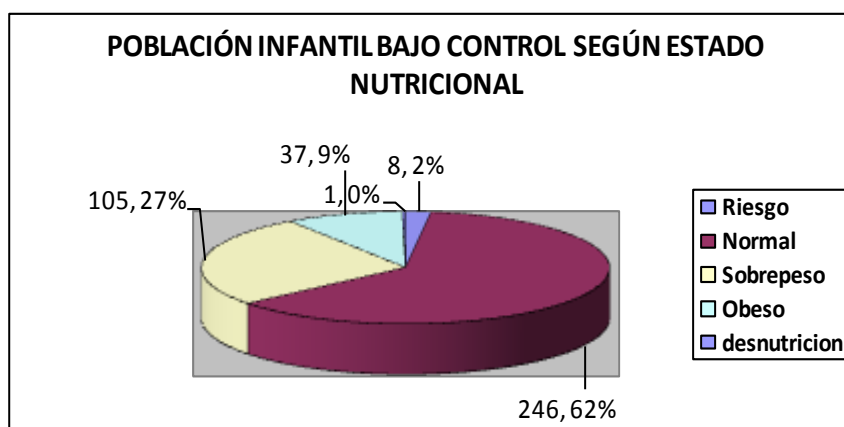
Los principales motivos de las consultas infantiles fueron:

- Inscripción de recién nacido en el CESFAM;
- Educación previsionales
- Derivaciones a redes sociales, como por ejemplo: Jardines Infantiles, otras redes
- Seguimiento de Plan de cuidado diseñado junto a las familias del grupo de riesgo.
- Autorización a controles niño sano, por problemas en el sistema previsional de salud.
- Calificación Carenacial.
- Derivación a talleres de fortalecimiento de habilidades parentales.

En cuanto a las visitas domiciliarias realizadas en el programa infantil, por parte de la asistente social podemos decir que durante el periodo 2014 se realizan 42 visitas domiciliarias integrales a familias en situación de riesgos, de las cuales 71% fueron efectivas, 29% inefectivas. En comparación al periodo 2013 podemos referir que se observa una disminución en cuanto a las visitas domiciliarias del sector 2.

✓ CICLO VITAL DEL NIÑO

Población infantil bajo control según estado nutricional sector 2



El gráfico expuesto demuestra la población bajo control según estado nutricional; del total de la población infantil de los 0 hasta los 6 años, que está en controles nutricionales, el 62% se encuentra con un diagnóstico nutricional Normal, mientras que el 27% se encuentra en sobrepeso y el 9% en obesidad, porcentaje menor al del diagnóstico del año anterior.

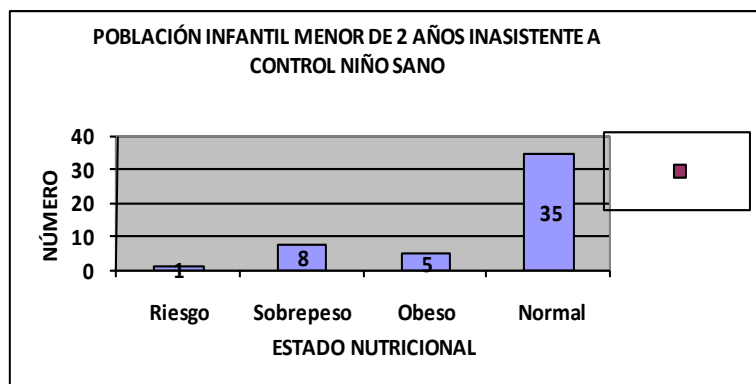
Un 2% se encuentra en riesgo de desnutrir.

Podemos interpretar que el porcentaje de niños con malnutrición por exceso bajo en comparación al año anterior.

En relación a los menores bajo peso (riesgo desnutrir o desnutridos), ninguno de ellos realiza el retiro del PNAC refuerzo, se deberá realizar un seguimiento a aquellos niños para conocer los motivos de la inasistencia.

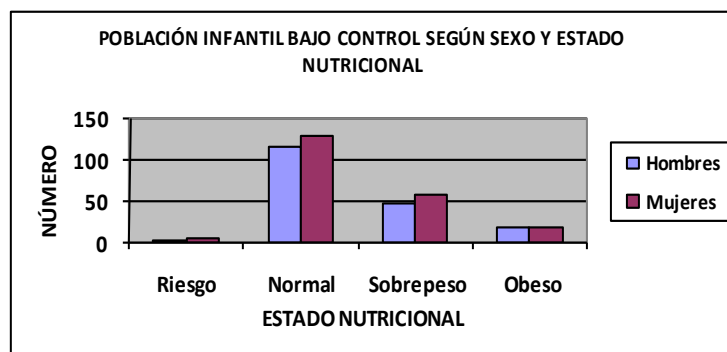
Dentro del programa de PNAC prematuro, el sector 2 no tiene menores retirando producto.

Población infantil menor de 2 años inasistentes a Control Niño Sano según estado nutricional



El gráfico expone la población infantil menor de 2 años inasistentes a controles nutricionales; del total (n=57) dividido por estado nutricional, los menores con estado nutricional bajo peso son 2 mientras que los sobrepesos son 15 y los obesos son 5

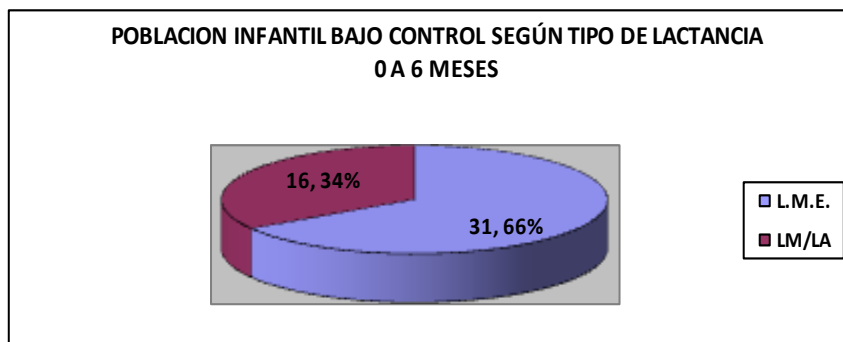
Población infantil bajo control según sexo y estado nutricional sector 2



El gráfico muestra que el estado nutricional en normalidad tiene un mayor número de usuarios y que el sexo que predomina es el femenino, se modifica respecto al del año anterior. En los estados nutricionales de malnutrición por exceso tanto Sobrepeso como Obesidad, lo predomina el sexo femenino.

La mayor incidencia de malnutrición por exceso en mujeres, puede tener un origen en los hábitos inculcados en la familia, por lo que es preciso tomar medidas de educación familiar para prevenir los riesgos de Enfermedades Crónicas No Transmisibles en la adultez.

Población infantil bajo control según tipo de lactancia



El gráfico expuesto demuestra que el 66% (N=31) de los menores de 6 meses de ambos sexos que están en control activo mantiene Lactancia Materna Exclusiva este porcentaje baja en comparación al diagnóstico del año anterior, mientras que el 34% mantiene Lactancia Mixta o totalmente Artificial.

Para la población sin L.M.E., se deben activar de mejor manera las clínicas de lactancia materna para reducir la ingesta de la fórmula artificial incentivando la Lactancia Materna, para aprovechar sus beneficios hasta los 6 meses. Cabe destacar que el sector 2 posee un equipo multidisciplinario que día a día trabaja para mejorar estos índices de malnutrición, este trabajo nos sirve para analizar la labor que hemos realizado hasta hoy y plantear nuevas estrategias de intervención.

Otro aspecto que no debemos dejar de mencionar es la disponibilidad que tienen las familias de este sector para acceder a una alimentación más saludable; el sector cuenta con una feria itinerante que se ubica todos los días miércoles.

La tarea que tenemos como equipo es incentivar en la población el consumo de alimentos frescos y saludables, no alimentos altos en azúcar y grasas, así como también poder realizar educaciones en los jardines infantiles pertenecientes a nuestro sector para promover el consumo de colaciones saludables en los niños.

Para este efecto, se debe aplicar intervenciones preventivas en las cuales se debe trabajar con el grupo familiar del niño ya que es allí donde parten los hábitos de alimentación, así como en jardines y colegios, donde los menores pasan una buena parte de las horas del día.

Sala de Estimulación

La sala de estimulación trabaja con todos los niños y niñas hasta los 3 años y a quienes se les realiza consulta de estimulación desde el 1 mes de vida.

El objetivo es prevenir que durante su crecimiento presenten algún problema de desarrollo psicomotor y si llegan a presentarlo poder derivar oportunamente al especialista que corresponda o a teletón si fuese necesario.

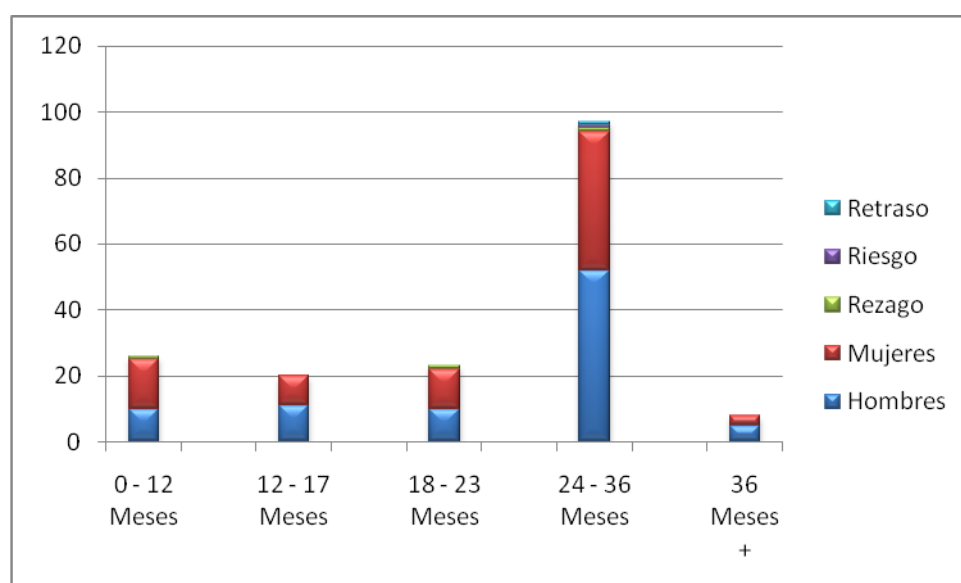
A los niños que se les aplica algún tipo de evaluación y en el cual obtienen un resultado normal se trabaja 1 vez al mes o mes por medio según su edad. Con los que presentan resultado de rezago

o riesgo se citan cada 15 días para trabajar con objetivos específicos en el área que presente el déficit, y en los niños que presenten retraso se programa un trabajo de 1 vez a la semana más el trabajo que la madre, padre o cuidador debe trabajar en el hogar.

A demás de trabajar con consultas de estimulación o consulta de déficit a los niños que presenten algún rezago, riesgo o retraso, en la sala de estimulación se trabaja con talleres, con visitas domiciliaria dirigida a niños con déficit en el desarrollo o con algún factor de vulnerabilidad, se entregan orientaciones a las familias de ejercicios o técnicas de estimulación para que éstos puedan trabajarlas de manera diaria en sus hogares. También se trabaja con las gestantes, las cuales son atendidas en una oportunidad en la que se les aplica una ficha de inscripción y se les entregan orientaciones de estimulación pre natal, a demás de orientarlas en la importancia y beneficios de la estimulación en los niños.

Cada evaluación que se realiza según la edad que corresponda es realizada por cada enfermera de sector, en caso de que esta evaluación arroje algún riesgo en el desarrollo, la educadora debe recibir de manera espontánea a éste niño para comenzar con el trabajo de estimulación.

Con respecto al sector 2 se puede decir que



En la sala de estimulación se encuentran inscritos un total de 169 niños, de los cuales 88 son hombres y 81 mujeres.

Dentro del tarjetero de desarrollo motor se encuentran ingresados 5 niños, 3 con rezago de los cuales la mayoría es en el área del lenguaje, 1 con riesgo en el área motora y 1 con retraso. Estos niños se mantienen con controles cada 15 días para poder estimular adecuadamente su déficit.

Con respecto a las evaluaciones de TEPSI, se han realizado un total de 15 desde enero hasta septiembre.

✓ CICLO VITAL ADOLESCENTE

A nivel nacional la tasa del embarazo adolescente aun se mantiene en un 15% desde el año 2005 (según datos del MINSAL). Sin embargo en nuestro sector en comparación con el año 2013, ha ido disminuyendo levemente, de un 20.3% 2013 de un total de 52 ingresos. Y este año ha bajado a un 11.36 % con 10 adolescentes desde el periodo de Septiembre del 2013 hasta el Agosto 2014 de un total de ingresos a ese periodo de 88 gestantes. De este total no hay ingresos de adolescentes menores de 15 años, De las evaluaciones realizadas a través del control joven sano del sector 2 que fueron 33 evaluaciones, con una disminución de más del 70% en relación al año 2013, debido a que durante el año 2014, el control joven sano dejo de ser meta

IAAPS , y agregar a su vez el evento sísmico que ocurrió durante el mes de Abril, y con ello la interrupción de la asistencia escolar a las escuelas municipales, donde se realizan la mayor cantidad de controles jóvenes sanos . También importante describir que de los controles jóvenes sanos realizados en adolescentes pertenecientes al Sector 2, han presentado o sufrido de bullying durante este año, ninguno de los adolescentes controlados durante el periodo observado, adolescentes dentro del rango etario 10-14 años evaluado.. Del estado nutricional de ellos un 42,42% presenta mal nutrición por exceso versus 48,48% con estado nutricional normal, el cual ha mejorado en relación al año anterior. De todas las evaluaciones realizadas el 100% ha recibido consejerías en salud sexual reproductiva y consejerías en estilos de vida saludable. Este año se ha agregado un nuevo instrumento escala de Okasha la que mide el riesgo de suicidabilidad en los adolescentes entre 14 – 19 años, de las realizadas ninguna presento riesgo.

✓ CICLO SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVO

La población general del Sector 2 del CESFAM se caracteriza por tener dos grandes diferencias en su contexto socioeconómico y cultural, lo que se divide geográficamente en sus 2 Unidades Vecinales.

U.V. n° 42 centralizándose la mayor demanda asistencial, del sector, población que se caracteriza por comprender parte de una toma de terreno Toma Laguna Verde, en el pasaje 20 de Enero, población más vulnerable, con viviendas de mala calidad, (material ligero con servicios básicos deficientes, no cuentan con alcantarillado.) con mayor riesgo de violencia intrafamiliar, y entre vecinos, por la proximidad de sus viviendas, además de mayor riesgo de consumo de sustancias ilícitas (conocido los focos de micro tráfico en ese sector colindante con el sector 1, psje Libertad) además de la mal nutrición por exceso de sus pobladores.

Posterior al evento sísmico ocurrido en Abril del presente año, parte del equipo del sector realizo trabajo en terreno, (visitas domiciliarias), donde se constato la falta de ayuda para los pobladores específicamente del sector de La toma Laguna Verde, lo cual nosotros realizamos, contención de sus demandas, y con ello se planifico un operativo en la junta vecinal Santa Bárbara en general la mayoría de los usuarios visitados se mostraron agradecidos por la visita del equipo de salud. Sus viviendas precarias no sufrieron mayor daño producto del terremoto.

También se realizaron visitas de la diada (puérperas con su recién nacido), encontrando un caso en nuestro sector, de una usuaria que se atendió su parto cesárea en una clínica de la ciudad, y el día del evento sísmico, fue abandonada en la sala de recuperación de dicho establecimiento privado, siendo rescatada y evacuada posteriormente, en camilla por su propio esposo, su hijo permaneció varias horas sin saber de su ubicación , hasta el día siguiente del evento que fue enviado al Hospital Regional .La usuaria actualmente se encuentra en tratamiento con medico de salud mental y con psicólogo de su sector. Además el debido seguimiento de parte del equipo

U.V. n° 32 realidad totalmente diferente a la anterior se caracteriza por una población de edades más avanzadas, de viviendas de mejor calidad y apreciándose un mejor nivel socioeconómico y sus pobladores tienen la posibilidad de acudir en forma paralela, tanto al CESFAM como acceder al extra sistema.

La población en edad fértil inscrita del sector 2 es de 2067 mujeres 492 de ellas se mantienen en control de regulación de fecundidad. (23,8, %) en relación al total de inscritas. De estas 66 son adolescentes. (3,2 %).El método de preferencia de ellas ha sido el implante subdermico, este considerado un método de alta eficacia y además de larga duración, lo que nos asegura que durante un periodo de 3 años nuestras usuarias adolescentes no se embaracen, lo que ha contribuido a la disminución de la incidencia de este, en el sector.

A nivel nacional la tasa del embarazo adolescente aun se mantiene en un 15% desde el año 2005 (según datos del MINSAL). Sin embargo en nuestro sector en comparación con el año 2013, ha ido disminuyendo levemente, de un 20,3 % 2013 de un total de 52 ingresos. Y este año ha bajado a un 11,4 % con 10 adolescentes hasta el periodo de agosto 2014, de un total de ingresos a ese periodo de 88 gestantes. De este total no hay ingresos a control prenatal de adolescentes menores de 15 años.

La población bajo control prenatal ha ido disminuyendo, teniendo una población actual total, en el mes de Agosto 2014, de 38 usuarias de las cuales 25 de ellas (65,8 %) poseen riesgo psicosocial, y de estas 3 sufren de víf. (8%).

En relación a los riesgos psicosociales se vislumbra a través de la aplicación de la pauta EPSA, a todos los ingresos de gestante, que la mayoría de estos llevan el factor N° 6 que corresponde a síntomas depresivos, los que pueden tener relación con el número elevado de gestaciones no planificadas, de 66 casos que corresponde al 75 % en relación al total de ingresos que es de 88 gestaciones. Otros factores importantes son el 4- 7- 8-9, que poseen el mismo número de usuarias, en estos factores. El factor n° 9 corresponde a condiciones de habitabilidad, vivir en condición de tomas, u otros factores que no están especificados,) Durante este año tenemos del total de gestantes solo 2 que viven en la toma laguna verde, en relación al año anterior, este número ha disminuido.

| El siguiente cuadro muestra las derivaciones a los centros de especialidad del HETG. | | | |
|--|-----|-----|--------|
| | UPC | UPM | UNACES |
| SECTOR 2 | - | 2 | 3 |
| CESFAM SUR | 47 | 50 | 120 |
| % | - | 4 | 2,5 |

La mayoría de las derivaciones al nivel secundario son por diagnóstico de moluscos contagiosos y condilomatosis de estas su gran mayoría son usuarias no gestantes.

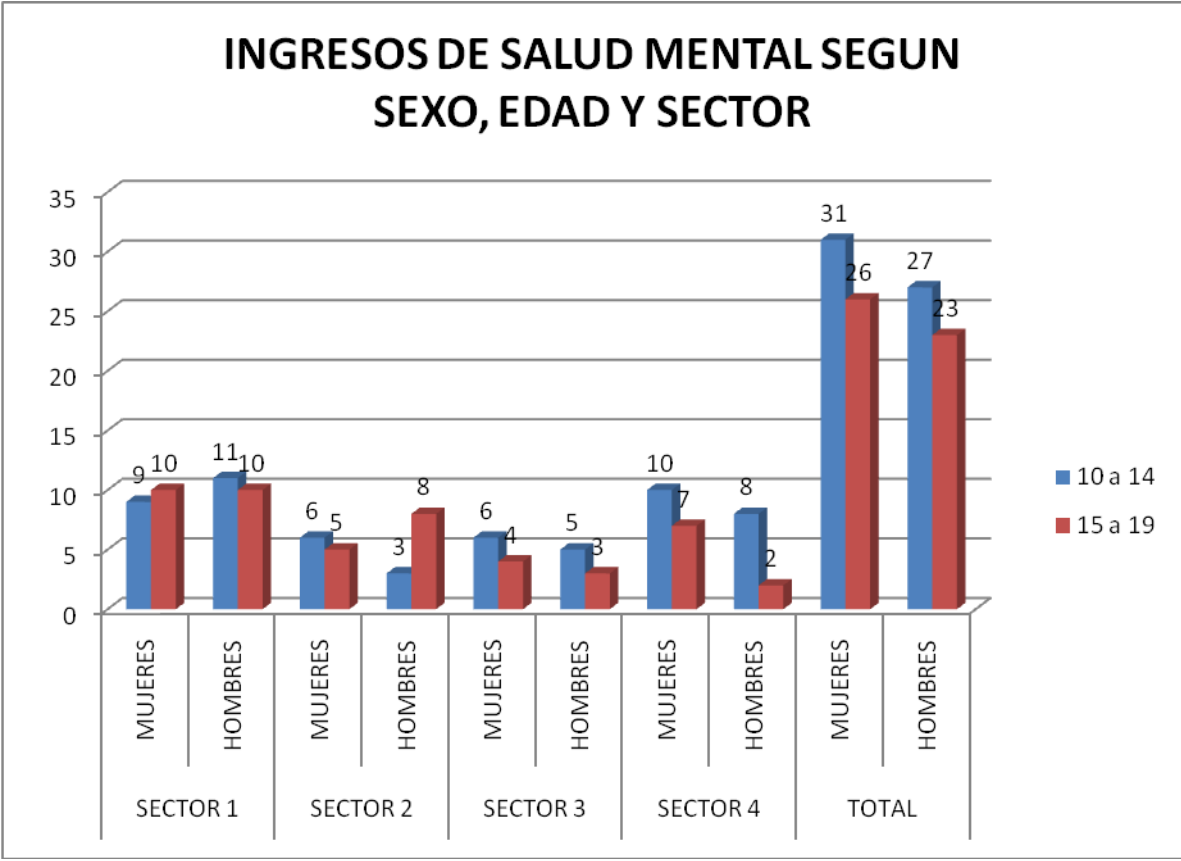
Respecto a los cánceres de mama y cervicouterino el sector 2 durante este año, no cuenta con usuarias con esas patologías (ingresos 2014), las derivaciones a UPM solo han sido patologías benignas que requieren un mayor seguimiento y a UPC (unidad de patología cervical) han sido derivaciones por lesiones pre cancerígenas.

Hay que señalar que durante este año lamentablemente tuvimos un caso de mortinato, que fue llevado a auditoria materno fetal.en donde se evidencio que la negligencia de este caso fue debido a la falta de atención oportuna de la usuaria en la maternidad al momento del parto, la que termino con una rotura uterina con posterior histerectomía y con resultado de un mortinato.Dicha usuaria se encuentra en control con psicólogo de sector.

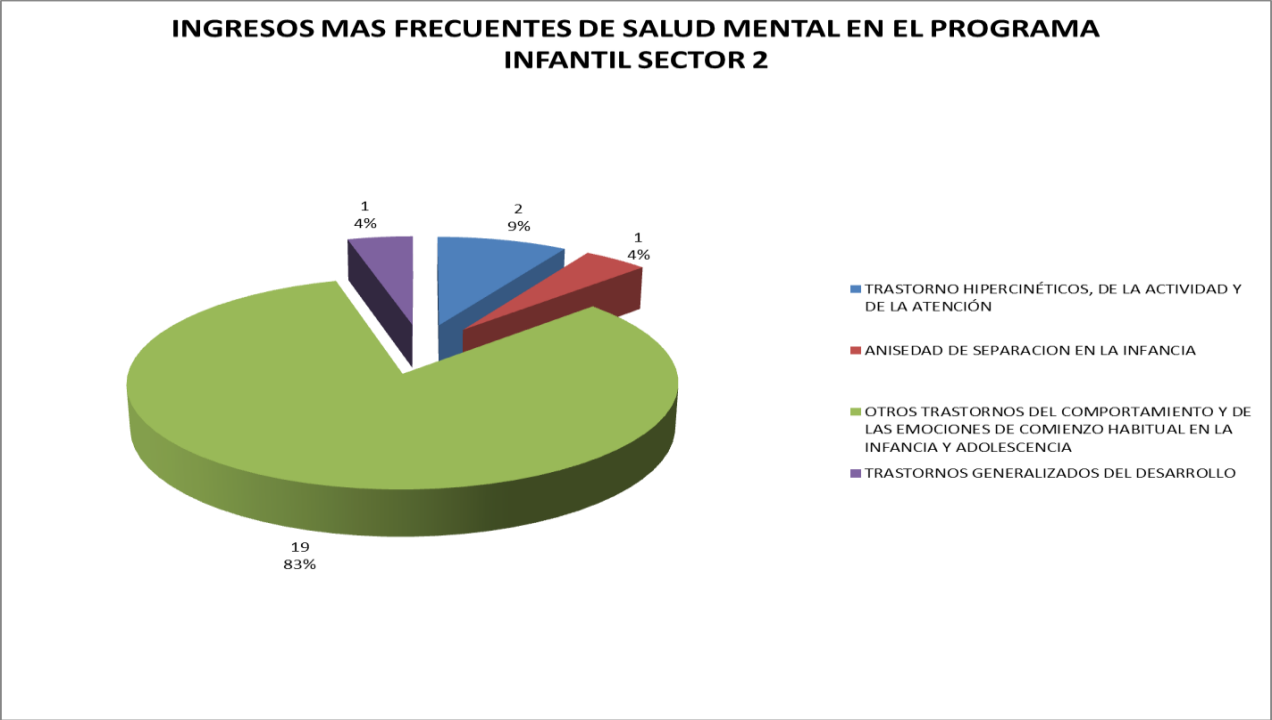
1. Salud Mental Infantil sector 2:

De acuerdo a los ingresos registrados en el programa de salud mental para la población General infantil (rangos 0-4 y 5 a 9) entre enero y agosto del año 2014 se observan 45 niños en el rango 0-4 (24 varones, 21 mujeres), en tanto en el rango 5-9 se registran 92 ingresos (61 varones, 31 mujeres). En total se consignan 137 niños y niñas ingresado al programa de salud mental.

Los datos quedan representados gráficamente así:



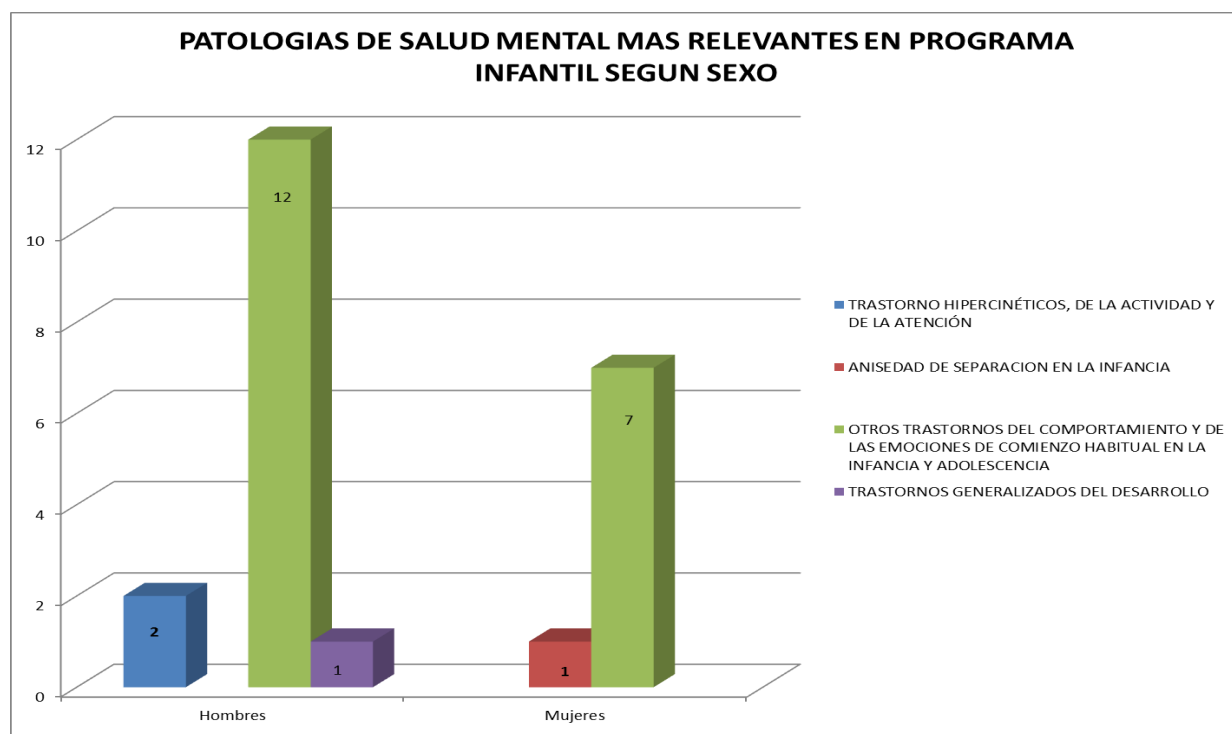
Al detallar los ingresos del sector 2 en la población infantil en los rangos mencionado (0-4 y 5-9), incluyendo las patologías más recurrentes se observa el detalle representado en el gráfico que sigue:



Acorde a los observado, los ingresos en el sector 2 mantienen una mayor prevalencia de los trastornos emocionales y del comportamiento (83%), seguidos por trastornos hipercinéticos de la actividad y la atención TDAH (9%) y en menor medidas trastornos ansiosos de separación y generalizados del desarrollo (Asperger) con un 4% respectivamente

Dichos datos se corresponden con datos nacionales estadísticos realizados por el MINSAL en el año 2012¹, respecto a la población infantil a nivel nacional. Estos datos son similares a registros de los últimos años en el sector, en donde se mantienen la prevalencia de las patologías. Además no existen diferencias significativas en cuanto al número de ingresos de niños y niñas a control en salud mental en años anteriores, tendiendo a mantener una media de 21 niños ingresados anualmente.

Al realizar un análisis de los ingresos diferenciados por sexo observamos la distribución en el gráfico que sigue:



Acorde a los ingresos se mantiene la tendencia nacional y mundial respecto a las patologías recurrentes en la población infantil, en donde la mayor prevalencia de patologías corresponde al sexo masculino, con mayor tendencia a las patologías relacionadas a trastornos conductuales (TDAH, Trastornos de la conducta). En tanto la población femenina refiere conflictos de tipo emocional. De acuerdo a los diversos estudios realizados en relación a esta proporción se puede dar debido a características culturales en donde se es más exigentes con los varones que con las mujeres, por lo que hay menos tolerancia frente a las conductas. (C. Almonte 2006)²

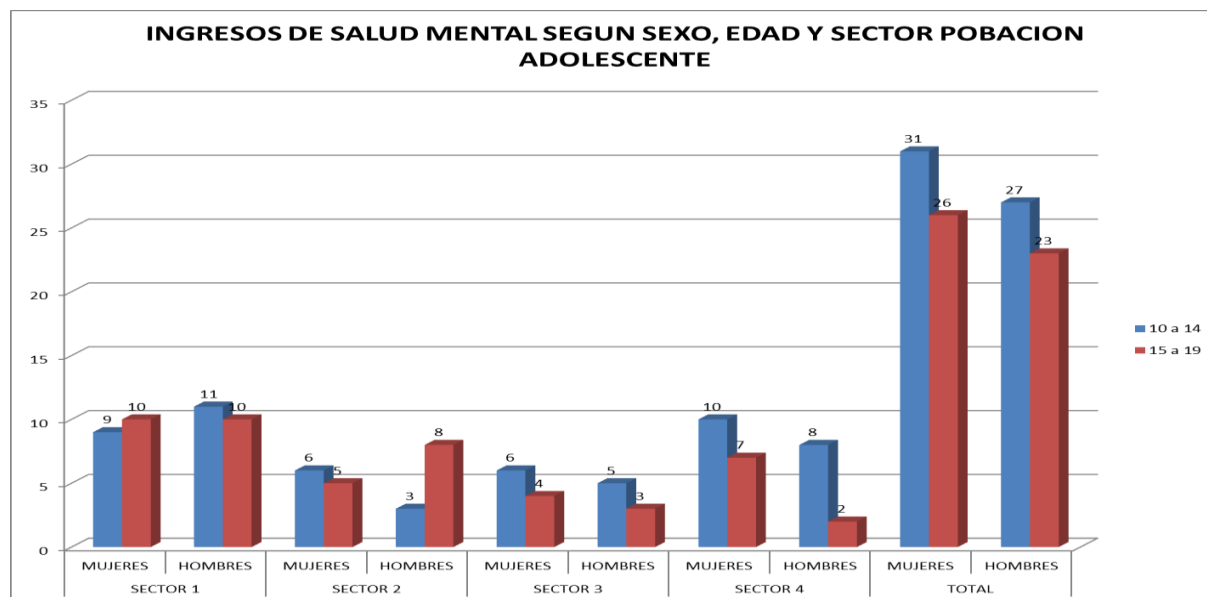
Salud mental en población adolescente

A contar del año 2011 el MINSAL implementó el “control joven sano”, como estrategia para abordar la población juvenil en los rangos de 10 a 19 años, instancia en la que se presenta el Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, cuyo principal objetivo es dar atención e integrar al sistema de salud a dicha población, dado que en años anteriores (2009-2010) la Encuesta Nacional de Salud entregó evidencias sobre la presencia de factores medioambientales y de estilos de vida que son perjudiciales para la salud de la población adolescente. Conductas relacionadas con el consumo de drogas, falta de actividad física, consumo problemático de alcohol y tabaco entre otros. A partir del año 2014 los registros de ingresos al programa de Salud Mental se han diferenciado por rangos etáreos a fin de llevar un mejor registro de dicha población.

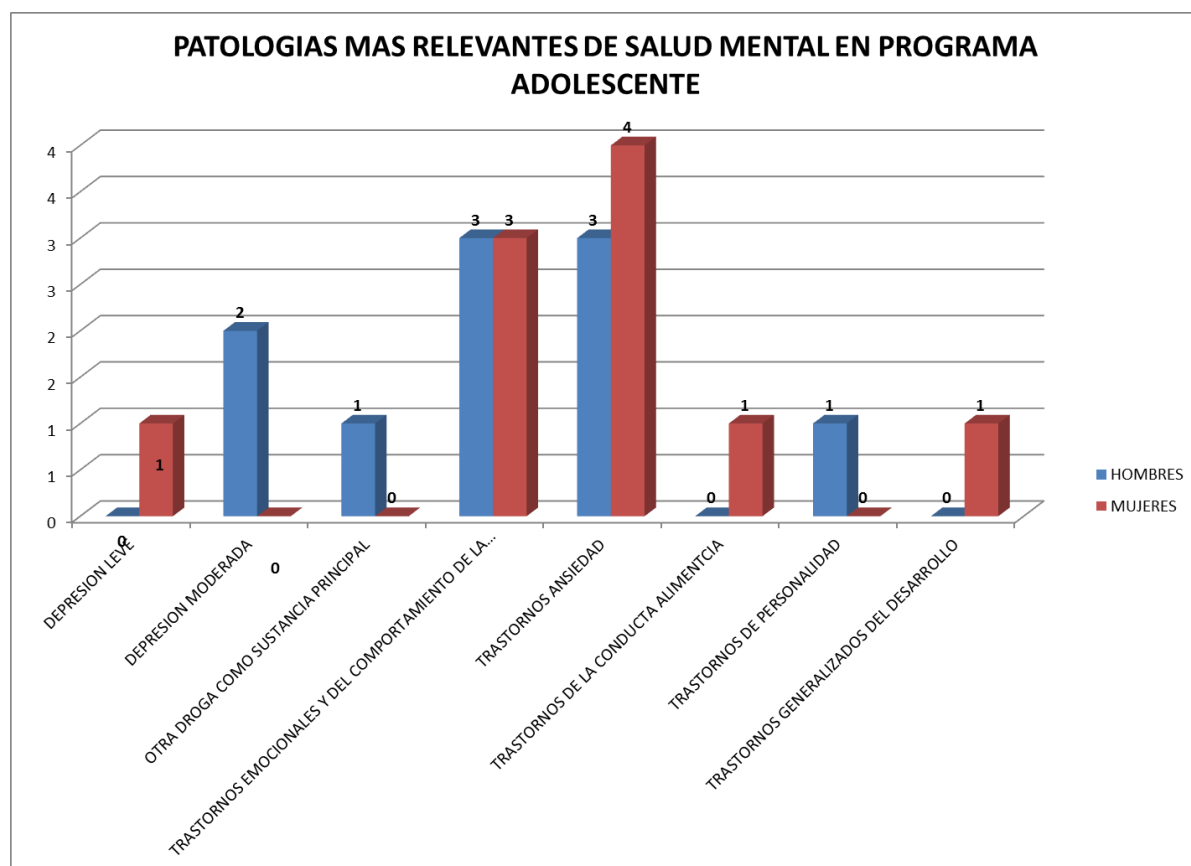
¹ Fuente: Salud mental infanto juvenil en Chile y brechas de atención sanitarias 2012.

² C. Almonte “Psicopatología infantil y de la adolescencia”, 2006, 1ra edición, Santiago-Chile

Según el registro del programa de salud mental los ingresos de la población adolescente (10 a 19 años) indican un total de 58 ingresos en el rango de 10 a 14 años (31 mujeres, 27 varones), en tanto que el rango de 15 a 19 años se registran un total de 49 adolescentes (26 mujeres, 23 varones). La distribución sectorizada se representa en el grafico que sigue:



Respecto a los ingresos del sector 2 y las patologías más recurrentes en dicha población se distribuyen de la siguiente forma:



Se presentan en mayor proporción los trastornos emocionales o conductuales, que por su esencia no configuran como diagnósticos de depresión o ansiedad, dado que no reúnen las condiciones clínicas descritos en el CIE-10. A diferencia de lo que ocurre en la población infantil las prevalencias tienden a equipararse en relación a las consultas, manteniendo las diferencias descritas en este ámbito en el apartado infantil que dice relación con los aspectos relacionados al género.

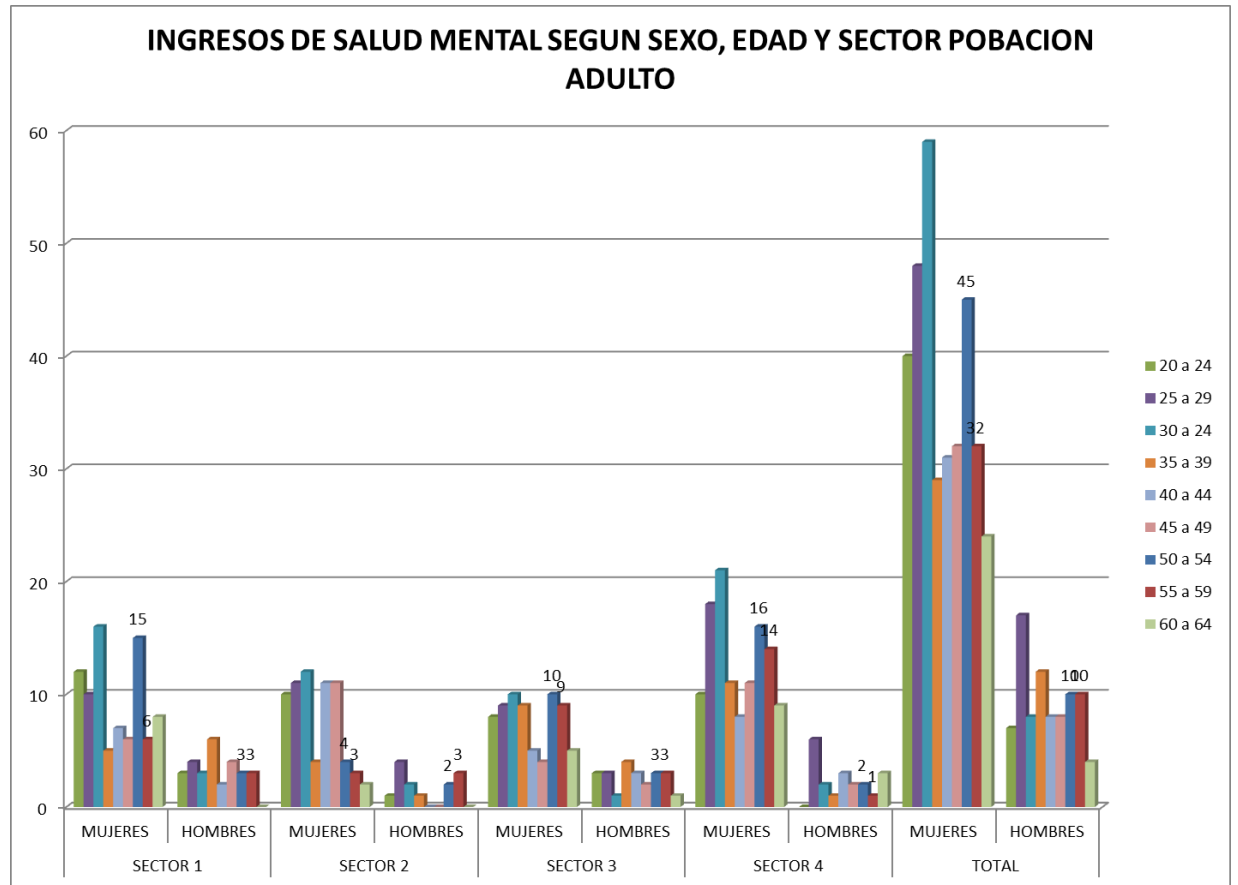
Conjuntamente se presentan los trastornos de ansiedad, los cuales a diferencia de otros años no habían aparecido como parte de las patologías más recurrentes en esta población. Al respecto dicha explicación tiene relación con el terremoto vivido en la ciudad en abril del año en curso, el cual ha generado un aumento de las consultas por estrés post- traumático.

Posteriormente, en un número poco significativo aparecen otros diagnósticos los cuales no llegan a ser relevantes de análisis, dado que su porcentaje respecto a la población total es bajo, sin llegar a representar una tendencia nacional ni mundial.

Respecto a la población con problemas de consumo, se observa un bajo número de ingresos (1 adolescente) que tienen cobertura GES (Consumo de Alcohol/drogas en menores de 20 años), en parte no refleja que no existan bajos niveles de consumo de sustancias en el sector 2, el cual cuenta con un alto índice de riesgo psicosocial por la presencia de puntos de micro-tráfico y tráfico de drogas. El bajo número de ingresos y tratamiento con cobertura GES responde a la poca o nula adherencia de los adolescentes a tratamiento, en parte por la falta de reconocimiento del consumo como una conducta problemática. Las estrategias adoptadas por el equipo de salud mental han incluido rescates a domicilios de aquellos usuarios que presentan índices de consumo y no han sido ingresados, pero aun así no han generado un impacto ni adherencia a un tratamiento.

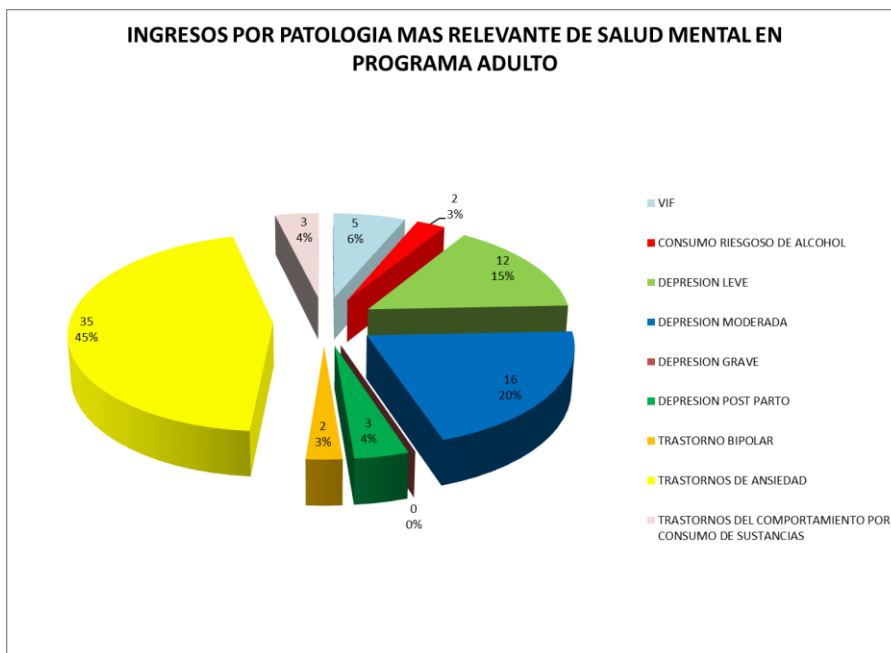
Salud mental en la población adulta.

Los ingresos al programa de salud mental se detallan como sigue:



Acorde a lo observado, los ingresos del sector 2 corresponden al 19% de los ingresos al programa de salud mental. Siguiendo la tendencia de años anteriores la mayor proporción de consultas son de mujeres los hombres.

Al realizar un análisis detallado sobre los ingresos al sector por patología se observa lo siguiente:

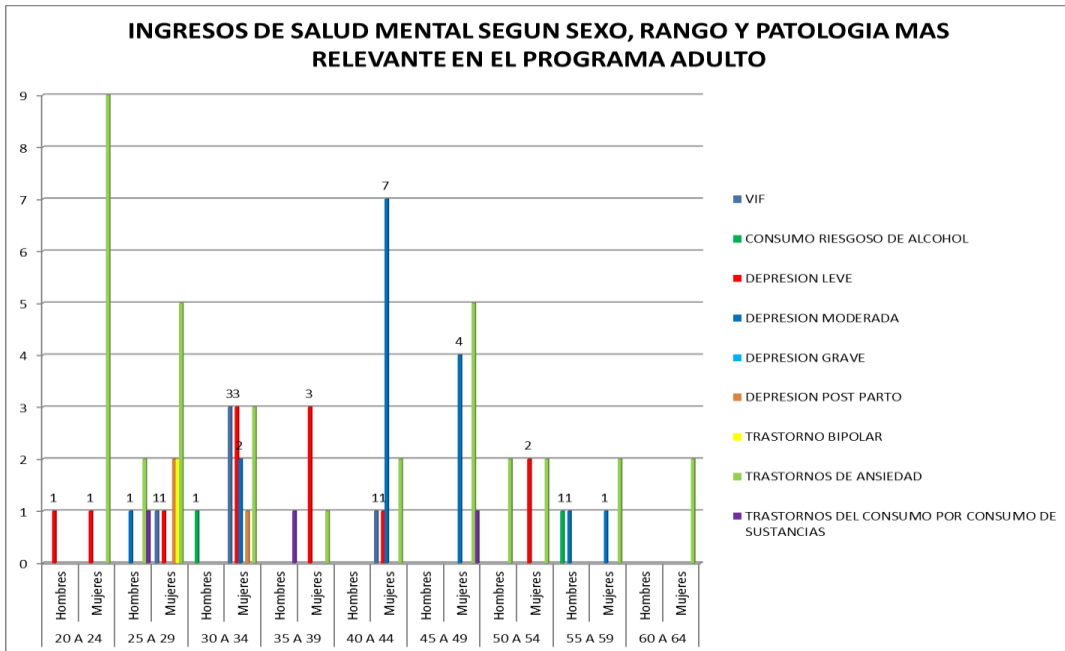


A diferencia de años anteriores, este año 2014 los trastornos ansiosos han igualada la proporción de episodios depresivos en cuanto a los ingresos del sector (35% respectivamente). Dicho aumento dice relación con los diagnósticos de estrés post traumáticos relacionados con el terremoto ocurrido en abril, que ha generado un aumento de consultas en los meses de agosto y septiembre del año en curso.

Además se ha producido un aumento en los ingresos por VIF, debido en parte a una mejor pesquisa de casos en la consulta clínica y en las atenciones psicosociales o de control de gestantes. Por último los trastornos del comportamiento por consumo de sustancias mantienen una tendencia en relación con años anteriores en cuanto a la proporción de ingresos de salud mental del Sector 2, siendo una de las patologías más bajas en cuanto a su prevalencia, dado el poco reconocimiento por parte de los usuarios de la patología y la poca motivación para iniciar procesos terapéuticos.

En relación a las proporciones y su distribución se condicen con antecedentes de la OMS y de estudios nacionales respecto a salud mental, dado que los trastornos afectivos (ansiosos o depresivos) son las patologías más recurrentes en la población, debido a esto es que la depresión está cubierta por el plan AUGE.

Al revisar la distribución por rango etéreo y patologías se obtiene el siguiente gráfico:



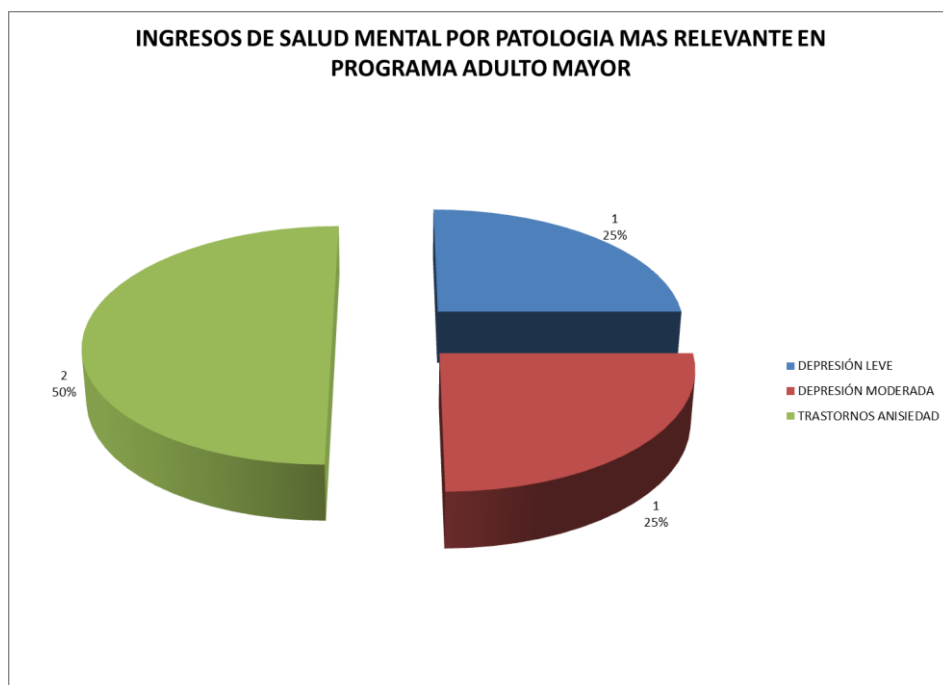
La mayor proporción de ingresos se concentran en los grupos etáreos de 20 a 39 años, en especial en la población femenina, siempre asociado a trastornos emocionales, y en especial este año al aumento de las consultas de trastornos ansiosos, reactivos al terremoto de abril.

Por lo general los hombres tienden a renegar de conflictos emocionales hasta que estos le generan crisis en su rutina diaria, llegando a consultar reactivos a crisis. En tanto las mujeres tienden a estar más conectadas con las emociones y a reconocer sin mayores dificultades los trastornos emocionales. Sin embargo, en el rango de 40 a 44 el alto nivel de depresiones moderadas se corresponde con conflictos reactivos a crisis familiares o de pareja.

SALUD MENTAL PROGRAMA ADULTO MAYOR.

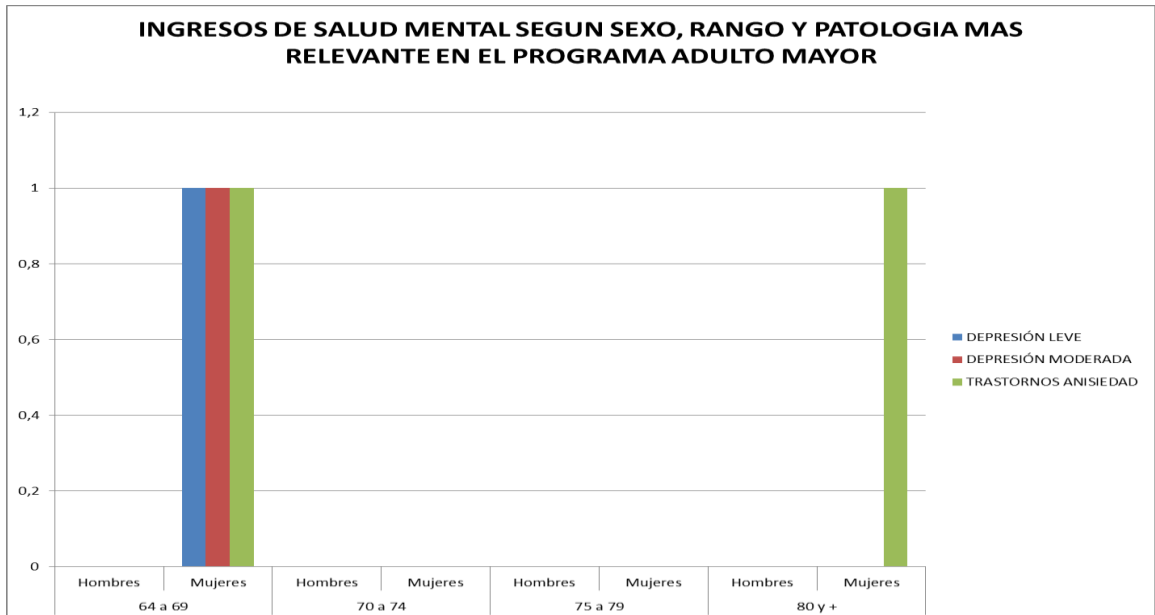
Los ingresos de adultos mayores al programa de salud mental tienden, al igual que en años anteriores a ser bajos en relación al resto de la población. La población en control durante el periodo correspondiente al censo corresponde a 26 adultos mayores de entre 65 a 80 y más años, de los cuales todos ellos corresponden al sexo femenino. Si bien los registros del programa de salud mental mantienen registros acordes a los diagnósticos incluidos en el REM, la mayor proporción de consultas de este rango corresponde al apoyo para vivir procesos de duelo y trastornos adaptativos a crisis normativas.

Acorde a lo registrado en el rem, los ingresos correspondientes a este rango atareo se grafican como sigue:



Como se observa sólo patologías de salud mental relacionadas a trastornos del ánimo son, en su mayoría, los motivos que traen a los pacientes adultos mayores a iniciar procesos terapéuticos de salud mental. Dichos trastornos se deben diferenciar de los procesos que son reactivos a muertes o pérdidas de seres queridos, en donde por lógica, se espera una reacción emocional en las personas, con síntomas de bajo ánimo y angustia frente a la pérdida.

Al revisar la distribución por rango y sexo se observa lo que sigue:



5.3 – SECTOR 3

El sector 3 del CESFAM Sur está representado por 21 Juntas Vecinales, las cuales están distribuidas en 4 Unidades Vecinales.

❖ Factores Condicionantes de Salud (Determinantes de Salud)

Con respecto a los determinantes de salud de la población del sector 3, se puede mencionar que la gran mayoría de la población cuenta con casas de material sólido y existe una gran cantidad de edificios y condominios. Las casas que presentan material ligero son por algún tipo de ampliación que se ha realizado y que generalmente es por el crecimiento del grupo familiar.

También cuenta con un mini centro comercial, en el cual se encuentran negocios de abarrotes, librerías y botillerías, las cuales se mantienen funcionando hasta altas horas de la noche, sobre todo los fines de semana. Dentro del sector, también podemos encontrar multi canchas, las cuales en los últimos años han mejorado su mantenimiento. Se cuenta con algunos lugares que tienen juegos para niños pero que en las noches son ocupados por grupo de jóvenes para el consumo de drogas y alcohol.

❖ Características Económicas y Socioculturales

Las actividades comerciales que predominan en el sector son la presencia del Centro Comercial La Tirana y del Terminal Agro Sur.

También existen almacenes particulares, los cuales entregan a la población abarrotes para el consumo diario de alimentos.

En cuanto a la educación de este sector, la mayor parte presenta estudios hasta 4 medio. También es una población que la gran mayoría de nuestros usuarios son trabajadores, lo que a veces dificulta el trabajo del equipo en cuanto a operativos de salud, ya que, durante los días de semana se presentan pocos usuarios en sus viviendas.

❖ Organizaciones Pertenecientes al Sector

Con respecto a las organizaciones educacionales, el sector 3 cuenta con los siguientes colegios:

- ✓ Colegio España
- ✓ Colegio Chipana.
- ✓ Escuela de Lenguaje Santa Laura
- ✓ Colegio Samka Arumanti.
- ✓ Colegio Hispano Británico.
- ✓ Colegio Latinoamericano
- ✓ Colegio Lirima
- ✓ Jardín Infantil Altos del Mar.

❖ Grupo de Riesgo.

A partir del año 2011 el sector 3 ha elegido y trabajado con las familias de “Gestantes con 1 o más factores de riesgo” como población de riesgo, siendo las principales actividades focalizadas a esta población: atenciones multiprofesional con equipo de cabecera, talleres, visitas domiciliarias, planes de cuidado, estudios de familia, consejerías familiares y derivaciones en caso que amerite.

Durante el año 2013 se delimita la población de riesgo, y se comienza a trabajar con “Gestantes con 2 o más factores de riesgos” siendo que las gestantes anteriormente ingresadas en los años anteriores se mantuvieron en seguimiento en este grupo, dando continuidad al trabajo desarrollado.

Con respecto a esta población se mantiene la siguiente información:

- ✓ Dentro de la población de riesgo se encuentran ingresadas **41** gestantes que tienen 2 o más factores de riesgos.
- ✓ De estas 41 familias que se encuentran ingresadas en grupo de riesgo sector 3, se puede observar:
 - 14 grupos familiares fueron ingresados durante los años 2011 y 2012;
 - 12 grupos familiares fueron ingresados durante el año 2013;
 - 15 grupos familiares fueron ingresados durante el periodo de enero a septiembre de 2014;
- ✓ Las gestantes bajo control actualmente son 94, de las cuales 16 presentan 2 o más factores de riesgo y que corresponde al 20% de gestantes ingresadas a control. Siendo que de estas 16 que presentan 2 o más riesgos 15 se encuentran ingresadas con plan de cuidado en el grupo de riesgo del sector.
- ✓ De las 41 familias en seguimiento, 87% (36) de estas familias poseen visitas domiciliarias por equipo de cabecera, 73% (30) poseen plan de cuidado vigente y 41.46% (17) poseen estudio de familia.
- ✓ De las gestantes ingresadas en el grupo de riesgo y que se encuentran sin visitas domiciliarias se puede observar algunos casos debido a cambio de domicilio y/o salida de la ciudad por situación de temblores y terremoto sufridos en Iquique.
- ✓ En torno a las familias egresadas del grupo de riesgo sector 3 durante el periodo de enero a septiembre de 2014, fueron un total de **28** familias. De estas, 10 fueron por altas exitosa, 07 fueron por cambio de domicilio, 6 por desinterés de mantener el plan de cuidado que se había realizado, y 5 por otros factores.

❖ **Unidad de Salud Comunitaria Sector 3 USAC**

La USAC perteneciente al sector 3 se encuentra ubicada en Pasaje Chamiza S/N, en la junta de vecinos Camanchaca I.

En virtud de dificultades presentadas e inconvenientes tanto por parte de la junta de vecinos, como por parte del equipo desde el año 2013 no se pudo realizar actividades en dicha USAC. Se tiene como objetivo retomar los trabajos de promoción y prevención en esta unidad durante el próximo año y/o verificar posibilidad de traslado de USAC a otra junta de vecinos.

Como no se ha podido realizar trabajo en la USAC, se ha trabajado en conjunto con otras organizaciones sociales, establecimientos educacionales y junta de vecinos, en donde se han desarrollado ferias de salud y talleres preventivos. También se han realizado las visitas domiciliarias correspondientes, tanto a la población de riesgo, como a los diferentes ciclos vitales por parte del equipo integral del sector 3.

❖ **Consultas sociales**

Durante el periodo de enero a septiembre de 2014 se realizan **1.228** consultas sociales de usuarios sector 3, distribuidas según Ciclo Vital de la siguiente manera:

- | | | |
|------------------------|---|---|
| - Programa Infantil | - | 215 consultas sociales, equivalente a 17% |
| - Programa Adolescente | - | 81 consultas sociales, equivalente a 7% |
| - Programa SSRM | - | 328 consultas sociales, equivalente a 27% |
| - Programa Adulto | - | 387 consultas sociales, equivalente a 32% |

- Programa A. Mayor - 139 consultas sociales, equivalente a 11%
- Programa S. Mental - 78 consultas sociales, equivalente a 6%

Con relación a las consultas sociales realizadas durante el mismo periodo del año 2013, se puede observar un aumento de consultas sociales:

| AÑO | TOTAL | INFANTIL | ADOLESC | SSRM | ADULTO | A. MAYOR | S.M. |
|------|-------|-----------|---------|-----------|-----------|-----------|---------|
| 2013 | 804 | 123 (15%) | 60 (7%) | 326 (41%) | 206 (26%) | 89 (11%) | |
| 2014 | 1.228 | 215 (17%) | 81 (7%) | 328 (27%) | 387 (32%) | 139 (11%) | 78 (6%) |

Se observa de esta manera que la mayoría de las consultas sociales efectivas realizadas durante este periodo del año 2014, con un **32%** se encuentran relacionadas al Programa Adulto, seguidos por el programa Salud Sexual y Reproductivo de la Mujer con un **27%**. Es interesante observar que a pesar de que el porcentaje de consultas realizadas por el Programa SSRM es inferior al año 2013, el total de consultas efectivas realizadas aumentó en 2 consultas en igual periodo del año 2013. Se observa por otro lado un aumento considerable en el número de consultas del programa adulto y consultas por situaciones de salud mental, lo que se encuentra directamente relacionado a la situación de catástrofe ocurrida en el norte de Chile durante el primer semestre del año 2014. En torno a las consultas del Programa Adolescente, se observa que a pesar de que se inicia durante el año 2012 el Control Joven Sano, no se refleja un aumento de consultas sociales de adolescentes, siendo estos aun la minoría de las consultas sociales realizadas, reflejando de esta manera la necesidad de fortalecer el trabajo familiar y comunitario de manera preventiva.

En torno al sistema de salud de las personas que realizaron las consultas sociales, sector 3 durante el periodo de enero a septiembre de 2014, se puede observar que:

- 32% son del tramo A de FONASA;
- 31% son del tramo B de FONASA;
- 12% son del tramo C de FONASA;
- 09% son del tramo D de FONASA;
- 15% sin sistema de salud;
- 1% fueron consultas excepcionales y de orientación a usuarios ISAPRE Y CAPREDENA;

De ahí se puede concluir que el 52% de la población que realizó consulta social del sector 3, corresponden a usuarios que actualmente se encuentran cotizando, que son cargas de sus padres, abuelos y/o cargas de sus esposos, motivo por el cual se encuentran con FONASA B, C o D, y que el 32% son usuarios de escasos recursos y/o se encuentran recibiendo Subsidios por parte de la Municipalidad de Iquique y Alto Hospicio. A demás en este porcentaje están incluidas familias que se encuentran trabajando y cotizando pero que por opción se mantienen recibiendo el SUF de la municipalidad, encontrándose con FONASA tramo A.

Se observa además el bajo número de personas atendidas que son ISAPRES (inscripción para retiro de alimento complementario).

En torno a los 15% de personas que consultaron sin sistema de salud, que equivalen a 91 consultas, gran parte se encontraban en esta condición por situación de inscripción y control recién nacido, antes del mes de nacido, motivo por el cual aun no se encontraban como carga en sistema de salud. Siendo así, el porcentaje de consultas realizadas sin sistema de salud bajaría.

Con relación al sistema de salud de los usuarios que realizaron consultas sociales, Sector 3, se puede observar:

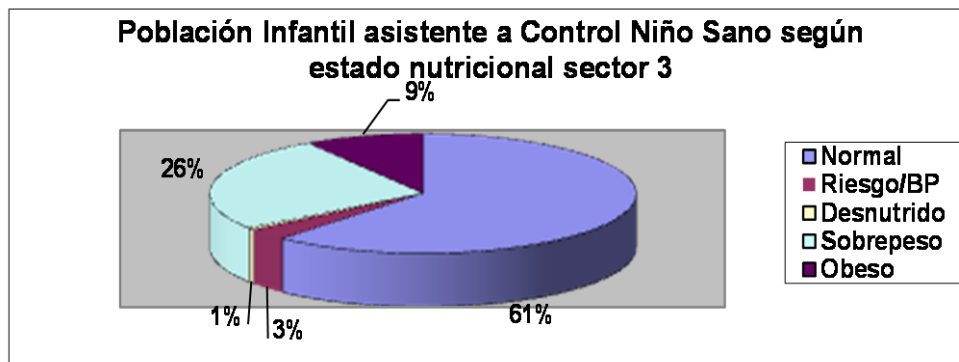
| Sistema de Salud | Año 2012 | Año 2013 | Año 2014 |
|----------------------|----------|----------|----------|
| FONASA A | 42% | 25% | 32% |
| FONASA B,C, D | 46% | 61% | 52% |

Durante el año 2013, hubo una disminución de usuarios FONASA A y aumento considerable usuarios FONASA tramos B, C y D (cotizantes). Siendo que durante el año 2014, estos porcentajes volvieron a retraerse, dado que aumentó el número de FONASA A y disminuyeron los Fonasa cotizantes. Esto nos podría indicar: disminución de empleabilidad laboral, aumento de beneficios sociales ofertados y por consiguiente ampliación de los Fonasa A y/o pérdida de puestos laborales producto de los terremotos que afectaron la primera región durante el primero semestre del año en curso.

Por otro lado se observa un aumento del número de personas sin sistema de salud, aumentando de 2012 de 12% a 15% durante al año 2014, lo que podría ser justificado por el fenómeno mundial de migración. Dado que por Convenio Internacional, el Sistema de Salud de Chile deberá cubrir necesidades de controles de salud de niños menores de 6 años, embarazadas y otros casos especiales, independiente de su situación migratoria en el país.

✓ **CICLO VITAL DEL NIÑO**

- ❖ Población infantil asistente a Controles Niño Sano según su estado nutricional Sector 3



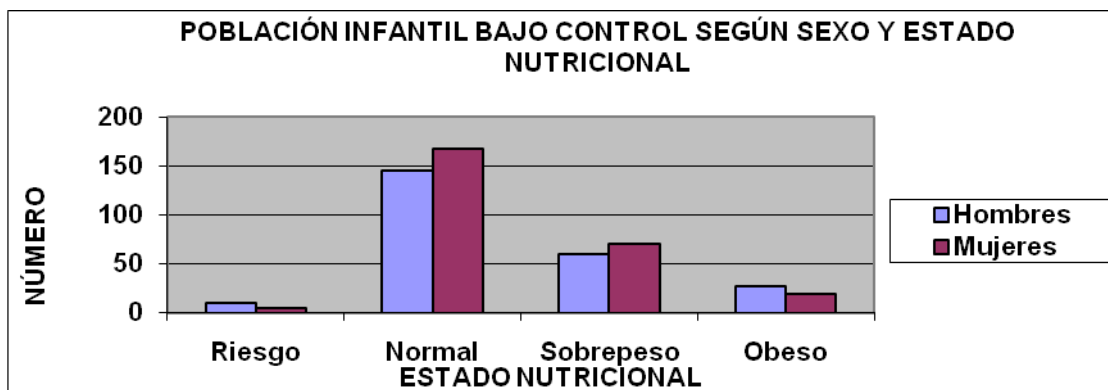
De la población infantil asistente a controles nutricionales; el 61% se encuentra con un estado nutricional "Normal" mientras que un 26% se encuentra en "sobrepeso", un 9% en "obesidad", 3% Riesgo Bajo Peso y 1% de niños desnutridos. Se pudo observar que el porcentaje de obesidad, disminuye en relación al diagnóstico del año 2013, bajando de 11% a 9%.

Como intervención realizada en estos últimos meses, se crea un tarjetero específico para aquellos niños con diagnóstico nutricional en obesidad a modo de tener un mayor seguimiento en sus controles, además de realizar una visita domiciliaria al grupo familiar con el objetivo conocer el entorno, hábitos de alimentación, verificar si efectivamente se está realizando las modificaciones acordadas en el control y otros. Esta visita se realiza en el día de sector junto a la psicóloga en la mayoría de las visitas.

Otra de las estrategias que se acuerda como sector es atender al usuario en forma espontánea para verificar estado nutricional (si mantiene la obesidad o modifica su estado nutricional) y realizar la intervención y posterior seguimiento.

En un porcentaje menor se encuentra la malnutrición por déficit, son 19 casos de riesgo de desnutrición de los cuales un 21% solo retira PNAC refuerzo. En situación de desnutrición sólo hay tres casos, uno de ellos es desnutrición secundaria producto de una patología en menor de 6 años, quien además se encuentra activa en el retiro de PNAC refuerzo y otro caso pero tiene más de 6 años lo cual no recibe alimento complementario, ambas pertenecen al programa de cuidados domiciliarios.

❖ **Población infantil menor de 6 años bajo control según sexo y estado nutricional**



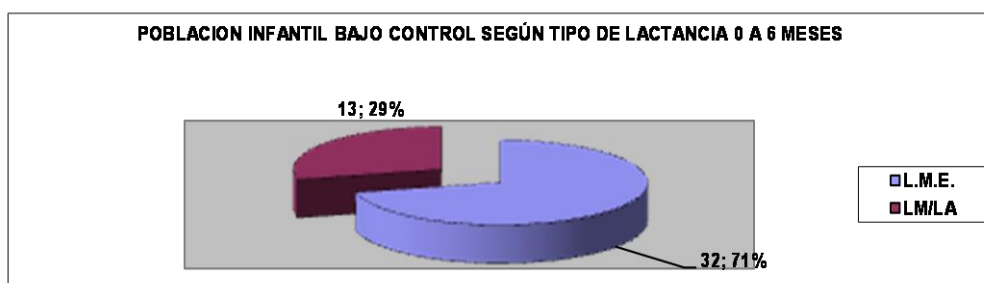
El siguiente gráfico muestra que el estado nutricional “Normal” tiene un mayor número de niños y que el sexo que predomina es el femenino, el estado nutricional en sobrepeso a diferencia del diagnostico anterior lo predomina el sexo femenino, y los que presentan obesidad se mantiene el sexo masculino.

❖ **Población infantil bajo control según tipo de lactancia**

Se recomienda que el niño reciba leche materna en forma exclusiva durante los primeros seis meses de vida y que constituya parte importante de la alimentación hasta los dos años. La lactancia materna es la forma de alimentación que contribuye con mayor efectividad al desarrollo físico y mental del niño, proporcionándole nutriente en calidad y cantidad adecuadas.

La Sexta Encuesta Nacional de Lactancia Materna es la primera realizada con posterioridad a la entrada en vigencia de la Ley 20.545. Sus resultados muestran que el 56,3% de las madres declara lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses o más. En relación a la edad de la madre, se observa que la prevalencia es significativamente más alta en los grupos de 25 y más años alcanzando un 59,1%, en comparación con el grupo de 24 años y menos que logra un 52,4%. El grupo cuya cifra es más alta se registra entre mujeres de 31 a 35 años, con un 60,3%.

En el sector 3 un 79% de los niños y niñas tiene LME al primer mes de vida, al tercer mes de vida baja a un 45%, en el sexto mes es de un 38% y al año de vida los niños mantienen la lactancia materna en un 34%. Dichas cifras están muy por debajo de la encuesta nacional por lo cual se hace necesario monitorear la efectividad de las estrategias implementadas como clínica de lactancia en el primer control del niño, al mes de vida y en forma espontánea, y sobre todo pesquisar las brechas existentes. Se podría observar como dificultad para la permanencia de la LME hasta los 6 meses, presencia de indicación por parte de profesionales pediatras, quienes indican relleno como alimento de rutina en las consultas particulares, y considerando que la mayor parte de las gestantes del Sector 3 tienen acceso a estas consultas, podría estar incidiendo negativamente en este indicador y por otro lado el no contar con un espacio de acogida para educación y Consejería de lactancia materna.



El gráfico expuesto demuestra que el 71% (32) de los menores de 6 meses de ambos sexos que están en control activo mantiene Lactancia Materna Exclusiva dato que si se compara con el diagnóstico anterior baja, mientras que el 29% (13) mantiene una Lactancia Mixta o totalmente Artificial.

Para la población que no presenta L.M.E., se deben activar de mejor manera las clínicas de lactancia materna para reducir la ingesta de la fórmula artificial.

Es importante mencionar que como estrategia utilizada por el sector y equipo, todo recién nacido en el momento de entrevista con Asistente Social para inscripción es derivado a control Binomio con Matrn, Clínica de Lactancia con Nutricionista y Taller “Tu llegada” de modo que la madre pueda recibir orientación, apoyo y seguimiento oportuno en caso de dificultades con lactancia exclusiva, además desde el embarazo recibe educación por parte de todo el equipo multiprofesional en torno a lactancia exclusiva.

❖ **Sala de Estimulación**

La sala de estimulación trabaja con todos los niños y niñas hasta los 4 años y a quienes se les realiza consulta de estimulación desde el 1º mes de vida.

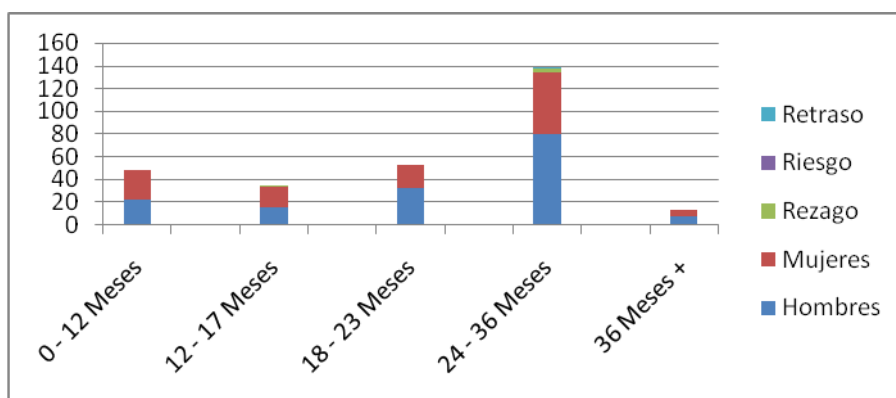
El objetivo es prevenir que durante su crecimiento presenten algún problema de desarrollo psicomotor y si llega a presentarlo poder derivar oportunamente al especialista que corresponda o a Teletón si fuese necesario.

A los niños que se les aplica algún tipo de evaluación y en el cual obtienen un resultado normal se trabaja 1 vez al mes o mes por medio según su edad. Con los que presentan resultado de rezago o riesgo se citan cada 15 días para trabajar con objetivos específicos en el área que presente el déficit, y en los niños que presenten retraso se programa un trabajo de 1 vez a la semana más el trabajo que la madre, padre o cuidador debe realizar en el hogar.

A demás de trabajar con consultas de estimulación o consulta de déficit a los niños que presenten algún rezago, riesgo o retraso, en la sala de estimulación se trabaja con talleres, con visitas domiciliarias dirigidas a niños con déficit en el desarrollo o con algún factor de vulnerabilidad, se entregan orientaciones a las familias de ejercicios o técnicas de estimulación para que éstos puedan trabajarlas de manera diaria en sus hogares. También se trabaja con las gestantes, las cuales son atendidas en una oportunidad en la que se les aplica una ficha de inscripción y se les entregan orientaciones de estimulación pre natal, a demás de orientarlas en la importancia y beneficios de la estimulación temprana en los niños.

Cada evaluación que se realiza según la edad que corresponda es realizada por cada enfermera de sector, en caso de que esta evaluación arroje algún riesgo en el desarrollo, la educadora debe recibir de manera espontánea a éste niño para comenzar con el trabajo de estimulación.

Con respecto a los niños atendidos del Sector 3 se puede decir que:



En la sala de estimulación se encuentran inscritos un total de 279 niños del Sector 3, de los cuales 156 son hombres y 123 mujeres.

Dentro del tarjetero de desarrollo motor se encuentran ingresados 6 niños, 4 con rezago de los cuales la mayoría es en el área del lenguaje, 1 con riesgo en el área motora y 1 con retraso. Estos niños se mantienen con controles cada 15 días para poder estimular adecuadamente su déficit.

Con respecto a las evaluaciones de TEPSI, se han realizado un total de 28 desde enero hasta septiembre del presente año siendo el total evaluados como "normal".

❖ Control Niño Sano

Según datos consultados en el sistema Rayen en octubre del presente año el Sector 3 posee 2.148 niños entre 0 a 9 años, distribuidos en misma proporción según sexo. El ciclo vital del niño comprende controles desde los 7 días de vida hasta los 9 años. Se observa un incremento de 100 niños en dicho rango etáreo en el año 2014.

De los 2.148 niños, la mayor cantidad esta distribuida entre las edad de 2 a 5 años con un 53% que equivale a 1.139 niños, la población que sigue en la escala es de 6 a 9 años con 819 niños, mientras que la cantidad de menores de 2 años es de 457 niños. La menor cantidad de niños esta concentrada entre 0 a 1 mes que solamente son 18 niños.

En la población bajo control predominan los niños entre 6 a 9 años con un 26% (181 niños), seguido por los niños de 2 años con un 35% (89 niños) y luego los niños de 4 años con un 11% (72 niños).

La población inasistente corresponde a 496 niños lo que equivale a un 73% de la población bajo control, el grupo etáreo mas inasistente corresponde a los niños de 6 a 9 años con un 95% seguido de los niños de 3 a 4 años y en tercer lugar los niños entre 6 a 11 meses, esto revela que hay que mejorar los esfuerzos en la reintegración de estos niños a sus controles.

Es importante mencionar la existencia de un Convenio de Salud Escolar, el cual realiza controles a niños de 6 a 9 años en sus establecimientos educacionales de los cuales no contamos con información en sistema Rayen, lo que podría indicar que el número de niños inasistentes podría disminuir drásticamente.

❖ **Niños y Adolescentes con Necesidades Especiales de Atención en Salud (NANEAS)**

El grupo de niños y niñas con necesidades especiales ha ido aumentando en las últimas décadas, producto de los cambios epidemiológicos y avances tecnológicos. A nivel nacional no se conoce la prevalencia ni las características específicas de este grupo, sin embargo, la Encuesta de calidad de vida y Salud muestra que los problemas crónicos más frecuentemente reportados en menores de 15 años son: La enfermedad respiratoria crónica (15,7%), los problemas de visión (8,9%) y los problemas derivados de la prematuridad.

En el sector 3 destaca 1 caso de cardiopatía congénita, 2 casos de displasia de caderas y 1 caso de estrabismo.

Con respecto a menores con cuidados domiciliarios son 3 usuarios, 2 niñas y 1 niño ingresados por patologías como: macrocefalia, retraso mental y parálisis cerebral, los cuales reciben visitas domiciliarias integrales por parte del equipo y una ayuda económica llamada estipendio.

❖ **Visitas Domiciliarias Infantiles.**

Durante el periodo de enero a agosto de 2014 el equipo interdisciplinario del sector 3, realiza un total de 123 Visitas Domiciliarias Infantiles, siendo que un 65% efectivas y 34% inefectivas.

Con relación a los años anteriores, en 2012, se realizaron 75 visitas infantiles, en 2013 un total de 111 y en 2014 123 visitas domiciliarias integrales infantiles en un periodo de enero a agosto de cada año. Lo que se puede observar un aumento de visitas anualmente.

❖ **Salud Mental Infantil**

El Sector 3 ha realizado de junio 2013 a agosto 2014 el 33% del total de ingresos del programa, siendo el sector que más ingresos realizó en el periodo, le siguen el sector 1 con 29% de los ingresos, el 2 con 20% y por último el sector 4 con 18%.

Del total de **73** ingresos de salud mental infantil realizadas durante el periodo de junio 2013 a agosto de 2014, se puede observar que 56% corresponde a varones y el 44% a mujeres, tendencia que si bien se mantiene mostrando mayor cantidad de ingresos masculinos ha disminuido.

Con respecto a los diagnósticos podemos constatar que el 71% corresponde a trastornos del comportamiento y la emoción, el 14% a trastornos ansiosos, el 6% fueron ingresados por trastornos hipercinéticos, el 4% corresponde a trastornos generalizados del desarrollo, con un 3% de los ingresos se encuentran los diagnósticos de maltrato infantil y la recientemente incorporada categoría de ansiedad por separación, en último lugar aparece otra categoría recientemente incorporada al registro estadístico, el trastorno oposicionista desafiante con 1% de los ingresos.

En relación con el año anterior se observa que la categoría “otros trastornos del comportamiento y la emoción” sigue acumulando la mayor cantidad de ingresos, lo cual se explica por la amplitud de la misma.

Un aspecto importante de destacar es que los trastornos de ansiedad aumentan desplazando en el segundo lugar a los trastornos hipercinéticos, esto puede explicarse por la demanda de atención para niños tras el terremoto que afectó a la zona en el mes de abril.

❖ **Consultas Sociales Infantiles**

Durante el periodo de enero a septiembre de 2014 se realizan **215** consultas sociales infantiles a niños de 0 a 9 años, lo que equivale un 17% del total de consultas sociales realizadas por la asistente social del sector. Se observa un aumento de 57% de consultas sociales infantiles con relación al año 2013, oportunidad en que fueron realizadas 123 consultas infantiles por parte de Asistente Social Sector 3. Lo que se justifica en virtud del trabajo realizado por parte del equipo de cabecera sector 3, en torno al seguimiento y monitoreo del Grupo de Riesgo “Embarazadas con 2 o más factores de riesgos”, quienes han presentado adherencia y vinculo adecuado con equipo del sector, logrando acudir a las citaciones realizadas, principalmente al control recién nacido, talleres y controles pre-natales con equipo integral.

Los principales motivos de las consultas infantiles fueron:

- Inscripción de recién nacido en el CESFAM;
- Educaciones parentales;
- Orientaciones judiciales;
- Derivaciones a redes sociales, como por ejemplo: Jardines Infantiles, OPD, Depto de Acción Social Municipalidad y otros.
- Seguimiento de Plan de cuidado diseñado junto a las familias del grupo de riesgo.
- Autorización a controles niño sano, por problemas en el sistema previsual de salud.
- Calificación de escasos recursos.
- Educación y contención post situación de catástrofe.

Además de las consultas sociales, se realizaron Consejerías Familiares a padres de niños, por concepto de habilidades parentales, derechos de los niños, crisis normativas familiares con niños, y otros.

❖ **Visitas Domiciliarias Integrales por parte de Trabajadora Social a Familias con niños menores de 9 años.**

Durante el periodo de enero a septiembre de 2014 se realizan **48** Visitas Domiciliarias Integrales por Trabajadora Social a Familias con niños en situaciones de riesgos. De las cuales 37 (77%) fueron efectivas y 11 (23%) fueron inefectivas. Se observa un aumento del número de visitas efectivas infantiles realizadas con relación al año 2013 (las cuales fueron 25).

✓ **CICLO VITAL ADOLESCENTE**

En el Sector 3 el embarazo en adolescentes hasta septiembre del 2014 es de un 11% (11) en relación al total de ingresos del sector (94). Se puede observar una disminución de ingresos de embarazo adolescente con relación a igual periodo del año 2013, que fueron 16. Eso podría indicar impacto obtenido debido a arduo trabajo preventivo desarrollado en establecimientos educacionales y educaciones constantes efectuadas a grupos familiares en torno a esta temática por parte del equipo integral del sector 3.

Según información proporcionada por el Programa Adolescente, se realizaron 29 Controles Jóvenes Sanos a adolescentes del Sector 3. Siendo 21 masculinos y 8 femeninos.

Según estado nutricional de estos, 18 se encontraban “Normales”, 3 “Sobrepeso” y 8 “Obesos”

Con relación a la consulta se habían probado alcohol y/o drogas, se detecta 6 adolescentes con respuesta afirmativa, siendo: 1 (probó tabaco), 4 (probaron alcohol) y 1 drogas. Siendo de estos 100% derivados a Psicóloga.

En torno a la presencia de Bulling, se detecta 1 adolescente con respuesta positiva y un adolescencia con presencia de VIF, siendo ambos del sexo masculino. 100% fueron derivados a psicóloga.

A todos los adolescentes que realizaron Control Joven Sano, se aplicó instrumento de Ficha CLAPS, además de que se realizaron Consejería de Salud Sexual y Reproductivo y Consejería Hábitos Saludables.

❖ **Consultas sociales a adolescentes**

Durante el periodo de enero a septiembre de 2014, se realizaron **81** consultas sociales a adolescentes, referentes a 7% del total de consultas sociales realizadas. Se observa que a pesar de que hubo un pequeño aumento con relación al número de consultas de adolescentes, en donde en el año 2012 fueron de 62, 2013 fueron 60 y 2014 fueron 81, no se observa un aumento en el porcentaje del total de consultas realizadas, manteniéndose en 7% del total de consultas sociales realizadas. Lo que manifiesta desafíos y nuevas estrategias para acceder a este público de manera preventiva, pudiendo ser esta a través de atenciones en horarios diferidos, posibilidad de que sus demandas podrían estar siendo cubiertas por las duplas psicosociales presentes en los establecimientos educacionales y/o desinterés o otras temáticas específicas.

❖ **Consultas Salud Mental a adolescentes**

Del total de **92** ingresos de adolescentes (en el rango de edad entre 10 y 19 años de edad) realizadas durante el periodo de junio 2013 a agosto de 2014 el 59% corresponde a consultas de varones y un 41% a mujeres.

Observamos que un 62% corresponde a "otros trastornos del comportamiento y la emoción", un 13% a trastornos ansiosos, 8% a trastornos hipercinéticos, un 6% a consumo riesgoso de drogas, un 3% que corresponde a depresión leve y con 1% cada una de las siguientes categorías: Depresión moderada, depresión bipolar, trastorno generalizado del desarrollo, trastorno de la conducta alimentaria y consumo de otras sustancias.

Tal como en la consulta infantil en los adolescentes la mayor cantidad de ingresos se registra en la categoría otros trastornos del comportamiento y las emociones, lo cual puede obedecer a la amplitud de dicha clasificación. Los trastornos ansiosos e hipercinéticos no muestran un comportamiento diferente al del 2013, pero para nuestro sector resulta importante la aparición de un porcentaje aunque inferior no despreciable de ingresos por consumo riesgoso de drogas, esta patología al ser considerada prioridad y corresponder a una garantía de salud precisa del sector medidas específicas para ser abordada preventivamente manteniendo controles y rescates al día.

✓ **CICLO VITAL SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA**

A través del aporte del programa adolescente se ha favorecido la difusión del control de regulación de la fecundidad y con esto el acercamiento y facilidad de acceso de los jóvenes al CESFAM, sin embargo es necesario continuar con este e implementar nuevas estrategias para bajar las cifras de padres adolescentes.

Respecto a los riesgos psicosociales que presentan las gestantes según EPSA aplicado al ingreso la mayoría es el factor N°9 (otros riesgos psicosociales) donde entran otros riesgos como condiciones de habitabilidad alterada (hacinamiento, higiene, seguridad, entre otras), seguidos por el factor N° 6 (síntomas depresivos o depresión), se relaciona con el alto número de gestaciones no planificadas (64%). El trabajo en terreno con estas familias se dificulta por los continuos

cambios de domicilio. En cuanto a los casos de VIF en gestantes a la fecha han ingresado 7 usuarias, de las cuales una se devolvió a Santiago al mes siguiente y otras 2 fueron error de diagnóstico inicial, quedando 4 bajo control y de estas 100% ingresaron al grupo de riesgo Sector 3.

En el cuadro siguiente se presentan las derivaciones a los centros de especialidad del Hospital de Iquique.

| | UPC | UPM | UNACESS |
|--------------------|-----------|-----------|------------|
| SECTOR TRES | 16 | 15 | 35 |
| CESFAM SUR | 47 | 50 | 120 |
| % | 34 | 30 | 29 |

En nuestro sector hay 2 cánceres de mama en seguimiento.

Respecto a la incidencia de ITS, ésta aumentó en relación al año anterior. El diagnóstico por el cual se derivan a UNACESS mayormente es de moluscos contagiosos en mujeres entre 20 y 30 años.

En cuanto a la infección por VIH este año en el sector no se presentó ningún caso.

❖ **Consultas sociales SSR**

De las 1.228 consultas sociales realizadas por la Asistente Social sector 3 durante el periodo de enero a septiembre de 2014, **328** fueron destinadas al Programa Salud Sexual y Reproductivo de la Mujer, lo que equivale a **27%** del total de consultas realizadas.

En torno a los principales motivos de las consultas sociales realizadas, fueron:

| | | |
|----------------------------|-----------------|-------|
| - Gestantes y puérperas | - 139 consultas | - 42% |
| - Consejerías Familiares | - 68 consultas | - 21% |
| - Consejerías Individuales | - 66 consultas | - 20% |
| - Otras consultas mujeres | - 42 consultas | - 13% |
| - Plan de cuidado familiar | - 13 consultas | - 4% |

Con relación a la cantidad de consultas sociales relacionadas a dicho programa entre los años de 2012 a 2014 se puede observar:

| Año | Total consultas Programa SSRM |
|-------------|-------------------------------|
| 2012 | 255 |
| 2013 | 326 |
| 2014 | 328 |

Esto refleja la alta demanda por consulta social derivadas por programa de la mujer, debido a trabajo coordinado con el equipo de cabecera sector 3, por presencia de grupo de riesgo del sector y debido a educaciones y orientaciones entregadas durante el periodo de embarazo y puerperio.

❖ **Visitas Domiciliarias Integrales por parte de Trabajadora Social a Gestantes, Puérperas y otras mujeres:**

Durante el periodo de enero a septiembre de 2014 se realizan **49** Visitas Domiciliarias Integrales Efectivas por Trabajadora Social relacionadas al Programa SSRM, siendo: 35 VD I a Gestantes y

Puérperas y 14 a otras mujeres. Siendo algunas de estas realizadas en dupla con Psicóloga y/o Matrón del Sector 3.

✓ **CICLO VITAL ADULTO Y ADULTO MAYOR**

Según datos consultados en el sistema Rayen el 6 de octubre del presente año, el Sector 3 posee 8179 adultos y adultos mayores. Siendo estos 7143 adultos entre 20 a 64 años y 11 meses, y 1036 Adultos mayores a partir de 65 años y más.

❖ **Programa Cardiovascular en Adultos**

Hasta el 2000, el Ministerio editó Normas o Guías Clínicas para el manejo de la hipertensión arterial, diabetes y dislipidemia en forma separada.

En el nuevo enfoque del Programa Salud Cardiovascular (PSCV), Ministerio de Salud 2002, las decisiones terapéuticas se basan en la probabilidad de un individuo de tener un evento cardiovascular (CV) en el futuro (infarto agudo al miocardio-IAM o ataque cerebral-ACV). Este enfoque reemplaza las decisiones terapéuticas basadas en la presencia y cuantía de factores de riesgo aislados (hipertensión, diabetes, dislipidemia).

La población de adulto y adulto mayor es de 8179 personas, de las cuales 7012 personas no presentan ninguna patología cardiovascular y 1.167 personas presentan alguna patología cardiovascular, lo que equivale a 14%. Lo cual demuestra que el mayor porcentaje de nuestra población es sana. Con la cual se debe intervenir en la realización de EMPA para la detección temprana de factores de riesgo cardiovasculares.

De enero a agosto de este año, se realizaron 276 EMPA a hombres de entre 20 y 44 años, y 226 a mujeres entre 45 y 64 años, dando un total de 502 EMPA.

Del total de la población cardiovascular que son 1.167 personas, se observa que 845 personas son hipertensas, de esas personas 575 son mujeres y 270 son hombres. Con respecto a las personas con diabetes son 406 y de las cuales 253 son mujeres y 153 son hombres, en relación a la dislipidemia 513 personas poseen esta patología, 366 son mujeres y 147 son hombres. La cantidad de personas que ingresaron al programa cardiovascular es de 68 en total, de las cuales 50 corresponde a hipertensos, 28 a diabéticos y 25 a dislipidemia, se observa en relación a la cantidad de personas ingresadas en su mayoría son mujeres, tendencia que se mantiene del año pasado y que el menor ingreso es en Dislipidemia.

En comparación con el año 2013 en cuanto a los ingresos al Programa de Salud Cardiovascular, se observa que hay cambios en las tendencias. Siendo mayoritariamente por Hipertensión, luego le sigue Diabetes y por último Dislipidemia.

De los 4 riesgos cardiovasculares el que presenta mayor tendencia es el riesgo "moderado" con un 60% que equivale a 708 personas, y el que presenta menor tendencia es el riesgo "bajo" con un 8% que equivale a 98 personas, lo cuales se puede deber a que hay factores como la obesidad y la obesidad abdominal que aumentan en un 5% el riesgo si es que la persona lo presenta pasando inmediatamente a moderado. Tendencia que se mantiene del año anterior.

Del total de personas diabéticas que se encuentra en el programa cardiovascular que son 406, el 15% se encuentran en tratamiento con insulina. De estos la mayoría (63%) son mujeres. Tendencia mantenida desde 2013.

❖ **Programa Cardiovascular en Adultos Mayores**

Del total de adultos mayores que son 1035, solo 225 presentan su EMPAM al día que equivale a un 21% y 810 no lo tiene realizado que equivale a un 78%.

De los 225 adultos mayores evaluados con EMPAM, 145 presentan autovalencia sin riesgo, de esos 99 son mujeres y 46 son hombres, con respecto a adulto mayores autovalentes con riesgo son 69 y de estos 19 son mujeres y 50 son hombre; y adultos mayores con riesgo de dependencia son 11, de los cuales 3 son mujeres y 8 hombres. En cuanto a los que presentan algún grado de dependencia, la mayoría son femeninos; los adultos mayores con dependencia leve son 15 de los cuales 7 son mujeres y 8 hombres, con dependencia moderada son 10 de los cuales 4 son hombres y 6 mujeres, dependientes severos son 14, de los cuales 11 son mujeres y 3 son hombres.

❖ **Programa Cuidados Domiciliarios**

En este programa se encuentran insertos los pacientes que se encuentra con un grado de dependencia según la escala de Barthel, que pueden ser dependientes leves, moderados, graves y totales, sin importar la edad la persona.

Dentro del Sector 3 la población de pacientes en cuidado domiciliario es de 39 pacientes, de los cuales 15 presentan dependencia leve, 10 presentan dependencia moderado, 14 con dependencia severa. A la fecha, el año 2013 el sector contaba con misma cantidad de pacientes, lo que no quiere decir que no ha habido flujo en ingresos y egresos en este programa.

❖ **Evaluación de Sobrecarga del Cuidador según escala de Zarit.**

Durante el periodo de enero a septiembre de 2014 se realizaron 20 evaluaciones a cuidadores a través de la Escala Zarit, siendo que, se identificó: 15 sin sobrecarga, 03 con depresión leve; 02 con depresión severa;

De los identificados con depresión se deriva el 100% a control con psicóloga.

❖ **Usuarios egresados del el Programa Cuidados Domiciliarios.**

Durante el periodo de enero a septiembre de 2014, egresaron 19 usuarios, de los cuales fueron 11 fallecidos, 5 traslados y 3 altas. Se observa un aumento con relación al mismo periodo del año 2013, periodo en que se egreso 12 usuarios, siendo 7 por fallecimiento.

❖ **Familias con integrantes en cuidados domiciliarios y situación de atención post terremoto.**

Durante el primer semestre del año en curso, siendo principalmente durante el mes de abril, por situación de contingencia post terremoto, el equipo de cabecera del sector 3, realiza contactos telefónicos y visitas domiciliarias de contención y apoyo a 100% de las familias con integrantes en condición de dependencia con el objetivo de conocer situación pos catástrofe, brindar apoyo psicosocial y realizar derivaciones en caso que así lo ameritara.

Además de eso se pudo contar con apoyo y contención emocional por parte del grupo de voluntariado "Acompañando con amor", quienes realizaron visitas a estas familias y pudieron no solo entregar amor y contención sino ser un permanente nexo entre las familias y el equipo de cabecera.

❖ **Consultas de Salud Mental Ciclo Vital Adulto.**

Durante el periodo junio 2013 a agosto 2014 se realizaron 277 ingresos en el rango de edad que abarca desde los 20 a 64 años, de los cuales el 82% son mujeres y 18% varones.

Observamos que las patologías que presentan más ingresos son los cuadros de ansiedad 39% depresión moderada con un 33%, le sigue el diagnóstico de depresión leve con un 16%, violencia género 4%, depresión grave y depresión post parto con un 2% cada una, y consumo riesgoso OH, consumo riesgoso drogas, otra sustancia como droga principal y depresión bipolar con 1% cada una.

En este rango etario resulta interesante que los trastornos ansiosos pasaron a ocupar el primer lugar de los ingresos desplazando a la depresión moderada, esto puede obedecer, como también se aprecia en otros rangos de edad, al efecto del terremoto en la población.

❖ **Consultas de Salud Mental Ciclo Vital Adulto Mayor.**

En el caso del adulto mayor correspondiente al rango de 65 años y más, en el periodo comprendido entre junio y agosto de 2014, se constatan 25 ingresos, correspondiendo estos a 84% de mujeres y 16% varones.

De dichos ingresos la patología de salud mental más significativa es la depresión moderada y trastorno de ansiedad, cada una con un 32% de los ingresos. Depresión leve 6% Las otras patologías observadas, pero con un número poco significativo de ingresos son: violencia de género, consumo riesgoso de alcohol y trastorno bipolar.

Parece extraño verificar que siendo este un grupo de alto riesgo, debido al deterioro normal en su salud por el envejecimiento, a las dificultades de su participación en actividades sociales por esta misma causa, problemas económicos derivados de su jubilación o pensión o alejamiento de la familia, las consultas o ingresos en el programa sean escasos. Pero aun que escasos, se observa un incremento significativo en relación al año anterior que fueron de 6 ingresos.

❖ **Consultas sociales Programa Adulto y Adulto Mayor**

Durante el periodo de enero a septiembre de 2014 se realizan **525** consultas sociales relacionadas al Programa Adulto y Adulto Mayor, lo que equivale un **43%** del total de consultas sociales realizadas por la trabajadora social del sector 3. Siendo que **32%** fueron realizadas a adultos de 20 a 59 años, y un **11%** a adultos mayores de 60 años y más. Se observa un aumento de 56% de consultas realizadas durante el año 2014 en comparación al año 2013 del referido programa.

Aumento que podría estar directamente asociado a la catástrofe vivida en Iquique durante el primer semestre del presente año, lo que trajo una alta demanda por consultas sociales relacionadas a los servicios, beneficios e instituciones sociales relacionadas.

❖ **Derivaciones a otras Redes Sociales.**

Durante el periodo de enero a septiembre de 2014 se realizan **78** derivaciones formales a redes sociales, ultrapasando el doble de las derivaciones formales realizadas durante el año 2013 (30) siendo las principales:

| | | |
|--|---|----|
| - Departamento de Acción Social Municipalidad de Iquique | - | 12 |
| - PRODEMU | - | 10 |
| - FOSIS y Programa Mujer Jefa de Hogar | - | 07 |
| - Programa ORASMI | - | 06 |
| - Consultorio de Asistencia Jurídica UTA | - | 05 |
| - Jardín Infantil Altos del Mar | - | 05 |
| - SERVIU | - | 04 |

- Departamento de Ficha Social Municipalidad de Iquique - 03
- Centro de Encuentro de Adulto Mayor (CEAM) - 03
- Colegio Latino Americano y OPD - 02
- Departamento de Extranjería y Migración - 02
- Centro de la Mujer y Servicio de Salud - 02
- Centro de Mediación, Hogar San Vicente de Paul, SENADIS - 01
- Departamento Discapacitado Municipalidad, SENAMA - 01
- FONASA, Tribunal de Familia y Reiki UTA - 01
- Otros.

El equipo de cabecera del Sector 3 trabaja coordinado con la dupla psicosocial, derivando a consultas sociales todas las personas detectadas con necesidades de derivaciones a otras redes sociales.

Se puede observar trabajo intersectorial y coordinado por parte del equipo Sector 3 y redes sociales.

. 5.4 - SECTOR 4

El Sector 4 comprende 3 Unidades vecinales y además también a la población que vive fuera de la zona correspondiente al Cesfam Sur.

El sector comprende alrededor de 16.310 personas, de las cuales las que pertenecen dentro del sector corresponden a 7886 personas que corresponden a 3438 familias distribuidas en las siguientes unidades vecinales:

U.V. 60 Huantajaya 1

U.V. 61 Altos del Pacifico

U.V. 63 Huantajaya 4

El sector cuenta con una diversidad en cuanto a su población, tanto en grupos etáreos, como en nivel socioeconómico, destacándose la clase media, también tiene dentro de sus usuarios a la población fuera de la zona del Cesfam en donde son alrededor de 8424 personas que corresponde a 4794 familias, según el sistema rayen con corte Septiembre 2014.

Debido a lo extenso de la población del sector que impide una adecuada aplicación del modelo de Salud Familiar, por el aumento constante de la demanda se dificultan los procesos de seguimiento y abordaje integral de gran parte de los casos lo que implica además un desgaste en el equipo del sector, no contando la mayoría del tiempo con el equipo multidisciplinario por reiteradas licencias y permisos legales, además por el agotamiento de atender las demandas del extenso número de usuarios es por lo que durante el año en curso se tomó la iniciativa de redistribuir la población en un 5° sector quedando conformado por todas aquellas familias que han elegido al CESFAM como su establecimiento de atención pero que no viven en el sector geográfico y el sector 4 se hace cargo de las unidades vecinales N° 60,61 y 63 y la población de Alto Hospicio.

Esto involucra todo un reto para el próximo año con respecto a la modalidad de atención y seguir estudiando todo el proceso ya que está en marcha blanca para lograr un buen trabajo tanto interno como externo, es decir al servicio de la comunidad.

✓ SALUD FAMILIAR

Cabe destacar que el Sector 4 comprende gran parte de la población inscrita del Cesfam Sur, lo que significa una alta demanda de atención y un Equipo de salud reducido por lo cual las atenciones no son cubiertas en su totalidad de acuerdo al enfoque de Salud Familiar .Las prestaciones referentes a visitas domiciliarias, recurso importante en el momento de evaluar contextualmente las problemáticas de salud, no se encuentran cubiertas en la población fuera de sector, solo en casos que requieran de supervisión más directa o a consultantes que participen en el Programa Chile Crece Contigo, lo que también dificulta los procesos que se enmarcan en el Modelo de Salud Familiar. Debido a esto se han generado propuestas referidas a la implementación de un nuevo sector que permita orientar sus prestaciones más cercanas al modelo con una población más pequeña y que permita la implementación de estrategias más efectivas de intervención.

❖ GRUPO DE RIESGO

La población de riesgo se encuentra constituida por familias con gestantes adolescentes con dos o más factores de riesgo biopsicosocial según pauta EPSA. El objetivo del trabajo con esta población de riesgo es promover un abordaje integral de las dimensiones de la gestación de la adolescente, favoreciendo conductas de autocuidado que permitan potenciar una mejor calidad de vida en esta etapa, a través del acompañamiento psicoafectivo, educativo y formativo.

El inicio precoz de la actividad sexual se relaciona con el embarazo adolescente, considerado una problemática social, que tiene como consecuencia, falta de oportunidades y aplanamiento de las perspectivas futuras de vida de la adolescente embarazada, su hijo (a) y su familia.

Actualmente se encuentran en seguimiento 12 gestantes adolescentes menores de 19 años, las cuales presentan sus carpetas con los compromisos de trabajo, planes de cuidados y estudios de familia.

La evaluación en el ingreso a programa prenatal según pauta EPSA arroja indicadores prevalentes de problemáticas tales como: ingreso a control prenatal posterior a las 20 semanas, edad menor a 17 años 11 meses, conflictos con la maternidad, insuficiente apoyo social o familiar, síntomas depresivos, uso o abuso de sustancias tóxicas y violencia de género, siendo los que más se repiten factores relacionados a vulnerabilidad social como hacinamiento, precaria situación socioeconómica y conflictos con la maternidad, lo que se explicaría por la etapa del ciclo vital en la que se encuentran caracterizada por labilidad emocional e impulsividad y por la resistencia a modificar patrones de conducta,, etc. Un índice del 42% de las gestantes presentan residencia dentro del sector y un 58% residen fuera del sector.

❖ Tarjetero de Salud Familiar

Se realizan estrategias significativas con respecto al orden del tarjetero, el cual actualmente se encuentra ordenado según un número de folio, y cuyo registro se encuentra en una planilla ubicada en el servidor con los datos personales de la familia y sus direcciones. Cada tarjeta tiene asignado un número de folio, con la cual se presenta un fácil acceso al tarjetero y a la implementación y orden de las consultas diarias.

CICLO VITAL DEL NIÑO

La población infantil menor de 10 años inscrita a Septiembre del 2014 en el CESFAM SUR es de 7063 niños de los cuales 2845 corresponden al sector 4 , lo que representa un 40% de la población total infantil, de la cual un 51% corresponde a la población masculina y un 49% a la población femenina. Cabe destacar que la población infantil correspondiente a la población dentro del sector representa un 40% del total que se suma a la población infantil fuera de sector correspondiendo a un 60%). El 92% están afiliados a FONASA.

El mayor porcentaje de niños inscritos son escolares entre 6 a 9 años 11 meses y 30 días, representan el 51% del total de niños del sector (1470) seguido por los preescolares con un 35% del total (1105, situación que manifiesta la necesidad de la comunidad de educación y orientación con respecto a la mantención de la salud de la segunda infancia. Los menores de 2 años corresponden a 475 niños y el menor número pertenece a los menores de 0 a 1 mes con 39 niños.

Nuestra población bajo control en Septiembre del 2014 es de 1033 niños y representa un 36% de la población infantil bajo control total (2860 menores) del CESFAM Sur, vale decir la mayor población infantil bajo control. Entre las características de la población infantil bajo control podemos destacar que el sexo masculino es levemente predominante con un 51% de la población.

Un 29% de nuestra población infantil está entre los 6 a 9 años de edad, seguido por los preescolares de 2 a 3 años con un 13% y de 4 años de edad con un 9% del total lo cual acentúa la necesidad de crear estrategias promocionales y anticipatorias en dichas poblaciones con la

interacción de las redes comunitarias que intervienen en el desarrollo psicosocial de los preescolares y escolares. A nivel de CESFAM el sector rojo tiene el mayor número y porcentaje de inasistentes con un 36%, a nivel del sector rojo tenemos un 61% de inasistencia (790 niños), De acuerdo al análisis por edad, el grupo con mayor inasistencia corresponde al de 6 a 9 años con un 100% (296 inasistencias), siguen los niños de 3 años con un 84% y en tercer lugar el grupo de 2 años con un 83 %, en general en todos los grupos existe un elevado porcentaje de inasistencia. Es meritorio aumentar los esfuerzos por abordar esta población ya que es un número alarmante de niños que no están recibiendo su atención en salud.

Cabe señalar las diferencias psicosociales de la población infantil del sector 4, siendo más vulnerable y demandante los que habitan fuera del sector, debido al terremoto del 1 de abril del 2014 el equipo se organiza para la realización de visitas domiciliarias a las poblaciones más afectadas: DUNAS 1 y Condominio Pablo Neruda, la mayoría de las familias en primera instancia se trasladaron a nuevos hogares temporales o carpas, y actualmente habitan en modo de arriendo o de allegados en otro domicilio o en ayudas habitacionales temporales las cuales favorecen el hacinamiento, sin embargo existe un número menor de familias que han retornado a sus hogares inhabilitados para habitarlos por lo cual genera un problema a tratar, a las familias se les educa sobre los riesgos de habitar sus hogares no aptos para este fin y las ayudas sociales que están disponibles.

❖ **Natalidad**

La tasa de natalidad bruta y tasa de fecundidad han mostrado un comportamiento decreciente, lo que sumado a un aumento en la esperanza de vida al nacer, da cuenta del proceso de envejecimiento de la población chilena; nacen menos niños y niñas, cada mujer en edad fértil tiene en promedio 1,85 hijos/as, pero los/as recién nacidos/as son más longevos que sus generaciones anteriores. A nivel regional hemos decrecido nuestra tasa de natalidad de 22.3 en 1990 a 17.92 nacimientos por mil habitantes, destaca que un 16% de las madres son menores de 20 años mas alto que el porcentaje nacional de un 15%.

Según el tarjetero infantil del sector 4, 74 niños recién nacidos ingresaron a dicho sector, un promedio de 8 niños por mes y en donde abril fue el mes con mayor número de ingresos el cual fue de 15 niños.

❖ **Mortalidad**

Durante Octubre 2013 a Septiembre del 2014 la mortalidad neonatal corresponde a 7 neonatos, de los cuales 2 fallecen por poli malformaciones, 3 fallecen por prematuridad extrema (no guardan relación con evento sísmico), 1 fallece por TORCH asociada a Sífilis materna y 1 fallece a causa de condiciones habitabilidad desfavorables post terremoto (observación asfixia en primera instancia).

❖ **Morbilidad**

Según la Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2006, la causa de morbilidad crónica más frecuente en menores de entre 0 a 9 años son las enfermedades respiratorias crónicas, la segunda causa de morbilidad difiere según el rango etario, siendo para los menores de 5 años las causas asociadas a la prematuridad y en aquellos de 5 a 9 años los problemas de visión. Destacan también para ambos grupos, los problemas de la piel por más de 6 meses, el trastorno por déficit atencional y otros problemas crónicos.

Solo se cuentan con datos de morbilidad específicos para enfermedades respiratorias y a nivel CESFAM ya que las cifras no están sectorizadas, el mayor número de consultas por otras morbilidades en menores de 9 años fue en el mes de junio lo cual coincide también con un mayor número de consultas IRA alta y SBO, el otro mes con mayor consulta por otras morbilidades es el de abril continuo julio y enero con 114, 76 y 69 consultas respectivamente.

Al analizar el número de interconsultas de los niños y niñas se observa que no toda la información esta sectorizada se pesquisan hasta septiembre 2014, 2 casos de sospecha de cardiopatía congénita y 2 casos de estrabismo, en su mayoría las interconsultas corresponden al área oftalmológica, dental, traumatológica (pie plano principalmente), neurológica Y/O psiquiátrica, cirugía infantil y otorrinolaringológica en dicho orden de demanda. El mayor número de pacientes menores de 9 años en lista de espera corresponde al área traumatológica.

❖ Desarrollo psicomotor (DSM)

Durante el presente año se han pesquisado 7 menores con déficit del desarrollo psicomotor, todos del sexo masculino, 6 niños con riesgo de los cuales un 50% dado de alta y 1 niño con retraso el cual ya fue dado de alta, A diferencia del año 2014 en su mayor parte pertenecen a unidades vecinales fuera de sector con un 83%. Con respecto a los niños detectados con rezago fueron 5 de los cuales el área afectada corresponde a la motora, 4 de los menores pertenecen a unidades fuera de sector.

❖ Niños, niñas con necesidad especialidad de atención en salud (NANEAS)

El grupo de niños y niñas con necesidades especiales ha ido aumentando en las últimas décadas, producto de los cambios epidemiológicos y avances tecnológicos. A nivel nacional no se conoce la prevalencia ni las características específicas de este grupo, sin embargo, la Encuesta de calidad de vida y Salud muestra que los problemas crónicos más frecuentemente reportados en menores de 15 años son: La enfermedad respiratoria crónica (15,7%), los problemas de visión (8,9%) y los problemas derivados de la prematurez. Hasta Septiembre del 2014 la población bajo control presenta 2 niños con cardiopatía congénita derivados a atención de especialidad, 2 casos de estrabismo, no hay casos de radiografías de pelvis alteradas.

❖ Etnia

El Sector 4 cuenta una variedad de etnias las cuales tienen una prevalencia del 4%. De estos la Etnia Aymara es la que predomina con 29 pacientes, le sigue la Etnia Mapuche con 8, la Etnia Diaguita y Quechua con 4 pacientes cada una y solo 1 paciente que pertenece a otro tipo de Etnia. Conocer esta cifra nos acerca y permite crear estrategias de acercamiento a dicha población.

❖ Población infantil bajo control según tipo de lactancia

Se recomienda que el niño reciba leche materna en forma exclusiva durante los primeros seis meses de vida y que constituya parte importante de la alimentación hasta los dos años. La lactancia materna es la forma de alimentación que contribuye con mayor efectividad al desarrollo físico y mental del niño, proporcionándole nutriente en calidad y cantidad adecuadas.

La Sexta Encuesta Nacional de Lactancia Materna es la primera realizada con posterioridad a la entrada en vigencia de la Ley 20.545. Sus resultados muestran que el 56,3% de las madres declara lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses o más. En relación a la edad de la madre,

se observa que la prevalencia es significativamente más alta en los grupos de 25 y más años alcanzando un 59,1%, en comparación con el grupo de 24 años y menos que logra un 52,4%. El grupo cuya cifra es más alta se registra entre mujeres de 31 a 35 años, con un 60,3%.

Geográficamente, las regiones con mayor prevalencia de lactancia materna exclusiva declarada son la Región de O'Higgins, con un 65%; y la de Antofagasta, con un 62%. En el otro extremo, las regiones con menor prevalencia son la de Arica – Parinacota, con un 44%; y la de la Araucanía, con un 46%.

El sector 4 al primer mes de vida un 65% de los niños y niñas tiene LME, al tercer mes de vida baja a un 61%, en el sexto mes es de un 55% y al año de vida los niños mantienen la lactancia materna en un 63% en promedio. Dichas cifras están por debajo de la encuesta nacional por lo cual se hace necesario monitorear la efectividad de las estrategias implementadas como clínica de lactancia en el primer control del niño, al mes de vida y en forma espontánea, y sobre todo pesquisar las brechas existentes para favorecer una LME.

Diagnostico nutricional

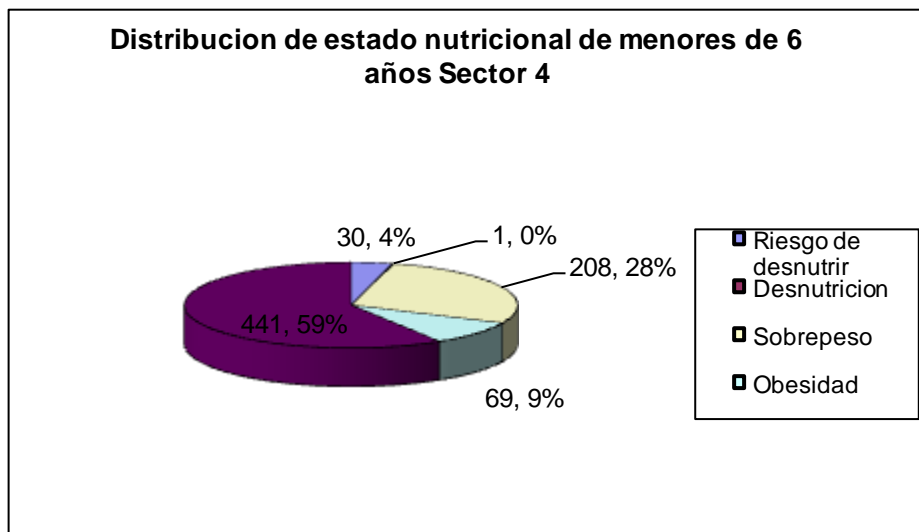
El sector 4 es el sector que cuenta con mayor cantidad de población inscrita dentro del CESFAM Sur, ya que incluye a la población que se encuentra fuera del sector geográfico que toma el establecimiento, lo cual muchas veces dificulta la asistencia a los menores a control según cronograma del programa infantil.

Cuenta con una población bajo control de 890 niños menores de 9 años (según REM agosto 2014) y menores de 6 años 749 de los cuales de los cuales 30 de ellos se encuentran con un estado nutricional de riesgo de desnutrición correspondiente al 5%, mientras que el 0.13 % de ellos con desnutrición. El estado nutricional de malnutrición por déficit de la mayoría de los niños bajo control se debe a que son pequeños para la edad gestacional, los cuales se encuentran en control nutricional de manera mensual o cada 15 días, la mayoría con incrementos adecuados de peso, o delgados constitucional los que actualmente mantienen controles según cronograma normal con incrementos adecuados según edad.

Según la condición de malnutrición por exceso, el sector 4 presenta un 9.2% de los niños con estado nutricional de obesidad, tomando en consideración la meta de un 9,4% que se debería cumplir y un 27.7% de niños con estado nutricional de sobrepeso. Ambos grupos se encuentran en controles mensuales con nutricionista para mejorar hábitos alimenticios, sin embargo la disminución de este porcentaje generalmente se logra con la mantención del peso de los menores e incremento de talla normal.

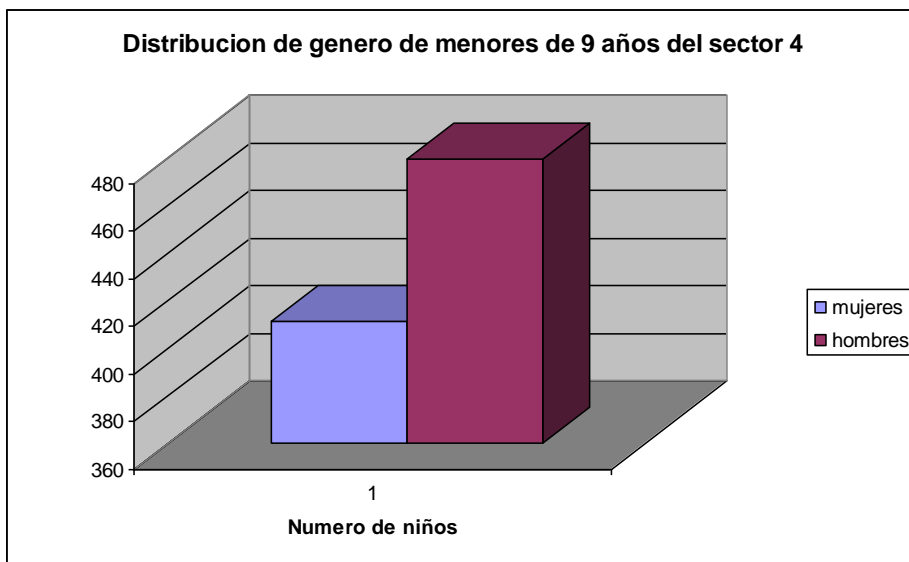
En estado nutricional normal se encuentra el 58.8%.

Grafico 1.



Según sexo el 46.17% de los menores bajo control menores de 9 años, son mujeres y el 53.8% son hombres.

Grafico 2.



En el caso de los menores que se encuentran bajo control por malnutrición por déficit, de los 31 en total, 27 son mayores de 6 meses correspondientes a PNAC de refuerzo con entrega de producto mi sopita de los cuales solo 8 retiraron el mes de agosto 2014.

❖ Salud Mental en el Ciclo Infantil

Desde el mes de Enero a Septiembre del año 2014 se realizaron 103 consultas de salud mental a niños entre 0 y 9 años en el sector 4 correspondiendo el 37,8% al género femenino y el 62,1% al género masculino. En la población infantil encontramos la prevalencia de problemáticas de salud mental referidas a trastornos del comportamiento y de las emociones con un 67,2% de los ingresos, seguido de trastornos ansiosos con un 20%. Un 10,8% de las consultas en total de salud mental corresponde a niños entre 0 a 9 años siendo los varones los que presentan una mayor tendencia (65% de las consultas de la población infantil), lo que se interpreta como un bajo porcentaje y lo que puede deberse a una débil pesquisa de problemáticas de salud mental en niños con una incipiente alza en atenciones con neurólogo. Así mismo esta baja demanda puede deberse a la intervención de otros proyectos o programas sociales del área infantil colaboradores de la red de SENAME (OPD, PIE, PIB, la red de justicia, etc.) que cubren la demanda infantil y que operan en distintos ámbitos del sector a nivel comunitario, barrial, educacional y familiar. Destaca el aumento en los trastornos del comportamiento y de las emociones, lo que podría explicarse por efectos colaterales del sismo acontecido en el mes de abril del presente año y que provoca importantes consecuencias psicológicas, que dependiendo de la edad del niño se pueden evaluar con mayor acuciosidad, pero que en resumen significan en los niños más pequeños, terrores nocturnos, descontrol de esfínter, necesidad de estar siempre acompañado y en niños más grandes se perciben cambios importantes en el comportamiento como agitación psicomotora y dificultad para prestar atención, conductas agresivas, por lo cual resulta de vital importancia que se contextualicen estos cambios y que se puedan entender como parte de un cuadro de stress agudo producto de estos eventos traumáticos.

Por otra parte se registran solo 1 caso de maltrato infantil considerando que la región de Tarapacá se constituye en la primera región que registra un alza en la tasa de la problemática social, lo que

igualmente indica la débil pesquisa que se realiza y que nos sugiere una mayor sensibilización y capacitación del equipo de salud con respecto a esta problemática y asimismo desmitificar la reticencia a realizar denuncias por lo engorroso del sistema y por lo cual se podría invisibilizar esta problemática .

❖ **Consultas Sociales Infantiles**

Durante el periodo de Enero a Septiembre de 2014 se realizan 102 consultas sociales infantiles a niños y niñas de 0 a 9 años, lo que equivale un 19% del total de consultas sociales realizadas.

Los principales motivos de las consultas fueron:

- Inscripción en CESFAM;
- Inscripción Control Binomio (Se trabaja en las consultas de gestantes respecto a importancia de control binomio)
- Educaciones parentales;
- Orientaciones judiciales;
- Informes Sociales; 1
- Informe a Tribunal de Familia; 2
- Derivaciones a redes sociales: Jardines Infantiles, OPD, Dideco, JUNJI
- Plan de cuidado para familias en riesgo
- Autorización a controles niño sano, por problemas en el sistema previsual de salud.
- Calificación carencia de recursos y otros.

Durante el periodo de enero a septiembre de 2014 se realizan 11 Visitas Domiciliarias Integrales, siendo 8 efectivas, a niños y niñas entre días de nacido y 9 años, éstas en su mayoría fueron realizadas por Dupla Trabajadora Social y Psicóloga, Kinesiólogo y matrona.

CICLO VITAL DEL ADOLESCENTE

En la adolescencia, los determinantes sociales de la salud y otras variables psicosociales del entorno próximo como el barrio, medio escolar, grupo de pares y familia comienzan a definir críticamente, las condiciones, decisiones y las consecuencias que éstas tienen para las etapas posteriores del desarrollo, por lo que abordar las temáticas de salud mental en este período resulta imperativo para los servicios de atención a adolescentes. Es en este momento de vida donde se realizan cuestionamientos y evaluaciones tan significativas como el sentido de pertenencia, de identidad, adaptación a cambios físicos, adaptación social, resiliencia, entre otros.

➤ **SALUD MENTAL CICLO VITAL ADOLESCENTES**

Las consultas en la población adolescente constituyen el 12,6%, de las consultas en total. Los diagnósticos más significativos se refieren a trastornos emocionales y del comportamiento en la infancia y la adolescencia (59,2%), seguido de trastornos ansiosos con un 22,2%, un 62,9% correspondería consultas efectuadas por el sexo femenino y un 37% por el sexo masculino. Cabe destacar que la etapa de la adolescencia implica profundos cambios que involucran inestabilidad emocional e impulsividad, búsqueda de identidad, que no es generalizable, no obstante desde nuestra cultura estos cambios se magnifican provocando en los adolescentes dificultad para adaptarse al medio y para la adecuada resolución de conflictos lo que provoca estados ansiosos y conductas evitativas importantes.

❖ Área social

El sector 4 es uno de los sectores con más población y con más demanda. Las consultas realizadas por infantil y adolescente (1 a 14 años) son la minoría, reflejando de esta manera la necesidad de fortalecer el trabajo familiar y comunitario de manera preventiva con los niños y adolescentes. El trabajo comunitario en nuestro sector es una meta a largo plazo ya que gran parte de la inasistencia la encontramos fuera de sector y las estrategias como por ejemplo activar redes como juntas vecinales y dirigentes, no las podemos concretar por la dispersión de nuestros inscritos. Algunas estrategias implementadas han sido focalizar las visitas domiciliarias del Programa Chile Crece Contigo a reencantar nuevamente a las familias y educar respecto a la importancia de los controles niño sano y controles joven sano, insertando algunos en talleres y derivando a los exámenes preventivos. De la misma manera se está coordinando el trabajo en la zona costera con aquellas familias que están inscritas en nuestro CESFAM Sur y que por acceso pierden la continuidad en la atención.

✓ CICLO DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVO

La población femenina del sector cuatro del CESFAM Sur cuenta con dos realidades distintas en su contexto socioeconómico y cultural, se pueden dividir en dos grandes grupos:

- Unidades vecinales N° 60, 61 y 63, con menor población inscrita, en algunas oportunidades acceden de manera paralela al sistema privado de salud, con nivel socioeconómico medio en su mayoría.
- Usuaris fuera de sector quienes presentan mayor demanda de atención. Población más vulnerable en relación al acceso, mayor riesgo de violencia, consumo de sustancias, mala nutrición, entre otras.

Si consideramos la población en edad fértil con la que contamos que es de 3812 mujeres, solo el 24.4% (932) se mantiene en control de regulación de fecundidad. De ellas 15 están en control PSCV por HTA o DM.

En cuanto a la etnia, teniendo como fuente las Estadísticas Sociales de los pueblos indígenas en Chile Censo 2002, en términos de proporciones, es decir, la relación entre la población indígena respecto de la población total, en la I° región, esta relación es la segunda más alta a nivel nacional (11,5%). Dentro de nuestra población bajo control de regulación fecundidad 42 usuarias manifiestan pertenecer a alguna etnia lo que corresponde a un 5% del total de usuarias bajo control regulación fecundidad, dato superior al año anterior en el cual solo 8 usuarias (0.93%) manifestaron pertenencia étnica. Esta diferencia se puede explicar por existir subregistro de pertenencia étnica de las usuarias bajo control, el cual se está mejorando paulatinamente a través de la anamnesis.

La población masculina bajo control de regulación fecundidad comprende el 0.1% (1 hombre mayor de 50 años). Lamentablemente la baja concentración de población masculina bajo control de regulación fecundidad es reflejo de la inequidad de género en relación a la responsabilidad que se delega a las mujeres en torno al cuidado de la salud sexual y reproductiva. Actualmente a través del programa del adolescente realizan talleres y consejerías de educación sexual y reproductiva en establecimientos educacionales para disminuir también esta brecha.

Nuestra población adolescente es de 1306 mujeres, de estas 142 (10.9%) son adolescentes bajo control en programa de regulación de fecundidad. Comparando misma información con año anterior en el cual la población adolescente bajo control correspondía al 9.1%, se puede inferir que los programas dirigidos a esta población a través del control joven sano, derriban la barrera en el acceso a prestaciones orientadas a la salud sexual y reproductiva. Según información obtenida del DEIS, a diciembre del 2012, la población bajo control, según método de regulación de la

fecundidad, correspondió a 1.339.444 personas entre 0 y 54 años. De estas, un 1% corresponden a adolescentes menores de 15 años (12.767), y un 12,9% a adolescentes de 15 a 19 años (172.850). De nuestra población bajo control de regulación fecundidad, un 0.8% (7) corresponden a adolescentes menores de 15 años, y un 14.5% (135) a adolescentes de 15 a 19 años. Gracias al programa adolescente se ha favorecido la difusión del control de regulación de la fecundidad y con esto el acercamiento y facilidad de acceso de los jóvenes al CESFAM, sin embargo es necesario continuar con este e implementar nuevas estrategias para bajar las cifras de padres adolescentes y aumentar nuestro acceso a esta población.

El Embarazo Adolescente a nivel país desde el año 2010 observa una disminución de un 10,4% respecto del año anterior, que correspondió a 16.3% los embarazos adolescentes del total de nacidos vivos en Chile el año 2009 y a 15.56% porcentaje embarazos adolescentes del total de nacidos vivos en Chile año 2010, tendencia que continua en descenso observándose para el trienio 2009-2012 una disminución del 19% correspondiendo a 14.42% los embarazos adolescentes del total de nacidos vivos en Chile el año 2012 (Análisis propio a partir de datos preliminares DEIS, 2013). En comparación nuestro sector este año presenta 13.3% de embarazos adolescentes respecto del total de gestantes, se observa una disminución 5.3% respecto del porcentaje de embarazos adolescentes al año anterior (18.6 %), y una disminución en relación al nivel nacional.

En el Sistema Público de Salud, a diciembre del 2012, la población bajo control de embarazadas, según edades, está representada por un 1,0% de menores de 15 años; 19,9% de 15 a 19 años; 66,9% de 20 a 34 años, 12,1% de 35 a 44 años y 0,2% de 45 y más años (Fuente: Elaboración Programa nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, según datos Deis- Minsal 2012). En comparación nuestro sector, a septiembre del 2014, la población bajo control de embarazadas, según edades, está representada por un 0% de menores de 15 años; 13.3% de 15 a 19 años; 72.0% de 20 a 34 años, 14.2% de 35 a 44 años y 0.4% de 45 y más años. En la tabla N°1 se comparan estos datos con el periodo de observación anterior.

| Tabla N°1. Distribución porcentual de ingresos a control prenatal, según grupo de edades en dos periodos de observación. | | | | | |
|--|----------|--------------|-------------|---------|-------------|
| Periodo de Observación | <15 años | 15 a 19 años | 20 a34 años | 35 a 44 | 45 o + años |
| Septiembre 2012 - agosto 2013 | 0,93% | 17,67% | 72,1% | 9,3% | 0% |
| Octubre 2013 - septiembre 2014 | 0% | 13,3% | 72% | 14,2% | 0,4% |

En relación a estos datos podemos decir que se ha reducido la cantidad de ingresos embarazos adolescentes, sobre todo los embarazos adolescentes precoces, comparados con el nivel nacional. No ocurre lo mismo en el otro extremo de los grupos etareos, presentando un incremento de los ingresos de gestantes tardías (gestante con 35 años o más) respecto del año anterior y del nivel nacional, fenómeno que se ha instalado en países desarrollados dado la postergación de la maternidad a causa de la mayor participación femenina en el mundo laboral, expectativas de desarrollo profesional y económico, o deseo de crecimiento personal. Estas son tendencias que influyen en el retraso de la llegada de un hijo y que aumentan riesgos biomédicos asociados a enfermedades crónicas no transmisibles, agravados por el estado de gravidez.

Tomando en cuenta el impacto que presenta el embarazo adolescente dentro del contexto en el cual se instala y su claro protagonismo en ciclo de pobreza, que parte con el embarazo en la adolescencia que influye en la falta de estímulo hacia los niñ@s y con esto mayor riesgo de retrasos en el desarrollo psicomotor, fracaso escolar, disminución de la posibilidad laboral y bajas condiciones de vida que impactan sobre la salud, desde el año pasado nuestro equipo de cabecera incorpora como grupo de riesgos a gestantes adolescentes con 2 o + riesgos psicosociales (EPSA), que correspondió a 30 gestantes adolescentes (13.3% del total de ingresos de embarazos a septiembre 2014). Como meta se ha propuesto evitar el segundo embarazo no

planificado en gestantes adolescentes, a lo cual se observa 1 caso de reingreso de gestante múltipara adolescente de un total de de 56 múltiparas adolescentes en seguimiento.

Respecto a los riesgos psicosociales que presentan las gestantes según EPSA, aplicado al ingreso, se encuentran en riesgo 70.7% del total las gestantes que ingresan a control prenatal, la mayoría de las gestantes califican con el factor N°9 (otros riesgos detectados) y se relaciona con el alto número de gestantes que viven en condiciones de habitabilidad alterada (allegamiento, hacinamiento, higiene, seguridad y otras como extranjeras en situación irregular), seguido del factor N°6 (síntomas depresivos por más de dos semanas) relacionado con la no planificación del embarazo (66.7% de estas gestantes) y el hecho de tener que aplazar proyectos en primera instancia. El trabajo en terreno con estas familias se dificulta por los continuos cambios de domicilio y el difícil acceso del equipo en relación a largas distancias que recorrer para realizar VDIs de gestantes que viven fuera del sector (fuera Zona Básica De Salud Dentro De Iquique, Alto Hospicio, Bajo Molle, Caleta Los Verdes, Fuerte Baquedano). En cuanto a los casos de VIF en gestantes a la fecha han ingresado 6 usuarias con este antecedente, y se han sumado 4 gestantes en la re evaluación de EPSA en el tercer trimestre, dato no muy alentador dado que a pesar del consejo y derivación a Centros especializados, tienden a normalizar conductas de violencia de género. Todas estas gestantes están bajo seguimiento del equipo y los casos más graves fueron derivados a la red. No se han detectado casos de violencia sexual con resultado de embarazo, gestantes en situación de calle o discapacidad.

La morbilidad y mortalidad materna y perinatal que presento el sector durante el periodo de observación que comprende de octubre 2013 a septiembre 2014 no fue favorable. Se destaca dentro del universo de ingresos a control prenatal, los siguientes casos de gestantes con factores de riesgos biomédicos:

- 2 gestantes portadoras de Enfermedad de Chagas (ambas controladas en hospital regional).
- 1 gestante adolescente en tratamiento por Leucemia en Santiago, la cual aborta feto de 21 semanas y ella fallece en septiembre del año en curso.
- Los egresos por aborto representan el 5% del total de egresos registrados durante el periodo de observación, no guardan relación con el evento sísmico.

La mortalidad perinatal estuvo dada por 7 neo mortinatos reportados en el sector, de los cuales 2 fallecen por poli malformaciones, 3 fallecen por prematuridad extrema (no guardan relación con evento sísmico), 1 fallece por TORCH asociada a Sífilis materna y 1 fallece a causa de condiciones habitabilidad desfavorables post terremoto (observación asfixia en primera instancia).

A causa del evento sísmico acontecido los primeros dos días de abril del año en curso, la cotidianidad de la población sufrió drásticos cambios. Los sectores damnificados pertenecen el su mayoría a población que habitaba el condominio Pablo Neruda y población Dunas I. Los habitantes de dichos lugares fueron evacuados de sus departamentos y se vieron en la obligación de pernoctar en carpas. Durante los primeros 2 meses post terremoto se realizaron VDIs de seguimiento a altas tempranas a púerperas y RN no reportándose nuevos incidentes dados condiciones de habitabilidad como el antes mencionado. En la actualidad la mayor parte de la población gestante vive en otro domicilio utilizando el subsidio arriendo o en mediaguas de emergencia. Sin embargo hay usuarios que se resisten a cambiar de domicilio y viven en departamentos declarados como inhabitables a sabiendas del peligro que corren (3 gestantes se tiene conocimiento que viven esta situación).

Se observa post terremoto un discreto incremento en el ingreso tardío posterior a las 20 semanas a control prenatal, el cual representa 4,4% de los ingresos totales (225) durante el periodo de

observación. Esta tendencia puede deberse al estado de la salud mental o priorización de las necesidades básicas que presentan las usuarias.

En relación a la pertenencia étnica en gestantes, se observa que del total de los ingresos, 15 usuarias refieren pertenecer a un pueblo originario lo que corresponde al 6.7% del total de gestantes. De este grupo 5 son de extranjeras (4 de Bolivia y 1 de Perú). En la tabla N°2 se entregan datos de gestantes con pertenencia a pueblos originarios.

| NACIONALIDAD | PAIS | ETNIA | SITUACION | EDAD | EN | EPSA |
|--------------|---------|------------------|-----------|------|----|----------|
| CHILENA | | AYMARA | | 29 | S | 0 |
| CHILENA | | MAPUCHE | | 20 | E | 6 Y 9 |
| CHILENA | | MAPUCHE | | 34 | O | 1 Y 5 |
| CHILENA | | MAPUCHE | | 23 | S | 9 |
| CHILENA | | SI | | 17 | N | 3 Y 9 |
| EXTRANJERA | BOLIVIA | AYMARA Y QUECHUA | REGULAR | 23 | S | 9 |
| CHILENA | | AYMARA | | 38 | O | 7 Y 9 |
| CHILENA | | MAPUCHE | | 42 | N | 0 |
| EXTRANJERA | BOLIVIA | QUECHUA | REGULAR | 34 | S | 2, 6 Y 9 |
| CHILENA | | AYMARA | | 20 | N | 0 |
| EXTRANJERA | BOLIVIA | QUECHUA | REGULAR | 33 | S | 0 |
| EXTRANJERA | PERU | AYMARA | REGULAR | 30 | N | 4 Y 9 |
| CHILENA | | AYMARA | | 15 | N | 3 Y 6 |
| CHILENA | | MAPUCHE | | 24 | N | 0 |
| EXTRANJERA | BOLIVIA | AYMARA | REGULAR | 27 | N | 9 |

Otro fenómeno que se observa entre las gestantes ingresadas a control es el aumento de la inmigración tanto de países vecinos (43 usuarias), como de países transcontinentales (4 usuarias). Entre los desafíos que implica la atención de usuarias inmigrantes se encuentra la adaptación sociocultural, lenguaje, situación migratoria, entre otras, lo que muchas veces dificulta el acceso y la atención óptima de la salud. En tabla N°3 se detalla países de origen de gestantes extranjeras ingresadas a control prenatal, pertenencia étnica, situación migratoria y entendimiento de idioma castellano.

| PAIS | GESTANTES | ETNIA | SITUACION MIGRATORIA | | IDIOMA |
|-----------|-----------|-------|----------------------|-----------|------------|
| | | | REGULAR | IRREGULAR | CASTELLANO |
| BOLIVIA | 21 | 4 | 15 | 6 | 21 |
| COLOMBIA | 5 | 0 | 1 | 4 | 5 |
| ECUADOR | 3 | 0 | 2 | 1 | 3 |
| INDIA | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| INDONESIA | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| PAKISTAN | 2 | 0 | 2 | 0 | 0 |
| PERU | 14 | 1 | 12 | 2 | 14 |

En el cuadro siguiente se presentan las derivaciones a los centros de especialidad del Hospital de Iquique.

| | UPC | UPM | UNACESS |
|---------------|-----|-----|---------|
| SECTOR CUATRO | 16 | 11 | 53 |
| CESFAM SUR | 47 | 50 | 120 |
| % | 34 | 22 | 44.2 |

Si consideramos que solo 42.6% de la población inscrita corresponde al sector cuatro, el número de usuarios derivados a nivel secundario en su mayoría corresponden al sector 4. Los cánceres de mama presentes en el sector se distribuyen de tal forma que una discreta mayoría se encuentra fuera de sector (total: 54.2%; fuera sector dentro de Iquique: 11 casos; A.H.: 2 casos), y dentro de la zona básica perteneciente al sector 4 tiene una distribución de 11 casos en total. Este año se ingresan 3 casos cáncer mamas y se egresa en abril un caso de dentro de zona básica de salud por fallecimiento. Llama la atención que del total de 24 usuarias con cáncer de mamas el 20.8% es menor de 45 años. Una usuaria presenta cáncer de mamas junto con cáncer cervicouterino. La mayoría de los cánceres cervicouterino se encuentran fuera de sector (75%; total 12 casos. Fuera sector Iquique: 9; A.H.: 1). El 16.7% de los casos de cáncer cervicouterino pertenece a la zona básica de salud (2). Durante el último año se registran 2 casos nuevos de cáncer cervicouterino actualmente ambos en seguimiento, el resto de las derivaciones corresponden a displasias leves o moderadas, además de algunos PAP atípicos.

Respecto a la incidencia de ITS, el 44.2% del total de las IC emitidas a UNACESS e ingresadas en SIGGES pertenecen al sector 4. El diagnóstico por el cual se derivan a UNACESS indicado en el tarjetero ITS mayormente es la condilomatosis (65.5%). En mujeres menores de 45 años se relaciona directamente con la incidencia de lesiones preinvasoras del cuello del útero también en estas edades, ya que las derivaciones a UPC por NIE I y II son a partir de los 19 años. En orden decreciente le siguen las derivaciones por Moluscos contagiosos que corresponden al 17.2%. Las derivaciones por Sífilis son 7.1%, y las por observación de Gonorrea son 6.9% del total de las derivaciones a esta unidad. Las derivaciones totales de gonorrea son 4 casos de los cuales el 75% corresponde a hombres. Las derivaciones por sífilis corresponden a 7 casos de los cuales 4 son gestantes. Las derivaciones de gestantes realizadas a UNACESS corresponden al 41.4% de las solicitudes de atención emitidas por el sector a esta unidad. De ellas las causas de derivación se listan en orden decreciente: primera causa es Condilomatosis (50%); segunda causa Molusco contagioso (33.3%); y la tercera causa es sífilis (16.5%). Importante destacar que la tasa de incidencia de sífilis el año 2012 fue la más alta a nivel nacional (79.7 x 100 mil hab. Fuente: departamento epidemiología, División de Planificación Sanitaria- Ministerio de Salud de Chile), a partir de lo cual se han reforzado las medidas de prevención y solicitud de pruebas de tamizaje hacia los usuarios/as.

En cuanto a la infección por VIH este año en el sector se presentaron 3 casos confirmatorios: 2 de sexo masculino derivados a UNACESS y un caso de sexo femenino gestante la cual fue derivada a UNACESS para realizar profilaxis, de la cual nace RN sero negativo.

❖ Consultas sociales SSR

236 Consultas sociales que equivale al 43 % son intervenciones realizadas a gestantes y puérperas, el trabajo con este grupo se enmarca dentro de un sector que tiene la mayor cantidad de gestantes, y considerando que el grupo de riesgo estaba focalizado en Adolescentes con dos o más riesgos psicosociales, por lo que existe un trabajo mantenido en el tiempo con la confección y evaluación de planes de cuidado, visitas domiciliarias integrales. Se realiza un trabajo especial con las gestantes trabajadoras dependientes en especial con el cumplimiento de los Derechos legales

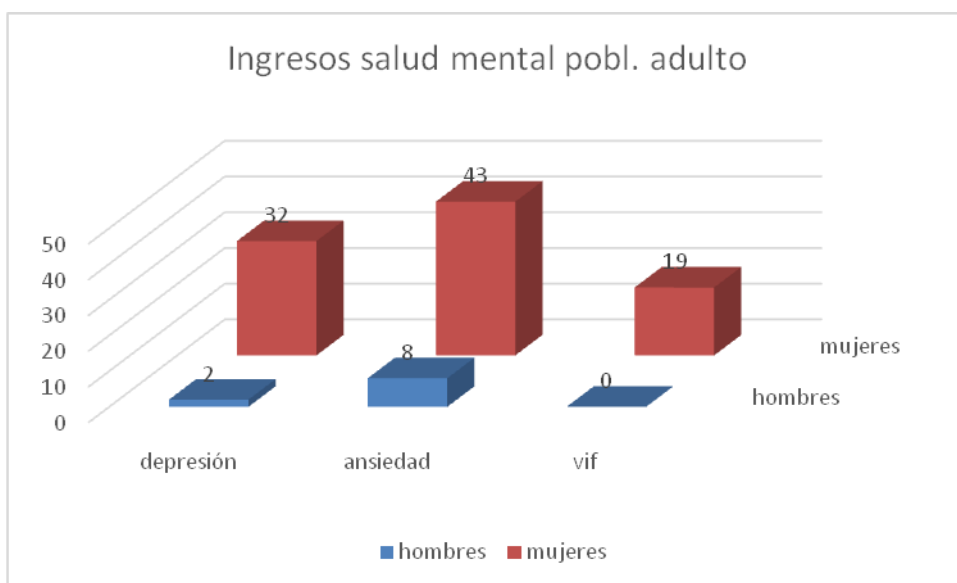
por maternidad, encontrando en el sector múltiples dificultades con el cumplimiento de los beneficios legales de la maternidad respecto a los empleadores, orientando y realizando en su mayoría derivaciones a Inspección del Trabajo.

Tras el terremoto ocurrido en Abril del presente año, se realizan 8 Visitas Domiciliarias efectivas a gestantes y 6 Visitas a Puérperas, en especial en aquellas áreas damnificadas pertenecientes al sector, como el sector de las Dunas 1, Bajo Molle, ex Ballenera, donde se vieron afectadas las viviendas, debiendo algunas gestantes y sus familias pernoctar por algún tiempo en carpas ubicadas en los sectores aledaños o en canchas habilitadas por la emergencia, esa situación a medida que ha transcurrido el tiempo se ha intentado normalizar, donde por parte de las autoridades competentes han sido reubicadas estas familias en casas de emergencias o con los subsidios de arriendo o de allegados.

Se realizan 45 Visitas Domiciliarias Integrales efectivas relacionadas con gestantes y puérperas, 2 a otras mujeres. Estas visitas realizadas en Dupla pudiendo ser con Matrona, psicóloga o Kinesiólogo en el marco del Programa Chile Crece Contigo. Las visitas en su mayoría se realizaban en horario de extensión (día sábado), ya que los días de sector por la lejanía geográfica, al atender a usuarios fuera del sector, ocupando bastante tiempo en el traslado.

❖ Salud mental en Ciclo Adulto y Adulto Mayor

Se realizan 620 consultas de la población adulta comprendida entre las edades 20 a 64 años en salud mental, representando un 65% de las consultas en su totalidad. De los ingresos del presente año encontramos entre los diagnósticos más frecuentes a trastornos de ansiedad con un 36,9%, Depresión moderada con un 24,6%, Violencia intrafamiliar con un 13,7% y trastornos mixtos con un 14,2%. Se destaca un 85,5% de las ingresos correspondientes al sexo femenino y un 14,4% al sexo masculino.



Depresión 24,6% Ansiedad 37,9% VIF 13,7%

Resulta importante considerar que nuestro sector presenta diversidad de situación socioeconómica. Un gran porcentaje de la población dentro del sector corresponden a clase media y con un buen nivel educacional, no obstante esto se diversifica con la población que se encuentra fuera del sector y lo que intensifica a su vez las problemáticas de salud mental como la depresión que se deriva de condiciones socioeconómicas adversas como la cesantía, hacinamiento, escasa cobertura de necesidades básicas, sobreendeudamiento. De acuerdo a esto, el contextualizar las problemáticas es de vital importancia, ya que la intervención de un equipo multidisciplinario en la

atención de estos pacientes permite un despliegue de posibilidades que permite la inclusión a programas sociales y oportunidades laborales. La idea igualmente es trabajar en red con la municipalidad y otros organismos colaboradores.

Por otra parte la diferencia de la consulta entre ambos géneros casi siempre se encuentra referida a la imposibilidad de asistir con frecuencia por parte de los hombres ya que trabajan y no pueden abandonar sus actividades laborales pero también se puede explicar que culturalmente los hombres manifiestan resistencia a la atención en sistemas de atención médica porque evitan mayores conflictos que pudieran surgir de permisos laborales reiterados y acuden solo cuando aparece el daño, esto se transforma en un antagonista en el momento de aplicar el modelo.

Igualmente debemos considerar el bajo porcentaje de consulta de casos por consumo de alcohol y sustancias, con un 5%, lo que podría indicar problemáticas en la pesquisa o dificultad para la personas para asumir dicha problemática. Es por ello que se constituye como elemento principal implementar programas de apoyo en esta problemática en atención primaria de acuerdo a los convenios establecidos, con la participación de un técnico o monitor que realice talleres de prevención de drogas o que aborde los consumos ocasionales. Asimismo cabe destacar la débil pesquisa de la problemática social referida a violencia intrafamiliar, ya que se percibe la normalización de la violencia psicológica por lo cual no se percibe como un diagnóstico por si sólo si no más bien se aborda desde la patología de la depresión por lo cual el abordaje terapéutico podría ser distinto si no se consideran estos elementos por lo cual tenemos índices disfrazados en lo que significa un diagnóstico de violencia. Debemos entender además, con los sismos vivenciados hace pocos meses atrás, se han originado una serie de transformaciones profundas en lo que se relaciona a cambios de residencias, desarticulación de las familias, por los daños en sus viviendas, que significaron una migración masiva a otros sectores de la ciudad y perder el sentido de barrio y rutinas establecidas, lo que implica trastornos adaptativos importantes que desencadenan importantes niveles de stress y crisis de pánico, propias de estos cuadros ansiosos. El impacto social que han tenido estas vivencias ha sido relevante, considerando que aún se mantienen la alerta por la posibilidad de un sismo mayor lo que sostiene un nivel de angustia permanente. Igualmente esto ha llevado a potenciar la idea del autocuidado de los Equipos de Salud que han debido enfrentar a diario estas problemáticas sin un soporte adecuado a las exigencias y que los han llevado a capacitarse en áreas que no estaban cubiertas como la atención en Emergencias y desastres. Con esto entender que los equipos de salud están conformados por personas que vivenciaron los mismos hechos y que sin embargo han seguido trabajando en la marcha sin realizar análisis alguno de sus vivencias y que a largo plazo podrían desencadenar otras patologías.

Las consultas en salud mental por la población adulta mayor significan un 11,3% de las consultas de salud mental, correspondiendo un 85,1% a mujeres y un 14,8% a hombres. Entre las patologías más frecuentes encontramos a depresión moderada con un 44,4%, y a los trastornos ansiosos con un 27,7%. Resulta importante considerar en este punto que un porcentaje importante de los pacientes con depresión presentan patologías cardiovasculares por lo cual aquellas depresiones de larga data o refractarias a tratamiento debemos analizarlas con mayor cautela y revisar tratamientos farmacológicos de estas patologías cardiovasculares, ya que entre los efectos secundarios de algunos medicamentos sobre todo para el tratamiento de la hipertensión se encuentran algunos que causan depresión.

❖ **Consultas sociales Programa Adulto y Adulto Mayor**

Durante el periodo de enero a septiembre de 2014 se realizan 186 consultas sociales relacionadas al Programa Adulto y Adulto Mayor, lo que equivale un 33,7% del total de consultas sociales realizadas. Siendo 84% realizadas a adultos de 20 a 64 años, y un 16% a adultos mayores de 65 años y más.

También se realizaron 47 Visitas Domiciliarias Integrales, 8 Informes Sociales, y 84 Consejerías Individuales.

Tras el terremoto ocurrido en Abril del año en curso, se realiza por parte de la Dupla Psicosocial del sector 4 Visitas domiciliarias Integrales a gran parte de los usuarios pertenecientes al Programa de Cuidados Domiciliarios, dando prioridad a los casos más complejos, en especial a aquellos que no contaban con cuidadores estables o permanentes, se realizaron 20 Visitas a una semana del terremoto, donde la dupla se dedico exclusivamente en realizar levantamiento de necesidades y contenciones en crisis en Adultos y A Mayores con dependencia y a cuidadores. El terremoto paralizo gran parte del sistema laboral en la ciudad y también dejó sin vivienda a muchas familias por lo que en las visitas encontramos a familias allegadas donde también se realizó intervenciones. Se identificaron necesidades e informes fueron entregados a CORMUDESÍ.

5. 5- SECTOR 5



Como se comentó anteriormente se re-sectorizó y durante el presente año se conformó el 5° sector con su equipo de cabecera el cual se encuentra funcionando en forma piloto desde el mes de octubre.

5.5.- Emergencias y Desastres en la Atención Primaria de Iquique

Evaluación por Contingencia

Introducción:

La comuna de Iquique, cuenta con un Plan de Emergencia y con un Comité Operativo de Emergencia, conformado por los asesores del Departamento de Salud y Directores de CESFAM, este comité sesiona mensualmente y desde el Terremoto del año 2005 se ha ido organizando y preparando para enfrentar cualquier situación de emergencia.

Objetivos Plan de Emergencia:

- 1.- Establecer una organización interna que permita coordinar acciones tendientes a preservar la integridad de los recursos humanos y materiales en las instalaciones de la empresa.**
- 2.- Velar por la salud de la comunidad, a través de una gestión estratégica planificada, de acuerdo a los recursos físicos y posibilidades con las cuenta la organización post evento.**

Entre las principales estrategias implementadas en la Atención Primaria, encontramos:

1. Reunión mensual de COE.
2. Envío mensual con instrucciones básicas para enfrentar emergencias, a cada miembro del COE, vía correo electrónico.
3. Toda modificación y actualización de los Planes de Emergencia es participativa y es presentado al personal de salud y a los Consejos de Desarrollo local comunitarios.
4. Cada Centro de Salud cuenta con su Plan de Emergencia.
5. Cada Centro de Salud cuenta su COE.
6. Cada Centro de Salud cuenta con comité Paritario.
7. Cada Centro de Salud cuenta con Protocolo de Emergencia, el cual incluye Sistema de alarma a través de sirenas (atención de urgencias, incendios, sismos, otros), lo anterior forma parte además de nuestro proceso de acreditación.
8. Implementación de contenedor de emergencia en Cesfam Aguirre (zona de seguridad), el cual contiene equipamiento para enfrentar emergencias; Alimentos, agua potable, carpas, toldos, linternas, luces de emergencia, sacos de dormir, megáfonos, cocina de campaña, gas, banderas de localización, señaléticas, material de escritorio, base de radio comunicaciones comunal, radio portátil, antena repetidora, medicamentos e insumos de emergencia.
9. Stock de medicamentos para dos meses de atención en CESFAM y SAPU. Se encuentran almacenados en la Farmacia Central comunal (CESFAM Sur).
10. Sistema de radio comunicaciones (VHF), incorporado el año 2006 con fondos propios, la red abarca los cuatro Centros de Salud, SAPU y Postas costeras, el repetidor se encuentra instalado en Cesfam Aguirre. Contamos con canal particular y estamos conectados a SAMU y a toda la red de emergencia. Se realizan pruebas mensuales de comunicaciones. Cada miembro de COE cuenta con radio portátil.
11. Los 8 vehículos y los 4 móvil de ambulancia son guardados en zona de seguridad.

Alerta en la Comuna de Iquique:

Debido al comportamiento inusual de los movimientos telúricos en el mes de Marzo y en especial por el sismo 6.7 Richter con alerta de Tsunami, se activó de inmediato el COE de Salud y se establecieron las medidas e instrucciones para enfrentar la emergencia en forma inmediata, entre las más relevantes podemos mencionar:

- Reunión de COE Salud. Se establecen lineamientos de acción y activación de Plan de Emergencia.
- Reunión de COE Municipal. Se establecen lineamientos de acción de cada área y activación del Plan de Emergencia comunal. Alcalde entrega instrucciones precisas a la Municipalidad y Corporación Municipal.
- Reuniones de coordinación entre Municipio y Cormudesi para instalar equipos y todos los requerimientos para enfrentar emergencia en Zona de Seguridad de COE Comunal.
- Reunión de COE Comunal con ONG SAR Y radioaficionados para coordinación con las áreas del Municipio y CORMUDESI.
- Reunión con equipo Sapu Videla (funciona 24 horas y está en zona de inundación). Se refuerzan medidas de evacuación y Plan de emergencia para SAPU.
- Reunión con todo el personal de CESFAM Videla para reforzar medidas de seguridad y evacuación. Se establecen turnos de personal hasta las 20:00 horas, resto personal se puede retirar a las 16:00 (los que viven en la comuna de Hospicio).
- Se autoriza a todo el personal de Salud a usar ropa cómoda y zapatos adecuados para poder evacuar. La medida también fue implementada por orden y resolución del Alcalde a nivel del Municipal.
- Se refuerza a través de documento formal al personal de salud, a establecer Plan de emergencia familiar.
- Se instalan Clínicas Móviles en Punta de diamante de Estadio Municipal (morbilidad, ginecología, urgencia, farmacia, sala de tratamiento y estar personal), para establecer punto de atención de urgencia a la comunidad y equipo de COE.
- Simulacro radial para evaluar sistema de radio comunicaciones.
- Compra de insumos y elementos faltantes en Contenedor de emergencia, (mermas, vencimientos, etc.).

EMERGENCIA:

Características: Fecha: 1º de Abril 2014.

Sismo de mayor magnitud, alcanzando los 8.2 grados en la escala de Richter.

- ✓ Convocatoria espontanea.
- ✓ Activación del Plan de Emergencia.
- ✓ Tiempo de Respuesta: 15 minutos.
- ✓ Lugar de encuentro operativo.
- ✓ Sistema radiocomunicaciones Operativo.
- ✓ Respuesta inmediata de RRHH.

Evaluación Plan de Emergencia.

- ✓ Mejorar insumos y equipamiento de contenedor de emergencia.
- ✓ Implementar equipamiento e insumos para enfrentar emergencia en Cesfam Sur.
- ✓ Efectivo en un 95%. Participativo.
- ✓ Socializado con los usuarios internos y externos.
- ✓ Vigente y actualizado.
- ✓ Adaptado a la realidad.

Propuestas:

- ✓ Capacitación periódica en Emergencias y Desastres.
- ✓ Se propone mantener trabajo coordinado con la red asistencial con mayor periodicidad con participación de la APS.
- ✓ Se propone incorporar a la comunidad en mesas de trabajo para enfrentar las emergencias.
- ✓ Incorporar Convenios que entreguen financiamiento que permitan anualmente estar preparados para enfrentar una emergencia y/o catástrofe (insumos, equipos, muebles, etc.).
- ✓ Entrega de Protocolo por parte del Minsal para enfrentar emergencias dirigido a directivos de salud y personal, que contengan toda la información y orientación para trabajar administrativamente en forma correcta frente a la emergencia. (respuestas a auditorías).
- ✓ **Establecer y socializar protocolos para:**
 - Patologías Crónicas: IRC, Postrados, O2 dependiente.
 - Evacuación pacientes Clínicas Privadas:
 - Evacuación Hogares de Ancianos.
- ✓ **EVACUACIÓN DE ZONA INUNDABILIDAD CESFAM VIDELA.**

EPIDEMIOLOGÍA DE LA EMERGENCIA EN LA COMUNA:

Las principales causas por consultas inmediatas post terremoto corresponden principalmente a: Lesiones por trauma, ataques de pánico, Descompensación de pacientes con HTA y Diabetes.

Monitoreo cuantitativo por Morbilidad y urgencia en la primera semana post evento sísmico:

| | CESFAM AGUIRRE | CLINICAS MOVILES | CESFAM SUR | |
|--------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|--------------|
| DIA | ATENCIONES MEDICAS | ATENCIONES MEDICAS | ATENCIONES MEDICAS | TOTAL |
| 1 | 124 | 35 | 139 | 298 |
| 2 | 113 | 35 | 153 | 301 |
| 3 | 136 | 156 | 137 | 429 |
| 4 | 253 | 156 | 199 | 608 |
| 5 | 181 | 159 | 191 | 531 |
| 6 | 148 | 164 | 171 | 483 |
| 7 | 185 | 64 | 139 | 388 |
| 8 | 131 | 52 | 129 | 312 |
| TOTAL | 1271 | 821 | 1258 | 3350 |

Consultas por Salud Mental: Se realiza comparación con año 2013:

**CONSULTAS SALUD MENTAL
2013**

| CESFAM | MARZO | ABRIL | MAYO | JUNIO | TOTAL |
|---------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| AGUIRRE | 665 | 795 | 700 | 737 | 2,897 |
| VIDELA | 330 | 447 | 402 | 332 | 1,511 |
| GUZMAN | 482 | 618 | 664 | 583 | 2,347 |
| SUR | 574 | 523 | 405 | 611 | 2,113 |
| CECOSF. | 9 | 134 | 91 | 117 | 351 |
| P.CHANAVAYITA | 4 | 9 | 5 | 15 | 33 |
| P.SAN MARCOS | 9 | 12 | 8 | 8 | 37 |
| TOTAL | 2,073 | 2,538 | 2,275 | 2,403 | 9,289 |

CONSULTA SALUD MENTAL 2014. No incluye atenciones en campamentos por Terremoto.

| CESFAM | MARZO | ABRIL | MAYO | JUNIO | TOTAL |
|---------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| AGUIRRE | 847 | 686 | 754 | 863 | 3,150 |
| VIDELA | 363 | 217 | 216 | 348 | 1,144 |
| GUZMAN | 455 | 640 | 442 | 582 | 2,119 |
| SUR | 659 | 470 | 522 | 136 | 1,787 |
| CECOSF. | 174 | 66 | 178 | 128 | 546 |
| P.CHANAVAYITA | 0 | 28 | 12 | 5 | 45 |
| P.SAN MARCOS | 1 | 3 | 5 | 5 | 14 |
| TOTAL | 2,499 | 2,110 | 2,129 | 2,067 | 8,805 |

Atenciones directas en Campamentos en Terremoto (No están incluidas en el REM anterior).

| | |
|---|------------|
| Aplicaciones PCL-C al 30 de Junio 2014 | |
| TOTAL APLICACIÓN PCL-C DUPLAS | 130 |
| TOTAL APLICACIÓN PCL-L UTA | 63 |
| TOTAL GENERAL Aplicaciones | 193 |

| Resumen Atenciones en Salud Mental al 30 de Junio | |
|--|-------------|
| 2013 | 2014 |
| 9289 | 9407 |

| | |
|---|------------|
| Atenciones en Salud Mental al 30 de Junio 2014 | |
| Atenciones en Salud Mental en Campamento DUNAS Norte | 224 |
| Atenciones en Salud Mental en Campamento DUNAS Sur | 378 |
| Total Atenciones en Salud Mental en Campamentos | 602 |

Trabajo en Campamentos

Límites geográficos:

Campamento 16 julio: Tamarugal altura Castro Ramos hasta calle el Monte.

Campamentos. Dunas I Sur:

Desde calle el Monte a calle Las Diabladas entre tamarugal y la tirana.

Campamentos Dunas I Norte:

Desde Tadeo Haenke hasta calle el Monte.

Número de Familias afectadas: Registro de equipos de salud:

- ✓ Dunas I Sur : **270** Familias
- ✓ Dunas I Norte: **170** Familias
- ✓ 16 de Julio : **15** Familias
- ✓ Total: **455** Familias.