

INDICE

<i>1.-Introduccion</i>	<i>Pág.2</i>
<i>2.-Marco Jurídico</i>	<i>Pág.4</i>
<i>3.-Misión-Visión</i>	<i>Pág.5</i>
<i>4.-Elementos Generales Para La Planificación</i>	<i>Pág.6</i>
<i>5.-Plan Nacional De Salud</i>	<i>Pág.13</i>
<i>6.-Caracterización Socio-demográfica De La Comuna De La Unión</i>	<i>Pág.14</i>
<i>7.-Indicadores De Salud</i>	<i>Pág.26</i>
<i>8.-Algunos Indicadores Regionales</i>	<i>Pág.31</i>
<i>9.-Producción Y Resultados De Salud 2010</i>	<i>Pág.33</i>
<i>10.-Atenciones De Salud</i>	<i>Pág.48</i>
<i>11.-Cartera De Servicios</i>	<i>Pág.48</i>
<i>12.-Cumplimiento Metas Sanitarias- Índices De Atención Primaria</i>	<i>Pág.54</i>
<i>13.-Dotación</i>	<i>Pág.55</i>
<i>14.-Red De Salud</i>	<i>Pág.61</i>
<i>15.-Recursos Financieros</i>	<i>Pág.62</i>
<i>16.-Análisis</i>	<i>Pág.64</i>
<i>17.-Plan De Acción</i>	<i>Pág.67</i>
<i>18.-Presupuesto Departamento De Salud 2012</i>	<i>Pág.76</i>

INTRODUCCION

La Atención Primaria de Salud es el eje del sistema de salud que interactúa fuertemente con la comunidad y con otros sectores, a través de las acciones de prevención, promoción, pesquisa, diagnóstico, tratamiento y seguimiento, rehabilitación y cuidados paliativos, y, algunas especialidades. Corresponde a la principal puerta de entrada hacia la Red Técnico Asistencial, resolviendo un porcentaje importante de la demanda y originando el Proceso de Referencia y Contrarreferencia hacia las especialidades médicas, odontológicas, psicológicas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos y la hospitalización.

El Plan de Salud Comunal es un instrumento destinado a programar las actividades anuales de salud, en el nivel comunal y los elementos a considerar para su formulación son los siguientes:

- 1.- Lineamientos de la política comunal de salud que recoja los problemas locales de salud, en el marco de las normas técnicas y programáticas impartidas por el Ministerio de Salud y las prioridades de los Servicios de Salud y niveles locales respectivos.
- 2.- Diagnostico comunal participativo de salud.
- 3.- Evaluación de las acciones y los programas ejecutados anteriormente.
- 4.- El escenario más probable para la salud comunal en el periodo a programar.
- 5.- Asignación de prioridades a los problemas de salud señalados, a partir del diagnóstico y los recursos existentes y potenciales, en base a los criterios de prevalencia, gravedad, vulnerabilidad a la intervención e importancia social.
- 6.- Determinación de actividades frente a cada problema priorizado, considerando en ellas acciones de vigilancia epidemiológica, acciones preventivo-promocionales, acciones de carácter intersectorial que contribuyan a la ejecución de las actividades y acciones curativas.
- 7.- Programa de capacitación funcionaria que emane de las necesidades de los establecimientos.
- 8.- Indicadores de cumplimiento y resultado de metas programadas.

A nivel nacional, el principal instrumento que fija las prioridades nacionales de salud está en los Objetivos Sanitarios. La evaluación de los Objetivos Sanitarios 2000-2010 evidenció avances en algunas áreas, y temas pendientes que están siendo recogidos en la formulación de los objetivos sanitarios de la década 2011-2020. Se mantendrán los cuatro objetivos sanitarios. Estos son:

Objetivos Sanitarios 2011-2020

- 1.- Mejorar los logros alcanzados
- 2.- Enfrentar los desafíos derivados del envejecimiento y los cambios en la Sociedad.
- 3.- Disminuir las desigualdades en salud.
- 4.- Proveer servicios acorde a las expectativas de la población.

Para estos objetivos se establecen los siguientes fines:

- a) Prolongar la vida saludable: mejorar la salud de la población.
- b) Reducir las inequidades: reducir las desigualdades en salud, mejorando la salud de los grupos más desfavorecidos de la sociedad.

El desarrollo de las estrategias relacionadas con los diferentes problemas de salud o áreas programáticas se enmarcan en estos cuatro objetivos.

Los temas prioritarios para la gestión en la Atención Primaria el año 2012 son:

- 1.- Mejorar la calidad del trato al usuario.
- 2.- Mejorar la gestión de los recursos para la realización de la atención de salud a los usuarios y su comunidad.
- 3.- Relevar acciones de control de las enfermedades crónicas no transmisibles.
- 4.- Integrar las acciones de la Red Asistencial y de la Seremi de Salud con las acciones del resto de los sectores de políticas sociales destinados a mejorar la situación de salud de la población, en el marco de los Objetivos Sanitarios 2011-2020 y del Plan Nacional de Salud.

Respecto del Modelo de Atención Integral de Salud con Enfoque Familiar y Comunitario, la primera constatación es el importante avance logrado en el mismo, con procesos masivos de certificación de centros y capacitación de los equipos de salud. El desafío en esta línea a partir del 2012, se traduce en seguir avanzando en la instalación del modelo de atención integral, teniendo como un eje relevante la calidad de la atención y satisfacción de los usuarios, lo que está siendo destacado a través de la estrategia de certificación de los CESFAM de excelencia.

MARCO JURIDICO

La siguiente tabla presenta los principales cuerpos legales que rigen la operación y organización del área de Atención Primaria de Salud.

Ley 19.966	AUGE _ Acceso Universal a Garantías Explícitas en Salud. Contempla mecanismos legales que dotan al Ministerio de Salud para definir un conjunto de enfermedades priorizadas y las respectivas garantías asociadas.
Ley 19.378	Estatuto de Atención Primaria de salud. Establece los derechos y deberes contractuales de los funcionarios que se desempeñan en los establecimientos de salud primaria y regula las acciones de salud el aspecto técnico, Administrativo y financiero.
Ley 19.813	Asignación de Estimulo al Desempeño Colectivo. Recompensa salarial para los funcionarios de APS asociada al cumplimiento de metas sanitarias y al mejoramiento de la atención otorgada a los usuarios
DFL N° 725 1967	Código Sanitario. Trata materias relacionadas con la salud pública del país y sus habitantes.
Ley 20.157	Crea incentivos para los funcionarios de APS y modifica ley 19.813.
Ley 20.250	Crea incentivos a los funcionarios de APS y prolonga incentivo al retiro.

ATENCIÓN PRIMARIA COMUNA DE LA UNIÓN

MISION

“SOMOS UN EQUIPO DE SALUD MULTIDISCIPLINARIO QUE INTERACTUA CON LA COMUNIDAD FOMENTANDO LA SALUD FAMILIAR INTEGRAL

VISION

“LOGRAR QUE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA UNIÓN ALCANCE UN NIVEL DE EXCELENCIA , INTEGRADA Y COORDINADA CON LAS REDES ASISTENCIALES DE LA PROVINCIA DEL RANCO Y LA REGIÓN DE LOS RÍOS, RECONOCIENDO LA INTERCULTURALIDAD EXISTENTE ARTICULANDO PLANES DE SALUD EN RED CON EL INTERSECTOR Y CON EL GOBIERNO COMUNAL ATINGENTES A LAS NECESIDADES E INTERESES DE LA COMUNIDAD CON UN EQUIPO DE SALUD CAPAZ DE PROMOVER Y DESARROLLAR ACCIONES, SIENDO EMPÁTICOS, INTEGRADORES, SOLIDARIOS Y ALTAMENTE RESOLUTIVOS PARA APORTAR AL DESARROLLO INTEGRAL DE LAS FAMILIAS DE LA COMUNA DE LA UNIÓN

ELEMENTOS GENERALES PARA LA PLANIFICACION DE ESTRATEGIAS EN SALUD.

Enfoque de Derechos Ciudadanos y Protección Social

Este enfoque se refiere al derecho a la salud como uno de los Derechos Humanos fundamentales y también el derecho al acceso a la atención de salud y al ejercicio de los derechos que aseguran la autodeterminación de las personas, respecto a su salud.

La Protección Social es el mecanismo que permite generar condiciones que brinden seguridad a las personas durante toda su vida, garantizándoles los derechos sociales que les permitan reducir los riesgos en el trabajo, salud, educación y previsión, contribuyendo a generar condiciones de mayor igualdad y similares oportunidades de progreso a todas las personas, en miras a una sociedad de seguridades.

El sector salud participa en varios programas de protección social, todos de carácter intersectorial, como son el Chile Solidario, La Reforma Previsional, Chile Crece Contigo y el programa Vínculos.

En relación a esta área, la Atención Primaria de la comuna de La Unión ha incrementado sus esfuerzos, tanto en recursos humanos como financieros y de gestión para garantizar el derecho de acceso y oportunidad de la atención de salud, con una mirada integral fundamentada en las determinantes sociales que influyen en las condiciones de salud de los habitantes de la comuna y en coordinación con las instituciones y programas que se desarrollan en el intersector como SENDA, JUNJI, JUNAEB, OMIL, DAEM, Carabineros, Municipio, Org. Indígenas, Org. Comunitarias, etc.

Programa Chile Crece Contigo:

La primera infancia es el periodo que va desde la gestación hasta los 4 años de vida y corresponde a una de las etapas más decisivas en la vida del ser humano ya que en ella se sientan las bases de las capacidades cognitivas, sociales y afectivas que prepararan a un niño o niña para la vida en sociedad.

El Sistema de protección Integral a la infancia, Chile Crece Contigo, constituye uno de los pilares del Sistema Intersectorial de protección Social a través de todo el ciclo vital.

Chile Crece Contigo tiene por objeto ofrecer un sistema integrado de intervenciones y servicios sociales dirigidos a igualar oportunidades de desarrollo de niños y niñas en sus familias y comunidades. Ha sido definido como una "red integrada de servicios que opera en el territorio municipal", en la que cada sector de políticas sociales pone a disposición del sistema su oferta programática en materia de primera infancia.

El Programa de Apoyo al desarrollo Bio-psicosocial (PADBP) o componente de salud del sistema, pone al servicio de las redes de salud, los estándares para una atención integral de los niños, niñas, sus familias y comunidades, con el objeto de alcanzar el máximo potencial de desarrollo.

Durante el presente año, este programa ha mejorado sus indicadores respecto del año 2010, tanto en cobertura como en calidad. Como ejemplo se destacan:

- ❖ Aumento de cobertura de visitas domiciliarias, presentando, a la fecha, un promedio de visitas domiciliarias integrales a familias con gestantes en riesgo psicosocial (según EPSA), de 1 visita integral por familia.
- ❖ Aumentó a un 15% la cobertura de controles de menores de un año en los que participa el padre, alcanzando con ello la meta negociada para el 2011.- (siendo un 15 % la meta 2011).
- ❖ Se aumentó la cantidad de niños ingresados a la Sala de Estimulación, respecto de los niños que son derivados por el equipo luego de la pesquisa, a un 87% (la meta es un 90%).
- ❖ Se ejecutó desde Septiembre 2010 a Mayo de 2011 el proyecto “Sala de Estimulación Itinerante”, financiado con fondos Mideplan 2010 y que tuvo como beneficiarios a niños de los sectores rurales de Mashue, Los Esteros y Choroico. La finalidad de este proyecto fue mejorar la pesquisa y recuperación del déficit del Desarrollo Psicomotor.
- ❖ Se fortaleció el trabajo en red a través de actividad de difusión en la Plaza de la Concordia en Marzo de 2011, donde se convocaron a los Jardines Infantiles de la comuna. Aquí se realizaron actividades recreativas, concursos y entrega de colaciones saludables con la finalidad de compartir y fortalecer lazos con los docentes, apoderados y niños. Se presentaron también paneles de las actividades que se enmarcan dentro del Programa Chile Crece Contigo.
- ❖ Se realizó una capacitación para los integrantes de esta Red Comunal Chile Crece Contigo en el tema de “Trastornos conductuales del niño”, dictada por la Psiquiatra. Infantil Dra. Tania Etchepare.
- ❖ Con fondos Mideplan 2011, se está ejecutando el proyecto de “Atención de Estimulación Domiciliaria” con la finalidad de mejorar la cobertura de las visitas integrales a familias de riesgo, mejorar el acceso a las atenciones de salud acercando esta atención a las familias e intervenir oportunamente para el óptimo desarrollo de los niños y niñas de la comuna. Este proyecto finaliza en Mayo del 2011.

Enfoque de Determinantes Sociales en Salud:

La salud es, de acuerdo a este enfoque, el resultado de una cadena de asociaciones múltiples que se dan entre las condiciones de vida y de trabajo, del ambiente y de las oportunidades que tengan las personas para desarrollar su potencial. Los determinantes Sociales en Salud se definen como las condiciones sociales en las cuales viven y trabajan las personas o, como las características sociales dentro de las cuales la vida tiene lugar. Incluyen tanto las características específicas del contexto social que influyen en la salud como las vías por las cuales las condiciones sociales en que la gente vive se traducen en efectos en la salud.

Los principales determinantes estructurales de la salud son la educación, las condiciones de trabajo y empleo, el ambiente físico y el equipamiento territorial.

En este aspecto la comuna de La Unión, de acuerdo a los datos estadísticos disponibles, presenta algunos indicadores de los determinantes sociales que parecieran ser muy influyentes en las condiciones de salud y de bienestar de la población, no obstante encontrarse en la media de las comunas que conforman la Región de Los Ríos. Aun así, no se puede desconocer el alto porcentaje de familias en condición de pobreza observándose una tendencia no menor de mujeres que son responsables de ésta, por lo tanto nos encontramos con un fenómeno social donde el género es variable influyente para tener una mejor condición socioeconómica.

Además se observa con preocupación cómo los indicadores de escolaridad se presentan más bajos que el resto de la población lo que hace difícil acceder a esos usuarios con estrategias de la Prevención y Promoción de la Salud a edades tempranas.

Es por esto que el Equipo de Salud debe reforzar sus esfuerzos en poder mejorar el acceso de estos grupos vulnerables a las prestaciones de Salud, además de poner énfasis en la comprensión de cómo los determinantes sociales en su conjunto interactúan para en la definición de la calidad de vida de nuestros usuarios.

Enfoque de Derechos:

Localmente, se requiere asegurar la igualdad en el ejercicio de estos derechos para todos los estratos socioeconómicos, grupos étnicos, pueblos originarios, grupos religiosos, poblaciones urbanas y rurales, orientaciones sexuales, etc.

Equidad en Salud:

Según la OMS, equidad puede ser definida como “la ausencia de diferencias injustas y evitables o remediables en salud entre grupos o poblaciones definidas social, económica, demográfica o geográficamente”.

Avanzar hacia la equidad en salud implica inducir cambios culturales y normativos para reducir las brechas resultantes de la estratificación social. Las acciones de salud deben estar orientadas a la minimización de las desigualdades evitables en el nivel de salud y sus determinantes, que existen entre las personas y grupos con diferente nivel de privilegio social y requiere identificar los grupos sociales y territorios excluidos. Algunas de las condiciones que generan inequidad en salud son el género y la cultura.

1.- Inequidad de Género: corresponden a las desigualdades que se consideran innecesarias, evitables e injustas y que se asocian a desventajas en el plano socioeconómico y en la valoración social.

2.- Interculturalidad: considera la necesidad de un sistema de salud incluyente, con respeto a las formas de organización de las comunidades indígenas y a sus líderes y dirigentes, a sus itinerarios terapéuticos, a sus espacios y tiempos.

Lo anterior obliga a ofrecer servicios de salud equitativos y con pertinencia cultural, con un equipo de salud sensibilizado frente a la problemática y diversidad culturales y con capacitación sobre la materia.

La pertinencia cultural, comprendida como la estrategia de adaptabilidad de la oferta de programas de salud hacia la población indígena, conlleva la promoción y establecimiento de itinerarios específicos que permiten adaptar la estructura de las actividades y acciones de salud a la realidad sociocultural de los pueblos indígenas.

Esto significa efectuar, con participación de las propias comunidades indígenas, una lectura de segundo orden de los programas de salud poniendo a disposición de aquellos toda la información posible a fin de mejorar las estrategias de trabajo y posibilitar de esa forma la efectividad en el cumplimiento de las metas y objetivos fijados por la autoridad sanitaria.

La incorporación de la pertinencia cultural en salud, sólo tiene significación en la medida que los equipos de salud reconocen la existencia y por ende, visibilizan un modelo y sistema médico indígena distinto en sus territorios.

Para esto, los equipos de salud deberán observar con detención los elementos de la Cosmovisión de los Pueblos Indígenas, que permite comprender la forma de acercarse al fenómeno de la salud y enfermedad de las personas; los significados que esos fenómenos tienen sobre los procesos de salud y enfermedad, observando el tenor interpretativo cultural y social que dan las comunidades indígenas a ciertas enfermedades, especialmente en los aspectos relacionados con el sentido de equilibrio o desequilibrio que significan para el ser humano y su entorno y las prácticas terapéuticas en los Agentes de Medicina Indígena, especialmente las redes visibles e invisibles en los territorios que forman parte de la micro red de salud.

En esta perspectiva, la incorporación de la pertinencia cultural en el Modelo de Atención con Enfoque Familiar y Comunitario, debe conllevar necesariamente un proceso de negociación y mediación permanente con las autoridades tradicionales de un territorio, que permita establecer las bases de los cambios que se desean implementar en las acciones de salud.

En el ámbito de la interculturalidad, se desarrolla en la comuna el Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas (PESPI) cuyo propósito es lograr que las comunidades indígenas rurales y urbanas de La Unión mejoren su situación de salud a través de estrategias que faciliten el acceso a una atención de salud adecuada, oportuna y de calidad, respetando, reconociendo y protegiendo su sistema de salud y cuyo objetivo general es contribuir a la disminución de las brechas de inequidad en salud a través de la construcción participativa de un Plan Comunal de Salud que reconozca la diversidad, promueva la complementariedad entre sistemas médicos y provea servicios con pertinencia cultural.

Para ello el programa se divide en tres componentes:

1.-EQUIDAD: permite el mejoramiento de la calidad de atención, trato al usuario, adecuación horaria, acceso a programa de resolutivez y pertinencia cultural que brinda el establecimiento e incorporación y formalización del Rol de Asesor Cultural en el CESFAM a través de las siguientes actividades:

- Atención del Asesor Cultural en Postas rurales y CESFAM.
- Confección de cuentos mapuches ilustrados para reforzar la pertinencia cultural en sala de estimulación.
- Visitas en terreno del Asesor Cultural del CESFAM a las comunidades indígenas rurales para dialogar sobre temas de salud y cartera de servicios y programas que ofrece el establecimiento de salud.
- Trawun (diálogos y encuentros) entre el equipo de salud del CESFAM y las comunidades indígenas para diagnosticar en conjunto temas de salud de interés de las organizaciones indígenas de la comuna.

2.-ENFOQUE INTERCULTURAL EN SALUD: permite el desarrollo de experiencias de atención en salud intercultural o de salud complementaria entre sistemas médicos y desarrollar programas de capacitación continua con enfoque intercultural a funcionarios y directivos del CESFAM. Para ello se ha realizado a la fecha:

- Curso Convenio 169 dirigido a 30 funcionarios de salud.
- 1º Seminario de Salud Intercultural de la comuna, Curso de Historia Huilliche y diagnóstico de levantamiento de información sobre sistema médico y agentes de medicina mapuche existentes en la comuna para el presente mes de noviembre.

3.-PARTICIPACION SOCIAL INDIGENA: promueve y asegura el funcionamiento regular de instancias de participación regional, provincial y comunal de las organizaciones indígenas de La Unión y la participación de directivos y funcionarios de salud del CESFAM en sus actividades de rescate cultural, esto a través de.

- Establecimiento de la Mesa de Salud Intercultural en el CESFAM, incorporada por funcionarios del equipo de salud y dirigentes del mundo indígena, reuniéndose periódicamente una vez al mes y cuyo objetivo es programar, monitorear y evaluar el programa.
- Celebración de Año Nuevo Mapuche o Wetripantu.
- Celebración del Día Internacional de la Mujer Indígena

Intersectorialidad:

La Coordinación intersectorial debe lograr la definición de objetivos comunes y complementarios, coordinar los recursos humanos y materiales y desarrollar actividades conjuntas orientadas a incentivar, mantener y reforzar aquellas relativas al trabajo entre distintos actores y participación ciudadana en salud (diálogos ciudadanos, presupuestos participativos, etc.).

Participación Ciudadana:

Se considera un mecanismo para el ejercicio de los derechos de las personas y comunidades para la incorporación de la opinión de las y los usuarios y comunidades en la Gestión de Salud. La posibilidad de participación social, es en sí, un determinante social de la salud.

La participación social debe transitar desde un modelo paternalista que asegura la información y acceso a la oferta de servicios a uno consultivo, que recoge y considera las demandas, expectativas y propuestas de las personas y sus organizaciones para llegar a ofrecer espacios deliberativos para incidir directamente en la toma de decisiones en materias que afectan, directamente, a las personas y comunidades.

La expresión de este elemento de planificación se encuentra en el Consejo de Desarrollo Local – CODELO, la Oficina de Información, Reclamos y Sugerencias- OIRS- el Concejo de Desarrollo del Cecosf y los Comité de postas Rurales.

Consejo de Desarrollo Centro de Salud Familiar Dr. Alfredo Gantz Mann de La Unión. CODELO.

Esta estrategia se implementa a través de la participación activa de más de 25 organizaciones comunitarias de base, tanto funcionales (centros de adulto mayor, clubes, agrupaciones de jóvenes y mujeres) como territoriales, (juntas de vecinos, comunidades indígenas) insertas en la comuna de La Unión y de las principales entidades que conforman el intersector y que se relacionan con el sector salud. El Codelo cuenta con directiva a cargo y personalidad jurídica vigente, siendo la instancia de participación y diálogo ciudadano más importante en materia de salud comunitaria, existente en la comuna.

Este espacio de diálogo y encuentro permanente, entre el equipo de salud, dirigentes comunitarios, gremios e instituciones públicas sobre temas relacionados con el funcionamiento del CESFAM, Programas implementados a nivel Local, preferentemente de Salud, innovaciones e infraestructura del Centro, atención al usuario, desarrollo de proyectos tendientes a mejorar la gestión del centro de salud y discusión de ideas, problemáticas y sugerencias para mejorar la calidad de vida de la personas a nivel individual, familiar y comunitario, se desarrolla mediante la convocatoria de reuniones mensuales, de carácter ordinarias y/o extraordinarias.

Cada año el CODELO, cuenta con un plan de trabajo anual, el cuál para el año 2011 contempló los siguientes objetivos:

- 1.-Potenciar al CODELO como un espacio articulador de la red Comunitaria de Salud.
- 2.-Fortalecer las labores de las promotoras de Salud.
- 3.- Sensibilizar a los integrantes del CODELO sobre temas de interés ciudadano en salud.

Principales actividades Codelo:

- Participar en la elaboración y evaluación del Plan de Salud Comunal que año a año presenta la comuna.
- Actualizar el catastro de las Organizaciones Comunitarias e instituciones participantes.
- Generar un mapa de oportunidades.
- Detectar las necesidades y disposición para el desarrollo del modelo Comunitario de Salud Familiar.
- Colaborar con el diseño del plan de trabajo estratégico de las promotoras de la salud.
- Efectuar reuniones de planificación y evaluación del trabajo entre la directiva del CODELO y la directiva de la agrupación promotoras de la salud.
- Coordinar acciones entre las promotoras de la salud y el equipo de salud del programa Chile Crece Contigo. Visitas a los domicilios de embarazadas y puérperas con riesgo social
- Prestar servicios domiciliarios a embarazadas y puérperas que requieran ayudas sociales y destrezas para el cuidado de un recién nacido.
- Realizar charlas informativas con distintos profesionales dirigidas a los integrantes del CODELO sobre temas de su interés.
- Efectuar reuniones mensuales de carácter ordinario u extraordinario del consejo.
- Efectuar reuniones de directiva del CODELO.
- Elaborar calendario de reuniones anual.
- Informar a las organizaciones comunitarias e instituciones que integran el CODELO, acerca de los programas, innovaciones, proyectos y avances que se desarrollen en el Centro de Salud Familiar.

PLAN NACIONAL DE SALUD 2011-2020

El Plan Nacional de Salud comprende 9 Objetivos Estratégicos con 50 metas de impacto como resultado de un detallado trabajo de análisis de la situación actual de salud de la población y sus determinantes.

Es un elemento de planificación del Minsal, inspirado en las expectativas de la población, consensuado por participantes internos y externos al Minsal y consultado públicamente para la década 2011-2020. En él, se estipulan los objetivos estratégicos del sector y los resultados esperados en el periodo.

Objetivos estratégicos Plan Nacional de Salud 2011-2020

- 1.- Reducir la carga sanitaria de las enfermedades transmisibles y contribuir a disminuir su impacto social y económico.
- 2.-Reducir la morbilidad, la discapacidad y mortalidad prematura por afecciones crónicas no transmisibles, trastornos mentales, violencia y traumatismos.
- 3.-Reducir los factores de riesgo asociados a la carga de enfermedad., a través del desarrollo de hábitos y estilos de vida saludables.
- 4.- Reducir la mortalidad, morbilidad y mejorar la salud de las personas a lo largo del ciclo vital.
- 5.- Reducir las inequidades en salud de la población a través de la mitigación de, los efectos que producen los determinantes sociales y económicos en la salud.
- 6.- Proteger la salud de la población a través del mejoramiento de las condiciones ambientales y de la inocuidad de los alimentos.
- 7.- Fortalecer la institucionalidad del sector salud.
- 8.- Mejorar la calidad de la atención de salud en un marco de respeto de los derechos de las personas.
- 9.-Fortalecer la respuesta adecuada del sector salud ante emergencias, desastres y epidemias.

***Plan Regional de Salud:**

Se refiere a la expresión del plan nacional en el ámbito regional, que contempla el desarrollo de la planificación para la década 2011-2020 entre las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud y las Direcciones de Servicios de Salud de cada región propiciando la participación de los Departamentos de Salud Municipal.

* Orientaciones para la Planificación y Programación en Red año 2012- Minsal.

CARACTERIZACION SOCIODEMOGRAFICA COMUNA DE LA UNION

La programación basada en el diagnóstico de salud de la población a cargo representa, sin duda, uno de los procesos de mayor relevancia dentro de la gestión del sector salud y para que esta programación alcance su máxima efectividad como herramienta de apoyo a la gestión es necesario tener en cuenta e ir actualizando los principales problemas de salud y también los principales factores determinantes, tanto individuales como socio ambientales.

1.-Características territoriales de la comuna del La Unión:

La comuna de La Unión se encuentra inserta en la Región de los Ríos y es capital de la Provincia de Ranco.

*Superficie total= 2.136,7 Kms².

La Provincia del Ranco se ubica en el extremo sur de esta región. Tiene una superficie de 8.232,3 Km² y posee una población de 97.153 habitantes. La Provincia está constituida por cuatro comunas: Futrono, Lago Ranco, Río Bueno y La Unión, su capital provincial (Instituto Nacional de Estadísticas, 2006).

La ciudad de La Unión se ubica entre las comunas de Paillaco y Corral, al norte; Río Bueno y San Pablo (X Región) , al sur; Lago Ranco al este y Océano Pacífico al Oeste.



Descripción geográfica de la Comuna

Se constituye por 3 elementos fisiográficos:

1.- Entre el Río Llolelhue y el límite con el Lago Ranco: terrenos propios de la Depresión Intermedia, con pendientes poco pronunciadas, y cuenta con los terrenos de mayor productividad desde el punto de vista de la explotación agropecuaria.

2.- Entre el Río Llolelhue y la Cordillera de la Costa: se ubica un paisaje de colinas (Colinas de Catamutún), se caracteriza por lomajes suaves, regulares en su forma y topográficamente similares, fuertemente disectados como resultado de la erosión pluvial y fluvial a que han sido sometidos.

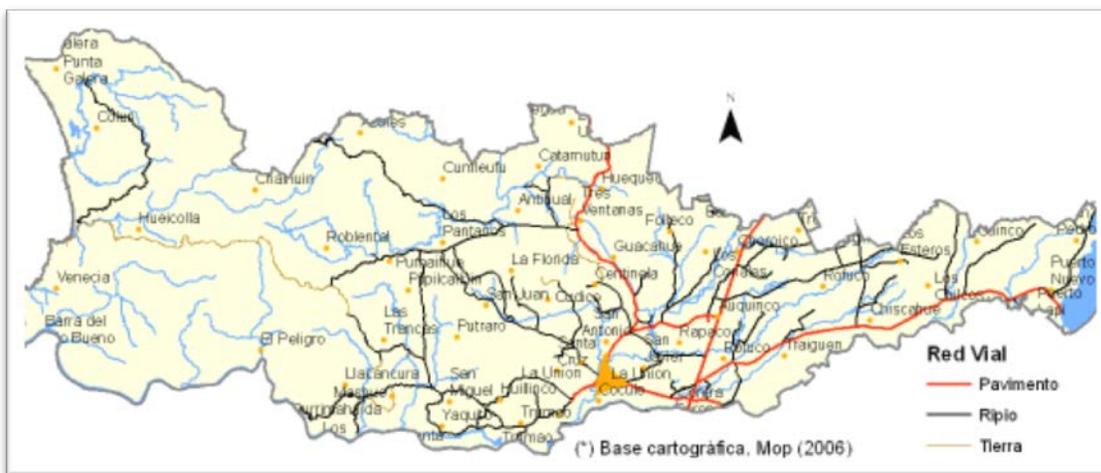
3.- Cordillera de la Costa: Sistema montañoso que en la comuna alcanza su máxima altura en el Cerro Mirador con 1.234 m s.n.m. cuyo sector occidental es caracterizado por la cubierta vegetal correspondiente al bosque higromórfico o selva valdiviana, constituido por una gran variedad de especies, tanto de formaciones puras como mixtas.

La geomorfología de la cuenca del Río Bueno se caracteriza por la presencia de 5 rasgos geomorfológicos bien definidos: cordillera volcánica activa, lagos de barrera morrénica, llano central con morrenas y conos de soliflucción periglacial, cordillera de la costa y planicies fluvio-marinas.

Red Vial y Medios de Transportes

En cuanto al acceso a La Unión, éste se da principalmente por vía terrestre, existe un aeródromo de baja escala y embarcaderos particulares en el Río Bueno. El acceso terrestre es por dos vías correspondientes a las entradas norte, desviación de la Ruta N° 5 por el sector de Rapaco, y sur desviación de la Ruta N° 5 por el cruce Los Tambores.

Existen redes de buses interurbanos y rurales, línea de transporte público urbano y líneas de taxis colectivos.



2.-Características de la población

a) Población comunal total = 39.447 habitantes.(Censo 2002)

Población estimada por el INE al 2010= 38.951 habitante

*% Población rural=40.32%

*% Población urbana=59.68%

*% Población masculina=51,62%

*% Población femenina=48,38%

*% Población Comunal en relación a la Población Regional=10,34%

*% Población Indígena=9,25%

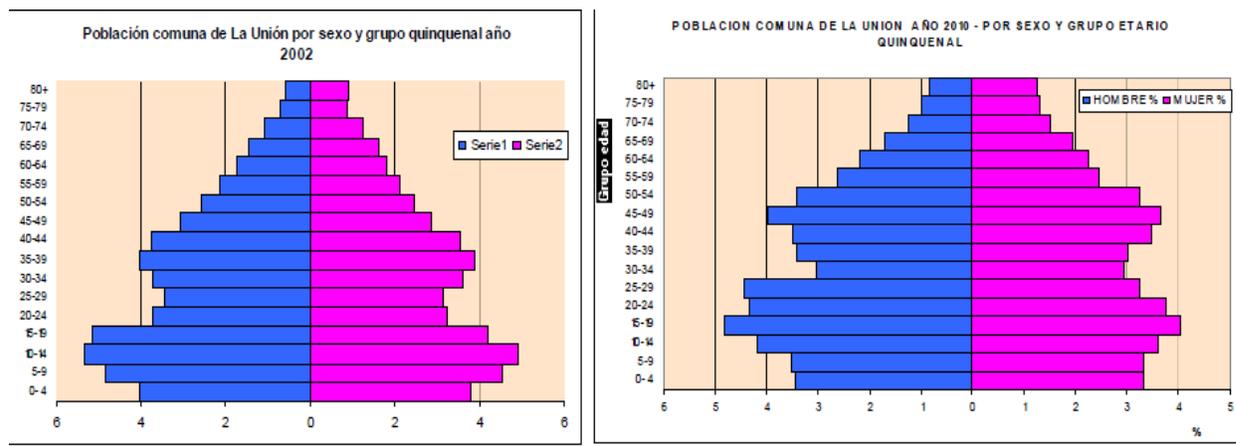
b)*Densidad poblacional= 18,37

c) *% de mujeres jefas de hogar en situación de pobreza y pobreza crítica=30,43%

d) *% familias en situación de pobreza crítica, encabezadas por mujeres=25,52%

Respecto a la distribución por sexo de la población comunal, se aprecia un porcentaje de un 48% de mujeres y un 52% de sexo masculino, por lo tanto, se observa que en la distribución por sexo, los hombres son la mayoría poblacional, expresada en 4,0 puntos porcentuales sobre las mujeres.

Grafico N° 1: Pirámide Poblacional 2002 – 2010



Fuente: Estudio Red Asistencial- Servicio de Salud Valdivia - Julio 2011

La variación de la población, en relación a grupos etáreos y sexo se presenta con la misma tendencia que la distribución nacional, esto es, disminución de las edades iniciales y aumento de los grupos etáreos adultos y adultos mayores.

Tabla N° 1

Población año 2005 y Proyección de la población al 2015, Según comunas, Región de Los Ríos.

Comunas	Año		Delta
	2005	2015	
Valdivia	151.885	167.421	10,2%
Corral	5.302	4.735	- 10,7%
Futrono	15.639	15.842	1,3%
La Unión	39.686	37.945	- 4,4%
Lago Ranco	9.931	9.130	- 8,1%
Lanco	15.989	16.909	5,8%
Los Lagos	21.197	22.024	3,9%
Máfil	7.185	6.783	- 5,6%
Mariquina	18.605	18.236	- 2,0%
Paillaco	19.790	19.882	0,5%
Panguipulli	34.549	35.400	2,5%
Río Bueno	32.429	30.408	- 6,2%

Fuente: Proyección INE, actualizada a agosto 2010

De acuerdo a lo estimado por el INE, la proyección de población para la comuna de La Unión presenta un delta negativo de -4,4%, encontrándose en la sexta posición de las comunas que presentan esta tendencia. . Se espera que este delta pudiera revertirse a partir de la designación de la comuna de La Unión como capital de la Provincia del Ranco, situación no contemplada al momento del censo 2002.

Grafico N° 2

Proyección Población comuna de La Unión
1990-2020

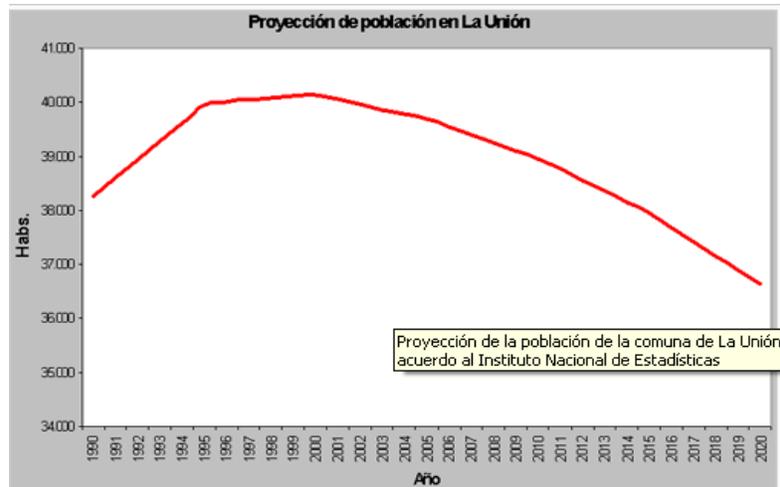
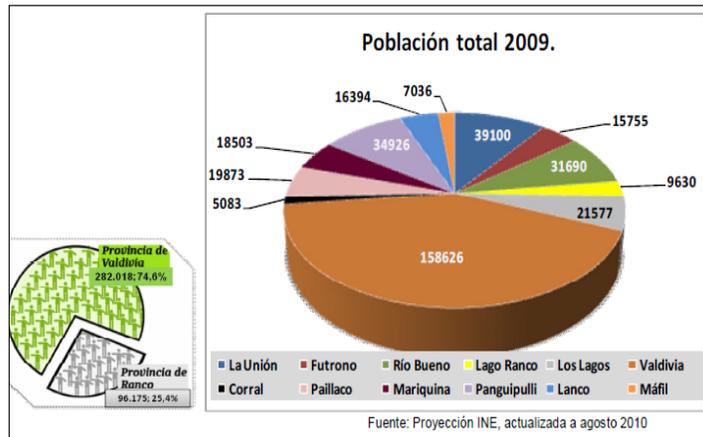


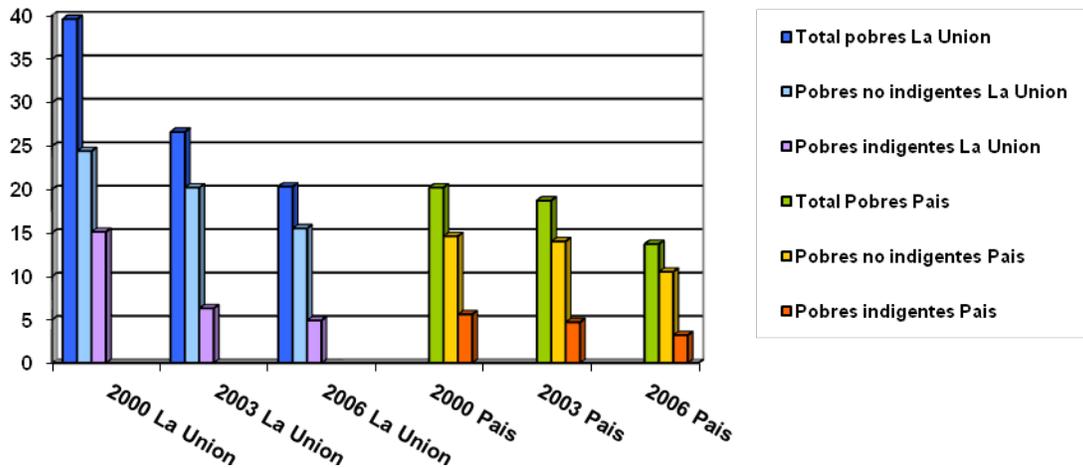
Grafico N° 3



La Unión es la 2° comuna con mayor población de la Región de Los Ríos, luego de la comuna de Valdivia, capital regional, y a pesar de una proyección poblacional decreciente para el año 2015, mantiene la ubicación de segundo polo poblacional regional.

Distribución de Pobreza

Grafico N° 4
Pobreza Comunal/ País



FUENTE: ENCUESTA CASEN, Ministerio de Planificación (MIDEPLAN) 2006.

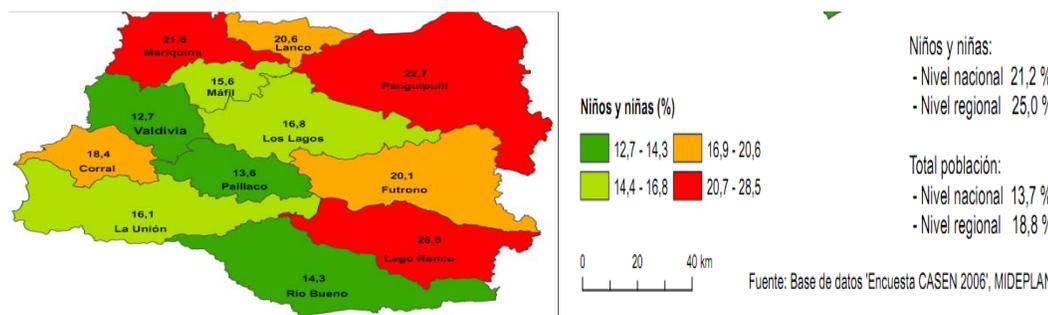
De acuerdo a los datos CASEN 2006, el índice de pobreza general es de un 20,3 %, experimentando un descenso de un 6,3 % en relación a la CASEN 2003; sin embargo el índice de indigencia, que en la actualidad es de un 4,9%, ha disminuido un 1,4% en relación al 2003. El índice general de pobreza de la provincia del Ranco, de la cual la ciudad de La Unión es su capital, es de un 22,8% y en relación a la Región de Los Ríos, en la que se inserta la Comuna de la Unión, ésta ocupa el 7° lugar en el ranking de pobreza.

Según datos municipales del año 2007, existe un 30,43% de mujeres jefas de hogar en situación de pobreza y pobreza crítica.

-El promedio de subsidio comunal es de \$ 12.037 en contraste con el promedio nacional que es de \$ 7.269.

La Comuna tiene en la actualidad un Índice de Desarrollo Humano (IDH) de 0,687 lo que la sitúa en el lugar 161 de las 341 comunas del país. El Desarrollo Humano es una nueva manera de analizar el desarrollo de los países. Este nuevo enfoque significó trasladar la "medida del éxito" de una sociedad desde la mera evaluación del desempeño económico hacia la forma en que ese desempeño se traduce en mayores oportunidades y capacidades de las personas en todos los ámbitos de su vida. El IDH evalúa el PIB per capita, la esperanza de vida y la Tasa de alfabetización de la población adulta.

Grafico N°5
Población Infantil, menor de 10 años
En condición de pobreza.



El cuadro representa la condición de pobreza en la población infantil de menores de 10 años de la región, disgregados por comunas, en donde la comuna de La Unión se encuentra en 4° lugar de las 12 comunas con un porcentaje comunal de 16,1% lo que se encuentra bajo la media regional que es de un 25% y, a su vez, la media regional esta 5 puntos porcentuales sobre la media nacional que es de un 21,2%. Estos resultados ratifican que, a la fecha de aplicación de la encuesta CASEN (2006), el conjunto de comunas que conformaron posteriormente la Región de Los Ríos presenta índices de pobreza mayores que el promedio país, condición que se mantiene en la encuesta CASEN 2009, en donde la Región de Los Ríos se encuentra en 4° lugar nacional en situación de pobreza y el 3° lugar en situación de indigencia, lo que se representa en los gráficos N° 5 y 6.

Grafico N°6



Grafico N° 7

Situación de Pobreza por comunas-Región de Los Ríos

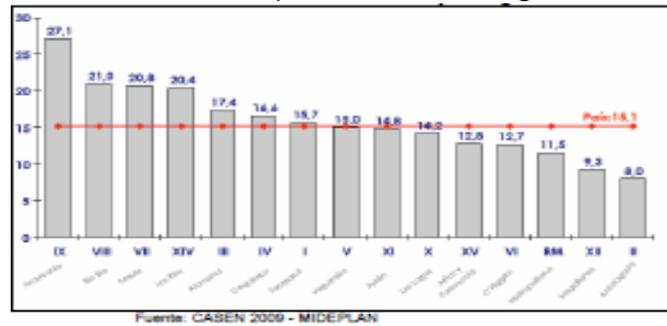
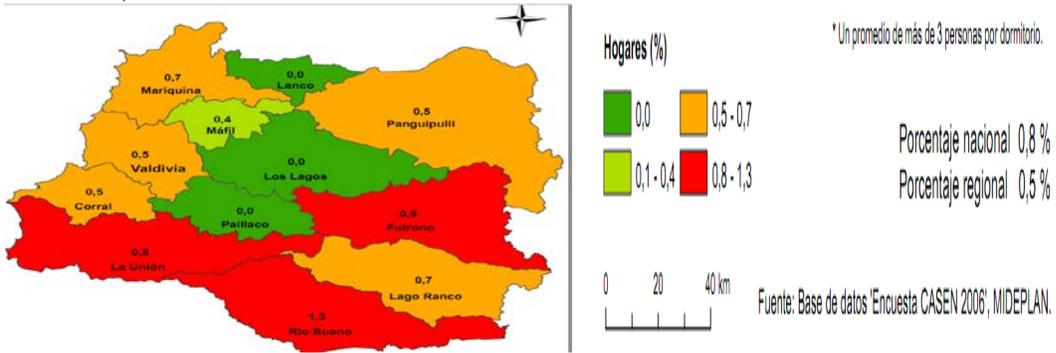


Grafico N°8

Porcentaje de hogares que habitan en condiciones de hacinamiento* según comuna, 2006.



De acuerdo a lo representado por el cuadro, la comuna de La Unión, a la fecha de aplicación de la encuesta CASEN 2006, presentaba un alto porcentaje de hogares en condición de hacinamiento lo que la deja en el 9° lugar, dentro de las 12 comunas, seguida por las comunas de Futrono y Río Bueno.

Tabla N° 3
% alfabetismo total y alfabetismo población de 25 y mas años comuna, Región de Los Ríos

Localidad	% de alfabetismo total 2006.	% de alfabetismo población de 25 y más años 2006.
Valdivia	97,7	97,3
Corral	90,1	87,6
Lanco	92,4	90,7
Los Lagos	90,9	88,7
Máfil	91,1	88,5
Mariquina	91,5	90,2
Paillaco	92,8	90,8
Panguipulli	85,9	82,7
La Unión	93,3	92,1
Futroneo	92,0	89,4
Lago Ranco	90,7	89,2
Río Bueno	90,3	87,4
Región	93,8	92,4
País	96,1	95,2

Tabla N° 2
Promedio de Escolaridad y Porcentaje Analfabetismo Población Mayor de 15 años

	Promedio de Escolaridad (años)		% de Analfabetismo	
	2003	2006	2003	2006
País	10,2	10,1	4,0	3,9
La Unión	8,5	8,5	4,2	6,7

FUENTE: Sistema Integrado de Información territorial.

Tabla N° 4
Situación Educación Municipal por comuna Región de Los Ríos- 2009

MUNICIPIO	Número de Establecimientos de Educación Municipal (rurales y urbanos) (N°)	¿Posee Enseñanza Media Municipal? (S-N)	Cobertura en Educación Municipal (%)	Escolaridad Promedio de la Población (P.TJ)
	Año 2009	Año 2009	Año 2009	Año 2009
VALDIVIA	44	Si	45,51	10,2
CORRAL	12	Si	86,69	7,27
LANCO	14	Si	39,97	7,77
LOS LAGOS	20	Si	49,5	7,5
MÁFIL	8	Si	50,65	7,4
MARIQUINA	30	Si	38,57	7,48
PAILLACO	15	Si	57,24	7,43
PANGUIPULLI	46	Si	46,35	6,98
LA UNIÓN	39	Si	63,04	7,99
FUTRONEO	14	Si	38,25	7,14
LAGO RANCO	13	Si	74,3	6,35
RÍO BUENO	35	Si	54,18	7,3

Fuente: Sistema Nacional de Información Municipal

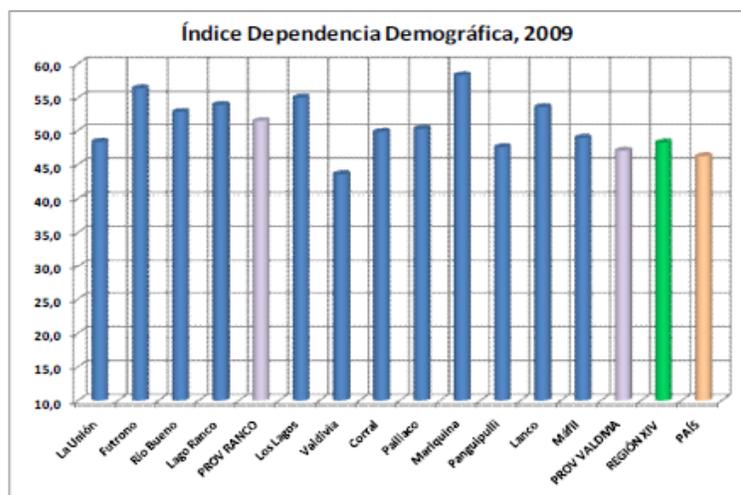
De acuerdo a los datos obtenidos, el promedio de años de escolaridad en la comuna de la Unión se ha mantenido en el transcurso del periodo 2003-2006, siendo 1,6 puntos menor que el promedio país(año 2006).

Respecto del analfabetismo, la comuna presenta un aumento en las cifras, en los mismos periodos y sus valores están sobre 2,8 puntos por encima del promedio país para el año 2006. En relación al alfabetismo, dentro de la Región de Los Ríos, se encuentra en el segundo lugar, detrás de la comuna de Valdivia, tanto en alfabetismo de la población total como en % de alfabetismo en población mayor de 25 años, aun cuando esta bajo el promedio nacional. Respecto de la situación de educación municipal, la comuna de La Unión presenta la tercera mejor cobertura de la región en educación municipal y la escolaridad promedio, al año 2009, es la segunda mejor de la región, con 7,99 años.

El Índice de Dependencia: Permite aproximarse a cuantificar la carga económica que soportaría la población potencialmente activa. Mientras mayor sea la fecundidad, esta carga es más alta. Los "dependientes" son los menores de 15 años y los mayores de 65 años. Se establece la relación frente a las personas en edad activa, que son las mayores de 15 y menores de 65, por cada cien habitantes. Chile aparece en la tabla con un valor muy alto en los años '70s, debido a la gran proporción de niños de entonces. El indicador va descendiendo a lo largo de los años. Acorde con la tendencia de incremento que van adquiriendo años. Acorde con la tendencia de incremento que van adquiriendo los senescentes, el índice de dependencia aumentará, aunque la otra categoría de dependientes que incluye a niños y jóvenes vaya en disminución.

Índice de vejez: Este es una clara demostración del cambio estructural que ha sufrido la población chilena hacia la senectud. Mientras que en el año 2000 la relación es de 25 adultos mayores (65 y más años) por cada cien menores de 15 años, lo que equivale a un cuarto; la correspondencia en el 2010 será de 35 a 100, es decir aumentará al 35%. Al llegar el 2020, de mantenerse las tendencias observadas, la proporción de senescentes frente a menores de 15 años será de casi la mitad.

Grafico N° 9



Fuente: Elaboración propia en base a datos Seremi de Salud Región de los Ríos

El Índice de Dependencia Demográfica regional (que se obtiene como la razón entre la población potencialmente dependiente, es decir, menores de 15 más adultos mayores, y aquella potencialmente activa, es decir, entre 15 y 59 años), es de 48,3%. La comuna de la Unión tiene un IDD cercano 48%

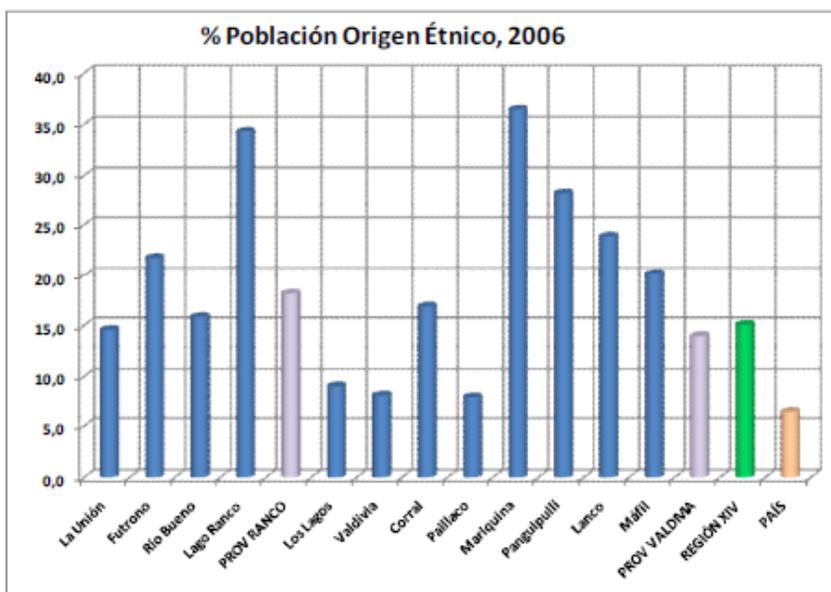
Tabla N° 5
Población por Grupo Etario e Índice de Vejez, según comuna
Rediseño de la Red- Servicio de Salud Valdivia – 2010

Localidad	Población de 0 a 14 años 2009.	Población de 15 a 64 años 2009.	Población de 65 y más años 2009.	Índice de vejez o renovación 2009.
Los Lagos	5.637	13.910	2.030	36,0
La Unión	8.655	26.348	4.097	47,3
Futrono	4.387	10.069	1.299	29,6
Valdivia	34.038	110.440	14.148	41,6
Corral	1.046	3.392	645	61,7
Paillaco	4.570	13.222	2.081	45,5
Mariquina	5.004	11.682	1.817	36,3
Panguipulli	7.852	23.665	3.409	43,4
Río Bueno	7.275	20.714	3.701	50,9
Lanco	4.136	10.665	1.593	38,5
Máfil	1.539	4.723	774	50,3
Lago Ranco	2.319	6.251	1.060	45,7
Región	86.458	255.081	36.654	42,4
País	3.862.622	11.574.807	1.491.444	38,6

Respecto a la edad, el índice de vejez o renovación regional es de 42,4 mayores de 64 años por cada 100 menores de 15 años. La comuna de La Unión presenta un Índice de Vejez de 47,3.

Fuente: Elaboración propia en base a datos Seremi de Salud Región de los Ríos

Grafico N° 10



Fuente: Elaboración propia en base a CASEN 2006

De acuerdo al grafico, la comuna de La Unión presenta un porcentaje de población que se reconoce de origen étnico similar al promedio regional, el cual a su vez es superior al promedio país. Se encuentra dentro de las 4 comunas con menores porcentajes de la región. La etnia mayoritaria corresponde al pueblo Mapuche-Huilliche.

Actividad económica comuna de La Unión

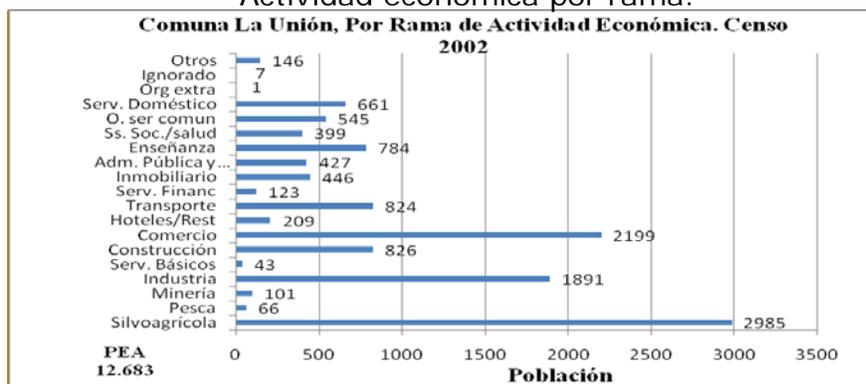
Composición Porcentual de la Población de 15 Años y más por Situación en la Fuerza de Trabajo Ocupada y Desocupada, por Sexo según Área de Estimación, Octubre – Diciembre 2002 (%)

Tabla Nº 6	% Población 15 años y más en la Fuerza de Trabajo	Fuerza de Trabajo Desocupada		
		Total	Cesantes	Buscan Trabajo por Primera Vez
Region de Los Ríos	47,75	7,41	3,44	1,42
La Unión	47,03	7,71	6,4	1,3

Fuente: INE.

A nivel de las fuentes laborales, La Unión tiene una base económica bastante diversificada, donde el principal generador de empleos, es el sector silvoagropecuario, seguido por el sector comercio e industrias, tal cual se indica en el gráfico siguiente:

Grafico Nº 11
Actividad económica por rama.



De acuerdo a lo representado en el grafico Nº 4, el sector silvoagropecuario representa el 23,5% del empleo generado en la comuna, mientras que el sector comercio representa el 17,3%, y la industria el 14,9%, representando estos sectores, el 55,7% del total del empleo de la comuna, constituyéndose de igual forma en la base económica de la comuna. En conjunto, la PEA de la Unión es de 12.683 personas, lo que representa un 32,14% de la población de La Unión, derivándose que por cada persona ocupada hay 3,11 personas que no trabajan.

Se debe considerar que estos datos están basados en el Censo 2002, por lo que, de acuerdo a la realidad actual, el porcentaje correspondiente al sector industrial, debiera ser sustancialmente menor por cuanto, posterior al año 2002, la comuna ha sido testigo del cierre de numerosas industrias lo que ocasiono un aumento de la cesantía, la migración de la población económicamente activa (PEA) a otras regiones lo que se vio reflejado en el aumento de la población que se adscribió al sistema público de salud .

Tabla N° 7

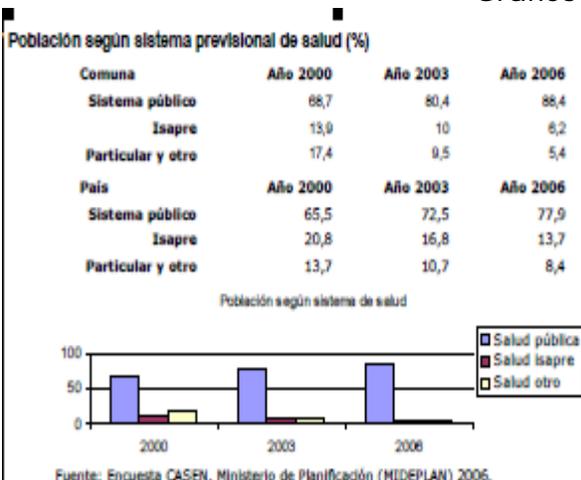
Perfil sociodemográfico comuna de La Unión

Perfil	Comuna de la Unión	Región de Los Ríos
Hogares	11.387	99.444
% hogares pobres	17.6	15.5
Ingreso promedio autónomo del hogar	\$390.106	\$434.560
Tamaño promedio del hogar	3.3 pers.	3.6 pers.
Escolaridad promedio jefe de hogar	7.5 años	8.2 años
% Jefatura femenina	31.3	26.5
Promedio ocupados por hogar	1.2 pers.	1.3 pers.
%Hogares sin hacinamiento en la vivienda	91	88.3
Eliminación de excreta aceptable	96.6%	81.4%
Distribución del agua aceptable	88.7%	93.1%
Disponibilidad de energía eléctrica	96.4%	98.3%
Materialidad de la vivienda aceptable	78.1%	85.4%
Población total pobre	20.3%	18.8%
Población con discapacidad	11.4%	7.7%
Población perteneciente a una etnia	14.6%	15.1%
% población perteneciente al sistema público de salud	87.9	83.5
Tasa de desocupación total	8	8.2

(Fuente: Mideplan- Casen 2006)

Población beneficiaria Sistema Público de Salud

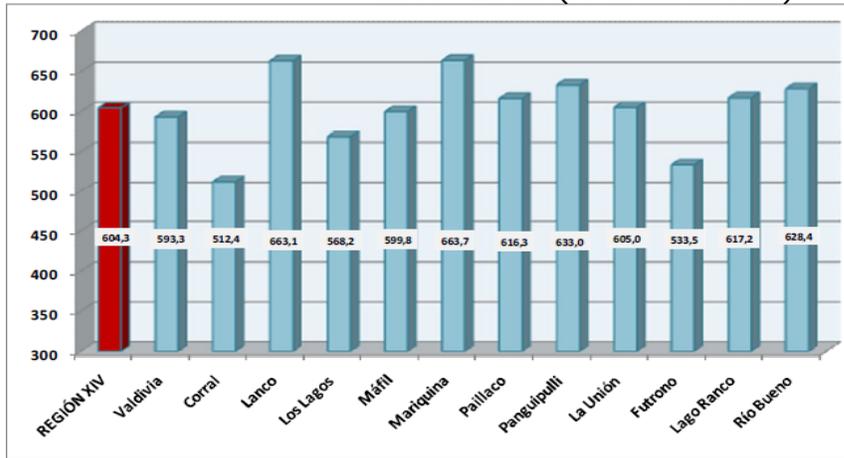
Grafico N° 12



El grafico da cuenta de la tendencia nacional de traspaso de la población desde el sistema privado de salud al sistema público. Esta movilidad también se ha manifestado en nuestra comuna a través del aumento significativo de inscritos validados, especialmente estos últimos 5 años, siendo muy superior al promedio nacional.

INDICADORES DE SALUD

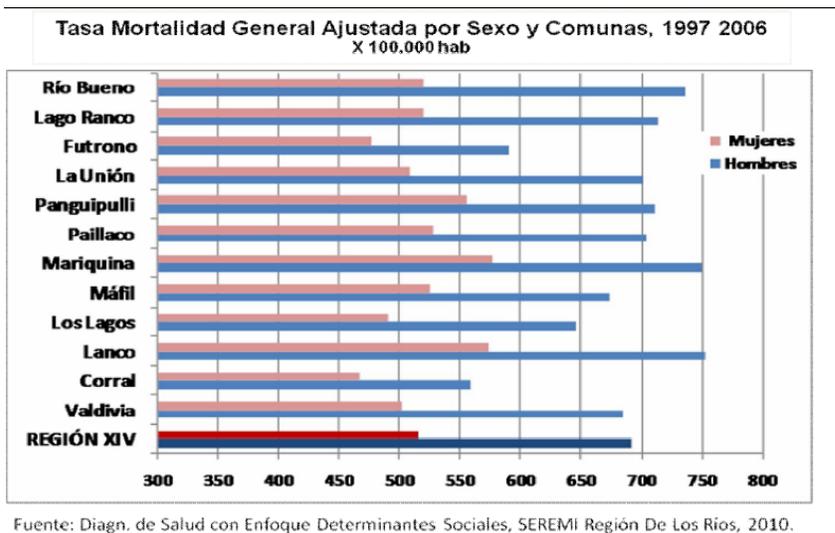
Grafico N° 13
Tasa Mortalidad general Ajustada
1997- 2006 (X 100.000 hbs)



Fuente: Basado en Diagnóstico de Salud con Enfoque Determinantes Sociales, SEREMI Región De Los Ríos, 2010.

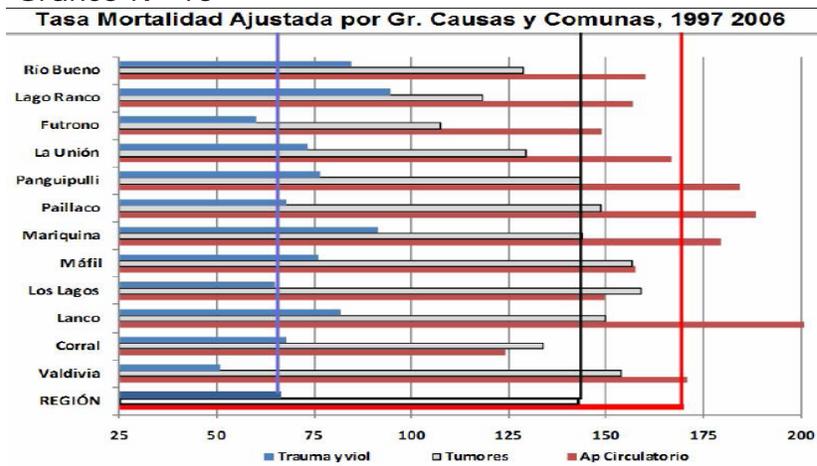
El grafico N° 11 que presenta mortalidad ajustada por comunas de la Región de Los Ríos, ubica a la comuna de La Unión en el 6° lugar con cifras casi similares a la media regional. La tasa de mortalidad ajustada refleja mas fidedignamente la realidad de la cifras por cuanto expresa el comportamiento de la mortalidad en un periodo de tiempo (10 años) y se relaciona con poblaciones comparables y proporcionales en cada comuna.

Grafico N° 14



Al analizar la mortalidad general por sexo, tal como se observa en el resto de las comunas, ésta es significativamente superior en hombres.

Grafico N° 15



El análisis de la tasa de mortalidad por grandes causas de muerte, ubica a la comuna de La Unión con una tasa por causa de aparato circulatorio menor a la tasa regional, las causas de tumores significativamente inferiores a la tasa regional y las causas atribuibles a traumatismos y violencia sobre la tasa regional.

Tabla N° 8

Tasa Ajustada Mort Infantil, decenio 1997 2006 (x 1.000 Nv)

	Total	Madres con 0 a 8 años de estudio	Madres con 9 a 12 años de estudio	Madres con 13 y + años de estudio
Valdivia	9,6	13,0	8,3	4,8
Corral	10,1	13,0	8,6	0,0
Lanco	9,6	12,7	8,1	5,8
Los Lagos	9,7	13,1	8,0	5,2
Máfil	9,5	13,2	8,3	0,0
Mariquina	9,7	13,2	8,4	4,9
Paillaco	9,9	13,2	8,2	4,0
Panguipulli	9,6	12,9	8,3	6,0
La Unión	9,6	12,9	8,4	5,3
Futrono	9,7	12,6	8,0	6,0
Lago Ranco	9,9	12,7	9,2	0,0
Río Bueno	9,7	12,8	8,0	4,9
Región	9,6	13,0	8,3	4,8

Diagn. de Salud con Enfoque Determinantes Sociales, SEREMI Región De Los Ríos, 2010.

La tasa de mortalidad ajustada infantil de la comuna de La Unión es similar a la tasa regional (9,6) y es compartida por otras 3 comunas (Valdivia, Lanco, Panguipulli). Esta cifra aumenta al relacionarse la mortalidad infantil con los años de estudio de las madres, siendo inversamente proporcional. En las madres con 13 y + años de estudio, la tasa de mortalidad infantil baja 4,3 puntos de la media comunal, situación que es similar en el resto de las comunas. Lo anterior refleja la importancia que tiene la escolaridad de las madres frente a la condición de salud de los niños, como una determinante social y como un factor protector.

Tasa Mortalidad Adolescente (x 1.000/hab)

Tabla N° 9	Total	Hombres	Mujeres
Comunal	0.1	0.3	0.0
Regional	0.5	0.6	0.4
País	0.4	0.5	0.2

La tasa comunal de mortalidad adolescente, para el año 2009, presenta cifras menores a la media regional y comunal.

Fuente: DEIS-MINSAL 2009

Tasa Natalidad

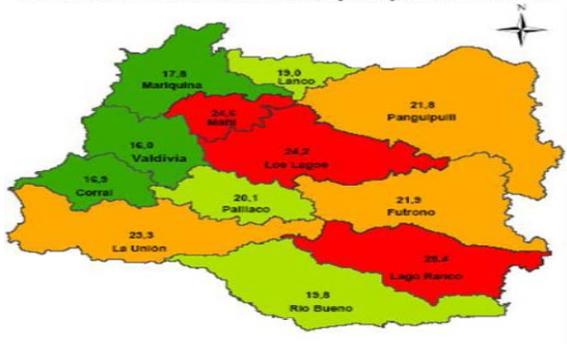
Tabla N° 10	Tasa x 1.000 hab
Comunal	14,5
Regional	14,2
Nacional	15

La tasa de natalidad comunal se encuentra 0,5 puntos por debajo de la tasa nacional y 0,3 puntos sobre la tasa regional. El comportamiento de la natalidad comunal ha sido de disminución ya que en el año 2005 era de 15,5 por 1.000 hbs.

Proporción nacidos vivos de madres menores de 20 años:

Grafico N° 16

Los Ríos 8: Porcentaje de nacidos vivos hijos/as de madres menores de 20 años según comuna de residencia de la madre, quinquenio 2002-06



Fuente: Atlas de la Situación de Salud de los Niños y Niñas de la Región de Los Ríos. Secretaría Ejecutiva Chile Crece Contigo, MINSAL, dic. 2009.

Mortalidad por suicidios

Tabla N° 11	Tasa x 100.000 hbs.
Región de Los Ríos	21,2
Región de Los Lagos	15,4
Región de Araucanía	13,8
País	12,8

Aun cuando no se dispone de estadísticas por comuna, llama la atención que el promedio regional de suicidios se encuentre muy por sobre el promedio país (8,4 puntos) y también superior al promedio de las regiones limítrofes.

Fuente: DEIS-MINSAL 2009

Esperanza de vida al nacer

Tabla N° 12

Comunas	ESP VIDA AL NACER (años)
REGIÓN XIV	75,58
Valdivia	76,38
Corral	76,46
Lanco	73,58
Los Lagos	77,61
Máfil	74,44
Mariquina	74,67
Paillaco	75,86
Panguipulli	74,37
La Unión	75,74
Futrono	77,40
Lago Ranco	75,02
Río Bueno	75,39

Fuente: SERVICIO SALUD VALDIVIA - ESTUDIO RED ASISTENCIAL REGION DE LOS RIOS

La esperanza de vida al nacer (EVN) en nuestra Región alcanza a los 75,6 años (promedio década 1997 a 2006). La comuna de la Unión alcanza 75,74 años ubicándose en el 6° lugar dentro de las 12 comunas de la región.

En términos generales, al hacer la estimación del promedio de años que vivirá un grupo determinado de personas nacidas en un mismo año, desde el momento en que cumplan 20 años de edad, se refleja mejor las condiciones y calidad de vida de una población, ya que se descarta la mortalidad neonatal y la de los primeros meses de vida que están fuertemente influenciadas por las anomalías congénitas y malformaciones.

Tabla N° 13

Esperanza de Vida a los 20 años, decenio 1997 2006					
Comunas	Esperanza de vida a los 20 años total	Esperanza de vida a los 20 años de hombres	Esperanza de vida a los 20 años de mujeres	Personas con 0 a 8 años de estudio	Personas con 13 y + años de estudio
Valdivia	57,0	54,4	59,8	54,7	61,4
Corral	57,9	54,4	61,5	50,9	65,2
Lanco	57,4	54,8	60,2	54,4	64,5
Los Lagos	55,3	53,5	57,1	53,9	61,8
Máfil	59,1	56,4	62,0	56,5	61,4
Mariquina	56,2	53,7	58,7	55,2	59,3
Paillaco	56,2	53,0	59,5	55,2	58,2
Panguipulli	57,0	55,4	58,6	53,7	60,0
La Unión	55,9	54,1	57,7	53,4	60,2
Futrono	57,0	53,2	61,0	55,2	62,1
Lago Ranco	58,9	56,2	61,6	57,3	64,0
Río Bueno	56,8	54,4	59,3	55,5	59,6
Región	56,9	53,9	60,1	54,7	60,9
Pais	57,0	54,4	59,6	53,4	62,2

Fuente: Diagn. de Salud con Enfoque Determinantes Sociales, SEREMI Región De Los Ríos, 2010.

En nuestra realidad local, al analizar la esperanza de vida a los 20 años, las cifras indican diferencias significativas según escolaridad. La escolaridad aparece nuevamente (como en el caso de la mortalidad infantil) como factor protector.

Cabe hacer notar que, al analizar el indicador según sexo, en la totalidad de las comunas los hombres muestran menor esperanza de vida que las mujeres. Con respecto a lo mismo, la mayor diferencia observada entre ambos sexos ocurre en la comuna de Futrono, donde la esperanza de vida en mujeres es 7,8 años superior a la de los hombres; y, en sentido contrario, donde se observa una menor diferencia es en la comuna de Panguipulli (3,2 años).

Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP)

La tasa de años de vida potencial perdidos (AVPP) ha sido ampliamente utilizado para estimar el estado de salud de las poblaciones; ilustra sobre la pérdida que sufre la sociedad como consecuencia de la muerte de personas jóvenes o de fallecimientos prematuros, siendo un buen parámetro de análisis de desigualdades en salud.

Grafico N° 17

Tasas de AVPP por Comuna.
Región de Los Ríos, década 1997 – 2006.

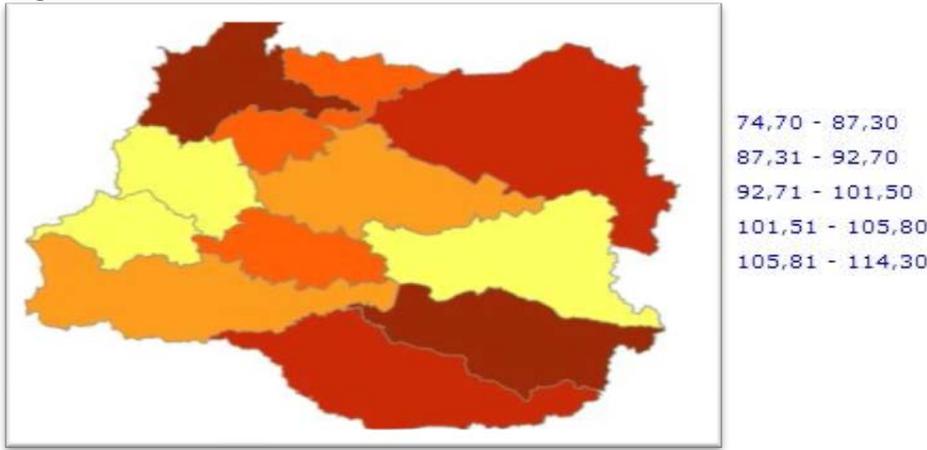


Grafico N° 18

Distribución porcentual de los AVPP-80 en hombres según grandes grupos de causas. Región de Los Ríos 2006-2008

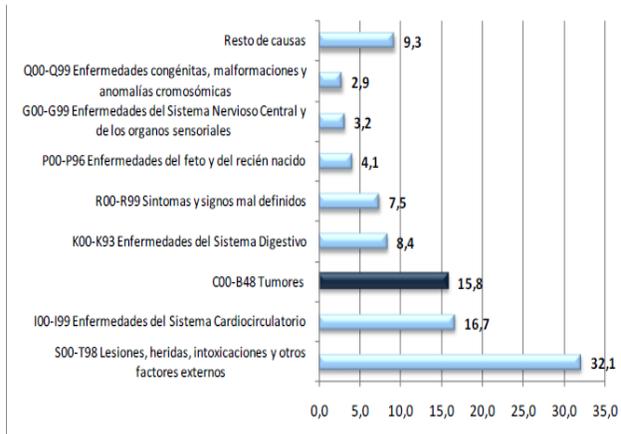
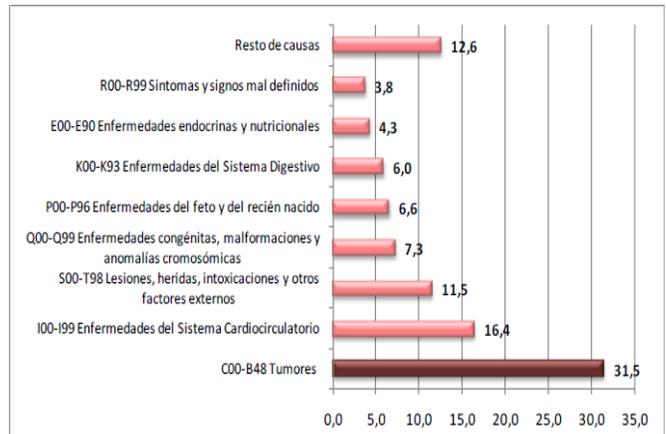


Grafico N° 19

Distribución porcentual de los AVPP-80 en mujeres según grandes grupos de causas. Región de Los Ríos 2006-2008.



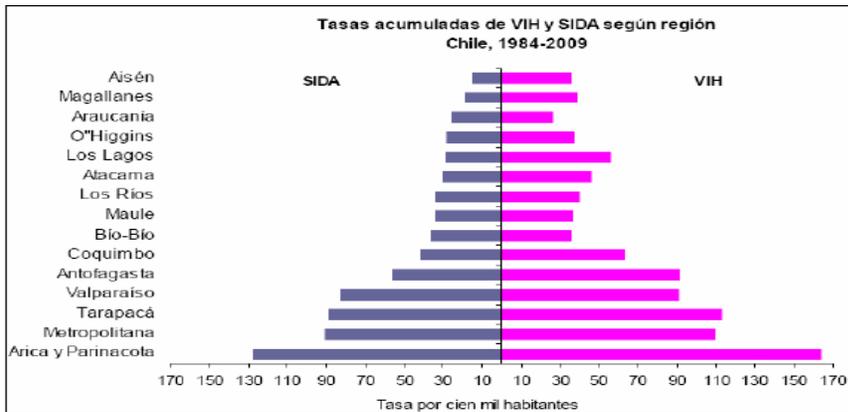
Las defunciones a causa del cáncer originan una proporción importante de años de vida potenciales perdidos por muerte antes de los 80 años (AVPP-80). Durante el trienio 2006-2008 el 21,4% de los AVPP-80 fueron por causas tumorales, manteniéndose como la segunda causa más frecuente al considerar ambos sexos, la primera causa en mujeres y la tercera causa más frecuente en Hombres.

Fuente: Registro poblacional del cáncer 2006-2008
Seremi Salud Región de Los Ríos

VIH - SIDA

En nuestra Región, al igual que en el País, tanto el SIDA como la condición de VIH positivo afecta fundamentalmente a hombres. No obstante, mientras que en hombres la tasa de SIDA se ha mantenido estable en la década 1997-2006, en mujeres se ha incrementado; en ambos sexos, las tasas de VIH se han incrementado significativamente.

Grafico N° 21

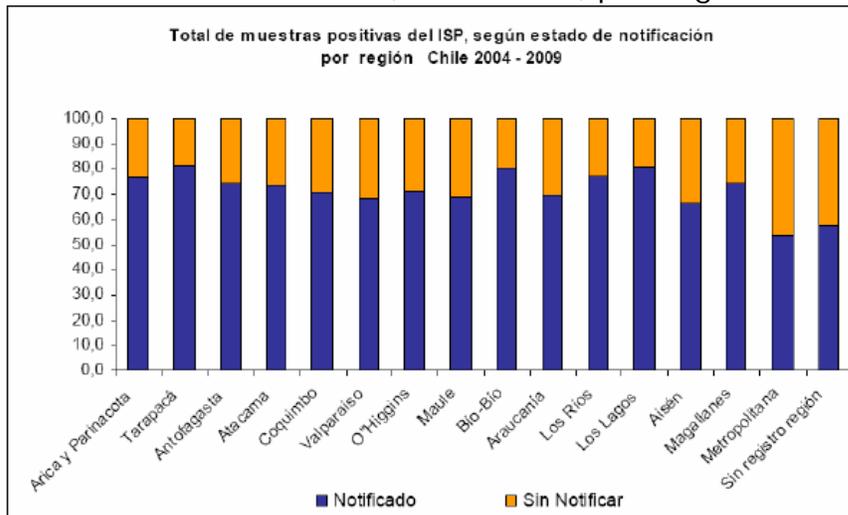


Fuente: Atlas interactivos, Epidemiología, Minsal.

Al analizar la situación de las tasas acumuladas de incidencia de VIH SIDA en los últimos 25 años en relación a las otras regiones del País, nuestra Región se ubica en el 9° lugar en hombres y 8° lugar en mujeres.

Grafico N° 22

Estado de Notificación VIH, 2004–2009, por Región.



Fuente: Atlas interactivos, Epidemiología, Minsal.

En términos de notificación, del total de muestras positivas del Instituto de Salud Pública, en la Región cerca del 77% se han notificado, lo que ubica a la Región en el 4° lugar.

PRODUCCION Y RESULTADOS DE SALUD AÑO 2011

Características Población Inscrita Validada

Población inscrita validada, año 2011: **33.354 inscritos** (FONASA-corte a Octubre 2010)

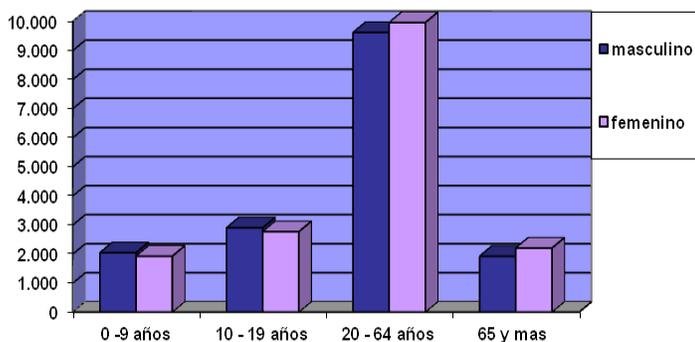
Cobertura Atención Primaria de Salud Comuna La Unión: 84,55%

Rural	(2011)= 12,77%	4.961	inscritos
Urbano	(2011)= 87,23%	28.393	inscritos

Tabla N° 16

Edades	Masculino	Femenino	Total	%
0 – 9 a	2.046	1.927	3.973	11,91
10 – 19	2.902	2.769	5.671	17
20 a 64	9.617	9.962	19.579	58,7
65 y mas	1.925	2.206	4.131	12,38
		TOTAL	33.354	100

Grafico N° 23
Distribucion poblacion inscrita (2011)
segun grupos etareos

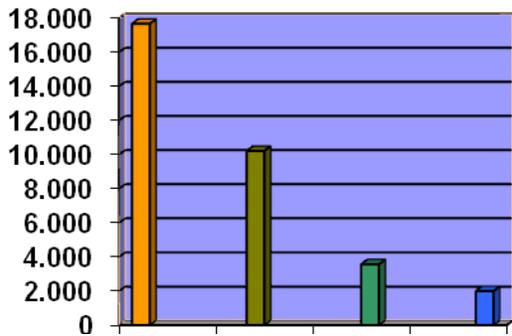


La población inscrita validada año 2011 presentó un incremento del 4,8% respecto del año 2010, lo que represento 1.550 usuarios más. Cuando se desagrega por sexo, en las primeras edades predomina el sexo masculino pero a partir de los grupos etáreos de 20 y mas años el predominio es del sexo femenino, lo anterior concordante con las tasas de mortalidad adulta que son mayores en la población masculina.



De acuerdo al comportamiento en el n° de inscritos se visualiza un aumento sostenido de la población a atender que entre los años 2010 y 2011 presento su mayor incremento.

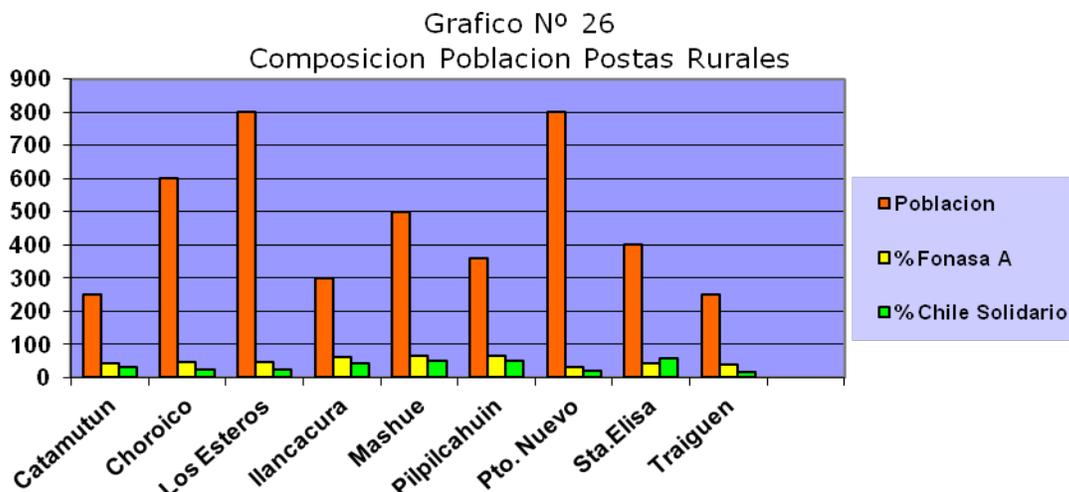
Grafico N° 25
Distribucion Inscritos por tramo Fonasa
Octubre 2011



INGRESOS POR TRAMO FONASA:

- “A” = Carencia de recursos-S/prevision
- “B” = Ingreso imponible mensual menor o igual a \$182.001.-
- “C” = Ingreso imponible mensual mayor a \$182.001 hasta \$ 265.720. Con más de 3 cargas familiares, baja a tramo B.
- “D” = Ingreso imponible mensual mayor a \$265.721. Con más de 3 cargas familiares baja a tramo C

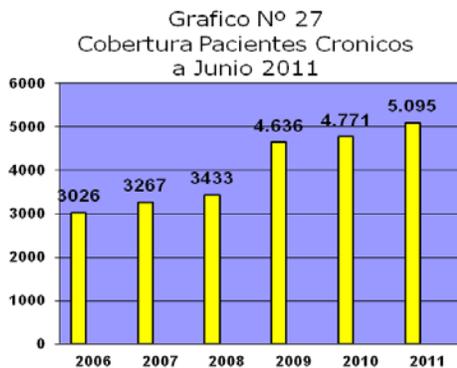
De acuerdo a lo expresado en el grafico, la mayor cantidad de inscritos corresponden a los tramos A y B de Fonasa, concentrando el 83.58% de los usuarios, lo que refleja la situación socioeconómica de la población.



Los datos de población expuestos, tanto en la tabla como en el grafico, dan cuenta de que los sectores rurales costeros (Llancacura, Mashue y Pilpilcahuin) concentran el mayor % de población Fonasa A y Chile Solidario lo que es indicador de pobreza y coincidentemente son las zonas con mayor concentración de población Mapuche- Huilliche de la comuna. Destaca, también, en los otros sectores rurales, el alto % de beneficiarios del Programa Chile Solidario en la posta Santa Elisa. Respecto de la población inscrita, las postas de Los Esteros y Puerto Nuevo, al año 2009 eran casi similares (800 inscritos), sin embargo dado el incremento en los inscritos del año 2011, podemos estimar la población de Los Esteros cercana a los 1.200 inscritos y la de Puerto Nuevo en 1.000 inscritos, esto de acuerdo una estimación en base a la demanda y las encuestas familiares de las postas. Se debe considerar, eso sí, que en la época estival la posta de Puerto Nuevo recibe una cantidad importante de población flotante debido a que se encuentra emplazada en el balneario lacustre de la comuna, lo que obliga a destinar recursos adecuados para la atención de esa población.

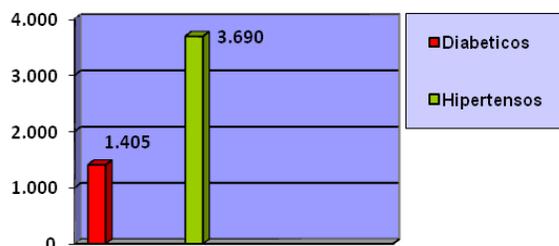
Población bajo control Programa Cardiovascular

La Región de Los Ríos presenta una alta tasa de mortalidad por enfermedad cerebrovascular que supera en un 11,3% al promedio país. Dentro de las 12 comunas que conforman la Región de Los Ríos, la comuna de La Unión presenta una tasa de un 57,7 x 100.000 hbs, siendo la tasa comunal más baja de un 38,2 x 100.000 hbs. y la tasa comunal más alta de un 70,3 x 100.000 hbs. Si bien el estudio no logra establecer causalidad de entre la mortalidad por accidentes cerebrovasculares y otras variables específicas, la hipótesis que plantea es la relación de la mayor carga de esta enfermedad con las características socioeconómicas, tales como pobreza (20,4% que según la encuesta Casen 2009, sitúa a la región de Los Ríos en el 4° lugar de pobreza del país), baja escolaridad, sedentarismo, etc.



De acuerdo a lo reflejado en el grafico N° 27, la cobertura de atención a pacientes con Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial mantiene la tendencia de incremento, esto debido a la necesidad de ir alcanzando las prevalencias de cada patología en la población inscrita que corresponden a 5% de la población adulta en el caso de la Diabetes Mellitus y 20% de la población adulta en el caso de la Hipertensión Arterial. La atención de estos pacientes requiere la gestión de gran cantidad de horas profesionales y del resto del equipo de salud y considera también garantizarles a los pacientes los medicamentos necesarios para sus tratamientos y los exámenes de rutina y control establecidos. Lo anterior corresponde a garantías GES con lo cual los establecimientos se responsabilizan de dar cumplimiento a esta ley.

Grafico N° 28
Distribucion pacientes bajo control por Diabetes
Mellitus-
Hipertension Arterial (Junio 2011)

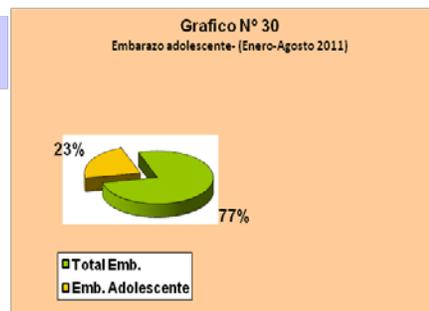
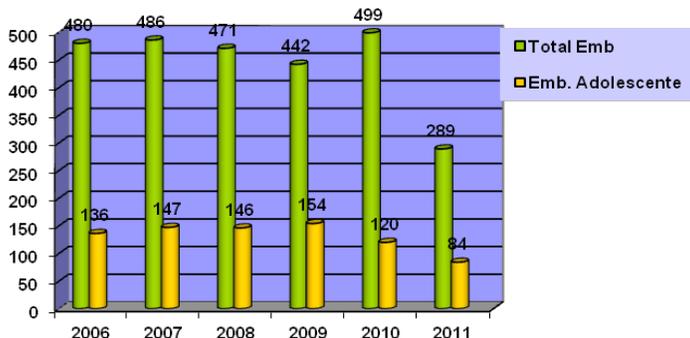


A Junio de este año la cobertura de Diabetes Mellitus Tipo II es de 42,63% en la población de 15 y mas años y la cobertura de Hipertensión Arterial de 59.43% en población de la misma edad y de acuerdo a las prevalencias establecidas.

Paralelo al aumento de cobertura se intenciona que el paciente, además, se encuentre en buen control, esto es con niveles de presión arterial y/o hemoglobina glicosilada normales, para lo cual se establecieron, como metas locales durante el presente año, compensación de un 38% para Diabetes Mellitus y compensación de un 53% para Hipertensión Arterial.

Embarazo Adolescente

Grafico N° 29
Comportamiento Embarazo Adolescente
2006 a Agosto 2011



Este problema de salud ha sido priorizado por el equipo de salud en los últimos años y se considero dentro de los problemas desarrollados en el Plan de Acción- año 2011. Lamentablemente las estrategias implementadas para revertir esta situación no han entregado los resultados esperados lo que ha obligado al equipo de salud a buscar otras causas que estén potenciando esta situación. De acuerdo a lo observado por el equipo de Programa Adolescentes y matrones/as las embarazadas de esas edades son, mayoritariamente, aquellas que no han consultado por atención de salud referente a control de natalidad en los últimos años lo que pone de manifiesto un vacío de cobertura por dificultad de acceso a la atención de salud.

Es por ello que se intencionara para el año 2012 aumentar el acceso y oportunidad de la atención de salud, especialmente en la temática de planificación familiar.

Se hace necesario mencionar que el sector educación es un actor relevante en el abordaje de esta problemática.

Estado Nutricional

Grafico N° 31
Estado Nutricional Poblacion < 6 años
(a Junio 2011)

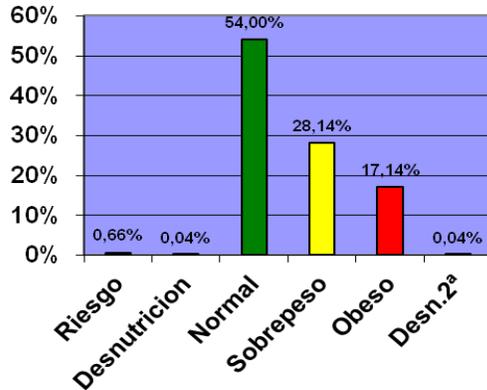
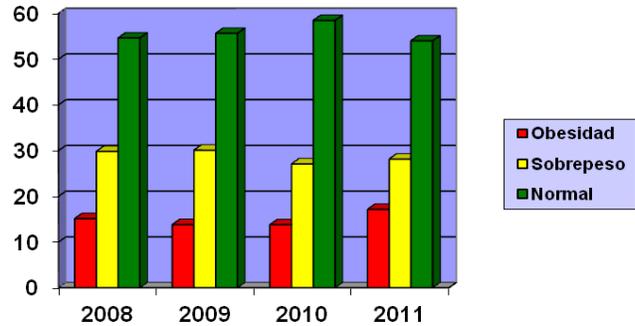


Grafico N° 32
Comportamiento malnutricion por exceso
< 6 años 2008 a Junio 2011



La obesidad en menores de 6 años, es un problema nacional de salud pública que también afecta a nuestra comuna a pesar de la gran cantidad de estrategias implementadas, tanto nacionales, regionales y locales. Se establece, a nivel país, propiciar un porcentaje de obesidad que no supere el 9%, en menores de 6 años.

La presencia de esta condición nutricional en la población infantil es un mal predictor de la condición de salud que esos niños niñas tendrán a corto plazo, por lo cual a pesar de las dificultades encontradas para revertir esta situación, el equipo de salud esta conciente que se debe continuar abordando, trabajando e incorporando a las familias y a la comunidad en general, estilos de vida saludables y autocuidado con la finalidad de revertir esta situación.

Salud Oral

A nivel país se ha observado una disminución paulatina en los indicadores de daño por caries y por enfermedades periodontales en la población menor de 20 años. Esto sería reflejo del énfasis en la atención Odontológica en este grupo etáreo (menores de 20), focalizado en el control odontológico de niño sano a los 2 y 4 años y la atención odontológica integral a los 6 y 12 años de edad, así como el desarrollo del programa odontológico Junaeb en tres módulos dentales con la entrega de implementos de higiene bucal y el trabajo de un educador de salud bucal que realiza su acción en dichos módulos. Sumado a lo anterior se ha hecho un esfuerzo en el área de promoción de la salud bucal en los escolares y apoderados, en especial en las escuelas de la comuna cuentan con módulos dentales, lo que ha influido en aumentar las medidas de autocuidado frente a las enfermedades dentales así como la mayor adherencia a los tratamientos dentales y sus controles respectivos.

En relación a la población adulta mayores de 20 años se observa un gran daño en indicadores de daño por caries COP y de daño periodontal, pero se ve también una mayor demanda de atención dental y en particular de actividades recuperativas ante la mayor conciencia que toma la población de la importancia de su salud bucal.

Con relación al grupo de embarazadas se ha visto una mayor adherencia a los tratamientos y un mejor estado de salud bucal en particular en primigestas quienes han recibido educación en salud bucal, en especial las que han asistido a escuelas en las que operan los módulos de atención dental por lo cual la mayoría no tiene temores ni cree mitos con relación a la salud oral en el estado de embarazo. Junto a ello, se ha hecho un esfuerzo, en coordinación con el equipo de matronas, en agilizar la derivación y el inicio del tratamiento odontológico, sumado al incentivo de la entrega a cada embarazada de un kit de higiene bucal (cepillo, pasta, seda dental, clorhexidina y flúor) lo cual ha sido una muy buena medida de prevención.

La atención odontológica integral del paciente de 60 años ha constituido un gran desafío para el equipo de salud, lográndose durante este año mejorar la pesquisa de estos pacientes y su compromiso para completar tratamiento, cumpliendo a Agosto del presente año con el 60% de lo programado de acuerdo a convenio Odontológico Ges. Estos pacientes reciben atención odontológica, Rx y prótesis.

Continuando con la gestión necesaria para garantizar el acceso a la salud bucal en el sector rural, este año se incrementaron las salidas de la ronda odontológica incorporando salidas todos los días lunes y 3 días sábados al mes en las postas de mayor población y/o demanda (Los Esteros- Choroico- Traiguen), Con respecto a entregar atención dental a la población escolar se gestionara la incorporación de la escuela de Choroico a la programación Junaeb para el año 2012. Se ha constatado también que la población del sector rural tanto adultos como niños presentan un deterioro mucho mayor de su salud bucal que la población urbana lo que coincide con estudios hechos en todo el país donde se ve que los determinantes sociales de pobreza y ruralidad son los que más influyen en la salud bucal ya sea por falta de acceso a la atención, dificultad de obtener los medios para un correcto autocuidado de su salud bucal y en ocasiones la escasa valoración de su salud bucal frente a otras necesidades.

Altas Odontológicas 6 años: a Septiembre de este año, el porcentaje de altas es de 59,7% (236/395) siendo la meta anual negociada alcanzar un 60% de altas odontológicas en la población de niños/as de 6 años inscrita.

Altas Odontológicas 12 años: a Septiembre de este año, el porcentaje de altas alcanzado era de un 54,5% (292/536), siendo la meta anual negociada alcanzar el 52% de altas odontológicas en población de niños/as de 12 años inscritos.

Alta Odontológica Embarazadas: a Septiembre de este año, el porcentaje de altas alcanzado es de 49,8% (144/289), siendo la meta anual alcanzar el 45% de altas odontológicas en embarazadas bajo control.

Altas Odontológicas 60 años: a Septiembre de este año, las altas alcanzadas eran 65 de un total anual a alcanzar, de acuerdo al Programa Odontológico GES-2011, de 104 altas odontológicas en población de 60 años.

Tabla N° 17
Índice piezas dentales con caries, obturadas y perdidas
Región de Los Ríos- 2009

Índice COP	Región		% País
	Núm	%	
-Índice 0	877	10,3%	19,3%
-Índice 1 a 2	1179	13,8%	13,9%
-Índice 3 a 4	1551	18,1%	14,0%
-Índice mayor a 4	4946	57,8%	52,8%
Total	8553	100%	100%

Fuente: Elaboración propia en base a datos DEIS.

El 57,8% de los pacientes ingresados a odontología general presentan un Índice COP mayor a 4 piezas, cifra significativamente superior al promedio nacional.

Participación Ciudadana:

Oficina Informaciones, Reclamos y Sugerencias- OIRS

Este recinto es el lugar donde se reciben los reclamos, felicitaciones y sugerencias de los usuarios. El protocolo establecido para las respuestas de las solicitudes ciudadanas establece que la Dirección del establecimiento debe responder en un plazo de 20 días hábiles, por lo que es un proceso normado, monitoreado y evaluado, tanto por la Dirección del establecimiento como por la comunidad, a través de sus representantes que forman parte del Comité de Gestión de Reclamos y por el Servicio de Salud Valdivia.

En el periodo enero-octubre de este año se han recibido 32 reclamos, 9 felicitaciones y 2 sugerencias. Respecto de los reclamos, el desglose de ellos arroja los siguientes resultados:

Tabla N° 18

Tipo Reclamo	Trato	Tiempo Espera	Información	Infraestructura	Proc. Administrativo	Total
Cantidad	14	5	3	3	7	32

Reclamos OIRS Enero-Octubre 2011

Los reclamos son gestionados a través del Comité de Gestión de Reclamos. Este comité tiene por finalidad dar respuesta a los reclamos sugerencias y felicitaciones que son canalizadas a través de la oficina OIRS. Está integrado por la Dirección del CESFAM, encargada OIRS y por la presidenta del CODELO.

De acuerdo a las solicitudes ciudadanas ingresadas, el comité se reúne y en conjunto analizan, dan respuesta a los reclamos y sugieren los cambios que se pueden hacer para mejorar la atención y gestión del Establecimiento. Cada seis meses se da a conocer a los funcionarios el resumen de la gestión del Comité.

Como una forma de abordar la problemática de los reclamos por trato, se ha intencionado, año a año, la incorporación, dentro del Plan de Capacitación Funcionaria y Plan de trabajo del Comité Paritario, actividades relacionadas con clima laboral, manejo del stress, trabajo en equipo, prevención de accidentes laborales, etc. Para el próximo año, se contempla la implementación de SOME satelitales en cada sector como una forma de potenciar el trabajo de equipo de salud – usuario.

Diagnostico Participativo:

El equipo de salud ha recogido, a través de instancias de participación ciudadana como el CODELO, PLADECO, Trawun, Comités de Postas, las necesidades y demandas de los usuarios, trabajo realizado en conjunto con la Dirección del Hospital “Dr. Juan Morey” de La Unión. Como resultado de este trabajo participativo, el equipo de salud ha recogido las siguientes solicitudes ciudadanas:

1.- Construcción de postas rurales en los sectores que no cuentan con ella.

Esta solicitud se manifestó en los encuentros de participación convocados por el Municipio en el marco de la elaboración del Pladeco 2011-2014 y corresponde a diversos sectores rurales que no se encuentran adscritos a postas. Pone de manifiesto la brecha de atención existente para el acceso y oportunidad de la atención de salud entre los usuarios del sector rural y los usuarios del sector urbano. El equipo de salud evaluará, en conjunto con las autoridades locales, las posibilidades de entregar algunas atenciones de salud en estos sectores, de acuerdo a disponibilidad de RRHH, financieros, condiciones sanitarias, espacios físicos, etc.

2.- Deficiente infraestructura Cesfam La Unión.

Existe unanimidad, tanto entre usuarios externos como usuarios internos, de que el actual Cesfam no cuenta con espacios adecuados. El proyecto actualmente vigente, se encuentra en la etapa de adjudicación de la licitación de diseño. No obstante ello, se han gestionado los recursos necesarios a fin de mantener la infraestructura existente y adecuar los espacios a las necesidades de atención.

Durante el presente año, se realizó mejoramiento de techumbre de acceso al Cesfam y se ejecutará mejoramiento de baños públicos, OIRS y baños profesionales, mejoramiento Clínica Dental Escuela Jorge Alessandri Rodríguez, habilitación de salas de procedimiento en postas rurales e instalación de rampas de acceso y pasamanos. También se contemplan, en el mes de diciembre, trabajos de pintura de pasillos, salas de espera, cielos y puertas del Cesfam.

Para el próximo año, se destinarán RRFF para pintura de boxes y oficinas, mejoramiento de techumbre de patios de luz y mejoramiento de acceso a caldera, acceso peatonal Cesfam y acceso a bodega farmacia.

3.- *Disponer de médicos especialistas.*

Solicitud ciudadana manifestada tanto en la elaboración del Pladeco como reiteradamente a través del CODELO, Comités de Postas, etc. Para ir abordando esta demanda, el Cesfam se encuentra a la espera de la implementación del programa de tele dermatología, propuesta recibida desde el Servicio de Salud Valdivia y que fue inmediatamente acogida por el equipo de salud. De esta forma se mejorará la resolutivez en la APS. De la misma forma, se está trabajando en la postulación a proyecto de implementación de una Unidad de Atención Primaria Oftalmológica (UAPO) para la comuna para lo cual, que en una alianza con el hospital local, éste facilitó las dependencias para albergar esta atención. Con ello se espera contar con 44 horas de tecnólogo oftalmólogo, 44 horas de técnico de salud y 11 horas de profesional oftalmólogo además de la implementación en equipos médicos especializados para dar real respuesta a las necesidades de atención oftalmológica de la comuna que es la mayor lista de espera que se maneja. Junto a ello se contrataron algunas horas de médico especialista en Medicina Interna de apoyo para el diagnóstico y tratamiento de usuarios de mayor complejidad. Se espera que, para el año 2012, se aumenten las horas de este profesional.

4.- *Mayor oferta de horas medicas.*

La poca oferta de horas médicas ha sido una constante en los últimos años. Para enfrentar esta situación se han utilizado diversas estrategias como mejorar la oferta de remuneraciones, publicación en diarios de circulación nacional, solicitud al SSV para contratación y destinación, etc, sin que a la fecha se haya logrado contratar la cantidad de horas medicas necesarias para dar respuesta a la demanda ciudadana y a la programación de actividades y programas. No obstante ello, se continuara en la búsqueda de alternativas de contratación de este RRHH. Como una medida de abordar esta poca oferta de horas medicas y optimizar su uso, a partir del próximo año, el equipo de salud centrará sus esfuerzos en disminuir la perdida de horas implementando un sistema de llamado telefónico a los usuarios para recordar sus citas y confirmar asistencia. Se iniciará con las citas de pacientes a control médico del programa cardiovascular y se evaluará en el mes de Mayo para considerar ampliar este servicio a otras atenciones.

5.- *Mayor oferta de dación de horas vía telefónica.*

Los usuarios han solicitado, a través del CODELO, la necesidad de aumentar la dación de horas vía telefónica y así evitar ir al establecimiento de salud a solicitar sus horas de atención. Se gestionará el aumento de horas vía telefónica para lo cual debemos asegurar el recurso humano administrativo necesario para realizar esta tarea. Se implementará a partir del mes de febrero, con evaluación y análisis del proceso cada 2 meses.

6.- Disminuir tiempos de espera en los servicios de urgencia.

Los usuarios han manifestado su descontento por los prolongados tiempos de espera en los servicios de urgencia y eso da cuenta de la desinformación de la comunidad respecto de la forma de atención en estos servicios. Se implementará campaña comunicacional a través de medios radiales, diario electrónico, página web municipal e información directa a las organizaciones comunitarias.

7.- Alcoholismo.

Esta inquietud ciudadana se manifiesta en todas las instancias de participación. Se continuará el trabajo con el Programa Previene SENDA de la comuna, participando en la mesa comunal y coordinando estrategias y actividades en el marco de la Ley de Alcoholes. Desde el ámbito del quehacer de salud, se continuará con el trabajo del programa Salud Mental, con las coordinaciones con el Ministerio Público y con el Club Rehabilitados Alcohólicos de la comuna.

8.- Microbasurales.

El Municipio ha abordado esta situación a través de su Departamento de aseo y la Asociación de Residuos de Los Ríos, distribuyendo contenedores de basura en los barrios de la ciudad y realizando difusión y educación a la población.

9.- Reconocer y validar a los agentes de medicina mapuche desde la visión de salud occidental.

El equipo de salud, junto a las organizaciones indígenas están en el proceso de búsqueda de agentes de medicina mapuche que sean reconocidos y validados por las propias comunidades de la comuna. Este proceso requiere tiempo ya que no sólo requiere el proceso de búsqueda sino que requiere también el reconocimiento, desde la medicina occidental, de los procesos de sanación y su cosmovisión.

10.- Atenciones de podología.

Se ha solicitado, desde las comunidades rurales, la atención de podóloga en las postas rurales y en el sector urbano se ha solicitado incrementar la atención de podología. En consideración a la gran demanda que se genera con el aumento de pacientes del programa cardiovascular, de adultos mayores y pacientes postrados, se han realizado las gestiones necesarias para contar con mayor cantidad de horas de podología, a pesar de las deficiencias de espacio físico que no permiten la instalación de otro box para esta atención. Se contratara el RRHH en horario diferido a fin de entregar atención de 08:00 a 20:00 hrs, atención en postas rurales, al menos en las de mayor población y atención domiciliaria a los usuarios que la requieran.

11.- Trato usuario.

Es una demanda recurrente de los usuarios y que implica ambos componentes de la relación usuario-equipo de salud. Es por ello que se continuara con la incorporación de este tema en el Programa de Capacitación de los funcionarios, información a la comunidad, fortalecimiento de los espacios de participación comunitaria, implementación de tecnologías, etc.

Fortalecimiento de la Red de Salud Comunal

Lo que actualmente vivenciamos es un débil trabajo en Red que no garantiza la articulación de estrategias destinadas a evitar las duplicidades de las acciones en salud y no logra una resolución oportuna y costo-efectiva de los problemas de salud de la población a cargo, acarreado con ello la insatisfacción usuaria.

Nuestro objetivo, entonces es optimizar la coordinación de la gestión entre ambos establecimientos para lograr el uso adecuado de los recursos y mejorar la satisfacción usuaria.

En el marco del trabajo que se ha realizado en conjunto, Desam-Cesfam y Hospital, se programó el siguiente Plan de Trabajo:

1.- REUNIONES

- **COORDINACIÓN MICRORED:** Realizar, a lo menos 6 reuniones de coordinación. A la fecha se han realizado 6 en las que se han coordinado los convenios para la compra servicios laboratorios básicos, laboratorio GES, ecografías abdominales, radiografías de tórax, radiografías de pelvis, fortalecimiento de servicios como el de Urgencia, solicitud de exámenes, etc.
- **PLANIFICACIÓN:** Participación de equipos de ambos establecimientos para desarrollar las acciones de salud, considerando las necesidades de la población y los lineamientos estratégicos para ambos niveles de atención.
- **CAPACITACIÓN:** Se han realizado y programado reuniones y capacitaciones para reforzar la red local de salud, apuntando hacia la continuidad de los cuidados de los pacientes. En este sentido se gestiona por parte del hospital, una capacitación conjunta para identificar los nodos críticos y levantar propuestas de mejoramiento que se reflejen en protocolos de derivación diseñados desde los mismos equipos.

2.- INVESTIGACIÓN:

- Diagnóstico de salud desarrollado en conjunto, integrando las miradas de ambos niveles de atención.
- Investigación cualitativa aplicada en conjunto: “Conocer la percepción de la población de la comuna de La Unión sobre la continuidad asistencial”.

De acuerdo a la apreciación de los funcionarios de ambos establecimientos, se observa una descoordinación en las estrategias para enfrentar la continuidad de los cuidados de los pacientes, a través de las diferentes etapas del ciclo vital. En la comuna de La Unión, los usuarios se atienden de acuerdo a la complejidad de sus patologías, en el Hospital Juan Morey y en el CESFAM, que si bien tienen dos administraciones diferentes, comparten un mismo objetivo. En continuidad con el trabajo realizado durante este año y de acuerdo al análisis de datos y demanda de la población, se planifica para el 2012 el trabajo en las siguientes áreas:

1.-PARTICIPACIÓN SOCIAL:

- Establecer líneas de comunicación con la comunidad a través de CODELO, instituciones sociales, educación, con el fin de difundir estrategias en conjunto para mejorar el acceso y oportunidad en salud.

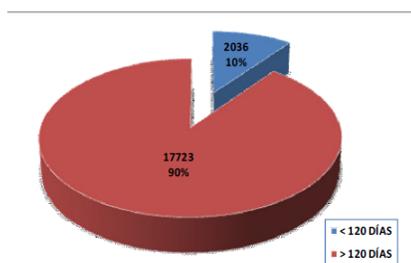
2.- PLANIFICACIÓN:

- Abordar problemática de Listas de espera en conjunto, Desam-Cesfam-Hospital:

a. LISTA DE ESPERA CONSULTA ESPECIALIDAD

1. Se evaluará la lista de espera en especialidades que existen en el Hospital La Unión.
2. Se priorizará la atención a la comuna de La Unión, según tiempo de antigüedad de la interconsulta.
3. Se definirán protocolos de referencia y contrarreferencia a nivel local y se difundirán los aprobados por CIRA.
4. Se intencionará aumentar la capacidad resolutive de los médicos generales de ambos establecimientos en el marco de seguridad en atención, a través de capacitaciones por nuestros especialistas.
5. Se realizaran capacitaciones para mejorar la derivación a nivel secundario.
6. Se presentará Proyecto UAPO.

Grafico N° 33



Fuente: Elaboración propia en base a datos de U. Gestión Demanda, Subdepto. Operaciones de la Red, Servicio Salud Valdivia.

Tabla N° 19

COMUNA	Pacientes en Lista Espera		Total	% LE > 120 días
	< 120 días	> 120 días		
CORRAL	28	285	313	91,1%
FUTRONO	90	661	751	88,0%
LA UNION	220	1852	2072	89,4%
LAGO RANCO	49	540	589	91,7%
LANCO	119	941	1060	88,8%
LOS LAGOS	154	1143	1297	88,1%
MAFIL	30	390	420	92,9%
MARIQUINA	107	1189	1296	91,7%
PAILLACO	100	701	801	87,5%
PANGUIPULLI	199	1896	2095	90,5%
RIO BUENO	188	1752	1940	90,3%
VALDIVIA	952	8290	9242	89,7%
TOTAL	2236	19640	21876	89,8%

b. LISTA DE ESPERA QUIRURGICA.

1. Se definirán y difundirá a ambos establecimientos las patologías quirúrgicas que se resuelven en el Hospital la Unión.
2. Se realizara revisión mensual de lista de espera para confirmar necesidad quirúrgica y exámenes actualizados.
3. Se priorizará la atención a la comuna de La Unión, según tiempo de antigüedad de la interconsulta.
4. Se definirán protocolos de referencia y contrarreferencia a nivel local y se difundirán los aprobados por CIRA.

c. LISTA DE ESPERA PROCEDIMIENTOS.

Tabla N° 20

TIPO DE PROCEDIMIENTO	Corral	La Unión	Lago Ranco	Lanco	Los Lagos	Máfil	Mariquina	Paillaco	Panguipulli	Río Bueno	Valdivia	Total
Colonoscopia larga	0	4	4	4	40	0	0	54	5	21	68	200
Colposcopia	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Columna lumbar	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	2
E.E.G. de 16 o más canales	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	3
Eco. Doppler Carotidea	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	1	3
Eco. doppler Vasos placentarios	0	0	3	0	0	0	0	0	0	25	5	33
Eco. doppler Vascular periférica	0	8	0	1	0	0	0	7	0	0	1	17
Eco. doppler Visceral abdominal	118	8	97	46	367	41	203	251	159	238	1900	3428
Ecocardiograma bidimensional	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Ecocardiograma doppler	0	0	2	0	3	0	0	0	0	1	0	6
Ecotomografía mamaria	9	123	28	25	35	66	33	94	23	70	694	1200
Espirometría basal y c/broncodilatador	0	0	7	0	1	0	0	0	0	0	17	25
Gastroduodenoscopia	29	171	35	25	155	13	0	79	61	182	515	1265
Mamografía bilateral	42	0	308	109	320	90	73	197	102	809	1941	3991
TAC Cerebro	0	0	6	0	4	3	0	3	0	11	1	28
Yeyuno-ileoscopia	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Total	198	314	491	213	927	213	309	686	352	1357	5144	10204

Fuente: Elaboración propia en base a datos de U. Gestión de Demanda, Subdepto. Operaciones de la Red, Serv. Salud

Existe el Proyecto en Hospital La Unión de implementación de una Sala de Estudio endoscópico, para lo cual se intencionará en forma conjunta los requerimientos respecto a Desinfección de Alto nivel exigible para estos procedimientos.

COMPROMISOS DE ACCION 2011-2012

- 1.-Reuniones programadas entre ambos Establecimientos, desde Julio a Diciembre 2011.- (3). Marzo-Diciembre de 2012, 6 reuniones.
- 2.-Estrategia comunicacional, conjunta acerca de flujogramas de derivación e intervención de los Servicios de Urgencia de ambos establecimientos.
- 3.- Elaboración de flujogramas de derivación de continuidad de cuidados en las siguientes áreas:
 - a) Cuidados domiciliarios y curaciones.
 - b) Obesidad infantil.
 - c) Atención ARO (alto riesgo obstétrico).
 - d) Control de la diada.
 - e) Atención kinesica IRA.

Garantías Explícitas en Salud

La Atención Primaria de Salud, junto a los Servicios de Urgencia y Hospitalarios, son las instancias de la Red Asistencial en que se origina la demanda y es responsable de mantener el equilibrio entre la oferta de atenciones del sistema de garantías explícitas (GES) y de la oferta del régimen general de garantías.

El cumplimiento de la Garantías Explícitas se evalúa, trimestralmente, mediante los Índices de Actividad de Atención Primaria, estableciéndose como meta nacional el cumplimiento del 100% de las garantías, meta que se cumplió a cabalidad durante el presente año.

Los problemas de salud con garantías explícitas que, preferentemente, son de responsabilidad, tanto en sospecha, diagnóstico como en tratamiento, de la Atención Primaria son:

- ✓ *Hipertensión arterial esencial*
- ✓ *Diabetes Mellitus tipo II*
- ✓ *Depresión leve, moderada y grave*
- ✓ *Presbicia*
- ✓ *Entrega de ortesis*
- ✓ *Artrosis de cadera y/o rodillas leve y moderada*
- ✓ *Infección Respiratoria Aguda - IRA*
- ✓ *Neumonía*
- ✓ *Epilepsia no refractaria*
- ✓ *Salud oral integral de 6 , 60 años y embarazadas*
- ✓ *Enfermedad Pulmonar Obstructiva Cronica – EPOC*
- ✓ *Asma bronquial en niños/as y adultos*
- ✓ *Urgencia odontológica*
- ✓ *Plan ambulatorio básico consumo perjudicial de alcohol y drogas*
- ✓ *Prevención secundaria de insuficiencia renal crónica terminal*
- ✓ *Enfermedad de Parkinson*
- ✓ *Diagnostico de displasia laxante de caderas*
- ✓ *Screening de cáncer cervicouterino*
- ✓ *Screening de cáncer de mamas*

ATENCIONES DE SALUD (a Septiembre 2011)

1.- Atenciones médicas y odontológicas.

Medicas Totales		Medicas Urgencia	Enfermería Urgencia	Odontológicas Totales	
Urbanas	Rurales			Recuperativas	Urgencia
15.181	3.703	16.168	7.035	25.230	8.192

Fuente: REM serie A

Tasa Consulta Médica /inscrito/ APS La Unión (2011): **0.6**.

Tasa Consulta urgencia (2011): **0.48**.

2.- Controles.

Profesional	Medico	Enfermera	Matrona	Nutricionista
Cantidad	4.272	9.285	9.445	2.022

2.1.-Total controles por profesional médico: **2.914**.

2.2.- Total controles otros profesionales:

3.-Atención Domiciliaria.

3.1.-Con fines de tratamiento: **1.322**.

3.2.-Integrales: **1088**.

3.3.-Nº pacientes postrados atendidos = **243**.

3.4.-Nº cuidadores que reciben estipendio = **87**.

CARTERA DE SERVICIOS

Las 96 prestaciones establecidas en el Plan de Salud Familiar y financiadas por el per-Capita se entregan en los diferentes establecimientos de Atención Primaria de la comuna, dependiendo del grado de complejidad de éstos.

ACTIVIDADES POR CICLO VITAL			
MADRE Y NIÑO	CESFAM	CECOSF	POSTAS
Control prenatal Integral (Chile Crece Contigo).	X	X	X
Control de Binomio Madre –Niño (Chile Crece Contigo).	X	X	X
Control de regulación de fecundidad.	X	X	X
Control de malnutrición.	X	X	X
Control de enfermedades crónicas.	X	X	X
Control de salud del niño.	X	X	X
Control por déficit del desarrollo psicomotor (Chile Crece Contigo).	X	X	X
Control ginecológico preventive.	X	X	X
Consulta morbilidad obstétrica	X	X	X
Consulta morbilidad ginecológica.	X	X	X
Consulta nutricional.	X	X	X
Consulta social.	X	X	X
Consulta de morbilidad.	X	X	X
Consulta y/o consejería de salud mental integral.	X	X	-
Consulta de lactancia materna.	X	X	X
Consulta y Control Kinésico Respiratorio (Sala IRA).	X	-	-
Consejería en salud sexual y reproductiva y ETS.	X	X	X
Educación grupal.	X	X	X
Educación a grupos de riesgo (Chile Crece Contigo).	X	X	X
Programa Nacional de Alimentación Complementaria.	X	X	X
Programa ampliado de inmunizaciones.	X	X	X
Examen Médico Preventivo del Adulto.	X	X	X
Examen de salud bucal.	X	X	X
Visita domiciliaria integral.	X	X	X
Evaluación del desarrollo psicomotor.	X	X	X
Estudio de Familia.	X	X	X
Intervención Psicosocial Individual y Grupal.	X	X	X
Urgencias.	X	X	X
Exodoncias.	X	-	X
Destartraje y pulido coronario.	X	-	X
Obturaciones temporales y definitivas.	X	X	X
Aplicación sellantes.	X	X	X
Pulpotomias.	X	X	X
Fluoración tópica.	X	X	X
Radiografías dental.	X	-	-
Consulta y terapia psicológica y médica.	X	-	-
Psicoterapia individual y grupal.	X	-	-
Detección, tratamiento y rehabilitación en alcohol y drogas.	X	X	X

ADOLESCENCIA	CESFAM	CECOSF	POSTAS
Control de salud.	X	X	X
Control crónico.	X	X	X
Control prenatal integral (Chile Crece Contigo).	X	X	X
Control de Binomio Madre-Niño (Chile Crece Contigo).	X	X	X
Control de regulación de fecundidad.	X	X	X
Control ginecológico preventivo.	X	X	X
Consulta morbilidad.	X	X	X
Consulta morbilidad obstétrica.	X	X	X
Consulta morbilidad ginecológica.	X	X	X
Consulta y/o Consejería de Salud Mental Integral.	X	-	-
Consulta social.	X	X	X
Consulta nutricional.	X	X	X
Consulta y control kinésico Respiratorio.	X	-	-
Consejería en salud sexual y reproductiva.	X	X	X
Consejería ITS (Infección de Transmisión Sexual).	X	X	X
Educación grupal (Chile Crece Contigo).	X	X	X
Intervención Psicosocial Individual y Grupal.	X	X	P
Visita domiciliaria integral.	X	X	X
Estudio de Familia.	X	X	X
Examen de salud bucal.	X	X	X
Educación grupal.	X	X	X
Urgencias.	X	-	X
Exodoncias.	X	-	X
Destartraje y pulido coronario.	X	-	X
Obturaciones temporales y definitivas.	X	-	X
Radiografías dental.	X	-	-
Consulta y terapia psicológica y médica.	X	-	-
Psicoterapia individual y grupal.	X	-	-
Detección, tratamiento y rehabilitación en alcohol y drogas.	X	X	X
Detección y tratamiento en violencia intrafamiliar.	X	X	X
Visita domiciliaria de salud mental.	X	-	-
Atención Infanto Juvenil de Déficit Atencional con y sin Hipercinesia.	X	-	-
Consultoría Psiquiátrica.	X	-	-

ADULTO Y ADULTO MAYOR	CESFAM	CECOSF	POSTAS
Consulta de morbilidad.	X	X	X
Consulta y control de enfermedades crónicas.	X	X	X
Consulta nutricional.	X	X	X
Consulta social.	X	X	X
Consulta y/o consejería de salud mental	X	-	-
Consulta y control kinésico (programa ERA y Rehabilitación Artrosis leve moderada Rodilla y cadera).	X	-	-
Consulta y control en domicilio.	X	X	X
Control de salud adulto mayor.	X	X	X
Control de salud.	X	X	X
Examen de Medicina Preventiva.			
Examen de Medicina Preventiva del Adulto.	X	X	X
Examen de Presbicia y entrega de lentes al paciente mayor de 65 años.	-	-	-
Intervención psicosocial integral individual y grupal.	X	X	-
Educación grupal.	X	X	-
Visita domiciliaria integral.	X	X	X
Consejería de Salud Sexual Reproductiva e ITS.	X	X	X
Vacunación antiinfluenza y neumocócica.	X	X	X
Entrega de PACAM (programa de alimentación compl. del adulto mayor).	X	X	X
Estudio de Familia.	X	X	X
Atención de Pacientes Dismovilizados y entrega ayudas técnicas (órtesis).	X	-	X
Examen de salud bucal.	X	-	X
Educación grupal.	-	-	-
Urgencias.	X	-	X
Exodoncias.	X	-	X
Destartraje y pulido coronario.	X	-	X
Obturaciones temporales y definitivas.	X	-	X
Radiografías dental.	X	-	-
Consulta y terapia psicológica y médica.	X	-	-
Psicoterapia individual y grupal.	X	-	--
Detección, tratamiento y rehabilitación en alcohol y drogas.	X	X	X
Detección y tratamiento en violencia intrafamiliar.	X	X	X
Visita domiciliaria de salud mental.	X	-	--
Consultoría Psiquiátrica.	X	-	-

PROCEDIMIENTOS	CESFAM	CECOSF	POSTAS
Tratamientos Inyectables.	X	X	X
Curaciones avanzadas de pie diabético y Heridas.	X	X	X
Atención podológica en Pacientes Diabéticos.	X	-	-
Curaciones intra y extra Centros de Salud.	X	X	X
Toma de muestra de exámenes de laboratorio.	X	X	-
Ecografía ginecológica y obstétrica.	X	-	-
Examen Micrométodo. Niveles de Glucosa y Colesterol.	X	X	X
Electrocardiogramas.	X	-	-
Holter de Presión Arterial.	X	-	-
Fondos de Ojo.	X	-	-
SERVICIO ATENCION PRIMARIA DE URGENCIA			
Atención médica de urgencia.	X	-	-
Procedimientos de urgencia.	X	-	-
Derivación a unidad de urgencia hospitalaria.	X	-	X
Traslados de pacientes.	X	-	-
Apoyo Red Comunal de Urgencia.	X	-	-
Atención kinésica respiratoria (Campaña de Invierno adultos y niños).	X	-	-
PROGRAMAS ESPECIALES POR CONVENIOS	CESFAM	CECOSF	POSTAS
1.- Resolutividad.			
- Resolución de Especialidades en Atención Primaria de Salud.	X	-	-
Consultas de oftalmología: vicio refracción (Entrega de lentes).	X	-	-
Consulta de otorrinolaringología: Hipoacusia (Audiometrías y audífonos).	X	-	-
Mamografías de personas de 35 años y más.	X	-	-
Mamografías de personas de 50 años.	X	-	-
Ecotomografías mamarias y abdominales.	X	-	-
Prótesis dentales y tratamientos de endodoncias.	X	-	-
Atención Odontológica Integral de Hombres y Mujeres de escasos recursos.	X	-	-
Atención domiciliaria de personas con discapacidad severa.	X	X	X
Cirugía menor en atención primaria.	X	-	-
Laboratorio Básico para Establecimientos de Atención Primaria Municipalizada.	X	-	-

2.- Salud Mental Integral			
Prevención y tratamiento integral de alcohol y drogas.	X	-	-
Consumo perjudicial y dependencia de alcohol y drogas en población menor de 20 años. (GES)	X	-	-
Salud Mental infanto-juvenil (Déficit Atencional, Maltrato y otros).	X	-	-
Programa de Apoyo a Planes de Tratamiento y Rehabilitación de Personas con Problemas Derivados del Consumo de Drogas Ilícitas o Psicotrópicas.	X	-	-
Programa de Tratamiento Integral de Adolescentes Infractores de Ley con Consumo Problemático de Alcohol – Drogas y otros Trastornos de Salud Mental.	X	-	-
3.- Rehabilitación Integral en la Red de Salud.			
Programa tratamiento médico y kinésico en personas de 55 años y más con artrosis de cadera y/o rodilla leve o moderada.	X	-	-
4.- Atención Respiratoria.			
Sala ERA (enfermedades Respiratorias del Adulto).	X	-	-
Campaña de Invierno en SAPU.	X	-	-
5.-Salud del estudiante.			
Salud Oral preventiva y curativa:			
La Clínica Dental Escolar, convenio con JUNAEB para atender a colegios municipales.	X	-	X
Atención odontológica integral, preventiva, educativa y rehabilitadora al ciclo básico.	X	-	X
6.- Promoción en Salud.	X	X	X
7.- Programa Chile Crece Contigo.	X	X	X
8.- Espacios amigables para adolescentes en APS.	X	-	-

CUMPLIMIENTOS METAS SANITARIAS – INDICES DE ACTIVIDAD ATENCIÓN PRIMARIA- AÑO 2011

Las Metas Sanitarias se negocian año a año de acuerdo a los resultados obtenidos en el año anterior. Se establece que ningún establecimiento puede bajar sus metas, pues el objetivo es alcanzar las definidas para el país o, idealmente, superarlas. Esta negociación se realiza en el mes de noviembre, ante una Comisión Tripartita conformada por un representante del Servicio de Salud, un representante de los trabajadores y un representante de las entidades Administradoras. El cumplimiento de las Metas Sanitarias permite a los trabajadores obtener una Asignación de Desempeño Colectivo (Ley 19.813) que se cancela trimestralmente en las remuneraciones del año siguiente a su cumplimiento y siempre y cuando los funcionarios cumplan lo establecido en la ley.

Para el presente año, las Metas Sanitarias negociadas fueron las siguientes:

Tabla N° 21

METAS SANITARIAS	Meta Nacional	Meta local 2011
1.- Evaluación Desarrollo Psicomotor 18 meses	91%	91%
2.- Cobertura PAP	72%	73%
3.-Alta Odontológica		
3.1- Alta Odontológica 12 años	70%	52%
3.2.- Alta Odontológica Embarazadas	60%	45%
3.3.- Alta Odontológica 6 años	70%	60%
4.- Compensación D. M. 20 y mas	42%	38%
5.- Compensación HTA 20 y mas	65%	53%
6.- Obesidad < 6 años	9,40%	17%
7.- Concejo Consultivo funcionando	100%	100%

Los Índices de Actividad de Atención Primaria de Salud (IAAPS), también se negocian cada año con participación de los servicios de salud, trabajadores y entidades administradoras de salud. Al igual que en las metas sanitarias, se establece la tendencia al incremento de cumplimiento para acercarse a los cumplimientos nacionales. La evaluación de los Índices de Actividad se realiza trimestralmente. Su cumplimiento garantiza el aporte per-capita mensual.

Tabla N° 22

Cuadro cumplimiento IAAPS año 2011.- (a Agosto)

INDICADOR (I.A.A.P.S)	Meta Nacional	Meta Local	Cumplimiento
1.-Cobertura EMP hombres 20 a 44 años	25%	8%	5,86%
2.-Cobertura EMP mujeres 45 a 64 años	25%	21%	15,79%
3.-Cobertura EMPAM	50%	25%	16,63%
4.-Ingreso Embarazo antes 14 semanas	85%	85%	90,66%
5.-Examen Preventivo Adolescente 10-14 a.	5%	5%	3,36%
6.-Altas Odontológicas totales < 20 años	19%	19%	13,78%
7.-Cobertura Diabetes Mellitus Tipo 2	50%	39%	42,63%
8.-Cobertura Hipertensión Arterial	65%	58%	59,43%
9.-Recuperación Déficit Psicomotor	65%	65%	100%
10.-Tasa Visita Domiciliaria Integral	0.18	0.14	0,12
11.-Tasa Atención paciente postrado	20	10	12,6
12.- Acceso Atención Horario Continuo	100%	100%	100%

DOTACION

La Dotación se fija anualmente, según lo establecido en la ley 19.378, Estatuto de Atención Primaria de Salud y se determina considerando los siguientes aspectos:

- a) La población beneficiaria.
- b) Las características epidemiológicas de la población inscrita.
- c) Las normas técnicas que imparte el Ministerio de Salud sobre los Programas.
- d) El n° y tipo de establecimiento de atención primaria de salud.
- e) La disponibilidad presupuestaria.

Considerando la necesidad de dar cumplimiento a las 96 prestaciones establecidas en el Decreto Per-Capita y las actividades con Garantías Explicitas en Salud, bajo los aspectos tenidos en consideración para definir el recurso humano necesario, de acuerdo a la realidad local, la dotación para el año 2012, aprobada por Concejo Municipal mediante Decreto Exento N° 5224 de fecha 22 de septiembre de 2011, será la siguiente:

DOTACION –AÑO 2012- FUNCIONARIOS LEY 19.378
CESFAM “DR. ALFREDO GANTZ MANN”

CATEGORIA	FUNCIONARIOS	HORAS SEMANALES	
"A"	8 Dentistas	352 hrs.	
	9 Médicos	396 hrs.	
	1 Químico farmacéutico	44 hrs.	
	TOTAL	792 horas	
"B"	9 Enfermeras/os	396 hrs.	
	8 Matron/as	352 hrs.	
	3 Nutricionistas	132 hrs.	
	3 Kinesiólogos/as	132 hrs.	
	1 Tecnólogo/a Medico	44 hrs.	
	4 Asistentes Sociales	176 hrs.	
	3 Psicólogos/as	132 hrs.	
	1 Terapeuta Ocupacional	44 hrs.	
		TOTAL	1.408 horas
	"C"	27 Técnicos Nivel Superior Enfermería	1.188 hrs.
2 Podólogas/os		88 hrs.	
	TOTAL	1.408 horas	
"D"	12 Técnicos de Salud	528 hrs.	
	TOTAL	528 horas	
"E"	18 Administrativos/as	792 hrs.	
	TOTAL	792 horas	
"F"	8 Auxiliares de Servicio	352 hrs.	
	3 choferes	132 hrs.	
	TOTAL	484 horas	
TOTAL HORAS DOTACION CESFAM		5.412 HORAS/SEMANALES	

Justificación técnica dotación Cesfam 2012:

Categoría "A": se mantienen horas médicas y odontológicas. Se aumentan 22 horas de Químico-Farmacéutico para mejor gestión de farmacia y adquisiciones fármacos e insumos.

Categoría "B": se mantienen horas kinesiólogos, asistentes sociales, tecnólogo medico, nutricionistas, terapeuta ocupacional. Se incrementan horas matrona y horas enfermera para dar respuesta a las necesidades de atención de los diferentes programas, en consideración al aumento de inscritos.

Categoría "C": se mantienen horas Técnico Enfermería de Nivel Superior y Técnico Nivel Superior Administrativo. Se aumentan horas podóloga para dar respuesta a atención usuraos urbanos y rurales.

Categoría "D": se mantienen horas Técnico de Salud.

Categoría "E": se aumentan horas Administrativos/as para registros programas, listas de espera, manejo agenda electrónica.

Categoría "F": se mantienen horas existentes.

DOTACION – AÑO 2012- FUNCIONARIOS LEY 19.378
DEPARTAMENTO DE SALUD MUNICIPAL

CATEGORIA	FUNCIONARIOS	HORAS SEMANALES
"B"	2 Enfermera/o- Matron/a-A. Social-Kinesiólogo/a Psicólogo - Nutricionista	88 hrs.
	TOTAL	88 horas.
"C"	6 Técnicos Nivel Superior Administración	264 hrs.
	TOTAL	264 horas
"E"	3 Administrativos	164 hrs.
	TOTAL	164 horas
"F"	1 Auxiliar Servicio (chofer-estafeta-aseo, etc.)	44 hrs.
	TOTAL	44 horas
	TOTAL HORAS DOTACION DESAM: 528 HORAS/SEMANALES	

DOTACION POR PROGRAMAS 2011

PROGRAMA	E.R.A	CECOSF	ODONTOLOGICO	SALUD MENTAL	CHILE CRECE CONTIGO	DES. REC HUMANO	MEJORIA SALUD RURAL	JUNAEB
ENFERMERA	33 HRS							
MATRONA		22 HRS						
ODONTOLOGO			44 HRS					
ADMINISTRATIVO		44 HRS		44 HRS	44 HRS			
MEDICO						66 HRS		
KINESIOLOGA	33 HRS	11 HRS						
AS. SOCIAL		44 HRS						
AUX. SERVICIO		88 HRS						
ED. DIFERENCIAL					44 HRS			
HIG. DENTAL								22 HRS
TEC. SUP. ENFER.		88 HRS	44 HRS		44 HRS		88 HRS	

ESTABLECIMIENTOS A.P.S. URBANOS:

1.-CENTRO DE SALUD FAMILIAR – CESFAM “DR. ALFREDO GANTZ MANN”

El CESFAM “Dr. Alfredo Gantz Mann” se encuentra acreditado, desde octubre del presente año en **etapa superior** de aplicación del modelo de Salud Familiar y Comunitaria. La certificación se obtuvo gracias al trabajo sistemático de los equipos de salud que desarrollaron las competencias y destrezas específicas para aplicar las actividades trazadoras de dicho modelo. Se ha fortalecido el trabajo de los sectores, a través de los equipos de cabecera y sus organizaciones comunitarias, con un alto componente de promoción del autocuidado y de estilos de vida saludable, se trabaja con las redes sanitarias y sociales, con constantes nexos con el intersector lo que ha permitido mejorar de coberturas y compensaciones, disminuyendo agudizaciones o agravamientos de patologías crónicas.

En relación a las gestiones realizadas para mejorar la infraestructura, el proyecto de Reposición del Cesfam, financiado por el FNDR, se encuentra en etapa adjudicación de licitación del diseño, por un monto de M\$ 66. 800 millones de pesos y la Unidad Técnica es el Servicio de Salud Valdivia.

El Cesfam cuenta con 3 equipos de sector conformados por medico, enfermera, matrona, asistente social, odontólogo, tec. salud dental, tec de salud, administrativo. Además cuenta con equipos transversales como nutrición, salas IRA-ERA, farmacia, toma de muestra, estadística, Facilitador Intercultural, podología, curaciones, tratamientos, esterilización, adquisiciones, bodegas, vacunatorio, rx dental, SAPU, GES, toma ECG, ecografía obstétrica, equipo salud mental, sala estimulación, calificador de derecho, dirección, secretaria, OIRS, áreas administrativas, tecnólogo oftalmólogo.

2.- CECOSF

No son establecimientos por sí mismos. Son estrategias de intervención dependientes de un Consultorio o CESFAM, que dan prestaciones de modo desconcentrado, insertos en el nivel local.

Entregan una parcialidad de las prestaciones del Plan de Salud Familiar ya que su objetivo principal es ser gestor, en el territorio de las personas, de actividades preventivo-promocionales. El diseño de la estrategia, con base comunitaria en su origen, está orientado a la atención máxima de 5 mil personas, en un territorio geográfico definido. Durante el presente año se han realizado innumerables actividades educativas en conjunto con la comunidad y especialmente con el Comité de Salud que realiza un trabajo relevante de apoyo a las actividades que se planifican. Entre ellas se destacan: celebración del día de la alimentación, celebración del día del niño, actividades recreativas con mujeres, actividad física, etc.

El CECOSF Los Lagos se encuentra emplazado en el sector norte de la ciudad, Población Los Lagos e inicio sus atenciones en Mayo de 2008. Cuenta con médico, odontológico, enfermera, matrona, nutricionista, asistente social, administrativo, técnico de salud, tec. salud dental, auxiliar de servicio y chofer.

3.- POLICLINICO DE SALUD MENTAL

Desde el año 2008, el equipo de salud que conforma este policlínico ha logrado interactuar con la comunidad, ha asentado sentimientos de pertenencia con su entorno comunitario y ha integrado otras áreas de la atención de Salud Mental relacionadas como el programa Chile Crece Contigo, albergando la Sala de Estimulación para niños con rezago del desarrollo y con el Programa Salud y Pueblos Indígenas, fortaleciendo el enfoque de interculturalidad y pertinencia cultural. Sus actividades son de tipo transversal y se encuentran incorporadas a casi la totalidad de las actividades y atenciones que se realizan tanto en el Cesfam como Cecosf y Postas Rurales. Cuenta con médico, psicólogos, asistente social, educadora diferencial, terapeuta ocupacional y administrativo.

4.-CLINICAS DENTALES ESCOLARES

En el sector urbano, existen 4 Clínicas Dentales Escolares en las escuelas El Maiten, Jorge Alessandri R., Escuela N° 2 y Liceo Abdón Andrade Coloma. Actualmente existen 3 módulos dentales Junaeb en las clínicas escolares y corresponden a las escuelas El Maiten, Jorge Alessandri R. y escuela N° 2. Estos módulos dentales son los encargados, mayoritariamente, del cumplimiento de las garantías AUGE para la atención odontológica de niños de 6 y 12 años. Todas las clínicas dentales escolares cuentan con autorización sanitaria vigente.

A Agosto del presente año, el cumplimiento de la programación de Atención Odontológica Junaeb es de 65% y destaca el importante componente de promoción y prevención, a cargo de Tec. de Salud contratado para el efecto que ha sido decidor en la mejoría de la condición de salud oral de los escolares de la comuna; Cada clínica dental cuenta con odontólogo y tec. salud dental.

5.-SAPU

El Servicio de Atención Primaria de Urgencia –SAPU- inicio sus atenciones en el año 2005, entregando atención a partir de las 17 horas y hasta las 24 horas , de lunes a viernes y sábados ,domingos y festivos desde las 08:00 a las 24:00 horas.

Se pretende con esta estrategia entregar atención médica de urgencia en forma oportuna y expedita a la población. Un porcentaje mayoritario de atenciones de SAPU no son clasificables como urgencias reales, lo que ha generado cierto colapso en la atención debido a la demanda que supera con creces la capacidad de atención. Durante este año, hemos debido enfrentar la dificultad para garantizar las horas médicas necesarias en el servicio de urgencia, no obstante ello, las atenciones se han realizado en su totalidad.

El equipo de salud de SAPU está conformado por médico, enfermera, tec. de salud, administrativo, chofer, auxiliar de servicio. En los periodos de mayor demanda se incorpora kinesiólogo.

El financiamiento para esta atención proviene del convenio SAPU que año a año suscribe el Municipio con el Servicio de Salud Valdivia y las transferencias que se establecen en este convenio alcanzan a cubrir el 80% de los costos reales del funcionamiento. El 20% restante, que corresponde mayoritariamente a fármacos e insumos, se financia con presupuesto del Departamento de Salud.

6.-ESTABLECIMIENTOS RURALES

Las Postas de Salud Rural tienen como propósito contribuir a la satisfacción de las necesidades de salud de las comunidades rurales con pertinencia cultural, a través del conjunto de acciones, que incluyen la atención de salud, la promoción, prevención de las enfermedades y el auto cuidado de la salud; promover el desarrollo de las personas, familias y comunidad, en el ejercicio de sus derechos así como su acceso al sistema de protección social.

Existen 9 postas de salud rurales en la comuna: Choroico, Los Esteros, Puerto Nuevo, Traiguén, Catamutun, Santa Elisa, Mashue, Pilpilcahuin y Llancacura.

Se han incorporado, durante el presente año, al equipo de salud rural Psicólogo, Asistente Social y Facilitador Intercultural. Las rondas rurales se programan de acuerdo a la cantidad de usuarios de cada posta, la demanda de la población y la accesibilidad del equipo de salud. A excepción de Llancacura, que por razones de acceso no recibe ronda médico-dental en forma mensual, todas las restantes reciben 1, 2 o más rondas, de acuerdo a sus características, incluidas las rondas médicas del día sábado. Junto con la atención médica, también se ha reforzado la atención dental recuperativa en el sector rural con 3 salidas semanales y se programó para el próximo año, incorporar atenciones los días sábados.

Como reflejo de la preocupación permanente del equipo de salud por disminuir las brechas existentes en el sector rural respecto de la atención dental, se inició durante este año un plan piloto de atención de escolares en el sector rural de Choroico con el propósito de implementar en el mediano plazo un módulo Junaeb para el sector. Respecto de las otras atenciones, desde el mes de Octubre se incorporaron las rondas días sábados con enfermera, matrona y asistente social a las postas con mayor demanda y población que son Los Esteros y Puerto Nuevo.

La atención rural cuenta con 2 equipos conformados uno de ellos por médico, enfermera, matrona, tec. de salud, conductor y el otro por odontólogo, tec. Salud dental, asistente social, nutricionista, facilitador intercultural además de los técnicos de salud encargados de cada posta.

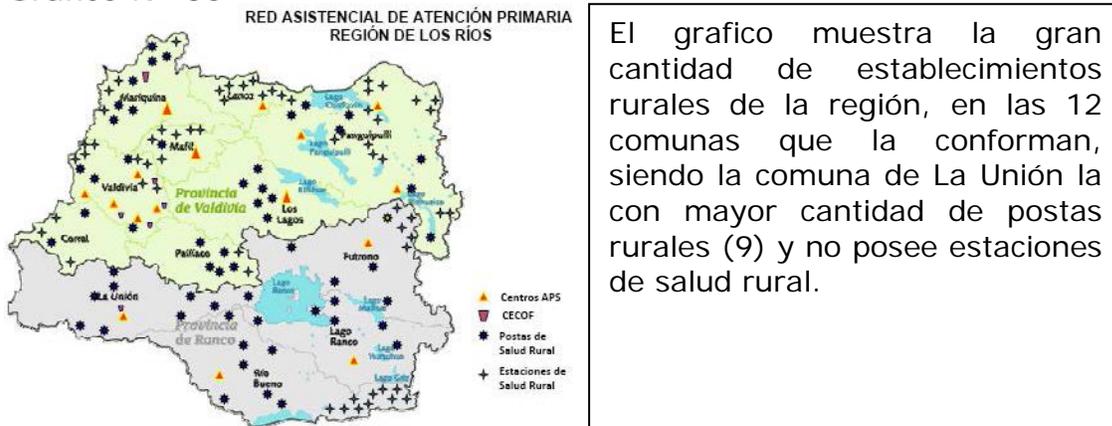
RED DE SALUD

La Red Pública de Salud está conformada por el conjunto de establecimientos y Servicios de Salud, en sus diferentes niveles de complejidad y capacidad de resolución que debe asegurar la continuidad de atención en función de las necesidades de la población. En función de la capacidad resolutoria y la complejidad, se distinguen tres niveles de intervenciones en la red. A nivel local, los establecimientos de Atención Primaria de Salud representan el nivel de baja complejidad a través de los cuales la población tiene la puerta de entrada a la red pública de salud. En el nivel de mediana complejidad se encuentra el Hospital “Dr. Juan Morey” y en un nivel de mayor complejidad, el Hospital Base Valdivia.

Grafico N° 34 Red Pública Urgencia Región de Los Ríos



Grafico N° 35 RED ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA REGIÓN DE LOS RÍOS



Los establecimientos rurales se ubican geográficamente:

Al Norte- Oeste: Catamutun y Santa Elisa.

Al Sur-Oeste: Mashue, Pilpilcahuin y Llanacura

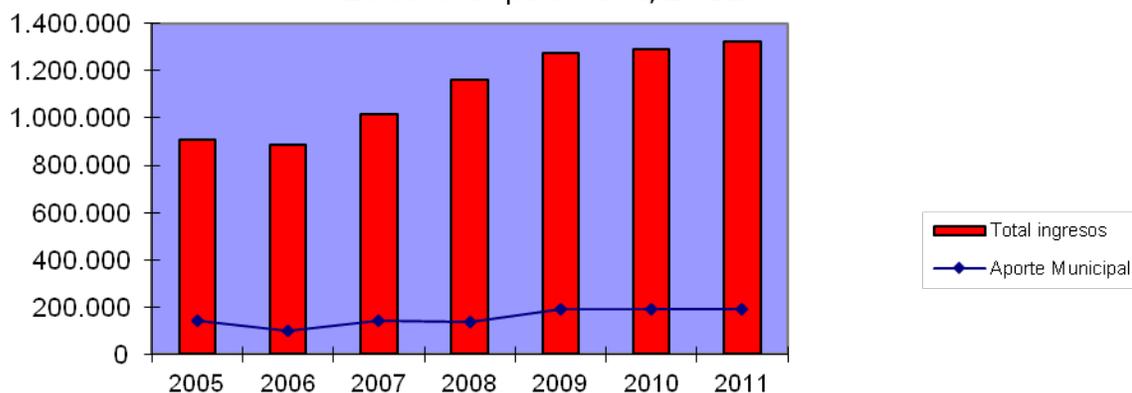
Al Este: Choroico, Traiguen, Los Esteros y Puerto Nuevo.

RECURSOS FINANCIEROS

INGRESOS 2011 (al 30/09/2011)

Total ingresos=	M\$ 1.323.985.-	
1.-Per-capita=	M\$ 1.180.126.-	
2.-Aporte Municipal=	M\$ 124.725.-	
4.-Otros ingresos=	M\$ 19.134.-	
% Aporte Per-capita sobre total ingresos=	89,13%	
% Aporte municipal sobre total ingresos=	9,42%	
Ingresos Extrapresupuestario (Convenios suscritos 2011)		
Total transferencias al 30/10/11 en M\$=	378.312	

Grafico Nº 36
Total Ingresos Salud / Proporción Aporte Municipal
2005 a Septiembre/2011

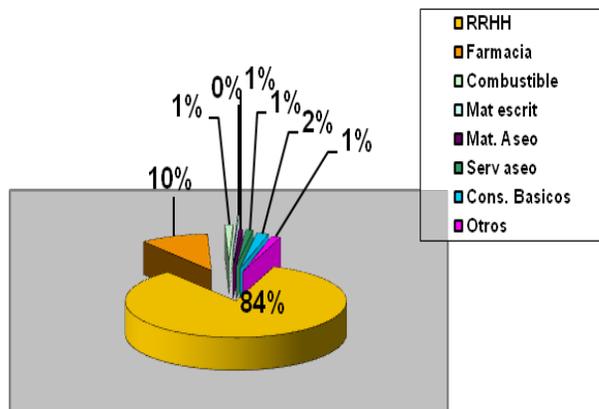


El aporte Per-cápita corresponde al pago de Fonasa por cada usuario inscrito en el sistema de Atención Primaria de Salud y es la principal fuente de financiamiento. El valor Per Capita se desglosa en un per-capital basal a lo que se agregan los indexadores, establecidos en base a población rural, población adulta mayor, desempeño en condiciones difíciles y condiciones de pobreza municipal, esta última relativa a la dependencia del municipio del Fondo Común Municipal y no a la pobreza poblacional de la comuna. Se establece que este valor Per-cápita financia las 96 prestaciones establecidas en el Decreto Per-cápita, más las patologías GES que se atienden en el nivel primario de salud y que corresponden, aproximadamente, al 80% de todos los problemas establecidos con garantías AUGE, financiamiento totalmente insuficiente para la realidad y complejidad de las prestaciones que diariamente se entregan a los usuarios, especialmente en las comunas más pequeñas.

GASTOS 2011 (al 30/09/2011)

1.-Total gasto Remuneraciones:	M\$ 981.556.
1.1 Planta:	M\$ 649.977
1.2 Contrata:	M\$ 285.574
2.-Total gastos operación:	M\$ 163.829
2.1 Gasto Farmacia:	M\$ 110.764
2.2 Combustible:	M\$ 13.099
2.3 Mat. Escritorio:	M\$ 2.195
2.4 Mat. Aseo:	M\$ 6.523
2.5 Servicios Aseo:	M\$ 11.785
2.6 Consumos básicos:	M\$ 19.463
2.8 Otros gastos:	M\$ 15.173
3.- Adq. Activos no financieros:	M\$ 4.695

Grafico N° 37
Distribucion gasto salud 2011



Como se aprecia en el grafico, el ítem remuneraciones, que considera las remuneraciones mensuales, tanto planta como contrata y honorarios, los pagos por extensiones horarias, viáticos de faena, cometidos funcionarios, bonos, aguinaldos y asignaciones corresponde al 84% del gasto total de salud. En 2º lugar, el ítem farmacia representa el 10% del total del gasto en salud, donde se consideran fármacos, insumos e instrumental quirúrgico, medico y odontológico, para el Cesfam, SAPU, Cecosf, postas rurales, clínicas dentales escolares y atención domiciliaria.

ANALISIS

El diagnóstico de salud realizado ha permitido evaluar el impacto de las estrategias implementadas para abordar los problemas de salud que nuestra población. La pobreza, el nivel de escolaridad, el ingreso familiar, la vivienda, las redes sociales, etc, son determinantes en la condición de salud de las personas y sus familias, entonces, se hace imprescindible la coordinación de todos los sectores para lograr revertir esa condición de salud.

En el diagnóstico y posterior análisis, el equipo de salud asume la responsabilidad de entregar las atenciones de salud establecidas por el Minsal en todas las etapas del ciclo vital, contenidas en el Decreto Per-capita y que corresponden a 96 prestaciones.

De acuerdo a ese análisis se evidencia lo siguiente:

1.- Salud Materno-Perinatal

Buena cobertura de ingreso a control gestacional antes de las 14 semanas (90%) lo que nos permite asegurar el buen control de embarazo, la pesquisa temprana de parto prematuro, detección oportuna de depresión en el embarazo y post-parto, abordar otras situaciones de salud mental de las gestantes y/o púerperas (drogas, alcohol, VIF), disminuir las enfermedades de transmisión sexual (madre-hijo), abordar los problemas de malnutrición por exceso de la embarazada. Al respecto, en la comuna el promedio de malnutrición por exceso alcanza un 69,1% , teniendo la obesidad un promedio de 33,3% y el sobrepeso un 35,8%, cifras que son aún mayores en el sector rural donde el sobrepeso alcanza un 48% de las gestantes. Junto a lo anterior, el control oportuno de las gestantes permite también entregar protección de la salud oral, apoyar a las gestantes que presentan riesgos psicosociales, etc. Lo anterior, obliga a los equipos de salud de los sectores a realizar las coordinaciones con el intersector, con los diferentes programas, como Salud Mental, Promoción, Salud y Pueblos Indígenas y con las redes sociales existentes en la comuna para entregar una atención de salud integral que incorpore a la familia y la comunidad.

2.- Salud Infantil

Se inicia con el control de la diada (madre- hijo/a) actividad que se ha incrementado respecto del año 2010, siendo de un 55 % pero que sabemos debe mejorar para alcanzar, a lo menos, un 80% de controles antes de los 10 días de vida. A partir de ahí se desarrollan, en los controles de niño sano, las actividades de promoción de estilos de vida saludable y desarrollo integral de los niños/as con énfasis en las actividades tendientes a abordar la malnutrición por exceso, donde la comuna presenta uno de los más altos porcentajes de la región en menores de 6 años (17%) y en las intervenciones tendientes a lograr una lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida. Esta situación nos obliga a un análisis más detallado de cuáles serían las razones por las cuales este porcentaje incrementa, más cuando se incorporaron 44 horas de nutricionista, se incrementó la atención nutricional en el sector rural y se ha realizado un trabajo constante, tanto comunitario como en el sector escolar, de actividades de promoción de la salud y alimentación saludable.

En esta etapa del ciclo vital son relevantes e imprescindibles las acciones en actividad física, salud oral, fortalecimiento del apego, detección de riesgo psicosocial, intervenciones educativas de apoyo a la crianza, evaluación del desarrollo psicomotor, que presenta en la comuna una cobertura del 91% de los niños bajo control con un porcentaje de recuperación del 100% de los niños/as diagnosticados con déficit. En este logro es relevante la estrategia de la sala de estimulación y ha sido determinante la coordinación del equipo de salud con el sector educacional. Dentro de este análisis, el equipo de salud se ha propuesto mejorar la pesquisa del déficit ya que los datos locales revelan que ésta se encuentra muy por debajo del promedio nacional (30%). Para ello, se realizará en el mes de Diciembre de este año una capacitación destinada a enfermeras y educadoras de párvulos con la finalidad de mejorar competencias para lograr este objetivo. En este ciclo vital también se considera la entrega del programa ampliado de inmunizaciones con la finalidad de reducir la carga de enfermedades inmunoprevenibles, la prevención de infecciones respiratorias y el tratamiento y control de enfermedades respiratorias crónicas.

3.- Salud Adolescente

La salud del adolescente debe considerar la integración social activa, el entorno social; desde ese concepto, el abordaje de la salud de los adolescentes debe tender a fortalecer las redes familiares y comunitarias, debe tener un enfoque anticipatorio al riesgo mediante acciones de promoción y prevención en trabajo, alcohol y drogas, sexualidad, regulación de fertilidad, VIH-SIDA, embarazo, alimentación saludable, salud mental, etc. Nuestra comuna presenta un alto porcentaje de embarazo adolescente con tendencia, incluso, al aumento a pesar de las estrategias implementadas para este año. Realizado el análisis más detallado, el equipo de salud ha constatado que un porcentaje importante de estas adolescentes embarazadas no han consultado nunca por métodos de planificación familiar lo que nos plantea el desafío de mejorar nuestras coberturas en esa área y mejorar el acceso y oportunidad de la atención. Se hace necesario ir incrementando el EMP en esta edad y trabajar con el intersectar, especialmente educación, para idear estrategias conjuntas de intervención. En ello, el trabajo de JUNAEB y SENDA tiene gran complementariedad con el quehacer de los equipos de cabecera quienes, a su vez, requieren coordinarse e incorporar acciones de los programas de salud mental, promoción y otros programas transversales.

4.- Salud del Adulto

Aumento en las actividades de pesquisa con el EMP lo que nos permitirá ir avanzando hacia la meta nacional establecida para esta actividad. Sumado a ello hay un aumento de las coberturas de enfermedades cardiovasculares, respecto del año 2010, aun cuando éstas se encuentran lejos de la meta nacional. Nuestra tarea será incrementarlas para alcanzar esas metas nacionales ya que en la medida que esto se logre, se evitará el daño mayor en estos pacientes y permitirá, también, el mejor control a fin de lograr las compensaciones necesarias para un exitoso tratamiento.

En esta tarea, los equipos de cabecera son los protagonistas en el desarrollo e implementación de estrategias asistenciales, promocionales y preventivas en su población a cargo. En ese aspecto, las actividades de promoción de estilos de vida saludable, prevención de VIH-SIDA, conductas sexuales seguras, regulación de fertilidad, climaterio, depresión, TBC, salud bucal, Ca de mamas, PAP, enfermedades respiratorias crónicas, etc., deben incorporarse en la atención diaria y mediante acciones comunitarias a través de los programas de Promoción, Salud Mental, PESPI, Resolutividad, etc.

En relación a enfermedades crónicas, el incremento de usuarios en control en el programa cardiovascular durante el presente año ha sido significativo ya sea en la cantidad de atenciones que se deben asegurar para los controles, tanto médicos como de enfermería, como en los recursos farmacológicos y exámenes que se deben garantizar para un correcto control.

Respecto de pesquisa de enfermedades, la cantidad de exámenes de baciloscopia solicitados durante el periodo enero-octubre del presente año es de 92 exámenes lo que está muy por debajo de lo establecido en el plan regional de salud. Al respecto el equipo de salud se compromete a incrementar en un 100% la solicitud de este examen.

El examen de PAP también muestra cifras menores a las establecidas a nivel nacional, con una cobertura del 52% a junio siendo la cobertura nacional esperada de un 71%. Es para el equipo de salud un gran desafío lograr incrementar estas cifras y, más aún, ampliar la cobertura a mujeres que no se han realizado este examen en los últimos 3 años. Como una medida para lograr este objetivo se garantizará el acceso expedito de las mujeres a horas matrona para la toma de este examen, lo mismo que se involucrará a todo el equipo de salud en la importancia del examen lo que se reforzará con acciones de información comunitaria.

5.- Salud del Adulto Mayor

Este grupo de personas se ha incrementado de manera importante en nuestra comuna, en las últimas décadas, siguiendo la tendencia nacional. Es por ello, que año a año, el equipo de salud debe incorporar e idear estrategias para dar respuesta a sus demandas de atención.

El abordaje del proceso de envejecimiento está centrado en la funcionalidad como base fundamental para construir una vida satisfactoria en la vejez por lo que las acciones destinadas a este grupo etáreo deben propender a pesquisar factores de riesgo que puedan alterar su funcionalidad y su independencia.

De esta forma resultan relevantes la promoción del autocuidado, prevención de accidentes y caídas, control, prevención y detección de secuelas de enfermedades cardiovasculares, pesquisa, tratamiento y control de enfermedades respiratorias, detección oportuna de depresión, cáncer, etc.

PLAN DE ACCION – 2012

De acuerdo al análisis realizado , el equipo de salud ha concluido en mantener las temáticas trabajadas en el plan de acción del presente año por considerar que, si bien se ha avanzado en la implementación de estrategias tendientes a abordarlas demostrando un porcentaje importante de cumplimiento efectivo de las tareas establecidas en el plan de acción, en el caso de obesidad en menores de 6 años y embarazo adolescente, dada la multiplicidad de factores que inciden en el comportamiento y hábitos de las personas, los resultados no son los esperados. No obstante ello, concientes de que ambas problemáticas representan una condicionante grave para la salud de las personas y su calidad de vida, se mantendrán como focos prioritarios de atención en las actividades de salud del año 2012 . Respecto de la implementación de modelo Familiar y Comunitario, el equipo de salud ha avanzado a la etapa de consolidación en donde los usuarios han adquirido un rol relevante en el mejoramiento de la atención y, en conjunto, se han identificado las brechas. Si bien se ha alcanzado el nivel superior en la implementación del modelo, se requiere reforzar ciertos ejes de la organización. En ese aspecto se implementaran y reforzaran estrategias tendientes al mejoramiento de la relación del equipo con las familias y comunidad, mejoramiento del trabajo en red, mejoramiento de acceso y oportunidad de atención y estrategias destinadas a disminución de brechas.

En el tema de satisfacción usuaria, junto con entregar herramientas necesarias para los funcionarios sobre temáticas de trato usuario a través del Plan de Capacitación 2012, se potenciara la participación comunitaria, tanto en el sector urbano como en el sector rural, para fortalecer la relación equipo de salud- usuarios con el objetivo de mejorar acceso y oportunidad de atención, pertinencia de atención, definición de brechas e implementación de soluciones.

El Plan de Acción 2012 desarrollará los siguientes problemas detectados:

- 1.- Debilidad en la implementación de la etapa superior del Modelo de Salud Familiar y Comunitario.
- 2.- Trato usuario.
- 3.- Embarazo Adolescente.
- 4.- Obesidad en menores de 6 años.

El abordaje de estos problemas detectados se realizara a través de estrategias que serán implementadas tanto en el Cesfam como en las Postas de Salud Rural y Cecosf.

COMUNA: LA UNION

ESTABLECIMIENTO: CENTRO DE SALUD FAMILIAR “DR. ALFREDO GANTZ MANN”

PLAN DE ACCION DE CUIDADOS DE SALUD DE LA POBLACION – 2012

PROBLEMA PRIORIZADO	OBJETIVOS	METAS	INDICADORES	ACTIVIDADES	RRHH	MONITOREO EVALUACION
Debilidad en la implementación del Modelo de Salud familiar, en su etapa Superior en el Cesfam La Unión y sus establecimientos adosados.	Fortalecer los ámbitos de capacitación y desarrollo organizacional del equipo de salud	Mejorar la gestión con la finalidad de brindar atención acorde al nivel Superior según pauta de Modelo.	1.-Documento entregado a los equipos en el primer trimestre del año 2012 y en las contrataciones de personal a partir del 2º trimestre del año.	1.- Difundir documento con definición de roles y funciones de cada miembro del equipo de de salud a los equipos de sector y transversales e integrarlo como documento oficial en el proceso de contratación de recurso humano.	Dirección Cesfam y equipo gestor	Decreto Exento que aprueba documento de descripción de cargos.
			2.- Licitación para asesoría en Planificación Estratégica.	2.- Contratación de consultora para asesoría en Planificación estratégica, de acuerdo a disponibilidad presupuestaria.	Desam-Dirección Cesfam - Equipo Gestor	Plan estratégico formulado
			3.- Nº de familias encarpetadas en el Cesfam / Nº total de familias inscritas en El Cesfam	3.-Continuar organización fichas por familia, para alcanzar el 100% de cartolas familiares.	Equipo Some Equipos de sector	Carpetas familiares implementadas
			4.- 45% de las familias en riesgo reciben intervención del equipo de salud	4.- Aumentar el estudio de familias en riesgo moderado a severo, de acuerdo al modelo.	Equipos de salud sectores.	REM P

			<p>5.- Realizar 4 auditorías de procesos: aplicación tablas nutricionales en pobl. preescolar, aplicación de ficha CLAP, tarjeteros control EPOC, pertinencia de solicitud examen ECG y ECO abdominal.</p> <p>6.- Encuesta aplicada , 1 por semestre</p>	<p>5.- Aumentar el monitoreo de procesos en Cefam, postas y Cecosf.</p> <p>6.-Aplicar encuesta de satisfacción usuaria.</p>	<p>Dirección Cefam Equipo Gestor</p> <p>Dirección Cefam Equipo Gestor.</p>	<p>Informes entregados</p> <p>Encuesta aplicada</p>
--	--	--	--	---	--	---

COMUNA: LA UNION

ESTABLECIMIENTO: CENTRO DE SALUD FAMILIAR “DR. ALFREDO GANTZ MANN”

PLAN DE ACCION DE CUIDADOS DE SALUD DE LA POBLACION - 2012

PROBLEMA PRIORIZADO	OBJETIVOS	METAS	INDICADORES	ACTIVIDADES	RRHH	MONITOREO EVALUACION
Insatisfacción usuaria.	Mejorar la relación equipo de salud-usuario	Ejecutar, a lo menos, el 80% de las actividades programadas al 31 de Diciembre de 2012.	1.- Módulos de atención de público descentralizados en los 3 sectores del CESFAM	1.- Habilitar SOME satelital en los sectores para garantizar la atención de público más personalizada y expedita.	Equipo Some Equipos sector Equipo Gestor	Módulos de atención instalados en cada sector
			2.- Archivo full-space instalado y operativo.	2.- Instalar archivo Full space para mejorar las condiciones del almacenamiento de fichas clínicas y agilizar la atención de público.	Equipo SOME, Dirección.	Archivo instalado y funcionando.
			3.- N° funcionarios que participan en pausas saludables/ n° total de funcionarios	3.- Implementar pausas saludables dirigida, a lo menos, al 50% de los funcionarios, asesorada por ACHS.	Dirección Cesfam Comité paritario	Plan de trabajo Comité paritario Encuesta funcionarios
			4.- N° capacitaciones realizadas/N° capacitaciones programadas.	4.- Implementar durante el año a lo menos dos capacitaciones, en temáticas de trato usuario y estudios de familia.	Comité capacitación Equipo sector	Programa de capacitación implementado y difundido al personal

			5.- Actividades de difusión realizadas/ actividades de difusión programadas.	5.-Confeccionar cartillas informativas con actividades y beneficios del CESFAM para entrega a los usuarios y difusión en página WEB del CESFAM y espacios radiales.	Todos los funcionarios Encargado Participación, Salud Mental, Oirs, Dirección Cesfam	Cartilla confeccionada y distribuida entre los beneficiarios y medios de comunicación
			6.- N° reuniones realizadas /N° reuniones programadas para cada caso.	6.-Garantizar los espacios y tiempos necesarios para realizar las reuniones de programación e información planificadas: a) Reuniones técnico-administrativas, bimensuales con todos los funcionarios. b) Reuniones mensuales por sector. c) Reuniones OIRS d) Reuniones Comité Gestión demanda y listas de espera. e) Reuniones Comité de Farmacia. f) otras.	Dirección CESFAM Dirección Desam. Encargada participación ciudadana Asociación gremial Comité paritario	Actas y asistencia
			N° reuniones realizadas/n° reuniones programadas.	7.-Mantener reuniones mensuales con CODELO, Comité de Salud Cecosf y Comité de Postas.	Encargada Participación Ciudadana Coordinadora Cecosf Encargada promoción	Plan de trabajo CODELO Plan de trabajo Comité Salud Cecosf Plan de trabajo Comité de postas

PROBLEMA PRIORIZADO	OBJETIVOS	METAS	INDICADOR	ACTIVIDADES	RRHH	MONITOREO EVALUACION
Alta tasa de embarazo adolescente	Aumentar, fortalecer y promocionar masivamente las intervenciones biosicosociales en el grupo etáreo de 10 a 19 años con énfasis en salud sexual reproductiva, prevención del embarazo y salud mental	Detener la tasa e embarazo adolescente registrada en el año 2011	1.- Espacio atención asistencial “Espacios adolescentes amigables” en funcionamiento habilitado y en condiciones optimas de lunes a viernes de 17:00 a 19:00 horas.	1.- Mantener la atención “Espacios amigables adolescentes” disponible de lunes a viernes de 17:00 a 19:00 horas con atención de matron/a y psicóloga/o.	Dupla Espacios Amigables Adolescentes	Agenda Rayen REM
			2.-N° de extensiones horarias realizadas por matron/a y psicólogo/a / N° extensiones horarias programadas, año 2012.	2.Aumentar en al menos un 50% los cupos de atención de adolescentes en horario vespertino para entrega atenciones en salud sexual y salud mental	Dupla Espacios Amigables Jefe Some Dirección Cefsam Equipo Salud mental	REM
			3.- N° de fichas Clap aplicadas/ Total población inscrita de 10 a 14 años	3.- Incrementar a un 10% la aplicación de ficha Clap en población adolescente de 10 a 14 años.	Dupla psicosocial Equipos sector Equipo Cecosf	REM
			4.-N° reuniones de mesa comunal adolescente con participación de dupla psicosocial/ N° total de reuniones mesa comunal de jóvenes	4.- Dupla psicosocial participa en Mesa Comunal Adolescente y Concejo de jóvenes.	Dupla psicosocial	Actas- asistencia Acuerdos- registro fotográfico

			5.- N° de “amigos” Facebook incorporados	5.- Implementar pagina Web “Espacios Amigables Adolescentes” incorporando temas de interés adolescente y difundiéndolas actividades del programa y la oferta de prestaciones	Dupla psicosocial Informático Desam	Facebook activo Registro visitantes
			6.-N° reuniones realizadas/N° reuniones programadas	6.- Realizar, a lo menos 3 reuniones con 5 establecimientos educacionales con índice de vulnerabilidad social	Dupla Psicosocial Equipos de sector Equipo Cecosf	Actas, asistencia, acuerdos, registro fotográfico
			7.- N° actividades masivas en que participan Centros de Padres/ N° actividades masivas programadas	7.- Incorporar, a lo menos, 2 Centros de Padres de establecimientos educacionales en las actividades masivas coordinadas con el equipo de Promoción	Dupla psicosocial Equipo promoción Equipo sectores	Registro fotográfico

PROBLEMA PRIORIZADO	OBJETIVOS	METAS	INDICADOR	ACTIVIDADES	RRHH	MONITOREO EVALUACION
Alto porcentaje de Obesidad en población de menores de 6 años	Fortalecer estrategias destinadas a producir impacto regresivo del porcentaje de obesidad en población < de 6 años	Disminuir a un 16%, el porcentaje de obesidad en población infantil < de 6 años.	1.-Nº escuelas intervenidas /Nº escuelas programadas de intervención.	1.-Mantener estrategia de EGO escuelas en escuelas Aldea Campesina, El Maiten y Jorge Alessandri R con trabajo de 1ª a 3ª básicos, niños, profesores apoderados.	-Nutricionistas -Equipo Promoción -Equipos de sector	-Planilla SEREMI Salud -REM
			2.-Nº de niños asistentes a talleres nutricionales realizados al 5º mes/ Pobl. bajo control	2.-Alcanzar un 90% de padres o cuidadores de niños para taller grupal y/o control nutricional sobre alimentación complementaria al 5º mes de vida..	-Nutricionista Cesfam, Cecosf, Rural - Equipos de sector	REM
			3.-Nº talleres realizados a lo 3 años 6 meses/ Nº talleres programados a los 3 años 6 meses.	3.- Mantener taller para padres a los 3 años 6 meses sobre alimentación saludable del preescolar, al 70% de los niños de esa edad bajo control.	-Nutricionistas Cesfam, Cecosf, Rural	REM
			4.-Nº rondas rurales realizadas/Nº rondas rurales programadas	4.- Mantener atenciones nutricionales en sector rural.	-Nutricionista rural -Equipo salud rural -Dirección Cesfam - Desam	REM
			5.- Nº actividades realizadas en escuelas rurales /Nº actividades programadas en escuelas rurales	5.-Continuar intervenciones en 4 escuelas rurales sobre alimentación saludable y estilos de vida saludable.	-Equipo Promoción -Nutricionista Rural	Actas y asistencia, registro fotográfico
			6.- Nº actividades realizadas en jardines infantiles /Nº de actividades programadas en jardines infantiles.	6.- Realizar 3 actividades , en 3 jardines infantiles del sector urbano, sobre alimentación saludable.	-Nutricionistas Cesfam y Cecosf -Programa Promoción	Asistencia, actas , registro fotográfico

			<p>7.-Nº actividades con embarazadas CHCC realizadas/ Nº actividades con embarazadas CHCC programadas.</p> <p>8.-.Cesfam con certificación vigente.</p> <p>9.- Nº talleres realizados a padres y niños en control nutricional por malnutrición por exceso / Nº de talleres programados.</p>	<p>7.- Realizar 1 educación sobre alimentación saludable y lactancia materna a grupos de embarazadas bajo control.</p> <p>8.- Gestionar la certificación de Cesfam Amigo Lactancia Materna , en su última etapa</p> <p>9.-Realizar 4 talleres sobre alimentación saludable, actividad física, salud mental y riesgo de enfermedades no transmisibles a padres y/o cuidadores del 1% de niños/as bajo control por malnutrición por exceso</p>	<p>-Nutricionista Cesfam</p> <p>-Dirección Cesfam -Equipo Gestor -Comité Lactancia Materna Cesfam</p> <p>-Equipos de sector Nutricionista Cesfam, Cecosf, Rural -Programa salud mental -Kinesiologos</p>	<p>REM</p> <p>Certificado acreditacion.</p> <p>-Asistencia, Registro fotografico -REM</p>
--	--	--	---	--	--	---

Presupuesto Departamento de Salud- 2012

El Decreto N° 995 de Hacienda, Art.6° sobre clasificación de Ingresos y Gastos de Servicios incorporados a la Gestión Municipal por aplicación del D.F.L. (1) 1-3.063 de 1980, las facultades que me confiere la Ley N° 18.695 Orgánica Constitucional de Municipalidades:

CLASIFICADOR DE INGRESOS Y GASTOS

SUB T.	ITEM	ASIG.	DENOMINACION	CANTIDAD M\$
I N G R E S O S				
05			<i>TRANSFERENCIAS CORRIENTES</i>	1.888.543
	03		De otras entidades públicas	1.888.543
07			INGRESOS DE OPERACION	1.546
	02		Venta de servicios	1.546
08			<u>OTROS INGRESOS CORRIENTES</u>	35.483
	01		Recuperación y reembolsos Licencias medicas	32.983
	99		Otros	2.500
15			SALDO INICIAL DE CAJA	10
			TOTAL INGRESOS	1.925.582
G A S T O S				
21			<i>GASTOS EN PERSONAL</i>	1.528.881
	01		Personal de planta	992.135
	02		Personal a contrata	451.736
	03		Otras Remuneraciones	85.000
	04		Otros Gastos en personal	10
22			<u>BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO</u>	383.901
	02		Textiles, vestuario y calzados	350
	03		Combustible y lubricantes	27.328
	04		Materiales de uso o consumo corriente	225.007
	05		Servicios básicos	28.658
	06		Mantenimiento y reparaciones	37.144

07	Publicidad y difusión	5.110
08	Servicios generales	20.372
10	Servicios financieros y de seguros	5.881
11	Servicios técnicos y profesionales	31.948
24		5.800
	<u>TRANSFERENCIAS CORRIENTES</u>	
01	Al sector privado	5.800
007	Asistencia social a personas naturales	5.800
29	<u>ADQ. DE ACTIVOS NO FINANCIEROS</u>	7.000
04	Mobiliarios y otros	2.000
05	Maquinas y Equipos	2.000
06	Equipos informáticos	3.000
	TOTAL GASTOS	<u>1.925.582</u>

PROBLEMA PRIORIZADO	OBJETIVOS	METAS	INDICADOR	ACTIVIDADES	RRHH	MONITOREO EVALUACION
Alta tasa de embarazo adolescente	Aumentar, fortalecer y promocionar masivamente las intervenciones biosicosociales en el grupo etáreo de 10 a 19 años con énfasis en salud sexual reproductiva, prevención del embarazo y salud mental	Detener la tasa e embarazo adolescente registrada en el año 2011	1.- Espacio atención asistencial "Espacios adolescentes amigables" en funcionamiento habilitado y en condiciones optimas de lunes a viernes de 17:00 a 19:00 horas.	1.- Mantener la atención "Espacios amigables adolescentes" disponible de lunes a viernes de 17:00 a 19:00 horas con atención de matron/a y psicóloga/o.	Dupla Espacios Amigables Adolescentes	Agenda Rayen REM
			2.-N° de extensiones horarias realizadas por matron/a y psicólogo/a / N° extensiones horarias programadas, año 2012.	2.Aumentar en al menos un 50% los cupos de atención de adolescentes en horario vespertino para entrega atenciones en salud sexual y salud mental	Dupla Espacios Amigables Jefe Some Dirección Cefsam Equipo Salud mental	REM
			3.- N° de fichas Clap aplicadas/ Total población inscrita de 10 a 14 años	3.- Incrementar a un 10% la aplicación de ficha Clap en población adolescente de 10 a 14 años.	Dupla psicossocial Equipos sector Equipo Cecosf	REM
			4.-N° reuniones de mesa comunal adolescente con participación de dupla psicossocial/ N° total de reuniones mesa comunal de jóvenes	4.- Dupla psicossocial participa en Mesa Comunal Adolescente y Concejo de jóvenes.	Dupla psicossocial	
			5.- N° de "amigos" Facebook incorporados	5.- Implementar pagina Web "Espacios Amigables Adolescentes" incorporando temas de interés adolescente y difundíendolas actividades del programa y la oferta de prestaciones	Dupla psicossocial Informático Desam	Actas- asistencia Acuerdos- registro fotográfico Facebook activo Registro visitantes
			6.-N° reuniones realizadas/N° reuniones programadas	6.- Realizar, a lo menos 3 reuniones con 5 establecimientos	Dupla Psicossocial Equipos de sector Equipo Cecosf	Actas, asistencia, acuerdos, registro fotográfico

			<p>educacionales con índice de vulnerabilidad social</p> <p>7.- N° actividades masivas en que participan Centros de Padres/ N° actividades masivas programadas</p> <p>8.- N° funcionarios capacitados/N° total de funcionarios.</p> <p>9.- N° de cursos 8º, 1º y 2º medio intervenidos de escuelas y liceos elegidos/ N° total de 8º, 1º y 2º medios de escuela y liceos elegidos.</p> <p>10.- N° intervenciones realizadas/N° total de intervenciones programadas</p>	<p>7.- Incorporar, a lo menos, 2 Centros de Padres de establecimientos educacionales en las actividades masivas coordinadas con el equipo de Promoción</p> <p>8.- Capacitar a los funcionarios en Salud Integral del Adolescente para alcanzar un 50% del personal capacitado en el área.</p> <p>9.- Realizar intervenciones en prevención de tabaco en 8º básicos, 1º y 2º medios de 2 liceos urbanos y en Escuela Jorge Alessandri.</p> <p>10.- Coordinar con intersector (SENDA – Club Rehabilitados Alcohólicos- Juzgado Policía Local) actividades sobre prevención alcoholismo, a lo menos, 4 instancias de intervención en comunidad escolar</p>	<p>Dupla psicosocial Equipo promoción Equipo sectores</p> <p>Comité Capacitación Dirección Cesfam</p> <p>Equipo de sector Kinesiólogas</p> <p>Equipo Salud mental Equipo Promoción SENDA DAEM</p>	<p>Registro fotográfico</p> <p>Asistencia Certificación</p> <p>REM Registro fotografico Asistencia</p>
--	--	--	--	--	---	--

PROBLEMA PRIORIZADO	OBJETIVOS	METAS	INDICADOR	ACTIVIDADES	RRHH	MONITOREO EVALUACION
Alto porcentaje de Obesidad en población de menores de 6 años	.Fortalecer estrategias destinadas a producir impacto regresivo del porcentaje de obesidad en población < de 6 años	Disminuir a un 16%, el porcentaje de obesidad en población infantil < de 6 años.	1.-Nº escuelas intervenidas /Nº escuelas programadas de intervención.	1.-Mantener estrategia de EGO escuelas en escuelas Aldea Campesina, El Maiten y Jorge Alessandri R con trabajo de 1ª a 3ª básicos, niños, profesores apoderados.	-Nutricionistas -Equipo Promoción -Equipos de sector	-Planilla SEREMI Salud -REM
			2.-Nº de niños asistentes a talleres nutricionales realizados al 5º mes/ Pobl. bajo control	2.-Alcanzar un 90% de padres o cuidadores de niños para taller grupal y/o control nutricional sobre alimentación complementaria al 5º mes de vida..	-Nutricionista Cesfam, Cecosf, Rural - Equipos sector	REM
			3.-Nº talleres realizados a lo 3 años 6 meses/ Nº talleres programados a los 3 años 6 meses.	3.- Mantener taller para padres a los 3 años 6 meses sobre alimentación saludable del preescolar, al 70% de los niños de esa edad bajo control.	-Nutricionistas Cesfam, Cecosf, Rural	REM
			4.-Nº rondas rurales realizadas/Nº rondas rurales programadas	4.- Mantener atenciones nutricionales en sector rural.	-Nutricionista rural -Equipo salud rural -Dirección Cesfam - Desam	REM
			5.- Nº actividades realizadas en escuelas rurales /Nº actividades programadas en escuelas rurales	5.-Continuar intervenciones en 4 escuelas rurales sobre alimentación saludable y estilos de vida saludable.	-Equipo Promoción -Nutricionista Rural	Actas y asistencia, registro fotográfico
			6.- Nº actividades realizadas en jardines infantiles /Nº de actividades programadas en jardines infantiles.	6.- Realizar 3 actividades , en 3 jardines infantiles del sector urbano, sobre alimentación saludable.	-Nutricionistas Cesfam y Cecosf -Programa Promoción	Asistencia, actas , registro fotográfico
			7.-Nº actividades con embarazadas CHCC realizadas/ Nº actividades con embarazadas CHCC programadas.	7.- Realizar 1 educación sobre alimentación saludable y lactancia materna a grupos de embarazadas bajo control.	-Nutricionista Cesfam	REM

			<p>8.-.Cesfam con certificación vigente.</p> <p>9.- N° talleres realizados a padres y niños en control nutricional por malnutrición por exceso / N° de talleres programados.</p>	<p>8.- Gestionar la certificación de Cesfam Amigo Lactancia Materna , en su última etapa</p> <p>9.-Realizar 4 talleres sobre alimentación saludable, actividad física, salud mental y riesgo de enfermedades no transmisibles a padres y/o cuidadores del 1% de niños/as bajo control por malnutrición por exceso</p>	<p>-Dirección Cesfam -Equipo Gestor -Comité Lactancia Materna Cesfam</p> <p>-Equipos de sector Nutricionista Cesfam, Cecosf, Rural -Programa salud mental -Kinesiologos</p>	<p>Certificado acreditacion.</p> <p>-Asistencia, Registro fotografico -REM</p>
--	--	--	--	---	---	--

COMUNA: LA UNION

ESTABLECIMIENTO: CENTRO DE SALUD FAMILIAR "DR. ALFREDO GANTZ MANN"

PLAN DE ACCION DE CUIDADOS DE SALUD DE LA POBLACION - 2012

PROBLEMA PRIORIZADO	OBJETIVOS	METAS	INDICADORES	ACTIVIDADES	RRHH	MONITOREO EVALUACION
Insatisfacción usuaria.	Mejorar la relación equipo de salud-usuario	Ejecutar, a lo menos, el 80% de las actividades programadas al 31 de Diciembre de 2012.	1.- Módulos de atención de público descentralizados en los 3 sectores del CESFAM	1.- Habilitar SOME satelital en los sectores para garantizar la atención de público más personalizada y expedita.	Equipo Some Equipos sector Equipo Gestor	Módulos de atención instalados en cada sector
			2.- Archivo full-space instalado y operativo.	2.- Instalar archivo Full space para mejorar las condiciones del almacenamiento de fichas clínicas y agilizar la atención de público.	Equipo SOME, Dirección.	Archivo instalado y funcionando.
			3.- N° funcionarios que participan en pausas saludables/ n° total de funcionarios	3.- Implementar pausas saludables dirigida, a lo menos, al 50% de los funcionarios, asesorada por ACHS.	Dirección Cesfam Comité paritario	Plan de trabajo Comité paritario Encuesta funcionarios
			4.- N° capacitaciones realizadas/N° capacitaciones programadas.	4.- Implementar durante el año a lo menos dos capacitaciones, en temáticas de trato usuario y estudios de familia.	Comité capacitación Equipo sector	Programa de capacitación implementado y difundido al personal
			5.- Actividades de difusión realizadas/ actividades de difusión programadas.	5.- Confeccionar cartillas informativas con actividades y beneficios del CESFAM para entrega a los usuarios y difusión en página WEB del CESFAM y espacios radiales.	Todos los funcionarios Encargado Participación, Salud Mental, Oirs, Dirección Cesfam	Cartilla confeccionada y distribuida entre los beneficiarios y medios de comunicación
			6.- N° reuniones realizadas /N° reuniones programadas para cada caso.	6.- Garantizar los espacios y tiempos necesarios para realizar las reuniones de programación e información planificadas: a) Reuniones técnico-administrativas, bimensuales con todos los funcionarios.	Dirección CESFAM Dirección Desam. Encargada participación ciudadana	Actas y asistencia

			<p>Nº reuniones realizadas/nº reuniones programadas.</p>	<p>b) Reuniones mensuales por sector. c) Reuniones OIRS d) Reuniones Comité Gestión demanda y listas de espera. e) Reuniones Comité de Farmacia. f) otras.</p> <p>7.-Mantener reuniones mensuales con CODELO, Comité de Salud Cecosf y Comité de Postas.</p>	<p>Asociación gremial</p> <p>Comité paritario</p> <p>Encargada Participación Ciudadana. Coordinadora Cecosf Encargada promocion</p>	<p>Plan de trabajo CODELO</p> <p>Plan de trabajo Comité Salud Cecosf Plan de trabajo Comité de postas</p>
--	--	--	--	--	---	--

COMUNA: LA UNION

ESTABLECIMIENTO: CENTRO DE SALUD FAMILIAR "DR. ALFREDO GANTZ MANN"

PLAN DE ACCION DE CUIDADOS DE SALUD DE LA POBLACION - 2012

PROBLEMA PRIORIZADO	OBJETIVOS	METAS	INDICADORES	ACTIVIDADES	RRHH	MONITOREO EVALUACION
Debilidad en a implementación del Modelo de Salud familiar, en su etapa Superior en el Cesfam La Unión y sus establecimientos adosados.	Fortalecer los ámbitos de capacitación y desarrollo organizacional del equipo de salud	Mejorar la gestión con la finalidad de brindar atención acorde al nivel Superior según pauta de Modelo.	1.- Documento entregado a los equipos en el primer trimestre del año 2012 y en las contrataciones de personal a partir del 2º trimestre del año.	1.- Difundir documento con definición de roles y funciones de cada miembro del equipo de de salud a los equipos de sector y transversales e integrarlo como documento oficial en el proceso de contratación de recurso humano.	Dirección Cesfam y equipo gestor	Decreto Exento que aprueba documento de descripción de cargos.
			2.- Licitación para asesoría en Planificación Estratégica.	2.- Contratación de consultora para asesoría en Planificación estratégica, de acuerdo a disponibilidad presupuestaria.	Desam-Dirección Cesfam- Equipo Gestor	Plan estratégico formulado
			3.- N° de familias encarpetadas en el Cesfam / N° total de familias inscritas en El Cesfam	3.- Continuar organización fichas por familia, para alcanzar el 100% de cartolas familiares.	Equipo Some Equipos de sector	Carpetas familiares implementadas
			4.- 45% de las familias en riesgo reciben intervención del equipo de salud	4.- Aumentar el estudio de familias en riesgo moderado a severo, de acuerdo al modelo.	Equipos de salud sectores.	REM P
			5.- Realizar 4 auditorías de procesos: aplicación tablas nutricionales en pobl. preescolar, aplicación de ficha CLAP, tarjeteros control EPOC, pertinencia de solicitud examen ECG y ECO abdominal.	5.- Aumentar el monitoreo de procesos en Cesfam, postas y Cecosf.	Dirección Cesfam Equipo Gestor	Informes entregados

			6.- Encuesta aplicada , 1 por semestre	6.-Aplicar encuesta de satisfacción usuaria.	Dirección Cesfam Equipo Gestor.	Encuesta aplicada
--	--	--	--	--	------------------------------------	-------------------