

**ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE LA UNION
DEPARTAMENTO DE SALUD**



**PLAN DE SALUD COMUNAL
2011**

INDICE

1.- INTRODUCCION.....	PAG. 2
2.- ELEMENTOS GENERALES PARA LA PLANIFICACION.....	PAG. 3
3.- MARCO JURIDICO.....	PAG. 6
4.- CARACTERIZACION SOCIODEMOGRAFICA DE LA COMUNA DE LA UNION.....	PAG. 7
5.- INDICADORES DE SALUD.....	PAG. 14
6.- PRODUCCION Y RESULTADOS SALUD 2010.....	PAG. 20
7.- RED DE SALUD.....	PAG. 33
8.- CARTERA DE SERVICIOS.....	PAG. 36
9.- CUMPLIMIENTO METAS SANITARIAS –INDICES ATENCION PRIMARIA.....	PAG. 41
10.- DOTACION.....	PAG. 42
11.- RECURSOS FINANCIEROS.....	PAG. 44
12.- ANALISIS.....	PAG. 47
13.- PLAN DE ACCION.....	PAG. 49

ANEXOS

- 1.-PRESUPUESTO DEPARTAMENTO DE SALUD 2011
- 2.-RESULTADO ENCUESTA SATISFACCION USUARIA 2010.

INTRODUCCION

La Atención Primaria de Salud es el eje del sistema 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, que debe contener las estrategias locales de salud enmarcadas en la realidad del diagnóstico de salud y en el cumplimiento de normas y programas impartidos por el Ministerio de Salud.

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, modificándose al 2020 nuevos objetivos estratégicos y planes de intervención centrados en resultados esperados. Los nuevos objetivos estratégicos se orientarán a la promoción de estilos de vida saludables en la población joven, con énfasis en la prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles.

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.

El Municipio representa el ente articulador entre necesidades comunitarias y esfuerzos por responder de manera oportuna y organizada a ellas. Es el responsable de implementar las estrategias que apunten al desarrollo y calidad de vida de las comunidades. La COM UNA

es el mejor espacio donde confluyen el aporte comunitario y las respuestas institucionales a las diversas necesidades de las familias y la comunidad.

ELEMENTOS GENERALES PARA LA PLANIFICACION DE ESTRATEGIAS EN SALUD-

A.- 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. De ahí nace la necesidad de fortalecer el trabajo intersectorial que permita abordar estos factores a nivel nacional y en los territorios.

De acuerdo al diagnóstico regional de salud con enfoque de determinantes sociales de la salud, realizado por el Departamento de epidemiología de la Seremi de Salud, Región de Los Ríos, la comuna de La Unión se encuentra en el tercio más bajo de evaluación en algunas áreas e indicadores, destacándose los siguientes:

- a) Área de evaluación de condiciones de vida y trabajo: % de hogares que posee computador.
- b) Área de estilos de vida y psicosociales: % menores de 6 años en control por sobrepeso, % embarazadas en control < de 15 años, % embarazadas en control de 15 a 19 años y tasa de denuncias por violencia intra familiar.

B.- Enfoque de Derechos:

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. 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.

C.- 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.

C.1.- Inequidad de Genero: 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.

C.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.

D.- 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.).

E.- Atención con enfoque Familiar y Comunitario.

Está orientado a los individuos, familia y comunidad, para garantizar condiciones para el mantenimiento y cuidado de la salud, dar respuesta a sus necesidades de manera integral e integrada, continua oportuna y eficaz, accesible y de calidad

Los elementos fundamentales de este enfoque son los siguientes:

- 1.-Enfoque biopsicosocial, con énfasis en la familia y comunidad
- 2.-Continuidad de la atención y de los cuidados de salud.
- 3.-Prestación de servicios integrados.
- 4.-Resolutividad.
- 5.-Responsabilidad compartida entre los miembros de la familia y la comunidad por la salud de su familia y de cada uno de sus integrantes.
- 6.-Participación social.
- 7.-Promoción de la salud.

- 8.-Interculturalidad
- 9.-Impacto sanitario
- 10.-Enfoque de género.

Gestión de Garantías Explícitas en Salud

El régimen de garantías explícitas en salud, representa un desafío al rol que le compete a la Red Asistencial en el aseguramiento del acceso a la atención y respuesta a las necesidades de salud de la población y posiciona a la Atención Primaria de Salud como punto de origen de la demanda de atención al resto de la red e introduce el desafío de mantener el equilibrio de oferta de atenciones entre el sistema de garantías explícitas y el régimen general de garantías.

La gestión de Garantías Explícitas requiere de una organización específica que vele por el cumplimiento de las mismas.

G.-Participación Ciudadana:

Es un pilar fundamental en el impacto positivo que puedan tener las acciones de salud en la población y se vincula al autocuidado y a la promoción de la salud. Como resultado de ello, se produce un fortalecimiento de la Atención Primaria de Salud donde los equipos se integran de manera activa a las redes comunitarias, recogiendo las necesidades de la población y estableciendo iniciativas conjuntas para resolverlas.

H.-Sistema de Protección Social:

El Sistema de Protección Social es el mecanismo que permite generar condiciones que brinden seguridad a las personas durante toda su vida, garantizándoles derechos sociales que les permitan, finalmente, reducir los riesgos en empleo, salud, educación y previsión, generando condiciones de mayor igualdad y oportunidades de progreso.

Chile Crece Contigo:

El programa Chile Crece Contigo dispone, en su eje en salud, el apoyo al desarrollo Biosicosocial de los niños y niñas desde su gestación hasta los 4 años de edad, periodo que corresponde a una de las etapas más decisivas en la vida de un ser humano ya que en ella se sientan las bases de las capacidades cognitivas, sociales y afectivas centrales que preparan a un niño o una niña para la vida en sociedad

. El sistema de protección Integral a la Infancia, Chile Crece Contigo, constituye uno de los pilares fundamentales del Sistema Intersectorial de Protección Social a través de todo el ciclo vital. Chile Crece Contigo es una red intersectorial que busca la articulación e

integración de los servicios a favor del desarrollo infantil con el objeto de responder oportuna y pertinentemente a las necesidades de cada niño, niña y su familia.

Chile Crece Contigo se esta desarrollando en nuestra comuna desde el año 2008. Se inicio a través de su componente de salud, llamado programa de Apoyo al Desarrollo Biosicosocial que ofrece seguimiento y apoyo a la trayectoria del desarrollo infantil desde le primer control de embarazo. Este componente de salud 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 e integra la atención de salud desde el nivel primario al terciario , formando parte de la Red de Protección.

MARCO JURIDICO

La siguiente tabla presenta los principales cuerpos legales que rigen la operación y organización del área 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

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.-CARACTERISTICAS DE LA POBLACION

- a) Población comunal total estimada 2009= **39.393 habitantes**.(Censo 2002)
39.100 habitantes (estimación INE)*

*% Población rural= 40.32%

*% Población urbana= 59.68%

*% Población masculina= 51,58%

*% Población femenina= 48,42%

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

*% Población Indígena= 9,25%

(* Fuente: Sinim 2009.-)

- b)*Densidad poblacional= **18,37**

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

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

(* Fuente: Sinim 2009)

Estructura de Edad y Sexo

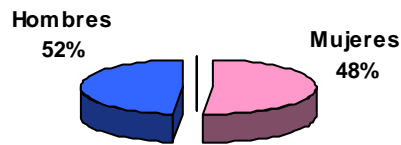
Tabla Nº 1
Distribución Etárea Comuna de La Unión

Edad	Nº	%
0-19 años	12.910	32.77
20-39 años	11.065	28.09
40-59 años	9.928	25.20
60 y más años	5.490	13.94
Total	39.393	100,0%

FUENTE: (INE 2002)

La estructura de edad en la Comuna de La Unión, a nivel más desagregado, según el Censo 2002, da cuenta de una mayor concentración porcentual, correspondiente a un 32,77%, en el rango de edad que va desde los 0 a los 19 años. En segundo lugar un 28,9%, en el rango de 20 a 39 años. Lo que en su conjunto significa un 60,86%. Los rangos que van desde los 40 a los 60 años y más, equivalen al 39,14%.

Grafico N° 1
Distribucion poblacional por sexo

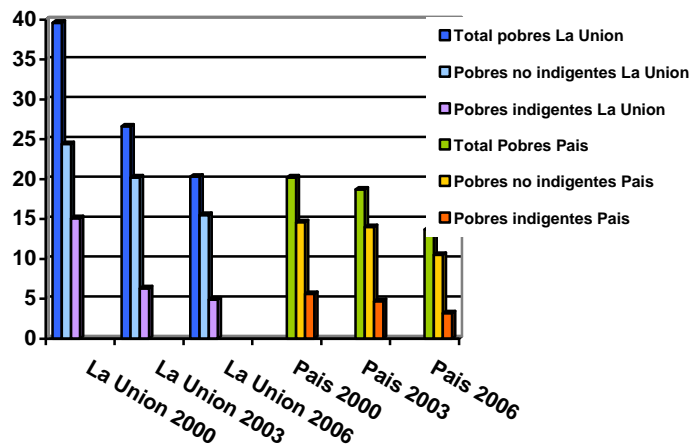


Respecto a la distribución por sexo de la población comunal, se aprecia un porcentaje de un 48% de mujeres, que corresponde a 19.074 personas; y un 52% de sexo masculino, que equivale a 20.319 personas. Por lo tanto, se observa que en la distribución por sexo, los hombres son la mayoría poblacional, expresada en 4,0 puntos porcentuales sobre las mujeres.

Sobre la distribución por sexo de las jefaturas de hogar, el Censo Poblacional 2002 muestra que el 85,72% es ocupado por hombres y en el restante 14,28% son las mujeres quienes asumen el rol.

Distribución de Pobreza

Grafico N° 2
Pobreza Comunal/ Pais



FUENTE: ENCUESTA CASEM, Ministerio de Planificación (MIDEPLAN) 2006

De acuerdo a los datos CASEM 2006, el índice de pobreza general es de un 20,3 %, experimentando un descenso de un 6,3 % en relación a la CASEM 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 de 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.

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

	Promedio de Escolaridad	Porcentaje de Analfabetismo
País	10,2 años	4,0 %
X Region	9,0 años	5,4 %
Comuna de La Union	7,8 años	5,46%

(FUENTE: Casen, 2003)

A partir del Censo Poblacional 2002, se observa que el 5,46% de la población es analfabeta.

Tal como se muestra en la tabla, el promedio de escolaridad de la comuna es de 1,2 años menos que a nivel regional y 2,4 años menos que el promedio de escolaridad a nivel nacional.

TABLA N° 3

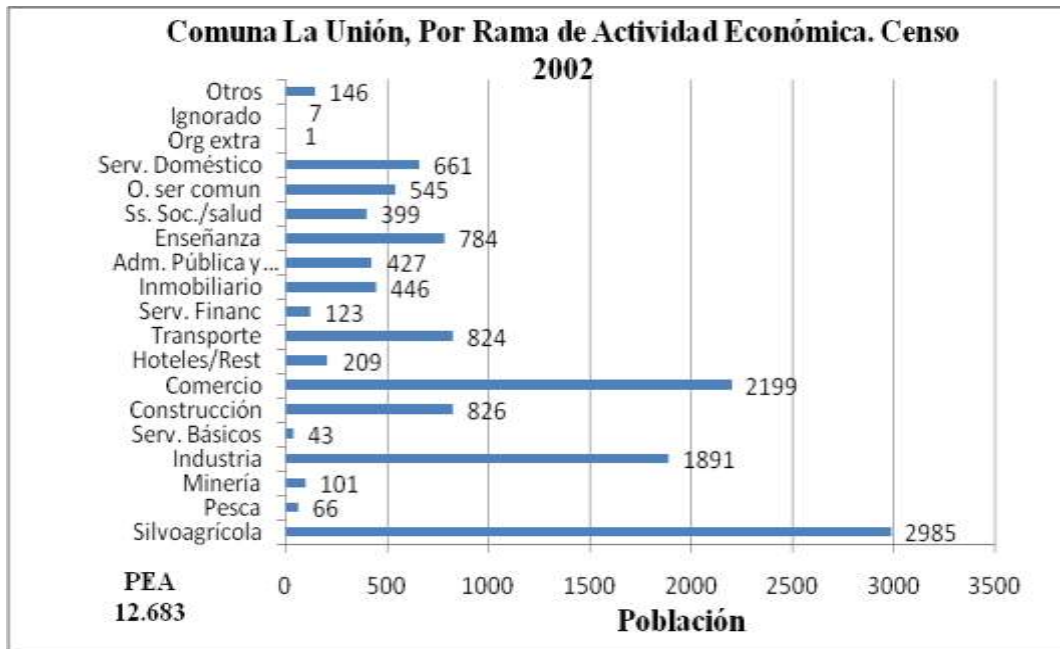
Composición Porcentual de la Población de 15 Años y más por Situación en la Fuerza de Trabajo Ocupada y Desocupada, por Sexo según Área de Estimación, Octubre – Diciembre 2002 (%)

Lugar	% Población 15 años y más en la Fuerza de Trabajo	Fuerza de Trabajo Desocupada		
		Total	Cesantes	Buscan Trabajo por Primera Vez
Región 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 3



De acuerdo a este cuadro, 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 .

Tabla N° 4

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO COMUNA DE LA UNION / REGION DE LOS RIOS

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)

INDICADORES DE SALUD

a) Tasa Mortalidad General:

Tabla N° 5	Tasa x 1000 hab.
Comunal	7.1
Provincial	6.8
Región	6.4

Fuente: DEIS 2005

b) Mortalidad Infantil:

Tabla N° 6	Tasa x 1000 NV
Comunal	8.1
Provincial	8.8
Regional	8.0

Fuente: DEIS 2005

c) Natalidad:

Tabla N° 7	Tasa x 1000 hab
Comunal	15.5
Provincial	14.0
Nacional	14.4

Fuente: DEIS 2005.-

d) Tasa Mortalidad Materna:

Tabla N° 8	Tasa x 1.000 NV
Comunal	0
Provincial	0
Regional	0

Fuente: DEIS 2005

e) Atención Profesional del Parto:

Tabla N° 9	%
Comunal	99.7
Provincial	99.4
Regional	99.6

Fuente: DEIS 2005

f) Nacidos vivos de madres menores de 20 años:

Tabla N° 10	%
Comunal	22.5
Provincial	22.8
Regional	19.2

Fuente: DEIS 2005

g) Siniestralidad, mortalidad y morbilidad en accidentes de tránsito asociados al consumo de alcohol: (tasa x 10.000 hab.)

Tabla N° 11	Siniestralidad	Mortalidad	Lesionados
Comunal	35.5	0.0	63.5
Provincial	19.6	1.0	30.9
Regional	28.5	1.9	49.6

Fuente: Conaset 2007

h) Estado Nutricional menores 6 años (tasa: en control/total pobl. en control x 100)

Tabla Nº 12	En riesgo	Desnutrición	Sobrepeso	Obesidad	Normal	Desnut. 2ª
Comunal	0.6	0.1	28.7	14.6	55.9	0
Provincial	1.5	0.32	24.99	11.77	61.38	0.05
Regional	1.97	0.24	24.07	11.49	62.19	0.04

Fuente: DEIS 2007.

i) Cobertura Programa Nacional de Inmunizaciones 2007:

Tabla Nº 13	B.C.G RN en maternidad %	Pentavalente 3ª dosis 6º mes %	Triple 18º mes %	Antipolio		Tres Vírica 1ª dosis 12º mes %	Toxoide D-T 2º básico %
				3ª dosis 6º mes %	1º refuerzo 18º mes %		
Comunal	96.9	93.2	94.3	93.2	94.3	102.9	90.2
Regional	98.4	96.5	92.4	96.5	92.4	92.7	81.6

Fuente: PAI Epidemiología Seremi Salud Región de Los Ríos

↓ La tasa de mortalidad general es levemente mas alta que la provincial y regional y si se desagrega por edades y sexo, la población masculina de 9 a 64 años presenta tasas mayores que la femenina, situación que se revierte en el grupo de 65 a 79 años, para luego superar nuevamente a la población femenina en el grupo de 80 y mas años. (Fuente: DEIS 2005).

Las causas de defunciones por grandes grupos de causa de muerte en la Región de Los Ríos, año 2005, corresponden mayoritariamente a enfermedades del sistema circulatorio y tumores que alcanzan el 50%, aproximado, de las causas totales de defunción. De ahí la importancia de la prevención de estas enfermedades, la pesquisa temprana y oportuna de las personas que presentan factores de riesgo y/o síntomas de enfermedad y la garantía de buen control. Dentro de las defunciones causadas por tumores, el cáncer de estomago se encuentra en el primer lugar, seguido por el cáncer de vesícula biliar.

Respecto de la Natalidad, esta es 1.5 puntos superior a la regional, no presentando casos

de mortalidad materna. Los partos son mayoritariamente atendidos por profesional (99,7%). Los nacidos vivos de madres menores de 20 años representan el 22,5% del total de nacimientos, cifra que en la actualidad debiera ser mayor por cuanto, a la fecha, un tercio de las embarazadas bajo control en APS corresponden a adolescentes (10 a 19 años).

En cuanto a la Obesidad, el porcentaje de niños obesos menores de 6 años corresponde a 14,6%, cifra muy superior a la cifra provincial y regional, incluso nacional. No obstante ello, en el último año esta cifra disminuyó y se implementaron todas las estrategias necesarias y factibles de llevar a cabo para mantener esta tendencia a la baja.

Llama la atención la alta tasa siniestralidad y de lesionados a consecuencia de accidentes de tránsito asociado al consumo de alcohol. No se manejan datos respecto de edades de lesionados, sin embargo la problemática del consumo excesivo de alcohol es una realidad local que no se puede desconocer.

RESULTADOS DIAGNOSTICOS DE SALUD REGIONALES

La Seremi de Salud Los Ríos ha publicado los resultados del Diagnóstico de Salud basado en Determinantes Sociales y de la Encuesta de Calidad de Vida, Región de Los Ríos, aplicada a la población en el año 2009. Dada la importancia de conocer las brechas en salud, en cada comuna con respecto al promedio regional y nacional y conocer la percepción de calidad de vida de la población en la región, a continuación se mencionan algunos resultados de dichas publicaciones:

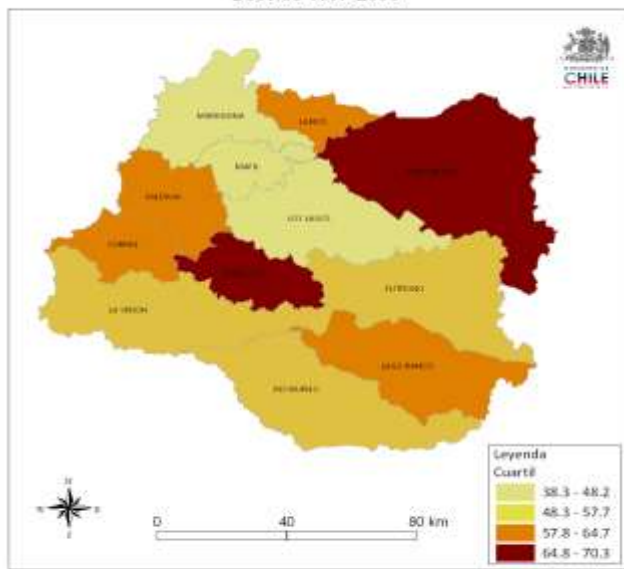
De acuerdo a los resultados del Diagnóstico de Salud basado en determinantes sociales, realizado por la Unidad de Epidemiología de la Seremi de Salud de la región Los Ríos, la comuna de La Unión presenta un **48% de Índice de Dependencia** y un **47% de Índice de Vejez.**, tercero más alto regional. También destacan el porcentaje de cesantía (7%), el porcentaje de pobres no indigentes y el saneamiento deficitario en hogares (29%), en todos ellos se ubica en el quinto lugar regional. En relación a salud registra tasas cercanas al promedio regional, con exceso de 2% de mortalidad por enfermedades circulatorias en mujeres y del 11 % en mortalidad por causas traumáticas en hombres. (*)

(*) Fuente: Dpto. de Salud Pública y Planificación Sanitaria- Unidad de Epidemiología- Seremi Salud Los Ríos.

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 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.

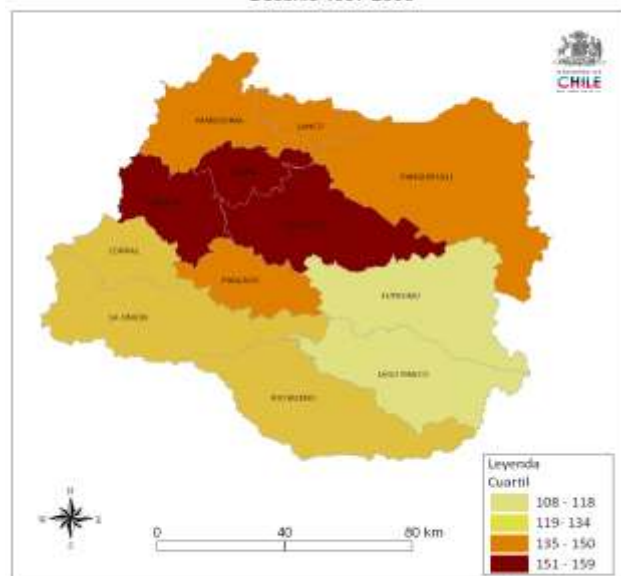
Tasas ajustadas de mortalidad por enfermedad cerebrovascular según comuna, región de Los Ríos. Decenio 1997-2006



Elaborado por Depto. Salud Pública y Planificación Sanitaria, Unidad de Epidemiología, Seremi Salud Los Ríos - 2010. Datos: WGS 04, HUSO 19, Catalogo de Base MDESA 01

La comuna de La Unión, presenta una tasa de mortalidad por enfermedades cerebrovasculares que la ubica en el 2º cuartil, con un valor de 57,7 x 100.000 habitantes.

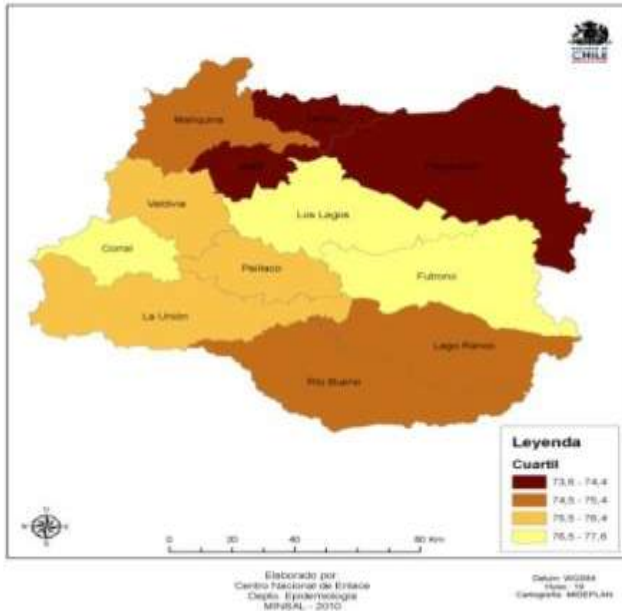
Tasas ajustadas de mortalidad por Tumores según comuna, región de Los Ríos. Decenio 1997-2006



Elaborado por Depto. Salud Pública y Planificación Sanitaria, Unidad de Epidemiología, Seremi Salud Los Ríos - 2010. Datos: WGS 04, HUSO 19, Catalogo de Base MDESA 01

La comuna de La Unión, presenta una tasa de mortalidad por tumores de 130 x 100.000 hbs. lo que la ubica en el 2º cuartil a nivel regional.

Esperanza de Vida al Nacer. Decenio 1997-2006
Región de Los Ríos



De acuerdo al cuadro, la Comuna de La Unión se encuentra ubicada entre las comunas con rango medio-alto de Esperanza de Vida al nacer (tercer cuartil) junto a las comunas de Paillaco y Valdivia, con una brecha de 1,9 años respecto del promedio de la región que se estima en 75,6 años,

En relación a los resultados de la Encuesta de Calidad de Vida (*) aplicada a la población de la Región de Los Ríos, año 2009, a continuación se detallan algunos de ellos:

Percepción de estilos de vida según Provincia

(Notas del 1 al 7)

Provincia de Valdivia: 5,3

Provincia de Ranco: 5,1

¿Cuántas personas tienen problemas con el alcohol?

Región de Los Ríos: 13%

País 2006 : 15%

Provincia de Valdivia: 12%

Provincia de Ranco: 17%

Población urbana: 14%

Población Rural : 10%

Edad promedio de inicio sexual de la población

Mujeres : 19 años

Hombres: 17 años

Población entre los 15 y 19 años que siempre usó condón los últimos 12 meses, según Provincia

Provincia de Valdivia: 38%

Provincia de Ranco : 0%

La salud bucal afecta nuestra calidad de vida?

Si: 39%

PRODUCCION Y RESULTADOS SALUD AÑO 2010

CARACTERISTICAS POBLACION INSCRITA VALIDADA

Población inscrita validada, año 2009: 31.804 inscritos (FONASA-corte a Octubre 2009)

Cobertura Atención Primaria de Salud Comuna La Unión: 81,23 % (2009)

80,34 % (2008)

Rural (2009)= 12,77 % - 4.061 inscritos

Urbano (2009)= 87,23% 27.743 inscritos

Tabla N° 14

Edades	Masculino	Femenino	Total	%
0 – 9 a	2.026	1.958	3.984	12,52
10 – 19	2.914	2.797	5.711	17,95
20 a 64	9.031	9.417	18.457	58,03
65 y mas	1.667	1.985	3.652	11,48
		TOTAL	31.804	100

Grafico N° 4
Porcentaje poblacion inscrita rural/urbana 2007 - 2009

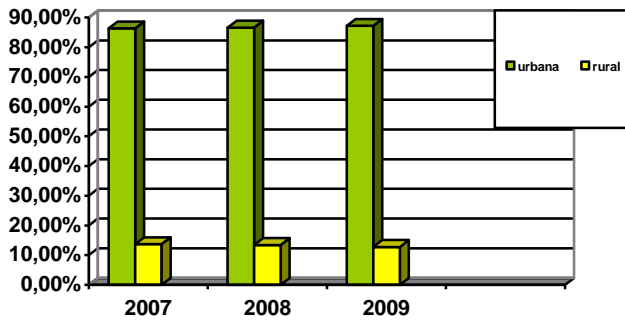


Grafico N° 5
Distribucion poblacion inscrita (2009) segun grupos etareos

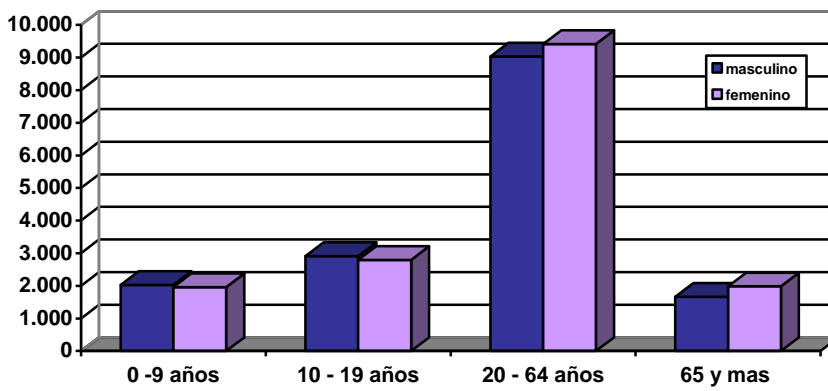
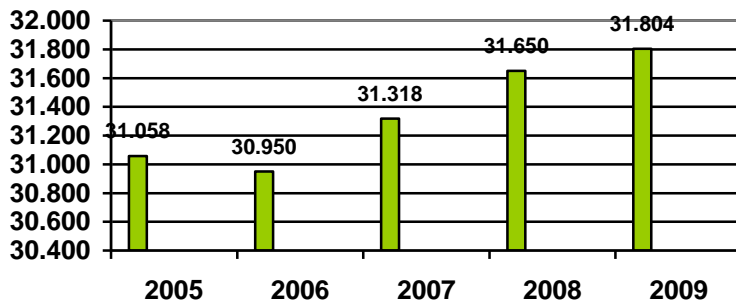


Grafico N° 6
Incremento Pobl. Inscrita Validada Fonasa



De acuerdo al comportamiento, tanto en el n° de inscritos como en su distribución por grupos etáreos, se visualiza un aumento sostenido de la población a atender. Se espera, basado en el primer corte a Junio 2010 enviado por Fonasa, un mayor incremento a lo observado en los últimos 4 años cercano al 5% de los inscritos actuales, proyectando unos 33.000 inscritos para el año 2011. Este dato es preliminar por lo que se deberá esperar el envío, por parte de Fonasa, de la población inscrita validada al corte de Octubre del presente año.

Respecto a la distribución por edades, también ha sido sostenido el aumento de los grupos de adultos mayores (2.996 en el año 2005 a 3.652 en el año 2009), concordante con la tendencia demográfica del país, por lo que el equipo de salud deberá intencionar estrategias y actividades tendientes a abordar las problemáticas de salud de estas personas.

% Población Fonasa “A” (2008)

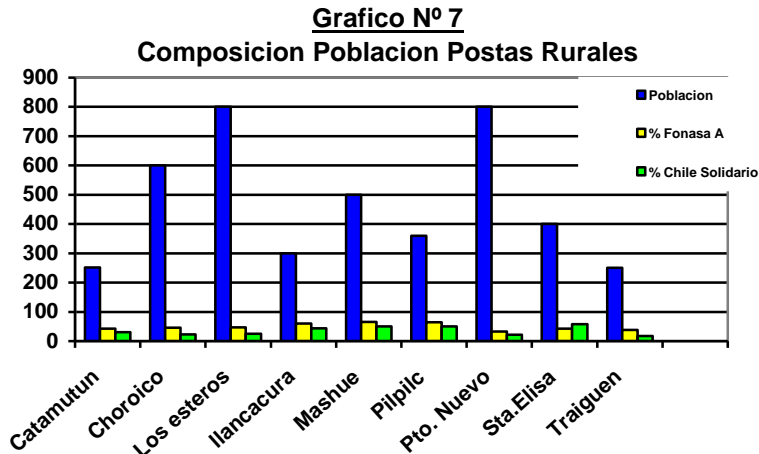
*Cesfam “Dr. Alfredo Gantz Mann”: **38,85% Fonasa “A”**
23,73% Chile Solidario.

Población inscrita sectores rurales

TABLA N° 15

POSTAS	*POBL. INSCRITA 2009
CATAMUTUN	228
CHOROICO	513
LOS ESTEROS	810
LLANCACURA	193
MASHUE	469
PILPILCAHUIN	286
PTO.NUEVO	821
STA. ELISA	268
TRAIGUEN	473

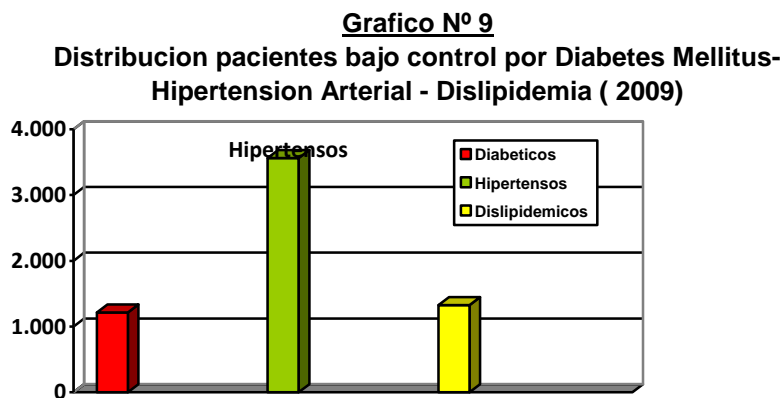
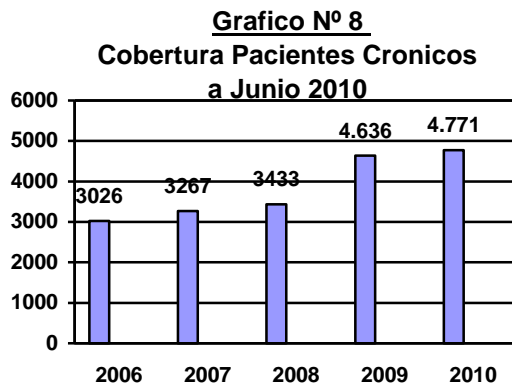
Fuente: FONASA 2009.



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.

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 mas baja de un 38,2 x 100.000 hbs. y la tasa comunal mas 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 especificas, 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° 9, la cobertura de atención a pacientes con Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial mantiene la tendencia de incremento. Considerando la importancia de pesquisar estas enfermedades no transmisibles en la población a cargo y que ,según prevalencia, corresponden al 5% de la población adulta en el caso de la Diabetes Mellitus y de 20% de la población adulta en el caso de la hipertensión arterial y la incorporación a las patologías AUGE, el equipo de salud constantemente planifica estrategias destinadas a la pesquisa precoz con la finalidad de entregar tratamiento oportuno y adecuado a las personas que desarrollan la enfermedad así como evitar las secuelas y enfermedades concomitantes. La pesquisa se logra a través del Examen Medico Preventivo, tanto en la población femenina como masculina, enfocando las actividades en los grupos etáreos de 20 a 44 en hombres y 45 a 44 años en mujeres. Durante este año se alcanzo una cobertura de Diabetes Mellitus Tipo II de ...% de la población de 20 y mas años y una cobertura de Hipertensión Arterial de ...% de la misma población. Ambas coberturas se miden a través de los Índices de Actividad en Atención Primaria cuyo cumplimiento , que consideraindicadores, asegura el financiamiento per-capita mensual; se logro un 100% de cumplimiento.

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 51% para Hipertensión Arterial.

La evaluación de la compensación, contenida en las Metas Sanitarias, se realiza en diciembre de cada año, pero de acuerdo a los cumplimientos parciales, se espera su cumplimiento.

Para el equipo de salud, la atención de estos pacientes es prioritaria, tanto por la cantidad como por las secuelas que se asocian al tratamiento tardío o al mal tratamiento. Cada paciente en control cardiovascular requiere, en promedio, 2 controles médicos al año y 3 controles por enfermera, además de la atención nutricional, psicológica y de podología. Cuando estos pacientes se encuentran en mal control, los controles médicos se realizan cada 2 meses, lo que significa que se debe garantizar la disponibilidad de horas de este recurso humano para responder a sus necesidades de atención. Esto conlleva a que se deba disminuir la disponibilidad de horas para morbilidad en beneficio de la atención de los usuarios bajo control cardiovascular, lo que conlleva al descontento del resto de los usuarios que no acceden a atención por lo que se trasladan al SAPU, congestionando el sistema y dificultando la gestión de demanda, mas aun cuando no está la disponibilidad de todas las horas medicas establecidas en la dotación. Estos pacientes son los que requieren mayor cantidad de fármacos, exámenes de laboratorio, procedimientos e insumos para curaciones de pie diabético y úlceras varicosas , estos últimos de muy alto costo lo que hace que la atención a pacientes bajo control cardiovascular sea la de mayor costo. Por ello, cobran extrema importancia las estrategias de promoción en estilos de vida saludable, alimentación saludable y autocuidado, el abordaje de la obesidad infantil y sedentarismo.

Embarazo Adolescente

Grafico Nº 10
Comportamiento Embarazo Adolescente
2006 a Octubre 2010

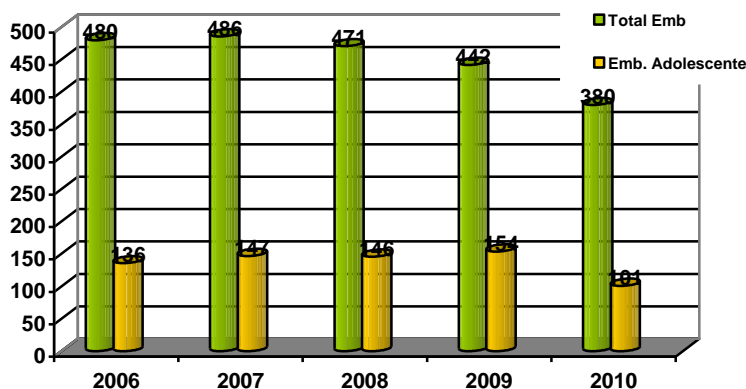
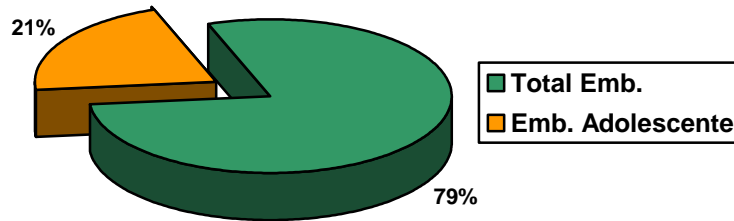


Grafico Nº 11
Embarazo adolescente- (Enero-Octubre 2010)



Este problema de salud ha sido priorizado por el equipo de salud en los últimos años y se considero dentro de los 4 problemas desarrollados en el Plan de Acción- año 2010. De las actividades diseñadas para abordar a los adolescentes, se logro cumplir con 5 de las 7 actividades planteadas, no obstante una de las 2 no cumplidas (sensibilización de centros de padres en 2 establecimientos de la comuna) se logro desarrollar parcialmente. Se hace necesario mencionar que el sector educación es un actor relevante en el abordaje de esta problemática.

Como resultado de las estrategias que se han diseñado en los últimos años , el grafico N° muestra un descenso en el embarazo adolescente de un 34, 8% en el año 2009 a un 26,6 % a octubre del presente año. Dentro de las estrategias que se han diseñado para el trabajo con adolescentes , se destacan la intervención en las escuelas y liceos (escuela N° 1, Escuela de Cultura, Liceo Agrícola, Liceo Industrial), la oferta de atención exclusiva para adolescentes en el Cesfam en horario posterior a la jornada escolar, a través del Programa Atención Amigable para Adolescentes, el uso de medios informáticos como Facebook, aplicación de encuesta respecto de desarrollo del ámbito sexual y ámbito familiar, etc, Por otro lado y como refuerzo a la importancia social y sanitaria que tiene el embarazo adolescente, el Programa Chile Crece Contigo es un aporte importante al refuerzo de las atenciones se salud con enfoque integral de la embarazada y del niño, particularmente a la embarazada adolescente pues presenta mayores riesgos biosicosociales..

Estado nutricional

Grafico N° 12
Condicion Nutricional Poblacion < 6 años
(a Junio 2010)

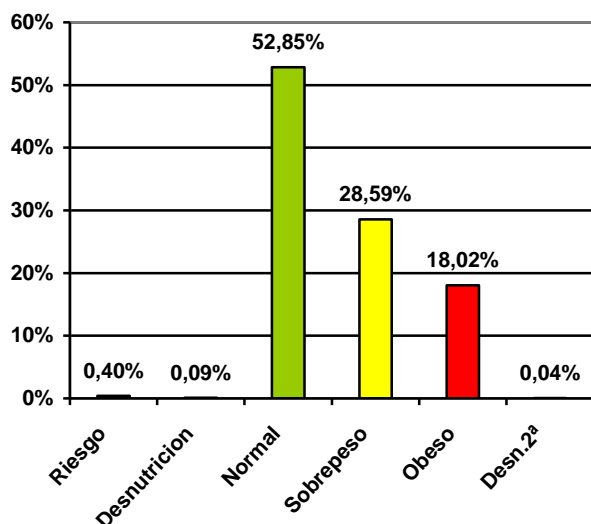
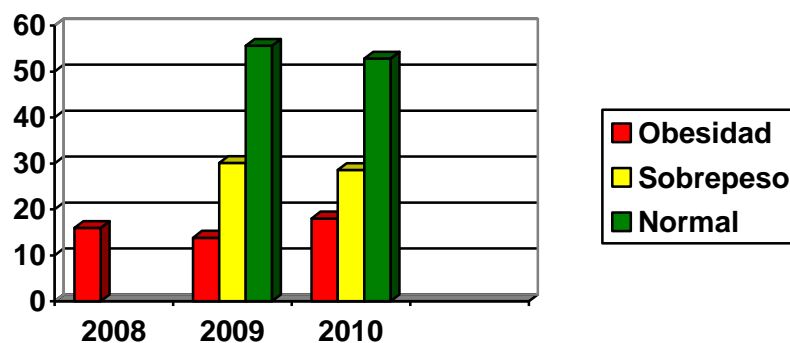


Grafico N° 13
Comportamiento malnutricion por exceso < 6 años
2008-2010



La obesidad en menores de 6 años, es otro problema de salud pública a nivel nacional y particularmente a nivel local. Se establece, a nivel país, propiciar un porcentaje de obesidad que no supere el **9%**, en menores de 6 años.

En el año 2008, el porcentaje de obesidad fue de un 15,94% lo que nos indico la existencia de una población con altos factores de riesgo para su salud y bienestar futuro y obligó a implementar y reforzar estrategias a nivel comunal, sin embargo, a pesar del trabajo

realizado con los Jardines Infantiles, escuelas, padres y ciudadanos, comunidades escolares, etc, en relación a promoción de alimentación saludable, nuestra comuna presenta, a junio de 2010, un porcentaje de obesidad de **18,02%**, lo que refleja la existencia de una población que se encuentra en franco riesgo de su salud, en el corto y mediano plazo.

Grafico N° 14
Estado Nutricional Adultos Mayores Bajo Control
Junio 2010

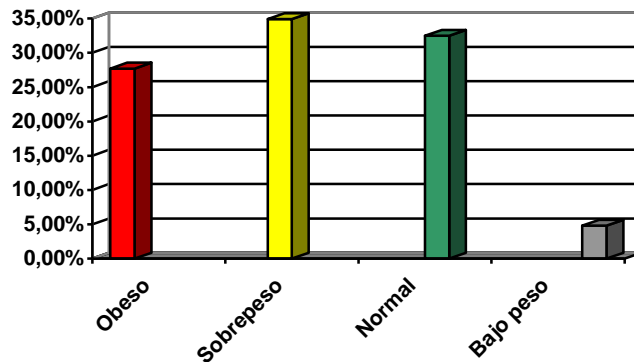
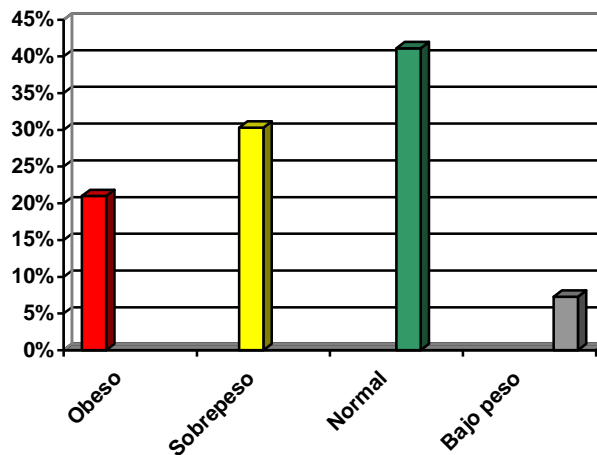


Grafico N° 15
Estado Nutricional Embarazadas Bajo control
Junio 2010



A diferencia de lo que ocurre con los grupos de menores de 6 años y adultos mayores, las embarazadas presentan mejores estados nutricionales, esto podría explicarse por las intervenciones establecidas en el programa Chile Crece Contigo, que realiza un acompañamiento de la embarazada, al recién nacido hasta el niño de 4 años, aumentando la calidad de los controles, la concentración de ellos y el abordaje de factores biosociales.

Salud Oral:

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 una educadora 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 de las escuelas en que la comuna cuenta 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 en el sentido de que ha sido difícil captar los pacientes de esta edad a pesar de las medidas que se han tomado como coordinación con el resto del equipo de salud, llamados radiales, entrega de citas a domicilio, carteles dando a conocer este beneficio etc. Lo acotado de la edad (60 años a 60 años 11 meses y 29 días) y el hecho de que gran parte de esta población sea laboralmente activa, ha dificultado enormemente cumplir con las metas esperadas para este grupo.

Se ha hecho un esfuerzo en aumentar la oferta de atención odontológica en el sector rural aumentando en un día a la semana la atención dental. Esto ha producido una mayor cobertura pero también una mayor demanda de la población ante la posibilidad de recibir atención dental, en especial actividades recuperativas. 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 por una parte, 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, por lo cual el aumento de la atención dental en el sector rural ha tenido un impacto positivo y por lo mismo se está trabajando para que en el mediano plazo se logre mejorar las coberturas en otros grupos de edad.

Altas Odontológicas 6 años: a Septiembre de este año, el porcentaje de altas en esta edad correspondía al **47%** de total de la población de esa edad- 435 niños. Se espera a Diciembre obtener una cobertura de 57%. Este indicador forma parte de las Metas Sanitarias que determina una cobertura nacional de 60%. De acuerdo a los resultados, se espera alcanzar e, idealmente, sobrepasar la meta nacional durante el año 2011.- Respecto del año 2009, se incremento en 9 puntos porcentuales. (38,7% a Octubre 2009). Para el año 2011, la negociación de este indicador de Meta Sanitarias se estableció en 60%.

Altas Odontológicas 12 años: a Septiembre de este año, el porcentaje de altas alcanzado era de un **41%**. La meta local es alcanzar un 50%, en una población objetivo de 570 niños y de acuerdo a los rendimientos mensuales, se espera alcanzar el 50% a Diciembre. Para el año 2011, la negociación de este indicador de Meta Sanitaria se estableció en 52%

Alta Odontológica Embarazadas: a diferencia de los años anteriores, a partir del presente año, este indicador no establece metas diferenciadas entre primigestas y no primigestas. La meta nacional establecida es de 60% y la meta local de 35% sobre un universo total de 508 embarazadas bajo control. A Septiembre de este año la cobertura alcanzada es de 39% por lo que la proyección determina un cumplimiento a Diciembre, cercano al 43%.

Interculturalidad:

A la fecha el programa en sí ha afianzado alianzas con programas como Salud Mental, Chile Crece Contigo y Promoción de la Salud, principalmente, y se han ideado acciones tendientes a incorporar a las organizaciones mapuches en procesos de planificación de los equipos, donde es relevante la opinión, cosmovisión y sabiduría del pueblo mapuche en temas de salud familiar y comunitaria.

Existe actualmente una experiencia concreta en el CESFAM que ha comprometido a las comunidades a implementar un huerto de preservación y producción de plantas medicinales mapuche en las dependencias del Policlínico de Salud Mental del establecimiento, el cual permitirá incorporar la cultura mapuche en la salud tradicional, rescatar conocimiento medicinal de las comunidades, aportar en tratamientos terapéuticos a los pacientes y dar un paso más en la implementación de un modelo de atención de salud con enfoque intercultural que posibilite aun más la valoración y el respeto por la cultura ancestral.

Durante el periodo 2008 – 2010 la apuesta de trabajo ha sido sensibilizar permanentemente al equipo de salud frente al tema a través de su participación activa en cursos de capacitación sobre cosmovisión mapuche y asistencia a actividades tradicionales propias del mundo indígena local como Wetrupantu, rogativas y día de la mujer indígena. La propuesta para el periodo 2011 – 2012 es la de identificar y reconocer a nivel comunal a un o una agente de medicina mapuche medica o lawentuchefe (sabia en medicina mapuche) con apoyo de las comunidades y autoridades indígenas y del facilitador intercultural del CESFAM, que desee entregar a su pueblo sus conocimientos en materia de salud y comience a atender a la par con el equipo de salud validándose mutuamente, realizándose atenciones y derivaciones a esta medicina ancestral. Eso si gestionándose en forma paralela, un espacio físico que lo permita. Esto significa saltar desde la sensibilización, al trabajo y validación como equipo y, poner en práctica los conocimientos que a la fecha, ha alcanzado el equipo de salud, un desafío para ambos mundo y una nueva mirada y forma de trabajar la salud familiar con enfoque intercultural.

Participación Ciudadana:

O.I.R.S :(Oficina Informaciones, Reclamos y Sugerencias)

La O.I.R.S cuenta con una funcionaria capacitada para la atención de usuarios que, entre Diciembre de 2009 a Octubre 2010 atendió a 76.185 personas, en las diferentes instancias de consulta, sea por atención directa en ventanilla como por vía telefónica. Es este recinto 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 igual periodo se han recibido 43 reclamos y 15 felicitaciones. Respecto de los reclamos, el desglose de ellos arroja los siguientes resultados:

Reclamos por Trato:	17
Reclamos por Tiempo de espera:	14
Reclamos por información:	9
Reclamos por infraestructura:	1
Reclamos prob. Administrativos:	<u>2</u>
Total	43

Reconociendo que el N° de reclamos formalizados no corresponde necesariamente a la realidad, es una prioridad del equipo de salud reforzar las alianzas con la comunidad, por lo cual se mantienen y priorizan actividades tendientes a entregar herramientas a los funcionarios destinadas a mejorar el trato usuario. Estas estrategias se materializan en el Programa de Capacitación Funcionaria, Comité Paritario, actividades informativas a través de medios de comunicación locales, participación en el Concejo Desarrollo Local, reuniones de equipo de sector con sus organizaciones territoriales, etc.

Concejo Desarrollo Local: CODELO

El Concejo de Desarrollo Local del Cesfam tiene, aproximadamente, 10 años de funcionamiento. En el se encuentran representadas 24 organizaciones comunitarias. Desde sus inicios ha sido un gran aliado en la difusión de las actividades y programas que se desarrollan en el Cesfam, principalmente en el área de la información a la comunidad. Anualmente formulan un Plan de Trabajo en el que desarrollan actividades de apoyo a la gestión del Cesfam y destacan, dentro de esas actividades, la postulación a proyectos que han posibilitado la adquisición de algunos elementos importantes para la atención de los usuarios, como balones kinesicos, TENS, destinado a adultos mayores.

Garantías Explícitas en Salud

Los problemas de salud establecidos con Garantías Explícitas corresponden, al presente año, a 69 patologías. De ese total, 36 de ellas tienen garantías de diagnóstico y tratamiento en Atención Primaria lo que requiere, obligatoriamente, disponer de recursos financieros en cantidad importante para garantizar el recurso humano que ejecuta las atenciones, la disponibilidad de los fármacos que requieren cada una de ellas y la disponibilidad de exámenes y procedimientos que se encuentran garantizados en cada problema de salud, de acuerdo a si las garantías son de acceso, oportunidad y/o tratamiento.

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.

ATENCIONES DE SALUD (a Octubre 2010)

MORBILIDAD

1.- Atenciones Médicas Totales: **23.615.**

Urbanas: 19.493

Rurales: 4.122

2.- Atenciones Médicas Urgencia (SAPU): **23.369**

3.- Atenciones Enfermera SAPU: **8.789**

4.- Atenciones Urgencia Odontológicas: **7.962**

5.- Actividades Odontológicas recuperativas: **20.981**

Tasa Consulta Medica /inscrito/ APS La Unión (2010): **1.3**

Tasa Consulta urgencia (2010): **1.4**

CONTROLES

Total controles por profesional (medico, enfermera, matrona, psicólogo, kinesiólogo, nutricionista, educadora diferencial, asistente social) = **44.588.-**

ATENCIÓN DOMICILIARIA = 2. 426.-

Sector Urbano : 2.021.

Sector Rural : 405

Nº pacientes postrados atendidos = 246

Nº cuidadores que reciben estipendio = 101

RED DE SALUD

La Red Publica de Salud esta 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.

ESTABLECIMIENTOS A.P.S. URBANOS:

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

El CESFAM corresponde a un consultorio que ha adquirido la certificación como centro de salud integral, con enfoque familiar y comunitario. La certificación se obtiene mediante un trabajo sistemático de los equipos de salud; quienes desarrollarán competencias y destrezas específicas para aplicar las actividades trazadoras de dicho modelo. Cuentan, entre sus estrategias el trabajar en forma sectorizada, con equipos de cabecera a cargo de familias; su programación se hace sectorizadamente, se trabaja con familias con enfoque biopsicosocial, se fomenta el autocuidado y los estilos de vida saludable, se trabaja con las redes sanitarias y sociales, con constantes nexos con el intersector, las acciones son

participativas en todas sus etapas, la atención está en medicina basada en evidencia y se apoya en guías y protocolos, se buscan resultados sanitarios, con permanente mejora de coberturas y compensaciones, disminuyendo agudizaciones o agravamientos de patologías crónicas, disminuyendo hospitalizaciones evitables, disminuyendo daños a las familias tales producidas por disfunciones tales como VIF, alcoholismo y/o drogadicción, mediante la aplicación de estrategias antropológicas y sociológicamente aceptables en el trabajo multisectorial.

En el mes de Agosto de 2010, el Cesfam “Dr. Alfredo Gantz Mann” se sometió al proceso de acreditación, alcanzando la etapa Medio Superior, restando solo la ultima etapa, la etapa Superior, por lo que el desafío del equipo de salud es alcanzarla en el mediano plazo.

En relación a las condiciones físicas, el Cesfam “Dr. Alfredo Gantz Mann” posee una arquitectura que no permite el desarrollo óptimo del nuevo modelo de atención tanto en las dimensiones de los recintos como en la cantidad de ellos. Es por ello que durante el presente año se desarrollo el proyecto para la iniciativa de inversión de reposición del actual establecimiento, logrando la aprobación del proyecto por parte de Mideplan y el financiamiento para el diseño ,con fondos regionales. Se espera que para los primeros meses del año 2011 se inicie la etapa de diseño y se solicito que el Servicio de Salud Valdivia actúe como unidad técnica.

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. 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 y que ejecutan fundamentalmente acciones de tipo promocional y preventivo.

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 horas médicas, enfermera, matrona, asistente social, administrativo, técnico de salud, auxiliar de servicio y chofer. A partir de este año se iniciaron las atenciones odontológicas promocionales y preventivas, destinadas a la población preescolar. A la fecha posee la totalidad de inscritos para ñlo cual fue construido.

3.- POLICLINICO DE SALUD MENTAL

Inicia sus atenciones en Septiembre de 2008, como una necesidad de contar con espacios físicos adecuados a las atenciones psicosociales y reforzar la integración de los establecimientos de salud con la comunidad. En este transcurso de tiempo, el equipo de salud que conforma este policlínico ha logrado interactuar con la comunidad, ha asentado sentimiento de pertenencia con su entorno comunitario y ha integrado otras áreas de la atención de Salud Mental relacionadas con el programa Chile Crece Contigo, albergando la Sala de Estimulación para niños con rezago de su desarrollo y con el Programa Salud y Pueblos Indígenas, fortaleciendo el enfoque de interculturalidad y pertinencia cultural.

2.-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.

3.-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. En la actualidad no cuenta con recintos exclusivos para ello, con la consiguiente molestia que ello acarrea tanto para los funcionarios como para los usuarios. 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, no obstante ello, las atenciones se realizan de igual modo, mas aun cuando en el ultimo tiempo no se cuenta con la dotación de horas medicas necesarias para entregar la atención de morbilidad en horario hábil.

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, Traiguen, Catamutun, Santa Elisa, Mashue, Pilpilcahuin y Llanacura.

El equipo de salud rural esta actualmente compuesto por Medico, Enfermera, Matrona, Técnico de Salud, Odontólogo, Técnico de Salud dental, Nutricionista, Psicólogo, chofer 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 Llanacura, que por razones de acceso no recibe ronda medico-dental en forma mensual, todas las restantes reciben 1, 2 o mas rondas, de acuerdo a sus características, incluidas las rondas medicas 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 inicio 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 modulo Junaeb para el sector.

CARTERA DE SERVICIOS

ACTIVIDADES POR CICLO VITAL			
	CESFAM	CECOSF	POSTAS
MADRE Y NIÑO			
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 preventivo	X	X	X
Consulta morbilidad obstétrica	X	X	X
Consulta morbilidad ginecológica	X	X	X
Consulta nutricional	X	X	X
Consulta social	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	-
Educación a grupos de riesgo (Chile Crece Contigo)	X	X	P
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	-
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

Plan de Salud Comunal – 2011 Ilustre Municipalidad de La Unión

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 Adultos	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	-
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	-	-

Plan de Salud Comunal – 2011 Ilustre Municipalidad de La Unión

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 otorrinología: 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 ATENCION
PRIMARIA- AÑO 2010**

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:

Cuadro cumplimiento Metas Sanitarias 2010 y negociación 2011

META	Meta Nacional	Meta Local	Proyección cumplimiento Diciembre 2010	Negociación Meta Año 2011
1.- Evaluación Desarrollo Psicomotor 18 meses	91%	91%	105%	91%
2.- Cobertura PAP	72%	60%	73%	73%
3.- Alta Odontológica 12 años	70%	50%	50%	52%
4.- Alta Odontológica Embarazadas	60%	35%	43%	45%
5.- Alta Odontológica 6 años	70%	50%	58%	60%
6.- Compensación D. M. 20 y mas	50%	38%	35%	38%
7.- Compensación HTA 20 y mas	65%	51%	52%	53%
8.- Obesidad < 6 años	9%	14%	185	17%
9.- Concejo Consultivo funcionando	100%	100%	100%	100%
10.- Gestión de Reclamos	100%	100%	100%	No se negocia
11.- Agenda centralizada	100%	100%	100%	No se negocia

Los Índices de Actividad de Atención Primaria de Salud (IAAPS), también se negocian cada año, en el mes de Enero, con participación de los servicios de salud, trabajadores y entidades administradoras de salud. Al igual que el 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.

Cuadro cumplimiento IAAPS año 2010.-

INDICADOR (I.A.A.P.S)	Meta nacional	Meta Local	Cumplimiento
1.-Cobertura EMP hombres 20 a 44 años	25%	7%	100%
2.-Cobertura EMP mujeres 45 a 64 años	25%	21%	100%
3.-Cobertura EFAM	75%	27%	100%
4.-Ingreso Embarazo antes 14 semanas	85%	80%	100%
5.-Altas Odontológicas totales < 20 años	19%	17%	100%
6.-Cobertura Diabetes Mellitus Tipo 2	85%	85%	100%
7.-Cobertura Hipertensión Arterial	65%	63%	100%
8.-Recuperación Déficit Psicomotor		70%	
9.-Atención hasta las 20:00 hrs.	100%	100%	100%
10.-Tasa Visita Integral	0.1	0.1	100%
11.-Tasa Atención paciente postrado	6,5	6,5	90%

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 95 prestaciones establecidas en el Decreto Per-Capita, 2010 y las actividades con Garantías Explícitas 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 2011, será la siguiente:

DOTACION AÑO 2011 CENTRO DE SALUD FAMILIAR “DR. ALFREDO GANTZ MANN”

Aprobada por el Concejo Municipal - Decreto Exento N° 6.445 del 14/10/10

CATEGORIA	FUNCIONARIOS	HORAS SEMANALES
A	8 Dentistas	352 horas
	9 Médicos	396 horas
	1 Químico Farmacéutico	22 horas
	Total horas categoría A	770 horas semanales
B	8 Enfermeras	352 horas
	8 Matronas	330 horas
	3 Nutricionistas	132 horas
	3 Kinesiólogas	132 horas
	1 Tecnólogo Medico	44 horas
	4 Asistentes Sociales	176 horas
	3 Psicólogos	132 horas
	1 Terapeuta Ocupacional	44 horas
	Total horas categoría B	1.342 horas semanales
C	33 técnicos de Nivel Superior Enfermería- Podología- Administrativo	1.452 horas
	Total horas categoría C	1.452 horas semanales
D	12 Técnicos de Salud	528 horas
	Total horas categoría D	528 horas semanales
E	15 Administrativos	660 horas
	Total horas categoría D	660 horas semanales
F	8 Auxiliares de Servicio	352 horas
	3 Conductores	132 horas
	Total horas categoría F	484 horas semanales
	TOTAL HORAS	5.236 HORAS SEMANALES

DOTACION AÑO 2011 DESAM ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE LA UNION

Aprobada por el Concejo Municipal - Decreto Exento N° 6.445 del 14/10/10

CATEGORIA	FUNCIONARIOS	HORAS SEMANALES
B	2 enfermera /matrona/ asistente social nutricionista/kinesiólogo/psicólogo	88 horas
	Total horas categoría B	88 horas semanales
C	5 Técnicos de Nivel Superior	220 horas
	Total horas categoría C	220 horas semanales
E	3 Administrativos	132 horas
	Total horas categoría E	132 horas semanales
F	1 Auxiliar de Servicio	44 horas
	Total horas categoría F	44 horas semanales
	TOTAL HORAS	484 HORAS SEMANALES

RECURSOS FINANCIEROS

INGRESOS 2010 (al 11/11/2010)

Total ingresos = M\$ 1.290.576-
1.-Per-capita = M\$ 1.052.905.-
2.-Aporte Municipal = M\$ 175.859.-
3.-Licencias medicas = M\$ 38.681.-
4.-Otros ingresos = M\$ 23.131.-

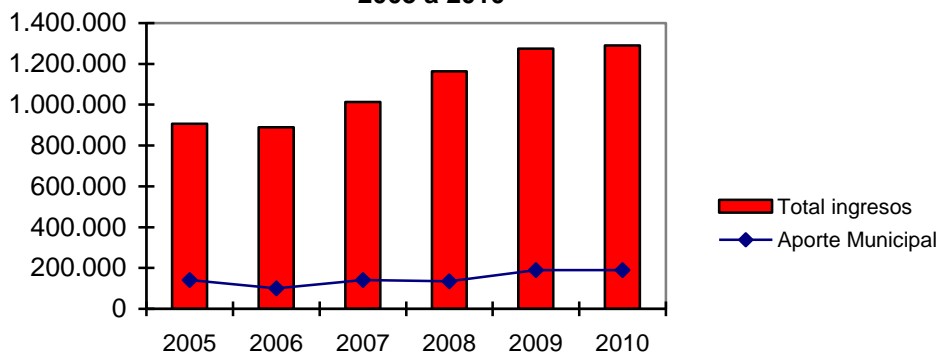
% Aporte Per-capita sobre total ingresos= **82%**

% Aporte municipal sobre total ingresos = **14%**

Ingresos Extrapresupuestario (Convenios suscritos 2010)

Total transferencias al 30/10/10 en M\$= **372.867.-**

Grafico Nº 16
Total Ingresos Salud / Proporción Aporte Municipal
2005 a 2010



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 95 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 2010 (al 12/11/2010)

1.-Total gasto Remuneraciones =	M\$ 988.654
2.-Total gastos operación =	M\$ 173.069
2.1.-Gasto Farmacia =	M\$ 115.203
2.2.-Combustible=	M\$ 9.617
2.3.-Mat. Escritorio =	M\$ 4.924
2.4.-Mat. Aseo =	M\$ 5.065
2.5.-Servicios Aseo =	M\$ 5.477
2.6.-Servicio Vigilancia =	M\$ 2.627
2.7.-Consumos básicos =	M\$ 19.974
2.8.- Otros gastos=	M\$ 10.182

Como se aprecia en el gráfico, el ítem remuneraciones, que considera las remuneraciones mensuales, los pagos por extensiones horarias, viáticos de faena, cometidos funcionarios, bonos, aguinaldos y asignaciones corresponde al 85% 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, médico y odontológico, para el Cesfam, SAPU, Cecosf, postas rurales, clínicas dentales escolares y atención domiciliaria.

Anualmente, se realiza la programación a la CENABAST (Central de Abastecimiento) de las necesidades de fármacos, insumos e instrumental quirúrgico que se requerirá, en base a la población inscrita, los grupos etareos, el consumo histórico, los lineamientos del Minsal, los problemas de salud con garantía GES que se van incorporando año a año y la capacidad de almacenamiento del Cesfam. Dados los problemas presentados por la Cenabast en el despacho de medicamentos e insumos programados, durante el presente año el 47% de los medicamentos debió adquirirse en laboratorios privados con el consiguiente aumento en el gasto de este ítem.

ANALISIS

De acuerdo a lo establecido en la Ley 19.378, Estatuto de Atención Primaria de Salud, anualmente se debe formular el Plan de salud Comunal, como un guía para ir desarrollando las actividades de salud destinadas a la población a cargo que sea concordante con las normas ministeriales y las políticas locales para el desarrollo integral de la comuna. Sin embargo, dada la dificultad para medir resultados de las condiciones de salud de las personas, es necesario planificar con mayores plazos que permitan evaluar impacto en el mediano y largo plazo dada las complejidades de la situación de salud de la población. Es por ello que el equipo de salud mantendrá en su Plan de Acción los problemas evidenciados y desarrollados en el presente año ya que se consideran de gran importancia para ir avanzando en la mejoría de los indicadores de salud de la comuna.

El diagnostico de salud realizado ha permitido evaluar el impacto de las estrategias implementadas para abordar los problemas de salud que nuestra población a cargo manifiesta. 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 diagnostico 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, las que se evaluarán mediante los Índices de Actividad de Atención Primaria, Metas Sanitarias, evaluaciones por programas, etc y ha priorizado abordar los siguientes problemas existentes:

1.- La debilidad de los ámbitos de los procesos, capacitación y desarrollo de equipo de salud del Modelo con enfoque Familiar y Comunitario, establecidos para la etapa Medio-Superior, acreditada recientemente, en el mes de Agosto. De este modo se pretende mejorar el impacto de las acciones de salud que se entregan a la población por cuanto se espera avanzar en el conocimiento de la población a cargo, siempre priorizando los recursos entre quienes pertenecen a los grupos mas vulnerables, respetando la diversidad cultural y de genero, innovando en algunas intervenciones a nivel individual y comunitario y mejorando la relación equipo de salud-usuarios.

2.-El aumento sostenido de la maternidad adolescente hasta el año 2009, situación que ha sido revertida, en el último año, continúa siendo muy compleja de intervenir, debido a múltiples razones entre las más relevantes; no contar con los conocimientos necesarios respecto de las inquietudes, necesidades y demandas de los adolescentes, agregando a esto que se trata de un grupo etáreo no cautivo, que no consulta en forma periódica y además que demuestra ciertas desconfianzas hacia el sistema de salud. No obstante ello, a la luz de los resultados obtenidos durante el presente año y gracias al trabajo sostenido

y coordinado de los Programas de Salud Mental, Promoción y Adolescentes, se requiere continuar e intensificar las acciones que se han venido desarrollando, de tal manera de mantener esta tendencia.

3.- La Obesidad, es una condicionante de riesgo grave en la población, más aun cuando se trata de población infantil. En este sentido el equipo de salud no ha logrado impactar de manera positiva esta situación, muy por el contrario, el incremento de obesidad ha sido a pasos. No obstante saber que es una problemática de difícil abordaje, se reconoce en las acciones de Promoción un pilar fundamental para el éxito de las estrategias diseñadas, las que tendrán un mayor éxito en la medida que todos los actores, de los mas diversos sectores, se aúnen a nuestros esfuerzos.

4.- El problema de insatisfacción usuaria también se abordara como un problema local a revertir. En el, la conexión del equipo de salud con la comunidad, sus organizaciones, el intersector y las autoridades es fundamental. Se planifica para el año 2011, un fuerte componente comunicacional y extramural de modo de fortalecer la coordinación y trabajo entre usuarios y equipo de salud.

