



Diagnóstico de Salud y Plan de Salud 2015



INDICE

Tabla de contenido

INDICE	2
I. ANTECEDENTES GENERALES DE LA COMUNA.....	3
II. ANTECEDENTES DEMOGRAFICOS	4
III. ANTECEDENTES ECONOMICOS Y EMPLEO.....	6
IV. ANTECEDENTES EDUCACIONALES.....	10
V. INDICADORES SOCIALES, POBREZA Y VIVIENDA	12
VI. VIALIDAD	18
VII. TRANSPORTE Y TELECOMUNICACIONES.....	19
VIII. SOCIEDAD CIVIL.....	19
IX. LA RED ASISTENCIAL DE SALUD DE LA COMUNA DE DALCAHUE	37
X. PARTICIPACIÓN DE LA COMUNIDAD.....	39
XI. RECURSOS FÍSICOS	40
XII. RECURSOS FINANCIEROS	41
XIII. PLAN DE CUIDADOS DE SALUD DE LA POBLACIÓN	43
XIV. DESCRIPCIÓN DE LOS PROGRAMAS DE SALUD COMUNAL.....	47
XIV. PROMOCIÓN DE SALUD	64
XVI. ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS.....	64
XVII. ACTIVIDADES DE SALUD OCUPACIONAL.....	65
ANEXOS.....	67

I. ANTECEDENTES GENERALES DE LA COMUNA

La Comuna de Dalcahue es parte de la Provincia de Chiloé, Región de Los Lagos, se encuentra localizada a veinte kilómetros al Noreste de Castro (capital provincial). Su superficie total corresponde a 1239, 4 km². Esta Comuna se ubica geográficamente en el borde oriental de la Isla Grande de Chiloé, aproximadamente en las coordenadas 42°09'30" Latitud Sur y los 73°28'30" Longitud Oeste. Sus límites políticos - administrativos son los siguientes: al norte con la Comuna de Ancud y Quemchi, al sur con la Comuna de Castro, al sur-este con las Comunas de Quinchao y Curaco de Vélez. Dalcahue cuenta con una densidad poblacional de 12,84 habitantes por kilómetro cuadrado.

TABLA N° 1: DATOS COMUNALES

Densidad de Población por Km2	
	12,84
Población Comunal Estimada para el Año (por el INE)	
	15.906
Población Masculina Estimada para el Año (por el INE)	
	8.335
Población Femenina Estimada para el Año (por el INE)	
	7.571
Porcentaje de Población Rural	
	37,47
Porcentaje de Población Urbana	
	62,53
Superficie Comunal (km2)	
	1.239,00
Porcentaje Población Comunal en Relación a la Población Regional	
	1,82
Provincia a la que Pertenece la Comuna	
	Chiloé
Región a la que Pertenece la Comuna	
	Los Lagos

Fuente: SINIM 2012

II. ANTECEDENTES DEMOGRAFICOS

Nuestro país se encuentra en un proceso de transición demográfica avanzada, esta transición tiene su origen en la disminución de los niveles de mortalidad y natalidad acontecidos en la segunda mitad del siglo XX. A raíz de esto se presentan situaciones como el envejecimiento de la población y la disminución en la proporción de población económicamente activa. El INE ha proyectado para el año 2050 que la población de 60 años y más se aproximará al 30% del total, situación que se refleja también a nivel comunal, además de la disminución sostenida de la población en el territorio rural, actualmente un 37,47% del total , el índice de masculinidad de la comuna es notablemente superior a la región y al país , la comuna con mayor variación intercensal positiva de la Provincia es Dalcahue entre los años 2002 y 2012 , pero menor que entre los años 1992 y 2002.

TABLA N°2 POBLACIÓN POR GRUPOS DE EDAD 2002 Y PROYECTADA 2012 INE

Edad	2002	Proyectada 2012	% según Territorio 2012		
			Comuna	Región	País
0 a 14	3.021	4.092	25,73	22,74	21,77
15 a 29	2.498	3.848	24,19	24,07	24,56
30 a 44	2.625	3.374	21,21	21,93	21,08
45 a 64	1.567	3.250	20,43	22,33	23,08
65 y más	982	1.342	8,44	8,93	9,52
Total	10.693	15.906	100	100	100,01

Fuente: Censo 2002 y Proyección de Población 2012, Instituto Nacional de Estadísticas (INE).

Tabla N°3: DISTRIBUCION URBANA RURAL, POR SEXO AÑO 2012.

MUNICIPIO	Población Comunal, Estimada por el INE (N°)	Porcentaje de Población Comunal Femenina (%)	Porcentaje de Población Comunal Masculina (%)	Densidad de Población por Km2 (TAS)	Porcentaje de Población Rural (%)	Porcentaje de Población Urbana (%)	Tasa de Natalidad (TAS)	Tasa de Mortalidad Infantil (TAS)
CASTRO	54.323	49,87	50,13	114,85	29,93	70,07	13,70	5,60
ANCUD	42.137	51,25	48,75	24,05	34,01	65,99	13,90	6,80
CHONCHI	15.205	46,21	53,79	11,16	59,08	40,92	12,60	0
CURACO DE VÉLEZ	4.032	49,01	50,99	50,40	100,00	0	12,00	0
DALCAHUE	15.906	47,60	52,40	12,84	37,47	62,53	13,60	14,70
PUQUELDÓN	4.025	48,05	51,95	41,49	100,00	0	9,10	0
QUEILÉN	5.312	46,29	53,71	15,95	56,02	43,98	10,70	17,50
QUELLÓN	34.197	43,96	56,04	10,54	31,56	68,44	12,40	12,70
QUEMCHI	9.258	46,35	53,65	21,04	69,63	30,37	10,90	0
QUINCHAO	8.958	48,73	51,27	55,64	52,91	47,09	13,00	

TABLA N°4: POBLACIÓN POR SEXO E ÍNDICE DE MASCULINIDAD INE

Territorio	Año 2002		Proyección 2012		Índice Masculinidad	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	2002	2012
Comuna de Dalcahue	5.420	5.273	8.335	7.571	102,79	110,09
Región de los Lagos	360.778	355.961	435.569	421.402	101,35	103,36
País	7.447.695	7.668.740	8.610.934	8.787.698	97,12	97,99

Fuente; Censo 2012

**Tabla N°5: CANTIDAD DE POBLACIÓN CENSO 1992-2012 Y SU VARIACIÓN INTERCENSAL
SEGÚN COMUNAS**

Provincia	Comuna	Censo 1992	Censo 2002	Censo 2012 (preliminar)	% Variación Intercensal (1992 y 2002)	% Variación Intercensal (2002 y 2012)
Total Provincia		261.005	318.539	378.922	22,00%	19,00%
Chiloé	Castro	29.896	39.351	43.306	31,60%	10,10%
	Ancud	37.577	39.762	40.678	5,80%	2,30%
	Chonchi	10.640	12.483	14.104	17,30%	13,00%
	Curaco de Vélez	3.012	3.379	3.585	12,20%	6,10%
	Dalcahue	7.780	10.679	13.254	37,30%	24,10%
	Puqueldón	4.258	4.124	4.077	-3,10%	-1,10%
	Queilén	4.999	5.145	5.165	2,90%	0,40%
	Quellón	15.093	21.556	25.496	42,80%	18,30%
	Quemchi	8.180	8.553	8.367	4,60%	-2,20%
	Quinchao	9.112	8.932	8.173	-2,00%	-8,50%
	Palena	1.886	1.675	1.811	-11,20%	8,10%
Total Provincia		18.501	18.769	16.148	1,40%	-14,00%

Fuente; Censo 2012

III. ANTECEDENTES ECONOMICOS Y EMPLEO

En lo referido a la estructura económica de la Comuna de Dalcahue, se ve enfrentado a un fenómeno acelerado de industrialización no planificada, lo cual ha impactado fuertemente a la tasa de crecimiento demográfico, prueba de ello es el aumento explosivo de población urbana durante el período inter censal producto de un proceso inmigratorio de personas provenientes de diferentes ciudades del país que han llegado a Dalcahue en busca de empleo, ofrecido principalmente por la explotación del salmón; sin embargo, durante el año 2008 se produce una gran crisis en la salmonicultura que afecta a diversas ciudades del sur de Chile, entre ellas Dalcahue, provocando cierre de plantas de proceso, trayendo consigo un aumento de los índices de cesantía, lo que sin duda afecta el estado de salud de la población, se observa también que la población de personas ocupadas ha ido en aumento, pero la de desocupados también, excepto en el año 2011 en que a nivel país los índices de desocupación cayeron fuertemente, fenómeno también observado a nivel comunal, respecto a las empresas según tamaño la micro y pequeña empresa prima, sin embargo la mayor fuerza laboral individualmente la presenta la gran empresa seguida de la mediana y pequeña empresa.

TABLA N°6: POBLACIÓN OCUPADA, DESOCUPADA E INACTIVA CASEN 2003-2006-2009-2011

Territorio	Ocupados				Desocupados				Inactivos			
	2003	2006	2009	2011	2003	2006	2009	2011	2003	2006	2009	2011
Comuna de Dalcahue	4.436	5.096	5.142	5.424	125	133	275	166	3.750	4.238	6.477	6.137
Región de los Lagos	391.405	318.862	318.540	325.367	35.831	16.875	37.475	28.871	371.922	256.604	287.596	293.559
País	5.994.561	6.577.961	6.636.881	6.914.037	643.977	519.357	755.252	579.050	4.995.468	5.288.126	5.871.272	5.900.029

Fuente: Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN), Ministerio de Desarrollo Social.

TABLA N°7: NÚMERO DE EMPRESAS SEGÚN TAMAÑO 2007-2009-2011

Tamaño Empresa	Comuna			Región			País		
	2007	2009	2011	2007	2009	2011	2007	2009	2011
Grande	5	4	6	354	296	358	10.206	10.208	12.106
Mediana	10	12	7	783	715	863	19.597	20.206	23.939
Micro	424	492	513	30.135	32.709	33.648	610.423	614.387	627.310
Pequeña	101	90	108	6.544	6.435	7.456	132.049	137.683	160.944
Total	540	598	634	37.816	40.155	42.325	772.275	782.484	824.299

Fuente: Servicio de Impuestos Internos (SII)

TABLA N°8: NÚMERO DE TRABAJADORES SEGÚN TAMAÑO DE LA EMPRESA POR AÑOS.

Tamaño Empresa	Comuna			Región			País		
	2007	2009	2011	2007	2009	2011	2007	2009	2011
Grande	1.991	1.708	1.927	102.709	94.881	99.744	327.273	3.325.324	4.082.529
Mediana	1.536	1.591	1.124	62.279	56.270	55.913	1.241.759	1.211.968	1.399.086
Micro	248	457	217	30.350	30.379	37.442	552.476	556.101	536.914
Pequeña	873	727	852	71.279	70.491	72.204	1.555.121	1.526.231	1.654.917
Total	4.648	4.483	4.120	266.617	252.021	265.303	3.676.629	6.619.624	7.673.446

TABLA N°9: NÚMERO DE EMPRESAS POR RAMA DE ACTIVIDAD 2007-2009-2011

Origen	Comuna			Región			País		
	2007	2009	2011	2007	2009	2011	2007	2009	2011
Agricultura, ganadería, caza y silvicultura	39	40	41	6.097	5.877	5.703	94.045	90.268	87.514
Pesca	42	42	36	1.072	1.004	938	3.809	3.270	2.968
Industrias manufactureras no metálicas	34	42	42	1.749	2.179	2.447	46.150	48.942	52.047
Industrias manufactureras metálicas	20	27	20	1.125	1.352	1.595	27.572	30.139	33.056
Construcción	40	52	57	3.155	3.563	3.927	57.819	61.402	68.047
Comercio al por mayor y menor, repuestos, vehículos, automotores/enseres domésticos	265	271	284	15.248	16.404	17.151	336.810	337.229	346.123
Hoteles y restaurantes	42	58	63	2.626	2.916	3.004	37.190	40.063	43.166
Transporte, almacenamiento y comunicaciones	97	106	117	5.271	5.448	5.614	96.225	96.966	100.205

Actividades inmobiliarias, empresariales y de alquiler	8	12	15	3.109	3.467	3.802	88.036	93.911	103.049
Enseñanza	6	6	9	336	371	467	8.472	8.920	10.030
Otras actividades de servicios comunitarios, sociales y personales	14	14	17	1.737	1.845	1.824	37.216	36.862	37.170
total	614	675	711	43.149	46.246	48.574	894.328	915.899	960.652

Fuente: Servicio de Impuestos Internos (SII)

TABLA N°10: NÚMERO DE TRABAJADORES POR RAMA DE ACTIVIDAD 2007-2009-2011

Origen	Comuna			Región			País		
	2007	2009	2011	2007	2009	2011	2007	2009	2011
Agricultura, ganadería, caza y silvicultura	1.046	1.051	699	30.944	35.719	38.122	795.357	752.861	745.680
Pesca	363	257	216	26.888	20.513	17.595	64.844	55.179	48.004
Industrias manufactureras no metálicas	1.541	1.484	1.566	25.502	22.266	21.350	613.831	588.883	670.715
Construcción	96	199	118	34.196	34.601	39.278	1.118.357	1.058.313	1.265.417
Comercio al por mayor y menor, repuestos, vehículos, automotores/enseres domésticos	1.277	988	1.051	48.006	45.304	40.245	1.176.842	1.151.043	1.363.673
Hoteles y restaurantes	26	26	48	8.165	8.570	7.389	235.635	262.732	283.482
Transporte, almacenamiento y comunicaciones	166	160	199	15.119	16.066	17.977	425.343	454.136	528.760
Actividades inmobiliarias, empresariales y de alquiler	11	7	7	23.163	20.079	27.675	925.323	963.756	1.190.803
Adm. pública y defensa, planes de seg. social afiliación obligatoria	38	206	79	8.387	13.688	13.996	317.739	354.699	371.330

Enseñanza	373	462	580	11.974	14.359	16.989	327.076	366.829	422.682
Otras actividades de servicios comunitarios, sociales y personales	17	20	40	21.052	9.827	8.899	294.047	273.909	336.076
total	4.964	4.875	4.613	273.591	260.721	276.208	7.052.569	7.081.808	8.181.970

Fuente: Servicio de Impuestos Internos (SII)

IV. ANTECEDENTES EDUCACIONALES

Dalcahue, en cuanto Establecimientos Educacionales dependientes de la Corporación Municipal de Educación cuenta con 16 Escuelas rurales y dos colegios urbanos; Además existen en nuestra comuna cinco Establecimientos Educacionales particulares subvencionados rurales y al menos cuatro colegios urbanos. De las Escuelas de administración municipal, 11 corresponden a escuelas rurales uni-docentes, que son: Escuela Rural Tocihue Escuela Rural Colegual Escuela Rural Dallico Escuela Rural Teguel Escuela Rural José María Ulloa Saldivia Escuela Rural Profesor Héctor Mario Bahamonde Navarro Escuela Rural El Prado Escuela Rural Carihueico ,Escuela Rural Kilómetro 60 ,Escuela Rural Culdeo, Escuela Rural San Pedro ,agrupados para efectos de asesoría Técnico pedagógica en dos micro-centros denominados “**La Costa**” y “**Ruta 5**” según su localización geográfica.

Escuelas rurales completas son 5, las que cuentan con educación básica desde 1º año básico hasta 8º año básico y son: Escuela Juan Victorino Tangol, de Tenaún Escuela Rural Calen, de Calen ,Escuela Rural José Daniel Bahamonde Bahamonde, de Puchaurán Escuela Rural Mallinlemu, de Mocopulli Escuela Rural César Gómez García, de Quetalco Los Establecimientos urbanos son: La Escuela Básica Dalcahue EL Liceo Polivalente Dalcahue; Son estos dos últimos Los colegios más importantes en cuanto a matrícula con 504 alumnos/as La Escuela Básica y el Liceo Polivalente con 370 alumnos/as. Les sigue, en tercer lugar, la Escuela Rural Mallinlemu con 285 alumnos/as.

Como consecuencia del desarrollo económico y demográfico de nuestra comuna surgió la educación particular subvencionada que plantea un desafío al sistema municipal. A partir del año 2004 se implementó la carrera de Técnico en Administración, con énfasis en el área de proyectos y microempresas comenzando con la separación de la enseñanza media de la enseñanza básica y posteriormente se abrió la Carrera de Acuicultura, además de continuar con la enseñanza

científico- humanista orientada a seguir estudios superiores técnicos o universitarios. A pesar del crecimiento industrial pesquero de los últimos años, en el 2010 se adoptó la decisión del cierre temporal de la Carrera de Acuicultura en el Liceo Polivalente, atendiendo a la menor matrícula y ante la imposibilidad de implementarla adecuadamente y a la poca capacidad de gestionar los recursos provenientes del Estado. Lo que obliga a la actual administración a atender los resultados de estudios que tengan como propósito analizar la implementación de otras carreras junto con analizar periódicamente la pertinencia de las existentes, en este sentido La Fundación Chiquihue, nos entregará información muy relevante respecto de las carreras que demandan nuestros jóvenes, sus apoderados y el mundo empresarial, de tal forma que la Educación que imparta el Liceo aporte realmente eficaces herramientas para la inserción laboral de sus estudiantes.

Escolaridad de la población comunal

De acuerdo a la información arrojada por el CENSO 2012, los años de escolaridad promedio de la comuna de Dalcahue desde los años 2003 al 2011 son menores que la región y país, pero han ido en aumento alcanzando a 8,85 años en el 2011, sin embargo el porcentaje de población sin educación es inferior a la región y al país, al educación media completa es superior a la región y ha ido incrementándose año a año igual que la enseñanza superior completa, pero esta última aún muy por debajo del porcentaje regional y nacional.

TABLA N°11: AÑOS DE ESCOLARIDAD PROMEDIO DE LA POBLACIÓN 2003-2011

Territorio	2003	2006	2009	2011
Comuna de Dalcahue	7,51	7,67	7,77	8,85
Región de los Lagos	8,97	9,07	9,06	9,34
País	10,16	10,14	10,38	10,50

Fuente: Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN), Ministerio de Desarrollo Social.

TABLA N°12: NIVEL EDUCACIONAL DE LA POBLACIÓN 2006-2011

Nivel Educacional	2006	2009	2011	% según Territorio (2011)		
				Comuna	Región	País
Sin Educación	306	413	100	0,85	3,40	3
Básica Incompleta	3.558	4.010	3.521	30,02	22,10	14,50
Básica Completa	2.052	2.731	2.343	19,98	15,40	10,70
Media Incompleta	1.452	2.731	1.966	16,76	20,10	20,40
Media Completa	1.676	2.282	2.972	25,34	23,70	28,20
Superior Incompleta	232	286	471	4,02	7,30	10,50
Superior Completa	191	308	354	3,02	8,10	12,80
Total	9.467	11.894	11.727	100	100	100

Fuente: Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN), Ministerio de Desarrollo Social.

V. INDICADORES SOCIALES, POBREZA Y VIVIENDA

La pobreza en Chile se define a partir de una canasta básica de alimentos, cuyo valor se actualiza según la evolución de los precios. Con ese valor se definen la línea de indigencia y la línea de pobreza urbana (\$36.049 y \$ 72.098, respectivamente para CASEN 2011). Así definida, la pobreza disminuyó sostenidamente en las dos últimas décadas, desde un 38,6 % en 1990 a un 14,4% en 2011, verificándose una mayor incidencia de pobreza en hogares con jefatura femenina que con jefatura masculina. Los ingresos monetarios corresponden al conjunto de ingresos, esto es, aquéllos que son producto de trabajo remunerado, y los que provienen de subsidios monetarios desde el Estado. Una dimensión relevante en la condición social de la población es la vivienda y sus características. Aspectos como la tenencia (propiedad, arriendo), el hacinamiento (relación entre el

número de habitantes de una vivienda y su número de piezas) y el allegamiento (vivienda compartida entre uno o más hogares o familias), así como su tipología y calidad (materialidad y estado de conservación de muros, pisos y techo de una vivienda), resultan insoslayables elementos de la calidad de vida de la población, a nivel comunal destaca el aumento de la tenencia propia de vivienda especialmente entre los años 2009 y 2011 siendo en porcentaje mayor a la región y el país , en una menor proporción también han aumentado las viviendas arrendadas, respecto al tipo de vivienda predomina ampliamente la casa y en calidad de la vivienda prima el concepto aceptable por sobre la región seguida de recuperable no reportándose desde el 2009 viviendas irrecuperables ,respecto al índice de hacinamiento predomina el concepto sin hacinamiento por sobre la región y el país , el hacinamiento medio presenta una disminución importante desde el año 2009 al año 2011y no hay situaciones de hacinamiento critico desde el año 2009 , en el índice de allegamiento predomina “sin allegamiento interno” situación que ha ido en aumento con los años y también ha ido en aumento la condición “con allegamiento interno “lo que se observa frecuentemente ya que las familias son compuestas y extendidas siendo común que los hijos o nietos formen familias y continúen viviendo en la casa paterna.

Respecto a los indicadores de pobreza los pobres indigentes , es decir, personas que no tienen ingresos insuficientes para satisfacer sus necesidades de alimentación ha ido en aumento sostenido , situación preocupante , presentando un porcentaje muy superior a la región y al país , el concepto de pobre no indigente , es decir quienes tienen ingresos insuficientes para satisfacer las necesidades básicas , también ha ido en aumento desde el año 2006 , pero con un porcentaje bastante menor que la región y el país , en tanto los no pobres también han ido en aumento presentando un porcentaje superior a la región y al país , la situación de hogares según índices de pobreza es similar en número y porcentaje a la población antes descrita , respecto al indicador “hogares con mujeres jefas de hogar” , la comuna presenta una cantidad de hogares en aumento , especialmente entre los años 2009 y 2011.

TABLA N°13: TIPO DE TENENCIA DE LA VIVIENDA CASEN 2003-2011

Tenencia	2003	2006	2009	2011	% según Territorio (2011)		
					Comuna	Región	País
Viviendas Pagadas	2.531	2.850	2.988	3.247	68,76	62,63	53,56
Viviendas Pagándose	189	150	200	86	1,82	6,11	11,90
Viviendas Arrendadas	234	269	538	573	12,13	12,68	16,97
Viviendas Cedidas	85	250	205	816	17,28	16,54	14,85
Viviendas Usufructo	14	0	0	0	0	1,30	1,77
Ocupación Irregular	0	0	0	0	0	0,51	0,32
Total	3.053	3.519	3.931	4.722	100	100	100

Fuente: Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN), Ministerio de Desarrollo Social.

TABLA N°14: TIPO DE VIVIENDA PREDOMINANTE CASEN 2003-2011

Tipo de Vivienda	2003	2006	2009	2011	% según Territorio (2011)		
					Comuna	Región	País
Casa (Individual, en Cité, en Condominio)	3.004	3.469	3.931	4.722	100	98,02	87,21
Departamento	0	12	0	0	0	1,11	11,40
Pieza	0	0	0	0	0	0,13	0,32
Otro Tipo	49	38	0	0	0	0,75	1,06
Total	3.053	3.519	3.931	4.722	100	100	100

TABLA N° 15 CALIDAD DE LA VIVIENDA CASEN 2003-2011

Calidad de la Vivienda	2003	2006	2009	2011	% según Territorio (2011)		
					Comuna	Región	País
Aceptable	1.510	2.868	2.938	3.771	79,86	77,11	81,30
Recuperable	1.494	613	993	951	20,14	22,08	17,19
Irrecuperable	49	38	0	0	0	0,81	1,50
Total	3.053	3.519	3.931	4.722	100	100	100

Fuente: Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN), Ministerio de Desarrollo Social

TABLA N° 16: ÍNDICES DE HACINAMIENTO DE HOGARES CASEN 2003-2011

Hacinamiento en los Hogares	2003	2006	2009	2011	% según Territorio (2011)		
					Comuna	Región	País
Sin Hacinamiento	2.937	3.242	3.647	4.494	95,17	92,09	89,80
Hacinamiento Medio	116	264	284	228	4,83	7,23	9
Hacinamiento Crítico	0	13	0	0	0	0,67	1,10
Total	3.053	3.519	3.931	4.722	100	100	100

Fuente: Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN), Ministerio de Desarrollo Social

TABLA N°17: ÍNDICES DE ALLEGAMIENTO DE HOGARES CASEN 2003-2011

Allegamiento en los Hogares	2003	2006	2009	2011	% según Territorio (2011)		
					Comuna	Región	País
Sin Allegamiento Interno	2.274	3.067	3.112	3.759	79,61	86,07	82,90
Con Allegamiento Interno	779	452	819	963	20,39	13,93	17,20
Sin Allegamiento Externo	2.968	3.488	3.890	4.722	100	97,95	93,30
Con Allegamiento Externo	85	31	41	0	0	2,05	6,70

Fuente: Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN), Ministerio de Desarrollo Social.

TABLA N°18: POBLACIÓN SEGÚN POBREZA CASEN 2003-2011

Pobreza en las Personas	2003	2006	2009	2011	% según Territorio (2011)		
					Comuna	Región	País
Pobre Indigente	307	354	550	660	4,30	3,07	2,79
Pobre No Indigente	1.393	90	399	571	3,70	11,95	11,66
No Pobres	9.720	12.621	13.796	14.054	91,90	84,98	85,56
Total	11.420	13.065	14.745	15.285	100	100	100

Fuente: Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN), Ministerio de Desarrollo Social.

TABLA N°19: HOGARES SEGÚN POBREZA CASEN 2003-2011

Pobreza en los Hogares	2003	2006	2009	2011	% según Territorio (2011)		
					Comuna	Región	País
Pobre Indigente	77	76	96	165	3,50	2,80	2,60
Pobre No Indigente	304	18	123	148	3,10	9,80	9,50
No Pobres	2.672	3.425	3.712	4.409	93,40	87,40	87,90
Total	3.053	3.519	3.931	4.722	100	100	100

Fuente: Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN), Ministerio de Desarrollo Social.

TABLA N°20: HOGARES CON MUJERES JEFAS DE HOGAR CASEN 2003-2011

Hogares	2003	2006	2009	2011	% según Territorio (2011)		
					Comuna	Región	País
Hogares con Mujer Jefa de Hogar	664	668	751	1.413	29,92	34,92	38,80

Fuente: Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN), Ministerio de Desarrollo Social.

TABLA N°21: ÍNDICES DE HACINAMIENTO DE HOGARES CASEN 2003-2011

Hacinamiento en los Hogares	2003	2006	2009	2011	% según Territorio (2011)		
					Comuna	Región	País
Sin Hacinamiento	2.937	3.242	3.647	4.494	95,17	92,09	89,80
Hacinamiento Medio	116	264	284	228	4,83	7,23	9

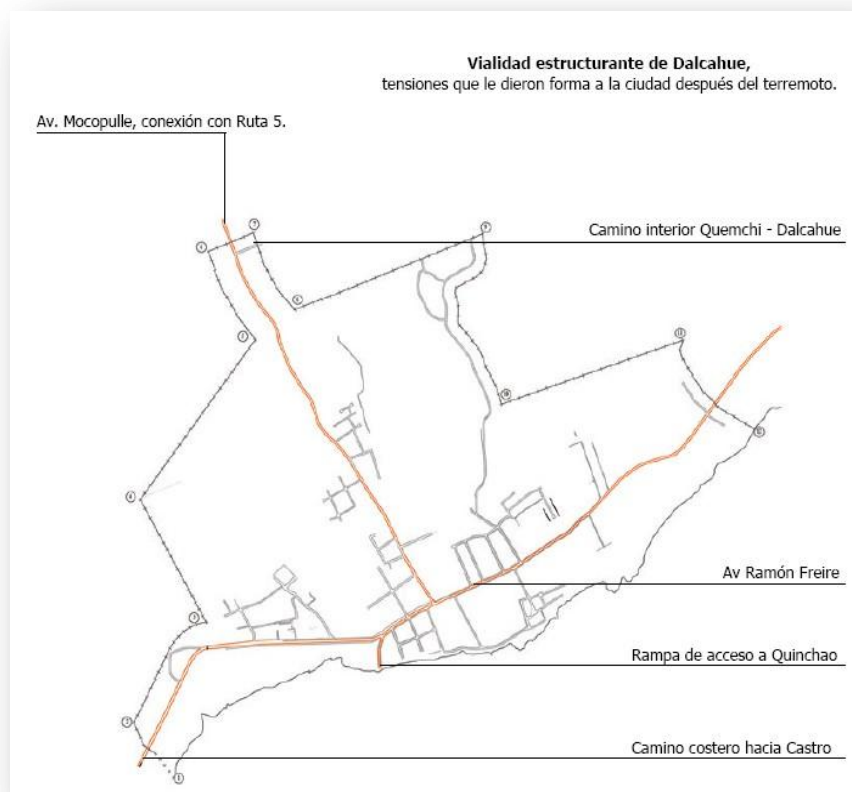
Hacinamiento Crítico	0	13	0	0	0	0,67	1,10
Total	3.053	3.519	3.931	4.722	100	100	100

Fuente: Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN), Ministerio de Desarrollo Social

VI. VIALIDAD

La red vial existente en la comuna de Dalcahue, está compuesta principalmente por la ruta 5 desde el Puente Puntra a Piruquina, Ruta desde Dalcahue a Putemún, ruta Dalcahue a Mocopulli y ruta Dalcahue a Tenaún. Esta última fue pavimentada el año 2009 desde el sector urbano de Dalcahue hasta la Posta de Puchaurán, lo que ha mejorado el acceso a la salud de la población rural y además ha facilitado el traslado del equipo de salud hacia este sector. Lo anterior, sumado a una serie de caminos secundarios, llegando a alcanzar alrededor de 360 km.

Vialidad estructurante de Dalcahue



VII. TRANSPORTE Y TELECOMUNICACIONES

Dalcahue no cuenta con un Terminal de buses, existe locomoción colectiva desde Castro, con una frecuencia aproximada de 30 minutos de intervalo.

En lo referido a comunicaciones, por una parte, existen algunas localidades que cuentan con telefonía rural (fija), no obstante la población manifiesta la escasa o nula mantención que se le hace a este equipamiento y por otra, la población accede con facilidad al servicio de telefonía móvil. En el caso de las localidades ubicadas en el sector carretera (Ruta 5), éstas cuentan con la factibilidad necesaria para acceder al servicio de Internet. Existen algunos sectores más aislados hacia el interior de Dalcahue que no cuentan con telefonía fija ni con telefonía móvil.

Todos los establecimientos de la red de salud comunal cuentan con equipos de radio comunicación y celulares; asimismo lo poseen los diferentes vehículos que disponen el equipo y la administración de salud municipal, lo que facilita las comunicaciones al interior del equipo. Por otra parte, la Posta de Salud de Puchaurán cuenta con Internet en todo el establecimiento.

El Centro de Salud de Dalcahue cuenta con servicios de telefonía, fax, radiocomunicación, Internet y correo electrónico y a fines del año 2009 se está ampliando la conexión a Internet en todos los box del recinto con el objeto de poder implementar por parte del Servicio de Salud Chiloé, a partir del año 2012, la agenda electrónica RAYEN, que pretende digitalizar gran parte de la atención de salud del CESFAM.

VIII. SOCIEDAD CIVIL

TABLA N°22: CATASTRO DE ORGANIZACIONES COMUNITARIAS

JUNTAS DE VECINOS	CLUBES DEPORTIVOS	COMITES DE VIVIENDA	AGRUPACIONES VARIAS	COMITES ADULTOS MAYORES	COMITÉ DE AUTOAYUDA	COMITES DE CAPILLA	COMITES DE SALUD
44	55	10	28	13	4	28	15

Fuente: Municipalidad Dalcahue.

ANTECEDENTES DE SALUD

TABLA N° 23: POBLACIÓN INSCRITA VALIDADA, COMUNA DE DALCAHUE PARA EL AÑO 2014, SEGÚN SEXO Y EDAD.

Inf	Sup	M	F	N	TOTAL
-----	-----	0	0	33	33
000-00	000-11	6	15	0	21
001-00	001-11	74	66	0	140
002-00	002-11	96	77	0	173
003-00	003-11	89	76	0	165
004-00	004-11	99	102	0	201
005-00	005-11	100	85	0	185
006-00	006-11	94	90	0	184
007-00	007-11	84	94	0	178
008-00	008-11	94	85	0	179
009-00	009-11	97	82	0	179
010-00	010-11	97	101	0	198
011-00	011-11	106	93	0	199
012-00	012-11	123	86	0	209
013-00	013-11	117	111	0	228
014-00	014-11	111	103	0	214
015-00	019-11	543	426	0	969
020-00	024-11	515	491	0	1006
025-00	029-11	389	433	0	822
030-00	034-11	362	508	0	870
035-00	039-11	392	492	0	884
040-00	044-11	436	464	0	900
045-00	049-11	497	452	0	949
050-00	054-11	369	322	0	691
055-00	059-11	276	273	0	549
060-00	064-11	200	206	0	406
065-00	069-11	177	207	0	384
070-00	074-11	144	189	0	333
075-00	079-11	124	140	0	264
080-00	999-11	137	240	0	377
		5948	6109	33	12090

Fuente: FONASA

Tabla N° 24: N° de Familias encuestadas en sector rural

SECTOR	FAMILIAS
Tenaún bajo	66
Tenaún alto	98
Tocoihue	94
Calen	146
San Juan	52
Puchaurán	159
Quetalco	248
Mocopulli	429
Butalcura	351
Total	1643

Fuente: Encuesta Salud Rural 2013

TABLA N° 25: N° DE FAMILIAS ENCUESTADAS SECTOR URBANO

Sectores	N°
Sector Azul	458
Sector Rojo	538
Total familias encuestadas	996

Fuente: U.S.F 2014.

Tabla 24. Durante el año 2014 se continuará con el encuestaje de las familias inscritas en nuestro Cesfam, trabajo a cargo de la Unidad de Salud Familiar, habiendo obtenido hasta el momento 996 familias con encuesta actualizada en el sector urbano.

TABLA N° 26: TIPO DE FAMILIAS SECTOR URBANO DE ACUERDO A ESTRUCTURA

Tipo familia	N°
agregada	44
extensa	127
monoparental	93
nuclear	547
reagrupada	30
reconstituida	63
sin hijos	33
unipersonal	59
Total	996

Fuente: U.S.F 2014

Tabla 25: Se observa que la mayor cantidad de familias, más del 50% corresponde a familias de tipo nuclear, seguida de familia extensa algo muy propio de la cultura chilota, llama la atención la

cantidad de familias monoparentales y las unipersonales.

TABLA N° 27: N° DE FAMILIAS SEGÚN ETAPA SECTOR URBANO

Etapa	N°
Adulto mayor (65 y mas)	129
crianza	116
formación	76
hijo. adolescentes	117
Hijos escolares	216
Hijos prescolares	78
plataforma lanzamiento	264
Total	996

Fuente: U.S.F 2014

Tabla 26: La mayor cantidad de familias encuestadas está en etapa de plataforma de lanzamiento, seguida de las con hijos escolares, es destacable la cantidad de familias con presencia de adultos mayores.

TABLA N° 28: N° DE FAMILIAS CON FACTOR DE RIESGO ALTO SECTOR URBANO

Factor de riesgo	N° de familias
Postración 1 familiar	13
Discapacidad en 1familiar	55
Alcoholismo y/o drogadicción 1 familiar	22
VIF	8
Total	98

Fuente: U.S.F 2014

TABLA N° 29: N° DE FAMILIAS CON FACTOR DE RIESGO MEDIO SECTOR URBANO

Factor de riesgo	N° de familias
Ingreso insuficiente	157
vivienda mala calidad	43
Educación básica incompleta de padres	274
Analfabetismo en 1 familiar	44
Embarazo adolescente/no deseado	16
Hacinamiento	51
Cesantía jef@ hogar	88
Enfermedad psiquiatrica 1 familiar	26
Sin redes de apoyo	48
Total	747

Fuente: U.S.F 2014

TABLA Nº 30: Nº DE FAMILIAS CON FACTOR DE RIESGO BAJO SECTOR URBANO

Factor de riesgo	Nº de familias
Enfermedad. Crónica de familiar	507
Malnutrición	74
Educación 1/2 de padres incompleta	283
Familia uniparental	69
Duelo prolongado	58
Consumo perjudicial OH/Drogas	36
Tabaquismo en 1 familia	189
Separación conyugal	54
Hijos de distintos padres	79
Total	1349

Fuente: U.S.F 2014

Tablas 27-28-29 -29.Se observa que 98 de las familias presentan riesgo alto de gran impacto tales como VIF , discapacidad de un familiar , postración y presencia de OH y drogadicción , más del 80% de las familias presentan riesgo medio , fundamentalmente a expensas de la educación básica incompleta de los padres , el ingreso insuficiente y la cesantía del jefe de hogar , factores también de alto impacto pero de baja vulnerabilidad en términos de poder ser abordadas por el equipo de salud , finalmente se concluye que el 100% de las familias encuestadas presenta algún grado de riesgo familiar.

Tabla 31 Mortalidad (*) infantil y sus componentes, por Región y Comuna de residencia de la madre. Chile, 2010

Región y comuna	Infantil		Neonatal		Neonatal Precoz		Postneonatal	
	Defunciones menores de 1 año	Tasa	Defunciones menores 28 días	Tasa	Defunciones menores 7 días	Tasa	Defunciones 28 días a 11 meses	Tasa
Total País	1.862	7,4	1.283	5,1	988	3,9	579	2,3
De Los Lagos	91	7,3	52	4,2	41	3,3	39	3,1
Castro	4	5,6	3	4,2	3	4,2	1	1,4
Ancud	4	6,8	0	0	0	0	4	6,8
Chonchi	0	0	0	0	0	0	0	0
Curaco de Velez	0	0	0	0	0	0	0	0
Dalcahue	3	14,6	1	4,9	1	4,9	2	9,8
Puqueldón	0	0	0	0	0	0	0	0
Quellén	1	17,5	0	0	0	0	1	17,5
Quellón	5	12,6	1	2,5	1	2,5	4	10,1
Quemchi	0	0	0	0	0	0	0	0
Quinchao	0	0	0	0	0	0	0	0

Tabla 31. Respecto a la mortalidad de la niñez La comuna de Dalcahue presenta excelentes indicadores, tanto para el grupo atareo de 1 a 4 años y de 5 a 9 años, teniendo tasas de 0,0, las cuales se encuentran bajo el total país, regional y provincial.

TABLA N° 32: N° MORTALIDAD ADOLESCENTE SEGÚN SEXO

Mortalidad del adolescente, según sexo, por Región y Comuna. Chile, 2010							
Región y comuna		Ambos Sexos		Hombres		Mujeres	
		Defunciones	Tasa (*)	Defunciones	Tasa (*)	Defunciones	Tasa (*)
Total País		967	0,3	661	0,5	306	0,2
R. Los Lagos		73	0,5	50	0,7	23	0,3
	Castro	3	0,3	3	0,6	0	0,0
	Ancud	6	0,9	3	0,9	3	0,9
	Chonchi	1	0,4	1	0,7	0	0,0
	Curaco de V	1	1,4	1	2,7	0	0,0
	Dalcahue	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Puqueldón	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Queilén	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Quellón	2	0,4	2	0,7	0	0,0
	Quemchi	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Quinchao	2	1,3	1	1,3	1	1,3

Tabla 32. Respecto a la mortalidad de los adolescentes, La comuna de Dalcahue presenta excelentes indicadores, para ambos sexos, teniendo tasas de 0,0, las cuales se encuentran bajo el total país, regional y provincial.

TABLA N° 33: N° MORTALIDAD EN LA NIÑEZ POR GRUPO ETAREO

Mortalidad en la niñez, según grupos de edad, por Región y Comuna. Chile, 2010							
Región y comuna		Grupos de edad (años)					
		Total		1 a 4		5 a 9	
		Defunciones	Tasa (*)	Defunciones	Tasa (*)	Defunciones	Tasa (*)
Total País		500	0,2	312	0,3	188	0,2
	R.Los Lagos	24	0,2	13	0,3	11	0,2
	Castro	1	0,1	1	0,3	0	0,0
	Ancud	2	0,4	2	0,8	0	0,0
	Chonchi	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Curaco de V	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Dalcahue	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Puqueldón	1	1,8	0	0,0	1	3,1
	Queilén	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Quellón	1	0,2	1	0,5	0	0,0
	Quemchi	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Quinchao	0	0,0	0	0,0	0	0,0

TABLA N° 34: N° MORTALIDAD ADULTOS POR EDAD Y SEXO

Mortalidad de los adultos, según grupos de edad y sexo, por Región y Comuna. Chile, 2010									
Región y comuna		20 A 44 AÑOS				45 A 64 AÑOS			
		Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres	
		Defunciones	Tasa(*)	Defunciones	Tasa(*)	Defunciones	Tasa(*)	Defunciones	Tasa(*)
Total País		5.047	1,6	2.067	0,6	12.255	6,5	7.207	3,7
De Los Lagos		328	2,0	114	0,7	693	7,5	324	3,7
	Castro	21	2,1	4	0,4	35	7,1	19	3,8
	Ancud	14	1,9	5	0,6	29	6,1	17	3,5
	Chonchi	10	3,0	1	0,4	13	8,2	10	6,8
	Curaco de V	0	0,0	0	0,0	2	4,9	1	2,6
	Dalcahue	4	1,4	3	1,1	5	3,2	1	0,8
	Puqueldón	3	3,7	0	0,0	2	4,4	3	6,6
	Queilén	1	1,0	1	1,2	8	11,6	3	5,4
	Quellón	10	1,3	2	0,3	22	6,2	8	3,3
	Quemchi	4	2,3	1	0,7	1	0,9	2	2,2
	Quinchao	7	4,0	0	0,0	7	7,4	8	8,8

Tabla 34. La Comuna de Dalcahue presenta una tasa de adultos bajo el total país, cabe destacar que en las edades de 20 a 44 años no existen diferencias significativas respecto a la región y país, por el contrario en las edades de 45 a 64 años Dalcahue tiene tasas muy por debajo del total país. Es importante considerar que al realizar un análisis por sexo, los hombres presentan mayores tasas de mortalidad que las mujeres en ambos grupos atareos.

TABLA N° 35: N° MORTALIDAD ADULTOS MAYORES POR EDAD Y SEXO

Mortalidad de los adultos mayores, según grupos de edad y sexo, por Región y Comuna. Chile, 2010									
Región y comuna		65 a 79 años				80 y más años			
		Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres	
		Defunciones	Tasa (*)	Defunciones	Tasa (*)	Defunciones	Tasa (*)	Defunciones	Tasa (*)
Total País		17.722	32,5	13.265	19,6	15.232	132,1	21.806	107,6
	Puerto Mont	182	34,0	155	22,8	149	154,2	156	95,1
	Castro	46	25,9	35	19,5	34	64,4	50	92,1
	Ancud	44	28,2	42	23,0	46	147,9	61	129,5
	Chonchi	16	35,7	15	25,8	10	102,0	17	101,8
	Curaco de V	3	18,1	4	20,2	8	195,1	10	125,0
	Dalcahue	9	19,7	4	7,8	10	89,3	19	111,1
	Puqueldón	3	23,3	8	35,6	2	58,8	11	123,6
	Queilén	4	21,6	8	37,0	6	115,4	8	103,9
	Quellón	18	27,5	10	15,3	8	74,8	19	115,2
	Quemchi	10	23,9	7	16,7	15	147,1	10	66,7
	Quinchao	12	37,6	4	10,0	10	129,9	26	181,8

Tabla 35. En esta tabla se observa la mortalidad de adultos mayores, donde la Comuna de Dalcahue, tienen tasas significativamente menores en el grupo atareo de 65 a 79 años respecto al total país, sin embargo en el grupo atareo de 80 y mas años Dalcahue presenta cifras importantes de mortalidad, cabe destacar que en las mujeres en este grupo es mayor que el total país, estos datos se correlacionan con las características poblacionales de longevidad de la comuna específicamente en el sector Rural.

TABLA Nº 36: Nº DEFUNCIONES Y MORTALIDAD FETAL

Defunciones y Mortalidad Fetal, por Región y Comuna de residencia de la madre. Chile, 2011							
Región y Comuna		Defunciones	Tasa*				
Total País		2.098	8,4				
De Los Lagos		81	6,8				
	Puerto Montt	27	7,3				
	Calbuco	2	4,3				
	Cochamó	1	29,4				
	Fresia	1	9				
	Frutillar	5	18,9				
	Los Muermos	2	11				
	Llanquihue	1	4,4				
	Maullín	1	6,4				
	Puerto Varas	4	5,3				
	Castro	4	5,1				
	Ancud	6	10,1				
	Chonchi	0	0				
	Curaco de Vélez	0	0				
	Dalcahue	3	15,4				
	Puqueldón	1	28,6				
	Queilén	0	0				
	Quellón	0	0				
	Quemchi	3	34,1				
	Quinchao	1	12,3				
	Osorno	14	5,5				
	Puerto Octay	0	0				
	Purranque	0	0				
	Puyehue	3	19,4				
	Río Negro	0	0				
	San Juan de los Ríos	1	11,2				
	San Pablo	0	0				
	Chaitén	0	0				
	Futaleufú	1	31,3				
	Hualaihué	0	0				
	Palena	0	0				

Tabla 36. Se observa que Dalcahue en el año 2011 presenta una tasa de mortalidad fetal mayor a la región y al país.

TABLA N° 37: MORTALIDAD GENERAL, ÍNDICE SWAROOP, AÑO 2011

Región y comuna	Mortalidad General*						ÍNDICE DE SWAROOP**		
	Ambos Sexos		Hombre		Mujer		Ambos Sexos	Hombre	Mujer
	Defunciones	Tasa	Defunciones	Tasa	Defunciones	Tasa			
Total País	94.985	5,5	50.539	5,9	44.446	5,1	76,4	71,1	82,3
De Los Lagos	4.691	5,5	2.698	6,3	1.993	4,8	73,4	66,9	82,3
Castro	275	5,2	156	5,9	119	4,5	70,9	60,9	84,0
Ancud	243	5,8	147	7,2	96	4,5	77,4	74,1	82,3
Chonchi	68	4,5	29	3,6	39	5,6	70,6	62,1	76,9
Curaco de Vé	28	7,0	12	5,9	16	8,2	89,3	83,3	93,8
Dalcahue	65	4,2	42	5,2	23	3,1	73,8	64,3	91,3
Puqueldón	26	6,4	15	7,1	11	5,6	76,9	60,0	100,0
Queilén	33	6,2	16	5,6	17	6,9	78,8	68,8	88,2
Quellón	92	2,8	59	3,2	33	2,3	52,2	47,5	60,6
Quemchi	61	6,6	36	7,3	25	5,8	78,7	66,7	96,0
Quinchao	70	7,8	43	9,4	27	6,1	65,7	53,5	85,2

Tabla 37. La tasa de mortalidad general, muestra que tanto la región de los lagos, la provincia de Chiloé se encuentran bajo la tasa total país. Respecto a la Comuna de Dalcahue, también se encuentra bajo el total país para ambos sexos. Para este indicador también es importante destacar que los hombres tienen tasas de mortalidad mayores que las mujeres. El índice de Swaroop, también llamado tasa de mortalidad proporcional, muestra que para ambos sexos Dalcahue presenta tasas menores que el total país, pero mayores que el total regional. En este indicador muestra que las mujeres presentan mayores tasas de mortalidad proporcional que los hombres.

**TABLA N° 38: DISTRIBUCIÓN POR CAUSA DE MUERTE, SECTORES URBANO – RURAL
DALCAHUE AÑO 2011**

CAUSA	RURAL	URBANO	TOTAL
Causa no especificada	16		16
Tumores malignos	3	9	12
Diabetes Mellitus	1	1	2
Otras mucopolisacaridosis	1		1
Demencia	1	1	2
Meningitis bacteriana no especificada		1	1
Parkinson		1	1
Paraplejia no esp.		1	1
HTA esencial		1	1
Enf. Renal hipertensiva		1	1
IAM	1	1	2
Otras enf. Cardiacas	4	3	7
Enf. Cerebrovasculares	3	3	6
Neumonía		1	1
EBOC		1	1
Enf. Del mediastino		1	1
Úlcera péptica		1	1
Hernia femoral		1	1
Trastorno vascular ag. Intestinal		1	1
Cirrosis hepática OH	1	2	3
Colelitiasis		1	1

Pancreatitis aguda		1	1
Hemorragia gastrointestinal		1	1
Nefritis	1		1
Insuficiencia renal		1	1
Otros trastornos inflam. De órganos genitales masc.		1	1
Senilidad	3		3
Traumatismos	1	1	3
Asfixia		4	4
Ahogamiento	1		1
Total	37	41	78

Fuente: Dep. Estadística SS Chiloé

Tabla 38. Para el año 2011 la principal causa de muerte fue Causa no Específica, siendo esto en su totalidad en el sector Rural con 16 casos. Otras causas de muerte que se observan en mayor cantidad fueron Tumores malignos, siendo estos casos mayoritariamente en el sector Urbano y por ultimo fueron enfermedades cardíacas y cerebro vasculares, donde no existen diferencias significativas para ambos sectores.

**TABLA N° 39: DISTRIBUCIÓN POR CAUSA DE MUERTE Y SECTORES URBANO – RURAL
DALCAHUE AÑO 2012**

CAUSA	RURAL	URBANO	TOTAL
Causa no especificada	4	8	12
Tumores malignos	6	3	9
Diabetes Mellitus		1	1
Septicemia		1	1
Demencia	2	1	3
Parkinson	1		1
Sd. De Potter		1	1
HTA esencial	1		1
Enf. Vascular periférica	1	1	2
IAM	2	2	4
Otras enf. cardíacas	1	4	5
Enf. cerebrovasculares		1	1
Neumonía		3	3
EBOC		1	1
Otros trastornos metabólicos		1	1
Cirrosis hepática OH		2	2
Hemorragia gastrointestinal		2	2
Insuficiencia renal	1		1
Senilidad	3		3
Traumatismos	1	2	3
Asfixia	1		1

Ahogamiento		1	1
Total	24	35	59

Fuente: Dep. Estadística SS Chiloé

Tabla 38. En el año 2012 las principales causas de muerte fueron causa no específica y tumores malignos, estas causas también fueron las más importantes durante el año 2011, sin embargo en este año las muertes por causa no específica fueron mayores en Urbano y los Tumores Malignos en Rural. Las siguientes causas de muerte fueron Infarto Agudo al Miocardio y Enfermedades Cardíacas. Cabe destacar que el total de muertes fue mayor en el año 2011 con 78, respecto al año 2012 con 59 defunciones.

TABLA 39: EGRESOS HOSPITALARIOS COMUNA DALCAHUE POR CAUSA, SEXO Y EDAD, AÑO 2012.

Gran grupo de causas	Total	Grupo de Edad (años)					
		0-4	5-9	10-19	20-44	45-64	65 y más
Todas las Causas	866	120	39	121	335	139	112
Ciertas Enfermedades Infecciosas Y Parasitarias	21	7	2	3	4	1	4
Tumores	49	0	0	1	13	18	17
Enfermedades de la Sangre y de los Órganos Hematopoyéticos	7	0	0	4	0	2	1
Enfermedades Endocrinas, Nutricionales Y Metabólicas	12	0	0	0	3	5	4
Trastornos Mentales y del Comportamiento	7	0	0	4	3	0	0
Enfermedades del Sistema Nervioso	6	2	0	0	2	2	0
Enfermedades del Ojo y sus Anexos	5	0	0	0	0	1	4
Enfermedades del Oído y de la Apófisis Mastoides	2	0	1	1	0	0	0
Enfermedades Sistema Circulatorio	46	0	1	4	4	16	21
Enfermedades Sistema Respiratorio	89	46	13	8	11	4	7
Enfermedades del Sistema Digestivo	87	2	7	13	17	24	24
Enfermedades de la Piel y del Tejido Subcutáneo	14	3	0	2	3	3	3
Enfermedades del Sistema Osteo muscular y del Tejido Conjuntivo	26	0	0	4	6	9	7
Enfermedades del Sistema Genitourinario	53	5	3	3	12	21	9
Embarazo, Parto y Puerperio	257	0	0	50	207	0	0
Ciertas Afecciones Originadas en el Período Perinatal	31	31	0	0	0	0	0
Malformaciones Congénitas, Deformidades y Anomalías Cromosómicas	14	10	1	2	0	0	1
Síntomas, Signos y Hallazgos Anormales Clínicos y de Laboratorio no clasificados en otra parte	11	2	2	3	1	1	2
Traumatismos, Envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas	100	11	8	16	42	20	3
Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud	29	1	1	3	7	12	5

Fuente: DEIS

Tabla 39 Dentro de los Egresos hospitalarios, las principales causas son Embarazos, Partos y Puerperios con 257, seguido por Traumatismos con 100 casos entre las edades de 20 a 44 años, otra de las causas de egresos relevantes son las enfermedades del sistema respiratorio con 89 casos en las edades de 0 a 4 años. Entre las edades de 45 a 65 y más los egresos son principalmente por tumores y enfermedades del sistema genitourinario.

**TABLA 40: ATENCIÓN MÉDICA DE SUR POR CAUSA
AÑO 2012.**

Edad y Tipo de Atención	
SECCIÓN 1. TOTAL ATENCIONES DE URGENCIA	9488
TOTAL CAUSAS SISTEMA RESPIRATORIO	3912
IRA Alta (J00-J06)	2849
Influenza (J09-J11)	17
Neumonía (J12-J18)	66
Bronquitis/bronquiolitis aguda (J20-J21)	556
Crisis obstructiva bronquial (J40-J46)	214
Otra causa respiratoria (J22; J30-J39, J47, J60-J98)	210
TOTAL CAUSAS SISTEMA CIRCULATORIO	160
Infarto agudo miocardio	1
Accidente vascular encefálico	5
Crisis hipertensiva	139
Arritmia grave	4
Otras causas circulatorias	11
TOTAL TRAUMATISMOS Y ENVENENAMIENTO	192
Accidentes del tránsito	9
Otras causas externas	194
DIARREA AGUDA (A00-A09)	299
TOTAL DEMÁS CAUSAS	4932

Tabla 40. El total de las atenciones del servicio de urgencia rural para el año 2012 fueron 9488, dentro de las principales causas se encuentran las consultas por enfermedades del sistema respiratorio, con 3912 atención, dentro de las patologías de mayor consulta se encuentran IRA Alta, y con 4932 atenciones por otras causas.

TABLA 41: NACIDOS VIVOS POR PESO AL NACER

Nacidos vivos inscritos, según peso al nacer, por Región y Comuna de residencia de la madre. Chile, 2010

País, Región, Comuna de Residencia de la Madre	Peso en gramos					
	Total	< 1.500	1.500 a 2.499	2.500 a 2.999	Mayor o igual 3.000	Ignorado
Total País	250.643	2.559	12.113	39.814	195.782	375
De Los Lagos	12.413	117	601	1.899	9.785	11
Castro	713	6	32	112	563	0
Ancud	584	3	29	103	448	1
Chonchi	187	2	11	26	147	1
Curaco de V	47	1	2	9	35	0
Dalcahue	204	1	8	26	168	1
Puqueldón	37	1	1	4	31	0
Queilén	57	0	4	13	40	0
Quellón	395	0	17	62	316	0
Quemchi	101	0	7	15	78	1
Quinchao	117	0	9	21	86	1

Tabla 41 Para el año 2012, el total de nacidos vivos inscritos total país fueron 250.643 niños, de estos la región de los lagos corresponde a un 4,9% con 12,413 nacidos. De acuerdo a esto la Comuna de Dalcahue, presenta un 0,08% del total país y un 1,6% de la región de los lagos. Es importante destacar que del total de los nacidos vivos de la comuna de Dalcahue solo 1 presento menos de 1500kg, 3,9% fueron pequeños para la edad gestacional, es decir entre 1500 y 2499kg, y más de un 82% presentaron un peso adecuado para la edad

Gestacional, mayor a 3000kg. Estos datos se relacionan con el total país, ya que este presenta un 78% de nacidos vivos con peso adecuado para la edad gestacional.

TABLA 42: INTERCONSULTAS GENERADAS POR EL CESFAM DALCAHUE SEGÚN ESPECIALIDAD AÑO 2014

ESPECIALIDAD	Nº SIC
CIRUGIA	144
MEDICINA INTERNA	51
NEUROLOGIA	49
PEDIATRIA	59
TRAUMATOLOGIA	117
UROLOGIA	24
PSIQUIATRIA	33
DERMATOLOGIA	18
CARDIOLOGIA	21
OFTALMOLOGIA	414
OTORRINOLARINGOLOGIA	85

C. MAXILOFACIAL	80
ENDODONCIA	55
PERIODONCIA	30
ODONTOPEDIATRIA	40
REHABILITACION ORAL	43
ORTODONCIA	40
POLI MAMAS	1
POLI DEL DOLOR	2
TOTAL	1306

Fuente: Registro local SIGGES

Tabla 42. El número de interconsultas generadas en el año 2013 fue superior al año anterior en aprox. 200, siendo la especialidad más requerida oftalmología, seguida de cirugía y traumatología.

ACCIONES DE COMITÉ DE GESTIÓN DE LISTAS DE ESPERA 2014.

- Mes de enero Hospital de Castro entrega bastantes cupos de Pediatría (alrededor de 30 pacientes atendidos).
- Mes de marzo las derivaciones por Epilepsia pasan a ser cargo del Ges, lo cual ayuda a eliminar pacientes que estaban en lista de espera.
- Mes de Mayo Hospital de Ancud da horas de Neurología Infantil (5 pacientes en lista de espera).
- Mes de mayo se comienzan atenciones de Psiquiatría Adulto en Hospital de Castro, los cuales anteriormente eran enviados a Hospital Ancud.
- Mes de junio, Hospital de Castro comienza a dar horas a Traumatólogo infantil (displasia de caderas y otros).
- Mes de julio Hospital de Castro comienza a dar horas de Neurología Infantil.
- Operativos realizados de “ Fondo de Ojo “ mes de mayo (05-05-2014), mes de julio (12-07-2014) y mes de octubre (11-10-2014)
- Operativos realizados por Uapo Oftalmológica en mes de enero (27-29-30-31), marzo (04-05-06-07), mayo (05-07-08-09), junio (18-19-20), agosto (12-13-14), septiembre (29-30), octubre (01-03-29-30-31), noviembre (13-14).
- Operativos Uapo Otorrino, enero (10-11), abril (16-17), junio (25-26-28), agosto (21-22-29), octubre (20-21-22).
- Mes de Septiembre Hospital Ancud ayuda con una gran cantidad de cupos para Medicina Interna (alrededor de 26 pacientes atendidos), lo cual aliviana bastante la lista de espera que se tiene.
- Este año 2014, al contrario del anterior, hay gran donación de cupos a Cirugía Adulto por parte del Hospital de Castro lo cual ayuda a eliminar Lista Espera Presidencial, hasta la fecha faltan evaluar 9 pacientes de esta especialidad.
- Lista Presidencial hasta la fecha:
 1. Cirugía Adulto 9 pacientes (5 de las cuales se le asignaron horas en algún momento, se le envían nombres a SOME Castro para verificar en ficha)

2. Endodoncia 26 pacientes (visitas domiciliarias con internos mes de noviembre y diciembre)
 3. Ortodoncia 33 pacientes
 4. Odontopediatría 1 paciente
- Este año se asignaron por Resolutividad 27 cupos para Endoscopias, 360 para Eco abdominales.
 - Mes de Septiembre se comienzan a realizar Rx en Hospital de Achao de lista de espera.
 - Mes de Septiembre se realiza consultoría de Dermatología con doc. Pereira (Hospital de Ancud) junto a doctor Flores (CESFAM Dalcahue), se atienden 9 pacientes de lista de espera.
 - Posteriormente se prosigue en mes de octubre con Tele asistencia de Dermatología con Hospital de Ancud.
 - Mes de Octubre se comienza con Tele asistencia para Cardiología con hospital de Ancud, lo cual ayuda a eliminar bastantes pacientes de Lista de Espera.
 - En cuanto a Traumatología Adulto se envían las IC con exámenes para que el mismo Traumatólogo las priorice.
 - Hospital de Castro comienza a atender pacientes derivados a Rehabilitación Oral (65 y mas), en los cuales había bastante lista de espera y hasta la fecha se le designaron cupos a todos los pacientes.
 - Hasta la fecha quedan de lista Presidencial:
 1. Dental 60 pacientes
 2. Cirugía Adulto 9 pacientes
 - Lista de Espera 2013 quedan 85 pacientes (61 dental)
 - Lista Espera 2014 hasta la fecha quedan 383 pacientes (63 dental).
 - Otro elevado número de exámenes en lista de espera es el caso de Endoscopia que hasta la fecha se tienen 109 pacientes en lista de espera.

TABLA 43. TASA DE NATALIDAD

Tasa de natalidad	Año 2011	Año 2012:
	79,9	70,5

Tabla 43. La tasa de natalidad en el año 2012 fue menor respecto al 2011, siendo esta un 70,5 para el año 2012 y un 79,9 para el año 2011.

TABLA 44. ENFERMEDADES DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA, DALCAHUE, AÑO 2013

Fecha ENO	Diagnóstico
03/09/2013	Coqueluche
24/10/2013	Coqueluche
14/11/2013	Coqueluche
17/10/2013	Coqueluche
06/12/2013	Sospecha Rubéola

6/12/2013	Sospecha Rubéola
-----------	------------------

Tabla 44. Dentro de las patologías de notificación obligatoria las enfermedades que más destacan en el 2013 son los casos de coqueluche con 4 casos, siendo el año pasado la patología con más notificaciones la TBC.

TABLA 45: REFERENCIAS A EXÁMENES AÑO 2012

ESPECIALIDAD	URBANO	RURAL	TOTAL	PORCENTAJE
Espirometria	112	4	116	26,30
Rx de pelvis	67	30	97	21,99
Endoscopia	17	6	23	5,21
Fondo de ojo	60	17	77	17,46
Rx rodillas	8	1	9	2,04
Rx caderas	44	4	48	10,88
Ecografia abdominal	23	8	31	7,02
Ecografia Reno vesical	5		5	1,13
Rx de columna	1	1	2	0,45
Rx de pierna derecha		1	1	0,22
Rx tórax	32		32	7,25
Total	369	72	441	100

Fuente: Registro local SIGGES

Tabla 45. Durante el año 2012, la referencia a Exámenes a Nivel secundario y otros centros de referencia, fueron principalmente Espirómetros, con un total de 116 exámenes, Rx de Pelvis con 97 exámenes y fondo de ojo con 77 derivaciones, siendo mayor en Urbano que el sector Rural.

X. EXTRACTO DE LA MEDICION DE SATISFACCION USUARIA EN LA RED PÚBLICA DEL SERVICIO DE SALUD CHILOE REFERENTE A LA COMUNA DE DALCAHUE.

ÍNDICE DE SATISFACCIÓN PROMEDIO

El Índice de Satisfacción Promedio para los 6 Centros de Salud del Servicio de Salud de Chiloé, es de 76.7 puntos. El menor Índice de Satisfacción es de 71.9 y se obtiene en el Consultorio de Ancud. Por otro lado, el Consultorio de Quemchi tiene el máximo Índice de Satisfacción de 79.0 puntos.

Centro de Salud	Índice de Satisfacción
CESFAM Quemchi	79.0
CESFAM Chonchi	78.5
CESFAM Castro	77.9
CESFAM Quellón	76.7
Promedio	76.7
CESFAM Dalcahue	73.9
CESFAM Ancud	71.9

ATISFACCION NETA ATENCION CENTROS DE SALUD POR CESFAM

ÍNDICE DE SATISFACCIÓN DE USUARIOS POR CENTROS DE SALUD

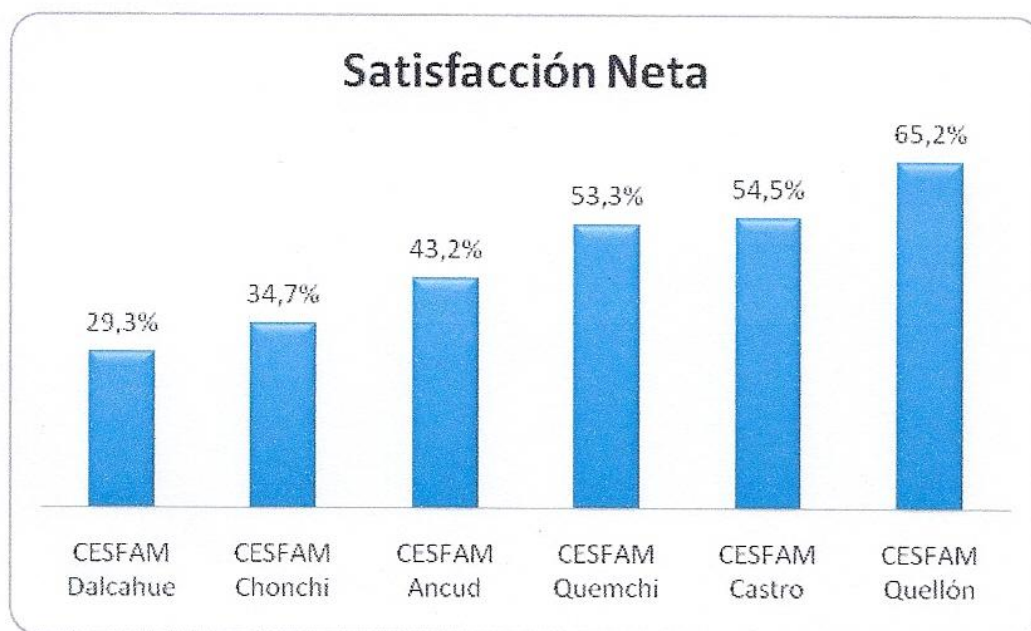
Centro de Salud	Satisf. Global	Pre Atención	Atención Personal Adm.	Atención Personal Prof.	Acceso	Infra. Baño - Sala de Espera	Infra. Sala Consulta	Área de Apoyo	Post Atención	Satisf. Posterior	Cumpli. Objetivos	Índice Satisf. Promedio
Quemchi	59,4	79,9	74,7	91,1	85,3	79,6	60,5	74,7	88,2	82,2	87,2	79,0
Chonchi	72,8	76,3	79,1	90,5	83,5	72,4	60,4	82,3	90,7	73,8	84,0	78,5
Castro	69,3	73,3	80,9	89,7	86,4	72,8	60,5	72,4	88,0	80,7	82,9	77,9
Quellón	71,0	78,2	74,6	85,1	75,9	84,1	59,3	78,0	78,5	79,2	77,5	76,7
Dalcahue	63,8	65,5	69,9	88,3	84,6	67,5	57,3	72,1	84,9	72,8	80,9	73,9
Ancud	67,6	65,8	71,3	79,3	80,8	75,6	57,5	72,6	73,9	73,9	70,7	71,9
Promedio	68,4	73,5	76,4	87,7	83,0	75,3	59,6	75,4	84,7	77,9	80,8	76,7



Fuente: Encuesta Satisfacción Usuaría Servicio Salud Chiloé, 2011

CESFAM	Satisfacción	Insatisfacción	Satisfacción Neta
CESFAM Castro	63,6%	-9,1%	54,5%
CESFAM Ancud	59,5%	-16,2%	43,2%
CESFAM Quellón	69,6%	-4,3%	65,2%
CESFAM Chonchi	49,0%	-14,3%	34,7%
CESFAM Dalcahue	51,2%	-22,0%	29,3%
CESFAM Quemchi	60,0%	-6,7%	53,3%

Fuente: Encuesta Satisfacción Usuaría Servicio Salud Chiloé, 2011



Fuente: Encuesta Satisfacción Usuaría Servicio Salud Chiloé, 2011

IX. LA RED ASISTENCIAL DE SALUD DE LA COMUNA DE DALCAHUE

El actual modelo de atención propone la atención integral de salud, centrando el objetivo en la persona y la familia, considerándola globalmente, desde el punto de vista físico, psíquico y social. La integralidad debe entenderse además como continuidad de la atención, es decir, debe considerar acciones promocionales, preventivas, curativas y rehabilitadoras.

Como es sabido los recursos existentes en el sistema público son insuficientes para satisfacer la demanda de la población, lo que hace necesario que la referencia y contra referencia en los distintos niveles de atención de una red sean optimizadas con criterios de eficiencia y oportunidad. La idea es hacer los trámites más expeditos para las personas y establecer un flujo adecuado de pacientes dentro de la red asistencial. De esta forma no se superponen los esfuerzos y recursos.

Para lograr estos objetivos es necesario contar con un sistema planificado de derivación de pacientes, de manera tal que exista una buena coordinación y cooperación entre todas y cada una de las unidades de derivación de la red interna y externa, pues de otra manera se desarticula la red perdiendo eficiencia y eficacia.

Por otro lado la red debe ser dinámica y flexible, con capacidad de reorganización permanente para dar respuesta a las necesidades de los usuarios. El equipo mantiene activas las redes y promueve el uso de ellas y cuyo objetivo general y específicos son los siguientes:

1) Objetivo general:

Establecer la red asistencial del CESFAM de Dalcahue y los flujogramas de derivación a los distintos niveles de atención de dicha red.

2) Objetivos específicos:

1. Establecer la red asistencial del CESFAM de Dalcahue.
2. Establecer los sistemas de comunicación expedita dentro de la red.
3. Establecer criterios y flujogramas de derivación dentro del CESFAM de Dalcahue.
4. Establecer criterios y flujogramas de derivación desde las Postas y Estaciones de Salud Rural de la comuna de Dalcahue hacia el CESFAM.
5. Establecer criterios y flujogramas de derivación desde el CESFAM de Dalcahue hacia niveles superiores de atención dentro de la red asistencial.
6. Hacer más expedito el trámite para el profesional de salud que hace la derivación y para la persona derivada.
7. Optimizar los recursos humanos, físicos y financieros de la red asistencial.

8. Mejorar la coordinación y comunicación dentro de la red.
9. Asegurar la oportunidad y el acceso a la atención en cualquier punto de la red.

Tabla 47. DOTACION AÑO 2014

ESTAMENTOS	HORAS
MEDICOS	220
ODONTOLOGOS	132
MATRONAS	132
ENFERMERAS	220
NUTRICIONISTAS	132
TEGNOLOGOS MEDICOS	88
KINESIOLOGOS	154
PSICOLOGOS	132
ASISTENTES SOCIALES	132
EDUCADORA PARVULOS	44
FONOAUDIOLOGA	22
TECNICOS PARAMEDICOS	1364
ADMINISTRATIVOS	440
CONDUCTORES	176
AUXILIARES DE ASEO	110
GUARDIAS	88

✓ red asistencial comuna de Dalcahue

1) Centro de Salud Familiar:

- ✓ ESTABLECIMIENTO: CENTRO DE SALUD FAMILIAR DE DALCAHUE
- ✓ DIRECCIÓN: Ramón Freire N° 315, Dalcahue

- ✓ DIRECTORA: NANCY GOMEZ VELASQUEZ
- ✓ FONO DIRECCION: 65-2642313
- ✓ CELULAR: 96476652
- ✓ E-mail: nancy.gomez@corpodalca.cl
- ✓ FONO SECRETARIA: 65-641295 (Minsal: 658710)
- ✓ FAX SECRETARIA: 65-2642314
- ✓ E-mail: cesfam.dalcahue@gmail.com

El CESFAM de Dalcahue proporciona cuidados básicos en salud, desarrollando acciones de promoción, prevención, curación, tratamiento, cuidados domiciliarios y rehabilitación de la salud entre otras.

La atención es en horario hábil de lunes a viernes desde las 08:00 a 17:20 horas y extensión horaria hasta las 20:00 horas.

Además, en el Centro de Salud se encuentra un Servicio de Atención Primaria de Urgencia Rural (SAPUR), que funciona con dos técnicos paramédicos residentes, una ambulancia con chofer de llamado y un médico de llamado en horario inhábil, de lunes a viernes desde las 20:00 a 08:00 horas y fines de semana en horario completo.

X. PARTICIPACIÓN DE LA COMUNIDAD

Existe un considerable nivel de participación ciudadana en el ámbito de la salud pública, la relación con la comunidad en Dalcahue contempla la instancia local de los comités de salud de cada una de las postas rurales, y localidades aledañas; cada posta cuenta con su comité de salud, sumándose con sus propios comités de salud, los sectores de Carihueico, Butalcura, kilómetro 60, San Juan, Tocoihue. Estos comités en conjunto con las juntas de vecinos, club de adulto mayor, comité de discapacitados conformaron desde el 2005 el Consejo de Desarrollo de Salud de Dalcahue, que se reúne mensualmente con el equipo de salud y Dirección del CESFAM, la comunidad ha participado también con los funcionarios del Servicio de Urgencia Rural a través de la confección participativa de protocolos de trato al público, en la formación de monitores comunitarios de salud en rural, , Mingas, diagnósticos participativos urbanos y rurales, comité de gestión de listas de espera, comité de gestión de reclamos, sanción de cuenta pública de salud, elaboración de plan de salud 2013-2015, abogacía ante concejo municipal, etc.

XI. RECURSOS FÍSICOS

Centro de Salud familiar:

El Centro de Salud de Dalcahue (CES), se certificó como Centro de Salud Familiar (CESFAM) de nivel medio el año 2010 , el año 2011 alcanza el nivel de desarrollo medio superior y los años 2012 y 2013 .

En relación a infraestructura , el edificio actual fue habilitado en Diciembre de 2001 con once años de funcionamiento y proyectado según el Censo del año 1992 , en este contexto, en los días de mayor demanda de atención se ve sobrepasada en su capacidad, esto debido a que los pasillos son muy estrechos y los asientos de las salas de espera son insuficientes , la dotación ha aumentado considerablemente y la población inscrita también , teniendo la necesidad de generar espacios multifuncionales, que apelan a la capacidad de aceptación y adaptación tanto de equipo de salud como de las personas que se atienden. El Consultorio tiene una bodega de leche y farmacia que se implementó en un container, con recursos del Municipio lo cual soluciona parcialmente esta necesidad.

Ante estas crecientes limitaciones de infraestructura, por ser proyectada en base al censo 1992 , la administración municipal de salud trabajó arduamente en conjunto con la Dirección del establecimiento para concretar el sueño de contar con un edificio de aprox. 2000 metros cuadrados de donde funcionaría el Cesfam de Dalcahue, cuya construcción se iniciaría durante el año 2013 y un CESFAM provisorio que sería entregado en Diciembre del 2012, todo lo cual aún no se concreta con gran preocupación de los funcionarios y comunidad en general.

La Comuna de Dalcahue cuenta con 6 P.S.R. ubicadas en los sectores de Mocopulli, Quetalco, Puchaurán, Calen , Tenaún y Butalcura cada una de ellas a cargo de un Técnico Paramédico, bajo la responsabilidad técnica y administrativa del Departamento de Salud de la Corporación Municipal “Ramón Freire” de Dalcahue.

En términos generales, la infraestructura de las Postas de Salud de la Comuna se encuentra en buenas condiciones, excepto Quetalco por lo que este año 2012 se solicitó formalmente a la I. Municipalidad de Dalcahue fuera presentada como proyecto de reposición , cabe destacar que solamente dos establecimientos de nuestra red comunal cuentan con autorización sanitaria : Postas de Puchaurán y Butalcura , debido a lo cual el equipo gestor incluyó dentro de la planificación estratégica 2013-2015 comenzara trabajar en la acreditación de calidad para toda la red a partir del año 2014.

Estaciones de Salud Rural (ESR)

La Comuna también cuenta con tres construcciones que funcionan como Estaciones de

Salud Rural (ESR), distribuidas en los sectores de TENAUN BAJO, SAN JUAN y TOCOIHUE , las cuales están en proceso de mejoramiento de infraestructura y equipamiento con fondos locales para garantizar una atención de buena calidad. En la EMR de Tocoihue, Tenaún Bajo y San Juan, se realizan rondas médicas cada dos meses y atenciones por Técnico Paramédico de la Posta de la que dependen en forma semanal por media jornada.

Movilización

La red de atención de salud comunal posee dos ambulancias Mercedes Benz modelo Sprinter, año 2009, entregadas por el Ministerio de Salud. Estas ambulancias se encuentran equipadas para prestar atención pre hospitalaria básica en casos de urgencia que se presentan en toda la comuna. En horario vespertino y nocturno y durante los fines de semana, se encuentra disponible una ambulancia con chofer, personal paramédico de turno y medico de llamada para el traslado de pacientes al nivel secundario.

El Equipo de salud Rural y el CESFAM cuentan con un furgón de uso exclusivo , pero que deben cumplir una diversidad de funciones tales como traslado de funcionarios , entrega de correspondencia , retiro de insumos y equipos desde y hacia Castro , traslado de exámenes de laboratorio y visitas domiciliarias de los diferentes programas de salud para , como por ejemplo del Chile Crece Contigo, del Programa de Atención Domiciliaria a pacientes postrados, visitas de Asistente Social, citación de pacientes, etc.

XII. RECURSOS FINANCIEROS

El sistema de Salud Comunal se financia principalmente por:

Mecanismo de Pago Per Cápita, establecido desde julio de 1994, este mecanismo de asignación de recursos a la atención primaria municipalizada, prioriza la entrega de recursos a las comunas de mayor pobreza, ruralidad, con mayor dificultad de acceso a los beneficios, distancias geográficas y con mayor dificultad para prestar atenciones de salud. El Per Cápita es un mecanismo de financiamiento que paga de acuerdo a la población beneficiaria, por un precio estipulado por Ministerio de Salud en referencia a una canasta de prestaciones, llamada Plan de Salud Familiar. Este mecanismo está basado en el plan de salud familiar y sus programas y la inscripción de la población beneficiaria. El plan de salud familiar, considera los distintos programas de salud, tales como: programa de salud del niño, del adolescente, del adulto y del adulto mayor, de la mujer, odontológico, del ambiente y garantías explícitas otorgadas por el nivel primario de atención. Para el cálculo del plan de

salud familiar se ha considerado la dotación necesaria de acuerdo a parámetros y normas Ministeriales, tomándose como referencia las normas contenidas en la Ley N° 19.378 – Estatuto de Atención Primaria, para su valoración. A su vez, cada una de las actividades sanitarias consideradas en el plan de salud familiar, consideran grupo objetivo y coberturas; finalmente se calculan los costos asistenciales, sobre los cuales se estiman los costos de administración, de farmacia, de operación y de administración municipal; con todos los anteriores costos se establece un precio unitario homogéneo denominado per cápita basal, para todas las personas pertenecientes a la población beneficiaria, sin distinción de cualquier tipo y todas las comunas del país pertenecientes al sistema.

El per cápita basal se define como el aporte básico unitario homogéneo, por beneficiario inscrito en los establecimientos municipales de atención primaria de salud de cada comuna, se considera a la población certificada (inscrita y validada) por comuna, definida en octubre del año anterior al que comienza a regir el decreto con los aportes correspondientes.

Los factores de incremento del per cápita basal, consideran:

Nivel de Pobreza de la Comuna, determinado por el Índice de Privación Promedio Municipal, IPP, elaborado con base a la información proporcionada por la SUBDERE a través del SINIM. Este indicador mide la capacidad económica del municipio, mediante la mayor o menor dependencia del Fondo Común Municipal (FCM) y varía entre 0 y 1. Más cercano a 1 implica mayor dependencia de FCM y por ende mayor pobreza o menor capacidad de generar recursos propios.

Existen cuatro tramos de pobreza e incrementos respectivos en el per capita basal:

- a. Tramo 1: 18%
- b. Tramo 2: 12%
- c. Tramo 3: 6%
- d. Tramo 4: 0%

Riesgo asociado a edad: Por el mayor costo relativo de la atención de adultos mayores en salud, a las comunas con población potencialmente beneficiaria de 65 años y más, se incorpora una asignación adicional por cada uno de ellos.

Incremento por Ruralidad: 20 %. De acuerdo al CENSO de 2002, se clasifican las comunas en rurales y urbanas, considerando rural toda comuna en la cual población rural sea igual o mayor al 30%, así como, aquella en que la entidad respectiva administre solamente establecimientos rurales, tales como consultorios generales rurales, postas rurales, estaciones médico rurales.

Referencia de Asignación de Zona: Para las comunas con diferentes grados de dificultad para acceder a las atenciones de salud, se ha considerado en forma referencial el porcentaje de asignación de zona establecido en artículo 7° del Decreto Ley N° 249, estructurado en diferentes tramos, con porcentajes de incremento que van desde 0% a 24%.

Asignación de Desempeño Difícil: Comunas con diferentes grados de dificultad para prestar atenciones de salud, es decir, aquellas en que la dotación de los establecimientos municipales de atención primaria de salud deba recibir la asignación de desempeño difícil a la que se hace mención en los artículos 28- 29 y 30 de la Ley N° 19.378.

Por otro lado, la asignación per cápita puede disminuir en relación al nivel de cumplimiento de los Indicadores de Actividad de Atención Primaria de Salud (IAAPS), los que son fijados anualmente y son evaluados semestralmente.

Mecanismo Pago por Programas: Conjuntamente, al mecanismo antes mencionado y los recursos asociados, se complementan con aportes estatales adicionales, normados en el artículo 56 de la citada ley. Su mecanismo es de pago es prospectivo por prestación; Estos aportes se entregan vía convenios suscritos entre el respectivo Servicios de Salud y la administración municipal de salud, correspondientes en el caso que las normas técnicas, planes y programas que imparta con posterioridad el Ministerio de Salud impliquen un mayor gasto para la entidad administradora de salud municipal, esto es, cuando se requiere de otras acciones distintas a aquellas que se encuentran consideradas en el Plan de Salud Familiar.

Aportes de la Municipalidad de Dalcahue vía proyectos de inversión y transferencias municipales.

XIII. PLAN DE CUIDADOS DE SALUD DE LA POBLACIÓN

Programación en Red:

Los énfasis de la Planificación y Programación en Red están dados principalmente por la Reforma de Salud, los Objetivos Sanitarios de la década y el Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario, incorporando el Sistema de Protección Social a grupos prioritarios (infancia y adultos mayores) y basado en las características socio demográficas de la población con una tendencia creciente al envejecimiento.

En el proceso de Programación en Red, cada actor tiene una función específica.

Al Ministerio de Salud le corresponderá, de acuerdo a lo establecido en la Ley N° 19.337, Artículo 4, formular y fijar las políticas de Salud que serán la base de la programación, controlando además el cumplimiento de ellas.

La Seremi de Salud, en su función de autoridad regional debe:

- Mantener actualizado el diagnóstico regional y realizar Vigilancia Epidemiológica
- Evaluar metas sanitarias de APS

Los Servicios de Salud, liderados por el Gestor de Red son quienes analizan y gestionan su Oferta y Demanda en función de los requerimientos de salud de la población y la presentación del Plan Anual.

Ejes de la programación en red:

La programación en Red tiene tres ejes principales:

- Eje Organizacional
- Eje Asistencial
- Gestión de Recursos
- Eje Organizacional

Definición de Red y Niveles de Intervención:

La Red se entiende como el conjunto de Establecimientos y Servicios de Salud, en sus diferentes niveles de complejidad y capacidad de resolución, interrelacionados por una Red de procesos clínicos, que debe asegurar la continuidad de atención en función de las necesidades de la población. En función de la capacidad resolutoria y la complejidad podemos distinguir tres niveles de intervención en la Red: Baja, Mediana y Alta Complejidad.

Baja complejidad:

Corresponde a los Consultorios Generales. Tendrán por objeto satisfacer las necesidades ambulatorias del nivel Primario. Podrán ser urbanos o rurales según su ubicación. Pueden ser Establecimientos dependientes de los Servicios de Salud o de los Municipios.

La red se organiza según grado de complejidad y grado de avance en la implementación del Modelo de Salud Integral con enfoque familiar y comunitario.

a) *Consultorios Generales de Atención Primaria:* Realizan todas las prestaciones de este nivel: Morbilidad en los programas básicos, según ciclo vital.

Programas de prevención y protección en los distintos programas que abarcan todo el ciclo vital.

Programas de Nutrición (PNAC y Adulto Mayor):

Pueden incorporar los Centros de Salud tanto urbanos como rurales actividades de Servicios de Atención Primaria de Urgencias (SAPU) y Servicios de Urgencia Rural (SUR)

b) *CESFAM*: Corresponden a Centros Generales Urbanos (CGU) y Centros Generales Rurales (CGR) que han sido certificados como Centros de Salud Familiares.

c) *Postas Salud Rural*: son establecimientos de atención ambulatoria, y desarrollan básicamente acciones de promoción y protección, ejecutan acciones curativas de bajo nivel de complejidad y deriva aquellas de mayor complejidad que no pueden resolver. Están a cargo de un técnico paramédico.

d) *Estaciones Rurales*: funcionan en locales provistos por la comunidad. Son asistidos por rondas de profesionales.

La Programación en Red apunta a que la continuidad de los cuidados a las personas debe entenderse que se entrega de modo longitudinal, a través de todo el ciclo vital de cada persona y de cada familia y además en todas las necesidades de atención ya sea ésta del Nivel Primario de atención, como de los Niveles de mayor complejidad Secundario o Terciario, considerando sus características y capacidades resolutivas para otorgar las atenciones requeridas.

Eje Asistencial

Modelo de Atención Integral de Salud

Enfoque Familiar y Comunitario: Entiende que la atención de salud debe ser un proceso continuo que se centra en el cuidado integral de las familias, preocupándose de la salud de las personas antes que aparezca la enfermedad y entregándoles herramientas para el autocuidado. Su énfasis está puesto en promover estilos de vida saludable, en fomentar la acción multisectorial y fortalecer la responsabilidad familiar y comunitaria para mejorar las condiciones de salud.

Responsabilidad compartida entre todos los miembros de la familia por la salud de cada uno de sus integrantes: Se promueve la participación de la familia tanto en las actividades preventivo-promocionales como en las recuperativas. Especialmente se favorece la participación de la pareja o persona significativa para la madre en el proceso reproductivo; del padre y la madre u otra figura responsable en el cuidado de los hijos; de algún integrante de la familia y comunidad en el cuidado de las personas con enfermedades crónicas, adultos mayores, discapacitados, personas postradas o en fase terminal de alguna enfermedad

Prestación de Servicios Integrados e Integrales

Determinantes Sociales de Salud

Interculturalidad: Al momento de relacionarse con personas pertenecientes a los pueblos indígenas es importante que los profesionales de la salud establezcan un trato directo, simétrico, de igual a igual, hablar mirando a los ojos, pensando que la persona que se tiene al frente posee también un conjunto de conocimientos sobre su salud y explicaciones respecto de estados de enfermedad en los que es importante reparar. Al mismo tiempo, no se debe olvidar que el espacio primario en el cual las personas indígenas buscan la solución a sus problemas de salud es la familia y la comunidad.

Gestión de Garantías Explícitas en Salud

La Gestión de Garantías Explícitas en Salud requiere de una organización específica de funciones que buscan velar por el cumplimiento de las garantías, dicha organización considera en los establecimientos a: un Encargado AUGE/GES, un Digitador SIGGES y un Encargado de las Oficinas OIRS/Reclamos GES.

- **Eje Gestión de Recursos**
- **Gestión de Recursos Financieros**
- **Gestión de Recursos Humanos**

Dentro de las orientaciones de la planificación en red se integran las iniciativas partiendo por una mirada más allá de los clásicos programas de salud, parte mirando los desafíos de las familias.

Bajo este acápite se explicitan los problemas en que el enfoque familiar y la mirada multidisciplinaria es insoslayable y en cada etapa del ciclo vital se incorporan los problemas más frecuentes:

1. Riesgo psicosocial
2. Maltrato infantil
3. Violencia intrafamiliar
4. Cuidado de la salud mental de las familias con integrantes adultas/ os mayores
5. Cuidado de los Cuidadores

XIV. DESCRIPCIÓN DE LOS PROGRAMAS DE SALUD COMUNAL

1.- Programa de Salud Infantil:

Programa en CESFAM Dalcahue a cargo de la Sra. Ninoska Espada, Educadora de Párvulos

1.2.- Personal que participa de las actividades del programa de salud:

- Nutricionista
- Médico
- Enfermera.
- TENS
- Matrona
- Asistente Social
- Psicóloga

El programa de salud infantil tiene como finalidad contribuir con estrategias de promoción al desarrollo integral y armónico de los niños/as, a través de actividades de fomento, prevención, recuperación, de la salud y rehabilitación del daño que permitan la plena expresión de su potencial genético y una mejor calidad de vida.

1.3 Objetos Generales:

- Contribuir a mejorar la calidad de vida del niño/a.
- Identificar y disminuir el impacto que tienen sobre la salud infantil los principales factores de riesgo biológicos, ambientales, psicológicos y sociales
- Mejorar la calidad de la atención de salud infantil, en actividades del programa.
- Mantener la tendencia a la disminución de la mortalidad en población infantil.

1.4 Actividades Básicas:

- Control de salud.
- Evaluación del tipo de apego en la díada Madre – hijo.
- Controles nutricionales.
- Talleres y educaciones.
- Detección precoz de factores de riesgo del adolescente.

- Aplicación de Pautas de Evaluación de Desarrollo Psicomotor.
- Derivación a especialistas en caso de pesquisa de morbilidad.

1.5 Actividades Complementarias:

Educación a padres a través de promoción, visitas domiciliarias integrales, entre otras.

2.- Sistema de protección Integral a la Infancia, Chile Crece Contigo

La primera infancia es el periodo que va desde la gestación hasta los cuatro años de vida, este 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 prepararan a un niño o una niña para la vida en sociedad.

El Sistema de Protección Integral a la Infancia, Chile Crece Contigo (ChCC) constituye uno de los pilares del Sistema Intersectorial de Protección Social a través de todo el ciclo vital, que será reconocido como el sello del cambio impulsado por el actual gobierno en la definición e implementación de políticas sociales.

Chile Crece Contigo (ChCC) tiene por objeto ofrecer un sistema integrado de intervenciones y servicios sociales dirigidos a igualar las oportunidades de desarrollo de niños, 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.

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.

En el CESFAM se encuentra como coordinadora la Sra. Ninoska Espada, educadora de párvulos.

2.1 Participantes de las actividades:

- Médico.
- Nutricionista.
- Matrona.

- Enfermera.
- Educadora
- Asistente Social
- Psicóloga
- Kinesiólogo
- Técnicos paramédicos encargados de cada posta de salud rural.

Las intervenciones realizadas por los profesionales de salud pretender generar vínculos seguros y adecuados condiciones para el desarrollo durante la gestación y los primeros años de vida.

Este desarrollo debe conducir al despliegue máximo de las capacidades y potencialidades de cada niño (a) nacido, permitiéndole tener en el futuro una participación activa y constructiva en la sociedad. El desarrollo psicosocial alcanzado influirá significativamente en sus posibilidades de beneficiarse de las oportunidades educativas, laborales y sociales que la sociedad les ofrece.

Dentro de este sistema de protección social, el programa se focaliza en las gestantes que presentan embarazos al momento de su ingreso a los controles prenatales a través de la aplicación de diferentes pautas. Junto con ello considera también al hijo nacido hasta los cuatro años de edad.

Las acciones que involucra el programa son parte de los lineamientos del Ministerio de Salud y tiene entre sus objetivos la estimulación temprana desde el proceso de crecimiento intrauterino hasta el nacimiento de manera que el embarazo llegue a buen término, la estimulación del niño entre los 0 y 4 años a nivel del desarrollo psicomotor y de herramientas para el mejor apego.

2.3 Actividades realizadas:

- Talleres grupales a embarazadas.
- Seguimiento de pacientes.
- Visitas domiciliarias de Programa Chile Crece Contigo.
- Evaluaciones como: TEPSI, Pauta breve, EDP.
- Controles prenatales (que son la entrada al programa chile crece contigo)
- Incentivar la participación de los futuros padres del niño que está por nacer.
- Talleres grupales sobre gestación y preparación para el nacimiento del hijo.
- Aplicaciones de planes de salud, personalizados según la necesidad de cada mujer y su familia.

- Atención personalizada al parto y al recién nacido, considerando la participación activa del padre.
- Detección temprana de niño (a) con rezago.
- Aplicación de planes de salud personalizados a cada niño (a) y su familia.
- Entrega de material didáctico para aprender a estimular el desarrollo del niño (a)
- Talleres grupales educativos sobre cuidados y estimulación del niño (a)
- Visitas domiciliarias realizadas por el equipo de salud, para apoyar a la familia que viven alguna situación de riesgo para el desarrollo del niño (a).

Este programa cuenta en el CESFAM con una sala de estimulación. En sectores rurales la educadora de párvulos, Sra. Ninoska Espada realiza rondas de salud en algunas localidades.

El objetivo de estas evaluaciones es aplicar reevaluaciones del desarrollo psicomotor como Pauta Breve y TEPSI a pacientes derivados del control del niño sano, con riesgo o retraso.

Posteriormente se realizan intervenciones y seguimiento por equipo de cabecera. En caso de retraso de lenguaje se puede realizar derivación a fonoaudióloga, Srta. Marcela Salazar.

2.4 Red Comunal Chile Crece Contigo

Actualmente el Sistema se encuentra operando en todo el país, ofreciendo seguimiento y apoyo a la trayectoria del desarrollo infantil desde el primer control de embarazo, mediante prestaciones universales y diferenciadas en función de las necesidades de cada familia. El Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial (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. El conjunto de prestaciones que ofrece el programa se fundamenta en la mejor evidencia científica internacional, la experiencia de los equipos de salud de todo el país y en las recomendaciones generales para el desarrollo en lo local del Sistema de Protección Integral a la Primera Infancia, Chile Crece Contigo.

PADBP integra la atención de salud desde el nivel primario al terciario mediante intervenciones psicosociales entrelazadas y formando parte de la RED DE PROTECCION a favor de la primera infancia, basada en la gestión local y que asume al desarrollo infantil temprano como el resultado de las múltiples dimensiones en las que crece y se desarrollan los niños, niñas y sus familias.

Las actividades del PADBP incluyen algunas que históricamente el sector salud ha realizado en la

atención de mujeres gestantes y niños/as durante sus primeros 4 años, cuando la vigilancia epidemiológica estaba centrada en variables de biomédicas. Las principales innovaciones del componente de salud de ChCC es incrementar la detección de factores de riesgo psicosocial que podrían afectar la salud y el desarrollo de un niño o una niña en sus primeros años de vida. Al mismo tiempo se enfatiza el seguimiento al desarrollo (motor, lenguaje, social y emocional) normal, muy especialmente el emocional y social y facilitar el acceso de niños, niñas y familias a los servicios necesarios para disminuir los riesgos y para recuperar los rezagos y retrasos.

Para los equipos de salud la instalación del PADBP implica avanzar en la materialización de los principios básicos de la reforma de salud, con un fuerte énfasis en la equidad a partir del modelo de Salud Familiar y Comunitario. La implementación de este programa inyecta recursos frescos orientados a alcanzar los estándares planteados y al mismo tiempo genera mecanismos de seguimiento del logro de las múltiples intervenciones a través de los convenios establecidos entre los Ministerios de Salud y Planificación, los Servicios de Salud y los Municipios.

A nivel local, mensualmente se realizan reuniones ampliadas de la Red Comunal Chile Crece Contigo, integrada por miembros del equipo de salud, funcionarios representantes de la Corporación Municipal, de la fundación Integra, de la Junta Nacional de Jardines Infantiles JUNJI, de los establecimientos educacionales de la Comuna y de la I. Municipalidad de Dalcahue. A fin de acercar este Sistema de Protección Social a la población de los sectores rurales, las reuniones de la red comunal se han realizado en diferentes Postas de Salud Rurales, como muestra la siguiente fotografía en la PSR Puchaurán.

3. Programa de Salud del Adulto:

Este programa de salud, recientemente mencionado por el MINSAL, engloba otros sub-programas como por ejemplo el PSCV y de la mujer.

Programa de Salud Cardiovascular:

Este programa se encuentra a cargo en CESFAM de Dalcahue de la Sra. E.U. Adriana Gallardo.

Personal relacionado de mayor forma al programa:

- Médico
- Enfermera
- Nutricionista.

- Psicóloga
- Asistente Social
- Técnico Paramédico encargado de Posta de Salud rural.
- Técnico paramédico de nivel superior.

Objetivo General:

Reducir la morbilidad y mortalidad por ECVS mediante la prevención y tratamiento oportuno y efectivo de los pacientes con factores de riesgo CV y /o con enfermedades cardiovasculares que se controlan en atención primaria.

Objetivos específicos de este Programa:

- Reducir el riesgo cardiovascular de los individuos en control
- Lograr que los fumadores dejen el hábito
- Lograr niveles de presión arterial óptimos
- Mejorar el control metabólico de los diabéticos
- Reducir los niveles de colesterol en pacientes con disciplinas
- Lograr una baja de peso significativa en los individuos con sobre peso y obesos
- Mejorar la capacidad física de los pacientes en control

En Atención Primaria de Salud, se realizan acciones de prevención primaria en individuos en la categoría de riesgo cardiovascular bajo, moderado y alto, destinados a corregir los factores de riesgo en aquellos que no presentan complicaciones clínicas ateroscleróticas.

La excepción son los pacientes diabéticos que aunque sean de riesgo cardiovascular máximo se controlan en este de nivel de atención.

En el sector rural en particular, hay alta incidencia de pacientes descompensados, esto se relaciona con aspectos socio- culturales y de alimentación característicos de la población y la zona de Chiloé. Se realizan visitas domiciliarias y toma de exámenes ocasionalmente, por la dispersión geográfica de los pacientes y muchas veces también por a extrema ruralidad encontrada en la comuna en general.

Actividades realizadas:

- Control de Salud de pacientes diabéticos e hipertensos
- Evaluación de pie diabético.
- EMPAM – EMP
- Derivación a consulta de morbilidad, nutricional, asistente social, psicóloga, kinesiólogo, podólogo.

Actividades Complementarias:

- Alimentación complementaria (PACAM)
- Vacunación (Campaña)
- Visita domiciliaria
 - Consulta nutricional

4. Programa de Salud de la Mujer:

A cargo de la Matrona Srta. Paulina Muñoz Ruíz en CESFAM Dalcahue.

El propósito de este programa es contribuir al desarrollo integral, físico, mental y social de la mujer, en todas las etapas de su ciclo vital, desde una perspectiva que contemple los diversos aspectos relacionados con la salud de la mujer, con un enfoque de riesgo que contemple la promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y auto cuidado de su salud.

Actividades básicas y complementarias:

Las acciones están focalizadas en aquellas de tipo preventiva, curativa y educativa.

Dentro de estas actividades se encuentran:

- Control de embarazo
- Control de puerperio
- Control del recién nacido
- Control de paternidad responsable
- Control de salud del/la adolescente.
- Control Ginecológico

- Consulta de enfermedades de transmisión sexual (ETS)
- Visita domiciliaria integral
- Control y consejería pre concepcional
- Consejeras en HIV, paternidad responsable y sexualidad entre otras
- Consulta anticoncepción emergencia
- Educaciones
- Actividades de promoción de la salud

Además se incluyen las actividades en sectores rurales referidas al Sistema de Protección Integral a la Infancia “Chile crece contigo”, que implica una red de protección a la madre y su hijo desde el periodo de gestación hasta los cuatro años de edad y que involucra prestaciones diferenciadas como visitas domiciliarias, entre otras.

Sub Programas:

- Programa de Cáncer del cuello uterino
 - Programa Cáncer de Mama

5. Programa del Adulto Mayor:

Este programa está a cargo en CESFAM de la Sra. E.U. Adriana Gallardo.

Personal que participa de estos controles en equipo de salud rural:

- Médico
- Enfermera
- Nutricionista
- Técnico Paramédico de Postas
- Kinesiólogo
- Psicóloga
- Asistente Social
- TENS

Objetivos de este Programa:

- Elevar el nivel de salud de la población adulta y adulto mayor
- Promover su preservación a través de la adopción de estilos de vida saludable
- Disminuir la prevalencia de las enfermedades más frecuentes y factores de riesgo que las

determinan

- Reducir las complicaciones y mejorar la calidad de vida de los pacientes con patología crónica
- Lograr la máxima utilización de las capacidades remanentes de las personas discapacitadas por secuelas de complicaciones de patologías crónicas
- Promover la autonomía personal
- Reconocer al adulto mayor como una persona capaz, respetando su dignidad y adecuándose a las limitaciones funcionales que impone el envejecimiento
- Satisfacer las necesidades de atención en el área de fomento, prevención, recuperación, y rehabilitación de la salud
- Resguardar las condiciones de acceso, cobertura y oportunidad con que deben ser cubiertas las prestaciones asociadas a las patologías GES.

Actividades Básicas que se realizan:

- Control de pacientes
- Evaluación de ingreso a Programa de Salud cardiovascular (Hipertensión, Arterial, Diabetes Mellitus Tipo 2 y Dislipidémicos)
- Evaluación del pie diabético
- Derivación de consulta a otros profesionales.

Actividades Complementarias:

- Visitas domiciliarias
- Vacunación antinfluenza
- Procedimientos de apoyo tal como: baterías de exámenes básicos de laboratorio, glicemias capilares post prandial en el control de pacientes diabéticos, colesterol capilar en EMPA, cetonemia capilar, perfil seriado de presión arterial y curación del pie diabético.
- Programa de órtesis y prótesis

Control de salud del Adulto Mayor:

Este tipo de evaluaciones periódicas tiene como objetivo mantener o mejorar la autonomía del Adulto Mayor.

- ✓ Se evalúa la funcionalidad

- ✓ Se identifican los factores de riesgo que pueden discapacidad a la persona Adulto Mayor
- ✓ Se elabora un plan de acción para resolver los problemas detectados
- ✓ Vacunación gratuita en los meses de Marzo y Abril de los Adultos Mayores para impedir que contraigan la influenza con sus grandes consecuencias.
- ✓ Acceso a prestaciones GES.

6. Programa de alimentación Complementaria del Adulto mayor (PACAM):

Los adultos Mayores se encuentran en una clara situación de riesgo nutricional, la que se origina por cambios fisiológicos y /o patológicos que acompañan al proceso de envejecimiento y por la situación socioeconómica en que se encuentran nuestro país.

El programa consiste en la entrega de alimentación complementaria a las personas señaladas anteriormente y que cumplan con el programa de control de salud del adulto mayor.

Los alimentos entregados son; Un kilo de crema “Años Dorados” (sopa puré enriquecida con nutrientes, vitaminas y fibra) y un kilo de bebida láctea “Años Dorados” (formula en base a leche y cereales, enriquecida con vitaminas, minerales, fibra, baja en lactosa y sodio, semi descremada y enriquecida en calcio).

Los objetivos principales de este programa alimenticio son:

- Contribuir a prevenir y tratar las carencias nutricionales del adulto mayor.
- Entregar un complemento nutricional a los adultos mayores en riesgo.
- Contribuir a mantener o mejorar la funcionalidad física y psíquica del adulto mayor Incentivar una mayor adherencia a las actividades de atención primaria para el adulto mayor.
- Mejorar la detección y control de factores de riesgo de la perdida de funcionalidad.
- Promover en los consultorios, postas rurales y otros establecimientos de atención primaria, una modalidad de trabajo integral en relación con relación de adultos mayor, con participación de profesionales del área de atención médica, nutricional, asistencia social, de la familia y de las organizaciones de la propia comunidad.

7. Programa Salud Odontológico:

Este programa se encuentra a cargo de la Srta. Daniela Vargas, Cirujana- dentista, teniendo clínica dental en el Cesfam y en la Posta de Mocopulli, equipo dental portátil que atiende la población de la costa y la clínica móvil de JUNAEB que atiende en la escuela básica.

El personal que labora en cada equipo dental es:

- Dentista.
- Auxiliar Dental
- Auxiliar de párvulos, recurso transversal a los tres equipos dentales

Este programa atiende demanda espontánea de la población en general, urgencias odontológicas, adolescentes, adultos mayores y funcionarios y atención preferencial a niños de 6 y 12 años, gestantes, y adultos de 60 años, se debe mencionar que el ingreso a los 6 años y las embarazadas corresponde a patologías AUGE.

Actividades principales:

Atención Odontológica integral a pacientes de 12 años, Embarazadas primigestas: Estos grupos corresponden a cumplimiento de metas ministeriales. Las acciones realizadas son exodoncias, obturaciones, sellantes, profilaxis y destartrajes, educación y promoción de salud oral.

Atención Odontológica integral a pacientes de 6 años y 60 años: Corresponde a edades beneficiadas son prestaciones incorporadas en el plan AUGE. Estas prestaciones son obturaciones, exodoncias, obturaciones, sellantes, profilaxis y destartrajes, educación y promoción de salud oral. En el caso de los pacientes de 60 años, luego del alta integral de nivel primario, son derivados para su rehabilitación oral mediante la confección de prótesis removibles metálicas, según necesidad.

Control Odontológico del Niño Sano: Se focaliza en menores de dos y cuatro años principalmente. Se desarrollan actividades como exámenes diagnósticos, preventivas como aplicación de sellantes entre otras, además de actividades educativas.

8. Programa de Salud del Adolescente:

Programa muy recientemente implementado en CESFAM Dalcahue, a cargo de Matrona de Cesfam, Srta. Leslie Petaros

Personal que participa de las actividades del programa de salud:

- Matrona
- Nutricionista
- Médico
- Dentista.

- Psicólogo
- Asistente Social

El programa de salud del adolescente tiene como finalidad contribuir con estrategias de promoción al desarrollo integral y armónico en el rango etario de 10- 19 años, a través de actividades de fomento, prevención, recuperación, de la salud y rehabilitación del daño que permitan la plena expresión de su potencial genético y una mejor calidad de vida.

Durante el año 2012 se implementó un “Espacio Amigable” en dependencias del Internado de Dalcahue para ir paulatinamente derivando las atenciones de la población de adolescentes a ese espacio.

Objetivos Generales:

- Contribuir a mejorar la calidad de vida del adolescente.
- Identificar y disminuir el impacto que tienen sobre la salud del adolescente los principales factores de riesgo biológicos, ambientales, psicológicos y sociales
- Mejorar la calidad de la atención de salud del adolescente, en actividades del programa.
- Mantener la tendencia a la disminución de la mortalidad en población adolescente.

Actividades Básicas:

- ✓ Control de salud con ingreso y aplicación de ficha CLAP.
- ✓ Evaluación del riesgo de embarazadas adolescentes.
- ✓ Evaluación del tipo de apego en la díada Madre – hijo en caso de madres adolescentes.
- ✓ Controles ginecológicos.
- ✓ Consultas nutricionales.
- ✓ Controles de regulación de la fecundidad.
- ✓ Talleres y educaciones.
- ✓ Control de malnutrición por exceso, control de niños menores de 15 años con epilepsia (GES)
- ✓ Evaluación de grado de madurez física- sexual. (E. Tanner)
- ✓ Detección precoz de factores de riesgo del adolescente.
- ✓ Derivación a especialistas en caso de pesquisa de morbilidad.

Actividades Complementarias:

Educación a través de promoción, visitas domiciliarias integrales, entre otras

9. Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC):

A cargo de la Nutricionista Srta. Karina Ojeda en CESFAM Dalcahue. Como referente en sectores rurales la nutricionista Srta. Marusella González.

Consiste en la entrega de leche gratuita de leche y otros alimentos a niños (as) menores de 6 años y embarazadas.

Para los menores de 18 meses de edad y embarazadas, el programa entrega leche purita fortificada con 26% de materia grasa y fortificada con fierro, Zinc, cobre y vitamina C y bebida láctea purita mama con ácidos grasos Omega 3.

A partir de los 18 meses de edad y hasta cumplir los seis años, los niños (as) reciben una mezcla de vitaminas y minerales, que se conoce como leche purita cereal.

Para los niños con malnutrición por déficit se complementa además con sopa crema infantil MI sopita enriquecida con proteínas, líquidos, vitaminas y minerales. Las cantidades de productos a entregar las determina el Ministerio de Salud.

Propósitos:

- Lograr un desarrollo adecuado del embarazo
- Lograr una leche exclusiva exitosa durante los primeros 6 meses de edad y prolongación de lactancia hasta el año de vida
- Lograr un desarrollo y crecimiento normal del niño.

10. Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)

Este programa está a cargo en CESFAM Dalcahue del E.U. David Fernández, en el sector rural como referente se encuentra la Srta. E.U Alondra Chicuy.

El PAI es una acción conjunta de las naciones del mundo, de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), para el control, eliminación y erradicación de enfermedades prevenibles para vacunas.

Chile es un país sujeto al cumplimiento de las metas internacionales del PAI

Objetivo de este programa:

- Disminuir la mortalidad y morbilidad de las enfermedades prevenibles por vacunas que están contenidas en el MINSAL.
- Erradicar la poliomielitis y el sarampión
- Mantener los niveles de protección adecuada
- Prevenir enfermedades como Eliminar el sarampión, el tétano neonatal y en el menor de 5 años, la meningitis tuberculosa, tos convulsiva, poliomielitis, difteria, Rubeola, Parotiditis, enfermedades invasivas producidas por *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib)
- Programa de vacunación a realizar a edades mayores.

Todos los niños pueden acceder a estos beneficios, acercándose a la profesional correspondiente en sectores rurales y durante los controles de Niño Sano.

Es un derecho de toda la población y un deber del Estado garantizarlo. Mantener niveles de protección adecuados mediante programas de vacunación de refuerzo a edades mayores.

Deben ser registradas en el carnet de control de niño sano.

Se administra la vacuna antiinfluenza para los adultos mayores y pacientes con enfermedades crónicas específicas.

Enfermedades objeto del programa:

- ✓ Sarampión
- ✓ Tos Convulsiva
- ✓ Poliomielitis parálitica
- ✓ Tuberculosis
- ✓ Tétanos
- ✓ Difteria
- ✓ Rubeola
- ✓ Parotiditis
- ✓ Enfermedades invasivas productivas por *Haemophilus influenzae* tipo b

11. Programa Postrados:

Este programa se encuentra a cargo del Kinesiólogo del CESFAM Sr. Alexis Bórquez.

El ingreso al programa es a través de entrevista que realizan los familiares o cuidadores a el encargado del programa, coordinadores de sectores urbanos o rural , Dirección y depende de la evaluación profesional en domicilio.

Personal directamente relacionado a este programa:

- Enfermera
- Kinesiólogo.
- Técnico paramédico encargado de cada posta.
- Médico.
- TENS
- Asistente Social
- Psicólogo.

Objetivo general:

- Conseguir en estado de salud Biopsicosocial; tanto físico, psíquico y social, por medio de prestaciones en salud integrales y de calidad, dentro del entorno físico, social y familiar del paciente, tanto a este, como a su grupo familiar responsable del cuidado y manejo, dignificado así la condición del paciente, tanto físico, moral y espiritual.

Objetivos específicos:

- Acompañar o atender en forma integral considerando el estado de salud de la persona con discapacidad severa que afecta la realización de las actividades básicas de la vida diaria, considerando las necesidades psicosociales del paciente y de su familia.
- Entregar a cuidadores y familia las herramientas necesarias para asumir el cuidado integral del paciente.
- Reconocer el aporte del trabajo de cuidadores en los cuidados de los pacientes postrados severos.
- Manejar y tratar enfermedades agudas y crónicas en los pacientes ingresados al programa.
- Incorporar principios del modelo de atención familiar en salud, hacia la población beneficiaria del programa.
- Paliar y disminuir el deterioro fisiológico a través de un conjunto de acciones integrales,

oportunas y de calidad en salud.

- Favorecer la búsqueda de motivación y colaboración por parte del paciente como de su entorno familiar y social, en el desarrollo del proceso salud- enfermedad.
- Propender al mayor grado de independencia en las actividades de la vida diaria por parte de los pacientes tratados.
- Capacitación a cuidadores y voluntarios, con el objeto de velar por la condición y calidad del cuidado al interior del domicilio.
- Entrega de un estipendio para el cuidador de personas postradas y /o con pérdidas de autonomía, en los casos que cumplan con los criterios de incorporación, principalmente en situación de indigencia o pobreza.
- Coordinar la continuidad y oportunidad de la atención de la persona en la red asistencial.
- Manejar y tratar enfermedades agudas y crónicas en aquellos pacientes por su condición de salud basal están impedidos, permanente u ocasionalmente, de concurrir por sus propios medios a solicitar la atención de salud requerida.

Criterios de inclusión:

Comunes a todos los pacientes:

Ser postrado permanente: Persona que requiere de apoyo, guía y supervisión total de actividades de la vida diaria (según índice de Katz); bañarse, usar el inodoro, continencia de esfínteres, trasladarse, alimentarse.

Presentar pérdida de autonomía severa (parcial o total): El beneficiario debe estar diagnosticado por un médico, pertenecer a cualquier grupo etario, la persona debe contar con un familiar o cuidador responsable, que viva con ella en el domicilio y que se comprometa a participar en una capacitación o reforzamiento si lo requiere.

Específicos por paciente / patologías:

Pacientes terminales: Se refiere a la fase final e irreversible de aquellos procesos con una historia natural ordenada, en los que es posible establecer un pronóstico en cuanto a esperanza de vida menor de 6 meses. A la luz del conocimiento actual, este concepto sólo sería aplicable a los pacientes con cáncer en progresión, algunos pacientes con SIDA y algún otro proceso aislado.

Pacientes con procesos crónicos en estadios avanzados: Hepatopatías, nefropatías, cardiopatías, neuropatía, enfermedad pulmonar avanzada.

Pacientes con limitación funcional y/o inmovilizados complejos: Personas que, no estando incluidas en los apartados anteriores, pasan la mayor parte de su tiempo en la cama (que solo pueden abandonar con ayuda de otras personas) y personas con dificultad importante para desplazarse (que les impide salir de su domicilio, salvo casos excepcionales) independiente de la causa, y que el tiempo previsible de duración de esta dificultad sea superior a dos meses.

Actividades realizadas:

- ✓ Evaluación e indicaciones de enfermería y kinésicas.
- ✓ Evaluación y apoyo social.
- ✓ Manejo y gestión de casos AUGES- GES
- ✓ Educación y apoyo sobre manejo del paciente a cuidador y familiares (tanto en domicilio, talleres de capacitación o vía telefónica).
- ✓ Visitas de control según indicación médica.
- ✓ Evaluación y manejo psicólogo, nutricional, podológico y farmacéutico.
- ✓ Manejo de procedimientos de enfermería: Instalación y cambio de sondas (Foley, nasogástricas), fleboclisis y manejo de vías, tratamientos inyectables y curaciones de escaras y heridas post-operatorias.
- ✓ Toma de muestras y entrega de exámenes. Apoyo en toma de muestra a pacientes usuarios de TAC (tratamiento Anticoagulante).
- ✓ Entrega e instalación de órtesis y educación en su manejo (sillas de ruedas), colchón anti-escaras, catres clínicos, concentradores de oxígeno, andadores ortopédicos, bastones, pañales, etc.
- ✓ Apoyo, gestión y entrega de ayudas, según evaluación previa.

Dentro de las actividades de apoyo que realiza el equipo de salud, podemos mencionar:

- ✓ Capacitaciones a cuidadores y voluntarios en salud.
- ✓ Difusión del funcionamiento del programa.
- ✓ Apoyo espiritual y moral tanto al paciente como su familia, con un enfoque integral.
 - ✓ Apoyo y trabajo organizado con grupos de voluntarios, monitores en salud y dirigentes comunitarios.

XIV. PROMOCIÓN DE SALUD

A cargo del Asistente Social Sr. Fernando Pérez.

Considerando los actuales desafíos que nos plantea el nuevo modelo de atención, cobra relevancia el hecho que “ser sano” se proyecta más allá que los factores exclusivamente genéticos- biológicos y por tanto pueden ser abordados no solamente desde la perspectiva de la ciencia médica sino que reconoce la importancia del entorno físico y social en el cual se desarrolla la vida de las personas, del ambiente que contribuye a determinar esta condición y que además implica más elementos que la exclusiva “ausencia de enfermedad”.

Se concibe un modelo integral de salud, como el conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz u oportuna, que se dirige a las personas, más que al paciente o a la enfermedad como hecho o a la enfermedad como hechos aislados, personas consideradas en su integridad física y mental y como seres sociales pertenecientes a diferentes tipos de familia, que está en un permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural.

Una de la metas prioritarias de la política de salud para el periodo 2010 –2020, es desarrollar una política de Estado en Promoción de Salud de carácter intersectorial y participativo, que impulse el cambio de estilos de vida, genere ambientes saludables e involucre activamente a la población.

OBJETIVOS DEL PROGRAMA:

- Optimizar la salud y reducir las condicionantes de la enfermedad.
- Detener la explosión de los factores de riesgo
- Desarrollar los factores protectores de la salud de carácter psicosocial y ambiental
- Fortalecer los procesos de participación ciudadana y consolidación de redes sociales

OBJETIVOS SANITARIOS ASOCIADOS AL PROGRAMA:

- Mejorar los logros sanitarios alcanzados
- Enfrentar los nuevos desafíos derivados del envejecimiento poblacional y de los cambios de la sociedad.

XVI. ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS

Reuniones clínicas: los equipos de cabecera realizan 2 reuniones clínicas mensuales y el equipo de Chile Crece contigo realiza 1 reunión clínica al mes.

Consejos técnicos: se realiza concejo técnico 2 veces al mes.

Reuniones de coordinación inter niveles y /o intersectorial: existe una instancia mensual de reunión con consejo consultivo comuna urbano – rural, una reunión entre salud y educación de la comuna y una reunión de la red comunal del Chile Crece Contigo.

XVII. ACTIVIDADES DE SALUD OCUPACIONAL

CRONOGRAMA DE TRABAJO C.P.H.S 2014													
ACTIVIDADES	enero	feb	marzo	abril	mayo	junio	julio	ag	sept	oct	nov	dic	Quien realiza la actividad
REUNIONES													
Reuniones ordinarias mensuales	9	13	13	10	8	12	10	14	11	9	13	11	PRESIDENTE.
Reuniones extraordinarias													Cada vez que sea necesario
DETECCION DE PELIGROS EN ESTABLECIMIENTOS													
CENTRO SALUD FAMILIAR DALCAHUE													Las Encargadas de la Comisión de Peligro
POSTA SALUD RURAL MOCOPULLI			23										Sra: Ana Leviguen.
POSTA SALUD RURAL BUTALCURA			23										Sr: German Levocoy.
POSTA SALUD RURAL QUETALCO			23										Experto ACHS
POSTA SALUD RURAL PUCHAURAN			23										
POSTA SALUD RURAL CALEN			23										
POSTA SALUD RURAL TENAUN			23										
ESTACIÓN MEDICO RURAL TOCOIHUE			23										
ESTACIÓN MEDICO RURAL VILLA TENAUN			23										
ESTACIÓN MEDICO RURAL SAN JUAN			23										
CESFAM PROVISORIO													
CAPACITACION													
Manual REAS. (fecha a confirmar)													Por confirmar
Manejo de conflictos (fecha por confirmar)													
Manejo de Extintores.													
INVESTIGACION DE ACCIDENTES													
													Las Encargadas de la Comisión de Investigación de Accidentes
													Sra. Nancy Gómez.
													Sra. Ana Leviguen.
OBJETIVOS DEL COMITÉ													
Reducir mediante estrategias los accidentes más prevalentes en el CESFAM y Postas de Salud Rural de la Comuna													por confirmar
realizar evacuación coordinada y efectiva en caso emergencias.													Dirección/ACHS
Obligabilidad de informar los riesgos laborales. D.S 40.													Por confirmar.
Orden y aseo en el lugar de trabajo													
OTROS													
Actualización de Plan de Emergencia													Juan Pablo Pizarro/Experto ACHS
Capacitación en Plan de Emergencia													
Simulacro de Emergencia													
Confección de Matriz de identificación de peligros													

TABLA 47: LICENCIAS MÉDICAS AÑO 2013 FUNCIONARIOS CESFAM DALCAHUE Y POSTAS.

Categorías	Nº de funcionarios	total de días de licencias año
Médicos y odontólogos	9	51
Profesionales médicos	no 19	155
Técnicos paramédicos	31	458
Asistentes dentales	3	26
Administrativos	10	165

Conductores	4	49
Auxiliares de servicio	4,5	23

Tabla 47: Este número total de días de licencias médicas no consideran las relacionadas con la gestación, el mayor número de ausentismo por licencias lo tiene el estamento técnico paramédico, seguido por administrativos y profesionales no médicos.

ANEXOS

ANEXO N°1: PLAN ANUAL DE CONSEJO DE DESARROLLO LOCAL 2015 DEL CESFAM DALCAHUE

OBJETIVO GENERAL	1.-Mejorar la gestión del Cesfam de Dalcahue mediante la participación activa de la comunidad					
OBJETIVOS ESPECIFICOS	METODOLOGÍA	RECURSOS	RESPONSABLE	RESULTADOS ESPERADOS	VERIFICADOR	EVALUACIÓN DEL PLAN
Reforzar control social	Realizar diálogos ciudadanos por sector	Espacio físico, movilización, Breack saludable	Encargado(a) de promoción de salud y desarrollo comunitario	DESAM, CESFAM y Salud Rural, en conocimiento de las problemáticas y necesidades de su comunidad.	Registro fotográfico y crónica grupal	Primer Semestre 2015
Fortalecer las instancias de participación del consejo consultivo comunal urbano-rural.	Reuniones Mensuales de equipo de salud, consejo consultivo comunal, Visita guiada al CESFAM, y Ronda de Salud, comisión de salud del consejo municipal y representante de los funcionarios, este año se realizaran en sectores rurales y urbanos. Enero: Dalcahue Marzo: rural (Butalcura)	Espacio físico, Breack saludable	Encargado(a) de participación comunitaria.	Consejo consultivo con participación efectiva en el quehacer del cesfam y las autoridades	Registro fotográfico y crónica grupal	Primer Semestre 2015
	Jornada de Evaluación anual del consejo consultivo	Espacio físico, Breack	Coordinador(a) de promoción de salud y desarrollo comunitario	Plan anual de consejo de desarrollo local evaluado 2013	Registro fotográfico y crónica grupal	

	Encuentro anual de comités de salud rural.	Transporte , almuerzo espacio físico equipo audiovisual	Consejo de desarrollo y encargado(a) de promoción de salud y desarrollo comunitario	Comités de salud se conocen y reconocen como actores claves en la promoción del buen funcionamiento de los establecimientos de salud de la comuna.	Registro fotográfico y crónica grupal	
	Cuenta pública de gestión anual.	Espacio físico, break saludable	Dirección de Depto de salud y Dirección de Cefam	Comunidad conoce el quehacer del área de salud.	Registro fotográfico y crónica grupal	
Socializar con la comunidad el plan AUGE y sus prestaciones	Realizar TRES reuniones con el Encargado GES del Cefam donde se expongan los plazos y prestaciones a organizaciones comunitarias en las 3 estaciones de salud rural de la comuna.	Data Notebook	Encargado sigges y Coordinador(a) promoción de salud y desarrollo comunitario	Comunidad informada de las patologías auge y sus prestaciones	Acta y registro fotográfico	
Socializar con la comunidad solicitudes ciudadanas	Realizar reunión con la comunidad mensual para revisión de solicitudes ciudadanas	Data Notebook	Comité de Gestión y Reclamos	Consejo desarrollo en conocimiento de las solicitudes ciudadanas	Acta y registro fotográfico	

CARTA GANTT

MES	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
ACTIVIDAD												
Realizar diálogos ciudadanos por sector					x	x	x	x				
Reuniones Mensuales de equipo de salud, consejo consultivo comunal (urbano y rural) y comisión de salud del consejo municipal.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Participación en el proceso de programación anual.	X							x				
Jornada de Evaluación anual.												X
Encuentro anual de comités de salud rural.											X	
Cuenta pública de gestión anual.		x	X									
Reunión con la Comunidad sobre las patologías auge y sus prestaciones, en Estaciones rurales (tres)			x		X		x					
Realizar reunión con la comunidad mensual para revisión de solicitudes ciudadanas.		x	x	x	X	x	x	x	X	x	x	

Realizado en el mes de Octubre del año 2014.

Elaborado por integrantes del consejo de desarrollo local de salud:

Dirección DESAM

Dirección CESFAM

ANEXO N°1: Diagnostico participativo sector azul

PROBLEMA	CAUSA	EFFECTOS
Perros vagos y tenencias irresponsables	- Tenencia irresponsable de mascotas. - falta de control sanitario.	- Multiplicación indiscriminadas de animales - Mordeduras de perros - Transmisiones de enfermedades.
Basura municipio	- Poca periodicidad en el retiro. - Ubicación de contenedores. - Falta de hábitos de la población.	- Transmisión de enfermedades - Basura en la calle y fuera de los contenedores - Aumento de plagas de vectores y, malos alores.
Prostíbulos clandestinos	- Ruidos molestos. - Alcoholismo. - Peligro para los niños. - Peleas - mala reputación para el barrio - Drogas.	- Aumento consumo de alcohol - Aumento de drogas. - Aumento peleas callejeras. - Enfermedades de transmisión sexual.
Mala higiene en locales comerciales (alimentos)	- Frutas en mal estado - Pan con fecas de ratones. - Comercio ilegal. - Malos olores de productos en venta fuera del supermercado.	Aumento de enfermedades infecciosas.

ESTRATEGIAS DE SOLUCIÓN	RESPONSABLES	PLAZO
PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN (aumento, disfunción) - educación a la población - Empadronamiento de mascotas	✓ Municipio ✓ Autoridades sanitarias ✓ Junta de vecinos	➤ 2015
BASURA - solicitar al municipio - Aumentar retiro de basura (Días) - Educar a la población	✓ Municipio ✓ CESFAM ✓ Autoridades sanitarias ✓ Junta de vecinos	➤ 2014
PROSTÍBULO Cierre de local a través de gestiones de la comunidad con municipio, carabineros y autoridad sanitaria.	✓ Municipio ✓ Junta de vecinos ✓ Carabineros ✓ PDI ✓ Autoridades sanitarias	➤ 2015
MALA HIGIENE - Supervisión de autoridades sanitarias - Derechos del usuario.	✓ Comunidad (junta de vecinos) ✓ Municipio ✓ Autoridad sanitaria, ✓ CESFAM	➤ 2014

PROBLEMA	CAUSA	EFFECTOS
➤ Mala atención SOME Siglas. ➤ Falta identificación	✓ Falta comunicación mutua. ✓ Espacios físico inadecuado. ✓ Sobre carga laboral. ✓ Presencia alumnos en práctica.	✓ Mala relación con la comunidad. ✓ Mala imagen del CESFAM. ✓ Se pierde confianza en la institución. ✓ Que no se entreguen horas en forma oportuna.
➤ Falta identificación.	✓ Credenciales y verbal ✓ siglas	✓ Imposibilidad de buscar responsables ✓ No se generan reclamos y sugerencias.

ESTRATEGIAS DE SOLUCIÓN	RESPONSABLES	PLAZO
➤ Capacitación en trato al usuario	✓ Dirección y corporación municipal	✓ Año 2014

➤ Optimización espacios físicos SOME	✓ Dirección y corporación municipal	✓ Año 2014 (nuevo CESFAM)
➤ SISTEMA DE ROTACION Y TURNOS	✓ Dirección	✓ Año 2014
➤ CAPACITACION PREVIA A ALUMNOS EN PRACTICA	✓ Dirección y corporación	✓ Año 2015
➤ IMPLEMENTAR CREDENCIAL VISIBLE Y VERBAL	✓ Dirección.	✓ año 2014

PROBLEMA	CAUSA	EFFECTOS
➤ Falta de horas medicas	✓ Falta de profesionales. ✓ Falta de espacios físicos. ✓ Falta de interés por trabajar en la zona. ✓ Falta estrategias para entrega de hora, especialmente sector rural.	✓ Inoportuna atención. ✓ Molestias del usuario. ✓ Deterioro en general de la salud. ✓ Se agrava enfermedad .

ESTRATEGIAS DE SOLUCIÓN	RESPONSABLES	PLAZO
➤ Incentivo al profesional	✓ Concejo de salud ✓ Corporación municipal	✓ 3 MESES
➤ (sueldo y condiciones laborales)	✓ Concejo de salud ✓ Corporación municipal	✓ 6 MESES
➤ Destinar recursos económicos.	✓ Concejo de salud ✓ Corporación municipal	✓ 3 MESES
➤ Priorización de patologías (tens)	✓ Concejo de salud ✓ Corporación municipal	✓ AÑO 2014
➤ Regularizar horas por sector (TEEUL, QUIQUEL, PUNHUEL, ASTILLEROS).	✓ Concejo de salud ✓ Corporación municipal	✓ AÑO 2014
➤ Construcción de estaciones rurales.	✓ Coordinadores de sector SOME	✓ AÑO 2015

ANEXO N°2: Diagnostico participativo Sector Rojo

PROBLEMA	CAUSA	EFEECTO
➤ Fiscalización de carabineros	✓ Omisión problemática por comunidad.	✓ Alcoholismo juvenil ✓ Probabilidades de accidentes
➤ Venta de alcohol a menores de edad.	✓ Relación de amistades con infractores y carabineros. ✓ Falta de compromiso.	✓ Mala imagen comunal
➤ Carreras clandestinas.	✓ Falta de compromiso con la comunidad para realizar demandas. ✓ negligencia	✓ Temor para transeúntes
➤ Consumo de alcohol en vía publica.	✓ Falta de control social ✓ Falta control policial.	✓ Delincuencia ✓ Peleas ✓ Violencia ✓ Recursos de salud OH.

ESTRATEGIAS DE SOLUCION	RESPONSABLES	PLAZOS
➤ Denuncia de particulares a dueños de local.	✓ Población general	✓ Inmediato a corto plazo
➤ Cantidad de rondas policíacas.	✓ Carabineros / PDI. ✓ Mejorar estrategias y planificación de rondas.	✓ Mediano plazo (máximo 6 meses)
➤ Sanciones ejecutivas.	✓ Carabineros que cumplan fiscalización y derivación a juzgado	✓ Inmediato
➤ Crear grupo de ayuda para alcohólicos.	✓ Organizaciones sociales en (unión comunal) más la familia unión con CESFAM.	✓ Largo plazo (no más de 1 año)
➤ Campañas de prevención para el alcoholismo.	✓ CESFAM más PROFECIONALES.	✓ A mediano plazo (2 campañas por año).
➤ Rescate de ptes. Que no cumplen HO de alcoholismo.	✓ CESFAM más PROFECIONALES	✓ inmediato
➤ Mejora iluminación en calles principales, pasajes y donde sea necesario.	✓ Identificación de sectores por las organizaciones sociales para derivación a	✓ A mediano plazo (no menos de 1 año).

	municipalidad.	
--	----------------	--

PROBLEMA	CAUSA	EFEECTO
➤ FALTA DE HORAS MEDICAS	✓ Pocos profesionales ✓ Espacios físicos deficientes. ✓ Aumento población ✓ Falta de confianza por el respeto de funcionario ✓ (ya que solo se quieren atender con médicos)	✓ Descontento de la comunidad ✓ Priorización atención <5 años y adulto mayor. ✓ Se agrava enfermedad. ✓ Mayor gasto del paciente. ✓ Conflicto entre CESFAM y pacientes ✓ Mayor tiempo espera y demanda de urgencia.

ESTRATEGIAS DE SOLUCION	RESPONSABLES	PLAZOS
➤ Mejoras y creación de espacios físicos adecuados de atención.	✓ Autoridades pertinentes ✓ Corporación municipal ✓ Becas profesionales medica compromiso c/ comunidad.	✓ 2014 - 2015
➤ Contratar profesionales	✓ Autoridades pertinentes ✓ Corporación municipal ✓ Becas profesionales medica compromiso c/ comunidad.	✓ 2013 - 2015
➤ Distribución de recursos para CESFAM	✓ Solo a SALUD. ✓ Cuenta pública.	✓ 6 meses
➤ Mejor comunicación entre profesionales y comunidad	✓ CESFAM ✓ Profesionales comunidad	✓ 6 meses
➤ Bitácora de solicitud de atención	✓ Comunidad ✓ Recurso humano (capacitar al profesional (físicamente mentalmente) ✓ CESFAM – administración	✓ 6 meses
➤ Apoyo en priorización enfermedades	✓ Cargo administrativo para informaciones ✓ Técnico paramédico	✓ 6 meses

PROBLEMA	CAUSA	EFFECTO
➤ Aguas servidas	✓ Cámaras tapadas, falta de fiscalización y de mantención de parte del municipio. ✓ Falta de alcantarillados, pozo séptico. ✓ Poseen una cámara para toda la población. ✓ Falta de agua. ✓ Falta de pagos. ✓ Falta de compromiso. ✓ Directiva.	✓ Foco de infección ✓ Stress de a comunidad. ✓ Mal olor constantemente ✓ Enfermedades ✓ Mas roedores.

ESTRATEGIAS DE SOLUCION	RESPONSABLES	PLAZOS
➤ Limpieza urgente! ➤ Mantenimiento periódica de la cámara y fiscalización.	✓ Municipio con la oficina de obras.	2015
➤ Educación a la población	✓ Comité pro adelanto.	
➤ Participación y compromiso de la población	✓ Junta de vecinos ✓ CESFAM	
➤ Mediadores por cada familia.	✓ Comunidad.	
➤ Carta comité pro adelanto a municipio con COPIA		
➤ Oficina de partes y concejales		

ESTRATEGIAS DE SOLUCION	RESPONSABLES	PLAZOS
➤ Inscripción de mascotas con datos generales de los dueños en municipalidad y pagar multa en caso de no estar inscrito.	✓ Comunidad y municipio (propietarios) ✓ Unión comunal junta vecinal para gestionar solución del problema	✓ 6 meses. Para solucionar todos los problemas o la mayoría.
➤ Los que no tengan dueño derivar a una perrera,		
➤ Exigir que los vecinos que tienen perro cierren su propiedad.		
➤ Cuando un vecino tenga un perro violento, tenga un cartel de advertencia en un lugar visible		
➤ Crear contenedores de basura altos para que los perros no alcancen la basura		
➤ Con los fondos recaudados en las multas, destinarlos a la mantención de la perrera.		
➤ Ordenanza municipal		

Diagnóstico Participativo Sector Posta de Salud Rural Butalcura

Introducción

Para la realización del Diagnóstico Participativo de Salud de los dirigentes del comité de salud del sector Butalcura de la comuna de Dalcahue, específicamente en las dependencias de la Posta de Salud Rural.

El objetivo de esta actividad es conocer las necesidades, para que luego identifiquen propuestas de cambio que contribuyan a mejorar su calidad de vida.

El Taller se realizó el día 30 de Septiembre de 2014 en la Posta de Salud del Sector.

Participantes Representantes de la comunidad Junta de Vecinos y Comité de Salud:

- 1.- Inelia Arias Astudillo
- 2.- Hector Pascual Vidal
- 3.- Gladys Cárdenas

Integrantes del Equipo de salud Rural:

- 1.- Adolfo Benavides Moreira, Psicólogo de Salud Rural
- 2.- Fernando Pérez Guajardo, Asistente Social, Encargado Salud Rural

TENS del Sector:

- 1.- Alejandro Soffia
- 2.- Mariza Molina

El objetivo principal era recoger las principales necesidades que las dirigentes, usuarios de la P.S.R. y de los TENS de la Posta de Salud Rural, ven en relación a su salud. Para ello se realizó una lluvia de ideas respecto a sus necesidades y a su vez se plantearon posibles soluciones:

Desarrollo de la actividad

A continuación se desarrollaran las necesidades que presentaron Los participantes:

- 1.- Falta Mudador para box Infantil.
- 2.- Implementación espacio de Lactancia Materna (sillones o juego de living).
- 3.- Falta de internet para la Posta de Salud Rural.
- 4.- Escasos minutos del teléfono celular destinado a la Posta.
- 5.- Mejorar la bodega de la Posta de salud Rural.
- 6.- Mejorar el aseo de la Posta por el aumento de las actividades.
- 7.- Arreglo del cierre perimetral de la Posta de Salud Rural.
- 8.- Mejor disponibilidad de la plaza activa para la comunidad.
- 9.- Mejorar e informar a la comunidad de los canales de comunicación que debe existir en caso de urgencias rurales.
- 10.- Capacitación en autocuidado, primeros auxilios, accidentes caseros para la comunidad.
- 11.- Entregar información a la comunidad de la ley deberes y Derechos de los Pacientes.
- 12.- Entregar información a la comunidad de las Garantías Explicitas en salud.
- 13.- Difundir normas y funcionamientos de los establecimientos de salud.
- 14.- Contar con grupos de autoayuda en salud.
- 15.- Escasa movilización para realización de visitas domiciliarias.
- 16.- faltan horas disponibles de atención de profesionales, Medico, Matrona, Enfermera, Kinesiólogo, Psicólogo, Asistente Social, Nutricionista.
- 17.- Apoyar a familias que se encuentre en situaciones de precariedad.
- 18.- Atención preferencial de usuarios que viven en los sectores de Culdeo, KM 60, Camino Entel, INIA, en especial a usuarios Niños menores de 6 años, Adultos Mayores y Embarazadas.

Posibles soluciones:

1.- Comunidad organizada Junta de Vecinos, Comité de Salud enviaran solicitud a la administración para buscar soluciones en conjunto para los puntos de las necesidades 1, 2, 5, 6, 7.

Plazo: Octubre, Noviembre y Diciembre 2014 hasta primer semestre año 2015.

2.- Realizar beneficios o actividades para recaudar fondos los TENS, en conjunto con la comunidad.

Plazo Primer semestre año 2015

3.- Solicitar a la Administración de la factibilidad de contar con internet en la Posta de Salud Rural.

Plazo 2014-2015.

4.- Encargado de Salud Rural Solicitara formalmente a la administración aumento de minutos a la Administración de salud.

Plazo: Octubre, Noviembre y Diciembre 2014

5.- Encargado de salud Rural informara a La Administración de la necesidad de Movilización para realizar actividades de salud en el sector.

Plazo: Octubre, Noviembre y Diciembre 2014

6.- Se evaluara la cantidad de rechazos de atenciones que tenemos en la Posta de salud, de esta manera podemos contar con un dato real de que profesional que necesitamos.

Plazo: Octubre, Noviembre y Diciembre 2014, primer semestre 2015.

7.- El Equipo de salud Rural, entregara protocolo de atención de urgencias que estará disponible para la comunidad.

Plazo: Octubre, Noviembre y Diciembre 2014, primer semestre 2015

8.- El Equipo de salud Planificara capacitación de autocuidado, primeros auxilios, accidentes caseros, para la comunidad.

Plazo: Octubre, Noviembre y Diciembre 2014, primer semestre 2015

9.- El Equipo de Salud rural, realizara difusión de la Ley de Deberes y derechos de los pacientes, garantías explícitas, normas y funcionamiento de los Establecimientos de Salud.

Plazo: Octubre, Noviembre y Diciembre 2014, primer semestre 2015

10.- Los TENS de la Posta de Salud Rural en conjunto con la Comunidad elaboraran su diagnostico de precariedad que exista en el sector con el fin de realizar un plan de intervenciones a cada familia.

Plazo: Octubre, Noviembre y Diciembre 2014, primer semestre 2015

Nota:

Se acordó con los dirigentes presentes realizar reuniones periódicas, para evaluar las acciones de salud que se han planificados durante el año 2015.

Fotografía de la actividad:



Diagnóstico Participativo Sector Posta de Salud Rural Mocopulli

Introducción

Para la realización del Diagnóstico Participativo de Salud de los dirigentes del comité de salud del sector Mocopulli de la comuna de Dalcahue, específicamente en las dependencias de la Posta de Salud Rural.

El objetivo de esta actividad es conocer las necesidades, para que luego identifiquen propuestas de cambio que contribuyan a mejorar su calidad de vida.

El Taller se realizó el día 30 de Septiembre de 2014 en la Posta de Salud del Sector.

Participantes Representantes de la comunidad, Junta de Vecinos y Comité de Salud:

- 1.- Edilia Díaz Pérez
- 2.- Nelfa Villarroel
- 3.- Carlos Lopez
- 4.- Mandina Miranda
- 5.- Maria Almonacid

Integrantes del Equipo de salud Rural:

- 1.- Adolfo Benavides Moreira, Psicólogo de Salud Rural
- 2.- Fernando Pérez Guajardo, Asistente Social, Encargado Salud Rural

TENS del Sector:

- 1.- María Angelica Triviño
- 2.- Danilo Carcamo.

El objetivo principal era recoger las principales necesidades que las dirigentes, usuarios de la P.S.R. y de los TENS de la Posta de Salud Rural, ven en relación a su salud. Para ello se realizo una lluvia de ideas respecto a sus necesidades y a su vez su plantearon posibles soluciones:

Desarrollo de la actividad

A continuación se desarrollaran las necesidades que presentaron Los participantes:

- 1.- Falta más cantidad de Oxígeno destinado a la P.S.R. (solo se cuenta con envases pequeños).
- 2.- Falta Electro Cardiograma para los usuarios del sector, ya que deben acudir a el CESFAM a realizárselo.
- 3.- Mejorar la capacidad de internet para la Posta de Salud Rural.
- 4.- Escasos minutos del teléfono celular destinado a la Posta.
- 5.- Escasa movilización ´para realización de visitas domiciliarias.
- 6.- Falta Capacitación en autocuidado, primeros auxilios, accidentes caseros, actividad física para la comunidad.
- 7.- Falta limpieza del entorno de la P.S.R.

8.- Faltan horas disponibles de atención de profesionales, Medico, Matrona, Enfermera, Kinesiólogo, Sicólogo, Asistente Social, Nutricionista. Equipo de salud permanente.

9.- Mejorar e informar a la comunidad de los canales de comunicación que debe existir en caso de urgencias rurales.

10.- Entregar información a la comunidad de la ley deberes y Derechos de los Pacientes.

11. Entregar información a la comunidad de las Garantías Explicitas en salud.

12.- Difundir normas y funcionamientos de los establecimientos de salud.

Posibles soluciones:

1.- Los puntos 1, 2, 3, 5,7, la Comunidad organizada Junta de Vecinos, Comité de Salud, en conjunto con los TENS de la P.S.R., enviaran solicitud a la administración para buscar soluciones en conjunto para los puntos de las necesidades

Plazo: Octubre, Noviembre y Diciembre 2014 hasta primer semestre año 2015.

2.- Realizar beneficios o actividades para recaudar fondos los TENS, en conjunto con la comunidad.

Plazo Primer semestre año 2015

3.- Solicitar a la Administración ver la factibilidad de contar con internet en la Posta de Salud Rural.

Plazo 2014-2015.

4.- Encargado de Salud Rural Solicitara formalmente a la administración aumento de minutos a la Administración de salud.

Plazo: Octubre, Noviembre y Diciembre 2014

5.- Encargado de salud Rural informara a La Administración de la necesidad de Movilización para realizar actividades de salud en el sector.

Plazo: Octubre, Noviembre y Diciembre 2014

6.- Equipo de salud rural en conjunto con los TENS del sector, Planificaran talleres y capacitaciones en autocuidado para la comunidad.

Plazo: Octubre, Noviembre y Diciembre 2014, primer semestre 2015.

7.- El Equipo de Salud rural, realizara difusión de la Ley de Deberes y derechos de los pacientes, garantías explícitas, normas y funcionamiento de los Establecimientos de Salud.

Plazo: Octubre, Noviembre y Diciembre 2014, primer semestre 2015

8. La comunidad organizada del sector en conjunto con los TENS, solicitaran permanencia en el sector del Equipo de salud rural, ya que las actividades en salud han aumentado a si como también la población beneficiaria.

Nota:

Se acordó con los dirigentes presentes realizar reuniones periódicas, para evaluar las acciones de salud que se han planificados durante el año 2015.

Fotografía de la actividad:



Diagnóstico Participativo Sector Posta de Salud Rural Puchauran

Introducción

Para la realización del Diagnóstico Participativo de Salud de los dirigentes del comité de salud del sector Puchauran de la comuna de Dalcahue, específicamente en las dependencias de la Posta de Salud Rural.

El objetivo de esta actividad es conocer las necesidades, para que luego identifiquen propuestas de cambio que contribuyan a mejorar su calidad de vida.

El Taller se realizó el día 3 de Octubre de 2014 en la Posta de Salud del Sector.

Participantes Representantes de la comunidad Junta de Vecinos y Comité de Salud:

- 1.- Mónica Mañao Cárdenas
- 2.- Juan Antonio Bahamonde Bahamonde
- 3.- Yanett Díaz Bahamonde
- 4.- Luisa Cárdenas Bahamonde
- 5.- Gloria Gallardo Bahamonde
- 6.- María Hernández
- 7.- Ana Díaz Barria
- 8.- María Bahamonde Unquen

Integrantes del Equipo de salud Rural:

- 1.- Adolfo Benavides Moreira, Psicólogo de Salud Rural
- 2.- Fernando Pérez Guajardo, Asistente Social, Encargado Salud Rural
- 3.- Alondra Chicuy Saldivia, Enfermera de Salud Rural
- 4.- Yaritza Díaz Ruíz

TENS del Sector:

- 1.- Fany Bahamonde Bahamonde

El objetivo principal era recoger las principales necesidades que las dirigentes, usuarios de la P.S.R. y de los TENS de la Posta de Salud Rural, ven en relación a su salud. Para ello se realizo una lluvia de ideas respecto a sus necesidades y a su vez su plantearon posibles soluciones:

Desarrollo de la actividad

A continuación se desarrollaran las necesidades que presentaron Los participantes:

- 1.- Falta permanencia del Equipo de cabecera en el sector, para realizar más atenciones de salud, visitas domiciliarias y actividades de promoción de salud. (Medico, Enfermera, Matrona, Kinesiólogo, Equipo Psicosocial, Nutricionista).
- 2.- Falta limpieza periódica en el entorno de la Posta.
- 3.- Mejorar e informar a la comunidad de los canales de comunicación que deben existir en caso de urgencias rurales.
- 4.- Escasa movilización para realizar actividades comunitarias y visitas domiciliarias en el sector.
- 5.- Capacitación en autocuidado, primeros auxilios, accidentes caseros para la

comunidad.

6.- Entregar información a la comunidad de la ley deberes y Derechos de los Pacientes.

7.- Entregar información a la comunidad de las Garantías Explicitas en salud.

8.- Falta información del uso de las plazas activas

Posibles soluciones:

1.- Gestionar la Administración de Salud comunal en conjunto con la Comunidad organizada, la implementación de la estrategia de CECOSF en el sector.

Plazo: Año 2015.

2.- La Comunidad en conjunto con las TENS del sector realizaran minga para limpieza del entorno de la Posta.

Plazo: Primer semestre año 2015.

3.- Enfermera del Equipo de salud rural elaborara protocolo de urgencia

Plazo: Primer semestre 2015.

4.- Encargado de salud Rural informara a La Administración de la necesidad de Movilización para realizar actividades de salud en el sector.

Plazo: Noviembre y Diciembre 2014, primer semestre 2015.

5.- El equipo de salud rural planificara capacitaciones, en autocuidado, accidentes caseros, primeros exilios.

Plazo: primer semestre 2015.

6.- Puntos 6,7 el equipo de salud rural, planificara actividades de difusión respecto a los temas planteados.

Plazo: primer semestre 2015.

7.- El Encargado de Salud Rural gestionara con el Equipo de Promoción realizar taller informativo respecto a la plaza activa.

Plazo: primer semestre 2015

Nota:

Se acordó con los dirigentes presentes realizar reuniones periódicas, para evaluar las acciones de salud que se han planificados durante el año 2015.

Diagnóstico Participativo Sector Posta de Salud Rural Quetalco

Introducción

Para la realización del Diagnóstico Participativo de Salud de los dirigentes del comité de salud del sector Quetalco de la comuna de Dalcahue, específicamente en las dependencias de la Posta de Salud Rural.

El objetivo de esta actividad es conocer las necesidades, para que luego identifiquen propuestas de cambio que contribuyan a mejorar su calidad de vida.

El Taller se realizó el día 2 de Octubre de 2014 en la Posta de Salud del Sector.

Participantes: Representantes de la comunidad, Junta de Vecinos y Comité de Salud:

- 1.- Mario F Caulle G
- 2.- Angélica Barría Ulloa
- 3.- Emilia del Carmen Muhehuechiran
- 4.- Rosa Aguilar Barría
- 5.- Ofelia Andrea Vidal M
- 6.- Mónica Mañao Vidal

Integrantes del Equipo de salud Rural:

- 1.- Adolfo Benavides Moreira, Psicólogo de Salud Rural
- 2.- Fernando Pérez Guajardo, Asistente Social, Encargado Salud Rural

TENS del Sector:

- 1.- Luisa Carabantes Aravena
- 2.- Flor Muñoz L

El objetivo principal era recoger las principales necesidades que las dirigentes, usuarios de la P.S.R. y de los TENS de la Posta de Salud Rural, ven en relación a su salud. Para ello se realizó una lluvia de ideas respecto a sus necesidades y a su vez se plantearon posibles soluciones:

Desarrollo de la actividad

A continuación se desarrollaron las necesidades que presentaron los participantes:

- 1.- Arreglo de caminos de Chovi – San José
- 2.- Colocación de señalética en las vías.
- 3.- Falta de internet para la Posta de Salud Rural.
- 4.- Escasos minutos del teléfono celular destinado a la Posta.
- 5.- Que la Posta y la Escuela estén juntas
- 6.- Colocación de pasarela en el malecón
- 7.- Arreglo del cierre perimetral de la Posta de Salud Rural.
- 8.- Realizar talleres de prevención de primeros auxilios.
- 9.- Mejorar e informar a la comunidad de los canales de comunicación que debe

existir en caso de urgencias rurales.

10.- Talleres de prevención para el alcoholismo

11.- Entregar información a la comunidad de la ley deberes y Derechos de los Pacientes.

12. Mejor control policial a menores de edad que conducen vehículos

13.- Mejoramiento y equipamientos de equipos de agua.

14.- Mejoramiento de cerco interior de la posta.

15.- Escasa movilización para realización de visitas domiciliarias.

16.- Limpieza y ornato de la playa.

Posibles soluciones:

1.- Comunidad organizada Junta de Vecinos, Comité de Salud enviaran solicitud a la administración para buscar soluciones en conjunto para los puntos de las necesidades 1, 2, 5, 6, 12, 13.

Plazo: Octubre, Noviembre y Diciembre 2014 hasta primer semestre año 2015.

2.- Realizar actividades en conjunto con la comunidad para la limpieza de la playa

Plazo Primer semestre año 2015

3.- Solicitar a la Administración de la factibilidad de contar con internet en la Posta de Salud Rural.

Plazo 2014-2015.

4.- Encargado de Salud Rural Solicitara formalmente a la administración aumento de minutos a la Administración de salud.

Plazo: Octubre, Noviembre y Diciembre 2014

5.- Encargado de salud Rural informara a La Administración de la necesidad de Movilización para realizar actividades de salud en el sector.

Plazo: Diciembre 2014

7.- El Equipo de salud Rural, entregara protocolo de atención de urgencias que estará disponible para la comunidad.

Plazo: Octubre, Noviembre y Diciembre 2014, primer semestre 2015

8.- El Equipo de salud Planificara talleres de prevención de alcoholismo y de primeros auxilios para la comunidad.

Plazo: Octubre, Noviembre y Diciembre 2014, primer semestre 2015

9.- El Equipo de Salud rural, realizara difusión de la Ley de Deberes y derechos de los pacientes, garantías explicas, normas y funcionamiento de los Establecimientos de Salud.

Plazo: Octubre, Noviembre y Diciembre 2014, primer semestre 2015.

Nota:

Se acordó con los dirigentes presentes realizar reuniones periódicas, para evaluar las acciones de salud que se han planificados durante el año 2015.

Fotografía de la actividad:



Diagnóstico Participativo Sector Posta de Salud Rural Tenaun

Introducción

Para la realización del Diagnóstico Participativo de Salud de los dirigentes del comité de salud del sector Tenaun de la comuna de Dalcahue, se realizo una reunión previa donde participo la Directora de Salud Comunal, el Encargado de Salud Rural y dirigentes del sector de Tenaun específicamente de la Junta de vecinos y comité de salud.

El objetivo de esta actividad es conocer las necesidades, para que luego identifiquen propuestas de cambio que contribuyan a mejorar su calidad de vida.

El Taller se realizó el día 2 de Septiembre de 2014 en una sede social del sector.

Participantes:

- 1.- Ramón Barría Vera
- 2.- Roberto Coñuecar Ulloa
- 3.- Irene Lleuquen Paillan
- 4.- Nilza Coñuecar Ulloa
- 5.- Luisa Mansilla Llauquen
- 6.- Magaly Millao Vargas
- 7.- Rocio Chiguay
- 8.- Loida Coñuecar Mansilla

Integrantes del Equipo de salud Rural:

- 1.- Adolfo Benavides Moreira, Psicólogo de Salud Rural
- 2.- Georgina Pérez , TENS Sector Tenaun
- 3.- Fernando Pérez Guajardo, Encargado Salud Rural
- 4.- Mariana Aguilar Triviño, TENS P.S.R. Tenaun

El objetivo principal era recoger las principales necesidades que las dirigentes y usuarios de la P.S.R. ven en relación a su salud. Para ello se realizo una lluvia de ideas respecto a sus necesidades y a su vez su plantearon posibles soluciones:

Desarrollo de la actividad

A continuación se desarrollaran las necesidades que presentaron Los participantes:

- 1.- Ampliación de la Posta de Salud Rural, 1 box de procedimientos 1 box multipropósito.
- 2.- Mejorar los baños, adecuarlos para discapacitados, contar con baños universales, ampliarlos.
- 3.- Postular a reposición de la Posta de Salud Rural, el actual recinto tiene una construcción aproximada de 15 años, es de madera, y no cumple completamente con la norma sanitaria actual.
- 4.- Contar con movilización adecuada, permanente para realizar visitas domiciliarias a usuarios que viven en acceso difícil. Además considerar que son algunos casos

Adulto mayores.

5.- Actualizar datos poblacionales, para saber con certeza cuanto personas hay en el sector.

6.- Falta horas de profesionales, Equipo de cabecera, con el fin de realizar más prestaciones de salud a la comunidad (Medico, Matrona, Enfermera, Equipo Psicosocial, Kinesiólogo, entre otros.

7.- Ver Posibilidad de Aumento de Rondas en P.S.R. y Estación de Salud Rural.

8.- Arreglo de caminos o mantención en especial donde viven adultos mayores, de esta manera se pueden mejorar los accesos.

9.- Mejorar e informar a la comunidad de los canales de comunicación que debe existir en caso de urgencias rurales.

10.- Capacitación en autocuidado, primeros auxilios, accidentes caseros para la comunidad.

11.- Entregar información a la comunidad de la ley deberes y Derechos de los Pacientes.

12. Entregar información a la comunidad de las Garantías Explicitas en salud.

13.- Difundir normas y funcionamientos de los establecimientos de salud.

Posibles soluciones:

1.- Gestionar los recurso económicos en conjunto con la comunidad, vía municipal, corporación o proyectos comunitarios.

2.- Gestionar en conjunto con las autoridades locales, la Reposición de la Posta de Salud Rural en el Gobierno Regional año 2015 – 2016

3.- La Administración de salud Comunal, vera la factibilidad de la movilización adecuada para la realización de las Visitas Domiciliarias. 2015

4.- La actualización de los datos poblaciones estará a cargo de los Paramédicos de la Posta de Salud Rural. 2014

5.- Se evaluara la cantidad de rechazos de atenciones que tenemos en la Posta de salud, de esta manera podemos contar con un dato real de que profesional necesitamos. 2014

6.- En relación a los Caminos la comunidad gestionara con el Municipio local, su priorización de mantención de caminos (Junta de Vecinos, Comité de Salud).

7.- El Equipo de salud Rural, entregara protocolo de atención de urgencias que estará disponible para la comunidad. 2014-2015

8.- El Equipo de salud Planificara para el año 2015 capacitación de autocuidado, primeros auxilios, accidentes caseros, para la comunidad.

9.- El Equipo de Salud rural, realizara difusión de la Ley de Deberes y derechos de los pacientes, garantías explícitas, normas y funcionamiento de los Establecimientos de Salud, año 2014-2015.

Nota:

Se acordó con los dirigentes presentes realizar reuniones periódicas, para evaluar las acciones de salud que se han planificados.



ANEXO N°9: Diagnostico participativo Promoción de salud.

Diagnostico Participativo **Promoción de Salud Dalcahue.**

Objetivos: Identificar a través de una asamblea abierta con miembros de organizaciones comunitarias las necesidades que consideran determinantes en el ámbito de la promoción de la salud.

Asistentes: Juan Ramiro Reyes - Presidente Junta de vecinos Bellavista
Lady Miranda G. - Presidenta Artesanas de Dalcahue
Carlos Barría Ulloa. - Presidente Junta de Vecinos Ramón Freire
Mirna Hernández Barría - Presidenta Unión Comunal
Alex Gómez Aguilar. – Presidente Consejo Desarrollo – Encargado Internado Dalcahue -
Secretario Población Custodio Ampuero.

Necesidades:

- Fortalecer La interculturalidad en los adultos mayores y de esta forma la salud mental.
- Incorporar la medicina alternativa dentro del Cesfam.
- Talleres de medicina alternativa en agrupaciones comunitarias.
- Incorporar a la gente de la comuna que posee capacidades interculturales como en la medicina alternativa, en el telar mechado, tallado en madera, y de esta forma ellos mismo capacitar a los jóvenes, adultos, adultos mayores.
- Insertar elementos culturales en los indicadores de la promoción de salud como por ejemplo en la actividad física la práctica del Palin, En alimentación Saludable: frutos tradicionales de la zona y encuentros de comidas típicas saludables.
- Fortalecer la educación del etiquetado nutricional en todos los entornos (Educativo, laboral, comunal)
- Aumentar la actividad física masiva para la comuna en todos los grupos etarios.
- Talleres de las consecuencias de los malos hábitos de estilos de vida.
- Educar a las Familias Dalcahuinas con recetarios, favoreciendo la alimentación saludable, rescatando los alimentos de la zona.
- Apoyar a los jóvenes que desarrollan actividad física de diferentes tipos como el break dance, Bmx, Mountailbike, Skater., etc.
- Formar dirigentes jóvenes que se empoderen con la comuna.
- Fortalecer los diferentes deportes que les interesa a los jóvenes tales como: atletismo, Balón mano, Gimnasia artística, Hockey, Tenis de mesa, etc.
- Aumentar las ferias saludables en la comuna.
- Conmemorar las efemérides más relevantes en conjunto con la comuna y utilizarlas como fechas fijas de actividades de hábitos de vida saludable.
- Encuentro ancestral de pueblos originarios.
- Incorporar elementos del cuidado del medio ambiente en la promoción de salud.

Soluciones:

- Sensibilizar a las autoridades locales y comunidad en general para generar recursos y así poder ejecutar las acciones determinadas anteriormente.
- Participación comunitaria en la elaboración del plan de salud de la comuna.
- Generar y fortalecer redes de apoyo con los establecimientos educacionales, empresas de la comuna, Juntas de vecinos.
- Formar un grupo juvenil comunal que represente y busque las necesidades de los jóvenes de la comuna.
- Gestionar recursos con el municipio y empresas de la comuna.
- Asegurar un porcentaje del per cápita a promoción de Salud.
- Fortalecer los establecimientos promotores de salud y lugares de trabajo promotoras de salud
- Fortalecer la red con el IND para así incorporar más actividad física.

Tracy Rosas Calisto
Encargada Promoción de Salud

Yerly Bahamonde Vera
Nutricionista

PRESUPUESTO

DEPARTAMENTO

DE SALUD MUNICIPAL

AÑO 2015

INGRESOS	
Aporte Municipal Salud	\$ 68.548.990
Otros Aportes (Bienestar)	\$ 3.169.707
Aporte Junaeb Altas Integrales	\$ 4.071.310
Percapita Base	\$ 967.381.836
Percapita Base (Retiro Voluntario)	-\$ 4.208.772
Asig. Desempeño Dificil	\$ 159.583.920
Asig.Desempeño Colectivo	\$ 86.316.800
Asig. Conductores	\$ 2.731.617
Asig. Técnicos	\$ 1.175.769
Integración Diferencial SBMN	\$ 2.846.353
Bonificación Zonas Extremas	\$ 51.087.784
Recaudación en Consultorio y Postas	\$ 244.440
Reembolso Licencias Médicas	\$ 64.106.598
Bonificación Mano de Obra DL 889	\$ 34.650.000
Devolución Sence	\$ 11.660.822
Programa Odontológico Integral	\$ 24.110.603
Programa Control Joven Sano	\$ 1.707.720
Programa GES Odontologico Familiar	\$ 7.252.176
Programa Ges Odontologico Adulto	\$ 6.369.117
Programa Ges Preventivo en Salud Bucal	\$ 595.762
Programa Espacios Amigables para adolescentes	\$ 4.570.748
Programa Enfoque familiar	\$ 5.891.550
Programa Campaña de Invierno 2014	\$ 1.160.250
Programa Imágenes Diagnósticas	\$ 15.704.850
Programa Fondo Farmacia	\$ 7.377.300
Programa Atención Domiciliaria a personas con dependencia severa	\$ 19.556.006
Programa Mantenimiento de Infraestructura	\$ 2.526.782
Programa Apoyo al Des. Bio-Psicosocial	\$ 16.775.709
Programa Servicio De Urgencia Rural	\$ 70.966.895
Programa Apoyo Radiologico	\$ 1.767.279
Programa Addendum Era Reforzamiento Cesfam	\$ 2.782.197
Programa Equidad Rural	\$ 33.425.553
Programa Vida Sana	\$ 14.246.925
Programa Inmunización Antinfluenza y neumococo	\$ 216.300
Programa Resolutividad APS	\$ 18.021.297

Programa Apoyo a la gestión Local- Eficiencia	\$ 84.799.884
TOTAL INGRESOS	\$ 1.793.192.076

GASTOS	
Sueldos	-\$ 1.085.870.624
Honorarios	-\$ 33.452.021
Vestuario y Accesorios	-\$ 7.349.975
Combust. y Lubric. p/Vehículo	-\$ 15.800.736
Combust. y Lubric. P/Calefaccion	-\$ 2.604.000
Combust. y Lubric. Para Otros	-\$ 219.660
Materiales de Oficina, Art. Libreria	-\$ 6.625.661
Productos Farmaceuticos (Medicamentos)	-\$ 42.456.604
Mat. y Utiles Medico-Quirurgicos	-\$ 29.299.914
Material Cortopunzante	-\$ 5.371.619
Materiales y Utiles de Aseo	-\$ 17.318.512
Insumos, Repuestos y Accs. Computacionales	-\$ 5.845.563
Serv. Fotocopias	-\$ 1.348.875
Equipos Menores	-\$ 1.619.745
Reembolso y Gastos	-\$ 665.165
Insumos Dentales	-\$ 16.535.285
Insumos de Laboratorios	-\$ 12.259.518
Material Didáctico	-\$ 212.190
Electricidad	-\$ 14.574.192
Agua	-\$ 3.558.827
Gas	-\$ 5.138.070
Correo	-\$ 159.727
Telefonia Fija	-\$ 2.387.802
Telefonia Celular	-\$ 3.184.171
Acceso a Internet	-\$ 360.526
Leña	-\$ 5.436.575
Mant. y Reparacs. de Edificios	-\$ 26.133.504
Mant. y Reparacs. de Vehiculos	-\$ 13.606.614
Mant. y Reparacs. de Mobiliarios y Otros	-\$ 2.058.349
Materiales para Mantenimiento y Reparaciones	-\$ 24.502.155
Servicios de Publicidad	-\$ 1.890.000
Servicios de Impresion	-\$ 11.509.515
Pasajes, Fletes y Bodegajes	-\$ 2.433.946

Pension de Alumnos	-\$ 522.291
Hospedaje	-\$ 1.660.785
Traslado Paciente	-\$ 1.547.910
Arriendo de Edificios	-\$ 3.548.580
Arriendo de Vehiculos	-\$ 2.100.000
Arriendo de Mobiliario y Otros	-\$ 3.780.000
Seguros de Vehiculos	-\$ 3.494.961
Seguro de Inmuebles	-\$ 660.774
Permiso de Circulacion	-\$ 708.906
Gastos de Capacitacion	-\$ 19.060.822
Exámenes Médicos y Procedimientos Médicos	\$ 1.333.831
Alimentos y Bebidas para Personas	-\$ 3.350.661
Gastos Menores	-\$ 105.000
Otros Bienes y Servicios	-\$ 658.599
Gastos ACTIVO FIJO	-\$ 28.452.000
Gasto Bienestar	-\$ 15.069.707
Vehiculos	-\$ 28.000.000
Gasto Odontológico Integral	-\$ 24.110.603
Gasto Control Joven Sano	-\$ 1.707.720
Gasto GES Odontologico Familiar	-\$ 7.252.176
Gasto Ges Odontologico Adulto	-\$ 6.369.117
Gasto Ges Preventivo en Salud Bucal	-\$ 595.762
Gasto Espacios Amigables para adolescentes	-\$ 4.570.748
Gasto Enfoque familiar	-\$ 5.891.550
Gasto Campaña de Invierno 2014	-\$ 1.160.250
Gasto Imágenes Dignósticas	-\$ 15.704.850
Gasto Fondo Farmacia	-\$ 7.377.300
Gasto Atención Domiciliaria a personas con dependencia severa	-\$ 19.556.006
Gasto Mantenimiento de Infraestructura	-\$ 2.526.782
Gasto Apoyo al Des. Bio-Psicosocial	-\$ 16.775.709
Gasto Servicio De Urgencia Rural	-\$ 70.966.895
Gasto Apoyo Radiologico	-\$ 1.767.279
Gasto Addendum Era Reforzamiento Cesfam	-\$ 2.782.197
Gasto Equidad Rural	-\$ 33.425.553
Gasto Vida Sana	-\$ 14.246.925
Gasto Inmunización Antinfluenza y neumococo	-\$ 216.300
Gasto Resolutividad APS	-\$ 18.021.297

Gasto Apoyo a la gestión Local- Eficencia	-\$ 35.333.285
TOTAL GASTOS	-\$ 1.803.535.109
Total general	-\$ 10.343.033
Total sin aporte municipal	-\$ 78.892.023



Plan Estratégico CESFAM Dalcahue 2013 – 2015

Modelo Atención Integral con enfoque Familiar y Comunitario

OBJETIVO ESTRATEGICO

- Fortalecer las competencias en el equipo de Salud, para el trabajo eficaz y oportuno con las familias.

ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	IMPLEMENTACIÓN			META	INDICADOR	VERIFICADORES
			Año 1	Año 2	Año 3			
Mantener un plan de capacitación básica continuo y avanzado en salud familiar de acuerdo a los roles y funciones de cada integrante del equipo.	✓ Capacitación básica en Salud Familiar de los funcionarios que no cuentan con esta.	Corporación Municipal Dalcahue	90%	90%	90%	90% de los funcionarios con capacitación básica en Salud Familiar.	N° de funcionarios con capacitación básica en SF/N° de funcionarios del CESFAM Dalcahue x 100	- Lista Asistencia - Fotografías - Prueba de conocimiento aprobada Grupo de 15 funcionarios. 16 hrs
	✓ Capacitación avanzada en intervención en crisis y consejería familiar para los equipos de cabecera y departamento psicosocial.	Corporación Municipal Dalcahue	100%			90% de los funcionarios de los EC y Psicosocial con capacitación avanzada en SF.	N° de profesionales capacitados/N° Total de profesionales de EC y psicosocial x 100	- Lista Asistencia - Fotografías - Prueba de conocimiento aprobada Grupo de 25 funcionarios. 40 hrs

	✓ Realización de estudios de familia , con plan de intervención a las familias de alto riesgo, según matriz.	Equipos de Cabeceras	10%	20%	40%	40% de las familias de alto riesgo con estudio de familia integral y plan de intervención realizado.	N° de estudios de familia integrales realizados/ N° de familia alto riesgo.	- N° de estudios de Familia aplicados. - Registro Tarjeta de Salud Familiar.
• Generar un plan de intercambio nacional a otros CESFAM certificados como de Nivel Superior.	✓ Coordinación con AG Corporaciones Municipales	Equipo Gestor (EG) y Corporación Municipal	100%			Gestión local realizada con CESFAM de nivel superior.	Gestión local planificada/Gestión local aprobada x 100	- Acta reunión de EG con secretario General - Acta reunión con CESFAM definido. - Listas de Asistencias - Plan de pasantías diseñado, aprobado e implementado.
	✓ Diseño de proyecto de intercambio nacional.	EG y Corporación Municipal	100%			Documento diseñado	Documento diseñado/ documento planificado x 100	
	✓ Intercambio de funcionarios por área.	EG y comité de capacitación.	2%	4%	12%	12% de funcionarios con la experiencia de intercambio.	N° de funcionarios que asisten a pasantías/N° funcionarios totales x 100%	- Informe y certificación del funcionario pasante. Grupo de 10 funcionarios. 2 semanas (pasajes y estadía)

- Consolidar la participación comunitaria de Dalcahue , como parte de la integración y desarrollo del modelo de salud.

ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	IMPLEMENTACIÓN			META	INDICADOR	VERIFICADORES
• Disponer de un encargada/o de participación comunitaria	✓ Contratar 44 horas recurso humano. (profesor de ed. física)	Corporación Municipal	Año 1 100%	Año 2	Año 3	100% de hrs profesional contratada al segundo primer año.	Horas de profesional contratadas/ por hrs programadas x 100	- Horas profesional disponibles para CESFAM. - Plan de trabajo diseñado e implementado. 44 hrs profesor de educación física.
• Fortalecer las instancias de participación del sector salud con el consejo consultivo comunal urbano-rural y la comisión de salud del consejo municipal.	✓ Reuniones Mensuales de equipo de salud, consejo consultivo comunal y comisión de salud del consejo municipal.	Encargada de participación comunitaria.	Año1 100%	Año2	Año3	90% reuniones programas, realizadas	Reuniones realizadas/reuniones programas X 100	- Actas de reuniones - Lista de Asistencia - Registro Fotográfico
	✓ Diagnostico participativo bianual.	Encargada de participación comunitaria	100%		100%	Documento redactado y sancionado	Documento impreso	- Actas de reuniones - Lista Asistencia - Registro Fotográfico.

	✓ Participación en el proceso de programación anual.	Encargada de participación comunitaria	100%	100%	100%	Programación anual realizada	Documento de programación anual, sancionado	- Lista de asistencia - Acta de reunión - Registro Fotográfico
	✓ Jornada de Evaluación anual.	Encargada de participación comunitaria	100%	100%	100%	Jornada de evaluación realizada de forma anual.	Jornadas realizadas/ jornadas planificadas x 100	- Lista de asistencia. - Acta de trabajo - Registro Fotográfico. Coffe mas almuerzo, arriendo de local. 30 personas
	✓ Encuentro anual de comités de salud rural.	Encargada de participación comunitaria	100%	100%	100%	Jornada de trabajo realizada	Jornada realizada/Jornada planificada x100	- Lista de asistencia. - Acta de trabajo - Registro Fotográfico Coffe mas almuerzo, arriendo de local. 40 personas
• Aumentar la participación de las y los usuarios no organizados.	✓ Diálogos ciudadanos por sector.	Encargada de participación comunitaria	33%	66%	100%	3 diálogos ciudadanos por año, por sector al tercer año	Diálogos realizados/ diálogos planificados x 100	- Registro fotográficos

	✓ Cuenta pública de gestión anual.	Encargada de participación comunitaria	100%	100%	100%	Realización de cuenta pública anual, con participación comunitaria.	Cuenta pública realizada/ cuenta pública planificada x 100	- Documento presentado (ppt) - Registro fotográfico - Entrega de boletín informativo
	✓ Creación y participación de 3 grupos de voluntariado de apoyo al trabajo del CESFAM (orientación y acogida, adulto mayor, PADI)	Encargada de participación comunitaria	33%	66%	100%	3 grupos de voluntariado, formados y trabajando como apoyo al CESFAM al tercer año.	Grupos de voluntariado formados/ grupos de voluntariado planificados x 100	- Acta de constitución - Registro fotográficos

- Fortalecer el enfoque promocional y preventivo del modelo de salud comunal .

ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	IMPLEMENTACIÓN			META	INDICADOR	VERIFICADORES
• Conformar equipo de trabajo que apoye transversalmente a los sectores en los componentes	✓ Contratación de profesor de educación física 22 hrs. Con apoyo de kinesiólogo y nutricionista del CESFAM	Corporación municipal. Coordinador sector y coordinador transversal.	100%			Equipo conformado	Hrs disponibles/ hrs planificadas x 100	- Contrato de trabajo. Hrs de profes contempladas anteriormente.

tabaco, alcohol, sedentarismo y malnutrición por exceso, en la población a cargo, promoviendo factores protectores.	✓ Feria Saludable (anual)	Encargado de participación comunitaria	100%	100%	100%	1 Feria saludable desarrollada anualmente.	Ferias realizadas/ ferias realizadas x 100	– Registro fotográfico – Material educativo diseñado. \$500.000 anual
• Fomentar la conducta sexual segura en adolescentes y Jóvenes	✓ Implementación de Fono consulta adolescente (3 hrs semanales)	Encargada programa adolescente. Corporación		100%	100%	Línea telefónica instalada y funcional desde el segundo año. Incremento 25% de consultas telefónicas de adolescentes y jóvenes (según línea base año2)	Fono consulta implementado	– Espacio físico implementado con línea telefónica. – Registro de llamadas entrantes.
	✓ Gestionar dispensador de condones en el espacio amigable de la comuna.	Encargada programa adolescente Corporación	100%			Aumentar en un 10% la prevalencia del uso del condón en población adolescente de la comuna (según línea base año 0)	Número de adolescentes con uso de PTVOS/total de adolescentes entre x100	– Registro fotográfico del espacio ocupado \$ 150. 000 aprox

Generar alianzas con el intersector. (DIDECO)	✓	Mantener las reuniones sicosociales entre Salud y educación, en forma mensual.	Encargada programa salud mental	90%	90%	90%	90% reuniones realizadas	Reuniones realizadas/ reuniones planificadas x 100	- Actas - Registro fotográfico
	✓	Mantener reuniones de la Red comunal Chile crece contigo.	Encargada comunal ChCC	90%	90%	90%	90% reuniones realizadas	Reuniones realizadas/ reuniones planificadas x 100	- Actas - Registro fotográfico
	✓	Actividades de promoción con el comercio y empresa privada. (pendones y entrega de folletería)	Encargada de Participación Comunitaria	100%	100%	100%	50% del comercio y la empresa privada, colaboran con las actividades de promoción del CESFAM al tercer año	Numero comercio colaborando con promoción del CESFAM/ total de comercio establecido en la comuna x 100	-Registro fotográfico de la entrega de material informativo - Compromiso de colaboración establecido. \$1.000.000 anual
	✓	Entrega de boletín informativo del CESFAM en servicios públicos.	Encargada de Participación comunitaria.	100%	100%	100%	100% de boletín informativo, entregado a los servicios públicos de la comuna.	Servicios públicos que entregan material del CESFAM/ total de servicios públicos de la comuna x 100	- Registro fotográfico de la entrega de material informativo - Compromiso de colaboración establecido.

• Autocuidado de los equipos de salud.	✓ Equipos sectoriales (primer año)	Dirección y equipo de autocuidado	100%	100%	100%	100% de los integrantes de los equipos de cabecera cuentan con proceso de autocuidado específico	Número de funcionarios capacitados/ total de funcionarios en los EC x100	– Lista de asistencia – Registro fotográfico sicólogo laboral 12 tardes al año (42 hrs)
	✓ Equipo Sicosocial y coordinadora medica	Dirección y equipo de autocuidado	100%	100%	100%	100% de los integrantes de los equipos sicosocial y coord. Medica, cuentan con proceso de autocuidado específico	Número de funcionarios capacitados/ total de funcionarios en los equipo sicosocial y coord. medica x100	– Lista de asistencia – Registro fotográfico
	✓ Equipo administrativo (SOME, OIRS, Dirección secretaria, equipo gestor, coordinación de urgencia y subrogante, selector de demanda y jefes de turno urgencia)	Dirección y equipo de autocuidado	100%	100%	100%	100% de los integrantes de los equipos sicosocial y coord. Medica, cuentan con proceso de autocuidado específico	Número de funcionarios capacitados/ total de funcionarios administrativos x100	– Lista de asistencia – Registro fotográfico

Asistencialidad

OBJETIVO ESTRATEGICO

- Reducir la morbilidad, discapacidad y mortalidad prematura por afecciones crónicas no transmisibles, trastornos mentales y violencia.

ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	IMPLEMENTACIÓN			META	INDICADOR	VERIFICADORES
			Año 1	Año 2	Año 3			
Consolidar enfoque de riesgo con mirada de salud familiar y comunitaria, en programa de salud CV	Contratación de recursos: 22 hrs Nta, 11 hrs medico, 22 terapeuta ocupacional (3año año), tecnólogo medico 22 hrs, tens 22 hrs (para laboratorio)	Corporación y Dirección	100%			Recurso humano contratado según priorización.	Hrs recurso humano contratadas/ hrs recurso humano planificadas x 100	Contrato de trabajo Primer año: nta 22 hrs, medico 11 hrs, tecnólogo 22 hrs, tens 22 hrs Segundo año: tecnólogo 44 hrs Tercer año: 22 hrs de terapeuta
	Protocolo diferenciado de atención, según riesgo CV con enfoque de Salud Familiar y comunitario (talleres grupales, actividad física, grupos de autoayuda)	Encargada de Programa del Adulto	100%			Aplicación de Protocolo de atención diferenciado, al 100% de la población bajo control del Programa CV al tercer año.	N° de usuarios con protocolo aplicado/ n° total de usuarios CV x 100	- Protocolo aplicado. - Registro en ficha clínica y/o tarjetón CV.
Consolidar enfoque de riesgo con mirada de salud familiar y comunitaria, en programa de salud	Contratación de recursos: 44 sicóloga; 44 asistente social, 11 hrs medico, 22 hrs	Corporación y Dirección	100%			Recurso humano contratado según priorización.	Hrs recurso humano contratadas/ hrs recurso humano planificadas x 100	Contrato de trabajo Primer año: sicóloga 44 hrs, asistente 44 hrs, medico 11 hrs

Mental	terapeuta.							Tercer año terapeuta: 22 hrs
	Protocolo diferenciado de atención, según clasificación de riesgo SM, con enfoque de Salud Familiar y comunitario (talleres grupales, grupos de autoayuda)	Encargada programa Salud Mental	100%			Aplicación de Protocolo de atención diferenciado, al 100% de la población bajo control del Programa SM al tercer año.	N° de usuarios con protocolo aplicado/ n° total de usuarios SM x 100	- Protocolo aplicado. - Registro en ficha clínica y/o tarjetón SM.

OBJETIVO ESTRATEGICO

- Potenciar la auto valencia y cuidados del adulto mayor con enfoque de riesgo bio psico social para dar soluciones pertinentes e integrales .

ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	IMPLEMENTACIÓN			META	INDICADOR	VERIFICADORES
			Año 1	Año 2	Año 3			
Espacio amigable de atención al adulto mayor	Asignación Recurso físico (ex Cesfam provisorio)	Consejo consultivo comunal		100%		Cesfam provisorio, asignado a salud	Cesfam Asignado a Salud	-Acta de sucesión del espacio para trabajo en salud Destinar a salud CESFAM provisorio
	Recurso humano (profesor de educación física)	Corporación	100%			Contratación de hrs profesional.	Hrs disponibles/hrs planificadas x 100	Contrato de trabajo Contemplado anteriormente (hrs profe educación física)
	Hogar de Día	Equipos sectoriales. Encargado de participación y Voluntariados		50%	100%	Hogar de día funcionando al tercer año	Hogar de día funcionando	- Agenda de profesionales. - Actividades de promoción prevención - Registro fotográfico

								- Ficha clínica - Destinar a salud CESFAM provisorio - Contemplado anteriormente (hrs profesora física)
Potenciar el programa de Salud del Adulto Mayor.	Encargada/o de programa adulto mayor (diferenciado del programa adulto)	Dirección Corporación	100%			Contar con encargado de programa AM diferenciado del Programa del Adulto	Hrs de coordinación programa/ hrs planificadas x 100	- Resolución interna de jefatura - Asignación de responsabilidades
	Utilización de Plazas de Pago para actividades de promoción y prevención.	Encargado de Programa AM	50%	70%	100%	100% Plazas de pago utilizadas para actividades de promoción y prevención.	Plazas de pago utilizadas/ total de plazas de pago de la comuna x 100	- Registro fotográfico
	Protocolo de atención diferenciado de acuerdo al riesgo sicosocial y medico del adulto mayor.	Encargado del programa AM	100%			Aplicación de Protocolo de atención diferenciado, al 100% de la población bajo control del Programa AM al tercer año.	N° de usuarios con protocolo aplicado/ n° total de usuarios AM x 100	- Protocolo aplicado. - Registro en ficha clínica y/o tarjetón SM.
	Aumentar la cobertura de	Encargado del programa AM	45%	55%	65%	65% de cobertura de	N° usuarios AM con EMPAM/ total de AM de la comuna x	- Ficha clínica - Tarjetón AM

	EMPAM					EMPAM al tercer año	100	
OBJETIVO ESTRATEGICO								
Otorgar atención domiciliaria integral en la comuna, con énfasis en la población adulta mayor, dependientes y de cuidados paliativos.								
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	IMPLEMENTACIÓN			META	INDICADOR	VERIFICADORES
			Año 1	Año 2	Año 3			
Consolidación del programa de atención domiciliaria integral de la comuna de Dalcahue.	Recurso humano 44 enfermera hrs, tens 22 hrs	Corporación		100%		Recurso humano contratado según priorización	Hrs de profesional contratadas/ Hrs profesional planificadas x 100	-Contrato de trabajo Segundo año 44 hrs enfermera, 22 hrs TENS
	Adquisición de vehículo 4x4	Corporación		100%		Vehículo funcional al segundo año	Vehículo adquirido	- Registro fotográfico - Acta de compra. Segundo año: adquisición vehículo
	Protocolo de atención diferenciada según riesgo biopsicosocial.	Encargado atención domiciliaria	100%			Aplicación de Protocolo de atención diferenciado, al 100% de la población de atención domiciliaria al tercer año.	N° de usuarios con protocolo aplicado/ n° total de usuarios atención domiciliaria x 100	- Protocolo aplicado. - Registro en ficha clínica y/o tarjetón SM.
	Adquisición de Insumos para tratamiento UPP	Corporación. Encargado atención domiciliaria	100%	100%	100%	Stock de insumos específicos para PADI	Material adquirido/ material solicitado x 100	- Acta de compra - Registro en ficha clínica de su utilización

OBJETIVO ESTRATEGICO

- Consolidar el área de rehabilitación integral con una mirada de salud familiar y comunitaria

ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	IMPLEMENTACIÓN			META	INDICADOR	VERIFICADORES
			Año 1	Año 2	Año 3			
Implementar sala de rehabilitación con base comunitaria	Gestión ante el SSCh	Equipo Gestor Corporación	100%			Sala de rehabilitación implementada	Sala de estimulación equipada/ por sala solicitada x 100	-Acta de entrega de sala de rehabilitación con base comunitaria

OBJETIVO ESTRATEGICO

- Mejorar la calidad de las prestaciones del servicio de urgencia rural .

ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	IMPLEMENTACIÓN			META	INDICADOR	VERIFICADORES
			Año 1	Año 2	Año 3			
Fortalecer aspectos relevantes de jefatura de servicio.	Integrar Residencia de médico de urgencia, dentro del CESFAM.	Corporación y dirección	100%			Médico residente en SUR	Residencia establecida en CESFAM	- Registro fotográfico del espacio físico. Equipar residencia medico - Modificación de contratos
	Designar como jefe de turno al profesional médico	Corporación y dirección	100%			Asignación de responsabilidad a médicos turnantes.	Medico de turno con cargo de jefatura .	- Registro fotográfico de nombre jefe de turno en puerta SUR - Actas de reuniones mensuales de urgencia : Medicos turnantes , Direccion y Coordinador de SUR. Modificación o anexo de contrato

OBJETIVO ESTRATEGICO

- Consolidar programa del adolescente, con una mirada multidisciplinaria y anticipatoria.

ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	IMPLEMENTACIÓN			META	INDICADOR	VERIFICADORES
			Año 1	Año 2	Año 3			
Potenciar Espacio de atención amigable del adolescente	Planta física (ex Cesfam provisorio)	Corporación y consejo consultivo		100%		Espacio amigable establecido en la comuna	Espacio físico funcionando	-Acta de entrega Registro fotográfico
	Recurso humano 22 hrs matrona y 22 hrs TENS (atención diferida)	Corporación		100%		Equipo adolescente funcionando al segundo año	Equipo contratado/equipo planificado x 100	- Contrato Segundo año: 22 hrs matrona y 22 tens

OBJETIVO ESTRATEGICO

- Mejorar la calidad de vida de la mujer peri menopáusica, con enfoque de riesgo y anticipatorio.

ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	IMPLEMENTACIÓN			META	INDICADOR	VERIFICADORES
			Año 1	Año 2	Año 3			
Implementación paulatina del programa de Climaterio.	Diseño y aplicación de protocolo diferenciado de atención	Encargada del Programa de la Mujer	100%			Aplicación de protocolo diferenciado al 50% de la población bajo control.	N° de protocolos aplicados/ n° de usuarias bajo control x100	- Protocolo diseñado - Ficha clínica y/o tarjetón de salud de la MUJER
	Aporte financiero para Exámenes especialidad (ECO TV, Mediciones hormonales; Mx	Corporación	10%	20%	30%	Aporte financiero establecido y mantenido en el tiempo	Aporte establecido en el financiamiento anual.	- Ingreso en el presupuesto anual de CESFAM Total de mujeres entre 45 y 64 años 768

	TRH)							Primer año: 77 mujeres (1.925.000) Segundo año: 153 (3,825.000) Tercer año: 230 (5.750.000) Valor estimado por persona : 25.000
--	------	--	--	--	--	--	--	--

Calidad de la atención .								
OBJETIVO ESTRATEGICO								
Lograr la acreditación de Calidad de la red de Salud Comunal de Dalcahue.								
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	IMPLEMENTACIÓN			META	INDICADOR	VERIFICADORES
			Año 1	Año 2	Año 3			
Regularizar los procesos administrativos y clínicos	Contratación de consultora	Corporación	100%			Procesos regularizados. Documento impreso	Asesoría para acreditación de calidad realizada.	Certificado de Capacitación y/o acompañamiento del EG Contratación de consultora. Reemplazos de integrantes de Equipo Gestor.
	Destinación del equipo gestor (2 meses), con tutores externos.	Corporación y Dirección	100%					
	Diseño de Reglamento de funcionamiento interno, con apoyo de abogado (ley de derechos y deberes	Corporación y dirección	100%			Reglamento diseñado	Diseño y aplicación de documento de normalización interna.	Documento escrito Contratación horas de Abogado

	del usuario)							
Regularizar infraestructura Posta Quetalco	Presentación de proyecto de reposición de la Posta .	Municipalidad de Dalcahue	100%		100%	Reposición de la Posta de Quetalco	Proyecto presentado Posta repuesta	Primer año : proyecto presentado Tercer año : Posta acreditada en calidad

OBJETIVO ESTRATEGICO

- Prestar atención continua en Cesfam Dalcahue , ampliando horario diurno hasta las 20:00 hrs.

ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	IMPLEMENTACIÓN			META	INDICADOR	VERIFICADORES
			Año 1	Año 2	Año 3			
Regularización del horario laboral del personal.	Revisión de contratos.	Corporación y Dirección.	100%			100% contratos revisados	Contratos modificados	- contratos
	Presentar opciones de horario laboral. (3opciones)	Dirección.	100%			Opciones de horario presentado	Distribución de hrs realizadas	- Realizar propuesta de qué tipo de profesional puede atender en horario diferido
	Contratos de funcionarios nuevos, con horario diferido (11:00 – 20:00)	Corporación Dirección.	100%			Contrataciones nuevas con horario diferido	Horario de contrato modificado.	Cumplimiento 100% IAAPS

OBJETIVO ESTRATEGICO

- Trabajar en condiciones óptimas de seguridad e higiene para usuarios internos y externos ante emergencias , desastres , actos delictuales y agresiones verbales y/o físicas.

ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	IMPLEMENTACIÓN			META	INDICADOR	VERIFICADORES
			Año 1	Año 2	Año 3			
	Rediseñar y Difundir plan de emergencia	Encargado de emergencia de	100%			Conocimiento cabal del plan de	-Simulacros de emergencia exitosos	Informe de Encargado de Emergencias

Fortalecer desde el área salud, el comité de emergencia de la comuna.	de salud.	salud				emergencia del Cesfam por la totalidad de los funcionarios.	-Enfrentamiento efectivo de emergencias y desastres	
	Plan de simulacro de emergencia trimestral.	Encargado de emergencia de salud	100%			Conocimiento cabal del plan de emergencia del Cesfam por la totalidad de los funcionarios.	-Simulacros de emergencia exitosos -Enfrentamiento efectivo de emergencias y desastres	Informe de Encargado de Emergencias
	Participación activa en el comité de emergencia comunal.	Encargado de emergencia de salud	100%			Plan de emergencia comunal activo y efectivo.	-Enfrentamiento efectivo de emergencias y desastres -Participación en reuniones comunales de emergencia	Informe de Encargado Comunal de Emergencias
Otorgar seguridad al usuario externo e interno del CESFAM Dalcahue	Contratación de empresa externa de seguridad.	Corporación	100%			Seguridad implementada al primer año	- Disminución de actos delictuales y agresiones - Mejora de la percepción del ambiente laboral.	- Estadísticas - Aplicación de encuestas de satisfacción.
	Externalización o modificación del horario de personal de aseo.	Corporación		100%		Externalización del personal de aseo.	- Mejora de la percepción funcionaria y usuaria.	-Pautas de cotejo aplicadas por encargada de servicio de aseo. - Aplicación de encuestas de satisfaccion

OBJETIVO ESTRATEGICO

- Fortalecer la gestión de procesos en los programas de salud y áreas clínico administrativas del CESFAM Dalcahue

ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	IMPLEMENTACIÓN	META	INDICADOR	VERIFICADORES
-------------	-------------	-------------	----------------	------	-----------	---------------

			Año 1	Año 2	Año 3			
Mejora y evaluación continúa de los procesos clínicos y administrativos de los programas de salud y áreas clínico administrativas.	Diseño de auditorías por programas de salud y servicios.	Encargado de programa y servicios	100%	100%	100%	Procesos clínicos y administrativos revisados y mejorados periódicamente	- Mejora cobertura de programas - Mejora compensación de patologías crónicas - Mejora resolutiveidad - Mejora satisfacción usuaria	- Informes de gestión de los programas y servicios - Porcentaje de derivación (interconsultas) igual o menor al 10% - Encuestas a usuarios por sobre el 80% de aprobación. - Cumplimiento óptimo de metas sanitarias e IAAPS en términos de cobertura y compensación de patología crónica.
	Aplicación de auditorías por programas de salud y servicios en forma trimestral	Encargado de programa y servicios	100%	100%	100%	Procesos clínicos y administrativos revisados y mejorados periódicamente	- Mejora cobertura de programas - Mejora compensación de patologías crónicas - Mejora resolutiveidad - Mejora satisfacción usuaria	- Informes de gestión de los programas y servicios - Porcentaje de derivación (interconsultas) igual o menor al 10% - Encuestas a usuarios por sobre el 80% de aprobación. Cumplimiento óptimo de metas sanitarias e IAAPS en términos de cobertura y compensación de patología crónica.

	Reestructuración de procesos clínicos y/o administrativos, según corresponda.	Encargado de programa y servicios	100%	100%	100%	Procesos clínicos y administrativos revisados y mejorados periódicamente	- Mejora cobertura de programas - Mejora compensación de patologías crónicas - Mejora resolutiveidad - Mejora satisfacción usuaria	- Informes de gestión de los programas y servicios - Porcentaje de derivación (interconsultas) igual o menor al 10% - Encuestas a usuarios por sobre el 80% de aprobación. Cumplimiento óptimo de metas sanitarias e IAAPS en términos de cobertura y compensación de patología crónica.
--	---	-----------------------------------	------	------	------	--	---	---

OBJETIVO ESTRATEGICO								
• Mejorar la percepción del trabajo del equipo de salud ante la comunidad y autoridades de la comuna.								
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	IMPLEMENTACIÓN			META	INDICADOR	VERIFICADORES
			Año 1	Año 2	Año 3			
Instalar actividades de marketing , publicidad y medición de satisfacción usuaria en el área de salud	Contratación de referente externo para encuesta de satisfacción usuaria, semestral.	Corporación	100%	100%	100%	Mejorar la percepción del trabajo en salud	Satisfacción usuaria de un 80%	Empresa externa que mida satisfacción usuaria (semestral)
	Lanzamiento de boletín informativo,	Encargado Participación comunitaria	100%			Posicionar el boletín del Cesfam como un	Evaluación del conocimiento y validacion del boletín del Cesfam por parte de la	Impresión de 2000 ejemplares del boletín

	bimensual.					medio valido de comunicación en la comunidad.	comunidad , incluyendo esta pregunta en encuesta de satisfacción usuaria.	(bimensual)
	Contratación de publicista de apoyo, 22 hrs	corporación	100%			Instalar dentro de las prestaciones del Cesfam las actividades de marketing y publicidad	Estadística interna y en REM	22 hrs de publicista: primer año

Salud Rural

OBJETIVO ESTRATEGICO

- Consolidar el modelo de atención de salud familiar con enfoque comunitario, en el área rural de la comuna de Dalcahue.

ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	IMPLEMENTACIÓN			META	INDICADOR	VERIFICADORES
			Año 1	Año 2	Año 3			
Potenciar la coordinación del área de salud rural.	Redistribución de hrs trabajo administrativo en la coordinación	Coordinadora Rural	100%			Mejorar la oportunidad de atención de los usuarios y la participación comunitaria.	- Disminución de reclamos por atención no oportuna o incumplimiento de compromisos con los usuarios y/o comunidad.	- Estadística de reclamos.
	Solicitar 22 hrs de apoyo profesional a la coordinación.	Dirección Corporación		100%		Mejorar la oportunidad de atención de los usuarios y la participación comunitaria.	- Disminución de reclamos por atención no oportuna o incumplimiento de compromisos con los usuarios y/o comunidad. - Aumento de cobertura y	- Estadística de reclamos. - REM (registro estadístico mensual) -Informe de gestión.. Segundo año: 22 hrs profesional categoría

							prestaciones.	B
Potenciar las ESR, en relación a infraestructura y trabajo comunitario	Mejorar infraestructura y equipamiento en ESR	Corporación	Tocoihue	Tenaún	San Juan	Mejorar la oportunidad de atención de los usuarios y la participación comunitaria.	- Disminución de reclamos por atención no oportuna o incumplimiento de compromisos con los usuarios y/o comunidad. - Aumento de cobertura y prestaciones.	2 millones por año
	Generar un espacio de encuentros bimensuales entre comunidad, salud y otras entidades, en relación a temas de salud social. (Operativos, diálogos ciudadanos, etc.)	Encargado de Participación. Dirección. Coordinadora Rural.	100%	100%	100%	Mejorar la percepción del trabajo en salud a través de la entrega de información directa.	- Satisfacción usuaria de un 80%	- registros fotográficos - listas de asistencia - Inclusión de la actividad en cuenta publica.
Fortalecer posta de Mocopulli, en relación a recurso humano	Contratación 44 hrs de TENS	Corporación				Mejorar la oportunidad de atención de los usuarios y la participación comunitaria.	- Disminución de reclamos por atención no oportuna o incumplimiento de compromisos con los usuarios y/o comunidad. - Aumento de cobertura y prestaciones.	- Estadística reclamos - REM Primer año: 44 hrs tens
Ampliar la cobertura psicosocial en el sector rural con enfoque de riesgo.	Distribución equitativa de horas psicosociales, respecto del sector urbano.	Dirección, Corporación. Coordinaciones de Sector	100%			Atención integral de los usuarios que lo ameriten.	- Disminución de reclamos por atención no oportuna o incumplimiento de compromisos con los usuarios y/o comunidad	- Estadística reclamos - REM

							en el ámbito psico social. - Aumento de cobertura y prestaciones.	
--	--	--	--	--	--	--	--	--

PERTINENCIA CULTURAL								
OBJETIVO ESTRATEGICO								
Fomentar la pertinencia cultural en el modelo de salud familiar y comunitario.								
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	IMPLEMENTACIÓN			META	INDICADOR	VERIFICADORES
			Año 1	Año 2	Año 3			
Integrar prestaciones de medicina tradicional a la canasta de prestaciones del Cefam y Postas en un entorno pertinente.	Contactar a la red de sanadoras tradicionales de la comuna	Dirección CESFAM DALCAHUE Encargada de participación	100%			Realización de jornada de trabajo	Jornada programada/jornada realizada x100	-Registro fotográfico -Acta y lista de asistencia
	Realizar propuesta de trabajo conjunta	- Dirección CESFAM DALCAHUE - Encargada de participación - Coordinadoras de sectores urbano , rural y Médica.	100%			Propuesta de trabajo conjunto realizada	Propuesta programada/propuesta realizadax100	- Documento con propuesta
	Solicitar asesoría a	- Dirección	100%			Asesoría	Asesoría solicitada/asesoría	-Registro fotográfico

	agrupaciones indígenas que trabajan en medicina tradicional en Castro y al Servicio de Salud Chiloé.	CESFAM DALCAHUE				solicitada	recibida x100	-Acta y lista de asistencia
	Presentar proyecto de tres fogones comunitarios , 2 para rural y uno para Cesfam.	- Dirección CESFAM DALCAHUE - Encargada de participación		100%		Prestaciones de medicina tradicional integradas a la red formal de salud comunal y entregadas en entorno pertinente (fogón comunitario)	- Aumento de cobertura y prestaciones. Aumento de satisfacción usuaria	- Estadísticas de las atenciones - Encuesta de satisfacción usuaria
Incorporar elementos y/o materiales de la cultura chilota en señalética y decoración de Cesfam provisorio y definitivo.	Medan de artilugios chilotes	- Dirección CESFAM DALCAHUE - Encargada de participación	50%	75%	100%			

Recurso Requerido	Primer Año	Segundo Año	Tercer Año	Valorización
Capacitación Básica Salud Familiar (15 funcionarios x 16 horas)	X	X	X	
Capacitación Avanzada Salud Familiar (25 funcionarios x 40 horas)	X			
Intercambio Nacional de funcionarios a CESFAM de Nivel Superior (pasajes y estadías, por 2 semanas)	2 funcionarios	4funcionarios	4funcionarios	
44 hrs profe Educación Física	X			

Coffe, almuerzo y arriendo de local para jornada de evaluación Consejo consultivo, 1 día para 30 personas	X	X	X	
Coffe, almuerzo y arriendo de local para encuentro de comités de salud rural, 1 día para 40 personas	X	X	X	
Feria Saludable	X	X	X	\$500.000 al año
Línea telefónica espacio amigable		X	X	
Dispensador de condones	X			\$ 150.000 aprox.
Folletería y pendones en el	X	X	X	\$1.000.000 al año

comercio

Autocuidado de
equipos de Salud
(42 hrs de psicólogo
laboral)

X

X

X

22 hrs Nutricionista
(apoyo programa
Adulto por fuero
gremial)

X

X

Según necesidad

44 hrs de medico

X

44 hrs Terapeuta
Ocupacional

22hrs

44 hrs Tecnólogo
medico

22 hrs

22 hrs

22 hrs TENS
Laboratorio

X

44 hrs Psicóloga

X

44 hrs Asistente Social

Asignación de Responsabilidad Programa Adulto Mayor

44 hrs Enfermera PADI

22 hrs TENS de PADI

Vehículo PADI 4x4

Equipar Residencia Urgencia, para permanencia de medico de turno en CESFAM

22 TENS programa Adolescente (espacio amigable)

X

X

X

X

X

X

X

X

X

22 hrs Matrona
(espacio amigable)

Aporte financiero
Programa Climaterio

Contratación
Consultora para
proceso de
acreditación de
calidad o
contratación de
tutoría para equipo
gestor,
contemplando
reemplazo de este
(7 profesionales
categoría B por 2
meses)

Contratación de hrs
de abogado para
asesoría en

X

\$1.925.000 aprox. \$3.825.000 aprox. \$5.750.000 aprox.

X

X

elaboración de reglamento interno de Ley Derechos y Deberes del usuario

Contratación de servicio externo de Seguridad

Externalización Aseo

Contratación de empresa externa para Medición de Satisfacción Usuaría, semestral.

Impresión de 2.000 boletines informativo

Contratación de 22 hrs de publicista.

X	X	X	
		X	
X	X	X	
X	X	X	
	X		

22 hrs Profesional
categoría B apoyo
coordinación Rural

Mejoramiento de
infraestructura y
equipamiento de
ESR

44 hrs TENS posta
Mocopulli

X

\$2.000.000

\$2.000.000

\$2.000.000

X

ANEXO Nº12: Plan anual de capacitación CESFAM Dalcahue, aun no sancionado.

PROGRAMA ANUAL DE CAPACITACION 2014-2015 COMUNA DE DALCAHUE

LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS	ACTIVIDADES DE CAPACITACION	OBJETIVOS EDUCATIVOS	NUMERO DE PARTICIPANTES POR CATEGORIA							NUMERO DE HORAS PEDAGOGICAS	FINANCIAMIENTO			
			A (Médicos, Odont, QF,etc.)	B (Otros Profesionales)	C (Técnicos Nivel Superior)	D (Técnicos de Salud)	E (Administrativos Salud)	F (Auxiliares servicios Salud)	TOTAL		ITEM CAPACITACION	FONDOS MUNICIPALES	OTROS FONDOS	TOTAL PRESUPUESTO ESTIMADO
1. Fortalecer el modelo de atención en salud, junto con los valores y principios que los sustentan	Relaciones Interpersonales, Comunicación Efectiva y Trabajo en Equipo	Dotar de habilidades al equipo de salud para el manejo adecuado de los conflictos	8	25	24	8	12	10	87	16			Código Sence	800.000
	Capacitación Básica Salud Familiar	Establecer técnicas de autocuidado y manejo de stress laboral, a los equipos de salud, con el fin de mejorar el trabajo interno, relaciones personales y entregar una atención de calidad a los usuarios.	2	2	6		1	2	13	8			Incentivo CESFAM	0
	Visita Domiciliaria Integral	Unificar criterios de manejo y fomento de Lactancia Materna en el equipo, que contribuya al aumento de este indicador en la población beneficiaria.	3	14	12		3		32	8			Local	600.000
	Educación para la Salud	Mejorar capacidades en las técnicas educativas empleadas por los equipos de salud, para la entrega de información a la comunidad de Dalcahue.	8	25	24	8	12	10	87	8			Local	1.800.000
2. Asistencialidad	Actualización en el abordaje de patologías cardiovascular con enfoque de riesgo	Establecer Protocolos diferenciados de atención según enfoque de riesgo cardiovascular para la población de Dalcahue.	4	7	2				13	16	200.000		local	300.000
	Actualización en el abordaje de patologías en Salud	Establecer Protocolos diferenciados de atención según riesgo Psicospacial para la	2	15					17	16			local	300.000

[illegible]

ANEXO N°13: Plan de acción año 2015.

Plan de Acción en Salud 2015

PROPUESTA DE PLAN DE ACCION AÑO 2015							
	PROBLEMA PRIORIZADO	OBJETIVOS	METAS	INDICADORES	ACTIVIDADES	RRHH	MONITOREO EVALUACION
1	Desconocimiento de usuarios y usuarias sobre la Ley derechos y deberes en salud	Fomentar instancias de información a usuarios sobre Ley derechos y deberes en salud	Derechos y deberes en salud conocidos por la generalidad de los usuari@s	N° de capsulas radiales elaboradas y difundidas, carta difundida en pagina web de la Municipalidad, Corporación Municipal, Establecimientos de salud con póster informativos, número de trípticos distribuidos.	Publicación carta derechos y deberes en pagina web, elaboración y difusión capsulas radiales, elaboración y distribución de trípticos informativos, Elaboración y publicación de póster informativos en establecimientos de APS	Equipo de Sectores.	Monitoreo de indicadores, en marzo, junio, septiembre y diciembre del año 2015 Evaluación Indicadores.
2	Mejorar los procesos de regularización técnico sanitario y acreditación en salud de establecimientos de APS.	Regularizar los establecimientos de la Red de APS comunal de acuerdo a las normas técnicas y sanitarias vigentes.	50% de los establecimientos regularizados.	N° de establecimientos auditados, numero de manuales distribuidos, N° de establecimientos regularizados.	Auditorias a establecimientos urbanos y rurales, Restructuración de establecimiento según norma, elaboración y distribución de manuales técnicos y	DESAM, CESFAM	Inspección semestral de establecimientos de la re de APS, Informe a autoridades correspondientes.

3	Lista de espera de atenciones de especialidad.	Disminuir la lista de espera de atenciones de especialidad	Aumentar en un 10% la resolución de atenciones de especialidad.	Nº de usuari@s en lista de espera. Nº de usuari@s con atenciones de especialidad resueltos.	Gestión de cupos de especialidad con .SS Chiloé. Gestión de operativos de atención de especialidad.	Dirección DESAM Dirección CESFAM CGLE	Evaluación de lista de espera en reuniones mensuales.
4	Lista de espera de exámenes de especialidad	Disminuir la Lista de espera de exámenes de especialidad	Aumentar en un 10% la resolución de exámenes de especialidad.	Nº de usuari@s en lista de espera. Nº de usuari@s con exámenes de especialidad resueltos.	Gestión de cupos de exámenes especialidad con SS. SS Chiloé. Gestión de operativos de exámenes de especialidad.	Dirección DESAM. CGLE.	Evaluación de lista de espera en reuniones mensuales.
5	Mejorar procesos de difusión de acciones de salud	Fomentar el desarrollo de estrategias de difusión de actividades, directrices e información en temas de salud hacia la comunidad	Establecer un plan de difusión formal para la Red de APS de Dalcahue.	Elaboración, ejecución y evaluación de plan anual de difusión de la red de APS de Dalcahue.	Nº de medios de comunicación masiva, incluidas en el plan. Nº de medios de comunicación con los cuales se ejecutaron acciones de difusión. Porcentaje de cumplimiento del Plan.	Equipos sectoriales Encargados de promoción y participación. Directivos.	Monitoreo mensual. Evaluación Indicadores.
6	Mejorar los procesos que aseguren la seguridad al usuario y Funcionarios.	Fomentar el desarrollo de estrategias que aseguren una adecuada seguridad a los usuarios como a los funcionarios	Establecer protocolos y plan de Prevención de Accidentes Laborales.	Elaboración, ejecución y evaluación de protocolos y plan de Prevención de Accidentes Laborales.	Instalación señaléticas, circuito cerrado de cámaras de vigilancia, iluminación de los establecimientos de la red.	Dirección, Desam. Dirección CESFAM. Comité Paritario.	Monitoreo cumplimiento actividades.

7	Desarrollo funcionario	Fomentar el desarrollo de la integralidad en las funciones. Fomentar el desarrollo de ambiente laboral grato. Fomentar instancias de auto cuidado. Fomentar la capacitación, a través	Rediseñar el plan de auto cuidado. Plan de desarrollo de la poli funcionalidad funcionaria, el desarrollo de la empatía y visión integral.	Elaboración, ejecución y evaluación de Plan de auto cuidado. Rotación de funciones de acuerdo a su competencia técnica, con el fin de desarrollar la polifuncionalidad y la integralidad en las funciones.	Porcentaje de cumplimiento de Plan de auto cuidado. Encuesta de satisfacción funcionaria.	Dirección Cefam, dirección DESAM.	Monitoreo semestral Evaluación Indicadores.
8	Elevado ausentismo laboral por licencias medicas.	Disminuir el ausentismo laboral por licencias médicas.	Elaborar y ejecutar plan de disminución de ausentismo laboral	Plan de disminución de ausentismo laboral. N° licencias medicas promedio por funcionario 2014 vs 2015.	Elaboración, ejecución, monitoreo y evaluación del plan.	Dirección DESAM; CEFAM	Evaluación trimestral
9	Mejorar los procesos de calidad en aspectos clínicos y administrativos en APS	Fomentar el desarrollo de procesos de calidad , con el fin de mejorar los aspectos clínicos y administrativos de la APS	Crear comité de calidad. Para validar los procesos clínicos y administrativos. Protocolizar todos los procesos clínicos y administrativos de APS.	Comité de calidad funcionando, con actas de reuniones planificación y evaluación de los procesos. N° de protocolos administrativos y clínicos.	Reuniones mensuales para validar protocolos y procesos de calidad.	Dirección DESAM, Dirección CEFAM. Equipo Gestor.	Monitoreo semestral
10	Incorporar la medicina intercultural o ancestral	Integrar la salud intercultural a la planificación local de salud	Elaborar y ejecutar plan de salud intercultural	Plan de actividades de salud intercultural	Elaboración, ejecución, monitoreo y evaluación del plan.	Dirección DESAM; CEFAM	Evaluación trimestral
11	Fortalecer de participación ciudadana en el auto cuidado	Fomentar la participación ciudadana en la identificación de problemas, planteamiento, ejecución y evaluación de estrategias en salud.	Participación activa del Consejo de desarrollo comunal en salud.	N° de reuniones con entidades civiles y comunitarias. N° de actividades planificadas, ejecutadas y evaluadas en conjunto.	Reuniones con entidades comunitarias. Actividades de promoción y prevención en salud de acuerdo a Plan de promoción comunal.	Encargada de Promoción y Participación comunitaria	Monitoreo mensual.