



Plan de Salud Comunal Dalcahue 2016



Dalcahue, Noviembre de 2016.

Contenido

1.	ANTECEDENTES GENERALES DE LA COMUNA.....	5
2.	ANTECEDENTES DEMOGRAFICOS	5
3.	ANTECEDENTES ECONOMICOS Y EMPLEO	8
4.	ANTECEDENTES EDUCACIONALES.....	11
4.1.	ESCOLARIDAD DE LA POBLACIÓN COMUNAL	12
5.	INDICADORES SOCIALES	14
6.	VIALIDAD	18
7.	TRANSPORTE Y TELECOMUNICACIONES	18
8.	SOCIEDAD CIVIL	19
9.	INDICADORES DE SALUD DE LA COMUNA.....	21
10.	CARACTERIZACIÓN DE LAS FAMILIAS DALCAHUINAS	29
10.1.	Población beneficiaria (inscrita validada):	29
10.2.	SECTOR AZUL.....	30
10.3.	SECTOR ROJO.....	32
10.4.	SECTOR RURAL	34
11.	LA RED ASISTENCIAL DE SALUD DE LA COMUNA DE DALCAHUE	37
11.1.	MISIÓN, VISIÓN Y VALORES CESFAM DALCAHUE	37
11.2.	SALUD FAMILIAR	38
11.3.	ESTABLECIMIENTOS DE LA RED.....	39
12.	RECURSOS FÍSICOS	39
12.1.	CENTRO DE SALUD FAMILIAR:.....	39
12.2.	POSTAS DE SALUD RURAL:	40
12.3.	ESTACIONES DE SALUD RURAL:.....	40
12.4.	MOVILIZACIÓN:	40
13.	RECURSOS HUMANOS.....	41
13.1.	DOTACIÓN:	41
13.2.	PROGRAMACIÓN EN RED:.....	42
14.	RECURSOS FINANCIEROS.....	42
14.1.	VIAS DE FINANCIAMIENTO	43
14.2.	PRESUPUESTO DEPARTAMENTO DE SALUD MUNICIPAL DALCAHUE AÑO 2016	45
15.	DESCRIPCIÓN DE LOS PROGRAMAS DE SALUD COMUNAL	48

15.1.	PROGRAMA DE SALUD INFANTIL:	48
15.1.1.	Sistema de protección Integral a la Infancia, Chile Crece Contigo.....	49
15.1.2.	Red Comunal Chile Crece Contigo.....	50
15.2.	PROGRAMA DE SALUD DEL ADULTO	50
15.2.1.	Programa de Salud Cardiovascular:	51
15.2.2.	Programa de Salud de la Mujer:.....	52
15.3.	PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR	53
15.4.	PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA DEL ADULTO MAYOR	54
15.5.	PROGRAMA SALUD ODONTOLÓGICO	55
15.6.	PROGRAMA DE SALUD DEL ADOLESCENTE	56
15.7.	Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC)	57
15.8.	PROGRAMAS IRA-ERA	58
15.9.	PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA INTEGRAL.....	59
15.10.	PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES (PAI)	61
16.	CARTERA DE SERVICIOS.....	62
16.1.	CARTERA SERVICIOS SEGÚN CICLO VITAL	62
16.2.	CARTERA DE SERVICIOS DE PROGRAMAS DE REFORZAMIENTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (PRAPS).....	63
17.	ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS.....	64
18.	PROMOCIÓN DE SALUD	65
19.	PARTICIPACIÓN DE LA COMUNIDAD.....	66
20.	DIAGNOSTICO DE SALUD.....	66
20.1.	DIAGNOSTICOS PARTICIPATIVOS 2015	66
20.2.	DIAGNOSTICO EQUIPO DE SALUD 2015	68
20.3.	METAS	69
	• ÍNDICE DE ACTIVIDAD DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (IAAPS):	69
	• METAS SANITARIAS:	71
20.4.	REQUERIMIENTOS JEFATURAS DE PROGRAMA	73
20.4.1.	PROGRAMA ERA.....	73
20.4.2.	SOME	73
20.4.3.	ESTERILIZACIÓN.....	73
20.4.4.	DENTAL.....	73

20.4.5.	PROGRAMA ADOLESCENTE	73
20.5.	MATRIZ DECISIONAL.....	75
21.	ESTRATEGÍA NACIONAL DE SALUD (ENS)	83
21.1.	METAS DE LA ENS.....	84
21.2.	OBJETIVOS ESTRATEGICOS DE LA ENS.....	84
10.	PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA.....	84
11.	PROGRAMA ANUAL DE CAPACITACIÓN (PAC)	85
12.	ANEXOS	87

1. 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

2. 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 Nº4: 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 Nº5: 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%
TOTAL REGION		616.682	712.039	785.169	15,50%	10,30%

Fuente; Censo 2012

3. 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 Nº10: 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)

4. 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 Tocoihue 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 Chinquihue, 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.

4.1.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.

5. INDICADORES SOCIALES

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 2011 y no hay situaciones de

hacinamiento crítico 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 Nº13: 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 Nº 14: 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 Nº15: 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 Nº16: HOGARES SEGÚN POBREZA CASEN 2003-2011

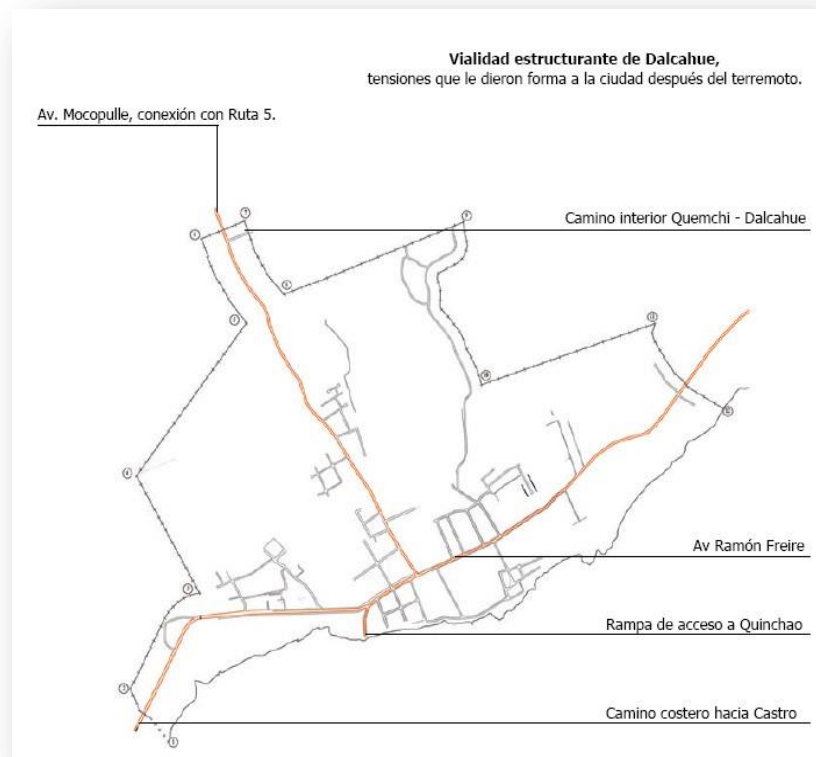
Pobreza en los Hogares	2003	2006	2009	2011	% según Territorio (2011)		
					Comuna	Región	País
Pobre Indigente	77	76	96	165	3,50	2,80	2,60
Pobre No Indigente	304	18	123	148	3,10	9,80	9,50
No Pobres	2.672	3.425	3.712	4.409	93,40	87,40	87,90
Total	3.053	3.519	3.931	4.722	100	100	100

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

6. 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



7. 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. En la actualidad la totalidad de atenciones clínicas en el CESFAM se registran en el sistema informático Rayen, usando el papel solo como respaldo en caso de cortes de energía prolongados. Existe un proyecto en etapa de diseño, para lograr instalar capacidad de internet en todas las postas de salud rural ya que a la fecha (septiembre de 2015) solo las postas de Mocopulli y Puchaurán cuentan con conectividad.

8. SOCIEDAD CIVIL

Tabla N°17: 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
41	82	29	41	11	4	28	10

Fuente: Municipalidad Dalcahue.

Tabla Nº 18: POBLACIÓN INSCRITA VALIDADA, COMUNA DE DALCAHUE PARA EL AÑO 2015, SEGÚN SEXO Y EDAD.

Inf	Sup	M	F	Total
-----	-----	0	0	
000-00	000-11	53	40	93
001-00	001-11	75	82	157
002-00	002-11	86	73	159
003-00	003-11	98	80	178
004-00	004-11	89	80	169
005-00	005-11	104	105	209
006-00	006-11	105	93	198
007-00	007-11	97	95	192
008-00	008-11	93	102	195
009-00	009-11	93	92	185
010-00	010-11	93	86	179
011-00	011-11	93	101	194
012-00	012-11	103	91	194
013-00	013-11	120	88	208
014-00	014-11	117	101	218
015-00	019-11	491	432	923
020-00	024-11	496	491	987
025-00	029-11	375	473	848
030-00	034-11	364	524	888
035-00	039-11	397	514	911
040-00	044-11	431	495	926
045-00	049-11	496	467	963
050-00	054-11	407	363	770
055-00	059-11	288	280	568
060-00	064-11	219	231	450
065-00	069-11	197	242	439
070-00	074-11	158	195	353
075-00	079-11	130	167	297
080-00	999-11	144	253	397
	Total	6012	6436	12448

Fuente: FONASA

9. INDICADORES DE SALUD DE LA COMUNA

Lamentable, las estadísticas e indicadores del Departamento de estadísticas e información en salud siguen sin actualizarse, contando con datos tan antiguos como el 2012, como base de cálculo estos nos permiten extrapolar una situación de salud ajustándonos a la población proyectada para 2015 y a los inscritos validados con su respectiva variación.

Se presentarán diversos indicadores y tasas de salud, ya que también deben ser considerados dentro de la planificación.

Tabla 19: Mortalidad* infantil y sus componentes, por Región y Comuna de residencia de la madre. Chile, 2012

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		1.812	7,4	1.307	5,4	1.034	4,2	505	2,1
De Los Lagos		94	8,3	74	6,5	60	5,3	20	1,8
	Castro	2	2,8	1	1,4	1	1,4	1	1,4
	Ancud	3	5,4	3	5,4	2	3,6	0	0,0
	Chonchi	1	5,8	0	0,0	0	0,0	1	5,8
	Curaco de Vélez	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Dalcahue	1	6,2	1	6,2	1	6,2	0	0,0
	Puqueldón	1	35,7	1	35,7	1	35,7	0	0,0
	Queilén	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Quellón	3	7,9	3	7,9	2	5,3	0	0,0
	Quemchi	1	10,9	1	10,9	0	0,0	0	0,0
	Quinchao	1	10,5	1	10,5	1	10,5	0	0,0

* Tasa por 1.000 nacidos vivos. Para Total País, región y comuna con 50 y más nacidos vivos registrados, con base en nacidos vivos corregidos; para comunas con menos de 50 nacidos vivos registrados, con base en nacidos vivos inscritos

Tabla 19. 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 Nº 20: Nº MORTALIDAD EN LA NIÑEZ POR GRUPO ETAREO

Mortalidad en la niñez según grupos de edad y sexo, por Región y Comuna de residencia. Chile, 2012

Región y comuna	1 a 4 años						5 a 9 años					
	Ambos sexos		Hombres		Mujeres		Ambos sexos		Hombres		Mujeres	
	Defunciones	Tasa*	Defunciones	Tasa*	Defunciones	Tasa*	Defunciones	Tasa*	Defunciones	Tasa*	Defunciones	Tasa*
Total País	296	29,6	162	31,8	134	27,3	177	14,3	100	15,8	77	12,6
De Los Lagos	18	35,3	8	30,8	10	39,9	9	14,0	7	21,4	2	6,4
Castro	2	58,5	1	57,7	1	59,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Ancud	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	64,8	2	128,6	0	0,0
Chonchi	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Curaco de Véléz	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Dalcahue	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Puqueldón	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Queilén	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Quellón	2	87,4	0	0,0	2	179,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Quemchi	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Quinchao	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	134,8	1	265,3	0	0,0

* Tasa por 100.000 habitantes de cada grupo de edad y sexo.

Tabla Nº 21: Nº 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 21. 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 Nº 22: Nº MORTALIDAD ADULTOS MAYORES POR EDAD Y SEXO

Mortalidad de los adultos mayores según grupos de edad y sexo, por Región y Comuna de residencia. Chile, 2012

Región y comuna		65 a 79 años						80 y más años					
		Ambos sexos		Hombres		Mujeres		Ambos sexos		Hombres		Mujeres	
		Defunciones	Tasa*	Defunciones	Tasa*	Defunciones	Tasa*	Defunciones	Tasa*	Defunciones	Tasa*	Defunciones	Tasa*
Total país		31.320	23,8	17.761	30,2	13.559	18,7	38.611	111,8	15.693	124,6	22.918	104,4
De Los Lagos		1.573	25,7	916	32,6	657	19,8	1.801	117,3	736	120,6	1.065	115,2
	Castro	90	23,8	49	26,0	41	21,6	103	88,5	44	76,7	59	100,0
	Ancud	81	22,5	42	25,4	39	20,1	102	118,9	41	119,5	61	118,4
	Chonchi	31	29,1	18	38,5	13	21,7	38	132,9	13	123,8	25	138,1
	Curaco de Vélez	11	29,3	10	58,1	1	4,9	9	70,3	3	66,7	6	72,3
	Dalcahue	21	20,4	11	22,3	10	18,6	26	83,6	7	55,6	19	102,7
	Puqueldón	11	29,6	7	49,6	4	17,3	9	71,4	4	114,3	5	54,9
	Queilén	12	28,5	8	40,2	4	18,0	23	171,6	7	129,6	16	200,0
	Quellón	31	21,4	21	28,5	10	14,0	35	115,1	18	147,5	17	93,4
	Quemchi	17	19,5	9	20,3	8	18,6	19	71,2	5	45,5	14	89,2
	Quinchao	20	26,6	13	38,2	7	16,9	30	133,9	8	97,6	22	154,9

* Tasa por 1.000 habitantes de cada grupo de edad y sexo.

Tabla 22. 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 23: MORTALIDAD GENERAL, ÍNDICE SWAROOP, AÑO 2011

Mortalidad General e Índice de Swaroop según sexo, por Región y Comuna de residencia. Chile, 2012

Región y comuna		Mortalidad General*						ÍNDICE DE SWAROOP**		
		Ambos Sexos		Hombre		Mujer				
		Defunciones	Tasa	Defunciones	Tasa	Defunciones	Tasa	Ambos Sexos	Hombre	Mujer
Total País		98.711	5,7	51.814	6,0	46.897	5,3	77,4%	72,0%	83,4%
De Los Lagos		5.050	5,9	2.792	6,4	2.258	5,4	73,5%	66,7%	81,8%
	Castro	288	5,3	158	5,8	130	4,8	71,9%	67,7%	76,9%
	Ancud	268	6,4	142	6,9	126	5,8	73,9%	66,2%	82,5%
	Chonchi	107	7,0	60	7,3	47	6,7	72,0%	58,3%	89,4%
	Curaco de Vélez	28	6,9	19	9,2	9	4,6	78,6%	73,7%	88,9%
	Dalcahue	67	4,2	32	3,8	35	4,6	77,6%	65,6%	88,6%
	Puqueldón	32	8,0	18	8,6	14	7,2	65,6%	61,1%	71,4%
	Queilén	45	8,5	21	7,4	24	9,8	88,9%	90,5%	87,5%
	Quellón	125	3,7	84	4,4	41	2,7	59,2%	51,2%	75,6%
	Quemchi	47	5,1	22	4,4	25	5,8	78,7%	68,2%	88,0%
	Quinchao	74	8.3	40	8.7	34	7.8	73.0%	60.0%	88.2%

* Por 1.000 habitantes

** Porcentaje de defunciones ocurridas en personas de 60 años y más. Reformulación del índice de Swaroop propuesta por Rodrigues de Paiva; Juliano; Ferreira Novo; Leser Revista. Salud Pública Vol.21 no.2, 1987

Tabla 23. 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 Nº 24: 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 24. 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 último fueron enfermedades cardiacas y cerebro vasculares, donde no existen diferencias significativas para ambos sectores.

**Tabla Nº 25: 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. cardiacas	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 muerte 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 Cardiacas. Cabe destacar que el total de muertes fue mayor en el año 2011 con 78, respecto al año 2012 con 59 defunciones.

Tabla N°26: 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 26 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 N°27: 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 27. 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.

10. CARACTERIZACIÓN DE LAS FAMILIAS DALCAHUINAS

10.1. Población beneficiaria (inscrita validada):

Tabla Nº 19: POBLACIÓN INSCRITA VALIDADA, COMUNA DE DALCAHUE PARA EL AÑO 2015, SEGÚN SEXO Y EDAD.

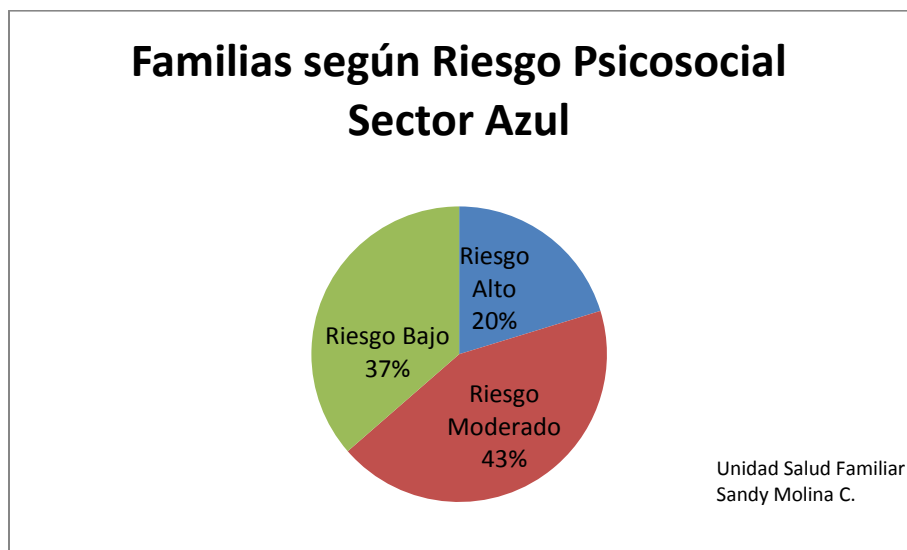
Inf	Sup	M	F	Total
-----	-----	0	0	
000-00	000-11	53	40	93
001-00	001-11	75	82	157
002-00	002-11	86	73	159
003-00	003-11	98	80	178
004-00	004-11	89	80	169
005-00	005-11	104	105	209
006-00	006-11	105	93	198
007-00	007-11	97	95	192
008-00	008-11	93	102	195
009-00	009-11	93	92	185
010-00	010-11	93	86	179
011-00	011-11	93	101	194
012-00	012-11	103	91	194
013-00	013-11	120	88	208
014-00	014-11	117	101	218
015-00	019-11	491	432	923
020-00	024-11	496	491	987
025-00	029-11	375	473	848
030-00	034-11	364	524	888
035-00	039-11	397	514	911
040-00	044-11	431	495	926
045-00	049-11	496	467	963
050-00	054-11	407	363	770
055-00	059-11	288	280	568
060-00	064-11	219	231	450
065-00	069-11	197	242	439
070-00	074-11	158	195	353
075-00	079-11	130	167	297
080-00	999-11	144	253	397
	Total	6012	6436	12448

Fuente: FONASA

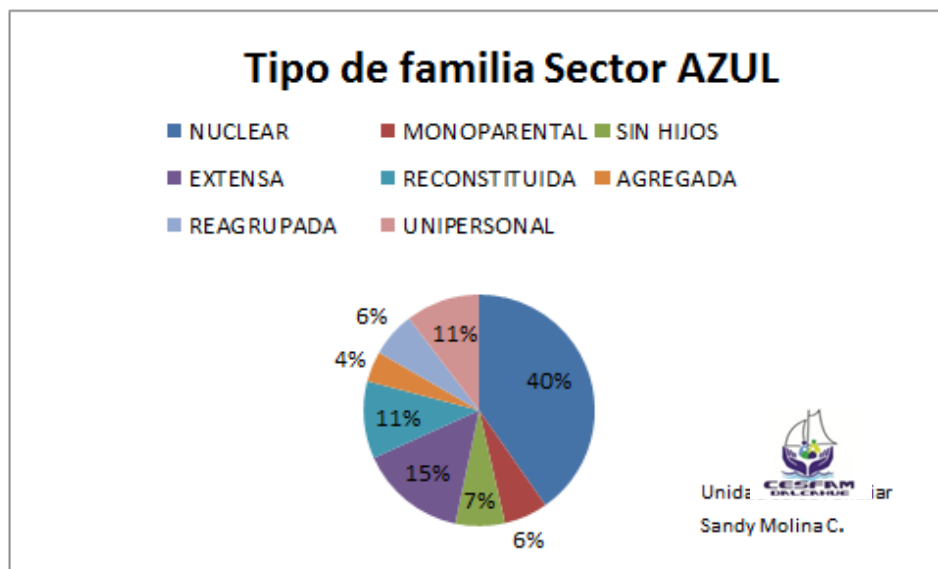
10.2. SECTOR AZUL

Sector Azul: Comprende desde el estero paralelo a la Avenida Mocopulli hasta el sector de Astilleros.

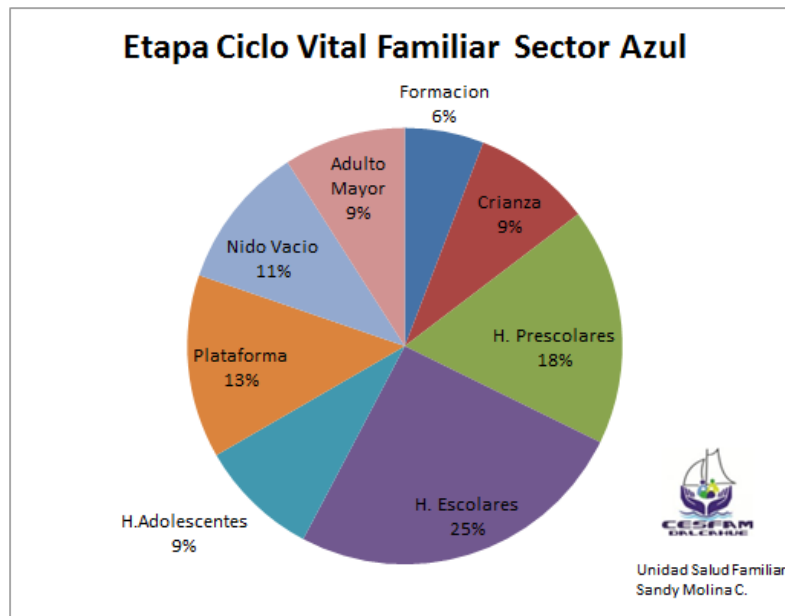
- Total Familias encuestadas sector Azul: 750



Riesgo Alto	152
Riesgo Moderado	325
Riesgo Bajo	273



NUCLEAR	302
MONOPARENTAL	46
SIN HIJOS	52
EXTENSA	112
RECONSTITUIDA	81
AGREGADA	32
REAGRUPADA	47
UNIPERSONAL	78

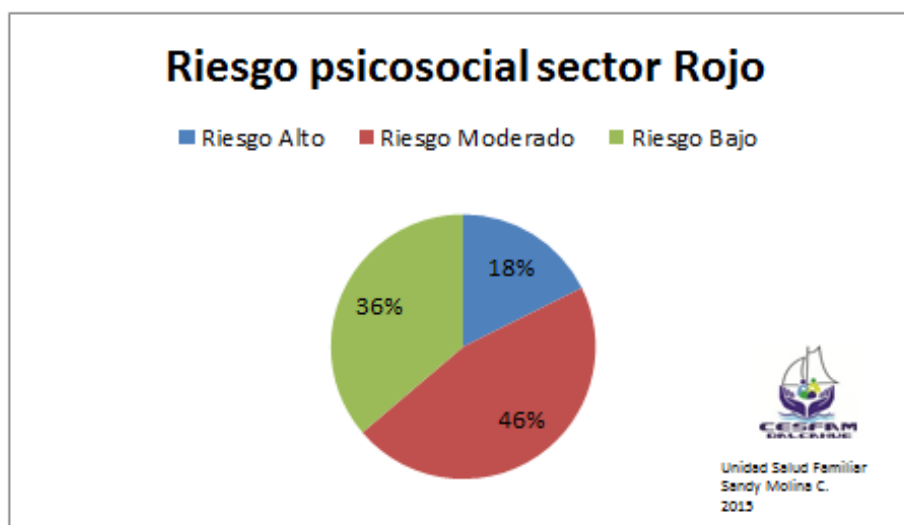


Formación	44
Crianza	66
H. Preescolares	132
H. Escolares	191
H Adolescentes	67
Plataforma	102
Nido Vacio	80
Adulto Mayor	68

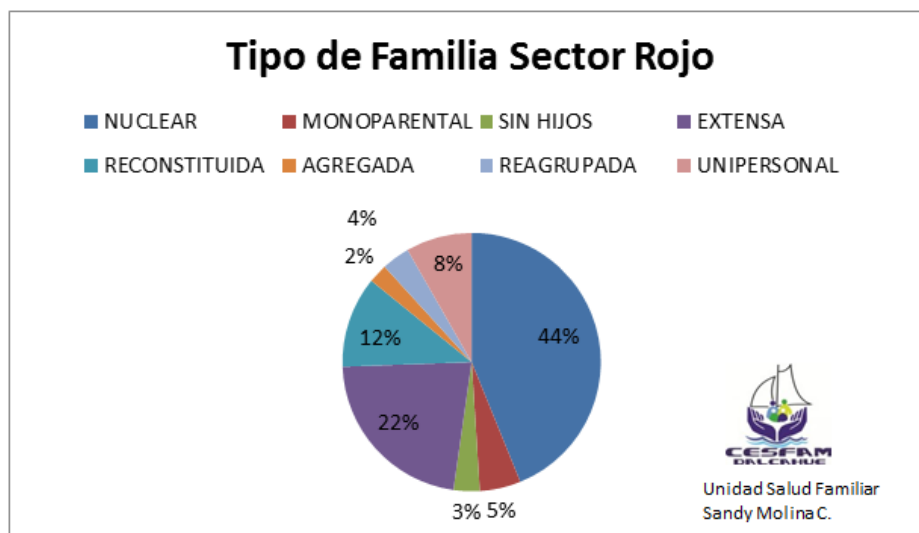
10.3. SECTOR ROJO

Sector Rojo: Comprende desde el estero paralelo a la Avenida Mocopulli hasta el sector de Tegel.

- Total Familias encuestadas sector Rojo: 798



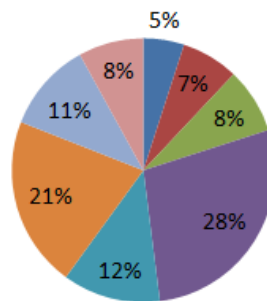
Riesgo Alto	141
Riesgo Moderado	368
Riesgo Bajo	289



NUCLEAR	350
MONOPARENTAL	41
SIN HIJOS	26
EXTENSA	177
RECONSTITUIDA	91
AGREGADA	19
REAGRUPADA	28
UNIPERSONAL	66

Etapa Ciclo Vital Familiar Sector Rojo

■ Formación ■ Crianza ■ H. Prescolares ■ H. Escolares
 ■ H. Adolescentes ■ Plataforma ■ Nido Vacío ■ Adulto Mayor



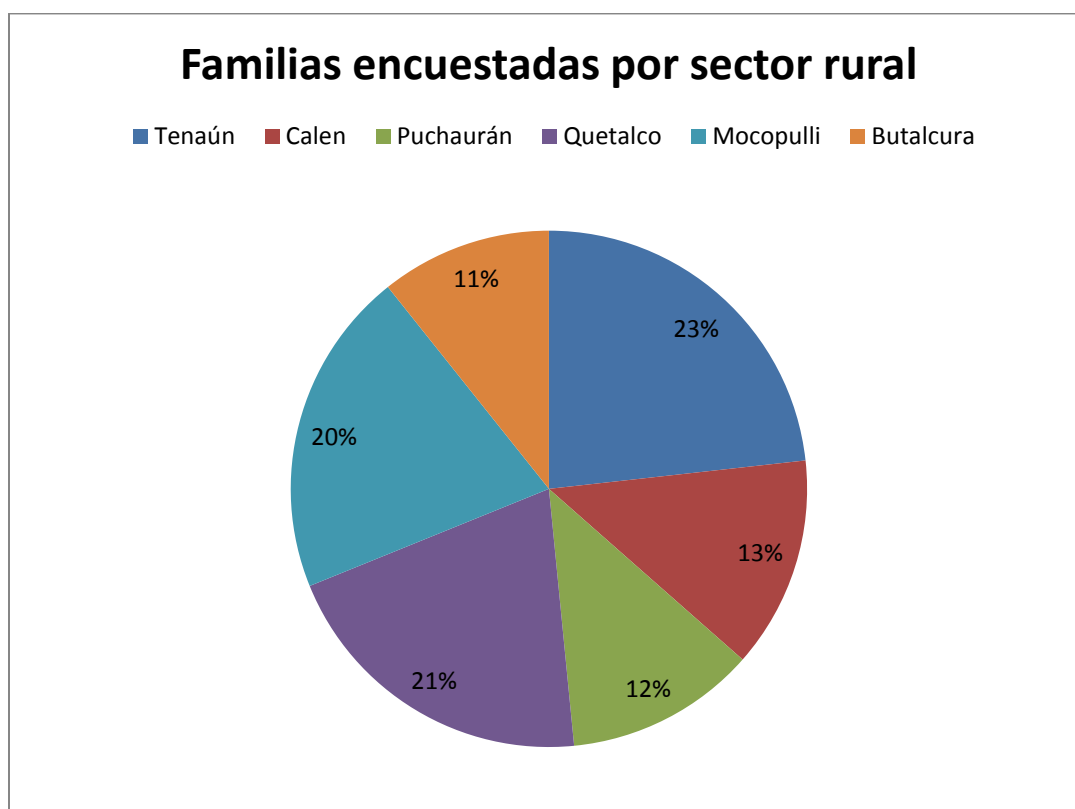

 Unidad Salud Familiar
 Sandy Molina C.

Formación	40
Crianza	56
H. Prescolares	64
H. Escolares	223
H. Adolescentes	96
Plataforma	167
Nido Vacío	88
Adulto Mayor	64

10.4. SECTOR RURAL

Sector Rural: Comprende territorio diferente a los dos sectores anteriores (resto de la comuna).

- Total Familias encuestadas sector Rural: 1381

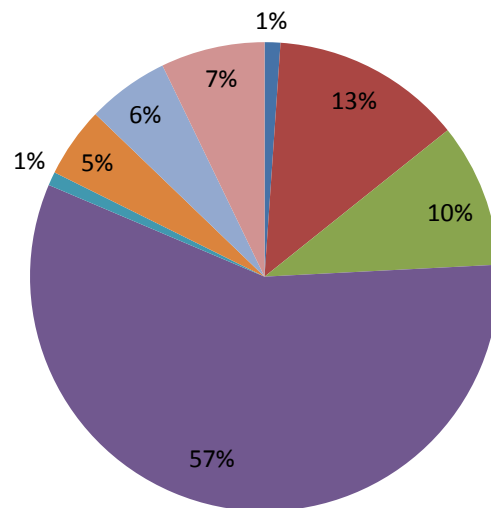


SECTOR	FAMILIAS
Tenaún	321
Calen	183
Puchaurán	165
Quetalco	282
Mocopulli	282
Butalcura	148
Total	1381

Fuente: Encuesta Salud Rural 2015

Tipo de familia en sector Rural

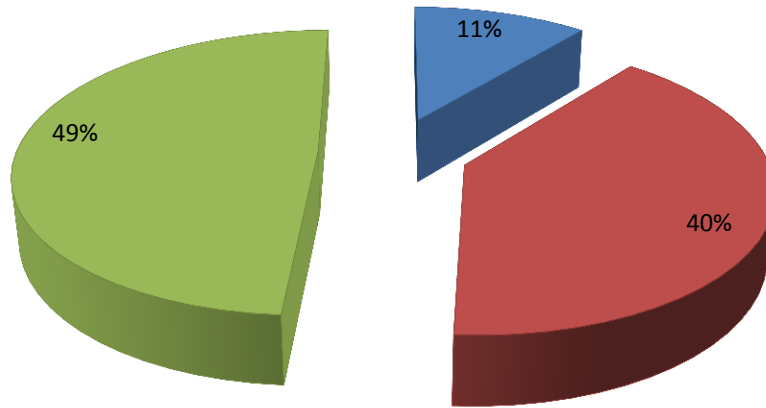
■ agregada ■ extensa ■ monoparental ■ nuclear
■ reagrupada ■ reconstituida ■ sin hijos ■ unipersonal



Tipo familia	RURAL
agregada	15
extensa	182
monoparental	137
nuclear	790
reagrupada	13
reconstituida	67
sin hijos	78
unipersonal	99
Total	1381

Familias de Sector Rural según riesgo

■ Riesgo Alto ■ Riesgo Moderado ■ Riesgo Bajo



Calificación	RURAL
Riesgo Alto	152
Riesgo Moderado	553
Riesgo Bajo	676
TOTAL	1.381

Se puede apreciar que la proporción de familias encuestadas con riesgo alto se encuentra dentro de lo esperable con los indicadores sociales que presenta la comuna, estas familias son intervenidas activamente por el equipo, desarrollando planes de intervención para poder abordar de mejor manera la resolución de las problemáticas que les aquejan.

Cabe destacar que en el sector rural la proporción de familias de alto riesgo es menor, llegando solo al 11% versus el promedio de 19% del sector urbano, esto puede obedecer a factores protectores de los diversos sectores rurales, factores que será necesario identificar y en lo posible replicar en el sector urbano.

11. 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.

11.1. MISIÓN, VISIÓN Y VALORES CESFAM DALCAHUE

MISION: “Somos un Red de Atención Primaria Comunal que trabaja en forma responsable, solidaria, entusiasta, con voluntad y comprometidos con la salud de la comunidad; entregando un servicio de calidad a nuestros usuarios de Dalcahue con un enfoque integral, familiar y comunitario, de manera equitativa y eficiente, en todas las etapas del ciclo vital”

VISION: “Soñamos con ser un Red de Atención Primaria Comunal, con atención de calidad, oportuna, e integral con Usuarios empoderados, participativos y responsables de su salud transformándonos en un centro de salud reconocido por la comunidad como un referente cercano y de confianza que entrega una labor humanizada y de compromiso con los usuarios y la familia. “

VALORES CORPORATIVOS DE LA INSTITUCIÓN: Compromiso, responsabilidad, equidad, igualdad, liderazgo.

VALORES CORPORATIVOS DEL EQUIPO DE TRABAJO: Confianza, ética, solidaridad, respeto, compañerismo, comunicación.

11.2. SALUD FAMILIAR

En Chile, como en otros países, la atención primaria de salud es otorgada por un equipo de salud, conformado por una amplia gama de agentes de salud, donde se incluye además al médico familiar, siendo este equipo co-responsable, junto a sus usuarios, de acompañar a las familias en todo su proceso de salud enfermedad. La atención primaria de salud es el terreno de actuación, el nicho ecológico, de este equipo de salud. El modelo de atención a seguir para este equipo de salud familiar en Chile se le ha llamado primero modelo de salud con enfoque familiar, modelo de salud integral o modelo de atención de salud familiar

El Modelo de atención de Salud Familiar, que aunque es diferente en su aplicación e implementación de un país a otro, consta de principios básicos que son los que determinan su esencia teórica-valórica y dan la sustentabilidad al modelo. El modelo de atención en salud familiar puede y debe ser adaptado a cada comunidad, de modo que sea aplicable a cada realidad local, sin embargo, los principios básicos deben ser los rectores del proceso de adaptación.

Componentes del modelo:

- Atención con enfoque familiar y no solo evaluar al sujeto, ya que este forma parte de un sistema (la familia y la comunidad) y la raíz de un problema puede encontrarse en dichos sistemas.
- Compromiso del equipo con la usuaria o el usuario.
- La continuidad de la atención en los ámbitos curativo y/o de rehabilitación, preventiva y/o promocional. Esta continuidad está dada por el equipo de salud de cada familia, como por la red de establecimientos de salud.
- Sectorización: división de la población a cargo de un equipo de cabecera, la idea es que el usuario siempre sea atendido por el mismo profesional. En Dalcáhue existen dos sectores urbanos y uno rural.
- Atención integrada. En cada una de las actividades que los miembros del equipo de salud ejecutan incluyen el fomento, la prevención, la curación y la rehabilitación con enfoque biopsicosocial y familiar, poniendo el acento en algún aspecto, en determinados momentos.
- Enfoque promocional y preventivo de los miembros y de las familias a cargo.
- Trabajo en equipo.
- Trabajo con la comunidad.
- Trabajo intersectorial, es decir, con otros agentes y/o instituciones que formen parte de la comunidad.
- Excelencia clínica y atención costo-efectiva.

11.3. ESTABLECIMIENTOS DE LA RED

En la comuna existe un centro de salud familiar, 6 postas de salud rural, 3 estaciones médico rurales y un servicio de urgencia rural.

El CESFAM 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 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.

Las 6 postas de salud rural ubicadas en: Butalcura, Mocopulli, Quetalco, Puchaurán, Calen y Tenaún, tienen un horario de atención de 8:00 a 20:00 horas de lunes a viernes y cuentan con 2 técnicos en enfermería de nivel superior.

La articulación con el nivel secundario de atención o de especialidad se hace con el Hospital Base de Castro. Si el usuario requiere de prestaciones de salud que no existan en la provincia es el Hospital de Castro el que deriva a la Macro red.

Finalmente la red se compone también de prestadores privados de salud a los que se les compra servicios, principalmente con recursos de convenios y esto obedece principalmente a la escasa oferta que existe en la provincia de algunas prestaciones diagnósticas o a la brecha de recurso humano.

12. RECURSOS FÍSICOS

12.1. 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, nivel en el que permanece en la actualidad.

En relación a infraestructura, el edificio actual del CESFAM Dalcahue fue habilitado en Septiembre del 2015, corresponde a un establecimiento de carácter “provisorio” en espera de la demolición del edificio anterior y la posterior construcción de un nuevo edificio definitivo. Las dependencias actuales cuentan con casi 250 metros cuadrados más que el edificio anterior, lo que se traduce en una mayor calidad y satisfacción usuaria en la prestación de servicios de salud, puesto que existen los espacios para todo el recurso humano.

12.2. POSTAS DE SALUD RURAL:

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 2015 se aprobó la reposición de la misma.

12.3. ESTACIONES DE SALUD RURAL:

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, estas han sido intervenidas a través del tiempo para mejorar su infraestructura. 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.

12.4. 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 médico de llamada para el traslado de pacientes al nivel secundario.

El CESFAM cuenta con un vehículo de uso exclusivo para cada sector, pero que debe 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 dependientes severos, visitas de Asistente Social, citación de pacientes, etc.

El equipo de salud rural también cuenta con un móvil, del tipo furgón, este vehículo apoya en las rondas de salud, visitas domiciliarias, toma de exámenes, entre otros.

Finalmente, el equipo de atención domiciliaria integral, también cuenta con un vehículo tipo jeep, todo terreno, para poder acceder a viviendas de beneficiarios que tengan difícil acceso, este vehículo es de uso exclusivo del programa.

Corresponde mencionar que este año se gestionó a través del Departamento de Salud y en coordinación con la Ilustre Municipalidad de Dalcahue un proyecto para la adquisición de dos ambulancias con dineros del gobierno regional ya que como se mencionó los móviles actuales ya cumplieron su vida útil. Este proyecto de igual manera se remitió al Servicio de Salud Chiloé pero se rebajó en un vehículo, se ha informado a este departamento que la comuna se vio beneficiada con una ambulancia todo terreno, que debería adquirirse a comienzos del año 2016.

13. RECURSOS HUMANOS

13.1. DOTACIÓN:

Todos los años se debe definir la necesidad de recurso humano conjugando diversos factores, como son: Población beneficiaria, tasa de consulta, incidencia y prevalencia de patologías crónicas no transmisibles, aumento demanda plan de invierno, programas ministeriales, orientaciones técnicas, requerimientos locales y finalmente la demanda oculta. Al ser tantas las variables y además con recursos limitados no se logra mantener el “óptimo” de horas necesarias y es allí donde se observa la importancia de la planificación y la programación en red, estas herramientas nos permitirán gestionar de mejor manera el recurso humano.

Tabla 20: DOTACION AÑO 2016 DESAM DALCAHUE

RESUMEN	FUNCIONARIOS	HORAS
DIRECTIVOS (Profesionales No Médicos)	2	88
CIRUJANO DENTISTA	2	88
MEDICO CIRUJANO	2	88
ASISTENTE SOCIAL	3	132
EDUCADORA DE PARVULOS	1	44
ENFERMERA/O	6	264
FONOAUDIOLOGA	1	22
ING. INFORMATICO	2	88
KINESIOLOGA/O	5	220
MATRONA	4	176
NUTRICIONISTA	4	176
PROFESOR/A ED. FISICA	2	66
PSICOLOGA/O	4	154
TECNOLOGO MEDICO	2	88
TECNICO NIVEL SUPERIOR	30	1298

ASISTENTE PARVULOS	1	22
AUXILIAR DE ENFERMERIA	9	374
ADMINISTRATIVO	14	594
AUXILIAR DE SERVICIO	5	160
TRANSPORTE Y CONDUCCION	6	264
	105	4406

13.2. PROGRAMACIÓN EN RED:

Como se mencionó en el punto anterior la programación en red es muy relevante para la gestión del recurso humano en salud, permitiendo organizar al recurso humano para generar el mayor impacto posible en la salud de nuestros beneficiarios. Para realizarla se calculan las actividades esperadas para una población determinada según las orientaciones, a esas actividades se les da una concentración (número de veces que se hará) y un rendimiento (cuanto demora en hacerse) y el recurso humano que lo hace, con ello se calculan las horas totales en un año que utilizará cada recurso para cada prestación y así se puede calcular la brecha o reprogramar si se observa al monitorear que hay actividades que tienen menos demanda que la programada.

La programación en red puede consultarse en el apartado de Anexos **(ANEXO N°!!!! AUN NO LLEGA FORMATO DE SS CHILOÉ)**.

14. RECURSOS FINANCIEROS

Es muy conocida en salud la expresión, “los recursos son limitados y las necesidades ilimitadas”, esto es particularmente patente en la atención primaria de salud, atención que se financia a través de un aporte por beneficiario de cada centro de salud (no aplica para comunas con menos de 3500 beneficiarios inscritos), y este aporte debe bastar para cubrir una amplia gama de prestaciones que se definen anualmente en un “decreto per cápita”, el último decreto, de enero del 2015 contiene 103 prestaciones que son parte de la canasta de APS y por ello son obligatorias, además de estas, la población al estar mejor informada comienza a demandar otro tipo de prestaciones que no están necesariamente dentro del decreto o medicamentos que no son parte de la canasta, esto explica en parte la deficiencia de recursos que generalmente impacta al sector de salud de atención primaria.

14.1. VIAS DE FINANCIAMIENTO

- 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 Nº 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 cápita basal:
 - Tramo 1: 18%
 - Tramo 2: 12%

- Tramo 3: 6%
- 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.

14.2. PRESUPUESTO DEPARTAMENTO DE SALUD MUNICIPAL DALCAHUE AÑO 2016

14.2.1. INGRESOS:

Tabla 21: DETALLE INGRESOS PRESUPUESTO DESAM DALCAHUE AÑO 2016

INGRESOS	
Aporte Municipal Salud	100.000.000
Otros Aportes (Bienestar)	
Aporte Junaeb Altas Integrales	4.071.310
Percapita Base	1.049.044.020
Percapita Base (Retiro Voluntario)	- 4.419.211
Asig. Desempeño Difícil	138.462.017
Asig. Desempeño Colectivo	124.723.536
Asig. Conductores	2.895.505
Asig. Técnicos	1.175.769
Integración Diferencial SBMN	2.931.743
Bonificación Zonas Extremas	82.681.725
Recaudación en Consultorio y Postas	803.981
Reembolso Licencias Médicas	65.005.744
Bonificación Mano de Obra DL 889	45.000.774
Devolución Sence	12.243.861
Programa Promoción de Salud	9.867.086
Programa Odontológico Integral	29.792.347
Programa GES Odontológico Familiar Embarazadas	7.154.645
Programa Ges Odontológico Adulto	6.560.228
Programa Mejoramiento ac. At.Odontologica	10.672.794
Programa Sembrando Sonrisa	638.026
Programa Espacios Amigables para adolescentes	7.349.454
Programa Enfoque familiar	3.199.039
Programa Campaña de Invierno 2015	2.420.258
Programa Imágenes Diagnósticas	20.874.004
Programa Fondo Farmacia	17.433.801
Programa Atención Domiciliaria a personas con dependencia severa	20.143.066
Programa Mantenimiento de Infraestructura	2.358.612
Programa Apoyo al Des. Bio-Psicosocial	17.624.540
Programa Servicio De Urgencia Rural	73.095.901
Programa Apoyo Radiológico	1.748.250
Programa Equidad Rural	112.856.663
Programa Vida Sana	14.041.112
Programa Inmunización Antinfluenza y neumococo	222.789
Programa Resolutividad APS	7.637.616
TOTAL INGRESOS	1.990.311.007

Tabla 22: DETALLE EGRESOS PRESUPUESTO DESAM DALCAHUE AÑO 2016

14.2.2. EGRESOS:

EGRESOS	2.016
Sueldos	1.296.835.362
Honorarios	20.000.000
Vestuario y Accesorios	9.317.517
Combust. y Lubric. p/Vehículo	11.756.984
Pellet	9.539.347
Combust. y Lubric. Para Otros	79.800
Materiales de Oficina, Art. Librería	9.000.000
Productos Farmacéuticos (Medicamentos)	45.917.587
Mat. y Útiles Medico-Quirúrgicos	47.060.370
Materiales y Utiles de Aseo	15.000.000
Insumos, Repuestos y Accs. Computacionales	5.528.691
Serv. Fotocopias	42.840
Equipos Menores	269.000
Reembolso y Gastos	553.090
Insumos Dentales	13.800.000
Insumos de Laboratorios	18.528.376
Electricidad	17.370.816
Agua	4.302.913
Gas	6.800.000
Correo	196.976
Telefonía Fija	6.901.224
Telefonía Celular	305.222
Acceso a Internet	452.227
Leña	3.000.000
Mant. y Reparacs. de Edificios	10.000.000
Mant. y Reparacs. de Vehiculos	15.000.000
Mant. y Reparacs. de Mobiliarios y Otros	5.000.000
Materiales para Mantenimiento y Reparaciones	4.000.000
Servicios de Impresión	5.000.000
Pasajes, Fletes y Bodegajes	3.303.745
Pensión de Alumnos	659.736
Hospedaje	1.859.256
Traslado Paciente	1.198.512
Arriendo de Vehículos	577.584
Arriendo de Mobiliario y Otros	1.500.000

Seguros de Vehículos	4.358.302
Seguro de Inmuebles	682.643
Permiso de Circulación	631.789
Gastos de Capacitación	12.600.000
Exámenes Médicos y Procedimientos Médicos	8.860.522
Alimentos y Bebidas para Personas	7.803.810
Gastos Menores	647.123
Otros Bienes y Servicios	1.000.000
Gasto Bienestar	14.328.320
Gasto Odontológico Integral	29.224.874
Gasto GES Odontológico Familiar	7.018.366
Programa Mejoramiento ac. At.Odontologica	10.164.566
Gasto Ges Odontológico Adulto	6.435.271
Gasto Sembrando Sonrisa	625.873
Gasto Espacios Amigables para adolescentes	7.209.464
Gasto Enfoque familiar	3.138.105
Gasto Campaña de Invierno 2015	2.374.158
Gasto Imágenes Diagnósticas	20.476.404
Gasto Fondo Farmacia	17.101.729
Gasto Atención Domiciliaria a personas con dependencia severa	19.759.388
Gasto Mantenimiento de Infraestructura	2.313.686
Gasto Apoyo al Des. Bio-Psicosocial	17.288.834
Gasto Servicio De Urgencia Rural	71.703.598
Gasto Apoyo Radiológico	1.714.950
Gasto Equidad Rural	110.707.712
Gasto Vida Sana	13.773.663
Gasto Inmunización Antinfluenza y neumococo	218.545
Gasto Resolutividad APS	7.492.138
TOTAL GASTOS	1.990.311.007

14.2.3. APOORTE MUNICIPAL:

**Tabla 22: DETALLE DE SOLICITUD COMO APOORTE MUNICIPAL PARA PRESUPUESTO
DESAM DALCAHUE AÑO 2016**

Items	VALOR X PERSONA		TOTAL 2015	Art. 45
<u>COMPROMISOS DEL MUNICIPIO</u>				
<i>Bono Municipal (Dif Zona)</i>	\$ 181.912	12	\$ 2.182.944	
<i>Bienestar (4 UTM)</i>	\$ 179.104	80	\$ 14.328.320	
<i>Matrona 44 hrs</i>			\$ 16.324.104	
<i>Enfermera 44 hrs</i>			\$ 13.670.640	
<i>Medico 44 hrs</i>			\$ 15.911.272	\$ 8.442.000
<i>Asignación Municipal- Médico Equidad Rural</i>				\$ 8.442.000
<i>SUR</i>			\$ 15.000.000	
<i>Calefacción</i>			\$ 5.698.720	
TOTAL APOORTE MUNICIPAL 2015			\$ 83.116.000	\$ 16.884.000
			\$ 100.000.000	

15. DESCRIPCIÓN DE LOS PROGRAMAS DE SALUD COMUNAL

A continuación se describirán los programas y las prestaciones relacionadas a cada uno, esto no significa que dichas prestaciones sean las únicas brindadas en el CESFAM Dalcahue, ya que se deben considerar además las que estén en el decreto per cápita y las que estén sujetas a aportes monetarios mediante convenios que hayan sido suscritos con algún organismo público.

15.1. PROGRAMA DE SALUD INFANTIL:

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

- **Personal que participa de las actividades del programa de salud:**
 - Nutricionista, Médico, Enfermera, TENS, Matrona, Asistente Social, Psicóloga(o).
- **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.

- **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.

- **Actividades Complementarias:**

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

15.1.1. 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.

El Programa Infantil, 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.

15.1.2. 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.

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.

15.2. PROGRAMA DE SALUD DEL ADULTO

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

15.2.1. 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.

Prestaciones del Programa:

- 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

15.2.2. 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
- Existen prestaciones como la Ecografía prenatal que se hacen por matrona capacitada pero no forman parte de las prestaciones de la canasta habituales.

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

15.3. 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:

15.4. PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA DEL ADULTO MAYOR

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 pérdida 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.

15.5. PROGRAMA SALUD ODONTOLÓGICO

Este programa se encuentra a cargo del Sr. Germán Contreras, Cirujano- 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.

Este programa atiende demanda espontanea 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.

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 espontanea 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, pacientes de 6 y 60 años: Corresponde a edades beneficiadas son prestaciones incorporadas en las Garantías Explícitas en Salud (GES). 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.

También se resuelven urgencias odontológicas y morbilidad odontológica.

15.6. PROGRAMA DE SALUD DEL ADOLESCENTE

Programa muy recientemente implementado en CESFAM Dalcahue, a cargo de Matrona de CESFAM, Sra. Nancy Gómez Velásquez.

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.

Personal que participa de las actividades del programa de salud:

- Matrona
- Nutricionista
- Médico
- Dentista.
- Psicólogo
- Asistente Social

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.

15.7. Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC)

A cargo de la Nutricionista Srta. Karina Ojeda en CESFAM Dalcahue. 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.

15.8. PROGRAMAS IRA-ERA

Propósito:

- Otorgar atención de salud oportuna, humanizada y de calidad a la población con enfermedades respiratorias agudas y crónicas, conforme a las guías y normas ministeriales existentes.

Descripción de los Programas:

Estos programas, desarrollados a lo largo del País deben realizar actividades de promoción, prevención, pesquisa precoz, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación de usuarios con enfermedades respiratorias agudas y crónicas de su población a cargo, bajo el modelo de atención integral y enfoque familiar, estableciendo coordinación con nivel secundario, incorporando determinantes psicosociales en la evaluación de los pacientes y sus familias, involucrando a estas en el autocuidado y manejo de los problemas de salud, trabajando con el intersector.

Objetivo General:

Entregar atención oportuna, personalizada y de calidad a usuarios que cursan con infección respiratorias agudas y presentan enfermedades respiratorias crónicas, contribuyendo a disminuir complicaciones y mortalidad prematura, como también a la mejoría de la calidad de vida de éstas.

Objetivos Específicos:

- Contribuir a la disminución de la mortalidad prematura por enfermedades respiratorias agudas y crónicas, alcanzando la meta definida en la estrategia nacional de salud para el 2020.
- Desarrollar estrategias educativas individuales y/o grupales para la promoción de la salud y la prevención de enfermedades respiratorias agudas y crónicas.

15.9. PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA INTEGRAL

Este programa se encuentra a cargo de la Kinesióloga Isabel 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 rurales, 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 dependientes 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.

Actividades realizadas:

- Evaluación e indicaciones de enfermería y kinésicas.
- Evaluación y apoyo social.
- Manejo y gestión de casos AUGÉ- 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.

15.10. 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, poliomelitis, 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 paralítica.
- Tuberculosis.
- Tétanos.
- Difteria.
- Rubeola.
- Parotiditis.
- Enfermedades invasivas productivas por *Haemophilus influenzae* tipo b.

16. CARTERA DE SERVICIOS

Como ya se mencionó, las prestaciones que debe entregar la atención primaria de salud, se regulan mediante decretos, el último decreto per cápita, se emitió en enero de 2015 y establece 103 prestaciones, también llamada canasta de prestaciones, a continuación se detallan según programa y/o ciclo vital.

16.1. CARTERA SERVICIOS SEGÚN CICLO VITAL

Niño - Niña:	Adolescente:
•Control de Salud del niño sano •Evaluación del Desarrollo psicomotor •Control de mal nutrición •Control de Lactancia Materna •Educación a grupos de riesgo •Consulta Nutricional •Consulta Morbilidad •Control de Enfermedades Crónicas •Consulta por déficit de Desarrollo Psicomotor •Consulta Kinésica •Consulta, Consejería de Salud Mental •Programa Nacional de Alimentación Complementaria •Atención a domicilio •Control odontológico del preescolar y 6 años	•Control de Salud •Consulta de Morbilidad •Control Crónico •Control prenatal •Control del Puerperio •Control de Paternidad responsable •Consejería en Salud sexual y reproductiva •Control ginecológico preventivo •Consulta Ginecológica •Consulta Kinésica •Consulta en Salud Mental •Intervención psicosocial

Adulto (a):

- Control de Salud
- Control de enfermedades crónicas
- Consulta Nutricional
- Consulta Morbilidad
- Consulta Kinésica
- Consulta de enfermedades crónicas
- Consulta de Salud Mental
- Intervención psicosocial
- Control odontológico de 60 años
- Control prenatal
- Control del Puerperio
- Control de Paternidad Responsable
- Consejería en Salud sexual y reproductiva
- Control ginecológico preventivo
- Control Climaterio
- Consulta ginecológica

Adulto (a) mayor:

- Control de Salud
- Control de enfermedades crónicas
- Consulta Nutricional
- Consulta de Morbilidad
- Consulta Kinésica
- Consulta de enfermedades crónicas
- Consulta en Salud Mental
- Intervención psicosocial
- Programa Nacional de Alimentación Complementaria
- Consulta de Urgencia Dental
- Consulta ginecológica

Servicios Transversales:

- Visita Domiciliaria Integral
- Educación a grupos de riesgo
- Diagnóstico y control de TBC
- Consulta de Urgencia Dental
- Tratamientos y curaciones con indicación Médica
 - Farmacia
 - Vacunación
- Toma de muestra de laboratorio

16.2. CARTERA DE SERVICIOS DE PROGRAMAS DE REFORZAMIENTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (PRAPS)

Programa de Resolutividad en Atención Primaria •Exámenes de Laboratorio •Canasta Otorrinolaringología •Atención en UAPO (*)	Imágenes Diagnósticas •Eco tomografía Abdominal a personas de 35 y más años •Endoscopia Digestiva Alta a personas de 35 y más años •Radiografía de caderas a niños de 3 meses •Radiografías de Tórax •Mamografías Examen Médico Preventivo (mujeres de 50 a 54 años) •Mamografías del programa de Resolutividad en mujeres de 35 años y más •Mamografías Examen Médico Preventivo (mujeres de 55 a 59)	Programa Odontológico de escasos recursos Este plan busca otorgar atención odontológica que permita recuperar y rehabilitar la salud bucal preferencialmente de mujeres y hombres entre 15 y 64 años pertenecientes a las familias de Chile Solidario
---	--	--

17. ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS

En toda institución además de las actividades propias de la industria o mercado, se deben realizar actividades de gestión y/o administración que permitirán el correcto desarrollo de las actividades y de la entrega de prestaciones, a continuación se listarán las más comunes:

- Reunión de equipo gestor, equipo que guía al resto de la institución en la instalación del modelo de salud familiar, está compuesto por las coordinaciones de sector y rural, dirección de DESAM y de CESFAM, Sub dirección Técnica de DESAM, Referente Médico, Encargada de Salud Familiar, Jefe de SOME y Encargado de Laboratorio.
- 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.

- Tiempo para confección de estadísticas mensuales y semestrales.

18. PROMOCIÓN DE SALUD

A cargo de la profesora de educación física, Tracy Rosas.

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.

19. 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, Tocihue. 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.

Se adjunta Plan de trabajo del Consejo Consultivo para el año 2015 en ANEXO N°1.

El último trabajo realizado (octubre del año 2015) con participación comunitaria fue la actualización de los diagnósticos participativos urbanos y rurales.

20. DIAGNOSTICO DE SALUD

20.1. DIAGNOSTICOS PARTICIPATIVOS 2015

No se pretende detallar cada uno de los diagnósticos realizados (8 en total) sino que se explicará la metodología utilizada en la actualización de los diagnósticos (se considerará vigencia para 2016-2018) y posteriormente se explicará la matriz decisional para la priorización de los problemas y se expondrán estos.

Los diagnósticos se realizaron en los siguientes sectores:

- RURAL:
 - Butalcura.
 - Mocopulli.
 - Quetalco.
 - Puchaurán.
 - Calén.
 - Tenaún.
- SECTOR AZUL.

- SECTOR ROJO.

Además se realizó un diagnostico (equipo rural) con la agrupación de mujeres rurales.

Conclusiones: Los problemas y las alternativas de solución se priorizaron con la matriz decisional, por ello no se listaran aquí, solo se desarrollarán los priorizados.

- Los problemas tienden a repetirse entre los distintos diagnósticos.
- Existe poca disposición a participar de las soluciones, aunque esta disposición es mayor en el sector rural (mingas de limpieza de la posta, etc.).
- Falta de horas de Médico, Dentista y Matrona son las necesidades de RRHH más sentidas por la comunidad.
- Continúa reconociéndose como un problema a los perros vagos.
- Aparecen como problemas de salud comportamientos de algunos grupos dentro de la comunidad, como el OH, Carreras clandestinas de jóvenes conductores sin licencia o peleas de ebrios cerca del cementerio los fines de semana.
- Existe mejor percepción de infraestructura en general (CESFAM Nuevo).
- Muchos de los problemas pueden solucionarse sin grandes inversiones y con poca capacidad técnica, con gestión y/o abogacía.

Algunas fotografías:





20.2. DIAGNOSTICO EQUIPO DE SALUD 2015

Existen diversas fuentes de información para un diagnóstico de este tipo, como las estadísticas, indicadores, cumplimiento de metas, rechazos de horas, etc. Por lo que se solicitó a cada referente de programa que en base a su experiencia y las fuentes de información ya mencionadas, hicieran los requerimientos necesarios para dar cumplimiento a cabalidad a los programas (una especie de programación desde la demanda), independientemente de si estos requerimientos eran de índole financiero, de gestión o de falta de RRHH. Posteriormente todos los “problemas” identificados, también fueron priorizados para poder distribuir en el tiempo las necesidades financieras, todo este contenido también se expresa en la matriz decisional.

De los datos “duros” que se manejan, como la agenda, queda demostrado que el mayor déficit de horas que tenemos, se da en los profesionales: médico, dentista y matrona. Esto puede obedecer a diversos motivos, como por ejemplo, mala gestión de agenda, bloqueos excesivos, falta de profesional, problemas de reemplazo, etc. Por lo que se consideraron todas las posibles causas del problema y se propusieron soluciones específicas para cada una, en varias oportunidades las soluciones concordaron con las propuestas por la comunidad.

Algunos de los análisis realizados:

- Problemas para alcanzar cumplimiento del último corte de meta de Examen de Medicina Preventiva del Adulto. Como alternativas de solución se

propuso realizar operativos, folletos para los usuarios internos (sobre recordar derivar), campaña radial.

- Baja satisfacción según evaluación de 2014 (aún no hay resultados de la evaluación 2015), incluir curso de trato al usuario en el PAC, establecer protocolo para generación de credenciales al momento de ingreso del funcionario.
- Aumento del índice de obesidad infantil desde que este indicador dejó de ser meta sanitaria. Como alternativas de solución se propone reforzar los talleres de alimentación saludable, abogacía con autoridades sobre instancias de actividad física y quioscos saludables.

20.3. METAS

Las metas fijadas por el supervisor técnico (MINSAL) a la APS, sirven como indicadores de impacto y acceso a la salud, estas usualmente están alineadas con la estrategia nacional de salud y persiguen evaluar criterios de calidad, cobertura, acceso y compensación en la población a cargo de un establecimiento de salud.

- **ÍNDICE DE ACTIVIDAD DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (IAAPS):**

Estas metas aportan dinero a la administración de salud y evalúan principalmente cobertura, para el año 2015 se fijaron 12 metas y los porcentajes de cumplimiento del 2014, versus el cumplimiento acumulado del 2015, permiten identificar potenciales problemas de salud, como por ejemplo, que el examen de medicina preventiva alcanza un 19% de penetración, siendo que la meta nacional es 25%, esto cobra relevancia puesto que este tamizaje, permite detectar precozmente enfermedades cardiovasculares que pueden ser problemas de salud complicados en el futuro.

• **Negociación de Metas IAAPS 2015:**

Nº	Indicador	Fórmula	Alcanzada 2014	Meta 2015 Nacional	Fijada 2015	Importancia Relativa, %
1	Cobertura Examen de Medicina Preventiva en hombres de 20 a 44 años	Nº Examen de Medicina Preventiva (EMP) realizado en población masculina de 20 a 44 años / Población masculina de 20 a 44 años inscrita, menos población bajo control en Programa Salud Cardiovascular)*100	19,03	25%	20%	8
2	Cobertura de Examen de Medicina Preventiva en mujeres de 45 a 64 años	(Nº Examen de Medicina Preventiva (EMP) realizado en población femenina de 45 a 64 años / Población femenina de 45 a 64 años inscrita, menos población bajo control en programa salud cardiovascular)*100	37,91	26%	37,91%	8
3	Cobertura de Examen de Medicina Preventiva en adultos de 65 y más años	(Nº de adultos de 65 y más años con examen de medicina preventiva / Población inscrita de 65 años y más)*100.	53,98	55%	55%	8
4	Ingreso precoz a control de embarazo	(Nº de mujeres embarazadas ingresadas antes de las 14 semanas a control / Total de mujeres embarazadas ingresadas a control)*100	82,32	87%	87%	8
5	Proporción de menores de 20 años con alta odontológica total	(Nº de altas odontológicas totales en población menor de 20 años / población inscrita menor de 20 años) *100	17,61	24%	17,61%	8
6	Gestión de reclamos en atención primaria.	(Nº total de reclamos respondidos con solución dentro de los plazos legales establecidos (20 días hábiles) /Nº total de reclamos)*100	100	97%	97%	8
7	Cobertura de atención de Diabetes mellitus tipo 2 en personas de 15 y más años.	(Nº de personas con Diabetes Mellitus bajo control de 15 y más años / Nº de personas con diabetes de 15 y más años esperados según prevalencia)*100	51,39	55%	53,39%	9
8	Cobertura de atención de Hipertensión Arterial en personas de 15 y más años.	(Nº de personas con hipertensión arterial bajo control de 15 y más años / Nº de personas hipertensas de 15 y más años, esperados según prevalencia)* 100	68,9	71%	71%	9
9	Cobertura de evaluación del desarrollo psicomotor en niños y niñas de 12 a 23 meses bajo control	(Niños y niñas de 12 a 23 meses con evaluación del desarrollo psicomotor / Nº total de niños y niñas entre 12 a 23 meses bajo control)*100	100	94%	95%	8
10	Tasa de Visita domiciliaria Integral	Nº de visitas domiciliarias integrales realizadas / Nº de familias (población inscrita / 4)	0,84	0,22	0,84	9
11	Cobertura de atención de Asma en población general y EPOC en personas de 40 y más años.	(Nº de personas con diagnóstico de Asma bajo control + Nº de personas con diagnóstico de EPOC bajo control/ Número de personas esperadas según prevalencia de asma y EPOC)*100	15,6	22%	22%	8
12	Cobertura de Atención Integral de trastornos mentales en personas de 5 y más años.	(Nº de personas con trastornos mentales bajo control de 5 y más años / Número de personas con trastornos mentales de 5 y más años esperados según prevalencia)*100		17%	17%	9
Total			100			

Los principales problemas en el logro de las metas IAAPS están generalmente asociados al logro del número de exámenes de medicina preventiva, número de exámenes de Papanicolaou y a la meta dental, siendo los porcentajes de negociación asociados a las metas dentales (IAAPS y sanitarias) los más bajos de la provincia de Chiloé.

Gran parte de los inconvenientes a la hora de lograr cumplimientos de metas están relacionados a la falta de horas profesional por la sobredemanda de los servicios que no solo deben de cumplir con las metas, sino que además con la programación local, atenciones GES, morbilidad, canasta de prestaciones del decreto percapita, metas sanitarias, convenios, su rol promocional y preventivo y finalmente con labores administrativas y de gestión.

En el caso específico de las metas odontológicas, la baja negociación y porcentajes de cumplimiento están relacionados con la existencia de solo un sillón dental en el sector urbano que es donde se concentra la población, y este sillón debe cubrir las urgencias odontológicas por ser una patología GES.

- **METAS SANITARIAS:**

Estas metas evalúan principalmente compensación y tamizaje (PAP, Pie diabético), el incentivo monetario llega directamente a los trabajadores dependiendo del tramo en el que queden según los porcentajes de cumplimiento en base a la negociación del año anterior.

Los dos grandes problemas en estas metas son, la evaluación del pie diabético, ya que no se logra un 100% (aun cuando la meta nacional es 80%), y cualquier pie diabético no pesquisado es una posible amputación con los consiguientes riesgos para la salud y el aumento del costo para sistema de atención primaria.

- **Negociación Metas Sanitarias 2015:**

N°	DESCRIPCIÓN	NUMERADOR	DENOMINADOR	CUMPLIMIENTO	FIJADO
1	Recuperación D° Psicomotor				
	N° de niños y niñas de 12 a 23 meses diagnosticados con riesgo del DSM recuperados, período enero a diciembre 2015 / N° de niños y niñas de 12 a 23 meses diagnosticados con riesgo de Desarrollo Psicomotor en su primera evaluación, período enero a diciembre 2015 * 100	6	5	120%	90%
2	Cobertura de PAP				
	N° de mujeres de 25 a 64 años inscritas validadas, con PAP vigente a Diciembre 2014 / N° de mujeres de 25 a 64 años inscritas validadas con PAP vigente a diciembre 2013 más el N° de mujeres de 25 a 64 años inscritas validadas, comprometidas como disminución del cierre de brecha de vigencia de PAP a diciembre de 2014				
3a	Cobertura de Alta Odontológica Total en Adolescentes de 12 años				

	Nº de Adolescentes de 12 años con alta odontológica total de enero a diciembre 2015 / Total de Adolescentes de 12 años inscritos validados para el año 2015	92	194	47%	64%
3b	Cobertura de Alta Odontológica Total en Embarazadas				
	Nº de embarazadas con alta odontológica total de enero a dic. del 2015 /Nº Total de embarazadas ingresadas a Programa prenatal de enero a diciembre del 2015	88	114	77%	70%
3b	Cobertura de Alta Odontológica Total en Niños y Niñas de 6 años				
	Nº niños de 6 años inscritos con alta odontológica total de enero a dic. 2015 / Total niños de 6 años inscritos validados para el año 2015	85	198	43%	50%
4	Cobertura Efectiva de Diabetes tipo 2 (DM2) en personas de 15 años y más				
	Nº personas con DM2 de 15 y más años con Hb A1c<7% según último control vigente* / Total de personas con DM2 de 15 y más años estimadas según prevalencia**	325	1194,9	27%	21%
5	Cobertura Efectiva de Hipertensión Arterial (HTA) en personas de 15 años y más				
	Nº personas hipertensas de 15 y más años con PA<140/90 mmHg, según último control vigente* / Total de personas hipertensas de 15 y más años estimadas según prevalencia**	894	2248,2	40%	47%
6	Cobertura de Lactancia Materna Exclusiva (LME) en menores de 6 meses de vida				
	(Número de niños/as que al control de salud del 6ºmes están con LME Enero Diciembre 2015/Nº de niño/as controlados al 6to mes de Enero Diciembre 2015)*100 MENOS (Número de niños/as que al control de salud del 6ºmes están con LME Enero Diciembre 2014/Nº de niño/as controlados al 6to mes entre los meses Enero Diciembre 2014)*100	2014 (43) Y 2015 (72)	2014 (69) Y 2015 (106)	78%	62%
7	Consejos de Desarrollo de Salud funcionando regularmente.				
	100% de los Consejos de Desarrollo de Salud con plan evaluado y ejecutado a diciembre de 2015.	7	7	100%	100%
8	Evaluación anual de los pies en personas con diabetes bajo control de 15 y más años				
	Nº de personas con diabetes bajo control de 15 y más años con una evaluación de pie vigente* / N° total de personas diabéticas de 15 y más años bajo control al corte**	482	628	77%	80%

En las metas Sanitarias los mayores inconvenientes vuelven a darse en las metas odontológicas, por la falta de sillón en urbano, pero además existen problemas en cobertura efectiva de Hipertensión arterial (HTA), esto claramente se relaciona con los inconvenientes en la pesquisa a través de exámenes de medicina preventiva ya mencionados en la sección de metas IAAPS, por lo que se hace fundamental relacionar estos indicadores y generar alguna estrategia para disminuir su impacto en salud, ya que se debe recordar que la HTA está directamente relacionada con un aumento de probabilidades de sufrir algún accidente vascular.

20.4. REQUERIMIENTOS JEFATURAS DE PROGRAMA

20.4.1. PROGRAMA ERA

- **INFRAESTRUCTURA:** Habilitación de bodega para insumos.
- **EQUIPAMIENTO:** 1 Bolso de procedimientos, 1 nebulizador portátil, 1 electroanalgesia portátil, 1 Aspirador, 1 Ultrasonido.

20.4.2. SOME

- **EQUIPAMIENTO:** 1 Impresora térmica para ticket de citación (existe solo en 1 PC de admisión).

20.4.3. ESTERILIZACIÓN

- **EQUIPAMIENTO:** 2 Autoclaves de 23 litros.

20.4.4. DENTAL

- Dental entrega propuesta con planificación y estrategias (ANEXO N°2).
- **INFRAESTRUCTURA:** Sala Plomada para rayos (equipo ofrecido por Servicio de salud Chiloé).
- **EQUIPAMIENTO:**
 - 1 sillón dental terminales turbina Midwest, marca preferente Gnatus o Kavo + taburete (sillín dental) + compresor de aire.
 - 1 lámpara de fotocurado marca preferente 3M, o Densply.
 - 1 ultrasonido, de preferencia cavitron (3M), (los insertos ya adquiridos funcionan con esta marca).
 - 1 Equipo dental portátil nuevo (o invertir en muchas reparaciones al ya adquirido).
 - 4 turbinas SNK panamá plus o panamá MAX, terminal Midwest.
 - 2 micromotor SNK terminal Midwest (solo micromotor sin pieza de mano).
 - 1 caja nueva grande plástica para guardar materiales dentales para rural.

20.4.5. PROGRAMA ADOLESCENTE

- Encargada entrega propuesta con planificación y estrategias relacionadas a Objetivos estratégicos de la Estrategia Nacional de Salud (ANEXO N°3).
- **INFRAESTRUCTURA:** Crear espacio amigable exclusivo para atención de adolescentes.
- **RRHH:** 22 horas matronas para espacio amigable, 22 horas TENS. Mantener extensiones horarias de matrona para compensar horas de atención a adolescentes.
- **EQUIPAMIENTO:**

- 1 Notebook con internet para atención joven sano en Liceo y Escuela Básica (evolución en ficha electrónica).

20.4.6. LABORATORIO Y FARMACIA

- **RRHH:** 22 horas administrativo para completar jornada a secretaria de laboratorio.
- **EQUIPAMIENTO:**
 - 1 Computador para farmacia.
 - Sistema registro control de temperatura.
 - Piano contador de células.
 - Bolso toma de muestras pequeño.
 - Bolso toma de muestras grande.

20.4.7. INFORMATICA

Encargado solicita solo equipamiento para reposición o por falta del mismo.

- **EQUIPAMIENTO:**

Box/Oficina	Equipamiento
SOME	Un PC
Enfermera Sector Rojo	Un PC
OIRS	Dos PC
Urgencia	Dos PC + una Impresora Laser
Per-Capita (Raquel Almonacid)	Un PC + Impresora Laser
TENS Sector Azul	Un PC
TENS Sector Rojo	Un PC
Rehabilitación	Un PC + Impresora Laser
Dental	Un PC
Matrona Sector Rojo	Un PC
Dra. Joan Harún	Un PC
Vida Sana	Un PC
Informática	Un PC (De escritorio) Un Mueble con cajonera y repisa.

20.5. MATRIZ DECISIONAL

La priorización se realizó con una matriz decisional, otorgando puntaje según criterios de factibilidad técnica de las soluciones, factibilidad financiera, importancia y urgencia. Con ello, se logró llegar al siguiente listado para los problemas identificados en los diagnósticos participativos:

- PRIORIZACIÓN DE SOLUCIONES POR DIAGNOSTICOS PARTICIPATIVOS:**

Cabe mencionar que los puntajes se dan en base a un cálculo según ponderación y respuesta según lo siguiente:

CRITERIO	PONDERACIÓN
Fact. Técnica	2
Fact. Financiera	2
Impacto	3
Urgencia	1

RESPUESTAS	PESO REL.
Muy Alta(o)	5
Alta(o)	4
Media(o)	3
Baja(o)	2
Muy Baja(o)	1

El código de colores:

- Verde para alternativas más factibles.
- Amarillo para las que pudieran ser reevaluadas.
- Rojo para las alternativas desechadas.

SECTOR O PROGRAMA	PROBLEMA	SOLUCION	TOTAL
ROJO	Déficit horas médicas	> RRHH	15
		Redestinar horas de gestión a asistencialidad	26
ROJO	Déficit matrona	> RRHH	30
		Redestinar horas de gestión a asistencialidad	33
ROJO	Déficit dentistas	> RRHH	20
		Redestinar horas de gestión a asistencialidad	14
		realizar gestión de agenda	40
ROJO	Falta de información	Capacitación a RRHH en trato usuario	40
		Aumento difusión radial	40
		Aumento difusión visual (afiches, murales, etc) y canasta de prestaciones.	40
		orientación de asistente social en fila	40

ROJO	Falta amabilidad con población adulta mayor	Capacitación a RRHH en trato usuario	40
		Diseño de acciones orientadas a mejor percepción del usuario (ej: entrega de bolsas biodegradables en farmacia y PNAC para portar medicamentos y/o alimentos). Solicitar a Promoción	40
ROJO	Déficit de horas médicas en SUR.	Médico toda la noche (no solo de llamado)	8
		Implementar SAPU	8
		Aumento recurso humano	8
		Campañas de difusión y educación sobre manejo en hogar de patologías no complicadas	39
ROJO	Lentitud y falta de disponibilidad de ambulancia.	Adquisición nuevo móvil ambulancia	40
		Educación a los usuarios	40
ROJO	Priorización (Triage) y lentitud atención.	Mejorar sistema de priorización entregando información a la comunidad	40
		Capsulas radiales	40
ROJO	Mala percepción de la atención en SUR	Capacitación trato usuario	38
AZUL	Falta de especialista pediatra	Realizar Consultoría de pediatría una o dos veces al mes	8
		Contratación pediatra	8
AZUL	Falta de cupos médicos para niños y niñas mayores de 5 años (hasta los 9 años)	Ampliar rango de priorización de horas médicas de 0 a 9 años	32
		Aumentar cupos médicos para este grupo etario	38
AZUL	Colapso de atenciones médicas en campaña de invierno	Contratación de médico de apoyo durante campaña	40
		Educación radial sobre patologías de manejo en el hogar	40
AZUL	Atención dental insuficiente a través de todo el ciclo vital	Crear un control dental para niños de 8 años de carácter preventivo	40
		Instalación de segundo sillón dental en CESFAM	19
AZUL	Molestia por largas esperas en las mañanas (colas)	Replanteamiento en SOME sobre alternativas de descongestión de público, también tiene que ver con la información sobre la disponibilidad de horas del día.	40
		Instalación de pizarra con oferta de horas para el día siguiente	16
		Instalación dispensador de número toma muestras	36
AZUL	Falta horas recurso psicólogo	> RRHH	8

		Revisión por parte de equipo de concentración de atenciones a usuarios bajo control (numero total de atenciones antes del alta)	36
AZUL	Escaso o nula existencia de talleres orientados al desarrollo personal y grupos de apoyo.	Destinar tiempos específicos para talleres, especialmente dirigido a mujeres.	36
AZUL	La oferta de acceso de entrega de horas vía teléfono y correo electrónico, es deficiente, ya que durante la mañana (07:00-08:00hrs.) no se contesta el teléfono en SOME.	Respecto a la entrega de horas, disponer de un porcentaje para ser entregadas por teléfono y sean agendadas en extensión horaria exclusivo para pacientes que trabajan y para los pacientes que viven en el sector azul- rural como ñiucho, astilleros, punahuel 1 y 2.	8
		Destinar recurso humano específico para horas telefónicas, confirmación de asistencia y gestión de cupos no utilizados	8
AZUL	Elevado tiempo de espera para atención en el nivel secundario recibir una hora es prolongado.	Para los adultos se solicita coordinar más consultorías de primera consulta a especialidad como traumatología y medicina interna	19
		Educar al usuario respecto de proceso de derivaciones	39
AZUL	Se estima que el médico no está realizando una atención integral al paciente ya que los controles y actividades se realizan por programa.	se sugiere consultar a los pacientes sobre el médico de cabecera, si desean atención por un médico para todos sus controles	39
		Protocolizar atenciones	35
AZUL	La salud urogenital del hombre está postergada.	Se solicita trabajar en diagnóstico oportuno de cáncer de próstata y hacer un operativo (piloto) para los pacientes entre 50 y 70 años pertenecientes al programa cardiovascular	30
		Compra de servicios para antígeno prostático	30
		solicitar a SS recursos para AP	36
AZUL	Información en general del CESFAM poco clara, no se publica.	Se solicita tener a la vista la canasta básica de prestaciones del CESFAM según FONASA	40
		Además se solicita saber sobre el sistema de financiamiento (per cápita, convenios, otros)	40
RURAL	Falta Mudador para box Infantil	Adquisición de mudador	19
		Comunidad organizada Junta de Vecinos, Comité de Salud enviaran solicitud a la administración para buscar solución.	35
RURAL	Falta espacio para fomento LME	Adquisición de mudador	31
		Comunidad organizada Junta de Vecinos, Comité de Salud enviaran solicitud a la administración para buscar solución.	39

RURAL	Falta de internet para las Postas de Salud Rural	Contratación de BAM	24
		Instalación red comunal internet punto a punto	24
RURAL	Mejorar la bodega de la Posta de salud Rural de Butalcura.	Comunidad organizada Junta de Vecinos, Comité de Salud enviaran solicitud a la administración para buscar solución.	24
RURAL	Mejorar el aseo de entorno de Postas	Comunidad organizada Junta de Vecinos, Comité de Salud enviaran solicitud a la administración para buscar solución.	39
		Mingas comunitarias	36
RURAL	Falta información sobre canales de comunicación en caso de Urgencia	Equipo de salud realizará educación a la comunidad	40
		Creación de protocolo de urgencia rural que se entregará por equipo rural a la comunidad	40
RURAL	Falta de información sobre GES y Ley de Derechos y Deberes	Equipo rural diseñara educaciones para ser realizadas a la comunidad	40
RURAL	Falta de grupos de autoayuda en salud	Diseño de talleres para monitores por parte del equipo de salud	40
RURAL	Faltan horas disponibles de atención de profesionales, Medico, Matrona, Enfermera, Kinesiólogo, Sicólogo, Asistente Social, Nutricionista	Se evaluara la cantidad de rechazos de atenciones que tenemos en sector Rural.	32
		> RRHH	30
RURAL	Escasa movilización para realización de visitas domiciliarias	Adquisición de otro vehículo para sector Rural	34
		Optimización de vehículo rondas	40
		Apoyo con móvil de CESFAM	28
RURAL	Falta de apoyo a familias que se encuentren en situación de precariedad. (AM)	Los TENS de Postas en conjunto con la Comunidad elaboraran diagnóstico de precariedad para cada sector con el fin de realizar un plan de intervenciones a cada familia.	39
RURAL	Falta más cantidad de Oxígeno destinado a la P.S.R. Mocopulli	Adquisición de cilindro de mayor capacidad	24
RURAL	Falta Capacitación en autocuidado, primeros auxilios, accidentes caseros, actividad física para la comunidad.	Capacitación a comunidad organizada para creación de monitores de primeros auxilios	39
RURAL	Poca difusión de normas y funcionamiento de los establecimientos de salud.	Desarrollo de plan de difusión por equipo de salud rural	40
		Capsulas radiales	40
RURAL	Falta permanencia del Equipo de cabecera en el sector de Puchauran	Gestionar la Administración de Salud comunal en conjunto con la Comunidad organizada, la implementación de la estrategia de CECOSF en el sector. (Ruta y Costa)	31
RURAL	Falta información del uso de las plazas activas	El Encargado de Salud Rural gestionara con el Equipo de Promoción realizar taller informativo respecto a la plaza activa.	36
RURAL	Colocación de pasarela en el malecón (Quetalco)	Gestión con municipalidad	32

COMUNAL	Alto Alcoholismo en la comuna	Diseño de talleres por equipo de salud	40
		Capacitación de monitores OH	40
COMUNAL	Gran cantidad de conductores menores de edad (rural)	Gestión con carabineros para aumento de controles	36
		Gestión con quien corresponda para charlas en colegios y centros comunitarios sobre conducción y leyes de tránsito	36
		OFICIAR A CARABINEROS	32
ROJO	Carreras Clandestinas sector virgen	Gestión con carabineros para aumento de controles	36
		Gestión con quien corresponda para charlas en colegios y centros comunitarios sobre conducción y leyes de tránsito	36
		OFICIAR A CARABINEROS	32
RURAL	Problemas de agua rural	Gestión con municipio para postulaciones APR	33
		OFICIAR A MUNICIPIO	34
RURAL	Falta de limpieza playa Quetalco	Gestión con municipio	34
		Minga comunitaria con equipo salud	36
		OFICIAR A MUNICIPIO	32
RURAL	Deficiencias estructurales en Posta Tenaún	Postular a reposición de la posta	28
		Mejoramiento de baños (discapacitados)	26
		Construcción 2 Box de atención	26
RURAL	Problemas con identificación real de poblaciones beneficiarias	Actualización de encuestas familiares en todos los sectores	40
		Campaña radial sobre importancia de inscripción (dirigida a la comuna, con énfasis en rural)	40
RURAL	Mal estado de caminos (sector rural, en especial sectores con adultos mayores)	Gestión con municipalidad	31
		Priorización de mantención de caminos por parte de comunidad organizada	35
		OFICIAR A MUNICIPIO	35
RURAL	Falta Priorización de atenciones de salud en el CESFAM para los usuarios del sector Rural	Horas diferidas de atención a los usuarios del sector rural, otorgando cupos de atención	32
COMUNAL	Realización de talleres formativos en medicina intercultural en la Posta, Estaciones y en el CESFAM de Dalcahue. Destinados a funcionarios y usuarios (grupos organizados)	Incorporar prestaciones de salud complementaria en PSR	26
		Incorporar prestaciones de salud complementaria en CESFAM	26
		Contratación recurso humano para capacitación salud complementaria	29
		Destinación de horas de recurso humano existente con capacidades para salud complementaria	31
COMUNAL	Gran número de perros vagos	Campaña adopción de mascotas	36

COMUNAL	Retiro de basura (horarios)	Perrera municipal	29
		OFICIAR A MUNICIPIO	36
		Plantear problema al municipio para cambiar horarios de retiro basura (más tarde).	36
		Capacitación en reciclaje (talleres)	39
		Capacitación compostaje	32

• **PRIORIZACIÓN DE SOLUCIONES POR ANALISIS TÉCNICO DEL EQUIPO:**

INFANTIL	Alto porcentaje de obesidad infantil	Capacitación a funcionarios en LME	39
		Talleres a padres, madres y/o cuidadores sobre LME	39
		Feria saludable	32
		Taller de actividad física para menores de 15 años con Prof. Ed física	32
ADOLESCENTE	Prog. Adolescente: Falta infraestructura de espacio amigable	Creación de espacio	29
ADOLESCENTE	Prog. Adolescente: Falta de RRHH	22 hrs TENS + 22 Hrs matrona	31
ADOLESCENTE	Prog Adolescente: deficiencia en número de prestaciones multidisciplinarias	1 día al mes de atención multidisciplinaria para adolescentes	36
ADOLESCENTE	Prog Adolescente: incapacidad de evolucionar en sistema informático ficha clínica	Rayen para atención en escuela básica y liceo, Solicitar notebook por ley SEP	40
ADOLESCENTE	Adolescente: Clínica del adolescente con equipo multidisciplinario	(44 hrs. matrona + 44 hrs TENS + 22 hrs nutrición + 22 hrs psicólogo + 11 hrs medico) --> 2017	19
MUJER	Prog Mujer: Enfermedades transmisibles	Aumentar pesquisa activa VIH	37
MUJER	Prog Mujer: Inequidad en exámenes preventivos para hombres	Incorporar pesquisa Ca prostático	35
MUJER	Prog Mujer: pesquisa tardía Ca de mamas y Cervicouterino	Mejorar difusión pesquisa Ca (Programa de difusión social)	40
		Implantación "PAP móvil" (Clínica móvil prestación)	23
MUJER	Prog Mujer: Instaurar "Control Preconcepcional con enfoque de riesgo"	Requiere más Hrs Matrona	27
MUJER	Prog Mujer: Categorizar riesgo de gestantes con controles diferenciados	Disminuye controles en gestantes sin riesgo y aumenta talleres	35
MUJER	Prog Mujer: problemas con resolución de urgencias obstétricas en sector rural	Capacitación en postas protocolo de atención y derivación de urgencias obstétricas	40

MUJER	Prog Mujer: problemas neonatales	Implementación eco 32-34 semanas	26
MUJER	Prog Mujer: Baja cobertura control climaterio	Requiere hrs Matrona	28
MUJER	Prog Mujer: Escaza oferta exámenes hormonales complementarios	Compra de servicios	30
MUJER	Prog Mujer: Aumentar cobertura talleres de climaterio	Requiere hrs Matrona	28
MUJER	Prog Mujer: No existe un diagnóstico de salud situacional de la mujer en la comuna	Desarrollar un diagnóstico de salud de la mujer comunal	32
		Feria de la salud de la mujer	26
MUJER	Prog Mujer: pocos espacios para atención integral de la mujer	Implementar sala de taller para gestación, puerperio, RN y crianza + Implementación	29
MUJER	Prog Mujer: Baja cobertura general del programa con sobredemanda del RRHH	22 hrs matrona	28
DENTAL	Prog Dental: Falta de espacios para atención (Box dental Urbano)	Nuevo box dental (Sillón + taburete + lámpara fotocurado + compresor + Ultrasonido), alternativa de convenio	36
DENTAL	Prog Dental: Reemplazo equipo dental movil + Caja para guardar materiales	Uso Fondos de convenios para implementación, implica internalizar algunas prestaciones de convenio	36
DENTAL	Prog Dental: Baja cobertura del programa por falta de 1 sillón dental en urbano	Uso Fondos de convenios para implementación, implica internalizar algunas prestaciones de convenio	36
DENTAL	Prog Dental: Equipo de esterilización en mal estado y de características deficientes	Implementar 2 autoclaves	36
DENTAL	Prog Dental: Inexistencia de espacio plomado para toma de Rx contando con el equipo	Plomado de sala Rx	35
DENTAL	Prog Dental: Déficit de RRHH	44 hrs dentista + 44 hrs Asistente dental	33
DENTAL	Prog Dental: No se hace revelado de Rx localmente	Insumos de revelado de Rx	36
PADI	Falta de Recurso humano Enfermera(o)	Enfermero/a 44 hrs	36
PADI	Falta de espacio físico de almacenaje de órtesis e insumos	Optimización y redistribución espacio en bodega	40
PADI	Falta de equipamiento de terreno	Equipamiento (Bolso + NBZ portátil + TENS + US + Aspirador)	32
ADULTO MAYOR	Falta de Espacio físico para talleres	Solicitar apoyo a Unión comunal para no cobrar	36
ADULTO MAYOR	Poca oferta de Prof Ed Física	Redistribuir horas Prof. / Convenio por vida Sana	34
ADULTO MAYOR	Poca difusión campañas Vacunación influenza y neumococo	Generar volantes informativos	39
		Campaña Radial	39

ADULTO MAYOR	No existe espacio físico para necesidades especiales	No se puede adaptar provisorio / Necesidad de Señalética	28
ADULTO MAYOR	Problemas con carnet de controles para adultos mayores (tipo de letra, hojas, etc)	Rediseño formato carnet controles	36
ADULTO MAYOR	Aumentar cobertura y seguimiento ayudas técnicas de apoyo sensorial (Audífono, prótesis, Lentes)	Agregar en tarjetón digital	32
ADULTO MAYOR	Falta de oferta de atención dental para AM	Incluir atención dental en AM (Incluyendo prótesis) mediante proyecto municipal	35
ADULTO MAYOR	Falta de recurso humano terapeuta ocupacional para mantención y rehabilitación de funcionalidad	Contratación 22 hrs TO	24
PNI	Falta de Recurso humano	Incorporar TPM 44 hrs en campañas de vacunación y vacunación escolar 5 meses/Año	33
PNI	Déficit de movilización en campañas	Adquisición de móvil	28
SOME	Solo un PC de admisión imprime ticket de citaciones para el usuario	Adquirir nueva impresora térmica	40
SOME	Falta de estante para carpetas familiares	Pedir repisa en corporación	40
SOME	Ventanilla de SOME con escaso espacio y nivel inadecuado para atención	Tarima para SOME	37
LAB	Falta de 22hrs recurso humano administrativo (secretaria de laboratorio)	Aumentar de 22 a 44 hrs de administrativo	26
LAB	Falta de equipamiento de Laboratorio para optimización de los tiempos de atención y espera	Sistema de registro de control de Tº	31
LAB		Contador hematológico manual	34
LAB		Bolso de transporte de muestra (Pequeño)	37
LAB		Bolso de transporte de muestra (Grande)	37
LAB		Turnomatico (Dispensador de números + pantalla)	36
SUR	Problemas de infraestructura en CESFAM provisorio	Implementar red central oxígeno	37
SUR	Falta de administrativo para recaudación y calificación fuera de horario normal de atención del CESFAM	Contratación administrativo 33 hrs	36
SUR	Escaza seguridad para funcionarios que atienden en la vía pública (Urgencias)	Uniforme reflectante funcionarios (TENS + Chofer)	33
SUR	Mal estado de las dos ambulancias del servicio	Adquisición de ambulancia	32
		Postulación de reposición ambulancia a fondos regionales	40
SUR	Dificultad para evolucionar en ficha electrónica atenciones del SUR	2 PC + 1 impresora	30
SUR	Falta de equipamiento SUR	Mochilas de rescate	34
		Inmovilizadores + Tabla ambulancia	33
		Equipamiento (Tijera de Yeso; Equipo Taponamiento nasal)	30
		Frazadas térmicas	40

		Equipo atención de partos (Desechable)	35
		Paquete estéril gran quemado (Desechable)	35
		Letrero Categorización	32
SUR	Escaza red de Enchufes e iluminación en SUR	Instalación	38
SUR	Falta de extractor de aire (Ventilación)	Instalación	34
SUR	Falta de instalación Chicharra urgencias	Instalación	34
SUR	Habilitar estacionamiento Ambulancias	Derribar portón	29
CESFAM	Inexistencia de encargado de mantención	22 hrs Encargado de Mantención	28
CESFAM	Existencia de solo un contenedor de basura común sin posibilidad de separar para reciclaje	3 contenedores de basura de 240 lts	33
CESFAM	No se cumple con normativa de REAS	Habilitación sala REAS	34
CESFAM	No existe plan de evacuación de emergencia en CESFAM provisorio	Creación de plan	40
CESFAM	Falta de equipos de presión arterial en Box de atención	Equipo PA para cada box	34
CESFAM	Falta de lienzos y pendones del CESFAM para imagen corporativa	Pendón CESFAM	34
		Lienzo CESFAM	34
INFORMATICA	Falta equipamiento TICs	Computadores para box médico 2, rehabilitación, percapita, OIRS, Informática, enfermera sector rojo	34
		2 impresoras Laser	34
		Escritorio con cajonera	34

Junto al diagnóstico participativo, se identifican algunos problemas tanto por la comunidad como por el equipo, estos se relacionan principalmente con la falta de recurso dentista y matrona.

21. ESTRATEGÍA NACIONAL DE SALUD (ENS)

En 2010 se realiza la Encuesta Nacional de Salud, de ella se obtiene un diagnóstico lapidario:

- Un 67% de la población mayor de 15 años tiene sobrepeso o es obesa.
- Un 26,9% padece de hipertensión.
- Un 9,7% es diabética.
- Un 17,2% padece síntomas de depresión.
- Un 88,6% es sedentaria.

Estos antecedentes plantean un enorme desafío, y es precisamente para hacer frente a ellos que se trabajó en el diseño de las Metas 2011-2020 de la mano de más de 500 profesionales que contribuyeron en la elaboración de dicho documento. Aun con este pool de expertos existen temáticas que pueden haberse dejado fuera, por ser específicas de una comunidad o estar presentes en un grupo etario atípico, por ello la importancia de realizar un diagnóstico mancomunado entre la comunidad, el resorte local y las orientaciones del nivel central.

21.1. METAS DE LA ENS

- Mejorar la salud de la población.
- Disminuir las desigualdades en salud.
- Aumentar la satisfacción de la población frente a los servicios de salud.
- Asegurar la calidad de las intervenciones sanitarias.

21.2. OBJETIVOS ESTRATEGICOS DE LA ENS

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

10. PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA

La planificación estratégica se hará para 3 años, considerando el año 2016 como año cero y el 2018 como año 2, los porcentajes de cumplimiento de las actividades propuestas para cada estrategia deberán alcanzar el 100% al tercer año y de no ser así deberá dejarse constancia de los problemas encontrados para poner en práctica dicha solución a través de los registros de indicadores y verificadores.

El formato de planificación conserva los contenidos de la planificación anterior pero agrega una columna para relacionar objetivos y lineamientos con un objetivo específico de la Estrategia Nacional de Salud.

Formato en ANEXO N°4

11. PROGRAMA ANUAL DE CAPACITACIÓN (PAC)

El programa de Capacitación contempla las sugerencias de capacitación de cada año que realizan los funcionarios del DESAM Dalcáhué y además el PAC que ejecuta el Servicio de Salud Chiloé con los dineros de capacitación que se destinan para APS.

Este Programa debe estar sancionado a más tardar el día 30 de noviembre, y debe planificarse según el formato que entrega el Servicio de Salud, solo como forma de estandarizar los datos con otras comunas.

Programa Anual de Capacitación (ANEXO N°5).

12. ANEXOS

12.1. 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 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	
	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 Cesfam	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 Cesfam 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	

Fotografías de la actividad:



12.2. ANEXO N°2: REQUERIMIENTOS ENCARGADO DENTAL

ESTRATEGIAS 2016-2018 PROGRAMA ODONTOLOGICO CESFAM DALCAHUE

Durante el año 2015 a la fecha del 30 de octubre en la comuna de Dalcahue el programa dental esta en camino de cumplir las metas pactadas para este año, cumpliéndose hasta la fecha solamente la cobertura de embarazadas.

Nº de Adolescentes de 12 años con alta odontológica total de enero a diciembre 2015/ Total de Adolescentes de 12 años inscritos validados para el año 2015	9 7	1 9	50,00%	INCUMPLIDO
Nº de embarazadas con alta odontológica total de enero a dic. del 2015/ Nº Total de embarazadas ingresadas al Programa prenatal de enero a diciembre del 2015	8 9	1 1	78,07%	CUMPLIDO
Nº niños de 6 años inscritos con alta odontológica total de enero a dic. 2015/ Total niños de 6 años inscritos validados para el año 2015	9 1	1 9	45,96%	INCUMPLIDO

También se dio cobertura a las restantes (GES) odontológicas en atención primaria; 100% de consultas de urgencias (atenciones) y atención odontológica integral del adultos de 60 años (26 paciente con su correspondiente rehabilitación protésica).

En el Programa Mas Sonrisas Para Chile, se beneficiaron 170 mujeres con altas odontológicas integrales. A esto se suman las prestaciones otorgadas por el programa Resolución de Especialidades: 20 prótesis dentales y 10 endodoncias.

Cumpliendo con el convenio establecido con JUNAEB se otorgó atención dental integral a los niños de Pre-Kinder y Kinder, Tercero, Quinto, Séptimo y Octavo básico de Escuela Basica de Dalcahue 156

A través del Programa Sembrando Sonrisas se realizó entrega de cepillo y pasta dental a escolares de entre 2 a 5 años y fluoración a 230 escolares de 2 a 4 años pertenecientes a jardines infantiles municipales de la comuna.

Como Piloto durante el año 2015 se implementaron los siguientes programas: Mejoramiento del Acceso a través del cual se otorgaron 1920 actividades

recuperativas a la población mayor de 20 años en extensión horaria y también Altas odontológicas integrales a alumnos de 4to medio de la comuna, en total. Además del programa HER Hombres de Escasos Recursos que por su parte beneficio a 5 hombres a través de rehabilitación protésica.

En el Marco de los convenios con Universidades Chilenas, se siguió con el trabajo de los alumnos de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile, la que otorgo las siguientes atenciones:

- Actividades Educativas programa sembrando sonrisas
- Actividades Preventivas programa sembrando sonrisas
- Actividades Recuperativas del Módulo JUNAEB.
- Actividades Recuperativas Postas rurales
- Actividades Recuperativas CESFAM Dalcahue

OBJETIVOS

1. Mejorar y mantener la salud bucal de la población menor de 20 años a través del desarrollo de medidas promocionales, preventivas y recuperativas de las patologías bucales más prevalentes.
2. Disminuir caries dental en población menor de 20 años, a través del incremento sostenido de medidas preventivas masivas y específicas.
3. Aumentar cobertura de altas odontológicas integrales de Nivel Primario en el menor de 20 años,
4. Garantizar la atención de urgencia odontológica a toda la población beneficiaria (GES).
5. Aumentar la accesibilidad a la Atención Odontológica según vulnerabilidad socioeconómica a través de PRAPS.
6. Mejorar y mantener la Salud Bucal de la Población Preescolar y escolar a través de medidas promocionales preventivas y recuperativas de las patologías bucales más prevalentes.
7. Garantizar la atención odontológica integral de los niños de 6 años (GES).
8. Garantizar la atención odontológica integral primaria de adultos de 60 años (GES).
9. Garantizar la atención odontológica integral primaria de embarazadas (GES).
10. Aumentar el acceso a la atención odontológica de la población mayor de veinte años.

POBLACIÓN OBJETIVO DEL PROGRAMA:

Población menor de 20 años de edad.

Población Mayor de 20 años de edad.

Embarazadas.

Hombres y mujeres mayores de 15 años beneficiarios de FONASA.

Adultos que tengan 60 años al momento de solicitar la atención.

Niños en edad pre escolar.

Alumnos de colegios municipales de la comuna.

Alumnos que cursan 4 to medio en liceos municipales de la comuna.

ESTRATEGIAS:

- Continuar avanzando en el desarrollo del Control Odontológico del Niño Sano, realizado por el odontólogo a los 2 y 4 años y en la entrega del componente de salud bucal, en el control del niño sano realizado por Medico, Enfermera, Nutricionista, Parvularia, Matrona, TENS, Kinesiólogo.
- Dar respuesta de accesibilidad en altas odontológicas en grupos priorizados: menores de 20 años y mujeres embarazadas.
- Utilizar en la priorización criterios de riesgo, de vulnerabilidad y medidas individuales de promoción, prevención y recuperación, comprometiendo metas de cobertura en las siguientes edades y grupos: Niños de 2, 4, 6 y 12 años, Embarazadas.
- Incentivar el uso de materiales preventivos como sellantes, fluoruros y ionómeros de vidrio de última generación, los cuales constituyen una alternativa para detener o disminuir el riesgo cario génico.
- Garantizar la atención odontológica de urgencia a toda la población beneficiaria. Para ello se deberá trabajar en conseguir la autorización sanitaria para que el año 2016 se pueda utilizar la sala de rayos x dental lo que favorecerá la atención.
- Mantener las prestaciones recuperativas para la población de los grupos no priorizados en atención dental.

PROGRAMA DEL NIÑO:

I. ETAPA: 0 – 5 AÑOS DE EDAD.

Programa Sembrando Sonrisas, que beneficia a 230 pre escolares de 2 a 5 años pertenecientes a la comuna.

JUNAEB:158 altas de cobertura en Altas Odontológicas integrales de Niños de Pre-kinder y Kinder.

Control odontológico del niño sano por equipo no odontológico en los controles correspondientes y derivar eventualmente a Odontólogo en presencia de Patologías pesquiasadas en sus controles.

ACTIVIDADES:

- Derivación desde el control del niño sano a evaluación dental en las edades señaladas y en cualquier otra en presencia de Patologías.
- Capacitación de los integrantes del Equipo de Salud según manual de Pautas de Evaluación Buco-dentaria del menor de 10 años.
- Atención odontológica Integral en niños con tratamientos recuperativos.
- Indicación y realización de tratamientos preventivos en casos de riesgos.
- Educación a Padres de niños en control.
- Entrega de Kit higiene oral y educación en salud bucal a niños en edad preescolar, además de la aplicación de barniz de fluor.

II.- ETAPA 6 A 14 AÑOS:

Atención Odontológica Integral a escolares de primero básico.

Compromiso año 2016:

56% de altas odontológicas totales en niños de 6 años (GES).

64% de altas odontológicas totales en niños de 12 años

80% de altas odontológicas en escolares de básica, JUNAEB (tercero, quinto, séptimo y octavo básico).

ACTIVIDADES:

- Coordinación con el sector educación para permitir el acceso de los escolares a la atención Odontológica.
- Aplicación de sellantes y/o obturaciones en 1ª molares permanentes.
- Tratamiento odontológico recuperativo según corresponda.
- Educación a población Objetivo a través de Charlas, Videos, Enseñanza de Técnica de cepillado, pastillas reveladoras de placa bacteriana y entrega de cepillo y pasta dental.

III.- ETAPA ESCOLARES ENSEÑANZA MEDIA.

Atención dental integral para alumnos que cursan 4º medio en liceos municipales de la comuna.

ACTIVIDADES:

- Diagnóstico.
- Tratamiento de la Urgencia dental GES de libre demanda.
- Tratamientos de recuperación según corresponda.
- Actividades promocionales y preventivas específicas.
- Derivación oportuna a atención odontológica secundaria.

PROGRAMA DE LA MUJER.

Recuperar la salud bucal de las embarazadas primigestas y no primigestas, colaborar a prevenir el parto prematuro y bajo peso al nacer.

META Alcanzar a lo menos un 68 % de cobertura en altas odontológicas totales en mujeres embarazadas inscritas o beneficiarias.

Programa Mas Sonrisas para Chile, que da alta integral a mujeres mayores de 15 años beneficiarias de FONASA.

ACTIVIDADES:

- Coordinación y derivación oportuna de mujeres embarazadas del control Prenatal.
- Tratamientos Odontológicos recuperativos.
- Actividades promocionales y preventivas específicas.
- Derivación oportuna a atención Odontológica secundaria.
- Rehabilitación mediante prótesis si es necesario.

PROGRAMA DEL ADULTO:

- Atención Odontológica de urgencia GES en un 100 % de las consultas.
- Alta odontológica integral adulto 60 años GES. (26)
- Mejoramiento del Acceso, 1920 actividades recuperativas en pacientes mayores de 20 años.
- Alta odontológica 4 medio (10)
- HER, alta odontológica integral a hombres de escasos recursos (5)
- Resolutividad de endodoncia (10)
- Resolutividad de prótesis (20)

EXPECTATIVAS 2016 - 2018

Es necesario disponer un nuevo espacio en el CESFAM para instalar un sillón dental de esta forma sectorizar dental, teniendo dos sillones disponibles 44 horas , por lo que también es relevante contratar un nuevo dentista y asistente dental para la atención de la posta de Mocopulli y las postas de la costa.

Al tener en funcionamiento ambos sillones se puede trabajar en los objetivos sanitarios en salud bucal 2011-2020 Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de 20 años, con énfasis en los más vulnerables ,donde las metas para la década son:

Aumentar 35% la prevalencia de libres de caries* en niños de 6 años

Disminuir 15% el promedio de dientes dañados por caries* en adolescentes de 12 años en establecimientos de educación municipal

También es relevante avanzar en la cobertura de los programas odontológicos , en donde existe una importante brecha con los promedios nacionales .

Meta	2015	2018
6 años	56%	79%
12 años	64%	74%
Embarazadas	68%	78%

Al existir una brecha positiva entre las metas nacionales y el porcentaje de pacientes dados de alta en Dalcahue se podría revisar y terminar con programas históricamente externalizados y realizarlo en dependencias del CESFAM , donde los costos son menores, dando mayor rendimiento a los recursos comunales. Al existir una brecha positiva en las horas de odontólogo también sería relevante avanzar en la cobertura del programa sembrando sonrisas , donde se podría llevar un mayor control efectivo de la población pre escolar, así no solo se aumentaría el número de la población libre de caries , sino también sería más fácil cumplir el resto de las metas

Es necesario buscar estrategias para informar, educar y formar alianzas de trabajo con establecimientos de educación pública tanto de zona urbana como rural para aumentar en los usuarios la necesidad y adherencia de tratamiento en pacientes prioritarios , por lo que se deberá trabajar en reunión con padres y profesores de los colegios .

Es de importancia implementar con urgencia sala de radiografías dentales , dado por el gran número de demanda por parte de los usuarios y una baja capacidad resolutive por parte del centro de derivación (Hospital de Castro) por lo que actualmente la mayoría de los usuarios está resolviendo esta necesidad en forma privada.

Para su implementación el CESFAM cuenta con una máquina de rayos portátil y sus funcionarios ya están correctamente acreditados por curso de protección radiológica otorgado por la ACHS. , por lo que para su correcta implementación solo se necesitaría gestionar el lugar y ajustar la infraestructura según la normativa que establezca la entidad que realice la autorización sanitaria

Para el año 2016 se espera continuar el convenio con la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile y su programa de Internado en el Centro de Salud Patrocinado por la Universidad de Chile en conjunto con la Corporación Municipal de Dalcahue.

INSUMOS NECESARIOS

1 sillón dental terminales turbina Midwest, marca preferente Gnatus o Kavo + taburete (sillón dental) + compresor de aire

1 lámpara de fotocurado marca preferente 3M, o Densply

1 ultrasonido, de preferencia cavitron (3M), (los insertos ya adquiridos funcionan con esta marca)

1 Equipo dental portátil nuevo (o invertir en muchas reparaciones al ya adquirido)

4 turbinas SNK panamá plus o panamá MAX, terminal Midwest

2 micromotor SNK terminal Midwest (solo micromotor sin pieza de mano)

2 autoclave automáticos con pre vacío mínimo 23 lts

1 caja nueva grande plástica para guardar materiales dentales para rural

Cotización para realizar plomado de sala para toma de radiografías dentales

12.3. ANEXO N°3: REQUERIMIENTOS ENCARGADA PROG. ADOLESCENTE

Algunas relaciones de los datos de población de Dalcahue extraídos de una tabla que me envió Sandra, de los inscritos y matrícula del 2015:

- población total comunal 12.492
- Población de 10 a 19 años total 1.846, 14,77% de población adolescente, a nivel país se supone que es el 17%
- sector rojo 1082 adolescentes de 10 a 19 años, 581 mujeres y 500 hombres
- sector azul 391 adolescentes de 10 a 19 años, 180 hombres y 165 mujeres
- sector rural 373 adolescentes de 10 a 19 años, 207 hombre y 165 mujeres
- matrícula del liceo polivalente de primero a cuarto medio: 262
- matrícula de escuela básica de cuarto a octavo año: 262
- matrícula de rural de cuarto a octavo básico: 271
- total de adolescentes de 10 a 19 años en el sistema escolar municipal : 795 , el 43% de los adolescentes de la comuna están estudiando , puede ser mas si contamos los de las escuelas particulares subvencionadas , no alcance a tener este dato , pero se deduce que puede haber aprox. un **40% de adolescentes fuera del sistema escolar**

Algunas relaciones de horas RRHH en relación a control joven sano y otras actividades de promoción y prevención:

365 días para el año , 52 semanas, descontando 104 días de sábados y domingos , 10 días de feriados, 1,5 medios días de 17 sept , 24 de dic y 31 de dic, 5 días de capacitación por ley, 6 días administrativos, 15+5 días de vacaciones , dan **218 días programáticos x 8 horas de trabajo diario = 1.744 horas/año** , hay 1.846 adolescentes en la comuna que hay que controlar 1 vez al año con rendimiento de 1 hora = **1.846 horas** , con este análisis ya se justificaría 1 matrona 44 horas para el programa adolescentes considerando además todas las demás acciones de APS en este grupo poblacional.

En La mayoría de los OE (6 de 9 objetivos) está la edad de 10 a 19 años o de 15 a 19 años o de 15 años y más

OE1: el tema VIH/SIDA aplica al 100 % de la población adolescente sobre todo ahora que existe el siguiente dato:

23 de octubre 2015, la tercera

La conducta sexual de los adolescentes de entre 15 y 19 años, ha generado un incremento sostenido en el número de casos de VIH-Sida desde 1999, lo que en el último quinquenio registrado por el Ministerio de Salud, entre 2009 y 2013, mostró un aumento del 74,1%, respecto del período anterior.

OE 2: Reducir la morbilidad, la discapacidad y mortalidad prematura.....

- Salud bucal
- Violencia intrafamiliar con la disminución de violencia de género en mujeres de 15 a 25 años.

OE 3 : Reducir factores de riesgo asociados a la carga de enfermedad.....

- Salud optima
- Consumo de tabaco
- Consumo de OH
- Sedentarismo
- Conducta sexual
- Consumo de drogas ilícitas

OE 4 : Reducir la mortalidad, morbilidad y mejorar la salud de las personas.....

- Salud perinatal
- Salud del adolescente
- Embarazo adolescente

OE 5 : Reducir las inequidades en salud.....

- Inequidad de genero

OE 7: Fortalecer la institucionalidad del sector salud

- RRHH: aumentar la densidad de profesionales nucleares: médicos, **matronas**, enfermeras, para el programa adolescentes se considera fundamental la participación de la matrona como profesional nuclear.

OE 8: mejorar la calidad de la atención de salud en un marco de derecho de las personas

- satisfacción usuaria

Necesidades del programa adolescente en infraestructura, RRHH e insumos en general

Recordar que ya en la planificación estratégica anterior 2012-2015 se planteó la necesidad de contar con espacio amigable y con 22 horas matrona y 22 horas TENS, estrategia incumplida hasta el momento.

Año 2016

- Crear un espacio amigable de 1 día al mes de atención abierta de adolescentes en el cesfam por equipo compuesto por matrona médico , psicóloga , nutricionista y TENS y mantener las atenciones por matrona en liceo polivalente , escuela básica y sector rural
- Adquisición de un notebook con internet para la atención joven sano en rayen para matronas en escuela básica y liceo
- Mantener las extensiones horarias por matrona que compensen la atención en horario de 08:00 a 17:20 horas de adolescentes.
- Justificar proyecto de clínica del adolescente o similar , separado del cesfam como espacio exclusivo de atención para la población de 10 a 19 años con 44 horas matrona,44 horas TENS,22 horas nutricionista,22 horas psicólogo,11 horas médico.

Año 2017

Espacio exclusivo de atención de adolescentes **funcionando!!!!**

12.4. ANEXO N°4: FORMATO PLANIFICACIÓN ESTRATEGICA

SECTOR	CRITERIO	PONDERACIÓN	PTJE.
ROJO	Deficit matrona	Redestinar horas de gestión a asistencialidad	33
ROJO	Deficit dentistas	realizar gestion de agenda	40
ROJO	Falta de información	Capacitación a RRHH en trato usuario	40
		Aumento difusión radial	40
		Aumento difusión visual (afiches, murales, etc) y canasta de prestaciones.	40
		orientacionde asistente social en fila	40
ROJO	Falta amabilidad con población adulta mayor	Capacitación a RRHH en trato usuario	40
		Diseño de acciones orientadas a mejor percepción del usuario (ej: entrega de bolsas biodegradables en farmacia y PNAC para portar medicamentos y/o alimentos). Solicitr a Promoción	40
ROJO	Deficit de horas médicas en SUR.	Campañas de difusión y educación sobre manejo en hogar de patologías no complicadas	39
ROJO	Lentitud y falta de disponibilidad de ambulancia.	Adquisición nuevo movil ambulancia	40
		Educación a los usuarios	40
ROJO	Priorización (Triage) y lentitud atención.	Mejorar sistema de priorizacion entregando información a la comunidad	40
		Capsulas radiales	40
ROJO	Mala percepcion de la atención en SUR	Capacitación trato usuario	38
AZUL	Falta de cupos medicos para niños y niñas mayores de 5 años (hasta los 9 años)	Aumentar cupos médicos para este grupo etareo	38
AZUL	Colapso de atenciones médicas en campaña de invierno	Contratación de médico de apoyo durante campaña	40
		Educación radial sobre patologías de manejo en el hogar	40
AZUL	Atención dental insuficiente a través de todo el ciclo vital	Crear un control dental para niños de 8 años de carácter preventivo	40
AZUL	Molestia por largas esperas en las mañanas (colas)	Replanteamiento en SOME sobre alternativas de descongestión de público, también tiene que ver con la información sobre la disponibilidad de horas del día.	40
AZUL	Falta horas recurso psicólogo	Revisión por parte de equipo de concentración de atenciones a usuarios bajo control (numero total de atenciones antes del alta)	36
AZUL	Escaso o nula existencia de talleres orientados al desarrollo personal y grupos de apoyo.	Destinar tiempos específicos para talleres, especialmente dirigido a mujeres.	36
AZUL	Elevado tiempo de espera para atención en el nivel secundario recibir una hora es prolongado.	Educar al usuario respecto de proceso de derivaciones	39
AZUL	Se estima que el médico no está realizando una atención integral al paciente ya que los controles y actividades se realizan por programa.	se sugiere consultar a los pacientes sobre el médico de cabecera, si desean atención por un médico para todos sus controles	39
AZUL	La salud urogenital del hombre está postergada.	Protocolizar atenciones	35
		solicitar a SS recursos para AP	36
AZUL	Información en general del CESFAM poco clara, no se	Se solicita tener a la vista la canasta básica de prestaciones del CESFAM según FONASA	40

AZUL	publica.	Además se solicita saber sobre el sistema de financiamiento (per cápita, convenios, otros)	40
RURAL	Falta espacio para fomento LME	Comunidad organizada Junta de Vecinos, Comité de Salud enviaran solicitud a la administración para buscar solución.	39
RURAL	Mejorar el aseo dde entorno de Postas	Comunidad organizada Junta de Vecinos, Comité de Salud enviaran solicitud a la administración para buscar solución.	39
RURAL	Falta información sobre canales de comunicación en caso de Urgencia	Equipo de salud realizará educación a la comunidad	40
		Creación de protocolo de urgencia rural que se entregará por equipo rural a la comunidad	40
RURAL	Falta de información sobre GES y Ley de Derechos y Deberes	Equipo rural diseñara educaciones para ser realizadas a la comunidad	40
RURAL	Falta de grupos de autoayuda en salud	Diseño de talleres para monitores por parte del equipo de salud	40
RURAL	Escasa movilización para realización de visitas domiciliarias	Adquisición de otro vehiculo para sector Rural	34
		Optimización de vehiculo rondas	40
RURAL	Falta de apoyo a familias que se encuentren en situacion de precariedad. (AM)	Los TENS de Postas en conjunto con la Comunidad elaboraran diagnostico de precariedad para cada sector con el fin de realizar un plan de intervenciones a cada familia.	39
RURAL	Falta Capacitación en autocuidado, primeros auxilios, accidentes caseros, actividad física para la comunidad.	Capacitación a comunidad organizada para creación de monitores de primeros auxilios	39
RURAL	Poca difusión de normas y funcionamiento de los establecimientos de salud.	Desarrollo de plan de difusión por equipo de salud rural	40
		Capsulas radiales	40
RURAL	Falta información del uso de las plazas activas	El Encargado de Salud Rural gestionara con el Equipo de Promoción realizar taller informativo respecto a la plaza activa.	36
COMUNAL	Alto Alcoholismo en la comuna	Diseño de talleres por equipo de salud	40
		Capacitación de monitores OH	40
RURAL	Problemas con identificación real de poblaciones beneficiarias	Actualización de encuestas familiares en todos los sectores	40
		Campaña radial sobre importancia de inscripción (dirigida a la comuna, con énfasis en rural)	40
COMUNAL	Retiro de basura (horarios)	Capacitación en reciclaje (talleres)	39
ROJO	Delincuencia ligada a OH (sector cementerio)	Abogacia con municipio	40

12.5. ANEXO N°5: PROGRAMA ANUAL DE CAPACITACION 2016 DALCAHUE

PROGRAMA CAPACITACION 2016 PERSONAL ESTATUTO ATENCION PRIMARIA (LEY 19.378) - SERVICIO DE SALUD...CHILÓE...COMUNA...DALCAHUE....																	
LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS	ACTIVIDADES DE CAPACITACION	OBJETIVOS EDUCATIVOS	NUMERO DE PARTICIPANTES POR CATEGORIA							NUMERO DE HORAS PEDAGOGICAS	FINANCIAMIENTO				ORGANISMO EJECUTOR	COORDINADOR	FECHA DE EJECUCIÓN
			A (Médicos, Odont, QF,etc.)	B (Otros Profesio-nales)	C (Técnicos Nivel Superior)	D (Técnicos de Salud)	E (Adminis- trativos Salud)	F (Auxiliares servicios Salud)	TOTAL		ITEM CAPACITACIO N	FONDOS MUNICIPALES	OTROS FONDOS	TOTAL PRESUPUESTO ESTIMADO			
1.- Fortalecer el Modelo de Atención en Salud, junto con los valores y principios que lo sustentan	CURSO MEDICINA COMPLEMENTARIA Y SU APLICACIÓN EN APS	Promover el conocimiento y aplicación de la medicina tradicional como complemento del enfoque biopsicosocial	4	16	15				35	30		X		\$ 160.000	LOCAL	ALEXIS BÓRQUEZ	mar-16
	CURSO SALUD FAMILIAR BASICA (UVIRTUAL Modulo 1) - Funcionarios nuevos, sin capacitación.	Potenciar el enfoque de salud familiar a través de la nivelación de todo el personal de salud de la comuna	1	2	4	2	2	1	12	27			X	\$ 0	LOCAL	ALEXIS BÓRQUEZ	Todo el 2016
	CURSO MANEJO INTEGRAL DE URGENCIAS OBSTETRICAS PARA TENS	Entregar los conocimientos y herramientas necesarios para el correcto manejo de una urgencia obstetrica en casos en que no exista apoyo de profesional (ej Postas)			15	2				16		X		\$ 120.000	LOCAL	PAULINA MUÑOZ	jun-16
	CURSO RCP BÁSICA	Actualizar conocimientos sobre manejo de RCP básica en funcionarios de salud municipal	2	4	10	5	4	4	35	8		X		\$ 950.000	OTIC DALCAHUE	COORDINADOR MÉDICO	may-16
	CURSO CURSO LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA (interna, cofes y local)	Concientisar sobre la importancia de la LME y su efecto sobre la salud de la población (ej, disminución obesidad infantil)	4	22	30	8	12	6	82	8		X		\$ 80.000	LOCAL	PAULINA MUÑOZ	jul-16
	CURSO MANEJO DE USO DE FARMACOS	Entregar conocimientos sobre farmacología (usos, cuidados, indicaciones) a personal cat C y D que se desempeñen en farmacia o postas, para disminuir eventos adversos y vencimientos de stock			16	4			20	8		X		\$ 800.000	OTEC (SOFOFA)	MARCELO BERTÍN	abr-16
2.- Mejorar la calidad de la atención, trato al usuario y la seguridad de los pacientes	CURSO TRATO AL USUARIO (fuera de la comuna)	Entregar herramientas al personal de salud para una atención amena y de calidad de los usuarios	4	22	30	8	12	6	82	16		X		\$ 4.000.000	OTIC (SOFOFA)	ALEXIS BÓRQUEZ	ago-16
	CURSO MANEJO DE EVACUACIÓN	Capacitar a los conductores de ambulancia en cuidados, normas y técnica de manejo de evacuación en una emergencia						3	3	16		X		\$ 240.000	OTEC (SOFOFA)	ALEXIS BÓRQUEZ	sep-16
	CURSO EN BIOSEGURIDAD	Capacitar al personal de areas críticas en temas de bioseguridad en establecimientos de atención abierta			16	4		5	25	8		X		\$ 80.000	LOCAL	ALEXIS BÓRQUEZ	may-16
3.- Desarrollar el Modelo de Gestión en Red, Local, regional y supra regional (macro y micro redes)	CURSO ESTADISTICAS PARA ENCARGADOS Y ADMINISTRATIVOS	Mejorar el registro y analisis de las estadísticas comunales para su uso como herramienta de gestión	2	12				2	16	16		X		\$ 120.000	LOCAL	ALEXIS BÓRQUEZ	
4.- Mejorar e incorporar tecnologías de información y comunicación	CURSO WINDOWS SERVER	Capacitar a nivel avanzado a informáticos del area salud en manejo de servidores con sistema operativo Windows		2					2	30		X		\$ 300.000	OTEC (SOFOFA)	ALEXIS BÓRQUEZ	jun-16
	CURSO INVENTARIO Y ACTIVO FIJO EN SISTEMAS INFORMATICOS	Capacitar a personal de administración en el correcto uso de los sistemas informaticos para control de inventario y activo fijo		1				3	4	16		X		\$ 320.000	OTEC (SOFOFA)	ALEXIS BÓRQUEZ	ago-16
5.- Potenciar el autocuidado de los funcionarios y los valores corporativos del DESAM Dalcahue	CAPACITACIÓN CONTINUA AUTOCUIDADO (considera programas especificos de Comité Autocuidado para 2016)	Entregar herramientas de autocuidado a los funcionarios para mejorar ausentismo laboral e insentivar un buen clima laboral	4	22	30	8	12	6	82	30		X		\$ 400.000	LOCAL	SANDY MOLINA	Primer semestre 2016