PLAN COMUNAL DE SALUD

2020

Comuna Chaitén

ÍNDICE

Contenido

ÍNDICE 2
PRESENTACIÓN 3
INTRODUCCIÓN 4
VISIÓN, MISIÓN Y VALORES 5
MARCO REFERENCIAL 6
MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA 18
ANALISIS DEL ENTORNO 24
INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA COMUNAL 25
POBLACIÓN INSCRITA EN APS 31
DIAGNÓSTICO DE LA PENINSULA DE COMAU 35
DIAGNOSTICO DEL SECTOR COSTERO 47
DIAGNOSTICO ISLAS DESERTORES 59
DIAGNOSTICO VILLA SANTA LUCIA 72
DOTACION DE PERSONAL CECOSF AYACARA 76
METAS SANITARIAS 2019 77
ÍNDICE DE ACTIVIDADES DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (IAAPS) 2019. 80
DIAGNOSTICO PARTICIPATIVO 82
PROGRAMAS DEL CECOSF 90
PRESTACIONES DE SALUD 94
ANEXOS 95
BIBLIOGRAFÍA 102

PRESENTACIÓN

La atención primaria es la puerta de entrada al sistema público de salud inserta en las comunidades y cercana a la gente.

El plan comunal es un conjunto de actividades de salud, que se realizan durante el año en la comuna, contiene estrategias de salud local, enmarcadas en el plan de desarrollo comunal y en el cumplimiento de las normas y programas impartidos por el servicio de salud del Reloncavi.

Los objetivos sanitarios para el 2019, las políticas y estrategias sanitarias, propuestas por el servicio de salud de Reloncavi, constituyen el lineamiento técnico para la formulación del plan comunal 2019.

De esta manera, se creara el plan de salud para la comuna de Chaiten, que se presentara a continuación, cumplimiento con lo dispuesto por el reglamento de la ley 19.378“estatuto de atención primaria de salud”

En consecuencias el siguiente plan de salud, constituye los lineamientos de la política de salud municipal del 2019.

INTRODUCCIÓN

El modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria, describe las condiciones que permiten satisfacer las necesidades de los usuarios respecto a mantenerse sanos y saludables y mejorar su estado de salud actual.

El municipio representa el ente articulador entre estas necesidades comunitarias y los esfuerzos por mantener por responder de manera oportuna y eficaz, convirtiéndose así en el responsable institucional de la implementación de estrategias que apuntan a la equidad, desarrollo y calidad de vida de la población.

Se cuenta con:

- 1 Centro Comunitario de Salud Familiar, CECOSF Ayacara.
- 11 Postas Rurales de Salud: 3 en península, 2 en sector costero, 4 en islas y 2 en sector cordillera.
- 4 Estaciones médico rural: 1 en sector península, 1 en sector costero y 2 en sector islas.

Mencionar que cada posta y/o estación médico rural cuenta con TENS a cargo y dispone de rondas médicas.

Los centros de salud mencionados son administrados por la Ilustre Municipalidad de Chaitén.

- 1 Hospital administrado por Servicio de Salud de Reloncaví

VISIÓN, MISIÓN Y VALORES

Visión

Ser la comuna con atención primaria de excelencia, enCecosf y postas rurales.

Misión

Ser un sistema comunal de salud primaria de calidad, integral y resolutivo. Que satisfaga las necesidad de salud de la comuna de Chaiten, orientado a fortalecer la participación de la comunidad en el que hacer de la salud y fortaleciendo el Modelo de Atención con Enfoque Comunitario y Familiar garantizando acciones promocionales y preventivas y reactivas durante todo el ciclo vital de nuestros usuarios de la comuna de Chaiten.

Valores

- Salud con derecho
- Accesibilidad
- Integración social
- Equidad y solidaridad
- Calidad

MARCO REFERENCIAL

ENFOQUES DE LA PLANIFICACIÓN EN LA RED DE ATENCIÓN DE SALUD PÚBLICA.

ENFOQUE DE DERECHOS CIUDADANOS Y PROTECCIÓN SOCIAL.

Considera el derecho a la salud como uno de los derechos humanos fundamentales y reconoce el derecho a la atención de salud. Asume también que el ejercicio de estos derechos asegura la autonomía y autodeterminación de las personas respecto a su salud. Además de generar condiciones de seguridad en salud durante toda su vida. Especial mención merecen los migrantes a quienes se les reconoce derecho a la salud, trabajo y educación.

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

El sector salud participa en varios programas de protección social, todos de carácter intersectorial, como son Chile Solidario, la Reforma Previsional, Chile Crece Contigo y el Programa Vínculos del Ministerio de Desarrollo Social.

LEY DE DERECHOS Y DEBERES DE LOS PACIENTES

Todos los pacientes del Sistema Público y Privado tienen los siguientes deberes, de acuerdo a lo establecido de la Ley N°20.584 que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud.

Deberes

- Respetar el reglamento interno del establecimiento, lo que se hace extensivo a sus representantes legales, familiares y visitas.
- Procurar informarse acerca del funcionamiento del establecimiento y sobre los procedimientos de consulta y reclamo establecidos.
- Cuidar las instalaciones y equipamiento que el prestador mantiene a disposición.
- Tratar respetuosamente a los integrantes del equipo de salud. Igual obligación corresponde a los familiares, representantes legales y otras personas que los acompañen o visiten.
- Tanto la persona que solicita la atención de salud, como sus familiares o representantes legales, deberán colaborar con los miembros del equipo de salud que la atiende, entregando la información necesaria para el tratamiento.

Derechos

- Tener información oportuna y comprensible de su estado de salud.
- Recibir un trato digno, respetando su privacidad, pudor e intimidad.
- Ser llamado por su nombre y atendido con amabilidad.
- Recibir una atención de salud de calidad y segura, según protocolos establecidos.
- Ser informado de los costos de su atención de salud.
- No ser grabado ni fotografiado con fines de difusión sin su permiso.
- Que su información médica no se entregue a personas no relacionadas con su atención.
- Aceptar o rechazar cualquier tratamiento y pedir el alta voluntaria.
- Recibir visitas, compañías y asistencia espiritual.
- Consultar o reclamar respecto de la atención de salud recibida.
- A ser incluido en estudios de investigación científica sólo si lo autoriza.
- Donde sea pertinente, que se cuente con señalética y facilitadores en lengua originaria.
- Que el personal de salud porte una identificación con expresión de sus funciones.
- Inscribir el nacimiento de su hijo en el lugar de su residencia.
- Que su médico le entregue un informe de la atención recibida durante su hospitalización.

CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DE LOS PACIENTES



Fuente:https://www.minsal.cl/derechos-y-deberes-de-los-pacientes.

ENFOQUE DE DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD (DSS)

La salud es, de acuerdo a este enfoque, el resultado de una cadena de asociaciones múltiples que se dan entre las condiciones de vida y de trabajo, del ambiente y de las oportunidades que tengan las personas para desarrollar su potencial. Los determinantes son las condiciones sociales en las cuales las personas viven y trabajan, es decir, las características sociales en las cuales la vida tiene lugar. Incluyen las características del contexto social que influyen directamente en la salud y también las vías o mecanismos por los cuales las condiciones sociales se expresan en efectos en la salud. Los principales determinantes estructurales de la salud son la educación, las condiciones de trabajo y empleo, el ambiente físico y el equipamiento territorial.

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

ENFOQUE DE EQUIDAD EN SALUD

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

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

EQUIDAD DE GÉNERO EN SALUD

Género: es la construcción cultural que asigna, en las esferas públicas y privadas, formas de comportamiento y de roles a mujeres y hombres sobre la base de su diferenciación sexual; a diferencia de Sexo, término que alude a la diferencia biológica entre el hombre y la mujer. Es importante destacar que no toda desigualdad en salud entre mujeres y hombres implica inequidad de género; este concepto se reserva para aquellas desigualdades que se consideran “innecesarias, evitables y, además, injustas” y que se asocian a desventajas en el plano socioeconómico y en la valoración social.

INMIGRANTES

La población migrante beneficiaria de la Red Asistencial Pública se reconoce, en una alta proporción, que tiene otras creencias y costumbres que deben ser consideradas para aplicar las estrategias en salud.

El Código Sanitario rige todas las cuestiones relacionadas con el fomento, protección y recuperación de la salud de los habitantes de la República, salvo aquellas sometidas a otras leyes.

Art.º 16: Toda mujer durante el embarazo y hasta el 6º mes del nacimiento del hijo y el niño, tendrán derecho a la protección y vigilancia del Estado por intermedio de las instituciones que correspondan.

INTERSECTORIALIDAD

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

PARTICIPACIÓN SOCIAL Y TRANSPARENCIA

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

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

Estas modalidades no son excluyentes sino que pueden ser complementarias y se expresan, a través, de las siguientes instancias y mecanismos actualmente en desarrollo:

- Participación en definición de prioridades y en el diseño de políticas, programas y acciones de salud.

- Ejercicio de derecho, a través de solicitudes ciudadanas y otros mecanismos de transparencia activa en las Oficinas de Información, Reclamos y Sugerencias y OIRS.

Se espera que la comunidad avance en la participación continua en todo el ciclo de desarrollo de las políticas públicas y, particularmente, en el proceso de planificación local (diagnóstico, programación, ejecución y evaluación) que se expresa en el Plan de Salud Comunal.

OBJETIVOS SANITARIOS

En julio del año 2010, la Subsecretaría de Salud Pública dio inicio a la planificación de las acciones del sector para la consecución de objetivos sanitarios durante la década 2011- 2020. Este desarrollo se inició a principios del decenio 2000-2010, cuando el sector impulsó una reforma sectorial, cuyo primer eje fue la definición los objetivos sanitarios.

A través de la definición de objetivos de impacto y desarrollo específicos se buscó fortalecer las actividades tradicionales del sector, y recoger las transformaciones sectoriales en la perspectiva de derechos de salud. Según la evaluación de final del periodo, ambas lógicas se integraron en un nivel de discurso y en un nivel pragmático, lo que contribuyó a dar sentido y significado a las acciones del sector, pero no se logró una instalación o adhesión de los diferentes niveles de la organización de salud.

Asimismo, un desafío aún pendiente, es la articulación ordenada y sistemática del trabajo intersectorial. Esto resulta de especial relevancia, ya que aquellos objetivos en los que otros sectores comparten responsabilidad en su gestión, fueron los que presentaron mayor dificultad en su cumplimiento.

Frente a ello, la formulación de los Objetivos Sanitarios del decenio 2011-2020, considera como uno de sus ejes fundamentales el trabajo colaborativo con el intersector. Esta preocupación se traduce en la metodología de construcción seleccionada, la cual otorga un gran énfasis, no sólo a la identificación de objetivos de impacto sanitario, sino también a la selección de estrategias para su consecución, utilizando criterios de calidad, equidad y de satisfacción para los usuarios del sistema de salud.

Es así que el plan nacional contempla un equilibrio entre la realidad global y las especificidades regionales y subregionales, a través del modelo de planificación con consecución de objetivos en cascada.

Los Objetivos Sanitarios para la década 2011 al 2020 son:

1. Reducir carga sanitaria, social y económica de las enfermedades transmisibles.

2. Prevenir y reducir la morbilidad, discapacidad y mortalidad prematura por afecciones crónicas no transmisibles, trastornos mentales, violencia y traumatismos.

3. Promover la salud y el desarrollo, y prevenir o reducir factores de riesgo.

4. Reducir la morbilidad y mortalidad y mejorar la salud en etapas claves de la vida, embarazo, parto, período neonatal, infancia, y la adolescencia, mejorar la Salud sexual y reproductiva y promover el envejecimiento activo y saludable.

5. Abordar los factores sociales y económicos determinantes de la salud mediante políticas y programas que permitan mejorar la equidad en salud e integrar enfoques de Nivel Socio Económico, sensibles a las cuestiones de género, etnia y basados en los derechos humanos.

6. Promover un entorno más saludable, intensificar la prevención primaria y ejercer influencia sobre las políticas en todos los sectores, con miras a combatir las causas fundamentales de las amenazas ambientales para la salud. Mejorar la nutrición, la inocuidad de los alimentos y la seguridad alimentaria a lo largo de todo el ciclo de la vida, y el apoyo de la salud pública y el desarrollo sustentable.

7. Promover la calidad y justicia en la atención de Salud.

8. Mejorar la institucionalidad de salud mediante el fortalecimiento de la gobernanza, el financiamiento, la dotación de personal, la información, la infraestructura y gestión.

9. Reducir las consecuencias para la salud de las emergencias, desastres, crisis y conflictos, y minimizar su impacto social y económico.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS Y METAS DE IMPACTO

Reducir la carga sanitaria de las enfermedades transmisibles y contribuir a disminuir su impacto social y económico.

	TEMA	OBJETIVO	META	2010	2015	2020
1.1	VIH/SIDA	Disminuir la mortalidad por VIH/SIDA	Mantener la tasa de mortalidad proyectada por Virus de Inmunodeficiencia Humana/ Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida	2.0 por 100.000	1.6 por 100.000	1,2 por 100.000
1.2	Tuberculosis	Eliminar la Tuberculosis como problema de salud pública	Disminuir a 5 x 100.000 habitantes la tasa de incidencia proyectada de Tuberculosis	12,1 por 100.000	9,7. por 100.000	<5,0 por 100.000
1.3	Enfermedades Transmisibles	Mantener logros alcanzados en el control o eliminación de las Enfermedades Transmisibles	Mantener el número de casos de enfermedades transmisibles seleccionadas*	0 casos	0 casos	0 casos
1.4	Infecciones Respiratorias Agudas	Reducir la mortalidad por infecciones respiratorias agudas	Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas	14,3 por 100.000	10.4 por 100.00	7,6 por 100.000

Prevenir y reducir la morbilidad, la discapacidad, y mortalidad prematura por afecciones crónicas no transmisibles, trastornos mentales, violencia y traumatismo.

	Tema	Objetivos	Meta	2010	2015	2020
2.1	Enfermedades Cardiovasculares	Aumentar la sobrevida de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	Aumentar 10% la sobrevida al primer año proyectada del infarto agudo al miocardio	78,5%	82,7%	91,0%
			Aumentar 10% la sobrevida al primer año proyectada por accidente cerebrovascular	70,5%	76,9%	89,7%
2.2	Hipertensión Arterial	Incrementar la proporción de personas con hipertensión arterial controlada (1)	Aumentar 50% la cobertura efectiva del tratamiento de hipertensión arterial	16,8%	19,6%	25,2%
2.3	Diabetes Mellitus	Incrementar la proporción de personas con diabetes controlada (2)	Aumentar 20% la cobertura efectiva del tratamiento de diabetes mellitus tipo 2	29,8%	31,8%	35,8%
2.4	Enfermedad Renal Crónica	Reducir la progresión de enfermedad renal crónica	Disminuir 10% la tasa de incidencia proyectada de tratamiento de sustitución renal crónica con hemodiálisis en población menor a 65 años	8,2 por 100.000	7,8 por 100.00	6,8 por 100.000
2.5	Cáncer	Reducir la tasa de mortalidad por cáncer	Disminuir 5% la tasa de mortalidad proyectada por cáncer	112,0 por 100.000	107,0 por 100.000	97,1 por 100.000
2.6	Enfermedad Respiratoria Crónica	Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica	Disminuir 10% la tasa de mortalidad proyectada por enfermedad respiratoria crónica	15,7 por 100.000	14,9 por 100.000	13,2 por 100.000
2.7	Trastornos Mentales	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Disminuir 10% la prevalencia de discapacidad severa en trastornos de salud mental seleccionados (3)	Línea de base 2012	-3,3%	-10,0%
2.8	Discapacidad	Disminuir la discapacidad	Disminuir 10% la media de puntaje de discapacidad	26,0 puntos	25,1 puntos	23,4 puntos
2.9	Salud Bucal	Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de 20 años, con énfasis en los más vulnerables	Aumentar 35% la prevalencia de libres de caries(4) en niños de 6 años	29,6%	32,0%	40,0%
			Disminuir 15% el promedio de dientes dañados por caries (5) en adolescentes de 12 años en establecimientos de educación municipal	2,2 dientes	2,1 dientes	1,9 dientes
2.10	Accidentes de Tránsito	Reducir la mortalidad por accidentes de tránsito	Disminuir 25% la tasa de mortalidad proyectada por accidentes de tránsito asociadas a consumo de alcohol e imprudencia del conductor (6)	4,1 por 100.000	3,8 por 100.000	3,2 por 100.000
2.11	Violencia Intrafamiliar	Disminuir los femicidios	Disminuir 33% la tasa trienal de femicidios en mayores de 15 años	1,8 por 100.000	1,6 por 100.000	1,2 por 100.000

Desarrollar hábitos y estilos de vida saludable

	Tema	Objetivos	Meta	2010	2015	2020
3.1	Salud Optima	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Aumentar 20% la prevalencia de al menos 5 factores protectores(1), en población mayor a 15 años	35,6%	38,0%	42,7 %
3.2	Consumo de Tabaco	Reducir el consumo de tabaco	Reducir 5% la prevalencia proyectada de consumo de tabaco último mes en población de 12 a 64 años	40,9%	39,1%	35,6%
3.3.	Consumo de Alcohol	Reducir el consumo de riesgo de alcohol	Disminuir 10% la prevalenciaproyectada de consumo de riesgo de alcohol(2) en población de 15 a 24 años	15,1%	15,0%	14,8%
3.4	Sobrepeso y Obesidad	Disminuir prevalencia de obesidad infantil	Disminuir 10% la prevalencia de obesidad en menores de 6 años (3)	9,6%	9,0%	8,6%
3.5	Sedentarismo	Aumentar la prevalencia de práctica de actividad física en adolescentes y jóvenes	Aumentar 30% la prevalencia de actividad física suficiente (4) en población entre 15 a 24 años	23,1%	25,4%	30,0%
3.6	Conducta Sexual	Aumentar la prevalencia de conducta sexual segura en adolescentes y jovenes	Aumentar 20% la prevalencia de uso consistente de condón en población de 15 a 19 años, activos sexualmente	34,9%	37,2%	42,0%
3.7	Consumo de Drogas Ilicitas	Disminuir la prevalencia de consumo de drogas ilicitas en poblarión general	Disminuir 5% la prevalencia de consumo de drogas ilicitas(5) durante último año en población de 12 a 64 años	8,1%	8,0%	7,8%

Reducir la mortalidad, morbilidad y mejorar la salud de las personas a lo largo del ciclo vital.

	TEMA	OBJETIVO	META	2010	2015	2020
4.1	Salud Perinatal	Disminuir la mortalidad perinatal	Disminuir 15% la tasa de mortalidad proyectada en periodo perinatal	10,4 por 1.000	10,6 por 1.000	10,9 por 1.000
4.2	Salud Infantil	Disminuir el rezago infantil	Disminuir 15% la prevalencia de rezago en población menor de 5 años	25,2%	23,5%	21,4%
4.3	Salud del Adolescente	Disminuir la mortalidad por suicidio en adolescentes	Disminuir 15% la tasa de mortalidad proyectada por suicidio en población de 10 a 19 años	8,0 por 100.000	8,7 por 100.00	10,2 por 100.000
4.4	Embarazo Adolescente	Disminuir el embarazo adolescente	Disminuir 10% la tasa de fecundidad proyectada en población menor de 19 años	25,8 por 1.000	23,7 por 1.000	22,9 por 1.000
4.5	Accidentes del Trabajo	Disminuir la mortalidad por accidentes del trabajo	Disminuir un 40% la tasa trienal de mortalidad por accidentes del trabajo	7,6 por 100.00	6,6 por 100.000	4,6 por 100.000
4.6	Enfermedades Profesionales	Disminuir la incapacidad laboral por enfermedades profesionales	Disminuir un 30% la tasa anual proyectada de licencia por incapacidad laboral por enfermedad profesional de causa músculoesqueletica de extremidad superior en población protegida por la Ley 16.744	11,2 por 100.000	11,6 por 100.000	12,5 por 100.000
4.7	Salud de la Mujer Climatérica	Mejorar la calidad de vida de la mujer posmenopáusica	Disminuir en 10% la media de puntaje de "Salud relacionada a Calidad de Vida" en población femenina de 45 a 64 años, bajo control	Linea de Base 2012	-3,3 %	-10,0%
4.8	Salud del Adulto Mayor	Mejorar el estado de salud funcional de los adultos mayores	Disminuir en 10% la media de puntaje de discapacidad en población de 65 a 80 años	35,3 puntos	33,5 puntos	31,8 puntos

Reducir las inequidades en salud de la población a través de la mitigación de los efectos que producen los determinantes sociales y económicos de salud.

	Tema	Objetivos	Meta	2010	2015	2020
5.1	Inequidad y Posición Social	Disminuir la gradiente de inequidad en salud relacionada con posición social	Disminuir 10% el índice de concentración de autopercepción de salud por años de estudio, en población mayor a 25 años	0,31 puntos	0,30 puntos	0,28 puntos
5.2	Inequidad y Ubicación Geográfica	Disminuir la brecha de inequidad en salud relacionada con ubicación geográfica	Disminuir 25% la media de tasa quinquenal de Años de Vida Potencial Perdidos de las comunas priorizadas (1)	92,1 por 1.000	84,4 por 1.000	69,1 por 1.000

Mejorar la salud de la población a través del mejoramiento de las condiciones ambientales y de seguridad e inocuidad de los alimentos.

	TEMA	OBJETIVO	META	2010	2015	2020
6.1	Contaminación Atmosférica	Disminuir exposición diaria a contaminación ambiental	Disminuir 50% la tasa de días-ciudad del año que se encuentran sobre la norma de material particulado*	23,4 por 1.000 días-ciudad	19,5 por 1.000 días-ciudad	11,7 por 1.000 días-ciudad
			Disminuir un 10% el nivel de contaminantes intradomiciliarios seleccionados**	Línea de Base 2013	-3,3%	-10,0 %
6.2	Residuos Sólidos	Mejorar la disposición de residuos contaminantes	Aumentar 150% la cobertura de comunas con manejo adecuado de residuos sólidos domiciliarios	30,1%	50,0 %	75,3%
6.3	Uso de Aguas	Mejorar el acceso a agua potable y disposición de aguas servidas en zonas rurales	Aumentar a 50% la cobertura de sistemas de agua potable rural con agua segura y diagnóstico de disposición de aguas servida	0,0%	35,0%	50,0%
6.4	Enfermedades Transmitidas por Alimentos	Disminuir los brotes de Enfermedades Transmitidas por Alimentos	Disminuir 10% la tasa promedio de los últimos 3 años de hospitalización por enfermedades transmitidas por alimentos en brote.	1,13 por 100.000	1,09 por 100.000	1,02 por 100.000
6.5	Entorno Urbano	Aumentar las áreas verdes urbanas	Aumentar 20% el porcentaje de comunas seleccionadas*** cuya tasa promedio de los últimos 3 años de metros cuadrados de áreas verdes por habitante, supera recomendación de Organización Mundial de la Salud	8,1%	8,6%	9,7%

Fortalecer la institucionalidad del sector de salud

	Tema	Objetivos	Meta	2010	2015	2020
7.1	Sistemas de Información	Mejorar los sistemas de información en salud	Aumentar a 13 el número de procesos críticos (1) que tributan al repositorio nacional de información	0 procesos	5 procesos	13 procesos
7.2	Investigación en Salud	Fortalecer la investigación en salud	Aumentar a 50% la proporción de preguntas elaboradas y priorizadas (2) por el Consejo Nacional de Investigación en Salud, que son abordadas en proyectos de investigación, el año en curso	0,0%	30,0%	50,0%
7.3	Recursos Humanos	Aumentar y mejorar la dotación de recursos humanos en el sector salud	Aumentar 20% la proporción de Servicios de Salud y Secretarías Regionales Ministeriales de Salud con dotación de Recursos Humanos adecuada (3)	Línea de base 2012	+8,0%	+20,0%
			Aumentar a 35% la proporción de Servicios de Salud cuyos Servicios de Urgencia de hospitales de alta complejidad, cumplen con estándar de Recursos Humanos en Salud	Línea de base 2012	16,1%	35,0%
			Aumentar a 44% la proporción de Servicios de Salud cuyas Unidades de Paciente Crítico de hospitales de alta complejidad, cumplen con estándar de Recursos Humanos en Salud	Línea de base 2012	35,1%	44,0%
7.4	Financiamiento	Fortalecer el financiamiento del sector	Disminuir 20% el porcentaje del gasto de bolsillo sobre el gasto total en salud	34,4%	32,1%	27,5%
			Aumentar a 100% la proporción de Servicios de Salud cuyos hospitales logran relación ingresos devengados/gastos devengados mayor o igual a uno	41,4%	58,6%	100,0%
7.5	Infraestructura	Mejorar, normalizar y reponer la infraestructura del sector salud	Aumentar en 30 el número de hospitales en operación, con mejoramiento, normalización y/o reposición	0 hospitales	15 hospitales	30 hospitales
			Aumentar en 150 el número de centros de atención primaria en operación, con mejoramiento, normalización y/o reposición	0 centros	75 centros	150 centros
7.6	Gobernanza y Participación	Aumentar los mecanismos de participación ciudadana y fortalecer el trabajo integrado de los directivos del sector	Aumentar a 100% la proporción de Servicios de Salud y Secretarías Regionales Ministeriales de Salud que han implementado mecanismos de participación ciudadana y usuaria, y ejercicio de derechos	No disponible	25,0%	100,0%
			Aumentar a 100% la proporción de Secretarías Regionales Ministeriales de Salud que han implementado mecanismos de alineación de directivos, y articulación de procesos de planificación	0,0%	25,0%	100,0%
7.7	Gestión Asistencial	Mejorar la pertinencia en la referencia entre componentes de la red de Servicios de Salud	Aumentar a 80% el porcentaje de pertinencia en la referencia entre componentes de los Servicios de Salud	Línea de base 2012	50,0%	80,0%
7.8	Salud Internacional	Mantener la participación y cooperación internacional en salud	Mantener en 75% la proporción de contrapartes técnicas que participan en actividades de la agenda y la cooperación internacional	76,9%	>75,0%	>75,0%

Mejorar la calidad de atención de la salud en un marco de respeto de los derechos de las personas.

	TEMA	OBJETIVO	META	2010	2015	2020
8.1	Acceso y Oportunidad	Disminuir listas de espera	Aumentar a 90% la proporción de Servicios de Salud con adecuada razón de resolución de listas de espera excesivamente prolongadas*	21%	52%	90%
8.2	Seguridad y Efectividad	Aumentar los establecimientos de salud acreditados	Aumentar a 100% la proporción de establecimientos de atención cerrada públicos y privados, con al menos la primera acreditación de estándares de calidad y seguridad de la atención	2.1%	50%	100%
8.3	Fármacos y Tecnologías Sanitarias	Mejorar la calidad de medicamentos y tecnologías sanitarias	Aumentar a 90% el porcentaje de fármacos priorizados que cumplen con las características de calidad definidas*	0.0%	30%	90%
			Aumentar a 90% el porcentaje de tecnologías sanitarias priorizadas que cuentan con certificación de calidad	0.0%	30%	90%
8.4	Satisfacción Usuaria	Disminuir la Insatisfacción Usuaria	Disminuir 30% el índice de insatisfacción usuaria en la atención de salud de centros de atención primaria	18,3%	16.5%	12.8%
			Disminuir 30% el índice de insatisfacción usuaria en la atención de salud de urgencias	26,6%	23.9%	18.6%

Fortalecer la respuesta adecuada del sector de salud ante emergencias, desastres y epidemias.

	TEMA	OBJETIVO	META	2010	2015	2020
9.1	Emergencias, desastres y epidemias	Contar con planes aprobados y actualizados en Gestión Integral del Riesgo y Establecimientos de Salud Seguros	Proporción de instituciones de salud* con planes de gestión integral del riesgo, aprobados y actualizados	0	50%	90%
			Número de hospitales antiguos y nuevos acreditados con cumplimiento de norma de seguridad	0 hospitales	15 hospitales	30 hospitales

MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA

Nuestro Sistema de Salud, se define como un Sistema basado en Atención Primaria, en donde desde el **Modelo de Atención Integral de Salud**, se establecen los principios que orientan el quehacer de los equipos de salud en la red asistencial, desde la anticipación al daño hasta la rehabilitación, de manera cada vez más inclusiva de otras necesidades de salud en el espacio de la familia y la comunidad.

El modelo, en lo esencial describe las condiciones que permitan satisfacer las necesidades y expectativas del usuario respecto a mantenerse sano o saludable, mejorar su estado de salud actual (en caso de enfermedad), ello mediante el logro de los objetivos nacionales de salud y el fortalecimiento de la eficiencia, efectividad y eficacia de las intervenciones, en un contexto de políticas públicas de fomento y promoción de la salud de las personas y comunidades (educación, vivienda, recreación entre otros).

Principios del Modelo Integral de Salud Familiar y Comunitario

- Centrado en el usuario
- Integralidad
- Continuidad
- Gestión de las personas trabajadoras de salud
- Intersectorialidad
- Énfasis promocional y preventivo
- Enfoque familiar
- Centrado en la atención abierta
- Participación en salud
- Uso de tecnología aprobada
- Calidad



Centrado en el usuario

Considera las necesidades y expectativas de las personas y sus familias desde su particular forma de definirlas y priorizarlas, para lo cual se debe establecer un modelo de relación, entre el equipo de salud, las personas, sus familias y la comunidad, basado en la corresponsabilidad del cuidado de la salud y enfatizando en los derechos y deberes de las personas, tanto equipo de salud como usuarios.

Integralidad

La integralidad es una función de todo el sistema de salud e incluye la promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos. Implica que la cartera de servicios disponibles debe ser suficiente para responder a las necesidades de salud de la población desde una aproximación biopsicosocial-espiritual y cultural del ser humano. Considera el sistema de creencias y significados que las personas le dan a los problemas de salud y las terapias socialmente aceptables

Continuidad

La continuidad de la atención se puede definir desde distintas perspectivas: Desde la perspectiva de las personas que se atienden, corresponde al grado en que una serie de eventos del cuidado de la salud son experimentados como coherentes y conectados entre sí en el tiempo. Desde la perspectiva de los Sistemas de Salud, destacamos tres aspectos de la continuidad de la atención señalados en el documento OPS Redes Integradas de Servicios de Salud.

Enfoque

La incorporación del enfoque intercultural en las acciones de salud de la Red Asistencial es un proceso que comenzó en la Región de la Araucanía por el año 1996 y que se vio fuertemente respaldado con la Reforma del Sector que data del año 2005.

La Ley de autoridad sanitaria y los reglamentos internos, tanto del Ministerio de Salud como de los Servicios de Salud, contemplan claramente la responsabilidad sectorial de incluir dentro de su quehacer una mirada diferente de hacer salud, incorporando el respeto a la cultura existente en los territorios y la participación activa de las propias comunidades y organizaciones de pueblos originarios sobre las acciones que salud desarrolla y que les involucran.

Para el Modelo de Atención Integral de Salud, así como para el conjunto de las áreas de la reforma, hay principios orientadores como la equidad y la participación y está orientado fundamentalmente a mejorar la calidad de vida de las personas, las familias y comunidades. Si a estos principios, agregamos además, 19Orientaciones para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria la interculturalidad, se debieran incorporar estrategias de pertinencia cultural que respondan a las particularidades de los distintos pueblos originarios y de la población extranjera que vive en el país en las políticas de atención, prevención, rehabilitación y promoción de la salud, que sean diseñadas, ejecutadas y evaluadas participativamente.

RED DE ATENCION EN APS

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

Cecosf: No son establecimientos por sí mismos. Son estrategias de intervención dependientes de un Consultorio o CESFAM, que dan prestaciones de modo desconcentrado, insertos en el nivel local. Entregan una parcialidad de las prestaciones del Plan de Salud Familiar. El diseño de la estrategia, con base comunitaria en su origen, está orientado a la atención máxima de 5 mil personas, en un territorio geográfico definido y que ejecutan fundamentalmente acciones de tipo promocional y preventivo. En nuestro caso, el Cecosf no funciona al alero de un CESFAM ni Hospital.

GESTIÓN DE GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD

La gestión de la provisión de las prestaciones definidas anualmente, por Ley, en el Régimen de Garantías Explícitas en Salud es un importante desafío para las redes Asistenciales, responsables de asegurar el acceso de la población beneficiaria del Sistema Público de Salud a esas prestaciones. La APS (junto a los Servicios de Urgencias y Hospitalarios) son la instancia de la Red Asistencial en que se origina la demanda y es responsable de mantener el equilibrio entre la oferta de atenciones del sistema de garantías explícitas (GES) y de la oferta del régimen general de garantías.

Así mismo la Gestión de Garantías Explicitas requiere de una organización específica de funciones que buscan velar por el cumplimiento de las garantías, dicha organización debe considerar más que el cargo en lo estructural, el cumplimento de la función que se deberá asociar a aquél agente de la estructura existente que más contribuya a cumplirlo, como se detalla a continuación.

Encargado AUGE: Objetivo: Asegurar la continuidad de la atención delusuario en una red 40 explícita definida en áreas de atención de salud locales, regionales y nacionales. Esta es una función asociada fuertemente a las autoridades de un establecimiento, en especial a las subdirecciones clínicas.

Encargado de Registros SIGGES: Objetivo: Asegurar la calidad yoportunidad de la información asociada al SIGGES o sistema de información que corresponda, el registro confiable y oportuno. Esta función se relaciona fuertemente a los equipos de estadística y de Gestión de la Información de los establecimientos.

Digitalizador en los sistemas de información, incluyendo SIGGES: Objetivo: Realizar el registro de información respectiva en la herramienta SIGGES con la calidad, confiabilidad y oportunidad requerida.

Encargados de las Oficinas OIRS/ Reclamos: Objetivo: Asegurar la información a la comunidad y los beneficiarios de las garantías explícitas y sus derechos y obligaciones.

En la Atención Primaria, la programación de la actividad GES debe estar contemplada en Plan anual de Salud, en un marco de integralidad con el resto de las prestaciones que brinda la Atención Primaria.

En este sentido le corresponde a la APS, en forma preferente la atención (sospecha, diagnóstico y tratamiento) de los siguientes Problemas de Salud Ges son:

- 80.- Tratamiento Erradicación Helicobacter Pylori v1.6.
- 79.- TTO.QX. Válvulas Mitral y Tricúspide 15 Años y Más v1.5
- 78.- Lupus Eritematoso Sistémico v1.4.
- 77.- Tratamiento Hipoacusia Menor 2 Años v1.6.
- 76.- Hipotiroidismo 15 Años y Más v1.4.
- 75.- Trastorno Bipolar 15 Años y Más v1.5.
- 74.- TTO.QX. Válvula Aórtica 15 Años y Más v1.5.
- 73.- Osteosarcoma 15 Años y Más v1.6.
- 72.- Cáncer Vesical 15 Años y Más v1.5.
- 71.- Cáncer de Ovario Epitelial v1.8.
- 70.- Cáncer Colorectal 15 Años y Más v1.5.
- 69.- Hepatitis C v2.3.
- 68.- Hepatitis B v2.3.
- 67.- Esclerosis Múltiple Remitente Recurrente v2.3.
- 66.- Salud Oral de la Embarazada v2.3.
- 65.- Displasia Luxante de Caderas Menor 1 Año v3.4.
- 64.- Prevención Secundaria IRCT v2.4.
- 63.- Artritis Idiopática Juvenil v2.5.
- 62.- Enfermedad de Parkinson v2.4.
- 61.- Asma Bronquial 15 Años y Más v2.4.
- 60.- Epilepsia No Refractaria 15 Años y Más v2.5.
- 59.- Hipoacusia Bilateral del Prematuro v2.3.
- 58.- Displasia Broncopulmonar del Prematuro v2.4.
- 57.- Retinopatía del Prematuro v2.3.
- 56.- Hipoacusia Bilateral 65 Años y Más v3.3.
- 55.- Gran Quemado v3.3.
- 54.- Analgesia del Parto v3.3.
- 53.- Consumo Perjudicial y Dependencia de Alcohol y Drogas Menor 20 Años v3.3.
- 52.- Artritis Reumatoide v3.4.
- 51.- Fibrosis Quística v4.4.
- 50.- Trauma Ocular Grave v5.4.

- 49.- Atención de Urgencia del Traumatismo Craneoencefálico Moderado o Grave v4.3.
- 48.- Politraumatizado Grave v3.3.
- 47.- Salud Oral Integral Adulto 60 Años v3.3.
- 46.- Urgencia Odontológica Ambulatoria v3.0.
- 45.- Leucemia 15 Años y Más v5.4.
- 44.- Hernia Núcleo Pulposo Lumbar v3.3
- 43.- Tumores Primarios SNC v7.3.
- 42.- Hemorragia Ruptura de Aneurismas Cerebrales v4.3
- 41.- Artrosis Cadera o Rodilla Leve o Moderada 55 Años y Más v3.4.
- 40.- Síndrome de Dificultad Respiratoria en el Recién Nacido v6.4.
- 39.- Asma Bronquial Menor 15 Años v6.4.
- 38.- Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica v7.4.
- 37.- Accidente Cerebrovascular Isquémico 15 Años y Más v6.5.
- 36.- Órtesis 65 Años y Más v6.3. Bajar archivo :
- 35.- Hiperplasia de Próstata v7.3. Bajar archivo :
- 34.- Depresión 15 Años y Más v6.3.
- 33.- Hemofilia v6.4.
- 32.- Desprendimiento de Retina v5.4.
- 31.- Retinopatía Diabética v5.4.
- 30.- Estrabismo Menor 9 Años v8.3.
- 29.- Vicios de Refracción 65 Años y Más v4.4.
- 28.- Cáncer de Próstata 15 Años y Más v8.3.
- 27.- Cáncer Gástrico v8.3.
- 26.- Colecistectomía Preventiva v9.4.
- 25.- Marcapaso 15 Años y Más v8.5.
- 24.- Prematurez, Prev.Parto Prematuro v27.3.
- 23.- Salud Oral Integral 6 Años v15.3.
- 22.- Epilepsia No Refractaria Menor 15 Años v8.4.
- 21.- Hipertensión 15 Años y Más v14.5.
- 20.- Neumonía 65 Años y Más v12.3.
- 19.- IRA Menor 5 Años v10.3.
- 18.- VIH v.3.4.
- 17.- Linfoma 15 Años y Más v12.3.
- 16.- Cáncer de Testículos 15 Años y Más v15.4.
- 15.- Esquizofrenia v12.3.
- 14.- Cáncer en Menores de 15 Años v15.4.
- 13.- Fisura Labio palatina v14.3.
- 12.- Endoprótesis Total de Caderas 65 Años y Más v19.4.
- 11.- Cataratas v12.4.
- 10.- Escoliosis Menor 25 Años v10.4.
- 9.- Disrafias Espinales v23.4.
- 8.- Cáncer de Mamas 15 Años y Más v12.4.
- 7.- Diabetes Mellitus 2 v14.4.
- 6.- Diabetes Mellitus I v18.4.
- 5.- Infarto Agudo de Miocardio v19.4.
- 4.- Alivio del Dolor v10.3.
- 3.- Cáncer Cérvicouterino v21.5.

- 2.- Cardiopatías Congénitas Operables Menor 15 Años v19.5.
- 1.- Insuficiencia Renal Crónica Etapa 4 y 5 v25.4.

ANALISIS DEL ENTORNO

Chaiten (en huilliche, canasto de agua) es una comuna y localidad chilena, ubicada en la Provincia de Palena, X Región de Los Lagos. Chaiten es la principal ciudad y capital, tanto de la comuna como de la provincia de Palena, siendo una de las puertas de entrada a Patagonia chilena.

La comuna de Chaiten abarca algo más de la mitad de la provincia de Palena, limitando al norte con la comuna de Hualaihué, al oeste con el golfo de Corcovado, al oriente con las comunas de Futaleufú y de Palena y parte de la provincia del Chubut (Argentina) y al sur con la Región Aisén del General Carlos Ibáñez del Campo.

En mayo de 2008, la erupción del volcán Chaiten provocó la evacuación de todos los habitantes de la capital comunal, convirtiendo a la ciudad de Chaitén prácticamente en un pueblo fantasma. Tras diversos estudios realizados, el gobierno chileno decidió en febrero de 2009 que dicha localidad fuera refundada junto a la localidad de Santa Bárbara, ubicada al norte del antiguo asentamiento, donde había sido trasladada la municipalidad y otros servicios comunales. Pero finalmente, en diciembre de 2010, se decide dar vuelta atrás y mantener la capital provincial en Chaitén norte.



Fuente: Ilustre municipalidad de Chaiten.

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA COMUNAL

La comuna de Chaitén se localiza entre el paralelo 42º30’ y 43º30’ de latitud sur, en una estrecha de franja entre el meridiano 72º y 73º Oeste, la cual no supera los 50 kilómetros.

Morfológicamente, el terreno corresponde a una continuación de la Cordillera de los Andes, la que ha sufrido diversos procesos erosivos, principalmente de origen glacial, que la hacen descender abruptamente hacia el mar en forma de valles y fiordos y que presenta montes de baja y mediana altura, los cuales no superan los 2.500 msnm. Este tipo de erosión también produjo, hace decenas de milenios, el hundimiento de la depresión intermedia bajo el Océano Pacífico, naciendo el golfo de Corcovado que separa así el sector de Palena del archipiélago de Chiloé.

Dentro de los principales accidentes geográficos de la zona se encuentran los volcanes Michimahuida (2.404 msnm), el Corcovado(2.300 msnm) y el Chaitén (962 msnm), todos ubicados a poca distancia de la costa. El principal curso fluvial corresponde al río Yelcho, que cruza la comuna desde el gran lago Yelcho hasta su desembocadura, al sur de la localidad de Chaitén. Gran parte de su recorrido es navegable y su cuenca tiene un total de 11.000 km² que cruza a las comunas vecinas e incluso hasta Argentina. Existen otros cauces menores, destacando los que dan origen al fiordo

Comau y al fiordo Reñihue, entre los cuales surge la península de Comau, en el límite norte de la comuna.

El clima de Chaitén es usualmente descrito como un clima templado frío con una mayor presencia de precipitaciones durante la temporada invernal (mayo a julio), con cifras que bordean los 3.000 mm de agua caída anualmente en la capital comunal y que descienden hacia los valles del interior más protegidos. La temperatura en promedio no supera los 10 °C y los vientos predominantes provienen desde el oeste. La flora de la región está compuesto por tres tipos de bosque nativo: el bosque siempreverde (compuesto principalmente por coigüe), el bosque de alerces y el bosque de altura, donde la lenga y el ñirre predominan. Dentro de la fauna destacan diversas especies como el puma, el cóndor, el quique, el huillín, chungungos y coipos. Para la protección de la flora y la fauna, gran parte de la superficie comunal corresponde a áreas silvestres protegidas destacando el Parque Nacional Corcovado y el Parque Pumalín.

Las cifras entregadas por el censo de años anteriores (2002, 2017) permiten caracterizar a la población en distintos aspectos en un momento determinado y en distintos niveles territoriales ya sean nacionales, regionales o comunales. Se establecen por ejemplo cifras de población total del país, su composición específicas como a qué religión o etnias pertenecen. Del análisis de estas características de la población se pueden determinar índices como el de masculinidad y el de dependencia demográfica.

Según las cifras que nos entrega el Instituto Nacional de Estadísticas respecto de la población de la comuna de Chaitén bordea los cinco mil habitantes, los cuales se encuentran dispersos en la península del Comau, Islas Desertores, Costa de Chaitén y Chaitén urbano y rural.

RED SANITARIA DE LA COMUNA

La comuna de Chaitén, producto de su dispersión geográfica, presenta algunas particularidades respecto de la Red Sanitaria. Se destaca que el principal establecimiento de Atención Primaria de Salud, el CECOSF Ayacara, se encuentra ubicado en la península de Comau al norte de Chaitén y separados por 40 minutos de navegación.

En la península de Comau se encuentran 3 Postas de Salud Rural y una Estación Médico Rural. El acceso de la población a sus Postas es a pie, caminando desde sus hogares y en vehículo ; también existe un mini bus de recorrido el cual 5 veces a la semana, realiza su trayecto por la península.

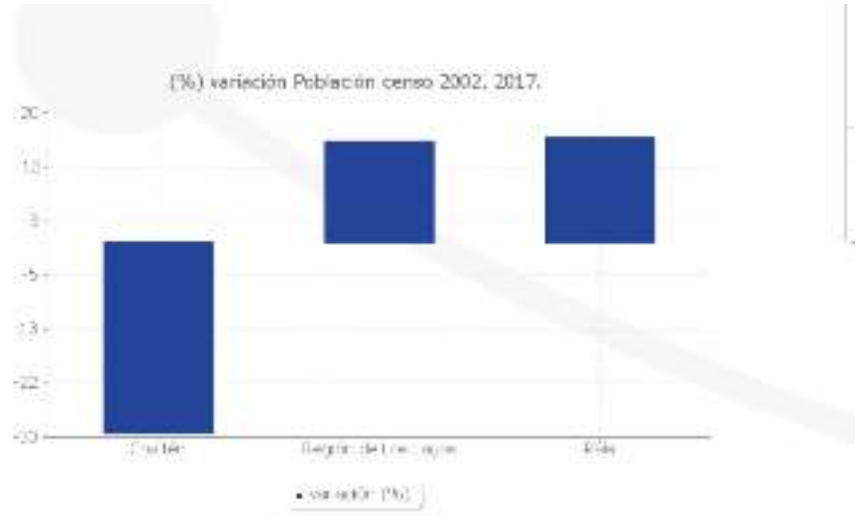
En la Costa de Chaitén se encuentran 3 Postas de Salud Rural. El acceso de la población a sus Postas es a pie, caminando desde sus hogares; también algunos utilizan como medio de transporte el caballo.

En las Islas Desertores se encuentran 4 Postas de Salud Rural. El acceso de la población a sus Postas es a pie; algunos usuarios llegan en lanchas a sus atenciones médicas.

En los siguientes gráficos podemos apreciar la población y la dispersión geográfica.

Comuna de Chaitén	4.172	5.041	-20,89
Magdalena Las Vegas	715.259	874.108	18,97
Total	16.178.488	17.574.003	8,63

Fuente: Censo de Población y Vivienda 2002-2017, INE.



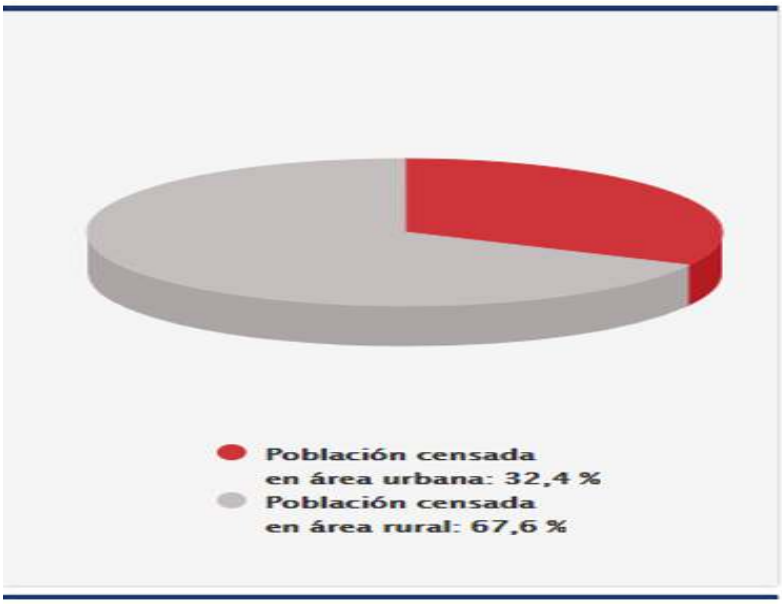
Fuente: reportes comunales



Fuente: Ilustre municipalidad de Chaiten

Población urbana rural

Se puede apreciar que la población urbana rural censada fue de un 32,4% y la mayor parte de la población se centra en sectores rurales, con un indicador de un 67,6% de la población total.



Fuente: https://resultados.censo2017.cl/Region?R=R1

Población por sexo e índice de masculinidad

La población por sexo e índice de masculinidad para la comuna de Chaitén presenta un total de 3.016 hombres y 2.055 mujeres; con un Índice de Masculinidad de 146,76. Esto significa que estamos por sobre el índice regional de 97,64 y el nacional que es 95,88.

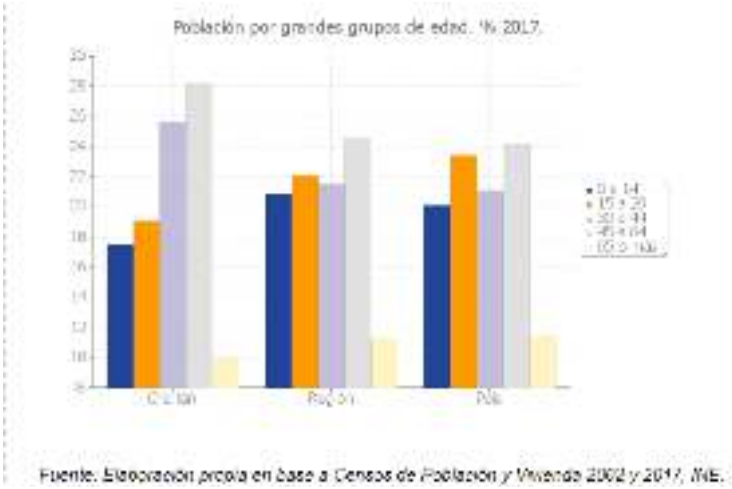
1.2 Población por sexo e índice de masculinidad, años 2002 y 2017

Unidad Territorial	Año 2002		Año 2017		Indice Masculinidad	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	2002	2017
Comuna de Chaitén	3.940	3.242	3.016	2.055	121,53	146,76
Región de Los Lagos	360.778	355.961	409.400	419.308	101,35	97,64
País	7.447.696	7.668.740	8.601.989	8.972.014	97,12	95,88

Fuente: Censos de Población y Vivienda 2002 y 2017, INE.



Población por grupos de edad



Fuente: Elaboración propia en base a Censos de Población y Vivienda 2002 y 2017, INE.

Se puede verificar que la población según grupos de edad está en armonía con la tendencia regional en cada grupo etario.

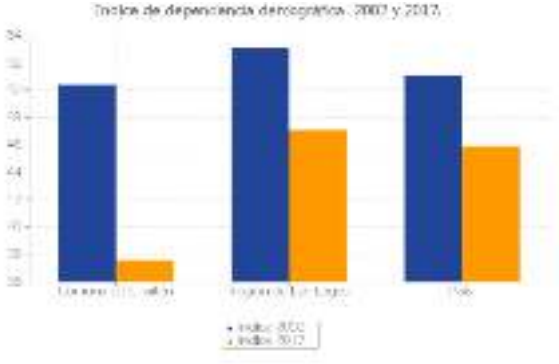
Existe un disminución en la población entre 0-14 años respecto del año 2002 al 2017,respecto del grupo de adultos mayores, se evidencia un aumento en la cantidad de personas con más de 65 años en la comuna.

Índice de dependencia demográfica

1.4 Índice de dependencia demográfica ● Índice de adultos mayores, años 2002 y 2017

Unidad Territorial	Índice Dependencia Demográfica		Índice de Adultos Mayores	
	2002	2017	2002	2017
Comuna de Chaitén	50,35	37,54	22,77	56,74
Región de Los Lagos	53,87	47,83	29,61	53,95
País	51,83	45,88	31,36	56,85

Fuente: Censos de Población y Vivienda 2002 y 2017, INE



Fuente: Elaboración propia en base a Censos de Población y Vivienda 2002 y 2017, INE

La comuna de Chaitén presenta una disminución en el Índice de Dependencia Demográfica respecto del 2012 al 2017 y el Índice de Dependencia Adultos Mayores tuvo un fuerte aumento respecto al año 2012.

POBLACIÓN INSCRITA EN APS

El total de la población inscrita validada el año 2018 en los Servicios de Salud de Atención Primaria de la comuna de Chaitén corresponde a 2267 usuarios.

A continuación el siguiente cuadro presenta la distribución de usuarios por establecimiento de Atención Primaria en la comuna de Chaitén.

CENTROS DE SALUD	N° DE PERSONAS- POBLACIÓN A CARGO
PSR DE BUILL	440
EMR DE RELDEHUE	174
PSR DE HUEQUI	163
PSR DE POYO	146
CECOSF AYACARA	504
PSR CASA DE PESCA	129
EMR DE LOYOLA	46
PSR DE CHUMELDEN	52
PSR DE CHANA	86
PSR VILLA STA. LUCÍA	164
PSR ISLA CHULIN	90
PSR ISLA NAYAHUE	74
EMR ISLA AUTENI	46
PSR ISLA CHUIT	88
PSR ISLA TALCAN T.	38
EMR ISLA TALCAN OE.	27
TOTAL	2267

Fuente: elaboración propia 2019

INDICADORES ECONÓMICOS A CONSIDERAR

Relacionado con el empleo y la actividad económica, y con la finalidad de comprender las características propias de la comuna de Chaitén y poner en concordancia las políticas de promoción de la actividad empresarial con la realidad comunal, es necesario conocer la mayor fuerza de empleo de la población de la comuna que es la agricultura y la comercialización de enseres.

6.3 Empresas según rubro económico, años 2014 a 2016

Rubro Empresa	Comuna			Región			País		
	2014	2015	2016	2014	2015	2016	2014	2015	2016
AGRICULTURA, GANADERIA, CAZA Y SILVICULTURA	71	74	74	8.515	8.351	8.172	112.228	109.875	109.790
PESCA	10	13	13	1.641	1.607	1.632	5.340	5.066	4.880
EXPLOTACION DE MINAS Y CANTERAS	4	3	2	147	144	134	5.168	5.017	5.014
INDUSTRIAS MANUFACTURERAS NO METALICAS	18	20	18	2.657	2.748	2.596	58.288	55.563	52.849
INDUSTRIAS MANUFACTURERAS METALICAS	6	6	6	1.667	1.644	1.610	38.643	37.349	36.048
SUMINISTRO DE ELECTRICIDAD, GAS Y AGUA	5	5	5	281	278	286	3.856	3.977	4.050
CONSTRUCCION	24	25	22	4.724	4.600	4.656	83.167	82.566	82.018
COMERCIO AL POR MAYOR Y MENOR REP.VEH.AUTOMOTORES/ENSERES DOMESTICOS	64	63	60	16.667	16.603	16.772	363.800	363.226	360.911
HOTELES Y RESTAURANTES	47	50	50	3.254	3.334	3.384	49.456	51.162	52.556
TRANSPORTE, ALMACENAMIENTO Y COMUNICACIONES	16	21	25	5.870	5.943	6.067	168.461	167.756	168.747
INTERMEDIACION FINANCIERA	1	1	1	840	860	863	58.478	58.772	56.378
ACTIVIDADES INMOBILIARIAS, EMPRESARIALES Y DE ALQUILER	2	3	3	3.736	4.357	4.564	114.360	128.250	138.803
ADM PUBLICA Y DEFENSA; PLANES DE SEG SOCIAL AFILIACION OBLIGATORIA	0	1	1	28	28	28	500	518	547
ENSEÑANZA	0	0	0	486	520	568	10.703	11.204	11.802
SERVICIOS SOCIALES Y DE SALUD	0	2	2	513	512	516	20.161	22.643	24.220
OTRAS ACTIVIDADES DE SERVICIOS COMUNITARIAS, SOCIALES Y PERSONALES	4	6	6	1.066	1.706	2.384	35.336	41.007	53.826
CONSEJO DE ADMINISTRACION DE EDIFICIOS Y CONDOMINIOS	0	0	0	14	16	25	706	861	922
ORGANIZACIONES Y ORGANOS EXTRATERRITORIALES	0	0	0	0	0	0	25	25	31
SIN INFORMACION	0	2	0	146	146	248	3.307	4.241	4.866

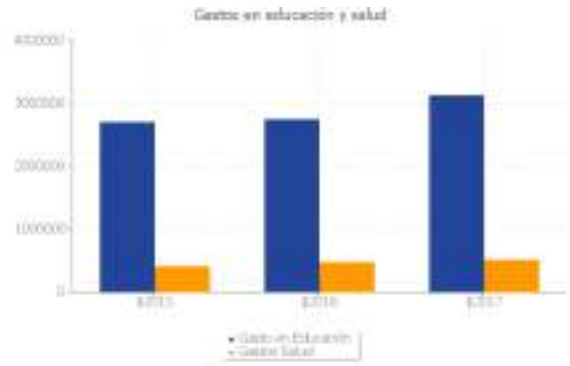
Fuente: Departamento de Economía, Servicio de Impuestos Internos (SII)

GASTOS EN SALUD

6.3 Gasto en salud y educación municipal (M$), años 2015 a 2017

Tipo de Gasto	2015	2016	2017
Gasto en Educación	2.693.070	2.735.760	3.118.028
Gastos Salud	399.862	464.945	503.785

Fuente: Datos Municipales, Sistema Nacional de Información Municipal (SINIM).



Fuente: Elaboración propia en base a Datos Municipales, Sistema Nacional de Información Municipal (SINIM).

ORGANIZACIONES COMUNITARIAS

La comuna de Chaitén presenta un total de 268 organizaciones comunitarias formales en toda la extensión de su territorio desde la localidad de Poyo hasta la Villa Vanguardia.

Una de las formas particulares de organización en el ámbito vecinal y comunal, son las comunitarias, las que se rigen por la Ley Nº19.418, que establece normas sobre Juntas de Vecinos y demás organizaciones comunitarias.

La ley 19.418 establece dos tipos básicos de organizaciones comunitarias: Las territoriales (juntas de vecinos) y las funcionales. Esta ley se aplica también a las Uniones Comunales de Juntas de Vecinos, y a las Uniones Comunales de Organizaciones Comunitarias Funcionales.

Son Juntas de Vecinos las organizaciones comunitarias de carácter territorial representativas de las personas que residen en una misma Unidad vecinal y cuyo objeto es promover el desarrollo de la comunidad, defender los intereses y velar por los derechos de los vecinos, y colaborar con las autoridades del Estado y de la Municipalidad.

Son Organizaciones Comunitarias Funcionales aquellas con personalidad jurídica y sin fines de lucro que tengan por objeto presentar y promover valores específicos de la comunidad dentro del territorio de la Comuna o agrupación de Comunas respectivas. Entre estas se pueden considerar instituciones de carácter privado, los Centro de Padres y Apoderados, los Centros Culturales y Artísticos, los Centros de Madre, los Clubes Deportivos y de Recreación, y cualquier otra que promueva la participación de la comunidad en su desarrollo social y cultural.

En la comuna de Chaitén actualmente se encuentran vigentes Organizaciones Comunitarias Territoriales y Funcionales:

1.- Funcionales: 171 Organizaciones.

2.- Territoriales: 99 Organizaciones.

1.4 Número de organizaciones sociales y comunitarias, años 2015 a 2017

Tipo de Organización	2015	2016	2017
Clubes Deportivos	24	32	50
Centros de Madres	0	0	0
Centros de Padres y Apoderados	7	9	12
Centros u Organizaciones del Adulto Mayor	5	4	6
Juntas de Vecinos	27	26	29
Uniones Comunales	1	1	No Recepcionado
Otras Organizaciones Comunitarias Funcionales (otros)	57	55	171
Compañías de Bomberos	1	3	1
Centros Culturales	0	0	1
Organizaciones Comunitarias (suma total)	122	130	No Recepcionado

Fuente: Datos Municipales, Sistema Nacional de Información Municipal (SINIM)

DIAGNÓSTICO DE LA PENINSULA DE COMAU

SALUD DE LA POBLACIÓN NIÑOS, ADULTA Y ADULTA MAYOR

Las enfermedades no transmisibles (ENT), son enfermedades de larga duración, lenta progresión, que no se resuelven espontáneamente y que rara vez logran una curación total.

A continuación se presentan las personas bajo control en el Cecosf y postas y centro de médico rural de la Península de Comau, según patología, quienes se encuentran bajo control y pertenecientes al Programa Cardiovascular, estado nutricional de los niños, salud mental y salud se de nuestros establecimientos.

PROGRAMA DE SALUD DE LA MUJER PENINSULA DE COMAU

Ayacara

MÉTODOS	TOTAL
D . I . U T con Cobre	10
D . I . U con Levonorgestrel	7
HORMONAL	45
SÓLO PRESERVATIVO MAC	9
PRESERVATIVO/PRACTICA SEXUAL SEGURA	3
ESTERILIZACIÓN QUIRURGICA	10
TOTAL	84

Fuente: REM P Dic 2018

Buill -Reldehue

MÉTODOS	TOTAL
D. I. U T con Cobre	8
HORMONAL	49
SÓLO PRESERVATIVO MAC	1
ESTERILIZACIÓN QUIRURGICA	2
TOTAL	60

fuente: REM P Dic 2018

Huequi y Poyo

MÉTODOS	total
D . I . U T con Cobre	6
HORMONAL	28
total	34

Fuente: REM P dic 2018

POBLACIÓN EN CONTROL, PROGRAMA SALUD DEL NIÑO

estado nutricional para niños menor de un mes a 59 meses

Ayacara

INDICADOR NUTRICIONAL Y PARÁMETROS DE MEDICIÓN		TOTAL		
		Ambos sexos	Hombres	Mujeres
TOTAL DE NIÑOS EN CONTROL		28	12	16
DIAGNOSTICO NUTRICIONAL INTEGRADO	RIESGO DE DESNUTRIR/ DEFICIT PONDERAL*	0	0	0
	DESNUTRIDO	0	0	0
	SOBREPESO / RIESGO OBESIDAD	4	3	1
	OBESO	8	5	3
	OBESO SEVERO	0	0	0
	NORMAL	16	4	12
	SUBTOTAL	28	12	16
	DESNUTRICIÓN SECUNDARIA	0	0	0
	T O T A L	28	12	16

Fuente: REM P Dic 2018

Buill – Reldehue

INDICADOR NUTRICIONAL Y PARÁMETROS DE MEDICIÓN		TOTAL
		Ambos sexos
TOTAL DE NIÑOS EN CONTROL		23
DIAGNOSTICO NUTRICIONAL INTEGRADO	RIESGO DE DESNUTRIR/ DEFICIT PONDERAL*	0
	DESNUTRIDO	0
	SOBREPESO / RIESGO OBESIDAD	8
	OBESO	5
	OBESO SEVERO	0
	NORMAL	10
	SUBTOTAL	23
	DESNUTRICIÓN SECUNDARIA	0
	T O T A L	23

Fuente elaboración propia 2019, en base a rem p 2018

Poyo y Huequi

INDICADOR NUTRICIONAL Y PARÁMETROS DE MEDICIÓN		TOTAL
		Ambos sexos
DIAGNOSTICO NUTRICIONAL INTEGRADO	RIESGO DE DESNUTRIR/ DEFICIT PONDERAL*	0
	SOBREPESO / RIESGO OBESIDAD	2
	OBESO	3
	NORMAL	5
	SUBTOTAL	10
	DESNUTRICIÓN SECUNDARIA	0
	T O T A L	10

Fuente elaboración propia 2019, en base a rem p 2018

Estado nutricional para niños de un mes a 60 meses a 9 años 11 meses.

Ayacara

INDICADOR NUTRICIONAL Y PARÁMETROS DE MEDICIÓN		TOTAL		
		Ambos sexos	Hombres	Mujeres
TOTAL DE NIÑOS EN CONTROL		0	0	0
DIAGNOSTICO NUTRICIONAL INTEGRADO	RIESGO DE DESNUTRIR/ DEFICIT PONDERAL*	1	1	0
	DESNUTRIDO	0	0	0
	SOBREPESO / RIESGO OBESIDAD	8	3	5
	OBESO	11	7	4
	OBESO SEVERO	3	1	2
	NORMAL	9	4	5
	SUBTOTAL	32	16	16
	DESNUTRICIÓN SECUNDARIA	0	0	0
	T O T A L	32	16	16

Fuente: REM P Dic 2018

Buill – Reldehue

INDICADOR NUTRICIONAL Y PARÁMETROS DE MEDICIÓN		TOTAL
		Ambos sexos
DIAGNOSTICO NUTRICIONAL INTEGRADO	RIESGO DE DESNUTRIR/ DEFICIT PONDERAL*	1
	DESNUTRIDO	0
	SOBREPESO / RIESGO OBESIDAD	9
	OBESO	7
	OBESO SEVERO	4
	NORMAL	11
	SUBTOTAL	32
	DESNUTRICIÓN SECUNDARIA	0
	T O T A L	32

Fuente: REM P Dic 2018

Huequi - Poyo

INDICADOR NUTRICIONAL Y PARÁMETROS DE MEDICIÓN		TOTAL
		Ambos sexos
TOTAL DE NIÑOS EN CONTROL		0
DIAGNOSTICO NUTRICIONAL INTEGRADO	RIESGO DE DESNUTRIR/ DEFICIT PONDERAL*	0
	SOBREPESO / RIESGO OBESIDAD	4
	OBESO	7
	OBESO SEVERO	2
	NORMAL	3
	SUBTOTAL	16
	DESNUTRICIÓN SECUNDARIA	0
	T O T A L	16

Fuente: REM P Dic 2018

PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR

Ayacara

CONCEPTO	TOTAL
	Ambos sexos
NUMERO DE PERSONAS EN PSCV	0
CLASIFICACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR	98
PERSONAS BAJO CONTROL SEGÚN PATOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO (EXISTENCIA)	191
DETECCIÓN Y PREVENCION DE LA PROGRESION DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA (ERC).	196

Fuente: REM P Dic 2018

Buill – Reldehue

CONCEPTO		TOTAL		
		Ambos sexos	Hombres	Mujeres
NUMERO DE PERSONAS EN PSCV		95	45	50
CLASIFICACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR	BAJO	26	11	15
	MODERADO	31	17	14
	ALTO	38	17	21
PERSONAS BAJO CONTROL SEGÚN PATOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO (EXISTENCIA)	HIPERTENSOS	71	38	33
	DIABETICOS	30	11	19
	DISLIPIDEMICOS	56	24	32
	TABAQUISMO ≥ 55 AÑOS	2	1	1
	ANTECEDENTES DE INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO (IAM)	0	0	0
	ANTECEDENTES DE ENF. CEREBRO VASCULAR	1	1	0
DETECCIÓN Y PREVENCION DE LA PROGRESION DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA (ERC).	SIN ENFERMEDAD RENAL (S/ERC)	21	9	12
	ETAPA G1 Y ETAPA G2 (VFG ≥ 60 ml/min)	62	30	32
	ETAPA G3a (VFG ≥45 a 59 ml/min)	9	4	5
	ETAPA G3b (VFG ≥30 a 44 ml/min)	0	0	0
	ETAPA G4 (VFG ≥15 a 29 ml/min)	0	0	0
	ETAPA G5 (VFG <15 ml/min)	0	0	0
	TOTAL	92	43	49

Fuente: REM P Dic 2018

Huequi – Poyo

CONCEPTO		TOTAL		
		Ambos sexos	Hombres	Mujeres
NUMERO DE PERSONAS EN PSCV		79	38	41
CLASIFICACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR	BAJO	23	14	9
	MODERADO	31	15	16
	ALTO	25	9	16
PERSONAS BAJO CONTROL SEGÚN PATOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO (EXISTENCIA)	HIPERTENSOS	54	27	27
	DIABETICOS	16	4	12
	DISLIPIDEMICOS	68	33	35
	TABAQUISMO ≥ 55 AÑOS	1	0	1
	ANTECEDENTES DE INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO (IAM)	0	0	0
	ANTECEDENTES DE ENF. CEREBRO VASCULAR	1	1	0
DETECCIÓN Y PREVENCION DE LA PROGRESION DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA (ERC).	SIN ENFERMEDAD RENAL (S/ERC)	26	13	13
	ETAPA G1 Y ETAPA G2 (VFG ≥ 60 ml/min)	39	20	19
	ETAPA G3a (VFG ≥45 a 59 ml/min)	12	4	8
	ETAPA G3b (VFG ≥30 a 44 ml/min)	1	0	1
	ETAPA G4 (VFG ≥15 a 29 ml/min)	1	1	0
	ETAPA G5 (VFG <15 ml/min)	0	0	0
	TOTAL	79	38	41

Fuente: REM P Dic 2018

PROGRAMA DE SALUD DEL ADULTO MAYOR

Ayacara

CONDICIÓN DE FUNCIONALIDAD	TOTAL
	Ambos sexos
AUTOVALENTE SIN RIESGO	11
AUTOVALENTE CON RIESGO	15
RIESGO DE DEPENDENCIA	5
SUBTOTAL (EFAM)	31
DEPENDIENTE LEVE	7
DEPENDIENTE MODERADO	0
DEPENDIENTE GRAVE	0
DEPENDIENTE TOTAL	0
SUBTOTAL (INDICE BARTHEL)	7
TOTAL ADULTOS MAYORES EN CONTROL	38

Fuente: REM P Dic 2018

Buill – Reldehue

CONDICIÓN DE FUNCIONALIDAD	TOTAL		
	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
AUTOVALENTE SIN RIESGO	30	17	13
AUTOVALENTE CON RIESGO	9	6	3
RIESGO DE DEPENDENCIA	4	2	2
SUBTOTAL (EFAM)	43	25	18
DEPENDIENTE LEVE	5	1	4
DEPENDIENTE MODERADO	0	0	0
DEPENDIENTE GRAVE	0	0	0
DEPENDIENTE TOTAL	0	0	0
SUBTOTAL (INDICE BARTHEL)	5	1	4
TOTAL ADULTOS MAYORES EN CONTROL	48	26	22

Fuente: REM P Dic 2018.

Poyo - Huequi

CONDICIÓN DE FUNCIONALIDAD	TOTAL
	0
	Ambossexos
AUTOVALENTE SIN RIESGO	23
AUTOVALENTE CON RIESGO	8
RIESGO DE DEPENDENCIA	4
DEPENDIENTE LEVE	5
DEPENDIENTE TOTAL	2
SUBTOTAL (INDICE BARTHEL)	7
TOTAL ADULTOS MAYORES EN CONTROL	42

Fuente: REM P Dic 2018

FAMILIAS EN CONTROL DE SALUD FAMILIAR SECTOR DE AYACARA

CLASIFICACIÓN DE LAS FAMILIAS POR SECTOR	TOTAL
N° FAMILIAS INSCRITAS	179
N° FAMILIAS EVALUADAS CON CARTOLA/ENCUESTA FAMILIAR	154
N° DE FAMILIAS EN RIESGO BAJO	34
N° DE FAMILIAS EN RIESGO MEDIO	16
N° DE FAMILIAS EN RIESGO ALTO	2

Fuente: REM P Dic 2018

Buill –Reldehue

CLASIFICACIÓN DE LAS FAMILIAS POR SECTOR	TOTAL
N° FAMILIAS INSCRITAS	177
N° FAMILIAS EVALUADAS CON CARTOLA/ENCUESTA FAMILIAR	149
N° DE FAMILIAS EN RIESGO BAJO	37
N° DE FAMILIAS EN RIESGO MEDIO	21
N° DE FAMILIAS EN RIESGO ALTO	3

Fuente: REM P Dic 2018

Poyo –Huequi

CLASIFICACIÓN DE LAS FAMILIAS POR SECTOR	TOTAL
N° FAMILIAS INSCRITAS	97
N° FAMILIAS EVALUADAS CON CARTOLA/ENCUESTA FAMILIAR	93
N° DE FAMILIAS EN RIESGO BAJO	29
N° DE FAMILIAS EN RIESGO MEDIO	19
N° DE FAMILIAS EN RIESGO ALTO	4

Fuente: REM P Dic 2018

PROGRAMA COBERTURA DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO Y CÁNCER DE MAMA. (PAP VIGENTE).

Península de comau

GRUPOS DE EDAD (en años)	MUJERES con PAP Vigente (Menor o igual a 3 años)
Menor de 25 años	15
25 a 29 años	58
30 a 34 años	33
35 a 39 años	37
40 a 44 años	65
45 a 49 años	60
50 a 54 años	38
55 a 59 años	40
60 a 64 años	32
65 a 69 años	3
TOTAL	381

Fuente: REM P Dic 2018

PROGARAMA DE SALUD MENTAL EN ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIDAD

Ayacara

CONCEPTO	total
NUMERO DE PERSONAS EN CONTROL EN EL PROGRAMA	17
PERSONAS CON DIAGNOSTICOS DE TRASTORNOS MENTALES	0
TRASTORNOS DEL HUMOR (AFECTIVOS)	5
TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDO A CONSUMO SUSTANCIAS PSICOTROPICAS	1
TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO Y DE LAS EMOCIONES DE COMIENZO HABITUAL EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA	1
TRASTORNOS DE ANSIEDAD	4
OTRAS	6

Fuente: REM P Dic 2018

Buill y Reldehue

CONCEPTO	TOTAL
	Ambos sexos
NUMERO DE PERSONAS EN CONTROL EN EL PROGRAMA	17
FACTORES DE RIESGO Y CONDICIONANTES DE LA SALUD MENTAL	2
VIOLENCIA	1
TRASTORNOS DEL HUMOR (AFECTIVOS)	3
TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDO A CONSUMO SUSTANCIAS PSICOTROPICAS	3
TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO Y DE LAS EMOCIONES DE COMIENZO HABITUAL EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA	1
OTRAS	7

Fuente: REM P Dic 2018

Poyo - Huequi

CONCEPTO	TOTAL
	Ambossexos
NUMERO DE PERSONAS EN CONTROL EN EL PROGRAMA	19
TRASTORNOS DEL HUMOR (AFECTIVOS)	4
TRASTORNOS DE ANSIEDAD	4
TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA	1
OTRAS	10

Fuente: REM P Dic 2018

DIAGNOSTICO DEL SECTOR COSTERO

PROGRAMA DE SALUD DE LA MUJER

Casa de Pesca

MÉTODOS	TOTAL
D. I. U con Levonorgestrel	2
HORMONAL	5
total	7

Fuente: REM P Dic 2018

Chana

MÉTODOS	
D.I.UT con cobre	4
hormonal	5
solo preservativo MAC	3
Total	12

Fuente: REM P Dic 2018

Chumelden - Loyola

[illegible]	TOTAL
D.I.UT con cobre	3
HORMONAL	[illegible]
total	[illegible]

Fuente: REM P Dic 2018

PROGRAMA SALUD DEL NIÑO

Estado nutricional niños menores de un mes hasta 59 meses.

Casa de Pesca

INDICADOR NUTRICIONAL Y PARÁMETROS DE MEDICIÓN		TOTAL
		Ambos sexos
TOTAL DE NIÑOS EN CONTROL		4
DIAGNOSTICO NUTRICIONAL INTEGRADO	RIESGO DE DESNUTRIR/ DEFICIT PONDERAL*	0
	DESNUTRIDO	0
	SOBREPESO / RIESGO OBESIDAD	4
	OBESO	0
	OBESO SEVERO	0
	NORMAL	0
	SUBTOTAL	4
	DESNUTRICIÓN SECUNDARIA	0
	T O T A L	4

Fuente: REM P Dic 2018

Chana

INDICADOR NUTRICIONAL Y PARÁMETROS DE MEDICIÓN		TOTAL		
		Ambos sexos	Hombres	Mujeres
TOTAL DE NIÑOS EN CONTROL		0	0	0
DIAGNOSTICO NUTRICIONAL INTEGRADO	RIESGO DE DESNUTRIR/ DEFICIT PONDERAL*	0	0	0
	DESNUTRIDO	0	0	0
	SOBREPESO / RIESGO OBESIDAD	0	0	0
	OBESO	0	0	0
	OBESO SEVERO	0	0	0
	NORMAL	2	1	1
	SUBTOTAL	2	1	1
	DESNUTRICIÓN SECUNDARIA	0	0	0
	T O T A L	2	1	1

Fuente: REM P Dic 2018

Chumelden – Loyola

INDICADOR NUTRICIONAL Y PARÁMETROS DE MEDICIÓN		Ambos sexos
TOTAL DE NIÑOS EN CONTROL		0
DIAGNOSTICO NUTRICIONAL INTEGRADO	RIESGO DE DESNUTRIR/ DEFICIT PONDERAL*	1
	DESNUTRIDO	0
	SOBREPESO / RIESGO OBESIDAD	1
	OBESO	0
	OBESO SEVERO	0
	NORMAL	2
	SUBTOTAL	4
	DESNUTRICIÓN SECUNDARIA	0
	T O T A L	4

Fuente: REM P Dic 2018

Estado nutricional niños mayores de 60 meses a 9 años con 11 meses.

Casa de Pesca

INDICADOR NUTRICIONAL Y PARÁMETROS DE MEDICIÓN		TOTAL Ambos sexos
TOTAL DE NIÑOS EN CONTROL		7
DIAGNOSTICO NUTRICIONAL INTEGRADO	RIESGO DE DESNUTRIR/ DEFICIT PONDERAL*	0
	DESNUTRIDO	0
	SOBREPESO / RIESGO OBESIDAD	4
	OBESO	1
	OBESO SEVERO	1
	NORMAL	1
	SUBTOTAL	7
	DESNUTRICIÓN SECUNDARIA	0
	T O T A L	7

Fuente: REM P Dic 2018

Chana

INDICADOR NUTRICIONAL Y PARÁMETROS DE MEDICIÓN		TOTAL Ambos sexos
TOTAL DE NIÑOS EN CONTROL		0
DIAGNOSTICO NUTRICIONAL INTEGRADO	RIESGO DE DESNUTRIR/ DEFICIT PONDERAL*	0
	DESNUTRIDO	0
	SOBREPESO / RIESGO OBESIDAD	0
	OBESO	0
	OBESO SEVERO	1
	NORMAL	2
	SUBTOTAL	2
	DESNUTRICIÓN SECUNDARIA	0
	T O T A L	2

Fuente: REM P Dic 2018

Chumelden – Loyola

INDICADOR NUTRICIONAL Y PARÁMETROS DE MEDICIÓN		TOTAL Ambos sexos
TOTAL DE NIÑOS EN CONTROL		0
DIAGNOSTICO NUTRICIONAL INTEGRADO	RIESGO DE DESNUTRIR/ DEFICIT PONDERAL*	0
	DESNUTRIDO	0
	SOBREPESO / RIESGO OBESIDAD	5
	OBESO	0
	OBESO SEVERO	1
	NORMAL	1
	SUBTOTAL	2
	DESNUTRICIÓN SECUNDARIA	0
	T O T A L	6

Fuente: REM P Dic 2018

POBLACION EN CONTROL OTROS PROGRAMAS

Casa de Pesca

PROGRAMAS	TOTAL
	Ambos sexos
EPILEPSIA	3
ARTROSIS DE CADERA Y RODILLA	3
total	6

Fuente: REM P Dic 2018

Chana

PROGRAMAS	Ambos sexos
ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC)	2
ARTROSIS DE CADERA Y RODILLA	4
HIPOTIROIDISMO	1
DEPENDENCIA LEVE	1

Fuente: REM P Dic 2018Fuente: REM P Dic 2018

Chumelden - Loyola

PROGRAMAS	Ambos sexos
ASMA BRONQUIAL	1
EPILEPSIA	1
ARTROSIS DE CADERA Y RODILLA	1
HIPOTIROIDISMO	1

PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR

Casa de Pesca

CONCEPTO	Total
NUMERO DE PERSONAS EN PSCV	
CLASIFICACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR	5
PERSONAS BAJO CONTROL SEGÚN PATOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO (EXISTENCIA)	16
DETECCIÓN Y PREVENCION DE LA PROGRESION DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA (ERC).	12

Fuente: REM P Dic 2018

Chana

CONCEPTO	Ambos sexos
NUMERO DE PERSONAS EN PSCV	27
CLASIFICACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR	27
PERSONAS BAJO CONTROL SEGÚN PATOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO (EXISTENCIA)	47
DETECCIÓN Y PREVENCION DE LA PROGRESION DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA (ERC).	54

Fuente: REM P Dic 2018

Chumelden – Loyola

CONCEPTO	Ambos sexos
NUMERO DE PERSONAS EN PSCV	28
CLASIFICACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR	28
PERSONAS BAJO CONTROL SEGÚN PATOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO (EXISTENCIA)	46
DETECCIÓN Y PREVENCION DE LA PROGRESION DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA (ERC).	30

Fuente: REM P Dic 2018

PROGRAMA DE SALUD DEL ADULTO MAYOR

Casa de Pesca

CONDICIÓN DE FUNCIONALIDAD	TOTAL		
	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
AUTOVALENTE SIN RIESGO	7	2	5
AUTOVALENTE CON RIESGO	5	3	2
RIESGO DE DEPENDENCIA	1	0	1
SUBTOTAL (EFAM)	13	5	8
DEPENDIENTE LEVE	1	0	1
DEPENDIENTE MODERADO	1	0	1
DEPENDIENTE GRAVE	0	0	0
DEPENDIENTE TOTAL	0	0	0
SUBTOTAL (INDICE BARTHEL)	2	0	2
TOTAL ADULTOS MAYORES EN CONTROL	15	5	10

Fuente: REM P Dic 2018

Chana

CONDICIÓN DE FUNCIONALIDAD	TOTAL		
	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
AUTOVALENTE SIN RIESGO	5	4	1
AUTOVALENTE CON RIESGO	4	2	2
RIESGO DE DEPENDENCIA	1	0	1
SUBTOTAL (EFAM)	10	6	4
DEPENDIENTE LEVE	0	0	0
DEPENDIENTE MODERADO	0	0	0
DEPENDIENTE GRAVE	0	0	0
DEPENDIENTE TOTAL	0	0	0
SUBTOTAL (INDICE BARTHEL)	0	0	0
TOTAL ADULTOS MAYORES EN CONTROL	10	6	4

Fuente: REM P Dic 2018

Chumelden – Loyola

CONDICIÓN DE FUNCIONALIDAD	TOTAL		
	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
AUTOVALENTE SIN RIESGO	6	3	3
AUTOVALENTE CON RIESGO	2	1	1
RIESGO DE DEPENDENCIA	1	1	0
SUBTOTAL (EFAM)	9	5	4
DEPENDIENTE LEVE	1	0	1
DEPENDIENTE MODERADO	0	0	0
DEPENDIENTE GRAVE	0	0	0
DEPENDIENTE TOTAL	0	0	0
SUBTOTAL (INDICE BARTHEL)	1	0	1
TOTAL ADULTOS MAYORES EN CONTROL	10	5	5

Fuente: REM P Dic 2018

FAMILIAS EN CONTROL DE SALUD FAMILIAR

Casa de Pesca

CLASIFICACIÓN DE LAS FAMILIAS POR SECTOR	**TOTAL**
N° FAMILIAS INSCRITAS	40
N° FAMILIAS EVALUADAS CON CARTOLA/ENCUESTA FAMILIAR	39
N° DE FAMILIAS EN RIESGO BAJO	3
N° DE FAMILIAS EN RIESGO MEDIO	6
N° DE FAMILIAS EN RIESGO ALTO	1

Fuente: REM P Dic 2018

Chana

CLASIFICACIÓN DE LAS FAMILIAS POR SECTOR	TOTAL
N° FAMILIAS INSCRITAS	31
N° FAMILIAS EVALUADAS CON CARTOLA/ENCUESTA FAMILIAR	31
N° DE FAMILIAS EN RIESGO BAJO	3
N° DE FAMILIAS EN RIESGO MEDIO	1
N° DE FAMILIAS EN RIESGO ALTO	0

Fuente: REM P Dic 2018

Chumelden – Loyola

CLASIFICACIÓN DE LAS FAMILIAS POR SECTOR	TOTAL
N° FAMILIAS INSCRITAS	39
N° FAMILIAS EVALUADAS CON CARTOLA/ENCUESTA FAMILIAR	38
N° DE FAMILIAS EN RIESGO BAJO	5
N° DE FAMILIAS EN RIESGO MEDIO	13
N° DE FAMILIAS EN RIESGO ALTO	0

Fuente: REM P Dic 2018

PROGRAMA DE SALUD MENTAL EN ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIDAD

Casa de pesca

CONCEPTO	total
NUMERO DE PERSONAS EN CONTROL EN EL PROGRAMA	0
FACTORES DE RIESGO Y CONDICIONANTES DE LA SALUD MENTAL	
TRASTORNOS DEL HUMOR (AFECTIVOS)	2
ESQUIZOFRENIA	1
RETRASO MENTAL	1
OTRAS	2

Fuente: REM P Dic 2018

Loyola – Chumelden

CONCEPTO	Ambos sexos
NUMERO DE PERSONAS EN CONTROL EN EL PROGRAMA	11
FACTORES DE RIESGO Y CONDICIONANTES DE LA SALUD MENTAL	
TRASTORNOS DEL HUMOR (AFECTIVOS)	1
TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO Y DE LAS EMOCIONES DE COMIENZO HABITUAL EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA	1
OTRAS DEMENCIAS (INCLUYE ALZHEIMERR)	3
OTRAS	6

Fuente: REM P Dic 2018

DIAGNOSTICO ISLAS DESERTORES

REGULACIÓN DE FERTILIDAD Y SALUD SEXUAL

Talcan

MÉTODOS	TOTAL
D. I. U T con Cobre	1
HORMONAL	10
Total	11

Fuente: REM P Dic 2018

Chulin

MÉTODOS	TOTAL
HORMONAL	3
TOTAL	3

Nayahue – Chuit

MÉTODOS	TOTAL
D.I.UT cobre	3
Hormonal	19
TOTAL	22

Fuente: REM P Dic 2018

PROGRAMA SALUD DEL NIÑO

Estado nutricional niños menores de un mes hasta 59 meses

Talcan

INDICADOR NUTRICIONAL Y PARÁMETROS DE MEDICIÓN		Ambos sexos
TOTAL DE NIÑOS EN CONTROL		4
DIAGNOSTICO NUTRICIONAL INTEGRADO	RIESGO DE DESNUTRIR/ DEFICIT PONDERAL*	0
	DESNUTRIDO	0
	SOBREPESO / RIESGO OBESIDAD	1
	OBESO	0
	OBESO SEVERO	0
	NORMAL	3
	SUBTOTAL	4
	DESNUTRICIÓN SECUNDARIA	0
	T O T A L	4

Fuente: REM P Dic 2018

Nayahue – Chuit

INDICADOR NUTRICIONAL Y PARÁMETROS DE MEDICIÓN		TOTAL Ambos sexos
TOTAL DE NIÑOS EN CONTROL		6
DIAGNOSTICO NUTRICIONAL INTEGRADO	RIESGO DE DESNUTRIR/ DEFICIT PONDERAL*	0
	DESNUTRIDO	0
	SOBREPESO / RIESGO OBESIDAD	0
	OBESO	2
	NORMAL	4
	SUBTOTAL	6
	DESNUTRICIÓN SECUNDARIA	0
	T O T A L	6

Fuente: REM P Dic 2018

Chulin

INDICADOR NUTRICIONAL Y PARÁMETROS DE MEDICIÓN		TOTAL Ambos sexos
TOTAL DE NIÑOS EN CONTROL		6
DIAGNOSTICO NUTRICIONAL INTEGRADO	RIESGO DE DESNUTRIR/ DEFICIT PONDERAL*	0
	DESNUTRIDO	0
	SOBREPESO / RIESGO OBESIDAD	4
	OBESO	1
	OBESO SEVERO	0
	NORMAL	1
	SUBTOTAL	6
	DESNUTRICIÓN SECUNDARIA	0
	T O T A L	6

Fuente: REM P Dic 2018

Estado nutricional niños mayores de 60 meses hasta 9 años 11 meses.

Talcan

INDICADOR NUTRICIONAL Y PARÁMETROS DE MEDICIÓN		Ambos sexos
TOTAL DE NIÑOS EN CONTROL		2
DIAGNOSTICO NUTRICIONAL INTEGRADO	RIESGO DE DESNUTRIR/ DEFICIT PONDERAL*	0
	DESNUTRIDO	0
	SOBREPESO / RIESGO OBESIDAD	1
	OBESO	0
	OBESO SEVERO	1
	NORMAL	0
	SUBTOTAL	2
	DESNUTRICIÓN SECUNDARIA	0
	T O T A L	2

Fuente: REM P Dic 2018

Nayahue – Chuit

INDICADOR NUTRICIONAL Y PARÁMETROS DE MEDICIÓN		TOTAL Ambos sexos
TOTAL DE NIÑOS EN CONTROL		14
DIAGNOSTICO NUTRICIONAL INTEGRADO	RIESGO DE DESNUTRIR/ DEFICIT PONDERAL*	0
	DESNUTRIDO	0
	SOBREPESO / RIESGO OBESIDAD	3
	OBESO	4
	OBESO SEVERO	1
	NORMAL	6
	SUBTOTAL	14
	DESNUTRICIÓN SECUNDARIA	0
	T O T A L	14

Fuente: REM P Dic 2018

Chulin

INDICADOR NUTRICIONAL Y PARÁMETROS DE MEDICIÓN		TOTAL Ambos sexos
TOTAL DE NIÑOS EN CONTROL		3
DIAGNOSTICO NUTRICIONAL INTEGRADO	RIESGO DE DESNUTRIR/ DEFICIT PONDERAL*	0
	DESNUTRIDO	0
	SOBREPESO / RIESGO OBESIDAD	1
	OBESO	0
	OBESO SEVERO	1
	NORMAL	1
	SUBTOTAL	3
	DESNUTRICIÓN SECUNDARIA	0
	T O T A L	3

Fuente: REM P Dic 2018

PROGRAMAS EN CONTROL OTROS PROGRAMAS

Talcan

PROGRAMAS	Ambos sexos
ASMA BRONQUIAL	3
ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC)	1
	0
ARTROSIS DE CADERA Y RODILLA	5
DEPENDENCIA LEVE	2

Fuente: REM P Dic 2018

Nayahue – Chuit

PROGRAMAS	TOTAL
	Ambos sexos
ASMA BRONQUIAL	10
EPILEPSIA	1
ARTROSIS DE CADERA Y RODILLA	15
HIPOTIROIDISMO	2
DEPENDENCIA SEVERA	2
ATENCIÓN DOMICILIARIA POR DEPENDENCIA SEVERA	4

Fuente: REM P Dic 2018

PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR

Talcan

CONCEPTO	Ambos sexos
NUMERO DE PERSONAS EN PSCV	24
CLASIFICACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR	24
PERSONAS BAJO CONTROL SEGÚN PATOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO (EXISTENCIA)	40
DETECCIÓN Y PREVENCION DE LA PROGRESION DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA (ERC).	48

Fuente: REM P Dic 2018

Nayahue - Chuit

CONCEPTO	TOTAL
	Ambos sexos
NUMERO DE PERSONAS EN PSCV	0
CLASIFICACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR	42
PERSONAS BAJO CONTROL SEGÚN PATOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO (EXISTENCIA)	74
DETECCIÓN Y PREVENCION DE LA PROGRESION DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA (ERC).	84

Fuente: REM P Dic 2018

Chulin

CONCEPTO	TOTAL
	Ambos sexos
NUMERO DE PERSONAS EN PSCV	22
CLASIFICACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR	22
PERSONAS BAJO CONTROL SEGÚN PATOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO (EXISTENCIA)	41
DETECCIÓN Y PREVENCION DE LA PROGRESION DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA (ERC).	26

Fuente: REM P Dic 2018.

PROGRAMA DE SALUD DEL ADULTO MAYOR

Talcan

CONDICIÓN DE FUNCIONALIDAD	Ambos sexos
AUTOVALENTE SIN RIESGO	4
AUTOVALENTE CON RIESGO	5
RIESGO DE DEPENDENCIA	1
SUBTOTAL (EFAM)	10
DEPENDIENTE LEVE	3
DEPENDIENTE MODERADO	0
DEPENDIENTE GRAVE	0
DEPENDIENTE TOTAL	0
SUBTOTAL (INDICE BARTHEL)	3
TOTAL ADULTOS MAYORES EN CONTROL	13

Fuente: REM P Dic 2018

Nayahue - Chuit

CONDICIÓN DE FUNCIONALIDAD	TOTAL
	Ambos sexos
AUTOVALENTE SIN RIESGO	2
AUTOVALENTE CON RIESGO	3
RIESGO DE DEPENDENCIA	1
SUBTOTAL (EFAM)	6
DEPENDIENTE LEVE	0
DEPENDIENTE MODERADO	0
DEPENDIENTE GRAVE	1
DEPENDIENTE TOTAL	0
SUBTOTAL (INDICE BARTHEL)	1
TOTAL ADULTOS MAYORES EN CONTROL	7

Fuente: REM P Dic 2018

Chulin

CONDICIÓN DE FUNCIONALIDAD	TOTAL		
	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
AUTOVALENTE SIN RIESGO	1	0	1
AUTOVALENTE CON RIESGO	2	0	2
RIESGO DE DEPENDENCIA	0	0	0
SUBTOTAL (EFAM)	3	0	3
DEPENDIENTE LEVE	3	2	1
DEPENDIENTE MODERADO	0	0	0
DEPENDIENTE GRAVE	0	0	0
DEPENDIENTE TOTAL	0	0	0
SUBTOTAL (INDICE BARTHEL)	3	2	1
TOTAL ADULTOS MAYORES EN CONTROL	6	2	4

Fuente: REM P Dic 2018

PROGRAMA SALUD MENTAL EN ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIDAD

Talcan

CONCEPTO	Ambos sexos
NUMERO DE PERSONAS EN CONTROL EN EL PROGRAMA	4
FACTORES DE RIESGO Y CONDICIONANTES DE LA SALUD MENTAL	
VIOLENCIA	1
TRASTORNOS DEL HUMOR (AFECTIVOS)	1
OTRAS	2

Fuente: REM P Dic 2018

Nayahue – Chuit

CONCEPTO	TOTAL
	Ambos sexos
NUMERO DE PERSONAS EN CONTROL EN EL PROGRAMA	7
FACTORES DE RIESGO Y CONDICIONANTES DE LA SALUD MENTAL	
TRASTORNOS DEL HUMOR (AFECTIVOS)	1
TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO Y DE LAS EMOCIONES DE COMIENZO HABITUAL EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA	1
RETRASO MENTAL	3
OTRAS	2

Fuente: REM P Dic 2018

Chulin

CONCEPTO	TOTAL
	Ambos sexos
NUMERO DE PERSONAS EN CONTROL EN EL PROGRAMA	5
PERSONAS CON DIAGNOSTICOS DE TRASTORNOS MENTALES	5
TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO Y DE LAS EMOCIONES DE COMIENZO HABITUAL EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA	1
OTRAS	3

Fuente: REM P Dic 2018

FAMILIAS EN CONTROL DE SALUD FAMILIAR

CLASIFICACIÓN DE LAS FAMILIAS POR SECTOR	TOTAL
N° FAMILIAS INSCRITAS	33
N° FAMILIAS EVALUADAS CON CARTOLA/ENCUESTA FAMILIAR	32
N° DE FAMILIAS EN RIESGO BAJO	1
N° DE FAMILIAS EN RIESGO MEDIO	9
N° DE FAMILIAS EN RIESGO ALTO	1

Fuente: REM P Dic 2018

Nayahue – Chuit

CLASIFICACIÓN DE LAS FAMILIAS POR SECTOR	TOTAL
N° FAMILIAS INSCRITAS	80
N° FAMILIAS EVALUADAS CON CARTOLA/ENCUESTA FAMILIAR	53
N° DE FAMILIAS EN RIESGO BAJO	11
N° DE FAMILIAS EN RIESGO MEDIO	24
N° DE FAMILIAS EN RIESGO ALTO	0

Fuente: REM P Dic 2018

Chulin

CLASIFICACIÓN DE LAS FAMILIAS POR SECTOR	TOTAL
N° FAMILIAS INSCRITAS	32
N° FAMILIAS EVALUADAS CON CARTOLA/ENCUESTA FAMILIAR	30
N° DE FAMILIAS EN RIESGO BAJO	1
N° DE FAMILIAS EN RIESGO MEDIO	24
N° DE FAMILIAS EN RIESGO ALTO	5

Fuente: REM P Dic 2018

PROGRAMA CONTROL ADOLESCENTE

Talcan

INDICADOR NUTRICIONAL Y PARÁMETROS DE MEDICIÓN		TOTAL Ambos sexos
TOTAL ADOLESCENTES EN CONTROL		9
DIAGNOSTICO NUTRICIONAL INTEGRADO	DEFICIT PONDERALO BAJO PESO	0
	DESNUTRIDO	0
	SOBREPESO / RIESGO OBESIDAD	2
	OBESO	3
	OBESO SEVERO	2
	NORMAL O EUTROFIA	2
	SUBTOTAL	9
	DESNUTRICIÓN SECUNDARIA	0
	T O T A L	9

Fuente: REM P Dic 2018

DIAGNOSTICO VILLA SANTA LUCIA

PROGRAMA DE SALUD DE LA MUJER

MÉTODOS	TOTAL
D. I. U T con Cobre	1
HORMONAL	9
TOTAL	10

Fuente: REM P Dic 2018

PROGRAMA SALUD DEL NIÑO

Estado nutricional niños menores de un año hasta 59 meses.

INDICADOR NUTRICIONAL Y PARÁMETROS DE MEDICIÓN		TOTAL
		Ambos sexos
TOTAL DE NIÑOS EN CONTROL		2
DIAGNOSTICO NUTRICIONAL INTEGRADO	RIESGO DE DESNUTRIR/ DEFICIT PONDERAL*	0
	DESNUTRIDO	0
	SOBREPESO / RIESGO OBESIDAD	1
	OBESO	1
	OBESO SEVERO	0
	NORMAL	0
	SUBTOTAL	2
	DESNUTRICIÓN SECUNDARIA	0
	T O T A L	2

Fuente: REM P Dic 2018

Estado nutricional niños mayores de 60 meses hasta 9 años con 11 meses.

INDICADOR NUTRICIONAL Y PARÁMETROS DE MEDICIÓN		TOTAL
		Ambos sexos
TOTAL DE NIÑOS EN CONTROL		2
DIAGNOSTICO NUTRICIONAL INTEGRADO	RIESGO DE DESNUTRIR/ DEFICIT PONDERAL*	0
	DESNUTRIDO	0
	SOBREPESO / RIESGO OBESIDAD	1
	OBESO	1
	OBESO SEVERO	0
	NORMAL	0
	SUBTOTAL	2
	DESNUTRICIÓN SECUNDARIA	0
	T O T A L	2

Fuente: REM P Dic 2018.

PROGRAMA DE SALUD MENTAL EN ATENCIÓN PRIMARIA Y ESPECIALIDAD

CONCEPTO	T O T A L
	Ambos sexos
TRASTORNOS DEL HUMOR (AFECTIVOS)	6
TRASTORNOS DE ANSIEDAD	2
OTRAS	2

Fuente: REM P Dic 2018

POBLACIÓN EN CONTROL OTROS PROGRAMAS

PROGRAMAS	TOTAL
	Ambos sexos
ASMA BRONQUIAL	4
ARTROSIS DE CADERA Y RODILLA	5
HIPOTIROIDISMO	6

Fuente: REM P Dic 2018

PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR

CONCEPTO	TOTAL
	Ambos sexos
NUMERO DE PERSONAS EN PSCV	35
CLASIFICACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR	35
PERSONAS BAJO CONTROL SEGÚN PATOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO (EXISTENCIA)	56
DETECCIÓN Y PREVENCION DE LA PROGRESION DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA (ERC).	70

Fuente: REM P Dic 2018

PROGRAMA DE SALUD DEL ADULTO MAYOR

CONDICIÓN DE FUNCIONALIDAD	TOTAL
	Ambos sexos
AUTOVALENTE SIN RIESGO	11
AUTOVALENTE CON RIESGO	7
RIESGO DE DEPENDENCIA	3
SUBTOTAL (EFAM)	21
DEPENDIENTE LEVE	0
DEPENDIENTE MODERADO	0
DEPENDIENTE GRAVE	0
DEPENDIENTE TOTAL	0
SUBTOTAL (INDICE BARTHEL)	0
TOTAL ADULTOS MAYORES EN CONTRO	21

Fuente: REM P Dic 2018

FAMILIAS EN CONTROL DE SALUD FAMILIAR

CLASIFICACIÓN DE LAS FAMILIAS POR SECTOR	TOTAL
N° FAMILIAS INSCRITAS	64
N° FAMILIAS EVALUADAS CON CARTOLA/ENCUESTA FAMILIAR	64
N° DE FAMILIAS EN RIESGO BAJO	37
N° DE FAMILIAS EN RIESGO MEDIO	1
N° DE FAMILIAS EN RIESGO ALTO	1

Fuente: REM P Dic 2018

DOTACION DE PERSONAL DESAM CHAITÉN

CARGOS	CANTIDAD
Director Técnico	1
Médicos	4
Enfermera	1
Odontólogas	2
Monitora JUNAEB	1
Nutricionista	1
Asistente social	1
Psicóloga (o)	1
Matrona	2
Administrativa	1
Kinesiólogos	2
Agente comunitario	1
Conductores	3
Técnicos paramédicos	7
Personal de aseo	1
Fonoaudióloga	1
TENS PSR y EMR	13
Encargada Contabilidad DESAM	1
Encargada personal DESAM	1

Fuente: elaboración propia 2019.

METAS SANITARIAS 2019

LAS METAS SANITARIAS ESTÁN ORIENTADAS

- ✓ La necesidad de promover el incremento de la calidad y oportunidad de la atención de salud en los establecimientos.

- ✓ Dar cumplimiento a estas y dar mejoramiento a la atención de salud que se les ha fijado para el año, depende de esto la obtención de la asignación desarrollo y estímulo al desempeño colectivo por el personal regido por la ley Nº 19.378.

La ley Nº 19.813 que Otorga beneficios a la Salud Primaria, establece para el personal regido por el Estatuto de Atención Primaria de la ley Nº 19.378, una asignación de desarrollo y estímulo al desempeño colectivo. Dicha asignación estará asociada al cumplimiento anual de metas sanitarias y al mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios de la atención primaria de salud.

El cumplimiento de las metas señaladas, otorga a los trabajadores de atención primaria de salud municipal el derecho a recibir total o parcialmente el componente variable de asignación de desarrollo y estímulo al desempeño colectivo contemplada en esta ley

META Nº1: Recuperación del Desarrollo Psicomotor. META: 90%		
Niños y niñas 12 a 23 meses diagnosticados con riesgo de Desarrollo Psicomotor recuperados, periodo enero a diciembre 2018	**Niños y Niñas entre 12 a 23 meses diagnosticados con riesgo de Desarrollo Psicomotor en su primera evaluación, periodo enero a diciembre 2018**	**Meta Negociada %**
	4	**50,00%**
META Nº2: COBERTURA PAP META: 80%		

Nº de mujeres de 25 a 64 años inscritas validadas, con PAP vigente a Diciembre 2018	**Nº de mujeres de 25 a 64 años inscritas validadas con PAP vigente a diciembre 2016 MAS el Nº de mujeres de 25 a 64 años inscritas validadas, comprometidas como disminución del cierre de brecha de vigencia de PAP a Dic. de 2018**	**Meta Negociada %**
	507	**80,00%**
META 3a: Cobertura Alta Odontológica Totales en adolescentes de 12 Años: META 74%		
Nº adolescentes de 12 años con alta odontológica total de enero a diciembre 2018	**Total de adolescentes de 12 años inscritos validados para el año 2018**	**Meta Negociada %**
	32	**80,00%**
META 3b: Cobertura Alta Odontológica Total en Embarazadas: META 68%		
Nº embarazadas con alta odontológica total de enero a diciembre 2018	**Total embarazadas ingresadas de enero a diciembre 2018**	**Meta Negociada %**
	20	**68,00%**
META 3c: Cobertura Alta Odontológica Total en niños/as de 6 años: META 79%		
Nº de niños/as de 6 años inscritos con alta odontológica total de enero a diciembre 2018	**Total niños/as de 6 años inscritos validados para el año 2018**	**Meta Negociada %**
	21	**80,00%**
META Nº4a. Cobertura Efectiva de diabetes Tipo 2 en personas de 15 años y más. META: 29%		
Nº de personas con DM2 de 15 a 79 años con Hb A1 c <7% más N° de personas con DM2 de 80 y más años con Hb A1 c <8% según ultimo control vigente, de enero a diciembre del 2018	**Total de personas diabéticas de 15 y más años estimadas según prevalencia**	**Meta Negociada %**

	193	**22,80%**
META Nº 4b: Evaluación Anual del Pie en Personas con Diabetes bajo control de 15 y más años META 90%		
Nº De Personas con Diabetes bajo Control de 15 y más Años con una Evaluación de Pie Diabético Vigente	**Nº Total de personas diabéticas de 15 y más Años Bajo control al Corte**	**Meta Negociada %**
	105	**90,00%**
META Nº5. Cobertura Efectiva de HTA en personas de 15 años y más. META: 54%		
Nº de personas hipertensas de 15 a 79 años con PA <140/90 mmHgmás N° de personas hipertensas de 80 y más años con PA <150/90 mmHgsegún ultimo control vigente 2018	**Total de personas hipertensas 15 y más años estimadas según prevalencia**	**Meta Negociada %**
	373	**54,00%**
META Nº 6: cobertura de Lactancia Materna exclusiva (LME) en menores de 6 meses de vida - META PAIS ES ALCANZAR UN 60%		
(Número de niños/as con LME al 6° mes 2018	**(Nº de niño/as controlados al 6to mes 2018)**	**Meta Negociada %**
	7	**60,00%**
META Nº 7: Establecimiento con plan de participación social elaborado y funcionando participativamente META 80%		
Plan de participación social en salud elaborado, ejecutado y evaluado participativamente 2018		**Meta Negociada %**
SI		**100,0%**

ÍNDICE DE ACTIVIDADES DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (IAAPS) 2019.

	Indicador	Meta nacional	Observaciones
1	Modelo asistencial: porcentaje de centros de salud autoevaluados mediante instrumento para la evaluación y certificación de desarrollo en el modelo de atención integral de salud familiar y comunitario (MAIS) vigente.	Aumentar el número de centros de salud de la comuna autoevaluados vigente, respecto al número de centros de salud autoevaluados en el año anterior, o mantener el número de centros de salud autoevaluados vigente en el caso de haber completado el número de establecimientos de la comuna respectiva.	Se propone agregar 01 establecimiento, PSR Poyo.
2	Ámbito RISS organización y gestión: continuidad de la atención.	100% continuidad atención 100% fármacos trazadores	No aplica
3	Tasa de consultas de morbilidad y de controles médicos, por habitante año.	1,2	1.3
4	Porcentaje de consultas y controles resueltos en APS (sin derivación al nivel secundario).	>=90%	90%
5	Tasa de visita domiciliaria integral	0.22	0.26%
6	Cobertura examen de medicina preventiva realizada a hombres y mujeres de 20 años y más.	25% 55%	18%
7	Cobertura de evaluación del desarrollo psicomotor en niños y niñas de 12 a 23 meses bajo control.	95%	85%
8	Cobertura de control de salud integral a adolescente d 10 a 14 años.	18%	18%
9	Proporción de población de 7 a menos de 20 años con alta odontológica total.	21%	21%
10	Cobertura de atención integral de trastornos mentales n personas de 5 y más años.	17%	17%
11	Cumplimiento de garantías explicitas en salud cuyas acciones son de ejecución en atención primaria.	100% (indicador crítico, se evalúa por separado)	
12	Cobertura de vacunación anti	80%	80%

	influenza en población objetivo definida para el año en curso.		
13	**Ingreso precoz de mujeres a control de embarazo.**	**90%**	**84%**
14	**Porcentaje e adolecentes inscritos de 15 a 19 años bajo control de regulación de fertilidad.**	**25%**	**19%**
15	**Cobertura efectiva de tratamiento en personas d 15 y más años con diabetes mellitus 2.**	**30%**	**22,8%**
16	**Cobertura efectiva de tratamiento en personas de 15 años y más años, con hipertensión arterial.**	**54%**	**54%**
17	**Proporción de niñas y niños menores de 3 años libre de caries en población inscrita**	**60%**	**60%**
18	**Proporción de niñas y niños menores de 6 años con estado nutricional normal**	**60%**	**52%**

Observación: se está negociando con población bajo control por no existir dato per cápita.

DIAGNOSTICO PARTICIPATIVO

PLAN ESTRATEGICO DE TRABAJO PARTICIPATIVO CECOSF AYACARA-DESAM CHAITÉN

DIAGNÓSTICO

Para llevar a cabo el diagnóstico se utilizó la siguiente metodología:

Tras recibir a los asistentes, se informe y explica lo que implica un diagnóstico participativo.

Posterior a ello, y tras la pregunta ¿Cuál o cuáles son los problemas de salud que presenta la localidad?, los asistentes mediante Lluvia de Ideas responden a la interrogante.

Luego, a fin de priorizar los problemas identificados, se desarrolla la Técnica de Semáforo que consiste en atribuirle un color (Rojo, amarillo o verde) a cada problema, siendo el rojo el más grave, el amarillo medianamente grave y el verde leve, resultando aquel problema central que obtenga el color rojo, de acuerdo a la opinión de los participantes.

Teniendo identificado y priorizado el Problema Central, se inicia la Metodología del Árbol de Problemas, a fin de reflexionar y profundizar acerca de las causas y efectos del problema central. Para ello los asistentes se agrupan (focus group) analizando y reflexionando sobre el problema.

Posteriormente, cada grupo da a conocer sus causas y efectos y los escribe en papelógrafo de un árbol, en donde el problema central se plasma en el tronco, las causas en las raíces y los efectos o consecuencias en las hojas del mismo árbol.

Finalmente, los mismos grupos reflexionan y proponen alternativas factibles de solución del problema, las cuales serán aquellas actividades que se desarrollarán entre el Equipo de Salud y la Comunidad, a fin de contribuir a mejorar el problema identificado.

Es a través de todo este proceso en que se obtienen aquellos problemas identificados y las propuestas de soluciones a desarrollarse en conjunto con la comunidad afectada.

OBJETIVOS

El Centro Comunitario de Salud Familiar de Ayacara y el equipo de trabajo que lo compone, durante el año 2019 y 2020 se ha propuesto el gran desafío de acercarse significativamente a la comunidad con el objeto de conocer su realidad e inquietudes respecto a la salud de las personas. Es por ello que a partir del mes de Abril del presente año se planifica, programa y ejecuta el diagnóstico participativo de los 5 sectores rurales que abarca la Península de Huequi; estos son Poyo, Huequi, Ayacara, Reldehue y Buill; los cuales identificaron dos

grandes problemas que afectan a cada uno de los sectores de la península y que se pretende mejorar durante el período de dos años.

EJES ESTRATEGICOS

EJE(S) ESTRATÉGICO(S):		
PROBLEMÁTICA TERRITORIAL	**OBJETIVO ASOCIADO**	**ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN (BREVE DESCRIPCIÓN)**
Altos índices de obesidad y sedentarismo en la Península de Huequi.	Contribuir a la disminución de los índices de obesidad y sedentarismo mediante propuestas sugeridas y compartidas entre la comunidad de Ayacara y el Equipo de Salud.	Mediante diagnósticos participativos sectoriales de la península, es decir, en los sectores de Poyo, Huequi, Ayacara, Reldehue y Buill; se lograron identificar problemáticas que preocupan a las comunidades y dice relación con los elevados índices de obesidad y sedentarismo de la población en general. Por ello, es que junto al equipo de salud y comunidades se acordó enfocar el accionar en dicha problemática, acordando diversas actividades deportivas, preventivas y educativas, a fin de disminuir con ello los riesgos de enfermedades crónicas y/o cardiovasculares, y tener una mejor calidad de vida.
Despreocupación de la comunidad y las instituciones hacia el adulto mayor.	Fomentar el involucramiento de la comunidad y las instituciones hacia el adulto mayor mediante instancias recreativas y deportivas.	Mediante diagnósticos participativos sectoriales de la península de Huequi, es decir, en los sectores de Poyo, Huequi, Ayacara, Reldehue y Buill; se lograron identificar problemáticas en torno a la sensación y/o percepción de la comunidad sobre despreocupación hacia los adultos mayores, centrando nuestro accionar como equipo de salud y comunidad en lograr un real involucramiento de las comunidades mediante diversas actividades recreativas y educativas propuestas tanto por los adultos mayores, como por la población en general.
Inexistencia de instancias de conocimiento y coordinación sobre emergencias y desastres a nivel local.	Contribuir a la generación de espacios promocionales y preventivos ante emergencias y desastres.	Mediante reuniones entre Comité Operativo de Emergencia (COE) Peninsular y la comunidad de cada uno de sus sectores, se pretende generar alianzas colaborativas entre instituciones públicas de la península de Huequi y las organizaciones sociales, que

		permitan conocer sobre medidas básicas y preventivas ante emergencia y desastres.

PLAN DE PARTICIPACION AYACARA PARA LOS AÑOS 2019 -2020

Diagnóstico Participativo Ayacara **Fecha realización:**08/04/2019		**PLAN PARTICIPACIÓN SOCIAL AÑO 2019 Y 2020**		**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES**
Problemas Identificados	**Problema central Problema Priorizado**	**Objetivos**	**Actividades**	**Fecha probable de realización**
Altos índices de obesidad y sedentarismo en la localidad de Ayacara (promoción).	Altos índices de obesidad y sedentarismo en la localidad de Ayacara (promoción).	Contribuir a la disminución de los índices de obesidad y sedentarismo mediante propuestas sugeridas y compartidas entre la comunidad de Ayacara y el Equipo de Salud.	Al menos 4 Talleres de alimentación saludable	1 taller por semestre
			Al menos 2 jornadas de zumba	2 veces por cada mes
			Al menos 4 campeonatos de fustal femenino y masculino	1 campeonato por semestre
			Al menos 1 corrida familiar	Durante año 2019 y 2020
			Al menos 1 cicletada familiar	Durante año 2019 y 2020
Necesidad de que el equipo de salud, realice continuamente charlas educativas sobre diversos temas de salud.	Necesidad de que el equipo de salud, realice continuamente charlas educativas sobre diversos temas de salud.	Reforzar a la comunidad con conocimiento en temáticas de salud mediante instancias educativas y preventivas.	Al menos 20 charlas educativas y preventivas (educación sexual, enfermedades crónicas, primeros auxilios, prevención de enfermedades, abuso sexual, alcoholismo y drogadicción, bullyng, competencias parentales, riesgos de auto medicarse, temática de género, salud oral, etc.)	10 charlas por cada año
Indicador de Evaluación de cumplimiento: N° de Actividades Comprometidas/ N° de actividades ejecutadas x 100				

PLAN DE PARTICIPACION PARA BUILL PARA LOS AÑOS 2019 – 2020

Diagnóstico Participativo Buill **Fecha realización:**09/04/2019		**PLAN PARTICIPACIÓN SOCIAL AÑO 2019 Y 2020**		**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES**
Problemas Identificados	**Problema central Problema Priorizado**	**Objetivos**	**Actividades**	**Fecha probable de realización**
Despreocupación de la comunidad y las instituciones hacia el adulto mayor.	Despreocupación de la comunidad y las instituciones hacia el adulto mayor.	Fomentar el involucramiento de la comunidad y las instituciones hacia el adulto mayor mediante instancias recreativas y deportivas.	Al menos 2 encuentros entre adultos mayores de la península.	1 al año
			Al menos 4 mateadas conversables (historias y vivencias)	1 semestral
			Al menos 2 talleres de riesgo de caídas	1 al año
			Al menos 2 talleres de manualidades con productos reciclables	1 al año
			Al menos 6 talleres de manualidades (tejidos, pintura, entre otros)	3 por año
			Al menos 2 Encuentros Generacionales	1 al año
			Al menos 4 Bingos Bailables para adultos mayores	1 por semestre
			Al menos 20 jornadas de zumba	1 jornada por mes
			Al menos 4 corridas familiares	2 por año
Indicador de Evaluación de cumplimiento: N° de Actividades Comprometidas/ N° de actividades ejecutadas x 100				

PLAN DE PARTICIPACION PARA HUEQUI PARA EL 2019 - 2020

Diagnóstico Participativo Huequi **Fecha realización:**10/04/2019		**PLAN PARTICIPACIÓN SOCIAL AÑO 2019 Y 2020**		**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES**
Problemas Identificados	**Problema central Problema Priorizado**	**Objetivos**	**Actividades**	**Fecha probable de realización**
Altos índices de obesidad y sedentarismo en la localidad de Huequi (promoción).	Altos índices de obesidad y sedentarismo en la localidad de Ayacara (promoción).	Generar acciones preventivas frente a la obesidad y el sedentarismo de la población.	Al menos 40 jornadas de zumba	2 jornadas por mes
			Al menos 4 talleres de alimentación saludable	1 por semestre (Huequi norte y h. sur)

Escasez de instancias recreativas para adultos mayores del sector de Huequi.	Escasez de instancias recreativas para adultos mayores del sector de Huequi.	Fomentar el involucramiento de la comunidad y las instituciones hacia el adulto mayor mediante instancias recreativas.	Al menos 8 talleres educativos y preventivos dirigido a adultos mayores (Riesgo de caídas, beneficios del A. M, Salud mental, primeros auxilios)	4 talleres por año
			1er encuentro generacional A. M. y Escuela Huequi.	1 al año
			Al menos 6 talleres de manualidades (pintura, tejidos, bolsas reciclables, etc.).	3 por año
Indicador de Evaluación de cumplimiento: N° de Actividades Comprometidas/ N° de actividades ejecutadas x 100				

PLAN DE PARTICIPACION PARA RELDEHUE PARA EL 2019 - 2020

Diagnóstico Participativo: Reldehue **Fecha realización:**11/04/2019		**PLAN PARTICIPACIÓN SOCIAL AÑO 2019 Y 2020**		**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES**
Problemas Identificados	**Problema central Problema Priorizado**	**Objetivos**	**Actividades**	**Fecha probable de realización**
Despreocupación de la comunidad y las instituciones hacia el adulto mayor.	Despreocupación de la comunidad y las instituciones hacia el adulto mayor.	Fomentar el involucramiento de la comunidad y las instituciones hacia el adulto mayor mediante instancias recreativas y deportivas.	Al menos 2 talleres de plantas medicinales	1 al año
			Al menos 2 talleres de tejidos	1 al año
			Al menos 4 talleres de pintura	1 al semestre
			Al menos 2 binguitos bailables	1 al año
			Al menos 2 talleres de riesgo de caídas	1 al año
			Al menos 2 encuentros entre adultos mayores de la península	1 al año
			1er y 2do Encuentro generacional de Reldehue (niños y adultos mayores)	1 al año
			Al menos 2 jornadas de juegos de mesa para adultos mayores	1 al año
Indicador de Evaluación de cumplimiento: N° de Actividades Comprometidas/ N° de actividades ejecutadas x 100				

PLAN DE PARTICIPACION PARA EL SECTOR DE POYO PARA EL 2019 -2020

Diagnóstico Participativo: Poyo **Fecha realización:**12/04/2019		**PLAN PARTICIPACIÓN SOCIAL AÑO 2019 Y 2020**		**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES**
Problemas Identificados	**Problema central Problema Priorizado**	**Objetivos**	**Actividades**	**Fecha probable de realización**
Altos índices de obesidad y sedentarismo en la localidad de Poyo (promoción).	Altos índices de obesidad y sedentarismo en la localidad de Poyo (promoción).	Contribuir a la disminución de los índices de obesidad y sedentarismo mediante propuestas sugeridas y compartidas entre la comunidad de Poyo y el Equipo de Salud.	Al menos 40 jornadas de zumba	2 veces por cada mes durante año 2019 y 2020
			Al menos 4 talleres de alimentación saludable	1 taller por semestre durante 2 años
Necesidad de que el equipo de salud, realice continuamente charlas educativas sobre diversos temas de salud.	Necesidad de que el equipo de salud, realice continuamente charlas educativas sobre diversos temas de salud.	Reforzar a la comunidad con conocimiento en temáticas de salud mediante instancias educativas y preventivas.	Al menos 4 charlas sobre alcoholismo y drogadicción.	1 charla por semestre durante 2 años
			Al menos 4 charlas sobre actividad física	1 charla por semestre durante 2 años
			Al menos 8 charlas sobre medidas preventivas ante emergencias y desastres. (COE)	2 charlas por semestre
Indicador de Evaluación de cumplimiento: N° de Actividades Comprometidas/ N° de actividades ejecutadas x 100				

Análisis FODA

Formulación de un análisis Foda de acuerdo a las actividades realizadas a las localidades de la península respecto al año 2018, propuestas por el diagnostico participativo.



Véase anexo 1 plan participativo 2018

Debilidades

No existen mayores recursos para la realización o programación de actividades de la península.

Al ser la primera vez que se realizan este tipo de actividades en el Cecosf no existía mayor experiencia en diagnósticos participativos.

Fortalezas

Motivación por parte de los funcionarios por realizar las actividades propuestas.

Compromiso por parte del equipo de participación en las actividades, y lograr mayor motivación en la comunidad para que sean participe de las actividades.

Existe un gran interés de participación en las actividades para generar mayor compromiso por parte de las comunidades en la asistencia de actividades

Se logró Crear un equipo de trabajo para el programa de participación.

Amenazas

En los sectores de Poyo y Ayacara se formularon actividades, donde al momento de ser realizadas por hubo mayor asistencia por parte de los locatarios de dichos lugares.

En la península existe una gran dispersión geográfica de un sector a otro, por lo cual es muchas veces un impedimento para los locatarios asistir a las actividades

Oportunidades

Existe una gran motivación y asistencia por los sectores de Huequi, Reldehue y Buill en las actividades realizadas.

Para el año 2019 se pretende crear mayor actividades y centrarse en los lugares donde existe mayor participación y a la vez generar instancias motivadoras a los sectores donde existe mayor compromiso de participación.

PROGRAMAS DEL DESAM-CECOSF AYACARA

En el Cecosf existen varios programas, de los cuales cada funcionario está encargado de ciertos programas que se describen a continuación.

ODONTÓLOGAS

Embarazadas: tratamiento completo de todo lo que necesite gratis, hasta que se consiga del alta y que tenga todo ok, además la entrega de orientación y un kit de higiene completo

Niños : de todas las edades pero las edades especiales son a los 6 y a los 12 son programas donde la atención es inmediata ya que a los 6 sale la primera muela permanente la que es importante ver cómo viene saliendo y ponerle sellantes para protegerlas de caries y a los 12 es cuando debería tener casi el 100% del recambio dentario completo excepto los colmillos a veces por lo que es necesario ver como salieron y sellarlos para protegerlos de caries, ambas edades tienen que darse de alta lo que implica realizar todas las atenciones que requieran para quedar sanos.

Niños: la atención es desde los 6 meses.Aunque no tengan dientes se les ingresa a un programa llamado (cero) control con enfoque de riesgo odontológico, el cual solicita controles anuales aunque no tenga caries porque el fin de orientar y realizar actividades preventivas para que el niño nunca tenga caries.

Prótesis: existen programas que incluyen prótesis que son las más sonrisas de mujer, el hombre de escasos recursos y un programa de resolución de especialidades en atención primaria.

El más sonrisas: son puras mujeres pero funciona en base a cupos donde se privilegian instituciones como Prodemu , Sernam , Vinculo , Junji, integra todas las mujeres que trabajen con niños en los jardines o escuelas y tiene prioridad mientras menos edad tenga, y desde ahí se empiezan a organizar los cupos.

Hombres de escasos recursos:está destinada a hombres los cupos siempre son poquitos y tienen las mismas priorizaciones que el anterior

Todos los programas de prótesis otorgan atención completa todo el tratamiento previo para poder realizar la prótesis o sea boca sana y luego se comienza con la toma de moldes, si se realizan extracciones se debe esperar 3 meses de cicatrización para tomar moldes por lo que hay pacientes que si necesitan cupo quizás se les otorgue hasta el próximo año dependiendo el tiempo de la espera de sus extracciones.

60 años: al igual que las embarazadas son programas ges todo gratis e incluye tratamiento completo y rehabilitación con dos prótesis si es que es necesario, solo 60.

Sembrando sonrisas: vamos dos veces al año a los jardines solo a realizar educaciones aplicar flúor y entrega de kit de higiene para que se mantenga en el jardín.

Cuartos medios: altas a alumnos de 4to año medio, con todo el tratamiento que necesiten para dejar boca sana.

Junaeb: atención dental hasta lograr boca sana para todos los alumnos desde pre kínder a octavo de las escuelas Ayacara y Buill hasta el momento, se está pensando incluir a las escuelas rurales pero se reprograma año a año, y estas escuelas también tienen prioridad de atención en las rondas aunque no estén en programa Junaeb.

MATRONA

Programa adolescente: realización ficha clap: se define como la atención de salud integral de adolescentes, que permite evaluar el estado de salud, crecimiento y normal desarrollo, fomentando los factores y conductas protectores e identificando los factores y conductas de riesgo, así como, problemas de salud.

Programa VIH – infecciones de transmisión sexual: prevención y control

solicitud de examen VIH.

Consejería en VIH e its.

Programa de la mujer: busca contribuir al desarrollo integral, físico, mental y social de la mujer, en todas las etapas de su ciclo vital especialmente en aquellos aspectos relacionados con la salud.

Control prenatal

control recién nacido hasta los 28 días

Programa regulación de la fecundidad:

inserción extracción implante

inserción extracción t de cobre

consejería en salud sexual y reproductiva

consejería en métodos anticonceptivos

Programa promoción y eje de promoción de MAIS (modelo de atención integral de salud).

ENFERMERA

Participación en programas: artrosis, dependiente severa, cardiovascular, eje MAIS, controles a pacientes de todo el ciclo vital y que sean usuarios de esos programas.

Encargada programa infantil, adulto mayor y PNI (vacunas): ejecución, monitoreo y cobertura de la población infantil y adulto mayor.

Campañas de vacunación: influenza, coqueluche, embarazadas, sarampión, campañas escolar de vacunación, vacunaciones programáticas. (De los 2 a los 18 meses).

MEDICO

Programa cirugía menor: uso de electro victuri, extracción de lunares, verrugas.

Participación programa tales como artrosis, tuberculosis y tele dermatología, controles, tratamientos y solicitud de interconsultas y seguimientos de las mismas.

Encargado GES(garantía explicita en salud): control y derivación de pacientes a atención secundaria.

Participación comisión lista de espera: como contralor de interconsultas médicas, las cuales se ingresan a la plataforma y dar seguimientos a las mismas.

KINESIOLOGOS

Programa de rehabilitación integral: brindar atención kinésica a pacientes según patología o lesión. Desarrollo y ejecución de protocolos de atención y seguimiento Programa de artrosis: seguimiento y tratamiento de pacientes con diagnóstico de artrosis de cadera o rodilla, leve o moderada mayores de 55 años. Desarrollo y ejecución de protocolos de atención y seguimiento.

Programa de dependencia severa: seguimiento y tratamiento domiciliario de pacientes en estado de dependencia severa. Atención y cuidado de sus cuidadores. Desarrollo y ejecución de protocolos de atención y seguimiento.

Programa rehabilitación cardiovascular: brindar rehabilitación cardiovascular a pacientes con; obesidad, DM2, HTA, hipercolesterolemia, cese tabáquico. Desarrollo y ejecución de protocolos de atención y seguimiento.

Programa respiratorio IRA/ERA: Brindar atención kinésica respiratoria a pacientes en BOX y visita domiciliaria.

Programa oxigeno dependiente y AVNI: Atención kinésica respiratoria en domicilio a pacientes del programa

NUTRICIONISTA

Reunión, coordinación y supervisión de Programas Alimentarios (PNAC-PACAM)

ASISTENTE SOCIAL

Programa familia (encuestas familiares, scort de riesgos, plan de intervención, visitas domiciliarias, etc.)

FONOAUDIÓLOGA

Programa chile crece contigo
Programa migrantes

PSICÓLOGO

Encargado salud mental (encuestas familiares, scort de riesgos, plan de intervención, visitas domiciliarias, etc.)

DIRECTOR TÉCNICO

Programa Cecosf
OIRS
Participación social.

PRESTACIONES DE SALUD



Fuente: elaboración propia 2019

ANEXOS

Anexo n° 1Plan de participación año 2018

Buill – Reldehue

Diagnóstico Participativo Buill - Reldehue **Fecha realización:**27/04/2018		**PLAN PARTICIPACIÓN SOCIAL**		**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES**
Problemas Identificados	**Problema central Problema Priorizado**	**Objetivos**	**Actividades**	**Fecha probable de realización**
Desconocimiento acerca del funcionamiento de Cecosf y prestaciones. Despreocupación de la comunidad y las instituciones hacia el adulto mayor. Pocas instancias para actividades físicas. Lentitud de respuesta ante requerimientos de la comunidad (SUR, insumos urgencias, evacuaciones Aero médicas, etc.)	Despreocupación de la comunidad y las instituciones hacia el adulto mayor.	Concientizar a los actores sociales acerca del Adulto mayor.	5 Charlas informativas sobre programas y beneficios del adulto mayor en temáticas de salud.	A partir del 2° semestre del año 2018 y hasta 2° semestre del año 2019
			5 Talleres o charlas educativas dirigidas a los adultos mayores y comunidad en general.	A partir del 2° semestre del año 2018 y hasta 2° semestre del año 2019
			Visitas domiciliarias de seguimiento, tratamiento y acompañamiento al A. Mayor.	Toda vez que se requiera, y en rondas médicas del sector se priorizaran visitas domiciliarias a adultos mayores.
		Contribuir al involucramiento de la comunidad y las instituciones hacia los adultos mayores.	Al menos 1 Encuentro generacional (niños, jóvenes, adultos y adultos mayores)	2° semestre del año 2018.
			Al menos 4 Jornadas recreativas y de esparcimientos para adultos mayores (torneos locales de trucos, naipes, contar experiencias, etc.)	A partir del 2° semestre del año 2018 y hasta el 2° semestre del año 2019.
			Creación de un Club del adulto mayor	2° semestre del año 2018.
Indicador de Evaluación de cumplimiento: N° de Actividades Comprometidas/ N° de actividades ejecutadas x 100				

Poyo – Huequi

Diagnóstico Participativo Poyo - Huequi **Fecha realización:**11/05/2018		**PLAN PARTICIPACIÓN SOCIAL**		**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES**
Problemas Identificados	**Problema central Problema Priorizado**	**Objetivos**	**Actividades**	**Fecha probable de realización**
Dificultad de coordinación y comunicación con Cecosf de Ayacara para urgencias médicas. Lentitud de respuesta ante requerimientos de la comunidad (SUR, insumos urgencias, evacuaciones Aero médicas, etc.) Altos índices de obesidad en la población en general.	Altos índices de obesidad en la población.	Generar acciones preventivas frente a la obesidad de la población.	Al menos 2 charlas educativas sobre alimentación saludable.	A partir del 2° semestre del año 2018 y hasta 2° semestre del año 2019
			Al menos 2 talleres reflexivos sobre las tradiciones alimenticias v/s consecuencias de obesidad y enfermedades cardiovasculares.	A partir del 2° semestre del año 2018 y hasta 2° semestre del año 2019
			Realización de al menos 1 campaña de EMP y 1 de EMPAM.	A partir del 2° semestre del año 2018 y hasta 2° semestre del año 2019
		Fomentar la actividad física como factor protector ante la obesidad.	Al menos 3 jornadas de Zumba en la localidad.	2° semestre del año 2018.
			Realización de recreos activos en los establecimientos educativos de la península.	A partir del 2° semestre del año 2018 y hasta el 2° semestre del año 2019.
			Al menos 3 charlas sobre la importancia de la actividad física en la población.	A partir del 2° semestre del año 2018 y hasta el 2° semestre del año 2019.
Indicador de Evaluación de cumplimiento: N° de Actividades Comprometidas/ N° de actividades ejecutadas x 100				

Ayacara

Diagnóstico Participativo Ayacara **Fecha realización:**04/05/2018 y 18/05/2018		**PLAN PARTICIPACIÓN SOCIAL**		**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES**
Problemas Identificados	**Problema central Problema Priorizado**	**Objetivos**	**Actividades**	**Fecha probable de realización**
Exceso de peso en la población y falta de estrategias para enfrentarlos. Poco seguimiento a los pacientes que mantienen tratamientos. Insuficiencia de cupos para operativos médicos (oftalmológicos, mamografías, ortesis, etc.) Lentitud de respuesta ante emergencias que requieren evacuación Aero médicas. Baja participación social en temáticas de salud por parte de la comunidad.	Baja participación social en temáticas de salud por parte de la comunidad.	Conocer los factores que determinan la baja participación social de la comunidad.	Elaboración, aplicación y análisis de 1 encuesta de investigación sobre los factores que inciden en la baja participación de la comunidad en temas de salud.	2° semestre del año 2018.
			Al menos 1 diálogo ciudadano entre el equipo de salud de Cecosf y la comunidad.	2° semestre del año 2018.
			Aplicación de encuesta de satisfacción usuaria al menos al 10% de la población total de Ayacara (60 personas aprox.)	2° semestre del año 2018.
		Fomentar la participación social a través de iniciativas por parte del Cecosf de Ayacara.	2 charlas informativas acerca de la OIRS y los Derechos y Deberes de los pacientes.	2° semestre del año 2018.
			1 charla informativa sobre Cecosf, funcionarios y sus funciones, prestaciones y programas que ofrece.	2° semestre del año 2018.
			Elaboración de dípticos y/o trípticos de Cecosf para fines difusivos.	2° semestre del año 2018.
Indicador de Evaluación de cumplimiento: N° de Actividades Comprometidas/ N° de actividades ejecutadas x 100				

MATRIZ DE TRABAJO AÑO 2019 -2020

Objetivo General	Línea de Trabajo	Objetivos específicos
CONTRIBUIR AL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA DE LA POBLACIÓN DE LA PENÍNSULA DE HUEQUI DURANTE LOS AÑOS 2019 Y 2020 MEDIANTE UN ENFOQUE COMUNITARIO CON CARÁCTER PROMOCIONAL Y PREVENTIVO.	Priorizadas por Consejo de Salud y Equipo de Salud del Establecimiento	Contribuir a la disminución de los índices de obesidad y sedentarismo mediante propuestas sugeridas y compartidas entre la comunidad de Ayacara y el Equipo de Salud.
		Fomentar el involucramiento de la comunidad y las instituciones hacia el adulto mayor mediante instancias recreativas.
	Emergencia y Desastres	Crear Protocolo local (Tríptico informativo) e Identificar entre COE Peninsular y comunidad los puntos de zona segura ante situaciones de emergencia y desastres.
		Informar a la comunidad sobre protocolo local y medidas básicas y preventivas ante situaciones de emergencia y desastres.
		Reforzar protocolos de emergencias mediante ensayos locales de simulacros.

Actividad/es	Descripción Metodológica	Producto Esperado o Resultado/Impacto	Responsable/s
Talleres de alimentación saludable, Jornadas de Zumba, Campeonatos de Fustal Femenino y masculino, Corridas familiares, Cicletadas familiares.	Las actividades propuestas por la comunidad se realizarán en cada sede comunitaria y/o donde corresponda cada actividad planificada de los 5 sectores rurales de la península de huequi, previa difusión y coordinación con los presidentes de las JJVV, organizaciones sociales, comités de salud, y encargados de postas. Cada 3 meses se aplicará a los participantes una encuesta de opinión con el fin de medir los cambios alimenticios, deportivos, de sedentarismo, etc. Con la finalidad de medir el impacto en las personas.	Que las personas participantes modifiquen sus hábitos alimenticios e interioricen la actividad física como estilo de vida.	Equipo de Salud CECOSF Ayacara: Equipo gestor de participación social, equipo gestor promoción y agente comunitario.
Charlas educativas y preventivas para la comunidad y los adultos mayores, talleres de plantas medicinales como complemento de la atención tradicional, taller de tejidos, taller de pinturas, binguitos bailables, encuentros generacionales entre niños y adolescentes de escuelas con los adultos mayores, encuentros entre adultos mayores de la península de huequi, jornadas de juegos de mesa, entre otros.	Las actividades propuestas por la comunidad se realizarán en cada sede comunitaria y/o donde corresponda cada actividad planificada de los 5 sectores rurales de la península de huequi, previa difusión y coordinación con los presidentes de las JJVV, organizaciones sociales, comités de salud, y encargados de postas. Cada 3 meses se aplicará a los participantes una encuesta de opinión con el fin de medir el grado de satisfacción de los adultos mayores de la comunidad.	Que la comunidad participe activamente en las actividades planificadas con y para los adultos mayores.	Equipo de Salud CECOSF Ayacara: Equipo gestor de participación social, equipo gestor promoción y agente comunitario.

Reunión de coordinación del COE Peninsular, reunión con Juntas de vecinos u organizaciones de la sociedad civil, visita en terreno de posibles puntos de zonas seguras, instalación de señaléticas de zonas seguras.	Mediante reuniones de coordinación con COE de la Península de Huequi y tras orientaciones y apoyo del COE Comunal, se iniciará un trabajo informativo con la comunidad mediante charlas expositivas y participativas entre los 5 sectores dela península.	Que la comunidad conozca los puntos de zona segura y las medidas preventivas ante posibles emergencias y desastres.	Equipo de Salud CECOSF y COE Peninsular.
Charlas informativas a escuelas, a jardines infantiles, a juntas de vecinos.	Mediante charlas expositivas y prácticas de posibles casos de emergencias y desastres.	Que la comunidad en general esté informada de las medidas básicas y puntos de zona segura.	COE Peninsular y Equipo CECOSF
Reunión de coordinación con escuelas y juntas de vecinos, Ensayos de simulacros en cada sector rural de la península de huequi (Poyo, Huequi, Ayacara, Reldehue y Buill).	Mediante coordinaciones y difusión previas con instituciones públicas y comunidad en general, se procederá a realizar por sector al menos un ensayo de simulacros de emergencias y desastres por año.	Que la comunidad tenga pleno conocimiento sobre protocolos de emergencia y desastre.	COE Peninsular y COMUNIDAD representada por cada Junta de vecino.

Descripción de los Participantes	N° de Participantes	Medio Verificador
La comunidad en general, desde los 6 años a los 64 años y que presenten altos índices de obesidad.	Dependerá de la asistencia a las actividades.	Listas de asistencia y medios fotográficos.
Los adultos mayores de la península de Huequi, con la participación de la comunidad en general (niños y niñas, adolescentes, jóvenes, adultos).	Dependerá de la asistencia a las actividades.	Listas de asistencia y medios fotográficos.
Carabineros de Chile, Bomberos, Municentro, Equipo Salud CECOSF, JJVV.	Todas las instituciones públicas y de orden de la península de Huequi.	Actas de reuniones del COE, registro fotográfico, lista de asistencias.
Carabineros de Chile, Bomberos, Municentro, Equipo Salud CECOSF, JJVV, Escuelas, Jardines y postas de salud rural.	Instituciones públicas y organizaciones sociales de la península de Huequi.	Listas de asistencia y medios fotográficos.
Carabineros de Chile, Bomberos, Municentro, Equipo Salud CECOSF, JJVV.	Instituciones públicas y organizaciones sociales de la península de Huequi.	Registro fotográfico

Cronograma											
E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
			x	x	x	x	x	x	x	x	x
			x	x	x	x	x	x	x	x	x
				x	x	x					
						x	x	x	x	x	
							x	x	x	x	x

BIBLIOGRAFÍA

http://reportescomunales.bcn.cl/2017/index.php/Chait%C3%A9n/Poblaci%C3%B3n

https://reportescomunales.bcn.cl/2017/index.php/Chait%C3%A9n#N.C3.BAmero_de_establecimientos_de_Salud.2C_seg.C3.BAn_tipo_de_establecimiento_o_estrategia_implementada.2C_junio_2018

Rem p diciembre 2018.

http://www.supersalud.gob.cl/consultas/667/w3-propertyvalue-4185.html

http://www.salud-e.cl/biblioteca/estrategia-sanitaria-chilena/objetivos-sanitarios-2011-2020/

http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf