

PLAN DE SALUD COMUNAL 2013

INTRODUCCION

La comuna cuya capital es la ciudad de Pucón, se sitúa en el sector sur oriente de la Novena Región de la Araucanía y formando parte de la provincia de Cautín. Se presenta en términos generales como un enclave turístico de envergadura, tanto a nivel regional como nacional. Territorialmente se extiende desde la comuna de Melipeuco y Cunco por el norte hasta las comunas de Panguipulli y Villarrica por el sur. Al este limita con Curarrehue y al oeste con Villarrica.

Sus 1.536,6 km² representan el 4,4% del total regional y el 7,8% de la Provincia de Cautín. Se ubica a 789 kilómetros de Santiago, capital del país y a 110Km. de la ciudad de Temuco, capital regional.

Su ubicación precordillerana, con lagos, poblados intermedios, ríos, zonas boscosas y ganaderas, así como el emplazamiento de la ciudad entre el lago Villarrica y el volcán del mismo nombre la sitúan como un enclave turístico de primer orden en el país, que ha permitido el desplazamiento de capitales de inversión en infraestructura, servicios y vivienda para una población cada vez más creciente. Es una de las comunas de más alto crecimiento poblacional de la región.

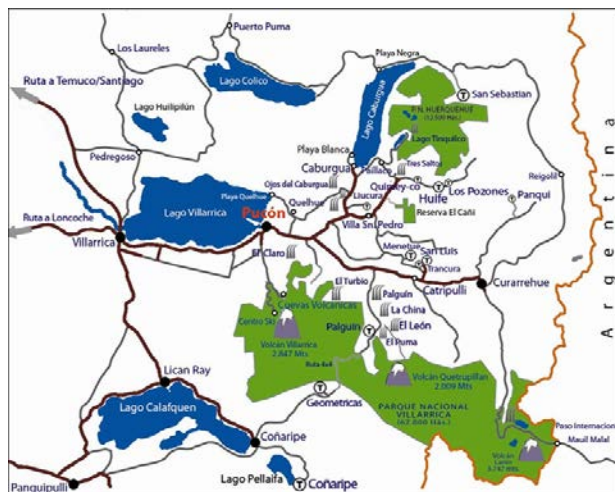


Vías de acceso

Hacia Pucón podemos acceder tanto por vía terrestre como por vía aérea, esto durante la temporada estival, feriados y fines de semanas largos.

Las rutas por las cuales podemos viajar son las siguientes:

- Desde Temuco-Freire-Villarrica por la Panamericana Sur, (5 sur- R 55).
- Desde Valdivia, Osorno, puerto Montt por Loncoche
- Desde Argentina (Ruta Internacional 119) a través del paso Internacional Mamuil Malal, a 71 Km. al este de Pucón.



ANTECEDENTES HISTORICOS

RESEÑA HISTÓRICA

Pucón: Torcazas, entrada a la cordillera. Etimología: del Mapudungun (idioma de los mapuches).

Se expresa que después de fundar la ciudad de Villarica, el Coronel Gregorio Urrutia advirtió la necesidad de completar sus esfuerzos y solidificar la soberanía chilena en esas montañas hasta entonces casi desconocidas. Organizó entonces una división en la cual formaron 100 infantes del batallón Angol, 100 de Ñuble, 20 carabineros y convoy de 20 carretas con herramientas y víveres. Los incansables chillanejos y angolinos se pusieron en marcha el 7 de Marzo en medio de la lluvia y avanzaron a través de las selvas y las montañas cruzando los campos del cacique Painemilla sin mayores problemas y después los bosques de Quilén, las sierras de Trunpullu, Chiñico y Queperco hasta el río de Allipén donde levantaron los fuertes de Niquen, Cunco y Santa María de Llaima.

Pucón fue fundado el 27 de Febrero de 1883, desde ese día se iniciaron los trabajos de construcción del fortín para la futura guarnición militar y de almacén de provisiones.

El Regimiento de Zapadores tuvo la misión de levantar el campamento en el lugar que hoy es la Plaza principal, el edificio se levanto posteriormente en el mismo sitio contando con la colaboración directa de Clemente Holzapfel, quien era teniente del regimiento, quien más tarde ejercería las primeras actividades comerciales, transformándose en proveedor de la guarnición y población aborigen de los alrededores.

A fines del siglo XIX la guarnición militar, era un centro atractivo de reunión para los ciudadanos del naciente Pucón. Más tarde y antes de retirarse definitivamente de la guarnición militar, la dotación desempeñó actividades de protección a civiles y resguardo de los bienes especialmente de los recién llegados colonos, tanto extranjeros como nacionales.

En la actualidad, Pucón es una comuna que se desarrolla principalmente en el ámbito turístico y hotelero, con gran relevancia a nivel nacional como internacional.

POLÍTICAS DE SALUD Y REFORMA

La Entidad Administradora de Salud Municipal tiene la responsabilidad de formular anualmente un proyecto de programa de salud comunal en concordancia con las orientaciones programáticas y normas técnicas emanadas desde el MINSAL y comunicadas por el Servicio de Salud Araucanía Sur, según lo establece la Ley 19.378.

Este Plan deberá contener los lineamientos de las políticas de Salud de la comuna de Pucón, que recogerá los problemas locales de salud, la evaluación de las acciones, cumplimiento de metas y programas ejecutados anteriormente, las prioridades de los problemas según criterios de: prevalencia, gravedad, vulnerabilidad, los que serán abordados considerando acciones de vigilancia epidemiológica, acciones preventivas y promocionales, acciones curativas, incluidas en la programación de actividades.

Principios que orientan las Políticas de Salud

Los principios que orientan las políticas de salud son:

- **Marco ético de los derechos humanos:** derecho a la vida y la salud, entre otros.
- **Universalidad:** se hace cargo de los problemas de salud de todas las personas, sin consideración de sus condiciones sociales, de género, económica, cultural o multiétnicas.
- **Equidad:** en la cobertura, el acceso y la oportunidad, en la erradicación de discriminaciones y exclusiones de todo tipo.
- **Solidaridad:** mayor aporte de las personas con más recursos a aquellos que tienen menos, de los sanos a los enfermos, de los jóvenes a los viejos y hacia las mujeres en edad fértil.
- **Integralidad:** con perspectiva biológica, psicológica y social.
- **Continuidad de los cuidados:** que abarca desde la promoción, prevención, curación y rehabilitación, con calidad y respeto a la dignidad de las personas en la atención y los cuidados de salud.
- **Empoderamiento de la población:** a través del fortalecimiento de la comunidad y del ejercicio del control social, así como del auto cuidado y promoción de su propia salud.
- **Democratización:** a través de la constitución y fortalecimiento de los espacios de participación, como consejos consultivos, de desarrollo, de salud, entre otros.
- **Descentralización:** a través de mayor poder de gestión y decisión regional.

SISTEMA DE SALUD PÚBLICA

La **Subsecretaría de Salud Pública**, ejerce el rol de Autoridad Sanitaria Nacional mediante sus funciones de vigilancia y protección de la salud de las personas en el entorno social, ambiental y laboral. A nivel regional, las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud (SEREMIS) y sus Oficinas

Provinciales cumplen el Rol de Autoridad Sanitaria Regional. La Ley establece que las SEREMIS deben contar con un Consejo Consultivo integrado por actores relevantes de la ciudadanía. Esta Subsecretaría tiene una importante función en la vigilancia epidemiológica

La Subsecretaría de Redes Asistenciales, es responsable de la Gestión en Red de los Servicios Asistenciales y coordina a los 29 Servicios de Salud del País. Asimismo, tiene a su cargo las materias relativas a la articulación y desarrollo de la Red Asistencial del Sistema para regular y velar por el funcionamiento de las redes a través del diseño de políticas para su coordinación y articulación, que permitan satisfacer las necesidades de salud de la población usuaria, en el marco de los objetivos sanitarios, con equidad, respeto de los derechos y dignidad de las personas, atención integral de las personas y la regulación de la prestación de acciones de salud.

La Autoridad Sanitaria

Se entiende por Autoridad Sanitaria a la Institucionalidad del Estado encargada de garantizar el ejercicio de los derechos de las personas en salud y la promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud de la población.

Entre sus funciones se destacan: elaborar y dirigir las políticas nacionales de salud; definir los objetivos nacionales de salud; fortalecer y desarrollar su acción en el espacio intersectorial para promover y desarrollar políticas públicas coherentes con las prioridades sanitarias; definir normas e instrumentos para evaluar la calidad de la atención; fortalecer el desempeño de las funciones esenciales de salud pública; definir el plan de salud y establecer sus garantías.

La Autoridad Sanitaria Regional, se constituye separando de los Servicios de Salud, las funciones propias de gestión de las redes asistenciales, que continúan residiendo en el Director de Servicio, de las de autoridad. Estas pasan a ser desempeñadas por el Secretario Regional Ministerial de Salud (SEREMI), quien recibe por el proyecto todas las potestades que la ley les confiere a dichos directores, en relación con el ejercicio de la Autoridad mencionada.

El SEREMI, con nuevos poderes, además de apoyar al Intendente en los ámbitos de su competencia, desarrollará todas las funciones de vigilancia epidemiológica, fiscalización sanitaria medioambiental, verificación de las normativas de calidad en prestadores públicos y privados, recepción de opiniones y quejas y solución de controversias.

La Red Asistencial.

Conjunto de establecimientos de atención de salud con diferentes niveles de complejidad y carteras de servicios que operan dentro del territorio asignado a un Servicio de Salud, actuando en forma coordinada mediante lazos institucionales o contractuales y por lo tanto con mutua interdependencia y complementariedad en sus respuestas, cubriendo de esta manera amplia gama de necesidades de salud.

El concepto de redes tiene aplicación no sólo para las organizaciones responsables de la oferta de salud, sino también para la demanda, expresada en las relaciones de las personas y de la comunidad a la que pertenecen, considera a la población destinataria como un actor social más, sujeto de derechos, al igual que al equipo de salud.

La Red incluye a los establecimientos dependientes de los Servicios de Salud y los de la Atención Primaria Municipal. Además incorpora, mediante convenios, a establecimientos privados debidamente acreditados por la Autoridad Sanitaria. La red funciona con una lógica territorial y tiene bajo su responsabilidad la atención de los usuarios de la ley N° 18.469, las emergencias y las atenciones convenidas para los afiliados al Sistema ISAPRE y a toda la población en las acciones de Salud Pública.

Modelo de Gestión en Salud

Definición de Atención Primaria de Salud

"La APS es la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad pueda soportar durante todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de auto-responsabilidad y autodeterminación." (Conferencia Mundial Alma – Ata 1978)

La APS significa **un primer contacto** (atención); **continuidad** (permanencia del vínculo entre el profesional y la persona); **integralidad** (la atención de la persona debe ser relacionada con su contexto) y **coordinación** entre los integrantes del equipo la institución y la comunidad.

La estrategia de APS, promueve un cambio fundamental, en que la comunidad y sus individuos dejan de ser objeto de atención y se convierten en actores que conocen, participan y toman decisiones sobre su propia salud y asumen responsabilidades específicas ante ella.

Exige y fomenta la **auto responsabilidad** y **participación** del individuo, la familia y la comunidad, a fin de obtener el mayor provecho de los recursos disponibles. Prioriza el **trabajo en equipo** para atender las necesidades expresas de la comunidad.

Modelo de Atención Integral en Salud

El Modelo de atención constituye un elemento eje de la Reforma del sector, siendo aplicable a toda la Red de Salud. Sus elementos centrales son:

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

Está orientado a proporcionar a los individuos, familia y comunidad, condiciones para el mantenimiento y el cuidado de la salud, dar respuesta a sus necesidades de manera integral e integrada, continua, oportuna y eficaz, accesible y de calidad. Para ello, los Centros de Salud, deben contar con equipos, que hayan desarrollado habilidades y destrezas adecuadas para tener una mirada amplia en la atención de salud de las personas y por ende abordar además el trabajo con familias y comunidades para su acompañamiento a lo largo de su ciclo vital.

Supone incluir la diversidad de formas de familia y las relaciones al interior de las mismas. El mayor desafío se encuentra en el desarrollo de habilidades y destrezas que permitan a los equipos de salud analizar el proceso salud enfermedad, mirándolo desde una perspectiva sistémica. En este enfoque se entiende a la familia como una unidad básica de parentesco que incluye a todos aquellos que viven juntos o se reconocen como entidades emocionales, relacionales y sociales significativas en la cual los roles y normas se centran sobre la protección recíproca de sus miembros, la regulación de las relaciones sexuales, la crianza de los niños y la definición de relaciones de parentesco” (Fried, 2000).

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

c) Prestación de Servicios Integrados e integrales: A pesar de que tradicionalmente en la atención de salud se habla de consultas y controles, se espera que en cada contacto con individuos, familias y comunidades, se visualice la oportunidad para incorporar acciones de Promoción de la salud y prevención de enfermedades, fomentando el autocuidado individual y familiar y la generación de espacios saludables. El equipo de salud debe ser capaz de actuar con Servicios Integrados y acordes a las particularidades socioculturales de la población usuaria, especialmente en los problemas psicosociales prevalentes y emergentes en la población, la que cada vez más instruida e informada de sus derechos, tiene expectativas crecientes respecto a los Servicios de Salud.

Las personas exigen y deben ser tratadas con dignidad, que se les informe respecto a sus alternativas terapéuticas y que se les otorgue la oportunidad de decidir respecto a su salud.

La preocupación por lo que espera cada persona que se acerca en busca de atención de salud y el buen trato, son parte de la calidad y del abordaje integral. La prestación de Servicios integrados en una Red Asistencial supone que en la definición de los horarios de funcionamiento de un establecimiento de Atención Primaria, se deben desarrollar acciones para facilitar la atención de personas que trabajan. Esto se materializa en el funcionamiento de los establecimientos con extensión horaria, en los términos establecidos por la Ley.

POLITICA DEL DEPARTAMENTO DE SALUD MUNICIPAL

Visión

“Instalar el modelo de salud familiar en la atención primaria de la comuna de Pucón, contando para ello con adecuada infraestructura, recursos humanos y financieros, que permita mejorar la calidad de acciones, la participación y la satisfacción de los usuarios internos y externos del sistema.”

Misión

“Mejorar el nivel de salud de la población beneficiaria en atención primaria de la comuna de Pucón, otorgando servicios de salud mediante la entrega de acciones de calidad por un equipo comprometido, integrado e interdisciplinario, con énfasis en las acciones de promoción y prevención.”

DIAGNÓSTICO

1.- Información Básica:

Descripción de la Comuna: CGU, CGR, Postas.

Según lo estipulado en la ley N° 1-3.063, del Ministerio del Interior, de 1980 que ordena a los municipios hacerse cargo de la administración y gestión de los servicios de atención primaria de salud, es que desde enero de 2011 la Ilustre Municipalidad de Pucón adquiere el desafío de hacerse cargo de la Atención Primaria tanto urbana (anteriormente a cargo del Hospital San Francisco de Pucón) como rural de la comuna.

Es de esta manera, como la población adscrita crece de forma abrupta, para los trabajadores de la atención primaria en Salud, teniendo que adaptarse a las nuevas necesidades que la población en aumento requiere.

Es por eso que es necesario tanto un aumento de la dotación de funcionarios, como una infraestructura acorde a las nuevas necesidades, además de un Plan de Salud Comuna con misión y visión que se ajuste a los requerimientos.

SITUACION ACTUAL RED DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD PUCÓN

Según lo estipulado en la ley N° 1-3.063, del Ministerio del Interior, de 1980 que ordena a los municipios hacerse cargo de la administración y gestión de los servicios de atención primaria de salud, es que desde enero de 2011 la Ilustre Municipalidad de Pucón adquiere el desafío de hacerse cargo de la Atención Primaria tanto urbana (anteriormente a cargo del Hospital San Francisco de Pucón) como rural de la comuna.

Red de Atención

Hasta el 30 de junio del año 2012 , el Centro de Salud de Pucón funciono en dependencias arrendadas al del Hospital San Francisco (Uruguay 325) , además de las dependencias del antiguo Centro de Salud, donde se realizan actualmente solo las consultas odontológicas asociadas a programas de la canasta de Atención Primaria en Salud.

Centro de Salud Pucon Oriente

Durante ese mes se reubica el policlínico Los Arrayanes , trasladándose a dependencias del Liceo Monte Maria en Pasaje Rio claro del sector Los arrayanes , en marco de un convenio docente asistencial establecido con esa Institución , la superficie habilitada corresponde a una superficie aproximada de 500 mt2 las cuales son modificadas y equipadas de manera de permitir la instalación permanente y completa de un equipo de salud y por ende la entrega del 100 % de las prestaciones definidas en la canasta de atención primaria de salud (decreto percapita) , funcionando bajo la modalidad de Centro de Salud , cuenta en la actualidad con los siguientes recursos profesionales ; medico, enfermera, matrona , kinesiólogo, asistente social , y profesionales de apoyo en el área de nutrición , sicología y podología , además de las unidades de some, farmacia y del equipo de apoyo de técnicos y administrativos , la población asumida por este dispositivo periurbano asciende aproximadamente a las 1.200 familias , teniendo como limites geográficos naturales la rotonda (curva Matus) y el aeropuerto local , esto sin perjuicio de asumir en forma gradual demanda de sectores rurales

Centro de Salud Pucon Centro

Este dispositivo comienza funcionar durante el mes de julio del año 2012 , en dependencias construidas para tal efecto en el marco de convenio de apoyo a la gestión con Servicio de salud Araucania Sur y a financiamiento complementario para su construcción asumida por el Departamento de Salud , se encuentra ubicado en pasaje Kachele de la ciudad de Pucon , corresponde a construcción nueva de aproximadamente 540 mt2 , que serán ampliados a partir del mes de diciembre con convenio docente asistencial firmado con Universidad Autónoma y que permitirá anexar nueva superficie para albergar unidades odontológicas , boxes multipropósito y unidad de esterilización del DSM

En este Centro de Salud , se cuenta con equipo de salud completo y permanente , por lo que se entrega el 100% de la canasta de prestaciones de APS definidas en decreto percapita

La población objetivo de este dispositivo corresponde a app 2.400 familias que se sitúan desde rotonda curva Matus, hasta límite comunal con Villarrica , mas la demanda espontanea producida desde sector rural

Dependen además de este dispositivo, equipo de atención de pacientes postrados urbano , equipo de Ronda Rural y policlínico de resolutividad odontológica Holtzafeld

Postas de Salud Rural

PSR Caburga

La Posta de Salud Rural de Caburga , tiene una data de construcción de 36 año ((reconstruida el año 1994), se encuentra ubicada en la localidad de Carilelfu , sector El cristo, km 20 ruta Pucon Caburga, siendo las mismas localidades su área de influencia directa , cuenta con una población estimada de 584 familias , una dotación de dos Tens y cuatro rondas mensuales por equipo rural

PSR San Pedro

La Posta de Salud Rural de San Pedro , tiene una data de construcción de 17 años , se encuentra ubicada en el sector rural san pedro pichares , km 25 ruta Pucon – Huife , siendo las mismas localidades su área de influencia directa , cuenta con una población estimada de 748 familias , una dotación de dos Tens y cuatro rondas mensuales por equipo rural

PSR Paillaco

La Posta de Salud Rural de Paillaco , tiene una data de construcción de 31 años , se encuentra ubicada en el sector rural de Paillaco, km 30 ruta Pucon – Parque Huerquehue , siendo las mismas localidades su área de influencia directa , cuenta con una población estimada de 210 familias , una dotación de dos Tens y dos rondas mensuales por equipo rural

PSR Quelhue

La Posta de Salud Rural de Quelhue , tiene una data de construcción de 2 años , se encuentra ubicada en el sector rural Quelhue , km 19 ruta Pucon – Quelhue , siendo las mismas localidades su área de influencia directa , cuenta con una población estimada de 164 familias , una dotación de un Tens residente y dos rondas mensuales por equipo rural

A los dispositivos anteriores se suma a la existencia de 7 Estaciones Salud Rural , a saber:

San Luis

Menetue

Relicura

Ancapulli

Análisis particular requieren a Estaciones de salud rural del sector Palguin – Loncofilo _ Llafenco , las cuales aparte de ser visitadas por la ronda , cuenta con Tens rotativo permanente para el sector

A) POBLACIÓN

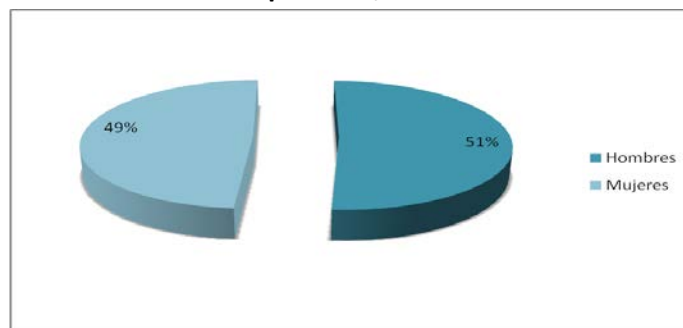
Población por Sexo, 2012 (estimación INE)

Población por Sexo, 2012

Población	Número	%
Hombres	17.013	51,1
Mujeres	16.292	48,9
Total	33.305	100,0

Fuente: INE

Población por Sexo, 2012



Resulta interesante en este ámbito analizar las severas discrepancias producidas entre las distintas estimaciones de población comunal, ya que datos preliminares de censo 2012 , dan cuenta de una población estimada para la comuna cercana a los 21.000 , usuarios , por otro lado la población beneficiaria estimada por fonasa bordea los 23.200 personas , cantidad similar a registro de inscritos beneficiarios enviados a proceso de validación por el DSM Pucon para efectos de definición de población beneficiaria validada año 2013 , el punto particular de este análisis esta asociado que los parámetros estadísticos establecen como población beneficiaria en promedio a aproximadamente el 80 % de la población residente en una localidad

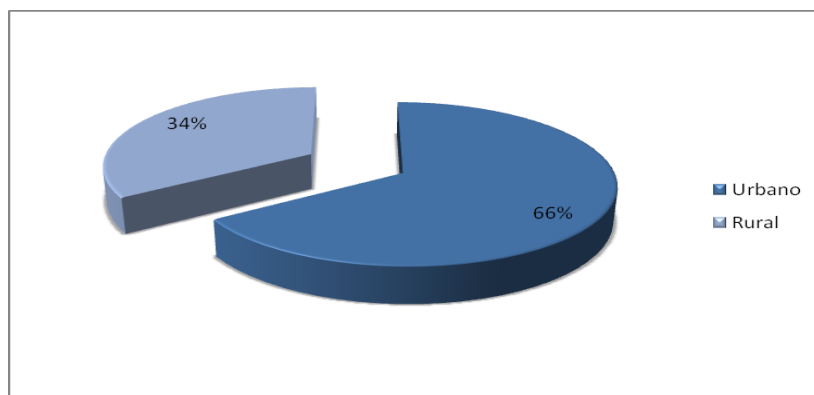
Distribución Geográfica

La comuna de Pucón con una población de 32.131 habitantes el año 2009 (3,12 de la población total regional), se proyecta para el año 2012 a 33.305 personas. Según proyecciones del INE, al año 2020 la población de Pucón será de 43.393 habitantes.

La región de la Araucanía tiene un porcentaje de crecimiento poblacional de 15,9% y Pucón con 85,6% es una de las comunas a nivel regional que ha experimentado mayor crecimiento. La densidad poblacional es de 24,0 ha/km², según la base a datos IGM e INE.

De la población total, el 66% (21.206) de los habitantes viven en la zona urbana y el 34% (10.925) en la zona rural.

Distribución de la Población según residencia, Comuna de Pucón



Fuente: INE

Población INE, FONASA e inscrita

La estimación de los beneficiarios FONASA en la comuna alcanza un 64,5%, con una diferencia de casi 8 puntos de mayor presencia de mujeres en el sistema público.

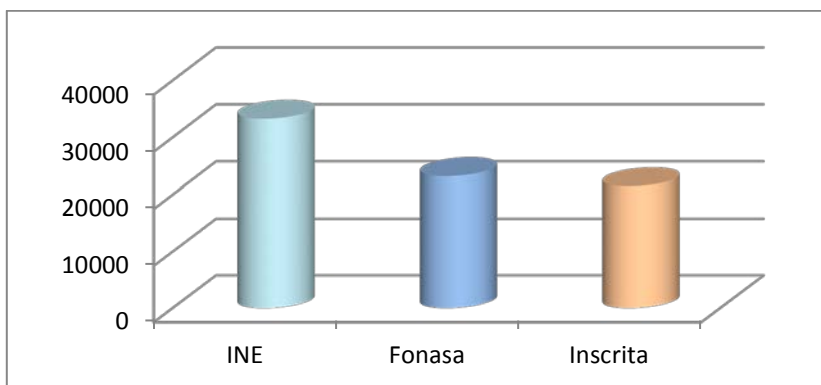
Los inscritos para Atención Primaria son un 92% de los beneficiarios de FONASA, con un mayor porcentaje de hombres (5%), que probablemente está dado por el menor porcentaje que aparece como beneficiario del seguro público.

Población Total, FONASA e inscrita 2012, por sexo

Sexo	INE	Fonasa	Inscrita	% Fonasa/ INE	% Inscrita/ INE	% Insc/ FNS
Total	33.305	23.263	21.486	69,8	64,5	92
Hombres	17.013	10.835	10.318	63,7	60,6	95
Mujeres	16.292	12.428	11.168	76,3	68,5	90

Fuente: INE, FONASA

Población Total, FONASA e inscrita 2012



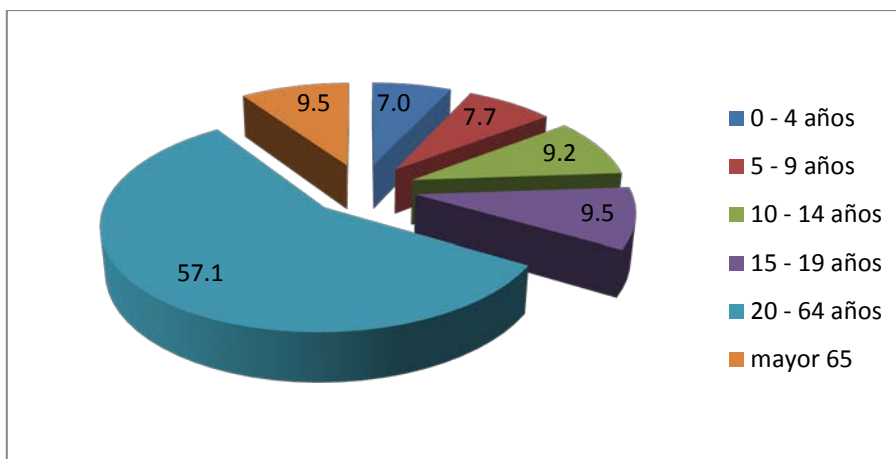
Población Inscrita por Grupos de Edad

Grupo Edad	2012	%
0 - 4 años	1.496	7,0
5 - 9 años	1.654	7,7
10 - 14 años	1.978	9,2
15 - 19 años	2.040	9,5
20 - 64 años	12.268	57,1
mayor 65	2.049	9,5
TOTAL	21.486	100

Fuente: INE, FONASA

Los menores de 20 años representan el 33,4% de la población inscrita, de ellos un 18,7% de 10 a 19 años. Los adultos son el 57,1% y los adultos mayores un 9,5%

Población Inscrita por Grupos de Edad



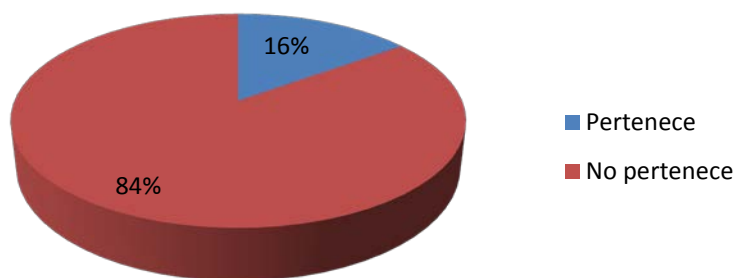
Etnia

Distribución por población mapuche y no mapuche

La expresión etnia o grupo étnico designa un conjunto de individuos que presentan ciertas afinidades somáticas, lingüísticas o culturales y que presentan notables diferencias con respecto a la mayoría de los habitantes dentro de un país. Toma también el sentido de **pueblo** caracterizado como el conjunto de individuos unidos por lazos de una historia y lenguaje común.

En la comuna de Pucón la población mapuche alcanza un total de 3.521 habitantes, correspondiente a un 16,68% del total comunal, lo que nos indica un bajo porcentaje de población mapuche en la comuna, comparado con la Región de La Araucanía. El 24% de la población declaró pertenecer a un grupo étnico, de los cuales casi el 100% corresponde a la etnia Mapuche. En lo que respecta al país, un 4,6 % se considera perteneciente a grupos étnicos. Actualmente, la población mapuche de la comuna se localiza principalmente en el área rural, distribuyéndose principalmente en 19 comunidades indígenas formalmente constituidas, colectivos que en su conjunto reúnen un número cercano a las 720 familias concentradas principalmente en el sector rural , en particular en los sectores de San Luis – Menetue , Palguin – Llafenco y Quetrolelfu

Distribución por población mapuche y no mapuche



Fuente: INE

Situación Económica: Índice de Pobreza

A un individuo se le considera “pobre” si su nivel de ingreso se sitúa por debajo de un nivel mínimo que le permita satisfacer sus necesidades básicas; e “indigente” si éste no le permite satisfacer sus necesidades alimentarias. Estos mínimos se denominan “línea de pobreza” y “línea de indigencia”, respectivamente (MIDEPLAN).

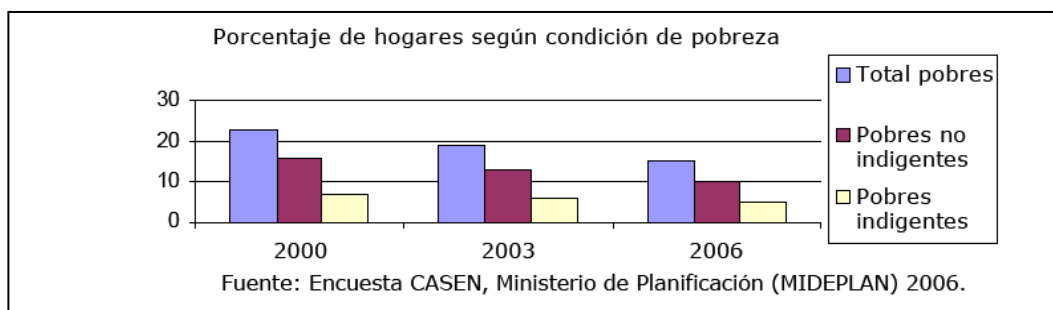
El índice de pobreza para la comuna de Pucón es de 18.40%, según la última encuesta CASEN (2006). En este marco la comuna ha mejorado notablemente sus cifras, en comparación entre los años 2000 y 2006. La realidad país indica que ha existido una baja de un 6.5% y específicamente en la comuna de Pucón esta cifra descendió en un 14.9%, aunque sigue siendo mayor la pobreza a nivel comunal comparado con el país.

Otra cifra importante para contextualizar la pobreza es la cantidad de pobres no indigentes, cifra que en la comuna de Pucón se ha reducido en un 9%, mientras que en Chile un 4.1%. Lo mismo pasa con los pobres indigentes, donde la cifra en Pucón descienden en un 5.8% versus 2.4% en Chile.

Índice de Pobreza

TERRITORIO	2000	2006
	Pobres	Indigentes
País	20,2	13,7
La Araucanía	32,7	20,1
Pucón	33,4	18,4

Fuente: CASEN 2000 y 2006.



DIAGNOSTICO SANITARIO

a) Mortalidad General

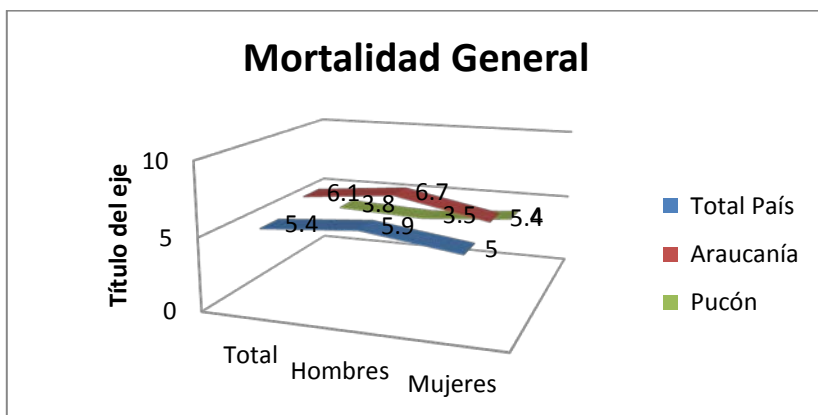
Las tasas de Mortalidad General en la Comuna son menores que las de la Región, y aún más bajas que las nacionales. Llama si la atención el que la tasa de los hombres es aún más baja que la de las mujeres.

MORTALIDAD GENERAL SEGÚN REGIÓN Y COMUNA, 2009

REGIÓN Y COMUNA	Mortalidad General					
	Ambos Sexos		Hombres		Mujeres	
	Defunciones	Tasa (*)	Defunciones	Tasa (*)	Defunciones	Tasa (*)
Total País	91.965	5,4	49.608	5,9	42.357	5,0
Araucanía	5.823	6,1	3.206	6,7	2.617	5,4
Pucón	113	3,8	54	3,5	59	4,0

* Por 1.000 habitantes

Fuente: MINSAL



b) Mortalidad Infantil

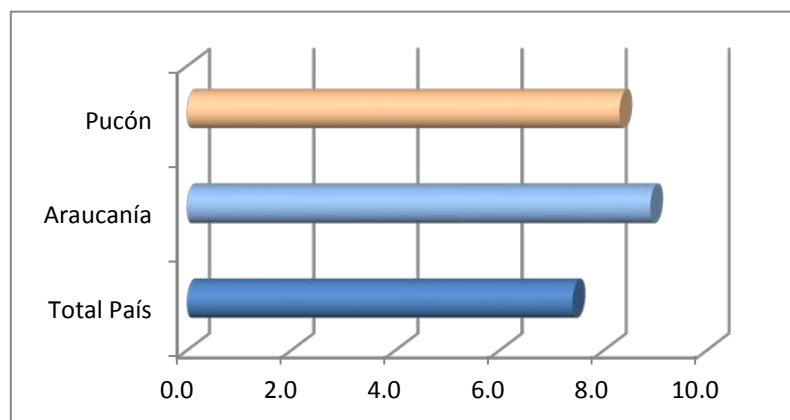
La mortalidad infantil, un indicador en descenso durante las últimas décadas, no es el parámetro más adecuado para evaluar grupos relativamente pequeños de población, ya que un caso impacta en forma relevante la tasa.

**MORTALIDAD INFANTIL Y SUS COMPONENTES
POR REGIÓN Y COMUNA, 2010**

<i>Región y comuna</i>	<i>Infantil</i>		<i>Neonatal</i>	
	<i>Defunciones menores de 1 año</i>	<i>Tasa</i>	<i>Defunciones menores 28 días</i>	<i>Tasa</i>
<i>Total País</i>	1.862	7,4	1.283	5,1
<i>Araucanía</i>	119	8,9	80	6,0
<i>Pucón</i>	3	8,3	1	2,8

Fuente: MINSAL

Tasa Defunciones menores de 1 año

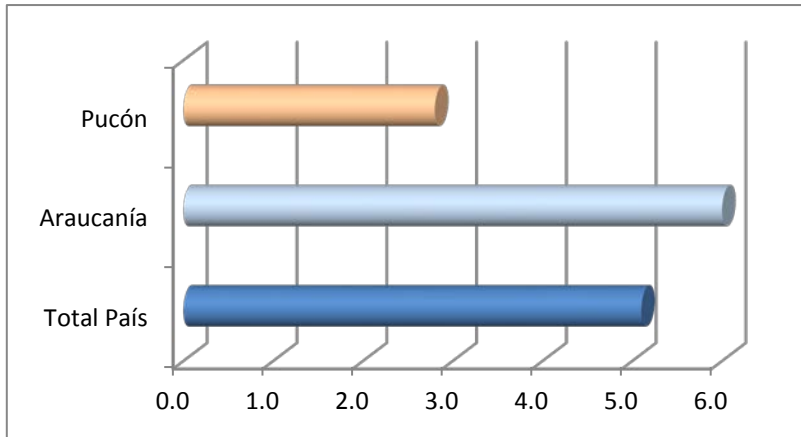


**MORTALIDAD INFANTIL Y SUS COMPONENTES
POR REGIÓN Y COMUNA, 2010**

<i>Región y comuna</i>	<i>Neonatal Precoz</i>		<i>Postneonatal</i>	
	<i>Defunciones menores 7 días</i>	<i>Tasa</i>	<i>Defunciones 28 días a 11 meses</i>	<i>Tasa</i>
<i>Total País</i>	988	3,9	579	2,3
<i>Araucanía</i>	63	4,7	39	2,9
<i>Pucón</i>	1	2,8	2	5,6

Fuente: MINSAL

Tasa Defunciones neonatales



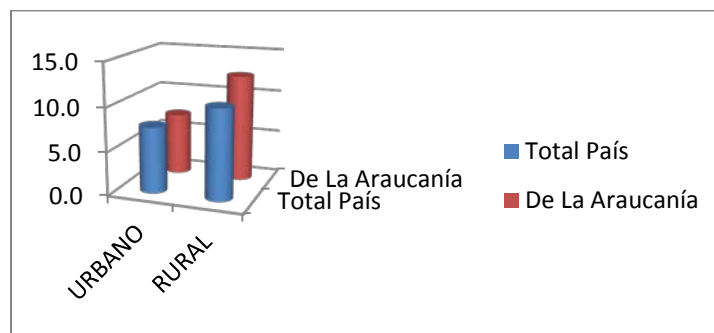
Defunciones Infantiles según residencia de la madre

Región	Urbano		Rural	
	Defunciones	Tasa	Defunciones	Tasa
Total País	1.730	7,6	267	10,4
Araucanía	70	7,2	48	12,4

Fuente: MINSAL

De acuerdo a si la madre reside en zona urbana o rural, impacta en el riesgo de morir de un niño, siendo en la Araucanía casi el doble en las zonas rurales

Defunciones Infantiles según residencia de la madre



c) Mortalidad Materna

De acuerdo a las condiciones de control de embarazo y atención profesional del parto, la Mortalidad Materna se ha estabilizado durante la última década en bajas cifras, no siendo un indicador válido para las comunas con baja población, y con atención de partos de baja complejidad.

MORTALIDAD MATERNA, CHILE Y REGIÓN DE LA ARAUCANÍA AÑOS 2001 – 2009

Pais/Región	2001	2003	2005	2007	2009
Total País	45	30	48	44	43
De La Araucanía	1	3	1	2	2

Fuente: MINSAL

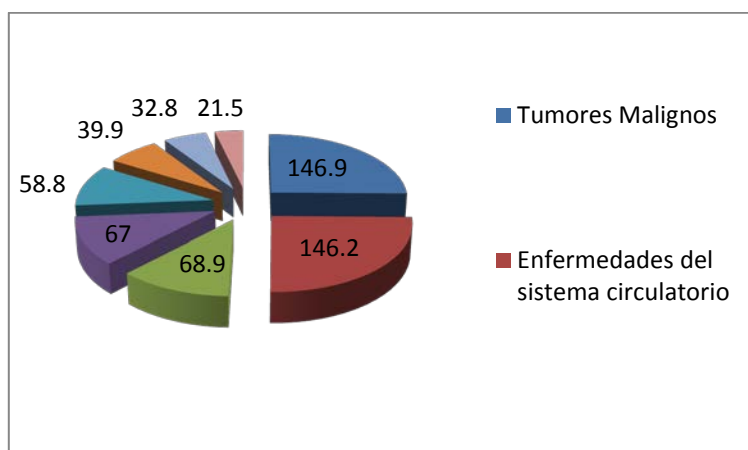
d) Mortalidad por Causas

La mortalidad por causas deja como las principales causas de muerte a los tumores malignos y enfermedades del aparato circulatorio, seguidas de las respiratorias.

Mortalidad por Causas, 2009	Tasa
Todas las Causas	6,1
Tumores Malignos	146,9
Enfermedades del sistema circulatorio	146,2
Resto de causas	68,9
Enfermedades del sistema respiratorio	67,0
Causas externas	58,8
Síntomas, signos y hallazgos anormales, no clasificados	39,9
Enfermedades del sistema digestivo	32,8
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	21,5

tasa x 1000 habitantes

Mortalidad por Causas, tasas por 1.000 habitantes



e) AVPP (Años de Vida potencialmente Perdidos)

Las tasas de Años de Vida Potencialmente Perdidos en menores de 80 años, son menores en la comuna de Pucón para hombres y mujeres. En la población total son menores en un 48,2% de la tasa regional. En hombres es un 38,8 % y en mujeres un 69,6 %

Tasa AVPP por 100.000 menores 80 años, años 2005 - 2009

Región /Comuna	2005	2006	2007	2008	2009
Total País	7.495	7.391	7.699	7.613	7.570
De la Araucanía	8.544	8.228	8.419	8.399	8.221
Pucón	6.651	4.771	7.790	5.883	3.964

Tasa Años de Vida Potencialmente Perdidos en Hombres, años 2005 - 2009

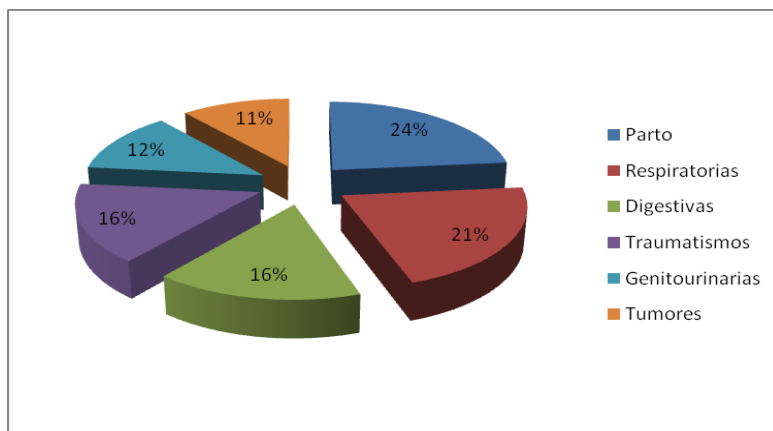
Región /Comuna	2005	2006	2007	2008	2009
Total País	10.447	10.221	10.092	10.626	10.627
De la Araucanía	10.778	10.785	11.091	10.607	10.782
Pucón	7.325	5.758	9.375	6.149	4.188

Tasa Años de Vida Potencialmente Perdidos en Mujeres, años 2005 - 2009

Región /Comuna	2005	2006	2007	2008	2009
Total País	5.323	5.327	5.524	5.444	5.357
De la Araucanía	6.329	5.693	5.772	6.212	5.686
Pucón	5.947	3.739	6.134	5.605	3.729

f) Egresos Hospitalarios

Las primeras causas de egresos hospitalarios del Hospital Pucón son las relacionadas con embarazo, parto y puerperio con un 24%, seguidas por las respiratorias con un 22 %, y las digestivas (16%) y traumatismos y violencias (16%)



Egresos Hospitalarios, todas las causas, 2009. Hospital Pucón

Gran grupo de causas	Total
Todas las Causas	4.285
Embarazo, Parto y Puerperio	661
Enfermedades Sistema Respiratorio	604
Enfermedades del Sistema Digestivo	453
Traumatismos, Envenenamientos y otras	445
Enfermedades del Sistema Genitourinario	348
Tumores	311
Síntomas, Signos y Hallazgos Anormales Clínicos no clasificados	301
Ciertas Enfermedades Infecciosas Y Parasitarias	262
Enfermedades Sistema Circulatorio	257
Enfermedades de la Piel y del Tejido Subcutáneo	120
Enfermedades Endocrinas, Nutricionales Y Metabólicas	88
Enfermedades del Sistema Osteomuscular	85
Trastornos Mentales y del Comportamiento	84
Ciertas Afecciones Originadas en el Período Perinatal	81
Factores que influyen en el contacto con los servicios de salud	44
Enfermedades del Oído y de la Apófisis Mastoides	41
Enfermedades del Sistema Nervioso	34
Enfermedades del Ojo y sus Anexos	31
Enfermedades de la Sangre y de los Órganos Hematopoyéticos	20
Malformaciones Congénitas, Deformidades y Anomalías	15

Fuente: MINSAL

g) Morbilidad

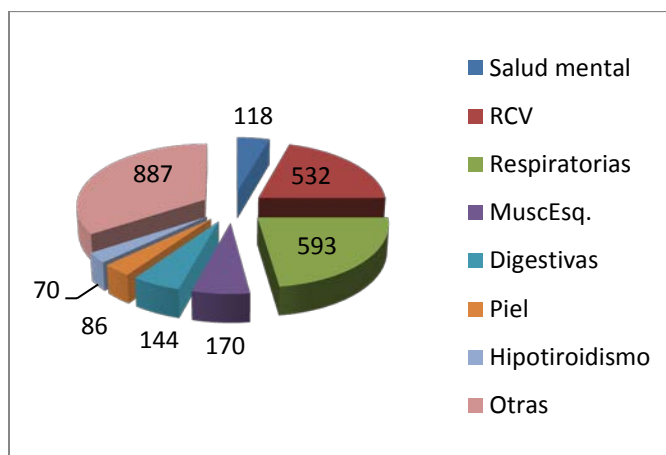
Se realiza revisión de las consultas médicas en un mes (Octubre), encontrando 2.600 consultas, con las causas respiratoria y de riesgo cardiovascular (hipertensión arterial, diabetes, dislipidemias, obesidad) con un 43,3% de todas las causas. Con menor frecuencia aparecen las causas de origen musculoesquelético, digestivo y salud mental.

Causas de consultas médicas DSM Pucón, Octubre 2012

Causas	Número	%
Respiratorias	593	22,8
Riesgo CV	532	20,5
MEsqueléticas	170	6,5
Digestivas	144	5,5
Salud mental	118	4,5
Piel	86	3,3
Hipotiroidismo	70	2,7
Otras	887	34,1
TOTAL	2600	100,0

Fuente: Agenda Médica

Causas de consultas médicas DSM Pucón, Octubre 2012



Desarrollo Comunitario

Instituciones y organizaciones comunitarias

Para el año 2011 la comuna cuenta con las siguientes organizaciones comunitarias:

- ✓ 75 Clubes Deportivos
- ✓ 24 Comités de agua potable
- ✓ 10 Comités de Salud
- ✓ 26 Centro de Padres
- ✓ 28 Comités de Adulto Mayor
- ✓ 12 Grupos Juveniles

Organizaciones gremiales:

Para el año 2011 la comuna cuenta con las siguientes organizaciones gremiales: cámara de turismo, colegio de profesores, gremio de taxistas, asociaciones de agricultores y sindicatos.

Organizaciones de tipo social, gubernamental y no gubernamental:

Para el año 2011 la comuna cuenta con las siguientes organizaciones sociales, y de tipo gubernamental y no gubernamental: Rotary club, Integra, Cordam, Cruz Roja, Defensa Civil, Club de Leones y Cema.

Organizaciones Comunitarias Territoriales:

Para el año 2011 la comuna cuenta con las siguientes organizaciones comunitarias territoriales: 23 unidades vecinales, 16 juntas de vecinos urbanas, 27 juntas de vecinos rurales y 2 uniones comunales.

DIAGNOSTICO COMUNITARIO

(Anexo 1)

Coordinación intersectorial:

La intersectorialidad es una herramienta para trabajar sobre las materias en las que se involucran más de una institución u organización del sector público y/o privado. Es un área transversal, que genera ventajas, tanto en la organización del trabajo, como en los procesos y en sus resultados finales.

El trabajo intersectorial, que sustenta el desarrollo de la Estrategia Nacional de Seguridad Pública, se confirma en los ejes de: Institucionalidad, Información, Prevención, Control y Sanción, Rehabilitación y Reinserción Social y Asistencia a Víctimas de Delitos.

Las instituciones que conforman la mesa intersectorial de la comuna de Pucón

Prevención Social:

- SENAME. (OPD)
- SERNAM. (PMJH)
- Servicio Nacional de Capacitación y Empleo, SENCE.
- JUNJI.
- CONACE.
- Chile Deportes.
- JUNAEB.
- Carabineros de Chile.
- Policía de Investigaciones de Chile, PDI

El aporte que hace la coordinación intersectorial en la comuna de Pucón es el de

- Permitir la coordinación de dos o más instituciones, donde prima el interés común.
- Permitir los compromisos y desarrollo de éstos por parte de las instituciones participantes.
- Es un tipo de trabajo que aporta al eficiente y efectivo rendimiento de las instituciones participantes.

Participación Comunitaria

En el ámbito de la Participación Comunitaria, el Centro de Salud Municipal trabaja con un Consejo de Desarrollo y Comités de Posta rurales, Durante el primer semestre se realizó un diagnóstico de percepción de los dirigentes de los grupos organizados de la comunidad.

La realización de este diagnóstico participativo en salud tiene por objetivo conocer y visualizar desde diferentes perspectivas y contextos como se está realizando el trabajo en cuanto a la Atención Primaria en Salud en la Comuna de Pucón, utilizando la técnica cualitativa del FODA de manera de identificar los elemento internos y externos de la APS en salud para proyectar soluciones y objetivos a corto y largo plazo.

Recurso Humano: Dotación.

Corresponde de acuerdo a lo definido por el estatuto de atención primaria ley 19.378 , a la cantidad de recursos humanos necesarios para le entrega de la canasta de prestaciones sobre la siguiente base :

- La población beneficiaria
- Las características epidemiológicas de esta

- Las normas técnicas sobre programas impartidas por Minsal
- El numero y tipo de establecimiento
- La disponibilidad presupuestaria para el año respectivo

PROPUESTA DE DOTACIÓN RECURSOS HUMANOS DE ATENCION
PRIMARIA SALUD MUNICIPAL DE PUCON AÑO 2013

TIPO DE DESCRIPCION CATEGORIA FUNCIONARIA	CANTIDAD	Nº HORAS SEMANALES	OBSERVACIONES
CATEGORIA A o B <ul style="list-style-type: none"> ▣ Director de Depto. Salud ▣ Director Consultorio 	1 2	44 88	Mas +22 hrs Mas +44 hrs
CATEGORIA A: <ul style="list-style-type: none"> ▣ Médicos ▣ Odontólogos ▣ Químicos-farmacéuticos 	8 3 1	276 132 22	Mas + 22 hrs
CATEGORIA B: <ul style="list-style-type: none"> ▣ Asistente Social ▣ Enfermeras ▣ Matronas ▣ Nutricionistas ▣ Kinesiólogos ▣ Tecnólogos Médicos ▣ Psicólogo Otros ▣ Contador Auditor ▣ Ingeniero Comercial ▣ Ingeniero Constructor ▣ Ingeniero Administrativo ▣ Ingeniero en Informática ▣ Parvularia ▣ Profesora Ed. Física 	3 5 4 2 2 2 1 1 1 1 1 1	132 220 176 88 88 88 44 44 44 44	+mas 44 hrs
CATEGORIA C: (Técnicos Nivel Superior) <ul style="list-style-type: none"> ▣ Administrativo de salud ▣ Contador ▣ Estadístico ▣ Higienista Dental ▣ Laboratorista Dental ▣ Podólogo ▣ Secretaria Ejecutiva ▣ Técnico de Nivel Superior de Enfermería ▣ Técnico de Nivel Superior en Servicio Social 	2 1 1 25	88 44 44 1100	
CATEGORIA D: <ul style="list-style-type: none"> ▣ Auxiliares Paramédicos de Alimentación 			

<ul style="list-style-type: none"> ▣ Auxiliares Paramédicos de Enfermería ▣ Auxiliares Paramédicos de Farmacia ▣ Auxiliares Paramédicos de Laboratorio 	4	176	
▣ Auxiliares Paramédicos de Dental	2	88	
CATEGORIA E:			
▣ Administrativos	11	484	mas 132 horas
▣ Secretarias.	5	220	
CATEGORIA F:			
▣ Auxiliar de Servicio	5	220	mas 88 hrs
▣ Chofer	5	220	+mas 44 hrs
▣ Nochero	2	88	+mas 88 hrs
TOTAL HORAS		4,214	Mas 264 horas

**DOTACION FINANCIADA CON RECURSOS DE PROGRAMAS
ANUALES VIA
CONVENIO**

TIPO DE DESCRIPCION CATEGORIA FUNCIONARIA	CANTIDAD	Nº HORAS SEMANALES	PROGRAMA
CATEGORIA A:			
▣ Médicos	1	22	Docente Asistencial Resolutividad Odontológica
▣ Odontólogos	2	88	
▣ Químicos-farmacéuticos			
CATEGORIA B:			
▣ Asistente Social	1	22	Salud Mental
▣ Enfermeras	1	22	Chile Crece
▣ Matronas	1	22	Chile Crece
▣ Nutricionistas			
▣ Kinesiólogos	1	33	ERA
▣ Tecnólogos Médicos			
▣ Psicólogo	1	22	Salud Mental
▣ Parvularia	1	44	Chile Crece
CATEGORIA C: (Técnicos Nivel Superior)			
▣ Laboratorista Dental	1	44	Resolutividad Odontológica

■ Técnico de Nivel Superior de Enfermería	1	44	Resolutividad Odontológica
CATEGORIA D: ■ Auxiliares Paramédicos de Enfermería			
CATEGORIA E: ■ Administrativos	1	44	Resolutividad Odontológica
CATEGORIA F: Chofer			

TOTAL HORAS	407	menos 55 horas
--------------------	------------	----------------

ANALISIS DE GENERO

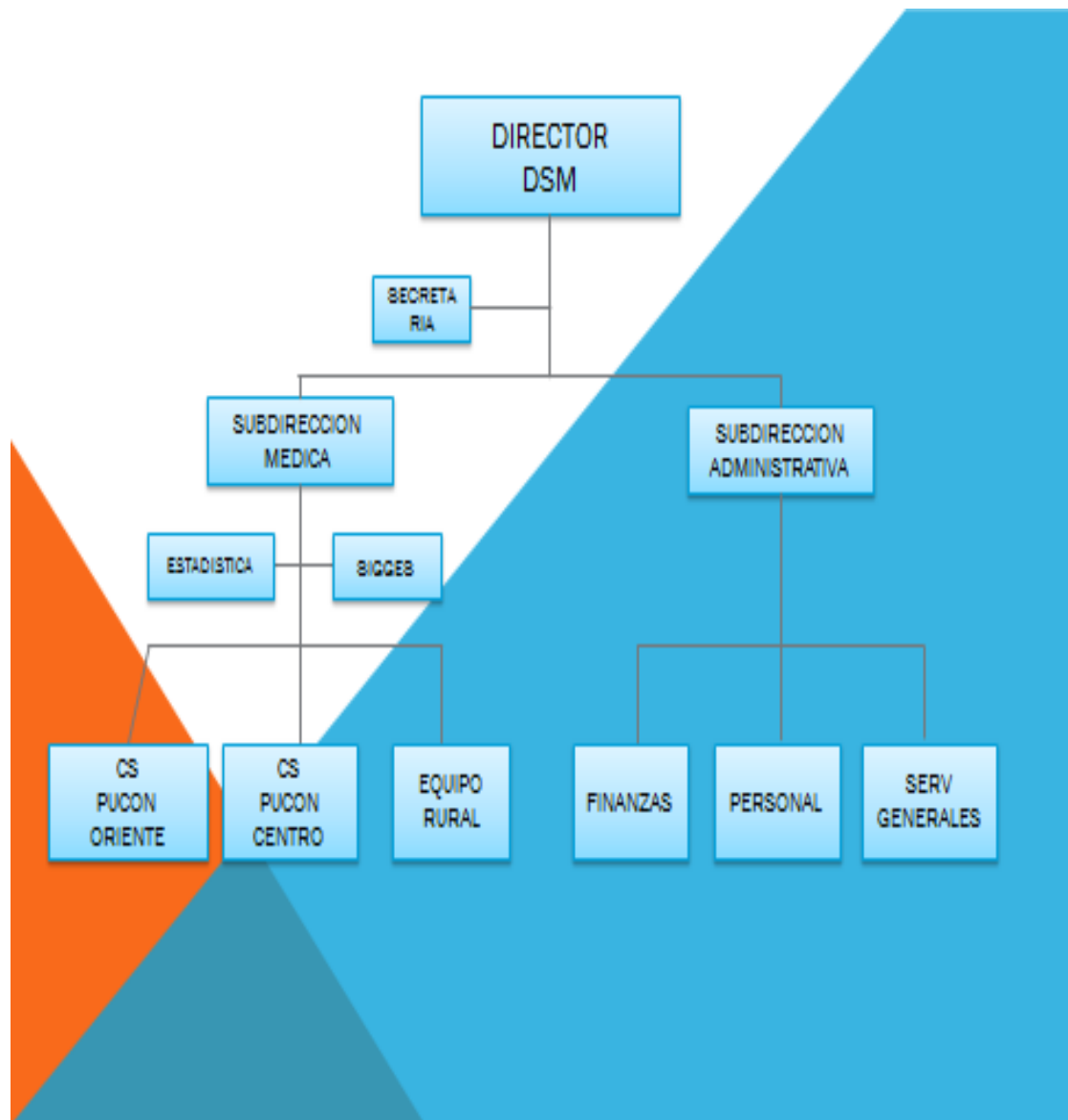
CARGO	HOMBRE	MUJER	TOTAL
MEDICO	2	5	7
ODONTOLOGO	2	3	5
QUIMICO FARMACEUTICA	0	1	1
ASISTENTE SOCIAL	3	2	5
ENFERMERA	0	5	5
MATRON (A)	1	2	3
NUTRICIONISTA	0	1	1
KINESIOLOGO	2	1	3
PSICOLOGO	2	0	2
CONTADOR AUDITOR	1	0	1
INGENIERO INFORMATICO	1	0	1
EDUCADORA PARVULOS	0	1	1
TECNICO ADMINISTRATIVO	0	1	1
LABORATORISTA DENTAL	1	1	2
PODOLOGA	0	1	1
TENS	9	16	25
AUXILIAR PARAMEDICO	2	2	4
AUXILIAR PARAMEDICO DENTAL	0	2	2
ADMINISTRATIVOS	3	5	8
SECRETARIAS	0	6	6
AUXILIAR SERV. MENORES	2	1	3
CONDUCTOR	4	0	4

TOTALES	35	56	91
----------------	-----------	-----------	-----------

Departamento de Salud

El Departamento de Salud es el ente gestor de las políticas, gestión administrativa y acciones de salud en la Comuna, y de él dependen las unidades prestadoras de servicios, a nivel urbano y rural, bajo la dirección de los Centros de Salud y equipos rural en el caso de las postas de salud rural

El organigrama del Departamento de Salud es el siguiente



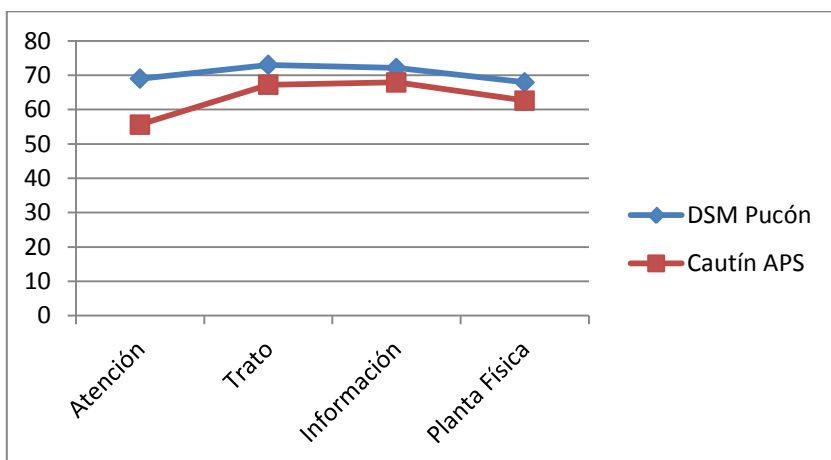
Encuesta satisfacción usuaria

La evaluación de la gestión de los Centros de Salud dependientes del DSM Pucón considera la evaluación de satisfacción usuaria, que en una de sus áreas es reflejada por la encuesta anual aplicada por el SSAS. En ella la APS de Pucón es evaluada por los usuarios muy por sobre el promedio de la provincia de Cautín, como puede apreciarse en la tabla y gráficos siguientes

INDICE DE SATISFACCIÓN USUARIO (ISU) ENCUESTA 2011

Índice	DSM Pucón	Cautín APS	Diferencia
--------	-----------	------------	------------

Atención	69	55,6	13,4
Trato	73	67,2	5,8
Información	72,1	67,9	4,2
Planta Física	67,9	62,6	5,3
TOTAL	70,5	63,3	7,2



Los mayores ámbitos de insatisfacción usuaria en el Centro de Salud de Pucón están en:

1) Área de infraestructura, con porcentajes de insatisfacción de:

Asientos disponibles en sala de espera:	9,8%
Comodidad de los asientos:	8,2%
Ventilación sala de espera:	13,1%
Cantidad de personas en sala espera:	18%
Aseo de baños:	19%

2) Área de Información escrita, con 4,9% que califica la información como mala, y 4,8% no ha recibido información

3) Área de trato del personal, en que la mayor insatisfacción de encuentra en:

A. Social:	58%
Administrativos:	68%

PROGRAMAS EXTRAPRESUPUESTARIO EN CONVENIO SSASUR AÑO 2013

RES.	FECHA	PROGRAMA	MONTO
1610	25/04/2012	PREVENCION Y TRATAMIENTO DEL CONSUMO DE ALCOHOL Y DROGAS EN APS	51,925,200
1086	28/03/2012	ODONTOLOGICO INTEGRAL	32,367,510
1348	12/04/2012	ODONTOLOGICO FAMILIAR	7,339,510
1114	29/03/2012	GES ODONTOLOGICO ADULTO 60 AÑOS	4,331,680
871	15/03/2012	APOYO AL DESARROLLO BIO - PSICOSOCIAL (Chile Crece C.)	15,800,000
1197	02/04/2012	CONTROL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS - ERA	14,616,000
1312	11/04/2012	MEJORIA DE LA EQUIDAD EN SALUD RURAL	1,257,852
1205	03/04/2012	ATENCION INTEGRAL EN SALUD MENTAL	3,378,807
1580	23/04/2012	APOYO A LA GESTION LOCAL (VACUNACION ANTINFLUENZA)	567,000
1338	12/04/2012	RESOLUTIVIDAD EN APS - ESPECIALIDADES AMBULATORIAS	14,977,488
1683	27/04/2012	ESTIPENDIO A CUIDADORES DE PACIENTES POSTRADOS	18,641,592
1991	23/05/2012	LABORATORIO COMPLEMENTO GES	9,283,831
2027	25/05/2012	GES PREVENTIVO EN SALUD BUCAL	276,416
2473	28/06/2012	APOYO DIAGNOSTICO RADIOLOGICO	2,926,600
2349	18/06/2012	IMÁGENES DIAGNOSTICAS EN APS	7,813,384
2842	23/07/2012	MANTENIMIENTO DE INFRAESTRUCTURA (Postas Caburgua - Paillaco)	7,790,274
3949	17/10/2012	APOYO A LA GESTION LOCAL (ESPIROMETRO)	2,856,000
			196,149,144

Programas y Canasta de Prestaciones por Ciclo Vital

I. PROGRAMA DE SALUD DEL NIÑO

- 1 Control de niño sano
- 2 Evaluación desarrollo sicomotor
- 3 Control de malnutrición
- 4 Control de lactancia materna
- 5 Educación a grupos de riesgo
- 6 Consulta nutricional
- 7 Consulta de morbilidad
- 8 Control de enfermedades crónicas

- 9 Consulta por déficit desarrollo sicomotor
- 10 Consulta kinésica
- 11 Consulta de salud mental
- 12 Vacunación
- 13 PNAC
- 14 Atención a domicilio

II. PROGRAMA DE SALUD DEL ADOLESCENTE

- 15 Control de salud
- 16 Consulta de morbilidad
- 17 Control crónico
- 18 Control prenatal
- 19 Control del puerperio
- 20 Control de regulación de fecundidad
- 21 Consejería en salud sexual y reproductiva
- 22 Control ginecológico preventivo
- 23 Educación grupal
- 24 Consulta morbilidad obstétrica
- 25 Consulta morbilidad ginecológica
- 26 Intervención psicosocial
- 27 Consulta y / o consejería en salud mental
- 28 PNAC
- 29 Atención a domicilio

III. PROGRAMA DE LA MUJER

- 30 Control prenatal
- 31 Control del puerperio
- 32 Control de regulación de fecundidad
- 33 Consejería en salud sexual y reproductiva
- 34 Control ginecológico preventivo
- 35 Educación grupal
- 36 Consulta morbilidad obstétrica
- 37 Consulta morbilidad ginecológica
- 38 Consulta nutricional
- 39 PNAC
- 40 Ecografía Obstétrica primer trimestre
- 41 Vacunación antiinfluenza a embarazada

IV. PROGRAMA DEL ADULTO

- 42 Consulta morbilidad
- 43 Consulta y control enfermedades crónicas
- 44 Consulta nutricional
- 45 Control de salud
- 46 Intervención sicosocial
- 47 Consulta y / o consejería en salud mental

- 48 Diagnóstico y control de la TBC
- 49 Educación grupal
- 50 Atención a domicilio
- 51 Atención podológica a pacientes con pie diabético
- 52 Curación Pie Diabético
- 53 Vacunación antiinfluenza en grupos de riesgo
- 54 Intervención Grupal de Actividad Física

V. PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR

- 55 Consulta morbilidad
- 56 Consulta y control enfermedades crónicas
- 57 Consulta nutricional
- 58 Control de salud
- 59 Intervención sicosocial
- 60 Consulta de salud mental
- 61 Diagnóstico y control
- 62 Educación grupal
- 63 Consulta kinésica
- 64 Vacunación antiinfluenza y neumocócica
- 65 Atención a domicilio
- 66 PNAC
- 67 Atención podológica a pacientes con pie diabético
- 68 Curación Pie Diabético

VI. PROGRAMA DE SALUD ORAL

- 69 Examen de salud
- 70 Educación grupal
- 71 Urgencias
- 72 Exodoncias
- 73 Destartraje y pulido coronario
- 74 Obturaciones temporales y definitivas
- 75 Aplicación sellantes
- 76 Pulpotomías
- 77 Fluor tópico
- 78 Barniz fluor
- 79 Endodoncia
- 80 Rayos X dental

VII. ACTIVIDADES CON GARANTIAS EXPLÍCITAS EN SALUD

- 81 Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial Primaria o esencial
- 82 Diagnóstico y Tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2
- 83 Acceso a evaluación y alta odontológica integral a niñas y niños de 6 años
- 84 Acceso a tratamiento de epilepsia no refractaria
- 85 Acceso a tratamiento de IRA de manejo ambulatorio en menores de 5 años
- 86 Acceso a diagnóstico y tratamiento de la NAC en personas de 65 años y más

- 87 Acceso a diagnóstico y tratamiento de la Depresión de manejo ambulatorio en personas de 15 años y más
- 88 Acceso a diagnóstico y tratamiento de la EPOC
- 89 Acceso a diagnóstico y tratamiento de asma bronquial moderada
- 90 Acceso a diagnóstico y tratamiento de presbicia en personas de 65 años y más
- 91 Acceso a tratamiento médico en personas de 55 años y más con artrosis de cadera y/o rodilla, leve o moderada
- 92 Acceso a diagnóstico y tratamiento de la Urgencia odontológica Ambulatoria

VIII. ACTIVIDADES ASOCIADAS A TODOS LOS PROGRAMAS

- 93 Educación grupal ambiental
- 94 Consejería Familiar
- 95 Visita Domiciliaria Integral
- 96 Consulta Social
- 97 Tratamientos y curaciones
- 98 Extensión Horaria
- 99 Intervención Familiar Psicosocial
- 100 Diagnóstico y control de la TBC
- 101 Exámenes de Laboratorio Básico

B) PLANES DE CUIDADOS DE SALUD DE LA POBLACIÓN

El Plan de Salud de la comuna de Pucón se enmarca en los objetivos estratégicos fijados por el Ministerio de salud para la década. Ellos definen los logros esperables a largo plazo por el Sector Salud, como resultado de la implementación de la planificación estratégica.

Estos objetivos están basados en el diagnóstico epidemiológico del país, que se refleja en la comuna con mayor énfasis en algunas áreas específicas

El MINSAL considera además los temas prioritarios para la gestión en la Atención Primaria el año 2012 que son:

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

Las áreas temáticas y objetivos estratégicos definidas por el Ministerio de Salud son:

Enfermedades Trasmisibles
Enfermedades Cónicas no Trasmisibles
Promoción de Salud y prevención de Factores de Riesgo
Mejoría de la Salud en etapas claves del Ciclo Vital
Determinantes Sociales de Salud
Entornos saludables
Mejoría de la institucionalidad en Salud
Calidad y Justicia en salud
Salud en Emergencias y Desastres

SITUACIÓN AÑO 2013

En la comuna de Pucón, se espera para el 2012 un leve incremento de la población a cargo de la salud municipal , lo que lleva a aumentar las coberturas de atención y a normalizar la dotación necesaria para el cumplimiento de las prestaciones del Plan de Salud Familiar.

Debe fortalecerse el trabajo interdisciplinario y fomentar la participación social, especialmente en las etapas de planificación y evaluación de las actividades de salud

Para la mejoría de la efectividad y calidad de la atención debe darse la consolidación del equipo de salud municipal con el inicio de la construcción del CESFAM. Un pilar importante del trabajo del año 2012 es la satisfacción usuaria de la población a cargo, con un plan de evaluación y mejora de la percepción de la atención del departamento de Salud Municipal.

En ese contexto, para cada una de las áreas se visualiza la situación actual y se definen las estrategias a realizar durante el año 2012 para el logro de los objetivos, enfocados en los problemas de salud de más alta prevalencia, trascendencia e impacto social

OBJETIVO Nº 1

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

De acuerdo al perfil de mortalidad y morbilidad, el impacto de las enfermedades transmisibles está centrado en la patología respiratoria, de carácter estacional, y con gravedad en los niños menores de 6 años y adultos mayores. Por ello se plantean estrategias para la prevención, para acceso oportuno y tratamiento completo de las Infecciones Respiratorias Agudas.

Infecciones Respiratorias Agudas

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) son la principal causa de consulta pediátrica en atención primaria y servicios de urgencia, constituyendo el 60% de todas las consultas anuales en promedio. Pueden ser causadas por una diversidad de agentes infecciosos, siendo los más importantes los virus y, en segundo lugar, las bacterias. De ellas, aproximadamente 50% son IRA altas y 50% IRA bajas

De todos los fallecidos por IRA, en más del 90% de los casos la causa del deceso es la neumonía. En Chile, sigue siendo la principal causa de mortalidad infantil tardía. Cerca de un 40% de estos fallecimientos aún ocurren en domicilio o trayecto al hospital, muchas veces sin atención médica oportuna, hecho que se repite en todos los países latinoamericanos donde se ha estudiado. En nuestro país, esta cifra va en progresivo descenso, producto de las intervenciones: Programa Nacional de IRA y Campaña de Invierno, constituyendo la causa de mortalidad infantil de mayor reducción en la última década. No obstante, continúa siendo la principal causa de mortalidad evitable en la infancia.

TEMA	OBJETIVO	META
Infecciones Respiratorias Agudas	Reducir la mortalidad por causas respiratorias agudas	Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas

Prevención: Se trata de generar programas de educación en medios de comunicación, a madres de niños en control y a cuidadores de adultos mayores, con énfasis en los meses previos al brote de enfermedades respiratorias. Esto se complementa realizando la vacunación antiinfluenza y antineumocócica con amplia cobertura, llegando a la mayor cantidad de población objetivo.

Actividades:

Difusión a la comunidad

Díptico informativo (Niño Sano, Adulto Mayor)

Vacunación extendida

Tratamiento: Se prioriza el acceso a atención del equipo de salud a la población de mayor riesgo (niños y adultos mayores), mediante un proceso de selección de demanda en las personas que requieren atención. A ello se suma un refuerzo médico y de kinesiólogo en época invernal, para evitar diferir atenciones de demanda inmediata. Se gestionará el cumplimiento estricto garantía GES IRA 5 años. Se realizará monitoreo de medicamentos del arsenal farmacológico de APS

Actividades:

Selección demanda en días con peak de atención

Extensión horaria implementada de acuerdo a recursos disponibles

Control disponibilidad de medicamentos

Monitoreo GES

OBJETIVO Nº 2

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

Dentro de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles, se seleccionan por prevalencia e impacto en la morbimortalidad cardiovascular e insuficiencia renal crónica, la Diabetes Mellitus tipo 2 y la Hipertensión Arterial Esencial

El segundo grupo de causas de muerte es el Cáncer, y en la mujer el Cáncer de Vesícula, junto al de Mama y Cervicouterino son los más frecuentes, y con buenas tecnologías de prevención y detección precoz.

En el área de salud Mental en APS, cobran relevancia la prevención y tratamiento de adicciones, el adecuado tratamiento de la esquizofrenia y de la depresión.

a) Diabetes Mellitus tipo 2

La hiperglicemia crítica define a la diabetes tipo 2, condición que trae como consecuencia daño a nivel microangiopático (retinopatía, nefropatía y neuropatía) y macrovascular (enfermedad isquémica del corazón, ataque cerebral y enfermedad vascular periférica). La diabetes se asocia a una reducción en la expectativa de vida, aumento del riesgo de complicaciones y de eventos mórbidos relacionados con las complicaciones crónicas, disminución en la calidad de vida y aumento en los costos en salud

La prevalencia de diabetes en se estima entre 4,2% y 7,5% según las encuestas realizadas a nivel nacional los años 2003 y 2006, por el Ministerio de Salud y la ADICH, respectivamente. A diferencia de lo que se describe a nivel internacional, que la mitad de aquellos con la enfermedad desconoce su condición, en Chile sobre el 85% de las personas que tiene diabetes conoce su condición; el problema radica en la baja proporción de las personas afectadas que están bien controlada (tiene niveles de glicemia dentro de rangos normales), 19,7% y 17,6% respectivamente, según las fuentes ya citadas.

TEMA	OBJETIVO	META
Diabetes Mellitus	Incrementar la proporción de personas	Aumentar en 2% la cobertura efectiva del

	con diabetes controlada	tratamiento de diabetes mellitus tipo 2
--	-------------------------	---

Prevención: Se trata de hacer educación en factores de riesgo, desde la etapa infantil y adolescente, especialmente en los niños con factores predisponentes. Realizar el Examen Médico Preventivo en grupos seleccionados, aumentando la cobertura en las poblaciones jóvenes

Actividades:

Talleres grupos objetivo

Examen Médico Preventivo

Cobertura

Compensación

b) Hipertensión Arterial

La importancia de la hipertensión arterial como problema de salud pública radica en su rol causal de morbimortalidad cardiovascular. La prevalencia mundial de HTA en el año 2000 se estimó en 26,4%.¹ Para el año 2001 se le atribuyen 7,6 millones de muertes prematura (13,5% del total) y 92 millones (6% del total) de años de vida saludables perdidos (AVISA*)².

La HTA es el principal factor de riesgo para enfermedad cerebrovascular (ECV) y enfermedad coronaria. Se le atribuye el 54% de las ECV y 47% de la enfermedad cardíaca isquémica².

En Chile la primera causa de muerte es la enfermedad isquémica del corazón, seguida de ECV (48,9 y 47,3 muertes por 100 mil habitantes, respectivamente)

Prevención: Educación en alimentación saludable y estilos de vida sana, desde la etapa adolescente, especialmente en personas con factores de riesgo. Realizar el Examen Médico Preventivo en grupos seleccionados, aumentando la cobertura en las poblaciones jóvenes

TEMA	OBJETIVO	META
Hipertensión Arterial	Incrementar la proporción de personas con hipertensión arterial controlada	Aumentar en 3% la cobertura efectiva del tratamiento de hipertensión arterial

Actividades:

Talleres grupos objetivo

Examen Médico Preventivo

Cobertura

Compensación

c) Prevención del Cáncer de Vesícula Biliar

Chile posee una de las mortalidades más altas por Cáncer de Vesícula del mundo. Autores nacionales han puesto en relieve el aumento sostenido en la tasa de Mortalidad por este cáncer en las últimas tres décadas. La tasa de mortalidad varía significativamente según sexos y grupos de edad. En todos los grupos de edad la mortalidad efecta en mucho mayor proporción a mujeres que a hombres. En el grupo de mujeres menores de 40 años la tasa es de 3,5/100.000 hab mientras en los hombres de la misma edad apenas alcanza a 0,5/100.000 hab. En el grupo de 40 a 49 años, la tasa en las mujeres aumenta 7 veces y luego continúa duplicándose en cada decenio hasta alcanzar su máximo entre los 70 a 79 años. En el sexo femenino ha llegado a ser la primera causa de mortalidad por tumores malignos y en los hombres se ubica en el cuarto lugar por detras del cancer gastrico, pulmonar y de prostata.

El Cáncer de Vesícula presenta importantes variaciones regionales, observándose las mayores tasas en la VIII, IX y X región y las más bajas en las regiones II, III y XIII.

TEMA	OBJETIVO	META
Cáncer	Reducir la tasa de mortalidad por cáncer	Disminuir en 5% la tasa de mortalidad proyectada por cáncer

Prevención: la colecistectomía en personas con cálculos de vía biliar es la mejor prevención del Cáncer de Vesícula Biliar, que a su vez tiene garantías explícitas de oportunidad una vez diagnosticada. Se requiere por lo tanto mejorar la pesquisa, especialmente en mujeres en edad GES y mayores. El diagnóstico se realiza por una Ecotomografía Abdominal simple

Actividades:

Número de Ecotomografías abdominales realizadas

Número de Pacientes derivadas e intervenidas

d) Prevención Cáncer Mama y Cervicouterino

El cambio del perfil epidemiológico de la población chilena, junto con el aumento de la esperanza de vida al nacer ha provocado el aumento de las enfermedades crónicas como el cáncer, constituyendo un importante problema de salud pública en términos de morbimortalidad. Es así como, el cáncer ocupa con el 23,5% del total de defunciones, el

segundo lugar entre las principales causas de mortalidad en los últimos 30 años , Las estimaciones a nivel mundial de mortalidad indican que el Cáncer de Mama aparece como primera causa de muerte por cáncer en la mujer.

Los registros de mortalidad de Chile al año 2003, informan una tasa de mortalidad por cáncer de mama 13,3/ 100.000, está antecedida sólo por la tasa de mortalidad por cáncer de vesícula y vía biliar con tasa de 17,6.

El Cáncer Cervicouterino constituye un importante problema de salud pública, en especial en los países en desarrollo. El diagnóstico precoz es la intervención sanitaria más eficiente y costo-efectiva, con una sobrevivida a 5 años promedio de 91,5% de los casos de mujeres con cáncer localizado y sólo un 12,6% de aquellos con invasión a distancia

En Chile, el cáncer de cuello uterino constituye un importante problema de salud pública. El año 2003 fallecieron 677 mujeres, ocupando el quinto lugar entre las muertes por cáncer en la mujer y el primer lugar en la tasa de años de vida potencialmente perdidos, con 129 por 100.000 mujeres, produciendo un importante impacto social y económico, ya que afecta a mujeres relativamente jóvenes y en edad productiva (AVPP 15,628)

TEMA	OBJETIVO	META
Cáncer	Reducir la tasa de mortalidad por cáncer	Disminuir en 3% la tasa de mortalidad proyectada por cáncer

Prevención: el control periódico de la mujer, con el apoyo de las tecnologías de PAP y mamografía, permiten pesquisa precoz de cáncer de mama y cervicouterino, teniendo garantías explícitas de tratamiento en su derivación al nivel secundario

Actividades:

Número Mamografías

Número PAP y cobertura

e) Consumo Sustancias Perjudiciales

La realidad del uso de sustancias en adolescentes chilenos merece preocupación. Según el “Sexto Estudio Nacional de drogas en la población general” , la prevalencia de vida de consumo de alcohol llega a 62.85% en este grupo, la prevalencia de último año a 54.71% y 31.56% para la prevalencia de último mes. El consumo de alcohol presentó un aumento desde el año 1994 al 1996 y se ha mantenido estable en los últimos años, según esta encuesta.

La prevalencia de vida de consumo de marihuana es de 38.9%, la de último año de 6.5% y la de último mes de 2.32%.

Dentro de este estudio la población de 12 a 19 años que presenta consumo problemático de drogas (abuso y dependencia) corresponde al 28% del total de consumidores problemáticos de todas las edades, es decir, a unas 58.736 personas. De estas, el 10.3% refiere necesitar tratamiento.

Otro estudio poblacional realizado en nuestro país es el “Sexto Estudio Nacional de Consumo de Drogas en la Población Escolar de Chile” . Este estudio muestra que tal y como ocurre en el resto de países que realizan investigación sobre uso de drogas, el alcohol es la droga de mayor consumo entre los escolares de Chile. Le siguen en orden descendente el consumo de marihuana, sustancias inhalables y cocaína. Algo menor es la declaración de consumo de pasta base. La prevalencia de consumo de último mes de alcohol llega al 44% mientras la prevalencia de consumo de último mes de marihuana llega a 6.5%.

En ese estudio además se señala que las mujeres consumen menos drogas ilícitas que los hombres, por ejemplo marihuana fue de 7.3% vs 5.8%, Pasta Base de Cocaína fue 1.6% a 0.7% en consumo reciente.

Otro hecho significativo en este estudio es que la tasa más alta de dependencia al alcohol en mujeres se registra en el grupo de 12 a 18 años. A esas edades, presenta dependencia el 19,0% de los hombres y el 17% de las mujeres que consume alcohol. En el grupo de 19 a 25 años, la dependencia se da en el 27,3% de los hombres y el 10,1% de las mujeres que lo consumen.

TEMA	OBJETIVO	META
Consumo de Drogas Ilícitas	Disminuir la prevalencia de consumo de drogas ilícitas en población general	Disminuir en 3% la prevalencia de consumo de drogas ilícitas durante último año en población de 12 a 64 años

Prevención: El trabajo intersectorial con educación cobra relevancia con la implementación de talleres en colegios, en que se advierta de los daños secundarios al consumo . Por otro lado, los medios de comunicación también pueden influir en informar a los padres o cuidadores de conductas de riesgo

Actividades:

Talleres

Programa radial

Pacientes en control

Altas

f) Depresión

La depresión es una alteración patológica del estado de ánimo que puede presentarse en cualquiera de las etapas del ciclo vital y que se caracteriza por un descenso del humor que termina en tristeza, acompañado de diversos síntomas y signos que persisten por a lo menos 2 semanas. Los síntomas se relacionan con tres alteraciones vivenciales centrales: en el ánimo, en el pensamiento y en la actividad.

En relación con la carga de enfermedad, la depresión contribuye fuertemente ocupando el tercer lugar a nivel mundial, el octavo lugar en los países de ingresos altos y el primer lugar en los países de ingresos bajos y medios. Para las mujeres es la principal causa de carga de enfermedad, tanto en los países de altos ingresos como en los de ingreso medio y bajo.

El estudio de prevalencia de Trastornos Depresivos en consultantes de un policlínico general, el que arrojó una prevalencia puntual de 14,7% para hombres y 30,3% para mujeres. El estudio en estudiantes de enseñanza media¹¹ (adolescentes), utilizando el Inventario de Beck, donde se encontró un 13,9% de síntomas depresivos en hombres y 16,9% en mujeres de dos liceos del área sur de Santiago

TEMA	OBJETIVO	META
Depresión	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Mejorar el control de pacientes con depresión

Prevención: Considera información y talleres a grupos objetivo (adolescentes, mujeres), entregados en el Centro de Salud u Organizaciones Sociales. También la aparición en medios de comunicación, con indicadores de identificación de riesgo y pesquisa precoz

Actividades:

Talleres

Publicación Medio Comunicación

Pacientes en control

Altas

g) Esquizofrenia

Se denomina esquizofrenia a un conjunto de trastornos mentales, caracterizados por alteraciones sustanciales y específicas de la percepción, del pensamiento y de las emociones, que comprometen las funciones esenciales que dan a la persona normal la vivencia de su individualidad, singularidad y dominio de sí misma y suelen, por tanto, alterar de forma muy importante la vida de las personas que las padecen y también la de sus familiares y amigos. Los estudios epidemiológicos a nivel mundial han mostrado que las tasas de incidencia de la esquizofrenia son comparativamente bajas, aproximadamente 15,2 por 100.000 habitantes al año. A pesar de ello, es uno de los problemas de salud que más contribuye a la carga global de

enfermedades producto tanto de su inicio a edades tempranas como del alto porcentaje de personas afectadas que mantienen alguna sintomatología a lo largo de su vida.

Las diferencias de género en la expresión clínica de la enfermedad y de sus consecuencias han sido largamente reconocidas. Los hombres tienen un riesgo mayor que las mujeres de desarrollar esquizofrenia alguna vez en la vida, con riesgo relativo hombre-mujer de 1,4 .

TEMA	OBJETIVO	META
Esquizofrenia	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Mejorar el control de pacientes con depresión

OBJETIVO Nº 3

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

TEMA	OBJETIVO	META
Sobrepeso y Obesidad	Disminuir la obesidad como factor de RCV	Disminuir en 5% la prevalencia de obesidad en adultos en control

Promoción y prevención: se trata de utilizar **los** medios de comunicación masivos para mensajes dirigidos a toda la población, y talleres en grupos seleccionados especialmente en escuelas.

Por otra parte individualmente se pueden realizar los Exámenes Médicos Preventivos, en que se detectan factores de riesgo y se educa en términos de su manejo, o se refieren a atención médica para su tratamiento

Actividades:

Notas/ programas del tema

Talleres y participantes

Exámenes médico preventivos en edades seleccionadas

OBJETIVO Nº 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.

Salud Sexual del Adolescente:

Según encuesta del INJ el año 2000, 76,1% de los hombres y 71,4% mujeres tiene su primera relación sexual entre los 15 y 18 años. De ellos un 59,8% sin método anticonceptivo. En la comuna de Pucón, a Junio 2011, sobre 178 3mbarazadas, hay un 25.8% de 15 a 19 años, 4.7 puntos por sobre la media del país (21,1%) y 3.8 por sobre la media de la región (22%). Se registra un 1.7% menores de 15 (3 embarazadas), lo que casi duplica el porcentaje país y región (0.9% y 0.8%)

La población en control de regulación de fecundidad a Junio 2011, de un total de 3.187 personas, 1,8% son menores de 15 años y 27.5% entre 15 y 19 años. Ello más que duplica la población de ese rango erario en control en el país 0.5% y 12.4% y en la región 0,3% y 11,7%

TEMA	OBJETIVO	META
Conducta Sexual	Aumentar la prevalencia de conducta sexual segura en adolescentes y jóvenes	Aumentar en 10% la prevalencia de uso de condón en población de 15 a 19 años, activos sexualmente

Prevención: Talleres en colegios sobre prevención de sexualidad responsable. Controles de adolescentes con énfasis en educación. Control precoz de embarazo en adolescentes

Actividades:

- Talleres y participantes
- Controles adolescentes (CLAP)
- Controles embarazada adolescente

Salud Oral del Niño de 6 años

El abordaje de la situación de Salud Bucal de la población requiere aplicar enfoques de Salud Pública, basados en diagnósticos epidemiológicos, priorizados sobre grupos de riesgo, con medidas costo-efectivas y de alto impacto, reforzando el trabajo multidisciplinario e intersectorial.

El último estudio epidemiológico nacional (2007)³, mostró la persistencia de altos índices de caries en la población escolar, con una prevalencia nacional de caries dentales en niños y niñas de 6 años, de 70.36%, lo que muestra mejoría en relación a la situación de los años 1996-99, en la que un 84.67% de los escolares entre los 6 y 8 años presentaba

historia de daño por caries⁴, cabe destacar eso sí, que el estudio basal incluyó niños de 7 y 8 años. El índice ceo fue de 3.71 dientes temporales afectados en promedio, mientras que el índice COPD fue, en promedio, de 0.15

TEMA	OBJETIVO	META
Salud Bucal	Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de 20 años, con énfasis en los más vulnerables	Aumentar en 10% la prevalencia de ausencia de historia de caries en niños de 6 años

Prevención: Talleres en escuelas para fomentar alimentación saludable y buen uso del cepillo dental

Actividades: Talleres y participantes

Tratamiento: Atención Odontológica a niños de la comuna de 6 años terminando con un Alta Integral

Actividades: Altas integrales

Salud Oral de la Embarazada

Dada la situación de Salud Bucal de Chile es necesario priorizar sobre grupos de riesgo, con intervenciones costo-efectivas y de alto impacto. En la búsqueda de estrategias eficaces se determinó, desde el año 2000, la priorización de la gestante para recibir atención odontológica integral, permitiendo que el recién nacido crezca en un entorno familiar favorable para su salud bucal. Para muchas mujeres, el embarazo es el único período en el que se logra acceso a la atención dental, siendo una oportunidad única para modificar conductas que se han asociado a un riesgo mayor de resultados adversos en el embarazo.

TEMA	OBJETIVO	META
Salud Bucal	Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en embarazadas	Mejorar la salud Bucal de al menos un 50% de las embarazadas en control en la comuna

Tratamiento: Atención odontológica Integral a embarazadas de la comuna

Actividades: Altas Integrales

Salud Oral del Adulto de 60 años

El proceso de envejecimiento es inexorable e irreversible. Comienza en la edad adulta pero se hace evidente después de la sexta década de la vida, por su mayor grado de compromiso orgánico y psíquico. Afecta a todos los tejidos, órganos y sistemas, y en la medida que el individuo aumenta en edad, el compromiso es mayor y más complejo, afectando su autoestima, autovalencia, sus relaciones interpersonales y afectivas

Los Adultos Mayores son el grupo más dañado en su Salud Bucal por no haber recibido durante su vida suficientes medidas de prevención o tratamientos adecuados y oportunos para recuperar su Salud Bucal, lo que les ha dejado diferentes secuelas, como por ejemplo: gran desdentamiento; caries, especialmente cervicales; enfermedades gingivales y periodontales; y, en algunos casos infecciones de la mucosa bucal. Además, se producen también cánceres bucales y se observan manifestaciones orales de enfermedades sistémicas.

En la Encuesta Nacional de Salud, realizada en Chile en 2003, una de las patologías investigadas fue el estado de Salud Bucal de la población de 65 y más años. Esta investigación demostró que menos del 1% de la población de esta edad tiene todos sus dientes y que la tercera parte de ellos es desdentado total. En el grupo de desdentados parciales el promedio de dientes remanentes es de 7, de los cuales 1.72 está cavitado por caries, mostrando mayor daño las mujeres que los hombres. Del total de la población mayor de 65 años, el 37.1% usa prótesis en ambos maxilares: el 25.3% porta prótesis sólo del maxilar superior y sólo el 0.8% usa prótesis en el maxilar inferior.

TEMA	OBJETIVO	META
Salud Bucal	Reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en adultos de 60 años	Mejorar la salud Bucal de al menos un 50% de los adultos de 60 años en control en la comuna

Tratamiento: rehabilitación Salud Oral en Adulto 60 años

Actividades: Altas Integrales

OBJETIVO Nº 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.

TEMA	OBJETIVO	META
Inequidad y Cultura	Disminuir la brecha de inequidad en salud relacionada con factores culturales	Diagnosticar línea base de inequidad y necesidades de medicina pertinente en pueblo

		mapuche de la comuna
--	--	----------------------

Se prioriza la inclusión de interculturalidad en la salud comunal. De acuerdo al Decreto 169, los pueblos originarios tienen derecho a recibir atención culturalmente pertinente. Para ello se realizará un diagnóstico, plan de trabajo y evaluación.

Actividades: Diagnóstico

Plan de Trabajo

Evaluación

OBJETIVO Nº 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

TEMA	OBJETIVO	META
Medio Ambiente	Mejorar coordinación con sector Medio Ambiente municipal	Apoyo a temas Medio Ambiente a encargado municipal

Prevención: Trabajo conjunto con responsable en Medio Ambiente municipal para apoyar acciones sobre medio ambiente.

Actividades: Planificación actividades

Evaluación

Campaña promoción alimentación saludable

OBJETIVO Nº 7

Mejorar la institucionalidad de la atención Primaria de Salud mediante el fortalecimiento de la gobernanza, el financiamiento, la dotación de personal, la información, la infraestructura y gestión.

TEMA	OBJETIVO	META

Infraestructura	Lograr condiciones para la atención adecuadas	Inicio Construcción CESFAM. Avance en Acreditación
Dotación personal	Contar con personal suficiente para atención	Contratar personal autorizado
Consolidación Equipo de Salud	Capacitar y motivar en calidad de atención	Lograr equipo APS capacitado y motivado
Mejoría Información	Lograr información precisa y oportuna a funcionarios y usuarios	Comunidad y equipo de salud informados en temas relevantes

OBJETIVO Nº 8

Promover la calidad y justicia en la atención de Salud

La mejoría en la calidad de atención es uno de los objetivos prioritarios a lograr durante el año 2012. Las áreas a abordar son el acceso, el trato, y la existencia de medicamento

TEMA	OBJETIVO	META
Satisfacción usuaria	Disminuir la Insatisfacción Usuaria	Disminuir 10% el índice de insatisfacción usuaria en la atención de salud

Actividades: Diagnóstico y plan de mejora en las 4 Postas y Centro de Salud

Gestión Solicitudes Ciudadanas

OBJETIVO Nº 9

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

La situación comunal de fenómenos climáticos en invierno afectan fundamentalmente a la población rural (nieve, inundaciones) y el riesgo de erupción volcánica permanente en la zona urbana, hacen necesaria una respuesta coordinada de la salud comunal.

Debe existir coordinación entre los equipos de salud de la municipalidad y hospital, y comunicación hacia el SSAS y Seremi

TEMA	OBJETIVO	META
-------------	-----------------	-------------

Emergencias y catástrofes	Coordinar equipos de salud en eventos de emergencia	Plan Comunal de Salud de Emergencias

Actividades Coordinación intrasector

Plan de Emergencia

SITUACION 2012

Cumplimiento de los objetivos de Gestión Local

El proceso prioritario de la gestión local para el presente año considero consolidar el proceso de traspaso de la APS iniciado el año 2012, en ese ámbito destacan la entrada en funcionamiento de dos dispositivos sanitarios del tipo Centro de Salud , que iniciaron operaciones a mediados de año , uno de ellos funcionando en sector periurbano de alta concentración usuaria El Claro-los Arrayanes , situación que permitió reforzar fuertemente el policlínico allí existente desde principios de año 2000

Adicionalmente en el mismo periodo, comienza a funcionar el Centro de Salud “ Pucon Centro “ establecimiento de carácter transitorio situado a un costado , del terreno en que se construirá , el Centro de Salud Familiar Pucon” , establecimiento que resolverá en definitiva las brechas de infraestructura presentadas por la atención primaria de salud en la comuna de Pucon , cuyo diseño debería ser entregado por el MOP a fines del mes de noviembre , para su ingreso a financiamiento por el Gobierno Regional

Paralelamente y en la misma línea de trabajo definida, se logro reponer y aumentar la planta vehicular del DSM con la incorporación durante el mes de noviembre del presente año de un minibús destinado a apoyar el traslado de pacientes Dializados y una camioneta doble cabina para reforzamiento de las actividades de terreno del equipo urbano y rural

Cumplimiento meta sanitarias

METAS SANITARIAS JUNIO 2012

Componente	Indicador	Meta	Población	Número	%
Recuperación Niños 12 - 23 meses con Riesgo de Desarrollo Sicomotor (EDSM)	N° niños/as de 12 - 23 meses recuperados de Enero a Diciembre 2012 * 100 / N° niños/as diagnosticados con riesgo de 12 - 23	70%			0% *

	meses a Diciembre 2011				
Cobertura de Papanicolaou	N° mujeres 25 a 64 años inscritas, PAP vigente últimos 3 años informado a Dic 2011*100 / Total mujeres inscritas, validadas 2011	66%	4452	3614	77%
Altas Odontológicas Totales Adolescentes 12 años 70% Embarazadas 60% Niños 6 años 70%	N° adolescentes 12 años con alta odontológica En-Dic 2011*100 / total adolescentes inscritos año 2011	58%	374	217	59%
		48%	403	193	90.3%
	N° embarazadas con alta odontológica integral En-Dic 2011*100 / N° total embarazadas ingresadas En - Dic 2011 N° niños 6 años inscritos con alta odontológica de En- Dic 2011 *100 / N° total niños de 6 años inscritos validados año 2011	64%	337	216	62.1%
Compensación de personas diabéticas bajo control de 20 y mas años 42%	N° personas diabéticas bajo control de 20 años y mas compensadas (Hba1c<7) según último control vigente En - Dic 2011/Total prsonas diabéticas bajo control 20 y mas años a Dic. 2011	10%	1943	194	100%
Compensación de personas hipertensas bajo control de 20 y mas años 65%	N° personas hipertensas bajo control de 20 años y mas compensadas (PA < 140/90) según último control vigente En - Dic 2011/Total prsonas hipertensas bajo control 20 y mas años a Dic. 2011	31.6%	3564	1126	100%
Obesidad en niños/as menores de 6 años bajo control 9,4%	N° niños/as menores de 6 años obesos bajo control a Dic 2011 * 100 / N ° niños/as menores 6 años bajo control a Dic 2011	10.2%	1920	196	100%
Consejos de desarrollo de salud funcionando regularmente 100%	Temas: Diagnóstico Participativo de Salud Gestión Solicitudes Ciudadanas Control Social Medición Satisfacción Usuaría Estrategias Humanización del trato Difusión e Información a la Comunidad Enfoque de Género Infraestructura Inversiones	100%	10	10	0%**

* desfase del trimestre

**desfase en recepción de documentos

Cumplimiento IAAPS Evaluación IAAPS
Agosto 2012

Meta	Indicador	% comprometido	TOTAL AÑO	Agosto SSAS	% cumplimiento
1	N° EMP realizados a pob. masculina 20-44 años/pob masculina 20-44 años inscrita , menos población en control PSCV*100	9%	331	245	113
2	N° EMP realizados a pob. femenina 45 - 64 años/pob femenina 45- 64 años inscrita , menos población en control PSCV*100	18%	256	184	111
3	N° adultos de 65 años y más con EMP/ Población inscrita de 65 años y más, menos población postrada*100	21%	430	376	134
4	N° mujeres embarazadas ingresadas antes de las 14 semanas a control/ total mujeres embarazadas ingresadas a control*100	83.4%	336	178/213	100
5	N° exámenes de salud realizados en adolescentes con ficha CLAP/ población adolescente de 10 a 14 años inscrita *100	6%	118	68	88.15
6	N° altas odontológicas totales en población menor 20 años/ población inscrita menor 20 años	10%	717	507	100
7	N° total de reclamos respondidos con solución dentro de los plazos legales (20 días hábiles)/ N° total reclamos	90%		11	100
8	N° personas con D. Mellitus bajo control de 15 y mas / N° diabéticos de 15 y mas esperados según prevalencia	35%	680	654	96.17
9	N° personas con H. Arterial bajo control de 15 y mas / N° hipertensos de 15 y mas esperados según prevalencia	59%	2103	1989	94.59
10	N° niñas y niños 12 a 23 meses con evaluación del DSM/ Niñas y niños bajo control *100	92%	333	199/333	99.93
11	N° visitas domiciliarias integrales	0.18%	967	574	91.34

realizadas/ N° familias (población inscrita/4) * 100				
--	--	--	--	--

Evaluación IAAPS Agosto 2012

ITEM	%
Continuidad Atención	100%
GES	100%
Actividad general	97.17

**PROGRAMA ANUAL DE CAPACITACION
AÑO 2013**

				A	B	C	D	E	F	TOTAL		SSASUR	DSM	TOTAL PRESUPUESTO ESTIMADO	
1	MODELO DE SALUD FAMILIAR.	Curso Actualización en Modelo de Salud Familiar (Masivo)	Detección de abuso de sustancias a nivel familiar y escolar	12	21	24	4	12	7	80	20	\$ 450,000		\$ 450,000	
2		Curso actualización de Intervención de casos en riesgo (Masivo)	Intervención de casos en riesgo psicosocial desde el Modelo de Salud Familiar	12	21	24	4	12	7	80	16	\$ 450,000	\$ 400,000	\$ 850,000	
3		Curso Plan ampliado de inmunización	Actualizar conocimientos en el área		1	2					3	20		\$ 100,000	\$ 100,000
4		Curso en programa Infantil.	Actualizar conocimientos en el área con enfoque biopsicosocial		1	2					3	20		\$ 100,000	\$ 100,000
5		Farmacología en el adulto mayor	Aportar conocimientos relacionados a la farmacología en el adulto mayor desde un enfoque biopsicosocial.	6							6	20		\$ 100,000	\$ 100,000
6		Prevención y tratamiento del pie diabético	Actualizar conocimientos en el área.			24					24	8		\$ 100,000	\$ 100,000
7		Curso para Médicos	Cursos de actualización	6							6	20		\$ 500,000	\$ 500,000
8		Curso en programa de la Mujer	Actualizar conocimientos en el área		3						3	20		\$ 200,000	\$ 200,000
9		Curso de Radiología intraoral	Actualizar conocimientos en radiología oral y protección de operadores	4			3				7	30		\$ 300,000	\$ 300,000
10		Curso Salud Bucal	Actualizar conocimientos en el área.	4							4	20		\$ 200,000	\$ 200,000
11		Curso en programa adulto mayor	Actualizar conocimientos en el área, otorgando atención integral con enfoque biopsicosocial.									20		\$ 80,000	52 \$ 80,000

12		Curso actualización en GES	conocer las patologías incorporadas en las garantías explícitas en salud y sus implicancias legales.	12	21	24	4	12	7	80	6			
13	MODELO DE GESTION EN RED	Curso actualización en uso de la agenda médica	Actualizar conocimientos relacionados al buen manejo del nuevo formato de agenda médica electrónica.	12	21	24	4	12	7	80	20		\$ 120,000	\$ 120,000
14	LA CALIDAD DE VIDA FUNCIONARIA	Curso masivo "Normas de aseo y seguridad en APS"	Establecer normas y lineamientos de higiene y seguridad en APS	12	21	24	4	12	7	80	16	\$ 420,000		\$ 420,000
15	MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA FUNCIONARIA	Curso masivo "Manejo del estrés ambiental y laboral"	Promover el autocuidado y mejoramiento del clima laboral. Identificación, resolución y manejo de conflictos en el lugar de trabajo	12	21	24	4	12	7	80	16	\$ 420,000		\$ 420,000
16	GESTION ADMINISTRATIVA, FISICA Y FINANCIERA	Contabilidad Gubernamental	Obtener manejo adecuado en contabilidad gubernamental que incluya: Conciliaciones, tesorería, remuneraciones, centros de costos, activos fijos.					5		5	20		\$ 400,000	\$ 400,000
17	GESTION ADMINISTRATIVA, FISICA Y FINANCIERA	Curso Actualización Chile compras	Desarrollar destrezas y habilidades en esta área.					5		5	20		\$ 180,000	\$ 180,000
18 88	ATENCIÓN Y TRATO AL	Curso en manejo y trato al usuario	Desarrollar competencias relacionadas al buen trato y manejo de conflictos con usuarios.	12	21	24	4	12	7	80	20	\$ 450,000		
				116	173	220	31	106	49	706	352	\$ 2,190,000	\$ 2,780,000	\$ 4,070,000

Programa de Capacitación

Año 2012

Las acciones desarrolladas en el marco del cumplimiento del programa anual de capacitación 2012, dan cuenta en el caso de las capacitaciones masivas , que estas alcanzaron un cumplimiento al corte del mes de Septiembre del presente año de un 80 % , lo anterior sustentado por instalación a partir del presente año de complemento a convenio docente asistencial con la Escuela de Salud Publica de la Universidad de la Frontera .

En el ámbito del desarrollo formativo individual , a igual corte su cumplimiento fue del 60% , fortalecido básicamente por la incorporación de la estrategia On line U Virtual del Minsal , el programa de Capacitacion del Servicio de salud Araucania Sur y la Secretaria Ministerial de Salud de la Novena Región

Presupuesto 2013

Anexo 2

Anexo 1

Anexo 2

**MUNICIPALIDAD DE PUCON
DEPARTAMENTO DE SALUD MUNICIPAL**

ESTIMACION PRESUPUESTARIA	AÑO 2013
----------------------------------	-----------------

INGRESOS			
SUB TITULO	ITEM	DENOMINACION	GESTION INTERNA M\$
05		TRANSFERENCIAS CORRIENTES	1.614.418
05	03	DE OTRAS ENTIDADES PUBLICAS	1.614.418
08	00	OTROS INGRESOS CORRIENTES	35.124
08	01	Recuperación y Rembolsos por Licencias Medicas	33.625
08	99	OTROS	1.499
15	00	SALDO INICIAL DE CAJA	1,500
		TOTAL INGRESOS	1,651,042

GASTOS

SUB TITULO	ITEM	DENOMINACION	GESTION INTERNA M\$
21		GASTOS EN PERSONAL	1,307,398
21	01	PERSONAL DE PLANTA	718,417
21	02	PERSONAL A CONTRATA	433,661
21	03	OTRAS REMUNERACIONES	155,320
22		BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO	290,144
22	01	ALIMENTOS Y BEBIDAS	2,300
22	02	TEXTILES, VESTUARIO Y CALZADO	3,500
22	03	COMBUSTIBLES Y LUBRICANTES	15,000
22	04	MATERIALES DE USO O CONSUMO	190,400
22	05	SERVICIOS BASICOS	16,700
22	06	MANTENIMIENTO Y REPARACIONES	8,000
22	07	PUBLICIDAD Y DIFUSION	15,400
22	08	SERVICIOS GENERALES	5,000
22	09	ARRIENDOS	24,344
22	10	SERVICIOS FINANCIEROS Y DE SEGUROS	700
22	11	SERVICIOS TECNICOS Y PROFESIONALES	3,600
22	12	OTROS GASTOS EN BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO	5,200
29		ADQUISIC. DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	15,500
29	04	MOBILIARIO Y OTROS	1,200
29	05	MAQUINAS Y EQUIPOS	10,300
29	06	EQUIPOS INFORMATICOS	3,000
29	07	PROGRAMAS INFORMATICOS	1,000

34		CXP SERVICIO DE LA DEUDA	36,000
34	07	Deuda Flotante	36,000
35		SALDO FINAL DE CAJA	2,000
		TOTAL GASTOS	1,651,042

JUSTIFICACION DE LOS INGRESOS

TRANSFERENCIAS CORRIENTES DE OTRAS ENTIDADES PÚBLICAS

Del Servicio de Salud:

Se estima como aporte por fondos a recibir del Servicio de Salud Araucanía Sur para el año 2013, la suma anual de M\$ 1.358.043, aporte que se detalle como sigue:

Tabla: detalle aporte del SSAS estimado año 2013.

APORTES SSAS.	AÑO 2012	AÑO 2013	DIFERENCIA
PERCAPITA	M\$ 1.063.620	M\$ 1.130.408	M\$66.788
ASIGNACION DE DESEMPEÑO DIFICIL	M\$ 62.436	M\$ 65.545	M\$ 3.109
ASIGNACION DE DESEMPEÑO COLECTIVO	M\$ 92.990	M\$ 102.352	M\$ 9.362
ASIGNACION CONDUCTORES ART. 3 LEY 20.250	M\$ 1.151	M\$ 2.526	M\$ 1.375
BONO LEY 19.813	M\$ 1.244	M\$ 1.244	M\$ 0
DIFERENCIAL CAMBIO DE CATEGORIA TECNICO	M\$ 8.705	M\$ 9.822	M\$ 1.117
CENTRO DE TRATAMIENTO AMBULATORIO - CTA PUCON	M\$ 50.905	M\$ 47.520	M\$ -3.385

- El aporte del Servicio de Salud representa al 82% del presupuesto total.

- **M\$ 1.130.408, por concepto de PERCAPITA,**

Tabla: Determinación de ingresos per cápita año 2013, del DSM Pucón

N° inscritos estimados año 2012	21.125
Valor Percápita Basal año 2012	\$ 3.177
Se estima para el año 2013, el reajuste sería de 8.1%	\$ 257
Percapta Basal año 2013	\$ 3.434
Incremento 20% de ruralidad	\$ 687
Incremento Programas Asociados	\$ 338
Valor final percapita incrementado para el año 2013	\$ 4.459
Monto de per cápita mensual (N° inscritos x valor per cápita final)	\$94.200.693
Monto de per cápita anual (N° inscritos x valor per cápita reajustado) x 12	\$ 1.130.408.316
Monto de per cápita anual (N° inscritos x valor per cápita reajustado) x 12	M\$ 1.130.408

- El per cápita representa el 68% del presupuesto total.

De la Municipalidad a Servicios Incorporados a su Gestión:

Se estima la suma de M\$ 241.000, por concepto de aporte de la Municipalidad para financiar Gastos del Funcionamiento principalmente. Este aporte disminuye desde 274 a 241 millones con respecto al presente año; ya que considera una rebaja transitoria del aporte para financiamiento de cuota de Leasing. Con ello se mantiene y

refuerza la estrategia de mantener el aporte municipal sin variaciones significativas en el tiempo. Luego el aporte Municipal represente el 14% del presupuesto total, porcentaje menor al promedio nacional que asciende al 18%

INGRESOS DE OPERACIÓN

OTROS INGRESOS CORRIENTES

Recuperación y Reembolsos de Licencias Médicas:

Se estima la suma anual de M\$ 33.625, monto a recibir por Rembolso de Licencias Médicas del personal de Salud.

Otros:

Se estima la suma de M\$ 1.499, monto a recibir por concepto de reintegro de intereses en el pago de los consumos básicos, reintegro de valores por licencias médicas rechazadas al personal y otros ingresos menores (por concepto descuentos en atrasos del personal).

SALDO INICIAL DE CAJA

Se estima la suma de M\$ 1.500, como saldo inicial de caja para el año 2013.

JUSTIFICACION DE LOS GASTOS

GASTOS EN PERSONAL: Se estima el gasto en personal la suma de M\$1.307.398 representa el 79% del total de presupuesto, situándose bajo el estándar promedio sugerido que corresponde al 80 %.

Personal de Planta Salud:

Se considera un monto anual de M\$ 718.417 para cubrir gastos de Sueldo base, Asignaciones adicionales, y desempeño individual o colectivo, Aportes del Empleador y remuneraciones variables, como Trabajos extraordinarios, mantención asignación del artículo 45 en similares condiciones al año 2012 , Comisiones de Servicios en el País, Aguinaldos y Bonos, del personal de dotación permanente. Realizar cuadro de gastos relevantes en personal de planta y contrata.

AÑO 2012	M\$ 667.345	INCREMENTO 7.65%
AÑO 2013	M\$ 718.417	M\$ 51.072

- El gasto en personal planta equivale a un 44% del total del presupuesto para el año 2013.

Personal de Contrata:

Se consigna un presupuesto de M\$ 399.546 para cubrir gastos de Sueldo base, Asignaciones adicionales, y desempeño individual o colectivo, Aportes del Empleador y remuneraciones variables, como Trabajos extraordinarios, Comisiones de Servicios en el País, Aguinaldos y Bonos, del personal a Contrata de Salud.

AÑO 2012	M\$ 450.960	Disminución 3.84%
AÑO 2013	M\$ 433.661	M\$ 17.299

- El gasto en personal contrata equivale a un 26% del total del presupuesto para el año 2013.

Otras Remuneraciones:

Se consignan recursos por M\$ 155.320 para cubrir los gastos de profesionales contratados a honorarios para ejecutar algunos programas de salud, como: profesionales, técnicos y administrativo del Programa CTA y recurso humano profesional de extensiones horarias (Médica, Dental y de Matrona).

AÑO 2012	M\$ 112.083	Aumento 38.58%
AÑO 2013	M\$ 155.320	M\$ 43.237

- El gasto en personal a honorarios equivale a un 9% del total del presupuesto para el año 2013.

BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO

Se estima los gastos en bienes y servicios de consumos para el año 2013, en un monto total de M\$ 290.114; el cual se detalla como sigue:

AÑO 2012	M\$ 319.917	Disminución 9.3%
AÑO 2013	M\$ 290.144	M\$ 29.773

El gasto en Bienes y Servicios de Consumo equivale a un 17.6% del total del presupuesto para el año 2013.

Alimentos y Bebidas:

Se estima la suma de M\$ 2.300, para cubrir gastos de alimentación en actividades de capacitación del personal, diferentes reuniones de trabajos mensuales; con los comités de salud y actividades con los cuidadores del programa postrados.

AÑO 2012	M\$ 2.000	Aumento 15%
AÑO 2013	M\$ 2.300	M\$ 300

Textiles, Vestuario y Calzado:

Se estima la suma de M\$ 3.500, para cubrir gastos por compra de uniforme de personal de las áreas clínicas, conductores y administrativos.

AÑO 2012	M\$ 3.500	Sin variación 0%
----------	-----------	------------------

AÑO 2013	M\$ 3.500	M\$ 0
----------	-----------	-------

Combustible y Lubricantes:

Se estima la suma de M\$ 15.000, para cubrir gastos de combustibles de los vehículos área Salud.

AÑO 2012	M\$ 15.000	Sin variación 0%
AÑO 2013	M\$ 15.000	M\$ 0

Materiales de uso o consumo:

Se estima la suma total M\$ 190.400, para cubrir gastos de Materiales de Oficina, Productos Farmacéuticos, Materiales y útiles de aseo, insumos médicos e insumos dentales, repuestos y accesorios computacionales, repuestos y accesorios para reparación y mantención de vehículos.

AÑO 2012	M\$ 144.011	Aumento 32%
AÑO 2013	M\$ 190.400	M\$ 46.389

Servicios Básicos:

Se estima un total de M\$ 16.700 para cubrir gastos por consumo de electricidad, agua potable, gas, telefonía fija, telefonía celular y acceso a Internet de Dependencias del área Salud.

AÑO 2012	M\$ 15.000	Aumento 11%
----------	------------	-------------

AÑO 2013	M\$ 16.700	M\$ 1.700
----------	------------	-----------

Mantenimiento y Reparaciones:

Se estima la suma total de M\$ 8.000, esto para cubrir gastos de mantención de inmuebles (Centro de Salud, Postas y Departamento Salud). Además se consideran los costos por reparación y mantención de vehículos, máquinas y equipos informáticos, médicos y dentales.

AÑO 2012	M\$ 21.515	Disminución 62%
AÑO 2013	M\$ 8.000	M\$ 13.515

Publicidad y Difusión:

Se estima la suma de M\$ 15.400, para cubrir gastos de Publicidad; llamados a Concursos. También se considera los recursos para cubrir gastos de Servicios de Imprenta (formulario, recetas, fichas clínicas, etc.) y servicio de impresión y fotocopiado.

AÑO 2012	M\$ 13.400	Aumento 14.9%
AÑO 2013	M\$ 15.400	M\$ 2.000

Servicios Generales:

Se estima un total de M\$ 5.000, para cubrir gastos para pago de fletes y compra de Pasajes de usuarios con derivación vía interconsulta a centros de mayor complejidad

(Hospitales de Villarrica y Temuco) y la contratación de del servicio de desratización y fumigación en postas y centro de salud.

AÑO 2012	M\$ 5.000	Sin variación 0%
AÑO 2013	M\$ 5.000	M\$ 0

Arriendos:

Se estima un total de M\$ 24.344, para cubrir gastos de arriendos dependencias del DSM salud por 2 meses, arriendo de dependencias de calle Ansorena, para funcionamiento de policlínico maternal y las unidades dentales y arriendo de dependencias administrativas del Departamento de Salud.

AÑO 2012	M\$ 90.990	Disminución 73%
AÑO 2013	M\$ 24.344	M\$ 66.646

Servicios Financieros y de Seguros:

Se estima un total de M\$ 700, para pago de seguro obligatorio vehículos dependientes del Departamento de Salud.

AÑO 2012	M\$ 700	Sin variación 0%
AÑO 2013	M\$ 700	M\$ 0

Servicios Técnicos y Profesionales:

Se estima un total de M\$ 3.600, corresponde a gastos por conceptos capacitación de funcionarios de planta y contrata.

AÑO 2012	M\$ 3.600	Sin variación 0%
AÑO 2013	M\$ 3.600	M\$ 0

Otros Gastos de Bienes y Servicios de Consumo:

Se estima un total de M\$ 5.200, para cubrir menores de gastos en pasajes, peajes y estacionamiento de funcionarios en comisión de servicio y además de gastos menores varios (repuestos y materiales de menor cuantía).

AÑO 2012	M\$ 5.200	Sin variación 0%
AÑO 2013	M\$ 5.200	M\$ 0

ADQUISICIONES DE ACTIVOS NO FINANCIEROS

Mobiliarios y Otros

Se estima la suma de M\$ 1.200, para compra y reposición de mobiliario en CES transitorio y otras dependencias.

Maquinarias y Equipos

Se estima la suma de M\$ 10.300, para la compra y reposición de equipamiento clínico del Centro de Salud, equipo de esterilización.

Equipos informáticos

Se estima la suma de M\$ 3.000, para la compra y reposición de equipo informático del Centro de Salud y otras dependencias, compra de reloj biométrico.

La adquisición de activos no financieros tendrá una considerable disminución para el próximo año, considerando que ya se compró todo el mobiliario y equipamiento clínico necesario, salvo algunas reposiciones por deterioro y necesidades que generen en transcurso del año.

Tabla comparativa año 2012-2013

	Año 2012	2013	Diferencia	Variación
Mobiliario y Otros	M\$ 13.400	M\$ 1.200	M\$ 12.200	Disminución
Maquinarias y Equipos	M\$ 2.300	M\$ 10.300	M\$ 8.000	Aumento
Equipos Informáticos	M\$ 3.000	M\$ 3.000	M\$ 0	Sin variación
Programa Informáticos	M\$ 0	M\$ 1.000	M\$ 1.000	Aumento

SERVICIO DE LA DEUDA:

Deuda Flotante: M\$ 36.000, se estima un pasivo generado en el presente año de \$36.000 aproximado, que será corregido con recursos presupuestarios año 2013 por el monto de M\$ 36.000.-

SALDO FINAL DE CAJA

Se estima un saldo final de caja para el presente año de M\$ 2.000.

