MUNICIPALIDAD
DE TRAIGUÉN



PLAN DESALUD COMUNAL

DEPARTAMENTO
DE SALUD
MUNICIPAL

2017

INTRODUCCIÓN

Los establecimientos de Atención Primaria de Salud municipal tienen la responsabilidad de formular cada año un Plan de salud comunal en armonía con las orientaciones programáticas y normas técnicas emanadas desde el Ministerio de Salud para dar cumplimiento a los establecidos en la Ley19.378.

Este documento incluye el diagnóstico epidemiológico y participativo, planificación de estrategias y principales actividades que nos permitan enfrentar los desafíos de trasformación hacia el enfoque de Salud familiar, y cumplimiento de metas e indicadores, potenciando el trabajocomunitario.

MISION

Contribuir a elevar el nivel de salud de la población de los sectores rurales de la comuna de Traiguén integrandolos a la red de atención que ellos requieren para la recuperación de la enfermedad y actividades de prevencion y promoción de la salud.

Mantener un equipo de salud respetuoso, comprometido, dispuesto y actualizado en sus conocimientos, para acoger al usuario y cumplir los objetivos sanitarios en forma eficiente yeficaz.

VISION

Ser identificados por la comunidad como parte fundamental de una red de salud resolutiva, participativa, integradora y deexcelencia.

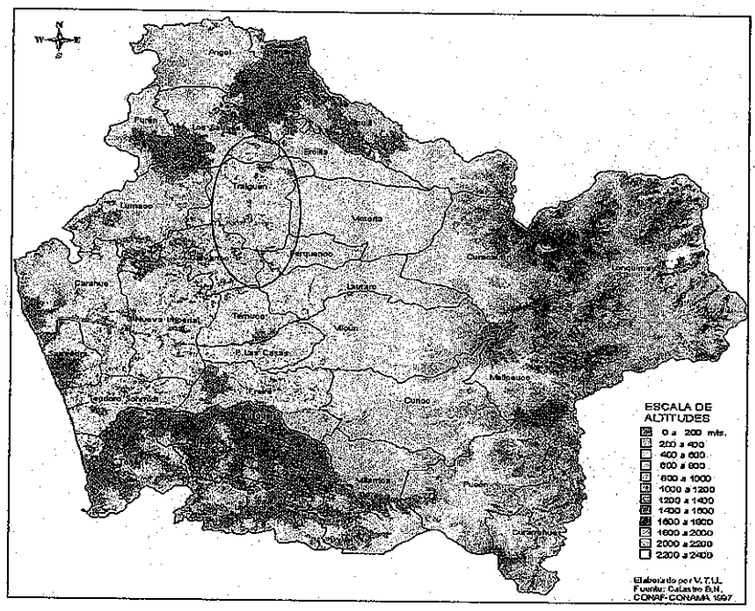
DIAGNÓSTICO GENERAL DE LA COMUNA DETRAIGUÉN

Traiguén, se encuentra ubicada en la provincia de Malleco, Región de la Araucanía, a 68 Km. de la Ciudad de Angol y a 89 Km. de Temuco. Su nombre significa en mapudungun 'salto de agua'.

Desde los inicios de su fundación, la ciudad se caracterizó por su dinamismo económico, lo cual significó que rápidamente la zona fuera conocida por el empuje, en la ardua tarea de implementar nuevos avancestecnológicos.

La ciudad se conoce históricamente como 'El Granero de Chile', en consideración a la gran producción triguera registrada a fines del siglo XIX y a comienzos del XX. Esto significó que ya en 1889 llegara a estas tierras el ferrocarril, además, se instaló en esos años el primer banco de La Frontera, de José Bunster, junto a otras casas financieras que establecieron sus sucursales en Traiguén.

Hoy la ciudad es conocida en el exterior por su importante producción forestal y hasta hace poco tiempo por la industria del mueble, pues se elaboraban en la zona artículos de calidad, que encontraban acogida en los mercados nacionales e internacionales.(Fabrica de Muebles Traiguén)



ATRACTIVOS TURÍSTICOS

Se pueden visitar atractivos entre los que se cuenta el Salto Quichanmahuida, con su Balneario Alin Mahuida, Balneario rinconada y Yaconny, la Quebrada Chufquén, con su Iglesia dePiedraylosSaltosdelríoQuino.AdemássepuedevisitarelParqueWeber,plantadohace

Más de 50 años y en el cual existen más de 76 variedades de coníferas de distintas partes del globo. Se cuenta además con la reserva Ecológica del CerroAdencul.

Actualmente se está potenciando el desarrollo turístico a través del patrimonio arquitectónico, con proyectos como "museo a cielo abierto" que rescata el valor de casas históricas de lacomuna.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

La historia de Traiguén se encuentra muy relacionada al proceso de incorporación de las tierras de 'La Frontera' al Estado chileno a fines del siglo XIX. Por lo tanto, como muchas ciudades de La Araucanía, Traiguén nació como un fuerte militar, una avanzada del Ejército de Chile para asentarse en esta zona delpaís.

El 2 de diciembre de 1878 se fundó el fuerte de Traiguén por el coronel Gregorio Urrutia, asentándose esta división en los dominios del gran Quilapán, quien diez años atrás había impedido que el Ejército lograra su cometido en elárea.

Ya en el año 1879 se instaló el telégrafo en el sector, lo que permitió una rápida comunicación con otras zonas del país. Asimismo, junto a los militares llegaron cientos de personas con el ánimo de instalarse en el sector. La gente empezó a trabajar en la ganadería y laagricultura

En 1883, José Bunster instala un molino de cilindros que operaba con energía hidroeléctrica, siendo el primero en su tipo en Sudamérica. Por lo demás, permitió proveer de luz eléctrica a un importante número defamilias.

En 1901 comenzó a operar la primera locomotora eléctrica en Sudamérica, bajo la administración de Juan Widmer y que hoy se ubica frente a la Estación de Ferrocarriles.A comienzos del siglo XX, la comuna se caracterizó por su prosperidad, lo cual significó que la zona atrajera a un alto número de inversionistas de distintas partes que vieron en estas tierras una buena alternativa para hacer riqueza, lo cual redundó en un abundante comercio y dinámica vida económica

CLIMA

Posee un clima templado lluvioso, con 10 meses húmedos (en los que se alcanza un promedio cercano a los 1.250 Mm. de precipitaciones), 2 secos, y una temperatura media anual de 12,2°C.

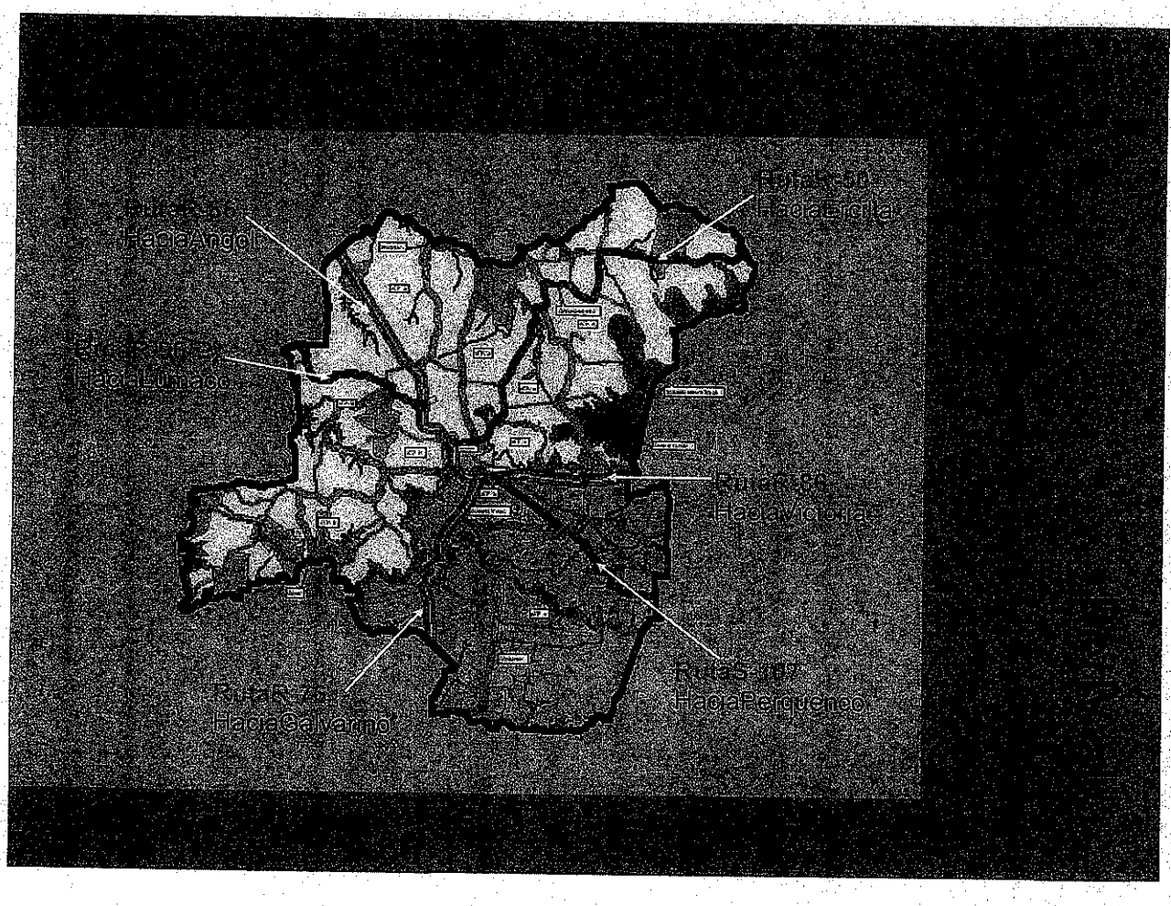
RELIEVE Y SITUACIÓN GEOLÓGICA

El relieve de la comuna de Traiguén es el resultado de antiguos y complejos procesos tectónicos erosivos y gravitacionales que han creado en el borde oriental de la cordillera de Nahuelbuta una serie de cuencas y serranías que avanzan hacia el centro. La capital comunal se presenta así como una cuenca abierta hacia el sur-este por donde las aguas del río Traiguén escurren hacia el sur donde formara el Cholchol. Este luego de reunirse al Cautín se integrara a la hoya hidrográfica del Imperial. De este modo tenemos que la comuna presenta, además del área deprimida donde se asienta la capital comunal, dos sectores muy definidos y limitados por accidente topográficos de fácil reconocimiento. Un sector ondulado, casi plano que se extiende hacia el norte del cerro chumay, (341m de altitud) los espacios meridionales de Traiguén se extienden hasta el río Perquenco, espacio representativo de la depresión intermedia regional, plano pero con sectores acolineados que han originado los procesos erosivos de los ríos que lo cruzan, como el Tricauco, chanco, Quino y el mismo Perquenco, en su limite meridional. Los sectores montañosos nororientales están representados específicamente por las estribaciones sudoccidentales del cordón de Quechereguas, que tiene como su mejor exponente comunal al cerro Adencul por el sur, Cuel y Quichamahuida por el norte.

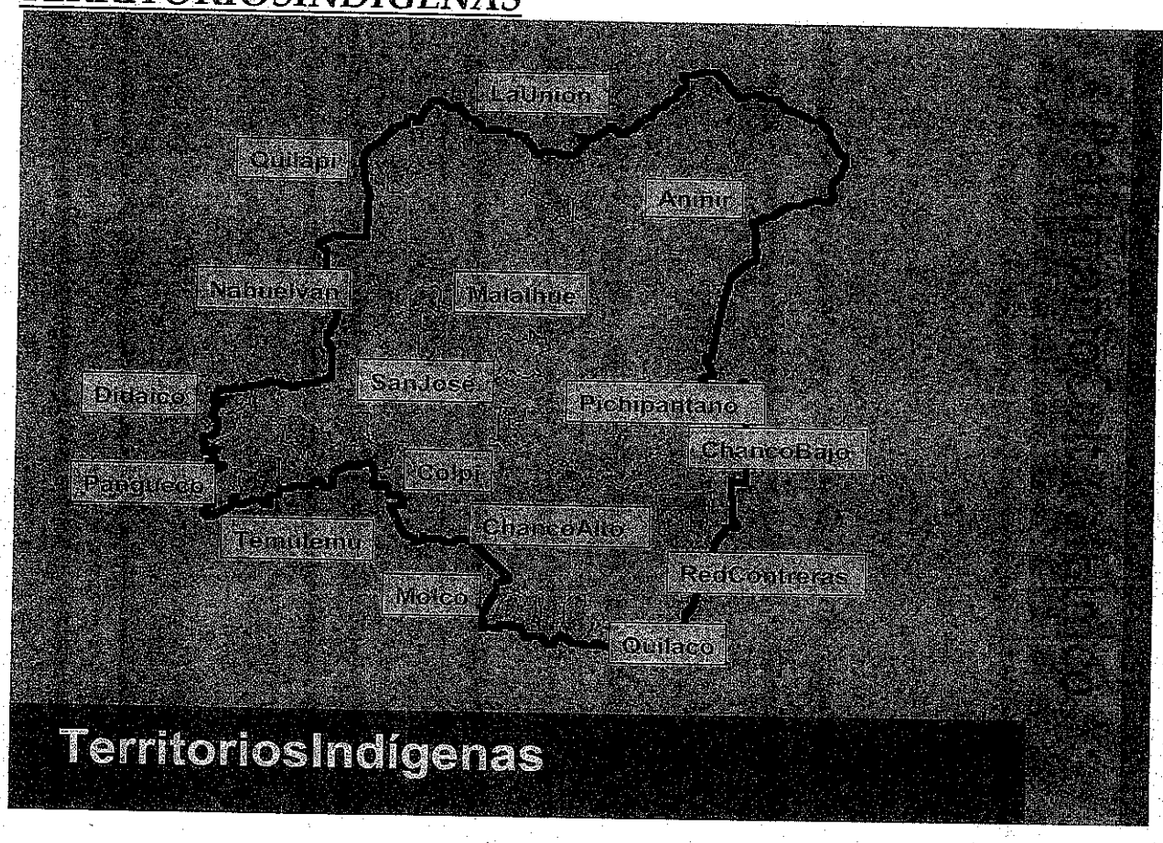
LOS SUELOS

Está ubicada en el valle Longitudinal, en una zona compuesta por material glacio-fluvio-volcánico, con suelos del tipo trumao; además, es regada por el río Traiguén, perteneciente a la hoya hidrográfica del ríoImperial.

REDVIAL



TERRITORIOSINDIGENAS



SITUACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA ACTUAL DE LA COMUNA DETRAIGUÉN

Según datos del INE basados en el censo de 2012, a través de la siguiente tabla se muestra la población total, por sexo, edad yetnia:

TRAIGUÉN	PoblaciónTotal			Mapuche			% Pobl.Mapuche		
Ambos Sexos	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Total	17,171	8,132	9,039	4,143	2,006	2,137	24.1%	24.7%	23.6%
0 a 4años	1,117	570	547	331	161	170	29.6%	28.2%	31.1%
5 a 9años	1,258	616	642	388	202	186	30.8%	32.8%	29.0%
10 a 14años	1,374	719	655	385	197	188	28.0%	27.4%	28.7%
15 a 19años	1,411	683	728	361	172	189	25.6%	25.2%	26.0%
20 a 24años	1,067	517	550	283	147	136	26.5%	28.4%	24.7%
25 a 29años	967	446	521	246	122	124	25.4%	27.4%	23.8%
30 a 34años	991	444	547	271	115	156	27.3%	25.9%	28.5%
35 a 39años	990	454	536	254	107	147	25.7%	23.6%	27.4%
40 a 44años	1,103	509	594	284	136	148	25.7%	26.7%	24.9%
45 a 49años	1,289	609	680	277	134	143	21.5%	22.0%	21.0%
50 a 54años	1,178	570	608	235	120	115	19.9%	21.1%	18.9%
55 a 59años	1,019	483	536	197	93	104	19.3%	19.3%	19.4%
60 a 64años	843	379	464	161	73	88	19.1%	19.3%	19.0%
65 a 69años	759	343	416	172	79	93	22.7%	23.0%	22.4%
70 a 74años	641	310	331	119	61	58	18.6%	19.7%	17.5%
75 a 79años	473	208	265	81	41	40	17.1%	19.7%	15.1%
80 a 84años	398	162	236	60	26	34	15.1%	16.0%	14.4%
85 a 89años	189	72	117	24	12	12	12.7%	16.7%	10.3%
90 a 94años	75	29	46	9	5	4	12.0%	17.2%	8.7%
95 a 99años	24	7	17	4	2	2	16.7%	28.6%	11.8%
100 a 104años	4	2	2	1	1	0	25.0%	50.0%	0.0%
105 años omás	1	0	1	0	0	0	0.0%		0.0%

Cabe mencionar que la población total de la comuna estipulada en la tabla anterior, un 29,35% de esta corresponde a sectorrural.

Por su parte, el Observatorio Social, en sus informes comunales N° 1 (febrero de 2014), en el año 2011 se estima que el 32,7% de la población comunal se encontraba en situación de pobreza, lo que corresponde a una tasa significativamente mayor, desde un punto de vista estadístico, a la registrada a nivel regional (22,9%) y nacional (14,4%).

Además, en términos de protección laboral, se observa que en la comuna la proporción de la población de 20 años y más que está afiliada al seguro de cesantía (22,3%) es menor al porcentaje observado a nivel regional y nacional (24,3% y 32,9% respectivamente). En tanto, una mayor proporción de los afiliados (que en la región y en el país) se encuentra entre el 40% de afiliados de menor renta promedio (quintiles nacionales I y II). Asimismo, una mayor proporción de los afiliados de la comuna que en la región y el país tienen contrato de plazo fijo, lo que implica que una menor proporción tiene contrato indefinido en lacomuna.

En la dimensión salud, la proporción de la población comunal afiliada a Fonasa que pertenece a los grupos A y B (78,1%), de menores ingresos, es mayor que el promedio regional (71,6%) y nacional (60,1%). En términos de resultados, se observa que el año 2010 la tasa de natalidad en la comuna es de 15,5 niños(as) por cada 1.000 habitantes, mientras que la tasa de mortalidad general del quinquenio 2005-2010 (ajustada a la población del año 2003) es de 6,7 personas por cada 1.000 habitantes, y la tasa de mortalidad infantil del decenio 2000-2010 (ajustada a la población del período 1996-2007) es de 10,0 niños(as) por cada 1.000 nacidos vivos. Por otra parte, la esperanza de vida femenina al nacer en la comuna es menor a la regional, mientras que la masculina es igual en la comuna y el promedioregional.

En lo relativo a la condición nutricional de la población, el año 2011, se observó en la comuna una mayor proporción que en la región de niños menores de 6 años, en control, que están con sobrepeso o en condición de obesidad. Análogamente, entre los adultos mayores, el porcentaje de la población en control que se encuentra con bajo peso supera el promedio regional.

DIAGNOSTICO SITUACION DE SALUD SECTOR RURAL

El Departamento de Salud de la Municipalidad de Traiguén, es responsable de la atención primaria de la población de los sectores rurales de nuestra comuna, inscrita y validada a través del sistema de inscripción Per cápita de FONASA, dependiente administrativamente de la Municipalidad de Traiguén y Técnicamente del Ministerio de Salud.

Según la definición dada en la Declaración de Alma-Ata, aprobada por la **Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata de 1978 convocada por la Organización Mundial de la Salud** (OMS) la atención primaria de Salud (APS) corresponde a 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 y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria. De acuerdo a lo anterior la APS se enmarca en una serie de acciones de salud pública, sean de diagnóstico, prevención, curación yrehabilitación.

Con el fin de acercar lo más posible la atención de Salud a la población, el Equipo Médico del Departamento de Salud Municipal, se traslada diariamente a 6 Postas de Salud Rural con Auxiliar Paramédico residente en forma permanente en el sector y 8 Estaciones Médico Rurales a través de la realización de RondasMédicas.

La dotación de funcionarios del establecimiento se programa anualmente según la realidad epidemiológica, población beneficiaria, infraestructura y recursos económicos existentes y se rige principalmente por el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal, LeyNº19.378.

Los Recursos Económicos que permiten el buen funcionamiento del Departamento de Salud corresponden al Percápita, aporte estatal en base a la población inscrita y validada por el fondo Nacional de Salud FONASA, al Aporte Municipal, y a un aporte económico complementario que realiza el Ministerio de Salud, a través de convenios que vienen a reforzar en forma muy importante los recursos y programas existentes, tanto para actividades de salud, como para RRHH y mejoramiento del equipamiento e infraestructura.

La Capacitación del Personal también está regida por la Ley 19.378, a través de un Programa Anual de Capacitación elaborado por el equipo y aprobado tanto por el Servicio de Salud como por el ConcejoMunicipal.

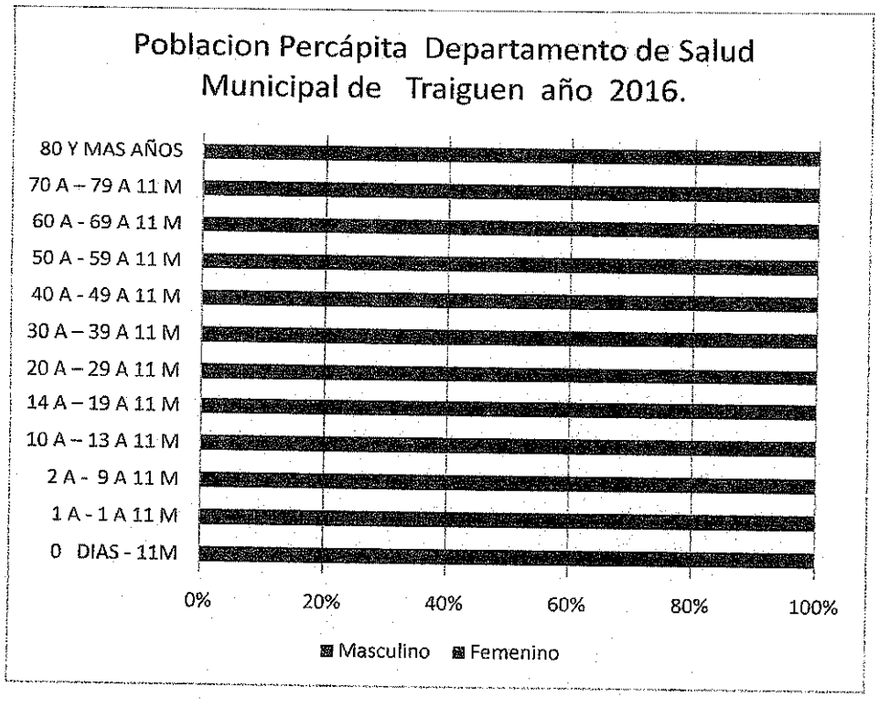
Las actividades son ejecutadas de acuerdo a un Plan de Trabajo elaborado en forma anual por el equipo de salud que contemplan acciones de Fomento, Prevención y Protección de Salud, dentro de estas actividades se incluye la atención clínica de pacientes, tanto de morbilidad como de controles de salud, individuales y familiares así como también trabajos comunitarios que permiten la participación de la comunidad, fomentando el autocuidado y hábitos de Estilos de vida saludables, adoptando el Modelo de Salud con Enfoque Familiar. Este plan de trabajo se realiza en base a las orientaciones Técnicas y metodológicas emanadas desde el ministerio de Salud, y de acuerdo a las metas Sanitarias a nivel nacional, regional y local, dentro de esto se incluyen:

- ✓ Metas Sanitarias Ley19.813
- ✓ Indicadores de Índices de Actividad en la Atención Primaria de Salud Municipal(IAAPS)
- ✓ Áreas de influencia de los sectores dependientes del Departamento de Salud.
- ✓ Población Asignada
- ✓ Diagnóstico Situación de Salud de la Población Asignada.

POBLACIÓN INSCRITA VALIDADA AÑO 2016 : 4509
FAMILIAS INSCRITAS : 921

RANGO ETAREO	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
0 DIAS - 11M	5	9	14
1 A - 1 A 11 M	12	21	33
2 A - 9 A 11 M	228	214	442
10 A – 13 A 11 M	129	135	264
14 A – 19 A 11 M	238	203	441
20 A – 29 A 11 M	350	331	681
30 A – 39 A 11 M	284	292	576
40 A - 49 A 11 M	332	312	644
50 A - 59 A 11 M	316	319	635
60 A - 69 A 11 M	204	168	372
70 A – 79 A 11 M	139	135	274
80 Y MAS AÑOS	76	57	133
TOTAL	**2313**	**2196**	**4509**

Fuente /programación SSAN 2016.


Poblacion Percápita Departamento de Salud Municipal de Traiguen año 2016.
80 Y MAS AÑOS
70 A -- 79 A 11 M
60 A - 69 A 11 M
50 A - 59 A 11 M
40 A - 49 A 11 M
30 A – 39 A 11 M
20 A – 29 A 11 M
14 A – 19 A 11 M
10 A – 13 A 11 M
2 A - 9 A 11 M
1 A - 1 A 11 M
0 DIAS - 11M
0%
20%
40%
60%
80%
100%
Masculino
Femenino

FAMILIAS INSCRITAS EN SECTOR RURAL

AÑIÑIR	MOLCO	QUECHEREGUAS	TEMULEMU	QUILQUEN	DIDAICO
123	300	51	195	88	90

RECURSO HUMANO AÑO 2016 :

La Dotación del Personal de Salud de la Comuna de Traiguen Aprobada, a traves de Resolución Exenta N° 3021, del 27 de noviembre del 2015 es la siguiente:

CATEGORIA	PROFESION	INDEFINIDO	PLAZO FIJO	TOTAL HORAS
A	MEDICO /QUIMICO /ODONTOLOGO	132	44	176 HORAS
B	OTROS PROFESIONALES	440	88	618 HORAS
C	TECN.NIVEL SUPERIOR EN SALUD	528	88	618 HORAS
E	ADMINISTRATIVOS DE SALUD	132	88	220 HORAS
F	AUXILIARES DE SERVICIO DE SALUD	176	44	220 HORAS
	TOTAL	1408	352	1760 HORAS
	%	80%	20%	100%

POSTAS DE SALUD RURAL

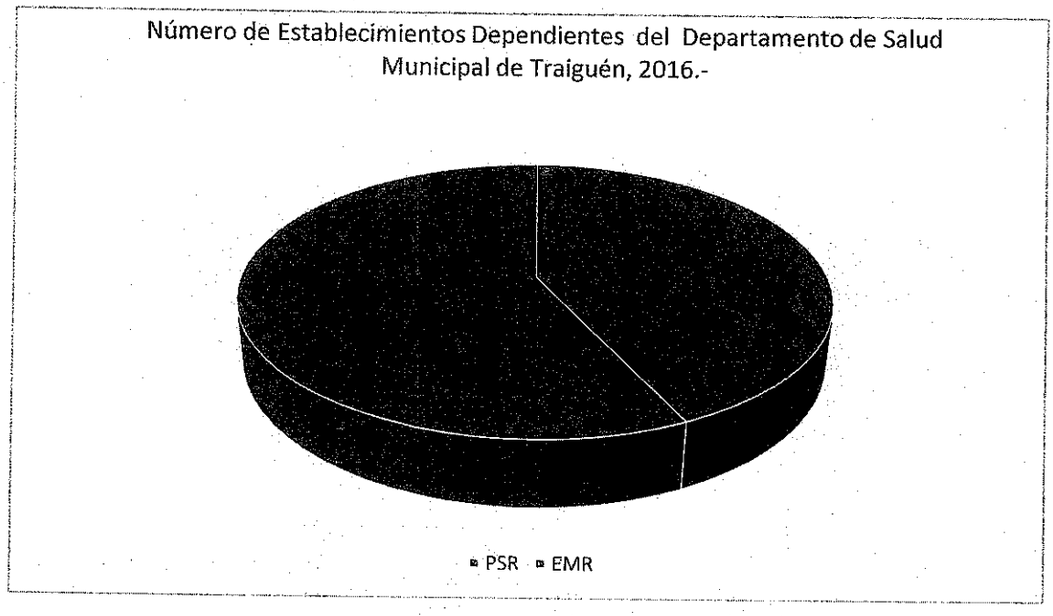
"Las Postas de Salud Rural tienen como propósito contribuir a la satisfacción de las necesidades de salud de las comunidades rurales con pertinencia cultural, a través del conjunto de acciones, que incluyen la atención de salud, la promoción, prevención de las enfermedades y el auto cuidado de la salud;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

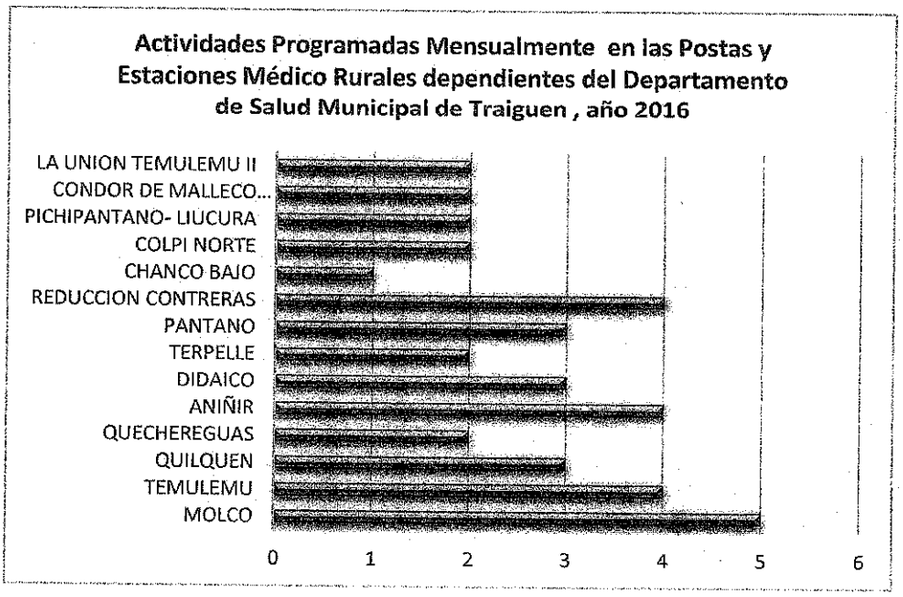
ESTACIONES MÉDICO RURALES

No son establecimientos por sí mismos. Corresponden a estrategias de trabajo; actualmente esta estrategia es aplicada en pocos lugares como consecuencia de la disminución de la ruralidad en el país. Son estrategias de intervención dependientes de un Consultorio, CESFAM, PSR y ocasionalmente de un Servicio de Salud. Funcionan por medio de atenciones que otorga el equipo de salud de un consultorio o una Posta a las poblaciones usuarias, en zonas de Máxima dispersión, en locales provistos por la comunidad. Son asistidos por rondas de profesionales o técnicos en forma periódica.

Establecimientos dependientes del Departamento de Salud Municipal de Traiguen:

SECTOR	DISTANCIA (km) DESDE COMUNA DE TRAIGUEN	TIPO DE ESTABLECIMIENTO	ACTIVIDADES PROGRAMADAS POR MES (N° RONDAS)
MOLCO	24	PSR	5
TEMULEMU	28	PSR	4
QUILQUEN	18	PSR	3
QUECHEREGUAS	18	PSR	2
ANIÑIR	33	PSR	4
DIDAICO	31	PSR	3
TERPELLE	32	EMR	2
PANTANO	20	EMR	3
REDUCCION CONTRERAS	18	EMR	4
CHANCO BAJO	20	EMR	1
COLPI NORTE	22	EMR	2
PICHIPANTANO- LIUCURA	18	EMR	2
CONDOR DE MALLECO	35	EMR	2
LA UNION TEMULEMU II	20	EMR	2





DISPONIBILIDAD DE LOCOMOCION DESDE SECTOR RURAL A TRAIGUEN

SECTOR	TELEFONOS	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
ANIÑIR	964956020	X		X		X	X
QUECHEREGUAS	964072100	X		X		X	X
QUILQUEN	997437614	X				X	
MOLCO	959979407	X	X	X	X	X	X
DIDAICO	953720772	X	X	X	X	X	X
TEMULEMU	997480928	X		X		X	X
PICHIPANTANO		X		X		X	
PANTANO	996790804	X	X	X	X	X	X
TERPELLE		X	X	X	X	X	X
CONTRERAS		X		X		X	
CHANCO		X		X		X	X
COLPI NORTE							
QUINO - CONDOR		X		X		X	
LA UNION		X		X		X	

***TIPO DE ATENCION*:**

ABORDAJE A TRAVES DEL CICLO VITAL CON LOS DISTINTOS PROGRAMAS

PROGRAMA INFANTIL Y ADOLESCENTE
PROGRAMA DE LA MUJER
PROGRAMA CARDIOVASCULAR
ADULTO Y ADULTO MAYOR
SALUD MENTAL
PROGRAMA ESPECIAL DE SALUD Y PUEBLOS INDIGENAS
PROGRAMA NACIONAL DE INMUNIZACIONES
PROGRAMA DE SALUD ESCOLAR
PROGRAMA NACIONAL DE ALIMENTACION COMPLEMENTARIA
PROGRAMA DE ALIMENTACION COMPLEMENTARIA DEL ADULTO MAYOR
PROGRAMA ODONTOLOGICO
SISTEMA DE PROTECCION SOCIAL
PROGRAMA DE PROMOCION DE LA SALUD
PROGRAMA DE ESTIMULACION TEMPRANA (SALA DE ESTIMULACION)

EQUIPOS DE APOYO DIAGNOSTICO

- HEMOGLUCOTEST
- ELECTOCARDIOGRAMA
- OXIMETRO DE PULSO
- DETECTOR DE LATIDOS CARDIOFETALES
- FLUJOMETRO

DERIVACION DE PACIENTES DESDE EL SECTOR RURAL:

Los pacientes cuyos problemas de salud requieren de la intervención de otros profesionales especialistas, exámenes u otros procedimientos curativos que no correspondan al nivel primario de atención deben ser referidos a otros centros de salud mediante una Interconsulta. Estos centros de salud corresponden a:

- **HOSPITAL TRAIGUEN:** derivación de Urgencias, exámenes de laboratorio, Consulta Médica de Dermatologia, especilidades odontológicas, procedimientos, exámenes de laboratorio, radiología, consultorías de salud mental, consultas de alto riesgo obstétrico y Parto.
- **HOSPITAL VICTORIA:** Derivación para consultas Médicas de especialidad , procedimientos y/o Examenes que se requieren para complementar diagnostico de especialidades.
- **HOSPITAL ANGOL:** Derivación para consultas Médicas de especialidad , procedimientos y/o Examenes que se requieren para complementar diagnostico de especialidades.
- Otros establecimientos privados de atención de salud en caso de compra de servicios via Programa- y/o Convenios para atención Medica de Especialistas, Procedimientos y Examenes de Imagenología.

ESPECIALIDADES CON DERIVACION A HOSPITAL DE VICTORIA

ESPECIALIDAD	PATOLOGIAS AUGE	OTRAS PATOLOGIAS
CIRUGIA GENERAL	HERNIAS CAVIDAD ABDOMINAL CANCER GASTRICO COLECISTECTOMIA 35 A 49 AÑOS	OTROS PROBLEMAS DE SALUD DEFINIDOS POR MEDICO
PEDIATRIA GENERAL	OTROS PROBLEMAS DE SALUD DEFINIDOS POR MEDICO	
PEDIATRIA TRAUMATOLOGIA	DISPLASIA CADREA MENOR DE 1 AÑO	
MEDICINA INTERNA	ERRADICACION HP PARA SS ENDOSCOPIA CONTROL ESPECIALIDAD PATOLOGIAS AUGE INDICADAS POR MEDICO (HIPERTENSION-DIABETES- HIPOTIROIDISMO-ASMA BRONQUIAL– ARTRITIS REUMATOIDEA-ULCERA PEPTICA- ARTRITIS IDIOPATICA JUVENIL – ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA)	OTROS PROBLEMAS DE SALUD DEFINIDOS POR MEDICO
CARDIOLOGIA	CONTROL ESPECIALIDAD PATOLOGIAS AUGE INDICADAS POR MEDICO (HTA)	OTROS PROBLEMAS DE SALUD DEFINIDOS POR MEDICO
TRAUMATOLOGIA	CONTROL ESPECIALIDAD PATOLOGIAS AUGE INDICADAS POR MEDICO (ARTROSIS RODILLA Y/O CADERA – ARTROSIS CADERA 65 Y MAS AÑOS – ESCOLIOSIS MENOR DE 25 AÑOS-HERNIA NUCLEO PULPOSO)	OTROS PROBLEMAS DE SALUD DEFINIDOS POR MEDICO

PSIQUIATRIA	DEPRESION MODERADA A GRAVE- ESQUIZOFRENIA TRASTORNO BIPOLAR 15 Y MAS AÑOS	OTROS PROBLEMAS DE SALUD DEFINIDOS POR MEDICO
UROLOGIA	INSUFICIENCIA RENAL CRONICA – CONTROL PREVENCION SECUNDARIA DE IRCT HIPERPLASIA PROSTATA CANCER PROSTATA MAYOR 15 AÑOS	OTROS PROBLEMAS DE SALUD DEFINIDOS POR MEDICO
FONOAUDIOLOGO	HORAS DE CONTROL REFERIDAS POR PEDIATRA	
OFTALMOLOGIA	CATARATAS RETINOPATIA DIABETICA ESTRABISMO MENOR DE 9 AÑOS	OTROS PROBLEMAS DE SALUD DEFINIDOS POR MEDICO
NEUROLOGIA	EPILEPSIA- ENF PARKINSON	OTROS PROBLEMAS DE SALUD DEFINIDOS POR MEDICO
OTORRINOLARING	HIPOACUSIA MAYOR 65 AÑOS	OTROS PROBLEMAS DE SALUD DEFINIDOS POR MEDICO
ODONTOLOGIA	PATOLOGIAS ODONTOLOGICAS DEFINIDAS DE ACUERDO A PARAMETRIZACION 2º NIVEL QUE NO SEAN RESUELTAS EN APS. SO EMBARAZADA SO 60 AÑOS SO 6 AÑOS	OTROS PROBLEMAS DE SALUD DEFINIDOS POR MEDICO
GINECOLOGIA	PATOLOGIAS DEFINIDAS POR MEDICO - MATRONA	

EXAMENES – PROCEDIMIENTOS DERIVACION A HOSPITAL DE VICTORIA

ESPECIALIDAD		
ECOGRAFIAS	EXAMEN	IMAGEN PARA APOYO DIAGNOSTICO SEGMENTO DEFINIDO POR IC MEDICO - MATRONA
ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA	PROCEDIMIENTO	IMAGEN PARA APOYO DIAGNOSTICO SEGMENTO DEFINIDO POR IC MEDICO

ESPECIALIDADES DERIVACION HOSPITAL DE TRAIGUEN

ESPECIALIDAD	PATOLOGIAS AUGE	OTRAS PATOLOGIAS
OFTALMOLOGIA	VICIOS DE REFRACCION MAYOR DE 65 AÑOS	
MED FAMILIAR-ORTESIS	ORTESIS 65 Y MAS AÑOS	
EXAMEN	ESPIROMETRIA PARA DEFINIR DIAGNOSTICO RADIOGRAFIA DE PELVIS	
MEDICINA FAMILIAR		DERMATOLOGIA - TELEDERMATOLOGIA

ESPECIALIDADES DERIVACION HOSPITAL DE ANGOL

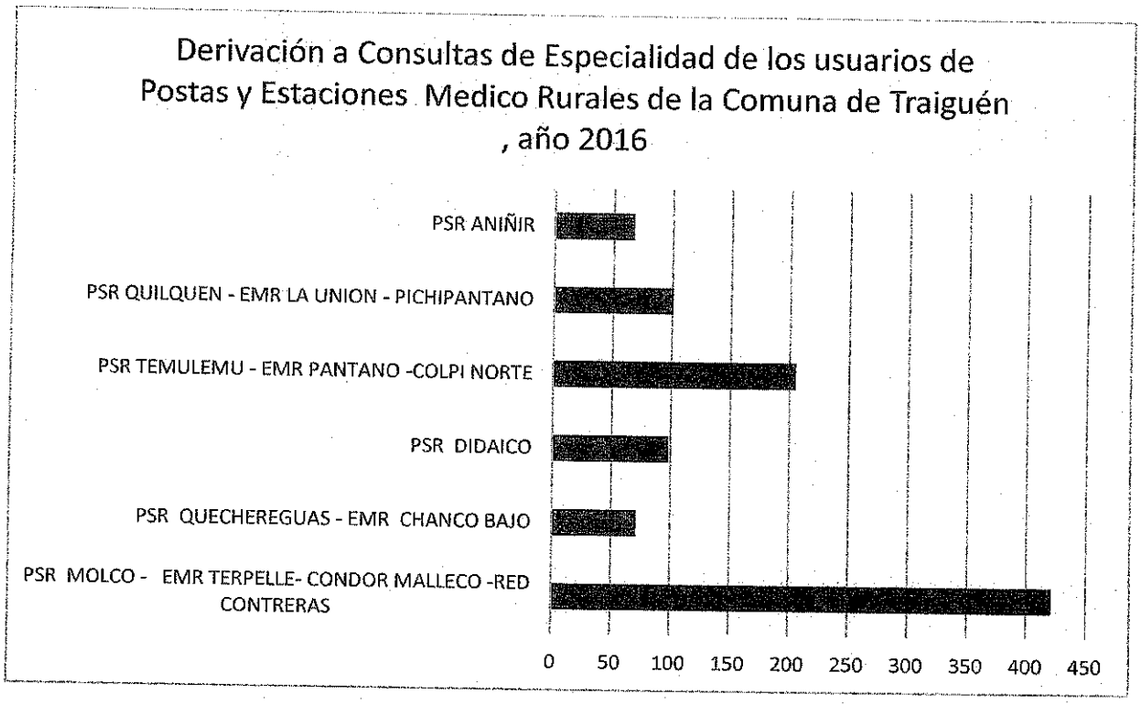
ESPECIALIDAD	PATOLOGIAS AUGE	OTRAS PATOLOGIAS
GINECOLOGIA	SOSP CA CU	UNIDAD PATOLOGIA CERVICAL

ESPECIALIDADES DERIVACION HOSPITAL DE TEMUCO

ESPECIALIDAD	PATOLOGIAS AUGE	OTRAS PATOLOGIAS
GINECOLOGIA	SOSP CA MAMA	UNIDAD PATOLOGIA MAMARIA

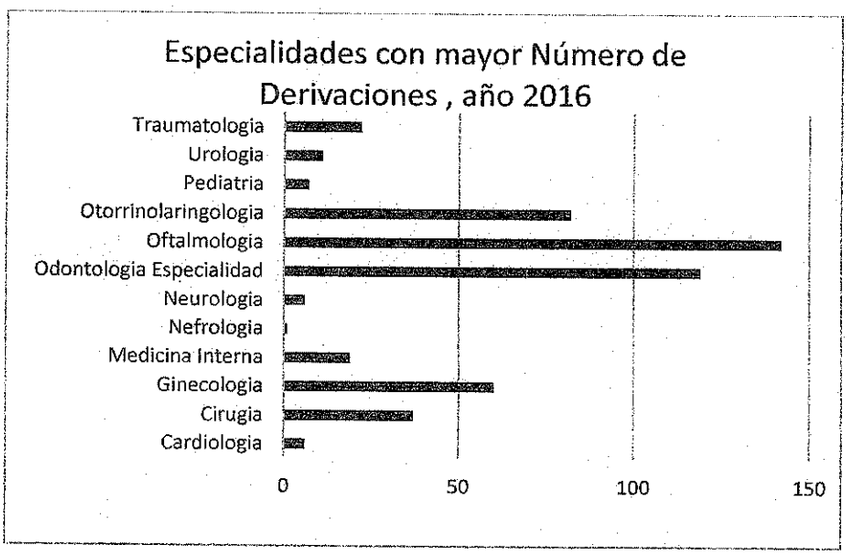
CODIGO DEIS	SECTOR	N° Derivaciones a Consulta de Especialidad (2016)
417	PSR MOLCO - EMR TERPELLE- CONDOR MALLECO -RED CONTRERAS	421
418	PSR QUECHEREGUAS - EMR CHANCO BAJO	71
586	PSR DIDAICO	98
420	PSR TEMULEMU - EMR PANTANO -COLPI NORTE	205
421	PSR QUILQUEN - EMR LA UNION - PICHIPANTANO	101
416	PSR ANIÑIR	67
		963

Fuente: Plataforma RF-CRF .



Especialidades Medicas con mayor número de derivaciones a Hospital de Victoria, año 2016.

Especialidad	N° Derivaciones
Cardiologia	6
Cirugia	37
Ginecologia	60
Medicina Interna	19
Nefrologia	1
Neurologia	6
Odontologia Especialidad	119
Oftalmologia	142
Otorrinolaringologia	82
Pediatria	7
Urologia	11
Traumatologia	22
Total de Derivaciones	**512**



Para este efecto existe una plataforma computacional en red que permite la solicitud y derivación de horas de Interconsultas para diferentes procedimientos y especialidades denominado sistema de Referencia y Contrarreferencia (RF-CRF), esta plataforma permite realizar un seguimiento respecto al estado de tiempos de espera, determinar los principales problemas de salud de la población rural beneficiaria, las especialidades con mayor demanda y la respuesta del especialista que queda en la ficha electrónica creada para cada paciente en el establecimiento donde es derivado.

PROBLEMAS DE SALUD AUGE

Actualmente una parte importante de los recursos y esfuerzos en el sector Salud, en todos los niveles de atención, corresponde a la resolución de los problemas de salud AUGE (Acceso Universal y Garantías Explícitas en Salud)

El plan Auge es un sistema integral de salud, cuyos beneficiarios son todos los chilenos que pertenezcan a FONASA o Isapre indistintamente. A través de la Ley que establece el sistema de Garantías Explícitas de Salud (GES) contempla mecanismos legales que dotan al Ministerio de Salud para definir un conjunto de enfermedades priorizadas y las respectivas garantías asociadas.

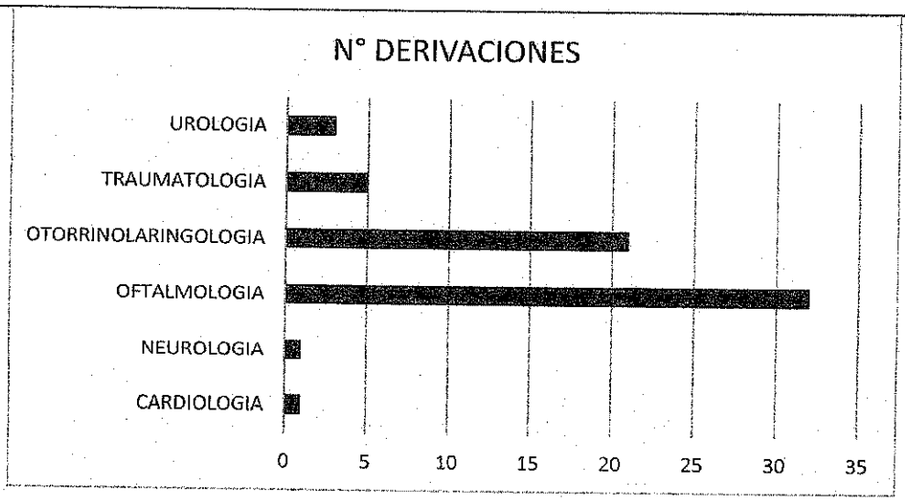
Entró en vigencia el 1° de Julio de 2005 con 25 patologías a las cuales se han ido incorporando otras en forma paulatina; para el año 2015 los problemas de Salud AUGE incluyen un total de 80 patologías, algunas de ellas de exclusividad de Atención Primaria de Salud.

Para su Monitoreo existe una plataforma computacional en red nacional denominada Sistema Informático de Gestión de las Garantías explícitas en Salud (SIGGES), la cual requiere una constante supervisión y actualización de la información de manera de cumplir con los plazos definidos para su cumplimiento.

Especialidades Médicas derivadas a Hospital de Victoria por problemas de Salud AUGE

ESPECIALIDAD	N° DERIVACIONES
CARDIOLOGIA	1
NEUROLOGIA	1
OFTALMOLOGIA	32
OTORRINOLARINGOLOGIA	21
TRAUMATOLOGIA	5
UROLOGIA	3

Fuente: Plataforma Informatica Rf-CRF



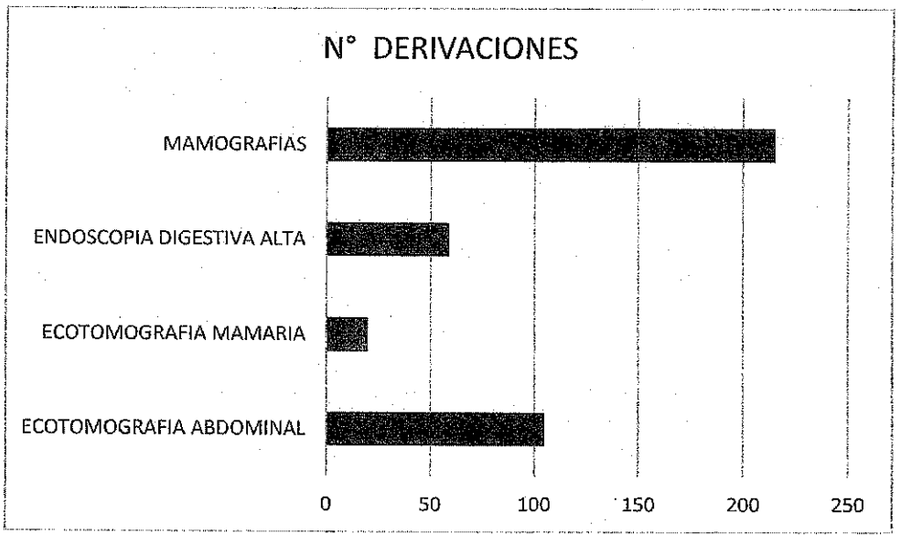
Listado de Patologías AUGE 2016.

1	Insuficiencia Renal Crónica
2	Cardiopatías Congénitas Operables Menor 15 Años
3	Cáncer Cervicouterino
4	Alivio del Dolor
5	Infarto Agudo de Miocardio
6	Diabetes Mellitus I
7	Diabetes Mellitus 2
8	Cáncer de Mamas 15 Años y Más
9	Disrafias Espinales
10	Escoliosis Menor 25 Años
11	Cataratas
12	Endoprótesis Total de Caderas 65 Años y Más
13	Fisura Labiopalatina
14	Cáncer en Menores de 15 Años
15	Esquizofrenia
16	Cáncer de Testículos 15 Años y Más
17	Linfoma 15 Años y Más
18	VIH
19	IRA Menor 5 Años
20	Neumonía 65 Años y Más
21	Hipertensión 15 Años y Más
22	Epilepsia No Refractaria Menor 15 Años
23	Salud Oral Integral 6 Años
24	Prematurez,Prev Parto Prematuro
25	Marcapaso 15 Años y Más
26	Colecistectomía Preventiva
27	Cáncer Gástrico
28	Cáncer de Próstata 15 Años y Más
29	Vicios de Refracción 65 Años y Más
30	Estrabismo Menor 9 Años
31	Retinopatía Diabética
32	Desprendimiento de Retina
33	Hemofilia
34	Depresión 15 Años y Más
35	Hiperplasia de Próstata
36	Ortesis 65 Años y Más
37	Accidente Cerebrovascular Isquémico 15 Años y mas
38	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
39	Asma Bronquial Menor 15 Años
40	Síndrome de Dificultad Respiratoria en el Recién Nacido
41	Artrosis Cadera o Rodilla Leve o Moderada 55 Años y Más
42	Hemorragia Ruptura de Aneurismas Cerebrales
43	Tumores Primarios SNC
44	Hernia Núcleo Pulposo Lumbar
45	Leucemia 15 Años y Más
46	Urgencia Odontológica Ambulatoria
47	Salud Oral Integral Adulto 60 Años
48	Poli traumatizado Grave
49	Atención de Urgencia del Traumatismo Craneoencefálico Moderado o Grave
50	Trauma Ocular Grave
51	Fibrosis Quística
52	Artritis Reumatoide
53	Consumo Perjudicial y Dependencia de Alcohol y Drogas Menor 20 Años
54	Analgesia del Parto

[illegible]	Gran Quemado
[illegible]	Hipoacusia Bilateral 65 Años y Más
[illegible]	Retinopatía del Prematuro
[illegible]	Displasia Broncopulmonar del Prematuro
[illegible]	Hipoacusia Bilateral del Prematuro
[illegible]	Epilepsia No Refractaria 15 Años y Más
[illegible]	Asma Bronquial 15 Años y Más
[illegible]	Enfermedad de Parkinson
[illegible]	Artritis Idiopática Juvenil
[illegible]	Prevención Secundaria IRCT
[illegible]	Displasia Luxante de Caderas Menor 1 Año
[illegible]	Salud Oral de la Embarazada
[illegible]	Esclerosis Múltiple Remitente Recurrente
[illegible]	Hepatitis B
[illegible]	Hepatitis C
[illegible]	Cáncer Colorectal 15 Años y Más
[illegible]	Cáncer de Ovario Epitelial
[illegible]	Cáncer Vesical 15 Años y Más
[illegible]	Osteosarcoma 15 Años y Más
[illegible]	TTO OX. Válvula Aórtica 15 Años y Más
[illegible]	Trastorno Bipolar 15 Años y Más
[illegible]	Hipotiroidismo 15 Años y Más
[illegible]	Tratamiento Hipoacusia Menor 2 Años
[illegible]	Lupus Eritematoso Sistémico
[illegible]	TTO OX. Válvulas Mitral y Tricúspide 15 Años y Más
[illegible]	Tratamiento Erradicación Helicobacter Pylori

Los Examens y/o procedimientos derivados a la Red , permiten complementar el estudio de los pacientes, durante el periodo enero a octubre las derivaciones son :

EXAMEN Y / O PROCEDIMIENTO	N° DERIVACIONES
ECOTOMOGRAFIA ABDOMINAL	105
ECOTOMOGRAFIA MAMARIA	20
ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA	59
MAMOGRAFIAS	215



Fuente: Plataforma Rf-CRF , octubre 2016

CONVENIOS COMPLEMENTARIOS

En el marco de la Reforma de Salud, cuyos principios orientadores apuntan a la Equidad, Participación, Descentralización y Satisfacción de los Usuarios, de las prioridades programáticas emanadas del Ministerio de Salud y de la modernización de la Atención Primaria e incorporando a la Atención Primaria de Salud como área y pilar fundamental en el proceso de cambio a un nuevo modelo de atención, el Ministerio de Salud, ha impulsado diferentes Programa de Apoyo para la Atención Primaria, cuyo propósito es optimizar la calidad técnica y capacidad resolutiva de los establecimientos de Atención Primaria de Salud en sus aspectos preventivos, asistenciales, curativos y de control epidemiológico, con un Enfoque de salud familiar e integral de forma ambulatoria, como una forma efectiva de contribuir a la mejoría de la atención de salud en este nivel y a lo largo de la red asistencial, son :

N°	Programa	RES. EX. N°	FECHA	Monto Total	OBJETIVO DEL PROGRAMA
1	**CONVENIO PROGRAMA DE MEJORIA DE LA EQUIDAD EN SALUD RURAL**	**950**	**21-03-2016**	**$ 71.068.288.-**	**Otorgar:** • Cobertura y calidad en la atención en población rural. • Sistemas de comunicación de postas rurales. • Innovaciones en el modelo integral de atención de las poblaciones rurales
2	**CONVENIO PROGRAMA DE CENTROS COMUNITARIOS DE SALUD FAMILIAR (CECOSF)**	**1731**	**06-06-2016**	**$ 57.595.558.-**	• Acercar la salud y la atención de salud a las personas, contribuyendo a mantener sana su población a cargo ejerciendo el rol de copartícipe con la comunidad en el cuidado de la salud de sus familias, principalmente a través de la promoción, prevención y fortalecimiento del autocuidado. En coordinación con la Red Asistencial y en complementariedad con el Depto. de Salud Municipal base aumentando con calidad y calidez en el trato el acceso, la equidad, oportunidad y resolución de los problemas de salud de las personas y comunidades.
3	**PROGRAMA DE APOYO AL DESARROLLO BIO PSICOSOCIAL "CHILE CRECE CONTIGO"**	**949**	**21-03-2016**	**$ 12.829.000.-**	• Atención integral, sistemática y periódica con un enfoque biopsicosocial que se otorga a la gestante con la participación de su pareja u otra persona significativa. Se inicia con el ingreso al control prenatal en el cual se consideran esenciales, tanto el establecimiento de una relación de ayuda entre la gestante y la matrona/ Matrón, como la evaluación del riesgo biopsicosocial, con estos antecedentes se diseña el plan de salud personalizado y se priorizan las posteriores actividades que incluyen la atención de las gestantes
4	**PROGRAMA ODONTOLOGICO GES**	**629**	**24-02-2016**	**$ 2.760.448.-**	• Atención dental en niños de 6 años. Busca garantizar la atención odontológica integral en APS a las niñas y niños de 6 años. • Atención dental en embarazadas. GES Salud oral de la embarazada. Busca garantizar la atención odontológica integral a las gestantes, primigestas o multíparas del país. • Atención odontológica adulto de 60 años. GES Salud oral integral del adulto de 60 años. Consiste en asegurar la atención odontológica integral, incluida la rehabilitación protésica si corresponde, a los adultos de 60 años del país.
5	**PROGRAMA ODONTOLOGICO INTEGRAL**	**627**	**24-02-2016**	**$ 40.381.775.-**	• Realizar endodoncia en APS, aumentando la resolutividad en este nivel de atención. • Realizar prótesis removibles en APS, aumentado la resolutividad en este nivel de atención • Atención odontológica integral Más sonrisas Chile, en mujeres mayores de 15 años. Esto es otorgar atención odontológica o grupos priorizados y especialmente vulnerables. • Auditorías clínicas de las altas odontológicas integrales Más Sonrisas para Chile, esto es asegurar que las prestaciones odontológicas realizadas cumplan con criterios de calidad y satisfacción usuaria.

6	**PROGRAMA MEJORAMIENTO ACCESO ODONTOLOGICO**	**681**	**26-02-2016**	**$ 30.364.274.-**	• Se entiende por atención odontológica en extensión horaria a la actividad recuperativa que se brinda a un adulto de 20 años o más, de lunes a jueves en 3 horas cronológicas vespertinas, los días viernes en 4 horas cronológicas vespertinas y los días sábados en 4 horas durante la mañana. • 20 horas semanales con un rendimiento de 2 – 3 pacientes por hora. • Se entiende por atención odontológica en horario compatible con el usuario, a la actividad recuperativa que se brinda al adulto de 20 años y más, proveniente de zonas de alta ruralidad y dispersión geográfica que pueden ajustar la atención según realidad local.
7	**PROGRAMA SEMBRANDO SONRISAS**	**355**	**05-02-2016**	**$ 1.563.225.-**	• Promoción y Prevención de la Salud Bucal parvularia • Diagnóstico de Salud Bucal en población parvularia • Prevención individual específica en población parvularia
8	**PROGRAMA DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS**	**576**	**19-02-2016**	**$ 6.336.605.-**	• Detección precoz y oportuna de cáncer de mama en etapas In Situ, I y II. • Detección precoz y derivación oportuna de displasia de caderas en niños y niñas de 3 meses. • Detección precoz y derivación oportuna de patología biliar y cáncer de vesícula.
9	**PROGRAMA PESPI**	**873**	**11-03-2016**	**$ 11.054.831.-**	• Contratación de recurso humano, para la formación de un equipo de salud en cada territorio (Temulemu y Didaico), el cual será definido en conjunto con las víctimas de cada sector, a saber Don Segundo Aniceto NorinCatriman de Didaico y Don Juan Segundo PichunCollonao de Temulemu. • Adquisición de: Insumos de salud, fármacos, exámenes de salud, traslados (movilización o combustible) y otros; tanto aquellos que emanen desde la medicina occidental, como de otras medicinas alternativas o sistema médico mapuche.
10	**PROGRAMA MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA**	**956**	**22-03-2016**	**$ 2.505.343.-**	• Consolidar el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en los establecimientos de atención primaria de salud, apoyando con la entrega de recursos anuales, exclusivamente para el plan de mejora de aquellos establecimientos que hayan cumplido con los requisitos señalados en el presente programa; evaluación, programación y realización de acciones orientadas a disminuir brechas en su implementación.
11	**PROGRAMA RESOLUTIVIDAD**	**1131**	**08-04-2016**	**$ 19.122.900.-**	**Resolución de Especialidades Ambulatorias:** ▪ Oftalmología. ▪ Otorrinolaringología. ▪ Gastroenterología
12	**PROGRAMA DE INMUNIZACIÓN DE INFLUENZA CAMPAÑA VACUNACION**	**582**	**19-02-2016**	**$ 211.234.-**	• Apoyar estrategia de inmunización contra la influenza 2016 y que tiene por objeto realizar la Vacunación contra la Influenza, para inmunizar a todos los niños

					y niñas entre 06 y 23 meses de edad, embarazadas a partir de la 13ª semana de gestación, personas de 65 años y más, trabajadores de avícolas y de criaderos de cerdos, personas portadoras de condiciones de riesgo definidas en la circular citada más abajo y todos los trabajadores, y voluntarios o estudiantes que desempeñen labores en establecimientos públicos o privados autorizados por el director del centro asistencial correspondiente
13	**CONVENIO PROGRAMA DE CAPACITACION Y FORMACION DE LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD EN LA RED ASISTENCIA - CAPACITACION UNIVERSAL**	**1012**	**24-03-2016**	**$ 578.587.-**	• Capacitación Universal, ejecución Programa de Capacitación Municipal.
14	**CONVENIO PROGRAMA ODONTOLÓGICO HOMBRES DE ESCASOS RECURSOS**	**654**	**25-02-2016**	**$ 1.476.882.-**	• Atención odontológica integral para hombres de escasos recursos. Esto es otorgar atención odontológica a hombres priorizados y especialmente vulnerables.
15	**APOYO A LA GESTION CASO NORIN CATRIMAN**	**1914**	**21-06-2016**	**$ 85.422.580.-**	• Contratación de recurso humano, para la formación de un equipo de salud en cada territorio (Temulemu y Didaico). • Adquisición de: Insumos de salud, fármacos, exámenes de salud, traslados (movilización o combustible) y otros; tanto aquellosque emanen desde la medicina occidental, como de otras medicinas alternativas o sistema médico mapuche
16	**ESPACIO AMIGABLE**	**2622**	**30-08-2016**	**$ 6.178.337.-**	**Nivel local:** • Brindar atención de tipo integral y facilitar el accesode las y los adolescentes al sistema de salud. • Entregar oportunidad, calidad y pertinencia en la atención de los y las adolescentes. • Fortalecer la continuidad de la atención de los y las adolescentes de nuestra comuna mediante la derivación efectiva y oportuna. • Fortalecer el trabajo con el inter-sector para realizar actividades de promoción y prevención, dirigidas a la población adolescente
17	**APOYO A LA GESTION - ATENCIÓN DOMICILIARIA**	***2162***	***11-07-2016***	**$ 2.000.000.-**	• Adquisición de insumos de enfermería en apoyo al Programa de Atención Domiciliaria a Personas con Dependencia Severa.
				$ 351.449.867	

DIAGNÓSTICO EPIDEMIOLÓGICO

Contextualización de la población beneficiaria:

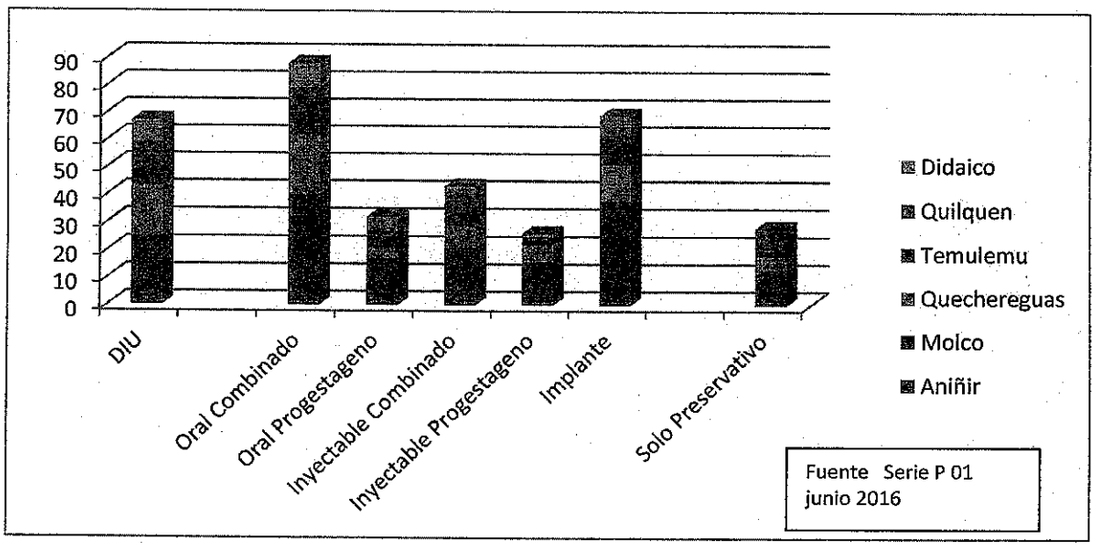
Para el año 2017 la población Inscrita Validada corresponde a un total de **4602** usuarios, correspondiendo a un aproximado de 921 familias, con un promedio de 5 integrantes por hogar. Los beneficiarios ha atender corresponden en un 100 % a familias rurales, con un porcentaje de población de la etnia mapuche del 80%.

CICLO VITAL DE LA MUJER:

Tabla N° 1: Población Femenina Bajo control en Postas y Estaciones Medico Rurales segun Metodo de Regulacion de Fecundidad, a Junio del 2016:

Método de Regulación	Aniñir	Molco	Quechereguas	Temulemu	Quilquen	Didaico
DIU	10	15	18	6	10	8
Oral Combinado	15	25	22	8	9	9
Oral Progestageno	7	10	4	4	2	5
Inyectable Combinado	11	10	8	5	6	3
Inyectable Progestageno	8	8	6	2	1	1
Implante	15	23	13	8	3	7
Solo Preservativo	9	4	5	2	8	0

Grafico N°1: Distribucion de Poblacion Femenina de Acuerdo a Metodo de Regulacion de Fecundidad, Junio 2016.

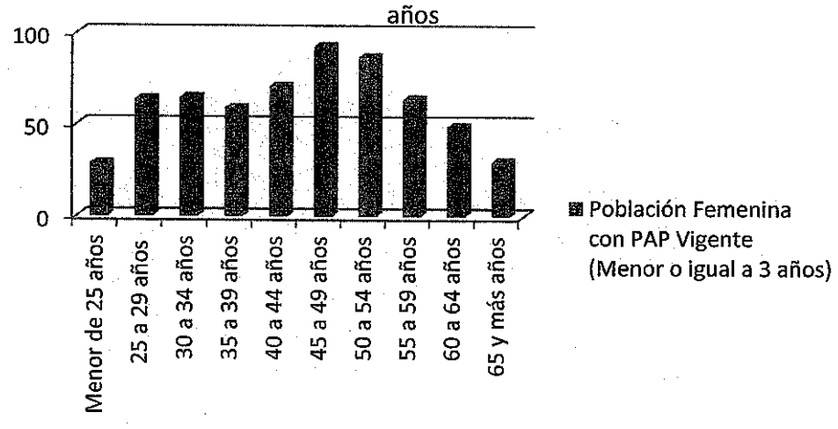


Dentro de los métodos de regulacion de fecundidad disponibles en atencion primaria para la poblacion bajo control , se puede apreciar que los metodos orales hormonales son seguidos de otras opiones como el implanon.

Tabla N° 2 : Población Femenina bajo control en programa de Prevencion de Cancer Cervicouterino con Pap Vigente , Junio 2016.

GRUPOS DE EDAD (en años)	Población Femenina con PAP Vigente (Menor o igual a 3 años)
Menor de 25 años	29
25 a 29 años	64
30 a 34 años	65
35 a 39 años	59
40 a 44 años	71
45 a 49 años	93
50 a 54 años	87
55 a 59 años	64
60 a 64 años	49
65 y más años	30
TOTAL	**611**

Gráfico N° 2 : Población Femenina de Postas de Salud y Estaciones Medico Rurales con Pap Vigente menor o igual a 3 años



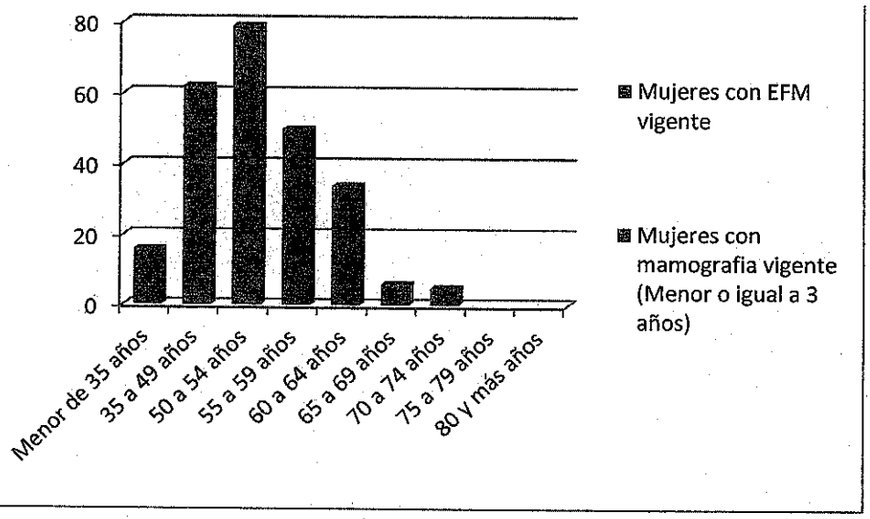
Del total de poblacion femenina bajo control en postas y estaciones medico rurales, el mayor numero de controles se encuentran en el rango etareo de 40 a 59 años de edad.

Tabla N° 4: Distribución de la Población femenina bajo control en las Postas Rurales y Estaciones Medico Rurales de acuerdo al Exámen fisico de mama y mamografia Vigente, Junio 2016.

GRUPO DE EDAD (en años)	Mujeres con EFM vigente	Mujeres con mamografia vigente (Menor o igual a 3 años)
Menor de 35 años	16	16
35 a 49 años	62	62
50 a 54 años	79	79
55 a 59 años	50	50
60 a 64 años	34	34
65 a 69 años	6	6
70 a 74 años	5	5
75 a 79 años	0	0
80 y más años	0	0
TOTAL	252	252

Fuente P12 Junio 2016

Grafico N° 4: Distribución de la población femenina bajo control de acuerdo a EFM y Mamografia Vigente, Junio 2016.



El 100 % de las mujeres con mamografia vigente posee su examen fisico de mama vigente.

Tabla N° 5: Gestantes bajo control con ecografia antes de las 14 semanas de gestación, junio 2016. (Fuente P01, junio 2016)

Gestantes Ingresadas bajo Control	3
Gestantes con Ecografia antes de las 14 sem	3

El 100 % de las embarazadas que ingresan a control tiene su ecografia antes de las 14 semanas de gestación.

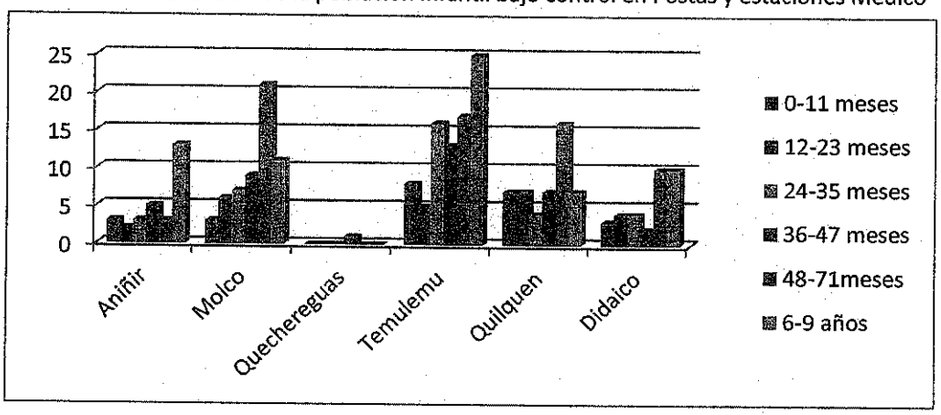
CICLO VITAL INFANTIL – ADOLESCENTE:

Tabla N° 6: Población Infantil bajo control en Postas y Estaciones Medico Rurales, junio 2016

Rango Edad	Aniñir	Molco	Quechereguas	Temulemu	Quilquen	Didaico
0-11 meses	3	3	0	8	7	3
12-23 meses	2	6	0	5	7	4
24-35 meses	3	7	0	16	4	4
36-47 meses	5	9	1	13	7	2
48-71meses	3	21	0	17	16	10
6-9 años	13	11	0	25	7	10
Total	**29**	**57**	**1**	**84**	**48**	**33**

Fuente P02 Junio 2016

Gráfico N° 6: Distribución de la poblacion infantil bajo control en Postas y estaciones Medico



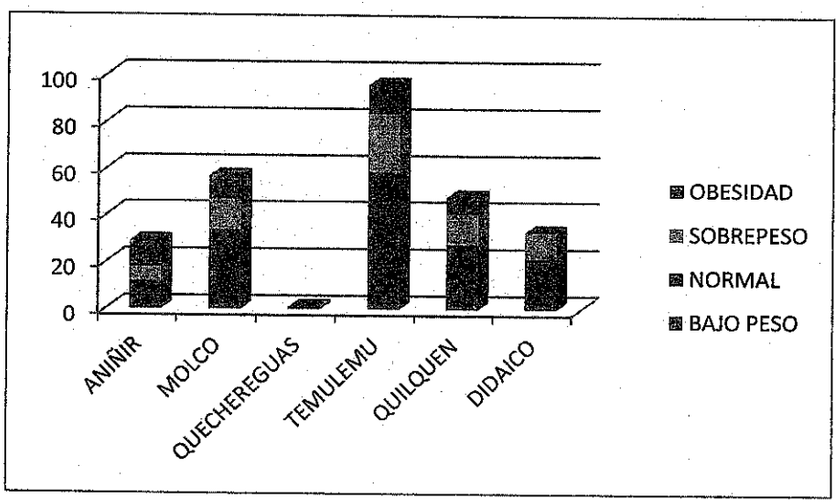
La poblacion Infantil bajo control en Postas y estaciones Medico Rurales se encuentra dispersa en los distintos sectores , predomina el grupo etareo de preescolares y escolares .De acuerdo a sectores Temulemu , Molco y Quilquen tienen un mayor numero de menores bajo control . Cabe señalar que estas Postas tienen el mayor número de estaciones medico rurales asociadas.

Tabla N° 7: Población Infantil bajo control en Postas y Estaciones Medico Rurales de acuerdo a estado Nutricional, junio 2016.

	BAJO PESO	NORMAL	SOBREPESO	OBESIDAD
ANIÑIR	2	10	6	11
MOLCO	3	31	13	10
QUECHEREGUAS	0	0	0	1
TEMULEMU	1	58	25	12
QUILQUEN	0	28	13	7
DIDAICO	1	21	11	0
TOTAL	**7**	**148**	**68**	**41**

Fuente P02, junio 2016.

Grafico N ° 7: DISTRIBUCION DE LA POBLCION INFANTIL BAJO CONTROL DE ACUERDO A ESTADO NUTRICIONAL Y SECTOR. JUNIO 2016.



De acuerdo al Estado Nutricional de la poblcion infantile bajo control, se tiene que existe un predominio de Estado Nutricional Normal , le siguen en poporcion los niños con alguna condicion de malnutrición por exceso donde el Sobrepeso y la Obesidad se encuentran presentes en cada uno de los sectores de atención. Tambien es posible encontrar menores con bajo Peso que a la fecha se encuentran Normales.

LACTANCIA MATERNA EN MENORES CONTROLADOS

TIPO DE ALIMENTACIÓN	SEGÚN COTROL PROGRAMÁTICO				
	Del 1° mes	Del 3° mes	Del 6° mes	Del 12° mes	Del 24° mes
MENORES CONTROLADOS	7	10	9	11	14
LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA	5	9	8	0	0
LACTANCIA MATERNA MAS SÓLIDOS	0	0	0	9	4

Fuente Rem A 03 Consolidado enero a octubre 2016

- **ACTIVIDADES QUE COMPROMETE LA CLINICA DE LACTANCIA MATERNA :**

1. **Consulta Box** : Anamnesis de la situación -Evaluación de la Técnica de Amamantamiento –Valoración de la situación nutricional de la dupla Madre/Hijo-
   Educación beneficios de la Lactancia materna –Acuerdos tomados.
2. **Citación de acuerdo a la valoración encontrada** : Semanal – cada 15 días
3. **Coordinación** para realizar visita Domiciliaria Integral: Detectar factores de riesgo y protectores de la Lactancia Materna.
4. **Derivación** a otros Integrantes del Equipo de Salud: Matrona-As Social –Otro.
5. Los integrantes del equipo de la Clínica de Lactancia deberán disponer de un teléfono celular el que se ira rotando por los integrantes semanalmente : Su Objetivo es disponer de una **ALERTA MAMA** .
   La **ALERTA MAMA** : Permitirá coordinar en forma temprana la atención de Urgencia que se requiere para solucionar los problemas de lactancia durante el primer año de vida de los niños/as.
   Este Número de Teléfono se entregara a las Nodrizas en su primer control.

6. Semestralmente se entregara un Informe de las Actividades Realizadas al Comité de Lactancia materna del establecimiento.

Tabla N° 8: Población Infantil de 24 a 59 meses en control segun Resultado de la Evaluación del desarrollo psicomotor, Junio 2016.

Resultado Evaluación Desarrollo Psicomotor	Aniñir	Molco	Quechereguas	Temulemu	Quilquen	Didaico
Riesgo	1	5	0	3	1	0
Retraso	0	0	0	0	0	0

Fuente P02 Junio 2016

APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN EN EL NIÑO

ESCALAS	TOTAL	EVALUACIONES POR EDAD DEL NIÑO											
		Menor de 1 mes	1 mes	2 meses	3 meses	4 meses	5 meses	6 meses	7 - 11 meses	12 - 17 meses	18 - 23 meses	24 - 47 meses	48 - 59 meses
PAUTA BREVE	30	0	0	0	0	6	2	0	0	11	0	11	0
TEST DE DESARROLLO PSICOMOTOR	62	0	0	0	0	0	0	0	11	4	17	29	1

Fuente Rem SA-03 consolidado enero a octubre 2016

RESULTADO DE LA EVALUACION DEL DESARROLLO PSICOMOTOR

ACTIVIDAD	RESULTADO	TOTAL	POR EDAD					
			Menor 7 meses	7 - 11 meses	12 - 17 meses	18 - 23 meses	24 - 47 meses	48 - 59 meses
PRIMERA EVALUACIÓN	NORMAL	37	0	7	4	11	15	0
	NORMAL CON REZAGO	9	0	3	0	3	3	0
	RIESGO	7	0	0	0	2	5	0
	RETRASO	2	0	0	0	0	2	0
REEVALUACIÓN	NORMAL (de rezago)	2	0	0	0	0	2	0
	NORMAL (de riesgo)	5	0	1	0	1	2	1
	NORMAL (retraso)	0	0	0	0	0	0	0
	NORMAL CON REZAGO	0	0	0	0	0	0	0
	RIESGO	0	0	0	0	0	0	0
	RETRASO	0	0	0	0	0	0	0

Fuente Rem SA-03 consolidado enero a octubre 2016

RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DE PAUTA BREVE

RESULTADOS	TOTAL	POR EDAD											
		Menor de 1 mes	1 mes	2 meses	3 meses	4 meses	5 meses	6 meses	7 - 11 meses	12 - 17 meses	18 - 23 meses	24 - 47 meses	48 - 59 meses
NORMAL	27	0	0	0	0	6	2	0	0	10	0	9	0
ALTERADO	3	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0

Fuente Rem SA-03 consolidado enero a octubre 2016

RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DE PROTOCOLO NEUROSENSORIAL

RESULTADOS	TOTAL	POR EDAD	
		1 mes	2 meses
NORMAL	1	1	0
ANORMAL	0	0	0
MUY ANORMAL	0	0	0

Fuente Rem SA-03 consolidado enero a octubre 2016

Servicios de Estimulación

Objetivo General

- Apoyar la implementación del Sistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo a nivel comunal, a través de la oferta local de intervenciones adaptadas para una adecuada estimulación del desarrollo a fin que los niños(as) puedan desplegar al máximo sus potencialidades y capacidades.

Objetivos Específicos

- Potenciar el máximo despliegue de las capacidades de niños(as) en primera infancia que se encuentran en condición de rezago, riesgo, retraso y/o riesgo BPS en su desarrollo.
- Facilitar la adecuada articulación de apoyos específicos que requieren niños(as) en primera infancia.
- Apoyar a las familias, especialmente madre, padre y/o adulto responsable, de niños(as) en primera infancia, para la adecuada atención, cuidado y estimulación de sus hijos e hijas.

Servicio Itinerante de Estimulación

Esta modalidad permite ofrecer experiencias de estimulación al desarrollo integral de niños/as beneficiarios que viven en el sector rural de la comuna de Traiguén.

Las experiencias de estimulación y planes de intervención se desarrollan en las Postas, Estaciones Médico Rurales o en los domicilios de los beneficiarios.

Se organiza en torno a un calendario estable de trabajo en terreno.

Se considera, de manera complementaria, la entrega de material educativo con recomendaciones o sugerencias de actividades para que los padres y madres realicen con sus hijos e hijas, en el periodo que transcurre entre cada visita de la modalidad. Se consideran demostraciones prácticas (modelaje) de las actividades de estimulación recomendadas.

Etapas del proceso de intervención

- Ingreso
- Evaluación:
  - Evaluar contexto familiar del niño
  - Conocer detalles de la rutina del niño/a
  - Hipótesis diagnóstica
  - Vinculo terapéutico con el adulto y el niño/a
- Elaboración del plan de trabajo
  - Diseño del plan de intervención
  - Derivaciones a médico o especialistas (sólo niños con resultado retraso en el test)
- Ejecución plan de trabajo:
  - Ejecución de estimulación
  - Reunión con equipo cabecera (en caso necesario)
  - Dar seguimiento a derivaciones
  - Conexión con instituciones que se requiera de la red
- Cierre

Atenciones año 2016

Diagnóstico	Arrastre año 2015	Ingresos 2016	Sesiones realizadas
Rezago	6	8	63
Riesgo	13	7	110
Retraso	0	2	28
Otra Vulnerabilidad	4	5	27

Otras actividades realizadas en Modalidades de Apoyo al Desarrollo Infantil

- Actividades de Difusión (plazas ciudadanas, actividades de la red)
- Visitas Domiciliarias Integrales (conocer en terreno prácticas de estimulación, fomentar actividades de estimulación)
- Talleres
  - Pautas de Crianza con pertinencia intercultural
  - Fomento Motor menores de un año
  - Fomento de Lenguaje menores de un año

CONTROL DE SALUD INTEGRAL DE ADOLESCENTES CONVENIO JOVEN SANO

LUGAR DEL CONTROL, SEGÚN EDAD	10 A 14 AÑOS			15 A 19 AÑOS		
	AMBOS SEXOS	HOMBRES	MUJERES	AMBOS SEXOS	HOMBRES	MUJERES
EN ESPACIO AMIGABLE/DIFERENCIADO (Sin Convenio Espacios Amigables)	0	0	0	0	0	0
EN OTROS ESPACIOS DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD	24	9	15	2	0	2
EN ESTABLECIMIENTOS EDUCACIONALES	2	2	0	7	5	2
OTROS LUGARES FUERA DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD	0	0	0	0	0	0
TOTAL DE APLICACIONES	26	11	15	9	5	4

Fuente Rem A 01 consolidado enero-octubre 2016

CONTROL DE SALUD INTEGRAL DE ADOLESCENTES CONVENIO ESPACIO AMIGABLE

LUGAR DEL CONTROL, SEGÚN EDAD	10 A 14 AÑOS			15 A 19 AÑOS		
	AMBOS SEXOS	HOMBRES	MUJERES	AMBOS SEXOS	HOMBRES	MUJERES
EN ESPACIO AMIGABLE/DIFERENCIADO	21	12	9	1	0	1

Fuente Rem A 01 consolidado enero-octubre 2016

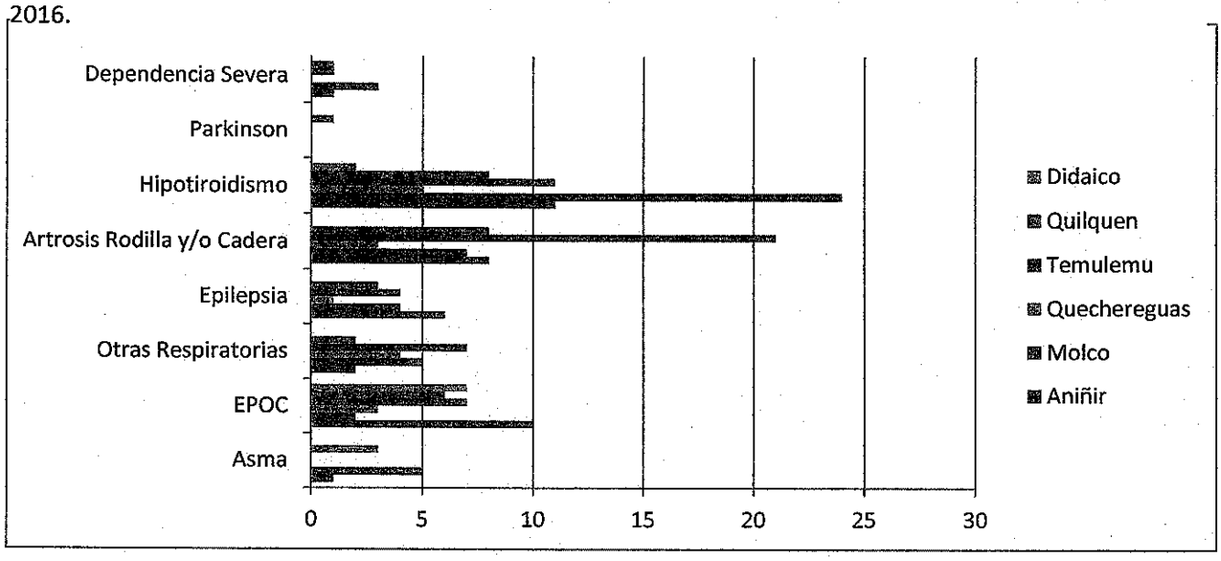
CICLO VITAL DEL ADULTO - ADULTO MAYOR

Tabla N° 9: Población Vigente Bajo control por otros Problemas de Salud a junio, 2016

Problema de Salud	Aniñir	Molco	Quechereguas	Temulemu	Quilquen	Didaico
Asma	1	5	0	0	3	0
EPOC	10	2	3	7	6	7
Otras Respiratorias	2	5	4	7	2	0
Epilepsia	6	4	1	4	3	0
Artrosis Rodilla y/o Cadera	8	7	3	21	8	0
Hipotiroidismo	11	24	5	11	8	2
Parkinson	0	0	0	0	1	0
Dependencia Severa	1	3	0	1	1	0

Fuente Serie P03, junio 2016.

Gráfico N° 9 : Distribución de la Poblacion Bajo Control de acuerdo a otros Problemas de Salud a junio 2016.



La mayor demanda de controles en la Poblacion adulta Bajo Control es por los Problemas de salud que son patologias AUGE de responsabilidad de Atencion primaria como es el Hipotiroidismo , la Artrosis de Rodilla y/o Cadera en mayor de 55 años de edad y la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica

La Dependencia Severa cuantificada en esta tabla en la poblacion rural bajo control nos da cuenta de la importancia del autocuidado y manejo oportuno para evitar las complicaciones que conlleva el envejecimiento.

PROGRAMA DE SALUD MENTAL:

La metodología de trabajo en el programa de Salud Mental se articula en dos grandes lineamientos de trabajo, el primero de ellos hace referencia a la promoción/prevención que se traduce en la ejecución de talleres de educación para la salud los cuales son planificados anualmente y dirigidos a toda la comunidad de cada sector rural en temáticas relacionadas a la Salud Mental y que van de la mano a las necesidades y problemáticas de la población beneficiaria históricamente identificadas (violencia intrafamiliar, violencia de género, consumo de alcohol, autocuidado en salud mental, estilos de crianza inadecuados, sexualidad adolescente, comunicación efectiva, entre otros). Estas actividades se realizan tanto a nivel interno (sólo el equipo de salud mental) como también a través de un trabajo conjunto con el intersector y organizaciones sociales de base lo cual brinda un mayor impacto a la población (escuelas, jardines infantiles, agrupaciones y comités de salud).

El segundo lineamiento hace alusión al tratamiento integral de los trastornos mentales los cuales son pesquisados/diagnosticados por el médico en una primera instancia y derivados a la dupla psicosocial para su posterior intervención paralelamente al tratamiento farmacológico si corresponde o bien realizando la interconsulta si concierne a un trastorno de nivel secundario de atención. La intervención puede contemplar la Consulta de Salud Mental, la Consulta de Psicólogo, la Visita Domiciliaria Integral y la Intervención Psicosocial Grupal.

Por otra parte, la pesquisa de problemáticas de salud mental (violencia intrafamiliar, consumo riesgoso de alcohol) pueden ser identificados por cualquier profesional o TENS para su derivación a la dupla psicosocial que corresponda según el sector sin necesariamente pasar por médico en primera instancia y donde se realizan las mismas prestaciones para el tratamiento de los trastornos mentales variando el enfoque teórico de intervención.

El Programa de Salud Mental también incorpora el registro constantemente actualizado de la población que permanece bajo control en el tratamiento de trastornos mentales diagnosticados o que presentan factores de riesgos/condicionantes de la salud mental. De esta manera se evalúa la meta de cobertura de atención integral a personas de 5 y más años con diagnóstico de trastornos mentales el cual se cumple según lo negociado año 2016 (13%).

POBLACION BAJO CONTROL EN PROGRAMA DE SALUD MENTAL

SECTOR	N°
ANIÑIR	26
MOLCO	38
QUECHEREGUAS	11
TEMULEMU	26
QUILQUEN	39
DIDAICO	12
TOTAL	152

Fuente P06 junio 2016.

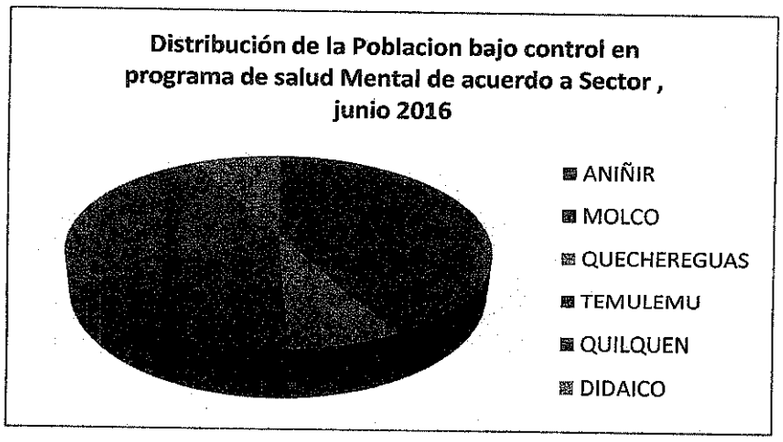
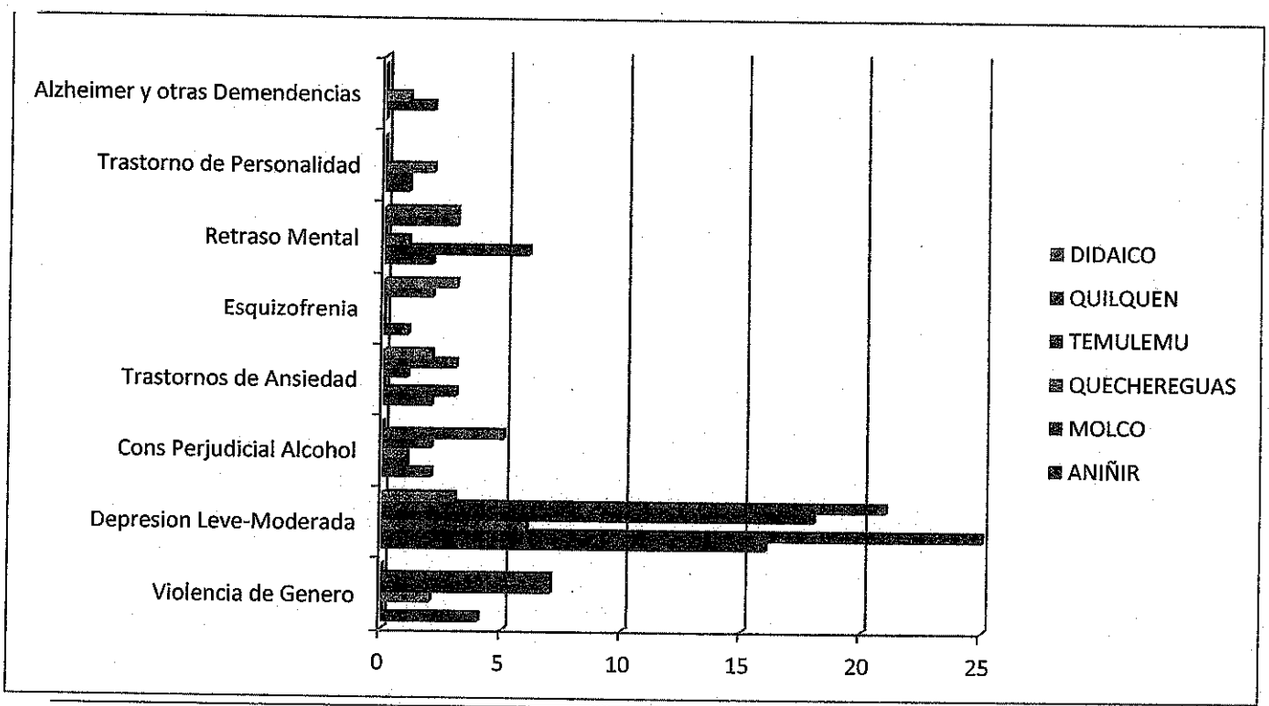


Tabla N° 10: Población Bajo Control de Postas y Estaciones Medico Rurales en el Programa de Salud Mental Junio 2016.

Problema de Salud Mental	ANIÑIR	MOLCO	QUECHEREGUAS	TEMULEMU	QUILQUEN	DIDAICO
Violencia de Genero	4	0	2	7	7	0
Depresion Leve-Moderada	16	25	6	18	21	3
Cons Perjudicial Alcohol	2	1	1	2	5	0
Trastornos de Ansiedad	2	3	0	1	3	2
Esquizofrenia	1	0	0	0	2	3
Retraso Mental	2	6	1	0	3	3
Trastorno de Personalidad	1	1	2	0	0	0
Alzheimer y otras Demendencias	0	2	1	0	0	0

Fuente P06 , junio 2016

Gráfico N° 10: Distribución de la Población Bajo control en Programa de Salud Mental de acuerdo a Problema de Salud y Sector rural . Junio 2016



El principal motivo de Consulta al programa de Salud Mental es la Depresión Leve a Moderada que corresponde a una de las Patologías AUGE donde la atención primaria debe enfocar su accionar , el tratamiento integral de ella por lo que debe asegurar la continuidad de la atencion a traves del modelo integral se salud como es el enfoque familiar. La violencia de genero y el consumo perjudical de alcohol tambien se encuentran integrando los motives de consulta e ingreso a este programa.

PROGRAMA CARDIOVASCULAR

La estimación del Riesgo Cardiovascular permite:

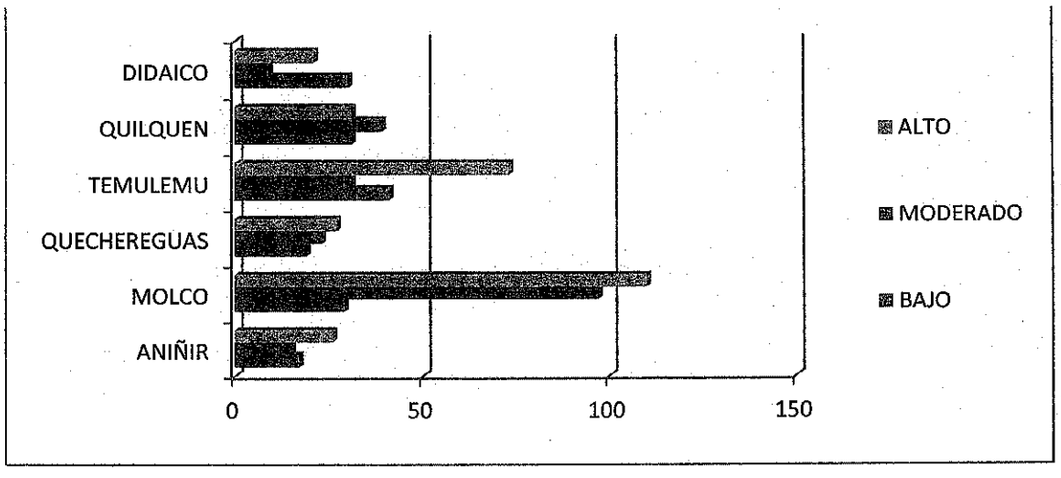
- Identificar a personas de alto riesgo que requieren intervenciones terapéuticas intensivas e inmediatas.
- Identificar a personas de riesgo moderado en quienes un tratamiento más enérgico puede evitar un evento CV en el futuro.
- Evitar el uso excesivo de fármacos en pacientes de bajo riesgo.
- Motivar a los pacientes a cambiar su estilo de vida.
- Optimizar el uso de los recursos disponibles.

Tabla N° 11: Población Bajo control en el Programa de Salud Cardiovascular de acuerdo a Riesgo cardiovascular y Sector, Junio 2016

RIESGO CARDIOVASCULAR	ANIÑIR	MOLCO	QUECHEREGUAS	TEMULEMU	QUILQUEN	DIDAICO
BAJO	17	29	19	41	31	30
MODERADO	15	97	23	31	39	9
ALTO	26	110	27	73	31	21
TOTAL	**58**	**236**	**69**	**145**	**101**	**60**

Fuente P04, Junio2016

Grafico N° 11: Distribución de la poblacion bajo control de acuerdo a Riesgo Cardiovascular y Sector, Junio 2016.



La clasificacion de acuerdo a Riesgo Cardiovascular facilita el abordaje integral de los factores que inciden en la compensación del problema de salud , a su vez permiten focalizar el accionar a quienes presentan un mayor riesgo de descompensación metabolica y los riesgos que ello conlleva. De acuerdo a la evaluacion a junio del 2016 se observa un predominio de condiciones de riesgo cardiovascular moderado y alto en todos los sectores.

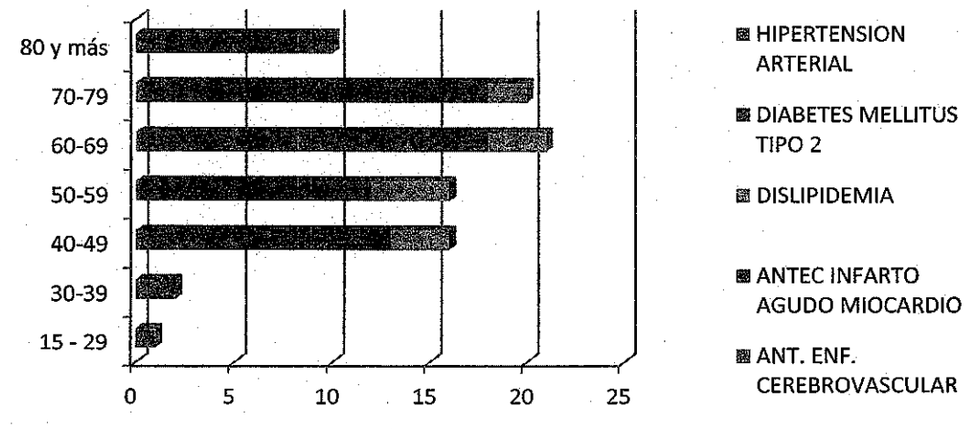
El mayor número de casos se relaciona con las Postas que tienen asociado mayor número de estaciones medico rurales a su Unidad.

Tabla N° 12: Poblacion Bajo Control en Programa de Salud Cardiovascular Posta Aniñir, Junio 2016.

	Rango de edad en años						
PROBLEMA DE SALUD	15 - 29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80 y más
HIPERTENSION ARTERIAL	1	1	6	6	14	13	6
DIABETES MELLITUS TIPO 2	0	1	7	6	4	5	4
DISLIPIDEMIA	0	0	3	4	3	2	0
ANTEC INFARTO AGUDO MIOCARDIO	0	0	0	0	0	0	0
ANT. ENF. CEREBROVASCULAR	0	0	0	0	0	0	0

Fuente: P04,Junio , 2016

Grafico N° 12 : Población bajo control en Programa cardiovascular , Posta Salud Rural Aniñir, Junio 2016



% COMPENSACION DE LA POBLACION BAJO CONTROL EN PROGRAMA CARDIOVASCULAR POSTA ANIÑIR , JUNIO 2016

	Poblac. Bajo Control	P/A < 140 / 90 mm Hg	% Compensación HTA
Hipertension Arterial	**47**	**32**	**68%**

	Poblac. Bajo Control	HbA 1 C < 7 %	% Compensacion DM
Diabetes Mellitus Tipo 2	**32**	**22**	**68,70%**

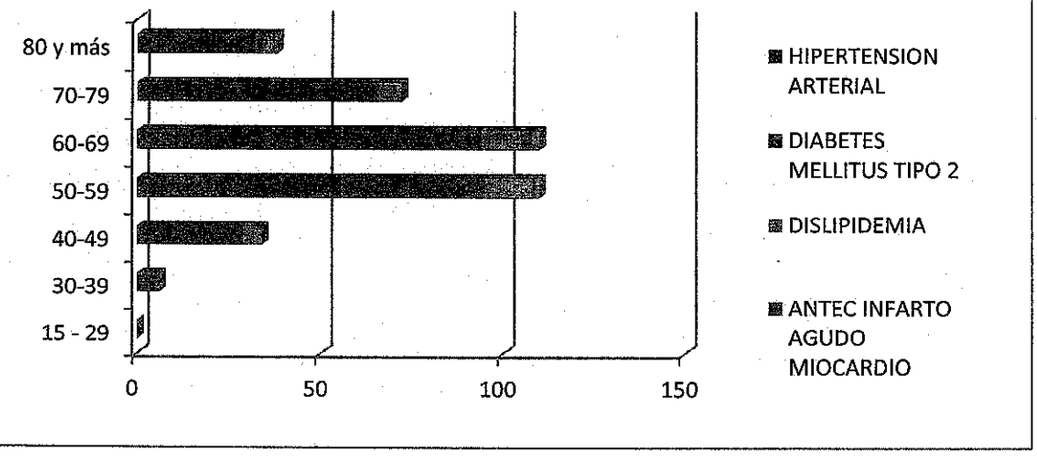
Se espera un 43% de compensación del total de personas de 15 y más años con Hipertensión Arterial Según prevalencia estimada.
Para Diabetes Mellitus Tipo 2, se espera un 18 % de personas de 15 y más años con HbAc 1 menor al 7% según prevalencia estimada

Tabla N ° 13 : Población Bajo Control en Programa de Salud Cardiovascular Posta Molco,Junio 2016.

PROBLEMA DE SALUD	Rango de edad en años						
	15 - 29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80 y más
HIPERTENSION ARTERIAL	0	4	22	59	61	46	25
DIABETES MELLITUS TIPO 2	0	2	7	36	33	20	7
DISLIPIDEMIA	0	0	5	13	11	5	5
ANTEC INFARTO AGUDO MIOCARDIO	0	0	0	0	0	0	0
TABAQUISMO	0	0	0	1	3		1
ANT. ENF. CEREBROVASCULAR	0	0	0	1	2	1	0

(Fuente: P04,Junio , 2016)

Grafico N° 13 : Distribución de la Población bajo control en Programa cardiovascular , Posta Salud Rural Molco, Junio 2016



% COMPENSACION DE LA POBLACION BAJO CONTROL EN PROGRAMA CARDIOVASCULAR POSTA MOLCO , JUNIO 2016

	Poblac. Bajo Control	P/A < 140 / 90 mm Hg	% Compensación HTA
Hipertension Arterial	**217**	**117**	**53,90%**

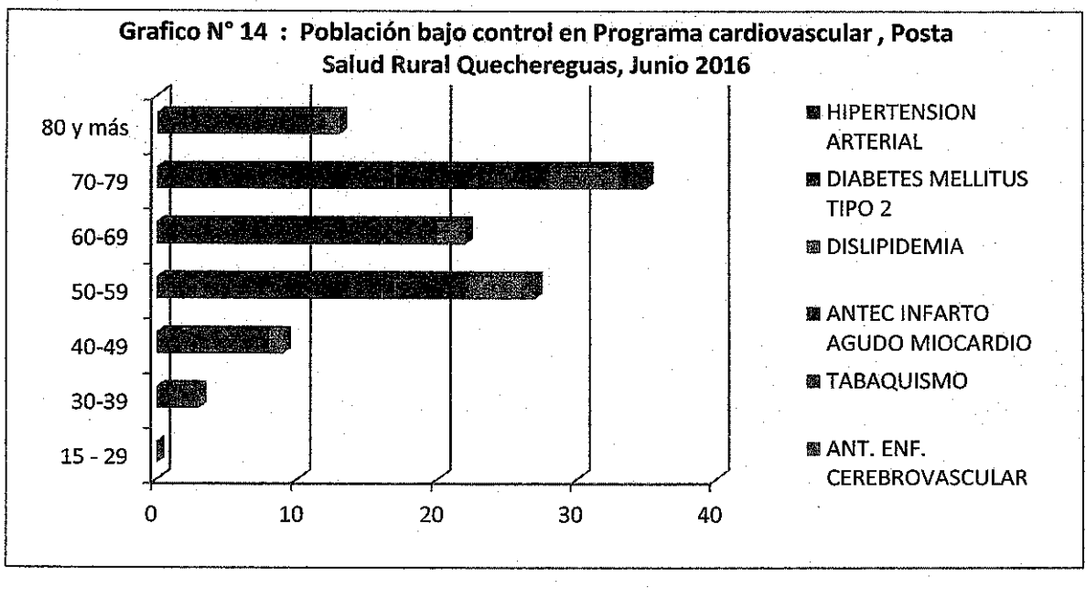
	Poblac. Bajo Control	HbA 1 C < 7 %	% Compensacion DM
Diabetes Mellitus Tipo 2	**105**	**29**	**27,60%**

Se espera un 43% de compensación del total de personas de 15 y más años con Hipertensión Arterial según prevalencia estimada.
Para Diabetes Mellitus Tipo 2, se espera un 18 % de personas de 15 y más años con HbAc 1 menor al 7% según prevalencia estimada

Tabla N ° 14: Poblacion Bajo Control en Programa de Salud Cardiovascular Posta Quechereguas, Junio 2016.

	Rango de edad en años						
PROBLEMA DE SALUD	15 - 29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80 y más
HIPERTENSION ARTERIAL	0	3	7	14	15	17	9
DIABETES MELLITUS TIPO 2	0	0	1	8	5	11	2
DISLIPIDEMIA	0	0	1	4	2	5	0
ANTEC INFARTO AGUDO MIOCARDIO	0	0	0	0	0	2	0
TABAQUISMO	0	0	0	1	0	0	1
ANT. ENF. CEREBROVASCULAR	0	0	0	0	0	0	1

Fuente: P04, Junio , 2016.



% COMPENSACION DE LA POBLACION BAJO CONTROL EN PROGRAMA CARDIOVASCULAR QUECHEREGUAS , JUNIO 2016

	Poblac. Bajo Control	P/A < 140 / 90 mm Hg	% Compensación HTA
Hipertension Arterial	65	35	53,80%

	Poblac. Bajo Control	HbA 1 C < 7 %	% Compensacion DM
Diabetes Mellitus Tipo 2	27	8	29,60%

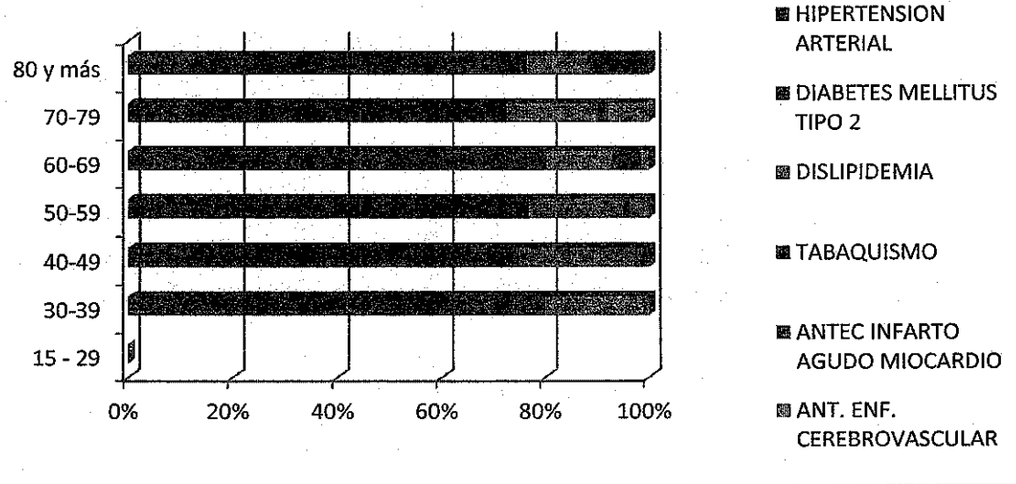
Se espera un 43% de compensación del total de personas de 15 y más años con Hipertensión Arterial según prevalencia estimada.
Para Diabetes Mellitus Tipo 2, se espera un 18 % de personas de 15 y más años con HbAc 1 menor al 7% según prevalencia estimada

Tabla N° 15: Poblacion Bajo Control en Programa de Salud Cardiovascular Posta Temulemu,Junio 2016.

	Rango de edad en Años						
PROBLEMA DE SALUD	15 - 29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80 y más
HIPERTENSION ARTERIAL	0	4	15	41	43	28	12
DIABETES MELLITUS TIPO 2	0	4	12	22	14	9	1
DISLIPIDEMIA	0	2	8	15	9	9	2
TABAQUISMO	0	0	0	1	4	0	2
ANTEC INFARTO AGUDO MIOCARDIO	0	0	1	0	0	1	0
ANT. ENF. CEREBROVASCULAR	0	0	0	3	1	4	0

(Fuente: P04,Junio , 2016)

Grafico N° 15 : Población bajo control en Programa cardiovascular , Posta Salud Rural Temulemu, Junio 2016



% COMPENSACION DE LA POBLACION BAJO CONTROL EN PROGRAMA CARDIOVASCULAR POSTA TEMULEMU , JUNIO 2016

	Poblac. Bajo Control	P/A < 140 / 90 mm Hg	% Compensación HTA
Hipertension Arterial	**143**	**72**	**50,30%**

	Poblac. Bajo Control	HbA 1 C < 7 %	% Compensacion DM
Diabetes Mellitus Tipo 2	**62**	**16**	**25,80%**

Se espera un 43% de compensación del total de personas de 15 y más años con Hipertensión Arterial según prevalencia estimada.

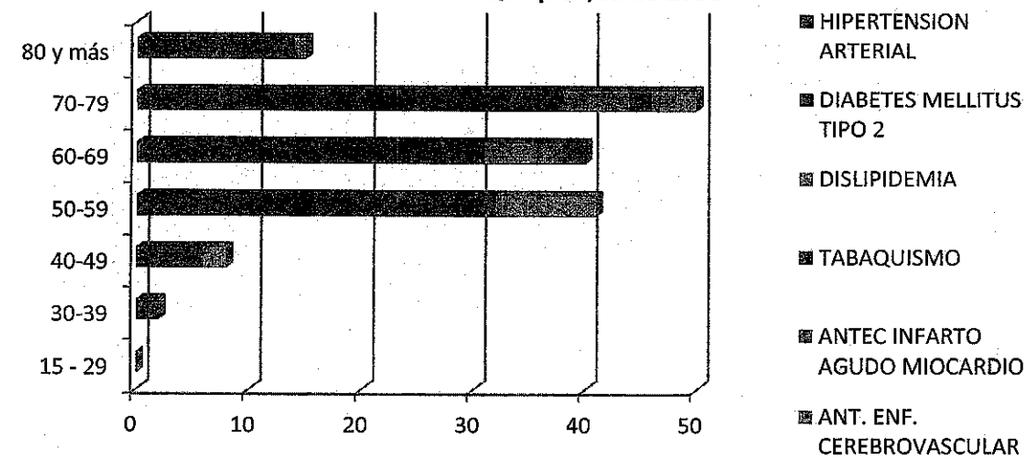
Para Diabetes Mellitus Tipo 2, se espera un 18 % de personas de 15 y más años con HbAc 1 menor al 7% según prevalencia estimada

Tabla N° 16 : Poblacion Bajo Control en Programa de Salud Cardiovascular Posta Quilquen ,Junio 2016.

PROBLEMA DE SALUD	Rango de edad en Años						
	15 - 29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80 y más
HIPERTENSION ARTERIAL	0	1	5	25	26	29	11
DIABETES MELLITUS TIPO 2	0	1	1	7	5	9	3
DISLIPIDEMIA	0	0	2	9	7	6	1
TABAQUISMO	0	0	0	0	2	2	0
ANTEC INFARTO AGUDO MIOCARDIO	0	0	0	0	0	0	0
ANT. ENF. CEREBROVASCULAR	0	0	0	0	0	4	0

Fuente: P04,Junio , 2016.

Grafico N° 16 : Población bajo control en Programa cardiovascular , Posta Salud Rural Quilquen, Junio 2016



% COMPENSACION DE LA POBLACION BAJO CONTROL EN PROGRAMA CARDIOVASCULAR POSTA QUILQUEN , JUNIO 2016

	Poblac. Bajo Control	P/A < 140 / 90 mm Hg	% Compensación HTA
Hipertension Arterial	**97**	**51**	**52,50%**

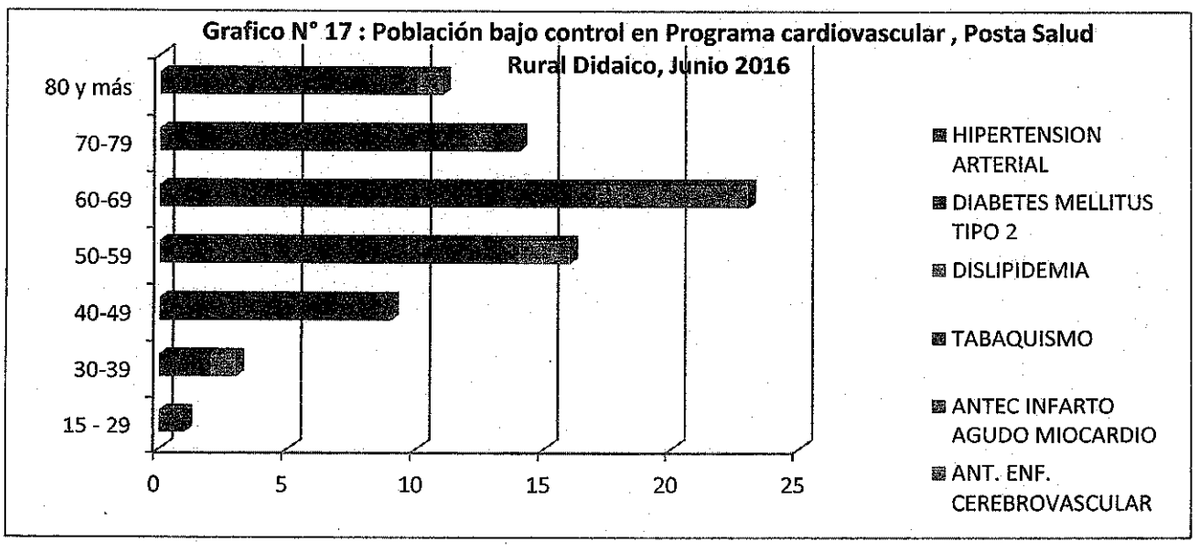
	Poblac. Bajo Control	HbA 1 C < 7 %	% Compensacion DM
Diabetes Mellitus Tipo 2	**26**	**12**	**46,10%**

Se espera un 43% de compensación del total de personas de 15 y más años con Hipertensión Arterial según prevalencia estimada.
Para Diabetes Mellitus Tipo 2, se espera un 18 % de personas de 15 y más años con HbAc 1 menor al 7% según prevalencia estimada

Tabla N ° 17: Poblacion Bajo Control en Programa de Salud Cardiovascular Posta Didaico, Junio 2016.

PROBLEMA DE SALUD	Rango de edad en Años						
	15 - 29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80 y más
HIPERTENSION ARTERIAL	1	1	7	11	13	8	8
DIABETES MELLITUS TIPO 2	0	1	2	3	4	4	2
DISLIPIDEMIA	0	1	0	2	6	1	1
TABAQUISMO	0	0	0	0	0	1	0
ANTEC INFARTO AGUDO MIOCARDIO	0	0	0	0	0	0	0
ANT. ENF. CEREBROVASCULAR	0	0	0	0	0	0	0

(Fuente: P04,Junio , 2016)



% COMPENSACION DE LA POBLACION BAJO CONTROL EN PROGRAMA CARDIOVASCULAR DIDAICO , JUNIO 2016

	Poblac. Bajo Control	P/A < 140 / 90 mm Hg	% Compensación HTA
Hipertension Arterial	**49**	**29**	**59%**

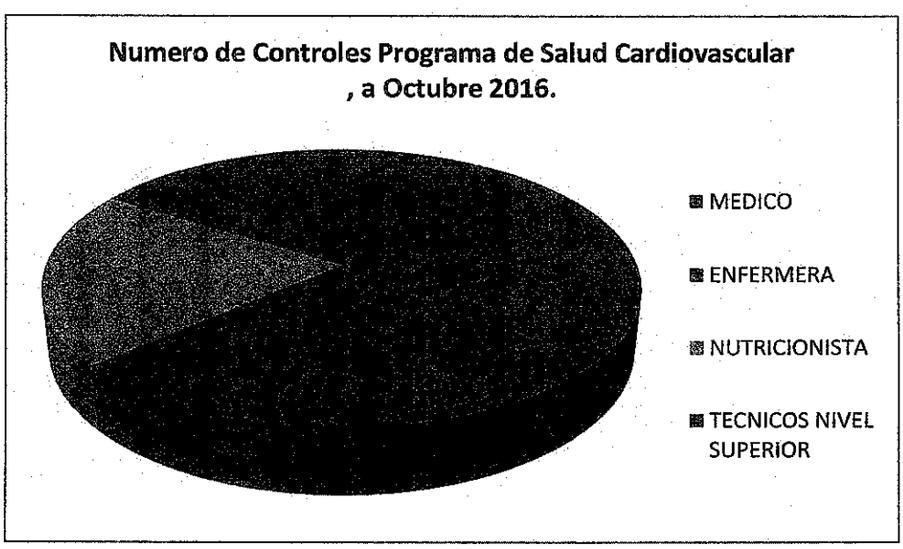
	Poblac. Bajo Control	HbA 1 C < 7 %	% Compensacion DM
Diabetes Mellitus Tipo 2	**16**	**5**	**31%**

Se espera un 43% de compensación del total de personas de 15 y más años con Hipertensión Arterial según prevalencia estimada.
Para Diabetes Mellitus Tipo 2, se espera un 18 % de personas de 15 y más años con HbAc 1 menor al 7% según prevalencia estimada

CONTROLES PROGRAMA SALUD CARDIOVASCULAR

PROFESIONAL	N° CONTROLES
MEDICO	1214
ENFERMERA	456
NUTRICIONISTA	538
TECNICOS NIVEL SUPERIOR	426
TOTAL CONTROLES	**2634**

Fuente REM SA-01 consolidado enero a octubre 2016



PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR:

Tabla N° 18: Población de Adultos Mayores de 65 años con Examen Funcional del Adulto Mayor Vigente a junio 2016.

	Numero de EFAM aplicados por sector, corte a junio 2016.					
RANGO EDAD	**ANIÑIR**	**MOLCO**	**QUECHEREGUAS**	**TEMULEMU**	**QUILQUEN**	**DIDAICO**
65 - 69 AÑOS	8	5	3	5	13	0
70 -74 AÑOS	6	13	6	9	8	3
75-79 AÑOS	0	9	6	2	14	0
80 Y MAS A	2	5	4	1	6	2

Fuente P 05, Junio 2016

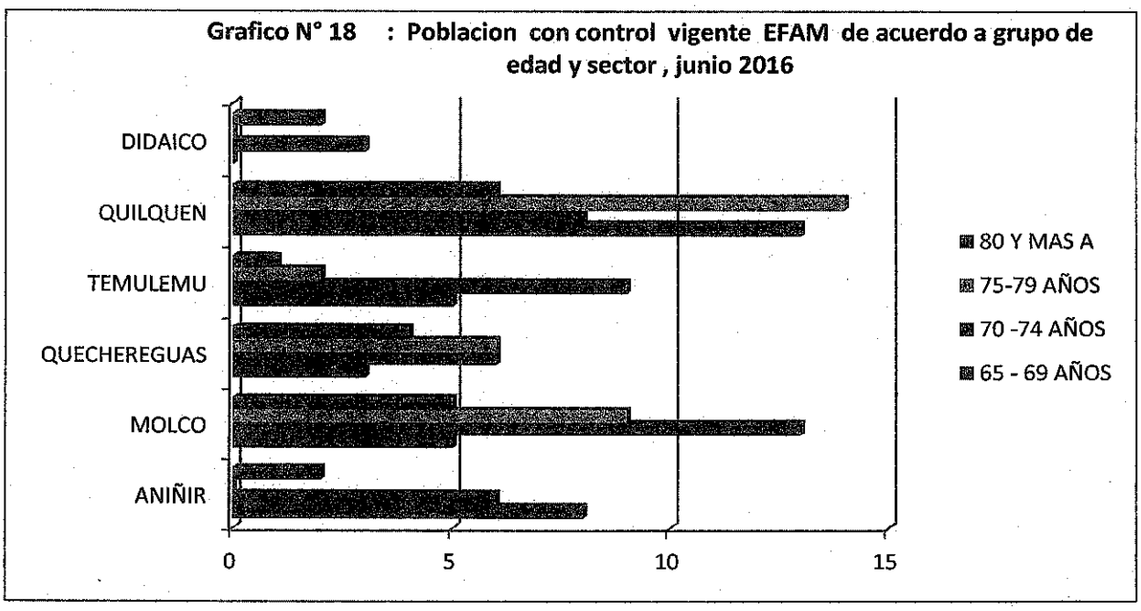
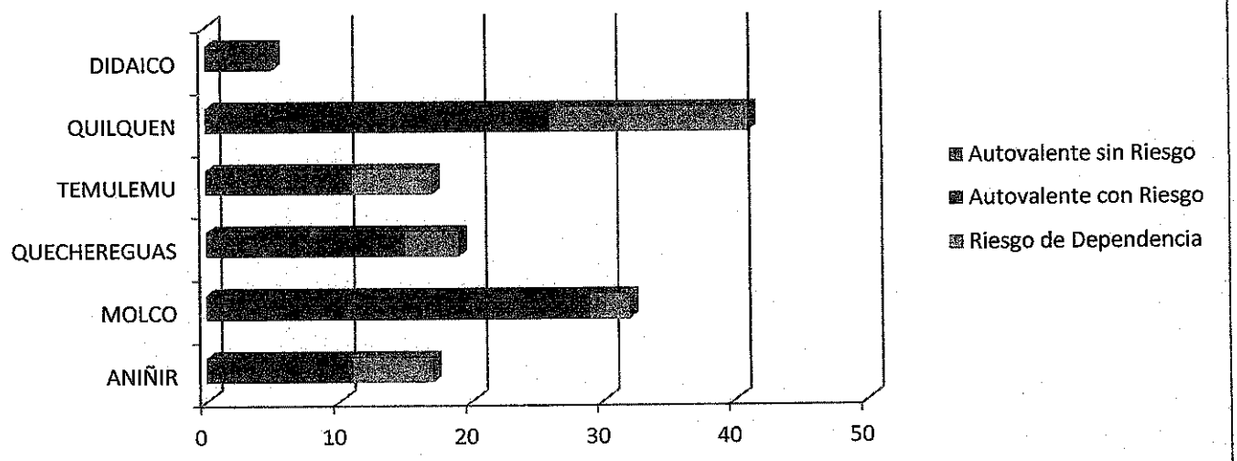


Tabla N° 19: Población de Adultos Mayores de 65 años de Postas y estaciones medico rurales segun Condición de Funcionalidad a junio 2016.

Condicion de Funcionalidad	ANIÑIR	MOLCO	QUECHEREGUAS	TEMULEMU	QUILQUEN	DIDAICO
Autovalente sin Riesgo	0	14	4	7	16	0
Autovalente con Riesgo	11	15	11	4	10	5
Riesgo de Dependencia	6	3	4	6	15	0

(Fuente P 05, Junio 2016)

Grafico N° 19 : Distribución de la poblacion mayor de 65 años bajo control de Postas y estaciones medico rurales segun condicion de funcionalidad ,junio 2016.



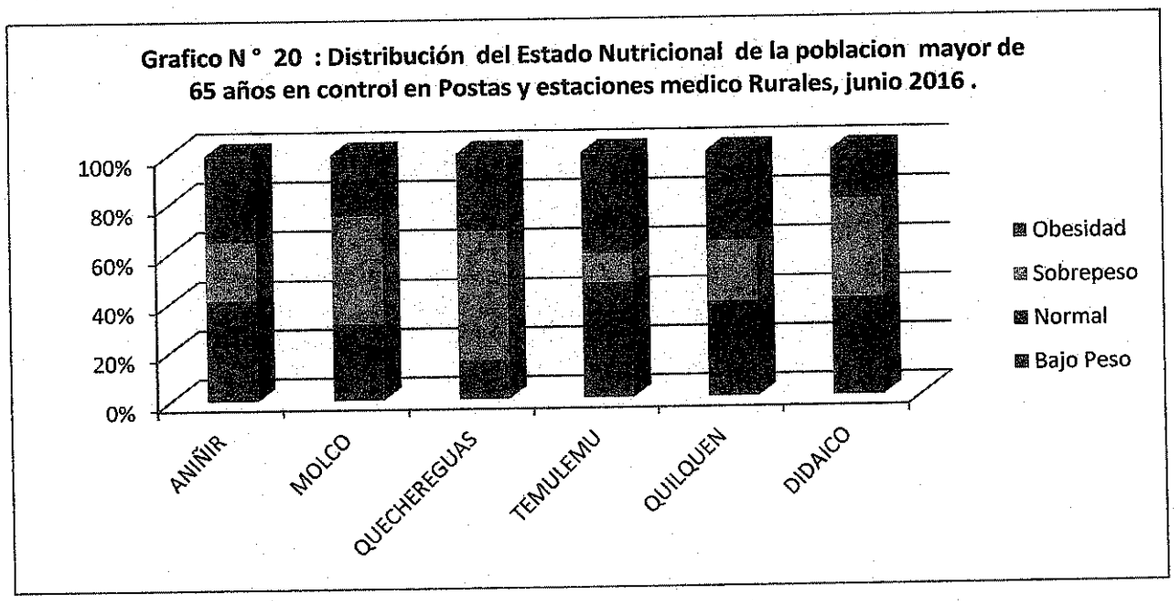
Funcionalidad:

Del total de adultos mayores con evaluación de funcionalidad 41 registran diagnóstico de Autovalente sin Riesgo, 56 corresponden a Autovalente con Riesgo. Se observa además que 34 tienen un diagnóstico de Riesgo de Dependencia. Es importante señalar que se realizan posteriormente planes de atención consensuados por el equipo de Salud de manera de efectuar intervenciones planificadas y un seguimiento adecuados de manera de evitar que se desarrolle mayor grado de dependencia en aquellos pacientes con factores de riesgo y de mantener laautovalencia.

Tabla N° 20: Estado Nutricional de la Población de Adultos Mayores de 65 años de Postas y estaciones medico rurales a Junio 2016.

	SECTOR					
Estado Nutricional	**ANIÑIR**	**MOLCO**	**QUECHEREGUAS**	**TEMULEMU**	**QUILQUEN**	**DIDAICO**
Bajo Peso	3	0	0	0	7	0
Normal	4	10	3	8	9	2
Sobrepeso	4	14	10	2	10	2
Obesidad	6	8	6	7	15	1

(Fuente P 05, Junio 2016)



Estado Nutricional:

Del total de adultos mayores con evaluación nutricional 10 registran diagnostico nutricional de Bajo Peso, 36 tienen un diagnostico nutricional Normal , y 85 registran una condición de malnutricion por exceso correspondiente a Sobrepeso y Obesidad.

Es importante señalar que a contar del año 2016 se produce una expansion del Programa de Alimentacion Complementaria del Adulto Mayor Y los pacientes que presentan alteracion de funcionalidad pueden accede a este beneficio a contar de los 65 años lo que facilita la adhesion a loscontroles

CONSULTAS Y CONTROLES PROGRAMA ODONTOLOGICO ENERO-OCTUBRE 2016.(Fuente Rem A 09 consolidado)

NIVEL - ACTIVIDAD	TOTAL
Consulta Tratamiento Odontológico	2.489
Consulta de Morbilidad Odontológica	1.156
Control post Alta	2
Consulta de Urgencia (GES)	90
Inasistencia a Consultas	1.034

OTRAS ACTIVIDADES DE ODONTOLOGÍA GENERAL

TIPO DE ACTIVIDAD	TOTAL
Educación Individual con instrucción de técnica de cepillado	448
Consejería breve en tabaco	0
Educación Grupal	235
Examen de Salud Oral	1.270
Aplicación de Sellante	1.201
Fluoruracion Tópica Barniz	382
Pulido coronario	105
Actividad Interceptiva de Anomalias Dento Maxilares (OPI)	5
Destartraje supragingival	535
Exodoncia	701
Pulpotomía	36
Restauración Provisoria	140
Restauración Estética	2.842
Restauración de Amalgamas	14
Obturaciones de vidrio Ionomero en diente temporal	134
Destartraje subgingival y Pulido radicular por Sextante	398
Desinfección Bucal Total	99
Procedimientos Médico-Quirúrgico	519
Radiografía Intraoral (Retroalveolares, Bite Wing y Oclusales)	15
Total Actividades	**9.079**

INGRESOS Y EGRESOS A TRATAMIENTOS EN ESTABLECIMIENTOS APS

TIPO DE INGRESO O EGRESO		TOTAL
Ingresos a tratamiento Odontología General		681
Altas Odontológicas Preventivas		6
Altas Odontológicas Integrales (Excluye Sección G)		403
Altas Odontológicas Totales		**550**
Egresos por abandono		0
Rechazo Urgencia		0
ÍNDICE ceod O COPD EN PACIENTES INGRESADOS ODONTOLOGIA GENERAL (Índice ceod se usa en menores de 7 años, para resto se utiliza COPD)	**0**	**7**
	1 a 2	**16**
	3 a 4	**100**
	5 a 6	**138**
	7 a 8	**100**
	9 o más	**235**
	TOTAL	**596**

ENFOQUES COMPLEMENTARIOS Y OTRAS ACCIONES TRANSVERSALES

Aplicación de Instrumento de Valoración del Desempeño en Comunidad (IVADEC-CIF).

	RESULTADO	TOTAL	RANGO DE EDAD						POR SEXO	
			12 - 23 meses	15 a 19 años	25 a 64 años	65 a 69 años	70 a 79 años	80 y más años	Hombres	Mujeres
Origen Fisico	DISCAPACIDAD LEVE	4	0	1	3	0	0	0	3	1
	DISCAPACIDAD MODERADA	4	0	1	3	0	0	0	2	2
	DISCAPACIDAD SEVERA	4	1	0	1	0	2	0	3	1
Origen Visual	DISCAPACIDAD SEVERA	1	0	0	1	0	0	0	1	0
	DISCAPACIDAD PROFUNDA	1	0	0	0	0	0	1	1	0
Origen Mental Intelectual	DISCAPACIDAD SEVERA	1	0	0	1	0	0	0	0	1
TOTAL		15	1	2	9	0	2	1	10	5

Fuente REM A 03 enero a octubre del 2016.-

EDUCACION GRUPAL

Tematicas abordadas en la Educación Grupal.

ESTIMULACIÓN DESARROLLO PSICOMOTOR		9
MALNUTRICION POR EXCESO		8
PREVENCIÓN DE ACCIDENTES		6
PREPARACIÓN PARA EL PARTO Y LA CRIANZA		2
PROMOCION DEL DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO	DEL LENGUAJE	6
	MOTOR	11
HABILIDADES PARENTALES	NADIE ES PERFECTO	26
AUTOCUIDADO		122
PREVENCION ALCOHOL Y DROGAS		62
ANTITABÁQUICA (excluye REM 23)		3
OTRAS AREAS TEMATICAS		25

Fuente Rem A27 Consolidado enero a octubre 2016

CONSEJERIA INDIVIDUAL

TEMATICA	N° CONSEJERIAS INDIVIDUALES
REGULACION DE FECUNDIDAD	71
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	115
CONSUMO DE DROGAS	27
ACTIVIDAD FISICA	184
ALIMENTACION SALUDABLE	372
TABAQUISMO	16
OTRAS AREAS TEMATICAS	92

Fuente Rem SA 19-A consolidado enero a octubre

VISITA DOMICILIARIA CON ENFOQUE FAMILIAR:

Motivo	TOTAL
Familia con niño prematuro	2
Familia con niño recien nacido	2
Familia con niño con déficit del DSM	9
Familia con niño malnutrido	2
Familia con niño con Riesgo Psicosocial (Excluye Vincular Afectivo)	12
Familia con adolescente en riesgo o problema psicosocial	7
Familia con integrante con patología crónica descompensada	37
Familia con adulto mayor dependiente (excluye dependiente severo)	30
Familia con adulto mayor con demencia	2
Familia con adulto mayor en riesgo psicosocial	19
Familia con gestante adolescente 10 a14 años	2
Familia con integrante con dependencia severa	13
Familia con otro riesgo psicosocial	65
Familia con integrante con problema de Salud Mental	17
TOTAL	**219**

Fuente Rem serie A 26 consolidado enero-octubre 2016

OTRAS VISITAS INTEGRALES ENMARCADAS EN CONTINUIDAD DE LA ATENCION:

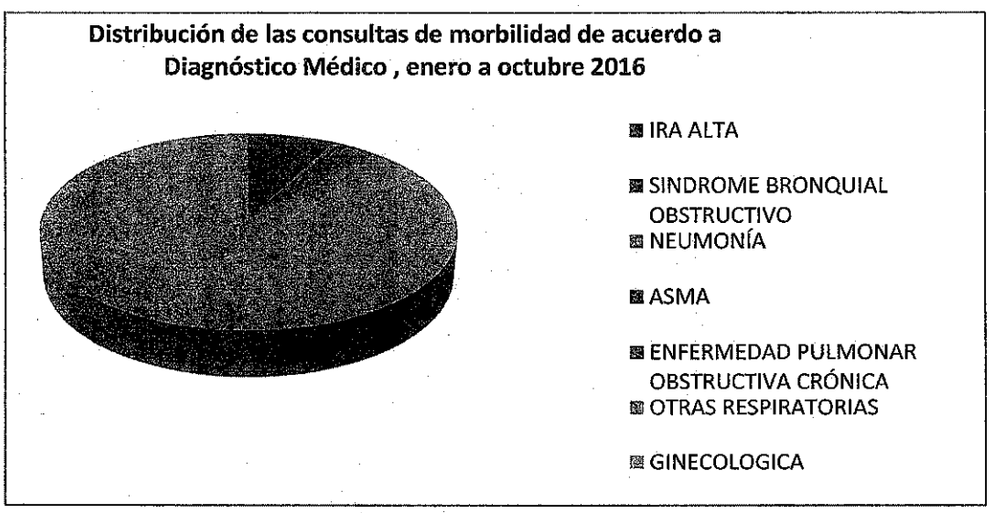
CONCEPTOS		PROFESIONAL	TÉCNICO PARAMÉDICO	PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA A PERSONAS CON DEPENDENCIA SEVERA
A PERSONAS CON DEPENDENCIA LEVE		**32**	**28**	0
A PERSONAS CON DEPENDENCIA MODERADA		**23**	**38**	0
A PERSONAS CON DEPENDENCIA SEVERA	ONCOLOGICOS	0	6	6
	NO ONCOLOGICOS	66	30	91
OTROS		125	165	0
VISITA DE SEGUIMIENTO A PERSONAS CON DEPEDENCIA SEVERA		**22**	**29**	**35**

Fuente Rem serie A 26 consolidado enero-octubre 2016

Consultas Médicas de morbilidad según Diagnóstico Medico :

TIPO DE CONSULTA	TOTAL DE CONSULTAS
TOTAL	1.496
IRA ALTA	110
SINDROME BRONQUIAL OBSTRUCTIVO	5
NEUMONÍA	8
ASMA	5
ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA	46
OTRAS RESPIRATORIAS	55
GINECOLOGICA	2
OTRAS MORBILIDADES	1.265

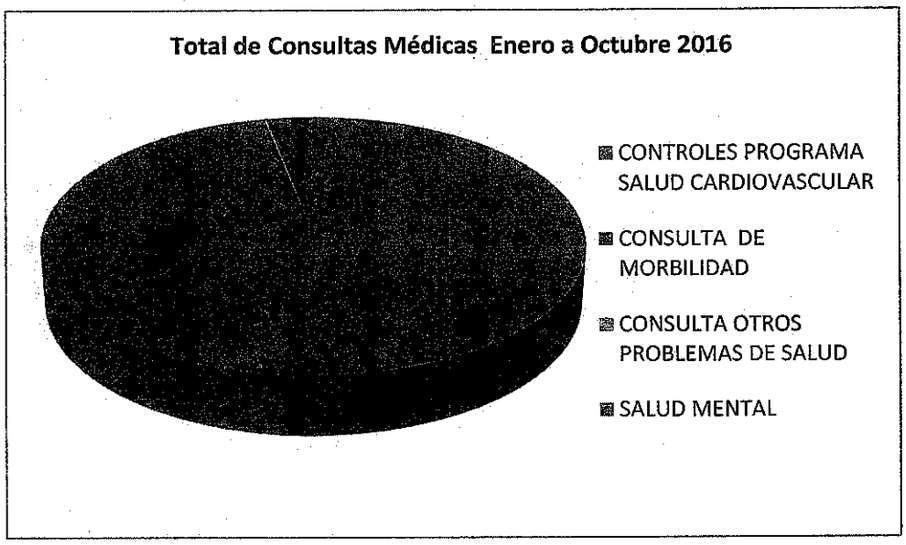
Fuente Rem SA -04 consolidado enero a octubre del 2016



CONSULTAS MEDICAS TOTALES A OCTUBRE 2016

TIPO DE CONSULTA/CONTROL	N° CONSULTAS
CONTROLES PROGRAMA SALUD CARDIOVASCULAR	1214
CONSULTA DE MORBILIDAD	1496
CONSULTA OTROS PROBLEMAS DE SALUD	4
SALUD MENTAL	84
TOTAL	**2798**

Fuente REM SA-01-04-06 consolidado enero a octubre



EXAMEN DE MEDICINA PREVENTIVA EN MAYORES DE 15 AÑOS.

VARIABLE	SEXO		RANGO DE EDAD									
	HOMBRES	MUJERES	15 a 19	20 a 24	25 a 29	30 a 34	35 a 39	40 a 44	45 a 49	50 a 54	55 a 59	60 a 64
TOTAL	**270**	**230**	**3**	**19**	**27**	**34**	**28**	**29**	**20**	**28**	**18**	**8**
NORMAL	85	42	2	4	5	4	5	7	6	3	5	1
BAJO PESO	19	12	1	2	0	1	0	0	0	0	1	0
SOBRE PESO	102	84	0	9	12	15	7	14	14	11	5	3
OBESOS	64	92	0	4	10	14	16	8	10	14	7	4
TABAQUISMO	35	16	1	4	9	9	4	7	4	2	3	0
PRESIÓN ARTERIAL ELEVADA (= >140/90 mmHg)	77	65	0	0	4	8	7	10	4	6	5	0
GLICEMIA ALTERADA (entre 100 y 199 mg/dl)	46	39	0	0	0	1	2	1	1	4	2	1
COLESTEROL ELEVADO (= > 200 mg/dl)	30	45	0	0	0	0	1	2	1	3	1	2

Fuente Rem A 02 Consolidado enero a octubre 2016

DIAGNOSTICO PARTICIPATIVO DE SALUD RURAL DSM TRAIGUEN

Objetivo General:

Conocer la situación de Salud de la población rural beneficiaria del Departamento de Salud Municipal de la comuna de Traiguén, con la participación de los distintos actores sociales con el fin de priorizar los problemas y elaborar en conjunto un plan deTrabajo.

Objetivos Específicos:

- Recoger, organizar y analizar la información que existe a nivel local acerca de la situación de salud de lacomunidad.
- Analizar los problemas de Salud detectados, en conjunto con la población y los actores sociales.
- Elaborar un plan de trabajo para el año, que contemple las posibles soluciones de los problemasdetectados.

Antecedentes Generales de la Población Rural Beneficiaria:

La población beneficiaria rural corresponde a un total 4.602 usuarios, con un total aproximado de 986 familias, (promedio de 5 integrantes por hogar). De estos un 80% corresponde a población de etnia mapuche. El nivel educacional de la población predomina la básica incompleta con un 64%, un 16% lee y escribe, un 6% con enseñanza media completa, 2% con estudios superiores y 4% con analfabetismo. Con relación a la fuente de ingreso laboral un 70% no cuenta con un trabajo remunerado estable, prevalecen los trabajos de temporada en empresas de rubro agrícola- forestal, programas de apoyo SENCE, programas de empleo de emergencia de la Municipalidad deTraiguén.

Las vías de acceso a los sectores rurales son mayoritariamente caminos de ripios en buen estado, permitiendo el tránsito vehicular en época de invierno a los distintos establecimientos de salud, sin embargo los caminos vecinales de algunos sectores dificultan llegar al domicilio de los usuarios para entregar las prestaciones programadas por el equipo desalud.

En cuanto al saneamiento básico un 90% de la población cuenta con sistema de electrificación rural, el agua es obtenida a través de pozos o vertientes y solo un 15 % tiene agua potable rural. (Quilquén, Pantano, Villa el Tesoro Chufquen). Con respecto al sistema de eliminación de excretas predominan las letrinas sanitarias o fosaséptica.

En relación a las organizaciones sociales, existen sectores en los cuales se pueden encontrar JJVV, comités de agua potable rural, iglesias evangélicas, comités de salud, club de adulto mayor, escuelas, postas de salud rural, estaciones médico rural, otras.

Los principales problemas de salud identificados por los usuarios son: obesidad, sedentarismo, falta de información en temas de salud (patologías AUGE) falta de espacios recreativos, contaminación ambiental y alcoholismo.

MATRIZ DE PROBLEMAS

PROBLEMAS PRIORIZADOS	ESTRATEGIA/SOLUCION	RESPONSABLES
Sedentarismo, Obesidad.	- Realizar actividades /deportivas /recreativas - Talleres deCapacitación /muestras Alimentación Saludable - OlimpiadasDeportivas - Instalación de circuito de maquinas de ejercicios en dos sectores rurales (Quilquén, Quechereguas)	- Comité de Salud - Dirigentes Organizaciones Sociales - Equipo de Salud
Desinformación en Temas y prestaciones GES.	- Capacitar a los usuarios en diferentes patologías Auge. (Atención Primaria)	Equipo de Salud del DSM Traiguen
Contaminación ambiental, mal estado de letrinassanitarias.	- Capacitar a los usuarios en mantención y manejo adecuado de las letrinas sanitarias.	Oficina de Acción Sanitaria
Falta deActividades Recreativas y rescate deTradiciones.	- Realizar actividades /Recreativas - Taller de Guitarra en un sector rural - Encuentros de Cueca Campesina en tres Comités de Salud	Comité de Salud Profesor de Educación Musica Equipo DSM
Alcoholismo yTabaco	- Capacitar a los usuarios para que tomen conciencia de los efectos del Alcohol y Humo del tabaco en el organismo.	- SENDA / PREVIENE - EquipoDSM

PLANIFICACION DE SALUD, SECTOR RURAL AÑO 2016 -2017

Elementos Generales

En general los elementos a considerar corresponden a:

- ENFOQUE DE DERECHOS CIUDADANOS Y PROTECCIÓNSOCIAL
- LEY DE DERECHOS Y DEBERES DE LOSPACIENTES
- ENFOQUE DE DETERMINANTES SOCIALES ENSALUD
- ENFOQUE DE EQUIDAD ENSALUD
- ENFOQUE DE EQUIDAD DE GENERO ENSALUD
- INTERCULTURALIDAD Y PUEBLOSINDIGENAS
- INTERSECTORIALIDAD El NTRASECTORIALIDAD
- PARTICIPACION SOCIAL Y TRANSPARENCIA
- OBJETIVOS SANITARIOS 2011-2020
- MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DESALUD

Objetivos Sanitarios Década 2011-2020

Los objetivos sanitarios para la década corresponden a:

1. Reducir la carga sanitaria social y económica de las Enfermedades transmisibles.
2. Prevenir, reducir la morbilidad, discapacidad y mortalidad prematura por afecciones crónicas no transmisibles, violencia y traumatismos y trastornos mentales.
3. Promover la salud y el desarrollo y prevenir o reducir factores de riesgo.
4. Reducir la morbilidad y mortalidad mejorando la salud en etapas caves de la vida, embarazo, parto, periodo neonatal, infancia y adolescencia; mejorar la salud sexual y reproductiva. Promover el envejecimiento activo y saludable y la salud de los trabajadores
5. Abordar los factores sociales y económicos determinantes de la salud mediante políticas y programas que permitan mejorar la equidad e n salud e integrar enfoques de nivel socioeconómico sensibles a las cuestiones de género, etnia y basados en los derechos humanos.
6. Promover un entorno más saludable, intensificar la prevención primaria y ejercer influencia sobre las políticas en todos los sectores, con miras a combatir las causas fundamentales de las amenazas ambientales para la salud. Mejorar la nutrición, la inocuidad de los alimentos y la seguridad alimentaria a lo largo de todo el ciclo de la vida y el apoyo de la salud pública y el desarrollo sustentable.
7. Mejorar la institucionalidad de salud mediante el fortalecimiento de la gobernanza, el fortalecimiento, dotación de personal, información, infraestructura y gestión.
8. promover la calidad y justicia en la atención de salud
9. Reducir las consecuencias para la salud, de las emergencias, desastres, crisis y conflictos y minimizar su impacto social yeconómico.

OBJETIVOS ESTRATEGICOS Y METAS DE IMPACTO

Los Objetivos Estratégicos del Plan Nacional Salud 2011-2020, los temas que aborda y sus Metas de Impacto.

1. **Reducir la Carga Sanitaria de las enfermedades Transmisibles y contribuir a disminuir su impacto social yeconómico:**

TEMA	OBJETIVO	META	ACTIVIDADES	METODO
VIH/ SIDA	Disminuir la mortalidad por VIHSida	Realizar consejería y pesquisa al 100% de las embarazadas al ingreso y las 32 semanas de Gestación y población en control y de riesgo adolescente yadulta.	1. Educación Grupal y Consejería individual pretestypostest. 2. ConsultaProfesional 3. Mantener privacidad en la consejería y entrega del informe de resultados.	Registro estadísticos
TUBERCULOSIS	Eliminar la TBC como problema de salud pública	Disminuir a 5 por 100 mil habitantes la tasa de incidencia proyectada de TBC (201012/100000.	1.Educación Grupal y consejería 2.Pesquisa oportuna en sintomáticos respiratorios 3.Verificar administración vacuna BCG enRN 4. Tratamientoadecuado de pacientes positivos y adecuados tratamiento decontactos. 5. Aumentar Nº de Baciloscopias en la población de mayor riesgo. 6. Capacitación del personal desalud.	Registros estadísticos
ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	Mantener logros alcanzados en el control o eliminación de enfermedades Transmisibles	Mantener el Nº de casos de enfermedades Transmisibles (Rabia, cólera-poliomielitis-difetria-sarampión-	1.Vigilancia epidemiológica de acuerdo anormas 2. Actividades del programa Nacional de Inmunizaciones. 3. Registro adecuadodel	Registros estadísticos y del programa

		rubéola, entre otras	Programa. 4. Uso correcto de plataforma de Registro Nacional de Inmunizaciones. 5. Alcanzar coberturas óptimas de vacunación según calendario Nacional y disminuirEventos adversos Supuestamente atribuibles a Vacunas y Errores Programáticos. 6.Capacitación a la comunidad y alpersonal	
INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	Reducir la mortalidad por infecciones respiratorias Agudas	Mantener la tasa de mortalidad proyectada por Infecciones Respiratorias Agudas	1.Educación a lacomunidad en prevención de Infección Respiratoria Aguda y Enfermedad Respiratoria del Adulto y de suscomplicaciones 2. Aplicación de score de Ira y priorización de la atención. 4. Entrega de PrestacionesIntegrales. 5. Coberturas óptimas de vacunación (Vacuna Neumocócica Conjugada en población Infantil y Neumo 23 en población de 65 años), Campaña de vacunación Antiinfluenza. 6. Visita domiciliaria Integral a pacientes de alto riesgo por patologías respiratorias.	Registros estadísticos mensuales.

2. Reducir la Morbilidad, la discapacidad y mortalidad prematura por afecciones crónicas no Transmisibles, trastornos mentales, violencia y traumatismos.

TEMA	OBJETIVO	META	ACTIVIDADES	METODO DE VERIFICACIO N
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	Incrementar la proporción de personas con HTA controlada	Aumentar en 50% lacobert ura efectiva de tratamiento de HTA	1. Consentimiento Informado, Educación grupal y consejería individual yfamiliar. 2. Tratamiento Farmacológico 3. Rescate deInasistentes 4. Entrega de prestaciones integrales de acuerdo a normas Técnicas. 5. Visita DomiciliariaIntegral. 6. Aplicación de instrumento de	Registros estadísticos del establecimiento

			detección de enfermedad Renal crónicaapacientesdealtoriesgo.	
DIABETES MELLITUS	Incrementar la proporción de personas con Diabetes Mellitus controlada	Aumentar en 20% lacobertura efectiva de tratamiento de DM tipo II	1. Consentimiento Informado, Educación grupal y consejería individual yfamiliar 2. Tratamiento Farmacológico 3. Rescate delnasistentes 4. Entrega de prestaciones integrales de acuerdo a normas Técnicas. - Fondo deOjo - Qualidiab - Evaluación depie 5. Visita Domiciliarialntegral 6. Aplicación de instrumento de detección de enfermedad Renal crónicaapacientesdealtoriesgo	Registros estadísticos del establecimiento
CÁNCER	Reducir la tasa de mortalidad porcáncer	Disminuir en 5 % la tasa de mortalidad proyectada porCáncer.	1. Detección de factores de riesgo a través de Examen Médico Preventivo. 2. Pesquisa oportuna a través de exámenes diagnósticos: Ecotomografía abdominal; Papanicolau, Examen Físico de mamas, Mamografía, y Ecotomografía mamaria) 3. Tratamiento oportuno helicobacterPylori. 4. Coordinación adecuada y oportunadelaredasistencial. 5. Educación grupal destinada a promover estilos de vida Saludables.	Registros estadísticos del establecimiento
ENFERMEDAD RESPIRATORIA CRÓNICA	Disminuir la Mortalidad por enfermedad Respiratoria crónica	Disminuir la tasa de mortalidad proyectada por enfermedad respiratoria crónica	1. Detección oportuna y controlde factores de riesgo a través de Examen Médico Preventivo y Visita Domiciliarialntegral. 2. Diagnóstico y tratamiento oportuno 3. Educaciónyconsejería	Registros estadísticos del establecimiento
TRASTORNOS MENTALES	Disminuir la prevalenciade discapacidad portrastornos mentales	Disminuir 10 % la prevalencia de discapacidad severa en trastornos de salud mental	1. Aplicación de Pautas de detección precoz de Depresión:En Examen Médico Preventivo, Edimburgo en gestantes y posparto. 2. Capacitación de recurso Humano 3. Capacitación a la población y coordinaciónintersectorial 4. Diagnóstico y tratamiento oportunodetrastornosmentales. 5. Prestaciones integrales por	Registros estadísticos del establecimiento

			Equipo multidisciplinario. 5. Referencias adecuadas y oportunas al nivel secundario y otros centros de trastornos de saludmental 6. Coordinación y referencia a CTA (centro de tratamiento de adicciones) 7. Visita domiciliaria Integral	
DISCAPACIDAD	Disminuir la discapacidad	Disminuir 10% la media de puntaje de discapacidad proyectada	1. Derivación oportuna a especialidad 2. Seguimiento de pacientes con discapacidad 3. Solicitud de ortesis y/o ayudas tecnicas y control de uso adecuado 4. Referencia a Programa de Rehabilitación 5. Prestaciones GES de acuerdo a guiasClínicas.	Registros estadísticos del establecimiento
SALUD BUCAL	Prevenir y reducir lamorbilidad bucal de mayor prevalenciaen menores de 20 añoscon énfasisenlos más vulnerables	Aumentar 35 % laprevalencia de libres de caries en niños de 6 años Disminuir en 15 % el promedio de dientes dañados por caries en adolescentes de 12 años en establecimientos de	1. Establecer coordinación intersectorial 2. Educación grupal en establecimientoseducacionalesya madres ocuidadores. 3. Entrega de prestaciones integrales de acuerdo a Guías clínicas. 4. Capacitación de recurso Humano desalud.	Registros estadísticos del establecimiento
VIOLENCIA INTRAFAMILIAR	Disminuir los femicidios	Disminuir 33% la tasa trienal de femicidios en mayores de 15años	1. Detección de victimas en atenciones desalud 2. Aplicación de Evaluación Psicosocial abreviada 3. Entregar Primer apoyo, y orientación e información adecuada. 4. Psicoterapia individual y familiar. 5. ConsultaSocial 6. Coordinación intersectorial y derivación a redes deapoyo 7. Visita DomiciliariaIntegral 8. Capacitación permanente a usuarios/as.	Registros estadísticos del establecimiento

3. Desarrollar hábitos y estilos de vida saludables que favorezcan la reducción de los factores de riesgo asociado a la carga de enfermedad de lapoblación:

TEMA	OBJETIVO	META	ACTIVIDADES	VERIFICADOR
ESTILOS DE VIDA Y DETECCIÓN DE FACTORES DE RIESGO	Disminuir laprevalencia de factores de riesgo(consumo de tabaco, alcohol ydrogas ilicitas, Sedentarismo y Obesidad, conducta sexual) como causa de enfermedad Aumentar la presencia de factores protectores en lapoblación	Que la Población adquiera estilos de vida saludable a través de la ejecución del 100% de las actividades del Plan comunal de Promoción. Actividades promocionales y preventivas a lo largo del ciclovital	1. Elaboración y ejecución de Plan Comunal de Promoción (ámbito educacional, comunitario y laboral) 2. Coordinación intersectorial 3. Comités de Salud en funcionamiento 4. Educación en establecimientos educacionales y comunidad en general 5. Visita DomiciliariaIntegral 6. Talleres deAutocuidado 7. Examen MédicoPreventivo	Registros estadísticos del establecimiento y del programa

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

TEMA	OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	VERIFICADOR
SALUD PERINATAL	Disminuir la mortalidad perinatal	Disminuir en un 15 % la tasa proyectada de mortalidad perinatal	1. Atenciónprofesionalprenatal 2. Pesquisa oportuna de factores deriesgo 3. Promocióndelactanciamaterna 5. Capacitación y entrega de la Guía de la Gestación y material educativo. 6. Atención oportuna delparto. 7. Derivación a especialidad en embarazosdealtoriesgo.	Registros estadísticos del establecimiento
SALUD INFANTIL	Disminuir el rezagoInfantil	Disminuir 15% la prevalencia de rezago en la población menor de 5 años	1. Ejecución del programa de apoyoaldesarrollobiopsicosocial 2. Controles de salud segun normas 3. Atención de Morbilidad a niños conproblemasdedesarrollo 4. Visita Domiciliaria a niños con factores deriesgo.	Registros estadísticos del establecimiento

			6. Prestaciones Integrales de la Sala de Estimulación Itinerante y Ludoteca.	
SALUD ADOLESCENTE	Disminuir la Mortalidad por suicidio adolescente	Disminuir 15 % la tasa de mortalidad proyectada por suicidio en la población de 10 a 19	1. Control de Salud Integral del Adolescente. 2. Capacitación a las familias y profesores en detección de factores deriesgo. 3. Coordinación intersectorial y derivación oportuna a redes de apoyo. 4. Pesquisa y atención de problemas de saludmental. 5. ConsultaSocial.	Registros estadísticos del establecimient o
EMBARAZO ADOLESCENTE	Disminuir el embarazo en adolescente	Disminuir 10% la tasa de fecundidad proyectada en menores de 19años	1. Coordinación intersectorial 2. Establecer espacios de consejería 3. Acceso oportuno a métodos de regulación de lafecundidad 4. Educación en establecimientos educacionales 5. Visita Domiciliaria Integral a adolescentes con factores de riesgo.	Registros estadísticos del establecimient o
SALUD DEL ADULTO MAYOR	Mejorar el estado de salud funcional de los adultos mayores	Disminuir en 10% lamedia de puntaje de discapacidad en población de 65 años y más	1. Aplicación del examen Médico preventivo del Adulto Mayor con evaluación de lafuncionalidad 2. Talleresdeprevencióndecaídas 4. Educación para mejorar adherencia a tratamiento de enfermedadesCrónicas 5. Prestaciones Ges de acuerdo a guías clínicas y según patologías que se presentan en el mayor de 65años 6. Prestaciones del Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor. 7. Coordinación y trabajo intersectorial 8. Visita Domiciliaria Integral y atenciónintegral 9. Mejorar la participación comunitaria 10. Elaboración y ejecución de Plan de Atención consensuado con el equipo desalud.	Registros estadísticos del establecimient o
SALUD DE LA MUJER Y CLIMATERICA	Mejorar la calidad de vida de la mujer posmenopausica	Disminuir en 10% lamedia de puntaje de "salud	1. Ingresoacontroldeclimaterio 2. Entrega de prestaciones integrales 3. Capacitación a usuarias de 45 a 64añosentemasrelacionados. 4. Consejería individual yfamiliar 5. Pesquisa oportuna de	Registros estadísticos del establecimient o

		de vida"en población femenina de 45a64años, bajocontrol	problemas de saludmental	

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

TEMA	OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	VERIFICAD OR
ENFERMEDADE S TRANSIMITIDAS POR ALIMENTOS (ETAS)	Disminuir los brotes de enfermedades transmitidas poralimentos	Disminuir 10% la tasa promedio de hospitalizac ión po r ETAS	1. VigilanciaEpidemiológica 2. Capacitación a la población en: Saneamiento básico, contaminación intra y extra domiciliaria, manejo de residuos y basuras, manipulación de los alimentos y correcta utilización delagua. 3. Capacitación en Educación establecimientos educacionales 4. Coordinación intersectorial	Registros estadísticos del establecimient o

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

TEMA	OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	VERIFICAD OR
SATISFACCIÓN USUARIA	Disminuir la insatisfacción usuaria	Disminuir en un 30 % el índice de insatisfacció n usuaria en la atención de salud en los centros de atención primaria	1. Aplicación de encuestas de satisfacción usuaria 2. Implementar Planes de mejora deltrato 3. Comités de Salud en funcionamiento 4. Establecer y cumplir protocolos de atención de público y de reclamos.	Registros estadísticos del establecimient o

Modelo de Atención Integral de Salud

El Modelo de atención constituye un elemento eje de la reforma del sector, es aplicable a toda la Red de Salud y sus conceptos principales son:

Centrado en las personas: Considera las necesidades y expectativas de las personas y sus familias desde su particular forma de definirlas y priorizarlas, para lo cual se debe establecer un modelo de relación, entre el equipo de salud, las personas, sus familias y la comunidad, basado en la corresponsabilidad del cuidado de la salud y enfatizando en los derechos y deberes de las personas, tanto del equipo de salud como de los usuarios. En donde el eje del proceso de atención está centrado en las personas, "en su integralidad física, mental y social". La persona es así, vista como un ser social perteneciente a una familia y una comunidad, en un proceso de integración y adaptación al medio físico, social ycultural.

Integralidad: El concepto de integralidad ha sido definido desde al menos dos aproximaciones complementarias, una referida a los niveles de prevención y la otra, a la comprensión multidimensional de los problemas de la personas. Es una función de todo el sistema de salud e incluye la promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos. Implica que la cartera de servicios disponibles debe ser suficiente para responder a las necesidades de salud de la población desde una aproximación biopsicosocial-espiritual y cultural del ser humano. Considera el sistema de creencias y significados que las personas le dan a los problemas de salud y las terapias socialmenteaceptables.

Continuidad del cuidado: La continuidad de la atención se puede definir desde la perspectiva de las personas que se atienden, corresponde al grado en que una serie de eventos del cuidado de la salud son experimentados como coherentes y conectados entre sí en el tiempo. Desde la perspectiva de los Sistemas de Salud, corresponde a la continuidad clínica, funcional y profesional. La continuidad del cuidado significa brindar y resguardar el cuidado en distintos escenarios desde el domicilio a los centroshospitalarios.

PRINCIPIOS DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD

Enfoque Familiar y Comunitario	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.

Responsabilidad compartida entre todos los miembros de la familia por la salud decada uno de sus integrantes	Se promueve la participación de la familia tanto en las actividades preventivo-promocionalescomoenlasrecuperativas.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 postradasoenfaseterminaldealgunaenfermedad.
Prestación de Servicios Integrados e integrales	Incorporar acciones de Promoción de la salud y prevención de enfermedades, fomentando el auto cuidado individual y familiar y la generación de espacios saludables, 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.
Gestión de Garantías Explícitas en Salud	En este contexto, para la Red Asistencial, son procesos especialmente importantes: la sospecha fundada, el tratamiento según protocolo y la derivación oportuna y pertinente a los 37 niveles de mayor complejidad tecnológica. La definición de los procesos clínicos realizada para responder a las garantías explícitas, ha permitido avanzar en una metodología que es aplicable a cualquier problema de salud y que consiste, en determinar los requerimientos para responder de manera oportuna y con calidad, definir las brechas de equipamiento, infraestructura y capacitación de los Recursos Humanos y estimar las inversiones que son necesarias para corregir dichasbrechas.
Programa de Desarrollo de Recursos Humanos en Atención Primaria deSalud.	Continuar generando una masa crítica de funcionarios entrenados y capacitados en los aspectos centrales de la Estrategia de Atención Primaria y en particular de su enfoque familiar, comunitario, de género, intercultural y en red como una forma efectiva de contribuir a la mejoría de la atención de salud en este nivel y a lo largo de la red asistencial.

PLAN DE MEJORA DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIO DSM TRA

Descripción de la brecha	Causa de la brecha	Acciones de Mejora	Tareas
Establecimiento no cuenta con guía anticipatoria que contenga todos los cuidados necesarios y precauciones a tomar en adultos entre 25 y 64 años, abordando riesgos del consumo de alcohol y tabaco, así como también beneficios de la actividad física.	El equipo de salud no cuenta con el tiempo necesario para realizar las guías y tampoco con material audiovisual ni digitalizado para su elaboración	Diseñar, socializar e implementar guía anticipatoria para el desarrollo de acciones preventivas en consumo de alcohol y tabaco en adultos de 25 - 64 años de edad y beneficios de la actividad física.	1) Equipo de salud planifica tiempos de dedicación p la elaboración de la guía. 2) Búsqueda y recopilación de material necesario para su elaboración. 3) Catastro de población beneficiaria de gr etario de 25- 64 años. 4) De criterios de inclusión para focalizar(a qué familias aplic guías anticipatorias.5) Socialización de la guía con funcionarios del DSM y planificación de su entrega.
Departamento de Salud Municipal no cuenta con Planes de Acompañamiento a familias evaluadas como de riesgo	1) El equipo de salud no cuenta con planificación de tiempo para la elaboración de planes de acompañamiento a familias evaluadas como riego. 2) Déficit de recurso humano	Implementar y socializar con el equipo de salud Planes de acompañamiento a familias evaluadas como de riesgo	Reunion de coordinación co los equipos de cabecera del sector rojo y verde para planificar planes de trabajo d familia año 2016

Establecimiento de Salud no cuenta con documento guía o protocolo para asistir a familias que estén atravesando alguna crisis normativa.	1) El equipo de salud no cuenta con planificación de tiempo para la elaboración de guías de abordaje. 2) Déficit de recurso humano. 3) Equipo de salud realiza asistencia en forma verbal sin guía elaborada.	1) Implementar y socializar con el equipo de salud guía o protocolo de asistencia a familias que presenten crisis normativas, beneficiarias de establecimiento.	Reunión de coordinación con los equipos de cabecera del sector rural verde para planificar entrega de guías anticipatorias a los usuarios.	1) Instructivo de la guía anticipatoria. 2) Registro fichas clínicas.	EN PROCESO
Establecimiento de Salud no cuenta con documento o guía que evidencie análisis respecto a familias de riesgo leve y moderado	El equipo de salud no cuenta con planificación de tiempo para la elaboración de guías o documentos	Implementar y socializar con el equipo de salud guía o documento para análisis de familia con riesgo leve y moderado (Documento donde se evidencia que existe un sistema/protocolo de estudio de familia abreviado y plan de abordaje integral)	1) Calendarizar en las actividades mensuales días destinados a la elaboración del sistema/protocolo de estudio de familia. 2)Busqueda de información teorica para su consolidación. 3) Catastro de familias con diagnóstico de riesgo leve y moderado. 4) Análisis o estudio de las familias con riesgo leve y moderado con plan de abordaje incorporado	1) Documento en cuestión. 2) Registro fichas clínicas.	NO
Departamento de Salud no cuenta con planes de mejora continua que aborde problemas pesquisados en Diagnósticos Participativos, OIRS, satisfacción usuaria, análisis de coberturas, resultados, entre otros.	No existe socialización de resultados de encuesta de satisfacción usuaria en el equipo de salud.	1) Difundir resultados de las encuestas de satisfacción usuaria con el equipo de salud.	Reunión con el equipo para análisis de resultados de la encuesta de satisfacción usuaria año 2016	Lista de asistencia y actas	EN PROCESO
Departamento de Salud no cuenta con un plan de acción escrito destinado a disminuir las hospitalizaciones de la población inscrita menor de 65 años.	1) El equipo de salud no cuenta con planificación de tiempo para la coordinación con el Hospital	Coordinación y planificación con el hospital para establecer un sistema de contabilización de las hospitalizaciones de usuarios del sector	Reunión de coordinación con el Hospital de Traiguén para establecer un canal de información que permita contabilizar número de usuarios del sector rural hospitalizados en dicha institución.	Acta de reunión	SI

		rural.			
No existe coordinación, mediante flujo de información periódica, de los egresos hospitalarios hacia los establecimientos de atención primaria (en este caso las Postas dependientes del Departamento de Salud).	1) Falta de coordinación entre Servicio de Salud Araucanía Norte, hospital Traiguén y Departamento de Salud Municipal 2) El servicio no crea las instancias para coordinar tareas en conjunto con la inter-red.	1) Coordinar y establecer la forma de comunicación con el hospital para futuras maneras de proceder en cuanto a la temática de egresos hospitalarios. 2) Nombrar un encargado del Depto de Salud para recopilar información de los egresos hospitalarios.	1) Contactarse con el hospital para planificar reuniones de trabajo. 2) Elaborar en forma conjunta documento que permite el flujo de información pertinente 3) Encargado deberá utilizar el documento recopilando la información sobre egresos hospitalarios.	Acta de reuniones y el documento que indique flujo de la información con el hospital.	SÍ
Departamento de Salud no cuenta con un plan de cuidado ambulatorio a usuarios inscritos con problemas de salud que, al agravarse, corren alto riesgo de hospitalización (por ejemplo episodio de neumonía en adulto mayor).	Equipo de salud no planifica en sus actividades realizar seguimiento a usuarios que presenten esta condición de salud.	Realizar un diagnóstico de prevalencia de la población beneficiaria que presente patologías de alto riesgo de hospitalización.	1) Planificar reunión de equipo para acordar criterios que delimiten el estudio de hospitalizaciones. 2) Recopilar información respeto al número de hospitalizaciones según criterios acordados previamente. 3) Realizar catastro de usuarios que presenten patologías de alto riesgo de hospitalización en la actualidad.	Acta de reuniones con el equipo. Registro en fichas clínicas.	EN PROCESO

Departamento de Salud no cuenta con un encargado de participación social.	Establecimiento no dispone de profesional con horas destinadas por decreto a la participación social en salud.	1) Definir perfil profesional y las funciones que requiere el cargo. 2) Destinar horas a un profesional del área ya inserto en el equipo de salud del establecimiento. 3) Concretar el proceso disponiendo de un encargado en participación social por sector (nombrado por decreto).	Autorización de la dirección y redacción del decreto.	Decreto donde se explicite el nombre del encargado participación social y sus respectivas funciones.	EN PROCESO
Departamento de salud municipal no aplica de manera permanente protocolo de Buen trato al usuario (Ley de derechos y deberes)	No existe socialización dentro del equipo de salud sobre el protocolo de Buen trato al usuario desconociéndose la ley que lo respalda.	Socializar y capacitar al equipo la Ley de derechos y deberes. Se capacitará desde el Servicio de Salud.	1) Equipo de salud se reúne para socializar el protocolo de Buen trato al usuario con la ley asociada. 2) Se capacita al equipo en la Ley de derechos y deberes.	Actas de reuniones y Lista de Asistencia.	NO
Departamento de Salud no cuenta con plan de mejoramiento continuo, en base a resultados de encuestas de satisfacción usuaria, que contenga línea base de la situación actual, objetivos, actividades a realizar y sistema de evaluación.	Población beneficiaria no tiene incorporado la práctica de expresar formalmente su opinión sobre la atención que recibe en respuesta a que el establecimiento no cuenta las instancias adecuadas para ello, lo que lleva a no poseer evidencia real, local y suficiente para realizar un plan de mejora.	Conocer la percepción de los usuarios de la calidad de la atención entregada por el equipo de salud multidisciplinario. Socializando los resultados con el fin de identificar ámbitos a mejorar.	1) Calendarizar reunión con equipo de salud para socializar tema de la satisfacción usuaria, coordinando futuras acciones. 2)Aplicación de la encuesta de satisfacción a los usuarios de las distintas postas. 3) Socializar con la comunidad la finalidad de la encuesta de satisfacción usuaria y posibles mejores a implementar según resultados.	Listas de asistencia de los usuarios participantes y/o fotografías.	EN PROCESO

SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

El Sistema de Protección Social es el mecanismo que permite generar condiciones que brinden seguridad a las personas durante toda su vida, garantizándoles derechos sociales que les permitan finalmente reducir los riesgos en empleo, salud, educación y previsión, generando condiciones de mayor igualdad y oportunidades de progreso. A través de Mideplan, los ministerios de Educación, Salud, Vivienda, Trabajo, Cultura y Sernam, articulan y complementan los organismos públicos e impulsan servicios de mayor calidad para la atención de la población más pobre y con riesgo social delpaís.

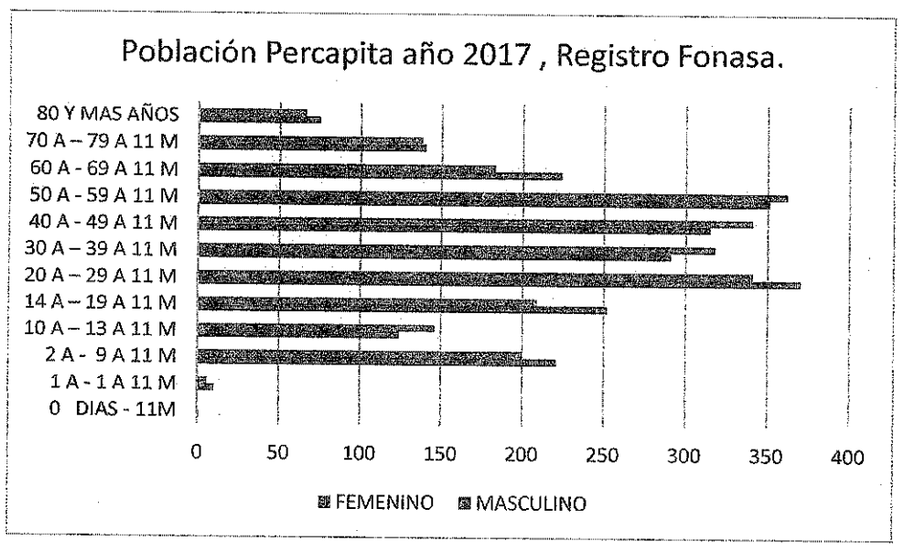
El sector salud participa en varios programas de protección social de carácter intersectorial, entre ellos: Reforma Previsional, Chile Crece Contigo, Ingreso éticofamiliar.

Sistema de Protección Integral a la Infancia "Chile Crece Contigo"

El Sistema de Protección Integral a la infancia Chile Crece Contigo (ChCC), tiene por objeto ofrecer un sistema integrado de intervenciones y servicios sociales dirigidos a igualar oportunidades de desarrollo en niños, niñas, sus familias y comunidades. En su diseño mismo Chile Crece Contigo ha sido definido como una red integrada de servicios que opera en el territorio municipal en la cual cada sector pone a disposición del sistema su oferta programática en materia de primera infancia. Chile Crece Contigo es una Red intersectorial que busca la articulación e integración de los servicios a favor del desarrollo infantil con el objeto de responder oportuna y pertinentemente a las necesidades de cada niño, niña y su familia. En el caso del sector salud, se introducen importantes modificaciones a los antiguos programa de salud de la mujer y el niño, para desarrollar un nuevo "Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial" (PADBP) que se implementa en las redes asistenciales y constituye la puerta de entrada y eje del sistema. A su vez se fortalece el rol de salud pública promoviendo la intersectorialidad y las acciones territoriales en el ambiente que viven los niños yniñas.
El seguimiento a la trayectoria de desarrollo de los niños y niñas mediante el PADBP establece nuevas actividades a realizar en cada control de salud, desde la gestación y hasta los 4 años de vida postnatal.

POBLACION PERCAPITA AÑO 2017:

RANGO ETAREO	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
0 DIAS - 11M	1	0	1
1 A - 1 A 11 M	10	6	16
2 A - 9 A 11 M	221	200	421
10 A – 13 A 11 M	124	146	270
14 A – 19 A 11 M	252	209	461
20 A – 29 A 11 M	370	341	711
30 A – 39 A 11 M	291	318	609
40 A - 49 A 11 M	315	341	656
50 A - 59 A 11 M	351	362	713
60 A - 69 A 11 M	224	183	407
70 A – 79 A 11 M	140	138	278
80 Y MAS AÑOS	75	66	141
TOTAL	**2374**	**2310**	**4684**



CARTERA DE SERVICIOS

PROGRAMA	ACTIVIDADES	RECURSO PROFESIONAL
PROGRAMA INFANTIL Y ADOLESCENTE	• Control de salud de la Diada antes de los10 días de vida y a los 15días. • Control de salud delniño • EvaluacióndeldesarrolloPsicomotor • Consulta Nutricional-Malnutrición • ConsultaSocial • Consulta deMorbilidad • Consulta de Lactancia Materna • Consulta de Déficit y/o Retraso del Desarrollo Sicomotor • Intervención niños y niñas con déficit y/oRetrasodeldesarrollopsicomotory sus familias mediante actividades de la Sala deEstimulación. • Consulta de SaludMental • Control de Salud Integral del adolescente • Visita DomiciliariaIntegral • Consejería individual yFamiliar • EducaciónGrupal • Talleres Nadie esPerfecto. • Atenciónndomiciliaria • Programa Nacional deInmunizaciones • Programa de Salud Escolar • Programa Nacional de Alimentación Complementaria. • Atención odontológicaIntegral	Médico Enfermera Nutricionista Matrona AsSocial Ed. Diferencial Odontólogo Psicólogo Técnico Paramédico

PROGRAMA ADULTO Y ADULTO MAYOR	• Control PacientesCrónicos • Consulta deMorbilidad • ConsultaSocial • Consulta deEnfermería • ConsultaNutricional • Examen de Medicina Preventiva del Adulto y adulto mayor. • Examen funcional del AdultoMayor • Consejería individual y Familiar • Visita DomiciliariaIntegral • Consulta de SaludMental • Atención enDomicilio • Atención a pacientes conDependencia Severa • Educación Grupal	Médico Enfermera Nutricionista Matrona Asistente Social Odontólogo Psicólogo Técnico Paramédico

	• Consejería Individual y familiar. • Programa de Alimentación del Adulto Mayor • Programa Nacional de Inmunizaciones • Atención odontológica Integral	
PROGRAMA DE LA MUJER	• Control de Regulación de laFecundidad • Atención del Climaterio • Control deGinecología • ConsultaPreconcepcional • ControlPrenatal • Control de embarazo con pareja, familiar uotro. • Control PostParto • Consulta de MorbilidadObstétrica • ConsultaVIH/SIDA • Consulta Enfermedad de Transmisión Sexual • ConsultaSocial • Consulta de SaludMental • Consejería individual yFamiliar • ConsultaNutricional • Examen de MedicinaPreventiva • Visita DomiciliariaIntegral • EducaciónGrupal • Consejería en Temas deSalud • Programa nacional deAlimentación • Programa Nacional deInmunizaciones • Atención odontológicaIntegral	Médico Enfermera Nutricionista Matrona Psicóloga Asistente Social Odontólogo Psicólogo Técnico Paramédico
PROGRAMA NACIONAL DE INMUNIZACIONES (PNI)	• Inmunización de acuerdo al Calendario Nacional de Inmunización en Controles deSalud • Pesquisadeniñosinasistentes • Vacunaciónescolar • Campañas deVacunación • Actividades de mantención de Cadena deFrío • Registros del programa	Enfermera Técnicos Paramédicos
PROGRAMA NACIONAL DE ALIMENTACION COMPLEMENTARIA PNAC-PACAM	• Entrega de alimentos del programa niños y niñas menores de 6 años, embarazadas y AdultosMayores. • Almacenamiento adecuado de los productosparasudistribución. • Registros delprograma	Enfermera Matrona Nutricionista Técnicos paramédicos
REUNIONES DE COORDINACIÓN, TÉCNICAS, CAPACITACIONES	• De acuerdo a programación local y Programa de Capacitación año2015.	Comite de Capacitación
PROGRAMA	• Coordinación de movilizaciónpara	Médico

ESPECIAL DE SALUD Y PUEBLOS INDIGENAS	Traslado de pacientes. • Contratación de Facilitador Intercultural • Gestión de horas paraatención de MACHI • Visita DomiciliariaIntercultural • Entrega de AyudasSociales • Participación en actividades culturales (Wetripantu, Trafkintu, entreotras) • Recolección deLawen • Participación en Mesas Territoriales. • Capacitación en Interculturalidad	Enfermera Nutricionista Matrona AsSocial Ed. Diferencial Odontólogo Psicólogo Técnico Paramédico Facilitador Intercultural.
PROGRAMA ODONTOLÓGICO	ALTAS INTEGRALES y ATENCIÓN AUGE: • Prestaciones de Salud Familiar :GES 6 años yembrazadas • Prestaciones GES adulto de 60 años • GesPreventivoPreescolar • GES Urgenciadental • Programa Odontológico Integral (endodoncia-prótesis-Hombres y mujeresdeescasosrecursos-Más sonrisas paraChile) ATENCION DENTAL USUARIOS DE OTRAS EDADES: • Examen de Salud Oral • Profilaxis y educación • Operatoria Dental (Obturaciones) • Exodoncias • Referencias a especialidad. • Talleres educativos en establecimientos educacionales	Odontólogo Técnico asistente Dental

PROGRAMAS INFORMÁTICOS :

- Garantías Explicitas de Salud (Sigges)
- Referencia – Contrareferencia
- Registro Estadístico Mensual
- Plataforma Chile CreceContigo
- Sistema Nacional de pacientes con discapacidad severa y pérdida deautonomía.
- RNI Registro Nacional deInmunizaciones
- Sistema Qualisoft (control de pacientes con DiabetesMellitus)
- Sistema de Programación de Medicamentos e insumos Central deAbastecimiento.
- Plataforma CENABAST – ProgramasAlimentarios.
- Percápita (Sistema Inscrito)
- Sistema de Calificación FONASA
- Sistema CAS Chile (Sistema de Contabilidad general de la Nación, Sistema de Ingresos, Presupuesto, Conciliaciones Bancarias, Sistema de Tesorería, Control Presupuestario, Sistema de Remuneraciones, Sistema dePersonal)
- SINIM

- Sistema de control financiero del Servicio de Salud Araucanía Norte.
- Ley de Transparencia

PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

Programa transversal a todas las actividades según ciclo vital, que además está enfocado al trabajo intersectorial comunal, cuyas acciones están plasmadas en el Plan Comunal de Promoción de la Salud, elaborado en forma anual de acuerdo a las características epidemiológicas y principales condicionantes de la salud de la población urbana y rural de la comuna.

Objetivos Sanitarios de la Década 2011 – 2020

Objetivo: Prevenir y reducir la morbilidad, la discapacidad y mortalidad Prematura por **Afecciones crónicas no transmisibles**, trastornos mentales, violencia y **traumatismos**.

Objetivo: Desarrollo de **hábitos y estilos de vida saludables**, que favorezcan la **reducción de los factores de riesgo** asociados a la carga de enfermedad de la población.

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

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

La promoción de la Salud constituye un proceso político, social y global que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia, mejorarla. En este sentido, las intervenciones abarcan no solamente las acciones dirigidas a directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública. Es un proceso mediante el cual las personas, familias y comunidades logran mejorar su nivel de salud al asumir un mayor control sobre sí mismas.

A partir de estos lineamientos se busca empoderar a la población de la comuna de Traiguén a ser partícipes directos y actores sociales relevantes en el programa de promoción de salud, mediante espacios de participación ciudadana que involucran distintas miradas desde la diversidad cultural de la comuna, recogiendo por medio de instrumentos participativos, lo problemas que aquejan a la población y levantando propuestas que han nacido de los propios actores involucrados en este proceso.

Estas instancias participativas han surgido de la necesidad de tener una mirada amplia, pero no menos integral de los problemáticas más atingentes en la comuna, que se han plasmado en el presente diagnostico comunal, que tuvo como objetivo principal la

elaboración y puesta en marcha de un plan trienal de promoción de salud que comenzó a funcionar a contar del año 2016 y que tiene como ejes principales las condicionantes de Alimentación Saludable, Actividad Física y Participación, enfocados tanto en la comunidad en general como en los establecimientos educacionales de la comuna.

PLANILLA PROGRAMACION-GESTION TRIENAL 2016-2018			
RESULTADO ESPERADO	Actividad	Componente	Tipo de Entorno
Alimentación Saludable incorporada en la vida diaria de los preescolares intervenidos en la comuna de Traiguén	Un dialogo ciudadano masivo con representantes de cada EE en donde se dé a conocer la ley 20.606	Alimentación Saludable	Entorno educacional
Habilitación y apertura de espacio garantizada por la Autoridad para la práctica de actividad física deportiva y/o recreativa en la comuna.	Abogacía con autoridades locales y representantes de la comunidad con el fin de establecer un compromiso de habilitación de espacios públicos para la práctica de actividad física deportiva y/o recreativa	Actividad Física	Entorno Comunal
	Reunión de seguimiento con coordinador de deportes y representantes del intersector	Actividad Física	Entorno Comunal
Familias participando activamente de los distintos programas deportivos y/o recreativos brindados en la comuna de Traiguén	Compra e instalación de las maquinas en sectores aledaños a EE priorizados para que sean utilizados de forma masiva e igualitaria por la población.	Actividad Física	Entorno Comunal - Educacional
	Contratación de profesor de educación física que impartirá clases de actividad física.	Actividad Física	Entorno Comunal
Intersector comprometido en el fomento de Estilos de Vida Saludable	Sensibilización con los directores de EE municipales para la implementación de la estrategia EEPS	Participación ciudadana y planificación	Entorno Educacional

Estudiantes de 1° a 4° año básico participan en alguna disciplina deportiva en sus respectivos EE o en escuelas deportivas municipales.	Catastro de los talleres deportivos que se imparten en cada EE y por la Oficina Municipal de Deporte y cantidad de horas semanales que se disponen para esto.	Actividad Física	Entorno Educacional
	Reunión con el centro de padres y apoderados de cada EE para incentivar inscripción de sus hijos a talleres/escuelas deportivas tanto de su escuela como los impartidos por la municipalidad.	Actividad Física	Entorno educacional
	Adquirir implementación deportiva para generación de talleres deportivos en 3 EE priorizados para el 2016	Actividad Física	Entorno educacional
	Realización de encuentro escolar de deportes tradicionales mapuches	Actividad Física	Entorno educacional
	Compra de Juego Infantil de exterior	Actividad Física	Entorno educacional
MONTO ASIGNADO AÑO 2016			$ 9.702.423

INTERSECTORIALIDAD Y PARTICIPACION COMUNITARIA

Es fundamental la integración y complementariedad de actividades con los otros sectores sociales, principalmente con el sector Educación, Municipio con todos sus Departamentos, Hospital Local y otras instituciones de relevancia como también la participación a través de Mesas de trabajo, formulación, ejecución y evaluación del PLADECO.

Participación en Consejo de Desarrollo, ComitésdeGestión, y Fundamentalmente en Los Comités de Salud de Postas de Salud Rural.

Comités de Salud

Objetivo general: Fortalecer la Participación Comunitaria en acciones de Salud a través de la elaboración y ejecución de planes de acción de Comités de Salud en funcionamiento basados en DiagnósticoParticipativos

Objetivos específicos:

- Elaborar conjuntamente, a partir del Diagnóstico, un plan de trabajo acorde alos principales problemas enunciados por losusuarios.
- Ejecutar según Cronograma las acciones definidas en cada plan deTrabajo.
- Evaluar las actividades realizadas, la participación y el logro de objetivos.

RESUMEN DEL PLAN DE PARTICIPACION SOCIAL DSM TRAIGUEN 2016			
OBJETIVO	ACTIVIDADES	MES EJECUCION	MEDIOS VERIFICACION
Fomentar la Participacion de la Comunidad a traves de actividades recreativas y deportivas	**Olimpiadas Deportivas** para niños y niñas de los sectores rurales de Quilquen, Molco y Pantano	Noviembre y Diciembre 2016	Fotografias,Acta Firmada por Profesional responsable.
Educar a la comunidad en buenos habitos de alimentacion y preparacion de alimentos saludables	**Talleres practicos de preparacion de Alimentos Saludables** en la Posta de Quilquen, Quechereguas.	Octubre 2016	Acta firmada por profesional responsable, Lista de Asistencia
	Capacitación a la comunidad en prevencion de **Enfermedades Cardiovasculares** en las Postas de Molco, Quilquen , Pantano y Quchereguas.	Agosto- Sep- Oct 2016	Acta firmada por profesional responsable, Lista de Asistencia
Educar a la Comunidad sobre efectos nocivos del consumo de alcohol y drogas y Violencia Intrafamiliar	Realizar Talleres educativos sobre **Violencia Intrafamiliar** en las postas de Quilquen,Pantano, Temulemu, Quechereguas y Molco	Mayo- Junio - Julio- Agosto - Septiembre 2016	Acta firmada por profesional responsable, Lista de Asistencia
	Realizar talleres preventivos de **alcohol y drogas** en escuelas de Aniñir, Quilquén, Pantano , Temulemu y Didaico	Abril- Mayo- Agosto- Septiembre- Octubre 2016	Acta firmada por profesional responsable, Lista de Asistencia
Difundir Cartera de APS y Socializar resultados de Encuenta de Satisfaccion Usuaria Aplicada durante el primer semestre año 2016.	Realizar T**alleres informativos de cartera de aps y socializar resultados de encuenta de satisfaccion usuaria** en las Postas de Quilquen y Aniñir	Octubre- Noviembre- Diciembre 2016	Acta firmada por profesional responsable, Lista de Asistencia

PLANIFICACION AÑO 2016 PROGRAMA DE SALUD Y PUEBLOS INDIGENAS SSANORTE – DSM TRAIGUEN

COMPONENTE	METAS	ACTIVIDADES ASOCIADAS A METAS	INDICADORES/MEDIOS DE VERIFICACION	INVERSION DE RECURSOS
EQUIDAD: MEJORAMIENTO CALIDAD DE ATENCIÓN	Entregar el 100% de la ayudas sociales solicitadas por usuarios(as) mapuche de acuerdo a disponibilidad de recursos.	Atención de público, solicitud de ayuda social previa evaluación social, visita domiciliaria (Pañales, leche, medicamentos, pasajes, exámenes de alto costo, útiles de aseos personal u otros)	Registro de atención de público, ficha de recepción conforme, y documentos de respaldo de la entrega de beneficio	Compra de pañales, exámenes de alto costo, exámenes de mayor compeljidad, medicamentos, insumos médicos, alimentos complementarios entre otros.
EQUIDAD: IMPLEMENTACION ESPACIOS CON PERTINENCIA INTERCULTURAL	Implementacion de espacio con pertinecia intercultural	Mantener y continuar fortaleciendo la oficina del facilitador para la acogida y la atención del usuario además, compra de cuadro con pertinencia cultural, adquisición de instrumento musicales (pifilka, trutruka, kulkul,2 bandera mapuche) adquisición de materiales de escritorios, alimentación e implementación de oficina.	Facturas, boletas, inventario de lo adquirido	Compra de cámara fotográfica, compra de cuadro con pertinencia cultural, compra de instrumento musical, compra de materiales de escritorio, compra de 2 bandera mapuche, compra de alimentación para la acogida de los usuarios.
ENFOQUE INTERCULTURAL: DESARROLLO DE EXPERIENCIAS DE ATENCION INTERCULTURAL	Apoyar el 100% a los usuarios que solicitan movilizacion para traslado de medicina mapuche (machi) desde o hasta el centro de salud y otros. Apoyar a la machi en la atención de medicina mapuche y recolección de lawen y en traslado de machi a ceremonias.	Apoyar el traslado de paciente a medicina mapuche, además de traslado de agente de salud mapuche en actividades tales como: actividades ceremoniales, busca de lawen, actividades culturales entre otros. Gestión de traslados de dirigentes a reuniones extraordinarias además de traslado de pacientes a toma de examen y control de salud, previa evaluación. Los recursos serán utilizado para traslado, movilización, alimentación, material de escritorio u otros.	Facturas, boletas, cotizacion,registro de traslado,registro de lista de asistencia,fotografico.	Contratación de servicio de traslado, coordinación de actividades, compra o contratación de servicio de alimentación.

ENFOQUE INTERCULTURAL: DESARROLLO DE PROGRAMA DE CAPACITACION CON ENFOQUE INTERCULTURAL (A FUNCIONARIOS, DIRIGENTES, COMUNIDADES Y ESTABLECIMIENTOS EDUCACIONALES)	Realizar a lo menos una capacitación con funcionarios de salud, además de realizar pasantía con la comunidad en experiencia de salud intercultural, realizar capacitación de prevención de salud, realizar a lo menos 3 capacitaciones en el intersector.	Capacitar a los funcionarios de Salud en la temática de interculturalidad (tema a definir) Realizar pasantía junto a la comunidad, en experiencias de salud intercultural de la región. Capacitar a la comunidad en prevención de enfermedades occidentales (tbc y otros), continuar coordinando capacitación en el intersector. Los recursos serán utilizados para traslado, movilización, alimentación, material de escritorio u otros.	Facturas, boletas, cotizacion,registro de asistencia,registro fotografico.	Contratación de docencia, contratación de servicio de traslado, compra de alimentación o contratación servicio de alimentación, adquisición de materiales de escritorio.
ENFOQUE INTERCULTURAL: TRANSVERSALIZACION DEL ENFOQUE INTERCULTURAL EN LOS PROGRAMAS DE SALUD.	Realizar a lo menos 3 talleres con la comunidad en alimentación y comida mapuche, además fortalecer la lactancia materna desde una perspectiva intercultural.	Realizar taller comunitario con apoyo de funcionarios de D.S.M Traiguen en alimentación y comida mapuche en el Lof pantano. Fortalecer la lactancia materna y crianza desde una perspectiva intercultural. Los recursos serán utilizados para traslado, movilización, alimentación, contratación de docencia y otros.	Facturas, boletas, cotizacion,registro de asistencia,registro fotografico.	Contratación de docencia, contratación de servicio de traslado, compra de alimentación o contratación servicio de alimentación, adquisición de materiales de escritorio.

PARTICIPACION SOCIAL: PROMOCION DE INSTANCIAS DE PARTICIPACION PROVINCIAL Y REGIONAL	Realizar 3 reuniones con autoridad del lof pantano para continuar fortaleciendo el modelo de salud. Garantizar la participacion en actividades culturales del lof y de las agentes de salud mapuche garantizar la Participacion de facilitador en actividades culturales,reuniones, y ceremonias propias mapuche.	Garantizar a lo menos 3 mesas locales para continuar fortaleciendo el modelo de salud intercultural en LOF PANTANO. Participación con autoridades mapuche en reuniones de mesa territorial y provincial. Participación en actividades culturales tales como: we tripantu, palin, trafkintu u otros. Participación en actividades culturales tales como: we tripantu, palin, trafkintu u otros. Participación y apoyo del facilitador intercultural en actividades comunitaria en realización de proyecto, solicitudes, reuniones, participación cultural u otros. Los recursos serán utilizados para traslado, movilización, alimentación, material de escritorio y otros.	Facturas, boletas, cotizacion, registro de asistencia, registro fotografico.	Contratación de servicio de traslado, compra de alimentación o contratación servicio de alimentación, adquisición de materiales de escritorio.
PARTICIPACION SOCIAL: PARTICIPACION DE DIRECTIVOS Y FUNCIONARIOS EN ACTIVIDADES DESARROLLADAS POR ORGANIZACIONES INDIGENAS	Garantizar la participacion de los funcionarios de salud en actividades propias del territorio.	Realizar a lo menos un encuentro cultural con comunidad mapuches y funcionarios. Participación en actividades culturales Mapuche, junto a la comunidad (dirigentes, autoridades tradicionales, otros). Continuar fortaleciendo las actividades propias del LOF PANTANO. Los recursos serán utilizados para traslado, movilización, alimentación, material de escritorio y otros.	Facturas, boletas, cotizacion,registro de asistencia,registro fotografico.	Contratación de servicio de traslado, compra de alimentación o contratación servicio de alimentación, adquisición de materiales de escritorio.

PLAN ANUAL DE CAPACITACIÓN AÑO 2016

La capacitación es un proceso a través del cual los recursos humanos de una Institución o Empresa, pueden adquirir, actualizar y/o perfeccionar conocimientos, habilidades y destrezas necesarias para lograr un desempeño eficiente y realizar una mejor gestión con el fin de elevar la calidad de la atención al usuario.

La capacidad y calidad de los recursos humanos es un claro factor de éxito en las organizaciones de salud, tiene impactos positivos en la obtención de metas de salud, mejoramiento de indicadores y satisfacción de los usuarios y la comunidad.

El contar con personal de salud capacitado, competente y eficaz es uno de los aspectos claves en la producción de servicios de salud, por lo que es de gran importancia que el personal de salud sea capacitado en el enfoque de salud familiar, dado que este es el modelo eje para la implementación de la reforma del sector salud en el país.

Otro gran desafío de la atención primaria es desarrollar una política de estado en promoción de la salud de carácter intersectorial y participativo, que impulse el cambio de vida, genere ambientes saludables e involucre activamente a la población de cada comuna, región y país. Por lo anterior es prioritario la capacitación del personal de salud de atención primaria en las metas y estrategias del Plan Nacional de Promoción y participación de Salud implementado desde el año 1998.

La capacitación debe considerar al equipo de salud en su totalidad; con la participación de los funcionarios de todas las categorías especificadas en la Ley 19.378, debido que para lograr eficiencia, eficacia y equidad, en salud es necesario que todo el equipo esté preparado para enfrentar los desafíos y mejorar o mantener las metas sanitarias alcanzadas.

Vemos como una alternativa real y necesaria, programar, coordinar y ejecutar acciones en conjunto, lo que permite bajar los costos en capacitación y homogenizar los temas de perfeccionamiento en nuestro Departamento de Salud de Traiguén

En los Lineamientos Estratégicos de Capacitación para el 2016 propuesto por el Servicio de Salud Araucanía Norte presenta el siguiente Programa de Capacitación basado en los 9 lineamientos sugeridos:

1.-Fortalecer el Modelo de Atención en salud, junto con los valores y principios que lo sustentan.

2.-Consolidar el Modelo de Gestión en red, local, regional y supra regional (macro y micro redes).

3.-Fortalecer el Sistema de Garantías Explicitas en Salud(GES) y responder a objeticos sanitarios 2011-2020 a las prioridades, problemas, metas y compromisos de salud locales.

4.-Mejorar la Calidad de la Atención y Trato al Usuario.

5.- Generar estrategias de Desarrollo Organizacional para el Mejoramiento de la calidad de vida Funcionaria.

6.- Incorporar Tecnologías de Información y Comunicaciones (Tics.)

7.- Desarrollar la Gestión Administrativa, Física y Financiera

8.- Mejorar la Gestión y Desarrollo de las personas

9.- Mejorar la prevención y manejo de las contingencias, emergencias y catástrofes provocadas por desastres naturales, accidentes etc. que afectan la seguridad de las personas y de la infraestructura, equipamiento e inversiones de los establecimientos asistenciales y medio ambiente en general.

OFERENTES

Las Instituciones capacitadoras seleccionadas para el año 2016 son las siguientes:

- Servicios de Salud Araucanía Norte.
- Seremi de Salud.
- Universidades Estatales y Privadas
- Unidad Capacitación Nahuelbuta
- Colegios Profesionales
- COTECPA: Colegio Técnicos Paramédicos
- SENAME: Servicio Nacional del Menor
- UNICEF
- Asociación de Municipalidades
- Asociaciones de Profesionales de la salud
- Sociedad de profesionales
- Asociaciones Gremiales
- INCASACH: Instituto Nacional de Capacitación Sanitaria de Chile
- Contraloría General de la República
- SENCE: Servicio Nacional de Capacitación y Empleo
- APROFA: Asociación Chilena de Protección de la Familia
- FERFUSAM: Federación Regional Funcionarios de la Salud Municipal.
- FOSIS: Fondo de Solidaridad e Inversión Social
- SENDA: Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol
- SERNAM: Servicio Nacional de la Mujer
- CIDE: Centro de Investigación y Desarrollo de la Investigación
- SERCOTEC: Servicio de Capacitación Técnica
- CIDEM: Centro Información Derecho de la Mujer
- ISP: Instituto de Salud Pública
- COANIQUEM: Corporación Ayuda al Niño Quemado
- FUNQUEM: Fundación de Quemados (Temuco)
- CONFUSAM: Confederación Nacional de Funcionarios de la Salud Municipalizada.
- AFUSAM: Asociación de funcionarios de Salud Municipal de los Servicios que componen el área Nahuelbuta
- SENADIS: Servicio Nacional de Discapacidad
- FENATS: Federación Nacional Trabajadores de la Salud
- OTEC´s: Organismos Técnicos de Capacitación
- Departamentos de Salud Municipales del país.
- ACHS: Asociación Chilena de Seguridad
- Mutual de Seguridad
- U Virtual Minsal.

- Sociedades Científicas
- Sociedad Protectora de la Infancia
- Institutos Profesionales, Liceos y Escuelas Técnicas
- COAL: Consejo Ambiental Local
- CONAMA: Comisión Nacional del Medio Ambiente
- CONAF: Corporación Nacional Forestal
- PRODEMU: Programa Desarrollo de la Mujer
- Ministerios de la República y dependientes de éstos
- Instituciones de Salud privada
- Cajas de Compensaciones
- Obispado.
- FETRASAM MALLECO: Federación de trabajadores de la salud municipalizada de la provincia de Malleco.
- Otras instituciones reconocidas por el Estado

DIAGNOSTICO DE NECESIDADES DE CAPACITACION 2016
DSM TRAIGUEN

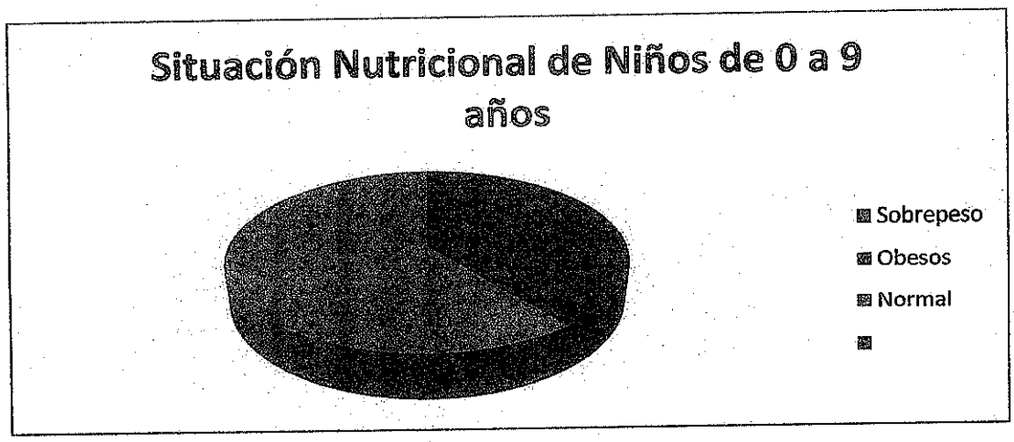
NOMBRE	DSM TRAIGUEN
FUNCIONARIOS REGIDOS POR LA LEY N° 19.378.	27

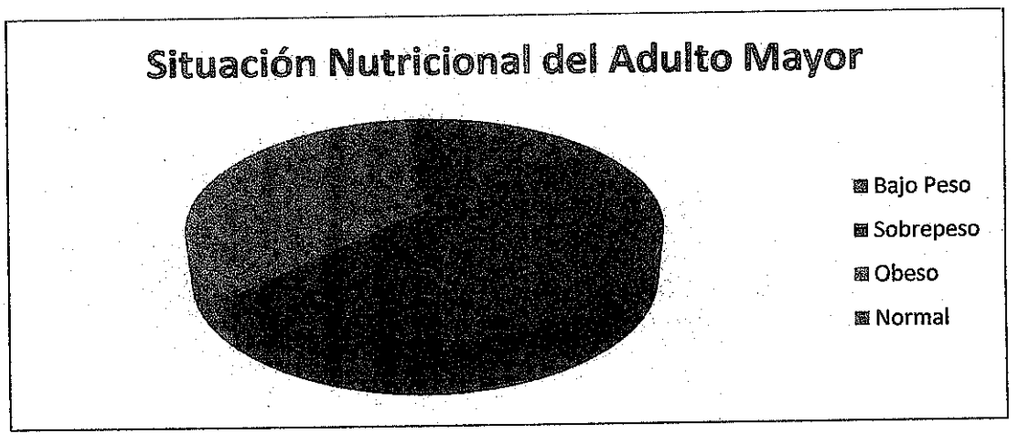
CATEGORIA	N° FUNCIONARIOS
CATEGORIA A	2
CATEGORIA B	9
CATEGORIA C	8
CATEGORIA D	0
CATEGORIA E	3
CATEGORIA F	5

De acuerdo a los lineamientos estratégicos de capacitación para el año 2016 las propuestas respecto a Temas de acuerdo a los 9 lineamientos y a encuesta realizada a la totalidad del personal donde debían definir tres opciones, los resultados fueron los siguientes:

N°	CAPACITACION	SUMATORIA	LINEAMIENTO ESTRATEGICO
1	TRATO AL USUARIO EN APS	1	
2	ACTUALIZACION EN PROGRAMA CARDIOVASCULAR	3	
3	CURSO EN FARMACOLOGIA EN APS	5	
4	CUIDADOS PALIATIVOS	4	
5	ACTUALIZACION EN PROGRAMA CNS	2	
6	MANEJO DEL STRES	1	
7	ALIMENTACION SALUDABLE CON PERTINENCIA INTERCULTUTAL	1	
8	VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL	11	1
9	CAPREA (PRIMEROS AUXILIOS)	13	4
10	MANIPULACION DESECHO DE MATERIAL CORPUNZANTE	2	
11	TRABAJO EN EQUIPO Y AUTOCUIDADO	6	1- 4
12	ASPECTOS NORMATIVOS DE LA CARRERA FUNCIONARIA Y REMUNERACIONES	4	
13	LEY 20.858	4	

continuación se grafican situación nutricional de salud rural en la comuna





Datos Extraídos del Registro Estadístico Mensual del Departamento de Salud Municipal año 2015

14	MANEJO DE EMERGENGIAS PREHOSPITALARIAS	1	
15	PATOLOGIAS HABITUALES ADULTO MAYOR	1	
16	PATOLOGIAS HABITUALES EN PEDIATRIA	1	
17	PREVENCION Y TRATAMIENTO EN COSUMO	1	
18	INTERVENCION Y DENUNCIA EN VIF Y ABUSO SEXUAL	2	
20	ENFOQUE COMUNITARIO EN SALUD	1	
21	DETERMINANTES SOCIALES EN SALUD	1	
22	TOMA DE ELECTROGRAMA	3	
23	ALIMENTACION: CRECIMIENTO Y DESARROLLO – MICRONUTRIENTES	1	
24	SALUD MENTAL EN EL CICLO VITAL: ENFOQUE FAMILIAR	2	
25	RESISTENCIA INSULINA- MANEJO DE APS	1	
26	ADULTO MAYOR Y FUNCIONALIDAD	2	
27	MANEJO A LA DEFENSIVA	4	
28	PREVENCION DE RIESGOS	2	
29	ENFERMEDADES GERIATRICAS	3	
30	ENEFERMEDADES RESPIRATORIAS EN LA INFANCIA	2	
31	PLANIFICACION FAMILIAR	1	
32	MODELO DE SALUD FAMILIAR EN APS	6	1
33	ALIMENTACION SALUDABLE USADOS POR LA CULTURA MAPUCHE	1	
34	MANEJO DE HERIDAS	1	
35	ATENCION DE PARTO	1	
36	INMUNIZACION	1	
37	TALLER DE COMPUTACION	1	
38	TRATO AL USUARIO	1	
39	DETERMINANTES SOCIALES EN SALUD	1	
40	CONTABILIDAD GUBERNAMENTAL	3	
41	AUTOCUIDADO	1	
42	CONSEJERIA FAMILIAR	1	
43	PROTOCOLO DE ORGANIZACIÓN INTERNA	1	
44	LEYES LABORALES	2	

Para la definición final de las actividades a realizar se consideraron los siguientes criterios entregados por la Unidad de Capacitación del Servicio de Salud Araucanía Norte:

- El 80 % de las prestaciones en el PAC están asociadas al LE. 1 y el otro 20 % al LE 4, con un mínimo de 20 hrs. Pedagógicas.
- Incorporar al 100% de la dotación según ley.
- Considerar indicaciones entregadas en reunión APS, respecto de orientaciones programáticas
- Socialización con Jefes de Programa y Director

PROGRAMA DE CAPACITACION DE FUNCIONARIOS DE APS COMUNA DE TRAIGUEN AÑO 2016

NEAMIENTO	NOMBRE DEL CURSO	OBJETIVOS	RESULTADOS ESPERADOS	METODOLOGIA	CATEGORIAS	DURACION EN HORAS	FECHA	PRESUPUESTO SSAN	RELATOR
NEAMIENTO 4: EJORAR LA ALIDAD DE LA TENCION Y RATO AL USARIO.	**CAPREA**	1. Actualizar y Fortalecer los conocimientos y destrezas necesarias para ejecutar adecuadamente el manejo inicial de reanimación básica del paciente en riesgo vital. Disminuir el tiempo de acción ante una situación de emergencia.	Que los funcionarios sean capaces de adquirir conocimientos y técnicas básicas de reanimación ante una emergencia. Funcionarios establecen plan de acción y protocolo de derivación frente a una situación de emergencia acontecida en el establecimiento de Salud.	Teórica y Practica	Categorías A-B - C- E - F de la Ley 19.378	20 horas	Abril 2016	$70.000	SSAN
NEAMIENTO 1: ORTALECER EL ODELO DE TENCION EN LUD, JUNTO ON LOS LORES Y RINCIPIOS QUE SUSTENTAN.	MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA: PARTICIPACIÓN SOCIAL	1.Revisar el marco conceptual de la participación social, identificar el marco legal que define los lineamientos de la participación para el sector que respalda el desarrollo de propuestas y revisar experiencias de participación social en salud	Que los funcionarios generen espacios de participación social en salud y desarrollen actividades comunitarias. Se medirá con documentos verificadores de al menos dos Actividades Comunitarias con participación de más del 75% de los funcionarios ejecutadas durante el año 2016.	On line	Categorías A-B - C- E - F de la Ley 19.378	20 horas	Mayo 2016	$ 0	UVIRTUAL (dependiente del MINSAL)
NEAMIENTO 1: ORTALECER EL ODELO DE TENCION EN	VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL EN APS	1. Adquirir competencias para el desarrollo de una visita domiciliaria integral realizada por el equipo de salud con	Que los funcionarios identifiquen crisis normativas y no normativas a fin de	Teórica y Practica	Categorías A-B - C- de la Ley 19.378	20 horas	Julio 2016	$260.000	FERFUSAM

ALUD, JUNTO ON LOS ALORES Y RINCIPIOS QUE) SUSTENTAN.		énfasis en la identificación de crisis normativas y no normativas. 2. Diseñar un formato general de Plan de Trabajo respecto de VDI.	realizar una oportuna intervención y articulación de la red. Elaboración de un formato General de Plan de Trabajo y de acuerdos respecto de VDI.						
NEAMIENTO 5: ENERAR STRATEGIAS DE ESARROLLO RGANIZACIONAL ARA EL EJORAMIENTO E LA CALIDAD DE DA INCIONARIA	TRABAJO EN EQUIPO Y AUTOCUIDADO	1. Reflexionar y valorar las singularidades como base de la complementariedad necesaria del trabajo en equipo. 2. Reconocer la importancia del cuidado del otro como un acto valioso en si mismo y las implicancias de esto en el autocuidado y el del equipo de trabajo. 3. Fortalecer la comunicación y coordinación entre los distintos estamentos del Departamento de Salud. 4. Propiciar espacios de distensión, relajación y sano esparcimiento.	Que los funcionarios sean capaces de trabajar eficientemente en equipo. Que los funcionarios generen un espacio físico y cuenten con tiempo para el autocuidado. Funcionarios generan e implementan estrategias de autocuidado, aplican encuesta, despues de tres meses, para medir resultados de la actividad y las estrategias implementadas.	Teórica y Practica	Categorías A-B - C- E - F de la Ley 19.378	20 horas	Agosto 2016	$70.000	SSAN
	OTROS, CAPACITACIONES EMERGENTES SÓLO PARA EL CUMPLIMIENTO DE LA LEY Y SU INCIDENCIA EN LA CARRERA.	1.Mejorar la calidad de la atención en coherencia con los objetivos sanitarios del MINSAL	Funcionarios capacitados con cursos asociados a alguno de los 9 Lineamientos Estratégicos.	Presencial – On line	Categorías A-B - C- E - F de la Ley 19.378	20 horas	Año 2016	$0	UVIRTUAL (dependiente del MINSAL)

METAS SANITARIAS PARA EL AÑO 2016, RESOLUCION EXENTA N° 832 DEL 09 DE SEPTIEMBRE DEL 2015.

Considerando la necesidad de promover el incremento de la Calidad y oportunidad de la atención en salud en los establecimientos del nivel primario, se aprueban las Metas Sanitarias y de mejoramiento de la atención Primaria para el año 2017, de acuerdo a la Resolución Exenta Nº del Ministerio de Salud de fecha 03 de Octubre del 2016.

Para nuestro establecimiento el porcentaje de cumplimiento de metas se define de acuerdo a un proceso de negociación entre los funcionarios y los referentes técnicos del Servicio de Salud Araucanía Norte, de su cumplimiento dependen la obtención de la Asignación de Desarrollo y Estímulo al Desempeño Colectivo para el personal regido por la Ley 19.378. Para este efecto se elaboran anualmente un plan de Estrategias tendientes al cumplimiento de éstas.

META:	INDICADOR	META AÑO 2016
RECUPERACION RIESGO DESARROLLO PSICOMOTOR	Nº NIÑOS/AS DE 12 A 23 MESES DIAGNOSTICADOS CON RIESGO DSM RECUPERADOS,PERIODO ENERO A DICIEMBRE 2015 ---------- x 100 Nº NIÑOS/AS DE 12 A 23 MESES DIAGNOSTICADOS CON RIESGO DSM EN SU PRIMERA EVALUACION ,PERIODO ENERO A DICIEMBRE 2015	90%
AUMENTAR EL Nº DE MUJERES CON PAP VIGENTE	Nº LOGRADO DE MUJERES DE 25 A 64 AÑOS INSCRITAS VALIDADAS CON PAP VIGENTE A DICIEMBRE 2016 ---------- X100 Nº COMPROMETIDO DE MUJERES DE 25 A 64 AÑOS INSCRITAS VALIDADAS CON PAP VIGENTE A DICIEMBRE 2016	55%
ALTA ODONTOLOGICA NIÑOS DE 12 AÑOS	Nº DE ADOLESCENTES DE 12 AÑOS CON ALTA ODONTOLOGICA TOTAL DE ENERO A DICIEMBRE 2016 ---------- X100 TOTAL DE ADOLESCENTES DE 12 AÑOS INSCRITOS VALIDADOS PARA EL AÑO2016	NO APLICA
ALTA ODONTOLOGICA EMBARAZADAS	Nº DE EMBARAZADAS CON ALTA ODONTOLOGICA TOTAL DE ENERO A DICIEMBRE 2016 ---------- X100 Nº TOTAL DE EMBARAZADAS INGRESADAS A CONTROL PRENATAL DE ENERO A DICIEMBRE 2016	NO APLICA
ALTA ODONTOLOGICA EN NIÑOS DE 6 AÑOS	Nº DE NIÑOS DE 6 AÑOS INSCRITOS CON ALTA ODONTOLOGICA TOTAL DE ENERO A DICIEMBRE 2016 ---------- X100 Nº TOTAL DE NIÑOS INSCRITOS VALIDADOS APRA EL AÑO 2016	NO APLICA
COBERTURA EFECTIVA DE DIABETES TIPO 2 EN PERSONAS DE 15 Y MAS AÑOS	Nº DE PERSONAS CON DM2 DE 15 Y MAS AÑOS CON HBA1C MENOR DE 7% SEGÚN ULTIMO CONTROL VIGENTE ---------- X100 TOTAL DE PERSONAS CON DM2 DE 15 Y MAS AÑOS ESTIMADA SEGÚN PREVALENCIA	18%
COBERTURA EFECTIVA DE HTA EN PERSONAS DE 15 Y MAS AÑOS	Nº DE PERSONAS CON HTA DE 15 Y MAS AÑOS CON P/A < 140/90 mmHg SEGÚN ULTIMO CONTROL VIGENTE ---------- X100 TOTAL DE PERSONAS HTA DE 15 Y MAS AÑOS ESTIMADA SEGÚN PREVALENCIA	43%

COBERTURA DE LME EN MENORES DE 6 MESES DE VIDA	Nº DE NIÑOS/AS QUE AL CONTROL DEL 6ºMES RECIBIERON LME EN EL PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2016 / Nº DE NIÑOS/AS CON CONTROL DE SALUD DEL 6º MES REALIZADO EN PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2016 X 100	80%
PLAN DE PARTICIPACION SOCIAL ELABORADO Y FUNCIONANDO PARTICIPATIVAMENTE	PLAN EJECUTADO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2016	100 %
EVALUACION ANUAL DE LOS PIES CON PERSONAS CON DM BAJO CONTROL DE 15 Y MAS AÑOS	Nº DE PERSONAS CON DM BAJO CONTROL DE 15 Y MAS AÑOS CON UNA EVALUACION DE PIE VIGENTE / Nº TOTAL DE PERSONAS DIABETICAS DE 15 Y MAS AÑOS BAJO CONTROL AL CORTE X100	90%

METAS SANITARIAS AÑO 2017, Resolucion Exenta N° 1111

Nº	Indicadores	Numerador	Denominador	Meta año 2017
1	Recuperación del Desarrollo Psicomotor	N° de Niños (as) de 12 a 23 meses diagnosticados con Riesgo en Desarrollo Psicomotor Recuperados de Enero a Diciembre 2017	Niños/as de 12 a 23 Meses Diagnosticados con Riesgo en su primera evaluación del DSM de Enero a Diciembre del 2017	90%
2	Cobertura de mujeres de 25 y más años con PAP vigente de enero a diciembre del 2017	N° de Mujeres de 25 a 64 años Inscritas Validadas con PAP Vigente a Diciembre 2017	Total Mujeres 25 a 64 Años Inscritas Validadas para el año 2017	50 %
3.A	Cobertura Alta Odontológica Total en Adolescentes de 12 años	N° Adolescentes de 12 Años C/Alta Odontológica Total Ene - Dic 2017	Total Adolescentes 12 años inscritos validados para el año 2017	55 %
3.B	Cobertura Alta Odontológica Total en Niños (as) de 6 años	N° de Niños(as) de 6 años C/Alta Odontológica Total Ene - Dic 2017	Total de niños(as) de 6 años inscritos validados para el año 2017	79 %
3.C	Cobertura Alta Odontológica Total en Embarazadas	N° de Embarazadas con Alta Odontológica Total Ene - Dic 2017	N° Total de Embarazadas Ingresadas a Control Ene - Dic 2017	68 %
4	Cobertura efectiva de tratamiento y evaluación en personas con DM 2	N° Personas Diabéticas bajo control de 15 a 79 años con Hb A1c <7% más N° personas con DM tipo 2 de 80 y más años con HbA1c < 8% según último control vigente en los últimos 12 meses	Total de Personas Diabéticas 15 y más Años estimadas según prevalencia	21 %
4.B	Evaluación Anual del Pie Diabético en personas con DM 2 bajo control de 15 y mas años	N° de personas de 15 y mas años con DM 2 bajo control con evaluación de pie vigente en los ultimos 12 meses	Total de Personas Diabéticas 15 y mas Años bajo control	90 %
5	Cobertura de tratamiento de Personas Hipertensas de 15 y más años	N° Personas con HTA bajo control de 15 a 79 años con P/A <140/90 mm Hg más N° personas con HTA de 80 y más años con P/A < 150/90 mmHg último control vigente en los últimos 12 meses	Total de Personas con HTA de 15 y más Años estimadas según prevalencia	46%
6	Lactancia Materna exclusiva en niños/as al sexto mes de vida	N° de niños/as que al control de salud del sexto mes recibieron LME en el periodo enero-diciembre 2017	N° de niños/as con control de salud del sexto mes realizado en el periodo de enero a diciembre del 2017	80 %
7	Participación Social	Plan de participación Social elaborado y funcionando participativamente		80 %

INDICE DE ACTIVIDAD DE ATENCION PRIMARIA DE SALUD AÑO 2016

El **"INDICE DE ACTIVIDAD DE LA ATENCIÓN PRIMARIA"**, en adelante IAAPS, establece un conjunto de ámbitos a evaluar, con sus respectivos indicadores y funciona aplicando rebajas ante los incumplimientos. Las prestaciones que evalúa se definen anualmente a través de un **Decreto**, firmado por: el Ministerio de Salud, el Ministerio de Hacienda y la Subsecretaría de Desarrollo Regional, respectivamente. A nivel local las metas de cumplimiento son negociadas entre los funcionarios y los Referentes técnicos del servicio de Salud Araucanía Norte. Son evaluados en forma trimestral y su incumplimiento implica rebajas al aporte estatal mensual (Percápita). Para esteefectoseelaborananualmenteunplandeEstrategiastendientesalcumplimientodeéstas.

Los indicadores corresponden a los siguientes:

Nº	Indicadores	Numerador	Denominador	Meta año 2016
1	Cobertura Examen de Medicina Preventiva en hombres de 20 a 44 años	N° de Exámenes de Medicina preventiva realizado en hombres de 20 a 44 años con inscripcion vigente de enero a diciembre del 2016	N° de hombres de 20 a 44 años con inscripcion vigente de enero a diciembre del 2016	19 %
2	Cobertura Examen de Medicina Preventiva en mujeres de 45 a 64 años	N° de Exámenes de Medicina Preventiva realizado a Mujeres de 45 a 64 años con inscripcion vigente de enero a diciembre del 2016	N° de mujeres de 45 a 64 años con inscripcion vigente de enero a diciembre del 2016	21 %
3	Cobertura Examen de Medicina Preventiva (EMPAM) del Adulto de 65 años y más	N° de Exámenes de Medicina Preventiva realizado a Adultos de 65 y mas años a 64 años con inscripcion vigente de enero a diciembre del 2016	Poblacion de 65 y más años años con inscripcion vigente de enero a diciembre del 2016	55 %
4	Ingreso Precoz a Control de Embarazo antes de las 14 semanas de gestación	N° de embarazadas que ingresan a control prenatal antes de las 14 semanas de gestación	Total de Embarazadas que ingresan a control de enero a diciembre del 206	87 %
5	Alta Odontológica Total en población menor de 20 años	N de personas menores de 20 años con Alta Odontologica Total de enero a diciembre del 2016	Población menor de 20 años	24 %
6	Gestion de Reclamos	Nº total de reclamos respondidos con solución dentro de los plazos legales establecidos (15 días hábiles)	Nº Total de Reclamos	97 %
7	Cobertura de atencion de personas con 15 y más años con Diabetes Mellitus Tipo 2.	Nº de personas con Diabetes Mellitus Tipo 2 bajo control de 15 y mas años	Nº de diabéticos de 15 y más años esperados según prevalencia	55 %
8	Cobertura de atención de Hipertensión Arterial en personas de 15 años y más	N° de personas con Hipertension Arterial bajo control de 15 y más años	Nº de personas de 15 y más años con Hipertension Arterial esperados según prevalencia	72 %
9	Cobertura de Evaluacion del Desarrollo Psicomotor	N° de niños/as con evaluacion del desarrollo Psicomotor de enero a	N° de niños/as inscritas bajo control de 12 a 23 meses	94 %

	de niños (as) de 12 a 23 meses bajo control año 2016	diciembre del 2016	inscritos validados de enero a diciembre del 2016	
10	Tasa de Visita Domiciliaria Integral	Nº de visitas domiciliarias integrales realizadas en el año 2016	Nº de familias (población Inscrita / 4)	22 %
11	Cobertura de atención de Asma en población inscrita y EPOC en personas de 40 y más años	Nº de personas con diagnóstico de Asma bajo control y Nº de personas de 40 y más años con diagnóstico de EPOC bajo contro	Nº de personas esperadas según prevalencia en Asma y EPOC	No Aplica
12	Cobertura de atención Integral a personas de 5 y más años con trastornos mentales	Nº de personas de 5 y más años con trastorno mental bajo control	Nº de personas esperadas según prevalencia de trastornos mentales	13 %
13	Cobertura de control de salud integral a adolescentes de 10 a 14 años	N° de controles de salud integral realizados a adolescentes de 10 a 14 años	Población adolescente de 10 a 14 años inscrita en el establecimiento de salud	15 %
14	Brindar acceso a la atención de salud hasta las 20 horas de lunes a viernes	Nº establecimientos funcionando de 8:00 AM a 20:00 horas de Lunes a Viernes	Nº total de establecimientos	No Aplica
15	Disponibilidad de fármacos trazadores	Nº Farmaco Trazador Comprometido	Nº Total de Farmacos Trazadores	100 %
16	Meta de cumplimiento de Garantias explicitas en salud	Garantías cumplidas	Garantías cerradas	100%

ESTRATEGIAS PARA CUMPLIMIENTO DE METAS E INDICES DE ACTIVIDAD EN ATENCION PRIMARIA DE SALUD (IAAP

AÑO 2016

- Reuniones con equipo para unificar criterios, difundir flujo grama y evaluación mensual de indicadores de manera de reformular estrategias de ser necesario.
- Coordinación con intrasector, comités de salud, dirigente de los sectores para realizar difusión de la actividad, edades, fechas de ronda, etc.
- Prioridad de aplicación EMP en población que consulta por morbilidad u otra consulta de los profesionales de PSR o EMR.
- Que TENS participe en reuniones u otras actividades de la comunidad o escuelas para difundir actividad y fechas de realización, citación de pacientes, o realización de EMP en el lugar.
- Calendarización de actividades, difusión del mismo.
- Realizar citaciones a Domicilio.
- Mantener registros informáticos de la población inscrita y población bajo control en programas infantil, adolescente, adulto, adulto mayor actualizada en cada Posta o EMR.
- Mantener catastro actualizado de Instituciones, empresas forestales, u otras organizaciones de cada sector.
- Realizar examen y registros completos en Formulario EMP-EMPAM, ficha clínica, hoja diaria, realizando registro de exámenes.
- Educación a través del ciclo vital incorporando temas que faciliten ingreso precoz de embarazo, EMP, EMPAM, Diabetes, Hipertensión, Desarrollo Psicomotor.
- Contar en forma permanente con stock de Test de embarazo para realización de diagnóstico oportuno.
- Reforzar actividad de pesquisa precoz en PSR, manteniendo tarjeteros al día y visitando a pacientes inasistentes a su control de Regulación de la Fecundidad, control seriado de presión arterial, o inasistencia a exámenes de confirmación diagnóstica de Diabetes, HTA.
- Al ingreso de Hipertensión Arterial , Diabetes Mellitus se debe hacer tarjeta de control y entrega de carné de paciente crónico , el registro planilla de ingreso casos auge para digitación antes de 24 horas y llenar formulario de consentimiento informado
- Uso adecuado de tarjeteros, registros completos, claros y al día de cada intervención realizada al niño o niña y Registro informático actualizado.
- Coordinación permanente entre equipo y Red CHCC, participación en reuniones de Red Comunal
- Reuniones de programas para consensuar plan de acción y seguimiento de los casos que lo requieran.
- Pesquisa adecuada de factores de riesgo y situaciones de vulnerabilidad que requieran intervención integral del equipo, para planear y priorizar las Visitas Domiciliarias.
- Se deberá velar por mantener stock adecuado de medicamentos e insumos que son requeridos para las patologías AUGE que son responsabilidad de APS.
- Gestión de reclamos dentro de los plazos legales establecidos (20 días hábiles)
- Mantener libro de Felicitaciones, Sugerencias y reclamos en cada Posta de Salud Rural.
- Mantener una adecuada coordinación entre la Dirección y el equipo de salud para el adecuado cumplimiento de los plazos y respuesta a los usuariO

PROGRAMA DE CAPACITACION AÑO 2017:

DIAGNOSTICO DE NECESIDADES DE CAPACITACION 2017

NOMBRE	DSM TRAIGUEN
FUNCIONARIOS REGIDOS POR LA LEY N° 19.378.	40

CATEGORIA	N° FUNCIONARIOS
CATEGORIA A	4
CATEGORIA B	12
CATEGORIA C	14
CATEGORIA D	0
CATEGORIA E	5
CATEGORIA F	5

De acuerdo a los lineamientos estratégicos de capacitación para el año 2017 las propuestas respecto a Temas de acuerdo a los 9 lineamientos y a encuesta realizada a la totalidad del personal donde debían definir tres opciones, los resultados fueron los siguientes:

Nº	CAPACITACION	SUMATORIA	LINEAMIENTO ESTRATEGICO
1	Autocuidado y Manejo del Stress	12	5
2	RCP Avanzado	2	
3	Calidad y Acreditación en Salud	9	1
4	Elaboración de Protocolos en Salud	1	
5	Farmacología y AUGE	2	
6	Autocuidado en Adultos Mayores	3	
7	Manejo Avanzado de Office	3	
8	Curso Avanzado de Informática	1	
9	Trabajo en Equipo	1	
10	Satisfacción Usuaria	5	
11	Uso Adecuado de Redes de Apoyo	1	
12	Canasta Básica de Prestaciones	1	
13	Procedimientos de Esterilización Instrumental	2	
14	Bienestar en Salud Municipal	20	5
15	Salud Familiar	2	
16	Apego	1	
17	Salud Mental	2	
18	Alcoholismo y Tratamiento	1	
19	Manejo a la Defensiva	1	
20	Primeros Auxilios	2	
21	Avances en Nutrición	1	
22	Evaluación Nutricional a través del Ciclo	1	
23	Consejería Individual en Salud	7	1

Para la definición final de las actividades a realizar se consideraron los siguientes criterios entregados por la Unidad de Capacitación del Servicio de Salud Araucanía Norte:

- El 50 % de las prestaciones en el PAC están asociadas al LE. 1 y el otro 50 % al LE 5, con un mínimo de 20 hrs. Pedagógicas.
- Incorporar al 100% de la dotación según Ley.
- Considerar indicaciones entregadas en reunión APS, respecto de orientaciones programáticas.
- Socialización con Jefes de Programa y Director.

PROGRAMA DE CAPACITACION DE FUNCIONARIOS DE APS COMUNA DE TRAIGUEN AÑO 2017

LINEAMIENTO	NOMBRE DEL CURSO	OBJETIVOS	RESULTADOS ESPERADOS	METODOLOGIA	CATEGORIAS	DURACION EN HORAS	FECHA	PRESUPUESTO, SSAN	RELATOR
LINEAMIENTO 1: FORTALECER EL MODELO DE ATENCION EN SALUD, JUNTO CON LOS VALORES Y PRINCIPIOS QUE LO SUSTENTAN.	**CALIDAD Y ACREDITACIÓN EN SALUD**	- Conocer el marco regulatorio que circunscribe y da sentido al proceso de acreditación en salud. - Conocer y comprender el concepto de calidad e identificar sus distintas dimensiones. - Identificar los aspectos críticos asociados al sistema de acreditación en salud con el fin de reconocer el flujo de información y sus diferentes fases.	Que el personal de salud comprenda el diseño, implementación y evaluación para poder colaborar con la realización de los planes de mejora, en los ámbitos donde el DSM no responda adecuadamente a temas de calidad y seguridad de los procesos asistenciales.	Teórica y Practica	Categorías A- B - C- E - F de la Ley 19.378	20 horas	Abril 2017	$200.000	SSAN
LINEAMIENTO 1:	**CONSEJERÍA**	-Adquirir	-Que los funcionarios	Teórica y Practica	Categorías	20 horas	Mayo	$178.000	SSAN

FORTALECER EL MODELO DE ATENCION EN SALUD, JUNTO CON LOS VALORES Y PRINCIPIOS QUE LO SUSTENTAN.	**INDIVIDUAL Y FAMILIAR EN SALUD**	conocimientos teóricos y prácticos para realizar consejerías individuales. - Adquirir y desarrollar habilidades personales, técnicas y pedagógicas que permitan habilitar a los funcionarios de salud como consejeros individuales.	de salud sean capaces de realizar consejerías individuales a los usuarios que lo requieran en diversas temáticas de salud. -Mejorar y aumentar el registro de Consejerías individuales en el Registro Estadístico Mensual (REM A 19 a.)		A- B - de la Ley 19.378		2017		
LINEAMIENTO 5: GENERAR ESTRATEGIAS DE DESARROLLO ORGANIZACIONAL PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA FUNCIONARIA	**BIENESTAR EN SALUD MUNICIPAL**	- Estudiar los antecedentes teóricos y prácticos sobre la organización de un Sistema de Bienestar del Personal en la Salud Primaria Municipal, desarrollando una metodología de gestión de trabajo integrado para el logro de los objetivos de este.	- En general, los participantes podrán entender la importancia de lograr una gestión eficiente, apegada a la normativa y que cumpla con sus objetivos. -Aplicar las técnicas que permitan administrar de manera eficiente y eficaz el Servicio de Bienestar e identificar las obligaciones relacionadas con la gestión presupuestaria, financiera y contable a que deben estar	Teórica y Practica	Categorías A- B - C- E- F de la Ley 19.378	20 horas	Julio 2017	$200.000	FERFUSAM

			sometidas estas unidades.						
FUNCIONARIOS CON CAPACITACIONES ASOCIADAS A ALGUNO DE LOS 9 LINEAMIENTOS ESTRATÉGICOS.	**PROGRAMA DE FORMACION CONTINUA.**			Teórica y Practico	CATEGORIA A				

ANEXOS

MUNICIPALIDAD DE TRAIGUEN

Índice

ÍNDICE 108

1.- INTRODUCCIÓN 109

2.- RESUMEN 112

3.- CARACTERIZACIÓN DE LA COMUNA 112

3.1.- CONTEXTUALIZACIÓN HISTÓRICA DE LA COMUNA 112
3.2- DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA COMUNA 113
3.3.- TERRITORIO Y POBLACIÓN 114

4.- CONTEXTO CAMPESINO MAPUCHE EN LA COMUNA DE TRAIGUÉN 115

5.- SITUACIÓN DE SALUD EN LA COMUNA 117

5.1.- SALUD DESDE LA NUEVA RURALIDAD 118
5.2.- POSTAS DE SALUD RURAL 120
5.3.- ESTACIONES MEDICO RURALES 121
5.4.- CARACTERIZACIÓN DE LOS USUARIOS 121
5.5.- SALUD DESDE EL CONTEXTO INTERCULTURAL MAPUCHE 122

6.- EDUCACIÓN A NIVEL COMUNAL 123

7.- MEDIOAMBIENTE 124

8.- DESARROLLO TURÍSTICO EN LA COMUNA DE TRAIGUÉN 124

8.1.- EN LA COMUNA DE TRAIGUÉN, NAHUELBUTA DE CLÚSTER A TERRITORIO 125

9.- SITUACIÓN DE POBREZA EN LA COMUNA 125

10.- VIVIENDA, CONDICIONES DEL ENTORNO Y DESARROLLO HUMANO 126

11.- EMPLEO EN LA COMUNA 126

12.- DESARROLLO ECONÓMICO COMUNAL 127

CAPITULO II 129

1.-DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO COMUNAL CON ENFOQUE DE EQUIDAD Y DETERMINANTES SOCIALES 129
1.2.- EL ENFOQUE DE DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD 129

2.- DETERMINANTES ESTRUCTURALES DE LAS DESIGUALDADES DE LA SALUD 131

2.1.- El contexto socioeconómico y político 131
2.2.- La posición socioeconómica. 131

3.-DETERMINANTES INTERMEDIOS O INTERMEDIARIOS DE LA SALUD 132

4.- DIAGNÓSTICOS COMUNALES 133

4.1.- Diagnóstico Realizado por SENDA-Previene 134

4.2.- DIAGNOSTICO OFICINA DEL DEPORTE TRAIGUÉN. LEVANTAMIENTO DE INFORMACIÓN DENOMINADA "DIALOGO TERRITORIAL, FORMULACIÓN DE POLÍTICA NACIONAL DE ACTIVIDAD FÍSICA Y EL DEPORTE 138

4.2.1.- Actividad Física y Deporte Infantil 138
4.2.2.- Actividad Física y Deporte de Participación Social 139
4.2.3.- Deporte de Rendimiento 140

CAPITULO III.- 141

1.- Talleres Participativos 141
Taller I.- Clubes de adulto Mayor Comuna de Traiguén 141
Taller participativo II.- Unión comunal Traiguén /Juntas de Vecinos 148
Taller Participativo III.- Comunidades mapuche; sector rural comuna de Traiguén 154
Taller Participativo IV.- Jóvenes del sector urbano y rural de la comuna 156

ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS DE LA COMUNA 158

Población total 2002 y proyección 2012 INE 159
Población por sexo e índice de masculinidad INE 159
Población por grupos de edad 2002 y proyectada 2012 INE 160

1.- Introducción

La promoción de la salud surge como respuesta a la necesidad de buscar nuevas miradas a los múltiples problemas de la salud de acuerdo a la diversidad cultural existente en el mundo, por tanto es preciso mirar la salud desde un enfoque integral. La promoción de salud sientas sus lineamientos en el enfoque de equidad, asegurando un acceso igualitario al sistema de salud sin importar la clase social, etnia, género, edad, territorio etc. Por tanto, la promoción de la salud se constituye como una estrategia encaminada a desarrollar procesos y

actividades individuales o grupales con el fin de modificar conductas de riesgo y adoptar estilos de vida saludables. De igual forma la promoción de la salud apunta a que las personas y colectivos tengan una mejor calidad de vida, teniendo en cuenta que los seres humanos son entidades biológicas y también entidades sociales que requieren ser intervenidas por los profesionales de la salud como un todo para así conseguir personas y comunidades saludables.

La promoción de la salud también ha sido definida como el proceso de capacitar a las personas para que aumenten el control sobre su salud y para que la mejoren. De esta forma es posible alcanzar un nivel adecuado de bienestar físico, mental y social, cada persona o grupo requiere identificar y llevar a cabo aspiraciones, satisfacer necesidades y cambiar el entorno o adaptarse a él. La salud se contempla, pues, como un recurso para la vida cotidiana, no como el objetivo de la vida; adicional a esto, la salud es un concepto positivo que enfatiza recursos sociales y personales, junto con capacidades físicas.

La promoción de la salud, se consigue a través de tres mecanismos intrínsecos o internos de las personas, en primer lugar el **autocuidado**, es decir, las decisiones y acciones que la persona lleva a cabo en beneficio de su propia salud. **La ayuda mutua** o acciones que las personas realizan para ayudarse unas a otras de acuerdo a la situación que estén viviendo y por último **los entornos sanos** o creación de las condiciones ambientales que favorecen la salud, tales como las escuelas saludables que se constituyen en escenarios potenciadores de las capacidades de los niños y niñas, en las que la educación para la salud y la promoción de la salud son opciones pedagógicas para el desarrollo humano y la formación en valores desde la niñez.

La promoción de la salud además de lo personal y lo conductual, tiene en cuenta como estrategia más global para su aplicación y difusión cinco componentes básicos interrelacionados entre sí, tales como: la construcción de políticas públicas saludables, la creación de entornos o ambientes favorables, el fortalecimiento de la acción comunitaria y la participación social, el desarrollo de habilidades personales para el fomento de la salud y la reorientación de los servicios de salud

Este modelo de promoción de la salud sirve para la predicción de conductas saludables y para explicar las características y experiencias pasadas de salud, las creencias cognitivas específicas y las influencias que ejerce cada creencia en un determinado comportamiento.

Por tanto la Promoción de la Salud constituye un proceso político y social global que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y, en consecuencia, mejorarla. En este sentido, las intervenciones abarcan no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública.

Es un proceso mediante el cual las personas familias y comunidades logran mejorar su nivel

de salud al asumir un mayor control sobre sí mismas. Se incluyen acciones de educación, prevención y fomento de la salud, donde la población actúa coordinadamente en favor de políticas, sistemas y estilos de vida saludables, por medio de la abogacía, empoderamiento y construcción de un sistema de soporte social que le permita vivir más sanamente.

A partir de estos lineamientos se busca empoderar a la población de la comuna de Traiguén a ser partícipes directos y actores sociales relevantes en el programa de promoción de salud, mediante espacios de participación ciudadana que involucran distintas miradas desde la diversidad cultural de la comuna, recogiendo por medio de instrumentos participativos, lo problemas que aquejan a la población y levantando propuestas que han nacido de los propios actores involucrados en este proceso.

Estas instancias participativas han surgido de la necesidad de tener una mirada amplia, pero no menos integral de los problemáticas más atingentes en la comuna, que se han plasmado en el presente diagnostico comunal, que tiene como objetivo principal la elaboración y puesta en marcha de un plan trienal de promoción de salud que comenzara a funcionar a contar del año 2016.

Este diagnóstico comunal ha sido elaborado por el equipo de profesionales del Departamento de Salud Municipal de Traiguén, mediante el programa de Promoción de La Salud. En él que participaron la Trabajadora Social Katherine Cannobi B. la Enfermera Liliana Nuñez S. y la Antropóloga Camila Lara G.

Por último es preciso agradecer a todos y todas quienes han participado en este proceso, a los/las dirigentes sociales, Clubes de Adulto Mayor y Comunidades mapuche quienes de forma desinteresado nos ayudaron a levantar la información que a continuación se presentará.

2.- Resumen

El presente texto plasma la información recabada en la elaboración del diagnóstico comunal en el marco de la elaboración del plan trienal de promoción de salud 2016-2018 "Hacia Comunas y Comunidades Saludables.

Este levantamiento de información se ha llevado a cabo con la participación de diversos actores sociales, tales como dirigentes de Juntas de Vecinos, clubes deportivos y comunidades mapuche, desde la mirada de la investigación acción participativa haciendo hincapié en los principios de investigación colectiva y experimentación basados en evidencia e historia social. Desde esta perspectiva las comunidades de investigación y acción desarrollan y dirigen preguntas y problemas significativos para aquellos que participan como co-investigadores, realizando un esfuerzo en conjunto para integrar tres aspectos básicos: participación (la vida en la sociedad y democracia), acción (compromiso con la experiencia y la historia), e investigación.

Si bien el objetivo de este diagnóstico se enmarca en el levantamiento de información, también se buscó empoderar a los actores sociales y concientizarlos en torno a las problemáticas que los aquejan a nivel comunal, esto permitió que los mismo actores de forma consciente plantearán propuestas y soluciones a sus problemáticas, las que serán abordadas de forma colaborativa e intersectorial.

3.- Caracterización de la Comuna

3.1.- Contextualización Histórica de la comuna

La historia de Traiguén se encuentra fuertemente unida al proceso de incorporación de las tierras de "La Frontera" al Estado chileno a fines del siglo XIX. Por lo tanto, como muchas ciudades de La Araucanía, Traiguén nació como un fuerte militar, una avanzada del Ejército de Chile para asentarse en esta zona del país.

Como señalan las crónicas de la época, el 2 de diciembre de 1878 fue fundado el fuerte de Traiguén por el coronel Gregorio Urrutia, asentándose esta división en los dominios del gran Quilapán, quien diez años atrás había impedido que el Ejército lograra su cometido en el área.

Ya en 1879 se instaló el telégrafo en el sector, lo que permitió una rápida comunicación con otras zonas del país. Asimismo, junto a los militares llegaron cientos de personas con el ánimo de quedarse a vivir en el sector, por lo cual se organizaron para realizar las tareas

propias de una ciudad naciente: ubicar la plaza, los rancherías, iglesia, etc.

La gente empezó a trabajar en la ganadería y la agricultura. Posteriormente, se instala en Traiguén José Bunster, quien levantó importantes industrias y servicios comerciales, además de dedicarse a la floreciente agricultura.

En 1883, el mismo José Bunster instala un molino de cilindros que operaba con energía hidroeléctrica, siendo el primero en su tipo en Sudamérica. Por lo demás, permitió otorgar luz eléctrica a un importante número de familias.

Son muchos los hitos de progreso que marcan a esta comuna, entre ellos destaca 1901 es en este año donde comenzó a operar la primera locomotora eléctrica en Sudamérica, bajo la administración de Juan Widmer, y que hoy se ubica frente a la Estación de Ferrocarriles.

Así también, fue un espacio floreciente para el periodismo regional, que encontró en este lugar la energía necesaria para crecer, destacándose el diario "EL Colono", que dejó huellas en los habitantes de "La Frontera".

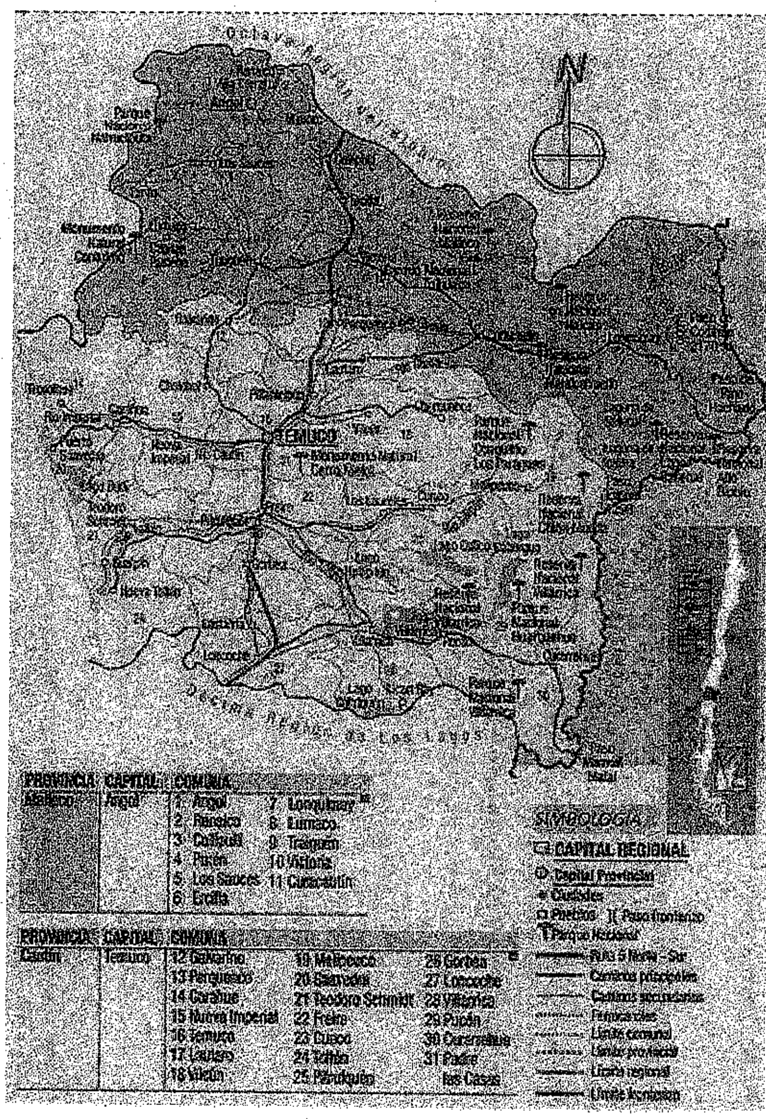
Como se señaló a comienzos del siglo XX, la comuna se caracterizó por su prosperidad, lo que significó que la zona atrajera a un alto número de inversionistas de distintas partes que vieron en estas tierras una buena alternativa para hacer riqueza, lo cual redundó en un abundante comercio y dinámica vida económica

3.2- Descripción General de la Comuna

La comuna de Traiguén, fue fundada el 2 de diciembre de 1878 como Villa de Traiguén y que en mapudungun quiere decir "salto de agua". Cuenta con cerca de 19 mil habitantes y está ubicada a 30 kilómetros de la ciudad de Victoria donde recorre la Ruta Panamericana o Autopista de la Araucanía. Está ubicada en el valle Longitudinal, en una zona compuesta por material glaciofluvio- volcánico, con suelos del tipo trumao; además, es regada por el río Traiguén, perteneciente a la hoya hidrográfica del río Imperial. Posee un clima templado lluvioso, con 10 meses húmedos (en los que se alcanza un promedio cercano a los 1.250 mm de precipitaciones) y 2 secos, y una temperatura media anual de 12,2 °C. Su economía está basada fundamentalmente, la agricultura (cerealera), el desarrollo forestal y secundariamente en la industria de la mueblería y ladrillos.

3.3.- Territorio y Población

La comuna de Traiguén se erige sobre el territorio que comprende la IX Región de La Araucanía la cual cuenta con una superficie de 31.842,3 km2, representando el 4,2% de la superficie del país, esta región se encuentra dividida en dos provincias Malleco y Cautín que



a su vez agrupan 30 comunas.

La región de la Araucanía se encuentra subdividida en 5 distritos:

Distrito n° 48: donde pertenecen las comunas de Traiguén, Purén, Angol, Ercilla,Los Sauces, Lumaco y Renaico.

Distrito n° 49: pertenecientes a esta, las comunas de Curacautín, Vilcún, Galvarino, Lautaro, Lonquimay, Melipeuco, Perquenco y Victoria.

Distrito n° 50: correspondiente a la comuna de Padre Las Casas y Temuco.

Distrito n° 51: Pitrufquén, Cholchol, Carahue, Freire, Nueva Imperial, Saavedra, Teodoro Schimidt.

Distrito n° 52: con las comunas de Pucón, Toltén, Cunco,Curarrehue, Gorbea, Loncoche, Villarrica.

En Malleco, la cordillera de Nahuelbuta es muy elevada, por lo que constituye una barrera climática; la depresión Intermedia es ancha y ondulada, surcada por algunos cursos de agua como el río Malleco y el Traiguén; a continuación se encuentra la montaña, que desaparece hacia el sur; la cordillera de los Andes, por su parte, se presenta desdoblada en cordones transversales de carácter volcánico, destacándose el Tolhuaca y el Lonquimay. El clima es mediterráneo típico con estación seca corta, lluvias concentradas en invierno y cuatro o cinco meses secos en verano. Alberga bosques de árboles bajos, matorrales y pastos que se secan en verano.

La provincia se destaca por la actividad agropecuaria, en la que sobresale el cultivo del trigo, cebada y papa; la ganadería bovina es importante y su producción es manufacturada en las ciudades principales, que actúan como centros administrativos y de servicios; entre estas ciudades destaca Angol, Victoria, Traiguén y Collipulli. En la cordillera de los Andes hay importantes reservas forestales, a lo que hay que añadir que se han reforestado extensos

territorios con pino insigne.[1]

En cuanto a su población la comuna de Traiguén, de acuerdo a las proyecciones de población, tendría del orden de 17,6 mil habitantes el año 2013, lo que representa el 1,8% de la población proyectada para la región de La Araucanía y 0,1% de la población proyectada en el país.

4.- Contexto campesino mapuche en la comuna de Traiguén

En la cultura mapuche la concepción de la vida, tiene como eje a la alimentación, la que requiere de una relación distinta con la naturaleza no sólo como "recursos naturales", sino como parte de un mundo que genera *"modelos locales de naturaleza"*, basados en sus tradiciones, visiones de mundo y en las distintas adaptaciones que demanda su actual situación de escasez de fuentes de bienestar donde la pobreza no deja de estar presente.

El pueblo Mapuche a lo largo de su historia ha tenido una economía autónoma para satisfacer sus necesidades. Ha producido sus alimentos, ha elaborado su vestuario y ha construido sus casas. En la actualidad, el pueblo Mapuche se relaciona con un sistema económico dominante y distinto, el sistema económico neoliberal. Estas relaciones serán mejores, si el Mapuche valora su propia economía, su territorio y los recursos que hay en él y a partir de allí se relacione con la otra economía mundial.

El Xafkelluwun[2] debe ser conservado y desarrollado al interior de las comunidades Mapuche para que desde ahí pueda generar un mayor bienestar sin perder la autonomía y los diversos aspectos de la propia cultura. El Xafkelluwün se basa en la generosidad, la confianza, la honestidad y la reciprocidad. Tiene algunas prácticas que podemos identificar en la vida diaria de los Mapuche, por ejemplo: el Xafkintun[3], el sistema de medierías, la relación de respeto y protección de la naturaleza, los Ad Mapu locales (o sistemas de normas), la búsqueda del bienestar común. Los principio y valores de donde nacen las distintas prácticas del xafkelluwün se encuentran en la base del pensamiento Mapuche que son compartidas por otros pueblos indígenas del mundo y se oponen al pensamiento occidental y su sistema económico neoliberal (Figueroa, 200611). El actual contexto sociocultural de la comuna de Traiguén ha experimentado un cambio en el escenario sociocultural con la llegada de nuevas comunidades mapuche las que le han ido incorporan un elemento identitario donde la diversidad cultural mapuche y campesina constituyen un patrimonio fundamental para impulsar un desarrollo sustentable y con

[1] Plan de Desarrollo Comunal de la Comuna de Traiguén 2010-2014. (2010), Traiguén Región de la Araucanía, Chile.
[2] La economía del hogar, que tiene como base las relaciones de reciprocidad donde prevalece el intercambio y no necesariamente teniendo como medio el dinero. Significa tomar lo suficiente.
[3] Sistemas autónomos de intercambios, renovación, refrescamiento y abastecimiento de semillas y plantas regido por protocolos y principios donde el dinero no forma parte. Pues nada se vende, sólo se intercambia

identidad.

De un total de 11 comunidades históricas en la comuna hoy existen más de 45 comunidades mapuche registradas en la Corporación Nacional de Desarrollo Indígena (CONADI) como resultado de la recuperación y ampliación territorial.

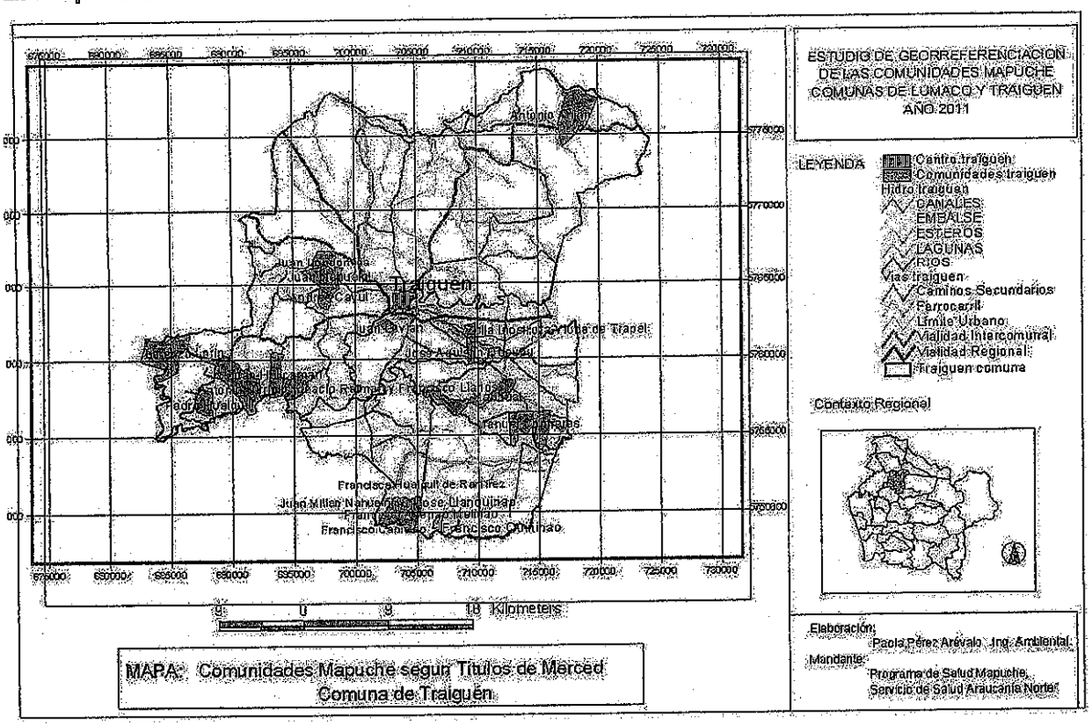
La comuna de Traiguén desde el año 1994 hasta el 2008 ha recibido un Nº cercano a 1.000 familias provenientes de las comunas de Galvarino, Lumaco, Purén, Collipulli y Victoria, además de la ampliación de tierra en la misma comuna de Traiguén. La superficie total de tierras adjudicadas suma un total de 6.987, 5 hectáreas.

Todo ello, no solo tiene un cambio en la propiedad de la tierra en la comuna sino tiene un impacto en un nuevo tejido socio cultural en el ámbito rural, en la red de protección social, en los requerimientos para educación y la salud y fundamentalmente en la implementación de programas de desarrollo con altos requerimientos en proyectos de inversión productiva para la implementación de sus sistemas productivos en donde las pueblas espacio en el entorno de la casa se constituye en la unidad productiva estratégica para la producción de la alimentación y la reproducción de su base cultural en donde las mujeres han jugado un rol fundamental.[4]

Las comunidades Mapuche se asientan principalmente en la parte sur de la comuna. Se pueden encontrar comunidades en las localidades de Aniñir, La Unión y Malalhue por el norte; en la parte sur se distribuyen en las localidades de Temulemu, Didaico, Molco, Chanco, Colpi, entre otras.-

[4] Plan de Desarrollo Comunal de la Comuna de Traiguén 2010-2014. (2010), Traiguén Región de la Araucanía, Chile

El mapa muestra los Títulos de Merced de Comunidades Mapuche en la comuna.



5.- Situación de Salud en la comuna

La Red de Salud en la Región de la Araucanía, se subdivide en dos y la red de Salud de Araucanía Sur y la Red de Araucanía Norte, encontrándose Traiguén en esta última red de salud. Esta red Regional la componen hoy en día: 7 hospitales, 7 consultorios, 2 Cecofs, 3 Sapu y alrededor de 50 postas y 50 estaciones médico rurales. Esta red está compuesta por cerca de 2.000 trabajadores, 1.500 en el Servicio de Salud y 500 en la atención primaria municipal, según cifras extraídas del Plan de Desarrollo Comunal.

En la dimensión salud, la proporción de la población comunal afiliada a Fonasa que pertenece a los grupos A y B (78,1%), de menores ingresos, es mayor que el promedio regional (71,6%) y nacional (60,1%). En términos de resultados, se observa que el año 2010 la tasa de natalidad en la comuna es de 15,5 niños(as) por cada 1.000 habitantes, mientras que la tasa de mortalidad general del quinquenio 2005-2010 (ajustada a la población del año 2003) es de 6,7 personas por cada 1.000 habitantes, y la tasa de mortalidad infantil del decenio 2000-2010 (ajustada a la población del período 1996-2007) es de 10,0 niños(as) por cada 1.000 nacidos vivos. Por otra parte, la esperanza de vida femenina al nacer en la comuna es menor a la regional, mientras que la masculina es igual en la comuna y el promedio regional.

En lo relativo a la condición nutricional de la población, el año 2011, se observó en la comuna una mayor proporción que en la región, de niños menores de 6 años, en control, que están con sobrepeso o en condición de obesidad. Análogamente, entre los adultos mayores, el porcentaje de la población en control que se encuentra con bajo peso supera el promedio regional.

5.1.- Salud desde la nueva ruralidad

Al hablar de ruralidad en América Latina y Europa hay consenso en reconocer que ya hace algunos años se viene abriendo paso una nueva ruralidad, producto de la globalización y la modernidad, Chile y en específico la comuna de Traiguén no escapan a esta situación, esto se ve reflejado en la inserción de las economías agrarias en los mercados internacionales y se han acentuado las transformaciones en diversos ámbitos de la vida social, alterándose de esa manera la ruralidad tradicional. Si bien se aprecian estas tendencias globales, el conjunto de reestructuraciones asumen especificidades particulares en cada territorio, según sus características productivas, condiciones socioculturales y experiencias históricas que se materializan en la vida cotidiana y en los patrones culturales, incluidos las representaciones simbólicas de los actores, en una comuna de alta ruralidad como es Traiguén.

En el mismo sentido, Gómez (2002) afirma que la industrialización de la agricultura y la urbanización de las comunidades rurales terminó con la ruralidad tradicional, dando paso no a una desaparición de lo rural, sino a una transformación radical que la ha vuelto más compleja y más heterogénea. En la base de estas transformaciones actuales se encuentra el proceso de globalización y se reconoce que este fenómeno se encuentra interrelacionado con el surgimiento de esta nueva ruralidad, formando ambos parte de un conjunto de reestructuraciones que en cada país o localidad asumen especificidades propias, pero en las que se reconocen tendencias globales similares (Llambí, 1994; Murmis, 1995; Teubal, 1998; Long, 1999)

En definitiva, la ruralidad como fue definida tradicionalmente no corresponde a la que se observa hoy. Tampoco las antiguas visiones y concepciones de lo rural son capaces de captar y de interpretar las transformaciones en curso, por lo que se va transitando hacia nuevos marcos conceptuales, proceso que en gran medida se ajusta a lo que Giddens (1998) plantea respecto a la modernidad, al sostener la necesidad de que el replanteamiento de la naturaleza de la modernidad vaya acompañado de una reelaboración de los principios básicos del análisis sociológico.

A todos estos cambios y resignificaciones se enfrentan las instituciones con sus diversos programas. Pese a la emergencia de la nueva ruralidad los problemáticas sociales no varían en demasía.

El departamento de Salud Municipal plantea que los problemas de salud identificados por los usuarios son: obesidad, sedentarismo, falta de información en temas de salud (patologías AUGE) falta de espacios recreativos, contaminación ambiental y alcoholismo.

El Departamento de Salud de la Municipalidad de Traiguén, es responsable de la atención primaria de la población de los sectores rurales de nuestra comuna, inscrita y validada a través del sistema de inscripción Per cápita de FONASA, dependiente administrativamente de la Municipalidad de Traiguén y Técnicamente del Ministerio de Salud.

Según la definición dada en la Declaración de Alma-Ata, aprobada por la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata de 1978 convocada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) la atención primaria de Salud (APS) corresponde a 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 y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria. De acuerdo a lo anterior la APS se enmarca en una serie de acciones de salud pública, sean de diagnóstico, prevención, curación y rehabilitación.

Con el fin de acercar lo más posible la atención de Salud a la población, el Equipo Médico del Departamento de Salud Municipal, se traslada diariamente a 6 Postas de Salud Rural con Auxiliar Paramédico residente en forma permanente en el sector y 8 Estaciones Médico Rurales a través de la realización de Rondas Médicas.

La dotación de funcionarios del establecimiento se programa anualmente según la realidad epidemiológica, población beneficiaria, infraestructura y recursos económicos existentes y se rige principalmente por el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal, Ley Nº 19.378.

Los Recursos Económicos que permiten el buen funcionamiento del Departamento de Salud corresponden al Percápita, aporte estatal en base a la población inscrita y validada por el fondo Nacional de Salud FONASA, al Aporte Municipal, y a un aporte económico complementario que realiza el Ministerio de Salud, a través de convenios que vienen a reforzar en forma muy importante los recursos y programas existentes, tanto para actividades de salud, como para RRHH y mejoramiento del equipamiento e infraestructura.

La capacitación del personal también está regida por la Ley 19.378, a través de un Programa Anual de Capacitación elaborado por el equipo y aprobado tanto por el Servicio de Salud como por el Concejo Municipal.

Las actividades son ejecutadas de acuerdo a un Plan de Trabajo elaborado en forma anual por el equipo de salud que contemplan acciones de Fomento, Prevención y Protección de Salud, dentro de estas actividades se incluye la atención clínica de pacientes, tanto de morbilidad como de controles de salud, individuales y familiares así como también trabajos comunitarios que permiten la participación de la comunidad, fomentando el autocuidado y hábitos de Estilos de vida saludables, adoptando el Modelo de Salud con Enfoque Familiar. Este plan de trabajo se realiza en base a las orientaciones Técnicas y metodológicas emanadas desde el ministerio de Salud, y de acuerdo a las metas Sanitarias a nivel nacional, regional y local, dentro de esto se incluyen:

- Metas Sanitarias Ley 19.813
- Indicadores de Índices de Actividad en la Atención Primaria de Salud Municipal (IAAPS)
- Áreas de influencia de los sectores dependientes del Departamento de Salud.
- Población asignada
- Diagnóstico Situación de Salud de la población asignada

5.2.- Postas de Salud Rural

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

5.3.- Estaciones medico rurales

No son establecimientos por sí mismos. Corresponden a estrategias de trabajo; actualmente esta estrategia es aplicada en pocos lugares como consecuencia de la disminución de la ruralidad en el país. Son estrategias de intervención dependientes de un Consultorio, CESFAM, PSR y ocasionalmente de un Servicio de Salud. Funcionan por medio de atenciones que otorga el equipo de salud de un consultorio o una Posta a las poblaciones usuarias, en zonas de máxima dispersión, en locales provistos por la comunidad. Son asistidos por rondas de profesionales o técnicos en forma periódica.

5.4.- Caracterización de los usuarios

La población beneficiaria rural corresponde a un total 4.602 usuarios, con un total aproximado de 986 familias, (promedio de 5 integrantes por hogar). De estos un 80% corresponde a población de etnia mapuche. El nivel educacional de la población predomina la básica incompleta con un 64%, un 16% lee y escribe, un 6% con enseñanza media completa, 2% con estudios superiores y 4% con analfabetismo. Con relación a la fuente de ingreso laboral un 70% no cuenta con un trabajo remunerado estable, prevalecen los trabajos de temporada en empresas de rubro agrícola- forestal, programas de apoyo SENCE, programas de empleo de emergencia de la Municipalidad de Traiguén.

Las vías de acceso a los sectores rurales son mayoritariamente caminos de ripios en buen estado, permitiendo el tránsito vehicular en época de invierno a los distintos establecimientos de salud, sin embargo los caminos vecinales de algunos sectores dificultan llegar al domicilio de los usuarios para entregar las prestaciones programadas por el equipo de salud.

En cuanto al saneamiento básico un 90% de la población cuenta con sistema de electrificación rural, el agua es obtenida a través de pozos o vertientes y solo un 15 % tiene agua potable rural. (Quilquen, Pantano, Villa el Tesoro Chufquen). Con respecto al sistema de eliminación de excretas predominan las letrinas sanitarias o fosa séptica.

En relación a las organizaciones sociales, existen sectores en los cuales se pueden encontrar JJVV, comités de agua potable rural, iglesias evangélicas, comités de salud, club de adulto mayor, escuelas, postas de salud rural, estaciones médico rural, otras.

5.5.- Salud desde el contexto intercultural mapuche

El programa de Salud Mapuche comienza el año 2000 en la comuna, con la incorporación de un facilitador intercultural. El año 2007 se incorpora un segundo facilitador.
Las principales acciones del programa dentro de la comuna de Traiguén son:

- Derivación usuarios a Machi dentro y fuera de la comuna.
- Realización de Policlínico intercultural
- Coordinación entre agentes médicos (médico y machi) sobre el tratamiento de los usuarios que requieran la complementariedad entre sistemas médicos.
- Generar espacios de participación en salud donde asisten Lonkos, Dirigentes y usuarios de la comuna
- Difusión del Programa y sus actividades sistema de salud del hospital
- Sensibilización a funcionarios públicos sobre interculturalidad (encuentros de palin, talleres de cosmovisión,)
- Apoyo a las Machi de la comuna en la movilización para la recolección de plantas y hierbas medicinales para Lawen.
- Participación de los facilitadores interculturales en otros programas de salud y servicios públicos, para acciones de salud intercultural.
- Coordinación intrahospitalaria de los pacientes mapuche en trámites y necesidades especiales de la cultura que sean relevantes para la rehabilitación
- Coordinación entre equipos de la red de Salud.
- Reserva de horas a usuarios prioritariamente a Mapuche y personas de la zona rural
- Realización de pasantías a experiencias de salud intercultural (centro de Medicina Mapuche Imperial, Firulawen de Boroa) por el equipo PROMAP local y la mesa de participación local.
- Visita a los Servicios Clínicos de hospitalización, para orientación en medicina Mapuche de usuarios que lo soliciten o requieran. Las derivaciones en la comuna se realizan dentro y fuera de la comuna. Las derivaciones fuera de la comuna son hacia las comunas de Freire (Quepe) y Galvarino. Las derivaciones son por consulta espontánea de los usuarios y programada por los médicos.

La atención del Policlínico Intercultural consiste en realizar una evaluación igualitaria entre facilitador intercultural y médico, para ver la situación de salud del paciente con una visión mapuche y no mapuche, así llegar a una determinación de acudir a machi o no y a que machi según su sintomatología.
En el equipo participa facilitador, medico, paciente y ngen kutram (dueño o responsable del paciente). La derivación se documenta en registros internos del equipo local y además en la

ficha clínica del paciente.

El acceso a la Medicina Mapuche contempla el acompañamiento en el tránsito de la Medicina Mapuche; con orientación, asesoría, seguimiento, control y traslado de Lawen. El programa en la comuna cuenta con una mesa de participación local donde asisten 20 Comunidades Mapuche, esta mesa participa en la planificación anual del programa, analiza el tema de salud con una visión integral, realizan acuerdos con autoridades locales para el mejoramiento de la salud rural, con una continua capacitación en salud intercultural.[5]

6.- Educación a nivel comunal

En lo referente a la educación, en la comuna el 100% de la matrícula escolar del año 2012 a la fecha recibe financiamiento público (56,7% corresponde a establecimientos municipalizados y 43,3% a particulares subvencionados). Los resultados promedio obtenidos por los alumnos que estudian en la comuna, en las pruebas SIMCE de los últimos años, en general, no difieren significativamente de los observados en la región y el país. Solo se registran menores puntajes promedio en la comuna que en la región y el país en la prueba de matemáticas de II medio. Ahora bien, si analizamos tanto para los cuartos y octavos básicos el promedio y lo comparamos tanto a nivel nacional, regional y comunal podemos ver lo siguiente, en el caso de los cuartos básicos, éstos superan el promedio regional por dos puntos, siendo superados por el promedio nacional en tres puntos. En contraposición los octavos básicos superan el promedio regional y el comunal en diez y cuatro puntos respectivamente, lo que habla de un muy buen indicador comunal.

Adicionalmente, la comuna registra puntajes promedio menores que los nacionales en las pruebas de lectura de II medio y de inglés de III medio (aunque los promedios comunales no difieren estadísticamente de los regionales).

No existe ningún centro de formación técnica, instituto profesional ni universidades en la Comuna de Traiguén, lo que podría ser de gran ayuda para que los egresados tuviesen alternativas al terminar la enseñanza media, además de no tener que viajar a otros lugares para poder obtener estudios superiores, como por ejemplo trasladarse a Victoria y Temuco para hacerlo.

En cuanto a la educación Municipal en la Comuna de Traiguén, esta reúne la condiciones necesarias para poder dar servicio y atención a la población, se identifican ocho establecimientos educacionales en el radio urbano y otros nueve establecimientos a nivel rural, diferenciados entre enseñanza básica, media y especial.

Un total de 17 establecimientos educacionales para cubrir la Educación Municipal de la Comuna de Traiguén, con 174 Docentes y 83 Asistentes de Educación, tanto para el sector Urbano como el Rural. Además de los funcionarios y Directivos que trabajan en el DAEM 19

[5] Estudio de Georreferenciación, Comunidades Mapuche de Lumaco y Traiguén. Programa de salud mapuche Servicio de Salud Araucanía Norte.

lo que da un total de 276 profesionales, a cargo de la educación Municipal en la Comuna.

7.- Medioambiente

Los lineamientos centrales de la política de medioambiente para la comuna de Traiguén buscan promover la sustentabilidad ambiental dentro del proceso de desarrollo local través de la coordinación, generación e implementación de acciones estratégicas en el marco de la política ambiental definida por el gobierno y de las particularidades de la Región de La Araucanía.

La política ambiental regional comprende los lineamientos estratégicos de la política ambiental país, los cuales orientan la acción programática del sistema nacional de gestión ambiental.

En este sentido podemos ver que existe una gran preocupación por el vertedero existente por el cual se efectuará un Plan de Cierre del Vertedero actualmente en funcionamiento, implementando una serie de obras de mejoramiento y cierre final de este según normativa vigente.

Por otro lado el retiro de residuos sólidos domiciliarios (basura) se realiza todos los días, por medio de dos camiones, el área de cobertura es en toda la comuna, es decir, tanto el radio Urbano como el Rural. El barrido de calles está licitado a una empresa externa. La Basura es depositada en el vertedero municipal.

8.- Desarrollo Turístico en la Comuna de Traiguén

Es en esta región es donde se encuentra el corazón de la etnia mapuche, muchos de los cuales ya ofrecen actividades relacionadas al etnoturismo en sus comunidades, mostrando sus costumbres ancestrales. De Traiguén hacia la costa se encuentra el territorio de Nahuelbuta, zona de importancia turística para esta comuna.

La principal atracción es la llamada Área Turística Nahuelbuta, en esta área se destaca la cordillera llamada del mismo nombre, Nahuelbuta; sus ecosistemas únicos y sus atractivos Naturales, como el monumento natural Contulmo; parque nacional Nahuelbuta; además del museo Dillmann Bullock y fuerte Purén.:

Por otro lado en la comuna de Traiguén es posible visitar atractivos entre los que se cuenta el Salto Quichanmahuida, Balneario Los Maitenes, la Quebrada Chufquén y los Saltos del río Quino. Además se puede visitar el Parque Weber, plantado hace más de 50 años y en el cual existen más de 76 variedades de coníferas de distintas partes del globo.

8.1.- En la comuna de Traiguén, Nahuelbuta de Clúster a Territorio

Esta constituye una experiencia que consiste en el desarrollo del proceso de cambio de un territorio que nace al alero del programa nacional Chilemprende, con el nombre de Clúster Forestal. Este territorio ha sido escuela y laboratorio de muchas otras experiencias a nivel nacional, sin embargo, tenía una construcción orientada solo hacia un sector de la economía y potenciales de desarrollo del secano interior de la provincia de Malleco. La apuesta ahora es generar Desarrollo
Económico a través de re-observar el territorio como un "sistema", que se desarrolla en torno a un gran hito geográfico que es la cordillera de Nahuelbuta.
Este cambio de enfoque ha permitido dar cuenta de la existencia de potenciales negocios vinculados a la riqueza natural, histórica y multicultural, lo que ha significado la creación de 4 ejes de desarrollo: 1) Turismo y comercio; 2) Alimentos del Bosque; 3) Ganadería y 4) Bosque, madera y muebles.

9.- Situación de pobreza en la comuna

Para comprender la situación de pobreza en todas sus dimensiones es preciso situarnos desde un cambio metodológico en medición, ya que a partir de la encuesta CASEN del año 2013, se da inicio a la aplicación de nuevas metodologías. En primer lugar se mide la pobreza por ingreso que es la manera en que Chile acostumbra medir la pobreza, pero actualizando la medición a los niveles de vida y necesidades de la población del Chile de hoy, de modo de imponernos estándares más exigentes de lo que consideramos un mínimo nivel de vida aceptable para los chilenos. Por otro lado se ha incorporado la pobreza multidimensional esta medición reconoce que el bienestar, las necesidades y la situación de pobreza de los chilenos y chilenas no sólo depende de contar con los ingresos suficientes para adquirir una canasta básica, sino que también depende de la satisfacción de sus necesidades y ejercicio de derechos en las áreas de Educación, Salud, Trabajo y Seguridad Social, y Vivienda.

La línea de la pobreza está determinada por el ingreso mínimo necesario por persona para cubrir el costo de dos veces la canasta mínima individual para la satisfacción de las necesidades alimentarias (de esta forma se consideran las no alimentarias también). Los hogares son considerados pobres cuando sus ingresos no alcanzan para satisfacer las necesidades básicas de sus miembros ($ 47.099 en la zona urbana y en $ 31.756 en las zonas rurales).

La línea de indigencia: se establece por el ingreso mínimo necesario por persona para cubrir el costo de una canasta alimentaria. Son indigentes los hogares que, aun cuando destinan todos sus ingresos a la satisfacción de las necesidades alimentarias de sus miembros, no logran satisfacerlas adecuadamente, ($23.549 en zona urbana y $18.146 en zona rural)

El año 2011, se estima que el 32,7% de la población comunal se encontraba en situación de pobreza, lo que corresponde a una tasa significativamente mayor, desde un punto de vista estadístico, a la registrada a nivel regional (22,9%) y nacional (14,4%). En el ámbito de los ingresos, a Abril 2013, se estima que la renta promedio mensual de los afiliados al seguro de cesantía, es de aproximadamente 352,3 mil pesos, cifra inferior al promedio regional (429,8 mil pesos) y nacional (563,4 mil pesos).

10.- Vivienda, Condiciones del entorno y desarrollo Humano

En el ámbito de la vivienda, según información proveniente de la Ficha de Protección Social a Julio 2013, en la comuna la proporción de hogares cuyas viviendas están en condiciones de hacinamiento medio es menor que el porcentaje de hogares en esta situación en la región y el país. En tanto, la proporción de hogares que residen en viviendas con saneamiento deficitario es menor en la comuna que a nivel regional, pero es mayor al promedio nacional.

En lo que respecta a las condiciones del entorno (año 2012), la tasa de casos de delitos de mayor connotación social en la comuna es menor que el promedio regional y nacional. En cambio, la tasa de denuncias de violencia intrafamiliar es mayor en la comuna que en la región y el país.

Se entiende por Desarrollo Humano el proceso de ampliación de las capacidades de las personas. Este proceso implica asumir, entre otras cosas, que el centro de todos los esfuerzos del desarrollo deben ser siempre las personas y que estas deben ser consideradas no sólo como beneficiarios sino como verdaderos sujetos sociales.

En este sentido, en la Región de la Araucanía solo una Comuna presenta un Índice Alto, el resto presenta bajos índices y en el caso de Traiguén se presenta como bajo.

11.- Empleo en la Comuna

Con respecto a las condiciones de desocupación de la comuna de Traiguén, esta se presenta con un 15% de cesantía para ambas zonas urbana y rural. Esto es considerando el total de la población activa entre los 15 y 65 años, hombres y mujeres. Estos datos son a partir de la base del censo 2002.

En tanto para al caso de los hombres, es de un 17% y en el caso de las mujeres es de un 9,9%. Si tomamos solo la zona urbana, Traiguén presenta un porcentaje de cesantía que bordea también el 15% para ambos sexos, en tanto que para la zona rural se presenta con

un porcentaje levemente inferior, bordeando el 12,6%.Para el caso de los hombres en la zona urbana presenta el porcentaje más alto, un 18,6% en tanto que para la zona rural bordea el 13%, lo que indica que en la zona urbana encontramos un 5,6% más de cesantía que en la zona rural, entendiéndose esto como una marcada búsqueda de trabajo en las ciudades, en tanto que el campo sigue dando más trabajo dada las características de la zona.

En el caso de las mujeres, encontramos la situación contraria ya que para la zona urbana el porcentaje de cesantía es de alrededor de un 9,9% en tanto que en la zona rural se presenta una cesantía mayor del 10,6%, esto indica que esta zona rural, siendo ligada a labores del campo, netamente masculinas, las mujeres tienden a buscar trabajo en las ciudades donde la cesantía es mayor.

12.- Desarrollo Económico Comunal

La economía de las regiones se miden a través del INACER, entregado por el INE, la inferencia que se puede hacer es lineal puesto que aún no existe un indicador comunal, en este sentido suponemos igual comportamiento, este es:

Que la dinámica de la comuna debe ser muy similar en su conjunto a la del promedio regional, lo que indica que los factores que influyen en el crecimiento económico regional tienen una incidencia parecida en el crecimiento comunal. Las diferencias están determinadas por las distintas estructuras económicas, los distintos énfasis de las políticas públicas, así como por las distintas dinámicas del mercado laboral y de capital (inversiones privadas). la actividad económica, y con la finalidad de comprender las características propias de cada Comuna y poner en concordancia las políticas de promoción de la actividad empresarial con la realidad comunal, es necesario conocer y ponderar la importancia relativa de la pequeña, mediana y microempresa y la cantidad de empleos que generan cada una.

Los principales rubros a tener en cuenta, y donde las comparaciones con el total nacional y regional tienen más relevancia, son comercio al por mayor y menor, transportes, construcción y actividades inmobiliarias, y las actividades relativas a los servicios las cuales, en general, están presentes a lo largo de todo el país.

Número de Empresas por rama de actividad años 2006-2008-2010 Comuna de Traiguén.

Origen	Comuna			Region			Pais		
	2006	2008	2010	2006	2008	2010	2006	2008	2010
Agricultura, ganadería, caza y silvicultura	343	334	323	8.664	8.211	7.777	95.630	90.691	86.709
Pesca	0	0	0	35	30	27	3.558	3.242	2.904
Explotaciones de Minas y Canteras	2	1	1	128	126	122	4.279	5.127	5.183
Industrias manufactureras no metálicas	33	33	35	2.155	2.153	2.224	42.722	42.769	43.177
Industrias manufactureras metálicas	17	18	19	1.434	1.453	1.499	24.216	25.695	26.664
Suministro de electricidad, gas y agua	5	5	5	210	217	213	2.792	2.912	3.041
Construcción	9	14	15	2.344	2.335	2.364	52.919	54.344	55.409
Comercio al por mayor y menor, repuestos, vehículos, automotores/enseres domésticos	383	344	329	15.672	15.315	15.215	320.215	315.657	314.140
Hoteles y restaurantes	51	47	46	2.202	2.308	2.350	35.129	36.599	37.962
Transporte, almacenamiento y comunicaciones	73	83	76	4.140	4.489	4.557	93.713	96.119	95.401
Intermediación financiera	7	6	4	381	475	537	32.660	37.486	42.900
Actividades inmobiliarias, empresariales y de alquiler	24	22	24	3.105	3.456	3.817	96.570	104.791	113.904
Adm. pública y defensa, planes de seg. social afiliación obligatoria	1	1	1	30	30	30	603	603	686
Enseñanza	6	8	8	480	510	531	8.304	8.782	9.583
Servicios sociales y de salud	4	3	4	575	659	701	16.075	17.744	19.664
Otras actividades de servicios comunitarios, sociales y personales	77	86	84	2.050	2.560	2.991	50.513	60.155	70.803
Consejo de administración de edificios	0	0	0	4	8	11	247	411	547
Organizaciones y órganos extraterritoriales	0	0	0	3	3	4	52	57	60
Sin información	3	4	12	59	25	85	724	452	976
Total	1.038	1.009	986	43.671	44.363	45.055	880.921	903.636	929.713

Fuente: Servicio de Impuestos Internos (SII)

Capitulo II

1.-Diagnóstico Participativo Comunal con Enfoque de Equidad y Determinantes Sociales

La salud, y la posibilidad de alcanzar el mayor grado de salud que se pueda lograr, constituyen derechos universales de las personas, que –además- resultan fundamentales para la sociedad en su conjunto, ya que el gozar de buena salud, posibilita la participación de los individuos en la sociedad y puede derivar en consecuencias potencialmente positivas para el rendimiento económico. En este marco se inscribe la mirada de equidad en salud, cuyo propósito central es que las personas alcancen su potencial de salud, independiente de sus condiciones sociales y económicas.

No obstante, en la actualidad persisten drásticas desigualdades en materia de salud, tanto entre los diferentes países como al interior de los mismos, las que se vinculan a las distintas oportunidades y recursos relacionados con la salud, que tienen las personas en función de distintos aspectos, tales como su clase social, sexo, territorio o etnia, y que determinan las condiciones en las que crecen, viven, trabajan y envejecen.

En este sentido, las desigualdades en la forma en que está organizada la sociedad, hacen que las posibilidades de desarrollarse en la vida y gozar de buena salud, estén mal distribuidas dentro de una misma sociedad y entre las distintas sociedades.

Desde esta perspectiva, y de acuerdo a los planteamientos de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) creada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), disminuir las inequidades en salud es un imperativo ético, un tema de justicia social que se fundamenta en argumentos técnicos y políticos, cuyo principio ético rector es la equidad en salud, definida como la ausencia de injusticia evitable y remediable o las diferencias en salud entre grupos sociales. La responsabilidad primaria de resguardar la equidad en salud recae en los gobiernos.

1.2.- El Enfoque de Determinantes sociales de la salud

A partir de lo anterior, surge el enfoque de los Determinantes Sociales de la Salud, en cuya visión "el contexto mundial afecta la forma en que las sociedades prosperan mediante su impacto en las políticas públicas y normas tradicionales, y las relaciones internacionales. Esto a su vez determina la manera en que la sociedad organiza sus asuntos en el nivel local y el nivel nacional, lo que da origen a formas de jerarquía y posicionamiento social. El lugar que ocupan las personas en la jerarquía social afecta las condiciones en que crecen,

aprenden, viven, trabajan y envejecen: su vulnerabilidad a las enfermedades; y las consecuencias para la mala salud"

En este sentido, los determinantes estructurales y las condiciones de vida en su conjunto, constituyen los determinantes sociales de la salud, que son la causa de la mayor parte de las desigualdades sanitarias entre los países y dentro de cada país, y que son posibles de intervenir a través de políticas sociales y de salud. Por esta razón, el fortalecimiento de la equidad en materia de salud, significa ir más allá de la concentración contemporánea sobre las causas inmediatas de las enfermedades y analizar las "causas de las causas".

Este esquema se estructura considerando determinantes de tipo estructural (económico, político, cultural y social) y de tipo intermedio o intermediario (circunstancias materiales, factores biológicos, conductuales y psicosociales), y su relación con la equidad en la salud y el bienestar de las personas. Así mismo, se plantea la incidencia o "feedback"de la salud en los determinantes sociales, ya que "enfermedades y lesiones tienen un impacto indirecto en la posición socioeconómica de las personas. Desde la perspectiva de la población, la magnitud de ciertas enfermedades puede repercutir directamente en los principales factores contextuales".

Como se desprende de lo señalado, el diseño de políticas basadas en el enfoque de determinantes sociales de la salud, coloca a la salud pública ante un gran reto, que implica pasar del paradigma biomédico centrado en los problemas de salud, con énfasis en el ámbito sanitario, a otro que requiere de un alto compromiso político, y de la participación de todas las áreas del gobierno y de la ciudadanía, en la priorización de los problemas, su diagnóstico, diseño de programas, implementación y evaluación, ya que la realización del derecho humano a la salud, implica el empoderamiento de las comunidades desfavorecidas, con el objetivo de que puedan ejercer el mayor control posible sobre los factores que determinan su salud.

A partir de lo anterior, se plantea la necesidad de que las investigaciones y diagnósticos que se realicen en el ámbito de la equidad en salud consideren: los factores y procesos mundiales que pueden afectar la equidad sanitaria; las estructuras y relaciones sociales y políticas que afectan diferencialmente a las oportunidades de las personas en materia de salud en una sociedad; las interrelaciones entre los factores que aumentan la probabilidad de mantener una buena salud a nivel individual y social; las características del sistema de salud; y las intervenciones normativas que pueden reducir las desigualdades en salud en las áreas anteriores

En síntesis, el enfoque de determinantes sociales de la salud implica tomar en cuenta las condiciones sociales y su impacto en exposición, vulnerabilidad y consecuencias diferenciales, para planificar e implementar políticas de salud. Así como, actuar no solo con el objetivo de mejorar el nivel promedio, sino que explícitamente para reducir las inequidades en salud, a través de políticas que incorporen acciones sobre los determinantes sociales que provocan estas inequidades.

2.- Determinantes estructurales de las desigualdades de la salud

2.1.- El contexto socioeconómico y político.

Este determinante se refiere a factores estructurales del sistema social que afectan de forma significativa a la estructura social, incluyendo como principales elementos a considerar, los siguientes:

- **Gobierno** en su aspecto amplio, es decir, considerando la tradición política, la transparencia y la corrupción.

- **Políticas macroeconómicas** como, por ejemplo, las políticas fiscales o las políticas que regulan el mercado de trabajo.

- **Políticas sociales** que afectan al mercado de trabajo, al estado del bienestar y a la distribución de la tierra y la vivienda.

- **Políticas públicas** que inciden en el acceso de la población a distintos servicios, como son las políticas de educación, salud, vivienda, etc.
  Valores sociales y culturales, como el valor que la salud y los servicios de salud tienen para la sociedad.

2.2.- La posición socioeconómica.

Entre los determinantes estructurales de las desigualdades en salud, también se incluyen distintos ejes de desigualdad de la estructura social, en concreto, la clase social, la posición socioeconómica, el género y la etnia o la raza.

Estos ejes determinan las oportunidades de tener una buena salud y ponen de manifiesto la existencia de desigualdades en salud debidas a las jerarquías de poder o de acceso a los recursos. La desigualdad que se produce se define relacionalmente, en el sentido de que el

mayor poder y el mejor acceso a los recursos por parte de las personas más privilegiadas, están en relación con el menor poder y el peor acceso de las menos favorecidas.

Estos ejes de desigualdad se vinculan con el concepto de discriminación o de "las relaciones de clase, género o raza injustas basadas en prácticas institucionales e interpersonales donde miembros de un grupo dominante adquieren privilegios a base de subordinar a otras personas, y justifican estas prácticas mediante ideologías de superioridad o diferencias", que se denominan clasismo, sexismo o racismo.

3.-Determinantes intermedios o intermediarios de la salud

En el enfoque de determinantes sociales de la salud, la estructura social determina desigualdades en los factores intermediarios, los cuales, a su vez, determinan las desigualdades en materia de salud. Estos factores son:

- **Las circunstancias materiales** en las que las personas crecen, viven, trabajan y envejecen, como la vivienda, el barrio de residencia, el nivel de ingresos percibidos y las condiciones de trabajo, entre otras.

- **Las circunstancias psicosociales** en las que las personas se desenvuelven, como la falta de apoyo social, las situaciones de estrés (acontecimientos vitales negativos), el poco control sobre la vida, los estilos de afrontamiento (o la falta del mismo), etc.

- **Los factores conductuales y biológicos** que inciden en la calidad de vida de las personas como, por ejemplo, los estilos de vida que dañan la salud; la nutrición, la actividad física, el consumo de tabaco y el consumo de alcohol, que se distribuyen de forma diferente entre los distintos grupos sociales. Los factores biológicos también incluyen los factores genéticos.

- **El sistema de salud** que juega un importante rol en cuanto a la distribución desigual de la salud en la población, ya que el menor acceso a los servicios sanitarios y la menor calidad de los mismos para las personas de clases sociales menos favorecidas, afectan los derechos humanos de estos grupos y aumentan su vulnerabilidad. Además, el pago de los servicios de salud puede generar o agudizar las situaciones de pobreza de la población de estas clases sociales.

4.- Diagnósticos Comunales

Para la elaboración del presente diagnóstico se ha hecho una exhaustiva revisión de trabajos previos en la materia de diagnóstico en la comuna, en su mayoría han sido elaborados por instituciones públicas, con la finalidad de recabar información sobre los problemas que aquejan a la población, esto permitirá elaborar un plan de trabajo en conjunto con la comunidad que será abordado en el plan trienal de promoción de salud 2016-2018.

A su vez se participamos como Departamento de Salud Municipal en el diagnóstico realizado por el ministerio del deporte en la comuna de Traiguén, instancia en la que se levantó información sobre la situación del deporte infantil, deporte de participación social y por ultimo deporte de rendimiento. Acciones que van de la mano de los lineamientos de intersectorialidad y trabajo colaborativo que serán propuestos en el plan trienal de promoción de la salud.

Situándonos desde el contexto comunal, de los problemas más recurrentes que afectan a la población encontramos el sobrepeso, obesidad y obesidad mórbida, así como también, el consumo de alcohol, drogas y cigarrillos por parte de adolescente y menores de edad, que trae consecuencias no solo para quién las consume, sino también para el entorno familiar. Desde la salud esta problemática se ha abordado de manera preventiva a través de campañas que buscan concientizar a la población, aun así los índices de consumo han seguido incrementándose, por esta razón el Servicio Nacional de Prevención de Drogas y Alcohol (SENDA) ha redoblado sus esfuerzos en torno a la elaboración de las políticas de prevención del consumo de drogas y alcohol, así como de tratamiento, rehabilitación y reinserción social de las personas afectadas por estas sustancias, creando instancias de participación que involucren a toda la comunidad.
A nivel comunal SENDA ha elaborado un diagnóstico que involucra la participación de niños y adolescentes en torno a la gran problemática que aqueja a este grupo etario; el consumo de drogas y alcohol.

A continuación se describen los hitos más relevantes del diagnóstico comunal realizado por SENDA-Previene en la comuna de Traiguén.

4.1.- Diagnóstico Realizado por SENDA-Previene

El programa SENDA-Previene desde sus inicios ha venido integrando mesas intersectoriales, convocadas por otros actores como también por el mismo programa.

El objetivo de integrarse a este trabajo con el intersector se relaciona con la necesidad de abordar intersectorialmente el fenómeno del consumo de drogas y alcohol en la comuna, desarrollando un trabajo en red con otros programas e instituciones presentes en la comuna y con la comunidad. Además se busca potenciar la oferta programática de nuestro programa y de integrarlo con otros temas que se relacionan con la prevención del consumo de drogas y Alcohol, en este sentido se detallan a continuación las instancias locales con las que nuestro programa coordina y planifica iniciativas en el territorio:

- Mesa Técnica de Prevención Escolar. Instancia que convoca nuestro programa, con participación de profesores coordinadores de las unidades educativas urbanas que implementan el continuo preventivo. Se realizan reuniones mensuales, con el objetivo de realizar seguimiento a la implementación del continuo preventivo; planificación de visitas de asesoría y acompañamiento técnico en el establecimiento con el coordinador preventivo, visitas en las que se planifican actividades las que involucran a toda la comunidad educativa.

- Comisión Comunal de Drogas. Instancia liderada por el Alcalde, que convoca nuestro programa y cuyo objetivo es generar una Política Comunal de Prevención en torno al Consumo de Drogas y Alcohol. Además se debe evaluar permanentemente las distintas acciones contenidas en el Plan de Acción inserto en la Política Comunal de Drogas y Alcohol.

Es importante hacer mención que el Programa participa de la red Chile Crece Contigo y Red Familia, y de la Mesa de la Discapacidad desarrollando un trabajo sistemático con el intersector.

Por último, señalar que la participación en estas instancias ha facilitado, la vinculación estratégica con el intersector local, tanto a nivel programático como así también a nivel de equipos, la visibilización y la integración de la oferta programática tanto municipal como gubernamental. (Diagnóstico Senda 2014)

Para la realización del diagnóstico Senda aplico una encuesta de Estudio de Población Escolar a alumnos de octavo básico, primero medio y cuarto año medio de 6 Establecimientos de la comuna de Traiguén, Esto con la finalidad de tener una aproximación a consumos en población escolar.

Dicho Instrumento anónimo está compuesto de preguntas con alternativas múltiples, y tiene por objetivo entregarnos información acerca de la percepción de estos alumnos sobre las relaciones familiares, sociales, y estas como influyen en el consumo de sustancias legales e ilegales. Además conocer acerca de la información que tienen los estudiantes acerca del acceso, consumo de drogas y alcohol y otras variables que se relacionan a la temática.

Respecto a los antecedentes recabados y la percepción de la comunidad en torno al consumo de alcohol y drogas, es posible señalar lo siguiente:

1. En la actualidad, en la población adolescente y juvenil Traiguenina ha disminuido la percepción de riesgo del consumo de alcohol y drogas, en especial la marihuana. El consumo de alcohol y tabaco está normalizado en población escolar, señalando los estudiantes que más del 60% ha probado estas sustancias alguna vez en la vida. Y en sustancia ilícita, la marihuana es la más probada por los estudiantes desde los 12 años en adelante.

2. La percepción de que existe el consumo de sustancias en la comuna ha aumentado significativamente, lo que significa que existen probablemente nuevas puertas de acceso para las drogas. Del mismo modo existe hoy mayor facilidad para acceder a ciertas drogas debido a la presencia de redes de microtráfico en la región, aspecto que ha sido en numerosas ocasiones corroborado por instituciones de control. En nuestra comuna el tema del microtráfico, según la percepción de la comunidad se ha visto focalizada en ciertos sectores.

3. Los espacios públicos y sitios de grandes dimensiones siguen siendo especialmente conflictivos desde el punto de vista del consumo de alcohol y drogas, lo que es percibido por la población encuestada, siendo estos lugares los siguientes: Plaza Brasil, Plazoleta Los Colonos, Sector Estadio Presidente Balmaceda, y Sector Ex Regimiento. A esto podemos agregar los barrios o poblaciones donde esta temática está presente según lo expuesto por las personas encuestadas, siendo estos lugares: Población Guacolda, La Araucana, Población Los Volcanes, y Población Amelia

Curvis. Ante esta situación debemos acerca la oferta preventiva a los territorios, informando aún más a las personas de estos sectores, empoderándolos a ellos para apoyar el trabajo en torno a las medidas preventivas, haciendo alianza con las juntas de vecinos y líderes de otras agrupaciones presentes en los territorios.

4. Asimismo se puede apreciar que la población Traiguenina valida las estrategias de control y fiscalización como una de las vías de solución a las problemáticas de consumo y otras relacionadas, además de estrategias preventivas, lo que nos muestra como necesidad urgente el potenciar y validar las estrategias preventivas para disminuir los factores de riesgo de cada sector.

5. Respecto a las alianzas con programas e Instituciones, actores claves y Líderes, se debe seguir fortaleciendo el trabajo en conjunto de modo de posicionar aún más las temáticas preventivas, incorporando a todos los entes que abordan la problemática.

6. En cuanto a los Factores de Riesgo detectados podemos señalar el nivel de Pobreza en la Población Traiguenina, que alcanza un 33,3% el año 2011. También a estos factores podemos sumar la normalización del consumo de alcohol, tabaco y marihuana en la población escolar. Otro factor de riesgo es el control por parte de Instituciones Policiales, según lo señalado por la población encuestada.

7. Respecto a los Factores Protectores podemos señalar la Oferta Deportiva y Recreativa que existe actualmente en la comuna, brindando un espacio a la comunidad para desarrollarse en el deporte y para compartir en familia o grupo de pares.

8. De forma general se aprecia que el trabajo del programa SENDA Previene tiene el desafío de aportar significativamente en cuanto al posicionamiento de la temática preventiva en los espacios comunales y que se requiere mayor inversión en las estrategias y métodos para que el trabajo tenga un mayor impacto en los habitantes de la comuna de Traiguén.

Propuesta de SENDA, Para afrontar las problemáticas identificadas en el diagnostico comunal llevado a cabo durante el año 2014

De acuerdo a los resultados y los factores más relevantes, es posible identificar y señalar ciertos ejes necesarios de fortalecer para el futuro accionar del programa y la adecuación a la realidad local de la oferta programática.

Respecto a sectores y poblaciones con presencia de consumo de drogas, siendo estos Población Guacolda, La Araucana, Población Los Volcanes, y Población Amelia Curvis, se hace necesario poseer y desarrollar estrategias y herramientas de trabajo focalizado de forma territorial, que considere la visión de los vecinos en torno a la problemática del consumo y por supuesto, la capacidad de los grupos para enfrentar dicha problemática, potenciando el liderazgo en actores relevantes y de influencia, y el compromiso hacia la prevención.

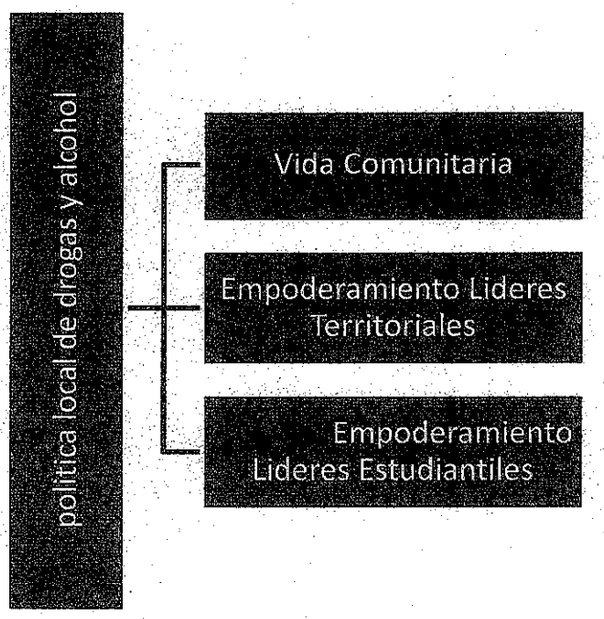
Sensibilizar y capacitar a dirigentes sociales de sectores y poblaciones de la comuna en las temáticas de drogas y alcohol, para que sean actores claves en la intervención y el accionar con estrategias preventivas en la comuna.

Fomentar la integración de los estudiantes en los procesos preventivos del establecimiento, por medio de una mesa de prevención en donde se harán encuentros bimensuales con los diferentes establecimientos, en donde se plantearan diferentes temáticas que conlleven a prácticas preventivas.

Respecto al trabajo coordinado con Instituciones y Programas de la comuna, se hace necesario y muy importante el fortalecer las alianzas y el trabajo en red para llevar a cabo Estrategias de prevención del consumo de drogas y alcohol, que beneficien de una algo forma a la población Traiguenina.

De forma general existe una gran necesidad en fortalecer el trabajo comunitario y las alianzas en los territorios a modo de dar una mayor y mejor respuesta a todas las necesidades sentidas en la comunidad. Es muy importante potenciar a las Organizaciones Territoriales para lograr un involucramiento de las personas con su propio sector, potenciar la vida en comunidad, afianzar lazos y vínculos interfamilia y con las demás personas, teniendo en cuenta la relevancia de la Familia como Factor Protector ante el consumo de drogas y alcohol y otras conductas.

[i]Se cree que los principales lineamientos a abordar en la próxima política local de drogas son:



4.2.- Diagnostico Oficina del deporte Traiguén. Levantamiento de Información denominada "Dialogo Territorial, Formulación de Política Nacional de Actividad Física y el Deporte

4.2.1.- Actividad Física y Deporte Infantil

Problemas

1. Niños/as pasan mucho tiempo encerrados en sus casas y frente al computador
2. Hay una brecha entre niños y niñas a la hora de realizar algún deporte, generalmente el incentivo en los colegios siempre es para niños a través del futbol y no se han implementado deportes alternativos
3. Falta incentivar a los niños desde la casa, para que practiquen deporte
4. Faltan espacios públicos para prácticas deportivas infantiles
5. Falta mantención e infraestructura en los recintos deportivos
6. Faltan especialista que incentiven las prácticas deportivas desde pre básica a enseñanza media

7. Falta oferta programática que considere enfoque de género
8. Disminución de horas de educación física en los establecimientos educacionales a partir de 5to año
9. No se desarrollan actividades físicas de prevención de enfermedades provocadas por el sedentarismo

Propuesta

1. Trabajar el deporte en base a proceso
2. Que los colegios incorporen deportes alternativos, tales como yoga o tai-chi
3. Implementar monitores para apoyar las clases de educación física, por la gran cantidad de alumnos por cada profesor
4. Crear un programa de competencias de deportivas infantiles, para incentivar a los niños a practicar deportes
5. Contratar especialistas en educación física que realicen un trabajo en conjunto con los profesores en las aulas de clase
6. Fomentar una cultura deportiva sobre la base de la educación, estableciendo lo anterior a nivel curricular
7. Necesidad de una política de Estado deportiva efectiva
8. Establecer a nivel constitucional el derecho a realizar actividad física
9. Realizar un trabajo intersectorial entre el ministerio del deporte y el ministerio de educación que fomente la actividad deportiva en los niños

4.2.2.- Actividad Física y Deporte de Participación Social

Problemas

1. Falta más difusión entorno a las actividades que se están realizando
2. Faltan monitores y espacios deportivos para practicar deporte y que cuenten con la implementación necesaria
3. Faltan inventivos para postular a las ofertas programáticas existentes en el municipio.
4. Faltan espacios cerrados para practicar rayuela
5. Falta una piscina temperada en Traiguén para practicar deportes
6. Falta de monitores deportivos que gestionen talleres de deportes alternativos
7. Desconocimiento por parte de las autoridades de la realidad deportiva local

Propuesta

1. Tener acceso a deportes que no solo ejerciten el cuerpo, sino también la mente, tales como ajedrez, yoga, tai-chi etc.
2. Que se implementen planes de difusión que mantengan informada a la población en torno a la oferta programática deportiva
3. Que se entregue implementación en los recintos deportivos o juntas de vecinos
4. Asesorías de parte del IND a los dirigentes sociales y organizaciones para la postulación de proyectos deportivos
5. Simplificar las exigencias y el contenido de documentación para la postulación de proyectos vinculados al deporte

4.2.3.- Deporte de Rendimiento

Problemas

1. No existe competencia en la ciudad para deportistas de alto rendimiento
2. No hay espacios que estén bien habilitados e implementados para participar deporte de alto rendimiento
3. No hay continuidad en los programas deportivos
4. Falta apoyo para los deportistas de alto rendimiento a nivel de competición y formación
5. Falta de apoyo y compromiso de los colegios, respecto a la formación de deportista desde la infancia
6. No hay coordinación entre organizaciones deportivas para presentar necesidades colectivas en torno al deporte de alto rendimiento

Propuesta

1. Que se agilice la implementación de la pista atlética en el estadio
2. Que los programas deportivos y de alto rendimiento tengan continuidad
3. Descentralización regional del desarrollo deportivo de alto rendimiento
4. Que el municipio se comprometa con movilizaciones para los clubes o asociaciones deportivas, que les permita salir a competir fuera de la comuna

Capitulo III.-

1.- Talleres Participativos

Para la realización del diagnóstico comunal, se llevaron a cabo una serie de talleres participativos con la comunidad con el objetivo de reconocer las problemáticas, sus causas, así como también, recocer las implicancias de estas problemáticas en el deterioro de la calidad de vida de los actores involucrados.

Para esta instancia se recurre a la técnica de investigación social participativa denominado árbol de problemas, esta técnica se utiliza en la preparación de un proyecto o programa, en este caso será utilizada en la base previa a la elaboración del plan Trienal de promoción de la salud, 2016-2018 en la comuna de Traiguén.

El árbol de problemas nos ayuda a identificar el problema, examinar los efectos que provoca el problema, Identificar las causas del problema, establecer la situación deseada (objetivo), identificar medios para la solución del problema, definir acciones y configurar alternativas. A partir de esta perspectiva se espera que los actores puedan definir acciones concretas que permitan resolver los problemas que los aquejan a través de instancia participativas lo que involucra un trabajo intersectorial vinculando la acción social y comunitaria con la acción municipal.

Taller I.- Clubes de adulto Mayor Comuna de Traiguén

Taller realizado en día 24 de agosto de 2015, en La Casa de La Cultura ubicada en calle Lagos 560 Comuna de Traiguén.

De 13 clubes de adulto mayor convocados asisten ocho, representados por sus respectivos y respectivas dirigentas/es estos son:

Club de Adulto Mayor	Representante
Club Del Adulto Mayor "El Copihue Rojo"	Andrés Aladino Sanhueza
Asociación de Jubilados y Pensionados	Lidia Veloso B. Raquel Muños M. Corina leal R.
Club de Adulto Mayor "Rotonda Avenida Suiza"	Luis Fuentes Collao

Club de Adulto Mayor "Las Dalias"	Olga Navarrete R.
Asociación de Jubilados y Pensionados Hospital Dino Stagno de Traiguén	María Navarrete Moffett Maria Saavedra V.
Club de Adulto Mayor "Abejitas Fraternas de María"	Elena Schifferli Luchinger
Club de Adulto Mayor "Las Vertientes"	Alicia Navarrete Figueroa
Club de Adulto Mayor "Las Rosas"	Jaquelin Valenzuela

Los asistentes al taller participativo de diagnóstico corresponden al 70% de la convocatoria total, por tanto se le da validez a los datos e información obtenida a través de la representatividad del amplio espectro de actores a través de los representantes de cada club de adulto mayor.

Las Temáticas Tratadas sobre las que se profundizo y problematizo son alimentación, medioambiente, educación, trabajo, vivienda, transporte y comunicación, deporte y recreación, participación social y seguridad ciudadana.

Para la comprensión de las temáticas tratadas en el diagnóstico y poder visualizar de qué forma estas afectan negativa o positivamente la calidad de vida de los actores nos debemos basar en el enfoque de Equidad y Determinantes Sociales de La Salud propuesto por el Ministerios de Salud con la finalidad de centrarnos en la Salud Publica que contiene todos las temáticas anteriormente descritas y no en la Salud Asistencial a la que asociamos culturalmente todas nuestras problemáticas en salud.

Para posicionarnos desde el enfoque de equidad es preciso comprender a cabalidad que la salud y la posibilidad de alcanzar el mayor grado de salud que se pueda lograr, constituyen derechos universales de las personas, que además resultan fundamentales para la sociedad en su conjunto, ya que el gozar de buena salud, posibilita la participación de los individuos en la sociedad y puede derivar en consecuencias potencialmente positivas para el rendimiento económico. En este marco se inscribe la mirada de equidad en salud, cuyo propósito central es que las personas alcancen su potencial de salud, independiente de sus condiciones sociales y económicas.

A partir de lo anterior, surge el enfoque de los Determinantes Sociales de la Salud, estos

determinan la manera en que la sociedad organiza sus asuntos en el nivel local y el nivel nacional, lo que da origen a formas de jerarquía y posicionamiento social. El lugar que ocupan las personas en la jerarquía social afecta las condiciones en que crecen, aprenden, viven, trabajan y envejecen: su vulnerabilidad a las enfermedades; y las consecuencias para la mala salud.

Teniendo claro en qué consisten el enfoque de equidad y determinantes sociales y su incidencia en la calidad de vida es posible evidenciar las diversas problemáticas sociales. Ambientales y culturales que subyacen a la salud.

A partir del diagnóstico realizado con los clubes de adulto mayor a nivel comunal se evidenciaron las siguientes problemática.

I.- Alimentación

PROBLEMA	CAUSA /CONSECUENCIA
Malos hábitos alimenticios	◦ Sobrepeso/obesidad/desnutrición
Elevado costo de alimentos saludables (frutas y verduras)	◦ Consumo de alimentos que deterioran la calidad de vida y no aportan en su calidad nutricional
Falta de etiquetado nutricional	◦ Consumo de alimentos nocivos para el organismo

Se propone:

1. Promover campañas educativas en torno a la alimentación saludable con énfasis en preescolares entiendo que son la base para el cambio social en generaciones futuras.

2. Mayor fiscalización durante todo el año a los productores y comerciantes de frutas y verduras, a través de algún tipo de ordenanza que permita regular los precios de los productos

3. Entrega de semillas y capacitación a la comunidad especialmente a adultos mayores sobre huertos caseros, esto permitirá que gran parte de la población tenga acceso a alimentos saludables a través del cultivo casero de productos orgánicos en bajas extensiones de terreno.

II.- Medioambiente

PROBLEMAS	CAUSA/CONSECUENCIA
Basurales en sectores urbanos	• Contaminación • Malos olores • Enfermedades infecciosas y parasitarias Zoonosis • Síndromes Diarreicos
Falta de implementación de puntos limpios	1. Mala utilización de los desechos
Contaminación con desechos orgánicos	2. Mala utilización de desechos orgánicos
Perros Vagos	3. Enfermedades Parasitarias 4. Babasiosis 5. Hidatidosis 6. Rabia 7. Tiña 8. Contaminación con residuos de basurales
Árboles en lugares de gran afluencia vehicular y peatonal	9. Accidentes productos de la caída de ramas de árboles

Se propone:

1. Implementación de ordenanzas en torno a la tenencia responsable de mascotas

2. Capacitación a la comunidad que incorporen el manejo de residuos orgánicos que se puedan utilizar como abono y compostaje.

3. Implementación de puntos limpios en diversos lugares de la comuna, a través de campañas de difusión que promuevan el reciclaje.

4. Mayor difusión de actividades sanitarias de mascotas, ya sean visitas veterinarias, esterilización, eutanasia e inscripción de mascotas.

5. Poda de árboles en fechas adecuadas.

III.- Educación

PROBLEMA	CAUSA/CONSECUENCIA
Falta de educación en diversos niveles en torno a valores de respeto y valorización del adulto mayor	10. Agresiones a adultos mayores

Se propone:

1. Educar desde la etapa preescolar sobre valores de respeto y valoración del adulto mayor, a través de la creación de brigadas escolares que apoyen al adulto mayor en diversas áreas.

IV.- Vivienda y Entorno

PROBLEMAS	CAUSA/CONSECUENCIA
Poco acceso a programas de mejoramiento de vivienda	• Deterioro de las vivienda especialmente en adultos mayores que viven solos
Falta de Alarmas Comunitarias	• Robos
Falta iluminación	• Aumento de hechos violentos en la comuna
Árboles son poda en sectores de mucha afluencia	• Accidentes producto del desgancha miento de las ramas

Se propone:

1. Jornadas informativas en torno a programas de mejoramiento de vivienda, estos podrían realizarse en los clubes de adultos mayor, en horarios a convenir.

2. Implementación de alarmar comunitarias en casas de adulto mayor que viven sin cuidadores o se encuentran solos la mayor parte del día.

3. Instalación de luminarias en lugares conflictivos y mantención de las mismas en lugares donde ya se han implementados.

4. Podar árboles en fechas que correspondan.

V.- Transporte y Comunicaciones

PROBLEMAS	CAUSA/CONSECUENCIA
Falta de transporte municipal para adultos mayores	◦ No pueden asistir a actividades y reuniones fuera de la comuna
Conductores imprudentes con el adulto mayor	◦ Accidentes especialmente en cruces e intersecciones

Se propone:

1. Calendarizar salidas fuera de la comuna por parte de los clubes de adulto mayor, ya sea a reuniones o actividades propias de cada club, pidiendo con antelación movilización municipal, esto requiere de la voluntad del municipio para poder brindar de forma oportuna el servicio de transporte al adulto mayor.

2. Crear en los colegios brigadas escolares que se encarguen de informar a los estudiantes con respecto a las normar del tránsito y asistir al adulto mayor en los cruces de las calles.

VI.- Deporte y Recreación:

PROBLEMAS	CAUSA/CONSECUENCIA
Falta de actividad física para adultos mayores	◦ Sedentarismo ◦ Problema de sobrepeso y obesidad
Falta de espacios para actividad deportiva y recreativa	◦ Sedentarismo ◦ Problemas de sobrepeso ◦ Deterioro de la salud mental y cognitiva
Cupos limitados en los grupos de gimnasia	◦ Sedentarismo
Falta de iniciativas de autocuidado, especialmente en el adulto mayor que vive sin cuidador.	◦ Descuido en el adulto mayor en el área de podología, entre otros

Se Propone:

1. Capacitar a monitores deportivos que puedan realizar talleres deportivos y recreativos a adultos mayores sin necesariamente ser profesores de educación física, lo que se traduciría en un mayor flujo de talleres.

2. Implementación de una piscina temperada, esto sería un incentivo para realizar actividad física. Los adultos mayores manifiestan que cuentan con el terreno para la implementación de esta iniciativa.

3. Ampliar los cupos en los talleres de gimnasia.

4. Implementar equipo de cuidado del adulto mayor, peluquero y podólogo, especialmente para el adulto mayor sin cuidador, esta iniciativa podría llevarse a cabo mediante un taller mensual en cada club del adulto mayor.

VII.- Participación Ciudadana

PROBLEMA	CAUSA/CONSECUENCIA
Falta de información de postulación a proyectos comunitarios.	• Nulo acceso a proyectos que pueden mejorar la calidad de vida del adulto mayor
Falta de Liderazgo	• Poca participación por parte de la comunidad en actividades comunitarias
Falta de delimitación de las juntas de vecinos	• Poca participación de la comunidad en instancias de participación

Se propone:

1. Se propone capacitación a dirigentes de la J.J.V.V. en lo referente a la formulación de proyectos y acceso a fondos comunitarios.

2. Se proponen talleres de líderes comunitarios con la finalidad es entregar capacitación en torno a la importancia de la participación comunitaria y de las atribuciones de los dirigentes vecinales.

3. Delimitar las juntas vecinales mediantes un mapa que grafique a cada junta de vecino y su sector, esto debe ser instalado en cada junta de vecino.

Taller participativo II.- Unión comunal Traiguén /Juntas de Vecinos

El Taller participativo donde se llevó a cabo la aplicación del diagnóstico, tuvo lugar en las dependencias de la sala de la unión comunal, ubicada en el ex regimiento, ciudad de Traiguén, en el participaron las juntas de vecinos de Barrio las Obras, Población Renacer, Población los volcanes, Población Guacolda, Sector Centro Sur, Población Los Trigales, Población Amelia Corbis, además se contó con la participación de la Sra. Narcira Pérez presidenta de la Unión Comunal.
A continuación se dan a conocer los resultados del taller de diagnostico participativo, en él se da cuenta de las problemas, se describen sus causas y/o consecuencias y se presentan las posibles soluciones, a través de propuestas que han sido creadas por las propios actores involucrados.

I.- Alimentación

PROBLEMA	CAUSA/CONSECUENCIA
Precio elevado de frutas y verduras	◦ Mal nutrición ◦ Malos hábitos alimenticios en la población
Obesidad	◦ Problemas y deterioro severo de la salud. ◦ Sedentarismo ◦ Problemas cardiacos y hormonales. ◦ Diabetes
Se les restringe la entrada a las camionetas que venden frutas y verduras a precios más bajos.	◦ Consumo de alimentos inadecuados en cuanto a su carga nutricional.

Se propone:

1. Regulación de los precio de frutas y verduras a través de alguna ordenanza municipal, especialmente en los negocios establecidos para la venta, identificando en estos lugares la más alta concentración de precios.

2. Se propone la implementación de huertos familiares, mediante la entrega de capacitación, semillas e insumos a las familias, esto permitiría mejorar la alimentación, en cuanto al consumo de verduras y hortalizas, a su vez las familias producirían sus propios alimentos sin tener que comprar y gastar dinero en ello, regulando ellos mismos los técnicas de producción, llevando un control sanitarios sobre sus productos.

3. Permitir la entrada a camionetas que venden frutas y verduras, algunos días de la semana, ya que estos las venden a precios mucho más bajo que el comercio establecido, permitiendo el acceso a compra a un mayor número de personas.

II.- Medioambiente

PROBLEMA	CAUSA/CONSECUENCIA
Mal manejo de residuos orgánicos	• Contaminación • Malos olores
Vertedero Municipal	• Contaminación del agua • Malos olores • Infecciones • Enfermedades
Perro Vagos	• Basurales • Infecciones y Enfermedades

Se propone:

1. Elaborar un plan de manejo de residuos orgánicos en conjunto con la comunidad, esta involucra la implementación contenedores para estos residuos orgánicos que se podrían reutilizar en los huertos familiares.

2. Mejorar las condiciones del vertedero y el manejo de residuos, implementar estrategias de reciclaje, que permitiría disminuir el algo, la cantidad de residuos

3. Implementar un catastro de perros vagos, esto permitirá crear estrategias comunales sanitarios mejorar ordenanzas de tenencia responsable de mascota. A su vez es importante mayor difusión de las actividades sanitarias, ya sea vacunas, revisión de mascotas etc.

III.- Educación

PROBLEMA	CAUSA/CONSECUENCIA
Alto consumo de tabaco por parte de los adolescentes fuera de los establecimientos educacionales	• Tabaquismo • Enfermedades asociadas al consumo de tabaco • Adicción
Consumo de tabaco por parte de profesiones y profesionales en establecimientos educacionales	• Se incentiva el consumo de tabaco en adolescentes • Presencia de humo en espacio públicos donde transitan niños • Adicción • Enfermedades asociadas al consumo de tabaco

Se propone:

1. Se propone a los directores de colegios trabajar en forma conjunta con la comunidad, la problemática entorno al consumo de tabaco.
2. Crear trabajo intersectorial entre senda y la comunidad, en la temática de prevención.

3. Prohibir el consumo de tabaco a profesores y profesionales en espacio públicos, ya que se considera que este acto es incentivo

IV.- Deporte y Recreación

PROBLEMA	CAUSA/CONSECUENCIA
No hay incentivo al deporte	• Baja participación en actividades deportivas • Sedentarismo
Altos cobros de los gimnasios Municipales especialmente a niños y adolescentes	• Sedentarismo • Desigualdad en el acceso a prácticas deportivas
Falta de implementación deportiva	• Hay deporte que no se pueden realizar en la comuna por falta de implementación.
Falta de compromiso de los profesores de educación física con el fomentos al deporte	• No hay instructores deportivos que orientes en torno a prácticas deportivas pertinentes a cada cuerpo y estado físico. • Hay deporte que no se realizan en la comuna por falta de instructores deportivos

Se propone

1. Entregar implementación a las juntas de vecinos, esto facilitaría el acceso a las actividades deportivas a toda la población, en su mismo sector.

2. Espacios abiertos y gratuitos para que la población en general y sin importar el sector tenga acceso a los espacios e implementos deportivos

3. Trabajo intersectorial especialmente en la temporada de verano, en juntas de vecinos, a través de la diversas actividades recreativas y deportivas transversales en la población.

4. Realizar trabajo en terreno visitando a cada junta de vecinos e invitar a los jóvenes en sus respectivas poblaciones a realizar alguna actividad deportiva y/o recreativa

5. Techar canchas y multicanchas, esto protegería tanto la infraestructura como a las personas que practican deportes en estos lugares, en invierno y verano.

6. Reparación del gimnasio de Guacolda, que en este momento está inutilizable, así como también de mantención en los recintos deportivos de la comuna.

V.- Vivienda y Entorno

PROBLEMA	CAUSA/CONSECUENCIA
Desinformación entorno a los programas sociales y de mejoramiento de vivienda	• Deterioro de la vivienda, aun existiendo recursos públicos para el mejoramiento, pero por falta de información estos no llegan a las personas
Falta de iluminación en espacios públicos	• Robos • Actos violentos
Mal mantenimiento de plazoletas y espacios públicos	• Deterioro de espacio vecinales destinados a la recreación

Se propone

1. Crear un plan de difusión, con un delegado permanente que mantenga informada a la población mediante las respectivas juntas de vecinos de la oferta programática de los proyectos y beneficios sociales. Por ultimo contar con un funcionario municipal que pueda visitar cada junta de vecinos y entregar de forma oportuna la información sobre los subsidios y planes de mejoramiento de vivienda.

2. Implementar iluminación en espacio públicos de alta concurrencia y también en sitios eriazos, esto contribuirá a prevenir delitos, también se propone un plan de mantenimiento de las plazoletas y de las máquinas de ejercicio.

VI.- Transporte y Comunicación

PROBLEMA	CAUSA/CONSECUENCIA
Falta de una ciclo vía	• Accidentes automovilísticos • Atropellos
Falta de fiscalización a automovilista	• Accidentes de transito
Falta de señalética entre pob. Los volcanes y hacia Huiñilhue	• Zona peligrosa especialmente por la alta afluencia de niños en bicicleta

Se propone

1. Implementar una ciclo vía en la ciudad de Traiguén, esto traería muchos beneficios para los traigueninos y traigueninas, en primer lugar se previenen accidentes entre automóviles y ciclistas, se incentiva a la actividad física tanto a adultos como a los niños.

2. Trabajo intersectorial en conjunto con carabineros de chille, en torno a la fiscalización de automovilista que manejen de forma imprudente, para prevenir accidentes especialmente en intersecciones y calles con reiterados accidentes.

3. Imprentar señalitas en las calles que distan entre la pob. Los volcanes y Huiñilhue, este zona se considera prioritaria la implementación de una ciclo vía.

Taller Participativo III.- Comunidades mapuche; sector rural comuna de Traiguén

El presente taller participativo se dio lugar en el auditorio del hospital Dr. Dino Stagno Maccioni en la ciudad de Traiguén, conto con el apoyo del facilitador intercultural Adelmo Millaqueo y con la participación de las comunidades mapuche de Temulemu, Lefueluan, Ignacio Cheuquemilla, Quilaleo-Lincoñir, Antonio Ñirripil, Juan Nahuelpi, Andres Pichincura, participaron también los sectores rurales de Pantano, Chanco Alto, Malalhue y la asociación Nehuen.

El taller tuvo una duración aproximada de 2 horas cronologicas, tiempo en el cual se llevó a cabo el levantamiento de información. Los actores involucrados identificaron las problemáticas más relevantes que los afectan, estas se ven reflejadas en la vida comunitaria propia de la cultura mapuche, es importante mencionar que para la compresión real de las problemáticas que afectan al pueblo mapuche es preciso situarse desde la holisticidad de su cultura, ya que todos los aspecto de la vida social, cultural y simbólica se encuentran en dialogo constante, por tanto las propuestas y/o soluciones a tales problemas deben realizarse desde la pertinencia cultural y abordarse de forma integral. Siendo los actores quienes deben tejer las redes de su propio destinos.

A continuación de dan a conocer los problemas más relevantes de las comunidades mapuche y de los sectores rurales de la comuna de Traiguén.

1.- Alimentación y Medioambiente

Problema	Causa/Consecuencia
Fumigación en zonas aledañas a cultivos de alimentos.	◦ Deterioro de cultivos ◦ Contaminación con pesticidas y agentes químicos
Fumigación en sectores colindantes a menokos y sitios ceremoniales	◦ Contaminación de alimentos ◦ Deterioro de sitios ceremoniales y de significación cultural
Escases de agua	◦ Deterioro de los cultivos ◦ Problemas parasitarias e infecciosas gastrointestinales
Contaminación con basura en zonas de uso comunitario	◦ Contaminación ◦ Enfermedades parasitarias tec.
Falta de información en torno a proyectos ambientales	◦ Desinformación ◦ Nula gestión en torno a la problemática ambiental

Se propone:

1. Plan de manejo de plantas nativas y medicinales, para rescate de patrimonio alimenticio, cultural y ceremonial de gran relevancia para la vida sociocultural mapuche

2. Plan de manejo de residuos orgánicos e inorgánicos, para fabricación de compostaje y fertilizantes orgánicos para utilizarse en el plan de manejo de plantas nativas y medicinales

3. Llevar a cabo una alianza con CONAF para la plantación de árboles nativos, recibir capacitación y especies nativas de acuerdo a la necesidad de cada territorio y/o comunidad.

2.- Educación y Deporte

Problema	Causa/Consecuencia
Falta de educación ambiental	• Contaminación en zonas de uso comunitario
Falta de Educación Intercultural	• Escaso conocimiento de cultura y sociedad mapuche • Poca identidad en parte de los jóvenes y niños mapuche
Falta de actividad física en los colegios	• Sedentarismo • Sobrepeso • Obesidad
No hay integración de colegios de sectores rurales en actividades deportivas a nivel comunal	• Poca inclusión del mundo mapuche y campesino en la planificación comunal • Sedentarismo • Desinterés por el deporte escolar

Se propone:

1. Implementar máquinas de deporte en los colegios rurales

2. Inclusión de escuelas rurales en la oferta programática deportiva

3. Promover la competencia deportiva a través de incentivos para colegios participante y movilización para los mismos

4. Entrega de formación en los colegios en torno al patrimonio alimenticio y plantas medicinales a través de la implementación de huertas e invernaderos y charlas educativa

5. Compartir experiencias educativas con otros establecimientos de la región, específicamente con la escuela Ba´hai de Rulo a cargo de la agrónoma Lilian Barrientos, sustentada bajo los principios de la ecología y el agrocultivo

6. Llevar a cabo una planificación deportiva y con pertinencia cultural en niños, jóvenes y adultos.

Se propone como sugerencia en el área medica

1. Prevención y Promoción en torno a la salud dental desde la primera infancia

2. Incorporar a un facilitador intercultural en toda las rondas medicas

Taller Participativo IV.- Jóvenes del sector urbano y Rural de la comuna

Este taller Participativo tuvo lugar en las dependencias del Departamento de Educación Municipal, con una asistencia de 11 adolescentes de los cursos 7°, 8° básico y 1°, 2°, 3°, 4° medio, quienes son considerados como una muestra representativa , tanto etaria como de género a nivel comunal.
El taller tuvo una duración aproximada de 1 hora cronológica, tiempo en el cual se llevó a cabo el levantamiento de información. Los actores involucrados identificaron las problemáticas más relevantes que los afectan. Proponiendo a su vez soluciones, mediante iniciativas, actividades e infraestructuras, aspectos destinados a mejorar la calidad de vida de los jóvenes en la comuna de Traiguén.
En vista del reducido tiempo que tuvimos para realizar la actividad, la información fue levantada de forma sistematizada y dinámica elementos que nos permitieron agilizar la actividad.
A continuación de dan a conocer los problemas más relevantes de los y las jóvenes de la comuna de Traiguén.

PROBLEMA	CAUSA/CONSECUECIA
Falta de infraestructura para realizar deportes	• Sedentarismo
Largas jornadas en los colegios lo que les impido practicar deportes fuera de los horarios de clase	• Sedentarismo
Cobras elevados en canchas donde se practica futbol	• Sedentarismo
No existen deportes alternativos	• Sedentarismo
No hay incorporación de enfoque de género en la programación	• Sedentarismo
Consumo de comida chatarra en los liceos	• Malos hábitos alimenticios • Sobrepeso
Consumo de comida Chatarra en los hogares	• Malos Hábitos Alimenticios • Sobrepeso

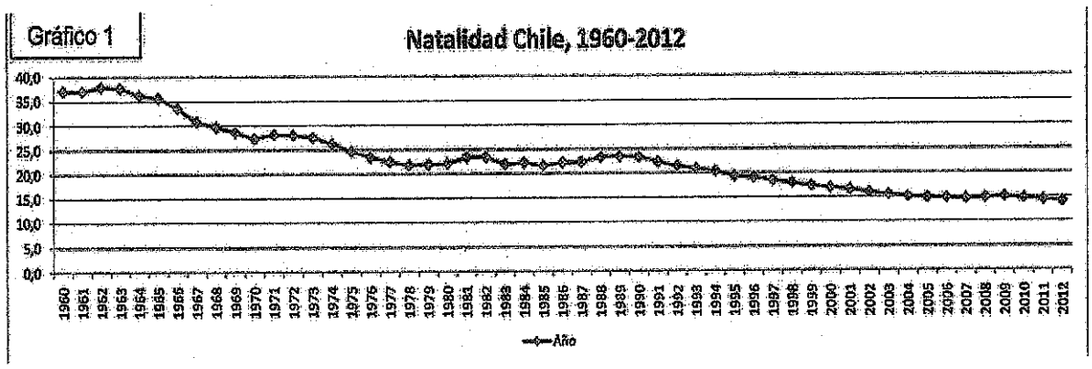
Se propone:

1. Implementar espacios abiertos y gratuitos para que los jóvenes practiquen deporte
2. Impartir zumba para jóvenes
3. Implementar un skate park par pratica de skate, patinaje y bicicletas
4. Impartir clases de grafitis para los jóvenes en el ex regimiento
5. Mejorar y mantener el parque de trenes
6. Llevar a cabo competencias deportivas intercolegial una vez al año

Antecedentes Epidemiológicos de La Comuna

En chile producto de los cambios demográficos acelerados hemos pasado por una transición epidemiológica, es decir, nuestras enfermedades ya no son las mismas, teniendo cada vez más importancia las enfermedades crónicas y degenerativas.
La esperanza de vida aumento en toda América Latina, lo que modifico de forma drástica la tasa de mortalidad, disminuyendo a su vez la tasa de fecundidad.
En Chile la población envejeció rápidamente, debido a la disminución de la tasa de natalidad y al aumento de la esperanza de vida en todos los grupos de edad, llegando a los 76,12 años para los hombres y a los 82,20 años para las mujeres.

Gráfico 1



A su vez hemos experimentado una mejoría importante en los principales indicadores de mortalidad, entre 1973 y 2012 la tasa de mortalidad general descendió desde 8,0 a 5,7 por cada 1.000 habitantes, mientras que las tasas de mortalidad infantil y mortalidad neonatal descendieron desde 60,6 y 25,3 a 7,4 y 5,4 por 1.000 nacidos vivos respectivamente, en el mismo periodo.

Los indicadores de salud a nivel comunal nos muestran que las cifras entregadas por el último censo permiten caracterizar a la población en distintos aspectos en un momento determinado y en distintos niveles territoriales ya sean nacionales, regionales o comunales. Se establecen por ejemplo cifras de población total del país, su composición por edades y sexo, además de una serie de otras características más específicas como a qué religión o etnias pertenecen. Del análisis de estas características de la población se pueden determinar además índices como el de masculinidad y el de dependencia demográfica.

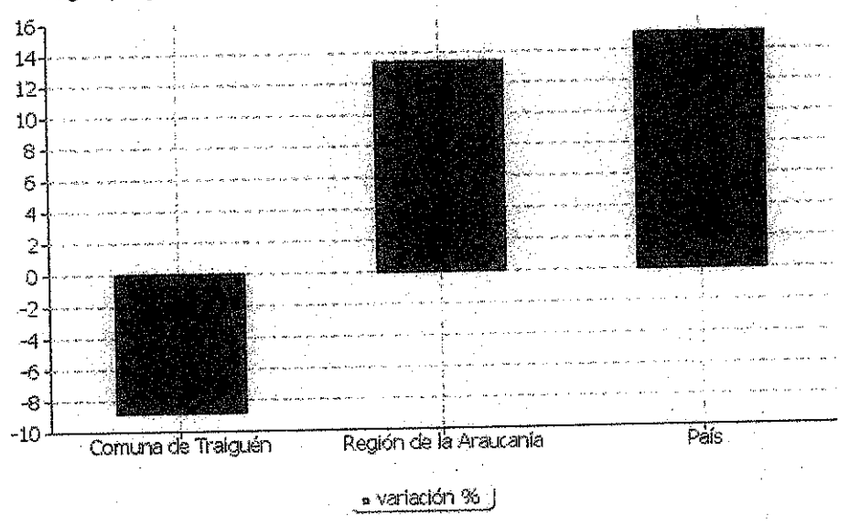
Por otra parte las proyecciones de población proporcionan información que permite establecer escenarios futuros probables respecto de la evolución de la población del país, de esta forma se proporcionan datos que son útiles para la toma de decisiones ante estas situaciones futuras.

Población total 2002 y proyección 2012 INE

Territorio	Año 2002	Proyección 2012	Variación (%)
Comuna de Traiguén	19.534	17.807	-9
Región de la Araucanía	869.535	986.397	13
País	15.116.435	17.398.632	15

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

Traiguén, Región de La Araucanía, País: Variación de Población 2002-Proyección 2012.

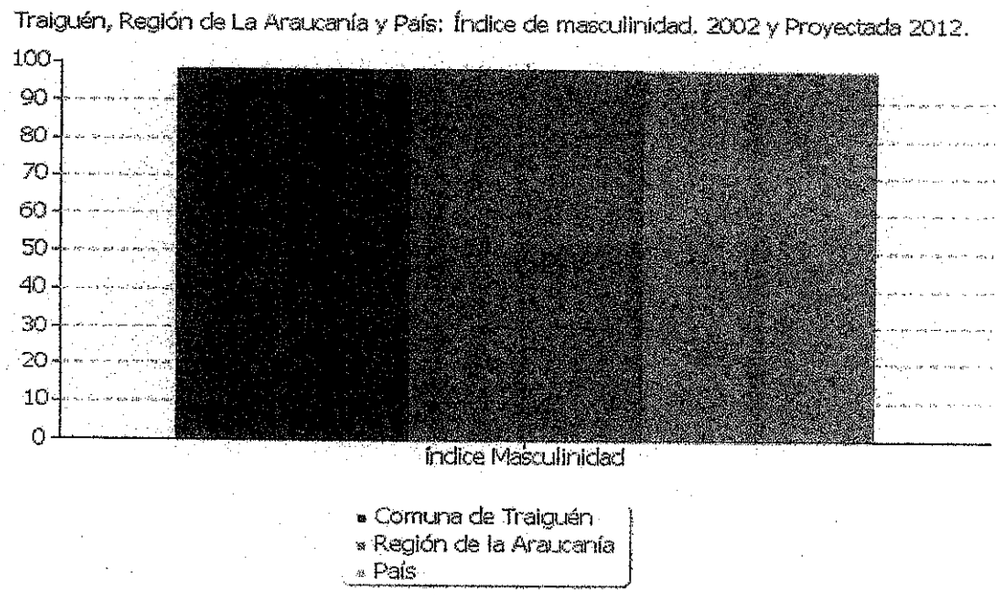


Fuente: Elaboración propia en base a Censo 2002 y proyección 2012, Instituto Nacional de Estadísticas (INE).

Población por sexo e índice de masculinidad INE

Territorio	Año 2002		Proyección 2012		Indice Masculinidad	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	2002	2012
Comuna de Traiguén	9.734	9.800	8.811	8.996	99	98
Región de la Araucanía	430.698	438.837	488.533	497.864	98	98
País	7.447.695	7.668.740	8.610.934	8.787.698	97	98

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



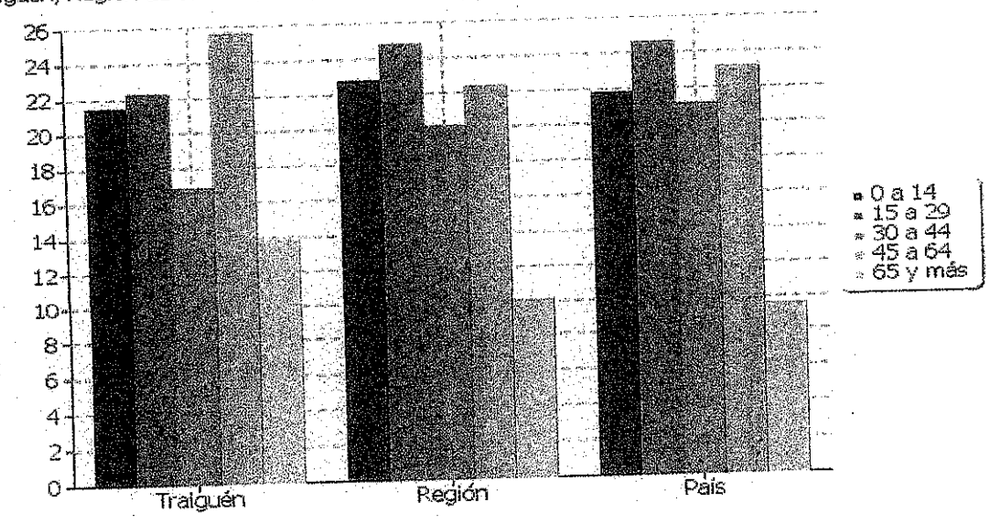
Fuente: Elaboración propia en base a Censo 2002 y Proyección de Población 2012, Instituto Nacional de Estadísticas (INE).

Población por grupos de edad 2002 y proyectada 2012 INE

Edad	2002	Proyectada 2012	% según Territorio 2012		
			Comuna	Region	Pais
0 a 14	5.115	3.818	21	23	22
15 a 29	4.279	3.960	22	25	25
a 44	4.428	2.999	17	20	21
45 a 64	3.534	4.568	26	22	23
65 y más	2.178	2.462	14	10	10
Total	19.534	17.807	100	100	100

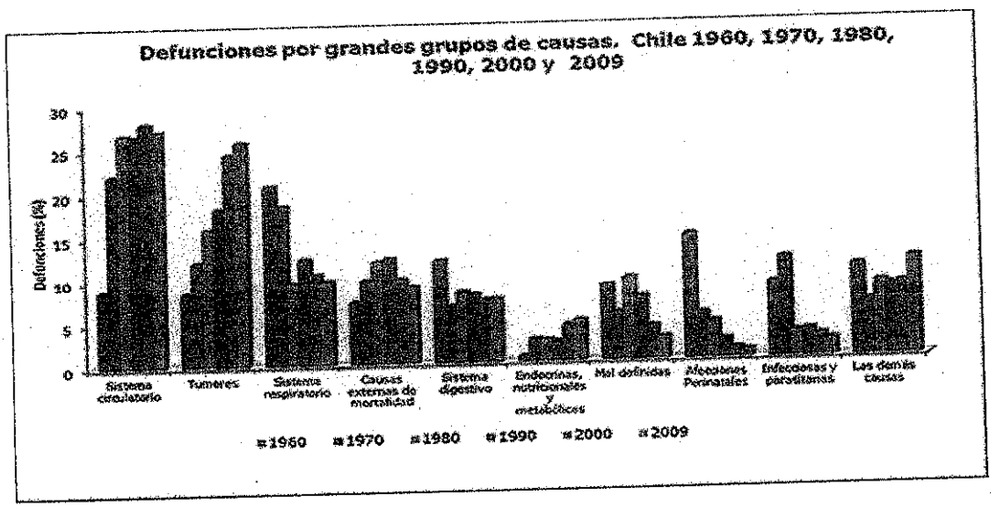
Fuente: Censo 2002 y Proyección de Población 2012, Instituto Nacional de Estadísticas (INE).

Traiguén, Región de La Araucanía, País: población por grandes grupos de edad. % Proyectada 2012



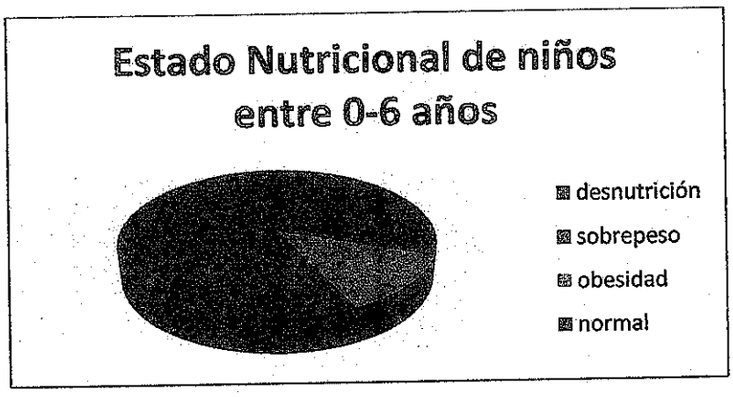
Fuente: Elaboración propia en base a Censo 2002 y Proyección de Población 2012, Instituto Nacional de Estadísticas (INE).

En cuanto a los antecedentes epidemiológicos comunales podemos afirmar que hay predominio de tumores malignos, es decir de cada mil habitantes 528 padecieron algún tipo de tumor maligno con resultado de muerte, siendo aún más preocupante en el caso de las mujeres cuya cifra se eleva al 71% del total de muertes al año, en segundo lugar tenemos las enfermedades del sistema circulatorio de cada 1000 habitantes 316 padecieron alguna enfermedad con resultado de muerte de tipo circulatorio, luego se evidencian las enfermedades del sistema respiratorio llegando a 96 muertes por cada 1000 habitantes, por último se encuentran los accidentes de transporte y las lesiones auto infringidas que suman 112 y 99 muertes por cada 1000 habitantes respectivamente.

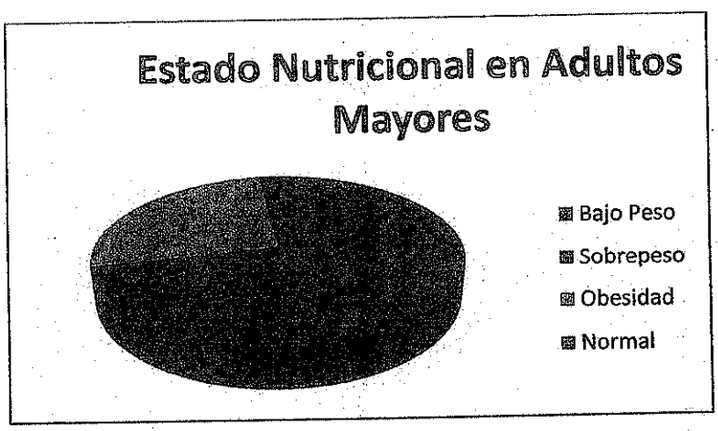


Por otro lado el sobrepeso y la obesidad son temas preocupantes ya que los índices de sobrepeso y obesidad superan la media nacional, mientras que es lo adultos la malnutrición ha sido el problema más relevante, en la comuna de Traiguén

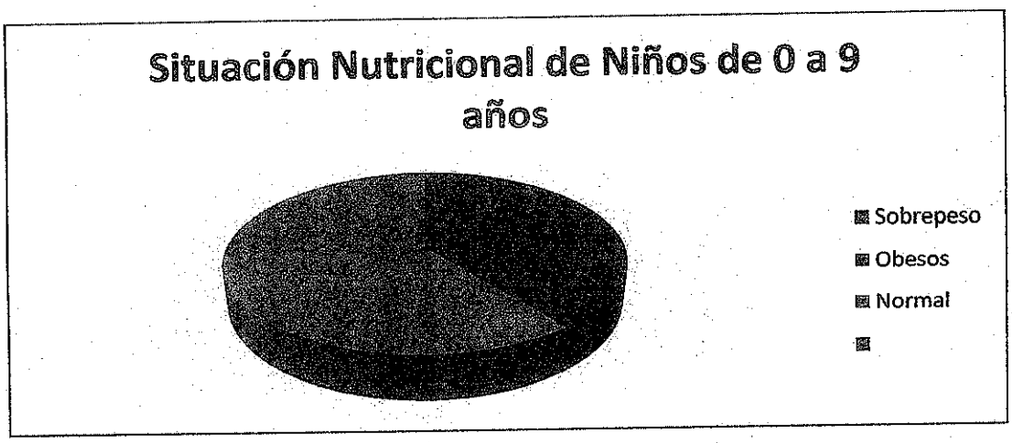
- Porcentaje de población de 0 a 6 años en control, que está en riesgo de desnutrición o desnutridos, 2011. DEIS, Ministerio de Salud 1,1%.
- Porcentaje de población de 0 a 6 años en control, que está con sobrepeso, 2011. DEIS, Ministerio de Salud 29,6
- Porcentaje de población de 0 a 6 años en control, que está en condición de obesidad, 2011. DEIS, Ministerio de Salud 12,5

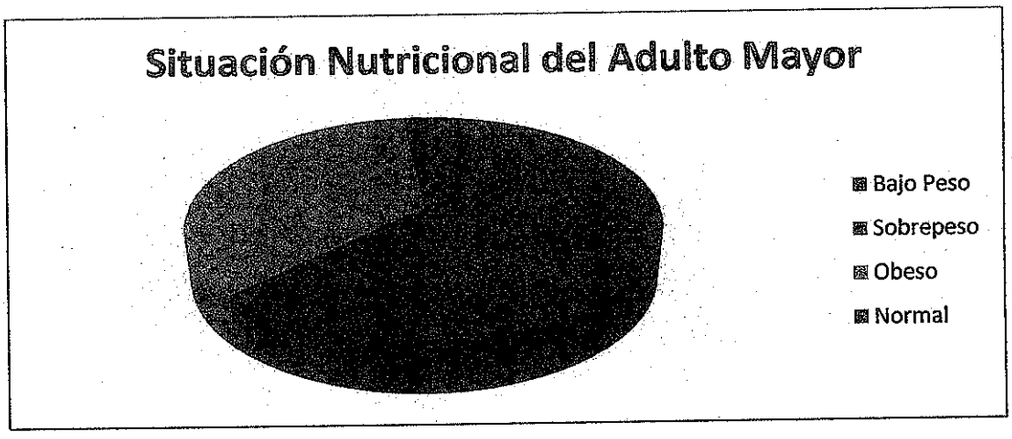


- Porcentaje de adultos mayores en control, que está con bajo peso, 2011. DEIS, Ministerio de Salud 19,0
- Porcentaje de adultos mayores en control, que está con sobrepeso, 2011. DEIS, Ministerio de Salud 26,8
- Porcentaje de adultos mayores en control, que está en condición de obesidad, 2011. DEIS, Ministerio de Salud 17,0



continuación se grafican situación nutricional de salud rural en la comuna





Datos Extraídos del Registro Estadístico Mensual del Departamento de Salud Municipal año 2015