



DepartamentoSalud
OSORNO



ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE OSORNO
CHILE

PLAN DE SALUD COMUNAL OSORNO 2018

Departamento de Salud
I. Municipalidad de Osorno



**Departamento de Salud
Ilustre Municipalidad de Osorno
Aprobado por Concejo Municipal en Sesión Ordinaria N°**

| PREPARADO POR | REVISADO Y APROBADO | RESPONSABLE |
|--|--|--|
|  Cristina Aedo Carrasco SubJefa Depto. de Salud | Ximena Acuña Mansilla Jefe Departamento de Salud | Sr. Jaime Bertín Valenzuela Alcalde I. Municipalidad Osorno |
|  Ximena Sunnah Ríos Profesional Depto. de Salud | | |
|  Bernardita Arteaga Castro Encargada RRHH Depto. de Salud | | |





PRESENTACION



Como una manera de contribuir a alinear y orientar el quehacer de los Centros de Salud Familiar y otros establecimientos de Atención Primaria, el Departamento de Salud en conjunto con los equipos y la comunidad elabora el Plan de Salud Comunal, en armonía con la Estrategia Nacional de Salud, para el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la década 2011 – 2020, con las Orientación Programáticas y Normas Técnicas emanadas del MINSAL, según lo establece la ley N° 19.378, pero incorporando los elementos de contexto local y los énfasis propios de una gestión basada en el diagnóstico de salud, incluidos los diagnósticos participativos de los diferentes sectores de la Comuna.

Los diagnósticos participativos elaborados con la comunidad siguen siendo relevantes en la elaboración de políticas locales municipales. El hecho de que la comunidad exprese sus necesidades y sus problemas, nos hace tener una comunicación más cercana, transparente y fluida; y así poder en conjunto resolver los problemas de salud que se nos presentan.

La mejora continua en la implementación del Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario, optimiza el desarrollo del recurso humano, mejora la implementación tecnológica y la optimización financiera, orientándolos a resultados medibles, y a facilitar la integración funcional de la Red Asistencial, con el objetivo de satisfacer las necesidades de salud de los usuarios beneficiarios del Sistema Público de Salud.

Como Departamento de Salud estamos preocupados del fortalecimiento de nuestro Recurso Humano mediante la capacitación, área prescindible en el desarrollo de nuestros funcionarios, tanto en lo técnico, como en habilidades blandas y trato al usuario, lo que se traduce en una mejor calidad de atención y un mejor y buen uso de las redes asistenciales.

La dotación de personal debe ser la adecuada para desarrollar las actividades de salud programadas cada año, sin embargo, cada vez en más difícil dar cumplimiento a los requerimientos de una población demandante en horas, dada las necesidades de tratamiento de los diferentes Programas Ministeriales, aumento de las enfermedades cardiovasculares y el indudable envejecimiento de la población, que revela que el sistema sanitario actual no está totalmente preparado para enfrentar este tremendo desafío.

En el área financiera, el presupuesto en salud, es cada vez más limitado, porque los requerimientos en salud son interminables y el Per cápita actual es mínimo, relacionado a la carga salud enfermedad actual de la población inscrita en los Centros de Salud de la Comuna.





"En medio del invierno aprendí por fin
que había en mí un verano invencible"

Albert Camus (1952)



PLAN DE SALUD COMUNAL OSORNO 2018

CONTENIDOS

Antecedentes generales

| | |
|--|----|
| Marco General | 12 |
| Modelo de Salud Familiar | 13 |
| Visión, Misión, Valores Institucionales | 14 |
| Estructura organizacional | 17 |
| Estructura Directiva Departamento de Salud | 18 |
| Estructura Directiva Centros de Salud | 19 |

SECCION II

Diagnostico situación de salud comunal

| | |
|---|----|
| Descripción físico-territorial de la comuna | 22 |
| Descripción biodemografica | 24 |
| Población | 24 |
| Natalidad | 26 |
| Índice Desarrollo Humano - IDH | 27 |
| Etnias | 28 |
| Ruralidad | 28 |
| Pobreza | 29 |
| Economía | 29 |
| Educación | 30 |
| Vivienda | 30 |
| Organizaciones Sociales | 31 |
| Condiciones del entorno | 31 |
| Calidad del aire | 31 |
| Indicadores Básicos de Salud | 35 |
| Mortalidad - Índice de Swaroop | 35 |
| Años de Vida potencialmente perdidos - AVPP | 36 |
| Situación de salud por ciclo de vida | 41 |
| Indicadores de salud materna y reproductiva | 41 |
| Indicadores de salud Infantil | 44 |
| Indicadores de salud Adolescentes | 48 |
| Condiciones de Riesgo para la Salud Adolescente | 49 |
| Indicadores de salud Adulto | 53 |
| Condiciones de Riesgo para la Salud del Adulto | 57 |
| Indicadores de salud Adulto mayor | 60 |

| | |
|--|----|
| Atenciones Transversales | 65 |
| Enfermedades de Notificación Obligatoria | 67 |

SECCION III

Situación de Atención Primaria de Salud Osorno

| | |
|---|-----|
| Red de Salud Osorno | 70 |
| Cartera de servicios | 72 |
| Modelo de Salud familiar y Comunitario | 76 |
| Centros de Atención Primaria comunal | 79 |
| Unidades del Departamento de Salud | 89 |
| Programas Departamento de Salud | 100 |
| Diagnostico local y Plan Participativo 2018 | 110 |

SECCION IV

Metas Sanitarias, Índices de Actividad en Atención primaria y Metas de Gestión

| | |
|--|-----|
| Metas Sanitarias Atención Primaria | 128 |
| Índices Actividad Atención Primaria -IAAPS | 130 |
| Metas Gestión 2018 | 136 |

SECCION V

Presupuesto e Infraestructura

| | |
|---|-----|
| Presupuesto 2018 | 140 |
| Programas Reforzamiento | 143 |
| Capacitación | 146 |
| Infraestructura e Iniciativas Extraordinarias | 150 |

- ANTECEDENTES GENERALES

SECCION I



MARCO GENERAL

Para la elaboración del Plan de Salud Comunal se han considerado diferentes insumos para otorgarle consistencia y pertinencia al instrumento. Se consideran los lineamientos nacionales, las particularidades de la población local y nuestro sistema de salud municipal.

Junto a lo anterior, también se debe considerar en la formulación de actividades y estrategias, la normativa legal que rige la actividad sanitaria.

OBJETIVOS SANITARIOS PARA LA DÉCADA 2011-2020

1.- Mejorar la salud de la población

2.- Disminuir las desigualdades en salud

3.- Aumentar la satisfacción de la población

4.- Asegurar la calidad de las intervenciones sanitarias

MARCO LEGAL

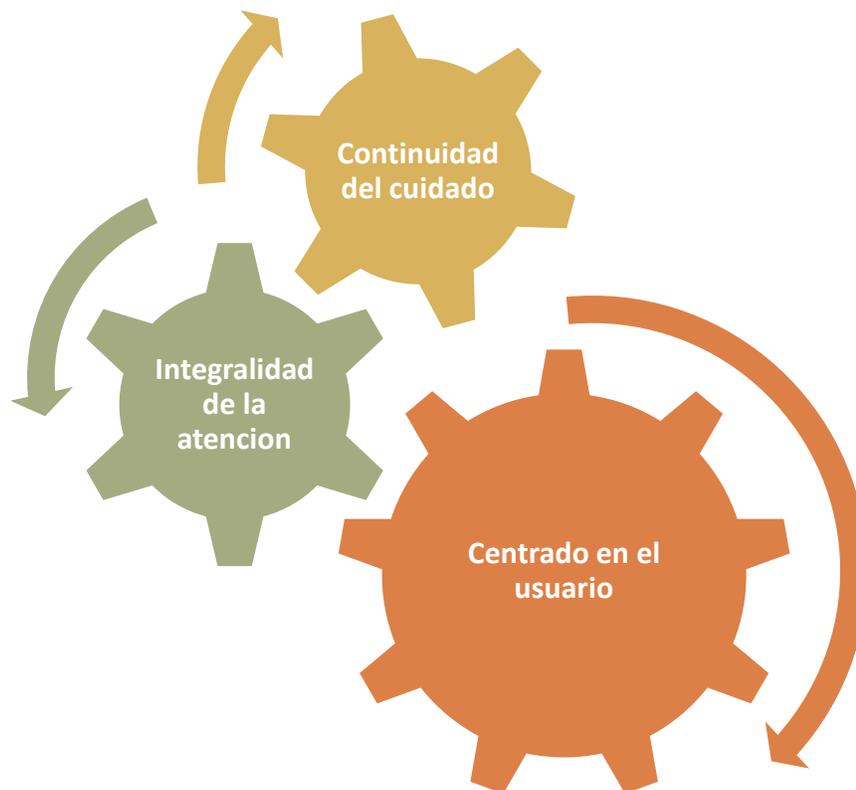
- Ley 19.937 de Autoridad Sanitaria y Gestión
- Ley 20.015 de Instituciones de Salud Previsional
- Ley 19.966 de Régimen de Garantías Explícitas en Salud
- Ley 19.888 de Financiamiento del gasto fiscal representado por el Plan AUGE
- Ley 20.584 de Derechos y Deberes de los usuarios en su atención de salud
- Ley 19.378 Estatuto Atención Primaria de Salud
- Ley 19.813 de Asignación Desempeño Colectivo

MODELO DE SALUD INTEGRAL, FAMILIAR Y COMUNITARIA

El Modelo de Salud Integral Familiar y Comunitaria es el modelo definido para ejecutar las prestaciones otorgadas a la población.

Este modelo es el conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna, dirigidas al usuario, en el contexto de su vida familiar y de su entorno comunitario y considera a las personas en su integralidad física y mental, como seres sociales pertenecientes a distintas familias y comunidades, que están en permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural.

Los principios irrenunciables en que se basa este modelo son:



NUESTRA VISION - MISION - VALORES INSTITUCIONALES

El Plan de Salud Comunal es el instrumento que define las acciones sanitarias de la comuna de Osorno. Además, está regulado por las orientaciones técnicas y normativas establecidas por la autoridad sanitaria, según señala la Ley 19.378.

El plan de Salud se lideró desde la Jefatura del Departamento de Salud de Osorno, la cual convocó a un equipo de trabajo, conformado por la Dirección de todos los Establecimientos y unidades de apoyo. Este equipo recopiló la información necesaria para caracterizar la población y los principales indicadores de salud, nutriéndose además de los datos emanados desde el Servicio de Salud Osorno.

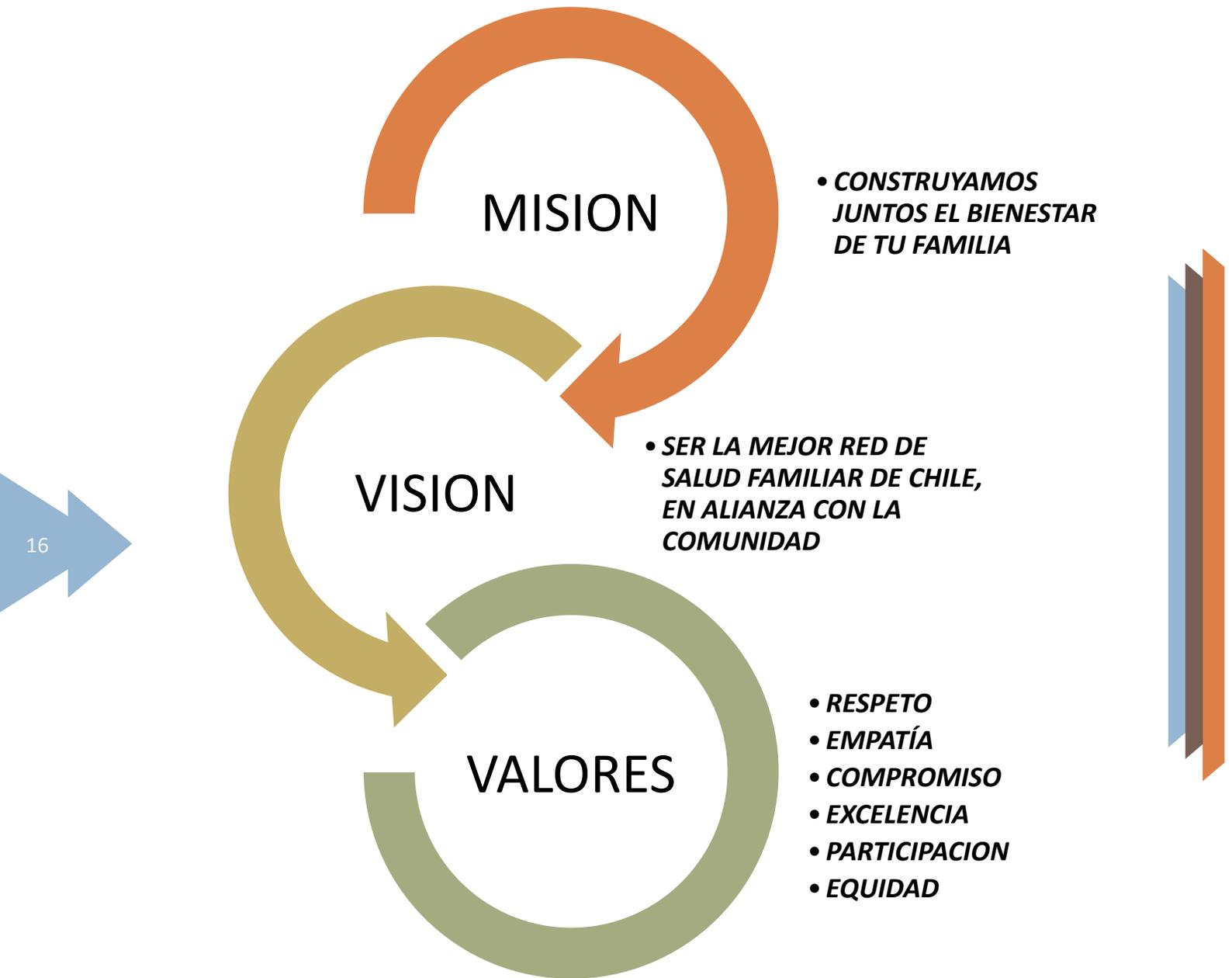
El análisis de brechas se realizó en instancias de capacitación con la participación de diferentes profesionales de CESFAM y equipos transversales, con la colaboración de todos los Directivos. Además, se consideró la participación de los usuarios, representados por los Consejos de Desarrollo Local (CODELO).

El Plan de Salud recoge los elementos fundamentales del Modelo de Atención de Salud con Enfoque Familiar y Comunitario impulsando intervenciones desde un enfoque territorial, centrado en las personas, con reorientación de los servicios de salud hacia la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, fortaleciendo la atención primaria, y la participación social con alianzas entre el municipio, equipos de salud, la sociedad civil y otros actores comunales resaltando el binomio salud – desarrollo local .

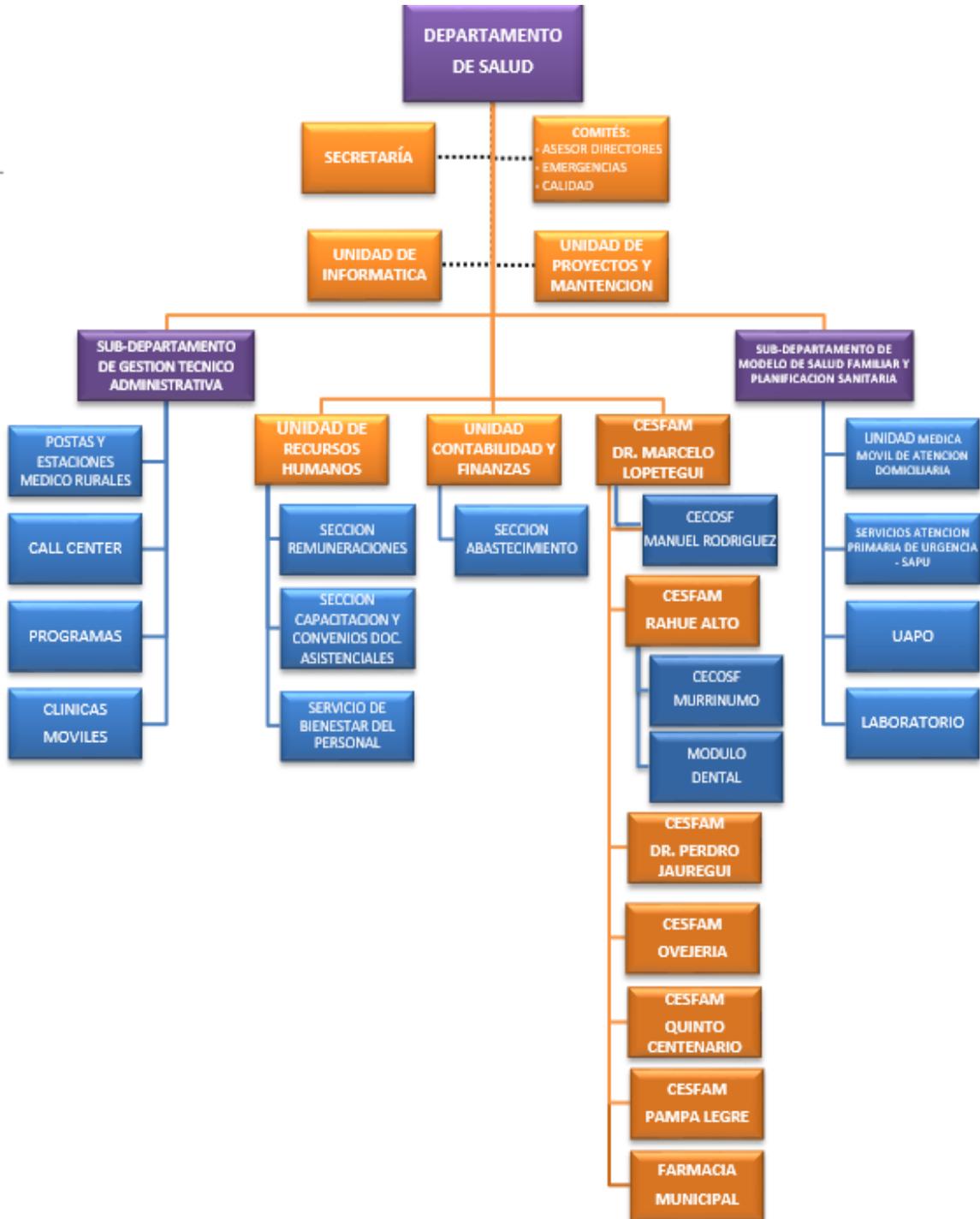
El Plan incorpora acciones contempladas en las Garantías Explícitas en Salud y que son responsabilidad de la Atención Primaria, mantiene y fortalece los éxitos en materia de acceso a prestaciones de salud y resultados sanitarios logrados; busca innovar en el combate a los problemas de salud derivados de los estilos de vida y conductas de nuestra población además de concebir las acciones sanitarias desde un enfoque anticipatorio al daño y a las esperables consecuencias de los cambios demográficos y epidemiológicos en nuestra población. El análisis de la situación demográfica y epidemiológica que presenta la comuna, su probable evolución en el corto y mediano plazo, junto con la expresión de las necesidades ciudadanas a través de los procesos participativos, ha permitido la definición de los objetivos sanitarios prioritarios a alcanzar para la población beneficiaria de nuestra red local de salud. Las acciones en estos ámbitos están siendo implementadas y se continuarán en 2018.

El Plan de Salud exhibe los resultados alcanzados y los desafíos a enfrentar en todos los ámbitos del cuidado a lo largo de la vida de nuestra población y las acciones en las áreas de promoción, prevención, tratamiento y recuperación que se proyectan realizar durante 2018, con especial énfasis en acreditar los Centros de Salud, la Programación Anual de Actividades y en Plan Comunal de Promoción y Participación Social 2018





ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL



ESTRUCTURA DIRECTIVA DEPARTAMENTO DE SALUD

El Departamento de Salud de Osorno depende de la Municipalidad de Osorno y se encuentra ubicado en Avda. Mackenna Nº851 en nuestra ciudad y la máxima autoridad es el Jefe de Departamento, cargo que provee actualmente la **Dra. Ximena Acuña Mansilla** y conforman la estructura Directiva las siguientes Unidades



Sub-Departamento de Gestión Técnico Administrativo

Sra. Cristina Aedo Carrasco – Profesional Matrona



Sub-Departamento de Modelo de Salud Familiar y Planificación Sanitaria

Sra. Ximena Sunnah Ríos - Profesional kinesióloga



Unidad de Contabilidad y Finanzas

Sr. Claudio Etcheverry Soto – Contador General



Unidad de Recursos Humanos

Sra. Bernardita Arteaga Castro – Ingeniero en Administración de Empresas



Sección de Capacitación

Sra. Carolina Donoso Neumann – Ingeniero Comercial



Unidad de Proyectos y Mantenimiento

Sr. Miguel Carvajal Arias – Constructor Civil



Unidad de Proyectos y Mantenimiento

Dra. Marlys Barrientos Barria



Unidad de Informática

Sr. José Luis García Treutler – Ingeniero en Computación



Sección de Abastecimiento

Sra. Jacqueline Aldea Jaramillo – Administrador Público



Sección de Remuneraciones

Sra. Guisela Fernández Garcés – Contador General

ESTRUCTURA DIRECTIVA CENTROS DE SALUD



Cesfam Dr. Marcelo Lopetegui
Srta. Gladys Zúñiga Bachman - Nutricionista



Cesfam Rahue Alto
Sr. Juan Carlos Castillo Vejar - Enfermero



Cesfam Quinto Centenario
Sr. Alex Muñoz Patiño - Enfermero



Cesfam Pampa Alegre
Sra. Ruth Cifuentes - Enfermera



Cesfam Dr. Pedro Jáuregui
Sr. Carlos López Padget - Asistente Social



Cesfam Ovejería
Sra. Kathia Ruiz Galvez- Médico



CECOSF Manuel Rodríguez
Dra. Lorena Pérez Reimann



CECOSF Murrinumo
Dra. Carola Bravo De La Fuente



Coordinadora Edificio Amthauer
Sra. Ingrid Hauenstein Carrera – Enfermera



Encargada Laboratorio
Sra. Jenny Labra Miranda

- DIAGNOSTICO SITUACION DE SALUD COMUNAL

SECCION II





DESCRIPCION FISICO Y TERRITORIAL DE LA COMUNA DE OSORNO

La **Provincia de Osorno** se ubica en el extremo norte de la **X Región de Los Lagos**, tiene una superficie de 9223,7 km², y posee una población de 221 509 habitantes.

En la actualidad, Osorno, se levanta como puerta de entrada a la Región de Los Lagos de Chile, **caracterizado por un verde** lleno de vida.

Esta ciudad goza de una ubicación privilegiada, al estar situada justo al centro de una provincia que destaca por su belleza natural, y donde en tan sólo una hora es posible acceder a una de las cadenas montañosas más grandes del mundo, como la Cordillera de Los Andes con el inigualable Volcán Osorno y sus majestuosos lagos un área silvestre y única, con cualidades que la ubican como una de las 23 zonas en el mundo protegidas y declaradas por la UNESCO como Reserva de la Biósfera, y a la misma distancia, es posible disfrutar de aire puro del Océano Pacífico, en un área costera donde se puede acceder a balnearios y caletas, rodeados de un impresionante bosque nativo y de reservas silvestres creadas en la zona por los habitantes originarios de la etnia Huilliche.

Osorno se presenta además como una zona productiva de excelencia, abriéndose al mundo con mayor fuerza al ser un territorio líder en oferta cárnica y lechera. Es por todo conocido el ya tradicional festival de la leche y la carne, destacado a nivel nacional.

En la actualidad, su estructura económica y de servicios ha ido diversificándose, toda vez que en los últimos años van en alza las exportaciones de berries, bulbos de tulipanes y peonías, lo que se suma a los ya tradicionales cortes cárnicos, quesos gouda y leche en polvo, que son parte de la consolidación de negocios nacionales que compiten de igual a igual a nivel mundial. En cuanto a la producción lechera, la región de Los Lagos aporta 1.200 millones de litros, equivalente al 50% del total nacional



Por otro lado, es vitrina mundial el descubrimiento de un Yacimiento Fosilífero ubicado en plena ciudad, un sitio paleontológico donde se hallaron restos de animales con data de hace 14 mil años nos demuestran como Gonfoterios, Caballos Americanos y Osos Gigantes, entre otras especies de la fauna prehistórica, recorrían libremente las llanuras de esta parte del continente americano.



La naturaleza ha cuidado sus huellas por varios miles de años para que hombres y mujeres de esta tierra tenga conocimiento de quienes fueron quizás los primeros habitantes de este hermoso Osorno, ubicada en el paralelo 40 al sur del mundo.

DESCRIPCION BIODEMOGRAFICA

De acuerdo a las proyecciones de población INE para el año 2017, Osorno tiene 158.027 habitantes, lo que representa el 18.5% de la población proyectada para la región de Los Lagos y 0,8% de la población proyectada en el país. Habitan en la comuna de Osorno 2.5% más mujeres que hombres.

POBLACION TOTAL PROYECTADA DE LA COMUNA 158.027 HBTES



80.992 Mujeres
51%



77.035 Hombres
49%

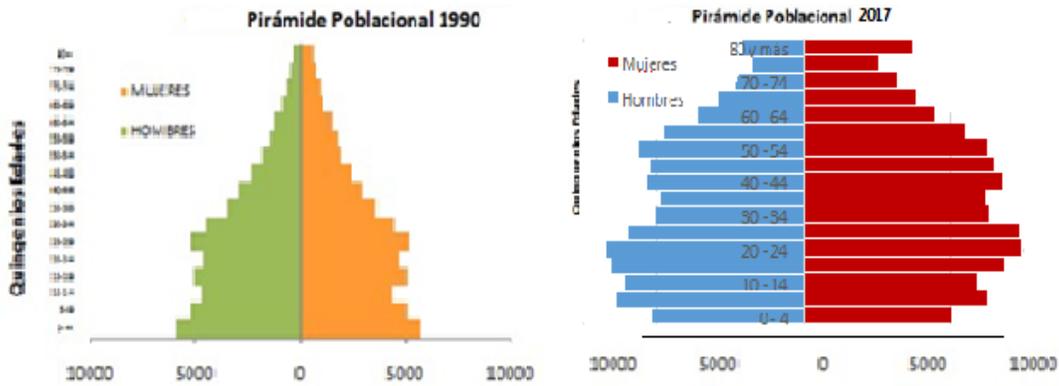
PROYECCIÓN DE POBLACIÓN 2013-2020, SEGÚN COMUNA, SEXO Y AÑO

| Comuna | Sexo | Años | | | | |
|---------------------|---------|------------|------------|------------|------------|------------|
| | | 2.013 | 2.014 | 2.015 | 2.016 | 2.017 |
| Chile | Total | 17.631.579 | 17.819.054 | 18.006.407 | 18.191.884 | 18.373.917 |
| | Hombres | 8.727.358 | 8.819.725 | 8.911.940 | 9.003.254 | 9.092.950 |
| | Mujeres | 8.904.221 | 8.999.329 | 9.094.467 | 9.188.630 | 9.280.967 |
| Región de los Lagos | Total | 828.431 | 834.714 | 841.123 | 847.495 | 853.663 |
| | Hombres | 417.132 | 420.088 | 423.107 | 426.109 | 429.011 |
| | Mujeres | 411.299 | 414.626 | 418.016 | 421.386 | 424.652 |
| Provincia de Osorno | Total | 231.979 | 231.638 | 231.362 | 231.051 | 230.675 |
| | Hombres | 115.611 | 115.448 | 115.322 | 115.195 | 115.035 |
| | Mujeres | 116.368 | 116.190 | 116.040 | 115.856 | 115.640 |
| OSORNO | Total | 157.173 | 157.389 | 157.630 | 157.855 | 158.027 |
| | Hombres | 76.518 | 76.640 | 76.779 | 76.914 | 77.035 |
| | Mujeres | 80.655 | 80.749 | 80.851 | 80.941 | 80.992 |

Fuente ine.cl

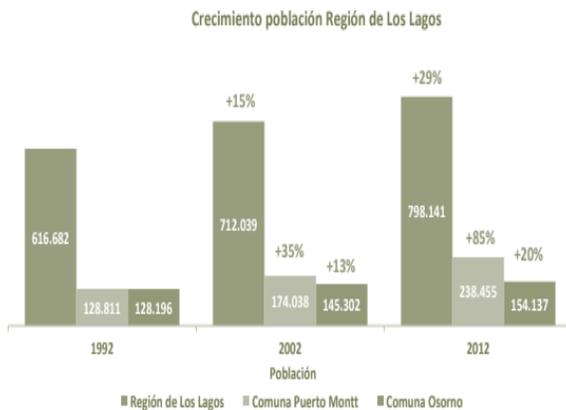
La estructura etarea de la población para el año 2017, tiende a concentrarse en el grupo comprendido entre los 20 y 55 años, estableciéndose una pirámide de población que ha dejado de corresponder a la de una comuna joven (pirámide expansiva) como era en 1990, para pasar a ser una pirámide en transición hacia un país adulto (pirámide estable) que refleja claramente el proceso de envejecimiento que ha experimentado la población en nuestra comuna.

Osorno 1990-2017

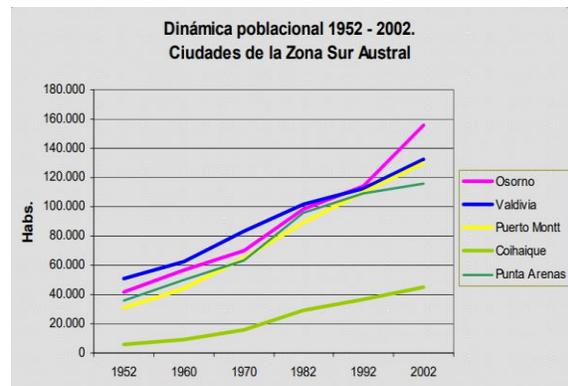


Fuente: Proyecciones Poblacionales INE 2002-2017

La Tasa de Crecimiento Poblacional es el promedio porcentual anual del cambio en el número de habitantes, como resultado de un superávit (o déficit) de nacimientos y muertes, y el balance de los migrantes que entran y salen de un país. La variación esperada para la comuna es de un aumento poblacional de un 4.8%

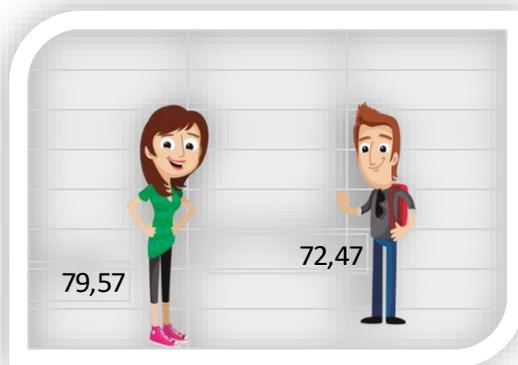


Fuente: Elaboración ClioDinámica en base a resultados CENSO 2012



La salud ha ido mejorando y la expectativa de vida ha ido creciendo, cambio que es característico de las sociedades desarrolladas, en que la población es cada vez más longeva. La **Esperanza de Vida al Nacer (EVN)**, es una estimación del promedio de años que vivirá un grupo de personas nacidas el mismo año, si las condiciones de mortalidad de la región/país evaluado se mantuvieran constantes. Influyen en este indicador, las condiciones sanitarias, saneamiento básico, hábitos saludables, entre otros. A inicios del siglo XX la EVN en nuestro país no superaba los 27 años en promedio para el hombre y la mujer. Actualmente, La tendencia nacional es que las mujeres viven más años que los hombres, condición que también se replica en la comuna y en la región. Los valores nacionales corresponden a 76,26 años para los hombres y 81,42 años para las mujeres.

- Los habitantes de Osorno tienen una EVN de 72.47 años para los hombres y 79.57 años para las mujeres.
- Las mujeres Osorninas viven 7.1 años más que los hombres.



A nivel país, la EVN en 2006 era de 77,9 años (75,1 hombres y 80,8 mujeres) y en 2014 de 78,9 años (76,4 hombres y 81,6 mujeres). Es decir, a consecuencia del descenso de la mortalidad del país entre 2006 y 2014, aumentó el número de años de vida que la población femenina y masculina viviría en promedio.

Debido a que el descenso de la mortalidad continuaría, la esperanza de vida al nacer tendería a aumentar. Al año 2020, a nivel país un hombre podría vivir 77,4 años promedio y una mujer recién nacida viviría 82,8 años en promedio (INE, 2015: 7-8). De este modo, dado que se ha verificado el efecto de la estructura de población sobre la tasa bruta de mortalidad, la esperanza de vida al nacimiento (EVN) se considera y utiliza como indicador del nivel de mortalidad.

➤ NATALIDAD

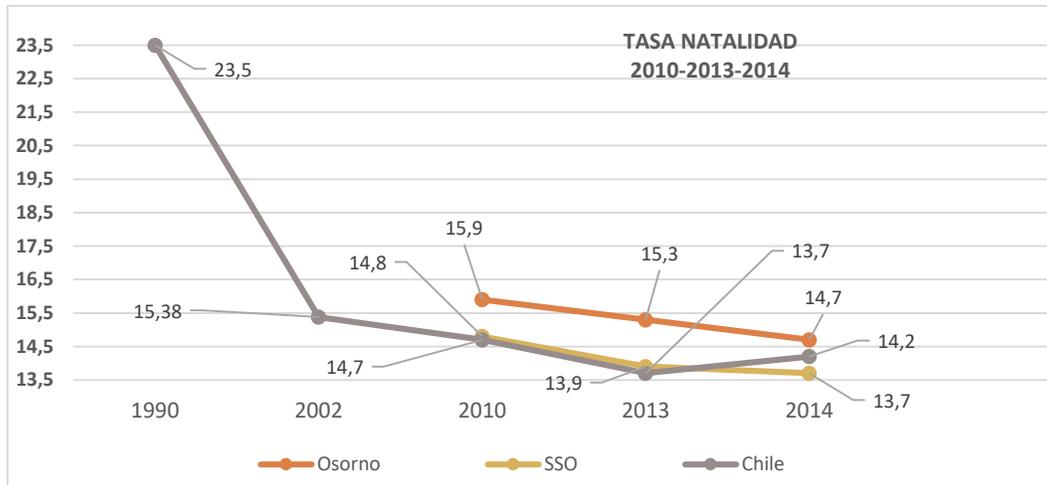
| NATALIDAD 2014 | | | | |
|----------------|------------|---------------|---------------|------|
| | | Nacidos Vivos | Nacidos Vivos | |
| | Población | Inscritos | Corregidos | Tasa |
| Osorno | 157.389 | 2.304 | 2.315 | 14,7 |
| SSO | 231.638 | 3.140 | 3.156 | 13,6 |
| Chile | 17.819.054 | 250.997 | 252.194 | 14,2 |

Fuente: sso.cl

La **natalidad** designa el número proporcional de nacimientos de una población en un tiempo determinado.

La comuna de Osorno, en el año 2014, de acuerdo a datos del SSO, registró una **tasa de natalidad** de 14,7 por 1.000 nacidos vivos, siendo 0,5 puntos superior a la tasa de natalidad del país (14,2 x 1.000 nac.vivos) y de 1,1 puntos superior a la población asignada al SSO (Provincia de Osorno) que presenta una tasa de 13,7 x 1.000 nacidos vivos.

El país y la comuna a han experimentado un sostenido descenso de la natalidad en la última década y esta reducción sostenida sumada al aumento de expectativas de vida impacta directamente en un envejecimiento demográfico de la población, configurando una estructura poblacional con cada vez con menos niños y jóvenes y más adultos mayores.



Fuente: DEIS- MINSAL

Fuente: Anuario Estadístico- SSO 2016

Nota: Nacidos vivos corregidos corresponden a nacidos vivos inscritos en el año de nacimiento, más los nacidos en el año respectivo e inscrito en los primeros tres meses del año siguiente.

➤ ÍNDICE DE DESARROLLO HUMANO (IDH)

El índice de Desarrollo Humanos (IDH) es un indicador elaborado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) que mide las condiciones de vida de las personas de acuerdo a tres parámetros: salud, educación e ingresos. El puntaje que se aspira es 0,800 ID. El país tiene puntaje de 0,681. Osorno presenta un puntaje sobre el promedio regional con un puntaje de 0,700 IDH



➤ **ETNIA**

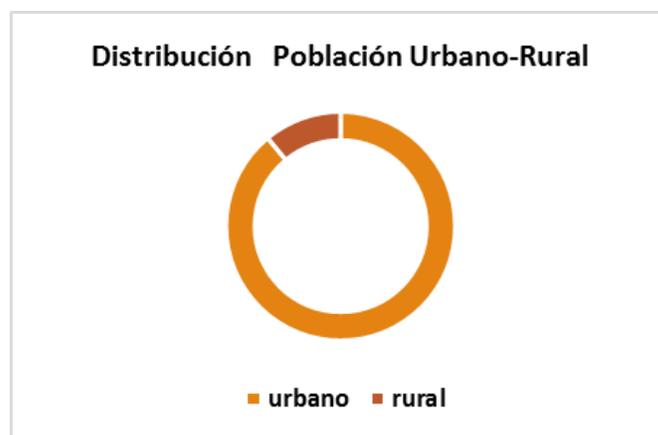
Se estima que la población de alguna etnia declarada que reside en Osorno es de un poco más de **12.000 personas**. El porcentaje de identificación es inferior a la media nacional, siendo la población Mapuche la que consigna un mayor grado de identificación a este respecto por sobre las otras etnias prevalentes en el país.

| Se considera perteneciente a: | Total Región | |
|-------------------------------|------------------|---------------|
| | | Osorno |
| 1. Alacalufe (Kawashkar) | 444 | 33 |
| 2. Atacameño | 90 | 12 |
| 3. Aimara | 181 | 29 |
| 4. Colla | 62 | 7 |
| 5. Mapuche | 100.664 | 12517 |
| 6. Quechua | 314 | 40 |
| 7. Rapa Nui | 158 | 28 |
| 8. Yámana (Yagán) | 180 | 10 |
| 9. Ninguno de los anteriores | 971.042 | 132799 |
| Total | 1.073.135 | 145475 |

Fuente: observatorio regional 2015

➤ **RURALIDAD**

Sus habitantes se concentran principalmente en el área urbana, presentando sólo un 11% de ruralidad, equivalente a un poco más de 15 mil habitantes, cifra inferior al 34% de ruralidad en la región. Fuente: *CASEN 2013*



➤ **POBREZA**

De acuerdo a los datos estadísticos de la CASEN 2015, la comuna de Osorno presenta 1,5 puntos sobre la media regional y 4,1 puntos sobre la media país en pobreza estimada por ingresos, correspondiente a pobreza extrema y no extrema. En pobreza multidimensional, que considera las dimensiones de educación, trabajo y seguridad social, salud, vivienda y entorno, y redes y cohesión, la comuna de Osorno presenta 1 punto sobre la media regional y 0,6 puntos por debajo del promedio país. Los datos de pobreza, traducidos a habitantes de la comuna de Osorno, representan **a 25.974 personas** que se encuentran en condiciones de alta vulnerabilidad, convirtiéndose en un grupo a priorizar en el acceso a las prestaciones de salud que entregan los establecimientos de Atención Primaria de la comuna.

| Comuna | Población estimada en situación de pobreza por ingresos | | | | Población estimada en situación de pobreza multidimensional | | | |
|---------------|---|---------------------------------|-----------------|--|---|-------------------------------------|---------------------|--|
| | Población en situación de pobreza por ingresos | Población no pobre por ingresos | Total población | Porcentaje de población en situación de pobreza por ingresos | Población en situación de pobreza multidimensional | Población no pobre multidimensional | Total población (*) | Porcentaje de población en situación de pobreza multidimensional |
| Puerto Mont | 31.254 | 229.528 | 260.782 | 12,0 | 45.068 | 207.593 | 252.661 | 17,8 |
| Calbuco | 5.304 | 31.183 | 36.487 | 14,5 | 14.131 | 21.385 | 35.516 | 39,8 |
| Frutillar | 3.611 | 14.568 | 18.179 | 19,9 | 3.686 | 14.148 | 17.834 | 20,7 |
| Los Muermos | 2.346 | 12.761 | 15.107 | 15,5 | 4.978 | 9.988 | 14.966 | 33,3 |
| Llanquihue | 2.441 | 16.408 | 18.849 | 13,0 | 2.885 | 15.585 | 18.470 | 15,6 |
| Castro | 7.814 | 48.340 | 56.154 | 13,9 | 11.538 | 42.552 | 54.090 | 21,3 |
| Ancud | 6.511 | 34.644 | 41.155 | 15,8 | 9.949 | 29.256 | 39.205 | 25,4 |
| Quellón | 4.502 | 32.362 | 36.864 | 12,2 | 9.604 | 25.687 | 35.291 | 27,2 |
| Osorno | 25.974 | 138.435 | 164.409 | 15,8 | 32.102 | 126.258 | 158.360 | 20,3 |
| Río Negro | 2.684 | 9.309 | 11.993 | 22,4 | 3.409 | 8.384 | 11.793 | 28,9 |

Fuente Casen 2015

➤ **ECONOMÍA**

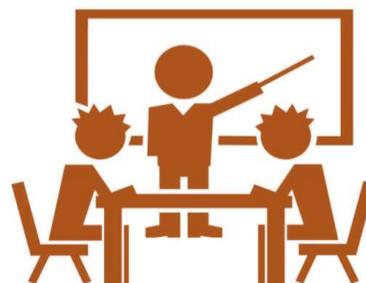
En relación a la ocupación de trabajadores, en la comuna de Osorno el 37% está concentrado en el segmento de las pequeñas empresas, seguidos de las grandes empresas que concentran el 30% de la fuerza de trabajo. Fuente: Servicio de Impuestos Internos

El Sector económico que más trabajadores concentra en la comuna es la Agricultura, la cual llega al 30,4%, seguido de las actividades inmobiliarias con un 18% Fuente: Servicio de Impuestos Internos

➤ EDUCACIÓN

En el ámbito educacional podemos mencionar que:

- En promedio, los osorninos y osorninas, tienen 10.6 años de escolaridad cifra inferior al promedio nacional 11.0 (casen 2015)
- El 62% de la matrícula escolar corresponde a establecimientos particulares subvencionados.



La administración municipal de educación cuenta con un total de 40 establecimientos educacionales: 19 Escuelas básicas urbanas, 15 Escuelas básicas Rurales Especial, 6 Liceos

➤ EN VIVIENDA:

| Indicadores | Porcentaje de Hogares | | |
|---|-----------------------|--------|-------|
| | Comuna | Región | País |
| Porcentaje de hogares con hacinamiento medio | 18,65 | 18,86 | 19,88 |
| Porcentaje de hogares con hacinamiento crítico | 2,44 | 2,26 | 2,32 |
| Porcentaje de hogares con saneamiento deficitario | 8,33 | 28,63 | 16,98 |

Fuente: Sistema Nacional de Información Municipal SINIM.

➤ ORGANIZACIONES SOCIALES

| Tipo de Organización | 2015 |
|---|--------------|
| Clubes Deportivos | 294 |
| Centros de Madres | |
| Centros de Padres y Apoderados | 62 |
| Centros u Organizaciones del Adulto Mayor | 128 |
| Juntas de Vecinos | 120 |
| Uniones Comunales | 4 |
| Otras Organizaciones Comunitarias Funcionales | 2.046 |
| Total | 2.654 |

Fuente: Sistema Nacional de Información Municipal SINIM.

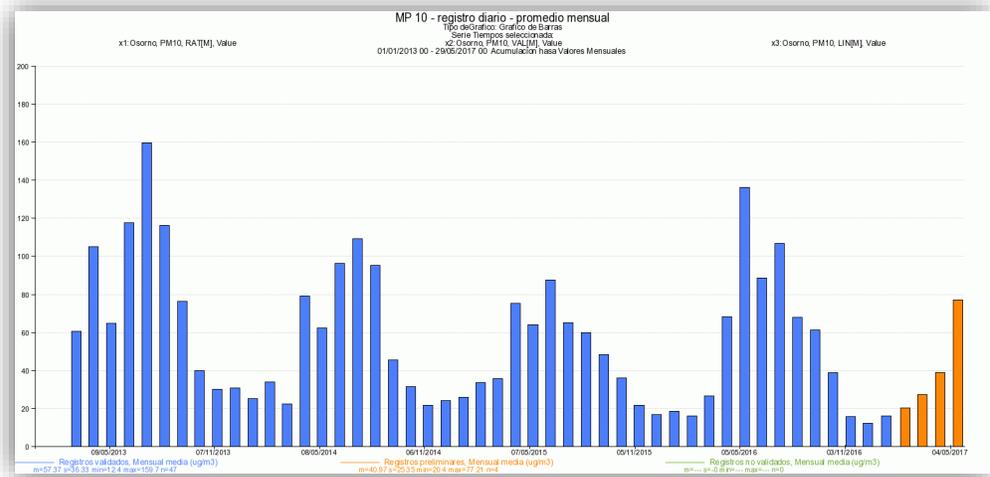
➤ CONDICIONES DEL ENTORNO

En lo que respecta a las condiciones del entorno de la comuna, se consideran 2 aspectos; ambiente y seguridad (reflejado por la **tasa de casos de delitos de mayor connotación social** y la **tasa de denuncias por violencia intrafamiliar**)

➤ CALIDAD DEL AIRE

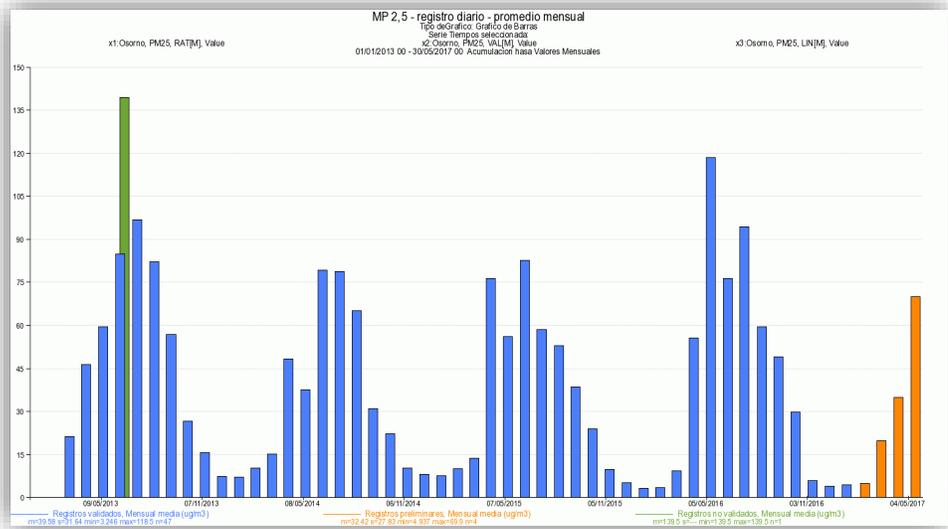
Los datos de monitoreo mostrados en SINCA corresponden fundamentalmente a monitoreo de la calidad del aire. En el caso de la ciudad de Osorno se analizan sólo el Material Particulado (MP) 2,5 (fino) y 10 micrómetros (grueso).

El Gráfico muestra el registro diario-promedio mensual de material MP10 años 2013 a 2017



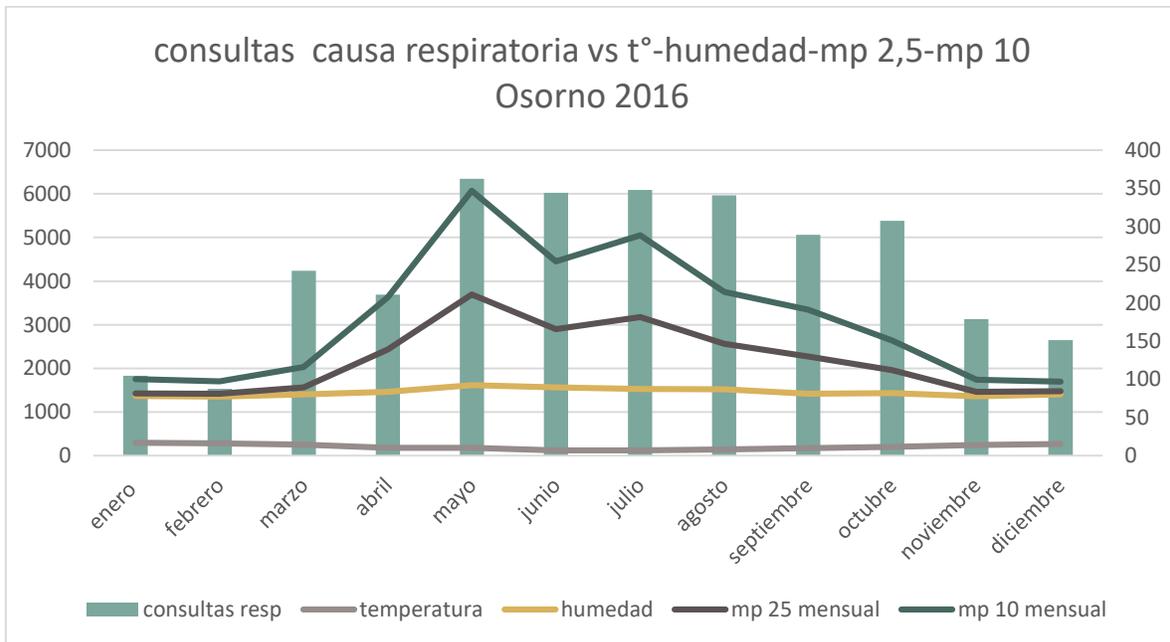
Fuente: Sinca.mm.gov.

El siguiente Gráfico muestra el registro diario-promedio mensual de material MP 2.5 años 2013 a 2017



Fuente: Sinca.mm.gov

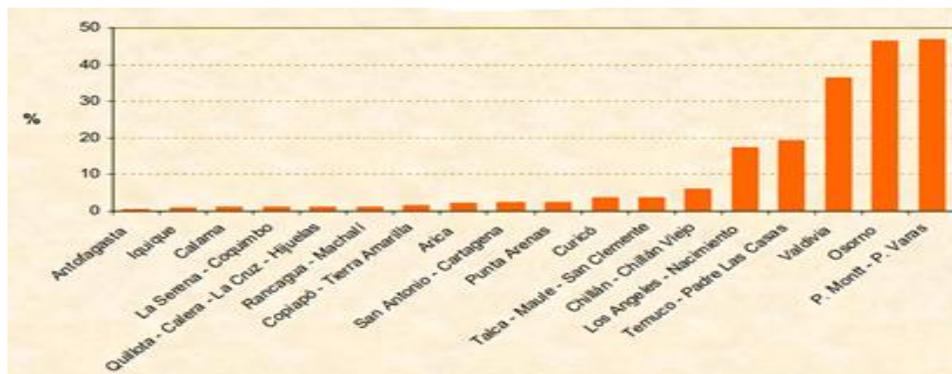
Los siguientes gráficos describen variables consultas respiratorias, temperatura, humedad y mp 10 y mp 2.5 años 2016, y 2017. sólo descriptivo.



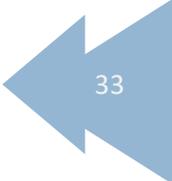
Fuente: Elaboración propia con datos deis/Minsal- Sinca.mm.gov.c



Porcentaje de hogares que emplean Combustibles Contaminantes para cocinar en Ciudades Intermedias Mayores,



CENSO 2012



Tasa de denuncias de Delitos de Mayor Connotación Social 2010-2011-2012-2013-2014

| Territorio | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|----------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|
| Comuna de Osorno | 2.324,56 | 2.611,18 | 2.294,45 | 2.364,39 | 2.238,92 |
| Región de Los Lagos | 2.502,58 | 2.552,99 | 2.304,75 | 2.173,60 | 2.194,71 |
| País | 2.780,25 | 3.010,10 | 2.720,38 | 2.730,08 | 2.801,19 |

Fuente: Subsecretaría de Prevención del Delito, Ministerio de Interior.

Tasa de denuncias de Violencia Intrafamiliar

| Territorio | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|----------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Comuna de Osorno | 806,7 | 966,72 | 799,46 | 771,32 | 692,84 |
| Región de Los Lagos | 794,61 | 858,12 | 782,06 | 774 | 751,39 |
| País | 638,46 | 707,77 | 650,13 | 627,43 | 587,52 |

Fuente: Subsecretaría de Prevención del Delito, Ministerio de Interior.

En relación al sistema de salud en Osorno podemos afirmar que:

El 88% del total de los Osorninos(as) está inscrito(a) en algún establecimiento de salud de la comuna.

| Población | Territorio | |
|--|------------|--------------|
| | Comuna | PROV. OSORNO |
| POBLACIÓN PROYECTADA 2017 (INE) | 158.027 | 230.675 |
| Población Per cápita Validada año 2017 | 139.624 | 211.082 |
| % de inscritos | 88% | 92% |

Elaboración propia en base fuente Sso

Osorno al igual que en todo el país, está compuesto por el Sistema de Salud Público y el Sistema de Salud Privado. En el Sistema Público existe un Seguro Social de Salud administrado por FONASA. El seguro opera sobre la base de un esquema de reparto (se financia con el pago único del 7% de la renta imponible de sus asegurados y son recursos provenientes de impuestos generales del país). Los beneficios que este esquema entrega son los mismos para todos los afiliados, independientemente del monto de la prima cancelada y del tamaño del grupo familiar cubierto.

El sistema de salud privado está conformado por las ISAPRE y por productores de salud particulares. Las ISAPRE operan como un sistema de seguros de salud basado en contratos individuales pactados con los asegurados, en el que los beneficios otorgados dependen directamente del monto de la prima cancelada. Los proveedores privados de salud son los hospitales, clínicas y profesionales independientes que atienden tanto a los asegurados de las ISAPRE como a los cotizantes del sistema público.

Los indigentes y no cotizantes forman parte de FONASA. Los cotizantes de FONASA pueden elegir entre dos modalidades de atención: la modalidad institucional (atención cerrada) y la de libre elección (atención abierta). En la primera, los cotizantes reciben las prestaciones en hospitales o centros de atención primaria. En la segunda, los cotizantes reciben sus atenciones de prestadores privados adscritos a esta modalidad.

Distribución de cotizantes Fonasa según Tramo, inscritos en Establecimientos de Salud Osorno

| Población según Tramo | % |
|-----------------------|------------|
| Grupo A | 25,35 |
| Grupo B | 39,6 |
| Grupo C | 16,3 |
| Grupo D | 18,75 |
| Total | 100 |

INDICADORES BASICOS DE SALUD

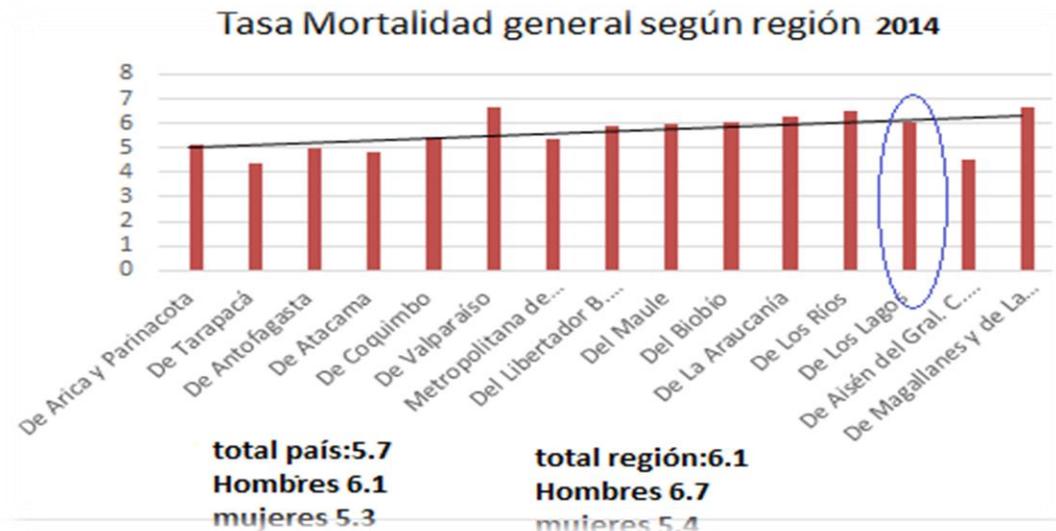
➤ Mortalidad e Índice de Swaroop

La cuantificación de las defunciones se realiza a través de la Mortalidad, tasa que da cuenta de las muertes que ocurren en relación a la población de un período y un área geográfica determinada.

| Región y comuna | Mortalidad General* | | | | | | | ÍNDICE DE SWAROOP** | | |
|-----------------|---------------------|-------|-------------|-------|-------------|-------|---------------|---------------------|--------|--------|
| | Total | | Hombre | | Mujer | | Indeterminado | Total | Hombre | Mujer |
| | Defunciones | Tasa* | Defunciones | Tasa* | Defunciones | Tasa* | | | | |
| Chile | 101.960 | 5,7 | 53.975 | 6,1 | 47.968 | 5,3 | 17 | 77,9% | 72,7% | 83,7% |
| De Los Lagos | 5.052 | 6,1 | 2.798 | 6,7 | 2.252 | 5,4 | 2 | 74,5% | 67,8% | 82,8% |
| SSO | 1684 | 7,3 | 913 | 7,9 | 770 | 6,6 | 1 | 78,10% | 72,70% | 85,80% |
| Osorno | 1.126 | 7,2 | 599 | 7,8 | 526 | 6,5 | 1 | 75,8% | 70,3% | 82,1% |

Fuente elaboración propia con datos DEIS – Minsal-ss

La **Tasa de Mortalidad General** que presentó Osorno el año 2014 fue de 7.2 por mil habitantes, cifra similar al indicador Servicio Salud y superior a la regional y país, en 1.2 y 1.5 puntos porcentuales, respectivamente. La tasa de mortalidad en hombres es mayor que la de mujeres.



El **Índice de Swaroop** representa la proporción de fallecimientos entre personas de 60 y más años por cada 100 defunciones totales. Osorno presenta un índice de 75.8%, siendo mayor en mujeres (82.1%) que en hombres (70.3%) y como referencia podemos decir que en los países desarrollados este Índice ronda el 90% y se vincula a sociedades más longevas y con mejores niveles de bienestar.

En el país y la comuna, la curva de Mortalidad General en el decenio 2000-2010 evidencia una estabilización del indicador desde principios de la década, tanto, a nivel nacional como comunal.

Años de Vida Potencialmente Perdidos AVPP

El indicador **Años de Vida Potenciales Perdidos (AVPP)** ilustra sobre la pérdida que sufre la sociedad como consecuencia de la muerte de personas jóvenes o de fallecimientos prematuros. El supuesto en el que se basan los AVPP es que cuando más prematura es la muerte, mayor es la pérdida de vida y su tasa corresponde al número de Años de Vida Potenciales Perdidos (AVPP) en un territorio por cada mil habitantes del mismo.

| Indicador | Osorno | X Región |
|---|--------|----------|
| AÑOS DE VIDA POTENCIALMENTE PERDIDOS – AVPP- (Tasa x 1.000 hab 2014 DEIS MINSAL) | 90,4 | 80,9 |

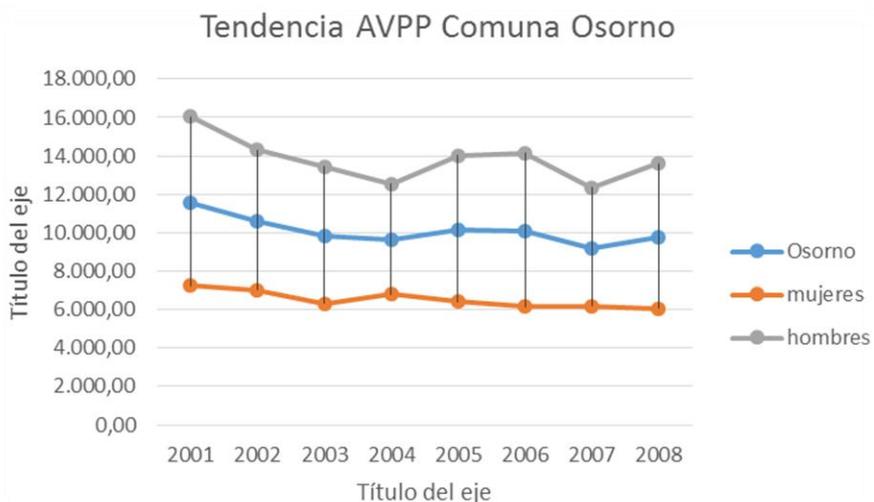
Fuente: Elaboración propi. Con datos DEIS

Osorno presenta Tasas de AVPP **mayores** a la Región, lo que refleja que **nuestra comuna presenta mayor mortalidad prematura**, siendo los hombres los que concentran un mayor número de esta mortalidad prematura existiendo una diferencia cercana a los 8 años de brecha entre ambas tasas.

La comuna de Osorno presenta una tasa 9,5 puntos sobre el promedio regional y 20,6 puntos sobre la nacional (69,8). No obstante, a través de los años éstos indicadores tienden a la baja.

El análisis de la tendencia de los AVPP en el período 2001-2014 muestra que la mortalidad prematura ha disminuido en el país, región y comuna, con un descenso en Osorno de 17.8 años

| | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 |
|----------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Osorno | 11.560,30 | 10.602,30 | 9.813,40 | 9.612,50 | 10.157,80 | 10.081,20 | 9.216,10 | 9.776,00 |
| mujeres | 7.237,70 | 7.021,30 | 6.298,80 | 6.785,00 | 6.395,80 | 6.139,60 | 6.178,50 | 6.054,70 |
| hombres | 16.047,30 | 14.313,80 | 13.449,80 | 12.533,40 | 14.038,20 | 14.141,80 | 12.341,90 | 13.600,80 |



Fuente. Elaboración propia. Con base Minsal Tasa de Años de vida potenciales perdidos por cada 1.000 habitante

Los índices de masculinidad, de adultos mayores y adultos, nos muestran las características de una comuna. En el cuadro siguiente se muestra año actual, el siguiente año y 15 años atrás en la comuna de Osorno

| | | 2017 | 2018 | 2002 |
|----------------------------------|--|-------|-------|-------|
| IM (por 100 mujeres) | IM (por 100 mujeres) | 95,11 | 95,22 | 95,62 |
| IAM (por 100 menores de 15 años) | IAM (por 100 menores de 15 años) | 80,71 | 84,09 | 42,79 |
| IDD (por 100 personas PA) | IDD (por 100 personas PA) | 55,45 | 56,25 | 58,41 |
| IM (por 100 mujeres) | Número de hombres por cien mujeres | | | |
| IAM (por 100 menores de 15 años) | Número de personas de 60 años o más (adultos mayores), por cien menores de 15 | | | |
| IDD (por 100 personas PA) | Número de personas menores de 15 y de 60 o más, por cien PA (con edades entre 15 y 59) | | | |

37

Un indicador que da cuenta de los cambios provocados por la baja de la fecundidad y la mortalidad en la estructura de la población es el Índice de adultos mayores (IAM), que expresa el número de personas de 60 años o más por cada cien menores de 15. Así pues, en 2006 en Chile había 50 adultos mayores por cien niños de 0 a 14 años, en tanto que en 2014 este indicador aumentó a 70. El proceso de envejecimiento demográfico tendería a aumentar en el país. A 2020, a nivel nacional, habría 98 mujeres adultas mayores por cada cien niñas menores de 15 años. La región más envejecida en mujeres sería Valparaíso, que tendría 119 mujeres de 60 años o más por cien niñas menores de 15.

En cuanto a hombres adultos mayores, en 2020 habría en el país 78 por cien menores de 15; Magallanes sería la región más envejecida, con 90 hombres de 60 años o más por cada cien niños menores de 15 (INE, 2015: 6).

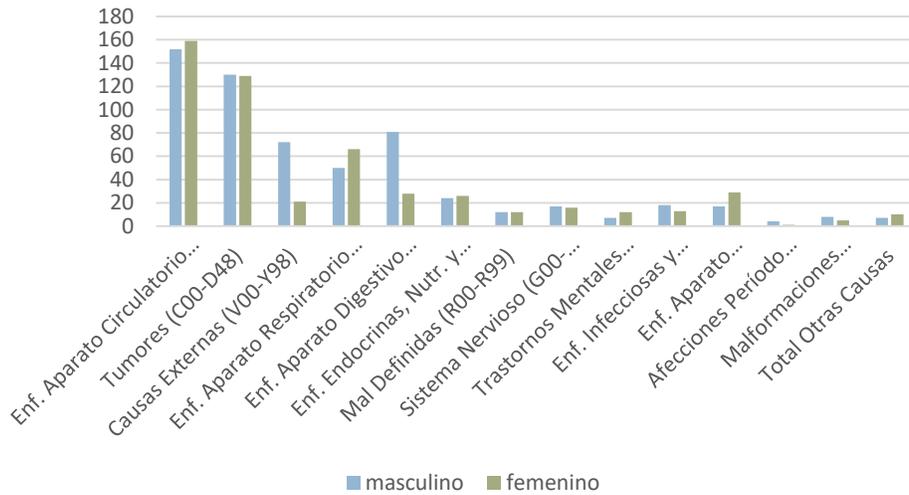
Hace 65 años, la principal causa de muerte en el país eran las enfermedades infectocontagiosas (producidas por virus o bacterias, como tuberculosis o sarampión), responsables de un tercio de las muertes.

Actualmente y de acuerdo a los estilos de vida, sedentarismo, envejecimiento de la población las causas de Mortalidad han variado diametralmente; **las enfermedades cardiovasculares y los tumores malignos** son las principales causas de muerte de los Osorninos (as), situación similar al país

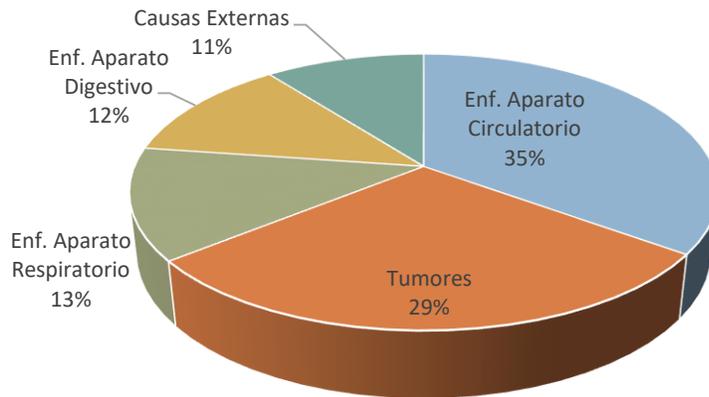
En el siguiente gráfico y tabla se visualizan las causas distribuidas por sexo.

| GRUPO DE CAUSAS | MORTALIDAD 2014 | | | | | |
|---|-----------------|------|----------|------|---------|-------------|
| | Masculino | | Femenino | | TOTAL | |
| | N° Def. | Tasa | N° Def. | Tasa | N° Def. | Tasa |
| Enf. Aparato Circulatorio (I00-I99) | 152 | 1,98 | 159 | 1,97 | 311 | 1,98 |
| Tumores (C00-D48) | 130 | 1,70 | 129 | 1,60 | 259 | 1,65 |
| Causas Externas (V00-Y98) | 72 | 0,94 | 21 | 0,26 | 93 | 0,59 |
| Enf. Aparato Respiratorio (J00-J99) | 50 | 0,65 | 66 | 0,82 | 116 | 0,74 |
| Enf. Aparato Digestivo (K00-K93) | 81 | 1,06 | 28 | 0,35 | 109 | 0,69 |
| Enf. Endocrinas, Nutr. y Metab. (E00-E99) | 24 | 0,31 | 26 | 0,32 | 50 | 0,32 |
| Mal Definidas (R00-R99) | 12 | 0,16 | 12 | 0,15 | 24 | 0,15 |
| Sistema Nervioso (G00-G99) | 17 | 0,22 | 16 | 0,20 | 33 | 0,21 |
| Trastornos Mentales (F00-F99) | 7 | 0,09 | 12 | 0,15 | 19 | 0,12 |
| Enf. Infecciosas y Parasitarias (A00-B99) | 18 | 0,23 | 13 | 0,16 | 31 | 0,20 |
| Enf. Aparato Genitourinario (N00-N99) | 17 | 0,22 | 29 | 0,36 | 46 | 0,29 |
| Afecciones Período Perinatal (P00-P96) | 4 | 0,05 | 1 | 0,01 | 5 | 0,03 |
| Malformaciones Congénitas (Q00-Q99) | 8 | 0,10 | 5 | 0,06 | 13 | 0,08 |
| Total Otras Causas | 7 | 0,09 | 10 | 0,12 | 17 | 0,11 |
| Total Defunciones | 599 | 7,82 | 527 | 6,53 | 1.126 | 7,15 |

causas mortalidad según sexo comuna osorno
2014



5 principales causas mortalidad general



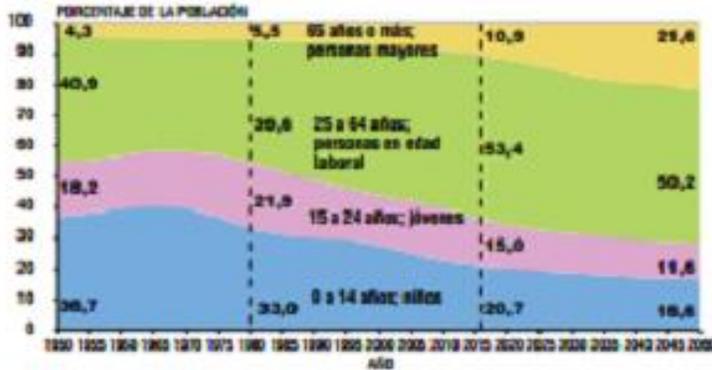
Chile y el proceso de envejecimiento

Los límites de edad de la población en edad laboral están dados por:

25 años
 es la edad promedio en que la población con mayores estudios se integra a la vida laboral como mano de obra calificada.

64 años
 es la edad jubilatoria comparable a nivel mundial.

Porcentaje de la población de Chile por grandes grupos de edad, 1950 a 2050



FLAHT: Instituto Nacional de Estadísticas (INEC), Proyecciones de población, base 2001.



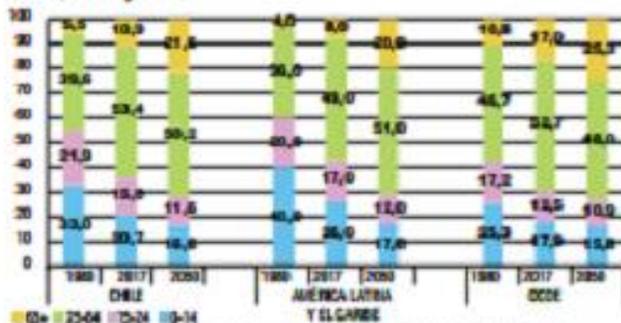
El envejecimiento de Chile ha sido más rápido que del resto de la región, pero empezó más tarde que el de los países OCDE.

La población joven en Chile pasó de 54,9% en 1980 a 35,6% en 2017; se espera que para 2050 se reduzca a 28,2%.

La población joven en América Latina y el Caribe pasó de 60% en 1980 a 43% en 2017; se espera que para 2050 se reduzca a 29%.

La población joven de los países OCDE pasó de 42,5% en 1980

Distribución porcentual de la población por grandes grupos de edad, en Chile, América Latina y el Caribe y países OCDE, 1980, 2015 y 2050

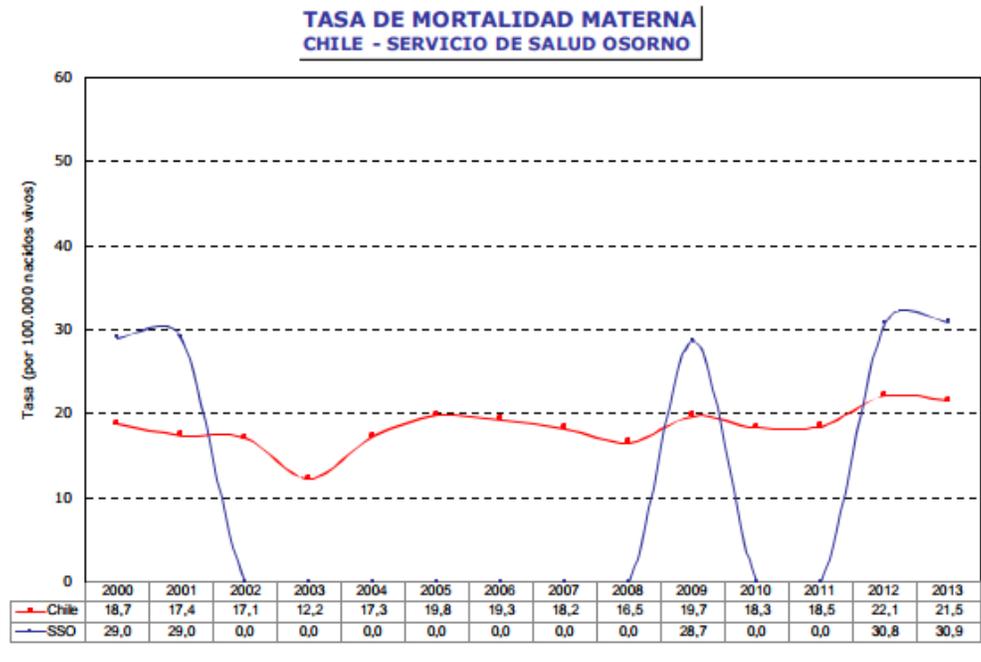


FLAHT: Instituto Nacional de Estadísticas (INEC), Proyecciones de población, base 2001. Naciones Unidas, World Population Prospects: The 2014 Revision. UNICEF, UNFPA.

SITUACION DE SALUD POR CICLO DE VIDA

➤ INDICADORES DE SALUD MATERNA Y REPRODUCTIVA

La **Razón de Mortalidad Materna** o RMM se define como el número de muertes maternas relacionadas con el embarazo dividido por el número de nacidos vivos en un período determinado. En Chile en el año 2013 la RMM fue de 21.5 defunciones por 100.000 nacidos vivos, **Osorno el mismo año, no presentó muertes maternas, comportamiento que la comuna ha mantenido en los últimos años a diferencia de lo observado en la Provincia**



En 1960, Chile, presentaba una mortalidad materna de 299/100.000 nacidos vivos, una de las más altas de la Región de las Américas. Hoy, nuestro país ocupa el segundo lugar del continente con la tasa más baja de mortalidad materna, sólo por debajo de Canadá que tiene una tasa de 9 por cada 100 mil. El país con la mayor mortalidad materna del continente es Haití, con 300 por cada 100 mil nacidos vivos.

La Tasa Global de Fecundidad en Chile y la región de Los Lagos en el año 2012 fue de 1,8 hijos(as) por mujer, cifra que no alcanza la tasa de reemplazo generacional.

Ello explica por qué nuestra población no crece y está envejeciendo.

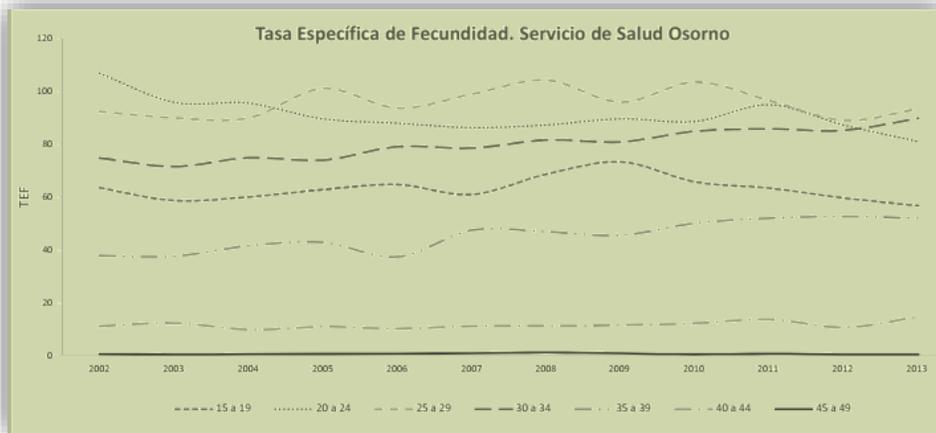
La disminución en el número de hijos es un fenómeno que en Chile y en la mayoría de los países de América Latina comenzó a notarse desde la segunda mitad de la década de 1960.

En 1961 en Chile las mujeres tenían en promedio, 5,43 hijos, que disminuye a 4,93 en 1966. De ahí comienza una caída paulatina, hasta 1998 cuando se logra la última cifra sobre la tasa de reemplazo generacional (2,15). La decisión de tener o no hijos es individual, sin embargo, sus efectos no sólo se viven al interior de las familias, sino en toda la sociedad.



El límite que marca un crecimiento estable en la población de un país se conoce como tasa de reemplazo generacional y se estima en dos hijos por mujer, lo mínimo que una sociedad requiere para que los nuevos habitantes reemplacen a su padre y madre.

La **Tasa específica de fecundidad** es el indicador que refleja la cantidad nacimientos con vida que se registra en un año por cada 1.000 mujeres de entre 15 y 49 años de edad. En Osorno nacen 55 nacidos vivos por 1000 mujeres en edad reproductiva, cifra discretamente superior a la región (50,5) y similar al país (53,4) y que ha tenido un descenso mantenido en la última década.

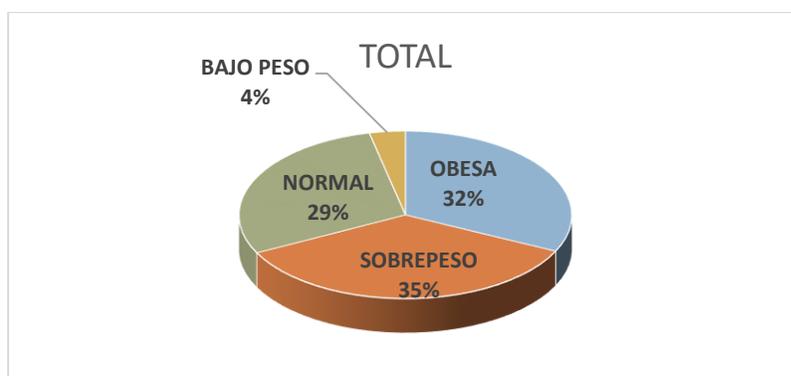


| Comuna de Residencia de la Madre | Edad de la Madre (años) | | | | | |
|----------------------------------|-------------------------|------|--------|---------|--------|----------|
| | Total | < 15 | 15-19 | 20-34 | 35 y+ | Ignorado |
| Osorno | 2.304 | 9 | 296 | 1.634 | 364 | 1 |
| SSO | 3.140 | 14 | 430 | 2.204 | 491 | 1 |
| Chile | 250.997 | 852 | 29.454 | 177.942 | 42.692 | 57 |

El 13.2 % de los Recién Nacidos en Osorno corresponde a hijos(as) de madres menores de 20 años

En el año 2015, de estos de madres adolescentes, 9 eran hijos(as) de madres menores de 15 años y 296 de madres de 15 a 19 años.

El 67% de las gestantes en control de la comuna de Osorno, presenta Malnutrición por exceso.



Fuente: serie rem p junio 2017

La prevalencia del sobrepeso y la obesidad materna en Chile ha aumentado persistentemente durante las últimas décadas. Según el último corte poblacional de Junio 2017 las gestantes de la comuna de Osorno presentan un 32% de Obesidad y 35% de Sobrepeso alcanzando un 67% de malnutrición por exceso, en el mismo corte de población, las gestantes del país presentaron un 29% de Obesidad y un 33% sobrepeso

La **obesidad pre-gestacional** y la **excesiva ganancia de peso gestacional** han sido reconocidas como factores de riesgo independientes de complicaciones maternas y fetales. Se ha evidenciado que el riesgo de cualquier complicación obstétrica es 2 a 3 veces más frecuente en embarazadas obesas comparadas con aquellas no obesas, pudiendo incluso identificarse riesgos preponderantes en cada período del embarazo y puerperio. Específicamente en el embarazo, la obesidad se asocia a diferentes morbilidades perinatales como: Diabetes (diabetes pre gestacional y gestacional), Hipertensión gestacional y preeclampsia, Malformaciones congénitas, Macrosomía (peso al nacer >4 kg), Cesárea, Mortalidad materna y Mortalidad fetal.

➤ **INDICADORES DE SALUD INFANTIL**

La Tasa de Mortalidad Infantil de 7.9 por mil nacidos vivos, mayor al indicador nacional (7.4)

Tasa de Mortalidad Infantil (MI) es un indicador que expresa el riesgo de morir que tienen los nacidos vivos durante su primer año de vida y se expresa como tasa por mil nacidos vivos y es uno de los indicadores más sensibles de las condiciones de salud de la población, siendo un referente importante al momento de evaluar nivel sanitario y grado de desarrollo socioeconómico de una sociedad. Actualmente, Chile posee tasas menores a 10 por 1000 nacidos vivos, posicionándolo dentro de los países de Latinoamérica con mejores cifras

El 60% de las defunciones infantiles de Osorno ocurren en el primer mes de vida y de éstas, el 83% fueron en la primera semana de vida

| Región y Comuna | Infantil | | Neonatal | | Neonatal Precoz | | Postneonatal | |
|-------------------|------------------------------|------------|-----------------------------|------------|----------------------------|------------|--------------------------------|------------|
| | Defunciones menores de 1 año | Tasa* | Defunciones menores 28 días | Tasa* | Defunciones menores 7 días | Tasa* | Defunciones 28 días a 11 meses | Tasa* |
| Total País | 1.825 | 7,2 | 1.311 | 5,2 | 1.045 | 4,1 | 514 | 2,0 |
| Osorno | 20 | 8,6 | 12 | 5,2 | 10 | 4,3 | 8 | 3,5 |

Fuente:deis-2014

Las principales causas de mortalidad infantil menor de 1 año son ciertas afecciones originadas en el período perinatal 46 %

En resumen y dado el perfil de mortalidad infantil menor de 1 año, hoy es necesario

- Agotar esfuerzos en ingresar precozmente las embarazadas para detectar y controlar también en forma precoz los Factores de Riesgo de Prematuridad
- Asegurar una Ecografía de Evaluación de Anatomía Fetal (5º mes) para detección precoz de malformaciones congénitas tratables (malformación congénita del corazón)
- Asegurar la continuidad de contar con examen de detección de Estreptococo Grupo B (EGB) siendo la causa infecciosa más frecuente de mortalidad perinatal, junto con otras medidas como vacunación a embarazadas.

La tasa de mortalidad en el grupo etario de 1 a 4 años es de 2,3%, que corresponde a 2 defunciones por 100.000 niños año 2013

| País, Región y comuna | Mortalidad en la niñez según grupo de edad ambos sexos Año 2013 | | | | | |
|-----------------------|---|------------|---------------------|------------|-------------|------------|
| | grupo de 1 a 4 años 2013 | | Grupo de 5 a 9 años | | TOTAL NIÑEZ | |
| | Defunciones | Tasa* | Defunciones | Tasa* | defunciones | tasa |
| Total País | 285 | 2,9 | 169 | 1,4 | 454 | 2,1 |
| Sso | 5 | 3,4 | 2 | 1,2 | 7 | 2,3 |
| Osorno | 2 | 2,3 | 1 | 0,9 | 3 | 2,8 |

El grupo etario de 5 a 9 años en el año 2013 presentó 1 caso en Osorno

▪ **AVISA en Infancia:**

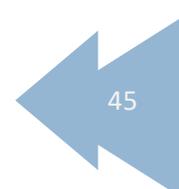
Los Años de Vida Ajustados por Discapacidad miden la pérdida de salud producto de la enfermedad, discapacidad y muerte, expresada en una unidad de medida común a estos tres estados: el tiempo (medido en años). Esta característica permite cuantificar y adicionar el impacto de cada una de estas condiciones, logrando un indicador sintético, que se utiliza para la identificación de los problemas de salud prioritarios.

AVISA Menores de 1 año

Casi la mitad de los AVISA perdidos en menores de 1 año son por causas perinatales y un tercio por anomalías congénitas.

| Subgrupos de causas | AVISA ordenados por magnitud de subgrupo. Niños menores de 1 año. Chile, 2004 | % del total |
|-------------------------------|---|-------------|
| Perinatales | 77.827 | 46,5% |
| Anomalías Congénitas | 49.776 | 29,7% |
| Condiciones Neurosiquiátricas | 13.006 | 7,8% |

Entre las primeras causas específicas figuran: bajo peso al nacer, anomalías congénitas del corazón y trastorno respiratorio al nacer, patrón que es similar en ambos sexos.



▪ **AVISA Niños de 1 a 9 años**

Más de la mitad de los AVISA corresponden a los subgrupos condiciones neuropsiquiátricas (30.3%) y lesiones no intencionales (24.7%).

| Subgrupos de causas | AVISA ordenados por magnitud de subgrupo. Niños de 1 a 9 años. Chile, 2014 | % del total |
|-------------------------------|--|-------------|
| Condiciones Neurosiquiátricas | 40.961 | 30,3% |
| Lesiones No Intencionales | 33.450 | 24,7% |
| Enf. Músculo esqueléticas | 18.921 | 14,0% |
| Enf. Órganos de los sentidos | 10.417 | 7,7% |
| Enf. Respiratorias Crónicas | 6.305 | 4,7% |

Dentro de las primeras causas específicas están los accidentes de tránsito, caídas, estrabismo y el síndrome de déficit atencional. El patrón es similar en ambos sexos.

▪ **Condiciones de riesgo para la salud infantil**

Las dos variables más importantes y determinantes de la mortalidad y morbilidad de los recién nacidos son la **prematuridad y el bajo peso de nacimiento**. En muchos casos, el tratamiento de ellos requiere de hospitalizaciones prolongadas y costosas, a lo que se debe agregar que un porcentaje de ellos puede quedar con secuelas neurológicas y de otro tipo, especialmente si no han tenido un cuidado adecuado.

En Osorno nacen cerca de 170 Recién Nacidos Prematuros, constituyendo el 8,2% del total de nacidos vivos de la comuna. El riesgo de morir de un prematuro es 20 veces mayor al de un RN de término.

El bajo peso al nacer se presenta en el 6.5% de los nacimientos en Osorno, cifra superior al 6% país y al 5.9% provincial. En la comuna, 150 Nacidos Vivos pesan menos de 2500 gramos al nacer y de ellos 19 tiene un peso inferior a 1500 gramos

| Comuna de Residencia de la Madre | Peso RN en gramos | | | | | | |
|----------------------------------|-------------------|---------|---------|---------|---------|-----------|----------|
| | Total | < 1.500 | 1.500 a | 2.500 a | 3.000 a | 4.000 y + | Ignorado |
| | | | 2.499 | 2.999 | 3.999 | | |
| Osorno | 2.304 | 19 | 131 | 326 | 1.602 | 255 | 1 |
| SSO | 3.140 | 26 | 161 | 444 | 2.175 | 333 | 1 |
| Chile | 250.997 | 2.844 | 12.632 | 39.832 | 173.803 | 21.373 | 513 |

En la arista opuesta resulta preocupante el alto porcentaje de niños nacidos vivos con peso superior a 4.000 grs, lo que se debe relacionar con la condición nutricional de las gestantes, hábitos de alimentación saludable, patologías como Diabetes gestacional, y el impacto que ésta condición tendrá en el futuro desarrollo de enfermedades crónicas No transmisibles.

La **obesidad en la infancia** tiene graves consecuencias, tanto para la salud psíquica como física en niñas y niños.

1.5.2. Diagnóstico Nutricional Integrado de la población menor de 6 años en control, SSO, 2016

| COMUNAS | ESTABLECIMIENTOS | DIAGNOSTICO NUTRICIONAL INTEGRADO DE LA POBLACION MENOR DE 6 AÑOS EN CONTROL | | | | | | TOTAL |
|---------|-------------------------------|--|---------------------|---------|-----------|----------|-------------------------|-------|
| | | Desnutrición | Riesgo Desnutrición | Normal* | Sobrepeso | Obesidad | Desnutrición Secundaria | |
| OSORNO | Dir. Servicio de Salud Osorno | - | - | - | - | - | - | 0 |
| | Hospital Base San José Osorno | - | - | - | - | - | - | 0 |
| | Total Depto Salud Municipal | 20 | 188 | 5.274 | 2.406 | 1.258 | 1 | 9.147 |
| | Cesfam Dr. P. Jáurequi | 2 | 34 | 755 | 309 | 141 | 0 | 1.241 |
| | Cesfam Dr. M. Lopetequi | 5 | 36 | 931 | 393 | 187 | 1 | 1.553 |
| | Cesfam Rahue Alto | 4 | 30 | 855 | 477 | 224 | 0 | 1.590 |
| | Cesfam Ovejería | 0 | 11 | 422 | 179 | 94 | 0 | 706 |
| | Cesfam P. Alegre | 2 | 27 | 756 | 315 | 173 | 0 | 1.273 |
| | Cesfam Quinto Centenario | 7 | 40 | 1.243 | 599 | 349 | 0 | 2.238 |
| | Cecosf Murrinumo | 0 | 1 | 131 | 58 | 35 | 0 | 225 |
| | Cecosf Manuel Rodríguez | 0 | 7 | 105 | 60 | 43 | 0 | 215 |
| | PSR Osorno | 0 | 2 | 76 | 16 | 12 | 0 | 106 |

El 13.7 % de la población infantil menor de 6 años bajo control en Osorno presenta Obesidad, superior al 10.5 nacional, y que se establece alrededor de los 4 años

Los niños con sobrepeso u obesidad presentan niveles más elevados de presión arterial, de colesterol y de insulina en la sangre, comparados con menores de peso normal, por lo que tienen un alto riesgo de desarrollar enfermedades como la diabetes mellitus, hipertensión arterial, hipercolesterolemia e hígado graso, entre otras.

El foco en el Rezago del Desarrollo en menores de 5 años se fundamenta porque se considera el desarrollo infantil temprano como un determinante de la salud y el nivel de desarrollo a lo largo de todo el ciclo vital.

En la primera infancia se sientan las bases de las capacidades cognitivas, sociales y emocionales, de la salud física y mental de los seres humanos. Los economistas sostienen hoy, en base a la evidencia disponible, que la inversión en la primera infancia es una de las más potentes inversiones que un país puede hacer. Si se invierte un dólar en etapas tempranas de la infancia se obtiene un retorno de 8 dólares por cada dólar invertido (Carneiro, 2003).

| País, Región y comuna | Déficit y Rezago del Desarrollo Infantil del total de evaluados | | | | |
|-----------------------|---|---------|---------------|------------|------------------|
| | Déficit DPM | | | Normal con | Total Rezago del |
| | Riesgo | Retraso | Total Déficit | Rezago | Desarrollo |
| País | 5,10% | 1,20% | 6,30% | 5,00% | 11,30% |
| Región | 5,10% | 1,60% | 6,70% | 3,10% | 9,80% |
| Osorno | 9,10% | 2,30% | 11,40% | 4,30% | 15,80% |

Elaboración propia estadísticas Deis.sso.Enero septiembre 2017.Rem A

El 11.4 % de los niños y niñas evaluados durante el año 2017 presentó Déficit del Desarrollo Psicomotor, cifra mayor a la región y al país.

De éstos niños y niñas en la comuna que no alcanzó todos los hitos del desarrollo esperables para su grupo de edad **9,1% presenta Riesgo de Retraso del Desarrollo** y un 2.3% **Retraso**.

El grupo considerado Normales a la evaluación, pero con algún área del Desarrollo alterada (Normales con Rezago) corresponde al 4.3% del universo evaluado.

| TOTAL DE ATENCIONES EFECTUADAS EN EL CICLO INFANTIL | | | | | |
|---|----------------|----------------|-----------------|-------------------------|---------------|
| 2016 | CONTROL SALUD* | CONSULTA APS** | CONSULTA ESPEC. | CONSULTA URGENCIA | TOTAL |
| MEDICO | 2.872 | 18.081 | 1.792 | 29.949 | 52.694 |
| MATRONA | 278 | 327 | 0 | 0 | 605 |
| ENFERMERA | 16.894 | 1.811 | 0 | 0 | 18.705 |
| PSICOLOGO/A | - | 1.337 | 0 | - | 1.337 |
| NUTRICIONISTA | 6.089 | 5.412 | 0 | - | 11.501 |
| A. SOCIAL | - | 640 | 1 | - | 641 |
| KINESIOLOGO/A | 694 | 8.235 | 0 | 331 | 9.260 |
| TENS | 53 | 0 | 0 | 254 | 307 |
| | | | | TOTAL ATENCIONES | 95.050 |

➤ INDICADORES DE SALUD ADOLESCENTE

La tasa de mortalidad año 2014 en la comuna Osorno en la población de 10 a 14 años de edad es de 1.8 defunciones por 100.000 habitantes cifra sobre el indicador provincial (1.2) y país(1.5)

| Mortalidad de la Adolescencia | | | | | | |
|-------------------------------|--------|---------|--------|---------|--------|------|
| Total | | 10 a 14 | | 15 a 19 | | |
| COMUNAS | Nº Def | Tasa | Nº Def | Tasa | Nº Def | Tasa |
| Osorno | 6 | 2,4 | 2 | 1,8 | 4 | 3 |
| SSO | 9 | 2,5 | 2 | 1,2 | 7 | 3,7 |
| Chile | 780 | 0,3 | 202 | 1,5 | 578 | 3,9 |

Fuente:sso.cl-2014

La tasa de mortalidad año 2014 en la comuna Osorno en la población de 15 a 19 años de edad es de 3.0 defunciones por 100.000 habitantes cifra bajo el indicador provincial (3.7) y país(3.9)

Las Defunciones en adolescentes son debido principalmente:

- Causas Externas (44,4%)
- Tumores (18.6%)
- Enfermedades del sistema nervioso (10,5%)

Más del 60% de AVISA perdidos en este grupo de edad está dado por los subgrupos de las condiciones neuropsiquiatrias (38,3%), las enfermedades digestivas (14.3%) y las lesiones no intencionales (11,6%).

Además, se observa que 6,9% del total de años de vidas saludables perdidos está dado por lesiones intencionales.

| AVISA* ordenados por magnitud de subgrupo. Adolescentes 10 a 19 años. Chile, 2014 | AVISA | % del total |
|---|---------------|--------------|
| Condiciones Neuropsiquiátricas | 140.570 | 38,3% |
| Enf. Digestivas | 52.384 | 14,3% |
| Lesiones No Intencionales | 42.723 | 11,6% |
| Enf. Musculoesqueléticas | 39.518 | 10,8% |
| Lesiones Intencionales | 25.219 | 6,9% |

Estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible Año 2014

En AVISA el patrón por sexo es completamente diferente. Las 3 primeras causas de pérdida de Años de Vida Saludable son:

- En hombres, la úlcera péptica, los accidentes de tránsito y las agresiones
- En mujeres destacan la escoliosis, los trastornos del ánimo bipolar y la úlcera péptica.

| AVISA* ordenados por magnitud de causa específica. Adolescentes 10 a 19 años. Chile, 2014 | Hombres | AVISA | Mujeres | AVISA |
|---|------------------------|-------|------------------------------|--------------|
| | Úlcera péptica | 14307 | Escoliosis | 20201 |
| | Accidentes de Tránsito | 11262 | Trastornos del ánimo bipolar | 15537 |
| | Agresiones | 10438 | Úlcera péptica | 13836 |

Estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible Año 2014

➤ CONDICIONES DE RIESGO PARA LA SALUD ADOLESCENTE

Muchas de las conductas de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles (ECNTs), como enfermedades cardiovasculares, Cáncer, Diabetes, Hipertensión Arterial, Hipercolesterolemia, Depresión, entre otras, con alta prevalencia en adultos, pero también en adolescentes se inician en la adolescencia (conducta sexual de riesgo, consumo de drogas, alcohol y tabaco, sedentarismo, alimentación poco saludable, entre otras). Éstas tendrán un importante impacto en la salud y la calidad de vida en el presente de este grupo etario, con consecuencias negativas para ellos (embarazo, drogadicción, deserción escolar) y, en otros casos, son causa de invalidez o muerte (accidentes, suicidios y homicidios).

Aproximadamente dos de cada tres muertes prematuras y un tercio de la carga total de morbilidad en los adultos están relacionadas con comportamientos que se inician durante la adolescencia y que son atribuibles significativamente a conductas de riesgo, así como, a condiciones y estilos de vida, por lo tanto, son en su mayoría modificables.

- **SUICIDIO ADOLESCENTE:** En la provincia y comuna es similar en ambos sexos, destacando el hecho de que grupo presenta la segunda mayor tasa del país, llegando a 14 por 100.000 hbts., cifra muy superior al 5,7 nacional
- El estudio 'Epidemiología del Suicidio en la Adolescencia y Juventud' del Departamento de Salud Pública de la Universidad Católica, reveló que **Chile es el país con mayor aumento en la tasa de suicidios de los países que conforman la Oede**, sólo superado por Corea del Sur. Según las cifras del ministerio de Salud, en el año 2000 se suicidaban en Chile 4 de cada 100.000 personas entre 10 y 19 años. En 2010, esa cifra se elevó a 8 y se estima que para 2020 habrá 12 suicidios por cada 100.000 jóvenes, lo que representa un alza del 200%. Al desagregar por sexo, se observa que la tasa de mortalidad por suicidio es tres a cuatro veces mayor para los hombres que para las mujeres en todos los países de la OCDE, brecha que se ha mantenido bastante estable en el tiempo (OECD, 2011)

La evidencia científica hace referencia a la multicausalidad del comportamiento suicida en adolescentes y jóvenes, siendo la enfermedad mental uno de los factores más importantes que predispone al comportamiento suicida y dentro de estos, los problemas mentales asociados con mayor frecuencia a este comportamiento son, la depresión, los trastornos bipolares, el abuso de drogas y alcohol y la esquizofrenia.

- **CONSUMO DE TABACO EN ADOLESCENTES:** Chile es uno de los países con prevalencias más altas de consumo de tabaco en escolares, pero se ha observado una disminución del consumo en el período 2001 – 2014, tomando como referencia la prevalencia de consumo en el último mes. Según el Décimo Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar del año 2014, el consumo descendió de 42% a 26,7% y de consumo diario de 15,8% a 7,3, lo que se ha atribuido a la implementación de la ley anti tabaco en agosto de 2006. La edad promedio de inicio del consumo de tabaco es a los 13 años, sin diferencias por sexo **siendo las niñas en edad escolar las que fuman más que los niños** con una prevalencia diaria de 7,3% en mujeres y de 6,3% en hombres.
- **CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES:** La prevalencia mensual de consumo de alcohol en el país es de 35,5% en toda la población escolar, sin diferencias significativas por sexo. Las declaraciones de uso de alcohol en el último mes en la región se ubican por debajo del promedio nacional con 34,1%. La edad promedio de inicio del consumo de alcohol es a los 13,7 años, sin diferencia por sexo.
- Según resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2014- 2015 el grupo de mayor consumo en gramos de alcohol es en jóvenes de 15 a 24 años, con 80 gramos promedio de alcohol puro consumido en un día de consumo habitual.
- **CONSUMO DE MARIHUANA EN ADOLESCENTES:** La edad promedio de inicio de consumo de marihuana es de 14,6 años, sin diferencias por sexo. El consumo de riesgo de drogas ilegales en la población de escolar, se ha mantenido elevado y estable en los

últimos años, existiendo un aumento del consumo de marihuana, cocaína, pasta base y tabaco en escolares de octavo básico.

- El consumo de marihuana en la región aumentó de acuerdo a datos del Décimo Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar del año 2015, llegando a una prevalencia de 24,1%, con una variación significativa de 9,7 puntos porcentuales sobre la cifra del estudio 2011, pero encontrándose por debajo de la prevalencia nacional (30,6%).
- **CONSUMO DE COCAINA EN ADOLESCENTES:** La prevalencia regional de consumo de cocaína total en el último año en población escolar es de 4,1% para el último estudio 2015, este es un aumento no significativo de 0,8 puntos porcentuales respecto a 2012.
- **CONSUMO DE INHALABLES EN ADOLESCENTES:** La prevalencia de consumo de último año de inhalables en escolares, a nivel nacional, muestra por segundo año consecutivo un aumento significativo (variación en tendencia) variando desde 3,0% en 2009 a 5,2% en 2013
- **CONSUMO DE TRANQUILIZANTES EN ADOLESCENTES:** A nivel nacional se aprecia un aumento significativo en los reportes del uso de tranquilizantes sin receta médica en el último año en población escolar, pasando de un 7,5% en 2011 a un 9,5% en 2013, siendo este último el valor más alto desde 2007.
- En relación a la disponibilidad y acceso en población escolar, la facilidad de compra de alcohol, (proporción de escolares que declara que les sería fácil o muy fácil comprar alcohol) disminuyó respecto al estudio anterior, pasando de un 43,5% en 2013 a un 43,1% en 2015, siendo, esta variación no estadísticamente significativa.
- La proporción de escolares de la región de Los Lagos que en el año 2015 declara haber recibido a lo menos un ofrecimiento de marihuana en el último año aumentó significativamente de 19,1% en 2013 a 32,9% en 2015 Por su parte, la proporción de personas que declara que le sería fácil conseguir marihuana varió 8,7 puntos porcentuales, siendo dicha variación estadísticamente significativa respecto al estudio anterior.
- **DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES:** La depresión es definida operacionalmente por el Ministerio de Salud de Chile como una alteración patológica del estado de ánimo, caracterizada por un descenso del humor que termina en tristeza, acompañado de diversos síntomas y signos que persisten por a lo menos 2 semanas
- Los trastornos depresivos en la adolescencia deben ser tomados seriamente, debido a las complicaciones potenciales que conllevan y porque constituyen un riesgo de salud para los niños y adolescentes que los padecen. Este es un trastorno que implica dificultades de adaptación psicosocial prolongada con alto riesgo de suicidalidad, afectando directa e indirectamente a un alto porcentaje de la población

- La Depresión tiene una prevalencia de un 2% en la niñez y entre 4% a 8% en la adolescencia, aumentando a medida que se avanza en el periodo evolutivo (riesgo de 2 a 4 veces mayor después de la pubertad, especialmente en mujeres). La relación entre mujeres y hombres es de 1:1 en menores 10 años y de 2:1 en la adolescencia.
- En la comuna de Osorno, según Registro Estadístico serie Rem P6-mes de junio 2017 se observa

| CONCEPTO | | TOTAL sexos Ambos |
|---|--|----------------------|
| INGRESO A PROGRAMA | | 1129 |
| VIOLENCIA | VICTIMA | 132 |
| | AGRESOR/A | 4 |
| ABUSO SEXUAL | | 22 |
| PERSONAS CON DIAGNOSTICOS DE TRASTORNOS MENTALES | | 1054 |
| TRASTORNOS DEL HUMOR (AFECTIVOS) | DEPRESIÓN LEVE | 64 |
| | DEPRESIÓN MODERADA | 167 |
| | DEPRESIÓN GRAVE | 37 |
| | DEPRESIÓN POST PARTO | 1 |
| | TRASTORNO BIPOLAR | 2 |
| TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDO A CONSUMO SUSTANCIAS PSICOTROPICAS | CONSUMO PERJUDICIAL O DEPENDENCIA DE ALCOHOL | 13 |
| | CONSUMO PERJUDICIAL O DEPENDENCIA COMO DROGA PRINCIPAL | 8 |
| | POLICONSUMO | 16 |

SALUD SEXUAL EN ADOLESCENTES: El 48% de adolescentes de 15 a 19 años en Chile declara haber iniciado su vida sexual.

La edad de inicio promedio es 16,4 años en hombres y 17,1 años en las mujeres, presentándose un adelanto de las edades de iniciación respecto de años anteriores, especialmente entre las mujeres, las que en 1997 mostraban una edad promedio de inicio de relaciones sexuales de 18 años (Injuv, 20104).

La población menor de 20 años que está en control por el uso de algún método de regulación de fertilidad en establecimientos de salud de la comuna corresponde a 2421 usuarias(os), 13.4% del total bajo control.(17939) y el 12% de los adolescentes inscritos en los centros de salud Familiar. Sólo 39 son varones. Rem serie P junio 2017 Osorno

El 13% de la población femenina de 15 a 19 años está en control con algún método de regulación de fertilidad en establecimientos de salud de la comuna

El 12.2% de las gestantes en control en la comuna son menores de 20 años. (102/831) según serie rem p junio 2017.

La **maternidad adolescente**, con sus efectos secundarios como la deserción del sistema educacional antes o después del embarazo, la inserción precaria en el mercado laboral y el posible vínculo con la transmisión intergeneracional de patrones de maternidad adolescente, favorecen las condiciones para que los hogares formados por madres adolescentes posean características de vulnerabilidad social y económica. En este sentido, el embarazo en la adolescencia es una problemática social, por cuanto reproduce inequidades sociales importantes dentro de las estructuras poblacionales, con lo que lo que representa de fondo una problemática. Las mujeres adolescentes embarazadas comparadas con las mujeres adultas, tienen más riesgos de consecuencias adversas en salud, menos probabilidades de terminar el ciclo educativo, más riesgo de empleos informales y de pobreza, y sus hijos presentan mayores riesgos para la salud.

| TOTAL DE ATENCIONES EFECTUADAS EN EL CICLO ADOLESCENTE | | | | | |
|--|--------------------|-------------------|---------------------|-------------------------|---------------|
| 2016 | CONTRO L SALUD* | CONSULTA APS** | CONSUL TA ESPEC. | CONSULTA URGENCIA | TOTAL |
| MEDICO | 693 | 10.839 | 1.000 | 15.696 | 28.228 |
| MATRONA | 7.813 | 1.668 | 0 | 0 | 9.481 |
| ENFERMERA | 693 | 454 | 0 | 0 | 1.147 |
| PSICOLOGO/A | - | 2.683 | 0 | - | 2.683 |
| NUTRICIONISTA | 622 | 951 | 0 | - | 1.573 |
| A. SOCIAL | - | 1503 | 1 | - | 1.504 |
| KINESIOLOGO/A | 390 | 976 | 0 | 13 | 1.379 |
| TENS | 0 | 0 | 0 | 320 | 320 |
| | | | | TOTAL ATENCIONES | 46.315 |

➤ INDICADORES DE SALUD DEL ADULTO

La tasa de mortalidad en el grupo de 20 a 44 años de edad es de 13.9 defunciones por 1.000 habitantes.

La tasa de mortalidad en el grupo de 45 a 64 años es de 63.8 defunciones por 1000 habitantes. En ambos grupos etarios, la tasa de defunciones es mayor en la comuna respecto a la provincia y país.

AÑO 2014

| Mortalidad de los Adultos(as) | | | | | | |
|---|--------|------|---------|------|---------|------|
| COMUNAS | Total | | 20 a 44 | | 45 a 64 | |
| | Nº Def | Tasa | Nº Def | Tasa | Nº Def | Tasa |
| Osorno | 322 | 33,7 | 80 | 13,9 | 242 | 63,8 |
| SSO | 465 | 33,3 | 113 | 13,8 | 352 | 61,1 |
| Chile | 26.411 | 24,6 | 6.539 | 10 | 19.872 | 47,3 |
| Tasa por 10.000 habitantes. Fuente: DEIS - Minsal | | | | | | |

Las principales causas de muerte para el grupo de 20 a 64 años en la Comuna de Osorno son:

- Las enfermedades del sistema circulatorio
- Los tumores
- Aparato digestivo

| MORTALIDAD 2014 | | | | | | |
|---|------------|------------|------------|------------|--------------|------------|
| GRUPO DE CAUSAS | Masculino | | Femenino | | TOTAL | |
| | Nº Def. | Tasa | Nº Def. | Tasa | Nº Def. | Tasa |
| Enf. Aparato Circulatorio (I00-I99) | 152 | 2 | 159 | 2 | 311 | 2 |
| Tumores (C00-D48) | 130 | 1,7 | 129 | 1,6 | 259 | 1,7 |
| Causas Externas (V00-Y98) | 72 | 0,9 | 21 | 0,3 | 93 | 0,6 |
| Enf. Aparato Respiratorio (J00-J99) | 50 | 0,7 | 66 | 0,8 | 116 | 0,7 |
| Enf. Aparato Digestivo (K00-K93) | 81 | 1,1 | 28 | 0,4 | 109 | 0,7 |
| Enf. Endocrinas, Nutr. y Metab. (E00-E99) | 24 | 0,3 | 26 | 0,3 | 50 | 0,3 |
| Mal Definidas (R00-R99) | 12 | 0,2 | 12 | 0,2 | 24 | 0,2 |
| Sistema Nervioso (G00-G99) | 17 | 0,2 | 16 | 0,2 | 33 | 0,2 |
| Trastornos Mentales (F00-F99) | 7 | 0,1 | 12 | 0,2 | 19 | 0,1 |
| Enf. Infecciosas y Parasitarias (A00-B99) | 18 | 0,2 | 13 | 0,2 | 31 | 0,2 |
| Enf. Aparato Genitourinario (N00-N99) | 17 | 0,2 | 29 | 0,4 | 46 | 0,3 |
| Afecciones Período Perinatal (P00-P96) | 4 | 0,1 | 1 | 0 | 5 | 0 |
| Malformaciones Congénitas (Q00-Q99) | 8 | 0,1 | 5 | 0,1 | 13 | 0,1 |
| Total Otras Causas | 7 | 0,1 | 10 | 0,1 | 17 | 0,1 |
| Total Defunciones | 599 | 7,8 | 527 | 6,5 | 1.126 | 7,2 |
| Tasas por 1.000 Hab. | | | | | | |
| Fuente: DEIS – Minsal – DEGI | | | | | | |

En AVISA adultos de 20 a 44 años al igual que en la población adolescente, se mantienen como subgrupos más importantes las condiciones neuropsiquiátricas y las enfermedades digestivas, pero en tercer lugar aparecen las enfermedades cardiovasculares.

| AVISA* ordenados por magnitud de | AVISA | % del total |
|-----------------------------------|----------------|---------------|
| Adultos 20 a 44 años. Chile, 2004 | | |
| Condiciones Neurosiquiátricas | 447.923 | 30,20% |
| Enf. Digestivas | 254.290 | 17,10% |
| Enf Cardiovasculares | 176.786 | 12,10% |
| Lesiones No Intencionales | 146.191 | 10,80% |
| Lesiones Intencionales | 95.988 | 6,90% |
| Enf. Musculoesqueléticas | 82.127 | 5,50% |

Estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible Año 2007

La primera causa específica de pérdida de AVISA en este grupo es la enfermedad hipertensiva del corazón, seguida por los trastornos depresivos unipolares y dependencia del alcohol. El patrón de causas específicas por sexo también es diferente

- En hombres las primeras causas son la Dependencia de alcohol y Enfermedad hipertensiva del corazón
- En mujeres son los Trastornos depresivos unipolares y los Trastornos de las vías biliares y vesícula



| AVISA* ordenados por magnitud de causa específica. Adultos 20 a 44 años. Chile, 2004 | AVISA | Hombres | AVISA | Mujeres | AVISA |
|--|---------|-----------------------------|--------|--|--------|
| Enfermedad hipertensiva del corazón | 147.287 | Dependencia al alcohol | 87.380 | Trastornos depresivos unipolares | 83.866 |
| Trastornos depresivos unipolares | 126.974 | Enfermedad hipertensiva del | 82.918 | Trastornos de las vías biliares y vesícula | 66.100 |
| Dependencia al alcohol | 101.581 | Accidentes de Tránsito | 50.961 | Enfermedad hipertensiva del corazón | 64.369 |
| Trastornos de las vías biliares y vesícula | 87.282 | Cirrosis Hepática | 50.859 | Agresiones | 36.643 |
| Accidentes de Tránsito | 69.702 | Trastornos depresivos | 43.108 | Infertilidad femenina, masculina y de la | 28.950 |
| Agresiones | 69.146 | Agresiones | 32.503 | Úlcera péptica | 28.568 |
| Cirrosis Hepática | 65.404 | Úlcera péptica | 28.897 | Trastornos ansiosos | 27.969 |

Estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible Año 2007

En AVISA adultos de 45 a 59 años, el primer lugar lo ocupa el subgrupo de enfermedades digestivas, seguidas por las condiciones neuropsiquiátricas y las enfermedades cardiovasculares

| AVISA* ordenados por magnitud de subgrupo. Adultos 45 a 59 años. Chile, 2004 | AVISA | % del total |
|--|---------|-------------|
| Enf. Digestivas | 131.114 | 17,60% |
| Condiciones Neurosiquiátricas | 121.465 | 16,30% |
| Enf Cardiovasculares | 115.744 | 15,50% |
| Enf. Órganos de los sentidos | 72.104 | 9,70% |
| Neoplasias Malignas | 67.306 | 9,00% |
| Enf. Musculoesqueléticas | 67.076 | 9,00% |

Las causas específicas más importantes son la enfermedad hipertensiva del corazón, la cirrosis hepática y los trastornos de las vías biliares y vesícula.

La enfermedad hipertensiva del corazón es la primera causa en ambos sexos; en hombres destaca que la cirrosis hepática y en mujeres el edentulismo.

| AVISA* ordenados por magnitud de causa específica. Adultos 45 a 59 años. Chile, 2004 | AVISA | Hombres | AVISA | Mujeres | AVISA |
|--|--------|--|--------|--|--------|
| Enfermedad hipertensiva del corazón | 64.672 | Enfermedad hipertensiva del corazón | 29.720 | Enfermedad hipertensiva del corazón | 34.952 |
| Cirrosis Hepática | 38.206 | Cirrosis Hepática | 29.048 | Trastornos de las vías biliares y vesícula | 23.994 |
| Trastornos de las vías biliares y vesícula | 32.919 | Diabetes tipo II | 16.662 | Edentulismo | 14.919 |
| Diabetes tipo II | 30.655 | Enf. Isquémica del corazón | 14.900 | Trastornos depresivos unipolares | 14.439 |
| Trastornos de la Visión relacionados con la edad | 27.374 | Trastornos de la Visión relacionados con la edad | 13.498 | Diabetes tipo II | 13.993 |
| Edentulismo | 20.195 | Accidentes de Tránsito | 11.925 | Trastornos de la Visión relacionados con la edad | 13.876 |
| Trastornos depresivos unipolares | 20.124 | Dependencia al alcohol | 10.221 | Trastornos ansiosos | 12.304 |

➤ **CONDICIÓN DE RIESGO PARA LA SALUD DEL ADULTO**

La **HIPERTENSIÓN ARTERIAL** es la principal causa específica de carga de enfermedad en población adulta, tanto en hombres como en mujeres y es el factor de riesgo con mayor mortalidad atribuible en Chile (Estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible Año 2007).

Según la ENS 2010, el 26,9% de la población chilena mayor a 15 años presenta presión arterial elevada.

En población de 25 a 44 años la prevalencia de HTA esperada es de un 13% y de 45 a 64 años de un 43.8%

Las poblaciones con niveles educacionales bajos presentan una mayor prevalencia de HTA siendo de un 51,1%, mientras que los niveles medios y altos solo 22,8% y 16,7% respectivamente.

El Ministerio de Salud con fines evaluativos de Metas Sanitarias, incorpora el indicador de **Cobertura Efectiva HTA** que evalúa dos aspectos, la proporción de personas con HTA "controladas" o "compensadas" (PA<140/90 mmHg), y el número total de personas con HTA estimadas para una determinada población según la prevalencia. Hasta el año 2011, se utilizaba el indicador de cobertura, por una parte, y el de compensación, por otra. El indicador de cobertura efectiva se construye con el número de personas hipertensas de 15 y más años con PA<140/90 mmHg bajo control del total de personas de 15 y más años hipertensas estimadas según prevalencia (15,7% para población entre 15 y 64 años y de 64.3% para 65 años y más) y el MINSAL espera que éste indicador sea superior al 50%.

En la comuna de Osorno según población bajo control junio 2017 hay 22118 hipertensos bajo control. De éstos 16937 están compensados. Éste indicador supera ampliamente la meta, logrando a junio 2017 un 65%.

COBERTURA EFECTIVA HIPERTENSIÓN ARTERIAL COMUNA OSORNO SEGÚN CESFAM 2017

| Establecimiento | META 5 53,9% (logrado a Dic-2016) | Nº personas hipertensas de 15 a 79 años con PA <140/90 mmHg, + personas hipertensas de 80 y más años con PA <150/90 según último control vigente. (últimos 12 meses) NUMERADOR junio 2017 | Total de personas hipertensas de 15 y más años estimadas según prevalencia DENOMINADOR junio 2017 |
|-------------------|---|--|--|
| LOPETEGUI | 68% | 5.127 | 7.585 |
| JAUREGUI | 50% | 1.845 | 3.663 |
| PAMPA ALEGRE | 75% | 2.879 | 3.851 |
| QUINTO CENTENARIO | 58% | 2.187 | 3.772 |
| OVEJERIA | 68% | 1.328 | 1.965 |
| RAHUE ALTO | 65% | 3.300 | 5.089 |
| POSTA PICH DAMAS | 78% | 64 | 82 |
| POSTA CANCURA | 94% | 207 | 220 |
| TOTAL COMUNA | 65% | 16.937 | 26.227 |
| | Cob. esperada = 35.378 | | |

La **DIABETES** es una condición crónica con consecuencias devastadoras para la salud.

La principal causa de muerte en los diabéticos es la enfermedad cardiovascular. Por otro lado, la diabetes es la principal causa de ceguera en adultos entre los 20 y 74 años, mientras que el 35,4% de los ingresos a hemodiálisis por enfermedad renal crónica terminal corresponde a pacientes diabéticos (Poblete,2010). Entre un 60% y un 70% de las personas con diabetes tiene neuropatía, y se estima que entre el 40% y 70% de las amputaciones de extremidades inferiores se relacionan con esta enfermedad (OMS,2015).

La prevalencia estimada de diabetes por la Encuesta Nacional de Salud 2010, es de 9,4% en población mayor a 15 años, tres puntos porcentuales más alta que la prevalencia informada por la misma encuesta realizada en 2003 (ENS 2003; ENS 2010).

La prevalencia aumenta con la edad: 0,4% en el rango de 15-24 años, 3,8% en los de 25-44 años, 16,9% en los de 45-64 años y 25,8% en los de 65 y más años.

También existe una gradiente educacional con prevalencias significativamente mayores en el nivel educacional más bajo (20,5%) respecto a los niveles medio y alto (7,1% y 6,2% respectivamente).

Osorno, actualmente presenta una cobertura de Diabéticos(as) de más de 15 años de 73.5%, vale decir se controlan 10163 usuarios, de una prevalencia estimada de 13.818

El Ministerio de Salud con fines evaluativos de metas sanitarias y además no solo mejorar el control metabólico de aquellos diabéticos que están bajo control, sino también el identificar a las personas diabéticas que desconocen su condición incorpora el indicador

de Cobertura Efectiva que evalúa dos aspectos, la proporción de personas con DM2 "controladas" o "compensadas" (HbA1c<7%), y el número total de personas con DM2 estimadas según prevalencia (10,0% para población entre 15 y 64 años y de 25,0% para 65 años y más). El MINSAL tiene como meta país alcanzar sobre un 22% en éste indicador.

Osorno presenta una de Cobertura Efectiva de Diabetes Mellitus tipo 2 en población mayor de 15 años, de 32% según prevalencia esperada (22% meta país) y de 43,3% del total de Diabético(as) en control.

| Establecimiento | META 4A 36,8% (Logrado a Dic-2016) | Nº Pers. Diabéticas de 15 a 79 años con Hb A1c<7% + personas DM2 80 y + años con HbA1c bajo <8% según último control vigente. (últimos 12 meses) NUMERADOR .Junio 2017 | Total de personas diabéticas de 15 y mas años estimadas según prevalencia DENOMINADOR. Junio 2017 |
|---------------------|---------------------------------------|---|--|
| LOPETEGUI | 39% | 1.474 | 3.816 |
| JAUREGUI | 22% | 417 | 1.929 |
| PAMPA ALEGRE | 29% | 594 | 2.027 |
| QUINTO CENTENARIO | 24% | 499 | 2.119 |
| OVEJERIA | 39% | 407 | 1.051 |
| RAHUE ALTO | 35% | 956 | 2.718 |
| POSTA PICH DAMAS | 49% | 21 | 43 |
| POSTA CANCURA | 57% | 66 | 115 |
| TOTAL COMUNA | 32% | 4.434 | 13.818 |
| | Cob. esperada = 5.430 | | |



Sin duda obtener éstos logros, que lideran a nivel nacional, requiere un trabajo sostenido, con equipos altamente capacitados y comprometidos con sus usuarios, los que a su vez deben estar alertas para reinventar estrategias para continuar éstos indicadores

| TOTAL DE ATENCIONES EFECTUADAS EN EL CICLO DEL ADULTO | | | | | |
|---|----------------|----------------|-----------------|-------------------------|----------------|
| 2016 | CONTROL SALUD* | CONSULTA APS** | CONSULTA ESPEC. | CONSULTA URGENCIA | TOTAL |
| MEDICO | 20.450 | 56.302 | 5.716 | 51.967 | 134.435 |
| MATRONA | 32.376 | 10.079 | 0 | 0 | 42.455 |
| ENFERMERA | 6.388 | 6.078 | 0 | 0 | 12.466 |
| PSICOLOGO/A | - | 9.110 | 0 | - | 9.110 |
| NUTRICIONISTA | 5.073 | 3.460 | 0 | - | 8.533 |
| A. SOCIAL | - | 5112 | 9 | - | 5.121 |
| KINESIOLOGO/A | 1.703 | 5.594 | 0 | 0 | 7.297 |
| TENS | 0 | 0 | 0 | 1269 | 1.269 |
| | | | | TOTAL ATENCIONES | 220.686 |

➤ INDICADORES DE SALUD DEL ADULTO MAYOR

Actualmente una de cada diez personas pertenece al grupo Adulto Mayor y se espera que para el año 2025 esta proporción sea de uno por cada cinco. El envejecimiento se concentra más en la población femenina, debido a una menor mortalidad, lo que incide en una esperanza de vida superior respecto de los hombres

En el año 2015, la tasa de mortalidad en el grupo de 65 a 79 años de edad en de 47.7 defunciones por 1.000 habitantes cifra mayor a la presentada por el país y la provincia. Al comparar por sexo, son los hombres los que presentaron una tasa de mortalidad.

| Mortalidad de los Adultos(as) Mayores | | | | | | |
|---------------------------------------|--------|------|---------|------|----------|-------|
| | Total | | 65 a 79 | | 80 y más | |
| COMUNAS | Nº Def | Tasa | Nº Def | Tasa | Nº Def | Tasa |
| Osorno | 776 | 47,7 | 366 | 28 | 410 | 128 |
| SSO | 1.175 | 46,3 | 546 | 26,7 | 629 | 127,5 |
| Chile | 72.487 | 40,5 | 32.135 | 22,6 | 40.352 | 109,2 |

Tasa por 1.000 habitantes. Fuente: DEIS – Minsal

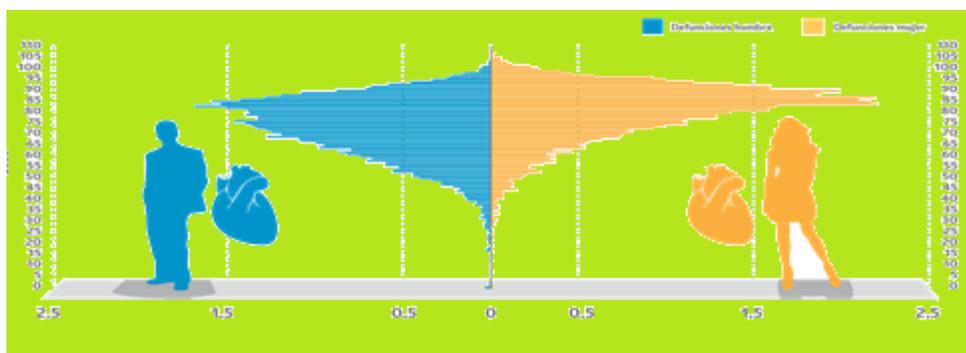
A continuación, las gráficas y comentarios se refieren a población adulta y adulta mayor.

El año 2015, en el país hubo un total de 103.327 defunciones, que correspondieron, en promedio, a 283 defunciones diarias. Un 53% de ellas fueron muertes masculinas y un 47%, muertes femeninas, lo que refleja una sobremortalidad de hombres. En relación con 2014 (101.960 defunciones en total y 279 diarias en promedio), el número total de defunciones aumentó un 1,3%.

- El 70% de las defunciones totales se debieron a solo cuatro grupos de causas de muerte: enfermedades del sistema circulatorio (27% del total), tumores malignos (25%), enfermedades del sistema respiratorio (10%) y causas externas de morbilidad y de mortalidad (8%).

Estas causas de muerte tienen un comportamiento diferenciado según sexo y edad:

Las enfermedades del sistema circulatorio son la primera causa de muerte a nivel nacional y, en 2015, provocaron el fallecimiento de 28.321 personas (14.231 hombres y 14.090 mujeres), lo que representa un aumento de un 1% en relación con 2014. Estas enfermedades afectan principalmente a la población adulta. En las mujeres se manifiestan a edades más elevadas que en los hombres, en tanto que en ellos se distribuyen en un rango de edades más amplio. En el 2015 el 50% de las defunciones por éstas causas ocurren después de los 75 años en los hombres y de los 84 en el caso de las mujeres

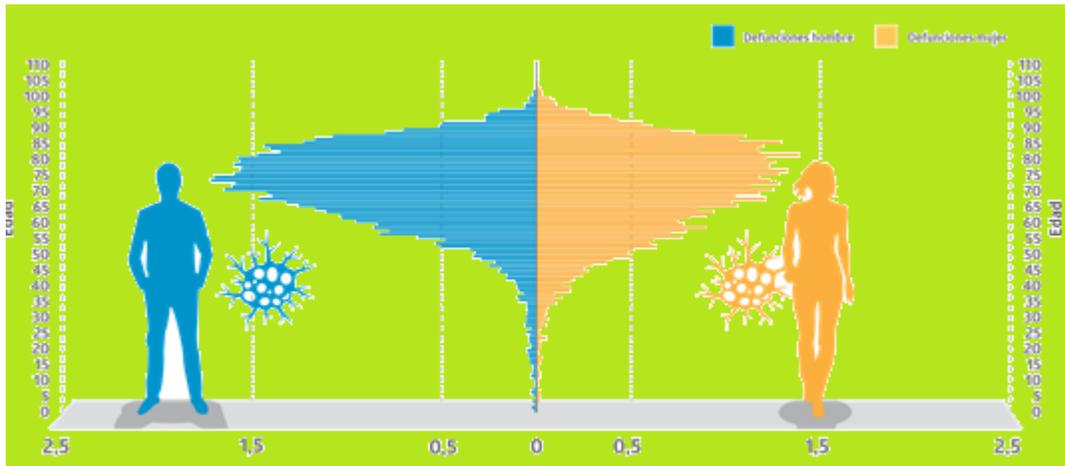


Los tumores malignos (cáncer) son la segunda causa de muerte a nivel nacional y tienen mayor incidencia en las edades avanzadas en ambos sexos: en 2015, el 70% de estas muertes ocurrieron en personas de 65 años o más.

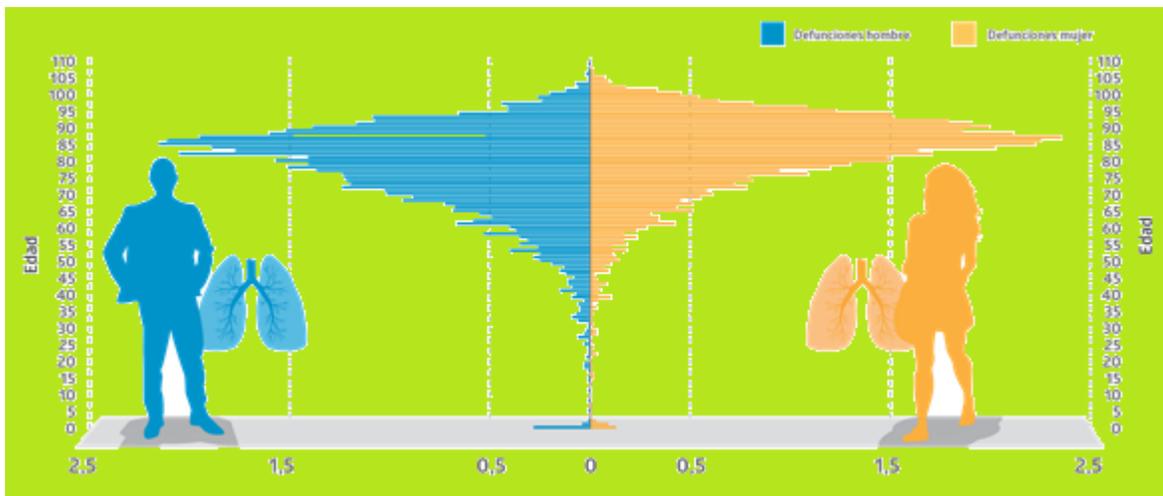
Asimismo, provocaron más muertes en hombres que en mujeres: 13.503 y 12.261 defunciones, respectivamente.

- Las defunciones provocadas por cáncer aumentaron un 3% (752 casos) en 2015 en relación con el año anterior. Esta alza se explicó, en gran medida, por el envejecimiento de la población, dado que la proporción de personas que llega a edades avanzadas crece al sortear con mayor facilidad las enfermedades infectocontagiosas que antes provocaban, por ejemplo, una alta mortalidad infantil.

A esto último han contribuido los avances médicos y sociales que ha experimentado el país de la época del 60 en adelante.

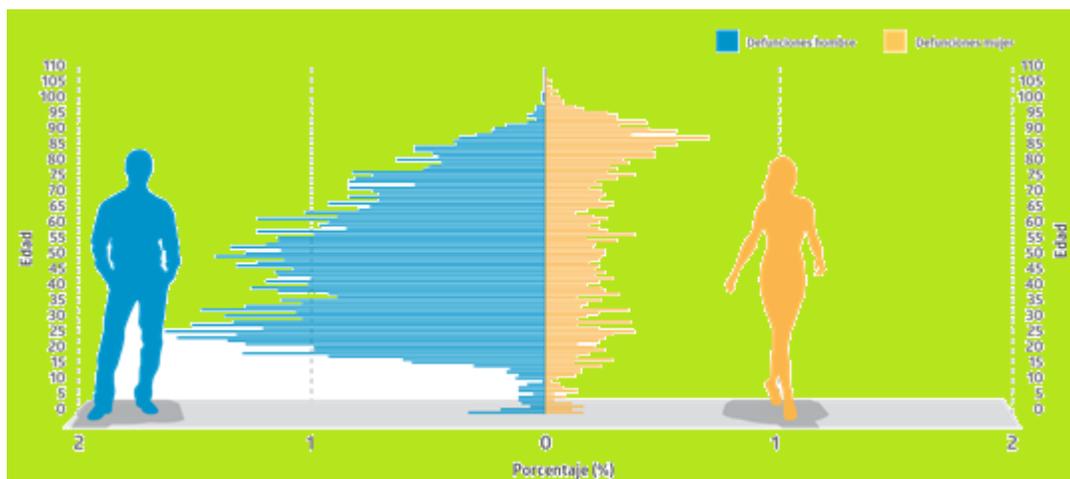


La tercera causa de muerte corresponde a las enfermedades del sistema respiratorio. Estas aumentan su prevalencia al inicio (menores de un año) y al final de la vida (sobre los 70 años), y tienen una distribución similar en ambos sexos. En 2015 causaron 9.934 defunciones en el país; de ellas, 5.018 fueron hombres (50,5%) y 4.916 correspondieron a mujeres (49,5%)



En las causas externas de mortalidad, la cuarta con mayor incidencia en el país, es evidente la sobremortalidad masculina, en especial desde los 15 hasta los 80 años de edad, aproximadamente, lo que influye en forma directa en la mayor cantidad de mujeres en edades avanzadas que hay en el país con respecto a los hombres. La sobremortalidad masculina también se aprecia, pero a menor escala, antes del primer año de vida; de hecho, en 2015, de las 39 muertes de menores de un año que hubo, un 67% correspondieron a hombres.

Ese mismo año, esta causa provocó la muerte de 5.908 hombres y de 1.961 mujeres en total, cifras que, en comparación con 2014, implicaron aumentos de 0,4% y 5,2%, respectivamente.



COMPROMISO DE LA FUNCIONALIDAD EN EL ADULTO MAYOR: En el país, desde un pasado con enfermedades agudas, de predominio infeccioso y además únicas (unimórbidas), principalmente en niños y sin mayor compromiso de la funcionalidad; se ha pasado a un perfil de enfermedades crónicas, degenerativas, de manifestación simultánea (comorbilidad), con predominio en adultos mayores, y con habitual compromiso de la funcionalidad (Vergara G., 2006).

Es difícil determinar la frontera entre envejecimiento normal y patológico, sin embargo, es bastante claro que en el proceso de envejecimiento se estrecha notablemente la reserva funcional de cada órgano y sistema, de tal modo que pequeñas injurias o desbalances, generan más rápidamente una insuficiencia (Guijarro J., 1999). Lo más relevante es que la enfermedad en el adulto mayor, se hace presente a través de la pérdida de funcionalidad, siendo éste el nodo común al que confluyen las diversas patologías (Landi et al., 2010).

La independencia funcional o funcionalidad no es otra cosa que la capacidad de cumplir o realizar determinadas acciones, actividades o tareas requeridas en el diario vivir. La capacidad para realizar estas acciones permite al individuo mantener su independencia y permanecer en la comunidad, integrada a su entorno habitual y cumpliendo su rol social. El deterioro funcional es un indicador pronóstico de discapacidad y dependencia.

El objetivo primordial del enfoque geriátrico es la mantención y mejoría de la funcionalidad, ya que este es el mejor indicador de salud en el adulto mayor (Beswick A. et al., 2008).

La población de adultos mayores en control en establecimientos de salud de la comuna es de 12232 personas, cifra que corresponde al 68.5% del total de inscritos en este grupo de edad, de los cuales el 7749 corresponde a mujeres y 4573 a hombres.

La funcionalidad, la autonomía y la calidad de vida no solo dependen de los procesos biológicos inherentes al envejecimiento, sino también del contexto social y económico en el cual éste se vive.

Hoy en día la dependencia presente en los adultos mayores chilenos es producto de una cadena de hechos acontecidos al largo de sus vidas. Observamos como la escasa educación es un factor de riesgo de padecerla, situación que no es modificable en esta etapa. A este determinante social se suma como factor de riesgo la presencia de una o más enfermedades crónicas, como son la Diabetes tipo 2 y los Accidentes Vasculares

Los adultos mayores, aún en los mejores sistemas de salud, pueden presentar múltiples enfermedades crónicas, de tal manera que el status de enfermo es permanente y, en la mayoría de los casos, definitivo. Sobre esta condición se superponen eventos agudos de los adultos mayores, aún en los mejores sistemas de salud, pueden presentar múltiples enfermedades crónicas, de tal manera que el status de enfermo es permanente y, en la mayoría de los casos, definitivo. Sobre esta condición se superponen eventos

ACTIVIDAD FÍSICA Y SALUD SEXUAL SOBRE LOS 60 AÑOS: En la II Encuesta de Calidad de Vida, realizada por el Ministerio de Salud y el INE en el ÑO 2006, se destacan temas de gran importancia para los adultos mayores, dos de estos temas son la actividad física y la sexualidad, destacando el hecho de que el 55,8% de las personas entre 65 y 74 años camina bastante y el 53,9% declaró tener una pareja sexual.

| En relación con su actividad física ¿Con qué frase Ud. ¿Se siente más representado(a)? Según edad. | Pasa la mayor parte del tiempo sentado(a) y camina poco | | Camina bastante, pero no realiza ningún esfuerzo vigoroso | | Hace esfuerzos vigorosos frecuentemente | | Su actividad es habitualmente vigorosa y de mucho esfuerzo | |
|--|---|------|---|------|---|-----|--|-----|
| | Número | % | Número | % | Número | % | Número | % |
| Edad | | | | | | | | |
| 65 a 74 | 288 | 10,4 | 529 | 55,8 | 67 | 7,1 | 63 | 6,7 |
| 75 y más | 368 | 12,4 | 280 | 39,9 | 27 | 3,8 | 28 | 3,9 |

Fuente: MINSAL - INE. II Encuesta de Calidad de Vida y Salud, Chile 2006.

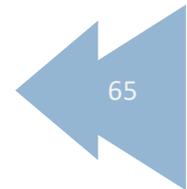
| Parejas sexuales durante el último año | Ninguna | | 1 pareja | | 2 o más de una pareja | |
|--|---------|------|----------|------|-----------------------|-----|
| | Número | % | Número | % | Número | % |
| Edad | | | | | | |
| 65 a 74 | 396 | 44,7 | 478 | 53,9 | 13 | 1,5 |
| 75 y más | 434 | 68,5 | 197 | 31,2 | 2 | 0,3 |

Fuente: MINSAL - INE. II Encuesta de Calidad de Vida y Salud, Chile 2006.

| TOTAL DE ATENCIONES EFECTUADAS EN EL CICLO DEL ADULTO MAYOR | | | | | |
|---|----------------|----------------|-----------------|-------------------------|----------------|
| 2016 | CONTROL SALUD* | CONSULTA APS** | CONSULTA ESPEC. | CONSULTA URGENCIA | TOTAL |
| MEDICO | 16.262 | 20.620 | 3.204 | 11.306 | 51.392 |
| MATRONA | 1.048 | 1.447 | 0 | 0 | 2.495 |
| ENFERMERA | 21.762 | 8.876 | 0 | 0 | 30.638 |
| PSICOLOGO/A | - | 1.478 | 0 | - | 1.478 |
| NUTRICIONISTA | 4.111 | 452 | 0 | - | 4.563 |
| A. SOCIAL | - | 2035 | 3 | - | 2.038 |
| KINESIOLOGO/A | 1.865 | 4.850 | 0 | 0 | 6.715 |
| TENS | 0 | 0 | 0 | 813 | 813 |
| | | | | TOTAL ATENCIONES | 100.132 |

ATENCIONES TRANSVERSALES

| TOTAL DE ATENCIONES EFECTUADAS POR OTROS PROFESIONALES | | | | | | |
|--|---------------|-----------|--------------|-----------------|-------------------|-------|
| 2016 | CONTROL SALUD | EMP Total | CONSULTA APS | CONSULTA ESPEC. | CONSULTA URGENCIA | TOTAL |
| FONOAUDIOLOGO | - | - | 0 | 2431 | - | 2431 |
| TECNOLOGO MEDICO | - | - | 3738 | 0 | - | 3738 |
| Nota: Tecnólogo Médico no realiza Control de Salud, EMP y Consulta Urgencia. | | | | | | |
| Las "Consultas APS" del Tecnólogo Médico corresponden a atenciones Oftalmológicas, | | | | | | |
| Vicio de Refracción, otras consultas UAPO y programa de resolutiva. | | | | | | |



| CONSULTAS Y CONTROLES ODONTOLOGICOS | | | | | | |
|-------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------|-------------------|---------------------------|--------|--------------------------|
| 2016 | Consultas de Tratamiento Odontológico | Consultas de morbilidad | Control post Alta | Consultas de Urgencia GES | Total | Inasistencia a Consultas |
| | 43.552 | 45.815 | 6.658 | 1.859 | 97.884 | 4.587 |

| ACTIVIDADES DE ODONTOLOGIA GENERAL 2016 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|----------------------|------------------------|------------------|---------------------------|------------|-----------|--|--|---------------------|--|---|----------------------------|--------------------|---|-------------------------|-----------------------|-----------------|----------------|
| Educación Grupal | Examen de Salud Oral | Aplicación de Sellante | Pulido coronario | Destartraje supragingival | Pulpotomía | Exodoncia | Radiografía Intraoral (Retroalveolares, Bite Wing y Oclusales) | Educación Individual con instrucción de técnica de cepillado | Fluoruración Tópica | Obturaciones de vidrio ionomero en diente temporal | Destartraje subgingival y Pulido radicular por Sextante | Consejería breve en tabaco | Desinfección Bucal | Actividad Interceptiva de Anomalias Dento Maxilares (OPt) | Restauración provisoria | Restauración Estética | Restauración de | Procedimientos |
| 189 | 24.671 | 44.142 | 28.053 | 10.501 | 881 | 13.683 | 9.985 | 22.079 | 7.889 | 3.119 | 1.737 | 396 | 1.884 | 213 | 4.490 | 36.540 | 3.762 | 28.243 |

| 2016 | | | | | | | RECETAS DESPACHADAS | |
|----------------|------------|---------|------------------|------------|-------|-------|---------------------|--|
| Despacho Total | | | Despacho Parcial | | | | | |
| | Morbilidad | | | Morbilidad | | TOTAL | | |
| Crónicos | General | Total | Crónicos | General | Total | | | |
| | 328.020 | 115.644 | 443.664 | 5.452 | 422 | 5.874 | 449.538 | |

| PRESCRIPCIONES 2016 | | | | | | |
|---------------------|------------|-----------|------------|------------|-------|-----------|
| Solicitadas | | | Rechazadas | | | |
| | Morbilidad | | | Morbilidad | | TOTAL |
| Crónicos | General | Total | Crónicos | General | Total | |
| 1.165.071 | 212.939 | 1.378.010 | 3.793 | 318 | 4.111 | 1.382.121 |

SECCIÓN A: EMP REALIZADO POR PROFESIONAL

| PROFESIONAL | TOTAL | | |
|---------------------------|-------------|---------|---------|
| | AMBOS SEXOS | HOMBRES | MUJERES |
| TOTAL | 20.597 | 9.339 | 11.258 |
| MEDICO | 975 | 537 | 438 |
| ENFERMERA /O | 12.623 | 5.450 | 7.173 |
| MATRONA /ÓN | 2.043 | 420 | 1.623 |
| NUTRICIONISTA | 1.262 | 770 | 492 |
| OTRO PROFESIONAL | 3.559 | 2.092 | 1.467 |
| TÉCNICO PARAMÉDICO | 135 | 70 | 65 |

Enfermedades de Notificación Obligatoria 2016

Número y Tasas de Enfermedades de Notificación Obligatoria, Comuna Osorno-SSO, Año 2016

| Comunas/Diagnóstico Grupo MINSAL | Osorno | |
|--|------------|------|
| | Nº | Tasa |
| Gonorrea (A54.0-A54.9) | 123 | 77,9 |
| Sifilis (A50.0-A53.9) | 55 | 34,8 |
| VIH-SIDA (B20-B24, Z21) | 45 | 28,5 |
| Tuberculosis (A15.0-A19.9) | 31 | 19,6 |
| Parotiditis (B26.0-B26.9) | 17 | 10,8 |
| | 14 | 8,9 |
| Tos Ferina (A37.0-A37.9) | | |
| Hepatitis B (B16.0-B16.9, B17.0, B18.0-B18.1) | 8 | 5,1 |
| Hepatitis C (B17.1, B18.2) | 4 | 2,5 |
| Resto Hepatitis (B15, B17.2-B17.8, B18.8-B18.9, B19) | 2 | 1,3 |
| Infección por Hantavirus (Síndrome Pulmonar) | | - |
| Infecciones Meningocólicas (A39.0-A39.9) | 1 | 0,6 |
| Resto de Enfermedades | 13 | 8,2 |
| Total | 313 | |

Fuente: Base ENO Epidemiología, Oficina Provincial Osorno. Seremi Los Lagos

Tasa x 100.000 Habitantes. INE - Actualización Población 2002-2012 y Proyecciones 2013-2020.

- **SITUACION DE ATENCION PRIMARIA DE SALUD OSORNO**

68

SECCION III



RED DE SALUD COMUNAL DE OSORNO

La APS de Osorno con sus CESFAM, CECOSF, Postas Rural, Equipo Rural y Unidades de Apoyo se encuentra integradas y formando parte de la red asistencial del Servicio de Salud Osorno, contando con el Hospital Base San José como el establecimiento de alta complejidad, a donde se derivan los pacientes cuyas necesidades no pueden ser resueltas y satisfechas por el nivel primario de Atención.



| RED DE SALUD OSORNO |
|---|
| HOSPITAL BASE SAN JOSE OSORNO / UNIDAD DE EMERGENCIA/SAMU |
| CLÍNICA ALEMANA DE OSORNO |
| CENTRO DE SALUD MENTAL |
| COSAM (2) |
| CENTRO DIURNO ATENCION PACIENTES CON DEMENCIA |
| MUTUAL DE SEGURIDAD |
| ASOCIACIÓN CHILENA DE SEGURIDAD |
| INSTITUTO DE SEGURIDAD DEL ESTADO |
| CENTROS DE SALUD FAMILIAR (6) CESCOF (2) |
| SAPU (SERVICIO ATENCIÓN PRIMARIA DE URGENCIA)(3) |
| POSTAS DE SALUD RURAL (2) / ESTACIONES MEDICO RURALES (3) |
| LABORATORIO CLINICO BÁSICO |
| UNIDAD ATENCION PRIMARIA OFTALMOLOGICA (UAPO) |
| UNIDAD MÉDICA MOVIL DE ATENCION DOMICILIARIA (UMMAD) |
| MODULO DE ATENCIÓN DENTAL INCREMENTAL |
| CLÍNICA DENTAL MÓVIL |
| CENTROS MÉDICOS PRIVADOS (5) |

| RED SALUD ATENCION PRIMARIA OSORNO |
|---|
| CENTRO DE SALUD FAMILIAR DR. MARCELO LOPETEGUI |
| CENTRO DE SALUD FAMILIAR RAHUE ALTO |
| CENTRO DE SALUD FAMILIAR QUINTO CENTENARIO |
| CENTRO DE SALUD PAMPA ALEGRE |
| CENTRO DE SALD FAMILIAR DR. PEDRO JAUREGUI |
| CENTRO DE SALUD FAMILIAR OVEJERIA |
| CENTRO COMUNITARIO DE SALUD FAMILIAR MURRINUMO |
| CENTRO COMUNITARIO DE SALUD FAMILIAR M. RODRIGUEZ |
| SAPU RAHUE ALTO |
| SAPU DR. P. JAUREGUI |
| SAPU DR. M. LOPETEGUI |
| POSTA DE SALUD RURAL PICH DAMAS |
| POSTA DE SALUD FAMILIAR CANCURA |
| ESTACION MEDICA RURAL PICHIL |
| ESTACION MEDICA RURAL LA FLORIDA |
| ESTACION MEDICA RURAL FORRAHUE |
| MODULO DENTAL CONVENIO JUNAEB |
| 2 CLINICA DENTAL MOVIL |
| 1 CLÍNICA GINECOLÓGICA MOVIL |
| LABORATORIO CLINICO BASICO DE APS |
| CENTRO DE ESTIMULACION TEMPRANA |
| UNIDAD MEDICA MOVIL DE ATENCION DOMICILIARIA (UMMAD) |
| UNIDAD ATENCION DOMICILIARIA DE ENFERMERIA MUNICIPAL |
| UNIDAD ATENCION PRIMARIA OFTALMOLOGICA (UAPO) |
| SALAS DE REHABILITACION BASE COMUNITARIA (SRBC 4) SALA RIO (2) |
| CALL CENTER |
| BIENESTAR DEPARTAMENTO DE SALUD |

CARTERA DE SERVICIO

El Decreto N° 35, del Ministerio de Salud, publicado con fecha 31 de Enero de 2017, determina el aporte estatal a las entidades administradoras de Atención Primaria de Salud, año 2017. En él se establecen las acciones de salud, contextualizadas en el modelo de atención integral de salud familiar y comunitario, como parte de las redes integradas de Servicios de Salud basadas en atención primaria, que integra un conjunto de prestaciones contenidas en los programas de salud para las diversas etapas o necesidades de las personas en su curso de vida, conforme a continuación se indican:

SALUD DEL NIÑO/ÑA

| |
|---|
| 1. Control de Salud del niño sano |
| 2. Evaluación del Desarrollo Psicomotor |
| 3. Control de malnutrición |
| 4. Control de Lactancia Materna |
| 5. Educación a grupos de riesgo |
| 6. Consulta nutricional |
| 7. Consulta morbilidad |
| 8. Control enfermedades crónicas |
| 9. Consulta por Déficit del Desarrollo Psicomotor |
| 10. Consulta kinésica |
| 11. Consulta y consejería en Salud mental |
| 12. Vacunación |
| 13. Programa Nacional de Alimentación Complementaria |
| 14. Atención en Domicilio |
| 15. Actividades comunitarias en salud mental con profesores de establecimientos educacionales |

SALUD DEL ADOLESCENTE

| |
|---|
| 16. Control de salud |
| 17. Consulta Morbilidad |
| 18. Control crónico |
| 19. Control Prenatal |
| 20. Control de Puerperio |
| 21. Control de regulación de fecundidad |
| 22. Consejería en salud sexual y reproductiva |
| 23. Control ginecológico preventivo |
| 24. Educación grupal |
| 25. Consulta Morbilidad obstétrica |
| 26. Consulta Morbilidad ginecológica |
| 27. Intervención psicosocial |
| 28. Consulta y/o consejería en Salud Mental |
| 29. Programa Nacional de Alimentación Complementaria |
| 30. Atención en domicilio. |
| 31. Actividades comunitarias en salud mental con profesores de establecimientos educacionales |

SALUD DE LA MUJER

- | |
|--|
| 32. Control prenatal |
| 33. Control puerperio |
| 34. Control de regulación de fecundidad |
| 35. Consejería en salud sexual y reproductiva |
| 36. Control ginecológico preventivo, incluye control de climaterio en mujeres de 45 a 64 años. |
| 37. Educación grupal |
| 38. Consulta Morbilidad obstétrica |
| 39. Consulta Morbilidad ginecológica |
| 40. Consulta Nutricional |
| 41. Programa Nacional de Alimentación Complementaria |
| 42. Ecografía Obstétrica 1 y 2° trimestre por matrona. |
| 43. Intervención psicosocial |
| 44. Consulta y/o consejería en Salud Mental |
| 45. Atención integral de mujeres mayores de 15 años que sufren violencia intrafamiliar |

SALUD DEL ADULTO

- | |
|--|
| 46. Consulta morbilidad |
| 47. Consulta y controles de enfermedades crónicas, incluyendo aquellas efectuadas en las salas de control de enfermedades respiratorias (Salas ERA) del adulto de 20 años y más. |
| 48. Consulta Nutricional |
| 49. Control de salud. |
| 50. Intervención psicosocial |
| 51. Consulta y/o consejería en Salud Mental |
| 52. Educación grupal |
| 53. Atención en domicilio. |
| 54. Atención de podología a pacientes con Diabetes Mellitus |
| 55. Curación del pie diabético |
| 56. Intervención grupal de actividad física. |
| 57. Consulta kinésica |

SALUD DEL ADULTO MAYOR

- | |
|--|
| 58. Consulta morbilidad |
| 59. Consulta y controles de enfermedades crónicas, incluyendo aquellas efectuadas en las salas de control de enfermedades respiratorias (Salas ERA) del adulto de 65 años y más. |
| 60. Consulta Nutricional |
| 61. Control de salud. |
| 62. Intervención psicosocial |
| 63. Consulta y/o consejería en Salud Mental |
| 64. Educación grupal |
| 65. Atención en domicilio. |

| |
|---|
| 66. Atención de podología a pacientes con Diabetes Mellitus |
| 67. Curación del pie diabético |
| 68. Intervención grupal de actividad física. |
| 69. Consulta kinésica |
| 70. Vacunación anti influenza |
| 71. Programa Alimentación Complementaria del Adulto Mayor. |

SALUD ORAL

| |
|---|
| 71. Examen de salud odontológico |
| 72. Educación odontológica grupal |
| 73. Consulta Odontológica de urgencia |
| 74. Exodoncia |
| 75. Destartraje y pulido coronario |
| 76. Obturaciones temporales y definitivas |
| 77. Aplicación de sellantes |
| 78. Pulpotomias |
| 79. Barniz de Flúor |
| 80. Endodoncia |
| 81. Radiología dental |

ACTIVIDADES CON GARANTIAS EXPLICITAS EN SALUD ASOCIADAS A PROGRAMAS

| |
|--|
| 82. Diagnóstico y tratamiento de hipertensión arterial primaria o esencial: Consultas de morbilidad y controles de crónicos para personas de 15 años y más, en programas de adolescente, adulto y adulto mayor. |
| 83. Diagnóstico y tratamiento de Diabetes Mellitus tipo 2: consultas de morbilidad y controles de crónicos en programas del niño, adolescente, adulto y adulto mayor, considerando tratamiento farmacológico. |
| 84 Acceso a evaluación y alta odontológica integral a niños y niñas de 6 años: prestaciones del programa odontológico. |
| 85. . Acceso a tratamiento de epilepsia no refractaria para los beneficiarios desde un año a menores de 15 años: consultas de morbilidad y controles de crónicos en programas del niño y adolescente. |
| 86. Acceso a tratamiento de IRA baja de manejo ambulatorio en menores de 5 años: consultas de morbilidad y kinésica en programa del niño. |
| 87. Acceso a diagnóstico y tratamiento de neumonía adquirida en la comunidad de manejo ambulatorio en personas de 65 años y más: consultas de morbilidad y kinésica en programa del adulto mayor. |
| 88. Acceso a diagnóstico y tratamiento de la depresión de manejo ambulatorio en personas de 15 años y más: consulta de salud mental, consejería de salud mental, intervención psicosocial y tratamiento farmacológico. |
| 89. Acceso a diagnóstico y tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica: consultas de morbilidad y controles de crónicos; espirometría, atención kinésica en personas de 40 y más años. |

90. Acceso a diagnóstico y tratamiento del asma bronquial moderada en menores de 15 años: consultas de morbilidad y controles de crónicos en programas del niño y del adolescente; espirometría y atención kinésica en programa del niño y del adolescente.

91. Acceso a diagnóstico y tratamiento de presbicia en personas de 65 y más años: consultas de morbilidad, controles de salud y control de crónicos en programa del adulto mayor.

92. Acceso a tratamiento médico en personas de 55 años y más, con artrosis de cadera y/o rodilla, leve o moderada.

93. . Acceso a diagnóstico y tratamiento de la urgencia odontológica ambulatoria.

94. Acceso a tratamiento de hipotiroidismo en personas de 15 años y más.

95. Tratamiento de erradicación de Helicobacter Pílori

ACTIVIDADES GENERALES ASOCIADAS A TODOS LOS PROGRAMAS

96. Educación grupal ambiental

97. Consejería Familiar

98. Visita Domiciliaria Integral

99. Consulta Social

100. Tratamiento y curaciones

101. Extensión Horaria

102. Intervención familiar psicosocial

103. Diagnóstico y control de la Tuberculosis

104. Exámenes de laboratorio básico

105. Radiología dental

MODELO DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIO

La Reforma de Salud ha introducido cambios radicales en el Sistema de Salud Chileno. El Modelo de Salud Familiar y comunitario se define como “el conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna, que se dirige más que al paciente o a la enfermedad como hechos aislados, a las personas consideradas en su integralidad física y mental, como seres sociales pertenecientes a distintas familias y comunidades que están en permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural.

El modelo describe las condiciones que permitan satisfacer las necesidades y expectativas del usuario respecto a mantenerse sano y saludable, mediante el logro de objetivos nacionales de salud y el fortalecimiento de la eficiencia, eficacia y eficiencia de las intervenciones, en un contexto de políticas públicas de fomento y promoción de la salud de las personas y comunidades, acorde al mejoramiento de determinantes sociales de la salud: educación, vivienda, recreación entre otros.

Existen tres principios irrenunciables en un sistema basado en la Atención Primaria de Salud:

- Centrado en las personas
- Integralidad de la atención
- Continuidad del cuidado

▪ **CARACTERÍSTICAS DEL MODELO DE SALUD FAMILIAR**

a) Enfoque Biopsicosocial, con énfasis en la familia y comunidad:

El mayor desafío se encuentra en el desarrollo de habilidades y destrezas que les permitan a los equipos de salud, poder analizar el proceso salud enfermedad centrándose en las personas desde una perspectiva sistémica. En este enfoque se entiende a la familia como el sistema social primario de las personas, lo que implica introducir a la familia como unidad de atención, con una oferta específica de prestaciones cuando así lo necesiten, o como factor protector y terapéutico para los individuos.

b) Continuidad de la atención y de los cuidados de la salud:

La continuidad de cuidados de salud se extiende a toda la red a través del trabajo en red. En el nivel primario estará dada por una forma organizacional que permita una relación cercana con una población a cargo (sectorización). Este equipo conoce a su comunidad de usuarios en los aspectos de calidad de vida, factores de riesgo y factores protectores, y dispone, por

lo tanto de elementos para actuar con estrategias preventivas y promocionales adaptadas a esa realidad.

c) Prestación de servicios integrados:

A pesar de que tradicionalmente se habla de consultas y controles, se espera que en cada contacto con individuos y familias se visualice la oportunidad para incorporar acciones de promoción y prevención, fomentando el autocuidado individual y familiar. Este equipo de salud debe ser capaz de actuar con servicios integrados y acordes a las particularidades socioculturales de la población usuaria, especialmente en los problemas psicosociales prevalentes y emergentes en la población.

d) Resolutividad:

Se traduce en la capacidad del equipo de contribuir al cuidado de la salud de las personas de su sector, sumada a la capacidad diagnóstica y excelencia clínica. Cada establecimiento debe disponer del equipamiento y los recursos humanos calificados para abordar los desafíos de evitar el daño en salud, pesquisarlo precozmente, conformar diagnósticos, tratar enfermedades de acuerdo a los protocolos y cumplir con su rol en la red asistencial. Particularmente, en el ámbito psicosocial, el equipo de salud de atención primaria ha debido ampliar sus competencias para abordar la problemática emergente compleja y diversa que enfrentan las familias y comunidades.

e) Responsabilidad compartida entre los miembros de la familia y la comunidad por la salud de su familia y de cada uno de sus integrantes:

Se promueve la participación de la familia tanto en las actividades preventivo-promocionales, como en las recuperativas. Especialmente se favorece la participación de la pareja en el proceso reproductivo; del padre y la madre en el cuidado de los hijos; de algún integrante de la familia y comunidad en el cuidado de las personas con enfermedades crónicas, adultos mayores, discapacitados, personas postradas o en fase terminal de alguna enfermedad. Departamento de Salud.

f) Participación social:

Distintas líneas de acción en desarrollo dan cuenta de la decisión de incorporar la opinión de los usuarios y comunidad en la gestión de salud. Lo anterior, con el fin de dar pertinencia y adecuación de las acciones de salud a las necesidades de la población. La participación social y comunitaria en salud adquiere distintas dimensiones:

- La corresponsabilidad frente al control sobre los determinantes de la salud, promoción de estilos de vida saludables y creación de entornos saludables.
- El control sobre la calidad y pertinencia de los servicios y prestaciones de salud

- El ejercicio de dar cuentas públicas de la gestión y resultados obtenidos, de generar mecanismos de participación como son los diálogos ciudadanos, los diagnósticos y presupuestos participativos, entre otros.
- La corresponsabilidad del quehacer en salud según las competencias de la red comunitaria.
- La capacitación de líderes o monitores de salud.

g) Promoción de Salud:

La promoción de salud constituye un proceso social y político amplio. No solo comprende las acciones dirigidas a reforzar conocimiento, aprendizajes sociales ya desarrollar capacidades individuales y comunitarias, sino también aquellas acciones que persiguen el cambio de las condiciones sociales, ambientales y económicas con el fin de mitigar su repercusión sobre la salud familiar, comunitaria y poblacional. La promoción de salud es el proceso que permite que las personas controlen en mayor medida los factores que determinen su salud, contribuyendo de este modo a mejorarla.

h) Interculturalidad:

Uno de los fundamentos para una política intercultural en salud es el reconocimiento de que ningún sistema médico es capaz de satisfacer, por sí solo, todas las demandas de salud que presenta una población, lo que implica dejar de concebir el modelo occidental como el único deseable y válido. La medicina indígena es integral y tiene un amplio y dinámico desarrollo.

En ese sentido, la construcción de un modelo de atención acorde a las necesidades características socioculturales de la población indígena es un desafío que se enmarca en el cambio de modelo de atención, en el que se reconocen distintas etapas, desde el enfoque biomédico a uno biopsicosocial y finalmente a uno más integral, que incluya aspectos culturales, espirituales, religiosos y ambientales. Departamento de Salud

i) Impacto Sanitario:

El sector debe seguir avanzando en la búsqueda de resultados en salud vinculados a la anticipación del daño y a mantenimiento de la población sana, desde el punto de vista biopsicosocial. Para tales efectos los centros de salud deben generar la capacidad de establecer metas de resultados en salud, programar las acciones para cumplirlas y evaluarlas en forma sistémica.

j) Enfoque de género:

La ampliación del enfoque de género se fortalece con la participación activa y protagónica de las mujeres que juegan un importante papel al interior de las familias y cada vez más en las organizaciones laborales y comunitarias. El diseño de las intervenciones en salud que consideren en su generación la participación de los usuarios requiere que los equipos técnicos dispongas de capacitación en género que permita identificar las necesidades, demandas y expectativas.

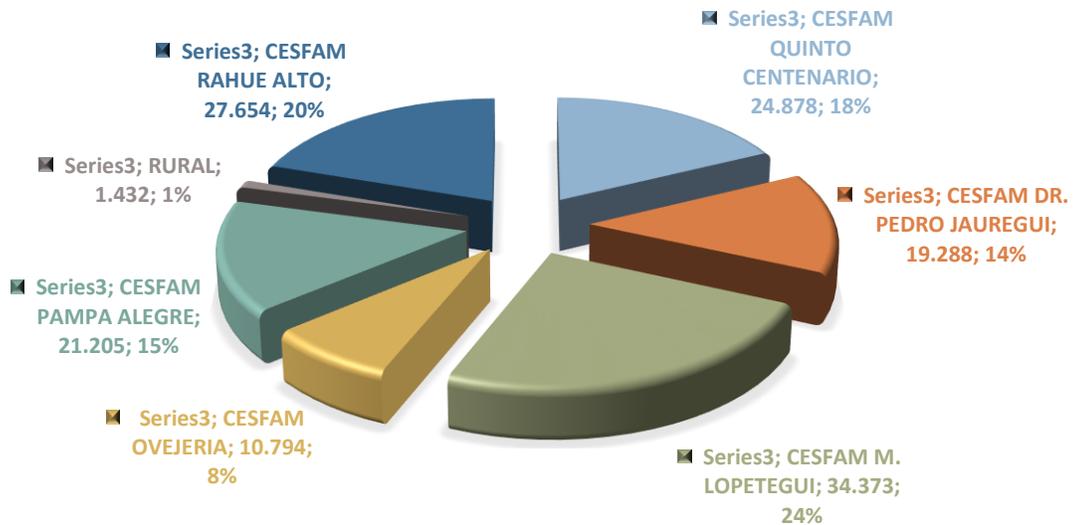
CENTROS DE ATENCION PRIMARIA DE SALUD FAMILIAR (CESFAM)

En el año 1987 se traspasan los Consultorios Generales Urbanos de Osorno a la Gestión Municipal, iniciando así el proceso de municipalización que queda consolidado en Enero 1988, creándose el Sistema Comunal de Salud, como ente coordinador.

En el año comienza la transformación a centros de salud familiar. Actualmente el desafío es acreditar todos los Centros de salud.

La población inscrita validada por FONASA para el 2017 alcanza a 139.624 usuarios distribuidos en 64.373 hombres y 75.251 mujeres lo que representa un 85.9% de cobertura respecto a la proyección de población INE para el 2013.

DISTRIBUCION POBLACION INSCRITA POR CENTRO DE SALUD - AÑO 2017

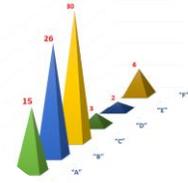


El Departamento de Salud de Osorno cuenta con 6 Centros de Salud en la Comuna de Osorno;



CESFAM QUINTO CENTENARIO

DOTACION



POBLACION



PRESTACIONES



RESEÑA

En la comuna de Osorno en el año 2010 existían 5 centros de salud familiar y uno de ellos es el CESFAM Dr. Pedro Jáuregui que en esa fecha se encontraba sobrepasado en sus capacidades ya que tenía una población a cargo de 48.000 usuarios que de acuerdo a la norma técnica un CESFAM no debería sobrepasar los 30.000 inscritos, es por esto que se evalúa la creación de un nuevo centro de salud familiar, que se llamaría CESFAM Quinto Centenario.

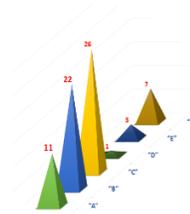
Y es por esto que se da inicio al proyecto para la creación del centro de salud familiar Quinto Centenario que hoy en día es un hermoso centro de salud familiar que tiene un espacio físico que reúne en si los principios de la salud familiar, facilita el trabajo en equipo, se compromete con la participación de la comunidad y mantiene el contacto multisectorial y que abrió sus puertas a la comunidad en mayo del 2011.

El CESFAM Quinto Centenario se encuentra ubicado en Sevilla N° 1620, Población Quinto Centenario, fue inaugurado. Este Centro de Salud cuenta con una Dotación Autorizada de 79 funcionarios y una población inscrita validad de 24.820 usuarios.



CESFAM DR. PEDRO JAUREGUI

DOTACION



POBLACION



PRESTACIONES



RESEÑA

El Cefam Dr. Pedro Jáuregui Castro dista a aproximadamente 15 cuadras del centro de Osorno. Se encuentra organizado en 2 sectores geográficos, rojo y verde, con sus respectivos equipos de salud. Colindante al Centro de Salud se encuentran algunas de las poblaciones más antiguas del sector como son: Rahue 2 y Montecinos.

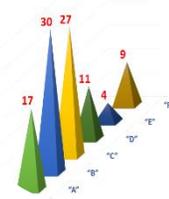
A los márgenes del puente, existen vestigios de un asentamiento español antiguo, el Fuerte María Luisa. Cuentan que las damas españolas tenían costumbre de bañarse en un pequeño río que desemboca al Rahue a pocos metros de allí, por lo que el pequeño afluente tomó el nombre de Río Damas.

La vida rahuina gira en torno a la familia, es una vida intra-hogareña y poco extrovertida y tienen especial relevancia los ritos familiares en relación con comida y alimentación.

El Centro de Salud Familiar Dr. Pedro Jauregui Castro comienza sus funciones en su actual ubicación en el año 1994 y consta de un edificio para el desarrollo de actividades propias de la Atención Primaria y dependencias para el desarrollo del servicio de atención primaria en urgencia SAPU. Luego, en el año 1998 es acreditado el establecimiento como Centro de salud Familiar por parte de la Ministro de la Salud.



DOTACION



POBLACION



PRESTACIONES



RESEÑA

Este Centro de Salud Familiar, así como otros de la comuna, ha tenido en los últimos años cambios muy importantes, tanto desde el punto de vista físico y estructural, como desde el punto de vista humano. Hace aproximadamente 50 años, nace este centro de salud primero como policlínico funcionando en la dependencia que se construyó al alero del antiguo Hospital San José de Osorno.

Los inicios de este centro han marcado hasta hoy su identidad ya que aún es visto por los usuarios como “El hospital viejo”, esta visión ha incentivando la permanencia de usuarios que residen en distintos lugares de la comuna, más allá de los sectores asignados geográficamente.

A fines de los años 80 pasa a ser consultorio de dependencia Municipal, utilizando la misma infraestructura y por lo tanto manteniendo su ubicación en calle Los Carreras n° 1400.

Entre los años 1998 y 1999 se inicia el proceso de implementación de Centro de Salud Familiar, obteniéndose la acreditación como tal el año 2000.

Este proceso significó un intenso trabajo del equipo gestor con la comunidad, de manera de poder instaurar el nuevo modelo de atención en Salud con enfoque biopsicosocial, lo cual sentó las bases para fortalecer la participación social de la comunidad expresada en la formación e integración de diversas organizaciones sociales en el trabajo colaborativo de salud.

En agosto del 2005 se inaugura la actual edificación, contando con la presencia del entonces Ministro de Salud. El Municipio decide darle el nombre de Centro de Salud Familiar Dr. Marcelo Lopetegui, en honor a la larga trayectoria de éste como hijo Ilustre de la ciudad de Osorno y médico que por largos años brindó atención a la comunidad perteneciente a este centro.

En la actualidad este CESFAM tiene una población inscrita de alrededor de 36.000 personas, y cuenta con una dotación de 94 funcionarios que brindan atención biopsicosocial. Para un mejor funcionamiento y aplicación del modelo de salud familiar la comunidad se divide en 4 sectores.



RESEÑA

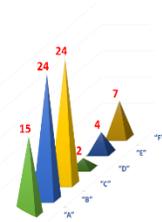
En 1982 el Consultorio fue traspasado a la Municipalidad desde abril de 1982 y hasta mayo de 1995 el centro de salud funcionó en calle Plácido Calixto 760, fecha en que sufrió un devastador incendio. En 1999 fue repuesto con un proyecto FNDR y actualmente se emplaza en calle Martín Ruiz de Gamboa 602.

El establecimiento se construyó de acuerdo al antiguo concepto de Consultorio de Salud Urbano. Cuenta con 678 m² construidos sobre una superficie de terreno de 5.666 m². y para una población inscrita de 10.000 usuarios, este año se diseñó el plano arquitectónico para la regularización de infraestructura que cumplirá con PMA 2009 para Centros de Salud Familiar en 1700 mt² en construcción



CESFAM PAMPA
ALEGRE

DOTACION



POBLACION



PRESTACIONES



RESEÑA

El CESFAM Pampa Alegre depende administrativamente de la Ilustre Municipalidad de Osorno, a través de su Departamento de Salud. Actualmente la Dirección del establecimiento, está a cargo de la Sra. Ruth Cifuentes V., Enfermera Universitaria.

El Centro de Salud Familiar Pampa Alegre, se encuentra ubicado en el sector Sur Poniente de la ciudad de Osorno, específicamente en el Sector de Francke, calle Los Melies s/n, limitando en su parte norte con la Población Autoconstrucción, al sur con el Retén de Carabineros Pampa Alegre, al este con el Centro Cultural Pampa Alegre (antiguo centro de salud) y al oeste con la calle Los Álamos.

Su ubicación lo hace ser un CESFAM con fácil accesibilidad para su población inscrita beneficiaria.

El CESFAM se organiza en tres sectores de atención, identificados cada uno por un color, los cuales se encuentran a cargo de un equipo de salud multidisciplinario.

Los límites que se establecieron para cada sector se hicieron por criterio de ubicación geográfica y número de personas de la población.



**CEFAM RAHUE
ALTO**

DOTACION



POBLACION



PRESTACIONES



RESEÑA

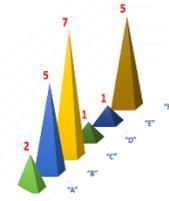
CEFAM Rahue Alto, nace de la fusión de los Consultorios Juan Antonio Ríos y Carlos Condell el 6 de agosto de 2001, empezando con esto el camino a ser un Centro De Salud Familiar, bajo la Dirección de la Sra. Jeannette Cifuentes.

Fueron acreditados como CEFAM en el año 2004, bajo la Dirección de la Dra. Patricia León Ferrada. Actualmente cuentan con 29.000 inscritos, número muy lejano a los 20.000 con que comenzaron, los que son atendidos por un equipo multidisciplinario que comprende 84 funcionarios aproximadamente, incluyendo el CECOSF.

Se ha implementado en este período la Sala ERA, Sala de Rehabilitación, Programa VIF, Chile Crece Contigo, Programas dentales, Visita domiciliaria integral, Cirugía Menor, Talleres de Apego, etc., incrementándose las atenciones dentales, psicológicas, nutricionales y maternas. Además, cuentan con tres Médicos de Familia. En el año 2006 asume como Director el Dr. Juan Clerc Aravena, quién bajo su dirección logró la puesta en marcha del SAPU Rahue Alto y la construcción de CECOSF Murrinumo.



DOTACION



POBLACION



PRESTACIONES



RESEÑA

Las Postas y Estaciones Médico 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 33 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.

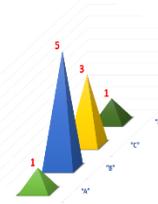
Son lugares de atención eventual utilizados por las Rondas de Salud Rural, que corresponden a una estrategia de acceso a la atención en sectores rurales. Son recintos comunitarios o municipales, dependientes o vinculados a un establecimiento de salud (postas rurales o Centros de Salud).

El sistema de Rondas es realizado por un equipo multiprofesional el cual cuenta con el siguiente personal:

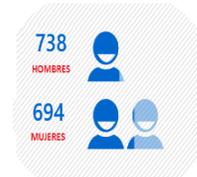
- Médico
- Odontólogo
- Enfermera
- Matrona
- Kinesiólogo
- Psicólogo
- Nutricionista
- Técnicos Paramédicos
- Auxiliares de Servicio
- Choferes



DOTACION



POBLACION



PRESTACIONES



RESEÑA

No son establecimientos por sí mismos. Son estrategias de intervención dependientes de un centro de salud general, CESFAM, que dan prestaciones de modo desconcentrado, insertos en el nivel local. Entregan una parcialidad de las prestaciones del Plan de Salud Familiar. El diseño de la estrategia, con base comunitaria en su origen, está orientado a la atención máxima de 5 mil personas, en un territorio geográfico definido y que ejecutan fundamentalmente acciones de tipo promocional y preventivo.

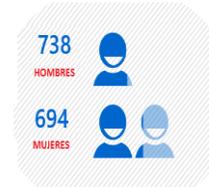
El CECOSF Manuel Rodríguez fue inaugurado el 26 de junio de 2012 y cuenta con una estructura de albañilería confinada de un piso, con una superficie edificada de 230 mts². Cuenta con cuatro boxes de atención (1 box ginecológico y 3 box multipropósito), despacho y bodega farmacia, despacho y bodega del Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC), una amplia sala multipropósito y sala de espera.



DOTACION



POBLACION



PRESTACIONES



RESEÑA

El Centro comunitario de salud familiar Murrinumo perteneciente a Cesfam Rahue Alto fue inaugurado en el mes de octubre de 2011. Este establecimiento de salud cuenta con un equipo multidisciplinario que interviene integralmente a todas las familias de las poblaciones de Murrinumo, Santa Rosa y Villa Sofía cuya característica en común es la presencia de extrema vulnerabilidad biopsicosocial.

Cecosf Murrinumo tiene instaurado desde su inicio una mesa de trabajo activa con distintas agrupaciones funcionales y territoriales del sector para dar cumplimiento cabalmente al modelo comunitario, integral y participativo de salud familiar.

UNIDADES DEPARTAMENTO DE SALUD

➤ CALL CENTER SALUD MUNICIPAL

El Call Center de Salud Municipal de Osorno, es un servicio creado en nuestra comuna en el año 2009. Nace con el propósito del Departamento de Salud de Osorno de *“Contribuir a la disminución de las filas a temprana hora en los Establecimientos de salud”* a través de un servicio telefónico de calidad, que facilite el acceso oportuno a las prestaciones de salud, de la comunidad de Osorno.

Es así que desde sus inicios las funciones del Call Center se encuentran orientadas a:

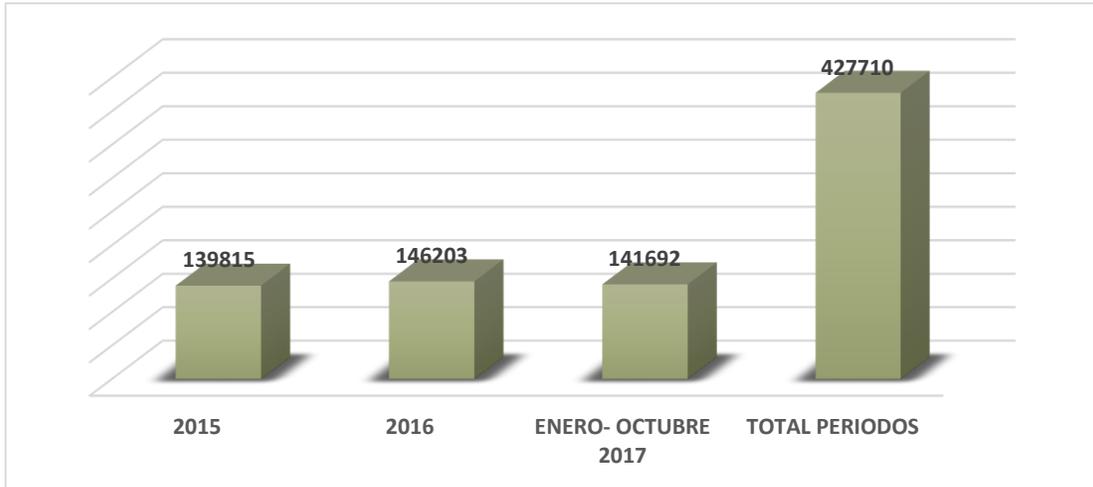
- Entrega de horas de consulta de morbilidad Médica y ginecológica de la red de Salud Municipal de Osorno.
- Confirmación de horas Médicas y ginecológicas entregadas en los Centros de Salud Familiar de la comuna, lo cual, se realiza con la finalidad de disminuir el número de usuarios que no se presentan a sus citas.
- Entrega de información general a los usuarios y usuarias respecto al funcionamiento de la red de salud municipalizada de nuestra comuna.

Es relevante indicar que desde su creación, las atenciones entregadas por el Call Center de Salud Municipal se han mantenido estables, existiendo una tendencia al alza, en el total de prestaciones otorgadas (ver recuadro y gráfico). Y se espera que en el año 2018, estas cifras se incrementen debido al cambio del Servicio al Edificio *“Centro de Referencia Diagnostica de Salud Primaria de Osorno”* (CDT).

Tabla: Total prestaciones otorgadas por Call Center, periodo 2015 -2017:

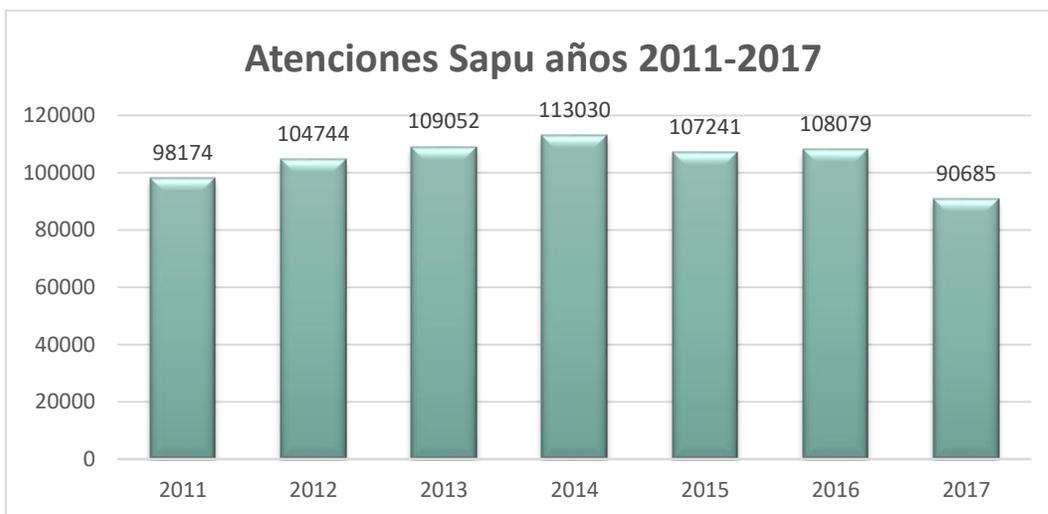
| PERIODO | HORAS MEDICAS ENTREGADAS | RECHAZO MEDICO | HORAS MATRON ENTREGADAS | RECHAZO HORAS MATRONA | CONFIRMACION /CAMBIOS DE HORA | INFORMACION | TOTAL |
|---------------------------|--------------------------|----------------|-------------------------|-----------------------|-------------------------------|-------------|---------|
| 2015 | 37.345 | 12.739 | 9.902 | 6.227 | 32.611 | 40.991 | 139.815 |
| 2016 | 46.788 | 13.994 | 11.484 | 3.251 | 34.881 | 35.805 | 146.203 |
| ENERO-OCTUBRE 2017 | 37.881 | 23.853 | 13.632 | 3.925 | 32.856 | 29.545 | 141.692 |
| TOTAL PERIODOS | 122.014 | 50.586 | 35.018 | 13.403 | 100.348 | 106.341 | 427.710 |

Gráfico: **Total prestaciones entregadas por Call Center, periodo 2015-2017:**

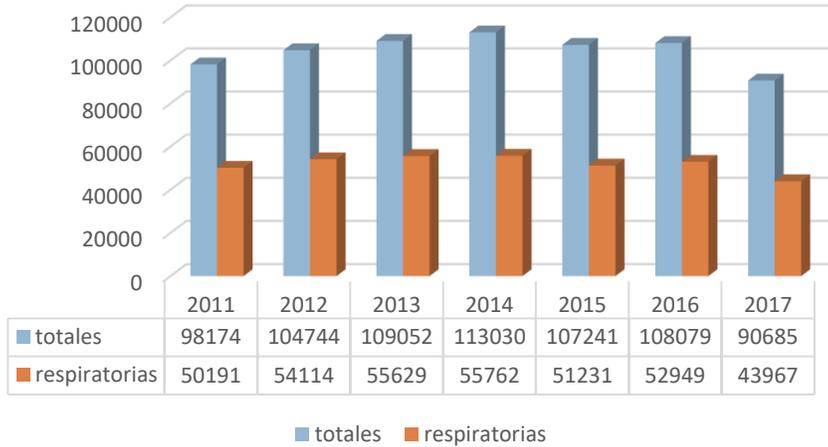


➤ **SERVICIO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE URGENCIA (SAPU)**

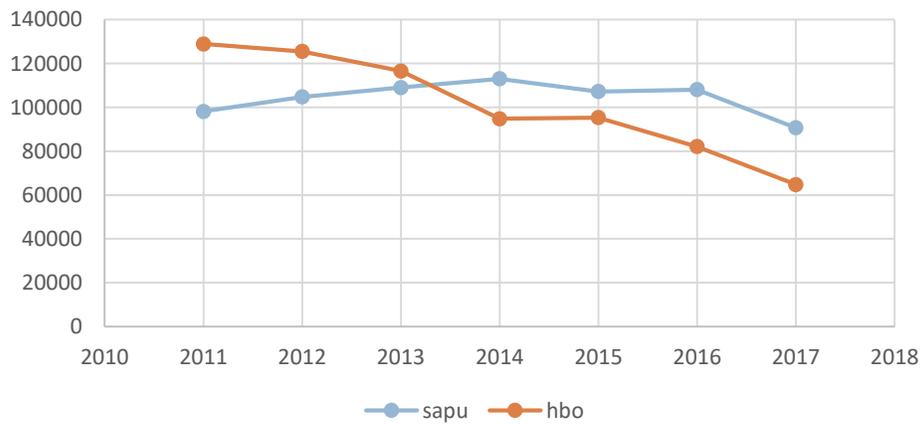
Los SAPU tiene como principal objetivo dar continuidad a la atención primaria prestada en los Centros de Salud, y su funcionamiento se enmarca dentro de una concepción amplia de la Atención Primaria, donde el binomio Centro de Salud SAPU conforma una unidad asistencial, relacionada e interdependiente, que a su vez es componente de la Red Asistencial y de Urgencia local. La tendencia es al aumento en las consultas en Sapu.



Consultas Sapu total vs respiratorias



atenciones urgencia según centro salud años 2011-2017



➤ **UNIDAD MEDICA MOVIL DE ATENCIÓN DOMICILIARIA (UMMAD)**

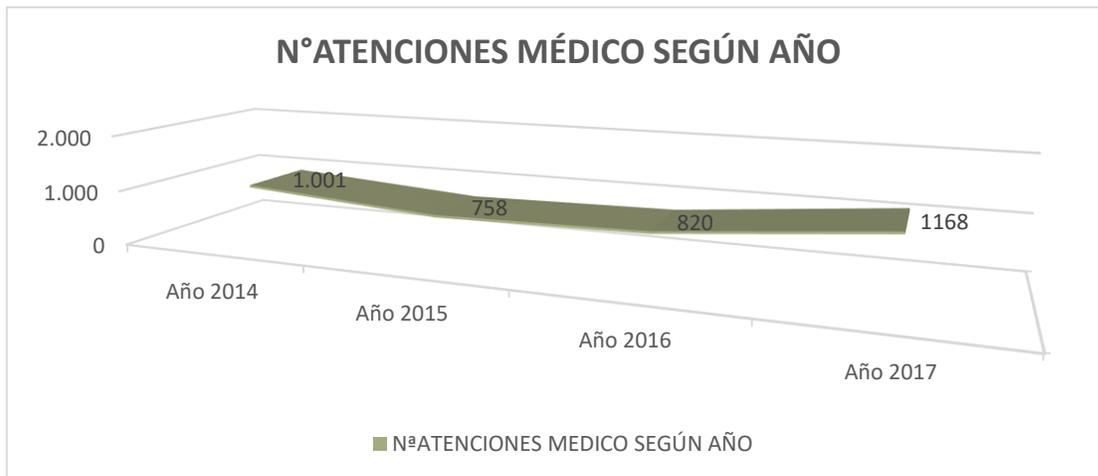
La Unidad Municipal móvil de Atención Domiciliaria; UMMAD; se formó e inició sus funciones a partir de Septiembre del año 2009, con el fin de dar respuesta a las necesidades de la creciente población de adultos mayores y sus patología crónicas, tomando en cuenta la mayor sobrevida de estos pacientes a pesar de la enfermedad y la evidencia que demuestra ventajas respecto a la atención domiciliaria Atención Domiciliaria.

OBJETIVO GENERAL

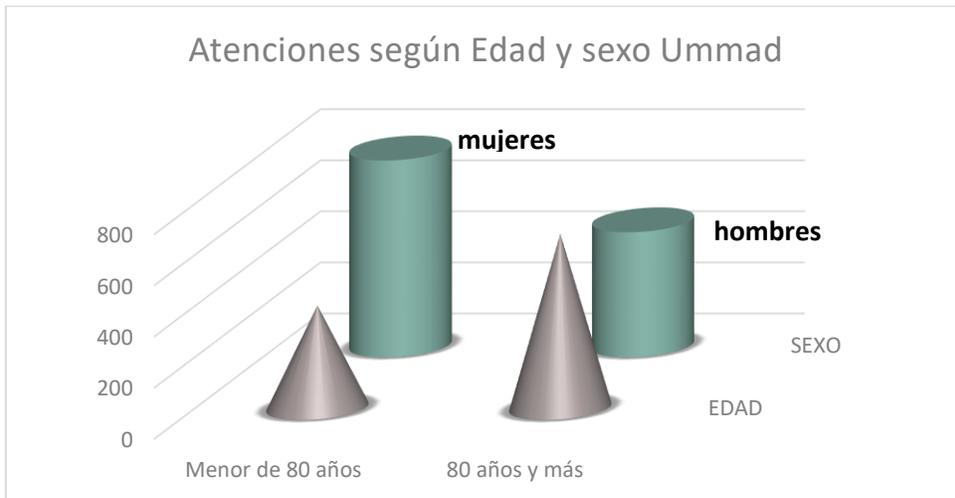
- Brindar atención médica en el domicilio a aquellos pacientes que, siendo atendidos en forma programada por los equipos de salud de los diferentes CESFAM de la Comuna, **presenten una re-agudización o descompensación de su patología u otra situación vivida como una urgencia médica.**
- Brindar una atención médica oportuna, profesional y humana a nuestros beneficiarios, contribuyendo a mejorar su calidad de vida y la satisfacción de los usuarios.

PROGRAMA POBLACIÓN OBJETIVO

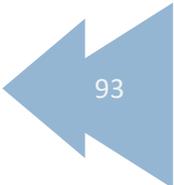
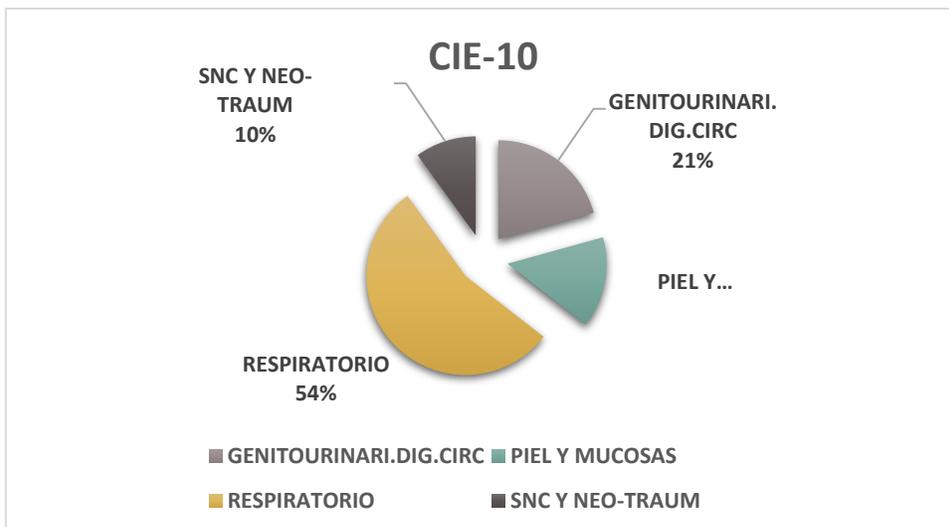
- Pacientes del Programa de Postrados de cualquier grado.
- Pacientes del Programa de Cuidados Paliativos por patología oncológica o Pacientes Terminales de otro origen.
- Pacientes en Oxigenoterapia Domiciliaria
- Pacientes de Alta Hospitalaria Precoz.



El 66% de los usuarios atendidos son mujeres y el 60% tiene más de 80 años, característica ya analizada de la comuna de OSORNO, en la que da cuenta de feminización del grupo etario de 80 y más



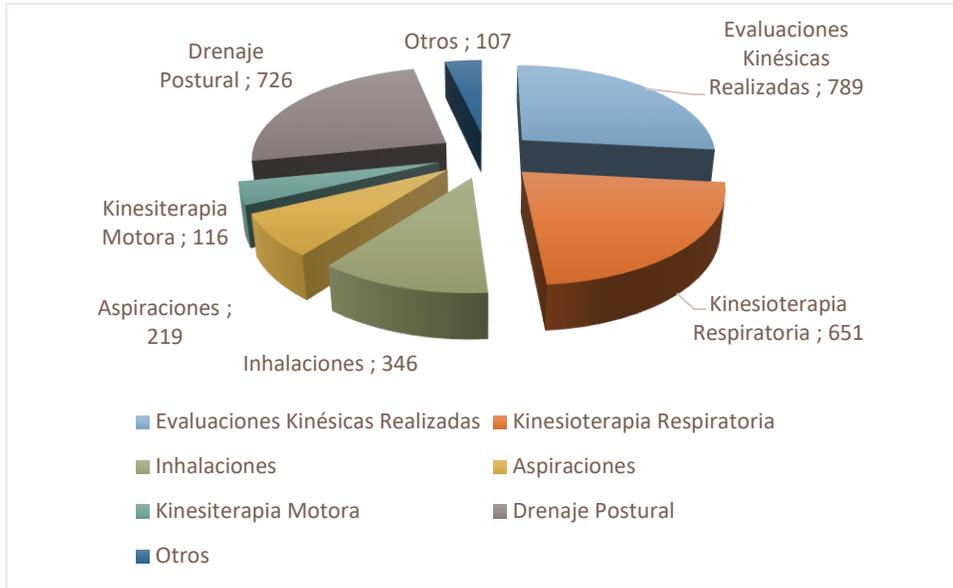
El gran grupo de consulta médica, 54%, es causa respiratoria, como se describe en siguiente gráfico



Elaboración propia,rem

Por las características de la demanda se incluye profesional kinesiólogo con el fin de mejorar la calidad de atenciones y asegurar la continuidad del tratamiento

Atenciones Kinesiólogo por tipo actividad 2017



Atenciones de Técnicos Paramédicos por tipo de actividad – año 2017



➤ ATENCIÓN DOMICILIARIA DE ENFERMERIA MUNICIPAL DE OSORNO (ADEMO)

El Departamento de Salud municipal de Osorno en su preocupación por disminuir las inequidades en Salud, y de acuerdo a las necesidades planteadas por los Usuarios en diversas reuniones con las Autoridades como Sr. Alcalde y Administradora Municipal, y de acuerdo a la situación de salud y vulnerabilidad de los adultos mayores ,incluyendo los A.M Institucionalizados, junto con la necesidad de poner énfasis en la atención de niños y adolescentes que son albergados en los diferentes Hogares de menores de la comuna de Osorno, se crea a contar del presente año la Unidad de atención domiciliaria de Enfermería Municipal de Osorno con la finalidad de mantener continuidad de la atención a las personas en forma oportuna, eficaz, continua , integral y de calidad



OBJETIVO GENERAL

- Mantener la continuidad del cuidado proporcionado una atención integral al usuario en su domicilio y en residencias institucionales en la comuna de Osorno.
- A la Fecha equipo ADEMO ha realizado 2412 atención de Enfermería.
- De este total, 1608(66%) fueron realizadas para CESFAM Lopetegui.
- Desde abril 2017 a la fecha se han realizado 608 atenciones en hogar SENAMA y SENAME.



➤ UNIDAD DE ABASTECIMIENTO

“La Unidad de Abastecimiento, dependiente del Departamento de Salud de la I. Municipalidad de Osorno, es la encargada de cumplir con todos los procedimientos relativos a la contratación de bienes o servicios para el desarrollo de las funciones de la organización, conforme con la normativa, Ley 19.886 de Bases sobre Contrato Administrativos de Suministro y Prestación de Servicios y su Reglamento.

Su misión es garantizar el suministro de bienes y servicios, solicitados de manera oportuna y específica por los distintos Establecimientos de Salud, asegurando la transparencia, la oportunidad en la entrega, la calidad de los bienes adquiridos y velando por una eficiente administración de los recursos disponibles.

Los procedimientos de compra que realiza la Unidad de Abastecimiento corresponden a los siguientes:

- 1) Convenio Marco
- 2) Licitación Pública
- 3) Licitación Privada
- 4) Trato Directo
- 5) Compras menores a 3 UTM”

Esta Unidad cuenta con dos Bodegas que corresponden a medicamentos, insumos clínicos e insumos dentales más la bodega de servicios generales, que contempla la entrega de insumos de oficina y aseo, instrumental, equipamiento y equipos entre otros. Además de la compra de servicios médicos que realiza esta Unidad.

Actualmente, esta Unidad está compuesta por 16 funcionarios entre ellos 8 profesionales que corresponden a 1 Encargada de la Unidad, responsable de liderar, coordinar y velar por el correcto funcionamiento de la Unidad.

3 Profesionales de la Administración cuya responsabilidad es realizar los procesos de licitaciones de equipamiento, mobiliario, insumos y servicios generales, más los actos administrativos que esto conlleva, además de coordinar las mantenciones de vehículos y llevar el registro de inventario de los establecimientos de la red de salud comunal.

- 4 Químicos Farmacéuticos responsables del abastecimiento de medicamentos e insumos para la red, entre otras funciones.
- 1 TENS que apoya la gestión de los químicos farmacéuticos.
- 2 administrativos que realizan compras rutinarias, más el ordenamiento de la documentación administrativa que se requiere para efectuar los pagos a proveedores.
- 3 auxiliares de servicio que cumplen funciones de control existencias en bodega, aseo y orden de la misma
- 1 auxiliar de servicio que cumple funciones de chofer para la distribución de productos, insumos y equipamiento.

➤ **UNIDAD DE FARMACIA DEPTO. SALUD**

La Unidad de Farmacia del Departamento de Salud Municipal de Osorno, tiene como misión central la promoción del uso racional de medicamentos, garantizando no sólo el acceso y la calidad de los mismos, sino que también su correcto uso en los Establecimiento de Atención Primaria de la Comuna.

En la actualidad, todos los Centros de Salud cuentan con Químicos Farmacéuticos, los cuales están centrados en el cumplimiento de una serie de actividades, como: gestión de medicamentos, atención a usuarios, dispensación informada, buenas prácticas de prescripción y seguimiento Farmacoterapéutico.



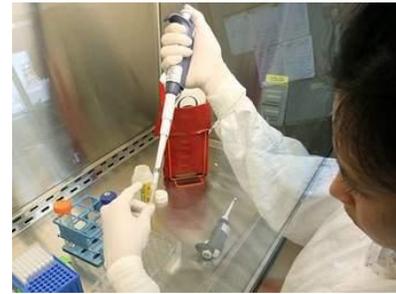
El abastecimiento de la Unidad de Farmacia incluye medicamentos, dispositivos médicos, insumos odontológicos y reactivos de laboratorio. Estos son adquiridos en conformidad con la legislación vigente, para garantizar la adecuada gestión de los productos farmacéuticos y dispositivos médicos de forma racional, con una mirada comunal, permitiendo reaccionar de manera más eficiente a variaciones en la demanda u otros fenómenos epidemiológicos de relevancia.

Actualmente, está en proceso de construcción la Droguería del Departamento de Salud, con lo cual se da cumplimiento a la normativa vigente y las políticas de acreditación de calidad de los Establecimientos de Salud Municipal de la Comuna de Osorno.



➤ **LABORATORIO CLINICO**

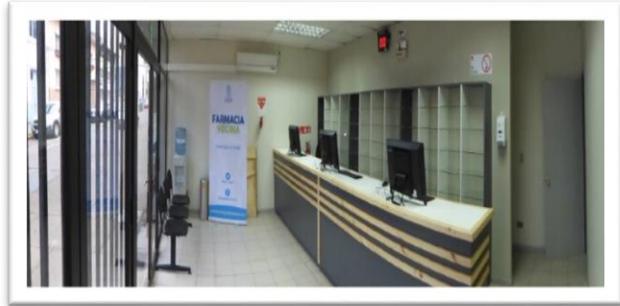
El objetivo del Laboratorio es contribuir al diagnóstico de Enfermedades, así como al tratamiento, control de pacientes, control epidemiológico y de salud pública, por medio de análisis que se ajusten a estándares de calidad, utilizando para ello conocimientos, métodos, procedimientos e instrumentación actualizados. La demanda, el GES, el envejecimiento de la población



| EXÁMENES DE DIAGNOSTICO | | | |
|------------------------------------|---|-----------------|-----------------------|
| | EXÁMENES | 222w | |
| | | año 2016 | 2017(enero-sep |
| TOTAL, EXÁMENES LABORATORIO | | 680913 | 574161 |
| | HEMATOLÓGICOS | 63045 | 50454 |
| | BIOQUÍMICOS | 501514 | 423361 |
| | HORMONALES | 20791 | 21291 |
| | GENÉTICA | | |
| | INMUNOLÓGICOS | 8856 | 7276 |
| | MICROBIOLÓGICOS | 23646 | 20673 |
| | EX. DE DEPOSICIONES EXUDADOS. SECREC. Y OTROS LIQ. | 736 | 709 |
| | ORINA | 62325 | 50397 |

➤ **FARMACIA VECINA**

Este establecimiento de salud que cumplió su primer año de funcionamiento el día 20 de Junio tiene por objetivo ampliar el acceso a medicamentos esenciales y otros bienes para el cuidado de la salud de las personas residentes de la comuna de Osorno, independientemente del sistema de previsión de salud que posea, facilitando la adquisición de medicamentos, formulas nutricionales y pañales a bajo costo, mediante la intermediación de la Ilustre Municipalidad, funciona en horario de lunes a jueves de 09:00 a 18:00hrs. y el día Viernes de 09:00 a 17:00hrs



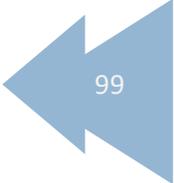
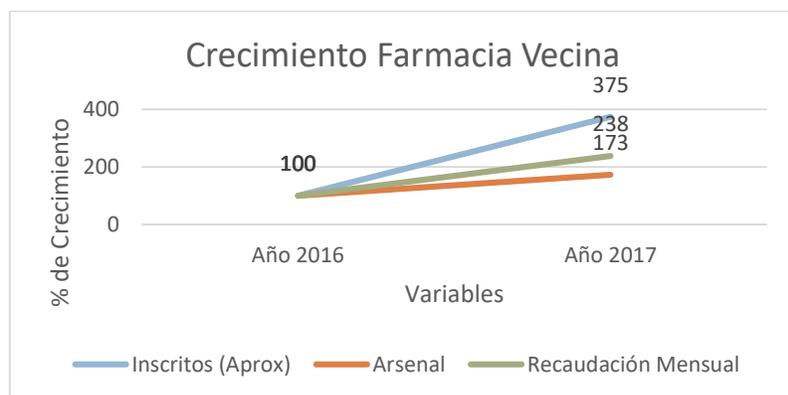
Durante el año 2017 dada la gran aceptación y a la creciente demanda de medicamentos por parte de la comunidad se incrementó la dotación de personal, la que en sus inicios contaba con un profesional Químico Farmacéutico, 1 Técnico nivel superior en farmacia, 1 administrativo y un auxiliar de servicio. Se realizó la contratación de un nuevo Químico Farmacéutico para apoyar en la gestión de adquisición y compra de medicamentos y de un TENS de Farmacia para apoyar en la atención de público general.



Desde su apertura hasta el día 27 de octubre del 2016, se han recaudado \$71.776.000 por concepto de venta de productos, en la actualidad la Farmacia recauda mensualmente sobre los \$50.000.000. Las recaudaciones son reinvertidas al centro de costos de

la Farmacia Vecina.

La Farmacia cuenta con sobre 750 productos, entre medicamentos, formulas alimenticias y pañales para adulto.



PROGRAMAS DEPARTAMENTO DE SALUD

➤ PROMOCIÓN DE LA SALUD

La promoción de la salud se describe como un proceso, cuyo objeto consiste en fortalecer las habilidades y capacidades de las personas para emprender una acción, y la capacidad de los grupos o las comunidades para actuar colectivamente con el fin de ejercer control sobre los determinantes de la salud.



Desde esta mirada, los desafíos estratégicos de la promoción de salud se asocian a la creación e impulso de políticas públicas saludables, intersectoriales, cuya finalidad sea crear entornos de apoyo que permitan a las personas y comunidades desarrollar una vida saludable. Desde esta perspectiva, los gobernantes y quienes tienen poder político deben realizar acciones dirigidas a solucionar los problemas vinculados a la salud de la población, bienestar y calidad de vida.

Para trabajar en esta dirección se proponen estrategias generales y específicas, que combinan responsabilidades de los diferentes sectores y niveles de gestión de la política pública, distinguiéndose tres ejes:

a) Construcción de políticas públicas locales, basadas en la evidencia y con pertinencia territorial, tales como: decretos alcaldicios, ordenanzas municipales, proyectos de ley que sustenten la construcción de entornos saludables donde las personas viven, trabajan y estudian.

b) Intervenciones multinivel en los distintos componentes de salud pública, basadas en la evidencia y con pertinencia territorial, en áreas como salud mental, salud ambiental, salud sexual y reproductiva, alimentación y nutrición, actividad física, salud intercultural, entre otros

c) Gestión Pública Participativa, mediante la vinculación de los dirigentes y comunidad en el diseño e implementación de las estrategias, con capacitación de dirigentes sociales para el ejercicio de la ciudadanía en salud pública y la implementación de mecanismos de participación ciudadana, que incorpore a nivel vinculante y consultivo la opinión de la ciudadanía en todas las etapas del diseño de las políticas públicas (diseño, implementación y evaluación).



La implementación del Plan estratégico para construir Municipios, Comunas y Comunidades Saludables, requiere de procesos y protocolos sistemáticos validados y debidamente financiados, junto con la inclusión de intervenciones multinivel basadas en la evidencia con enfoque territorial.

El Programa Promoción de la Salud y su Comité Intersectorial Vida Chile se conforman en Osorno en el año 1998, y desde entonces han trabajado en forma conjunta. La función del Programa Promoción de la Salud en las comunas está contenida en la Estrategia Nacional del Ministerio de Salud 2011-2020, en su Objetivo Estratégico N° 3 “Desarrollar hábitos y estilos de vida saludables, que favorezcan la reducción de los factores de riesgo asociados a la carga de enfermedad de la población”, específicamente en lo que respecta a los objetivos de impacto de aumentar las personas con Factores protectores, disminuir la prevalencia de obesidad infantil y aumentar la prevalencia de práctica de actividad física en adolescentes y jóvenes.

El plan trienal de promoción es el producto de un trabajo coordinado entre los diferentes integrantes del equipo intersectorial; formado por encargados de promoción de los establecimientos de salud, representantes del Comité Vida Chile, representantes de la comunidad organizada y del intersector (representantes de establecimientos de enseñanza básica, jardines infantiles y salas cuna, entre otros); tanto en el diagnóstico, priorización del problemas y diseño de estrategias y actividades a realizar en el período 2016-2018..

El año 2016 en un proceso participativo, metodológico y técnico, la comunidad organizada acuerda priorizar como problema a intervenir en los años 2016-2018: “la alta prevalencia de malnutrición por exceso en niños y niñas de hasta 9 años en establecimientos educacionales básicos de la comuna”. Para esto se planifican y ejecutan un marco lógico, que además contiene estrategias a desarrollar el 2018:

MATRIZ MARCO LÓGICO:
PLAN DE GESTIÓN TRIENAL PROMOCIÓN DE LA SALUD EN EL NIVEL LOCAL

| PROBLEMA: Alta prevalencia de malnutrición por exceso en niños y niñas hasta 9 años en Establecimientos Educativos de la comuna de Osorno | | | |
|---|---|---|----------------------------------|
| OBJETIVO (A 2018): Disminución de la prevalencia de malnutrición por exceso en niños y niñas hasta 9 años en Establecimientos Educativos con estrategias de promoción de la salud en la comuna de Osorno. | | | |
| METAS | INDICADORES | ACTIVIDADES | RESPONSABLES |
| META 1 (2018): Aumento de la práctica de actividad física deportiva recreativa familiar en sectores vulnerables | N° de actividades física deportiva recreativa en sectores vulnerables a Dic. 2018/ N° total de actividades deportivas recreativas en sectores vulnerables programadas a Dic. 2018 x100 | Talleres vecinales de actividad física (con perspectiva de género) Eventos deportivos recreativos familiares (no competitivo) con participación activa del intersector. Difusión de la Actividad Física como factor protector | COMITÉ INTERSECTORIAL VIDA CHILE |
| META 2 (2018): Fortalecer hábitos alimentarios saludables en las familias | 1) 100% de los establecimientos preescolares intervenidos acceden a capacitación sobre alimentación saludable e implementan huertos urbanos verticales 2) 25% de los niñas/niños intervenidos modifican favorablemente uno de los 3 factores trabajados: consumo de agua dentro del establecimiento, porciones, consumo de alimentos sin sellos | Capacitaciones teóricas práctica a Padres y Apoderados, niños/as y educadoras de Jardines Infantiles sobre cultivo de huertos sustentables en espacios reducidos. Huertos urbanos verticales en todos los establecimientos intervenidos. | COMITÉ INTERSECTORIAL VIDA CHILE |
| META 3 (2018): Disminuir la ingesta de alimentos altos en nutrientes críticos al interior de los establecimientos educacionales | 1) 50% de Establecimientos Educativos de Enseñanza Básica intervenidos presentan acciones de regulación en colaciones y celebraciones escolares saludables y/o actividad física incorporadas en sus planificaciones educativas o PADEM a Dic. 2018 2) 50% de los niños y niñas hasta 9 años pertenecientes a los establecimientos intervenidos identifican el significado de los sellos negros en los alimentos y los definen como no saludables a dic. 2018 3) 25% de los niños y niñas hasta 9 años pertenecientes a los establecimientos intervenidos, cambia colaciones escolares no saludables (con sellos) por colaciones escolares saludables al 2018 4) 100% de Establecimientos Educativos de Enseñanza Básica intervenidos presentan evaluación de kioscos escolares al 2018 | Diálogos sobre Ley 20.606, alimentación saludable y/o actividad física. Protocolizar en Establecimientos Educativos Básicos Minutas de colaciones saludables y celebraciones escolares saludables a través de estrategias educativas con Profesores y Centro General de Padres y Apoderados. Formalización en el PADEM 2018 sobre colaciones y celebraciones escolares saludables | COMITÉ INTERSECTORIAL VIDA CHILE |
| META 4 (2018): Programa de Fomento de la Lactancia Materna Exclusiva hasta los 6 meses del niño o niña. | 1) 30% de los establecimientos de APS en la comuna cuentan con espacio de lactancia 2) 50% de las salas cunas PEC de la comuna con estrategias de educación y difusión sobre la importancia de la lactancia materna en nivel sala cuna menor. | Concurso de apoyo a la lactancia materna. Talleres para gestantes y madres en periodo de lactancia. Habilitar en establecimiento de salud un espacio destinado a lactancia. Plan de intervención sobre fortalecimiento de la lactancia materna en nivel medio menor de las salas cunas PEC- JUNJI. | COMITÉ INTERSECTORIAL VIDA CHILE |

➤ **PROGRAMA VIDA SANA**

El Programa Vida Sana, es un programa preventivo que busca contribuir a reducir la incidencia de factores de riesgo de desarrollar enfermedades como diabetes mellitus e hipertensión arterial a través de la intervención en los hábitos de alimentación y en la condición física dirigida a niños, niñas, adolescentes y adultos.

El programa se desarrolla en la comuna de Osorno desde al año 2012, entregando prestaciones de médico, psicóloga, nutricionista, talleres educativos grupales y sesiones de actividad física, por un periodo entre 6 a 12 meses.

En este ciclo 2017, la comuna de Osorno cuenta con 500 cupos designados, los cuales se distribuyen en los siguientes grupos etareos:

| GRUPO ETAREO | DISTRIBUCIÓN DE CUPOS | |
|---------------------|-----------------------|------------|
| | CUPOS | PORCENTAJE |
| 2 a 5 años | 125 | 25% |
| 6 a 19 años | 150 | 30% |
| 20 a 64 años | 225 | 45 % |

De los cuales se han ingresado al sistema APP del MINSAL 445 usuarios, equivalente a un 89%.

Los establecimientos beneficiados con las prestaciones del programa son los siguientes:

- Jardines infantiles: Semillas de amor, Che Mongen, Intercultural, Aladino y Estrellita.
- Colegio The Mission College y Escuela Carlos Condell.
- CESFAM: V Centenario, Pedro Jauregui, Rahue Alto, Pampa Alegre y Marcelo Lopetegui

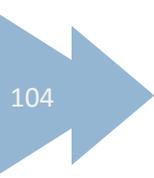
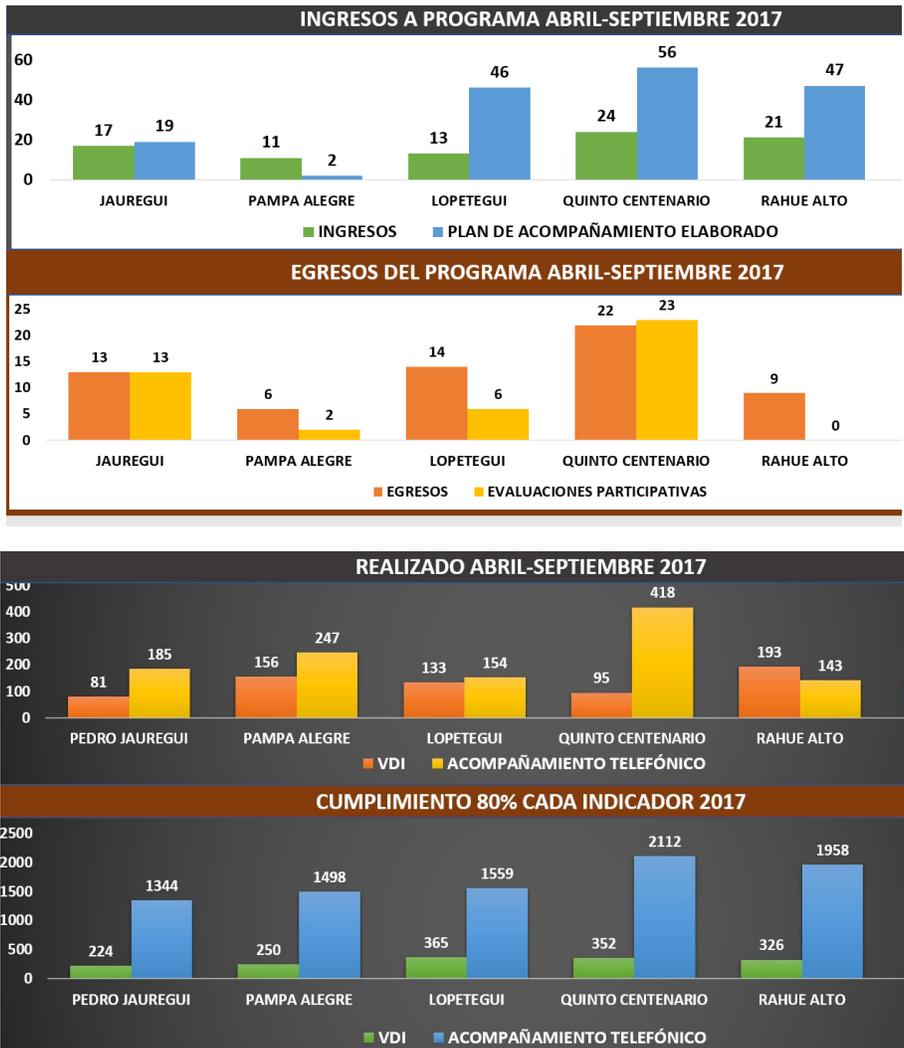
El programa busca que nuestros usuarios con sobrepeso y obesidad propensos a enfermedades crónicas, puedan obtener herramientas mediante las distintas atenciones, que les permitan mantener en el tiempo los hábitos saludables adquiridos y continuar incorporando la práctica de actividad física dentro de sus actividades cotidianas.

Es por esto que las prestaciones son cercanas o en los mismos centros de salud y establecimientos educacionales, manteniendo durante todo el año la posibilidad de ingreso al programa y fluida comunicación con los usuarios utilizando las diferentes redes sociales.

➤ PROGRAMA ACOMPAÑAMIENTO

Desde Junio del año 2016 en nuestra COMUNA comenzó la ejecución del Programa Piloto de acompañamiento a niños, niñas, adolescentes y jóvenes de familias en alto riesgo psicosocial en la atención primaria de salud; Programa que va en directo beneficio de Familias con personas de entre 0 a 24 años que presenten indicadores de vulnerabilidad social y que se encuentren inscritas en el CESFAM.

De esta manera, el programa, tiene como propósito “Mejorar el nivel de salud mental de niños, niñas, adolescentes y jóvenes de familias con alto riesgo psicosocial, asegurando el acceso, oportunidad y calidad de la atención de Salud Mental”, facilitando de esta manera la vinculación del niño, niña, adolescente o joven a diversas prestaciones otorgadas por el Centro de salud familiar, como asimismo a otros programas de la comuna, promocionando de esta manera su calidad de vida personal, familiar y comunitaria.



➤ CHILE CRECE CONTIGO

Es un Sistema de Protección Integral a la Infancia que tiene como misión acompañar, proteger y apoyar integralmente, a todos los niños, niñas y sus familias, a través de acciones y servicios de carácter universal y de apoyos focalizados especiales a aquellos que presentan alguna vulnerabilidad mayor.



Lo anterior se logra a través del seguimiento personalizado a la trayectoria del desarrollo de los niños y niñas, desde el primer control de gestación hasta su ingreso al sistema escolar en el primer nivel de transición o pre kínder. A partir del año 2016 se inicia una ampliación progresiva del Sistema Chile Crece Contigo que contempla los niños/as hasta 4° básico (8 o 9 años de edad). La extensión en la cobertura de ChCC considera el acceso a tratamiento temprano de los problemas de salud mental de baja a moderada severidad en niños y niñas entre los 5 a 9 años y sus familias.

Además, a partir de este año 2017 todos quienes asisten a establecimientos educacionales municipales y que cursan pre kínder se realizó la entrega de un juego especialmente diseñado para ellos, denominado “Rincón de Juegos” del Programa de Apoyo al Aprendizaje Integral, que permite que niños y niñas disponga en su hogar de un material para jugar, crear, explorar y favorecer con ello su desarrollo. En la comuna de Osorno se entregaron 500 “Rincones de Juegos”.

La Atención Primaria de Salud Municipal es la puerta de entrada al sistema de protección la cual busca incorporar a la familia y hacerla partícipe de este proceso, con el fin de mejorar, fortalecer y modificar todos los factores de riesgo que pudieran afectar en forma negativa las áreas del desarrollo en la Primera Infancia.

Nuestra comuna cuenta con dos Establecimientos de Estimulación Temprana, el Centro de Estimulación Temprana de Ovejería y la Sala de Estimulación CESFAM Quinto Centenario, los cuales están orientados a fomentar el desarrollo de factores protectores, habilidades parentales y estimulación, de acuerdo a la etapa del desarrollo en que se encuentran los niños y niñas con el fin de revertir la situación de déficit en el desarrollo psicomotor y facilitar su recuperación.

Chile Crece Contigo también consiste en la articulación intersectorial de iniciativas, prestaciones y programas orientados a la infancia, existiendo una “Red Comunal Chile Crece Contigo” integrada por diferentes instituciones las que ponen a disposición de los niños y niñas y sus familias toda la oferta de servicios de que disponen.



Para el financiamiento de Chile Crece Contigo se cuenta con recursos del Fondo de Intervenciones de Apoyo al Desarrollo Infantil (FIADI) y el programa Fortalecimiento Municipal del Ministerio de Desarrollo Social y Fondos del Departamento de Salud Municipal.

➤ PROGRAMAS DE REFORZAMIENTO ODONTOLÓGICOS

Los Programas de Reforzamiento Odontológicos tienen como objetivo mejorar el acceso, oportunidad, calidad y satisfacción usuaria a través de la atención odontológica integral a población de mayor vulnerabilidad en la Atención Primaria de Salud.

Entre los Programas y Estrategias realizadas en el año 2017, destacan:

▪ Programa Odontológico Integral:

-Estrategia Más Sonrisas para Chile:

Destinada a la Atención Odontológica Integral de mujeres de Escasos Recursos, que busca promover la superación de uno de los principales problemas de salud que dificultan la inserción y permanencia de las mujeres en el mercado laboral, favoreciendo su autoestima y recuperando integralmente su salud bucal.

Se priorizan beneficiarias de SERNAM, PRODEMU, Personal de Educación Parvularia (JUNJI, INTEGRA y MINEDUC), MINVU y Demanda Local; que sean debidamente derivadas por sus instituciones, beneficiarias del sistema público de Salud (FONASA y/o PRAIS) y mayores de 15 años.



▪ Programa Mejoramiento del Acceso a la Atención Odontológica:

-Atención Odontológica Integral a Estudiantes de Cuarto Año de Educación Media:

Se entiende como las actividades tendientes al alta odontológica integral en estudiantes de Cuarto Año de Educación Media, realizadas en los Centros de Salud Familiar o en la "Unidad dental Móvil", la cual se implementó con el fin de mejorar el acceso a la atención Odontológica.

-Clínicas dentales 1 y 2:

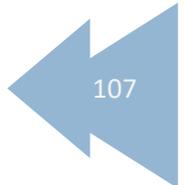
Se cuenta con dos Clínicas Dentales Odontológicas equipadas para brindar atención odontológica integral, destinada a aumentar cobertura y mejorar acceso de atención dental a la población



| TOTAL CONSULTAS DE ATENCIÓN PRIMARIA CLINICAS DENTALES 1 Y 2 | Total |
|---|--------------|
| Consulta Tratamiento Odontológico | 1632 |
| Consulta de Morbilidad Odontológica | 342 |
| Control post Alta | |
| Consulta de Urgencia (GES) | 2 |
| Total personas atendidas | 1976 |

| TOTAL ACTIVIDADES ODONTOLOGIA GENERAL | Total |
|---|--------------|
| Actividades de Promoción | 1700 |
| Actividades Preventivas | 4597 |
| Actividades Recuperativas (tratamiento y diagnóstico) | 2666 |
| TOTAL ACTIVIDADES | 8963 |

| INGRESOS Y EGRESOS A TRATAMIENTOS EN ESTABLECIMIENTOS APS | Total |
|--|--------------|
| Ingresos a tratamiento Odontología General | 1132 |
| Altas Odontológicas Totales | 897 |
| TOTAL ACTIVIDADES | 2029 |



| AÑO | TOTAL PACIENTES CLINICA |
|-------------|--------------------------------|
| 2015 | 1.302 |
| 2016 | 1.333 |
| 2017 | 1.976 |

▪ **Programa GES Odontológico:**

El objetivo de este Programa es asegurar el cumplimiento de las GES Odontológicas en niñas y niños de 6 años, Embarazadas, Población con Urgencias Odontológicas y en los adultos de 60 años.

- Altas Odontológicas Integrales en Adultos GES de 60 años: Su objetivo es mejorar la accesibilidad, oportunidad, calidad y satisfacción usuaria a los beneficiarios legales del Sistema Público de Salud de 60 años.

▪ **Programa Sembrando Sonrisas:**

“Sembrando Sonrisas” es una estrategia que busca mantener y/o mejorar la salud bucal de la población parvularia de 2 a 5 años pertenecientes a establecimientos educacionales que reciben aporte del Estado, a través de la entrega de herramientas para el autocuidado y la aplicación de medidas de prevención.



➤ **UNIDAD DE ATENCIÓN PRIMARIA OFTALMOLÓGICA.**

La unidad de atención primaria oftalmológica UAPO, fue creada con el objetivo de disminuir las listas de espera, mejorar la accesibilidad, oportunidad y Resolutividad en esta área, entregando una atención de calidad para cubrir las necesidades de atención visual de la población. En la actualidad mayoritariamente resuelve patologías como:

- Vicio refracción.
- Glaucoma.
- Derrame ocular.

Además, realizando diferentes procedimientos oftalmológicos como:

- Examen de fondos de ojos.
- Retinografía.
- Curva de tensión
- Campimetría
- Lensometría.
- Entre otras prestaciones.



Además, otorga lentes a los beneficiarios que presentan patología de vicio refracción que cumple los criterios del programa.

La UAPO en nuestra comuna, se encuentra ubicada en Calle 18 de septiembre, atendiendo a los usuarios inscritos en los distintos establecimientos de salud, beneficiarios FONASA, de 15 a 64 años pesquisados con alguna patología oftalmológica o sospecha de ella, que esté incluida en la cartera de servicio de esta unidad. El equipo de profesionales está compuesto por Tecnólogos Médicos, Técnicos en Enfermería y Médico Oftalmólogo.

| OFTALMOLOGÍA | 2016 | 2017 |
|--|--------------|--------------|
| cuantificación de lagrimación (test de schirmer), uno o | 42 | 27 |
| curva de tensión aplanática (por cada día), c/ojo | 588 | 492 |
| diplosopia cuantitativa, ambos ojos | 0 | 0 |
| exploración sensoriomotora: estrabismo, estudio completo , | 1498 | 1512 |
| retinografía, ambos ojos | 3221 | 1997 |
| tonometría ocular, cualquier técnica, c/ojo | 10685 | 8039 |
| tratamiento ortoptico y/ o pleoptico (por sesión) , | 101 | 89 |
| Exploración vitreoretinal, ambos ojos | 577 | 273 |
| Cuerpo extraño conjuntival y/o corneal en adultos | 0 | 0 |
| Campimetría computarizada, c/ojo (excluye UAPO) | 0 | 0 |
| Campimetría computarizada, c/ojo (en UAPO) | 610 | 448 |
| TOTAL | 17322 | 12877 |

DIAGNOSTICO LOCAL Y PLAN PARTICIPATIVO CON PERTINENCIA INTERCULTURAL AÑO 2018

Los “Encuentros Locales de Salud Urbano y Rural”, son una manera participativa de recoger las necesidades salud de la comunidad y mostrar la cartera de servicios que ofrece la Atención Primaria de Osorno. En este se busca conocer, por medio de la opinión de los usuarios, las fortalezas y debilidades que presenta el sistema, pero así también los principales problemas comunitarios existentes; con la finalidad de elaborar un plan anual de trabajo conjunto en el cual participan activamente los Centros de Salud y los Consejos de Desarrollo Local, representado por diversas instituciones

Como una manera de reflejar el trabajo que se realiza con las distintas comunidades de Osorno, se presentan a continuación los Diagnósticos Participativos y la Planificación Comunitaria participativa con Pertinencia Intercultural, trienal 2016-2018.



▪ **CESFAM QUINTO CENTENARIO**

| Problema | Objetivo | Actividad | Responsables |
|---|---|---|--|
| Pautas de crianzas inadecuadas en las familias del sector con hijos en edad escolar y preescolar | Fortalecer el ejercicio de los roles parentales a través del conocimiento de estilos de crianza adecuados. | Realización de Talleres : “Nadie es perfecto” en Jardín Infantil Pequeños Pasos, Villa Atlántico”. En Cefsam Talleres “Estilos positivos de crianza “dirigido a padres de niños de tres años. | - Encargadas de salud Jardines infantiles - Equipo de salud - Consejo de Desarrollo Cefsam |
| Consumo de alcohol y drogas en adolescentes | Implementar acciones promover la disminución del consumo de drogas y alcohol favoreciendo su calidad de vida | Aplicación de encuesta para detectar consumo de alcohol y otras drogas en : -Control Joven Sano -Control Adolescente Talleres de psicoeducativos de prevención a estudiantes de 7º básico Colegio Geene Barber y 7º y 8º básicos Colegio El Labrador Stand Preventivo Adolescente. | - COMSE - Equipo Salud Mental del CESFAM |
| Deficiente higiene a nivel familiar y comunitario | Promover en las familias hábitos de higiene a través de la entrega de información de los problemas y consecuencias asociados a los malos hábitos | Capacitación en prevención y detección precoz de pediculosis y escabiosis (sarna) dirigido a encargados de salud en Jardines Infantiles Campaña de detección y tratamiento de pediculosis en Establecimientos Educativos. | - COMSE - Equipo de Salud |
| Obesidad en la población escolar y comunidad | Promover estilos de vida saludables asociados a disminuir la obesidad escolar y mejorar hábitos alimentarios en la comunidad. Instruir en la optimización recursos económicos destinados para la alimentación del hogar. | Realización de Talleres de alimentación saludable, en Esc. Sociedad Socorro y Grupos de Auto Ayuda. Ferias : Feria de la Mujer y Feria Alimentación Saludable en CESFAM. Celebración We Tripantu, con muestra gastronómica mapuche . Concurso “Master Chef Saludable” | - Equipo de Salud - COMSE - Consejo de Desarrollo - Taller Intercultural Jardín Silvestre |

▪ **CECOSF MANUEL RODRIGUEZ**

| PROBLEMA | OBJETIVO | ACTIVIDAD | RESPONSABLES |
|---|--|--|--|
| Escaso apoyo en la salud física y psicológica del y la Adulto Mayor de nuestra comunidad. | <p>1. Contribuir en la disminución de los factores de riesgos que afectan la Salud Mental y física del y la Adulto Mayor de nuestra Comunidad.</p> <p>2. Potenciar redes locales para mantener Adultos Mayores autovalentes.</p> | <p>Capacitación a Integrantes del Comité Local de Salud y Cuidadores de adultos mayores, por medio del Centro Kumelen, en la formación de Monitores en “Como Cuido al Adulto Mayor”.</p> <p>Fomentar acciones de actividad física y mental en las Organizaciones de Adultos Mayores con profesionales de la Salud de nuestra comunidad.</p> <p>Continuar desarrollando actividades en torno a las Hierbas Medicinales, cultivos orgánicos, huertos verticales, consumo sustentable y aprovechamiento de espacio.</p> <p>Capacitación a Integrantes de Comité Local en temáticas relacionadas con la Adulter Mayor. (reuniones mensuales)</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Grupos de Adultos Mayores de nuestra comunidad. - Equipo de Salud - Cuidadores de Adultos Mayores - Servicios (SENAMA, Of. Del Adulto Mayor, IND, IPS, Depto. Social) - Damas Voluntarias - Comité Local de Salud |
| Aumento de perros vagos en la Pobl. Manuel Rodríguez. | <p>1. Promover la tenencia responsable de mascotas.</p> <p>2. Disminuir la cantidad de perros abandonados y su multiplicación.</p> <p>3. Potenciar el trabajo en red con ONG y profesionales que faciliten la educación comunitaria.</p> | <p>Educaciones a la comunidad a través de las JJVV y Org. Funcionales.</p> <p>Charlas educativas y actividades practicas en Establecimiento Educativo, sobre tenencia responsable de mascotas.</p> <p>Aumento de operativos de esterilización y castración.</p> | <p>JJVV</p> <p>Org. Funcionales</p> <p>Comunidad educativa</p> <p>ONG</p> <p>Equipo de Salud.</p> <p>Comité Local de Salud</p> |



| | | | |
|---|--|--|--|
| <p>Aumento en negligencias de cuidados de los niños, niñas y adolescentes de nuestra comunidad.</p> | <p>Promover instancias de conversación grupal con padres y apoderados y equipo docente del Establecimiento Educacional y Jardín Infantil, del sector según necesidades presentadas en sus aulas.</p> | <p>Educaciones en Colegio y Jardín infantil de la Comunidad, sobre competencias parentales, procesos vitales, salud mental infanto-adolescente y sexualidad, en padres y apoderados y cuerpo docente.</p> | <p>Padres y apoderados del Colegio San Andrés y Jardín Infantil Comunidad Docente Equipo de Salud Comité Local</p> |
| <p>Aumento en el consumo de alcohol y drogas en niños, niñas y adolescentes.</p> | <p>1. Promover instancias de participación social comunitaria en la disminución del consumo de alcohol y drogas con las familias usuarias del CECOSF Manuel Rodríguez. 2. Promover instancias de educación a los padres y apoderados del Establ. Educacional en base al consumo problemático a temprana de edad según grupo objetivo. 3. Propiciar espacios de conversación con los y las estudiantes del Establ. Educac. en base al consumo problemático y sus consecuencias biopsicosociales</p> | <p>Encuentro Comunitario Familiar en la disminución del consumo, potenciando la actividad física y la alimentación saludable. (Actividad masiva: campeonato de baby fútbol, stand, zumba, entre otros)</p> <p>Educaciones a padres y apoderados en el Establecimiento educacional según necesidad y grupo objetivo.</p> <p>Crear monitores preventivos de Alcohol y drogas en los estudiantes del Establecimiento Educacional.</p> | <p>Equipo de Salud Comité Local Comunidad Educativa</p> |
| <p>Obesidad en niños, niñas y adolescentes pertenecientes a la comunidad</p> | <p>Propiciar instancias educativas y recreacionales en base a la Alimentación Saludable y actividad física en niños, niñas y adolescentes de la Comunidad.</p> | <p>Charlas en Establecimiento Educacional y Jardín Infantil a padres-apoderados, docentes y alumnos</p> <p>Muestras gastronómicas</p> <p>Actividades masivas en actividad física</p> | <p>Comunidad educativa Equipo de Salud</p> |

▪ **CESFAM PAMPA ALEGRE**

| Problema | Objetivo | Actividad | Responsables |
|--|--|--|--|
| Importante número de Jóvenes con consumo de alcohol y otras drogas | Incorporar a la población adolescente a actividades de participación comunitaria | Formación de adolescentes Monitores en Prevención Encuentro Padres e Hijos Creación material de difusión Realización de un Festival musical | Escuelas del Sector CESFAM Consejo de Desarrollo de Salud |
| Significativo número de casos de Violencia Intrafamiliar | Promover una cultura del buen trato al interior de la familia | Oficializar creación de red local de prevención de la violencia intrafamiliar Sensibilizar y difundir información | Carabineros Establecimientos Educativos Consejo de Desarrollo de Salud SERNAM |
| Alto índice de obesidad en niños y niñas hasta 9 años | Disminuir el número de niños y niñas obesos y con sobrepeso en las escuelas y jardines | Creación de huertos comunitarios Concurso de cocina para niños Realización de evento recreativo deportivo. | Programa de Promoción CESFAM Pampa Alegre Escuelas y Jardines del Sector Consejo de Desarrollo de Salud |

▪ **CESFAM OVEJERIA**

| Problema | Objetivo | Actividad | Responsables |
|--|--|---|---|
| Alto Consumo de Alcohol y drogas entre jóvenes y adultos del sector de Ovejería | Fortalecer factores protectores de salud mental que permitan disminuir esta problemática de salud. | Realización de 7ma Corrida Familiar y 12° Bailabletón Ovejería Talleres de prevención de consumo de sustancias nocivas en establecimientos educacionales Talleres de actividad física y deportiva en establecimientos educacionales. | Consejo de Salud Ovejería CESFAM Escuelas del sector SENDA, PDI, Carabineros de Chile. |
| Problemas de medio Ambiente: perros vagos, micro basurales, Contaminación. | Disminuir los problemas medioambientales incentivando a la comunidad de Ovejería a la tenencia responsable de mascotas y hábitos de higiene ambiental. | Campañas de esterilización de mascotas (perros y gatos) Postulación a proyectos concursables. Mantener Campaña Patio Limpio Actividades de cuidado del medio Ambiente a nivel comunitario y escolar | Consejo de Salud Depto. Medio Ambiente IMO. Conaf Escuelas del sector. Juntas de Vecinos |
| Sensación de inseguridad ciudadana: Luminarias de baja intensidad, escasa vigilancia policial y oportunidad de respuesta de Reten Ovejería | Disminuir factores locales que inciden en la sensación de inseguridad ciudadana. | Incentivar las denuncias de hechos delictuales en el sector. Postular a proyectos de seguridad a nivel de juntas de vecinos. Actividades de coordinación con Carabineros de Chile y otras entidades atinentes a seguridad pública. Jornada de sensibilización comunitaria sobre seguridad ciudadana. | Consejo de Salud Unión Comunal JJVV CESFAM Carabineros de Chile |
| Aumento de inmigrantes de Osorno | Generar acciones de respeto y valoración de otras culturas. | Actividades de sensibilización respecto a la Inmigración | Consejo de Salud Ovejería CESFAM |

| | | | |
|--|--|--|---|
| <p>Insuficientes actividades comunitarias con enfoque intercultural Mapuche-Huilliche.</p> | <p>Rescatar, fortalecer y valorar culturas mapuche-huilliche a nivel comunitario.</p> | <p>Actividades Comunitarias con enfoque intercultural -Jornada de sensibilización de cultura ancestral mapuche-huilliche</p> | <p>Escuelas y Jardines Infantiles del sector Consejo de Salud Ovejería CESFAM</p> |
| <p>Alto índice de obesidad infantil en niños y niñas hasta 9 años en establecimientos educacionales de la comuna de Osorno</p> | <p>Disminución de la prevalencia de malnutrición por exceso en niños y niñas hasta 9 años en Establecimientos Educacionales con estrategias de promoción de la salud en la comuna de Osorno.</p> | <p>-Realización de Corridas Familiares a nivel de CESFAM, escuelas y Jardines Infantiles del sector. -Realización de talleres educativos en escuelas y jardines Infantiles del sector. -Realización de tres talleres educativos sobre alimentación saludable con escuela comprometida (Suiza) -Taller de huertos urbanos (Jardín Infantil Papelucho) -Motivar la participación de madres en concurso de Lactancia Materna -Celebración mes del corazón</p> | <p>Consejo de Salud Cesfam Ovejería Escuelas y Jardines del sector</p> |



▪ **CESFAM DR. PEDRO JAUREGUI**

| Problema | Objetivo | Actividad | Responsables |
|--|--|---|---|
| Falta de compromiso y comunicación de la familia en la crianza y supervisión de los hijos. | Aumentar en un 10% la participación de los grupos organizados de la Comunidad y/o establecimientos educacionales en la crianza y formación de los hijos | <p>Talleres: Nadie es perfecto, Taller de apego seguro en jardines infantiles. Taller de paternidad y maternidad activa. Taller de embarazadas y lactancia materna. Taller alimentación, crianza responsabilidad y hábitos.</p> <p>Crear un afiche respecto al uso de la tecnología: con participación de con distintos grupos de padres, en colegios y jardines.</p> <p>Realizar tarde Lúdica, entre adultos mayores y familias con hijos comparta sus experiencias en relación a juegos. Aumentar actividades en familia de esparcimiento, y actividad física</p> | Equipo de Salud, Consejo de Desarrollo, Comse |
| Factores de riesgos: Alto % de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en cercanías de establecimientos educacionales del sector de Rahue Bajo | Trabajar con el 30% de los establecimientos educacionales de Rahue Bajo en la prevención de factores de riesgo referente al consumo de alcohol, tabaco y otras drogas. | <p>Taller preventivo y educativo de: sexualidad, modelos de crianza, competencias parentales y marentales. Taller para docentes, como proceder ante niños con déficit atencional. Feria preventiva con, SENDA, PDI, CARABINEROS. Concurso artístico familiar "Ambiente libre de Humo de tabaco". Talleres con adolescentes en la prevención de consumo de tabaco, prevención de alcohol y drogas. Taller preventivo de violencia de género en estudiantes y con padres y apoderados. Control joven sano Control de salud escolar Acreditación hogares libre de humo de tabaco. Carta de las organizaciones a Sr Alcalde por patentes del alcohol en el sector de Rahue. Propiciar una red articulada con Carabineros del Sector para que los niños se sientan seguros al acceso y salida de los colegios. Promover actividad deportiva y artística como factor protector.</p> | Equipo de salud, consejo desarrollo y COMSE |

| | | | |
|--|---|---|---|
| Alta tasa de embarazo adolescente | Generar estrategias para prevención de Embarazo Adolescente: | Mantener talleres sobre sexualidad responsable que promuevan la participación de los padres junto a sus hijos, o madre e hija. Promover el espacio de atención Amigable para adolescentes. | Equipo de salud y consejo desarrollo , comunidad organizada |
| Alto % de obesidad en los diferentes grupos etarios del sector de Rahue bajo | Realizar en a lo menos 3 establecimientos educaciones talleres sobre alimentación saludable que involucre alumnos, profesores y/o apoderados. | Talleres de alimentación saludable y hábitos de alimentación en diferentes grupos etareos. Crear espacios de participación donde se difunda la importancia de una alimentación saludable Realización de caminata familiar y feria saludable con componentes de interculturalidad. Fomentar el compromiso de los establecimientos por los Kioscos saludables. | Equipo de salud y consejo desarrollo , comunidad organizada |



▪ **CESFAM DR. MARCELO LOPETEGUI**

| Problema | Objetivo | Actividad | Responsables |
|---|--|---|--|
| CONSUMO DE ALCOHOL EN POBLACION ESCOLAR | Contribuir al fomento de Conductas responsables en escolares respecto al Consumo de alcohol. | 1.- Realización de talleres de apoyo psicosocial. 2.- Realización de Feria de Salud del Joven. 3.-Realización de una zumbatón. | - Comité de Desarrollo - Equipo Promoción de Salud Cefam. - Espacio Amigable Cefam |
| ALTA PRESENCIA DE PERROS VAGOS. | Fortalecer en los niños/as las conductas asociadas a la tenencia responsable de mascotas. | Realizar concurso de Pintura Escolar "Yo cuido a mi mascota". | Equipo de Promoción. Comité de Desarrollo |
| POBLACION PRE ESCOLAR CON SOBREPESO Y OBESIDAD. | Fomentar prácticas que incentiven la alimentación saludable como forma de contribuir a una vida sana. Reforzar la práctica de actividad física como factor protector de la salud. | -Muestra de alimentación saludable. -Talleres en alimentación saludable (consecuencias de la obesidad en los niños, colaciones y celebraciones saludables, elaboración de minutas para colaciones y celebraciones saludables). -Desfile Frutal prescolar. -Realización de muestra escolar de actividad física. -Realizar Caminata Familiar y/o zumbatón | - Comité de Desarrollo - Equipo de Salud - COMSE |
| LACTANCIA MATERNA REDUCIDA | Reconocer y Motivar a las madres en su buena práctica relacionada a la Lactancia Materna Exclusiva. | Premiación a madres con mantención de Lactancia Materna Exclusiva por 6 meses. | Comité de Desarrollo. -Directora de CESFAM -Equipo de Promoción -Equipo de Salud. |

▪ **CESFAM RAHUE ALTO**

| Problema | Objetivo | Actividad | Responsables |
|--|---|---|---|
| Insuficiente espacio | Reposición del establecimiento | - Hacer presente necesidad a autoridades. - acompañar en el proceso (control social). - alinearse con directivos –Dpto salud y Cesfam para trabajo colaborativo permanente hasta logro de objetivo. | Directiva Consejo desarrollo Rahue Alto. Director Cesfam. |
| Existencia de problemas de salud mental en la población (consumo OH y otras sustancias, depresión, VIF en diferentes grupos etareos) | 1. Desarrollo de acciones educativas (por grupos etareos) 2. Desarrollo de acciones promocionales masivas. 3. Coordinación con el intersector con miras al trabajo colaborativo.- | Ejecución de talleres en establecimientos educacionales (COMSE). Ejecución de acciones educativas en organizaciones funcionales y territoriales del sector. Pesquisa y derivación desde la comunidad y el equipo. Coordinar acciones con el intersector permanentemente generando alianzas de trabajo. Ejecución campeonato de futbol mixto inter escuelas Copa Marcos Millape. Ejecución caminata-corrída familiar. Ejecución muestra artística con enfoque intercultural. Ejecución festejos navideños. Reuniones entrevistas gestiones varias. | Coordinador comité de salud mental Coordinadora participación CESFAM. Directiva Consejo Desarrollo Local. Coordinadora participación CESFAM. Directiva Consejo Desarrollo Local. Coordinador comité de salud mental Coordinadora participación CESFAM. Directiva Consejo Desarrollo Local. |
| Presencia de adultos mayores carentes de redes de apoyo familia y/o social. | 1. Aumentar cobertura de acciones con grupos de voluntariado. 2. Desarrollo de acciones preventivas de autocuidado en segmento adulto y adulto mayor. | Reuniones entrevistas, sensibilización y otros. Aplicación exámenes preventivos. Ejecución de eventos en comunidad (ferias) | Directivas agrupaciones religiosas. Coordinadora participación CESFAM. Directiva Consejo Desarrollo Local. Encargada programa cardiovascular, Dupla programa adultos mayores más autovalentes. |

| | | | |
|--|--|------------------------|---|
| Insuficiente desarrollo de acciones vinculadas con salud intercultural | Desarrollo de un evento en el marco conceptual de la medicina mapuche huilliche. | Ejecución de actividad | Coordinadora participación CESFAM. Directiva Consejo Desarrollo Local. Encargada de salud intercultural en el Cesfam. |
|--|--|------------------------|---|

▪ **CECOSF MURRINUMO**

| Problema | Objetivo | Actividad | Responsables |
|---|---|--|---|
| Alto consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en el sector | Sensibilizar a la comunidad en general sobre el daño producido por el tabaco, alcohol y/o drogas, trabajando factores protectores de salud mental en el 100% de los establecimientos educacionales del sector y/o algunas organizaciones territoriales - funcionales. | Talleres preventivos del daño producido por el tabaco, alcohol y/o drogas, en establecimientos educacionales | Mesa de Trabajo: JJVV, establecimientos educacionales, organizaciones funcionales. |
| Adultos Mayores con escasa red de apoyo y participación social. | Fortalecer red de apoyo comunitaria y de salud para adultos mayores del sector. | Acompañamiento a adultos mayores. | Mesa de Trabajo, Club de Adulto Mayor Villa Sofía. Grupo de voluntarios en el sector. |
| Falta de actividades orientadas a niños, niñas y jóvenes | Fomentar en la población en general el adecuado uso del tiempo disponible, entregando una oferta programática de actividades culturales/artísticas/recreativas | Fiesta de la Primavera Celebración Navidad | Mesa de trabajo (comunidad y equipo de salud) |
| Alto índice de obesidad infantil en niños y niñas hasta 9 años en establecimientos educacionales de la comuna de Osorno | Disminución de la prevalencia de malnutrición por exceso en niños y niñas hasta 9 años en Establecimientos Educacionales con estrategias de promoción de la salud en la comuna de Osorno | Todos en Movimiento Huertos Urbanos | Mesa de trabajo (comunidad y equipo de salud) |

▪ **COMUNIDAD RURAL**

| Localidad | Problema | Objetivo | Actividad | Responsables |
|------------------|--|--|---|--|
| Posta Cancura | Ausencia de comité de salud | Formar y dejar operativo el comité de salud posta Cancura | Convocatoria a reunión para formar comité de salud Realizar un plan de trabajo con la comunidad Obtener personalidad jurídica | - Equipo de salud rural - Equipo posta - Comunidad |
| | Ausencia de plan de salud anual escolar | Elaborar un plan de salud anual escolar | Reunión con director(a) del establecimiento Reunión con apoderados del establecimiento Formulación del plan en conjunto | -Equipo de salud rural -Director colegio -Apoderados |
| | Falta de difusión de las actividades con el adulto mayor | Aumentar la difusión de las actividades de salud con el adulto mayor | Elaborar un calendario de actividades Promover actividades mediante diferentes medios (folletos, carteles, Facebook) | -Equipo de salud rural - Equipo posta Cancura |
| Posta Pichidamas | Mal estado del acceso principal a PSR | Mejorar el acceso a PSR | Gestionar con el departamento de salud la habilitación óptima del acceso principal | Equipo de salud rural Departamento de salud Osorno |
| | Falta de segundo TENS en PSR | Incorporar un segundo TENS en PSR Pichidamas | Gestionar con el departamento de salud la contratación de segundo TENS | Equipo de salud rural Departamento de salud Osorno |
| | Desconocimiento general en primeros auxilios | Formar agentes comunitarios en primeros auxilios | Identificar miembros de la comunidad que deseen ser agentes comunitarios Capacitar a los agentes comunitarios seleccionados | Equipo de Salud rural Osorno Equipo PSR Pichidamas |
| | Falta de difusión de las actividades de salud y promoción | Aumentar la difusión de las actividades de salud | Elaborar un calendario de actividades Promover actividades mediante diferentes medios (folletos, carteles, Facebook) | Equipo de salud rural - Equipo posta Pichidamas |
| | Aumento en la demanda de actividades de promoción en salud | Incrementar las actividades de promoción en salud | Mesa de trabajo con la comunidad para pesquisar necesidades en promoción | Equipo de salud rural Equipo PSR Pichidamas Comunidad |

| | | | | |
|-----------------------|---|--|---|--|
| EMR Pichil | Falta de área verde para promoción de salud y actividad física | Implementar área verde con fines recreativos y promoción de salud y actividad física | Apoyo técnico en la elaboración y búsqueda de proyectos afines | - Equipo EMR Pichil Junta de Vecinos Comunidad |
| | Falta de box de atención en EMR | Implementar al menos un box de atención en EMR | Gestionar construcción de box de atención | Equipo de salud rural Departamento de salud Comunidad |
| | Aumento en la demanda de actividades de promoción en salud | Incrementar las actividades de promoción en salud | - Mesa de trabajo con la comunidad para pesquisar necesidades en promoción | Equipo de salud rural Equipo EMR Pichil Comunidad |
| | Desconocimiento de la población sobre riesgos sanitarios asociados a Planta de tratamiento de aguas | Incrementar el conocimiento en riesgos sanitarios asociados a planta de tratamiento de agua | Educar a la comunidad en riesgos sanitarios | Equipo EMR Pichil Junta de Vecinos Comunidad |
| | Aumento en población de perros vagos | Disminuir la población de perros vagos en el sector | Apoyo a la gestión | Equipo de salud rural Comunidad Junta de vecinos |
| EMR La Florida | Mala comunicación y coordinación entre organizaciones sociales | Mejorar la comunicación y coordinación entre la comunidad, el equipo de salud y las organizaciones sociales del sector | Elaborar mesa de trabajo que integre un representante de cada organización , un representante del equipo de salud y representantes de la comunidad Formular un plan de trabajo en conjunto | Organizaciones sociales Comunidad Equipo de salud |

| | | | | |
|----------------------|---|--|---|---|
| EMR Forrahue | Ausencia de comité de salud | Formar y dejar operativo el comité de salud | Convocatoria a reunión para formar comité de salud Realizar un plan de trabajo con la comunidad Obtener personalidad jurídica | Equipo de salud rural - Comunidad Forrahue |
| | Desconocimiento de la cantidad total de la población actual | Conocer el número de familias que habitan el sector | Realizar encuestas familiares | Equipo de salud rural |
| | Aumento en la demanda de actividades de promoción en salud | Incrementar las actividades de promoción en salud | Mesa de trabajo con la comunidad para pesquisar necesidades en promoción | Equipo de salud rural Comunidad |
| | Altos niveles de alcoholismo | Aumentar pesquisa del consumo de alcohol | Aplicación de AUDIT en todos los controles de salud por todos los profesionales y TENS | Equipo de salud |
| TRANSVERSALES | Obesidad en la comunidad general | Incorporar hábitos de alimentación más saludables y actividad física | Talleres en colegios y a la comunidad Talleres de cocina saludable Talleres de actividad física | Equipo de salud |
| | Falta de podólogo | Incorporación de podólogo a ronda de salud | Manifestación formal de la necesidad a departamento de salud | Equipo de salud Departamento de salud |
| | Falta de asistente social | Incorporación de asistente social | Derivación de casos a departamento social para trabajo en equipo | Equipo de salud Departamento de salud |



- METAS SANITARIAS, INDICES DE ACTIVIDADES APS Y METAS DE GESTION

SECCION IV





METAS SANITARIAS ATENCION PRIMARIA DE SALUD OSORNO

Las Metas Sanitarias Ley N ° 19.813 formuladas por el Ministerio de Salud definidas y negociadas para el año 2017, se desglosan en las siguientes tablas:

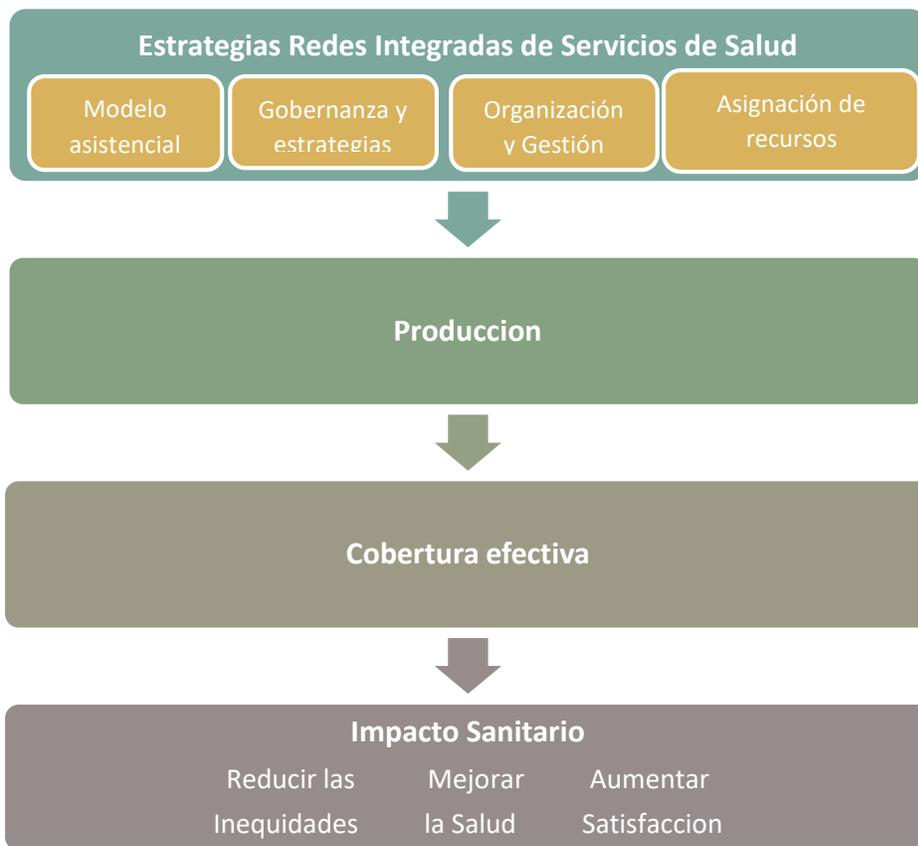
| META 1 Recuperación del Desarrollo Psicomotor | | | META 2 Aumentar el Nro. de Mujeres de 25 a 64 años con Pap vigente | | | META 3 A: Cobertura de Alta Odontológica Total en Adolescentes de 12 años | | |
|--|---|---|--|--|--|---|--|--|
| META 1 86% (Logrado a Dic-2016) | N° de niños y niñas de 12 a 23 meses diagnosticados con riesgo del DSM recuperados, período enero a diciembre 2017 NUMERADOR | N° de niños y niñas de 12 a 23 meses diagnosticados con riesgo de Desarrollo Psicomotor en su primera evaluación, período enero a diciembre 2017 DENOMINADOR | META 2 | N° logrado de mujeres de 25 a 64 años inscritas validadas, con PAP vigente a 2017 NUMERADOR | N° comprometido de mujeres de 25 a 64 años inscritas validadas con PAP vigente a diciembre 2017 DENOMINADOR | META 3A 74% | N° de Adolescentes de 12 años con alta odontológica total de enero a diciembre 2017 NUMERADOR | Total de Adolescentes de 12 años inscritos validados para el año 2017 DENOMINADOR |
| 48,2% | 55 | 114 | 88% | 20.548 | 23.275 | 57% | 1.069 | 1.873 |

| META 3B: Cobertura de Alta Odontológica en Embarazadas | | | META 3C: Cobertura Alta Odontológica Total en Niños de 6 años | | | META 4A : Cobertura Efectiva de Diabetes Mellitus Tipo 2 en personas de 15 años y más | | |
|--|--|---|---|--|---|---|---|--|
| META 3B 70% | N° de embarazadas con alta odontológica total de enero a diciembre del 2017 NUMERADOR | N° Total de embarazadas ingresadas a programa prenatal de enero a diciembre del 2017 DENOMINADOR | META 3C 75% | N° niños de 6 años inscritos con alta odontológica total de enero a dic. 2017 NUMERADOR | Total niños de 6 años inscritos validados para el año 2017 DENOMINADOR | META 4A 36,8% (Logrado a Dic-2016) | N° Pers. diabéticas de 15 a 79 años con Hb A1c<7% + personas DM2 80 y + años con HbA1c bajo <8% según último control vigente. (últimos 12 meses) NUMERADOR | Total de personas diabéticas de 15 y mas años estimadas según prevalencia DENOMINADOR |
| 92% | 782 | 850 | 57% | 1.131 | 1.997 | 32% | 4.434 | 13.818 |

| META 4B :Evaluación Anual de Pie en personas con Diabetes bajo control de 15 y mas años | | | META 5 Cobertura Efectiva de HTA en personas de 15 años y más | | | META 6 Cobertura de Lactancia materna exclusiva (Lme) en menores de 6 meses de vida | | |
|---|--|---|---|---|---|---|---|---|
| META 4B 90% | N° de personas con diabetes bajo control de 15 y mas años con una evaluación de pie vigente NUMERADOR | N° total de personas diabéticas de 15 y mas años bajo control al corte DENOMINADOR | META 5 53,9% (logrado a Dic-2016) | N° personas hipertensas de 15 a 79 años con PA <140/90 mmHg, + personas hipertensas de 80 y mas años con PA<150/90según último control vigente. (últimos 12 meses) NUMERADOR | Total de personas hipertensas de 15 y más años estimadas según prevalencia DENOMINADOR | META 6 52% | N° de niños/as que al control de salud del 6to mes recibieron LME en el periodo Enero-Dic 2017 NUMERADOR | N° de niño/as con control de salud del 6to mes realizado en el periodo Enero- Dic 2017 DENOMINADOR |
| 80% | 8.166 | 10.163 | 65% | 16.937 | 26.227 | 46% | 362 | 795 |

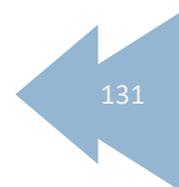
IAAPS 2017-INDICE DE ACTIVIDAD ATENCION PRIMARIA

El “Índice De Actividad De La Atención Primaria”, establece un conjunto de ámbitos a evaluar, con sus respectivos indicadores y funciona aplicando rebajas ante los incumplimientos. Las prestaciones que evalúa se definen en el Decreto N° 154 del 23 de diciembre del presente año, el cual determina el aporte estatal a municipalidades y es firmado por: el Ministerio de Salud, el Ministerio de Hacienda y la Subsecretaría de Desarrollo Regional, respectivamente.



➤ **ESTRATEGIA RISS**

| Nº | Indicador | Fórmula | Meta | Importancia relativa % |
|---|--|--|---|---|
| 1 | Ámbito RISS Modelo Asistencial: Porcentaje de Centros de salud autoevaluados mediante Instrumento para la evaluación y certificación de desarrollo en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario (MAIS) vigente | Nº de Centros de Salud de la comuna autoevaluados mediante instrumento para la evaluación y certificación de desarrollo en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario (MAIS) vigente / Total de Establecimientos de Salud de la comuna | Aumentar el número de Centros de Salud de la comuna autoevaluados vigente, respecto al número de centros de salud autoevaluados en el año 2016, Mantener el número de centros de salud autoevaluados vigente en el caso de haber completado el número de establecimientos de la comuna respectiva. | 6 |
| 2 | Ámbito RISS Modelo Asistencial: Porcentaje de familias evaluadas según riesgo familiar. | Nº de familias evaluadas según riesgo familiar/Nº total de familias inscritas (población inscrita/3,3) | 15% | 5 |
| 3 | Ámbito RISS Gobernanza y Estrategia: Gestión de reclamos en atención primaria, con enfoque participativo (analizados en reuniones de mesas territoriales, de Consejo local de Salud u otra organización comunitaria conjunta al equipo de salud) | (Nº total de reclamos respondidos con solución dentro de los plazos legales establecidos (15 días) /Nº total de reclamos) *100 | 97% | 3 |
| | | Establecimientos de salud de la comuna incluyen en la tabla temática de reuniones de Consejo de Salud, la mesa territorial u otra organización comunitaria conjunta al equipo de salud, el análisis de reclamos. | Al menos 1 (una) reunión por Establecimiento de salud de la comuna en cada período de corte. | 3 |
| 4 | Ámbito RISS Organización y Gestión: Continuidad de la Atención | (Nº establecimientos funcionando de 8:00 am a 20:00 horas de lunes a viernes y sábados de 9 a 13 horas / Nº total de establecimientos visitados)*100 (Nº de Fármacos trazadores disponibles/ Nº total de fármacos trazadores) * 100 | 100% | Indicador crítico, se evalúa por separado |
| Subtotal Indicadores Estrategia Redes Integradas de Servicios de Salud | | | | 17% |



➤ **INDICADORES DE PRODUCCIÓN**

| Nº | Indicador | Fórmula | Meta | Importancia relativa % |
|----|--|--|--------|------------------------|
| 5 | Tasa de consultas de morbilidad y de controles médicos, por habitante año | Nº de consultas de morbilidad y controles realizadas por médicos / Población inscrita | 1,0 | 6 |
| 6 | Porcentaje de consultas resueltas en atención primaria | (Nº SIC de Control y Consulta Médica en APS / Nº Total de Controles y Consulta Médica en APS)*100 | <= 10% | 3 |
| 7 | Tasa de Visita domiciliaria Integral | Nº de visitas domiciliarias integrales realizadas / Nº de familias (población inscrita /3,3) | 0,22 | 5 |
| 8 | Cobertura Examen de Medicina Preventiva realizado a hombres y mujeres de 20 años y más. | (Nº de Examen de Medicina Preventiva realizados a hombres de 20 a 64 años / Total de la población de hombres de 20 a 64 años inscrita - Población bajo control en programa Cardiovascular)*100 | 20% | 5 |
| | | (Nº de Examen de Medicina Preventiva realizados a mujeres de 45 a 64 años / Total de la población de mujeres de 45 a 64 años inscrita - Población bajo control en programa Cardiovascular)*100 | 25% | 5 |
| | | (Nº de Examen de Medicina Preventiva realizados a | | |
| | | hombres y mujeres de 65 y más años / Total de la población de hombres y mujeres de 65 y más años inscrita)*100 | 55% | 5 |
| 9 | Cobertura de evaluación del desarrollo psicomotor en niños y niñas de 12 a 23 meses bajo control | (Niños y niñas de 12 a 23 meses con evaluación del desarrollo psicomotor / Nº total de niños y niñas entre 12 a 23 meses bajo control) *100 | 94% | 4 |
| 10 | Cobertura de control de salud integral a | (Nº de controles de salud integral realizados a adolescentes de 10 a 14 años/ Población adolescente de 10 a 14 | 15% | 4 |

| | | | | |
|------------------------------------|--|---|-----|------------|
| | adolescentes de 10 a 14 años. | años inscrita en el establecimiento de salud)*100 | | |
| 11 | Proporción de menores de 20 años con alta odontológica total | (Nº de altas odontológicas totales en población menor de 20 años / población inscrita menor de 20 años) *100 | 24% | 4 |
| 12 | Cobertura de Atención Integral de trastornos mentales en personas de 5 y más años. | (Nº de personas con trastornos mentales bajo control de 5 y más años / Número de personas con trastornos mentales de 5 y más años esperados según prevalencia)*100 | 17% | 4 |
| 13 | Cobertura de atención de Asma en población general y EPOC en personas de 40 y más años. | (Nº de personas con diagnóstico de Asma + Nº de personas con diagnóstico de EPOC/ Número de personas esperadas según prevalencia de asma y EPOC)*100 | 22% | 4 |
| 14 | Cobertura de capacitación a cuidadores de personas con dependencia severa con pago de estipendio | (Nº de cuidadores de personas con dependencia severa con pago de estipendio capacitados / N° total de cuidadores de personas con dependencia severa con pago de estipendio)*100 | 90% | 4 |
| Subtotal Indicadores de Producción | | | | 53% |

➤ **Indicadores de Cobertura Efectiva:**

| Nº | Indicador | Fórmula | Meta | Importancia relativa % |
|---|---|---|------|---|
| 15 | Cumplimiento de garantías explícitas en salud cuyas acciones son de ejecución en Atención Primaria. | Nº de casos GES atendidos en APS con garantía cumplida / Nº total de casos GES atendidos en APS)*100 | 100% | Indicador crítico, se evalúa por separado |
| 16 | Cobertura de vacunación anti influenza en población objetivo definida para el año en curso | (Nº de personas inscritas de los grupos objetivos vacunados con antiinfluenza /Total de población inscrita de los grupos objetivos) *100 | 80% | 5 |
| 17 | Ingreso precoz de mujeres a control de embarazo | (Nº de mujeres embarazadas ingresadas antes de las 14 semanas a control / Total de mujeres embarazadas ingresadas a control)*100 | 90% | 6 |
| 18 | Cobertura de método anticonceptivos en adolescentes de 15 a 19 años inscritos que usan métodos de regulación de la fertilidad | (Nº de adolescentes de 15 a19 años inscritos que usan métodos de regulación de la fertilidad / Total adolescentes de 15 a19 años inscritos)*100 | 19% | 4 |
| 19 | Cobertura efectiva de Tratamiento en personas con Diabetes Mellitus 2, de 15 y más años | (Nº de personas con Diabetes Mellitus 2 de 15 a 79 años con Hb A1c bajo 7% + Nº de personas con Diabetes Mellitus 2 de 80 y más con Hb A1c bajo 8% según último control vigente/ Total de personas con diabetes de 15 y más años esperados según prevalencia)*100 | 29% | 6 |
| 20 | Cobertura efectiva de Tratamiento en personas de 15 y más años, con Hipertensión Arterial | (Nº de personas hipertensas de 15 a 79 años con PA< 140/90 mm Hg + Nº de personas hipertensas de 80 y más con PA <150/90 mm Hg según último control vigente/ Total de personas de 15 años y más, hipertensas esperadas según prevalencia)*100 | 54% | 6 |
| Subtotal Indicadores de Cobertura Efectiva | | | | 27% |

➤ **Indicadores de Impacto**

| N° | Indicador | Fórmula | Meta | Importancia relativa % |
|--|--|--|--------------------------------|------------------------|
| 21 | Proporción de niñas y niños menores de 3 años libre de caries en población inscrita. | $\frac{\text{N}^\circ \text{ de niños y niñas menores de 3 años con registro ceod= 0}}{\text{N}^\circ \text{ de niñas y niños menores de 3 años inscritos}} * 100$ | Establecer línea basal (si/no) | 3 |
| Subtotal Indicadores de Impacto | | | | 3% |
| Total (excluyendo indicadores críticos) | | | | 100% |

METAS GESTION 2018 DEPARTAMENTO DE SALUD

| CONTINUAR Y FORTALECER POLICITA DE CALIDAD DE LOS CESFAM | LINEA DE ACCION 1 | ACTIVIDAD | VERIFICACION |
|---|--|---|---|
| | Política de Calidad Institucional | Instalación de la cultura de calidad en los procesos clínicos y administrativos de la red APS de Osorno. | Reuniones, flujogramas, consentimientos informados, etc. |
| | | Fortalecimiento de los Comité de Calidad en los CESFAM | Decreto nombramiento y designación de funciones de Comité Calidad de cada Centro. |
| | | Instalación de la mejora continua como una práctica permanente de los establecimientos de salud de APS de la comuna | Instalación de procesos de auditorías de eventos adversos, evaluaciones, planes de mejora |
| | | Obtener Autorizaciones Sanitarias de las unidades críticas de los CESFAM | Resolución de autorización sanitaria vigente en cada unidad. |

| POSICIONAR AL DEPARTAMENTO DE SALUD EN LA COMUNIDAD | LINEA DE ACCION 1 | ACTIVIDAD | VERIFICACION |
|--|--|---|---|
| | Posicionamiento de la imagen institucional del Departamento de Salud Municipal de la comuna de Osorno | Diseño y desarrollo de un plan comunicacional estrategico del Departamento de Salud con énfasis en el Modelo de Salud Integral, Familiar y Comunitario. | Plan de Trabajo anual. |
| | | Modernizar la estrategia comunicacional incluyendo y normando el uso de redes sociales como herramienta de trabajo. | Uso de redes sociales como herramienta de trabajo, de acceso amigable y con evaluacion de impacto en cada centro. |
| | | Fortalecer la participacion comunitaria del Concejo de Desarrollo como nexo con la comunidad y con el intersector | Mantener y fortalecer reuniones de CODELOS, capacitacion de sus integrantes como agentes comunitarios. |

| LINEA DE ACCION 2 | ACTIVIDAD | VERIFICACION |
|--|--|--|
| Fortalecimiento de la identidad institucional a nivel interno | Mejoramiento de los canales de comunicación interna y la participación a través de la constitución de un Comité Editorial Representativo, integrado por la Direcciones de los establecimientos y el DESMO. | Confección y difusión de Boletín Informativo DESMO. Diseño y activación de nueva página web institucional. |
| | Desarrollo de la identidad institucional a través de la incorporación de elementos de identificación corporativa (credenciales, formato documental, señalética, uniforme, etc) | Formatos documentales confeccionados, difundidos y usados. Otros elementos corporativos que se vayan agregando contienen nuevo formato de identidad institucional. |
| | Fortalecimiento del sentido de pertenencia hacia la institución a través de actividades que fomenten la cohesión social | Actividades de autocuidado se mantienen y se refuerzan, pausas activas, celebraciones institucionales, etc. |

- PRESUPUESTO E INFRAESTRUCTURA

SECCION V



PROYECTO PRESUPUESTO 2018 DEPARTAMENTO DE SALUD

La Atención Primaria (APS) posee distintos mecanismos y fuentes de financiamiento, el marco jurídico que sustenta los aportes estatales a la salud, administrada por los municipios, se encuentra en la Ley N° 19.378, y se dividen en distintos mecanismos de pago y glosas específicas: Percápita, Programas de Reforzamiento, e Iniciativas Extraordinarias de Capacitación Perfeccionamiento y Aporte Municipal.

Código 115 INGRESOS

| SUB. | ITEM | ASIG | SUB | SUB | DENOMINACIÓN | PROYECTO |
|------|------|------|--------------|--------------|---|----------------------|
| | | | ASIG. | SUB | | PPTO. 2018 |
| | | | | ASIG. | | EXPRESADO M\$ |
| | | | | | TOTAL DE INGRESOS | 19.079.300 |
| 05 | | | | | Transferencias Corrientes | 16.573.600 |
| | 03 | | | | De Otras Entidades Públicas | 16.573.600 |
| | | 006 | | | Del Servicio de Salud | 15.901.100 |
| | | | 001 | | Atención Primaria Ley 19.378 Art. 49 | 11.523.800 |
| | | | 002 | | Aportes Afectados | 4.377.300 |
| | | 099 | | | De Otras Entidades Públicas | 547.500 |
| | | 101 | | | De la Municipalidad a Servicios Incorporados a su Gestión | 125.000 |
| 06 | | | | | Rentas de la Propiedad | 110.000 |
| | 03 | | | | Intereses | 110.000 |
| 08 | | | | | Otros Ingresos Corrientes | 930.700 |
| | 01 | | | | Recuperación y Reembolso por Licencias Médicas | 313.500 |
| | 99 | | | | Otros | 617.200 |
| 12 | | | | | Recuperación de Prestamos | 165.000 |
| | 10 | | | | Ingresos por percibir | 165.000 |
| 15 | | | | | Saldo Inicial de Caja | 1.300.000 |

Código 215 GASTOS

| SUB | ITE | ASI | SUB | SUB | DENOMINACIÓN | PROYECTO |
|-----------|-----------|-----|------|------|--|-------------------|
| . | M | G | ASIG | SUB | | PPTO. 2018 |
| | | | | ASIG | | EXPRESADO |
| | | | | | | M\$ |
| | | | | | TOTAL DE GASTOS | 19.079.300 |
| 21 | | | | | Gastos en Personal | 12.033.600 |
| | 01 | | | | Personal de Planta | 8.136.800 |
| | 02 | | | | Personal a Contrata | 2.771.800 |
| | 03 | | | | Otras Remuneraciones | 1.125.000 |
| 22 | | | | | Bienes y Servicios de Consumo | 5.285.200 |
| | 01 | | | | Alimentos y Bebidas | 25.000 |
| | 02 | | | | Textiles, Vestuario y Calzado | 50.000 |
| | 03 | | | | Combustibles y Lubricantes | 132.000 |
| | 04 | | | | Materiales de Uso o Consumo | 3.343.500 |
| | 05 | | | | Servicios Básicos | 286.700 |
| | 06 | | | | Mantenimiento y Reparaciones | 332.800 |
| | 07 | | | | Publicidad y Difusión | 25.000 |
| | 08 | | | | Servicios Generales | 226.100 |
| | 09 | | | | Arriendos | 96.600 |
| | 10 | | | | Servicio Financieros y de Seguros | 32.000 |
| | 11 | | | | Servicio Técnicos y Profesionales | 709.500 |
| | 12 | | | | Otros Gastos en Bienes y Servicio de Consumo | 26.000 |
| 23 | | | | | Prestaciones de Seguridad Social | 1.005.000 |
| | 01 | | | | Desahucios e Indemnizaciones | 1.005.000 |
| 24 | | | | | Transferencias Corrientes | 106.000 |
| | 01 | | | | Al Sector Privado | 106.000 |
| | | 008 | | | Premios y Otros | 16.000 |
| | | 999 | | | Otras | 90.000 |
| 25 | | | | | Integros al Fisco | 2.000 |
| | 01 | | | | Impuestos | 2.000 |
| 26 | | | | | Otros Gastos Corrientes | 2.500 |
| | 01 | | | | Devoluciones | 2.500 |
| 29 | | | | | Adquisición de Activos no Financieros | 345.000 |
| | 03 | | | | Vehículos | 25.000 |
| | 04 | | | | Mobiliarios y Otros | 70.000 |
| | 05 | | | | Máquinas y Equipos | 140.000 |
| | 06 | | | | Equipos Informáticos | 55.000 |
| | 07 | | | | Programa Informáticos | 55.000 |
| 34 | | | | | Servicios de la Deuda | 300.000 |
| | 07 | | | | Deuda Flotante | 300.000 |

ANEXO

Asignación Municipal a la Dotación del Depto. de Salud Municipal de un 6%, de acuerdo a lo estipulado en el Art. 45 de la Ley 19.378, y Artículo 1ero. Transitorio del Reglamento Municipal de Carrera Funcionaria.

- Asignación Municipal de acuerdo a lo estipulado en el Art. 45 de la Ley 19.378 para Médicos de la Dotación del Depto de Salud Municipal de acuerdo a su Jornada Laboral a excepción de los Médicos Especialistas en Medicina Familiar.

44 Horas \$ 300.000.-

33 Horas \$ 225.000.-

22 Horas \$ 150.000.-

11 Horas \$ 75.000.-

- Asignación Municipal de acuerdo a lo estipulado en el Art. 45 de la Ley 19.378 para los siguientes Cargos de la Dotación del Depto. de Salud Municipal:

- Sub - Departamento de Gestión Técnico Administrativo 40%
- Unidad de Proyectos y Mantención 15%
- Jefe Laboratorio APS 20%
- Encargada de Recursos Humanos 15%
- Encargada Unidad Abastecimiento 15%

PROGRAMAS REFORZAMIENTO DE ATENCION PRIMARIA AÑO 2017

| Nombre programa | N° RESOLUCION | FECHA RESOLUCION | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINO | MONTO |
|---|---------------|------------------|-----------------|------------------|----------------|
| Programa de apoyo a la salud mental infantil | 9088 | 30/12/2016 | 01/01/2017 | 31/03/2017 | \$ 29.311.089 |
| Programa resolutivez en atención primaria | 1523 | 22/12/2017 | 01/01/2017 | 31/12/2017 | \$ 219.851.724 |
| | 8215 | 26/09/2017 | | | |
| Programa rehabilitación integral en la red de salud | 1559 | 23/02/2017 | 01/01/2017 | 31/12/2017 | \$ 118.132.179 |
| Apoyo a la gestión local en atención primaria de salud: digitadores | 1557 | 23/02/2017 | 01/01/2017 | 31/12/2017 | \$ 24.691.020 |
| Programa de apoyo inmunización de influenza y neumococo | 1558 | 23/02/2017 | 01/01/2017 | 31/12/2017 | \$ 1.427.100 |
| Programa sembrando sonrisas | 1481 | 17/02/2017 | 01/01/2017 | 31/12/2017 | \$ 24.564.450 |
| Programa odontológico integral | 1484 | 17/02/2017 | 01/01/2017 | 31/12/2017 | \$ 127.540.256 |
| Programa más adultos mayores autovalentes | 1479 | 17/02/2017 | 01/01/2017 | 31/12/2017 | \$ 133.881.585 |
| Programa CECOSF | 1480 | 17/02/2017 | 01/01/2017 | 31/12/2017 | \$ 119.099.668 |
| Programa ges odontológico | 1483 | 17/02/2017 | 01/01/2017 | 31/12/2017 | \$ 227.877.253 |
| Programa mejoramiento del acceso a la atención odontológica | 1482 | 17/02/2017 | 01/01/2017 | 31/12/2017 | \$ 154.668.264 |
| Programa SAPU Dr. Marcelo Lopetegui | 1574 | 23/02/2017 | 01/01/2017 | 31/12/2017 | \$ 131.633.076 |
| Programa SAPU Dr. Pedro Jauregui | 1572 | 23/02/2017 | 01/01/2017 | 31/12/2017 | \$ 197.997.168 |
| Programa SAPU Rahue alto | 1573 | 23/02/2017 | 01/01/2017 | 31/12/2017 | \$ 131.633.076 |
| Programa SAPU dental | 1568 | 23/02/2017 | 01/01/2017 | 31/12/2017 | \$ 27.880.416 |
| Programa modelo de atención con enfoque familiar en atención | 1565 | 23/02/2017 | 01/01/2017 | 31/12/2017 | \$ 32.718.688 |
| Programa mejoría de la equidad en salud rural | 1563 | 23/02/2017 | 01/01/2017 | 31/12/2017 | \$ 4.600.000 |
| Programa de apoyo al desarrollo bio-psicosocial en red asistencial | 2183 | 16/03/2017 | 01/01/2017 | 31/12/2017 | \$ 100.334.360 |

| Nombre programa | N° RESOLUCION | FECHA RESOLUCIO N | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINO | MONTO |
|--|---------------|-------------------|-----------------|------------------|----------------|
| Programa espacios amigables para adolescentes en atención primaria municipal | 2184 | 16/03/2017 | 01/01/2017 | 31/12/2017 | \$ 31.885.723 |
| | 3320 | 27/04/2017 | | | |
| Programa piloto de control de salud del niño/a en el establecimiento educacional para la población escolar de 5 a 9 años | 2187 | 16/03/2017 | 01/01/2017 | 31/12/2017 | \$ 10.639.344 |
| Programa imágenes diagnosticas en atención primaria | 3032 | 03/04/2017 | 01/01/2017 | 31/12/2017 | \$ 179.050.000 |
| Programa apoyo diagnostico radiológico | 2932 | 28/03/2017 | 01/01/2017 | 31/12/2017 | \$ 24.365.800 |
| Programa detección, intervención y referencia asistida en oh y drogas | 3103 | 07/04/2017 | 01/01/2017 | 31/12/2017 | \$ 25.292.117 |
| Programa vida sana | 3025 | 03/04/2017 | 01/01/2017 | 31/12/2017 | \$ 64.897.402 |
| | 4690 | 13/06/2017 | | | |
| Programa de acompañamiento psicosocial en atención primaria | 3437 | 05/05/2017 | 01/04/2017 | 31/12/2017 | \$ 75.651.772 |
| Programa reforzamiento campaña de invierno | 4142 | 01/06/2017 | 01/06/2017 | 31/12/2017 | \$ 865.559 |
| Programa de apoyo a la salud mental infantil año 2017 | 4145 | 01/06/2017 | 04/04/2017 | 31/12/2017 | \$ 43.204.000 |
| Programa de apoyo buenas practicas: CESFAM Dr. Pedro Jauregui | 4146 | 01/06/2017 | 01/06/2017 | 31/12/2017 | \$ 3.000.000 |
| Programa fondo farmacia para enfermedades crónicas no transmisibles | 3321 | 27/04/2017 | 27/04/2017 | 31/12/2017 | \$ 349.310.556 |
| Programa salas ira en SAPU | 5053 | 23/06/2017 | 01/01/2017 | 31/12/2017 | \$ 6.106.293 |
| Programa apoyo a la gestión local en aps (refuerzo asistencial) | 5052 | 23/06/2017 | 23/06/2017 | 31/12/2017 | \$ 19.980.000 |

| Nombre programa | N° RESOLUCION | FECHA RESOLUCIO N | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINO | MONTO |
|---|---------------|-------------------|-----------------|------------------|----------------|
| Programa de capacitación funcionaria universal | 4689 | 13/06/2017 | 13/06/2017 | 31/12/2017 | \$ 14.482.904 |
| Programa apoyo a la gestión local en APS (rescate PAP) | 3041 | 03/04/2017 | 01/03/2017 | 31/12/2017 | \$ 661.000 |
| Programa mantenimiento de infraestructura | 3042 | 03/04/2017 | 01/01/2017 | 31/12/2017 | \$ 6.206.545 |
| Programa apoyo a la gestión local (refuerzo vacunación influenza) | 5120 | 28/06/2017 | 28/06/2017 | 31/12/2017 | \$ 8.768.088 |
| Programa salud y pueblos indígenas año 2017 | 5260 | 06/07/2017 | 06/07/2017 | 31/12/2017 | \$ 1.500.000 |
| Programa campaña de invierno APS municipal | 5997 | 18/07/2017 | 18/07/2017 | 31/12/2017 | \$ 14.469.000 |
| Programa de apoyo integral para personas con demencia en APS | 6341 | 25/07/2017 | 01/07/2017 | 31/12/2017 | \$ 167.397.351 |
| Programa apoyo a la gestión local brecha multifactorial | 5998 | 18/07/2017 | 18/07/2017 | 31/12/2017 | \$ 17.612.000 |
| Programa plan de formación de especialistas en el nivel de atención primario de salud | 8782 | 24/10/2017 | 01/01/2017 | 31/12/2017 | \$ 82.879.728 |

PLAN ANUAL DE CAPACITACION

El Plan anual de Capacitación del Departamento de Salud, tiene como principal objetivo que sus funcionarios desarrollen habilidades duras y blandas, para cerrar brechas de conocimiento entre pares y brindar una atención de calidad técnica y de excelencia a nuestros usuarios.

El costo aproximado del plan de capacitación del año 2018 es de \$ 105.000.000 con un porcentaje de cumplimiento al corte de octubre de un 90% de las actividades programadas.

| PROGRAMA ANUAL DE CAPACITACION 2018 PERSONAL ESTATUTO ATENCIÓN PRIMARIA (LEY 19.378) SERVICIO DE SALUD OSORNO COMUNA OSORNO | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---------------------------------------|---|---|---|---|---|-------|-------------------------|------------|
| LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS | ACTIVIDADES DE CAPACITACION | OBJETIVOS EDUCATIVOS | NUMERO DE PARTICIPANTES POR CATEGORIA | | | | | | | N° DE HORAS PEDAGOGICAS | |
| | | | A | B | C | D | E | F | TOTAL | | |
| 1 MODELO DE ATENCION EN SALUD | Diplomado de Salud Familiar | Fortalecer los conocimientos de los profesionales de los CESFAM en Modelo de Atención Integral de Salud Familiar. Utilizar las herramientas de salud familiar en atención diaria y facilitar los Estudios de familia. | 1 | 5 | | | | | | 6 | 320 |
| | Bases Conceptuales de la Salud Familiar | Avanzar en el desarrollo de habilidades y destrezas de los funcionarios para la consolidación del Modelo de Salud Familiar en la APS Osorno | 5 | 5 | 5 | | 5 | 5 | 25 | 40 | |
| | Cursos de Urgencia en APS (ATLS; ACLS, RCP) | Capacitar y Actualizar conocimientos de profesionales que se desempeñan en SAPU en el Manejo de la Atención de Urgencia. | 4 | 6 | | | | | | 10 | 52 |

| | | | | | | | | | | |
|--|---|--|----|----|----|---|----|----|-----|----|
| | Curso sobre Políticas de Salud de Inmigrantes y Refugiados | Capacitar a los funcionarios de APS para que puedan realizar atención a usuarios extranjeros | 20 | 30 | 30 | 2 | 20 | 10 | 112 | 21 |
| | Taller de Reanimación Cardiopulmonar Básico | Capacitar a los funcionarios de APS para que conozcan los conceptos y las técnicas básicas para la correcta aplicación de las maniobras de Reanimación Cardio Pulmonar (RCP). | 15 | 15 | 20 | | 20 | 20 | 90 | 10 |
| 2 MODELO DE GESTION EN RED | Gestión de Equipos de de Salud en Redes Asistenciales | Desarrollar competencias para la gestión estratégica de los equipos de salud en redes asistenciales | 4 | 30 | | | | | 34 | 32 |
| 3 SISTEMA DE GARANTIAS EXPLICITAS EN SALUD | GES: Principios Básicos | Difusion e implementación de Normativa GES | | 7 | | | 20 | | 27 | 21 |
| | Curso Compensación de pacientes crónicos con patologías GES | Identificar y difundir los protocolos GES de las enfermedades crónicas | 10 | 30 | | | | | 40 | 21 |
| 4 CALIDAD DE LA ATENCION Y TRATO AL USUARIO | Acreditación en Salud | Desarrollar en los equipos de salud que participarán en el proceso de acreditación de calidad, habilidades y competencias que les permitan gestionar una insitución de salud implementando mejoras continuas en sus procesos | 20 | 50 | 50 | 4 | 20 | 20 | 164 | 21 |
| | Atención de pacientes difíciles | Entregar herramientas de atención, trato usuario y resolución de conflictos ante pacientes difíciles | 10 | 20 | 20 | 2 | 20 | 10 | 82 | 21 |

| | | | | | | | | | | |
|--|--|--|----|----|----|---|----|----|-----|----|
| | | a funcionarios de APS | | | | | | | | |
| | Formación para Evaluadores del Sistema Nacional de Acreditación de Prestadores Individuales de Salud | Formar a los encargados de calidad de los CESFAM como evaluadores para dar cumplimiento al proceso de Acreditación Nacional de Prestadores Individuales de salud | | 4 | | | | | 4 | 96 |
| 5 MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA LABORAL | Comunicación Efectiva y Trabajo en Equipo | Mejorar las relaciones interpersonales, comunicación efectiva y motivación de los equipos de trabajo | 30 | 80 | 70 | 5 | 40 | 30 | 255 | 21 |
| 6 TECNOLOGIAS DE INFORMACION Y COMUNICACIONES | Curso Excell | Mejorar y fortalecer competencias para dar apoyo en los trabajos de documentación, análisis, cálculo, registro y presentación de información de manera más eficiente y de utilidad en la labores diarias | | 30 | | | 30 | | 60 | 32 |
| 7 GESTION ADMINISTRATIVA, FISICA Y FINANCIERA | Control de Gestión e Implementación de Centros de Costos | Adquirir elementos técnicos para la implementación y uso de Centros de Costos en la APS Osorno. | 2 | 10 | 2 | | | | 14 | 32 |
| 8 GESTION Y DESARROLLO DE LAS PERSONAS | Aspectos Constitutivos de la Carrera Funcionaria del Estatuto de Atención Primaria Municipal | Adquirir conocimientos básicos de la Carrera Funcionaria en el Estatuto de Atención Primaria y sus modificaciones | 10 | 15 | 15 | | 20 | 10 | 70 | 21 |



| | | | | | | | | | | |
|--|--|---|------------|------------|------------|-----------|------------|------------|-------------|-----------|
| 9 CONTINGENCIA S, EMERGENCIAS Y DESASTRES | Curso Gestión de Emergencias y Desastres | Conocer y desarrollar competencias vinculadas a la gestión de emergencias y desastres en base a los modelos actuales de gestión a nivel nacional e internacional. | 5 | 20 | 20 | | 10 | 20 | 75 | 21 |
| Totales | | | 136 | 357 | 232 | 13 | 205 | 125 | 1068 | |

INFRAESTRUCTURA 2018 DEPARTAMENTO DE SALUD

1. NORMALIZACIÓN CESFAM OVEJERIA

La Normalización y Ampliación del CESFAM Ovejería de acuerdo a las necesidades del Modelo de Salud Familiar, se realiza en la misma ubicación donde se encontraba el CESFAM antiguo. Se contempla la ampliación del establecimiento en 1.204,5 m² de superficie útil y la remodelación de las antiguas infraestructura del CESFAM en 413.m², además de 112,5 m² correspondientes a muros, circulaciones y patios cubiertos, esperándose al final de la obra contar con un CESFAM de 1.618 m². Además, en el mismo terreno, pero en forma independiente al CESFAM, se contempla la construcción 271m², destinados a albergar el funcionamiento de la Droguería dependiente del Departamento de Salud. En la actualidad, la empresa adjudicada ya tomó posesión del terreno desde el 13 de septiembre 2017, esperando el término de la obra el 9 agosto 2018. La inversión total es financiada mediante \$ 3.085.681.936 millones del FNDR y \$142. 478.936 millones del DESMO



Maqueta virtual ampliación CESFAM Ovejería



Entrega de terreno 13 de septiembre 2017, a empresa adjudicada



La ampliación sólo contempla mantener el 10 % de la obra gruesa existente



Faenas del 3 de noviembre 2017

2. CENTRO DE REFERENCIA Y DIAGNOSTICO MEDICO (CRD):

Este proyecto desarrollado íntegramente por el Departamento de Salud de Osorno cuenta con aprobación y financiamiento del Fondo Nacional de desarrollo regional FNDR, alcanzado un costo de inversión de \$ 3.131.- millones. Contará con una superficie total edificada de 1.977 M2, en cinco niveles más subterráneo y azotea, albergando especialidades médicas, unidad de rayos (tórax, pelvis, osteomuscular), eco tomografía (abdominal y ginecológica), mamografías, unidad oftalmológica, sillón dental para especialidades, Laboratorio, Call Center, y sala de capacitación, todo está orientado a aumentar la capacidad resolutive de la APS de Osorno. La distribución de las unidades por recinto es la siguiente:

| | |
|--------------------|--|
| Subterráneo | Estacionamientos, REAS, Bodega general, Sala de bombas y estanque de agua potable, Subestación eléctrica, WC funcionario |
| Piso 1 | Estacionamientos, Recepción General, Bodega aseo, wc funcionario sala grupo electrógeno |
| Piso 2 | Recepción, sala espera, baños públicos. Unidad imagenología, Box de Procedimientos QX. menor y Unidad de Endoscopia, Box dental, Rx Dental |
| Piso 3 | Recepción, Unidad Oftalmológica de APS, Call Center, 3 Box multipropósito especialidades médicas |
| Piso 4 | Sala de servidores e informática, Cafetería, Vestuarios de Personal, Sala de Capacitación, Oficinas administrativas |
| Piso 5 | Laboratorio Clínico APS |
| Piso 6 | Azotea, Equipos climatización, Sistema purificación de agua. |

La fecha de inicio de las obras fue el 22 de septiembre del 2016, mediante la entrega de terreno que realizó el municipio local a la empresa Carlos Marín e Hijo. Actualmente, se encuentra en fase de terminaciones, estimándose el fin de las obras para la segunda quincena de diciembre del 2017 aprox. Asimismo, y en forma paralela se iniciará proceso de licitación de equipo y equipamientos una vez recepcionado convenio mandato, que llegará a mediados de noviembre.



Fachada actual Avenida César Ercilla



2 ° Piso de Imagenología



Caja Ascensores



Laboratorio clínico APS



3. CESFAM CHUYACA Y SERVICIO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE URGENCIA DE ALTA RESOLUTIVIDAD (SAR)

Este proyecto contempla la edificación de un CESFAM para 20.000 habitantes, según PMA 2015, con una superficie total de 2.992 m² aproximadamente distribuidos en 2 niveles, siendo 600 metros destinados exclusivamente para el funcionamiento del SAR que atendería desde las 08:00 a 24:00, el cual de manera innovadora estará equipado con un equipo de rayos osteopulmonar y laboratorio de urgencia, lo que sin duda permitirá aumentar la resolutivez y brindar una mejor atención a nuestros usuarios, esperándose realizar unas 50.000 atenciones en este dispositivo en forma anual.

El monto total de inversión alcanza los \$ 5.399.- millones provenientes íntegramente desde el Ministerio de Salud. Actualmente el proyecto encuentra en etapa de Adjudicación para su Ejecución encontrándose a la espera del decreto que autoriza la identificación presupuestaria 2017.



Fachada CESFAM CHUYACA Av. 18 de Septiembre



Fachada SAR CHUYACA Av. 18 de Septiembre



Patio Interior CESFAM CHUYACA



Sala Espera sector CESFAM CHUYACA

4. CESFAM y SAR RAHUE ALTO

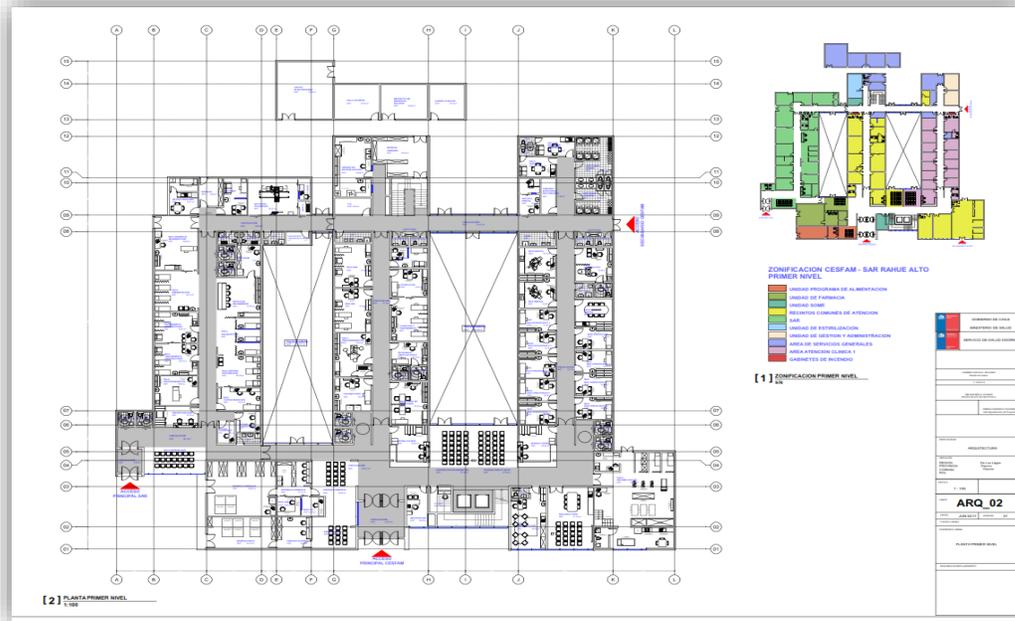
Como la normalización del establecimiento en su actual ubicación; avenida Real 2.160; y el Plan de contingencia para mantener el funcionamiento del CESFAM dentro del área de influencia, alcanzaban en su conjunto una inversión de \$ 9.000 millones de pesos, costo excesivo para este tipo de proyecto, se decidió gestionar una nueva ubicación comprometiéndose a la Alcaldía de esta ciudad a proporcionar un terreno municipal de 5.979 metros² ubicado en la esquina de calle el Salvador con calle Acapulco, emplazamiento que se encuentra distante unos 900 metros del actual CESFAM, terreno y que es capaz de contener un nuevo CESFAM para 30.000 habitantes, el cual incluirá un Servicio de Urgencia de Alta Resolutividad (SAR).

Foto área: se destaca terrero destinado para la futura construcción de CESFAM y SAR Rahue Alto.

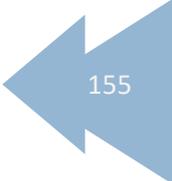
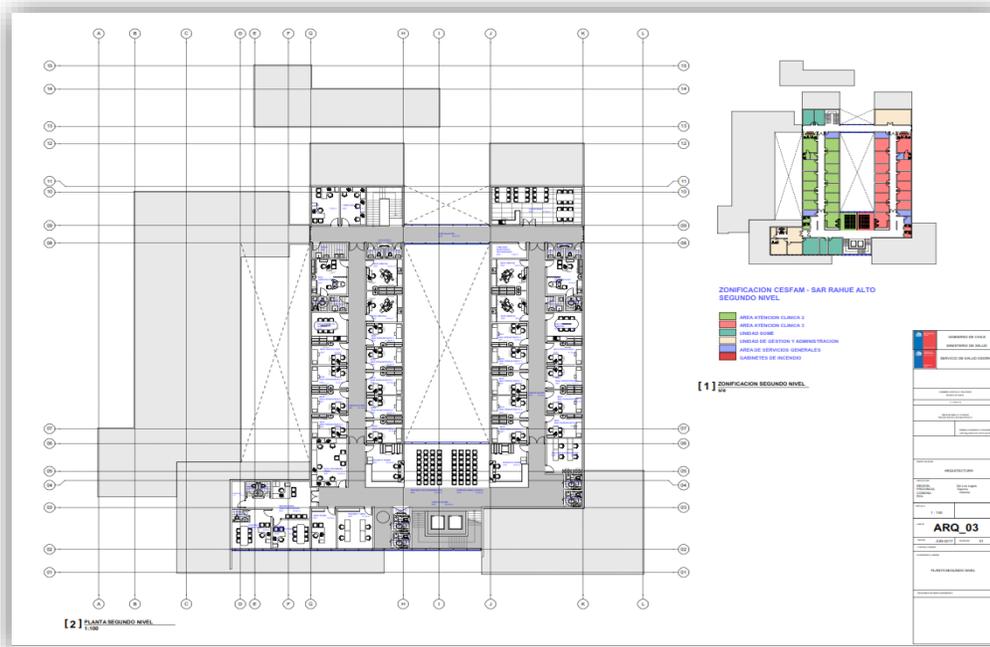


Actualmente, la Construcción CESFAM con SAR Rahue Alto Comuna de Osorno, BIP 30481028-0, postulado a financiamiento MINSAL, se encuentra en etapa de adjudicación de diseño, encontrándose a la espera del decreto que autoriza la identificación presupuestaria 2017, luego de lo cual se tendría un plazo de 120 días aprox. para concluir el diseño propiamente tal, el que dicho sea de paso ya cuenta con un anteproyecto aprobado.

Planta Arquitectura primer nivel de Proyecto CESFAM con SAR Rahue Alto Comuna de Osorno



Planta Arquitectura primer nivel de Proyecto CESFAM con SAR Rahue Alto Comuna de Osorno



Cabe destacar que el Proyecto CESFAM y SAR Rahue Alto permite ajustarse al nuevo modelo de atención primaria y requerimientos de nuevos recintos según normativa vigente. Por lo anterior, se determinó que los costos de operación que generará el proyecto

CESFAM Rahue Alto alcanzan un promedio para el horizonte de evaluación de \$ 1.792.995.170, de los cuales \$1.676.886.885 son parte del aporte ministerial que recibe el CESFAM, por lo que la brecha operacional a financiar por el Municipio de Osorno alcanza la suma de \$ 116.108.285 al año.

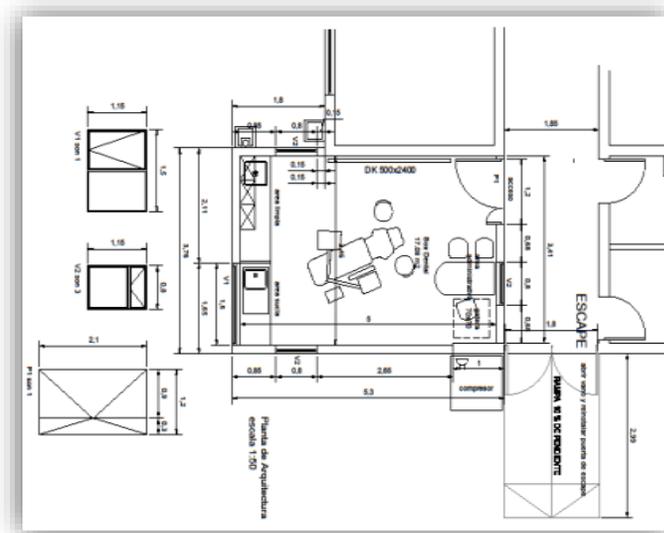
5. NORMALIZACIÓN DE CECOSF COMUNA OSORNO (Construcción Box dental)

La normalización de estos CECOSF, permitirá cumplir con la normativa vigente y otorgará la posibilidad de ampliar la cartera de servicios de estos centros de salud, aumentar la oferta de salud oral para nuestros usuarios y disminuir la brecha de RR.HH odontólogo/usuarios, la cual se encuentra en gran medida determinada por el déficit de sillones dentales en los CECOSF y sus respectivos CESFAM. Este proyecto beneficiará a 3500 personas en cada CECOSF e indirectamente a unas 7.000 personas por cada establecimiento; permitiendo además disminuir la brecha odontólogo/ usuario desde 1 por 8.000 a 1 por 5.000.

La ampliación considera la construcción de dos boxes dentales de 16m² sumando un total de 32 m². Estas obras se construirán con aportes del Fondo Nacional de Desarrollo Regional, considerando una inversión de m\$ 111.- millones distribuyéndose en un 50% para ejecución de obras, un 30% para equipamiento y 20 % para equipos; mientras que los costos de operación y mantención estarán a cargo del Departamento de Salud de Osorno, lo que alcanza un incremental anual de 55.- millones y de 1.107.- millones respectivamente.

Esta obra se encuentra adjudicada para su construcción, y en proceso de firma de contrato. Con un plazo de ejecución de 45 días.

Planta arquitectónica box dental a construir



6. ESTACIÓN MÉDICO RURAL PELLECO

Como una necesidad de acercar la salud a los usuarios y fortalecer el trabajado en la salud rural, se acuerda con Alcaldía, la construcción de una Estación Médico en sector Pelleco. La localización geográfica de este proyecto requirió varias visitas a terreno, definiéndose en conjunto con la comunidad su emplazamiento en una fracción de terreno desocupada dentro del perímetro donde funciona actualmente la Escuela Mixta Rural Pelleco.

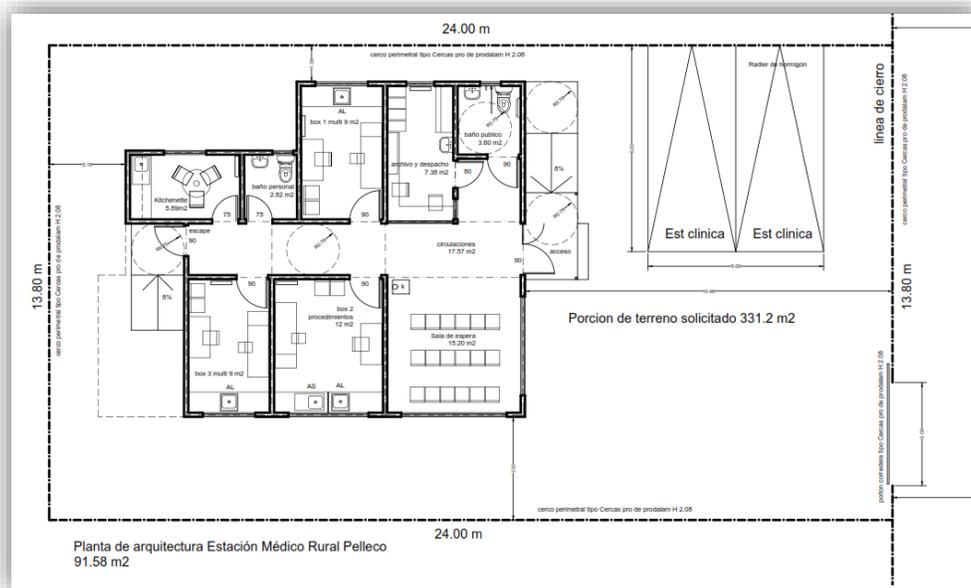
La fracción de terreno solicitada y cedida por DAEM, es de propiedad municipal, cuenta con 340 m² aprox, ofrece la ventaja de contar con locomoción directa, luz eléctrica y comité de agua funcionando y encontrarse en acceso principal del sector con pavimento asfáltico en un 100 %



Foto aérea: muestra en rojo, emplazamiento de futura Estación Médico Rural Pelleco.

La construcción de un piso la cual poseería una superficie estimada de 100 m² aproa, generando el siguiente programa: una Sala de espera, 2 Box de atención, 1 Box procedimiento -vacuna, botiquín PNAC, Sala de aseo, Baño público universal y Baño de personal. Se estima una inversión de 75 millones de pesos, con cargo municipal.

Programa Arquitectónico Estación médico Rural Pelleco



7. NUEVA FARMACIA COMUNAL

El éxito de la Farmacia Vecina de la Municipalidad de Osorno abierta al público el día 20 de junio 2016, ha motivado las ganas de seguir ampliando la cobertura y oferta de fármacos e insumos a la comunidad a un costo accesible, pero resguardando la calidad de los mismo. Actualmente se ha cuadruplicado la demanda por productos, lo que genera no sólo un aumento de RRHH asociado a la fuerza de trabajo, sino que determina nuevas exigencias de espacios e infraestructura que el actual recinto no posee. Tomando en consideración lo anterior y por disposición de la máxima autoridad Municipal, SECPLAN y Departamento de Salud, trabajaron en conjunto en el Proyecto de la Nueva farmacia Vecina, que se ubicará en calle Mackenna Nro 1241 la cual contará con una infraestructura de 172.51 m² distribuidos en dos 2 pisos. Actualmente este proyecto se encuentra ingresado en DOM, tramitando el permiso de edificación.



Fachada Nueva Farmacia vecina por calle Mackenna Antigua

Programa Arquitectónico Nueva Farmacia Vecina

- Planta esquemática del Primer Nivel



- Planta esquemática del Segundo Nivel



8. PROYECTOS EN ESTUDIO

- **Reposición CESFAM y SAR Pedro Jauregui**

Recientemente se inició el estudio para desarrollo de la metodología de inversión y el diseño sobre dos niveles, para el CESFAM y SAR Pedro Jáuregui. Cabe mencionar, que el CESFAM Pedro Jáuregui atiende a 18.500 inscritos validados aprox. El cual fue construido el 18 de mayo 1994, bajo el modelo de Consultorio General Urbano, se encuentra edificado sobre un terreno de 3.000 m² y cuenta con 1.548,72 m² construidos. El cual presenta falencias técnicas y físicas en todos sus recintos, si es comparado con el actual Programa Médico Arquitectónico vigente al año 2017 y el Modelo de salud familiar incorporado el año 2000 en la APS chilena.

En este escenario y tomando en consideración las necesidades del sector e incorporando la ley calidad GES y la obligatoriedad de la acreditación al 30 de junio 2019 de establecimiento de APS, este Departamento de Salud, busca reponer el CESFAM y SAPU Pedro Jauregui, por un CESFAM para 20.000 usuarios según PMA vigente y un Servicio de Atención Primaria de Alta Resolutividad (SAR) adosado al él, que permitirá optimar la calidad y cantidad de los servicios entregados a este sector de la población. Sin embargo, la mayor dificultad para llevar a cabo este proyecto, es falencia de un terreno apropiado dentro de esta área de influencia del actual centro de salud, suelo que permita el desarrollo del actual programa médico arquitectónico. Debido a esto es que se está trabajando en conjunto con SSO en un anteproyecto que contenga la totalidad del programa exigido el cual podría materializar en el actual terreno, en donde se yergue el actual Cesfam

• **CECOSF LA MISIÓN**

Por último, pero menos importante, es que debido al explosivo crecimiento inmobiliario en el área norponiente de la ciudad, este Departamento inició estudio de factibilidad geográfica y financiera para la construcción de un nuevo CECOSF en dicha zona, teniendo en cuenta el incremento demográfico que posee esta zona, centro que beneficiaría a un gran porcentaje de la población que es usuaria del sistema público de salud dentro de esta zona.



