I.MUNICIPALIDAD Maullín
Departamento de Salud

REF.: Aprueba Plan de Salud Comunal año 2023

DECRETO EXENTO N° 3697

MAULLIN, 30/12/2022

VISTOS: El fallo del Tribunal Electoral Décima Región de Los Lagos del 02 de junio del 2021, que proclama Alcalde y 03 de junio del 2021 que proclama Concejales y el Acta de Sesión de Constitución e Instalación del Concejo Municipal de Maullín, celebrada el día 28 de junio del 2021, y las facultades que me confiere la Ley Orgánica de Municipalidades N°18.695, texto refundido por el Decreto SupremoN°662/92, del Ministerio del Interior y modificado por la Ley N°19.280/93 y 19.602/99 texto refundido por el DFL 219/2000 del Ministerio del Interior Subsecretaria de Desarrollo Regional y Administrativo y la Ley 19.378/95 del Ministerio de Salud que establece el Estatuto de Atención Primaria y la ley 18.883/89.

CONSIDERANDO:

1.- El Certificado N°153 del 30 de diciembre de 2022, emitido por el Secretario Municipal, certifica la aprobación que aprueba el "Plan de Salud Comunal Maullin 2023" de acuerdo a ley rige la propuesta presentada por el sr. Alcalde.

2.- Plan Comunal.

DECRETO:

1.- **APRUEBASE** "Plan de Salud Comunal Maullin año 2022", instrumento que define las acciones sanitarias de la comuna y se encuentra regulado por las técnicas y normativas establecidas por la autoridad sanitaria, de acuerdo con lo indicado en la ley 19.378.

ANÓTESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE MAULLÍN SECRETARIO MUNICIPAL 1560

MARÍA S. BENAVIDES CATALAN
Secretario Municipal

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE MAULLIN ADMINISTRADOR MUNICIPAL 1560

ANA OLMEDO BARRIA
Administrador Municipal (s)

AOB/MBC/YVP/MPGB/RDC/rdc
DISTRIBUCIÓN:

- Of. Partes Il. Municipalidad de Maullín.
- Cc. Carpeta Antecedentes Personales.
- Cc. Finanzas DESAM.
- Cc. Unidad de Control.
- Cc. Depto. Salud Municipal.

PLAN DE SALUD COMUNAL MAULLÍN 2023-2024

Ilustre Municipalidad de Maullín

Departamento de Salud Municipal

ÍNDICE

Contenido

Ilustre Municipalidad de Maullín 1

Departamento de Salud Municipal 1

INTRODUCCIÓN 4

POLÍTICA COMUNAL DE SALUD 5

1.1 OBJETIVOS INSTITUCIONALES 5

1.2 PLAN DE DESARROLLO COMUNAL (PLADECO): 5

1.2.1 Objetivos estratégicos y líneas de acción atingentes a salud: 5

DIAGNÓSTICO DE SALUD INTEGRADO (DSI) 7

2.1 DIAGNÓSTICO DE NECESIDADES EN SALUD (DNS) 7

2.1.1 DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO 7

2.1.2 DIAGNÓSTICO EPIDEMIOLÓGICO 42

2.1.2.1 ANTECEDENTES DEL CONTEXTO COMUNAL 42

2.1.2.1.1 HISTORIA 42

2.1.2.1.3 VÍAS DE ACCESO 43

2.2 DIAGNÓSTICO DE RECURSOS EN SALUD (DRS) 113

2.2.2 ORGANIGRAMA DEPARTAMENTO DE SALUD 116

2.2.3 RECURSOS COMUNITARIOS Y DEL INTERSECTOR 117

2.2.3.1 MAPA DEL SECTOR CON LOS CENTROS DE SALUD 119

2.2.3.2 ESTABLECIMIENTOS DE SALUD 120

2.2.3.3.1 POBLACIÓN SEGÚN SEXO Y ÁREA URBANA-RURAL 135

2.2.3.3.2 POBLACIÓN INSCRITA EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA COMUNA 136

2.2.4 FUERZA DE TRABAJO 137

2.2.4.1 PROTOCOLOS DE DERIVACIÓN 141

2.2.4.2 TIEMPOS DE LATENCIA DE ATENCIÓN 141

2.2.4.3 DATOS DE DERIVACIONES Y DATOS DE PERTINENCIA SIC 141

2.2.4.4 CARACTERIZACIÓN DE LA OFERTA DE LOS SERVICIOS DE SALUD 144

2.2.4.6 DATOS DE RESOLUTIVIDAD 159

2.3 BRECHA SANITARIA Y ASISTENCIAL 182

EQUIPAMIENTO DESAM MAULLÍN 183
3. EVALUACIÓN DEL PERIODO ANTERIOR 194
4. PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS 209
4.1 ANÁLISIS DE BRECHAS Y PROBLEMAS PRIORIZADOS 210
5. MATRIZ DE MARCO LÓGICO 248
6. RECURSOS FINANCIEROS 286
7. PLAN DE CAPACITACIÓN 2023 291
8. PLAN DE PROMOCIÓN DE SALUD TRIENIO 2022 – 2024 296

INTRODUCCIÓN

El Plan de Salud Comunal es el instrumento que define las acciones sanitarias de la comuna y se encuentra regulado por las orientaciones técnicas y normativas establecidas por la autoridad sanitaria, de acuerdo con lo indicado en artículo 58 de la Ley 19.378.

La Ilustre Municipalidad de Maullín, por intermedio del Departamento de Salud Municipal, administra y gestiona los establecimientos de Salud Municipalizada que constituyen la Red Local de Atención Primaria de Salud del Sistema Público; en este sector recae la responsabilidad de elaborar el Plan de Salud Comunal para el año 2023.

El Plan de Salud Comunal, recoge los elementos fundamentales del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, donde se integran un conjunto de principios que sustentan el modelo y que han sido consensuados a nivel nacional e internacional por diversas agencias sanitarias basado en las experiencias de desarrollo de sistemas de salud y recomendaciones de grupos de expertos y equipos profesionales.

Asimismo, se basa también en lo dispuesto a través de la resolución exenta 528 de abril de 2021 donde se fijan para la década 2021- 2030 los siguientes objetivos sanitarios:

- Mejorar la salud y bienestar de la población.
- Disminuir las inequidades.
- Asegurar la calidad de la atención en salud.
- Avanzar hacia la construcción de comunidades y entornos saludables.

Es importante señalar que para quienes efectúan la provisión de servicios de salud es una labor ineludible la ejecución del plan de salud, ya que pretende contribuir a la consecución de mejores estados de salud en la población a cargo, mediante la adecuada organización de los recursos asistenciales disponibles, para responder de manera pertinente, oportuna, satisfactoria y continua a todos quienes necesiten de estos servicios.

POLÍTICA COMUNAL DE SALUD

1.1 OBJETIVOS INSTITUCIONALES

1.1.1 Reforzar las estrategias de promoción y prevención aplicadas en la comuna de Maullín, para lograr una participación comunitaria efectiva que le de pertinencia local a las acciones del nivel de atención primaria de salud, acorde a los principios del modelo de salud familiar.

1.1.2 Fortalecer la implementación del modelo de salud familiar y comunitario para otorgar la cartera de servicios y prestaciones de forma más efectiva y lograr mejores indicadores sanitarios de la comuna.

1.1.3 Priorizar los procesos de gestión técnico-administrativa en el Departamento de Salud Municipal de Maullín, para lograr un funcionamiento institucional acorde a los lineamientos del modelo de salud familiar y comunitaria.

1.2 PLAN DE DESARROLLO COMUNAL (PLADECO):

1.2.1 Objetivos estratégicos y líneas de acción atingentes a salud:

ÁREA SALUD

Objetivo estratégico 2: Mejorar la calidad de vida y bienestar de los habitantes de la comuna mediante la buena atención y el acceso oportuno a la salud pública

Líneas de acción
1: Proporcionar servicios de salud municipal de acuerdo a necesidades y expectativas de los usuarios
2: Evaluar la satisfacción de los usuarios, y mejorarla.
3: Realizar acciones preventivas de consumo de alcohol y otras drogas para la comunidad en su territorio, especialmente en niños, adolescentes y jóvenes, como también para la salud mental y la prevención de la violencia intrafamiliar.
4: Asesorar y colaborar en programas de alimentación y estilos de vida saludable en los colegios y centros de atención de salud
5: Implementar un programa de vida saludable y envejecimiento activo de los adultos mayores de la comuna
6: Mejorar el acceso de las personas en salud, garantizando "equidad económica"

ÁREA DESARROLLO SOCIO COMUNITARIO, INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO

Objetivo estratégico 2: Propiciar una ciudadanía activa, participativa y solidaria, que sea protagonista en el proceso de desarrollo de la comuna
Líneas de acción
5: Promover la inclusión de los sectores más vulnerables de la población y con necesidades especiales

DIAGNÓSTICO DE SALUD INTEGRADO (DSI)

El Diagnóstico de Salud Integrado debe sintetizar y estimar la brecha entre las necesidades de salud de la comuna y los recursos con los que se cuenta para satisfacerlas. Para ello realiza una contextualización, un diagnóstico de necesidades en salud y un diagnóstico de recursos en salud, para así estimar una determinación de Brecha Sanitaria y de esta manera establecer la Brecha Asistencial existente para la comuna.

2.1 DIAGNÓSTICO DE NECESIDADES EN SALUD (DNS)

El DNS incluye el diagnóstico epidemiológico y participativo. Es función de los equipos gestores de la comuna la construcción de puentes entre ambos. No es conveniente presentarlos separadamente sin realizar una lectura global de los hallazgos.

2.1.1 DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO

“HACIA LA PROMOCIÓN DE SALUD CON Y PARA LA COMUNIDAD”

2.1.1.1 INTRODUCCIÓN

Como parte del diagnóstico para la elaboración del plan de Salud Comunal se realizó un proceso de diagnósticos participativos generado por el equipo de trabajo del Departamento de Salud de la Municipalidad de Maullín, con el objetivo de desarrollar un trabajo con y para la comunidad basado en los determinantes sociales de la salud y así poder elaborar un plan de salud con mayor inclusión y de forma más participativa.

Antes de comenzar a describir los procesos, las metodologías y los resultados parciales de esta iniciativa, es necesario mencionar ciertos lineamientos teórico-prácticos en los que se basó la implementación de este plan de integración horizontal entre el equipo y la

comunidad para poder generar un diagnóstico de las principales problemáticas de la población y poder así generar un plan de salud acorde a esas necesidades.

Como lineamiento teórico base para definir qué elementos son los centrales a la hora de identificar y direccionar las principales causas de inequidad y problemas en materias de salud, se utilizó el enfoque de Determinantes Sociales de la Salud (DSS). Si bien las discusiones en relación a este enfoque fueron desarrollándose desde comienzos del siglo XIX, no es hasta finales del siglo XX donde se comenzó a tomar mayor importancia de este, tomando aún mayor fuerza en el siglo actual. A grandes rasgos los Determinantes Sociales de la Salud según la OMS son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas (*http://www.who.int/social_determinants/es/*). Con esta mirada lo que se trata de hacer ver es que los problemas e inequidades sanitarias en la población no se deben exclusivamente a factores biológicos o genéticos (desde un punto de vista biomédico), sino que por el contrario, son estos determinantes los que explican la mayor parte de los problemas en salud, por lo que no tomarlos en cuenta sería un error.

De acuerdo a estos planteamientos, para poder intervenir y solucionar de mejor manera los problemas en materias de salud existentes en la población no sería suficiente intervenir desde un enfoque exclusivamente biomédico, sino que por el contrario, es necesario ampliar las redes de intervención siendo la promoción de la salud uno de los ejes centrales al momento de querer mejorar las condiciones de las personas.

Es en este aspecto donde aparecen los lineamientos prácticos que nos permiten poder generar un plan de diagnóstico e intervención en salud. Para ello tomamos la carta de Ottawa (1986) como elemento guía para poder generar intervenciones que den solución a las distintas problemáticas en la salud. Para ello la promoción de salud es fundamental, entendiendo esta como “el proceso de capacitar a las personas para que aumenten el control sobre su salud, y para que la mejoren. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo o un grupo debe ser capaz de identificar y llevar a cabo unas aspiraciones, satisfacer unas necesidades y cambiar el entorno o adaptarse a él” (Carta de Ottawa, 1986).

Teniendo en cuenta la importancia de la promoción en salud para poder generar condiciones de mejoras en la salud y calidad de vida de la población, la carta de Ottawa pone un segundo elemento de gran importancia y de carácter transversal al momento de poder generar planes de promoción, y ese elemento es la comunidad. El fortalecimiento de la acción comunitaria tiene como intención el empoderamiento de las comunidades, es decir, utilizar su propio capital social y material para llevar a cabo una auto-ayuda y al mismo tiempo generar un sistema que refuerce la participación y la dirección pública en las cuestiones de la salud. Cabe mencionar que este sistema de participación no se desarrolla exclusivamente desde las comunidades, sino que debe existir una reorientación de los servicios públicos, donde tanto los grupos comunitarios, los profesionales de la salud y las instituciones trabajen de manera conjunta para la creación de un sistema de asistencia sanitaria que contribuya a la obtención de la salud desde un enfoque de promoción.

Poland et al señalan la coexistencia de dos tipos de prácticas de promoción de salud en la comunidad, uno conocido como el enfoque basado en la comunidad y otro, el enfoque del desarrollo de la comunidad. Para la primera comunidad, es un lugar para los programas de salud que promueven modos individuales de cambios en el comportamiento y de estilos de vida. Para el segundo, la comunidad es un lugar donde es posible la organización y movilización de las personas para hacer frente a los desafíos que afectan a su salud. (Poland B, Krupa G, McCall D. Settings for Health Promotion: An Analytic Framework to Guide Intervention Design and Implementation. Health Promot Pract. 1 de octubre de 2009;10(4):505–16.) Si bien ambos enfoques pueden y de hecho coexisten, difieren en varios aspectos importantes, como se indica a continuación (HSE National Health Promotion Office Ireland. The Health Promotion Strategic Framework [Internet]. Ireland; 2011 [citado 29 de octubre de 2014]. Recuperado a partir de: *http://www.healthpromotion.ie/hp-files/docs/HPSF_HSE.pdf*):

El espacio clave es la comunidad porque permite desarrollar acciones con las personas, para hacer frente a los desafíos que afectan su salud. Independientemente del método utilizado, intervenciones comunitarias exitosas dependen de una identificación y comprensión de los problemas y un reparto del poder entre la comunidad y los sectores que interactúan en ésta.(HSE National Health Promotion Office Ireland. The Health Promotion Strategic Framework [Internet]. Ireland; 2011 [citado 29 de octubre de 2014]. Recuperado a

partir de: http://www.healthpromotion.ie/hp-files/docs/HPSF_HSE.pdf)

Tabla N°1: Prácticas de Promoción de la Salud en la Comunidad.

El enfoque basado en la comunidad	El enfoque del desarrollo comunitario
La responsabilidad individual por la propia salud	Empoderamiento de las personas y las comunidades
Existe un problema o déficit en la comunidad	Existen fortalezas y competencias en la comunidad
Los problemas se definen por el gobierno	Los problemas se definen por la comunidad
El mercadeo social es el enfoque principal que se utiliza	La justicia social es el enfoque principal que se utiliza
Los profesionales son claves para resolver el problema	Los profesionales son un recurso para la comunidad

Fuente: Traducido de "The Health Promotion Strategic Framework Published by HSE National Health Promotion Office 2011".

2.1.1.2 METODOLOGÍA

Las formas que adopta la Participación comunitaria en la práctica son múltiples y diversas. Estas pueden ser clasificadas según características correspondientes a distintas dimensiones, entre las cuales destacan las siguientes (Participación Comunitaria: Necesidad, Excusa o Estrategia? De qué Hablamos Cuando Hablamos de Participación Comunitaria, Bronfman M. y Gleizer M., Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 10 (1): 111-122, jan/mar, 1994):

a) El aspecto, etapa o momento del programa en el cual la comunidad participa

b) Los mecanismos a través de los cuales se propone la participación

c) El horizonte temporal de la participación

d) El tipo de acciones que realiza la comunidad

En la metodología de las ciencias sociales ha habido una larga discusión sobre las ventajas y desventajas de las estrategias cualitativas y cuantitativas y sobre las ventajas de unas u otras en relación a los objetivos de la investigación. Sin embargo, hay un aparente consenso sobre la utilidad de las técnicas cualitativas en las investigaciones orientadas a lograr la adaptación de los programas de salud a las características particulares de cada comunidad (Winch & Hudelson, 1991; PAHO, 1984) ya que éstas permiten aprehender los procesos y las complejas relaciones que constituyen el cuerpo social (Participación Comunitaria: Necesidad, Excusa o Estrategia? O de qué Hablamos Cuando Hablamos de Participación Comunitaria, Bronfman M. y Gleizer M., Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 10 (1): 111-122, jan/mar, 1994)

Considerando la necesidad de trabajar con la comunidad, y que esta pueda entregar sus opiniones, ideas y posturas sobre cómo les afectan los determinantes sociales de salud en su vida cotidiana; se planificó la realización de encuentros participativos en los distintos sectores de la comuna de Maullín, tratando de abarcar la mayor cantidad de personas y ser lo más inclusivo posible y de esta manera, poder recabar de manera óptima la mayor cantidad de información con respecto a este tipo de problemáticas.

Se definió realizar encuentros con la comunidad en los cuales ellos pudieran identificar y analizar los problemas que los afectan con un enfoque basado en los Determinantes Sociales de la Salud, para luego del análisis priorizar con la comunidad cuáles eran los que consideraban más importantes de intervenir. Decidimos realizar los encuentros comunitarios con una metodología de trabajo en grupos pequeños para de esta forma extraer una información más detallada de las problemáticas que viven los vecinos. Además que este tipo de metodología genera un complemento de las distintas ideas generando un análisis más profundo de los temas conversados, simplemente conociéndose.

En todas las jornadas del Diagnóstico Participativo los grupos de trabajo fueron designados según grupos etarios previamente definidos; Cabe mencionar que se hizo esta separación para poder recabar la información de una forma tal que ningún grupo etario acaparará la discusión y de esta manera tener una mayor variedad de problemáticas. Teniendo en

cuenta esto, los participantes fueron divididos en tres grupos:

- Niños y Jóvenes (5 a 18 años)
- Adultos (19 a 55 años)
- Adultos y Adultos mayores (56 o más años)

También se definió previamente que si en alguno de los encuentros comunitarios llegaban a participar menos de 5 personas el encuentro sería suspendido, y de la misma forma con cada grupo etario en el cual habían menos de 5 personas, el grupo como tal no se conformaba y se agregan estas personas a alguno de los otros grupos conformados. También promueve la interacción entre los vecinos, compartiendo un espacio de diálogo.

Las herramientas participativas que usamos en los encuentros comunitarios fueron la lluvia de ideas para la identificación de problemas y aplicamos matrices de priorización para elegir los problemas más relevantes de intervenir para la comunidad.

La lluvia de ideas nos permitió generar un espacio de diálogo en el cual los vecinos pudieron conversar, opinar y discutir sobre los distintos temas compartidos, llevando así a la identificación y análisis de los problemas expuestos por cada grupo de vecinos. Esta herramienta nos permitió abarcar la gran variedad de ideas y problemas que salieron durante el trabajo en grupo y luego poder clasificarlos y juntar las ideas similares, para confeccionar una lista de problemas que sirvió de insumo para la aplicación de las matrices de priorización.

Las matrices de Priorización fueron aplicadas en los mismos grupos de trabajo, y se priorizó entre la lista de problemas identificados en cada grupo en la lluvia de ideas realizada previamente. La matriz de priorización utilizada fue diseñada por funcionarios del Departamento de Salud de Maullín, y se basó en otras matrices de priorización adaptadas para trabajar con la comunidad. Consta de 4 preguntas que se deben evaluar colocando un color (verde, amarillo o rojo) en cada respuesta, de forma horizontal por cada problema evaluado, y cada color tiene asignado un puntaje, rojo 15 puntos, amarillo 10 puntos y verde 5 puntos; las preguntas evalúan los factores de magnitud, trascendencia, factibilidad de intervenir y disponibilidad para intervenir; Lógicamente las preguntas fueron adaptadas a

un lenguaje coloquial para su mejor comprensión por los vecinos. Al finalizar la evaluación de todos los problemas de la lista, se suman los puntajes obtenidos de manera horizontal, de tal forma que el máximo puntaje a obtener es 60 y el mínimo es 20. La aplicación de matrices de priorización en el trabajo comunitario nos permite aproximarnos a una evaluación un poco más objetiva y participativa de los problemas, rescatando la opinión de todos los participantes y promediando las respuestas, generando un consenso colectivo aceptado por todos, evitando así que predomine demasiado la opinión de grupos o intereses particulares. Cuando el proceso de priorización con la comunidad es definido como un proceso de carácter vinculante se alcanza un alto nivel de Participación según las distintas líneas teóricas sobre Participación Social.

Después se realiza la consolidación de los puntajes obtenidos en las matrices de priorización, sumando los puntajes totales que cada vecino le otorgó a cada problema y creando una lista de los problemas en orden de mayor a menor. Posteriormente se identificaron los 3 problemas con mayor puntaje (de acuerdo al color con puntaje previamente designado), los cuales fueron seleccionados como los más relevantes de intervenir por la comunidad y se les informó a cada grupo de los resultados obtenidos.

2.1.1.3 PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO DE LOS ENCUENTROS COMUNITARIOS

Los encuentros de los Diagnósticos Participativos fueron organizados por el Departamento de Salud de Maullín, para esto se realizaron diferentes reuniones periódicas desde febrero del 2022 y se llevaron a cabo 3 jornadas de Capacitación a los funcionarios invitados a participar en los distintos equipos de salud del departamento (CESFAM, Equipo Rural y Centro de Salud). En esta jornada se capacitó a los asistentes en el enfoque de determinantes sociales de la salud y de distintas herramientas participativas (lluvia de ideas, matrices de priorización, etc) que se usaron en la metodología de los encuentros con la comunidad realizados para el Diagnóstico Participativo, además sirvió para coordinar y decidir el número de encuentros, los lugares para realizarlos, las funciones y roles de los participantes, etc.

Los Encuentros de los Diagnósticos Participativos se organizaron en conjunto con dirigentes y/o actores sociales comunitarios quienes conocen de manera más directa a la

comunidad, los cuales se llevaron a cabo a lo largo de toda la comuna de Maullín, la cual fue dividida en tres sectores; Carelmapu, Maullín y Sectores rurales de la comuna. A su vez en cada sector se planificaron distintos encuentros de acuerdo a áreas geográficas (urbano/rural) permitiendo de esta manera un mejor levantamiento de la gran variedad de necesidades de la comunidad y un mejor acceso a la población.

La invitación se realizó a las personas de forma individual, familias, organizaciones sociales de todo tipo, en cuanto a las estrategias de difusión incluyó el uso de distintos medios de comunicación como redes sociales, radio Pangal , invitaciones al Intersector y líderes de Organizaciones Comunitarias, avisos en las distintas actividades del equipo de salud (actividades asistenciales y no asistenciales e invitando a los usuarios internos y externos), se pegaron carteles en salas de espera y lugares comunitarios.

Los encuentros comunitarios realizados para los diagnósticos participativos fueron 10, en la planificación habíamos considerado realizar 11 encuentros, pero en 1 de ellos asistieron menos de 5 personas, por lo tanto no se realizó la actividad planificada, siendo coherente con la planificación previa.

El encuentro que no se realizó estaba planificado en sector urbano de la comuna de Maullín, coincidió con una actividad de celebración de un club deportivo cercana al lugar de realización del diagnóstico, lo cual influyó en que no llegarán los vecinos.

En algunos sectores rurales que están más aislados se puso a disposición la locomoción para el traslado de personas con interés en participar de estas jornadas, lo que facilitó la participación de los vecinos en los sectores rurales de la comuna. Lo cual sería importante replicar para todos los encuentros rurales para favorecer el acceso a la comunidad a estás instancias.

Los 10 encuentros realizados fueron:

- Sector Quenuir (Rural): Realizado el 26 de Julio del 2022, se conformaron los 3 grupos y participaron 24 personas.
- Sector Carelmapu (Urbano): Realizado el 27 de julio del 2022, se trabajó con 3 grupos y participaron 25 personas.

- Sector La Pasada (Rural): Realizado el 28 de Julio del 2022, se conformaron 2 grupos y participaron 25 personas.

- Sector Maullín (Urbano): Realizado el 29 de Julio del 2022, se trabajó con 2 grupos y participaron 19 personas.

- Sector Amortajado (Rural): Realizado el 30 de Julio del 2022, se trabajó con 2 grupos y participaron 16 personas.

- Sector Astillero (Rural): Realizado el 30 de julio del 2022, se trabajó con un grupo y asistieron 7 personas.

- Sector Misquihue (Rural): Realizado el 04 de Agosto del 2022, se conformaron 2 grupos y participaron 34 personas

- Sector Peñol (Rural): Realizado el 06 de Agosto del 2022, se conformaron 2 grupos y participaron 26 personas

- Sector Carretera (Chuyaquen-Rural): Realizado el 06 de Agosto del 2022, se trabajó con un grupo y participaron 8 personas.

- Sector Carelmapu (Urbano): Realizado el 6 de agosto de 2022, se trabajó con un grupo y participaron 8 personas.

2.1.1.4 CRONOGRAMA DE ENCUENTROS

Para dar inicio a las actividades se realiza una bienvenida y una breve introducción sobre Determinantes Sociales de Salud en un plenario con todos los asistentes, luego se da paso a las actividades por grupos etarios, guiando el trabajo en grupo una dupla de facilitadores a través de una lluvia de ideas, con la cual se identificaron una lista de problemas comunitarios.

Después de este trabajo en grupo tuvimos un break donde compartimos una colación saludable y luego volvimos a trabajar con los mismos grupos del momento anterior; en esta

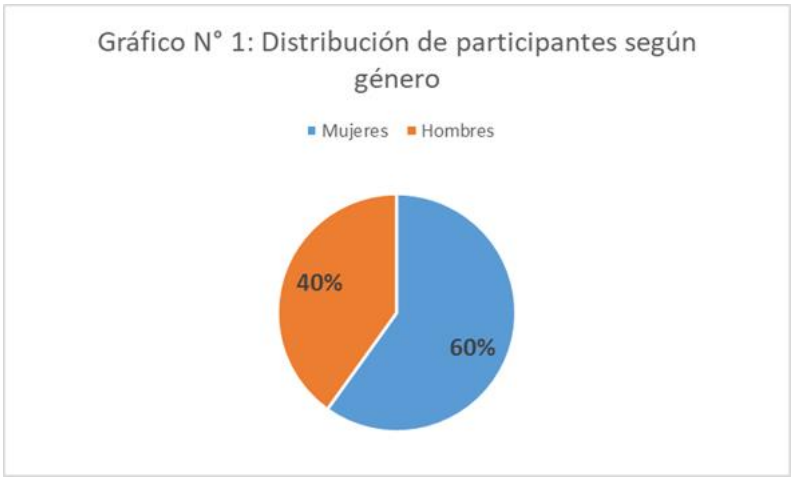
segunda parte del trabajo en grupo se realizó la priorización con la comunidad, específicamente se aplicaron matrices de priorización (individuales) a todos los problemas que identificaron los vecinos en la primera parte del trabajo en grupos. Luego se consolidaron los puntajes de las matrices de priorización y se entregaron los resultados obtenidos a los vecinos que asistieron al encuentro, seleccionando los 3 problemas con mayor puntaje de cada grupo de trabajo conformado.

2.1.1.5 CARACTERIZACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS PARTICIPANTES

En esta parte realizaremos una descripción detallada de las características más relevantes de los participantes en los encuentros con la comunidad. Nos parece relevante comparar la participación entre hombres y mujeres, las diferencias que pueden haber entre los sectores rurales y urbanos de la comuna; y las diferencias según el equipo de salud que coordinó cada encuentro comunitario. Además al finalizar se realiza el cálculo de algunos indicadores cuantitativos sobre la participación lograda en las jornadas de trabajo con la comunidad.

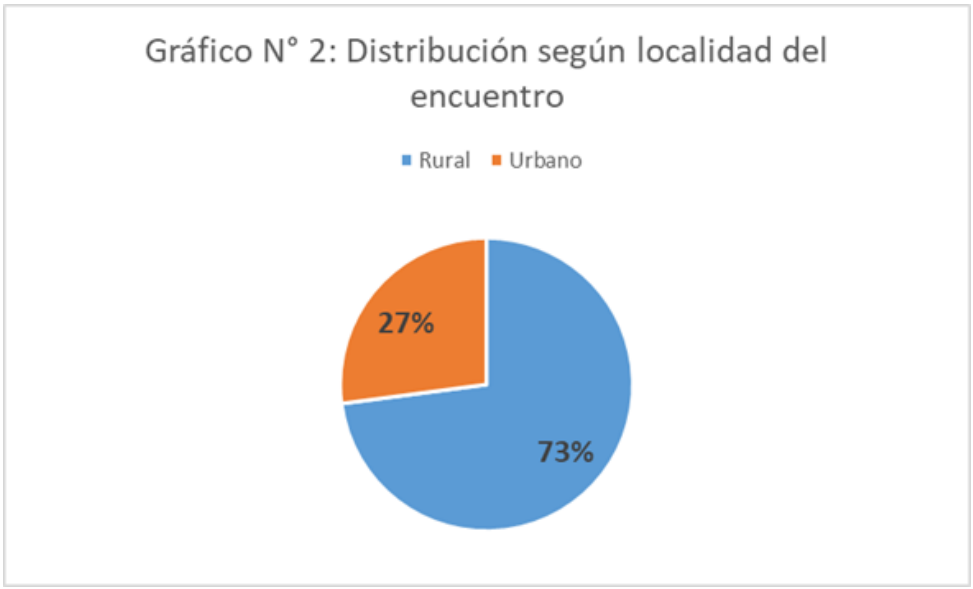
Si consideramos los 10 encuentros comunitarios realizados para el Diagnóstico Participativo de la comuna de Maullín, participaron en total 192 vecinos de distintas localidades de la comuna; la mayoría de los vecinos que asistieron eran adultos y adultos mayores, la participación de niños y adolescentes fue muy baja, lo que nos desafía a abarcar a estos grupos etarios con estrategias diferentes a las aplicadas.

Al observar la distribución de los participantes de los encuentros comunitarios según género, se aprecia una diferencia significativa, donde participaron 115 mujeres lo que representa el 60% del total de asistentes, en cambio los hombres que participaron fueron 77, logrando un 40% de los vecinos. (Ver gráfico N°1) La diferencia observada por género era esperable ya que coincide con lo descrito en la literatura, la cual refiere que en los procesos de participación en salud, la gran mayoría de las veces predomina la presencia de mujeres por sobre los hombres.

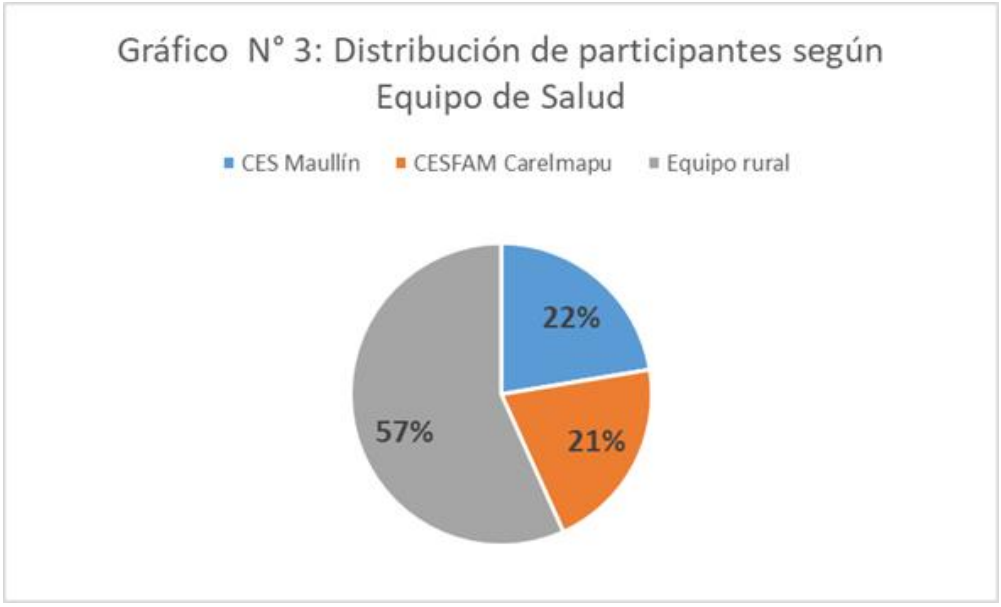


Si analizamos la distribución por género según el lugar de los encuentros realizados en los distintos sectores de la comuna, podemos observar que en el sector rural el 57% de los participantes son mujeres y el 43% son hombres, mientras que en los sectores urbanos el 67% de los participantes son mujeres y el 33% son hombres. Si bien el número de participantes no nos permite hablar de una diferencia estadísticamente significativa, si podemos observar una tendencia a una mayor participación de mujeres en los sectores rurales y urbanos de la comuna. Además podemos observar que la cantidad de participación de hombres fue mayor en el sector rural de la comuna.

Si diferenciamos a las personas que participaron en las jornadas de trabajo con la comunidad, según el lugar en que se realizó el encuentro comunitario, comparando los lugares urbanos con los rurales. De esta forma, podemos observar que el 73% de los asistentes participaron en los sectores rurales (140 vecinos) y el 27% en los sectores urbanos (52 personas) de nuestra comuna. (ver gráfico N°2) Estos datos obtenidos coinciden con lo descrito en otros artículos publicados, en los cuáles se describe una mayor participación comunitaria en sectores rurales si se compara con lo que ocurre en sectores urbanos.



Al realizar el análisis diferenciando la distribución de los participantes, dependiendo del Equipo de Salud que coordinó cada encuentro comunitario en la comuna, en el Sector de Maullín urbano participaron 43 personas representando el 22% de los asistentes, del Sector de Carelmapu (incluido el sector rural de Astilleros, que depende del CESFAM Carelmapu) participaron 40 vecinos lo que representa al 21% y en los Sectores Rurales de la comuna asistieron 109 personas lo que representa el 57% restante. (Ver gráfico N°3)



En relación a la distribución de participantes según los diferentes grupos etarios, se planificó que en cada encuentro se ordenarán en 3 grupos etarios (descrito previamente), por lo tanto se planificó conformar 30 grupos en total (considerando los 10 encuentros realizados), la idea era que se formaba un grupo de trabajo si llegaban 5 o más vecinos del grupo etario correspondiente, finalmente se conformaron 19 grupos de trabajo.

Se logró realizar los 3 grupos planificados en: sector Carelmapu (Urbano, 1° encuentro) y en Quenuir (Rural), en estos 2 encuentros comunitarios fueron los únicos en que se conformaron grupos de trabajo de adolescentes. Mientras que en Maullín (urbano), Amortajado (Rural), La Pasada (Rural), Peñol (Rural) y Misquihue (Rural) se conformaron 2 grupos de trabajo. En los encuentros realizados en Astillero (Rural), Sector Carretera Maullín (Rural) y Carelmapu (Urbano, 2° encuentro) se conformó un solo grupo de trabajo que en su mayoría estaba compuesto por adultos mayores y se agregan algunos adolescentes y adultos jóvenes.

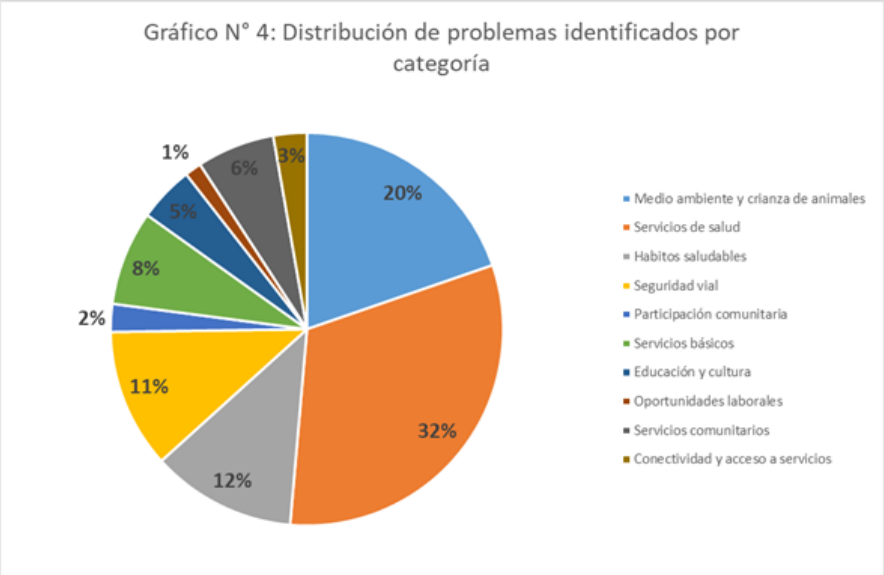
Es importante medir también la participación comunitaria con indicadores cuantitativos, aunque sabemos que la metodología escogida para realizar este Diagnóstico Participativo tiene como principal ventaja obtener información cualitativa de primera fuente, y no es una de sus características el ser una herramienta que brinde una amplia cobertura de participantes para obtener la información. De esta forma se midió cuantitativamente la relación porcentual entre el número de participantes y el número de inscritos en el sistema de salud de Maullín. El número de inscritos validados por Fonasa para el año 2022 es de 13.040 personas, y participaron 192 vecinos en total, lo que nos da un indicador de un 1,47% de participación en el Diagnóstico Participativo. Si lo comparamos con la participación en los encuentros del Diagnóstico Participativo realizado el 2019, aumentamos en más de un 100%, ya que la participación ese año fue del 0,6% de la población inscrita y validada por Fonasa.

2.1.1.6 ¿QUÉ OPINÓ LA COMUNIDAD?

En base a las diversas opiniones recabadas en los diez encuentros comunitarios realizados, y tomando en consideración a todos los grupos etarios, se decidió agrupar los

principales problemas expresados por los vecinos en distintas categorías que permitan clasificar y ordenar estas opiniones de manera tal, que el análisis de la información sea más sencillo y eficiente. Considerando esto, y de acuerdo a lo planteado por la comunidad, emergieron 10 categorías que representan de la mejor manera posible todos los problemas identificados por la comunidad.

Al considerar todos los problemas identificados en las lluvias de ideas realizadas en los distintos grupos conformados, obtuvimos un total de 218 problemas identificados en total; los cuales fueron clasificados en 10 categorías resultando la siguiente distribución:



Considerando esto, pasamos a nombrar estas 10 categorías junto a sus respectivas explicaciones y consideraciones.

1) Servicios de Salud: Relacionada con los diferentes problemas de acceso, atención y gestión del sistema de salud en la comuna, tales como el acceso a horas de atención médica, podológica o dental, la falta de medicamentos en la farmacia popular, mucho tiempo de espera para la atención en el Servicio de Urgencias del Hospital de Maullín o las largas listas de espera para acceder a la atención con especialistas en el Hospital de Puerto Montt. También se incluyen en esta categoría algún déficit estructural, como ambulancias en mal estado y otras problemáticas como el trato al usuario en la atención, etc. Esta

categoría representa el 32 % de los problemas identificados, al igual que la anterior, apareció en todos los sectores y en casi todos los grupos de trabajo conformados. (33,3% de los problemas priorizados)

2) Crianza de animales y Medio ambiente: Esta categoría hace relación a las problemáticas y principalmente a la deficiencia de políticas de manejo de residuos, falta de educación del tema, contaminación en la zona, presencia de plagas de ratones, falta de protección de humedales, la necesidad de mayor número de áreas verdes y tenencia poco responsable de animales. Destaca este tema como el que más apareció en los encuentros, representando un 20% del total de problemas identificados. Este ítem se menciona en todos los sectores y en todos los grupos de trabajo conformados, independiente del grupo etario o si correspondía a sectores rurales o urbanos; y además en todos los grupos de trabajo alguno de los 3 problemas priorizados correspondía a esta categoría. (26.3% de los problemas priorizados).

3) Seguridad vial y locomoción: Considera las problemáticas relacionadas con el tránsito y fiscalización de vehículos, principalmente se refieren a la alta velocidad a la que circulan los autos en los sectores rurales y en los sectores urbanos, específicamente se refieren a carreras clandestinas, además se agregan otros temas como la falta de educación vial, lenta respuesta de Carabineros a las denuncias de vecinos, dificultades con la locomoción colectiva, falta de mantenimiento de caminos públicos, iluminación poco eficiente y problemas de conectividad en algunos sectores de la comuna. Este tema es relevado principalmente en los grupos conformados por adultos mayores y apareció en todos los sectores de la comuna, en total representa el 11% de los problemas identificados en los encuentros. (19.5% de los problemas priorizados).

4) Servicios Básicos: En esta categoría se agruparon distintas problemáticas relacionadas con el acceso, cantidad y calidad del agua potable (sectores rurales y urbanos), cortes de electricidad frecuentes y la falta de alcantarillados en algunos sectores rurales de la comuna. Este grupo representa el 8% de los problemas identificados en total, y apareció en casi la mitad de los grupos conformados, no se observa un predominio en los sectores rurales ni urbanos. (12.3% de los problemas priorizados).

5) Hábitos saludables: En esta categoría agrupamos los problemas relacionados con las

dificultades que tienen los vecinos para el acceso a frutas y verduras, poca disponibilidad de lugares para realizar actividad física en los distintos sectores y falta de mantención de los lugares que ya hay, con menor frecuencia aparecen problemas con el excesivo consumo de alcohol y drogas. Estos problemas representan el 12% de los problemas identificados en los encuentros, y fueron mencionados en todos los grupos de trabajo conformados. (7% de los problemas priorizados)

6) Servicios comunitarios: Este problema fue manifestado en varios de los encuentros realizados, independiente del sector urbano o rural, la población pesquisa la problemática que existe en la falta de trabajo por parte de algunas instituciones como Armada de Chile, Carabineros de Chile, los cuales hacen notar su ausencia o falta de atención a los llamados de la comunidad principalmente en temas de seguridad y fiscalización. Se menciona también la falta de una compañía de bomberos en el sector de la ribera norte ante eventuales emergencias. Otro servicio que también se menciona es el difícil acceso o falta de cementerio en algunas comunidades, estos representa el 6% de los problemas. (7% de los problemas priorizados).

7) Educación y Cultura: En esta categoría agrupamos problemas como la escasez de actividades culturales y la falta de difusión de estas actividades culturales, poca innovación en las escuelas que fomenten la cultura en las nuevas generaciones, problemas a nivel educacional como bullying en los colegios, problemas en infraestructura de liceos Carelmapu y Maullín. Este grupo de problemas representa el 5% de los problemas identificados, y fueron mencionados en los grupos en que trabajaron adultos jóvenes y adolescentes. (3.5% de los problemas priorizados)

8) Participación ciudadana y comunidad: Categoría que hace referencia a una autocrítica hacia la propia comunidad, donde ven la necesidad de que la comunidad se integre a sí misma y participe con mayor intensidad en los diversos espacios existentes en la comuna (juntas de vecinos, club del adulto mayor, comités de salud, etc.). Además se incluyen otros problemas relacionados como los adultos mayores en situación de abandono, el funcionamiento y articulación de los comités de salud con los vecinos, y la pérdida de valores que se manifiesta en las relaciones entre los vecinos, sobre todo entre las distintas generaciones. Esta categoría representa el 2% de los problemas identificados en total y apareció en cerca de la mitad de los grupos conformados y fue más frecuente en los grupos

etarios de 55 y más años. (0% de los problemas priorizados)

9) Oportunidades laborales: Este problema apareció solamente en 2 encuentros realizados en sectores rurales de la comuna, y se refiere a las pocas opciones de trabajo para las mujeres en el sector, además de las condiciones laborales desfavorables debido a los sistemas de turnos, que demandan salir de sus casas por varios días sin volver, lo que dificulta otras actividades como los controles de salud o la crianza de sus hijos y nietos. Esta categoría representa el 1% de los problemas identificados y fue mencionado en grupos de trabajo con adultos jóvenes de sectores rurales de la comuna. (0% de los problemas priorizados)

10) Conectividad y acceso a servicios básicos: Este Problema apareció en 3 encuentros realizados principalmente en los sectores rurales de la comuna y hace referencia a problemáticas en los desplazamientos de la comunidad por vía terrestre y acuática, bajo frecuencia de horas de lanchas, barcazas y buses rurales, ahora respecto a los servicios básicos, las problemáticas se dan por los frecuentes cortes del suministro de agua y luz de los sectores rurales de la comuna. Esta categoría Representa 3% (0% de los problemas priorizados).

2.1.1.7 ¿QUÉ PRIORIZA LA COMUNIDAD?

En este apartado se detallarán las principales problemáticas que los miembros de las comunidades priorizaron con respecto a las Determinantes Sociales de Salud. Para esto enumeramos las tres problemáticas priorizadas por cada grupo etario. Luego de esta enumeración, se realizará una interpretación preliminar de las principales dimensiones emergentes que fueron apareciendo en todos los diagnósticos participativos.

Sector Quenuir:

Tabla N°2: Grupo etario de 5 a 18 años

N°	PROBLEMAS	Puntaje total	Puntaje Promedio

1	Ambulancia en mal estado	275	55
2	Basura en espacios públicos	270	54
3	Excesivo consumo de alcohol	270	54

Tabla N°3: Grupo etario de 19 a 55 años

N°	PROBLEMAS	Puntaje total	Puntaje Promedio
1	Falta Médico de turno en la Posta	175	58,3
2	Falta ambulancia todo terreno	170	56,6
3	Gestión deficiente en salud (enfoque de red e inequidades intercomunales)*	160	53.3

Tabla N°4: Grupo etario de 56 y más años

N°	PROBLEMAS	Puntaje total	Puntaje Promedio
1	Entrada al cementerio en malas condiciones	590	58,3

2	Falta de ambulancia	570	56,6
3	Problemas con retiro de basura y escombros (frecuencia y falta de basurero)*	555	55.5

Sector La Pasada:

Tabla N°5: Grupo etario de 19 a 55 años

N°	PROBLEMAS	Puntaje total	Puntaje Promedio
1	Inconstancia de retiro de basura y chatarra	575	57,5
2	Falta de alcantarillados	570	57
3	Pocos juegos infantiles y máquinas de ejercicio	570	57

Tabla N°6: Grupo etario de 55 y más años

N°	PROBLEMAS	Puntaje total	Puntaje Promedio
1	Falta encargado de la Posta	575	57,5
2	Falta atención prioritaria a los adultos mayores	570	57
3	Falta de bomberos en emergencias*	565	56,5

Sector Misquihue:

Tabla N°7: Grupo etario de 19 a 55 años

N°	PROBLEMAS	Puntaje total	Puntaje Promedio
1	Falta de acceso a agua potable (verano especialmente)	595	54,1
2	No hay bomberos en el sector	575	52,3
3	Falta de ambulancia para el sector	565	51,4

Tabla N°8: Grupo etario de 56 y más años

N°	PROBLEMAS	Puntaje total	Puntaje Promedio
1	Falta de acceso a agua potable (verano especialmente)	1075	53,8
2	Falta de acceso a prestaciones dentales y de enfermería (curaciones)	1065	53,3
3	Contaminación vía pública y retiro de escombros	1030	51,5

Sector Peñol (Rural):

Tabla N°9: Grupo etario de 19 a 55 años

N°	PROBLEMAS	Puntaje total	Puntaje Promedio
1	Acumulacion de basura y escombros en vía publica	470	58,8
2	Falta de horas de atención, cupos de exámenes y medicamentos en la Posta	460	57,5
3	La Urgencia de la Posta funciona semana por medio	445	55,6

Tabla N°10: Grupo etario de 55 y más años

N°	PROBLEMAS	Puntaje total	Puntaje Promedio
1	Difícil acceso a prestaciones de salud de sectores alejados (los lingues y Huayun)	685	52,7
2	Riesgo de accidentes en ruta por alta velocidad y animales sueltos	685	52,7
3	Falta de mantención de los caminos del sector	685	52,7

Sector Astilleros (Rural):

Tabla N°11: Grupo Fusionado

N°	PROBLEMAS	Puntaje total	Puntaje Promedio
1	Falta de promoción y prevención en salud	405	57,8
2	Falta de control y seguridad vial	375	53,5
3	Problemas en infraestructura y personal en posta	320	45,7

Sector Carelmapu (Urbano, 1° encuentro):

Tabla N°12: Grupo 5-18 años

N°	PROBLEMAS	Puntaje total	Puntaje Promedio
1	Bullying en las escuelas	225	56,25
2	Presencia de microbasurales	220	55
3	Déficit en infraestructura en establecimientos educacionales	215	53,7

Tabla N°13: Grupo etario de 19 a 55 años

N°	PROBLEMAS	Puntaje total	Puntaje Promedio

1	Falta de cementerio	610	50,8
2	Falta de personal calificado permanente en servicio de urgencias	595	49,5
3	Falta de ambulancia	595	49,5

Tabla N°14: Grupo etario de 56 y más años

N°	PROBLEMAS	Puntaje total	Puntaje Promedio
1	Falta de horas a especialista	500	55,5
2	Problemas de congestión y seguridad vial	485	53,8
3	Problemas de basura, desechos y alcantarillado	475	52,7

Sector Carelmapu (Urbano, 2° encuentro):

Tabla N°15: Grupo Fusionado

N°	PROBLEMAS	Puntaje total	Puntaje Promedio
1	Mala calidad del agua	425	53,1
2	Tenencia irresponsable de animales	415	51,8

3	Alto costo de alimentos saludables	400	50

Sector Maullín (Urbano):

Tabla N°16: Grupo etario de 5 a 18 años

N°	PROBLEMAS	Puntaje total	Puntaje Promedio
1	Contaminación ambiental en diferentes lugares de la comuna de Maullín	430	53.7
2	Falta de espacios para realizar actividad física y mantención de lo que ya hay (ciclovía, skatepark)	390	48.7
3	Cortes frecuentes de agua en población Ten Ten	380	47.5

Tabla N°17: Grupo etario de 19 y más años

N°	PROBLEMAS	Puntaje total	Puntaje Promedio
1	Iluminación deficientes y poco segura para peatones	650	59.0
2	No hay suficiente acceso a horas para atenciones de profesionales (médico-podóloga)	640	58.1

3	Alta prevalencia de microbasurales (falta de basureros y bateas) en Maullín urbano y rural.	635	57.7

Sector Amortajado:

Tabla N°18: Grupo etario de 19-55 años

N°	PROBLEMAS	Puntaje total	Puntaje Promedio
1	Falta de fiscalización del cuidado del medio ambiente y de los recursos naturales	330	55
2	Problemas sanitarios (no tienen alcantarillado, fallas en la APR).	320	53.3
3	Problemas viales (camino en mal estado, muro de contención, falta de mantención de plazas)	310	51.6

Tabla N°19: Grupo etario 56 años o más

N°	PROBLEMAS	Puntaje total	Puntaje Promedio
1	Problemas de contaminación en río y sitios eriazos (basura y aparición de plagas de ratones)	580	58

2	Aumento de animales sueltos (perros, vacas, cerdos, aves, etc), falta de tenencia responsable y fiscalización de está.	555	55.5
3	Problemas sanitarios (sin alcantarillado y cobro por limpiezas de fosas)	550	55

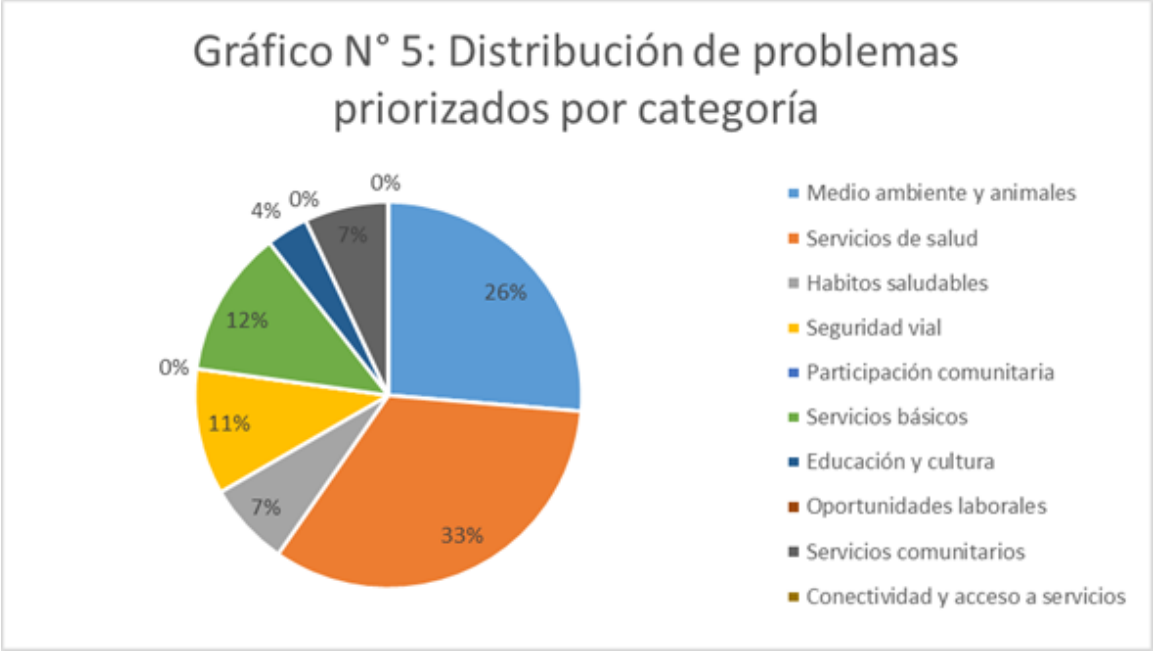
Sector Carretera (Ex escuela Natalia Wintter)

Tabla N°20: Grupo fusionado todas las edades:

N°	PROBLEMAS	Puntaje total	Puntaje Promedio
1	Problemas de gestión y organización en Centro de Salud de Maullín (falta de horas médicas y de profesionales, falta de horas para exámenes de sangre, información oportuna de reanudación de actividades, entre otros).	445	55.6
2	Caminos en mal estado y falta de mantenimiento en caminos del sector rural.	420	52.5
3	Presencia de microbasurales en el sector, falta de basureros y educación medioambiental a la comunidad.	420	52.5

Al analizar los problemas que fueron priorizados por los vecinos según las 10 categorías descritas previamente, cambia notoriamente la distribución en comparación con el análisis realizado del total de problemas identificados. De esta forma podemos observar que la comunidad prioriza, es la categoría de Servicios de salud con 33% manteniendo el primer

lugar en la preferencia de los participantes, luego en segunda categoría *Crianza de animales y medioambiente* representando un 26% de los problemas identificados por la comunidad (Ver gráfico N°5).



Con respecto a los problemas priorizados por la comunidad la categoría de *Servicios de Salud* esta representa el 33%, tiene el primer lugar en preferencia de los asistentes. En segundo lugar, el problema priorizado por la comunidad fue el medio *ambiente y la crianza de animales* con un 26%. Y en cambio la categoría de *Seguridad vial y locomoción,* se observa un 19% que representa del total de problemas priorizados.

En cuanto al análisis de los problemas priorizados por la comunidad, hay 3 categorías de problema que destacan por ser los que más se repiten en los diferentes sectores:

La primera categoría de problema priorizado por la comunidad fue la de “Servicios de Salud”, para realizar el análisis de este tema es necesario diferenciar los problemas vinculados a la gestión de la Atención Primaria que depende administrativamente de la Municipalidad de Maullín, de los problemas vinculados al Hospital de Maullín y el Hospital de Puerto Montt que dependen administrativamente del Servicio de Salud de Reloncaví.

Dentro de los problemas mencionados por la comunidad, los que se relacionan con el Hospital de Puerto Montt tienen que ver con las largas listas de espera para ser atendidos

por médicos especialistas, hacen mención no sólo a la espera para tener la primera consulta sino que también el largo tiempo de espera para acceder a los controles posteriores o a tomarse los exámenes que les solicitan los especialistas; y el otro problema relacionado es la falta de distribución de medicamentos recetados por los especialistas del Hospital hacia las comunas más alejadas, teniendo que viajar los vecinos una vez al mes a Puerto Montt para poder retirar sus medicamentos. En relación a los problemas mencionados que involucran al Hospital de Maullín, la comunidad refiere la larga espera para ser atendidos en el Servicio de Urgencias del Hospital de Maullín.

Los otros problemas identificados por los vecinos que asistieron a los diagnósticos participativos dentro de la categoría de *Servicios de Salud*, corresponden a la gestión de APS. En esta categoría realizaremos un análisis más profundo, ya que, la solución de estos temas depende directamente de la gestión del Departamento de Salud de Maullín, por lo tanto, no solo pondremos nuestro foco en los problemas priorizados por los vecinos, sino que también incluiremos los otros problemas que no fueron priorizados.

Dentro de los problemas priorizados destacan los problemas de comunicación entre el Centro de Salud, CESFAM y los usuarios, lo que genera una descoordinación en diferentes niveles, pero la principal queja es que afecta el acceso a la atención, principalmente con médico, podóloga y odontólogo, falta de horas para exámenes de sangre, en algunos encuentros hacían énfasis en que el problema era la selección de demanda (TRIAGE) y en otros grupos se enfocan en los funcionarios de SOME, mientras que en lugares rurales se enfocan en la falta de horas médicas y de atención dental disponibles para los vecinos; Dentro de los problemas referidos por la gente también aparecen los problemas con el trato recibido al acudir a algunos centros de salud de la comuna. Falta de información de reanudación de actividades a la población (ejemplo: Electrocardiograma). Otro problema relevante para los vecinos es la falta de medicamentos en la farmacia popular, esto debido al modelo de gestión en el cual los pacientes deben pagar el precio del fármaco antes de recibirlo y luego se demora algunos días en llegar el medicamento a la farmacia, pero también refieren los vecinos que hay falta de algunos medicamentos en las postas y que se demora varios días en llegar el fármaco para poder continuar el tratamiento.

Otros problemas mencionados por los asistentes en los encuentros comunitarios, pero no con tanta frecuencia como los analizados previamente, fue la existencia de una ambulancia

en mal estado en un lugar con mala conectividad por lo tanto es un problema muy relevante para esa parte de la comunidad. Otras demandas fueron la necesidad de contar con médicos especialistas en la comuna, tener a disposición mayor tecnología de exámenes para no tener que viajar a Puerto Montt a realizarlos; y el tiempo de desfase existente entre la toma de exámenes de sangre y la fecha del control crónico con médico.

En segundo lugar como problema priorizado por la comunidad es “La crianza y tenencia de animales y el medio ambiente”, donde la comunidad manifiesta la importancia y necesidad de contar con espacios públicos, playas, humedales y áreas verdes más limpias y mejor mantenidas, mejorar la frecuencia en el retiro de basura y chatarra, falta de basureros en espacios públicos y falta de contenedores de basura en sectores rurales. Otra parte importante dentro de este tema es la falta de educación medioambiental en temas como reciclaje y compostaje. Un problema mencionado pero de forma más específica en los sectores urbanos fue la contaminación acústica, relacionada de forma exclusiva a vecinos que colocan música muy fuerte. Sobre la crianza y tenencia de animales tenemos que diferenciar entre los sectores urbanos y rurales, porque tienen miradas distintas de un mismo problema. En los sectores rurales lo que problematizan los vecinos son los criaderos domésticos de animales (vacas, caballos, chanchos, ovejas, pavos, gansos, etc) en sectores residenciales (agrupaciones de casas en sectores rurales del territorio) lo que genera desechos orgánicos, malos olores, ruidos molestos, etc. Además refieren que en ocasiones los animales se escapan hacia los caminos de mayor flujo de vehículos y producen accidentes. El otro problema relacionado con animales en los sectores rurales son los perros y gatos abandonados, cuentan que hay sectores específicos a los cuales van a abandonar constantemente, lo que genera una gran cantidad de perros sueltos en la vía pública, ensuciando los lugares y en ocasiones han atacado a algunos vecinos.

En cambio en los sectores urbanos, el problema se centra más en los perros libres en la vía pública, que una parte de ellos son perros abandonados y otros tienen dueño pero no se practica la tenencia responsable, las consecuencias que refieren los vecinos tiene que ver principalmente con lo agresivos que son algunos de estos animales, sobre todo cuando andan en grupos, que atacan a los niños y adultos mayores, y además que ensucian los espacios públicos.

La tercera de las categorías que destacan por ser las con mayor problema priorizado por

la comunidad, es la de *Seguridad vial y locomoción* fue uno de los temas que aparecieron de forma transversal en los encuentros comunitarios, pero como la mayoría de las veces un mismo problema puede tener distintas características según si corresponde a un contexto rural o a uno urbano, en este caso es la alta velocidad de los vehículos, que en los sectores rurales preocupa mucho por la cantidad de accidentes que se ocasionan con los animales, además de la posibilidad de atropellos debido a que en muchos de los caminos rurales de la comuna no existen bermas para caminar; en cambio en los sectores urbanos se producen carreras clandestinas en calles específicas de los núcleos urbanos de la comuna. Debido a este mismo problema, los vecinos ven como un problema el no contar con estrategias de educación vial, pensando en disminuir los accidentes en que participan vehículos motorizados. Otro problema mencionado por la comunidad, especialmente por los adultos mayores, es los malos tratos que reciben de las personas de la locomoción colectiva, incluso refieren que no les respetan su pasaje más barato por ser de tercera edad.

El otro problema priorizado, específicamente en Quenuir, fue los grandes problemas de conectividad que tienen, lo cual les afecta en mucho en su vida diaria, no cuentan con locomoción colectiva y hay mucha gente adulta mayor que vive en lugares alejados del embarcadero, que les cuesta mucho llegar a la Posta de Salud para ser atendidos o al embarcadero para ir a Maullín a cobrar su pensión u otros trámites que necesiten realizar.

2.1.1.8 CONCLUSIONES Y PRINCIPALES DESAFÍOS

Uno de los principales desafíos de generar estos tipos de actividades es por un lado el poder conformar un equipo comprometido, tanto para la planificación como para la realización de todos los encuentros programados, mientras que por otro lado es el desafío de poder realizar todos los encuentros propuestos. Gracias a la conformación de este compromiso es que se pudieron llevar a cabo 10 de los 11 encuentros programados. Si bien no estuvo exento de imprevistos, se supo sacar adelante, faltando actualmente terminar el proceso de sistematización de los diferentes aprendizajes obtenidos, que nos servirán de insumo para futuros trabajos con la comunidad.

Teniendo en cuenta lo anterior, otro punto a destacar es la participación de la comunidad, que si bien hubo ciertos sectores donde la participación no se logró como se esperaba, se

pudo movilizar a 192 personas en toda la comuna, donde cada uno fue una voz activa y pudo expresar sus opiniones sobre las problemáticas de su sector de manera libre y espontánea. Este tipo de metodologías son muy valiosas porque ayudan a que los vecinos se conozcan un poco más, interactúen conversando de los temas que les afectan en su calidad de vida, y si ese trabajo con la comunidad persiste se puede avanzar en la organización comunitaria, reforzando el entretejido social y ayudando a aumentar el capital social de esta comunidad. El otro factor importante a considerar sobre el nivel de participación alcanzado, es el carácter vinculante en la priorización de los problemas hechos por la comunidad, lo que nos impulsará como equipo de salud a realizar un trabajo constante con los vecinos para poder analizar los problemas priorizados, generar estrategias de intervención para solucionarlos, ejecutar las actividades y evaluar el proceso realizado, todo en conjunto con la comunidad, para luego volver a comenzar identificando nuevos problemas.

Sin duda alguna, poder realizar estos encuentros comunitarios y obtener esta valiosa información desde primera fuente, es algo que nos ayuda a orientar nuestras líneas de acción en el trabajo con la comunidad, pero gracias a que identificaron problemas relacionados al funcionamiento de los Servicios de Salud, tenemos una guía muy directa acerca de los aspectos que debemos mejorar desde el punto de vista de la comunidad. Además están todos los otros problemas de las otras categorías lo cual nos desafía a articularnos con el intersector para lograr cambios favorables, este es un gran desafío para nosotros como equipo de salud y para todo el intersector de Maullín.

Otro problema identificado y priorizado por la comunidad fue el de los adultos mayores abandonados o que viven solos y no cuentan con una red de apoyo que los respalde y los ayude cuando lo necesitan. Este tema nos parece muy relevante dado el contexto de cambio demográfico por el que atraviesa Maullín y la gran cantidad de adultos mayores que viven en sectores rurales de la comuna, incluso algunos en zonas realmente aisladas a las cuales no hay camino para llegar en vehículo. Por lo que los vecinos hacen mención a este tema importante como la falta de acceso y consideración en usuarios con movilidad reducida.

Con este proceso consultivo se va dar pie a un nuevo trabajo con la comunidad, donde no importará solamente su opinión de manera pasiva, sino que por el contrario, se necesita su

opinión y su trabajo en conjunto para poder generar un plan de salud desde y para la comunidad.

Dicho lo anterior, nuestros desafíos futuros serán el seguir este proceso de trabajo de planificación participativa con la comunidad, donde no sólo se necesitará su participación para diagnosticar sus problemas, sino que también para el análisis y la planificación que se realicen de las dificultades detectadas, donde la comunidad junto a los equipos de salud implementen soluciones. A raíz de esto es necesario un mayor compromiso y dedicación del equipo para poder seguir llegando a la comunidad y desde esta misma manera afianzar un trabajo a largo plazo que permita mejorar la calidad de vida de las personas de la comuna.

2.1.1.9 ANÁLISIS COMPARATIVO ENTRE DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO 2019 Y 2022

Considerando el proceso que se ha llevado a cabo en estos últimos años por el departamento de Salud de Maullín, en el desarrollo y ejecución del proceso de Diagnóstico Participativo en la comuna, es de real importancia, generar un análisis comparativo con el diagnóstico participativo anterior del año 2019 y el realizado actualmente en el año 2022, contemplando que se utilizó una metodología de participación comunitaria similar en ambos diagnósticos. (Ver tabla comparativa N° 21).

Si analizamos la planificación de los encuentros comunitarios en el año 2019 se planificaron 7 encuentros, de los cuales solo se realizaron 5 y se suspendieron 2; en relación al diagnóstico del año 2022, se planificaron 11 encuentros, 10 se realizaron y solo 1 se suspendió. Por lo que podemos observar que la organización y la difusión de los encuentros fue mejor y más efectiva que la del año 2019, permitiendo de esta manera un mayor acercamiento a la comunidad a la instancia de participación y generando una mayor movilización de vecinos.

Si analizamos la participación comunitaria de los diagnósticos participativos, en relación a la cantidad de inscritos en Fonasa en el año 2022 es de 13.040 personas. En el año 2019, participaron 80 vecinos en total, de una población de 13.064 personas inscritas en FONASA, lo que nos da un indicador de 0,6% de participación; en relación al año 2022, que participaron 192 vecinos, que nos da un indicador de 1.47%. Por lo que podemos observar,

un incremento de participación de 112 vecinos movilizados en la comuna y un aumento de 0.87% como indicador de participación.

En relación a la participación por género en los encuentros comunitarios, en el diagnóstico del 2019 participaron 59 mujeres (equivalente a un 74%) y 21 hombres (26%); en relación al del año 2022 participaron 115 mujeres (60%) y 77 hombres (40%), por lo que podemos observar que hubo un incremento de participación tanto de mujeres y hombres en el diagnóstico del año 2022; si bien a nivel de porcentaje de mujer bajo en el año 2022, fue por el incremento de participación del género masculino. Pero podemos observar que la participación de mujeres predomina por sobre el género masculino en ambos diagnósticos que coincide con la literatura descrita en procesos de participación en salud.

Si diferenciamos la participación según el lugar de los encuentros realizados, podemos analizar que los diagnósticos realizados en el sector urbano en el año 2019, la participación fue de 44% (35 vecinos) y en el año 2022 fue de 27% (52 vecinos). Mientras que, en el sector rural en el año 2019, la participación fue de 56% (45 vecinos) y el año 2022 fue de 73% (140 vecinos), al analizar estos datos, podemos apreciar que la mayor participación comunitaria es del sector rural en ambos diagnósticos. Estos datos coinciden con artículos descritos, donde se describe que la mayor participación comunitaria es en sectores rurales si se compara con lo que ocurre en sectores urbanos.

En relación a las opiniones generadas y planteadas por la comunidad en los encuentros, en el año 2019, se generaron 8 categorías de problemas, con un total de 87 problemas identificados por la comunidad. En comparación con el diagnóstico actual 2022, emergieron 10 categorías de problemas, con un total de 218 problemas identificados por la comunidad. Por lo que hubo un aumento de 2 categorías de problemas y 137 problemas más que el diagnóstico anterior, que es dentro de lo esperable que se podría relacionar con el incremento de participación de los vecinos.

Al considerar las 3 principales categorías de problemas en ambos diagnósticos podemos observar que las categorías como priorización por los vecinos, las cuales son basadas en las determinantes sociales (Ver tabla comparativa N° 22), ya sea en el sector urbano o rural, se mantuvo en ambos diagnósticos como primer problema priorizado "*Servicios de salud"*, en segundo lugar se mantiene en ambos diagnósticos "*crianza de animales y medio*

ambiente" y en tercer lugar en el año 2019 como problema priorizado resultó ser "Hábitos Saludables" y en el año 2022 cambió a "Seguridad Vial". Si bien el diagnóstico participativo del 2019, fue realizado de manera correcta, pero coincidió el periodo posterior con la pandemia del SAR-COV 2, por lo que el trabajo posterior de planificación participativa en conjunto con la comunidad no se llevó a cabo. Por lo que como departamento de salud actualmente es un gran desafío, continuar y concretar este proceso en conjunto con la comunidad, fortaleciendo la participación activa y el trabajo con el intersector, con el fin de poder intentar mejorar o solucionar las principales problemáticas que ha expresado la comunidad.

Tabla N° 21: Comparativa diagnósticos 2019 y 2022:

Comparación	2019	2022
Total Dg Planificados	7	11
Total Dg Realizados	5	10
Total Dg Suspendidos	2	1
Total Participantes	80	192
Total Mujeres	59 (74%)	115 (60%)
Total Hombres	21 (26%)	77 (40%)
Índice de participación	0.6%	1.47%

Grupos formados	8/15 (53.3%)	19/30 (63.3%)
Cantidad de problemas	87	218
Categorías de problemas	8	10

Tabla N° 22: Comparativa de categorías según problemas priorizados en diagnóstico 2019 y 2022

Comparación	2019	2022
Servicios de Salud	21%	33.3%
Crianza de animales y medio ambiente	30%	26.3%
Hábitos Saludables	21%	7%
Seguridad vial y locomoción	10%	19.5%
Participación comunitaria	8%	0%
Servicios básicos	6%	12.3%

Educación y cultura	2%	3.5%
Oportunidades Laborales	2%	0%
Servicios comunitarios	-	7%
Conectividad y acceso a servicios	-	0%

2.1.2 DIAGNÓSTICO EPIDEMIOLÓGICO

2.1.2.1 ANTECEDENTES DEL CONTEXTO COMUNAL

2.1.2.1.1 HISTORIA

La comuna de Maullín nace en el año 1560, junto al río del mismo nombre, donde el Capitán español don Pedro Ojeda Asenjo, ordenó construir un pequeño fuerte para protección de

los conquistadores. El bastión resistió ataques, cataclismos y plagas, hasta que fue abandonado durante los grandes levantamientos indígenas de 1723 y 1766. Repoblando definitivamente en 1790, con el nombre de San Francisco Xavier de Maullín.

2.1.2.1.2 CARACTERÍSTICAS GEOGRÁFICAS

La comuna de Maullín se encuentra ubicada en la X Región de los Lagos, Provincia de Llanquihue; 77 kilómetros hacia el sur oeste de la Capital regional; Puerto Montt y sus límites son:

Norte: Comuna de los Muermos y Puerto Montt

Sur: Comuna de Calbuco y Canal de Chacao Este: Comuna de Calbuco y Puerto Montt Oeste: Océano Pacifico.

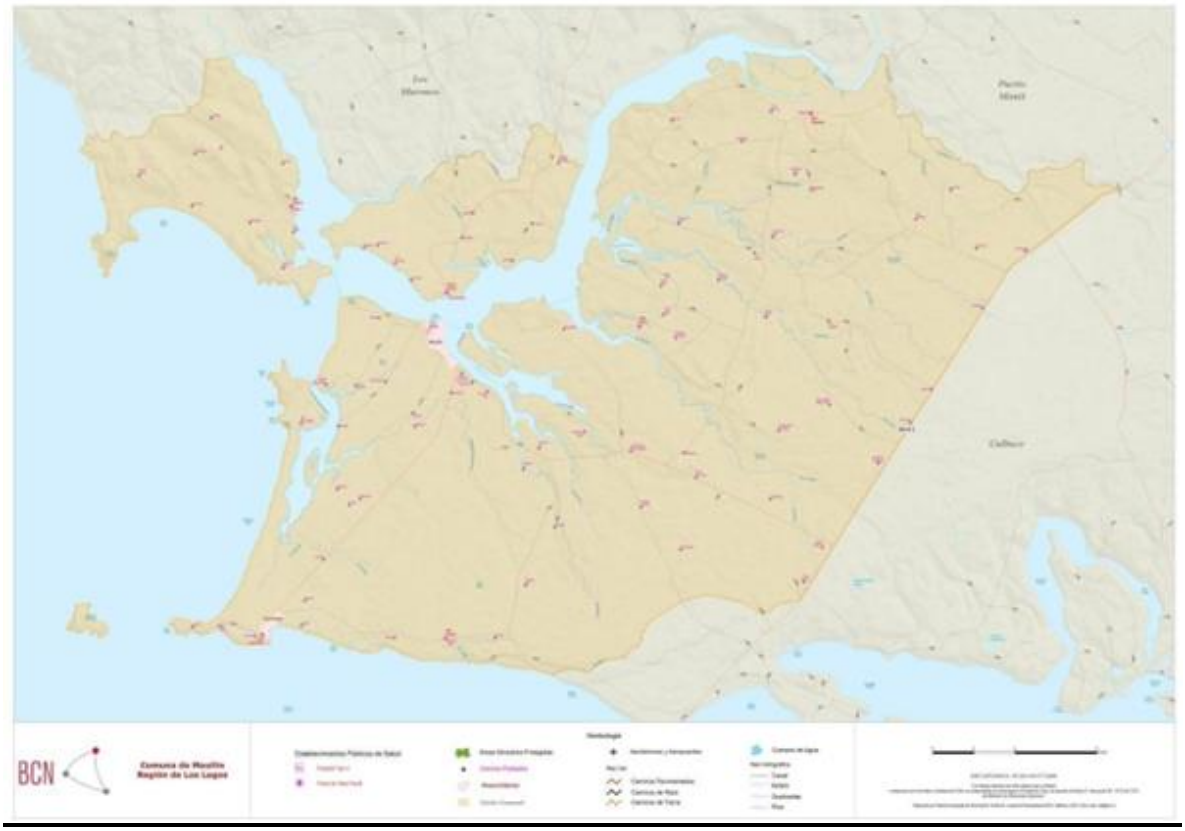
La superficie total de la comuna de Maullín es de 860,8 km^2, representando un 5,01% de la superficie total provincial y un 1,28% de la superficie total regional y está compuesta por las localidades de: Maullín (Capital Comunal), Carelmapu La Pasada y Quenuir, como los principales núcleos poblados de la comuna, además de las localidades de Pangal, Ten Tén, Lolcura, Cumbre del Barro, Coyam, El Aval, Lepihué, Las Conchillas, Los Coihues (Chanhué), El Carrizo, Astillero Ainco, Astillero Bajo, La Villa, La Poza, Puerto Godoy, Quenuir Bajo, Las Chilcas, Cariquilda, Cumbre la Bola, Chuyaquen, Tres Cumbres, Cumbre del Barro Peñol, Huayún, Vocal, El Empalme, El Llolle, Peñol, Olmopulli, Puelpún, Misquihué, Los Arcos, El Jardín y Los Lingues.

2.1.2.1.3 VÍAS DE ACCESO

Las principales vías de acceso a la comuna por vía terrestre son: Ruta 5 sur pavimentada, la ruta V-90 pavimentada y ruta V-60 pavimentada, todas en buenas condiciones; existiendo por cierto otras alternativas de acceso terrestre como: ruta Olmopulli - Las Quemas, Camino Costero Pargua – Carelmapu y camino costero Los Muermos- Quenuir.

Acceso a la comuna por vía marítima: principalmente en los puertos de Maullín, Carelmapu, Quenuir y la Pasada.

Imagen N°1: Mapa de la Comuna de Maullín



2.1.2.1.4 CLIMA

El clima templado lluvioso con influencia mediterránea lo encontramos desde San José de la Mariquina 39° hasta las proximidades de Castro 42°, caracterizándose por poseer una distribución de las precipitaciones durante todos los meses del año no registrándose ningún mes seco. Las temperaturas presentan amplitudes anuales bajas y las medias anuales fluctúan entre los 10 y 11°C. De lo anterior, se desprende que la comuna presenta humedades relativas.

2.1.2.1.5 CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN

Los siguientes análisis se realizaron con información proveniente de CENSO anteriores y los datos disponibles del CENSO de 2017.

De acuerdo con el CENSO del año 2017 la comuna de Maullín cuenta con 14.216 habitantes lo cual representa el 1.7% de la Región de los Lagos siendo la comuna número 13 de la región en número de habitantes. Esto es concordante con la información de población proyectada al 2022, que usa los datos del CENSO, en la cual se proyecta una población para la comuna de Maullín de 14.816 habitantes en el año 2022, lo que nos da una variación del 4,22% en la comuna, (ver tabla N° 23) un crecimiento mucho más lento que lo observado en el mismo período en la X Región, que tiene una variación de más del doble de Maullín, con una variación del 8,91%, y con una mayor diferencia aún con lo observado a nivel nacional durante el mismo período, que muestra una variación del 12,82%, la cual triplica la variación observada en nuestra comuna. Además podemos observar que la variación intercensal experimentada por la comuna desde el año 2002 a la fecha, muestra una disminución en la población en el periodo comprendido de -5,16%, esto comparado con el nivel nacional que muestra una variación positiva del 31.7% muestra una tendencia muy diferente a la realidad nacional. Este fenómeno demuestra una salida a lo largo de las últimas décadas desde la comuna hacia los sectores urbano-metropolitanos.

Tabla 23: Comparación del número de habitantes según año de CENSO y variación intercensal en Maullín

Provincia	Comuna	CENSO 1992	CENSO 2002	CENSO 2012	CENSO 2017	Proyección 2022
Llanquihue	Maullín	17.070	15.621	15.610	14.216	14.816
			-0.9%	-0.1%	-0.9%	4,22%

Fuente: INE, resultados preliminares CENSO 2012, CENSO 2017 y proyección 2022

Además de la variación de población intercensal se debe considerar que la edad promedio

para la comuna de Maullín es de 40.1 años, mostrando además un perfil de inversión en la pirámide poblacional de la comuna. Este fenómeno de envejecimiento nos lleva a enfrentar nuevas necesidades de salud para las personas mayores. El segmento de Personas mayores muestra en general un mayor deterioro de su salud asociado principalmente a enfermedades crónicas y a la pérdida de autovalencia. El envejecimiento poblacional puede declararse como un fenómeno exitoso para las políticas de salud públicas y sociales, pero también van acompañadas de nuevas tareas y necesidades para la población. (ver Tabla N°24)

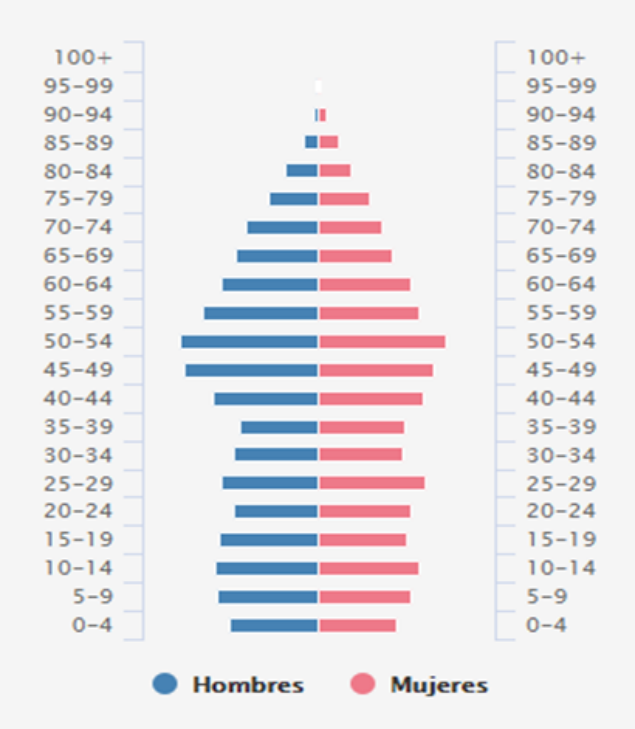
Tabla 24: Comparación entre la comuna, X región y el país de la proporción y distribución por grupos etarios y Sexo de la Población. (fuente: proyección 2022, CENSO)

	Nacional	Regional	Comunal
Población (ambos sexos)	19.828.563	902.510	14.816
Hombres	9.782.978	448.889	7.493
Mujeres	10.045.585	453.621	7.323
Porcentaje población de menores de 15 años	18,86%	18,95%	15,98%
Porcentaje población entre 15 y 64 años	68,23%	67,99%	65,09%
Porcentaje de población de 65 y más años	12,91%	13,06%	18,94%

El índice de masculinidad proyectado para el año 2022 en la comuna de Maullín es de 102,32, mientras que en la Región de Los Lagos es 98,96 y a nivel nacional llega a 97,39, lo que nos muestra que en nuestra comuna tenemos una mayor proporción de hombres comparado con las mujeres, a la inversa de lo observado a nivel regional y nacional, donde la proporción de mujeres es mayor a la de hombres (ver imagen 2)

Según la proyección del CENSO para el año 2022 el 18,9% de la comuna se encuentra conformado por personas mayores de 65 años, este fenómeno posee características progresivas ya que los grupos medios de edades entre los 40 y 64 años representan un volumen considerable en comparación con los segmentos más jóvenes que presentan una leve tendencia regresiva. El envejecimiento es un proceso ya presente en la comuna y que se verá acentuado en los próximos años.

Imagen N° 2: Pirámide Poblacional Comuna de Maullín. CENSO 2017



El índice de adultos mayores en Maullín el año 2002 era de 34,49 estando aproximadamente 5 puntos por sobre el índice de la región de Los Lagos y un poco más de 3 puntos sobre el nivel nacional, mientras que los datos del CENSO 2017 muestran un índice 90,48, muy superior al 53,95 observado en la X Región y el 56,85 descrito a nivel nacional. Esta tendencia se mantiene en la proyección realizada para el año 2022, dónde la comuna aumenta a un índice de adultos mayores de 118,55, aproximadamente 28 puntos sobre el 2017 mientras que en la Región sube a 68,94, aumentando 15 puntos desde lo observado el 2017, y a nivel nacional subió a 68,48, aumentando un poco más de 11 puntos en comparación con el CENSO 2017. Estos datos nos vuelven a confirmar que la velocidad del envejecimiento poblacional en nuestra comuna, es muy superior al fenómeno experimentado a nivel regional y nacional [1] .

Al analizar el índice de dependencia demográfica también se observan diferencias importantes al comparar el dato con el nivel regional y nacional; en el CENSO 2017 la comuna de Maullín tenía un índice de dependencia demográfica de 52,99, el que estaba casi 6 puntos sobre el nivel regional (47,03) y 7 puntos sobre el indicador nacional (45,88), tendencia que prácticamente se mantiene estable al analizar los datos del CENSO

proyectados al 2022, en los cuales Maullín tiene un indicador de 53,65, 6 puntos sobre el nivel regional observado que es de 47,09, y 7 puntos por sobre el nivel nacional (46,57). Por lo tanto, podemos observar que Maullín se comporta igual que la región y el país con una tendencia a la disminución del índice de dependencia demográfica, pero con valores mayores que la región y el país, lo que significa que en la comuna hay una mayor proporción de personas en edades no productivas en relación a personas en el segmento productivo, en comparación con lo que ocurre a nivel de la Región de Los Lagos y a nivel nacional.

Dentro del análisis de las características de la población comunal, es muy importante considerar la información sobre subpoblaciones vulnerables, como son los inmigrantes, los pueblos originarios y personas que viven con dependencia funcional. De esta forma podemos observar que la población migrante en nuestra comuna, tiene una representación muy por debajo de lo observado en la X región y a nivel nacional, correspondiendo al 0,26% de los habitantes de Maullín, muy inferior al 1,43% descrito en la región de Los Lagos, que a su vez está debajo de lo observado en el país que corresponde al 4,85% (diciembre 2021). En relación con la proporción de población que se identifica con algún pueblo originario, podemos ver que en Maullín esta proporción está muy por sobre el nivel nacional con un 13,93%, superando en más de 4 puntos (porcentaje nacional es 9,05%), pero también es inferior a lo observado en nuestra región (porcentaje regional de 26,27%) con una diferencia de más de 12 puntos; lo que nos muestra que en nuestra comuna hay un porcentaje alto de personas que se identifican con pueblos originarios, en comparación con el país, pero llama la atención que es mucho menor que lo observado a nivel regional, que tiene casi es el doble del porcentaje comunal observado. Con respecto al porcentaje de la población que está viviendo en situación de dependencia funcional en nuestra comuna, corresponde al 0,68%, lo cual es inferior al nivel regional, que es de 0,9%, y al nivel nacional que llega a un 1,06%, lo cual es concordante con la literatura publicada en este tema, que muestra que los porcentajes de dependencia funcional suelen ser menores en los sectores rurales, al compararlos con los sectores urbanos. (diciembre 2021)

Otros aspectos que son muy importantes de analizar son los distintos factores que están relacionados con las condiciones en que viven las personas de Maullín, para esto se pueden usar diferentes indicadores, pero lo principal es caracterizar al menos la situación socioeconómica de la población, condiciones de las viviendas y algunos aspectos de la situación del sistema educacional, del sistema laboral, sobre participación social y sistema

electoral. Al analizar la situación socioeconómica de la población de Maullín, hemos decidido utilizar la información publicada en el CENSO 2017, ya que otras fuentes de información oficial como la encuesta CASEN, en su última versión del año 2020 se le aplicaron cambios metodológicos para poder realizarla durante la Pandemia de SARS Cov2, lo que generó que los datos no sean comparables con las versiones anteriores, y por lo tanto, no nos aporta mayormente para el análisis de este aspecto en la comuna; pero también usaremos algunos datos del Registro social de hogares para complementar la información del CENSO 2017 con datos más actualizados. Si analizamos los datos publicados en el CENSO 2017 sobre pobreza multidimensional en nuestra comuna, podemos observar que un 30,76% de la población comunal se encuentra bajo la línea, superando al porcentaje regional es más de 5 puntos, ya que la proporción de la población que está en viviendo en pobreza multidimensional en la región de Los Lagos es el 25,5% de los habitantes, y a nivel nacional son un 20,7% de las personas que viven en está situación, situándose 10 puntos por debajo de las cifras observadas en Maullín, lo que nos muestra una gran diferencia en el nivel de situación socioeconómica de la comuna, en comparación con la región y el país, colocando a Maullín en una situación muy desfavorable y en la cual debe vencer varias inequidades de todo tipo para lograr mejorar la situación de salud de sus habitantes. (Fuente: SIIS- MDS reporte comunal BCN.cl , información a junio 2020). El otro indicador que se utiliza para analizar esta área es la pobreza por ingresos, y en la cual se observa una situación muy similar a la descrita para la pobreza multidimensional en la comuna, con cifras superiores a lo observado en la región y en el país, llegando en Maullín a un 16,35%, casi 5 puntos por sobre el nivel regional que es de un 11,7%, y sobre el nivel nacional en casi 8 puntos, lo que coincide con la situación analizada previamente.

En relación a las condiciones de las viviendas en cuánto a cobertura de servicios básicos, podemos ver que el porcentaje de personas que viven en hogares carentes de algún servicio básico en la comuna es de un 31,5%, superior por 5 puntos al nivel de la región de Los Lagos, y más del doble que el nivel nacional que está en un 13,8%; por lo tanto podemos ver que la situación comunal es muy desfavorable en este tema, lo cual coincide con algunos de los problemas identificados en el diagnóstico participativo realizado en Maullín. Con respecto a la situación de hacinamiento de las viviendas en la comuna, se puede ver una tendencia contraria a lo observado con las personas que viven en hogares

carentes de algún servicio básico, encontrando a Maullín (10,6%) en una mejor situación que la región de Los Lagos (13,8%) debajo por un poco más de 3 puntos, y también mejor que el país que presenta un 14,6%, estando 4 puntos por sobre el nivel comunal.

La otra fuente de información que nos entrega datos sobre el nivel socioeconómico de la población, es el Registro Social de Hogares (RSH), el cual en Diciembre del 2021 informaba que en Maullín 15.380 personas estaban inscritas, lo que representa a más del 100% de la población proyectada por el CENSO para el mismo año, lo cuál nos muestra que seguramente hubo personas que se inscribieron con domicilio en Maullín, pese a que viven en otra comuna; en la región de Los Lagos aparecen inscritas en el RSH 781.047 personas, representando al 87% de la población regional proyectada según datos del CENSO 2017; mientras que a nivel nacional estaban inscritas 15.180.537 lo que representa al 77,1% de la población proyectada para el mismo año. Si comparamos el porcentaje de personas presentes en cada tramo de calificación socioeconómica del RSH a Junio del 2021, podemos ver que en Maullín el 74,59% está en el primer tramo de vulnerabilidad (0 - 40%), más de 10 puntos por sobre el nivel regional y más de 12 puntos por sobre lo observado en el país, posicionando a la comuna en una situación muy desfavorable en comparación con la región y el nivel nacional; y concordante con esto, también podemos observar que el porcentaje de personas clasificadas en el último tramo de vulnerabilidad del RSH (90-100%) es inferior en nuestra comuna con un 2,22%, comparado con la región que tiene un 3,06% y también inferior al país con un 3,32%.

Otro aspecto importante a analizar en una comunidad, son sus niveles de participación social, sin embargo no existen muchos indicadores que muestren la situación comunal en este tema; es por esto que analizamos las cifras de participación en las elecciones del 2017, con los datos publicados por el SERVEL, que muestran a nivel comunal una participación del 38,97% del padrón electoral, un 43,07% en la región de Los Lagos y un 46,68% a nivel nacional, con lo que podemos concluir que los niveles de participación en las elecciones del 2017 en nuestra comuna fueron más bajos a lo observado en los otros niveles analizados.

2.1.2.1.6 EDUCACIÓN

El nivel educacional de la población es otro factor muy relevante de analizar, ya que da

cuenta a nivel nacional de grandes inequidades que van a determinar el nivel de salud que logran alcanzar las distintas comunidades. Al observar el promedio de años de escolaridad en la comuna en población de 5 años y más es de un 7,9 años de estudio, mientras que a nivel regional es de 9,1 años superando a la comuna por más de un año de escolaridad promedio, y a nivel del país el promedio es de 10 años de estudios, situándose por sobre Maullín en más de 2 años de escolaridad promedio. Si analizamos nuevamente el promedio de años de escolaridad pero esta vez en población de 25 años y más, la tendencia en la comuna, región y el país se mantiene, pero la diferencia entre éstas va aumentando, con un nivel comunal de 8,2 años de escolaridad promedio, y en la región de Los Lagos se informa un promedio de 10 años, con casi 2 años de escolaridad promedio por sobre la comuna, y a nivel nacional un 11,1 años de promedio de escolaridad, situándose con casi 3 años de escolaridad promedio por sobre el nivel observado en Maullín. Otro dato importante relacionado al nivel educacional es el número de años de escolaridad del jefe de hogar, que en la comuna de Maullín era de 7,9 años en el CENSO 2017, mientras que en la región de Los Lagos es de 9,8 años y a nivel nacional llega a 10,9 años de escolaridad, observando una tendencia muy similar a lo visto previamente con el indicador de años de escolaridad promedio de la población. En cuánto al porcentaje de la población que asistió a educación escolar y educación media, son de 93% y 75% respectivamente, muy similares a los niveles observados en la región y en el país para estos mismos indicadores, con 95% y 75-76% respectivamente; sin embargo al analizar el porcentaje de población que ingresa a la Educación Superior, podemos ver grandes diferencias al comparar la comuna con el nivel regional y nacional, así es como en Maullín ingresa a la Educación Superior el 10% de la población, muy inferior a lo observado en la región de Los Lagos (23%), y aún más bajo al compararlo con el país, en el cuál el 31% de la población continúa su formación con la Educación superior; pero pese a ingresar menos proporción de personas, los niveles de Educación Superior terminada en la comuna (78%) son levemente superiores al nivel regional (77%) y nacional (75%).

Dentro de la red de Educación en la comuna tenemos 33 establecimientos educacionales, de los cuales casi el 70% dependen administrativamente de la Municipalidad de Maullín (23 establecimientos), porcentaje que está por sobre el 60% observado en la región y muy por sobre el 41,2% que se informa a nivel del país; y el otro 30% de los establecimientos educacionales de la comuna, corresponden a establecimientos particular subvencionados,

mientras que en la región estos establecimientos representan al 37,4% y a nivel nacional el 49,2% (incluso superando al número de establecimientos municipales); mientras que establecimientos educacionales que sean de administración particular no existen en nuestra comuna, aunque en la región (2,1%) también representan una proporción menor a lo observado a nivel del país (5,5%). (fuente: 2020 Centro de estudios MINEDUC). Para complementar el análisis del sistema educacional en la comuna, podemos revisar los datos publicados sobre la matrícula escolar según dependencia administrativa, y vemos que la diferencias observadas son mucho mayores a las vistas previamente según la proporción de los establecimientos educacionales y su dependencia administrativa; es así como vemos que en la comuna de Maullín el 81,2% de la matrícula escolar corresponde a establecimientos municipales, casi el doble de lo observado en la región de Los Lagos que llega al 44,3% y más del doble que el nivel nacional con un 32,5% de la matrícula escolar; además de representar a la gran mayoría de los estudiantes de Maullín, los que estudian en colegios municipales. Situación contraria a lo observado con la matrícula escolar en establecimientos particulares subvencionados, donde el porcentaje de Maullín (18,8%) es muy inferior a lo observado en la región (49,2%) y en el país (54,4%).

Dentro del tema de seguridad ciudadana buscamos algunos datos que nos permitieran representar la realidad de nuestra comuna, es así como revisamos el Estudio y análisis del delito - estadísticas delictuales, realizado por la subsecretaría de prevención del delito el año 2019, en el cual se incluyeron cifras de las tasas de denuncia de los delitos de mayor connotación social a nivel comunal, regional y nacional; de esta forma la Tasa de denuncia observada en Maullín es de 820 cada 100.000 habitantes el año 2019, viendo una disminución con respecto al 2018 (Tasa de 839,1/100.000 habitantes) y al 2017 (Tasa de 1150,6/100.000 habitantes). Y al comparar la Tasa comunal con la región y el país podemos ver que la tasa de denuncia de este tipo de delitos en Maullín es muy inferior al nivel regional y nacional, y esa tendencia se mantiene durante los años 2017, 2018 y 2019, aunque la diferencia era menor el año 2017 y ha ido aumentando esa diferencia progresivamente, principalmente debido a la disminución de la tasa comunal, llegando a ser menos de la mitad de la tasa regional el 2019 y cerca de un tercio de la tasa nacional observada el mismo año. (ver tabla N° 25)

Tabla 25: Comparación de la Tasa de denuncia de delitos de mayor connotación social cada 100.000 habitantes, entre Maullín, la región de Los Lagos y el país, entre los años 2017 y

2019.

	2017	2018	2019
Maullín	1150,6	839,1	820
X Región	1696,7	1672,1	1662,4
Chile	2483,7	2397,8	2431,2

Al analizar la tasa de denuncia por Violencia intrafamiliar (VIF) en la comuna de Maullín, podemos ver una tendencia contraria a lo observado en la tasa de denuncia de delitos de mayor connotación social, ya que entre el año 2017 y el 2019 se ve un aumento de la tasa en la comuna pasando de 579,4 denuncias cada 100.000 habitantes a una tasa de 904,6 denuncias cada 100.000 personas, mostrando un aumento de un 56,1% de la tasa de denuncia por VIF. Además, al compararnos con la región y el país, en la comuna tenemos tasas más altas durante todo el período observado, pero el año 2017 la diferencia con la tasa regional era de 14,4 puntos y con la nacional una diferencia de 76,6 puntos, mientras que esas diferencias de tasas el año 2019 aumentaron a 263 puntos de diferencia con la región de Los Lagos y casi 380 puntos de diferencia con la tasa nacional el 2019. (ver tabla N° 26) Hay que considerar en el análisis que estos indicadores nos muestran la situación comunal sobre la VIF pero de forma indirecta, ya que la tasa de denuncia no siempre va a graficar lo que ocurre en el territorio, pero si la Tasa de denuncia va en aumento en un territorio y de forma tan aguda como lo observado en nuestra comuna, nos da cuenta de un problema de salud muy relevante y se vuelve urgente buscar estrategias de intervención, que idealmente incluyan un diagnóstico local que nos ayude a analizar en profundidad el tema, para así poder intervenir de forma más efectiva, ya que este tipo de problemas que conjugan la salud con lo social, suelen ser más complejos de intervenir, ya que demanda estrategias desde distintas áreas y que sean complementarias las intervenciones, para así lograr buenos resultados.[1]

Tabla 26: Comparación de la Tasa de denuncias por Violencia intrafamiliar cada 100.000 habitantes, entre el país, la X Región y Maullín, entre el año 2017 y el 2019

	2017	2018	2019
Maullín	579,4	639,7	904,6
X Región	593,8	563,4	641,6
Chile	502,8	484,1	524,7

2.1.2.1.7 INDICADORES SANITARIOS

Respecto a la tasa de natalidad en la comuna de Maullín se observa una tasa menor a la región y al país durante todo el período analizado, además con el paso del tiempo ha ido aumentando la diferencia con la tasa nacional; siendo la diferencia de 2,1 puntos el año 2014, y aumenta a 3,3 puntos el año 2019, lo que marca una disminución de 4,3 puntos en la tasa de natalidad comunal entre el año 2014 y el 2019. Estos datos comunales son concordantes con la situación local, la cual se caracteriza por una marcada transición demográfica hacia el envejecimiento (Tabla 27).

Tabla 27: Comparación de la tasa de natalidad por comuna, región y país, entre el año 2014 y el 2019.

	2014	2016	2019

País	14,2	12,8	11,1
X Región	13,1	12,8	10,9
Maullín	12,1	7,5	7,8

Al analizar la información obtenida sobre los indicadores de mortalidad en la comuna, podemos observar que la tasa de defunciones en población general en Maullín durante el año 2019 es de 7,2/1.000 habitantes, superior a la tasa de la Región de Los Lagos de 5,9 y muy superior a la tasa Nacional que es de 5,7 defunciones por cada 1.000 habitantes. Al observar los datos de la tabla N°28 se nota una tendencia de los últimos datos publicados en la cual la tasa de defunciones en población general en la comuna se mantiene por sobre la región y el país de forma permanente, y del mismo modo la tasa regional es superior a la nacional en el período analizado.

Tabla 28: Comparación de la Tasa de defunciones en población general entre la comuna, región y país, entre el año 2012 y el 2018.

	2012	**2014**	**2016**	**2018**	**2019**
Maullín	8,7	6,5	6,8	7,2	7,2
X Región	5,9	6,1	6,0	6,1	5,9
Chile	5,7	5,7	5,7	5,7	5,7

Al desagregar estas tasas de mortalidad de población general por género, podemos observar que la tasa de mortalidad general en hombres durante el período analizado fue siempre mayor que la tasa de defunciones en población general, tanto a nivel comunal, regional y nacional. Sin embargo, en las cifras del 2019 se observa un marcado aumento

de esta diferencia llegando a una diferencia de 1 punto, mientras que entre el 2012 y el 2018 oscila entre 0,2 y 0,3 puntos de diferencia, con la excepción del 2016 en el cual se registra la mayor diferencia (1,3 puntos) dentro del período analizado; debido a que este aumento en la diferencia entre ambas tasas de defunciones, se observa más notoriamente en la última medición publicada, por lo que no nos permite sacar mayores conclusiones, pero sí es importante el seguimiento del indicador para ver si se mantiene la tendencia al alza. Ver tabla 29

Tabla 29: Comparación de la Tasa de defunciones en hombres entre la comuna, región y país, entre el año 2012 y el 2016.

	2012	2014	2016	2018	2019
Maullín	9,0	6,7	8,1	7,4	8,2
Región	6,5	6,7	6,6	6,9	6,6
País	6,1	6,1	6,1	6,1	6,1

Al analizar la tasa de defunciones en mujeres se observa una gran variabilidad del indicador durante el período observado, pero destaca que el indicador se mantiene casi constante por sobre el nivel regional y nacional, y dentro del período observado, el mejor resultado se obtuvo el año 2016, en el cual el indicador comunal logra equipararse a la tasa nacional observada en el mismo año. Ver tabla 30

Tabla 30: Comparación de la Tasa de defunciones en mujeres entre la comuna, región y país, entre el año 2012 y el 2018.

	2012	2014	2016	2018	2019
Maullín	8,4	6,2	5,4	6,9	6,1

Región	5,4	5,4	5,3	5,3	5,2
País	5,4	5,3	5,4	5,3	5,4

Otro indicador muy relevante de analizar cuando observamos las cifras de mortalidad de una población es el índice de Swaroop, al evaluar este indicador en la población general de la comuna de Maullín se aprecia un 79,4%, el cual se encuentra cerca de 5 puntos porcentuales por sobre el indicador observado a nivel Regional y sobre el nivel Nacional por sólo 1,5 puntos porcentuales, lo cual es muy positivo ya que nos indica que al compararnos con la región y el país, tenemos una proporción mayor de muertes tardías, en relación a los fallecimientos ocurridos antes de los 50 años. Al analizar el índice de Swaroop aplicado a la población masculina de la comuna, se ve un indicador de 69,6%, el cual está levemente sobre el nivel Regional con un 67,8%, pero al compararlo con lo observado a nivel Nacional está 3 puntos porcentuales por debajo (72,7%). Estas diferencias observadas aplicando el índice de Swaroop a la población masculina solamente, nos posiciona en una situación favorable en la Región, pero en relación al indicador a nivel nacional, nos muestra que los fallecimientos de los hombres en la comuna, ocurren a edades más tempranas, y por lo tanto el buen resultado en el indicador de Swaroop alcanzado en población general de la comuna, se debe principalmente a la situación de la población femenina, la cual se caracteriza por fallecer a edades más tardías que lo visto a nivel regional y nacional, con un índice de Swaroop de 91,3%, muy por sobre lo observado a nivel Regional (82,8%) y a nivel Nacional que es de 83,7%. (datos DEIS 2014) Esta información nos desafía a realizar un análisis más específico sobre las causas de mortalidad en población masculina en nuestra comuna, para así intervenir en las causas modificables que nos permitan seguir mejorando estos indicadores a nivel comunal.

La mortalidad infantil es un indicador de salud muy importante, ya que nos muestra el número de defunciones en menores de un año dividido por 10000 nacidos vivos en el mismo período; pero debido a la complejidad del indicador y cómo se afecta al aplicarlo en poblaciones pequeñas, es necesario ajustar las tasas comunales para que se puedan comparar con la tasa de otras poblaciones de distinto tamaño; es debido a esto que los últimos datos oficiales publicados con tasas por comuna, fue el año 2012 , y la información más actualizada que encontramos se encuentra detallada sólo por regiones. De esta forma,

podemos observar que la tasa de mortalidad infantil en la comuna de Maullín el año 2012 era de 7,1 defunciones por cada 10.000 nacidos vivos, inferior en 1,3 puntos que la tasa de la región de Los Lagos, y 0,4 puntos menos que la tasa nacional. (ver Tabla N°31) En el período entre el año 2013 y el 2016, la tasa de mortalidad infantil de la región de Los Lagos se mantiene por sobre el nivel nacional con excepción del año 2015, donde la tasa regional es inferior a la del país por 0,3 puntos.

Tabla 31: Tabla de comparación de la tasa de mortalidad infantil entre el país, regional y comunal, entre los años 2012 y 2016.

	2012	2013	2014	2015	2016
País	7,5	7	7,3	6,9	7
X Región	8,4	8,1	8,5	6,6	8
Comuna	7,1	-	-	-	-

La razón de mortalidad materna ratio es un indicador que muestra el número de madres fallecidas por cada 100.000 nacidos vivos, y se ha caracterizado por una disminución progresiva a nivel mundial, pero todavía persisten grandes diferencias entre los países y entre distintas zonas del mismo país, lo cual se explica fundamentalmente por el impacto de los Determinantes sociales en salud en las distintas poblaciones. El año 2015 la OMS/OPS publicó un informe, en el cual se describen las diferencias de este indicador, por ejemplo en los países en desarrollo es de 239 por 100.000 nacidos vivos, mientras que en los países desarrollados es tan solo de 12 por 100.000. La situación en nuestro país se acerca más a la realidad de los países desarrollados, que a la de los países en desarrollo, lo cual nos sitúa en una posición favorable con respecto al resto del mundo y es concordante con otros indicadores sanitarios nacionales y con la baja tasa de natalidad observada en Chile (Ver Tabla N°27). En cuánto a la situación de la Región de Los Lagos se observa una gran variabilidad del indicador año a año, que se debe principalmente al tamaño de la población evaluada, y además no contamos con datos oficiales a nivel comunal, lo que limita nuestra capacidad de análisis de este indicador tan relevante. Sin embargo, en la literatura hay mucha información publicada, sobre el mayor riesgo de mortalidad materna que tienen las mujeres embarazadas menores de 15 años, principalmente ocasionadas por

complicaciones del embarazo y del parto.

A nivel local, podemos ver que los embarazos adolescentes en nuestra comuna representan una proporción que varía entre un año y el otro, pero la mayoría de los años evaluados nos encontramos levemente por debajo del nivel observado en el servicio de salud de reloncaví, sin embargo es muy relevante analizar lo que ocurre específicamente en el grupo de embarazadas menores de 15 años, no solo por la mayor morbimortalidad observada en este grupo etario, sino también por el gran impacto familiar, social e incluso legal que se genera en estos casos. De esta forma podemos ver que las embarazadas menores de 15 años representaron el 2,8% y el 4,3% de los embarazos en Maullín en los años 2019 y 2020 respectivamente, la cual es muy superior a la proporción observada a nivel del Servicio de Salud de Reloncaví que era de 0,4% y 0,6% respectivamente para los mismos años evaluados (ver tabla 32); lo que nos muestra una situación preocupante y de alta gravedad que ocurre en nuestra comuna, lo que nos impulsa a fortalecer las estrategias preventivas sobre este tema, aunque el indicador sea variable en el tiempo, y algunos años no tenemos embarazadas menores de 15 años, es necesario sensibilizar a la población sobre el tema, para evitar que se normalice esta situación que genera un impacto social tan grande.

Tabla 32: Comparación de la proporción de embarazos adolescentes entre Maullín y el SSDR, entre el año 2017 y el 2021.

	Grupo etario	2017	2018	2019	2020	2021
Maullín	Menor 15 años	0	0,9	2,8	4,3	0
	15 a 19 años	11,7	9,7	11	6,4	5,7
SSDR	Menor 15 años	0,4	0,5	0,4	0,6	0,2
	15 a 19 años	11,9	10,6	8,8	7,5	6,4

Tabla 33: Comparación de la Razón de Mortalidad Materna de la Región de Los Lagos y Chile, entre el año 2010 y el 2018.

	2010	2012	2014	2016	2018
País	18,3	22,1	22,1	21,9	23
X Región	16	35,3	17,4	27,7	10

Tabla N°34: Tasa de mortalidad específica por causas en población general (DEIS 2011) tasa/100.000 habitantes

	País	X Región
Enf. Infecciosas	10,9	11,5
Tumores malignos	137,2	135,4
Estómago	18,8	22,8
Colon	8,2	8,9
Vesícula	10,6	13,1
Mama	7,9	5
Cuello del utero	3,4	3,9
Endocrinas, nutricionales y metabolicas	26,9	26,2
Sistema circulatorio	149,3	140,9
Enf. Isquémicas corazón	41,7	36
Enf. Cerebrovasculares	50,6	48,2
Sistema respiratorio	52,8	55
Sistema digestivo	40,4	36,5
Causas externas	46,5	60,5
Accidentes de tránsito	12,3	15,4
Otros accidentes de transporte	0,6	0
Suicidios	11,8	15,7
Otras causas externas	21,9	28,8

Al comparar las tasas de mortalidad específica por tumores malignos entre la Región de Los Lagos y la tasa nacional, podemos observar que en nuestra región la tasa es menor al nivel nacional por 1,8 puntos, y al desagregar por género, la tasa regional en los hombres está 1 punto por sobre la nacional, mientras que en el caso de las mujeres la tasa es 5,2 puntos menos que lo observada en el país.

Al desagregar está tasa de mortalidad por tumores malignos en sus distintas causas, podemos observar en algunos tipos diferencias importantes entre los niveles de nuestra región y el país, principalmente destacan las diferencias observadas en la tasa de tumores de estómago, vesícula y mama. Al analizar la tasa de tumores malignos de estómago podemos observar que la tasa regional está 4 puntos sobre la tasa nacional, y está diferencia aumenta aún más al comparar la tasa específica de los hombres, la cuál supera a la del país por 17,7 puntos, mientras que en el caso de las mujeres la tasa es mayor a la nacional por 2,6 puntos; mostrando una gran diferencia entre ambos sexos y permitiendo

enfocar un mayor esfuerzo en la pesquisa precoz de los tumores malignos de estómago, con especial énfasis en los hombres.

En el caso de la tasa mortalidad por tumores malignos de vesícula podemos observar diferencias con el nivel nacional, pero no tan marcadas como en el caso de los tumores malignos de estómago, de está forma la tasa regional está sólo 2,5 puntos por encima de la tasa nacional, pero al separarlas por género podemos ver que la tasa de hombres es mayor que la del país por 1,3 puntos, pero la mayor diferencia la podemos encontrar en la tasa de las mujeres, la cual es mayor por 3,9 puntos a la tasa nacional. Estas diferencias entre la región y el país también están presentes en los resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2016- 2017 que se relacionan con este tema, se informa la prevalencia de colecistectomía en población general, y nuestra región está 2 puntos por sobre el nivel nacional, lo que podría indicarnos que la pesquisa precoz de colelitiasis se está haciendo de buena forma, y lo más probable que no sea una causa directa de la mayor tasa de mortalidad específica por tumores de vesícula observada en la región de Los Lagos.

Finalmente al analizar la tasa de mortalidad específica por tumores malignos de mama, se observa una tasa regional menor a la nacional por 2,9 puntos, y al observar la tasa específica de mujeres aumenta la diferencia con la tasa del país a 5,7 puntos menos en la región.[4]

Tabla 35: Comparación de la Tasa de mortalidad específica por causas en hombres (DEIS 2011)

	País	X Región
Enf. Infecciosas	12,7	13,3
Tumores malignos	144,1	145,1
Estómago	12,5	30,2
Colon	7,3	9,3
Vesicula	6,4	7,7
Mama	0,1	0,2
Cuello del utero	0	0
Endocrinas, nutricionales y metabolicas	26,3	23,9
Sistema circulatorio	154,8	152
Enf. Isquémicas corazón	52	48,8
Enf. Cerebrovasculares	49,9	49,7
Sistema respiratorio	53,7	59
Sistema digestivo	49	47,2
Causas externas	72,1	98,3
Accidentes de tránsito	19,6	23,9
Otros accidentes de transporte	1	1,2
Suicidios	19,4	26,7
Otras causas externas	32,1	46,5

Al observar las tasas de mortalidad específica por enfermedades del sistema circulatorio, se ve que la tasa regional está 8,4 puntos por debajo de la tasa nacional, lo cuál es muy favorable para la población de la región de Los Lagos, pero esto es aún más marcado al analizar la tasa específica de las mujeres que es menor a la tasa del país por 14,4 puntos, una diferencia mucho mayor a lo observado en la tasa de hombres que está sólo 2,4 puntos por debajo de la tasa nacional. Dentro de las enfermedades del sistema circulatorio, podemos analizar algunas causas específicas, por ejemplo la tasa de mortalidad específica por enfermedades isquémicas del corazón de la Región de Los Lagos es menor a la tasa nacional en 5,7 puntos, con una menor diferencia en la tasa específica de hombres (3,2 puntos menos que la tasa nacional) y una importante diferencia en la tasa específica de mujeres, que llega a estar 9,9 puntos por debajo del nivel de Chile. Otra causa específica importante de analizar es la tasa de mortalidad específica de enfermedades cerebrovasculares, la cuál mantiene la misma tendencia vista en las enfermedades isquémicas del corazón, con una tasa regional 2,4 puntos por debajo de la tasa nacional, pero con una mayor diferencia en la tasa específica de mujeres, llegando a estar 8,8 puntos por debajo del nivel nacional, mientras que en la tasa específica de hombres la diferencia es marginal (sólo 0,2 puntos por debajo del nivel observado en el país)

Si comparamos el nivel de la tasa de mortalidad específica de enfermedades del Sistema respiratorio de la Región de Los Lagos con la del país, vemos que la región está por sobre

el nivel nacional en 2,2 puntos, y este nivel se debe principalmente a los hombres, ya que al comparar la tasa específica de hombres la diferencia aumenta a 5,3 puntos por sobre la tasa del país, mientras que la tasa específica de las mujeres es incluso 0,9 puntos menor a la tasa nacional observada para el mismo período. En cambio, la situación es lo contrario al analizar lo que ocurre con la tasa de mortalidad específica de enfermedades del sistema digestivo, donde la Región de Los Lagos tiene una tasa 3,9 puntos menor que el nivel nacional, debido principalmente a la tasa específica de mujeres que está 5,5 puntos por debajo de la tasa nacional, mientras que la diferencia de la tasa específica de hombres es menor, con 1,8 puntos menos que el nivel del país.

Tabla 36: Comparación de la Tasa de mortalidad específica por causas en mujeres (DEIS 2011)

	País	X Región
Enf. Infecciosas	9,2	9,6
Tumores malignos	130,6	125,4
Estómago	12,5	15,1
Colon	9	8,4
Vesícula	14,8	18,7
Mama	15,5	9,8
Cuello del utero	6,7	7,9
Endocrinas, nutricionales y metabolicas	27,5	28,6
Sistema circulatorio	143,8	129,4
Enf. Isquémicas corazón	31,7	22,8
Enf. Cerebrovasculares	51,4	42,6
Sistema respiratorio	51,9	50,9
Sistema digestivo	32	25,5
Causas externas	21,5	21,4
Accidentes de tránsito	5,1	6,5
Otros accidentes de transporte	0,2	0
Suicidios	4,2	4,3
Otras causas externas	11,9	10,6

Otro grupo importante de causas de mortalidad específica son las Causas externas, las cuales son muy relevantes en la Región de Los Lagos, ya que desplazan del tercer lugar de importancia a las enfermedades del sistema respiratorio, que ocupan el tercer puesto a nivel nacional, encontrando una tasa de mortalidad específica de causas externas que está 14 puntos por sobre el nivel observado en el país, pero además si se desagrega la información por género, vemos que la tasa específica de los hombres es 26,2 puntos mayor

que la tasa nacional, mientras que la tasa específica de mujeres está casi al mismo nivel que el país (sólo 0,1 puntos de diferencia). Dentro de este grupo de causas externas podemos encontrar los accidentes de tránsito, suicidios y otras causas externas como asesinatos, accidentes, etc, pero en todas ellas podemos ver que la tasa regional es superior al nivel nacional y que esa diferencia aumenta aún más si analizamos las tasas específicas de hombres y mujeres por separado. Además está descrito en la literatura, que este tipo de causas de mortalidad son más frecuentes en las personas jóvenes, lo que nos puede entregar información muy útil para analizar y tratar de entender las grandes diferencias observadas al comparar entre el índice de Swaroop específico para hombres y mujeres en la comuna de Maullín. Es así como podemos observar que la Región de Los Lagos tiene una tasa de mortalidad específica por accidentes de tránsito que es 3,1 puntos mayor que la tasa nacional, con una diferencia de 4,3 puntos más en la tasa específica de hombres y sólo 1,4 puntos sobre la nacional en el caso de las mujeres. Mientras que en la tasa de mortalidad específica por suicidios es 3,9 puntos mayor que el nivel nacional, aumentando la diferencia entre la región y el país a 7,3 puntos en la tasa específica de hombres, pero en las mujeres están casi al mismo nivel, con una diferencia de 0,1 puntos sobre la tasa nacional. Esta información es concordante con lo publicado en la literatura, pero no por eso deja de ser importante, ya que la mortalidad por suicidio es una de las principales causas de muerte prevenibles en el mundo y ademas es la tercera causa de muerte entre los jóvenes de 10 a 25 años según el informe regional publicado por la OPS el 2014 “Mortalidad por suicidio en las Americas”; el cual también compara las distintas regiones del mundo, y vemos que la tasa de mortalidad por suicidio en las Americas es de 7,3/100.000 situandose por debajo del nivel mundial que es 11,4/100.000, sin embargo dentro de la región las tasa varían de forma significativa entre los distintos países, pero también según grupo etario y género. Dentro de la región de las Americas, Chile aparece en el cuarto lugar de los países con mayor tasa de mortalidad por suicidio con una tasa de 11 por 100.000 habitantes, siendo superado solamente por Guyana con una tasa de 26,2 por 100.000 personas, Surinam con tasa de 23,3/100.000 y Uruguay con una tasa de 14/100.000; sin embargo, la misma variabilidad observada entre los países se pueden encontrar entre las distintas regiones del mismo país, y también diferencias por grupos etarios y por género. Es así como vemos que en nuestro país entre el año 2000 y el 2017, el numero promedio de suicidios anuales en el grupo de 10 a 24 años fue de 350 muertes, con una tasa de mortalidad por suicidio en este grupo etario de 8,5/100.000 , pero al

desagregarlo en los grupos de 10 a 19 años y de 20 a 24 años se observan grandes diferencias con tasas de 5,4/100.000 y 14,7/100.000 (diferencia entre ambas de más de 9 puntos).(Fuente: Suicidio en adolescentes y jóvenes en Chile: riesgos relativos, tendencias y desigualdades, Araneda et all, revista panamericana de salud publica, 2021) En el mismo estudio se realizó la comparación entre las distintas regiones del país y se analizaron las tasa de mortalidad especifica de suicidio en los 3 grupos etarios usados previamente (10 a 24 años, 10 a 19 años y 20 a 24 años) para ambos sexos, y las tasas de mortalidad por suicidio más altas fueron encontradas en la región de Aysén (23,9/100.000), Los Lagos (22,5/100.000), Magallanes (21,6/100.000) y Los Ríos (17,8/100.000); y si agregamos al analisis la comparación por género vemos grandes diferencias entre hombres y mujeres en todas las regiones, por ejemplo en la X región la tasa de mortalidad por suicidio en el grupo de 20 a 24 años específica para los hombres es 38,9/100.000 y para las mujeres es 5,1/100,000; la misma situación que en la región de Aysén con la tasa de mortalidad especifica para los hombres es 40,1/100.000, más de 8 veces más alta que la tasa observada en las mujeres (4,7/100.000) del mismo grupo etario. Si analizamos la tasa de mortalidad por suicidio en población general entre el año 2011 y el 2020, comparando la X región con el nivel nacional (ver grafico 6) , podemos ver que nuestra región se mantiene por sobre el nivel nacional durante todo el periodo evaluado; lo que se vuelve más evidente al analizar la tasa de mortalidad especifica por suicidio en hombres por separado de las mujeres, viendo que en el caso de los hombres (ver gráficos 7 y 8) se mantiene la tendencia observada en el grafico de población general, con la X región por sobre el nivel del país durante todo el periodo evaluado, sin embargo en el caso de las mujeres en nuestra región, la tendencia es muy diferente al compararse con el nivel nacional, destacando las cifras del año 2014, 2017 y 2018, en que la tasa regional fue inferior al nivel nacional. (ver gráfico 6)

Grafico N°6: Comparación de la tasa de mortalidad por suicidio en población general entre la X región y el país, entre los años 2011 y el 2020.

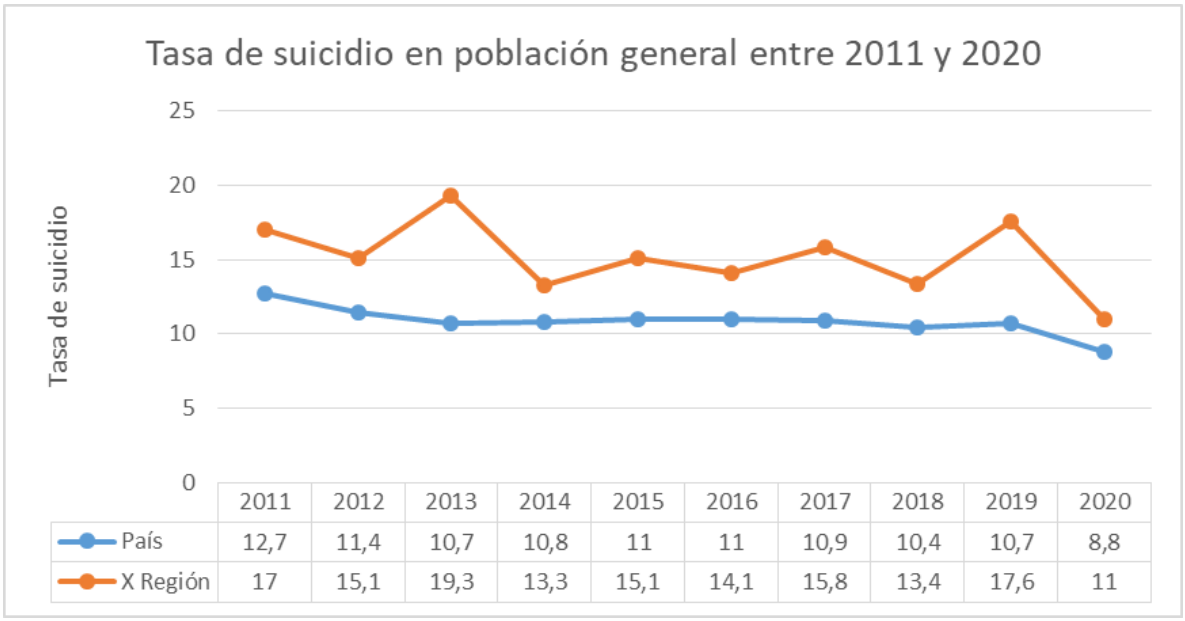


Grafico N°7: Comparación de la tasa de mortalidad por suicidio en hombres entre la X región y el país, entre los años 2011 y el 2020.

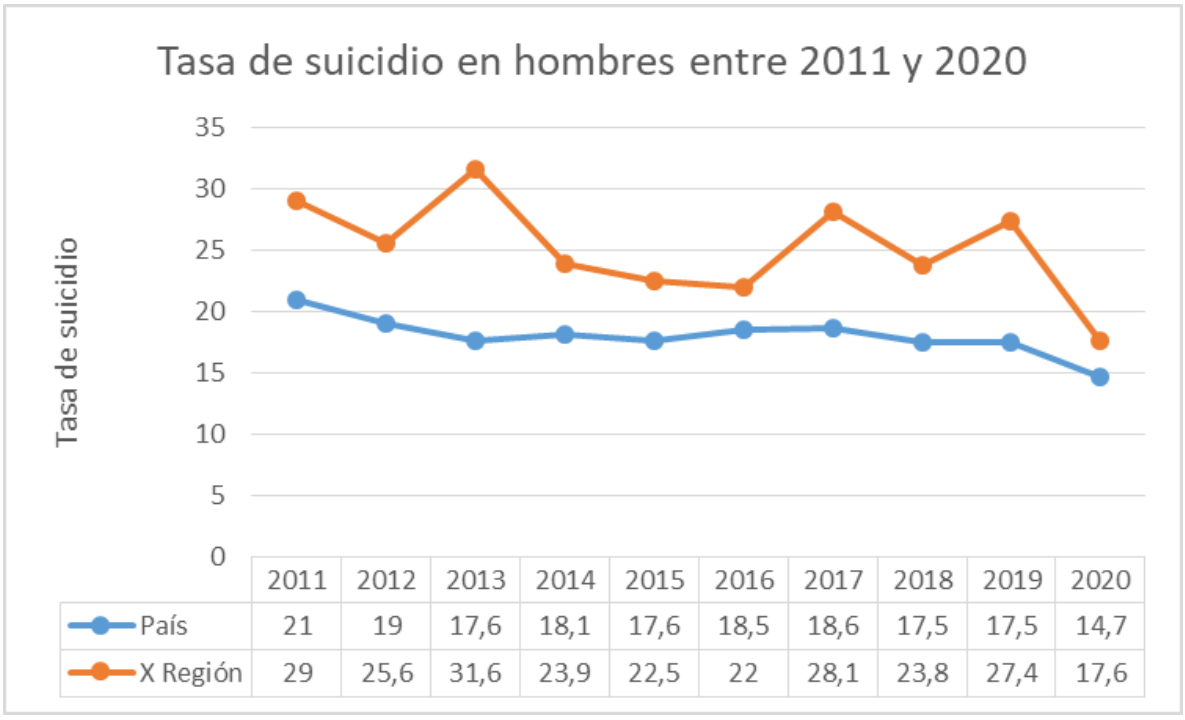
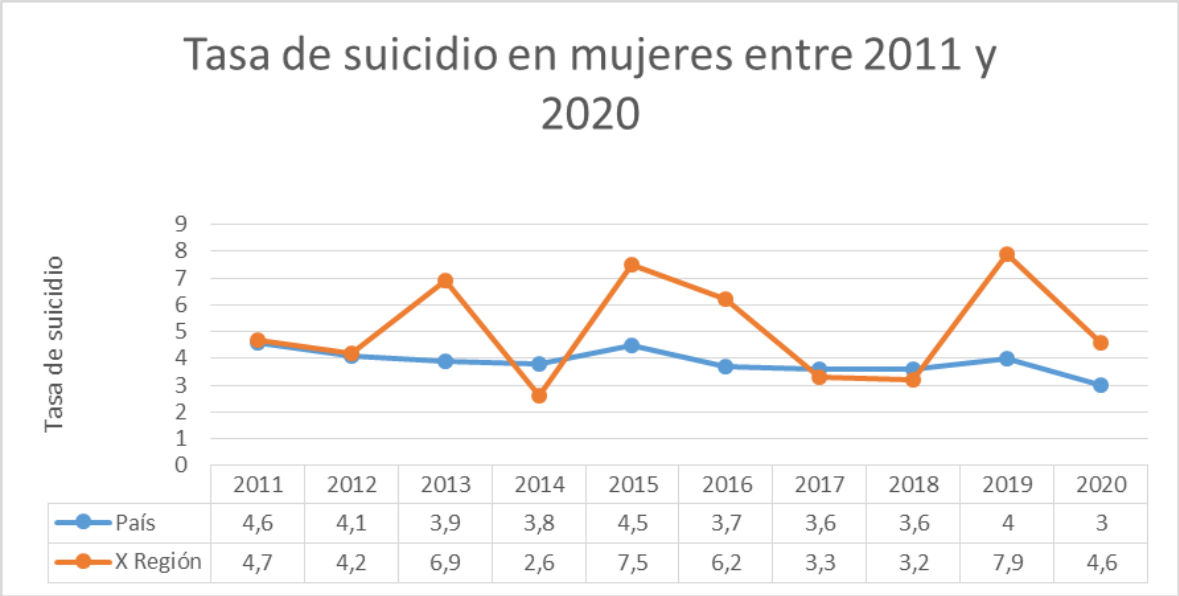


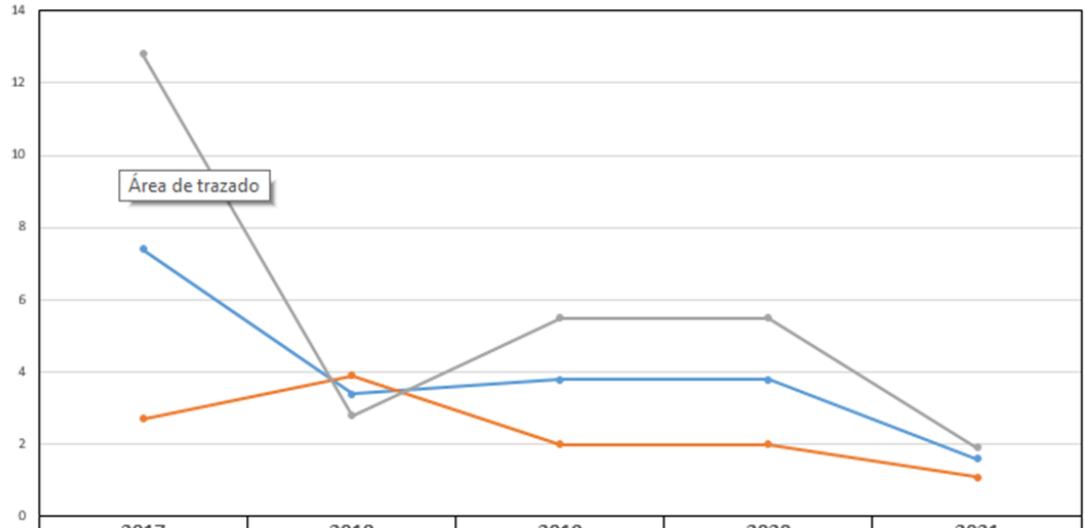
Grafico N°8: Comparación de la tasa de mortalidad por suicidio en mujeres entre la X región y el país, entre los años 2011 y el 2020.



	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
País	4,6	4,1	3,9	3,8	4,5	3,7	3,6	3,6	4	3
X Región	4,7	4,2	6,9	2,6	7,5	6,2	3,3	3,2	7,9	4,6

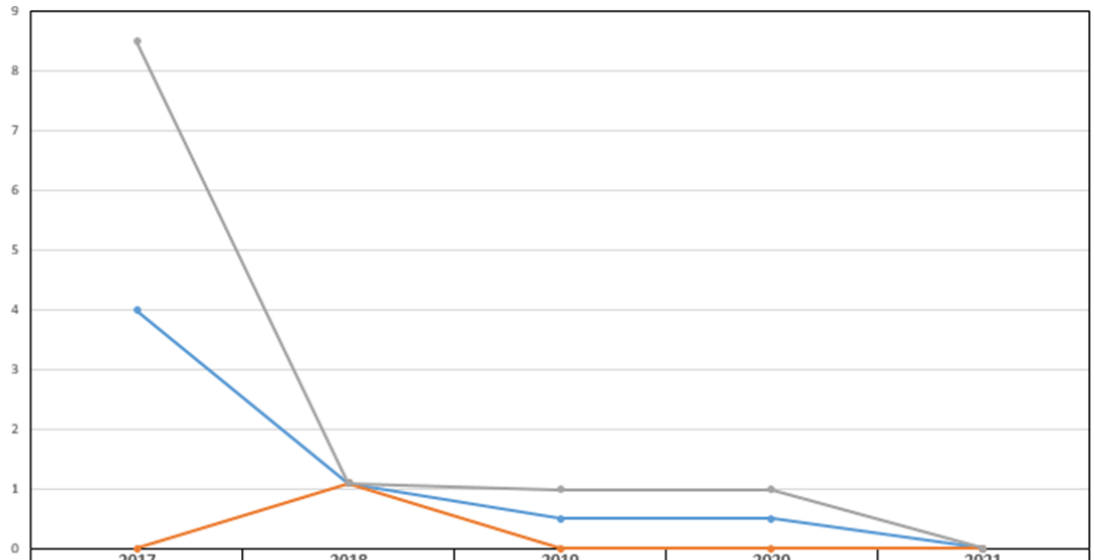
Dentro del análisis sobre el suicidio en jóvenes, la gran mayoría de la información publicada es del nivel regional y nacional, por lo tanto para poder incorporar información del nivel comunal, usamos información recopilada de los controles del joven sano realizados en la comuna, en los cuales se pregunta por ideación de suicidio y por intentos de suicidio, y podemos ver que el comportamiento epidemiologico en nuestra comuna es muy similar a lo reportado en la literatura, con un mayor numero de intentos de suicidios en mujeres quew en hombres y también vemos una mayor proporción de reporte de ideación de suicidio en las mujeres en comparación con los hombres; es importante considerar en el analisis que este grupo etario generalmente no consulta de forma espontanea, por lo que generalmente son atendidos en los establecimientos educacionales de la comuna y es muy necesario fortalecer estrategias comunitarias para favorecer una pesquisa activa de estos factores de riesgo; (ver gráfico 9 y gráfico 10) tal como se puede apreciar en los gráficos analizados, existen amplias diferencias en los datos de algunos años como el 2017 por ejemplo, que se observa una proporción mucho mayor de detección de intento de suicidio (en mujeres epecialmente) y de detección de ideación de suicidio (tambien predomina en mujeres) que en los otros años evaluados, pero hay que tener en cuenta que el denominador de el indicador son los jovenes bajo control, y no la población comunal del grupo etario, por lo tanto muestra lo detectado dentro de la cobertura del control de joven sano, y esto vuelve a mostrar la importancia de generar estrategias de pesquisa activa sobre todo en este grupo etario.

Grafico N°9: Proporción de la detección de ideación de suicidio en control integral del joven sano en Maullín entre el año 2017 y el 2021.



	2017	2018	2019	2020	2021
total	7,4	3,4	3,8	3,8	1,6
hombres	2,7	3,9	2	2	1,1
mujeres	12,8	2,8	5,5	5,5	1,9

Grafico N°10: Proporción de la detección de intento de suicidio en control integral del joven sano en Maullín entre el año 2017 y el 2021.



	2017	2018	2019	2020	2021
total	4	1,1	0,5	0,5	0
hombres	0	1,1	0	0	0
mujeres	8,5	1,1	1	1	0

Finalmente dentro de este grupo de causas externas de mortalidad específica, aparece un subgrupo que se denomina otras causas externas, en la cual se incluyen asesinatos, accidentes, etc; y es justamente en el subgrupo que podemos observar mayores diferencias al comparar los indicadores regionales con las tasas nacionales; de esta forma vemos que la tasa de mortalidad específica por otras causas externas en la Región de Los Lagos es superior a la tasa nacional en 6,9 puntos, pero al desagregar el indicador por género la diferencia aumenta en la tasa específica de hombres a 14,4 puntos sobre el nivel del país, mientras que en las mujeres la tasa regionales es menor que la nacional por 1,3 puntos.

2.1.2.1.8 TASA DE AÑOS DE VIDA POTENCIALMENTE PERDIDOS (AVPP)

La tasa de AVPP es un indicador que complementa la información que nos entregan las tasas de mortalidad de una población, dándonos una mirada más profunda sobre la carga de enfermedad generada sobre estas personas; sin embargo es importante conocer sus limitaciones ya que, al no estar corregida la tasa por población, no nos permite realizar comparaciones entre distintas poblaciones, pero sí se puede utilizar para analizar la tendencia del indicador con el paso del tiempo en la misma población evaluada. De esta forma podemos observar que la tasa de AVPP en población general, va disminuyendo durante el período evaluado del 2008 al 2018, tanto a nivel nacional, regional y comunal. Si bien la disminución de la tasa de AVPP es de 10 puntos a nivel nacional, 16 puntos a nivel regional y de 64 puntos en la comuna durante los 10 años evaluados (Ver tabla 37), esto no nos permite sacar mayores conclusiones ya que como se explicó previamente, al no estar ajustadas las tasas, no se pueden utilizar para comparar entre distintas poblaciones.

Tabla 37: Comparación de tasa de AVPP en el País, X Región y Maullín, entre el año 2008 y el 2018

	2008	2010	2012	2014	2016	2018
País	76,2	75,5	71,6	69,8	67,4	66,1
X Región	90,4	84,8	83,4	81	77,9	74,2
Comuna	144,1	124	112,2	62,8	75,6	80,3

Al analizar la tasa de AVPP específica de hombres podemos observar lo mismo que ocurre

con la tasa de AVPP en población general, va disminuyendo durante el período evaluado, tanto a nivel nacional, regional y comunal. Sería muy interesante poder contar con la tasa de AVPP específica en hombres corregida por población, para poder comparar el indicador con otras poblaciones (regional, nacional, etc), pero además poder desagregar por grupos etarios, lo que nos podría entregar información muy relevante para complementar el análisis sobre las muertes prematuras en hombres en la comuna, ya descrito previamente al analizar el índice de Swaroop por género en Maullín, y compararlo con los niveles en la región y en el país. En cambio al analizar el mismo indicador pero específico de los hombres, vemos que la tasa de AVPP mantiene la misma tendencia a la disminución en la región y en el país; sin embargo, en la tasa comunal de AVPP específica de mujeres se observa una gran variabilidad entre el año 2008 y el 2018, la que se puede producir probablemente por el tamaño de la población de Maullín. (Ver tabla 38)

Tabla 38: Comparación de tasa de AVPP en hombres en el País, X Región y Maullín, entre el año 2008 y el 2018.

	2008	2010	2012	2014	2016	2018
País	98,1	97	90,7	89,5	85,6	83,9
X Región	119,3	111,3	108,5	108,1	101,1	99,7
Comuna	200,4	138,8	104,4	95,8	99,1	87,5

Tabla 39: Comparación de tasa de AVPP en mujeres en el País, X Región y Maullín, entre el año 2008 y el 2018.

	2008	2010	2012	2014	2016	2018
País	54,4	54	52,8	50,3	49,3	48,4
X Región	60,2	57,3	57,2	53,1	54,1	48,5
Comuna	81,9	107,7	120,7	28,3	48,8	72,7

Durante el año 2015 se realizó en Chile el Estudio Nacional de la Discapacidad, en la cual se analizó la proporción de discapacidad en población adulta a nivel nacional y regional. Los resultados de este Estudio Nacional de Discapacidad muestran que en la Región de

Los Lagos hay un 20,3% de adultos en situación de discapacidad, casi igual al 20% observado a nivel nacional; mientras que la proporción de los hombres adultos en nuestra Región es de un 14,1%, muy cercano al nivel nacional observado que es levemente más alto, llegando a un 14,8%. Finalmente al observar la proporción de mujeres adultas en situación de discapacidad en la X Región es de un 26,6%, un poco más alto que el indicador del país que es 24,9%. (ver tabla 40).

Tabla 40: Comparación de la proporción de personas en situación de Discapacidad en población adulta, entre el país y la X Región.

	Total	Hombres	Mujeres
País	20	14,8	24,9
X Región	20,3	14,1	26,6

En este Estudio Nacional de la Discapacidad, no se incorporaron datos de nivel comunal, lo que en parte limita nuestro análisis local, pero de todas formas nos sirve de orientación para dirigir algunas estrategias de intervención en la comuna, pero también para diseñar estrategias de recopilación de información local sobre el tema, que nos permita enfocar de mejor manera nuestras estrategias territoriales en este tema tan importante. Con respecto al grado de discapacidad observado en el Estudio, se clasificaron a las personas en 2 grandes grupos, los adultos con discapacidad leve y moderada, y los adultos con discapacidad severa; a nivel nacional se informa que un 11,7% de los adultos tienen una discapacidad leve a moderada, (Ver tabla 41) muy similar a lo publicado para la Región de Los Lagos que es un 11,2%; mientras que los casos de personas adultas con discapacidad severa llegan a un 8,3% a nivel nacional, inferior al indicador observado en nuestra región que es de un 9,1%.

Tabla 41: Porcentaje de la población adulta en situación de discapacidad, según grado de discapacidad: (estudio Nacional de la discapacidad 2015)

	leve a mod	severa
País	11,7	8,3
X Región	11,2	9,1

Otra fuente de información relevante para analizar este tema es el Registro Nacional de Discapacidad, que incluye a las personas certificadas y calificadas con algún grado de discapacidad, y desglosa la información a nivel regional y comunal, en el reporte de Diciembre del año 2020 podemos ver que en la comuna hay un 2,74% de personas certificadas, muy similar al indicador de la X región que es 2,78%, y levemente sobre el nivel nacional que llega al 2,56%; sin embargo, se ve una gran diferencia entre el porcentaje de personas certificadas con algún grado de discapacidad inscritas en el Registro Nacional de Discapacidad y el porcentaje de personas publicado en la Encuesta Nacional de Discapacidad realizada el 2015, esta amplia diferencia se explica principalmente porque la Encuesta Nacional se construye en base al autoreporte, mientras el Registro Nacional solo incluye a los certificados oficialmente con algún grado de discapacidad; lo que nos desafía como equipo comunal a aumentar la cobertura de certificación de discapacidad en nuestra comuna, ya que entrega múltiples beneficios a los usuarios y además nos ayuda a visualizar de mejor forma la realidad sobre el tema en nuestra población.

Otro problema de salud que se genera un gran impacto en Chile es la Enfermedad renal crónica (ERC), la cual aumenta el riesgo cardiovascular de las personas, deteriora enormemente su calidad de vida , y también genera un gran impacto económico en el país; esta patología se encuentra incluida en el GES desde el año 2005, y para el año 2017 se estimaba que 21.134 personas estaban en tratamiento por peritoneo y hemodiálisis, lo que corresponde al 0,2% de los usuarios del GES, y se gasta el 23% del presupuesto anual del GES, y esta estimación de gastos no considera los costos indirectos de la enfermedad, como los AVPP, costos de patologías asociadas a la ERC, etc, por lo tanto podemos concluir que el costo puede ser mucho mayor para el país y la carga para el sistema de salud puede ser mucho más importante. (Fuente: Murphy D, McCulloch CE, Lin F, Banerjee T, Bragg-Gresham JL, Eberhardt MS, et al. Trends in Prevalence of Chronic Kidney Disease in the United States. Ann Intern Med [Internet]. 2016 Oct 4 [cited 2019 Jun 10];165(7):473. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27479614). En la Encuesta Nacional

de Salud 2016 - 2017 podemos ver que la situación con respecto a la enfermedad renal crónica (ERC) en nuestra región tiene mayores porcentajes que lo observado en el país, tanto al considerar las personas que tienen una velocidad de filtración glomerular (VFG) menor a 60 ml/min (4,8% regional v/s 3% nacional), como también al ver a las personas con una VFG menor a 30 ml/min, lo que muestra una diferencia muy relevante sobre todo en las personas que están con ERC en etapa 4 y 5, donde la diferencia es 3 veces mayor en la X región que en el país. En la LXI Cuenta de hemodiálisis crónica en Chile realizado por la Sociedad Chilena de Nefrología con datos actualizados hasta el 31 de agosto del 2021, se describe la red que presta servicios a estos usuarios en la X región, y contamos con 11 unidades donde se atienden 1377 pacientes, y estas unidades incluyen a 4 unidades en hospitales que atienden al 14,5% (199 personas) y 7 centros de diálisis donde se atiende al 85,5 % (1178 usuarios) de los usuarios. Otro dato muy relevante incluido en la Cuenta de hemodiálisis crónica en Chile, es la comparación entre las regiones del país, evaluando el porcentaje de personas en hemodiálisis, pero también informa el calculo de pacientes por millón de población (PMP), indicador que nos permite comparar de mejor forma entre las regiones, aunque las poblaciones sean de tamaños muy diferentes; de esta forma si analizamos según porcentaje de población, la región con mayor porcentaje del país es Valparaíso con 10,3%, seguida por la región de Bio-Bio (8,9%), Del Maule (5,9%), Del Libertador B. O'higgins (5,2%) y en el cuarto lugar aparece la región de Los Lagos con un 4,7% de su población en hemodiálisis crónica; sin embargo, al analizar la ubicación regional pero ordenada por pacientes en hemodiálisis crónica por millón de población, la región que está en el primer lugar es la de Los Ríos con 1732 personas por millón de población, seguido por nuestra región de Los Lagos con 1489 personas por millón de población, y en tercer lugar la región de la Araucanía (1480 PMP), lo que nos muestra claramente que el análisis comparativo entre regiones solo por porcentajes se ve influido por el tamaño poblacional de la región analizada, Valparaíso y Bio- Bío que estaban en los primeros lugares, coincide en que son 2 de las 3 regiones con más población de nuestro país, en cambio al evaluar con el indicador por personas por millón de población, cambia drásticamente el orden de las regiones, ubicando a nuestra región en el segundo lugar nacional, en vez del cuarto lugar a nivel nacional ocupado por la región de Los Lagos en el análisis realizado por porcentaje.

Factores protectores:

Uno de los principales factores protectores en salud es tener una alimentación saludable, la

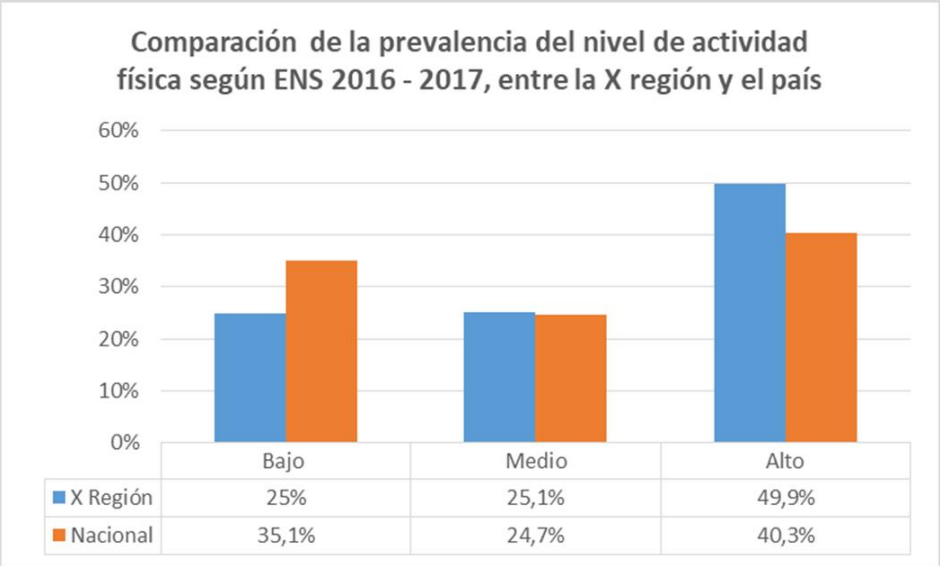
cual ha demostrado generar múltiples beneficios para la salud, además de retrasar la aparición de enfermedades crónicas no transmisibles; por lo mismo es muy importante revisar algunos indicadores sobre este tema, que fueron incorporados en la realización de la 3era Encuesta Nacional de Salud desarrollada los años 2016 y 2017, la que nos entrega datos a nivel regional y nacional que nos permite realizar un pequeño análisis para facilitar el entendimiento de la situación comunal en este tema.

Podemos observar que la prevalencia del consumo de al menos 5 porciones de frutas y verduras al día es de un 15% a nivel nacional, sin embargo en nuestra región esa prevalencia aumenta hasta un 18,5%, generando una diferencia entre ambas de 3,5 puntos a favor de la región de Los Lagos. En cambio al ver la prevalencia de consumo de lácteos semi-descremados, descremados o bajos en grasas, ocurre lo contrario con una prevalencia nacional de 44,1% superior en 10,4 puntos a la prevalencia observada en la región; lo más probable es que esta tendencia está relacionada con factores socioeconómicos de la población, ya que por el contexto de alta ruralidad que caracteriza a nuestra Región, es más fácil acceder al consumo de frutas y verduras (huertos y terrenos amplios, cultura rural) que a productos lácteos bajos en grasa, los cuales generalmente cuesta encontrar en los negocios ubicados en las zonas rurales, además de que en las zonas rurales es mucho más frecuente que se siga consumiendo leche de vaca, por su fácil acceso y bajo costo económico. Con respecto a la prevalencia de consumo de pescados y mariscos al menos 2 veces a la semana, se observa una situación similar a la descrita para el consumo de frutas y verduras, en la cual el contexto de la Región de Los Lagos ayuda a que su población tenga un mejor acceso a este tipo de alimentos, que otras zonas del país, observando una prevalencia regional de 13,3%, la cual es superior al nivel nacional por 4,1 puntos (Prevalencia País 9,2%). Al analizar la prevalencia de consumo de legumbres al menos 2 veces a la semana, se mantiene la misma tendencia con una prevalencia regional de 28,5%, que está 4,1 puntos por sobre la prevalencia nacional, lo que también se podría relacionar con el mejor acceso a estos alimentos que existe en las zonas rurales de la región; y lo mismo se aprecia al evaluar la prevalencia del consumo de 6 o más vasos de agua al día, manteniendo una prevalencia regional (13,3%) por sobre la nacional en 4,1 puntos, llegando a una prevalencia de 9,2% en el país. Finalmente podemos analizar la prevalencia del consumo de un vaso o más de gaseosas y jugos azucarados al día, que es un indicador que ayuda a visualizar la dimensión de un hábito que es negativo para la salud de las personas,

y se ve que la prevalencia nacional es de 48,8%, muy similar al nivel de la Región de Los Lagos que llega a una prevalencia de 50,9%, con una diferencia de sólo 2,1 puntos sobre el nivel nacional.

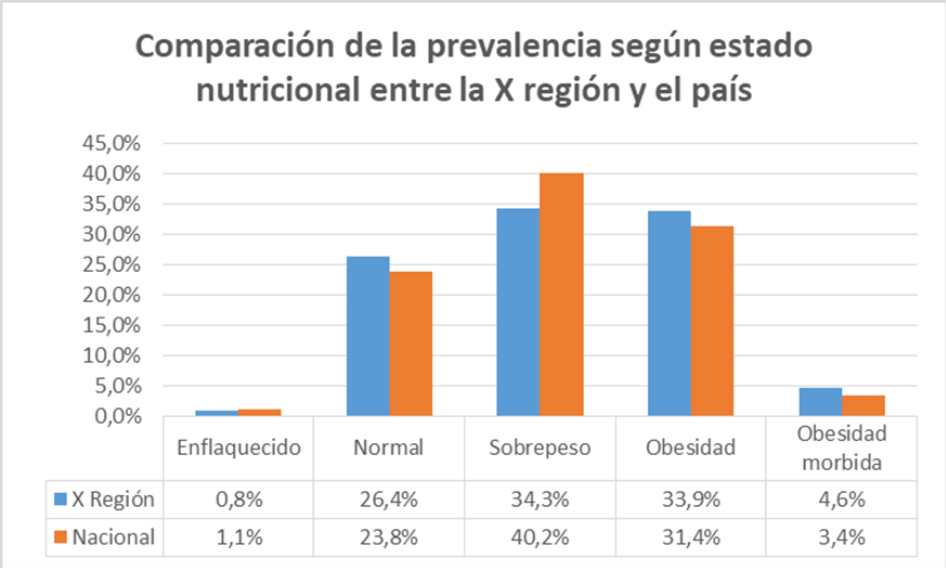
Otro factor protector muy importante para la salud de la población es la práctica de actividad física de forma regular y mantenida en el tiempo, por esto nos pareció importante agregar alguno indicadores que están relacionados con el tema y que se incorporaron en la 3era Encuesta Nacional de Salud 2016 - 2017; de esta forma podemos observar que la prevalencia de sedentarismo en tiempo libre en la región de Los Lagos es de un 92,5% superior a la prevalencia nacional observada en el mismo período que fue de 86,7%, con una diferencia entre ambas de 5,8 puntos. Al analizar los datos publicados de las prevalencias observadas según nivel de actividad física, y comparar los datos regionales con el nivel nacional, podemos ver que nuestra región se caracteriza por tener prevalencias superiores a las nacionales en los niveles moderados y altos de actividad física, mientras que la prevalencias de un nivel bajo de actividad física la región se ubica por debajo de las cifras del país con 10 puntos menos (ver gráfico 11) ; la diferencia más importante entre las prevalencias observadas se encuentra en el nivel alto de actividad física, en la cual la región de Los Lagos (49,9%) esta 9,6 puntos por sobre el país (40,3%), lo cual debe estar relacionado al estilo de vida en zonas rurales, en donde las actividades laborales se caracterizan en su mayoría por el trabajo físico, a diferencia de lo observado en las ciudades donde se ve una mayor proporción de los trabajos de oficina. Es concordante con todo esto, el hecho de que la prevalencia de las personas que usan la bicicleta o caminata como principal transporte al menos una vez a la semana, también tiene una cifra mayor en nuestra región (21,5%) con respecto a lo visto a nivel nacional (20,7%).

Gráfico N°11: Comparación de la prevalencia del nivel de actividad física según ENS 2016-2017, entre la X región y el país.



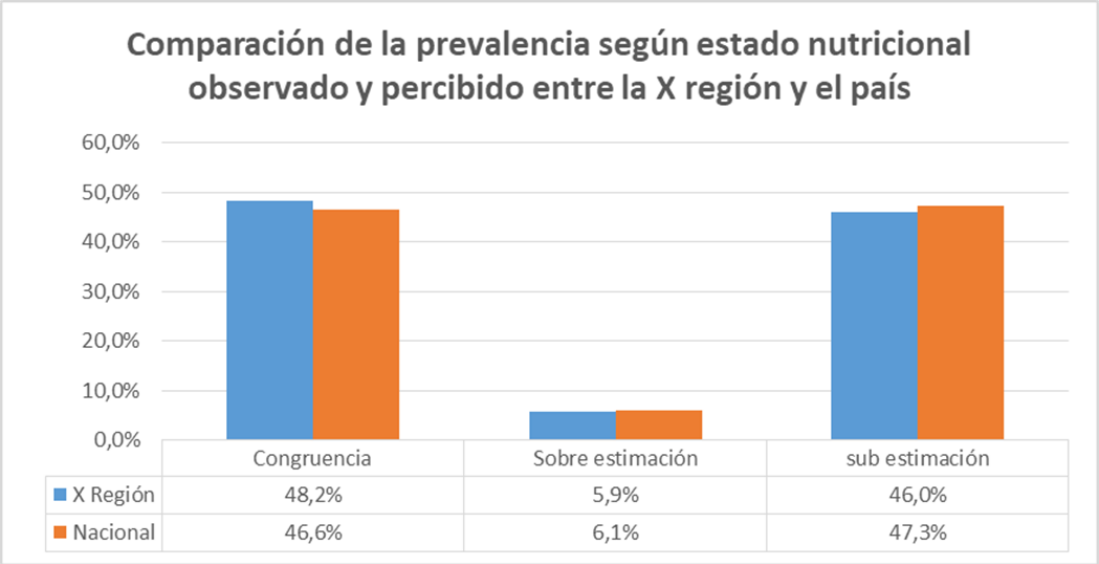
Otro aspecto importante a analizar son las prevalencias del estado nutricional en la población, y la principal fuente de información en población general es la Encuesta Nacional de Salud, que en su tercera versión nos muestra los siguientes resultados. La región de Los Lagos tiene una prevalencia por sobre la nacional en el grupo con estado nutricional normal, con obesidad y con obesidad mórbida, y con una prevalencia menor que la observada en el país en los grupos de personas con sobrepeso y los enflaquecidos. La mayor diferencia entre la prevalencia regional y la nacional se observa en el grupo de personas con sobrepeso, ubicando a la región de Los Lagos debajo del país con una diferencia de 5,9 puntos, mientras que en los grupos de obesidad y obesidad mórbida nuestra región supera el nivel del país por 2,5 y 1,2 puntos respectivamente. (gráfico 12)

Gráfico N°12: Comparación de la prevalencia según estado nutricional entre la X región y el país.



Otro dato relevante sobre el estado nutricional que se incluye en la Encuesta Nacional de Salud, es la congruencia entre el estado nutricional percibido y el observado, y al comparar las prevalencias de nuestra región con el nivel nacional, se observan cifras muy similares con diferencias que no superan los 1,6 puntos, y la gran mayoría de las personas están en los grupos que coincide el estado nutricional observado con el percibido, 48,2% en la región de Los Lagos, y en el grupo que subestima el estado nutricional, con un 46% en la región.(Gráfico 13)

Gráfico 13: Comparación de la prevalencia según estado nutricional observado y percibido entre la X región y el país



2.1.2.1.9 FACTORES DE RIESGO

Al analizar la situación epidemiológica de nuestra comuna debemos considerar varios indicadores de salud relacionados con la natalidad, mortalidad y carga de enfermedad, que ya han sido descritos; pero también es muy importante incorporar al análisis, datos sobre la prevalencia de factores de riesgo y factores protectores en la población, estos datos fueron extraídos principalmente del Estudio Nacional de Drogas en población general realizada por SENDA cada 2 años, y de la Tercera Encuesta Nacional de Salud realizada por el MINSAL entre el año 2016 y 2017.

Uno de los principales factores de riesgo reconocidos por los usuarios es el tabaquismo, debido a la gran cantidad de enfermedades con las que se relaciona su consumo, y a la alta prevalencia de consumo que alcanzó en nuestra sociedad en años anteriores, pero esta situación ha ido cambiando en los últimos años en Chile, cambio impulsado por diferentes causas, pero uno de los principales fue la modificación, publicación y entrada en vigencia de la “ley anti tabaco” en el año 2013. De esta forma, el Estudio Nacional de Drogas en población general realizado por SENDA, nos permite analizar varios indicadores relacionados a consumo de sustancias a lo largo del tiempo, comparando las prevalencias de consumo a nivel nacional, con datos de la Región de Los Lagos, pero no incluye datos comunales, para completar el análisis. De esta forma podemos observar que la prevalencia del consumo diario de tabaco en población general va disminuyendo con el paso del tiempo

entre el año 2012 y el 2020, tanto a nivel nacional como en la Región de Los Lagos, pero además la prevalencia de nuestra región es menor que la prevalencia nacional observada en todos los años analizados; mientras la diferencia entre ambas el año 2012 era de 0,5 puntos menos en la región, para el año 2020 esa diferencia había crecido hasta casi 6 puntos. (ver tabla 42)

Tabla 42: Comparación de la prevalencia de consumo diario de tabaco en población general, entre la X región y el país, desde el año 2012 al 2020 (Estudio Nacional de drogas en población general 2020 de SENDA)

	2012	2014	2016	2018	2020
País	21,9	22,7	21,2	19,6	19,5
X Región	21,4	18,7	19,3	10,8	13,6

En la Tercera Encuesta Nacional de salud realizada en 2016 - 2017 también se publicaron datos sobre la prevalencia del consumo de tabaco en población general, las cuales son concordantes con los estudios publicados por SENDA, al analizar la prevalencia de fumadores actuales vemos que en la región de Los Lagos se informaba una prevalencia de 29,3% mientras que en el país la prevalencia encontrada era de 32,5%, con una diferencia entre ambas de sólo 3,2 puntos; mientras que las prevalencias de los no fumadores eran de 44,1% en nuestra región muy cercana al nivel nacional observado que era de 42,2%. Finalmente, también se informa la prevalencia del consumo de cigarrillo en la vida, y nuevamente la prevalencia regional es inferior a la prevalencia nacional en este período, con una diferencia de 7,7 puntos.

SENDA también realiza un Estudio Nacional de Drogas en la población escolar, él cual publica distintos indicadores de consumo de tabaco alcohol y drogas cada 2 años, con indicadores nacionales y por región. En este estudio se informa la prevalencia del consumo de tabaco al año en escolares, en nuestra región se observa una gran variabilidad de la cifra durante el período evaluado, se ve que aumenta entre el año 2011 y el 2015, para luego disminuir hasta el año 2019. Al compararnos con las cifras nacionales se observa que la

mayor parte del período analizado la región de Los Lagos tiene una prevalencia más alta que la del país, el año 2011 estábamos 2,6 puntos sobre la prevalencia nacional y hasta el año 2017 se mantiene con cifras más altas que el país, pero la diferencia va disminuyendo progresivamente hasta el año 2019 en que se invierte la relación y la región de Los Lagos pasa a situarse 3,7 puntos por debajo del nivel nacional. (ver tabla 43)

Tabla 43: Comparación de la prevalencia de consumo de tabaco al año en población escolar.

	2011	2013	2015	2017	2019
País	26,9	33,1	40	41,3	38,5
X Región	29,5	36,2	44,6	42,1	34,8

La situación en población general es muy similar al analizar la prevalencia de consumo mensual de alcohol, con una disminución progresiva en el tiempo entre los años 2012 y el 2020 que se ve tanto en las cifras nacionales como en las de la X región, pero el nivel regional se mantiene por debajo del país durante casi todo el período evaluado (sólo con excepción del 2016), y además va aumentando la diferencia a favor de las cifras regionales, comenzando con una diferencia de 5,2 puntos el 2012, hasta llegar a 15,1 puntos de diferencia el año 2020. (ver tabla 44)

Tabla 44: Comparación de la prevalencia de consumo mensual de alcohol en población general entre los años 2012 y 2020

	2012	2014	2016	2018	2020
País	40,8	48,9	46	43,3	44,3
X Región	35,6	44,1	47,8	25,5	29,2

Estos datos de prevalencia de consumo mensual de alcohol en población general, no son concordantes con la prevalencia de daño hepático crónico informado en la Encuesta Nacional de Salud, en la cual aparece la región de Los Lagos (29,4%) sobre el nivel nacional por 10,5 puntos (prevalencia nacional: 18,9%), esto se podría explicar por la prevalencia de otras causas de daño hepático crónico en la región (por ejemplo: hepatitis virales, hepatitis autoinmune, etc), sin embargo está descrito en la literatura que la principal causa de daño hepático crónico en Chile es por consumo excesivo de alcohol; otra posible explicación es que los indicadores publicados por el Estudio Nacional de Drogas realizado por SENDA, solo muestran la prevalencia de consumo mensual de alcohol, la cual es inferior a la nacional, pero no clasifica según el tipo de consumo, la cronicidad del hábito de consumo, ni la gravedad del problema, información muy relevante para poder completar el análisis de estos indicadores.

En el caso de la población escolar el Estudio Nacional de Drogas utiliza un indicador diferente para medir el consumo de alcohol, ya que informa la prevalencia de consumo de alcohol al año, distinto a lo publicado en población general que utiliza la prevalencia de consumo de alcohol al mes; sin embargo la tendencia es la misma, se observa una cifra regional que es menor a lo observado en el país durante todo el período evaluado, pero la diferencia entre ambas prevalencias observadas, se mantiene prácticamente igual durante los años evaluados. Además podemos ver que tanto la región de Los Lagos como el país van aumentando su prevalencia de consumo de alcohol desde el año 2011 hasta el 2015 y luego va disminuyendo hasta el año 2019. (ver tabla 45)

Tabla 45: Comparación de la prevalencia de consumo de alcohol al año en escolares

	2011	2013	2015	2017	2019
País	59,3	63	63	57,3	56,5
X Región	55,4	58,2	58,1	52,6	52

Con respecto a las cifras de prevalencia de consumo anual de marihuana en población general, el Estudio Nacional de Drogas realizado por SENDA entre los años 2012 y el 2020 muestra que nuestra región tiene una progresión muy similar a lo observado en el país, con un marcado aumento de la prevalencia entre el 2012 y el 2016, para luego disminuir hasta el año 2020; durante todo el período observado las cifras regionales son inferiores al nivel nacional, la diferencia el año 2012 era de 2,5 puntos, el 2016 aumenta la diferencia a 5,4 puntos, la cual se mantiene hasta el año 2020. (ver Tabla 46)

Tabla 46: Comparación de la prevalencia de consumo anual de marihuana en población general entre los años 2012 y 2020

	2012	2014	2016	2018	2020
País	7,1	11,3	14,5	12,7	11,4
X Región	4,6	7,4	9,1	6,6	6

Al analizar los datos de prevalencia de consumo de marihuana al año en población escolar resalta de inmediato las altas cifras en comparación con el mismo indicador aplicado en población general, lo que nos demuestra la importancia de enfocar las estrategias preventivas en el grupo de población escolar. La tendencia en el tiempo es igual a la observada en la prevalencia de consumo de marihuana al año en población general, aumentando entre el año 2011 y el 2015, para luego disminuir hasta el año 2019, y también se mantiene la prevalencia regional por debajo de las cifras nacionales durante todo el período observado; lo que sí tiene una progresión distinta es la diferencia observada entre el nivel regional y el nivel nacional, empezando el año 2011 con una pequeña diferencia de 0,2 puntos y va aumentando hasta llegar a 5,2 puntos de diferencia el año 2019. (ver Tabla 47)

Tabla 47: Comparación de la prevalencia de consumo de marihuana al año en población escolar entre el año 2011 y el 2019.

	2011	2013	2015	2017	2019
País	26,8	30,9	34,2	30,6	19,5
X Región	26,6	29,6	33,8	23,3	14,3

En el mismo Estudio realizado por SENDA se evaluó también la prevalencia de consumo anual de cocaína en población general, y al comparar las cifras regionales con la situación a nivel nacional podemos ver que nuestra región se mantenía por debajo del nivel nacional entre el año 2012 y el 2018, sin embargo en el año 2020 se igualan las cifras de prevalencia entre la región y el país, si bien esta equiparación ocurre principalmente por la disminución de la prevalencia a nivel nacional, pero también se ve una leve alza de la prevalencia observada en la región de los Lagos desde el año 2018 al 2020. (ver Tabla 48)

Tabla 48: Comparación de la prevalencia de consumo anual de cocaína en población general entre los años 2012 y 2020.

	2012	2014	2016	2018	2020
País	1,1	1,7	1,3	1,3	0,7
X Región	0,5	1,4	1,1	0,6	0,7

En el caso de la población escolar al evaluar la prevalencia de consumo de cocaína al año entre el año 2011 y el 2019, se da la misma situación observada en la prevalencia de consumo de marihuana al año en población escolar, que al compararla con el mismo indicador observado pero en población general, se ven cifras muy superiores en la población escolar, llegando incluso a superar en más de un 300% lo observado en población general; lo que nos confirma la necesidad imperiosa de impulsar más estrategias preventivas enfocadas en este grupo etario. Con respecto al cambio del indicador con el paso del tiempo, vemos que la prevalencia regional y la nacional tienen un aumento progresivo entre el año 2011 y el 2015, para luego disminuir hasta el año 2019; pero destaca en el análisis al comparar la prevalencia regional con la del país, que en el año 2011 eran iguales las cifras, y en los años posteriores comienza a aumentar la prevalencia de forma más pronunciada en la región de Los Lagos, llegando a estar 1,5 puntos por sobre la prevalencia nacional en el año 2017, y luego disminuye a 0,6 puntos de diferencia el 2019. (ver Tabla 49)

Tabla 49: Comparación de la prevalencia de consumo de cocaína al año en población

escolar entre los años 2011 y el 2019.

	2011	2013	2015	2017	2019
País	4,4	4,8	5,5	3,8	3,8
X Región	4,4	5,3	6,5	5,3	4,4

2.1.2.1.10 INDICADORES DE SALUD

METAS IAAPS

El aporte estatal a la administración municipal de Atención Primaria de Salud es otorgado a cada entidad administradora de salud con el fin de que éstas puedan proveer servicios a su población a cargo, inscrita y validada en cada comuna, en función del Modelo de Atención Integral de Salud familiar y comunitario. La implementación de este Modelo involucra la ejecución de un conjunto de prestaciones contenidas en el Plan de Salud Familiar, enumeradas en el artículo de la ley del año correspondiente.

En ese sentido, para garantizar que dichas prestaciones sean otorgadas a las respectivas poblaciones, el Índice de Actividad de la Atención Primaria de Salud (desde ahora IAAPS) opera como un conjunto de indicadores que permite evaluar el funcionamiento integral de la atención primaria desde la perspectiva de las Redes Integradas de Servicios de Salud (desde ahora RISS).

La estrategia de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) es recomendada por la Organización Panamericana de la Salud (desde ahora OPS) para la organización de sistemas y servicios de salud. Esta permitiría abordar la fragmentación y segmentación institucional del sistema de salud y sus efectos negativos, entendidos como:

- La invisibilidad de los determinantes sociales de salud,

- El uso de un modelo de atención centrado en la enfermedad que no considera las necesidades integrales de las personas,

- La falta de continuidad del cuidado con escasa coordinación entre los dispositivos de salud.

El conjunto de indicadores y metas IAAPS se mantiene como mecanismo para evaluar el progreso y desempeño de la Atención Primaria mediante indicadores que respondan a la

estrategia de RISS, entendida como el eje de desarrollo para la Atención Primaria. Estos indicadores se construyen para evaluar el desarrollo armónico de los cuatro ámbitos de abordaje de las RISS. Lo que se busca con los indicadores construidos de la manera recién mencionada es retroalimentar la gestión de salud que, a su vez, permite configurar la mejor forma de provisión de servicios y de abordar las necesidades de salud de la población.

2.1.2.1.10.1 EVALUACIÓN DE ÍNDICE DE ACTIVIDADES ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (IAAPS)

2.1.2.1.10.1.2 CUMPLIMIENTO METAS IAAPS

META 1. 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.

La instalación e implementación del Modelo de Atención Integral de Salud familiar y comunitario ha sido una estrategia fuertemente estimulada por el Ministerio de Salud desde las primeras experiencias conocidas en la década del ’90 y luego de la promulgación de la Reforma de Salud de los años 2000. La necesidad de progresar en su instalación e implementación responde a la oportunidad que ofrece este Modelo de Atención de mejorar el conjunto de acciones que promueven una atención eficiente, eficaz y oportuna para las personas, sus familias y sus comunidades y por el énfasis dado a la gestión efectiva de recursos.

META 2. ESTABLECIMIENTOS FUNCIONANDO DE 8:00 AM A 20:00 HORAS DE LUNES A VIERNES Y SÁBADOS DE 9 A 13 HORAS

De evaluación trimestral, con visitas de parte de autoridad de SSDR delegada a total

función, se ha negociado en consecutivo desde el año 2016 la continuidad del establecimiento de salud CESFAM Carelmapu, cumpliendo los requisitos estipulados en la negociación de metas.

META 2B. FÁRMACOS TRAZADORES DISPONIBLES

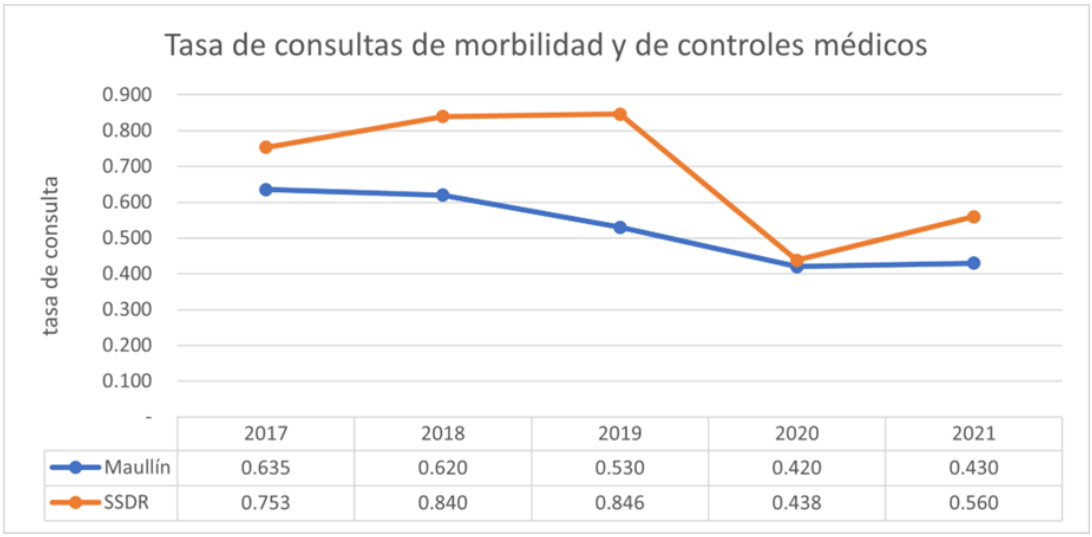
Desde el año 2017 se evalúa anualmente la disponibilidad en continuidad de la atención de los fármacos establecidos en las orientaciones de los Indicadores de la actividad de la atención primaria en salud la cual debe ser de un 100%.

Para la comuna según los reportes del SSDR los últimos años se encontraron siempre los fármacos disponibles, dando cumplimiento al indicador.

META 3. TASA DE CONSULTAS DE MORBILIDAD Y DE CONTROLES MÉDICOS, POR HABITANTE AL AÑO.

Desde el año 2017 se evalúa la tasa de consultas y controles médicos considera las consultas y controles médicos realizados en horario hábil en los establecimientos de APS, incluye las consultas de morbilidad general, de salud mental, de enfermedades respiratorias, de rehabilitación y de urgencia no SAPU, SUR, SAR ni SUC, además de los controles médicos de salud sexual y reproductiva, por ciclo vital y los registrados según problemas de salud, que se realizan en los distintos establecimientos de atención primaria del país.

Gráfico N°14: Tasa de consultas de morbilidad y de controles médicos



Fuente REM SA consolidado años 2017, 2018 y 2019, 2020 y 2021.

El indicador de consultas y controles realizados por médico se ha establecido en razón de obtener 1,2 controles o consultas por habitante al año, la comuna ha negociado históricamente por debajo de ese cumplimiento esperado, principalmente por la dificultad de contar con el recurso humano de médico estable en la comuna.

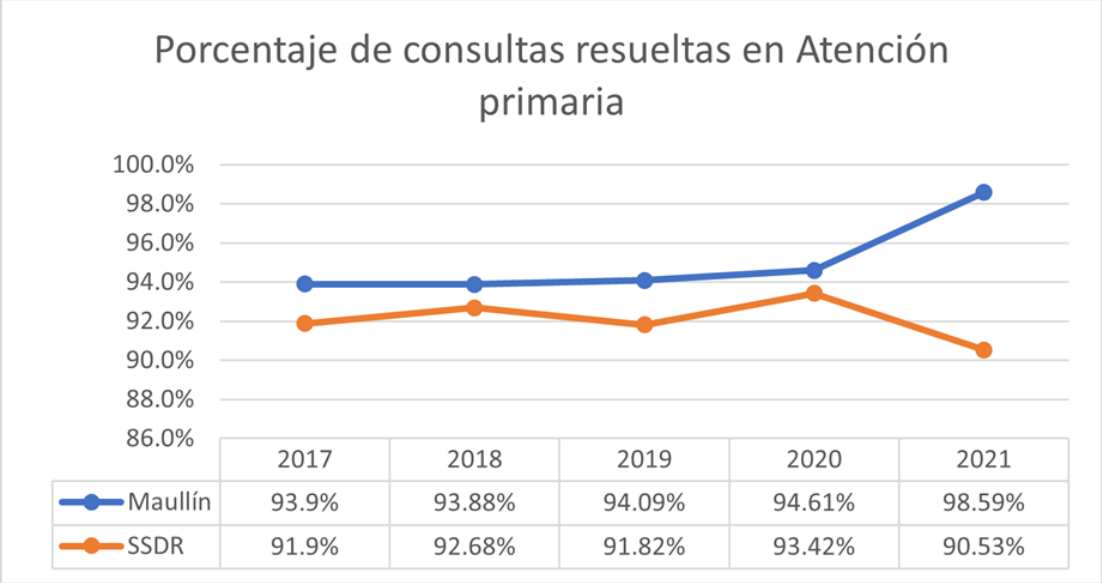
Durante el año 2022 en los centros de salud de dependencia municipal de Maullín se han realizado hasta el 31 de Octubre un total de 7183 consultas y/o controles médicos, logrando un indicador de Tasa de 0,55 controles y/o consultas médicas por habitante, pero en este indicador se suma la producción realizada en el Hospital de Maullín, que al 31 de octubre de este año había realizado 2474 controles y/o consultas médicas, sumando en total 9657 controles y/o consultas médicas realizados en la comuna, dando una Tasa de 0,74 controles y/o consultas médicas por habitante, superando la meta fijada para este año que era de 0,7 controles y/o consultas médicas, sin embargo todavía estamos muy lejos de la meta nacional fijada en 1.2 controles y/o consultas médicas por habitante, pese a que la producción analizada corresponde a 10 meses del año 2022, aún si proyectamos la cifra para 12 meses, alcanzaremos una Tasa de 0,86 controles y/o consultas médicas por habitante, por lo tanto la brecha con la meta nacional seguiría siendo grande.

META 4. PORCENTAJE DE CONSULTAS RESUELTAS EN ATENCIÓN PRIMARIA

MAYOR O IGUAL A 90%

La atención primaria como centro del sistema de salud con un primer nivel de atención que otorga acceso para la atención de patología aguda o crónica de la población cuando corresponde, debiendo derivar sólo aquello que no esté a su alcance solucionar. De esta manera se contribuye a optimizar el uso de los recursos de la red, atendiendo a quien corresponde en el nivel más adecuado según la complejidad del problema de salud que motive a la consulta. Desde el año 2017 se realiza el seguimiento del indicador del porcentaje de consultas resueltas en la atención Primaria .

Gráfico N°15: Porcentaje de consultas resueltas en atención primaria



	2017	2018	2019	2020	2021
Maullín	93.9%	93.88%	94.09%	94.61%	98.59%
SSDR	91.9%	92.68%	91.82%	93.42%	90.53%

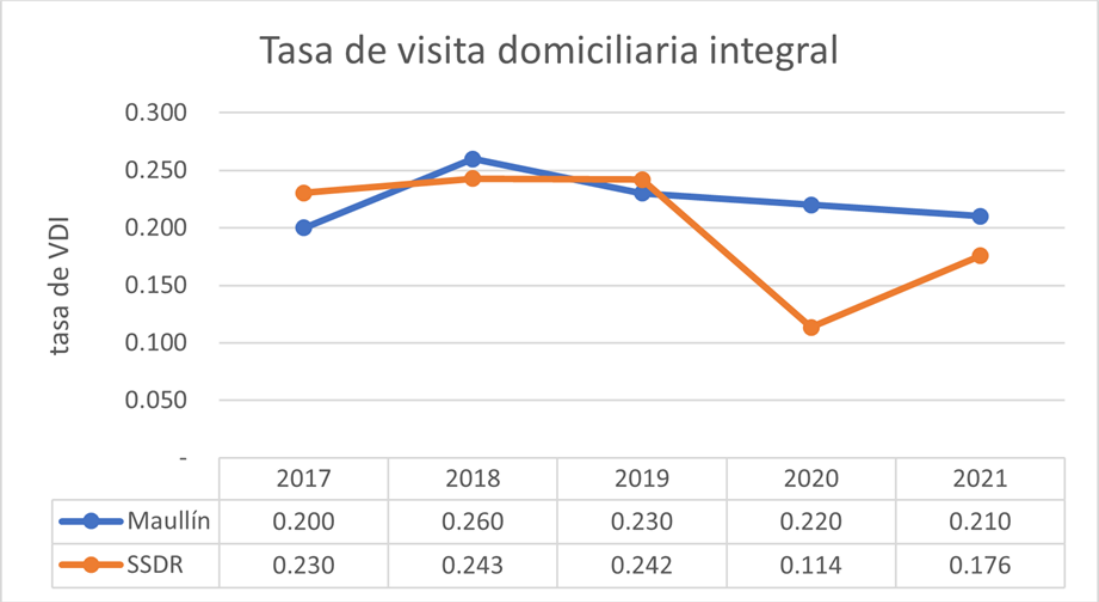
Fuente REM SA consolidado años 201, 2018, 2019,2020 y 2021

El porcentaje de consultas resueltas a nivel local se ha comportado de mejor manera del indicador nacional establecido en el 90%, además de que la resolutividad local se encuentra por sobre la medida para el servicio de salud local.

META 5. TASA DE VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL

El Modelo de Atención de Salud Integral con enfoque familiar y comunitario, tiene múltiples tareas y actividades que realizar, entre ellas se incorpora la visita domiciliaria integral. Esta es planificada por el "equipo de cabecera", priorizada de acuerdo con los problemas de salud detectados en conjunto familia.

Gráfico N°16: Tasa de visita domiciliaria integral



	2017	2018	2019	2020	2021
Maullín	0.200	0.260	0.230	0.220	0.210
SSDR	0.230	0.243	0.242	0.114	0.176

Fuente REM SA consolidado años 2017, 2018, 2019, 2020 y 2021.

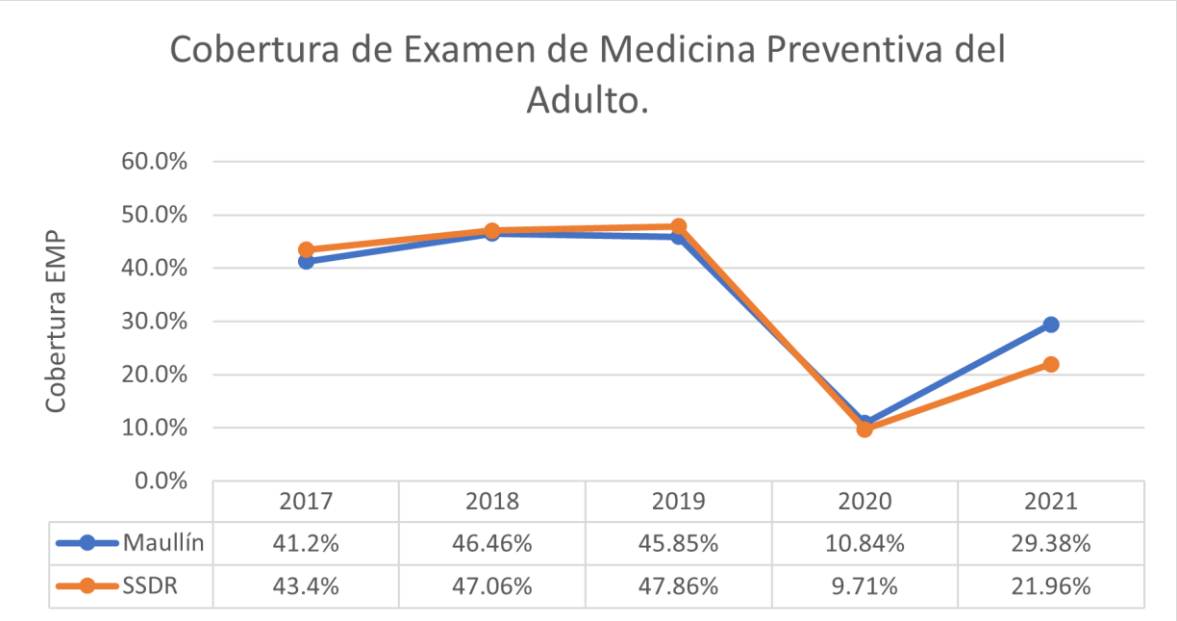
La meta nacional se ha mantenido en los últimos años en lograr una tasa del 0,22. Este indicador se ha mantenido durante los últimos 5 años por sobre la meta nacional a nivel local. La realización de este indicador a nivel local y su fluctuación puede verse reflejado en una comuna de estas características debido al equipamiento necesario de vehículos y cantidad necesaria de estos para poder acercarse a las casas de las familias muchas veces

dispersas en el sector rural.

META 6. COBERTURA EXAMEN DE MEDICINA PREVENTIVA (EMP), EN HOMBRES y MUJERES DE 20 A 64 AÑOS

El EMP constituye el componente preventivo del Régimen General de Garantías Explícitas en Salud, contenido en la Ley 19.966. Corresponde a una evaluación periódica en personas, generalmente asintomáticas, que incluye la realización de exámenes y/o la aplicación de cuestionarios según riesgo y edad, para detectar precozmente aquellas enfermedades o condiciones prevenibles o controlables y reducir con ello la morbimortalidad asociada. Abarca distintas etapas de la vida de los individuos.

Gráfico N°17: Cobertura de examen de medicina preventiva del adulto



	2017	2018	2019	2020	2021
Maullín	41.2%	46.46%	45.85%	10.84%	29.38%
SSDR	43.4%	47.06%	47.86%	9.71%	21.96%

Fuente REM SA consolidado años 2017, 2018, 2019, 2020 y 2021.

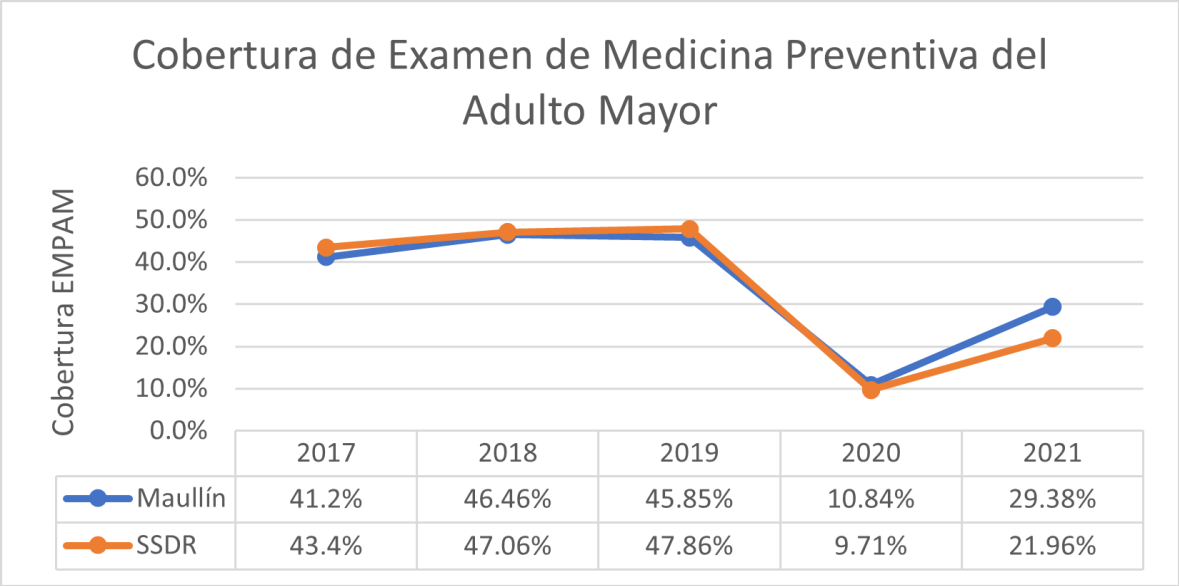
Para este indicador se espera una cobertura del 25% de la población objetivo, a nivel local se ha logrado mantener en los últimos años a excepción a los años 2020 y 2021 afectados

principalmente por los efectos de la pandemia, además se aprecia que el comportamiento comunal es similar al mostrado por el promedio del servicio de salud.

META 6B. COBERTURA DE EMP EN PERSONAS DE 65 AÑOS Y MÁS

Las acciones del EMP orientadas a la población de personas mayores, tienen como objetivo pesquisar, prevenir y retardar la pérdida de la funcionalidad, utilizando el screening "Examen Funcional del Adulto Mayor (EFAM)" (más la inclusión de otros factores de riesgo) como un instrumento predictor del riesgo de perder funcionalidad.

Gráfico N°18: Cobertura de examen de medicina preventiva del adulto mayor



	2017	2018	2019	2020	2021
Maullín	41.2%	46.46%	45.85%	10.84%	29.38%
SSDR	43.4%	47.06%	47.86%	9.71%	21.96%

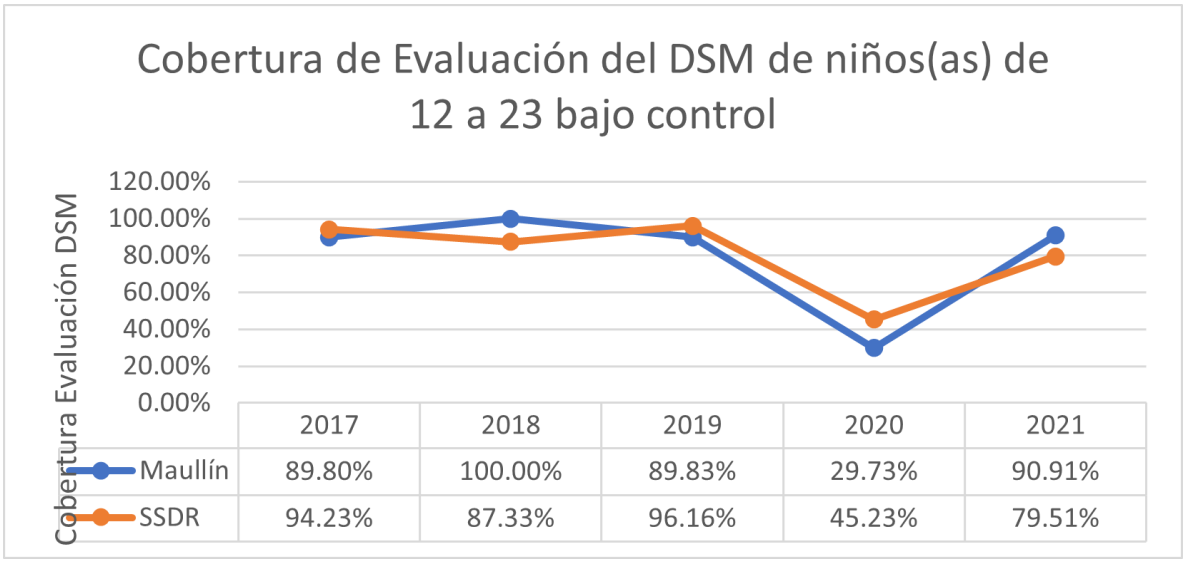
Fuente REM SA consolidado años 2017, 2018, 2019, 2020 y 2021.

El examen de medicina preventiva para las personas mayores ha definido como meta nacional la evaluación del 50% del grupo etario, en la comuna, se ha trabajado con un objetivo menor aumentando progresivamente desde el año 2017 a una cobertura del 48%. Se observa una caída en el año 2020 debido al impacto de la pandemia en la prestación con una tendencia a la recuperación para el año 2021. El aumento de cobertura está asociada a la prioridad de dar acceso a la población mayor y tener un mejor diagnóstico de sus necesidades.

META 7. COBERTURA DE EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR EN NIÑOS Y NIÑAS DE 12 A 23 MESES BAJO CONTROL

En las últimas décadas Chile ha mejorado considerablemente sus indicadores biomédicos de salud materno infantil. Sin embargo, un desafío permanente ha sido lograr condiciones de equidad que favorezcan el desarrollo óptimo e integral de niños y niñas. En el último decenio, el rezago infantil aumentó de 16,4% a 18,3%, lo que implica un retroceso en cuanto a las metas planteadas para el periodo de 2011-2020. Por otra parte, los efectos de la pandemia han acentuado las alteraciones del desarrollo infantil debido a la exposición de diversos eventos estresantes. De acuerdo con lo anterior, el Plan Nacional de Salud plantea para el 2030 disminuir la cantidad de niños y niñas que no alcanzan su desarrollo integral acorde a su potencialidad, bajando la prevalencia de alteraciones del desarrollo a un 15%. Por ello, resulta primordial la pesquisa precoz de los distintos factores que dificultan el normal desarrollo de las potencialidades en la niñez, por lo que este indicador que permite el monitoreo de las alteraciones del desarrollo y se focaliza en el niño y niña de 12 a 23 meses.

Gráfico N°19: Cobertura de evaluación del DSM de niños (as) de 12 a 23 bajo control



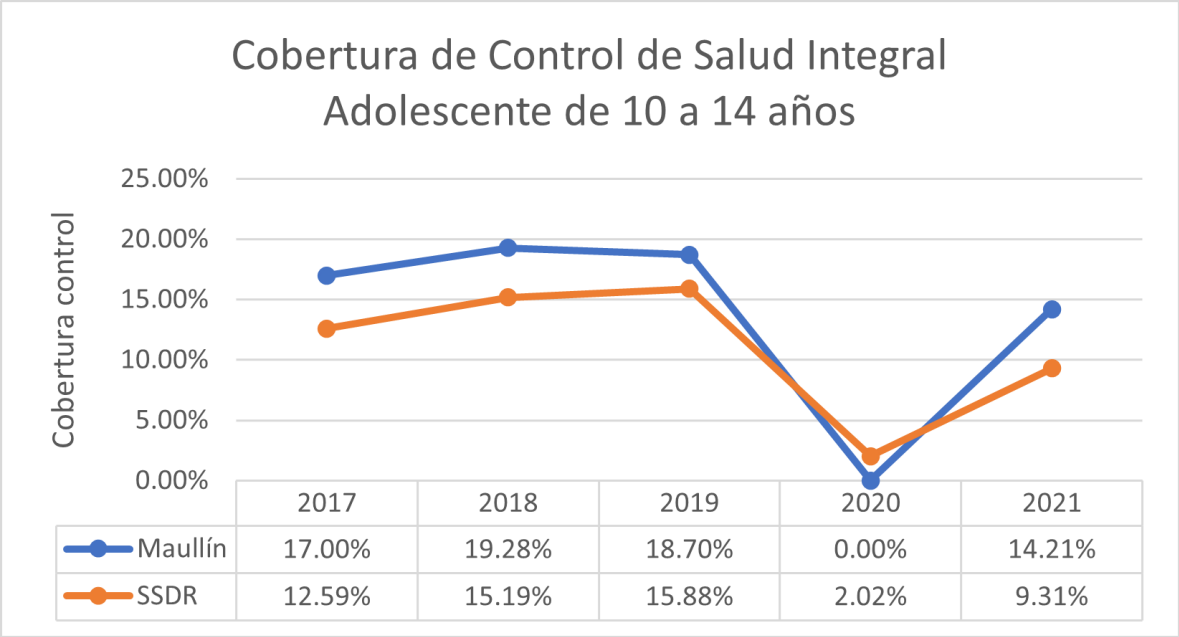
Fuente REM SA consolidado años 2017, 2018,2019, 2020 y 2021.

Para la comuna se ha mantenido en los últimos 3 años el objetivo de evaluar el desarrollo psicomotor al 94% de los niños del grupo objetivo. La cantidad de niños en el grupo etario ha disminuido en comparación con años anteriores y se han mantenido los niveles de evaluación. El bajo número de niños en el grupo etario hace que el indicador sea muy sensible a pequeñas variaciones en el número. Se aprecia una caída en el periodo más afectado por la pandemia con una tendencia a la recuperación a niveles pre pandemia para el año 2021.

META 8. COBERTURA DE CONTROL DE SALUD INTEGRAL A ADOLESCENTES DE 10 A 14 AÑOS:

El Control de Salud Integral, se define como la atención de salud integral de adolescentes que permite evaluar el estado de salud, y el normal crecimiento y desarrollo, fortaleciendo los factores y conductas protectoras e identificando precozmente los factores y conductas de riesgo, así como los problemas de salud, con el objeto de intervenir en forma oportuna, integrada e integral.

Gráfico N°20: Cobertura de control de salud integral adolescente de 10 a 14 años



Fuente REM SA consolidado años 2017, 2018, 2019, 2020 y 2021.

El objetivo nacional es el de alcanzar el 15% de cobertura del grupo etario, desde el año 2017 se aprecia un aumento sostenido de la cobertura hasta la irrupción del periodo afectado por la pandemia por COVID-19, en el último año se aprecia una reactivación del indicador llegando muy cerca al cumplimiento histórico del indicador en la comuna.

META 9. PORCENTAJE DE CONSULTAS DE MORBILIDAD ODONTOLÓGICA EN POBLACIÓN DE 0 A 19 AÑOS.

Las patologías orales de mayor prevalencia en nuestro país son la caries, enfermedad gingival y periodontal y anomalías dento-maxilares. Dada la alta prevalencia de estas patologías sumado al gran impacto que tienen éstas en la calidad de vida de quienes las padecen, ha sido necesario orientar las políticas de Salud Bucal a grupos de alto riesgo y vulnerables a estrategias promocionales y preventivas. Es por esto que se ha priorizado a la población menor de 20 años para la atención dental. Se debe considerar que desde el año 2017 en indicador cambio a un rango etario distinto reemplazando al antiguo indicador

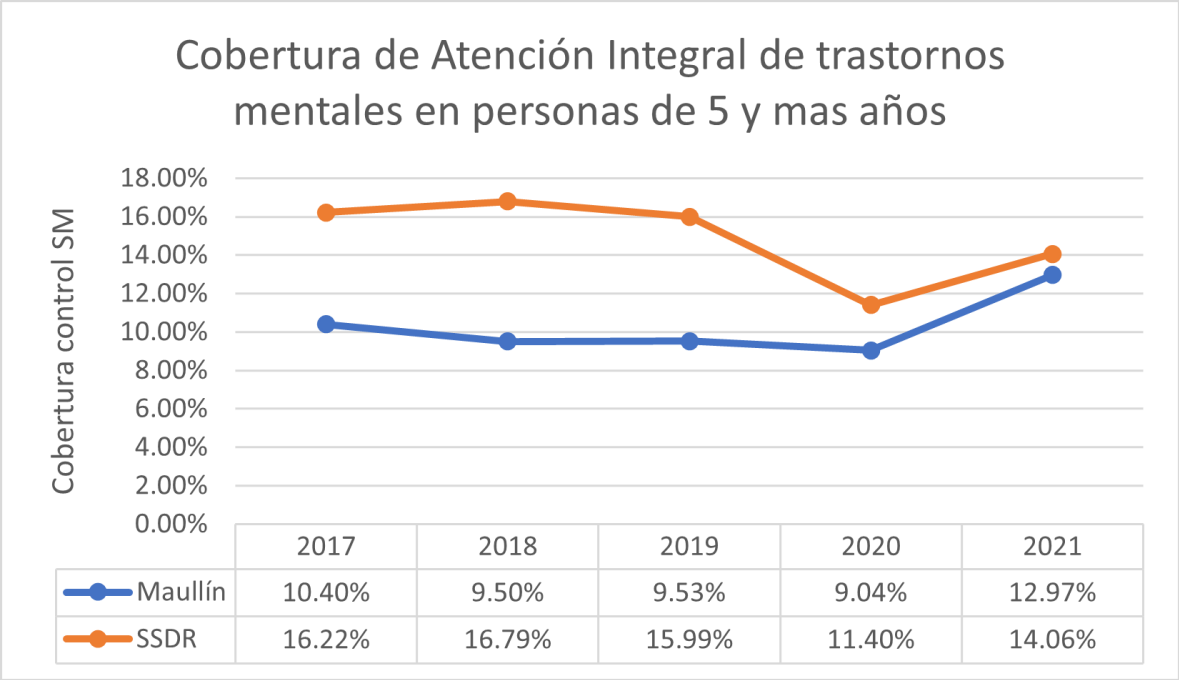
de Población menor de 20 años con al alta odontológica total al grupo más acotado de Población de 7 a 19 años con alta odontológica total debido a la puesta en funcionamiento del programa odontológico CERO.

Para este indicador se espera un porcentaje de cobertura del 23% para el grupo etario, a nivel comunal el año 2022 en el avance progresivo hasta el mes de septiembre la comuna de Maullín alcanza un cumplimiento del 25% ubicándose por sobre el cumplimiento esperado nacional. Dando acceso así a la oportunidad de revertir el daño pesquisado en el Control con enfoque de riesgo odontológico.

META 10. COBERTURA DE ATENCIÓN INTEGRAL DE TRASTORNOS MENTALES EN PERSONAS DE 5 Y MÁS AÑOS

La atención integral de personas con factores de riesgo, condicionantes de salud mental y trastornos mentales, tiene como objetivo realizar una evaluación y confirmación diagnóstica y proporcionar un tratamiento integral a niños, niñas, adolescentes, jóvenes, adultos y personas mayores. En ese sentido, los indicadores de cobertura y tasa de controles, articulan las distintas estrategias de salud mental en el marco del Modelo de Atención Integral en Salud, operacionalizado esto, a través de la Estrategia de Cuidado Integral Centrado en la Persona.

Gráfico N°21: Cobertura de atención integral de trastornos mentales en personas de 5 y más años



Fuente REM P Departamento de salud para los años, 2017, 2018, 2019, 2020 Y 2021

Durante el últimos años la meta de cobertura en atención integral de los trastornos mentales a fijado su objetivo en el 17% de la población con padecimientos esperadas, para la comuna de Maullín se observa una mantención en el tiempo de cobertura cercana al 10% con una tendencia al alta para el año 2021, así acercándose a la realidad del SSDR y así a la meta esperada a nivel nacional.

META 11. CUMPLIMIENTO DE GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD.

El Régimen de Garantías en Salud es un instrumento de regulación sanitaria que explicita garantías en los ámbitos de acceso, oportunidad, protección financiera y calidad, respecto a problemas de salud priorizados y las prestaciones asociadas a su resolución. La implementación de dicho Régimen, del que forma parte el Sistema de Garantías Explícitas en Salud (GES), en el año 2022 asciende a 85 problemas de salud. En 25 de ellos, las garantías son de ejecución con participación de Atención Primaria y se evalúan en este indicador 17 de ellos.

META 12. COBERTURA DE VACUNACIÓN ANTI-INFLUENZA EN POBLACIÓN OBJETIVO.

Desde el año 2017 se agrega a los indicadores de la actividad para a atención primaria la cobertura de vacunación contra la influenza que tiene como objetivo vacunar a grupos de riesgo que pueden presentar complicaciones en el caso de adquirir la enfermedad, ya que el virus influenza (con sus diversas cepas) es responsable de severas infecciones, especialmente respiratorias, que pueden causar complicaciones de gravedad e incluso la muerte.

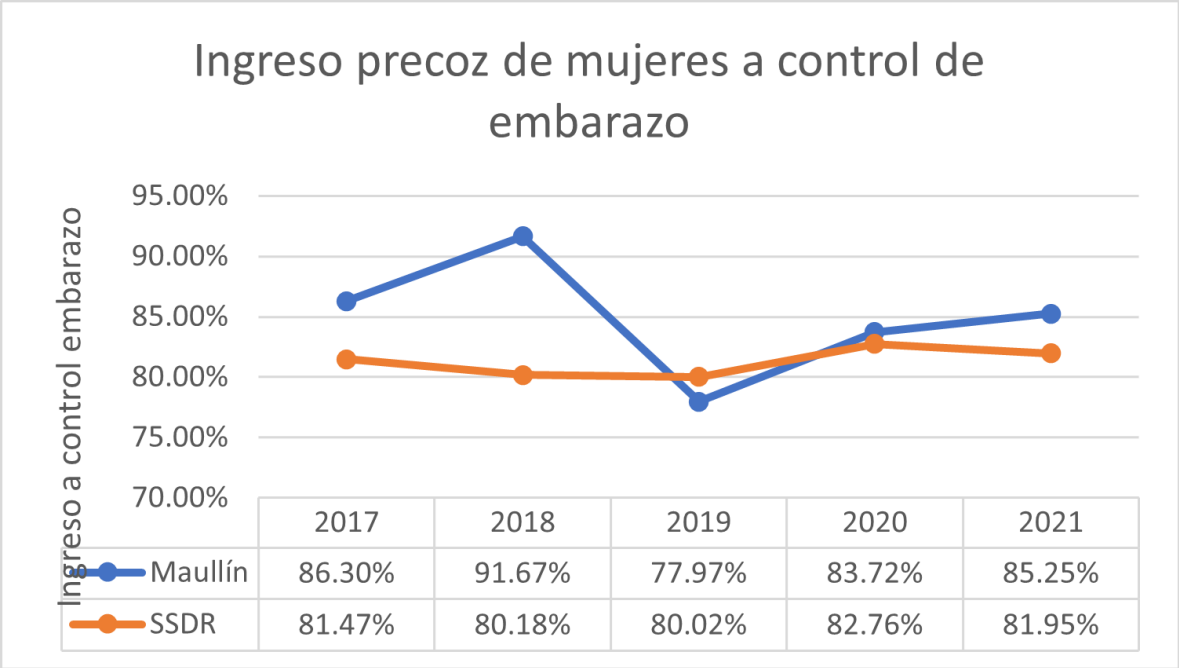
Para el año 2021 se estableció que el 80% de las personas que pertenecen a grupos de riesgo deben ser vacunados.

META 13. INGRESO PRECOZ DE MUJERES A CONTROL DE EMBARAZO

En la vigilancia activa del proceso reproductivo en todas sus etapas, se realizan distintas actividades, una de ellas es la detección precoz de las gestantes que presentan factores de riesgo en los centros de APS, que permite realizar las intervenciones necesarias o derivación oportuna a especialista, para manejo de los factores que pueden derivar en una morbilidad fetal o parto prematuro.

La recomendación para la atención integral sistemática y periódica de la mujer embarazada, en condiciones óptimas, es antes de las 14 semanas, contribuyendo a reducir la mortalidad perinatal proyectada, comprometida en la Estrategia Nacional de Salud.

Gráfico N°22: Ingreso precoz de mujeres a control de embarazo



Fuente REM SA consolidado años, 2017, 2018,2019, 2020 Y 2021.

El ingreso a control para embarazadas antes de las 14 semanas se ha comportado sobre el rango del 80% en la mayoría de los años, en los últimos dos años se aprecia una tendencia al alza acercándose cada vez más al indicador nacional. Se debe mencionar que debido al pequeño tamaño del grupo objetivo a nivel comunal el indicador resulta muy sensible a cambios de pequeña envergadura.

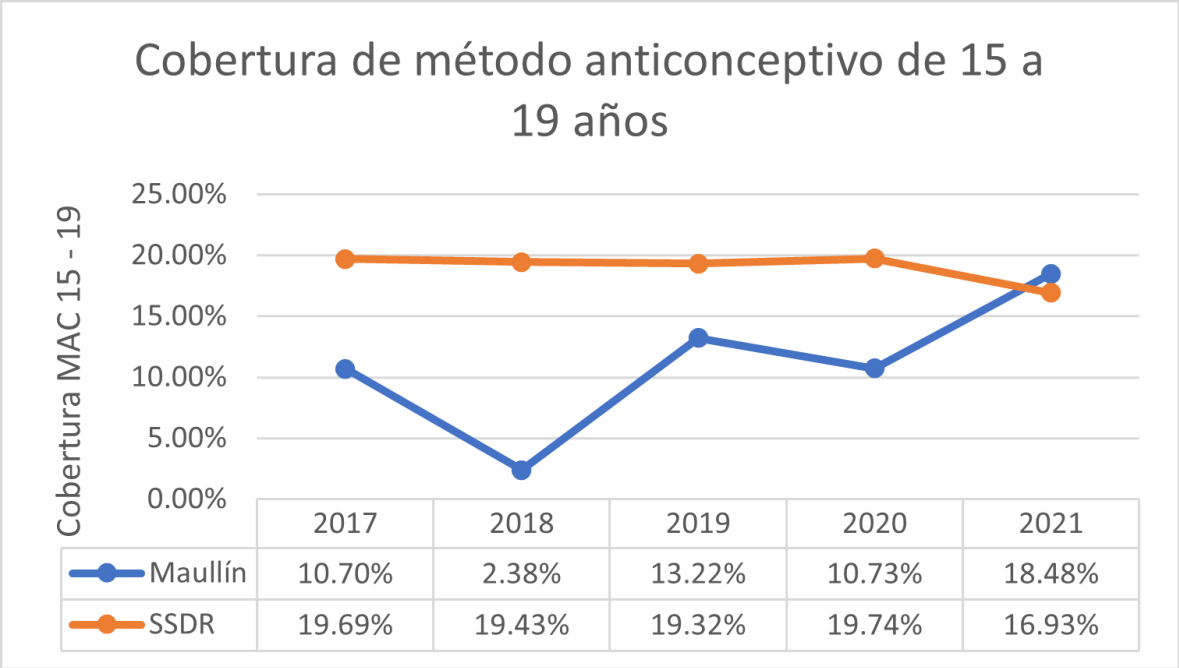
Durante este año 2022 tenemos un avance hasta el 31 de Octubre se realizaron 32 ingresos antes de las 14 semanas de embarazo, de un total de 41 embarazadas bajo control en APS en Maullín, lo que nos da un indicador de 78,05% hasta el momento, y la meta negociada con el SSDR fue de un 85%.

META 14. COBERTURA DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN ADOLESCENTES DE 15 A 19 AÑOS INSCRITOS QUE USAN MÉTODOS DE REGULACIÓN DE LA FERTILIDAD

Desde el año 2017 se agrega a los indicadores de la actividad para la atención primaria, esta actividad apunta a dar cumplimiento a la meta de la Estrategia Nacional de Salud que busca la disminución del embarazo en adolescentes.

La recomendación es promover el uso y disponibilidad de métodos anticonceptivos en población adolescente, entre 15 a 19 años, en los establecimientos de Atención Primaria de salud y/o espacios amigables de atención; esta actividad apunta a dar cumplimiento a la meta de la Estrategia Nacional de Salud que busca la disminución del embarazo en adolescentes.

Gráfico N°23: Cobertura de método anticonceptivo de 15 a 19 años



	2017	2018	2019	2020	2021
Maullín	10.70%	2.38%	13.22%	10.73%	18.48%
SSDR	19.69%	19.43%	19.32%	19.74%	16.93%

Fuente REM SP años, 2017, 2018, 2019, 2020 Y 2021.

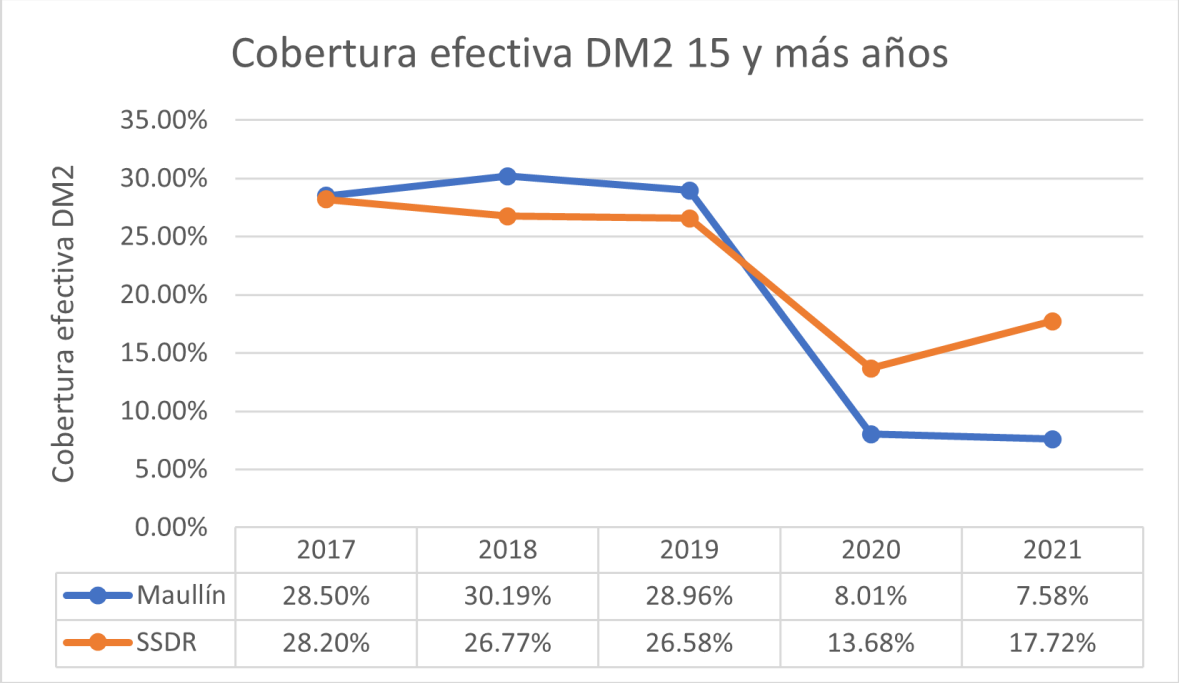
Para el año 2022 se espera que la cobertura de métodos anticonceptivos de 15 a 19 años sea de un 25%, en la comuna se ha trabajado con un objetivo menor , el cual no se ha logrado en los últimos años, pero aumentando en manera escalonada desde el año 2018 hasta acercarse al 20% ubicándose a niveles del promedio para el servicio de salud lo cual en los periodos anteriores era un indicador muy por encima de lo logrado a nivel local.

META 15. COBERTURA EFECTIVA DE TRATAMIENTO EN PERSONAS CON DIABETES

MELLITUS 2 EN PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS

La diabetes Mellitus es un problema de salud pública relevante, incorporado al sistema GES en el año 2005 y cuya atención de salud se realiza en un 90% en atención primaria. En los últimos años la mortalidad, tanto en número absoluto como en tasa, presenta tendencia al aumento, ante lo cual resulta prioritario avanzar en acciones que tiendan a un diagnóstico precoz y al buen manejo de los pacientes de acuerdo con el protocolo, lo cual retrasa la aparición de complicaciones mejorando la calidad de vida de la persona y su familia. El seguimiento de la diabetes Mellitus tipo 2 se hace mediante el indicador cobertura efectiva desde el año 2017.

Gráfico N°24: Cobertura efectiva DM2 15 y más años



	2017	2018	2019	2020	2021
Maullín	28.50%	30.19%	28.96%	8.01%	7.58%
SSDR	28.20%	26.77%	26.58%	13.68%	17.72%

Fuente REM P Departamento de salud para los años, 2017, 2018, 2019, 2020 y 2021

La meta nacional esperada es de un 28% de cobertura efectiva para el grupo objetivo, a nivel local durante los años 2017 al 2019 se mantuvo un cumplimiento estable a nivel del indicador nacional, posterior a eso durante el periodo afectado por la pandemia se produce una baja que se ha mantenido estable hasta el año 2021.

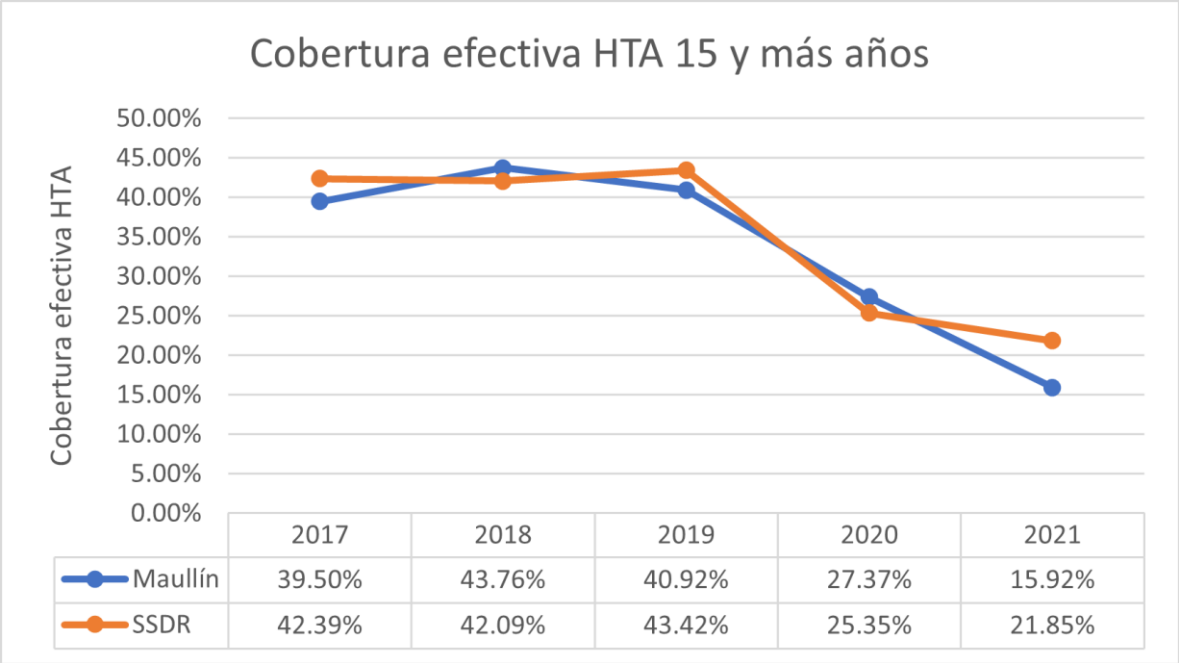
Durante el período 2022, la pandemia ha sido un factor con influencia en el desarrollo de la cobertura de DM, para ello ha significado esfuerzo y refuerzos en el rescatre de pacientes y hasta la fecha se continúa trabajando para la recuperación de la cobertura, se observa un avance favorable logrando alcanzar la meta comunal propuesta de un 13,7%, logrando a la fecha un 14,23%. Sin embargo es necesario abordar el tema con cautela por tener actualmente una meta de un 28% y que ésta se obtenía antes de ocurrir la pandemia.

Finalmente se relaciona la pandemia y la disminución de la cobertura directamente ya que se abocaron las prestaciones a la contingencia propia de la situación, por ende, se busca de manera escalonada mejorar la cobertura de DM.

META 16. COBERTURA EFECTIVA DE TRATAMIENTO EN PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS, CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL

La Hipertensión Arterial es un problema de salud relevante por nuestro perfil epidemiológico, fue incorporada al sistema GES en el año 2005 y su atención se realiza en atención primaria, cuando es primaria o esencial. La importancia de la Hipertensión Arterial como problema de salud pública radica en su rol causal de morbilidad y mortalidad cardiovascular. El seguimiento de la hipertensión arterial se hace mediante el indicador cobertura efectiva desde el año 2017.

Gráfico N°25: Cobertura efectiva HTA 15 y más años



Fuente REM P Departamento de salud para los años 2017, 2018, 2019, 2020 y 2021.

Para el año 2022 se espera una cobertura efectiva del 43% para el grupo objetivo, se aprecia que a nivel comunal el indicador se ha comportado de manera muy similar al promedio de servicio de salud local, con una baja sostenida debido al impacto que tuvo en el indicador el periodo de pandemia.

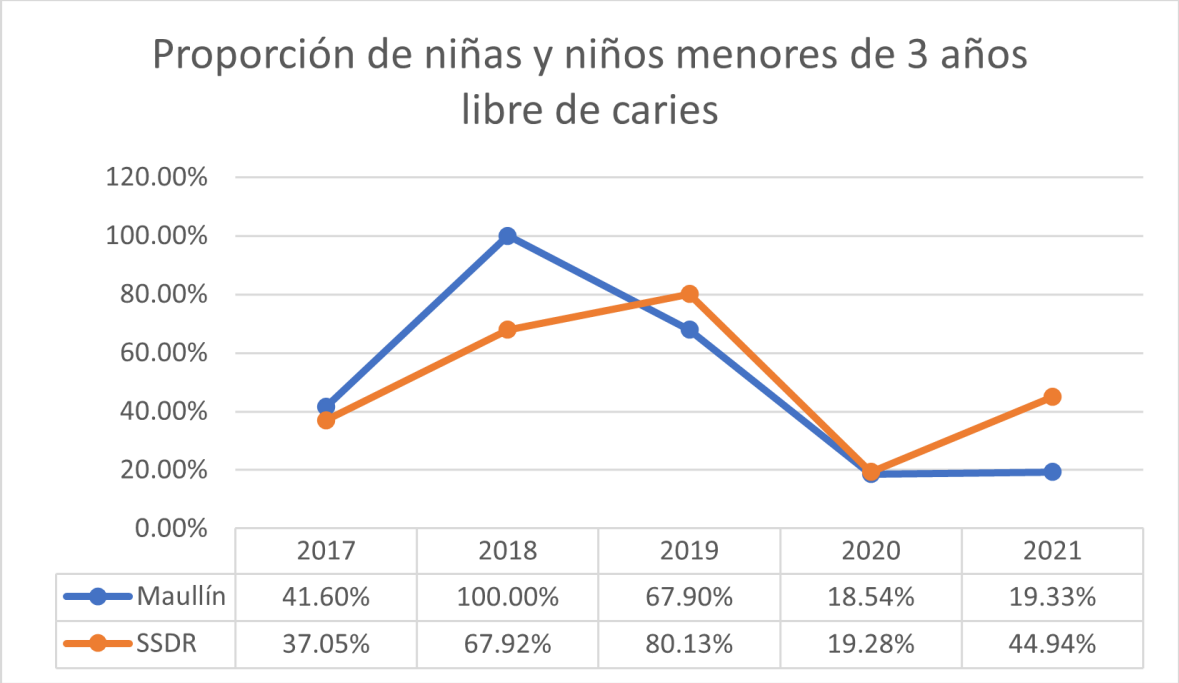
Avance del 2022 al tercer corte de las IAAPS fue de 878 pacientes compensados / 3816 logrando un 23,01% y la meta comprometida era de un 24%, muy lejano a la meta nacional que es un 43%

META 17. PROPORCIÓN DE NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS LIBRE DE CARIES EN POBLACIÓN INSCRITA

Las patologías orales son actualmente definidas como enfermedades crónicas, por lo cual su tratamiento debe ser en base a controles cuya frecuencia está determinada por el riesgo que presenta cada usuario o grupo familiar con el objetivo de modificar factores de riesgo e instaurar medidas de prevención y promoción de la salud. A partir del año 2017 se

implementa la población bajo control odontológica, la cual se refiere al seguimiento realizado a través de controles odontológicos a los usuarios menores de 6 años con o sin patologías orales con el fin de mantener población sana o de compensar y detectar en forma temprana éstas mismas.

Gráfico N°26: Proporción de niñas y niños menores de 3 años libres de caries



	2017	2018	2019	2020	2021
Maullín	41.60%	100.00%	67.90%	18.54%	19.33%
SSDR	37.05%	67.92%	80.13%	19.28%	44.94%

Fuente REM SA Departamento de salud para los años 2017, 2018, 2019, 2020 y 2021.

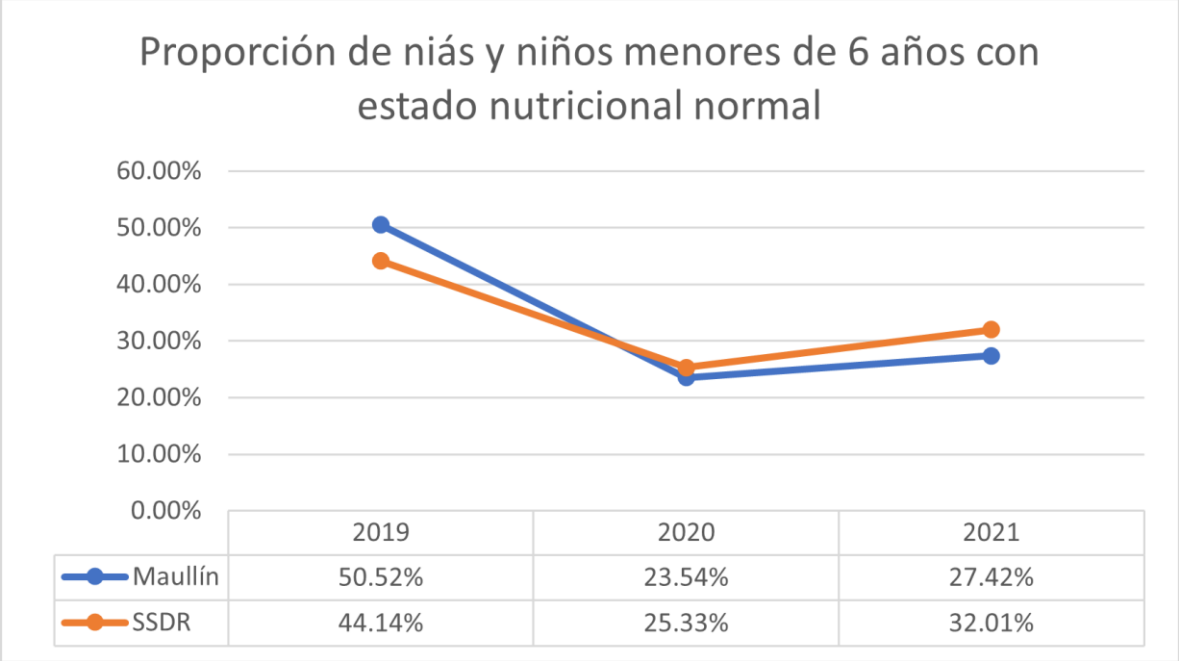
Para el año 2017 se estableció la línea base comuna debido a que el indicador fue introducido ese mismo año. Para el año 2018 ya establecida la línea base se determinó que se debía apuntar a mantener al 60% de la población de niños menores de 6 años libre de caries, en la actualidad el indicador se encuentra muy por debajo de lo establecido en la meta nacional, encontrados en los últimos dos años en el 20%, esto se explica principalmente por la disminución de controles en el periodo afectado por pandemia, pero también por el daño acumulado durante ese periodo.

META 18. PROPORCIÓN DE NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE 6 AÑOS CON ESTADO

NUTRICIONAL NORMAL.

Este indicador y meta se ha incluido en el Índice de Atención Primaria de Salud, con el propósito de priorizar acciones en la Atención Primaria, orientadas a mejorar resultados e impacto en la salud de niños y niñas, con la expectativa de lograr su desarrollo futuro saludable. La condición nutricional de la población infantil juega un importante rol en su salud futura. Por esto, se propone aumentar la proporción de menores de 6 años con Diagnóstico Nutricional Normal.

Gráfico N°27: Proporción de niñas y niños menores de 6 años con estado nutricional normal



	2019	2020	2021
Maullín	50.52%	23.54%	27.42%
SSDR	44.14%	25.33%	32.01%

Fuente REM SA Departamento de salud para los años 2017, 2018, 2019, 2020 y 2021.

A nivel nacional se espera una proporción del 60% de niños con estado nutricional normal a los 6 años, a nivel local se aprecia un cumplimiento por debajo, pero que se comporta de manera muy similar al promedio logrado por el servicio de salud local. Además, se aprecia una baja en el año 2020 principalmente por la disminución de controles a coincidencia de la pandemia por COVID-19 , con un leve aumento para el año 2021.

2.1.2.1.11 METAS SANITARIAS

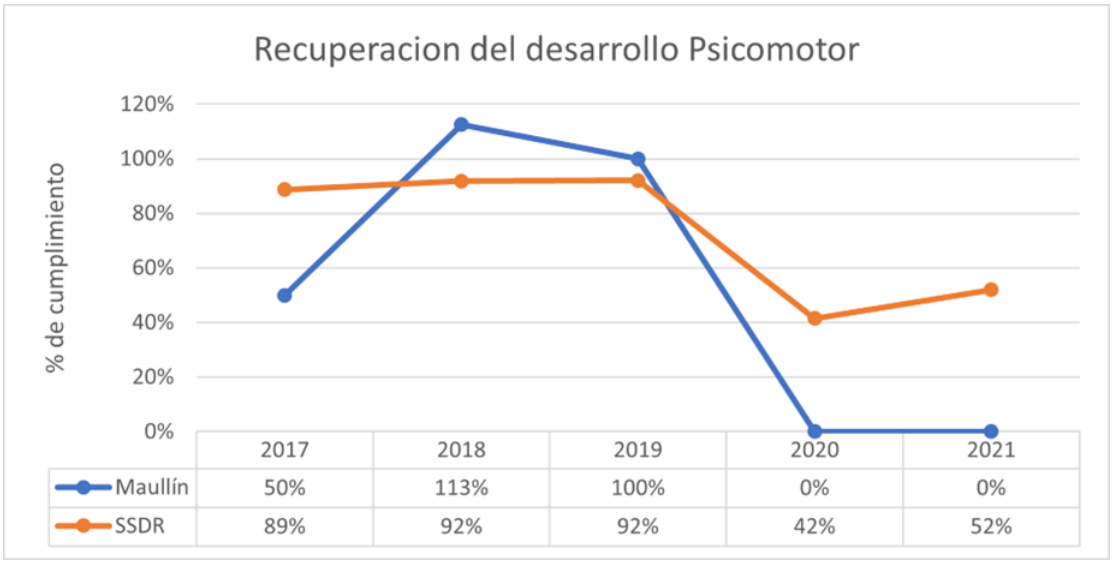
Las metas sanitarias forman parte de las políticas de salud pública y tienen por objetivo garantizar la protección de la salud y mejorar la condición de salud de las personas que se atienden en el sistema público de salud. Asimismo, en función de lo establecido en la Ley 19.813, su cumplimiento permite otorgar el componente variable del bono de estímulo por desempeño colectivo de los trabajadores de atención primaria que se rigen por la Ley 19.813.

2.1.2.1.11.1 CUMPLIMIENTO METAS SANITARIAS, LEY 19.813.

META 1. RECUPERACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR

Esta meta sanitaria, está en concordancia con la Estrategia Nacional de Salud a 2021–2030, en el cual en uno de sus objetivos estratégicos establece “reducir la mortalidad, morbilidad y mejorar la salud de las personas, a lo largo del ciclo vital”. Esta meta de impacto requiere como una de sus actividades principales la pesquisa y tratamiento temprano de los riesgos y retrasos en el desarrollo de los niños y niñas a través de las evaluaciones del desarrollo psicomotor por los equipos de Salud.

Gráfico N°28: Recuperación del desarrollo psicomotor



Fuente: Rem comuna de Maullín, años 2017, 2018, 2019, 2020 y 2021.

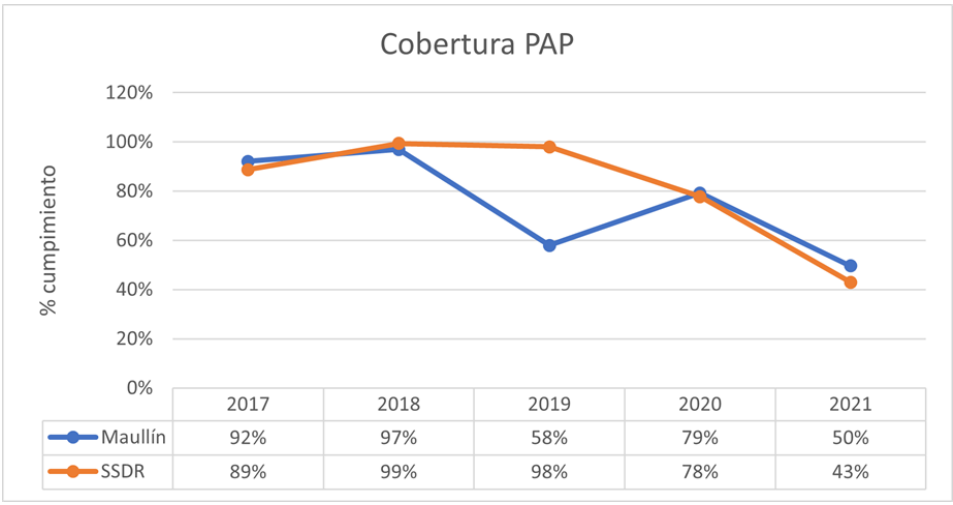
Debido al tamaño del grupo objetivo este el indicador es muy sensible a las variaciones, se puede observar que para el año 2017 un cumplimiento por debajo de lo esperado para la comuna, que mantiene un alza para los años 2018 se logra alcanzar para el año 2018 y 2019 dando cumplimiento para el indicador. Para el año 2020 y 2021 se aprecia un cumplimiento atribuido principalmente a la irrupción de la emergencia sanitaria por COVID-19.

Avance del 2022 son 3 / 5 logrando así un 60% de recuperación del DSM, meta comprometida es un 66%

META 2. DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO

Las recomendaciones internacionales y el Programa Nacional de Cáncer Cervicouterino indican que lograr y mantener coberturas de PAP vigente, iguales o superiores al 80% en mujeres de 25 a 64 años, impacta en la reducción de la mortalidad por cáncer al cuello uterino. Por esto, esta meta se relaciona con uno de los Resultado Esperado de Impacto de la Estrategia Nacional de Salud 2021-2030: “se prioriza el tamizaje de Cáncer cérvico uterino”.

Gráfico N°29: Cobertura PAP



Fuente: Rem Serie P comuna de Maullín, 2017, 2018, 2019,2020,2021

Durante los últimos 5 años la cobertura nacional esperada es del 80%, desde el año 2017 se ha mantenido la tendencia en comparación con el servicio de Salud local, registrando una caída solo para el año 2019, se aprecia una baja en la cobertura desde al año 2020 asociado principalmente a disminución de las prestaciones debido a la pandemia por COVID.

META 3. PROTECCIÓN DE LA SALUD BUCAL EN POBLACIÓN INFANTIL.

3A. CONTROL CON ENFOQUE DE RIESGO ODONTOLÓGICO EN POBLACIÓN DE 0 A 9 AÑOS.

Esta meta sanitaria está en concordancia con la Estrategia Nacional de Salud para los objetivos sanitarios al 2030, específicamente con el objetivo de impacto “Mejorar el estado de salud bucal de la población a lo largo del curso de vida con enfoque de equidad en salud”, en el cual se plantea, como resultados esperados, “fomentar los hábitos promotores de la salud bucal asociado a la reducción del consumo de tabaco, alcohol y azúcar” y “promover el manejo adecuado de higiene y cuidado bucal en la población”. Ambas estrategias están consideradas en el control odontológico de los niños y niñas de 0 a 9 años.

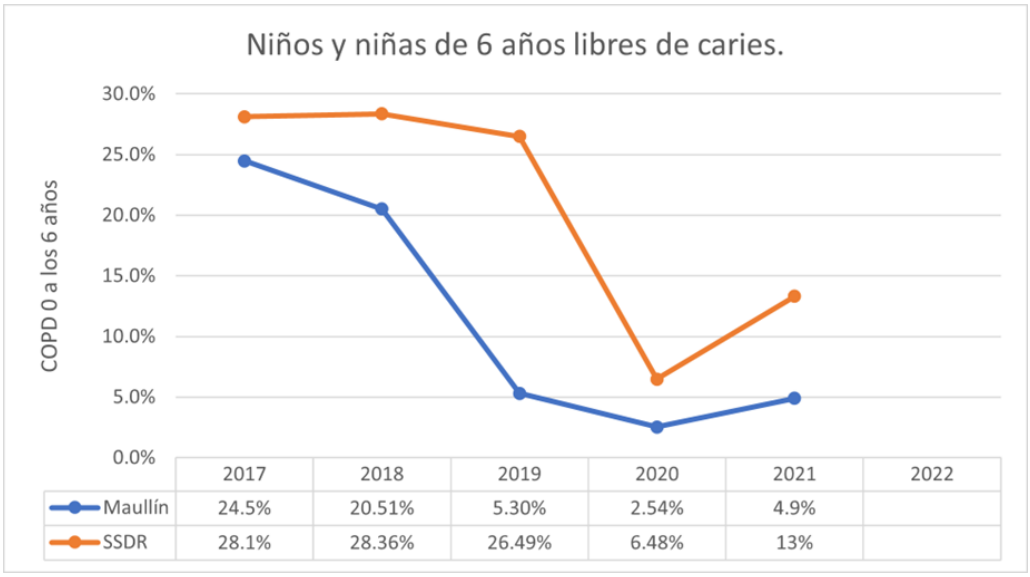
El control con enfoque de riesgo odontológico, en población de 0 a 9 años, permite implementar estrategias de promoción de salud y prevención de patologías bucales según riesgo de enfermar, favoreciendo también la detección precoz de cualquier anomalía o patología bucal que pudiera presentarse, permitiendo controlarlas en sus etapas iniciales.

El indicador estadísticamente puede ser medido desde el año 2021, se espera una cobertura del 35%. A nivel local para el año 2021 se alcanzó una cobertura del 15% esto principalmente posterior a la reactivación por pandemia, para el año 2022 hasta el mes de septiembre, se logra una cobertura del 38%, esto por sobre la cobertura recomendada a nivel nacional.

META 3 B. NIÑOS Y NIÑAS DE 6 AÑOS LIBRES DE CARIES.

Entendiendo que las consecuencias de la caries dental son acumulativas, al tener una población infantil con gran carga de enfermedad tendremos una población adolescente muy enferma y consecutivamente una población adulta con las secuelas de la enfermedad, siendo la principal de éstas la pérdida de dientes, afectando de manera significativa la función y calidad de vida de las personas y que las niñas y niños de nivel socioeconómico bajo presentan mayores niveles de enfermedad, el 2017 se implementó el Control con Enfoque de Riesgo Odontológico (CERO), estrategia que espera aumentar la población infantil libre de caries.

Gráfico N°30: Niños y niñas de 6 años libres de caries



Fuente: Rem Serie A comuna de Maullín, años 2017, 2018, 2019, 2020 Y 2021

En el análisis histórico, a nivel nacional, este indicador tenía un cumplimiento de 28,17% el 2017, 30.52% el 2018, 24.5% el 2019, durante la pandemia cayó fuertemente a 7.13% el 2020 y 12.4% 2021 (esto en gran parte porque no hubo examinados), a nivel local se aprecia el seguimiento de la tendencia nacional en los últimos años encontrándose levemente por debajo de los promedios nacionales.

META 4. COBERTURA DE TRATAMIENTO Y EVALUACIÓN EN PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

META 4 A. Cobertura efectiva de diabetes tipo 2 (dm2) en personas de 15 años y más:

Indicador analizado previamente en el apartado de Metas IAAPS

META 4 B. EVALUACIÓN ANUAL DE LOS PIES EN PERSONAS CON DIABETES BAJO CONTROL DE 15 Y MÁS AÑOS

En Chile, según el registro de egresos hospitalarios del sector público de salud del año 2017, el 67,9% del total de las amputaciones de extremidad inferior son en personas con DM. Se

estima que el 80% de estas son precedidas por una úlcera en el pie.

En conclusión, la úlcera de pie diabético y sus consecuencias representan una tragedia para la persona y su familia, así como también una exigencia y aumento de gastos para el sistema de salud y la sociedad.

Gráfico N°31: Evaluación anual del pie en personas con diabetes bajo control de 15 y más años



Fuente: Rem Serie P comuna de Maullín 2017, 2018, 2019, 2020, 2021

El objetivo nacional es mantener con evaluación del pie vigente al 90% de los diabéticos bajo control, Se observa que el indicador comunal se ha comportado de manera similar a lo mostrado por el SSDR, sufriendo una baja en el periodo de pandemia y teniendo tendencia al alza en el año 2021 cuando se retomaron las evaluaciones, logrando así un cierre de la brecha durante el año 2021, aun encontrándose por debajo de la meta nacional.

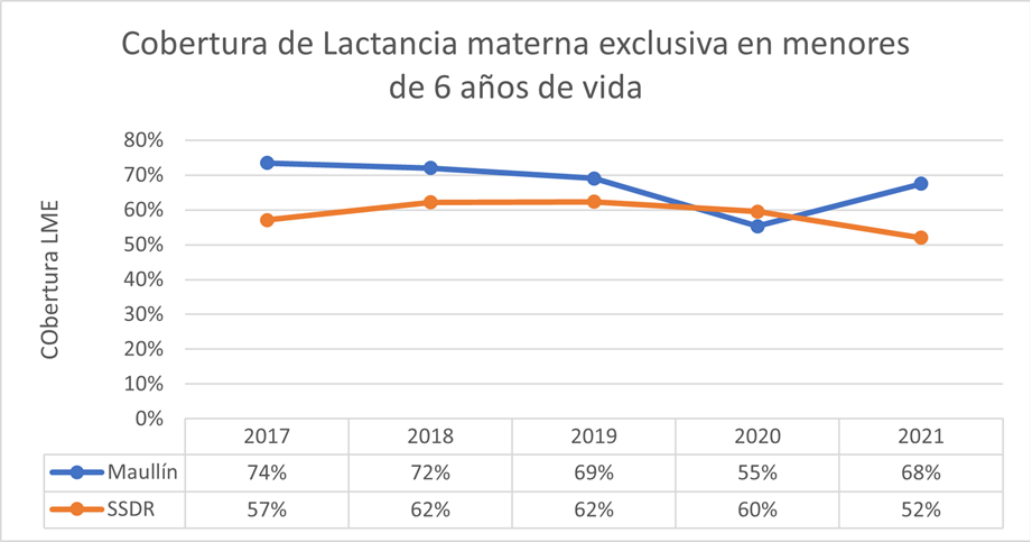
META 5. COBERTURA DE TRATAMIENTO EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Indicador analizado previamente en el apartado de Metas IAAPS

META 6. LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN NIÑOS Y NIÑAS DE 6 MESES DE VIDA (LME)

La evidencia es consistente en demostrar los beneficios de la lactancia materna en términos de protección de la obesidad y otras enfermedades no transmisibles, en los que la alimentación juega un importante rol; en atención a ello, se debe relevar su importancia desde el inicio de la gestación e idealmente en la mujer en edad .

Gráfico N°32: Cobertura de lactancia materna exclusiva en menores de 6 años de vida



Fuente: Rem Serie P comuna de Maullín, años 2017, 2018, 2019, 2020, 2021.

El indicador nacional para la cobertura de lactancia materna exclusiva en los últimos 3 años fue del 60%, a nivel local se está trabajando con un objetivo comunal 10 puntos porcentuales superior al nacional, dando cumplimiento en cada año al objetivo planteado. La única excepción a esta tendencia es en el periodo del año 2020 durante la pandemia en la cual se disminuyó la cobertura, pero que se logró recuperar durante al año 2021.

META 7. ESTABLECIMIENTOS CON PLAN DE PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD.

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

Gráfico N°33: Establecimientos con plan de participación social elaborado y funcionando participativamente



El objetivo de los últimos años ha sido el de tener el 100% de los establecimientos con plan de participación en salud elaborados, a nivel local se ha logrado ese objetivo en los últimos años, solo con una caída en el periodo afectado por la pandemia por COVID-19.

2.2 DIAGNÓSTICO DE RECURSOS EN SALUD (DRS)

En este ítem se consideran los recursos contenidos en los centros de salud, en la comuna y el Intersector y las redes asistenciales de los niveles secundario y terciario.

A nivel de los centros de salud de nivel primario, se considera la fuerza de trabajo en salud (también conocida como dotación) y los recursos físicos y tecnológicos disponibles en los establecimientos de la comuna. La fuerza de trabajo se considera la dotación establecida por estamentos, experiencia y capacitación. Los recursos físicos incluyen los espacios de atención clínica, los espacios comunitarios y operativos. Los recursos tecnológicos incluyen equipamiento y tecnologías de la información, así como la disponibilidad y uso del registro clínico electrónico.

2.2.1 CARACTERIZACIÓN DE LA RED ASISTENCIAL

Tabla N°50: Estructura y organización de la red de salud comunal: Hospitales de referencia y Centros de salud del DESAM: postas rurales, CES, CESFAM, ESR

NIVEL DE ATENCIÓN	CENTRO DE SALUD	ADMINISTRACIÓN
Primaria	CESFAM Carelmapu	Municipal
	Centro de Salud Maullín	
	Posta de Astilleros	
	Posta La Pasada	
	Posta Quenuir	
	Posta Peñol	
	Posta Misquihue	
	EMR Amortajado	
	EMR El Llolle	
	EMR El Vocal	
	EMR EL Jardín	
	EMR Cumbre el Barro	
	EMR Chuyaquen	
	Farmacia Popular	
	Unidad Oftalmológica (UAPO)	
Secundaria	Hospital San Carlos de Maullín	SSDR

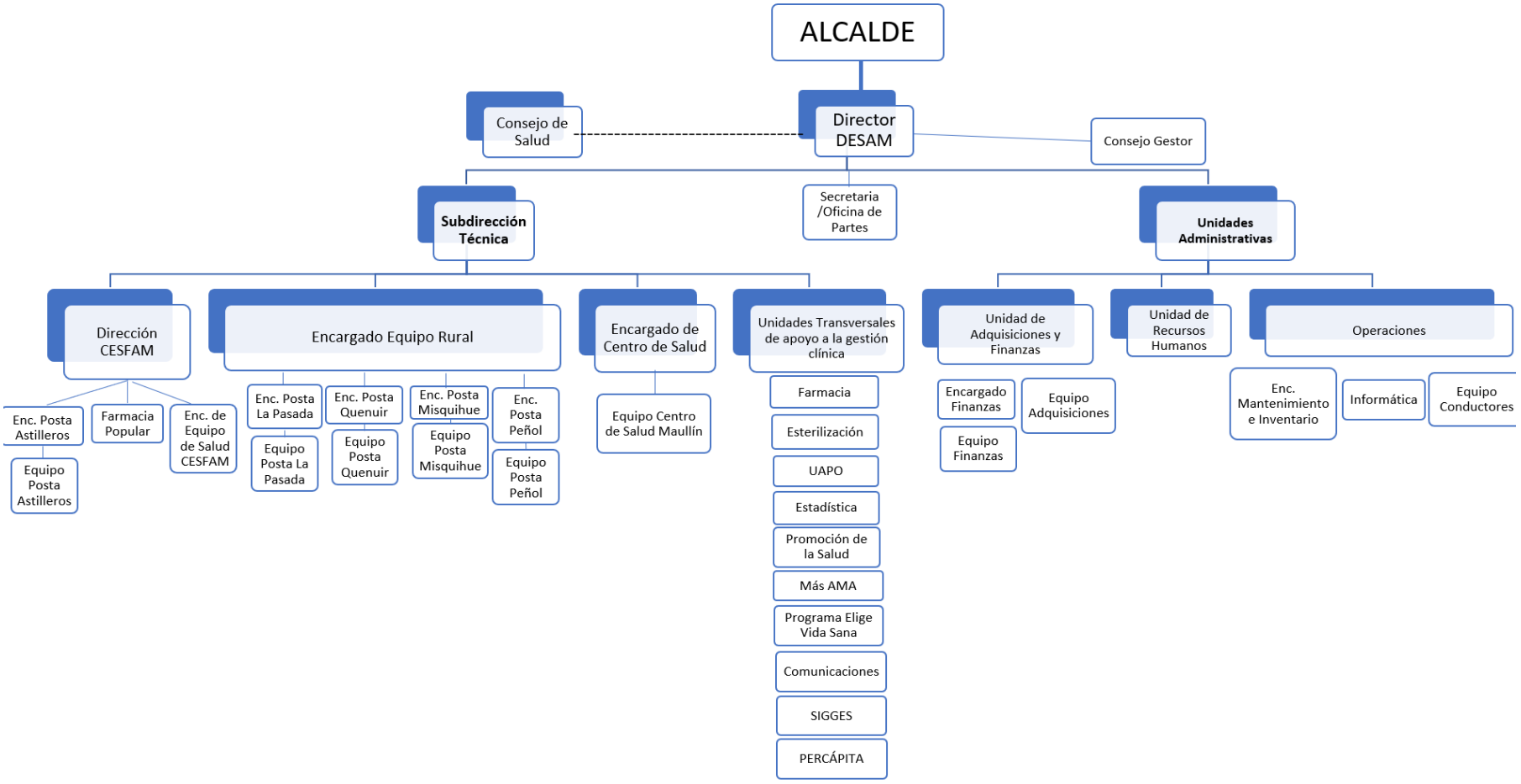
- **Descripción de los servicios y unidades transversales (UAPO, farmacia popular, etc).**

UAPO (Unidad de atención primaria oftalmológica): Unidad móvil que visita diferentes sectores de la comuna desde el año 2015, entrega prestación oftalmológica integral desde los 15 años, fondo de ojo para usuarios diabéticos, control y tratamiento de pacientes con glaucoma. Durante el año 2020 no se realizaron atenciones debido a la pandemia COVID-19 y redistribución de funciones de los funcionarios. Durante el año 2021 se realizaron atenciones por vicio de refracción menores de 65 años en total 487 atenciones, atenciones vicio de refracción GES en total 106 atenciones, fondos de ojos 338 atenciones, consultas oftalmológicas 17 atenciones y consultas por médico oftalmólogo 261 atenciones.

Farmacia Popular: Ubicada en calle Gaspar del río 85, fue creada el 2016, dependiente del CESFAM Carelmapu. Actualmente atiende los días lunes y viernes de 08:30 a 14:00 hrs y los días miércoles 08:30 a 17:30.

Módulo Junaeb: Unidad dental móvil que recorre los diferentes establecimientos educacionales, realiza atenciones hace 30 años en la comuna. Atiende a niños de escuelas adscritas al programa desde pre kinder a 8° básico.

2.2.2 ORGANIGRAMA DEPARTAMENTO DE SALUD



2.2.3 RECURSOS COMUNITARIOS Y DEL INTERSECTOR

Recursos comunitarios de la comuna de Maullín:

EDUCACIÓN:

- Jardines: Hay en total 6 jardínes en la comuna de Maullín, de los cuales 5 son Junta nacional de jardines infantiles (JUNJI) y 1 de fundación Integra.
- Establecimientos de educación básica municipal: En la comuna hay un total de 20 establecimientos de dependencia municipal, con una matrícula total aproximada de 1800 alumnos.
- Educación básica municipal particular subvencionada: En total hay 5, de los cuales 3 en el sector de Maullín y 2 en en el sector de Carelmapu.
- Establecimientos de educación media: Hay en la comuna de Maullín 2 establecimientos, Liceo Vidal Gormaz y Liceo Carelmapu.

JUSTICIA Y PROTECCIÓN:

- Carabineros: En la comuna hay 5 dependencias de carabineros: Maullín, Carelmapu, La Pasada, Quenuir y Olmopulli.
- Bomberos: En total hay 5 compañías de bomberos, 3 en Maullín, 1 en Carelmapu y 1 Quenuir. Con un aproximado de 130 voluntarios activos en toda la comuna.
- Armada: Hay una “Capitanía de Puerto” que está ubicada en Maullín y una “Alcaldía de mar” que está ubicada en Carelmapu.
- Tribunal de Justicia y Tribunal de familia: Ubicados en Maullín urbano.
- SERPAJ: Servicio que protege, promociona y previene los derechos de los niños y adolescentes, tiene 1 sede en Maullín Urbano.

SOCIAL:

- Municipalidad de Maullín.

- Chile Atiende.
- Registro civil.
- Biblioteca municipal.
- Teatro municipal.

ORGANIZACIONES COMUNITARIAS:

- Junta de Vecinos: En la comuna hay un registro de 49 juntas de vecinos en la comuna de Maullín. De los cuales 35 juntas de vecinos cuentan con sede y 14 que no tienen sede o espacio físico. De las cuales 7 juntas son de Maullín urbano, 23 de Maullín Rural, 8 Ribera Norte, 6 de Carelmapu y 5 del sector de Quenuir.
- Club de Adulto Mayores: En la comuna hay en total 20 club de adultos mayores, de los cuales 9 tienen sede de comodato y solo 1 club de adulto mayor tiene sede propia. En donde hay una participación activa durante el año 2021 de aproximadamente 350 adultos mayores.
- Club deportivos: Hay en total 30 club deportivos en la Comuna de Maullín, de los cuales 21 cuentan con una sede.

SALUD:

- Centros de Atención Primaria: CESFAM, Centro de Salud de Maullín, Postas (La Pasada, Quenuir, Peñol, Misquihue), EMR (Amortajado, El Llolle, El Jardín, Cumbre el Barro).
- Centro de Atención Secundaria: Hospital Maullín.

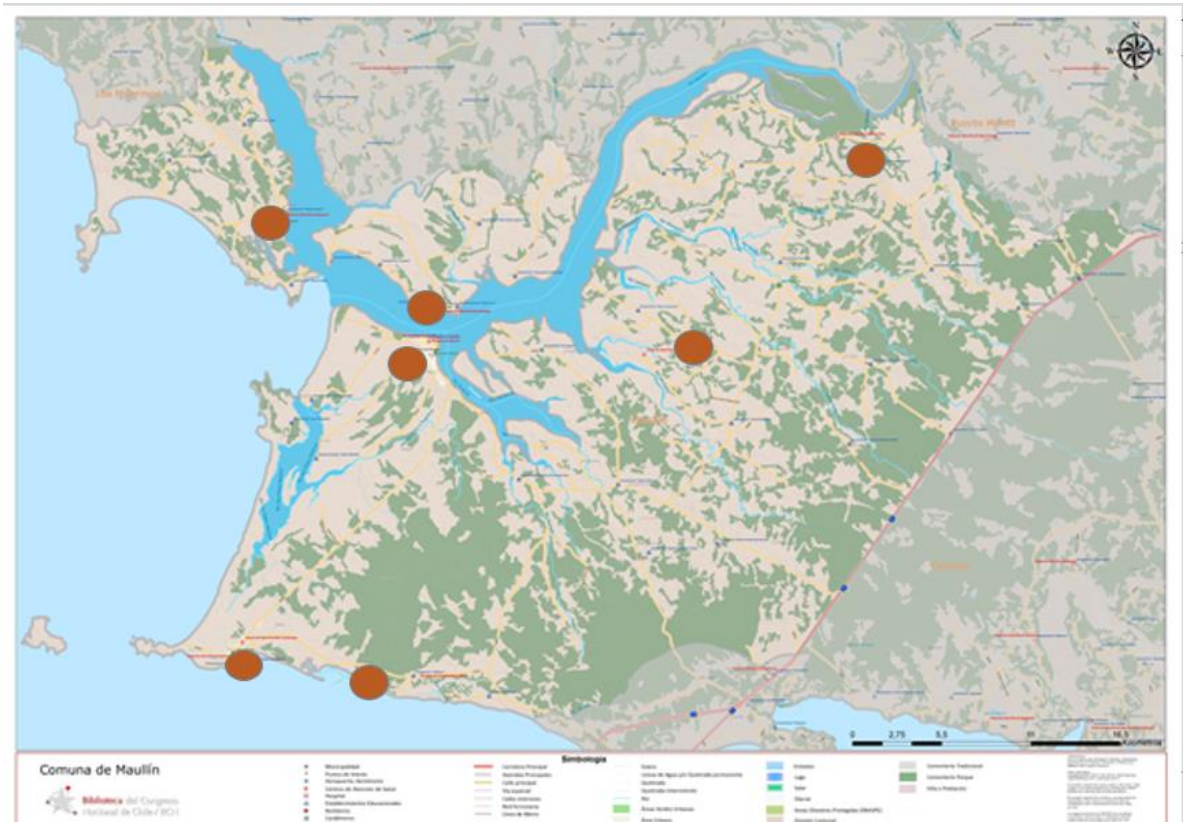
ESPACIOS PARA REALIZACIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA O RECREACIÓN:

- Estadios: Hay en total 12 estadios en la comuna, 1 de carácter municipal ubicado en Maullín urbano y 11 estadios de carácter privado; 4 en Maullín rural, 3 Ribera norte, 1 Quenuir y 3 en Carelmapu.
- Gimnasios: En total hay 11 gimnasios de carácter públicos, 4 en Maullín urbano, 1 Quenuir, 3 en Carelmapu, 2 en Maullín rural y 1 gimnasio en la Ribera Norte.
- Canchas de fútbol: En la comuna hay en total 18 canchas, 12 canchas en Maullín rural, 1 Maullín urbano, 3 en Quenuir y 2 en la ribera norte.
- Cancha de tenis: Hay 1 en Maullín, ubicada en Parque Pangal.

- Multicanchas: En total hay 12 canchas; 5 Carelmapu, 3 Ribera norte, 1 Quenuir y 3 en Maullín.
- Ciclovía: Existe solo 1 ciclovía en toda la comuna de Maullín, de aproximadamente 2.5 km de distancia.
- Parque Pangal: Parque de entretenciones municipal.
- Parques de entretención y plazas saludables: la comuna cuenta con 6 plazas saludables las cuales son: plaza sector Changue, plaza sector Amortajado, plaza Prat Quenuir, plaza Villa Las Américas Maullín, plaza Tenten Maullín y plaza Tierra Verde Carelmapu

2.2.3.1 MAPA DEL SECTOR CON LOS CENTROS DE SALUD

Imagen N°3: Mapa del sector con los centros de salud



2.2.3.2 ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

Tabla N°51: Establecimiento: CESFAM Carelmapu

Caracterización	
Nombre de Establecimiento	**CESFAM Carelmapu**
Rutas de Acceso	V-900, ruta pavimentada
Distancia a centro de referencia	19 km vía terrestre
Sistema de Comunicación	Radio VHF- Internet Banda Ancha- Telefonía Fija y Telefonía Celular
EQUIPAMIENTO	Anexo 1.8
Descripción Infraestructura	
Resolución Sanitaria	Si
Metros Cuadrados Construidos	1064 mts2
Año de Construcción	2012
Sistemas de Respaldo y Autonomía	Sí, Electricidad y agua, sin sistema de respaldo

Distribución	1 Box Procedimiento y sala de Reanimación 1 box Odontológico 6 Box Multipropósito 1 Box Ginecológico 1 unidad SOME, con archivo de fichas clínicas. 1 bodega PNAC-PACAM con unidad de dispensación 1 botiquín de farmacia con unidad de dispensación 4 baños públicos 2 baño de personal 1 Sala de espera 1 Sala Rehabilitación 1 Box IRA -ERA 1 Sala de Estimulación 1 Box vacunatorio 1 OIRS 1 Box de toma de muestra 1 Sala esterilización 1 Casino 1 Sala de Reuniones 1 Sala preparación Usuarios

	1 Bodega REAS 1 Sala de calderas 1 Bodega 1 Sala de Equipamiento. 1 Sala Servicio de Urgencia Rural (SUR)
Sistema de Calefacción	Caldera a Diesel, actualmente en reparación.
Estado de Infraestructura	Bueno
Observaciones Infraestructura	Establecimiento construido en 2012, cuenta con deterioro del funcionamiento, además de deterioros producto del diseño de la infraestructura (goteras por rebase), escasa mantención de infraestructura.
Descripción Administrativa	

Dotación Permanente	3 Médico 2 Odontólogo 1 Matrona 2 Enfermera 2 Asistente Social 1 Psicólogo 1 Nutricionista 2 Podóloga 2 Kinesiólogos 1 Terapeuta Ocupacional 1 Educadora de parvulos 1 Fonoaudióloga RHB Post COVID 1 Técnico en educación diferencial 15 TENS 1 TONS 4 TENS SUR de rotación permanencia 24 horas 4 conductores. 5 Administrativos 5 Auxiliares de servicio
Canasta per cápita	Completa.

Observaciones Administrativas	El Equipo CESFAM se encuentra a cargo de su director de establecimiento, cuenta con las bodegas centrales de medicamentos y PNAC- PACAM además de Esterilización y Vacunatorio, desde donde se distribuye, ya sea de forma diaria o mensual los recursos para el funcionamiento de la red. Cuenta con Ambulancia (AEB) de año 2013 facilitada en comodato del Servicio de Salud del Reloncaví,en buen estado, la que cumple funciones de traslado de emergencias, y que considera la gran expansión de territorio que aborda este centro de salud, que posee Servicio de Urgencia Rural, además de ser apoyo para el Hospital de Maullín.

Tabla N°52: Establecimiento Posta Salud Rural Peñol

Caracterización	
Nombre de Establecimiento	**Posta Salud Rural Peñol**
Rutas de Acceso	V-86, ruta pavimentada
Distancia a centro de referencia	29.2 km

Sistema de Comunicación	Radio VHF- Telefonía Celular
Equipamiento	Anexo II
Descripción Infraestructura	
Resolución Sanitaria	SI, vigente.
Metros Cuadrados Construidos	240 mts2
Año de Construcción	2007
Sistemas de Respaldo y Autonomía	Sí, Agua y Electricidad, ambos con sistema de respaldo para un funcionamiento y autonomía de 48 horas.
Distribución	1 Box Procedimiento 2 Box Multipropósito 1 Box Ginecológico 1 bodega PNAC-PACAM y unidad de dispensación 1 botiquín de Posta y unidad de dispensación 2 baños públicos (no universales) 1 Sala de espera 1 residencia TENS

Sistema de Calefacción	Combustión a Leña
Estado de Infraestructura	Si bien es una infraestructura construida hace 13 años, y su estado de conservación es bueno a normal, ha comenzado a presentar daño en área de residencia tanto físico como hídrico las cuales aún no se consideran relevantes que impida su funcionamiento.
Observaciones Infraestructura	La actual modalidad y disponibilidad de recurso humano en ronda, además de los nuevos lineamientos ministeriales (habilitación de box dentales en postas de salud rural), nuevos estándares de habilitación de baños públicos universales que permita el acceso de sillas de ruedas suponen los desafíos de infraestructura. La necesidad de implementar un Box dental y Box Multipropósito a fin de aumentar la efectividad de ronda de profesionales de Salud además de mejorar los estándares, y acceso a programas dentales y de esta forma contribuir a la disminución de brecha por acceso a salud.
Descripción Administrativa	
Dotación Permanente	2 TENS, 1 Conductor

Dotación Rotativa	1 Médico 2 veces por semana 1 Matrona 1 vez por semana 1 Enfermera 1 vez por semana 1 Trabajadora Social 1 vez por semana 1 Psicóloga 1 vez por semana 1 Kinesiólogo 1-2 vez por semana 1 Nutricionista 1 vez por semana 1 Podóloga 2 veces al mes 1 Fonoaudióloga 1 TENS cuando se ejecuta la Ronda
Canasta per cápita	Completa, con excepción de Sala IRA- ERA y de procedimientos odontológicos

Observaciones Administrativas	El Equipo rural de profesionales atiende los requerimientos de personal de este establecimiento de salud, quienes se encuentran a disposición del Encargado o jefe de equipo rural, quien realiza el calendario de rondas, planifica rotación de profesionales, objetivos sanitarios para cada establecimiento a su disposición y la elaboración de estrategias que permitan cumplir con los objetivos de mejorar el acceso a la salud en los sectores más apartados de la comuna.

Tabla N°53: Establecimiento Posta Salud Rural Misquihue

Caracterización	
Nombre de Establecimiento	**Posta Salud Rural Misquihué**
Rutas de Acceso	V-86, ruta pavimentada
Distancia a centro de referencia	35.5 km
Sistema de Comunicación	Radio VHF- Telefonía Celular- Internet Inestable (módem)
Equipamiento	Anexo III
Descripción infraestructura	
Resolución Sanitaria	No, en etapa de demostración sanitaria.

Metros Cuadrados Construidos	265 mts2
Año de Construcción	1985
Sistemas de Respaldo y Autonomía	Electricidad cuenta con respaldo, en cuanto al agua, no cuenta con respaldo, ambos con sistema de respaldo para un funcionamiento y autonomía de 48 horas.
Distribución	1 Box Procedimiento 2 Box Multipropósito 1 Box Ginecológico 1 bodega PNAC-PACAM sin unidad de dispensación 1 botiquín de Posta sin unidad de dispensación 2 baños públicos (no universales) 1 Sala de espera 1 casa TENS
Sistema de Calefacción	Combustión a Leña
Estado de Infraestructura	Mal estado, infraestructura característica del año 1985, construcción de madera, revestimiento de madera y techo de zinc, cumplió su vida útil, presenta deterioro avanzado. En situación de reposición.

Observaciones Infraestructura	Desde el año 2017 se encuentra en proyecto de diseño para reposición, entendiendo los actuales estándares de construcción en salud, puesto que la actual infraestructura cuenta con deterioro avanzado, además de no cumplir los requisitos mínimos de operación, seguridad para el usuario, acceso universal adecuado, baños universales, etc.
Descripción Administrativa	
Dotación Permanente	2 TENS
Dotación Rotativa	1 Médico 2 veces por semana 1 Matrona 1 vez por semana 1 Enfermera 1 vez por semana 1 Trabajadora Social 1 vez por semana 1 Psicóloga 1 vez por semana 1 Kinesiólogo/a 1-2 vez por semana 1 Nutricionista 1 vez por semana 1 Podóloga 2-3 veces al mes 1 Fonoaudióloga RH Covid 1 Odontólogo/a pacientes dependientes severos
Canasta per cápita	Completa, con excepción de Sala IRA- ERA, Rehabilitación y de procedimientos odontológicos.

Observaciones Administrativas	El Equipo rural de profesionales atiende los requerimientos de personal de este establecimiento de salud, quienes se encuentran a disposición del Encargado o jefe de equipo rural, quien realiza el calendario de rondas, planifica rotación de profesionales, objetivos sanitarios para cada establecimiento a su disposición y la elaboración de estrategias que permitan cumplir con los objetivos de mejorar el acceso a la salud en los sectores más apartados de la comuna.

Tabla N°54: Establecimiento Posta Salud Astilleros

Caracterización	
Nombre de Establecimiento	**Posta Salud Astilleros**
Rutas de Acceso	V-970, ruta pavimentada.
Distancia a centro de referencia	30.3 km
Sistema de Comunicación	Radio VHF- Telefonía Celular
Equipamiento	Anexo 1.9
Descripción infraestructura	
Resolución Sanitaria	Si.
Metros Cuadrados Construidos	356 mts2
Año de Construcción	2015
Sistemas de Respaldo y Autonomía	Sí Electricidad, sin sistema de respaldo para un funcionamiento. Conectado a red agua potable rural sin sistema de respaldo propio.

Distribución	1 Box Procedimiento 2 Box Multipropósito 1 Box Ginecológico 1 unidad SOME, con archivo de fichas clínicas. 1 bodega PNAC-PACAM con unidad de dispensación 1 botiquín de Posta con unidad de dispensación 2 baños públicos 1 baño de personal 1 Sala de espera 1 residencia TENS
Sistema de Calefacción	Combustión a Leña
Estado de Infraestructura	Mal estado, infraestructura nueva (goteras y problemas eléctricos)
Observaciones Infraestructura	Desde el año 2016 se encuentra en operación la nueva infraestructura, con todos los requerimientos y estándares actuales de funcionamiento.
Descripción Administrativa	

Dotación Permanente	1 TENS
Dotación Rotativa	1 Médico 1 veces por semana 1 Matrona 1 vez al mes 1 Enfermera 2 veces la mes 2 Asistente Social 4 veces al mes 1 Psicóloga 3 veces al mes 1 Nutricionista 2 veces la mes 1 Podóloga 2 veces al mes
Canasta per cápita	Completa, con excepción de Sala IRA- ERA, Rehabilitación y de procedimientos odontológicos.
Observaciones Administrativas	El Equipo de profesionales que atiende los requerimientos de personal de este establecimiento de salud es el mismo equipo del CESFAM Carelmapu, por lo tanto se encuentra bajo la programación y administración de este Centro de salud, y por consiguiente de su Directora de Establecimiento.

Tabla N°55: Establecimiento Posta Salud La Pasada

Caracterización	
Nombre de Establecimiento	**Posta Salud La Pasada**
Rutas de Acceso	V-46, ruta de ripio- pavimentada, vía Maullín – Los Muermos- La Pasada. Vía Marítima Cruce Maullín-La Pasada.
Distancia a centro de referencia	133 km vía terrestre 3.3 km vía marítima
Sistema de Comunicación	Radio VHF- Internet Banda Ancha- Telefonía Fija y Telefonía Celular
Equipamiento	Anexo V
Descripción infraestructura	
Resolución Sanitaria	Si.
Metros Cuadrados Construidos	365 mts2
Año de Construcción	2017
Sistemas de Respaldo y Autonomía	Sí Electricidad, con sistema de respaldo para un funcionamiento y autonomía de 72 horas.
	Conectado a red agua potable rural sin sistema de respaldo propio.
Distribución	1 Box Procedimiento 2 Box Multipropósito 1 Box Ginecológico 1 unidad SOME, con archivo de fichas clínicas. 1 bodega PNAC-PACAM con unidad de dispensación 1 botiquín de Posta con unidad de dispensación 2 baños públicos universales 1 baño de personal 1 Sala de espera 1 Residencia TENS
Sistema de Calefacción	Caldera a Gas.
Estado de Infraestructura	Buen estado, infraestructura nueva pero debido al aumento de dotación por demanda se ve limitada, sin sala para personal.

Observaciones Infraestructura	Desde el año 2018 se encuentra en operación la nueva infraestructura, con todos los requerimientos y estándares actuales de funcionamiento. No cuenta con Box Odontológico para entrega de prestaciones considerando la gran cantidad de usuarios inscritos a este establecimiento.
Descripción Administrativa	
Dotación Permanente	3 TENS + 2 TENS de permanencia. 3 Conductores (rotativos para turnos de llamados)
Dotación Rotativa	1 Médico 4-5 veces por semana 1 Matrona 2 veces por semana 1 Enfermera 2 veces por semana 1 Asistente Social 1 -2 veces por semana 1 Psicóloga 2 veces por semana 1 Nutricionista 2 veces por semana 1 Podóloga 3 veces al mes
Canasta per cápita	Completa, con excepción de Sala IRA- ERA y de procedimientos odontológicos.

Observaciones Administrativas	El Equipo rural de profesionales atiende los requerimientos de personal de este establecimiento de salud, quienes se encuentran a disposición del Encargado o jefe de equipo rural, quien realiza el calendario de rondas, planifica rotación de profesionales, objetivos sanitarios para cada establecimiento a su disposición. No cuenta con box odontológico, necesidad expresada por la comunidad. Cuenta con Ambulancia (AEB) del año 2013, en estado deteriorado. No está funcionando. En proceso de adquisición. La que cumple funciones de traslado de emergencias, y que considera la gran expansión de territorio que aborda esta posta de salud, además de reducir brechas de aislamiento geográfico.

Tabla N°56: Establecimiento Posta Salud Quenuir

Caracterización	
Nombre de Establecimiento	**Posta Salud Quenuir**
Rutas de Acceso	V-510, ruta pavimentada, vía Maullín – Los Muermos- Quenuir. Vía Marítima Cruce Maullín-Quenuir.

Distancia a centro de referencia	150 km vía terrestre 10 km vía marítima
Sistema de Comunicación	Radio VHF- Internet Banda Ancha- Telefonía Fija y Telefonía Celular
Equipamiento	Anexo VI
Descripción infraestructura	
Resolución Sanitaria	No
Metros Cuadrados Construidos	520 mts2
Año de Construcción	1983
Sistemas de Respaldo y Autonomía	Sí Electricidad, con sistema de respaldo para un funcionamiento y autonomía de 24 horas. Conectado a red agua potable rural sin sistema de respaldo propio.
Distribución	1 Box Procedimiento

	1 box Odontológico 3 Box Multipropósito 1 Box Ginecológico 1 unidad SOME, con archivo de fichas clínicas. 1 bodega PNAC-PACAM con unidad de dispensación 1 botiquín de Posta con unidad de dispensación 2 baños públicos (no universales) 1 baño personal 1 Sala de espera 1 casa TENS
Sistema de Calefacción	Combustión a leña
Estado de Infraestructura	Mal estado o estado deficiente. Falta de box para aumentar atenciones de profesionales.
Observaciones Infraestructura	Establecimiento construido en 1983, en madera y zinc, cuenta con deterioro avanzado, además de no cumplir estándares a cuáles de Plan Médico Arquitectónico de MIDESO. Pese a las reparaciones realizadas en 2018 a la sala de procedimientos y creación del box dental. Se requiere la reposición de la infraestructura.

Descripción Administrativa	
Dotación Permanente	4 TENS + 1 TENS de permanencia 24 horas(rotativo en turno llamado) 3 conductores, más 2 capitán de lancha ambulancia y un tripulante.
Dotación Rotativa	1 Médico 3 veces por semana 1 Matrona 2 veces por semana 1 Enfermera 2 veces por semana 1 Asistente Social 1-2 veces por semana 1 Psicóloga 2 veces por semana 1 Nutricionista 2 veces por semana 1 Podóloga 3 veces al mes
Canasta per cápita	Completa, con excepción de Sala IRA- ERA.

Observaciones Administrativas	El Equipo rural de profesionales atiende los requerimientos de personal de este establecimiento de salud, quienes se encuentran a disposición del Encargado o jefe de equipo rural, quien realiza el calendario de rondas, planifica rotación de profesionales, objetivos sanitarios para cada establecimiento a su disposición. Cuenta con Ambulancia (AEB) del año 2007, en estado deteriorado, no funcionando. Actualmente se mantiene el arriendo programado de una ambulancia, en proceso de adquisición. La que cumple funciones de traslado de emergencias, y que considera la gran expansión de territorio que aborda esta posta de salud, además de reducir brechas de aislamiento geográfico. Además cuenta con Lancha Ambulancia para traslado fluvial, adquirida en año 2015 y puesta en funcionamiento en 2016.

Lo observado en área de equipamiento demuestra la brecha existente considerando todos los aspectos técnicos como de infraestructura el cual se debe dar la importancia para el desarrollo de las prestaciones en sectores con dificultad de acceso como son las postas de salud, por ende, y de acuerdo a las nuevas normas técnicas, se pueden observar las brechas que se mantienen en éstos establecimientos para lograr la ejecución de cada una de las acciones y actividades que van en beneficio directo de los usuarios, asociado además en el desarrollo de las atenciones en salud como lo son por ejemplo la toma de exámenes

y que se encuentren las condiciones adecuadas tanto en toma de éstos como en el traslado, desde la ejecución hasta la entrega de los resultados, se requiere desde los insumos hasta vehículos en buen estado tanto para los trayectos a domicilio de los usuarios con dependencia como traslado de funcionarios hacia los centros de salud.

A mayor detalle se puede observar la falta de autoclave para la esterilización de material, que se utilizan en diversas prestaciones de los profesionales, donde actualmente existe solo en el centro de salud de carelmapu, permitiendo un aumento de gastos en utilización de movilización para dar cumplimiento tanto a la demanda de la comunidad como la cartera de prestaciones, además de otras brechas que se mantienen en área operativa otorgando tiempos tanto en áreas de gestión como disminución en área clínica.

Se observa además la ausencia de plan de mantenimiento de los equipos, lo que genera una brecha para poder contemplar los ajustes necesarios durante el año y poder optimizar los recursos de acuerdo a la priorización de los insumos, equipamiento o instrumental de cada una de las postas rurales.

Respecto al área de dotación, actualmente de acuerdo a las rondas de salud rural, se observa una brecha importante en algunas profesiones por lo que la gran demanda como tens,fonoaudióloga, nutricionista, podóloga, enfermera son las profesiones con mayor brecha para cubrir en los sectores más alejados y dificultad de acceso, todo lo expuesto, de acuerdo a norma técnica actualizada al año 2021. Si bien es cierto la importancia de cubrir todas las prestaciones una de las profesionales que se incorporan por normativa es la fonoaudióloga.

Es importante saber que la brecha es importante y requiere de un aumento de presupuesto, por ende, es necesario optimizar y priorizar las horas profesionales con mayor brecha de acuerdo a los datos locales.

Tabla N°57: Establecimiento Centro de Salud Maullín

Caracterización	
Nombre de Establecimiento	**Centro de Salud Maullín**
Rutas de Acceso	V- 90 desde capital regional
Distancia a centro de referencia	800 mts

Sistema de Comunicación	Internet Banda Ancha- Telefonía Fija.
Descripción infraestructura	
Resolución Sanitaria	No
Metros Cuadrados Construidos	980 mts2
Año de Construcción	2005 (internado Mixto)
Sistemas de Respaldo y Autonomía	Sin sistemas de respaldo de Agua y Electricidad
Distribución	1 box Odontológico 1 carro de atención dental 1 Laboratorio Dental 1 Box enfermera 2 Box medico 1 Box nutricionista 1 Box kinesiologa 2 Box psicóloga 1 Box asistente social 1 Box ginecológico 1 Box de atencion podologica 1 sala preparación del paciente 1 sala de procedimientos 1 sala de trabajo AFUSAM 1 sala de trabajo equipo más AMA 1 Box de atención UAPO 2 unidades SOME, con archivo de fichas clínicas. 1 Sala dirección centro 1 sala multipropósito 1 unidad de dispensación PNAC-PACAM
	1 unidad de dispensación de fármacos 2 baños públicos no universales 2 baño de personal 3 Sala de espera 1 casino 1 cocina 2 bodega dental 1 bodega general 1 bodega DESAM 1 bodega pañales 1 bodega ChCc Hospital
Sistema de Calefacción	Calefacción eléctrica y gas
Estado de Infraestructura	Estado deficiente.

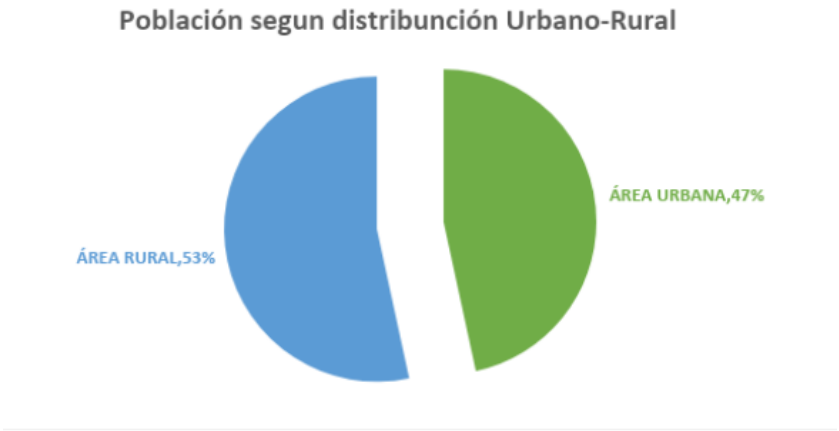
Observaciones Infraestructura	Establecimiento construido en 2005, con otros fines, refaccionado en 2014-2015, para la instalación y funcionamiento de un centro de atención primaria, contemplando la deficiencia de infraestructura de APS para el cono urbano de Maullín. No cuenta con sistema de calefacción y eléctrico apropiado, además de no contar con todos los espacios adecuados que contempla un Plan Médico Arquitectónico para un Centro de Salud.
Descripción Administrativa	
Dotación Permanente	2 Médicos (mayor parte 2021 solo con 1 médico) 2 odontólogos 2 Enfermera 1 Asistente Social 1 Matrona 2 Psicólogas 22 hrs 1 Nutricionista 1 Podóloga 1 Kinesiologa 7 TENS y 2 TONS 1 laboratorista Dental 1 conductor 2 personal administrativo 1 auxiliar de servicio
Canasta per cápita	Prestaciones del programa cardiovascular, dependencia severa, adulto mayor, odontológico, salud mental y salud adolescente.
Observaciones Administrativas	El departamento de salud entrega de forma íntegra la cartera de prestaciones APS para la comuna de Maullín, pese a esto existe una brecha de infraestructura en el cono urbano de la localidad de Maullín, razón que da sentido a la puesta en marcha y funcionamiento de esta infraestructura que si bien no posee las características de diseño adecuada cumple con los requisitos básicos para su funcionamiento, por este motivo se encuentra
	con una cartera reducida de prestaciones. Existiendo la brecha de poseer la infraestructura para un centro de salud para la localidad de Maullín. Esta infraestructura alberga un dispositivo de Laboratorio odontológico en el que resuelve el trabajo técnico para la complementación del trabajo del programa odontológico para la comuna de Maullín.

2.2.3.3 CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DEL SECTOR

2.2.3.3.1 POBLACIÓN SEGÚN SEXO Y ÁREA URBANA-RURAL

En cuanto al comportamiento de la distribución urbano rural en la comuna esta es mayoritariamente rural (53%), que comparado con el nivel regional (26.4%) muestra una gran diferencia en cuanto a la proporción de personas que viven en el sector rural en el territorio. Esto representa un desafío de poder dar un acceso equitativo y adecuado a las zonas más dispersas y rurales de la comuna, esto hace plantear una red de salud que pueda acercarse con fuerza a las localidades rurales esto focalizado principalmente es las estrategias de Postas de Salud Rural y Estaciones Médico Rurales.

Gráfico N°34 Distribución Urbano rural. CENSO 2017



. Tabla N°58 de Distribución Urbano rural. CENSO 2017

Total, área urbana	Hombres área urbana	Mujeres área urbana	Total, área rural	Hombres área rural	Mujeres área rural
6.626	3.246	3.380	7.590	3.985	3.605

2.2.3.3.2 POBLACIÓN INSCRITA EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA COMUNA

La atención primaria de salud se financia de manera fundamental del aporte que FONASA realiza por cada inscrito en los centros de salud de la comuna. Para este aporte se realiza un corte anual en el mes de septiembre del año anterior del financiado, este aporte básico denominado precipita basal fue determinado para el año 2022.

Tabla N°59 Comparativa de población inscrita en FONASA por años 2020

Año	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Inscritos	13.361	13.039	13.064	13.137	13.248	13.154

Fuente: Decretos per cápita 2017,2018,2019, 2020 y 2021

Si bien la gran mayoría de la población de la comuna de Maullín está afiliada a FONASA, destaca aún más en el análisis de estos datos, al observar la distribución por tramo de ingreso en FONASA, donde cerca de la mitad de la población tiene FONASA A (43,7%) y otra proporción impo

rtante está en FONASA B (33%), lo que en conjunto representa al 76% de los beneficiarios de FONASA en la comuna. La proporción de personas afiliadas a FONASA que están en tramo C (10,6%) y D (12,7%) en conjunto representan cerca de un cuarto de la población comunal. (fuente: boletín estadístico 2016 – 2017 FONASA).

2.2.4 FUERZA DE TRABAJO

Con respecto a la dotación de funcionarios del Departamento de Salud de Maullín, en el año 2021 habían en total 102 funcionarios, de los cuales 64 funcionarios con contrato fijo (63%) y 38 funcionarios con contrato plazo indefinido (37%), la edad promedio de los funcionarios es de 41.9 años.

Categoría A: En esta categoría hay 9 funcionarios (8.8%). De los cuales hay 4 médicos, 1 Químico farmacéutico, 4 Odontólogos. En total suman 3.228 horas de capacitación, un promedio de 359 horas por funcionario. Con respecto a los años de servicios el promedio por funcionario es de 5.1 años.

Categoría B: En esta categoría hay 24 funcionarios (23%) de los cuales hay 3 Enfermeros, 4 kinesiólogos, 3 matronas, 3 nutricionistas, 2 ingenieros, 3 tecnólogos médicos, 3 trabajadoras sociales, 2 psicólogos y 1 abogada. En total suman 11.542 horas de capacitación, un promedio de 481 horas por funcionario. Los años de servicios en promedio son 6 años por funcionario.

Categoría C: En esta categoría hay 38 funcionarios (37%). Hay 4 técnicos administrativos nivel superior (TANS), 28 técnicos en enfermería nivel superior (TENS), 3 técnicos odontólogos en nivel superior (TONS), 1 podóloga, 1 laboratorista dental y 1 técnico en educación diferencial. En total suman 19.246 horas de capacitación, un promedio de 506 horas por funcionario. Con respecto a los años experiencia en promedio es de 12.63 años por funcionario.

Categoría D: En esta categoría hay 3 funcionarios (3%). Hay 2 técnicos paramédicos y 1 técnico en salud. En total suman 1.116 horas de capacitación, un promedio de 538.6 por funcionario. Con respecto a los años de experiencia el promedio es de 23.3 años por funcionario.

Categoría E: En está categoría hay 8 funcionarios administrativos (7%). En total suman 3.253 horas de captación, un promedio de 406.62 por funcionario. Con respecto a los años de experiencia el promedio es de 12.8 años de servicio.

Categoría F: En está categoría hay 20 funcionarios auxiliares de servicio (19%). En total suman 4.903 horas de capacitación, con un promedio de 245,15 por funcionario. Con respecto a los años de experiencia el promedio es de 10.9 años de servicio.

Imagen N°4: Equipo Centro de Salud Familiar de Carelmapu.



Imagen N°5: Equipo Rural.



Imagen N°6: Equipo de Centro de Salud de Maullín



Tabla con proporción de horas clínicas v/s No clínicas:

Tabla N°60: CESFAM CARELMAPU

Estamento	Horas Contratadas	Horas Clinica/Semana	Horas No clínicas/Semana	% de Horas clínicas
Profesional	682	521	161	76%
Técnico	704	502	202	71%
Administrativo	176	0	176	100%
Auxiliares	440	0	440	100%

Tabla N°61: EQUIPO RURAL

Estamento*	Horas Contratadas	Horas Clinica/Semana	Horas No clínicas/Semana	% de Horas clínicas
Profesional**	836	697,5	138,5	83,4%

Técnico	1144	1067	77	93%
Administrativo	88	0	88	0
Auxiliares	506		506	0

* Incluye todo tipo de calidad contractual.

** Horas efectivas

** En este estamento no se incorporan los EDF.

Las horas efectivas no se asimilan a las horas clínicas, se debe incorporar los tiempos de traslados, barrera de acceso como clima, marítimas, otras.

Se incorporan horas administrativas transitorias, propias de la gestión del departamento.

Tabla N°62: CENTRO DE SALUD MAULLIN.

Estamento	Horas Contratadas	Horas Clinica/Semana	Horas no clínicas/ Semana	% de Horas clínicas
Profesional	836	716	120	85.6%
Técnico	814	731	83	89.8%
Administrativo	88	0	88	100%
Auxiliares	88	0	88	100%

Tabla N°63: DEPARTAMENTO DE SALUD - Unidades transversales

Estamento	Horas Contratadas	Horas Clinica/Semana	Horas no clínicas/Semana	% de Horas clínicas
Profesional	341	0	341	100%
Técnico	132	0	132	100%
Administrativo	231	0	231	100%

Auxiliares	88	0	88	100%

2.2.4.1 PROTOCOLOS DE DERIVACIÓN

El Departamento de Salud Municipal de Maullín cuenta con protocolos y reglamentos internos que rigen para todos los establecimientos de salud de la comuna, dentro de los cuales podemos señalar:

- Reglamento interno Departamento de Salud Maullin
- Reglamento de calificaciones Departamento de Salud Maullin

Además existen otros protocolos internos que rigen procesos comunes por centro y otros particulares.

2.2.4.2 TIEMPOS DE LATENCIA DE ATENCIÓN

Actualmente este dato no es medible, dado que no se dispone de los datos suficientes para realizar el cálculo, pero está en fase implementación, en lo que respecta a estrategias locales para el aviso de llegada e inicio de atención en box de los usuarios.

2.2.4.3 DATOS DE DERIVACIONES Y DATOS DE PERTINENCIA SIC

Entre enero y diciembre del 2021 se realizaron 1509 Solicitudes de Interconsultas (SIC), distribuidas de la siguiente forma:

Tabla N°64: Solicitudes de interconsultas 2021

DERIVACIONES POR ESPECIALIDAD	CANTIDAD
Cardiología Adulto	60

Cirugía Mama	4
Cirugía General Adulto	50
Cirugía Pediátrica	19
Cirugía Vascular Periférica	9
Coloproctología	1
Dermatología	18
Diabetología	7
Endocrinología	9
Enfermedades de Transmisión Sexual	18
Enfermedades Respiratorias del Adulto	4
Gastroenterología Adulto	50
Ginecología	149
Hematología Adulto	4
Medicina Interna	11
Nefrología Adulto	25
Neurocirugía	8
Neurología Adulto	28

Neurología Pediátrica	10
Obstetricia	45
Oftalmología	804
Otorrinolaringología	70
Pediatría	8
Psiquiatría Adulto	12
Reumatología Adulto	12
Traumatología Adulto	35
Traumatología y Ortopedia Pediátrica	14
Urología Adultos	20
Urología Pediátrica	5
Total	1509

De las 804 SIC a Oftalmología, 705 de ellas son derivadas a CESFAM Carelmapu, es decir, son resueltas por la UAPO, parte de los Programas de Resolutividad de la APS. En el caso de Otorrinolaringología, de las 70 SIC, 31 de ellas son derivadas a CESFAM Carelmapu para ser resueltas en operativos de Programas de Resolutividad.

Para las especialidades de Ginecología, Medicina Interna, Pediatría y Neurología Pediátrica, existe la posibilidad de derivar a los especialistas al Hospital Base de Puerto

Montt o al Hospital Maullín. 59 SIC fueron realizadas con destino a este último establecimiento.

Según los datos de Rayen, habrían 387 SIC pendientes de atención hasta el 31 de diciembre de 2020, pero este dato no es confiable, ya que hasta el 2021 el Hospital Base de Puerto Montt no registraba todas las atenciones en las SIC de Rayen, por lo que es probable que muchos de estos ya estén atendidos pero no se refleje en la plataforma.

De las 1509 SIC emitidas el 2021, hay 338 pendientes de atención al día de hoy. Este dato es más confiable que el anterior, ya que en el 2021 se realizó la integración y comenzaron a aparecer como “Atendidos”, pero esto no sucedió durante todo el año.

Respecto a la pertinencia de las SIC, hay 381 del 2021 que tienen alguna observación. Sin embargo, estas observaciones habitualmente son porque falta algún dato de contacto del usuario, falta ingresar el folio SIGGES, el usuario cuenta con alguna excepción de garantía GES o similar. Un porcentaje muy bajo es por No Pertinencia. Para poder obtener el número exacto, habría que revisar una a una estas interconsultas.

2.2.4.4 CARACTERIZACIÓN DE LA OFERTA DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Cuantificar las actividades realizadas en el establecimiento o red asistencial y sus recursos asociados para llevarla a cabo:

2.2.4.4 CARTERA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Tabla N°65: CESFAM CARELMAPU

PROGRAMA DE SALUD INFANTIL	**PROGRAMA DE SALUD DEL ADOLESCENTE**
1. Control de salud del niño sano. 2. Evaluación del desarrollo psicomotor. 3. Control de malnutrición. 4. Control de lactancia materna.	16. Control de salud. 17. Consulta morbilidad. 18. Control crónico.

5. Educación a grupos de riesgo. 6. Consulta nutricional. 7. Consulta de morbilidad. 8. Control de enfermedades crónicas. 9. Consulta por déficit del desarrollo psicomotor. 10. Consulta kinésica. 11. Consulta y consejería de salud mental. 12. Vacunación. 13. Programa Nacional de Alimentación Complementaria. 14. Atención a domicilio. 15. Actividades comunitarias en salud mental con profesores de establecimientos educacionales.	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 a domicilio. 31. Actividades comunitarias en salud mental con profesores de establecimientos educacionales.
PROGRAMA DE LA MUJER 32. Control prenatal. 33. Control de 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 del Primer Trimestre. 43. Atención integral a mujeres mayores de 15 años que sufren violencia intrafamiliar.	**PROGRAMA DEL ADULTO** 44. Consulta de morbilidad. 45. Consulta y control de enfermedades crónicas, incluyendo aquellas efectuadas en las salas de control de enfermedades respiratorias del adulto de 20 años y más. 46. Consulta nutricional. 47. Control de salud. 48. Intervención psicosocial. 49. Consulta y/o consejería de salud mental. 50. Educación grupal. 51. Atención a domicilio. 52. Atención podología a pacientes DM. 53. Curación de Pie Diabético. 54. Intervención Grupal de Actividad Física. 55. Consulta kinésica.
PROGRAMA DE PERSONAS MAYORES 56. Consulta de morbilidad. 57. Consulta y control de enfermedades crónicas, incluyendo aquellas efectuadas en las salas de control de enfermedades respiratorias del adulto mayor de 65 y más años.	**PROGRAMA DE SALUD ORAL** 69. Examen de salud. 70. Educación grupal. 71. Urgencias. 72. Exodoncias. 73. Destartraje y pulido coronario. 74. Obturaciones temporales y definitivas.

58. Consulta nutricional. 59. Control de salud. 60. Intervención psicosocial. 61. Consulta de salud mental. 62. Educación grupal. 63. Consulta kinésica. 64. Vacunación anti influenza. 65. Atención a domicilio. 66. Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor. 67. Atención podología a pacientes con DM. 68. Curación de Pie Diabético.	75. Aplicación de sellantes. 76. Pulpotomías. 77. Barniz de Flúor. 78. Endodoncia. 79. Rayos X dental.
ACTIVIDADES CON GARANTIAS EXPLICITAS EN SALUD ASOCIADAS A PROGRAMAS 80. 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. 81. Diagnóstico y tratamiento de Diabetes Mellitus tipo 2: consultas de morbilidad y controles crónicos en programas del niño, adolescente, adulto y adulto mayor, considerando tratamiento farmacológico. 82. Acceso a evaluación y alta odontológica integral a niños y niñas de 6 años: prestaciones del programa odontológico. 83. 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. 84. Acceso a tratamiento de IRA baja de manejo ambulatorio en menores de 5 años: consultas de morbilidad y kinésica en programa del niño. 85. 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. 86. Acceso a diagnóstico y tratamiento de la depresión de manejo ambulatorio en	**ACTIVIDADES GENERALES ASOCIADAS A TODOS LOS PROGRAMAS** 95. Educación grupal ambiental. 96. Consejería familiar. 97. Visita domiciliaria integral. 98. Consulta social. 99. Tratamiento y curaciones. 100. Extensión Horaria. 101. Intervención Familiar Psicosocial. 102. Diagnóstico y control de la tuberculosis.

personas de 15 años y más: consulta de salud mental, consejería de salud mental, intervención psicosocial y tratamiento farmacológico. 87. 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. 88. 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. 89. Acceso a diagnóstico y tratamiento del asma bronquial moderada en personas de 15 y más años: consultas de morbilidad, controles de crónicos, espirometría y atención kinésica en programas del adulto y adulto mayor. 90. 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. 91. Acceso a tratamiento médico en personas de 55 años y más, con artrosis de cadera y/o rodilla, leve o moderada. 92. Acceso al diagnóstico y tratamiento de la urgencia odontológica ambulatoria. 93. Acceso a tratamiento de hipotiroidismo en personas de 15 años y más. 94. Tratamiento de erradicación de helicobacter pylori.	

Tabla N°66: POSTA ASTILLEROS

PROGRAMA DE SALUD INFANTIL	**PROGRAMA DE SALUD DEL ADOLESCENTE**
1. Control de salud del niño sano. 2. Evaluación del desarrollo psicomotor. 3. Control de malnutrición. 4. Control de lactancia materna. 5. Consulta nutricional. 6. Control de enfermedades crónicas.	11. Control de salud. 12. Control crónico. 13. Control prenatal. 14. Control de puerperio. 15. Control de regulación de fecundidad.

7. Consulta y consejería de salud mental. 8. Vacunación. 9. Programa Nacional de Alimentación Complementaria. 10. Atención a domicilio.	16. Control ginecológico preventivo. 17. Consulta morbilidad obstétrica. 18. Consulta morbilidad ginecológica. 19. Intervención psicosocial. 20. Consulta y/o consejería en salud mental. 21. Consulta Nutricional 22. Atención a domicilio.
PROGRAMA DE LA MUJER 23. Control prenatal. 24. Control de puerperio. 25. Control de regulación de fecundidad. 26. Consejería en salud sexual y reproductiva. 27. Control ginecológico preventivo, incluye control de climaterio en mujeres de 45 a 64 años. 28. Consulta morbilidad obstétrica. 29. Consulta morbilidad ginecológica. 30. Consulta nutricional. 31. Programa Nacional de Alimentación Complementaria.	**PROGRAMA DEL ADULTO** 32. Consulta de morbilidad. 33. Consulta y control de enfermedades crónicas. 34. Consulta nutricional. 35. Control de salud. 36. Intervención psicosocial. 37. Consulta y/o consejería de salud mental. 38. Atención a domicilio. 39. Atención podología a pacientes DM. 40. Curación de Pie Diabético.
PROGRAMA DE PERSONAS MAYORES 41. Consulta de morbilidad. 42. Consulta y control de enfermedades crónicas. 43. Consulta nutricional. 44. Control de salud. 45. Intervención psicosocial. 46. Consulta de salud mental. 47. Vacunación anti influenza. 48. Atención a domicilio. 49. Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor. 50. Atención podología a pacientes con DM. 51. Curación de Pie Diabético.	**ACTIVIDADES CON GARANTIAS EXPLICITAS EN SALUD ASOCIADAS A PROGRAMAS** 52. 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. 53. Diagnóstico y tratamiento de Diabetes Mellitus tipo 2: consultas de morbilidad y controles crónicos en programas del niño, adolescente, adulto y adulto mayor, considerando tratamiento farmacológico. 54. 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.
55. 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	**ACTIVIDADES GENERALES ASOCIADAS A TODOS LOS PROGRAMAS** 62. Visita domiciliaria integral. 63. Consulta social.

farmacológico. 56. Acceso al diagnóstico y tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica: consultas de morbilidad y controles de crónicos. 57. 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. 58. Acceso a diagnóstico y tratamiento del asma bronquial moderada en personas de 15 y más años: consultas de morbilidad. 59. Acceso a tratamiento médico en personas de 55 años y más, con artrosis de cadera y/o rodilla, leve o moderada. 60. Acceso a tratamiento de hipotiroidismo en personas de 15 años y más. 61. Tratamiento de erradicación de helicobacter pylori.	64. Tratamiento y curaciones. 65. Diagnóstico y control de la tuberculosis.

EQUIPO RURAL

Tabla N°67: POSTA LA PASADA, QUENUIR, MISQUIHUE Y PEÑOL

PROGRAMA DE SALUD INFANTIL 1. Control de salud del niño sano. 2. Evaluación del desarrollo psicomotor. 3. Control de malnutrición. 4. Control de lactancia materna. 5. Consulta nutricional. 6. Control de enfermedades crónicas. 7. Consulta y consejería de salud mental. 8. Vacunación. 9. Programa Nacional de Alimentación Complementaria. 10. Atención a domicilio.	**PROGRAMA DE SALUD DEL ADOLESCENTE** 11. Control de salud. 12. Control crónico. 13. Control prenatal. 14. Control de puerperio. 15. Control de regulación de fecundidad. 16. Control ginecológico preventivo. 17. Consulta morbilidad obstétrica. 18. Consulta morbilidad ginecológica. 19. Intervención psicosocial. 20. Consulta y/o consejería en salud mental. 21. Consulta Nutricional 22. Atención a domicilio. 23. Vacunación
PROGRAMA DEL ADULTO 23. Consulta de morbilidad. 24. Consulta y control de enfermedades	**PROGRAMA DE PERSONAS MAYORES** 32. Consulta de morbilidad. 33. Consulta y control de enfermedades

crónicas. 25. Consulta nutricional. 26. Control de salud. 27. Intervención psicosocial. 28. Consulta y/o consejería de salud mental. 29. Atención a domicilio. 30. Atención podología a pacientes DM. 31. Curación de Pie Diabético. 32. Vacunación	crónicas. 34. Consulta nutricional. 35. Control de salud. 36. Intervención psicosocial. 37. Consulta de salud mental. 38. Vacunas 39. Atención a domicilio. 40. Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor. 41. Atención podología a pacientes con DM. 42. Curación de Pie Diabético. 43. Ayudas técnicas
PROGRAMA DE LA MUJER 43. Control prenatal. 44. Control de puerperio. 45. Control de regulación de fecundidad. 46. Consejería en salud sexual y reproductiva. 47. Control ginecológico preventivo, incluye control de climaterio en mujeres de 45 a 64 años. 48. Consulta morbilidad obstétrica. 49. Consulta morbilidad ginecológica. 50. Consulta nutricional. 51. Programa Alimentario	**PROGRAMA DE SALUD ORAL*** 69. Examen de salud. 70. Educación grupal. 71. Urgencias 72. Exodoncias. 73. Destartraje y pulido coronario. 74. Obturaciones temporales y definitivas. 75. Aplicación de sellantes. 76. Pulpotomías. 77. Barniz de Flúor.
ACTIVIDADES CON GARANTIAS EXPLICITAS EN SALUD ASOCIADAS A PROGRAMAS. 52. 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. 53. Diagnóstico y tratamiento de Diabetes Mellitus tipo 2: consultas de morbilidad y controles crónicos en programas del niño, adolescente, adulto y adulto mayor, considerando tratamiento farmacológico. 54. 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.	**ACTIVIDADES GENERALES ASOCIADAS A TODOS LOS PROGRAMAS** 62. Visita domiciliaria integral. 63. Consulta social. 64. Tratamiento y curaciones. 65. Diagnóstico y control de la tuberculosis.

55. 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. 56. Acceso al diagnóstico y tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica: consultas de morbilidad y controles de crónicos. 57. 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. 58. Acceso a diagnóstico y tratamiento del asma bronquial moderada en personas de 15 y más años: consultas de morbilidad. 59. Acceso a tratamiento médico en personas de 55 años y más, con artrosis de cadera y/o rodilla, leve o moderada. 60. Acceso a tratamiento de hipotiroidismo en personas de 15 años y más. 61. Tratamiento de erradicación de helicobacter pylori. 62. El vicio de refracción en pacientes de 65 y más años.	

*****se exceptúan Posta Misquihue, Posta Peñol, Posta La Pasada

Tabla N°68: CENTRO DE SALUD MAULLÍN

		Consulta Médica Integral	Consulta médica Programa Salud Cardiovascular (ingreso, egreso, control de seguimiento alto, moderado y bajo riesgo)
			Consulta médica Programa Salud Mental (ingreso, control, seguimiento y egreso), exceptuando población infantil 0 a 9 años 11 meses 29 días.
			Emisión receta crónicos y cuidados paliativos

ASISTENCIAL	**ATENCIÓN ABIERTA AMBULATORIA**		Consulta médica abreviada
			Visita a domicilio cuidados paliativos
			Visita a domicilio programa dependencia severa
			Solicitud y seguimiento de exámenes de laboratorio
			Ingreso y control de otras condiciones crónicas (hipotiroidismo, artrosis, epilepsia, otros)
			Informe electrocardiograma
		Consulta Enfermera Integral	Consulta Enfermería Programa Salud Cardiovascular (ingreso, egreso, control de seguimiento alto, moderado y bajo riesgo)
			Examen medicina preventiva del adulto
			Examen medicina preventiva del adulto mayor
			Evaluación integral del riesgo de ulceración del pie diabético
			Visita a domicilio programa dependencia severa
			Solicitud y seguimiento de exámenes de laboratorio
			Educación inicio y manejo insulinoterapia

		Consulta Psicólogo Integral	Control e ingreso Salud Mental, exceptuando población programa de infancia (0 a 9 años 11 meses 29 días)
			Control y seguimiento salud adolescente
			Talleres salud mental, programa vida sana y promoción
			Seguimiento y coordinación intersector red SENAME
			Visita domiciliaria integral dependencia severa y salud mental
		Consulta matronería integral	Consulta morbilidad ginecológica 10 a 19 años
			Consulta y control de regulación de fecundidad 10 a 19 años
			Control de salud adolescente
			Consejería Salud Sexual y Reproductiva y fecundidad adolescente
			Consejería de pareja adolescente
			Examen medicina preventiva del adulto
			Toma de PAP, solicitud de mamografía

			Otras consejerías según necesidades en población adolescente
			Tomas test rápido de VIH, consejería
		Consulta Kinesiológica	Consulta Kinésica a domicilio, programa dependencia severa - programa atención en domicilio
			Examen medicina preventiva del adulto
			Examen medicina preventiva del adulto mayor
			Aplicación IVADEC para proceso de credenciales de discapacidad
			Evaluación y entrega de ayudas técnicas
		Consulta Nutricionista Integral	Consulta Nutricional Programa Salud Cardiovascular (ingreso, egreso, control de seguimiento alto, moderado y bajo riesgo)
			Control de Malnutrición por déficit y exceso, exceptuando población infantil de 0 a 9 años 11 meses 29 días.
			Examen medicina preventiva del adulto
			Examen medicina preventiva del adulto mayor
			Talleres eje promoción y elige vivir sano

		Consulta odontológica integral	Consulta odontológica
			Control Salud Bucal
			Examen de salud oral
			Educación grupal
			Aplicación de sellantes
			Detartraje y pulido corona
			Barniz flúor
			Fluoración tópica
			Obturaciones temporales y permanentes
			Atención urgencias dentales
			Tratamiento de traumatismo dento alveolar simple
			Endodoncias
			Exodoncia temporal y permanente
			Actividades individuales de prevención de riesgo de caries
			Actividades de prevención de enfermedades gingivales y periodontales

			Actividades de prevención de anomalías dentomaxilares
			Pulido Radicular
			Control y seguimiento programa cero (6 meses a 19 años)
			Control y seguimiento programa más sonrisas
			GES 6 y 60 años
			PRAPS odontológicos
			Atención carro módulo JUNAEB
			Radiografias dentales
		Atención Asistente Social	Evaluación y acreditación credenciales de discapacidad
			Consulta social integral global transversal a programas institucionales
			Visitas domiciliarias
			Coordinación programa dependencia severa
			Gestión y entrega de ayuda social
			Coordinación con Inter sector

		Procedimientos	Toma y traslado de muestra de laboratorio (sangre, orina y deposiciones) presencial y domicilio
			Electrocardiografía
			Preparación de paciente para control profesional cardiovascular (antropometría, signos vitales y circunferencia de cintura)
			Curación avanzada de heridas presencial y domicilio
			Administración de medicamentos vía SC e IM
			Sondeo vesical intermitente y permanente domicilio y presencial
			Seriado de presión arterial
			Seriado de glicemia capilar
			Vacunación influenza y neumocócica polisacárida 23
			Atención podológica integral domicilio y presencial
		Farmacia	Control, recepción y dispensación de stock
			Atención en ventanilla, entrega de medicamentos y PNAC horario continuado

			Preparación de medicamentos dependencia severa
			Asistencia farmacológica básica

- **Diferenciación de prestaciones entre entros de radio urbano comunal**

Actualmente la distribución de programas en el radio urbano, se rige en el marco del convenio de integración entre Hospital San Carlos de Maullín y Municipalidad de Maullín vigente del año 2016, donde las prestaciones se comparten entre las dos entidades y actualmente se encuentra en proceso de renovación.

A continuación se detalla la división por programa a grandes rasgos:

- **Programa del Adulto:** Centro Salud Maullín (PSCV), Hospital Maullín (consultas morbilidad)
- **Programa Salud Mental:** Centro Salud Maullín-Hospital Maullin
- **Programa Adulto Mayor:** Centro Salud Maullín
- **Programa Dependencia severa:** Centro Salud Maullín.
- **Programas Odontológicos:** Centro Salud Maullin
- **Programa Salud Infantil:** Hospital Maullín.
- **Programa Salud Adolescente:** Centro Salud Maullín.
- **Programa Salud de la Mujer:** Hospital Maullín
- **Programa Cuidados Paliativos:** Hospital Maullín (de resorte por establecimiento de referencia de la comuna de nivel secundario y terciario, según norma técnica)
- **Salas ERA e IRA (Mixta):** CESFAM Carelmapu, Hospital Maullín
- **Sala Rehabilitación:** CESFAM Carelmapu, Hospital Maullín

Además de las prestaciones ya descritas en la tabla y listado anterior, el Hospital Maullín se interrelaciona con el centro y DESAM en cuanto a las prestaciones ligadas a:

Apoyo diagnóstico; esto incluye: laboratorio clínico (hematología, exámenes bioquímicos, inmunología, bacterias y hongos, parásitos, deposiciones, exudados y otros líquidos, orina, hormonas, pruebas de coagulación) e Imagenología.

En este contexto, es importante señalar que actualmente en el Hospital de Maullín se encuentra trabajando los siguientes funcionarios correspondientes al Departamento de Salud:

· 1 Tecnólogo médico: Realiza funciones en laboratorio del Hospital Maullín.· 1 Técnico en laboratorio nivel superior: Realiza funciones en laboratorio del Hospital Maullín.

. 1 TENS: Realiza funciones en programa infantil e inmunizaciones en Hospital Maullín.

· 1 Enfermera: Realiza funciones programa infantil e inmunizaciones en Hospital Maullín.

2.2.4.6 DATOS DE RESOLUTIVIDAD

El programa de resolutividad busca mejorar la capacidad resolutiva en atención primaria con el fin de favorecer el acceso y continuidad de la atención a la comunidad. Con respecto al año 2021 se realizaron 24 operativos en la comuna de Maullín, lo que otorgó prestación a 724 usuarios (Ver tabla N° 69).

Tabla N°69: Programa resolutividad 2021

Especialidad	Cantidad de operativos	Usuarios atendidos
Otorrinolaringologia	2	29
Ecografias abdominales	5	157
Ecografías mamarias	5	103
Mamografías	12	410
Endoscopias Digestivas Altas	*	25
TOTAL	24	724

2.2.4.7 COBERTURA DE VACUNACIÓN

Tabla N°70: Cobertura de vacunación

Grupo Objetivo	**Población INE**								**SubTotal**	**SubTotal**	**SubTotal**
Subcriterio	3 a 5 años	6 a 11 años	12 a 17 años	18 a 39 año	40 a 49 años	50 a 59 años	60 a 64 años	65 años o más	**Pob. 18 años y más**	**Pob. 12 años y más**	**Pob. 3 años y más**
Proyección INE 2021	**449**	**996**	**1.102**	**3.669**	**2.198**	**2.345**	**980**	**2.721**	**11.913**	**13.015**	**14.460**
Avance esquema completo (1era y 2da dosis)	14,3 %	88,4 %	98,9%	107,2 %	84,8 %	95,5 %	90,2 %	87,8 %	**95,0%**	**95,3%**	**92,3%**
Cobertura vacuna refuerzo	0,0 %	0,0 %	10,4%	53,1 %	56,0 %	75,7 %	73,9 %	72,4 %	**64,2%**	**59,6%**	**53,7%**

2.2.4.8 COBERTURA PNAC - PACAM COMUNA DE MAULLÍN

Tabla N°71: Cobertura PNAC - PACAM Comuna de Maullín

Beneficiarios	CESFAM Carelmapu	Astillero	La pasada	Misquihue	Peñol	Quenuir
PNAC menores de 6 años	75,6	37,5	52	33,3	50	100
PNAC Gestantes	58	100	50	100	100	100
PACAM Adulto Mayor de 70 años	100	100	100	93	89,4	100

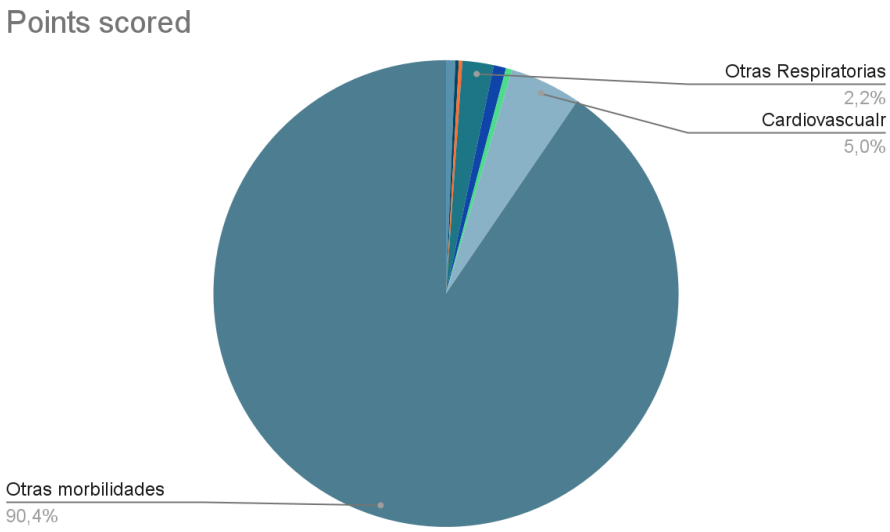
2.2.4.9 CARACTERIZACIÓN DE LA DEMANDA DE LOS SERVICIOS DE SALUD

2.2.4.9.1 DESCRIPCIÓN POR MOTIVOS DE CONSULTA

Con respecto a los motivos de consulta médicas por la comunidad de Maullín, respecto al año 2021 hubo un total de 3.722 motivos de consulta, los cuales fueron:

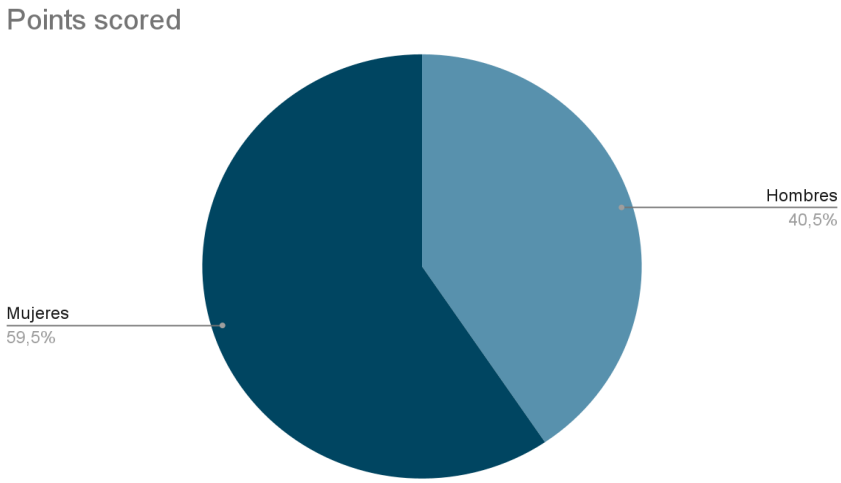
- IRA Alta: 25 usuarios (0.6%).
- Asma: 9 usuarios (0.2%)
- EPOC: 9 usuarios (0.2%).
- Otras Respiratorias: 81 usuarios (2.2%).
- Obstétrica - Ginecológicas: 16 usuarias (0.4)
- Salud Mental: 32 usuarios (0.9 %).
- Cardiovasculares: 185 usuarios (5.0%)
- Otras morbilidades: 3.331 usuarios (90.4%)

Gráfico N°35:



En relación a los motivos de consulta de acuerdo al sexo, tenemos un total de mujeres 2213 (59.5%) y hombres un total de 1509 (40.5%). Lo cúal concuerda con la literatura, que el predominio de consulta es mayor en mujeres en relación a los hombres.

Gráfico N°36:

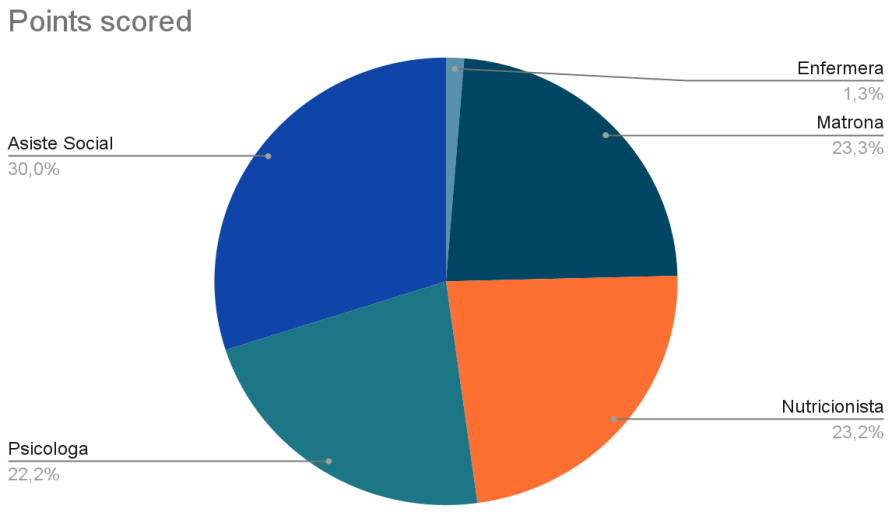


Según el grupo etario que realizó mayor cantidad de consultas médicas fue de 50-54 años con un total de 413 (lo que equivale a un 11,9% del total de consultas médicas), el segundo grupo etario con mayor cantidad de consultas fue de 55-59 años fueron en total 382

consultas (10,26%) y en tercer lugar con mayor cantidad de consultas por grupo etario fue 60-64 años y fueron 327 (8,78%). Y con respecto al grupo etario con menor cantidad de consultas médicas durante el año 2021 fue menor a 1 año, con un total de 59 consultas (1,58%).

Consulta por profesionales no médicos, según el registro estadístico del 2021 hubieron un total de 1589 consultas. Según el sexo la mayor de consultas predomina en mujeres con un total de 1176 (74%) y con un total de 413 consultas por sexo masculino (25,9%). Al segmentar por estamento encontramos que terapeuta ocupacional, tecnologo médico (no UAPO), fonoaudiologa no registran atenciones durante el año 2021. Con respecto a enfermera registra un total de 20 consultas (equivale a un 1,3% del total de consultas por profesionales no médico), matrona realizó en total 371 (23.3%), nutricionista realizó un total de 369 (23.2%), psicóloga realizó un total de 353 (22.2%) y asistente social realizó un total de 476 consultas (30%).

Gráfico N°37:



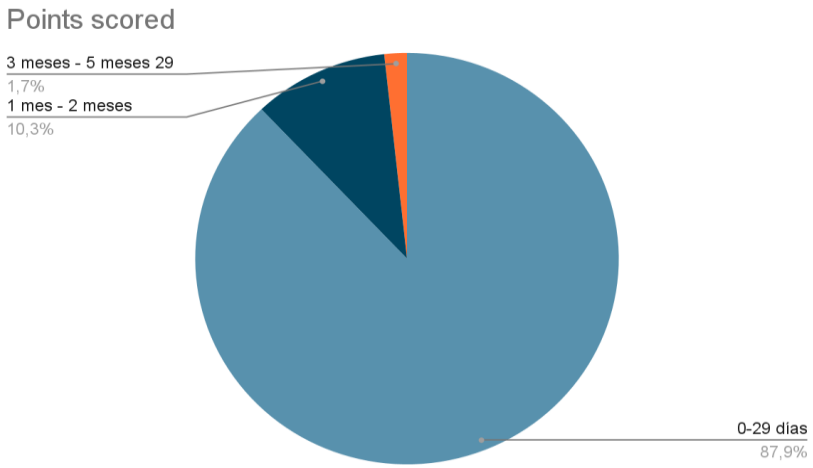
Al analizar el grupo etario de mayor cantidad de consultas por profesionales no médicos, el que registra la mayor cantidad de consultas es de 25-29 años con un total de 139 consultas (lo que equivale a 8.9% del total de consultas por profesionales no médicos), 45-49 años hay un total de 124 (7.80%) y en tercera posición con mayor cantidad de consultas el grupo

etario de 50-54 años con un total de 121 (7.61%). Con respecto al grupo etario con menor cantidad de consultas en está categoría fue de 75-79 años con un total de 30 consultas (0.18%).

Consultas en horario continuado, según el registro estadístico durante el 2021, se realizaron en total 48 consultas, realizadas por otros profesionales. Segun el sexo la mayor cantidad de consultas fue por hombres con un total de 31 (64.5%) y 17 Mujeres (35,4%). Según el grupo etario que realizó mayor cantidad de consulta fue de 40-44 años, con 24 consultas (50%), 1-4 años fueron 10 consultas (20.8%) y 15-19 años fueron 4 consultas (8,3%).

Con respecto a las consultas de lactancia materna en menores controlados por tipo de consultas, hubieron un total de 58, de los cuales al segmentar por sexo 34 consultas fueron por hombre (58.62%) y 24 consultas por mujeres (41,37%). Al dividir por grupo etario consultas de 0 a 29 días, hubieron un total de 51 consultas (equivalente al 87,9% del total de consultas por lactancia materna en menores controlados), consultas de 1 mes a 2 meses de vida en total hubieron 6 controles (10.34%), consultas de 3 meses a 5 meses y 29 días hubieron en total 1 consulta (1.72%). De estas consultas solo hubo 2 con identidad de pueblo originario (equivalente al 3,44% del total de consultas).

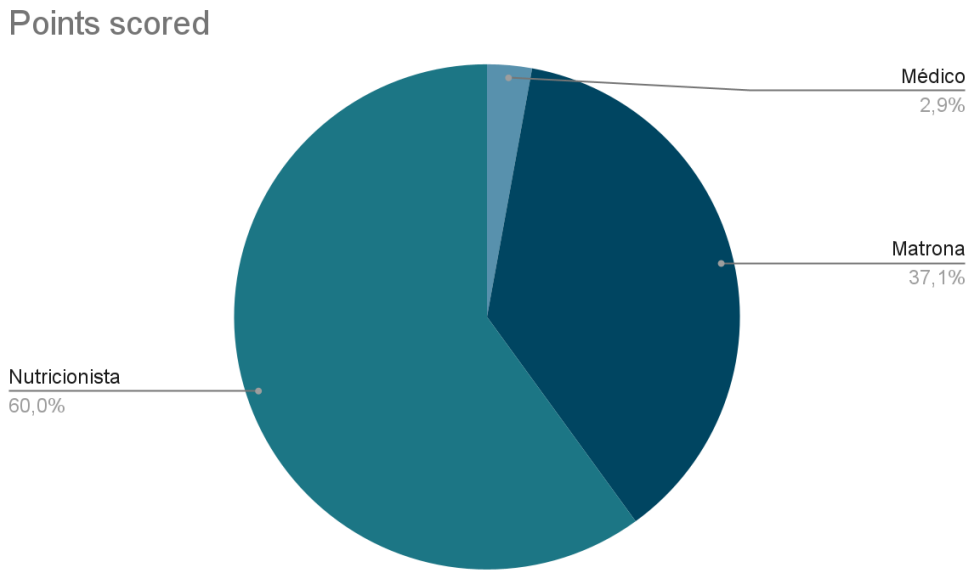
Gráfico N°38:



Consulta en lactancia materna en menores controlados segmentados por estamento se realizaron en total 35 controles de los cuales médico realizó 1 consulta (equivalente al

2,85%), matrona realizó en total 13 consultas (37.14%), nutricionista realizó 21 consultas (60%), enfermera no registra consultas. Al segmentar consultas por grupo etario tenemos que de 0 a 29 días se realizaron en total 30 consultas (85,7%), de 1 mes a 2 meses con 29 días se realizaron en total 4 controles (11.42%), de 3 meses a 5 meses 29 días no se registra atenciones y hubo 1 control de 6 meses a 11 meses 29 días (2.85%).

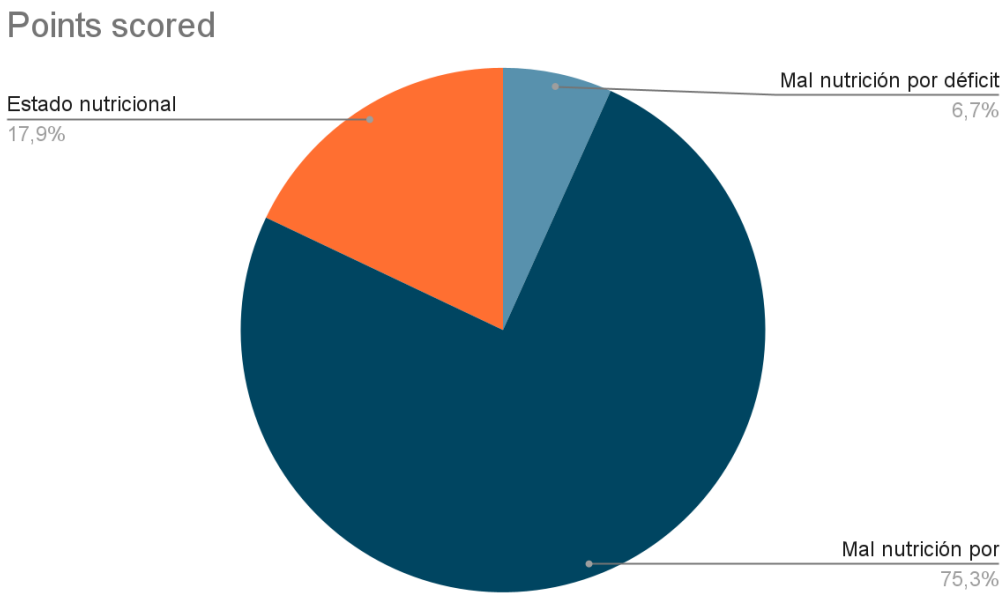
Gráfico N°39:



Con respecto a las consultas por clasificación nutricional según grupo de edad, tenemos que se realizaron en total 312 consultas; según el sexo se realizaron en total 103 consultas masculinas (33.01%) y se realizaron en total 209 consultas sexo femenino (66.98%). Si segmentamos de acuerdo a la clasificación por malnutrición por déficit se realizaron en total 21 consultas (equivalente al total de consultas por clasificación nutricional 6.73%), se realizaron 235 consultas por malnutrición por exceso (75.53%) y con estado nutricional normal en total se realizaron 56 consultas (17,94%). Ver gráfico N° 40. Si clasificamos de acuerdo a la edad el grupo etario con mayor cantidad de consultas se registra 1 a 4 años con un total de 54 consultas (17.30%), lo siguen los grupos etarios de menor a 1 año y de 10 a 14 años, ambos con 41 consultas (13.14%) y lo sigue el grupo etario de 25-29 años

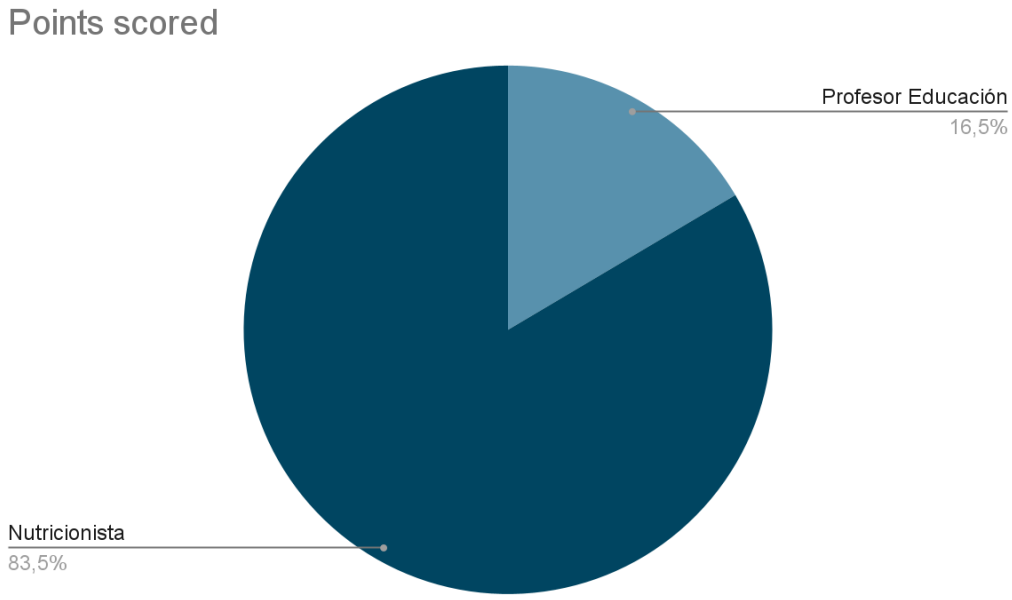
con un total de 30 consultas (9.61%). No se registran atenciones del grupo etario de 75-79 años.

Gráfico N°40:



Con respecto a las consultas e intervenciones individuales realizadas por el programa elige vivir sano, se realizaron un total de 91, de los cuales al dividir por estamento, el profesor de educación física realizó en total 15 consultas (equivalente a 16.48% del total de consultas por el programa elige vivir sano), nutricionista realizó en total 76 consultas (83.51%) y psicóloga no registra consultas. Ver gráfico N° 41. Si clasificamos de acuerdo al grupo etario que mayor cantidad de consultas realizó fue el grupo de 5.-9 años con un total de 16 consultas (17.58%), lo sigue en cantidad de consultas el grupo etario 30-34 años con un total de 12 consultas (13.18%) y en tercer lugar con mayor cantidad de consultas fue el grupo etario de 11 (12.08%). No se registran atenciones de los grupos etarios sobre los 65 años en este segmento.

Gráfico N°41:

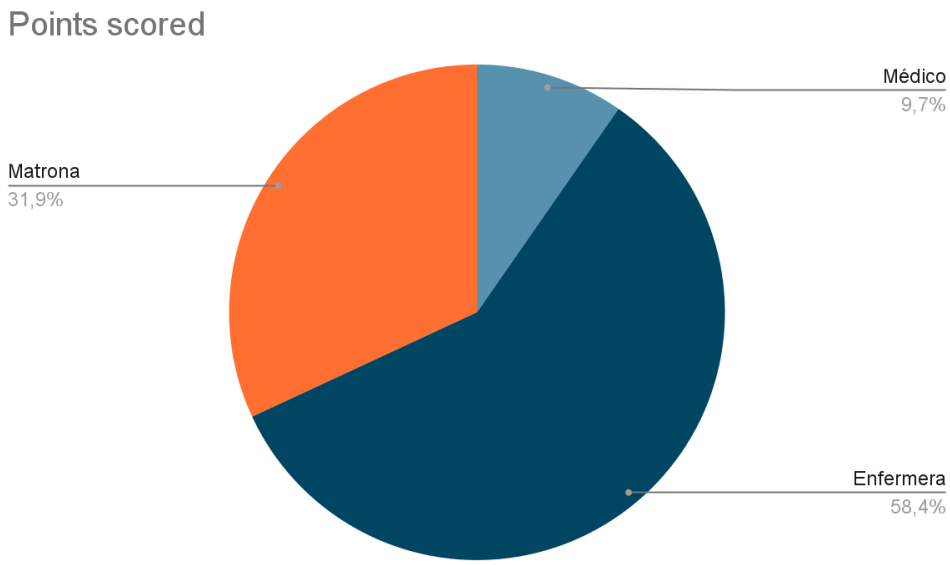


2.2.4.9.2 DESCRIPCIÓN POR CONTROLES

Con respecto a los controles, según el ciclo vital durante el año 2021 se realizaron en total 993 controles. De los cuales médico 96 (9.7%), enfermera realizó 580 controles (58,4%), matrona/ón realizaron en total 317 controles (31.9%) y técnico paramédico no registra controles durante el periodo 2021.

De los cuales el grupo con mayor cantidad de controles es el grupo 15-19 años, que registra un total 144 controles (equivalente a un 14.5%).

Gráfico N°42:



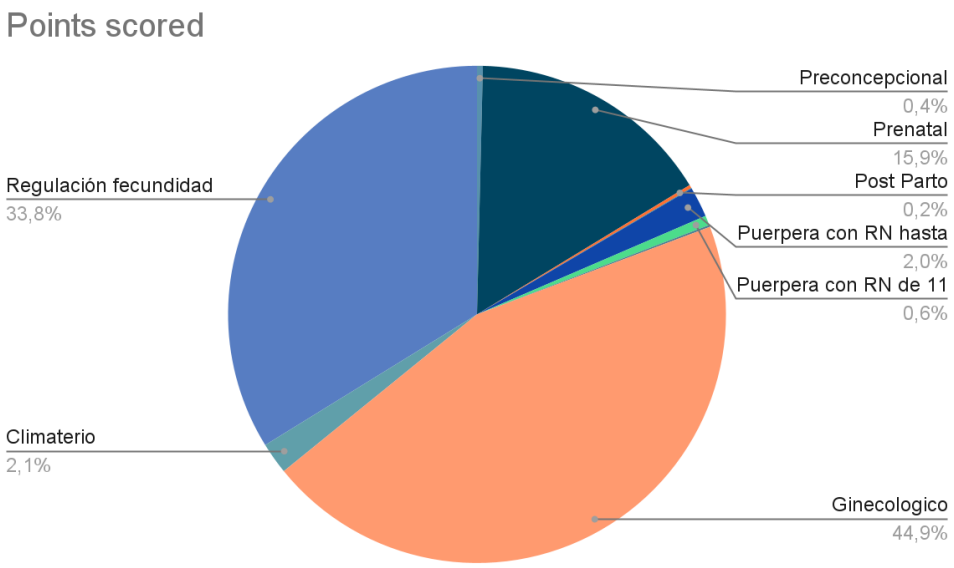
Con respecto a los *controles de salud sexual y reproductiva* se realizaron en total 2387 controles, de los cuales médico realizó 7 controles (0.3%) y matrona 2380 controles (99%), el 100% de los controles fueron realizados a mujeres.

Si lo diferenciamos de acuerdo al tipo de control:

- *Controles Preconcepcionales*, se realizaron en total 9 controles por matrona (0.4% del total de controles de salud sexual y reproductiva); médico 0 controles. La edad de mayor consulta es de 30-34 años (3 controles, equivalente a 33,3%), 25-29 años (2 controles, 22,2%) y 20-24 años (2 controles, 22,2%).
- *Controles Prenatales*, se realizaron en total 380 controles (15,9% del total de controles de salud sexual y reproductiva), médico 1 control de 25-29 años y matrona realizó 379 controles. La edad de mayor cantidad de controles fue de 25-29 años (130 controles, 34,2%), 30-34 años (120 controles, 31,5%) y 20-24 años (92 controles, 24,2%).
- *Controles Post Parto*, se realizaron en total 5 controles (equivalente al 0,2% del total de controles de salud sexual y reproductiva), de los cuales 1 control realizó médico (equivalente al 20% del total de controles post parto) y la matrona realizó 4 controles (80%). El grupo etario que mayor control tuvo fue de 30-34 años, con 3 controles (60%) y de 25-29 años se realizó 2 controles (40%).

- *Controles Post Aborto*, durante el epriodo 2021 se realizo un control (equivalente al 0,04% del total de controles de salud sexual y reproductiva), por matrona de grupo etario de 25-29 años.
- *Controles Puérpera con recién nacido*, se realizaron en total 47 controles, todos realizados por matrona (equivalente al 2%, del total de controles de salud sexual y reproductiva). El grupo etario de mayor cantidad de controles fue de 30-34 años con 16 controles (34%), 25-29 años con 15 controles (31,9%) y 20-24 años con 13 controles (27,6%).
- *Controles Puérpera con recién nacido entre 11-28 días*, se realizaron en total 15 controles (equivalente al 0,6% del total de controles de salud sexual y reproductiva), todos realizados por la matrona. El grupo etario con mayor cantidad de controles fue de 25-29 años con 4 controles (26,6%), 35-39 años con 3 controles (20%), 40-44 años con 3 controles (20%) y el grupo de 20-24 años con 3 controles (20%).
- *Controles con recién nacido hasta 10 días*, se realizaron en total 3 (equivalente al 2% del total de controles de salud sexual y reproductiva), todos los controles realizados por la matrona. Grupo etario de mayor consulta menor de 1 mes, 3 controles (100%).
- *Control Ginecológico*, se realizaron en total 1071 (equivalente a un 44,9% del total de controles de salud sexual y reproductiva). Todos los controles realizados por matrona, los grupos etarios con mayor cantidad de controles fue de 50-54 años con 176 (16,4%), luego el grupo de 45-49 años con 167 controles (15,5%) y el grupo de 55-59 años con 165 controles (15,4%).
- *Control de climaterio*, se realizaron en total 49 (equivalente a un 2,1%% del total de controles de salud sexual y reproductiva), los cuales fueron realizados por médico 5 controles (10,2%) y matrona realizó 44 controles (89.7%). Los grupos etarios con mayor cantidad de controles fue de 45-49 años con un total 27 (55,1%), luego 50-54 años con un total de 17 (34,6%) y de 55-59 años con un total de 5 controles (10,2%).
- *Controles de regulación de la fecundidad*: Se realizaron por matrona un total 807 controles (equivalente a un 33,8% del total de controles de salud sexual y reproductiva). Los grupos etarios con mayor cantidad de controles fue de 15-19 años con un total de 180 controles (22,3%), de 30-34 años con un total 134 controles (16.6%) y de 20-24 años con un total de 123 controles (15.2%).

- Gráfico N°43:



2.2.4.9.3 CONTROLES SEGÚN PROBLEMAS DE SALUD

Con respecto a los *controles cardiovasculares*, durante el año 2021 se realizaron en total 2747 controles; de los cuales corresponden 1723 controles a mujeres (63%) y 1024 controles a hombres (37%).

Si diferenciamos los controles cardiovasculares por estamento, el médico realizó en total 1543 (56%), enfermera realizó 476 (17.3%), matrona realizó 524 (19%) y técnico paramédico realizó 204 controles (7,4%).

El grupo etario con mayor cantidad de controles cardiovasculares fue de 65-69 años con un total de 397 (equivalente a un 14,4% del total de controles cardiovasculares), en segundo lugar tenemos el grupo etario 55-59 años con un total de 385 controles (14%) y como tercer grupo etario con mayor cantidad de controles fue 60-64 años con un total de 375 (13%).

Con respecto a *controles a otros problemas de salud,* se realizaron en total 1453, de los cuales fueron 885 controles a mujeres (61%) y 568 a hombres (61%). Si diferenciamos por estamento los técnicos paramédicos realizaron la mayor cantidad de controles con un total de 1389 (equivalente a un 95% del total de controles), luego sigue los médicos con un total

de 40 (2.7%), las nutricionistas realizaron en total 24 controles (1,6%), matrona y enfermera en está sección no registran controles.

Si diferenciamos este tipo de control, en relación al grupo etario con mayor cantidad de consultas fue de 70-74 años con un total 166 (11.4%), luego sigue el grupo etario de 60-64 años con un total de 160 controles (11%) y el tercer grupo etario con mayor cantidad de consultas fue el grupo de 55-59 años con un total de 137 controles (9.4%).

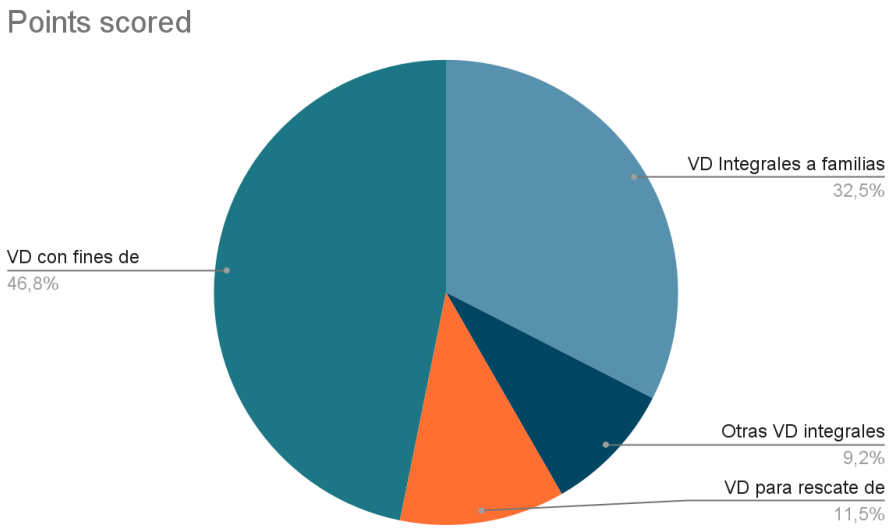
Con respecto a los *controles por infección de transmisión sexual* no hay registros durante el año 2021, al igual que el control a niños con necesidades especiales.

2.2.4.9.4 DESCRIPCIÓN DE VISITAS DOMICILIARIAS, ACTIVIDADES EN DOMICILIO Y OTROS ESPACIOS

Con respecto a las visitas domiciliarias realizadas durante el periodo 2021, se realizaron en total 1.733, las cuales fueron:

- Visitas Domiciliarias Integrales a familia, durante el periodo 2021 se realizaron en total 577 (33,3% equivalente al total de visitas domiciliarias realizadas durante el 2021).
- Otras Visitas domiciliares integrales: En total se realizaron 157 (9%).
- Visitas para rescate de pacientes inasistentes: Se realizaron 197 visitas (11.4%).
- Visitas Domiciliarias con fines de tratamiento/procedimiento en domicilio: En total se realizaron 802 visitas domiciliarias (46.3%), de las cuales fueron:
    - Dependencia Leve: 31
    - Dependencia moderada: 71
    - Dependencia severa: 319 Oncológicos: 20 - No oncológicos: 299.
    - En cuidados paliativos: 67
    - Otras visitas: 277
    - Atención odontológica: 4
    - Otras visitas con otros fines a personas con dependencia severa: 32
    - Atención nutricional, con alimentación enteral: 1

Gráfico N°44:

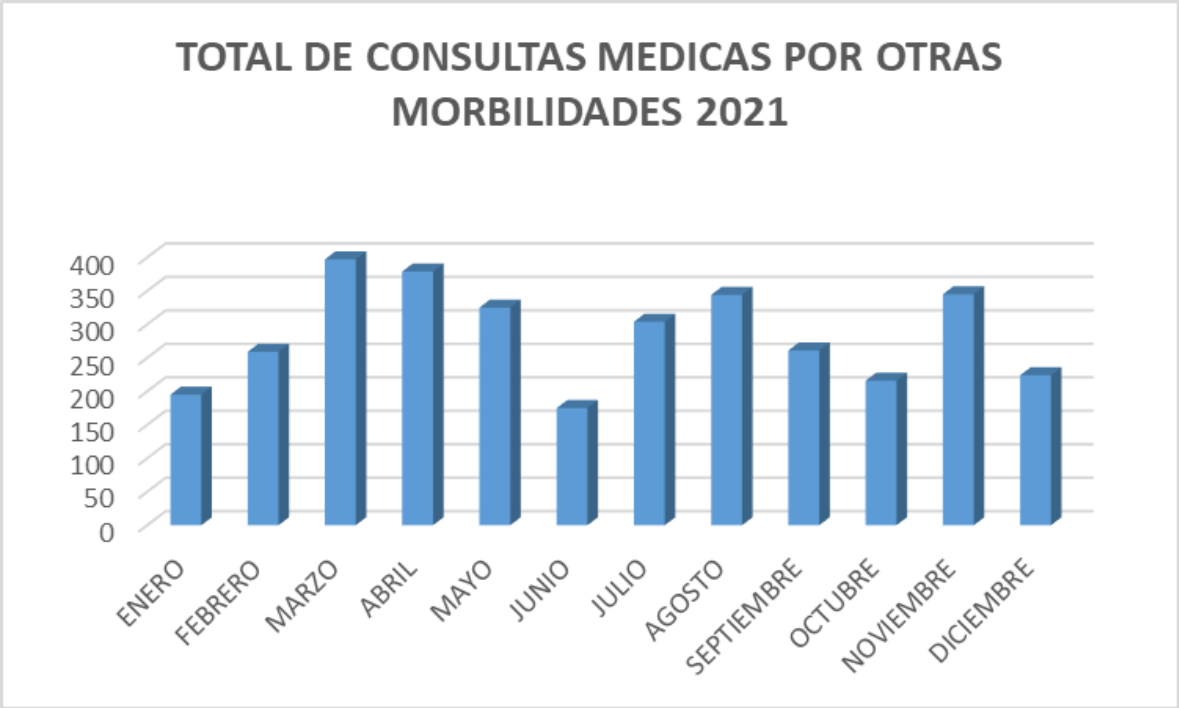


2.2.4.9.5 DESCRIPCIÓN DE PEAK DE CONSULTAS DETERMINADA POR CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y SOCIODEMOGRÁFICA

Durante el año 2021 del total de consultas médicas realizadas, el tipo de consulta más predominante por lejos son las consulta médicas por otras morbilidades, donde se realizaron un total de 3.371 atenciones en el año, destacando el mes de marzo con un máximo de consultas mensuales de 397 atenciones, correspondiente a un 11.77% del total anual.

Por el contrario, el mes con menor cantidad de consultas de morbilidad es el mes de junio con un total de 175 atenciones, lo que corresponde a un 5.19% del total anual.

Gráfico N°45: Total de consultas médicas por otras morbilidades 2021

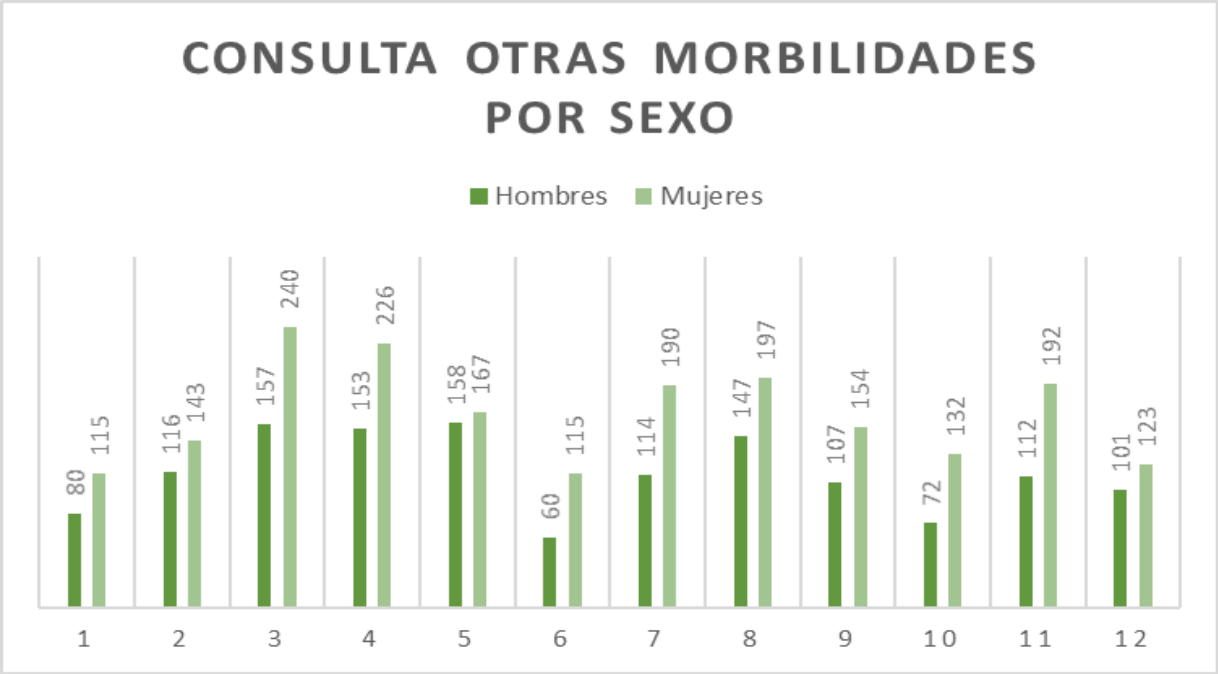


Consolidado mensual 2021 REAM 04, sección A Consultas médicas

Al realizar la comparativa por sexo, se puede visualizar que mensualmente quienes mas consultan mes a mes, corresponde al sexo femenido, donde en el mes mes de marzo, existe un diferencial de consultas entre hombres y mujeres de 83 atenciones del total mensual, lo que corresponde a un 20.9% mas de consultas.

Por otro lado, incluso los menses con menor cantidad de consultas en el año, es posible analizar comparativamente por sexo y ver porcentajes diferenciales atencion cercanos al 20% entre hombres y mujeres.

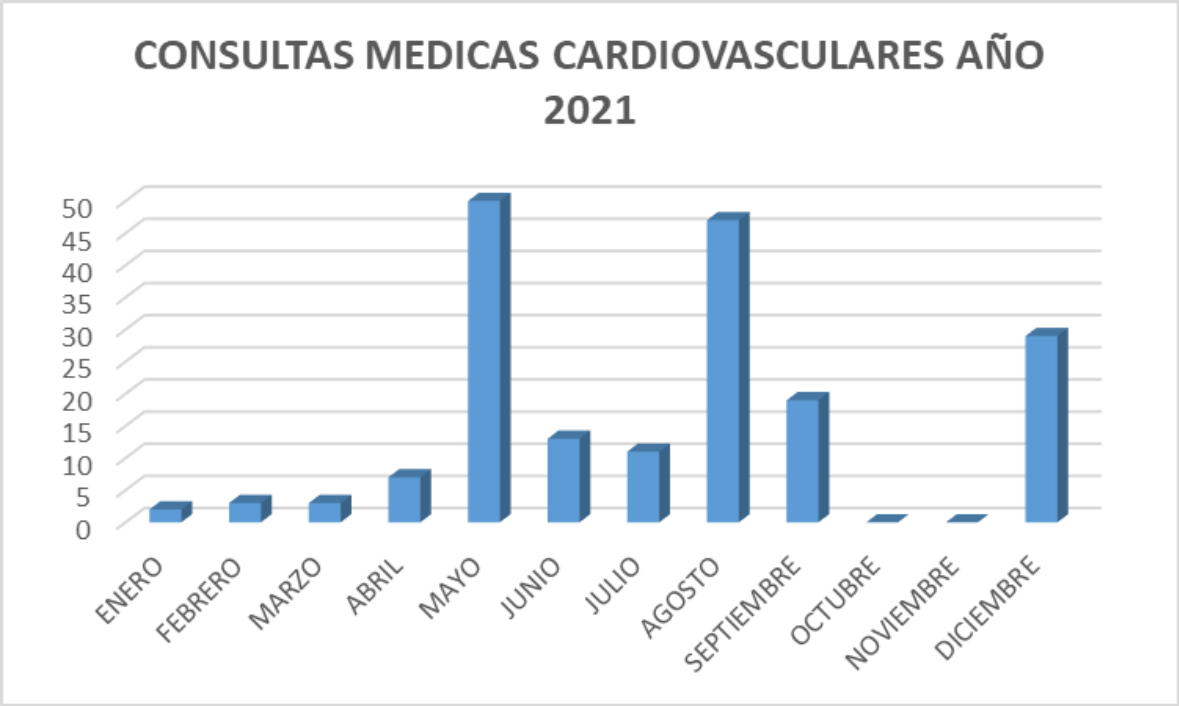
Gráfico N°46: Consulta otras morbilidades por sexo



Consolidado mensual 2021 REAM 04, sección A Consultas médicas

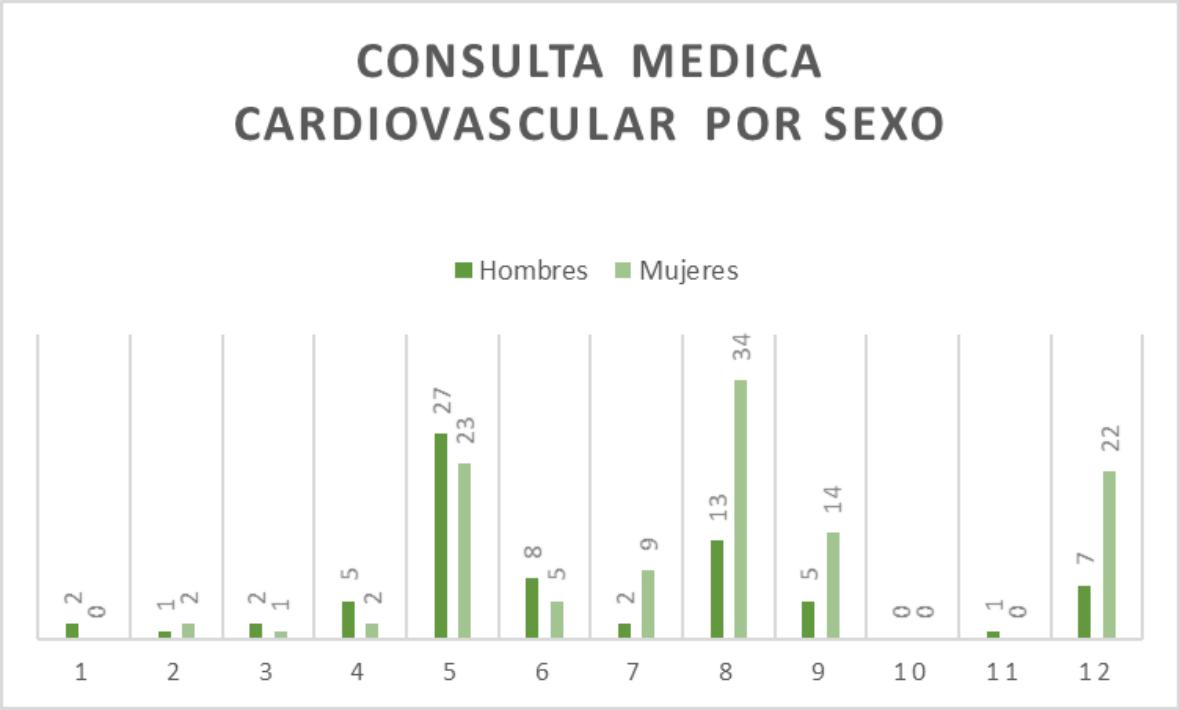
En segundo lugar, se encuentran las consultas médicas por motivos cardiovasculares, con un total anual de consultas de 185 atenciones, muy por debajo de las consultas por otras morbilidades, el mes con mayor cantidad de consultas es el mes de mayo, con un total de 50 atenciones, correspondiente al 27% del total del valor anual.

Gráfico N°47: Consultas médicas cardiovasculares año 2021



Consolidado mensual 2021 REAM 04, sección A Consultas médicas.

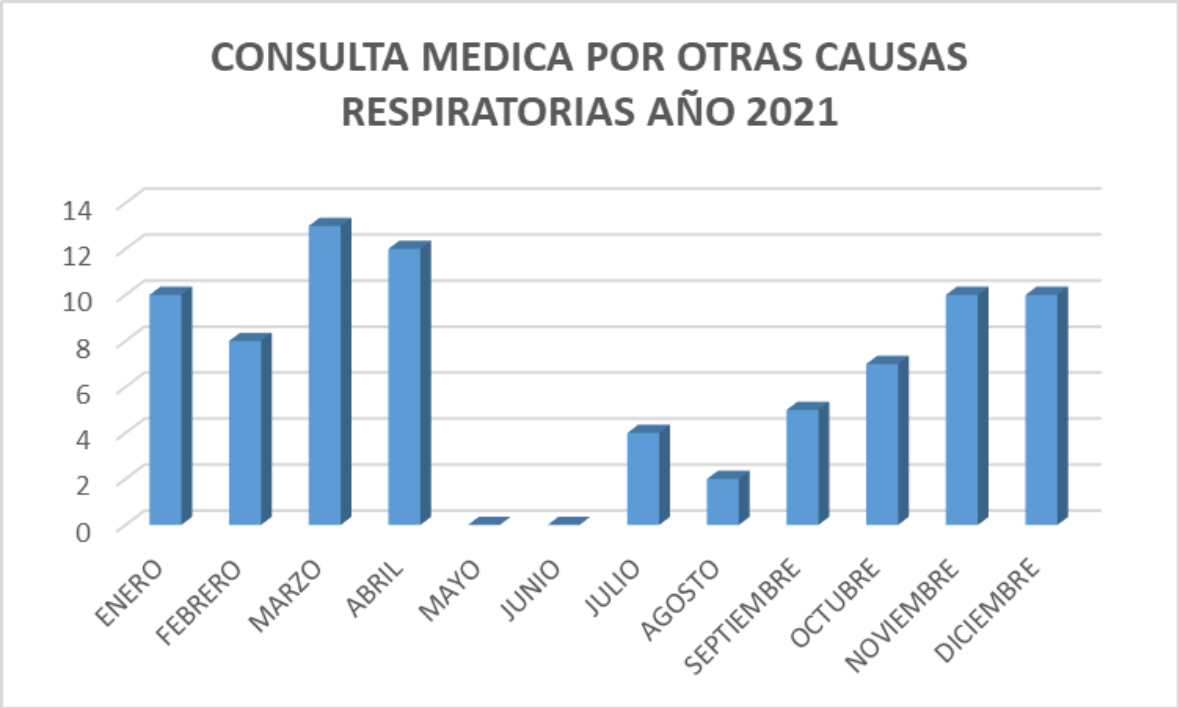
Gráfico N°48: Consulta médica cardiovascular por sexo



Consolidado mensual 2021 REAM 04, sección A Consultas médicas

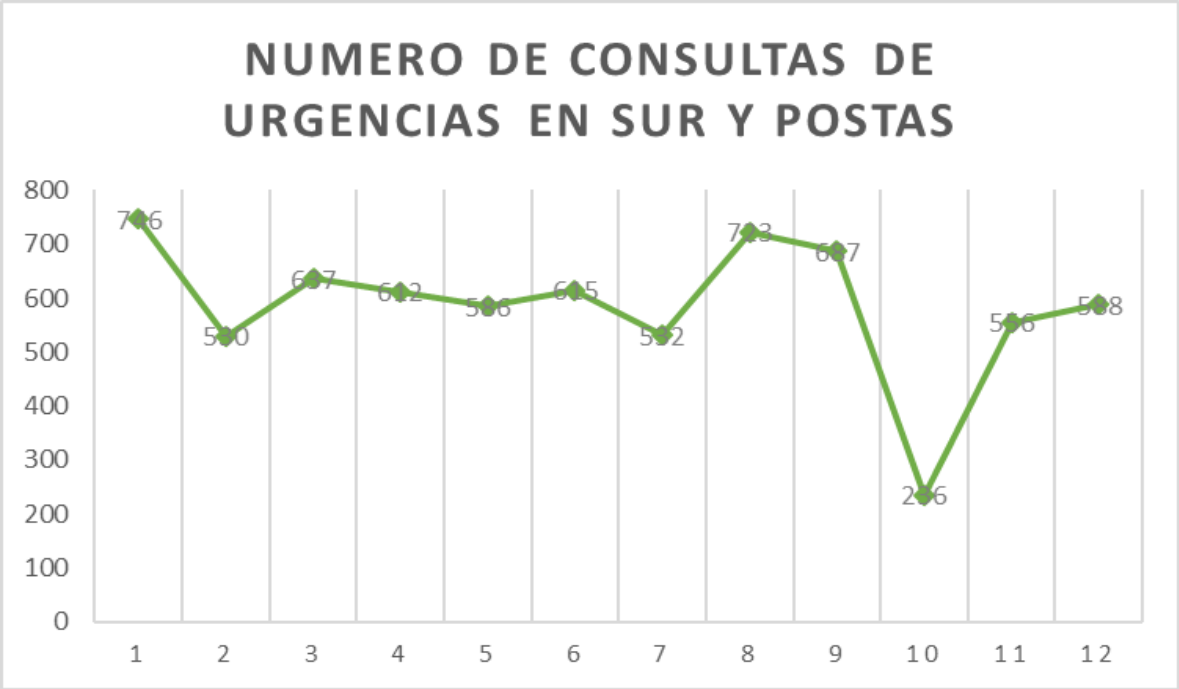
Al realizar el analisis comparativo por sexo, podemos visualizar que en el mes de mayo, del total de 50 atenciones el 54% corresponde al sexo masculino y un 46% al sexo femenino, manteniendo la tendencia a excepción de los meses de agosto, septiembre y diciembre, donde el mayor % de atenciones corresponde al sexo femenino.

Gráfico N°49: Consulta médica por otras causas respiratorias año 2021



En cuanto a las enfermedades de carácter respiratorio, podemos visualizar que en lo que los meses con mayores consultas son marzo y abril, con porcentajes que oscilan entre un 14 y 15% del total de atenciones anual que son 81 consultas.

Gráfico N°50: Número de consultas de urgencias en sur y postas

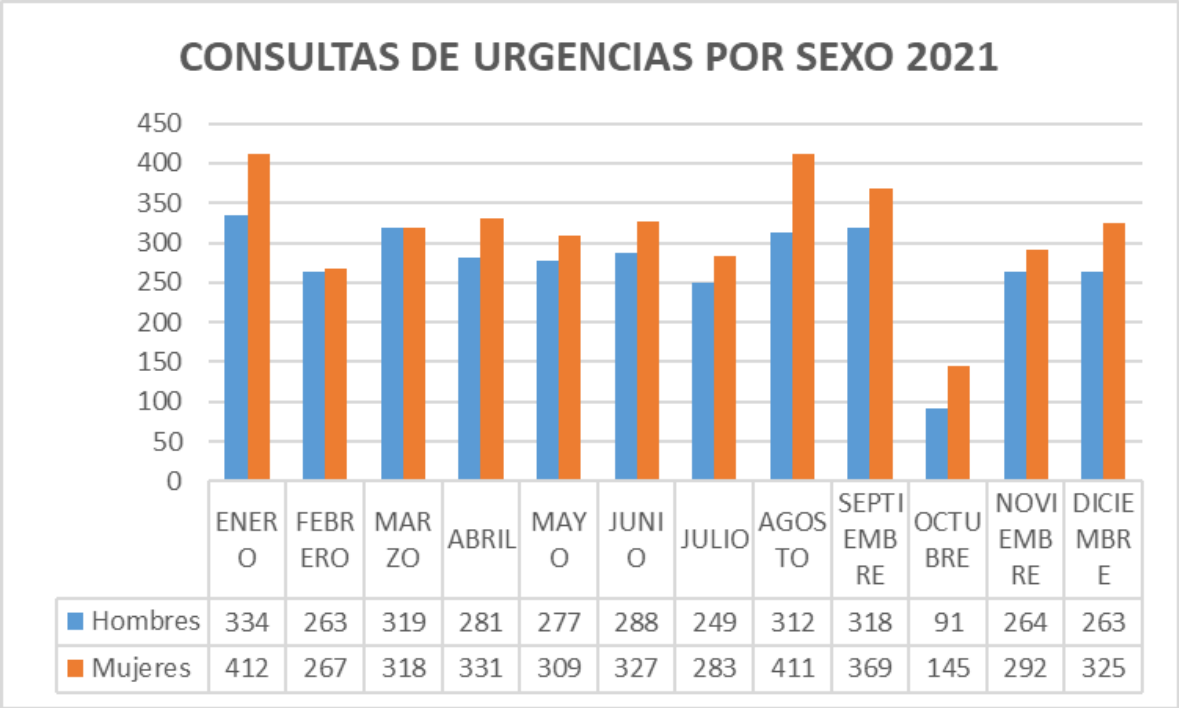


Número de consultas por mes de urgencias en SUR y postas, Consolidado mensual 2021 REM A08, sección A.5

Por otro lado, en lo que respecta a las atenciones de urgencia, el mes con mayor cantidad de consultas, es el mes de marzo con un total de 746 atenciones, de un total anual de 7.028 atenciones, lo que corresponde a un 10.6% del total anual.

En cuanto a las consultas diferenciadas por sexo, se mantiene la tendencia de un mayor numero de consultas por parte de mujeres, que de hombres, con hasta un 14%e consultas mas en algunos meses por partes del sexo femenino.

Gráfico N°51: Consultas de urgencias por sexo 2021



Consolidado mensual 2021 REM A08, sección A.5

2.2.4.9.6 BARRERAS DE ACCESO PARA LA ATENCIÓN

Las barreras se presentan en todos los contextos de desarrollo social y económico estudiados, y en distintos esquemas de financiamiento y aseguramiento de salud, incluso en países donde existe cobertura universal. Por lo que al basarnos en el modelo de Tanahashi, las principales barreras en las comuna de Maullín son:

- ❖ Accesibilidad:
  - Falta de disponibilidad de horas de profesionales (médico, podóloga, etc).
  - Falta de disponibilidad de horas de exámenes de sangre.
  - Falta de locomoción de transporte público de los diferentes sectores (tanto vía terrestre como vía marítima).
  - Listas de espera.
- ❖ Disponibilidad:
  - Elevado costo de medicamentos e insumos.

- Baja oferta laboral y disponibilidad de médicos para la zona.
- Falta de mantención de infraestructura y del equipamiento en los servicios de salud de la comuna de Maullín.
- Falta de capacitación y proceso de inducción a los profesionales.

Barreras de acceso, externas:

- Distribución geográfica de la comuna.
- Ruralidad.
- Clima de la zona.

2.2.4.9.7 FACILITADORES DE ACCESO PARA LA ATENCIÓN

Transporte de Diálisis: El departamento de Salud de Maullín, coordina y dispone de vehículos para el transporte de usuarios al centro de diálisis en Puerto Montt desde el año 2008. Cabe mencionar que en la comuna de Maullín no hay un centro de diálisis y gran parte de los usuarios que requieren de este servicio, son de escasos recursos. En la actualidad se trasladan del sector urbano 14 usuarios y 5 usuarios del sector rural (Quenuir), este último requiere de un móvil exclusivo para este servicio por la distribución geográfica del sector.

Equipo de Comunicación: Los recursos audiovisuales fomentan la estrategia de entrega de información a la comunidad, por lo que el Departamento de Salud de Maullín, cuenta con un equipo integrado por un locutor y un camarógrafo, con el fin de elaborar, promocionar, educar e informar a la comunidad en las diferentes plataformas disponibles (página web oficial, radio, cápsulas audiovisuales, etc).

Convenio Radial: Desde el año 2001, se comienza un programa radial llamado “Salud en Acción” con el fin de informar y educar sobre diferentes temas de interés a la comunidad. Actualmente todos los días miércoles a las 10:30 hrs en una radio local de la comuna, el cual es dirigido por el equipo de comunicación y en conjunto con funcionarios del Departamento de Salud de Maullín.

Facilitador Interculturalidad: Desde el año 2021 el Departamento de Salud de Maullín, cuenta con una facilitadora (o amuldungufe) en el Centro de Salud Familiar de Carelmapu con el fin de impulsar diferentes estrategias para permitir el acceso de las personas de los pueblos originarios y usuarios que lo soliciten, a una atención en salud con enfoque intercultural y complementario donde puedan obtener resolución integral y oportuna de sus necesidades de salud.

2.2.4.9.8 DATOS OIRS SOBRE RECLAMOS, SUGERENCIAS, SOLICITUDES Y FELICITACIONES

Tabla N°72: OIRS 2021

Centro de Salud	Reclamo	Felicitaciones	Sugerencia
Maullin	1	0	1
Carelmapu	-	-	-
Equipo rural	3	1	0

Tabla N°73: OIRS 2022

Centro de salud	Reclamo	Felicitaciones	Solicitud	Sugerencia
Maullin	17	4	0	2
Carelmapu	7	0	0	0
Desam	0	1	0	0

Equipo rural	7	1	1	0

Respecto a los datos OIRS 2021 - 2022 se ve notoriamente la implementación de Oficina OIRS con la designación de profesional Trabajadora Social Encargada, con lineamientos, bajada de información a la comunidad mediante Consejo Comunal de Salud y realización de protocolo OIRS en año 2022.

Por lo anterior, para el año 2023 se utiliza como herramienta con los datos obtenidos para mejora de la gestión.

2.3 BRECHA SANITARIA Y ASISTENCIAL

La Brecha Sanitaria debe evidenciar la distancia entre los estándares de salud que la comuna desea lograr y la realidad sanitaria actual. Para ello utiliza el DNS y los estándares fijados localmente o por la autoridad sanitaria.

La Brecha Asistencial corresponde a la diferencia entre los recursos en salud disponibles (modulado por el modelo de gestión y el modelo de gestión actualmente implementado), y los recursos en salud necesarios para responder a la brecha sanitaria antes detectada (considerando una gestión optimizada y adecuaciones al modelo de atención imperante). Para estimar la brecha asistencial se debe utilizar el DRS y los recursos adicionales que se requerirían para abordar la brecha sanitaria.

Imagen N°7: Brecha sanitaria y asistencial



EQUIPAMIENTO DESAM MAULLÍN

Cesfam Carelmapu:

Tabla N°74: Equipamiento Cesfam Carelmapu

NOMBRE EQUIPO	CANTIDAD	MARCA	MODELO	ESTADO
Oximetro de pulso	5	Choicemed JZIKL	MD300C22 2020040945128	Bueno Bueno
Termómetro	2	Cranberry Vital sec	ISI-9001-2008 No tiene	Bueno Bueno
Glucómetro	1	On-call-extra	OGM-191	Bueno
Smart TV	1	LG	LJ5500	Bueno
Camilla clínica	10			Bueno

Camilla ginecológica	1			Bueno
Camilla infantil	1			Regular
Escabel	10			Regular
Pedalera	3			Regular
Refrigerador	1	CONSUL	340	Malo
Bicicleta estática	2	SPORT (2) - Bike (1)		Bueno (2) - Regular (1)
Set de mancuernas 3 kg (par)	1			Bueno
Ventilador	1	KENDAL	KZF16167	Bueno
Mesa bobath	1			Bueno
Espaldera	1	MAGAL		Bueno
Mini elíptica	1			Bueno
Balón maní terapeutico	2			Bueno
Balón terapéutico 75 cm	3			Bueno
Bosu ball	2			Bueno

Step de 2 niveles	2			Bueno
Cama elástica	1			Bueno
Colchoneta pequeña	4			Bueno
Colchoneta grande	1			Bueno
sos libres 0,8; 1,5 y 2,4 kg (par)	3			Bueno
Foam Roller	3			Bueno
Rollos bandas elásticas (azul y negro)	2			Bueno
Ruedas abdominales	2			Bueno
Push up (par)	1			Bueno
Conos naranjos	10			Bueno
Conos lentejas	40			Bueno
Mini vallas de entrenamiento	3			Bueno
Banca	1			Bueno
Pesas tipo pelota (0,5;1,2,3 y 4)	4	SD		Bueno
Pelotas volley	2			Bueno

Pelotas basquetbol	3			Bueno
Mini erizos	3			Bueno
Pelotas de tenis	9			Bueno
Balanza	1	SECA		Bueno
Impresora	1	HP	LASER JET PRO MFPM125fn	Bueno
Horno electrico	1	SOMELA	STEEL OVEN	Bueno
Termolaminadora	1			Bueno
Pistola de masajes	1	KINEGUN	KINEGUN PRO	Bueno
Sillas de escritorio	2			Bueno
Notebook	2	HP		Malo
TENS	5	MioCare TENS	7000	Bueno (4) - Regular (1)
US	1	CURRENT SOLUTIONS	COMBO CARE	Bueno
Paila eléctrica	1	OSTER		Bueno
Pistola aire caliente	1	Baucker		Bueno
Compresero	1			Regular

Sillón Dental	1	Denimed	Desconocida	Regular
Destartrador ultrasónico	1	Dentsply	Cavitron bobcat pro	Bueno
Lampara de fotocurado	1	3M	Elipar Deepcure-L	Bueno
Equipo de rayos x Intraoral	1	Runyes	Ray 68	Bueno
Radiovisiografo intraoral	1	Trophy	RVG Element	Bueno
Localizador apical	1	Dentsply	Propex pixi	Bueno
Refrigerador clínico	1	HAIER	HYC-390	Bueno
Equipo de presión	9	OMRON	HEM-7120	Bueno
Glucómetro	5	I-CALL-EXTRA	OGM191	Bueno
Equipo Colesterol	4	ARDIO CHECK-		Bueno
Monitor de pérdida de grasa	1	OMRON	HBF-306INT	Bueno
Balanza digital pediátrica	1	ADR	M112600	Bueno
Balanza Adulto	4	SECA	SECA	Bueno

Refrigerador	2	MADEMSA	NORDIKME 180/220/50 303 LITROS	Bueno
Monitor	1	Meditech	900B Desfibrilador	Malo
DEA	1	Life-line AED	DAU-100E	Bueno
Otoscopio	1	Welck vallyn	No tiene	Malo
Espirómetro portátil	1	Spirolab III	No tiene	Malo
Citofono	29			Bueno

Tabla N°75: Equipamiento Centro de Salud Maullín

BOX KINESIOLOGA			
Nombre/Equipo	**Cantidad**	**Marca/Modelo**	**Estado**
Computador de Escritorio	1	Hp	Bueno
Teléfono fijo	1	NEC	Bueno
Balanza con tallímetro	1	Detecto	Bueno
Medidor de Presión	1		Bueno
Hemoglucotest	1		Bueno
Equipo de Colesterol	1	Cardiochek	Bueno
Saturometro	1	Jsiki	Bueno
Termómetro	1	HTD8813C	Bueno
Lavamanos	1		Bueno
Dispensador de papel	1	Eliter	Bueno
Calentador a gas	1	ELKO	Regular
Camilla	1		Bueno

Nombre/Equipo	**Cantidad**	**Marca/Modelo**	**Estado**
Pedalera	1		Regular
Pesas 1 kg	2		Bueno

Pesas 2 kg	2		Bueno
Tobilleras 500 gramos	2		Bueno
Tobilleras 1.5 kilos	2		Bueno
Tobilleras 2.5 kilos	2		Bueno
Teraband	3	Rojo, negro y azul	Regular

BOX ASISTENTE SOCIAL			
Nombre/Equipo	**Cantidad**	**Marca/Modelo**	**Estado**
Computador de Escritorio	1	Hp	Regular
Impresora	1		Bueno
Teléfono fijo	1	NEC	Bueno
Escritorio	1		Regular
Mueble/Repisa	2		Bueno
Calentador a gas	1		Regular
Lavamanos	1		Bueno
Dispensador de papel	1	Elite	Bueno

BOX MATRONA			
Nombre/Equipo	**Cantidad**	**Marca/Modelo**	**Estado**
Computador de Escritorio	1	Hp	Bueno
Teléfono fijo	1		Bueno
Calentador a gas	1	RECCO	Bueno
Camilla ginecológica	1		Bueno
Muebles/Estantes	3		Bueno – Malo
Escritorio	1		Malo
Pesa/Tallímetro	1	Detecto	Bueno
Esfigmomanómetro	1		Bueno
Baño (taza + Lavamanos)	1		Bueno
BOX MEDICO 1			
Nombre/Equipo	**Cantidad**	**Marca/Modelo**	**Estado**
Computador de Escritorio	1	Hp	Bueno
Teléfono fijo	1	NEC	Bueno
Calentador a gas	1	Elko	Regular
Mueble Escritorio	1		Bueno
Mueble Repisa	1		Bueno
Camilla	1		Bueno
Escabel	1		Bueno
Lavamanos	1		Bueno
Impresora	1	Epson	Buena
Dispensador de papel	1	Elite	Bueno

Esfigmomanómetro	1		Regular
Pesa/tallímetro	1	Detecto	Bueno

BOX DENTAL			
Nombre/Equipo	**Cantidad**	**Marca/Modelo**	**Estado**
Computador de Escritorio	1	Hp	Bueno
Teléfono fijo	1	NEC	Bueno
Calentador eléctrico	2	Somela	Bueno
Mueble Escritorio	1		Bueno
Mueble Repisa	9		Regular
Sillón Dental	2	Ritter	1 Regular – 1 Malo
Lavamanos	3		Buenos
Dispensador de papel	3		3 Regular
Basureros	3		Malos

BOX PSICÓLOGA 2 **Refiere que pertenecen al programa no al DEPARTAMENTO**			
Nombre/Equipo	**Cantidad**	**Marca/Modelo**	**Estado**
Computador de Escritorio	1	Hp	Bueno
Impresora	1		Bueno
Calentador eléctrico	1		Bueno
Escritorio	1		Bueno
Mueble Repisa	1		Bueno
Sillón	1		Bueno

BOX PSICÓLOGA 1			
Nombre/Equipo	**Cantidad**	**Marca/Modelo**	**Estado**
Computador de Escritorio	1	Hp	Bueno
Teléfono fijo	1		Bueno
Calentador a gas	1	ELKO	Bueno
Escritorio	1		Regular
Mueble Repisa	1		Bueno
Lavamanos	1		Bueno

BOX DE PROCEDIMIENTOS			
Nombre/Equipo	**Cantidad**	**Marca/Modelo**	**Estado**
Computador Notebook	1	Accer	Regular

Teléfono fijo	1	NEC	Regular
Lavamanos	4		3 Bueno – 1 Malo
Escritorio	1		Bueno
Mueble Repisa	4		Bueno
Camilla	1		Bueno
Electrocardiograma	1	Btl	Bueno
Basurero	1		Regular
Calentador a gas	1	Elko	Bueno
Dispensador de papel	1	Elite	Bueno
Medidor de presión (manual)	1		Bueno
Saturometros	1		Bueno
Termómetro	1		Bueno
Glucómetro	1		Bueno
DEA	1	CardiacScience	Bueno
Escabel	1		Bueno
BOX PREPARACIÓN DE PACIENTES			
Nombre/Equipo	**Cantidad**	**Marca/Modelo**	**Estado**
Computador Escritorio	1	Lenovo	Regular
Escritorio	1	-	Bueno
Teléfono fijo	1	NEC	Bueno
Lavamanos	1		Bueno
Dispensador de papel	1	Elite	Bueno
Pesa/Tallimetro	1	Detecto	Bueno
Calentador eléctrico	1	Somela	Malo
Estantes/Repisas	2		Regular – Malo
Medidor de presión	1	Omron	Bueno
Glucómetro	1	On.kall	Bueno
Saturometro	1	Oxiwath	Bueno
Termómetro Digital	1	Sku	Bueno

SOME 1-2			
Nombre/Equipo	**Cantidad**	**Marca/Modelo**	**Estado**
Computador de Escritorio	2	Lenovo – Samsung	Regular
Impresora	2	Brother	Regular
Lavamanos	1		Bueno
Escritorio	2		Bueno
Mueble Repisa	4		Bueno
Teléfono fijo	1	NEC	Bueno

BOX MEDICO 2

Nombre/Equipo	**Cantidad**	**Marca/Modelo**	**Estado**
Computador de Escritorio	1	Lenovo	Bueno
Teléfono fijo	1	NEC	Bueno
Calentador a gas	1	Recco	Bueno
Mueble Escritorio	1		Bueno
Mueble Repisa	2		Bueno
Camilla	1		Bueno
Escabel	1		Bueno
Lavamanos	1		Bueno
Impresora	1	Hp	Buena
Dispensador de papel	1	Elite	Bueno
Medidor de presión	1		Regular
Pesa/tallimetro	1	Detecto	Bueno
Saturometro	1		Bueno

FARMACIA			
Nombre/Equipo	**Cantidad**	**Marca/Modelo**	**Estado**
Computador de Escritorio	3	Lenovo – hp – Packard bell	Regular
Impresora de etiqueta	1	Zebra	Buena
Lavamanos	1		Regular
Escritorio	3		Regular
Mueble Repisa	6		Bueno
Teléfono fijo	1	NEC	Bueno
Refrigerador	1	Lg	Bueno
Mini bar	1	Lg	Bueno
Calentador a gas	1	Elko	Bueno

LABORATORIO DENTAL			
Nombre/Equipo	**Cantidad**	**Marca/Modelo**	**Estado**
Computador de Escritorio	1		Malo
Dispensador de papel	1	Elite	Bueno
Lavaplato	2		Bueno
Escritorio	2		Regular
Mueble Repisa	4		Bueno
Cocinilla eléctrica	1	Simple	Regular
Motor de trabajo	1	maratón 5	Bueno
Motor de trabajo2	1		Bueno
Inductor eléctrico	1	Denstra	Bueno
Mechero de gas	1		Bueno
Motor pulidor	1	Driskicl	Bueno

Prensa Hidráulica	1		Buena
Vibradora	1	BHsopline	Bueno
Calentador eléctrico	2	Airoline	Malo

BOX ENFERMERA			
Nombre/Equipo	**Cantidad**	**Marca/Modelo**	**Estado**
Computador de Escritorio	1	Lenovo	Bueno
Teléfono fijo	1	NEC	Bueno
Calentador a gas	1	Recco	Bueno
Mueble Escritorio	1		Bueno
Mueble Repisa-Estante	2		Bueno
Camilla	1		Bueno
Escabel	1		Regular
Lavamanos	1		Bueno
Impresora	1	Hp	Buena
Dispensador de papel	1	Elite	Bueno
Medidor de presión	1		Regular
Pesa/tallimetro	1	Detecto	Bueno
Basurero	2		Regular

BOX NUTRICIONISTA			
Nombre/Equipo	**Cantidad**	**Marca/Modelo**	**Estado**
Computador de Escritorio	1	Hp	Bueno
Teléfono fijo	1	NEC	Bueno
Calentador a gas	1	Elko	Regular
Mueble Escritorio	1		Bueno
Mueble Repisa-Estante	1		Bueno
Basurero	1		Bueno
Escabel	1		Regular
Lavamanos	1		Bueno
Glucómetro	1		Bueno
Dispensador de papel	1	Kimberly Clark	Bueno
Medidor de presión	1		Regular
Pesa/tallimetro	1	Detecto	Bueno
Pesa Digital	1		Buena

BOX PODÓLOGA

Nombre/Equipo	Cantidad	Marca/Modelo	Estado
Computador de Escritorio	1	Hp	Bueno
Teléfono fijo	1	NEC	Bueno
Baño (lavamanos + Taza)	1		Bueno
Mueble Escritorio	1		Bueno
Mueble Repisa-Estante	2		Bueno
Camilla	1		Buena
Micromotor			

3. EVALUACIÓN DEL PERIODO ANTERIOR

EVALUACIÓN PLAN DE SALUD COMUNAL 2022 DESAM MAULLÍN

Tabla N°76: Matriz de Planificación con población infantil (0 a 9 años)

MATRIZ DE PLANIFICACIÓN CON POBLACIÓN INFANTIL (0 A 9 AÑOS)

Objetivo Estratégico: Fortalecer el desarrollo de lactantes y preescolares de la comuna de Maullín a través de la implementación de políticas públicas y locales.

PRODUCTO	EJECUCIÓN	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	EVALUACIÓN
LÍNEA DE ACCIÓN 1: Fortalecer Habilidades Parentales	Coordinar e implementar trabajo con el intersector (PPF, Educación, Hospital, JUNJI, Integra, DESAM) a través de la ejecución del convenio Salud Mental en APS.	Contratación de personal acorde a convenio establecido. Plan de trabajo.	**Contratación de Psicóloga 04 de octubre 2021 salud mental SENAME.** **Plan de trabajo existente y control de población.**
	Realizar y evaluar el desarrollo de talleres prenatales en los centros de salud de la red APS.	Listado de asistencia. Registro en plataforma Chile Crece Contigo. Registro REM A27 - A05.	**Se retoman y realizan talleres prenatales. 2 talleres NEP remoto.**
	Realizar y evaluar el desarrollo de talleres “Nadie es Perfecto”	Listado de asistencia.	**Realización de 2 talleres NEP en el**

	en los centros de salud de la red APS.	Monitoreo de registro estadístico REM A27 - P02.	**año**
	Aumentar el número de participantes que egresan del ciclo de talleres “Nadie es Perfecto”	Número de egresados registro REM año 2019- Número de egresados año REM año 2020/Número de egresados año REM año 2020 X 100 Umbral 10%	**2021: 2 talleres remotos 6 participantes**
LÍNEA DE ACCIÓN 2: Salud mental protegida	Realización de 4 talleres de “Buen Trato”, para padres y familias de asistentes, red de jardines y sala cunas de la comuna de Maullín.	Número de talleres realizados/ Número de talleres programados x 100 Cumplimiento: 100% Lista de asistente a talleres de buen trato en jardines y salas cuna	**No realizado en 2021 por mantención de medidas restrictivas asociadas a COVID 19.**
	Creación, implementación y socialización de protocolo de pesquisa e intervención de maltrato infantil en la comunidad preescolar de la comuna de Maullín.	Número de protocolos realizados/ Número protocolos programados x 100 Cumplimiento: 100% Acta de mesa de trabajo creada para el diseño del protocolo	**No realizado en 2021 por mantención de medidas restrictivas asociadas a COVID 19.**
	Realización de 1 jornada de capacitación en pesquisa e intervención de maltrato infantil en la comunidad preescolar de la comuna de Maullín.	Número de jornadas realizadas/número de jornadas realizadas x 100 Cumplimiento: 100%	**No realizado en 2021 por mantención de medidas restrictivas asociadas a COVID 19.**
LÍNEA DE ACCIÓN 3: Intervención en la	Realizar un 60% de diagnósticos nutricionales en preescolares y escolares de la red de jardines y salas	Número de diagnósticos realizados/número de diagnósticos nutricionales programados x 100	**31.4% por convenio (11 niños de 6 meses a 5 años de un total de 35)**

población preescolar y escolar con malnutrición	cunas de la comuna de Maullín.	Cumplimiento: 100% Fichas de control de salud escolar año 2020.	
	Desarrollar e implementar 4 talleres de actividad física, nutrición y alimentación saludable para preescolares en los establecimientos preescolares de la comuna.	Número de talleres realizados/número de talleres programados x 100 Cumplimiento: 100% Acta de visita a establecimiento educacional confeccionada por equipo de salud y listado de asistencia.	**100% de cumplimiento**

Tabla N°77: Matriz de Planificación con población adolescente (10 a 19 años)

MATRIZ DE PLANIFICACIÓN CON POBLACIÓN ADOLESCENTE (10 A 19 AÑOS)

Objetivo Estratégico 1: Implementar política de estilos de vida saludables en establecimientos educacionales, para prevenir principales factores de riesgo como el consumo de drogas y alcohol, bullying, depresión adolescente, suicidio y embarazo adolescente.

Objetivo Estratégico 2: Fortalecer el acceso de jóvenes y adolescentes a la red de salud.

PRODUCTO	EJECUCIÓN	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	EVALUACIÓN/ OBSERVACIONES
LÍNEA DE ACCIÓN 1: Fortalecer el Trabajo intersectorial Salud- educación, para una planificación	Promover y constituir mesa de trabajo Salud y Educación	Lista de asistencia Acta de constitución de mesa de trabajo.	**100% cumplimiento**
	Desarrollar e implementar en conjunto 4 talleres de actividad física, nutrición y	Número de talleres realizados/número de	**100% de cumplimiento**

estratégica conjunta.	alimentación saludable para escolares en los establecimientos de la comuna.	talleres programados x 100 Cumplimiento: 100% Plan de trabajo emanado desde la mesa de trabajo conjunta de salud-educación.	
LÍNEA DE ACCIÓN 2: Implementación "Espacios Amigables en establecimientos de educación media".	Formalizar la implementación de 1 espacios amigables en cada establecimiento de educación media de la comuna.	Convenio de trabajo realizado con establecimiento educacional Número de espacios amigables implementados/Número de Espacios amigables a implementar Cumplimiento: 100%	**100% cumplimiento** **Liceo Carelmapu, Liceo Francisco Vidal Gormaz, Escuela Pensilvania, Escuela Francisco Cortes Ojeda**
	Definir cartera de prestaciones a proporcionar en espacios amigables.	Convenio vigente que define prestaciones en espacios amigables. Cumplimiento: 100%.	**100% cumplimiento**
	Aumentar la cantidad de jóvenes y adolescentes que son atendidos en espacios amigables.	Número de adolescentes atendidos según registro REM comparado con los atendidos el año anterior.	**100% cumplimiento**
LÍNEA DE ACCIÓN 3: Pesquisa e intervención de factores de riesgo	Aumentar la cobertura del programa de salud integral del Adolescente "control joven sano"	Registro REM 2019 y Registro REM 2020.	**100% cumplimiento**
	Iniciativas de pesquisa activa de consumo de drogas y alcohol en	Número de adolescentes atendidos según registro	**100% cumplimiento**

en jóvenes y adolescentes de la comuna de Maullín.	escolares y adolescentes.	REM comparado con los atendidos el año anterior.	
	Difundir cartera de prestaciones y red de derivación de salud para adolescentes y jóvenes pesquisados con consumo de drogas y alcohol, en todos los establecimientos educacionales de la comuna.	Registro de redes sociales, difusión gráfica y cápsulas audiovisuales.	**100% cumplimiento**
	Aumentar el número de talleres de prevención y detección de Bullying, síntomas de depresión e intento de suicidio, en establecimientos educacionales.	Registro REM 2020 y Registro REM 2021	**0 el 2020** **0 el 2021**

Tabla N°78: Matriz de Planificación con población adulta

MATRIZ DE PLANIFICACIÓN CON POBLACIÓN ADULTA.

Objetivo Estratégico: Promover estilos de vida saludables en los usuarios para prevenir y controlar los principales factores de riesgo, tales como tabaquismo, hipertensión arterial, obesidad, consumo problemático de alcohol y sedentarismo, con un enfoque familiar y comunitario.

PRODUCTO	EJECUCIÓN	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	EVALUACIÓN
LÍNEA DE ACCIÓN 1: Fomento y promoción de la salud de la población adulta de la comuna.	Actividades masivas de estilos de vida saludable y autocuidado (Alimentación y nutrición, salud bucal, actividad física, medioambiente).	N° actividades programadas/N° actividades realizadas* 100 Registro gráfico de actividades realizadas.	**% cumplimiento plan de promoción**
	Fomentar la promoción de estilos de vida saludable en el	Plan de trabajo emanado desde el eje de	**100% cumplimiento, plan elaborado**

	entorno laboral, educacional y comunitario.	promoción en salud.	
	Creación de una mesa de trabajo Salud y educación.	Acta de reuniones.	**0%, solo existe eje de promoción**
LÍNEA DE ACCIÓN 2: Prevención e intervención en factores de riesgo de salud de la población adulta	Prevención de los diferentes tipos de maltrato al interior de las comunidades, centros educacionales y entornos laborales.	N° de talleres programados/ N°talleres realizados *100 Listado de asistencia de participantes.	**0%**
	Pesquisa temprana de la violencia al interior de la familia, centros educacionales y entornos laborales.	Aumentar cobertura de evaluación de riesgo familiar. N° de evaluaciones de riesgo familiar realizadas en 2020 – N° de evaluaciones de riesgo familiar realizadas en 2019 / N° de evaluaciones de riesgo familiar realizadas en 2020 X100 Umbral 10%.	**0% no medible, sin datos correspondientes.**
	Difundir la oferta integral de prestaciones de prevención a personas adultas con patologías crónicas, talleres de actividad física, de autocuidado, de desarrollo personal, de salud mental y otros que mejoren la salud de la población adulta en la comuna.	Registro de redes sociales. Cápsulas audiovisuales.	**100% cumplimiento.**
	Integración de iniciativas de medicinas alternativas y complementarias para el tratamiento de las enfermedades del adulto, tales como fitoterapia, medicina mapuche huilliche.	Plan de trabajo en conjunto con equipos de cabecera.	**100% cumplimiento.** **Programa Pespi - Plan de atenciones con Machi**

Tabla N°79: Matriz de Planificación con población adulta mayor

MATRIZ DE PLANIFICACIÓN CON POBLACIÓN ADULTA MAYOR. **Objetivo Estratégico 1:** Contribuir a un envejecimiento activo y saludable de la población adulta mayor de Maullín, con énfasis en la promoción de la salud y el reconocimiento de la persona de la tercera edad. **Objetivo Estratégico 2:** Mejorar la calidad de vida de los adultos mayores con dependencia de la comuna de Maullín.			
PRODUCTO	**EJECUCIÓN**	**CRITERIOS DE EVALUACIÓN**	**EVALUACIÓN**
LÍNEA DE ACCIÓN 1 Envejecimiento activo y autocuidado	Contratación de segundo equipo (Terapeuta Ocupacional y Kinesiólogo) Mas Adulto Mayor Autovalente.	Convenio	**CONVENIO SÓLO CONTEMPLA 1 DUPLA MÁS AMA**
	Creación de plan de actividades de programa más adulto mayor a nivel comunal.	Documento de plan de Actividades	**100% cumplimiento** **Planificación de talleres**
	Difundir en los diferentes servicios municipales y red de salud la disponibilidad de talleres y actividades para el Adulto Mayor.	Circulares informativas. Material gráfico de difusión	**100% cumplimiento**
	Aumentar la detección precoz de los factores de riesgo, y ofertas de acciones preventivas, como talleres de prevención de caídas, estimulación mental, otros temas de salud mental, categorización de urgencias y autocuidado.	Aumento de la cobertura de examen de medicina preventiva del adulto mayor.. Número de exámenes de medicina preventiva del adulto mayor realizados en el año 2020- Número de exámenes de medicina preventiva del adulto mayor realizados en el año 2019/ Número de exámenes de medicina preventiva del adulto mayor realizados en	**20 talleres (07 estimulación de memoria y 13 de actividad física)** **100% cumplimiento.** **2019: 962 EMPAM** **2020: 254** **2021: 672** **Aumentó en 164%**

		el año 2020 X100 Umbral 5%.	
LÍNEA DE ACCIÓN 2 Tratamiento y rehabilitación en adultos mayores con disminución de su funcionalidad	Intervención en clubes de adultos mayores en prevención de caídas, estimulación mental y rehabilitación usuarios secuelados COVID 19.	Registro de asistencia a taller de prevención de caídas y estimulación mental por cada club de adulto mayor existente en la comuna	**0% cumplimiento**
	Capacitación continua a cuidadores y voluntariado entregando herramientas de manejo y cuidados a personas dependientes, y de autocuidado del cuidador.	Lista de asistencia de talleres. Registro estadístico de controles grupales.	**0% cumplimiento**

LÍNEA DE ACCIÓN 3 Intervención temprana en adultos mayores que presenten factores de riesgos.	Continuidad al programa de apoyo de la atención domiciliaria de personas con dependencia severa, con énfasis en calidad.	Registro estadístico de visitas domiciliarias integrales a usuarios con dependencia severa.	**100% cumplimiento** **106 VDI año 2021**
	Aumentar la cobertura de rehabilitación salud oral	Número de personas mayores con rehabilitación protésica año 2020- número de personas con rehabilitación protésica año 2019/Número de personas con rehabilitación protésica año 2020 X100 Umbral 5%	**2019 12 prótesis** **2020 00 prótesis** **2021 18 prótesis**
	Aumentar las acciones en Oftalmología	Usuarios que acceden a consulta en unidad UAPO 2020- Usuarios que acceden a consulta en unidad UAPO 2012	**2019 632 por médico, 1508 vicio por tecnologa, 1776 otras consultas por tecnologa; 2020 109 por médico, 186**

		/ Usuarios que acceden a consulta en unidad UAPO 2020 X 100. Umbral 5%	**vicio, 521 otras consultas; 2021 540 por médico, 1232 por vicio, 427 otras consultas**
	Aumentar el número de pesquisa de Adultos mayores o Familias con adultos mayores que presenten factores de riesgo alto en planes de intervención familiar.	Número de familias en riesgo alto registro REM 2020 - Número de familias en riesgo alto registro REM 2019 / Número de familias en riesgo alto registro REM 2020 - X 100 Umbral 10%	**2019: 14 PI** **2020: 07 PI** **2021: 08 PI**

Tabla N°80: Matriz de Planificación de la comuna y comunidad

MATRIZ DE PLANIFICACIÓN DE LA COMUNA Y COMUNIDAD **Objetivo Estratégico:** Diseñar e implementar la política de comuna saludable en Maullín.			
PRODUCTO	**EJECUCIÓN**	**CRITERIOS DE EVALUACIÓN**	**EVALUACIÓN**
LÍNEA DE ACCIÓN 1: Implementación de	Sistematización y evaluación de impacto de las acciones de promoción de la salud desarrolladas en la comuna.	Informe de resultados emanado desde el eje de promoción.	**INFORME PLAN TRIENIO 2019-2021**

estrategias para una comuna saludable, con enfoque participativo, inclusivo y con pertinencia cultural,en su diseño, ejecución y evaluación.	Educación para la salud a través de los medios de comunicación masivo.	Cápsulas audiovisuales reproducidas.	**DIFUSIÓN REDES SOCIALES**
	Coordinación con el departamento del ambiente para el desarrollo de acciones de cuidado del ambiente tales como: tenencia responsable de animales, control de la población canina, reciclaje de basura, consumo de leña certificada.	Constitución de mesa de trabajo con departamento de medio ambiente.	**0%**
	Abogacía para abordar las inequidades de acceso de las personas con discapacidad, para promover su integración y participación social	Informe de Levantamiento de información respecto a personas con discapacidad en la comuna Circular de difusión a oficinas municipales de resultado de la evaluación.	**0%**
LÍNEA DE ACCIÓN 2: Implementación de estrategias para una comuna saludable, con enfoque de salud intercultural.	Fortalecer prácticas de salud intercultural dentro del Sistema de Salud APS. (Protocolos, Normas y Prácticas)	Acta de capacitación a funcionarios en salud intercultural y cosmovisión.	**100%**
	Creación de recetarios con pertinencia cultural y local.	Nº de recetarios realizados / Nº total de recetarios *100 Cápsula audiovisuales Recetario.	**0%**
	Crear y ejecutar un plan de trabajo en la mesa de salud intercultural.	Plan de trabajo año 2021 emergido de la mesa de salud intercultural.	**100%**
	Crear protocolo comunal de atención de salud a migrantes.	Protocolo creado por la unidad OIRS. Revisión y autorización de protocolo por Dirección DESAM.	**0%**

	Atención con Machi del territorio de Quilacahuin.	Nºde atenciones realizadas/ Nº total de atenciones programadas*100 Lista de asistencia	
	Realizar 1 conversatorio para funcionarios de salud del DESAM y Hospital	Nº de conversatorios realizados/Nº total de conversatorios * 100	**100%**
LÍNEA DE ACCIÓN 3: Implementación de estrategias de rehabilitación.	Realización de visitas domiciliarias a pacientes dependientes severos y dependencia moderada a usuarios rurales.	N° de visitas domiciliarias realizadas/ N° de visitas domiciliarias programadas * 100	**VDI:286 2021**

Tabla N°81: Matriz de Planificación infraestructura y equipamiento

MATRIZ DE PLANIFICACIÓN INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO

Objetivo Estratégico 1: Mejorar la calidad de la infraestructura de los establecimientos de salud de atención primaria.

Objetivo Estratégico 2: Contar con el equipamiento necesario y moderno para la entrega de prestaciones de salud de la red APS.

PRODUCTO	EJECUCIÓN	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	EVALUACIÓN

LÍNEA DE ACCIÓN 1: Mantener y Mejorar la Infraestructura física existente de APS.	Crear y ejecutar el plan de mantención de establecimientos de salud.	Plan de mantención 2022 elaborado por unidad de operaciones. Plan de mantención programada por establecimiento al día.	**0%**
	Supervisar la etapa final de diseño de Posta Misquihue.	Informe de supervisión emitido por encargado equipo rural.	**100%**
	Adquisición y puesta en marcha de box odontológico para posta La Pasada.	Recepción de obra. Recepción conforme de unidad odontológica y mobiliario. Resolución sanitaria de funcionamiento Box odontológico.	**75%** **Pendiente resolución sanitaria**
	Iniciar proceso de diseño para construcción de Posta Quenuir.	Acta de reuniones SECPLAN - DESAM Levantamiento de información desde SECPLAN.	**10%**
	Iniciar proceso de diseño para construcción de box y baños universales en Posta Peñol.	Evaluación de infraestructura Acta de reuniones SECPLAN - DESAM.	**50%**
LÍNEA DE ACCIÓN 2: Reducir Brecha de Infraestructura de APS en Maullín.”	Iniciar proceso de estudio para la postulación a diseño y construcción de centro de salud para el sector urbano de Maullín.	Levantamiento de información desde SECPLAN y Encargada equipo Maullín.	**100%**
LÍNEA DE ACCIÓN 3:	Adquisición de Desfibriladores Automáticos para las postas de Peñol, Misquihue y Astilleros.	Recepción conforme de DEA.	**100%**

Reducir Brecha de equipamiento y móviles para la entrega de prestaciones de Salud.	Adquisición de 01 ambulancia básica.	Recepción conforme del vehículo	**0% Observado**

Tabla N°82: Matriz de Planificación de gestión

MATRIZ DE PLANIFICACIÓN DE GESTIÓN. **Objetivo Estratégico 1:** Mejorar la gestión administrativa y clínica del Departamento de Salud, optimizando los recursos existentes.			
PRODUCTO	**EJECUCIÓN**	**CRITERIOS DE EVALUACIÓN**	**EVALUACIÓN**

LÍNEA DE ACCIÓN 1: Creación y estandarización de protocolos de unidades administrativas DESAM.	Crear e implementar protocolos administrativos y flujos de procesos para la unidad de Finanzas DESAM	Nº de protocolos creados/Nº de protocolos programados *100 Protocolos en formato digital, impreso y difundido a los equipos. Lista de asistencia a difusión.	**0%**
	Crear e implementar protocolos administrativos y flujos de procesos para la unidad de Personal DESAM.	Nº de protocolos creados/Nº de protocolos programados *100 Protocolos en formato digital, impreso y difundido a los equipos. Lista de asistencia a difusión.	**0%**
	Crear e implementar protocolos administrativos y flujos de procesos para la unidad de Adquisiciones DESAM.	Nº de protocolos creados/Nº de protocolos programados *100 Protocolos en formato digital, impreso y difundido a los equipos. Lista de asistencia a difusión.	**0%**
LÍNEA DE ACCIÓN 2: Fortalecer la gestión de trabajo clínico - administrativo DESAM Maullín.	Evaluar el desempeño de los equipos y unidades clínicas del Departamento de Salud.	Nº de funcionarios con evaluación de desempeño actualizada/Nº total de funcionarios del DESAM *100 Actas de comisión de calificación proceso 2022.	**0%**
	Ejecutar 4 reuniones técnicas ampliadas para la difusión de	Nº de reuniones realizadas/Nº de reuniones	**75%**

	cumplimientos de metas y objetivos (1 trimestral).	programadas *100	

4. PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS

	PROBLEMAS A PRIORIZAR	CRITERIOS								TOTAL	OBSERVACIONES
		MAGNITUD ¿CUANTOS USUARIOS SON AFECTADOS POR EL PROBLEMA?		GRAVEDAD ¿CUANTO DAÑO OCASIONA?		VULNERABILIDAD ¿QUE POSIBILIDADES DE SOLUCION TENEMOS?		COSTO/BENEFICIO ¿CUANTO NOS BENEFICIA SU SOLUCION, ASOCIADO A LOS COSTOS?			
		PONDERACIÓN									
		5		5		5		5			
1	BRECHAS DE EQUIPAMIENTO Y MOVILIZACION EN CENTRO DE SALUD DE LA COMUNA	10	50	10	50	7	35	8	40	175	3° PRIORIDAD
2	BAJA COBERTURA DE PRESTACIONES DE SALUD INCLUIDAS EN LA CARTERA DE APS	8	40	10	50	6	30	8	40	160	6° PRIORIDAD
3	BECHA E INEQUIDAD EXISTENTE EN LA IMPLEMENTACION Y GESTION DEL MAIS	10	50	10	50	9	45	9	45	190	2° PRIORIDAD
4	ESCASO TRABAJO COMUNITARIO CON ENFOQUE EN DETERMINANTES SOCIALES	9	45	5	25	9	45	10	50	165	4° PRIORIDAD
5	BRECHA DE PARTICIPACION SOCIAL ENTRE SECTOR URBANO/RURAL	5	25	7	35	8	40	9	45	145	
6	ALTA TASA DE DENUNCIAS POR VIF	8	40	10	50	5	25	6	30	145	
7	ALTA TASA DE MORTALIDAD ESPECIALMENTE EN HOMBRES JOVENES MENORES DE 50	5	25	10	50	3	15	5	25	115	
8	ALTA TASA DE MORTALIDAD POR CA GASTRICO, ENFERMERDAD RESPIRATORIA Y CAUSAS EXTERNAS EN HOMBRES/ CA DE VESICULA Y MAMAS EN MUJERES	5	25	10	50	3	15	6	30	120	
9	MAYOR TASA DE DHC EN LA REGION CON SUPUESTO BAJO CONSUMO DE OH	4	20	8	40	2	10	4	20	90	
10	MAYOR TASA DE CONSUMO DE MARIHUANA Y COCAINA EN POBLACION ESCOLAR COMPARADO CON POBLACION GENERAL	8	40	9	45	6	30	9	45	160	5° PRIORIDAD
11	PROBLEMAS DE REGISTRO ESTADISTICO, SIGGES Y PERCAPITA COMUNAL	10	50	10	50	10	50	10	50	200	1° PRIORIDAD
12	ALTA DEMANDA DE PRESTACIONES DEL PROGRAMA DE SALUD MENTAL EN LA COMUNA	8	40	7	35	9	45	8	40	160	7° PRIORIDAD
13	BAJA COBERTURA DE LME EN RELACION A LA META NACIONAL	4	20	7	35	10	50	10	50	155	
14	BAJA TASA DE CONTROLES Y CONSULTAS MEDICAS POR POBLACION EN LA COMUNA	7	35	6	30	6	30	8	40	135	
15	DIFICULTADES PARA LOGRAR META COMUNAL DE INGRESO PRECOZ DEL EMBARAZO	5	25	8	40	8	40	9	45	150	

4.1 ANÁLISIS DE BRECHAS Y PROBLEMAS PRIORIZADOS

4.1.1 BRECHA DE EQUIPAMIENTO Y MOVILIZACIÓN EN CENTROS DE SALUD DE LA COMUNA

La comuna de Maullín es muy diversa territorialmente puesto que cuenta con sectores urbanos compuesto principalmente por Maullín y Carelmapu y un amplio sector rural con importante territorio bordemar oceánico y borde de río, esto nos genera buscar herramientas y estrategias para lograr lo que apunta la Política Nacional de Desarrollo Rural 2014-2024, el cual el enfoque es "Adaptar el sistema público de salud a las necesidades del medio rural promoviendo el acceso a una atención oportuna, de calidad y especializada en todo tipo de zonas rurales" y, en ese sentido es que la brecha asociada a la falta de ambulancia, vehículos de traslado y equipamiento, no permite promover el acceso a la salud en general, tanto de los usuarios hacia los centros de salud como los equipo de técnico-profesionales en el territorio, otro aspecto en el que convergen estas barreras son los caminos en mal estado y el río Maullín con el área oceánica, el cual depende del clima para lograr el acceso a la salud tanto rural como urbana.

Esta situación es un problema comunal que expresó la comunidad en los diagnósticos participativos de manera transversal en los diferentes sectores del territorio, relacionados además con una alta tasa de mortalidad por accidentes en hombres en nuestra región, tanto de tránsito, por agresión de terceros, o accidentes de buceo, actividad laboral ejercida en distintos sectores con mayor énfasis en la localidad de carelmapu, generando urgencias vitales en diversos lugares de la comuna, muchas veces en los sectores atendidos por las postas rurales y el Cesfam Carelmapu.

Otro aspecto importante a mencionar es el aumento de la población adulta mayor en la comuna, asociado a diagnósticos de dependencia en su estado de salud, los cuales requieren atención domiciliaria.

De acuerdo a lo señalado anteriormente es esencial poder mantener un equipamiento adecuado y móviles que permita otorgar la primera ayuda en salud.

4.1.2 BAJA COBERTURA DE PRESTACIONES DE SALUD INCLUIDAS EN LA CARTERA DE PRESTACIONES DE APS

La actualización y revisión constante de la cartera de APS ha sido necesaria a nivel nacional para adaptarse a la constante evolución de las necesidades y demandas en salud de la población y dar respuesta no solo a la pluripatología, multimorbilidad y consiguiente fragilidad, sino para proporcionar una mayor protagonismo e implicación de las personas en su propia salud y fomentar el autocuidado.

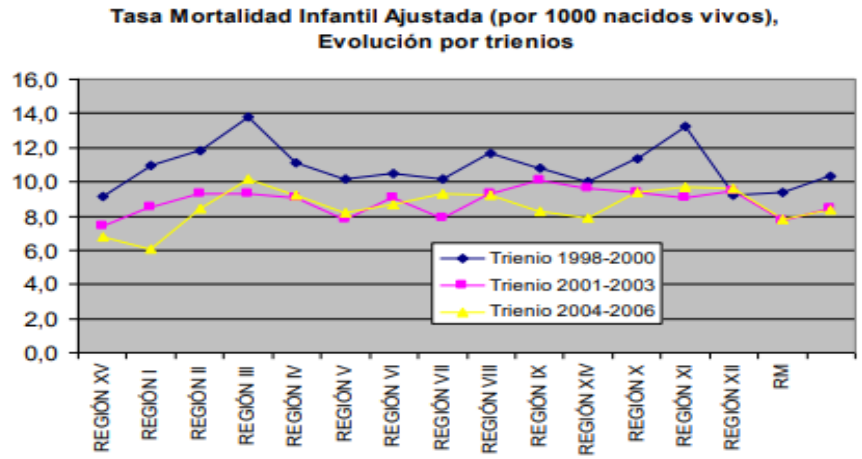
Por otro lado, la cartera de APS es un instrumento de guía, apoyo y ayuda para los profesionales e instituciones de salud, tomando en cuenta el enfoque que propone el modelo de atención integral en salud, con sus pilares fundamentales y transversales.

En cuanto a la cartera de prestaciones en la comuna de maullín, se debe hacer mención a que nuestra red asistencial cuenta con un total de 5 postas, 1 CESFAM, 1 hospital de baja complejidad y 1 centro de salud , que actualmente no cuenta con resolución sanitaria, por lo que en este contexto se generó un convenio de integración con el Hospital de Maullín, cuyo último borrador es del año 2016, para poder suplir la necesidad de prestaciones en APS del radio urbano de la comuna, por lo cual es muy relevante mencionar que dicho documento no está vigente y es necesario su actualización y aprobación en base a las necesidades y limitaciones actuales, considerando el dinamismo socio demográfico de la población comunal de los últimos años.

De igual manera es importante señalar, que las zonas geográficas donde las personas viven y su dispersión, es establecido en general como un importante determinante de salud, incluso en países de altos ingresos y con elevados niveles de equidad, donde Chile y la comuna de Maullín no están exentos de análisis, es relevante de igual forma hacer mención a, que en todos los países hay inequidades en salud que pueden ser diferenciadas geográficamente.

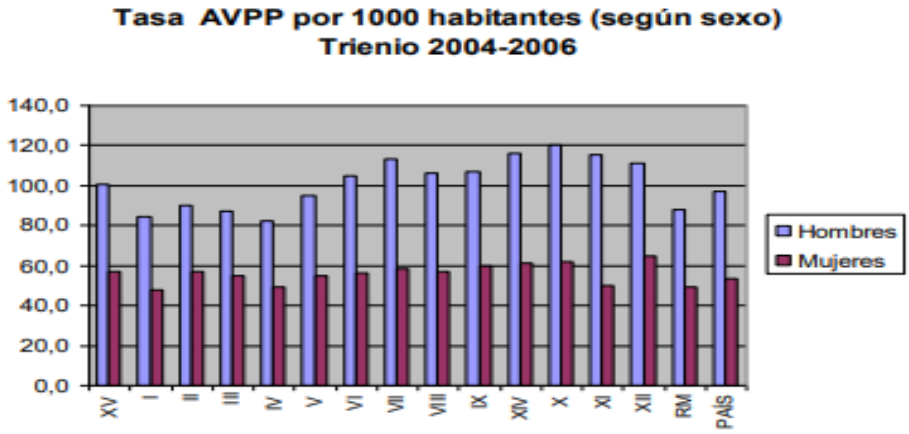
Es así como podemos observar que hay diferencias notorias en las tasas de mortalidad infantil, años de vida potencialmente perdidos y consultas por médico especialista, como muestran los gráficos a continuación expuestos.

Gráfico N°52: Tasa de mortalidad infantil ajustada (por 1000 nacidos vivos) evolución por trienios



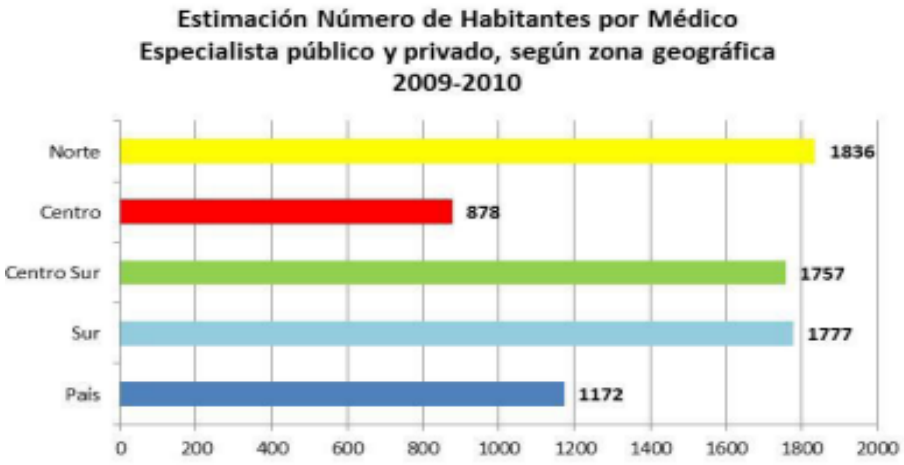
Fuente: Centro lationamericano para el desarrollo rural, Programa Cohesión territorial para el desarrollo, Salud y desigualdad territorial, Junio 2013

Gráfico N°53: Tasa AVPP por 1000 habitantes (según sexo) trienio 2004-2006



Fuente: Centro lationamericano para el desarrollo rural, Programa Cohesión territorial para el desarrollo, Salud y desigualdad territorial, Junio 2013

Gráfico N°54: Estimación número de habitantes por médico especialista público y privado, según zona geográfica 2009-2012



Fuente: Centro lationamericano para el desarrollo rural, Programa Cohesión territorial para el desarrollo, Salud y desigualdad territorial, Junio 2013

En referencia a lo anterior y lo también señalado en los diagnósticos trabajados en el plan de salud comunal, aún existen prestaciones enmarcadas en atención primaria de salud, que no son dadas en todos los centros descritos en la comuna, principalmente en el sector rural, en las postas de Misquihue, Peñol y Astillero, donde las atenciones odontológicas no pueden ser otorgadas a la comunidad, generando brechas e inequidad en el acceso a la atención. El concepto de inequidad en salud se refiere a todas aquellas diferencias en salud que son evitables, y no considera aquellas diferencias inherentes a las personas, por lo tanto, son inequidades posibles de revertir a través de políticas públicas y estrategias, teniendo un foco en aquellos grupos de personas que ven su salud afectada negativamente por las determinantes sociales.

Reducir las inequidades en salud ha sido un eje prioritario en el trabajo desarrollado por la OMS y varios países, incluido Chile. Las justificaciones y razones por las que las inequidades en salud deben ser abordadas se pueden resumir en cuatro categorías: Las inequidades que son evitables son éticamente inaceptables, reducir las inequidades puede tener un efecto positivo en la salud de la población, permitirá reducir costos y aumentará la población laboral.

En este contexto, la realidad comunal actual enmarcada en las prestaciones otorgadas en los programas odontológicos en los sectores rurales de Astilleros, Peñol y Misquihue, genera que la población tenga que recurrir al radio urbano comunal, para dar acceso a la cobertura de sus necesidades, donde se debe considerar las distancias que deben recorrer, gastos monetarios asociados, además de la dificultad para el acceso a horas dentales y continuidad de tratamientos, con el consiguiente colapso de la red urbana. En base a esto, se puede observar que, durante el año 2022 en los sectores de Peñol y Astilleros, se implementó por parte del servicio de salud del Reloncaví una estrategia de descentralización, donde un carro de atención odontológica se mantuvo trabajando por casi 3 meses entre ambos sectores, evidenciando la demanda existente en estos sectores, que muchas veces no acceden, no por no necesitarlo, si no por las brechas de acceso expuestas. En la medida que el acceso a servicios es uno de los factores que influye en los resultados de salud y que este acceso tiene gradientes territoriales, es evidente señalar que contribuye a las inequidades en salud.

Si esto lo llevamos a la realidad nacional, podemos observar y fundamentar que, hay importantes brechas en el acceso a servicios de salud entre las poblaciones de distintos territorios. Las brechas serían menores en ciertos servicios esenciales de carácter preventivo (vacunaciones, consultas de medicina general o enfermería) y son mayores a medida que la prestación requerida es más especializada (especialistas médicos y exámenes radiológicos complejos). El estudio de brechas de especialistas del Ministerio de Salud publicado en el año 201019 y otros estudios de localización de recursos, demuestran los altos niveles de concentración de médicos en la zona metropolitana y en ciertas comunas favorecidas al interior de la misma.

Por otro lado, la bibliografía apunta a que los equipos de salud localizados en los territorios desfavorecidos no cuentan con el suficiente soporte para desplegar su labor en forma resolutiva y no cuentan siempre con el recurso humano capacitado, generando la fragmentación del sistema y prestaciones, lo cual queda evidenciado en el acontecer comunal en cuanto a las atenciones otorgadas del radio urbano de Maullín, donde al no contar con un establecimiento de atención primaria funcional y con resolución, las atenciones han tenido que ser fraccionadas en acuerdo común entre el departamento de salud comunal y el hospital de Maullín, enmarcado en un convenio de integración vigente del año 2016, que viene parcialmente a subsanar una necesidad real y tangible de la

comunidad, pero no ha solucionar la raíz de la problemática, planteando un desafío de gran envergadura para el futuro de la salud primaria comunal.

También es importante señalar que, los mecanismos de financiamiento basados en precios estándar y el funcionamiento organizacional fragmentado de los sistemas de salud, contribuyen a perpetuar las inequidades en el acceso a los servicios de salud y los malos resultados relativos en indicadores clave. En Chile, los mecanismos de asignación de recursos a los establecimientos de salud no dan cuenta de los costos que implica desarrollar atención en poblaciones rurales, aisladas y de baja densidad. El mecanismo per cápita contempla una asignación de ruralidad que ha sido subestimada históricamente. Si bien las estrategias nacionales mencionan la necesidad de priorizar recursos en función de indicadores como los años de vida potencialmente perdidos (AVPP) comunales, esto no se ha traducido en políticas específicas que den cuenta de esta idea. Incluso los estudios más recientes disponibles sobre asignación de recursos a la atención primaria, dan mucha importancia a financiar aumentos de cobertura basados en precios promedio o a la necesidad de incorporar factores demográficos y epidemiológicos en la asignación de recursos, pero no dan cuenta de los diferenciales de costo causado por condiciones de ruralidad o extrema ruralidad, factores que en este documento fueron analizados en el diagnóstico epidemiológico y de recursos en salud, mostrando la realidad comunal.

En base a esto, la bibliografía sustenta diversas propuestas de intervenciones, en las cuales irán enfocadas las actividades planteadas más adelante en el desarrollo de la matriz de marco lógico, para el trabajo estratégico de las brechas analizadas y seleccionadas mediante la matriz de priorización para la comuna en el periodo 2023-2024.

Estas propuestas se basan principalmente en potenciar a los equipos ambulatorios brindando soporte a los equipos descentralizados, potenciando a su vez el aporte el aporte de la salud municipal al desarrollo local alineando el trabajo del plan de salud comunal con el plan de desarrollo comunal haciendo calzar los cronogramas de estos dos instrumentos en la planeación y gestión, ajustando los mecanismos de asignación de recursos a las necesidades comunales y nacionales. En la misma línea, se debe apuntar a potenciar el óptimo funcionamiento de las redes asistenciales, apuntando a una descentralización que favorezca la equidad territorial, al igual que favorecer el desarrollo integral de las regiones y por consiguiente sus habitantes.

4.1.3 BRECHA DE INEQUIDAD EXISTENTE EN LA IMPLEMENTACIÓN Y GESTIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD

La implementación del Modelo de Salud Familiar y Comunitario en la comuna de Maullín está muy retrasado en comparación al avance nacional, desde el año 2013 en que se publicaron las últimas orientaciones para guiar la implementación del MAIS, en la comuna el avance en la implementación ha sido escaso, por ejemplo recién este año 2022 se conformó el equipo gestor del DESAM y el equipo técnico del DESAM, y se aumentaron las reuniones de los equipos de cabecera, se reactivó el comité de lactancia y se conformó el comité de farmacia, pero aún está pendiente el nombramiento del encargado de equipo de cabecera del CESFAM, y formar el equipo gestor del CESFAM, junto con designar encargados de las Postas de Salud Rural, tal como aparece en la actualización de la norma técnica de las postas de salud rural publicada el año 2021. Sin embargo, junto con la designación de estos encargados y la conformación de los equipos gestores, también hay que avanzar en otras áreas de implementación del MAIS más relacionadas con el trabajo clínico, como la aplicación de guías anticipatorias, consejerías individuales y familiares, estudios de familia, análisis de casos, etc; área en la cual existen muy pocos avances en los equipos comunales. También se evalúan los avances en otras áreas relevantes como la tecnología, atención abierta, desarrollo de las personas, y por supuesto el trabajo en prevención y promoción de salud, donde destaca por su importancia el trabajo con la comunidad, donde se quiere fomentar un alto nivel de participación de la comunidad, llevando un trabajo programado y sistemático, con objetivos y metas claras, que se puedan evaluar posteriormente, y en donde la comunidad sea la protagonista del proceso y participe activamente de todas las partes del trabajo comunitario. Para poder evaluar la implementación del MAIS, el MINSAL elaboró una pauta de evaluación que considera 9 ejes temáticos, y mide el grado de avance en porcentaje por eje y luego se suma en un porcentaje de implementación total, esta pauta de evaluación se debe aplicar en todos los centros de salud de APS y considera en primera instancia una autoevaluación por parte del equipo de salud y después de eso una evaluación de la misma pauta por un referente del Servicio de Salud, se comparan ambas aplicaciones de la pauta y se analizan las brechas existentes para luego crear un plan de mejoras enfocado en acortar las brechas de implementación por establecimiento de salud. De esta forma, podemos ver que los centros

de salud de nuestra comuna, este año 2022 solo fueron autoevaluados y por lo tanto no se ha realizado el análisis de brechas, ni tampoco se ha diseñado un plan de mejoras.

En la tabla 83 podemos ver los porcentajes de cumplimiento por eje y por establecimiento de salud de APS en Maullín, y de inmediato llama la atención que son muy pocos los ejes que tienen un porcentaje de implementación superior al 50% al aplicar la pauta de autoevaluación, y lo otro que resalta rápidamente son algunas diferencias muy marcadas entre los distintos establecimientos de salud al comparar los porcentajes por cada eje temático, lo que nos muestra las diferencias en el avance de la implementación del Modelo de Salud Familiar y Comunitario en los distintos sectores de Maullín.

Tabla 83: Comparación del porcentaje de implementación del MAIS en los establecimientos de salud de APS de Maullín para el año 2022.

	Promoción de Salud	Prevención en salud	Salud Familiar	Participación social	Calidad	Intersecto-rialidad	Gestión de personas	Tecnología	Atención abierta
CESFAM Carelmapu	28	30	28	57	10	10	50	66	33
PSR Astilleros	14	10	28	57	10	0	33	66	33
PSR La Pasada	12,5	70	0	42,86	10	0	25	33,3	0
PSR Quenuir	12,5	70	0	42,86	10	0	25	33,3	20
PSR Misquihue	12,5	60	14,29	42,86	10	0	25	33,3	0
PSR Peñol	12,5	60	14,29	42,86	10	0	25	33,3	0

La otra comparación importante de realizar, es con los datos consolidados a nivel nacional de la aplicación de la pauta MAIS, en la tabla 84 podemos ver los porcentajes de implementación a nivel nacional entre el año 2019 y el 2021, y al compararlos con los porcentajes logrados en los establecimientos de salud comunal, no coinciden los ejes con mayor porcentaje de implementación y coinciden solo algunos de los ejes que tienen los niveles de implementación más bajos; a nivel comunal los 3 ejes con menor porcentaje de implementación son los ejes de Intersectorialidad, Calidad y Atención Abierta mientras que a nivel nacional los 3 ejes con menor nivel de implementación son los ejes de Salud Familiar, Calidad y Atención abierta; esta comparación la podemos complementar comparando los ejes con mayor porcentaje de implementación y vemos que en Maullín son el eje de Prevención en Salud, Participación Social y Tecnología, mientras que a nivel nacional los ejes con mayor avance en su implementación son el eje de Tecnología, Participación social y gestión de personas; donde también coinciden 2 de los 3 ejes, sin embargo los porcentajes de implementación nos muestran una gran brecha de

implementación del MAIS en nuestra comuna, lo que nos genera un gran desafío local de comenzar a trabajar en este tema tan relevante a nivel nacional y que ha tenido un desarrollo tan escaso en nuestra comuna. Por supuesto que la aplicación de la pauta MAIS para evaluar la implementación del modelo de Salud Familiar y Comunitaria tiene ventajas y desventajas, y no abarca por completo todas las aristas de la implementación del MAIS, es por esto que se puede complementar nuestro análisis con otros aspectos relevantes como son la formación académica de los funcionarios en este tema, la oportunidad de acceso a capacitación de temas relacionados, y otros indicadores relacionados con el área clínica, como por ejemplo la aplicación de encuestas familiares y la posterior intervención familiar según riesgo, la realización de consejerías individuales y familiares, contar con espacios protegidos para el análisis de casos en los equipos de cabecera, etc. Dentro del aspecto de capacitación y formación de los funcionarios en el Modelo de Salud Familiar y Comunitario, vemos que en los últimos años el DESAM de Maullín ha gestionado localmente distintos temas de capacitación, pero no se ha priorizado la formación de competencias para la implementación del MAIS, y nivel del servicio de salud, se ofrece todos los años cupos para que profesionales se inscriban en el Diplomado de Salud Familiar, pero son pocos cupos para cada comuna al año, por lo que en el DESAM de Maullín este año solo el 18% de los profesionales contratados cuenta con su Diplomado de Salud Familiar aprobado y certificado. Con respecto a la opinión de la comunidad expresada en los encuentros del Diagnostico Participativo, no apareció ningún problema explícito sobre la implementación del MAIS en la comuna, debido a que es un tema técnico muy específico, sin embargo los vecinos identificaron distintos problemas relacionados como la falta de enfoque preventivo, falta de actividades de promoción y prevención en salud, baja participación social en algunos sectores de la comuna y otros relacionados a la gestión clínica y a la excelencia técnica en la atención.

Tabla N°84:

	2019	2020	2021
Promoción de Salud	63	85,4	53
Prevención en salud	57,3	63,5	41,6
Salud Familiar	50,6	60	36,6
Participación social	70,4	84,5	58
Calidad	48,4	69,1	42
Intersectorialidad	65,8	79	57,5
Gestión de personas	68,4	74,3	60,9
Tecnología	81,1	88	71,2
Atención abierta	47,3	66,7	42,2

4.1.4 ESCASO TRABAJO COMUNITARIO CON ENFOQUE EN DETERMINANTES SOCIALES

Los Determinantes Sociales de la Salud según la OMS son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud.

El fortalecimiento de la acción comunitaria tiene como intención el empoderamiento de las comunidades, es decir, utilizar su propio capital social y material para llevar a cabo una auto-ayuda y al mismo tiempo generar un sistema que refuerce la participación y la dirección pública en las cuestiones de la salud. Por ello y de acuerdo a lo expresado por la comunidad en los diagnósticos participativos de manera transversal en el territorio el problema radica especialmente en el escaso trabajo comunitarios en diferentes temáticas desde los problemas de la basura cercanas a los domicilios, la falta de agua en diversos sectores, la tenencia de animales, y problemas medioambientales en general, asociado a la baja actividad comunitaria en el área de la salud pública ambiental tanto la vinculación, educación y protección en estos grupos en situaciones de vulnerabilidad. El bajo trabajo comunitario asociado a la participación en las diferentes instancias de actividades con la comunidad como lo son los comités de salud, o ferias identificando vulnerabilidades en los sectores del territorio no logran una continuidad y desarrollo de sus demandas, permitiendo mantenerse en el mismo sitial sin desarrollo de sus problemáticas

Finalmente, el trabajo comunitario ayuda a contribuir a la disminución de las grandes brechas de equidad existentes.

4.1.5 BRECHA DE PARTICIPACIÓN SOCIAL ENTRE SECTOR URBANO/RURAL

La declaración de Alma Ata definió a la participación social como una estrategia para garantizar que los servicios de atención primaria brinden soluciones a los problemas de salud de la población. No obstante esta definición, la participación social en salud, ha sido interpretada desde dos perspectivas: una utilitarista, donde los gobiernos y otros sectores de la sociedad se valen de los recursos disponibles en la comunidad para compensar costos en la provisión de servicios de salud, y otra que la ve como una herramienta de empoderamiento que da a la comunidad un papel más activo y de mayor responsabilidad en lo referido a la salud de la población. Bajo esta última premisa, la participación social se entiende como un proceso en que los miembros de la comunidad, individual o colectivamente, asumen diferentes niveles de compromisos y responsabilidades. La población identifica sus problemas, formula y ofrece soluciones, crea organizaciones para dar continuidad a los programas y en general contribuye a satisfacer las necesidades de salud de una manera deliberada y democrática, cuadro en el que se enmarca el diagnóstico participativo trabajado y desarrollado en el presente documento.

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

En base a lo anterior, en las instancias de trabajo generadas para la elaboración del diagnóstico participativo en salud comunal, se pudo identificar diferencias significativas de participación entre el radio urbano y rural, demostrando una mayor tasa de asistencia a los encuentros en el sector rural de maullín, como se muestra en los siguientes gráficos, expuestos en la sección del diagnóstico participativo del documento.

Gráfico N°55: Distribución según localidad del encuentro

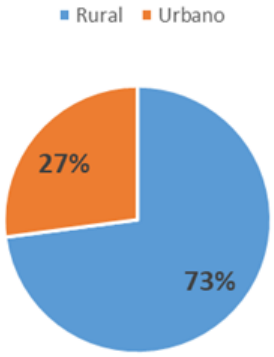
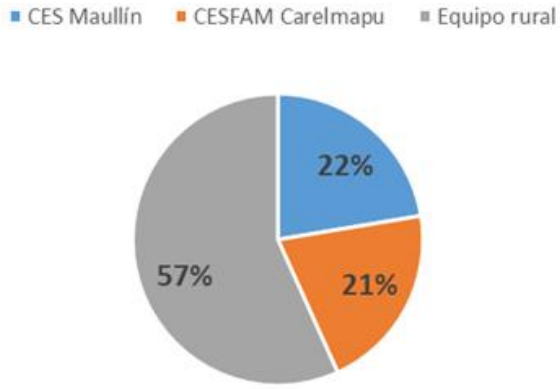


Gráfico N°56: Distribución de participantes según equipo de salud



En base a los datos expuestos, es relevante generar instancias y abordar estrategias que favorezcan la participación de los sectores urbanos comunales, para que así la participación social en la zona sea una instancia que permita la inclusión, la autonomía y el debate, de forma tal que las ideas y propuestas de la ciudadanía puedan trascender en mejores políticas públicas de salud en maullín, generando así la ventaja de posicionar a la participación social como un proceso de democratización más amplio que radicará en contar con un sistema de salud basado en políticas cuya génesis sea establecida entre la ciudadanía y sus equipos locales de salud, evidenciando las necesidades variables, diferenciadas por territorio.

Por otro lado, el Ministerio de Salud define las instancias de participación como

espacios formales tales como Consejos de Desarrollo Local (CDL), Consejos Consultivos de usuarios u otras denominaciones, de acuerdo con las realidades locales. Estos son creados con el objeto de facilitar el control social de la gestión pública, contribuyendo al buen funcionamiento de los establecimientos de salud y a dar respuestas adecuadas a las demandas de los usuarios. Están formadas por representantes de las organizaciones comunitarias del territorio, el cual en la comuna de maullín, durante el año 2022 se ha reactivado, retomando los consejos itinerantes de carácter mensual en diversos espacios del territorio comunal, favoreciendo la participación de la ciudadanía, por lo cual los objetivos apuntan a fortalecer aún más las alianzas e instancias de participación ya creadas.

Finalmente, las estrategias de fortalecimiento comunal destinadas a la Oficina de informaciones, reclamos y sugerencias, demuestra un aumento significativo de la participación comunal, donde podemos evidenciar un aumento significativo en la tasa de reclamos, felicitaciones y sugerencias comparativamente entre los años 2021 y 2022, expuesto en la sección de diagnóstico de recursos en salud, lo cual demuestra un mayor interés por parte del usuarios de exponer sus necesidades, demandas, expectativas y propuestas de mejora en la salud primaria de maullín.

Es por lo anterior ya señalado, que se debe apuntar a seguir fortaleciendo las estrategias de participación, disminuyendo cada vez más la brecha de participación entre los sectores urbanos y rurales, ya que la participación ciudadana es un mecanismo que ejerce influencia en la mejora de los procesos de implementación y evaluación de los programas públicos de atención primaria de salud. Sin embargo, los organismos del Estado poseen una debilidad en este trabajo, puesto que los sistemas de evaluación de los programas públicos que realiza el Estado y en la aplicación del Modelo de Atención Integral en salud, están orientados hacia la evaluación de las coberturas de las actividades de participación ciudadana realizadas, más que del logro de ciertos resultados en salud, planteando un gran desafío para el desarrollo de estrategias comunales en participación social.

4.1.6 ALTA TASA DE DENUNCIAS POR VIF COMPARADO CON LA REGIÓN Y EL PAÍS

Desde el año 2017 al 2019 existió un aumento en la tasa de denuncia de delitos por VIF (2017, 579; 2018, 639; 2019, 904, 2020 637, 2021 753), ocurriendo una disminución en el año 2020 y posteriormente el año 2021 volvió a incrementar la tasa de denuncias en la comuna, esto se puede deber a múltiples factores como por ejemplo mayor conciencia de la necesidad de denunciar, otra opción es que los delitos hayan presentado un aumento durante estos tres años, además de la existencia de mayores canales habilitados para recibir denuncias, pero debemos considerar que la violencia no necesariamente está dada por factores de seguridad, también puede estar dada por contexto de vulnerabilidad social y de vulnerabilidad económica. A todo lo mencionado anteriormente debemos sumar la normalización de la violencia intrafamiliar.

Los datos muestran que la prevalencia de violencia de pareja es mayor entre mujeres que pertenecen a grupos etarios de menor edad. De hecho, la prevalencia de violencia de pareja alcanza casi un 41% en el grupo de mujeres de entre 15 y 18 años y un 36% en el grupo de mujeres entre 19 y 25 años. Esta tendencia se mantiene al desagregar por tipo de violencia para todas las formas de violencia excepto para la violencia económica, donde no se observan diferencias significativas entre los distintos tipos de grupos de edad.

Además, un mayor porcentaje de mujeres extranjeras en comparación a las chilenas reporta haber sufrido violencia económica (18% versus 10%). En los otros tipos de violencia no se observan diferencias significativas. Tanto la prevalencia de violencia psicológica como la prevalencia de violencia sexual son mayores entre mujeres pertenecientes a pueblos originarios que entre mujeres que no se reconocen con ningún pueblo originario. (23% versus 16% y 5% versus 3%, respectivamente), mientras que en los otros tipos de violencia no se observan diferencias significativas. Además, la prevalencia de violencia económica es mayor entre mujeres que presentan alguna discapacidad que entre aquellas no presentan ninguna discapacidad (16% versus 11%), así como también, la prevalencia de violencia física (6% versus 3%).

Las diferencias en prevalencia según nivel de educación y nivel socioeconómico son significativas en todas las formas de violencia de pareja. En efecto, la prevalencia de violencia psicológica entre las mujeres que tienen educación básica completa o un nivel inferior es igual al 21%, mientras que entre las mujeres que tienen educación terciaria o postgrado es igual a 12%. En la prevalencia de violencia económica estas cifras son 15% versus 7%, en la prevalencia de violencia física 5% y 2%, y en la prevalencia de violencia sexual 4% versus 3%. Por otro lado, la prevalencia de violencia psicológica es igual a 22%

entre las mujeres de nivel socioeconómico bajo, mientras que entre las mujeres de nivel socioeconómico alto es igual a 8%. En la prevalencia de violencia económica estas cifras corresponden respectivamente a 13% y 4%, en la violencia física a 4% y 1%, y en la violencia sexual a 4% y 3%.

Por otra parte, la prevalencia de violencia de pareja es significativamente mayor entre mujeres que fueron víctimas de abuso sexual en la niñez que entre aquellas que no lo fueron, en todos los tipos de violencia. La prevalencia de violencia psicológica entre las mujeres que fueron víctima de abuso sexual en la infancia es igual al 28%, la prevalencia de violencia económica igual a 15%, la prevalencia de violencia sexual igual a 9% y la prevalencia de violencia física igual a 7%. Todos estos porcentajes son significativamente mayores que sus análogos entre las mujeres que no fueron víctimas de abuso sexual en la infancia. Más aún, del total de mujeres que reporta haber sido víctima de violencia sexual, el 42% fue víctima de abuso sexual en la infancia y del total de mujeres que reporta haber sido víctima de violencia física, el 33% fue víctima de abuso sexual en la infancia. Es así como en el tema de abuso sexual es evidente una fuerte asociación entre la experiencia de abuso sexual en la infancia con la experiencia de abuso sexual en la adultez por parte de la pareja.

4.1.7 ALTA TASA DE MORTALIDAD EN ESPECIAL EN HOMBRES MENORES DE 50 AÑOS

Esta es otra de las brechas identificadas en el diagnóstico epidemiológico realizado, donde destaca en nuestra comuna un índice de Swaroop en población general (79,4%, datos DEIS 2014) que está 5 puntos sobre el nivel regional y 1,5 puntos sobre el nivel nacional, sin embargo al desglosarlo por género y analizar el indicador sólo de los hombres se observa una gran disminución en comparación al indicador en población general, con un 69,6% ubicado 3 puntos bajo el nivel nacional (72.7%, datos DEIS 2014)); estas diferencias nos muestran que en Maullín hay una mayor proporción de muertes de hombres menores de 50 años en comparación con el país, lo que ubica a los hombres en una posición desfavorable versus las mujeres y en relación a la población general. De esta forma, al analizar las causas de muerte específicas en hombres que generalmente se relacionan con este grupo de menores de 50 años, podemos ver que la tasa de mortalidad específica de hombres por causas externas son muy relevantes en la región de Los Lagos (en población general) incluso desplazando a las enfermedades del sistema respiratorio desde el tercer

puesto que ocupan a nivel nacional, con una Tasa de mortalidad específica por causas externas en población general de 60,5/ 100.000 que está 14 puntos sobre el nivel nacional, pero además si se desagrega la información por género, vemos que la tasa específica de los hombres es 26,2 puntos mayor que la tasa nacional, mientras que la tasa específica de mujeres está casi al mismo nivel que el país (sólo 0,1 puntos de diferencia). Dentro de este grupo de causas externas podemos encontrar los accidentes de tránsito, suicidios y otras causas externas como asesinatos, accidentes, etc; pero en todas ellas podemos ver que la tasa regional es superior al nivel nacional y que esa diferencia aumenta aún más si analizamos las tasas específicas de hombres y mujeres por separado. Al mismo tiempo, todas estas causas de mortalidad específicas incluidas en el grupo de causas externas, se asocian en la literatura con una mayor frecuencia a muertes de personas jóvenes, y más específicamente a los hombres jóvenes. Al desglosar este grupo de causas externas podemos ver que en todas las causas incluidas nuestra región está por sobre el nivel nacional, pero al desglosarlas vemos que la mayor diferencia en la tasa de mortalidad específica entre nuestra región y el país, se encuentra en el subgrupo de otras causas externas que incluye asesinatos y accidentes con terceras personas involucradas, en la cual la región de Los Lagos está 6,9 puntos sobre la nacional en población general, mientras que en la tasa específica de hombres la región se ubica 14,4 puntos sobre el nivel de Chile; este subgrupo de otras causas externas es seguido en nuestra región por la tasa de mortalidad específica por suicidios que está por sobre el nivel nacional en 3,9 puntos, considerando población general, y 7,3 puntos sobre en el caso específico de los hombres; y finalmente el grupo de accidentes de tránsito tiene una tasa específica de mortalidad en población general que está 3,1 puntos sobre el país, y la diferencia sube a 4,3 puntos sobre el nivel nacional en el caso de los hombres. Además de esto, como ya vimos previamente en el diagnostico epidemiológico, el suicidio es la tercera causa de muerte entre los jóvenes de 10 a 25 años a nivel mundial, y en América Chile es el cuarto lugar de los países con mayor tasa de mortalidad por suicidio (11 por 100.000 habitantes), y dentro de Chile al comparar entre regiones, Los Lagos ocupa el segundo lugar con una tasa de 22,5/100.000, solo superada por Aysén (23,9/100.000), y al analizar la tasa de mortalidad especifica por suicidio entre el año 2011 y el 2020, nuestra región está por sobre el nivel nacional durante todo el periodo evaluado, y además los hombres tienen una tasa mayor que las mujeres en el mismo período. A todo este análisis tenemos que agregar la opinión de la comunidad expresada en los encuentros del diagnóstico participativo, los cuales mencionaron varios

problemas comunitarios que se pueden relacionar con las causas de mortalidad más frecuentes en hombres jóvenes, como la alta velocidad a la que circulan los vehículos, los animales sueltos en los caminos, caminos en mal estado, falta de mantención de los caminos, el consumo de alcohol en exceso, todo esto se puede relacionar con los accidentes de tránsito, atropellos y otro tipos de accidentes, estos problemas comunitarios fueron identificados en los encuentros comunitarios en la mayoría de los sectores de la comuna pero además fueron priorizados en los sectores de Quenuir, Peñol, Carelmapu, Amortajado y en el sector de carretera, mostrando la gran importancia que le dan los vecinos a este tipo de problemáticas que contribuyen a generar las condiciones para que ocurran más accidentes en general.

4.1.8. ALTA TASA DE MORTALIDAD POR CÁNCER GÁSTRICO, ENFERMEDAD RESPIRATORIA Y CAUSAS EXTERNAS EN HOMBRES/CÁNCER VESÍCULA Y MAMAS EN MUJERES

Como vimos previamente en el diagnóstico epidemiológico en nuestra región teníamos el 2011 la tasa de mortalidad específica por tumores malignos más baja que el nivel nacional por 1,8 puntos, pero al desagregar por género vemos que la tasa de los hombres está 1 punto sobre el país mientras que la tasa de las mujeres está 5,2 puntos por debajo del nivel nacional. Al desagregar está tasa de mortalidad por tumores malignos en sus distintas causas, podemos observar en algunos tipos diferencias importantes entre los niveles de nuestra región y el país, principalmente destacan las diferencias observadas en la tasa de tumores de estómago (predominio masculino), vesícula y mama (predominio femenino). En el caso de la tasa de mortalidad específica por tumores malignos de estómago nuestra región estaba 4 puntos sobre la tasa nacional, con una diferencia de 17,7 puntos en los hombres y una diferencia 2,6 puntos sobre la nacional en las mujeres.

En el caso de la tasa de mortalidad por tumores malignos de vesícula en la región de Los Lagos, podemos ver que estábamos 2,5 puntos sobre el nivel nacional, y al separarlas por género en el caso de los hombres era sólo 1,3 puntos, mientras que en el caso de las mujeres es mayor al país por 3,9 puntos; y otra información importante relacionada con esta tasa de mortalidad específica de tumores malignos de vesícula, la obtuvimos de la Encuesta nacional de salud 2016 – 2017 en la cual se informa la prevalencia de colecistectomía en

población general en nuestra región está 2 puntos por sobre el nivel nacional, esto podría indicarnos que la pesquisa precoz de colelitiasis se está haciendo de buena forma en la región en comparación con la situación nacional, pero no necesariamente esta información se relaciona como causa directa de la mayor tasa de mortalidad específica por tumores de vesícula en nuestra región, ya que influyen otros factores como el grado de avance de la enfermedad al momento del diagnóstico, la agresividad del tipo de tumor, etc.

Este problema se puede relacionar con varios de los temas conversados en los encuentros realizados para el diagnóstico participativo en los distintos sectores de la comuna, pese a que de forma explícita la comunidad no se comentó nada relacionado a las altas tasas de mortalidad específica por tumores malignos, pero sí se puede relacionar con problemas mencionados como la falta de horas de exámenes (endoscopía, ecografía, mamografía, etc), las largas listas de espera para tener hora con especialistas del Hospital de Puerto Montt, y también para mantener el seguimiento con especialistas y también se mencionó la falta de enfoque preventivo en las atenciones de salud; pero además de salir mencionados estos problemas, además fueron priorizados por los vecinos que participaron en los encuentros realizados en los sectores de Carelmapu, Astilleros, Peñol, Quenuir y sector de carretera.

4.1.9 MAYOR TASA DE DAÑO HEPÁTICO CRÓNICO EN LA REGIÓN CON SUPUESTO BAJO CONSUMO DE ALCOHOL

Según los datos de la Encuesta Nacional de Salud 2016 - 2017 la prevalencia de daño hepático crónico en nuestra región (29,4%) está 10,5 puntos sobre el nivel nacional (18,9%) y la principal causa de daño hepático crónico en Chile es por consumo excesivo de alcohol, tal como se mencionó en el diagnóstico epidemiológico las encuestas en población general muestran una disminución progresiva de la prevalencia de consumo mensual de alcohol entre el año 2012 y el 2020, y las cifras regionales son inferiores al nivel nacional, llegando a una diferencia de 15,1 puntos en el año 2020 (Región 29,2% v/s País 44,3%); sin embargo estas cifras no necesariamente se relacionan de forma directa con la prevalencia de daño hepático crónico, ya que no se consideran otras variables importantes sobre el consumo de alcohol, como son la cantidad de consumo y la cronicidad, y así podría

relacionarse de forma más directa con la prevalencia de daño hepático crónico. Con respecto a la información sobre consumo de alcohol pero en población escolar la tendencia es la misma que en población general, con una tendencia a la disminución, y con un nivel regional inferior al país, con una diferencia de 4 puntos el año 2019. Si bien la información no puede relacionarse de forma tan directa como nos gustaría, como siempre la comunidad nos ayuda a enfocar de mejor forma nuestras estrategias e intervenciones, y en este tema en particular, los vecinos que asistieron a los encuentros de los diagnósticos participativos mencionaron en casi todos los sectores distintos problemas relacionados al consumo de alcohol, desde el consumo de alcohol en vía pública, la basura que dejan en las playas cuando van a beber alcohol, peleas en la calle, pero pese a ser mencionado de una u otra forma en casi todos los sectores, solamente en un grupo de trabajo en Quenuir fue seleccionado entre los 3 problemas priorizados por la comunidad, y esto lo podemos interpretar de distintas maneras, puede ser porque lo consideren como un problema difícil de solucionar, pero también puede estar relacionado a una normalización del tema en la comunidad y por lo tanto le restan gravedad. Finalmente, para tener una visión local actualizada sobre las atenciones entregadas dentro de nuestra red de salud municipal, a Junio del 2022 teníamos a 450 pacientes bajo control en el programa de salud mental, y de ellos 24 están en tratamiento por consumo excesivo de alcohol, lo que representa al 5,3% de los usuarios bajo control; mientras que si analizamos a la población adolescente bajo control en el programa a Junio del 2022 son 283 jóvenes y 31 de ellos tienen riesgo de consumo de alcohol y drogas, un 10,9% de los adolescentes bajo control.

4.1.10 MAYOR TASA DE CONSUMO DE MARIHUANA Y COCAÍNA EN POBLACIÓN ESCOLAR COMPARADO CON LA REGIÓN Y MAYOR QUE LA TASA DE CONSUMO EN POBLACIÓN GENERAL

La tendencia en el tiempo es igual a la observada en la prevalencia de consumo de marihuana al año en población general, aumentando entre el año 2011 y el 2015, para luego disminuir hasta el año 2019, lo que sí tiene una progresión distinta es la diferencia observada entre el nivel regional y el nivel nacional, empezando el año 2011 con una pequeña diferencia de 0,2 puntos y va aumentando hasta llegar a 5,2 puntos de diferencia el año 2019. Según la Estrategia Nacional de Drogas 2021-2030 de SENDA los escolares chilenos ocupan el primer lugar entre los países de las Américas en consumo de marihuana y cocaína, además de ser una cifra alarmante se debe considerar que se observa que la

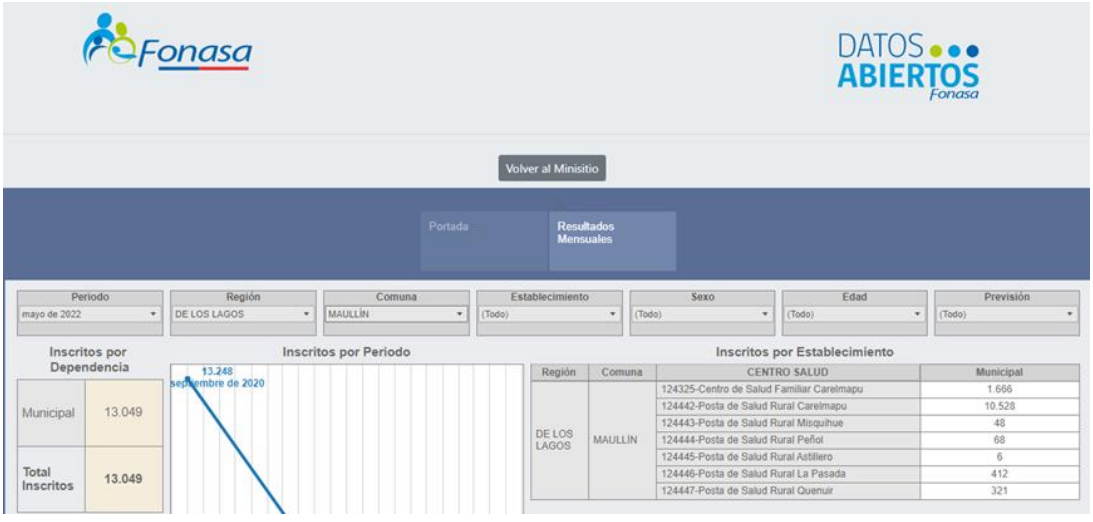
edad de inicio de consumo de nuestra población escolar es alrededor de los 14 años para la mayoría de las drogas, considerando que la evidencia científica ha demostrado en los últimos años que el desarrollo del cerebro continúa incluso después de los 18 años de edad, de manera que el inicio temprano del consumo pone en riesgo el desarrollo neurológico en las estructuras centrales. Frente a esta problemática los vecinos de la comuna de Maullín mencionan la venta y consumo de drogas en espacios públicos como plazas públicas, multicanchas, calles.

4.1.11 PROBLEMAS CON REGISTRO ESTADÍSTICO, SIGGES Y REGISTRO PER CÁPITA COMUNAL.

Dentro de los problemas identificados en el desarrollo del plan de salud comunal, hemos detectado múltiples problemas de registros en las distintas plataformas que se usan en APS, errores que se ocasionan por diferentes causas, desde errores individuales hasta problemas de los sistemas utilizados y de cómo se usan los sistemas de registro. Uno de los principales problemas detectados se produce dentro del registro per cápita y FONASA, el cual no se encuentra actualizado en la distribución de los usuarios por centro de salud donde se atienden, ya que aparecen más de 10.000 usuarios inscritos en la Posta de Salud Rural Carelmapu, y ese centro de salud no existe hace más de 10 años, ya que pasó a ser el CESFAM de Carelmapu que se inauguró el año 2011 y todavía no se ha arreglado la información, además vemos que los usuarios inscritos en las Postas de salud rural de la comuna son muy inferiores a los usuarios que realmente se atienden, por ejemplo en las Postas de Misquihue y Peñol aparecen menos de 100 usuarios inscritos oficialmente (ver imagen 8), y según nuestros cálculos aproximados, la población que se atiende en esas Postas son entre 800 y 1.000 personas por cada una; por lo tanto, este problema del registro de inscritos por establecimientos de salud, es una tremenda limitante para realizar gestión en la comuna, ya que no contamos con información precisa para poder repartir el cumplimiento de las metas entre los equipos, para distribuir funcionarios y otros tipos de recursos entre los equipos de salud, tampoco podemos calcular indicadores de productividad, ni tampoco comparar indicadores de impacto como son la cobertura efectiva de diabéticos e hipertensos en la comuna. Este mismo problema que vemos en el registro de usuarios en el sistema de FONASA y del inscrito per cápita comunal, también ocurre en

el sistema de registro clínico electrónico, Rayen usamos en nuestra comuna, por lo tanto, la información de la distribución de los usuarios en los distintos sectores de la comuna, no sólo no está actualizada, sino que además no coinciden los datos registrados en las distintas plataformas, lo que nos deja sin un número oficial que podamos utilizar ya que cada plataforma nos entrega una distribución diferente de los usuarios en la comuna. Todas estas consecuencias derivadas de este problema de registro de la inscripción per cápita en la comuna, nos genera grandes repercusiones en la forma de gestionar el DESAM, ya que no nos permite realizar la programación de actividades anual por equipos de salud, ni tampoco comparar indicadores entre los equipos de salud para así poder definir estrategias de acuerdo al contexto sanitario del territorio y conseguir mejores resultados.

Imagen N° 8: Fotografía del registro validado de usuarios por FONASA a Mayo del 2022, distribuido por establecimientos de salud de Maullín.



Otro problema identificado que está relacionado con los registros, ocurre en el sistema de información estadística del DESAM, en el cual durante los últimos años se han visto varios

errores de distintos tipos, que se ven reflejados en los REM y que debemos estar rectificando y corrigiendo información que ya fue enviada por vía oficial al SSDR, dentro de los errores que se cometen, algunos son individuales y aislados, pero otros son recurrentes y generalizados entre los funcionarios del DESAM; sin embargo, lo más relevante desde nuestro punto de vista, son los problemas que derivan del sistema que se utiliza y de cómo se usa el sistema. En el caso de la comuna de Maullín, tenemos un sistema de estadísticas descentralizado en el cual cada profesional hace su REM del mes, y lo envía a un encargado de estadísticas que se encarga de consolidar los datos y enviarlos al servicio de salud. Este sistema descentralizado genera varias consecuencias en la comuna, primero se relaciona directamente con la cantidad de errores de registro en los REM, también se necesita bloquear horas clínicas todos los meses a todos los profesionales para que generen sus archivos REM y los envíen, ocupando en el año entre 6 y 12 días hábiles de la mayoría de los profesionales que desarrollan funciones clínicas, sin agregar los días bloqueados para construir los Censos semestrales (REM P). Otro impacto que genera este sistema descentralizado, es que se registran datos en lugares equivocados del REM, lo que influye en el cumplimiento de algunas metas, ya que por no estar registradas las atenciones en las celdas correctas del REM, finalmente no se consideran en la producción del indicador evaluado, afectando directamente el cumplimiento de metas de los equipos y por consecuencia afectando también el financiamiento del DESAM. También tiene como consecuencia relevante, que no existe respaldo de las hojas diarias de atención, ya que cada funcionario usa un sistema de registro diferente para construir su REM a final del mes, algunos construyeron sus propias hojas diarias de registro y las van guardando durante el mes, para realizar su estadística a fin de mes, pero otros lo hacen de forma más desordenada y con menos prolijidad, afectando la veracidad de la información entregada, aumentando el riesgo de omitir prestaciones que si se realizaron, omitir datos clínicos o escalas realizadas dentro del control, etc; pero sin duda lo más importante, es que al no existir respaldo de las hojas diarias de atención por cada profesional, se genera una tremenda limitante para ejercer Control sobre la producción de los equipos de salud y de forma individual con cada profesional, también nos limita la supervisión de atenciones, la verificación de indicadores del MAIS, la elaboración de listas de pacientes con prestaciones pendientes, rescates de pacientes para aplicar instrumentos de screening que venció su vigencia (por ejemplo: EMP, PAP, etc), y muchas otras consecuencias que afectan la gestión clínica del DESAM. Otro aspecto importante de mencionar sobre este sistema de

estadísticas descentralizado, es que es muy difícil de corregir sin modificar el tipo de funcionamiento, ya que demandaría un proceso de capacitación a funcionarios antiguos y de inducción a funcionarios nuevos, que fuera permanente en el tiempo para que no se vea afectado por la alta rotación de funcionarios en APS, y además agregar varios filtros de consistencia de la información elaborada (en las distintas etapas del proceso), revisión técnica de los datos antes de enviarlos al SSDR, y pese a que se aplicará todo esto, seguiríamos usando mucho tiempo administrativo de profesionales (gran inversión) y tampoco se solucionaría la falta de respaldo de las hojas diarias de atención; por lo tanto creemos que la solución va ligada a un cambios de sistema estadístico, pasando a un funcionamiento centralizado, con respaldo de hojas diarias de atención por profesional, y con un sistema de vaciamiento de información centralizado para construir los REM definitivos.

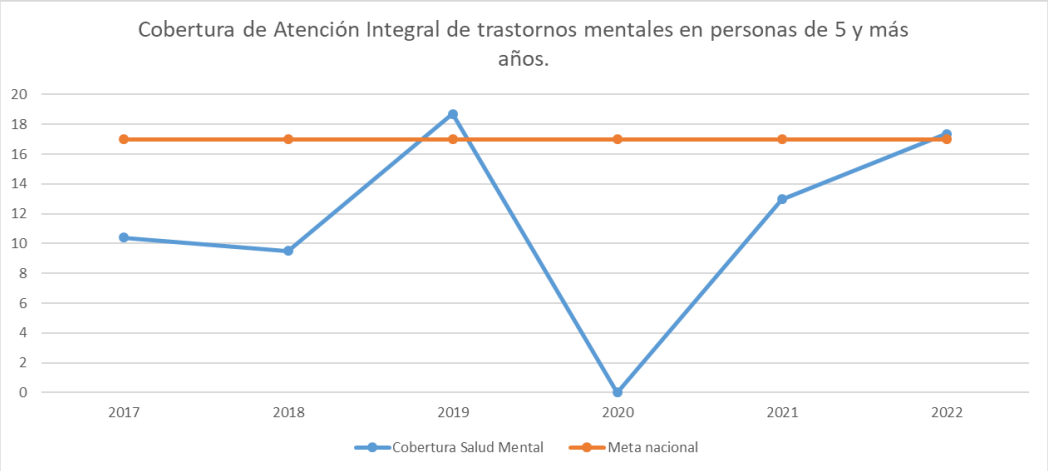
Finalmente, dentro del problema de registros de información en el DESAM, también se ve afectada el área de SIGGES, la cual requiere múltiples registros de distintos tipos de información tanto clínica como administrativa, sin embargo es muy importante el impacto que se genera por los errores en esta área, ya que no solo afectan a la gestión del DESAM de forma interna, sino que también les puede afectar a los usuarios del sistema, ya sea generando el vencimiento de alguna garantía, o demorar la atención por especialistas a través de interconsultas, o limitar el acceso a alguna prestación examen o medicamento que debería estar garantizado. Durante este año se han generado varios avances en esta área, reforzando la estructura de funcionamiento, nombrando referentes, monitores y digitadores SIGGES; pero todavía nos falta reforzar y seguir mejorando distintos procesos, por ejemplo no contamos con ningún tipo de trazabilidad administrativa del envío de información de prestaciones realizadas y constancias diagnósticas realizadas en los centro de salud y su traslado a la unidad SIGGES, para el posterior registro en plataforma; otro aspecto a mejorar es el registro de las prestaciones SIGGES realizadas en la plataforma, lo que afecta en la derivación a especialistas en las patologías incluidas, donde se puede retrasar o incluso rechazar la derivación porque no se han entregado las prestaciones garantizadas para la patología en cuestión, o porque no se ha creado el caso SIGGES en la plataforma, pero también afecta el financiamiento del DESAM, ya que este desorden en el registro de prestaciones limita la posibilidad de cobrar las canastas SIGGES y recuperar los recursos financieros usados en la atención de estos usuarios que cuentan con su

protección financiera específica que entrega el SIGGES. Si consideramos la opinión de la comunidad en este tema, dentro de los problemas identificados por los vecinos en los encuentros realizados para el diagnóstico participativo, aparecieron varios temas relacionados con las consecuencias que se generan por los problemas de registro en el sistema SIGGES, por ejemplo la falta de disponibilidad de algunos medicamentos en las Postas de salud rural (ocurre frecuentemente con el celecoxib y el tramadol), disponibilidad de horas profesional para entregar algunas prestaciones que deberían estar garantizadas, problemas de gestión administrativa en algunos centros de salud de la comuna, y también mencionaron la larga lista de espera para control con especialista en el Hospital de Puerto Montt; pero además de identificar estos problemas, los vecinos priorizaron problemas relacionados con este tema en los encuentros participativos realizados en Quenuir, Misquihue, Peñol, Carelmapu y sector carretera específicamente.

4.1.12 ALTA DEMANDA DEL PROGRAMA DE SALUD MENTAL EN LA COMUNA EN RELACIÓN A META NACIONAL

Actualmente la situación de la salud mental es de preocupación tanto a nivel mundial, nacional y local. La OMS señala que ya antes de la pandemia los trastornos mentales casi llegaban a las mil millones de personas en el mundo y enfocado en los países con ingresos bajos y medianos. La pandemia ha incrementado entre un 25 % y un 27 % la prevalencia de la depresión y la ansiedad a escala mundial y, la situación tanto nacional como comunal a nivel perceptivo no difiere tanto de la mencionada.

Gráfico N° 57: Evolución de cobertura de Atención Integral de trastornos mentales en personas de 5 y más años en DESAM de la comuna de Maullín.



* Importante señalar que el año 2022 demuestra información hasta octubre 2022.

Si bien es cierto a nivel nacional la meta de cobertura de atención Integral a personas con factores de riesgo, condicionantes de salud mental y trastornos mentales es de un 17% y en la comuna estamos logrando un 17,36% (498 pacientes bajo control/ 2869). Respecto a la tasa de controles de atención Integral a personas con factores de riesgo, condicionantes de salud mental y trastornos mentales la meta comprometida es de 5 controles en promedio a nivel nacional y comunalmente los resultados hasta el momento es de 4,98 promedio anual bajo control (2479 controles / 489 pacientes bajo control), según lo reportado por el servicio de salud del reloncaví.

De acuerdo a lo expuesto, no podemos olvidar el incremento esperado por la pandemia y así también lo percibe la población de Maullín al momento de los diagnósticos participativos señalando en diferentes sectores de manera transversal la falta de horas de atención en área de salud mental, ahora bien, éstos no fueron priorizados por la comunidad entre los 3 problemas, sin embargo es algo, que se debe abordar para mejorar tanto el acceso como la oportunidad en salud.

4.1.13 BAJA COBERTURA DE LME EN LA COMUNA EN RELACIÓN A LA META NACIONAL

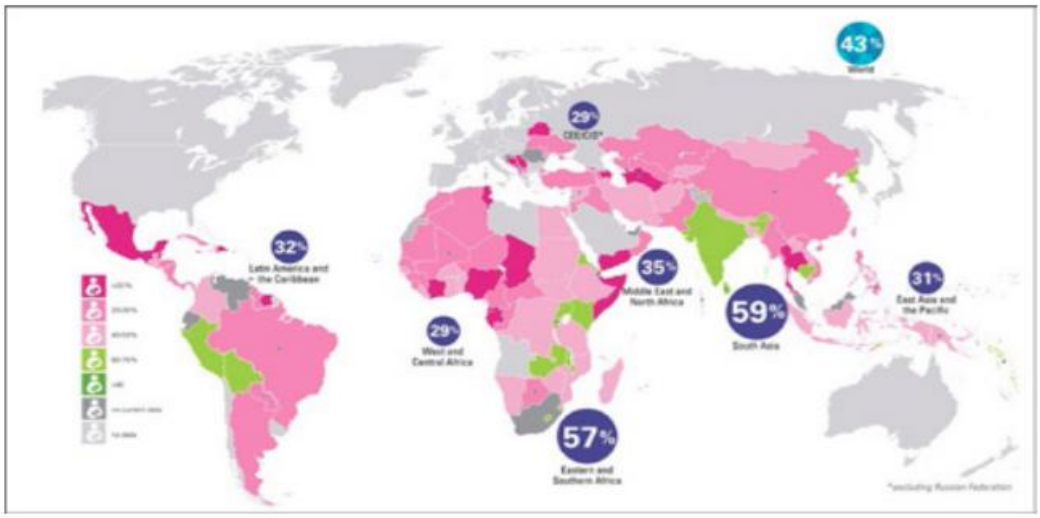
Aunque recibir lactancia materna alguna vez comparado con no lactar nunca ya resulta ventajoso para la salud del niño y de la madre, la evidencia actual confirma que dichos beneficios son dosis-dependiente es por ello que uno de los indicadores que más

se valoran es el mantenimiento de la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida. El año 2016 UNICEF publicó datos en los cuales se indicaba que globalmente el indicador de LME a los 6 meses de vida es de un 43%, destacando a los países del Sur de Asia que llegan al 60%, seguidos por los países del Este de Sur de África que alcanzan el 57%, sin embargo en muchas otras regiones el indicador es sólo de un 30% (ver imagen 9). (fuente: Lactancia materna en cifras: tasas de inicio y duración de la lactancia en España y otros países, Comité de lactancia materna de la Asociación Española de Pediatría, 2016).

Como mencionamos previamente en el diagnóstico epidemiológico, la meta nacional es de un 60% el mismo nivel observado en los países del Sur de Asia, y nuestra comuna durante los últimos años lograba un indicador de alrededor del 70% (con excepción del 2020 afectado por la Pandemia), sin embargo este año el avance del cumplimiento muestra una gran caída, de 34 lactantes bajo control al sexto mes de vida, sólo 17 estaban con lactancia materna exclusiva, alcanzando un 50% de cobertura hasta Octubre de este año, lo que muestra una disminución de 20 puntos con respecto al nivel alcanzado los últimos años y 10 puntos por debajo de la meta comprometida para este año y que coincide con la meta nacional del 60%. Es importante considerar en el análisis que este año también se observa una disminución en el indicador alcanzado a nivel del servicio de salud de reloncaví, el cual tiene una cobertura de LME al sexto mes de vida de 54,5% al mismo corte de Octubre de este año, observando una disminución de cerca de 6 puntos con respecto al nivel alcanzado durante los últimos años antes de la Pandemia, aunque el último año (2021) a nivel del SSDR se alcanzó un 52% de cobertura en este indicador, seguramente relacionado con el impacto de la Pandemia. Otro factor muy relevante a evaluar en esta disminución de la cobertura de LME en la comuna y a nivel del SSDR, es la incorporación de la nueva fórmula de inicio, política pública que comenzó el año 2015 con un proyecto piloto, que consistía en entregar la fórmula de inicio a niños menores de 12 meses, que no tuvieron acceso a LM, en reemplazo de la leche purita fortificada, este piloto se aplicó inicialmente en las regiones de La Araucanía, Magallanes y en el Servicio de Salud Metropolitano Occidente; luego de una positiva evaluación se comenzó a expandir progresivamente y por etapas al resto del país, logrando a Febrero del 2022 la aplicación en todo el país incluyendo a niños hasta los 12 meses de edad; debido a la reciente aplicación de esta política pública, aún no podemos sacar conclusiones del impacto de su aplicación, pero de manera preliminar podemos ver

la disminución del indicador de cobertura de LME, y además los equipos locales identifican la incorporación de esta nueva fórmula de inicio como una dificultad y una barrera para mejorar el nivel alcanzado en este indicador en Maullín.

Imagen N° 9: Porcentaje de LME del 0 - 5 meses de vida en los distintos continentes

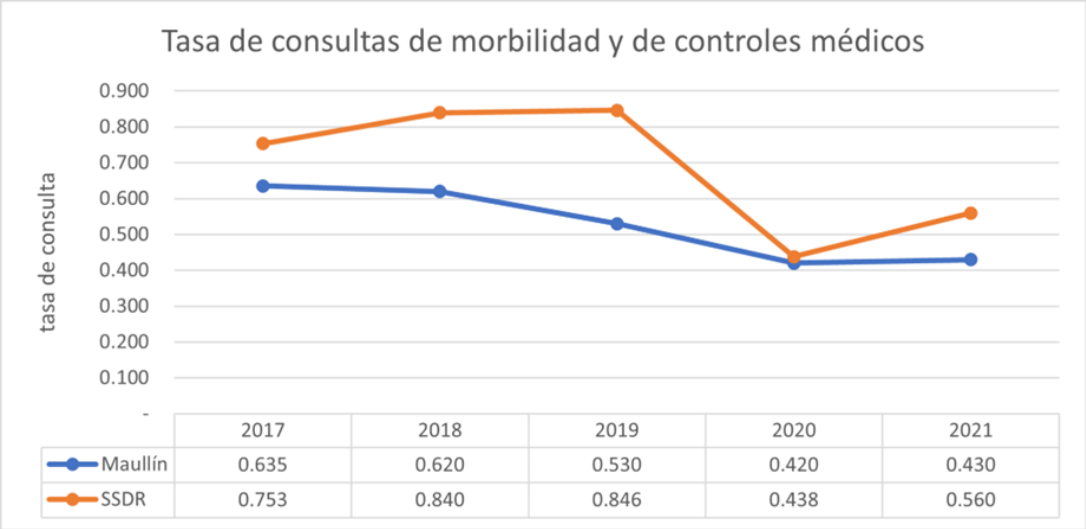


Fuente: base de datos global UNICEF, 2016[6]

4.1.14 BAJA DE CONTROLES Y CONSULTAS MÉDICAS POR POBLACIÓN EN LA COMUNA

Este indicador mide la Tasa de controles y consultas médicas por población se incorporó a las metas IAAPS el año 2017, y desde entonces ha ido aumentando la meta nacional progresivamente, llegando actualmente a ser 1,2 controles y/o consultas médicas por persona en el año, y como vimos previamente en el diagnóstico epidemiológico se compone de la suma de varios tipos de control médico (ciclo vital, problemas de salud, etc) y consultas médicas (morbilidad, algunas urgencias y sala IRA/ERA). Al analizar el nivel alcanzado por nuestra comuna en los últimos años podemos observar que estamos en un nivel muy inferior a la meta nacional, y al compararnos con el nivel del SSDR la situación es concordante, el cuál durante el período evaluado también se encuentra por debajo del nivel nacional, y no ha podido llegar a un nivel superior a 1 control y/o consulta médica por persona en su territorio, logrando su mejor resultado el año 2019 con una Tasa de 0,84 consultas y/o controles médicos por persona. (ver gráfico 58).

Gráfico N° 58: Comparación de la tasa de consulta y/o controles médicos por población entre Maullín y el SSDR, desde el año 2017 al 2021



Fuente REM SA consolidado años 2017, 2018 y 2019, 2020 y 2021.

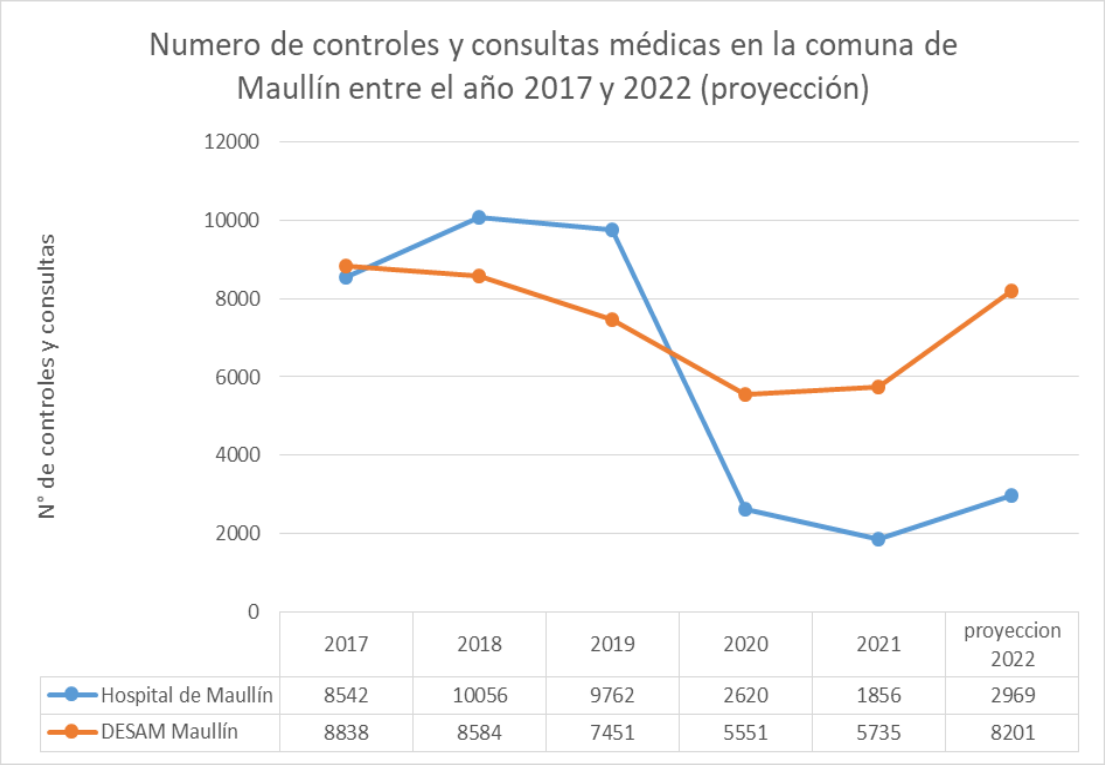
Al analizar en detalle los componentes que se consideran en la Tasa de controles y/o consultas médicas por habitante en nuestra comuna, es muy importante considerar la situación especial que ocurre con la atención de pacientes en el sector Urbano de Maullín Centro, en el cual los pacientes pueden consultar tanto en el Hospital San Carlos de Maullín, como en el Centro de Salud Maullín (ambos ubicados en la zona urbana) los cuales coordinan y se complementan en la entrega de prestaciones de salud a este sector de la comuna, la mayoría de las personas asiste a sus controles de salud (ciclo vital, salud mental, PSCV, otros problemas de salud, etc) principalmente al Centro de Salud de Maullín que depende de la APS municipal, y una minoría se sigue controlando en el Hospital, sin embargo esta situación se invierte al analizar las consultas de morbilidad, las cuales son otorgadas por el Hospital de Maullín y en el Centro de Salud de Maullín no se dan horas para consultas de morbilidad; estos aspectos de coordinación y complementariedad están regulados por el convenio de integración vigente que se firmó el año 2016, dentro del cual también se regula el acceso la atención por distintos profesionales y a distintas prestaciones de salud de la cartera de APS, algunas de ellas que no están autorizadas para ser entregadas en el Centro de Salud de Maullín ya que no cuenta con Autorización Sanitaria y por lo tanto, se da esa oferta de servicios a traves del Hospital de Maullín.

Es debido a esta situación particular, que las cifras de cumplimiento comunal en este indicador suman las atenciones de médico realizadas en la APS municipal más las consultas y controles médicos realizados en el Hospital de Maullín, lo que influye mucho en la capacidad de intervención y modificación de estrategias que se pueden aplicar para subir los niveles de cumplimiento, debido a que no tenemos la posibilidad de intervenir en las prestaciones entregadas por el Hospital de Maullín, ni mucho menos poder participar de la programación de actividades, repartición del RRHH y estructura de las agendas de atención de los profesionales médicos que atienden en el Hospital de Maullín; por lo tanto, necesitamos analizar el indicador de forma desagregada entre la producción lograda en la APS municipal y las prestaciones realizadas por el Hospital de Maullín por separado.

Al observar el gráfico 59 podemos ver el número de consultas y controles médicos realizados anualmente en el DESAM de Maullín y en el Hospital San Carlos de Maullín desde el año 2017 al 2021, y se ve claramente como en los años previos a la Pandemia el Hospital de Maullín realizaba más consultas y controles médicos que el DESAM de Maullín, llegando el 2018 a ser un 17% más que los realizados por el DESAM y el año 2019 la diferencia aumentó a un 31% más de consultas y controles médicos realizados por el Hospital San Carlos de Maullín; sin embargo para los años siguientes la situación se invirtió radicalmente observando así que el año 2020 en el DESAM de Maullín se realizaron más del doble de consultas y controles médicos que en el Hospital (111,9%) y para el año 2021 aumentó aún más llegando a producir el DESAM de Maullín más del triple que el Hospital (208,9% más) (ver gráfico 59), por lo tanto podemos ver al comparar el número de controles y consultas medicas realizadas por el DESAM de Maullín y por el Hospital, que la disminución de producción observada depende principalmente de la disminución de controles y consultas médicas que se realizaban en el Hospital de Maullín, que si comparamos su producción de estas prestaciones de salud disminuye en un 73,2% al comparar el 2019 con el 2020, y disminuye un 81% al comparar el 2019 con el 2021. Esta disminución en la producción de consultas y controles médicos por el Hospital de Maullín, es muy probable que se origine principalmente por la irrupción de la Pandemia de SARS-CoV-2, que generó múltiples adecuaciones en la cartera de prestaciones entregada a la población, sin embargo, es preocupante que no se observa una recuperación de la productividad este año 2022, o al menos un aumento concordante con lo observado a nivel del SSDR (recuperó casi el 85% del nivel alcanzado el año 2019 en este indicador) y a nivel

del DESAM de Maullín (logrando una Tasa de 0,63 controles y/o consultas médicas por persona, con un aumento de la Tasa de un 18,8% comparado con lo realizado por el DESAM Maullín el año 2019); mientras que en el Hospital de Maullín al compararlos con lo realizado el 2019, el número proyectado de consultas y controles médicos para este año 2022 representa el 30,4% de lo realizado el año 2019, y al compararlo con el 2021 se ve un aumento de casi un 60%, lo que muestra una lenta recuperación de la productividad observada en los años anteriores a la Pandemia. Esta misma tendencia a la disminución se observa en todas las prestaciones médicas que se suman para construir el indicador de la Tasa de consultas y/o controles médicos, por ejemplo el número de controles médicos realizados en el Hospital de Maullín (incluye controles de salud mental, cardiovasculares y otros problemas de salud) el año 2019 fueron 524 controles médicos, y hasta el 31 de Octubre de este año, se habían realizado 207 controles médicos, que al realizar la proyección para el año completo nos da un total de 249 controles médicos, lo que representaría el 47.5% de los controles médicos anuales que se realizaban en el Hospital antes de la Pandemia; y al analizar por separado las consultas médicas realizadas también se observa que este año se proyecta alcanzar un total de 2636 consultas médicas en el Hospital de Maullín, muy inferior a lo realizado el año 2019 que fueron 9120 consultas médicas, logrando con la proyección de este año, solamente un 28,9% de lo producido el año 2019.

Gráfico N°59: Número de controles y consultas médicas realizadas en Maullín según dependencia del centro de salud, entre el año 2017 y la proyección del año 2022

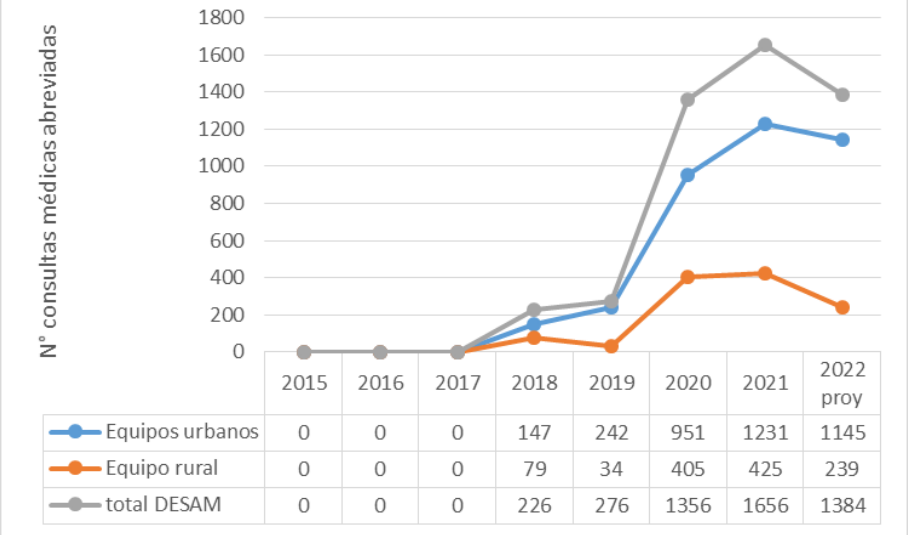


	2017	2018	2019	2020	2021	proyeccion 2022
Hospital de Maullín	8542	10056	9762	2620	1856	2969
DESAM Maullín	8838	8584	7451	5551	5735	8201

Otro aspecto muy relevante de analizar en este indicador, es la percepción de la comunidad con respecto a la disponibilidad de horas para acceder a las consultas y controles médicos en nuestra comuna, hay que tener en cuenta en análisis que esta es una solicitudes más frecuente de la comunidad a lo largo de todo el país, y suele aparecer en los diagnósticos participativos comunales que se realizan en Chile; y en nuestra comuna no es la excepción, se identificó el problema de falta de horas médicas en varios sectores de la comuna y además fue priorizado por los vecinos que participaron de los encuentros comunitarios en al menos la mitad de los encuentros realizados en los distintos sectores de la comuna (Sector carretera, Maullín urbano, Carelmapu, Peñol y Quenuir) predominando en los sectores rurales de la comuna. Esto sería concordante con el análisis realizado de la Tasa de consultas y/o controles médicos realizados en nuestra comuna, en la cual estamos muy lejos de alcanzar la meta nacional que llega a 1,2 consultas y/o controles médicos por habitante. Sin embargo, que hayan bajas tasas de cobertura de prestaciones médicas, no debe confundirse y volverse equivalente a que se necesiten contratar más médicos en la APS comunal; hay otros factores importantes de analizar que influyen en la producción de

prestaciones médicas, como es la distribución de las horas médicas en los distintos sectores de la comuna, la distribución proporcional en el tipo de prestaciones realizadas por los médicos, el número de horas administrativas bloqueadas v/s horas clínicas efectivas, y por último un factor que es relevante en nuestra situación local es el aumento de producción de actividades médicas que no suman al indicador de Tasas de consultas y/o controles médicos, como por ejemplo las atenciones médicas abreviadas (ver gráfico 60), que son espacios de trabajo generalmente administrativo que se dedica a repetir recetas de medicamentos crónicos, revisar exámenes, etc, pero algo importante es que se realizan sin la presencia del paciente, por lo tanto la comunidad no se percata de este trabajo realizado y por el contrario, puede generar molestia en ocasiones, porque ven al médico en el box "encerrado" pero sin atender pacientes presencialmente en box, por lo que parece que no se estuviera aprovechando ese tiempo.

Gráfico N° 60: Consultas médicas abreviadas realizadas en el DESAM Maullín, desagregadas por urbano v/s rural, entre el año 2015 y el 2022

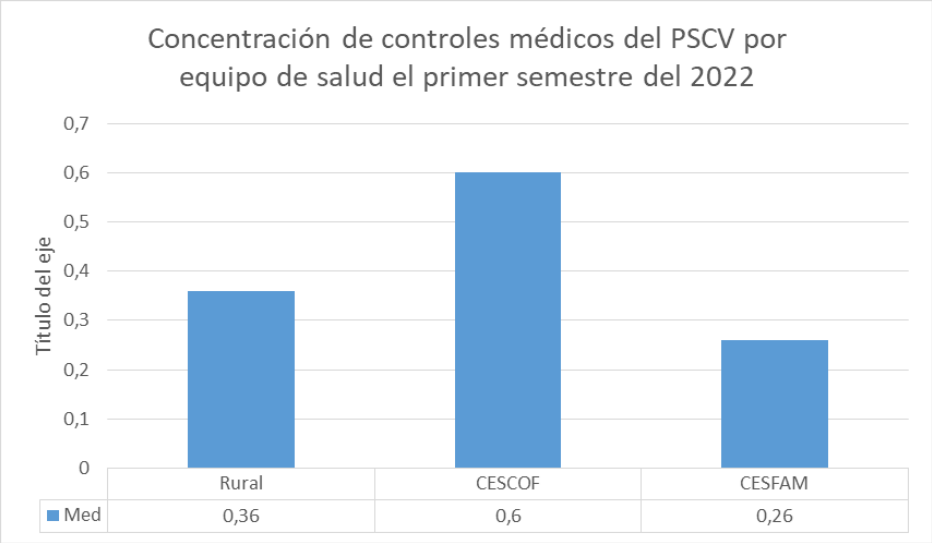


	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022 proy
Equipos urbanos	0	0	0	147	242	951	1231	1145
Equipo rural	0	0	0	79	34	405	425	239
total DESAM	0	0	0	226	276	1356	1656	1384

De esta forma podemos ver en el gráfico 60, que la mayor acumulación de consultas médicas abreviadas se desarrollan en las atenciones de las áreas urbanas de la comuna, y en mucha menor proporción en las atenciones médicas de los sectores rurales de Maullín; además podemos ver una tendencia al aumento en los últimos años, con una elevación muy marcada el año 2020, seguramente debido a la Pandemia que obligó a cambiar el sistema de atención y las prestaciones de salud que se priorizaron en nuestra comuna, sin

embargo llama la atención que en los sectores urbanos, las consultas médicas abreviadas siguen aumentando el año 2021, en vez de estabilizarse o incluso disminuir como se observa en los sectores rurales, y sólo se ve una leve disminución al compararlo con la proyección de consultas médicas abreviadas que serán realizadas este año. Esta información nos muestra indicios de que tenemos un problema de gestión interna, seguramente relacionado con la programación de actividades y la estructura de agenda implementada en los centros de salud de la comuna, ya que cada vez se destinan más horas médicas a este tipo de actividades que no contribuyen a aumentar nuestros indicadores de salud, ni tampoco ayudan a mejorar el estado de salud de la comunidad, sino simplemente ayudan a cubrir la necesidades de gestión de un sistema que se encuentra sobrepasado por la demanda de los usuarios, y se dedican a renovar recetas de crónicos, revisar exámenes y ECG sin la presencia del usuario, etc.

Gráfico N°61: Concentración de controles médicos del PSCV por equipo de salud el primer semestre del 2022



Por todos estos motivos es importante compararnos con algún estándar de horas médicas en APS, y así poder aclarar si los bajos niveles observados en la Tasa de consultas y/o controles médicos por persona, responden a la falta de contratación de profesionales Médicos en la APS de la comuna, o se debe principalmente a la gestión interna del DESAM, de cómo se utilizan estas horas médicas, cómo se distribuyen y cómo se usan de forma más efectiva. De esta forma, para poder discriminar si éste bajo nivel conseguido en la Tasa

de consultas y/o controles médicos en nuestra comuna, se produce principalmente por falta de horas médicas disponibles, o responde más bien a una alta demanda de horas médicas por parte de la comunidad, o quizás se debe a la utilización y distribución de las horas médicas contratadas en la APS comunal; necesitamos un parámetro de referencia para poder comparar los parámetros comunales, para eso usaremos de referencia una publicación del año 2010 realizada en Chile, el "Estudio de brecha de oferta y demanda de médicos especialistas en Chile" publicado en enero del 2010. En este estudio se informa que dentro del sistema chileno de salud en el año 2008 habían 562 habitantes por cada médico, pero lamentablemente estos profesionales no se distribuyen de forma equitativa entre los distintos sistemas de previsión de salud, yendo la gran mayoría de los médicos a trabajar al sistema particular o de isapres, en el cual había un médico cada 276 habitantes, mostrando una gran diferencia con el indicador nacional, y si observamos lo que ocurre con los médicos contratados en el sistema de salud público había un médico cada 920 personas beneficiarias de FONASA, marcando una gran brecha con lo observado en el sistema previsional privado; pero además los médicos contratados en el sistema público de salud, un gran porcentaje no está contratado a tiempo completo (44 horas a la semana) y el promedio de horas contratadas a nivel nacional es de 26 horas/semana por cada médico contratado en el servicio público. De esta forma, el año 2008 habían 13.308 médicos contratados en el sector público de salud representando al 44% del total país (porcentaje que sube sólo al 45% para el año 2016 en Chile), y de ellos el 79,5% están contratados en los servicios de salud, 10584 médicos, y sólo 2749 están contratados en APS, lo que representa el 9% del total de médicos del país, y el 20,6% de los médicos contratados en el sistema público de salud en Chile (ver gráfico 62); de esta forma vemos que en Chile el año 2008 hay 1,9 médicos contratados en APS cada 10.000 habitantes, y el año 2007 la OCDE publicó el documento Panorama de la salud 2007, los indicadores de la OCDE, donde recomienda para Chile tener 3 médicos contratados en APS con 44 horas a la semana cada 10.000 personas (ver Tabla 85) (*Estudio de brecha de oferta y demanda de médicos especialistas en Chile. Colaboración técnica Banco Mundial - Gobierno de Chile. serie cuadernos de redes N° 31. Enero 2010.).*

Gráfico 62: Distribución de médicos que trabajan en Chile, según sistema previsional, datos del 2008.

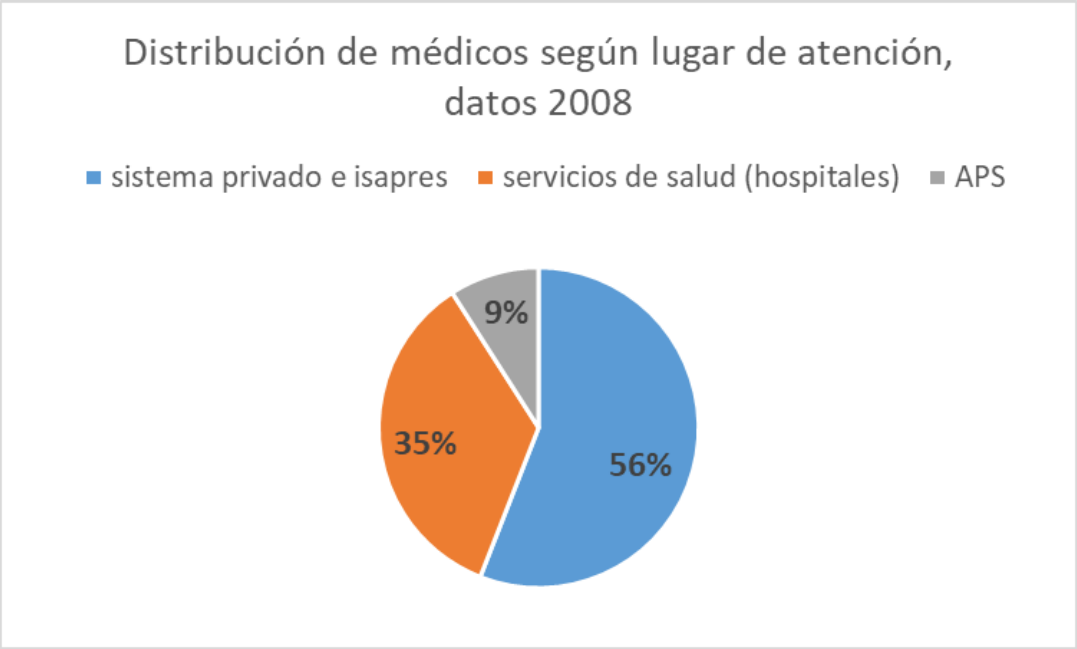


Tabla 85: Estimación del déficit de médicos de APS en el sistema público de Chile

Médicos	Cantidad Disponible	Cantidad Necesaria	Déficit Absoluto	Déficit en %
1/3.333	2.310[1]	3.674	1.364	- 37,1%
1/1.125[2]	2.310	9.798	7.488	- 76,4%
1/2.000	2.310	6.124	3.814	- 62,3%

Fuente: 1.-Estudio de brecha de oferta y demanda de médicos especialistas en Chile. Colaboración técnica Banco Mundial - Gobierno de Chile. serie cuadernos de redes N° 31. Enero de 2010.

2.- Primary Care - Will it survive? N Engl J Med 35

La situación en nuestra comuna con respecto a los médicos contratados en APS municipal es muy superior a la recomendación técnica para nuestro país de tener idealmente 3 médicos contratados con 44 horas/semana cada 10.000 personas, lo que en la población de Maullín es equivalente a tener 4 médicos con jornada completa atendiendo en APS, y este año en la comuna hay 5 médicos contratados con jornada completa (una doctora con licencia postnatal que no ha vuelto a trabajar) y un médico contratado con media jornada, pero además hay 4 médicos EDF contratados por el Servicio de Salud de Reloncaví, que atienden en la APS de nuestra comuna, lo que suma un total de 8,5 médicos atendiendo en nuestra comuna en los establecimientos de atención primaria municipal, lo que casi duplica

la recomendación de la OCDE para Chile y nos ubica al nivel que tenía el reino unido el año 2007 (ver imagen 10) con una tasa de médicos en APS de 5,74 cada 10.000 (calculado para una población proyectada al 2022 en Maullín según CENSO de 14.816 personas). Para poder realizar la comparación con el nivel regional, no tenemos información desagregada por regiones del mismo año 2007, pero sabemos que el año 2016 la región de Los Lagos tenía una tasa de 2,94 médicos en APS cada 10.000 habitantes, y a nivel nacional la tasa era de 2,85, siendo ambas muy inferiores a la tasa de 5,74 que vemos en Maullín para el año 2022.

Imagen N° 10: Tabla comparativa de la brecha existente en la tasa de médicos APS por 10.000 habitantes 2007.

Tabla I. Brecha de médicos APS por cada 10.000 habitantes, según tasa específica por país. *Fuente:* Estimación de brechas de especialistas en medicina familiar para la atención primaria chilena. VI Concurso políticas públicas.

	EEUU	RU	Chile (recomendada)	Chile
Tasa Med APS/10.000 habitantes	8	5,8	3	1,9
Diferencia de tasa	6,1	3,9	1,1	
Porcentaje (%)	421,1	305,3	157,9	
Demanda (JCE) Chile según tasa especialistas**	9798	7104	3674	2310
Brecha (JCE) Chile médicos según tasa especialistas.	7488,4	4793,84	1364,4	

Fuente:*Estudio de brecha de oferta y demanda de médicos especialistas en Chile. Colaboración técnica Banco Mundial - Gobierno de Chile. serie cuadernos de redes N° 31. Enero 2010.*

Con toda esta información podemos concluir que la baja tasa de controles y/o consultas médicas por población, se debe principalmente a cómo se utiliza el recurso médico en la comuna entre el Hospital de Maullín y el DESAM, pero también cómo se distribuyen las horas médicas entre los distintos equipos de APS, lo que influye directamente en la percepción de ciertos sectores de la población comunal.

4.1.15 DIFICULTADES PARA LOGRAR LA META DE INGRESO PRECOZ DE EMBARAZO ANTES DE LAS 14 SEMANAS

Según las orientaciones técnicas que establecen las metas asociadas al índice de actividad de atención primaria de salud, en la vigilancia activa del proceso reproductivo en todas sus etapas, se realizan distintas actividades, una de ellas es la detección precoz de las gestantes que presentan factores de riesgo en los centros de APS, que permite realizar

las intervenciones necesarias o derivación oportuna a especialista, para manejo de los factores que pueden derivar en una morbilidad fetal o parto prematuro. La recomendación para la atención integral sistemática y periódica de la mujer embarazada, en condiciones óptimas, es antes de las 14 semanas, contribuyendo a reducir la mortalidad perinatal proyectada, comprometida en la Estrategia Nacional de Salud.

En base a esto la orientación técnica de las IAAPS 2022, establece el siguiente indicador para medir el cumplimiento asociado, el cual fue negociado a nivel comunal en un 85% y la meta nacional en un 90%, a continuación se expone la base calculo:

Imagen N°11: Cálculo indicador

Indicador	Ingreso precoz de mujeres a control de embarazo
Fórmula de cálculo	$\frac{\text{N° de mujeres embarazadas ingresadas antes de las 14 semanas a control}}{\text{Total de mujeres embarazadas ingresadas a control}} * 100$
Meta	**90%**
Medio de verificación	• REM A05, Sección A
Observaciones	Se debe registrar, en cada corte, el acumulado, desde enero a la fecha de corte, de las mujeres ingresadas antes de las 14 semanas para el numerador y el acumulado, desde enero a la fecha de corte, del total de mujeres ingresadas para el denominador
Referente Técnico	**Ana Ayala G** aayala@minsal.cl

Referencia: Pag 43. ORIENTACIONES TÉCNICAS ÍNDICE DE ACTIVIDAD ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD 2022 Versión N°1, abril de 2022.

Actualmente la comuna lleva un 78% de avance en este indicador, donde se han evidenciado diversas dificultades para poder dar cobertura a esta meta, donde vemos que la educación a la comunidad en el cuidado prenatal es uno de los factores influyentes, a la par de la necesidad de generar un plan de cobertura y rotación de profesionales matronas y médicos en caso de ausencia, ya que son quienes pueden dar la prestación de ingreso al embarazo, lo cual plantea la instancia de generación de estrategias de educación y rescate activo de esta población, donde además el indicador es muy sensible a la fuga de usuarias fuera de ingreso en plazo de ingreso, donde 1 ingreso no efectivo, puede significar cambios hasta en un 5% de cumplimiento, por el bajo número del denominador de la fórmula en la comuna.

5. MATRIZ DE MARCO LÓGICO

OBJETIVOS INSTITUCIONALES DESAM MAULLÍN			
FIN 1: *Reforzar las estrategias de promoción y prevención aplicadas en la comuna de Maullín, para lograr una participación comunitaria efectiva que le de pertinencia local a las acciones del nivel de Atención Primaria de Salud, acorde a los principios del Modelo de Salud Familiar.*			
FIN 2: *Fortalecer la implementación del Modelo de Salud Familiar y Comunitario para otorgar la cartera de servicios y prestaciones de forma más efectiva y lograr mejores indicadores sanitarios de la comuna de Maullín.*			
FIN 3: *Priorizar los procesos de gestión técnico-administrativa en el Departamento de Salud Municipal de Maullín, para lograr un funcionamiento institucional acorde a los lineamientos del Modelo de Salud Familiar y Comunitaria.*			
RESUMEN NARRATIVO DE OBJETIVOS	**INDICADORES**	**MEDIOS DE VERIFICACIÓN**	**SUPUESTOS**
1. PROPÓSITO 1: *Optimizar los procesos técnicos-administrativos ligados al registro en el Departamento de Salud de Maullín, mediante la*			Crisis económica global que genere altas cifras de inflación que afecten al presupuesto y no se pueda llevar a cabo rápidamente.

implementación de estrategias locales, en el periodo 2023-2024.			Caída global de comunicaciones.
1.1 COMPONENTE 1: Capacitar sobre el proceso de registro estadístico mensual a los funcionarios que realizan actividades clínicas y crear e implementar protocolo de inducción a funcionarios nuevos.	N° de Capacitaciones realizadas entre 2023 y 2024 / N° de Capacitaciones planificadas para el 2023 y 2024 N° de protocolos de inducción creados en el DESAM entre el año 2023 y 2024/ N° de protocolos de inducción programados para su creación entre el año 2023 y 2024.	1. Informe de ejecución del Plan de Capacitación comunal 2023 y 2024 2. Protocolo de inducción difundido e implementado en el DESAM	1.- Demora en implementación de capacitaciones por problemas externos. 2.- Demora en implementación de protocolos por problemas externos.
1.1.1 ACTIVIDAD 1: Capacitación en registro estadístico mensual a funcionarios clínicos del Departamento de Salud Municipal de Maullín.	N° de funcionarios clínicos del DESAM capacitados sobre REM durante el año 2023 y 2024/ N° total de funcionarios del DESAM que realizan funciones clínicas durante los años 2023 y 2024.	1. Lista de asistencia a capacitación 2. Lista de funcionarios que aprobaron la capacitación 3. Lista de funcionarios que realizan labores clínicas del DESAM	
1.1.2 ACTIVIDAD 2: Creación del protocolo de inducción en el Departamento de Salud Municipal de Maullín.	N° de protocolos de inducción creados en el DESAM entre el año 2023 y 2024/ N° de protocolos de inducción programados para su	1. Documento de protocolo de inducción del DESAM aprobado	

	creación entre el año 2023 y 2024.		
1.1.3 ACTIVIDAD 3: Difusión del protocolo de inducción en el Departamento de Salud Municipal de Maullin	N° de reuniones de difusión del protocolo de inducción realizadas a los equipos de salud del DESAM entre el año 2023 y 2024/ N° de reuniones de difusión del protocolo de inducción programadas para los equipos de salud del DESAM entre el año 2023 y 2024.	1. Cronograma de planificación de reuniones de difusión. 2. Acta reunión de difusión del protocolo de inducción del DESAM realizadas. 3. Documento publicado en página web del DESAM.	
1.1.4 ACTIVIDAD 4: Implementación de un protocolo de inducción en el Departamento de Salud Municipal de Maullín.	N° de protocolos de inducción del DESAM implementados durante el período 2023 - 2024/ N° de protocolos de inducción del DESAM creados durante el período 2023 - 2024.	1. Informe de unidad de personal con el número de funcionarios que realizaron proceso de inducción entre el año 2023 - 2024.	
1.2 COMPONENTE 2: *Fortalecer la unidad de registro estadístico cambiando a un modelo de funcionamiento centralizado.*	N° de REM enviados al SSDR y rectificados durante el año 2024/ N° de REM enviados al SSDR durante el año 2024	1. Informes de solicitud de rectificación estadística enviados al SSDR en el periodo 2023 y 2024 2. Informe de consolidados estadísticos enviados correctamente al SSDR en el periodo 2023 y 2024	1.- Demora en implementación del modelo por problemas externos.

1.2.1 ACTIVIDAD 1: Unificar los diseños de hojas de registro diario de atención por profesional para el Departamento de Salud Municipal de Maullín.	N° de estamentos profesionales con diseño de hoja de registro diario de atención consensuado y aprobado durante el período 2023-2024/N° de estamentos profesionales del DESAM periodo 2023-2024	1. Acta de acuerdo por estamento sobre el consenso para la generación unificada de hoja diaria. 2. Hojas de registro diario unificadas, disponible en formato digital y físico.	
1.2.2 ACTIVIDAD 2: Difusión de la hoja de registro diario de atención en los equipos de salud de la comuna de Maullín.	N° de reuniones de difusión de hoja de registro diario de atención realizadas a los equipos de salud de la comuna de Maullín/ N° de reuniones de difusión de hoja de registro diario de atención programadas para los equipos de salud de la comuna de Maullín periodo 2023-2024	1. Cronograma de planificación de reuniones de difusión. 2. Acta reunión de difusión del protocolo de inducción del DESAM realizadas 3. Documento publicado en página web del DESAM.	
1.2.3 ACTIVIDAD 3: Implementación de la hoja de registro diario de atención en los equipos de salud de la comuna de Maullín	N° de profesionales que utilizan la hoja diaria de atención y la envían mensualmente a la unidad de estadística centralizada/N° de profesionales que realizan atenciones clínicas en el DESAM periodo 2023-2024.	1. Lista de profesionales que cumplen con el envío mensual de hojas diarias a la unidad de estadística centralizada. 2. Lista de profesionales que realizan atenciones clínicas en el DESAM periodo 2023-2024.	
	N° de funcionarios de la unidad de estadística centralizada	1. Lista de asistencia a capacitación de	

1.2.4 ACTIVIDAD 4: Capacitar a los integrantes de la unidad estadística en el nuevo modelo.	capacitados en el nuevo modelo/N° total de funcionarios que ejercen funciones en la unidad estadística en el periodo 2023-2024.	funcionamiento de unidad bajo nuevo modelo. 2. Lista de funcionarios de la unidad estadística con capacitación aprobada. 3. Lista de funcionarios que ejercen funciones en unidad estadística.	
1.2.5 ACTIVIDAD 5: Crear un sistema de trazabilidad administrativa para el flujo de información a la unidad centralizada de estadística.	N° de sistemas de trazabilidad administrativa para el flujo de información a la unidad estadística centralizada creados/ N° de sistemas de trazabilidad administrativas para el flujo de información a la unidad centralizada estadística programados para creación en el periodo 2023-2024.	1. Documento que describa el sistema de trazabilidad para el flujo de información a la unidad estadística centralizada aprobada por el consejo gestor y técnico del DESAM.	
1.2.6 ACTIVIDAD 6: Realizar evaluación de proceso del modelo centralizado de estadística a los 6 meses de su implementación.	N° de evaluaciones de proceso del modelo centralizado de estadística realizadas en el período 2023 - 2024/ N° de evaluación de proceso del modelo centralizado de estadística programadas en el periodo 2023-2024.	1. Informe de evaluación de proceso del funcionamiento centralizado de la unidad de estadística.	

1.3 COMPONENTE 3: Actualizar los registros en plataforma per cápita - Fonasa- registro ficha clínica electrónica, sobre la sectorización de los usuarios de los distintos centros de salud de la comuna.	N° de Plataformas de registro con información actualizada sobre la sectorización de los usuarios en los centros de salud de la comuna entre el año 2023 y el 2024/ N° de plataformas de registro planificadas para actualización de la sectorización de los usuarios en los centros de salud de la comuna entre el año 2023 y el 2024.	1. Informe sobre actualización de la información de sectorización de los usuarios en los centros de salud de la comuna, elaborado y aprobado por el Consejo Técnico del DESAM. 2. Información publicada en la página de inscritos de FONASA.	1.- Demora en implementación del modelo por problemas externos (ej: presupuesto).
1.3.1 ACTIVIDAD 1: Actualizar la información de la distribución de usuarios inscritos por Centro de Salud del DESAM.	N° de centros de salud del DESAM con información de los usuarios inscritos actualizada en las plataformas de registro entre el año 2023 y el 2024/ N° de centros de salud con información de usuarios inscritos en la comuna entre el año 2023 y 2024	1. Informe sobre proceso de actualización de las plataformas de registro de información de la distribución de los usuarios inscritos en los centros de salud de la comuna, elaborado y aprobado por el Consejo Técnico del DESAM	
1.3.2 ACTIVIDAD 2: Coordinar con Fonasa la estrategia de redistribución por centros de los usuarios inscritos de la comuna.	Informe de estrategias de redistribución de los usuarios inscritos por centros de salud de la comuna consensuado con FONASA en el periodo 2023-2024	1. Informe de estrategias definido en común acuerdo con FONASA, aprobado por el consejo técnico del DESAM.	

1.3.3 ACTIVIDAD 3: Coordinar con Servicio de Salud del Reloncaví la estrategia de redistribución por centros de los usuarios inscritos de la comuna de Maullín en el sistema Rayen.	Informe de estrategias de redistribución de los usuarios inscritos por centros de salud de la comuna consensuado con el Servicio de Salud del Reloncaví en el periodo 2023-2024.	1. Informe de estrategia definido en común acuerdo con el Servicio de Salud del Reloncaví, aprobado por el consejo técnico del DESAM.	
1.3.4 ACTIVIDAD 4: Capacitar a los funcionarios técnicos y administrativos que cumplen funciones de SOME, sobre inscripción y actualización de información sobre sectorización de los usuarios de las distintas plataformas de registro.	N° de funcionarios técnicos y administrativos que cumplen funciones en SOME, capacitados en inscripcion y actualizacion de informacion sobre sectorización de usuarios en las distintas plataformas de registro en el periodo 2023-2024/ N° de funcionarios técnicos y administrativos que cumplen funciones de SOME en el DESAM en el periodo 2023-2024.	1. Lista de asistencia de funcionarios a capacitación. 2. Lista de funcionarios técnicos y administrativos aprobados en la capacitación programada. 3. Lista de funcionarios técnicos y administrativos que cumplen funciones de SOME en el DESAM.	
1.3.5 ACTIVIDAD 5: Realizar evaluación de proceso del modelo centralizado de estadística a los 4 meses de su implementación.	N° de evaluaciones de proceso modelo centralizado de estadística realizadas en el periodo 2023-2024 desde su implementación/N° de evaluaciones de proceso modelo centralizado de estadística programadas en el periodo 2023-2024 desde su implementación.	1. Informe de evaluación del proceso del modelo centralizado de estadística acorde a lo propuesto desde fecha de implementación.	

1.4 COMPONENTE 4: Reforzar el funcionamiento de la unidad SIGGES del Departamento de Salud Municipal de Maullín.	N° de protocolos de funcionamiento de la unidad de SIGGES/Comité de listas de espera del DESAM de Maullín implementados durante el período 2023 - 2024/N° de protocolos de funcionamiento de la unidad SIGGES/Comité de listas de espera del DESAM de Maullín planificados y diseñados durante el período 2023 - 2024	1. Documento oficial con el Protocolo de funcionamiento de la unidad SIGGES/Comité de lista de espera del DESAM de Maullín.	1.- Demora en implementación del modelo por problemas externos (ej: presupuesto).
1.4.1 ACTIVIDAD 1: Capacitar a los funcionarios que ejercen funciones ligadas a SIGGES en el DESAM en temáticas relacionadas a su labor.	N° de jornadas de capacitación en temática de SIGGES del DESAM en el período 2023-2024/ N° de jornadas programadas en temática de SIGGES en período 2023-2024 del DESAM Maullín.	1. Lista de asistencia de funcionarios a capacitación. 2. Lista de funcionarios aprobados en la capacitación programada. 3. Acta de reunión con acuerdos del Consejo Técnico/Gestor sobre la planificación de las capacitaciones sobre SIGGES en el período 2023 - 2024	
1.4.2 ACTIVIDAD 2: Establecer un sistema de trazabilidad de unidad SIGGES en los establecimientos de salud de la APS comunal.	N° de establecimientos de salud de APS comunal con sistema de trazabilidad unidad SIGGES 2023 - 2024/ N° de establecimientos de	1. Protocolo de trazabilidad de unidad SIGGES creado, revisado y aprobado por el Consejo Gestor del DESAM.	

	salud de la APS comunal en el período 2023 - 2024		
1.4.3 ACTIVIDAD 3: Designar un funcionario con dedicación exclusiva como encargado del SIGGES-Estadística del Departamento de Salud Municipal de Maullín.	Funcionario designado con dedicación exclusiva como encargado del SIGGES en el periodo 2023-2024	1. Oficio de designación de funcionario como encargado SIGGES del DESAM de Maullín.	
1.4.4 ACTIVIDAD 4: Mejorar el funcionamiento del comité de lista de espera del DESAM de Maullín durante el período 2023 - 2024..	N° de reuniones del comité de lista de espera del DESAM de Maullín realizadas en el período 2023 - 2024/ N° de reuniones del comité de lista de espera del DESAM de Maullín programadas para el período 2023 - 2024	2. Actas de reuniones del Comité de listas de espera del DESAM de Maullín realizadas durante el período 2023 - 2024. 3. Acta de reunión con acuerdos del Consejo Técnico del DESAM de Maullín, con la programación de reuniones del comité de listas de espera del DESAM Maullín del período 2023 - 2024.	
1.4.5 ACTIVIDAD 5: Realizar evaluación del funcionamiento del modelo centralizado de estadísticas del DESAM a los 6 meses de su implementación.	N° de evaluaciones del modelo centralizado de estadística realizadas en el periodo 2023-2024 desde su implementación/ N° de evaluaciones del modelo centralizado de estadística	1. Informes de evaluaciones realizadas en el DESAM de Maullín del modelo centralizado de estadísticas durante el período 2023. 2. Acta de reunión con acuerdos sobre la	

	programadas para el periodo 2023-2024	periodicidad de las evaluaciones del modelo centralizado de estadísticas del DESAM de Maullín.	
2. PROPÓSITO 2: *Avanzar en la implementación del Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS) en los centros de dependencia municipal de la comuna, para alinearnos con la norma nacional, en el periodo 2023-2024.*			- Crisis económica global que genere altas cifras de inflación que afecten al presupuesto y no se pueda llevar a cabo rápidamente. -No aprobación de Plan de Salud comunal, afectando a la propuesta de cambio de organización interna del Desam, que lleve a realizar cambios de manera más lenta.
2.1 COMPONENTE 1: Actualizar la estructura organizacional del DESAM y sus equipos de salud acorde a la implementación del MAIS.	N° de nuevas designaciones de encargados de Postas y/o de equipos de salud realizadas en el periodo 2023-2024/N° de nuevas designaciones de encargados de Postas y/o de equipo de salud planificadas para el periodo 2023 - 2024 N° de Consejos Gestores del DESAM de Maullín y del CESFAM Carelmapu conformados durante el año 2023 y 2024/ N° de	1. Decretos de designación de encargados de equipos de salud y/o Postas de Salud Rural realizados entre el año 2023 y 2024. 2. Decretos de conformación de los Consejos Gestores del DESAM de Maullín y del CESFAM Carelmapu. 3. Organigrama del DESAM aprobado en el Plan de Salud 2023 - 2024.	1.- Demora en implementación del modelo por problemas externos (ej: Aprobación de Organigrama por concejo municipal - Presupuesto).

	Consejos Gestores planificados para su conformación entre el año 2023 y el 2024.		
2.1.1 ACTIVIDAD 1: Designación de encargado de equipo Cesfam Carelmapu.	Encargado de equipo CESFAM Carelmapu designado en el periodo 2023-2024.	1. Decreto de designación de encargado de equipo CESFAM Carelmapu	
2.1.2 ACTIVIDAD 2: Designación de encargado de Postas de Salud Rural de la comuna de Maullín.	Encargado de cada posta de Salud Rural de la comuna de Maullín, designados en el periodo 2023-2024.	1. Resolución de designación de encargado de cada posta de salud rural de la comuna de maullín.	
2.1.3 ACTIVIDAD 3: Conformar consejo gestor del Cesfam Carelmapu.	Conformación del consejo gestor del CESFAM Carelmapu en el periodo 2023-2024	1. Decreto que apruebe la conformación del consejo gestor del CESFAM Carelmapu	
2.1.4 ACTIVIDAD 4: Conformación del consejo gestor del DESAM Maullín.	Conformación del consejo gestor del DESAM Maullín en el periodo 2023-2024	1. Decreto que apruebe la conformación del consejo gestor del DESAM Maullín 2023-2024.	
2.2 COMPONENTE 2: Capacitación a los funcionarios del DESAM de Maullín sobre Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS).	N° de capacitaciones realizadas a los funcionarios sobre el Modelo de atención integral en salud durante el período 2023 - 2024/N° de capacitaciones programadas para los funcionarios sobre el Modelo de	1. Lista de asistencia de funcionarios a capacitación. 2. Lista de funcionarios técnicos y administrativos aprobados en la capacitación programada. 3. Lista de funcionarios que ejerzan funciones en el DESAM.	1.- Demora en implementación del modelo por problemas externos (ej: cambios de referentes, licencias médicas, cambios de funciones, etc)

	atención integral en salud en el periodo 2023-2024.		
2.2.1 ACTIVIDAD 1: Realizar análisis de brecha y crear planes de mejora de los establecimiento de salud que utilizan la pauta del MAIS.	N° de establecimientos de salud con planes de mejora creados en el período 2023- 2024/ N° establecimientos de salud con planes de mejora planificados en el período 2023-2024.	1. Informe de aplicación de la pauta MAIS, con establecimiento de brechas definido. 2. Documento de plan de mejora revisado por el Consejo Técnico del DESAM durante el período 2023 - 2024	
2.2.2 ACTIVIDAD 3: Crear capacitaciones de nivel básico e intermedio sobre el MAIS para los funcionarios del DESAM Maullín.	N° de capacitaciones creadas de nivel básico e intermedio sobre MAIS en el período 2023-2024/ N° de capacitaciones programadas de nivel básico e intermedio sobre MAIS en el período 2023-2024.	1. Documento elaborado y aprobado por consejo técnico DESAM, sobre programa de capacitaciones de nivel básico e intermedio sobre el MAIS	
2.2.3 ACTIVIDAD 4: Realizar proceso de capacitación interna sobre MAIS durante un período de 2 años para los funcionarios del DESAM.	N° de capacitación internas realizadas sobre el MAIS de los funcionarios del DESAM en el periodo 2023-2024/N° de capacitaciones internas sobre el MAIS programadas para los funcionarios del DESAM en el periodo 2023-2024.	1. Lista de asistencia de funcionarios a las capacitaciones del MAIS 2. Lista de funcionarios técnicos y administrativos aprobados en la capacitación programada sobre el MAIS. 3. Lista de funcionarios que ejerzan funciones en el	

		DESAM durante el período 2023 - 2024	
2.3 COMPONENTE 3: Acompañamiento a los equipos de trabajo para la implementación del Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS).	N° de equipos de salud que reciben acompañamiento desde el Subdirector(a) Técnico(a) del DESAM de Maullín sobre el MAIS en el periodo 2023 - 2024/ N° de equipos de salud del DESAM de Maullín durante el período 2023 - 2024.	Actas de actividades del proceso de acompañamiento realizadas entre el Subdirector Técnico del DESAM y los encargados de cada Equipo de Salud en el período 2023 - 2024.	1.- Demora en implementación del modelo por problemas externos (ej: presupuesto).
2.3.1 ACTIVIDAD 1: Definir espacios de trabajo entre los encargados MAIS de los equipos de salud con el Subdirector(a) Técnico(a) del DESAM.	N° de reuniones de trabajo realizadas entre los encargados del MAIS de los equipos de salud con el subdirector técnico del DESAM en el periodo 2023-2024/ N° de reuniones de trabajo programadas entre los encargados MAIS de los equipos de salud y subdirector(a) técnico(a) del DESAM en el periodo 2023-2024.	1. Cronograma de reuniones planificadas. 2. Acta de reuniones con acuerdos del Consejo Técnico del DESAM de Maullín, sobre la planificación de reuniones de los encargados del MAIS por equipo de salud con el Subdirector Técnico del DESAM de Maullín. 3. Lista de asistencia si procede.	
2.3.2 ACTIVIDAD 2: Protección de horario definido por mes de las reuniones de cada equipo de salud para trabajar en la implementación del MAIS en cada centro de salud.	N° de reuniones realizadas con espacio protegido para trabajar en la implementación del MAIS durante el período 2023-2024/ N° de reuniones programadas con espacio protegido para trabajar	1. Acta de reunión de equipo gestor del DESAM con acuerdos del espacio protegido para trabajar en la implementación del MAIS por equipos de salud.	

	en la implementación del MAIS durante el período 2023-2024.	2. Actas de reuniones de equipo que especifique horario de trabajo protegido en MAIS.	
2.3.3 ACTIVIDAD 3: Realizar una evaluación de los planes de mejora ejecutados por los equipos de salud al final del 2024.	N°de planes de mejora evaluados a fines del 2024/N° de planes de mejora construidos en el periodo 2023-2024.	1. Informe de evaluación de planes de mejora a fines del año 2024 aprobado por el Consejo Técnico del DESAM.	
3. PROPÓSITO 3: *Disminuir las brechas de equipamiento y movilización en los centros de salud de dependencia municipal, para mejorar la calidad instrumental en la entrega de las prestaciones, en el periodo 2023-2024.*			- Crisis económica global que genere altas cifras de inflación que afecten al presupuesto y no se pueda llevar a cabo rápidamente. -No aprobación de Presupuesto DESAM y Plan de Salud comunal, trayendo como consecuencia la demora de plan de trabajo.
3.1 COMPONENTE 1: Adquisición, reparación, arriendo, comodato y/o donación de ambulancias o móviles para aumentar la movilización en usuarios internos como externos al DESAM.	((N° de vehículos y/o ambulancias disponibles para el uso del DESAM de Maullín al 31 de Diciembre del 2024 - N° de vehículos y/o ambulancias disponibles para el uso del DESAM de Maullín al 31 de Diciembre del 2022/ (N° de vehículos y/o ambulancias disponibles para el uso del	1. Lista de vehículos del DESAM que incluye el estado de ellos, actualizado a diciembre del 2022. 2. Lista de vehículos del DESAM que incluye el estado de ellos, actualizado a diciembre del 2024.	1.- Demora en implementación por problemas externos (ej: presupuesto - no oferentes en licitaciones, etc)

	DESAM de Maullín al 31 de Diciembre del 2022)) * 100		
3.1.1 ACTIVIDAD 1: Realizar análisis periódico sobre situación actualizada de los móviles del DESAM, para definir estrategias de disminución de brecha de vehículos en la APS comunal.	N° de informes realizados sobre la situación actualizada de los móviles del DESAM durante el periodo 2023-2024/N° de informes semestrales definidos sobre la situación actualizada de los móviles del DESAM durante el periodo 2023-2024	1. Informe realizado por el encargado de operaciones y aprobado por consejo gestor del DESAM. 2. Acta de reunión del Consejo Gestor del DESAM de Maullín.	
3.2 COMPONENTE 2: Disminuir la brecha de equipamiento expresada en el plan de salud para priorizar la distribución de recursos entre los equipos de salud del DESAM.	N° de equipamiento e instrumental obtenido mediante arriendo, donaciones, proyectos, comodatos y/o convenios a nivel DESAM durante el periodo 2023-2024/N° de la brecha de equipamiento de los equipos de salud del DESAM a Diciembre del 2022	1. Órdenes de compra de equipamiento del período 2023 - 2024 2. Informe de convenios, arriendos y comodatos. 3. Informes de análisis de brechas de equipamiento por equipo de salud del DESAM, aprobado por el Consejo Gestor del DESAM. 4. Informe de la priorización de adquisiciones de equipamiento por equipo de salud del DESAM.	1.- Demora en implementación del modelo por problemas externos (ej: no aprobación de presupuesto - Plan de Salud, etc.).
3.2.1 ACTIVIDAD 1: Realizar reuniones de trabajo para identificar los puntos críticos del	N° de reuniones de trabajo realizadas para identificar los puntos críticos del DESAM en equipamiento a nivel comunal en el periodo 2023-2024/ N° de	1. Acta de reuniones del Consejo Gestor del DESAM de Maullín, sobre brecha de equipamiento de los equipos de salud del DESAM de Maullín.	l

DESAM en equipamiento a nivel comunal.	reuniones programadas para identificar los puntos críticos del DESAM en equipamiento a nivel comunal en período 2023-2024.	2. Lista de asistencia. 3. Documento con planificación de reuniones y su periodicidad.	
3.2.2 ACTIVIDAD 2: Realizar análisis de la brecha de equipamiento entre la actualidad de los equipos de salud y lo que deberían tener según norma técnica, y priorización de adquisiciones por equipo de salud del DESAM.	N° de informes de análisis de brechas de equipamiento e instrumental por equipo de salud realizado entre el año 2023 - 2024/ N° de equipos de salud del DESAM de Maullín en el periodo 2023-2024.	1. Informes de análisis de brechas de equipamiento por equipo de salud del DESAM, aprobado por el Consejo Gestor del DESAM. 2. Informe de la priorización de adquisiciones de equipamiento por equipo de salud del DESAM.	
3.3.3 ACTIVIDAD 3: Obtener equipamiento e instrumental, mediante arriendo, donaciones, proyectos, comodatos y/o convenios a nivel del DESAM.	N° de equipamiento e instrumental obtenido mediante arriendo, donaciones, proyectos, comodatos y/o convenios a nivel DESAM durante el periodo 2023-2024/N° de la brecha de equipamiento de los equipos de salud del DESAM a Diciembre del 2022	5. Órdenes de compra 6. Informe de convenios, arriendos y comodatos.	
3.4 COMPONENTE 3:	N° de plan de mantención del equipamiento y de vehículos realizados durante el periodo	1. Documento revisado y aprobado por consejo gestor del DESAM.	

Elaboración de un plan de mantención del equipamiento y de vehículos para el período 2023 - 2024.	2023-2024/N° de plan de mantención del equipamiento y de vehículos programados para elaboración durante el periodo 2023-2024.	2. Acta de reunión del Consejo Gestor del DESAM.	1.- Demora en implementación del modelo por problemas externos (ej: no aprobación de presupuesto - Plan de Salud).
3.4.1 ACTIVIDAD 1: Evaluación de la ejecución del plan de mantención para equipamiento y vehículos a los 6 meses de implementación.	N° de evaluaciones de ejecución del plan de mantención para equipamiento y vehículos realizadas durante el periodo 2023-2024/ N° de evaluaciones de ejecución del plan de mantención para equipamiento y vehículos programadas durante el periodo 2023-2024.	1. Informe de evaluación de los planes de mantención a 6 meses de su implementación aprobado por el Consejo Gestor del DESAM.	
3.4.2 ACTIVIDAD 2: Revisar disponibilidad y evaluación de costos de la mantención de equipamiento del DESAM.	Informe de disponibilidad y evaluación de costos de mantención de equipamiento del DESAM, elaborado en el periodo 2023-2024.	1. Informe de disponibilidad y evaluación de costos de mantención de equipamiento del DESAM, elaborado por encargado de operaciones y revisado por consejo Gestor DESAM.	
3.4.3 ACTIVIDAD 3: Ejecución de un plan de mantención para equipamientos y/o vehículos.	N° de actividades realizadas del plan de mantención para equipamiento y/o vehículos durante el 2023-2024/ N° de actividades planificadas en el plan de mantención para	1. Informe de ejecución del plan de mantención para equipamientos y/o vehículos del DESAM elaborado por encargado de operaciones y movilización, revisado por consejo Gestor DESAM.	

	equipamiento y/o vehículos durante el 2023-2024.		
3.5 COMPONENTE 4: Optimizar y gestionar de forma efectiva el uso de los vehículos del DESAM por parte de los equipos de salud.	N° de vehículos en inventario del DESAM que están disponibles para su uso a fines del 2024/ N° de vehículos en inventario del DESAM que están disponibles para su uso al 31 de Diciembre del 2022	1. Informe del estado de vehículos del DESAM al 31 de Diciembre del 2022 2. Informe del estado de vehículos del DESAM a Diciembre del 2024	1.- Demora en implementación del modelo por problemas externos (ej: no aprobación de presupuesto - Plan de Salud).
3.5.1 ACTIVIDAD 1: Reforzar la coordinación centralizada de vehículos del Departamento de Salud por la encargada movilización en conjunto con equipos de salud.	N° de calendarios de movilización DESAM ejecutados por encargada de movilización, emanados desde la unidad en el periodo 2023-2024/ N° de calendario de movilización DESAM elaborados en el periodo 2023-2024-	1. Calendarios mensuales de los móviles del DESAM Maullín durante el período 2023-2024 2. Informe de ejecución de cumplimiento de los calendarios de móviles del DESAM de Maullín mensuales programados para el período 2023 - 2024.	
3.5.2 ACTIVIDAD 2: Establecer un sistema de trazabilidad de los equipos e insumos en todos los centros del Departamento de Salud en las respectivas oficinas de partes y/o SOME.	N° de establecimientos de salud de APS comunal con el nuevo sistema de trazabilidad de los equipos e insumos funcionando en el período 2023 - 2024/ N° de establecimientos de salud de la APS comunal en el período 2023 - 2024.	1. Documento elaborado por la encargada de movilización DESAM, revisado y aprobado por el consejo gestor del DESAM.	

3.5.3 ACTIVIDAD 3: Programar y organizar la realización de atenciones en domicilio por parte de los equipos de salud, para optimizar el uso de vehículos del DESAM.	Plan de programación y optimización del uso de vehículos del DESAM realizado durante el periodo 2023-2024	1. Documento elaborado por la encargada de movilización DESAM, revisado y aprobado por el consejo gestor del DESAM.	
4. PROPÓSITO 4: *Mejorar las estrategias de abordaje y trabajo comunitario por parte del equipo de salud, para priorizar y dar mayor pertinencia a las acciones de salud primaria realizadas en la comuna de Maullín, en el periodo 2023-2024*			-Condición de emergencia, desastres, conflictos sociales, u otras catástrofes que afecten la normal ejecución de las planificaciones del plan, en territorios directamente afectados. Voluntad de directivas de comités y consejo de salud para llevar a cabo de forma íntegra la estrategia. Crisis económica global que genere altas cifras de inflación y afecten al presupuesto que lleve a poder realizar de manera menos ágil lo presupuestado si es que requiere presupuesto. Caída global de comunicaciones.

4.1 COMPONENTE 1: Aumentar los espacios de capacitación y formación en trabajo comunitario para los funcionarios del Departamento de Salud Municipal de Maullín.	N° de jornadas de capacitación, reflexión y formación en trabajo comunitario realizadas para los funcionarios del equipo de salud durante el período 2023-2024/ N° de jornadas de capacitación, reflexión y formación en trabajo comunitario programadas para los funcionarios del equipo de salud durante el período 2023-2024	1. Plan de Capacitación del DESAM de Maullín de los años 2022, 2023 y 2024 2. Actas de actividades de trabajo comunitario realizadas durante el período 2023-2024 3. Lista de asistentes en jornadas de capacitación realizadas durante el período 2023-2024	1.- Demora en implementación del modelo por problemas externos (ej: no aprobación de presupuesto - Plan de Salud).
4.1.1 ACTIVIDAD 1: Realizar proceso de capacitación interna sobre trabajo comunitario y temáticas relacionadas durante el período 2023-2024	N° de capacitaciones internas realizadas sobre Trabajo Comunitario para los funcionarios del DESAM en el período 2023-2024/N° de capacitaciones internas programadas para los funcionarios del DESAM en el periodo 2023-2024.	1. Lista de asistencia de funcionarios a capacitación. 2. Lista de funcionarios aprobados en la capacitación programada. 3. Plan de capacitación de los años 2023 y 2024.	
4.1.2 ACTIVIDAD 2: Proteger espacios de trabajo a los funcionarios del DESAM, para generar y fortalecer estrategias de trabajo comunitario.	N° de reuniones realizadas con espacio protegido para trabajar en trabajo comunitario durante el período 2023-2024/ N° de reuniones programadas con espacio protegido para trabajar en trabajo comunitario durante el período 2023-2024.	1. Acta de reunión de equipo gestor del DESAM con acuerdos del espacio protegido para trabajar en la generación de estrategias de trabajo comunitario por equipos de salud durante el período 2023 - 2024. 2. Actas de reuniones de equipo que especifique horario de	

		trabajo protegido en trabajo comunitario por equipo durante el período 2023 - 2024	
4.2 COMPONENTE 2: Proveer a los equipos de salud de espacios protegidos de trabajo comunitario programados, para continuar con la planificación participativa con la comunidad	N° de reuniones de trabajo con la comunidad realizadas por equipo de salud para realizar planificación participativa durante el período 2023 - 2024/N° de reuniones de trabajo con la comunidad programadas por equipo de salud para realizar planificación participativa durante el período 2023 - 2024	1. Actas de reuniones comunitarias realizadas por Equipo de salud durante el período 2023 - 2024. 2. Acta de acuerdos del Consejo Gestor sobre trabajo de planificación participativa con la comunidad durante el período 2023 - 2024.	1.- Demora en implementación del modelo por problemas externos. 2.- Limitación de aforos por contingencia.
4.2.1 ACTIVIDAD 1: Designar personas con capacidades de liderazgo para el trabajo comunitario dentro de los equipos de salud durante el año 2023.	N° de funcionarios designados para coordinar el trabajo comunitario por equipo de salud, durante el periodo 2023/ N° de equipos de salud de APS comunal durante el periodo 2023	1. Actas de reuniones de los equipos de cabecera del DESAM, donde se designa un funcionario encargado de coordinar el trabajo comunitario, del año 2023	
4.2.2 ACTIVIDAD 2: Generar la instancia de diálogos territoriales mensuales realizados por cada equipo de salud.	N° de diálogos territoriales realizados por cada equipo de salud durante el periodo 2023-2024/N° de diálogos territoriales programados por cada equipo de	1. Actas de reuniones del Consejo Gestor del DESAM 2. Actas de actividades de los diálogos territoriales realizados en el periodo 2023- 2024.	

	salud durante el periodo 2023-2024.	3. Registros fotográficos de las actividades realizadas.	
4.2.3 ACTIVIDAD 3: Continuar proceso de planificación participativa con la comunidad analizando los problemas priorizados en el diagnóstico participativo.	N° de reuniones de trabajo realizadas con la comunidad para analizar los problemas priorizados del diagnóstico participativo del año 2022, durante el período 2023 - 2024/ N° de reuniones de trabajo con la comunidad programadas para analizar los problemas priorizados del diagnóstico participativo del año 2022, durante el período 2023 - 2024	1. Actas de reuniones de trabajo realizadas con la comunidad durante el período 2023 - 2024 2. Acta de acuerdos del Consejo Gestor sobre la planificación de reuniones para analizar los problemas priorizados del diagnóstico participativo del año 2022.	
4.3 COMPONENTE 3: Mejorar la vinculación del plan de participación y promoción con los equipos de salud de Maullín	● N° de equipos de salud de APS municipal que son informados en reunión de equipo de cabecera sobre el Plan anual de Participación social de la comuna en los años 2023 y 2024/N° de equipos de salud de APS comunal durante el período 2023 - 2024 ● N° de equipos de salud de APS municipal que son informados en reunión de equipo de cabecera sobre el Plan anual de Promoción de	1. Actas de reuniones de los equipos de salud de cabecera del período 2023 - 2024. 2. Fotografías de la presentación del Plan de Promoción de Salud en las reuniones de los equipos de salud de cabecera. 3. Fotografías de la presentación del Plan de Participación Social en las reuniones de los equipos de salud de cabecera.	1.- Demora en implementación del modelo por problemas externos. 2.- Limitación de aforos por contingencia.

	salud de la comuna en los años 2023 y 2024/ N° de equipos de salud de APS comunal durante el período 2023 - 2024 ● N° de reuniones de los equipos de salud en que se trabajan temas de Participación Social y Promoción de Salud, durante el período 2023-2024/ N° total de reuniones de los equipos de salud realizadas durante el período 2023-2024		
4.3.1 ACTIVIDAD 1: Proteger espacio al menos una vez al mes dentro de las reuniones técnicas de equipo para transmitir información desde el Eje de promoción y participación hacia los equipos de salud.	N° de reuniones por equipo de cabecera realizadas con espacio protegido para la transmisión de información del eje de promoción de salud y participación social del DESAM en el período 2023-2024/ N° de reuniones de equipo de cabecera programadas con espacio protegido para la transmisión de información del eje de promoción de salud y participación social en el período 2023-2024	1. Actas de reuniones del equipo gestor del DESAM con acuerdos sobre el espacio protegido para transmitir información desde el eje de promoción de salud y participación social en las reuniones de equipo de cabecera 2. Actas de reuniones de cada equipo de cabecera que especifique el espacio de trabajo protegido para la transmisión de información.	
4.3.2 ACTIVIDAD 2:	N° de equipos de salud de APS municipal que son informados en	1. Actas de reuniones de cada equipo de cabecera que	

Difusión del plan de Promoción de la Salud 2022-2024 entre los equipos de Salud del DESAM.	reunión de equipo de cabecera sobre el Plan anual de Promoción de salud de la comuna en los años 2023 y 2024/ N° de equipos de salud de APS comunal durante el período 2023 - 2024	especifique la difusión de información sobre el plan de Promoción de Salud 2022 - 2024	
4.3.3 ACTIVIDAD 3: Creación del plan de Participación Social para el año 2024 en conjunto con los equipos de salud del DESAM.	N° de reuniones por equipo de cabecera con espacio utilizado para la creación del Plan de Participación Social año 2024, realizadas durante el año 2023/ N° de Equipos de salud de la APS comunal en el año 2023	1. Documento con plan elaborado, revisado y aprobado por equipo técnico del DESAM 2. Actas de reuniones de los equipos de salud de APS comunal durante el año 2023. 3. Actas de reuniones para la construcción del Plan de Participación Social 2024 realizadas durante el año 2023.	
4.4 COMPONENTE 4: Fomentar la participación de la comunidad en los comités de salud de los distintos sectores de la comuna.	((N° promedio de participantes de la comunidad por Consejo de Salud realizado durante el año 2024 - N° promedio de participantes de la comunidad por Consejo de Salud realizado durante el año 2023) /N° promedio de participantes de la comunidad por Consejo de Salud	1. Lista de asistentes de la comunidad a cada Consejo de Salud realizado en el período 2023 - 2024.	1.- Demora en implementación del modelo por problemas externos. 2.- Limitación de aforos por contingencia.

	realizado durante el año 2023))* 100		
4.4.1 ACTIVIDAD 1: Coordinar el trabajo de los Consejo de Salud de los sectores con los equipos de cabecera de cada centro de salud	N° de reuniones realizadas por el Consejo de Salud comunal donde participan integrantes de los equipos de cabecera por sector durante el periodo 2023-2024 /N° de reuniones programadas por el consejo de salud comunal durante el periodo 2023-2024.	1. Copia del cronograma de consejos de salud itinerante del periodo 2023 y 2024 2. Copias de las actas de los Consejos de Salud del año 2023 y 2024, con la lista de asistencia que demuestre participación de algún integrante del equipo de cabecera según sector. 3. Registro fotográfico de la actividad realizada.	
4.4.2 ACTIVIDAD 2: Fijar reuniones periódicas entre la directiva de los comités de salud por sectores con las encargadas de equipo de salud.	N° de reuniones realizadas entre la directiva de los comités de salud de cada sector con las encargadas de equipo que corresponde durante los años 2023 y 2024/ N° de reuniones programadas entre la directiva del comité de salud y las encargadas de equipo que corresponde en el período 2023 - 2024	1. Actas de reuniones realizadas entre la directiva de los comités de salud de cada sector con las encargadas de equipo de salud que corresponde al territorio	
4.4.3 ACTIVIDAD 3: Realizar procesos de participación social vinculante con la comunidad	N° de consejos de salud por sectores con instancias de participación social vinculante con los equipos de salud	1. Copia del cronograma de consejos de salud itinerante periodo en curso	

en consejos de salud de cada sector.	realizadas durante el periodo 2023-2024 / N° de consejos de salud por sector programadas durante el periodo 2023-2024.	2. Copia del acta de consejos de salud durante el periodo 2023 - 2024 3. Registro fotográfico de la actividad realizada.	
5 PROPÓSITO 5: *Promocionar y fomentar estilos de vida saludables con enfoque biopsicosocial y comunitario, dirigido a la población escolar, para prevenir el inicio temprano del consumo de alcohol y drogas en población adolecente, en el periodo 2023-2024.*			-Condición de emergencia, desastres, conflictos sociales, u otras catástrofes que afecten la normal ejecución de las planificaciones del plan, en territorios directamente afectados. Crisis económica global que genere altas cifras de inflación y afecten al presupuesto que lleve a poder realizar de manera menos ágil lo presupuestado si es que requiere presupuesto. Caída global de comunicaciones.
5.1 COMPONENTE 1: Generar y aplicar estrategias de educación en salud, orientados a la prevención del consumo de	N° de talleres de educación en salud realizados con población escolar en temáticas relacionadas al consumo de alcohol y drogas durante el periodo 2023-2024 /N° de talleres de educación en salud	1. Actas de acuerdos de trabajo y fechas de talleres, definidos con los establecimientos educacionales periodo 2023-2024.	1.- Demora en implementación del modelo por problemas externos.

alcohol y drogas en la población escolar de la comuna.	programados con población escolar en temáticas relacionadas al consumo de alcohol y drogas durante el periodo 2023-2024	2. Listas de asistencias a talleres programados. 3. Registro fotográfico de talleres.	2.- Limitación de aforos por contingencia.
5.1.1 ACTIVIDAD 1: Capacitar a los equipos de salud del DESAM en temáticas de prevención del consumo de alcohol y drogas, para realizar intervenciones efectivas en la población adolescente.	N° de capacitaciones realizadas sobre prevención del consumo de alcohol y drogas en adolescentes a los funcionarios del DESAM durante el período 2023-2024/N° de capacitaciones programadas sobre prevención del consumo de alcohol y drogas en adolescentes para los funcionarios del DESAM en el periodo 2023-2024.	1. Lista de asistencia de funcionarios del DESAM a la capacitación sobre prevención del consumo de alcohol y drogas en adolescentes. 2. Plan de Capacitaciones del DESAM de los años 2023 y 2024.	
5.1.2 ACTIVIDAD 2: Desarrollar talleres y/o actividades recreativas en los establecimientos educacionales de la comuna, para disminuir el tiempo de ocio de los adolescentes.	N° de talleres y/o actividades recreativas realizadas en los establecimientos educacionales de la comuna durante el periodo 2023-2024/N° de talleres y/o actividades recreativas programadas en los establecimientos educacionales de la comuna en el periodo 2023-2024	1. Actas de acuerdos de la reunión de trabajo y coordinación del Programa de Joven Sano, que incluya las actividades recreativas y/o talleres para realizar en los establecimientos educacionales período 2023-2024. 2. Listas de asistencias de las actividades recreativas y/o talleres programados. 3. Registro fotográfico de los talleres y/o actividades recreativas realizadas en los	

		establecimientos educacionales	
5.1.3 ACTIVIDAD 3: Realizar talleres de educación en salud con población escolar en temáticas relacionadas al consumo de alcohol y drogas.	N° de talleres de educación en salud realizados con población escolar en temáticas relacionadas al consumo de alcohol y drogas durante el periodo 2023-2024 /N° de talleres de educación en salud programados con población escolar en temáticas relacionadas al consumo de alcohol y drogas durante el periodo 2023-2024	1. Actas de acuerdos de trabajo y fechas de talleres, definidos con los establecimientos educacionales periodo 2023-2024. 2. Listas de asistencias a talleres programados. 3. Registro fotográfico de talleres.	
5.1.4 ACTIVIDAD 4: Crear una campaña comunicacional con enfoque en población adolescente en temáticas relacionadas al consumo de alcohol y drogas.	N° de reuniones realizadas para diseñar la campaña comunicacional enfocada en población adolescente sobre consumo de alcohol y drogas en período 2023 / N° de reuniones programadas para diseñar la campaña comunicacional enfocada en población adolescente sobre consumo de alcohol y drogas en el periodo 2023.	1. Acta de reuniones realizadas para diseñar la campaña comunicacional. 2. Lista de participantes. 3. Registro fotográfico.	
5.1.5 ACTIVIDAD 5:	N° de sectores de la comuna con implementación de campaña comunicacional con enfoque en	1. Informe sobre la implementación de la campaña comunicacional.	

Implementar una campaña comunicacional con enfoque en población adolescente en temáticas relacionadas al consumo de alcohol y drogas.	población escolar en temáticas relacionadas al consumo de alcohol y drogas durante el periodo 2023-2024/N° total de sectores de la comuna.	2. Publicaciones de redes sociales, página web del DESAM, programas radiales, etc	
5.2 COMPONENTE 2: Fortalecer la pesquisa de riesgo de consumo de alcohol y drogas en población adolescente, a través de distintas evaluaciones para lograr una intervenciones oportunas (ficha clap, encuesta SENDA, etc.).	((N° de pautas de screening de consumo de riesgo aplicadas durante el período 2024 a adolescentes de Maullín - N° de pautas de screening de consumo de riesgo aplicadas durante el período 2023 a adolescentes de Maullín)/N° de pautas de screening de consumo de riesgo aplicadas durante el período 2023 a adolescentes de Maullín) * 100	1. REM A03 sección D de todos los centros de salud de APS de Maullín del período 2023 - 2024	1.- Demora en implementación del modelo por problemas externos. 2.- Limitación de aforos por contingencia.
5.2.1 ACTIVIDAD 1: Planificar por equipo de salud actividades y controles de salud en los establecimientos educacionales de la comuna, enfatizando el uso y correcta aplicación de instrumentos de pesquisa.	N° de reuniones realizadas con los establecimientos educacionales por equipo de salud en el periodo 2023-2024/ N° de reuniones programadas con los establecimientos educacionales por equipo de salud en el período 2023-2024.	1. Acta de acuerdos de las reuniones realizadas en el período 2023 - 2024 2. Acta de las reuniones de los equipos de salud con la planificación de actividades.	
5.2.2 ACTIVIDAD 2:	N° de equipos con metas establecidas de cobertura de aplicación de instrumentos de	1. Acta de reunión del Consejo Técnico del DESAM, donde se	

Establecer metas de producción por equipo de salud enfocado en la cobertura de aplicación de instrumentos de pesquisa de consumo de riesgo.	pesquisa de consumo de riesgo en el período 2023-2024 /N° total de equipos DESAM en el período 2023 - 2024.	definen las metas por equipo de salud.	
5.3.3 ACTIVIDAD 3: Analizar datos de pesquisa de consumo de alcohol y drogas en población escolar en el periodo 2023-2024, para modificar estrategias de intervención instaladas.	N° de informes de análisis de datos de pesquisa de consumo de alcohol y drogas en población escolar realizados durante el periodo 2023-2024/N° de informes de análisis de datos de pesquisa de consumo de alcohol y drogas en población escolar programados durante el periodo 2023-2024.	1. Informe de análisis de datos de pesquisa de consumo de alcohol y drogas en población escolar realizados durante el periodo 2023-2024 2. Informe del plan de mejora con modificaciones de estrategias de intervención.	
5.4 COMPONENTE 3: Realizar consejerías en consumo de alcohol y drogas en población adolescente con riesgo detectado.	N° de consejerías sobre consumo de riesgo de alcohol y drogas realizadas en el período 2023 - 2024/ N° de jóvenes pesquisados con riesgo de consumo de alcohol y drogas durante el período 2023-2024	1. REM A03 sección D de todos los centros de salud de APS de Maullín del período 2023 - 2024 2. REM A19a sección A.1 de todos los centros de salud de APS de Maullín del período 2023 - 2024	1.- Demora en implementación del modelo por problemas externos. 2.- Limitación de aforos por contingencia.
5.4.1 ACTIVIDAD 1:	N° de capacitaciones internas realizadas sobre prevención de alcohol y drogas a los funcionarios	1. Lista de asistencia de funcionarios asistentes a capacitación	

Capacitar a los equipos de salud del DESAM en temáticas de prevención de alcohol y drogas, para realizar intervenciones efectivas en la comunidad escolar e instancias de consejería.	del DESAM con orientación a la intervención efectiva en población escolar en período 2023-2024/N° de capacitaciones internas programadas sobre prevención de alcohol y drogas a los funcionarios del DESAM con orientación a la intervención efectiva en población escolar en el periodo 2023-2024.	2. Acta de reunión del Equipo Técnico/ Programa joven sano con la lista de funcionarios del DESAM que deben recibir la capacitación en temática propuesta. 3. Registro fotográfico de la capacitación.	
5.4.2 ACTIVIDAD 2: Establecer metas de producción por equipo asociadas al cumplimiento de consejerías en consumo de alcohol y drogas en población con riesgo detectado.	N° de equipos con metas de producción definidas de las consejerías realizadas sobre consumo de alcohol y drogas en población con riesgo detectado durante 2023-2024/N° de equipos del DESAM.	1. Acta de reunión consejo técnico DESAM que incluya las metas definidas por cada equipo de salud.	
5.4.3 ACTIVIDAD 3: Analizar conductas de riesgo detectadas del consumo de alcohol y drogas, unificando estrategias de abordaje a nivel DESAM.	N° de informes de análisis de conductas de riesgo detectadas del consumo de alcohol y drogas realizados durante el periodo 2023-2024/N° de informes de análisis de conductas de riesgo detectadas del consumo de alcohol y drogas programados durante el periodo 2023-2024	1. Informe de análisis de conductas de riesgo detectadas del consumo de alcohol y drogas realizados durante el periodo 2023-2024. 2. Informe de estrategias unificadas para el abordaje de la temática expuesta a nivel DESAM.	
6. PROPÓSITO 6:			-Condición de emergencia, desastres, conflictos sociales, u otras catástrofes

Disminuir brecha de cobertura territorial, para entregar prestaciones de salud en los sectores que carecen de estas atenciones o existen barreras que dificultan el acceso, en el periodo 2023-2024.			que afecten la normal ejecución de las planificaciones del plan, en territorios directamente afectados. Crisis económica global que genere altas cifras de inflación y afecten al presupuesto que lleve a poder realizar de manera menos ágil lo presupuestado si es que requiere presupuesto.
6.1 COMPONENTE 1: Generar estrategias que permitan la atención odontológica rural (Postas Astillero, Misquihue, Peñol, La Pasada).	N° de atenciones odontológicas realizadas en las postas rurales de Astilleros, Misquihue, Peñol y La Pasada durante el periodo 2023-2024 /N° de atenciones odontológicas programadas en las postas rurales de Astilleros, Misquihue, Peñol y La Pasada durante el periodo 2023-2024	1. REM A09 de las Postas rurales de Astilleros, Misquihue, Peñol y La Pasada del período 2023-2024 2. Acta de reunión del Consejo Técnico/ Programa de Salud Odontológico con acuerdos sobre programación de actividades en las Postas de Salud Rural durante el período 2023 - 2024.	1.- Demora en implementación del modelo por problemas externos. 2.- Limitación de aforos por contingencia.
6.1.1 ACTIVIDAD 1:	N° de atenciones odontológicas realizadas en postas rurales por equipos de salud del DESAM	1. REM A09 del DESAM MAullín de las Postas rurales de Astilleros, Misquihue, Peñol y	

Favorecer la atención odontológica implementando estrategias de descentralización de recursos del DESAM.	durante el periodo 2023-2024 /N° de atenciones odontológicas programadas en postas rurales por equipos de salud del DESAM durante el periodo 2023-2024	La Pasada del período 2023-2024 2. Acta de reunión del Consejo Técnico/ Programa de Salud Odontológico con acuerdos sobre programación de actividades en las Postas de Salud Rural durante el período 2023 - 2024.	
6.1.2 ACTIVIDAD 2: Generar estrategias de trabajo conjunto y colaborativo con el Servicio de Salud del Reloncaví.	N° de atenciones odontológicas realizadas en postas rurales de Maullín por equipos de salud del SSDR durante el periodo 2023-2024 /N° de atenciones odontológicas realizadas en postas rurales de Maullín durante el periodo 2023-2024	1. REM A09 del SSDR Postas de las Postas rurales de Astilleros, Misquihue, Peñol y La Pasada del período 2023-2024 2. REM A09 del DESAM Maullín en las Postas rurales de Astilleros, Misquihue, Peñol y La Pasada del período 2023-2024	
6.1.3 ACTIVIDAD 3: Instalación de sillón dental en Posta de Salud Rural La Pasada	Sillón dental operativo y funcionando durante el periodo 2023-2024.	1. Informe del servicio técnico de la instalación y funcionamiento del sillón dental en Posta de Salud Rural La Pasada 2. REM A09 Posta de Salud Rural La Pasada 2023-2024.	

6.2 COMPONENTE 2: Actualización convenio integración con Hospital de Maullín.	Convenio de integración entre el Hospital San Carlos de Maullín y el DESAM de Maullín actualizado durante el año 2023.	1. Documento oficial del Convenio de integración entre el Hospital San Carlos de Maullín y el DESAM de Maullín del 2023.	1.- Demora en implementación del modelo por problemas externos.
6.2.1 ACTIVIDAD 1: Establecer cronograma de actividades en conjunto con territorialista del SSDR para conseguir la actualización del convenio integración.	Cronograma de actividades realizado en conjunto con el territorialista del Servicio de Salud de Reloncaví.	1. Acta de reunión y cronograma de actividades establecido.	
6.2.2 ACTIVIDAD 2: Establecer mesa de trabajo para la actualización del convenio integración SSDR-Hospital-DESAM Maullín para el año 2023.	N° de reuniones realizadas con mesa de trabajo para actualización convenio integración SSDR-Hospital-DESAM Maullín periodo 2023/ N° de reuniones programadas con mesa de trabajo para actualización convenio integración SSDR-Hospital-DESAM Maullín periodo 2023.	1. Acta de reuniones con acuerdos 2. Listado de asistentes.	
6.2.3 ACTIVIDAD 3: Concretar la actualización del Convenio de integración hospital-	Convenio de integración entre el Hospital San Carlos de Maullín y el DESAM de Maullín actualizado durante el año 2023.	1. Documento oficial del Convenio de integración entre el Hospital San Carlos de Maullín y la Municipalidad de Maullín del año 2023	

DESAM Maullín durante el año 2023.			
7. PROPÓSITO 7: *Disminuir brechas entre oferta y demanda en prestaciones de salud mental, acorde a los lineamientos técnicos ministeriales y la necesidad manifestada por la comunidad, para lograr una mejor satisfacción usuaria dentro del programa, en el periodo 2023-2024.*			
7.1 COMPONENTE 1: Fortalecer el Programa de Salud Mental en la APS de la comuna de Maullín, implementando estrategias locales durante el período 2023 - 2024	((N° de estrategias locales implementadas en el Programa de Salud Mental en la APS de Maullín durante el período 2024 - N° de estrategias locales implementadas en el Programa de Salud Mental en la APS de Maullín durante el período 2023) / N° de estrategias locales implementadas en el Programa de Salud Mental en la APS de Maullín durante el período 2023) *100	1. Informe descriptivo con las estrategias locales del Programa de Salud Mental para la APS de Maullín aplicadas durante los años 2023 y 2024. 2. Reportes REM de las actividades del Programa de Salud Mental realizadas en la APS de Maullín durante los años 2023 y 2024.	1.- Demora en implementación del modelo por problemas externos. 2.- Limitación de aforos por contingencia.
7.1.1 ACTIVIDAD 1:	N° de reuniones realizadas entre el Encargado del Programa de	1. Acta de reuniones con acuerdos del Consejo Técnico	

Diseñar estrategias para el Programa de Salud Mental durante el año 2023 en conjunto con los equipos de salud del DESAM.	Salud Mental de Maullín y cada Equipo de Salud del DESAM de Maullín, para diseñar estrategias locales durante el año 2023 /N° de reuniones programadas entre el Encargado del Programa de Salud Mental de Maullín y cada Equipo de Salud del DESAM de Maullín, para diseñar estrategias locales durante el año 2023	del DESAM con planificación de reuniones entre el Encargado del Programa de Salud Mental y los equipos de salud del DESAM. 2.- Acta de reuniones del Encargado del Programa de Salud Mental con los equipos de salud del DESAM	
7.1.2 ACTIVIDAD 2: Difusión de estrategias locales del Programa de Salud Mental para el año 2024	N° de equipos de salud de APS municipal que son informados en reunión de equipo de cabecera sobre las estrategias del Programa de Salud Mental en la comuna para el año 2024/ N° total de equipos de salud de APS comunal durante el período 2023-2024.	3. Actas de reuniones de cada equipo de cabecera del período 2023 - 2024. 4. Documento con estrategias locales del Programa de Salud Mental para la APS de Maullín período 2023 - 2024	
7.1.3 ACTIVIDAD 3: Implementación de las estrategias locales del Programa de Salud Mental para el año 2024 en conjunto con los equipos de salud del DESAM.	N° de actividades realizadas por los equipos de salud de APS de las estrategias locales del Programa de Salud Mental durante el año 2024/ N° de actividades programadas por los equipos de salud de APS de las estrategias locales del Programa de Salud Mental durante el año 2024	1. Actas de actividades realizadas por los equipos de salud de APS dentro del Programa de Salud Mental en APS. 2. Acta de reunión con acuerdos de las reuniones del Programa de Salud Mental, con la programación de actividades para el período 2023 - 2024.	

7.2 COMPONENTE 2: Evaluar la satisfacción de los usuarios en torno a las actividades entregadas en el contexto del programa de salud mental.	((N° de instrumentos para medir satisfacción usuaria aplicadas a beneficiarios del Programa de Salud Mental en APS de Maullín durante el año 2024 - N° de instrumentos para medir satisfacción usuaria aplicadas a beneficiarios del Programa de Salud Mental en APS de Maullín durante el año 2023)/N° de instrumentos para medir satisfacción usuaria aplicadas a beneficiarios del Programa de Salud Mental en APS de Maullín durante el año 2023) * 100	1. Informes sobre la aplicación y resultados del instrumento para medir satisfacción usuaria en los beneficiarios del Programa de Salud Mental del DESAM de Maullín durante los años 2023 y 2024.	
7.2.1 ACTIVIDAD 1: Diseñar instrumento de satisfacción usuaria para el Programa de Salud Mental a nivel del DESAM de Maullín	N° de reuniones del Programa de Salud Mental realizadas para crear el instrumento para medir la satisfacción usuaria en el programa de salud mental a nivel DESAM durante el año 2023/N° de reuniones del Programa de Salud Mental programadas para crear el instrumento para medir la satisfacción usuaria en el programa de salud mental para el año 2023	1. Acta de reunión con acuerdos del Consejo Técnico del DESAM de Maullín sobre la programación de reuniones del Programa de Salud Mental para el año 2023. 2. Actas de reuniones realizadas del Programa de Salud Mental del DESAM de Maullín	

7.2.2 ACTIVIDAD 2: Aplicar el instrumento para evaluar la satisfacción usuaria a los beneficiarios del Programa de Salud Mental en APS.	N° de instrumentos de satisfacción usuaria aplicados durante el año 2023 y 2024/ N° de usuarios bajo control en el programa de Salud Mental del DESAM MAullín durante el año 2023 y 2024.	2. Informe sobre la aplicación y resultados del instrumento para medir satisfacción usuaria en los beneficiarios del Programa de Salud Mental del DESAM de Maullín durante el período 2023 y 2024. 3. REM P06 Población bajo control en el Programa de Salud Mental en APS de Maullín durante el período 2023 - 2024.	

6. RECURSOS FINANCIEROS

Tabla N°86: Propuesta Presupuesto año 2023

PASIVOS						Presupuesto 2023 M$
SUB-T	ITEM	ASIG.	SUB.ASIG		DENOMINACION	
21					**GASTOS EN PERSONAL**	**2.241.514**
21	01				PERSONAL DE PLANTA	**1.476.584**
21	01	001			SUELDOS Y SOBRESUELDOS	**1.351.520**
			001		SUELDOS BASE	*529.995*
21	01	001	004		ASIGNACION DE ZONA	**105.999**
				002	ASIGNACION DE ZONA, ART. 26 DE LA LEY N°19378 Y LEY N° 19354	*105.999*
			009		ASIGNACIONES ESPECIALES	**43.381**
				007	ASIGNACION ESPECIAL TRANSITORIA, ART. 45, LEY N°19378	*32.640*
				999	OTRAS ASIGNACIONES ESPECIALES	*10.741*
			014		ASIGNACIONES COMPENSATORIAS	**0**
				999	OTRAS ASIGNACIONES COMPENSATORIAS	*0*
			015		ASIGNACIONES SUSTITUTIVAS	**24.180**
				001	ASIGNACION UNICA, ART. 4 LEY N°18717	*24.180*
			019		ASIGNACIONES DE RESPONSABILIDAD	**8.358**
				002	ASIGNACION DE RESPONSABILIDAD DIRECTIVA	*8.358*
			028		ASIGNACIONES DE ESTIMULO PERSONAL MEDICO Y PROFESORES	**102.703**
				002	ASIGNACION POR DESEMPEÑO EN CONDICIONES DIFICILES, ART. 28 LEY N°193	*102.703*
			031		ASGNACION DE EXPERIENCIA CALIFICADA	**6.909**
				002	ASIGNACION POST TITULO, ART. 42 , LEY N°19378	*6.909*
			044		ASIGNACION DE ATENCION PRIMARIA MUNICIPAL	**529.995**
				001	ASIGNACION ATENCION PRIMARIA SALUD, ART. 23 Y 25 LEY N°19378	*529.995*
			999		OTRAS ASIGNACIONES	**0**
				001	ASIGNACION MUNICIPAL	*0*
21	01	002			APORTES DEL EMPLEADOR	**73.064**
			001		A SERVICIOS DE BIENESTAR	*17.654*
			002		OTRAS COTIZACIONES PREVISIONALES	*55.410*
21	01	003			ASIGNACIONES POR DESEMPEÑO	**17.000**
			003		DESEMPEÑO INDIVIDUAL	*17.000*
				005	ASIGNACION DE MERITO , ART. 30, DE LA LEY N°19378 Y LEY N°19607	*17.000*
21	01	004			REMUNERACIONES VARIABLES	**35.000**
			005		TRABAJOS EXTRAORDINARIOS	*15.000*
			006		COMISIONES DE SERVICIOS EN EL PAIS	*20.000*

21	02				PERSONAL A CONTRATA	**694.041**
21	02	001			SUELDOS Y SOBRESUELDOS	**634.450**
			001		SUELDOS BASE	*239.281*
			004		ASIGNACION DE ZONA	**47.857**
				002	ASIGNACION DE ZONA, ART. 26 DE LA LEY N°19378 Y LEY N° 19354	*47.857*
			009		ASIGNACIONES ESPECIALES	**54.355**
				007	ASIGNACION ESPECIAL TRANSITORIA, ART. 45 LEY N°19378	*49.680*
				999	OTRAS ASIGNACIONES ESPECIALES	*4.675*
			014		ASIGNACIONES SUSTITUTIVAS	**14.225**
				001	ASIGNACION UNICA, ART. 4 LEY N°18717	*14.225*
			018		ASIGNACIONES DE RESPONSABILIDAD	**0**
				001	ASIGNACION DE RESPONSABILIDAD DIRECTIVA	*0*
			027		ASIGNACIONES DE ESTIMULO PERSONAL MEDICO Y PROFESORES	**38.057**
				002	ASIGNACION POR DESEMPEÑO EN CONDICIONES DIFICILES, ART. 28 LEY N°193	*38.057*
			030		ASIGNACION DE EXPERIENCIA CALIFICADA	**1.394**
				002	ASIGNACION POST TITULO, ART. 42 , LEY N°19378	*1.394*
			042		ASIGNACION DE ATENCION PRIMARIA MUNICIPAL	**239.281**
				001	ASIGNACION ATENCION PRIMARIA SALUD, ART. 23 Y 25 LEY N°19378	*239.281*
			999		OTRAS ASIGNACIONES	**0**
				001	ASIGNACION MUNICIPAL	*0*
21	02	002			APORTES DEL EMPLEADOR	**25.591**
			001		A SERVICIOS DE BIENESTAR	*7.566*
			002		OTRAS COTIZACIONES PREVISIONALES	*18.025*

21	02	003			ASIGNACIONES POR DESEMPEÑO	***3.000***
			003		DESEMPEÑO INDIVIDUAL	*3.000*
				004	ASIGNACION DE MERITO , ART. 30, DE LA LEY N°19378 Y LEY N°19607	*3.000*
21	02	004			REMUNERACIONES VARIABLES	**31.000**
			005		TRABAJOS EXTRAORDINARIOS	*15.000*
			006		COMISIONES DE SERVICIOS EN EL PAIS	*16.000*

PASIVOS						Presupuesto 2023 M$
SUB-T	ITEM	ASIG.	SUB.ASIG		DENOMINACION	
21	03				OTRAS REMUNERACIONES	70.889
21	03	001			HONORARIOS A SUMA ALZADA - PERSONAS NATURALES	70.889
21	03	999			OTRAS	0
21	03	999	999002		HONORARIOS CESFAM	0
22					**BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO**	**509.085**
22	01				ALIMENTOS Y BEBIDAS	**2.000**
22	01	001			PARA PERSONAS	*2.000*
22	02				TEXTILES, VESTUARIO Y CALZADO	**14.240**
22	02	002			VESTUARIOS, ACCESORIOS Y PRENDAS DIVERSAS	*14.240*
22	02	003			CALZADO	*0*
22	03				COMBUSTIBLES Y LUBRICANTES	**138.500**
22	03	001			PARA VEHICULOS	*124.000*
22	03	003			PARA CALEFACCION	*14.500*
22	04				MATERIALES DE USO O CONSUMO	**171.450**
22	04	001			MATERIALES DE OFICINA	*16.440*
22	04	003			PRODUCTOS QUIMICOS	*19.000*
22	04	004			PRODUCTOS FARMACEUTICOS	*55.000*
22	04	005			MATERIALES Y UTILES QUIRURGICOS	*35.000*
22	04	007			MATERIALES Y UTILES DE ASEO	*13.000*
22	04	008			MENAJE PARA OFICINA, CASINO Y OTROS	*10*
22	04	009			INSUMOS, REPUESTOS Y ACCESORIOS COMPUTACIONALES	*4.500*
22	04	010			MATERIALES PARA MANTENIMIENTO Y REPARACIONES DE INMUEBLES	*10.000*
22	04	011			REPUESTOS Y ACCESORIOS PARA MANTENIMIENTO Y REPARACIONES DE VE	*11.000*

PRESUPUESTO 2023

ACTIVOS						Presupuesto 2023 M$
SUB-T	ITEM	ASIG.	SUB.ASIG		DENOMINACION	
05					**TRANSFERENCIAS CORRIENTES**	**2.721.036**
05	03				DE OTRAS ENTIDADES PUBLICAS	2.721.036
05	03	006			DEL SERVICIO DE SALUD	2.680.816
			001	001	ATENCION PRIMARIA LEY N° 19.378 ART. 49	2.660.886
			002		APORTES AFECTADOS	19.930
05	03	099			DE OTRAS ENTIDADES PUBLICAS	0
			001		SUBVENCION ALTAS ODONTOLOGICAS (CONVENIO JUNAEB)	0
05	03	101			DE LA MUNICIPALIDAD - A SERVICIOS INCORPORADOS A SU GESTION	40.220
08					**OTROS INGRESOS CORRIENTES**	**44.083**
08	01				RECUPERACIONES Y REEMBOLSOS POR LICENCIAS MEDICAS	42.083
08	01	002			RECUPERACIONES ART. 12 LEY Nº 18.196	42.083
08	99				OTROS	2.000
08	99	999			OTROS	2.000
					TOTAL INGRESOS PRESUPUESTARIOS	**2.765.119**

22	04	012			OTROS MATERIALES, REPUESTOS Y UTILES DIVERSOS	*0*
22	04	999			OTROS	*7.500*
22	05				SERVICIOS BASICOS	**78.600**
22	05	001			ELECTRICIDAD	*25.000*
			001		CONSUMO ELECTRICIDAD DEPENDENCIAS MUNICIPALES	*25.000*
22	05	002			AGUA	*10.000*
22	05	002	002		CONSUMO AGUA DEPENDENCIAS MUNICIPALES	*10.000*
22	05	003			GAS	*0*
22	05	004			CORREO	*100*
22	05	005			TELEFONIA FIJA	*0*
22	05	006			TELEFONIA CELULAR	*500*
22	05	007			ACCESO A INTERNET	*43.000*
22	06				MANTENIMIENTO Y REPARACIONES	**17.720**
22	06	001			MANTENIMIENTO Y REPARACION DE EDIFICACIONES	*3.500*
22	06	002			MANTENIMIENTO Y REPARACION DE VEHICULOS	*7.000*
22	06	003			MANTENIMIENTO Y REPARACION DE MOBILIARIO Y OTROS	*10*
22	06	004			MANTENIMIENTO Y REPARACION DE MAQUINAS Y EQUIPOS DE OFICINA	*200*
22	06	006			MANTENIMIENTO Y REPARACION DE OTRAS MAQUINARIAS Y EQUIPOS	*6.000*
22	06	007			MANTENIMIENTO Y REPARACION DE EQUIPOS INFORMATICOS	*10*
22	06	999			OTROS	*1.000*
22	07				PUBLICIDAD Y DIFUSION	**7.170**
22	07	001			SERVICIOS DE PUBLICIDAD	*7.140*
22	07	002			SERVICIOS DE IMPRESIÓN	*10*
22	07	003			SERVICIOS DE ENCUADERNACION Y EMPASTE	*10*
22	07	999			OTROS	*10*
22	08				SERVICIOS GENERALES	**29.725**
22	08	001			SERVICIOS DE ASEO	*0*
22	08	007			PASAJES FLETES Y BODEGAJES	*15.000*
22	08	008			SALAS CUNAS Y/O JARDINES INFANTILES	*10.725*
22	08	999			OTROS	*4.000*

PASIVOS						Presupuesto 2023 M$
SUB-T	ITEM	ASIG.	SUB.ASIG		DENOMINACION	
22	09				ARRIENDOS	**31.350**
22	09	003			ARRIENDO DE VEHICULOS	*23.120*
22	09	004			ARRIENDO DE MOBILIARIO Y OTROS	*10*
22	09	005			ARRIENDO DE MAQUINAS Y EQUIPOS	*10*
22	09	006			ARREINDO DE EQUIPOS INFORMATICOS	*10*
22	09	999			OTROS ARRIENDOS	*8.200*
22	10				SERVICIOS FINANCIEROS Y DE SEGUROS	**4.010**
22	10	002			PRIMAS Y GASTOS DE SEGUROS	*4.000*
22	10	999			OTROS	*10*
22	11				SERVICIOS TECNICOS Y PROFESIONALES	**6.910**
22	11	002			CURSOS DE CAPACITACION	*4.000*
22	11	003			SERVICIOS INFORMATICOS	*2.900*
22	11	999			OTROS	*10*
22	12				OTROS GASTOS EN BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO	**7.410**
22	12	002			GASTOS MENORES	*1.400*
22	12	004			INTERESES, MULTAS Y RECARGOS	*0*
22	12	005			DERECHOS Y TASAS	*6.000*
22	12	999			OTROS	*10*
23					**PRESTACIONES DE SEGURIDAD SOCIAL**	**10**
23	01				PRESTACIONES PREVISIONALES	**10**
23	01	004			DESAHUCIOS E INDEMNIZACIONES	*10*
29					**ADQUISICION DE ACTIVOS NO FINANCIEROS**	**14.510**
29	**03**				VEHICULOS	**0**
29	04				MOBILIARIO Y OTROS	***4.000***
29	05				MAQUINAS Y EQUIPOS	**5.510**
29	05	001			MAQUINAS Y EQUIPOS DE OFICINA	*10*
29	05	999			OTRAS	*5.500*
29	06				EQUIPOS INFORMATICOS	**5.000**
29	06	001			EQUIPOS COMPUTACIONALES Y PERIFERICOS	*5.000*
29	99				OTROS ACTIVOS NO FINANCIEROS	**0**
31					**INICIATIVAS DE INVERSION**	**0**
31	02				PROYECTOS	**0**
31	02	002			CONSULTORIAS	0
31	02	002	002		REPOSICION POSTA MISQUIHUE	0
31	02	002	003		REPOSICION POSTA QUENUIR	0
31	02	002	004		REPOSICION POSTA PEÑOL	0
31	02	003			TERRENOS	**0**
31	02	004			OBRAS CIVILES	**0**
					TOTAL GASTOS PRESUPUESTARIOS	**2.765.119**

7. PLAN DE CAPACITACIÓN 2023

PROGRAMA ANUAL DE CAPACITACION 2023 PERSONAL ESTATUTO ATENCIÓN PRIMARIA (LEY 19.378) SERVCIO DE SALUD RELONCAVÍ – COMUNA MAULLÍN

LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS	ACTIVIDADES DE CAPACITACION	OBJETIVOS EDUCATIVOS	NUMERO DE PARTICIPANTES POR CATEGORIA							NUMERO DE HORAS PEDAGOGICAS	FINANCIAMIENTO				ORGANISMO EJECUTOR
			A (Médicos, Odont, QF,etc.)	B (Otros Profesionales)	C (Técnicos Nivel Superior	D (Técnicos de Salud)	E (Administ-rativos	F (Auxiliares servicios	TOTAL		ITEM CAPACITACION	FONDOS MUNICIPALES	OTROS FONDOS	TOTAL PRESUPUESTO ESTIMADO	
EJE ESTRATEGICO 1: Medio Ambiente y entornos Saludables	REAS	Conocer los antecedentes historicos y la normativa vigente referente a la correcta eliminacion de los desechos del material asociado a las atenciones en salud		1					1	120					4HC
	PREVENCIÓN DE RIESGOS SANITARIOS	Promover comportamientos seguros, y la correcta utilización de los equipos de trabajo y protección, así como fomentar el interés y cooperación del resto de los compañeros en materia de prevención de riesgos.		1					1	100					AULASAN
	Manejo seguro de REAS	Prevenir y controlar los riesgos provenientes de los residuos que se generan en los establecimientos de atención de salud respecto de sus usuarios, de quienes se desempeñen en ellos, de quienes participan directamente en el manejo de los mismos y de la población en general.	1						1	30					Creciendo Capacitación en Salud
	Manejo de residuos clínicos y hospitalarios de establecimientos de salud (REAS)	Proporcionar al personal de salud los conocimientos necesarios sobre el manejo de residuos de establecimientos de atención lo que permitirá trabajar y velar por un ambiente saludable, preocupándonos por la comunidad y medio ambiente, como también la salud de los trabajadores involucrados.		1					1	30					San Andrés Capacitaciones
EJE ESTRATEGICO 2: Estilos de Vida	Programa de capacitacion teórica sobre dispositivo intrauterino	Actualizar en el nuevo metodo anticonceptivo que se encontrara en todos los servicios de salud		2					2	10					Sociedad chilena de obstetricia y ginecologia
	Diplomado en salud pelvica de la mujer	Adquirir los conocimientos, recursos y destrezas que le permitan a las profesionales de obstetricia (matronas), promocionar, asesorar y diseñar programas de prevención de disfunciones del suelo pélvico, acorde a cada ciclo vital de la mujer, desde su área de desempeño profesional, fomentando así la incorporación de dichos profesionales a unidades multidisciplinares de suelo pélvico.		1					1	220					OTEC Mauleduc
	Salud en la mujer	Manejo de los principales problemas de salud de las mujeres en las diferentes etapas de su ciclo vital		1					1	6					Sociedad chilena de obstetricia y ginecologia
	Nutricion en salud pelvica	COMPRENDER SOBRE LAS HORMONAS Y SU DESBALANCE, CICLO MENSTRUAL Y NECESIDADES NUTRICIONALES DE CADA ETAPA Y LA INFLUENCIA DE LA ALIMENTACIÓN SOBRE LOS TEJIDOS PÉLVICOS.		1					1	32					Mauleduc
	Microbiota vaginal	COMPRENDER LA IMPORTANCIA E IMPACTO DE LA MICROBIOTA VAGINAL DE LA MUJER SOBRE LA SALUD GINECOLÓGICA A TRAVÉS DEL CICLO VITAL.		1					1	24					Mauleduc
	Diplomado Atención a la mujer con problemas ginecológicos para matronas	Orientar a facilitar la actuación de matrónfa en la atención a todas las pacientes y en especial de aquellas con problemas ginecológicos o en riesgo de sufrirlos.		1					1	275					TECH
	Actualización en lactancia materna	Actualizar en conocimientos sobre la lactancia natural y el proceso de vinculación perinatal, para fortalecer el desarrollo integral del ser		1					1	25					CESCH

LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS	ACTIVIDADES DE CAPACITACION	OBJETIVOS EDUCATIVOS	NUMERO DE PARTICIPANTES POR CATEGORIA							NUMERO DE HORAS PEDAGOGICAS	FINANCIAMIENTO				ORGANISMO EJECUTOR
			A (Médicos, Odont, QF,etc.)	B (Otros Profesionales)	C (Técnicos Nivel Superior	D (Técnicos de Salud)	E (Administ-rativos	F (Auxiliares servicios	TOTAL		ITEM CAPACITACION	FONDOS MUNICIPALES	OTROS FONDOS	TOTAL PRESUPUESTO ESTIMADO	
	Mujeres ciclicas, abordaje kinésico preventivo en adolescente desde su primera luna	EL CURSO TIENE COMO PROPÓSITO ENTREGAR HERRAMIENTAS TEÓRICAS Y PRÁCTICAS CON UNA MIRADA INTEGRAL DE LAS ADOLESCENTES QUE ESTÉN PRÓXIMAS A SU PERÍODO O YA ESTÉN CON SU MENARQUIA, PARA QUE LOGREN HACER CONSCIENTE E INCORPOREN SU PERINÉ EN TODAS SUS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA O EN EL EJERCICIO FÍSICO, AYUDÁNDOLA ASÍ A PREVENIR FUTURAS DISFUNCIONES PERINEALES ASOCIANDO TODO ESTO A LA CICLICIDAD FEMENINA DE CADA UNA.		1					1	20					Mauleduc
	Clasificación de Enfermedades y Condiciones Periodontales Periimplantarias.	Actualizar conceptos sobre clasificación de enfermedades y condiciones periodontales y periimplantarias, estadificación y graduación.	2	1					3	24					SSDR
	Salud mental comunitaria	Capacitar a los profesionales de salud en el tema para facilitar su trabajo con la comunidad		1					1	21					San Andrés Capacitaciones
	CURSO MANEJO INTEGRAL EN EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON TRASTORNO POR ATRACON	Comprender el diagnóstico y tratamiento del paciente con Trastorno por Atracón de acuerdo con cada rol profesional dentro del equipo multidisciplinario.Implementar estrategias clínicas, nutricionales y psicológicas, en el manejo del Trastorno por Atracón. Analizar el estigma por peso que viven las personas gordas y adquirir una mirada crítica respecto a la responsabilidad personal, social y profesional en este asunto.		1					1	20					UNIVERSIDAD DEL DESARROLLO
	ACTUALIZACION EN PERIODONCIA, ROL DE LA APS EN LA SALUD PERIODONTOAL	Actualizar conceptos generales en respecto a clasificacion, diagnostico, atencion y rol de la aps en el tratamiento periodontal	1						1	24					Departamento de gestion de los cuidadonjs MINSAL
	PROMOCIÓN DE SALUD	Fortalecer la formación de profesionales a través de conocimientos teóricos y prácticos apropiados para la promoción de la salud desde el modelo de atención familiar, teniendo en cuenta los determinantes sociales, además del trabajo de redes y la gestión participativa en APS.	8	12	20	1	5	5	51	20		2.500.000			DESAM
EJE ESTRATEGICO 3: Enfermedades Transmisibles	Vacunas en tiempos de covid	informar al público en general la importancia de las vacunas en tiempos de pandemia y sobre sus orígenes y fabricación.		1					1	25					uabierta
	IAAS	Adquirir competencias necesarias para comprender, reconocer, diseñar y poner en ejecución programas de control y prevención de IAAS según las normas ministeriales vigentes		2					2	120					4HC
	Asepsia y antisepsia	conocer los conceptos de asepsia y antisepsia, teniendo la capacidad de implementar precauciones estándar y específicas en enfermedades transmisibles, poniendo en práctica procedimientos básicos de la asepsia y antisepsia.		1					1	21					San Andrés Capacitaciones
	PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE SALUD (IAAS)	Adquirir las competencias necesarias para comprender, reconocer, diseñar y poner en ejecución programas de control y prevención de infecciones asociadas a la atención de salud.		1					1	25					AULASAN
	CURSO IAAS INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCION EN SALUD	Los profesionales serán capaces de aplicar medidas de prevención de las infecciones asociadas a la atención de salud de acuerdo con protocolos.		1					1	120					capacitanet

LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS	ACTIVIDADES DE CAPACITACION	OBJETIVOS EDUCATIVOS	NUMERO DE PARTICIPANTES POR CATEGORIA							NUMERO DE HORAS PEDAGOGICAS	FINANCIAMIENTO				ORGANISMO EJECUTOR
			A (Médicos, Odont, QF,etc.)	B (Otros Profesionales)	C (Técnicos Nivel Superior	D (Técnicos de Salud)	E (Administ-rativos	F (Auxiliares servicios	TOTAL		ITEM CAPACITACION	FONDOS MUNICIPALES	OTROS FONDOS	TOTAL PRESUPUESTO ESTIMADO	
EJE ESTRATEGICO 4: Enfermedades Cronicas no transmisibles y Violencia	Estrategias de Interpretación y lectura de Electrocardiograma	Proporcionar al personal de salud los conocimientos necesarios sobre la interpretación de electrocardiogramas.		1					1	120					4HC
	ELECTROCARDIOGRAFÍA BÁSICA	Identificar la anatomía y fisiología cardiovascular. Reconocer Ondas, Intervalos, segmentos y Complejos Electrocardiográficos Realizar correctamente la toma de electrocardiograma. Identificar los principios básicos de la interpretación de las distintas ondas. Analizar e identificar las patologías básicas reflejadas en cada uno de los electros. Identificar las Principales Arritmias y Anormalidades en el Electrocardiograma		1					1	80					AULASAN
	ERA Enfermedades Respiratoria del Adulto	aplicar estrategias en tratamiento de enfermedades respiratorias del adulto en atención primaria (ERA) de acuerdo a directrices del ministerio de salud.		1					1	120					4HC
	Jornada Intersectorial de Victimas de Violencia sexual	Fortalecer las competencias teóricas y clínicas de los equipos de salud e intersector que trabaja con adultos, niñoslas, adolescentes y jóvenes víctimas de violencia en todas sus dimensiones.	1						1	10					SSDR
	Congreso Internacional de Heridas, Úlceras y Ostomías: Un Nuevo Paradigma en la Atención	Unificar el tratamiento multidisciplinario en pacientes con heridas, úlceras y ostomías en Latinoamérica.		1					1	30					INHERIDAS
EJE ESTRATEGICO 5: Funcionamiento y discapacidad															
EJE ESTRATEGICO 6: Emergencias y desastres	PRIMEROS AUXILIOS	Reconocer la importancia de prestar los primeros auxilios al accidentado en caso de necesitarlo. Reconocer las situaciones de emergencia más comunes que se dan en el ámbito cotidiano e identificar los síntomas de dichas alteraciones o enfermedades. Aplicar diferentes maniobras y técnicas que ayudan a asegurar la escena y realizar trabajo coordinado con el equipo de emergencia.		1	1				2	80					AULASAN
	REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR Y USO DEL DEA	Realizar maniobras de primeros auxilios a la víctima, en contextos comunitarios e institucionales, según técnicas y normativas vigentes.		1					1	21					AULASAN
EJE ESTRATEGICO 7: Gestion, Calidad e Innovacion	Proyección de la APS en la nueva reforma de salud	Analizar y conocer la propuesta de universalización de la APS como programa piloto dentro del proceso de construcción de una reforma al sector salud.		1	1	1		1	4	32					CONFUSAM
	Ley 21.474 extensión del post natal parental	Ley 21475, la presente ley tiene por objeto conceder el bono extraordinario Chile Apoya de invierno y extender el permiso postnatal parental por 60 dias		2					2	4					CONFUSAM
	Aspectos generales del estatuto de APS con perspectiva de juventud	Conocer los aspectos fundamentales de la creación de la ley 19.378. Generalidades, conceptos básicos		1					1	8					CONFUSAM
	Proceso de calificación en APS Municipal	Adquirir las competencias nesesarias para desempeñarse eficaz y correctamente, ya sea en calidad de integrante del comite calificador, dirigente gremial, precalificador o calificado		1					1	8					CONFUSAM
	Tecnovigilancia en los prestadores de salud	Capacitar al profesional en las funciones de la tecnovigilancia.		1					1	24					ISP

CURSO ACTUALIZACIÓN EN CONSEJERÍAS INDIVIDUALES Y FAMILIARES BASADOS EN EL MODELO MAIS	Unientar al paciente o familia en el proceso de tomar decisiones voluntarias e informadas respecto a su cuidado individual, familiar de conductas, comportamientos que implican un riesgo o un daño, utilizando diferentes herramientas (guías anticipatorias) etc.		1					1	32					REDLEARNING
CURSO ORIENTACIONES TECNICAS PARA INCORPORACION DE TEMATICAS Y SENSIBILIZACION DE CIBERSEGURIDAD	Generar primer punto de difusión de información para el funcionario sobre Ciberseguridad basado en los diferentes canales electrónicos y redes sociales que ofrece internet.		1			1		2	20					ssdr
JORNADA DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA EN ATENCIÓN PRIMARIA	Definir y unificar criterios, en las formas de trabajo, conductos regulares y procedimientos respecto la labor administrativa que se realiza en los establecimientos de atención primaria municipal.		1					1	25					ssdr
CURSO TÉCNICAS DE GESTIÓN DE CALIDAD Y ACREDITACIÓN EN SALUD	Desarrollar las competencias necesarias para organizar, ejecutar e impulsar las actividades propias de la gestión de la calidad en toda institución prestadora de servicios de salud. Se espera que los participantes puedan tomar decisiones como formular proyectos y alternativas de intervención potencialmente utilizables en su contexto de trabajo.		1					1	120					capacitanet
DIPLOMADO SALUD PÚBLICA	Capacitar y facilitar a los profesionales del área de la salud los conocimientos y competencias relacionadas con la salud pública.		1					1	320					capacitanet
Diploma en gestión administrativa en salud municipal	Desarrollar elementos conceptuales en el marco de la Gestión Administrativa y su aplicación en el ámbito de la Atención Primaria de Salud Municipal		1					1	80					Universidad de Concepción
Diploma E-learning Responsabilidad Administrativa y Sumario Administrativo en el Sector Público	Desarrollar en el participante el conocimiento concreto de la iniciación, tramitación y terminación de un proceso de determinación de responsabilidad administrativa. Conocer las posibles defensas del funcionario ante imputaciones formuladas para hacer valer sus derechos. Por otra parte, contribuir a fortalecer la capacidad profesional y humana de los funcionarios del servicio a fin de inducir un cambio de mentalidad respecto al rol fundamental que pueden jugar ellos en el		1					1	80					Universidad de Concepción
Estatuto administrativo y responsabilidad administrativa para personas funcionarias municipales. 2022	Identificar las principales funciones, derechos y obligaciones de los funcionarios municipales, las características de la Responsabilidad Administrativa, el marco normativo y de aplicación del Estatuto Administrativo.		1					1	12					Centro de Estudios de la Administración del Estado. CGR
Organización interna municipal	Identificar las principales características de la organización interna del Sector Municipal mediante el estudio del funcionamiento de sus agentes y unidades.		1					1	15					Centro de Estudios de la Administración del Estado. CGR
Diploma en derecho administrativo	Adquirir una formación avanzada en materias de Derecho Público, y en especial en Derecho Administrativo, revisando las principales acciones procesales y enfocándose en la estrategia en las decisiones.		1					1	180					Universidad Santo Tomás
CALIDAD Y TRATO AL USUARIO	Adquirir las competencias necesarias para la adecuada atención y trato a los usuarios de un centro de salud primario.		1					1	40					AULASAN

LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS	ACTIVIDADES DE CAPACITACION	OBJETIVOS EDUCATIVOS	NUMERO DE PARTICIPANTES POR CATEGORIA							NUMERO DE HORAS PEDAGOGICAS	FINANCIAMIENTO				ORGANISMO EJECUTOR
			A (Médicos, Odont, QF,etc.)	B (Otros Profesionales)	C (Técnicos Nivel Superior	D (Técnicos de Salud)	E (Administ-rativos	F (Auxiliares servicios	TOTAL		ITEM CAPACITACION	FONDOS MUNICIPALES	OTROS FONDOS	TOTAL PRESUPUESTO ESTIMADO	
	DIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS	Comprender la direción de Recursos Humanos de manera estratégica para la gestión competente y exitosa de cualquier empresa.		1					1	80					AULASAN
	DIAGNOSTICO Y MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE VEHICULOS SANITARIOS	Identificar los principales compronentes de un vehículo y la importancia de su mantenimiento y control. Realizar el mantenimiento preventivo del vehículo chequeando los elementos mecánicos, eléctricos, del sistema de comunicaciones y de seguridad del vehículo según la hoja de revisión diaria. Describir los elementos mecánicos, eléctricos y de seguridad que hay que revisar por turno de trabajo, para mantener la operatividad del vehículo.		1					1	40					AULASAN
	FUNCIONES ADMINISTRATIVAS EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	Reconocer la estructura de los sistemas sanitarios. - Conocer y aplicar los principios generales de la gestión administrativa de los centros de salud. - Aprender y familiarizarse con conceptos administrativos del ámbito sanitario		1					1	80					AULASAN
	GESTIÓN Y LIDERAZGO EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	Identificar las medidas necesarias para Implementar un sistema de Gestión, que considere a todos los actores involucrados a su cargo.		1					1	80					AULASAN
	LIDERAZGO Y GESTION DEL TALENTO	Identificar estilos de mando y liderazgo de equipos de acuerdo con distintos objetivos, valores, cultura e identidad corporativa.		1					1	40					AULASAN
	RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS Y TRATO AL USUARIO	Aplicar estrategias de resolución y negociación en distintas situaciones de conflicto habituales en equipos de trabajo.		1	1				2	60					AULASAN
	SALUD PÚBLICA Y COMUNITARIA	Adquirir conocimientos de salud pública y comunitaria, para gestionar programas de salud y actuaciones frente a brotes epidémicos.		1	1				2	120					AULASAN
	Actualización en Registros Clínicos y Administrativos para el Equipo Odontológico SSDR.	Actualizar conceptos sobre Registros Clínicos y Administrativos para el Equipo Odontológico SSDR.	2						2	20					SSDR
	Actualización en Registros Clínicos y Ficha Clínica para Odontólogos.	Capacitar y motivar a profesionales odontólogos de la red SSDR para que realicen buenos registros con base en la importancia clínica y legal de la Ficha y registros clínicos y administrativos en torno a la atención dental.	2						2	20					SSDR
	INTERVENCIÓN CENTRADA EN LAS PERSONAS	Desarrollar competencias en las personas quienes prestan atención en servicios de salud, agregando valor y siendo atingentes con una visión en orientación del servicio de Calidad; incluyendo el buen trato, humanización del servicio y los derechos y deberes tanto para el prestador, como al usuario y sus familias.	8	12	20	1	5	5	51	20		2.500.000			DESAM
Totales			25	75	44	3	11	11	169						

8. PLAN DE PROMOCIÓN DE SALUD TRIENIO 2022 – 2024

La Promoción de la Salud se entiende como el proceso que permite a las personas aumentar el control sobre su salud y mejorarla (Organización Mundial de la Salud, 2021), concebido como un proceso social y político.

Desde esta visión, los entornos donde las personas viven su día a día son los que generan bienestar en la población, dicho de otro modo, los entornos (sociales, económicos y ambientales) sumado a factores personales, determinan la salud de las comunidades y por ende determinan su esperanza y calidad de vida.

Desde los diversos análisis se plantea que “la clave para el futuro están en el bienestar de las personas y en el ambiente en donde vivimos” (Organización mundial de la salud, 2022); por ello, el foco de este programa va orientado a que las personas tengan acceso a entornos saludables, considerando los diversos obstáculos en cuanto a determinación social de la salud y los malos resultados en salud que caracterizan al país; con un propósito orientado a cómo garantizar el derecho a alcanzar el máximo potencial posible de salud.

El árbol de problemas construido para el trienio 2022-2024 se llevó a consulta participativa con los y las funcionarias de Promoción de la Salud y Participación Ciudadana de las 16 Seremis de Salud del país, para identificar las causas y efectos de la situación problemática definida cómo problema del programa PTPS: “Déficit de acceso de la población a la promoción de la salud a través de los Planes Trienales de Promoción de Salud 2022 - 2024 del Ministerio de Salud, habilitando y optimizando entornos saludables en Chile”.

Los pasos para la construcción del esquema causa-efecto del PTPS, fueron los siguientes:

- 1. Identificación del problema central.

- 2. Exploración y verificación de los efectos o consecuencias del problema central.

- 3. Identificación de relaciones entre los distintos efectos que produce el problema central.

- 4. Identificación de las causas que generan el problema central y de sus interrelaciones.

- 5. Diagramación del árbol de problemas y objetivos.

8.1 RESULTADOS ESPERADOS PLAN DE PROMOCIÓN DE SALUD TRIENIO 2022 – 2024

1. Fortalecimiento de las regulaciones y políticas municipales para crear y favorecer entornos saludables con enfoque intercultural, ambiental, solidario, equidad de género e intergeneracional.

2. Aumento en la habilitación y mejora de infraestructura para implementar entornos saludables con enfoque intercultural, ambiental, solidario, equidad de género e intergeneracional.

3. Aumento de las intervenciones de educación en salud para la población general y grupos específicos.

4. Fortalecimiento de la participación comunitaria para aumentar conocimientos y habilidades de los factores protectores y para aumentar el involucramiento con enfoque intercultural, ambiental, solidario, equidad de género e intergeneracional.

5. Fortalecimiento en la difusión y comunicación social para aumentar el conocimiento de los factores protectores/riesgo de la salud y el bienestar con enfoque intercultural, ambiental, solidario, equidad de género e intergeneracional.

8.2 DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA

El Programa Promoción de la Salud y Participación Ciudadana, en nuestra comuna cuenta con una encargada que es Nutricionista y cuenta con 22 horas semanales para coordinar el Programa. Además del eje de promoción y participación, que se conformó en la comuna durante el año 2022, el cual además está compuesto por el equipo de Programa MÁS Adultos Mayores Autovalentes (1 kinesióloga) el equipo del Programa Elige Vida Sana (1 Nutricionista y 1 Profesor de Educación Física), la encargada del programa CHCC y sala de estimulación (1 Psicóloga y 1 Fonoaudióloga), la encargada del Programa de Participación Social (1 Trabajadora Social), la encargada del Programa Adolescente (1 Matrona), la encargada del Programa PESPI (1 Terapeuta ocupacional), Facilitadora intercultural (1 trabajadora Social), comunicaciones (1 Comunicador), representante de equipo rural (1 terapeuta ocupacional). De esta forma el Eje de Promoción de Salud y Participación Social cuenta con un equipo multidisciplinario de 11 Profesionales, los cuales se encargan de la coordinación y ejecución de todas las estrategias y actividades relacionadas con Promoción de Salud y del trabajo comunitario. Este equipo de trabajo cuenta con 1 reunión al mes de 2,5 horas de duración, tiempo en el cual se realiza la coordinación de distintas actividades y se realizan capacitaciones para el equipo.

Para la elaboración del Plan trienal de Promoción de Salud 2022-2024 se realizó una plataforma web desde el MINSAL, en la cual se permitía realizar un proceso de planificación para cada comuna del país, en donde el árbol de problemas y objetivos ya venía definido para todo el país.

El propósito del programa, según su matriz de marco lógico de 2020, consiste en:

“Mejorar el acceso de la población a la promoción de la salud a través de los planes trienales habilitando y optimizando entornos saludables”

Siguiendo la metodología de marco lógico se han definido los siguientes componentes del Programa:

1. Políticas y regulaciones sobre entornos saludables.

2. Habilitación y optimización de espacios públicos para la vida saludable.
3. Participación comunitaria para el empoderamiento en salud.
4. Comunicación social.
5. Educación para la salud.

8.3 MATRIZ DE MARCO LÓGICO

Actividad	Indicadores	Meta	Medio de verificación
Aumento en la habilitación y mejora de infraestructura para implementar entornos saludables con enfoque intercultural, ambiental, solidario, equidad de género e intergeneracional	Porcentaje de Entornos Físicos habilitados para el acceso a la práctica de actividad física y alimentación saludable de la población de Chile en el año t.	Línea de base	Catastro (georreferenciación) de Entornos Saludables del mantenedor de Entornos del módulo de promoción de la salud de la plataforma MIDAS.
Componente: Habilitación y optimización de espacios públicos para la vida saludable	Porcentaje de Entornos Físicos optimizados (mejorados) para la práctica de actividad física y/o alimentación saludable de la población de Chile en el año t.	Línea de base	Catastro (georreferenciación) de Entornos Saludables del mantenedor de Entornos del módulo de promoción de la salud de la plataforma MIDAS.
	Porcentaje de invernaderos construidos asociado a un establecimientos de salud en el año t	80% de establecimientos de salud de APS	Mapa con invernaderos georreferenciados. Lista de invernaderos instalados. Fotografías

Aumento de las intervenciones de educación en salud para la población general y grupos específicos.	Porcentaje de personas con nivel de satisfacción alto con las actividades de participación comunitaria de PTPS en el año t	Línea de base	Reporte de resultados de aplicación de instrumento de evaluación de efectividad y calidad de las actividades de PTPS.
Componente: Participación comunitaria para el empoderamiento en salud	Porcentaje de Organizaciones Comunitarias que participan en al menos una sesión de Diálogos o Conversatorios Ciudadanos sobre Promoción de la Salud en el año t.	Línea de base	Registros del programa
Fortalecimiento de la participación comunitaria para aumentar conocimientos y habilidades de los factores protectores y para aumentar el involucramiento con enfoque intercultural,	Porcentaje de personas que accede al menos casi todos los meses a acciones comunicacionales/educativas sobre entornos saludables en el año t.	Línea de base	Encuesta de Entornos Saludables

ambiental, solidario, equidad de género e intergeneracional. Componente: Comunicación social	Porcentaje de personas con nivel de satisfacción alto con las actividades de comunicación, difusión y educación para la salud PTPS en el año t	Línea de base	Reporte de resultados de aplicación de instrumento de evaluación de efectividad y calidad de las actividades de PTPS.
Fortalecimiento en la difusión y comunicación social para aumentar el conocimiento de los factores protectores/riesgo de la salud y el bienestar con enfoque intercultural, ambiental, solidario, equidad de género e intergeneracional	Porcentaje de personas con nivel de satisfacción alto con las actividades educación para la salud PTPS	Línea de base	Reporte de resultados de aplicación de instrumento de evaluación de efectividad y calidad de las actividades de PTPS. (instrumentos en versión usuario)
Componente: Educación para la salud	Porcentaje de personas que accede al menos una vez al mes a acciones comunicacionales/educativas sobre entornos saludables en el año t.	Línea de base	Encuesta de Entornos Saludables

8.4 ACTIVIDADES

Componente	Actividad
Políticas y regulaciones sobre entornos saludables	Aplicación de encuesta de entornos saludables
Políticas y regulaciones sobre entornos saludables	Diagnóstico comunal de Promoción de la Salud
Políticas y regulaciones sobre entornos saludables	Oficializar Sala de Promoción de la Salud
Habilitación y optimización de espacios públicos para la vida saludable	Instalación de estacionamientos de bicicletas en entorno educacional
Habilitación y optimización de espacios públicos para la vida saludable	Creación de Huertos o invernaderos comunitarios
Habilitación y optimización de espacios públicos para la vida saludable	Ejecución de programas permanentes de actividad física a nivel comunal
Participación comunitaria para el empoderamiento en salud	Planificación participativa de actividades del PTPS

Participación comunitaria para el empoderamiento en salud	Formación de facilitadores en promoción de la salud en entorno Comunal (Ex escuela de gestores comunal)
Participación comunitaria para el empoderamiento en salud	Diálogos o Conversatorios Ciudadanos sobre Promoción de la Salud en entorno comunal
Comunicación social	Producción de eventos comunales tales como eventos deportivos, campeonatos deportivos, demostraciones de cocina en entorno comunal
Comunicación social	Propuesta creativa, racional y concepto creativo de una Campaña Comunicacional para entorno comunal
Comunicación social	Campaña Comunicacional: "Diseño de material informativo" para entorno comunal
Comunicación social	Campaña Comunicacional: "Diseño de material informativo" para entorno educacional
Comunicación social	Campaña Comunicacional "Difusión a través de medios audiovisuales" para entorno comunal

Comunicación social	Campaña Comunicacional: "Hitos comunicacionales" en entorno comunal.
Comunicación social	Campaña Comunicacional: "Hitos comunicacionales" en entorno educacional.
Educación para la salud	Taller de huertos Saludables en Entorno Comunal
Educación para la salud	Taller educativo en calidad de vida y factores protectores en entorno educacional
Educación para la salud	Taller de alimentación saludable en entorno comunal
Educación para la salud	Taller educativo en calidad de vida y factores protectores en entorno comunal