



PLAN COMUNAL DE SALUD ANCUD 2025-2028





1. ÍNDICE

2. INTRODUCCIÓN	7
3. POLÍTICA DE SALUD COMUNAL	8
3.1 LINEAMIENTOS INSTITUCIONALES	8
MISIÓN	8
VISIÓN.....	8
3.2 MAPA DE ANCUD CON LOS DISTINTOS DISPOSITIVOS DE SALUD DE ATENCIÓN PRIMARIA	9
3.3 OBJETIVOS INSTITUCIONALES	10
4. DIAGNÓSTICO INTEGRAL DE SALUD	11
4.1 ANTECEDENTES GENERALES.	11
4.2 RESEÑA HISTÓRICA.....	12
4.3 UBICACIÓN GEOGRÁFICA.....	13
4.4 CARACTERIZACIÓN DEL MEDIO NATURAL.....	13
GEOMORFOLOGÍA.....	13
CLIMA.....	14
HIDROLOGÍA.....	14
BIODIVERSIDAD.....	14
FLORA.....	15
FAUNA.....	15
POBLACIÓN.....	16
4.5 MEDIO SOCIAL Y CULTURAL.....	27
Desarrollo económico	27
Educación	28
Alimentación	34
4.5 MEDIO SOCIAL Y CULTURAL.....	36
Medio Social y Cultural.....	36
Población y Demografía	36



Estructura Socioeconómica	37
Cultura y Tradiciones	37
Infraestructura y Servicios Sociales	38
Análisis del Medio Social y Cultural	38
4.6 NATALIDAD	40
4.7 MORTALIDAD	43
a.- Esperanza de Vida	43
b.- Mortalidad	44
c.- Índice de Swaroop:	47
d.- Mortalidad Infantil.....	48
e.- Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP)	53
4.8 MORBILIDAD.....	55
GRÁFICOS POR ÁREA	57
4.9 ORGANIZACIÓN RED ASISTENCIAL APS ANCUD	66
Oferta Privada de Salud.....	67
ESTABLECIMIENTOS DE APS.	69
4.10 RECURSOS MATERIALES Y FÍSICOS DE LA RED APS ANCUD.....	96
Infraestructura	96
REPARACIONES MAYORES:	98
PROYECTOS MAYORES:.....	98
RECURSOS MATERIALES NO CLÍNICOS:	99
4.11 RECURSO HUMANO.	104
4.12 ANALISIS DE CAPACIDAD RESOLUTIVA.	106
4.12.1 CESFAM MANUEL FERREIRA.....	106
4.12.2 CESFAM PUDETO BAJO.....	110
4.13 EVALUACION PLAN DE SALUD COMUNAL ANTERIOR.....	119
Análisis de producción programación en red.	121



ANÁLISIS DE METAS INDICE DE ACTIVIDAD DE LA ATENCION PRIMARIA EN SALUD Y METAS SANITARIAS.....	124
5. DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO	130
Identificación de problemas de salud mediante diagnóstico participativo	146
Identificación del estado actual del territorio.....	146
Identificación y jerarquización de problemas.....	147
Análisis de problemas y causas.....	147
Plan de trabajo y puesta en marcha.....	147
Evaluación y retroalimentación.....	147
Principales problemáticas identificadas en los diagnósticos participativos.....	147
Estrategias para el abordaje de las problemáticas identificadas.....	148
Importancia de los activos comunitarios	149
Conclusión.....	149
6. PRONOSTICO EN SALUD.....	150
Análisis, Apreciación y Pronóstico de la Situación de Salud en Ancud	150
1. Explicación y Apreciación General	150
2. Análisis de los Factores Condicionantes de la Situación de Salud	151
3. Magnitud de los Factores y Responsabilidad del Sector Salud.....	152
4. Comparación con Metas Nacionales, Regionales y Locales	152
5. Pronóstico y Recomendaciones.....	153
7. CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA	155
8. PLAN DE ACCIÓN CUIDADOS DE SALUD	157
8.2 CESFAM: PUDETO BAJO	164
8.3 CECOSF CHACAO	171
8.4 PLAN DE ACCIÓN COMUNAL CECOSF PUNTRA DEGAÑ.....	175
8.5 QUETALMAHUE:	185
8.6 LIAO	190
8.7 MANAO	196



8.8 POSTA CAULIN	201
8.9 Posta NAL	206
8.10 POSTA GUABÚN	210
8.11 PSR COIPOMÓ	215
9. PLAN DE CAPACITACION	219
10. PLAN DE SALUD Y CALIDAD DE VIDA LABORAL	230
Gestión de la OIRS y estrategias de autocuidado 2024	233
Fortalecimiento organizacional y creación del Comité de Autocuidado.....	233
Calendarización de reuniones.	234
Objetivo central del Plan de Cuidado 2025	234
Creación de la Mesa del Cuidado de la Salud Mental a Funcionarios.....	235
Integrantes de la Mesa del Cuidado	235
Funciones de los Participantes de la Mesa de Trabajo	236
Actividades Prioritarias a Trabajar por la Comisión	237
Desafíos a Trabajar (2024-2025)	238
Actividades Propuestas para 2025	238
11. Plan Comunal de Salud de Ancud: Desafíos y Estrategias 2025-2028.....	241
Principales Problemáticas Identificadas en los Diagnósticos Participativos	243
Estrategias para el Abordaje de las Problemáticas Identificadas	244
Promoción de estilos de vida saludables	245
Gestión ambiental	245
Reducción del consumo problemático de alcohol y drogas	245
Fortalecimiento de redes de apoyo para adultos mayores	245
Participación comunitaria	245
Identificación de Problemas de Salud mediante Diagnóstico Participativo	246
Priorización de Problemas del Diagnóstico Participativo	247
Identificación de Activos Comunitarios en Salud	247
Conclusión	248



12. BIBLIOGRAFÍA..... 249



2. INTRODUCCIÓN

La Atención Primaria de Salud (APS) es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un enfoque integral que involucra a toda la sociedad y busca garantizar el más alto nivel posible de salud y bienestar, distribuidos equitativamente. Esta atención, centrada en las necesidades de las personas, abarca desde la promoción de la salud y prevención de enfermedades hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, lo más cerca posible del entorno cotidiano.

El Plan de Salud comunal de Ancud 2025-2028 establece los lineamientos de trabajo y es la guía para el desarrollo de acciones sanitarias locales, alineadas tanto con los objetivos de desarrollo sostenible como con las prioridades sanitarias definidas por la comunidad. Este documento se estructura dentro del marco de las orientaciones técnicas proporcionadas por el Ministerio de Salud (MINSAL) y se enfoca en el desarrollo de políticas públicas sanitarias locales. Además, incorpora enfoques sobre los determinantes sociales de la salud, género e interculturalidad, que serán claves para guiar las actividades necesarias y alcanzar los objetivos establecidos.

Es importante destacar que durante el año 2024 se enfrentaron desafíos significativos, especialmente en el ámbito administrativo y financiero, lo que impactó la ejecución del plan de salud comunal anterior. No obstante, estos desafíos han dejado aprendizajes que guiarán las acciones planteadas en este nuevo plan.

Según lo mandatado en la Ley 19.378 es que se elabora el presente documento con el fin de plasmar la planificación de actividades a realizar durante el ciclo de este gobierno local.



3. POLÍTICA DE SALUD COMUNAL

La salud es un derecho fundamental, es deber del estado garantizar la ejecución de las acciones de salud, ya sea en el sistema público o privado. En nuestra comuna, el Departamento de Salud Municipal es la unidad técnica y administrativa encargada de liderar y garantizar el acceso a servicios de salud de calidad y de manera eficiente y oportuna.

Para el año 2025 contamos con un total de 42.483 usuarios inscritos en sus establecimientos de salud, validados por FONASA. Nuestra red de Atención Primaria está compuesta por un equipo de gestión y una variedad de establecimientos de salud y dispositivos que cubren tanto sectores urbanos como rurales. Con esta estructura, el Departamento de Salud Municipal de Ancud reafirma su compromiso con el bienestar de la comunidad, garantizando acceso y calidad en los servicios de salud.

3.1 LINEAMIENTOS INSTITUCIONALES

MISIÓN

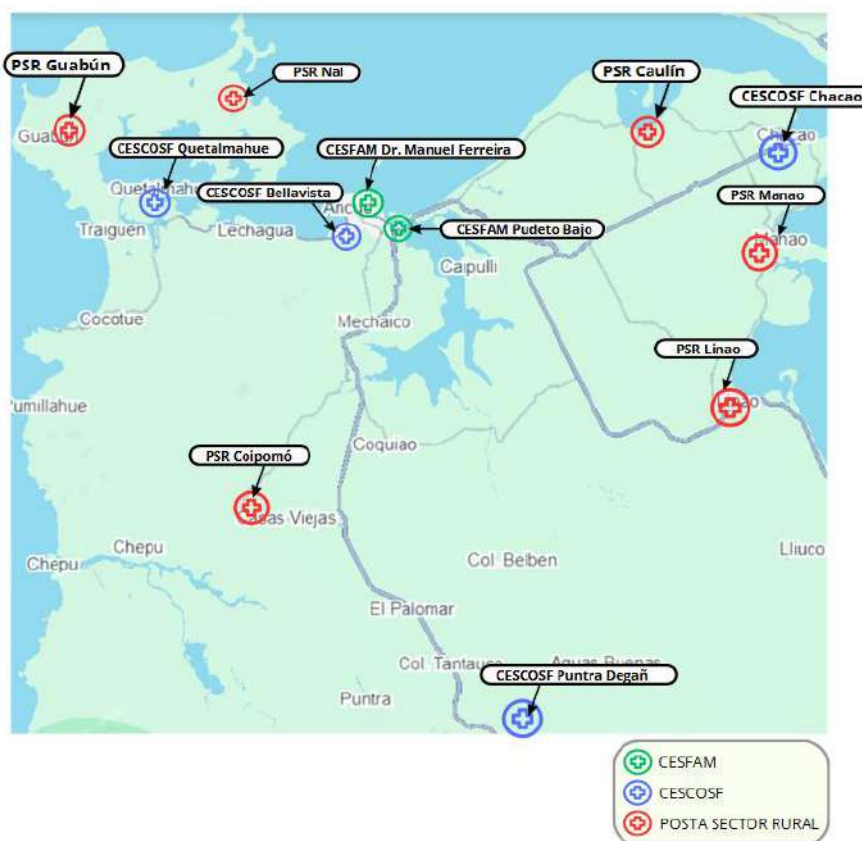
“Somos un equipo de salud comprometido con brindar una atención integral, basada en un enfoque familiar y comunitario. Nos destacamos por nuestra cercanía y dedicación hacia los Ancuditanos, trabajando juntos para mejorar su calidad de vida y bienestar, de manera sostenible y humana”.

VISIÓN

"Ser reconocidos como un modelo de excelencia en atención primaria de salud en la provincia, por nuestra capacidad de ofrecer servicios oportunos, eficientes y resolutivos. Aspiramos a responder a las necesidades específicas de nuestra comunidad, contribuyendo significativamente a la mejora de la salud y el bienestar de los habitantes de la comuna de Ancud".



3.2 MAPA DE ANCUD CON LOS DISTINTOS DISPOSITIVOS DE SALUD DE ATENCIÓN PRIMARIA



En la imagen se observan los dispositivos, CEFAM, CESCOSF y Postas de Salud Rural desplegados en nuestro territorio, los que, como se aprecia, tienen un importante porcentaje de ruralidad, determinante social a considerar en el despliegue y acceso de la cartera de servicios.

ESTABLECIMIENTOS URBANOS	ESTABLECIMIENTOS RURALES
Cesfam Dr. Manuel Ferreira	Posta Sector Rural Manao
Cesfam Pudeto Bajo	Posta Sector Rural Linao
Cescosf Bellavista	Posta Sector Rural Caulín
Cescosf Chacao	Posta Sector Rural Nal
Cescosf Quetalmahue	Posta Sector Rural Guabún
Cescosf Puntra - Degañ	Posta Sector Rural Coipomó



3.3 OBJETIVOS INSTITUCIONALES

1. Asegurar a los habitantes de la comuna de Ancud el acceso equitativo a la salud, mediante la optimización de la gestión de recursos humanos, el fortalecimiento de la infraestructura y la reorganización eficiente de la red asistencial comunal.
2. Avanzar hacia el desarrollo de Ancud como una comuna saludable, promoviendo el trabajo conjunto y coordinado con el intersector, fomentando estilos de vida saludables y contribuyendo al bienestar integral de la población.
3. Garantizar una atención de calidad en todas las etapas del ciclo vital, entregando prestaciones de salud seguras, oportunas y culturalmente pertinentes en los centros de salud de la comuna.



4. DIAGNÓSTICO INTEGRAL DE SALUD

4.1 ANTECEDENTES GENERALES.

El presente Diagnóstico Integral de Salud de la comuna de Ancud tiene como objetivo analizar la situación sanitaria del territorio, identificando las principales necesidades y desafíos en materia de salud. Para ello, se consideran factores demográficos, epidemiológicos, socioeconómicos y ambientales que inciden en la calidad de vida de la población.

Ancud, ubicada en la provincia de Chiloé, Región de Los Lagos, es una de las comunas más importantes del archipiélago. Con una población aproximada de 40.000 habitantes, su geografía se caracteriza por una amplia dispersión territorial, con sectores urbanos y rurales de difícil acceso. Su economía se basa principalmente en la pesca, la acuicultura, el turismo y la agricultura, actividades que influyen en el perfil de salud de la población.

El clima templado oceánico lluvioso y las condiciones de conectividad también impactan en el acceso a los servicios de salud. La comuna cuenta con un hospital de mediana complejidad, varios centros de salud familiar (CESFAM) y postas rurales, que buscan dar respuesta a las necesidades sanitarias de la comunidad. Sin embargo, persisten desafíos en la cobertura de atención, recursos humanos, infraestructura y prevención de enfermedades crónicas y transmisibles.

A continuación, se describe en detalle cada uno de estos aspectos, proporcionando un análisis integral que permitirá orientar la planificación de estrategias de salud pública con un enfoque basado en la equidad, la participación comunitaria y la gestión eficiente de los recursos.



4.2 RESEÑA HISTÓRICA.

La ciudad de Ancud fue fundada en 1768 por el brigadier Carlos de Beranger y Renaud, en cumplimiento de una orden del rey Carlos III para fortificar el extremo norte de Chiloé. La Villa y Fuerte Real de San Carlos de Chiloé, establecida con pobladores trasladados desde Chacao, se convirtió en un centro administrativo, defensivo y portuario clave para la Corona Española. La construcción de fortificaciones, destacando el castillo de San Miguel de Agüi, reforzó su rol estratégico en la defensa del territorio.

En 1784, la villa pasó a ser la sede de la Intendencia de Chiloé, bajo el Virreinato del Perú. Durante las guerras de independencia, Chiloé se mantuvo fiel a la monarquía española, siendo Ancud un punto de partida para expediciones realistas como la liderada por Antonio Pareja en 1813. Sin embargo, tras varias batallas, las tropas chilenas vencieron en Pudeto y Bellavista (1826), firmándose el Tratado de Tantauco, que anexó Chiloé a Chile.

En 1834, la villa de San Carlos pasó a llamarse Ancud, siendo declarada ciudad y capital de la provincia de Chiloé. Ese mismo año, Charles Darwin visitó la zona durante su expedición científica. En 1840, el Papa Gregorio XVI creó la Diócesis de San Carlos de Ancud, estableciendo la sede episcopal en la ciudad.

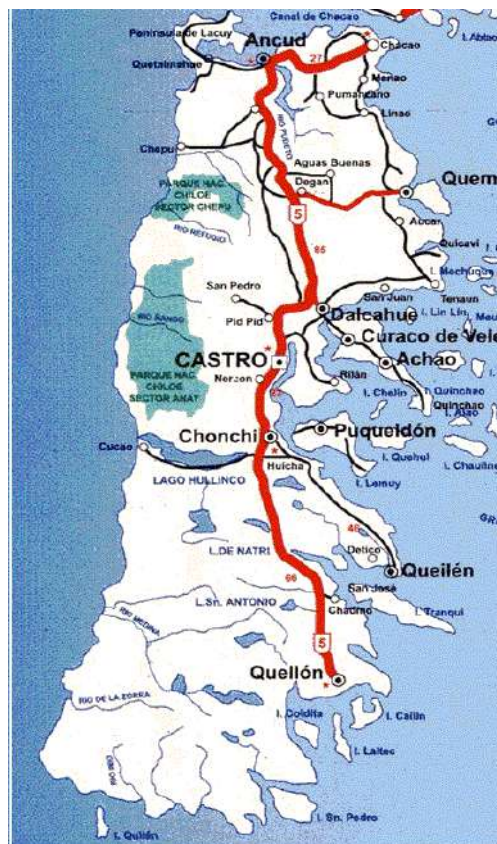
Durante el siglo XIX, Ancud tuvo un auge comercial impulsado por el comercio marítimo, aunque comenzó a declinar con la apertura del Canal de Panamá (1914) y la llegada del ferrocarril a Puerto Montt (1912). En el ámbito educativo, se crearon instituciones clave como el Seminario Conciliar (1845) y el Liceo de Ancud (1868).

En 1982, con la regionalización, Ancud dejó de ser la capital provincial, aunque su Juzgado de Letras mantiene su rango judicial.



4.3 UBICACIÓN GEOGRÁFICA.

Ancud es una de las diez comunas que conforman la Provincia de Chiloé, en la Región de Los Lagos, Chile. Se encuentra ubicada entre los paralelos 73° 49' 43" de longitud oeste y 41° 52' 06" de latitud sur. Limita al norte con la Provincia de Llanquihue, separada por el Canal de Chacao; al sur, con la comuna de Dalcahue; al este, con la comuna de Quemchi y el Golfo de Ancud; y al oeste, con el Océano Pacífico. La comuna abarca una superficie de 1.752,4 km², lo que representa el 19% de la superficie provincial y el 2,6% de la superficie regional.



4.4 CARACTERIZACIÓN DEL MEDIO NATURAL.

GEOMORFOLOGÍA.

El paisaje de Ancud ha sido modelado por la acción glacial y la Cordillera de Piuché o Piuchén, parte de la Cordillera de la Costa, cuyo relieve fue moldeado por la erosión y hundimiento de los hielos cuaternarios.

Hace 14.000 años, el retiro de los glaciares permitió la invasión del mar, formando el archipiélago de Chiloé y cubriendo valles y depósitos glaciales en zonas como Polocué, Mar Brava, Pumillahue y Duhatao. En el norte de Chepu, una de las tres fallas geológicas de Chiloé genera un levantamiento de un milímetro anual, aunque sufrió hundimiento tras el terremoto de 1960.



Durante la Glaciación Llanquihue, Ancud estuvo casi totalmente cubierta por hielo. Su retirada dejó un suelo de sedimentos glaciales y cenizas volcánicas, dando origen a los trumaos, cuyo espesor varía entre 50 cm y varios metros.

CLIMA.

El clima es templado lluvioso con influencia mediterránea, con una temperatura media anual de 9°C y precipitaciones abundantes (1.890 mm anuales), distribuidas a lo largo del año sin una estación seca. La humedad relativa es alta (85%), y los vientos predominantes varían según la estación: en verano provienen del suroeste (SO) y en invierno del noroeste (NO), trayendo lluvias y nieblas.

HIDROLOGÍA.

La hidrología de la comuna está dominada por ríos de régimen pluvial, con caudales que aumentan en invierno y reducen en verano. Destacan los ríos Chepu y Pudeto, cuyas cuencas abarcan más de 1.000 km², además de cursos menores como el Matadero y La Toma, que drenan la ciudad de Ancud.

BIODIVERSIDAD.

En términos de biodiversidad, la comuna alberga diversos ecosistemas, con predominancia del Bosque Valdiviano, un bosque siempre verde rico en especies nativas. Entre los tipos de bosque destacan el de Olivillo, Coihue-Ulmo, Tapa-Tineo y Coihue, cada uno con asociaciones vegetales adaptadas a suelos y climas específicos. La fauna nativa incluye especies endémicas y en peligro, como el zorro chilote, el pudú, el monito del monte y la ranita de Darwin, además de aves como el pingüino de Magallanes, el cisne de cuello negro y la diuca de Chiloé. El impacto humano ha reducido significativamente la cobertura del bosque nativo, transformando el paisaje en tierras agrícolas y ganaderas. Esto resalta la necesidad de estrategias de conservación para proteger los recursos naturales y garantizar la sostenibilidad del ecosistema local.



FLORA.

El Bosque Valdiviano es un ecosistema biodiverso que alberga una amplia variedad de árboles, arbustos, enredaderas, epífitas, musgos, líquenes y hongos, además de una rica fauna. Su composición varía según el tipo de suelo, el drenaje y la orientación de las laderas. Entre los principales tipos de bosques de la región destacan: Bosque de Olivillo: Ubicado en la franja litoral noroeste de Chiloé, con olivillo como especie dominante, acompañado de ulmo y canelo. Bosque de Coihue-Ulmo: Formado por coihue, ulmo y mañío de hoja larga, con árboles de hasta 40 metros, cubiertos de epífitas y lianas. Bosque de Tepa-Tineo: Se desarrolla en suelos profundos y ricos en materia orgánica, con tepa, tineo y mañío hembra. Bosque de Coihue: Uno de los más puros, compuesto principalmente por coihue y con un sotobosque denso y variado. El Bosque Higrófilo Templado de Chiloé incluye cinco asociaciones boscosas principales: olivillo, coihue-ulmo, tepa-tineo, coihue y coihue de Chiloé.

FAUNA.

La fauna nativa es variada y está protegida por regulaciones debido a la amenaza de extinción de algunas especies o su papel en el control biológico de plagas, se incluyen: Mamíferos terrestres: Monito del monte (*Dromiciops gliroides*): Marsupial nocturno y omnívoro que hiberna en invierno. Pudú (*Pudu pudu*): Ciervo de pequeño tamaño, endémico de los bosques templados. Ranita de Darwin (*Rhinoderma darwinii*): Batracio en peligro por la destrucción del bosque nativo. Zorro chilote (*Lycalopex fulvipes*): Carnívoro que controla plagas y contribuye a la regeneración del bosque. Huillín (*Lontra provocax*): Nutria que habita ríos y lagos, adaptada a la natación con membranas interdigitales. Aves destacadas: Pingüino de Magallanes (*Spheniscus magellanicus*): Habita la región sur de América, con colonias en Chiloé. Pingüino de Humboldt (*Spheniscus humboldti*): Propio de la corriente de Humboldt, presente en islotes de Chiloé. Aves forestales: Diuca de Chiloé, chucao, huet huet y churrín. Aves acuáticas: Cisne de cuello negro y flamencos rosados, observables en el Santuario de las Aves de Caulín. Este ecosistema destaca por su gran biodiversidad, con especies únicas que requieren protección para su conservación.



Impacto de estos factores en la salud de la comuna:

La ubicación geográfica y las características naturales de Ancud influyen directamente en la salud de su población. Su clima templado lluvioso, con una humedad relativa del 85% y precipitaciones anuales de 1.890 mm, favorece la proliferación de enfermedades respiratorias como bronquitis, neumonía y asma, especialmente en niños, adultos mayores y personas con enfermedades crónicas. Los fuertes vientos y la alta humedad agravan estos cuadros, aumentando la incidencia de afecciones invernales.

La hidrología de la comuna, con ríos de régimen pluvial como el Chepu y el Pudeto, presenta riesgos para el acceso al agua potable, ya que en verano pueden experimentar reducciones de caudal, afectando la disponibilidad del recurso, especialmente en zonas rurales. Además, la alta pluviosidad genera escorrentías que pueden contaminar fuentes de agua, incrementando el riesgo de enfermedades gastrointestinales y parasitarias.

El impacto ambiental derivado de la pérdida de bosques nativos por actividades agrícolas y ganaderas también afecta la calidad del aire y la regulación hídrica, aumentando la exposición a contaminantes y alérgenos que pueden provocar problemas respiratorios y cardiovasculares. Asimismo, la interacción con fauna silvestre, como el zorro chilote y el monito del monte, puede facilitar la transmisión de enfermedades zoonóticas.

Otro factor relevante es el riesgo sísmico debido a la falla geológica de Chepu, que sufrió hundimiento tras el terremoto de 1960. Estos eventos pueden comprometer la infraestructura sanitaria y la calidad del agua potable, afectando la salud pública.

Para mitigar estos impactos, es clave fortalecer la atención primaria, mejorar la infraestructura sanitaria y el acceso al agua segura, conservar los ecosistemas naturales y desarrollar planes de emergencia y educación para enfrentar desastres naturales. La planificación en salud debe considerar estas condiciones ambientales para reducir riesgos y garantizar el bienestar de la comunidad.

POBLACIÓN.

Este análisis de Ancud examina sus características demográficas y socioeconómicas, basado en diversas fuentes de información. Mediante un procesamiento estadístico, se compara la



evolución de los indicadores a lo largo del tiempo y en distintos niveles territoriales, permitiendo identificar tendencias y variaciones en la comuna.

Tabla: Variaciones Población Comunal Fuente: Elaboración Propia según Datos INE

Indicadores	CENSOS		Variación Intercensal de Población
	Año 2002	Año 2017	2002 v/s 2017
Población por Sexo			
Hombres	19.793	19.029	-764
Mujeres	20.153	19.962	-191
Total	39.946	38.991	-955
%			
Hombres	49,55%	48,80%	-0,75%
Mujeres	50,45%	51,20%	0,75%
Total	100,00%	100,00%	
Población por Tramo Etario			
0-14 años	10.724	7.776	-2.948
15-64 años	26.053	26.004	-49
65 años o más	3.169	5.211	2.042
Total	39.946	38.991	-955
%			
0-14 años	26,85%	19,90%	-6,95%
15-64	65,22%	66,70%	1,48%
65 años o más	7,93%	13,40%	5,47%
Total	100,00%	100,00%	

La tabla de datos demográficos de Ancud compara la población entre los censos de 2002 y 2017, permitiendo analizar cambios en sexo y edad. En 2017, la comuna registró 38.991 habitantes, una disminución de 955 personas en 15 años. La distribución por género muestra una proporción similar, con 48,8% de hombres y 51,2% de mujeres, destacando un leve aumento del 0,75% en la población femenina.

En términos etarios, la población menor de 14 años se redujo en 6,95%, mientras que el grupo de 65 años o más aumentó en 5,47%, evidenciando un proceso de envejecimiento demográfico.

Tabla: Proyecciones Población Comunal por Territorios

Unidad Territorial	Censo 2002	Censo 2017	Variación Intercensal
Comuna de Ancud	39.946	38.991	-2,39%
Región de Los Lagos	716.739	828.708	15,62%
País	15.116.435	17.574.003	16,26%

Fuente: Elaboración propia según datos INE.



Los datos sobre la variación intercensal de la población en Ancud, comparados con la Región de Los Lagos y el país, evidencian una tendencia demográfica distinta entre estos territorios. Mientras que a nivel regional y nacional se observa un crecimiento poblacional positivo entre 2002 y 2017 (15,62% en Los Lagos y 16,26% en Chile), Ancud presenta una disminución del 2,39%, reflejando una dinámica demográfica inversa posiblemente asociada a factores como migración, baja tasa de natalidad y condiciones socioeconómicas locales. Esta variación negativa resalta un desafío para el desarrollo comunal, al impactar en la disponibilidad de mano de obra, el envejecimiento de la población y la demanda de servicios sociales.

Tabla: Población según Sexo y Grupo Etario

Edad por Grandes Grupos	Ancud			País
	Hombre	Mujer	Total	Total %
0 – 14 años	20,74%	19,18%	19,94%	25,73%
15 – 64 años	66,64%	66,75%	66,69%	66,21%
65 o más años	12,62%	14,07%	13,36%	8,05%
Total	100%	100%	100%	100%

Fuente: Elaboración propia según datos INE.

A partir del censo 2017, la composición demográfica de Ancud en cuanto a sexo y grupos etarios presenta diferencias respecto al promedio nacional:

Grupo 0-14 años: Representa el 19,94% de la población, con una proporción de 1,56% más hombres que mujeres. Su participación en la estructura demográfica es menor en comparación con el promedio nacional.

Grupo 15-64 años: Constituye el 66,69% de la población, con una distribución equitativa entre hombres y mujeres, similar a la tendencia nacional.

Grupo 65 años o más: En Ancud, este grupo representa el 13,36% del total, una proporción significativamente mayor que el 8,05% registrado a nivel nacional, reflejando un proceso de envejecimiento poblacional en la comuna.



Tabla: Población por grupos de edad (Años 2002 - 2017)

Grupo de Edad	2002	%	2017	%	Variación intercensal	Distribución por Grupos de Edad Censo 2017		
						Comuna	Región de Los Lagos	País
0 – 14 años	10.724	26,85%	7.776	19,94%	-6,90%	19,94%	20,78%	25,73%
15 – 29 años	9.220	23,08%	7.705	19,76%	-3,32%	19,76%	22,02%	24,31%
30 – 44 años	9.652	24,16%	7.906	20,28%	-3,89%	20,28%	21,45%	23,60%
45 – 64 años	7.181	17,98%	10.393	26,65%	8,68%	26,65%	24,54%	18,31%
65 o más años	3.169	7,93%	5.211	13,36%	5,43%	13,36%	11,21%	8,05%
Total	39.946	100%	38.991	100%		100%	100%	100%

Fuente: Elaboración propia según datos INE.

La distribución etaria de la población de Ancud evidencia las siguientes tendencias:

Variación intercensal: Se observa una reducción en la población más joven (0-14 años, 15-29 años y 30-44 años) y un crecimiento en los grupos mayores de 45 años (45-64 años y 65 años o más).

Cambios más significativos: El grupo 0-14 años disminuyó en 6,9%, mientras que los segmentos de 45-64 años y 65 años o más aumentaron en 8,68% y 5,43%, respectivamente.

Comparación regional: Las variaciones etarias en Ancud son similares a las de la región, con diferencias que fluctúan entre 1 y 2 puntos porcentuales.

Tabla: Índice de Adultos Mayores:

Índice de Adultos Mayores			
Unidad Territorial	2002	2017	Variación
Comuna de Ancud	29,55	67,01	37,46
Región de Los Lagos	29,61	53,95	24,34
País	31,3	56,85	25,55

El Índice de Adultos Mayores (2002-2017) mide el número de personas de 65 años o más por cada 100 niños (0-14 años), reflejando el proceso de envejecimiento demográfico en la comuna.

Fuente: Elaboración propia según datos INE.

A partir de la tabla comparativa, se destacan las siguientes observaciones:



Aumento del Índice de Adultos Mayores: Se registra un incremento significativo tanto a nivel comunal, regional y nacional, reflejando el envejecimiento poblacional, una tendencia demográfica global.

Variación intercensal en Ancud: La comuna presenta un aumento de 37,46 puntos, un crecimiento considerablemente mayor que el registrado a nivel regional y nacional, donde la variación ronda los 25 puntos.

Tabla Población según Etnia declarada

¿Se considera perteneciente a pueblo indígena u originario?	2017	
	Casos	%
Kawésqar/Alacalufe	7	0,02%
Atacameño/LikanAntai	8	0,02%
Aimara	30	0,08%
Colla	3	0,01%
Mapuche	10.392	27,38%
Quechua	7	0,02%
Rapa Nui	4	0,01%
Yámana/Yagán	4	0,01%
Diaguita	13	0,03%
Otro pueblo	454	1,2%
Total pueblos originarios	10.922	28,78%
Total no p. originarios	28.069	71,22%
Total población comuna	38.991	100%

Fuente: Elaboración propia según datos INE.

Según los datos presentados, el 28,78% de la población de Ancud se identifica como perteneciente a un pueblo originario. Dentro de este grupo, la gran mayoría (95,15%) declara pertenecer al pueblo Mapuche, lo que equivale al 27,38% del total de habitantes de la comuna. En menor proporción, un 1,2% se identifica con otros pueblos indígenas, mientras que un 0,08% pertenece al pueblo Aimara.



Tabla: Migración por Comuna o País de Origen

Comuna o país de Nacimiento	Ancud	%
En esta comuna	25.586	67,4%
En otra comuna	11.915	31,4%
Total Chile	37.501	98,8%
Argentina	144	0,4%
Colombia	68	0,2%
Ecuador	38	0,1%
Perú	10	0,0%
Bolivia	5	0%
Otro	195	0,5%
Total Otro país	460	1,2%
Total	37.961	100%
Ignorado	1.030	
Total	38.991	

Fuente: Elaboración propia según datos INE.

En las últimas dos décadas, la inmigración en Chile ha experimentado un crecimiento sostenido. Según el Censo de 1992, los inmigrantes representaban el 0,8% de la población, aumentando al 1,2% en 2002 y al 4,35% en 2017.

En el caso de Ancud, la inmigración es menos intensa en comparación con el promedio nacional. La población inmigrante asciende a 460 personas, lo que equivale al 1,2% del total comunal. Los principales países de origen son Argentina (0,4%), Colombia (0,2%) y Ecuador (0,1%).

Tabla: Migración por Sexos

Comuna o país de Nacimiento	Casos	%	Hombre	Mujer
Argentina	144	31,30%	50,69%	49,31%
Colombia	68	14,78%	42,65%	57,35%
Ecuador	38	8,26%	60,53%	39,47%
Perú	10	2,17%	40,00%	60,00%
Bolivia	5	1,09%	80,00%	20,00%
Otro	195	42,39%	49,74%	50,26%
Total Otro país	460	100%	48,70%	51,30%

Fuente: Elaboración propia según datos INE.

En cuanto a la composición de la población migrante en Ancud, se observan las siguientes características:



Origen de los inmigrantes:

Argentina representa el 31,3% del total de la población migrante, con una distribución equilibrada entre hombres (50,69%) y mujeres (49,31%).

Colombia constituye el 14,78% de la población migrante en la comuna.

Distribución por sexo según país de origen:

En Colombia y Perú, la migración es mayoritariamente femenina, con un 60% de mujeres.

En Ecuador, la tendencia es opuesta, con una población migrante predominantemente masculina (60,53%).

Pobreza Multidimensional

La Encuesta CASEN analiza la situación de la población en términos de pobreza y distribución del ingreso, utilizando dos metodologías: tasa de pobreza por ingresos y la tasa de pobreza multidimensional. La tasa de pobreza multidimensional, considerada un índice más completo, evalúa el bienestar de la población en función de varias dimensiones. En las encuestas CASEN 2015 y 2017, estas dimensiones incluyen: salud, educación, vivienda y entorno, redes y cohesión social y trabajo y previsión social.

Tabla: Población en Condiciones de Pobreza según Sexo

Sexo	2015		2017	
	No pobre	Pobre	No pobre	Pobre
Hombre	16.431	5.022	14.170	4.485
Mujer	17.752	6.345	15.874	4.976
Total	34.183	11.367	30.044	9.461
%Hombre	48,07%	44,18%	47,16%	47,41%
%Mujer	51,93%	55,82%	52,84%	52,59%
%Total	75,05%	24,95%	76,05%	23,95%

Fuente: elaboración propia según datos CASEN.

La Tasa de Pobreza Multidimensional en Ancud mostró una reducción entre 2015 y 2017, pasando del 24,95% al 23,95% de la población. La distribución de la pobreza por sexo



tampoco es homogénea. En 2015, las mujeres representaban el 55,82% de la población en situación de pobreza en la comuna. Para 2017, esta proporción disminuyó al 52,59%, reflejando una reducción del 3,23%, lo que indica una leve mejora en la equidad de la distribución de la pobreza entre hombres y mujeres.

Variación urbano-rural de población y vivienda (Censos 2002-2017)

Territorio	Censo 2002	Censo 2017	Variación (%)
Comuna de Ancud	12.314	16.959	37,72
Región de los Lagos	212.550	332.920	56,63

Fuente: Elaboración propia según datos INE.

El análisis de la variación intercensal de las viviendas en Ancud revela un aumento significativo en el número total de viviendas, contrastando con la disminución de la población en la isla. Esto sugiere una reducción en el tamaño de los grupos familiares, pasando de un promedio de 3,25 personas por vivienda en 2002 a 2,3 en 2017. Este cambio refleja una transformación en las formas de habitar el territorio, con una transición desde viviendas compartidas por más de un grupo familiar hacia un predominio de viviendas monofamiliares. Otro factor relevante es el posible incremento de segundas residencias en Ancud, lo que influiría en la expansión del número de viviendas.

Tabla: Variación intercensal población urbana

Territorio	Censo 2002	Censo 2017	Variación (%)
Comuna de Ancud	7.972	11.097	39,20
Región de los Lagos	138.566	230.336	66,23

Fuente: Elaboración propia según datos INE.

Durante el período intercensal 2002-2017, la población urbana experimentó un leve aumento del 3,58%, lo que sugiere una tendencia hacia la concentración en el área central de la comuna. El comportamiento de las viviendas muestra una tendencia distinta, con un aumento significativo del 39,20% en el área urbana (ver tabla).



Territorio	Censo 2002	Censo 2017	Variación (%)
Comuna de Ancud	7.972	11.097	39,20
Región de los Lagos	138.566	230.336	66,23

El Censo 2017 identificó un total de 13.361 viviendas habitadas, lo que sugiere la existencia de 3.598 viviendas de segundo uso, evidenciando un crecimiento notable en este tipo de propiedades dentro de la comuna.

Tabla: Variación intercensal viviendas rural

Territorio	Censo 2002	Censo 2017	Variación (%)
Comuna de Ancud	12.654	10.723	-15,26
Región de los Lagos	225.699	218.779	-3,07

El análisis de la variación intercensal de la población rural revela una disminución del 15,26% entre 2002 y 2017, evidenciando una marcada tendencia migratoria en la comuna. Este fenómeno se explica principalmente por la emigración desde las zonas rurales hacia áreas urbanas, reflejando cambios en la dinámica demográfica y en las condiciones de habitabilidad del territorio.

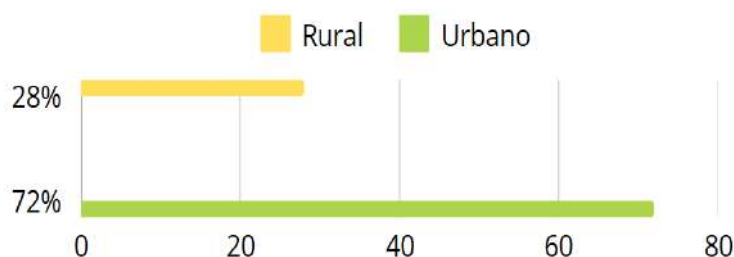
En vista de lo señalado, se puede concluir que el período intercensal evidencia una reducción de la población rural (-1.931 habitantes) y un leve crecimiento urbano (+976 habitantes) en Ancud, reflejando una tendencia a la urbanización y un flujo migratorio desde las zonas rurales. Paralelamente, se observa un aumento en el número de viviendas, especialmente en el área urbana, aunque con un crecimiento relativamente equilibrado entre ambos sectores. Este fenómeno muestra una especialización territorial, donde la ruralidad se orienta hacia actividades productivas y recreativas, mientras que la zona urbana se consolida como un centro de servicios. Además, el aumento de viviendas de segundo uso y la reducción en la tasa de ocupantes por vivienda (2,9 habitantes por hogar) consolidan la tendencia hacia un modelo de vivienda monofamiliar.

Ancud, como uno de los principales polos urbanos de Chiloé, podría atraer población de otras comunas, dado el bajo crecimiento demográfico insular, la reducción de habitantes en zonas



rurales y su conectividad estratégica con el continente. Las futuras inversiones en infraestructura, como el Puente sobre el Canal de Chacao y la doble vía hasta Parga, fortalecerán aún más el rol de Ancud como un nodo urbano clave en Chiloé, facilitando su conexión con el continente y potenciando su desarrollo socioeconómico.

Población urbana y rural Censo 2017:



Fuente: Elaboración propia según datos INE.

A pesar de la tendencia a la urbanización, Ancud mantiene una alta proporción de población rural, y la transición hacia una mayor urbanización será un proceso gradual. Por ello, es clave seguir monitoreando la vulnerabilidad del territorio rural, ya que los cambios en la dinámica territorial tendrán un impacto significativo en su desarrollo.

Tipo de hogar:

Tipo de hogar	Ancud		Región de Los Lagos	País
	Casos	%	%	%
Hogar unipersonal	2.479	18,4%	18,3%	17,8%
Hogar nuclear monoparental	1.803	13,4%	12,1%	12,7%
Hogar nuclear biparental sin hijos	2.078	15,4%	13,9%	12,7%
Hogar nuclear biparental con hijos	3.676	27,3%	29,2%	28,8%
Hogar compuesto	307	2,3%	2,6%	2,5%
Hogar extenso	2.334	17,3%	17,5%	19%
Hogar sin núcleo	776	5,8%	6,3%	6,6%
Total	13.453	100%	100%	100%



El análisis de la estructura del hogar en Ancud refleja una composición similar a la de la región de Los Lagos y el país, con una predominancia de hogares biparentales con hijos y unipersonales, que en conjunto representan aproximadamente el 50% del total de hogares en la comuna. Los hogares biparentales con hijos constituyen el 27,3%, una cifra inferior a la tendencia regional y nacional, mientras que los hogares unipersonales alcanzan el 18,4%. Les siguen los hogares extensos (17,3%) y los biparentales sin hijos (15,4%), evidenciando una diversidad en la organización familiar.

Tabla: hacinamiento

Hacinamiento	2013	2015	2017	Variación
Sin hacinamiento (2,49 y menos)	91,8%	91,5%	94,6%	2,80%
Hacinamiento medio bajo (2,5 a 3,49)	5,7%	6,4%	4,4%	-1,30%
Hacinamiento medio alto (3,5 a 4,9)	2,6%	2,1%	1%	-1,60%
Hacinamiento crítico (5 y más)	0	0	0	
Total	100%	100%	100%	

En cuanto al hacinamiento, la comuna muestra una reducción sostenida entre 2013 y 2017, con un aumento del 2,8% en viviendas sin hacinamiento. Actualmente, solo el 5,5% de la población vive en condiciones de hacinamiento, y desde 2013 no se registran hogares en situación de hacinamiento crítico, reflejando una mejora en las condiciones habitacionales.

Allegamiento Interno

El Allegamiento interno corresponde a la existencia de más de un núcleo dentro del Hogar. Según los datos obtenidos a través de la encuesta Casen, entre 2013 y 2017 las viviendas con allegamiento interno han disminuido en un 11,8%, pasando de constituir el 24,8% a un 13% de los hogares de la comuna.

Allegamiento interno	2013	2015	2017	Variación
Sin allegamiento interno	75,2%	74,8	87%	11,8%
Con allegamiento interno	24,8%	25,2	13%	-11,8%
Total	100%	100%	100%	



Ancud es un territorio de gran valor cultural, natural y social dentro de la Provincia de Chiloé. Su biodiversidad, conformada por ecosistemas únicos y especies endémicas, junto con su geografía influenciada por procesos glaciares, resalta la necesidad de proteger y gestionar sosteniblemente sus recursos naturales.

En el ámbito social y económico, la comuna enfrenta desafíos demográficos, como la disminución de la población rural y el envejecimiento poblacional, reflejando un proceso de urbanización creciente. Esto demanda una adaptación de las políticas públicas para abordar estos cambios. A pesar de mejoras en indicadores como el hacinamiento y la pobreza multidimensional, persisten desafíos en vivienda y la diversificación económica. Además, su rol estratégico en la conectividad con el continente, sumado a los proyectos de infraestructura en desarrollo, consolidan a Ancud como un polo de crecimiento regional. Sin embargo, será esencial equilibrar el desarrollo con la conservación del patrimonio natural y cultural, garantizando un crecimiento sostenible que beneficie tanto a la población actual como a las futuras generaciones.

4.5 MEDIO SOCIAL Y CULTURAL.

Desarrollo económico

La actividad económica que ha caracterizado a la comuna de Ancud en su historia ha sido la pesca y las actividades agropecuarias, dentro de la que destaca la producción de leche.

En el pasado, Ancud fue un puerto relevante para el comercio en el sur de Chile, especialmente en el siglo XIX, con la exportación de madera, lana y productos pesqueros. La pesca sigue siendo un motor importante de la economía local, dentro de esta se encuentra la pesca artesanal (principalmente de mariscos y del buceo), la salmonicultura y la mitilicultura. Además, la agricultura en Chiloé se enfoca en la producción de papas, hortalizas y otros productos que abastecen tanto al mercado local como al resto del país. En los últimos años, también ha aumentado el interés por el turismo en la zona debido a su rica biodiversidad, patrimonio cultural y paisajes únicos, lo que ha impulsado la economía local.



Si bien Ancud ha avanzado en algunos sectores, aún enfrenta desafíos económicos, como la diversificación de la producción y la mejora de infraestructuras, para adaptarse a las nuevas demandas del mercado y mejorar la calidad de vida de sus habitantes.

Educación

Nivel Educativo	2013	2015	2017	Variación
Sin Educación Formal y Básica Incompleta	32,8%	36,2%	35,7%	2,9%
Básica Completa	12,8%	11,7%	14,8%	2,0%
Media Incompleta	14,5%	13,4%	14,2%	-0,3%
Media Completa	25,9%	23,6%	23,2%	-2,7%
Superior Técnica o Profesional Incompleto	5,4%	6%	4,7%	-0,7%
Superior Técnica o Profesional Completo	8,2%	8,5%	7,4%	-0,8%
Postgrado Completo e Incompleto	0	0,6%	0	0
No sabe/ No responde	0,4%	0	0	-0,4%
Total	100%	100%	100%	

En Ancud según datos del INE el 7,4% de la población han completado la educación superior técnica o profesional y presentan una disminución de un 0,8% con respecto al año 2013.

Por otro lado, la evolución más significativa se presenta en la población sin educación formal y básica incompleta y básica completa que ha tenido un aumento de 2,9% y 2% desde 2013 a 2017. Según los datos del último Censo del año 2017 en la comuna de Ancud la escolaridad del jefe de hogar es de 9,4 años y para los pueblos originarios de la comuna es de 8,4 años indicándonos la existencia de una brecha importante en esta materia.

Datos claves en educación del censo 2017:

- Alta tasa de escolarización en educación básica y media, especialmente en las zonas urbanas de Ancud.
- Desigualdad significativa entre las zonas urbanas y rurales, especialmente en términos de educación superior.
- Bajas tasas de graduación en educación superior comparadas con otras regiones urbanas, debido a limitaciones económicas y de acceso.
- Deserción escolar más común en las zonas rurales, especialmente en la educación secundaria.



Análisis de los datos:

La educación es uno de los determinantes sociales más importantes para la salud individual y colectiva tanto en la salud física, mental y en el bienestar social de las personas. En Ancud su impacto es particularmente relevante debido a las características socioeconómicas, geográficas y culturales de la comuna. Las personas con mayor nivel educativo suelen tener mejor acceso a información relacionada con la salud, esto incluye conocimiento sobre hábitos de vida saludables, prevención de enfermedades, nutrición, higiene personal, y cuidados básicos. El nivel educacional también influye en la capacidad económica de las personas para acceder a servicios de salud, aquellos con mayor nivel educativo, generalmente, tienen empleos más estables y mejor remunerados, lo que les permite acceder a seguros de salud privados o a servicios públicos de calidad.

Por otro lado, es importante indicar que existe diferencia de escolaridad entre la población urbana y rural de nuestra comuna refleja una desigualdad persistente en términos de acceso a recursos educativos, oportunidades laborales y calidad de vida. Aunque los índices de escolarización son relativamente altos, es común que algunos jóvenes no completen la educación media debido a factores como: distancias, costos o falta de transporte, escasa oferta en el sector rural, trabajo en el campo y las dificultades económicas que enfrentan las familias.

Desde otra mirada, la educación también actúa como una herramienta de empoderamiento para las personas, al brindarles mayor conciencia sobre sus derechos y la capacidad para influir en su entorno, esto ayuda a:

- Mejorar la participación en decisiones comunitarias relacionadas con la salud pública, como la implementación de programas de salud preventiva o campañas de vacunación.
- Promover la autogestión de la salud, permitiendo a los habitantes tomar decisiones informadas sobre su bienestar y el de su familia.



- Aumentar la solidaridad y cohesión social dentro de la comunidad, lo cual tiene efectos positivos sobre la salud colectiva, como el acceso a redes de apoyo emocional o la creación de espacios seguros.

En definitiva, mejorar el acceso y la calidad educativa en Ancud puede incidir directamente en la mejora de las condiciones de vida de sus habitantes. Al garantizar una educación de calidad, no solo se mejora el acceso a servicios de salud y se fomenta la toma de decisiones informadas sobre salud, sino que también se abren mejores oportunidades económicas, creando un círculo virtuoso que beneficia tanto a los individuos como a la comunidad en su conjunto. Sin embargo, a pesar de los avances logrados en la oferta educativa y los proyectos locales destinados a mejorar las condiciones de aprendizaje, aún persisten una serie de retos estructurales en Ancud que dificultan el acceso a una educación de calidad, especialmente en las zonas rurales. La desigualdad, la deserción escolar y las limitaciones de acceso a educación superior siguen siendo obstáculos importantes, que impiden que muchas familias puedan aprovechar al máximo las oportunidades educativas. Por lo tanto, abordar estas brechas es crucial para garantizar que los beneficios de una educación inclusiva y equitativa lleguen a todos los habitantes de Ancud, independientemente de su ubicación o condición socioeconómica.

Saneamiento básico:

ESSAL es la empresa encargada del suministro de agua potable y servicios sanitarios en Ancud, cubriendo aproximadamente el 70% de la población urbana. En las áreas rurales, la responsabilidad del abastecimiento de agua se distribuye entre el GORE, el MOP (a través de la Dirección de Obras Hidráulicas y su división de Agua Potable Rural - APR) y el municipio. El MOP se encarga de la construcción de sistemas de agua para localidades concentradas y semiconcentradas, mientras que el municipio gestiona los sistemas para comunidades dispersas. El MOP reporta 7.692 personas beneficiadas por los APR a su cargo, pero hay una brecha en el financiamiento y ejecución de proyectos para sistemas semi concentrados. No existen sistemas de APR en el área urbana de Ancud, y el crecimiento de la ciudad ha generado



zonas periurbanas sin acceso a servicios básicos, lo que requiere soluciones mediante sistemas de APR.

La migración hacia Ancud aumenta la presión sobre la empresa sanitaria, por lo que es necesario coordinar el desarrollo de planes urbanos y sanitarios. Además, dada la escasez hídrica, se han implementado proyectos como la "Red Participativa de Agua Potable", ejecutada por el Instituto de Ecología y Biodiversidad, que busca resolver los problemas de abastecimiento en localidades rurales, como en Catrumán, con financiamiento del Gobierno Regional y Corfo (PLADECO 2018-2016).

En 2023, la Empresa de Servicios Sanitarios de Los Lagos S.A. (ex Essal) cambió su nombre a Suralis, reflejando su pertenencia al sur de Chile. Este cambio, acompañado de un nuevo logo forma parte de una serie de transformaciones que la empresa ha estado implementando desde 2020 para mejorar su gestión e infraestructura.

El saneamiento básico es un determinante social presente en la salud de los Ancuditanos, la calidad del agua potable, el tratamiento adecuado de aguas servidas y el acceso a infraestructuras de saneamiento influyen directamente en la prevención de enfermedades y en la mejora de la salud de la población. Sin embargo, las desigualdades en el acceso al agua potable y al saneamiento en las zonas rurales, sumadas al crecimiento urbano, siguen siendo desafíos importantes que requieren de inversiones en infraestructura, coordinación entre autoridades locales y la empresa sanitaria, y planificación territorial para garantizar un saneamiento adecuado y una mejor salud pública para toda la comuna.

Transporte y telecomunicaciones:

Ancud está conectado al continente principalmente por la Ruta 5 y el cruce marítimo del Canal de Chacao, a través de transbordadores que operan las 24 horas. La travesía dura entre 25 y 50 minutos, dependiendo de las mareas y el tráfico. Actualmente, se construye el puente sobre el Canal de Chacao, que mejorará los tiempos de traslado y conectará directamente la Ruta 5 con la comuna.



En relación con el transporte público existen servicios de buses rurales y urbanos dentro de la ciudad y hacia otras localidades cercanas. En las zonas rurales de Ancud, la infraestructura vial y de transporte puede ser limitada. La red de caminos no siempre es adecuada, y en muchos casos, el acceso a centros de salud depende de la conectividad por carretera, que puede verse afectada por el clima o la falta de mantención de los caminos. Las distancias también son un factor importante; muchos habitantes de áreas rurales deben viajar largas distancias para llegar al establecimiento de salud más cercano lo que puede ser un desafío para personas con enfermedades crónicas, discapacidades o problemas de movilidad. Además, el transporte público es limitado, y las alternativas como taxis rurales o transporte privado pueden resultar costosas o insuficientes para cubrir las necesidades de la población. Esto genera una brecha de acceso a servicios de salud, ya que aquellos que no cuentan con los recursos económicos para moverse pueden quedar desatendidos o no acudir a consultas de salud.

La ciudad de Ancud cuenta con un puerto en su bahía, usado principalmente para la pesca artesanal, con un muelle de uso público para embarcaciones menores. En relación con el transporte aéreo a 5 km de la ciudad, se encuentra el Aeródromo de Pupelde, apto para aviones pequeños y a 52 km se encuentra el Aeródromo de Mocopulli.

En telecomunicaciones se cuenta con:

Cobertura de telefonía móvil: la cual puede ser limitada en algunas áreas más alejadas de la ciudad.

Internet: la conectividad a internet ha mejorado, aunque sigue siendo un desafío en algunas zonas rurales. La fibra óptica está disponible en áreas urbanas, pero en áreas más rurales puede generar fluctuaciones en la velocidad de conexión.

Servicios de telefonía fija: la calidad del servicio puede variar dependiendo de la ubicación dentro de la comuna.

El transporte y la comunicación son dos factores que se vuelven particularmente desafiantes siendo Ancud una comuna con una geografía compleja, tiene muchas localidades dispersas en el territorio, lo que crea una serie de barreras que afectan directamente la salud de sus



habitantes. En cuanto a la comunicación, la conectividad es otro obstáculo relevante debido a la infraestructura de telecomunicaciones que existe en zonas rurales. Esto afecta tanto la comunicación con los servicios de salud como la capacidad de los centros de salud para comunicarse con los pacientes de manera eficiente. Estas brechas en el transporte y la comunicación generan una desigualdad en el acceso a servicios de salud. Las personas que viven en zonas rurales de Ancud pueden enfrentarse a retrasos en la atención médica, diagnósticos tardíos, dificultades para recibir tratamientos continuos y, en casos más graves, a una mayor mortalidad debido a la falta de acceso oportuno a cuidados médicos. Como desafío para estos años, se plantea desde salud:

- Mejorar la cobertura de internet y telefonía móvil en áreas rurales.
- Potenciar el acceso a servicios de telemedicina.
- Fortalecer las atenciones en las Postas de Salud Rural.
- Retomar los programas de sensibilización sobre salud pública a través de medios locales (radios comunitarias, infografía, mesas territoriales, etc).
- Utilizar plataformas o aplicaciones que permitan a los pacientes en zonas rurales agendar horas.

En resumen, las dificultades en transporte y comunicación en las zonas rurales de Ancud generan una brecha significativa en el acceso a la salud, lo que afecta la calidad de vida de sus habitantes. La mejora de estas condiciones es crucial para reducir las desigualdades en salud y garantizar una atención oportuna y de calidad para toda la población.



Alimentación

La alimentación de los habitantes de Ancud como en todo Chiloé, está influenciada por la geografía, el clima y la cultura local. Los principales alimentos consumidos incluyen:

- Productos marinos: La pesca artesanal es clave, destacando platos tradicionales como el curanto, que incluye mariscos, pescados y carnes. Los pescados comunes son salmón, merluza, congrio, y mariscos como almejas, choritos, machas y erizos.
- Productos agrícolas: Se cultivan papas, vegetales como repollo, zanahoria y cebolla, y frutas como manzanas, que se utilizan en preparaciones tanto saladas como dulces.
- Productos lácteos: La leche, queso y mantequilla son comunes, influenciados por la ganadería local, y se utilizan en una variedad de platos.
- Carne de cerdo y cordero: También son consumidas en la dieta local, en platos típicos de la zona.

Con relación a la información estadística registrada de manera comunal entre los años 2022 y 2024 (tablas) se puede apreciar una ligera disminución en el tiempo de la malnutrición por exceso la cual es alta especialmente en mujeres, una mejoría en cuanto a los usuarios con diagnóstico de malnutrición por déficit y una pequeña mejora en cuanto a aquellos usuarios clasificados con estado nutricional normal.



Año 2022:

CLASIFICACIÓN	TOTAL		
	Ambos Sexos	Hombres	Mujeres
MAL NUTRICIÓN POR DÉFICIT	114	47	67
MAL NUTRICIÓN POR EXCESO	2520	751	1769
ESTADO NUTRICIONAL NORMAL	839	321	518

Año 2023:

CLASIFICACIÓN	TOTAL		
	Ambos Sexos	Hombres	Mujeres
MAL NUTRICIÓN POR RIESGO A DESNUTRIR/RIEGO BAJO PESO	228	81	147
MAL NUTRICIÓN POR RIEGO OBESIDAD SOBREPESO	2092	619	1473
ESTADO NUTRICIONAL NORMAL	712	277	435

Año 2024:

CLASIFICACIÓN	TOTAL		
	Ambos Sexos	Hombres	Mujeres
Mal nutrición por riesgo a desnutrir/riesgo bajo peso	107	45	62
Mal nutrición por riesgo obesidad sobrepeso	2010	608	1402
Estado nutricional normal	719	296	423

Es importante señalar que, en Chiloé, la alimentación está profundamente influenciada por la cultura chilota, que valora los productos marinos, los recursos naturales y las tradiciones ancestrales. La comida no solo cumple una función nutricional, sino que también es un símbolo de identidad. Ingredientes locales como las papas, los mariscos y el cerdo se han transmitido de generación en generación, y las festividades locales suelen centrarse en platos tradicionales que refuerzan esta conexión cultural.

Aunque la alimentación tradicional sigue siendo predominante, las nuevas generaciones están incorporando influencias externas, como la cocina nacional e internacional, lo que ha dado lugar a una mezcla de sabores y estilos. Sin embargo, la globalización ha traído consigo un aumento en el consumo de alimentos procesados y comida rápida, especialmente entre los jóvenes. Este cambio ha impactado los hábitos alimentarios y ha contribuido a problemas de



salud, como la obesidad y las enfermedades cardiovasculares, relacionadas con una dieta rica en carbohidratos y grasas animales. Así, la dieta local, aunque sigue siendo un reflejo de la identidad cultural, enfrenta el reto de equilibrar la tradición con las influencias modernas y mantener hábitos alimentarios saludables.

Como equipo de salud, es crucial priorizar las acciones frente al problema más prevalente en Ancud, especialmente entre las mujeres: la malnutrición por exceso. Para abordar este desafío, se pueden implementar diversas estrategias como programas de educación nutricional, promoción de la actividad física, consultas nutricionales personalizadas y apoyo psicológico. Éstas permitirán identificar y corregir hábitos alimentarios inadecuados, al mismo tiempo que brindan apoyo emocional. Además, las intervenciones en colegios y en la comunidad, así como la atención multiprofesional, jugarán un papel clave en la promoción de una alimentación saludable y el bienestar general.

4.5 MEDIO SOCIAL Y CULTURAL.

Medio Social y Cultural

La comuna de Ancud, ubicada en el extremo norte de la Isla Grande de Chiloé, posee un entorno social y cultural único, moldeado por la interacción de tradiciones ancestrales, influencias coloniales y un entorno natural determinante. Los principales desafíos sociales están relacionados con el acceso a servicios básicos, la migración interna, el envejecimiento poblacional y la vulnerabilidad socioeconómica en ciertos sectores. La rica cultura chilota constituye un pilar importante en la cohesión social, pero también se enfrenta al impacto de la modernización y la globalización.

Población y Demografía

Composición demográfica: Según el último censo, la población de Ancud se caracteriza por una alta proporción de adultos mayores, lo que refleja un envejecimiento demográfico que impacta las necesidades de servicios de salud, cuidados prolongados y programas preventivos.



Distribución rural-urbana: Un porcentaje significativo de la población reside en áreas rurales, donde el acceso a servicios de salud, transporte y educación es limitado.

Migración: Existe una tendencia de migración interna hacia centros urbanos, en busca de mejores oportunidades laborales y educativas.

*INSERTAR GRAFICO EN EXCEL DE INDICADORES DEMOGRAFICOS Y DISTRIBUCION POR GRUPO ETARIO.

Estructura Socioeconómica

Economía local: La economía de Ancud depende de actividades tradicionales como la pesca artesanal, la agricultura y el turismo. Sin embargo, sectores como la acuicultura han generado cambios en el mercado laboral, aunque no siempre en beneficio de las comunidades locales.

Niveles de pobreza: A pesar de avances en infraestructura y desarrollo, algunos sectores enfrentan índices de pobreza y desigualdad económica, afectando especialmente a las comunidades rurales y grupos vulnerables.

Educación: El acceso a la educación está condicionado por la ubicación geográfica y las brechas tecnológicas. Muchas familias enfrentan dificultades para garantizar una educación continua para sus hijos, especialmente en zonas rurales.

*INSERTAR GRAFICO EN EXCEL DE SITUACION SOCIOECONOMICA

Cultura y Tradiciones

Patrimonio cultural: Ancud es depositaria de un valioso patrimonio cultural chilote, con tradiciones que incluyen la construcción de iglesias de madera (varias declaradas Patrimonio de la Humanidad por la UNESCO), la gastronomía basada en productos del mar y las festividades locales como la "Minga".

Identidad chilota: La identidad cultural es un factor importante en la vida comunitaria, fomentando la solidaridad y el sentido de pertenencia. Las prácticas comunitarias tradicionales, como el trueque y la organización vecinal, fortalecen los lazos sociales.

Religión: La religión católica tiene una fuerte presencia, aunque también se observa una creciente diversidad en creencias y prácticas religiosas.



Infraestructura y Servicios Sociales

Acceso a la salud: Existen brechas significativas en la cobertura de servicios de salud primaria, especialmente en comunidades rurales y áreas más aisladas. El transporte deficiente dificulta el acceso a centros urbanos y hospitales.

Infraestructura básica: Si bien ha habido mejoras en la infraestructura vial y la electrificación rural, persisten desafíos en la conectividad digital y el acceso al agua potable.

Organización comunitaria: Las juntas vecinales y organizaciones comunitarias son actores clave en la articulación de demandas sociales y en la promoción del desarrollo local.

Análisis del Medio Social y Cultural

Fortalezas:

Patrimonio cultural único: La cultura chilota es un elemento integrador y una fuente de resiliencia para la comunidad, proporcionando identidad y cohesión social.

Solidaridad comunitaria: Las prácticas tradicionales y la organización vecinal fortalecen el tejido social, facilitando la resolución de problemas locales y la adaptación a desafíos.

Diversidad ecológica y paisajística: La relación estrecha con el entorno natural no solo define la cultura local, sino que también ofrece oportunidades para el ecoturismo y actividades económicas sostenibles.

Debilidades:

Desigualdades territoriales: Las comunidades rurales enfrentan barreras significativas para acceder a servicios básicos, incluidos salud, educación y transporte.

Vulnerabilidad económica: La dependencia de sectores como la pesca artesanal y la agricultura está sujeta a riesgos climáticos y económicos, lo que genera inestabilidad para muchas familias.

Envejecimiento poblacional: La alta proporción de adultos mayores plantea desafíos en términos de atención de salud especializada y apoyo social.



Oportunidades:

Promoción del turismo cultural y sostenible: La riqueza patrimonial y natural puede ser aprovechada para generar empleo y fortalecer la economía local.

Fortalecimiento de redes comunitarias: Las organizaciones sociales pueden ser aliadas estratégicas en la implementación de programas de salud y desarrollo.

Tecnología e innovación: Inversiones en conectividad digital pueden facilitar el acceso a la educación, la salud y el empleo.

Amenazas:

Impactos de la modernización: La pérdida gradual de tradiciones culturales y la urbanización pueden erosionar los valores y prácticas comunitarias.

Cambio climático: Las comunidades que dependen de la pesca y la agricultura son especialmente vulnerables a los efectos del cambio climático, como la alteración de ecosistemas marinos y terrestres.

Desigualdad persistente: La falta de equidad en la distribución de recursos podría agravar los problemas sociales y limitar el desarrollo.

Conclusión

El medio social y cultural de Ancud es un recurso invaluable para el desarrollo del Plan de Salud Comunal. La integración de la identidad cultural chilota, la promoción de la equidad territorial y el fortalecimiento de las redes comunitarias son estrategias clave para abordar los desafíos sociales. Además, se deben considerar los impactos del envejecimiento poblacional y las brechas en el acceso a servicios, con el fin de diseñar políticas inclusivas y sostenibles que garanticen el bienestar de todos los habitantes.



4.6 NATALIDAD

La tasa de natalidad se define como el número de nacimientos registrados por cada mil habitantes en un tiempo determinado, normalmente un año. Se observa que la tasa de la comuna de Ancud es de 8.10, por debajo de la tasa nacional y regional con 9.02 y 9.34 respectivamente, según datos extraídos del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) del año 2021.

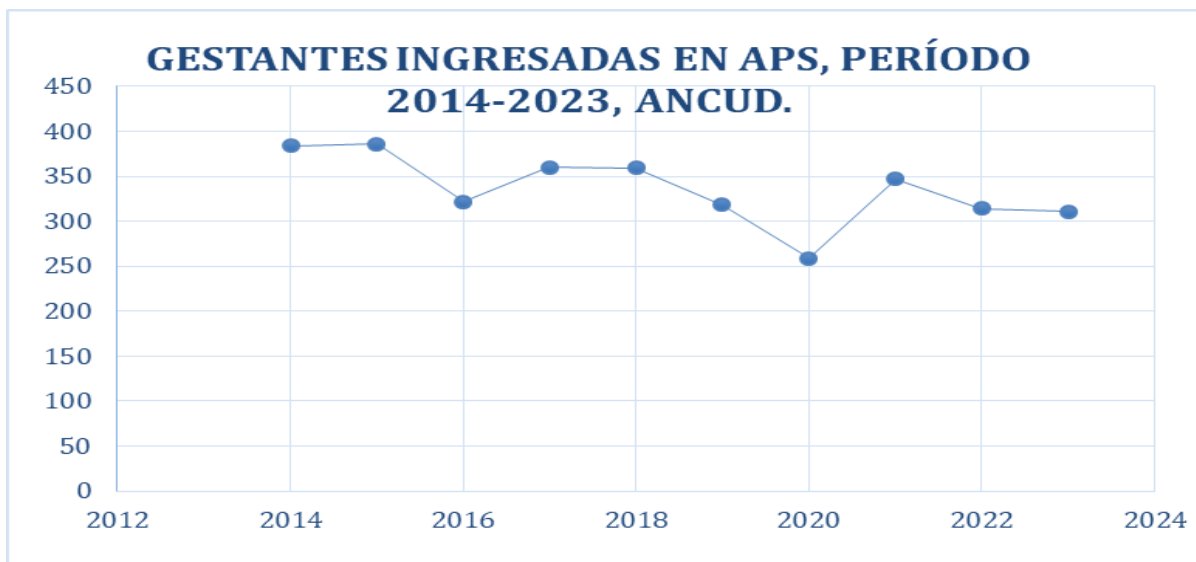
La Tasa Global de Fecundidad (TGF), que se interpreta como el número de hijos(as) promedio que tendría una mujer durante su vida fértil (15-49 años), en el 2021 fue de 1.17 hijos(as), encontrándose bajo el nivel de reemplazo generacional estimado de 2.1 hijos(as) promedio por mujer, es decir, hay una brecha de 0.93 hijos(as) con respecto a esta. La región de los lagos posee una tasa de fecundidad de 1.3 hijos muy similar a lo observado en la comuna de Ancud con una tasa de 1.25.

A continuación se analizan gráficos con información local: la tabla muestra el número de gestantes ingresadas por cada año, entre 2014 y 2023:

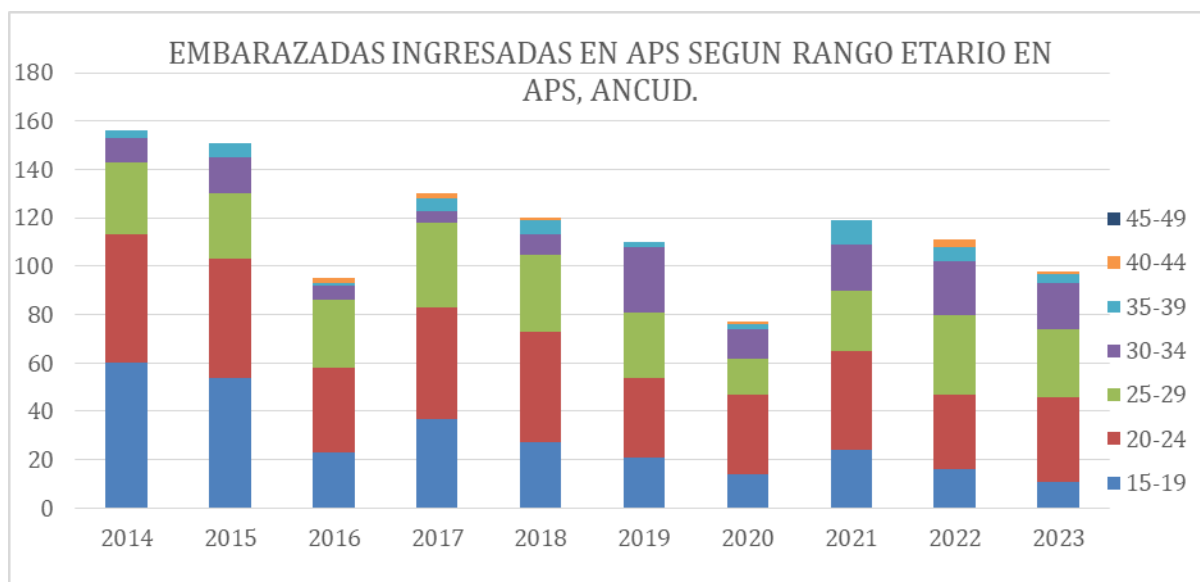
AÑO	GESTANTES INGRESADAS
2014	384
2015	386
2016	322
2017	360
2018	359
2019	318
2020	259
2021	347
2022	314
2023	311

Fuente: Registro estadístico mensual Ancud.

De acuerdo con lo anterior, el número de gestantes ingresadas ha fluctuado en los últimos años; el descenso más pronunciado ocurrió en 2020, probablemente por causa de la pandemia de COVID-19 relacionado con las restricciones de movilidad, el miedo al contagio, y la reestructuración de los servicios de salud durante la pandemia.



Después del 2020, se observa una leve recuperación, pero los números no regresan a los niveles más altos observados entre el 2014-2015. Esta tendencia a la baja y/o estabilización, podría estar relacionada con la accesibilidad a los distintos establecimientos de salud, a las campañas de planificación familiar, o a los cambios en el comportamiento social y demográfico de la población.





Del gráfico anterior, se puede observar que a lo largo de los años las cifras muestran fluctuaciones, con algunas edades registrando aumentos y otras disminuciones, las cuales tienen un comportamiento similar a lo que ocurre a nivel nacional.

En cuanto a las cifras de embarazo adolescente de 15-19 años sigue una clara disminución a lo largo de los años, esto podría estar asociada con campañas de prevención de embarazos precoces, acceso a anticoncepción de emergencia, mayor cantidad de instancias educativas en temáticas de sexualidad tanto en establecimientos educacionales como en centros de salud, además de la oferta de atención en salud sexual del programa adolescente. Si bien, no existe un aumento en la población bajo control con método anticonceptivo parece ser que los y las adolescentes están tomando decisiones informadas respecto de su salud sexual y reproductiva.

Por otro lado, se realiza un análisis diferenciado de las gestaciones entre los 10-14 años, dado que un embarazo en este rango etario constituye una vulneración de la esfera sexual y está relacionado a diversas formas de abusos y violencia. La tendencia es a la baja lo cual puede estar relacionado al énfasis en controles preventivos cómo lo son los controles de salud del adolescente, la Ley 20.030 de intervención voluntaria del embarazo, acceso a anticoncepción permanente y de emergencia.

AÑO	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
GESTANTES 10-14 AÑOS	3	3	3	4	1	0	0	2	1	0

El grupo etario de 20-29 años presenta oscilaciones, pero en general muestra una disminución progresiva en el número de embarazadas. Sin embargo en el grupo de 30-34 años muestra una tendencia al alza en los embarazos con un aumento del 36.8% entre el año 2014 y el año 2023 lo que sugiere una tendencia hacia la maternidad tardía.

Todo lo anterior, responde a la creciente inclinación de las mujeres de postergar o aplazar la maternidad, esto evidenciado por un aumento en la cantidad de mujeres que tienen su primer



hijo a edades más avanzadas. Factores como la realización personal, profesional, la estabilidad laboral, desigualdades de roles relacionados con la crianza y el cuidado del hogar y los avances en el acceso igualitario a la educación y a la carrera profesional son algunos motivos de esta tendencia.

Por último mencionar que si bien es cierto, esta es una tendencia en donde cada vez más se visualiza la postergación de la maternidad; esta situación trae como consecuencia a mediano plazo el envejecimiento excesivo de la población y la disminución de la fuerza laboral y productiva del país; digno de un análisis más en profundidad en otras instancias.

4.7 MORTALIDAD

La mortalidad hace referencia a la cualidad o estado de mortal (destinado a morir). En salud, este término también se usa para referirse a la tasa de defunciones, número de defunciones en ciertos grupos etarios en determinado periodo.

En este ítem se muestran y analizan los datos de mortalidad registrados en DEIS con actualización al año 2021. Se presentan los indicadores básicos de salud comparados entre el nivel nacional, regional y la comuna de Ancud, incluyendo datos como la esperanza de vida al nacer, que en este caso la de la comuna se asemeja mucho a la realidad nacional; la mortalidad general; la tasa de AVPP (años de vida potencial perdidos); el índice de SWAROOP y la mortalidad infantil en sus diferentes clasificaciones.

a.- Esperanza de Vida

Según la Organización Mundial de la Salud, la esperanza de vida es un indicador que expresa el promedio de años que viviría una persona considerando su año de nacimiento y el nivel de mortalidad determinado para ese grupo poblacional. De acuerdo con lo anterior se presenta la siguiente tabla comparativa:

Esperanza de vida al nacer (en años) en Chile según sexo, por quinquenios comprendidos entre los años 1950 y 2025.



Período	Sexo		
	Ambos Sexos	Hombres	Mujeres
1950-1955	54,8	52,9	56,7
1955-1960	56,2	53,8	58,6
1960-1965	58	55,2	60,9
1965-1970	60,6	57,6	63,7
1970-1975	63,5	60,5	66,8
1975-1980	67,1	63,9	70,5
1980-1985	70,7	67,3	74,1
1985-1990	72,6	69,5	75,9
1990-1995	74,3	71,5	77,3
1995-2000	75,7	72,7	78,7
2000-2005	77,7	74,8	80,8
2005-2010	78,4	75,5	81,5
2010-2015	79,1	76,1	82,2
2015-2020	79,6	76,6	82,8
2020-2025	80,2	77,1	83,3

Fuente: DEIS-MINSAL, 2021

La esperanza de vida ha aumentado consistentemente, con un crecimiento más rápido en las décadas de 1970 y 1980 siendo las mujeres las que no solo tienen una mayor esperanza de vida, sino que también la tasa de crecimiento es más pronunciada. A partir de 2005, el aumento de la esperanza de vida se ha desacelerado, especialmente en hombres, donde el incremento es menor. Hacia el 2025, se proyecta que las mujeres vivirán, en promedio, 6,1 años más que los hombres; esto a nivel nacional ya que no hay datos a nivel regional ni comunal, por lo que la esperanza de vida es única para el país.

Los datos que se presentan a continuación son para analizar en conjunto y evaluar las causas que podrían incidir en la esperanza de vida.

b.- Mortalidad

Defunciones y Mortalidad general, por sexo, y región de residencia.



Sexo/Lugar	País		Los Lagos		Ancud	
	Defunciones	Tasa*	Defunciones	Tasa*	Defunciones	Tasa*
Ambos Sexos	137629	7	7227	8,1	411	9,7
Hombre	73435	7,6	4043	9,1	237	11,2
Mujer	64182	6,4	3182	7,1	174	8,2
Indeterminado	-	-	-	-	-	-

* Por 1.000 habitantes- Fuente: DEIS-MINSAL, 2021

La tasa de defunciones en la región de Los Lagos (8.1) supera a la nacional (7.0), lo que señala un desafío significativo en términos de salud pública. En particular, Ancud presenta la tasa de defunciones más alta en todos los sexos, lo que sugiere la presencia de factores de riesgo específicos y determinantes sociales que impactan negativamente la salud de su población. Al analizar los datos, la alta tasa de mortalidad en Ancud, especialmente entre hombres (11.2), se atribuye a la ruralidad de nuestra comuna, factores socioeconómicos y además a la baja consulta del género masculino en todas las prestaciones de atención primaria de la comuna lo que se fundamenta en nuestra cultura y al estigma social en el contexto de la salud lo cual hace difícil incluir a estos usuarios. Los datos sugieren que tanto a nivel nacional como en la región de Los Lagos y Ancud, las tasas de mortalidad son preocupantes por lo tanto, es crucial que, como equipo de salud de la comuna, enfoquemos nuestros esfuerzos en reducir las brechas sanitarias, priorizando la promoción y prevención en patologías que están contribuyendo a la alta mortalidad de nuestros habitantes.



Defunciones y Mortalidad por capítulo CIE-10 de causa básica de defunción y año, según
región de Los Lagos y sexo.

Capítulo CIE-10 causa básica de defunción	2021		2020		2019		2018	
	Defunciones	Tasa regional	Defunciones	Tasa regional	Defunciones	Tasa regional	Defunciones	Tasa regional
Tumores [neoplasias]	1516	169	1456	163,3	1338	151,3	1373	156,5
Enfermedades Del Sistema Circulatorio	1516	169	1403	157,4	1276	144,3	1331	151,7
Códigos Para Propósitos Especiales	1177	131,2	296	3,2				
Enfermedades Del Sistema Digestivo	714	79,6	525	58,9	422	47,7	452	1,5
Causas Externas De Morbilidad Y De Mortalidad	503	56,1	426	47,8	533	0,3	491	6
Enfermedades Del Sistema Respiratorio	490	54,6	447	50,1	611	69,1	622	0,9
Enfermedades Endocrinas, Nutricionales Y Metabólicas	272	30,3	250	28	193	21,8	226	25,8
Enfermedades Del Sistema Nervioso Central	243	27,1	183	20,5	221	25	185	21,1
Trastornos Mentales Y Del Comportamiento	172	19,2	138	15,5	104	11,8	90	10,3
Enfermedades Del Sistema Genitourinario	154	17,2	165	18,5	130	14,7	157	17,9
Síntomas, Signos Y Hallazgos Anormales Clínicos Y De Laboratorio, No Clasificados En Otra Parte	151	16,8	139	15,6	92	10,4	90	10,3
Ciertas Enfermedades Infecciosas Y Parasitarias	117	3	110	2,3	123	13,9	122	3,9
Enfermedades De La Piel Y Del Tejido Subcutáneo	55	1,1	44	0,9	44	5	37	4,2
Enfermedades Del Sistema Osteomuscular Y Del Tejido Conjuntivo	45	5	34	3,8	38	4,3	32	3,6
Enfermedades De La Sangre Y De Los Órganos Hematopoyéticos, Y Ciertos Trastornos Que Afectan El Mecanismo De La Inmunidad	36	4	32	3,6	20	2,3	27	3,1
Malformaciones Congénitas, Deformidades Y Anomalías Cromosómicas	34	3,8	29	3,3	35	4	37	4,2
Ciertas Afecciones Originadas En El Período Perinatal	30	3,3	27	3	36	4,1	36	4,1

* Por 100.000 habitantes - Fuente: DEIS-MINSAL, 2021.



Según indicadores DEIS, se destaca la tasa de mortalidad por tumores (neoplasias) como primera causa básica de muerte, siguiendo en segundo lugar enfermedades del sistema circulatorio, tercer lugar códigos para propósitos especiales (incluye defunción a causa de COVID -19), cuarto y quinto lugar para enfermedades del sistema digestivo y causas externas de morbilidades y mortalidad respectivamente, estas son las primeras 5 causas de muerte de un listado total de 17. En forma preocupante se observa un aumento de la tasa en la causa de enfermedades del sistema digestivo donde el 2018 mantiene una tasa de 51,5 (*100.000 habitantes) y en las últimas cifras del año 2021 arroja un tasa de 79,6, siendo este indicador el con mayor aumento dentro de lo presentado en la tabla anterior. Es necesario conocer con mayor detalle el tipo de enfermedades que componen estas causas y abocar los esfuerzos desde el sistema sanitario en la prevención brindando instancias de educación como ferias de salud, charlas informativas, medios audiovisuales, exámenes preventivos, trabajo con el intersector, todo esto planificado de forma anual.

c.- Índice de Swaroop:

Refleja la proporción de defunciones de personas de 60 y más años sobre el total de las defunciones para cada sexo y área geográfica. Un valor más elevado indica una mejor situación sanitaria.

Defunciones de 60 años y más e Índice de Swaroop por sexo, región de residencia.

	Ambos sexos		Hombre		Mujer		Indeterminado	
	Defunción de 60 años y más	Índice de Swaroop	Defunción de 60 años y más	Índice de Swaroop	Defunción de 60 años y más	Índice de Swaroop	Defunción de 60 años y más	Índice de Swaroop
País	11541	80,32	55465	75,53	55076	85,81	0	0
Los Lagos	5569	77,06	2,869	70,96	2700	84,85	0	0
Ancud	329	80,025	180	75,95	149	85,63	0	0

Fuente: DEIS-MINSAL, 2021

Observamos que la tasa de mortalidad a partir de los 60 años es más alta en hombres que en mujeres, lo cual es una tendencia común a nivel mundial. Al comparar la región de Los Lagos y Ancud, podemos inferir que la mortalidad a partir de los 60 años es ligeramente más alta



en la región de Los Lagos que en Ancud. Sin embargo, es importante considerar que la población de Los Lagos es significativamente mayor, por lo que el número absoluto de defunciones también será mayor. Sobre el índice de Swaroop es más alto para las mujeres en a nivel regional como comunal, lo que indica que las mujeres viven, en promedio, más años que los hombres, esto es consistente con las tendencias globales. Basándonos en los datos proporcionados, podemos concluir que:

Existe una diferencia en la esperanza de vida entre hombres y mujeres en los territorios analizados.

El índice de Swaroop sugiere que la población femenina en estos sectores está envejeciendo más que la población masculina.

Se requiere un análisis más detallado con datos a nivel nacional y considerando otros factores sociodemográficos para obtener una comprensión más completa de los patrones de mortalidad en estas regiones.

Para estas comunidades, es crucial implementar estrategias que promuevan la salud, el bienestar y la participación social de las personas mayores. Frente a estos resultados, como comuna a nivel sanitario las acciones se centran en: fomentar hábitos saludables a través de programas de ejercicio, talleres de nutrición y grupos de apoyo, empoderar a las personas mayores a través de universidades para mayores, voluntariado y participación en consejos consultivos, adaptar espacios públicos y viviendas para facilitar la movilidad y la vida diaria, realizar evaluaciones geriátricas y programas de detección temprana de enfermedades crónicas, crear espacios de encuentro y fomentar la interacción entre personas de diferentes edades. En resumen, orientar nuestros esfuerzos hacia la mejora de la calidad de vida de las personas mayores, prevenir enfermedades, promover la participación social y construir comunidades más inclusivas.

d.- Mortalidad Infantil

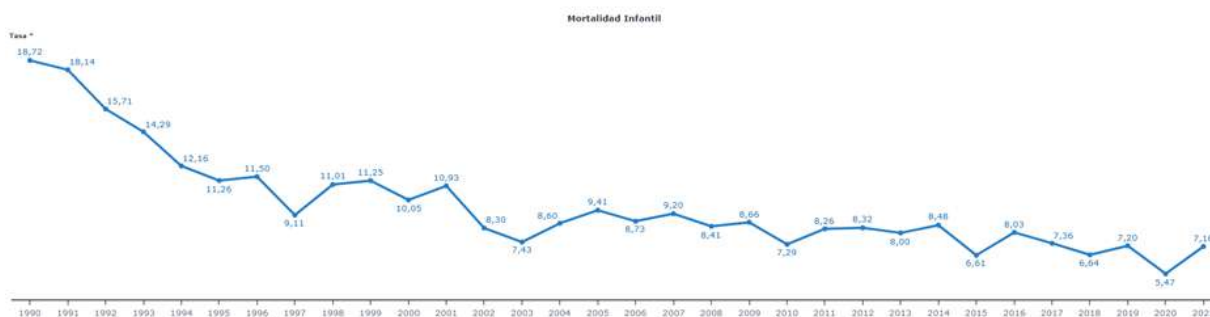
Estos datos se diferencian según la edad de defunción en: mortalidad infantil que corresponde a muerte antes de que cumpla un año de vida, neonatal menor de 28 días, Neonatal precoz



siendo menor de 7 días de nacido, Post Neonatal comprende desde los 28 días de nacido hasta los 11 meses.

A continuación se muestra gráficos históricos que comprenden entre los años 1990 y 2021 de la región de Los Lagos, mostrando las variaciones en gran disminución sobre la mortalidad infantil y todas sus clasificaciones, sin embargo en el último año (2020-2021) hubo un aumento en todas sus tasas, esto es materia de profundizar para las diferentes causas de fallecimientos de recién nacidos, para saber sus causas, su prevención y las estrategias para poder abordarlas en todos los sectores de salud y otras áreas atingentes a esta materia.

Mortalidad infantil, Región de los Lagos.



*Tasa por 1.000 nacidos vivos corregidos- Fuente: DEIS-MINSAL, 2021

Mortalidad Neonatal Precoz, Región de los Lagos.



*Tasa por 1.000 nacidos vivos corregidos- Fuente: DEIS-MINSAL, 2021



Mortalidad Post Neonatal



*Tasa por 1.000 nacidos vivos corregidos- Fuente: DEIS-MINSAL, 2021

Defunción y Mortalidad Infantil, según región y comuna de residencia de la madre.

	Infantil		Neonatal		Neonatal Precoz		Post Neonatal	
	Defunción	Tasa	Defunción	Tasa	Defunción	Tasa	Defunción	Tasa
País	1028	5,79	788	4,44	627	3,53	240	1,35
Los Lagos	60	7,16	48	5,73	41	4,89	12	1,43
Ancud	3	8,72	2	5,81	2	5,81	1	2,91

* Tasa por 1.000 Nacidos Vivos Corregidos- Fuente: DEIS-MINSAL, 2021

Ancud presenta tasas de defunción infantil y neonatal más altas en comparación con el promedio nacional y regional, lo que podría indicar problemas locales en el acceso a la atención prenatal y neonatal, o condiciones socioeconómicas que afectan la salud materno-infantil. La tasa de defunción neonatal precoz es especialmente preocupante en Ancud, donde se observa un aumento significativo, lo que sugiere que los bebés están en riesgo en las primeras semanas de vida. Esto podría ser un indicativo de la calidad de la atención en estos primeros días. A pesar de que la región de Los Lagos tiene tasas más altas en general, los datos para Ancud resaltan la necesidad de un enfoque más específico para abordar las disparidades en salud infantil.

Los datos sugieren que, aunque las tasas de defunción infantil en el país y en Los Lagos son preocupantes, Ancud presenta cifras alarmantes que requieren atención inmediata. Esto

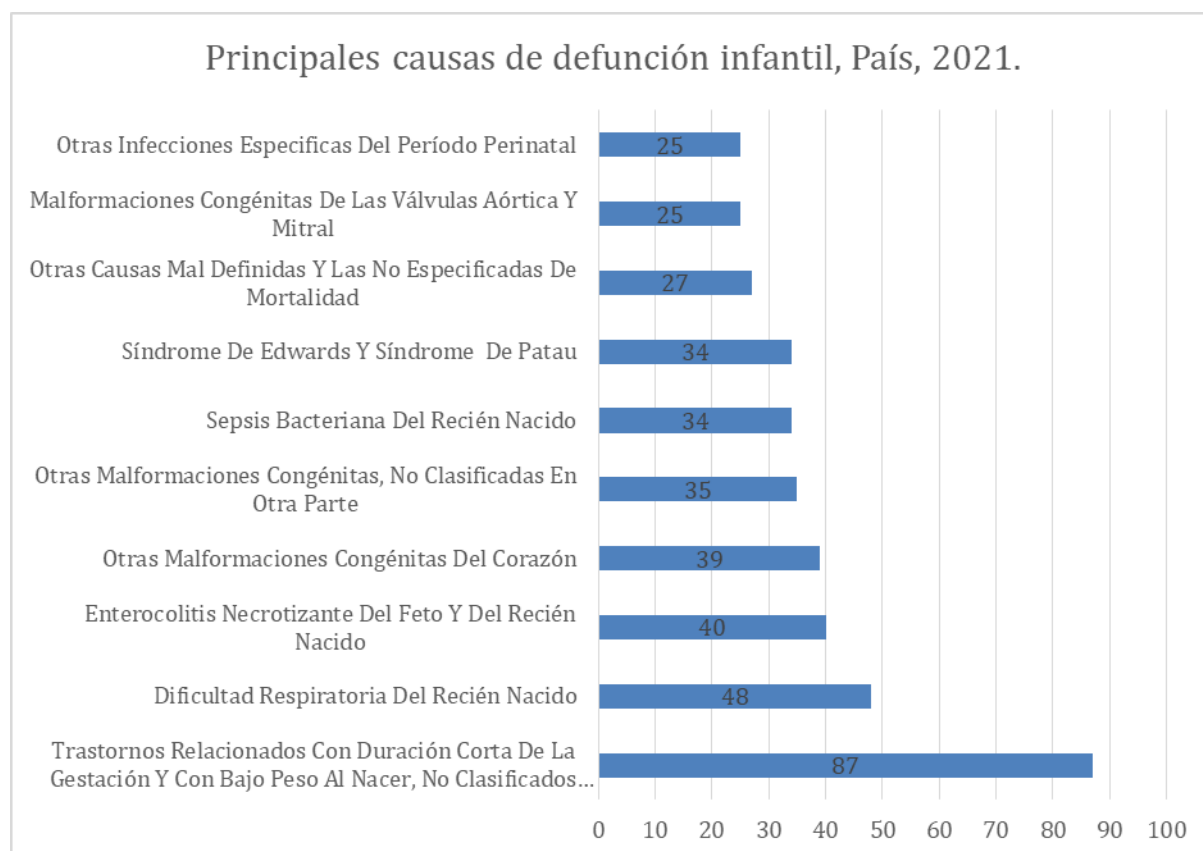


podría incluir una evaluación de los servicios de salud disponibles, programas de prevención y educación para madres, y análisis de los determinantes sociales de la salud en la región. Una intervención dirigida podría ayudar a mejorar estas estadísticas y garantizar mejores resultados para la salud infantil.

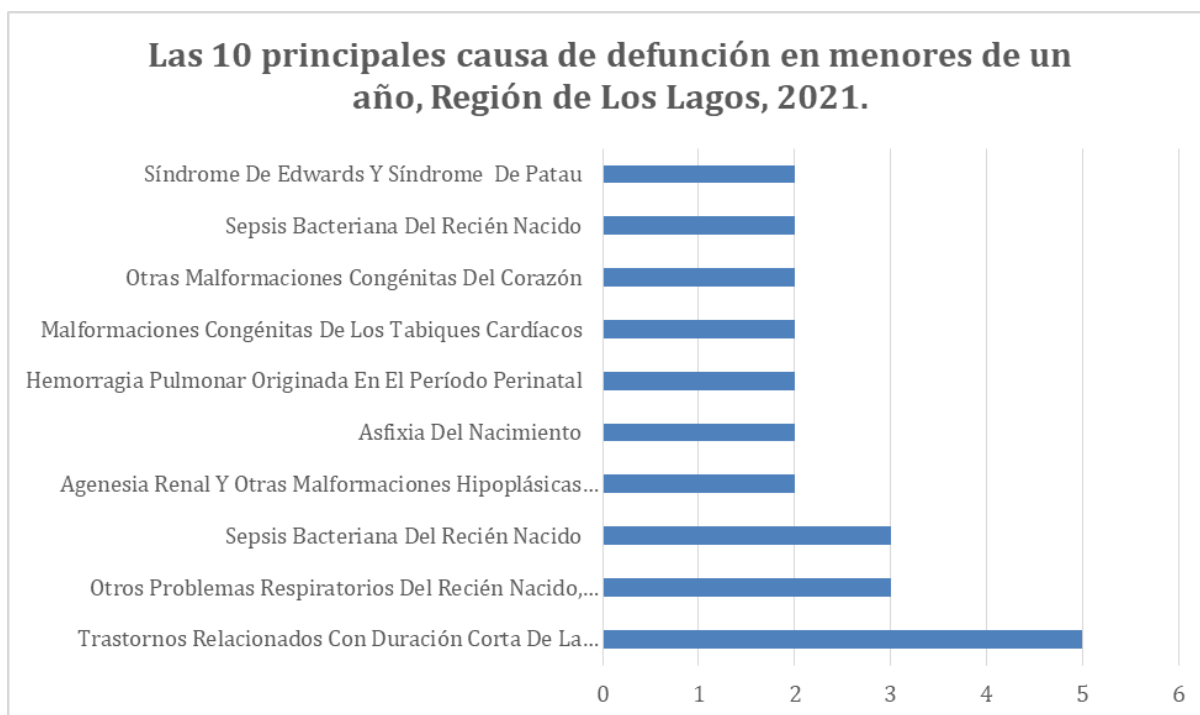
Los gráficos expuestos a continuación muestran las causas de defunción infantil a nivel nacional y regional al año 2021, siendo la causa más frecuente los trastornos relacionados con duración corta de la gestación y con bajo peso al nacer no clasificados en otra parte, esto puede deberse a múltiples factores tanto sanitarios como socioeconómicos, los cuales deben ser abordados ya que en los años 2020-2021 esto mostró un alza importante lo que requiere intervención prioritaria a lo largo de todo el ciclo vital, con énfasis en la etapa fértil de las mujeres.



Principales causas de defunción infantil, País, Región de Los Lagos, 2021.



Fuente: DEIS-MINSAL, 2021



Fuente: DEIS-MINSAL, 2021.

e.- Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP)

Es la pérdida que sufre la sociedad como consecuencia de la muerte de personas jóvenes o de fallecimiento prematuro. Se considera una muerte prematura cuando ocurre antes de los 80 años. Para el análisis se consideran todas las defunciones ocurridas en un período de tiempo y área geográfica determinada, cuya edad sea menor a 80 años. El cálculo corresponde a la suma de todas las diferencias del valor 80 y la edad del fallecido al momento de la defunción, ocurrida das en un período de tiempo y área geográfica determinada.

La siguiente tabla presenta datos sobre los Años de Vida Potenciales Perdidos (AVPP) y tasa por cada 1000 habitantes según por sexo y lugar de residencia. Esto nos permite entender la carga de enfermedad y muerte prematura en diferentes poblaciones.

Tabla resumen de Número y Tasa de Años de Vida Potenciales Perdidos (AVPP) por sexo y región - comuna de residencia.



Sexo	Residencia	AVPP	Tasa
Ambos Sexos	País	1483810	77,6
Hombre	País	950313	100
Mujer	País	532537	55,4
Indeterminado	País	960	
Ambos Sexo	Los Lagos	85726	98,5
Hombre	Los Lagos	57939	132,8
Mujer	Los Lagos	27627	63,6
Indeterminado	Los Lagos	160	
Ambos Sexo	Ancud	4374	106,7
Hombre	Ancud	2929	142,6
Mujer	Ancud	1445	70,6
Indeterminado	Ancud	-	-

*Tasa por 1.000 habitantes menores de 80 años- Fuente: DEIS-MINSAL, 2021.

Dentro del análisis se puede desprender lo siguiente:

Mayor carga en hombres: En todas las regiones, los hombres presentan una tasa de AVPP significativamente mayor que las mujeres, lo que sugiere una mayor mortalidad prematura en este grupo.

Diferencias regionales: Se observan diferencias en las tasas de AVPP entre los lugares de residencia. A nivel regional, se observa una tasa ligeramente superior al promedio nacional, mientras que Ancud, a su vez, supera la tasa de Los Lagos.

Posibles Explicaciones:

Factores de riesgo: diferencias entre el lugar de residencia en relación a factores como el tabaquismo, consumo de alcohol, alimentación, actividad física, acceso a servicios de salud, entre otros, pueden explicar las variaciones en las tasas de AVPP entre sexos y regiones.

Causa de muerte: Un análisis más detallado de las causas de muerte podría revelar patrones específicos en cada región y grupo poblacional.

Calidad de los datos: La calidad de los datos y la cobertura de los registros de defunción pueden influir en los resultados.



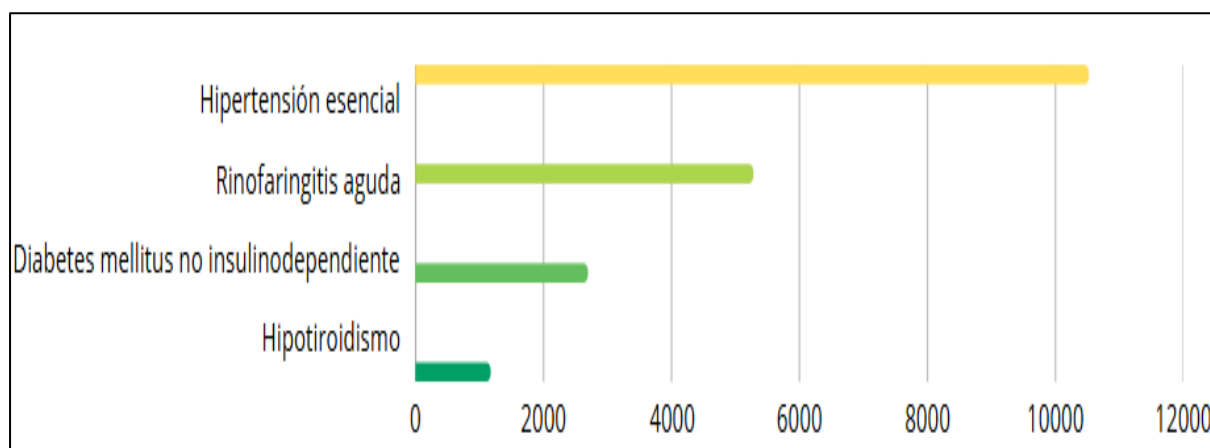
Es necesario realizar un análisis más profundo de los datos a nivel local para identificar los factores específicos que contribuyen a las altas tasas de AVPP con el objetivo de planificar acciones sanitarias.

4.8 MORBILIDAD

En el período comprendido entre 2020 y 2024, las consultas médicas más frecuentes en nuestros establecimientos estuvieron relacionadas con causas cardiovasculares, específicamente con hipertensión arterial (HTA) y diabetes mellitus (DM). A continuación, se ubicaron las consultas por enfermedades respiratorias, seguidas de las realizadas para exámenes de laboratorio.

Motivos de consultas médicas en establecimientos APS 2020-2024	
Diagnósticos	Totales
I10-Hipertensión esencial	10529
J00-Rinofaringitis aguda	5285
E11-Diabetes mellitus no insulino dependiente	2700
E03-Hipotiroidismo	1179

GRÁFICO MOTIVOS DE CONSULTAS MÉDICAS EN ESTABLECIMIENTOS APS

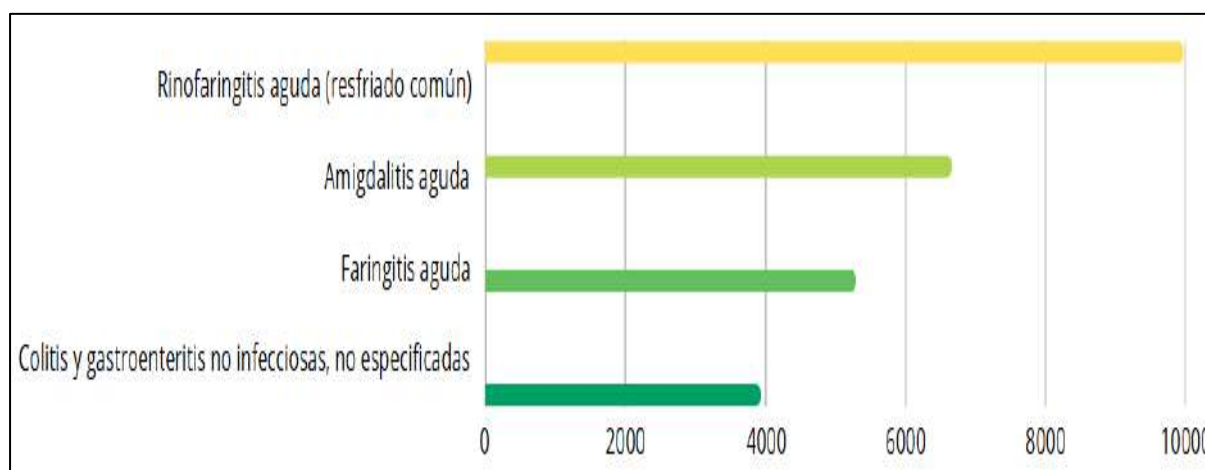




Al analizar los datos del Servicio de Alta Resolutividad (SAR) durante el mismo período, los motivos de consulta más frecuentes incluyen: dolor abdominal, hipertensión arterial (HTA) y enfermedades respiratorias, siendo estas últimas la causa principal de consulta médica.

Motivos de consultas médicas SAR 2020 -2024	
Diagnósticos	Totales
Rinofaringitis aguda (resfriado común)	9963
Amigdalitis aguda	6659
Faringitis aguda	5294
Colitis y gastroenteritis no infecciosas, no especificadas	3932

GRÁFICO MOTIVOS DE CONSULTA MEDICAS SAR 2020-2024

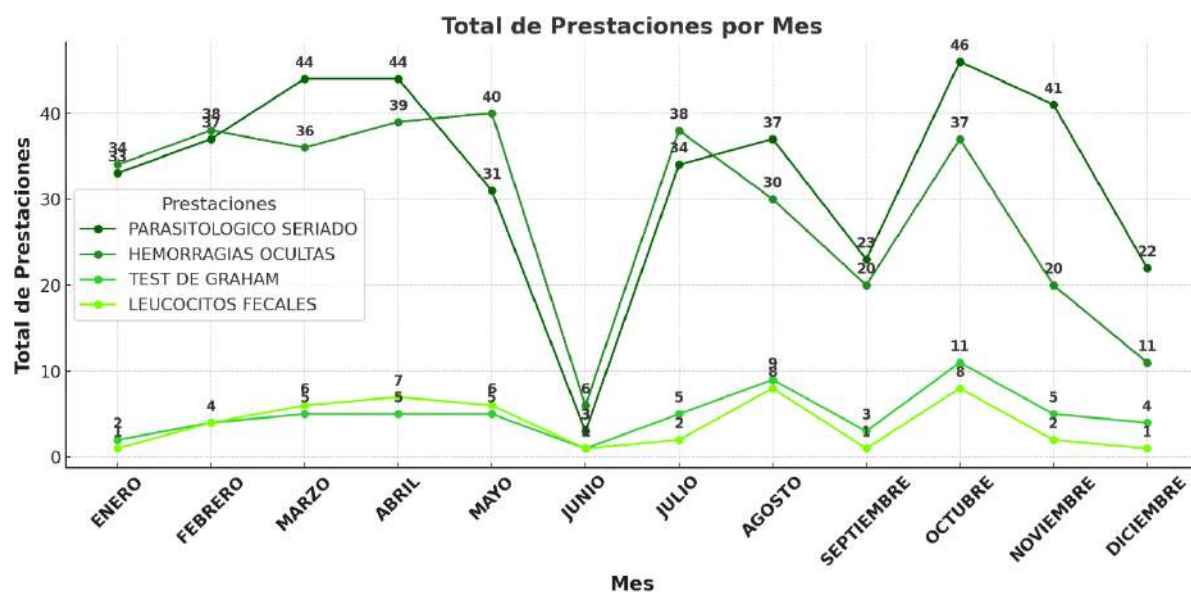


En relación a los exámenes de laboratorio, es preciso detallar que durante el año 2024 en el laboratorio clínico comunal se tomaron un total de 243.041 exámenes.



GRÁFICOS POR ÁREA

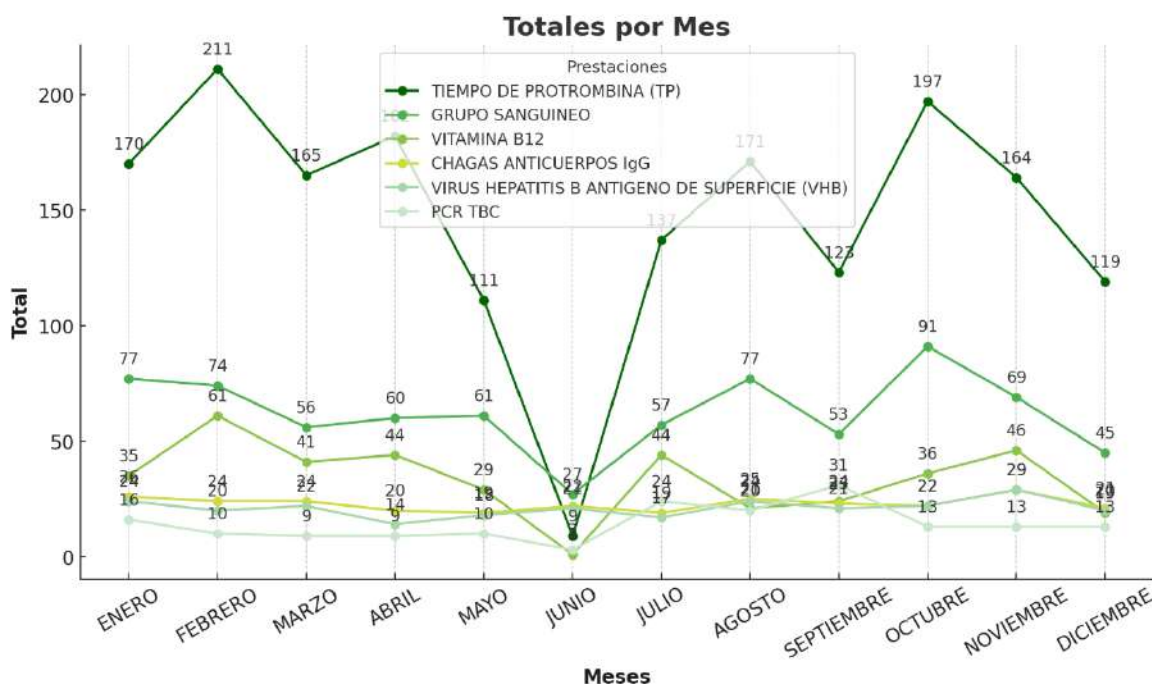
DEPOSICIONES



El Parasitológico Seriado, presenta una mayor cantidad de prestaciones, con un máximo en el mes de septiembre. Las Hemorragias Ocultas tienen un patrón similar al Parasitológico Seriado con una máxima en mayo y un descenso notable en el mes de junio. Teste de Graham y Leucocitos Fecales presentan un menor volumen de prestaciones en comparación con los otros dos exámenes.



DERIVACIÓN



Tiempo de protrombina (TP) tiene los valores más altos entre todas las prestaciones a lo largo de los meses, alcanzando un máximo de 211 en febrero. Esto sugiere que la prestación es muy solicitada o tiene alta relevancia en los meses considerados.

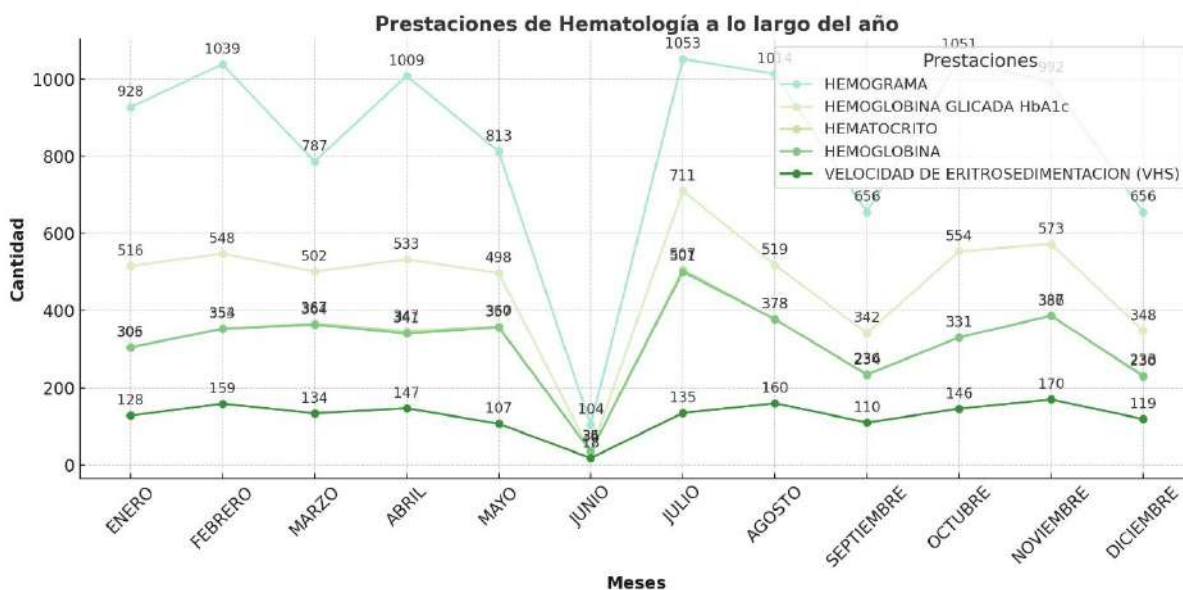
Las prestaciones como grupo sanguíneo y vitamina b12 también muestran valores significativos, aunque inferiores a TP, lo que indica una demanda constante.

La mayoría de las prestaciones presentan una alta variabilidad, con valores significativamente distintos uno a otro. Esto podría deberse a factores estacionales, cambios en la demanda de pruebas o disponibilidad de recursos

Algunas prestaciones, como baciloscopia 1 muestra o test Coombs indirecto, presentan valores bajos, lo que podría indicar que son menos requeridas en comparación con otras.



HEMATOLOGIA



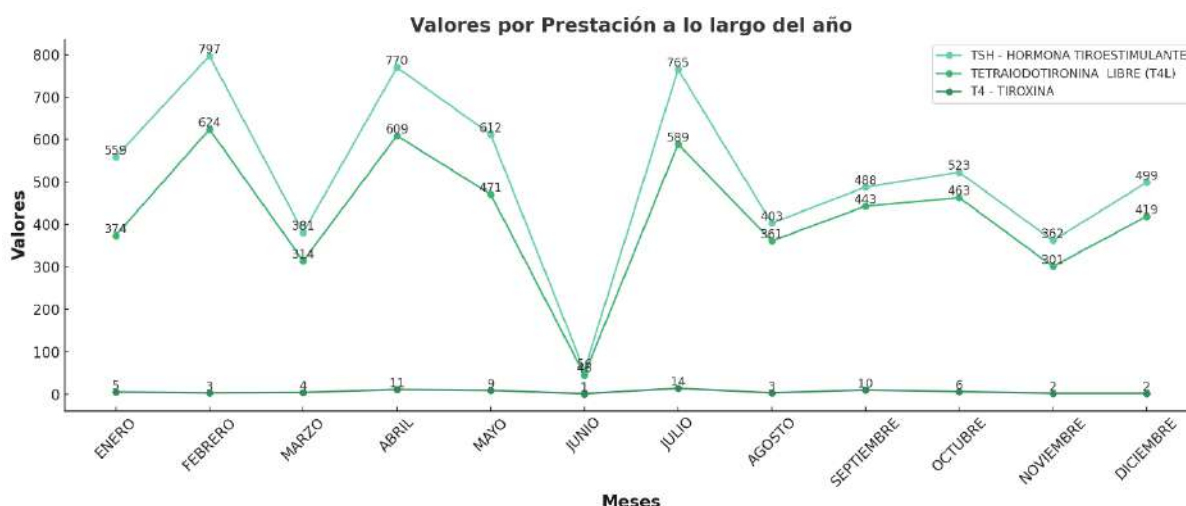
Se puede observar variaciones significativas en las cantidades, indicando fluctuaciones en la demanda o realización de las pruebas

La prestación hemograma muestra un alto volumen en los primeros meses del año, alcanzando un máximo significativo en enero y regresa a niveles altos en los meses sucesivos. A pesar de una caída notable en junio, la Hemoglobina Glicada HbA1c varía menos en general, manteniéndose durante el resto del año

En junio, se observa una drástica caída en la mayoría de las prestaciones y algunos máximos en los meses de mayo y octubre



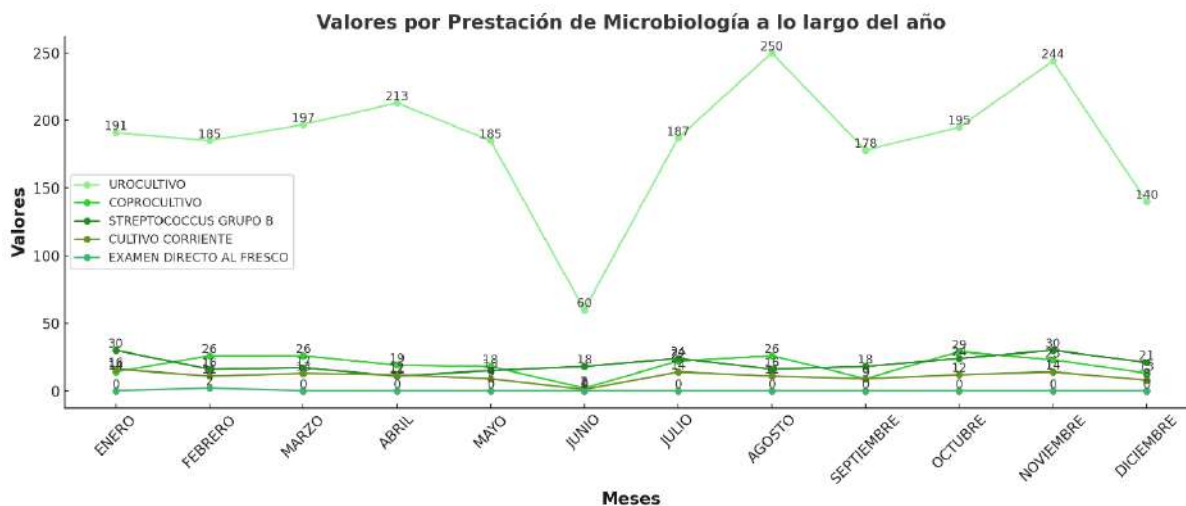
HORMONAS



La demanda de hormonas en especial TSH, T4I, varía a lo largo del año, con máximos de consumo en los primeros meses

La T4-tixoina tiene una menor demanda en relación a otras prestaciones, lo que podría indicar una menor relevancia en el contexto de pruebas hormonales realizadas.

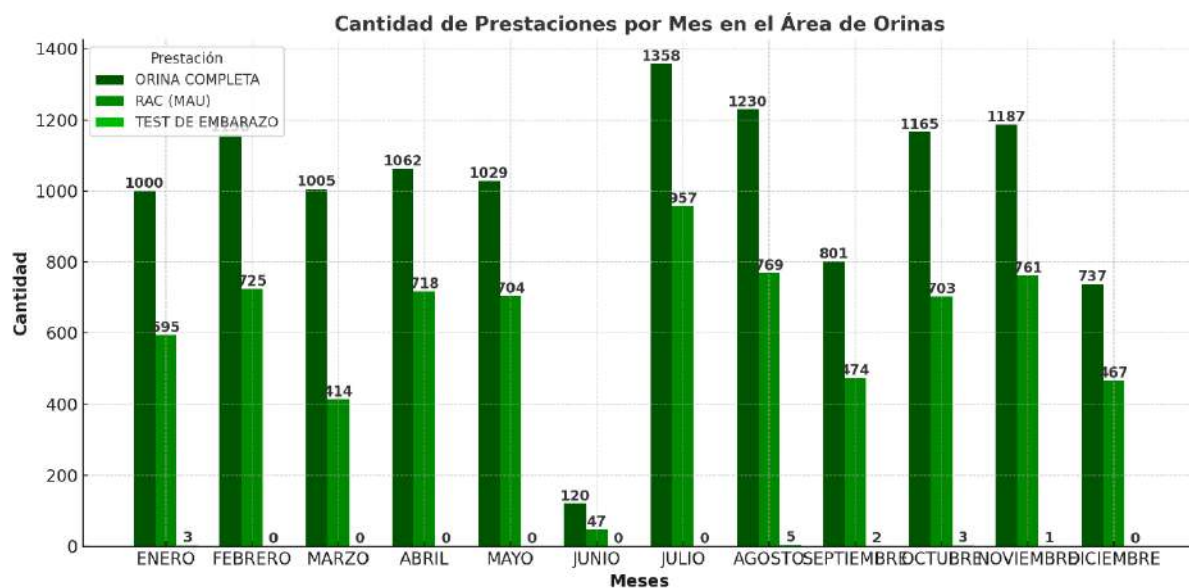
MICROBIOLOGIA



El Urocultivo es la prestación más relevante dentro de la rea de microbiología, reflejando una frecuente necesidad de análisis en rango mensual. Mantiene valores relativamente alto en la mayoría de los mese notando una considerable máxima de 250 en agosto y un total de 2225



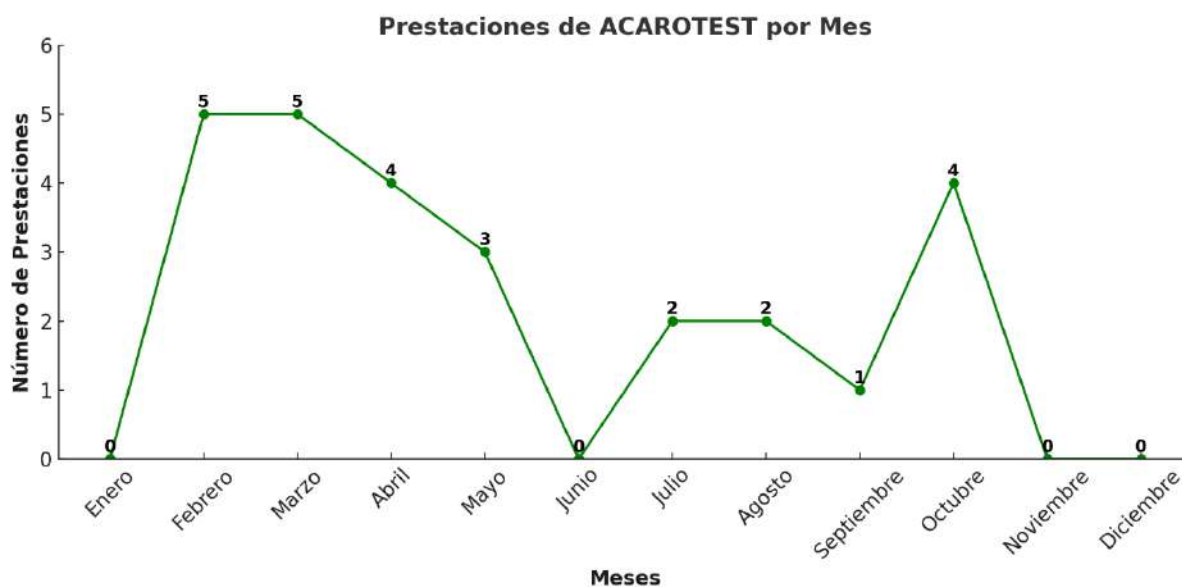
ORINAS



La prestación orina completa es la que presenta los números más altos en comparación con las demás prestaciones alcanzando su máximo en julio con 1358 y test de embarazo tuvo su mínimo en los meses de febrero, marzo, abril, mayo, junio, julio, agosto, septiembre, octubre noviembre y diciembre con 0 prestaciones

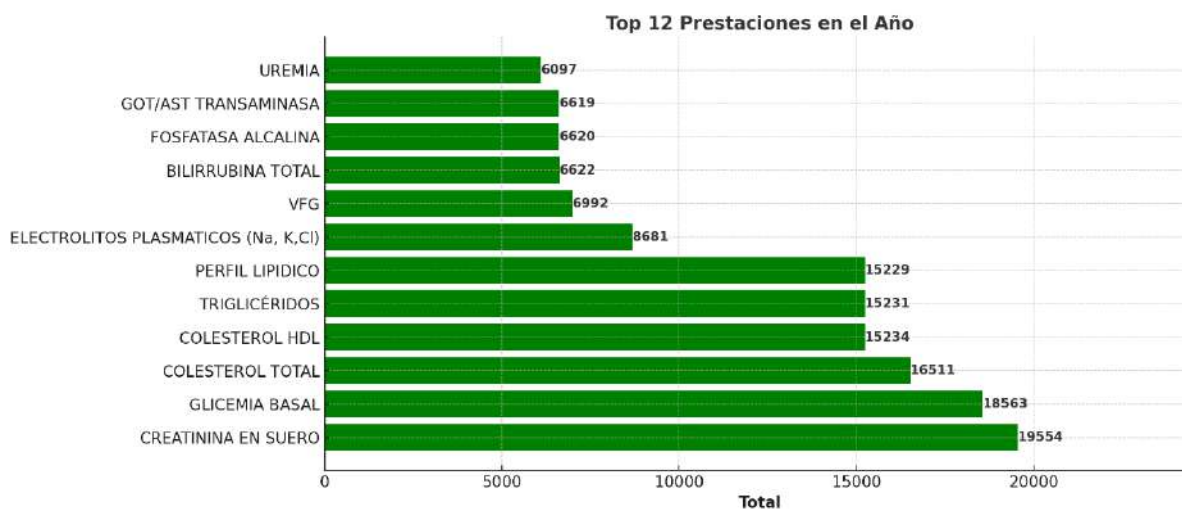


PARASITOLOGIA



El gráfico proporciona una clara visión de cómo las prestaciones ACAROTEST fluctúan a lo largo del año, permitiendo identificar patrones susceptibles a intervenciones estratégicas.

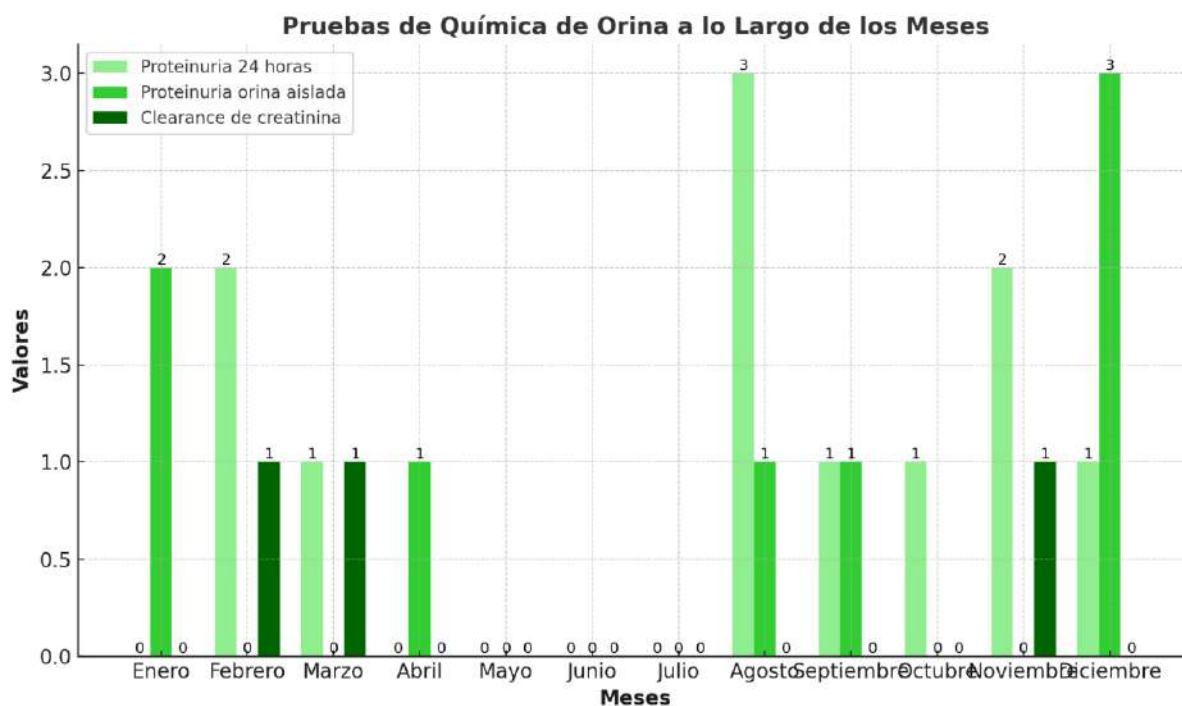
QUIMICA



La representación muestra que la Creatinina en suero es el mayormente solicitado con un total de 19554 en el año, con el Perfil Lipídico en un intervalo intermedio con un total de 15229. Siendo el menos solicitado el Uremia con total de 6097.



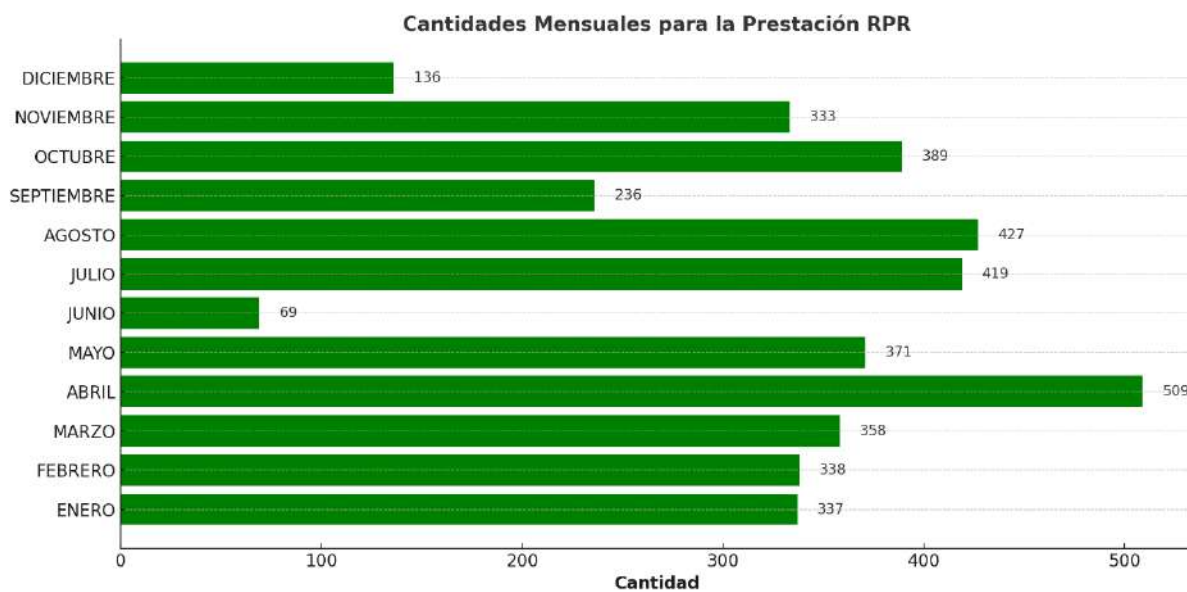
QUIMICA ORINA



La proteinuria 24 horas muestra alzas significativas en enero y diciembre, registrando en el último mes su valor más alto que corresponde a 3. La proteinuria orina aislada presenta un comportamiento similar, destacándose diciembre con 2. La Clearance de creatinina tiene valores bajos en la mayoría de los meses, con un leve incremento en diciembre.



SEROLOGIA



El mes de abril destaca con la mayor cantidad reportada (509), los meses de agosto, julio y mayo también muestran valores significativos (427, 419 y 371, lo que sugiere una actividad constante durante estos meses.

Junio es el mes con la menor cantidad reportada (69), lo que puede indicar un periodo de baja demanda para RPR.



El análisis de los motivos de consulta en APS y SAR entre 2020 y 2024 muestra similitudes con las tendencias nacionales, pero también evidencia brechas en la atención de salud a nivel local. Estas diferencias pueden explicarse por factores epidemiológicos, acceso a servicios y patrones de uso de la red asistencial.

Dentro del análisis se puede desprender lo siguiente:

La alta prevalencia de HTA y DM en APS es una tendencia nacional, pero la mayor consulta por enfermedades respiratorias en la comuna puede deberse a factores climáticos y ambientales.

La alta demanda de exámenes de laboratorio sugiere una estrategia de prevención activa en la comuna, lo que no necesariamente ocurre en todas las regiones.

Una población envejecida y con mayor riesgo de enfermedades crónicas puede explicar el predominio de consultas por HTA en APS y SAR.

La consulta por HTA en urgencias sugiere deficiencias en el control de enfermedades crónicas en APS, lo que genera un uso inadecuado del SAR.

Posibles causas:

La recurrencia de HTA en SAR indica que la atención primaria no está logrando un control efectivo.

La alta consulta por enfermedades respiratorias sugiere que es necesario reforzar estrategias preventivas.

La falta de atención oportuna en APS lleva a un aumento de la demanda en SAR, afectando su eficiencia.

Para reducir estas brechas, es fundamental fortalecer la APS, optimizar la gestión de exámenes y reforzar la educación en salud para disminuir la carga de enfermedades prevenibles.



4.9 ORGANIZACIÓN RED ASISTENCIAL APS ANCUD

La comuna de Ancud cuenta con una red de salud mixta, donde predomina la atención brindada por el sistema público, enfocado en la Atención Primaria de Salud (APS). Esta red pública está compuesta por diversos establecimientos que garantizan la cobertura en diferentes niveles de atención:

- Centros de Salud Familiar (CESFAM): 2 establecimientos.
- Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF): 3 establecimientos.
- Postas de Salud Rural (PSR): 6 establecimientos.
- Estaciones Médico Rurales (EMR): 6 establecimientos.
- Servicios de Urgencia: Servicio de Urgencia de Alta Resolutividad (SAR) y Servicio de Urgencia Rural (SUR).

Además, la comuna dispone de un módulo dental y un espacio saludable, donde se implementan diversos programas comunales orientados a la promoción y prevención en salud:

- Programa de Atención Domiciliaria (PAD).
- Elige Vida Sana.
- Programa de Apoyo a la Salud Mental Infantil (PASMI).
- Programa de Acompañamiento Psicosocial.
- Espacios Amigables para Adolescentes.

Atención Secundaria y Hospital San Carlos de Ancud

Complementando la atención primaria, la comuna cuenta con el Hospital San Carlos de Ancud, el principal centro de referencia local. Este hospital de mediana complejidad ha ampliado su oferta en los últimos años, incluyendo diversas especialidades médicas:

- Medicina Interna.
- Cirugía.



- Pediatría.
- Ginecobstetricia.
- Cardiología.
- Oftalmología.
- Otorrinolaringología.
- Traumatología.
- Nefrología.
- Urología.

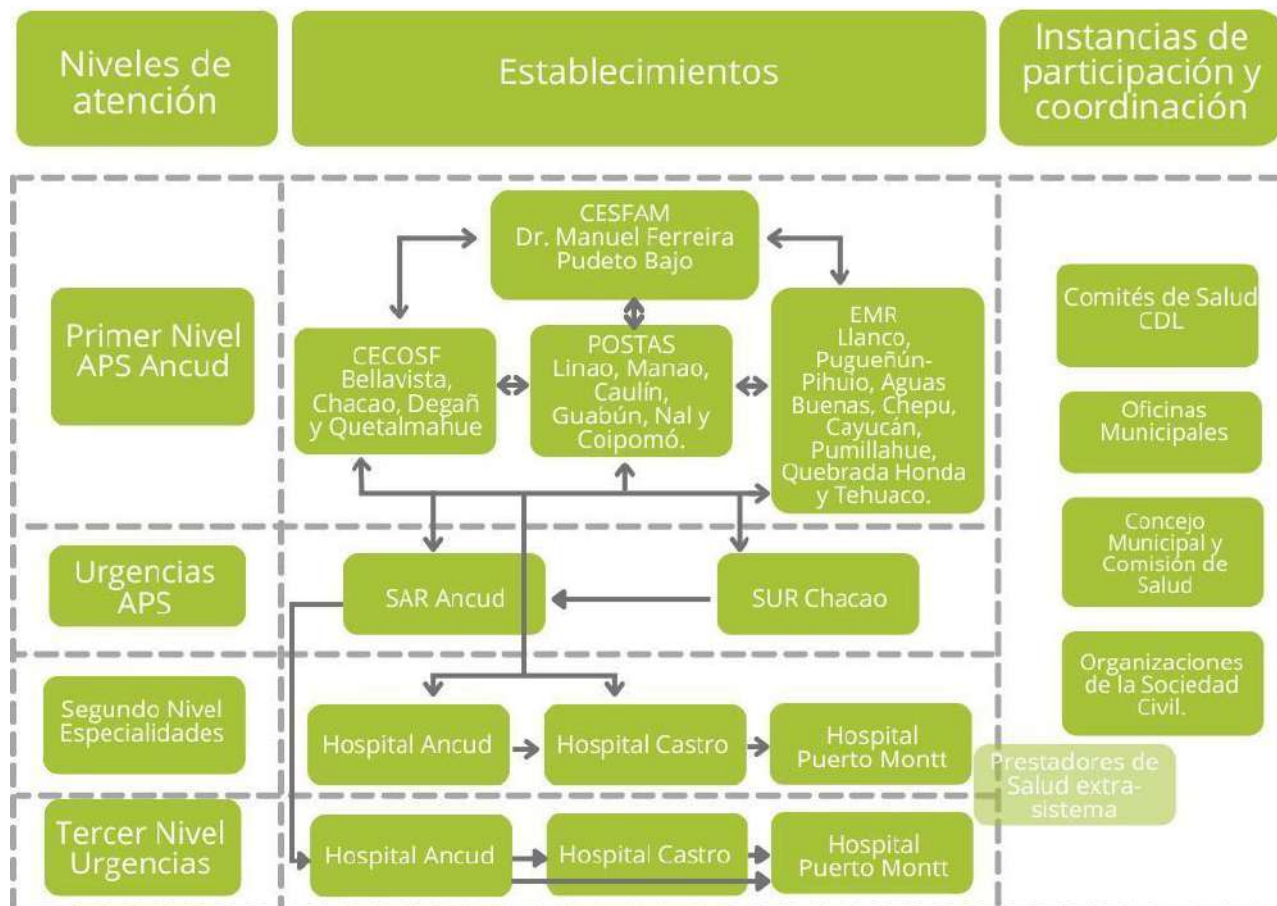
El hospital también dispone de la única cámara hiperbárica de la provincia de Chiloé. Para casos que requieren mayor especialización, realiza derivaciones a centros de mayor complejidad, como el Hospital de Castro o el Hospital de Puerto Montt, según la necesidad del paciente.

Oferta Privada de Salud

A esta red pública se suma una oferta de centros médicos privados, que complementan la atención con consultas especializadas y exámenes diagnósticos, facilitando el acceso a prestaciones médicas para la comunidad.



Red de Salud Comunal de Ancud



Departamento de Salud Municipal (DESAM), dependiente de la Secretaría General de la Corporación de Salud y Atención al Menor de Ancud, es el organismo responsable de garantizar el adecuado cumplimiento de las normativas técnicas dentro de la red de Atención Primaria de Salud (APS).

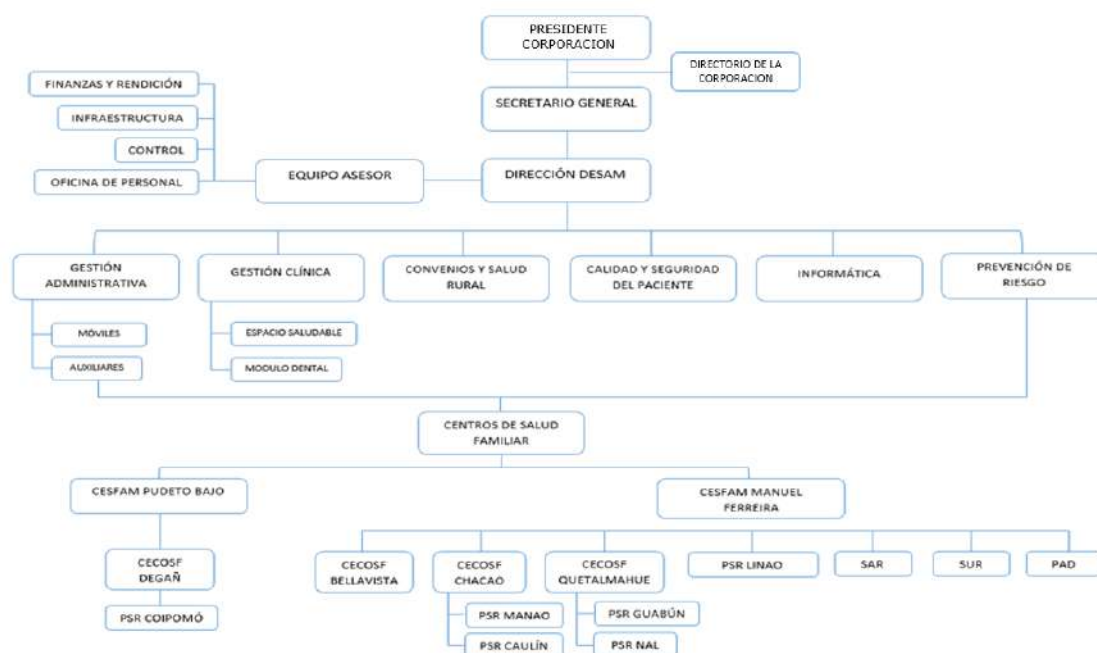
Sus principales funciones incluyen:

- Gestión y ejecución de recursos: Asegurar una administración eficiente para fortalecer los servicios de salud.
- Definición de lineamientos sanitarios: Establecer prioridades y directrices en salud en colaboración con equipos técnicos, la comunidad y las autoridades locales.



- Supervisión técnica: Proveer apoyo especializado a la red APS para garantizar la calidad en la atención.

Para cumplir con estos objetivos, el DESAM cuenta con un equipo multidisciplinario de profesionales que actúan como soporte técnico. Este equipo está representado en el siguiente organigrama:



ESTABLECIMIENTOS DE APS.

En los últimos cinco años, la Atención Primaria de Salud (APS) de Ancud ha desarrollado un trabajo sistemático para fortalecer la red local de establecimientos, cumpliendo con la programación del Servicio de Salud Chiloé. Este esfuerzo se ha enfocado en la renovación de infraestructura, modernización de equipamiento y apertura de nuevos puntos de atención, con el objetivo de mejorar el acceso a los servicios de salud.



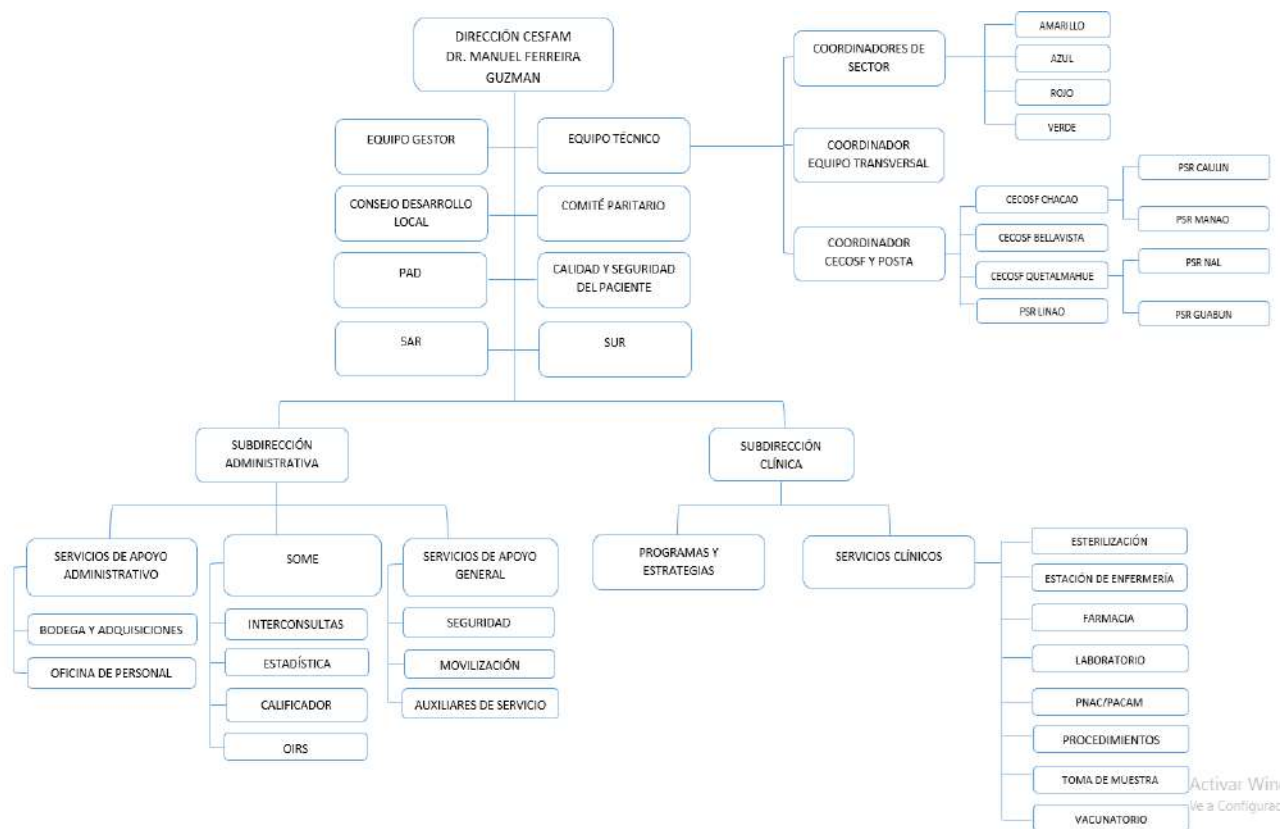
Al 10 de diciembre de 2024, la Red de APS cuenta con 42.482 usuarios inscritos, según la certificación del Servicio de Salud Chiloé para el año 2025. Esto representa un aumento respecto al año anterior, cuando se registraban 42.304 usuarios. La población está organizada en sectores, CECOSF, postas y Estaciones Médico Rurales (EMR), según su lugar de residencia.

Principales Logros

- Reposición de infraestructura: Destaca la renovación de la Posta de Manao, un hito en la modernización de la red APS.
- Proyecto CESFAM Alto Caracoles: Actualmente en desarrollo, atenderá a una población estimada de 30.000 usuarios en tres sectores. Su perfil ya fue enviado al Servicio de Salud, incluyendo espacios comunales como:
 - Laboratorio Comunal.
 - Bodega Comunal.
 - Central de Esterilización Comunal.
 - Sala de Rehabilitación, entre otros.
- Este CESFAM proyecta su inauguración para 2029, representando un avance significativo en la mejora de los servicios de salud en Ancud.



CESFAM MANUEL FERREIRA GUZMÁN.



El CESFAM Manuel Ferreira Guzmán es el principal establecimiento de Atención Primaria de Salud (APS) en Ancud, caracterizado por su alta complejidad y la mayor afluencia de usuarios en la comuna. Su gestión enfrenta importantes desafíos debido a su interconexión con diversos dispositivos de salud, que incluyen:

- CECOSF rurales: Chacao y Quetalmahue.
- CECOSF urbano: Bellavista.
- Postas rurales: Nal, Guabún, Linao, Manao y Caulín.
- Estaciones Médico Rurales (EMR): Cayucán, Tehuaco, Pumillahue y Llanco.
- Servicios de urgencia: Servicio de Urgencia Rural (SUR) en Chacao y Servicio de Alta Resolutividad (SAR), adosado al CESFAM.
- Otros dispositivos: Módulo dental.



Para mejorar la atención, el CESFAM está organizado en cuatro sectores: Rojo, Verde, Azul y Amarillo, lo que permite sectorizar a la población y fortalecer la continuidad del cuidado en salud.

El CESFAM cuenta con 31.167 usuarios inscritos. Esta población se organiza según su sector de residencia, abarcando CECOSF, postas y EMR.

Desde la pandemia de COVID-19, la APS de Ancud ha mantenido la continuidad de controles y actividades trazadoras, adaptándose a las necesidades emergentes. Entre 2022 y 2024, se logró recuperar los niveles habituales de atención y retomar actividades comunitarias de promoción de la salud, tanto en áreas urbanas como rurales.

Sector Verde.

El Sector Verde, mayoritariamente urbano, cuenta con 4.853 usuarios inscritos. Se ubica en el área de Pudeto y Bellavista, con instituciones como el Colegio Goleta Ancud, Escuela Pudeto y jardines infantiles.

Entre las patologías crónicas más prevalentes en este sector destacan: Hipertensión Arterial con 339 usuarios en control, Diabetes Mellitus Tipo 2 con 170 usuarios en control. Ambas enfermedades representan el 9% de la población inscrita.

Un hito clave en este sector es la construcción del nuevo Hospital de Ancud, lo que fortalecerá la red asistencial y mejorará el acceso a atención de mayor complejidad.

Mapa sector verde CESFAM Dr. Manuel Ferreira Guzmán



Fuente: Google Earth, elaboración propia

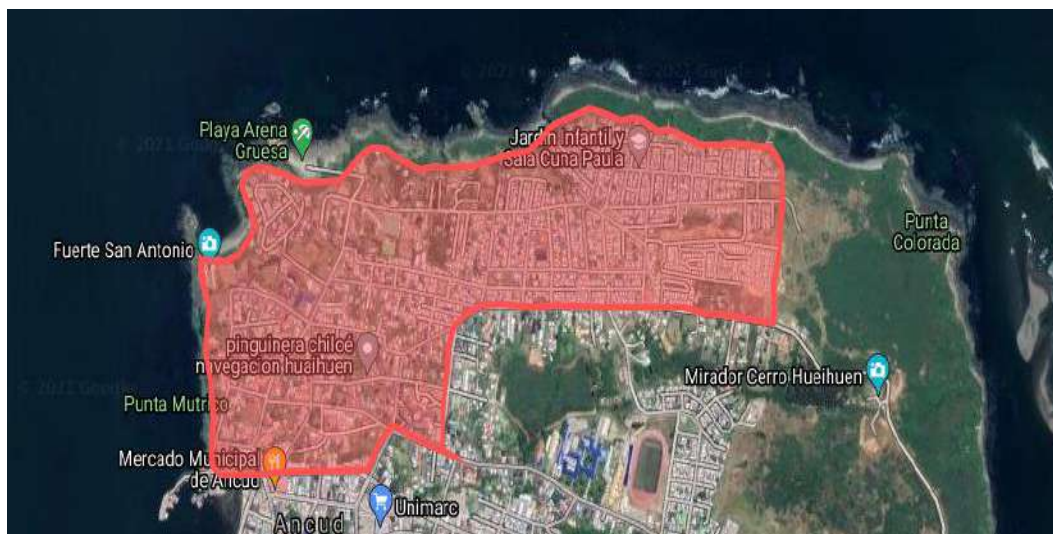
Sector Rojo.

El sector rojo tiene una población bajo control validado de 3488 usuarios, perteneciente mayoritariamente al sector urbano de la comuna de Ancud.

Su equipo multidisciplinario desarrolla actividades desde lo promocional y preventivo hasta el tratamiento y rehabilitación de los usuarios que así lo requiere, siempre con enfoque integral, familiar y comunitario.

Respecto a sus límites territoriales, el sector rojo limita al norte con consterna norte, al sur con las calles San Vicente de Paul, al oeste con Vista Hermosa y al este con Lord Cochrane. Comprendiendo así los sectores de Las Rosas de Bonilla, Villa San Valentín, Vista Hermosa, Borquez Solar, 22 de mayo, Oscar Bonilla, José Joaquín Prieto y Goleta Sebastiana.

Mapa sector Rojo CESFAM Dr. Manuel Ferreira Guzmán



Fuente: Google Earth, elaboración propia

Sector Azul.

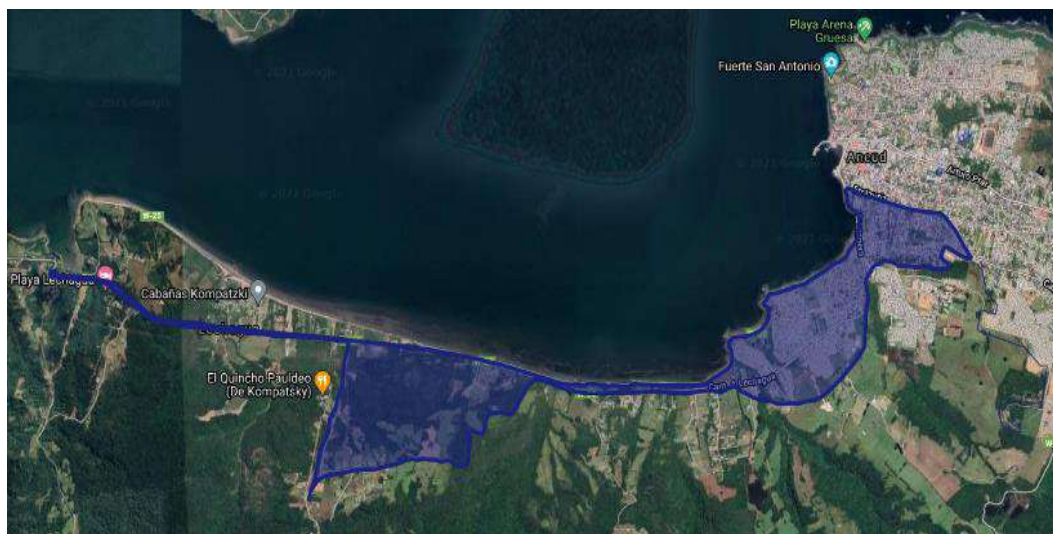
El sector azul se encuentra compuesto por diversos profesionales, cuenta con una población inscrita de 5094 usuarios.

Está conformado en su gran mayoría por villas y/o poblaciones, siendo en total 13 las que forman parte: Villa Tantauco, Pobl. Inés de Bazán, Pobl. Practicante Araneda, Pobl. Pepita Manss, Pobl. Ramón Freire, Villa Lechagua, Pobl. 1° de Mayo, Pobl. Libertad, Villa Subercaseux, Pobl. Fatima, Villa Esperanza, Villa Solidaridad y Pobl. Raúl Silva Henríquez.

En éste se encuentra insertos 5 colegios, variados jardines infantiles, Policía de Investigaciones de Chile, Corporación Municipal para la Educación y la Salud, Terminal de Buses Cruz del Sur y Residencia de Niñas Arbol de Vida.

Limita al Norte con calle Errazuriz, Caicumeo y Caupolicán. Al Sur limita con sector rural de Pauldeo. Al Oeste con población Inés de Bazán, Practicante Araneda, Pepita Manss, Ramon Freire, Villa Lechagua, 1° de Mayo, Libertad y Subercaseux y al Este con las calles: Costanera, Gonzalez Canessa, San Martin, Población Raul Silva Henríquez, Lechagua y Agrosol.

Mapa sector azul CESFAM Dr. Manuel Ferreira Guzmán



Fuente: Google Earth, elaboración propia.

Sector Amarillo.

El sector amarillo limita al norte con las calles: Arturo Prat, Pedro Montt, Almirante Latorre, San Vicente de Paul, Antonio Burr, Avenida España y Aníbal Pinto. Al sur con: Aníbal Pinto, Las Américas y Errázuriz. Al oriente con Costanera (Océano Pacífico) y al poniente con Aníbal Pinto.

En relación con su territorialidad, el sector amarillo es mayoritariamente urbano contemplando la zona céntrica de la ciudad y sus principales poblaciones: Población Goycolea, Villa Las Araucarias, Villa Chiloé y Población Goleta Ancud. Su dominio rural es reducido destacando los sectores de Mechaico y Pupelde.

Considera distintas organizaciones e instituciones en el ámbito de la salud, educación, justicia y protección social.

En cuanto a salud incluye el Hospital San Carlos de Ancud, Centro de Rehabilitación Club de Leones y CESFAM Dr. Manuel Ferreira Guzmán. En referencia a sus establecimientos educacionales destacan: Escuela Anexa, Liceo Polivalente (Liceo Domingo Espiñeira Riesgo y Liceo Agrícola), Colegio y Liceo El Pilar, Centro Educacional Alborada, Colegio Experimental

artístico Albores, Escuela de lenguaje San Juan, Escuela especial San Carlos de Ancud, Centro educacional Sonrisa de Ángeles, Universidad de los Lagos, entre otros. Respecto a justicia, pertenecen al sector: Primera comisaría de Carabineros de Chile, Centro de detención preventiva de Ancud, Juzgados de Familia, Letras, Garantía y Fiscalía de Ancud. Y, por último, en materia de vulneración de derechos y apoyo a personas mayores, comprende a Fundación Ciudad del Niño, FAE PRO Fundación Mi Casa, PPF Huaihuén, Fundación San José, Residencia Laurita Vicuña y Establecimiento de larga estadía para adultos mayores Hogar San Vicente de Paul.

En lo que concierne a su demografía, beneficia a 4107 usuarios.

En referencia a patologías, en el ámbito de la salud mental, el sector amarillo tiene una población bajo control de 60 usuarios entre 15 y 80 años; de patologías crónicas las cardiovasculares prevalecen, representando el 9.41% de su población inscrita, con 391 personas bajo control por hipertensión arterial, diabetes tipo 2 y dislipidemia.

Mapa sector CESFAM Dr. Manuel Ferreira Guzmán



Fuente: Google Earth, elaboración propia



Equipo transversal.

El Equipo Transversal está compuesto por una diversidad de profesionales y técnicos especializados, cuyo principal objetivo es abordar las brechas de atención que puedan surgir en los sectores que conforman la población del CESFAM Manuel Ferreira Guzmán (MFG) y sus dispositivos asociados, como los CECOSF y las postas rurales.

Además, este equipo se encarga de áreas únicas de atención que trascienden la sectorización tradicional, tales como terapia complementaria, podología, sala de estimulación, entre otros. Estas áreas permiten atender a la población en general, sin importar el sector al que pertenezcan.

CECOSF Chacao.

Está ubicado en la Villa Chacao, en la calle San Antonio s/n, en la entrada norte de la Isla de Chiloé, a 32 kilómetros de la ciudad de Ancud. Este establecimiento presta servicios a los habitantes de sectores como Chacao, Chacao Viejo, Pulelo, Tres Cruces, San Gallán, Soledad Remolino, Puerto Elvira, Ruta 5, Butamanga, Estero Chacao, Quebrada Honda, entre otros.

Mapa sector CECOSF Chacao



Fuente: Google Earth, elaboración propia



El CECOSF Chacao atiende actualmente a 693 familias, y colabora con diversas instituciones y organizaciones, entre las que destacan: Colegios y jardines infantiles, Carabineros de Chile, Marineros, Bomberos, APR Rural, Delegación Municipal de Chacao, Clubes deportivos, organizaciones de artesanos, juntas de vecinos y comunidades indígenas.

El CECOSF Chacao tiene a su cargo dos postas rurales:

Posta Caulín: 751 usuarios inscritos, en total 317 familias, según registro.

Posta Manao: 1510 usuarios inscritos con un total 457 familias.

CECOSF Quetalmahue.

Está ubicado en el sector rural noroeste de la comuna de Ancud, a 14 km de la ciudad, en la Provincia de Chiloé. Este establecimiento funciona bajo la administración del CESFAM Dr. Manuel Ferreira Guzmán, el cual depende de la gestión de la Corporación Municipal de Ancud. El CECOSF Quetalmahue tiene como objetivo principal desarrollar actividades preventivas y promocionales con un enfoque familiar y comunitario. Estas actividades se realizan en coordinación con la red asistencial y complementan los servicios del CESFAM base. Su propósito es mejorar el acceso, la oportunidad y la resolución de problemáticas específicas de la localidad, adaptándose a las características de su población.

Su población inscrita de aproximadamente 1411 personas. Así también atiende una población bajo control de pacientes con patologías crónicas de 333 usuarios y 87 usuarios en control por patologías de Salud Mental.

La comunidad de Quetalmahue se dedica mayoritariamente a actividades como la agricultura, la pesca, el turismo y la gastronomía, lo que influye en las necesidades de salud de sus habitantes.

Mapa de CECOSF Quetalmahue



El CECOSF Quetalmahue tiene bajo su cobertura:

Posta de Nal.

Posta de Guabún.

Tres Estaciones Médicos Rurales (EMR):

Cayucán

Pumillahue

Tehuaco

El sector cuenta con 2 escuelas rurales, ubicadas en Cocotué y Pilluco; un jardín infantil, tres sedes vecinales en Pumillahue, Tehuaco y Quetalmahue.

Tiene como eje central desarrollar actividades preventivas y promocionales con enfoque familiar y comunitario, en coordinación con la red asistencial y en complementariedad con el Centro de Salud Familiar base, mejorando el acceso, oportunidad y la resolución de problemáticas propias que se ajustan a las características específicas de la localidad.



CECOSF Bellavista.

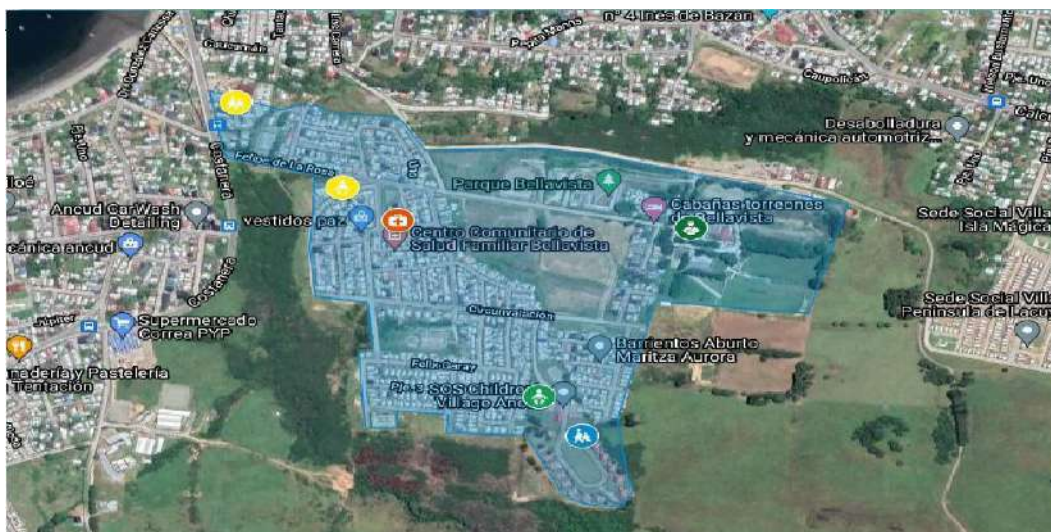
El Centro Comunitario de Salud Familiar (CECOSF) Dr. Oscar Muñoz Silva se encuentra ubicado en el sector Bellavista, que abarca las unidades vecinales de Bellavista I, II y III, Villa Jardín del Alto, y Villa Portal del Archipiélago, además de atender a una población flotante proveniente de otros sectores de la comuna.

El CECOSF Bellavista está comprometido con la mejora continua, un proceso que se lleva a cabo mediante la evaluación constante de su gestión, la medición de la satisfacción de sus usuarios y el trabajo estrecho con la comunidad. Este último se realiza en conjunto con actores representativos, como el Comité de Salud y la Mesa Territorial. Estas instancias, integradas en el Consejo de Desarrollo Local (CDL), canalizan las inquietudes de los vecinos para buscar soluciones participativas que respondan a las necesidades de los usuarios.

El objetivo principal es lograr un enfoque integral, utilizando al máximo las redes disponibles para beneficiar la salud del individuo y su grupo familiar.

Actualmente, el CECOSF cuenta con una población inscrita activa de 3.278 usuarios. Además, se brinda atención a pacientes con patologías crónicas prevalentes y a usuarios en control por problemas de salud mental.

Mapa CECOSF Bellavista.



DISPOSITIVOS ESPECIALES.

SERVICIO DE URGENCIA DE ALTA RESOLUTIVIDAD (SAR ANCUD).

El Servicio de Urgencia de Alta Resolutividad (SAR) de Ancud inició sus operaciones el 30 de junio de 2021, tras diversas reuniones de coordinación con Urgencia HAN, SAMU, Carabineros, PDI, Bomberos y la obtención de la autorización sanitaria correspondiente.

Este programa tiene como objetivo principal atender urgencias de salud durante días inhábiles y en horario nocturno, dado que los CESFAM funcionan hasta las 20:00 horas. Para ello, el SAR implementa servicios de atención primaria de urgencia de alta resolución en horarios complementarios, ofreciendo atención médica inmediata y resolutiva. Además, cuenta con equipamiento avanzado, como rayos X osteo-pulmonares, un kit de laboratorio básico y acceso a telemedicina.

Actualmente, el SAR de Ancud es reconocido por la comunidad como uno de los principales centros de atención de urgencias en horarios no hábiles.

En el SAR de Ancud, se prioriza la atención de los usuarios según la gravedad de sus condiciones, mediante un modelo de categorización conocido como Índice de Severidad de



Emergencia (ESI). Actualmente, la mayor parte de los usuarios se clasifica en ESI 4 y 5, seguido de ESI 3, 2 y 1, con un promedio mensual de 1,920 atenciones.

El equipo operativo por turno está compuesto por:

- 2 médicos.
- 2 enfermeros.
- 1 kinesiólogo diurno.
- 1 tecnólogo médico.
- 4 TENS.
- 1 administrativa.
- 1 conductor.
- 1 auxiliar de servicio.

El programa también cuenta con el apoyo de una dupla psicosocial del programa de Salud Mental, que trabaja de lunes a viernes.

Para traslados, el SAR dispone de una ambulancia básica, el acceso al SAR se encuentra en el costado derecho del CESFAM Dr. Manuel Ferreira Guzmán, en su zona posterior.

SERVICIO DE URGENCIA RURAL (SUR) CHACAO.

Este programa está diseñado para proporcionar atención de urgencia a la comunidad de localidades rurales durante horarios no hábiles.

El programa abarca una amplia zona rural, incluyendo las localidades de:

Chacao y alrededores: Chacao, Chacao Viejo, Estero Chacao, Puerto Elvira, San Gallan, Tres Cruces, Pulelo, Soledad Remolino, Ruta 5, Butamanga.

Sectores rurales adicionales: Manao, Punta Chilen, Hueihue Alto, Coñimo, Los Patos, Huelden Doka, Caulín, Caulín Bajo, Caulín Alto, Quebrada Honda, Pugueñun Pihuío, Pugueñun, Los Pinos, Huicha.

El equipo de trabajo está compuesto por:



- 2 Técnicos en Enfermería de Nivel Superior (TENS).
- 1 Conductor.
- 1 Auxiliar de Servicio.
- 1 Médico de llamado (ubicado en el SAR de Ancud).
- 1 Enfermera coordinadora en horario no correspondiente al Servicio de Urgencia Rural (SUR).
- Fines de semana y festivos: Atención 24 horas.

Para los traslados de pacientes, el programa dispone de una ambulancia básica equipada. Este programa es una herramienta fundamental para mejorar el acceso a la salud en localidades rurales, asegurando atención de calidad y continuidad en el cuidado de los usuarios.

Modulo dental.

El Módulo Dental es un establecimiento de salud administrado por la Corporación Municipal, financiado con recursos provenientes de JUNAEB y del departamento de salud de la Corporación Municipal.

El principal objetivo del Módulo Dental es brindar atención odontológica y educación en salud bucal a los niños y niñas de escuelas fiscales municipales y subvencionadas que tienen convenio con JUNAEB. Este servicio está dirigido a estudiantes desde Prekínder hasta Octavo Básico.

El enfoque del programa es integral, abarcando los aspectos:

Reparativos: Tratamiento de lesiones bucales existentes.

Preventivos y Promocionales: Educación y acciones para prevenir problemas bucales futuros.

Sus servicios y Prestaciones son: Obturaciones, Pulpotomías, Exodoncias, Aplicación de sellantes y flúor, atención de urgencias dentales, derivación a especialistas cuando el caso lo requiera, educación en salud bucal: Técnicas de cepillado, concientización sobre el cuidado

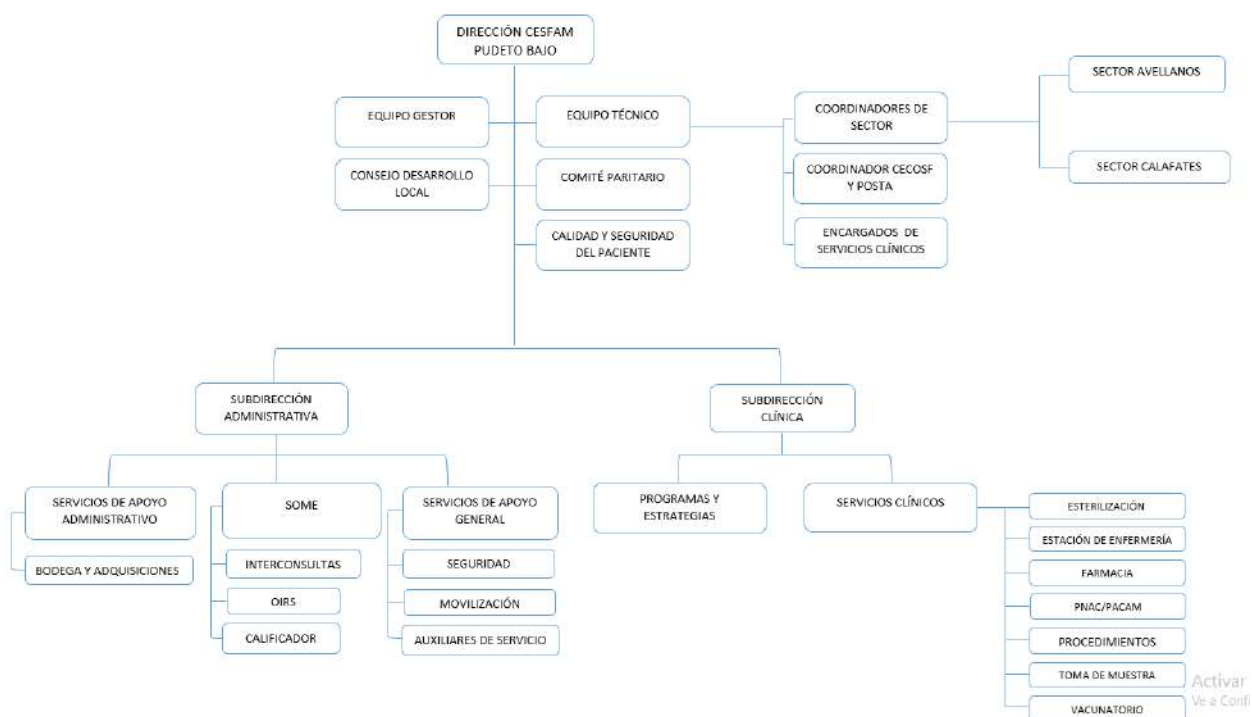


de los dientes. Promoción de hábitos saludables, incluyendo una alimentación adecuada para la salud bucal.

El programa busca no solo reparar el daño bucal, sino también fomentar una cultura de prevención a través de la educación, contribuyendo a que los niños y niñas desarrollen hábitos saludables que impacten positivamente en su calidad de vida.

En el año 2024 se cumplió lo programado sobre 831 ingresos y 831 controles, lo que corresponde al 100 % del cumplimiento de la meta anual.

CESFAM PUDETO BAJO



El CESFAM Pudeto Bajo es uno de los principales centros de Atención Primaria de Salud (APS) en la comuna de Ancud. Su enfoque está basado en el Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS), con una orientación familiar y comunitaria, priorizando la promoción, prevención y el tratamiento continuo de enfermedades.

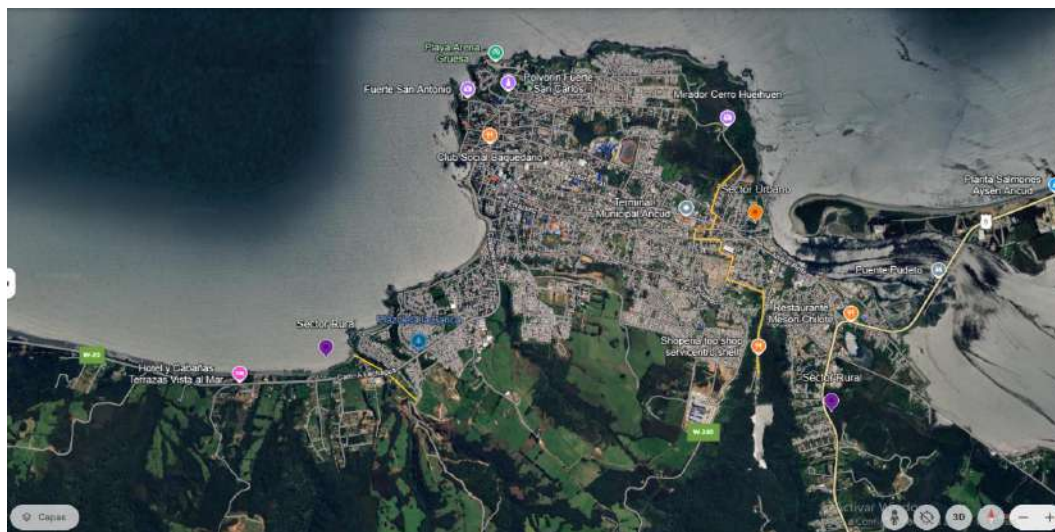
Cuenta con un equipo multidisciplinario que atiende a una población sectorizada, garantizando la continuidad del cuidado y fortaleciendo el vínculo entre los usuarios y su

equipo de salud. Además, ofrece diversos programas de salud, abordando patologías crónicas, salud infantil, salud mental y rehabilitación.

Actualmente, el CESFAM Pudeto Bajo registra un total de 11.316 usuarios inscritos.

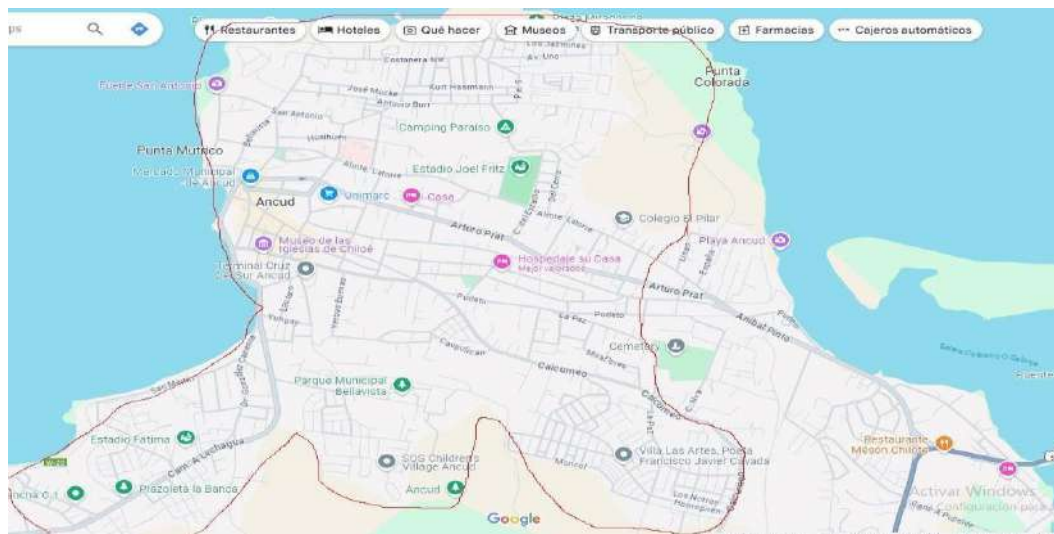
El CESFAM Pudeto Bajo se encuentra dividido en dos sectores principales:

Sector Calafate: Atiende a 5293 usuarios.



Mapa de Sector Calafate.

Sector Avellanos: Atiende a 7315 usuarios.



Mapa de Sector Avellanos.

Además, cuenta con los siguientes dispositivos asociados:

CECOSF Puntra-Degañ.

Posta Coipomó.

Estaciones Médico-Rurales: Aguas Buenas y Chepu.

En conjunto, estos dispositivos ofrecen una cartera integral de prestaciones, basadas en un enfoque familiar, comunitario e intercultural, y cuentan con servicios y programas comunales destacados como:

Sala de Rehabilitación con Base Comunitaria.

Programa Más Adulto Mayor Autovalente.

Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas (ECICEP): Promoción, Prevención y Manejo de la Cronicidad en el Contexto de la Multimorbilidad.



La ECICEP es una estrategia piloto implementada a finales de 2020 en el CESFAM Pudeto Bajo, diseñada para garantizar cuidados integrales, continuos y centrados en las personas. Su objetivo principal es abordar los desafíos de la cronicidad, beneficiando a usuarios, cuidadores, equipos de salud y la comunidad en general.

Equipo Multidisciplinario y Ámbito de Acción

La estrategia cuenta con un equipo especializado compuesto por:

Kinesiólogo: Coordinador y gestor de casos.

Enfermera: Gestora de casos.

TENS: Responsable del seguimiento a distancia y gestión.

La ECICEP abarca los sectores Calafate, Avellanos y el CECOSF Degañ, integrando a los equipos multidisciplinarios locales para una atención más cercana y eficiente.

El enfoque está dirigido a usuarios con:

Alto riesgo (G3): 5 o más diagnósticos crónicos.

Riesgo moderado (G2): 2 a 4 diagnósticos crónicos.

El ingreso a la estrategia se realiza a través de evaluaciones conjuntas entre un médico y otro profesional relevante, considerando la disponibilidad local y las necesidades individuales de los pacientes.

Principales Actividades y Prestaciones

Ingreso integral: Evaluación inicial completa del paciente.

Plan de cuidado integral consensuado: Elaboración de un plan personalizado en conjunto con el usuario.

Control integral: Monitoreo regular del estado de salud.

Seguimiento integral a distancia: Supervisión remota del paciente.

Gestión de casos: Coordinación de recursos y acciones necesarias para la atención.

Conciliación farmacéutica: Revisión y ajuste de tratamientos médicos.



El objetivo es garantizar un cuidado integral, continuo y eficiente según el nivel de riesgo del usuario, optimizando la calidad de la atención.

Objetivos Específicos

Para la Comunidad

Brindar atención integral, eficiente y de calidad con un enfoque holístico.

Aplicar los principios del Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS):

Centrarse en las personas.

Promover la integralidad y continuidad del cuidado.

Gestionar la atención primaria según el riesgo de salud de la población.

Reducir episodios de descompensación y la necesidad de atención secundaria.

Fomentar el autocuidado y automanejo de la salud.

Mejorar la experiencia y satisfacción de los usuarios.

Facilitar la orientación dentro del sistema de salud.

Aumentar la percepción de bienestar en personas con condiciones crónicas.

Para el Equipo de Salud

Establecer lineamientos claros para la implementación de la estrategia.

Unificar el lenguaje y enfoques entre los profesionales.

Facilitar la toma de decisiones compartidas con los usuarios.

Favorecer la continuidad del cuidado en toda la red de salud.

Evitar la duplicidad en intervenciones y mejorar la coordinación.

Evaluar y proyectar la estrategia a mediano y largo plazo.

Impacto y Proyección

La ECICEP busca consolidarse como un modelo de atención innovador, transformando la experiencia de los usuarios y optimizando los procesos del sistema de salud. Su enfoque integral permite obtener mejores resultados clínicos, mayor satisfacción de los pacientes y un entorno de trabajo más eficiente para los equipos de salud.



CECOSF PUNTRA DEGAN.

Está ubicado al sur de la comuna de Ancud y abarca un amplio territorio que incluye los siguientes sectores: Degañ, Butalcura, Puntra Estación, Punta El Roble, Bel Ben, Tantauco, Coipomó, Chepu, Aguas Buenas, Las Huachas, Chaquihual, Palomar, Coquiao, Km 31, Km 25, El Prado, Quichitue, El Sauce, Loncomilla, Camino Viejo, y Senda Tantauco.

Además, el CECOSF tiene a su cargo:

Posta de Salud Rural de Coipomó.

Estaciones Médico-Rurales de Aguas Buenas y Chepu.

Este establecimiento beneficia a un total de 1127 usuarios inscritos/as, según datos del sistema Rayen Salud.

El CECOSF Puntra-Degañ cuenta con un equipo multidisciplinario que se encarga de llevar atenciones y prestaciones a toda la población bajo su responsabilidad. Las atenciones se realizan a través de distintos programas y servicios diseñados para responder a las necesidades de salud de la comunidad, con un enfoque preventivo y promocional.



Padres y cuidadores, quienes recibirán herramientas para fortalecer el tratamiento en el entorno familiar.

La segmentación etaria sigue las directrices del CESFAM Pudeto Bajo y el programa Chile Crece Contigo.

La sala abarca una amplia variedad de condiciones relacionadas con el neurodesarrollo y el sistema neurológico:

- Parálisis Cerebrales (leve a moderada).
- Distrofias Musculares.
- Síndrome de Down.
- Lesiones Medulares (congénitas o adquiridas).
- Amputaciones (congénitas o adquiridas).
- Neuropatías (congénitas o adquiridas).
- Retraso en el Desarrollo Psicomotor (RDSM).
- Otros síndromes con alteraciones sensoriales.

La Sala Comunitaria de Integración Sensorial busca mejorar la calidad de vida de los niños, niñas y adolescentes atendidos, proporcionando un espacio para el desarrollo integral y el aprendizaje, al tiempo que apoya a sus familias en el proceso de tratamiento.

Sala de rehabilitación con bases comunitaria.

La Sala RBC, de carácter comunal, está ubicada en las dependencias del CESFAM Pudeto Bajo. Su principal objetivo es brindar una rehabilitación integral a personas en situación de discapacidad, con un enfoque biopsicosocial.

El equipo multidisciplinario está compuesto por:

- 3 kinesiólogos.
- 1 terapeuta ocupacional.
- 1 terapeuta complementario.



La Sala RBC ofrece las siguientes prestaciones:

- Rehabilitación en sala: Tratamientos específicos para usuarios/as con diversas patologías.
- Talleres comunitarios: Actividades grupales enfocadas en prevención y educación.
- Visitas domiciliarias: Atención directa en hogares de usuarios urbanos y rurales.
- Terapias de Medicina Complementaria:
- Indicaciones: Manejo del dolor, trastornos de somatización, trastornos psicoemocionales o conductuales (como ansiedad, insomnio o ánimo inestable).

La Sala RBC prioriza la rehabilitación integral de:

- Personas en situación de discapacidad leve o transitoria.
- Grupos en mayor riesgo, como adultos mayores.
- Pacientes con necesidades específicas derivadas de la red APS comunal.
- Estrategias adoptadas:
- Tele-rehabilitación para pacientes críticos con patologías neurológicas.
- Seguimientos telefónicos para asegurar la continuidad del tratamiento.

La Sala RBC busca no solo rehabilitar a las personas en situación de discapacidad, sino también fomentar su integración activa en la comunidad, promoviendo la prevención, educación y atención personalizada para mejorar su calidad de vida.



POSTAS DE SALUD RURAL

Las PSR en Chile operan bajo el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, que se centra en:

Atención Integral: Ofrecer servicios que abarcan promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación.

Enfoque Familiar y Comunitario: Considerar a la familia y la comunidad como unidades básicas de atención.

Participación Comunitaria: Fomentar la involucración activa de la comunidad en la gestión y desarrollo de las actividades de salud.

Accesibilidad: Garantizar que los servicios sean accesibles geográficamente y culturalmente pertinentes para la población rural.

Cada PSR recibe apoyo periódico de un equipo profesional compuesto por médicos, enfermeras, matonas, dentistas y otros funcionarios de la salud que forman parte del equipo de cabecera. Este equipo se desplaza a las postas en forma conjunta o alternada para brindar atención especializada.

Este modelo busca asegurar que las comunidades rurales, como las de Ancud, tengan acceso a servicios de salud de calidad, respetando sus particularidades culturales y geográficas.

Ancud cuenta con las siguientes postas:

- Posta de Coipomo
- Posta de Caulin
- Posta de Manao
- Posta de Linao
- Posta de Guabun
- Posta de Nal



Las Postas de Salud Rural en la comuna de Ancud cumplen un rol fundamental en la atención primaria, haciéndose cargo de las necesidades de salud de su territorio. Cada posta atiende a una población bajo su control, adaptando sus servicios a las particularidades del sector, considerando factores geográficos, sociales y epidemiológicos.

Bajo el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, estas postas acercan la salud a la población rural, garantizando acceso oportuno y equitativo a la atención médica. A través de un enfoque territorial, las postas responden a los requerimientos sanitarios locales, promoviendo la prevención de enfermedades, el control de patologías crónicas y la atención de urgencias menores, entre otros servicios esenciales.

Además, el equipo de salud trabaja en conjunto con la comunidad para fortalecer la participación y la corresponsabilidad en el cuidado de la salud, implementando estrategias que contribuyen a mejorar la calidad de vida de la población rural.



CARTERA DE PRESTACIONES.

La Cartera de Prestaciones está organizada por ciclos vitales y contempla una amplia variedad de actividades y servicios diseñados para atender las necesidades de salud de la población. Estas incluyen controles de salud, consultas, talleres educativos, intervenciones psicosociales, procedimientos médicos y más. A continuación, se detallan las prestaciones disponibles:

Categoría	Prestaciones
Atención de Morbilidad	Consultas médicas generales, atención de enfermedades crónicas, atención odontológica básica.
Salud Infantil	Control de niño sano, vacunación, Programa de Alimentación Complementaria (PNAC).
Salud de la Mujer	Controles ginecológicos, PAP, control de embarazo, entrega de métodos anticonceptivos.
Salud del Adulto	Control de enfermedades crónicas (HTA, DM2), exámenes preventivos de salud (EMP), vacunación.
Salud del Adulto Mayor	Control geriátrico, exámenes preventivos, rehabilitación, Programa Más Adultos Mayores Autovalentes.
Salud Mental	Atención psicológica, apoyo psiquiátrico, talleres psicoeducativos, programa de prevención del suicidio.
Salud Bucal	Atención odontológica integral, controles preventivos, urgencias dentales.
Atención Domiciliaria	Atención de pacientes postrados, curaciones, administración de medicamentos, cuidados paliativos.
Programas Alimentarios	PNAC (niños), PACAM (adultos mayores), JUNAEB (escolares).
Promoción de la Salud	Educación en salud, talleres comunitarios, ferias de salud, prevención de enfermedades.
Rehabilitación	Atención kinesiológica, terapia ocupacional, fonoaudiología.
Vacunación	Programa Nacional de Inmunización (PNI) para todas las edades.
Urgencias APS	Atención de urgencias menores, derivación a nivel secundario cuando es necesario.
Salud Sexual y Reproductiva	Entrega de anticonceptivos, consejería en salud sexual, atención de ITS, programa de VIH/SIDA.
Programa Cardiovascular	Control de hipertensión, diabetes, dislipidemia, evaluación de riesgo cardiovascular.



4.10 RECURSOS MATERIALES Y FÍSICOS DE LA RED APS ANCUD.

Los recursos materiales y físicos disponibles en la red de Atención Primaria de Salud son un elemento fundamental para garantizar una atención integral, oportuna y de calidad a la población. Estos recursos incluyen tanto las instalaciones, el equipamiento clínico como aquellos de carácter no clínico que respaldan el funcionamiento eficaz del sistema de salud. La red APS de Ancud cuenta con una infraestructura diversa y estratégicamente distribuida, que abarca desde Centros de Salud Familiar, Postas de Salud Rural hasta oficinas administrativas y espacios comunitarios. Este conjunto de recursos físicos desempeña un papel esencial en la prestación de servicios preventivos, curativos y de promoción de la salud, adaptándose a las características demográficas, geográficas y socioculturales de la comuna. En esta sección, se presenta una descripción detallada de los recursos físicos de la red APS en Ancud, diferenciando entre los espacios clínicos —donde se realiza la atención directa a usuarios— y los no clínicos, que incluyen áreas de soporte, administración y participación comunitaria. Este análisis permitirá identificar fortalezas, oportunidades de mejora y necesidades prioritarias para el desarrollo continuo de la red de salud comunal.

Infraestructura

El área de recursos físicos de la Corporación Municipal de Ancud tiene como misión gestionar el mantenimiento de los establecimientos de salud y su equipamiento, así como coordinar los proyectos de reposición e implementación de nuevos establecimientos de salud. Este trabajo se realiza en conjunto con el Departamento de Salud Municipal y el Servicio de Salud.

El mayor desafío como proyecto de construcción para el período de años abordados en el presente documento es el CESFAM Alto Caracoles, el cual ha incluido un arduo trabajo previo que va desde la identificación de necesidades, diseño del proyecto, evaluación de presupuesto



y financiamiento, gestión y permisos hasta llegar al proceso de construcción, asegurando que se cumplan los plazos, costos y estándares de calidad.

De cara al año 2025, se han identificado una serie de necesidades prioritarias que buscan optimizar el estado y la operatividad de las instalaciones. Este plan de infraestructura está diseñado para abordar de manera integral las áreas críticas relacionadas con el mantenimiento preventivo y correctivo de equipos, sistemas y espacios. Las acciones propuestas incluyen la certificación y mantenimiento de sistemas clave, como: calderas, aires acondicionados, equipos eléctricos e iluminación, así como la limpieza de instalaciones como fosas sépticas y estanques de agua. Adicionalmente, se prioriza la ejecución de medidas sanitarias y de control ambiental, incluyendo desratización, sanitización y fumigación, además de la mantención de áreas verdes. Estas actividades buscan no solo cumplir con los estándares normativos, sino también garantizar un ambiente seguro y eficiente para todos los usuarios de las instalaciones. A continuación, se presenta el listado de mantenciones según requerimientos y necesidades proyectadas para el año 2025:

- Certificación y mantención de calderas
- Mantenciones eléctricas e iluminación
- Mantención aires acondicionados
- Mantención grupos electrógenos
- Mantenciones bombas de agua y limpieza de estanques
- Reparaciones y mantenciones infraestructura e instalaciones
- Desratización, sanitización y fumigación
- Limpieza fosas sépticas
- Corte de pasto



REPARACIONES MAYORES:

ESTABLECIMIENTO	REPARACIÓN
POSTA LINAO:	CONSERVACION DE CUBIERTA VIVIENDA, PINTURA INTERIOR, MEJORAMIENTO CANALIZACION CALEFACCION, REPARACIÓN MUROS INTERIORES SALA PROCEDIMIENTO, REPOSICIÓN VENTANAS, MANTENCIÓN REVESTIMIENTO EXTERIOR TEJUELAS, REPOSICION REVESTIMIENTO ZIDING POR ZINC ACANALADO PREPINTADO, MEJORAMIENTO ACCESO Y SALA DE KINESIOLOGIA Y BOX DENTAL,
CECOSF PUDETO:	REPOSICIÓN REVESTIMIENTO EXTERIOR FIBROCEMENTO EN SECTOR CALAFATE Y CONSERVACION REVESTIMIENTO ZINC, SISTEMA ELECTRICO SECTOR CALAFATE,
CESFAM MANUEL FERREIRA:	CONSERVACION SELLOS Y BURLETES DE VENTANAS, REPOSICIÓN MUROS EXTERIOR SECTOR LABORATORIO(INCLUIDO EN PROYECTO CONSERVACION QUE NO SE ASIGNARON RECURSOS EN MINSAL).
CECOSF CHACAO:	NORMALIZACION INSTALACION ELECTRICA, REPARACION DESNIVEL EN PISO SECTOR BOX ATENCION CLINICO, INSTALACION COMBUSTION LENTA A PELLET EN SALA DE ESPERA, DISMINUCION DE BRECHAS SANITARIAS ACORDE A PAUTA CHAQUEO CECOSF CHACAO PARA SOLICITUD DE AUTORIZACION SANITARIA.
POSTA COIPOMO:	CONSTRUCCION SALA REAS, SALA ACOPIO RESIDUOS PARA OBTENER RESOLUCIÓN

PROYECTOS MAYORES:

ESTABLECIMIENTO	INCLUYE
PROYECTO REPOSICIÓN CON RELOCALIZACION POSTA RURAL CAULIN	ESPECIALIDADES: SANITARIAS, ELECTRICAS, CALEFACCION, TOPOGRAFIA, MECANICA DE SUELO, CALCULO ESTRUCTURAL, REVISOR INDEPENDIENTE DE ARQUITECTURA Y ESTRUCTURAL, EFICIENCIA ENERGETICA, ENTRE OTROS, PRESUPUESTO, PRECIOS UNITARIAS.
REPOSICIÓN CECOSF CHACAO	ESPECIALIDADES: SANITARIAS, ELECTRICAS, CALEFACCION, TOPOGRAFIA, MECANICA DE SUELO, CALCULO ESTRUCTURAL, REVISOR INDEPENDIENTE DE ARQUITECTURA Y ESTRUCTURAL, EFICIENCIA ENERGETICA, ENTRE OTROS, PRESUPUESTO, PRECIOS UNITARIAS.
REPOSICION CECOSF BELLAVISTA	ESPECIALIDADES: SANITARIAS, ELECTRICAS, CALEFACCION, TOPOGRAFIA, MECANICA DE SUELO, CALCULO ESTRUCTURAL, REVISOR INDEPENDIENTE DE ARQUITECTURA Y ESTRUCTURAL, EFICIENCIA ENERGETICA, ENTRE OTROS, PRESUPUESTO, PRECIOS UNITARIAS.
ESTUDIOS E INVESTIGACIONES 2211001	TOTAL ESTUDIOS.
REPOSICION CON RELOCALIZACION POSTA SALUD RURAL CAULIN	ADQUISICIÓN TERRENO, MINIMO 2000 METROS CUADRADOS SOBRE COTA 30.



Proyectos de inversión con financiamiento externo convenio Programación MINSAL-FNDR:

Termino reposición con relocalizacion posta Guabun asignado recursos incluye equipamiento y equipos.

Reposición con relocalización posta salud rural Nal: RS a la espera firma convenio regional, incluye equipamiento y equipos.

Diseño y especialidades construcción CESFAM Caracoles: RS en trámite firma convenio.

RECURSOS MATERIALES NO CLÍNICOS:

Los recursos no clínicos están distribuidos en los diversos establecimientos como CESFAM, CECOSF y postas rurales, desempeñan un papel esencial en el soporte operativo de las actividades sanitarias.

El listado incluye una variedad de sistemas y equipos críticos como sistemas eléctricos, generadores, calderas, bombas de agua, sistemas de extinción de incendios, y elementos de infraestructura básica como alcantarillado y canaletas. Adicionalmente, se consideran recursos móviles, como ambulancias y vehículos de transporte, que son fundamentales para la atención en terreno y la conexión entre dispositivos de salud.

A continuación, se detalla la distribución de los recursos no clínicos en la red APS de Ancud.



1. CESFAM MANUEL FERREIRA GUZMÁN

Equipos de aire, sopleteado, lavado, etc.

Sistema eléctrico

Generador (Grupo electrógeno)

Caldera

Bombas de agua

Extintores

Extintores de móviles

Canaletas y bajadas de agua

Red y cámaras de inspección
alcantarillado

3. CECOSF BELLAVISTA

Equipos de aire, sopleteado, lavado, etc.

Bombona y calefactores a gas

Caldera

Sistema eléctrico

Extintores

Canaletas y bajadas de agua

Red, cámaras, alcantarillado y fosa

5. POSTA MANAO

Sistema eléctrico

Generador (Grupo electrógeno)

Caldera

Estanques de agua y motobombas

Extintores

Canaletas y bajadas de agua

Red, cámaras, alcantarillado y fosa

7. CECOSF QUETALMAHUE

Aire acondicionado farmacia

Sistema eléctrico

Bombas de agua

Generador

Caldera y radiadores

Mantenimiento extintores

Mantenimiento canaletas y bajadas de agua

Red, cámaras, alcantarillado, fosa y planta
de tratamiento

2. POSTA LINAO

Sistema eléctrico

Mantenimiento de caldera

Estanques de agua y motobombas

Caldera

Extintores

Canaletas y bajadas de agua

Red, cámaras, alcantarillado y fosas

4. CECOSF CHACAO/SUR

Equipos de aire, sopleteado, lavado, etc.

Sistema eléctrico

Generador (Grupo electrógeno)

Caldera

Extintores

Canaletas y bajadas de agua

Red, cámaras, alcantarillado y fosa

Limpieza y mantenimiento de combustión
lenta.

6. POSTA CAULIN

Sistema eléctrico

Extintores

Canaletas y bajadas de agua

8. POSTA NAL

Estanques de agua y bombas
de tratamiento

Red de agua

Sistema eléctrico

Combustión lenta.

Calefont

Extintores

Canaletas y bajadas de agua

Red, cámaras, alcantarillado, fosa y planta
de tratamiento



9. POSTA GUABUN

Estanques de agua y bombas
Sistema eléctrico
Combustión lenta.
Estufa a leña
Calefont
Extintores
Canaletas y bajadas de agua
Red, cámaras, alcantarillado, fosa y planta de tratamiento

11. SECTOR AVELLANOS

Aire, sopleteado, lavado, etc.
Sistema eléctrico
Generador (Grupo electrógeno)
Estufas a combustión lenta.
Mantención extintores
Mantención canaletas y bajadas de agua
Red, cámaras, alcantarillado, fosa y planta de tratamiento

13. POSTA COIPOMÓ

Sistema eléctrico
Caldera
Estanques de agua y bombas
Extintores
Canaletas y bajadas de agua
Red, cámaras, alcantarillado, fosa y planta de tratamiento
Estufas a combustión lenta.

10. SECTOR CALAFATE

Equipos de aire, sopleteado, lavado, etc.
Sistema eléctrico
Generador (Grupo electrógeno)
Bombas de agua
Extintores
Extintores de móviles
Canaletas y bajadas de agua
Red, cámaras, alcantarillado, fosa y planta de tratamiento

12. CECOSF DEGAÑ

Equipos de aire, sopleteado, lavado, etc.
Sistema eléctrico
Generador (Grupo electrógeno)
Caldera
Estanques de agua y bombas
Extintores
Canaletas y bajadas de agua
Red, cámaras, alcantarillado, fosa y planta de tratamiento

14. ESPACIO SALUDABLE

Mantención extintores
Mantención canaletas y bajadas de agua
Red, cámaras, alcantarillado, fosa, planta de tratamiento



15. MODULO DENTAL
Equipos de aire y sopleteado
Sistema eléctrico
Bombona y calefactores a gas
Extintores
Canaletas y bajadas de agua
Red, cámaras, alcantarillado, fosa y planta de tratamiento

17. MÓVILES COMUNALES
Ambulancias (7)
Camionetas (14)
Furgones (3)

16. SAR
Equipos de aire
Sistema eléctrico
Generador (Grupo electrógeno)
Bombas de agua
Extintores
Canaletas y bajadas de agua
Red, cámaras, alcantarillado, fosa y planta de tratamiento

Este inventario es una herramienta que nos permite gestionar, controlar y monitorear los bienes, además nos desafía a priorizar la mantención y actualización constante de estos recursos para asegurar su funcionalidad, prolongar su vida útil y responder de manera efectiva a las necesidades sanitarias de la población. En este contexto, la adecuada gestión de estos elementos contribuye no solo al soporte de los servicios clínicos, sino también al cumplimiento de metas y actividades garantizando un entorno seguro y eficiente para usuarios y personal de salud.

Los recursos clínicos disponibles en la red de Atención Primaria de Salud de Ancud son esenciales para garantizar una atención de calidad y satisfacer las necesidades sanitarias de la comunidad. Estos equipos especializados, distribuidos estratégicamente en el CESFAM Manuel Ferreira, CESFAM Pudeto Bajo y sus dispositivos asociados fortalecen la capacidad resolutiva en los niveles preventivo, diagnóstico y terapéutico. Entre los recursos destacados se encuentran ecógrafos, autoclaves, equipos de desfibrilación, sistemas de rayos X y sillones dentales, que permiten atender con eficacia a los usuarios en áreas críticas como urgencias, odontología, embarazo, diagnóstico por imágenes y control de enfermedades crónicas. Además, el uso de refrigeradores para vacunas y medicamentos asegura la conservación



adecuada de insumos vitales, mientras que equipos portátiles como los ECG contribuyen a un diagnóstico oportuno y accesible, especialmente en zonas rurales.

A continuación, se detalla la distribución de los recursos clínicos en la red APS de Ancud.

1. CESFAM MANUEL FERREIRA GUZMÁN
Ecógrafo
Autoclaves
ECG
Equipo de desfibrilación
Refrigeradores farmacia
Refrigeradores para vacunas
Sillón dental/compresor (3)
Ultrasonido dental
Ecógrafo
Equipo Rayos X

4. CECOSF CHACAO/SUR
Autoclave
ECG
Equipo de desfibrilación
Refrigeradores farmacia
Sillón dental/compresor
Ultrasonido dental
Equipo de rayos X

8. POSTA NAL
ECG

9. POSTA GUABUN
ECG

CESFAM PUDETO BAJO 10. SECTOR CALAFATE
Autoclave
ECG
Equipos de desfibrilación
Refrigeradores farmacia
Refrigeradores para vacunas
Sillón dental
Ecógrafo
Ultrasonido dental y compresor

13. POSTA COIPOMÓ
ECG

2. POSTA LINAO
ECG

3. CECOSF BELLAVISTA
Autoclave
ECG
Equipo de desfibrilación
Refrigeradores farmacia
Sillón dental/compresor
Ultrasonido dental
Rayos X

5. POSTA MANAO
ECG

6. POSTA CAULIN
ECG

7. CECOSF QUETALMAHUE
Equipo de desfibrilación
Refrigeradores farmacia
Sillón dental y compresor
Ultrasonido dental
Equipo Rx dental

11. SECTOR AVELLANOS
Sillón dental
Ultrasonido dental y compresor
Rayos X dental

12. CECOSF DEGAÑ
ECG
Equipo de desfibrilación
Refrigeradores farmacia
Sillón dental
Ultrasonido dental y compresor
Equipo de Rayos X dental



PROGRAMAS (ESPACIO SALUDABLE, MODULO DENTAL, SAR)
14. ESPACIO SALUDABLE
4 Sillones dentales
Móvil dental
Ultrasonido dental y compresor
Equipo de Rayos X dental

15. MODULO DENTAL
Sillón dental
Ultrasonido dental y compresor
Equipo de rayos X dental

16. SAR
ECC
Equipo de desfibrilación
Refrigeradores farmacia
Equipo Rayos X (ostiopulmonar)

La disponibilidad, mantención y actualización de estos insumos son factores determinantes para mejorar la experiencia de los usuarios y garantizar su satisfacción con los servicios de salud. Asimismo, estos recursos potencian la capacidad del personal de salud para cumplir con estándares de atención asegurando un impacto positivo en los indicadores de salud comunal.

4.11 RECURSO HUMANO.

El artículo 10 de la ley 19.378 indica que se entenderá por dotación de atención primaria de salud municipal el número total de horas semanales de trabajo del personal que cada entidad administradora requiere para su funcionamiento.

El personal se clasificará en seis categorías:

Categoría A: Médicos Cirujanos, Farmacéuticos, Químico-Farmacéuticos, Bioquímicos y Cirujano-Dentistas.

Categoría B: otros profesionales.

Categoría C: técnicos de nivel superior.

Categoría D: técnicos de Salud.

Categoría E: administrativos de Salud.

Categoría F: auxiliares de servicios de Salud.

Los datos reflejan una propuesta de asignación total de 20.077 horas semanales, distribuidas en diferentes personas que cumplen funciones esenciales en la atención primaria de salud.



Categoría A: un total de 2.024 horas semanales distribuidas entre médicos, odontólogos/as y químicos farmacéuticos.

Categoría B: representa una de las categorías con mayor carga horaria (6.854 horas semanales).

Categoría C: tiene un total de 6.106 horas semanales, la mayoría de ella son utilizadas por TENS con 4,368 horas semanales.

Categoría D: tiene un total de 352 horas semanales.

Categoría E: tiene un total de 2.607 horas semanales distribuidas en administrativos, agentes comunitarios y facilitadoras intercultural.

Categoría F: tiene un total de 2.134 horas semanales distribuidas en conductores, guardias y auxiliares de servicios.

CATEGORÍA	Profesión	N° jornadas semanales				Total jornadas Semanales	Total Horas Semanales	
		11	22	33	44			
A	MÉDICO	0	0	0	24	24	1056	
	ODONTOLOGO(A)	0	2	2	17	20	836	
	QUIMICO FARMACEUTICO	0	0	0	3	3	132	
	TOTAL A	0	2	2	44	47	2024	
B	ASISTENTE SOCIAL	0	3	0	14	17	682	
	ENFERMERO(A)	0	0	0	29	29	1276	
	KINESIOLOGO(A)	1 (12)	5	0	22	28	1090	
	MATRONA	0	0	0	15	15	660	
	NUTRICIONISTA	0	2	0	16	18	748	
	PSICÓLOGO	0	1	5	14	20	814	
	TERAPEUTA OCUPACIONAL	0	2	0	3	5	176	
	PROFESOR EDUCACION FISICA	0	0	0	2	2	88	
	TECNÓLOGO MÉDICO	0	0	0	8	8	352	
	FONOAUDIÓLOGO	0	2	0	1	3	88	
	EDUCADORA DE PARVULO	0	0	0	4	4	176	
	INGENIERO EN INFORMATICA	0	0	0	2	2	88	
	OTROS PROFESIONALES	0	0	0	14	13	616	
	TOTAL B	1	15	5	144	164	6854	
C	TENS	1	0	2 - 1 (34)	100	100	4368	
	TONS	0	0	0	8	8	352	
	TERAPEUTA COMPLEMENTARIO	0	0	0	44	1	44	
	TANS	0	0	0	25	25	1100	
	PODOLOGOS	1	1	1	2	5	154	
	TEC. EN PREVENCIÓN DE RIESGOS	0	0	0	1	1	44	
	TEC. EN INFORMATICA	0	0	0	1	1	44	
	TOTAL C	0	0	3	181	141	6106	
	D	AUXILIAR ENFERMERIA/PARAMEDICO	0	0	0	8	8	352
		TOTAL D	0	0	0	8	8	352
E	ADMINISTRATIVOS	1	3	0	53	57	2409	
	AGENTE COMUNITARIO	0	0	2	2	4	154	
	FACILITADORA INTERCULTURAL	0	2	0	0	2	44	
	TOTAL E	1	5	2	55	63	2607	
F	CONDUCTOR/CHOFER	0	0	1	20	21	913	
	GUARDIAS	0	0	0	2	2	88	
	AUXILIAR DE SERVICIO	0	3	3	22	28	1133	
TOTAL F	0	3	4	44	51	2134		
SUB TOTAL DOTACION COMUNAL		2	25	16	476	474	20077	



La propuesta de dotación de la red APS Ancud 2025 presenta fortalezas en la asignación de personal lo que permite garantizar el cumplimiento de la cartera de prestaciones, sin embargo, para optimizar los recursos humanos es esencial conocer el perfil epidemiológico y demográfico de la población.

Cabe destacar que como entidad administradora, existen desafíos a nivel del recurso humano: por un lado la distribución clara de las responsabilidades de nuestros trabajadores lo cual se trabajará mediante la difusión del manual de funciones y un futuro proceso de calificaciones y por otro el compromiso de velar por una mejora continua en las condiciones laborales.

4.12 ANALISIS DE CAPACIDAD RESOLUTIVA.

4.12.1 CESFAM MANUEL FERREIRA

La oficina de interconsultas del CESFAM Dr. Manuel Ferreira se hace cargo de las derivaciones GES y no GES generadas en el establecimiento y sus dispositivos asociados, resolviendo éstas por PRAPS resolutiveidad e imágenes diagnósticas o derivando a Hospital Ancud u Hospital de Castro, dependiendo del mapa de derivación de la red GES y NO GES.

Como establecimiento, del total de consultas de morbilidad médica del año 2023, se generaron 2928 interconsultas, lo que corresponde al 11.9 % de las atenciones:

CONSULTAS DE MORBILIDAD MEDICA	24626
TOTAL SIC 2023	2928
PORCENTAJE DE DERIVACION	11,9

Ámbitos de mayor derivación: Del total de interconsultas ingresadas a lista de espera el año 2023, un 27.2 % son dirigidas a oftalmología, la especialidad con mayor número de



interconsultas, seguido por rehabilitación oral con un 8.8 % y medicina interna con un 8.4 %.

Las restantes especialidades se dividen de la siguiente manera:

ESPECIALIDAD	TOTAL SIC 2023	PORCENTAJE
Total general	5266	100
Oftalmología	1431	27,2
Rehabilitación Oral: Prótesis Removible	466	8,8
Medicina Interna	441	8,4
Endodoncia	412	7,8
Otorrinolaringología	355	6,7
Cirugía General Adulto	350	6,6
Ginecología	241	4,6
Traumatología Adulto	218	4,1
Cirugía de Cabeza, Cuello y Maxilo Facial	194	3,7
Obstetricia	192	3,6
Ortodoncia y Ortopedia Dento Máxilo Facial	171	3,2
Neurología	164	3,1
Urología	136	2,6
Pediatría	130	2,5
Odontopediatría	119	2,3
Periodoncia	83	1,6
Cirugía Pediátrica	49	0,9
Traumatología y Ortopedia Pediátrica	46	0,9
Cirugía Vasculat Periférica	31	0,6
Psiquiatría Adulto	22	0,4
Psiquiatría Pediátrica y de la Adolescencia	15	0,3



Tiempos de espera: Los días de espera promedio para cada especialidad a la fecha, según el total de interconsultas en lista de espera, son los siguientes:

ESPECIALIDAD	DÍAS DE ESPERA PROMEDIO
Ortodoncia y Ortopedia Dento Máxilo Facial	747
Oftalmología	339
Rehabilitación Oral: Prótesis Removible	318
Periodoncia	315
Otorrinolaringología	282
Cirugía Vascul ar Periférica	276
Urología	217
Cirugía de Cabeza, Cuello y Máxilo Facial	216
Traumatología y Ortopedia Pediátrica	212
Odontopediatría	211
Ginecología	205
Obstetricia	205
Psiquiatría Adulto	203
Psiquiatría Pediátrica y de la Adolescencia	203
Endodoncia	166
Cirugía General Adulto	165
Neurología	160
Cirugía Pediátrica	143
Medicina Interna	132
Traumatología Adulto	122
Pediatría	92

En cuanto a las especialidades más consultadas se destacan:

Oftalmología: esta especialidad tiene dos vías de derivación: GES y NO GES. Las patologías con derivaciones GES son dirigidas con garantía a Hospital de Ancud y cargadas a la plataforma SIGGES, estos cupos son asignados por HAN y agendados por oficina Interconsultas de nuestro establecimiento según los plazos que establece cada patología en último decreto GES. Las derivaciones NO GES son resueltas por UAPO comunal desde el mes de Junio 2024.

Otorrinolaringología: esta especialidad tiene dos vías de derivación: GES y NO GES. Las patologías con derivaciones GES son dirigidas con garantía a Hospital de Ancud y



cargadas a la plataforma SIGGES, estos cupos son asignados por HAN y agendados por oficina interconsultas de nuestro establecimiento según los plazos que establece cada patología en último decreto GES. Las derivaciones NO GES, en caso de usuarios mayores de 65 años, son dirigidas por mapa de derivación a HAN para atención por especialista y los menores de 65 años son atendidos por UAPORRINO SSCh en agenda mensual en nuestro establecimiento, todo esto por el programa de resolutiveidad. En todos los casos, usuarios con sospecha de hipoacusia menores de 65 años, se realiza audiometría localmente, previo a su cita con especialista, gestionada de manera local, con agenda mensual de Tecnóloga Médica.

Análisis de la demanda expresada y estrategias:

En base a lo expuesto, se evidencia que nuestra especialidad de mayor derivación es oftalmología, con un 27,2 % del total de las interconsultas, esta a su vez tiene un promedio de 339 días de espera. Las siguientes especialidades con mayor porcentaje de derivación son: Rehabilitación oral (8,8%), Medicina interna (8,4 %) y Endodoncia (7,8%). Por otro lado, las especialidades odontológicas son las tienen una mayor cantidad de días de espera en comparación con las especialidades médicas, es el caso de ortodoncia con 747 días, rehabilitación oral con 318 días y periodoncia con 315 días. En cuanto a Otorrinolaringología, que además de oftalmología, es la otra especialidad que se gestiona en parte por programa resolutiveidad, representa el 6.7 % de las interconsultas del año 2023, con un promedio de 282 días de espera.

Como establecimiento, en base a la realidad local, se evidencia la necesidad de contar con más horas de profesional tecnólogo médico para resolver consultas nuevas de oftalmología, esto dado que existe una alta demanda en la especialidad, contando a la fecha con 207 interconsultas en espera de atención, con un tiempo real de espera de 6 meses. Para este fin, se podría considerar como estrategia, a su vez, contar con apoyo de UAPOR, tal como se efectuó en su minuto antes de la implementación de UAPO comunal.



En lo que respecta a otorrinolaringología, la elevada cantidad de días de espera se debe principalmente a la poca cantidad de horas médicas disponibles para atender consultas nuevas, dado que para pacientes menores de 65 años contamos con agenda cada 2 meses con médico, lo cual no alcanza para la demanda actual. Como solución a esto, el Servicio de Salud Chiloé este año gestionó operativo medico otorrino para resolver aproximadamente 90 consultas nuevas ingresadas a lista de espera hasta el 31 de agosto del 2023, el cual se llevó a cabo en dependencias del CESFAM Dr. Manuel Ferreira.

Demanda oculta:

La demanda oculta o no expresada en salud se refiere a las necesidades de atención que no llegan a manifestarse formalmente en el sistema, ya sea porque los usuarios no acceden a los servicios, no identifican sus problemas de salud o porque el sistema no facilita el acceso oportuna a la atención.

Existe una serie de factores que no permiten que nuestra lista de espera vigente en SIGTE sea el fiel reflejo de nuestras interconsultas generadas y vigentes en Rayen. Estos factores son: atenciones abiertas en rayen, interconsultas en revisión de origen, contraloría tardía, caída de plataforma SIGTE y múltiples sistemas informáticos que no convergen entre sí. Todos estos factores inciden en lo fidedigno de nuestra lista de espera vigente en SIGTE, por lo cual se estima que existe un 10% de interconsultas que se encuentran en Rayen y no están cargadas a SIGTE.

4.12.2 CESFAM PUDETO BAJO

La oficina de Interconsultas maneja y asegura el correcto flujo de las derivaciones realizadas por los profesionales de atención directa en nuestro establecimiento, hacia la atención secundaria y dispositivos de SSCH anexos a la APS. Se encarga de realizar la correspondiente contraloría de SIC emitidas, priorización, ingreso a sistemas integrados de visualización con



atención secundaria para la gestión de listas de espera, citaciones y agendamiento de usuarios para operativos de atención médica y procedimientos, organización de atenciones en hospital digital, visitas domiciliarias para contactabilidad y egreso de la lista de espera de los usuarios ya atendidos, con el correspondiente registro en las distintas plataformas. Además de esto, la oficina se encarga del ingreso y gestión de casos GES, con la correspondiente articulación con el nivel secundario para su resolución. La Oficina cuenta también con atención directa a público a través de ventanilla, en donde se resuelven dudas relacionadas a listas de espera, casos GES, retiro de citaciones, entre otras consultas espontáneas de los usuarios. Nuestra unidad recibe periódicamente solicitudes de derivación dirigidas a servicios dependientes de APS y atención secundaria.

Las derivaciones con resolución por parte de nuestro nivel de atención corresponden principalmente a las siguientes:

Otorrinolaringología: Servicio entregado por la UAPORL, recibe principalmente solicitudes de atención de especialista otorrinolaringólogo y realización de audiometrías por parte de tecnólogo médico, derivadas de casos de hipoacusia.

Oftalmología: Servicio entregado por la UAPO, recibe principalmente solicitudes de atención de especialista oftalmólogo, realización de exámenes de fondo de ojo y recetas para indicación de lentes por parte de tecnólogo médico, derivadas de casos de vicios de refracción, glaucoma y diabetes mellitus. Esta unidad entrega recetas para las futuras compras de anteojos y su correspondiente entrega, por parte de la Corporación Municipal de Salud, a los usuarios que así lo requieran.

Hospital digital: iniciativa a cargo del Departamento de Salud Digital de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, la cual busca disminuir los tiempos de espera para la atención de especialista, en patologías que no requieren presencialidad, sin necesidad de acudir a la atención secundaria. Por parte de nuestra institución Hospital Digital recibe solicitudes de atención de especialista para las especialidades diabetología, nefrología y dermatología, y



para atención odontológica en patología oral y especialista en trastornos temporomandibulares.

Las derivaciones a nivel secundario se realizan siguiendo los mapas de derivación establecidos, dirigidas a las especialidades disponibles en nuestra red, según las necesidades de nuestros usuarios.

Proporción de derivación total de consultas

La proporción de derivación total de consultas se calculará considerando las atenciones facultadas de realizar derivaciones, estas corresponden a las atenciones médicas, las cuales derivan a las diferentes especialidades, atenciones dentales, quienes derivan a las especialidades odontológicas principalmente y atenciones de profesional matrona, quien deriva a ginecología adulto. En las siguientes tablas se observa la cantidad de los tipos de atenciones mencionadas, además de la cantidad de derivaciones a las distintas especialidades en el mismo período.

TIPO DE CONSULTA	CANTIDAD
Consultas médicas	3516
Consultas dentales	2069
Consultas matrona	427
TOTAL	6012

Tabla: Número total de atenciones en período enero a junio de 2024.

Fuente: Consolidado REM del período indicado.



ESPECIALIDADES Y SUB-ESPECIALIDADES	TOTAL DE DERIVACIONES
Oftalmología	155
Medicina Interna	122
Ginecología Adulto	88
Traumatología y Ortopedia Adulto	83
Cirugía General Adulto	74
Otorrinolaringología	72
Urología Adulto	40
Pediatría	34
Obstetricia	34
Neurología Adulto	30
Cirugía y Traumatología Maxilofacial	20
Neurología Pediátrica	18
Psiquiatría Adulto	18
Rehabilitación Oral	15
Cirugía Pediátrica	14
Dermatología	13
Ortodoncia y Ortopedia Dentomaxilofacial	12
Traumatología y Ortopedia Pediátrica	10
Cirugía Vascul ar Periférica	7
Odontopediatría	7
Implantología buco Maxilofacial	7
Nefrología Adulto	5
Endodoncia	5
Psiquiatría Pediátrica y de la Adolescencia	3
Diabetología	3
Hematología Adulto	2
Periodoncia	2
Trastornos temporomandibulares y dolor orofacial	2

Tabla: Total de derivaciones a especialidades y subespecialidades en el período enero a junio de 2024 (895).

Fuente: Consolidado REM del período indicado.

Con base en los datos anteriormente expuestos, se concluye que la proporción de derivación total de consultas, en el período indicado, corresponde a un 15% aproximadamente.



Ámbitos de mayor derivación y tiempos de espera.

Las especialidades con mayor derivación desde nuestro CESFAM, corresponden a Oftalmología, Medicina Interna, Ginecología adulto, Traumatología y ortopedia adulto y Cirugía general adulto. Los tiempos de espera promedio para las especialidades de mayor derivación desde enero a junio del año 2024 se presentan en el siguiente gráfico:



Las dos especialidades con mayor número de derivaciones corresponden a Oftalmología y Medicina Interna.

En el caso de Oftalmología las derivaciones son destinadas a UAPO y Hospital de Ancud, para evaluación, diagnóstico y tratamiento de casos GES y NO GES, siendo en su mayoría cuadros de vicios de refracción, cataratas, pterigion, glaucoma y epifora.

En el caso de Medicina Interna la alta cantidad de derivaciones se debe a que esta funciona como una especialidad de entrada a la atención secundaria en los casos de hematología y cardiología, ya que por mapa de derivaciones APS no puede derivar de manera directa estas especialidades a excepción de los casos GES. Por esta razón la mayor cantidad de derivaciones en esta área son por cuadros patológicos cardiacos como insuficiencia cardiaca, dolor



precordial, angina de pecho, taquicardia; además de otros cuadros gástricos sin cobertura específica de especialidad como la hemorragia gastrointestinal y gastritis.

Análisis de la demanda expresada y estrategias:

En base en la observación de la demanda expresada, descrita en los ítems anteriores, es deducible que se requiere mayor capacidad resolutive, debido a que la cantidad de derivaciones es alta y los tiempos de espera para la atención de especialidad son amplios. Las unidades del SSCH que buscan solucionar demandas específicas como UAPO y UAPORL son de gran ayuda, sin embargo, para el caso de Otorrinolaringología, se requiere de un especialista específico para la unidad, debido a que la realización de labores simultánea en la red secundaria por parte del profesional, disminuye considerablemente los tiempos disponibles para la correcta realización de operativos destinados a la resolución de casos derivados de APS. Otra iniciativa importante ha sido Hospital Digital, sin embargo, sería provechoso estudiar la posibilidad de aumentar la oferta de especialidades en la plataforma y aumentar a su vez la resolutive de casos en la misma, sin necesidad de requerir consulta presencial, debido a que en especialidades específicas como dermatología, la mayor cantidad de los casos son finalmente derivados a consulta presencial. De la mano de esto, también en la línea digital, sería una buena opción aumentar la oferta de Telemedicina de los establecimientos de atención secundaria, como una modalidad de atención alternativa a la atención presencial en los casos en que sea posible, lo que permitiría descongestionar listas de espera.

En relación a la demanda de prestaciones que no se realizan en nuestro servicio, pero que son solicitadas por médico para la evaluación, diagnóstico y/o tratamiento de usuarios, se pesquisa la necesidad principalmente de ecotomografías tiroideas, ecotomografías de partes blandas, colonoscopías, resonancias magnéticas y TAC, para las cuales lamentablemente los usuarios, en su mayoría, deben acudir a su realización por parte del extra sistema, ya que no existe derivación directa hacia estos procedimientos. En el caso de la demanda profesional,



existe necesidad de reforzar equipos APS de rehabilitación, con mayor oferta de horas de profesional fonoaudiólogo, para casos que requieren neurorehabilitación y rehabilitación vocal, habla y lenguaje, contrarreferidos como casos GES y que actualmente no tienen cobertura.

Demanda oculta:

En el CESFAM Pudeto y en la comuna de Ancud, la demanda oculta tiene un impacto significativo en el funcionamiento de la APS, particularmente en el contexto de derivaciones a especialidades. Está determinada por varios factores que dificultan el acceso a la atención especializada, tales como:

Falta de especialistas y tiempos de espera: hay escasez de profesionales en áreas críticas como oftalmología, psiquiatría y traumatología, lo que provoca demoras prolongadas, especialmente en sectores vulnerables.

Barreras geográficas y socioculturales: la población rural enfrenta dificultades de acceso debido a la falta de transporte, mientras que una baja alfabetización en salud impide que muchos reconozcan la necesidad de atención especializada hasta que las condiciones empeoran.

Deficiencias en la coordinación entre APS y redes: la ineficiencia en los procesos de derivación y la falta de interoperabilidad entre sistemas dificultan el seguimiento adecuado de los pacientes.

Estigmas y barreras personales: el miedo o desconfianza en el sistema de salud y las prioridades económicas dificultan que los usuarios busquen atención.

Algunas manifestaciones de la demanda oculta incluyen: descompensación de enfermedades crónicas, uso excesivo de urgencias para problemas que podrían haberse manejado en APS, incremento de enfermedades no diagnosticadas y el impacto en la salud mental, especialmente en jóvenes y adultos mayores.



Como estrategias comunales para abordar la demanda oculta se plantea:

Fortalecer la resolución en APS: capacitar al personal médico en el diagnóstico temprano y manejo de enfermedades, expandir el uso de la telemedicina.

Mejorar la coordinación entre niveles de atención: integrar sistemas de información para un seguimiento más efectivo, establecer protocolos de priorización para pacientes urgentes y reuniones de coordinación con la red.

Reducir barreras de acceso: incentivar las atenciones en las postas de salud rural dando énfasis a actividades de prevención.

Incentivar la disponibilidad de especialistas: ofrecer incentivos para atraer profesionales a la comuna.

ANÁLISIS DE LOS NODOS CRÍTICOS DE LA DEMANDA.

Los principales nodos críticos en el sistema de salud de Ancud incluyen:

Falta de especialistas: La escasez de profesionales en áreas clave como oftalmología, rehabilitación oral y medicina interna provoca un retraso en la atención y agrava las enfermedades no resueltas.

Tiempos de espera prolongados: Las largas listas de espera para consultas y procedimientos no GES deteriora la calidad de salud y agrava las patologías.

Coordinación entre niveles de atención: faltan instancias de comunicación entre APS y la red secundaria causa retrasos, errores administrativos y pérdida de información.

Gestión ineficiente de agendas: La distribución de las horas de APS no es óptima, lo que aumenta las citas no realizadas y subutiliza los recursos disponibles.

Barreras de acceso físico y cultural: La dispersión geográfica y las barreras culturales impiden que las poblaciones vulnerables accedan a atención regular, aumentando la dependencia de urgencias.



Ausentismo laboral del personal: Las licencias médicas prolongadas y la falta de reemplazos reducen la capacidad operativa, sobrecargando al personal y afectando la calidad del servicio.

Estrategias para abordar estos problemas:

Incrementar la disponibilidad de especialistas: incentivos laborales, telemedicina y programas de especialización con más cupos ofertados.

Reducir los tiempos de espera: operativos de resolución masiva y optimización de las listas de espera con herramientas tecnológicas.

Mejorar la coordinación entre niveles: sistema de información integrado y protocolos claros de derivación y seguimiento.

Optimizar la gestión de agendas: sistemas dinámicos de asignación de citas, confirmación de citas automatizada.

Reducir barreras de acceso: aumentar la atención en comunidades rurales.

Mitigar el impacto del ausentismo: programas de calidad de vida del funcionario y establecer casos de suplencia.

Este análisis ofrece un punto de partida para planificar intervenciones específicas que aborden los puntos de mayor presión en la red de salud, promoviendo una atención centrada en las necesidades de la comunidad.

CONCLUSIONES DEL SECTOR SALUD

El sector salud enfrenta desafíos significativos en términos de infraestructura, servicios y equipamiento, los cuales son fundamentales para satisfacer las crecientes necesidades de la población. Los proyectos propuestos, que abarcan desde la mantención de instalaciones existentes hasta la reposición y construcción de nuevos establecimientos, evidencian un enfoque integral orientado a fortalecer la atención primaria de salud.

Además, las inversiones planificadas reflejan la importancia de una gestión eficiente y una priorización adecuada para garantizar la sostenibilidad y calidad de los servicios de salud. La



atención a las necesidades específicas de las comunidades rurales, como la reposición de postas y CECOSF, subraya el compromiso de reducir las brechas sanitarias y promover la equidad en el acceso a la salud.

Es crucial asegurar un financiamiento oportuno y adecuado, así como el cumplimiento de los plazos establecidos para cada proyecto. Esto permitirá no solo mejorar las condiciones de las instalaciones, sino también optimizar la calidad del servicio y la experiencia de los usuarios, consolidando un sistema de salud más eficiente y accesible para toda la población.

4.13 EVALUACION PLAN DE SALUD COMUNAL ANTERIOR

La evaluación del Plan de Salud Comunal 2024 tiene como propósito analizar los logros, desafíos y oportunidades identificados durante su implementación, así como medir su impacto en la calidad de vida de la comunidad. Este proceso busca garantizar que los objetivos establecidos se cumplan, identificar áreas de mejora y proporcionar una base sólida para la planificación de futuros programas de salud.

Durante este período se desarrollaron diversas estrategias orientadas a fortalecer la atención primaria, promover hábitos de vida saludables y reducir las inequidades en el acceso a servicios de salud. La participación activa de los distintos actores comunales, como los centros de salud, las organizaciones sociales y la ciudadanía en general, fue clave para el desarrollo del plan.

En este informe se presentan los resultados obtenidos, junto con un análisis detallado de los indicadores clave, los recursos empleados y las lecciones aprendidas, lo que permite identificar claramente tanto los logros alcanzados como las dificultades encontradas en su ejecución.

Se destaca que el cumplimiento de PAC Comunal se logró en su totalidad, lo cual representa un importante avance en la atención a la comunidad. Sin embargo, quedan pendientes para el año 2024 aspectos esenciales, como la difusión del manual de funciones, que es fundamental para la adecuada orientación y desempeño del equipo de trabajo.



Asimismo, se ejecutaron las actividades de mejora de infraestructura, las cuales fueron implementadas con éxito. En contraste, la estrategia denominada Saludablemente presentó dificultades en su implementación, debido a descoordinaciones por parte de la administración, particularmente en lo relacionado a la definición del encargado responsable. Esta situación evidenció la necesidad de una mayor claridad en la asignación de funciones y responsabilidades para evitar problemas en futuras intervenciones.

Por otro lado, se hace mención a lo específico de las prestaciones ya agendas de los establecimientos, las cuales se han mantenido operativas, a pesar de presentarse un déficit en medicamentos e insumos. Dicho déficit se está resguardando para el año 2025, optimizando los recursos disponibles y planificando su incorporación de manera ordenada y oportuna.

Este análisis integral no solo resalta los logros alcanzados, sino que también pone de manifiesto las áreas en las que se han identificado dificultades, permitiendo enfocar los esfuerzos futuros en aquellas acciones que requieren un fortalecimiento adicional para asegurar una respuesta más efectiva a las necesidades de la comunidad.



ESTRATEGIA	INDICADORES	META	% AVANCE POR CORTE	OBSERVACIONES
Actualización de manual de Funciones.	Manual de funciones Actualizado y Aprobado SI/NO	Manual de funciones Actualizado y Aprobado	may-24	Documento confeccionado en espera de distribución.
Plan de salud y calidad de Vida laboral	Actividades realizadas/ Actividades programadas x100	100% de lo programado	Evaluación Trimestral: 10% 31 de Marzo 40% 30 de Junio 70% 30 de Septiembre 100% 31 de Diciembre	Ejecutado en un 10%
Diagnóstico participativo Vigente Actividades planificadas 2024	Actividades realizadas/ Actividades programadas x100	80% de lo programado	Evaluación Trimestral: 10% 31 de Marzo	Realizado para Plan de Salud Comunal 2025
Actualización Diagnósticos	Actividades realizadas/	100% de lo programado	Evaluación semestral:	Realizado para Plan de Salud Comunal 2025
Participativos (plan de acción Para 2025-2028)	Actividades programadas x100	70% al 30 de Junio	100% al 31 de Diciembre.	
Plan de acción por problema	Actividades realizadas/	80% de lo programado	Evaluación:	Realizado para Plan de Salud Comunal 2025

Análisis de producción programación en red.

En el documento, se menciona que las actividades trazadoras se seleccionan como parte de la programación de las agendas en los establecimientos de salud. Estas actividades son claves para el monitoreo y evaluación del cumplimiento de objetivos, y están incluidas en las planillas programáticas como un componente relevante para el análisis de producción mensual y el seguimiento por parte del Comité de Programación. El propósito de estas actividades es garantizar una adecuada gestión y resolución de situaciones críticas identificadas durante la operación del sistema

Dentro del COMGES N°2 se encuentra el siguiente indicador:



*Porcentaje de cumplimiento de la programación de actividades trazadoras por comuna y establecimiento APS dependiente de Servicio de Salud. La meta nacional para el año 2024 era alcanzar $\geq 95,0\%$ de cumplimiento de la programación de actividades trazadoras por comuna y establecimiento APS dependiente de Servicio de Salud. Para el proceso de evaluación del año 2024, se contempla de manera preliminar el seguimiento de 20 actividades trazadoras.

A continuación se detalla tabal de cumplimiento año 2025:

TRAZADORAS AÑO 2024					
N°	ACTIVIDAD TRAZADORA	PROGRAMADAS COMUNAL	ESTABLECIMIENTO	TOTAL	% DE LO PROGRAMADO
1A	Evaluación 8 meses	198	CESFAM MANUEL FERREIRA	133	1,09
			CESFAM PUDETO BAJO	82	
			COMUNAL	216	
1B	Evaluación 3 años	265	CESFAM MANUEL FERREIRA	130	0,71
			CESFAM PUDETO BAJO	56	
			COMUNAL	187	
2	Educación grupal en adolescentes	294	CESFAM MANUEL FERREIRA	350	1,24
			CESFAM PUDETO BAJO	14	
			COMUNAL	364	
3	Ingreso a programa de regulación de la fertilidad	206	CESFAM MANUEL FERREIRA	235	1,7
			CESFAM PUDETO BAJO	115	
			COMUNAL	350	
4	Control de climaterio	107	CESFAM MANUEL FERREIRA	127	2,79
			CESFAM PUDETO BAJO	172	
			COMUNAL	299	
5A	Ingresos integrales 20-64 años	44	CESFAM MANUEL FERREIRA	0	0,93
			CESFAM PUDETO BAJO	41	
			COMUNAL	41	
5B	Ingresos integrales 64 años y más	64	CESFAM MANUEL FERREIRA	0	0,97
			CESFAM PUDETO BAJO	59	
			COMUNAL	62	
6	Intervención psicosocial grupal	128	CESFAM MANUEL FERREIRA	32	0,67
			CESFAM PUDETO BAJO	54	
			COMUNAL	86	
7	Consulta morbilidad odontológica adulto mayor	1617	CESFAM MANUEL FERREIRA	1182	0,99
			CESFAM PUDETO BAJO	412	
			COMUNAL	1594	
8	Seguimiento autovalente con riesgo y en riesgo de dependencia	67	CESFAM MANUEL FERREIRA	53	1,46
			CESFAM PUDETO BAJO	45	
			COMUNAL	98	
9	Número de personas que retiran PACAM	17652	CESFAM MANUEL FERREIRA	16205	1,17
			CESFAM PUDETO BAJO	4479	
			COMUNAL	20684	



10	Consulta de morbilidad	30761	CESFAM MANUEL FERREIRA	23813	1,05
			CESFAM PUDETO BAJO	8333	
			COMUNAL	32146	
11	Control crónicos respiratorios sala ERA	1870	CESFAM MANUEL FERREIRA	1294	0,83
			CESFAM PUDETO BAJO	291	
			COMUNAL	1557	
12	Consulta nutricional en población adolescente	611	CESFAM MANUEL FERREIRA	214	0,56
			CESFAM PUDETO BAJO	136	
			COMUNAL	340	
13	Control de salud en población infantil menor de 1 año	569	CESFAM MANUEL FERREIRA	418	1,14
			CESFAM PUDETO BAJO	229	
			COMUNAL	646	
14	Control crónico respiratorio sala ERA	664	CESFAM MANUEL FERREIRA	620	1,19
			CESFAM PUDETO BAJO	164	
			COMUNAL	792	
15	Consulta nutricional de malnutrición por exceso en población infantil	750	CESFAM MANUEL FERREIRA	313	0,54
			CESFAM PUDETO BAJO	95	
			COMUNAL	408	
16	Visita Domiciliaria Integral	5077	CESFAM MANUEL FERREIRA	2887	0,8
			CESFAM PUDETO BAJO	1158	
			COMUNAL	4045	
17	Consulta de lactancia materna	515	CESFAM MANUEL FERREIRA	411	1,14
			CESFAM PUDETO BAJO	177	
			COMUNAL	588	
18	Control de salud mental (Médico)	756	CESFAM MANUEL FERREIRA	1815	2,89
			CESFAM PUDETO BAJO	373	
			COMUNAL	2188	
19	Controles integrales de personas con condiciones crónicas	200	CESFAM MANUEL FERREIRA	8	3,53
			CESFAM PUDETO BAJO	698	
			COMUNAL	706	
20	Consulta nutricional al 5° mes de vida	94	CESFAM MANUEL FERREIRA	113	1,81
			CESFAM PUDETO BAJO	57	
			COMUNAL	170	

En esta tabla muestra los porcentajes de cumplimiento en diferentes áreas de la gestión de salud. Desafortunadamente, no todas las áreas alcanzaron el objetivo del 95% de cumplimiento. Las áreas que no lograron este objetivo son:

- Evaluación del desarrollo psicomotor a los 3 años
- Ingresos integrales ECICEP
- Intervención psicosocial grupal
- Control crónicos respiratorios en mayores de 20 años
- Consulta nutricional en población adolescente



- Consulta nutricional de malnutrición por exceso en población infantil
- Visitas domiciliarias integrales

Para mejorar estos porcentajes, se han establecido medidas generales como la planificación y monitoreo constante, reforzar la estrategia de cuidado integral centrado en las personas (ECICEP), potenciar el trabajo en terreno con los usuarios y la comunidad, y realizar un plan de rescate efectivo en la población bajo control.

Es importante destacar que estos porcentajes bajos pueden ser una oportunidad para mejorar los procesos internos de gestión local. Para lograr esto, es fundamental analizar las posibles causas por las cuales existieron estas brechas de no cumplimiento.

Algunas posibles causas podrían ser:

Insuficiente planificación y programación sanitaria para abordar las necesidades específicas de cada área

Dificultades para acceder a servicios especializados o falta de coordinación entre diferentes niveles asistenciales.

Barreras culturales o socioeconómicas que limitan el acceso a servicios sanitarios.

En conclusión, es fundamental tomar medidas proactivas para abordar las brechas identificadas y mejorar los porcentajes de cumplimiento en la gestión de salud. Con un análisis detallado, planificación estratégica e implementación participativa, podemos trabajar hacia un futuro donde nuestros servicios sanitarios sean más eficaces, eficientes y accesibles para toda nuestra población objetivo.

ANALISIS DE METAS INDICE DE ACTIVIDAD DE LA ATENCION PRIMARIA EN SALUD Y METAS SANITARIAS.

Se detallan a continuación tablas comparativas con los resultados del índice de actividad general alcanzado por nuestra comuna en los años 2023 y 2024.



METAS INDICE DE ACTIVIDAD DE LA ATENCION PRIMARIA EN SALUD (IAAPS).

Se detallan a continuación tablas comparativas con los resultados del índice de actividad general alcanzado por nuestra comuna en los años 2023 y 2024.

Observando una mejora significativa de un 8, 17% en los indicadores considerados.

4º CORTE 31-12-2023										
INDICADOR	ANCU	CASTRO	CHONCHI	CURACO DE VELEZ	DALCAHUE	FUQUELDON	QUELEN	QUELLON	QUEMCHI	QUINCHAO
META 3: Tasa de consultas de morbilidad y de controles médicos, por habitante año	100,00%	90,15%	87,33%	100,00%	99,27%	100,00%	91,10%	92,18%	100,00%	89,61%
META 4: Porcentaje de consultas y controles resueltos en APS (sin derivación al nivel secundario)	100,00%	95,50%	98,95%	100,00%	100,00%	94,91%	100,00%	99,60%	99,62%	100,00%
META 5: Tasa de Visita Domiciliaria Integral	89,18%	100,00%	87,66%	100,00%	100,00%	100,00%	75,96%	100,00%	100,00%	98,96%
META 6.1: Cobertura Examen de Medicina Preventiva en hombres y mujeres de 20 a 64 años	66,68%	65,93%	70,24%	64,75%	71,19%	84,73%	59,82%	83,81%	100,00%	85,77%
META 6.2: Cobertura de Examen de Medicina Preventiva a personas de 65 años y más	77,51%	91,54%	96,06%	100,00%	100,00%	100,00%	90,67%	96,13%	88,15%	100,00%
META 7: Cobertura de Evaluación del Desarrollo Psicomotor de niñas(as) de 12 a 23 meses bajo control	100,00%	95,51%	98,95%	89,91%	100,00%	93,12%	100,00%	100,00%	80,97%	100,00%
META 8: Cobertura de control de salud integral a adolescentes de 10 a 14 años	100,00%	100,00%	99,86%	70,58%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	99,49%	93,73%
META 9: Proporción de población de 7 a menor de 20 años con alta odontológica total	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	94,79%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
META 10.1: Cobertura de atención integral a personas de 5 y más años con trastornos mentales	91,36%	100,00%	100,00%	0,00%	96,10%	99,97%	52,73%	100,00%	100,00%	100,00%
META 10.2: Tasa de controles de atención integral a personas con factores de riesgo, condicionantes de salud mental y trastornos mentales	100,00%	96,96%	65,93%	7,93%	95,19%	88,60%	86,13%	100,00%	97,02%	100,00%
META 13: Ingreso precoz de mujeres a control de embarazo	100,00%	98,73%	98,96%	95,96%	87,87%	98,93%	93,33%	95,22%	94,68%	90,48%
META 14: Cobertura de método anticonceptivos en adolescentes de 15 a 19 años inscritos que usan métodos de regulación de la fertilidad	60,01%	86,80%	85,15%	100,00%	87,23%	100,00%	71,13%	100,00%	86,75%	100,00%
META 15: Cobertura efectiva de tratamientos en personas con Diabetes Mellitus 2, de 15 y más años	92,65%	100,00%	89,70%	100,00%	38,41%	100,00%	82,56%	100,00%	98,54%	61,65%
META 16: Cobertura efectiva de Tratamiento en personas de 15 y más años, con Hipertensión Arterial	88,48%	96,99%	88,59%	100,00%	40,13%	92,72%	79,19%	86,63%	100,00%	60,13%
META 17: Proporción de niñas y niños menores de 3 años libre de caries en población inscrita	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
META 18: Proporción de niñas y niños menores de 6 años con estado nutricional normal	82,64%	100,00%	100,00%	88,54%	100,00%	100,00%	82,53%	100,00%	91,83%	91,43%

Tabla de porcentajes de metas IAAPS alcanzados a diciembre 2023:



Tabla de porcentajes del índice de Actividad General alcanzado a diciembre 2023, ordenados por cumplimiento comunal:

RESULTADOS ACTIVIDAD GENERAL IAAPS 2023			
Nº	COMUNA	ACTIVIDAD GENERAL	REBAJA ACTIVIDAD GENERAL
1	PUQUELDON	96,84%	0,00%
2	QUELLON	96,65%	0,00%
3	QUEMCHI	95,99%	0,00%
4	CASTRO	94,30%	0,00%
5	CHONCHI	91,82%	0,00%
6	QUINCHAO	90,95%	0,00%
7	ANCLUD	89,91%	4,00%
8	DALCAHUE	86,97%	4,00%
9	CURACO DE VELEZ	86,93%	4,00%
10	QUEILEN	85,94%	4,00%

Tabla de porcentajes de metas IAAPS alcanzados a diciembre 2024:

4º CORTE 31-12-2024										
INDICADOR	ANCLUD	CASTRO	CHONCHI	CURACO DE VELEZ	DALCAHUE	PUQUELDON	QUEILEN	QUELLON	QUEMCHI	QUINCHAO
META 3: Tasa de consultas de morbilidad y de controles médicos, por habitante año	100,00%	96,93%	100,00%	80,56%	100,00%	92,58%	100,00%	85,72%	100,00%	88,49%
META 4: Porcentaje de consultas y controles resueltos en APS (sin derivación al nivel secundario)	99,93%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	89,77%	100,00%	98,86%	100,00%	100,00%
META 5: Tasa de Visita Domiciliaria Integral	99,53%	100,00%	79,47%	76,97%	94,24%	94,12%	97,98%	100,00%	70,97%	87,25%
META 6.1 A: Cobertura de EMP en mujeres 20 a 64 años	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
META 6.1 B: Cobertura de EMP en hombres 20 a 64 años	84,08%	75,52%	49,73%	77,84%	77,62%	56,59%	77,02%	67,37%	98,25%	86,54%
META 6.2: Cobertura de EMPAM en hombres y mujeres de 65 y más años	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
META 7: Cobertura de Evaluación del desarrollo Psicomotor en niños y niñas de 12 a 23 meses bajo control	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
META 8: Cobertura de control de salud integral a adolescentes de 10 a 19 años	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
META 9: Porcentaje de Consultas de Morbilidad Odontológica en población de 0 a 19 años	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
META 10.1: Cobertura de atención Integral a personas con factores de riesgo, condicionantes de salud mental y trast	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
INDICADOR 10.2: Tasa de controles de atención Integral a personas con factores de riesgo, condicionantes de salud m	91,41%	100,00%	76,72%	99,64%	95,29%	100,00%	100,00%	100,00%	82,05%	99,59%
META 13: Ingreso precoz de mujeres a control de embarazo	100,00%	100,00%	100,00%	98,70%	100,00%	100,00%	85,72%	97,52%	100,00%	100,00%
META 14: Cobertura de adolescentes de 15 a 19 años inscritos bajo control por método de regulación de la fertilidad	92,43%	98,42%	100,00%	100,00%	100,00%	62,71%	82,01%	100,00%	82,01%	100,00%
META 15: Cobertura de Diabetes Mellitus 2, en personas de 15 años y más	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	98,14%	100,00%	99,74%	100,00%	96,07%	76,33%
META 16: Cobertura de Hipertensión Arterial en personas de 15 y más años	100,00%	93,46%	100,00%	100,00%	98,70%	100,00%	90,63%	86,26%	95,99%	74,35%
META 17: Proporción de niñas y niños menores de 3 años libre de caries en población inscrita	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
META 18: Proporción de niñas y niños menores de 6 años con estado nutricional normal	100,00%	82,55%	74,41%	100,00%	96,66%	97,59%	95,25%	86,34%	100,00%	47,90%



Tabla de porcentajes del índice de Actividad General alcanzado a diciembre 2024, ordenados por cumplimiento comunal:

RESULTADOS ACTIVIDAD GENERAL IAAPS 2024			
Nº	COMUNA	ACTIVIDAD GENERAL	REBAJA ACTIVIDAD GENERAL
1	ANCUD	98,08%	0,00%
2	DALCAHUE	97,69%	0,00%
3	CASTRO	96,90%	0,00%
4	CURACO DE VELEZ	96,10%	0,00%
5	QUEILEN	95,78%	0,00%
6	QUEMCHI	95,61%	0,00%
7	QUELLON	95,42%	0,00%
8	PUQUELDON	93,73%	0,00%
9	CHONCHI	92,96%	0,00%
10	QUINCHAO	91,79%	0,00%

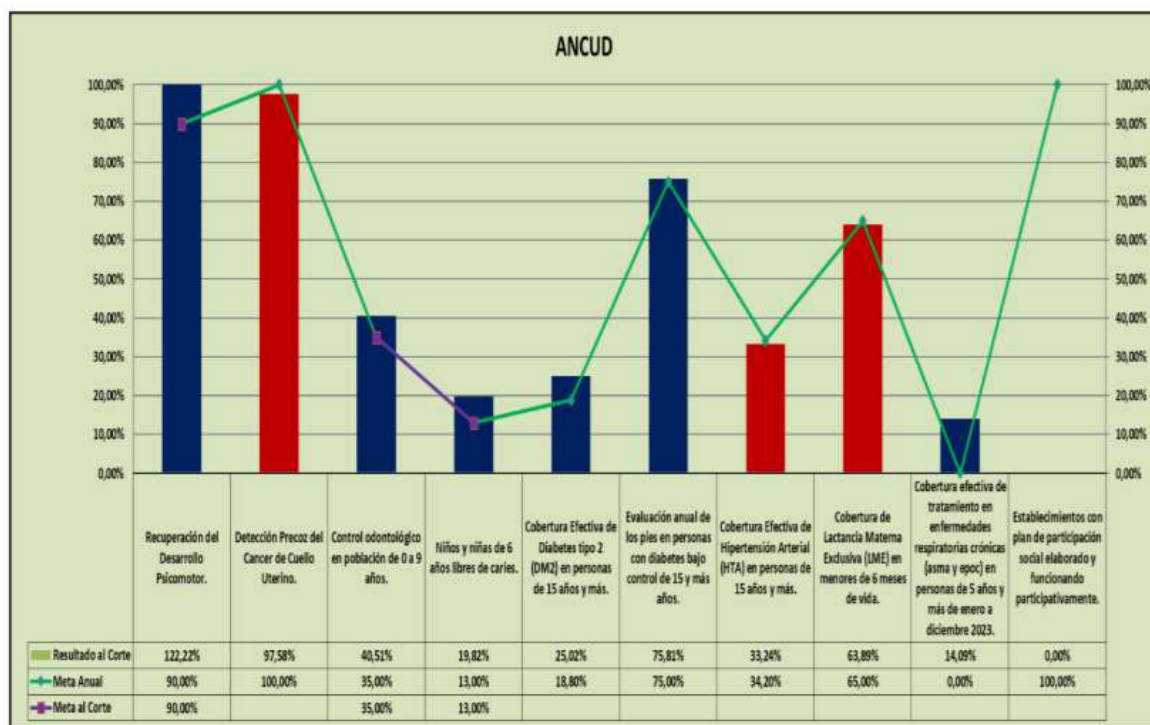
METAS SANITARIAS LEY N°19.813

Se detallan a continuación tablas comparativas con los porcentajes alcanzado por nuestra comuna en los años 2023 y 2024.

Observando una mejora significativa de un 5.42% en los porcentajes.

Informe metas sanitarias Ley N°19.813 a diciembre 2023

% ALCANZADO METAS SANITARIAS LEY 19.813 DICIEMBRE 2023		
Nº	COMUNA	ACTIVIDAD GENERAL
1	CURACO DE VELEZ	100,00%
2	CASTRO	98,12%
3	QUELLON	97,48%
4	QUEMCHI	97,47%
5	CHONCHI	97,29%
6	PUQUELDON	95,80%
7	ANCUD	92,88%
8	QUINCHAO	92,34%
9	DALCAHUE	87,89%
10	QUEILEN	80,20%



Informe metas sanitarias Ley N°19.813 a diciembre 2024

% ALCANZADO METAS SANITARIAS LEY 19.813 DICIEMBRE 2024		
Nº	COMUNA	ACTIVIDAD GENERAL
1	DALCAHUE	99,95%
2	ANCUD	98,30%
3	CURACO DE VELEZ	97,77%
4	CHONCHI	97,48%
5	CASTRO	96,96%
6	QUELLON	96,93%
7	QUEILEN	96,10%
8	PUQUELDON	96,04%
9	QUEMCHI	91,23%
10	QUINCHAO	89,96%



En conclusión, el año 2024 marcó un hito significativo en nuestra comuna, caracterizado por una mejora sustancial en los porcentajes de cumplimiento tanto en las Metas IAAPS como en las Metas Sanitarias. Destacamos haber alcanzado el primer lugar a nivel provincial en Metas IAAPS y un merecido segundo lugar en Metas Sanitarias. Este logro refleja claramente que se ha implementado una gestión efectiva y eficiente en esta área, lo cual es un reconocimiento a la dedicación y esfuerzo del equipo involucrado. Es fundamental continuar fortaleciendo esta línea de trabajo, profundizando en las estrategias que han demostrado ser exitosas y abordando áreas de mejora para seguir avanzando hacia la excelencia en la prestación de servicios sanitarios y sociales. De esta manera, podemos asegurar la sostenibilidad de estos logros y seguir trabajando por el bienestar y la salud de nuestra comunidad.



5. DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO

El Diagnóstico Participativo de la comuna de Ancud tiene como objetivo promover la salud, fomentar el autocuidado y satisfacer las necesidades sanitarias de la población mediante un enfoque inclusivo y participativo. Este documento se fundamenta en el análisis de los Determinantes Sociales de la Salud, definidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como las condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, determinadas a su vez por la distribución de recursos, poder y políticas en niveles global, nacional y local.

El diagnóstico destaca la relevancia de involucrar activamente a la comunidad en la identificación de sus problemas de salud y en la búsqueda de soluciones. Este enfoque busca superar el modelo asistencialista y paternalista que suele caracterizar a las instituciones públicas, promoviendo en cambio el empoderamiento de las personas como agentes de cambio en sus propios hábitos de vida y fortaleciendo la corresponsabilidad entre la comunidad y las políticas públicas en salud.

El análisis se estructura en torno a tres ámbitos principales. En el ámbito socio-cultural, se examinan la organización comunitaria, las interacciones entre las personas y su entorno, así como los significados sociales y culturales atribuidos a estas dinámicas. Este ámbito resalta cómo se estructuran y priorizan los problemas dentro de la comunidad. En el ámbito psicosocial, se analizan las dinámicas de convivencia y los valores culturales, explorando su influencia en el bienestar individual. Se identifican tanto los impactos positivos como los negativos, especialmente en contextos marcados por prejuicios, discriminación y hostilidad social. Finalmente, en el ámbito salud y estilos de vida, se evalúan los hábitos, comportamientos y actitudes que inciden en la salud de la población, distinguiendo entre prácticas beneficiosas y aquellas que son perjudiciales para el bienestar.

Este diagnóstico participativo es el resultado de un proceso colaborativo entre actores formales e informales, basado en información recopilada durante jornadas participativas realizadas en CESFAM, CECOSF y postas rurales. Dicho proceso permitió identificar las



principales problemáticas sanitarias de la comuna, vinculándolas con los determinantes sociales de la salud y los diferentes ámbitos de desarrollo comunitario.

El propósito de este diagnóstico es orientar la planificación de acciones conjuntas que favorezcan el desarrollo sectorial, promuevan el bienestar integral de la población y contribuyan a la disminución de inequidades, asegurando una atención en salud de calidad, pertinente y alineada con las necesidades reales de la comunidad.

Este documento se elabora siguiendo los lineamientos de la Estrategia Nacional de Salud, priorizando la promoción, prevención y corresponsabilidad comunitaria en el marco de la atención primaria de salud (APS). Además, recoge los problemas sanitarios más relevantes identificados en los diferentes dispositivos de salud, junto con estrategias y planes de acción para abordarlos. Cabe mencionar que el CESFAM Pudeto Bajo se encuentra en proceso de actualizar su diagnóstico, lo que será considerado en la próxima revisión y actualización del



actualizar su diagnóstico, lo que será considerado en la próxima revisión y actualización del plan general.

Establecimiento:	CESFAM Manuel Ferreira Gúzman
Fecha de realización:	27 de junio 2024
Números de participantes:	30 personas
Vigencia:	2025-2027
Metodología:	Actividad participativa donde los asistentes determinan factores protectores y de riesgos según la realidad de su respectivo sector para posteriormente ser jerarquizados por la misma comunidad.
Problemas priorizados:	Consumo Problemático de alcohol, que pudiese generar dificultades físicas, emocionales, sociales y económicos tanto para el individuo como para su entorno. Presencia de microbasurales que generan problemas medioambientales afectando directamente a la Salud de la comunidad propiciando la presencia de vectores. Presencia de perros sin tenencia responsable que ponen en riesgo la seguridad física de los habitantes de la comuna y generan problemas medioambientales.

PLAN DE ACCIÓN

Problemática	Objetivo	Meta	Estrategias	Actividades	Responsables	Indicador	Fuente Verificadora
Consumo problemático de alcohol.	Prevenir, identificar y tratar el consumo problemático de alcohol en la población de la comuna de Ancud.	Aumentar en 3% la población bajo control de SM con diagnóstico de Consumo de OH a diciembre de 2027.	Aumentar la población bajo control de Salud Mental por consumo problemático de alcohol.	Reuniones clínicas de abordaje y tratamiento de pacientes con consumo OH.	Equipo de salud Mental del sector: Médico, Psicólogo y Asistente Social.	Reuniones clínicas realizadas/reuniones clínicas programadas.	REM P6 de pacientes bajo control de SM.
				Talleres en establecimientos educacionales a niños como a padres y apoderados.		Talleres psicoeducativos realizados/Talleres psicoeducativos programados.	REM 19a.
		Elaborar planes de intervención con enfoque familiar en el 50% de los pacientes con Dg. De Consumo OH a diciembre de 2027.	Sensibilizar a la comunidad sobre las causas y consecuencias de un consumo riesgoso o problemático de OH.	Ingresos, controles y seguimiento de usuarios y usuarias al Programa de salud mental por consumo OH.		%consultas de SM relacionadas con el consumo excesivo de alcohol.	REM 19b sección B.
				Consejerías a familias con integrante OH.		% de visitas domiciliarias integrales a usuarios en tratamiento de rehabilitación alcohólica.	REM 26.
		Entregar una atención oportuna a las personas que presentan consumo problemático, garantizando los tratamientos desde un enfoque familiar.	Capacitación en estrategias de prevención de consumo de Oh, en equipos y funcionarios de salud.	% de consejerías a familias con integrante alcohólico, en relación a los usuario/as en tratamiento.	Nóminas de Asistencia actividades comunitarias.		
			Actividades masivas de sensibilización.		Registro Fotográfico actividades comunitarias.		



Presencia de Micro basurales que generan problemas medioambientales afectando directamente a la salud de la comunidad, propiciando la presencia de vectores.	Desarrollar trabajo intersectorial con continuidad para procurar que la comuna de Ancud se caracterice por tener espacios limpios y libre de contaminación domiciliaria.	Propiciar instancias para mantener a la Comunidad activa y sensibilizada en Temas medioambientales de manera de generar conciencia colectiva sobre la responsabilidad social respecto a la temática.	Coordinación con Depto. De Aseo y Ornato del Municipio, CONAF y las JJVV del sector para trabajar en conjunto en la planificación para el cumplimiento de objetivos y logro de metas.	<p>Reuniones de Coordinación con entidades pertinentes.</p> <p>Planificación de actividades tales como:</p> <p>Limpieza de áreas comunes.</p> <p>Plantaciones de árboles.</p> <p>Poda y desmaleza de los sectores eriazos.</p> <p>Capacitación a los diferentes actores sociales en temas relacionados con la reutilización de residuos domiciliarios.</p>	CESFAM -CONAF -CDL Rural y Urbano -JJVV -Municipio	Reuniones realizadas/ reuniones programadas con el intersector.	Lista de Asistencia
Presencia de perros sin tenencia responsable que ponen en riesgo la seguridad física de los habitantes de la comuna y generan problemas medioambientales.	Facilitar el desarrollo de estrategias intersectoriales tendientes a la solución del problema.	Creación de Comisión medioambiental intersectorial.	<p>Coordinación con Municipalidad y organizaciones intersectoriales con pertinencia y atinencia a la temática.</p> <p>Proponer a la administración comunal la creación de Comisión medioambiental intersectorial.</p>	<p>Reunión comunitaria de planificación de estrategias.</p> <p>Generar instancia de proposición de iniciativa a máxima autoridad comunal.</p> <p>Conformación de Comisión medioambiental intersectorial.</p>	Equipo CESFAM Dr. Manuel Ferreira G. CDL Urbano y Rural de Salud Toda organización intersectorial pertinente.	<p>% de reuniones realizadas con la comunidad v/s % reuniones programadas con la comunidad.</p> <p>% de reuniones realizadas con autoridad comunal vs % de reuniones programadas con autoridad comunal.</p>	<p>REM 19 A reuniones de planificación participativa.</p> <p>Documento de constitución de Comisión medioambiental</p> <p>Otros verificadores (Nómina de asistencia, registro fotográfico, videos, etc.)</p>

OBSERVACIÓN: Si bien, la segunda problemática mayor puntuada por la comunidad y por tanto de gran interés a desarrollar en el ámbito socio cultural es la presencia de microbasurales, las estrategias, como actividad, objetivos y metas, contribuyen también al trabajo en otras áreas de interés que les siguen, esto es, presencia de perros sin tenencia responsable y presencia de vectores.



Establecimiento	CESFAM Manuel Ferreira Gúzman
Fecha de realización:	27 de junio 2024
Números de participantes:	30 personas
Vigencia:	2025-2027
Metodología:	Actividad participativa donde los asistentes determinan factores protectores y de riesgos según la realidad de su respectivo sector para posteriormente ser jerarquizados por la misma comunidad.
Problemas priorizados:	Consumo Problemático de alcohol, que pudiese generar dificultades físicas, emocionales, sociales y económicos tanto para el individuo como para su entorno. Presencia de microbasurales que generan problemas medioambientales afectando directamente a la Salud de la comunidad propiciando la presencia de vectores. Presencia de perros sin tenencia responsable que ponen en riesgo la seguridad física de los habitantes de la comuna y generan problemas medioambientales.



Establecimiento	CECOSF Bellavista.						
Fecha de realización:	Septiembre- noviembre 2024.						
Número de participantes:	12 representantes de la comunidad.						
Vigencia:	2025-2027						
Metodología:	De tipo participativa a través de técnica de lluvia de ideas, discusión grupal identificando recursos, activos y problemáticas presentes en el territorio.						
Problemas priorizados:	Presencia de microbasurales. Consumo de alcohol en espacios comunes. Malnutrición por exceso.						
PLAN DE ACCIÓN.							
Problemática	Objetivo	Meta	Estrategias	Actividades	Responsables	Indicador	Fuente Verificadora
Presencia de microbasurales en el sector	Educar a la comunidad acerca del manejo de residuos sólidos.	Propiciar instancias de comunicación entre el municipio y la comunidad.	Coordinación con la Dirección del medio ambiente, aseo y ornato de la municipalidad (DIMAO) y juntas de vecinos de cada sector.	Reuniones de Coordinación.	Coordinador/a CECOSF	N° de reuniones realizadas/N° de reuniones programadas.	- REM 19A sección B.3.
		Educar y sensibilizar a la comunidad en el cuidado del medio ambiente a través de la gestión de los residuos.		Exposición del Plan local para la prevención y gestión de residuos sólidos domiciliarios en Ancud (2023-2028).	Agente comunitario		- Lista de asistencia.
		Crear conciencia del rol de la comunidad en la protección del medio ambiente y la salud pública.		Reuniones de planificación participativa	CECOSF Dirección DIMAO		- Registro fotográfico.
Consumo de alcohol en espacios comunes que interfieren en los espacios recreativos del sector.	Sensibilizar a la comunidad en el adecuado uso de espacios comunes del sector de Bellavista.	Propiciar instancias de comunicación entre el municipio y la comunidad.	Coordinación con SENDA, PDI o Carabineros de Chile.	Asistencia del representante del CECOSF a las mesas de Prevención y TTO OH lideradas por el SENDA Comunal, u otras instación asociadas a la temática.	Coordinador/a CECOSF	N° de reuniones realizadas/N° de reuniones programadas.	- REM 19A sección B.3.
					Agente comunitario		- Lista de asistencia.
					SEDA		N° de actividades realizadas/ N° de actividades programadas.
Malnutrición por exceso	Promover estilos de vida saludable en población infantil que se atiende en el CECOSF Bellavista.	Educar acerca de los efectos cardiometabólicos de la actividad física en la infancia.	Incentivar la participación de padres, cuidadores y familias en actividades de sensibilización en hábitos saludables.	Realizar reuniones de gestión.	Coordinador/a CECOSF	N° de reuniones realizadas/ N° de reuniones programadas.	- REM 19A sección B.3.
		Educar e incentivar hábitos alimenticios saludables en población infantil.	Identificar activos comunitarios y hacerlos partícipes de las actividades programadas.	Realizar Talleres de actividad física y alimentación saludable.	Nutricionista Cecosf Bellavista/ Equipo Cecosf	N° de talleres realizados/N° de talleres programados.	- Lista de asistencia. - Registro fotográfico.
		Informar a niños, padres y cuidadores respecto a enfermedades asociadas a la obesidad infantil.	Coordinación con Programa Elige Vida Sana para el desarrollo de actividades.	Vincular al programa vida sana en las actividades del sector.	Coordinador/a equipo Elige Vida Sana- Coordinador CECOSF.		- REM 27 sección A.



Establecimiento		CECOSF Quetalmahue.					
Fecha de realización:	23 de agosto de 2024.						
Número de participantes:	15 personas.						
Vigencia:	2025-2028						
Metodología:	Reunión organizativa con los Coordinadores de Sector y de establecimientos dependientes, para presentación del instrumento a aplicar por los distintos sectores y establecimientos de salud, y Plan de Trabajo acordado para llevar a cabo el proceso de Diagnóstico Participativo en su población a cargo.						
Problemas priorizados:	Uso excesivo de pantallas en la población que es atendida en CECOSF Quetalmahue. Aumento del consumo problemático de alcohol Personas mayores sin red de apoyo familiar y social.						
PLAN DE ACCIÓN.							
PROBLEMA	OBJETIVO	META	ESTRATEGIA	ACTIVIDADES	RESPONSABLES	INDICADOR	FUENTE VERIFICADOR A
Uso excesivo de pantallas en la población que es atendida en CECOSF Quetalmahue	Orientar a la población del CECOSF Quetalmahue sobre los riesgos del uso prolongado de pantallas.	Sensibilizar a la población del CECOSF Quetalmahue sobre los riesgos del uso prolongado de pantallas.	Conversatorios.	Realización de un conversatorio o para concientizar a la población acerca de los daños causados por	Coordinador y Equipo de cabecera.	N° de conversatorios realizados/ N° de conversatorios programados *100.	REM A27 sección A.
			Educaciones grupales.	Educaciones grupales "Cómo afecta el uso de pantallas en nuestra calidad de vida".		N° de Talleres realizados/talleres programados*100.	Fotografías.
						Percepción de los participantes al taller y conversatorios a través de informe cualitativo.	Lista de asistencia.
							Publicación en redes sociales.
Aumento del consumo problemático de alcohol	Fortalecer la promoción de acciones preventivas y educativas para reducir el consumo problemático de alcohol en la población en general.	Generar espacios de promoción y prevención del consumo problemático de alcohol en el territorio.	Educaciones grupales por ciclo vital.	Educaciones grupales por ciclo vital.	Coordinador y Equipo de cabecera.	N° de educaciones grupales realizadas/N° de educaciones grupales programados *100.	REM A A27- Fotografías-Lista de asistencia si corresponde-publicación en redes sociales.
			Evento masivo en la comunidad.	Jornada educativa masiva con enfoque preventivo.		Coordinador y Equipo de cabecera.	Jornadas educativas masivas realizadas/Jornadas educativas programadas*100.
				Difusión a través de las redes sociales.	Coordinador y Equipo de cabecera.	N° de actividades masivas realizadas/ N° de actividades masivas programadas.	Lista de asistencia.
				Realización de evento masivo en la comunidad.			Fotografías de verificación en redes sociales. REM 19 A, sección B.1.



Personas mayores sin red de apoyo familiar y social	Dirigir el trabajo comunitario del equipo del sector a personas mayores que no cuentan con red de apoyo familiar ni social.	Incrementar en un 20% las actividades de salud (visitas domiciliarias, consejerías, controles, gestión de ayudas, etc) en personas mayores sin redes de apoyo familiar y social.	Priorizar prestaciones en salud a personas mayores que no cuentan con red de apoyo.	Realización de visitas domiciliarias con enfoque de salud familiar y comunitaria.	Coordinador CECOSF.	N° de VDI realizados/ N° de VDI programadas.	REM 26 sección A.
					Equipo de cabecera.	Trabajo comunitario realizado por el equipo/trabajo comunitario programado por el equipo * 100.	REM 19A.
							REM A4 Sección B.

Establecimiento	CECOSF Chacao.
Fecha del diagnóstico participativo	16 mayo del 2024
Total de participantes:	40 participantes
Vigencia:	2024-2026
Metodología:	Dibuja tu comunidad y Matriz de Hanlon
Problemas priorizados:	Baja participación ciudadana. Personas mayores del sector con escasez de redes de apoyo Control de velocidad.

PLAN DE ACCIÓN.

PROBLEMA	OBJETIVO	META	ESTRATEGIA	ACTIVIDADES	RESPONSABLES	INDICADOR	FUENTE VERIFICADOR
Baja participación ciudadana.	Aumentar las instancias de participación con la población a cargo.	Aumentar en un 50% las actividades participativas con respecto al diagnóstico anterior.	Realizar distintas actividades utilizando medios de difusión masiva.	Mesas de trabajo.	Equipo de trabajo del CECOSF Chacao.	N° total de actividades realizadas/ N° total de actividades programadas * 100	Acta de reuniones, fotografías, REM A 27
				Actividades masivas.		N° Total de mesas territoriales realizadas/ N° total de mesas territoriales programadas * 100.* 100	
				Mesas territoriales.		N° total de actividades realizadas / N° total de actividades difundidas * 100	
Personas mayores dependientes con baja red de apoyo familiar y/o social.	Reactivar redes de apoyo familiar y/o social de las personas mayores dependientes del sector de Chacao.	El 80% de la población mayor dependiente con intervención psicosocial.	Coordinar/planificar prestaciones en domicilio enfocadas en la reactivación de redes de apoyo.	Realizar visitas domiciliarias integrales a personas mayores dependiente	Coordinador y equipo del CECOSF; equipo PAD	N° de VDI realizadas / N° de VDI planificadas * 100.	REM A 26
				Coordinar con el programa de atención domiciliar talleres dirigidos a cuidadores.		N° de talleres realizados / N° de talleres planificados * 100	REM A 27
						Fotografías. Lista de asistencia.	
Control de velocidad.	Disminuir eventos que influyen en el orden vehicular.		Aumentar señalética y medios preventivos que respetan al orden vehicular.	Reunión con carabineros. Reunión con Armada. Reunión con Vialidad.	Coordinador del CECOSF/ Instituciones del intersector.	N° de reuniones realizadas.	Acta de reuniones y fotografías.



Establecimiento	PSR NaI.
Fecha de realización:	30 de mayo 2024
Número de participantes:	16
Vigencia:	2025-2028
Metodología:	Reunión organizativa con los Coordinadores de Sector y de establecimientos dependientes, para presentación del instrumento a aplicar por los distintos sectores y establecimientos de salud, y Plan de Trabajo acordado para llevar a cabo el proceso de Diagnóstico Participativo en su población a cargo.
Problemas priorizados:	Aumento del consumo problemático de alcohol en la población adulta del sector de NaI. Baja participación comunitaria en actividades planificadas por la PSR NaI. Mayor incidencia a desarrollar una enfermedad crónica debido a la falta de hábitos de alimentación saludable.

PLAN DE ACCIÓN.

PROBLEMA	OBJETIVO	META	ESTRATEGIA	ACTIVIDADES	RESPONSABLES	INDICADOR	FUENTE VERIFICADOR
Aumento del consumo problemático de alcohol en la población adulta del sector de NaI.	Sensibilizar a la población adulta respecto al consumo de alcohol y los daños que genera en la salud física y mental de las personas.	80% de talleres de promoción y prevención planificados son realizados de manera efectiva.	Planificar/Coordinar talleres de promoción y prevención por equipo de salud a la población bajo control.	Programar y ejecutar talleres, educaciones grupales y/o individuales a personas con consumo problemático de alcohol.	Coordinador y Equipo de cabecera	N° educaciones realizadas/N°educaciones programadas*100	REM A27-Registro fotográfico-lista de asistencia
Baja participación comunitaria en actividades planificadas por la PSR NaI.	Promover la participación comunitaria del sector de NaI.	Reactivar el Comité de salud de la Posta de NaI.	Planificar mesas de trabajo junto a la comunidad y el intersector.	Realizar proceso de reelección de directiva (candidatos, votaciones, elección)	Coordinador Cecosf, trabajador social, gestor comunitario y tens PSR.	Nuevo Comité de Salud con documento de personalidad Jurídica Vigente	REM A19-registro fotográfico y lista de asistencia
Mayor incidencia a desarrollar una enfermedad crónica debido a la falta de hábitos de alimentación saludable.	Promover hábitos de alimentación saludable a la población a cargo de la PSR, teniendo en cuenta la pertinencia cultural.	El 10% de la población con EMPA alterado recibe educación sobre hábitos de alimentación saludable.	Coordinar/planificar educaciones individuales, grupales y consejerías de alimentación saludable a la población con EMPA alterado.	Realizar educaciones grupales o individuales a la población a cargo con EMPA alterado.	Coordinador y Equipo de cabecera	N° educaciones realizadas/N°educaciones programadas*100	REM A27, REM 19A, Lista de asistencia y fotografías



Establecimiento	PSR Guabún.
Fecha de realización:	23 de agosto 2024
Número de participantes:	10 participantes
Vigencia:	2025-2028
Metodología:	Reunión organizativa con los Coordinadores de Sector y de establecimientos dependientes, para presentación del instrumento a aplicar por los distintos sectores y establecimientos de salud, y Plan de Trabajo acordado para llevar a cabo el proceso de Diagnóstico Participativo en su población a cargo.
Problemas priorizados:	Aumento de ingresos al PSCV. Aumento del consumo problemático de alcohol en adultos del sector de Guabún. Aumento del sedentarismo de la población a cargo.

PLAN DE ACCIÓN.

PROBLEMA	OBJETIVO	META	ESTRATEGIA	ACTIVIDADES	RESPONSABLES	INDICADOR	FUENTE VERIFICADORA
Aumento de patologías cardiovasculares en la población de la Posta de Guabún.	Sensibilizar a la comunidad de Guabún sobre patologías crónicas de alta incidencia en la población.	80% de talleres grupales son realizados según planificación de cumplimiento.	Planificar y/o Coordinar talleres de promoción y prevención por equipo de salud dirigido a la comunidad.	Ejecutar talleres grupales sobre patologías crónicas con alta incidencia en la población.	Coordinador y Equipo de cabecera PSR.	N° talleres realizados/N° talleres programados* 100	REM A27- Registro fotográfico-lista de asistencia
Aumento del consumo problemático de alcohol en adultos del sector de Guabún.	Sensibilizar a la población adulta respecto al consumo de alcohol responsable y los daños que genera en la salud física y mental de las personas.	80% de talleres de promoción y prevención planificados son realizados de manera efectiva.	Planificar/Coordinar talleres de promoción y prevención por equipo de salud a la población bajo control.	Programar y ejecutar talleres, educaciones grupales y/ o individuales a personas con consumo problemático de alcohol.	Coordinador y Equipo de cabecera	N° educaciones realizadas/N° educaciones programadas* 100	REM A27- Registro fotográfico-lista de asistencia.
Mayor incidencia a desarrollar una enfermedad crónica debido al sedentarismo presente en la población de la PSR.	Promover hábitos de vida saludable en la población a cargo, teniendo en cuenta la pertinencia cultural.	Realizar el 80% de actividades enfocadas en la promoción de hábitos de vida saludable.	Planificar y coordinar talleres de promoción y prevención por equipo de salud a la población a cargo en la PSR.	Realizar consejerías, educaciones grupales e individuales sobre los beneficios de la actividad física.	Coordinador y Equipo de cabecera	N° de actividades realizadas/N° de actividades programadas *100	REM A27, Lista de asistencia y fotografías si corresponde



Establecimiento		PSR Manao.					
Fecha del diagnóstico participativo:	20-04-2024						
Total de participantes:	18						
Vigencia:	2024-2026						
Problemas priorizados 2023	Presencia de microbasurales. Falta de Control de Velocidad vehicular Consumo excesivo de Alcohol						
PLAN DE ACCIÓN.							
PROBLEMA	OBJETIVO	META	ESTRATEGIA	ACTIVIDADES	RESPONSABLES	INDICADOR	FUENTE VERIFICADORA
Falta de conocimiento sobre el correcto desecho de residuos domiciliarios lo que ha permitido la presencia de basurales en el sector.	Favorecer la separación de los distintos desechos domiciliarios, contribuyendo a disminución de basurales a través del reciclaje efectivo de los residuos domésticos.	5% de las familias del sector capacitadas en reciclaje.	Capacitación.	Taller educativo sobre técnicas de reciclaje y separación de residuos.	Oficina de medio Ambiente	% de familias capacitadas V/S las familias del sector X 100 %	Informes de gestión municipal.
		10% de reducción de basurales en el sector.	Establecer puntos de reciclaje accesibles para la comunidad.	Implementación de contenedores comunitarios.	Autoridades locales	N° de contenedores instalados en el sector.	Fotos. Informe de gestión
Altos índices de consumo problemático de alcohol en el sector	Educar a la población adulta joven en torno a los factores de riesgo que inciden en el consumo excesivo de alcohol contribuyendo a una mejora en la concientización del problema del sector, a través de talleres preventivos/promocionales.	10 % de la población adulta joven del sector asisten a talleres de preventivos/promocionales	Talleres preventivos/promocionales	Talleres	Profesionales de la salud	% de personas asisten a talleres v/s el total de la población adulta joven X 100	Registros asistencia Fotos
Impacto en la Salud por la Falta de Control de Velocidad Vehicular	Implementar estrategias integrales de control de velocidad vehicular, promoviendo medidas de seguridad vial que reduzcan la incidencia de accidentes de tránsito y sus consecuencias en la salud física y mental de la población, mejorando así la calidad de vida y el bienestar comunitario.	Reducir en un 20% los accidentes de tránsito relacionados con el exceso de velocidad en un periodo de 12 meses.	Promoción de entornos saludables a través de educación comunitaria.	Coordinar acciones con Carabineros, Dirección de Tránsito y otros actores clave para implementar controles de velocidad, señalización vial y reductora de velocidad en zonas de alta siniestralidad, priorizando áreas cercanas a establecimientos de salud. Realizar talleres y campañas dirigidos a la comunidad para concientizar sobre el impacto del exceso de velocidad en la salud física y mental, así como fomentar hábitos de conducción seguros.	Coordinador CECOSF. Departamento de tráfico/local	Reducir en un 20% los accidentes de tránsito relacionados con el exceso de velocidad en un periodo de 12 meses.	<input type="checkbox"/> Actas de reuniones de planificación y evaluación. <input type="checkbox"/> Fotografías y reportes de las intervenciones realizadas



Establecimiento		PSR Caulín.					
Fecha del diagnóstico participativo:	29-04-024						
Total de participantes:	19						
Vigencia:	2024-2026						
Problemas priorizados:	Altos índices de malnutrición por exceso en el sector Adultos mayores del sector sin redes de apoyo efectivas tanto familiar como social. Presencia de micro basurales.						
PLAN DE ACCIÓN.							
PROBLEMA	OBJETIVO	META	ESTRATEGIA	ACTIVIDADES	RESPONSABLES	INDICADOR	FUENTE VERIFICADORA
Altos índices de malnutrición por exceso en el sector.	Lograr alcanzar y mantener un peso saludable en aquellas personas del sector que presentan malnutrición por exceso a través de taller/control que potencien los estilos de vida saludable en alimentación consciente.	5% de reducción del peso corporal	Talleres/control de promoción en hábitos saludables y educación nutricional	Talleres Consulta nutricional integral	Equipo de salud de la Posta de Caulín.	% de la población que asiste a talleres/control y logran el 5% reducción v/s el total de la población con malnutrición por exceso.	Registros de IMC antes y después de la intervención. REM
Altos índices de malnutrición por exceso en el sector.	Lograr alcanzar y mantener un peso saludable en aquellas personas del sector que presentan malnutrición por exceso a través de taller/control que potencien los estilos de vida saludable en alimentación consciente.	5% de reducción del peso corporal.	Talleres/control de promoción en hábitos saludables y educación nutricional.	Talleres Consulta nutricional integral.	Equipo de salud de la Posta de Caulín.	% de la población que asiste a talleres/control y logran el 5% reducción v/s el total de la población con malnutrición por exceso.	REM Registros de IMC antes y después de la intervención.
Adultos mayores del sector sin redes de apoyo efectivas tanto familiar como social. Falta de conocimiento sobre el correcto desecho de residuos domiciliarios lo que ha permitido la presencia de basurales en el sector.	Incremento del 30% en la asistencia de adultos mayores a visitas de salud integrales. Favorecer la separación de los distintos desechos domiciliarios, contribuyendo a disminución de basurales a través del reciclaje efectivo de los residuos domésticos.	Campañas de concientización sobre la importancia del cuidado de la salud en la tercera edad 5% de las familias del sector capacitadas en reciclaje.	1. Visitas domiciliarias para identificar necesidades específicas de cada adulto mayor. 2. Programación de visitas grupales con actividades recreativas y educativas	Equipo de salud de la Posta de Caulín	Porcentaje de adultos mayores que asisten a visitas integrales de salud	Registros de asistencia a las visitas	Incremento del 30% en la asistencia de adultos mayores a visitas de salud integrales
			Capacitación.	Taller educativo sobre técnicas de reciclaje y separación de residuos.	Oficina de medio Ambiente	% de familias capacitadas V/S las familias del sector X 100 %	Informes de gestión municipal.
			Establecer puntos de reciclaje accesibles para la comunidad.	Implementación de contenedores comunitarios.	Autoridades locales	N° de contenedores instalados en el sector.	Fotos. Informe de gestión



Establecimiento		PSR Linao.					
Fecha de realización:							
Número de participantes:		16 personas.					
Vigencia:		2025-2027					
Metodología:		Actividad participativa donde los asistentes determinan factores protectores y de riesgos según la realidad de su respectivo sector para posteriormente ser jerarquizados por la misma comunidad.					
Problemas priorizados:		Presencia de microbasurales que generan problemas medioambientales afectando directamente a la Salud de la comunidad propiciando la presencia de vectores. Presencia de caminos en mal estado que pudieran generar accidentes afectando la salud de la comunidad. Consumo problemático de alcohol.					
PLAN DE ACCIÓN.							
PROBLEMA	OBJETIVO	META	ESTRATEGIA	ACTIVIDADES	RESPONSABLES	INDICADOR	FUENTE VERIFICADORA
Presencia de Micro basurales que generan problemas medioambientales afectando directamente a la salud de la comunidad, propiciando la presencia de vectores	Desarrollar trabajo intersectorial con continuidad para procurar que la comuna de Ancud se caracterice por tener espacios limpios y libre de contaminación Domiciliaria.	Propiciar instancias para mantener a la Comunidad activa y sensibilizada en Temas medioambientales de manera de generar conciencia colectiva sobre la responsabilidad social respecto a la temática.	Coordinación con Depto. De Aseo y Ornato del Municipio, CONAF y las JJVV del sector para trabajar en conjunto en la planificación para el cumplimiento de objetivos y logro de metas.	-Reuniones de Coordinación con entidades pertinentes. -Planificación de actividades tales como: -Limpieza de áreas comunes -Plantaciones de árboles. -Poda y desmaleza de los sectores eriazos. -Capacitación a los diferentes actores sociales en temas relacionados con la reutilización de residuos domiciliarios.	-Posta de Salud -CESFAM -CONAF -CDL Rural y Urbano -JJVV -Municipio	Reuniones realizadas/ reuniones programadas con el intersector. Actividades de trabajo Comunitario realizadas/ actividades de trabajo comunitario programadas.	Lista de Asistencia Registro fotográfico
Presencia de Caminos en mal estado	Generar espacios de trabajo intersectorial para donde se aprecie la participación activa de la comunidad en el diálogo para buscar soluciones pertinentes en el área de acción.	Elaborar de manera participativa un programa de mantenimiento preventivo y correctivo para los caminos del sector.	Creación de Comité Ciudadano que establezca un sistema de comunicación efectivo entre la comunidad y autoridades.	Generar instancias de dialogo con las autoridades locales para la creación de un Comité Ciudadano de seguridad vial.	-Posta de Salud -CESFAM -CDL Rural y Urbano -JJVV -Municipio	- Reuniones realizadas/ reuniones programadas con el intersector. -Actividades de trabajo Comunitario realizadas/ actividades de trabajo comunitario programadas.	- Lista de Asistencia -Registro fotográfico
Consumo Problemático de alcohol	Prevenir, identificar y tratar el consumo problemático de alcohol en la población de la comuna de Ancud.	-Aumentar en 3% la población bajo control de SM con diagnóstico de Consumo de OH a diciembre de 2027. -Elaborar planes de intervención con enfoque familiar en el 50% de los pacientes con Dg. De Consumo OH a diciembre de 2027.	-Aumentar la población bajo control de Salud Mental por consumo problemático de alcohol. -Sensibilizar a la comunidad sobre las causas y consecuencias de un consumo riesgoso o problemático de OH. -Entregar una atención oportuna a las personas que presentan consumo problemático, garantizando los tratamientos desde un enfoque familiar.	-Reuniones clínicas de abordaje y tratamiento de pacientes con consumo OH. -Talleres en establecimientos educacionales a niños como a padres y apoderados. -Ingresos, controles y seguimiento de usuarios y usuarias al Programa de salud mental por consumo OH. -Consejerías a familias con integrante OH. -Capacitación en estrategias de prevención de consumo de Oh, en equipos y funcionarios de salud. -Actividades masivas de sensibilización.	Equipo de salud Mental del sector: Médico, Psicólogo y Asistente Social.	-Reuniones clínicas realizadas/reuniones clínicas programadas. Talleres psicoeducativos realizados/Talleres psicoeducativos programados. %consultas de SM relacionadas con el consumo excesivo de alcohol. % de visitas domiciliarias integrales a usuarios en tratamiento de rehabilitación alcohólica. % de consejerías a familias con integrante alcohólico, en relación a los usuario/as en tratamiento.	-REM P6 de pacientes bajo control de SM. -REM 19a. -REM 19b sección B. -REM 26. -Nóminas de Asistencia actividades comunitarias -Registro Fotográfico actividades comunitarias



Establecimiento		CESFAM Pudeto Bajo.							
Vigencia:		2025-2028							
Problemas priorizados:		Consumo de alcohol y drogas en población adolescente. Aumento de la incidencia de enfermedades crónicas en población adulta. Falta de continuidad de la atención de profesionales en jornada de extensión.							
PLAN DE ACCIÓN.									
PROBLEMA	OBJETIVO	META	ESTRATEGIA	ACTIVIDADES	RESPONSABLES	INDICADOR	FUENTE VERIFICADOR		
Consumo de alcohol y drogas en Población Adolescente	1. Prevenir el consumo de alcohol y drogas en la población adolescente.	1. Disminuir puntajes de fichas CRAAFT aplicadas.	Generar e instaurar una programación entre Cefsam y establecimiento educativo para con un enfoque de prevención en consumo de alcohol y drogas.	1. Reunión entre establecimiento de salud y educativo.	Coordinador de sector.	N° de Talleres educativos.	1. Programación de Actividades.		
	2. Reducir el consumo de riesgo en población adolescente	2. Reducir las derivaciones por resultado de ficha CRAAFT.		2. Programación del trabajo y elaborar plan de acción e intervenciones.	Equipo de sector.	N° de fichas CRAAFT.	2. Plan Educativo.		
		3. Población derivada en un 100% controlada.		3. Tamizar el consumo de alcohol y drogas por establecimiento.	Equipo de Salud Mental.	N° de Controles Médico.	3. Plan de Salud.		
					4. Elaborar plan educativo y salud enfocado en cada establecimiento.		N° de controles Psicólogo.	4. Ficha CRAAFT.	
					5. Ejecutar plan educativo y de salud.		N° de controles Trabajador social.	5. Lista de Asistencia a talleres.	
					6. Evaluación de resultados obtenidos y conclusiones del plan educativo y de salud.			6. Fotografías y material de apoyo.	
					7. Informe de Evaluación.				
Aumento de la incidencia de enfermedades crónicas en población adulta.	1. Reducir incidencia de enfermedades crónicas en población adulta.	1. Reducir el número de ingresos al programa de salud cardiovascular.	Generar un plan de trabajo entre los establecimientos de salud y comunidad en favor de la prevención y promoción de salud.	1. Reunión entre establecimiento de salud y comunidad.	Encargado PSCV.	N° de EMPA.	1. Programación de Actividades.		
	2. Promover el autocuidado y estilo de vida saludable en población adulta.	2. Reducir el número de ingresos a los programas de salud de Hipotiroidismos, Demencia, Parkinson, Artrosis y ERA.		2. Programación del trabajo y realizar un Plan de Acción según las problemáticas evidenciadas.	Encargados de Programas del Establecimiento.	N° de ingresos al PSCV.	2. Plan Educativo.		
		3. Aumento de la cobertura de EMPA en 5%.		3. Elaborar plan de salud y plan educativo.	Coordinadores de Sector.	N° de ingresos a los Programas de Salud.	3. Plan de Salud.		
					4. Ejecutar plan de acción de salud.	Equipo de Sector.	N° de Controles de Salud del PSCV o de los otros Programas.	4. EMPA.	
					5. Ejecutar plan educativo en la comunidad.		N° de talleres educativos en la comunidad.	5. Lista de Asistencia a talleres.	
		6. Evaluación de resultados y conclusiones.		6. Fotografías y material de apoyo. 7. Consolidado de atenciones del PSCV. 8. Consolidado de atenciones de los demás programas. 9. Informe de Evaluación.					
Falta de continuidad de la atención de profesionales en jornada de extensión.	Optimizar de manera eficiente la gestión de horas de profesionales de salud en jornada de extensión horaria.	Mejorar la satisfacción usuaria de la comunidad referente a las horas profesionales de la jornada de extensión horaria.	Evaluar, revisar y gestionar distribución de horas por profesional en jornada de extensión horaria.	1. Revisar distribución actual de horas profesionales en jornada de extensión por encargados.	Dirección del Establecimiento.	N° de horas profesional disponibles.	1. Encuesta satisfacción usuaria.		
				2. Modificar y optimizar el sistema de distribución de horas profesionales.				Encargado de SOME.	N° de horas asignadas.
				3. Informar cambios al personal respectivo.	Coordinador de sector.	N° de horas de NSP.	Resultados encuesta satisfacción usuaria. Registro OIRS de reclamos referentes a las horas de la jornada de extensión.		3. Informe de gestión de horas profesionales en jornada de extensión.
				4. Difundir a la comunidad cambios realizados.					
				5. Evaluar eficiencia de la modificación y verificar resultados.					



Establecimiento		CECOSF Puntra Degañ.					
Vigencia:		2024-2027					
Problemas priorizados:		Problemas de convivencia escolar. Solicitud de intervención en materias de "diversidad y aceptación" dirigido a padres y apoderados, tras falta de información. Mayor probabilidad de no estabilizar, calmar el dolor y/o ansiedad de un accidentado, tras falta de información.					
PLAN DE ACCIÓN.							
PROBLEMA	OBJETIVO	META	ESTRATEGIA	ACTIVIDADES	RESPONSABLES	INDICADOR	FUENTE VERIFICADORA
Problemas de convivencia escolar.	Educar y sensibilizar a adolescentes en establecimientos educacionales del sector sobre buen trato y convivencia escolar.	Realización del 80% de los talleres de Buen trato y convivencia escolar programados en establecimientos de educación.	Coordinar e implementar talleres psicosociales con el intersector junto al equipo de salud. / Coordinar actividades con programa adolescente. / Coordinar actividades con programa vida sana.	Realizar talleres de buen trato y convivencia escolar en los centros educacionales del sector.	Coordinador CECOSF Puntra Degañ. / Equipo de salud CECOSF Puntra Degañ / Programa adolescente/Programa a vida sana.	Número de talleres realizados / Número de talleres programados *100.	REM A19A / Fotografías / Lista de asistencia.
Déficit de conocimientos en materia de diversidad y aceptación dirigido a padres y apoderados de establecimientos educativos.	Educar a padres y apoderados de los distintos establecimientos educacionales del sector en materias de diversidad y aceptación.	Realización del 80% de los talleres de diversidad y aceptación programados en establecimientos de educación.	Coordinar e implementar talleres psicosociales con el intersector junto al equipo de salud.	Realizar talleres de "Diversidad y aceptación" dirigidos a padres y apoderados de los distintos centros educacionales del sector.	Coordinador CECOSF Puntra Degañ. / Equipo de salud CECOSF Puntra Degañ.	Número de talleres realizados / Número de talleres programados *100.	REM A19A / Fotografías / Lista de asistencia.
Déficit de conocimiento en atención de primeros auxilios en establecimiento de educación.	Educar a profesores y asistentes de la educación de los distintos establecimientos educacionales del sector en materias de "Primeros Auxilios".	Realización del 80% de los talleres de Primeros Auxilios programados en establecimientos de educación.	Coordinar e implementar talleres de primeros auxilios con el intersector junto al equipo de salud.	Realizar taller de "Primeros auxilios" dirigidos a establecimientos educacionales del sector.	Coordinador CECOSF Puntra Degañ/Equipo de salud CECOSF Puntra Degañ.	Número de talleres realizados y/o programados.	REM A19A / Fotografías / Lista de asistencia.



Establecimiento		PSR Coipomo.					
Vigencia:		2025-2027					
Problemas priorizados:		Salud mental. Sectores individualizados. Población sin actividad física.					
Metodología:		Mesa de trabajo, lluvia de ideas, priorización a través de votación (mano alzada).					
Organizaciones comunitarias asistentes:		Pablo Ortega (comité de salud Coipomo), Eliana Ruiz (comité de salud Coipomo), Hugo Velásquez (J.J.VV Coipomo), Jaime Barria (Club de carreras Coipomo), Jeroen Beucels (J.J.VV Chepu Anguay), Carmen Altamirano (Comité de salud Chepu), Camila Rojas (encargada PSR Coipomo), Patricio Otárola (director CPB), Eliana Vera (subdirectora clínica CPB), Karina Pérez (tens PSR Coipomo), Yolanda Monsalve (gestora comunitaria PSR Coipomo), Marcela Huerta (tens PSR Coipomo), Jaqueline Barrera (Capilla y cementerio Coipomo), Luis Ampuero (DESAM).					
PLAN DE ACCIÓN.							
PROBLEMA	OBJETIVO	META	ESTRATEGIA	ACTIVIDADES	RESPONSABLES	INDICADOR	FUENTE VERIFICADORA
Alta incidencia de población con enfermedades de salud mental.	Reducir el impacto de las enfermedades de salud mental en la comunidad de Coipomo-Chepu a través de la promoción de la SM y el acceso a atención de calidad.	Disminuir en un 20% la prevalencia de trastornos mentales en la población mediante la mejora del acceso a tratamientos y programas de promoción y prevención.	Sensibilizar a la población sobre la importancia de la salud mental y reducir el estigma asociado con los trastornos mentales.	Campañas de sensibilización y educación en medios de comunicación y redes sociales sobre los signos, síntomas y tratamiento de los trastornos mentales.	Encargado/a de PSR Coipomo.	N° de campañas de sensibilización realizadas / N° de campañas de sensibilización programadas * 100	
				Implementación de talleres, charlas y/o actividades interactivas de salud mental según ciclo vital.	Equipo de salud de PSR Coipomo.	N° de talleres, charlas y/o actividades interactivas realizadas / N° de talleres, charlas y/o actividades interactivas programadas * 100	
				Implementación de talleres, charlas y/o actividades interactivas de salud mental según ciclo vital.	Dupla psicosocial.	N° de talleres, charlas y/o actividades interactivas realizadas / N° de talleres, charlas y/o actividades interactivas programadas * 100	
Baja cohesión social entre los sectores de Coipomo y Chepu.	Fortalecer la cohesión social entre el sector de Coipomo y Chepu, promoviendo la colaboración mutua, integración de recursos y el entendimiento intercultural.	Incrementar en un 30% el nivel de interacción y cooperación entre ambos sectores.	Fomento de la comunicación y el diálogo.	Organizar mesas de trabajo entre líderes y representantes de ambos sectores.	Encargado/a de PSR Coipomo.	N° de mesas de trabajo realizadas / N° de mesas de trabajo programadas * 100	
				Desarrollar actividades de intercambio cultural, con el fin de conocer sus realidades, costumbres, desafíos y recursos.	Equipo de salud de PSR Coipomo.	N° de actividades de intercambio cultural realizadas / N° de actividades de intercambio cultural programadas * 100	
				Desarrollar iniciativas conjuntas que impliquen la participación activa de ambos sectores, alineadas a sus intereses comunes.	Comité de salud de Coipomo.	N° de proyectos comunitarios ejecutados / N° de proyectos comunitarios adjudicados * 100	
				Ofrecer talleres que promuevan el desarrollo para la convivencia intercultural.	Comité de salud de Chepu.	N° de talleres realizados / N° de talleres programados * 100	
Alta incidencia de sedentarismo en la población debido a la desigualdad en el acceso a recursos de actividad física. (Argumento: Escasez de infraestructuras adecuadas, falta de transporte público adecuado, ausencia de programas comunitarios accesibles).	Potenciar el acceso y participación en actividades físicas, promoviendo la equidad de los recursos.	Incrementar en un 30% la participación en actividades físicas en la población de Coipomo-Chepu.	Establecer alianzas con organizaciones locales para el fomento de la actividad física.	Coordinar con programas, asociaciones, grupos de salud el involucrar a la comunidad rural en planificación.	Encargado/a de PSR Coipomo.	N° de actividades coordinadas y realizadas por el intersector / N° de actividades coordinadas y programadas * 100	
				Promoción de proyectos comunitarios colaborativos.	Equipo de salud de PSR Coipomo.	N° de proyectos y ejecutados / N° postulados * 100	
				Crear grupos de actividad física que se realicen en conjunto.	Comité de salud de Coipomo. Comité de salud de Chepu. Programa Vida Sana. Programa SCV.		



Identificación de problemas de salud mediante diagnóstico participativo

El diagnóstico participativo realizado en la comuna de Ancud se ha desarrollado siguiendo criterios de calidad, con una metodología estructurada y la colaboración de diversos actores locales. Este proceso ha considerado los siguientes aspectos fundamentales:

- **Conformación del equipo de trabajo**
Se estableció un equipo multidisciplinario compuesto por profesionales de salud, representantes de organizaciones sociales y actores clave del intersector local. Este equipo asumió la tarea de planificar, coordinar y ejecutar el diagnóstico.
- **Convocatoria y coordinación de actores**
Se involucraron activamente organizaciones comunitarias, juntas vecinales, agrupaciones de la sociedad civil, y representantes del sector educativo y de seguridad, entre otros. Este enfoque colaborativo permitió recoger una visión integral y representativa de las necesidades y desafíos del territorio.

Identificación del estado actual del territorio

Se evaluaron variables clave del territorio, tales como:

- **Situación de salud:** prevalencia de enfermedades crónicas, estado de salud mental, acceso a servicios.
- **Factores sociales:** educación, migración, empleo.
- **Calidad de vida:** condiciones habitacionales, conectividad vial y tecnológica, estado de caminos.
- **Problemas emergentes:** desastres naturales, conflictos ambientales y riesgos sanitarios.



Identificación y jerarquización de problemas

A través de metodologías participativas como talleres, entrevistas y encuestas, se identificaron los problemas prioritarios. Posteriormente, estos fueron jerarquizados considerando su impacto en la salud y el bienestar comunitario.

Análisis de problemas y causas

Cada problemática fue desglosada para identificar las causas subyacentes, estableciendo relaciones entre los factores sociales, ambientales y estructurales.

Plan de trabajo y puesta en marcha

Se diseñó un plan de trabajo con objetivos claros, indicadores de seguimiento y acciones concretas, priorizando la participación activa de la comunidad en todas las etapas.

Evaluación y retroalimentación

Se acordó implementar una evaluación continua para monitorear los avances, identificar oportunidades de mejora y garantizar la sostenibilidad de las intervenciones.

Principales problemáticas identificadas en los diagnósticos participativos

- Consumo problemático de alcohol y drogas: Afecta a adolescentes y adultos, generando consecuencias negativas como violencia intrafamiliar, accidentes y exclusión social.



- Presencia de microbasurales y deficiencias en la gestión de residuos: Problema ambiental y de salud pública, con riesgos asociados a la contaminación y a vectores de enfermedades.
- Sedentarismo y malnutrición: Incremento de enfermedades crónicas no transmisibles, afectando principalmente a niños y adultos.
- Falta de redes de apoyo para adultos mayores: Aumenta la vulnerabilidad social y sanitaria de este grupo, generando aislamiento y deterioro en su calidad de vida.
- Baja participación comunitaria en actividades de salud: Dificulta la implementación de estrategias efectivas y refleja una desconexión entre la comunidad y las instituciones de salud.

Estrategias para el abordaje de las problemáticas identificadas

- Promoción de estilos de vida saludables: Implementación de talleres y actividades comunitarias para fomentar el autocuidado, la actividad física y una dieta equilibrada.
- Gestión ambiental: Coordinación con municipios y juntas vecinales para eliminar microbasurales, promover el reciclaje y reducir riesgos medioambientales.
- Reducción del consumo problemático de alcohol y drogas: Sensibilización de la comunidad, programas de prevención en establecimientos educativos y atención integral en salud mental.
- Fortalecimiento de redes de apoyo para adultos mayores: Desarrollo de visitas domiciliarias, talleres para cuidadores y vinculación con programas sociales existentes.
- Fomento de la participación comunitaria: Uso de herramientas de planificación participativa, como cartas Gantt, para coordinar esfuerzos entre la comunidad y las instituciones de salud.



Importancia de los activos comunitarios

En el marco de este diagnóstico participativo, es crucial reconocer los activos comunitarios de Ancud como un pilar fundamental para el abordaje de las problemáticas de salud. Estos activos incluyen las organizaciones sociales locales, líderes comunitarios, redes de apoyo vecinales, y los espacios de participación como juntas de vecinos y centros culturales. El mapeo y la identificación de estos recursos permiten optimizar la utilización de los recursos existentes, potenciar la participación activa de la comunidad y mejorar la efectividad de las intervenciones.

Los activos comunitarios representan un recurso invaluable para fortalecer el vínculo entre la población y las instituciones de salud, promoviendo un enfoque de salud integral, centrado en la comunidad. Además, al identificar estos activos con antelación, es posible diseñar estrategias más adaptadas y sostenibles, empoderando a la comunidad para que asuma un papel activo en su propio bienestar.

Conclusión

El diagnóstico participativo reafirma la importancia de trabajar de manera integrada con la comunidad, fortaleciendo el vínculo entre los actores locales y las instituciones de salud. La revisión anual de este diagnóstico permitirá ajustar las estrategias según las necesidades emergentes, garantizando una respuesta efectiva, equitativa y sostenible frente a los desafíos de salud en la comuna de Ancud.



6. PRONOSTICO EN SALUD

Análisis, Apreciación y Pronóstico de la Situación de Salud en Ancud

1. Explicación y Apreciación General

El diagnóstico participativo de salud en la comuna de Ancud ha permitido identificar problemáticas relevantes que afectan la calidad de vida de la población. Se ha desarrollado con la participación de diversos actores comunitarios, permitiendo una visión integral y contextualizada de la realidad sanitaria local.

Entre los principales problemas detectados, destacan:

- Consumo problemático de alcohol y drogas: Impacta negativamente en adolescentes y adultos, generando consecuencias como violencia intrafamiliar, accidentes y exclusión social.
- Deficiencias en la gestión de residuos sólidos domiciliarios: La presencia de microbasurales representa un problema ambiental y sanitario tanto para las comunidades urbanas como del sector rural, con riesgos asociados a la contaminación y a la proliferación de vectores de enfermedades.
- Alta prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT): La hipertensión arterial y la diabetes mellitus se encuentran entre las principales causas de consulta en los establecimientos de salud de la comuna.
- Problemas en la atención de salud mental: Existe un limitado acceso a tratamiento y seguimiento de los casos.
- Envejecimiento poblacional: Se observa un aumento de la población adulta mayor sin redes de apoyo suficientes, lo que incrementa la vulnerabilidad social y sanitaria.

El diagnóstico también revela importantes inequidades en salud, relacionadas con factores sociales, económicos y ambientales que afectan la distribución de los problemas sanitarios dentro del territorio.



2. Análisis de los Factores Condicionantes de la Situación de Salud

Los factores que influyen en la salud de la población de Ancud pueden agruparse en:

Factores Biológicos y Epidemiológicos

- Enfermedades digestivas: son la principal causa de egresos hospitalarios, seguidas de enfermedades traumatológicas y cardiovasculares.
- Enfermedades transmisibles de notificación obligatoria (ENO): La tuberculosis sigue afectando a nuestros usuarios, aunque con una tendencia controlada.
- Salud materno-infantil: Si bien hay una disminución del embarazo adolescente, la tasa de mortalidad infantil en Ancud es más alta que la media nacional.

Factores Sociales y Económicos

- Desigualdades en el acceso a servicios de salud: Existen barreras geográficas y económicas que dificultan el acceso oportuno a atención especializada.
- Educación y empleo: Se observan dificultades en la inserción laboral, lo que influye en la calidad de vida y bienestar de la población.
- Condiciones habitacionales: a pesar de los avances, especialmente el sector rural se encuentran deficiencias ya que la infraestructura de saneamiento básico es insuficiente o inexistente.

Factores Ambientales

- Contaminación y residuos: La presencia de microbasurales y deficiencias en la recolección de desechos impactan negativamente en la salud pública.
- Cambio climático y desastres naturales: Ancud es una zona expuesta a eventos climáticos extremos, lo que aumenta la vulnerabilidad de ciertos grupos.



3. Magnitud de los Factores y Responsabilidad del Sector Salud

El sector salud tiene una responsabilidad crucial en la mitigación de los problemas sanitarios identificados. Sin embargo, algunos determinantes sociales requieren la acción intersectorial para su abordaje.

Factores bajo control directo del sector salud:

- Fortalecimiento de la atención primaria y promoción de salud.
- Programas de control y prevención de enfermedades crónicas.
- Mejoramiento del acceso a servicios de salud mental.
- Factores que requieren coordinación intersectorial:
 - Gestión ambiental y saneamiento básico.
 - Políticas públicas en educación, empleo y vivienda.
 - Programas de seguridad y prevención del consumo de alcohol y drogas.

4. Comparación con Metas Nacionales, Regionales y Locales

Para evaluar la situación de Ancud, se comparan los indicadores comunales con los objetivos sanitarios nacionales y regionales.

Indicador	Meta Nacional	Meta Regional (SS Chiloé)	Situación Ancud
Mortalidad infantil (x1.000 NV)	≤5.0	7.16	8.72
Control de hipertensión arterial	≥90%	0,85	78%
Cobertura en salud mental	≥70%	0,65	52%
Acceso a agua potable	1	0,98	94%

Se observa que Ancud presenta rezagos en varias áreas clave, como mortalidad infantil, control de enfermedades crónicas y cobertura de salud mental. Esto refuerza la necesidad de intervenciones focalizadas para cerrar estas brechas.



5. *Pronóstico y Recomendaciones*

De mantenerse las tendencias actuales, se prevé que los problemas de salud de Ancud se intensifiquen en ciertos grupos vulnerables, como adultos mayores y personas con enfermedades crónicas. Sin embargo, existen oportunidades para mejorar:

- Fortalecer la APS: Incrementar la cobertura de atención primaria y mejorar la continuidad del cuidado.
- Implementar estrategias comunitarias: Potenciar la educación en salud, el autocuidado y la participación ciudadana.
- Mejorar la gestión ambiental: Reforzar la recolección de residuos y el saneamiento básico.
- Aumentar la inversión en salud mental: Expandir la oferta de programas psicosociales y de prevención del consumo problemático de sustancias.

Con una planificación adecuada y el trabajo conjunto de los sectores público y comunitario, es posible mejorar significativamente la situación de salud de Ancud en los próximos años.

El diagnóstico integral de salud de Ancud evidencia una serie de desafíos sanitarios y sociales que afectan la calidad de vida de sus habitantes. El alta carga de enfermedades crónicas, los problemas en salud mental, el envejecimiento poblacional y las brechas en acceso a la atención primaria configuran un escenario que requiere un enfoque intersectorial y participativo para su abordaje.

Si bien el sector salud tiene un rol fundamental en la promoción, prevención y tratamiento de enfermedades, la solución a muchas de las problemáticas detectadas depende de la coordinación con otros sectores, como educación, medio ambiente, trabajo y urbanismo. Es crucial fortalecer la articulación entre las instituciones públicas, la comunidad y la sociedad civil para generar estrategias efectivas y sostenibles en el tiempo.

Los indicadores analizados muestran que Ancud se encuentra por debajo de las metas nacionales y regionales en áreas clave como mortalidad infantil, control de enfermedades crónicas y acceso a salud mental, lo que hace necesario reforzar las políticas locales para



cerrar estas brechas. La implementación de programas comunitarios, el aumento en la inversión en infraestructura sanitaria y la promoción del autocuidado pueden marcar una diferencia significativa en la salud de la población.

El pronóstico para los próximos años sugiere que, de no tomarse medidas concretas, algunos problemas como el envejecimiento de la población y la carga de enfermedades crónicas seguirán aumentando, lo que podría generar una mayor presión sobre el sistema de salud local. No obstante, con una planificación estratégica y un enfoque territorial basado en las necesidades reales de la comunidad, es posible revertir estas tendencias y avanzar hacia un modelo de salud equitativo, eficiente y centrado en las personas.

Ancud tiene el potencial de consolidarse como un territorio resiliente con una red de salud fortalecida y una comunidad empoderada en el autocuidado y la prevención. Para ello, es fundamental la colaboración entre el municipio, el Servicio de Salud Chiloé y los actores locales, garantizando que las políticas y acciones de salud respondan a las particularidades del territorio y a las determinantes sociales que impactan en la salud de la población.



7. CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA

El Plan Comunal de Salud de Ancud evidencia una serie de desafíos críticos que impactan directamente en la calidad de vida de la población. La alta carga de enfermedades crónicas, la deficiencia en el acceso a servicios de salud mental, la elevada tasa de mortalidad infantil y las dificultades en el acceso a agua potable y saneamiento básico reflejan brechas sanitarias que requieren intervención prioritaria. Además, la dispersión geográfica de la comuna y la migración hacia las zonas urbanas han generado nuevas necesidades en la distribución de la oferta de servicios de salud, lo que exige una mejor planificación y fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud (APS).

Las principales dificultades identificadas incluyen:

- Déficit en la cobertura de enfermedades crónicas y salud mental, con niveles de atención por debajo de los estándares nacionales y regionales.
- Barreras en el acceso a la salud, especialmente en zonas rurales, lo que dificulta diagnósticos y tratamientos oportunos.
- Problemas en la gestión ambiental y saneamiento, que aumentan la exposición a enfermedades infecciosas y afectan el bienestar de la comunidad.
- Envejecimiento poblacional, con un creciente grupo de adultos mayores que requieren mayor acceso a servicios especializados y redes de apoyo.

No obstante, este plan también presenta oportunidades significativas para transformar el sistema de salud comunal y mejorar los indicadores sanitarios:

- Fortalecimiento de la APS, con un enfoque preventivo y comunitario que permita mejorar el control de enfermedades crónicas y salud mental.
- Trabajo intersectorial, integrando educación, vivienda y medio ambiente para abordar las determinantes sociales de la salud.
- Empoderamiento de la comunidad, fomentando la participación activa en la promoción de salud y autocuidado.



- Inversiones en infraestructura y conectividad, que faciliten el acceso a servicios básicos y permitan reducir brechas de atención.

Este plan nos entrega una hoja de ruta clara para avanzar hacia un sistema de salud más equitativo, eficiente y centrado en las personas. La articulación entre el municipio, el Servicio de Salud Chiloé y la comunidad será clave para asegurar la implementación de estrategias efectivas y sostenibles en el tiempo. Solo con un compromiso conjunto y un enfoque integral será posible reducir las desigualdades sanitarias y mejorar el bienestar de la población de Ancud, proyectando un futuro más saludable y con mejores oportunidades para todos sus habitantes.



8. PLAN DE ACCIÓN CUIDADOS DE SALUD

8.1 CESFAM MANUEL FERREIRA GUZMÁN.

INFANTIL

PROBLEMA PRIORIZADO: AUMENTO EN LA PREVALENCIA DE NIÑOS Y NIÑAS CON DIAGNÓSTICO DE MALNUTRICIÓN POR EXCESO.							META			Producto
Acciones sanitarias	Objetivos	Actividades Año 1	Actividades Año 2	Actividades Año 3	Indicadores de proceso	Indicadores de Objetivos	Año 1	Año 2	Año 3	
AUMENTAR LA PREVALENCIA DE FACTORES PROTECTORES CONTRA LA OBESIDAD INFANTIL.	Aumentar los entornos saludables, respecto a la disponibilidad, acceso y exposición.	Reactivar mesa de trabajo local de salud y educación.	Elaboración de un plan de trabajo conjunto para la prevención de la obesidad infantil.	Implementación del plan de prevención de la obesidad infantil.	Número de reuniones realizadas por la mesa de trabajo local de salud y educación.	Plan de trabajo de prevención de la obesidad infantil elaborado en conjunto con el área de educación de la comuna.	Realizar al menos 1 reunión de la mesa de trabajo.	Plan de trabajo conjunto de prevención de la obesidad.	Cumplimiento de al menos el 60% de las actividades planificadas dentro del plan de trabajo.	
	Mejorar la adopción de hábitos y conductas saludables en la población.	Realizar rescate activo de usuarios sin control nutricional al 5 ^a mes.	Realizar rescate activo de usuarios sin control nutricional al 5 ^a mes.	Realizar rescate activo de usuarios sin control nutricional al 5 ^a mes.	Porcentaje de niños y niñas con consulta nutricional al 5 ^o mes. (Población con consulta nutricional al 5 ^o mes / Total de población bajo control de 5 meses a 11 meses 29 días * 100).	El 70% de la población bajo control de 5 meses a 11 meses 29 días asistió a una consulta nutricional.	50%	60%	70%	
		Aumentar la oferta de horas disponibles de consultas nutricionales a los 3 años y 6 meses de vida.	Realizar rescate activo de usuarios sin control nutricional a los 3 años y 6 meses de vida.	Realizar rescate activo de usuarios sin control nutricional a los 3 años y 6 meses de vida.	Realizar rescate activo de usuarios sin control nutricional a los 3 años y 6 meses de vida.	Porcentaje de niños y niñas con consulta nutricional a los 3 años y 6 meses de vida. (Población con consulta nutricional a los 3 años y 6 meses (42 y 47 meses)/ Población en control de 3 años y 6 meses (42 y 47 meses) * 100)	El 30% de la población bajo control de 42 y 47 meses asistió a una consulta nutricional.	10%	20%	30%
AUMENTAR LA PROPORCIÓN DE POBLACIÓN INFANTIL CON ESTADO NUTRICIONAL NORMAL	Fortalecer las intervenciones oportunas, adecuadas y con pertinencia cultural orientadas a la población infantil con diagnóstico de malnutrición por exceso.	Aumentar el número de horas disponibles de consultas nutricionales de malnutrición por exceso para la población infantil.	Promover la derivación interna a nutricionista de niños y niñas con sospecha de malnutrición por exceso.	Promover la derivación interna a nutricionista de niños y niñas con sospecha de malnutrición por exceso.	Porcentaje de niños y niñas con diagnóstico de Malnutrición por exceso que recibe Consulta Nutricional (CN)(Población infantil menor de 4 a 9 años con Dg. de malnutrición por exceso que recibe CN/ Población infantil de 4 a 9 años con Dg. de Malnutrición por exceso) *100).	El 30% de niños y niñas diagnosticado con Malnutrición por exceso asiste al menos a 1 CN.	10%	20%	30%	
		Gestionar la creación de un taller de actividad física para niños y niñas con diagnóstico de Malnutrición por exceso.	Implementación del taller de actividad física para niños y niñas con diagnóstico de Malnutrición por exceso.	Implementación del taller de actividad física para niños y niñas con diagnóstico de Malnutrición por exceso.	Número de niños y niñas con diagnóstico de Malnutrición por exceso que asisten a taller de actividad física realizadas por la mesa de trabajo local de salud y educación.	Implementación de un taller de actividad física para niños y niñas con diagnóstico de Malnutrición por exceso.	Aprobación de la creación del taller de actividad física.	Implementación del taller de actividad física.	Aumentar la asistencia de niños y niñas al taller de actividad física en relación al año anterior.	



ADOLESCENCIA Y JUVENTUD:

PROBLEMA PRIORIZADO: AUMENTO EN LA PREVALENCIA DE PATOLOGÍAS DE SALUD MENTAL EN LOS ADOLESCENTES Y JÓVENES.							Meta			Producto
Acciones sanitarias	Objetivos	Actividades Año 1	Actividades Año 2	Actividades Año 3	Indicadores de proceso	Indicadores de Objetivos	Año 1	Año 2	Año 3	
AUMENTAR LA OFERTA DE ACCIONES ENFOCADAS EN LA PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL.	Mejorar la salud mental de los adolescentes y jóvenes con enfoque en lo promocional y preventivo.	Realización de talleres con enfoque preventivo/promocional de salud mental y violencia de género a adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años y jóvenes	Realización de talleres con enfoque preventivo/promocional de salud mental y violencia de género a adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años y jóvenes	Realización de talleres con enfoque preventivo/promocional de salud mental y violencia de género a adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años y jóvenes	Número de talleres preventivos/promocionales para adolescentes y jóvenes realizados por el establecimiento durante el año.	Aumento de un 10% en el número de talleres preventivos/promocionales dirigidos a adolescentes y jóvenes realizados por el establecimiento, en relación al año 2025	Línea base	Aumento de un 5% en el número de talleres preventivos/promocionales dirigidos a adolescentes y jóvenes realizados por el establecimiento, en relación a la línea base.	Aumento de un 10% en el número de talleres preventivos/promocionales dirigidos a adolescentes y jóvenes realizados por el establecimiento, en relación al año base.	
PESQUISAR FACTORES DE RIESGO Y PROMOVER CONDUCTAS PROTECTORAS DE SALUD MENTAL EN POBLACIÓN ADOLESCENTE.	Mejorar la adopción de hábitos y conductas saludables en la población.	Realizar consejerías antitabaco a adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años.	Realizar consejerías antitabaco a adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años.	Realizar consejerías antitabaco a adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años.	Número de consejerías antitabaco realizadas a usuarios de 10 a 24 años realizados por el establecimiento durante el año.	Aumento de un 20% en el número de consejerías antitabaco realizadas a usuarios de 10 a 24 años realizados por el establecimiento en relación al año 2025.	Línea base	Aumento de unos 10% en el número de consejerías antitabaco realizadas a usuarios de 10 a 24 años en relación la línea base.	Aumento de unos 20% en el número de consejerías antitabaco realizadas a usuarios de 10 a 24 años en relación la línea base.	
		Aplicación de Pauta CERO a población de 10-19 años parte del Programa Odontológico de Enseñanza Media.	Aplicación de Pauta CERO a población de 10-19 que asiste a atenciones odontológicas o es parte del Programa Odontológico de Enseñanza Media.	Aplicación de Pauta CERO a población de 10-19 que asiste a atenciones odontológicas o es parte del Programa Odontológico de Enseñanza Media.	Porcentaje de adolescentes de 0 a 19 años en control con enfoque de riesgo y pauta CERO aplicada.	30% de los adolescentes de 0 a 19 años se encuentran en control con enfoque de riesgo y pauta CERO aplicada.	10%	20%	30%	



ADULTO:

Problema Priorizado: Aumento en la prevalencia de patologías de salud mental en los adolescentes y jóvenes.

Acciones sanitarias	Objetivos	Actividades Año 1	Actividades Año 2	Actividades Año 3	Indicadores de proceso	Indicadores de Objetivos	Meta			Producto
							Año 1	Año 2	Año 3	
AUMENTAR EL ACCESO A EXÁMENES DE PESQUISA DE CÁNCER EN LA POBLACIÓN ADULTA A CARGO	Mejorar el diagnóstico, tratamiento precoz y rehabilitación de forma oportuna y de calidad.	Realizar campaña de difusión, sensibilización y detección temprana del cáncer por redes sociales (RRSS)	Realizar campañas de difusión, sensibilización y detección temprana del cáncer de forma presencial en actividades comunales realizadas durante todo el año.	Realizar campañas de difusión, sensibilización y detección temprana del cáncer utilizando diferentes medios de comunicación. (ej: Radio, diario, etc.)	N° de actividades de difusión realizadas en el año.		Realización de 3 actividades.	Realización de 4 actividades.	Realización de 5 actividades.	
		Gestionar la implementación de la toma de examen de Antígeno Prostático Específico (APE) en población masculina de grupos etarios de riesgo y población con antecedentes familiares de cáncer de próstata.	Implementación de la toma de examen de Antígeno Prostático Específico (APE) a usuarios que cumplan con criterios establecidos de puesta en marcha del proyecto.	Aumentar la toma de examen de Antígeno Prostático Específico (APE) a usuarios que cumplan con criterios establecidos en protocolo de atención.	N° de exámenes de APE realizados en el año.		Aprobación de la implementación de la toma de examen APE.	Línea base.	Aumentar en un 10% la toma de examen APE, en relación al año anterior.	
AUMENTAR EL ACCESO Y OPORTUNIDAD DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PATOLOGÍAS EN USUARIOS ADULTOS.	Disminuir la morbimortalidad.	Realizar prestaciones del programa cardiovascular. (Ej: Controles cardiovasculares, prestaciones podológica, etc.) En horario de extensión (lunes a viernes de horario de 17:00 a 20.00 horas y sábados de 9:00 a 13:00 hrs).	Realizar prestaciones del programa de salud mental. (Ej: Ingreso, control de salud mental) en horario de extensión.	Realizar Ingresos/controles ECICEP en horario de extensión	N° de horas de atención totales disponibles en horario de extensión en el año.	Aumento de un 30% en las horas profesionales disponibles en extensión horaria con respecto al año 2025.	Aumento de un 10% de las horas profesionales disponibles en extensión horaria con respecto al año anterior.	Aumento de un 20% de las horas profesionales disponibles en extensión horaria con respecto al año anterior.	Aumento de un 30% de las horas profesionales disponibles en extensión horaria con respecto al año anterior.	
		Realizar ingreso integral a personas con multimorbilidad crónica G3 a la estrategia de cuidado integral centrado en la persona (ECICEP).	Realizar ingreso integral a personas con multimorbilidad crónica G3 a la estrategia de cuidado integral centrado en la persona (ECICEP).	Realizar ingreso integral a personas con multimorbilidad crónica G2 a la estrategia de cuidado integral centrado en la persona.	Número de personas con multimorbilidad crónica ingresadas a la estrategia de cuidado integral centrado en la persona durante el año.	Porcentaje de usuarios con multimorbilidad crónica G2 y G3 ingresados a la estrategia de cuidado integral centrado en la persona (n° de personas con multimorbilidad crónica (G2 y G3) que ingresan a atención integral centrado en la persona / N° total de personas con multimorbilidad crónica G2 y G3) *100	Línea base	Aumento de un 10% de los ingresos a la estrategia de cuidado integral centrado en la persona con respecto al año anterior	Aumento de un 10% de los ingresos a la estrategia de cuidado integral centrado en la persona con respecto al año anterior	



PERSONAS MAYORES

Problema Priorizado: Mejorar el estado funcional de los adultos mayores.										
Acciones sanitarias (son estrategias que deben abordar toda la línea de atención)	Objetivos	Actividades Año 1	Actividades Año 2	Actividades Año 3	Indicadores de proceso. (implica mediciones de cumplimiento de las acciones realizadas)	Indicadores de Objetivos (refleja el resultado que se pretende lograr en el periodo, está contenido en el Objetivo)	Meta			Producto
							Año 1	Año 2	Año 3	
Garantizar la disponibilidad de horas clínicas para la cobertura de exámenes médicos preventivos (EMPAM) del adulto mayor en los centros de salud.	Prevenir dependencia en personas de 65 años y más autovalente con riesgo y/o riesgo de dependencia detectado en el control de Salud (EMPAM)	Promover talleres de estimulación cognitiva para personas mayores.	Promover la participación en actividades sociales y recreativas para mantener el bienestar emocional y prevenir el aislamiento social, lo cual tiene un impacto positivo en la salud mental de las personas mayores.	Implementar programas de ejercicio físico adaptados a las necesidades de las personas mayores.	N° de horas disponibles de EMPAM con control de seguimiento.	N° de personas de 65 años y más con riesgo bajo y/o sin riesgo de dependencia con control de seguimiento efectuado dentro de los 12 meses posteriores a la realización del EMPAM./ N° de personas de 65 años bajo control x 100	Línea base	Aumento de un 10% en el número de EMPAM EN relación la línea base.	Aumento de un 20% en el número de EMPAM EN relación la línea base.	
	Disminuir la morbimortalidad por Enfermedades Cardiovasculares.	Campañas educativas sobre estilos de vida saludables en redes sociales, radios o diarios locales, con materiales informativos que promuevan hábitos saludables, enfocadas en personas mayores.	Fomentar actividades comunitarias con participación de grupos de adultos mayores, con visión de salutogénesis, en donde se eduque prevención de sobre enfermedades cardiovasculares.	Implementar programas de ejercicio físico adaptados a las necesidades de las personas mayores.	Cobertura de personas de 65 años y más con HTA, DM, dislipidemia bajo control, en relación a la población inscrita.	Cobertura de atención integral a personas de 65 años y más, con factores de riesgo cardiovasculares/ N° de personas de 65 años bajo control x 100	Línea base	2%	4%	



CUIDADOS TRANSVERSALES:

PROBLEMA PRIORIZADO: FALTA DE IDENTIFICACIÓN DE POBLACIONES VULNERABLES

Acciones sanitarias	Objetivos	Actividades Año 1	Actividades Año 2	Actividades Año 3	Indicadores de proceso.	Indicadores de Objetivos	Meta			Producto
							Año 1	Año 2	Año 3	
Identificar y proporcionar apoyo y abordaje a familias con factores de riesgo familiar.	Fortalecer el cuidado de la salud, centrado en las personas, familias y comunidades.	Aplicación de la Encuesta de riesgo familiar según instrumento aprobado por el Servicio de Salud.			Número de encuestas familiares aplicadas durante el año.	Número de familias evaluadas mediante screening de riesgo /Número de familias inscritas/Adscritas *100	Línea Base	Aumentar en un 10% el número de familias evaluadas con respecto al año anterior.	Aumentar en un 10% el número de familias evaluadas con respecto al año anterior.	
Promover la participación de pueblos indígenas en el diseño de modelos de salud intercultural.	Planificar acciones de salud intercultural en programas de salud regulares .	Diseño y planificación de un programa de salud intercultural con apoyo de las comunidades indígenas del sector.	Implementación del programa de salud intercultural en el establecimiento.		Porcentaje de implementación del Programa de salud intercultural.	Implementación total del programa de salud intercultural.	Elaboración del Programa de salud intercultural.	Implementación inicial del Programa de salud intercultural	Implementación total del programa de salud intercultural.	



8.2 CESFAM: PUDETO BAJO

PLAN DE ACCIÓN AÑO 2025-2028

Problema Priorizado: CICLO VITAL PREVALENCIA DE OBESIDAD INFANTIL PREESCOLARES Y ESCOLARES DE 3 - 6 AÑOS

Acciones sanitarias	Objetivos	Actividades Año 1	Actividades Año 2	Actividades Año 3	Indicadores de proceso	Indicadores de Objetivos	Meta			Producto		
							Año 1	Año 2	Año 3			
Taller de actividad física y recreativa	Reducir la prevalencia e incidencia de obesidad infantil en la población de preescolares y escolares de 3- 6 años.	Juegos para ejercitar destrezas corporales con equipamiento deportivo y obstáculos	Mantener los talleres según la programación del año solicitando recursos para la implementación. (Botellas de agua-conos, pelotas, hula hula, alfombras o colchonetas.	Realizar una olimpiada infantil con los grupos de niños de primer y segundo año. Esta constara de: pista de obstáculos, baile entretenido con hula hula y juego con pelota grupal.	Porcentaje de niñas y niños que acuden al taller. A los menos deberán asistir a lo menos a 10 secciones de actividad física para lograr el cumplimiento.	Porcentaje de niños y niñas que logre clasificación de obesidad a sobrepeso.	60%	80%	90%			
		Talleres de actividad física de 45 - 60 minutos. 12 secciones de actividades físicas planificadas por cada grupo. Se realizará una sección por semana. El taller se impartirá 3 meses por grupo de 6 a 8 niños y niñas acompañados de su cuidador/a.	Citar a los grupos de niños y niñas del primer año, para generar un análisis de las acciones realizadas y del impacto obtenido.								Formar nuevos grupos, con niños nuevos en base al análisis anterior.	Porcentaje de niños y niñas que logren calificación de sobrepeso a eutrófico.
Taller de fortalecimiento de alimentación saludable.	Incorporar conocimientos básicos de alimentación saludable.	Medición de antropometría en primera sección, para diagnostico objetivo.	Medición de antropometría en primera sección, para diagnostico objetivo.	Realizar taller de cocina con niño y cuidador con menús realizados el primer año.	Listado de niños y niñas con mediciones antropométricas al comienzo del taller	Prueba de conocimiento teórica o practica para evaluar y cuantificar conocimientos integrados.	60%	80%	90%			
		Taller de alimentación con nutricionista.	Charlas educativas sobre alimentación saludable.	Premiar las mejores recetas.	Porcentaje de asistencia de participantes al taller, se obtendrá de las listas que se mantendrán en cada actividad.							
		Taller de preparación de pautas de alimentación semanal.	Buzón preguntón, donde los niños podrán formular sus preguntas sobre alimentación saludable.									
Control de salud infantil al término del ciclo de los talleres.	Mantener monitoreo y seguimiento de niños y niñas posterior a los talleres.	Se realizará control de salud infantil en box con enfermera o nutricionista al término del ciclo de los talleres, los cuales duraran 3 meses por grupo	Se realizarán 2 controles de salud en los 3 meses que duran los talleres, pudiendo ser uno con enfermera y otro con nutricionista	Se buscará aumentar el número de controles, pretendiendo realizar un control mensual posterior a 4 secciones de talleres.	Porcentaje de niños y niñas que acudan a control posterior al término de los talleres.	Registro REM y Rayen de las atenciones realizadas en cada mes.	60%	80%	90%			



Problema Priorizado: CICLO VITAL ADOLESCENCIA Y JUVENTUD MEJORAR ESTADO NUTRICIONAL DE JOVENES DE 15 - 19 AÑOS ASOCIADO A AUTOPERCEPCION DE LA IMAGEN CORPORAL Y SALUD MENTAL.

Acciones sanitarias	Objetivos	Actividades Año 1	Actividades Año 2	Actividades Año 3	Indicadores de proceso.	Indicadores de Objetivos	Meta			Producto	
							Año 1	Año 2	Año 3		
Taller grupal 3 A (autoestima, autocuidado, afectividad)	Entregar herramientas constructivas a los jóvenes sobre aspectos de salud integral.	Se realizarán talleres grupales sobre autoestima.	Se realizarán talleres grupales sobre autoestima.	Se realizará análisis de resultados de actividades de años anteriores e impacto en la población bajo control.	Registros estadísticos REM y RYEN con porcentajes de los asistentes a los talleres.	Encuesta de satisfacción de los jóvenes sobre los contenidos entregados y el impacto en su conducta.	50%	60%	80%		
		Se realizarán talleres grupales sobre afectividad.	Se realizarán talleres grupales sobre afectividad.	Se mantendrán actividades realizadas en años anteriores según análisis de resultados.	Listado de asistente y registro fotográfico de actividades.						
		Se realizarán talleres grupales sobre autocuidado.	Se realizarán talleres grupales sobre autocuidado.								
		Se realizará actividad practica grupal sobre las 3 A.	Se realizará actividad practica grupal sobre las 3 A.								
Taller nutricional e imagen corporal.	Incorporar conocimiento a los jóvenes sobre nutrición e imagen corporal.	Educación grupal Sobre nutrición, alimentación equilibrada según necesidades metabólicas.	Educación grupal Sobre nutrición, alimentación equilibrada según necesidades metabólicas.	Se realizará análisis de resultados de actividades de años anteriores e impacto en la población bajo control.	Registros estadísticos REM y RYEN con porcentajes de los asistentes a los talleres.	Encuesta de satisfacción de los jóvenes sobre los contenidos entregados y el impacto en su conducta.	50%	60%	80%		
		Talleres sobre imagen corporal y afrontamiento afectivo.	Talleres sobre imagen corporal y afrontamiento afectivo.	Se mantendrán actividades realizadas en años anteriores según análisis de resultados.	Listado de asistente y registro fotográfico de actividades.						Resultados obtenidos en actividad practica donde se reflejarán los conocimientos obtenidos en las actividades.
		Actividad practica sobre snack con alto nivel nutricional.	Actividad practica sobre snack con alto nivel nutricional.								
Creación de monitores motivadores en grupo de apoyo.	Fortalecer las redes de apoyo de los jóvenes con el fin de entregar acompañamiento afectivo y emocional.	Se realizará taller grupal de preparación de monitor de apoyo.	Se generarán reuniones del grupo de apoyo 1 vez al mes.	Análisis de equipo sobre las estrategias realizadas los años anteriores.	Porcentaje de usuarios asistentes a taller, reflejados en el REM y	Conformación del grupo de apoyo y porcentaje de participantes y actividades realizadas.	50%	60%	80%		
		Se convocará a mesa de trabajo para definir actividades del grupo. Definidas las actividades del grupo, se citará a primera reunión con actividades planificadas.	Se realizarán talleres de yoga, masajes y/o deporte.	Continuar con estrategias de años anteriores según resultados de análisis.	Listado de asistentes a las reuniones.						
		Se realizará conversatorio para hablar sobre temas de interés juvenil.	Planificación anual de las actividades que se realizaran. Conversatorio de salud emocional e imagen corporal.		Conformación del grupo de apoyo con listado y participantes.						
		Se realizará encuesta para obtener datos objetivos sobre lo que esperan del grupo de apoyo.									
		Se creará grupo en redes sociales para hacer que la entrega de información sea más masiva y dinámica.									



Problema Priorizado: CICLO VITAL ADOLESCENCIA Y JUVENTUD MEJORAR ESTADO NUTRICIONAL DE JOVENES DE 15 - 19 AÑOS ASOCIADO A AUTOPERCEPCION DE LA IMAGEN CORPORAL Y SALUD MENTAL.

Acciones sanitarias	Objetivos	Actividades Año 1	Actividades Año 2	Actividades Año 3	Indicadores de proceso.	Indicadores de Objetivos	Meta			Producto	
							Año 1	Año 2	Año 3		
Taller grupal 3 A (autoestima, autocuidado, afectividad)	Entregar herramientas constructivas a los jóvenes sobre aspectos de salud integral.	Se realizarán talleres grupales sobre autoestima.	Se realizarán talleres grupales sobre autoestima.	Se realizará análisis de resultados de actividades de años anteriores e impacto en la población bajo control.	Registros estadísticos REM y RYEN con porcentajes de los asistentes a los talleres.	Encuesta de satisfacción de los jóvenes sobre los contenidos entregados y el impacto en su conducta.	50%	60%	80%		
		Se realizarán talleres grupales sobre afectividad.	Se realizarán talleres grupales sobre afectividad.	Se mantendrán actividades realizadas en años anteriores según análisis de resultados.	Listado de asistente y registro fotográfico de actividades.						
		Se realizarán talleres grupales sobre autocuidado.	Se realizarán talleres grupales sobre autocuidado.								
		Se realizará actividad practica grupal sobre las 3 A.	Se realizará actividad practica grupal sobre las 3 A.								
Taller nutricional e imagen corporal.	Incorporar conocimiento a los jóvenes sobre nutrición e imagen corporal.	Educación grupal Sobre nutrición, alimentación equilibrada según necesidades metabólicas.	Educación grupal Sobre nutrición, alimentación equilibrada según necesidades metabólicas.	Se realizará análisis de resultados de actividades de años anteriores e impacto en la población bajo control.	Registros estadísticos REM y RYEN con porcentajes de los asistentes a los talleres.	Encuesta de satisfacción de los jóvenes sobre los contenidos entregados y el impacto en su conducta.	50%	60%	80%		
		Talleres sobre imagen corporal y afrontamiento afectivo.	Talleres sobre imagen corporal y afrontamiento afectivo.	Se mantendrán actividades realizadas en años anteriores según análisis de resultados.	Listado de asistente y registro fotográfico de actividades.						Resultados obtenidos en actividad practica donde se reflejarán los conocimientos obtenidos en las actividades.
		Actividad practica sobre snack con alto nivel nutricional.	Actividad practica sobre snack con alto nivel nutricional.								
Creación de monitores motivadores en grupo de apoyo.	Fortalecer las redes de apoyo de los jóvenes con el fin de entregar acompañamiento afectivo y emocional.	Se realizará taller grupal de preparación de monitor de apoyo.	Se generarán reuniones del grupo de apoyo 1 vez al mes.	Análisis de equipo sobre las estrategias realizadas los años anteriores.	Porcentaje de usuarios asistentes a taller, reflejados en el REM y RAYEN.	Conformación del grupo de apoyo y porcentaje de participantes y actividades realizadas.	50%	60%	80%		
		Se convocará a mesa de trabajo para definir actividades del grupo. Definidas las actividades del grupo, se citará a primera reunión con actividades planificadas.	Se realizarán talleres de yoga, masajes y/o deporte.	Continuar con estrategias de años anteriores según resultados de análisis.	Listado de asistentes a las reuniones.						Conformación del grupo de apoyo con listado y participantes.
		Se realizará conversatorio para hablar sobre temas de interés juvenil.	Conversatorio de salud emocional e imagen corporal.								
		Se realizará encuesta para obtener datos objetivos sobre lo que esperan del grupo de apoyo.									
		Se creará grupo en redes sociales para hacer que la entrega de información sea más masiva y dinámica.									



Problema Priorizado: CICLO VITAL PERSONAS MAYORES AUMENTO EN NUMERO DE USURIOS QUE NO ACUDE A CONTROLES DE SALUD CARDIOVASCULAR. (USURIOS PASIVADOS)

Acciones sanitarias	Objetivos	Actividades Año 1	Actividades Año 2	Actividades Año 3	Indicadores de proceso.	Indicadores de Objetivos	Meta			Producto
							Año 1	Año 2	Año 3	
Acción 1: Rescate de usuarios en domicilio pacientes mayores de 75 años.	Reducir el número de usuarios que no acuden a sus controles de salud cardiovascular por más de un año.	VDI a cargo de sectores de establecimiento. Se mantendrá una enfermera transversal que realizará VDI una vez a la semana para realizar rescates de estos usuarios.	VDI a cargo de sectores de establecimiento.	Reunión de análisis como equipo de PSCV sobre funcionamiento de la estrategia de rescate.	Mediante estadística del REM de cada mes, donde se visualizarán las VDI.	Porcentaje de usuarios atendidos en VD.	50%	60%	80%	
			Se mantendrán controles en domicilio de usuarios que por ruralidad o dependencia no puedan acudir al CESFAM.	Estudio de nuevas estrategias y talleres que se puedan incorporar en las familias y redes de apoyo de las personas mayores.	Registros en RAYEN de controles de atención de PSCV a usuarios en domicilio.					
		Se creará desde SOME agenda exclusiva para VDI cada jueves de la semana.	Mantenimiento de agenda exclusiva para controles PSCV en VDI.		La agenda creada se verá reflejada en nuestras actividades y programación dese jefa de SOME.					
		Se realizarán estas VDI en horario de extensión (14 a 20 hrs)	Se realizarán estas VDI en horario de extensión (14 a 20 hrs)		Las capacitaciones y talleres tendrán respaldo fotográfico y lista de asistentes.					
		Se realizara capacitación a familiares y cuidadores, para promover redes de apoyo social.								
		Taller sobre manejo de enfermedades crónicas y geriátricas.								
Acción 2: Rescate telefónico por TENS de cada sector, para entregar hora de forma remota.	Facilitar la entrega de horas a control PSCV a los usuarios.	Llamadas telefónicas realizadas por TENS para entregar horas remotas a usuarios zonas rurales.	Llamadas telefónicas realizadas por TENS para entregar horas remotas a usuarios zonas rurales.	Reunión de análisis de estrategia de rescate.	Mediante estadística del REM y RAYEN que se enviara cada mes, donde se visualizaran los seguimientos y rescates telefónicos.	Porcentaje de usuarios que se le entregue hora de control en forma remota.	50%	60%	80%	
		Llamadas telefónicas por TENS a usuarios que no han acudió a control por más de 1 año.	Llamadas telefónicas por TENS a usuarios que no han acudió a control por más de 1 año.	Consolidar números de años anteriores para evaluar la disminución del listado de pasivados.						
		Agendamiento de horas de forma remota a usuarios en listado de pasivados.	Agendamiento de horas de forma remota a usuarios en listado de pasivados.	Continuar con rescate y seguimiento según el análisis que se realizara.						
Acción 3: Avisos y publicaciones en redes sociales y medios de difusión, como la radio, para ampliar información sobre aperturas de agenda y controles. Este aviso se escucharía 1 vez por semana. En redes sociales algo que quedaría durante todo el mes.	Informar y aumentar a la población rural y urbana sobre fechas y controles de salud.	Se realizarán aviso radial grabado para poder pasar repetidamente en las radios.	Se realizarán aviso radial grabado para poder pasar repetidamente en las radios.	Analizar funcionamiento de estrategia de años anteriores y mantener si han sido efectivas para los usuarios.	Aviso mensual que se pasara en las radios de la ciudad, y páginas de redes sociales del establecimiento de salud donde se subirán fechas de aperturas de agenda y controles.	Encuesta a los usuarios que acudan a control para obtener porcentaje de aquellos que recibieron información vía remota.	100%	100%	100%	
		Se generarán avisos en redes sociales con información precisa, sobre aperturas de agenda, controles, horarios y agendamiento remoto.	Se generarán avisos en redes sociales con información precisa, sobre aperturas de agenda, controles, horarios y agendamiento remoto.							



Problema Priorizado: Discapacidad (Transversal)

Acciones sanitarias	Objetivos	Actividades Año 1	Actividades Año 2	Actividades Año 3	Indicadores de proceso.	Indicadores de Objetivos	Meta			Producto
							Año 1	Año 2	Año 3	
Acción 1: Contribuir a la inclusión social de las personas con discapacidad.	Visibilizar a las personas con discapacidad que se encuentran en el territorio	Realizar catastro de personas inscritas en el CECOSF que figuen con alguna discapacidad (Rayen).	Realizar visita domiciliaria Integral a usuarios con discapacidad para conocer su situación actual y necesidades de salud.	Apoyar en la gestión de la Credencial de discapacidad, orientación de beneficios sociales y posible postulación a ayudas técnicas del SENADIS.	N° de VDI realizadas	Aumento de un 10% de credenciales de discapacidad gestionadas según año anterior.	5%	10%	10%	Catastro de personas con discapacidad y aumento de Credenciales de Discapacidad (validadas por COMPIN).
					N° de Credencial de Discapacidad gestionadas					Usuarios con alguna discapacidad orientada en los beneficios sociales.
Acción 2: Contribuir a la inclusión social de las personas con discapacidad en funcionarios CECOSF y agentes comunitarios	Realizar educación sobre discapacidad a los cuidadores que tienen a cargo personas con	Taller para agente comunitario a cargo de la Oficina de Discapacidad Municipal.	Talleres dirigidos a cuidadores que tienen a cargo personas en situación de discapacidad.	Actividades de difusión (asistencia a radios, capsulas educativas, RRSS)	N° de talleres realizados	Aumento de un 15% de educaciones según año anterior	5%	10%	15%	Cuidadores capacitados.
					N° de actividades de difusión.					



8.3 CECOSF CHACAO

PLAN DE ACCIÓN AÑO 2025-2028

Problema Priorizado: niños menores de 1 año con LME deficiente										
Acciones sanitarias	Objetivos	Actividades Año 1	Actividades Año 2	Actividades Año 3	Indicadores de proceso.	Indicadores de Objetivos	Meta			Producto
							Año 1	Año 2	Año 3	
Acción 1:	aumentar a un 60% la LME a menores de 6 meses	realizar taller sobre PNAC y sus beneficios	realizar dípticos educativos sobre el PNAC	realizar capsula educativas en TV del CECOSF	N° de talleres realizados	60% de niños con LME	50%	60%	60%	60% de niños con lactancia exclusiva al 6to mes
					N° De usuarios con dípticos entregados.					
					Capsulas emitidas					
Acción 2:	mejorar conocimientos sobre beneficios de LME al equipo de salud	realizar reuniones periódicas del programa infantil como CECOSF	monitoreo de usuario y su situación de lactancia	capacitar al 80% del equipo sobre lactancia materna	N° De reuniones realizadas en 1 año.	80% de los funcionarios capacitados en LME	60%	70%	80%	80% de los funcionarios capacitados
					Planilla de monitoreo creada.					
					N° de Capacitaciones realizadas					


Problema Priorizado: Baja participacion de los jovenes en manera de promocion y prevencion en salud

Acciones sanitarias	Objetivos	Actividades Año 1	Actividades Año 2	Actividades Año 3	Indicadores de proceso.	Indicadores de Objetivos	Meta			Producto
							Año 1	Año 2	Año 3	
Acción 1:	mejorar la cobertura de participaci3n de la poblacion	realizar actividad masiva con adolescentes del sector (corrida)	realizar fichas clap al 100% de la poblacion en establecimiento educacionales	realizar educaciones de salud sexual y otras segun necesidad del p3blico objetivo	N° de actividades masivas realizadas	aumentar a un 20% la poblacion adolescente en control	10%	15%	20%	adolescentes participan en centro de salud activamente.
					% de fichas clap realizadas					
					N° de talleres realizados					

Problema Priorizado: Adultos con altas tasas de enfermedades cr3nicas no trasmisible

Acciones sanitarias	Objetivos	Actividades Año 1	Actividades Año 2	Actividades Año 3	Indicadores de proceso.	Indicadores de Objetivos	Meta			Producto
							Año 1	Año 2	Año 3	
Acci3n 1:	Aumentar cobertura de exámenes preventivos	Realizar toma de muestras en días diferenciados al día del PSCV	Realizar operativos EMP en la fecha de eventos masivos del sector	potenciar el fono EMP instaurado en el CECOSF	N° de día de toma de muestras diferenciados en el semestre	Aumentar un 20% la cobertura EMP con respecto al a3o anterior	10%	15%	20%	Cobertura EMP por sobre meta nacional
					N° de operativos EMP realizados en el semestre					
					N° De usuarios agendados por fono EMP					
Acci3n 2:	Educar a la poblacion del PSCV sobre patologías crónicas	Realizar talleres para usuarios con DM descompensados	Realizar talleres para usuarios con HTA descompensados	Realizar capsulas educativas para el programa cardiovascular lar	N° de talleres para DM y HTA realizados	Aumentar un 100% la cantidad de usuarios con educaci3n realizada con respecto al a3o anterior	50%	80%	100%	adultos educados sobre su patología de base y su tratamiento
					Capsulas educativas creadas y reproducidas					



Problema Priorizado: Adultos mayores dependientes del sector con escasa red de apoyo

Acciones sanitarias	Objetivos	Actividades Año 1	Actividades Año 2	Actividades Año 3	Indicadores de proceso.	Indicadores de Objetivos	Meta			Producto
							Año 1	Año 2	Año 3	
Acción 1:	Aumentar en un 20% las VDI a adultos mayores con riesgo de dependencia	Realizar registro de usuarios en mini pad	Realizar VDI a todo los usuarios de mini pad priorizados	Incluir evento masivo a los AM	N° de VDI realizadas Evento masivo destinado a AM realizado	Aumento en un 20% de VDI realizada el año anterior	10%	15%	20%	Cobertura AM con VDI aumentada al 20%
Acción 2:	Aumentar la cobertura de EM PAM en un 20% del año anterior	Realizar catastro de usuarios sin EM PAM realizado	proteger agendar para acercar brecha EM PAM	Realizar promocion del programa alimentario del AM	N° de EM PAM realizados en el semestre N° de talleres de PACAM	Aumento en un 20% con respecto al año anterior	10%	15%	20%	Cobertura de EM PAM en adultos aumentada a 20%



8.4 PLAN DE ACCIÓN COMUNAL CECOSF PUNTRA DEGAÑ

PLAN DE ACCIÓN AÑO 2025-2028

Problema Priorizado (Infantil): La insuficiente prevención y promoción de la salud integral infantil, lo que genera deficiencias en el abordaje temprano de factores de riesgo y en el fomento de hábitos saludables desde la infancia.

Acciones sanitarias	Objetivos	Actividades Año 1	Actividades Año 2	Actividades Año 3	Indicadores de proceso.	Indicadores de Objetivos	Meta			Producto
							Año 1	Año 2	Año 3	
Acción 1: Prevención de obesidad infantil.	Reducir la incidencia de la malnutrición por exceso.	A1. Mejorar la adopción de hábitos y conductas saludables en la población.	A2. Control de Salud Infantil: Fomentar hábitos de vida saludable (alimentación saludable y actividad física), tempranamente para prevenir la malnutrición por exceso	A3. Mejorar la adopción de hábitos y conductas saludables en la población infantil.	Porcentaje de niñas y niños menores de 10 años con estado nutricional normal.	N° de niños y niñas menores de 10 años con estado nutricional normal / N° de niñas y niños menores de 10 años inscritos validados * 100	50%	75%	75%	Reducción de la prevalencia de obesidad infantil.
Acción 2: Cuidado bucal en la población.	Promover el manejo adecuado de higiene y cuidado bucal en la población.	B1. Educación Grupal Población menor de 10 años.	B2. Educación Grupal Población menor de 10 años.	B3. Educación Grupal Población menor de 10 años.	Cobertura de consultas de Urgencia Odontológica Ambulatoria GES en menores de 10 años.	N° de niños y niñas menor a 10 años con consultas de morbilidad odontológica /Total de población menor de 10 años inscrita y validada en el establecimiento*100	50%	75%	75%	Mejorar el estado de Salud Bucal de la población infantil.
Acción 3: Sexualidad, afectividad y género.	Proporcionar información y fomentar el diálogo sobre sexualidad, afectividad y género promoviendo el respeto y la inclusión.	C1. Fomentar la educación sexual integral en niños abordando temas como anatomía, las relaciones afectivas y la prevención de	C2. Taller de cuidado frente a diversas enfermedades de transmisión sexual.	C3. Promover la igualdad de género en la infancia, abordando estereotipos y prejuicios de género que pueden afectar su desarrollo.	Proporción de los Establecimientos que implementan prácticas de bienestar de la salud.	N° de establecimientos que implementan la actividad/ N° total de establecimientos x100.	50%	75%	75%	Aumento en la conciencia y conocimiento de los niños sobre temas de sexualidad, afectividad y género.



Problema Priorizado (Adolescencia y juventud): La insuficiencia de un enfoque integral y adecuado para abordar las necesidades de salud sexual y reproductiva de las personas a lo largo de su ciclo de vida, considerando las perspectivas de género, interseccionalidad, interculturalidad y derechos humanos. Esta deficiencia afecta la accesibilidad, calidad y efectividad de los servicios de salud, dejando a diversos grupos de la población en situación de vulnerabilidad y desprotección, especialmente a aquellas personas que enfrentan barreras sociales, culturales y económicas.

Acciones sanitarias	Objetivos	Actividades Año 1	Actividades Año 2	Actividades Año 3	Indicadores de proceso.	Indicadores de Objetivos	Meta			Producto
							Año 1	Año 2	Año 3	
Acción 1: Prevención del embarazo.	Entregar información adecuada sobre sexualidad, métodos anticonceptivos, salud reproductiva y los riesgos asociados con el embarazo precoz.	A1. Realizar talleres sobre métodos anticonceptivos.	A2. Educar sobre la importancia de construir relaciones basadas en el respeto mutuo y la igualdad.	A3. Taller sobre educar a jóvenes sobre la sexualidad y la importancia que es en el curso de vida.	Porcentaje de ingresos de adolescentes de 10 a 19 años a educación grupal sobre salud sexual y reproductiva.	(N.º de ingresos de adolescentes de 10 a 19 años a educación grupal sobre salud sexual y reproductiva (año vigente)) (MENOS N.º de ingresos de adolescentes de 10 a 19 años a educación grupal sobre salud sexual y reproductiva (año anterior))/(N.º de ingresos de adolescentes de 10 a 19 años a educación grupal sobre salud sexual y reproductiva (año anterior))*100	50%	75%	75%	Mejorar la educación sexual a los adolescentes de 10 a 19 años.
Acción 2: Salud menstrual.	Fomentar la comprensión y conciencia sobre la menstruación, su ciclo y su importancia en la salud reproductiva.	B1. Taller de prevención y trastornos menstruales	B2. Mejorar el acceso a productos de higiene menstrual como toallas sanitarias, tampones y copas menstruales.	B3. Reducir la estigmatización y el tabú sobre la menstruación, promoviendo una cultura de aceptación y respeto.	Porcentaje de Establecimientos que realizan actividades de cuidado integral	(N' de establecimientos que realizan la actividad) / (N' total de establecimientos) *100	50%	75%	75%	Aumento en la conciencia y educación sobre la salud menstrual entre mujeres y niñas.
Acción 3: Cambios fisiológicos en hombres y mujeres	Reconocer los cambios fisiológicos en hombres y mujeres.	C1. Taller de desarrollo de características sexuales secundarias	C2. Proveer de atención multidisciplinaria y servicios accesibles y de calidad con foco adolescentes jóvenes, personas mayores y diversidades sexuales.	C3. Comprender los cambios fisiológicos que ocurren en la pubertad en hombres y mujeres, incluyendo el crecimiento de los órganos reproductivos.	Porcentaje de Establecimientos que realizan actividades de cuidado integral	(N' de establecimientos que realizan la actividad) / (N' total de establecimientos)*100	50%	75%	75%	Comprensión y conciencia de los cambios fisiológicos.
Acción 4: Prevención de ITS	Fomentar la comprensión y conciencia sobre las ITS, sus causas, síntomas y consecuencias	D1. Talleres grupales sobre salud sexual y reproductiva dirigidos a adolescentes de 10 a 19 años.	D2. Fomentar el uso de métodos de prevención, como el uso de condones y la vacunación contra el virus del papiloma humano.	D3. Adolescentes y Jóvenes de 10 a 24 años que reciben consejería con entrega de condones.	Porcentaje de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años que reciben consejerías con entrega de condones.	(N.º de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años que reciben consejería con entrega de condones (año vigente) (MENOS) N.º de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años que reciben consejería con entrega de condones (año anterior) / (N.º de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años que reciben consejería con entrega de condones (año anterior))*100	50%	75%	75%	Aumento de la conciencia y educación sobre ITS. Mejora en el acceso a servicios de salud sexual.



Problema Priorizado (Adulto): El aumento de las enfermedades crónicas en adultos, como diabetes, hipertensión y enfermedades cardiovasculares, debido a factores como el sedentarismo, la mala alimentación, el estrés y la falta de acceso a servicios de salud preventivos. Este fenómeno genera una carga significativa tanto para los individuos afectados, que experimentan un deterioro en su calidad de vida, como para el sistema de salud, que debe hacer frente a los costos asociados a su tratamiento y manejo a largo plazo.

Acciones sanitarias	Objetivos	Actividades Año 1	Actividades Año 2	Actividades Año 3	Indicadores de proceso.	Indicadores de Objetivos	Meta			Producto
							Año 1	Año 2	Año 3	
Acción 1: prevención y promoción de enfermedades crónicas.	Identificar y controlar factores de riesgo de enfermedades crónicas	A1. Aplicar el "Formulario de Prevención de Enfermedad Renal Crónica" a personas de 25 a 64 años en control de salud cardiovascular.	A2. Fomentar el manejo y control de enfermedades crónicas a través de la educación, el apoyo y la monitorización continua.	A3. Reducir la morbimortalidad asociada a enfermedades crónicas mediante la promoción de estilos de vida saludables y la mejora de la atención médica.	Porcentaje de personas de 25 a 64 años bajo control por condición de salud cardiovascular clasificadas según etapa de enfermedad renal crónica (ERC).	(N° de personas de 25 a 64 años bajo control por condición de salud cardiovascular clasificadas según etapa de la ERC en los últimos 12 meses / N° total de personas de 25 a 64 años bajo control por condición de salud cardiovascular) x 100	50%	50%	50%	Aumento en la adherencia al tratamiento y el manejo de enfermedades crónicas.
Acción 2: Tratamiento farmacológico.	Mejorar la adherencia del tratamiento farmacológico.	B1. Mejorar la eficacia del tratamiento farmacológico para condiciones médicas comunes en personas adultas, como la hipertensión, la diabetes y la enfermedad cardiovascular.	B2. Fomentar la adherencia al tratamiento farmacológico y mejorar la comunicación entre los pacientes y los profesionales de la salud	B3. Mejorar la seguridad del paciente y reducir los errores de medicación	Porcentaje de personas de 25 a 64 años bajo control por condición de salud cardiovascular clasificadas según etapa de enfermedad renal crónica (ERC).	(N° de personas de 25 a 64 años bajo control por condición de salud cardiovascular clasificadas según etapa de la ERC en los últimos 12 meses / N° total de personas de 25 a 64 años bajo control por condición de salud cardiovascular) x 100	50%	50%	50%	Mejora en la eficacia del tratamiento farmacológico.
Acción 3: coberturas de inmunización.	Mantener o mejorar coberturas de inmunización.	C1. Administración de vacuna Influenza a los adultos enfermedades crónicas entre los 25 y 64 años.	C2. Administración de vacuna Influenza a los adultos enfermedades crónicas entre los 25 y 64 años.	C3. Administración de vacuna Influenza a los adultos enfermedades crónicas entre los 25 y 64 años.	Porcentaje de adultos entre 25 y 64 años portadores de enfermedades crónicas vacunados con anti-influenza	(N° de adultos entre 25 y 64 años portadores de enfermedades crónicas con vacuna anti-influenza administrada/ Total de adultos entre 25 y 64 años portadores de enfermedades crónicas) *100.	50%	50%	50%	Disminuir el riesgo de reintroducción y/o aumento de enfermedades transmisibles en vías de eliminación, emergentes o reemergentes
Acción 4: Salud bucal	Fomentar los hábitos promotores de la salud bucal asociado a la reducción del consumo de tabaco, alcohol y azúcar	D1. Educación Grupal Población Diabéticos en control PSCV	D2. Promoción de hábitos de higiene bucal saludable	D3. Colaboración con profesionales de la salud para promover la salud bucal y prevenir enfermedades.	Porcentaje de Personas Diabéticos en control PSCV DE 20 A 64 AÑOS que reciben educación grupal	(Porcentaje de Personas Diabéticos en control PSCV que reciben educación grupal DE 20 A 64 años/ (Personas Diabéticos en control PSCV de 20 a 64 años) x100	50%	50%	50%	Mejorar el estado de salud bucal de la población a lo largo del curso de vida con enfoque de equidad en salud.
Acción 5: morbimortalidad	Detectar en forma oportuna condiciones prevenibles o controlables que causan morbimortalidad a través del Examen de Medicina Preventiva del Adulto (EMPA) en personas de 25 a 64 años.	E1. Realizar Examen de Medicina Preventiva del Adulto aplicando pauta de protocolo	E2. Realizar Examen de Medicina Preventiva del Adulto aplicando pauta de protocolo.	E3. Realizar Examen de Medicina Preventiva del Adulto aplicando pauta de protocolo.	Incrementar cobertura de EMPA en la población inscrita validada.	(N° de EMPA realizados a población adulta de 25 a 64 años inscrita validada /Población Total adulta inscrita de 25 a 64 años validada)*100	80%	80%	80%	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud.



Problema Priorizado (Personas mayores): La carencia de un enfoque integral preventivo y promocional para abordar los factores interrelacionados que afectan la salud y calidad de vida de las personas mayores. La falta de estrategias que promuevan el envejecimiento saludable, el bienestar físico y mental, y la prevención de enfermedades crónicas genera un aumento en la vulnerabilidad de este grupo etario frente a condiciones de salud que afectan su autonomía, funcionalidad y participación social.

Acciones sanitarias	Objetivos	Actividades Año 1	Actividades Año 2	Actividades Año 3	Indicadores de proceso.	Indicadores de Objetivos	Meta			Producto
							Año 1	Año 2	Año 3	
Acción 1: Salud mental	Promover la salud mental y el bienestar en personas mayores, reduciendo el riesgo de trastornos mentales.	A1. Charlas a personas inscritas para fomentar estilos de vida saludables, como actividad física y la estimulación cognitiva, para reducir el riesgo de demencia.	A2. Enseñar a personas mayores técnicas de gestión del estrés y relajación para ayudar a manejar el estrés y la ansiedad.	A3. Fomentar la conexión social y la participación en actividades comunitarias para reducir el aislamiento y la soledad.	Porcentaje de personas de 65 años y más que reciben educación grupal en áreas transversales de acuerdo con los factores protectores de salud.	(N° de personas de 65 años y más años que reciben educación grupal en áreas transversales de acuerdo con los factores protectores de salud. / PIV de 25 A 64 años) x100	50%	75%	75%	Mejora en la calidad de vida.
										Reducción de la depresión y la ansiedad.
										Mejora en la función cognitiva.
Acción 2: Mejorar el Piso pélvico.	Prevenir y tratar problemas de incontinencia, dolor pélvico y disfunción sexual en personas mayores	B1. Talleres de educación y conciencia, donde se informa sobre la importancia del piso pélvico y se enseñan técnicas de ejercicios y relajación	B2. Talleres enfocados a mejorar la fuerza, flexibilidad y la coordinación.	B3. Evaluación de las técnicas aplicadas	Porcentaje de personas de 65 años y más que reciben educación grupal en áreas transversales de acuerdo con los factores protectores de salud.	(N° de personas de 65 años y más años que reciben educación grupal en áreas transversales de acuerdo con los factores protectores de salud. / PIV de 25 A 64 años) x100	50%	75%	75%	Mejora en la calidad de vida.
Acción 3: Acompañamiento de la persona mayor	Prevenir dependencia en personas de 65 años y más autovalente con riesgo y/o riesgo de dependencia detectado en el control de Salud (EMPAM)	C1. Realizar control de seguimiento del Plan de Atención Integral resultante del EMPAM, a personas de 65 años y más que hayan resultado con clasificación de autovalentes con riesgo y en riesgo de dependencia en el EMPAM, dentro de los primeros 6 meses de realizado el EMPAM.	C2. Realizar visitas regulares a la persona mayor para brindar apoyo emocional y práctico	C3. Realizar visitas regulares a la persona mayor para brindar apoyo emocional y práctico	Porcentaje de personas de 65 años y más con riesgo de dependencia	(N° de personas de 65 años y más con riesgo y/o riesgo de dependencia con control de seguimiento efectuado dentro de los 6 meses posteriores a la realización del EMPAM / N° de personas de 65 años y más autovalentes con riesgo y/o riesgo de dependencia con según EMPAM vigente)* 100	80%	80%	80%	Mejorar el estado funcional de los adultos mayores
Acción 4: prevención y promoción de Riesgo de Caída.	Reducir la incidencia de caídas en personas mayores.	D1. Identificar y evaluar los factores de riesgo de caídas en personas mayores	D2. Implementar medidas de prevención como; mejora de la iluminación y eliminación de obstáculos en el hogar.	D3. Implementar programas de ejercicio físico y terapia ocupacional para mejorar la función y la movilidad.	Porcentaje de personas de 65 años y más que reciben educación grupal en áreas transversales de acuerdo con los factores protectores de salud.	(N° de personas de 65 años y más años que reciben educación grupal en áreas transversales de acuerdo con los factores protectores de salud. / PIV de 25 A 64 años) x100.	50%	75%	75%	Mejora en la calidad de vida.
										Mejora en la salud física.
										Reducir el riesgo de caída.
Acción 5: salud bucal en personas mayores	Fortalecer La cobertura efectiva de los servicios de salud bucal a lo largo del curso de vida	E1. Consulta de Urgencia Odontológica Ambulatoria GES en población de 65 años y más.	E2. Fomentar la higiene bucal regular mediante el cepillado y el uso del hilo dental.	E3. Realizar exámenes bucales regulares para detectar y tratar enfermedades asociadas.	Porcentaje de consultas de Urgencia Odontológica Ambulatoria GES en población de 65 años y más.	(N° Total de consultas de Urgencia Odontológica Ambulatoria GES en población de 65 y más años / (Total población de 65 y más años inscritos y validados en los establecimientos) x 100	50%	75%	75%	Mejorar el estado de Salud Bucal de la población.



Problema Priorizado (Transversal): a inequidad en el acceso a la salud, debido a intervenciones estratégicas insuficientes o desiguales, lo que limita el acceso de diversos grupos poblacionales a servicios de salud de calidad. Esta desigualdad afecta especialmente a personas en situación de vulnerabilidad, como aquellos con menor nivel socioeconómico, personas rurales o de comunidades indígenas, lo que incrementa las brechas en la atención sanitaria y deteriora la salud general de estas poblaciones.

Acciones sanitarias	Objetivos	Actividades Año 1	Actividades Año 2	Actividades Año 3	Indicadores de proceso.	Indicadores de Objetivos	Meta			Producto
							Año 1	Año 2	Año 3	
Acción 1: Taller de primeros auxilios.	Proporcionar conocimientos y habilidades básicas en primeros auxilios para responder de manera efectiva en situaciones de emergencia.	A1. Realizar talleres de primeros auxilios a colegios del sector y a la comunidad en general, donde aprenderán técnicas básicas como; RCP, Control de hemorragias, inmovilización de fracturas y tratamiento de quemaduras.	A2. Realizar talleres de primeros auxilios a colegios del sector y a la comunidad en general, donde aprenderán técnicas básicas como; RCP, Control de hemorragias, inmovilización de fracturas y tratamiento de quemaduras.	A3. Realizar talleres de primeros auxilios a colegios del sector y a la comunidad en general, donde aprenderán técnicas básicas como; RCP, Control de hemorragias, inmovilización de fracturas y tratamiento de quemaduras.	Porcentaje de Establecimientos que realizan la actividad.	(N° de establecimientos que realizan la actividad) / (N° total de establecimientos) *100	50%	75%	75%	Los participantes podrán reconocer y responder a situaciones de emergencia de manera efectiva.
Acción 2: Fortalecer el cuidado de la salud.	Fortalecer el cuidado de la salud, centrado en las personas, familias y comunidades avanzando con participación social hacia la cobertura universal.	B1. Brindar atención integral al grupo familiar con factores de riesgo.	B2. Fortalecer la implementación en Red de la continuidad del cuidado con foco en el fomento de factores protectores.	B3. Proporcionar apoyo y abordaje a familias con factores de riesgo familiar leve a moderado, con el fin de mejorar sus condiciones de vida, a través de sus capacidades	Tasa de Visita Domiciliaria Integral.	(N° de familias evaluadas según riesgo familiar/N° total de familias inscritas)*100	50%	75%	75%	Mejora en la calidad de los servicios de salud.
Acción 3: Interculturalidad en los Programas de Salud	Transversalizar el enfoque intercultural en los Programas de Salud	C1. Planificar acciones de salud intercultural en programas de salud regulares	C2. Gestión y articulación de acciones de salud intercultural según priorización local	C3. Formulación, ejecución, monitoreo de los modelos de salud intercultural en conjunto con representantes de pueblos indígenas.	Programas de salud que incorporan acciones o estrategias con enfoque intercultural	(N° de programas que incorporan acciones o estrategias con enfoque intercultural /N° total de programas de Salud)*100	50%	75%	75%	Protocolos de atención de salud con enfoque intercultural.



CRONOGRAMA 2025- 2028

Problema Priorizado (Infantil) : Salud Integral infantil

Actividades	Año 1												Año 2												Año 3													
	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
A1			X			X				X					X			X				X					X			X				X				
A2				X			X			X						X				X			X						X				X			X		
A3			X			X				X					X			X				X					X			X				X				
B1																																						
B2				X			X			X						X				X			X						X				X			X		
B3			X			X				X					X			X				X					X			X				X				
C1				X			X			X						X				X			X						X				X			X		
C2			X			X				X					X			X				X					X			X				X				
C3				X			X			X						X				X			X						X				X			X		



Problema Priorizado (Adolescencia y juventud): Abordar integralmente las necesidades en salud sexual y reproductiva de las personas a lo largo del curso de vida, desde un enfoque de género, interseccionalidad, intercultural y de derechos.

Actividades	Año 1												Año 2												Año 3											
	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
A1			X			X				X					X			X				X					X			X				X		
A2				X			X				X					X				X			X					X				X			X	
A3			X			X					X				X			X				X					X			X				X		
B1				X			X			X						X				X			X					X				X			X	
B2			X			X				X						X				X			X					X				X			X	
B3				X			X				X					X		X				X						X				X			X	
C1			X			X				X						X			X			X						X				X			X	
C2				X			X				X					X				X			X					X				X			X	
C3			X			X				X						X			X			X						X				X			X	
D1				X			X				X					X				X			X					X				X			X	
D2			X			X				X						X			X			X						X				X			X	
D3				X			X				X					X			X			X						X				X			X	



Problema Priorizado (Personas mayores): Mejorar el enfoque integral de factores interrelacionados que afecten la salud y calidad de vida.

Actividades	Año 1												Año 2												Año 3											
	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
A1				X		X				X						X	X				X						X		X				X			
A2					X			X			X						X			X			X					X			X				X	
A3				X		X				X						X	X				X						X		X				X			
B1					X			X			X					X			X			X						X			X				X	
B2				X		X				X						X	X				X						X		X				X			
B3					X			X			X						X			X			X					X			X				X	
C1				X		X				X						X	X				X						X		X				X			
C2					X			X			X						X			X			X					X			X				X	
C3				X		X				X						X	X				X						X		X				X			
D1					X			X			X					X			X			X						X			X				X	
D2				X		X				X						X	X				X						X		X				X			
D3					X			X			X						X			X			X					X			X				X	
E1				X		X				X						X	X				X						X		X				X			
E2					X			X			X						X			X			X					X			X				X	
E3				X		X				X						X	X				X						X		X				X			



Problema Priorizado (Transversal): Mejorar las intervenciones estratégicas que permitan la equidad en el acceso a la salud.

Actividades	Año 1												Año 2												Año 3											
	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
A1	X		X			X							X		X			X						X		X			X							
A2		X		X			X							X		X			X						X		X			X						
A3	X		X			X							X		X			X						X		X			X							
B1		X		X			X							X		X			X						X		X			X						
B2	X		X			X							X		X			X						X		X			X							
B3		X		X			X							X		X			X						X		X			X						
C1	X		X			X							X		X			X						X		X			X							
C2		X		X			X							X		X			X						X		X			X						
C3	X		X			X							X		X			X						X		X			X							



8.5 QUETALMAHUE:

PLAN DE ACCIÓN AÑO 2025-2028

Problema Priorizado: INFANTIL MAL NUTRICIÓN POR EXCESO										
Acciones sanitarias	Objetivos	Actividades Año 1	Actividades Año 2	Actividades Año 3	Indicadores de proceso.	Indicadores de Objetivos	Meta			Producto
							Año 1	Año 2	Año 3	
Acción 1:	Fomentar lactancia materna exclusiva hasta 6' mes de vida como factor protector contra obesidad.	- Evaluación de tipo de alimentación y fortalecimiento de la lactancia materna (controles desde la diada hasta 6' mes) - Control de lactancia 5to día de vida. - Clínica de lactancia.	- Evaluación de tipo de alimentación y fortalecimiento de la lactancia materna (controles desde la diada hasta 6' mes) - Control de lactancia 5to día de vida. - Clínica de lactancia	- Evaluación de tipo de alimentación y fortalecimiento de la lactancia materna (controles desde la diada hasta 6' mes) - Control de lactancia 5to día de vida. - Clínica de lactancia.	-% cobertura a control de niño sano desde 0 a 6 meses. -% cobertura control de lactancia 5to día de vida. -% de cobertura de clínica de lactancia en menores derivados.	Mantener una cobertura de LME en niños y niñas con control de salud entre los 5 meses 16 días y los 6 meses 15 días entre enero a diciembre del año en curso sobre meta comunal de ese año	> meta comunal	> meta comunal	> meta comunal	
Acción 2:	Mejorar el bienestar físico y emocional de los preescolares y escolares, a través de la promoción de hábitos alimenticios saludables, la actividad física regular y la prevención de enfermedades relacionadas con la malnutrición.	Talleres de malnutrición por exceso en preescolares y escolares.	Talleres de malnutrición por exceso en preescolares y escolares.	Talleres de malnutrición por exceso en preescolares y escolares.	N' de talleres de MNE realizados en preescolares y escolares.	Aumentar en un 10% el N' de asistentes a talleres realizados respecto al año anterior.	>10% año anterior	>10% año anterior	>10% año anterior	
Acción 3:	Aumentar el porcentaje de niños con estado nutricional normal	Consultas malnutrición por exceso.	Consultas malnutrición por exceso.	Consultas malnutrición por exceso.	% cobertura consultas MNE en menores con malnutrición por exceso.	Aumentar en un 5% el porcentaje de niños de 6 años, con estado nutricional normal, respecto al año anterior	>5% año anterior	>5% año anterior	>5% año anterior	


ADOLESCENCIA Y JUVENTUD:

Problema Priorizado USO EXCESIVO DE PANTALLAS COMO FACTOR DE RIESGO BIOPSIICOSOCIAL										
Acciones sanitarias	Objetivos	Actividades Año 1	Actividades Año 2	Actividades Año 3	Indicadores de proceso.	Indicadores de Objetivos	Meta			Producto
							Año 1	Año 2	Año 3	
Acción 1:	Promover la educación y concientización sobre el uso responsable de las pantallas en jóvenes de 10 a 19 años.	Taller de educación sobre uso de pantallas dirigido a población de 10 a 19 años	Taller de educación sobre uso de pantallas dirigido a población 10 a 19 años	Taller de educación sobre uso de pantallas dirigido a población de 10 a 19 años	Talleres realizados/talleres programados*100 REM A27	Aumentar en un 5% el número de participantes a talleres de educación respecto al año anterior	1 taller	2 taller	3 taller	
Acción 2:	Realizar pesquisa para identificar la exposición excesiva a pantallas como factor de riesgo en jóvenes de 10 a 19 años	Control de Salud Integral Adolescentes de 10 a 19 años.	Control de Salud Integral Adolescentes de 10 a 19 años.	Control de Salud Integral Adolescentes de 10 a 19 años.	Porcentaje de Control de Salud Integral realizados a adolescentes de 10 a 19 años.	Aumentar en un 5% el porcentaje de controles de salud integral de 10-19 años respecto al año anterior	>5% año anterior	>5% año anterior	>5% año anterior	
Acción 3:	Brindar atención integral a niños, niñas y adolescentes de 10 a 19 años con factores de riesgo y/o trastornos mentales	Atención integral de niños y niñas de 10 a 19 años con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y/o trastornos mentales	Atención integral de niños y niñas de 10 a 19 años con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y/o trastornos mentales	Atención integral de niños y niñas de 10 a 19 años con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y/o trastornos mentales	REM A05 SECCIÓN N	Aumentar en un 5% la consulta psicológica de población de 10-19 años respecto al año anterior	>5% año anterior	>5% año anterior	>5% año anterior	



ADULTO

Problema Priorizado: AUMENTO DE PATOLOGÍAS CRÓNICAS EN PERSONAS ADULTAS

Acciones sanitarias	Objetivos	Actividades Año 1	Actividades Año 2	Actividades Año 3	Indicadores de proceso.	Indicadores de Objetivos	Meta			Producto
							Año 1	Año 2	Año 3	
Acción 1:	Detectar en forma oportuna condiciones prevenibles o controlables que causan morbimortalidad a través del Examen de Medicina Preventivo del Adulto (EMPA) en personas de 25 a 64 años.	Realización de operativos de EMP extramurales.	Realización de operativos de EMP extramurales.	Realización de operativos de EMP extramurales.	N° de operativos EMP realizados de forma extramural.	Aumentar la cobertura de EMPA en la población inscrita validada en un 20% en 3 años	>10% respecto a 2024	>15% respecto a 2025	>20% respecto a 2024	
Acción 2:	Fomentar la realización de actividad física en personas adultas.	1 actividad masiva relacionada a la actividad física.	1 actividad masiva relacionada a la actividad física.	1 actividad masiva relacionada a la actividad física.	N° de actividades masivas relacionadas a la actividad física.	Aumentar en un 5% el número de participantes que asisten a educaciones grupales, respecto al año anterior	1 actividad masiva	1 actividad masiva	1 actividad masiva	
Acción 3:	Promover el seguimiento adecuado de los usuarios pertenecientes al programa de salud cardiovascular (PSCV), con el fin de prevenir complicaciones y mejorar su calidad de vida.	Rescates telefónicos a usuarios inasistentes del PSCV.	Rescates telefónicos a usuarios inasistentes del PSCV.	Rescates telefónicos a usuarios inasistentes del PSCV.	N° de rescates telefónicos a usuarios inasistentes del PSCV.	Rescate telefónico a un 100% de usuarios inasistentes al PSCV.	100%	100%	100%	



PERSONAS MAYORES

Problema Priorizado ESCASA RED DE APOYO Y PÉRDIDA DE FUNCIONALIDAD

Acciones sanitarias	Objetivos	Actividades Año 1	Actividades Año 2	Actividades Año 3	Indicadores de proceso	Indicadores de Objetivos	Meta			Producto
							Año 1	Año 2	Año 3	
Acción 1:	Potenciar y aumentar el trabajo comunitario del equipo a personas mayores que no cuentan con red de apoyo	Visitas domiciliarias con enfoque de salud familiar y comunitaria en población de 65 años y más	Visitas domiciliarias con enfoque de salud familiar y comunitaria en población de 65 años y más	Visitas domiciliarias con enfoque de salud familiar y comunitaria en población de 65 años y más	Visitas domiciliarias ejecutadas/programadas en población 65 años y más	Aumentar en un 5% el número de visitas a personas mayores de 65 años.	>5%	>5%	>5%	
Acción 2:	Aumentar conocimientos y habilidades para prevenir caídas en personas mayores, con el fin de reducir el riesgo de caídas y mejorar su seguridad, autonomía y calidad de vida.	Talleres de prevención de caídas.	Talleres de prevención de caídas.	Talleres de prevención de caídas.	N° de talleres de prevención de caídas realizados.	Aumentar en un 5% el número de participantes a talleres de educación respecto al año anterior	1 taller	2 talleres	3 talleres	
Acción 3:	Mejorar el estado de salud bucal de la población adulta mayor, promoviendo prácticas de higiene oral adecuadas y brindando atención preventiva, con el fin de prevenir la pérdida de funcionalidad masticatoria y preservar su autonomía en las actividades diarias.	Control odontológico	Control odontológico	Control odontológico	N° de controles odontológicos en población de 65 años y más / Población inscrita validada 65 años y mas	Aumentar en un 5% el porcentaje de población de 65 años y mas con control odontológico	>5%	>5%	>5%	



8.6 LINAO

PLAN DE ACCIÓN AÑO 2025-2028

Problema Priorizado 1. Lactantes que no acceden a taller motor/lenguaje por dispersión geográfica										
Acciones Sanitarias	Objetivos	Actividades Año 1	Actividades Año 2	Actividades Año 3	Indicadores de Proceso	Indicadores de Objetivos	Meta			Producto
							Año 1	Año 2	Año 3	
Acción 1: Aumentar la cobertura geográfica:	Ampliar el alcance de las salas de estimulación itinerantes para garantizar el desarrollo psicomotor adecuado de niños y niñas en zonas rurales..	Realizar catastro de niños menores a 5 años que se encuentren inscritos en el sector y elevar las necesidades que requieran ingresar a modalidad itinerante por déficit DSM y/o pauta biopsicosocial alterada.	Verificar N° niños menores a 5 años con riesgo, rezago, en el DSM y/o pauta biopsicosocial alterada que ingresan a modalidad itinerante.	Evaluar N° niños con (déficit, rezago, riesgo, que egresan de modalidad itinerante con resultado normal en EEDP o TEPSI	(N° de niños menores a 5 años bajo control que tengan déficit DSM y/o pauta biopsicosocial alterada/total de niños inscritos en el sector)*100 (N° niños con riesgo, rezago, en el DSM y/o pauta biopsicosocial alterada que ingresan a modalidad itinerante/total niños con riesgo, rezago, en el DSM y/o pauta biopsicosocial alterada)*100 (N° niños con riesgo, rezago, en el DSM y/o pauta biopsicosocial alterada que egresan de modalidad itinerante/total niños con riesgo, rezago, en el DSM y/o pauta biopsicosocial alterada)*100	Medición semestral: N° de niños menores a 5 años bajo control que arrojan déficit en el DSM y/o pauta biopsicosocial alterada/total de niños inscritos en el sector)*100	Lograr un 50%	Lograr un 80%	Lograr un 100%	Disminuir factores asociados al déficit DSM
Acción 2: Acceso en la accesibilidad y equidad.	Garantizar el acceso a servicios de estimulación temprana de calidad a todos los lactantes y niños/as menores de 5 años en zonas rurales, especialmente aquellos con riesgo de alteraciones en su desarrollo psicomotor y/o biopsicosocial, a través de la implementación de un modelo de atención itinerante.	Realizar calendario de rondas según necesidad de NN (visto año anterior) con déficit DSM y/o pauta biopsicosocial y se dé cumplimiento al número de sesiones según categorización de riesgo, mediante lo que indica orientaciones técnicas modalidad apoyo al desarrollo infantil (MADIS)	Realizar calendario de rondas según necesidad de NN (visto año anterior) con déficit DSM y/o pauta biopsicosocial y se dé cumplimiento al número de sesiones según categorización de riesgo, mediante lo que indica orientaciones técnicas modalidad apoyo al desarrollo infantil (MADIS)	Realizar calendario de rondas según necesidad de NN (visto año anterior) con déficit DSM y/o pauta biopsicosocial y se dé cumplimiento al número de sesiones según categorización de riesgo, mediante lo que indica orientaciones técnicas modalidad apoyo al desarrollo infantil (MADIS)	(Niños que ingresan a modalidad itinerante por déficit DSM y/o pauta biopsicosocial alterada/N° Niños que egresan por alta de modalidad itinerante)*100 N° niños que ingresan a modalidad itinerante por déficit DSM y/o pauta biopsicosocial alterada que cumplen con N° sesiones por O.O.T.T. según plataforma MADIS	(N° de rondas efectivas según REM A04 sección K/N° rondas programadas por calendario)*100	30%	60%	90%	Mejorar cobertura y accesibilidad a las prestaciones de estimulación temprana.
Acción 3: Enfoque en la participación familiar	Fortalecer las competencias parentales de cuidadores en zonas rurales para estimular el desarrollo de sus hijos/as menores de 5 años, especialmente aquellos con riesgo de alteraciones en el desarrollo psicomotor y/o biopsicosocial, a través de la implementación de sesiones de estimulación temprana itinerantes y el acompañamiento personalizado.	Fomentar que la figura paterna y/o significativa acuda a controles niño sano y/o sesiones de estimulación.	Aumentar la cantidad de talleres Nadie Es Perfecto dirigidos a padres, cuidadores, familiares de niños/as menores de 5 años.	Lograr un espacio de atención infantil tipo sala estimulación básica.	(N° niños/as menor de 5 años que acuden a control niño sano acompañados de padres y/o persona significativa / Niños/as menor de 5 años que acuden a control niño sano)*100 (N° talleres NEP realizados año actual / N° talleres NEP realizados año anterior) * 100 Espacio creado y dispuesto para utilizar=100%	Aumentar participación familiar en controles de salud y crianza temprana	15%	25%	100%	Fomentar la participación activa de los cuidadores
							2%	7%		



Problema Priorizado: Sedentarismo en la juventud										
Acciones Sanitarias	Objetivos	Actividades Año 1	Actividades Año 2	Actividades Año 3	Indicadores de Proceso	Indicadores de Objetivos	Meta			Producto
							Año 1	Año 2	Año 3	
Acción 1: Intervención en escuela Bahía Linao con enfoque en actividad física y alimentación saludable	Promover estilos de vida activos y saludables en la juventud de Linao mediante la implementación de un programa integral que combine hábitos alimenticios adecuados y la práctica regular de actividad física, con el fin de disminuir los índices de sedentarismo y mejorar su calidad de vida.	Impartir talleres prácticos de cocina, enseñando a preparar comidas nutritivas y deliciosas con ingredientes locales. Fomentar el consumo de frutas, verduras y alimentos naturales, reduciendo el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas a través de concurso de qué nivel escolar lleva mayor porcentaje de colaciones saludables.	Implementar rutas de senderismo y ciclovías seguras en la comunidad.	Crear huertos escolares o comunitarios para que los jóvenes aprendan sobre el cultivo de alimentos y la importancia de una alimentación sana.	Año 1 (N° talleres realizados durante primer semestre con lista de asistencia/ N° talleres planificados para el año en curso)* 100 evaluación semestral: (N° niños de la escuela bahía Linao asistente a talleres/N° niños total de escuela Bahía Linao)* 100 año 2 evaluación trimestral: (N° niños por nivel que lleva colación saludable/N° niños total del nivel encuestado) * 100 año 3 1 ruta de senderismo y ciclovía creada para el uso comunitario = 100% 1 huerto comunitario construido= 100%	1 plan de trabajo colaborativo entre PSR y establecimiento educacional (N° total de participantes que reportan realizar actividad física 3 veces por semana 60 minutos diarios/N° total de niños) * 100	año 1 50% año 1 50% 20% 40% 60%	100% 30% 50% 70%	100% 40% 60% 80% año 3 100% 100%	Crear mayor conciencia y poder de decisión frente a cambios de hábitos alimentarios y su impacto en la salud personal y comunitaria.
Acción 2: Organizar eventos deportivos y recreativos que involucren a toda la comunidad (carreras, caminatas, festivales deportivos).	Promover la práctica regular de actividad física en la comunidad de Linao fortaleciendo los lazos sociales y posicionando a la localidad como un destino saludable y activo a través de la organización de eventos deportivos y recreativos inclusivos y participativos.	Realizar ferias donde se promueva la alimentación saludable y la actividad física, con stands de información, degustaciones y actividades lúdicas.	Organizar eventos deportivos y recreativos que involucren a toda la comunidad (carreras, caminatas, festivales deportivos).	Realizar actividades al aire libre como senderismo.	Año 1 N° de actividades masivas que se realizan en el año (REM A 19) Año 2 N° de actividades masivas que se realizan en el año (REM A 19) N° de asistentes a las actividades masivas realizadas. año 3 N° de actividades masivas que se realizan en el año (REM A 19) N° de asistentes a las actividades masivas realizada	(N° de agrupaciones sociales que participan activamente en las actividades / N° agrupaciones del sector) * 100	2 ferias masivas en el año	2 eventos deportivos masivos en el año	2 actividades al aire libre y recreativas en el año	Fortalecer los lazos comunitarios y generar un sentido de pertenencia
Acción 3: Disminuir % malnutrición por exceso en población infanto juvenil de sector Linao.	Reducir significativamente la prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población infantojuvenil de Linao a través de un enfoque integral que combine la promoción de hábitos alimenticios saludables, la actividad física regular, la intervención comunitaria y la transformación del entorno alimentario local	Aumentar cobertura de consulta nutricional en población de 6 a 9 años.	Diseñar y ejecutar campañas de comunicación en la comunidad para promover hábitos saludables, utilizando diferentes canales (redes sociales, radio, televisión, carteles).	Trabajar en conjunto con la escuela para integrar la educación alimentaria y nutricional en el currículo escolar.	año 1 (N° niños de 6 a 9 años que tienen al menos una consulta nutricional / N° total de niños de 6 a 9 años inscritos) * 100 año 2 Crear un plan comunicacional para abordar temáticas de alimentación saludable, actividad física. año 3 Mantener vigente plan de trabajo colaborativo con escuela Bahía Linao	(N° niños con SP-OB de 6 a 9 años año actual)/(N° niños con SP-OB de 6 a 9 años año anterior) * 100	Reducir 2% malnutrición por exceso por año.	Reducir 2% malnutrición por exceso por año	Reducir 2% malnutrición por exceso por año	Menor porcentaje de población infantil de 6 a 9 años con malnutrición por exceso.



Problema Priorizado Consumo problemático de alcohol.

Acciones Sanitarias	Objetivos	Actividades Año 1	Actividades Año 2	Actividades Año 3	Indicadores de Proceso	Indicadores de Objetivos	Meta			Producto
							Año 1	Año 2	Año 3	
Acción 1: Realizar un diagnóstico detallado de la situación, considerando aspectos como: Prevalencia del consumo de alcohol y Factores de riesgo.	Caracterizar el perfil de consumo de alcohol en la población de Linao, identificando la prevalencia, patrones de consumo y factores de riesgo asociados.	Analizar resultados de AUDIT/ASSIST/CRAFT aplicados en EMP/EMPA M/CLAP	Identificar los grupos poblacionales más vulnerables (jóvenes, adultos mayores, etc.).	Adaptar las estrategias de prevención y tratamiento a las necesidades y expectativas de la población.	Año 1 (N° de ASSIST/CRAFT/AUDIT aplicados entre 15 a 64 años/ N° total inscritos en posta linao) * 100 Año 2 (N° total de usuarios/as de consumo riesgoso/intermedio y consumo perjudicial entre 15 a 64 años/ N° que se le aplicó ASSIST/CRAFT/AUDIT) * 100 Año 3 (N° de usuarios que ingresa a tratamiento de consumo problemático de alcohol entre 15 a 64 años / (N° total de usuarios/as de consumo riesgoso/intermedio y consumo perjudicial entre 15 a 64 años) * 100 N° de actividades masivas relacionadas a la prevención para consumo de alcohol / año	Porcentaje de la población de Linao que ha completado una encuesta sobre consumo de alcohol y cuyos datos han sido analizados para identificar patrones de consumo, prevalencia y factores de riesgo asociados	año 1 20%	año 1 30%	año 1 35%	Comprender el problema del consumo de alcohol en Linao y diseñar estrategias de prevención y tratamiento más efectivas.
							año 2 30%	año 2 40%	año 2 45%	
							año 3 20%	año 3 35%	año 3 40%	
							año 3 2	año 3 2	año 3 2	



Problema Priorizado: Escasa participación comunitaria en temas relacionados a salud.										
Acciones Sanitarias	Objetivos	Actividades Año 1	Actividades Año 2	Actividades Año 3	Indicadores de Proceso	Indicadores de Objetivos	Meta			Producto
							Año 1	Año 2	Año 3	
Acción 1: Aumentar la participación activa de la comunidad en la toma de decisiones y acciones relacionadas con la salud.	Construir comunidades saludables a través de la participación activa de sus miembros en la promoción, prevención y cuidado de la salud.	Fortalecer las habilidades de los miembros de la comunidad a través de capacitación sobre temas de salud y participación ciudadana.	Lograr obtener monitores de salud en la comunidad, que oriente en temáticas de salud, reporte necesidades desde las comunidades.	Establecer consejos consultivos donde los miembros de la comunidad puedan participar en la toma de decisiones sobre políticas y programas de salud.	<p>año 1 N° talleres/reuniones sobre temáticas de salud, funcionamiento de la posta en el año actual + N° de participantes por actividad Porcentaje de participantes que reportan un aumento en su confianza para participar en decisiones relacionadas con la salud al finalizar la capacitación.</p> <p>año 2 N° de monitores capacitados en temas de salud (educación breve, funcionamiento del sistema de atención primaria de salud, toma de signos vitales, primeros auxilios, etc.)</p> <p>año 3 (N° de sesiones de consejo consultivo local de la posta/ N° sesiones planificados realizar en el año) * 100</p>	<p>Porcentaje de aumento en la participación de la comunidad en al menos una actividad de promoción de la salud organizada por la comunidad en un período de 12 meses.</p>	<p>año 1 3 talleres, con al menos 10 participantes por actividad. Aumentar al menos un 15% desde la línea base el aumento de la confianza para participar en decisiones relacionadas a salud.</p>	<p>año 2 4 Aumentar 20% de la línea inicial.</p> <p>año 2 8 monitores/as</p> <p>año 3 70%</p>	<p>año 2 6 aumentar 30% de la línea inicial</p> <p>año 2 12 monitores/as</p> <p>año 3 80%</p>	



Problema Priorizado: Consumo problemático de alcohol.

Acciones Sanitarias	Objetivos	Actividades Año 1	Actividades Año 2	Actividades Año 3	Indicadores de Proceso	Indicadores de Objetivos	Meta			Producto
							Año 1	Año 2	Año 3	
Acción 1: Identificar tempranamente a las personas mayores en riesgo de desarrollar dependencia.	Identificar el 20% de los adultos mayores autovalentes con riesgo antes que se desarrolle un nivel de riesgo de dependencia.	Realizar encuestas periódicas a la población mayor para identificar factores de riesgo (enfermedades crónicas, aislamiento social, etc.).	Realizar encuestas periódicas a la población mayor para identificar factores de riesgo (enfermedades crónicas, aislamiento social, etc.).	Realizar encuestas periódicas a la población mayor para identificar factores de riesgo (enfermedades crónicas, aislamiento social, etc.).	(N° de examen preventivo del adulto mayor aplicado / N° adultos mayores inscritos en la posta de Linao)*100	(N° de Examen preventivo adulto mayor aplicado con resultados autovalente con riesgo/N° examen preventivo del adulto mayor aplicado)*100	44%	44%	44%	
		Visitas domiciliarias: Organizar visitas domiciliarias de profesionales de la salud y el trabajo social para evaluar la situación de cada individuo.	Visitas domiciliarias: Organizar visitas domiciliarias de profesionales de la salud y el trabajo social para evaluar la situación de cada individuo.	Visitas domiciliarias: Organizar visitas domiciliarias de profesionales de la salud y el trabajo social para evaluar la situación de cada individuo.						
Acción 2: Crear espacios para compartir experiencias y fortalecer vínculos sociales además de una alimentación saludable.	Promover el envejecimiento activo y saludable en la comunidad, creando espacios que permitan a los adultos mayores mantener un estilo de vida activo, saludable y socialmente integrado.	Grupos de apoyo: Crear espacios para compartir experiencias y fortalecer vínculos sociales.	Grupos de apoyo: Crear espacios para compartir experiencias y fortalecer vínculos sociales.	Grupos de apoyo: Crear espacios para compartir experiencias y fortalecer vínculos sociales.	(N° reuniones/sesiones por grupo de apoyo realizados en posta Linao en un año / N° de sesiones programadas por el equipo de salud)*100	(N° adultos mayores de posta Linao inscritos en el grupo de apoyo que participa regularmente (>50% de asistencia)/N° de adultos mayores de posta Linao inscritos en el grupo de apoyo)*100	30%	50%	80%	
Acción 3: Educación para la salud: Brindar información sobre prevención de enfermedades y promoción de hábitos saludables.	Dotar a las personas de los conocimientos y herramientas necesarias para tomar decisiones informadas sobre su salud y adoptar estilos de vida saludables.	Talleres de nutrición: fomentar el consumo de alimentos saludables, a través de preparaciones básicas y novedosas, poniendo énfasis en productos producidos en cultivos propios.	Talleres de nutrición: fomentar el consumo de alimentos saludables, a través de preparaciones básicas y novedosas, poniendo énfasis en productos producidos en cultivos propios.	Talleres de nutrición: fomentar el consumo de alimentos saludables, a través de preparaciones básicas y novedosas, poniendo énfasis en productos producidos en cultivos propios.	(N° talleres realizados en posta Linao en un año / N° de sesiones programadas por el equipo de salud)*100	Aumentar en un 30% el porcentaje de adultos mayores que reportan sentirse más satisfechos con su vida social después de participar en el programa, según una encuesta realizada al finalizar el primer año.	30%	60%	90%	



CRONOGRAMA 2025- 2028

Actividades	Año 1												Año 2												Año 3																	
	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M						
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12						
Aumentar la cobertura geográfica			x			x			x			x	x	x	x			x			x			x	x	x	x			x			x			x			x			
Acceso en la accesibilidad y equidad.	x						x						x								x				x								x					x			x	
Enfoque en la participación familiar	x					x						x	x		x						x				x	x							x								x	
Intervención en escuela Bahía Linao con enfoque en actividad física y alimentación saludable	x	x		x		x			x	x	x	x	x								x				x	x		x									x				x	
Organizar eventos deportivos y recreativos que involucren a toda la comunidad (carreras, caminatas, festivales deportivos).	x									x				x																												x
Disminuir % malnutricion por exceso en poblacion infanto juvenil de sector Linao.	x	x				x			x			x	x								x				x								x								x	
Realizar un diagnóstico detallado de la situación; consumo problemático de alcohol	x	x				x			x			x	x								x				x	x							x								x	
Aumentar la participación activa de la comunidad en la toma de decisiones y acciones relacionadas con la salud.	x					x						x	x								x				x	x											x				x	
Identificar tempranamente a las personas mayores en riesgo de desarrollar dependencia.	x					x						x	x								x				x	x							x								x	
Crear espacios para compartir experiencias y fortalecer vínculos sociales además de una alimentación saludable			x			x			x			x	x								x				x								x					x			x	
Educación para la salud: Brindar información sobre prevención de enfermedades y promoción de hábitos saludables						x			x			x	x								x				x	x							x					x				x



8.7 MANAO

PLAN DE ACCIÓN AÑO 2025-2028

Problema Priorizado: Malnutrición por exceso en la población Infantil

Acciones Sanitarias	Objetivos	Actividades Año 1	Actividades Año 2	Actividades Año 3	Indicadores de Proceso	Indicadores de Objetivos	Meta			Producto
							Año 1	Año 2	Año 3	
Promover estilos de vida saludable desde la etapa de gestación hasta la etapa escolar para mejorar los índices de Malnutrición por exceso en la población infantil.	Preparar a las futuras madres gestantes, púerperas con información y habilidades necesarias para mantener la lactancia materna y promover alimentación saludable.	Talleres educativos a gestantes, y familia.	Talleres educativos a gestantes, y familia.	Talleres educativos a gestantes, y familia.	N° de talleres realizados /N° de talleres programados x100	N° de gestantes que participan en talleres /N° Total, de gestantes en el año.	50% de las gestantes participan en talleres educativos	50% de las gestantes participan en talleres educativos	50% de las gestantes participan en talleres educativos	Lactancia materna exclusiva hasta el 6° mes de vida
		Educación individual a gestantes entre las 32 y 34 semanas con entrega de guía anticipatoria de LM.	Educación individual a gestantes entre las 32 y 34 semanas con entrega de guía anticipatoria de LM.	Educación individual a gestantes entre las 32 y 34 semanas con entrega de guía anticipatoria de LM.	N° de talleres realizados /N° de talleres programados x100	N° total de niños alimentados con LME 6° MES/N° total de niños nacidos de madres capacitadas x 100	El 100% de las gestantes entre las 23 y 34 semanas son educadas y reciben guía anticipatoria en LM	El 100% de las gestantes entre las 23 y 34 semanas son educadas y reciben guía anticipatoria en LM	El 100% de las gestantes entre las 23 y 34 semanas son educadas y reciben guía anticipatoria en LM	
	Brindar apoyo práctico y emocional durante el inicio de la lactancia materna.	Visita domiciliaria integral de salud, antes de los 6 meses del RN.	Visita domiciliaria integral de salud, antes de los 6 meses del RN.	Visita domiciliaria integral de salud, antes de los 6 meses del RN.	N° madres visitadas antes de 6 meses de su RN/ N° de madres con hijos menores de 6 meses x 100	N° madres visitadas antes de 6 meses de su RN/ N° de madres con hijos menores de 6 meses x 100	70% de las madres reciban la visita domiciliaria antes de los 6 meses de su hijo/a RN mantenga LME	80% de las madres reciban la visita domiciliaria antes de los 6 meses de su hijo/a RN mantenga LME	90% de las madres reciban la visita domiciliaria antes de los 6 meses de su hijo/a RN mantenga LME	Lactancia materna exclusiva hasta el 6° mes de vida
Ejecutar actividades de promoción y fomento de la lactancia Materna	Conmemoración de la lactancia materna con diferentes actividades	Conmemoración de la lactancia materna con diferentes actividades	Conmemoración de la lactancia materna con diferentes actividades	N° de actividades programadas/N° de actividades ejecutadas X100	N° de niños con LME al 6° mes /N° de niños o niñas bajo control. X100	Incrementar un 2% la lactancia materna exclusiva a los 6 meses	Incrementar un 4 % la lactancia materna exclusiva a los 6 meses	Incrementar un 5% la lactancia materna exclusiva a los 6 meses	Lactancia materna exclusiva hasta el 6° mes de vida.	



Desarrollar acciones de promoción prevención de la salud en coordinación con el sector de educación y la comunidad.	Identificar el estado nutricional de niños y niñas.	Evaluación nutricional de niños y niñas del preescolar, básica completa matriculados.	Evaluación nutricional de niños y niñas del preescolar, básica completa matriculados	Evaluación nutricional de niños y niñas del preescolar, básica completa matriculados	N° de niños y niñas con evaluación del estado nutricional / N° total de niños y niñas matriculados x 100	N° de niños y niñas con malnutrición por exceso/N° total de niños matriculados.	Evaluar al 30% de niños y niñas en preescolar y básica completa matriculados.	Evaluar al 40% de niños y niñas en preescolar y básica completa matriculados	Evaluar al 50% de niños y niñas en preescolar y básica completa matriculados	Entrega de resultados a adultos responsables y educadoras.
	Educación sobre la importancia de hábitos saludables que impactan de forma positiva en su bienestar biopsicosocial	Taller de hábitos saludables a los niños y niñas de preescolar y básica completa	Taller de hábitos saludables a los niños y niñas de preescolar y básica completa	Taller de hábitos saludables a los niños y niñas de preescolar y básica completa	N° de talleres realizados / N° de talleres programados x 100	N° total de asistentes que adquieren conocimientos / N° total matriculados x100	30% de los niños y niñas en preescolar y básica completa participan de talleres educativos	35% de los niños y niñas en preescolar y básica completa participan de talleres educativos	40% de los niños y niñas en preescolar y básica completa participan de talleres educativos	Niños y niñas educados y concientizados en hábitos saludables
Desarrollar acciones de promoción prevención de la salud Fomentando patrones de alimentación saludable actividad física en coordinación con el sector de educación y la comunidad	Talleres de hábitos saludables a adultos responsables a niños	Talleres de hábitos saludables a adultos responsables a niños	Talleres de hábitos saludables a adultos responsables a niños	Talleres de hábitos saludables a adultos responsables a niños	N° de talleres ejecutados /N° de talleres programados x100	N° total de asistentes que adquieren conocimientos / N° total de convocados	El 30% de los apoderados asisten a taller educativo	El 40% de los apoderados asisten a taller educativo	El 50% de los apoderados asisten a taller educativo	Padres concientizados y educados en hábitos saludables
	Identificar y derivar a niños y niñas con obesidad severa	Derivación a médico para evaluación integral niños con obesidad severa.	Derivación a médico para evaluación integral niños y niñas con obesidad severa.	Derivación a médico para evaluación integral niños y niñas con obesidad severa.	N° de niños y niñas derivados/ Total de niños y niñas con obesidad severa x100	N° de niños y niñas que mejoran su salud integral/N° niños tratados X100	El 50% de niños con obesidad cuentan con evaluación medica	El 50% de niños con obesidad cuentan con evaluación medica	El 50% de niños con obesidad cuentan con evaluación medica	Detección de complicaciones en salud asociadas a la obesidad
	Ejecutar actividades de promoción de alimentación saludable y actividad física, reforzando lazos familiares y comunitarios	Corrida familiar	Corrida familiar	Corrida familiar	N° de niños, niñas y familias inscritas /N° total de convocados x 100	N° de niños, niñas y familias que asisten la corrida familiar/N° total de inscritos x 100	El 30% de niños, niñas y familias asisten a la corrida familiar	El 40% de niños, niñas y familias asisten a la corrida familiar	El 50% de niños, niñas y familias asisten a la corrida familiar	Niños, niñas y familias involucradas en actividad recreativa



Problema Priorizado: consumo problemático de alcohol y cobertura de salud mental en adolescentes

Acciones Sanitarias	Objetivos	Actividades Año 1	Actividades Año 2	Actividades Año 3	Indicadores de Proceso	Indicadores de Objetivos	Meta			Producto
							Año 1	Año 2	Año 3	
Fortalecimiento de la atención primaria en salud mental y prevención de consumo de alcohol en adolescentes	Detectar de manera oportuna los problemas de salud mental y consumo de alcohol en población adolescente	Controles de salud adolescente con aplicación de Tamizaje de salud mental.	Controles de salud adolescente con aplicación de Tamizaje de salud mental.	Controles de salud adolescente con aplicación de Tamizaje de salud mental.	N° de controles integral de 10 a 19 años con aplicación de tamizaje de salud mental/ N° de control integral de 10 a 19 años realizados x 100	N° de adolescentes que se le aplicó tamizaje de salud mental /N° Total de adolescentes bajo control.x100	El 30% de los adolescentes con control de salud integral cuentan con tamizaje en salud mental.	El 40% de los adolescentes con control de salud integral cuentan con tamizaje en salud mental.	El 50% de los adolescentes con control de salud integral cuentan con tamizaje en salud mental.	Adolescentes con tamizaje realizado
	Bienestar emocional y psicológico de los adolescentes mediante la educación, y prevención de consumo de alcohol y otros problemas de salud mental.	Talleres de promoción y prevención de consumo de alcohol y enfermedades salud mental a escolares de 5° a 8° básico.	Talleres de promoción y prevención de consumo de alcohol y enfermedades salud mental a escolares de 5° a 8° básico.	Talleres de promoción y prevención de consumo de alcohol y enfermedades salud mental a escolares de 5° a 8° básico.	N° de talleres de promoción y prevención consumo alcohol y de salud mental realizados / N° de talleres de prevención de consumo de alcohol y salud mental programados por sector x 100.	N° de adolescentes participantes /N° Total de adolescentes matriculados x100	el 40% de los adolescentes participan de talleres de salud mental.	el 50% de los adolescentes participan de talleres de salud mental.	el 60% de los adolescentes participan de talleres de salud mental.	Adolescentes intervenidos en talleres



Problema Priorizado: Malnutrición por exceso y aumento de evento cardiovascular en la población adulto											
Acciones Sanitarias	Objetivos	Actividades Año 1	Actividades Año 2	Actividades Año 3	Indicadores de Proceso	Indicadores de Objetivos	Meta			Producto	
							Año 1	Año 2	Año 3		
Desarrollar acciones de promoción prevención de la salud Fomentando patrones de alimentación saludable y actividad física	Mejorar la calidad de vida y Disminuir la morbilidad por Enfermedades Cardiovasculares y Cerebrovasculares	EMPA alterado y cerrado con seguimiento (presión arterial, glicemia, colesterol, entre otros)	EMPA alterado y cerrado con seguimiento (presión arterial, glicemia, colesterol, entre otros)	EMPA alterado y cerrado con seguimiento (presión arterial, glicemia, colesterol, entre otros)	N° de EMPA realizado /N° de hombres y mujeres inscritas en sector que no están en e PSCVx100	N° de EMPA de hombres y mujeres realizado año 2025/N° total de población de 20 a 64 años inscrita y validadax100	Aumentar al menos 2% de empa respecto al año anterior	Aumentar al menos 3% de empa respecto al año anterior	Aumentar al menos 4% de empa respecto al año anterior	EMPA realizado y cerrado	
		Incrementar cobertura de EMPA en hombres de 20 a 64 años en la población inscrita validada	Incrementar cobertura de EMPA en hombres de 20 a 64 años en la población inscrita validada	Incrementar cobertura de EMPA en hombres de 20 a 64 años en la población inscrita validada	N° de hombres y mujeres con EMPA/N° de hombres y mujeres inscritas en sector que no están en e PSCVx100	Nro. de EMPA Hombres realizados en población de 20 a 64 años / (Total de población de 20 a 64 años inscrita validada x 100	Aumentar al menos 2% de empa respecto al año anterior	Aumentar al menos 3% de empa respecto al año anterior	Aumentar al menos 4% de empa respecto al año anterior	EMPA realizado	
	Promover hábitos de vida saludable en la población adulta para prevenir la obesidad y los factores de riesgo asociados al ACV, las ECNTS	Conmemoración del mes del corazón a través de actividades de educación, promoción y recreativas	Conmemoración del mes del corazón a través de actividades de educación, promoción y recreativas	Conmemoración del mes del corazón a través de actividades de educación, promoción y recreativas	N° de actividades realizadas /N° de actividades programadas x 100	N° de participantes en actividades de promoción /N° de población objetivo x 100	20% de la población objetivo participa en actividades de promoción	30% de la población objetivo participa en actividades de promoción	40% de la población objetivo participa en actividades de promoción	Registro de participación en las actividades	
		Celebración de efemérides día de la DM2-HTA,alimentación	Celebración de efemérides día de la DM2-HTA,alimentación	Celebración de efemérides día de la DM2-HTA,alimentación	N° de actividades ejecutadas/N° total de actividades programadasx100	N° total de participantes /N° total de población objetivo x100	Al menos 20% de la población objetivo participa en actividad	Al menos 20% de la población objetivo participa en actividad	Al menos 20% de la población objetivo participa en actividad	Registro y crónica de actividades realizadas	
	Lograr la compensación y control de los personas con ECNTS	Mejorar la adherencia y seguimiento para el manejo y prevención de eventos cardiovasculares	Realizar plan de cuidado integral a usuarios con patología crónica descompensa y con RCV alto	Realizar plan de cuidado integral a usuarios con patología crónica descompensa y con RCV alto	Realizar plan de cuidado integral a usuarios con patología crónica descompensa y con RCV alto	N° total de plan de cuidado integral/N° de plan de cuidado programado PSCVx100	N° de usuarios que mejora la adherencia al tratamiento/N° total de usuarios del PSCV. X 100	Al menos el 5% mejora su condición de salud	Al menos el 8% mejora su condición de salud	Al menos el 10% mejora su condición de salud	Planes de cuidado realizados
			Consejerías familiares en patología crónica a usuarios descompensado, con RCV Alto	Consejerías familiares en patología crónica a usuarios descompensado, con RCV Alto	Consejerías familiares en patología crónica a usuarios descompensado, con RCV Alto.	N° de consejerías familiares realizadas /N° de consejerías programadas x 100	N° de usuarios intervenidos/ N° de usuarios descompensados con RCV alto x 100	El 10% de los usuarios descompensados con RCV alto participan en consejería familiar	El 15% de los usuarios descompensados con RCV alto participan en consejería familiar	El 20% de los usuarios descompensados con RCV alto participan en consejería familiar	Consejerías familiares realizadas
Lograr la compensación y control de los personas con ECNTS	Mejorar la adherencia y seguimiento para el manejo y prevención de eventos cardiovasculares	Realizar taller de automanejo de ECNTS (DM-HTA)	Realizar taller de automanejo de ECNTS (DM-HTA)	Realizar taller de automanejo de ECNTS (DM-HTA)	N° de talleres ejecutados /N° de talleres programados x100	N° de usuarios del PSCV asistentes al taller / N°de usuarios bajo control PSCVx 100	El 10% de los usuarios del pscv asisten a talleres de automanejo	El 13% de los usuarios del pscv asisten a talleres de automanejo	El 15% de los usuarios del pscv asisten a talleres de automanejo	Talleres realizados y usuarios capacitados	
		Realizar rescate de usuarios inasistentes al PSCV.	Realizar rescate de usuarios inasistentes al PSCV.	Realizar rescate de usuarios inasistentes al PSCV.	N°de usuarios inasistentes rescatados/ N° de usuarios inasistentes al PSCVx 100	N° de usuarios reactivados/ N° de usuarios inasistentes al PSCVx100	Al menos el 10% de los usuarios inasistentes reactiva sus controles	Al menos el 15% de los usuarios inasistentes reactiva sus controles	Al menos el 20% de los usuarios inasistentes reactiva sus controles	Usuarios reactivados al PSCV	



8.8 POSTA CAULIN

PLAN DE ACCIÓN AÑO 2025-2028

Problema Priorizado: Malnutrición por exceso en la población Infantil										
Acciones Sanitarias	Objetivos	Actividades Año 1	Actividades Año 2	Actividades Año 3	Indicadores de Proceso	Indicadores de Objetivos	Meta			Producto
							Año 1	Año 2	Año 3	
Promover estilos de vida saludable desde la etapa de gestación hasta la etapa escolar para mejorar los índices de Malnutrición por exceso en la población infantil.	Preparar a las futuras madres gestantes, puérperas con información y habilidades necesarias para mantener la lactancia materna y promover alimentación saludable.	Tallares educativos a gestantes, y familia.	Tallares educativos a gestantes, y familia.	Tallares educativos a gestantes, y familia.	N° de talleres realizados /N° de talleres programados x100	N° de gestantes que participan en talleres /N° Total, de gestantes en el año.	50% de las gestantes participan en talleres educativos	50% de las gestantes participan en talleres educativos	50% de las gestantes participan en talleres educativos	Lactancia materna exclusiva hasta el 6° mes de vida
		Educación individual a gestantes entre las 32 y 34 semanas con entrega de guía anticipatoria de LM.	Educación individual a gestantes entre las 32 y 34 semanas con entrega de guía anticipatoria de LM.	Educación individual a gestantes entre las 32 y 34 semanas con entrega de guía anticipatoria de LM.	N° de talleres realizados /N° de talleres programados x100	N° total de niños alimentados con LME 6° MES/N° total de niños nacidos de madres capacitadas x 100	El 100% de las gestantes entre las 23 y 34 semanas son educadas y reciben guía anticipatoria en LM	El 100% de las gestantes entre las 23 y 34 semanas son educadas y reciben guía anticipatoria en LM	El 100% de las gestantes entre las 23 y 34 semanas son educadas y reciben guía anticipatoria en LM	
	Brindar apoyo práctico y emocional durante el inicio de la lactancia materna.	Visita domiciliaria integral de salud, antes de los 6 meses del RN.	Visita domiciliaria integral de salud, antes de los 6 meses del RN.	Visita domiciliaria integral de salud, antes de los 6 meses del RN.	N° madres visitadas antes de 6 meses de su RN/ N° de madres con hijos menores de 6 meses x 100	N° madres visitadas antes de 6 meses de su RN/ N° de madres con hijos menores de 6 meses x 100	70% de las madres reciban la visita domiciliaria antes de los 6 meses de su hijo/a RN mantenga LME	80% de las madres reciban la visita domiciliaria antes de los 6 meses de su hijo/a RN mantenga LME	90% de las madres reciban la visita domiciliaria antes de los 6 meses de su hijo/a RN mantenga LME	Lactancia materna exclusiva hasta el 6° mes de vida
Ejecutar actividades de promoción y fomento de la lactancia Materna	Conmemoración de la lactancia materna con diferentes actividades	Conmemoración de la lactancia materna con diferentes actividades	Conmemoración de la lactancia materna con diferentes actividades	N° de actividades programadas/N° de actividades ejecutadas X100	N° de niños con LME al 6° mes /N° de niños o niñas bajo control. X100	Incrementar un 2% la lactancia materna exclusiva a los 6 meses	Incrementa un 4 % la lactancia materna exclusiva a los 6 meses	Incrementar un 5% la lactancia materna exclusiva a los 6 meses	Lactancia materna exclusiva hasta el 6° mes de vida.	



Promover estilos de vida saludable desde la etapa de gestación hasta la etapa escolar para mejorar los índices de Malnutrición por exceso en la población infantil.	Identificar el estado nutricional de niños y niñas.	Evaluación nutricional de niños y niñas del preescolar, básica completa matriculados.	Evaluación nutricional de niños y niñas del preescolar, básica completa matriculados	Evaluación nutricional de niños y niñas del preescolar, básica completa matriculados	N° de niños y niñas con evaluación del estado nutricional / N° total de niños y niñas matriculados x 100	N° de niños y niñas con malnutrición por exceso/N° total de niños matriculados.	Evaluar al 30% de niños y niñas en preescolar y básica completa matriculados.	Evaluar al 40% de niños y niñas en preescolar y básica completa matriculados	Evaluar al 50% de niños y niñas en preescolar y básica completa matriculados	Entrega de resultados a adultos responsables y educadoras.
	Educar sobre la importancia de hábitos saludables que impactan de forma positiva en su bienestar biopsicosocial	Taller de hábitos saludables a los niños y niñas de preescolar y básica completa	Taller de hábitos saludables a los niños y niñas de preescolar y básica completa	Taller de hábitos saludables a los niños y niñas de preescolar y básica completa	N° de talleres realizados / N° de talleres programados x 100	N° total de asistentes que adquieren conocimientos / N° total matriculados x100	30% de los niños y niñas en preescolar y básica completa participan de talleres educativos	35% de los niños y niñas en preescolar y básica completa participan de talleres educativos	40% de los niños y niñas en preescolar y básica completa participan de talleres educativos	Niños y niñas educados y concientizados en hábitos saludables
		Talleres de hábitos saludables a adultos responsables a niños matriculados	Talleres de hábitos saludables a adultos responsables a niños matriculados	Talleres de hábitos saludables a adultos responsables a niños matriculados	N° de talleres ejecutados /N° de talleres programados x100	N° total de asistentes que adquieren conocimientos / N° total de convocados x100	El 30% de los apoderados asisten a taller educativo	El 40% de los apoderados asisten a taller educativo	El 50% de los apoderados asisten a taller educativo	Padres concientizados y educados en hábitos saludables
	Identificar y derivar a niños y niñas con obesidad severa	Derivación a médico para evaluación integral niños con obesidad severa.	Derivación a médico para evaluación integral niños y niñas con obesidad severa.	Derivación a médico para evaluación integral niños y niñas con obesidad severa.	N° de niños y niñas derivados/ Total de niños y niñas con obesidad severa x100	N° de niños y niñas que mejoran su salud integral/N° niños tratados X100	El 50% de niños con obesidad cuentan con evaluación medica	El 50% de niños con obesidad cuentan con evaluación medica	El 50% de niños con obesidad cuentan con evaluación medica	Detección de complicaciones en salud asociadas a la obesidad
Ejecutar actividades de promoción de alimentación saludable y actividad física, reforzando lazos familiares y comunitarios	Corrida familiar	Corrida familiar	Corrida familiar	N° de niños, niñas y familias inscritas /N° total de convocados x 100	N° de niños, niñas y familias que asisten la corrida familiar/N° total de inscritos x 100	El 30% de niños, niñas y familias asisten a la corrida familiar	El 40% de niños, niñas y familias asisten a la corrida familiar	El 50% de niños, niñas y familias asisten a la corrida familiar	Niños, niñas y familias involucradas en actividad recreativa	



Problema Priorizado: consumo problemático de alcohol y cobertura de salud mental en adolescentes										
Acciones Sanitarias	Objetivos	Actividades Año 1	Actividades Año 2	Actividades Año 3	Indicadores de Proceso	Indicadores de Objetivos	Meta			Producto
							Año 1	Año 2	Año 3	
Fortalecimiento de la atención primaria en salud mental y prevención de consumo de alcohol en adolescentes	Detectar de manera oportuna los problemas de salud mental y consumo de alcohol en población adolescente	Controles de salud adolescente con aplicación de Tamizaje de salud mental.	Controles de salud adolescente con aplicación de Tamizaje de salud mental.	Controles de salud adolescente con aplicación de Tamizaje de salud mental.	N° de controles integral de 10 a 19 años con aplicación de tamizaje de salud mental/ N° de control integral de 10 a 19 años realizados x 100	N° de adolescentes que se le aplicó tamizaje de salud mental /N° Total de adolescentes bajo control.x100	El 30% de los adolescentes con control de salud integral cuentan con tamizaje en salud mental.	El 40% de los adolescentes con control de salud integral cuentan con tamizaje en salud mental.	El 50% de los adolescentes con control de salud integral cuentan con tamizaje en salud mental.	Adolescentes con tamizaje realizado
	Bienestar emocional y psicológico de los adolescentes mediante la educación, y prevención de consumo de alcohol y otros problemas de salud mental.	Talleres de promoción y prevención de consumo de alcohol y enfermedades salud mental a escolares de 5° a 8° básico.	Talleres de promoción y prevención de consumo de alcohol y enfermedades salud mental a escolares de 5° a 8° básico.	Talleres de promoción y prevención de consumo de alcohol y enfermedades salud mental a escolares de 5° a 8° básico.	N° de talleres de promoción y prevención consumo alcohol y de salud mental realizados / N° de talleres de prevención de consumo de alcohol y salud mental programados por sector x 100.	N° de adolescentes participantes /N° Total de adolescentes matriculados x100	el 40% de los adolescentes participan de talleres de salud mental.	el 50% de los adolescentes participan de talleres de salud mental.	el 60% de los adolescentes participan de talleres de salud mental.	Adolescentes intervenidos en talleres



Problema Priorizado: disminución del consumo de alcohol en personas adultas										
Acciones Sanitarias	Objetivos	Actividades Año 1	Actividades Año 2	Actividades Año 3	Indicadores de Proceso	Indicadores de Objetivos	Meta			Producto
							Año 1	Año 2	Año 3	
Desarrollar acciones de promoción prevención del consumo de alcohol y fomento de estilos de vida saludable	Mejorar la calidad de vida y Disminuir el consumo de alcohol en personas mayores	EMPA alterado y cerrado con seguimiento de PCV y derivación a equipo salud mental	EMPA alterado y cerrado con seguimiento de PCV y derivación a equipo salud mental	EMPA alterado y cerrado con seguimiento de PCV y derivación a equipo salud mental	N° de EMPA realizado /N° de hombres y mujeres inscritas en sector que no están en PSCVx100	N° de EMPA de hombres y mujeres realizado año 2025/N° total de población de 20 a 64 años inscrita y validada x100	Aumentar al menos 2% de empa respecto al año anterior	Aumentar al menos 3% de empa respecto al año anterior	Aumentar al menos 4% de empa respecto al año anterior	EMPA realizado, y cerrado y derivado
		Incrementar cobertura de EMPA en hombres de 20 a 64 años en la población inscrita validada e ingreso a Programa Salud mental	Incrementar cobertura de EMPA en hombres de 20 a 64 años en la población inscrita validada	Incrementar cobertura de EMPA en hombres de 20 a 64 años en la población inscrita validada	N° de hombres y mujeres con EMPA/N° de hombres y mujeres inscritas en sector que no están en e PSCVx100	Nro. de EMPA Hombres realizados en población de 20 a 64 años / (Total de población de 20 a 64 años inscrita validada x 100	Aumentar al menos 2% de empa respecto al año anterior	Aumentar al menos 3% de empa respecto al año anterior	Aumentar al menos 4% de empa respecto al año anterior	EMPA realizado Ingreso a PSM
							Aumentar al menos 2% de empa respecto al año anterior	Aumentar al menos 3% de empa respecto al año anterior	Aumentar al menos 4% de empa respecto al año anterior	
Lograr la compensación y control de las personas con consumo problemático de alcohol		Consejerías familiares en patología crónica a usuarios con consumo problemático de alcohol según AUDIT	Consejerías familiares en patología crónica a usuarios consumo problemático de alcohol según AUDIT	Consejerías familiares en patología crónica a usuarios consumo problemático de alcohol según AUDIT	N° de consejerías familiares realizadas /N° de consejerías programadas x 100	N° de usuarios intervenidos/ N° de usuarios con consumo problemático de alcohol x 100	El 10% de los usuarios con consumo problemático de alcohol participan en consejería familiar	El 15% de los usuarios con consumo problemático de alcohol participan en consejería	El 20% de los usuarios con consumo problemático de alcohol participan en consejería	Consejerías familiares realizadas
		Realizar rescate de usuarios inasistentes al PSM.	Realizar rescate de usuarios inasistentes al PSM.	Realizar rescate de usuarios inasistentes al PSM.	N° de usuarios inasistentes rescatados/ N° de usuarios inasistentes al PSM x 100	N° de usuarios inasistentes rescatados/ N° de usuarios inasistentes al PSM x 100	Al menos el 10% de los usuarios inasistentes reactiva sus controles	Al menos el 15% de los usuarios inasistentes reactiva sus controles	Al menos el 20% de los usuarios inasistentes reactiva sus controles	Usuarios reactivados al PSM



Problema Priorizado: Disminución de la funcionalidad y deterioro cognitivo en el Adulto Mayor										
Acciones Sanitarias	Objetivos	Actividades Año 1	Actividades Año 2	Actividades Año 3	Indicadores de Proceso	Indicadores de Objetivos	Meta			Producto
							Año 1	Año 2	Año 3	
Ejecutar actividades promoción y prevención respecto a la salud de la población adulto mayor	Mejorar cobertura del Examen médico preventivo. Garantiza el apoyo continuo para mantener su calidad de vida y prevenir posibles complicaciones. promoviendo un envejecimiento activo, saludable y autónomo.	Realización de Examen médico preventivo del Adulto Mayor	Realización de Examen médico preventivo del Adulto Mayor	Realización de Examen médico preventivo del Adulto Mayor	N° de adulto mayor con EMPAM Vigente/N° de EMPAM programados x 100	N° de adultos mayores que realizaron el EMPAM / N° de adultos mayores inscritos validados x 100	Asegurar que al menos el 54% de los adultos mayores se realice el EMPAM.	Asegurar que al menos el 56% de los adultos mayores se realice el EMPAM.	Asegurar que al menos el 58% de los adultos mayores se realice el EMPAM.	Adultos mayores con EMPAM realizado
		Realización de EMPAM de seguimientos a aquellos adultos mayores con resultado alterado	Realización de EMPAM de seguimientos a aquellos adultos mayores con resultado alterado	Realización de EMPAM de seguimientos a aquellos adultos mayores con resultado alterado	N° de EMPAM de seguimiento realizados /N° de EMPAM programados	N° de EMPAM de seguimiento /N° de EMPAM autovalente con riesgo y riesgo de dependencia seguimiento x100	20% de Adultos mayores con EMPAM Alterado cuentan con seguimiento a los 6 meses.	23% de Adultos mayores con EMPAM Alterado cuentan con seguimiento a los 6 meses.	25% de Adultos mayores con EMPAM Alterado cuentan con seguimiento a los 6 meses.	Adultos mayores con EMPAM y seguimiento
		Educación grupal de factores protectores de la salud del AM	Talleres de promoción y prevención de salud del adulto mayor	Talleres de promoción y prevención de salud del adulto mayor	N° de talleres realizados a AM/N° de talleres programados.	N° de AM que asiste al taller/N° de AM bajo control x 100	Al menos el 10% de adultos mayores participa en taller de promoción	Al menos el 13% de adultos mayores participa en taller de promoción	Al menos el 15% de adultos mayores participa en taller de promoción	Adultos mayores con conocimientos en tematica trabajada
Ejecutar actividades promoción y prevención respecto a la salud de la población adulto mayor	Mejorar cobertura del Examen médico preventivo. Garantiza el apoyo continuo para mantener su calidad de vida y prevenir posibles complicaciones. promoviendo un envejecimiento activo, saludable y autónomo.	Actividades masivas en mes del adulto mayor	Actividades masivas en mes del adulto mayor	Actividades masivas en mes del adulto mayor	N° de actividades de actividades realizadas /N° de actividades programadas x 100	N° de asistentes a las actividades / N° de AM bajo control x 100	Al menos el 10% de los adultos mayores participa en actividades masivas	Al menos el 13% de los adultos mayores participa en actividades masivas	Al menos el 15% de los adultos mayores participa en actividades masivas	Adultos mayores involucrados en actividad
		Talleres de estimulación cognitiva, movilidad y prevención de caída	Talleres de estimulación cognitiva, movilidad y prevención de caída	Talleres de estimulación cognitiva, movilidad y prevención de caída	N° de talleres realizados / N° de talleres programados x 100	N° de asistentes al taller / N° de AM bajo control x 100	Al menos el 8% de adultos mayores participa en taller	Al menos el 10% de adultos mayores participa en taller	Al menos el 13% de adultos mayores participa en taller	Mejoría en la autonomía del AM en algún área trabajada
		Consulta Nutricional en Adultos Mayores con Dg de Malnutrición.	Consulta Nutricional en Adultos Mayores con Dg de Malnutrición.	Consulta Nutricional en Adultos Mayores con Dg de Malnutrición	N° de consulta nutricional realizada /N° de consultas nutricionales programadas x 100	N° de consultas nutricionales realizadas/ N° de adultos mayores con Malnutrición x 100	Al menos el 20% de los adultos mayores con malnutrición asiste a consulta nutricional	Al menos el 23% de los adultos mayores con malnutrición asiste a consulta nutricional	Al menos el 25% de los adultos mayores malnutrición asiste a consulta nutricional	Usuarios adultos mayores con consulta nutricional



8.9 Posta NAL.

PLAN DE ACCIÓN AÑO 2025-2028

Infancia:

Problema Priorizado: INFANTIL MAL NUTRICIÓN POR EXCESO										
Acciones sanitarias	Objetivos	Actividades Año 1	Actividades Año 2	Actividades Año 3	Indicadores de proceso.	Indicadores de Objetivos	Meta			Producto
							Año 1	Año 2	Año 3	
Acción 1:	Mejorar el bienestar físico y emocional de los preescolares y escolares, a través de la promoción de hábitos alimenticios saludables, la actividad física regular y la prevención de enfermedades relacionadas con la malnutrición.	Talleres de alimentación saludable en preescolares y escolares.	Talleres de alimentación saludable en preescolares y escolares.	Talleres de alimentación saludable en preescolares y escolares.	N° de talleres de alimentación saludable en preescolares y escolares.	Realizar 2 talleres de alimentación saludable en preescolares y escolares.	2 talleres	2 talleres	2 talleres	Preescolares y escolares con conocimientos sobre alimentación saludable.
Acción 2:	Aumentar el porcentaje de niños con estado nutricional normal	Consultas malnutrición por exceso.	Consultas malnutrición por exceso.	Consultas malnutrición por exceso.	% cobertura consultas MNE en menores con malnutrición por exceso.	Aumentar en un 5% el porcentaje de niños de 6 años, con estado nutricional normal, respecto al año anterior	>5% año anterior	>5% año anterior	>5% año anterior	Cobertura de consultas MNE aumentadas en comparación al año anterior.


ADOLESCENCIA Y JUVENTUD:

Problema Priorizado: CONSUMO DE ALCOHOL										
Acciones sanitarias	Objetivos	Actividades Año 1	Actividades Año 2	Actividades Año 3	Indicadores de proceso.	Indicadores de Objetivos	Meta			Producto
							Año 1	Año 2	Año 3	
Acción 1:	Sensibilizar a los adolescentes sobre los riesgos y consecuencias del consumo de alcohol, promoviendo el desarrollo de habilidades y estrategias para la toma de decisiones responsables.	Talleres de prevención de consumo de alcohol.	Talleres de prevención de consumo de alcohol.	Talleres de prevención de consumo de alcohol.	N° de talleres de prevención de consumo de alcohol.	Realizar 2 talleres de alimentación saludable en preescolares y escolares.	2 talleres	2 talleres	2 talleres	Adolescentes educados sobre prevención de alcoholismo.
Acción 2:	Fortalecer la motivación para abandonar el consumo de alcohol en adolescentes que han sido identificados con consumo de alcohol.	Educación individual prevención de consumo de alcohol en control adolescente.	Educación individual prevención de consumo de alcohol en control adolescente.	Educación individual prevención de consumo de alcohol en control adolescente.	N° de educaciones individual prevención de consumo de alcohol en control adolescente.	% de adolescentes a los que se les detecta consumo de alcohol con educación realizada.	100%	100%	100%	Adolescentes con herramientas para abandonar el consumo de alcohol.



ADULTOS Y PERSONAS MAYORES:

Problema Priorizado: BAJA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

Acciones sanitarias	Objetivos	Actividades Año 1	Actividades Año 2	Actividades Año 3	Indicadores de proceso	Indicadores de Objetivos	Meta			Producto
							Año 1	Año 2	Año 3	
Acción 1:	Promover la participación comunitaria del sector de Nal.	-Reactivar el Comité de salud de la Posta de Nal.	-Planificar y realizar reuniones periódicas.	-Planificar y realizar reuniones periódicas.	-Comité de salud constituido durante año 2025	Realizar 3 reuniones anuales	3 reuniones	3 reuniones	3 reuniones	Adultos y personas mayores participan activamente en el comité de salud.
		-Elección de directiva.			-Planificación anual de reuniones					
		-Planificar y realizar reuniones periódicas.			-N° de reuniones anuales					
Acción 2:	Fortalecer la participación comunitaria en el sector de Nal.	-Talleres en diversas temáticas (de acuerdo a necesidades del sector).	-Talleres en diversas temáticas.	-Talleres en diversas temáticas.	N° de talleres realizados	Realizar 5 talleres anuales en diversas temáticas.	5 talleres	5 talleres	5 talleres	Adultos y personas mayores participan activamente en talleres de salud.



8.10 POSTA GUABÚN

PLAN DE ACCIÓN AÑO 2025-2028

Infancia:

Problema Priorizado: ALTA INCIDENCIA DE CRIES EN NIÑOS											
Acciones sanitarias	Objetivos	Actividades Año 1	Actividades Año 2	Actividades Año 3	Indicadores de proceso.	Indicadores de Objetivos	Meta			Producto	
							Año 1	Año 2	Año 3		
Acción 1:	Implementación de atención dental en PSR Guabún	Implementar atención dental en PSR Guabún	-	-	Atención dental en PSR implementada	Atención dental en PSR implementada	Atención dental en PSR implementada				Niños y niñas de Guabún cuentan con atención dental en su posta.
Acción 2:	Otorgar atención oral integral a niños menores de 10 años.	Controles odontológicos CERO	Controles odontológicos CERO	Controles odontológicos CERO	N° de controles odontológicos CERO	% de niños de 0 a 9 años con control con enfoque de riesgo odontológico.	Sobre meta comunal	Sobre meta comunal	Sobre meta comunal		Cobertura control CERO sobre meta comunal.

}



ADOLESCENCIA Y JUVENTUD:

Problema Priorizado: CONSUMO DE ALCOHOL

Acciones sanitarias	Objetivos	Actividades Año 1	Actividades Año 2	Actividades Año 3	Indicadores de proceso.	Indicadores de Objetivos	Meta			Producto
							Año 1	Año 2	Año 3	
Acción 1:	Fortalecer la motivación para abandonar el consumo de alcohol en adolescentes que han sido identificados con consumo de alcohol.	Educación individual prevención de consumo de alcohol en control adolescente.	Educación individual prevención de consumo de alcohol en control adolescente.	Educación individual prevención de consumo de alcohol en control adolescente.	N° de educaciones individual prevención de consumo de alcohol en control adolescente.	% de adolescentes a los que se les detecta consumo de alcohol con educación realizada.	100%	100%	100%	Adolescentes con herramientas para abandonar el consumo de alcohol.


ADULTOS:

Problema Priorizado: SEDENTARISMO										
Acciones sanitarias	Objetivos	Actividades Año 1	Actividades Año 2	Actividades Año 3	Indicadores de proceso.	Indicadores de Objetivos	Meta			Producto
							Año 1	Año 2	Año 3	
Acción 1:	Aumentar conocimientos en adultos respecto a la realización de actividad física.	Consejerías individuales en actividad física	Consejerías individuales en actividad física	Consejerías individuales en actividad física	N° de consejerías individuales en actividad física realizadas.	% de adultos derivados desde EMP que participan de consejería individual en actividad física.	50%	50%	50%	Adultos con conocimientos obtenidos para iniciar el cambio en relación a realizar actividad física.
Acción 2:	Educar de forma práctica respecto a tipos de ejercicios.	Talleres de actividad física	Talleres de actividad física	Talleres de actividad física	N° de talleres realizados	Realizar 1 taller anual de actividad física	1 taller	1 taller	1 taller	Adultos participan activamente en taller



PERSONAS MAYORES:

Problema Priorizado: AUTOVALENTES CON RIESGO, INTERVENCIÓN EN PREVENCIÓN

Acciones sanitarias	Objetivos	Actividades Año 1	Actividades Año 2	Actividades Año 3	Indicadores de proceso.	Indicadores de Objetivos	Meta			Producto
							Año 1	Año 2	Año 3	
Acción 1:	Fomentar el adecuado control y manejo de la hipertensión arterial en adultos mayores	Consulta cardiovascular	Consulta cardiovascular	Consulta cardiovascular	N° de consultas cardiovasculares en personas mayores con hta descompensada	% de personas mayores con hta compensada	sobre meta comunal	sobre meta comunal	sobre meta comunal	Cobertura de HTA sobre meta comunal
Acción 2:	Aumentar conocimientos y habilidades para prevenir caídas en personas mayores,, con el fin de reducir el riesgo de caídas y mejorar su seguridad, autonomía y calidad de vida.	Talleres de prevención de caídas.	Talleres de prevención de caídas.	Talleres de prevención de caídas.	N° de talleres de prevención de caídas realizados.	1 taller anual	1 taller	1 taller	1 taller	Personas mayores educadas en prevención de caídas
Acción 2:	Potenciar participación comunitaria de personas mayores	Actividad masiva	Actividad masiva	Actividad masiva	N° de actividades masivas realizadas	1 actividad masiva anual	1	1	1	Personas mayores participan activamente en actividad organizada por PSR Guabún



CRONOGRAMA 2025- 2028

Actividades	Año 1												Año 2										Año 3													
	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Implementar atención dental en PSR Guabún	x	x	x																																	
Controles odontológicos CERO	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Educación individual prevención de consumo de alcohol en control adolescente.				x	x	x		x	x	x	x				x	x	x	x		x	x	x	x				x	x	x	x		x	x	x	x	
Consejerías individuales en actividad física	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Talleres de actividad física									x												x														x	
Consulta cardiovascular	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Talleres de prevención de caídas.					x													x													x					
Actividad masiva				x												x													x							



8.11 PSR COIPOMÓ

Problema Priorizado: CICLO VITAL INFANCIA - Desigualdad en el acceso a recursos que permitan la creación de ambientes estimulantes en el hogar

Acciones sanitarias	Objetivos	Actividades Año 1	Actividades Año 2	Actividades Año 3	Indicadores de proceso.	Indicadores de Objetivos	Meta			Producto	
							Año 1	Año 2	Año 3		
Promoción de la salud infantil a través de la educación comunitaria .	Promover la salud infantil en la comunidad mediante programas educativos que sensibilicen a las familias sobre el fomento del desarrollo integral de los niños.	Campaña de sensibilización sobre la importancia de crear ambientes estimulantes en el hogar. Realizar planificación de talleres a familias sobre prácticas de estimulación temprana "Nadie es perfecto".	Crear "Banco de material educativo comunitario" (El cual consistirá en establecer un lugar físico en la PSR, donde la comunidad podrá donar, prestar, regalar, material educativo, juguetes didácticos, libros etc. Lo cual permitirá el acceso de estos materiales a diversos hogares de la comunidad.	Planificar y organizar eventos comunitarios masivos donde padres e hijos participen juntos en actividades recreativas y lúdicas, como juegos al aire libre, talleres de arte, danza o teatro.	N° de campañas de sensibilización realizadas / N° de campañas de sensibilización programadas * 100	% de familias que participan del programa educativo. En relación a las inscritas para participar.	Realizar al menos 1 campaña de sensibilización.	Crear al menos 1 banco de material educativo en la PSR Coipomo.	Realizar al menos 1 actividad masiva con enfoque de salud infantil.	Campañas educativas implementadas en medios locales y a nivel comunitario	
					N° de talleres realizados según planificación / N° de talleres planificados * 100		Implementar "Nadie es perfecto en la PSR Coipomo".			Talleres educativos ejecutados y evaluados, con materiales educativos entregados a los participantes.	
					N° de actividades masivas con enfoque de salud infantil realizadas / N° de actividades masivas planificadas.					Eventos comunitarios organizados con la participación de padres e hijos, promoviendo la salud infantil.	
Promoción de servicios de Atención Integral de Salud Infantil.	Garantizar el acceso y la calidad de la atención integral en salud infantil, abordando de manera holística los aspectos preventivos, curativos y de promoción de la salud, con un enfoque centrado en el niño y su entorno familiar.	Coordinar/realizar capacitaciones dirigidas a profesionales de salud en cuanto a la identificación temprana de posibles retrasos en el desarrollo infantil, trastornos nutricionales y problemas de salud mental.	Implementar campañas de concienciación sobre la importancia de la salud preventiva, que incluya vacunación, chequeos de crecimiento y desarrollo, y atención a las necesidades psicoemocionales.	Implementar programas de nutrición en las escuelas y/o en el centro de salud para garantizar que los niños reciban la alimentación adecuada.	N° de capacitaciones dirigidas a profesionales de salud realizadas / N° de capacitaciones dirigidas a profesionales de salud programadas * 100	Porcentaje de niños que acceden a servicios preventivos (vacunas, controles médicos, entre otros) (N° de niños con servicios preventivos / N° total de niños en la comunidad) * 100	Capacitar al menos al 80% del equipo de cabecera de la PSR Coipomo.	Realizar al menos 1 campaña de sensibilización.	Implementar programa de nutrición en el 100% de las escuelas del sector.	Equipo de cabecera capacitado (certificación)	
					N° de campañas de concientización realizadas / N° de campañas de concientización programadas * 100					N° de actividades de promoción de la salud realizadas / N° de actividades de promoción programadas * 100	Campaña de sensibilización.
					N° de programas de nutrición implementados / N° de programas de nutrición programados * 100					80 % de profesionales capacitados en atención integral.	Programa nutricional.



PLAN DE ACCIÓN AÑO 2025-2028

Problema Priorizado: CICLO VITAL - Adolescencia y juventud: Carencia de programas de educación y sensibilización dirigidos a la población adolescente sobre la importancia de la salud mental y las prácticas para mejorar el bienestar emocional.

Acciones sanitarias	Objetivos	Actividades Año 1	Actividades Año 2	Actividades Año 3	Indicadores de proceso.	Indicadores de Objetivos	Meta			Producto	
							Año 1	Año 2	Año 3		
Prevenir mayor prevalencia de enfermedades de SM en adolescentes a través de la planificación de programas educativos sobre SM.	Sensibilizar a la comunidad adolescente del sector sobre la importancia del cuidado de la SM durante el periodo de tres años.	Crear material educativo sobre salud mental.	Coordinar/Implementar grupos de discusión y sensibilización.	Postular a un proyecto comunitario con enfoque salutogénico.	N° de material educativo realizado / N° de material educativo entregado * 100	% de la población adolescente del sector que participa de las actividades programadas.	Desarrollar y distribuir material educativo sobre salud mental en el 100% de las escuelas del sector.	Se coordina y/o implementa al menos 1 grupo de discusión y sensibilización adolescente en el sector.	Ejecutar al menos 1 proyecto comunitario con enfoque salutogénico.	Material educativo.	
		Realizar talleres educativos en establecimientos educacionales para informar y sensibilizar a los adolescentes sobre la importancia de cuidar su salud mental, identificar síntomas de estrés, ansiedad y depresión, y promover los ORG para el bienestar emocional.			N° de talleres realizados / N° de talleres programados * 100					Salud para las escuelas del sector reciben talleres educativos físicos en comunidades rurales.	Planificación de talleres.
		Realizar talleres educativos en establecimientos educacionales para informar y sensibilizar a los adolescentes sobre la importancia de cuidar su salud mental, identificar síntomas de estrés, ansiedad y depresión, y promover los ORG para el bienestar emocional.			N° de grupos de discusión implementados / N° de grupos de discusión coordinados * 100					Organizar al menos 1 clase o actividad de	Talleres.
		Realizar talleres educativos en establecimientos educacionales para informar y sensibilizar a los adolescentes sobre la importancia de cuidar su salud mental, identificar síntomas de estrés, ansiedad y depresión, y promover los ORG para el bienestar emocional.			N° de proyectos comunitarios ejecutados / N° de proyectos comunitarios postulados * 100						Grupo de discusión y sensibilización.
Planificar programas educativos dirigidos a líderes comunitarios y docentes para el apoyo de la salud mental en adolescentes.	Fortalecer las capacidades de los adultos responsables de los adolescentes (docentes y líderes comunitarios) para la identificación y buen manejo de problemas de SM en los jóvenes.	Coordinar actividades grupales.	Coordinar/Implementar talleres de sensibilización dirigidos a padres y cuidadores de adolescentes sobre problemas de SM.	Coordinar/Capacitar a los profesionales de salud sobre primeros auxilios psicológicos en adolescentes.	N° de talleres de primeros auxilios psicológicos dirigidos a docentes y líderes comunitarios / N° de talleres de primeros auxilios programados * 100	% de docentes y líderes comunitarios que asisten activamente a las capacitaciones, comparado con el total de convocados.	Implementar en el 100% de las escuelas del sector talleres sobre primeros auxilios psicológicos dirigidos a docentes.	80% de los talleres de sensibilización dirigidos a padres y cuidadores	80% del equipo de cabecera está capacitado.	Talleres de primeros auxilios psicológicos.	
		Coordinar actividades grupales.			N° de actividades de ejercicio realizadas / N° de actividades de ejercicio programadas * 100					Proyecto comunitario ejecutado.	
		Coordinar actividades grupales.			N° de actividades de ejercicio realizadas / N° de actividades de ejercicio programadas * 100					Red de voluntarios.	
					N° de talleres de sensibilización dirigidos a padres y cuidadores realizados / N° de talleres planificados * 100					Talleres de sensibilización.	
										Equipo de cabecera capacitado (certificación)	



Problema Priorizado: CICLO VITAL - Personas Mayores. Alta incidencia de población con enfermedades de salud mental en personas mayores de la comunidad Coipomo-Chepu.

Acciones sanitarias	Objetivos	Actividades Año 1	Actividades Año 2	Actividades Año 3	Indicadores de proceso.	Indicadores de Objetivos	Meta			Producto
							Año 1	Año 2	Año 3	
Implementación de Programas de Prevención y Promoción de la Salud Mental en Personas Mayores	Reducir la prevalencia de enfermedades mentales en la población mayor mediante la implementación de programas educativos y preventivos centrados en la promoción de la salud mental.	Charlas educativas y talleres de sensibilización	Promoción de hábitos saludables para la salud mental	Apoyo social y redes comunitarias: Establecer grupos de apoyo social donde los adultos mayores puedan compartir experiencias, fortaleciendo la red de apoyo comunitaria para reducir la sensación de aislamiento.	N° de charlas y talleres realizados / N° de charlas y talleres programados * 100 N° de actividades de promoción realizadas / N° de actividades de promoción programadas * 100 N° de grupos de apoyo constituidos / N° de grupos de apoyo planificados * 100	Reducir en un 20% la prevalencia de enfermedades mentales en la población mayor.	50% de los talleres planificados son realizados.	80% de las actividades de promoción planificadas son realizadas.	Se constituye al menos un grupo de apoyo social.	Charlas educativas y talleres realizados sobre salud mental Grupos de apoyo social creados en la comunidad. Campañas informativas sobre la importancia de la actividad física, la nutrición saludable, y otras prácticas que favorezcan la salud mental.
Fomento de la Actividad Física y el Envejecimiento Activo para la Prevención de Trastornos Mentales.	Reducir el riesgo de enfermedades mentales en personas mayores promoviendo la actividad física como una estrategia preventiva.	Coordinar activación de programa MAS. Planificar actividades recreativas como bailes, talleres de manualidades, y eventos culturales que favorezcan la integración social y reduzcan la soledad.	Organizar grupos de ejercicio al aire libre.		N° de actividades recreativas realizadas / N° de actividades programadas * 100	60% de las personas mayores asisten a las actividades planificadas.	20% de actividades recreativas realizadas.	40% de actividades recreativas realizadas.	60% de actividades recreativas realizadas.	Actividades recreativas dirigidas a personas mayores del sector.



Problema Priorizado: Cuidados transversales - Ausencia de planes de contingencia locales adaptados a las necesidades específicas de cada comunidad, lo que dificulta una coordinación efectiva entre los equipos de APS y la población.

Acciones sanitarias	Objetivos	Actividades Año 1	Actividades Año 2	Actividades Año 3	Indicadores de proceso.	Indicadores de Objetivos.	Meta			Producto
							Año 1	Año 2	Año 3	
Desarrollo y Adaptación de Planes de Contingencia Locales para la Comunidad.	Desarrollar planes de contingencia locales adaptados a las características y necesidades específicas de la comunidad de Coipomo-Chepu, asegurando una respuesta efectiva ante emergencias y desastres.	Realizar un diagnóstico participativo con la comunidad para identificar los riesgos y necesidades específicas de cada sector (terremotos, inundaciones, incendios, etc.).	Diseñar planes de contingencia comunitarios: Con la participación activa de líderes comunitarios y equipo de APS.	Capacitar a la comunidad: Organizar talleres para capacitar a los residentes en la importancia del plan de contingencia y las acciones a seguir en caso de emergencia.	N° de diagnósticos de riesgo realizados en la comunidad.	50% de la comunidad cuentan con plan de contingencia adaptado y validado.	100% de diagnóstico participativo con identificación de riesgos realizado.	100% del plan de contingencia diseñado.	60% de representantes de los sectores reciben capacitación.	Plan de contingencia diseñado y validado por la comunidad.
					N° de planes de contingencia diseñados e implementados en la comunidad.	60% de la población conoce el plan de contingencia local.				
					% de miembros de la comunidad capacitados en el plan de contingencia.					
Fortalecimiento de la coordinación entre el equipo de salud y la comunidad en situaciones de Emergencia	Fortalecer la coordinación y colaboración entre el equipo de salud y la comunidad para garantizar una respuesta rápida y efectiva durante emergencias y desastres.	Crear protocolos de comunicación entre el equipo de salud, autoridades locales y la comunidad.	Organizar simulacros de emergencia en colaboración con el equipo de salud, autoridades locales y miembros de la comunidad para evaluar la efectividad de la coordinación y practicar el protocolo de respuesta.	Capacitar a un grupo de voluntarios locales para apoyar las actividades de respuesta durante emergencia, tales como evacuación, primeros auxilios y apoyo logístico, garantizando que las comunidades puedan actuar de manera autónoma y eficiente.	N° de simulacros realizados.	60% de los presidentes de las juntas de vecinos participan de las actividades.	Crear 1 protocolo de comunicación.	Realizar al menos 1 simulacro en el año en curso.	Capacitar al 100% de voluntarios.	Protocolo de comunicación.
					N° de voluntarios capacitados en la respuesta a emergencias.					Simulacro realizado.
					N° de protocolos de comunicación establecidos.					Grupo voluntario de apoyo.
					N° de personal capacitado en gestión de emergencias.					
Capacitación y Empoderamiento del Personal de equipo de salud en gestión de emergencias locales	Fortalecer las capacidades del personal de salud para gestionar adecuadamente situaciones de emergencia y desastres a nivel local.	Capacitar al personal de salud en temas relacionados a la gestión de emergencia, como primeros auxilios, atención psicosocial en crisis, evacuación y manejo de suministros.	Ofrecer formación en liderazgo y toma de decisiones durante emergencia, permitiendo que el personal de salud pueda coordinar las acciones de respuesta con eficacia.	Diseñar un plan interno para abordar emergencias, que defina claramente las responsabilidades del personal durante una crisis y cómo debe actuar ante diferentes escenarios de desastre.	N° de planes internos de respuesta a emergencias implementados por equipos de salud.	70% del equipo de cabecera participa de las actividades.	60% del equipo de cabecera está capacitado en gestión de emergencias.	60% del equipo de cabecera están capacitados en liderazgo, toma de decisiones etc.	Diseñar 1 plan interno de emergencias.	Equipo de cabecera capacitado (certificación)
										Plan interno de emergencias.



9. PLAN DE CAPACITACION

A continuación, se presenta el programa de capacitación para el año 2025, fruto del arduo trabajo desarrollado por el comité de capacitación. Este comité está conformado por representantes de cada categoría de los CESFAM, representantes de las asociaciones gremiales, el encargado comunal de capacitaciones.

Este programa se elabora anualmente, considerando las necesidades identificadas en reuniones con los equipos, y da continuidad a la línea de trabajo establecida en el PAC comunal. Se enmarca en los 8 ejes estratégicos definidos por los lineamientos del MINSAL, asegurando que las capacitaciones respondan a las prioridades del sistema de salud en el contexto local.

La mayoría de los cursos son gestionados a nivel local, con el apoyo de los equipos de salud, el Servicio de Salud Chiloé (SSCH) y la red de gestión municipal. Esta estrategia busca potenciar a los funcionarios con áreas de especialización, promoviendo el aprendizaje continuo de los equipos de Atención Primaria de Salud (APS). El enfoque en el aprendizaje entre pares, adaptado a la realidad local, permite que los procesos formativos sean más significativos y efectivos.

La mayoría de los cursos son gestionados a nivel local mediante una estrategia colaborativa que involucra a los equipos de salud, el Servicio de Salud Chiloé (SSCH), la red de gestión municipal y otros actores clave. Este enfoque busca aprovechar las competencias y especializaciones de los funcionarios, promoviendo el aprendizaje continuo de los equipos de Atención Primaria de Salud (APS). Al priorizar el aprendizaje entre pares y adaptarlo a la realidad local, esta estrategia fortalece los procesos formativos, haciéndolos más significativos, efectivos y alineados con las necesidades específicas del territorio.



PROGRAMA ANUAL DE CAPACITACION 2025 PERSONAL ESTATUTO ATENCIÓN PRIMARIA (LE19.378) SERVICIO DE SALUD CHILOE COMUNA ANCUD



LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS	ACTIVIDADES DE CAPACITACION		OBJETIVOS EDUCATIVOS	NUMERO DE PARTICIPANTES POR CATEGORIA							NUMERO DE HORAS PEDAGOGICAS	FINANCIAMIENTO				ORGANISMO EJECUTOR	COORDINADOR	FECHA DE EJECUCIÓN
				A (Médicos, Odont, QF, etc.)	B (Otros Profesionales)	C (Técnicos Nivel Superior)	D (Técnicos de Salud)	E (Administrativos Salud)	F (Auxiliares servicios Salud)	TOTAL		ITEM CAPACITACION	FONDOS MUNICIPALES	OTROS FONDOS	TOTAL PRESUPUESTO ESTIMADO			
EJE ESTRATEGICO 1: Medio Ambiente y entornos Saludables	1	Salud Ocupacional, enfoque medio ambiente y ecología	Aportar estrategias para cuidar la salud ocupacional de los funcionarios de APS Ancud.	4	15	14	1	3	3	40	20				\$1.000.000	Local		2 do sem
	2	Salud Familiar Básico.	Actualizar conocimientos sobre MAIS "Modelo de Salud Familiar" aspectos básicos	6	10	10	1	9	4	40	10				\$1.000.000	Local		1 er sem
	3	Multimorbilidad ECICEP	Integrar conocimientos hacia funcionarios APS Ancud en la estrategia de ECICEP.	10	20	10	0	0	0	40	28				\$1.000.000	OTEC		1 er sem



	4	Pauta MAIS y planes de mejora	Actualizar a funcionarios coordinadores de APS y TENS rurales de Ancud en la aplicación de PAUTA MAIS y planes de mejora.	0	20	20	0	0	0	40	10				\$1.000.000	Local		1 er sem
	5	Manejo y resolución de conflictos en recursos humanos y situación de crisis.	Adquirir conocimientos acerca de la resolución de conflictos en RRHH y situaciones difíciles	4	15	14	1	3	3	40	10				\$2.000.000	OTEC		1 er sem
	6	Comunicación efectiva y trabajo en equipo	Mejorar clima laboral y confianza en los equipos	4	15	14	1	3	3	40	10				\$2.000.000	OTEC		2 do sem
	7	Carrera Funcionaria y Calificaciones, merito, actualización leyes (Saludablemente)	Actualizar normativas vigentes de acuerdo a ley 19.378.	4	15	14	1	3	3	40	20				\$2.000.000	OTEC		2 do sem
EJE ESTRATEGICO 2: Estilos de Vida	8	Actualización y manejo clínico IRA - ERA (espirometría) y NANEAS	Mejorar manejo de IRA ERA y atención de NANEAS	10	20	10	0	0	0	40	20				\$2.000.000	OTEC		1 er sem



9	Salud buco oral y alimentación saludable	Actualizar la salud buco oral y alimentación sana	4	15	14	1	3	3	40	10				\$1.000.000	Local		2 do sem
10	Capacitación en Salud Mental, MHGAP+PAP y duelo	Reducir brechas de tratamiento en área de salud, mental, PAP y duelo	10	20	10	0	0	0	40	20				\$2.000.000	OTEC		2 do sem
11	Salud familiar avanzado intervención en crisis (VIF), tratamiento en adicciones (tabaco, alcohol, drogas)	Adquirir herramientas que ayuden a los equipos a trabajar con familias complejas asociadas a fact. Riesgo, adicciones, VIF, etc.	10	20	10	0	0	0	40	20				\$2.000.000	OTEC		1 er sem
12	Herramientas y manejo de la salud mental dirigida a usuarios de APS	Potenciar y aprender tips acerca del manejo de la salud mental en usuarios mediante técnicas practicas	6	10	10	1	9	4	40	10				\$2.000.000	OTEC		2 do sem
13	Bienestar Laboral (Saludablemente)	Técnicas del manejo del estrés y coaching para manejo de conflictos.	6	14	10	1	6	3	40	20				\$2.000.000	OTEC		2do sem
14	Educación Sexual Integral	Actualizar conocimientos para la orientación y derivación en temática sexual y reproductivo.	4	15	14	1	3	3	40	20				\$1.000.000	OTEC		2 do sem



EJE ESTRATEGICO 3: Enfermedades Transmisibles	15	Actualización en Tuberculosis	Generar conocimiento en los funcionarios de APS Ancud sobre la nueva norma técnica del programa de Tuberculosis Nacional.	4	15	14	1	3	3	40	10				\$1.000.000	Local		2 do sem
	16	Educación en uso de Fármacos para el funcionario de la salud.	Enseñar el adecuado uso de fármacos y polifarmacia a funcionarios de APS Ancud.	4	15	14	1	3	3	40	10				\$1.000.000	Local		2 do sem
	17	Actualización en GES y Patologías de notificación obligatoria	Actualizar el aprendizaje en GES y patologías de notificación obligatoria	10	15	8	1	6	0	40	10				\$2.000.000	OTEC		2do sem
EJE ESTRATEGICO 4: Enfermedades Crónicas no transmisibles y Violencia	18	Actualización en Electrocardiograma, toma de muestras, signos vitales y vacunación	Mejorar las prácticas clínicas en los dispositivos de APS	5	15	20	0	0	0	40	20				\$2.000.000	OTEC		1 er sem
	19	Ley del Cáncer y Oncología en APS	Actualizar los conocimientos sobre el marco normativo que rige esta patología en el país.	6	10	10	1	9	4	40	20				\$2.000.000	OTEC		2 do sem



	20	Abordaje y gestión integral de pacientes con enfoque de riesgos cardiovascular y su manejo estadístico.	Mejorar el manejo integral y registro estadístico de pacientes cardiovascular.	5	15	9	1	10	0	40	20				\$1.000.000	Local		1 er sem
	21	Abordaje integral clínico de pacientes con factores de riesgo o patología cardiovascular dentro de la Atención Primaria de Salud.	Actualizar gestión de EMP, ingreso control cv ECICEP, Pie diabético, estrategia heartz, insulino terapia, dietoterapia	6	20	13	1	0	0	40	20				\$1.000.000	Local		1 er sem
EJE ESTRATEGICO 5: Funcionamiento y discapacidad	22	Discapacidad, Ley de Inclusión (TEA)	Fomentar la adecuada atención de usuarios con discapacidad por parte de funcionarios APS Ancud.	6	10	10	1	9	4	40	20				\$1.000.000	SSCH		2do sem
EJE ESTRATEGICO 6: Emergencias y desastres	23	Gestión en emergencias y desastres, actualización en RCP, DEA y	Preparar a Equipo APS para actuar ante una situación de emergencia y actualizar conocimientos en funcionarios APS Ancud.	7	18	14	1	10	10	60	20				\$2.000.000	OTEC		2 do sem



		Primeros Auxilios																
	24	Actualización en IAAS y REAS	Enseñar a funcionarios APS Ancud el adecuado manejo de REAS e IAAS.	5	12	12	1	0	10	40	28				\$2.000.000	O TEC		1 er sem
	25	Manejo de Heridas, procedimientos y curaciones	Actualizar en curaciones y procedimientos a enfermeras y TENS	0	20	20	0	0	0	40	20				\$2.000.000	O TEC		1 er sem
EJE ESTRATEGICO 7: Gestión, Calidad e Innovación	26	Manejo de Excel Básico e intermedio, correo corporativo y tecnologías de la computación	Lograr aprendizaje en funcionarios de APS Ancud sobre tecnologías de la computación.	3	15	10	1	8	3	40	20				\$2.000.000	O TEC		2 do sem
	27	Acreditación en Calidad	Generar conocimientos sobre proceso de acreditación en funcionarios de APS Ancud.	9	20	20	1	7	3	60	40				\$2.000.000	O TEC		1 er sem



EJE ESTRATEGICO 8: Equidad	28	Interculturalidad, Pueblos Originarios, Derechos Humanos y Medicina Complementaria	Integrar la medicina ancestral y complementaria en APS, promoviendo el enfoque intercultural y holístico de la atención.	5	15	10	1	6	3	40	20				\$2.000.000	Otec		2 do sem
	29	Sensibilización y Formación en Identidad de Género LGTBQ+	Actualizar la atención Integral en APS para funcionarios LGTBQ+ normativa vigente.	5	15	10	1	6	3	40	10				\$2.000.000	Otec		2do sem
	30	Diagnóstico comunitario participativo y planes comunales	Adquirir herramientas que favorezcan los procesos de elaboración de diagnóstico y planes de salud comunal	10	20	10	0	0	0	40	20				\$2.000.000	Otec		2 do sem

Plataformas virtuales contraloría <https://www.ceacgr.cl/aulavirtual/mod/page/view.php?id=22411>

	31	Microsoft Excel 2016	Integrar al programa Excel como cálculo y organización de labores cotidianas.	INSCRIPCION LIBRE												GRATUITO				
	32	Microsoft Word 2016	Adquirir conocimientos de esta tic para optimizar uso de formularios y documentos.	INSCRIPCION LIBRE												GRATUITO				
	33	SISREC	Aprender herramientas y destrezas en proceso de rendición de cuentas.	Dirigido a funcionarios que requieran este curso por función laboral en APS												GRATUITO				



	34	Estatuto de Atención Primaria de Salud	Conocer y reconocer las características del estatuto APS.	INSCRIPCION LIBRE						GRATUITO			
Plataformas virtuales Chile Compra https://capacitacion.chilecompra.cl/													
	35	Compras públicas nivel básico	Aprender en plataforma de compras nivel básico	Dirigido a funcionarios que requieran por función de gestión de compras para la APS.						GRATUITO			
	36	Compras públicas nivel intermedio	Aprender en plataforma de compras nivel intermedio	Dirigido a funcionarios que requieran por función de gestión de compras para la APS.						GRATUITO			
	37	Compras públicas nivel avanzado	Aprender en plataforma de compras nivel avanzado	Dirigido a funcionarios que requieran por función de gestión de compras para la APS.						GRATUITO			
Plataformas virtuales OMS https://campus.paho.org/													
	38	Fundamentos de los cuidados paliativos	Fortalecer el manejo clínico en cuidados paliativos	https://campus.paho.org/es/curso/Cuidado-Paliativo						GRATUITO			
	39	Gestión del riesgo de emergencias en salud y desastres . GERESD.	Mejorar el abordaje de emergencias y desastres	https://campus.paho.org/es/curso/gestion-riesgo-emergencias						GRATUITO			
	40	Curso virtual de promoción de la salud.	Potenciar la promoción y prevención en APS	https://campus.paho.org/es/curso/promocion-salud						GRATUITO			
	41	Diagnóstico precoz del cáncer en niños y adolescentes.	Prevenir el desarrollo de cáncer infantil y adolescente	https://campus.paho.org/es/curso/diagnostico-precoz-cancer-en-ninos-adolescentes						GRATUITO			



	42	Protección de riesgos de infecciones respiratorias en Servicios de Salud.	Prevenir patologías IRA ERA en APS	https://campus.paho.org/es/curso/proteccion-infecciones-respiratorias						GRATUITO			
	43	Primera ayuda psicológica en el manejo de emergencia.	Adquirir herramientas PAP salud mental en APS	1. https://campus.paho.org/es/curso/primera-ayuda-psicologica-pap-en-el-manejo-de-emergencias						GRATUITO			
	44	Impulsores del Control de la Presión Arterial en los Centros de Atención Primaria de Salud.	Mejorar manejo y prevención de pacientes con HTA	Impulsores del Control de la Presión Arterial en los Centros de Atención Primaria de Salud - 2022 Campus Virtual de Salud Pública (CVSP/OPS) (campusvirtualsp.org)						GRATUITO			
	45	Curso virtual sobre medición automática precisa de la presión arterial.	Mejorar controles de pacientes con HTA	Curso virtual sobre medición automática precisa de la presión arterial - 2020 Campus Virtual de Salud Pública (CVSP/OPS) (campusvirtualsp.org)						GRATUITO			
	46	La Implementación del paquete técnico HEARTS en la atención primaria de salud.	Actualizar en control integral de pacientes PSCV	https://www.paho.org/es/hearts-america/hearts-america-paquete-tecnico						GRATUITO			



	47	Desarrollo de competencias en la atención de salud para las personas mayores: ACAPEM - Nivel Básico.	Actualizar atención integral básica en atención geriátrica	https://campus.paho.org/es/curso/ACAPEM-Basico						GRATUITO			
	48	Desarrollo de competencias en la atención de salud para las personas mayores: ACAPEM - Intermedio.	Actualizar atención integral intermedia en atención geriátrica.	https://campus.paho.org/es/curso/ACAPEM-Intermedio						GRATUITO			
	49	PREPARADAMENTE Salud Mental MINSAL	Actualizar sobre demencia en salud mental para equipos multidisciplinarios en APS.	libre inscripción capacitación DIVAP subsecretaria de redes asistenciales noviembre a enero 2025						GRATUITO			
	50	Jornadas de Estamentos APS y Jornadas gremiales	Actualizar y adquirir conocimientos técnicos y administrativos de la dotación APS	Libre inscripción según desarrollo anual de actividades de APS						GRATUITO			
TOTAL										\$49.000.000			

10. PLAN DE SALUD Y CALIDAD DE VIDA LABORAL

Durante el año 2024, se presentó un plan de autocuidado dirigido a los funcionarios de salud, con diversas actividades diseñadas para su implementación mensual en jornadas de la tarde. Dichas actividades se realizaron gracias a la autogestión de los equipos de ambos CESFAM, junto a sus dispositivos y programas asociados.

En el marco de la estrategia "Saludablemente 2024", los principales desafíos abordados fueron: liderazgo, reconocimiento y claridad de rol. A nivel comunal, se trabajó con un doble cronograma: por una parte, la matriz solicitada por la estrategia "Saludablemente" y, por otra, un plan incorporado al Plan de Salud Comunal. Sin embargo, ambos planes no pudieron implementarse debido a la falta de presupuesto.

Como línea de base, se utilizó la información obtenida a través de la aplicación del instrumento ISTAS-21, que permitió realizar un diagnóstico actualizado de las condiciones laborales en los establecimientos de Atención Primaria de Salud (APS) de la comuna de Ancud. Este diagnóstico destaca la necesidad de generar ambientes de trabajo favorables, promoviendo un equilibrio entre las metas institucionales del Servicio de Salud Chiloé y las expectativas de bienestar y satisfacción de los funcionarios.

En relación con las denuncias registradas en el Formulario de Agresiones a Funcionarios de Salud (FAF), se identificaron 26 casos durante el año 2024, desglosados de la siguiente manera:

- 8 denuncias por amenazas,
- 10 por insultos,
- 3 por burlas,
- 1 por lenguaje de connotación sexual, y
- 4 por denostación en redes sociales.

Respecto a los resultados de CEAL SM/SUCESO e ISTAS-21, se dispone de un análisis actualizado que desglosa la evaluación de los riesgos psicosociales en el entorno laboral.



CESFAM: Pudeto Bajo	RIESGO: Medio
Fecha de aplicación: 20-10-2018	Fecha de reevaluación: Mes 10 del año 2020
Dimensiones altas:	
Doble presencia 56.82%	
Apoyo social en la empresa y Calidad del liderazgo 50%	
CESFAM: Pudeto Bajo	RIESGO: Medio
Fecha de aplicación: 19-11-2021	Fecha de reevaluación: Mes 11 del año 2023
Dimensiones altas:	
Doble presencia 58.62%	
Compensaciones 55.17%	

CESFAM: Dr. Manuel Ferreira Guzman	RIESGO: Medio
Fecha de aplicación: 17-12-2018 al 16-01-2019	Fecha de reevaluación: Mes 01 del año 2021
Dimensiones altas:	
Doble presencia 54.05%	
CESFAM: Dr. Manuel Ferreira Guzman	RIESGO: Medio
Fecha de aplicación: 24-05-2021 al 22-06-2021	Fecha de reevaluación: Mes 06 del año 2023
Dimensiones altas:	
Compensaciones 53.85%	
CESFAM: Dr. Manuel Ferreira Guzman	RIESGO: Medio
Fecha de aplicación: 25-07-2022 al 23-08-2022	Fecha de reevaluación: Mes 08 del año 2024
Dimensiones altas:	
Doble presencia 61.73%	
Apoyo Social en la empresa y Calidad del Liderazgo 50.62%	
CESFAM: Dr. Manuel Ferreira Guzman	RIESGO: Medio
Fecha de aplicación: 23-09-2022 al 22-10-2022	Fecha de reevaluación: Mes 10 del año 2024
Dimensiones altas:	
Compensaciones 61.11%	
Doble presencia 61.11%	
Apoyo Social en la Empresa y Calidad del Liderazgo 55.56%	



CECOSF: Bellavista	RIESGO: Medio
Fecha de aplicación:	Fecha de reevaluación:
24-05-2019	Mes 05 del año 2021
	En proceso de aplicación CEAL-SM
Dimensiones altas:	
Compensaciones 71.43%	
Doble presencia 64.29%	
Exigencias psicológica 57.14%	

CECOSF: Quetalmahue	RIESGO: Medio
Fecha de aplicación:	Fecha de reevaluación:
05-07-2021 al 21-07-2021	Mes 07 del año 2023
	En proceso de aplicación CEAL-SM
Dimensiones altas:	
Apoyo Social en la Empresa y Calidad del Liderazgo 68.42%	
Compensaciones 57.89%	
Exigencia psicológica 52.63%	

CECOSF: Chacao	RIESGO: Bajo
Fecha de aplicación:	Fecha de reevaluación:
19-06-2017	Mes 06 del año 2021
	En proceso de aplicación CEAL-SM

CECOSF: Puntra Degañ	RIESGO: Bajo
Fecha de aplicación:	Fecha de reevaluación:
09-10-2018	Mes 10 del año 2022
CECOSF: Puntra Degañ	RIESGO: Medio
Fecha de aplicación:	Fecha de reevaluación:
15-02-2024 al 04-03-2024	Mes 03 del año 2026
Dimensiones altas:	
Exigencia emocionales 53.3%	
Inseguridad con las condiciones de trabajo 46.7%	
Vulnerabilidad 46.7%	



DEPARTAMENTO DE SALUD	RIESGO: Medio
Fecha de aplicación:	Fecha de reevaluación:
28-11-2022 al 27-12-2022	Mes 12 del año 2024
Dimensiones altas:	
Doble presencia 56.14%	
Compensaciones 50.88%	

Gestión de la OIRS y estrategias de autocuidado 2024

Durante el año 2024, la Oficina de Informaciones, Reclamos y Sugerencias (OIRS) del CESFAM Manuel Ferreira y sus dispositivos y programas asociados recibió un total de 75 felicitaciones, todas relacionadas con el buen trato. En cuanto a los reclamos, se registraron 144, desglosados de la siguiente manera:

- Trato: 32
- Información: 11
- Infraestructura: 3
- Procedimiento administrativo: 82
- Competencia técnica: 3
- Tiempo de espera: 13

Adicionalmente, los reclamos realizados por funcionarios hacia usuarios desde los dispositivos del CESFAM Manuel Ferreira alcanzaron un total de 8 casos durante el mismo año.

Fortalecimiento organizacional y creación del Comité de Autocuidado

Con base en la información recopilada a través de diversas fuentes, como los resultados de CEAL SM/SUCESO, ISTAS-21, reportes OIRS y otros, se identificó la necesidad de fortalecer el compromiso organizacional para desarrollar ambientes laborales saludables. Este enfoque busca trascender la prevención de riesgos tradicionales, abordando integralmente el bienestar mental y social del personal que trabaja en los distintos dispositivos de salud.



En este contexto, el 9 de octubre de 2024 se creó el Comité de Autocuidado, concebido como la entidad encargada de coordinar y velar por la implementación de actividades planificadas en conjunto con las jefaturas de servicios clínicos, jefes de sectores, encargados de espacios saludables, CECOSF, módulo dental, entre otros. Durante su sesión inaugural, se presentó un resumen del Plan Comunal 2024 de la estrategia "Saludablemente" y se propuso un plan de trabajo para 2025, el cual incluyó:

Calendarización de reuniones.

Aplicación de una encuesta para evaluar acuerdos respecto a actividades del Plan de Cuidado de Salud al Funcionario APS 2025.

Se acordó que el Comité de Autocuidado sesionará de manera bimensual a partir de noviembre de 2024 y que se informarán los avances del plan a la Dirección de Salud, permitiendo registrar dichos avances en la plataforma requerida por el Servicio de Salud Chiloé.

Objetivo central del Plan de Cuidado 2025

El objetivo principal del plan es promover estrategias basadas en un diagnóstico integral, considerando indicadores como:

- Ausentismo laboral.
- Rotación de personal.
- Enfermedades laborales.
- Resultados del CEAL-SM.
- Tasas de agresiones internas y externas.
- El monitoreo de estos indicadores permitirá priorizar acciones y fomentar la mejora continua.



Creación de la Mesa del Cuidado de la Salud Mental a Funcionarios

Se estableció la "Mesa del Cuidado de la Salud Mental a Funcionarios", integrada por actores clave de la APS. Este espacio busca analizar los factores de riesgo psicosocial desde diversas perspectivas, proponiendo estrategias que se traduzcan en acciones concretas y adaptadas a la realidad local.

Integrantes de la Mesa del Cuidado

Corporación Municipal:

- Secretario General.
- Director de Salud Municipal.
- Director de Administración y Finanzas.

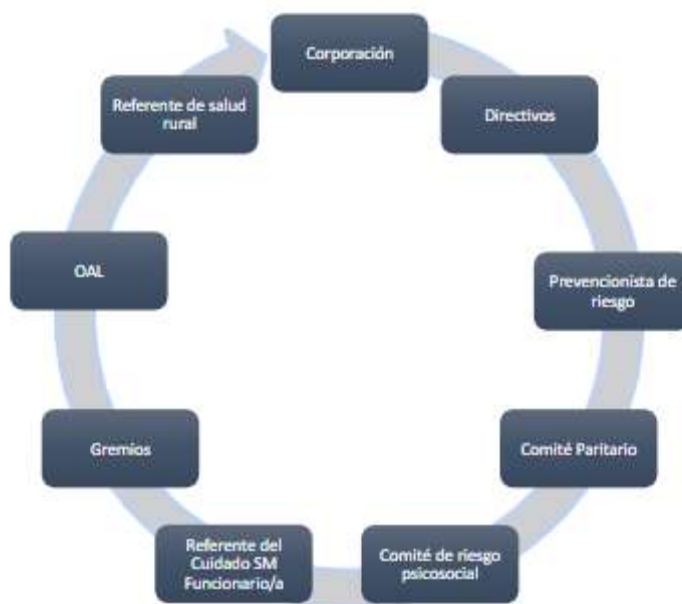
Directivos de Establecimientos:

- Ambos directores de CESFAM.
- Prevencionista de riesgos.
- Representante del Comité Paritario: Uno por establecimiento.
- Referente de Cuidado de Salud Mental de Funcionarios.

Representantes de gremios:

- Un representante por gremio.
- Organismos de apoyo laboral (OAL): Un representante de la mutualidad.
- Referente de Salud Rural.
- Representante de OIRS: Uno por establecimiento.

Este modelo organizativo busca consolidar un enfoque participativo y colaborativo en el diseño e implementación de estrategias para el cuidado integral de los funcionarios de la APS.



Mesa de Trabajo para el Abordaje de Factores de Riesgo Psicosocial:

- Actores
- Funciones
- Actividades

La conformación de este grupo, integrado por actores clave del sistema, permitirá analizar los factores de riesgo psicosocial desde diversas perspectivas. Este enfoque colaborativo tiene como objetivo generar estrategias que se traduzcan en acciones concretas, ajustadas a las necesidades y realidades locales.

Funciones de los Participantes de la Mesa de Trabajo

- Intercambiar conocimientos y experiencias que permitan ejecutar acciones en beneficio de los funcionarios/as.
- Fomentar espacios de diálogo entre empleadores, trabajadores y otros actores sociales en el ámbito laboral.



- Establecer decisiones reguladas y consensuadas para la ejecución efectiva de actividades dirigidas al bienestar del personal.
- Diseñar un plan de acción integral, que contemple protocolos, flujogramas y medidas concretas.
- Definir la frecuencia de las sesiones para garantizar un seguimiento adecuado de las iniciativas.

Actividades Prioritarias a Trabajar por la Comisión

1. Sensibilización continua:

Organizar intervenciones periódicas en salas de espera de los centros de salud, enfocadas en la educación sobre los derechos y deberes de usuarios y funcionarios.

Desarrollar campañas informativas que promuevan el respeto al personal de salud, reforzando el mensaje de la Ley de Consultorio Seguro con un lenguaje accesible.

2. Capacitaciones:

Incorporar entrenamientos en el Plan de Capacitación Comunal (PAC), abarcando técnicas de desescalamiento, resolución de conflictos y primeros auxilios psicológicos.

3. Actualización de protocolos:

Revisar y socializar los protocolos de prevención y actuación ante casos de violencia externa, adaptándolos a las particularidades de cada establecimiento.

4. Sistema de apoyo para funcionarios agredidos:

Implementar mecanismos de contención psicológica y asistencia legal para los funcionarios expuestos a agresiones.

En áreas rurales sin presencia constante de Carabineros, dotar a las postas de sistemas de comunicación directa con autoridades locales y evaluar la instalación de cámaras de seguridad en puntos estratégicos (salas de espera y accesos).

5. Enfoque comunitario:

Fomentar la participación de líderes locales y organizaciones civiles para fortalecer las relaciones entre usuarios y funcionarios, creando mesas de trabajo o instancias de diálogo permanentes.



6. Análisis de situaciones de violencia:

Realizar estudios cuantitativos y cualitativos que permitan identificar patrones en las agresiones y orientar mejor las acciones preventivas.

7. Mejora del sistema de registro de agresiones (RAFDS):

Capacitar nuevamente a los responsables de la reportería en el uso de la plataforma RAFDS. Promover el conocimiento del sistema entre todos los funcionarios y establecer mecanismos de apoyo y protección para quienes realicen denuncias.

Desafíos a Trabajar (2024-2025)

En base a los aprendizajes del año 2024 y la planificación para 2025, se identifican los siguientes desafíos:

- Liderazgo: Desarrollar competencias en gestión y conducción de equipos.
- Reconocimiento: Generar instancias que valoren los logros individuales y colectivos.
- Claridad de rol: Definir con precisión las funciones y responsabilidades de los funcionarios.

Actividades Propuestas para 2025

- Implementar el plan de acción diseñado por la mesa de trabajo.
- Realizar seguimientos periódicos de los indicadores de bienestar laboral y violencia en los establecimientos.
- Establecer alianzas intersectoriales con actores locales para fortalecer el impacto de las iniciativas.

Este plan busca fomentar un ambiente laboral saludable y seguro, promoviendo estrategias basadas en diagnósticos sólidos y acuerdos colaborativos que beneficien tanto a los funcionarios como a la comunidad en general.



GENERAR MECANISMOS DE ACTUACIÓN PREVENTIVA DIRIGIDA A SALUD MENTAL DEL PERSONAL DE SALUD.	1	Liderazgo	Generar planes de mejora en relación a herramientas de liderazgo para funcionarios que tienen cargos de jefaturas intermedias.	1	ACTIVIDADES, TALLERES OFRECIDOS POR OAL	Anual
	2	Claridad de rol	Implementar la definición y formalización de los roles dentro de cada establecimiento, que contemple descripción del cargo y funciones	2	MEDICINA COMPLEMENTARIA Y PRÁCTICAS DE BIENESTAR EN SALUD	Anual
IMPULSAR MECANISMOS DE ACTUACIÓN PROMOCIONAL ACERCA DE LOS CUIDADOS DE LA SALUD MENTAL DEL PERSONAL DE SALUD, EN CONJUNTO CON ACTORES CLAVES.	1	Reconocimiento	Fomentar mecanismos de reconocimiento a los funcionarios por parte de sus jefaturas.	1	CAPACITACIÓN PARA EL EJERCICIO LABORAL, AMBIENTES SALUDABLES Y HERRAMIENTAS	Anual
	2	Claridad de rol	Elaborar e implementar un manual de inducción, perfil de cargo y de funciones institucional, que sea asociado con todos los y las funcionarias.	2	INICIATIVAS GRUPALES	Anual
FORTALECER LA SALUD MENTAL EN LA DIMENSIÓN INSTITUCIONAL Y ORGANIZACIONAL.	1	Liderazgo	Desarrollar competencias directivas efectivas para un trabajo colaborativo para funcionarios de jefaturas grandes con continuidad.	1	DIFUSIÓN DE BUEN TRATO Y MEDIDAS DE COMPROMISO PARA EL BIENESTAR ORGANIZACIONAL	Anual
	2	Reconocimiento	Elaborar e implementar un protocolo que fomente el reconocimiento en los funcionarios y los equipos de salud.	2	DIÁLOGOS PARA EL BUEN TRATO	Anual
PARTICIPACIÓN Y ARTICULACIÓN LOCAL	1		Fomentar procesos de mejora para la salud mental de los funcionarios, vigilando riesgos psicosociales y fomentando ambientes laborales saludables con el apoyo de las asociaciones gremiales.	1	DIFUSIÓN DE CONTENIDO	Anual
				2	UNIÓN DE BUEN TRATO Y MEDIDAS DE COMPROMISO PARA EL BIENESTAR ORGANIZACIONAL	Anual
PARTICIPACIÓN Y ARTICULACIÓN LOCAL	1		Fomentar procesos de mejora para la salud mental de los funcionarios, vigilando riesgos psicosociales y fomentando ambientes laborales saludables con el apoyo de las asociaciones gremiales.	1	FORMACIÓN EN LIDERAZGO PARA JEFATURAS INTERMEDIAS	Anual
				2	ACOMPañAMIENTO A JEFATURAS	Anual
PARTICIPACIÓN Y ARTICULACIÓN LOCAL	1		Fomentar procesos de mejora para la salud mental de los funcionarios, vigilando riesgos psicosociales y fomentando ambientes laborales saludables con el apoyo de las asociaciones gremiales.	1	APLICACIÓN PROTOCOLO DE VIGILANCIA DE RIESGOS PSICOSOCIALES	Anual
				2	RECONOCIMIENTO Y RETROALIMENTACIÓN EFECTIVA PARA JEFATURAS Y EQUIPOS DE SALUD	Anual
PARTICIPACIÓN Y ARTICULACIÓN LOCAL	1		Fomentar procesos de mejora para la salud mental de los funcionarios, vigilando riesgos psicosociales y fomentando ambientes laborales saludables con el apoyo de las asociaciones gremiales.	1	ARTICULACIÓN GREMIAL	Anual
				2	ARTICULACIÓN CON SALUD RURAL	Anual

Señalar que en reunión del 14 de noviembre, para mostrar a los avances del plan de cuidado salud mental al funcionario y la propuesta de trabajo, asistieron 25 actores relevantes representante de distintos dispositivos de APS comuna, los cuales fueron citadas por el Secretario General de la corporación de la comuna de Ancud.

Se aplicó encuesta del plan de cuidado de salud mental al funcionario en APS año 2025, con el objeto de planificar acciones para el año 2025, en este caso, podemos señalar que los resultados son los siguientes:



COMPONENTE	TEMÁTICAS	OBJETIVO	ACTIVIDADES	ACTIVIDADES	CUMPLIMIENTO	RESULTADO
Generar mecanismos de actuación preventiva dirigida a la salud mental del personal de salud.	Liderazgo	Generar planes de mejora en relación a herramientas de liderazgos para funcionarios que tienen cargos Directivos.	1. Formar mesa de trabajo "Plan del cuidado de salud mental del funcionario en APS"	2. Talleres para jefaturas intermedias por Mutualidad.	ANUAL	Aprobado 100%
	Claridad de rol	Socializar manual de funciones vigentes dentro de cada establecimiento.	1. Socialización por directivos el manual de funciones en los equipos.	2. Talleres de comunicación efectiva dirigidos a directivos y funcionarios.	ANUAL	Aprobado 90%
Actuación promocional acerca de los cuidados de la salud mental del personal de salud, en conjunto con actores claves.	Reconocimiento	Fomentar mecanismos de reconocimiento a los funcionarios por parte de sus jefaturas.	1. Diálogos de buen trato entre funcionarios, realizado por el servicio de salud. Retomar reuniones ampliadas en los establecimientos.	2. Difusión de contenido: elaborar políticas de buen trato, tanto internas como externas.	ANUAL	Aprobado 70%
	Claridad de rol	Adquirir herramientas para el cuidado de la salud en los funcionarios y difundir plan saludablemente vigente.	1. Capacitación incluida en PAC comunal de bienestar laboral : "Eje estratégico 2, capacitación número 13 "	2. Promoción MAIS: Actividad masiva funcionarios, difusión del plan saludablemente y referente.	ANUAL	Aprobado 90%
Fortalecer la salud mental en la dimensión institucional y organizacional.	Liderazgo	Desarrollar competencias directivas efectivas que promuevan un trabajo colaborativo, para mejorar los resultados organizacionales.	1. Taller de competencias directivas para jefaturas. (mutual).	2. Taller con coaching para jefaturas intermedias y directivos (recursos del autocuidado).	ANUAL	Aprobado 100%
	Reconocimiento	Elaborar e implementar un protocolo que fomente el reconocimiento en los funcionarios y los equipos de salud.	1. Capacitación incluida en PAC comunal carrera funcionaria y calificaciones: "eje estratégico 1 y número 7".	2. Iniciar proceso de calificación y creación de flujograma de reconocimiento.	ANUAL	Aprobado 100%
Participación y articulación local.	Fomentar procesos de mejora para la salud mental en los funcionarios, vigilando riesgos psicosociales y potenciando ambientes laborales saludables con el apoyo de agentes relevantes.		1. Aplicación del cuestionario CEAL-SM en todos los establecimientos y dispositivos.	2. Socializar resultados de cuestionario aplicado a equipos en actividad significativa.	ANUAL	Aprobado 100%

Se adjuntará planificación Saludablemente como anexo.



11. Plan Comunal de Salud de Ancud: Desafíos y Estrategias 2025-2028

El Plan Comunal de Salud de Ancud destaca una serie de desafíos críticos que impactan directamente en la calidad de vida de nuestra población. La alta carga de enfermedades crónicas, la deficiencia en el acceso a servicios de salud mental, la elevada tasa de mortalidad infantil y las dificultades en el acceso a agua potable y saneamiento básico reflejan brechas sanitarias que requieren una intervención urgente y prioritaria. Además, la dispersión geográfica de la comuna, junto con los flujos migratorios hacia las zonas urbanas, han generado nuevas necesidades en la distribución de la oferta de servicios de salud, lo que exige una planificación más eficiente y el fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud (APS).

Como unidad técnica y administrativa en salud, el Departamento de Salud Municipalizada Ancud se plantea los siguientes desafíos y objetivos estratégicos para el período 2025-2028:

- Construcción de perfiles demográficos y epidemiológicos de los establecimientos de salud, con el fin de optimizar la planificación y asignación de recursos.
- Fortalecer la prevención de enfermedades del sistema digestivo, implementando programas educativos y preventivos que aborden los factores de riesgo.
- Ampliar la cobertura de salud mental, asegurando la atención adecuada a la población con trastornos psicosociales, y garantizando la disponibilidad de servicios accesibles.
- Mejorar la compensación y manejo de enfermedades crónicas, a través de estrategias de seguimiento de pacientes, con énfasis en la educación y autocuidado.
- Impulsar actividades promocionales y preventivas que fomenten estilos de vida saludables y la detección temprana de enfermedades.
- Incrementar la inscripción de usuarios a nuestros establecimientos de salud.
- Mejorar los registros estadísticos en los establecimientos para garantizar la planificación de actividades y toma de decisiones.
- Fortalecer la estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas (ECICEP) mediante evaluaciones e intervenciones multidisciplinarias.



- Desarrollar e implementar un plan para la puesta en marcha de la Ley de Atención Preferente y ley TEA, asegurando su ejecución eficiente en la atención a grupos objetivos.
- Establecer una estrategia integral de prevención y detección temprana de cáncer, mediante la promoción de exámenes regulares y el acceso a servicios especializados.
- Reestructurar y optimizar la red de salud comunal, mejorando la distribución y calidad de los servicios en toda la comuna, con especial atención a las zonas rurales.
- Implementar la estrategia de telesalud, facilitando el acceso a consultas médicas y servicios especializados a través de tecnologías digitales.
- Reducir las brechas en acreditación de salud, trabajando en la mejora continua de la calidad de los servicios y en la certificación de los establecimientos.
- Establecer mesas de trabajo intersectoriales para promover la colaboración con otros sectores (educación, vivienda, transporte, etc.) y abordar de manera integral los desafíos de salud pública.
- Asegurar la certificación en salud familiar de todos nuestros establecimientos de salud, fortaleciendo el modelo de atención centrado en la familia y la comunidad.
- Reducir las inequidades en el acceso a la salud en el sector rural, garantizando que los habitantes de zonas periféricas tengan acceso a servicios de salud de calidad y cercanos a sus necesidades.
- Brindar atención de calidad a los adultos mayores, desarrollando programas especializados que aborden sus necesidades de salud física y mental.
- Gestionar de forma eficiente los recursos físicos, optimizando su uso para mejorar la infraestructura, equipamiento y suministro en todos los centros de salud.
- Fomentar el trabajo comunitario, promoviendo la participación activa de la población en iniciativas de salud y prevención.

Este plan nos proporciona una hoja de ruta clara para avanzar hacia un sistema de salud más equitativo, eficiente y centrado en las personas. La articulación y colaboración estrecha entre el municipio, el Servicio de Salud Chiloé y la comunidad será fundamental para asegurar la



implementación efectiva y sostenible de estas estrategias en el tiempo. Solo con un compromiso conjunto y un enfoque integral podremos reducir las desigualdades sanitarias y mejorar el bienestar de la población de Ancud, proyectando un futuro más saludable y con mejores oportunidades para todos sus habitantes.

Principales Problemáticas Identificadas en los Diagnósticos

Participativos

A partir del análisis de los diagnósticos participativos realizados en la comuna de Ancud, se han identificado las siguientes problemáticas recurrentes que afectan de manera significativa a la población y a su entorno:

1. Consumo problemático de alcohol y drogas

Este problema impacta tanto a la población adulta como adolescente, generando consecuencias negativas en la salud física y mental, además de alterar la cohesión social. La presencia de este consumo se vincula directamente con el aumento de riesgos asociados, como violencia intrafamiliar, accidentes y exclusión social.

2. Presencia de microbasurales y deficiencias en la gestión de residuos

La proliferación de microbasurales y la falta de un manejo adecuado de los residuos sólidos generan importantes problemas medioambientales y de salud pública. Esto incluye la contaminación del suelo y agua, además de la aparición de vectores transmisores de enfermedades, afectando tanto a la comunidad como al entorno natural.

3. Sedentarismo y malnutrición

El incremento de enfermedades crónicas no transmisibles, como la obesidad, la hipertensión y la diabetes, está directamente relacionado con los bajos niveles de actividad física y una



dieta desequilibrada. Este problema afecta principalmente a niños y adultos, destacando la necesidad de estrategias efectivas para fomentar estilos de vida saludables.

4. Falta de redes de apoyo para adultos mayores

La ausencia de redes comunitarias sólidas y programas de apoyo específicos para los adultos mayores incrementa su vulnerabilidad social y sanitaria. Esto contribuye al aislamiento, la dependencia y el deterioro de su calidad de vida, impactando de manera negativa tanto en su salud física como emocional.

5. Baja participación comunitaria en actividades de salud

La limitada participación de la comunidad en las iniciativas de promoción y prevención de salud restringe la efectividad de estas estrategias. Esto refleja una desconexión entre las instituciones de salud y la población, lo que dificulta la implementación de acciones que respondan a las necesidades locales de manera colaborativa.

Estas problemáticas constituyen un desafío prioritario para el desarrollo de intervenciones integrales que permitan mejorar la calidad de vida de los habitantes de la comuna, reforzando el vínculo entre la comunidad, las instituciones de salud y el entorno social y medioambiental.

Estrategias para el Abordaje de las Problemáticas Identificadas

Para enfrentar las problemáticas detectadas en los diagnósticos participativos, se han diseñado estrategias desde un enfoque promocional y preventivo, alineadas con los principios de la Atención Primaria de Salud (APS). Estas acciones buscan abordar de manera integral las necesidades de la comunidad y promover su bienestar.



Promoción de estilos de vida saludables

Se realizarán talleres, consejerías y actividades comunitarias que impulsen el autocuidado, fomenten la actividad física y promuevan una alimentación equilibrada. Estas acciones estarán orientadas a prevenir enfermedades crónicas no transmisibles y a mejorar la calidad de vida de la población.

Gestión ambiental

Se establecerá un trabajo coordinado con los municipios y las juntas vecinales para eliminar los microbasurales y desarrollar sistemas de reciclaje. Estas acciones apuntan a reducir los riesgos medioambientales y sanitarios derivados de la acumulación de residuos.

Reducción del consumo problemático de alcohol y drogas

Se implementarán programas de sensibilización dirigidos a estudiantes, familias y comunidades, complementados con atención integral en salud mental. Estas iniciativas buscan prevenir el consumo problemático y mitigar sus consecuencias negativas en la salud y la cohesión social.

Fortalecimiento de redes de apoyo para adultos mayores

Se desarrollarán visitas domiciliarias para identificar necesidades específicas, talleres dirigidos a cuidadores y estrategias de vinculación con programas sociales existentes. El objetivo es reducir la vulnerabilidad de los adultos mayores y mejorar su bienestar social y sanitario.

Participación comunitaria

Se fomentará la corresponsabilidad en salud mediante la planificación participativa de actividades, utilizando herramientas como cartas Gantt para coordinar esfuerzos y asegurar un trabajo colaborativo entre la comunidad y las instituciones de salud.



Estas estrategias reflejan el compromiso de la comuna de Ancud con un modelo de salud inclusivo y sostenible, donde la promoción, la prevención y la participación activa de la comunidad son pilares fundamentales para enfrentar los desafíos locales.

Identificación de Problemas de Salud mediante Diagnóstico Participativo

El diagnóstico participativo debe cumplir con criterios de calidad en cada una de sus etapas:

a) Conformación del equipo de trabajo:

Se define un equipo multidisciplinario, incluyendo profesionales de salud, actores comunitarios y representantes del intersector, asegurando la diversidad y la representatividad.

b) Convocatoria y coordinación de actores:

Se involucra a organizaciones sociales, de la sociedad civil e intersector local para garantizar la inclusión y participación activa en el proceso.

c) Identificación del estado actual del territorio:

Se analizan variables del territorio, tales como condiciones de salud, sociales, educacionales, calidad de viviendas, conectividad, estado de caminos y problemáticas emergentes como migración y vulnerabilidad social.

d) Identificación de problemas:

Se emplean diversas metodologías participativas que permiten identificar problemas en diferentes etapas del proceso, promoviendo un análisis progresivo.

e) Jerarquización de problemas:

Se utilizan herramientas como la matriz de Hanlon para priorizar los problemas en función de su impacto, urgencia y factibilidad de intervención.



f) Análisis de problemas:

Se consideran las causas subyacentes mediante técnicas como diagramas de causa-efecto, promoviendo un enfoque integral.

g) Plan de trabajo:

Se diseñan estrategias y actividades concretas con plazos definidos y responsables asignados.

h) Puesta en marcha del plan:

Se implementan las acciones planificadas, asegurando la participación activa de los actores involucrados.

i) Evaluación y retroalimentación:

Se establece un sistema de monitoreo que incluye indicadores clave y mecanismos de retroalimentación para ajustar el plan según las necesidades emergentes.

Priorización de Problemas del Diagnóstico Participativo

El diagnóstico participativo tendrá una vigencia de tres años, con evaluaciones y actualizaciones anuales. Este esquema garantiza la pertinencia y la efectividad de las estrategias, adaptándolas a las nuevas necesidades y desafíos del territorio.

Identificación de Activos Comunitarios en Salud

La comuna de Ancud cuenta con diversos activos comunitarios que desempeñan un papel clave en la promoción de la salud:



- Líderes comunitarios: Promueven hábitos saludables y sensibilizan a la población sobre el autocuidado.
- Organizaciones vecinales: Lideran actividades medioambientales, como jornadas de limpieza y reciclaje.
- Clubes deportivos: Fomentan la actividad física mediante talleres y eventos recreativos.
- Fortalecer e integrar estos activos es esencial para implementar estrategias colaborativas que respondan a las necesidades locales.

Conclusión

El diagnóstico participativo reafirma la importancia de trabajar en conjunto con la comunidad para abordar las problemáticas identificadas desde sus raíces. La promoción de la salud, la prevención de enfermedades, el fortalecimiento de las redes de apoyo y la participación activa de la ciudadanía son claves para mejorar la calidad de vida de la población de Ancud.

Se establece el compromiso de realizar una revisión anual de los diagnósticos en colaboración con la comunidad, permitiendo ajustar y actualizar las estrategias según las necesidades emergentes. Este proceso busca garantizar una respuesta efectiva, equitativa y sostenible frente a los desafíos de salud en la comuna.



12. BIBLIOGRAFÍA

- Angulo, S. E. (1997). *La artillería y los artilleros en Chile. Valdivia y Chiloé como antemural del Pacífico. Militaría. Revista de Cultura Militar*, 10, 237-265. Madrid, España.
- Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. (s.f.). *Reportes Estadísticos Comunes*. Chile.
- Fundación Integra. (2021). *Estrategias de Promoción de la Salud Mental en la Primera Infancia*. Santiago, Chile.
- Ilustre Municipalidad de Ancud. (2018). *Plan de Desarrollo Comunal 2018-2026 (PLADECO)*. Ancud, Chile.
- Instituto Nacional de Estadísticas de Chile (INE). (2002, 2017). *Censo de Población de los años 2002 y 2017*. Chile.
- Ministerio de Desarrollo Social y Familia. (2013, 2015, 2017). *Encuesta Nacional de Caracterización Socioeconómica (CASEN)*. Santiago, Chile.
- Ministerio de Desarrollo Social y Familia. (2021). *Diagnóstico de Bienestar Socioemocional de Niños, Niñas y Adolescentes en Chile*. Santiago, Chile.
- Ministerio de Educación de Chile. (2022). *Programa Nacional de Alimentación Escolar (PAE)*. Santiago, Chile.
- Ministerio de Salud de Chile (MINSAL). (2023). *Análisis de la Demanda en la Red de Atención Primaria de Salud en Ancud*. Santiago, Chile.
- Ministerio de Salud de Chile (MINSAL). (2023). *Compromisos de Gestión (COMGES): Programación de Actividades y Profesionales en la Red Asistencial*. Santiago, Chile.
- Ministerio de Salud de Chile (MINSAL). (2023). *Indicadores de salud y metas sanitarias para la Red de APS*. Santiago, Chile.



Ministerio de Salud de Chile (MINSAL). (s.f.). *Programa de Atención Integral de Salud Mental en Atención Primaria*. Santiago, Chile.

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (s.f.). *Implementación del paquete técnico HEARTS en la atención primaria de salud*. Recuperado de <https://www.paho.org/es/hearts-americas/hearts-americas-paquete-tecnico>

Servicio de Salud Chiloé. (2023). *Mapa de Derivación de la Red Asistencial SSCH – Proceso de revisión 2023*. Chiloé, Chile.

División de Atención Primaria, MINSAL. (s.f.). *PREPARADAMENTE: Salud Mental en Atención Primaria*. Santiago, Chile.

Ilustre Municipalidad de Ancud. (s.f.). *Reseña Histórica*. Recuperado de <https://www.muniancud.cl/portal/historia>

Ilustre Municipalidad de Valdivia. (s.f.). *Flora y Fauna de Valdivia*. Recuperado de <https://www.munivaldivia.cl/web/index.php/flora-y-fauna>

InterPatagonia. (s.f.). *Ancud: Historia de la ciudad y Leyendas de la zona*. Recuperado de <https://www.interpatagonia.com/ancud/historia.html>

Museo Regional de Ancud. (s.f.). *Historia de Chiloé*. Recuperado de https://www.museodeancud.gob.cl/sites/www.museodeancud.gob.cl/files/images/articles-24913_archivo_01.pdf

Nature Conservancy. (s.f.). *Guía de flora y fauna de la Reserva Costera Valdiviana*. Recuperado de <https://www.nature.org/es-us/sobre-tnc/donde-trabajamos/tnc-en-latinoamerica/chile/historias-en-chile/guia-flora-fauna-reserva-costera-valdiviana>

SciELO Chile. (s.f.). *Ancud en los años cincuenta del siglo XIX*. Recuperado de https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-22442016000200005&script=sci_arttext

Welcome Chile. (s.f.). *Historia de Ancud*. Recuperado de <https://www.welcomechile.com/ancud/historia.html>



Wikipedia. (s.f.). *Ancud*. Recuperado de <https://es.wikipedia.org/wiki/Ancud>

Wikipedia. (s.f.). *Ecorregión Bosque Valdiviano*. Recuperado de https://es.wikipedia.org/wiki/Ecorregi%C3%B3n_bosque_valdiviano

Wikipedia. (s.f.). *Valdivian Temperate Forests*. Recuperado de https://en.wikipedia.org/wiki/Valdivian_temperate_forests

**RESUMEN PRESUPUESTO AREA SALUD 2025
CORPORACION MUNICIPAL ANCUD**

INGRESOS

Subtitulo	Item	Asignación	sub asignación	sub-sub asignación	Denominación	Presup.2025 (M\$)
					DEUDORES PRESUPUESTARIOS	13.912.273
05					C x C Transferencias Corrientes	11.940.993
05	03				De Otras Entidades Públicas	11.940.993
05	03	006			Del Servicio de Salud	10.996.993
05	03	006	001		Atención Primaria Ley N° 19.378, Art. 49	10.996.993
05	03	099			De Otras Entidades Públicas	944.000
08					C x C Otros Ingresos Corrientes	1.857.000
115	15				saldo inicial de caja	114.280
TOTALES						13.912.273

EGRESOS

Subtitulo	Item	Asignación	Sasignación	Sub-Sub Asignación	Denominación	PPTO 2025
					ACREEDORES PRESPUESTARIOS	13.912.273
21					C x P Gastos en Personal	10.329.825
21	01				Personal de Planta	7.349.825
21	02				Personal a Contrata	2.410.000
21	03				Otras Remuneraciones	570.000
22					C x P Bienes y Servicios de Consumo	2.408.448
22	01				Alimentos y Bebidas	10.000
22	02				Textiles, Vestuario y Calzado	45.000
22	03				Combustibles y Lubricantes	90.000
22	04				Materiales de Uso o Consumo	732.948
22	05				Servicios Básicos	270.000
22	06				Mantenimiento y Reparaciones	463.500
22	07				Publicidad Y Difusión	19.000
22	08				Servicios Generales	420.000
22	09				Arriendos	47.400
22	10				Servicios Financieros y de Seguros	32.000
22	11				Servicios Técnicos y Profesionales	194.000
22	12				Otros Gastos en Bienes y Servicios de Consumo	84.600
23					C x P Prestaciones de Seguridad Social	120.000
24					C x P Transferencias Corrientes	0
25					C x P Íntegros al Fisco	244.000
26					C x P Otros Gastos Corrientes	0
29					C x P Adquisición de Activos no Financieros	192.000
31					C x P Iniciativas de Inversión	390.000
34					C x P Servicio de la Deuda	228.000
TOTALES						13.912.273

INGRESOS	13.912.273
EGRESOS	13.912.273



Irene Harmann Ritter
DIRECTORA ADMINISTRACION Y FINANZAS (S)



Luis Carrillo Duhalde
SECRETARIO GENERAL

Ancud, 24 de enero 2025

PRESUPUESTO INGRESOS AREA SALUD 2025

Subtitulo	Item	Asig	sub asignacion	sub-sub asignacion	Denominación	Presup.2025 (M\$)
					DEUDORES PRESUPUESTARIOS	13.912.273
05					C x C Transferencias Corrientes	11.940.993
05	03				De Otras Entidades Públicas	11.940.993
05	03	006			Del Servicio de Salud	10.996.993
05	03	006	001		Atención Primaria Ley N° 19.378, Art. 49	10.996.993
05	03	006	001	001	Financiamiento percapita	9.533.123
05	03	006	001	002	Asignacion Desempeño Dificil	383.870
05	03	006	001	005	Integracion Bono Ley 19813	250.000
05	03	006	001	006	Asignacion Desarrollo y Estimulo	830.000
05	03	099			De Otras Entidades Públicas	944.000
05	03	099	001		Aporte Municipal Gastos Operacionales	0
05	03	099	002		Aporte Aguinaldo Fiestas Patrias y Navidad	30.000
05	03	099	003		Aporte Bono Escolar	20.000
05	03	099	004		Bono Especial Zona Extrema	600.000
05	03	099	005		Bono Especial Trato Usuario	144.000
05	03	099	006		Bono Vacaciones	45.000
05	03	099	007		Bono especial (termino conflicto)	84.000
05	03	099	008		Bono Rentas Menores Artículo 44 Ley...	15.000
05	03	099	009		Bono Artículo 42 Ley....	3.000
05	03	099	010		Bono Artículo 33 Ley....	3.000
08					C x C Otros Ingresos Corrientes	1.857.000
08	01				Recuperación y Reembolsos por Licencias Médicas	1.278.000
08	01	001			Reembolsos Art. 4° Ley N° 19.345 y Ley N° 19.117 Art. Único	1.278.000
08	99				Otros	579.000
08	99	001			Devoluciones y Reintegros no Provenientes de Impuestos	0
08	99	999			Otros	579.000
08	99	999	003		Impuesto Unico	148.000
08	99	999	004		Otras Devoluciones	53.000
08	99	999	005		Impuesto Servicios	60.000
08	99	999	006		Comité de Bienestar Funcionarios de Salud Atencion Primaria	108.000
08	99	999	007		Modulo Dental Junaeb (Altas Odontologicas)	100.000
08	99	999	008		Retiro Voluntario	110.000
115	15				saldo inicial de caja	114.280
TOTALES						13.912.273



PRESUPUESTO EGRESOS AREA SALUD AÑO 2025

Subtitulo	Item	Asignacion	Sub asignacion	Sub-Sub Asignacion	Denominación	PPTO 2025
					ACREEDORES PRESUPUESTARIOS	13.912.273
21					C x P Gastos en Personal	10.329.825
21	01				Personal de Planta	7.349.825
21	01	001			Sueldos y Sobresueldos	7.304.825
21	01	001	001		Sueldos Base	7.304.825
21	01	004			Remuneraciones Variables	45.000
21	01	004	006		Comisiones de Servicios en el País	45.000
21	02				Personal a Contrata	2.410.000
21	02	001			Sueldos y Sobresueldos	2.410.000
21	02	001	001		Sueldos Bases	2.410.000
21	03				Otras Remuneraciones	570.000
21	03	001			Honorarios a Suma Alzada - Personas Naturales	100.000
21	03	004			Remuneraciones Reguladas por el Código del Trabajo	170.000
21	03	010			Bono Artículo 45	300.000
22					C x P Bienes y Servicios de Consumo	2.408.448
22	01				Alimentos y Bebidas	10.000
22	01	001			Para Personas	10.000
22	02				Textiles, Vestuario y Calzado	45.000
22	02	002			Vestuario, Accesorios y Prendas Diversas	45.000
22	03				Combustibles y Lubricantes	90.000
22	03	001			Para Vehículos	40.000
22	03	003			Para Calefacción	50.000
22	04				Materiales de Uso o Consumo	732.948
22	04	001			Materiales de Oficina	60.000
22	04	003			Productos Químicos	154.000
22	04	004			Productos Farmacéuticos	200.000
22	04	005			Materiales y Útiles Quirúrgicos	169.948
22	04	007			Materiales y Útiles de Aseo	40.000
22	04	008			Menaje para Oficina, Casino y Otros	10.000
22	04	009			Insumos, Repuestos y Accesorios Computacionales	15.000
22	04	012			Otros Materiales, Repuestos y Útiles Diversos	4.000
22	04	014			Equipamiento, Implementos Clínicos y otros	80.000
22	05				Servicios Básicos	270.000
22	05	001			Electricidad	120.000
22	05	002			Agua	40.000
22	05	003			Gas	6.000
22	05	004			Correo	7.000
22	05	006			Telefonía Celular	7.000
22	05	007			Acceso a Internet	90.000
22	06				Mantenimiento y Reparaciones	463.500
22	06	001			Mantenimiento y Reparación de Edificaciones	214.000
22	06	002			Mantenimiento y Reparación de Vehículos	90.000
22	06	003			Mantenimiento y Reparación Mobiliarios y Otros	68.000
22	06	006			Mantenimiento y Reparación de Otras Maquinarias y Equipos	91.500
22	07				Publicidad Y Difusión	19.000
22	07	001			Servicios de Publicidad	5.000
22	07	002			Servicios de Impresión	14.000
22	08				Servicios Generales	420.000
22	08	001			Servicios de Aseo	120.000
22	08	002			Servicios de Vigilancia	70.000
22	08	003			Servicios de Mantención de Jardines	20.000
22	08	007			Pasajes, Fletes y Bodegajes	5.000
22	08	008			Salas Cunas y/o Jardines Infantiles	50.000
22	08	010			Servicios de desratización, santización y fumigación	30.000
22	08	999	001		Celebración día atención primaria	17.000
22	08	999	001		Servicio de Bienestar salud	108.000
22	09				Arriendos	47.400
22	09	001			Arriendo de Edificios	2.400



22	09	003		Arriendo de Vehículos	45.000
22	10			Servicios Financieros y de Seguros	32.000
22	10	002		Primas y Gastos de Seguros	32.000
22	11			Servicios Técnicos y Profesionales	105.000
22	11	001		Estudios e Investigaciones	49.000
22	11	002		Cursos de Capacitación	0
22	11	003		Servicios Informáticos	40.000
22	11	999		Asesoría jurídica	84.600
22	12			Otros Gastos en Bienes y Servicios de Consumo	17.000
22	12	002		Gastos Menores	0
22	12	004		Intereses, Multas y Recargos	0
22	12	009		Gastos Operacionales Aporte Municipal	
22	12	999		Otros	67.600
23				C x P Prestaciones de Seguridad Social	120.000
23	01			Prestaciones Previsionales	
23	01	004		Desahucios e Indemnizaciones	120.000
24				C x P Transferencias Corrientes	0
24	01			Al Sector Privado	0
24	01	999		Otras Transferencias al Sector Privado	0
25				C x P Íntegros al Fisco	184.000
25	01			Impuestos	60.000
25	99			Otros Íntegros al Fisco	0
26				C x P Otros Gastos Corrientes	0
26	01	002		Reintegros Ilustre Municipalidad de Ancud	192.000
29				C x P Adquisición de Activos no Financieros	70.000
29	03			Vehículos	20.000
29	04			Mobiliario y Otros	35.000
29	06			Equipos Informáticos	25.000
29	06	001		Equipos Computacionales y Periféricos	67.000
29	07			Programas Informáticos	67.000
29	07	001		Programas Computacionales	67.000
31				C x P Iniciativas de Inversión	390.000
31	02			Proyectos	350.000
31	02	003		terrenos	40.000
31	02	004		Obras Civiles	350.000
34				C x P Servicio de la Deuda	228.000
34	07			Deuda Flotante	228.000
TOTALES					13.912.273



CALCULO DE INDEXADORES AÑO 2025 ANCUD

Indexadores		Monto
Percápita Basal		\$11.798
i) IPP (Índice de Privación)		\$2.124
iii) Ruralidad 20%		\$2.360
Asig Zona		\$2.279
ASIG ZONA=(Perc Basal+IPP+Ruralidad del 20%)* 0,14		\$18.561
Percápita + Indexadores \$ 18561 * 42482	42482	\$788.491.987
Pob Adultos \$891 * 6661		\$5.934.951
Asig Desempeño difícil		\$31.989.124
		\$794.426.938

NOTA: MONTOS PRESENTADOS CORRESPONDEN A VALORES MENSUALES





PROGRAMA ANUAL DE CAPACITACION 2025 PERSONAL ESTATUTO ATENCIÓN PRIMARIA (LE19.378) SERVICIO DE SALUD CHILOE COMUNA ANCUD

LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS	ACTIVIDADES DE CAPACITACION	OBJETIVOS EDUCATIVOS	NUMERO DE PARTICIPANTES POR CATEGORIA							NUMERO DE HORAS PEDAGOGICAS	FINANCIAMIENTO				ORGANISMO EJECUTOR	COORDINADOR	FECHA DE EJECUCIÓN	
			A (Médicos, Odont, QF,etc.)	B (Otros Profesionales)	C (Técnicos Nivel Superior)	D (Técnicos de Salud)	E (Administrativos Salud)	F (Auxiliares servicios)	TOTAL		ITEM CAPACITACION	FONDOS MUNICIPALES	OTROS FONDOS	TOTAL PRESUPUESTO ESTIMADO				
EJE ESTRATEGICO 1: Medio Ambiente y entornos Saludables	1	Salud Ocupacional, enfoque medio ambiente y ecología	Aportar estrategias para cuidar la salud ocupacional de los funcionarios de APS Ancud.	4	15	14	1	3	3	40	20				\$1.000.000	Local		2 do sem
	2	Salud Familiar Básico.	Actualizar conocimientos sobre MAIS "Modelo de Salud Familiar" aspectos básicos	6	10	10	1	9	4	40	10				\$1.000.000	Local		1 er sem
	3	Multimorbilidad ECICEP	Integrar conocimientos hacia funcionarios APS Ancud en la estrategia de ECICEP.	10	20	10	0	0	0	40	28				\$1.000.000	OTEC		1 er sem
	4	Pauta MAIS y planes de mejora	Actualizar a funcionarios coordinadores de APS y TENS rurales de Ancud en la aplicación de PAUTA MAIS y planes de mejora.	0	20	20	0	0	0	40	10				\$1.000.000	Local		1 er sem
	5	Manejo y resolución de conflictos en recursos humanos y situación de crisis.	Adquirir conocimientos acerca de la resolución de conflictos en RRHH y situaciones difíciles	4	15	14	1	3	3	40	10				\$2.000.000	OTEC		1 er sem
	6	Comunicación efectiva y trabajo en equipo	Mejorar clima laboral y confianza en los equipos	4	15	14	1	3	3	40	10				\$2.000.000	OTEC		2 do sem
	7	Carrera Funcionaria y Calificaciones, merito, actualización leyes (Saludablemente)	Actualizar normativas vigentes de acuerdo a ley 19.378.	4	15	14	1	3	3	40	20				\$2.000.000	OTEC		2 do sem

EJE ESTRATEGICO 2: Estilos de Vida	8	Actualización y manejo clínico IRA - ERA (espirometría) y NANEAS	Mejorar manejo de IRA ERA y atención de NANEAS	10	20	10	0	0	0	40	20				\$2.000.000	OTEC		1 er sem
	9	Salud buco oral y alimentación saludable	Actualizar la salud buco oral y alimentación sana	4	15	14	1	3	3	40	10				\$1.000.000	Local		2 do sem
	10	Capacitación en Salud Mental, MHGAP+PAP y duelo	Reducir brechas de tratamiento en area de salud, mental, PAP y duelo	10	20	10	0	0	0	40	20				\$2.000.000	OTEC		2 do sem
	11	Salud familiar avanzado intervención en crisis (VIF), tratamiento en adicciones (tabaco, alcohol, drogas)	Adquirir herramientas que ayuden a los equipos a trabajar con familias complejas asociados a fact. Riesgo, adicciones, VIF, etc.	10	20	10	0	0	0	40	20				\$2.000.000	OTEC		1 er sem
	12	Herramientas y manejo de la salud mental dirigida a usuarios de APS	Potenciar y aprender tips acerca del manejo de la salud mental en usuarios mediante técnicas practicas	6	10	10	1	9	4	40	10				\$2.000.000	OTEC		2 do sem
	13	Bienestar Laboral (Saludablemente)	Técnicas del manejo del estrés y coaching para manejo de conflictos.	6	14	10	1	6	3	40	20				\$2.000.000	OTEC		2do sem
	14	Educación Sexual Integral	Actualizar conocimientos para la orientación y derivación en temática sexual y reproductivo.	4	15	14	1	3	3	40	20				\$1.000.000	OTEC		2 do sem
EJE ESTRATEGICO 3: Enfermedades Transmisibles	15	Actualización en Tuberculosis	Generar conocimiento en los funcionarios de APS Ancud sobre la nueva norma técnica del programa de Tuberculosis Nacional.	4	15	14	1	3	3	40	10				\$1.000.000	Local		2 do sem
	16	Educación en uso de Fármacos para el funcionario de la salud.	Enseñar el adecuado uso de fármacos y polifarmacia a funcionarios de APS Ancud.	4	15	14	1	3	3	40	10				\$1.000.000	Local		2 do sem
	17	Actualización en GES y Patologías de notificación obligatoria	Actualizar el aprendizaje en ges y patologías de notificación obligatoria	10	15	8	1	6	0	40	10				\$2.000.000	OTEC		2do sem

EJE ESTRATEGICO 4: Enfermedades Crónicas no transmisibles y Violencia	18	Actualización en Electrocardiograma, toma de muestras, signos vitales y vacunación	Mejorar las prácticas clínicas en los dispositivos de APS	5	15	20	0	0	0	40	20				\$2.000.000	Otec		1 er sem
	19	Ley del Cáncer y Oncología en APS	Actualizar los conocimientos sobre el marco normativo que rige esta patología en la país.	6	10	10	1	9	4	40	20				\$2.000.000	Otec		2 do sem
	20	Abordaje y gestión integral de pacientes con enfoque de riesgos cardiovascular y su manejo estadístico.	Mejorar el manejo integral y registro estadístico de pacientes cardiovascular.	5	15	9	1	10	0	40	20				\$1.000.000	Local		1 er sem
	21	Abordaje integral clínico de pacientes con factores de riesgo o patología cardiovascular dentro de la Atención Primaria de Salud.	Actualizar gestión de EMP, ingreso control cv ECICEP, Pie diabético, estrategia heartz, insulinoterapia, dietoterapia	6	20	13	1	0	0	40	20				\$1.000.000	Local		1 er sem
EJE ESTRATEGICO 5: Funcionamiento y discapacidad	22	Discapacidad, Ley de Inclusión (TEA)	Fomentar la adecuada atención de usuarios con discapacidad por parte de funcionarios APS Ancud.	6	10	10	1	9	4	40	20				\$1.000.000	SSCH		2do sem
EJE ESTRATEGICO 6: Emergencias y desastres	23	Gestión en emergencias y desastres, actualización en RCP, DEA y Primeros Auxilios	Preparar a Equipo APS para actuar ante una situación de emergencia y actualizar conocimientos en funcionarios APS Ancud.	7	18	14	1	10	10	60	20				\$2.000.000	Otec		2 do sem
	24	Actualización en IAAS y REAS	Enseñar a funcionarios APS Ancud el adecuado manejo de REAS e IAAS.	5	12	12	1	0	10	40	28				\$2.000.000	Otec		1 er sem
	25	Manejo de Heridas, procedimiento y curaciones	Actualizar en curaciones y procedimientos a enfermeras y TENS	0	20	20	0	0	0	40	20				\$2.000.000	Otec		1 er sem

EJE ESTRATEGICO 7: Gestión, Calidad e Innovación	26	Manejo de Excel Básico e intermedio, correo corporativo y tecnologías de la computación	Lograr aprendizaje en funcionarios de APS Ancud sobre tecnologías de la computación.	3	15	10	1	8	3	40	20				\$2.000.000	O TEC		2 do sem	
	27	Acreditación en Calidad	Generar conocimientos sobre proceso de acreditación en funcionarios de APS Ancud.	9	20	20	1	7	3	60	40				\$2.000.000	O TEC		1 er sem	
EJE ESTRATEGICO 8: Equidad	28	Interculturalidad, Pueblos Originarios, Derechos Humanos y Medicina Complementaria	Integrar la medicina ancestral y complementaria en APS, promoviendo el enfoque intercultural y holístico de la atención.	5	15	10	1	6	3	40	20				\$2.000.000	O TEC		2 do sem	
	29	Sensibilización y Formación en Identidad de Género LGTBIQ+	Actualizar la atención Integral en APS para funcionarios LGTBIQ+ normativa vigente.	5	15	10	1	6	3	40	10				\$2.000.000	O TEC		2do sem	
	30	Diagnóstico comunitario participativo y planes comunales	Adquirir herramientas que favorezcan los procesos de elaboración de diagnóstico y planes de salud comunal	10	20	10	0	0	0	40	20				\$2.000.000	O TEC		2 do sem	
Plataformas virtuales contraloría https://www.ceacgr.cl/aulavirtual/mod/page/view.php?id=22411																			
	31	Microsoft Excel 2016	Integrar al programa Excel como cálculo y organización de labores cotidianas.	INSCRIPCION LIBRE												GRATUITO			
	32	Microsoft Word 2016	Adquirir conocimientos de esta tic para optimizar uso de formularios y documentos.	INSCRIPCION LIBRE												GRATUITO			
	33	SISREC	Aprender herramientas y destrezas en proceso de rendición de cuentas.	Dirigido a funcionarios que requieran este curso por función laboral en APS												GRATUITO			
	34	Estatuto de Atención Primaria de Salud	Conocer y reconocer las características del estatuto APS.	INSCRIPCION LIBRE												GRATUITO			

Plataformas virtuales Chile Compra https://capacitacion.chilecompra.cl/												
	35	Compras públicas nivel básico	Aprender en plataforma de compras nivel básico	Dirigido a funcionarios que requieran por función de gestión de compras para la APS.							GRATUITO	
	36	Compras públicas nivel intermedio	Aprender en plataforma de compras nivel intermedio	Dirigido a funcionarios que requieran por función de gestión de compras para la APS.							GRATUITO	
	37	Compras públicas nivel avanzado	Aprender en plataforma de compras nivel avanzado	Dirigido a funcionarios que requieran por función de gestión de compras para la APS.							GRATUITO	
Plataformas virtuales OMS https://campus.paho.org/												
	38	Fundamentos de los cuidados paliativos.	Fortalecer el manejo clínico en cuidados paliativos	https://campus.paho.org/es/curso/Cuidado-Paliativo							GRATUITO	
	39	Gestión del riesgo de emergencias en salud y desastres. GERESD.	Mejorar el abordaje de emergencias y desastres	https://campus.paho.org/es/curso/gestion-riesgo-emergencias							GRATUITO	
	40	Curso virtual de promoción de la salud.	Potenciar la promoción y prevención en APS	https://campus.paho.org/es/curso/promocion-salud							GRATUITO	
	41	Diagnóstico precoz del cáncer en niños y adolescentes.	Prevenir el desarrollo de cáncer infantil y adolescente	https://campus.paho.org/es/curso/diagnostico-precoz-cancer-en-ninos-adolescentes							GRATUITO	
	42	Protección de riesgos de infecciones respiratorias en Servicios de Salud.	Prevenir patologías IRA ERA en APS	https://campus.paho.org/es/curso/proteccion-infecciones-respiratorias							GRATUITO	
	43	Primera ayuda psicológica en el manejo de emergencia.	Adquirir herramientas PAP salud mental en APS	1. https://campus.paho.org/es/curso/primera-ayuda-psicologica-pap-en-el-manejo-de-emergencias							GRATUITO	
	44	Impulsores del Control de la Presión Arterial en los Centros de Atención Primaria de Salud.	Mejorar manejo y prevención de pacientes con HTA	Impulsores del Control de la Presión Arterial en los Centros de Atención Primaria de Salud - 2022 Campus Virtual de Salud Pública (CVSP/OPS) (campusvirtualsp.org)							GRATUITO	
	45	Curso virtual sobre medición automática precisa de la presión arterial.	Mejorar controles de pacientes con HTA	Curso virtual sobre medición automática precisa de la presión arterial - 2020 Campus Virtual de Salud Pública (CVSP/OPS) (campusvirtualsp.org)							GRATUITO	
	46	La Implementación del paquete técnico HEARTS en la atención primaria de salud.	Actualizar en control integral de pacientes PSCV	https://www.paho.org/es/hearts-america/hearts-america-paquete-tecnico							GRATUITO	
	47	Desarrollo de competencias en la atención de salud para las personas mayores: ACAPEM - Nivel Básico.	Actualizar atención integral básica en atención geriátrica	https://campus.paho.org/es/curso/ACAPEM-Basico							GRATUITO	
	48	Desarrollo de competencias en la atención de salud para las personas mayores: ACAPEM - Intermedio.	Actualizar atención integral intermedia en atención geriátrica.	https://campus.paho.org/es/curso/ACAPEM-Intermedio							GRATUITO	
	49	PREPARADAMENTE Salud Mental MINSAL	Actualizar sobre demencia en salud mental para equipos multidisciplinarios en APS.	libre inscripción capacitación DIVAP subsecretaria de redes asistenciales noviembre a enero 2025							GRATUITO	
	50	Jornadas de Estamentos APS y Jornadas gremiales	Actualizar y adquirir conocimientos técnicos y administrativos de la dotación APS	Libre inscripción según desarrollo anual de actividades de APS							GRATUITO	
TOTAL											\$49.000.000	



DETERMINA APOORTE ESTATAL A LAS MUNICIPALIDADES QUE INDICA, PARA SUS ENTIDADES ADMINISTRADORAS DE SALUD MUNICIPAL, AÑO 2025.

**MINISTERIO DE HACIENDA
 OFICINA DE PARTES
 RECIBIDO**

N° 21 /

SANTIAGO, 31 DIC 2024

CONTRALORIA GENERAL TOMA DE RAZON RECEPCION		
Depart. Jurídico		
Dep. T.R. y Regist.		
Depart. Contabil.		
Sub.Dep. C. Central		
Sub.Dep. E. Cuentas		
Sub.Dep. C.P. y B.N.		
Depart. Auditoría		
Depart. VOPU y T		
Sub. Dep. Munip.		
REFRENDACION		
Ref. por \$.....		
Imputación.....		
Anot. por.....		
Imputación.....		
.....		
Deduc.Dcto.....		

VISTOS: Lo solicitado por Memorandum C73 N°158 de 19 de diciembre de 2024, de la Jefa de División de Presupuesto y C52 N°458 de 18 de diciembre de 2024, de la Jefa de División Atención Primaria; y lo dispuesto en la Constitución Política de la República de Chile; en la ley N°21.722, de Presupuesto de Ingresos y Gastos del Sector Público para el año 2025; en la ley N°19.378, que establece el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal; en el decreto con fuerza de ley N°1 de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N° 2.763, de 1979 y de las leyes N°18.933 y N°18.469; en el decreto supremo N°2.296 de 1995, del Ministerio de Salud, que aprueba el Reglamento General de la ley N°19.378; en el decreto supremo N°1.889 de 1995, del Ministerio de Salud, que aprueba el Reglamento de la carrera funcionaria del personal regido por el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal; en el decreto supremo N°136 de 2004, del Ministerio de Salud, que establece el Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud; en el decreto supremo N°140 de 2004, del Ministerio de Salud, que establece el Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud; en el decreto supremo N°35 de 2023, del Ministerio de Salud, que determina el aporte estatal a las municipalidades que indica, para sus entidades administradoras de salud municipal, por período que señala, modificado por decreto supremo N°14 de 2024, del mismo Ministerio; el decreto supremo N°50 de 2022, del Ministerio de Salud, que fija establecimientos de desempeño difícil urbano período 2023-2025; el decreto supremo N°51 de 2022, del Ministerio de Salud, que fija establecimientos de desempeño difícil rural período 2023-2027 y, las resoluciones N°s 7 de 2019, y 14 de 2022, ambas de la Contraloría General de la República.

CONSIDERANDO:

1. Que, el artículo 32 N°6 de la Constitución Política de la República de Chile, reconoce que son atribuciones especiales del Presidente de la República, la de dictar los decretos que crea convenientes para la ejecución de las leyes.
2. Que, el artículo 49 de la ley N°19.378, dispone que cada entidad administradora de salud municipal recibirá mensualmente, del Ministerio de Salud, a través de los Servicios de Salud y por intermedio de las municipalidades correspondientes, un aporte estatal en base a la incidencia de los criterios allí establecidos.

3. Que, el aludido aporte estatal, se determina anualmente mediante decreto fundado del Ministerio de Salud, previa consulta al Gobierno Regional correspondiente, debiendo suscribirse, además, por los Ministros de Interior y Seguridad Pública y de Hacienda.
4. Que, mediante oficio ordinario N°27.369 de fecha 26 de noviembre de 2024, el Fondo Nacional de Salud informó a este Ministerio los resultados del proceso de certificación de la población inscrita en los establecimientos de atención primaria de salud, que conforma la base para el cálculo del aporte fiscal del artículo 49 de la ley 19.378, para el año 2025.
5. Que, mediante ordinario N°3.136 de fecha 9 de diciembre de 2024, de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, se efectuó la consulta a los Gobiernos Regionales del País conforme lo establece el artículo 49 de la ley N°19.378, y se determinó la población potencialmente beneficiaria en conformidad a lo dispuesto en el inciso penúltimo del artículo 18 del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, en el artículo 28 del decreto supremo N° 140, de 2004, del Ministerio de Salud y en el artículo 4° del decreto supremo N° 2.296, de 1995, del Ministerio de Salud.
6. Que, cabe tener presente la situación especial en que se encuentran 36 comunas del país en las que, por razones básicamente geográficas, concurren condiciones absolutamente excepcionales en cuanto a población potencialmente beneficiaria -inferior a 3.500-, ruralidad y dificultad tanto para prestar como para acceder a las atenciones de salud. Estas comunas se conocen como "Comunas Costo Fijo" ya que tradicionalmente, con el objeto de asegurar la atención de salud de su población, ha sido preciso transferirles los recursos necesarios para permitir el funcionamiento de los establecimientos asistenciales allí ubicados.
7. Que, las características epidemiológicas de la población potencialmente beneficiaria han sido consideradas al programar el conjunto de prestaciones y/o acciones de salud que las entidades deben entregar a dicha población.
8. Que, uno de los criterios que considera el mecanismo vigente de transferencia de recursos a los municipios, denominado Sistema Per Cápita, es el nivel socioeconómico de la población potencialmente beneficiaria, clasificando para tales efectos las comunas sobre la base del Índice de Privación Promedio Municipal (IPP), calculado con datos proporcionados por la Subsecretaría de Desarrollo Regional y Administrativo, esquematizándolo para estos efectos en diferentes tramos de pobreza y aplicando criterios de ajuste a lo que debe agregarse, por su incidencia en esta materia, la cantidad de población potencialmente beneficiaria de 65 años y más de la respectiva comuna.
9. Que, se considera aquellos establecimientos de atención primaria municipal que son acreedores de la asignación de desempeño difícil, prevista en los artículos 28, 29 y 30 de la ley N° 19.378, en los artículos 77, 78, 79, 80 y 81 del decreto supremo N° 1.889, de 1995, del Ministerio de Salud y en los respectivos decretos de esta última Secretaría de Estado que los fijan. Este criterio se incorpora como el valor básico que representa esta asignación, calculada conforme a la normativa precedentemente citada.
10. Que, en relación a aquellas comunas que presentan distintos índices de dificultad para acceder a las atenciones de salud, se ha considerado en forma referencial el porcentaje de asignación de zona establecido en el artículo 7° del decreto ley N°249, de 1973, del Ministerio de Hacienda, que fija la escala única de sueldos para el personal que señala; esquematizándolo para estos efectos en diferentes tramos.
11. Que, el aporte estatal que por este decreto se determina, requiere conocer la cantidad de prestaciones y/o acciones efectivamente realizadas, a fin de evaluar los resultados de los establecimientos municipales de atención primaria de salud. El proceso para tomar conocimiento de esa cantidad de prestaciones y/o acciones, se ha implementado en las 323 comunas, por lo que es posible conocer las prestaciones y/o acciones realizadas, aplicándose para tales efectos, un Índice de Actividades de la Atención Primaria de Salud (IAAPS), que cuenta con los correspondientes indicadores de actividad evaluados en Estrategias de las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), de producción, de

cobertura y de impacto, y un sistema de evaluación de cumplimiento, esquematizado para estos efectos en diferentes tramos.

12. Que, cabe señalar que en la formulación del Índice de Actividades de la Atención Primaria de Salud (IAAPS), se ha incorporado para este ejercicio, como principio orientador, la Estrategia de las Redes Integradas de los Servicios de Salud (RISS), a fin de fortalecer la integración y coordinación de los establecimientos del sistema de salud, procurando mejorar de manera sostenida el acceso, calidad, trato y oportunidad de las prestaciones y/o acciones, en pos de brindar servicios de salud equitativos e integrales a la población beneficiaria, en el marco del modelo integral de salud familiar y comunitario.

13. Que, es conveniente determinar para la ejecución de dichas prestaciones y/o acciones un aporte básico unitario homogéneo por población inscrita (per cápita basal) basado en una canasta referencial descrita en el Plan de Salud Familiar (PSF), según se describe en el artículo 5 del presente decreto.

14. Que, para el año 2024, el aporte estatal se determinó mediante el decreto supremo N°35 de 2023, modificado por el decreto supremo N°14 de 2024, ambos del Ministerio de Salud.

15. Que, en mérito de lo expuesto:

DECRETO

ARTÍCULO 1. DETERMÍNESE que el aporte estatal a que se refiere el artículo 49 de la ley N°19.378, que corresponde transferir, por intermedio de la municipalidad respectiva, a todas las entidades administradoras de salud municipal, incluidas las mencionadas en el artículo 2° letra c) y en el artículo 3°, por el período comprendido entre los meses de enero a diciembre del año 2025, ambos meses inclusive, asciende hasta la suma de **\$ 2.400.401.140.068** (dos billones cuatrocientos mil cuatrocientos un millones ciento cuarenta mil sesenta y ocho pesos).

ARTÍCULO 2. El referido aporte, se transferirá por mensualidades, por resolución del Ministerio de Salud, a cada Servicio de Salud.

Los Servicios de Salud, por su parte, transferirán a las entidades administradoras de salud municipal, por intermedio del respectivo municipio, el aporte estatal determinado dentro del correspondiente mes.

Los directores de Servicio de Salud deberán notificar a la entidad administradora de salud municipal el aporte estatal que le corresponde.

El monto del aporte estatal se determina aplicando a un aporte general y básico, los criterios de incremento, según corresponda, señalados en el artículo 49 de la ley N°19.378 en la proporción y forma que a continuación se indican:

- a) **Aporte básico unitario homogéneo.** Corresponde al per cápita basal, por beneficiario inscrito en los establecimientos municipales de atención primaria de salud de cada comuna, que corresponde a **\$ 11.798 (once mil setecientos noventa y ocho pesos)**.
- b) **Incremento del per cápita basal.** El per cápita basal se incrementará en base a los siguientes criterios:
 - i. **Comunas con diferentes grados de pobreza,** esquematizadas en los siguientes tramos, de acuerdo a su ubicación según el Índice de Privación Promedio Municipal (IPP).

Tramos	Tramo 1	Tramo 2	Tramo 3	Tramo 4
Porcentajes	18%	12%	6%	0%

Tramo 1: Aquellas comunas que presentan índice de 0,8267 a 1,0000.

Tramo 2: Aquellas comunas que presentan índice de 0,7933 a 0,8266.

Tramo 3: Aquellas comunas que presentan índice de 0,7584 a 0,7932.

Tramo 4: Aquellas comunas que presentan índice de 0,0000 a 0,7583.

ii. **Comunas con población potencialmente beneficiaria de 65 años y más.** El incremento del per cápita basal será de **\$891 (ochocientos noventa y un pesos)** mensuales por cada beneficiario de 65 años y más.

iii. **Comunas rurales 20%**

c) **Comunas con diferentes grados de dificultad para prestar atenciones de salud.**

Comprende la dotación de los establecimientos municipales de atención primaria de salud que tienen derecho a la asignación de desempeño difícil de los artículos 28, 29 y 30 de la ley N°19.378, y artículos 77 al 81 del decreto N°1.889 de 1995, del Ministerio de Salud, y en los decretos de esta cartera de Estado que los fijan.

Los valores básicos mensuales determinados para estas comunas, para la realización del plan considerado en el artículo 5 de este decreto, que se señalan en la siguiente tabla, se han fijado a nivel comunal de acuerdo a la dotación informada al Ministerio de Salud y al tramo establecido, fijado para estos efectos en los decretos supremos N°s 50 y 51, ambos de 2022, del Ministerio de Salud.

ID	REGION	SERVICIO	COMUNA	CLASIFICACION 2025	DESEMPEÑO DIFICIL RURAL MENSUAL 2025 (\$)	DESEMPEÑO DIFICIL URBANO MENSUAL 2025 (\$)	TOTAL VALOR BÁSICO POR DESEMPEÑO DIFICIL MENSUAL 2025 (\$)
1	15	ARICA	ARICA	URBANA	9.156.168	71.956.430	81.112.598
2	15	ARICA	CAMARONES	COSTO FIJO	1.245.439	-	1.245.439
3	15	ARICA	GENERAL LAGOS	COSTO FIJO	1.174.144	-	1.174.144
4	15	ARICA	PUTRE	COSTO FIJO	2.104.181	-	2.104.181
5	1	IQUIQUE	ALTO HOSPICIO	URBANA	-	23.365.612	23.365.612
6	1	IQUIQUE	CAMIÑA	COSTO FIJO	2.747.696	-	2.747.696
7	1	IQUIQUE	COLCHANE	COSTO FIJO	3.953.956	-	3.953.956
8	1	IQUIQUE	HUARA	COSTO FIJO	10.733.840	-	10.733.840
9	1	IQUIQUE	IQUIQUE	URBANA	1.045.360	12.963.957	14.009.317
10	1	IQUIQUE	PICA	RURAL	16.766.291	-	16.766.291
11	1	IQUIQUE	POZO ALMONTE	RURAL	17.452.792	-	17.452.792
12	2	ANTOFAGASTA	ANTOFAGASTA	URBANA	-	-	-
13	2	ANTOFAGASTA	CALAMA	URBANA	1.252.512	-	1.252.512
14	2	ANTOFAGASTA	MARÍA ELENA	COSTO FIJO	3.516.201	-	3.516.201
15	2	ANTOFAGASTA	MEJILLONES	COSTO FIJO	-	-	-
16	2	ANTOFAGASTA	OLLAGÜE	COSTO FIJO	259.023	-	259.023
17	2	ANTOFAGASTA	SAN PEDRO DE ATACAMA	RURAL	7.690.505	-	7.690.505
18	2	ANTOFAGASTA	SIERRA GORDA	COSTO FIJO	3.203.537	-	3.203.537
19	2	ANTOFAGASTA	TALTAL	COSTO FIJO	1.179.940	-	1.179.940
20	3	ATACAMA	ALTO DEL CARMEN	RURAL	9.422.388	-	9.422.388
21	3	ATACAMA	CALDERA	URBANA	-	-	-
22	3	ATACAMA	CHAÑARAL	URBANA	260.436	-	260.436
23	3	ATACAMA	COPIAPÓ	URBANA	-	-	-
24	3	ATACAMA	DIEGO DE ALMAGRO	RURAL	4.656.555	-	4.656.555
25	3	ATACAMA	FREIRINA	RURAL	5.738.838	-	5.738.838
26	3	ATACAMA	HUASCO	RURAL	1.048.077	-	1.048.077
27	3	ATACAMA	TIERRA AMARILLA	RURAL	12.096.585	-	12.096.585
28	3	ATACAMA	VALLENAR	URBANA	2.227.129	-	2.227.129
29	4	COQUIMBO	CANELA	RURAL	16.394.985	-	16.394.985
30	4	COQUIMBO	COMBARBALÁ	RURAL	8.483.445	-	8.483.445

ID	REGION	SERVICIO	COMUNA	CLASIFICACION 2025	DESEMPEÑO DIFICIL RURAL MENSUAL 2025 (\$)	DESEMPEÑO DIFICIL URBANO MENSUAL 2025 (\$)	TOTAL VALOR BÁSICO POR DESEMPEÑO DIFICIL MENSUAL 2025 (\$)
31	4	COQUIMBO	COQUIMBO	URBANA	20.595.355	8.702.640	29.297.995
32	4	COQUIMBO	ILLAPEL	RURAL	12.234.365	-	12.234.365
33	4	COQUIMBO	LA HIGUERA	COSTO FIJO	16.248.578	-	16.248.578
34	4	COQUIMBO	LA SERENA	URBANA	7.244.153	-	7.244.153
35	4	COQUIMBO	LOS VILOS	RURAL	7.853.650	-	7.853.650
36	4	COQUIMBO	MONTE PATRIA	RURAL	33.075.316	-	33.075.316
37	4	COQUIMBO	OVALLE	RURAL	19.491.095	10.844.432	30.335.527
38	4	COQUIMBO	PAIGUANO	COSTO FIJO	5.166.159	-	5.166.159
39	4	COQUIMBO	PUNITAQUI	RURAL	20.169.881	-	20.169.881
40	4	COQUIMBO	RÍO HURTADO	RURAL	15.125.458	-	15.125.458
41	4	COQUIMBO	SALAMANCA	RURAL	10.514.608	-	10.514.608
42	4	COQUIMBO	VICUÑA	RURAL	8.101.296	-	8.101.296
43	5	VALPARAISO - SAN ANTONIO	ALGARROBO	RURAL	12.210.793	-	12.210.793
44	5	VALPARAISO - SAN ANTONIO	CARTAGENA	URBANA	1.090.442	18.027.968	19.118.410
45	5	VALPARAISO - SAN ANTONIO	CASABLANCA	COSTO FIJO	2.025.821	-	2.025.821
46	5	VALPARAISO - SAN ANTONIO	EL QUISCO	RURAL	16.209.395	-	16.209.395
47	5	VALPARAISO - SAN ANTONIO	EL TABO	RURAL	10.624.146	-	10.624.146
48	5	VALPARAISO - SAN ANTONIO	JUAN FERNÁNDEZ	COSTO FIJO	6.205.568	-	6.205.568
49	5	VALPARAISO - SAN ANTONIO	NAVIDAD	RURAL	7.566.578	-	7.566.578
50	5	VALPARAISO - SAN ANTONIO	SAN ANTONIO	URBANA	3.435.623	4.325.594	7.761.217
51	5	VALPARAISO - SAN ANTONIO	SANTO DOMINGO	RURAL	11.408.733	-	11.408.733
52	5	VALPARAISO - SAN ANTONIO	VALPARAÍSO	URBANA	2.993.826	57.474.161	60.467.987
53	5	VIÑA DEL MAR - QUILLOTA	CABILDO	RURAL	4.163.663	-	4.163.663
54	5	VIÑA DEL MAR - QUILLOTA	CALERA	RURAL	11.241.248	-	11.241.248
55	5	VIÑA DEL MAR - QUILLOTA	CONCÓN	URBANA	-	-	-
56	5	VIÑA DEL MAR - QUILLOTA	HIJUELAS	RURAL	15.643.334	-	15.643.334
57	5	VIÑA DEL MAR - QUILLOTA	LIMACHE	URBANA	-	-	-
58	5	VIÑA DEL MAR - QUILLOTA	LA CRUZ	URBANA	-	-	-
59	5	VIÑA DEL MAR - QUILLOTA	LA LIGUA	RURAL	5.174.478	-	5.174.478
60	5	VIÑA DEL MAR - QUILLOTA	NOGALES	RURAL	15.419.507	-	15.419.507
61	5	VIÑA DEL MAR - QUILLOTA	OLMUÉ	RURAL	12.911.825	-	12.911.825
62	5	VIÑA DEL MAR - QUILLOTA	PAPUDO	RURAL	5.549.829	-	5.549.829
63	5	VIÑA DEL MAR - QUILLOTA	PETORCA	RURAL	9.725.947	-	9.725.947
64	5	VIÑA DEL MAR - QUILLOTA	PUCHUNCAVÍ	RURAL	10.591.897	-	10.591.897
65	5	VIÑA DEL MAR - QUILLOTA	QUILLOTA	URBANA	10.434.286	-	10.434.286
66	5	VIÑA DEL MAR - QUILLOTA	QUILPUÉ	URBANA	89.058	-	89.058
67	5	VIÑA DEL MAR - QUILLOTA	QUINTERO	RURAL	5.816.090	-	5.816.090
68	5	VIÑA DEL MAR - QUILLOTA	VILLA ALEMANA	URBANA	-	-	-
69	5	VIÑA DEL MAR - QUILLOTA	VIÑA DEL MAR	URBANA	-	-	-
70	5	VIÑA DEL MAR - QUILLOTA	ZAPALLAR	RURAL	9.840.754	-	9.840.754
71	5	ACONCAGUA	CALLE LARGA	RURAL	12.712.369	-	12.712.369
72	5	ACONCAGUA	CATEMU	RURAL	15.672.981	-	15.672.981
73	5	ACONCAGUA	LOS ANDES	URBANA	203.098	-	203.098
74	5	ACONCAGUA	PANQUEHUE	RURAL	8.316.606	-	8.316.606
75	5	ACONCAGUA	PUTAENDO	RURAL	12.049.744	-	12.049.744
76	5	ACONCAGUA	RINCONADA	RURAL	10.971.221	-	10.971.221
77	5	ACONCAGUA	SAN ESTEBAN	RURAL	12.752.926	-	12.752.926
78	5	ACONCAGUA	SAN FELIPE	RURAL	7.260.143	-	7.260.143
79	5	ACONCAGUA	SANTA MARÍA	RURAL	14.792.034	-	14.792.034
80	6	O'HIGGINS	CHÉPICA	RURAL	9.723.343	-	9.723.343
81	6	O'HIGGINS	CHIMBARONGO	RURAL	12.624.018	-	12.624.018
82	6	O'HIGGINS	CODEGUA	RURAL	11.937.788	-	11.937.788
83	6	O'HIGGINS	COLTAUCO	RURAL	13.050.723	-	13.050.723
84	6	O'HIGGINS	DOÑIHUE	URBANA	-	-	-
85	6	O'HIGGINS	LA ESTRELLA	RURAL	4.151.429	-	4.151.429
86	6	O'HIGGINS	LAS CABRAS	RURAL	20.715.623	-	20.715.623

ID	REGION	SERVICIO	COMUNA	CLASIFICACION 2025	DESEMPEÑO DIFICIL RURAL MENSUAL 2025 (\$)	DESEMPEÑO DIFICIL URBANO MENSUAL 2025 (\$)	TOTAL VALOR BÁSICO POR DESEMPEÑO DIFICIL MENSUAL 2025 (\$)
87	6	O'HIGGINS	LITUECHE	COSTO FIJO	3.397.753	-	3.397.753
88	6	O'HIGGINS	LOLOL	RURAL	3.291.716	-	3.291.716
89	6	O'HIGGINS	MACHALÍ	RURAL	21.633.086	-	21.633.086
90	6	O'HIGGINS	MALLOA	RURAL	9.553.578	-	9.553.578
91	6	O'HIGGINS	MARCHIHUE	RURAL	3.683.354	-	3.683.354
92	6	O'HIGGINS	MOSTAZAL	RURAL	20.762.843	-	20.762.843
93	6	O'HIGGINS	NANCAGUA	RURAL	5.706.474	-	5.706.474
94	6	O'HIGGINS	OLIVAR	RURAL	12.052.273	-	12.052.273
95	6	O'HIGGINS	PALMILLA	RURAL	10.056.166	-	10.056.166
96	6	O'HIGGINS	PAREDONES	RURAL	7.035.750	-	7.035.750
97	6	O'HIGGINS	PERALILLO	RURAL	9.828.813	-	9.828.813
98	6	O'HIGGINS	PEUMO	RURAL	4.186.282	-	4.186.282
99	6	O'HIGGINS	PICHIDEGUA	RURAL	7.802.014	-	7.802.014
100	6	O'HIGGINS	PICHILEMU	URBANA	2.284.265	-	2.284.265
101	6	O'HIGGINS	PLACILLA	RURAL	9.741.703	-	9.741.703
102	6	O'HIGGINS	PUMANQUE	RURAL	4.185.176	-	4.185.176
103	6	O'HIGGINS	QUINTA DE TILCOCO	RURAL	13.763.425	-	13.763.425
104	6	O'HIGGINS	RANCAGUA	URBANA	-	-	-
105	6	O'HIGGINS	RENGO	RURAL	12.199.288	-	12.199.288
106	6	O'HIGGINS	REQUÍNOA	RURAL	24.127.122	-	24.127.122
107	6	O'HIGGINS	SAN FERNANDO	URBANA	3.071.595	-	3.071.595
108	6	O'HIGGINS	SAN VICENTE	RURAL	27.615.267	-	27.615.267
109	6	O'HIGGINS	SANTA CRUZ	RURAL	4.208.410	-	4.208.410
110	7	MAULE	CAUQUENES	RURAL	3.554.596	7.522.402	11.076.998
111	7	MAULE	CHANCO	COSTO FIJO	6.669.632	-	6.669.632
112	7	MAULE	COLBÚN	RURAL	29.264.162	-	29.264.162
113	7	MAULE	CONSTITUCIÓN	RURAL	5.876.321	-	5.876.321
114	7	MAULE	CUREPTO	COSTO FIJO	5.075.720	-	5.075.720
115	7	MAULE	CURICÓ	URBANA	22.370.751	-	22.370.751
116	7	MAULE	EMPEDRADO	RURAL	5.657.656	-	5.657.656
117	7	MAULE	HUALAÑÉ	COSTO FIJO	3.510.432	-	3.510.432
118	7	MAULE	LICANTÉN	COSTO FIJO	3.942.776	-	3.942.776
119	7	MAULE	LINARES	URBANA	8.660.200	5.493.666	14.153.866
120	7	MAULE	LONGAVÍ	RURAL	33.814.989	-	33.814.989
121	7	MAULE	MAULE	RURAL	26.943.051	-	26.943.051
122	7	MAULE	MOLINA	RURAL	29.054.563	-	29.054.563
123	7	MAULE	PARRAL	RURAL	4.763.536	14.554.829	19.318.365
124	7	MAULE	PELARCO	RURAL	11.899.985	-	11.899.985
125	7	MAULE	PELLUHUE	RURAL	15.287.800	-	15.287.800
126	7	MAULE	PENCAHUE	RURAL	10.708.259	-	10.708.259
127	7	MAULE	RAUCO	RURAL	11.695.619	-	11.695.619
128	7	MAULE	RETIRO	RURAL	28.177.574	-	28.177.574
129	7	MAULE	RÍO CLARO	RURAL	10.744.891	-	10.744.891
130	7	MAULE	ROMERAL	RURAL	12.928.474	-	12.928.474
131	7	MAULE	SAGRADA FAMILIA	RURAL	18.863.832	-	18.863.832
132	7	MAULE	SAN CLEMENTE	RURAL	36.348.320	-	36.348.320
133	7	MAULE	SAN JAVIER	RURAL	33.433.739	-	33.433.739
134	7	MAULE	SAN RAFAEL	RURAL	10.893.656	-	10.893.656
135	7	MAULE	TALCA	URBANA	4.885.420	-	4.885.420
136	7	MAULE	TENO	RURAL	13.723.379	-	13.723.379
137	7	MAULE	VICHUQUÉN	RURAL	6.775.927	-	6.775.927
138	7	MAULE	VILLA ALEGRE	RURAL	18.856.654	-	18.856.654
139	7	MAULE	YERBAS BUENAS	RURAL	22.280.174	-	22.280.174
140	8	ÑUBLE	BULNES	RURAL	7.994.609	-	7.994.609
141	8	ÑUBLE	CHILLÁN	URBANA	4.896.091	-	4.896.091
142	8	ÑUBLE	CHILLÁN VIEJO	URBANA	302.640	5.988.819	6.291.459

ID	REGION	SERVICIO	COMUNA	CLASIFICACION 2025	DESEMPEÑO DIFICIL RURAL MENSUAL 2025 (\$)	DESEMPEÑO DIFICIL URBANO MENSUAL 2025 (\$)	TOTAL VALOR BÁSICO POR DESEMPEÑO DIFICIL MENSUAL 2025 (\$)
143	8	ÑUBLE	COBQUECURA	RURAL	16.295.352	-	16.295.352
144	8	ÑUBLE	COELEMU	COSTO FIJO	2.495.527	-	2.495.527
145	8	ÑUBLE	COIHUECO	RURAL	29.120.874	-	29.120.874
146	8	ÑUBLE	EL CARMEN	RURAL	9.643.527	-	9.643.527
147	8	ÑUBLE	NINHUE	RURAL	7.693.876	-	7.693.876
148	8	ÑUBLE	ÑIQUÉN	RURAL	10.159.105	-	10.159.105
149	8	ÑUBLE	PEMUCO	RURAL	10.604.672	-	10.604.672
150	8	ÑUBLE	PINTO	RURAL	11.870.986	-	11.870.986
151	8	ÑUBLE	PORTEZUELO	RURAL	5.516.919	-	5.516.919
152	8	ÑUBLE	QUILLÓN	RURAL	14.547.698	-	14.547.698
153	8	ÑUBLE	QUIRIHUE	COSTO FIJO	897.093	-	897.093
154	8	ÑUBLE	RÁNQUIL	RURAL	7.802.558	-	7.802.558
155	8	ÑUBLE	SAN CARLOS	RURAL	2.134.847	19.505.570	21.640.417
156	8	ÑUBLE	SAN FABIÁN	RURAL	13.446.275	-	13.446.275
157	8	ÑUBLE	SAN IGNACIO	RURAL	19.338.479	-	19.338.479
158	8	ÑUBLE	SAN NICOLÁS	RURAL	10.240.360	-	10.240.360
159	8	ÑUBLE	TREGUACO	RURAL	7.306.295	-	7.306.295
160	8	ÑUBLE	YUNGAY	RURAL	5.804.248	-	5.804.248
161	8	CONCEPCION	CHIGUAYANTE	URBANA	-	-	-
162	8	CONCEPCION	CONCEPCIÓN	URBANA	1.436.282	20.565.572	22.001.854
163	8	CONCEPCION	CORONEL	URBANA	2.015.674	-	2.015.674
164	8	CONCEPCION	FLORIDA	RURAL	4.382.403	-	4.382.403
165	8	CONCEPCION	HUALQUI	RURAL	3.746.938	-	3.746.938
166	8	CONCEPCION	LOTA	URBANA	1.670.199	5.374.003	7.044.202
167	8	CONCEPCION	SAN PEDRO DE LA PAZ	URBANA	-	-	-
168	8	CONCEPCION	SANTA JUANA	RURAL	5.696.823	-	5.696.823
169	8	TALCAHUANO	HUALPÉN	URBANA	-	-	-
170	8	TALCAHUANO	PENCO	URBANA	-	-	-
171	8	TALCAHUANO	TALCAHUANO	URBANA	351.514	-	351.514
172	8	TALCAHUANO	TOMÉ	RURAL	9.664.305	9.392.803	19.057.108
173	8	BIOBÍO	ALTO BIOBÍO	RURAL	21.806.970	-	21.806.970
174	8	BIOBÍO	ANTUCO	RURAL	9.475.805	-	9.475.805
175	8	BIOBÍO	CABRERO	RURAL	26.513.088	-	26.513.088
176	8	BIOBÍO	LAJA	RURAL	2.699.036	-	2.699.036
177	8	BIOBÍO	LOS ÁNGELES	RURAL	13.224.185	24.060.011	37.284.196
178	8	BIOBÍO	MULCHÉN	COSTO FIJO	3.464.357	-	3.464.357
179	8	BIOBÍO	NACIMIENTO	COSTO FIJO	4.672.450	-	4.672.450
180	8	BIOBÍO	NEGRETE	RURAL	10.647.502	-	10.647.502
181	8	BIOBÍO	QUILACO	RURAL	8.980.428	-	8.980.428
182	8	BIOBÍO	QUILLECO	RURAL	12.496.938	-	12.496.938
183	8	BIOBÍO	SAN ROSENDO	RURAL	5.164.127	-	5.164.127
184	8	BIOBÍO	SANTA BÁRBARA	RURAL	14.247.106	-	14.247.106
185	8	BIOBÍO	TUCAPEL	RURAL	6.736.832	-	6.736.832
186	8	BIOBÍO	YUMBEL	RURAL	10.210.797	-	10.210.797
187	8	ARAUCO	ARAUCO	RURAL	23.064.801	-	23.064.801
188	8	ARAUCO	CAÑETE	RURAL	25.366.993	-	25.366.993
189	8	ARAUCO	CONTULMO	COSTO FIJO	3.876.223	-	3.876.223
190	8	ARAUCO	CURANILAHUE	URBANA	873.022	-	873.022
191	8	ARAUCO	LEBU	URBANA	1.574.078	-	1.574.078
192	8	ARAUCO	LOS ÁLAMOS	RURAL	21.206.387	-	21.206.387
193	8	ARAUCO	TIRÚA	RURAL	25.409.557	-	25.409.557
194	9	ARAUCANIA NORTE	ANGOL	URBANA	4.536.694	39.784.042	44.320.736
195	9	ARAUCANIA NORTE	COLLIPULLI	RURAL	12.070.419	-	12.070.419
196	9	ARAUCANIA NORTE	CURACAUTÍN	URBANA	2.603.075	-	2.603.075
197	9	ARAUCANIA NORTE	ERCILLA	RURAL	12.115.680	-	12.115.680
198	9	ARAUCANIA NORTE	LONQUIMAY	RURAL	11.335.362	-	11.335.362

ID	REGION	SERVICIO	COMUNA	CLASIFICACION 2025	DESEMPEÑO DIFICIL RURAL MENSUAL 2025 (\$)	DESEMPEÑO DIFICIL URBANO MENSUAL 2025 (\$)	TOTAL VALOR BÁSICO POR DESEMPEÑO DIFICIL MENSUAL 2025 (\$)
199	9	ARAUCANIA NORTE	LOS SAUCES	RURAL	14.416.428	-	14.416.428
200	9	ARAUCANIA NORTE	LUMACO	RURAL	27.439.827	-	27.439.827
201	9	ARAUCANIA NORTE	PURÉN	COSTO FIJO	5.367.121	-	5.367.121
202	9	ARAUCANIA NORTE	RENAICO	RURAL	7.984.869	-	7.984.869
203	9	ARAUCANIA NORTE	TRAIGUÉN	RURAL	4.998.068	-	4.998.068
204	9	ARAUCANIA NORTE	VICTORIA	RURAL	3.222.873	28.931.821	32.154.694
205	9	ARAUCANIA SUR	CARAHUE	RURAL	31.408.207	-	31.408.207
206	9	ARAUCANIA SUR	CHOLCHOL	RURAL	22.184.262	-	22.184.262
207	9	ARAUCANIA SUR	CUNCO	RURAL	24.779.875	-	24.779.875
208	9	ARAUCANIA SUR	CURARREHUE	RURAL	27.090.546	-	27.090.546
209	9	ARAUCANIA SUR	FREIRE	RURAL	19.391.255	-	19.391.255
210	9	ARAUCANIA SUR	GALVARINO	RURAL	17.344.671	-	17.344.671
211	9	ARAUCANIA SUR	GORBEA	RURAL	6.672.189	-	6.672.189
212	9	ARAUCANIA SUR	LAUTARO	RURAL	47.215.268	-	47.215.268
213	9	ARAUCANIA SUR	LONCOCHE	RURAL	11.725.768	-	11.725.768
214	9	ARAUCANIA SUR	MELIPEUCO	RURAL	17.028.099	-	17.028.099
215	9	ARAUCANIA SUR	NUEVA IMPERIAL	RURAL	59.154.877	-	59.154.877
216	9	ARAUCANIA SUR	PADRE LAS CASAS	RURAL	7.293.343	8.265.704	15.559.047
217	9	ARAUCANIA SUR	PERQUENCO	RURAL	8.796.286	-	8.796.286
218	9	ARAUCANIA SUR	PITRUFQUÉN	RURAL	8.173.681	-	8.173.681
219	9	ARAUCANIA SUR	PUCÓN	RURAL	19.088.619	-	19.088.619
220	9	ARAUCANIA SUR	SAAVEDRA	RURAL	24.673.299	-	24.673.299
221	9	ARAUCANIA SUR	TEMUCO	URBANA	20.907.484	70.438.945	91.346.429
222	9	ARAUCANIA SUR	TEODORO SCHMIDT	RURAL	29.467.677	-	29.467.677
223	9	ARAUCANIA SUR	TOLTÉN	RURAL	13.111.430	-	13.111.430
224	9	ARAUCANIA SUR	VILCÚN	RURAL	16.388.377	-	16.388.377
225	9	ARAUCANIA SUR	VILLARRICA	RURAL	8.244.211	55.614.298	63.858.509
226	14	VALDIVIA	CORRAL	COSTO FIJO	1.197.758	-	1.197.758
227	14	VALDIVIA	FUTRONO	RURAL	15.271.426	-	15.271.426
228	14	VALDIVIA	LA UNIÓN	RURAL	3.038.320	12.514.196	15.552.516
229	14	VALDIVIA	LAGO RANCO	RURAL	23.058.618	-	23.058.618
230	14	VALDIVIA	LANCO	RURAL	8.352.111	-	8.352.111
231	14	VALDIVIA	LOS LAGOS	RURAL	18.520.950	-	18.520.950
232	14	VALDIVIA	MÁFIL	RURAL	7.394.917	-	7.394.917
233	14	VALDIVIA	MARIQUINA	RURAL	25.170.180	-	25.170.180
234	14	VALDIVIA	PAILLACO	RURAL	20.736.666	-	20.736.666
235	14	VALDIVIA	PANGUIPULLI	RURAL	49.053.105	-	49.053.105
236	14	VALDIVIA	RÍO BUENO	RURAL	19.413.705	-	19.413.705
237	14	VALDIVIA	VALDIVIA	URBANA	9.925.412	8.444.301	18.369.713
238	10	OSORNO	OSORNO	URBANA	2.070.388	74.966.362	77.036.750
239	10	OSORNO	PUERTO OCTAY	RURAL	10.802.251	-	10.802.251
240	10	OSORNO	PURRANQUE	RURAL	6.639.224	8.177.038	14.816.262
241	10	OSORNO	PUYEHUE	RURAL	13.326.737	-	13.326.737
242	10	OSORNO	RÍO NEGRO	RURAL	3.227.728	5.203.494	8.431.222
243	10	OSORNO	SAN JUAN DE LA COSTA	RURAL	38.290.681	-	38.290.681
244	10	OSORNO	SAN PABLO	RURAL	13.743.846	-	13.743.846
245	10	RELONCAVÍ	CALBUCO	RURAL	43.673.949	-	43.673.949
246	10	RELONCAVÍ	CHAITÉN	COSTO FIJO	5.855.195	-	5.855.195
247	10	RELONCAVÍ	COCHAMÓ	RURAL	10.351.750	-	10.351.750
248	10	RELONCAVÍ	FRESIA	RURAL	10.302.180	-	10.302.180
249	10	RELONCAVÍ	FRUTILLAR	RURAL	4.686.156	-	4.686.156
250	10	RELONCAVÍ	FUTALEUFÚ	COSTO FIJO	807.735	-	807.735
251	10	RELONCAVÍ	LLANQUIHUE	URBANA	1.229.525	-	1.229.525
252	10	RELONCAVÍ	LOS MUERMOS	RURAL	16.882.541	-	16.882.541
253	10	RELONCAVÍ	MAULLÍN	RURAL	27.846.678	-	27.846.678
254	10	RELONCAVÍ	PALENA	COSTO FIJO	1.444.306	-	1.444.306

ID	REGION	SERVICIO	COMUNA	CLASIFICACION 2025	DESEMPEÑO DIFICIL RURAL MENSUAL 2025 (\$)	DESEMPEÑO DIFICIL URBANO MENSUAL 2025 (\$)	TOTAL VALOR BÁSICO POR DESEMPEÑO DIFICIL MENSUAL 2025 (\$)
255	10	RELONCAVÍ	PUERTO MONTT	URBANA	12.563.759	63.249.848	75.813.607
256	10	RELONCAVÍ	PUERTO VARAS	URBANA	2.388.713	8.587.300	10.976.013
257	12	MAGALLANES	LAGUNA BLANCA	COSTO FIJO	703.616	-	703.616
258	12	MAGALLANES	NATALES	URBANA	1.248.656	-	1.248.656
259	12	MAGALLANES	PUNTA ARENAS	URBANA	1.004.269	-	1.004.269
260	12	MAGALLANES	RÍO VERDE	COSTO FIJO	508.630	-	508.630
261	12	MAGALLANES	SAN GREGORIO	COSTO FIJO	669.710	-	669.710
262	12	MAGALLANES	TIMAUKEL	COSTO FIJO	893.213	-	893.213
263	12	MAGALLANES	TORRES DEL PAINE	COSTO FIJO	903.601	-	903.601
264	13	METROPOLITANO ORIENTE	LA REINA	URBANA	-	-	-
265	13	METROPOLITANO ORIENTE	LAS CONDES	URBANA	-	-	-
266	13	METROPOLITANO ORIENTE	LO BARNECHEA	URBANA	108.594	-	108.594
267	13	METROPOLITANO ORIENTE	MACUL	URBANA	-	-	-
268	13	METROPOLITANO ORIENTE	ÑUÑO A	URBANA	-	-	-
269	13	METROPOLITANO ORIENTE	PEÑALOLÉN	URBANA	-	-	-
270	13	METROPOLITANO ORIENTE	PROVIDENCIA	URBANA	-	-	-
271	13	METROPOLITANO ORIENTE	VITACURA	URBANA	-	-	-
272	13	METROPOLITANO CENTRAL	MAIPÚ	URBANA	-	-	-
273	13	METROPOLITANO CENTRAL	SANTIAGO	URBANA	-	25.526.261	25.526.261
274	13	METROPOLITANO SUR	BUIN	URBANA	26.131.189	-	26.131.189
275	13	METROPOLITANO SUR	CALERA DE TANGO	RURAL	13.779.149	-	13.779.149
276	13	METROPOLITANO SUR	EL BOSQUE	URBANA	-	35.272.431	35.272.431
277	13	METROPOLITANO SUR	LA CISTERNA	URBANA	-	-	-
278	13	METROPOLITANO SUR	LA GRANJA SUR	URBANA	-	-	-
279	13	METROPOLITANO SUR	LO ESPEJO	URBANA	-	36.239.342	36.239.342
280	13	METROPOLITANO SUR	PAINE	RURAL	39.851.981	-	39.851.981
281	13	METROPOLITANO SUR	PEDRO AGUIRRE CERDA	URBANA	-	21.780.197	21.780.197
282	13	METROPOLITANO SUR	SAN BERNARDO	URBANA	-	17.989.623	17.989.623
283	13	METROPOLITANO SUR	SAN JOAQUÍN	URBANA	-	-	-
284	13	METROPOLITANO SUR	SAN MIGUEL	URBANA	-	-	-
285	13	METROPOLITANO NORTE	COLINA	URBANA	1.106.584	-	1.106.584
286	13	METROPOLITANO NORTE	CONCHALÍ	URBANA	-	-	-
287	13	METROPOLITANO NORTE	HUECHURABA	URBANA	-	14.408.467	14.408.467
288	13	METROPOLITANO NORTE	INDEPENDENCIA	URBANA	-	-	-
289	13	METROPOLITANO NORTE	LAMPA	RURAL	40.603.204	-	40.603.204
290	13	METROPOLITANO NORTE	QUILICURA	URBANA	-	-	-
291	13	METROPOLITANO NORTE	RECOLETA	URBANA	-	8.165.015	8.165.015
292	13	METROPOLITANO NORTE	TILTIL	RURAL	9.763.629	-	9.763.629
293	13	METROPOLITANO OCCIDENTE	ALHUÉ	RURAL	8.190.227	-	8.190.227
294	13	METROPOLITANO OCCIDENTE	CERRO NAVIA	URBANA	-	8.313.749	8.313.749
295	13	METROPOLITANO OCCIDENTE	EL MONTE	RURAL	26.663.981	-	26.663.981
296	13	METROPOLITANO OCCIDENTE	ISLA DE MAIPO	RURAL	26.435.270	-	26.435.270
297	13	METROPOLITANO OCCIDENTE	LO PRADO	URBANA	-	18.647.748	18.647.748
298	13	METROPOLITANO OCCIDENTE	MARÍA PINTO	RURAL	12.267.139	-	12.267.139
299	13	METROPOLITANO OCCIDENTE	MELIPILLA	RURAL	79.698.491	-	79.698.491
300	13	METROPOLITANO OCCIDENTE	PADRE HURTADO	RURAL	31.410.628	-	31.410.628
301	13	METROPOLITANO OCCIDENTE	PEÑAFLO R	RURAL	53.517.950	-	53.517.950
302	13	METROPOLITANO OCCIDENTE	PUDAHUEL	URBANA	1.944.945	8.017.512	9.962.457
303	13	METROPOLITANO OCCIDENTE	QUINTA NORMAL	URBANA	-	8.889.310	8.889.310
304	13	METROPOLITANO OCCIDENTE	RENCA	URBANA	-	19.285.400	19.285.400
305	13	METROPOLITANO OCCIDENTE	SAN PEDRO	RURAL	10.721.270	-	10.721.270

ID	REGION	SERVICIO	COMUNA	CLASIFICACION 2025	DESEMPEÑO DIFICIL RURAL MENSUAL 2025 (\$)	DESEMPEÑO DIFICIL URBANO MENSUAL 2025 (\$)	TOTAL VALOR BÁSICO POR DESEMPEÑO DIFICIL MENSUAL 2025 (\$)
306	13	METROPOLITANO OCCIDENTE	TALAGANTE	RURAL	28.315.752	-	28.315.752
307	13	METROPOLITANO SUR ORIENTE	LA FLORIDA	URBANA	-	-	-
308	13	METROPOLITANO SUR ORIENTE	LA GRANJA	URBANA	-	20.513.500	20.513.500
309	13	METROPOLITANO SUR ORIENTE	LA PINTANA	URBANA	-	42.004.473	42.004.473
310	13	METROPOLITANO SUR ORIENTE	PIRQUE	RURAL	19.849.650	-	19.849.650
311	13	METROPOLITANO SUR ORIENTE	PUENTE ALTO	URBANA	-	23.991.199	23.991.199
312	13	METROPOLITANO SUR ORIENTE	SAN JOSÉ DE MAIPO	COSTO FIJO	4.587.663	-	4.587.663
313	13	METROPOLITANO SUR ORIENTE	SAN RAMÓN	URBANA	-	-	-
314	10	CHILOÉ	ANCUD	RURAL	14.255.207	17.733.917	31.989.124
315	10	CHILOÉ	CASTRO	RURAL	8.439.342	-	8.439.342
316	10	CHILOÉ	CHONCHI	RURAL	21.971.906	-	21.971.906
317	10	CHILOÉ	CURACO DE VÉLEZ	RURAL	9.032.715	-	9.032.715
318	10	CHILOÉ	DALCAHUE	RURAL	33.484.332	-	33.484.332
319	10	CHILOÉ	PUQUELDÓN	RURAL	15.685.965	-	15.685.965
320	10	CHILOÉ	QUEILÉN	RURAL	10.987.645	-	10.987.645
321	10	CHILOÉ	QUELLÓN	RURAL	17.773.755	11.925.200	29.698.955
322	10	CHILOÉ	QUEMCHI	RURAL	24.663.264	-	24.663.264
323	10	CHILOÉ	QUINCHAO	RURAL	17.916.163	-	17.916.163
TOTAL MENSUAL \$					3.421.157.751	1.042.999.162	4.464.156.913

d) **Comunas con diferentes grados de dificultad para acceder a las prestaciones y/o acciones de salud.** Se refiere a la dotación de los establecimientos municipales de atención primaria de salud que tienen derecho a **asignación de zona** en el tramo que se indica, lo que se considera como criterio de incremento en el porcentaje que se señala.

Tramos	0	10	15	20	25	30	35	40	55	70 ó más
Porcentajes	0%	4%	5%	7%	9%	10%	12%	14%	19%	24%

El per cápita basal señalado en la letra a) y los incrementos mencionados en las letras b), numerales i) y iii), y d) precedentes, se multiplican por la población potencialmente beneficiaria de la respectiva comuna, se agrega el valor señalado en numeral ii) de la letra b) multiplicado por la población inscrita de 65 años y más y cuando corresponda, se agrega el valor básico señalado en la letra c) precedente.

Lo anterior, supone que la respectiva entidad administradora de salud municipal ha realizado la función de atención primaria de salud para su población a cargo, en base al modelo de atención integral de salud familiar y comunitario que gobierna la red de salud pública, que incluye un conjunto de prestaciones y/o acciones para la realización del plan considerado en el artículo 5 de este decreto.

e) **Rebaja del aporte estatal.** El monto del aporte estatal que resulte de acuerdo a lo señalado precedentemente se rebajará cuando corresponda de acuerdo a los resultados de la evaluación efectuada según el índice de Actividades de la Atención Primaria de Salud, (IAAPS).

Las metas comunales de cada indicador se establecerán dentro del marco definido por la meta nacional y los rangos autorizados, conforme lo descrito en la sección "Procedimiento".

Los indicadores del Índice de Actividad de la Atención Primaria de Salud (IAAPS) se formulan en 3 secciones, en la forma que a continuación se indica:

- Sección N° 1: De estrategia de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS).

N°	INDICADOR	FÓRMULA	META NACIONAL	IMPORTANCIA RELATIVA
1	Modelo Asistencial: Porcentaje de centros de salud autoevaluados mediante instrumento para la evaluación y certificación de desarrollo en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario (MAIS) vigente.	$\frac{\text{N° de centros de salud de la comuna autoevaluados mediante instrumento para la evaluación y certificación de desarrollo en el modelo de atención integral de salud familiar y comunitario (MAIS) vigente}}{\text{Total de los establecimientos de salud de la comuna año 2025}} \times 100$	Cumplir con el 100% de autoevaluación vigente en los centros año 2025	4%
2	Ámbito RISS Organización y Gestión: Continuidad de la Atención.	(2.1) $\frac{\text{N° establecimientos funcionando de 8:00 a 20:00 horas de lunes a viernes y sábados de 9:00 a 13:00 horas}}{\text{N° total de establecimientos visitados}} \times 100$	100%	4%
		(2.2) $\frac{\text{N° de fármacos trazadores disponibles}}{\text{N° total de fármacos trazadores}} \times 100$	100%	4%
SUBTOTAL INDICADORES ESTRATEGIA RISS				12%

- Sección N° 2: De producción.

N°	INDICADOR	FÓRMULA	META NACIONAL	IMPORTANCIA RELATIVA
3	Tasa de consultas médicas de morbilidad	$\frac{\text{N° de consultas de morbilidad realizados por profesional médico}}{\text{Población inscrita validada}}$	1,0	6%
4	Porcentaje de derivación al nivel secundario).	$\frac{\text{N° SIC de controles y consultas médicas generadas en APS}}{\text{N° total de controles y consultas médicas realizadas en APS}} \times 100$	≤ 10%	5%
5	Tasa de Visita domiciliaria Integral	$\frac{\text{N° de visitas domiciliarias integrales realizadas}}{\text{Población inscrita validada}}$	0,22	5%

N°	INDICADOR	FÓRMULA	META NACIONAL	IMPORTANCIA RELATIVA
		N° de familias (población inscrita validada / 3,3)		
6	Cobertura Examen de Medicina Preventiva realizado a hombres y mujeres de 20 años y más.	<p>(6.1.A)</p> <p>N° de Examen de Medicina Preventiva realizados a mujeres de 20 a 64 años</p> <p>.....</p> <p>Total de la población de mujeres de 20 a 64 años inscrita validada</p> <p>-</p> <p>Población embarazadas 20-54 años en control</p> <p style="text-align: right;">x 100</p>	25%	3%
		<p>(6.1.B)</p> <p>N° de Examen de Medicina Preventiva realizados a hombres de 20 a 64 años</p> <p>.....</p> <p>Total de la población de hombres de 20 a 64 años inscrita validada</p> <p style="text-align: right;">x 100</p>	30%	4%
		<p>(6.2)</p> <p>N° de Examen de Medicina Preventiva realizados a hombres y mujeres de 65 y más años</p> <p>.....</p> <p>Total de la población de hombres y mujeres de 65 y más años inscrita validada</p> <p style="text-align: right;">x 100</p>	55%	5%
7	Cobertura de evaluación del desarrollo psicomotor en niños y niñas de 12 a 23 meses bajo control	<p>Niños y niñas de 12 a 23 meses con evaluación del desarrollo psicomotor</p> <p>.....</p> <p>N° total de niños y niñas entre 12 a 23 meses bajo control</p> <p style="text-align: right;">x 100</p>	95%	5%
8	Cobertura de control de salud integral a adolescentes de 10 a 19 años	<p>N° de controles de salud integral realizados a adolescentes de 10 a 19 años</p> <p>.....</p> <p>Total población adolescente de 10 a 19 años inscrita validada</p> <p style="text-align: right;">x 100</p>	25%	6%
9	Cobertura y tasa de controles de atención Integral a personas con trastornos mentales, factores de riesgo y condicionantes de la salud mental	<p>(9.1)</p> <p>N° de personas con trastornos mentales y condicionantes de la salud mental bajo control de 0 y más años</p> <p>.....</p> <p>Número de personas con trastornos mentales y condicionantes de la salud mental de 0 y más años esperados según prevalencia</p> <p style="text-align: right;">x 100</p>	20 %	5,5 % ¹
		<p>(9.2)</p> <p>N° de controles de Salud Mental realizados en personas de 0 y más años</p> <p>.....</p>	6	3,3 % ²

1 El indicador 9.1 pondera el 50 % del total de la meta 9, cuya importancia relativa es de un 11%

2 El indicador 9.2 pondera el 30% del total de la meta 9, cuya importancia relativa es de un 11%

N°	INDICADOR	FÓRMULA	META NACIONAL	IMPORTANCIA RELATIVA
		N° de personas bajo control en el programa de salud mental de 0 y más años		
		<p style="text-align: center;">(9.3)</p> $\frac{\text{N° personas egresadas por alta clínica de 0 más años}}{\text{N° de personas bajo control en el programa de salud mental de 0 y más años}} \times 100$	13 %	2,2% ³
10	Cumplimiento de garantías explícitas en salud cuyas acciones son de ejecución en Atención Primaria	$\frac{\text{N° de casos GES en atención primaria con garantía atendida}}{\text{N° total de casos GES en APS}} \times 100$	100%	Indicador crítico, se evalúa por separado en la forma que se indica
11	Cobertura de vacunación anti-influenza en población objetivo definida para el año en curso	$\frac{\text{N° de personas pertenecientes a grupos objetivos de población definidos, vacunados con anti-influenza}}{\text{Total de población inscrita de los grupos objetivos}} \times 100$	85%	5%
12	Ingreso precoz de mujeres a control de embarazo	$\frac{\text{N° de mujeres embarazadas ingresadas antes de las 14 semanas a control}}{\text{Total de mujeres embarazadas ingresadas a control}} \times 100$	90%	6%
13	Cobertura de adolescentes de 15 a 19 años inscritos bajo control por método de regulación de la fertilidad	$\frac{\text{N° de adolescentes de 15 a 19 años inscritos que usan método de regulación de la fertilidad}}{\text{Total adolescentes de 15 a 19 años inscritos}} \times 100$	25%	6%
14	Cobertura de Diabetes Mellitus tipo 2 en personas de 15 años y más	$\frac{\text{N° de personas de 15 y más años con Diabetes Mellitus 2 bajo control}}{\text{N° de personas con Diabetes Mellitus 2 de 15 y más años, esperados según prevalencia}} \times 100$	62%	6%
15	Cobertura de Hipertensión Arterial en personas de 15 años y más	$\frac{\text{N° de personas de 15 y más años con hipertensión arterial bajo control}}{\text{N° de personas con hipertensión arterial de 15 y más años, esperados según prevalencia}} \times 100$	60%	6%
SUBTOTAL INDICADORES PRODUCCIÓN				79%

³ El indicador 10.3 pondera el 20% del total de la meta 9, cuya importancia relativa es de un 11%

- Sección N° 3: De impacto.

N°	INDICADOR	FÓRMULA	META NACIONAL	IMPORTANCIA RELATIVA
16	Proporción de niñas y niños menores de 3 años libre de caries en población inscrita.	$\frac{\text{N° de niñas y niños menores de 3 años con registro CEOD} = 0}{\text{N° de niñas y niños menores de 3 años inscritos validados}} \times 100$	60%	5%
17	Prevalencia de normalidad en menores de 2 años en población bajo control	$\frac{\text{N° de niñas y niños < dos años con estado nutricional normal}}{\text{N° de niñas y niños < dos años bajo control}} \times 100$	65%	4%
SUBTOTAL INDICADORES DE IMPACTO				9%
TOTAL (EXCLUYENDO INDICADOR GES)				100%

Procedimiento:

- Conforme lo previene la letra q), del artículo 23, del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, el Servicio de Salud respectivo dictará la correspondiente resolución para la fijación de las metas de las comunas de su competencia, previa visación de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.

La meta fijada a cada comuna:

- i. No podrá ser inferior numérica ni porcentualmente a la lograda el año anterior para el indicador en dicha comuna.
 - ii. Si el resultado del indicador de la comuna el año anterior fue inferior a la meta nacional fijada en el presente decreto, la meta se incrementará, de acuerdo a los criterios establecidos por el Ministerio de Salud.
 - iii. Si el resultado del indicador el año anterior es superior a la meta nacional fijada en el presente decreto, se deberá justificar en caso de no mantener o incrementar dicha meta, de acuerdo a los lineamientos técnicos emanados desde el nivel central.
- La evaluación para el año para el cual rige el presente decreto se referirá a los períodos que comprenden los meses de enero a mayo, enero a julio, enero a septiembre y enero a diciembre de 2025, la que será realizada por los Servicios de Salud, de acuerdo a las instrucciones que imparta al efecto el Ministerio de Salud.
 - Las entidades administradoras de salud municipal deberán informar los datos consignados en los respectivos indicadores del índice del correspondiente período, al respectivo Servicio de Salud, antes del día 5 del mes siguiente al término del período respectivo.
 - Los Servicios de Salud deberán calcular el índice considerando el porcentaje de cumplimiento respecto de la meta de cada uno de los indicadores que aplica en cada corte evaluativo, de acuerdo a las instrucciones que imparta al efecto el Ministerio de Salud.
 - Los Servicios de Salud deberán remitir al Ministerio de Salud esta información consolidada por comuna, dentro del mes siguiente al término del período respectivo, en los medios, formatos y plazos establecidos por el Ministerio de Salud y toda otra documentación pertinente a la evaluación.

- El Ministerio de Salud teniendo como referencia la información aportada por cada Servicio de Salud y demás antecedentes que estime pertinente, calculará la rebaja total de acuerdo al porcentaje de cumplimiento de indicadores del progreso y desempeño de la Atención Primaria de Salud, conforme al siguiente esquema:

a. Tabla que determina las rebajas según el porcentaje de cumplimiento del conjunto de indicadores ponderados, excluyendo los indicadores críticos, en la forma que a continuación se indica:

Tramos	Porcentaje de cumplimiento	Rebaja
Tramo 1	≥ 90	0,0%
Tramo 2	≥ 80 ; <90	4,0%
Tramo 3	≥ 70 ; <80	8,0%
Tramo 4	<70	12,0%

b. Tabla que determina las rebajas según el porcentaje de cumplimiento del indicador crítico (cumplimiento de garantías explícitas en salud), las que se aplican separadamente para cada uno de estos indicadores, en la forma que a continuación se indica:

Tramos	Porcentaje de cumplimiento	Rebaja
Tramo 1	= 100	0,0%
Tramo 2	> 95 ; <100	2,0%
Tramo 3	> 90 ; <95	4,0%
Tramo 4	< 90	8,0%

- La rebaja total se calculará sumando las rebajas correspondientes respecto de los porcentajes de cumplimiento, según esquemas precedentes de estrategias de redes integradas de servicios de salud (RISS), de producción y de impacto.
- La rebaja total al aporte estatal mensual de la respectiva entidad administradora de salud municipal, correspondiente a cada período, se aplicará dentro del tercer mes siguiente al término del período respectivo.

ARTÍCULO 3. DETERMÍNASE el siguiente aporte estatal, para el período señalado en el artículo 1 del presente decreto, respecto de las entidades administradoras de salud municipal cuyos establecimientos asistenciales se encuentran ubicados en las **comunas costo fijo**.

Las comunas costo fijo son aquéllas que no se financian con la modalidad de aporte per cápita del Ministerio de Salud, de acuerdo a la población inscrita validada, sino con un mecanismo de costo fijo que permite cubrir el financiamiento de las prestaciones y/o acciones insertas en la canasta básica de la Atención Primaria.

Para determinar este aporte, se consideran las circunstancias especiales de estas comunas respecto a: población potencialmente beneficiaria- inferior a 3.500 personas-, ruralidad y dificultad para acceder y prestar atenciones de salud, considerando un aporte estatal mensual fijo, que permite resguardar la atención de salud de esa población.

En lo que se refiere a la dificultad para prestar atenciones de salud, el aporte estatal se complementará cuando corresponda, con los valores básicos indicados en los decretos a que se refiere la letra c), del artículo 2, del presente decreto.

Nº	REGION	SERVICIO DE SALUD	COMUNA	CLASIFICACION 2025	TOTAL APORTE ESTATAL \$/AÑO (\$ 2025)
1	15	ARICA	CAMARONES	COSTO FIJO	212.642.112
2	15	ARICA	GENERAL LAGOS	COSTO FIJO	220.619.880
3	15	ARICA	PUTRE	COSTO FIJO	432.201.732
4	1	IQUIQUE	CAMIÑA	COSTO FIJO	275.013.684
5	1	IQUIQUE	COLCHANE	COSTO FIJO	316.558.380
6	1	IQUIQUE	HUARA	COSTO FIJO	424.475.292
7	2	ANTOFAGASTA	MARÍA ELENA	COSTO FIJO	422.142.156
8	2	ANTOFAGASTA	MEJILLONES	COSTO FIJO	67.735.224
9	2	ANTOFAGASTA	OLLAGÜE	COSTO FIJO	122.591.832
10	2	ANTOFAGASTA	SIERRA GORDA	COSTO FIJO	274.302.852
11	2	ANTOFAGASTA	TALTAL	COSTO FIJO	100.036.548
12	4	COQUIMBO	LA HIGUERA	COSTO FIJO	596.465.196
13	4	COQUIMBO	PAIGUANO	COSTO FIJO	547.263.384
14	5	VALPARAISO - SAN ANTONIO	CASABLANCA	COSTO FIJO	430.316.568
15	5	VALPARAISO - SAN ANTONIO	JUAN FERNÁNDEZ	COSTO FIJO	560.590.512
16	6	O'HIGGINS	LITUECHE	COSTO FIJO	122.732.784
17	7	MAULE	CHANCO	COSTO FIJO	481.193.388
18	7	MAULE	CUREPTO	COSTO FIJO	572.949.588
19	7	MAULE	HUALAÑÉ	COSTO FIJO	604.585.824
20	7	MAULE	LICANTÉN	COSTO FIJO	619.779.120
21	8	ÑUBLE	COELEMU	COSTO FIJO	487.600.032
22	8	ÑUBLE	QUIRIHUE	COSTO FIJO	158.201.388
23	8	BIOBÍO	MULCHÉN	COSTO FIJO	595.535.196
24	8	BIOBÍO	NACIMIENTO	COSTO FIJO	608.100.828
25	8	ARAUCO	CONTULMO	COSTO FIJO	312.259.872
26	9	ARAUCANIA NORTE	PURÉN	COSTO FIJO	377.740.512
27	12	VALDIVIA	CORRAL	COSTO FIJO	140.775.396
28	10	RELONCAVÍ	CHAITÉN	COSTO FIJO	536.577.588
29	10	RELONCAVÍ	FUTALEUFÚ	COSTO FIJO	87.643.716
30	10	RELONCAVÍ	PALENA	COSTO FIJO	81.421.644
31	12	MAGALLANES	LAGUNA BLANCA	COSTO FIJO	134.420.004
32	12	MAGALLANES	RÍO VERDE	COSTO FIJO	118.861.692
33	12	MAGALLANES	SAN GREGORIO	COSTO FIJO	136.942.752
34	12	MAGALLANES	TIMAUKEL	COSTO FIJO	129.494.604
35	13	MAGALLANES	TORRES DEL PAINE	COSTO FIJO	129.847.704
36	10	METROPOLITANO SUR ORIENTE	SAN JOSÉ DE MAIPO	COSTO FIJO	612.886.140
TOTAL COSTOS FIJOS \$					12.052.505.124

ARTÍCULO 4. El aporte estatal mensual se incrementará de acuerdo a lo que establece el inciso final del artículo 56 de la ley N°19.378, en el caso que las normas técnicas, planes y programas que imparta con posterioridad el Ministerio de Salud impliquen un mayor gasto para la entidad administradora de salud municipal, para cuyo efecto el Ministerio de Salud dictará la correspondiente resolución.

ARTÍCULO 5. Las prestaciones y/o acciones de salud, cuya ejecución concede derecho al aporte estatal, se resumen en el Plan de Salud Familiar (PSF), que se contextualiza en el modelo integral de salud familiar y comunitario, e integra un conjunto de prestaciones y/o acciones de salud para diversas necesidades de las personas en su curso de vida, contribuyendo con éstas a ejercer la función de la atención primaria en su territorio a cargo, en la mantención de la salud de las personas, mediante prestaciones y/o acciones de fomento, prevención y recuperación de la salud y rehabilitación cuando corresponda.

A continuación, se indican las prestaciones y/o acciones consolidadas por curso de vida:

I. SALUD DE NIÑOS Y NIÑAS

Control de salud del niño sano.
Evaluación del desarrollo psicomotor.
Control de malnutrición.
Control de lactancia materna.
Educación a grupos de riesgo.
Consulta nutricional.
Consulta de morbilidad.
Control de enfermedades crónicas.
Consulta por déficit del desarrollo psicomotor.
Consulta kinésica.
Consulta y consejería de salud mental.
Vacunación.
Programa Nacional de Alimentación Complementaria.
Atención a domicilio.
Actividades comunitarias en salud mental con profesores de establecimientos educacionales.
Examen de salud odontológico.
Educación grupal odontológica.
Consulta Odontológica preventiva (incluye: barniz de flúor, educación individual con instrucción de higiene, pulido coronario, sellantes).
Consulta tratamiento odontológico (incluye: obturaciones, pulpotomías).
Consulta urgencia odontológica (incluye: Exodoncia).
Radiografías odontológicas.

II. SALUD DE ADOLESCENTES

Control de salud.
Consulta morbilidad.
Control crónico.
Control prenatal
Control de puerperio.
Control de regulación de fecundidad.
Consejería en salud sexual y reproductiva.
Control ginecológico preventivo.
Educación grupal.
Consulta morbilidad obstétrica.
Consulta morbilidad ginecológica.
Intervención Psicosocial.
Consulta kinésica.
Consulta nutricional.
Consulta y/o consejería en salud mental.
Atención a domicilio.
Actividades comunitarias en salud mental con profesores de establecimientos educacionales.
Examen de salud odontológico.
Educación grupal odontológica.
Consulta Odontológica preventiva (incluye: barniz de flúor, educación individual con instrucción de higiene, pulido coronario, sellantes).
Consulta tratamiento odontológico (incluye: obturaciones, detartraje).
Consulta urgencia odontológica (incluye: Exodoncia, endodoncia primera fase).
Radiografías odontológicas.

III. SALUD DE LA MUJER

Control prenatal.
Control preconcepcional.
Control de puerperio.
Control de regulación de fecundidad.
Consejería en salud sexual y reproductiva.
Control ginecológico preventivo, incluye control de climaterio en mujeres de 45 a 64 años.
Educación grupal.
Consulta morbilidad obstétrica.
Consulta morbilidad ginecológica.
Consulta nutricional.
Programa Nacional de Alimentación Complementaria.
Ecografía Obstétrica del Primer Trimestre.
Atención integral a mujeres mayores de 15 años que sufren violencia intrafamiliar.
Examen de salud odontológico en gestante.
Educación grupal odontológica en gestante.
Consulta Odontológica preventiva gestante (incluye: barniz de flúor, educación individual con instrucción de higiene, pulido coronario).
Consulta tratamiento odontológico gestante (incluye: obturaciones, detartraje).
Consulta urgencia odontológica (incluye: Exodoncia, endodoncia primera fase).
Radiografías odontológicas.

IV. SALUD DEL ADULTOS Y ADULTAS

Consulta de morbilidad.
Consulta y control de enfermedades crónicas, incluyendo aquellas efectuadas en las salas de control de enfermedades respiratorias del adulto de 20 años y más.
Consulta nutricional.
Control de salud.
Intervención psicosocial.
Consulta y/o consejería de salud mental.
Educación grupal.
Atención a domicilio.
Atención de podología a pacientes con diabetes mellitus.
Curación de pie diabético
Intervención grupal de actividad física.
Consulta kinésica.
Consulta Odontológica preventiva (incluye: barniz de flúor, educación individual con instrucción de higiene, pulido coronario).
Consulta morbilidad odontológica (incluye: examen de salud odontológico, obturaciones, detartraje y pulido coronario).
Consulta urgencia odontológica (incluye: Exodoncia, endodoncia primera fase).
Radiografías odontológicas.
Control por sospecha de virus Hepatitis C.

V. SALUD DE ADULTOS Y ADULTAS MAYORES

Consulta de morbilidad.
Consulta y control de enfermedades crónicas, incluyendo aquellas efectuadas en las salas de control de enfermedades respiratorias del adulto mayor de 65 años y más.
Consulta nutricional.
Control de salud.
Intervención psicosocial.
Consulta de salud mental.
Educación grupal.
Consulta kinésica.
Vacunación anti influenza.
Atención a domicilio.
Programa de alimentación complementaria del adulto mayor.
Atención podología a pacientes con diabetes mellitus.
Curación de pie diabético.

Consulta Odontológica preventiva (incluye: educación individual con instrucción de higiene, pulido coronario).

Consulta morbilidad odontológica (incluye: examen de salud odontológico, obturaciones, detartraje y pulido coronario).

Consulta urgencia odontológica (incluye: Exodoncia, endodoncia primera fase).

Radiografías odontológicas.

Control por sospecha de virus Hepatitis C.

VI. ACTIVIDADES CON GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD ASOCIADAS A PROGRAMAS

- 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.
- Diagnóstico y tratamiento de Diabetes Mellitus tipo 2: consultas de morbilidad y controles de crónicos en programas del niño, adolescente, adulto y adulto mayor, considerando tratamiento farmacológico.
- Acceso a evaluación y alta odontológica integral a niños y niñas de 6 años: prestaciones del programa odontológico.
- 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.
- Acceso a tratamiento de IRA baja de manejo ambulatorio en menores de 5 años: consultas de morbilidad y kinésica en programa del niño.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- Acceso a tratamiento médico en personas de 55 años y más, con artrosis de cadera y/o rodilla, leve o moderada.
- Acceso a diagnóstico y tratamiento de la urgencia odontológica ambulatoria.
- Acceso a tratamiento de hipotiroidismo en personas de 15 años y más.
- Tratamiento de erradicación de helicobacter pylori.
- Acceso a Tratamiento Salud Oral integral de la embarazada.
- Diagnóstico y tratamiento de Alzheimer y otras demencias: consultas de salud mental, visita domiciliaria, considerando exámenes para el diagnóstico y tratamiento farmacológico, para personas de 30 años y más, en programas de adulto y adulto mayor.

VII. ACTIVIDADES GENERALES ASOCIADAS A TODOS LOS PROGRAMAS

- Educación grupal ambiental.
- Consejería familiar.
- Visita domiciliaria integral.
- Consulta social.
- Tratamiento y curaciones.
- Extensión horaria.

- Intervención familiar psicosocial.
- Diagnóstico y control de la tuberculosis.
- Visita domiciliaria de seguimiento.

Exámenes de laboratorio básico conforme el siguiente detalle:

Exámenes
HEMATOLOGÍA
HEMATOCRITO
HEMOGRAMA
RECUESTO DE LEUCOCITOS
RECUESTO DE PLAQUETAS
TIEMPO DE PROTROMBINA
VELOCIDAD DE SEDIMENTACIÓN
BIOQUÍMICA
A) SANGRE
ÁCIDO ÚRICO
BILIRRUBINA TOTAL Y CONJUGADA
PERFIL LIPÍDICO (INCLUYE COLESTEROL TOTAL, HDL, LDL, VLDL Y TRIGLICERIDOS)
ELECTROLITOS PLASMÁTICOS (SODIO, POTASIO, CLORO) C/U
CREATININA
DEPURACIÓN DE CREATININA
FOSFATASAS ALCALINAS
GLUCOSA
GLUCOSA POST- CARGA
HEMOGLOBINA GLICOSILADA
PROTEÍNAS TOTALES
TRANSAMINASAS OXALOACETICA/PIRUVICA (GOT/AST y GPT/ALH)
TSH- T4 LIBRE -T4
UREA
DETERMINACIÓN DE NIVELES PLASMÁTICOS DE DROGAS Y/O MEDICAMENTOS
B) ORINA
CREATINURIA
DETECCIÓN DE EMBARAZO
ORINA COMPLETA / SEDIMENTO URINARIO/ ALBUMINA
MICROALBUMINURIA CUANTITATIVA
C) DEPOSICIONES
LEUCOCITOS FECALES
SANGRE EN DEPOSICIONES
INMUNOLOGÍA
FACTOR REUMATOIDEO
MICROBIOLOGÍA
A) BACTERIOLOGÍA
ANTIBIOGRAMA CORRIENTE
BACIOSCOPIA ZIEHL NIELSEN (TOMA DE MUESTRA)
EXÁMEN DIRECTO AL FRESCO
GONOCOCO, MUESTRA, SIEMBRA, DERIVACIÓN
RPR O DERIVAR PARA VDRL
UROCULTIVO, RECUESTO DE COLONIAS, ANTIBIOGRAMA
B) PARASITOLOGÍA
COPROPARASITOLÓGICO SERIADO
EX. DIRECTO AL FRESCO C/S TINCIÓN
EXAMEN DE GRAHAM
EXAMEN GUSANOS, MACROSCÓPICO
TRICOMONA VAGINALIS (EX DIRECTO)
VIRUS HEPATITIS C, ANTICUERPOS DE (ANTI HCV)

EXÁMENES ESPECÍFICOS PARA ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIA (NO CONSIDERADOS EN CUADRO ANTERIOR)
PERFIL BIOQUÍMICO (DETERMINACIÓN AUTOMATIZADA DE 12 PARÁMETROS)
PERFIL HEPÁTICO (INCLUYE TIEMPO DE PROTROMBINA, BILIRRUBINA TOTAL Y CONJUGADA, FOSFATASAS ALCALINAS TOTALES, GGT, TRANSAMINASAS GOT/AST Y GPT/ALT)
VRDL
HIV
PERFIL BIOQUÍMICO (DETERMINACIÓN AUTOMATIZADA DE 12 PARÁMETROS)
PERFIL HEPÁTICO (INCLUYE TIEMPO DE PROTROMBINA, BILIRRUBINA TOTAL Y CONJUGADA, FOSFATASAS ALCALINAS TOTALES, GGT, TRANSAMINASAS GOT/AST Y GPT/ALT)
VITAMINA B12 POR INMUNOENSAYO
ELECTROCARDIOGRAMA

*El valor establecido en el Artículo 2 para el aporte básico unitario homogéneo incluye la canasta de fármacos para Alzheimer y otras Demencias.

ANÓTESE, TÓMESE DE RAZÓN Y PUBLÍQUESE EN EL DIARIO OFICIAL

**GABRIEL BORIC FONT
PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA**

**CAROLINA TOHÁ MORALES
MINISTRA DEL INTERIOR Y SEGURIDAD PÚBLICA**

**HEIDI BERNER HERRERA
MINISTRA DE HACIENDA (S)**



Handwritten signature in blue ink.

**ANDREA ALBAGLI IRURETAGOYENA
MINISTRA DE SALUD (S)**



Subsecretaría de Redes Asistenciales
División de Atención Primaria (DIVAP)

PLANIFICACIÓN 2025
SERVICIO DE SALUD
Plan de Ambientes Laborales Saludables y Salud Mental del Personal de Salud
Saludablemente APS



PROVINCIA		COMUNA	ANCUD
NOMBRE RESPONSABLE(S) COMUNAL Señale nombre gestora		OBJETIVO ESTRATÉGICO NIVEL CENTRAL	Instalar una política institucional de cuidado para los equipos de salud que favorezca ambientes laborales saludables, promoviendo la salud mental de los trabajadores en la administración de salud municipal y dependiente de SS (APS) en el marco del modelo MAIS.

PLANIFICACIÓN 2025

INSTRUCCIONES

Para realizar la planificación 2025, siga estas indicaciones detalladas:

Objetivos y componentes: Seleccione al menos dos objetivos para trabajar, incluyendo uno establecido por el Servicio de Salud correspondiente.

Para cada objetivo, identifique: Componente (Prevención, Promoción del Buen Trato, Salud Mental Organizacional, o Participación y Articulación Local), Factor psicosocial (elija entre los 12 factores listados, como Carga de trabajo, Exigencias emocionales, etc.), Objetivo específico, Actividad, Establecimientos de salud involucrados, Verificadores, Indicador (opcional) y Meta.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS SERVICIO DE SALUD	Diseñar e implementar intervenciones específicas para mitigar los riesgos psicosociales identificados, incluyendo medidas de apoyo y recursos adecuados. Integrar la salud mental y la gestión de riesgos psicosociales como parte de la cultura organizacional y de la planificación estratégica del establecimiento.
OBJETIVOS ESTRATÉGICOS COMUNAL	Mejorar la calidad de vida laboral de los funcionarios y funcionarias de la Salud Primaria de Ancud Promover el trabajo colaborativo entre funcionarios y funcionarias para potenciar las relaciones interpersonales y ambientes de trabajos saludables.

CARTA GANTT 2025

