

23 ENF 2025

VISTOS:

1. El D.F.L. Nº 1-3.063 de 1980 y sus modificaciones.
2. La ley Nº 19.378, Estatuto de Atención Primaria.
3. La Resolución Nº 06/2019 de la Contraloría General de la República.
4. El ORD. Nº 3472 de fecha 18 de diciembre de 2024, que aprueba el **Plan de Salud Municipal (PLASAM)** para el año 2025.
5. El email de fecha 21 de enero de 2025, mediante el cual la directora del Departamento de Salud Municipal, doña Patricia Muñoz Jarpa, solicita decretar el Plan de Salud Municipal (PLASAM) para el año 2025.
6. El Decreto Alcaldicio Exento Nº 2048 de fecha 06 de diciembre de 2024, por medio del cual asume el cargo de Alcalde de la Municipalidad de Pitrufoquén, Sra. Jacqueline Romero Inzunza.
7. El Decreto Alcaldicio Nº 017 de fecha 08 de enero de 2024, que nombra en el cargo de Administrador Municipal, Directivo grado 7 de la planta de directivos al Sr. Marco Antonio Hurtado Zapata.
8. El Decreto Alcaldicio Nº 2083 de fecha 11 de diciembre de 2024, que delega en el Administrador Municipal, don Marco Antonio Zapata, la facultad de firmar bajo la fórmula "por orden de la Alcaldesa"
9. El Decreto Alcaldicio Nº 1132 de fecha 01 de abril de 2024, que asciende a Doña Mónica Rivera Vargas como Secretario Municipal.
10. Las facultades que me confiere la Ley Nº 18.695, Orgánica Constitucional de Municipalidades y sus modificaciones.

CONSIDERANDO:

1. Que, El ORD. Nº 3472 de fecha 18 de diciembre de 2024, que aprueba el Plan de Salud Municipal (PLASAM) para el año 2025.
2. Que, El email de fecha 21 de enero de 2025, mediante el cual la directora del Departamento de Salud Municipal, doña Patricia Muñoz Jarpa, solicita decretar el Plan de Salud Municipal (PLASAM) para el año 2025.

DECRETO:

1. **Apruébese** para el Departamento de Salud Municipal de Pitrufoquén el Plan de Salud Municipal (PLASAM) para el año 2025.
2. Los documentos adjuntos a este instrumento pasarán a formar parte del presente decreto alcaldicio exento.

ANÓTESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE.-
"por orden de la alcaldesa"



MONICA RIVERA VARGAS
SECRETARIO MUNICIPAL



MARCO HURTADO ZAPATA
ADMINISTRADOR MUNICIPAL

MHZ/MRV/PMJ/YMC/YHR/psc

DISTRIBUCION:

- Dirección Depto. de Salud (1).
- Archivo RRHH (1).
- Archivo (1).

UNIDAD JURÍDICA
Departamento de Salud
Municipalidad de Pitrufoquén



I. MUNICIPALIDAD DE
PITRUFQUÉN

PLAN DE SALUD MUNICIPAL 2025

DEPARTAMENTO DE SALUD MUNICIPAL
PITRUFQUÉN, NOVIEMBRE 2024



Estimadas y estimados funcionarios de Salud Municipal:

Es un agrado saludarles y felicitarles por el esfuerzo y compromiso que realizan día a día para brindar dentro de nuestros recursos la mejor atención a quienes viven en nuestra comuna.

En esta gestión, la salud es una prioridad, por lo que nuestros esfuerzos van dirigidos al fortalecimiento de los planes de trabajo elaborados por todos los funcionarios del Departamento de Salud Municipal.

Además de cumplir con los planes de salud propios de la Atención Primaria, nos hemos esforzado por adjudicarnos desde fuentes externas proyectos de salud para mejorar las prestaciones a nivel comunal en diversas áreas, debido al compromiso los usuarios.

Además, durante esta Administración, hemos podido ampliar la cobertura de salud a nivel rural, instaurando el equipo fijo en Posta Comuy y Posta Millahuin, consistente en médico, enfermero y TENS, en ambos sectores rurales, demostrando con esto que estamos haciendo todos los esfuerzos para brindar atención en todos los rincones de nuestra comuna.

Sin embargo, a pesar de lo logrado, los esfuerzos nunca son suficientes, por lo que seguiremos trabajando arduamente para mejorar la salud de Pitrufquén.

Jacqueline Romero Inzunza

Alcaldesa de la Comuna de Pitrufquén

ÍNDICE

1.- RESUMEN EJECUTIVO	6
1.1. - DESCRIPCIÓN DE LA COMUNA	8
1.1.1.- UBICACIÓN GEOGRÁFICA:	8
1.1.2.- ESTRUCTURA DEL SISTEMA DE SALUD LOCAL	9
1.2.- OBJETIVOS INSTITUCIONALES	10
2.-INDICADORES DEMOGRÁFICOS	11
2.1. - POBLACIÓN TOTAL	11
2.2.- POBLACIÓN POR ÁREA URBANA-RURAL	12
2.3.- POBLACIÓN POR SEXO E ÍNDICE DE MASCULINIDAD	12
2.4.- POBLACIÓN POR GRUPOS DE EDAD	13
2.5.- ÍNDICE DE DEPENDENCIA DEMOGRÁFICA (IDD) E ÍNDICE DE ADULTOS MAYORES (IAM)	14
3. ÍNDICES SOCIALES	15
3.1.- TASA DE POBREZA POR INGRESOS, AÑOS 2017 Y 2022	16
3.2.- TASA DE POBREZA MULTIDIMENSIONAL, AÑOS 2017 Y 2022 (5 DIMENSIONES)	16
3.3.- PORCENTAJE DE PERSONAS PERTENECIENTES A PUEBLOS ORIGINARIOS RESPECTO A POBLACIÓN TOTAL Y PORCENTAJE DE INMIGRANTES INTERNACIONALES SOBRE POBLACIÓN RESIDENTE, CENSO 2017.	17
3.4.- POBLACIÓN CARENTE DE SERVICIOS BÁSICOS Y HOGARES HACINADOS (% TOTALES, A DICIEMBRE 2023)	18
4. INDICADORES DE SALUD	19
4.1. - POBLACIÓN INSCRITA VALIDADA EN EL DEPARTAMENTO DE SALUD MUNICIPAL DE PITRUFQUÉN, CORTE 31.08.2024	19
4.2.- DISTRIBUCIÓN PERCÁPITA POR ESTABLECIMIENTO Y RANGO ETARIO, CORTE 31.08.2024	20
4.3.- TASAS GLOBAL DE FECUNDIDAD Y TASA DE NATALIDAD, AÑO 2020	24
4.4.- TASAS DE MORTALIDAD GENERAL Y TASA DE MORTALIDAD INFANTIL, AÑO 2020	25
4.5.-DEFUNCIONES DE 60 AÑOS Y MÁS, E ÍNDICE DE SWARROOP POR SEXO, REGIÓN Y COMUNA DE RESIDENCIA 2012	28
4.6.- TASA DE MORTALIDAD EN HOMBRES Y MUJERES POR QUINQUENIOS, SSASUR 2007-2016	30
4.7.- TASA DE FALLECIDOS POR COVID-19, A DE OCTUBRE DE 2023	31
5.- INDICADORES DE SEGURIDAD	32
5.1.-TASA DENUNCIAS C/100.000 HAB. POR DELITOS DE MAYOR CONNOTACIÓN SOCIAL AÑOS 2021, 2022 Y 2023	32
5.2.- TASA DENUNCIAS CADA 100.000 HAB. POR VIOLENCIA INTRAFAMILIAR , AÑOS 2020, 2021 Y 2022	33

6.- DETERMINANTES SOCIALES	33
7. – DESCRIPCIÓN DE LA RED ASISTENCIAL	36
7.1. - ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL DEL DSM Y DISPOSITIVOS	37
7.2.- RED DE SALUD LOCAL	40
7.3.- CENTROS DE SALUD DENTRO DEL TERRITORIO COMUNAL	45
8.- ACTUALIZACIÓN DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO CESFAMPITRUFQUÉN	46
8.1.- PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD	46
8.2.- ETAPA DE ANÁLISIS DE SITUACIÓN, ANTECEDENTES Y CONTEXTO	47
8.3.- DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO CESFAM	48
9.- DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO CECOSF	53
9.2.- TEMAS CONSIDERADOS EN EL INSTRUMENTO	54
9.3.- QUÉ RESULTADOS OBTUVIMOS	56
9.4.- SOCIALIZACIÓN, REFLEXIÓN Y CONCLUSIONES	57
10.- PROMOCIÓN	59
10.1- PLAN TRIENAL PROMOCIÓN	59
10.2.- ACTIVIDADES PLANIFICADAS DEL TRIENIO	61
11.- ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES	62
12.- ESTRUCTURA PRESUPUESTARIA MUNICIPAL 2025	63
13.- DOTACIÓN	69
14.- PLAN DE CAPACITACIÓN ANUAL 2025	73
15.- PROGRAMACIÓN ANUAL ACTIVIDADES POR PROFESIONAL	77
16.- ESTRATEGIA DE CUIDADO INTEGRAL CENTRADO EN LAS PERSONAS, ECICEP	78
17.- CARTERA DE SERVICIOS DE LOS DISPOSITIVOS DE LA COMUNA (CESFAM, CECOSF, POSTAS)	84
17.1. - CONTROLES DE SALUD:	84
17.2.- CONSULTAS MÉDICAS GENERALES	84
17.3.- VISITAS DOMICILIARIAS	84
17.4.- POLICLÍNICO DE CHOQUE (CESFAM):	84
17.5.- SAPU (Servicio de Atención Primaria de Urgencia CESFAM)	85
17.6- OFICINA OIRS: OFICINA DE INFORMACIONES, RECLAMOS, SUGERENCIAS Y FELICITACIONES.	87
17.7.- PROGRAMAS ESPECIALES (CESFAM) TALES COMO MAS ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES Y ELIGE VIVIR SANO	87
17.8.- ATENCIÓN DENTAL (CESFAM, CECOSF Y POSTA COMUY)	87
17.9.- ENFERMEDADES RESPIRATORIAS DEL ADULTOS SALA ERA	87
17.10.- ENFERMEDADES RESPIRATORIAS INFANTILES SALA IRA	87
17.11.- VACUNATORIO COMUNAL	87
17.12.- ENTREGA DE PRODUCTOS ALIMENTARIOS	88
17.13.- UNIDAD DE FARMACIA	91
17.14.- EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS	95
17.15.- EPIDEMIOLOGÍA	96

17.16.- PROGRAMA NACIONAL DE INMUNIZACIONES	98
18.- RECORDATORIO DE CITAS	99
19.- DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LAS ÁREAS DE CUIDADOS DE SALUD EN APS	99
19.1 PROGRAMA DE SALUD DE LA INFANCIA	99
19.4.- PROGRAMA ADULTO MAYOR	101
20.- PROGRAMA MÁS ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES	102
21.- PROGRAMA DE SALUD MENTAL INTEGRAL	103
22.- PRAPS MEJOR NIÑEZ (EX SENAME)	106
23.- PROGRAMA ODONTOLÓGICO	110
24.- PROGRAMA ELIGE VIDA SANA	111
25- PROGRAMA DE SALUD INTEGRAL DEL ADOLESCENTE	112
26.- PROGRAMA DE SALUD DE LA MUJER	112
27.- PROGRAMA DEPENDENCIA SEVERA	113
28.- PROGRAMAS DE APOYO A LA ATENCIÓN PRIMARIA	114
29.- TRABAJO CON LA COMUNIDAD (CDL Y CECOSF)	119
29.1.- PLAN ANUAL DE TRABAJO CODELO 2024	119
30.- METAS	121
31.- PLAN DE ACCIÓN	127
CONCLUSIÓN	162

1.- RESUMEN EJECUTIVO

El Plan de Salud Municipal (PLASAM), es un instrumento de planificación de la APS, que se define como programa de salud municipal, de acuerdo a lo establecido en el artículo 58 de la Ley 19.378, que establece el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal, el cual deberá enmarcarse dentro de las normas técnicas del Ministerio de Salud.

En tanto el presente PLASAM será un apoyo metodológico para promover procesos de planificación sanitaria en el nivel comunal, supeditados a la planificación de desarrollo comunal 2023-2026, donde un objetivo prioritario es **“PROMOVER UN SISTEMA DE SALUD PREVENTIVO, ACCESIBLE, OPORTUNO E INCLUSIVO, A TRAVÉS DE UN TRABAJO INTERDISCIPLINARIO E INTERSECTORIAL, CON ENFOQUE FAMILIAR E INTERCULTURAL”**, Gestionando así la salud para que los niveles de atención logren mejores estándares, implementado políticas públicas y colaboración de convenios públicos y privados, para mayor accesibilidad de la población local al sistema de salud primaria comunal.

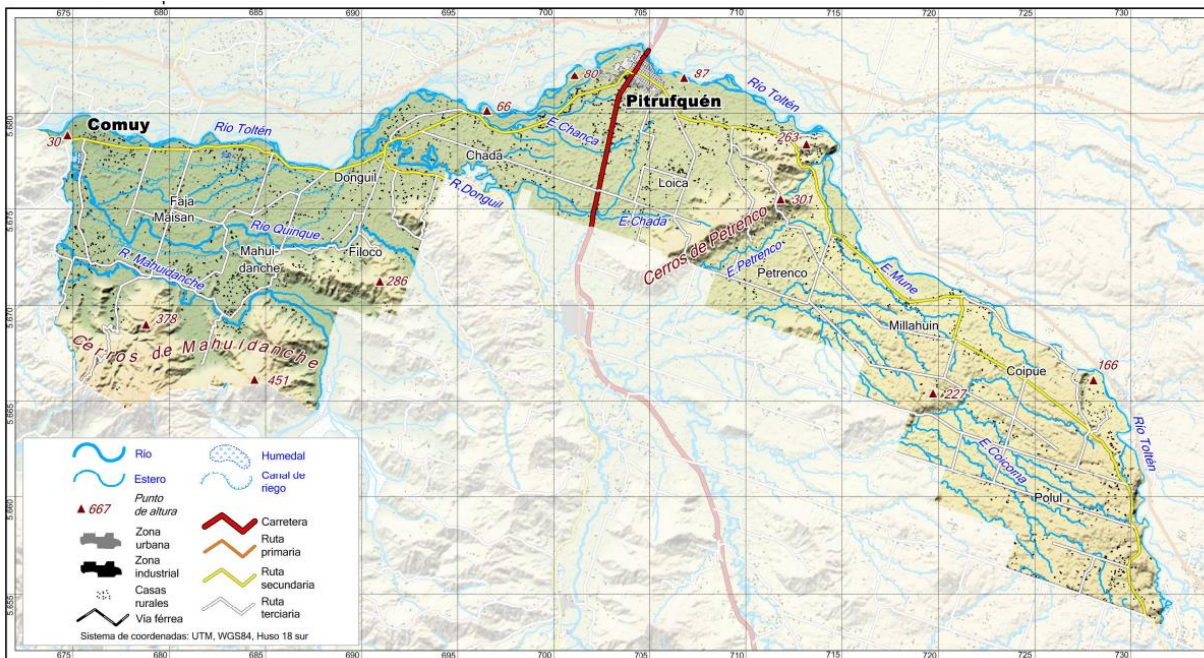
Estos instrumentos se encuentran en coherencia con los objetivos a mediano plazo contenidos en el Plan Estratégico de la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de Salud, donde es primordial “Asegurar y fortalecer los derechos sociales de hombres y mujeres de la Región de La Araucanía, para que tengan igualdad de oportunidades en el acceso a las políticas e instrumentos gubernamentales”, lo que direcciona la Planificación Sanitaria Comunal, a través de procesos participativos, interdisciplinarios e intersectoriales, teniendo como producto un análisis estratégico de la situación actual de la salud comunal que permitirá priorizar estrategias y actividades en un plan de acción abordando las necesidades de prestaciones en salud de nuestros usuarios a través de una atención de salud integral, oportuna, de alta calidad y resolutive, con la finalidad de disminuir brechas e inequidades en salud, trabajando bajo el “Modelo de Salud Integral Familiar y Comunitario.

Lo anterior, permite a los equipos de Atención Primaria de Salud, satisfacer las necesidades en salud de la mayoría de la población durante todo el ciclo vital de las personas y entregar una atención integral de excelente calidad, centrada en las personas y sus familias, enfocada en lo preventivo y promocional en los distintos dispositivos de salud comunal como CESFAM Pitrufrquén, CECOSF Ultraestación, Postas de Salud Rural y Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU).

Para el logro de toda estrategia se torna necesario seguir fortaleciendo al equipo de salud a través de acciones que sustentan el autocuidado y el desarrollo profesional con el fin de tener un equipo empoderado que ofrezca un servicio de calidad para nuestros usuarios.

Por último, no debemos olvidar que la salud comunal deber ser trabajada bajo la estrategia de “Salud en Todas las Políticas centrada en las personas”, fortaleciendo estrategias de participación comunitaria, salud familiar y trabajo intersectorial, desarrollando en conjunto con la red comunal y nodo, una oferta de salud con mayor cobertura, mejor acceso, y calidad en la atención.

1.1. - DESCRIPCIÓN DE LA COMUNA



1.1.1.- UBICACIÓN GEOGRÁFICA:

La comuna de Pitrufquén, que en Mapudungun significa “Lugar de Cenizas”, se ubica en la región de La Araucanía (IX) entre los 37º35 y los 39º37 de latitud sur, con una superficie total de 31.842,30 kilómetros cuadrados, equivalentes al 4,2% del territorio nacional.

Dentro de estas demarcaciones geográficas, Pitrufulquén se ubica geográficamente en la provincia de Cautín a 30 Km. al Sur de la comuna de Temuco. Al Norte limita con las Comunas de Teodoro Schmidt y Freire separadas ambas por el río Toltén. Al Este, limita con la Comuna de Villarrica, al Sur con la Comunas de Gorbea y Loncoche y al Oeste con la Comuna de Toltén.

Las principales actividades de la comuna son agrícola, ganadera, forestal e industrial, destacando la producción de leche y maderas nobles.

El clima en Pitrufquén es templado y cálido, con lluvias durante todo el año y llegando a un promedio de 17,4 °C en enero, y 8.0 °C en julio.

Pitrufuquén posee una población 24.813 habitantes, de los cuales 12.772 son mujeres y 12.065 hombres. (Fuente: CENSO 2017).

1.1.2.- ESTRUCTURA DEL SISTEMA DE SALUD LOCAL:

La Salud primaria de la comuna de Pitrufuquén, se encuentra bajo la administración de la Municipalidad de Pitrufuquén, a través del Departamento de Salud municipal.

El Departamento de Salud Municipal es una institución proveedora de servicios de Atención Primaria en Salud, con enfoque en Salud Familiar y en Salud Pública, que aporta al desarrollo integral de las personas, familias y comunidad, otorgando un servicio de calidad, eficiencia y equidad, fomentando la participación social y respetando los intereses y necesidades de los usuarios.

La red de Salud Municipal cuenta con 1 Centro de Salud Familiar, 1 Centro Comunitario Salud Familiar, 1 Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU), 6 postas rurales, 7 estaciones médico rural:

- Centro de Salud Familiar CESFAM Pitrufuquén.
- Centro Comunitario de Salud Familiar CECOSF Ultraestación.
- Centros Locales de Salud Rural:
 - Posta de Salud Rural Comuy
 - Posta de Salud Rural Mahuidanche
 - Posta de Salud Rural Galpones
 - Posta de Salud Rural Millahuin
 - Posta de Salud Rural Puraquina
 - Posta de Salud Rural Polul y Coicoma
- Estaciones Médicos Rurales:
 - Mune
 - Carilafquén.
 - Alto Mirador.
 - Filoco.
 - Reserva Rain.
 - Cascada.
 - Quinque.

1.2.- OBJETIVOS INSTITUCIONALES

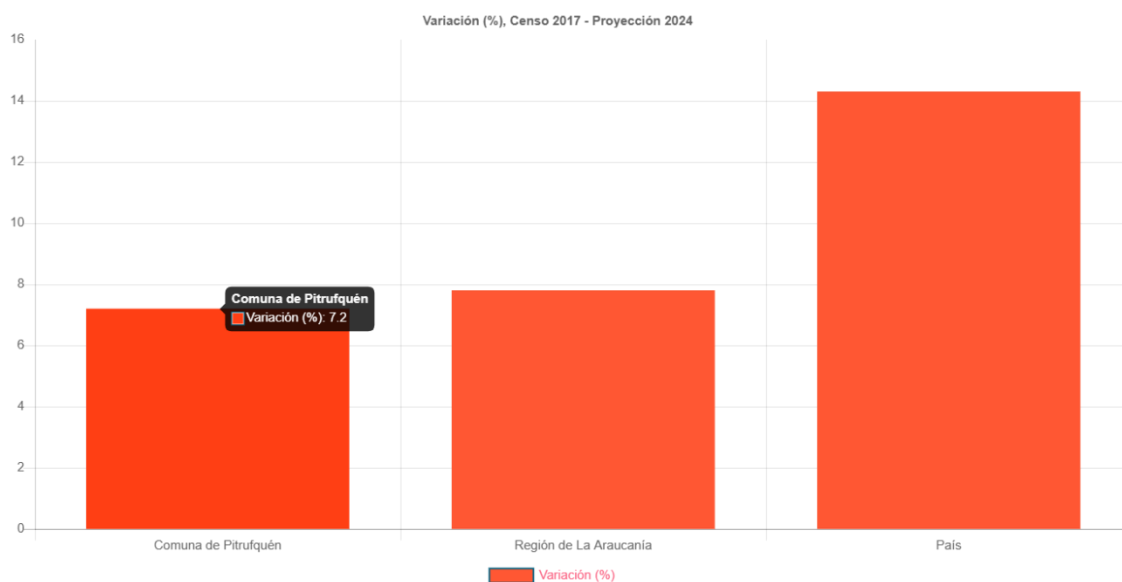
- Misión: El Departamento de Salud Municipal, tiene como finalidad velar por el acceso a la salud pública de la Atención Primaria para los habitantes del territorio urbano y rural de la comuna de Pitrufrquén, cuya función primordial es la de maximizar y mejorar la atención de población en el sistema, buscando promover conductas de autocuidado y bienestar en la salud de su sociedad
- Visión: Se proyecta Avanzar y crecer junto con la Comuna cumpliendo con las necesidades y requerimientos de los usuarios, manifestando el dinamismo necesario acorde a los estándares expuestos por el SSAS, consolidándose como un organismo de calidad brindando una atención de salud integral, oportuna, resolutive y con un alto estándar de calidad a nivel familiar y comunitario, dando acogida a la mejora continua del modelo de salud familiar.
- Valores: Los principios y valores que guían la organización de las redes de salud en el Departamento de Salud son:
 - Salud como un derecho
 - Equidad y solidaridad
 - Accesibilidad
 - Calidad de las acciones
 - Resolutividad
 - Oportunidad de la atención
 - Participación
 - Pertinencia cultural y respeto a la diversidad

2.-INDICADORES DEMOGRÁFICOS

Los datos presentados a continuación, fueron extraídos del Censo de Población y Vivienda 2017, y de las Proyecciones de Población 2023, generadas por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE). Se presentan datos de población, total y desagregados por sexo, zona urbana-rural y grupos de edad; además se entregan indicadores calculados a partir de dichas desagregaciones: índice de masculinidad, índice de dependencia demográfica (o relación de dependencia) e índice de adultos mayores (o índice de envejecimiento).

2.1. - POBLACIÓN TOTAL

UNIDAD TERRITORIAL	CENSO 2017	PROYECCIÓN 2024	VARIACIÓN (%)
Comuna de Pitrufquén	24.837	26.617	7,2
Región de La Araucanía	957.224	1.032.164	7,8
País	17.574.003	20.086.377	14,3



Fuente: Censo de Población y Vivienda 2017, Proyecciones de Población 2024, INE.

2.2.- POBLACIÓN POR ÁREA URBANA-RURAL

UNIDAD TERRITORIAL	CENSO 2017		PROYECCIÓN 2024		% RURALIDAD	
	URBANA	RURAL	URBANA	RURAL	CENSO 2017	PROYECCIÓN 2024
Comuna de Pitrufquén	16.531	8.306	18.487	8.130	33,4	30,5
Región de La Araucanía	678.544	278.680	744.643	287.521	29,1	27,9
País	15.424.263	2.149.740	17.824.977	2.261.400	12,2	11,3

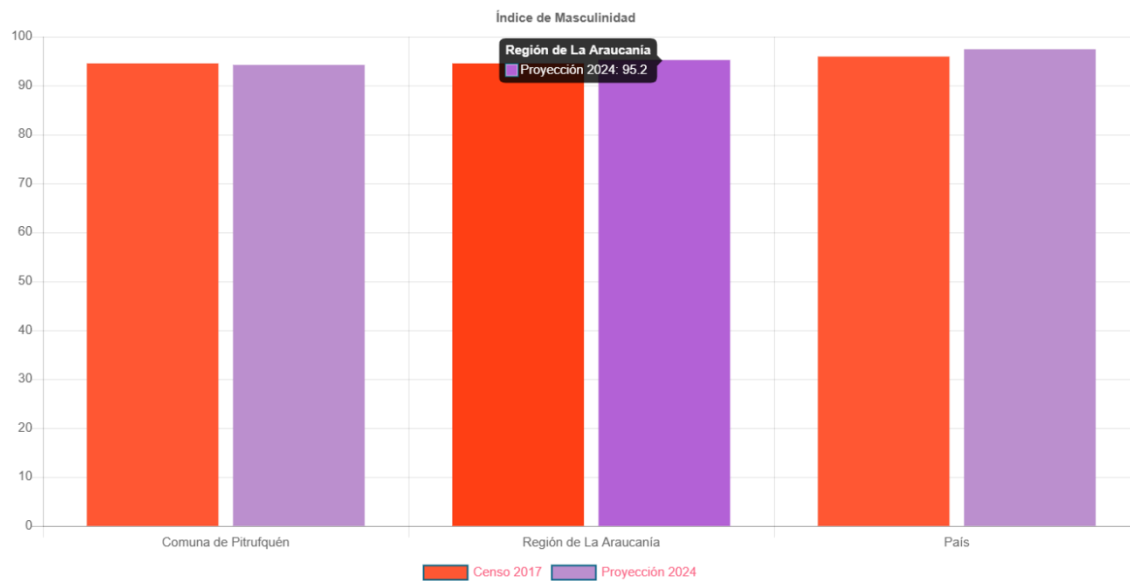
Fuente: Censo de Población y Vivienda 2017, Proyecciones de Población 2024, INE



2.3.- POBLACIÓN POR SEXO E ÍNDICE DE MASCULINIDAD

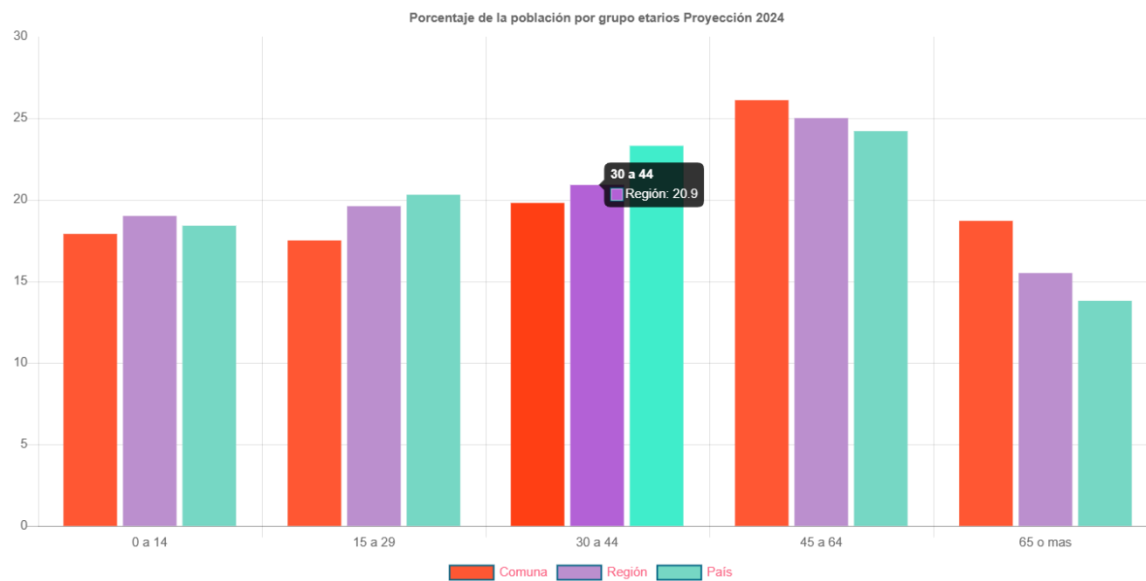
UNIDAD TERRITORIAL	CENSO 2017		PROYECCIÓN 2024		% RURALIDAD	
	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES	CENSO 2017	PROYECCIÓN 2024
Comuna de Pitrufquén	12.065	12.772	12.910	13.707	94,5	94,2
Región de La Araucanía	465.131	492.093	503.438	528.726	94,5	95,2
País	8.601.989	8.972.014	9.910.500	10.175.877	95,9	97,4

Fuente: Censo de Población y Vivienda 2017, Proyecciones de Población 2024, INE



2.4.- POBLACIÓN POR GRUPOS DE EDAD

POBLACIÓN COMUNAL POR GRUPO DE EDAD (N°)			PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN POR GRUPO ETARIOS PROYECCIÓN 2024		
GRUPO EDAD	CENSO 2017	PROYECCION 2024	COMUNA	REGION	PAIS
0 a 14	4.905	4.776	17,9	19,0	18,4
15 a 29	5.056	4.653	17,5	19,6	20,3
30 a 44	4.758	5.267	19,8	20,9	23,3
45 A 64	6.400	6.952	26,1	25,0	24,2
65 o MÁS	3.718	4.969	18,7	15,5	13,8
TOTAL	24.837	26.617	100	100	100



Fuente: Censo de Población y Vivienda 2017, Proyecciones de Población 2024, INE

2.5.- ÍNDICE DE DEPENDENCIA DEMOGRÁFICA (IDD) E ÍNDICE DE ADULTOS MAYORES (IAM)

UNIDAD TERRITORIAL	ÍNDICE DE DEPENDENCIA DEMOGRÁFICA (IDD)		ÍNDICE DE ADULTOS MAYORES (IAM)	
	CENSO 2017	PROYECCION 2024	CENSO 2017	PROYECCION 2024
Comuna de Pitrufuquén	53,2	57,8	75,8	104,0
Región de La Araucanía	50,3	52,7	60,2	81,7
País	45,9	47,5	56,9	74,9

Fuente: Censo de Población y Vivienda 2017, Proyecciones de Población 2024, INE



3. ÍNDICES SOCIALES

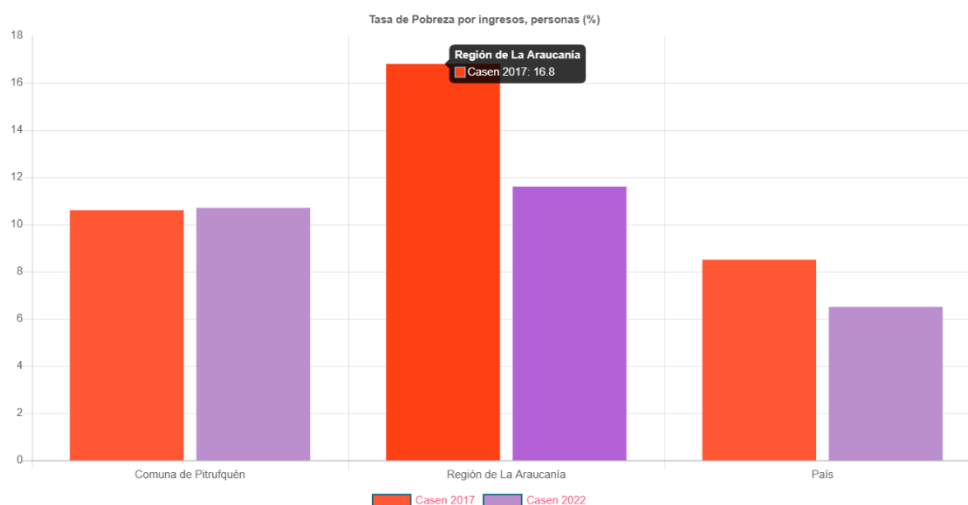
Los datos presentados a continuación, fueron extraídos de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) 2017 y 2022, instrumentos gestionados por el Ministerio de Desarrollo Social y Familia.

Se presenta la tasa de pobreza por ingresos, porcentaje de población que declara pertenecer a pueblos originarios, porcentaje de población que es inmigrante internacional del Censo del año 2017 del INE. También porcentaje de hogares carentes de servicios básicos del RSH a diciembre 2022.

3.1.- TASA DE POBREZA POR INGRESOS, AÑOS 2017 Y 2022

UNIDAD TERRITORIAL	TASA DE POBREZA POR INGRESOS, PERSONAS (%)	
	CASEN 2017	CASEN 2022
Comuna de Pitrufquén	10,6	10,7
Región de La Araucanía	16,8	11,6
País	8,5	6,5

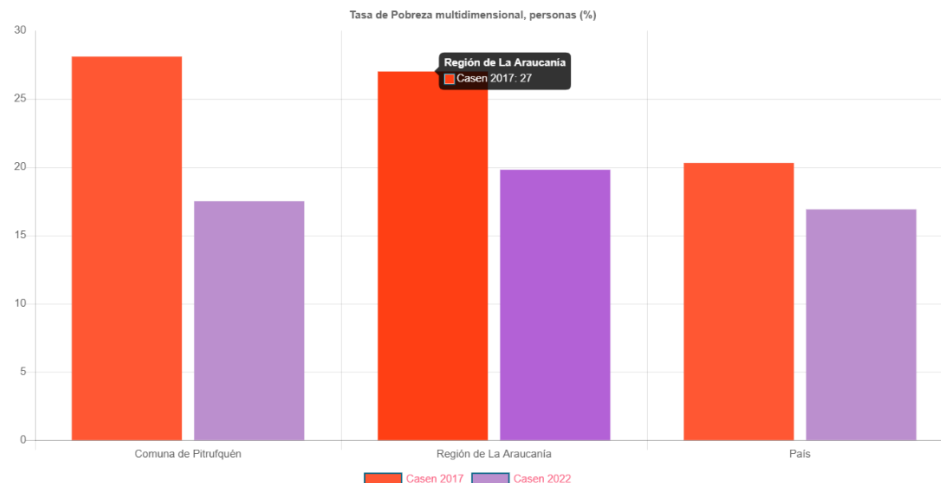
Fuente: Encuesta CASEN 2017 y 2022, MDS



3.2.- TASA DE POBREZA MULTIDIMENSIONAL, AÑOS 2017 Y 2022 (5 DIMENSIONES)

UNIDAD TERRITORIAL	TASA DE POBREZA MULTIDIMENSIONAL, PERSONAS (%)	
	CASEN 2017	CASEN 2022
Comuna de Pitrufquén	28,1	17,5
Región de La Araucanía	27,0	19,8
País	20,3	16,9

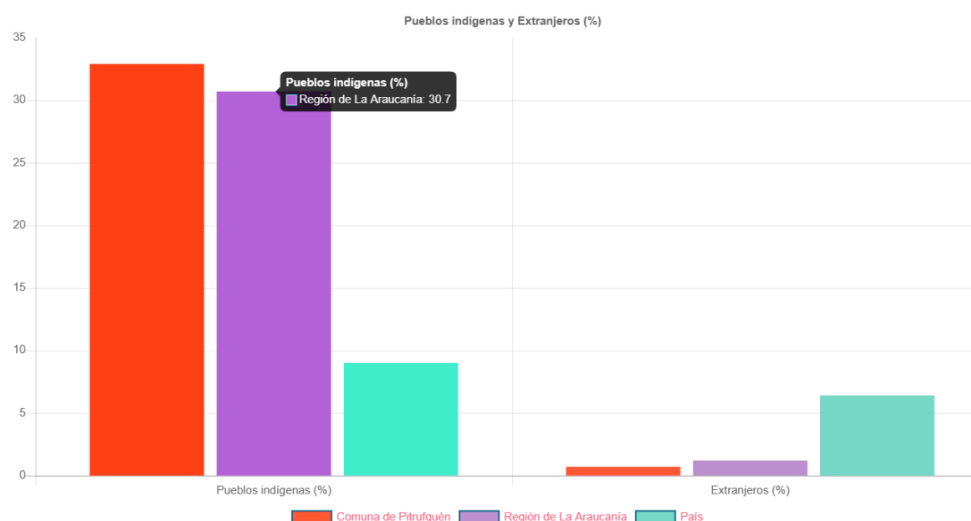
Fuente: Encuesta CASEN 2017 y 2022, MDS



3.3.- PORCENTAJE DE PERSONAS PERTENECIENTES A PUEBLOS ORIGINARIOS RESPECTO A POBLACIÓN TOTAL Y PORCENTAJE DE INMIGRANTES INTERNACIONALES SOBRE POBLACIÓN RESIDENTE, CENSO 2017.

UNIDAD TERRITORIAL	PUEBLOS INDÍGENAS Y EXTRANJEROS (%)	
	PUEBLOS INDÍGENAS (%)	EXTRANJEROS (%)
Comuna de Pitrufquén	32,9	0,7
Región de La Araucanía	30,7	1,2
País	9,0	6,4

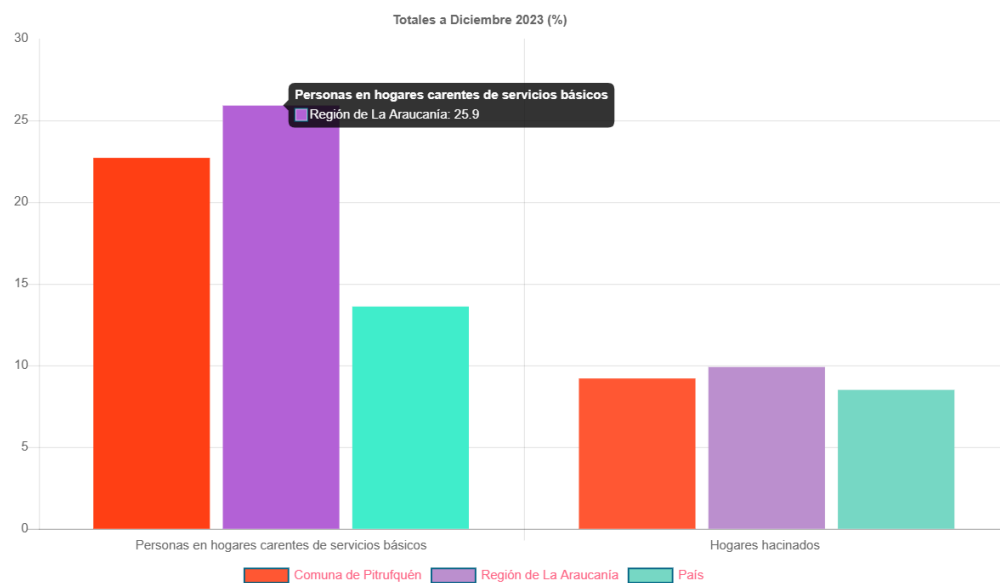
Fuente: Enero 2024, SIIS.T.MDS



3.4.- POBLACIÓN CARENTE DE SERVICIOS BÁSICOS Y HOGARES HACINADOS (% TOTALES, A DICIEMBRE 2023)

UNIDAD TERRITORIAL	TOTALES A DICIEMBRE 2023 (%)	
	PERSONAS EN HOGARES CARENTES DE SERVICIOS BÁSICOS	HOGARES HACINADOS
Comuna de Pitrufrquén	22,7	9,2
Región de La Araucanía	25,9	9,9
País	13,6	8,5

Fuente: SIIS-T MDS



4. INDICADORES DE SALUD

Los datos presentados a continuación, fueron extraídos del Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS), del Ministerio de Salud, del Fondo Nacional de Salud (FONASA).

Se presenta las tasas de fecundidad, natalidad, mortalidad general y mortalidad infantil para el año 2020.

4.1. - POBLACIÓN INSCRITA VALIDADA EN EL DEPARTAMENTO DE SALUD MUNICIPAL DE PITRUFQUÉN, CORTE 31.08.2024

ESTABLECIMIENTO	PERCÁPITA
CESFAM	17.053
CECOSF	3.560
Posta Galpones	645
Posta Polul	311
Posta Comuy	1.089
Posta Millahuin	3.021
Posta Mahuidanche	2.129
Posta Puraquina	357
TOTAL	28.165

Fuente: Corte Percápita con corte al 31.08.2024

4.2.- DISTRIBUCIÓN PERCÁPITA POR ESTABLECIMIENTO Y RANGO ETARIO, CORTE 31.08.2024

CESFAM			
RANGO ETARIO	HOMBRE	MUJER	TOTAL
0 - 4 años	462	459	921
5 - 9 años	563	570	1133
10 - 14 años	626	567	1193
15 - 19 años	518	554	1072
20 - 24 años	537	593	1130
25 - 29 años	515	707	1222
30 - 34 años	545	766	1311
35 - 39 años	494	681	1175
40 - 44 años	506	601	1107
45 - 49 años	420	535	955
50 - 54 años	498	576	1074
55 - 59 años	465	545	1010
60 - 64 años	446	580	1026
65 - 69 años	404	454	858
70 - 74 años	293	356	649
75 - 79 años	220	288	508
80 y +	260	448	708
TOTAL	9280	7772	17054

CESCOF			
RANGO ETARIO	HOMBRE	MUJER	TOTAL
0 - 4 años	57	52	109
5 - 9 años	87	91	178
10 - 14 años	117	103	220
15 - 19 años	166	155	321
20 - 24 años	136	129	265
25 - 29 años	153	137	290
30 - 34 años	131	137	268
35 - 39 años	121	119	240
40 - 44 años	119	141	260
45 - 49 años	99	110	209

50 - 54 años	123	150	273
55 - 59 años	124	124	248
60 - 64 años	107	109	216
65 - 69 años	88	84	172
70 - 74 años	53	59	112
75 - 79 años	29	46	75
80 y +	41	65	106
TOTAL	1794	1811	3560

PSR MAHUIDANCHE			
RANGO ETARIO	HOMBRE	MUJER	TOTAL
0 - 4 años	3	5	8
5 - 9 años	10	10	20
10 - 14 años	45	35	80
15 - 19 años	62	68	130
20 - 24 años	98	69	167
25 - 29 años	108	61	169
30 - 34 años	105	66	171
35 - 39 años	81	51	132
40 - 44 años	82	66	148
45 - 49 años	93	81	174
50 - 54 años	113	92	205
55 - 59 años	85	96	181
60 - 64 años	98	66	164
65 - 69 años	68	54	122
70 - 74 años	50	41	91
75 - 79 años	31	34	65
80 y +	44	57	101
TOTAL	1176	952	2129

PSR MILLAHUIN			
RANGO ETARIO	HOMBRE	MUJER	TOTAL
0 - 4 años	10	11	21
5 - 9 años	51	52	103
10 - 14 años	142	126	268

15 - 19 años	124	155	279
20 - 24 años	94	77	171
25 - 29 años	103	97	200
30 - 34 años	104	105	209
35 - 39 años	74	110	184
40 - 44 años	88	110	198
45 - 49 años	83	122	205
50 - 54 años	110	119	229
55 - 59 años	97	105	202
60 - 64 años	88	106	194
65 - 69 años	72	72	144
70 - 74 años	56	77	133
75 - 79 años	53	59	112
80 y +	67	102	169
TOTAL	1416	1605	3021

PSR COMUY			
RANGO ETARIO	HOMBRE	MUJER	TOTAL
0 - 4 años	16	16	32
5 - 9 años	21	21	42
10 - 14 años	28	24	52
15 - 19 años	37	24	61
20 - 24 años	31	28	59
25 - 29 años	24	30	54
30 - 34 años	25	19	44
35 - 39 años	30	26	56
40 - 44 años	21	36	57
45 - 49 años	36	36	72
50 - 54 años	40	48	88
55 - 59 años	49	42	91
60 - 64 años	41	37	78
65 - 69 años	44	47	91
70 - 74 años	32	39	71
75 - 79 años	27	31	58
80 y +	30	54	84
TOTAL	532	558	1090

PSR GALPONES			
RANGO ETARIO	HOMBRE	MUJER	TOTAL
0 - 4 años	2	1	3
5 - 9 años	6	6	12
10 - 14 años	8	16	24
15 - 19 años	17	16	33
20 - 24 años	29	17	46
25 - 29 años	24	11	35
30 - 34 años	12	12	24
35 - 39 años	13	15	28
40 - 44 años	16	17	33
45 - 49 años	22	19	41
50 - 54 años	18	23	41
55 - 59 años	40	25	65
60 - 64 años	29	32	61
65 - 69 años	31	20	51
70 - 74 años	29	23	52
75 - 79 años	21	22	43
80 y +	30	23	53
TOTAL	347	298	645

PSR PURAQUINA			
RANGO ETARIO	HOMBRE	MUJER	TOTAL
0 - 4 años	5	2	7
5 - 9 años	5	9	14
10 - 14 años	14	8	22
15 - 19 años	7	11	18
20 - 24 años	8	12	20
25 - 29 años	12	9	21
30 - 34 años	9	12	21
35 - 39 años	7	12	19
40 - 44 años	8	6	14
45 - 49 años	8	13	21
50 - 54 años	14	12	26
55 - 59 años	19	11	30
60 - 64 años	8	11	19

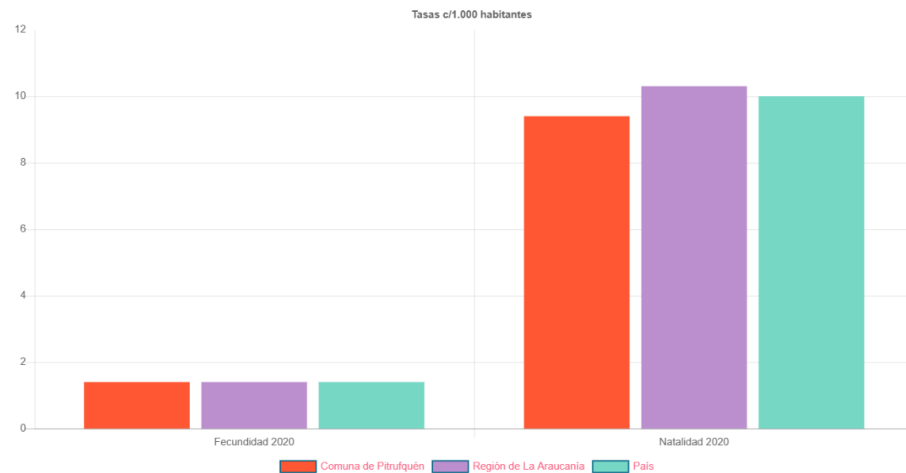
65 - 69 años	13	10	23
70 - 74 años	14	12	26
75 - 79 años	10	13	23
80 y +	17	16	33
TOTAL	178	179	357

PSR POLUL COICOMA			
RANGO ETARIO	HOMBRE	MUJER	TOTAL
0 - 4 años	4	6	10
5 - 9 años	4	4	8
10 - 14 años	6	10	16
15 - 19 años	4	4	8
20 - 24 años	4	8	12
25 - 29 años	11	10	21
30 - 34 años	6	8	14
35 - 39 años	7	7	14
40 - 44 años	14	8	22
45 - 49 años	9	8	17
50 - 54 años	17	12	29
55 - 59 años	14	13	27
60 - 64 años	18	12	30
65 - 69 años	14	13	27
70 - 74 años	14	6	20
75 - 79 años	8	8	16
80 y +	12	8	20
TOTAL	166	145	311

4.3.- TASAS GLOBAL DE FECUNDIDAD Y TASA DE NATALIDAD, AÑO 2020

UNDAD TERRITORIAL	TASAS CADA 1000 HABITANTES	
	FECUNDIDAD 2020	NATALIDAD 2020
Comuna de Pitrufquén	1,4	9,4
Región e La Araucanía	1,4	10,3
País	1,4	10,0

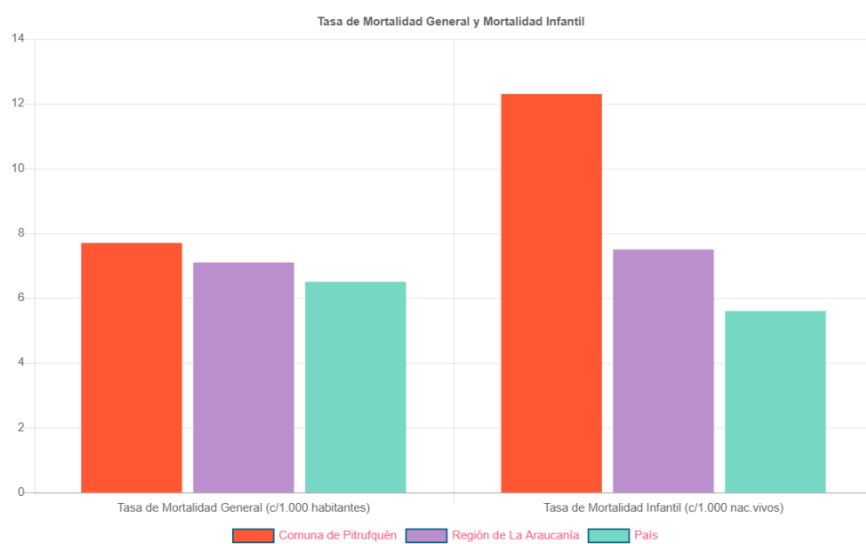
Fuente: DEIS, MINSAL



4.4.- TASAS DE MORTALIDAD GENERAL Y TASA DE MORTALIDAD INFANTIL, AÑO 2020

UNIDAD TERRITORIAL	TASA DE MORTALIDAD GRAL (CADA 1.000 HABITANTES.)	TASA DE MORTALIDAD INFANTIL (CADA 1.000 HABITANTES)
Comuna de Pitrufquén	7,7	12,3
Región de La Araucanía	7,1	7,5
País	6,5	5,6

Fuente: DEIS, MINSAL



TASA DE MORTALIDAD POR RANGO ETARIO Y SEXO EN LA COMUNA DE PITRUFQUÉN		
EDAD	HOMBRE	MUJER
0-4 años	1.3	0
5-9 años	0	0
10-14 años	0	0
15-19 años	0	0
20-24 años	0	0
25-29 años	3.7	0
30-34 años	0	0
35-39 años	2.5	1.1
40-44 años	2.3	0
45-49 años	4.5	4.4
50-54 años	6.7	1.2
55-59 años	8.3	8.5
60-64 años	18.2	4.2
65-69 años	15.9	8.5
70-74 años	16.9	11.2
75-79 años	48.5	15.4
80 Y MÁS AÑOS	94	66.7

Tasa por 1000 habitantes. Fuente: DEIS 2023

Con respecto a la mortalidad por causas específicas, para el periodo 2012-2016, en 10 problemas de salud las tasas de mortalidad de la comuna se ubican por sobre las tasas regionales (tasas en rojo), destacan el 2,8 más de muertes por suicidios en mujeres de la comuna, respecto de la región (tasa ajustada por 100 mil habitantes). Gráfico 3.

Gráfico 3: Tasa de mortalidad específica, periodo 2012 – 2016*.

Unidad territorial	País	Región	Provincia	Pitrufquén
Suicidios ambos sexos	10,17	12,39	11,44	13,13
Suicidios hombres	16,79	22,28	20,19	21,16
Suicidios mujeres	3,68	2,72	2,96	5,26
Enf.Esquemica Corazón ambos sexos	45,26	35,62	36,65	40,35
Enf.Esquemica Corazón hombres	55,88	43,37	45,00	50,09
Enf.Esquemica Corazón mujeres	34,84	27,53	28,23	30,31
AVC ambos sexos	48,85	55,06	53,58	47,91
ACV hombres	48,21	56,77	55,58	52,53
ACV mujeres	49,48	52,83	51,34	42,90
Ca.Colon ambos sexos	9,69	9,89	10,23	11,06
Ca.Colon hombres	9,05	8,83	9,46	14,11
Ca.Colon mujeres	10,31	10,90	10,96	7,80
Ca.Vesícula ambos sexos	9,54	15,59	14,82	12,99
Ca.Vesícula hombres	6,00	8,87	8,82	7,37
Ca.Vesícula mujeres	13,01	22,36	20,75	18,85
Ca.mama mujeres	8,12	7,35	7,55	4,99
Ca.Cu mujeres	9,99	10,18	9,70	4,62
Ca.Estómago ambos sexos	18,50	23,66	21,97	17,94
Ca.Estómago hombres	24,71	31,79	29,67	25,89
Ca.Estómago mujeres	12,41	15,18	14,13	9,67
Ca.Pulmón ambos sexos	17,07	10,53	10,58	11,18
Ca.Pulmón hombres	20,49	10,89	11,53	11,17
Ca.Pulmón mujeres	13,72	10,12	9,62	11,31

*Tasa de mortalidad específica calculada por 100 mil habitantes.

Fuente: elaboración propia en base a DEIS 2012-2016

4.5.-DEFUNCIONES DE 60 AÑOS Y MÁS, E ÍNDICE DE SWARROOP POR SEXO, REGIÓN Y COMUNA DE RESIDENCIA 2012

Región y comuna	Mortalidad General*						ÍNDICE DE SWARROOP**		
	Ambos Sexos		Hombre		Mujer				
	Defunciones	Tasa	Defunciones	Tasa	Defunciones	Tasa	Ambos Sexos	Hombre	Mujer
Total País	98.711	5,7	51.814	6,0	46.897	5,3	77,4%	72,0%	83,4%
De Arica y Parinacota	1.175	6,5	608	7,0	567	6,0	75,1%	68,8%	81,8%
De Tarapacá	1.325	4,0	742	4,3	583	3,7	70,5%	63,5%	79,4%
De Antofagasta	2.820	4,8	1.542	5,0	1.278	4,5	69,8%	63,7%	77,2%
De Atacama	1.447	5,1	795	5,5	652	4,7	74,8%	70,8%	79,8%
De Coquimbo	3.986	5,4	2.125	5,8	1.861	5,0	78,2%	74,6%	82,4%
De Valparaíso	11.677	6,5	5.909	6,7	5.768	6,3	81,5%	76,5%	86,6%
Metropolitana de Santiago	37.286	5,3	18.849	5,5	18.437	5,1	77,9%	72,0%	83,9%
Del Libertador B. O'Higgins	5.283	5,9	2.910	6,4	2.373	5,3	75,0%	70,3%	80,7%
Del Maule	6.333	6,2	3.478	6,8	2.855	5,6	78,0%	74,1%	82,7%
Del Biobío	12.087	5,9	6.482	6,4	5.605	5,4	76,9%	71,6%	83,0%
De La Araucanía	6.002	6,1	3.235	6,6	2.767	5,6	78,7%	74,6%	83,5%
De Los Ríos	2.633	6,9	1.425	7,5	1.208	6,3	78,4%	73,3%	84,4%
De Los Lagos	5.050	5,9	2.792	6,4	2.258	5,4	73,5%	66,7%	81,8%
De Aisén del Gral. C. Ibáñez del Campo	601	5,6	361	6,4	240	4,7	72,2%	66,8%	80,4%
De Magallanes y de La Antártica Chilena	1.006	6,3	561	6,7	445	5,9	75,6%	70,2%	82,5%

* Por 1000 habitantes

** Porcentaje de defunciones ocurridas en personas de 60 años y más. Reformulación del índice de Swarrop propuesta por Rodrigues de Paiva; Juliano; Ferreira Novo; Leser Revista. Salud Pública Vol.21 no.2, 1987

Región y comuna	Mortalidad General*						ÍNDICE DE SWARROOP**		
	Ambos Sexos		Hombre		Mujer				
	Defunciones	Tasa	Defunciones	Tasa	Defunciones	Tasa	Ambos Sexos	Hombre	Mujer
Total País	98.711	5,7	51.814	6,0	46.897	5,3	77,4%	72,0%	83,4%
De La Araucanía	6.002	6,1	3.235	6,6	2.767	5,6	78,7%	74,6%	83,5%
Temuco	1.516	4,8	724	4,8	792	4,9	79,1%	74,2%	83,6%
Carahue	171	6,7	93	7,1	78	6,3	74,9%	69,9%	80,8%
Cunco	136	7,2	81	9,0	55	5,6	78,7%	77,8%	80,0%
Curarrehue	46	6,0	27	6,5	19	5,3	76,1%	77,8%	73,7%
Freire	181	6,5	99	6,8	82	6,1	77,3%	73,7%	81,7%
Galvarino	87	8,0	46	8,4	41	7,7	77,0%	76,1%	78,0%
Gorbea	125	8,1	65	8,5	60	7,7	84,8%	83,1%	86,7%
Lautaro	226	6,3	130	7,2	96	5,3	79,2%	74,6%	85,4%
Loncoche	176	8,1	104	9,7	72	6,6	81,8%	80,8%	83,3%
Melipeuco	51	9,4	28	10,3	23	8,5	84,3%	82,1%	87,0%
Nueva Imperial	265	8,1	139	8,4	126	7,9	80,8%	74,1%	88,1%
Padre Las Casas	355	4,7	183	4,8	172	4,5	76,3%	72,7%	80,2%
Perquenco	36	5,2	14	3,9	22	6,5	83,3%	78,6%	86,4%
Pitrufquén	180	7,4	114	9,6	66	5,4	77,8%	72,8%	86,4%
Pucón	125	3,7	70	4,1	55	3,4	77,6%	71,4%	85,5%
Saavedra	92	7,0	56	8,3	36	5,5	84,8%	80,4%	91,7%
Teodoro Schmidt	137	8,7	77	9,4	60	7,9	78,1%	71,4%	86,7%
Toltén	85	8,5	47	9,1	38	7,8	84,7%	80,9%	89,5%
Vilcún	153	6,4	85	7,0	68	5,7	78,4%	75,3%	82,4%

Villarrica	323	5,4	171	5,8	152	5,1	78,3%	73,1%	84,2%
Cholchol	80	7,3	50	9,1	30	5,5	71,3%	64,0%	83,3%
Angol	341	6,7	189	7,7	152	5,7	78,0%	75,7%	80,9%
Collipulli	137	6,4	79	7,7	58	5,3	73,0%	70,9%	75,9%
Curacautín	133	8,8	72	9,9	61	7,7	82,0%	75,0%	90,2%
Ercilla	56	6,2	35	7,6	21	4,7	73,2%	68,6%	81,0%
Lonquimay	63	5,5	41	6,5	22	4,2	69,8%	63,4%	81,8%
Los Sauces	60	9,8	36	11,9	24	7,7	81,7%	83,3%	79,2%
Lumaco	73	7,2	47	8,7	26	5,5	75,3%	74,5%	76,9%
Purén	103	9,1	61	10,9	42	7,3	77,7%	78,7%	76,2%
Renaico	76	8,5	44	10,3	32	6,9	76,3%	61,4%	96,9%
Traiguén	195	11,0	99	11,2	96	10,7	79,0%	78,8%	79,2%
Victoria	219	6,7	129	8,2	90	5,3	82,2%	78,3%	87,8%

4.6.- TASA DE MORTALIDAD EN HOMBRES Y MUJERES POR QUINQUENIOS, SSASUR 2007-2016

Unidad territorial	Tasa de mortalidad general en hombres			Unidad territorial	Tasa de mortalidad general en mujeres		
	Periodo 2007-2011	Periodo 2012-2016	Variación		Periodo 2007-2011	Periodo 2012-2016	Variación
Perquenco	674,4	537,5	-136,9	Perquenco	762,8	536,1	-226,6
Pitrufquén	790,7	666,7	-124,0	Pitrufquén	609,3	463,6	-145,7
Carahue	770,9	663,9	-106,9	Lautaro	705,6	577,5	-128,1
Galvarino	730,3	636,5	-93,8	Galvarino	724,5	630,3	-94,2
P. Las Casas	652,3	569,6	-82,8	Pucón	559,4	474,3	-85,0
T. Schmidt	728,0	646,4	-81,5	P. Las Casas	591,5	515,8	-75,7
Temuco	771,1	692,7	-78,4	Vilcún	620,5	546,4	-74,0
Lautaro	715,3	646,2	-69,1	N. Imperial	648,1	589,4	-58,7
País	673,7	609,6	-64,1	Cholchol	610,5	557,3	-53,2
Provincia	705,4	644,7	-60,7	Provincia	598,6	547,5	-51,1
Loncoche	708,6	650,5	-58,1	Temuco	592,2	542,9	-49,3
Cunco	653,7	599,3	-54,4	Región	603,2	556,3	-46,9
Región	706,9	652,7	-54,2	País	571,6	533,4	-38,3
Vilcún	658,7	607,9	-50,8	Carahue	599,4	563,9	-35,5
Freire	723,2	672,8	-50,4	Gorbea	570,0	546,0	-24,0
Toltén	610,4	568,6	-41,7	Cunco	598,7	579,0	-19,8
N. Imperial	732,9	694,1	-38,8	Villarrica	569,4	553,1	-16,3
Curarrehue	631,5	607,9	-23,7	Toltén	528,5	513,1	-15,4
Villarrica	630,8	607,4	-23,4	Melipeuco	498,4	490,0	-8,4
Gorbea	686,0	664,1	-21,9	Saavedra	624,2	615,9	-8,3
Pucón	550,3	548,0	-2,3	Freire	623,2	620,7	-2,5
Melipeuco	579,4	623,1	43,7	T. Schmidt	561,0	570,4	9,4
Saavedra	846,2	890,8	44,7	Loncoche	560,5	599,0	38,6
Cholchol	622,3	693,7	71,4	Curarrehue	503,7	550,1	46,4

Fuente: base de datos de defunciones 2007 - 2016, DEIS. *tasa calculada por 100 mil hab.

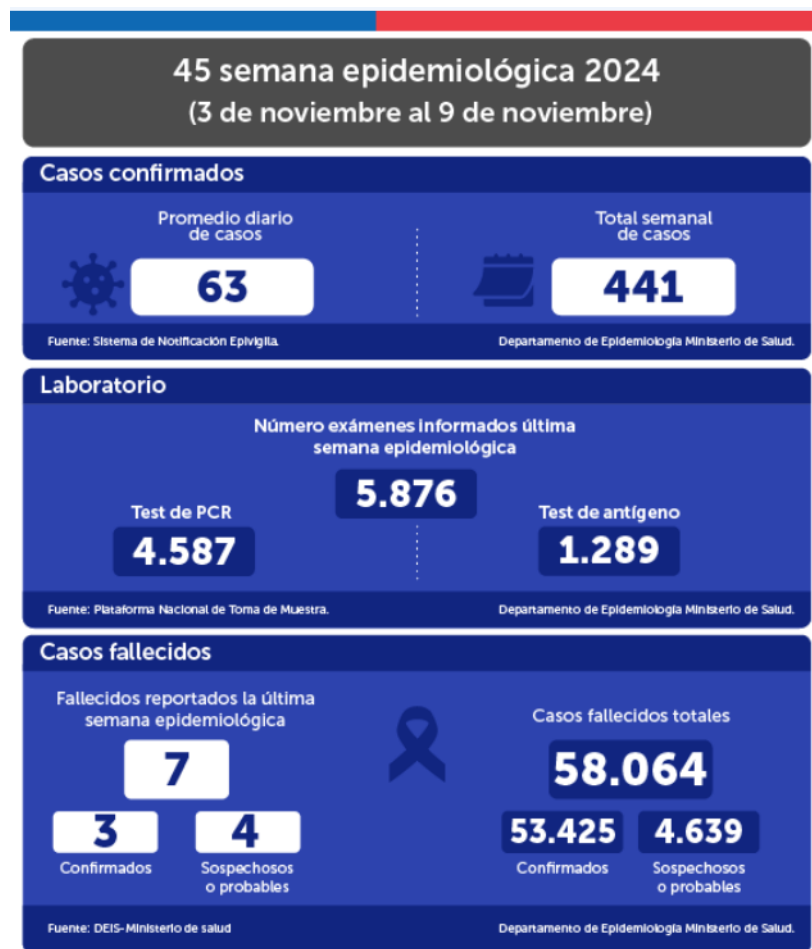
En mujeres en tanto, la tasa de mortalidad general en ambos quinquenios es más baja en comparación que la de los hombres, y si bien la brecha de mortalidad, de 53%, en el primer quinquenio entre la comuna con la tasa de mortalidad más alta (Perquenco) y la más baja (Melipeuco) fue la misma que en los hombres, en el segundo quinquenio dicha razón de mortalidad se redujo a un 34% más en la comuna con la tasa de mortalidad más alta (Galvarino) y la comuna con la tasa de mortalidad general más baja que fue Pitrufquén.

4.7.- TASA DE FALLECIDOS POR COVID-19

UNIDAD TERRITORIAL	TASA DE FALLECIDOS POR COVID-19 AL 09 DE ENERO DE 2023
Comuna de Pitrufquén	525,0
Región de La Araucanía	433,2
País	447,6

Fuente: Elaboración propia en base “Casos fallecidos por comuna” Datos COVID-19

Cabe señalar que en la actualidad sólo se entregan reportes de semana epidemiológica a nivel nacional, donde se muestra el cuadro que sigue:



5. INDICADORES DE SEGURIDAD

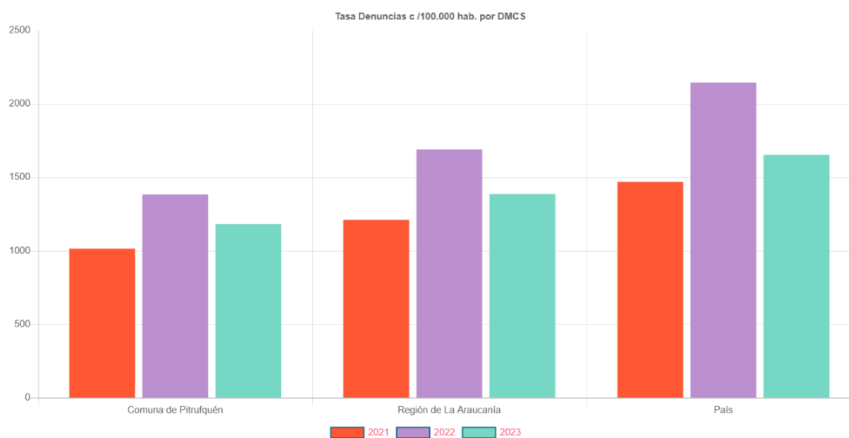
Los datos presentados a continuación, fueron extraídos desde la sección Estudio y Análisis del Delito – Estadísticas Delictuales, de la Subsecretaría de Prevención del Delito.

Los datos corresponden a las Tasas de Denuncia por Delitos de Mayor Connotación Social y Violencia Intrafamiliar, años 2021, 2022 y 2023.

5.1.-TASA DENUNCIAS C/100.000 HAB. POR DELITOS DE MAYOR CONNOTACIÓN SOCIAL AÑOS 2021, 2022 Y 2023

UNIDAD TERRITORIAL	2021	2022	2023
Comuna de Pitrufquén	1.013,5	1.383,9	1.181,2
Región de La Araucanía	1.209,7	1.689,7	1.386,0
País	1.468,5	2.145,1	1.652,6

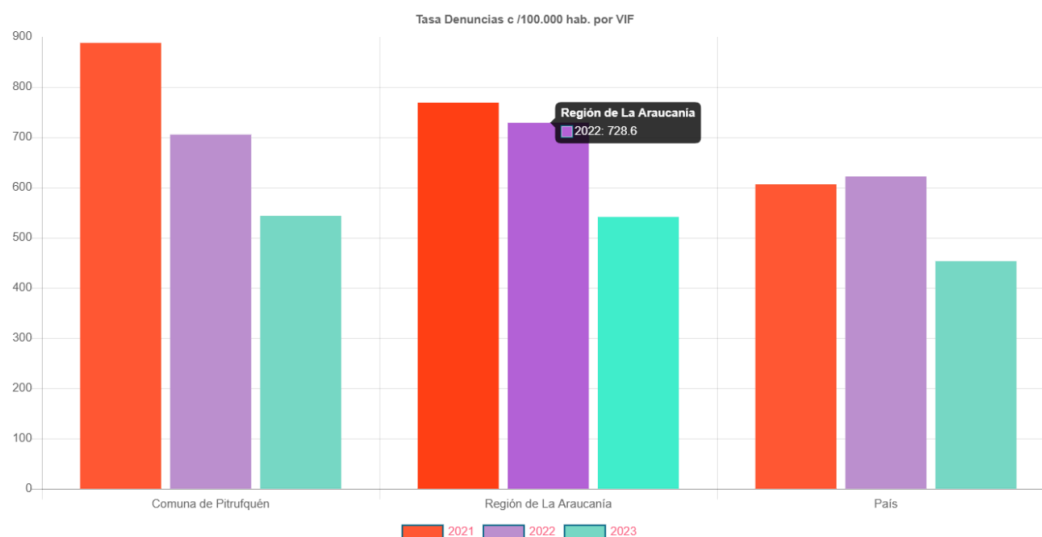
Fuente: Subsecretaría Prevención del Delito, Min. Interior



5.2.- TASA DENUNCIAS CADA 100.000 HAB. POR VIOLENCIA INTRAFAMILIAR , AÑOS 2021, 2022 Y 2023

UNIDAD TERRITORIAL	2021	2022	2023
Comuna de Pitrufquén	887,8	705,2	543,4
Región de La Araucanía	768,8	728,6	541,2
País	606,1	621,7	453,1

Fuente: Subsecretaría Prevención del Delito, Min. Interior



6.-DETERMINANTES SOCIALES

El proceso de planificación y programación de la red, se enmarca en el modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria, el cual ha sido definido como un modelo de relación de los miembros de los equipos de salud del sistema sanitario con las personas, sus familias y la comunidad de un territorio, en el que se pone a las personas en el centro de la toma de decisión, se les reconoce como integrantes de un sistema sociocultural diverso y complejo, donde sus miembros son activos en el cuidado de su salud y el sistema de salud se organiza en función de las necesidades de los usuarios, orientándose a buscar el mejor estado

de bienestar posible, a través de una atención de salud integral, oportuna, de alta calidad y resolutive, en toda la red de prestadores, la que además es social y culturalmente aceptada por la población, ya que considera las preferencias de las personas, la participación social en todo su quehacer - incluido el intersector - y la existencia de sistemas de salud indígena.

”El modelo, en lo esencial, describe las condiciones que permitan satisfacer las necesidades y expectativas de las personas respecto a mantenerse sano o saludable, mejorar su estado de salud actual (en caso de enfermedad), ello mediante el logro de los objetivos nacionales de salud y el fortalecimiento de la eficiencia, efectividad y eficacia de las intervenciones, en un contexto de políticas públicas de fomento y promoción de la salud de las personas y comunidades, acorde al mejoramiento de determinantes sociales de la salud.

La operacionalización de los principios del Modelo se efectúa en el marco de un trabajo en red y en equipo.

A continuación, se revisan su conceptualización y aplicabilidad. Centrado en las personas: Considera las necesidades y expectativas de las personas y sus familias, desde su particular forma de definir las y priorizarlas, para lo cual se debe establecer un modelo de relación, entre el equipo de salud, las personas, sus familias y la comunidad, basado en la corresponsabilidad del cuidado de la salud y enfatizando en los derechos y deberes de las personas, tanto del equipo de salud como de los usuarios. El eje del proceso de atención está centrado en las personas, “en su integralidad física, mental, espiritual y social”. La persona es así, vista como un ser social perteneciente a una familia y una comunidad, en un proceso de integración y adaptación al medio físico, social y cultural. La atención centrada en la persona requiere de cuatro conceptos clave:

- **Dignidad y respeto:** se refiere a que los equipos de salud escuchan y respetan el punto de vista y decisiones de las personas y familias e incorporan en los planes de cuidados sus conocimientos, valores, creencias y características culturales.
- **Intercambio de información:** se refiere a la comunicación y el traspaso de información completa y de forma positiva entre el equipo de salud y las personas. La información que

reciban las últimas, debe ser amplia, oportuna y fidedigna para que puedan participar efectivamente en la toma de decisiones acerca de su salud.

- **Participación:** que exige que las personas se motiven y reciban apoyo para participar en la toma de decisiones sobre su salud en todos los niveles de atención.
- **Colaboración:** se expresa en una relación cooperativa entre las personas, las familias y el equipo de salud, para desarrollar, aplicar y evaluar las acciones de salud y prestación de los servicios. Integralidad: El concepto de integralidad, ha sido definido desde al menos dos aproximaciones complementarias, una referida a los niveles de prevención y la otra, a la comprensión multidimensional de los problemas de las personas. Es una función de todo el sistema de salud e incluye la promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos. Implica que la cartera de servicios disponibles debe ser suficiente para responder a las necesidades de salud de la población, desde una aproximación biopsicosocial-espiritual y cultural del ser humano. Considera el sistema de creencias y significados que las personas le dan a los problemas de salud y las terapias socialmente aceptables. Continuidad del cuidado: La continuidad de la atención se puede definir desde la perspectiva de las personas que se atienden, corresponde al grado en que una serie de eventos del cuidado de la salud, son experimentados como coherentes y conectados entre sí en el tiempo. Desde la perspectiva de los sistemas de salud, corresponde a la continuidad clínica, funcional y profesional. La continuidad del cuidado significa brindar y resguardar el cuidado en distintos escenarios desde el domicilio a los centros hospitalarios. La estrategia de cuidado integral centrado en la persona en contexto de multimorbilidad viene a complementar y materializar la consecución de los principios del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria (MAIS).

7.-DESCRIPCIÓN DE LA RED ASISTENCIAL

El Departamento de Salud Municipal de Pitrufquén, está ubicado en calle Francisco Bilbao N° 523, en el centro de la comuna, contando con buena accesibilidad vial para el acceso de los usuarios.

Posee los siguientes establecimientos:

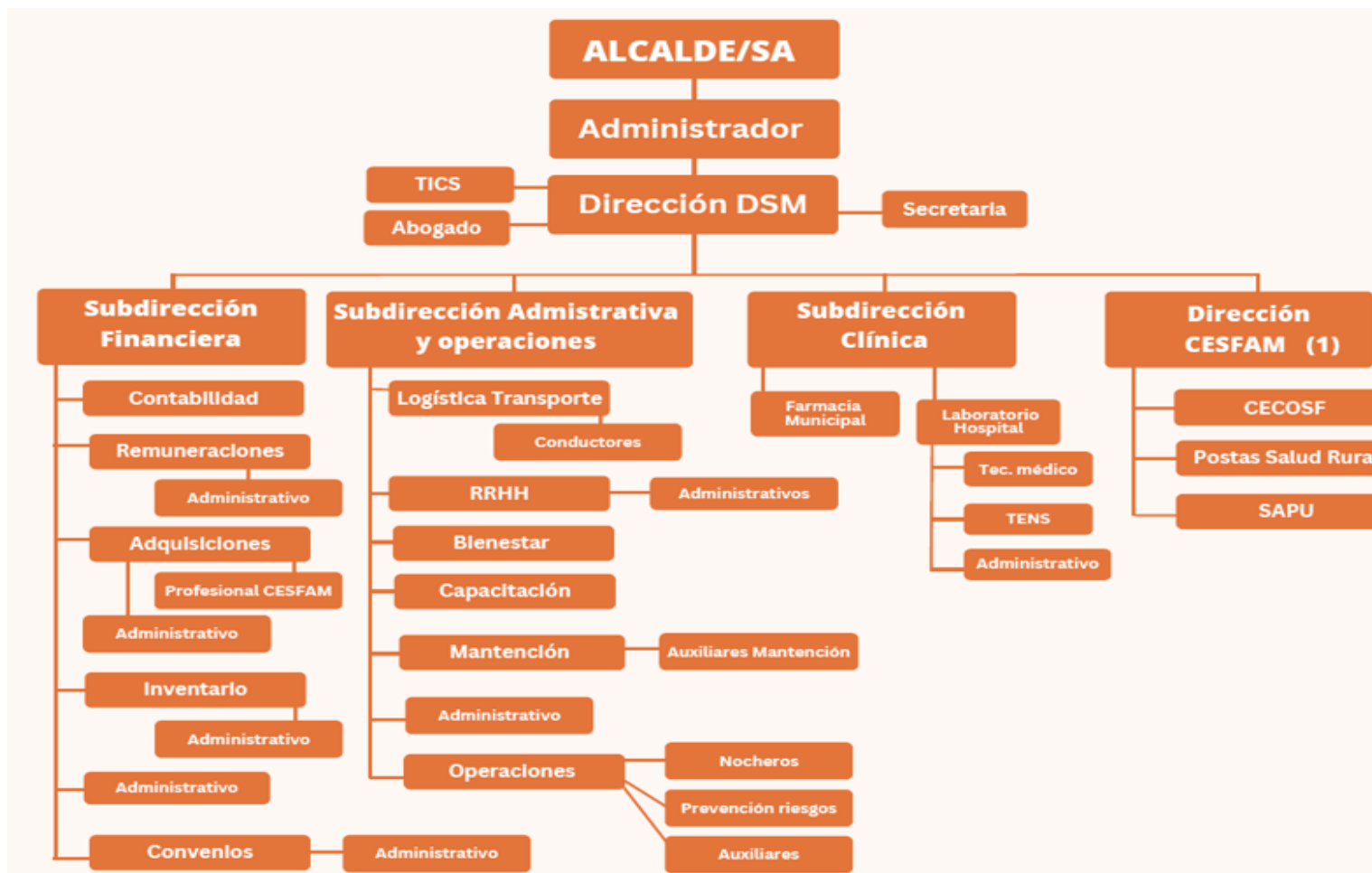
- Centro de Salud Familiar CESFAM Pitrufquén.
- Centro Comunitario de Salud Familiar CECOSF Ultraestación.
- Centros Locales de Salud Rural:
 - Posta de Salud Rural Comuy
 - Posta de Salud Rural Mahuidanche
 - Posta de Salud Rural Galpones
 - Posta de Salud Rural Millahuin
 - Posta de Salud Rural Puraquina
 - Posta de Salud Rural Polul y Coicoma
 - Siete Estaciones Médico Rurales

Figura 1. Principios del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario

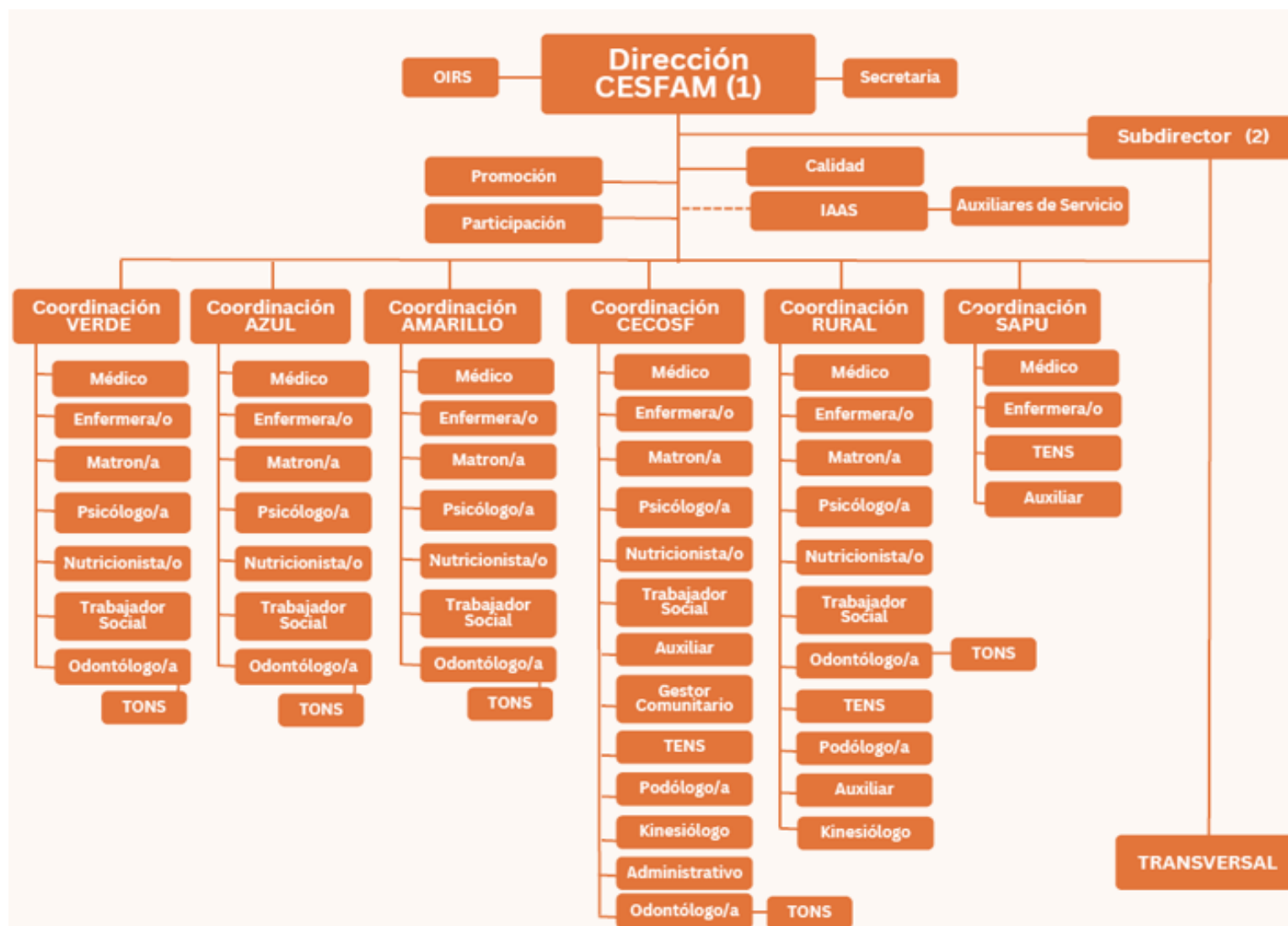


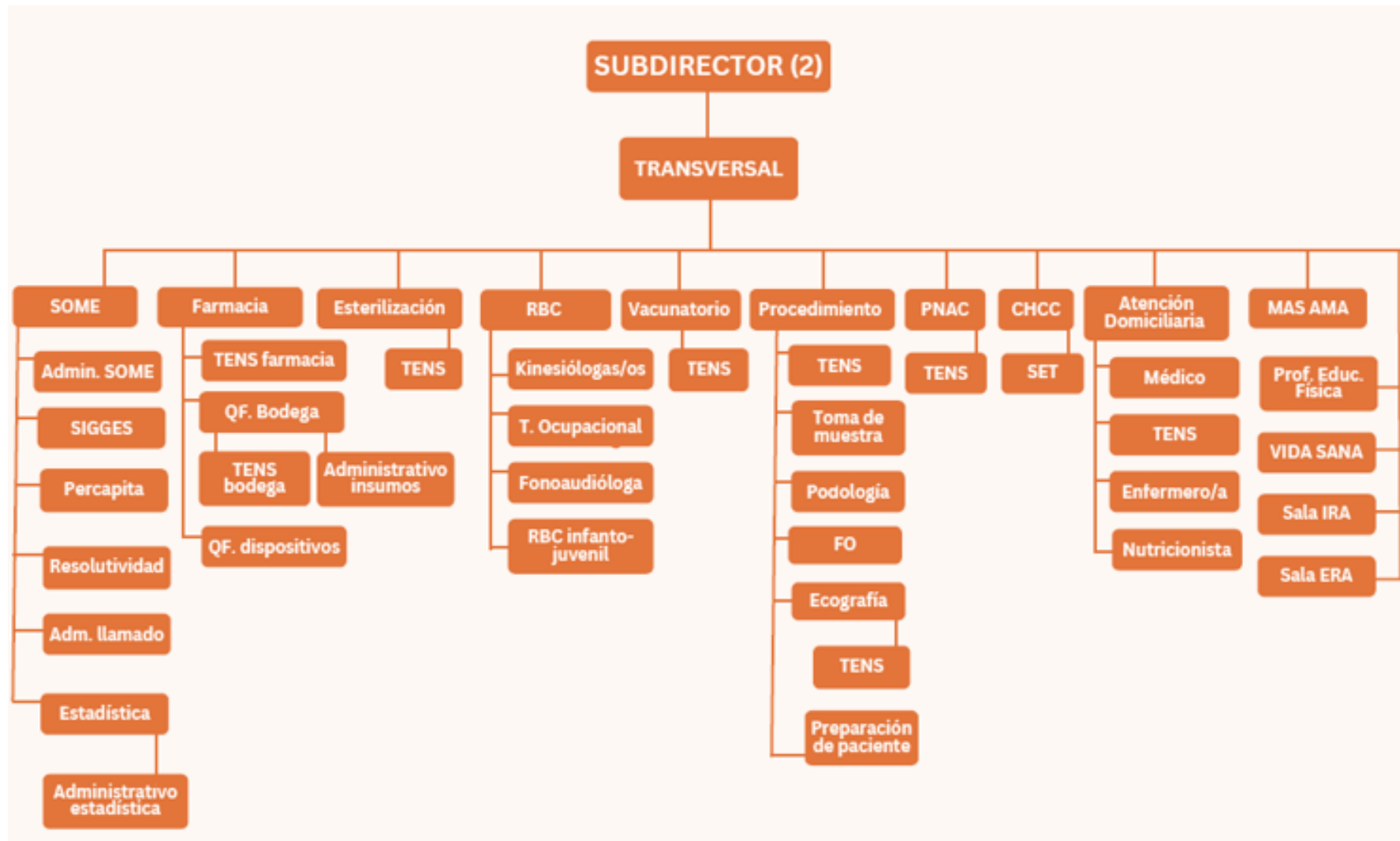
7.1. - ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL DEL DSM Y DISPOSITIVOS

ORGANIGRAMA DEPARTAMENTO DE SALUD MUNICIPAL DE PITRUFQUÉN



ORGANIGRAMA CENTRO DE SALUD FAMILIAR PITRUFQUÉN





Hospitales Nodo

- H. Lautaro
- H. Nya Imperial
- **H. Pitrufquén**
- H. Villarrica
- CAPLC

La red de salud de la comuna de Pitrufrquén, está conformada por la Atención primaria, la cual está integrada por: CESFAM Pitrufrquén, CECOSF Ultraestación, seis Postas de Salud Rural y siete Estaciones Médico Rurales.

40

7.2.1.- CESFAM PITRUFQUÉN.

El Centro de Salud Familiar (CESFAM) de la comuna Pitrufoquén, es una institución adscrita al sistema estatal de salud que funciona bajo la Implementación del “Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria”, en el cual se establecen los principios que orientan el quehacer de los equipos de salud en la red asistencial, desde la anticipación al daño hasta la rehabilitación, de manera cada vez más inclusiva de otras necesidades de salud en el espacio de la familia y la comunidad.

El principal método de financiamiento de este centro de salud es el per cápita, proporcionado por la validación de población que proporcione el fondo nacional de salud. En este contexto el año 2024, nuestros inscritos a nivel comunal alcanzan los **28.165** usuarios efectivamente inscritos y atendidos en los diferentes dispositivos de atención primaria comunales (fuente, FONASA 2024), siendo en CESFAM al corte de Agosto de 2024, un total de **17.053** usuarios.

El CESFAM Pitrufoquén otorga prestaciones de atención abierta. Este establecimiento forma parte del Nudo Sur de la Red Asistencial del Servicio de Salud Araucanía Sur, provincia de Cautín. Nuestro establecimiento viene desarrollando acciones tendientes a lograr que las prestaciones en Salud demandadas por el paciente sean seguras, oportunas, de calidad y en continuo mejoramiento.

Actualmente la Reforma del Sector Salud, la Ley de los Deberes y Derechos de las personas, la ley de Autoridad Sanitaria y el GES, constituyen un desafío adicional para los programas de calidad en marcha, ya que establecen directrices, normas, protocolos específicos que deben ser cumplidos y que apuntan a una gestión de Servicios de Calidad.

En este contexto y con el propósito de mejorar permanentemente sus servicios de atención, el CESFAM Pitrufoquén se ha propuesto instalar la Calidad y la Seguridad de la atención de salud, a través de la implementación de la Política que se enuncia, estableciendo líneas de trabajo para así mejorar la calidad técnica de la institución y la calidad percibida por sus pacientes.

7.2.2. CECOSF ULTRAESTACIÓN

El Centro Comunitario de Salud Familiar (CECOSF), depende de CESFAM Pitrufoquén, su objetivo es otorgar una atención integral de excelente calidad, centrada en las personas y sus familias, enfocada en el ámbito preventivo y promocional, trabajando bajo el Modelo de Salud Integral con Enfoque Familiar y

Comunitario, cuya población beneficiaria percapitada al corte 31 de Agosto de 2024 de **3.560** usuarios.

CECOSF constituye un equipo de cabecera con una población asignada bajo su jurisdicción, perteneciente al sector poniente de la comuna de Pitrufquén, tiene carácter multidisciplinario y tiene como misión cumplir las metas y objetivos que anualmente determine su convenio y las orientaciones programáticas.

Actualmente cuenta con una dotación, la cual se muestra a continuación

CARGO	N° DE HORAS 2024
Trabajadora Social Coordinadora	22
Trabajadora Social	22
Enfermera	44
Matrona	44
TENS	220
Podóloga	44
Médico	88
Trabajadora Social	22
Nutricionista 1	22
Nutricionista 2	22
Trabajador Social / Gestor Comunitario	44
Psicólogo	44
Odontóloga	44
Técnico en Odontología	44
Auxiliar de servicio	44
Conductor	44
Kinesiólogo	44
Administrativo	88
TOTAL	946

El CECOSF es un establecimiento con base comunitaria, su origen, diseño, implementación y funcionamiento está destinado un territorio geográfico definido. Su objetivo principal es proveer de atenciones de salud, basadas preferentemente en acciones de promoción, recuperación y rehabilitación de la salud, al individuo, familia y comunidad con énfasis prioritario en los beneficiarios del sistema de salud.

Además, dentro de la política tendiente a facilitar el control social de la población sobre la gestión pública, fomentar las relaciones de colaboración entre los establecimientos de salud y la comunidad organizada al incorporar la opinión de las personas en las decisiones en un clima de respeto

mutuo, contribuyendo a la equidad en salud y elevando su calidad de vida.

7.2.3. EQUIPO DE SALUD RURAL.

El equipo rural depende de CESFAM Pitrufrquén, y tiene como finalidad velar por el acceso universal a las prestaciones otorgadas por la salud pública, para todos los habitantes del sector rural de la comuna de Pitrufrquén, con enfoque de salud familiar.

La atención que brinda el equipo es promover los estilos de vida saludable con enfoque multicultural y de acuerdo a la realidad socioeconómica de la población.

Se proyecta avanzar y crecer junto con la comuna cumpliendo con las necesidades y requerimientos de los usuarios, que al corte de Agosto de 2024 corresponde a **7.552**, manifestando el dinamismo necesario acorde a los estándares expuestos por el Servicio de Salud Araucanía Sur, consolidándose como un organismo de calidad, brindando una atención de salud integral, oportuna, resolutive y alta calidad a nivel familiar y comunitario. Dando acogida a la mejora continua del modelo de salud familiar con enfoque multicultural.

El equipo de salud rural constituye el equipo de cabecera de la población bajo su jurisdicción, tiene un carácter multidisciplinario y tiene como misión cumplir las metas y objetivos que anualmente determine el plan de salud comunal y las orientaciones programáticas, bajo la mirada del modelo de salud integral con enfoque familiar, con una estrategia comunitaria y con un enfoque biopsicosocial y con pertinencia cultural.

POSTA DE SALUD RURAL

La Posta de Salud Rural (PSR) es un establecimiento de atención primaria, que depende administrativamente del CESFAM Pitrufrquén. Su propósito es contribuir a la satisfacción de las necesidades de salud de las comunidades rurales, a través del conjunto de acciones, que incluyen la atención, la promoción y la prevención de enfermedades, así como del seguimiento de la situación de salud, promoviendo el desarrollo de la población con pertenencia social y cultural.

Su rol en las comunidades rurales responde a la implementación del modelo de salud integral con enfoque familiar, comunitario y con pertinencia cultural, en base a los siguientes ejes:

- Integralidad de la atención y continuidad de los cuidados.
- Desarrollo comunitario y participación social.
- Accesibilidad.
- Integración con la red asistencial.
- Garantías Explícitas en Salud.
- Anticipación al daño.
- Población a cargo.
- Emergencias y catástrofes
- Equidad de género
- Pertinencia cultural

Los establecimientos de salud rural de la comuna comprenden las Postas de:

ESTABLECIMIENTO SALUD RURAL	EMR
Posta Galpones	Filoco
Posta Comuy	Quinque
Posta Mahuidanche	La Cascada y Reserva Rain
Posta Millahuin	Mune y Carilafquen
Posta Puraquina	Alto Mirador
Posta Polul	-----

Durante el periodo 2024 se encuentra activado el trabajo con las organizaciones comunitarias, en el contexto del trabajo en prevención y promoción en ambos sectores, tanto costa como cordillera, además de realizar conversatorio en temáticas de interés para la comunidad.

SECTOR CORDILLERA		
SECTORIZACIÓN	EQUIPO PERMANENTE	BRECHA 2025
Equipo: conductor, médico, trabajadora social, matrona, kinesiólogo, podóloga, psicóloga, enfermero y TENS de farmacia.	Posta Millahuin Médico Enfermero	• Propuesta Nutricionista para posta Millahuin • Adquisición de nuevos insumos clínicos • Implementación SSASUR • Atenciones dentales Clínica Dental Móvil

SECTOR COSTA		
SECTORIZACIÓN	EQUIPO PERMANENTE	BRECHA 2025
Equipo: conductor, médico, trabajadora social, enfermero, TENS de farmacia, kinesióloga, psicóloga y podóloga	Posta Comuy Médico Enfermero	• Adquisición de nuevos insumos clínicos • Implementación SSASUR • Atenciones dentales Clínica Dental Móvil

7.3.- CENTROS DE SALUD DENTRO DEL TERRITORIO COMUNAL

Debido a la alta demanda y crecimiento de la comuna de Pitrufquén, es que actualmente se han establecido diversos establecimientos de salud médico privados, los cuales se detallan a continuación:

NOMBRE	DIRECCIÓN
Centro Médico Familiar El Canelo	Barros Arana 543
ORALMEDIK Pitrufquén	Blanco Encalada 466
CUBAMED	Francisco Bilbao 634
Centro Médico Y Ecografías MC	Francisco Bilbao 978
Centro Kinésico Pitrufquén	Francisco Bilbao 435
Ortopedia Pitrufquén	Vicuña Mackenna 748
Medical Center	2 de Enero 936
MEDVITAL (Podólogo)	Av. 2 de Enero 930
DIAGNOPREV	05 de Abril 822
Centro Médico Familiar	León Gallo Norte 357
SYK CT Pitrufquén	José Manuel Balmaceda 337
Centros médicos y odontológicos edificio ELISUR	Balmaceda con Palazuelos

8.- ACTUALIZACIÓN DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO CESFAM PITRUFQUÉN

La Participación Social en la Atención Primaria de Salud, es una estrategia donde se incorpora y se empodera a las personas, a través de diversos mecanismos para que obtengan injerencia en las temáticas socio-sanitarias dentro de nuestro territorio comunal y que son evaluadas y analizadas de acuerdo a la temporalidad previamente establecida.

8.1.- PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Es la forma de ejecutar diversos mecanismos para que los habitantes de la comuna aporten a través de su realidad y experiencia debilidades del sistema y así obtener un mejoramiento desde la perspectiva de necesidades concretas, obteniendo con ello mejores resultados en cuanto a las prestaciones de servicio que ofrecemos haciéndolos parte de la gestión de la salud en su respectivo territorio, logrando un modelo complementario entre un sistema paternalista y otro de carácter consultivo.

Los mecanismos utilizados son los siguientes:

- a.** Participación en instancias formales
 - Consejos de Desarrollo
 - Consejos Consultivos de Jóvenes y Comités Locales
 - Organizaciones vecinales y organizaciones funcionales de salud.
- b.** Participación en instancias de consulta ciudadana, con el fin de contar con antecedentes para el diseño, ejecución y evaluación de políticas de salud.
- c.** Participación y ciudadana activa en forma directa respecto a presupuestos participativos, cuentas públicas participativas, Cartas de Derechos y Deberes.
- d.** Participación en definición de prioridades y en el diseño de políticas, programas y acciones de salud.
- e.** Participación en la evaluación y control social sobre la gestión pública de salud.

8.2.- ETAPA DE ANÁLISIS DE SITUACIÓN, ANTECEDENTES Y CONTEXTO

8.2.1.- COMPONENTE DEMOGRÁFICO:

a. Estado de la Población

La Comuna registró en el CENSO 2017 a 24.837 personas, lo que significa un aumento de la población del 13% respecto del CENSO anterior (2002).

Con respecto a la composición de la población, hay 94,5 mujeres por cada 100 hombres en la comuna, con un índice de dependencia de 53,2% y de envejecimiento de 102,7 personas mayores de 65 años por 100 personas menores de 15 años.

En cuanto a la distribución de la población comunal, el 33,4% reside en zonas rurales, proporción mayor que la provincial y regional.

8.2.2.- INDICADORES DEMOGRÁFICOS COMUNA PITRUFQUÉN. CENSO 2017

INDICADORES	PITRUFQUEN	PROVINCIA	REGIÓN
1. Superficie	580,7	12231,4	31842,3
2. Total habitantes	24.837	752.100	957.224
3. Densidad	42,8	61,5	30,1
4. Porcentaje hombres	48,6%	48,6%	48,6%
5. Porcentaje mujeres	51,4%	51,4%	51,4%
6. Porcentaje menores 15	19,7%	20,8%	20,9%
7. Porcentaje 15 a 64	65,3%	66,9%	66,5%
8. Porcentaje 65 y más	15,0%	12,3%	12,6%
9. Porcentaje regional	2,6%	78,6%	100,0%
10. Índice masculinidad	94,5	98,9	94,5
11. Índice de dependencia	53,2	56,3	50,3
12. Índice de renovación	75,8	72,7	60,2
13. Índice de envejecimiento	102,7%	99,2%	83,9%
14. Porcentaje ruralidad	33,4%	30,0%	29,1%
15. Porcentaje pueblos originarios	33,9%	35,9%	33,6%
16. Porcentaje nacido fuera del país	0,8%	1,3%	1,1%

Fuente: elaboración propia en base a CENSO 2017.

a. Dinámicas de la población

Este indicador muestra la cantidad de hogares en las viviendas particulares con moradores presentes. En la comuna, hay 8.557 hogares, de ellos un 47% tiene como jefe de hogar una mujer. Cada hogar tiene en promedio 2,9 personas. Un 43% de los hogares tiene alguno de sus integrantes perteneciente (con o sin un apellido) o a un pueblo originario. Un 2% de los hogares tiene migrantes. De los hogares nucleares (compuestos por una pareja), la mayoría corresponde a hogares de parejas con o sin hijos (27%), seguido por los hogares unipersonales, con un 20%.



Fuente: IN : INE, C , CENSO 2017

b. Distribución de La Población

En la comuna de Pitrufrquén, un 33% de la población, corresponde al sector rural y un 67% al sector urbano. Si comparamos estos porcentajes con la realidad regional y nacional, tenemos que en la región hay un 29,1% de la población en el sector rural y a nivel nacional hay un 12,2% de habitantes en el sector rural.

8.3.- DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO CESFAM

El Diagnóstico Participativo del año 2024 del CESFAM de Pitrufrquén, se realizó en 1 etapa, de manera de poder obtener datos confiables y válidos. Se utiliza la técnica basada en la investigación acción participativa (IAP). El método de la investigación-acción participación (IAP) combina dos

procesos, el de conocer y el de actuar, implicando en ambos a la población cuya realidad se aborda. Al igual que otros enfoques participativos la IAP proporciona a las comunidades y a las agencias de desarrollo un método para analizar y comprender mejor la realidad de la población (sus problemas, necesidades, capacidades, recursos), y les permite planificar acciones y medidas para transformarla y mejorarla. Es un proceso que combina la teoría y la praxis, y que posibilita el aprendizaje, la toma de conciencia crítica de la población sobre su realidad, su empoderamiento, el refuerzo y ampliación de sus redes sociales, su movilización colectiva y su acción transformadora.

Etapas de pre-investigación: Síntomas, demanda y elaboración del proyecto.

0. Detección de unos síntomas y realización de una demanda (desde alguna institución, generalmente administración local) de intervención.
1. Planteamiento de la investigación (negociación y delimitación de la demanda, elaboración del proyecto).

Primera etapa. Diagnóstico.

Conocimiento contextual del territorio y acercamiento a la problemática a partir de la documentación existente y de entrevistas a representantes institucionales y asociativos.

2. Recogida de información.
3. Constitución de la Comisión de Seguimiento.
4. Constitución del Grupo de IAP.
5. Introducción de elementos analizadores.
6. Inicio del trabajo de campo (entrevistas individuales a representantes institucionales y asociativos).
7. Entrega y discusión del primer informe.

Segunda etapa. Programación.

Proceso de apertura a todos los conocimientos y puntos de vista existentes, utilizando métodos cualitativos y participativos.

8. Trabajo de campo (entrevistas grupales a la base social).
9. Análisis de textos y discursos.
10. Entrega y discusión del segundo informe.
11. Realización de talleres.

Tercera etapa. Conclusiones y propuestas.

Negociación y elaboración de propuestas concretas.

12. Construcción del Programa de Acción Integral (PAI).
13. Elaboración y entrega del informe final.

Etapas post-investigación: Puesta en práctica del PAI y evaluación. Nuevos síntomas.

8.3.1.- PRIMERA ETAPA: DIAGNÓSTICO

A continuación, se dará a conocer las respuestas obtenidas en abril del presente año tras la recolección de información de usuarios del CESFAM. Al momento de diseñar la encuesta como

instrumento lo que se pretendió fue lograr captar las apreciaciones generales que tienen los usuarios del CESFAM de Pitrufulquén, es decir, que las personas fueran capaces mediante la encuesta de manifestar tanto aspectos positivos como negativos de su experiencia en la atención en la institución, también se dio un espacio para que los usuarios propusieran alguna mejora al servicio prestado y por último se dio una instancia para que las personas encuestadas pudieran expresar alguna necesidad sentida en el ámbito de salud dentro de su comunidad o barrio.

En la encuesta se tomaron en consideración los siguientes elementos:

a. SOLEDAD

- Nido vacío
- Familiares fallecidos
- Falta de redes
- Salud mental

b. VIOLENCIA DE GÉNERO

- Delincuencia y droga
- Mal humor
- Salud mental
- Celos e independencia

c. SALUD MENTAL EN LOS ADOLESCENTES

- Adicción
- Suicidio
- Aislamiento
- Bullying
- Separación de la comunidad
- Sociedad violenta

d. POCA DISPONIBILIDAD DE HORA

- Falta de médicos especialistas
- Pocos cupos en atención dental y médica.

e. SALUD MENTAL

- Abandono
- Falta de redes de apoyo
- Desinformación
- Sobrecarga emocional

- Maltrato abuso

8.3.2.- SEGUNDA ETAPA

Se buscaron, a través de la técnica de árbol de problemas, las causas y consecuencias, de los tópicos conversados en la sesión anterior. El Árbol de Problemas nos sirve para identificar los síntomas que dan cuenta de un problema, y para relacionar estos con el análisis de sus causas inmediatas y sus causas profundas.

Las posturas a debatir para colocar en el árbol se pueden traer de las frases ya recogidas en el trabajo de campo anterior, y se pueden completar también con las aportaciones de quienes acudan a sesiones de trabajos en grupos y plenario. Para poder desarrollar esta técnica podemos hacer pequeños grupos y con la ayuda de la representación de un árbol, cada grupo intentará identificar un problema central (en torno al tema del proceso) y a partir del mismo ver cuáles son los síntomas que hacen visible el problema en la comunidad, y posteriormente las causas más inmediatas y las causas más profundas del mismo. En este ejemplo de árbol de problemas, vemos cómo el problema central definido es el desencuentro entre vecinos/as e inmigrantes, que se hace visible (frutas del árbol) en el uso de espacios públicos, la aparición de guetos, el ruido y la suciedad, las quejas y actitudes de rechazo, etc. Las causas inmediatas, que aparecen en las ramas, son el choque cultural, el desconocimiento, la desinformación, la necesidad de relación, etc. Las causas profundas, se grafican como las raíces del problema y podrían ser desigualdades entre países, la falta de políticas adecuadas, de reconocimiento de los derechos y deberes de los inmigrantes, etc.

8.3.3.- TERCERA ETAPA

Se realizó una sesión de grupos nominales. Es una técnica creativa empleada para facilitar la generación de ideas y el análisis de problemas. Este análisis se lleva a cabo de un modo altamente estructurado, permitiendo que al final de la reunión se alcancen un buen número de conclusiones sobre las cuestiones planteadas. La Técnica de Grupo Nominal hace posible alcanzar un consenso rápido con relación a cuestiones, problemas, soluciones o proyectos.

Permite producir y priorizar un amplio número de elementos. Evita, además, términos de «perdedores» y «ganadores» entre los miembros del grupo.

Los mecanismos utilizados para incentivar y promover la Participación Social en la Atención Primaria de Salud son ejecutados en su mayoría de forma presencial, con aquellos grupos de personas que asisten a las convocatorias de diversos programas, sin embargo, las realidades y apreciaciones que se logran pesquisar, corresponden a un número muy reducido de habitantes de la comuna, por tanto, es nuestro compromiso fomentar e implementar sistemas donde se logre abarcar mayor cantidad de población enfocado en diversos rangos etarios y temáticas, para así enfrentar de mejor forma las problemáticas y necesidades de quienes viven en nuestra comuna.

8.3.4.- CONCLUSIONES

Mediante la vinculación con la comunidad y también con la institución de atención de salud primaria y sus ejes centrales de intervención resulta importante poder proponer posibles líneas de acción que según la información recogida podría impactar de forma significativa en la población usuaria del CESFAM y son:

- Fortalecer redes con las organizaciones presentes entre los sectores (verde, amarillo, transversal y azul).
- Informar a la población sobre la oferta de programas y en qué consiste cada uno de ellos y también entregar información sobre cuáles son las posibilidades de atención de CESFAM y en qué caso es necesario derivar a otros centros de salud, ya sea para consultas con especialistas o urgencias graves.
- Dar prioridad a adultos mayores sobre 60 años y pacientes crónicos en los días en los que se entregan horas de atención.
- Realizar talleres sobre alimentación saludable, cuidados preventivos de diabetes e hipertensión.
- En cuanto al ámbito de salud mental también la comunidad señaló que se debe intensificar las acciones para abordar las problemáticas asociadas a esta área y activar protocolos ante situaciones de diagnóstico de depresión e ideación suicida, lo cual no está muy lejos de la realidad nacional en la que estamos actualmente, donde ha habido un aumento de enfermedades psiquiátricas según datos del MINSAL.

La población usuaria debe ser entendida como un conjunto de personas con opinión y determinación social, capaces de aportar en discusiones de salud y en cualquier otra temática, más aún, teniendo en consideración la riqueza cultural y conocimiento comunitario que poseen.

9.- DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO CECOSF

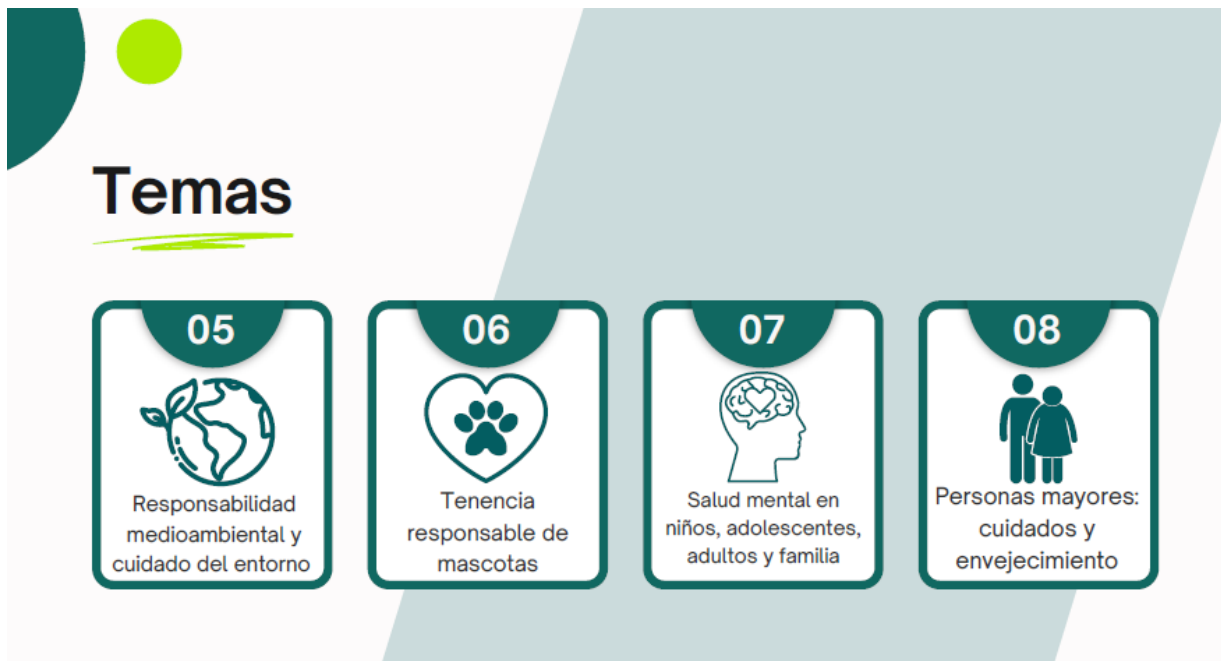
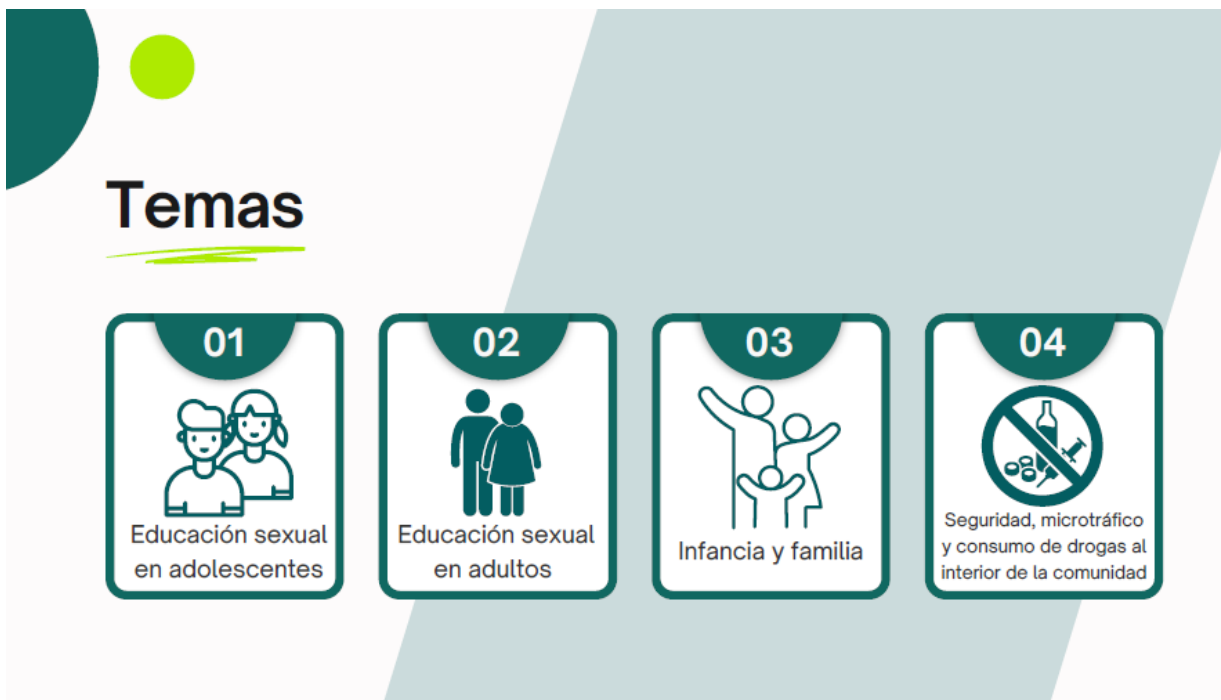
A continuación, se presentan los resultados obtenidos a partir del instrumento elaborado por CECOSF y aplicado a la comunidad, específicamente a quienes pertenecen al sector poniente de Pitrufquén, lugar donde se encuentra emplazado el Centro Comunitario de Salud Familiar.

9.1.- CARACTERÍSTICAS DEL INSTRUMENTO Y SU APLICACIÓN

El instrumento se aplicó entre los meses de abril a mayo del presente año, durante las atenciones en box efectuadas por las/los funcionarios y a través de salidas a terreno realizadas por los mismos. Se aplicó un total de 208 encuestas en el sector poniente de la comuna. La encuesta consideró y posibilitó que quienes respondieran, manifestaran otras necesidades más allá de las expuestas

Los resultados obtenidos fueron socializados y reflexionados a través de jornadas participativas con intersector y dirigentes comunitarios a través de jornadas de grupos focales organizadas por CECOSF y la Clínica Socio jurídica de la Universidad Santo Tomás. La aplicación del instrumento contó con el apoyo por parte de la red intersectorial.

9.2.- TEMAS CONSIDERADOS EN EL INSTRUMENTO



Temas

09



Gestión del riesgo
de desastres

10



Alimentación saludable
y sostenible

11



Deporte: acceso a la
vida activa y recreativa

12



Inclusión social y
discapacidad

Temas

13



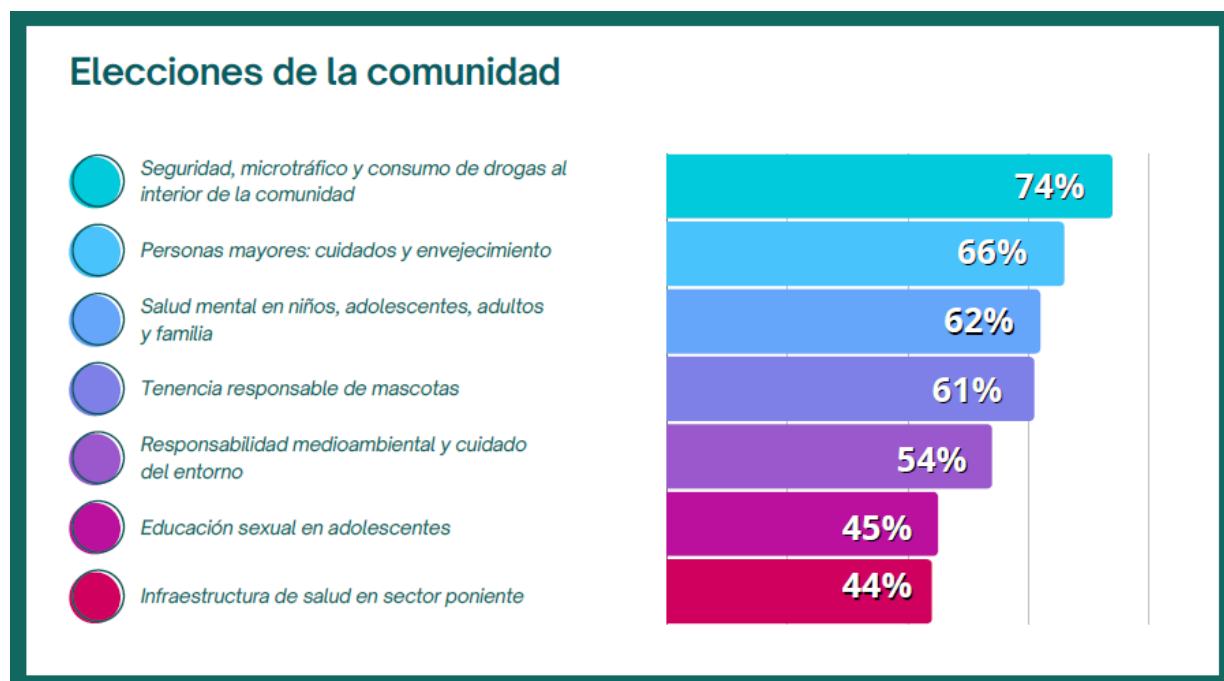
Infraestructura de
salud en sector
portuario

14



Movilidad, transporte y
acceso

9.3.- QUÉ RESULTADOS OBTUVIMOS



9.4.- SOCIALIZACIÓN, REFLEXIÓN Y CONCLUSIONES A TRAVÉS DE GRUPOS FOCALES

DIRIGENTES SOCIALES

Seguridad, microtráfico y consumo de drogas al interior de la comunidad	Personas mayores, cuidados y envejecimiento	Salud mental familiar	Tenencia responsable de mascotas
- Aumentar el patrullaje preventivo - Aumento y reposición de luminaria - Urgencia de habilitar cámaras de seguridad no solo disuasivas, además de central de monitoreo - Mantenimiento de espacios públicos, intencionar vínculos con el "Programa Quiero mi Barrio" de manera de rescatar plazas en completo abandono, que pueden ser potenciales focos de tráfico y consumo de drogas.	- Campañas comunitarias de sensibilización y visibilización, principalmente en lo referente a la situación de abandono de las personas mayores (90% vive sola/o) entre otras. - Abordar aspectos preventivos, respecto del proceso de envejecimiento de las personas mayores. - Desarrollar actividades recreativas que posibiliten la interacción social de las personas mayores, lo cual implica un desafío mayor, en vista de lo complejo, que resulta fomentar la participación.	- Educación sobre Salud Mental, a estudiantes en contextos de educación formal temprana, con apoyo profesional - Educación sobre Salud Mental, a los padres, diseñar con ayuda profesional una estrategia comunitaria	- Aumentar la cantidad de operativos de esterilización en el sector - Revisar si existe alguna ordenanza municipal que permita la fiscalización

DIRIGENTES SOCIALES

Responsabilidad ambiental y cuidado del entorno	Educación sexual en adolescentes	Infraestructura de salud en sector poniente
- Educación Medioambiental respecto de las tres R (Reducir, reutilizar y reciclar) - Campaña de sensibilización respecto del cuidado del medioambiente - Fiscalización de implementos (composteras) proporcionados por la municipalidad para reducir la basura domiciliaria. - Propiciar acciones de voluntariado, para con el medio ambiente, involucrando en ellos a distintas entidades, principalmente aquellas vinculadas con escuelas, colegios y organizaciones de la sociedad civil. - Incentivar a nivel comunitario, actividades que permitan una conexión con la naturaleza	- Fomentar una comunicación abierta con los padres y NNA con ayuda profesional - Talleres preventivos con profesionales del CESCOF, de manera de educar tanto a los NNA y los padres, respecto de las posibles implicancias.	- Urgencia de instalar un CESFAM en el sector, el existente queda al otro extremo de la ciudad. - Actualmente, el espacio del CESFAM, es insuficiente, los box de atención no permiten una adecuada atención, considerando que son más de 4000 usuarios que reciben tratamiento.

INTERSECTOR

Educación sexual en adolescentes

- Reforzar aspectos propios de la Educación Sexual Integral con apoderados, ya que, para ellos, en su gran mayoría, sigue siendo un tema tabú.
- Aumentar la cobertura en términos de promoción y prevención del embarazo adolescente, poniendo el foco en los distintos establecimientos educacionales de la comuna.
- Abordar temáticas respecto del Plan de Afectividad Sexualidad y Género, de forma diferenciada, tanto con los estudiantes como con los padres y apoderados.
- Intencionar el abordaje con padres y apoderados, respecto de las primeras infancias

Infraestructura de salud en sector poniente

- EL CESFAM de la comuna, en términos de espacio ya no da abasto, es insuficiente, lo cual va en directo perjuicio de los habitantes de la comuna, por tanto, lo más beneficioso apunta a la ampliación del ya existente o bien a la construcción de uno nuevo en otro lugar de la comuna de manera de mejorar también en cuanto a accesibilidad.

Responsabilidad ambiental y cuidado del entorno

- Promover educación medioambiental por medio de la realización de actividades prácticas como elaboración y manejo de huertos, manejo de composteras y jornadas de limpiezas
- Aprovechar la gran cantidad de áreas verdes de la comuna para realizar actividades que promuevan la responsabilidad y el cuidado del medio ambiente.

Tenencia responsable de mascotas

- Aumentar la frecuencia de operativos de esterilización, incorporando en estos operativos una línea educativa para con los dueños de las mascotas.

INTERSECTOR

Seguridad, microtráfico y consumo de drogas al interior de la comunidad

- Re-apropiamiento de los espacios públicos, abandonados por el municipio. Importante atribuir a ese re-apropiamiento un componente de identidad local que genere sentido de pertenencia.
- Diseñar estrategias de intervención, de acuerdo al contexto (ej. Una estrategia que involucre la práctica de tenis de mesa, en un sector donde existen clubes de tenis de mesa)
- Fortalecer el trabajo preventivo en los distintos establecimientos educacionales de la comuna
- Implementar una estrategia que incentive la denuncia segura, ya que un mayor número de denuncias se traduce en el aumento de la dotación policial en la comuna.
- Aumentar el número de patrullajes preventivos tanto en el sector urbano como en el rural

Salud mental familiar

- Urge un apoyo de las entidades competentes, respecto de ejecutar acciones preventivas en lo que respecta al suicidio. Existe un número de estudiantes que están en riesgo latente de atentar contra su vida
- Ampliar la oferta de actividades extra-programáticas en los distintos establecimientos educacionales de la comuna
- Insuficiencia de profesionales en el área de convivencia escolar, lo cual imposibilita elaborar estrategias en términos de promoción y prevención. Se abordan principalmente, problemas cotidianos y recurrentes.
- ¿Cómo vincular la responsabilidad de las familias, con la responsabilidad estatal en términos de salud mental?, se propone, posibilitar instancias de educación en temáticas de salud mental con los padres de los estudiantes.
- Incorporar profesionales con competencias en el área de salud mental, de manera que el CECOSAM existente cumpla su objetivo.

Personas mayores, cuidados y envejecimiento

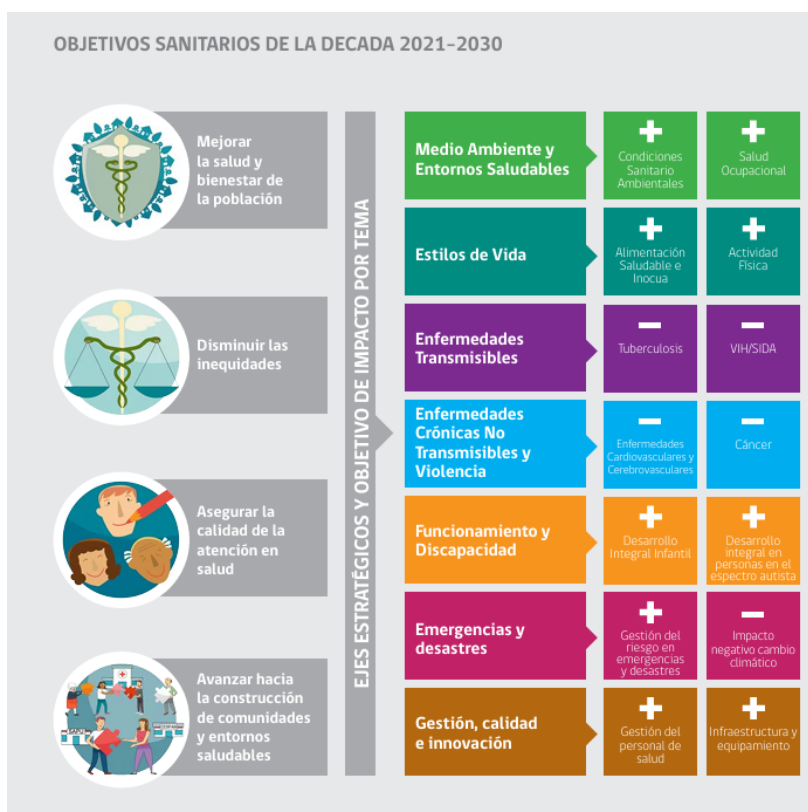
- Escasa presencia de agrupaciones de personas mayores, en este sentido no existen redes que articulen las necesidades de este grupo etario.
- Acercar la oferta pública a los barrios
- Abordar profesionalmente la Salud Mental de las personas mayores, el cual después de la pandemia se olvidó. (este aspecto es el que presenta mayor urgencia por parte de la mesa)

10.- PROMOCIÓN

10.1.- PLAN TRIENAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

La Promoción de la Salud constituye un pilar fundamental dentro de las acciones de la Atención Primaria de Salud (APS), el cual permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes sociales de la salud, por lo tanto, es un factor clave y de relevancia que abarca acciones dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de favorecer su impacto positivo en la salud individual y colectiva de la población.

La promoción de la salud reconoce la salud como un concepto positivo y se centra en los factores que contribuyen a ella, por ello realiza acciones que contribuyan a fomentar hábitos de vida saludable en los habitantes de la comuna, implementando estrategias y actividades para potenciar los factores protectores de la salud en coherencia con las políticas públicas de salud y con la Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de Objetivos Sanitarios de la Década 2021-2030, (**EJE 1:** Medio Ambiente y Entornos Saludables y **EJE 2:** Estilos de Vida).



*Objetivos Sanitarios de la Década 2021-2030

Desde esta visión, los entornos donde las personas viven su día a día son los que generan bienestar en la población, dicho de otro modo, los entornos (sociales, económicos y ambientales) sumado a factores personales, determinan la salud de las comunidades y por ende determinan su esperanza y calidad de vida.

Por lo anterior, el programa se enfoca en este trienio a la habilitación y mejoramiento de entornos saludables en el territorio, a través de la implementación de un “Centro de Promoción de la Salud Comunal”, en donde se implementará un espacio en el que los funcionarios del DSM podrán realizar acciones articuladas que fomenten hábitos de vida saludable a toda la comunidad, a través de talleres de ejercicio físico y de alimentación saludable, trabajando la promoción de la salud en alianza con la oferta programática de la comuna con programas como de Elige Vida Sana, Espacios Amigables, Más Adulto Mayor Autovalentes, entre otros.

Esta estrategia de creación de entornos saludables está consignada en el PLASAM 2025, en el cual se designan recursos para la implementación del Centro de Promoción de la Salud Comunal, con el fin de tener un espacio comunitario donde todos los profesionales del Departamento de Salud, puedan realizar un trabajo articulado en pro de aumentar el acceso a la salud de nuestros usuarios.

El Centro de Promoción de la Salud, iniciará su implementación en el año 2025, habilitando paulatinamente los espacios destinados para el ejercicio físico y para los talleres de alimentación saludable durante este año, y estará completamente habilitado el año 2026, con una remesa de recursos asignados a través del PLASAM 2025, para completar la habilitación de los espacios comunitarios.

El año 2024, el Programa Comunal de Promoción de la Salud se encuentra al final del proceso de ejecución del plan trienal (2022, 2023 y 2024), en donde ha desarrollado gestiones que fortalece el trabajo comunitario del equipo de salud, realizado acciones como la identificación de activos comunitarios en salud, gestión de espacios habilitados para la actividad física, implementación de huertos rurales, entre otros.

El presupuesto anual del programa, vía convenio, el año 2024 es de \$8.319.965, teniendo este total de presupuesto anual para el desarrollo de las siguientes actividades.

10.2.- ACTIVIDADES PLANIFICADAS DEL TRIENIO 2025, 2026, 2027

“HABILITACIÓN Y OPTIMIZACIÓN DE ESPACIOS PÚBLICOS PARA LA VIDA SALUDABLE”
• Implementar Sala de Promoción de la Salud.
• Ejecución de programas permanentes de actividad física en establecimientos educacionales (escolares y preescolares)
• Creación de Huertos o invernaderos comunitarios
• Ejecución de programas permanentes de actividad física a nivel comunal

“COMUNICACIÓN SOCIAL”
• Producción de eventos comunales tales como eventos deportivos, campeonatos deportivos, demostraciones de cocina en entorno comunal
• Campaña Comunicacional: "Diseño de material informativo" para entorno comunal

“PARTICIPACIÓN COMUNITARIA PARA EL EMPODERAMIENTO EN SALUD”
• Planificación participativa de actividades del PTPS
• Identificación de activos comunitarios en salud.

“EDUCACIÓN PARA LA SALUD”
• Capacitación en Promoción de la Salud a funcionarios públicos
• Taller de huertos Saludables en Entorno Comunal
• Taller de alimentación saludable en entorno comunal

“POLÍTICAS Y REGULACIONES sobre entornos saludables”
• Formulación e implementación de regulaciones locales de Promoción de la Salud mediante un proceso participativo.
• Plan de gestión y uso de espacios públicos para la Promoción de la Salud.
• Aplicación de encuesta de entornos saludables

10.3- PROYECCIÓN AÑO 2025 DEL PROGRAMA PROMOCIÓN DE LA SALUD.

Dentro de los desafíos que el equipo de promoción de la salud se ha planteado para el inicio del próximo trienio y que tienen proyección de impacto positivo a largo plazo en la comuna, se encuentran las siguientes actividades:

- Implementación “Centro de Promoción de la Salud Comunal”.

- Formulación de regulaciones locales de Promoción de la Salud.
- Activos comunitarios en salud en el sector rural.
- Alianza con Intersector para realización de talleres de Alimentación saludable (INDAP, UDEL, Educación, Deportes)

10.4.- PROYECTO DE INVERSIÓN PROMOCIÓN DE LA SALUD COMUNAL AÑO 2025.

PROYECTO	ETAPA	POBLACIÓN BENEFICIARIA	MONTO ESTIMADO	FUENTE DE FINANCIAMIENTO
Centro de Promoción de la Salud Comunal	En espera de presupuesto y lugar	Toda la comuna 28.165 habitantes	\$20.000.000	Percápita

11.- ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES

Una organización no gubernamental, es aquella que no es parte de las esferas gubernamentales o empresas, cuyo fin fundamental es el bien social. Por lo general, son conformadas y se encuentran a cargo de ciudadanos comunes que comparten una visión y misión común, pudiendo obtener financiamiento del Gobierno, de otras ONG (como fundaciones), o de individuos o empresas particulares. Algunas ONG, con el fin de mantener autonomía de gestión e imparcialidad, evitan la financiación oficial y trabajan a través de voluntarios. En ocasiones, el término se utiliza como sinónimo de "organización de la sociedad civil" para referirse a cualquier asociación fundada por los ciudadanos.

El universo de las ONG lo conforman un grupo muy diverso de organizaciones que se dedican a una amplia gama de actividades y se encuentran en diferentes partes del mundo. Algunas pueden tener carácter benéfico, mientras que otras se acogen a una exención de impuestos basada en el reconocimiento de sus fines sociales, y otras pueden ser fuentes de intereses políticos, religiosos o de otra índole, entre los cuales en nuestra comuna encontramos: 2 uniones comunales, 48, Juntas de vecinos, 357 organizaciones comunitarias Funcionales (Clubes de Adulto Mayor, APR, Agrupaciones de Mujeres, Agrupaciones deportivas, entre otras).

12.- ESTRUCTURA PRESUPUESTARIA MUNICIPAL 2025

12.1.- INGRESOS SALUD

SUB TÍTULO	ÍTEM	ASIGNACIÓN	SUB ASIG.	SUB SUB ASIG.	DENOMINACIÓN	TOTAL (M\$)
05					TRANSFERENCIAS CORRIENTES	6.628.283
	03				DE OTRAS ENTIDADES PÚBLICAS	6.628.283
		006			Del Servicio de Salud	6.329.929
			001		Atención Primaria Ley Nº 19.378, Art. 49º	6.182.217
				001	Percápita Base	5.323.375
				002	Asignación de Desempeño Difícil	245.986
				003	Bono Conductores Ley Nº 19.813	8.283
				004	Desempeño Colectivo	595.037
				005	Diferencia Cambio Categoría de Técnicos de Salud	9.536
			002		Aportes Afectados	147.712
				001	Prog. Equidad Rural	25.200
				002	Prog. Chile Crece Contigo	22.527
				006	Prog. Apoyo Odontológico CECOSF	19.000
				009	Prog. CECOSF	50.985
				020	Prog. Vida Sana	30.000
		099			De Otras Entidades Públicas	152.250
			002		Aguinaldo Fiestas Patrias y Navidad	36.750
			003		Bono de Escolaridad	10.500
			004		Aporte Bono Especiales, Vacaciones	21.000
			006		Aporte Bono Especiales, Trato Usuario	52.500
			007		Aporte Bono Especiales, Terminó de Conflicto	31.500
		101			De la Municipalidad A Servicios Incorporados a su Gestión	146.104
07					INGRESOS DE OPERACIÓN	5.000
	02				VENTA DE SERVICIOS	5.000
		001			Cobro a no Beneficiarios	5.000
08					OTROS INGRESOS CORRIENTES	64.000
	01				RECUPERACIONES Y REEMBOLSOS POR LICENCIAS MÉDICAS	58.500
		001			Reembolso Art. 4º Ley Nº 19.345 y Ley Nº 19.117, Art. Único	3.500
		002			Recuperaciones Art. 12 Ley Nº 18.196 y Ley Nº 19.117, Art. Único	55.000
	99				OTROS	5.500
		001			Devolución y Reintegros no Provenientes de Impuestos	4.500
		999			Otros	1.000
15					SALDO INICIAL DE CAJA	0
TOTAL INGRESOS						6.697.283

12.2.- GASTOS SALUD

SUB TÍTULO	ÍTEM	ASIGNACIÓN	SUB ASIG.	SUB SUB ASIG	DENOMINACIÓN	TOTAL M\$)
21					GASTOS EN PERSONAL	5.656.722
	01				PERSONAL DE PLANTA	3.980.411
		001			Sueldos y Sobresueldos	3.241.748
			001		Sueldos Base	1.360.824
			004		Asignación de Zona	160.000
				002	Asignación de Zona, Art. 26 de Ley Nº 19.378 y Ley Nº 19.354	160.000
			009		Asignaciones Especiales	106.800
				007	Asignación Especial Transitoria Art. 45, Ley Nº 19.378	106.800
			011		Asignación de Movilización	35.000
				001	Asignación de Movilización Art. 97, Ley Nº 18.883	35.000
			019		Asignación de Responsabilidad	6.000
				002	Asignación de Responsabilidad Directiva	6.000
			028		Asignación de Estímulo Personal Médico y Profesores	160.000
				002	Asignación por Desempeño en Condiciones Difíciles Art. 28, Ley Nº 19.378	160.000
			031		Asignación de Experiencia Calificada	30.000
				002	Asignación Post-Título Art. 42, Ley Nº 19.378	30.000
			044		Asignación de Atención Primaria Municipal	1.360.824
				001	Asignación Atención Primaria Salud Arts. 23 y 25, Ley Nº 19.378	1.360.824
			999		Otras Asignaciones	22.300
				001	Planilla Suplementaria Personal Traspasado	500
				002	Asignación Art. 27 Ley Nº 19.378, Jefes de Programas	16.500
				003	Asignación Art. 3 Ley Nº 20.157 Bonificación Choferes	5.300
		002			Aportes del Empleador	128.163
			001		A Servicios de Bienestar	37.163
			002		Otras Cotizaciones Previsionales	91.000
				001	Ley Nº 16.744, Accidentes del Trabajo (1,63%)	35.500
				002	Cotización Previsional de Cargo del Empleador (S.I.S. 1,26%)	55.000
				003	Cotización Previsional de Cargo del Empleador (Bono Post Laboral)	500
		003			Asignaciones por Desempeño	477.000
			002		Desempeño Colectivo	435.000
				003	Asignación de Desarrollo y Estímulo al Desempeño Colectivo, Ley Nº 19.813	435.000
			003		Desempeño Individual	42.000
				005	Asignación por Mérito Art. 30, Ley Nº 19.378. Agrega Ley Nº 19.607	42.000
		004			Remuneraciones Variables	55.000

			005	Trabajos Extraordinarios	25.000
			006	Comisiones de Servicio en el País	30.000
		005		Aguinaldos y Bonos	78.500
			001	Aguinaldos	27.000
			001	Aguinaldo de Fiestas Patrias	15.000
			002	Aguinaldo de Navidad	12.000
			002	Bono de Escolaridad	13.000
			003	Bonos Especiales	35.000
			001	Bono Extraordinario Anual	35.000
			004	Bonificación Adicional al Bono de Escolaridad	3.500
	02			PERSONAL A CONTRATA	1.609.252
		001		Sueldos y Sobresueldos	1.268.080
			001	Sueldos Base	486.390
			004	Asignación de Zona	73.000
			002	Asignación de Zona Art. 26 Ley Nº 19.378 y Ley Nº 19.354	73.000
			009	Asignaciones Especiales	103.800
			007	Asignación Especial Transitoria Art. 45, Ley Nº 19.378	103.800
			011	Asignación de Movilización	26.500
			001	Asignación de Movilización Art. 97, letra b), Ley Nº 18.883	26.500
			027	Asignación de Estímulo Personal Médico y Profesores	80.500
			002	Asignación por Desempeño en Condiciones Dificiles Art. 28, Ley Nº 19.378	80.500
			030	Asignación de Experiencia Calificada	7.500
			002	Asignación Post Título Art. 42, Ley Nº 19.378	7.500
			042	Asignación de Atención Primaria Municipal	486.390
			001	Asignación Atención Primaria Salud, Arts. 23 y 25, Ley Nº 19.378	486.390
			999	Otras Asignaciones	4.000
			001	Jefes de Programas	1.500
			002	Asignación Art. 3 Ley Nº 20.157 Bonificación Choferes	2.500
		002		Aportes del Empleador	48.883
			001	A Servicios de Bienestar	10.883
			002	Otras Cotizaciones Previsionales	38.000
			001	Ley Nº 16.744, Accidentes del Trabajo (1,63%)	14.000
			002	Cotización Previsional de Cargo del Empleador (S.I.S. 1.26%)	24.000
		003		Asignaciones por Desempeño	194.789
			002	Desempeño Colectivo	189.789
			003	Asignación de Desarrollo y Estímulo al Desempeño Colectivo, Ley Nº 19.813	189.789
			003	Desempeño Individual	5.000
			004	Asignación de Mérito Art. 30 Ley Nº 19.378, Ley Nº 19.607	5.000
		004		Remuneraciones Variables	45.000
			005	Trabajos Extraordinarios	20.000

			006	Comisiones de Servicio en el País	25.000
		005		Aguinaldos y Bonos	52.500
			001	Aguinaldos	16.000
			001	Aguinaldo de Fiestas Patrias	8.000
			002	Aguinaldo de Navidad	8.000
			002	Bono de Escolaridad	2.500
			003	Bonos Especiales	32.500
			001	Bono Extraordinario Anual	32.500
			004	Bonificación Adicional al Bono de Escolaridad	1.500
	03			OTRAS REMUNERACIONES	67.059
		001		Honorarios a Suma Alzada	67.059
			001	Honorarios apoyo odontológico Cecosf	8.040
			002	Honorarios a convenio cecosf	19.019
			011	Extensión Horaria MAPS	10.000
			023	Apoyo APS	30.000
22				BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO	1.003.061
	02			TEXTILES, VESTUARIO Y CALZADO	28.000
		002		Vestuario, Accesorios y Prendas Diversas	25.000
		003		Calzado	3.000
	03			COMBUSTIBLES Y LUBRICANTES	27.000
		001	001	Para Vehículos	25.000
		002	001	Para Maquinarias y Equipos	1.000
		003		Para Calefacción	1.000
	04			MATERIALES DE USO O CONSUMO	622.780
		001		Materiales de Oficina	28.000
			001	Materiales de Oficina, DSM	16.000
			021	Material de Imprenta, DSM	12.000
		003	001	Productos Químicos	1.000
		004		Productos Farmacéuticos	367.980
			001	Productos Farmacéuticos, DSM	322.980
			005	Productos Farmacéuticos, Farmacia municipal	45.000
		005		Materiales y Útiles Quirúrgicos	80.000
			001	Materiales y Útiles Quirúrgicos, DSM	75.000
			013	Materiales y Útiles Quirúrgicos, Farmacia municipal	5.000
		007		Materiales y Útiles de Aseo	30.000
			001	Materiales y Útiles de Aseo dsm	30.000
		009		Insumos, Rep. y Accesorios Computacionales	17.300
			001	Insumos, Rep. y Accesorios Computacionales dsm	17.300
		010		Materiales para Mant. y Rep. de Inmuebles	8.000
			001	Materiales para Mant. y Rep. de Inmuebles, DSM	8.000
		011		Repuestos y Accesorios para Mant. y Rep. Vehículos	10.000

		012		Otros Materiales, Repuestos y Útiles Diversos para Mant. Y Rep.	1.500
		013		Equipos Menores	9.000
			001	Equipos Menores dsm	9.000
		014		Productos de Elaboracion de Cuero y Caucho y Pastico	15.000
			001	Productos de Elaboración de Cuero y Caucho y Pastico	15.000
		999		Otros	55.000
			001	Otros dsm	55.000
	05			SERVICIOS BÁSICOS	168.951
		001		Electricidad	107.451
			001	Electricidad, DSM	103.451
			002	Electricidad, Cecosf	4.000
		002		Agua	14.000
			001	Agua, DSM	12.000
			002	Agua, Cecosf	2.000
		003		Gas	3.000
			001	Gas, DSM	2.000
			002	Gas, Cecosf	1.000
		005		Telefonía Fija	15.500
			001	Telefonía Fija, DSM	15.000
			002	Telefonía Fija, Cecosf	500
		006		Telefonía Celular	3.000
			001	Telefonía Celular DSM	3.000
		007		Acceso a Internet	16.000
			001	Acceso a Internet, DSM	15.000
			002	Acceso a Internet, Cecosf	1.000
		999		Otros	10.000
	06			MANTENIMIENTO Y REPARACIONES	40.000
		001		Mantenimiento y Reparación de Edificaciones	14.000
			001	Mantenimiento y Reparación de Edificaciones dsm	14.000
		002	001	Mantenimiento y Reparación de Vehículos	3.500
		003	001	Mantenimiento y Reparación de Mobiliarios y Otros	1.000
		004		Mantenimiento y Reparación de Máquinas y Equipos de Of.	10.500
			001	Mantenimiento y Reparación de Máquinas y Equipos de Of. Dsm	10.500
		006		Mantenimiento y Reparación de Otras Maquinarias y Equipos	10.000
		007	001	Mantenimiento y Reparación de Equipos Informáticos	1.000
	07			PUBLICIDAD Y DIFUSIÓN	2.000
	999	001		Servicios de Publicidad dsm	2.000
	08			SERVICIOS GENERALES	36.830
		001	001	Servicio de Aseo	20.000
		007		Pasajes, Fletes y Bodegajes	16.830
			001	Pasajes, Fletes y Bodegajes dsm	15.000

			003	Pasajes, Fletes y Bodegajes cecof	1.830
	09			ARRIENDO	38.500
		003	001	Arriendo de Vehículos	1.000
		005	001	Arriendo de Máquinas y Equipos	3.000
		006	001	Arriendo de Equipos informáticos	10.500
		999	000	Otros Arriendos	24.000
	10			SERVICIOS FINANCIEROS Y DE SEGUROS	15.000
		002		Primas y Gastos de Seguros	15.000
	11			SERVICIOS TÉCNICOS Y PROFESIONALES	13.000
		002	001	Cursos de Capacitación dsm	10.000
		999		Otros	3.000
	12			OTROS GASTOS EN BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO	11.000
		002		Gastos Menores	11.000
			001	Gastos Menores, DSM	10.000
			002	Gastos Menores, Cecof	1.000
29				ADQUISICIÓN DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	25.000
	04			MOBILIARIO Y OTROS	5.000
		001	001	Mobiliario y Otros DSM	5.000
	05			MÁQUINAS Y EQUIPOS	10.000
		001		Máquinas y Equipos de Oficina	500
		002		Máquinas y Equipos para la producción dsm	1.000
		999	001	Otras dsm	8.500
	06			EQUIPOS INFORMÁTICOS	10.000
		001	001	Equipos Computacionales y Periféricos	10.000
31				INICIATIVAS DE INVERSION	12.000
	02			PROYECTO	12.000
		999		Otros, iniciativa de inversión DSM	12.000
35				SALDO FINAL DE CAJA	500
TOTAL GASTOS					6.697.283

13. DOTACIÓN

13.1.- PROPUESTA DE DOTACIÓN DEL RECURSO HUMANO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD MUNICIPAL FINANCIADA POR MECANISMO DE PAGO PERCAPITA AÑO 2025

TIPO DE DESCRIPCIÓN		CANTIDAD	HORAS	OBSERVACIONES
CATEGORÍA FUNCIONARIA	PROFESIONAL			
CATEGORÍA B				
Director Departamento de Salud		1	44	
CATEGORÍA A O B				
Subdirección Clínica		1	44	
Subdirección de Administración y Operaciones		1	44	
Subdirección de Finanzas		1	44	
Abogado		1	22	Se crea Cargo 22 horas
Profesional Convenios		1	44	
Prevencionista de Riesgos		1	44	
Profesional TIC		1	44	Se crea Cargo 44 horas
Encargado de Infraestructura y Mantenimiento		1	44	
Jefe de Operaciones		1	44	
Periodista		1	44	
Jefe de Recursos Humanos		1	44	
Profesional de Capacitación		1	44	
Profesional de Adquisiciones		2	88	
Encargado de Inventario		1	44	
Encargado de Logística y Transporte		1	44	
Profesional de Bienestar y calidad de Vida		1	44	
Profesional Remuneraciones		1	44	
Profesional		2	66	Se aumenta 44 horas
CATEGORÍA A O B				
Director Consultorio		1	44	
Subdirector Técnico o Administrativo		1	44	
Jefe de SOME		1	44	
Profesional Estadístico		1	44	
Encargado de Calidad		1	44	Se crea cargo 44 horas
Encargado de Participación		1	22	Se crea cargo 22 horas
Encargado de Promoción		1	22	Se crea cargo 22 horas

CATEGORÍA A			
Médico	17	726	Se aumenta 44 horas
Odontólogo	7	286	
Químico Farmacéutico	4	176	
CATEGORÍA B			
Asistente Social	7	308	
Terapeuta Ocupacional	2	66	
Enfermera (o)	13	550	
Matrona	8	352	
Nutricionista	8	330	
Kinesiólogo	8	330	
Tecnólogo Médico	3	132	
Psicólogo	8	352	
Profesora de Educación Física	1	44	
Fonoaudiólogo	2	66	
CATEGORÍA C (Técnicos de Nivel Superior)			
Administrativo de Salud	18	814	Se rebaja 44 horas por profesionalización de los cargos
Higienista Dental	3	132	
Técnico Dental	3	132	
Laboratorista Dental	2	88	
Técnico Niv. Sup. Podología	6	220	
Técnico Niv. Sup. Enfermería	42	1804	Se aumenta 44 horas
Técnico en Computación	1	44	
CATEGORÍA D			
Auxiliares Paramédicos de Enfermería	5	220	
CATEGORÍA E			
Administrativos	10	440	
CATEGORÍA F			
Auxiliar de Servicio	9	352	Se aumenta 44 horas (2*22)
Conductor	8	352	
Nochero	4	176	
Auxiliar de Resguardo	3	132	
Auxiliar de Mantenición	2	88	
	232	9.856	

13.2.- PROPUESTA DE DOTACIÓN DEL RECURSO HUMANO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD MUNICIPAL FINANCIADA POR PROGRAMAS ANUALES VIA CONVENIO AÑO 2025

TIPO DE DESCRIPCIÓN CATEGORÍA FUNCIONARIA	CANTIDAD	HORAS	NOMBRE DEL CONVENIO	OBSERVACIONES
PROFESIONAL				
CATEGORÍA A O B				
Coordinador CECOSF	1	22	Programa Convenio CECOSF	
CATEGORÍA A				
Médico	1	44	SAPU	Aplicación dictamen E173171
Odontólogo	1	22	Programa Reforzamiento Odontológico CECOSF	
CATEGORÍA B				
Educadora Diferencial /Párvulos	1	44	Programa Chile Crece Contigo	
Enfermera (o)	1	22	Programa Chile Crece Contigo	
Nutricionista	1	44	Programa Vida Sana	
Kinesiólogo	1	22	Programa Convenio CECOSF	
Kinesiólogo	1	44	Programa Vida Sana	
Gestor Comunitario	1	33	CECOSF	aplicación dictamen E173171
Asistente Social/ Trabajador Social	1	11	Espacios Amigables para adolescentes	aplicación dictamen E173171
Asistente Social/ Trabajador Social	1	15	Salud Mental	aplicación dictamen E173171
Asistente Social/ Trabajador Social	1	22	Reforzamiento SENAME	aplicación dictamen E173171
Coordinador SAPU	1	11	SAPU	aplicación dictamen E173171
Enfermera (o)	2	88	SAPU	aplicación dictamen E173171
Matrona	1	11	Espacios Amigables para adolescentes	aplicación dictamen E173171
Nutricionista	1	11	Espacios Amigables para adolescentes	aplicación dictamen E173171
Kinesiólogo	1	44	Rehabilitación Integral	aplicación dictamen E173171
Kinesiólogo	1	44	Más Adulto Mayor Autovalente	aplicación dictamen E173171
Psicólogo	1	22	Elige Vida Sana	aplicación dictamen E173171
Psicólogo	1	22	Reforzamiento SENAME	aplicación dictamen E173171
Psicólogo	1	15	Salud Mental	aplicación dictamen E173171

Terapeuta Ocupacional	1	44	Rehabilitación Integral	aplicación dictamen E173171
Terapeuta Ocupacional	1	44	Más Adulto mayor Autovalente	aplicación dictamen E173171
Profesor(a) Educación Física	1	7	Elige Vida Sana	aplicación dictamen E173171
CATEGORÍA C				
Podólogo	1	22	Programa Convenio CECOSF	
TENS Nivel Sup.	3	132	Programa Equidad Rural	
TENS Nivel Sup.	4	154	SAPU	aplicación dictamen E173171
Técnico en Odontología	1	44	Programa de Mejoramiento al Acceso a la Atención Odontológica, Apoyo Odontológico CECOSF	aplicación dictamen E173171
CATEGORÍA E				
Administrativo	1	44	Facilitador Intercultural	aplicación dictamen E173171
Administrativo	1	44	Digitador SIGGES	aplicación dictamen E173171
CATEGORÍA F				
Auxiliar de Servicio	2	66	SAPU	aplicación dictamen E173171
	38	1.214		

13.3.- DOTACIÓN DE VEHÍCULOS DSM

PATENTE	MARCA	TIPO VEHÍCULO	MODELO	N° DE MOTOR	COMBUSTIBLE	AÑO DE ADQ.
JJDH-61	MERCEDES BENZ	MINI BUS	VITO TOURER 114CDI	6519033741218.	DIESEL	2017
HZHC-41	NISSAN	CAMIONETA	NP-300 DCAB 2.3	YS23-004994C.	DIESEL	2016
LKDG-67	OPEL	AUTOMOVIL	STATION WAGON	10FJC2619289.	GASOLINA	2021
LBRJ-34	MITSUBISHI	CAMIONETA	L 200 WORDK CR	4N15 UDG3169.	DIESEL	2019
JZYP-22	SUZUKI	JEEP	JIMMY 1.3	M13A-2437895.	GASOLINA	2017
KCWS-96	SUZUKI	STATION WAGON	JIMMY 1.3	M13A-2466848.	GASOLINA	2018
LLZG-37	NISSAN	MINI BUS	NV350- LONG DX MT	YD25052609B.	DIESEL	2019
KZKR-80	NISSAN	MINI BUS	NV350- LONG DX MT	YD2536269B	DIESEL	2019
KZKS-67	NISSAN	MINI BUS	NV350- LONG DX MT	YD25034584B.	DIESEL	2019
LLZG-41	NISSAN	MINI BUS	NV350- LONG DX MT	YD25053390B.	DIESEL	2019
SPCD-71	HYNDAL	MINI BUS	STRARIA US4 CRDI 2.2	D4HBNU311611	DIESEL	2023

14.- PLAN DE CAPACITACIÓN ANUAL 2025

LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS	ACTIVIDADES DE CAPACITACION	OBJETIVOS EDUCATIVOS
EJE ESTRATEGICO 1: Medio Ambiente y entornos Saludables	Cursos de actualización en temáticas emergentes referidas a medio ambiente y entornos saludables en REAS entre otras. En la modalidad presencial, e- learning o mixta.	Actualizar conocimientos en materias de material contaminado y residuos peligrosos
	Cursos de actualización en temáticas emergentes referidas a medio ambiente y entornos saludables en el área de compostaje, huertos urbanos, turismo y materias de cuidado del ambiente, contaminación atmosférica, intradomiciliaria y otras. En la modalidad presencial, e- learning o mixta.	Actualizar conocimientos en medio ambiente y entornos saludables en el área de compostaje, huertos urbanos, turismo y materias de cuidado del ambiente, contaminación atmosférica, intradomiciliaria y otras.
	Cursos en temáticas emergentes referidas a medio ambiente y entornos saludables en salud ocupacional (materias de prevención de riesgos laborales, habilidades personales y sociales en la interacción, comunicación efectiva, manejo de conflictos y toda materia que optimice el trabajo individual y colectivo), salud familiar. En la modalidad presencial, e- learning o mixta.	Actualizar a los funcionarios en cursos referentes a las temáticas (materias de prevención de riesgos laborales, habilidades personales y sociales en la interacción, comunicación efectiva, manejo de conflictos y toda materia que optimice el trabajo individual y colectivo), salud familiar
EJE ESTRATEGICO 2: Estilos de Vida	Cursos de actualización en temáticas emergentes referidas a estilos de vida en salud sexual y reproductiva en los distintos grupos etarios. En la modalidad presencial, e- learning o mixta.	Efectuar acciones de prevención de enfermedades de transmisión sexual, salud sexual y reproductiva con el fin de crear conciencia en la prevención y atención de salud en la población.
	Cursos de actualización en temáticas emergentes referidas a estilos de vida en salud mental, promoción, prevención y tratamiento. Detección temprana de trastornos ansiosos y prevención del suicidio, actividades en prevención de consumo de drogas y alcohol. En la modalidad presencial, e- learning o mixta.	Efectuar acciones de prevención y protección de la salud mental, detección, tratamiento y seguimiento de consumo de tabaco, alcohol, drogas y otras adicciones.
	Cursos de actualización en temáticas emergentes referidas a estilos de vida. Impacto de la alimentación saludable y el ejercicio físico en las diferentes etapas del ciclo de vida, lactancia materna importancia nutricional y afectiva entre otras. En la modalidad presencial, e- learning o mixta.	Actualizar conceptos en nutrición, pautas de evaluación según grupo etario, guías alimentarias, incorporación de la actividad física sistematizada en la población y su importancia en la calidad de vida, contribuir al aumento de las aptitudes habilidades conductas y hábitos sobre vida saludable en la población
	Cursos de actualización en temáticas emergentes referidas a estilos de vida en nutrición en todos sus ámbitos (geriatria, obesidad infantil, enfermedad renal, deportiva, entera y oncológica entre otras). En la modalidad presencial, e- learning o mixta.	actualizar conocimientos en el ámbito de la nutrición diferenciada en los diferentes grupos etarios y en pacientes con necesidades especiales.
EJE ESTRATEGICO 3: Enfermedades Transmisibles	Cursos de actualización en temáticas emergentes referidas a enfermedades transmisibles en materias relacionadas con patologías respiratorias, sus secuelas,	Actualizar conocimientos para brindar una atención de calidad a pacientes con

	entre otras y su prevención. En la modalidad presencial, e- learning o mixta.	enfermedades respiratorias a toda la población.
	Cursos de actualización en temáticas emergentes referidas a enfermedades transmisibles emergentes, como VIH y otras ITS, vigilancia, epidemiología y sus secuelas entre otras y su prevención. En la modalidad presencial, e- learning o mixta.	Actualizar y nivelar conocimiento respecto a temáticas de orden epidémico y/o pandémico.
	Cursos de actualización en temáticas emergentes referidas a enfermedades zoonóticas, vectoriales y transmisibles entre otras y su prevención. En la modalidad presencial, e- learning o mixta.	Implementar cursos en prevención, tratamiento y monitoreo de enfermedades transmitidas por zoonosis y vectores.
	Cursos de actualización en temáticas emergentes referidas al reprocesamiento y esterilización de material quirúrgico. En la modalidad presencial, e- learning o mixta.	Aplicar técnicas de reprocesamiento de dispositivos médicos en el trabajo diarios en los dispositivos de salud, aspectos cognitivos y científicos.
EJE ESTRATEGICO 4: Enfermedades Crónicas no transmisibles y Violencia	Cursos en temáticas emergentes referidas a enfermedades crónicas no transmisibles, como HTA, DM2, entre otras y su prevención. Atención integral de pacientes con alteraciones cardiovasculares y a fines. En la modalidad presencial, e- learning o mixta.	Brindar atención atingente con conocimientos actualizados en la práctica y en la clínica a personas con diagnósticos crónicos, en la promoción, prevención y tratamiento.
	Cursos de actualización en temáticas emergentes referidas a materias de enfermedades odontológicas, su prevención y tratamiento, entre otras estrategias de abordaje. En la modalidad presencial, e- learning o mixta	Internalizar conocimientos en materias de prevención, diagnóstico y tratamiento en enfermedades orales.
	Cursos de actualización y reforzamiento en materias de diagnósticos de salud mental, su detección, prevención y tratamiento. En la modalidad presencial, e- learning o mixta.	Efectuar cursos de detección, prevención y tratamiento, en diagnósticos de salud mental, para el abordaje de usuarios en APS.
	Cursos de actualización en temáticas emergentes referidas a cáncer y cuidados paliativos, incluida ley nacional de cáncer, patologías asociadas al GES, entre otras. En la modalidad presencial, e- learning o mixta.	Capacitar respecto de la prevención, detección temprana, manejo y tratamiento de cáncer y cuidados paliativos, incluida ley nacional de cáncer, patologías asociadas al GES, entre otras.
	Cursos de actualización en temáticas emergentes referidas a materias de género, violencia, abuso sexual y otros relacionados. En la modalidad presencial, e- learning o mixta.	Actualizar herramientas en el abordaje de detección, prevención y denuncia, en casos de materia de género, VIF, abuso sexual, para el tratamiento y monitoreo de casos sociales dentro de los marcos legales.
EJE ESTRATEGICO 5: Funcionamiento y discapacidad	Cursos de actualización en temáticas emergentes referidas a materias de discapacidad, cuidadores, acceso a beneficios. En la modalidad presencial, e- learning o mixta.	Implementar cursos referentes a temáticas de discapacidad, cuidadores, acceso a beneficios, para la atención oportuna y de calidad de los usuarios y sus familias en situación de discapacidad.
	Cursos de actualización en tratamiento de rehabilitación, de técnicas innovadoras, musculoesqueléticas, sensoriales, y neurológicas en las diferentes etapas del ciclo vital. En la modalidad presencial, e- learning o mixta.	Impartir cursos referentes a temáticas de rehabilitación en las diferentes áreas: musculoesquelética, sensorial, cognitiva, neurológica, entre otras.

	Cursos de actualización en temáticas emergentes referidas a los deberes y derechos de las personas en situación de discapacidad, en el marco de la ley, y otros diagnósticos que repercutan el funcionamiento promoviendo la inclusión social. En la modalidad presencial, e- learning o mixta.	Actualizar conocimientos referentes en el marco legal sobre los deberes, derechos y beneficios para las personas con discapacidad.
	Cursos de actualización en temáticas de detección temprana y tratamiento integral de usuarios con diagnósticos de TEA y trastornos generalizados del desarrollo (TGD) . En la modalidad presencial, e- learning o mixta.	Actualizar conocimientos del abordaje de usuario y familias en condición de diagnósticos de TEA Y otros TGD.
EJE ESTRATEGICO 6: Emergencias y desastres	Cursos de actualización en temáticas referidas a preparación y actuación en casos de emergencias y desastres por riesgos de la naturaleza, incendios u otros. En la modalidad presencial, e- learning o mixta.	Actualizar conocimientos en el abordaje de emergencias y desastres por riesgos de la naturaleza, incendios u otros.
	Cursos de actualización en temáticas emergentes referidas a prevención de riesgos, respuesta ante catástrofes, manejo de extintores y plan de emergencias en establecimientos de atención primaria. En la modalidad presencial, e- learning o mixta.	Impartir y reforzar sobre temáticas de prevención, detección y abordaje de riesgo independiente de su origen
	Cursos de actualización de abordaje y estrategias y prevención de incendios domiciliarios, plan comunitario. En la modalidad presencial, e- learning o mixta.	Impartir y reforzar sobre temáticas de prevención, detección y acción en temáticas de incendios de origen doméstico en el plan comunitario.
EJE ESTRATEGICO 7: Gestión, Calidad e Innovación	Cursos de actualización en temáticas emergentes referidas a atención usuaria, seguridad del paciente, medicamentos y satisfacción usuaria como indicador de calidad entre otras. En la modalidad presencial, e- learning o mixta.	Actualizar información en Seguridad en la atención, farmacias y sus procesos, calidad de los medicamentos y satisfacción usuaria.
	Cursos de actualización en temáticas emergentes referidas a actualización y/o perfeccionamiento en metas sanitarias, IAAS, indicadores entre otras. En la modalidad presencial, e- learning o mixta.	Reforzar y actualizar manejo de sistemas de vigilancia, control y evaluación de indicadores.
	Cursos de actualización en temáticas emergentes referidas a liderazgo, eficacia laboral, planificación, gestión y atención ante el cliente interno y/o externo, entre otras. En la modalidad presencial, e- learning o mixta.	Actualizar y analizar los procesos y prácticas asociadas al trabajo, entre otras.
	Cursos de actualización en temáticas emergentes referidas a materias específicas de calidad y/o acreditación de los prestadores de salud, entre otras. En la modalidad presencial, e- learning o mixta.	Actualizar conocimientos en materia de acreditación y calidad.
	Cursos de actualización en temáticas emergentes referidas a relacionadas con seguridad, mantención y reparación de infraestructura y equipamiento de los centros de salud entre otras. En la modalidad presencial, e- learning o mixta.	Actualizar conocimientos en manejo de servicios generales de establecimientos de salud, que contemple especialización en área de infraestructura, mantenimiento y acciones preventivas.
	Cursos de actualización en temáticas emergentes referidas a temáticas jurídicas, políticas públicas, de desarrollo humano, autocuidado, calidad de vida, relaciones humanas, Herramientas computacionales,	Mejorar y fortalecer las competencias en el área de recursos humanos en las distintas funciones administrativas, gestión

	manejo de software, remuneraciones, y otras que digan relación con la gestión administrativa entre otras. En la modalidad presencial, e- learning o mixta.	financiera y actualización jurídica y políticas públicas
	Cursos de actualización en temáticas emergentes referidas a contabilidad general de la nación sector público, SIAPER, normas legales que regulan el uso de vehículos fiscales, mecaniza automotriz, rendición de cuentas E- learning, estatuto APS, trato al usuario y carrera funcionaria entre otras. En la modalidad presencial, e- learning o mixta.	Actualizar y fortalecer los conocimientos en contabilidad general de la nación sector, SIAPER, normas legales que regulan el uso de vehículos fiscales, rendición de cuentas E- learning, estatuto APS, trato al usuario y carrera funcionaria.
	Cursos de actualización en temáticas emergentes referidas a el Modelo de Atención Integral con Enfoque en Salud Familiar y Comunitaria entre otras. En la modalidad presencial, e- learning o mixta.	Reforzar y actualizar en el manejo del modelo de atención integral con enfoque en salud familiar y comunitaria
EJE ESTRATEGICO 8: Equidad	Cursos de actualización en temáticas emergentes referidas a equidad de género, interculturalidad, tratamientos alternativos (Biomagnetismo, Reflexología, uso de plantas medicinales, entre otros), idiomas, salud para inmigrantes, en todos sus ámbitos entre otras. En la modalidad presencial, e- learning o mixta.	Actualizar conocimientos relacionados a nuevas terapias alternativas, idiomas, y salud para migrantes
	Cursos de actualización en temáticas emergentes referidas a las necesidades del Adulto Mayor y su entorno de vida entre otras. En la modalidad presencial, e- learning o mixta.	Fortalecer e implementar conocimientos del personal de salud con respecto a las necesidades del adulto mayor.
	Cursos de actualización en temáticas emergentes referidas a la integración y comunicación con la población con déficit auditivo, curso de lengua de señas entre otras. En la modalidad presencial, e- learning o mixta.	Apoyar y ampliar efectivamente la integración de la población con déficit auditivo y capacitar en cursos de lengua de señas
EJE ESTRATEGICO 9: Desarrollo recurso humano	Cursos de actualización en temáticas emergentes referidas a Toma de decisiones compartidas y cuidados Integrales centrados en las personas en el contexto del modelo de salud familiar a lo largo de curso de vida. Abordaje integral de las personas con condición del espectro autista desde la APS, en el contexto del modelo de salud familiar y la estrategia de atención centrada en las personas. En la modalidad presencial, e- learning o mixta.	Maximizar y reforzar conocimientos en materia de toma de decisiones, salud familiar, espectro autista entre otros.
	Cursos de actualización en temáticas emergentes referidas a Implementación de la Ley de Atención Preferente para personas mayores, personas con discapacidad y cuidadores en APS, en el contexto del modelo de salud familiar, cuidados comunitarios en APS en vías de la construcción de un sistema nacional de cuidados y sistema de salud universal, en el contexto del modelo de salud familiar. En la modalidad presencial, e- learning o mixta.	Reforzar los procesos y prácticas asociadas a la labor en APS, entre otras.
	Cursos de actualización en temáticas emergentes referidas a Herramientas para la transversalización del enfoque intercultural en APS con pertinencia cultural, Herramientas para el análisis y la aplicabilidad del	Perfeccionar las herramientas para la transversalización del enfoque intercultural en APS y análisis del enfoque equidad

	enfoque de equidad y determinantes sociales de la salud en la Atención Primaria de Salud. En la modalidad presencial, e- learning o mixta.	
	curso de actualización de manejo clínico de enfermedades respiratorias crónicas en niños y adultos: en salas IRA y ERA, en el contexto del modelo de salud familiar y la estrategia de atención centrada en las personas. Salud Mental en Atención Primaria. En la modalidad presencial, e- learning o mixta.	Perfeccionar y reforzar el manejo clínico en sala IRA y ERA
	Cursos de actualización en temáticas emergentes referidas a Herramientas de trabajo para una salud primaria inclusiva en temáticas migratorias, interculturales, de género, pueblos originarios, comunidad LGTBQ+, discapacidad y cuidados. Cuidado de los trabajadores/as de salud, liderazgos, prevención de la violencia y promoción de los cuidados comunitarios para el fomentando una cultura del buen trato. .En la modalidad presencial, e- learning o mixta.	Capacitar en temáticas inclusivas, promoción y prevención de los cuidados comunitarios.

15.- PROGRAMACIÓN ANUAL ACTIVIDADES POR PROFESIONAL.

Anualmente cada profesional de los diferentes dispositivos debe crear su agenda y programación anual de actividades, con la finalidad de cubrir las necesidades de atención de Los usuarios de los diferentes programas de la APS. Para esto se precisan algunas prestaciones con coeficientes técnicos propuestos: cobertura, concentración y rendimiento.

Los rendimientos propuestos hacen referencia a las actividades realizadas dentro de los establecimientos y podrán ser ajustados en caso de que las prestaciones sean en domicilio u otro lugar.

Actividad	Grupo Objetivo	Cobertura	Concentración Anual	Rendimiento
Consulta morbilidad	Población Infantil y Personas Mayores	100%	2	4
	Otros grupos etarios		1	
Control de Salud Integral de Adolescentes	10 a 19 años	100%	1	1,3 a 2
Consulta nutricional	PIV	Según prevalencia u observado	1	3
EMP (Examen de medicina Preventivo)	20 a 64 años	33%	1 cada 3 años	2 a 3
	65 años y más	100%	1	1,3 a 1
Control de crónicos	Según PBC	100%	2 a 4	3
Visita domiciliaria integral	PIV	25%	1	1*
Consejería familiar	Familias inscritas	20%	3-4	1,3 a 1
Consejería individual	PIV	Según lo observado	3	2 a 3

Se debe considerar en el proceso programático la dispersión geográfica del territorio u otras condiciones que aumentan tiempos de traslados lo que conlleve a modificar rendimiento para la programación de la actividad.

Actualmente se realizó el proceso de programación 2025 y elaboración de agendas con fecha 06 de noviembre del presente año.

16.- ESTRATEGIA DE CUIDADO INTEGRAL CENTRADO EN LAS PERSONAS, ECICEP

Se enmarca en el modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria y brinda un marco de acción y condiciones para que las personas cuenten con cuidados integrales, integrados, continuos y centrados en ellas, garantizando la calidad de la atención y la eficiencia. Así se busca dar respuestas más adecuadas a las necesidades de la cronicidad en las personas, sus cuidadores, el equipo de salud y la población en general.

La implementación y desarrollo de la estrategia de cuidado integral centrado en la persona requiere de un rediseño en los procesos de atención y gestión en los establecimientos. Cambios que facilitan el tránsito desde la atención recetada y centrada en la enfermedad a la colaboración y centrada en la persona, en los que la relación entre el equipo de salud y la persona tiene valor propio que antecede al contenido de la atención abordando sus necesidades de salud de forma integral donde la persona toma decisiones informadas sobre su salud. Asimismo, requiere centrarse en los recursos que las personas, familias y comunidades disponen a fin de disminuir la sensación de inevitabilidad de las deficiencias y mejorar las competencias de las personas a través del apoyo en el automanejo.

Para prevenir el desarrollo de complicaciones e incentivar el involucramiento y autonomía de las personas que atendemos, es importante promover el empoderamiento y el automanejo. Para ello es esencial mejorar el conocimiento de la población a través de sesiones educativas, charlas, campañas publicitarias, entre otros, con temáticas como alimentación saludable, actividad física, lactancia materna, y otras que sean de interés y que abarquen los problemas más comunes de las personas.

En el propósito de contribuir a mayores niveles de equidad a través de la entrega de servicios con este enfoque, la estrategia establece criterios de estratificación de la población, lo que permite

organizar servicios y cuidados diferenciados según niveles de riesgo, que permitan:

- Evitar que la población sana enferme.
 - Fortalecer la prevención y promoción de la salud.
 - Mantener a las personas enfermas controladas y prevenir el desarrollo de complicaciones.
 - Incentivar el involucramiento y autonomía de las personas que atendemos y el apoyo de los equipos de salud.
- Atender a las personas con multimorbilidad de la manera más adecuada, asegurando la coordinación.

El enfoque de salud poblacional orienta a mejorar la salud de toda la población y reducir las potenciales desigualdades de salud, buscando analizar los niveles de complejidad y multimorbilidad de toda la población, segmentándola a fin de planificar los recursos para cubrir las diferentes necesidades. Es importante que los equipos de salud reconozcan que las bases de la ECICEP son la estratificación de la población y el proceso de atención centrado en la persona, las cuales se ejecutaran a través de líneas estratégicas:

- Promoción y prevención
- Responsabilidad y autonomía de las personas
- Continuidad de los cuidados
- Intervenciones eficientes adaptadas a las necesidades de la persona

Todo ello con base no solo a los determinantes de salud-enfermedad, sino que también en base a los determinantes sociales, incorporando a las personas de mayor complejidad como población objetivo inicial.



Figura 5. Estratificación de personas con condiciones crónicas (Fuente: Adaptada y modificada de: Pirámide de Kaiser Permanente de riesgos modificada).

A nivel comunal se ha definido un Plan de Desarrollo de la Estrategia de Cuidado Integral centrado en personas en contexto de multimorbilidad, cuyo objetivo es “Estandarizar y describir los procesos relacionados a la implementación de la Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las personas (ECICEP) para el Departamento de Salud Municipal de Pitrufquén”.

Se ha conformado un equipo de trabajo y calendario de reuniones ara el año 2025.

Equipo ECICEP Comunal 2024-2025		
Nombre	Cargo	Establecimiento
Humberto Berrios Becerra	Médico Familiar	SSASUR
Josué Rodríguez Tamame	Médico Familiar	CECOSF
Carla Manqui Carrillo	Enfermera	CECOSF
Claudia Jiménez Concha	Coordinadora CECOSF	CECOSF
Karin Antipichun Rizzo	Directora Cesfam	CESFAM
Patricia Guevara Vargas	Médico Cirujano	CESFAM
Valentina Harcha Ávila	Directora Técnica Cesfam	CESFAM
María José Rivas Boggen	Químico Farmacéutico	CESFAM
Karla Carrasco Barra	Encargada MAIS	CESFAM
Anselmo Ramírez Torres	Médico	RURAL
Cristian Mansilla Gallardo	Médico	RURAL
Nelly Cariman Cariman	Coordinadora Rural	RURAL
Isabel Paillalef Ñancufil	Enfermera	RURAL
Katherine Troncoso Godoy	Subdirectora Clínica DSM	DSM

16.1.- ANÁLISIS FODA ECIPEP

16.1.1.- FORTALEZAS

- Diversidad de profesionales (equipo interdisciplinario) lo que ofrece distintas miradas para abordar problemas.
- Atenciones según principios del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria.
- Buena relación en el equipo lo que favorece cumplimiento de objetivos y ambiente laboral vertical y horizontalmente.
- Experiencia previa de trabajo en equipo, con conocimiento de virtudes y defectos de los profesionales.
- Experiencia individual de trabajo en APS (conocimiento del funcionamiento interno)
- Experiencia individual en otras estrategias implementadas en el Departamento (PSCV, Vida Sana, etc.) y trabajo anterior en proyectos de salud.

16.1.2.- OPORTUNIDADES

- Recursos garantizados por el Servicio de Salud
- Estrategia específica para complementar las actuales respecto de los factores epidemiológicos de nuestros usuarios de dispositivos, que se condice con los presentes a nivel nacional respecto del envejecimiento de la población, y por ende considerar que las personas mayores presentan múltiples patologías crónicas.
- Disminución de poli consultantes, o consultas de morbilidad reiteradas por programa, considerando en esto la mayor cercanía con el usuario.
- Necesidad de consolidar bajo sólo un criterio la polifarmacia según patología.
- Lineamiento nacional para implementación de la estrategia (Respaldo de iniciativa institucional central)
- Capacitación del equipo de salud en la estrategia
- Recolección de necesidades de los equipos para garantizar la efectiva implementación.
- Formación de alianzas de trabajo con el intersector.

- Formación de nuevos equipos considerando la presencia de funcionarios jóvenes y flexibles en cuanto a la capacidad de adaptación a nuevos contextos de trabajo.

16.1.3.- DEBILIDADES

- No poseer espacios protegidos para revisión de casos y trabajo de equipo
- Escasos recursos en infraestructura, personal e insumos.
- El cumplimiento de metas centrado en la cobertura y rendimiento.
- Nivel socioeconómico de los usuarios enlentece el proceso de empoderamiento de su salud como usuarios activos y autogestionados.

16.1.4.- AMENAZAS

- Resistencia al cambio de los integrantes del Equipo de Salud
- Escasa difusión a los usuarios. Estrategia aún poco conocida por el resto del equipo de salud y los pacientes.
- La falta de interés de parte de los pacientes, y actitud pasiva.
- Alta carga asistencial y cansancio de los funcionarios en contexto de trabajo post pandemia.

16.1.5.- CARTA GANTT

A continuación, se define planificación para implementar la Estrategia durante el segundo semestre del 2024 y el 2025, proponemos lo siguiente:

Actividad	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6	Mes 7	Mes 8	Mes 9	Mes 10	Mes 11	Mes 12	Mes 13	Mes 14
Jornada de Reflexión en MAIS: • Presentación de puntos clave de estrategia • Necesidades para realizar implementación. • Dificultades que visualizan dentro del equipo. • Beneficios que vislumbra ante la implementación	X													
Conformación equipo ECICEP • Elaboración Protocolo ECICEP • Horario Protegido	X													
Reuniones mensuales para evaluar avance de estrategia y establecer agenda de trabajo.	X	X	X	X	X	X								
Aplicación de Plan Piloto								X	X	X	X	X	X	X
Criterios de ingreso de usuarios a estrategia / estratificación.		X	X	X										
Sensibilización al resto del equipo de dispositivos y Capacitación (MAIS-SOME, y otros según prioridad)	X	X	X											
Programación 2025	X	X	X	X										
Presentación y Capacitación al CDL, CODELO, COSOC, AMIGOS DEL CECOSF					X	X								
Citación y atención personas mayores G3 (segundo 2025)						X								
Gestionar semillero de Médicos Familiares (Becados)					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Evaluación ECICEP	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

17.- CARTERA DE SERVICIOS DE LOS DISPOSITIVOS DE LA COMUNA (CESFAM, CECOSF, POSTAS)

A continuación, se detallan las prestaciones que brinda nuestro DSM de acuerdo al modelo de salud familiar, ya que somos un equipo de salud multidisciplinario integrado por médicos generales, químicos farmacéuticos, odontólogos, enfermeras, matronas, kinesiólogos, nutricionistas, asistentes sociales, psicólogos, terapeutas ocupacionales, educadora diferencial, fonoaudiólogos, podólogos, técnico superior de enfermería, técnico superior dental y administrativos.

17.1. - CONTROLES DE SALUD:

- Control recién nacido hasta los 28 días.
- Control del niño sano hasta los 9 años.
- Control de salud del joven sano de 10 a 19 años.
- Control prenatal y post natal.
- Control ginecológico y métodos anticonceptivos.
- Control de enfermedades crónicas.
- Consulta y control nutricional.
- Consulta y control de salud mental
- Consulta desarrollo psicomotor.
- Examen médico preventivo entre 15 y 64 años (EMP)
- Examen médico preventivo del adulto mayor, 65 y más años (EMPAM)

17.2.- CONSULTAS MÉDICAS GENERALES

17.3.- VISITAS DOMICILIARIAS

- Visitas domiciliarias integrales
- A usuarios con dependencia severa,
- Para realización de curaciones
- Para toma de muestras

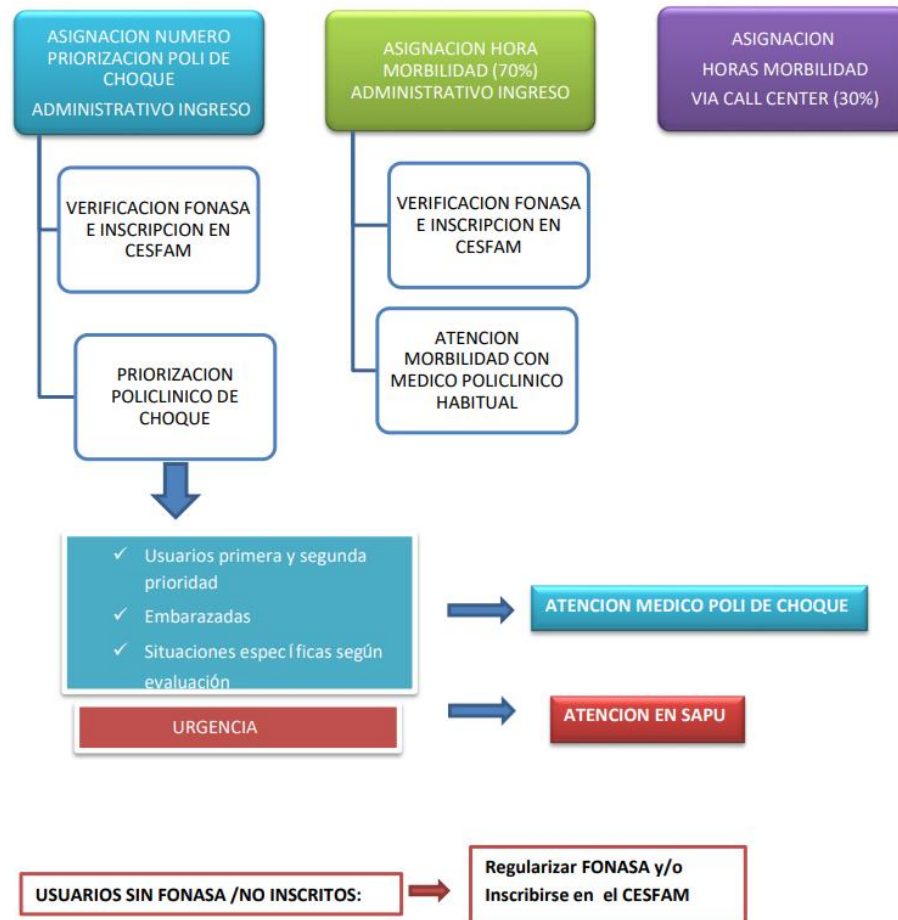
17.4.- POLICLÍNICO DE CHOQUE (CESFAM):

Es una acción para atención de usuarios por demanda espontanea, con la finalidad de dar atención a las consultas de estos y con una rápida resolución.

La oferta es de 16 horas diarias, con una duración de 15 minutos por usuario en promedio.

La atención comienza a las 08:00 horas, y previamente se realiza la selección de usuarios y

preparación de estos desde las 07:30 horas por enfermera y TENS. El médico comienza a atender de 08:00 hasta las 12:30 horas.



17.5.- SAPU (Servicio de Atención Primaria de Urgencia CESFAM)

Un Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU), es un establecimiento de salud que ofrece atención a las necesidades de urgencia/emergencia de baja complejidad, cuando no existe riesgo vital para el paciente. Se recomienda acudir a un SAPU, por sobre una urgencia hospitalaria, ya que acá los tiempos de espera son menores.

Ejemplos de motivos para acudir a un SAPU:

- Quemaduras, mordeduras o picaduras de animales.

- Intoxicaciones por medicamentos, drogas, alcohol, entre otros.
- Accidentes de hogar menores.
- Crisis de asma o problemas respiratorios.
- Dolor intenso de cabeza, estómago u otro.

Se utiliza el sistema de priorización de usuarios para la entrega de atenciones.

En el SAPU, al igual que en la urgencia de un hospital, la atención es de acuerdo a la gravedad del paciente y no al orden de llegada.

En nuestra comuna se denomina SAPU corto, ya que sus horarios de atención es el siguiente:

- Lunes a viernes 17:00 a 00:00 horas.
- Sábado, domingo y días festivos de 08:00-00:00 horas.

Actualmente el equipo SAPU, está conformado por el siguiente personal:

FUNCIONARIO	HORAS ASIGNADAS
Coordinador	1 profesional, 11 horas
Médicos	2 profesionales, 44 horas cada uno
Enfermeras	2 profesionales, 44 horas cada uno
TENS	3 TENS: 2 por 44 horas, 1 TENS por 22 horas.
Auxiliar de Servicios	1 auxiliar 44 horas, 1 auxiliar 22 horas

Atenciones realizadas en SAPU de enero a octubre 2024:

ATENCIÓN	TOTAL		
	Ambos Sexos	Hombres	Mujeres
Atención Medica	10804	4463	6341
Enfermería	4270	1763	2507
Kinesiología	0	0	0
Psicología	566	152	414
Trabajo Social	591	162	429

Fuente: resumen rem A08 SSASUR.

CALENDARIO DE INMUNIZACIONES INFANTIL 2024										
	POBLACIÓN INFANTIL									
	RECÉN NACIDO	2 MESES	3 MESES	4 MESES	5 MESES	6 MESES	12 MESES	18 MESES	24 MESES	36 MESES
VACUNA BCG Protege contra: bacteria <i>Mycobacterium tuberculosis</i>	Única dosis									
VACUNA HEPATITIS B	Única dosis									
VACUNA HEXAVALENTE Protege contra: virus hepatitis B, Difteria, Tétanos, Tos convulsiva, bacteria <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b, Poliomielitis		1ª dosis		2ª dosis		3ª dosis		Refuerzo		
VACUNA NEUMOCÓCICA CONJUGADA 13 VALENTE Protege contra: bacteria <i>Streptococcus pneumoniae</i>		1ª dosis		2ª dosis		3ª dosis (sólo prematuros)	Refuerzo			
VACUNA MENINGOCÓCICA SEROGRUPO B Protege contra: bacteria <i>Neisseria meningitidis</i> serogrupo B		1ª dosis		2ª dosis						
VACUNA SARAMPIÓN, RUBÉOLA Y PAROTIDITIS (SRP)							1ª dosis			2ª dosis
VACUNA MENINGOCÓCICA TETRAVALENTE Protege contra: bacteria <i>Neisseria meningitidis</i> serogrupo A, C, W, Y							Única dosis			
VACUNA HEPATITIS A								Única dosis		
VACUNA VARICELA								1ª dosis		2ª dosis
VACUNA FIEBRE AMARILLA								Única dosis (sólo en Rapa Nui)		
VACUNA COVID-19							Esquema primario población desde 6 meses (Refuerzos para población objetivo definida por MINSAL)			
VACUNA INFLUENZA							Para grupos objetivos en periodo de circulación de influenza			
VIRUS RESPIRATORIO SINICIAL (Anticuerpo Monoclonal intravenoso) (Nacidos a partir del 01 de octubre de 2023)	Única dosis (temporada alta circulación VRS)									
VACUNA MPOX	Dos dosis en personas con alto riesgo de infección									

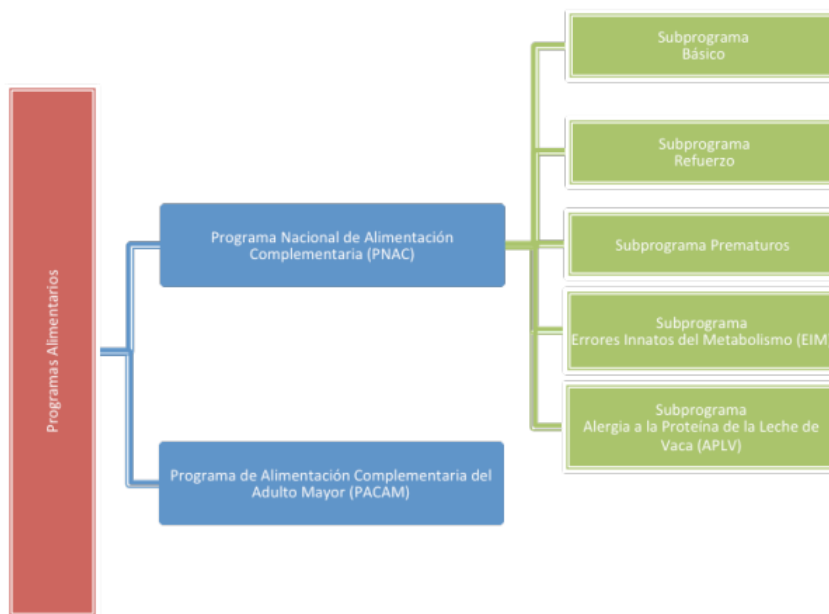
17.12.- ENTREGA DE PRODUCTOS ALIMENTARIOS

Son un conjunto de programas y subprogramas, que consideran actividades de apoyo nutricional de tipo preventivo y de recuperación, a través de los cuales se distribuyen gratuitamente alimentos destinados a la población infantil, gestantes y madres que amamantan, personas mayores y población con diagnóstico de algún error innato del metabolismo (EIM) y alergia a la proteína de leche de vaca (APLV). Los PPAA se encuentran íntimamente ligados a acciones de prevención y promoción de la salud, teniendo un alcance en todo el ciclo de vida de la población. La entrega de productos a la población beneficiaria está orientada a ser ejecutada en los establecimientos de nivel primario de la red de atención pública. Además, se consideran las instituciones en convenio de acuerdo con las necesidades específicas de algunos subprogramas. Su propósito es contribuir a satisfacer los requerimientos nutricionales en distintos grupos poblacionales, con especial énfasis en la población materno-infantil y personas mayores.

Estructura de los Programas Alimentarios

Los PPAA contemplan el Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC), con sus respectivos subprogramas, y el Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor (PACAM).

ILUSTRACIÓN 1. ESTRUCTURA GENERAL DE LOS PPAA



Perfil de productos que componen los PPAA

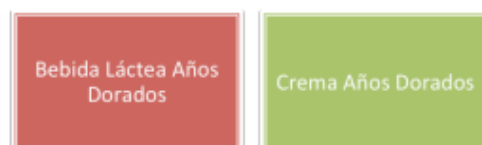
Los productos que componen los PPAA corresponden a productos específicos, que contribuyen a cubrir las necesidades de nutrientes críticos de cada grupo de la población beneficiaria; considerando para esto un apropiado nivel en relación con los siguientes puntos:

- **Nutricional:** Adecuado nutricionalmente para las especificaciones de cada grupo etario o que actúe como complemento a la alimentación de la población beneficiaria.
- **Sensorial:** De características organolépticas (olor, color, sabor, textura y apariencia) aceptables para la población beneficiaria. **Calidad:** Producto que cumpla con todas sus especificaciones, incluyendo las relativas a su inocuidad.
- **Envase y rotulado:** Adecuado según lo establecido en el Reglamento Sanitario de los Alimentos (DS 977/96) y que sea atractivo y comprensible para la población beneficiaria.

ILUSTRACIÓN 2. PRODUCTOS QUE COMPONEN EL PNAC



ILUSTRACIÓN 3. PRODUCTOS QUE COMPONEN EL PACAM



17.12.1.- PROGRAMA NACIONAL DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA (PNAC)

El PNAC es un programa de carácter universal que considera un conjunto de actividades de apoyo nutricional de tipo preventivo y de recuperación, a través del cual se distribuyen, de acuerdo a los criterios que se establecen para cada subprograma, alimentos destinados a la población infantil menor a 6 años, gestantes, mujeres que amamantan, personas con diagnóstico de algún error innato del metabolismo que requiera tratamiento nutricional.

Objetivos

- Promover la lactancia materna.
- Promover las potencialidades de crecimiento y desarrollo de niños/as desde la gestación.
- Proteger la salud de la mujer durante la gestación y lactancia.
- Disminuir la incidencia de bajo peso al nacer.
- Prevenir y corregir el déficit nutricional en los niños y niñas y gestantes.
- Fomentar la adherencia a las acciones de salud impulsadas en los centros de atención primaria de salud (APS).

Consumo promedio de PNAC comuna de Pitrufrquén de los dispositivos de: CESFAM- CECOSF y Postas rurales de enero a octubre 2023:

- Consumo promedio de PNAC comuna de Pitrufrquén de los dispositivos de: CESFAM- CECOSF y Postas rurales de enero a octubre 2023:

17.12.2- PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA DEL ADULTO MAYOR (PACAM)

El PACAM es parte de un conjunto de actividades de apoyo alimentario nutricional de carácter preventivo y de recuperación, que distribuye alimentos fortificados con micronutrientes a las personas mayores, en los establecimientos de APS. A su vez, es un componente integral del Programa de Salud Integral para Personas Mayores y se vincula con otras actividades de medicina preventiva y curativa, como la promoción del envejecimiento saludable y el mantenimiento y mejoramiento de la funcionalidad física y cognitiva. De este modo se convierte en un instrumento de las acciones de protección de la salud y acompañamiento a personas mayores en los centros de salud.

Objetivos

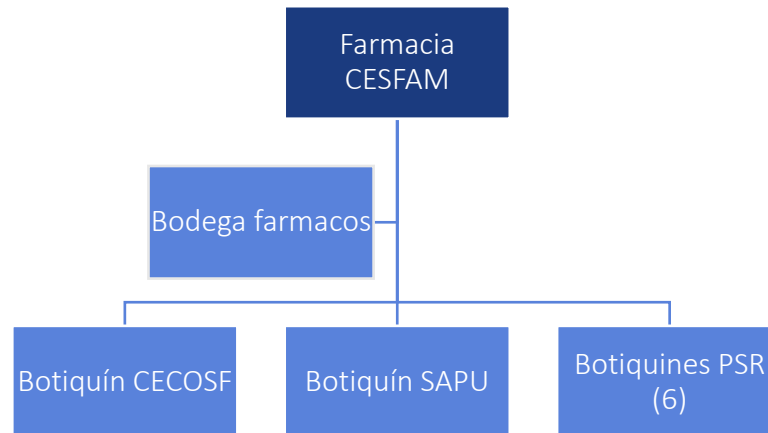
- Contribuir a prevenir y tratar las carencias nutricionales de las personas mayores mediante la entrega de un complemento alimentario especialmente diseñado para sus necesidades.
- Contribuir a mantener o mejorar la funcionalidad física y psíquica de personas mayores.
- Incentivar una mayor adherencia a las actividades del programa de salud del adulto mayor en establecimientos de APS.
- Promover en los establecimientos de APS una modalidad de trabajo integral con relación a personas mayores, con participación de profesionales del área de atención médica, nutricional, asistencia social, de la familia y de las organizaciones de la propia comunidad.

(FUENTE: Norma técnica de Programas alimentarios 2021).

17.13.- UNIDAD DE FARMACIA

Desde Julio del presente año la unidad de farmacia paso a ser una farmacia autorizada como tal por parte de la autoridad sanitaria de la SEREMI de salud, por lo tanto esta debe contar con un

químico farmacéutico que cumple la función de director técnico (DT), un farmacéutico complementario que se encuentre en horario que no esté presente DT de farmacia y adicionalmente con una farmacéutico encargado del abastecimiento desde la bodega de farmacia el cual está directamente anexo a farmacia CESFAM y distribuir tanto a esta como hacia los distintos dispositivos pertenecientes al departamento de salud (DSM).



Por lo ya mencionado, la unidad pasó por procesos de autorización sanitaria durante el año pasado, el primero ya mencionado de la autorización de funcionamiento como farmacia, del cual se debe destacar es de las primeras farmacias autorizadas en centros de salud municipal dentro de la región y con esto a la vez se obtuvo la autorización de la bodega anexa. Durante Octubre del año pasado también se realizó el proceso de autorización del botiquín de SAPU, a cargo de un TENS y continuo apoyo de químico farmacéutico complementario.

Como ocurrió con estos procesos de autorización, se busca a la larga conseguir este mismo objetivo con todos los dispositivos que conforman el DSM para garantizar y contar con las condiciones óptimas de funciones de estos, tanto a nivel de recursos físicos como los mismos medicamentos con los que se deben disponer, infraestructura, mobiliario hasta con el adecuado recurso humano que debe contar un botiquín de farmacia o una farmacia y así garantizar un mejor servicio a los usuarios de los dispositivos dependientes del DSM de Pitrufrquén.

17.13.1.- RESOLUCIÓN AUTORIZACIÓN FUNCIONAMIENTO FARMACIA CESFAM PITRUFQUÉN

VISTOS

1. Solicitud presentada por Jacqueline del Carmen Romero Inzunza, RUT:10.332.938-8, Representante Legal de Municipalidad de Pitrufquén, RUT N° 69.191.300-7, referente a aprobar la Instalación de "Farmacia Cesfam Pitrufquén", ubicada en Leon Gallo Sur N°585, comuna de Pitrufquén.
2. Comprobante de pago N° 2309147748 del 19.04.2023, por arancel correspondiente.
3. Acta de Formalización N°138654, de la Q.F. Ximena Maturana Palma y Q.F. Carmen Gloria Soto Cifuentes, fiscalizadoras de la SEREMI de Salud, Región de La Araucanía.

Lo dispuesto en la Resolución Exenta Exenta D9-01850 07/04/2022, Res. Ex. 14269 del 25/08/2009 de esta Secretaría Regional Ministerial de Salud, dicto lo siguiente:

CONSIDERANDO:

1. DFL N° 725 Código Sanitario.
2. Lo establecido en el Art. N° 121 del Código Sanitario y el Art. N°2 del DS 466/84, Reglamento de Farmacias, Droguerías, Almacenes Farmacéuticos, Botiquines y Depósitos Autorizados.
3. Las atribuciones que me confiere el DFL N° 1 del 2005 que fija texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N° 2763/79 y de las leyes N° 18.933 y N° 18.469;

TENIENDO PRESENTE:

1. Decreto N° 32, fecha 18.03.2022, del Ministerio de Salud, que designa a D. Andrés Cuyul Soto como Secretario Regional Ministerial de Salud de La Araucanía.
2. Resolución Exenta N° D 9-01850 del 07.04.2022 que designa a D. Loreto Uribe Boisier como Jefe del Depto. de Acción Sanitaria;
3. Resolución N° 7 del 26/03/2019, de la Contraloría General de la Republica;
4. Resolución Exenta CP N° 10719/2021 del 12.05.2021 que reestructura los Sub-Deptos. en el Departamento de Acción Sanitaria de la Seremi de Salud Región de La Araucanía.
5. Resolución Exenta N° 2372/2023 del 03.02.2023 establézcase un nuevo orden de subrogancia, en caso de ausencia de la titular para el cargo de Jefatura del Departamento de Acción Sanitaria de esta Secretaria Regional Ministerial de Salud Región de La Araucanía.
6. Resolución Exenta N° 14269 del 25.08.09. De la Seremi de Salud de La Araucanía que delega facultades en el jefe del Depto. de Acción Sanitaria para otorgar autorizaciones sanitarias.

En mérito de lo expuesto, dicto la siguiente:

RESOLUCIÓN

1.- APRUÉBASE LAS INSTALACIONES SIN RECETARIO MAGISTRAL Y CON SALA DE FRACCIONAMIENTO, DE "FARMACIA CESFAM PITRUFQUÉN", DE PROPIEDAD DE MUNICIPALIDAD DE PITRUFQUÉN, RUT N° 69.191.300-7, ubicada en León Gallo Sur N°585, comuna de Pitrufquén, y representada legalmente por Jacqueline del Carmen Romero Inzunza, RUT 10.332.938-8.

2.- EL FRACCIONAMIENTO DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS, será efectuado en el mismo establecimiento, según lo estipula el Decreto 466/84, Art. 14° (Decreto 49/2019, Artículo único, párrafo III b).

17.13.2.- RESOLUCIÓN FUNCIONAMIENTO BOTIQUÍN SAPU – CESFAM PITRUFQUÉN

VISTOS

1. Solicitud presentada por D. Jacqueline del Carmen Romero Inzunza, RUT N° 10.332.938-8, Representante Legal de la Municipalidad de Pitrufquén, RUT N° 69.191.300-7, en referencia a autorizar el Funcionamiento del BOTIQUÍN del SAPU, ubicado en Leon Gallo Sur N°585, comuna de Pitrufquén.
2. Nómina del Arsenal Farmacológico requerido por el Botiquín Farmacéutico del SAPU.
3. Comprobante de pago N° 2309390388 del 07.09.2023 por el arancel de Autorización de Funcionamiento Botiquín.

Lo dispuesto en la Resolución Exenta Exenta D9-01850 07/04/2022, Res. Ex. 14269 del 25/08/2009 de esta Secretaría Regional Ministerial de Salud, dicto lo siguiente:

CONSIDERANDO:

1. DFL N° 725 Código Sanitario.
2. Lo establecido en el Art. N° 121 del Código Sanitario y el Art. N° 2, Art. N°74 y Art. N° 75 del DS 466/84, Reglamento de Farmacias, Droguerías, Almacenes Farmacéuticos, Botiquines y Depósitos Autorizados.
3. Las atribuciones que me confiere el DFL N° 1 del 2005 que fija texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N° 2763/79 y de las leyes N° 18.933 y N° 18.469;

TENIENDO PRESENTE:

1. Decreto N° 32, fecha 18.03.2022, del Ministerio de Salud, que designa a D. Andrés Cuyul Soto como Secretario Regional Ministerial de Salud de La Araucanía.
2. Resol. Exenta N° D 9-01850 del 07.04.2022 que designa a D. Loreto Uribe Boisier como Jefe del Depto. de Acción Sanitaria;
3. Resolución N° 7 del 26/03/2019, de la Contraloría General de la Republica;
4. Resol. Exenta CP N° 10719/2021 del 12.05.2021 que reestructura los Sub-Deptos. en el Departamento de Acción Sanitaria de la Seremi de Salud Región de La Araucanía.
5. Resolución Exenta N° 2372/2023 del 03.02.2023 establézcase un nuevo orden de subrogancia, en caso de ausencia de la titular para el cargo de Jefatura del Departamento de Acción Sanitaria de esta Secretaría Regional Ministerial de Salud Región de La Araucanía.
6. La Resolución Exenta N° 14269 del 25.08.09. De la Seremi de Salud de La Araucanía que delega facultades en el jefe del Depto. de Acción Sanitaria para otorgar autorizaciones sanitarias.

En mérito de lo expuesto, dicto la siguiente:

RESOLUCIÓN

1.- APRUEBASE EL FUNCIONAMIENTO DEL BOTIQUÍN FARMACÉUTICO del SAPU, dependiente de la Farmacia del Cesfam Pitrufquén, ubicado en Leon Gallo Sur N°585, comuna de Pitrufquén, de propiedad de Ilustre Municipalidad de Pitrufquén, RUT N° 69.191.300-7, representado legalmente por D. Jacqueline del Carmen Romero Inzunza, RUT N° 10.332.938-8.

2.- LA RESPONSABILIDAD TÉCNICA del Botiquín Farmacéutico estará a cargo de la profesional E.U. Alejandra Painen Ancan, RUT N° 18.537.910-8, y la profesional que la subrogue, en horarios de lunes a viernes de 17:00 a 00:00 horas; Sábado, domingos y festivos de 08:00 a 00:00 horas.

17.13.3.- RECETAS Y PRESCRIPCIONES ENTREGADAS EN CESFAM, SAPU, CECOSF Y POSTAS DE SALUD RURAL

- **CESFAM, CECOSF, SAPU, POSTAS RURALES**

Los tipos de recetas entregadas son clasificadas según atención Crónico, Morbilidad y Bajo Control Legal, según corresponda a cada dispositivo.

- Actualmente se cuenta con una Re-embasadora en CESFAM, la cual es semiautomática, que permite optimizar en forma importante el tiempo utilizado en la tarea de re-embasar medicamentos, sobre todo en aquellos que vienen en envases clínicos (cajas de 500, 1000 o

más comprimidos), además permite incluir información importante en el etiquetado como: nombre, medicamento, indicación, horario de administración y otros, información relevante para el usuario.



Considerando la cantidad de recetas y prescripciones que se entregan a diario esta se convierte en una importante herramienta de trabajo, que a la actualidad permite en promedio realizar el re-ensado de 39.900 comprimidos, capsulas o productos unitarios diarios.

- **Nuevos aportes desde unidad: tecnovigilancia, farmacovigilancia y atención farmacéutica**

Durante el año 2023, con el interés de una mejora continua dentro de los servicios que se pueden implementar en APS se están realizando atenciones farmacéuticas centradas principalmente en revisión de medicación sin entrevista tanto en CESFAM y CECOSF lo que se busca realizar más adelante también en PSR, como también incluir una mayor cantidad de servicios de atención farmacéutica.

Por otra parte, se comenzará a implementar tanto la farmacovigilancia como la tecnovigilancia con estrategias que permitan llamar la atención de los diferentes participantes del equipo de salud para fomentar la notificación de estos casos.

17.14.- EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS

- Electrocardiograma
- Holter de presión arterial
- Espirometría

- Ecografías
- PAP
- Baciloscopia
- Toma de muestras (exámenes)
- Curaciones

17.15.- EPIDEMIOLOGÍA

Según la OPS, Epidemiología es el estudio de la frecuencia y distribución de los eventos de salud y de sus determinantes en las poblaciones humanas, y la aplicación de este estudio en la prevención y control de los problemas de salud.

17.15.1.- COVID-19

El primer caso en Chile se detecta el día 03 de marzo del 2020 y en la Región de la Araucanía el 14 de marzo. En Chile se tomaron medidas restrictivas como cuarentenas dinámicas, cierre de fronteras, estado de excepción constitucional.

Desde el 1° de septiembre 2023 con el término de la Alerta Sanitaria por COVID-19 se acaba la obligatoriedad de mascarillas en establecimientos educacionales y en recintos de salud.

Por consiguiente, se educa a la población en cuanto al uso de mascarilla si presentan síntomas de alguna enfermedad respiratoria, donde como medida administrativa general, nuestros distintos establecimientos tienen a disposición este elemento de protección personal.

Equipo:

- 1 Médico (SOS) encargado de realizar visitas en domicilio casos de mayor complejidad confirmados/probables, notificaciones sistema EPIVIGILA.
- 1 Enfermero coordinador de todos los procesos Covid-19, Delegado de Epidemiología.

17.15.2.- EL PROGRAMA DE CONTROL Y ELIMINACIÓN DE LA TUBERCULOSIS

El programa de Control y Eliminación de la Tuberculosis es un programa de salud pública de alcance nacional, descentralizado, con normas y operaciones técnicas precisas con el Objetivo general de Reducir el riesgo de infección, morbilidad y mortalidad por Tuberculosis en Chile.

El DSM PITRUFQUEN forma parte de la estructura del PROCET en su nivel local teniendo un equipo encargado en la resolución /decreto N° (301) con fecha (25/05/2022) para la ejecución de las acciones del programa.

Se ha recopilado información de estos últimos años, señaladas en tablas para tener una mirada epidemiológica y operacional del programa.

Dentro de nuestra población tenemos identificado los siguientes grupos vulnerables:

Grupo vulnerable	SI	NO	N° Total personas	N° de personas sexo masculino	N° de personas sexo femenino
Diabéticos	X		1992	786	1206
Privados de libertad	X		174	174	---
Adultos mayores	X		4562	2046	2516
Migrantes	X		91	46	45
Personal de Salud	X		269	74	195
Pueblo originario	X		8423		
Situación calle	X		1	1	
Abuso de alcohol /drogas	X		49	33	16
Contactos de casos índice		X			
Trabajador/expuesto a Sílice		X			
Otras poblaciones cerradas	X		38	15	23
Personas VIH	X		45	34	11
Inmunosupresión		X			

17.15.3.- EL PROGRAMA DE DISMINUCIÓN DEL VIH/SIDA

Ejecución de actividades de promoción, prevención, diagnósticos oportunos de VIH. Teniendo funcionarios responsables para dicha actividad en los distintos dispositivos.

17.15.4.- EL PROGRAMA DE DISMINUCIÓN DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES, VIOLENCIA E INTENTOS DE SUICIDIOS.

Realización de actividades de promoción, prevención, diagnósticos oportunos ENT, Violencia e intentos de suicidio. Teniendo funcionarios responsables para dicha actividad en los distintos dispositivos.

17.15.5.- EPIDEMIOLOGÍA EN EL CICLO DEL DESASTRE

Coordinación con diferentes programas de los diferentes establecimientos de Salud y otras instituciones. Teniendo funcionarios responsables para dicha actividad en los distintos dispositivos. (Inundaciones, Terremotos, Tsunamis, Erupciones Volcánicas, Sequía).

17.16.- PROGRAMA NACIONAL DE INMUNIZACIONES (PNI)

El país cuenta desde 1978 con un Programa Nacional de Inmunizaciones, este ha permitido la disminución de la morbilidad y mortalidad de las enfermedades inmunoprevenibles contribuyendo a la disminución de la mortalidad infantil.

Entre sus logros más destacados se encuentran la erradicación de la Viruela (1950), de la Poliomielitis (1975) y eliminación del Sarampión (1992).

El Programa Nacional de Inmunizaciones posee un enfoque integral y tiene como objetivo prevenir morbilidad, discapacidad y muertes secundarias a enfermedades inmunoprevenibles, a lo largo de todo el ciclo vital.

Para llevar a cabo en forma programática las acciones de inmunización en la comuna de Pitruftuquén se han puesto en marcha diferentes estrategias tanto de gestión como de acciones clínicas que permitió mantener coberturas esperadas de inmunización en la comuna.

Cada estrategia de vacunación instauradas por el MINSAL favoreció disminuir las tasas de contagios de enfermedades transmisibles y de importancia de Salud Pública, como es la Campaña contra SARS-COV-2, Campaña Influenza, Campaña de Vacunación Escolar y Calendarios Programáticos para la población a nivel nacional.

Para llevar a cabo en forma programática las acciones de inmunización de la comuna de Pitruftuquén, se han puesto en marcha diferentes estrategias tanto de gestión como de acciones clínicas que han favorecido a mantener coberturas esperadas de inmunización en la comuna. Cada estrategia de vacunación instauradas por el MINSAL, han favorecido para disminuir las tasas de contagios de enfermedades transmisibles y de importancia de Salud Pública, como es la Campaña de Seguimiento SRP (Sarampión- Rubeola- Papera), Campaña Influenza, Campaña de Vacunación Escolar y Calendarios Programáticos para la población a nivel Nacional. Este último año afectados por pandemia, se

incorpora la Campaña Contra SARSCoV-2, donde se ha trabajado constantemente sin dejar de lado los programas y campañas antes mencionadas. Para el cumplimiento de las estrategias locales se ha trabajado con una propuesta pluridimensional e integrada, ya que se ha implantado un proceso sistemático y sostenible, con el objetivo de que esta estrategia sea oportuna y de calidad, por tanto el trabajo intersectorial se realiza con el apoyo de diferentes redes y actores del territorio, como por ejemplo; MINEDUC, SEREMI, SSASUR, a nivel local; departamento de educación, DIDECO, Deporte, Hospital y a nivel social con las diferentes organizaciones sociales con un solo fin mantener a la población de la comuna protegida, conocer la población facilita la programación de las intervenciones y cumplimiento de coberturas.

18.- RECORDATORIO DE CITAS.

Con el fin de mejorar la brecha existente en las agendas médicas, producto de la inasistencia de usuarios a sus horas, es que se ha implementado el sistema de recordatorio de citas, el cual consta de funcionarios que llaman el día previo a la cita agendada, con el fin de evitar ausentismos y aumentar nuestra población bajo control.

19.- DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LAS ÁREAS DE CUIDADOS DE SALUD EN APS

19.1 PROGRAMA DE SALUD DE LA INFANCIA

El Programa de salud del niño y de la niña tiene como propósito contribuir a la salud y el desarrollo integral de niños y niñas menores de 10 años, en su contexto familiar y comunitario, a través de actividades de fomento, protección, prevención, recuperación de la salud y rehabilitación, que impulsen la plena expresión de su potencial biopsicosocial y mejor calidad de vida.

- Reducir la mortalidad y morbilidad infantil en la población menor de 10 años.
- Fortalecer la atención de salud oportuna, expedita, continua, resolutive y de calidad a niños y niñas en la red de salud pública.

- Contribuir a la mejora de la calidad de vida en la población infantil, independiente de su condición de salud y socioeconómica.
- Promover hábitos saludables y disminuir los factores de riesgo de salud en niños y niñas menores de 10 años, considerando el enfoque de curso de vida.

19.2.- COMITÉ DE LACTANCIA

El Ministerio de Salud en concordancia con lo planteado por la Organización Mundial de la Salud y la UNICEF, promueve y fomenta la lactancia materna (LM), reconociéndola como un derecho humano y de desarrollo sostenible de los niños y niñas y de las madres que desean amamantar.

Se encuentra conformado por nutricionistas, enfermeros/as y matronas, todos capacitados en Lactancia Materna. Dicho comité abarca todos los dispositivos de salud municipal de la comuna de Pitrufquén.

Dentro de las actividades desarrolladas este año se encuentran:

- a) Jornada de lactancia materna a equipos de salud.
- b) Talleres promocionales: Taller de Lactancia Materna, dirigido a Gestantes en Cesfam y Taller de Lactancia Materna, “Fomentando la lactancia materna”, dirigido a madres y funcionarias. Realizado en Sala Cuna Orugueta.
- c) Concurso fotográfico, con el objetivo de fomentar la lactancia materna como la manera natural de alimentar, la cual genera beneficios para los niños y niñas, pues favorece el desarrollo inmunológico, del desarrollo cognitivo, el crecimiento físico y el comportamiento afectivo y emocional con la madre, padre y entorno familiar.
- d) Reconocimiento a Funcionarias madres que trabajan y mantienen lactancia materna en sus hijos/as., bajo el lema 2023: “Lactancia Materna, una experiencia de amor”.

19.3.- PROGRAMA CARDIOVASCULAR

El Programa de Salud Cardiovascular (PSCV) es una de las principales estrategias del Ministerio de Salud para contribuir a reducir la morbilidad asociada a las enfermedades cardiovasculares. Este programa que se crea el año 2002 tiene a la fecha más de 2 millones de

personas inscritas. Ingresan a este programa personas del sistema público de salud que tiene una o más de las siguientes patologías o factores: Antecedente de una enfermedad cardiovascular aterosclerótica documentada, Diabetes mellitus, Hipertensión arterial, Dislipidemia y personas que fuman de 55 años y más. El hito que se considera el ingreso al PSCV es al momento de la primera consulta médica con TODOS los exámenes de ingreso (glicemia, hcto, perfil lipídico, creatinina plasmática, orina completa, electrocardiograma, RAC (en personas con DM o HTA) y HbA1c y fondo de ojo en personas con DM.

19.4.- PROGRAMA ADULTO MAYOR

El irreversible fenómeno del envejecimiento poblacional y los avances de la geriatría, han llevado a la creación de un enfoque anticipatorio y preventivo, basado en la mantención de la funcionalidad. Dicho de otra manera, antes que se instale el daño.

Esto ha llevado a que el Ministerio de Salud haya instalado, ya hace una década, la medición de la funcionalidad como un examen universal: Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor (EMPAM), promoviendo el envejecimiento saludable.

A partir de esta medición, donde cada adulto mayor, es clasificado según riesgo de perder la funcionalidad, se implementan acciones, netamente preventivas, de tratamiento o rehabilitadoras. Acciones que pueden referirse al riesgo cardiovascular, a la salud mental o al ámbito osteoarticular. Crucial para las personas mayores es contar con buenas redes de apoyo. No siempre se da esto. Y aquí también es necesario detectar los riesgos de una débil red de apoyo o simplemente la existencia de maltrato. Por otro lado, es fundamental comprender que ninguna acción del Estado va a suplir a una familia atenta y preocupada de su adulto mayor. Esta es la base para que nuestros adultos mayores logren buena calidad de vida. Por supuesto que en esta tarea la familia debe ser apoyada por el Estado con entrega oportuna de atención.

Es así como el Programa del Adulto Mayor tiene como visión que las personas mayores permanezcan autónomas y autovalentes por el mayor tiempo posible y que sus problemas de salud sean resueltos en forma oportuna con calidad en la atención, asegurando de este modo una buena calidad de vida.

20.- PROGRAMA MÁS ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES

El Programa Más Adultos Mayores Autovalentes corresponde a una intervención promocional y preventiva en salud, mediante la participación de adultos mayores en actividades grupales de educación para la salud y autocuidado, estimulación funcional y estimulación cognitiva, desarrolladas junto al equipo del Centro de Salud, bajo el enfoque de atención en salud integral y comunitaria.

PROPÓSITO: Contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas adultos mayores, prolongando su autovalencia, con una atención integral en base al modelo de Salud Familiar y Comunitaria Este Programa se inicia con la participación de los Adultos Mayores pesquisados en el Examen de Medicina Preventivo del Adulto Mayor (EMPAM) como Autovalentes, Autovalentes con Riesgo y En Riesgo de Dependencia, en una intervención promocional y preventiva de Estimulación de Habilidades Motoras, Prevención de Caídas, Estimulación de Funciones Cognitivas y Autocuidado y Estilos de Vida Saludable. Se desarrollará inserto en la comunidad, con la acción del Equipo de Salud de Atención Primaria, en particular, de una dupla Kinesiólogo- Terapeuta Ocupacional u otro profesional de la salud capacitada, dedicados específicamente al trabajo con los Adultos Mayores, anticipándose al daño y la dependencia y promoviendo un envejecimiento activo. Para lo anterior, se requiere de una estrecha vinculación con las organizaciones sociales de adultos mayores locales para fomentar su relación con el Centro de Salud y fomentar la evaluación de sus integrantes mediante el EMPAM, para pesquisar precozmente a aquellos con disminución de la funcionalidad y riesgo de dependencia. Se espera que el Programa se desarrolle con los adultos mayores integrantes de agrupaciones locales (Clubes de Adulto Mayor, Centros de Madres, Clubes Deportivos, Juntas de Vecinos, entre otras) y con los adultos mayores que no participan en organizaciones y que son pesquisados en el Centro de Salud.

21.- PROGRAMA DE SALUD MENTAL INTEGRAL

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, salud se entiende como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades. Por ende, la salud mental la entenderemos no sólo como la ausencia de trastornos mentales, sino que se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad (OMS).

En busca de este bienestar mayor es que nace y se ejecuta el plan de salud mental que propone objetivos estratégicos y metas a cumplir entre los años 2017 y 2025 en siete líneas de acción complementarias y sinérgicas entre sí, en las áreas de regulación y derechos humanos, provisión de servicios de salud mental, financiación, gestión de la calidad, sistemas de información e investigación, recursos humanos y formación, participación e intersectorialidad.

A nivel nacional las orientaciones del programa de salud mental se dirigen al ámbito de promoción, prevención y tratamiento, a nivel familiar y comunitario.

Con el propósito de contribuir a mejorar la salud mental de las personas, mediante estrategias sectoriales e intersectoriales, para la promoción de la salud mental, prevención de los trastornos mentales, atención garantizada de salud mental e inclusión social, en el marco del modelo de salud integral con enfoque familiar y comunitario.

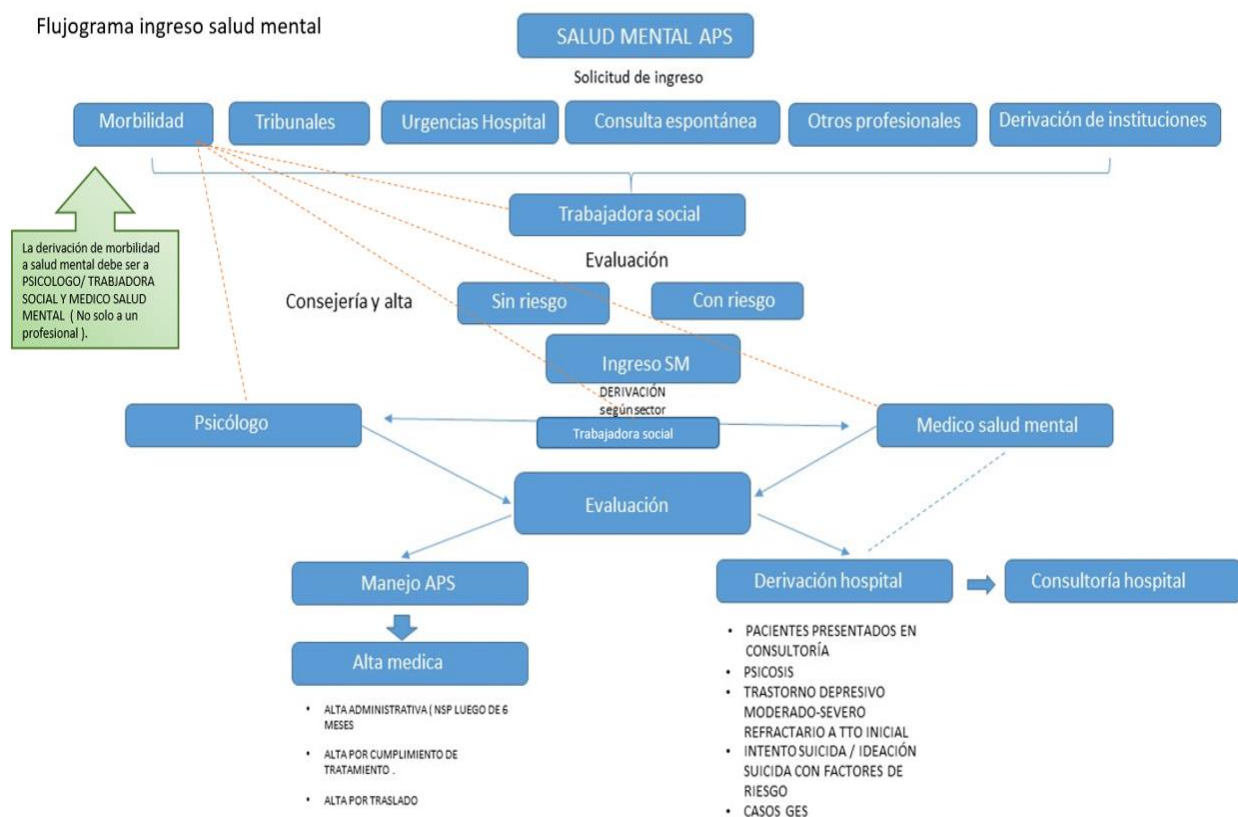
Actualmente el equipo de salud mental está compuesto de la siguiente manera:

MÉDICO CIRUJANO	· Ingresos al programa de salud mental · Control de salud mental · Realización de interconsultas a psiquiatría adulto e infanto-juvenil · Coordinación con intersector · Participación en consultorías de salud mental
PSICÓLOGO	· Actualización de ingresos al programa en registro estadístico mensual y registro semestral · Consultas de salud mental · Procesos de psicoterapia · Procesos de psicodiagnóstico · Visitas domiciliarias

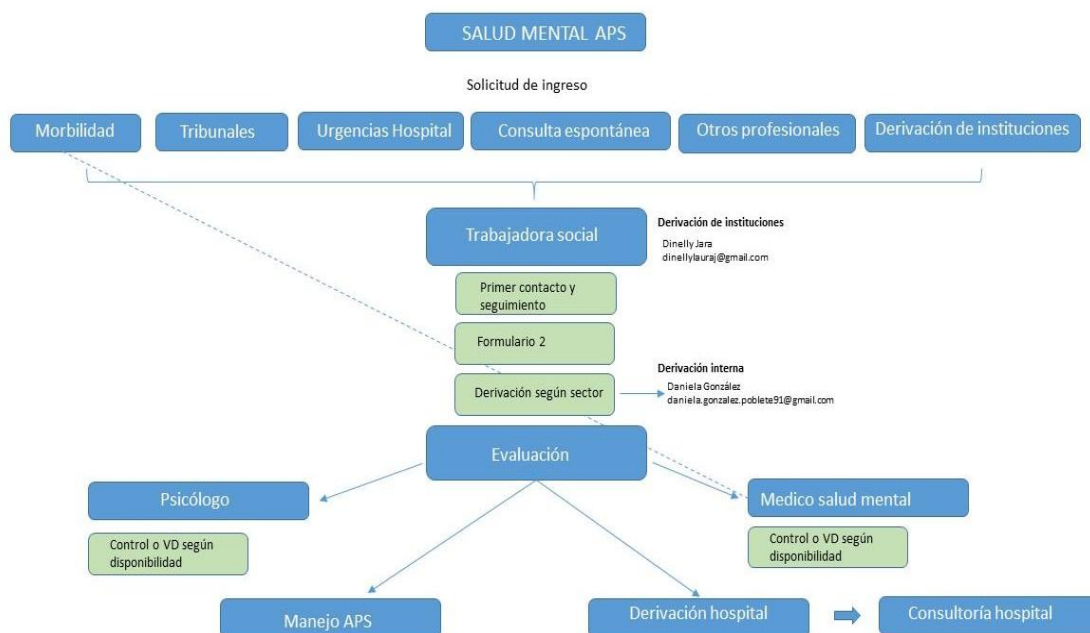
	· Elaboración de informes a tribunales · Ejecución de talleres comunitarios · Seguimiento de interconsultas a psiquiatría adulto e infanto-juvenil · Coordinación con intersector – derivaciones asistidas · Participación en consultorías de salud mental
TRABAJADORA SOCIAL	Consultas de salud mental · Visitas domiciliarias · Apoyo a grupo de autoayuda · Coordinación con intersector · Participación en consultorías de salud mental · Seguimiento de casos · Apoyo y realización en actividades de promoción en salud mental

FLUJOGRAMA DE INGRESO A PROGRAMA SALUD MENTAL.

Flujograma ingreso salud mental



FLUJOGRAMA DE INGRESOS A PROGRAMA SALUD MENTAL DE INTENTOS DE INTENTO SUICIDA.



Considerando la nueva infraestructura, el fortalecimiento del equipo de trabajo y el apoyo de una dupla psicosocial en SAPU servicio de urgencia de atención primaria a modo de realizar una intervención en crisis a personas que acudan a este servicio.

21.1.- DESAFÍOS

- Implementar nuevos protocolos de ingreso al programa salud mental, ingreso en conductas asociadas a suicidio y actividades de alto impacto en lo comunitario y digital.
- Realizar actividades comunitarias de alto impacto con los diferentes ciclos vitales de nuestra población con objetivo promocional y preventivo en relación a generar espacios de contacto con los usuarios y generar espacios y nuevos canales de comunicación.
- Ser reconocidos por el servicio de salud destacando nuestras actividades en la reunión de referentes como buenas prácticas.
- Concretar una sala de espera para nuestros NNA en CESFAM de Pitrufquén llamada espacios creativos con el fin de generar un espacio seguro para nuestros usuarios.

- Realizar talleres preventivos en diferentes temáticas (suicidio, consumo de sustancias, abuso sexual, ciberbullying, violencia en el pololeo entre otros.
- Realizar conversatorios de salud mental, donde participen diferentes actores de la comuna, autoridades, colegios, programas, instituciones, usuarios entre otros.
- Adjudicar proyectos de buenas prácticas en el servicio de salud
- Continuidad de programa de salud mental llamado "piloto de salud mental" el cual solo lo tienen 3 comunas de la región de la Araucanía (Villarrica, Temuco y Pitrufquén. este es un programa dedicado a la promoción y prevención de salud mental, con aplicación de instrumentos de tamizaje para medir el riesgo en la salud mental de las personas, que nos permite contratar el primer año de ejecución una enfermera 44 horas en un próximo año un psicólogo 44 horas y en un tercer año un profesional que el programa considere.
- Cumplimiento de metas IAAPS 10.1 Y 102

Junto con esto, esperamos como equipo continuar mejorando nuestro trabajo desde una óptica de prevención y promoción de la salud, sumado a la atención integral de los usuarios de la comuna, con un sello que fomente la salud integral desde la niñez y la salud mental en general.

Es un desafío para el equipo continuar reforzando los derechos de nuestra población, generando más espacios recreativos, seguros y de bienestar donde los usuarios se puedan desarrollar de manera integral, proporcionando importantes beneficios psicoemocionales, cognitivos, físicos y sociales.

22.- PRAPS MEJOR NIÑEZ (EX SENAME)

22.1.- PROPÓSITO

Mejorar las condiciones de salud de niños niñas, adolescentes y jóvenes (NNAJ) que participan de programas de Mejor Niñez y SENAME, ya sea con vulneración de derechos o bajo la Ley de Responsabilidad Penal Adolescente respectivamente; asegurando el acceso, oportunidad y calidad de la atención de salud.

22.2.- POBLACIÓN OBJETIVO:

Niños, niñas, adolescentes y jóvenes que participan en programas de Mejor Niñez y SENAME, ya sea, en dispositivos residenciales, ambulatorios o de la Ley de Responsabilidad Penal Adolescente (medio libre, CIP-CRC-CSC). Se consideran también las personas mayores de 18 años, que por razones de estudio permanecen aún en residencias SENAME y personas en situación de discapacidad, mayores de 18 años, que viven en residencias SENAME.

Se requiere el control de al menos 75 usuarios que pertenecen a la red mejor niñez y SENAME en la comuna de Pitrufulquén, sin embargo, el objetivo es abarcar la mayor población posible desde la salud integral.

22.3.- OBJETIVO GENERAL:

Mejorar los mecanismos de coordinación, colaboración e integración del equipo de salud, entre el equipo de salud con los equipos intervinientes de SENAME y SMN, de acuerdo al Modelo de Atención Integral con enfoque familiar y comunitario, Modelo de salud Mental Comunitario, con enfoque RISS y a las normativas vigentes.

22.4.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 1) Otorgar acceso oportuno a las prestaciones de salud general integral en establecimientos de salud de APS a NNAJ vinculados a programas SENAME, tanto en dispositivos de protección (programas ambulatorios, residencias de protección), como de responsabilidad penal adolescente (CIP-CRC y régimen semi cerrado).
- 2) Otorgar acceso oportuno a las prestaciones de salud mental que corresponden al nivel de atención primaria, a NNAJ vinculados a programas SENAME, tanto en dispositivos de protección (programas ambulatorios, residencias de protección), como de responsabilidad penal adolescente (CIP-CRC y régimen semi cerrado).

Producto 1: Refuerzo de prestaciones de salud general contenidas en el Plan de Salud Familiar

- a) Realización de prestaciones y/o acciones de salud general de acuerdo a las necesidades de cada NNAJ según curso de vida
- b) Realización de visitas integrales en domicilio (hogar-familia) y/o en el ámbito educacional y/o

en la residencia.

- c) Realización de acciones de promoción
- d) Realización de acciones de prevención
- e) Realización de reuniones y coordinaciones pertinentes con el equipo de sector e intersector

Producto 2: Refuerzo de prestaciones de salud mental que corresponden al nivel de Atención Primaria

- a) Detección e identificación de NNAJ que requieren atención de salud mental en APS.
- b) Realización de prestaciones y/o acciones de salud mental en APS de acuerdo a las necesidades de cada NNAJ según curso de vida
- c) Evaluación de la situación al ingreso y egreso del programa de salud mental en APS
- d) Realización de visitas integrales en domicilio (hogar-familia) y/o en el ámbito educacional y/o en la residencia.
- e) Elaboración de informes a tribunales
- f) Realización de reuniones y coordinaciones pertinentes con el equipo de sector e intersector.

22.5.- RECURSO HUMANO Y PRESTACIONES:

Bajo el presupuesto del programa, se realiza la contratación de dupla psicosocial Psicóloga/o 33 horas y Trabajadora social 22 horas, sin embargo, el programa debe entregar prestaciones en todo requerimiento del ciclo vital del usuario, respecto a toda la oferta de salud familiar se consideran prestaciones de todo el equipo de salud. Destaca como prioritario los controles de salud mental del área de trabajo social, controles de niño sano y joven sano prestados por enfermera y matrona respectivamente.

FUNCIONES RRHH CONTRATADOS POR EL PROGRAMA:

Coordinador programa o facilitador mejor niñez:

- Recepcionar y gestionar listado de usuarios vinculados a mejor niñez, de carácter confidencial, e informar solicitud de prestaciones APS a usuarios vinculados a mejor niñez.
- Monitoreo y supervisión de registro estadístico, entrega de REMPI3 en cortes semestrales, entrega de otros documentos requeridos por servicio de salud.
- Participación en reuniones programadas por servicio de salud.

- Gestiona y contribuye a la vinculación con los programas de la red mejor niñez y otras instituciones pertinentes (como tribunales de familia y programas para tratamiento de drogas), en diferentes instancias de reunión, planes de trabajo y ejecución de actividades promocionales y/o preventivas intersectoriales.
- Gestiona priorización de horas de especialidad de usuarios vinculados a mejor niñez.

22.6.- DESAFÍOS

- Realizar reuniones plan de trabajo colaborativo con PPF programa de prevención focalizada semestrales.
- Realizar reunión con consejero técnico tribunal de familia.
- Realizar actividades colaborativas con programa PRM Programa de Reparación de maltrato grave y abuso sexual.
- Coordinar reuniones de análisis de caso entre equipo de salud mental y programas RED MEJOR NIÑEZ (OPD, PIE, PRM, PPF).
- Realizar priorización de horas médicas y de otras prestaciones requeridas por los usuarios.
- Realizar seguimiento y priorización de interconsultas con especialidad.
- Realizar priorización de ingreso a especialidad psiquiatría infanto-juvenil.
- Facilitar la comunicación de información entre profesionales del intersector y profesionales de la red salud (en sobres sellados).
- Uno de los principales desafíos de los próximos años es contar con mayor apoyo en la gestión de los diferentes centros de salud, designando a un coordinador para CECOSF y RURAL.
- Seguir mejorando la articulación intra y extrasector.
- Contar con box para atención social de los usuarios.
- Mantener las actividades de promoción y prevención organizadas desde el equipo de salud mental, incorporando a su vez a otros actores de salud en las actividades (área cardiovascular, Chile crece, Espacios amigables, entre otros).
- Contar con reuniones periódicas con los diferentes profesionales que gestionan programas de infancia y adolescencia, lo que permitirá canalizar los requerimientos de la salud

infantojuvenil, en particular aquellos usuarios en riesgo psicosocial, a nivel intra y extrasector.

- Contar con psicólogo comunitario que facilite y articule la red intersectorial.
- Mejorar la comunicación y respuesta oportuna del médico priorizador ante los requerimientos de la infancia vulnerada.

23.- PROGRAMA ODONTOLÓGICO

El servicio dental del Departamento de Salud Municipal de Pitrufquén se compone de 4 dispositivos los cuales se ubican en dependencias del CESFAM, CECOSF, Posta Comuy y en la nueva clínica dental móvil. De los 4 dispositivos el de mayor volumen corresponde al CESFAM que cuenta con 6 box dentales totalmente equipados con unidades dentales marca KAVO los cuales son distribuidos en 2 box por cada sector más 1 sala de rayos equipada con equipo intraoral y revelado digital con su correspondiente autorización sanitaria para el uso de equipos emisores de radiación. En la Posta Comuy se encuentran 2 sillones dentales en comodato con el convenio docente asistencial vigente con la UFRO, un box dental en CECOSF Ultra estación y 1 sillón dental en la clínica dental móvil entregada por la Universidad Mayor como parte del convenio de colaboración vigente con el municipio.

Población objetivo: Usuarios del sistema Público de Salud FONASA (A-B-C-D) y PRAIS inscritos en algún centro de salud primaria de Pitrufquén.

A continuación, se detallan algunas de las prestaciones durante el año 2024:

PRESTACIÓN
Ingresos A Tratamiento Odontología General
Ingreso Control Con Enfoque Riesgo Odontológico (Cero)
Egreso Control Con Enfoque Riesgo Odontológico (Cero)
Altas Odontológicas Preventivas
Altas Odontológicas Integrales (Excluye Sección G)

24.- PROGRAMA ELIGE VIDA SANA:

Tiene como objetivo disminuir la malnutrición por exceso en usuarios/as entre 6 meses y 64 años de edad inscritos/as en el sistema de atención primaria de salud, queriendo mejorar la condición nutricional y condición física.

Presenta 2 componentes que se desarrollan en paralelo durante la intervención:

24.1.- COMPONENTE 1: ALIMENTACIÓN SALUDABLE

Este componente considera las prestaciones realizadas por el equipo multidisciplinario del programa (Nutricionista, Kinesiólogo, Psicólogo y Profesor de Educación Física) referente a Círculos Vida Sana y consultas individuales que tienen como propósito potenciar el cambio de hábito hacia una alimentación saludable sostenible en el tiempo.

- Círculos de Vida Sana Estrategias motivacionales (5 durante cada ciclo y 4 como mínimo por cada usuario)
- Consultas nutricionales de ingreso y de seguimiento: para Adultos 2 como mínimo y en establecimientos educacionales 3 durante los 8 meses de intervención.
- Consultas psicológicas (mínimo 1)

24.2.- COMPONENTE 2: ACTIVIDAD FÍSICA Y TIEMPO LIBRE

Este componente considera todas las prestaciones dirigidas a actividad física y actividades familiares recreativas, por lo tanto, este componente entregará el acceso a la práctica de actividad física y actividades de recreación en la comunidad y en entornos saludables, potenciando el cambio de hábito de los usuarios hacia una vida activa.

- Evaluaciones realizadas por el profesional de la actividad física: adultos mínimo 2 en 1 ciclo de 6 meses de intervención y en establecimientos educacionales mínimo 3 en ciclos de 8 meses de intervención.
- Sesiones de Actividad Física: corresponden a 48 sesiones de actividad física con cada ciclo de 6 meses, con una asistencia mínima por usuario de 38 sesiones.

- Actividades recreativas familiares: estas actividades son dirigidas a toda la comunidad y deben contar con la participación de los usuarios del programa y sus familias o parte del entorno familiar y deben realizarse por lo menos 1 mensual.

25- PROGRAMA DE SALUD INTEGRAL DEL ADOLESCENTE

El Programa de Salud Integral de adolescentes y jóvenes tiene el propósito de mejorar el acceso y la oferta de servicios, diferenciados, integrados e integrales, en los distintos niveles de atención del sistema de salud, articulados entre sí, que respondan a las necesidades de salud actuales de adolescentes y jóvenes, con enfoque de género y pertinencia cultural, en el ámbito de la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, incorporando a sus familias y la comunidad.

La atención integral de este grupo etario, implica transversalizar las prácticas de salud, incorporando los distintos enfoques, lo que permite, visualizarlos como sujetos de derechos y protagonistas de sus propias vidas.

26.- PROGRAMA DE SALUD DE LA MUJER

26.1.- OBJETIVOS GENERALES

- Fomentar la mantención de las condiciones biológicas, Psicoafectivas y sociales de la población femenina, preparándola para enfrentar adecuadamente las diferentes etapas de su ciclo vital, estimulando su participación como sujeto activo en el cuidado de su salud y la de su familia.
- Prevenir la aparición de afecciones que alteren la salud de la mujer, mediante la pesquisa y control oportuno de factores de riesgo y la prevención de daños específicos, a fin de mejorar la calidad de vida en las diferentes etapas del ciclo vital.
- Acentuar el enfoque preventivo y de riesgo en la ejecución de las actividades, con el fin de prevenir la aparición de afecciones que inciden en la salud de la mujer, garantizando la detección y tratamiento oportuno en los diferentes niveles de complejidad de atención.
- Orientar a la mujer, la pareja y la familia para el ejercicio de una paternidad responsable y una

sexualidad saludable.

- Promover un modelo de salud integral que incorpore a la pareja y familia en actividades de promoción, fomento, recuperación y rehabilitación de la salud.
- Coordinar acciones de salud con otros Programas que promuevan la salud de la mujer.

26.2 .- POBLACIÓN BAJO CONTROL PROGRAMA DE LA SALUD DE LA MUJER

POBLACIÓN EN CONTROL SEGÚN METODO DE REGULACIÓN DE FERTILIDAD Y SALUD SEXUAL.

CESFAM, CECOSF Y POSTAS

- Programa de Cáncer de Cuello Uterino: Población con PAP vigente
- Programa de cáncer de mama: mujeres con mamografía vigente en los últimos 3 años

MÉTODOS	
D.I.U T Con Cobre	
D.I.U Con Levonogestrel	
Hormonal	Oral Combinado
	Oral Progestágeno
	Inyectable Combinado
	Inyectable progestágeno
	Implante Etonogestrel (3 Años)
	Implante Levonogestrel (5 Años)
Solo Preservativo Mac	Mujer
	Hombres
Esterilización Quirúrgica	Mujer
	Hombres

27.- PROGRAMA DEPENDENCIA SEVERA

Este programa corresponde a una estrategia de atención de salud que incorpora los ámbitos promocional, preventivo y curativo de la salud, así como también los ámbitos de seguimiento y acompañamiento, centrado en la persona con dependencia severa y su cuidador/a. Pretende mejorar la oportunidad de atención de las personas con dependencia severa y su cuidador(a), realizando la

atención de salud correspondiente a la Atención Primaria de Salud en el domicilio familiar, resguardando la continuidad de la atención con los otros niveles de salud y el acceso a servicios locales y nacionales disponibles, mediante una adecuada articulación de la red intersectorial de servicios para personas con dependencia y sus familias.

28.- PROGRAMAS DE APOYO A LA ATENCIÓN PRIMARIA

En el margen de ampliar las prestaciones dentro de la atención primaria, es que el Servicio de Salud Araucanía Sur, distribuye recursos monetarios en base a convenios, para que la población pueda ser beneficiada con acciones de prevención y promoción de la salud

28.1.- NÓMINA DE CONVENIOS FIRMADOS ENTRE LA MUNICIPALIDAD DE PITRUFQUÉN Y EL SERVICIO DE SALUD DE LA ARAUCANÍA SUR, 2024.

Nombre programa	Nombre proyecto	Entidad otorgante	Monto asignado
CAMPAÑA INVIERNO 2024	REFUERZO SAPU - CESFAM PITRUFQUEN 2024	Servicio de Salud Araucanía Sur	2.408.472
CAMPAÑA INVIERNO 2024	REFUERZO CESFAM PITRUFQUEN 2024	Servicio de Salud Araucanía Sur	8.024.940
CAPACITACION Y FORMACION DE LA ATENCION PRIMARIA 2024	DESARROLLO RRHH 2024	Servicio de Salud Araucanía Sur	4.034.681
CAPACITACION Y FORMACION DE LA ATENCION PRIMARIA 2024	CAPACITACIÓN UNIVERSAL 2024	Servicio de Salud Araucanía Sur	1.641.765
CECOSF 2024	CECOSF ULTRAESTACIÓN 2024	Servicio de Salud Araucanía Sur	106.093.649
CHILE CRECE CONTIGO 2024	CHILE CRECE CONTIGO 2024	Servicio de Salud Araucanía Sur	22.527.798
CUIDADOS PALIATIVOS UNIVERSALES 2024	RRHH 2024	Servicio de Salud Araucanía Sur	21.473.626
CUIDADOS PALIATIVOS UNIVERSALES 2024	MOVILIZACIÓN 2024	Servicio de Salud Araucanía Sur	8.554.803
CUIDADOS PALIATIVOS UNIVERSALES 2024	INSUMOS 2024	Servicio de Salud Araucanía Sur	2.110.283
CUIDADOS PALIATIVOS UNIVERSALES 2024	FÁRMACOS 2024	Servicio de Salud Araucanía Sur	8.301.776
ELIGE VIDA SANA 2024	RRHH 2024	Servicio de Salud Araucanía Sur	37.002.465

ELIGE VIDA SANA 2024	INSUMOS 2024 / RRHH RES. 5520	Servicio de Salud Araucanía Sur	1.074.119
ESPACIOS AMIGABLES 2024	PROMOCIÓN 2024 / CONTRATACIÓN DE RECURSO HUMANO RES. 4747	Servicio de Salud Araucanía Sur	1.205.792
ESPACIOS AMIGABLES 2024	CONTRATACIÓN DE RECURSO HUMANO 2024	Servicio de Salud Araucanía Sur	14.539.290
FENAPS 2024	CONE 2021 - JOSUÉ RODRÍGUEZ 2024	Servicio de Salud Araucanía Sur	11.301.168
FOMENTO DE LA PARTICIPACIÓN SOCIAL EN APS 2024	ARMONÍA INTERIOR: TALLERES DE AUTOCUIDADO Y REGULACIÓN EMOCIONAL 2024	Servicio de Salud Araucanía Sur	6.000.000
FONDO DE FARMACIA 2024	MEDICAMENTOS 2024	Servicio de Salud Araucanía Sur	33.813.986
FONDO DE FARMACIA 2024	INSUMOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS PARA CURACIÓN AVANZADA DE PIE DIABÉTICO 2024	Servicio de Salud Araucanía Sur	5.624.190
FORTALECIMIENTO RRHH - CONTINUIDAD 2024	RRHH E INSUMOS PARA CAMPAÑA DE VACUNACIÓN INFLUENZA 2024	Servicio de Salud Araucanía Sur	4.933.740
FORTALECIMIENTO RRHH - CONTINUIDAD 2024	REFUERZO DE RRHH E INSUMOS PARA ATENCIÓN DE PACIENTES CON PATOLOGÍAS RESPIRATORIAS AGUDAS Y CRÓNICAS 2024	Servicio de Salud Araucanía Sur	2.806.798
FORTALECIMIENTO RRHH - CONTINUIDAD 2024	CONTRATACIÓN RRHH PARA REFORZAR REGISTRO SIGGES 2024	Servicio de Salud Araucanía Sur	5.455.020
GES ODONTOLOGICO 2024	ATENCIÓN ODONTOLÓGICA ADULTOS 2024	Servicio de Salud Araucanía Sur	22.351.736
IMÁGENES DIAGNÓSTICAS 2024	RADIOGRAFÍAS DE CADERAS 2024 / MAMOGRAFÍAS RES. 3473	Servicio de Salud Araucanía Sur	2.069.200
IMÁGENES DIAGNÓSTICAS 2024	RADIOGRAFÍA DE TÓRAX 2024 / MAMOGRAFÍAS RES. 3473	Servicio de Salud Araucanía Sur	8.642.200
IMÁGENES DIAGNÓSTICAS 2024	MAMOGRAFÍAS 2024	Servicio de Salud Araucanía Sur	49.486.600
IMÁGENES DIAGNÓSTICAS 2024	ECOTOMOGRFÍA ABDOMINAL 2024	Servicio de Salud Araucanía Sur	30.550.000
IMÁGENES DIAGNÓSTICAS 2024	ECOOMOGRAFÍAS MAMARIAS 2024	Servicio de Salud Araucanía Sur	10.750.000
MAIS 2024	CESFAM PITRUFQUEN 2024	Servicio de Salud Araucanía Sur	5.745.000

MAIS 2024	CECOSF ULTRAESTACIÓN 2024 / CESFAM PITRUFQUEN RES. 7155	Servicio de Salud Araucanía Sur	1.500.000
MAS ADULTOS MAYORES 2024	RRHH DUPLA 2024	Servicio de Salud Araucanía Sur	33.781.502
MAS ADULTOS MAYORES 2024	RRHH COMPONENTE II 2024	Servicio de Salud Araucanía Sur	1.343.811
MAS ADULTOS MAYORES 2024	MOVILIZACIÓN 2024	Servicio de Salud Araucanía Sur	4.220.406
MAS ADULTOS MAYORES 2024	INSUMOS 2024	Servicio de Salud Araucanía Sur	757.684
MAS ADULTOS MAYORES 2024	CAPACITACIÓN 2024	Servicio de Salud Araucanía Sur	1.239.855
MEJORAMIENTO ACCESO ODONTOLOGICO 2024	PRÓTESIS REMOVIBLE POR ESPECIALISTA EN APS 2024	Servicio de Salud Araucanía Sur	5.323.740
MEJORAMIENTO ACCESO ODONTOLOGICO 2024	PRÓTESIS REMOVIBLE EN APS 2024	Servicio de Salud Araucanía Sur	3.012.500
MEJORAMIENTO ACCESO ODONTOLOGICO 2024	MORBILIDAD ODONTOLÓGICA 2024	Servicio de Salud Araucanía Sur	29.648.501
MEJORAMIENTO ACCESO ODONTOLOGICO 2024	ENDODONCIA POR ESPECIALISTA EN APS 2024	Servicio de Salud Araucanía Sur	1.237.610
MEJORAMIENTO ACCESO ODONTOLOGICO 2024	ENDODONCIA EN APS 2024	Servicio de Salud Araucanía Sur	4.895.350
MEJORAMIENTO ACCESO ODONTOLOGICO 2024	APOYO ODONTOLÓGICO CECOSF 2024	Servicio de Salud Araucanía Sur	19.981.069
ODONTOLÓGICO INTEGRAL 2024	MÁS SONRISAS PARA CHILE 2024	Servicio de Salud Araucanía Sur	54.158.351
ODONTOLÓGICO INTEGRAL 2024	ATENCIÓN ODONTOLÓGICA INTEGRAL EN HOMBRES 2024	Servicio de Salud Araucanía Sur	17.865.150
ODONTOLÓGICO INTEGRAL 2024	ATENCIÓN ODONTOLÓGICA INTEGRAL A ESTUDIANTES DE ENSEÑANZA MEDIA Y/O SU EQUIVALENTE 2024	Servicio de Salud Araucanía Sur	12.327.660
ODONTOLÓGICO INTEGRAL 2024	ATENCIÓN DOMICILIARA A PERSONAS CON DEPENDENCIA SEVERA 2024	Servicio de Salud Araucanía Sur	4.144.299
PLAN ARAUCANIA 2024	VIÁTICOS 2024 / RRHH RES. 5394	Servicio de Salud Araucanía Sur	364.770
PLAN ARAUCANIA 2024	RRHH 2024	Servicio de Salud Araucanía Sur	7.294.202
PLAN ARAUCANIA 2024	EJECUCIÓN PLAN ANUAL DE ACTIVIDADES 2024	Servicio de Salud Araucanía Sur	1.354.808
REFUERZO CIRCULACION VIRUS RESPIRATORIOS 2024	REHABILITACIÓN COVID EN ATENCIÓN PRIMARIA 2024	Servicio de Salud Araucanía Sur	7.128.067
REHABILITACION INTEGRAL 2024	RRHH 2024	Servicio de Salud Araucanía Sur	33.987.600
REHABILITACION INTEGRAL 2024	INSUMOS 2024	Servicio de Salud Araucanía Sur	4.213.584

RESOLUTIVIDAD 2024	TTELE-DERMATOLOGÍA 2024	Servicio de Salud Araucanía Sur	1.030.833
RESOLUTIVIDAD 2024	OTORRINOLARINGOLOGÍA 2024	Servicio de Salud Araucanía Sur	19.210.000
RESOLUTIVIDAD 2024	OFTALMOLOGÍA 2024	Servicio de Salud Araucanía Sur	24.914.342
RESOLUTIVIDAD 2024	MÉDICO GESTOR 2024	Servicio de Salud Araucanía Sur	763.303
RESOLUTIVIDAD 2024	GASTROENTEROLOGÍA 2024	Servicio de Salud Araucanía Sur	35.529.741
SALUD MENTAL 2024	SAR PITRUFQUEN 2024	Servicio de Salud Araucanía Sur	13.878.786
SALUD MENTAL 2024	REFUERZO RRHH 22 HRS. 2024	Servicio de Salud Araucanía Sur	9.252.964
SALUD MENTAL 2024	PILOTO - PREVENCIÓN 2024	Servicio de Salud Araucanía Sur	18.483.307
SALUD RURAL 2024	SISTEMA DE EQUIPAMIENTO, TRANSPORTE Y COMUNICACIÓN DE PSR PURAQUINA 2024	Servicio de Salud Araucanía Sur	309.814
SALUD RURAL 2024	SISTEMA DE EQUIPAMIENTO, TRANSPORTE Y COMUNICACIÓN DE PSR POLULCOICOMA 2024	Servicio de Salud Araucanía Sur	309.814
SALUD RURAL 2024	SISTEMA DE EQUIPAMIENTO, TRANSPORTE Y COMUNICACIÓN DE PSR MILLAHUIN 2024	Servicio de Salud Araucanía Sur	309.814
SALUD RURAL 2024	SISTEMA DE EQUIPAMIENTO, TRANSPORTE Y COMUNICACIÓN DE PSR MAHUIDANCHE 2024	Servicio de Salud Araucanía Sur	309.814
SALUD RURAL 2024	SISTEMA DE EQUIPAMIENTO, TRANSPORTE Y COMUNICACIÓN DE PSR LOS GALPONES 2024	Servicio de Salud Araucanía Sur	309.814
SALUD RURAL 2024	SISTEMA DE EQUIPAMIENTO, TRANSPORTE Y COMUNICACIÓN DE PSR COMUY 2024	Servicio de Salud Araucanía Sur	309.814
SALUD RURAL 2024	REFUERZO DE RRHH TENS PARA PSR MAHUIDANCHE 2024	Servicio de Salud Araucanía Sur	8.400.000

SALUD RURAL 2024	REFUERZO DE RRHH TENS PARA PSR LOS GALPONES 2024	Servicio de Salud Araucanía Sur	8.400.000
SALUD RURAL 2024	REFUERZO DE RRHH TENS PARA PSR COMUY 2024	Servicio de Salud Araucanía Sur	8.400.000
SAPU 2024	SAPU PITRUFQUEN 2024	Servicio de Salud Araucanía Sur	178.109.796
SEMBRANDO SONRISAS 2024	SEMBRANDO SONRISAS 2024	Servicio de Salud Araucanía Sur	4.527.810
SENAME 2024	SENAME 2024	Servicio de Salud Araucanía Sur	12.517.254

28.2.- PROYECTOS DE APOYO A LA ATENCION DE SALUD, ADJUDICADOS EN EL 2024 (SENADIS Y BBPP).

Durante el año 2024 se han ejecutado dos convenios para ir en beneficio de la comunidad, mediante SENADIS el "Programa de Fortalecimiento de la Red de Rehabilitación con Base Comunitaria" y mediante el SSAS "Programa de buenas prácticas en participación ciudadana y fortalecimiento comunitario".

28.2.1.- PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO DE LA RED DE REHABILITACIÓN CON BASE COMUNITARIA PARA REHABILITACIÓN INFANTIL.

Este producto trabaja en la generación de una estrategia que permita una intervención socio-sanitaria para dispositivos de rehabilitación infantil, que permitan una inclusión social efectiva de los niños, niñas y adolescentes (NNA), no sólo en sus procesos de autonomía e independencia, sino que en sus contextos propios determinados por el ciclo vital en el que se encuentran, como el juego, el deporte y la recreación, la educación regular, y su participación comunitaria local. Esta modalidad tiene por objetivo la implementación de una Sala de Rehabilitación Infantil y la promoción de acciones que fortalezcan la coordinación entre los equipos de rehabilitación y los equipos encargados de otras áreas vinculadas al trabajo con personas con discapacidad y niñas, niños y adolescentes, articulándose con actores claves dentro del territorio, tanto públicos como privados, que trabajen con esta población (NNA), tales como la Oficina de la Niñez (Ex Oficina de Protección de Derechos), el programa Chile Crece Contigo, las Direcciones de Desarrollo Comunitario, DAEM, Programas de Integración Escolar, Organizaciones Comunitarias, Fundaciones, Corporaciones, entre otras.

Con la implementación de la sala de rehabilitación infantil, se espera aumentar las prestaciones de rehabilitación al grupo etario infantil y adolescente (se considerarán pertenecientes a este grupo a todas las personas menores de 18 años), las acciones de rehabilitación comunitaria y la articulación del trabajo intersectorial, para facilitar los procesos de inclusión y participación de los NNA a los distintos entornos sociales de relevancia para su etapa de ciclo vital, con especial énfasis en los organismos e instituciones del área de Educación, favoreciendo la participación, autonomía y potenciando las habilidades que facilitan el aprendizaje permanente más allá del aula, respondiendo a la diversidad de necesidades y acompañando a la familia para que brinde soporte y sea un facilitador de los procesos de aprendizaje e interacción social.

Es necesario además mencionar, la importancia del desarrollo de los niños y niñas como sujetos de derechos, de acuerdo también a la actual legislación chilena en materia de derechos de la niñez como la Ley No21.430, sobre Garantías y Protección Integral de los Derechos de la Niñez y Adolescencia; y la Ley No21.545, que establece la Promoción de la Inclusión, la atención integral, y la protección de los derechos de las personas con trastorno del espectro autista en el ámbito social, de salud y educación. El Programa dispone de financiamiento para 16 iniciativas a nivel país, una por cada región, en donde Pitrufquén fue la comuna adjudicada por la región de La Araucanía con una suma estimada de \$15.654.073 para la implementación del proyecto.

29.- TRABAJO CON LA COMUNIDAD (CDL Y CECOSF)

29.1.- PLAN ANUAL DE TRABAJO CODELO 2025

El Consejo de Desarrollo Local del CESFAM Pitrufquén, fue constituido legalmente el 25 de octubre del 2012. Actualmente posee personalidad jurídica vigente.

El CDL posee lineamientos en base al modelo de salud con enfoque familiar y comunitario, puesto que no sólo involucra el trabajo con un/a usuario/a como individuo único, sino que también considera a la familia el entorno o contexto (comunidad), personas que comparten un territorio con intereses comunes. Dentro del enfoque de salud familiar, es muy importante tener en cuenta lo que las comunidades piensan, analizan y deciden sobre las temáticas afines a salud y cuánta importancia

le dan a su opinión y a su participación dentro de un centro de salud. Como personas que pueden hacer cambios.

LOS CONSEJOS DE DESARROLLO: Es un espacio de encuentro entre equipos de salud, usuarios y comunidad con el fin de aportar al mejoramiento de la salud y calidad de vida de la población. Esta instancia permite participar y opinar en temas de relevancia, tanto para el Servicio de Salud como para la comunidad. También es llamado Comité Local de Salud, Consejo Consultivo o Consejo de Usuarios.

EN EL CODELO PUEDEN PARTICIPAR: Personas inscritas en el CESFAM, representantes de organizaciones sociales; como juntas de vecinos; grupos de salud; agrupación de mujeres; grupos juveniles; grupos de adulto mayor; JJVV, otros, representantes de los funcionarios de los establecimientos de salud y Equipo directivo del establecimiento.

ACTIVIDADES QUE REALIZA EL CODELO: Informa a los usuarios y comunidad sobre el funcionamiento de los establecimientos de salud, Colabora con el diagnóstico de salud de la población. Participa en la formulación, implementación y evaluación de los planes de mejora del establecimiento de salud. Realiza actividades de recaudación de dinero y entrega ayudas sociales (pañales) a personas con dependencia severa. Además, participa en actividades de conocimiento cultural de la comuna. Analiza información sobre reclamos, sugerencias de los usuarios y evalúa el funcionamiento de los establecimientos de salud, recoge opiniones e iniciativas de la comunidad y del personal de salud para mejorar la calidad de atención. Impulsa acciones de trabajo conjunto entre equipos de salud, usuarios y comunidad. Además, participa de encuentros intersectoriales a nivel regional.

ESTABLECER OBJETIVOS ES EL PRIMER PASO PARA CONVERTIR LO INVISIBLE EN VISIBLE

CONSEJO DESARROLLO LOCAL

CESFAM PITRUFQUEN

¿Dónde encontrarnos?

Nos reunimos cada 3er miércoles de cada mes en el Cesfam

The infographic includes a logo for the Local Development Council, a photo of a meeting, and an illustration of two people talking.

¿QUÉ ES EL CONSEJO DE DESARROLLO LOCAL?

ES LA ORGANIZACIÓN FORMADA POR PROFESIONALES DE SALUD, DIRIGENTES SOCIALES, Y COMUNIDAD EN GENERAL, CON EL FIN DE APORTAR AL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA Y ACCESO AL SERVICIO DE SALUD DE LA COMUNA.

¿QUÉ FUNCIÓN CUMPLEN?

ES UN ESPACIO DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA CREADOS PARA INVOLUCRAR A LOS RESIDENTES Y A LAS PARTES INTERESADAS EN LA TOMA DE DECISIONES RELACIONADAS CON EL DESARROLLO Y LA GESTIÓN DE LA COMUNIDAD

ACTIVIDADES RECIENTES

- ADJUDICACIÓN DE 5 PROYECTOS DE BUENAS PRACTICAS.
- VENTA DE BAZAR EN BENEFICIO DE PERSONAS CON DEPENDENCIA SEVERA.
- REUNIONES INFORMATIVAS MENSUALES: CAMPAÑAS VACUNATORIAS, EMPAN SAPU.

• PARTICIPACIÓN CIUDADANA

- CREACIÓN DE REDES
- PLANIFICACIÓN LOCAL
- ASESORAMIENTO A AUTORIDADES
- REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES A BENEFICIO DE LA COMUNIDAD.

The infographic includes a photo of a community meeting and a photo of a bazaar.

29.2.- AGRUPACIÓN AMIGOS CECOSF

La Agrupación Amigos CECOSF, es un espacio de encuentro entre el equipo de salud, usuarios, usuarias y la comunidad con el fin de aportar al mejoramiento de la calidad de vida de la población del Sector Ultraestación de la Comuna de Pitrufquén.

Esta agrupación se constituye formalmente el 03 de febrero 2009, la cual está formada por representantes de 23 organizaciones del sector Ultraestación, tres clubes deportivos, cuatro establecimientos educacionales y funcionarios del CECOSF Ultraestación, los cuales trabajan activamente con las organizaciones constituidas del sector, todo esto con la finalidad de potenciar la participación de la comunidad y los espacios de intercambio en la comunidad y el centro de salud, reconociendo como importante la opinión de los propios miembros de la comunidad.

Esta Agrupación tiene como propósito trabajar de forma conjunta impulsando acciones entre el equipo de salud y la Comunidad.

De forma mensual se realiza asamblea general, logrando entregar información, recepción de opiniones, reclamos e iniciativas de la comunidad respecto a Salud; es en estas instancias en que se participa en la formulación implementación y evaluación de los planes de desarrollo del establecimiento.

30.- METAS

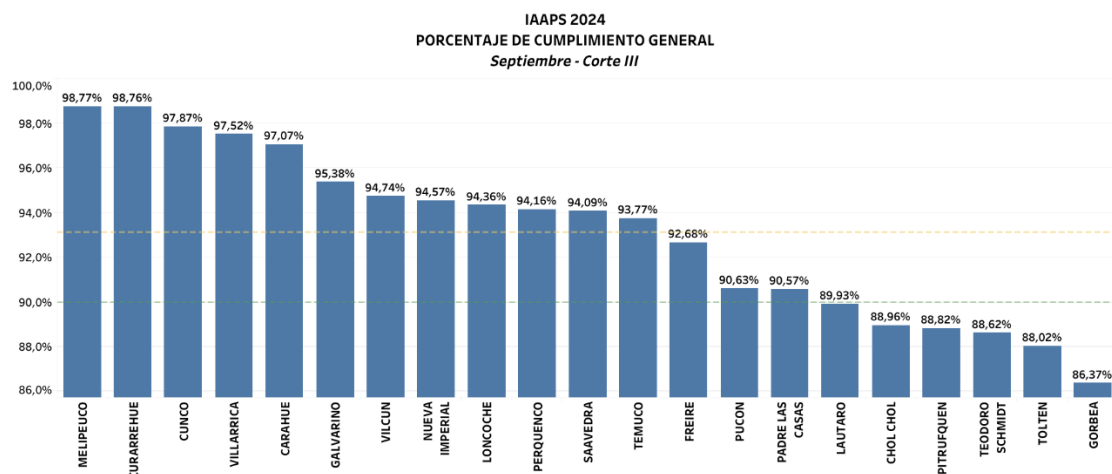
30.1.- METAS IAAPS

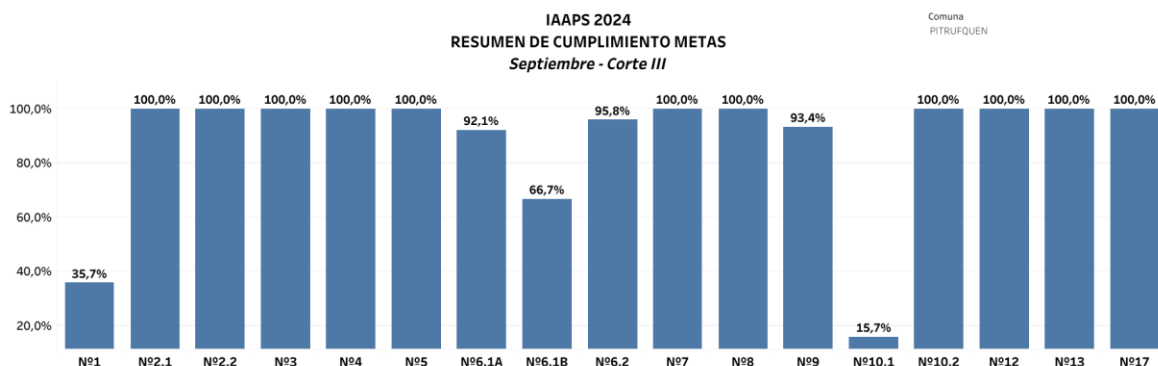
Las metas IAAPS es una forma de evaluar y conocer las acciones de salud realizadas con los recursos fiscales; por lo mismo, el incumplimiento de las metas fijadas deviene en un porcentaje de recorte al presupuesto asignado, posterior al corte de evaluación del cumplimiento de las metas de cada indicador.

A nivel comunal a la fecha nos encontramos situados en segundo tramo de evaluación al corte de Septiembre de 2024, con un 88, 2%, principalmente porque existe una alta demanda de la atenciones de Salud Mental, por lo que se identifican los factores que contribuyen a esto:

- Aumento de las consultas de salud mental posterior a la pandemia.

- Implementación de la estrategia de tamizaje y pesquisa, que aumenta la demanda de las horas de atención del PSM.
- Derivaciones de dupla psicosocial por pacientes que requieren continuidad de tratamiento.
- Suicidio de estudiante de establecimiento educacional de la comuna en el mes de mayo, por lo que aumentaron consultas tanto de estudiantes, docentes y apoderados de la comunidad educativa.
- Los programas garantizan una serie de prestaciones y objetivos sanitarios, lo que se traduce en un aumento de las derivaciones al programa de salud mental.
- Respecto a las altas se identifica un sub-reporte de altas por cumplimiento clínico, así como también el sub-reporte de altas por traslado y abandono del tratamiento.
- La Programación y creación de agenda no han sido concordantes entre sí, ni tampoco contemplan el abordar la población bajo control por parte de todos los estamentos del programa de salud mental.





En consideración a lo anterior es que para el año 2024-2025 nos hemos propuesto:

- Acortar procesos de intervención a objetivos concretos y alcanzables en el plan de cuidado integral.

- Protocolo de carta de compromiso se encuentra en revisión por encargada de calidad desde agosto del 2024, lo anterior en pos trabajar el compromiso y la adherencia del usuario al proceso interventivo.

- Revisión acabada de tarjetero de salud mental.

- Rescate de altas clínicas no informadas en estadística mensual.

- Rescate de altas por abandono no informadas en rem mensual.

La estrategia que significa abordar esta situación de manera integral podrá implementarse a cabalidad el próximo año, lo anterior significará:

- Creación y ejecución de PCI, acorde a objetivos consensuados, en objetivos logrables en el corto y mediano plazo.

- Intervenciones terapéuticas breves con reevaluación a la sesión 6, extendiéndose solo en caso de no cumplimiento de PCI.

- Agendamiento en “pack” de prestaciones del programa, que permita aumentar la periodicidad de los controles, la disminución de espera entre sus horas de atención y la reevaluación para el alta por cumplimiento de los objetivos construidos.

- Correlación entre la programación, la creación de agenda y la población bajo control. - Implementación de intervenciones grupales enfocado en patologías de gran frecuencia. - Reuniones clínicas periódicas que permitan monitorear la evolución del paciente y la incorporación de otras estrategias para alcanzar los objetivos terapéuticos.

30.2.- METAS SANITARIAS

Las metas sanitarias son objetivos estratégicos que se establecen a nivel de la autoridad sanitaria para mejorar la salud de las personas y protegerla. Se desarrollan para un período determinado y se siguen estrategias específicas para alcanzarlos.

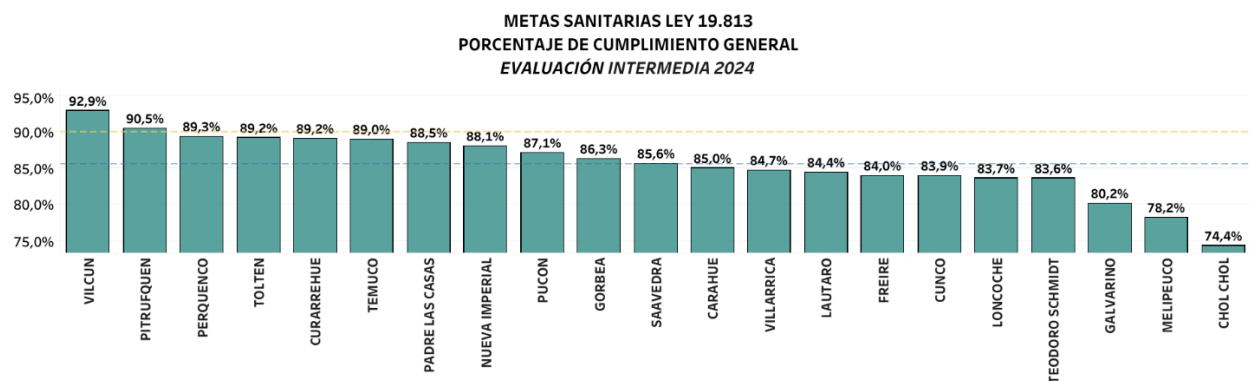
En Chile, las metas sanitarias son parte de las políticas de salud pública y se establecen para:

- Garantizar la protección de la salud
- Mejorar la condición de salud de las personas que se atienden en el sistema público de salud
- Incentivar el desempeño colectivo de los trabajadores de atención primaria

A nivel local el cumplimiento de las metas Sanitarias corresponde a 90,5%, lo que nos permite posicionarnos en el primer tramo de cumplimiento. Siendo la meta número 1, Recuperación Del Desarrollo Psicomotor, la que está en bajo cumplimiento, por diferentes causales, como por ejemplo: hay niños que se han cambiado de domicilio, con los demás niños/as diagnosticados con Riesgo en su DSM en los meses de enero a Septiembre del año 2024, se están siguiendo los lineamientos técnicos de Norma del programa en cuanto al plan de estimulación realizado por Educadora; Además, con los niños ingresados desde octubre a diciembre del 2023 se comenzaron a realizar sus reevaluaciones en enero del 2024, de acuerdo a la Norma Técnica del programa Infantil, que señala que los niños/as evaluados por primera vez, con diagnóstico de riesgo en su DSM debe realizarse un plan de

intervenciones y tratamiento en modalidad de estimulación, el cual puede extenderse por tres meses de tratamiento (90 días) desde la fecha de la primera evaluación, y que, por esta razón debería sumarse esta cantidad al denominador del año siguiente. Contamos solo con un profesional en la comuna que realice las intervenciones en MADIS, Educadora diferencial con 44 hrs. Semanales, las que se distribuyen en las siguientes actividades:

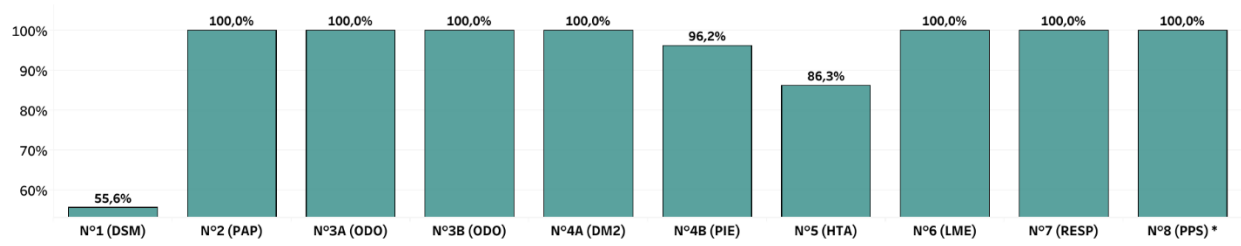
- Ingreso a Madis
- Atención domiciliaria
- Terapias de estimulación
- Taller Nep
- Taller de Promoción Lenguaje
- Taller de Promoción Motor La Educadora debe atender a la población no solo de niños con Riesgo, sino también rezago, retraso y pautas de riesgo biopsicosociales alteradas.



* Para efectos de evaluación al mes de Junio, se consideró la Meta N°8 con 100% de cumplimiento.

METAS SANITARIAS LEY 19.813
RESUMEN DE CUMPLIMIENTO
JUNIO 2024

Comuna
 PITRUFQUEN



* Meta N°8: Para efectos de evaluación al mes de Junio, se consideró con 100% de cumplimiento.

31.- PLAN DE ACCIÓN 2025

PLAN DE ACCION 2025

Objetivo General: Promover un sistema de salud preventivo, accesible, oportuno e inclusivo, a través de un trabajo interdisciplinario e intersectorial, con enfoque familiar, de promoción e intercultural.					
Objetivos Específicos	Actividad	Descripción Actividad	Fundamentación (diagnóstico)	Responsable	Plazo de Ejecución
1. Diseñar un instrumento de planificación de la salud comunal.	- Elaboración y difusión de un documento denominado Plan Comunal de Salud incluyendo la participación de la comunidad.	- Se llevará a cabo la Elaboración de PLASAM, incluyendo en el proceso la participación de la comunidad y el trabajo con equipo multidisciplinario	Cada Comuna de acuerdo a la Ley 19.378 debe entregar anualmente este documento al Servicio de Salud respectivo. Es una herramienta de planificación participativa que permite guiar a quienes se desempeñan en este ámbito a nivel local	- Dirección DSM - Subdirecciones - Dirección CESFAM - Coordinadores de Establecimientos de Salud	Año 2025
2. Iniciar el proceso de acreditación en salud, mejorando los estándares de calidad en CESFAM, CECOSF y Postas	- Conformación de un Equipo multidisciplinario que trabaje en proceso de Acreditación en Atención abierta en salud	- Se establecerá un plan de calidad con la finalidad de Identificar y analizar el estándar de acreditación por el cual el establecimiento debe acreditarse y las exigencias que le son aplicables a la institución de acuerdo al tipo de prestador y las prestaciones que otorga.	El proceso periódico de evaluación respecto del cumplimiento de los estándares mínimos fijados por el Ministerio de Salud, en ejercicio de la atribución que le confiere el artículo 4° N° 11, del Decreto con 3 Fuerza de Ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, por parte de los prestadores institucionales autorizados por la autoridad sanitaria para funcionar.	- Dirección DSM - Subdirecciones DSM - Dirección CESFAM - Dirección Técnica CESFAM - Encargada de calidad y equipo de calidad - Coordinadores de sector CESFAM	Año 2025

	- Actualización del catastro sobre el estado de las instalaciones y equipamiento de los establecimientos de salud en conjunto con encargado de cada sector.	- Se actualizará catastro anualmente en el mes de Enero, registrando estado de calidad de las instalaciones y equipamiento, elaborando un informe del nivel de urgencia de la solución. - Solicitar al encargado de Inventario informe situacional del estado de las instalaciones y equipamiento de los establecimientos de salud, actualizado, en concordancia con los requerimientos	- Incorporar en la gestión y en la toma de decisiones los resultados del proceso de los diagnósticos participativos realizados por CESFAM, CECOSF y Rural, que involucren esta área de información <i>"Instalaciones y equipamiento de los establecimientos de salud"</i>.	- Dirección DSM - Encargada de Calidad- - Encargado de operaciones - Dirección CESFAM - Coordinadores de Establecimientos de Salud - Prevencionista de Riesgos - Encargado de inventario	Año 2025
3. Mantener y asegurar la infraestructura de salud municipal fortaleciendo los establecimientos de salud Urbanos y Rural incorporando las necesidades de la comunidad.	- Mejoramiento del acceso de Internet en Postas rurales y mejorar la comunicación con los usuarios en caso de ausencia de algún profesional.	- Adquisición de equipos con acceso de internet para Postas aumentando la cobertura a las postas realizadas en CESFAM y CECOSF, la necesidad de mejorar la comunicación y la necesidad de contar con Internet para implementar Sistema SSASUR.	Los asistentes a los talleres y dirigentes del sector han expresado en zonas rurales y diagnósticos participativos en salud	- Dirección DSM - Coordinadores de Establecimientos de Salud - Encargadas de SOME CESFAM, CECOSF. - Informático	Año 2025

	- Realizar levantamiento de las dependencias tanto urbanas como rurales respecto de la necesidad de mejorar las condiciones de habitabilidad y box clínicos acondicionados para entregar una mejor atención de salud.	- Se precisa diseñar proyectos de acuerdo con las necesidades para la construcción y habilitación de las dependencias o espacios	Los espacios en las postas, estaciones médico-rurales y DSM no cuentan con los espacios suficientes para entregar una atención de calidad a los usuarios además de no cumplir con las normativas de salud.	- Dirección DSM - Operaciones - Subdirecciones DSM - Coordinadores de Establecimientos	Año 2025
	- Elaborar y Gestionar Proyecto de Servicio de Atención Primaria de Urgencias de Alta Resolución (SAR).	- Contar con un componente de la Red de Urgencias, similar al SAPU pero con mayor capacidad Resolutiva, dado por tener camillas de observación y toma de exámenes de apoyo diagnóstico, el cual atiende Urgencias de baja complejidad.	- En virtud de la Alta demanda en Servicio SAPU y no satisfacer la demanda actual en el tiempo de atención disponible y descongestionar los servicios de urgencia. Se requiere de un Servicio de horario continuado 24 horas y que trate de patologías de baja complejidad, para que las personas concurren a un SAR y no a un Servicio de Emergencia Hospitalaria.	- Encargado/a de Operaciones. - Dirección DSM - SECPLAN - Subdirecciones DSM - Coordinadora Rural - Coordinadora CECOSF - Directora Cesfam	Año 2025
	- Conservación, acondicionamiento de CESFAM, CECOSF, Estaciones Médico Rurales y Postas según corresponda y se ajuste a la normativa y disposiciones legales.	- Se realizará postulaciones de Proyectos a diferentes fondos gubernamentales y no gubernamentales. - Realizar Informe Diagnóstico General del Sistema eléctrico de CECOSF. - Ejecutar acciones de adquisición de mejoramiento de instalaciones eléctricas de CECOSF y así cumplir con la normativa vigente para evitar riesgos de accidentes y	- Se precisa satisfacer las necesidades de salud de las comunidades rurales y sector urbano poniente, a través del conjunto de acciones, que incluyen la atención, la promoción y la prevención de enfermedades, así como del seguimiento de la situación de salud, promoviendo el desarrollo de la población con pertenencia social y cultural, velando por el acceso universal a las prestaciones otorgadas por la salud pública, para todos los habitantes del sector rural de la comuna de Pitruquén, en igualdad de	- Encargado/a de Operaciones. - Dirección DSM - SECPLAN - Subdirecciones DSM - Coordinadora de Equipo Rural. - Coordinadora de CECOSF.	Año 2025

		contar con una capacidad, normalizando las instalaciones y cubrir todos los requerimientos de energía. - Adquisición de 3 containers: 2 para habilitación de bodegas y 1 para habilitación de box clínico de Espacios Amigables, a corto Plazo, gestionando terreno de salud ubicado en el sector alto de comuna. - Elaboración de Prediseño de CESFAM sector Poniente, sujeto a aumento de población percapitada y gestión de terreno para factibilidad de proyecto.	oportunidades para su acceso con enfoque de salud familiar y promoviendo estilos de vida saludable con enfoque multicultural y de acuerdo a la realidad socioeconómica de la población. - Avanzar y crecer junto con la comuna cumpliendo con las necesidades y requerimientos de los usuarios, manifestando el dinamismo necesario acorde a los estándares expuestos por el Servicio de Salud Araucanía Sur, consolidándose como un organismo de calidad, brindando una atención de salud integral, oportuna, resolutive y alta calidad a nivel familiar y comunitario con una infraestructura idónea.		
4. Mejorar la percepción de satisfacción usuaria de los usuarios referente a las atenciones en APS.	- Incorporación de recurso Humano para mejorar la dotación del DSM.	- Se requiere aumentar la dotación de equipos profesionales para satisfacer las necesidades de la población urbana y rural.	- En diferentes instancias talleres y diagnósticos se mencionó la necesidad de mejorar los rendimientos en la atención en procedimientos considerando la atención en continuidad los sábados de 9:00 a 13:00 horas y durante la semana hasta las 20:00 horas, atención psicológica, visitas a personas en situación de dependencia, personas mayores y aumento de atenciones de morbilidad	- Dirección DSM - Dirección CESFAM, CECOSF y Postas - Subdirecciones DSM	Año 2025
5. Capacitar de manera sistemática en diversas áreas atingentes a las funciones de los profesionales sobre la base de nuestras acciones en la prevención y	- Elaboración plan anual de capacitaciones para los funcionarios con el fin de motivarlos en el cumplimiento de sus funciones y así mejorar la atención orientado a	-Incorporar en el plan anual de capacitación en conjunto con el comité, los ejes estratégicos: Medio Ambiente y entornos saludables, Estilos de Vida, Enfermedades Transmisibles, Enfermedades Crónicas no	- Esta actividad tiene por finalidad instalar capacidades en las y los funcionarios que permitan entregar un mejor servicio de atención hacia la comunidad y a su vez mejorar la carrera funcionaria individual.	- Dirección DSM - Capacitación (Comité y encargada/o)	Año 2025

Promoción de la salud.	cumplir acreditación en salud de la atención abierta y Centrada en las personas bajo el modelo de Salud Familiar.	transmisibles y Violencia, Funcionamiento y discapacidad, Emergencias y Desastres, Gestión, Calidad e Innovación, Equidad, Desarrollo Recurso Humano. Se incorporarán temáticas por ejemplo calidad y acreditación, ECICEP, MAIS, Entornos laborales Saludables. - Implementar programas de capacitación continua para el personal de salud, incluyendo sesiones sobre enfoques multidisciplinarios y mejores prácticas de atención integral.			
6. Formular e implementar políticas locales en promoción de la salud en los entornos comunales, laborales y educacionales, construyendo oportunidades para que las personas familias y comunidades accedan a entornos que faciliten los estilos de vida saludables.	- Realización de Talleres en establecimientos educacionales sobre vida saludable actividad física, alimentación saludable y sexualidad responsable.	- Complementar las acciones de prevención con las actividades de otros departamentos reforzando los planes que contribuyen a mejorar la salud actual y futura de los niños, jóvenes y adultos mayores.	- Ejecutar actividades tales como: Salud en tu barrio, Mesa de Trabajo Adolescente comunal, dos Plazas ciudadanas - Un Taller en cada establecimientos educacionales por semestre, según demanda. - Dos Evento Masivo en el día de Actividad Física y Aniversario de Pitrufrquén (corridas familiares, zumba u otros). - Dos Talleres de Alimentación saludable con comunidades Indígenas (alianza PDTI). - Dos Talleres de Alimentación saludable con organizaciones comunitarias funcionales y territoriales	- Dirección DSM - Coordinadores de - Establecimientos de Salud - Encargada comunal de promoción de salud. - DAEM - Of. De Deportes, SSASUR, SEREMI SALUD - Subdirección Clínica - Dirección Jurídica Municipal.	Año 2025
7. Realizar diagnósticos participativos en salud y	- Ejecución de 3 diagnósticos	- Realización de diagnósticos de salud en y con la población urbana	- El objetivo es este proceso nos permite conocer la calidad del servicio entregado y la	- Dirección DSM - Director CESFAM	Año 2025

dar cumplimiento a las metas Ministeriales utilizando plataformas digitales con el fin de proteger a la población.	participativos en salud de la población urbana y rural. Uno en el área urbana, uno en el sector costa y uno en el sector cordillera.	y rural, con la finalidad de pesquisar de los propios usuarios demandas existes, problemas y evaluación de las atenciones de los equipos profesionales.	percepción que tiene la comunidad de la salud. - Los diagnósticos han permitido anualmente conocer problemáticas de la atención, infraestructura, equipamiento, falta de profesionales u otros problemas detectados por la comunidad.	- Coordinadora de CECOSF. - Coordinadora de Rural - Encargados de sector. - Encargada comunal de promoción de salud.	
8. Evaluar y conocer las acciones de salud realizadas con los recursos fiscales (per cápita y PRAPS) a fin de mejorar la salud y el bienestar de la población, disminuyendo las inequidades en salud y asegurando la calidad de la atención en salud en el cumplimiento de metas IAAPS y Sanitarias.	- Realización de seguimiento al cumplimiento de las metas Ministeriales de salud existentes en la Atención Primaria de Salud (IAAPS Y Sanitarias).	- Cada encargado de Programa y además encargado de meta por decreto debe evaluar y analizar de informe estadístico entregado mensualmente por la encargada de estadística. - Reunión de evaluación con los encargados de programas y programas por convenio	- Llevar a cabo la planificación de Los programas de APS, a través de la organización operativa, actividades comunitarias u otros para el logro de las Metas Ministeriales.	- Dirección DSM - Coordinadores de Establecimientos de Salud - Responsables de programa y metas - Responsables encargados de convenios - Equipo Gestor - Encargada de Estadística	Año 2025
	- Velar, Supervisar y evaluar la ejecución de los distintos programas extrapresupuestarios en Convenios con metas asociadas Técnicas y Financieras.	- Revisión trimestral con encargados de convenios, para ver nivel de cumplimiento de los convenios. - Encargada/o de convenios lleva a cabo rendiciones a tiempo y en forma al Servicio de Salud y SEREMI SALUD. - Evaluar y coordinar con encargado de adquisiciones y convenio el cumplimiento de los requerimientos para la ejecución del convenio.	- Para resguardar el ingreso de recursos extrapresupuestario que ingresan a la Comuna se realizarán evaluaciones trimestrales que estarán a cargo de la encargada de convenio con el fin de mantener informado a los profesionales de cada convenio la rendición y presupuesto vigente, para que se ejecuten los convenios en su totalidad sin tener que realizar reintegro al término del año 2025. - Generar las coordinaciones necesarias entre el encargado de convenios, referente técnico y el servicio de salud a fin de dar cumplimiento técnico y financiero de los programas	- Dirección DSM - Coordinadores de Establecimientos de Salud - Subdirecciones DSM - Encargados de Convenio - Encargado/a Administrativo de Convenio	Año 2025

9. Establecer coordinaciones con organismos públicos y de salud para apoyar el desempeño de los Establecimientos de Salud Comunal, usando los recursos disponibles asegurando la salud de nuestros funcionarios.	- Trabajo en redes comunitarias, institucionales, como, Chile Solidario, Tribunal de familia, Jardines Infantiles, Sala Cuna, escuelas, OPD, OMIL, Programa Mujeres Jefas de Hogar, Hospital, Servicio de Salud Araucanía Sur, SEREMI u otros.	- Realizar coordinaciones de colaboración que favorezcan el buen funcionamiento y trabajo individual, familiar y comunitario en las áreas de intervención que ejecutan los profesionales del área de la salud.	- Realizar coordinaciones y reuniones con las instituciones lo que permitiría obtener un trabajo multidisciplinario con distintos actores de la comuna y región logrando tener intervenciones adecuadas a las demandas existentes de las familiares, grupos o Comunidad que se efectúan en los Centros de Salud.	- Coordinaciones de establecimientos de SALUD DSM - Dirección DSM - Intersector - COSOC, CDL, CODELO	Año 2025
10. Mejora constante de los resultados sanitarios.	- Facilitar el acceso de toda la población a la atención de salud del programa si corresponde.	- Comprensión multidimensional de los problemas de las personas.	- Responder y mejorar las expectativas de los usuarios y sus familias.	- Dirección DSM - Dirección CESFAM - Coordinador del Establecimientos de Salud	Año 2025
11. Incremento de la calidad de vida de las personas en situación de dependencia	- Abordaje integral de los beneficiarios y sus familias.	- Metodología de trabajo enfocada en la Atención Primaria y orientada al cuidado integral de la persona, su familia y la comuna.	- Mejorar la accesibilidad al Programa Dependencia Severa, a toda persona que corresponda, según orientación técnica.	- Dirección DSM - Dirección CESFAM - Coordinador de Establecimientos de Salud. - Encargada/o de Programa Dependencia	Año 2025
12. Disminuir la mortalidad por todas las causas en personas en	- Ingreso oportuno, eficiente y de calidad	- Cuidados colaborativos, cuidador y familia capacitados.	- Generar plan de cuidados, capacitaciones a los cuidadores y familia, relacionados a medidas de prevención y	- Dirección CESFAM - Coordinador de Establecimiento	Año 2025

situación de dependencia.			señales de alarma de complicaciones.	- Encargada/o de Programa Dependencia	
13. Conocer e identificar las condiciones de salud complejas que requerirán cuidados paliativos no oncológico para abordarlas de forma oportuna y pertinente.	- Búsqueda activa de usuarios para el ingreso al programa.	- Alteración o desviación del estado fisiológico, en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestadas por síntomas y signos característicos y cuya evolución es previsible.	- Condiciones de salud que generen sufrimiento físicos, persistentes, intolerables e incurables en la persona.	- Equipo de salud - Dirección CESFAM - Coordinador del Programa	Año 2025
14. Identificar los factores multidimensionales implicados en el manejo de personas con condiciones de salud complejas que requieran cuidados paliativos universales no oncológico.	- Identificar estado afectivo y cognitivo negativo. (usuario y familia)	- Caracterizado por sensación que tiene el individuo de sentirse amenazado en su integridad.	- Sentimiento de impotencia para hacer frente a la amenaza y por el agotamiento de los recursos personales y psicosociales.	- Equipo de salud - Subdirección Clínica - Dirección CESFAM - Coordinador del Programa	Año 2025
15. Contribuir a la generación de redes comunitarias e intersectoriales para el logro de la participación en comunidad (inclusión social) de las personas atendidas en el programa que lo requieren.	- Participación en reuniones intersectoriales - Elaboración de un Plan de Participación a nivel comunal.	- Participación en reuniones intersectoriales	- Necesidad de mejorar los procesos de vinculación comunitaria en el contexto de Salud Familiar y Centrada en las personas.	- Dirección DSM - Subdirecciones DSM - Coordinadores de Establecimiento - COSOC, CODELO, CDL	Año 2025
16. Dar continuidad a la Implementación de la	- Consolidación, ejecución y continuidad de convenio	- Atención de usuarios del área infantil y neurológica y	- Necesidad de profesionales capacitados en el área y horas clínicas	- Dirección DSM - Subdirecciones DSM	Año 2025

sala de rehabilitación infantil con enfoque TEA.	SENADIS sala de Rehabilitación infantil	traumatológica pertinentes.	infantiles. - La continuidad de la estrategia estará supeditada a continuidad de PRAPS. - Se gestionarán capacitaciones a través del PAC 2025, convenio de Capacitación SSASUR, del Intersector y red local.	- Coordinadores de Establecimiento - Equipo de rehabilitación - SENADIS - SSASUR	
17. Aumentar instancias de rehabilitación de tipo comunitaria en conjunto con el área de salud mental	- Participación con grupos comunitarios.	- Realizar talleres comunitarios de patologías prevalentes	- Necesidad de atención de tipo grupal y en instancia comunitaria.	- Dirección DSM - Subdirecciones DSM - Coordinadores de Establecimiento - Equipo de rehabilitación	Año 2025
18. Promover la salud integral y el bienestar mental de la comunidad a través de estrategias de prevención, atención y participación comunitaria, enfocándose en el fortalecimiento de recursos humanos y la ampliación de servicios.	- Aumentar la dotación de psicólogo, y aumentar las horas de médico en programa salud mental, desde un enfoque multidisciplinario, considerando la continuidad de la dupla psicosocial permanente en SAPU, enfermera de piloto salud mental para pesquisas y evaluaciones de riesgos usuarios de salud municipal y la incorporación de un psicólogo comunitario con la finalidad de formar líderes comunitarios en el área de salud mental. - Incluir un policlínico de	- Incorporación en la dotación 2025-2026 de profesionales psicólogo/a, Médico. - Integración de un enfoque Multidisciplinario en la conformación de equipos para la atención de salud mental. - Desarrollo de Protocolos Integrados: Desarrollar protocolos de atención integrales que aborden tanto las necesidades físicas como las mentales de los pacientes. - Garantizar la interoperabilidad de los registros de salud para una atención coordinada. - Ejecución de PRAPS de Salud	- Evaluación Continua y Adaptabilidad - Revisiones Semestrales - Realizar revisiones semestrales del plan, considerando los indicadores de éxito y la retroalimentación de la comunidad. - Ajustar estrategias según sea necesario para abordar nuevas necesidades o desafíos emergentes. - Informe Anual de Salud Comunitaria - Preparar un informe anual que resuma los logros, desafíos y lecciones aprendidas en la implementación del plan. - Compartir este informe con la comunidad para fomentar la transparencia y la participación continua. - Evaluación Diagnóstica de Salud Comunal - 2025 - Participación Comunitaria:	- Dirección DSM - Subdirecciones DSM - Coordinadores de Establecimiento - Equipos de Salud Mental	Año 2025

	urgencias en salud mental de manera semanal para mejorar la accesibilidad	Mental en horario SAPU con Dupla Psicosocial de Lunes a Viernes.	1 Foro Comunitario de Salud Mental, 1 Feria de Salud Mental comunal, 1 Conversatorio.		
	- Realización de Actividades Emblemáticas: como Talento Kids, Mental, Taller LGTQI+, Feria de Salud Mental, Buzón de los Deseos, Escuela de Verano, Mantención de Sala de Espera espacios creativos, intervenciones masivas en la prevención de suicidio y conversatorios en temáticas de salud mental.	- Instaurar Salud Mental Integral para Todos a través de Estrategias y Procesos Participativos, tales como: - Uno Foro Comunitarios de Salud Mental cada semestre, incluyendo a representantes de la comunidad, líderes locales y profesionales de la salud. - Consejo de Salud Comunitario, con representación diversa, incluyendo diferentes grupos de edad, género y comunidades específicas. - Reuniones mensuales con el equipo de salud para discutir temas de interés y proporcionar retroalimentación sobre los servicios de salud. - Encuestas y Consultas anuales para evaluar las necesidades y percepciones de la salud en la comunidad: Organizar consultas públicas antes de implementar cambios significativos en los servicios de salud. - Crear grupos de trabajo focalizados en temas específicos, como salud mental, prevención de	- Encuesta de satisfacción para evaluar la participación, relevancia de los temas discutidos y la percepción de beneficio por parte de la comunidad. - Análisis cualitativo de las sugerencias y preocupaciones expresadas durante los foros. - Análisis de resultados de encuestas anuales para identificar las principales preocupaciones de salud y las áreas de satisfacción o insatisfacción. - Evaluación de la participación y retroalimentación de la comunidad en las consultas públicas realizadas. - Evaluación de la formación y eficacia de los grupos de trabajo, midiendo la participación y los resultados logrados. - Encuestas de satisfacción para los participantes de los grupos de trabajo. - Revisión de la implementación de equipos multidisciplinarios en las unidades de atención primaria. - Entrevistas con miembros del equipo para evaluar la eficacia de la colaboración. - Revisión de la creación y actividad de los grupos de trabajo. - Análisis de la utilidad de los grupos de trabajo en la identificación y resolución de problemas de salud.		

		enfermedades, y promoción de estilos de vida saludables, fomentando la participación activa de la comunidad en estos grupos. - Establecer reuniones regulares para discutir casos y diseñar planes de atención integral.	- Verificación del establecimiento de equipos multidisciplinarios. - Evaluación del impacto en la atención al paciente y la eficiencia del servicio. - Desarrollo de un plan de mejora basado en los resultados de la evaluación diagnóstica. - Establecimiento de objetivos específicos y acciones correctivas. - Comunicación abierta con la comunidad sobre los resultados de la evaluación y las acciones de mejora.		
	- Realización de un diagnóstico participativo en salud mental para adaptar los servicios a las necesidades específicas de la comunidad, reforzando los derechos de la población en el ámbito de la salud mental.	- Coordinación Interinstitucional: establecer mecanismos de coordinación efectiva con otras instituciones locales, como escuelas y servicios sociales. - Creación de espacios recreativos y seguros que fomenten el desarrollo integral desde un enfoque Preventivo y Promocional	- Solicitar retroalimentación constante de la comunidad para ajustar las estrategias según sea necesario - Implementar revisiones periódicas para evaluar el progreso y realizar ajustes según sea necesario. - Incorporar la retroalimentación continua en la planificación y ejecución		
	- Implementar convenio de colaboración con Hospital Nodo en materia de Salud Mental.	- Establecer convenio de colaboración con Hospital Pitruquén en materia de prestaciones de salud mental.	- Elaborar estrategias para detectar de forma temprana factores de riesgo que puedan derivar en trastornos mentales - Generar estrategias para responder a las necesidades de atención de salud mental de poblaciones que no tienen acceso habitualmente - Instalar una mesa intersectorial para abordar las problemáticas de salud mental de la comunidad - Prevenir enfermedades físicas y de		

			salud mental en la comunidad funcionaria del establecimiento.		
19. Otorgar acceso oportuno a las prestaciones de salud general integral en establecimientos de salud de APS a NNAJ vinculados a programas SENAME, tanto en dispositivos de protección (programas ambulatorios, residencias de protección), como de responsabilidad penal adolescente (CIP-CRC y régimen semi cerrado).	- Se realizarán reuniones con Programas de la red mejor niñez, Priorización de interconsultas, Controles de salud integral (Niño Sano – Joven Sano según corresponda), Controles de salud según requerimientos específicos, Controles de niño sano en Visita Domiciliaria, Reunión con Equipo Dental para garantizar acceso a prestación de usuarios mejor niñez, Continuar con Socializar información del programa a establecimiento de salud.	- Reunión de coordinación con PPF, PRM, PIE y FAE. Programas ambulatorios de la red que tengan requerimientos de sus usuarios en torno a consultas generales de salud, IC. - Se otorgará prestación de salud obligatoria para usuarios mejor niñez. - Se realiza acompañamiento de trabajadora social en control de niño sano, iniciando la pauta de visita domiciliaria integral y explorando que otras áreas deben ser incorporadas en su plan de cuidado integral. - Se realizará al menos una reunión semestral con equipo dental para coordinar un trabajo conjunto.	- Las reuniones de coordinación permiten identificar en detalle los requerimientos específicos en salud de los usuarios mejor niñez. - Por instrucción del SSASUR, se deben disminuir los tiempos de espera por la dificultad de acceso a salud de esta población, por lo que se debe realizar al menos un control anual de salud ya sea de niño o joven sano, el cual debe ser gestionado y atendido en su centro de salud. - Existen programas dentales que abordan población de riesgo, por lo que coordinar con ellos potencia ambas estrategias. - Se debe informar al equipo de salud continuamente sobre el trabajo que realiza este programa, con el fin de que todo el equipo comprenda la importancia de las prestaciones integrales para esta población.	- Dirección DSM - Subdirecciones DSM - Coordinadores de Establecimiento - Equipos de Profesionales Dispositivos	Año 2025
20. Otorgar acceso oportuno a las prestaciones de salud mental que corresponden al nivel de atención primaria, a NNAJ vinculados a	- Se realizarán controles de salud mental por psicólogo, médico y trabajador social. - Reuniones de coordinación con programas de la red mejor niñez. - Construcción de plan de	- Se realizarán controles de salud mental ya sea de manera individual o en diada de trabajador social y psicólogo con el fin de garantizar las prestaciones de salud mental para esta población. - Los usuarios mantendrán	- Controles de la canasta de prestaciones básicas, estos no son para toda la población mejor niñez, sin no aquella que la requiere; usualmente por patologías subyacentes a lo tratado en sus programas de origen. (Reuniones entre el equipo de salud mental y el equipo de mejor niñez, con el fin de	- Dirección DSM - Subdirecciones DSM - Coordinadores de Establecimiento - Equipos de Profesionales	Año 2025

programas SENAME, tanto en dispositivos de protección (programas ambulatorios, residencias de protección), como de responsabilidad penal adolescente (CIP-CRC y régimen semi cerrado).	cuidado integral y además incorpora visita domiciliaria integral. - Seguimiento en el área de salud mental. Derivación a otras áreas de APS o especialidad según requiera. - Participación en reuniones de sector, de estamento y consultorías con el área de especialidad. - Elaboración de informes a tribunales. - Participación del psicólogo en intervenciones promocionales de la salud mental en sala de rehabilitación espera infantil. - Planificación, coordinación y ejecución de actividades promocionales y/o preventivas en el área de salud mental con población objetivo.	controles de seguimiento con el fin de garantizar un acompañamiento post alta de su programa de origen. - Se deben distribuir los casos para designar un “cabecilla” de equipo, con el fin de distribuir equitativamente las labores, y coordinar un plan de cuidado con el equipo de salud, el usuario y su programa mejor niñez. - Si el usuario requiere atención de otros profesionales o del área de especialidad, se realizarán las acciones correspondientes para que reciba esa atención de manera oportuna. - Los profesionales contratados por el programa participarán de las reuniones de sus equipos bases y también en reuniones con equipo de especialidad. - Los profesionales intervinientes deben realizar informes de proceso solicitados por el tribunal de familia. - El/la psicólogo contratado por el programa dedicará horas exclusivas de trabajo en apoyo a la sala de espera infantil. - Se realizarán actividades promocionales y preventivas en el	garantizar una intervención coherente y no sobreintervenir) - El plan de cuidado integral es una herramienta que promueve las intervenciones centradas en la persona (visita domiciliaria integral, seguimiento de los usuarios que han sido egresados de sus programas de origen, los profesionales deben participar de las reuniones de coordinación, realizar las derivaciones, ya sea a nivel primario o de especialidad, informes periódicos a tribunales, talleres en apoyo a la sala de rehabilitación infantil, intervenciones grupales en temáticas relevantes de salud mental).	Dispositivos	
---	--	---	--	--------------	--

		área de salud mental para la población específica que aborda este programa (al menos 1 semestral).			
21. Fortalecer la Equidad en el acceso a salud intercultural	- Generar planes, estrategias y acciones que permitan mejorar la calidad, accesibilidad, resolutiveidad en atención de salud de las personas y su familia.	- Registro estadístico. - Reservar horas de atención para usuarios pertenecientes a comunidades. - Generar estrategias educativas para el personal del departamento de salud.	- Convenio Plan Araucanía 2024 y PLADECO 2023-2026	- Facilitador(a) Intercultural - Equipo de apoyo - Subdirección Clínica - Dirección CESFAM	Año 2025
22. Potenciar la interculturalidad y transversalización en la APS	- Incorporar el enfoque intercultural en los programas de salud, de acuerdo al curso de vida.	- Realizar acciones de apoyo y derivación para atención de agente de medicina mapuche en la comuna. - Derivación y apoyo para atención con agente de medicina mapuche del Módulo Mapuche Hospital Intercultural de Nueva Imperial. - Realizar acciones de promoción, prevención e información a comunidades mapuches de la comuna. - Celebración del We Tripantu en el CESFAM. - Participación en otras costumbres y celebraciones importantes de comunidades mapuches.	- Convenio Plan Araucanía 2024 y PLADECO 2023-2026	- Facilitador(a) Intercultural - Equipo de apoyo - Subdirección Clínica - Dirección CESFAM - Mesa de salud mapuche.	Año 2025
23. Propiciar hacia participación en salud de	- Apoyar procesos de participación de la salud de	- Trabajo con mesa de salud mapuche.	- Convenio Plan Araucanía 2024 y PLADECO 2023-2026	- Facilitador(a) Intercultural	Año 2025

los pueblos originarios.	los pueblos indígenas.			- Equipo de apoyo - Dirección DSM - Subdirección Clínica - Dirección CESFAM - Mesa de salud mapuche.	
24. Reforzar la supervisión de los depósitos de medicamentos en CESFAM, CECOSF y postas rurales	- Elaboración de un plan de supervisión, control y evaluación de los centros indicados	- El/la QF complementario llevará a cabo la supervisión de procesos, detección de brechas y posibilidades de mejora en los depósitos de medicamentos de CESFAM, CECOSF y postas rurales	- Norma técnica n°12 "Sobre la organización y funcionamiento de la atención farmacéutica en la APS.	- Dirección DSM - Subdirección Clínica y finanzas - Dirección CESFAM - QF coordinador Farmacia, QF complementario - Coordinadora CECOSF. - Coordinadora Rural - Subdirección Clínica DSM. - Dirección técnica Cesfam	Año 2025
25. Construir un área de recepción de pedidos en bodegas centrales de medicamentos e insumos del DSM	- Construcción de cobertizo con piso de concreto adosado a bodegas de medicamentos e insumos, ubicados en ex CESFAM.	- Se ejecutará la solicitud de presupuesto presentada en septiembre 2024 a la Subdirección de Finanzas, según las especificaciones en ella contenidas.	- La Norma Técnica n°147 "Buenas prácticas de almacenamiento y distribución para droguerías y depósitos de productos farmacéuticos" establece que los medicamentos deben cumplir con ciertos requisitos de humedad y temperatura en toda la cadena de suministro, de lo contrario se corre el riesgo de obtener mermas.	- Dirección DSM - Subdirección Clínica y finanzas - Dirección CESFAM - QF coordinador de Farmacia	Año 2025

26. Notificar sospechas de reacciones adversas a medicamentos al Sistema de Vigilancia Integrada del ISP	- Dar continuidad a la notificación oficial de RAM, errores de medicación, situaciones de abuso o dependencia y falta de eficacia de medicamentos al SVI	- Se implementa un cuestionario breve que pueden rellenar todos los profesionales de la salud con información básica del caso a notificar, el cual será revisado por el equipo de QFs quienes finalmente enviarán la notificación a la plataforma.	- El Decreto Supremo n°3 de 2010 que aprueba el “Reglamento del Sistema Nacional de Control de los Productos Farmacéuticos de Uso Humano” y la Norma General Técnica n°140 sobre “Sistema Nacional de Farmacovigilancia de Productos Farmacéuticos de Uso Humano” presentan la necesidad de evaluar de manera continua el perfil de seguridad de los medicamentos.	- Dirección CESFAM - QF - Encargada de Farmacovigilancia - Comité de Farmacia.	Año 2025
27. Implementar una alternativa de manejo seguro de material cortopunzante derivado del tratamiento de pacientes diabéticos en tratamiento con insulina.	- Educación y Disposición a la comunidad de un contenedor para el desecho de jeringas de insulina	- En colaboración con prevención de riesgos DSM, Farmacia CESFAM gestionará el manejo seguro de este tipo de cortopunzantes.	- La “Guía para el control de la exposición a diferentes riesgos de trabajadores del sector de recolección de residuos domiciliarios” del ISP clasifica las jeringas usadas como un riesgo directo para la salud de los trabajadores de este rubro, ya que la población mezcla los residuos generales con este tipo de materiales peligrosos. Por otro lado, este tipo de iniciativa no existe a la fecha en la comuna, por lo que su implementación además de cuidar la salud de los trabajadores de recolección beneficia a los usuarios diabéticos que desconocen la forma segura de descartar esta clase de residuo y muestra la ocupación como DSM por nuestro medio ambiente.	- QF coordinadora de Farmacia CESFAM - Dirección CESFAM	Año 2025
28. Diseñar estrategia para prevención de cáncer cervicouterino.	- Realización de campañas de PAP una vez al mes a población dirigida desde 25-64 años.	- El primer miércoles de cada mes en jornada de la mañana se genera bloqueo de agendas médicas, en CESFAM, de matronas, para dejar a disposición al menos 50 cupos a disposición de usuarias con	- En Chile al año 2018, el cáncer cervicouterino, representó el 6,6% de todos los casos nuevos de cáncer, constituyendo esta enfermedad el tercer tipo más frecuente en incidencia y sexto en mortalidad. La estimación de tasas de incidencia y mortalidad estandarizadas por	- Matrona encargada del programa de la mujer. - Matronas clínicas encargadas de tomar muestras citológicas. - Dirección DSM	Año 2025

		citologías atrasadas, dentro del rango etario.	edad fue de 12,2 y 5 por cada 100.000 mujeres, respectivamente (MINSAL)	- Coordinadores de Establecimientos - Subdirección Clínica DSM - Equipo médico CESFAM - Equipo de Promoción de La Salud.	
29. Generar coordinación para seguimiento de gestantes con riesgo biopsicosocial	- Realizar visitas domiciliarias integrales (VDI) a gestantes de riesgo	- Realizar VDI a gestantes que presenten riesgos biopsicosociales en el ingreso prenatal o en los controles, realizando activación coordinación con el equipo interdisciplinario.	- Del total de gestantes con FPS, el 40% presenta uno o más riesgos psicosociales de acuerdo a la Pauta de Evaluación Psicosocial Abreviada (EPsA). La EPsA es un instrumento para la detección temprana sobre algunos factores de riesgo que generan inequidad y es aplicada por el o la profesional de salud que realiza el primer control de gestación (Ministerio Desarrollo Social).	- Matronas clínicas sectorialistas. - Encargada de Chile Crece contigo. - Dirección DSM - Coordinadores de Establecimientos - Subdirección Clínica DSM	Año 2025
30. Diseñar plan de acompañamiento y educación personalizado para gestantes de la comuna.	- Realizar talleres prenatales a gestantes de la comuna de Pitruquén.	- Hacer al menos 4 sesiones al educativas con metodologías interactivas y aplicativas a cada gestante de la comuna, en sala de reuniones el 3°-4° viernes de cada mes, con temáticas atinentes al proceso reproductivo en el cual se encuentra la mujer. Pudiendo asistir con pareja o familiar significativo (puede ser alguien de su círculo de amistad)	- El programa Chile Crece contigo, propone los talleres prenatales con la finalidad de brindar apoyo cognitivo y emocional, para aumentar la capacidad de autocuidado y el bienestar, además de fortalecer la preparación física y emocional para el parto y la crianza temprana durante el puerperio.	- Matronas clínicas sectorialistas. - Enfermera de monitoreo de acciones del programa CHCC - Dirección DSM - Coordinadores de Establecimientos - Subdirección Clínica DSM	Año 2025
31. Programar instancias para pesquisa activa de	- Realizar test rápidos de VIH a pacientes de la	- Realizar pesquisa activa de VIH a través aplicación de test rápidos	- En 2021 el ISP confirma un total de nuevos casos de VIH 5031, por lo que es muy	- Matrona de DSM gestora de proceso VIH/ ITS-	Año 2025

VIH a través de test rápidos	comuna de Pitruquén.	intra-box y en operativos ya sean intra o extramuros.	importante reforzar la indicación de MINSAL de pesquisa constante de pacientes portadores de la infección.	matronas clínicas. - Dirección DSM - Coordinadores de Establecimientos - Subdirección Clínica DSM	
32. Fomentar el acceso a control de joven sano de 10-19 años	- Realizar citaciones dirigidas a pacientes de este grupo etario. - Generar difusión de la posibilidad de este control en los dispositivos de DSM Pitruquén.	- Acudir a colegios, medios radiales, redes sociales para difundir que existen controles de salud del adolescente. - Revisión sistemática del tarjetero poblacional, para citar a la población adolescente. - Educación sobre métodos anticonceptivos y acceso al uso de estos, en caso necesario.	- Los adolescentes son un grupo etario que son más propensos a conductas de riesgos biopsicosocial, es importante tengan una acogida favorable en los centros de salud para entregarles redes de apoyo en caso de que lo necesiten.	-Matrona encargada del programa de salud del adolescente- matronas clínicas DSM. - Dirección DSM - Coordinadores de Establecimientos. - Subdirección Clínica DSM	Año 2025
33. Ofrecer clínicas de lactancia a puérperas recientes o tardías	- Ofrecer cupos semanales para la ejecución de clínicas de lactancia, asegurando 2 controles de este tipo por paciente (alerta y seguimiento)	- Se realiza clínica de lactancia a diada que lo requiera, ya sea por pesquisa en box, por derivación desde atención secundaria o por consulta espontánea	- La OMS recomienda la lactancia materna exclusiva hasta el 6° mes de vida y el destete respetuoso a los dos años o más. Por ende, para poder sostener una lactancia exitosa, el apoyo profesional es fundamental.	- Matronas clínicas- matrona encargada del comité de lactancia materna. - Dirección DSM - Coordinadores de Establecimientos. - Subdirección Clínica DSM	Año 2025
34. Orientar acciones en prevención y promoción de la salud, pilar de las acciones de la atención primaria de salud y la vida saludable.	- Trabajo articulado con programas y departamentos municipales, y con el intersector, reforzando acciones y planificaciones de actividades del año 2025, que contribuyen a	- Ejecutar actividades como: Salud en tu barrio, Mesa Intersector, Plazas ciudadanas, Talleres en todos los establecimientos educativos, Eventos masivos como Corridas familiares, cicletadas, etc.	- Plan Trienal de Promoción de Salud 2024-2027	- Dirección DSM. - Dirección CESFAM - Coordinador de dispositivos de Salud. - Subdirección Clínica, Administrativa Y finanzas. - Encargada comunal de Promoción de la Salud.	Año 2025

	mejorar la salud actual y futura de los niños, jóvenes y personas mayores.				
35. Formulación e implementación de regulaciones locales de Promoción de la Salud mediante un proceso participativo.	- Creación de una política local en promoción de la salud a través de un proceso participativo, en que se incluye al equipo gestor, funcionarios de salud, a la comunidad, al intersector y a las autoridades comunales en la fase de formulación, difusión y de aplicación de la regulación.	- Elaborar una política local que permita a la población acceder a entornos saludables en la comuna. (Ordenanza, Decreto o Reglamento).	- Plan Trienal de Promoción de Salud 2025-2027	- Dirección DSM. - Dirección CESFAM - Coordinador de dispositivos de Salud. - Subdirección Clínica, Administrativa Y finanzas. - Encargada comunal de Promoción de la Salud.	Año 2025
36. Implementación de un “Centro de Promoción de la Salud Comunal” en el que se realizaran acciones de prevención y promoción de la salud con la comunidad.	- Disponer de un espacio que se centre en la creación de entornos saludables y donde la promoción de la salud sea un proceso de trabajo conjunto articulado con la comunidad e intersector, y donde se puedan realizar acciones de prevención y promoción de la salud que se integren en la gobernanza municipal, lo cual se habilitará con recursos per cápita (20.000.000) aproximados.	- Habilitación de un espacio físico destinado al trabajo articulado del equipo de promoción de la salud con la comunidad a través de una sala de ejercicio físico y una sala para talleres de alimentación saludable, en lugar físico a gestionar.	- El Programa se enfoca en este trienio a la creación y mejoramiento de entornos saludables en el territorio, contribuyendo al aumento de factores protectores de la salud y favoreciendo la adopción de hábitos de vida saludables, actividad planificada en el PLASAM 2025-2027, en el cual se designan recursos para la implementación de las distintas acciones para llevar a cabo el centro de promoción de la salud. - Desde esta visión, los entornos donde las personas viven su día a día son los que generan bienestar en la población, dicho de otro modo, los entornos (sociales, económicos y ambientales) sumado a factores personales, determinan la salud de las comunidades y por ende determinan su esperanza y calidad de vida	- Dirección DSM. - Dirección CESFAM - Coordinador de dispositivos de Salud. - Subdirección Clínica, Administrativa Y finanzas. - Encargada comunal de Promoción de la Salud.	Año 2025

37. Implementar metodologías participativas dirigidas a adolescentes y jóvenes, para que se identifiquen factores de riesgo, se fortalezcan factores protectores, se planteen proyectos de vida, ayudar a la toma de decisiones asertivas.	- Integración de adolescentes y jóvenes en el Programa de Regulación de Fertilidad y Salud sexual, de forma fácil y accesible. Realización de Actividades de promoción realizadas a través de redes sociales de Espacios Amigables, Talleres de diversas temáticas; salud reproductiva y sexualidad, salud nutricional, salud mental, alimentación saludable, SSR, RF y VIH-ITS, Consejerías de forma espontánea y accesible, en horarios de extensión. Generar instancias de participación de jóvenes y adolescentes a través de ferias, stand, juegos, etc., Consejo consultivo Webinar con temáticas atingentes.	- Reuniones con diversos agentes de la comunidad para la intervención, coordinación de actividades y acciones de mejora en relación con los adolescentes y jóvenes. Talleres de Habilidades Parentales realizados con adolescentes y padres o adultos responsables Reunión de coordinación y articulación a nivel local con otro equipo de la comuna y/u otro Programa de refuerzo de la APS (ej: A Mejor Niñez, JUNAEB, Intersector, Red infancia	- Convenio espacios amigables. - Estamos inmersos en una comunidad, por lo que se deben generar acciones en la mejora de todos los aspectos posibles de la vida de los adolescentes. - Actualmente somos una región con niveles de obesidad infantil sobre el promedio nacional. - Aumento de ideación suicida e intento suicida. - Información para acceso oportuno a Métodos anticonceptivos, anticoncepción de emergencia, prevención de las infecciones de transmisión sexual. - Lograr mayor participación de adolescentes y jóvenes en un espacio seguro - Acercamiento a los adolescentes y jóvenes a través de las redes sociales.	- Dirección DSM. - Dirección CESFAM - Coordinador de dispositivos de Salud. - Equipo Espacios Amigables - DIDECO - Oficina de la Juventud	Año 2025
38. Aumentar la detección de niños y niñas con vulnerabilidad biopsicosocial.	- Fortalecer la aplicación de pautas de Riesgo Biopsicosocial desde la gestación hasta los 9 años.	- Los profesionales aplicarán pauta de riesgo biopsicosocial, en la gestación EPSA, y desde el nacimiento a los 9 años Pauta RBP.	- La presencia de vulnerabilidad biopsicosocial afecta al desarrollo óptimo de los niños y niñas.	- Matronas/ón, - Enfermeras/os.	Año 2025

39. Detectar oportunamente rezago, riesgo o retraso en la población infantil.	- Realizar en las edades correspondientes los test de evaluación del DSM.	- Aplicar TEPSI a los niños/as de 3 años. Aplicar EEDP a los 8 y 18 meses de edad. Aplicar Test de DSM si Pauta breve alterada en control.	- La detección oportuna de alteraciones y déficit del Desarrollo psicomotor permite intervenir oportunamente en los niño/as para la expresión máxima de sus potencialidades.	- Enfermeros/as	Año 2025
40. Disminuir el rezago infantil	- Realizar terapias de estimulación a niños/as con rezago en su desarrollo	- Derivar a Modalidades de atención para el desarrollo integral a todos los niños/as con rezago en su desarrollo	- La intervención en edades tempranas permitirá disminuir el rezago en la población infantil.	- Enfermeros/as. - Profesional de Sala de estimulación.	Año 2025
41. Fortalecer la atención de calidad y oportunidad, acompañamiento y seguimiento de niños y niñas con necesidades especiales.	- Realizar supervisión de salud a niños/as NANEAS.	- Realizar Controles con Profesionales según lo establecido en Norma técnica del Programa.	- Los Niños/as Naneas, presentan distintos problemas de salud que impactan en su calidad de vida y sus familias y requieren atención de salud especial y en mayor cantidad.	- Enfermeros/as. - Médicos. - Nutricionistas. - Matronas/ón. - Odontólogos. - Fonoaudióloga.	Año 2025
42. Aumentar la prevalencia de lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida y su prolongación no exclusiva hasta los dos años de edad.	- Promover la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida y su prolongación no exclusiva hasta los dos años de edad.	- Realizar Consejería en lactancia materna. Formar grupo de apoyo a la lactancia materna. Realizar actividades promocionales de apoyo a la lactancia. Asegurar cupos diarios en clínicas de lactancia.	- La lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses de vida ha demostrado favorecer el desarrollo inmunológico, el desarrollo cognitivo, el crecimiento físico, el comportamiento afectivo y emocional de los niños/as. La Lactancia Materna es primordial en facilitar la relación de apego seguro con la madre, padre y familia.	- Enfermeros/as. - Nutricionistas. - Matronas/ón. - Médicos. - Odontólogos.	Año 2025
43. Reducir la prevalencia de malnutrición por exceso y déficit en niños y	- Promover la adopción de hábitos y conductas saludables en la población	- Realizar Consulta nutricional a niños/as con 2 o más puntos en Pauta de Factores de Riesgo de	- La malnutrición por exceso (obesidad o sobrepeso) es actualmente un problema de salud pública por las consecuencias	- Enfermeros/as. - Médicos. - Nutricionistas.	Año 2025

niñas menores de 10 años, Promoviendo las potencialidades de crecimiento y desarrollo de niños/as desde la gestación.	infantil y sus familias.	Malnutrición por Exceso. Ingresar a consultas nutricionales a Niños/as con malnutrición por exceso y déficit. Realizar atención con medico los niños /as con malnutrición por exceso y déficit que lo requieran. Ingresar a programa Elige vivir sano a los niños /as con malnutrición por exceso.	biológicas, psicosociales y económicas que tiene en la población		
44. Contribuir a prevenir y tratar las carencias nutricionales de las personas mayores mediante la entrega de un complemento alimentario especialmente diseñado para sus necesidades.	- Promover la adopción de hábitos y conductas saludables en la población mayor y sus familias.	- Realizar Consulta nutricional a personas mayores, según EMPAM. - Ingresar a consultas nutricionales a personas mayores con malnutrición por exceso y déficit. - Realizar atención con medico a las personas mayores con malnutrición por exceso y déficit que lo requieran.	- La malnutrición por exceso (obesidad o sobrepeso) es actualmente un problema de salud pública por las consecuencias biológicas, psicosociales y económicas que tiene en la población	- Enfermeros/as. - Médicos. - Nutricionistas.	Año 2025
45. Implementar estrategia de Telesalud a fin de optimizar y ordenar las solicitudes de atención, según las necesidades clínicas de los usuarios para entregar una respuesta más oportuna.	- Gestionar de manera remota y priorizada la demanda en la Atención Primaria de Salud (APS), dando respuesta a las necesidades de la población a cargo, según su condición en el corto, mediano y/o largo plazo.	- La plataforma permite que el usuario, inscrito en nuestro CESFAM, en vez de dirigirse a la ventanilla SOME de manera presencial, puede realizar sus solicitudes de atención, a través de cualquier dispositivo con conexión de internet, ya sea celular, Tablet o computador. Esta estrategia no gestiona ningún tipo de atención de urgencia ni tampoco reemplaza	- Los usuarios inscritos pueden ingresar a la página y llenar el formulario web con sus datos personales, seleccionar el centro de salud y enviar su solicitud. Posteriormente, recibirán un código con el cual pueden hacer un seguimiento a la solicitud realizada. En la plataforma se puede ver las solicitudes que los pacientes han realizado y visualizar cuál tiene mayor prioridad. Se trata de una Plataforma amigable y fácil de usar, que ofrece una interfaz sencilla de usar para el usuario.	- Dirección Cesfam - Dirección DSM - Subdirección Clínica	Año 2025

		la ventanilla de SOME.			
46. Priorizar garantías GES en la prevención, tratamiento y rehabilitación de enfermedades específicas que representan el mayor impacto de salud en la ciudadanía.	- La superintendencia de salud de Chile cuenta entre sus políticas con el Plan de Acceso Universal a Garantías Explícitas (AUGE), más conocido como el Régimen General de Garantías Explícitas en Salud (GES). Consiste en una ley mediante la cual se garantiza la cobertura de ciertas enfermedades, tanto a través del Fondo Nacional de Salud (FONASA) como de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE). El GES es un programa que brinda acceso, oportunidad, protección financiera y calidad a sus beneficiarios para la atención médica de los problemas de salud incluidos en la actualidad. Garantiza la atención al paciente durante todo el proceso, desde la sospecha y correspondiente diagnóstico, hasta el tratamiento indicado por el médico tratante y su	La ley otorga el derecho de acceso al AUGE-GES a toda persona beneficiaria del Fonasa o de una Isapre que: - Presente una enfermedad que esté incluida entre los problemas de salud o patologías AUGE-GES. - Cumpla las condiciones especiales de edad, estado de salud u otras definidas para cada uno de los problemas de salud. Se atiende en la red de prestadores determinada por el Fonasa o la Isapre, cuyas prestaciones estén debidamente prescritas por un profesional de la salud de dicha red y que estén garantizadas dentro de un determinado problema de salud. Finalmente se debe realizar la notificación AUGE-GES, el cual es un Formulario de Constancia de Información al Paciente GES, el que es el mecanismo oficial para informar a los afiliados a isapres o a Fonasa, la confirmación diagnóstica de una patología incluida en las Garantías Explícitas en Salud (GES).	- Garantía de Acceso: Recibir las atenciones definidas para cada enfermedad. - Garantía de Oportunidad: Las prestaciones garantizadas en el AUGE/GES deben ser entregadas de acuerdo a los plazos establecidos. - Garantía de Protección Financiera: Cancelar sólo el copago: 0% Afiliados del Fonasa A y B; 10% grupo C y 20% grupo D y afiliados a Isapres. - Garantía de Calidad: Las prestaciones garantizadas en el AUGE/GES deben ser entregadas por un prestador de salud registrado y acreditado en la Superintendencia de Salud.	- Jefe SOME - Administrativo GES - Subdirección Clínica - Dirección CESFAM	Año 2025

	posterior seguimiento y control. Esto incluye exámenes, medicamentos, consultas médicas y hospitalizaciones definidas para cada enfermedad.				
47. Asegurar a los usuarios una atención y cuidado continuo, integrado y coordinado dentro de la Red Asistencial del Servicio de Salud, mediante un proceso de referencia y contrarreferencia ágil, flexible y eficaz, además de permitir la comunicación y disponibilidad de información estandarizada entre los diferentes niveles de atención, con el fin de gestionar en red las diferentes prestaciones de salud.	- Velar por la continuidad de la atención - Homologar el proceso de referencia y contrarreferencia en establecimientos de la red. - Promover la coordinación entre los niveles administrativos y clínicos de los establecimientos que conforman la red de atención para que intervengan en el proceso de referencia y contrarreferencia. - Elaborar un protocolo de Referencia y Contrarreferencia.	- El Sistema de Referencia y Contrarreferencia es un conjunto de procedimientos y actividades que garantizan la calidad de los servicios de salud para los pacientes. Su objetivo es facilitar la atención oportuna e integral, el acceso universal a la tecnología y el uso racional de los recursos institucionales.	- Cada Red de Salud debe diseñar su “Mapa de Red” donde se describe los establecimientos que la conforman, su complejidad y el alcance de sus carteras de servicio que deben ser complementarias y dar respuesta a las necesidades de salud de la población beneficiaria. Para que este diseño funcione tiene que contar con un sistema de comunicación que permita que este beneficiario fluya en forma segura y eficiente a través de esta Red. Este mecanismo técnico administrativo recibe el nombre de Referencia y Contrarreferencia.	- Funcionarios Referencia y Contrarreferencia (médico- administrativa) - Dirección Técnica Cesfam - Dirección DSM - Subdirección Clínica - Dirección CESFAM	Año 2025
48. Ejecución de protocolo de inducción para funcionarios en el ingreso, seguimiento y egreso de usuarios con patologías cardiovasculares.	- Ejecución del protocolo, según normativa vigente. - Difusión de protocolo a funcionarios y	- Se ejecutará un protocolo de inducción de funcionarios en ingreso, seguimiento y egreso de usuarios con patologías crónicas. - Se realizará la difusión de este documento en las reuniones	- La finalidad de este documento es estandarizar el proceso de atención al usuario; que cumpla con los requerimientos mínimos de una atención integral y a la vez, conocer las responsabilidades de registro del programa cardiovascular, ya que además está asociado a metas sanitarias e IAAPS.	- Encargada del Programa del adulto y adulto mayor.	Año 2025

	solicitar establecer en programa de calidad	técnicas del programa cardiovascular			
49. Implementar box de preparación de usuarios que asisten a controles integrales	- Continuidad de estrategia de Preparación de pacientes en box de con TENS a cargo. Esta modalidad se lleva a cabo en box que se encuentra en la entrada de CESFAM.	- En primera instancia se realiza la preparación de usuarios en box de entrada de cesfam a cargo de TENS. Para luego ser atendido por profesionales a cargo de control cardiovascular.	- El objetivo de esta acción a implementar es poder proporcionar el control de signos vitales de forma estandarizada y cumpliendo con la normativa vigente para este requerimiento. Así también dar oportunidad a los usuarios para conocer sus niveles de presión arterial cuando soliciten, y poder realizar los perfiles de presión arterial y perfiles glicémicos de forma expedita.	- Encargada del Programa del adulto y adulto mayor - TENS - Dirección CESFAM. Y Coordinadores Establecimientos de Salud. - Subdirección Clínica DSM.	Año 2025
50. Implementar un policlínico de ajuste terapéutico a fin de mejorar la detección, diagnóstico e intervención oportuna de los factores de riesgo cardiovascular, mediante una atención integral, continua y de calidad en el marco de las redes integradas de servicios de salud basadas en APS.	- Derivar de acuerdo a la demanda de usuarios a atención médica que pueda cumplir con los requerimientos de ajuste terapéutico de forma inmediata cuando se pesquise una descompensación de patologías crónicas.	- Todos los días jueves de 8:10 a 11:00 horas, se contará con policlínico de ajuste terapéutico por médico, este evaluará perfiles de presión arterial, perfiles de glicemia, para evaluar el tratamiento de los usuarios que presenten descompensación de sus patologías crónicas que fueron pesquizados en los diferentes controles del establecimiento.	- La descompensación de patologías crónicas es de suma importancia para disminuir el riesgo cardiovascular de los usuarios, con este policlínico se mantendrá la población bajo control de forma segura, fomentando la adherencia al tratamiento y evitando complicaciones. No olvidando que las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte en Chile.	- Encargada del Programa del adulto y adulto mayor - TENS - Dirección CESFAM. Y Coordinadores Establecimientos de Salud. - Subdirección Clínica DSM.	Año 2025
51. Implementación de reuniones del equipo cardiovascular	- Realizar reuniones mensuales para capacitación, mejora de procesos y derivaciones.	- El tercer jueves de cada mes a las 14:30 horas, se realizarán reuniones con el equipo que compone el PSCV y quienes participen activamente del programa.	- Las capacitaciones, la comunicación y el buen trabajo, se realiza con reuniones clínicas, donde la participación y experiencias son modeladores de procesos, por tanto, esta actividad es fundamental para fortalecer el equipo y mantener la mejora continua.	- Encargada del Programa del adulto y adulto mayor	Año 2025

52. Formación de un equipo multidisciplinario, apoyo para la toma de decisiones.	- Formar el equipo de trabajo del PSCV	- Se formará un equipo para el trabajo y apoyo en las decisiones para la implementación de nuevas estrategias de acción del programa, como es estrategia HEARTS, ECICEP, etc. Este equipo realizará una reunión mensual el segundo viernes de cada mes a las 14:00 horas, con el fin de monitorear e implementar estrategias en el PSCV, así también planificar las reuniones, asistir a reuniones realizadas por SSASUR y apoyar en las supervisiones.	- Mantener un trabajo de un equipo, fortalece el trabajo en red, se propone la formación de los siguientes funcionarios para la realización de este equipo: Medico/a, nutricionista/o, químico farmacéutico/a y enfermera/o. Con este equipo se pretende fortalecer flujos, generación de derivaciones y creación de nuevos protocolos para mantener la compensación bajo control de nuestra población, trabajo que no debiese corresponder al encargado, sino para mantener una mirada integral y multidisciplinaria del programa.	- Encargada del Programa del adulto y adulto mayor - Dirección CESFAM - DIDECO, Encargado de Programa Personas Mayores.	Año 2025
53. Fortalecer el uso de carnet de control PSCV	- Fomentar el uso de carnet de control, en el registro y el uso en los diferentes controles, retiro de medicamentos, vacunas, etc.	- En cada control realizado se solicitará el carnet de control del PSCV, donde se asoció el registro de vacunas, retiro de productos PACAM, controles de EMPAM y retiro de medicamentos.	- Con el propósito de establecer controles regulares y con diferentes profesionales a la hora de agendar citas, apoyando el trabajo que realiza el personal administrativo en el agendamiento. Además, poder limitar el uso del formulario de derivación interna, que trae consigo errores de agendamiento, duplicidad en horas y/o pérdida de la hoja.	- Encargada del Programa del adulto y adulto mayor	Año 2025
54. Implementación mensual de un taller PSCV por medicina, nutrición y enfermería.	- Mantener mensualmente un taller nutricional y dos talleres relacionados al autocuidado de personas con patologías cardiovasculares.	- Una vez al mes se dispondrá de tres talleres de educación de adultos para el PSCV, donde los días quedarán estandarizados, así cada profesional; médico, enfermera, nutricionista, podrá derivar a los talleres y este será registrado como control PSCV, taller grupal.	- La educación para la salud, juega un rol importante en APS, por tanto, las experiencias de los diferentes actores favorecen el autocuidado de los usuarios, a la vez con esta acción se busca disminuir el tiempo en los controles de salud integral en agenda y para poder realizar el seguimiento a la mayor parte de la población.	- Equipo multidisciplinario del PSCV	Año 2025

55. Establecer sistemas de vigilancia epidemiológica con el objetivo de conocer el proceso de salud enfermedad en la población de la comuna de Pitrufulquén con enfoque de determinantes de salud e integrada en todos los niveles asistenciales.	- Elaboración de un Plan de Trabajo Anual de Epidemiología que permita fortalecer la gestión intersectorial por medio de un trabajo mancomunado con Autoridad Sanitaria y establecimientos de la red	- Se desarrollará un plan que visibilice la labor de vigilancia epidemiológica, donde se fortalezca el sistema de vigilancia epidemiológica de ENO, IRAG, Enfermedades No Transmisibles y que refuerce la capacidad de análisis, el desarrollo de nuevas herramientas, para generar cambios estructurales que mejoren la calidad de la vigilancia, disminuyendo brechas territoriales y asegurando una respuesta coordinada ante futuras crisis. Educar sobre la continuidad de la notificación temprana de signos, síntomas y exposición a casos de COVID-19. Supervisar y retroalimentar de forma inmediata, el cumplimiento de las precauciones estándares y medidas de control de infecciones.	- Definir medidas de prevención y control deben ser prioritarias para proteger a los trabajadores de la exposición al riesgo de enfermedades transmisibles. - Proporcionar sistemas de Salud robustos que sean capaces de tolerar emergencias sanitarias, las cuales sean integradas en un trabajo interdisciplinario, que permita la adecuada gestión desde un punto de vista integral, permitiendo el análisis de la información de tal manera que los resultados puedan ser replicados en función del éxito puntual obtenido.	- Delegado de Epidemiología - Dirección DSM - Subdirección Clínica	Año 2025
56. Disminuir la Tuberculosis Reducir el riesgo de infección, morbilidad y mortalidad por Tuberculosis en Chile.	- Elaboración de un Plan de Trabajo Anual de TBC.	- Se elaborará un plan que integre el programa de Control y Eliminación de la Tuberculosis es un programa de salud pública de alcance nacional, descentralizado, con normas y operaciones técnicas precisas	- PROCET en su nivel local teniendo un equipo encargado en la resolución /decreto N° (301)	- Delegado de Epidemiología	Año 2025

57. Disminuir el VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual	- Ejecución de actividades de promoción, prevención, Diagnósticos oportunos. Teniendo funcionarios responsables para dicha actividad en los distintos dispositivos.	- Coordinar con diferentes programas de los diferentes establecimientos de Salud y otras instituciones espacios de difusión para prevenir el contagio de VIH a través de uso de preservativos, pareja exclusiva, y sus efectos.	- Altos índices de contagio de VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual.	- Delegado de Epidemiología - Matronas Clínicas	Año 2025
58. Disminuir las Enfermedades Crónicas No Transmisibles, Violencia e intentos de Suicidios	- Realización de actividades de promoción, prevención, diagnósticos oportunos. Teniendo funcionarios responsables para dicha actividad en los distintos dispositivos.	- Coordinar con diferentes programas de los diferentes establecimientos de Salud y otras instituciones espacios de difusión para prevenir las enfermedades crónicas no transmisibles, Violencia e intentos de suicidios	Altos índices de Violencia de género e intentos de suicidio, en sumatoria a enfermedades crónicas no transmisibles. Vigilancia de Lesiones Autoinflingidas Intencionalmente más intentos de suicidas (2023). Una LAIN se define como un acto no habitual con resultado no mortal que una persona, esperando morir o exponiéndose al riesgo de morir o de infringirse daños corporales, ha iniciado y ejecutado con la finalidad de propiciar cambios deseados.	- Delegado de Epidemiología - Dupla Psicosocial	Año 2025
59. Prevenir y Evaluar los riesgos, realizando la vigilancia Epidemiológica en el Ciclo del Desastre	- Realización de actividades de promoción, prevención, diagnósticos oportunos. Teniendo funcionarios responsables para dicha actividad en los distintos dispositivos.	- Coordinar con diferentes programas de los diferentes establecimientos de Salud y otras instituciones. Teniendo funcionarios responsables para dicha actividad en los distintos dispositivos. (Inundaciones, Terremotos, Tsunamis, Erupciones Volcánicas, Sequia.	- Efectos del desastre sobre la Salud, Evaluación del Riesgo Potencial de Problemas de Salud. Logrando aumentar la gestión del riesgo en emergencias y desastres. Logrando disminuir el impacto negativo cambio climático.	- Delegado de Epidemiología - Comité de emergencia. - Prevencionista de riesgos Municipal y Salud	Año 2025
60. Mejorar la cobertura de acceso a la atención odontológica a población rural de la comuna.	- Habilitación de clínica dental móvil en sector cordillera en el primer semestre de 2025, de	- Se continuará con proceso de autorización sanitaria, para habilitar atención.	- El sector rural cordillera queda habitualmente desplazada de la atención dental por la distancia y menor locomoción, se quiere acercar la atención dental a estos	- Director Técnico de clínica dental móvil. - Dirección de DSM.	Año 2025

	acuerdo a calendario de rondas decretado para tales efectos.		usuarios.		
61. Disminuir tiempo de espera de los pacientes para tratamiento de prótesis dental	- Dar tratamiento con prótesis dental mediante recursos de PRAPS	- Realizar convenio de suministro para atención odontológica integral a 266 usuarios de nuestra comuna, en su mayoría incluye realización de prótesis dental.	- Mediante estos recursos mejorar el acceso de los usuarios a estas prestaciones de salud.	- Coordinador programa odontológico. - Encargado de Convenio	Año 2025
		- Realizar prótesis dentales acrílicas y prótesis dentales de base metálica a usuarios que están en lista de espera para atención por especialista (atención nivel secundario)	- Aprovechar recurso de PRAPS y recurso humano de especialista en rehabilitación oral, para realización de esta cantidad de prótesis en el CESFAM de Pitrufrquén, y así disminuir el tiempo de espera de los usuarios para esta prestación.	- Coordinador programa odontológico. - Encargado de Convenio	Año 2025
62. Mantener bajo control odontológico a niños para tener un mayor impacto futuro en la salud bucal de nuestra población	- Realización de controles periódicos 2 a 3 veces en el año a niños desde los 6 meses de edad.	- Cruzar datos de pacientes menores de 6 años de edad inscritos en la comuna y programas de fluoración a jardines, para identificar los usuarios de este grupo etario que no han tenido control dental. Realizar controles y atención odontológica, poniendo énfasis en la educación para prevención de enfermedades bucodentales, considerando el entorno biopsicosocial del menor, según modelo de salud familiar.	- El control odontológico ayuda al diagnóstico oportuno de las patologías bucodentales, para que el tratamiento sea menos invasivo y haya una derivación lo antes posible a especialidad de ser necesario. Para la prevención de enfermedades bucodentales es necesario la educación a los padres y/o cuidadores de los niños, así como a los mismos usuarios, esto considerando el entorno familiar para entregar orientaciones que los usuarios estén motivados a cumplir.	- Odontólogos del DSM. - Coordinador programa odontológico. - Encargado de Convenio	Año 2025
63. Capacitación continua del equipo dental, en cuanto a diagnóstico y tratamiento de patologías	- Realizar jornadas de capacitación interna del equipo dental a través de autogestión con SSASUR,	- Solicitar a las especialistas del SSASUR en comisión de servicio puedan realizar capacitación a los funcionarios del equipo dental,	- En la atención clínica de pacientes es necesario la actualización constante de los conocimientos, para un correcto diagnóstico y tratamiento.	- Especialistas en comisión de servicio. - Coordinador de Programa Odontológico.	Año 2025

bucodentales.	AFAPS, y Capacitación DSM en modalidad presencial, e learning sincrónica y asincrónica.	llevado a cabo en las reuniones de estamento o en días de capacitación si lo autoriza comité de capacitación.		- Funcionarios del Equipo Dental.	
64. Mejorar acceso a la atención dental de los usuarios adultos	- Brindar atención dental a usuarios mayores de 20 años de la comuna, extensión horaria y los sábados en la mañana.	- Estas atenciones comprenden restauraciones dentales, limpieza y extracciones dentales, realizadas por 2 duplas dentista-asistente en extensión horaria y los días sábados en la mañana.	- Aprovechando recursos de PRAPS dental, realizar estas atenciones desde los meses de marzo a diciembre de 2024.	- Coordinador de Programa Odontológico.	Año 2025
65. Implementar estrategia ECICEP a Nivel Comunal, estandarizando y describiendo los procesos relacionados a esta Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las personas (ECICEP) para el Departamento de Salud Municipal de Pitruquén	- Conformación equipo ECICEP Comunal - Realización de Jornada de Reflexión. - Realización de Capacitación a funcionarios y comunidad en torno a ECICEP. - Ejecución de Plan Piloto. - Realización de reuniones Mensuales.	- La ECICEP se enfoca en personas de 15 años o más que estén inscritas en el Centro de Salud Familiar (CESFAM) y sean beneficiarias del Fondo Nacional de Salud (Fonasa). Su objetivo es entregar cuidados integrales y adaptados a personas con cronicidad, promoviendo su gestión activa de salud. Además, optimiza el tiempo de los equipos de salud en tareas valiosas y fomenta la participación ciudadana en la prevención de la cronicidad y promoción de salud.	- Esta estrategia se basa en principios como: Respeto a la autonomía y dignidad de la persona, Participación activa del paciente en la toma de decisiones, Comunicación efectiva, Trabajo en equipo multidisciplinario, teniendo como fin ulterior: Ofrecer cuidados integrales y adaptados a las necesidades de las personas con cronicidad, Promover la gestión activa de la salud por parte de los pacientes, Optimizar el tiempo de los equipos de salud, Fomentar la participación ciudadana en la prevención de la cronicidad y la promoción de la salud.	- Equipo ECICEP - Subdirección Clínica. - Médicos Familiares	Año 2025
66. Inmunizar a toda la población objetivo del Programa Nacional de Inmunizaciones según calendario de vacunas y campañas informadas por el Ministerio de Salud	- Realizar inmunización a todo usuario que acuda al vacunatorio o puntos de vacunación que le corresponda vacuna de programa o campaña.	Se administrará vacuna sin discriminar a usuarios, ejemplo: población de otras comunas, menores en control en centros de salud privado o público, usuarios de paso por la comuna.	Administración de vacunas de programa, campañas según lineamientos ministeriales.	TENS vacunatorio Encargada PNI	Año 2025
67. Realizar trabajo en conjunto con	Trabajar en conjunto con encargados de salud	Durante los meses de abril y agosto, se trabajará en conjunto	- En el primer semestre se realiza inmunización en salas cunas, jardines y	Encargada PNI Encargados de salud	Año 2025

Departamento de Educación para realizar campañas en establecimientos educacionales.	escolar de los establecimientos educacionales para la programación de cada campaña.	con los establecimientos educacionales municipales y particulares para programar y realizar inmunización de campaña influenza y vacunación escolar.	colegios de la comuna por campaña influenza con grupo objetivo: niños y niñas desde los 6 meses hasta que cursen 5° básico. - En el segundo semestre se realiza inmunización en escuelas y colegios por campaña vacunación escolar con vacunas dTpa (1° y 8° básico) y VPH (4° básico)	escolar de cada establecimiento educacional Encargada Salud escolar del Departamento de Educación TENS vacunatorio	
68. Articular trabajo con agentes comunitarios para acercar la inmunización a las zonas urbanas y rurales	Realizar contacto telefónico a los agentes comunitarios para coordinar procesos de inmunización.	-Se solicitará listado de agentes comunitarios de la comuna a la Municipalidad. - Se realizará contacto telefónico a los agentes para coordinar vacunación en sedes comunitarias, agrupaciones de personas mayores y realizar rescate de usuarios pendientes en su esquema de vacunación.	Es importante acercar los procesos de inmunización a la población tanto en las zonas urbanas y rurales, para que tengan acceso oportuno a esta prestación.	Encargada PNI Agentes comunitarios	Año 2025
69.Elaborar documentos para realizar educación a la comunidad	- Establecer plan de educación a la comunidad para que esté disponible a todos los funcionarios del Departamento de Salud.	- Elaborar materiales educativos actualizados para población objetivo. - Realizar reuniones con el intersector para entregar afiches informativos.	Durante el último año se ha evidenciado desconocimiento y dudas de la población con respecto de vacunas programáticas y de campañas de vacunación.	Encargada PNI Dirección DSM y CESFAM	Año 2025
70. Contribuir a la disminución de la mortalidad prematura por enfermedades respiratorias agudas y crónicas, alcanzando la meta definida en la estrategia nacional de	- Control de Salud Integral en usuarios con patologías agudas. - Control de Salud de personas con enfermedades respiratorias crónicas - Fortalecimiento de	- Disminuir la morbilidad por enfermedades respiratorias. - Educar en prevención de IRA (Factores de riesgo, signos de alarma) Fomentar la adhesión a vacunación	Estos programas IRA y ERA, deben realizar actividades de promoción, prevención, pesquisa precoz, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación de usuarios con enfermedades respiratorias agudas y crónicas de su población a cargo, bajo el modelo de atención integral y enfoque familiar, estableciendo coordinación con	- Kinesiólogo programa IRA. - Kinesiólogo programa ERA. - Médico encargado de programas respiratorios.	Año 2025

salud.	programas Salas IRA y ERA y Red de Urgencia APS durante los meses de invierno. - Realización de estrategias de promoción y prevención de patologías respiratorias.	- Generar vínculos con el intersector - Rescate usuarios crónicos insistentes a control. - Disminuir la concurrencia de exacerbaciones o descompensaciones de usuarios crónicos. - Revisión de tratamiento a población bajo control. - Aumentar la resolutividad de APS en patologías respiratorias en periodo de invierno. - Disponer de espacio Físico de sala MIXTA para asegurar la oferta de hora de profesionales según normativa de campaña de invierno, 33 hrs mínimas Klg IRA, 33 horas enfermera Sala ERA, 11 hrs médicas Sala IRA y 11 hrs médicas Sala ERA, asegurando su funcionamiento en extensión horaria. - Aumentar oferta de horas de morbilidad en periodo de invierno. - Activar poli de alto rendimiento durante la campaña de invierno.	nivel secundario, incorporando determinantes psicosociales en la evaluación de los pacientes y sus familias, involucrando a éstas en el autocuidado y manejo de los problemas de salud, trabajando con el intersector. Todo esto se llevará a cabo con recursos de PRAPS Campaña de Invierno, además de los Recursos per cápita valorizados a través de la dotación asignada (kinesiólogos de dispositivos) en tardes de sector, VDI, Plan de Participación Comunal y Actividades de MAIS, de acuerdo a Programación 2025 presentada por Dirección de CESFAM.		
--------	---	---	---	--	--

		- Ejecución de la VDI para pacientes con Score moderado y grave de Morir por Neumonía. - Reprogramación de controles crónicos de bajo riesgo. - Educación individual y grupal sobre prevención de IRAS y signos de alarma para la población adulta e infantil.			
71. Mejorar el funcionamiento para el logro de la participación en Comunidad tanto adulto como infantil	Diagnóstico Participativo	- Conocer la población potencial, sus requerimientos, conocer las redes locales y articularse con el intersector, para el apoyo a la inclusión	Conocer desde la perspectiva de los usuarios, organizaciones de personas con discapacidad, líderes comunitarios, las necesidades de rehabilitación de la población	- Equipo de rehabilitación	Año 2025
72. Abordar de manera integral a las personas que presentan problemas en su funcionamiento y sus familias en el contexto comunitario.	- Elaborar en conjunto con usuario y su familia el Plan de Intervención, de manera consensuada	- Puesta en marcha de protocolo de ingreso más plan de tratamiento integral	Las personas tienen derecho, a su ingreso, a pactar un programa individual de tratamiento y rehabilitación que considere objetivos, metas y plazos. Lo anterior también ser modificable según los avances.	- Equipo de rehabilitación	Año 2025
73. Promover el trabajo de Rehabilitación de acuerdo a Medicina Basada en Evidencia.	Disminuir los procedimientos de fisioterapia y aumentar la movilización activa de las personas ingresadas al Programa	Asistir a capacitación atinente a las patologías prevalentes en sala RBC Promover la lectura crítica y desarrollar resolución de casos en equipo. - Desarrollar protocolos de patologías nivel local.	Medicina basada en evidencia y nuevas técnicas de trabajo	- Equipo de rehabilitación	Año 2025

74. Contribuir a la generación de redes comunitarias e intersectoriales para el logro de la participación en comunidad (inclusión social) de las personas atendidas en el programa que lo requieren	Desarrollar el trabajo comunitario en forma permanente, dando cuenta del modelo biopsicosocial	Establecer vínculos formales y regulares con las organizaciones locales e intersectoriales para el logro de la inclusión social.	Necesarios: Una red organizada con responsabilidades claras de cada nodo. Mecanismos de referencia y contrarreferencia Protocolos de derivación consensuados. Conocer y establecer los nexos con las organizaciones del territorio que nos permitirán hacer sinergia en relación a las soluciones que requieren de la participación de más de un nivel y/o sector.	- Equipo de rehabilitación	Año 2025
75. Aumentar la cobertura de rehabilitación física y sensorial en la red de atención primaria	Ampliación sala de rehabilitación de Cesfam de acuerdo a las normas técnicas.	Propuesta de ampliación y postulación a SSAS de ampliación sala de rehabilitación a espacio adjunto a la existente.	Aumento de funcionarias y demanda de usuarios	- Equipo de rehabilitación - Dirección CESFAM - Dirección DSM	Año 2025
76. Mejora constante de los resultados sanitarios en Dependencia severa.	Facilitar el acceso de toda la población a la atención de salud del programa si corresponde.	Comprensión multidimensional de los problemas de las personas.	Responder mejor a las expectativas de los usuarios y sus familias.	- Dirección DSM - Dirección Cesfam Coordinador del Programa	Año 2025
77. Incremento de la calidad de vida para personas en situación de dependencia Severa.	Abordaje integral de los beneficiarios y sus familias.	Metodología de trabajo enfocada en la Atención Primaria y orientada al cuidado integral de la persona, su familia y la comuna.	Mejorar la accesibilidad al Programa Dependencia Leve y Moderado, a toda persona que corresponda, según orientación técnica.	- Dirección DSM - Dirección Cesfam - Coordinador del Programa	Año 2025

78. Orientar la implementación del programa de Cuidados Paliativos Universales en APS y coordinación entre los diferentes niveles.	Aplicar instrumentos de ingreso	Uso de instrumentos sugeridos en Orientación Técnica del programa. Como sugerencia DIVAD dar prioridad a personas con estimulación de sobrevivencia muy limitada y a personas con estimación de vida menor a 12 meses con alta carga de síntomas, pudiendo en forma paulatina ingresar a otras personas que cumplan criterios de ingreso.	Normativa Vigente CPU	- Equipo CPU no oncológico - Dirección Técnica - Encargado de programa	Año 2025
79. Efectuar Notificación de Enfermedad de notificación Obligatoria	Notificación	Ingresar Sistema Epivigila la información requerida, según formulario (Eno)	100% de los casos notificados.	- Medico (Notificación) - Delegado Epidemiología (validación) - Dirección DSM	Año 2025
80. Realizar Bloqueo epidemiológico contactos/expuestos de ENO	Designación profesional, Delegado de Epidemiología	Entrega o administración de tratamiento / inmunización preventivas a personas definidas según ENO.	Participar del 100% de los tratamientos/ inmunizaciones entregadas, a los contactos expuestos, cuando sea requerido.	- Delegado Epidemiología - Dirección DSM	Año 2025
81. Llevar a cabo Búsqueda activa de casos de ENO	Designación de profesionales y /o Delegado de Epidemiología.	Actividad en un domicilio o una institución, a raíz de un caso por enfermedad inusual, en población de riesgo.	Participar del 100% de las búsquedas activas realizadas, cuando sean requeridas.	- Delegado Epidemiología - Profesionales de apoyo. - Dirección DSM	Año 2025
82. Realizar Reuniones de coordinación vigilancia.	Coordinación de reuniones.	Horario para actividades de coordinación para gestión y administrativas, quimioprofilaxis, seguimiento o estudio de casos, análisis de situación ENO u otras con equipo de trabajo.	Participar del 100% de las reuniones requeridas, cuando sean requeridas.	- Dirección DSM - Delegado Epidemiología - Medico designado, u otros profesionales de apoyo.	Año 2025

CONCLUSIÓN

Actualmente en nuestros dispositivos de atención primaria de salud al 31 de Agosto de 2024 contamos con 28.165 inscritos, lo que supera inclusive la proyección efectuada para el año 2024 en Población por el INE, generando problemas estructurales serios, al no contar con espacios suficientes para brindar mayores prestaciones de salud. Sin embargo, contamos con dispositivos locales que absorben la demanda actual en salud de parte de la población.

Por un enfoque paradigmático transmitido generacionalmente, nuestra población efectúa mayor demanda de atenciones en el contexto de morbilidad por parte del estamento médico, lo que en ocasiones no puede ser satisfecho por multiplicidad de factores, tales como: la demanda supera la oferta, altos requerimientos de policonsultantes, no contar con dotación de reemplazo por licencias médicas, falta de intensificación en las estrategias de salud centradas en las personas en el marco del modelo de salud Familiar en la Atención Primaria en Salud.

A nivel local contamos con “un sistema de salud que orienta sus estructuras y funciones hacia los valores de la equidad y la solidaridad social, y el derecho de todo ser humano a gozar del grado máximo de salud que se pueda lograr sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social. Los principios que se requieren para mantener un sistema de esta naturaleza son la capacidad para responder equitativa y eficientemente a las necesidades sanitarias de los ciudadanos, incluida la capacidad de vigilar el avance para el mejoramiento y la renovación continuos; la responsabilidad y obligación de los gobiernos de rendir cuentas; la sostenibilidad; la participación; la orientación hacia las normas más elevadas de calidad y seguridad; y la puesta en práctica de intervenciones intersectoriales.” (OPS)

En cuanto a esto último, se han definido lineamientos que nos permitan reorientar los programas de los cuales disponemos actualmente, sin alterar las normativas técnicas vigentes, sino maximizando los recursos para el logro de una atención de calidad, se sea mirada en un contexto de salud familiar, donde se establezcan y se reafirme el vínculo comunitario, tanto con las organizaciones, así como con el Intersector y con ello el trabajo y responsabilidades conjuntas en el abordaje de la salud primaria, dando énfasis al quehacer colaborativo y participativo, de no tanto recoger cifras y percepciones diagnósticas, sino que también promover equipos motores de salud a nivel comunitario.

Además, se están normalizando los procesos de atención clínicos en todos los dispositivos a fin de romper las resistencias al cambio, en torno a la descentralización de la Salud, tomando relevancia la sectorización local, contando con equipos fijos en las áreas rurales de costa y cordillera, y donde se suma

el trabajo del centro comunitario Familiar Ultraestación.

Dentro de las estrategias de mejora de la Salud Comunal está la aplicación de un plan Piloto que promoverá el cuidado Integral Centrado en las Personas, buscando mejorar la atención de salud de las personas de 15 años y más que reciben servicios en el sistema público de salud. Para ello, la APS comunal se basará en los siguientes principios orientadores:

- Respetar la autonomía y dignidad de cada paciente
- Promover la participación activa del paciente en la toma de decisiones
- Fomentar la comunicación efectiva
- Trabajar en equipo multidisciplinario

Por medio de esta calidad de atención en salud, nuestro fin ulterior es que los pacientes reciban cuidados integrales, continuos y centrados en ellos, donde el objetivo es que los equipos de salud se centren en la persona, y no solo en la enfermedad, para que puedan ofrecer un cuidado más integral y adaptado a las necesidades de cada paciente. De esta manera se visualiza un logro de una mayor cobertura y compensación de la población bajo control y de la prevención y promoción en salud, agrando el valor de nuestra medicina tradicional mapuche.

Abordar la salud integral de los adolescentes se ha convertido en un gran desafío, la carencia de recursos evita contar con mayor cantidad de profesionales, sobre todo psicólogos, cuya demanda se ha incrementado sustancialmente, es por ello que también nos hemos planteado estrategias de mejora en torno al abordaje de la salud mental de la población comunal.

Tenemos grandes desafíos pendientes, que dicen relación con la educación a la comunidad respecto a los estándares de alimentación saludable, cuidado y respeto por el medio ambiente, ingesta responsable de medicamentos, medidas de autocuidado, tanto para aquellos que no presentan enfermedades como aquellos que mantienen carácter crónico, por lo que nuestro compromiso va dirigido a generar mayores instancias para que a través de la participación ciudadana podamos mejorar los aspectos más débiles de nuestras prestaciones.

Hemos avanzado, pero nunca es suficiente cuando se trata de la salud de los habitantes de la comuna de Pitrufulquén. Es por ello que nuestras metas a corto y mediano plazo estarán centradas en los principios del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria (MAIS), lo que nos permitirá concentrarnos en las necesidades de salud de las personas en el contexto de la familia y la comunidad.