AREA SALUD RURAL MUNICIPAL
MUNICIPALIDAD DE TRAIGUEN
IX REGION DE LA ARAUCANIA
CHILE

APRUEBA PLAN DE SALUD MUNICIPAL (PLASAM) AÑO 2026 DEL DEPARTAMENTO DE SALUD MUNICIPAL DE TRAIGUÉN.

DECRETO ALCALDICIO EXENTO N° 114

TRAIGUÉN, 19 ENE 2026

V I S T O S:

- La Ley N°19.378 Estatuto de Atención Primaria de Salud, del 13.04.1995 y su Reglamento.
- El Decreto Alcaldicio Exento N°3983, de fecha 16 de Diciembre de 2025, que aprueba el Presupuesto de ingresos y gastos del Área de Salud rural para el año 2026.
- El Decreto Alcaldicio N°710 de fecha 31.03.2025 que Asciende a Directivo Grado 7° E.M., y Nombra Secretario Municipal al Sr. Isaías Omar Huaiquimil Retamal.
- La Resolución N°36 de 2024, de la Contraloría General de la República, que Fija Normas sobre Exención del Trámite de Toma de Razón, de las materias de personal que se indican.
- Las Facultades que me confiere la Ley N°18.695, Orgánica Constitucional de Municipalidades, en relación al DFL (1) 1-3063/80 de Servicios Traspasados.

C O N S I D E R A N D O:

- Que, es la herramienta operativa usada para el despliegue de actividades sanitarias de APS.
- Que, recoge las orientaciones sectoriales como también, las particulares del contexto local y las expectativas y necesidades de su población a cargo, para cada año, metas sanitarias, PAC, entre otras.
- El Acuerdo N°503, Certificado CC.MM N°503/2025, de la Sesión Extraordinaria N°48, de fecha 26.11.2025 en la cual se acuerda por unanimidad, Aprobar el Plan de Salud Municipal (PLASAM) año 2026, del Dpto. de Salud Municipal de Traiguén.
- Que, mediante el mismo se aprueba el Programa Anual de Capacitación para funcionarios del Dpto. de Salud Municipal de Traiguén año 2026.

D E C R E T O:

1. **APRUEBASE** el Plan de Salud Municipal año 2026 (PLASAM) del Departamento de Salud Municipal de Traiguén, por el Servicio de Salud Araucanía Norte.
2. **ADJÚNTESE** al presente Decreto, el Plan de Salud Municipal(PLASAM) año 2026 del Departamento de Salud Municipal de Traiguén.
3. **PUBLÍQUESE** el presente Decreto que aprueba el Plan de Salud Municipal con observaciones adjunto en el Sistema de Transparencia Activa Municipal.

ANÓTESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE

MUNICIPALIDAD DE TRAIGUEN SECRETARIA MUNICIPAL

ISAIAS HUAIQUIMIL RETAMAL
SECRETARIO MUNICIPAL

MUNICIPALIDAD TRAIGUEN ALCALDE

LUIS ALVAREZ VALENZUELA
ALCALDE DE LA COMUNA

LAV/IHR/JAM/nos.
DISTRIBUCIÓN:

- **SERVICIO DE SALUD ARAUCANIA NORTE**
- **OF. DE PERSONAL DSM**
- **OF. FINANZAS DSM**
- **ARCHIVO OFICINA DE PARTES DSM**

MUNICIPALIDAD DE TRAIGUÉN Dirección Salud Municipal

MUNICIPALIDAD DE TRAIGUÉN OFICINA DE PERSONAL DEPTO. SALUD MUNICIPAL

PLAN DE SALUD MUNICIPAL

2026



DEPARTAMENTO DE SALUD MUNICIPAL DE TRAIGUÉN

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN 6

II. POLÍTICA COMUNAL DE SALUD 7

2.1 PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA DEPARTAMENTO DE SALUD MUNICIPAL DE TRAIGUÉN 7

2.1.1 MISIÓN 7

2.1.2 VISIÓN 7

2.1.3 VALORES INSTITUCIONALES 7

2.2 ESTRATEGIAS DEL SISTEMA DE SALUD DE ATENCION PRIMARIA 7

2.2.1 IMPLEMENTACIÓN Y DESARROLLO DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD (MAIS) 8

2.2.2 ESTRATEGIAS DE GESTIÓN SANITARIA Y RESOLUTIVIDAD 8

2.2.3 ESTRATEGIAS DE DESARROLLO INSTITUCIONAL Y RECURSOS HUMANOS 8

2.2.4 ESTRATEGIAS DE INTERCULTURALIDAD, EQUIDAD Y PARTICIPACIÓN SOCIAL 8

2.3 DEPARTAMENTO DE SALUD MUNICIPAL DE TRAIGUÉN 9

2.4 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL DEL DSM 9

2.4.1 MARCO NORMATIVO Y PRESENTACIÓN DEL ORGANIGRAMA 9

2.4.2 EQUIPOS OPERACIONALES Y FUNCIONES ESPECÍFICAS 10

2.4.3 POSTAS DE SALUD RURAL 12

2.5 CANASTA DE PRESTACIONES AÑO 2024. DECRETO N° 35 MINISTERIO DE SALUD. 13

2.5.1 RESUMEN DEL DECRETO AFECTO N° 21 DE 2024 (APS - 2025) 13

2.5.2 METAS DE CUMPLIMIENTO (GESTIÓN) 14

2.5.3 PROGRAMAS Y ACTIVIDADES DE SALUD INTEGRAL 14

2.6 EQUIPO DE SALUD RURAL 16

2.6.1 EQUIPO DE SALUD RURAL 16

- ***COMPONENTES TÍPICOS DEL EQUIPO Y SU FUNCIONAMIENTO*** *16*

2.6.2 ASPECTOS CLAVE DEL MODELO RURAL 16

2.6.3 ROLES DEL TENS 17

III. DESCRIPCIÓN DE LA COMUNA 19

3.1 RESEÑA HISTÓRICA DE TRAIGUÉN 19

3.2 EVOLUCIÓN EN EL ÁREA DE SALUD MUNICIPAL 19

3.2.1 ORÍGENES HOSPITALARIOS 19

3.2.2 DESARROLLO DEL SISTEMA DE SALUD MUNICIPAL (APS) 19

3.2.3 MODERNIZACIÓN Y DESAFÍOS: 20

3.3 DIVISIÓN TERRITORIAL Y GEOGRAFÍA DE LA COMUNA DE TRAIGUÉN 20

3.4 DIVISIÓN POLÍTICO-ADMINISTRATIVA 20

3.5 ESTRUCTURA URBANA Y SECTORES 20

3.6 LA EXTENSA DIVISIÓN TERRITORIAL RURAL 21

3.7 CONFIGURACIÓN GEOGRÁFICA Y LIMÍTROFE 21

3.8 ANTECEDENTES GEOGRÁFICOS DE LA COMUNA DE TRAIGUÉN 22

3.8.1 UBICACIÓN Y RELIEVE 22

3.8.2 CLIMA *22*
3.8.3 HIDROGRAFÍA *22*
3.8.4 DESTACANDO LA GEOGRAFÍA RURAL *23*
3.8.5 GEOGRAFÍA Y CONECTIVIDAD DE SECTORES RURALES *23*
3.8.6 GEOMORFOLOGÍA DE LA COMUNA DE TRAIGUÉN *26*
3.9 GEOLOGÍA DE LA COMUNA DE TRAIGUÉN **27**
3.9.1 BASAMENTO Y ESTRUCTURA TECTÓNICA *27*
3.9.2 GEOLOGÍA SUPERFICIAL Y EDAFOLOGÍA (SUELOS) *27*
3.10 BIODIVERSIDAD Y ECOSISTEMAS DE TRAIGUÉN **28**
3.11 FAUNA CARACTERÍSTICA **29**
3.12 ANTECEDENTES DEMOGRÁFICOS **36**
3.12.1 INDICES ANALÍTICOS *40*
3.12.2 RECOMENDACIONES CLAVE PARA EL PLAN DE SALUD COMUNAL *41*
3.13 ANTECEDENTES MIGRATORIOS **41**
3.13.1 LUGAR DE NACIMIENTO *41*
3.13.2 INMIGRACIÒN INTERNACIONAL *42*
3.14 ANTECEDENTES SOCIALES **43**
3.14.1 CARACTERISTICAS DE LA VIVIENDAS Y HOGARES *43*
3.15 ANTECEDENTES DE ESCOLARIDAD **46**
3.15.1 ESTUDIANTES Y ESTABLECIMIENTOS *47*
3.16 ANTECEDENTES ECONÓMICOS **48**
3.16.1 POBREZA POR INGRESOS *49*
3.16.2 POBREZA MULTIDIMENSIONAL *50*
3.17 CONECTIVIDAD Y TELECOMUNICACIONES **51**
3.17.1 TELEFONIA FIJA *51*
3.17.2 INTERNET *51*
3.17.3 TRANSPORTE *52*
IV. DIAGNÓSTICO DE NECESIDADES EN SALUD **54**
4.1 DIAGNÓSTICO EPIDEMIOLÓGICO **54**
4.1.1 NATALIDAD. *54*
4.1.2 FECUNDIDAD *55*
4.1.3 MORTALIDAD *55*
4.1.4 FACTORES DE RIESGO PARA LA SALUD *58*
4.1.5 PREVALENCIA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS. *59*
4.1.6 INDICADORES DE DISCAPACIDAD *59*
4.1.7 INDICADORES DE DEPENDENCIA *62*
4.1.8 INDICADORES DE CARGA DE ENFERMEDAD *63*
V. DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO Y MARCO ESTRATÉGICO DE SALUD RURAL (2025-2028) **66**
5.1 PROBLEMÁTICAS CRÍTICAS IDENTIFICADAS (PERSISTENTES) **66**
5.2 FORTALECIMIENTO DE LA COORDINACIÓN INTERSECTORIAL CON COMUNIDADES MAPUCHE **68**

5.3 ARTICULACIÓN ESTRATÉGICA Y FORTALECIMIENTO DE LA RED ASISTENCIAL COMUNAL 70

5.4 MONITOREO DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA SENTENCIA CIDH: COORDINACIÓN INTERSECTORIAL DIDAICO 71

5.4.1 MARCO Y PROPÓSITO DEL ENCUENTRO 71

5.4.2 ESTRATEGIA DE REPARACIÓN INTEGRAL Y AVANCES SECTORIALES 71

5.4.3 CONCLUSIÓN Y COMPROMISO DE MONITOREO 72

5.5 DIÁLOGO DE ALTO NIVEL Y RESTITUCIÓN DE DERECHOS: FORTALECIMIENTO INTERCULTURAL EN LOF TEMULEMU 73

5.5.1 MARCO LEGAL Y PROTAGONISMO TERRITORIAL 73

5.5.2 ANÁLISIS BICULTURAL Y ENFOQUE DE LA REPARACIÓN COMUNITARIA 73

5.5.3 PROYECCIÓN ESTRATÉGICA Y COMPROMISO ASISTENCIAL 74

VI. DIAGNÓSTICO DE RECURSOS EN SALUD 76

6.1 DOTACIÓN DE SALUD DEL DSM TRAIGUÉN 2026 76

6.2 HOSPITAL DE TRAIGUEN 77

6.2.1 MISION, VISION Y VALORES 77

6.2.2 DOTACIÓN DE SALUD DEL HOSPITAL TRAIGUÉN 77

6.2.3 CARTERA DE PRETACIONES DE ESPECIALIDADES HOSPITAL TRAIGUEN 78

6.3 RECURSOS FÍSICOS Y TECNOLÓGICOS DSM TRAIGUÉN 79

6.3.1 EQUIPOS MÉDICOS PRINCIPALES 79

6.3.2 EQUIPOS INDUSTRIALES 80

6.3.3 EQUIPOS MÉDICOS 81

6.3.4 DOTACIÓN DE VEHÍCULOS DEPARTAMENTO DE SALUD MUNICIPAL DE TRAIGUÉN 81

6.4 SISTEMAS DE INFORMACIÓN E INFORMÁTICA 82

6.5 INFRAESCTRUCTURA 82

6.5.1 ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN DE SALUD DSM TRAIGUÉN 82

6.5.2 FARMACIA DEL DEPARTAMENTO DE SALUD 83

6.6 PROCESO DE AUTORIZACION SANITARIA ESTABLECIMIENTOS DEPENDIENTES DEL DSM TRAIGUÉN 84

6.7 INTERSECTOR 85

VII. BRECHA SANITARIA Y BRECHA ASISTENCIAL 88

VIII. EVALUACIÓN DE LAS ACCIONES Y PROGRAMAS EJECUTADOS 89

8.1 METAS SANITARIAS LEY 19.813 AÑO 202. DSM TRAIGUÉN 89

8.2 EVALUACIÓN DE PROGRAMAS 91

8.2.1 PROGRAMA INFANTIL 91

8.2.2 PROGRAMA DE LA MUJER 94

8.2.3 PROGRAMA SALUD INTEGRAL DE PERSONAS MAYORES 102

8.2.4 PROGRAMA DE SALUD MENTAL 104

8.2.5 PROGRAMA DE SALUD MENTAL INFANTIL (PASMI) 109

8.2.6 PROGRAMA CARDIOVASCULAR 113

8.2.7 PROGRAMA SALUD ADULTO MAYOR 117

8.2.8 PROGRAMA ODONTOLÓGICO 119

8.2.9 PROGRAMA ELIGE VIDA SANA 126

8.2.10 PROGRAMA ATENCIÓN DOMICILIARIA A PERSONAS CON DEPENDENCIA SEVERA Y CUIDADOS PALIATIVOS UNIVERSALES *137*
8.2.11 PROGRAMA MÁS AMA (MÁS ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES) *144*
8.2.12 PROGRAMA ESPECIAL DE SALUD Y PUEBLOS INDÍGENAS (PESPI) *146*
8.2.13 PROGRAMA ESPACIOS AMIGABLES. *154*
8.2.14 PROGRAMA DE SALUD MEJOR NIÑEZ. *158*
8.2.15 PROGRAMA PROMOCIÓN DE LA SALUD 2025 ..... *164*
8.2.16 PROGRAMA SALUDABLEMENTE *169*
8.2.17 PROGRAMA CHILE CRECE MÁS *176*
8.2.18 CECOSF PANTANO *177*
8.2.19 BENEFICIARIOS PRAIS *184*

IX. PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS AÑO 2025 DSM TRAIGUÉN 192

X. PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS AÑO 2026 DSM TRAIGUÉN 194

XI. PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS AÑO 2025 HOSPITAL TRAIGUÉN 197

XII. PLAN DE CUIDADOS A LO LARGO DEL CURSO DE VIDA 200

12.1 CICLO VITAL INFANTIL 200
12.2 CICLO VITAL ADOLESCENTE 200
12.3 CICLO VITAL ADULTO 201
12.4 CICLO VITAL ADULTO MAYOR 201
12.5 ESTRATEGIAS DE SALUD TRASVERSALES A TODO EL CICLO VITAL 202

XIII. PLAN DE CUIDADOS DE SALUD DE LA POBLACIÓN 203

13.1 PROGRAMACIÓN 203
13.1.1 HORAS PROGRAMADAS AÑO 2025 ..... *206*

XIV. PROGRAMA ANUAL DE CAPACITACIÓN 2026 210

14.1 OBJETIVOS ESTRATÉGICOS 217
14.1.1 PRIORIZACIÓN DE TEMÁTICAS Y CONTENIDOS DEFINIDOS POR LA DIVISIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA *218*

XV. PROYECTOS DE INFRAESTRUCTURA 221

15.1 INSTALACION DE LA PRIMERA PIEDRA DE LA PSR DE QUECHEREGUAS 221
15.2 ENTREGA DE LLAVES DE LA PSR ANIÑIR Y PUESTA EN MARCHA 222

XVI. PLAN DE IMPLEMENTACIÓN COMUNAL ESTRATEGIA DE TRANSVERSALIZACIÓN DE LA SALUD MENTAL EN LA APS (MHGAP) 227

XVII. CONCLUSIÓN 237

XVIII. RESPONSABLES DE LA FORMULACIÓN DEL PLAN DE SALUD COMUNAL 2026 238

I. INTRODUCCIÓN

El Plan de Salud Comunal 2026 del Departamento de Salud Municipal de Traiguén se erige como una herramienta de diagnóstico estratégico fundamental para la gestión sanitaria local, proyectada para fortalecer la Atención Primaria de Salud (APS) con el fin de garantizar una atención oportuna, equitativa y de calidad. Este plan presenta un diagnóstico actualizado de la población, describiendo sus características y cambios en el tiempo, identificando los problemas de salud más relevantes y prioritarios, y determinando los ámbitos y estrategias de acción necesarios para responder adecuadamente a la realidad epidemiológica vigente. Su formulación se fundamenta sólidamente en el Modelo de Atención Integral de Salud con Enfoque Familiar y Comunitario (MAIS), integrando activamente el Enfoque Comunitario e Intercultural en la Experiencia de la Población (ECICEP) y alineándose con los principios del programa mHGAP (Mental Health Gap Action Programme) para el abordaje prioritario de la salud mental. La robustez de este análisis se sustenta en el uso de información técnica disponible en fuentes oficiales (como el Instituto Nacional de Estadísticas, el DEIS del Ministerio de Salud y la Encuesta CASEN), complementada con estadísticas propias de la APS y los valiosos resultados obtenidos del diagnóstico participativo en los sectores rurales. Los ejes analizados de forma transversal incluyen Gestión Sanitaria, Desarrollo Institucional, Gestión Financiera, Situación de Proyectos de APS (infraestructura), Participación Social, Ejecución de los Programas, Situación Epidemiológica Actual y Análisis de la Contingencia Regional, todos examinados desde una perspectiva de género e interculturalidad. Finalmente, el Plan de Salud Comunal traza una hoja de ruta, exponiendo los resultados alcanzados, los desafíos futuros a lo largo del ciclo vital de nuestra población y las acciones proyectadas en las áreas de promoción, prevención, tratamiento y recuperación a implementar a partir del año 2026.

II. POLÍTICA COMUNAL DE SALUD

2.1 PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA DEPARTAMENTO DE SALUD MUNICIPAL DE TRAIGUÉN

2.1.1 MISIÓN

“Garantizar la salud integral, oportuna y equitativa de la población de los sectores rurales de la comuna de Traiguén. Esto se logra a través de la promoción, prevención y recuperación, asegurando su integración efectiva en la red asistencial y el cumplimiento de los objetivos sanitarios, gracias a un equipo humano comprometido y con enfoque intercultural.”

2.1.2 VISIÓN

“Ser reconocidos como un sistema de Atención Primaria de Salud líder en la Región, moderno, resolutivo y profundamente comprometido con la salud familiar y comunitaria, destacando por la excelencia técnica, la calidez humana y la innovación en la gestión intercultural.”

2.1.3 VALORES INSTITUCIONALES

El quehacer del Departamento de Salud Municipal de Traiguén se guía por los siguientes valores, que definen la conducta y el compromiso con la comunidad:

- Calidad: Compromiso con la mejora continua de los procesos y servicios, buscando la efectividad, seguridad y oportunidad en la atención de cada usuario y usuaria.
- Respeto: Reconocimiento y valoración de la dignidad, la diversidad (incluida la interculturalidad), las creencias y las decisiones de las personas, sus familias y la comunidad.
- Transparencia: Actuación clara, honesta y accesible en la gestión administrativa, financiera y en la comunicación con la comunidad, rindiendo cuentas de manera oportuna.
- Solidaridad: Promoción de la equidad en el acceso a la salud, priorizando el apoyo y la colaboración con los grupos más vulnerables de nuestra comuna.
- Ética: Conducción de todas las acciones profesionales y administrativas bajo principios de integridad, probidad y responsabilidad, priorizando el bienestar y la protección de la población.
- Humanización: Fomento de una atención cálida, empática y sensible, centrada en la persona, su entorno familiar y su experiencia de salud..

2.2 ESTRATEGIAS DEL SISTEMA DE SALUD DE ATENCION PRIMARIA

El Sistema de Atención Primaria de Salud (APS) en Chile constituye la puerta de entrada y la base fundamental de la Red Asistencial. Su estrategia de funcionamiento y desarrollo está definida por el Modelo de Atención Integral de Salud con Enfoque Familiar y Comunitario (MAIS), cuyo objetivo principal es trascender el enfoque meramente curativo, centrándose en el bienestar de las personas, las familias y la comunidad a lo largo de todo el ciclo vital. La estrategia de la APS Municipal se basa en los siguientes ejes estructurales:

2.2.1 IMPLEMENTACIÓN Y DESARROLLO DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD (MAIS)

El MAIS es el marco conceptual que orienta la organización y gestión de los establecimientos de salud primaria.
Enfoque Familiar: La unidad de intervención es la familia, entendiendo la salud del individuo en su contexto social y vincular. Esto se logra mediante el uso del Instrumento de Evaluación Familiar (IEF) y la asignación de Equipos de Cabecera que conocen a las familias bajo su cuidado.
Enfoque Comunitario: Fomenta la participación activa de la comunidad en la identificación de sus problemas de salud y la co-construcción de soluciones, a través del diagnóstico participativo y los Consejos de Desarrollo Local.
Integralidad y Continuidad del Cuidado: Asegurar que la atención cubra la promoción, prevención, tratamiento, recuperación y rehabilitación, sin interrupciones, y articulada con la Red Asistencial (hospitales y especialidades).

2.2.2 ESTRATEGIAS DE GESTIÓN SANITARIA Y RESOLUTIVIDAD

Estas estrategias buscan asegurar que la APS tenga la capacidad de resolver un alto porcentaje de las necesidades de la población, evitando derivaciones innecesarias a niveles de mayor complejidad.
Énfasis en Promoción y Prevención: Concentrar esfuerzos y recursos en el fomento de estilos de vida saludables y la detección precoz de factores de riesgo, a través de programas como el Control de Salud del Niño(a) Sano(a), el Examen de Medicina Preventiva (EMP) y el Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor (EMPAM).
Gestión Clínica: Estandarización de protocolos de diagnóstico y tratamiento para las patologías más frecuentes, garantizando la calidad y la equidad en la atención.
Articulación de la Red Asistencial: La APS debe gestionar de manera eficiente las interconsultas y la referencia y contrarreferencia de pacientes con el nivel secundario y terciario de atención, mediante el uso de plataformas tecnológicas compartidas.

2.2.3 ESTRATEGIAS DE DESARROLLO INSTITUCIONAL Y RECURSOS HUMANOS

Estas estrategias se enfocan en fortalecer la capacidad de respuesta interna del Departamento de Salud Municipal (DSM).
Desarrollo de Competencias: Mantener equipos de salud multidisciplinarios, respetuosos y actualizados en el marco del MAIS y con una visión de género e interculturalidad. Esto incluye capacitaciones continuas en salud mental, manejo de crónicos y atención familiar.
Gestión del Cuidado: Implementación de sistemas de gestión de la demanda y las listas de espera para garantizar la oportunidad en la atención, un valor clave para la satisfacción usuaria.
Modernización y Tecnología: Incorporación de tecnologías de la información (Ficha Clínica Electrónica, telemedicina, etc.) para mejorar la eficiencia y la seguridad de los registros clínicos.

2.2.4 ESTRATEGIAS DE INTERCULTURALIDAD, EQUIDAD Y PARTICIPACIÓN SOCIAL

Dada la diversidad de la población chilena y especialmente en comunas con presencia de pueblos originarios (como Traiguén), esta dimensión es estratégica.
Enfoque Intercultural: Incorporar la visión, prácticas y saberes tradicionales de salud de los pueblos originarios en la entrega de la atención. Esto implica contar con facilitadores y espacios de diálogo con la medicina tradicional.
Equidad y Género: Aplicar un análisis de género en la planificación y ejecución de programas, reconociendo las diferencias y desigualdades en la salud que afectan a hombres y mujeres, y a otros grupos vulnerables.

Participación Social (ECICEP): Fortalecer los mecanismos formales e informales de participación, como los Consejos de Desarrollo y las Mesas de Trabajo, para que la voz de la comunidad sea vinculante en la toma de decisiones y la priorización de los objetivos sanitarios.

En resumen, las estrategias del APS Municipal chileno están diseñadas para crear un sistema resolutivo, preventivo, centrado en las personas y culturalmente pertinente, movilizando los recursos técnicos, financieros y humanos hacia el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la comuna.

2.3 DEPARTAMENTO DE SALUD MUNICIPAL DE TRAIGUÉN

El Departamento de Salud Municipal (DSM) de Traiguén fue creado en 1981, estableciéndose como la entidad encargada de la gestión del sistema comunal de salud, con un foco estratégico en la población rural de la comuna. Su génesis se alinea con la estrategia nacional de descentralización de la Atención Primaria de Salud (APS), reconociendo la salud no solo como la ausencia de enfermedad, sino como un sinónimo de calidad de vida y desarrollo local sostenible.
El rol fundamental del DSM de Traiguén trasciende la simple provisión de atenciones curativas. Su función principal es gestionar un sistema de salud integral que opera en interacción permanente con la red comunitaria y el intra e intersector. Para ello, sus estrategias están dirigidas a intervenir activamente sobre los determinantes sociales de la salud, acompañando a las personas y sus familias en un proceso continuo para mejorar sus condiciones de vida.
Para llevar a cabo esta labor, el Departamento se apoya en un equipo de salud multidisciplinario, que se mantiene en continua capacitación y está profundamente comprometido con el desarrollo comunal y los principios del Modelo de Atención Integral de Salud con Enfoque Familiar y Comunitario (MAIS).
La gestión del DSM se basa en la acción coordinada con el intersector, abarcando servicios clave como medio ambiente, vivienda, obras públicas, educación, seguridad, cultura, deportes, recreación y desarrollo social. Esta coordinación intersectorial se complementa de manera esencial con la participación comprometida, responsable y creativa de la comunidad organizada, asegurando que las acciones de salud respondan de forma efectiva y pertinente a las necesidades locales.

2.4 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL DEL DSM

2.4.1 MARCO NORMATIVO Y PRESENTACIÓN DEL ORGANIGRAMA

Dando cumplimiento a lo establecido en el Art. 56, inciso 2º de la Ley N°19.378 (Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal), que exige a las Entidades Administradoras definir una estructura organizacional, se ha procedido a su elaboración.
Esta arquitectura institucional se ha diseñado a la luz del Plan de Salud Comunal vigente y en estricta coherencia con el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario (MAIS) definido por el Ministerio de Salud.
Con el afán de optimizar la distribución de tareas, competencias y responsabilidades por cada área de trabajo, se ha determinado el siguiente Organigrama Institucional, el cual refleja nuestra capacidad operativa y estratégica:
Para presentar el organigrama de la forma más clara y completa posible, es fundamental describir la estructura jerárquica y luego detallar las distintas áreas y equipos de trabajo.
El Departamento de Salud Municipal se organiza bajo la Dirección del Departamento de Salud Municipal, que constituye la máxima autoridad y es responsable de la gestión integral de la salud comunal. La estructura organizacional del Departamento de Salud Municipal ha sido definida bajo un principio de gestión por resultados y control de calidad.
Se han identificado y consolidado cargos y áreas de especial importancia, cruciales para el cumplimiento de nuestra misión como Entidad Administradora, enfocados en dos ejes fundamentales:

Garantía y Supervisión de la Gestión: Asegurar la adecuada supervisión de todos los actos, procedimientos y prestaciones de salud, promoviendo la eficiencia y la transparencia en el uso de los recursos públicos.
Cumplimiento Normativo y Objetivos Comunitarios: Velar por la estricta observancia de la normativa legal vigente y los objetivos municipales, tanto en el ámbito interno (relaciones laborales y probidad) como en el externo (calidad de la atención al usuario y promoción de la participación activa de la comunidad).
De esta Dirección/a dependen directamente dos áreas clave que aseguran la gobernanza y el soporte administrativo/estratégico:

- **Secretaría:** Proporciona el soporte administrativo y de coordinación directa a la Dirección.
- **Asesoría y Soporte Estratégico:** Un conjunto de unidades clave que apoyan la toma de decisiones y la gestión institucional:
- **Consejo Técnico:** Órgano asesor en materias técnicas.
- **Consejo Integral de la Red Asistencial:** Fomenta la coordinación y articulación con el resto de la red.
- **Programas del SSAN:** Encargado de la implementación de políticas y programas nacionales.
- Comité de Emergencia-Desastres: Responsable de la planificación y respuesta ante contingencias.
- Mesa de Seguridad de Funcionarios: Velar por la seguridad y bienestar del personal.
- **Áreas de Gestión y Coordinación:** Bajo la Dirección, la estructura se despliega en cinco grandes áreas de gestión, diseñadas para asegurar tanto la atención clínica como el soporte administrativo y profesional:
- **Coordinación de Sectores de Atención Primaria:** Se divide en dos unidades operativas que agrupan equipos de trabajo territoriales:
- **Coordinador Sector Verde**
- **Coordinador Sector Azul:** Sector Azul Norte/Sector Azul Sur.
- **Coordinación de Atención Domiciliaria y Cuidados Paliativos Universales:** Un área especializada en la continuidad de la atención fuera del establecimiento y el manejo de pacientes con necesidades complejas.
- **Profesionales de Apoyo APS:** Agrupa a los profesionales y servicios técnicos que brindan soporte transversal a todos los equipos clínicos.
- **Profesionales de Gestión Administrativa:** Se enfoca en la administración de recursos y la logística de la red de atención.
- **Profesionales de Gestión Clínica:** Responsable de la calidad, control y estandarización de los procesos asistenciales.

2.4.2 EQUIPOS OPERACIONALES Y FUNCIONES ESPECÍFICAS

La base operativa del organigrama son los Equipos Multidisciplinarios y las Áreas de Soporte Funcional (APS), organizados en seis bloques principales:

2.4.2.1 Equipos de Atención Primaria (Sectores Clínicos)

Estos equipos representan la primera línea de atención en los CESFAM/Centros de Salud, siendo la columna vertebral del modelo de salud familiar. La composición de los Equipos Multidisciplinarios es esencialmente la misma, garantizando una atención integral:

- **Médico**
- **Enfermera**
- **Matrona**
- **Nutricionista**

- **Psicólogo**
- **As. Social** (Asistente Social)
- **Kinesiólogo**
- **TENS** (Técnico en Enfermería Nivel Superior)
- **Odontólogo**

2.4.2.2 Servicios Transversales

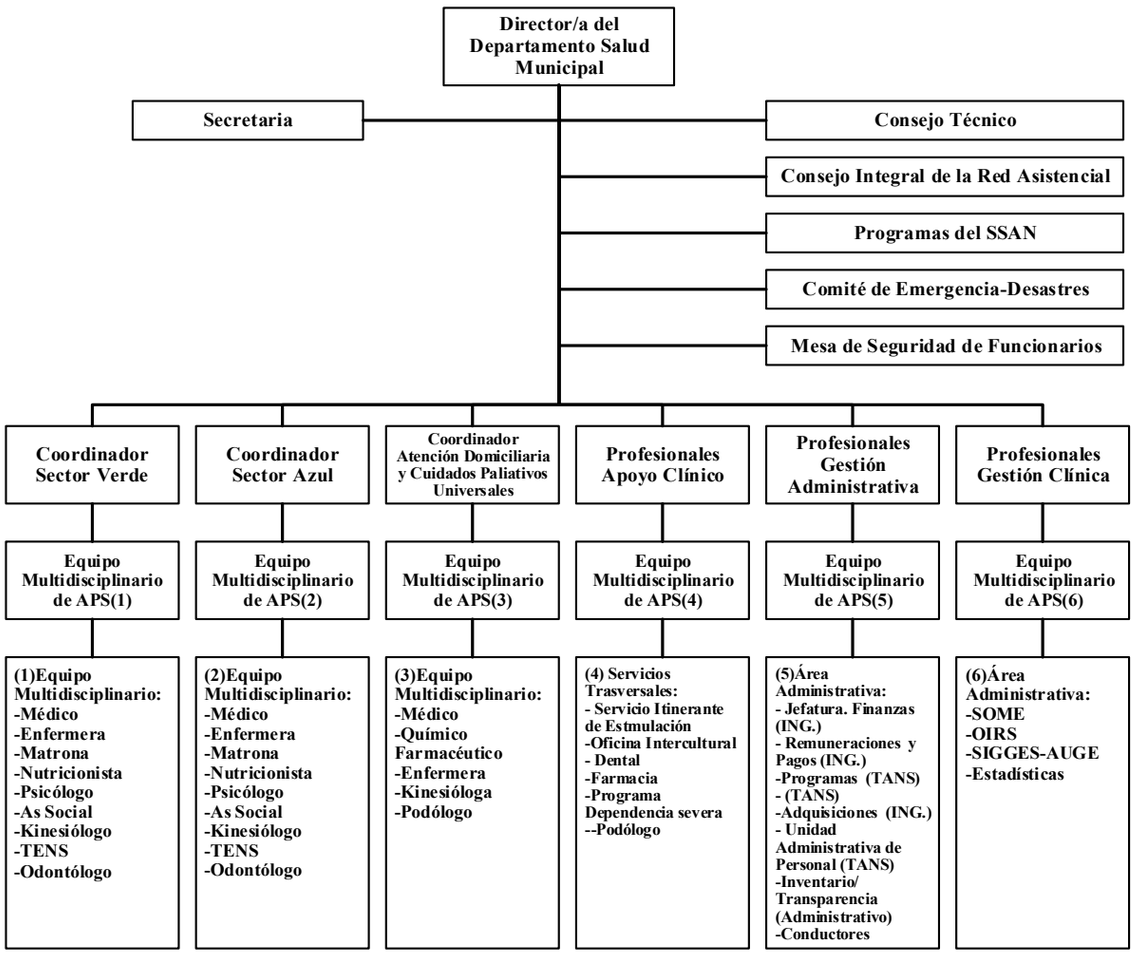
Estos servicios de apoyo son críticos para la continuidad asistencial y la integralidad del cuidado:

- **Servicios Transversales: Estimulación, Itinerante**
- **Oficina Intercultural**
- **Dental** (Adicional a los Odontólogos en sector)
- **Farmacia**
- **Programa Dependencia Severa**
- **Podólogo**

2.4.2.3 Áreas Administrativas y de Gestión (APS) Estas áreas garantizan el soporte operacional, financiero y de información de todo el Departamento:

- **Área de Gestión Funciones Principales**
- **Área Administrativa** Jefatura, Finanzas (ING), Remuneraciones y Pagos, Programas, Adquisiciones, Unidad Administrativa de Personal, Inventario, Transparencia, Conductores.
- **Área Administrativa (APS) SOME** (Servicio de Orientación Enfermera, TENS y Estadística), **OIRS** (Oficina de Informaciones, Reclamos y Sugerencias).
- **SIGGES-AUG-E** (Sistemas de Gestión e Información).
- **Estadísticas**.

Este organigrama refleja una estructura diseñada para una gestión descentralizada por sectores (Verde/Azul), con un fuerte énfasis en la **interdisciplinariedad** (equipos multidisciplinarios) y un robusto **soporte administrativo-estratégico** para la Dirección.



Organigrama DSM Traiguén.

2.4.3 POSTAS DE SALUD RURAL

Una **Posta de Salud Rural (PSR)** es un establecimiento de **menor complejidad** que constituye un pilar esencial dentro de la **Atención Primaria de Salud (APS)** en Chile, especialmente en los municipios.

Su rol principal es garantizar la accesibilidad, continuidad y resolutividad de las acciones de salud en territorios rurales, aislados o de baja densidad poblacional.

2.4.3.1 Características Clave en la Salud Municipal de Traiguén

Las Postas de Salud Rural son gestionadas por las **Entidades Administradoras de Salud Municipal,** es decir, por el municipio a través de su Departamento de Salud, y forman parte de la red asistencial del Servicio de Salud correspondiente.

- **Ubicación y Cobertura:** Están localizadas en **sectores rurales** de mediana o baja concentración y dispersión poblacional. Generalmente, atienden a una población asignada de forma permanentes.
- **Modelo de Atención:** Operan bajo el **Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario (MAIS)**, enfocándose en la promoción, prevención, fomento, protección y recuperación de la salud.
- **Recurso Humano Residente:** Su característica distintiva es que cuentan con un **Técnico Paramédico de Salud Rural (Técnico en Nivel Superior - TENS)** residente. Este técnico

es el **contacto permanente e inmediato** con la comunidad y es fundamental para la continuidad del cuidado y la respuesta inicial a emergencias.

- **Atención Profesional:** La atención por profesionales (médicos, enfermeras, matronas, dentistas, kinesiólogos, entre otros) se realiza mediante **Rondas Rurales Periódicas** que se calendarizan anualmente y que establecen que los funcionarios deben estar en atención del establecimiento un 80% de sus horas contratadas.
- **Rol Estratégico en el Municipio:** Para el municipio, la PSR cumple un **doble rol estratégico** en el desarrollo local:
- **Agente de Salud y Desarrollo Local:** Además de las prestaciones clínicas básicas, la PSR actúa como un **activo agente de desarrollo comunitario**, promoviendo el trabajo con la comunidad, el medio ambiente y la participación social.
- **Punto Focal de la Red:** Es el **primer punto de contacto** y puerta de entrada al sistema de salud para los habitantes rurales. Facilita la referencia (traslado) de pacientes que requieren atenciones de mayor complejidad a los hospitales.
- **Respuesta a Contingencias:** Es un actor esencial en el sector salud para enfrentar **emergencias, desastres o epidemias** en las localidades rurales, especialmente en aquellas con mayor aislamiento geográfico.

En resumen, la Posta de Salud Rural es un **establecimiento de baja complejidad** que utiliza dos **Técnico Paramédico** y **rondas de profesionales** para llevar la **Atención Primaria** (financiamiento municipal y vía per cápita) con el objetivo de otorgar atención a las poblaciones más dispersas y garantizar su derecho a la salud.

2.5 CANASTA DE PRESTACIONES AÑO 2024. DECRETO N° 35 MINISTERIO DE SALUD.

El **Decreto Afecto N° 21 de 2024** del Ministerio de Salud (MINSAL) de Chile es el acto administrativo clave que establece el **monto del aporte estatal** y las **prestaciones mínimas obligatorias** de la Atención Primaria de Salud (APS) para las municipalidades durante el año 2025.

Este decreto es crucial porque define la canasta de servicios que las Entidades Administradoras de Salud Municipal (EAS) deben garantizar a su población inscrita y cómo se financian estas atenciones.

2.5.1 RESUMEN DEL DECRETO AFECTO N° 21 DE 2024 (APS - 2025)

El Decreto se centra en tres aspectos principales que aseguran la operación y calidad de la Atención Primaria:

- **Financiamiento Per Cápita 2025**
  - Establece el monto base y los criterios para calcular el financiamiento que cada municipio recibirá por cada persona inscrita.
- **Per Cápita Basal:** Fija el monto base mensual por beneficiario para la Canasta de Prestaciones.
  - *Nota: Aunque el valor específico para 2025 es variable, el per cápita se actualiza anualmente y se proyecta un incremento respecto al año anterior para cubrir la inflación y la mayor demanda.*
- **Canasta de Prestaciones Mínimas Obligatorias**
  - El Decreto especifica la Canasta de Prestaciones de la APS que es obligatoria para el período, asegurando que todos los establecimientos de salud municipal ofrezcan un conjunto de servicios esenciales enmarcados en el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS).

Las prestaciones cubiertas incluyen:

- **Salud Integral por Curso de Vida:** Controles de salud para el niño/a, adolescente, adulto y adulto mayor (incluyendo EMP y EMPAM).
- **Salud Crónica:** Diagnóstico y control de enfermedades crónicas como Hipertensión Arterial e Hipotiroidismo.
- **Salud de la Mujer:** Control de la gestante, planificación familiar y tamizaje de cáncer cérvicouterino (PAP).
- **Salud Odontológica:** Prestaciones preventivas y de tratamiento (ej. obturaciones, detartraje) y urgencia odontológica ambulatoria.
- **Salud Mental:** Consultas y seguimiento, incluyendo el apoyo psicosocial.
- **Vacunación:** Implementación del **Programa Nacional de Inmunizaciones (PNI)**.

2.5.2 METAS DE CUMPLIMIENTO (GESTIÓN)

Además de la canasta, el Decreto establece las **Metas Sanitarias y de Mejoramiento de la Gestión** que deben cumplir los equipos de salud municipal para acceder a los recursos asociados al **Convenio de Desempeño y Gestión** y a la **Asignación de Desempeño Colectivo (ADC)** para funcionarios regidos por la Ley N° 19.378.

Estas metas suelen enfocarse en:

- **Cobertura de Atenciones:** Porcentaje de población con controles al día (ej. EMPAM, PAP, control de crónicos).
- **Calidad de la Atención:** Indicadores de calidad en la gestión clínica y el trato al usuario.
- **Gestión Financiera:** Uso eficiente de los recursos transferidos.

En síntesis: El **Decreto Afecto N° 21 de 2024** es el instrumento legal que **fija el presupuesto (per cápita) y define las obligaciones de servicio (canasta de prestaciones)** de la Atención Primaria de Salud Municipal en Chile para el año 2025, asegurando la aplicación del modelo de salud familiar y comunitario.

La **Canasta de Prestaciones de Servicios de Atención Primaria de Salud (APS)** para el año 2025 en Chile está definida anualmente por el **Ministerio de Salud (MINSAL)** a través de un **Decreto Afecto** (generalmente asociado al financiamiento per cápita).

2.5.3 PROGRAMAS Y ACTIVIDADES DE SALUD INTEGRAL

La canasta obliga a la entrega de atenciones en los siguientes **ejes programáticos**.

2.5.3.1 Salud de la mujer:

- Control de salud de la **embarazada** (incluyendo atenciones odontológicas, educación grupal y prevención).
- Control de la **regulación de la fertilidad** (planificación familiar).
- Examen de Medicina Preventiva (EMP) para mujeres.
- Detección de **cáncer cervicouterino** (Papanicolaou - PAP).
- Atención integral a mujeres que sufren **violencia intrafamiliar**.

2.5.3.2 Salud del niño y niña:

- **Control de salud del niño sano** (controles de desarrollo psicomotor, nutricional).
- Evaluación de **desarrollo psicomotor** (EEDP, TEPSI).
- Control de la **lactancia materna**.
- Programa Nacional de Alimentación Complementaria (**PNAC**).

2.5.3.3 Salud del adolescente y joven:

- **Control de salud integral** para la población joven.

2.5.3.4 Salud del adulto y adulto mayor (65 años y más):

- **Examen de Medicina Preventiva (EMP)**.
- **Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor (EMPAM)**.
- Control y seguimiento de **enfermedades crónicas** (Diabetes, Hipertensión, Dislipidemia).
- Acceso a tratamiento médico para **Artrosis de cadera y/o rodilla** (leve o moderada) en mayores de 55 años.
- Acceso a tratamiento de **Hipotiroidismo** en personas de 15 años y más.
- Tratamiento de erradicación de Helicobacter pylori.

2.5.3.5 Prestaciones Transversales

Estas atenciones son esenciales y deben estar disponibles para toda la población inscrita:

- **Atención Odontológica:**
- Consulta preventiva (incluye: barniz de flúor, sellantes, educación de higiene).
- Consulta de **tratamiento** (obturaciones, pulpotomías, detartraje).
- Consulta de **urgencia odontológica** ambulatoria (incluye exodoncias, endodoncia de primera fase).
- **Farmacia y Medicamentos: Entrega de medicamentos** (canasta de medicamentos de la APS) para patologías agudas y crónicas.
- **Programa Nacional de Inmunizaciones (PNI):** Aplicación de vacunas del calendario regular y campañas (Influenza, COVID-19, VPH, etc.)
- **Salud Mental: Consulta de salud mental** y seguimiento. Actividades de promoción y prevención en la comunidad.
- **Atención Domiciliaria: Visita Domiciliaria Integral (VDI)**, de tratamiento, o de seguimiento, especialmente para pacientes postrados o con dependencia severa.
- **Otras Prestaciones: Toma de muestras** (exámenes de sangre y orina básicos). **Radiografías odontológicas** (en establecimientos que cuentan con el equipamiento). **Consultas de morbilidad** y controles con médicos, enfermeras, nutricionistas, matronas, psicólogos y otros profesionales del equipo.

2.6 EQUIPO DE SALUD RURAL

El **Equipo de Salud Rural en la Atención Primaria de Salud (APS)** tiene como misión principal **acercar las acciones de salud y garantizar la equidad en el acceso a la atención** a las personas que viven en zonas geográficas rurales o más aisladas, con las mismas canastas de prestaciones que se ofrecen en los centros urbanos.

Este equipo es el de **cabecera** para la población bajo su jurisdicción y tiene un **carácter multidisciplinario**.

2.6.1 EQUIPO DE SALUD RURAL

- Consiste en un equipo multidisciplinario, que incluye un equipo de cabecera, capacitado en el modelo de salud familiar.
- **COMPONENTES TÍPICOS DEL EQUIPO Y SU FUNCIONAMIENTO**
- El modelo se centra en la **Posta de Salud Rural (PSR)** o **Estación Médico Rural (EMR)** como punto de contacto permanente con la comunidad, y se complementa con **rondas** de profesionales.

ROL EN EL EQUIPO	FUNCIÓN PRINCIPAL
Técnico Paramédico (TENS) Residente	Es el **recurso humano permanente y de cabecera** en la Posta. Asume la continuidad de la atención, realiza procedimientos básicos, y mantiene el contacto constante con la comunidad.
Equipo Profesional de Rondas	Compuesto por **médico/a, enfermero/a, matrón/a, y dentista** como base. También pueden incluir **nutricionista, kinesiólogo/a, psicólogo/a, y asistente social**, entre otros. Estos profesionales se trasladan periódicamente a las postas para realizar atenciones.

2.6.2 ASPECTOS CLAVE DEL MODELO RURAL

- **Modelo de Atención:** Se enmarca en el **Modelo de Salud Familiar y Comunitario**, adaptado a las características geográficas, sociales y culturales del sector.
- **Postas y Estaciones:** La Posta de Salud Rural es el **establecimiento base**. Su rol estratégico incluye la **atención de salud**, la **promoción del desarrollo local**, y la **participación comunitaria** (a menudo con la creación de Comités de Salud Rural).
- **Enfoque Intercultural:** En muchas zonas, el trabajo se realiza con un fuerte **enfoque intercultural**, reconociendo y colaborando con la medicina tradicional y las cosmovisiones de pueblos originarios.
- **Tecnología:** Se están implementando estrategias de **Salud Digital/Telemedicina** para conectar las postas rurales con médicos y especialistas a distancia, mejorando la capacidad resolutiva local.
- En resumen, el equipo de salud rural es la **extensión de la APS** para garantizar que la población dispersa reciba una atención integral y continua, con el TENS como figura central y permanente en la comunidad, apoyado por rondas de profesionales.

2.6.3 ROLES DEL TENS

- El rol del **Técnico en Enfermería de Nivel Superior (TENS)** en el equipo de salud rural de la Atención Primaria de Salud (APS) es fundamental y va más allá de las funciones clínicas tradicionales. Se le considera la **pieza clave** y el **agente de salud permanente** de la comunidad rural.
- Este profesional es, en la mayoría de los casos, el **TENS Residente** de la Posta de Salud Rural (PSR), lo que implica una gran autonomía y responsabilidad.
- Aquí se detallan sus funciones principales, clasificadas por áreas:
- Rol Clínico y de Continuidad de la Atención: El TENS garantiza que haya una atención de salud disponible todos los días, incluso cuando el equipo profesional (médico, enfermera) no está presente.
- **Atención y Procedimientos Básicos:** Control de **Signos Vitales** (presión arterial, temperatura, frecuencia respiratoria, etc.).
-
- Administración de **medicamentos** por vía oral, intramuscular o subcutánea, bajo indicación médica o en base a protocolos establecidos. Realización de **curaciones** simples y manejo de botiquín de urgencia. **Primeros Auxilios** y manejo inicial de urgencias o emergencias, estabilizando y coordinando la derivación oportuna a un centro de mayor complejidad.
- **Programas de Salud:**
- Participación en el **Programa Nacional de Inmunizaciones (PNI)** (vacunación).
- Colaboración en los controles del **Programa Cardiovascular** (toma de muestras, control de parámetros).
- Apoyo en el control de salud del **niño sano** y de la mujer.
- **Rol Comunitario y de Salud Familiar:** Esta es la función que más lo diferencia del TENS en un centro urbano. Actúa como el puente entre el sistema de salud y la comunidad. **Conocimiento de la Comunidad:** Conoce a las familias de su sector (biomapa y sociograma), identifica a los pacientes crónicos y a las personas vulnerables (postrados, adultos mayores solos).
- **Visita Domiciliaria Integral (VDI):** Realiza visitas domiciliarias de seguimiento, de rescate de pacientes (que abandonaron sus controles) y de educación.
- **Promoción y Prevención:** Organiza y participa en actividades de **promoción de la salud** (talleres, charlas) y trabajo comunitario, adaptándose a la cultura local.
- **Coordinación:** Mantiene contacto constante con el **Comité de Salud Rural** y con la junta de vecinos, involucrándolos en la planificación de las rondas y actividades de la Posta.
- **Rol Administrativo y de Gestión:** El TENS es el responsable de mantener la Posta operativa y con los recursos necesarios.
- **Gestión de Insumos:** Controla el inventario, solicita medicamentos e insumos y verifica el buen estado de los equipos.
- **Registro y Estadística:** Es el encargado de mantener la **Ficha Clínica** y los **Registros Estadísticos** de las atenciones y procedimientos.
- **Organización de Rondas:** Colabora directamente con el equipo de rondas (médico, enfermera) en la preparación de las consultas, la citación de pacientes y la recepción de los profesionales.
- En resumen, el TENS rural es un profesional **polivalente**, con un alto nivel de **autonomía** y **liderazgo** local, siendo el responsable de la **continuidad del cuidado** y de aplicar el **Modelo de Salud Familiar y Comunitario** en un entorno geográfico y social complejo.
- El Plan de Salud Comunal se estructura abordando, en primer lugar, los **antecedentes generales de la comuna**, lo que incluye una reseña histórica, ubicación geográfica, características climáticas, recursos hídricos, biodiversidad y la evolución, distribución y composición demográfica de la población. A continuación, se desarrolla el **ámbito territorial**, analizando los instrumentos de planificación que orientan el crecimiento y

expansión urbana, la disponibilidad y cobertura de equipamiento, infraestructura y conectividad, además de la situación de la vivienda y la gestión de organismos de seguridad pública.

- Posteriormente, el enfoque se dirige al **desarrollo medioambiental**, donde se describe la presencia de áreas de conservación, programas de gestión ambiental y de residuos, certificaciones locales y gestión municipal en educación ambiental, complementado con un análisis de los problemas ambientales identificados en el territorio. Seguidamente, se aborda el **desarrollo económico** con énfasis en la estructura económica local, empresas, patentes, mercado laboral, principales actividades económicas y el trabajo del área municipal de fomento productivo. Finalmente, se examina el **desarrollo social**, incluyendo la situación de pobreza y vulnerabilidad, asistencia social, participación y organización comunitaria, patrimonio local, seguridad, emergencias, y áreas clave como deportes, cultura, educación y salud.

III. DESCRIPCIÓN DE LA COMUNA

3.1 RESEÑA HISTÓRICA DE TRAIGUÉN

La historia de Traiguén (del mapudungun Traiguén o Trayen, que significa "caída de agua" o "cascada") está intrínsecamente ligada al proceso de la Ocupación de La Araucanía y el plan de colonización impulsado por el Estado chileno a fines del siglo XIX.

Fundación y Colonización: La ciudad fue fundada alrededor de 1878 o 1879, consolidándose como un fuerte militar. Su poblamiento se vio potenciado por la llegada de colonos europeos (principalmente suizos, franceses y alemanes) a partir de 1883, quienes, junto a chilenos, impulsaron su desarrollo agrícola.

El "Granero de Chile": Gracias a la fertilidad de sus tierras, Traiguén alcanzó un notable auge en la producción de cereales, especialmente trigo y avena, lo que le valió el apodo del "Granero de Chile".

Conexión y Desarrollo: La llegada del ferrocarril en 1889 consolidó su rol como un importante centro agrícola y comercial, sirviendo como "punta de rieles" por varios años y facilitando el transporte de su producción a diversas regiones del país y mercados internacionales.

Diversificación Económica: A mediados del siglo XX, además de su base agrícola, la comuna diversificó su economía con la industria del mueble (con la emblemática "Muebles Traiguén") y la fabricación de ladrillos y tejas.

Actualidad: Hoy, Traiguén es una comuna con una mezcla cultural que incluye la ancestral cultura mapuche y la herencia de los inmigrantes europeos. Forma parte de la Provincia de Malleco, Región de La Araucanía.

3.2 EVOLUCIÓN EN EL ÁREA DE SALUD MUNICIPAL

La evolución de la salud en Traiguén ha estado marcada por la necesidad de atender a una población en crecimiento, primero en un contexto de colonización y luego bajo el desarrollo de la salud pública chilena.

3.2.1 ORÍGENES HOSPITALARIOS

El hito más temprano y fundamental en la salud comunal es la creación del Hospital de Traiguén, que data de 1893. Este recinto, que actualmente lleva el nombre de Hospital Dr. Dino Stagno Maccioni, ha sido el pilar de la atención de mediana complejidad para Traiguén y parte de la red asistencial de la provincia de Malleco, dependiendo del Servicio de Salud Araucanía Norte (SSAN) del Ministerio de Salud.

3.2.2 DESARROLLO DEL SISTEMA DE SALUD MUNICIPAL (APS)

La salud municipal se enfoca en la Atención Primaria de Salud (APS), es decir, el primer nivel de contacto de los individuos, las familias y las comunidades con el sistema nacional de salud. Modelo de Gestión Local: La comuna, a través de su Departamento de Salud Municipal (DSM), ha asumido la responsabilidad de la administración y la gestión de la atención primaria. Su visión se orienta a ser un sistema moderno, resolutivo y comprometido con la comunidad, implementando el Modelo de Salud Integral Familiar y Comunitario. Infraestructura de APS: Para acercar la salud a toda la población, especialmente a la rural, el sistema municipal opera con una red de establecimientos que incluye: Establecimientos de Salud Municipal: Incluyendo Centros de Salud Familiar (CECOS

PANTANO). Postas de Salud Rural (PSR): Existen 06 PSR, fundamentales para brindar atención a las comunidades más dispersas, como la reciente entrega de la nueva posta de Aniñir.

3.2.3 MODERNIZACIÓN Y DESAFÍOS:

Tecnología y Prestaciones: Aunque el Hospital (que no es de gestión municipal, sino del SSAN) ha incorporado importantes avances como el mamógrafo y mejoras de infraestructura, el sistema de salud municipal trabaja constantemente en la mejora de sus prestaciones y en la promoción de la vida saludable.

Desafíos Demográficos: La comuna enfrenta desafíos en salud pública relacionados con el envejecimiento de su población (con un aumento significativo de adultos mayores), y la necesidad de mantener la cobertura en zonas rurales.

En resumen, la salud en Traiguén se ha desarrollado desde un origen hospitalario temprano en el siglo XIX, hasta consolidar una red de atención primaria gestionada por el municipio que busca ser integral y accesible a toda su comunidad urbana y rural.

3.3 DIVISIÓN TERRITORIAL Y GEOGRAFÍA DE LA COMUNA DE TRAIGUÉN

La comuna de Traiguén, ubicada en la Provincia de Malleco, forma parte de la Región de La Araucanía. Su división territorial se define por su ubicación política-administrativa y su geografía, distinguiendo claramente su zona urbana y su extenso sector rural.

3.4 DIVISIÓN POLÍTICO-ADMINISTRATIVA

A nivel político-administrativo, Traiguén se inserta en una estructura jerárquica: Región y Provincia: Pertenece a la Región de La Araucanía, siendo una de las once comunas que componen la Provincia de Malleco.

Distritos Electorales y Senatoriales: Para efectos de representación parlamentaria, la comuna forma parte del Distrito Electoral N° 22 (junto a otras comunas de Malleco y Cautín) y la Circunscripción Senatorial N° 11 (Región de La Araucanía).

Administración Local: La gestión de la comuna está a cargo de la Ilustre Municipalidad de Traiguén, liderada por un alcalde y un Concejo Municipal.

3.5 ESTRUCTURA URBANA Y SECTORES

El principal centro poblado y cabecera comunal es la ciudad de Traiguén. La ciudad se caracteriza por un plano fundacional ordenado, reflejo de la colonización, y se subdivide en diversos barrios y poblaciones (ej. Villa Alemania, Población Zenteno, Barrio Estación, etc.) que concentran la mayor parte de la población y los servicios.

3.6 LA EXTENSA DIVISIÓN TERRITORIAL RURAL

La mayor parte del territorio comunal corresponde a la zona rural, la cual es esencial para la economía agrícola y la mantención de la identidad local. Esta zona se organiza informal y censalmente en diversos sectores, predios, y localidades más pequeñas.

La división rural es fundamental para la planificación de servicios básicos (como la salud municipal y la educación) y se caracteriza por la dispersión de la población. Algunos de los sectores rurales importantes incluyen:

Aniñir: Zona importante, a menudo asociada con la presencia de comunidades indígenas y actividad agrícola.

Quino: Localidad históricamente relevante, que se relaciona con el antiguo trazado ferroviario y actividad forestal/agrícola.

Guacolda, Rucañanco, Tricauco, Molco, y otros: Son asentamientos donde la Municipalidad mantiene Postas de Salud Rural (PSR) y Escuelas Rurales, demostrando la división del territorio para la provisión de servicios públicos.

3.7 CONFIGURACIÓN GEOGRÁFICA Y LIMÍTROFE

Geográficamente, la comuna de Traiguén limita con otras comunas de Malleco y Cautín:

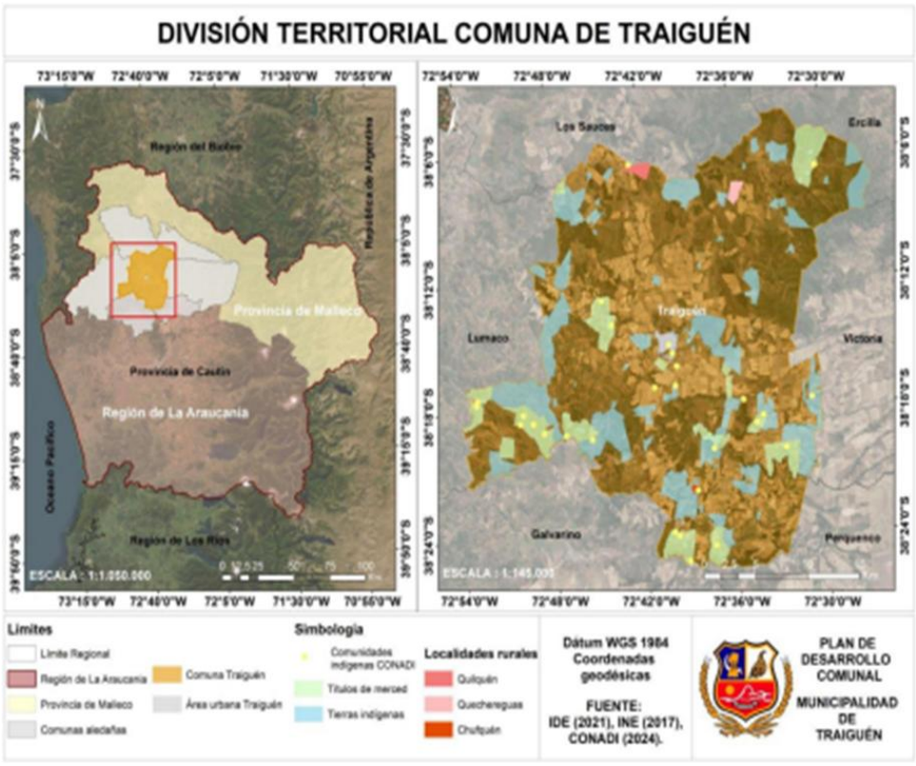
Al Norte: Colinda con las comunas de Los Sauces y Angol.

Al Sur: Limita con la comuna de Galvarino (Provincia de Cautín).

Al Este: Limita con las comunas de Victoria y Ercilla.

Al Oeste: Colinda con la comuna de Lumaco.

El territorio está inserto en el Valle Central o Depresión Intermedia, caracterizado por una topografía de suaves lomas y planicies aptas para la agricultura, siendo cruzado por importantes afluentes como el Río Traiguén, que da nombre a la comuna. En resumen, la división territorial de Traiguén se distingue por una concentrada área urbana que actúa como centro administrativo y de servicios, y una vasta área rural segmentada en numerosos sectores, cuya definición es vital para la gestión de los recursos y el desarrollo socioeconómico.



3.8 ANTECEDENTES GEOGRÁFICOS DE LA COMUNA DE TRAIGUÉN

La comuna de Traiguén se sitúa estratégicamente en la Región de La Araucanía, dentro de la Provincia de Malleco. Sus características geográficas están fuertemente marcadas por su ubicación en la Depresión Intermedia y la influencia del clima templado lluvioso, elementos clave para comprender su vocación rural.

3.8.1 UBICACIÓN Y RELIEVE

Macrozona: La comuna se ubica en la zona sur de Chile, inserta en el área de transición entre el Valle Central y las primeras estribaciones de la Cordillera de Nahuelbuta hacia el oeste.

Geomorfología Dominante: El relieve predominante es el de la Depresión Intermedia, caracterizado por:

Suaves Lomajes y Planicies: Es un territorio de baja altitud relativa, con suaves ondulaciones que facilitan la agricultura intensiva.

Tierras Fértiles: La composición del suelo, derivada de materiales volcánicos y sedimentarios (cenizas), históricamente ha generado una gran fertilidad, lo que la llevó a ser conocida como el "Granero de Chile" debido a su producción triguera.

Zona Rural: El paisaje rural es una matriz de campos de cultivo (cereales, praderas) y sectores con bosque nativo remanente, especialmente en las áreas más inclinadas o cercanas a los cursos de agua, donde también se ha desarrollado la actividad forestal.

3.8.2 CLIMA

Traiguén posee un Clima Templado Lluvioso que define las actividades rurales:

Precipitaciones: Son abundantes, con un promedio cercano a los 1.250 mm anuales, concentrándose la mayor parte en invierno. Esto asegura la humedad necesaria para los cultivos de secano y el desarrollo de bosques.

Estacionalidad: Se distinguen claramente 10 meses húmedos y un corto período seco estival (verano), que, aunque breve, permite las labores de cosecha y maduración de los cultivos.

Temperatura Media: La temperatura media anual es moderada, en torno a los 12.2°. Los inviernos son fríos y los veranos son frescos.

3.8.3 HIDROGRAFÍA

La red hídrica es vital, especialmente para el sector rural, ya que los ríos y esteros alimentan el riego y definen la geografía de los asentamientos:

Cuencas: La comuna se encuentra entre las cuencas de los grandes ríos Biobío y Río Imperial.

Cursos Principales: Los ríos más importantes que atraviesan la comuna son:

Río Traiguén: Le da nombre a la ciudad y es el principal curso de agua, con una importante función histórica y natural.

Río Quino: Sus saltos (*Saltos del Río Quino*) son un atractivo turístico natural en el sector rural.

Río Colpi o Pangueco y Río Lumaco: Cursos que forman parte de la red de drenaje comunal.

Salto Quichanmahuida: Una destacada cascada en el entorno rural que realza la belleza escénica de la zona.

3.8.4 DESTACANDO LA GEOGRAFÍA RURAL

El sector rural de Traiguén es el corazón geográfico de la comuna y presenta características que lo hacen único:

Potencial Agrícola: La combinación de relieve suave, clima lluvioso, y suelos de alta aptitud (Clases II, III y IV en las zonas bajas como Chufquén y Aniñir) ha consolidado su rol productivo.

Biodiversidad: A pesar de la intervención agrícola y forestal, persisten zonas con ecosistemas de Bosque Caducifolio Mediterráneo, con especies como el *Nothofagus obliqua* (roble) y la *Persea lingue* (lingue), algunas de las cuales están en estado de conservación.

Riesgos Naturales: Las zonas de ladera en el área rural presentan riesgo de remoción en masa (deslizamientos/erosión), un factor geológico que debe ser considerado en la planificación de infraestructura.

Patrimonio Hídrico: La geografía rural ofrece atractivos naturales como los mencionados saltos de agua y quebradas, que tienen potencial para el turismo de naturaleza y son parte fundamental de la identidad territorial.

La geografía de Traiguén es la base de su desarrollo histórico, donde la fertilidad de sus campos rurales, moldeada por su clima y relieve, ha determinado la principal actividad económica hasta el día de hoy.

3.8.5 GEOGRAFÍA Y CONECTIVIDAD DE SECTORES RURALES

3.8.5.1 Aniñir

Geografía y Relieve: Aniñir se ubica en una zona de baja altitud dentro de la comuna. Geológicamente, presenta algunos de los mejores suelos de Traiguén lo que lo convierte en un sector de alta aptitud para la agricultura intensiva (cereales, praderas). Se caracteriza por un relieve de suaves lomajes.

Hidrografía: El sector está influenciado por la hidrografía local, aunque no es atravesado por grandes ríos, su ubicación en las zonas bajas lo hace propicio para la acumulación de humedad.

Conectividad: Se accede principalmente a través de caminos rurales de ripio que se desprenden de la red vial principal (R-86). Su cercanía a la ciudad y la calidad del terreno facilitan el acceso, aunque la mantención de los caminos ripiados es una necesidad constante en invierno.

3.8.5.2 Quino

Geografía y Relieve: Se localiza en un entorno con mayor riqueza escénica. El sector es conocido por su accidente geográfico más destacado, el Salto de Quino, una cascada de más de 30 metros de altura. Su terreno es de lomajes que descienden hacia el sistema fluvial.

Hidrografía: Es un punto clave en la hidrografía comunal, ya que el Río Quino que da nombre al sector se une con el Río Traiguén para formar el Río Colpi o Pangueco. La presencia del río es central para la vida del caserío y el atractivo natural.

Conectividad: Quino se encuentra aproximadamente a 18 km de la ciudad de Traiguén. El acceso se realiza por una ruta interior de ripio que pasa por sectores como Chufquén y Terpelle. La necesidad

de senderismo (trekking) para llegar a la base de los saltos sugiere que el acceso vehicular final es limitado.

3.8.5.3 Temulemu

Geografía y Relieve: Temulemu es conocido por albergar una de las principales Comunidades Indígenas Mapuche (Lof Temulemu) de Traiguén. Geográficamente, está inserto en el valle agrícola, rodeado de predios que históricamente han sido objeto de disputa territorial. La topografía es la de lomajes suaves típicos de la Depresión Intermedia, utilizados para agricultura y ganadería.

Conectividad: La conectividad en este sector es típicamente a través de caminos vecinales (o caminos de ripio) que se ramifican de las rutas principales, como la que conecta Traiguén con Galvarino. Los caminos rurales en esta área suelen tener un estado regular que se deteriora rápidamente con las lluvias invernales.

3.8.5.4 Didaico

Geografía y Relieve: Didaico se comporta geográficamente de manera similar a otros caseríos rurales de la zona. Se ubica en el Valle Central, en un entorno de lomajes suaves y suelos aptos para cultivos.

Conectividad: Al igual que la mayoría de los asentamientos rurales en Traiguén, el acceso a Didaico se realiza casi exclusivamente por caminos de tierra o ripio. Su distancia y ubicación específicas requieren el uso de la red de caminos intercomunales, que conectan con los ejes principales (R-86 o la vía a Lumaco).

3.8.5.5 Quilquén

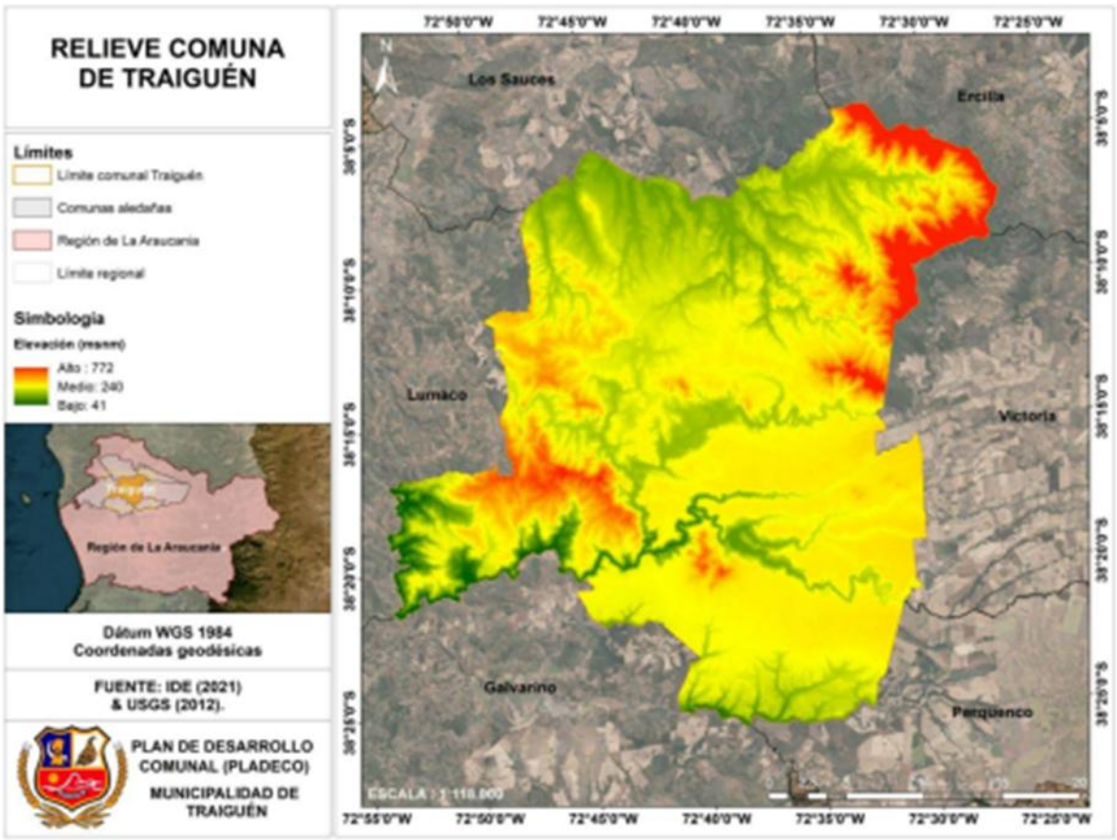
Es importante notar que el nombre Quilquén es más conocido por una comunidad Pehuenche en la comuna de Lonquimay (cerca de la Cordillera de los Andes), un área de alta montaña y bosque de araucarias.

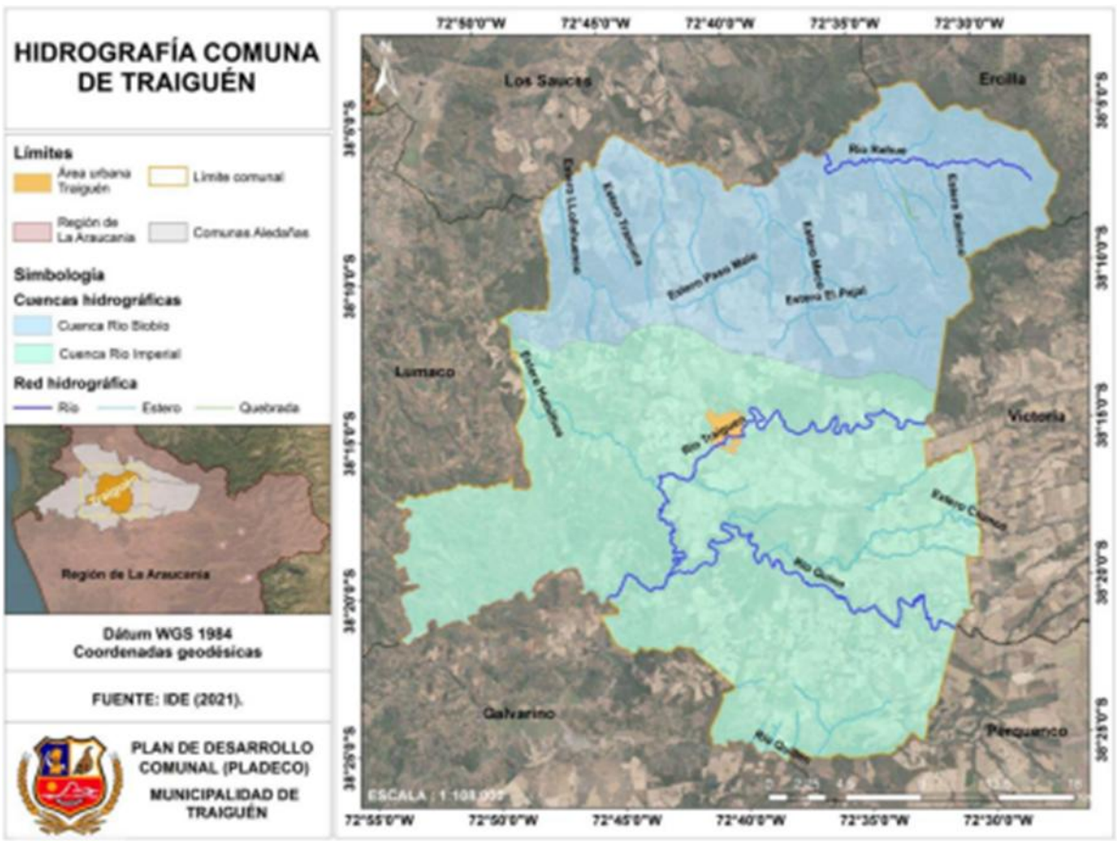
Sin embargo, dentro de Traiguén, existe una localidad o caserío registrado como Quilquén y el cercano Salto Quichanmahuida, que se relaciona con esta zona rural:

Geografía y Relieve (Local Traiguén): Se ubicaría en una zona de lomajes más definidos o adyacentes a las quebradas que forman el sistema hídrico del área.

Atracciones (Quichanmahuida): El Salto Quichanmahuida, ubicado a unos 13 km de la ciudad, es un destino natural asociado a esta geografía, con presencia de flora nativa.

Conectividad: Se accede por rutas interiores de ripio de similar condición a las que conducen a Quino, siendo un ramal de la red vial que se dirige hacia el sur y este de la comuna.


RELIEVE COMUNA
DE TRAIGUÉN
Límites
Límite comunal Traiguén
Comunas aledañas
Región de La Araucanía
Límite regional
Simbología
Elevación (msnm)
Alto : 772
Medio: 240
Bajo: 41
Región de La Araucanía
Dátum WGS 1984
Coordenadas geodésicas
FUENTE: IDE (2021)
& USGS (2012).
PLAN DE DESARROLLO
COMUNAL (PLADECO)
MUNICIPALIDAD DE
TRAIGUÉN
Los Sauces
Ercilla
Lumaco
Victoria
Galvarino
Perquenco
ESCALA : 1:110.000


HIDROGRAFÍA COMUNA
DE TRAIGUÉN
Límites
Área urbana
Traiguén
Límite comunal
Región de
La Araucanía
Comunas Aledañas
Simbología
Cuencas hidrográficas
Cuenca Río Biobío
Cuenca Río Imperial
Red hidrográfica
Río
Estero
Quebrada
Región de La Araucanía
Dátum WGS 1984
Coordenadas geodésicas
FUENTE: IDE (2021).
PLAN DE DESARROLLO
COMUNAL (PLADECO)
MUNICIPALIDAD DE
TRAIGUÉN
Los Sauces
Ercilla
Lumaco
Victoria
Galvarino
Perquenco
Río Reñaco
Estero Trumpulo
Estero Paso Malo
Estero Manzanal
Estero El Pajal
Estero Cuenca
Río Quillem
ESCALA : 1:108.000

3.8.6 GEOMORFOLOGÍA DE LA COMUNA DE TRAIGUÉN

La geomorfología describe las formas del relieve. Traiguén se encuentra inserta en el **Valle Central o Depresión Intermedia** de Chile, aunque con características propias de la Provincia de Malleco.

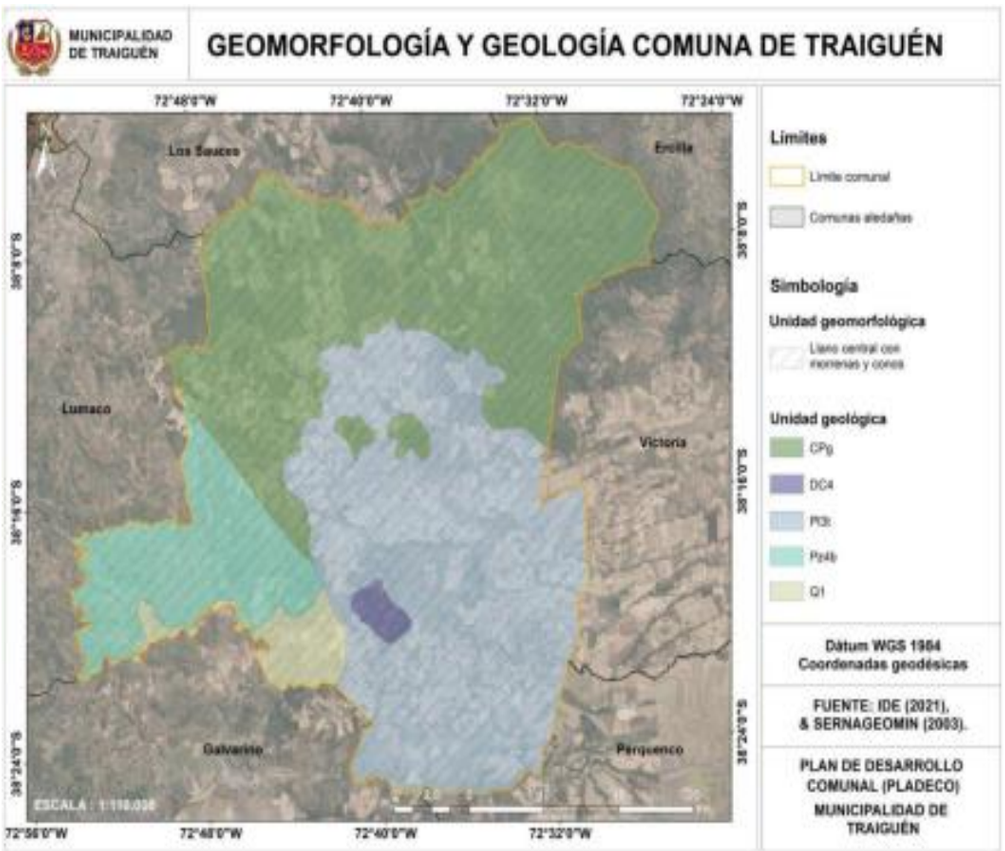
UNIDAD GEOMORFOLOGÍA PRINCIPAL: DEPRESIÓN INTERMEDIA

Relieve Dominante: La comuna se caracteriza por un relieve de **suaves lomajes y planicies aterrazadas**, con una altitud media que varía poco. Esta morfología ondulada es ideal para la **actividad agrícola intensiva** (el histórico "Granero de Chile").

Origen: Estas formas de relieve son el resultado de un antiguo **relleno cuencal** y de procesos posteriores de la **glaciación** y la acción de los ríos. La acumulación de sedimentos y, posteriormente, de cenizas volcánicas sobre un basamento más antiguo, modeló el paisaje actual.

Riesgos Geomorfológicos: Debido a la naturaleza de los suelos (principalmente cenizas volcánicas), las laderas más pronunciadas, especialmente cerca de las quebradas y los ríos, presentan riesgo de **erosión** y **remoción en masa** (deslizamientos).

Hidrografía: El paisaje está surcado por importantes drenajes que nacen en la precordillera andina y costera, como el **Río Traiguén** y el **Río Quino**, los cuales han contribuido a modelar los valles y terrazas fluviales de la comuna



3.9 GEOLOGÍA DE LA COMUNA DE TRAIGUÉN

La geología de Traiguén es clave porque revela la existencia de una estructura conocida como la "Cuenca de Traiguén", que es fundamental para la comprensión de los suelos y sedimentos locales.

3.9.1 BASAMENTO Y ESTRUCTURA TECTÓNICA

Contexto Tectónico: Chile se ubica en un margen convergente (el límite de placas), pero la geología de Traiguén está ligada a un fenómeno de extensión ocurrido en el pasado geológico.

La Formación Traiguén: Los estudios geológicos indican que el área de Traiguén corresponde a una antigua cuenca extensional marina profunda que se formó entre el final del Oligoceno y el Mioceno temprano (hace unos 30 a 16 millones de años). Esta formación está compuesta por:

Estratos Marinos y Volcano-Sedimentarios: Depósitos que incluyen rocas sedimentarias y materiales volcánicos (como basaltos almohadillados), lo que sugiere que la cuenca se abrió en un margen convergente con adelgazamiento de la corteza.

Pliegues y Lineamientos: La estructura geológica local presenta macropliegues con ejes en dirección NNE en unidades pre-Pleistocenas, indicando la deformación posterior de estos estratos.

3.9.2 GEOLOGÍA SUPERFICIAL Y EDAFOLOGÍA (SUELOS)

La capa más superficial, que define la aptitud agrícola de Traiguén, está dominada por materiales de origen más reciente:

Suelos de Cenizas Volcánicas: La mayoría de los suelos fértiles se han desarrollado a partir de la acumulación de cenizas volcánicas modernas (material piroclástico) que se depositaron sobre los sustratos fluvioglaciales y sedimentarios más antiguos.

Perfiles de Suelo: Los perfiles de suelo muestran la evolución de cenizas volcánicas sobre un substrato de origen distinto, como el "suelo rojo arcilloso enterrado", lo que indica una historia de depositación por capas.

Aptitud Agrícola: La composición de estos suelos (franco-limosos/arcillosos, con buen drenaje natural) los clasifica generalmente en Clase II a IV, siendo altamente aptos para cultivos intensivos como el trigo y la avena, de ahí el gran desarrollo agrícola de la comuna.

CARACTERÍSTICA	DETALLE
Macrozona	Depresión Intermedia (Valle Central).
Relieve	Suaves lomajes, planicies aterrazadas.
Rocas/Estructuras Base	Formación Traiguén (Oligoceno-Mioceno): Estratos volcano-sedimentarios de una cuenca extensional.
Geología Superficial	Acumulación de Cenizas Volcánicas sobre sustrato fluvioglacial.
Edafología	Suelos fértiles (Clase II-IV), de textura franco-limosa, ideales para cereales.

En resumen, Traiguén se asienta sobre la historia geológica de una cuenca extensional que fue rellenada con sedimentos y luego cubierta por las cenizas volcánicas andinas, lo que le confiere una geomorfología de lomajes suaves y suelos de excepcional aptitud para la agricultura.

3.10 BIODIVERSIDAD Y ECOSISTEMAS DE TRAIGUÉN

La comuna de Traiguén se inserta en una zona de transición, donde el ecosistema dominante, aunque fragmentado por la agricultura, es el Bosque Caducifolio Mediterráneo o Bosque Caducifolio Templado Húmedo.

ECOSISTEMA DOMINANTE: El Matorral y Bosque Esclerófilo/Caducifolio

La vegetación original de Traiguén era predominantemente el Bosque Caducifolio de Chile Central.

BOSQUE CADUCIFOLIO: Caracterizado por especies que pierden sus hojas en otoño e invierno. Las especies se adaptan al clima templado con una estación seca corta, lo que permitió su sustitución por cultivos de secano.

Fragmentación: Gran parte del bosque original ha sido sustituido por grandes extensiones agrícolas (cereales, praderas) y plantaciones forestales exóticas (pinos y eucaliptos), lo que ha fragmentado y reducido la biodiversidad nativa.

Remanentes: Los restos de bosque nativo se encuentran generalmente en quebradas, laderas de difícil acceso (cercanas a Lumaco o la precordillera de Nahuelbuta) y a lo largo de los cursos de agua, donde actúan como corredores biológicos.

FLORA REPRESENTATIVA (ESPECIES NATIVAS)

La flora nativa que aún se encuentra en Traiguén es de gran valor, a pesar de la presión agrícola y forestal:

ÁRBOLES DOMINANTES:

Roble: Especie insigne del bosque caducifolio, de gran tamaño.

Laurel: Frecuente en zonas más húmedas o sombrías.

Lingue: Especie valiosa, de presencia más puntual, a menudo asociada a los cursos de agua.

Arrayán: Típico de las riberas de ríos y esteros.

Arbustos y Sotobosque:

Boldo: Común en matorrales, reconocido por sus propiedades medicinales.

Quillay: Árbol pequeño o arbusto, usado históricamente como jabón natural.

Maqui: Arbusto conocido por su fruto comestible y alto valor antioxidante.

FLORA ACUÁTICA: En las riberas del Río Traiguén y el Río Quino, se encuentran juncos y totoras que sirven de hábitat para diversas especies de aves y anfibios.

3.11 FAUNA CARACTERÍSTICA

La fauna de Traiguén es una mezcla de especies que habitan los remanentes boscosos y aquellas que se han adaptado al paisaje agroforestal.

Mamíferos

Pudú: El ciervo más pequeño del mundo, muy esquivo, habita los relictos boscosos y matorrales densos, especialmente hacia zonas más protegidas.

Zorro Chilla: Especie común, adaptada a zonas de matorral, pastizales y campos agrícolas. Es un depredador importante en el control de roedores.

Quique: Mustélido que habita las zonas rurales, conocido por su agilidad.

Otras especies: Conejos silvestres, liebres (introducidas), y diversas especies de roedores nativos.

AVES

La avifauna es abundante, especialmente las especies adaptadas a entornos agrícolas y acuáticos.

Aves Rapaces:

Queltehue: Ave centinela de los campos, muy común en praderas y zonas agrícolas.

Halcón Peregrino: Rapaces importantes en la cadena trófica.

Aves de Bosque y Jardín:

Chucao: Ave terrestre, difícil de ver, pero se escucha su canto característico en el sotobosque.

Zorzal: Común en zonas urbanas y rurales.

Loica: Con su distintivo pecho rojo, habita praderas y campos abiertos.

Aves Acuáticas: En las lagunas y riberas del Río Traiguén, se encuentran Garzas, Patos y Cisnes de Cuello Negro (si las condiciones del humedal lo permiten).

Anfibios y Reptiles

Rana Chilena: Posiblemente presente en esteros y humedales bien conservados.

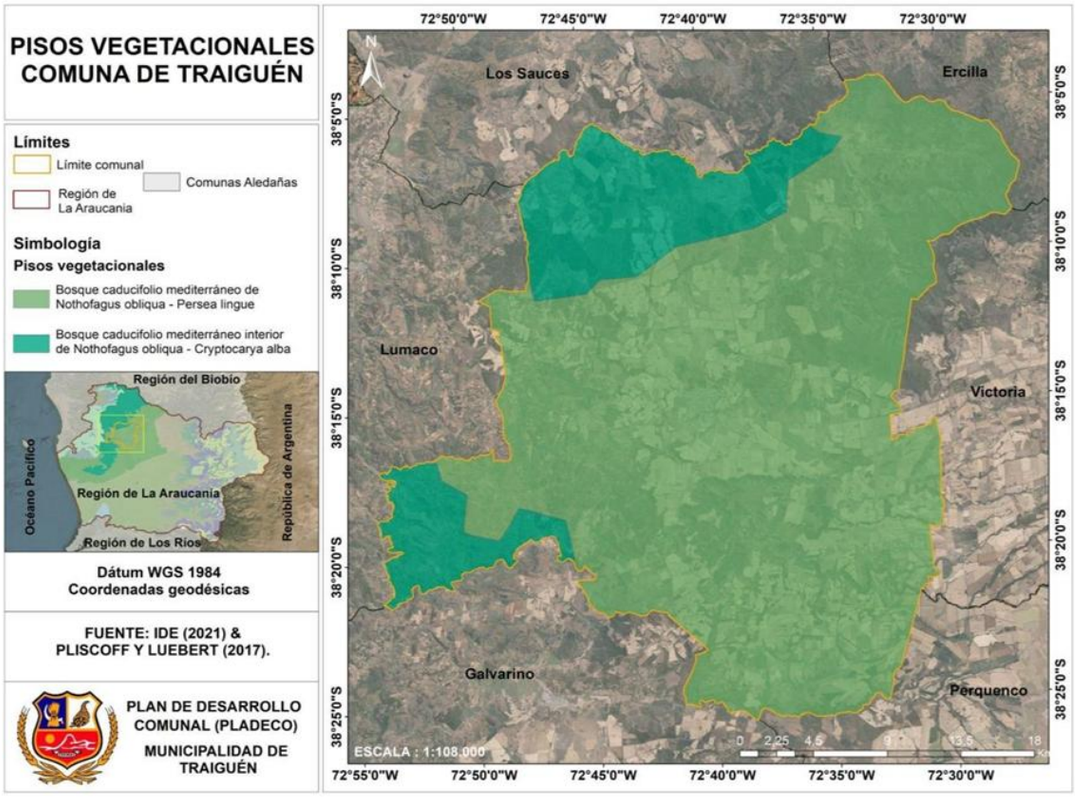
Culebras: Varias especies de culebras chilenas no venenosas, que cumplen un rol importante en el ecosistema.

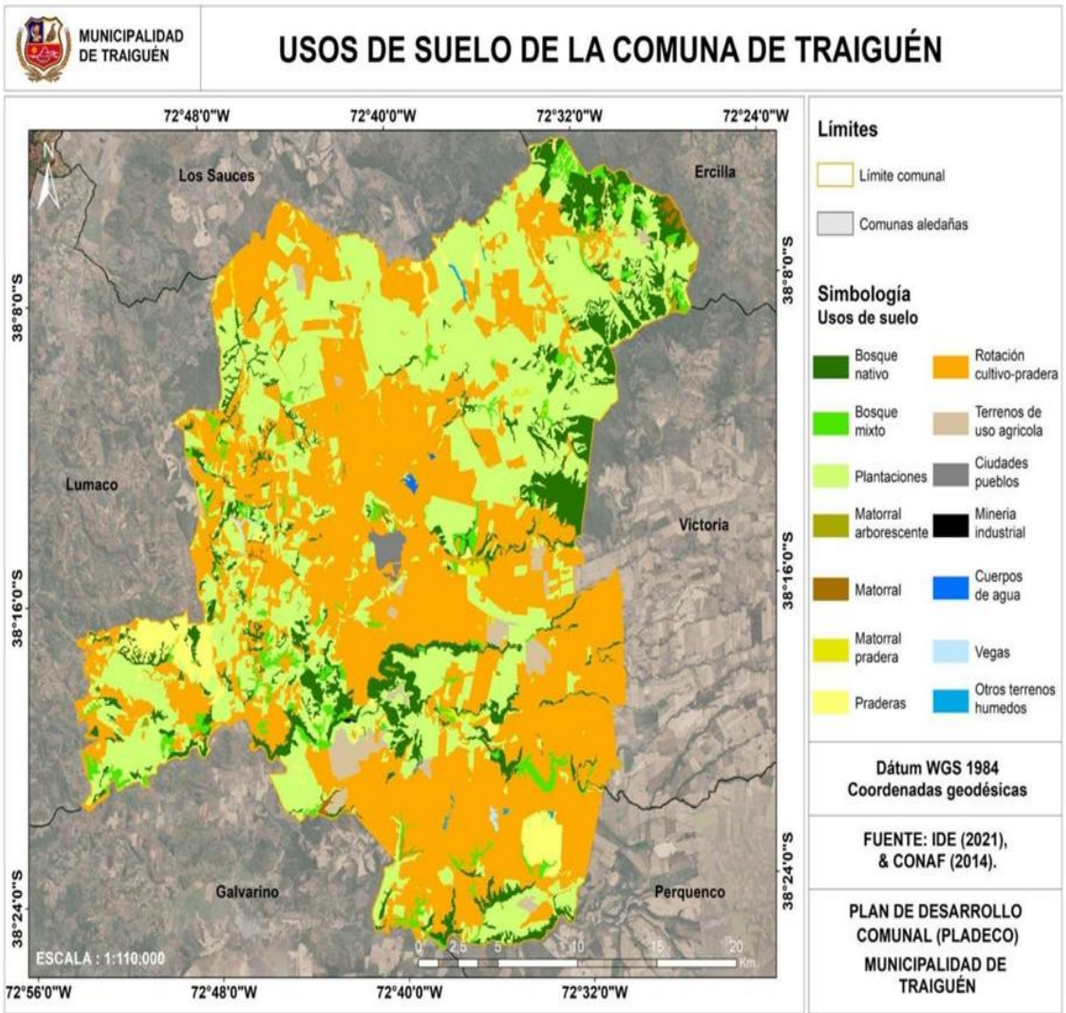
DESAFÍOS DE CONSERVACIÓN

La principal amenaza para la biodiversidad de Traiguén es la pérdida de hábitat y la fragmentación, impulsada por la intensificación de la agricultura y la forestación. Los esfuerzos de conservación se centran en:

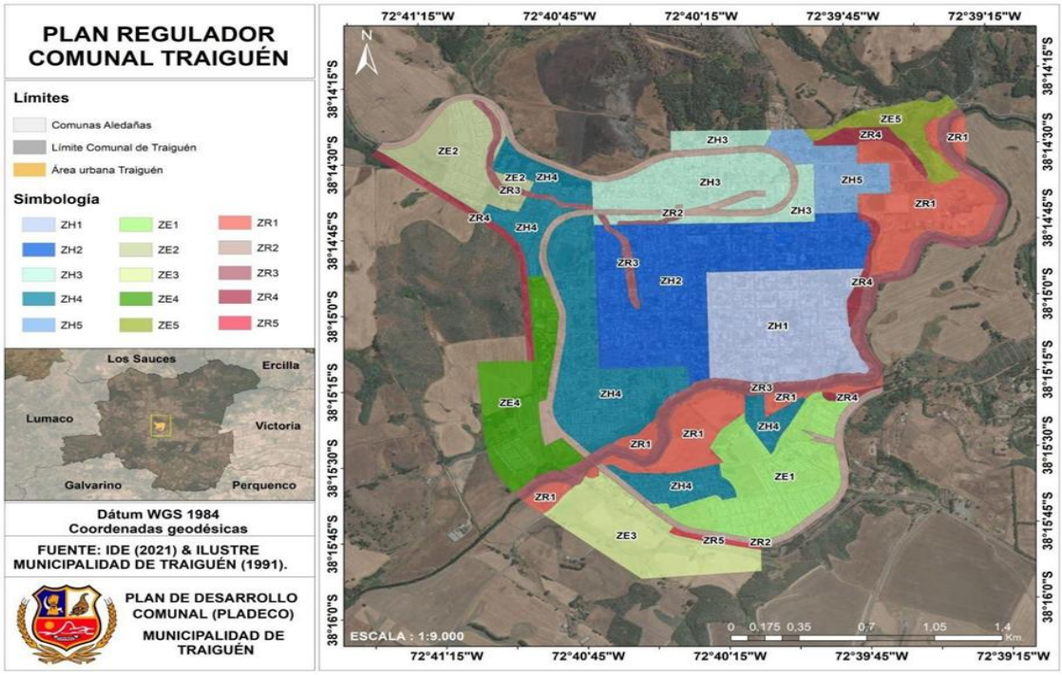
Protección de Cuerpos de Agua: Los humedales y riberas (como el Humedal Urbano Las Obras) son cruciales como refugio para la fauna y para mantener la conectividad biológica.

Manejo de Bosques Remanentes: La protección de los pequeños parches de bosque nativo es vital para la supervivencia del pudú, el chucao y otras especies endémicas


PISOS VEGETACIONALES
COMUNA DE TRAIGUÉN
Límites
Límite comunal
Comunas Aledañas
Región de La Araucanía
Simbología
Pisos vegetacionales
Bosque caducifolio mediterráneo de Nothofagus obliqua - Persea lingue
Bosque caducifolio mediterráneo interior de Nothofagus obliqua - Cryptocarya alba
Región del Biobío
Océano Pacífico
República de Argentina
Región de La Araucanía
Región de Los Ríos
Dátum WGS 1984
Coordenadas geodésicas
FUENTE: IDE (2021) &
PLISCOFF Y LUEBERT (2017).
PLAN DE DESARROLLO COMUNAL (PLADECO)
MUNICIPALIDAD DE TRAIGUÉN
72°50'0"W
72°45'0"W
72°40'0"W
72°35'0"W
72°30'0"W
38°5'0"S
38°10'0"S
38°15'0"S
38°20'0"S
38°25'0"S
Los Sauces
Ercilla
Lumaco
Victoria
Galvarino
Perquenco
ESCALA : 1:108.000
72°55'0"W


MUNICIPALIDAD DE TRAIGUÉN
USOS DE SUELO DE LA COMUNA DE TRAIGUÉN
72°48'0"W
72°40'0"W
72°32'0"W
72°24'0"W
38°8'0"S
38°16'0"S
38°24'0"S
Los Sauces
Ercilla
Lumaco
Victoria
Galvarino
Perquenco
ESCALA : 1:110.000
72°56'0"W
Límites
Límite comunal
Comunas aledañas
Simbología
Usos de suelo
Bosque nativo
Rotación cultivo-pradera
Bosque mixto
Terrenos de uso agricola
Plantaciones
Ciudades pueblos
Matorral arborescente
Mineria industrial
Matorral
Cuerpos de agua
Matorral pradera
Vegas
Praderas
Otros terrenos humedos
Dátum WGS 1984
Coordenadas geodésicas
FUENTE: IDE (2021),
& CONAF (2014).
PLAN DE DESARROLLO COMUNAL (PLADECO)
MUNICIPALIDAD DE TRAIGUÉN

De acuerdo a la información representada en el mapa anterior, la mayor parte de la comuna se encuentra utilizada por actividades de rotación de cultivos y praderas, cubriendo un total de 417,2 km^2 o un 45,9% de la superficie comunal, seguidos de los suelos utilizados para plantaciones forestales, con un área de 317,2 km^2 o el 34,9% del área total.



El mapa anterior muestra la zonificación de las áreas reguladas y definidas por el PRC de Traiguén de 1991. A continuación, se desglosan brevemente cada una de estas áreas, explicitando los usos permitidos y prohibidos para cada una de ellas a grandes rasgos

Áreas consolidadas: ZH1 a ZH5. Las cinco zonas consolidadas permiten principalmente usos de vivienda, servicios comunales y talleres inofensivos, variando en cada caso las actividades adicionales permitidas como servicentros, garajes, terminales y bodegas. Sin embargo, todas prohíben ciertos usos que incluyen cementerios, industrias y talleres molestos, aunque las restricciones específicas varían según la zona.

Áreas de extensión urbana: ZE1 a ZE5. Las áreas de extensión urbana se clasifican en cinco zonas, cada una con una combinación de usos permitidos y prohibidos. En general, se permiten diversas actividades como viviendas, equipamientos comunales y vecinales, talleres y servicentros, así como industrias y bodegas, siempre que sean consideradas inofensivas. Por otro lado, se prohíben aquellos usos que no estén específicamente autorizados, incluyendo industrias y talleres molestos, así como equipamientos comunales no mencionados.

Áreas de restricción: ZR1 a ZR5. Las áreas de restricción se dividen en cinco zonas, cada una con usos muy limitados. En general, se permite únicamente la instalación de infraestructuras para la preservación de áreas verdes, deportes, esparcimiento y turismo, con excepciones para viviendas necesarias para el cuidado de estas instalaciones. Además, se establecen franjas de servidumbre y protección que no permiten edificaciones, así como áreas de riesgo por deslizamientos donde solo se permiten obras de preservación. En una de las zonas, se prohíben por completo todas las construcciones. En todas las áreas, cualquier uso no específicamente permitido queda prohibido.

Instrumentos en proceso de actualización

Como se indica anteriormente, algunos Instrumentos de Planificación Territorial en uso han superado su vigencia, como el PRC de Traiguén, y permanecen activos debido a la falta de actualizaciones. Por ello, se detallan a continuación los documentos actualmente en desarrollo, según el portal de seguimiento del Ministerio de Vivienda y Urbanismo destinados a renovar los IPT de la comuna y otros de mayor alcance territorial.



Este Mapa es el Proyecto que propone una ampliación de cerca del 15% del límite urbano, agregando un polígono de 79,7 hectáreas al norte de la ciudad. Que acogerá principalmente usos residenciales, de equipamiento y áreas verdes, además de una ampliación del cementerio. Además, el proyecto considera diferentes áreas de zonificación, con usos permitidos y prohibidos específicos.

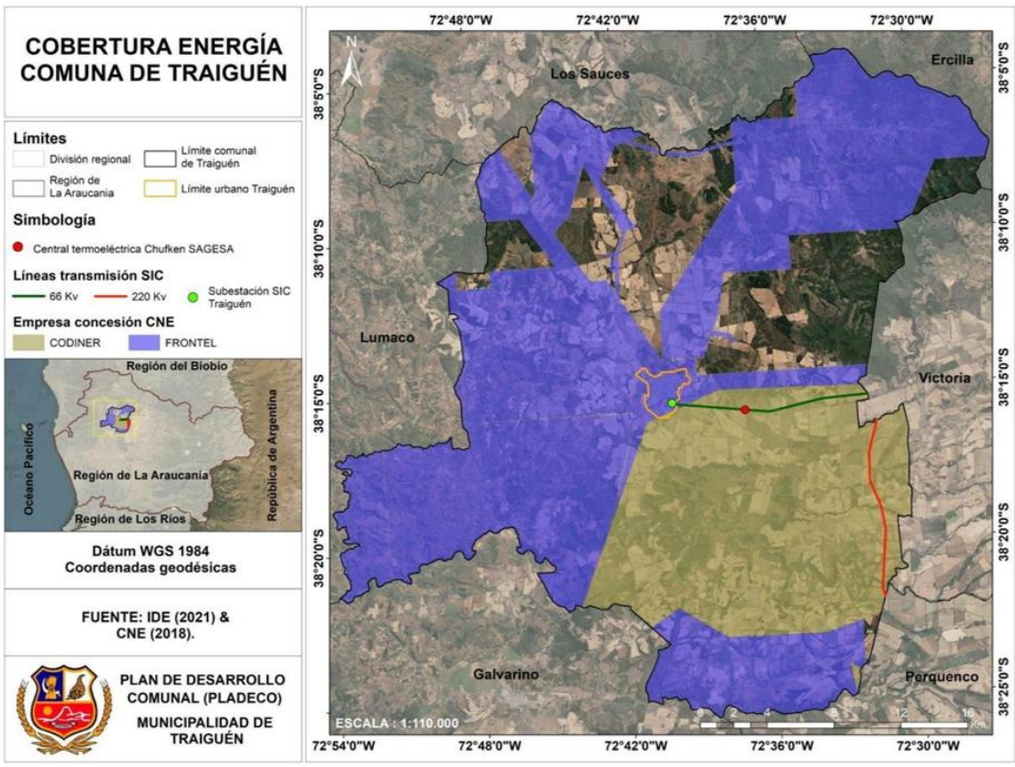
Imagen: Nos permite observar el desarrollo urbano de la localidad de Traiguén, entre 2003 y 2024



La imagen nos permite observar el desarrollo de las localidades de Quilquen 2011-2024, Chufquen 2003-2023 y Quechereguas 2003-2024 de las tres localidades rurales incluidas en el castro del INE, destaca el crecimiento de Chufquen, que en 2003 se componía de alrededor de diez casas, mientras que a 2023 se ve un crecimiento y densificación de las viviendas, especialmente en el sector central de la localidad, donde las casas se concentran a orillas del camino que se observa en la imagen.



En Traiguén, el suministro energético es entregado por dos empresas: Frontel, del Grupo Saesa, y Codiner. La primera, abastece a un área de 687,4 km^2, encontrándose dentro de esta extensión el área urbana comunal. Por su parte, Codiner entrega el suministro a una superficie de 231,9 km^2.

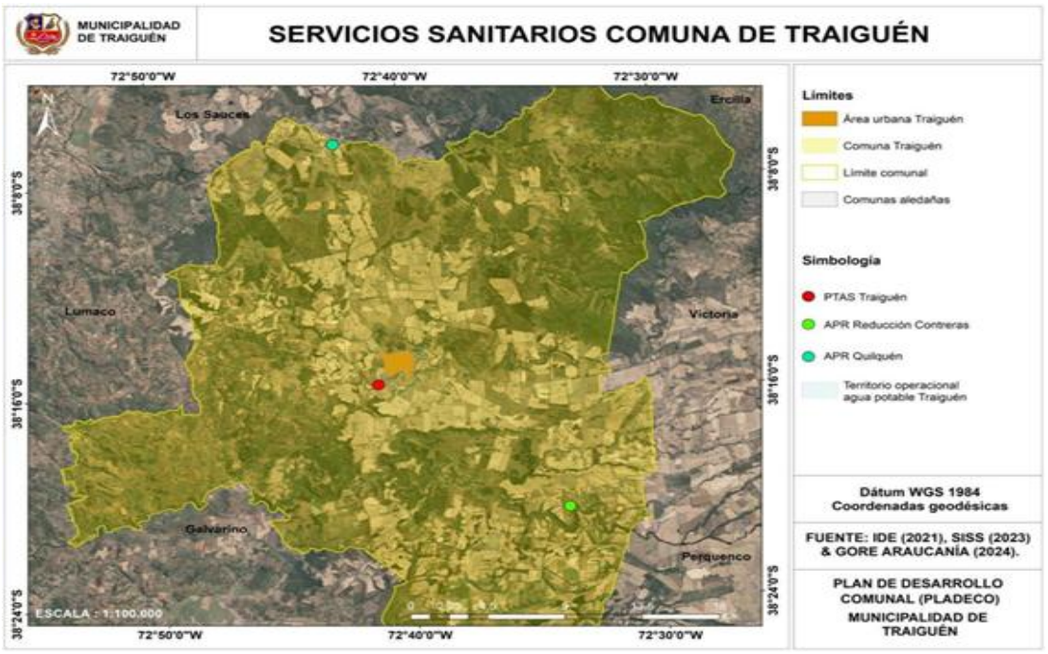


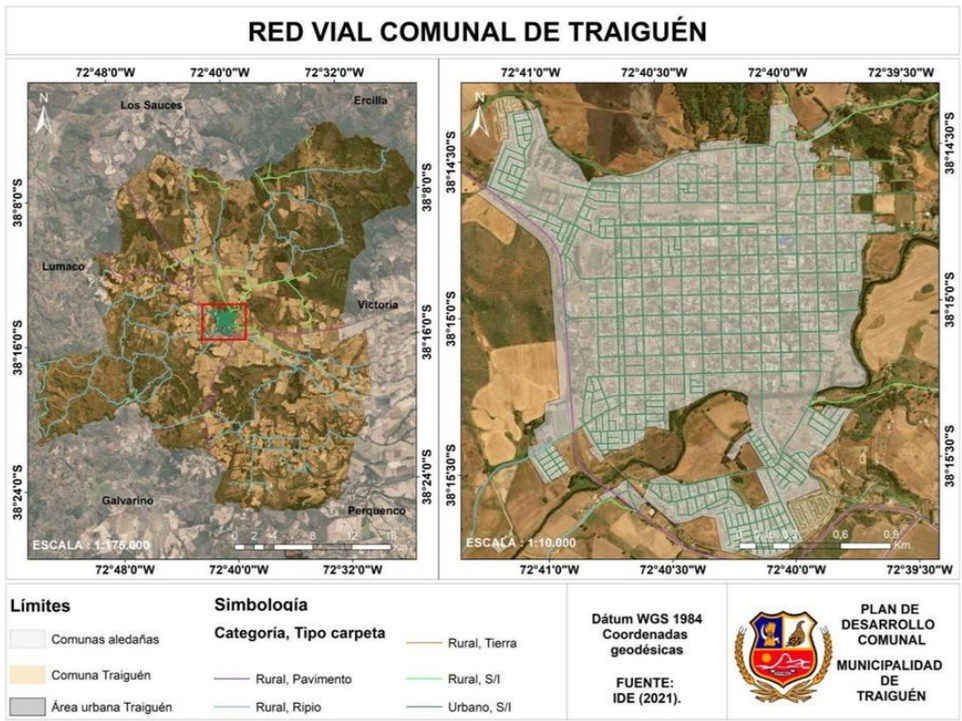
De acuerdo con la información provista por la Unidad de Saneamiento Básico y Agua Potable Rural del Gobierno Regional de La Araucanía en Traiguén existen actualmente dos sistemas de Agua Potable Rural (APR), que abastecen a los sectores de Quilquen y Reducción Contreras.

La APR de Quilquen ha estado en funcionamiento desde 1990, contando a 2021, de acuerdo al diagnóstico de localidades que presentan déficit en tratamiento de aguas servidas, del GORE de La Araucanía, en la actualidad con 48 arranques. Esta funciona a través de un comité directivo que recibe asesoría técnica de la Dirección de Obras Hidráulicas (DOH) del Ministerio de Obras Públicas, y se encuentra dentro de un terreno saneado a nombre de dicho comité de APR. Sin embargo, de acuerdo a este informe, a 2021 no se encontraban saneados los derechos de agua

El sistema de APR, cuenta con una fuente de tipo captación superficial o bocatoma desde el estero cercano a la localidad, donde posteriormente se trata principalmente por problemas de turbidez y presencia de fierro Su sistema de regulación se compone de un estanque metálico de 15 m, elevado a 15 m de altura. Además, su sistema de distribución consta de una red de aproximadamente 1 km.

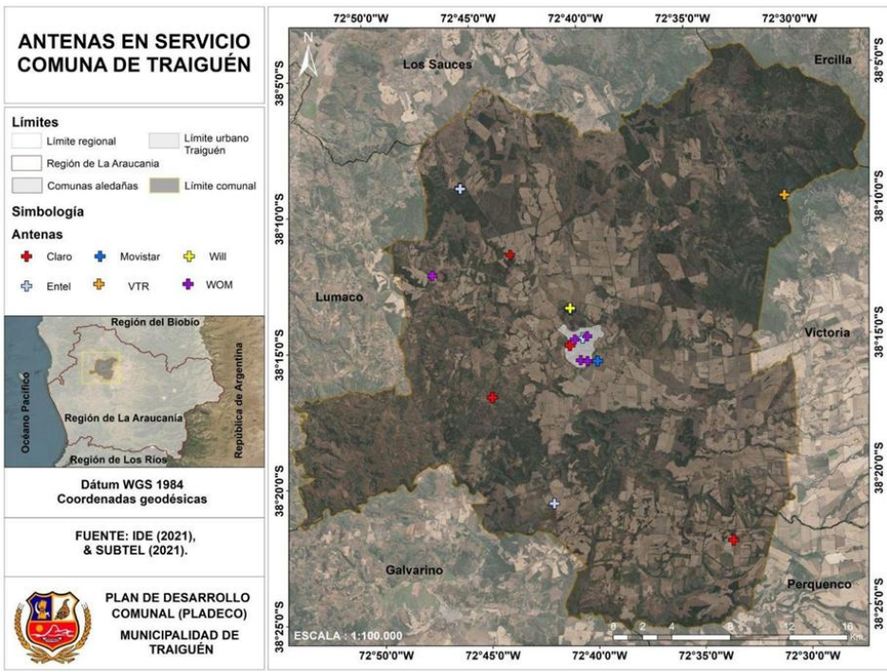
Por su Parte, la APR Reducción Contreras, comenzó su instalación en el año 2015, con una inversión superior a los 626 millones de pesos Esta cuenta con 106 arranques, beneficiando a cerca de cien núcleos de usuarios Esta unidad funciona dentro de un terreno municipal entregado en comodato al comité de la APR, contando con un pozo de 84 metros de profundidad y de caudal de 27 litros por segundo. A diferencia del caso de la APR Quilquen, no se cuenta con mayor información respecto a su sistema operativo, de regulación o de distribución.

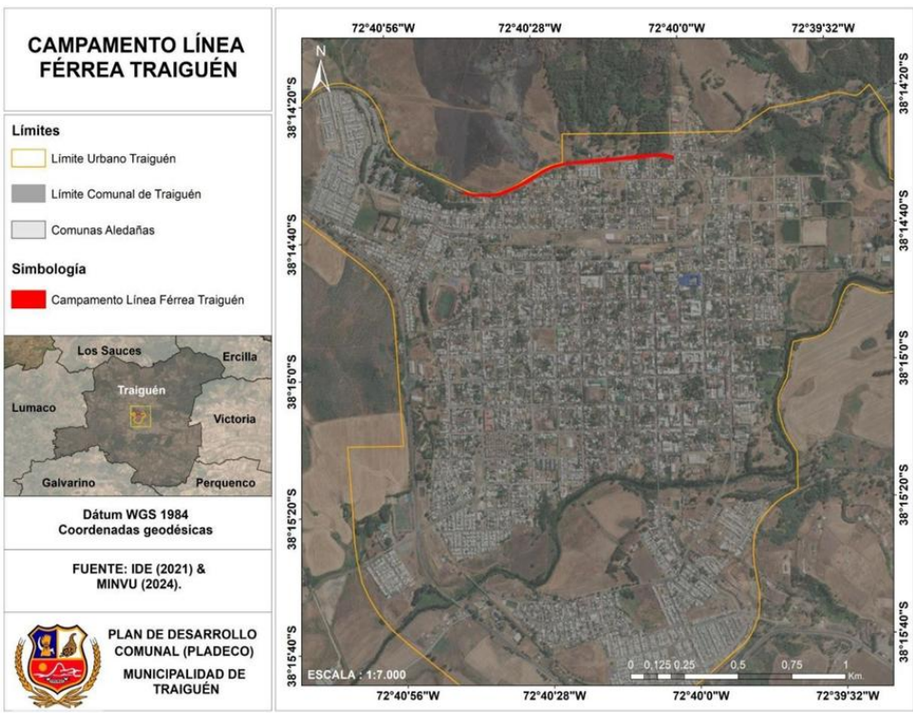




El mapa anterior muestra que la red vial se extiende por todo el territorio comunal, con una extensión total de 491,8 kilómetros, y con una concentración en el área urbana de Traiguén, donde se encuentra el entramado urbano comunal. Asimismo, el mapa destaca una distinción entre los caminos de categoría urbana y rural. Los caminos urbanos abarcan una extensión de 73,8 km, mientras que los rurales se prolongan a lo largo de 418 km.

En cuanto a las vías rurales, el 56,5% se compone de caminos de ripio, con 277,8 km de extensión rural, seguidos de los caminos rurales de los que no se tiene información sobre su materialidad, los que cubren el 12,9% de la extensión comunal total con 63,3 km. Por su parte, los caminos rurales pavimentados concentran la tercera mayoría, con el 12,2% global y 59,5 km de largo. Finalmente, las rutas de tierra del área rural representan el 3,5% restante, con una extensión de 17,4 km.





Como se puede observar en el mapa, hay una concentración de antenas de telecomunicaciones en la zona urbana de Traiguén, así como también hay una mayor densidad de unidades en el área rural ubicada en el sector poniente de la comuna, alrededor de la cabecera comunal. Mientras tanto, se encuentran sectores de la comuna que no disponen de antenas, como el sector medio de la porción oriental y el área norte-central.

Esta concentración de la infraestructura de telecomunicaciones, genera problemas de conectividad digital especialmente en sectores rurales, donde los pobladores de estas áreas mencionaron, durante los talleres de participación ciudadana llevados a cabo durante la etapa de diagnóstico, que la señal telefónica y de internet es deficiente, o que existen antenas en sectores como Chanco que no funcionan, lo que ha significado que pobladores han tenido que incurrir en gastos como internet satelital para satisfacer sus necesidades. De esta forma, en los talleres se mencionó la necesidad de contar con gestión municipal para solicitar a empresas de telecomunicaciones la instalación de antenas en sectores aislados.

3.12 ANTECEDENTES DEMOGRÁFICOS

En la comuna de Traiguén, para el CENSO 2024, cuenta con una población de 18.873 personas, con un promedio de edad de 40,6 años, mientras que para el CENSO 2017 fue de 38,1 años, lo que muestra una transición demográfica hacia el envejecimiento.

De acuerdo al análisis de la evolución demográfica, respecto al CENSO de 2017, se observa que a nivel País presentó un crecimiento del 5,16%, lo que se asemeja a la Región de La Araucanía (5,56%), mientras que la comuna de Traiguén destaca un crecimiento incipiente (0,16%), siendo indicativo de la baja natalidad y la emigración de la comuna.

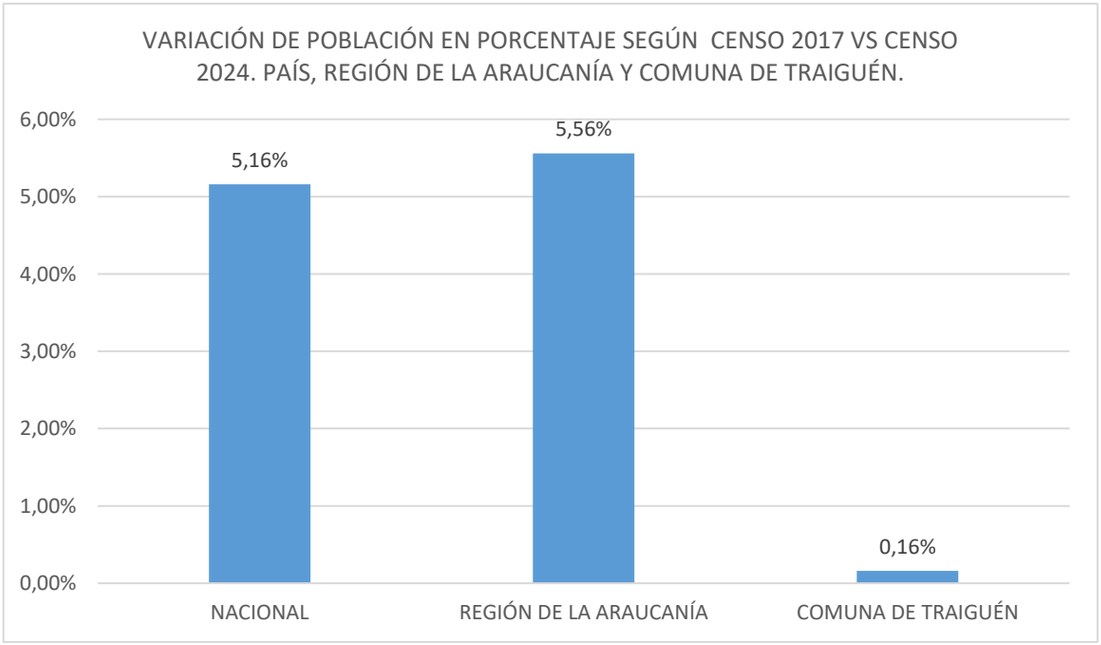


Gráfico de elaboración propia con datos extraídos del Instituto Nacional de Estadísticas. CENSO 2017 y 2024.

	CENSO 2017	CENSO 2024	VARIACIÓN
NACIONAL	17.574.003	18.480.432	5,16%
REGIÓN DE LA ARAUCANÍA	957.224	1.010.423	5,56%
COMUNA DE TRAIGUÉN	18.843	18.873	0,16%

Tabla de elaboración propia con datos extraídos del Instituto Nacional de Estadísticas. CENSO 2017 y 2024.

De acuerdo al CENSO 2024, la proporción de población por sexo de la comuna de Traiguén manifiesta un 52,5% de mujeres de la misma forma que se presenta en la región como en el País.

	NACIONAL		REGIÓN DE LA ARAUCANÍA		COMUNA DE TRAIGUÉN	
	POBLACION	PROPORCIÓN	POBLACION	PROPORCIÓN	POBLACION	PROPORCIÓN
HOMBRES	8.967.033	48,5%	486.718	48,2%	8.971	47,5%
MUJERES	9.513.399	51,5%	523.705	51,8%	9.902	52,5%
TOTAL	18.480.432	-	1.010.423	-	18.873	-

Tabla de elaboración propia con datos extraídos del Instituto Nacional de Estadísticas. CENSO 2024.

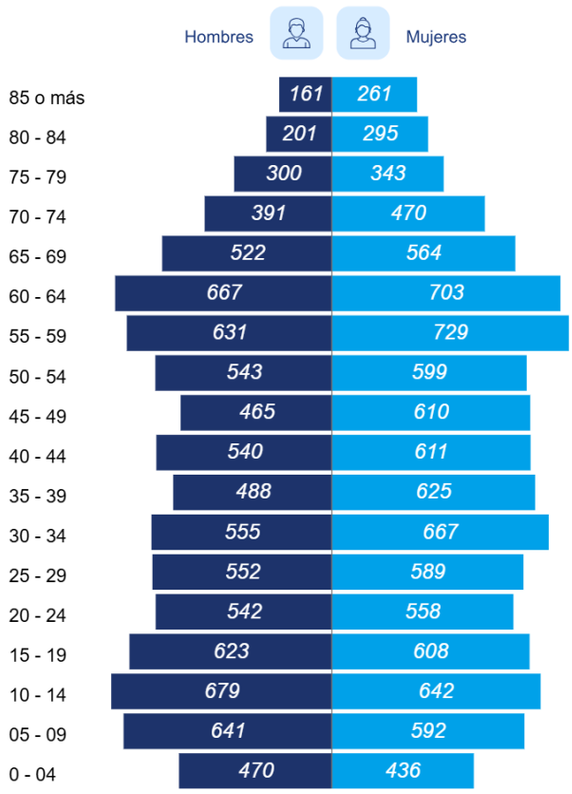


Gráfico extraído de Instituto Nacional de Estadísticas. CENSO 2024.

En la pirámide poblacional, se observa que se empieza a formar una piramide regresiva o de bulbo, lo cual es indicador del descenso de la natalidad y del aumento de la esperanza de vida y por tanto aumento de la población envejecida.

- **Población de 0-14 años:** Es relativamente estrecha (3.460 personas), lo que anticipa una disminución de la población activa futura.
- **Mayor Concentración (30 - 69 años):** Indica el mayor grupo de población que está en edad de trabajar y/o que requiere atención primaria activa.

- **Cúspide Ancha (80 años o más):** Los tramos de 80 y más, tienen poblaciones significativas, confirmando la alta demanda de cuidados crónicos y de larga duración, principalmente por parte de las mujeres.

Mientras que la distribución etaria, en 2017 el 20,7% de la población eran niños de 14 años o menos, mientras que para el 2024 es del 18,3%. Para el tramo de personas de 15 a 64 años, el 2017 corresponde al el 58,1%, y para el 2024 es del 63,1%, siendo indicativo de baja natalidad y envejecimiento de la población. Se destaca que la proporción de personas de 65 años y más, disminuye al 18,6%, comparado al 2017 (21,2%).

Con respecto a la población que pertenece a algún pueblo indígena, en 2017 vivían en la comuna 5.534 personas, representando el 29, 4% de la población. Con respecto a 2024 se aprecia un aumento significativo en la variación relativa con respecto a la población general de la comuna, dado que en dicho año la población indígena corresponde a 6.613 personas, lo que significa un incremento del 10,46%, mientras que la comuna creció un 0,16%.

Al analizar según el área de residencia, los datos disponibles son del 2017, donde un 76,2% de población se encuentra en el radio urbano y un 23,8% se encuentra en zonas rurales.

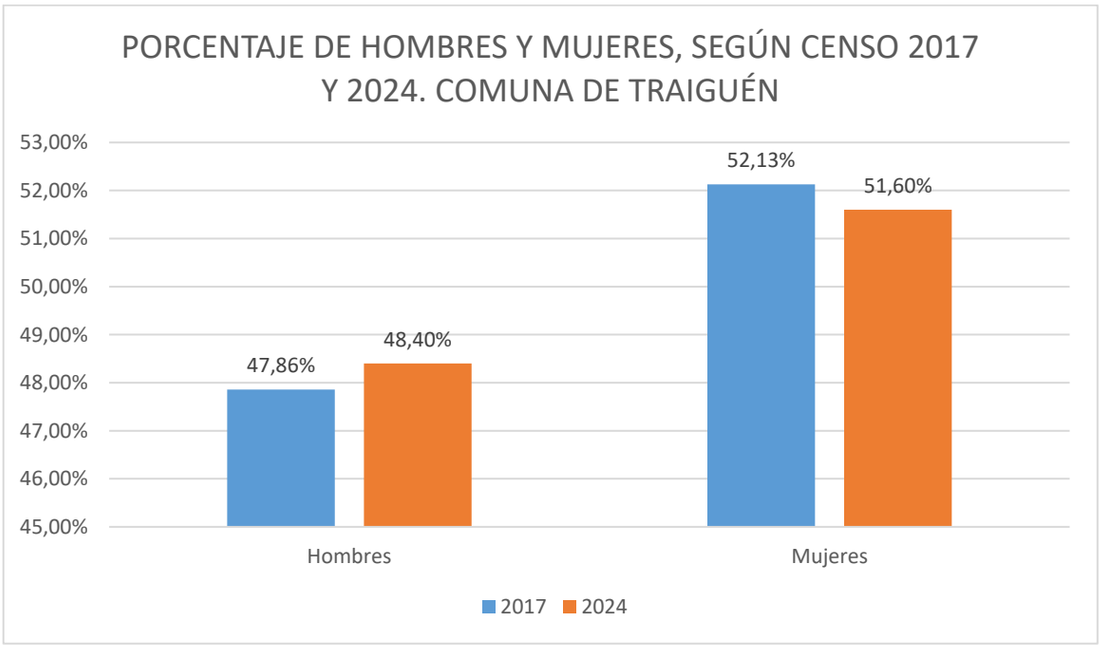


Gráfico de elaboración propia con datos extraídos del Instituto Nacional de Estadísticas. CENSO 2017 y 2024.

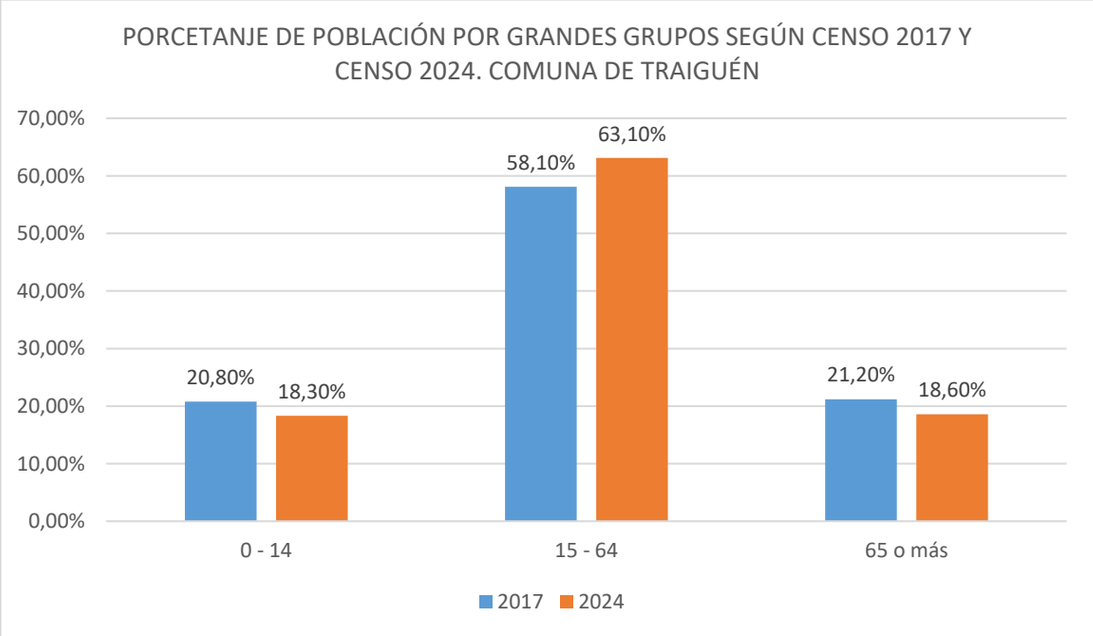


Gráfico de elaboración propia con datos extraídos del Instituto Nacional de Estadísticas. CENSO 2017 y 2024.

	Traiguén				Variación 2017-2024	
	2017		2024		Relativa (%)	Nominal
	Población	Proporción	Población	Proporción		
Total	**18.843**	**-**	**18873**	-	0,16%	+30
Sexo						
Hombres	**9.019**	**47,86%**	**8.971**	**47,53%**	**-0,53%**	**-48**
Mujeres	**9.824**	**52,13%**	**9.902**	**52,47**	**0,79%**	**+78**
Perteneciente a Pueblos Originarios						
Hombres	2759	48,7%	2.960	48,4%	7,28%	+201
Mujeres	2903	51,3%	3.153	51,6%	8,61%	+250
Total	5.662	(29,4%)	6.113	(32,4%)	10,46%	+579
Grupo Etario						
0 - 14	3.896	20,8%	3.460	18,3%	-11,19%	-436
15 - 64	10.957	58,1%	11.905	63,1%	8,65%	947
65 o más	3.990	21,2%	3.508	18,6%	-12,08%	-482
Zona de residencia						
Urbano	14.350	76,2%	N/D	-	-	-
Rural	4.493	23,8%	N/D	-	-	-

Tabla de elaboración propia con datos extraídos del Instituto Nacional de Estadísticas. CENSO 2017 y 2024.

3.12.1 INDICES ANALÍTICOS

3.12.1.1 Índice de Envejecimiento

El índice de envejecimiento, indica la cantidad de personas de 65 años o mas por cada 100 personas menores de 15 años. Según el CENSO 2024, para el país el índice es de 79 personas, mientras que en la comuna de Traiguén este índice es de 101,4 personas, indicando que la comuna presenta una mayor proporción de adultos mayores, con respecto al País.

En relación a la población indígena de la comuna de Traiguén, el índice de envejecimiento es de 53,7 personas, indicando que hay una mayor proporción de personas menores de 15 años, respecto de personas mayores de 65 años.

Índice de Envejecimiento	**Traiguén**		**País**	
	2017	**2024**	**2017**	**2024**
Índice de Adulto Mayor (>60 años)	102,4	-	100,4	-
Índice de Envejecimiento (>65 años)	-	101,4	-	79,0

Tabla de elaboración propia con datos extraídos del Instituto Nacional de Estadísticas. CENSO 2017 y 2024.

Cabe destacar que, si se compara con el Índice de Adulto Mayor del CENSO 2017, donde se consideraba como adultos mayores sobre 60 años, este es un poco mayor con respecto al 2024, donde el rango etario aumenta a 65 años. Mientras que para el País al comparar entre ambos años el índice para el 2024 disminuye significativamente.

3.12.1.2 Razón Hombre-Mujer

La razón Hombre-Mujer indica la cantidad de Hombre respecto a cada 100 mujeres, que tanto para la comuna de Traiguén y para el País este indicado disminuyó del 2017 al 2024, reforzando que hay una mayor población de mujeres, respecto de Hombre.

Razón Hombre-Mujer	**Traiguén**		**País**	
	2017	2024	2017	2024
	91,8	90,6	95,9	94,3

Tabla de elaboración propia con datos extraídos del Instituto Nacional de Estadísticas. CENSO 2017 y 2024.

3.12.2 RECOMENDACIONES CLAVE PARA EL PLAN DE SALUD COMUNAL

1. La comuna tiene más adultos mayores que jóvenes (por cada 100 jóvenes hay 101,4 adultos mayores). Esto implica un cambio de enfoque del Cuidado Materno-Infantil (CMI) hacia la atención de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) y Geriatría.
2. Reestructuración de la Oferta: Mover el foco de los recursos a Programa de Salud del Adulto Mayor y el Programa de Cuidados Paliativos y Alivio del Dolor.
3. Refuerzo de la Domiciliaria: Fortalecer el PAD (programa de atención domiciliaria) y generar un programa municipal de visitas domiciliarias de salud mental para mitigar el aislamiento en los hogares unipersonales.
4. Salud con Perspectiva de Género: Fortalecer la oferta de salud sexual y reproductiva y la prevención oncológica (mama y cuello uterino) debido a la mayor proporción de mujeres.
5. Estrategias de Salud Mental: Desarrollar programas de apoyo específicos para el adulto mayor que vive solo y para la población activa (15-64 años) que sustenta la economía comunal.
6. La predominancia femenina exige enfocarse en programas específicos para la salud de la mujer (salud reproductiva, detección de cánceres, climaterio).

3.13 ANTECEDENTES MIGRATORIOS

3.13.1 LUGAR DE NACIMIENTO

En el año 2017, del total de residentes en la comuna, el 62,8% corresponde a habitantes que nacieron en la propia comuna, mientras que el 34,1% son personas que nacieron en otras comunas. En otro proceso de migración, el 0,4% de los habitantes eran extranjeros.

Respecto al 2002, se visualizan algunos cambios. En primer lugar, decreció el número de habitantes que nacieron en la comuna y que residen en ella (-8,2%). A su vez, creció levemente el número de habitantes que nacieron en otras comunas (2%).

En 2017, del total de residentes que nacieron en otras comunas, 1.556 nacieron en Temuco (24,2%), 601 en Santiago (9,3%), 352 en Galvarino (5,5%), 278 en Victoria (4,3%) y 273 en Purén (4,2%). Estas cinco comunas representan el 47,6% de los residentes que nacieron en otras comunas.

Distribución de la población de Traiguén según lugar de nacimiento, 2002 y 2017

Lugar de Nacimiento	Número de personas		Variación 2002 - 2017	
	2002	2017	Relativa (%)	Nominal
En esta comuna	12.894	11.839	-8,2%	-1.055
En otra comuna	6.308	6.433	2,0%	125
En otro país	42	70	66,7%	28
Sin información	290	501		
Total	**19.534**	**18.843**	**-3,5%**	**-691**

Fuente: Elaboración propia con base en datos CENSO 2002 y CENSO Abreviado 2017, INE.

3.13.2 INMIGRACIÒN INTERNACIONAL

La inmigración internacional ha aumentado desde el 2017, con respecto al 2024, tanto para el País, la Región y la comuna de Traiguén, destacándose que en la comuna de Traiguèn el 0,8% de la población es inmigrante internacional, pero este es mucho menor al comparado al País y la Región, indicando que la comuna de Traiguén no recibe una gran cantidad de inmigrantes internacionales.

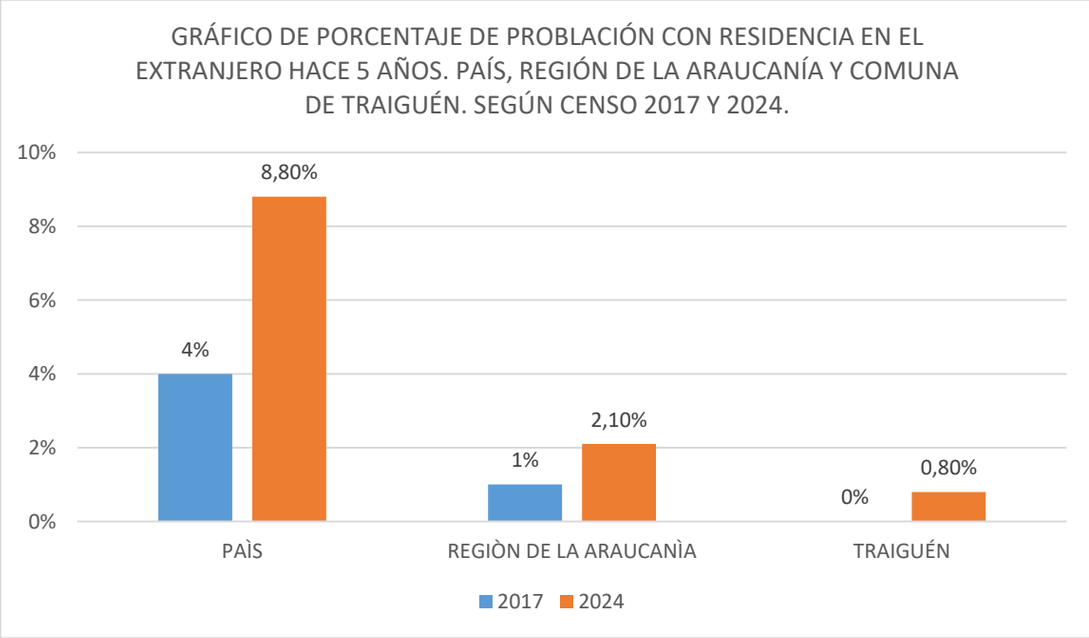


Gráfico de elaboración propia con datos extraídos del Instituto Nacional de Estadísticas. CENSO 2017 y 2024.

Inmigración Internacional	PAÌS	REGIÒN DE LA ARAUCANÌA	TRAIGUÉN
2017	4%	1%	0%
2024	8,8%	2,1%	0,8%

Tabla de elaboración propia con datos extraídos del Instituto Nacional de Estadísticas. CENSO 2017 y 2024.

3.14 ANTECEDENTES SOCIALES

3.14.1 CARACTERISTICAS DE LA VIVIENDAS Y HOGARES

De acuerdo al CENSO 2024 en la comuna de Traiguén se encuentran 8.384 viviendas, de las cuales 401 se encuentran con hacinamiento, es decir, que son viviendas que en promedio hay 2,5 personas por dormitorio.

Viviendas de la Comuna de Traiguén		
	CANTIDAD	**PORCENTAJE**
OCUPADAS	7510	89,6%
DESOCUPADAS	861	10,3%
VIVIENDAS COLECTIVAS	13	0,1%
TOTAL	8384	-

Viviendas con hacinamiento	TOTAL	MEDIO	CRITICO
PAÍS	388.287	330.955	57.332
REGIÓN DE LA ARAUCANÍA	21.088	18.585	2503
COMUNA TRAIGUÉN	401	367	34

Dentro de la comuna de Traiguén, para el 2024, existen 71 viviendas irrecuperables, que corresponden a viviendas cuya materialidad se encuentran en malas condiciones y deben ser reemplazados. Cabe destacar que el porcentaje de viviendas irrecuperables para la comuna es menor que a la del país y de la región, pero estas se mantienen muy similar.

Viviendas irrecuperables	
PAÍS	1,13% (72.642)
REGIÓN DE LA ARAUCANÍA	1,06% (3.909)
COMUNA TRAIGUÉN	1,02% (71)

3.14.1.1 Acceso a Servicios

En la Comuna de Traiguén el acceso a la energía eléctrica es similar al acceso de la Región. Mientras que en la comuna se mantiene considerablemente por debajo del País en el acceso al agua y acceso a Internet.

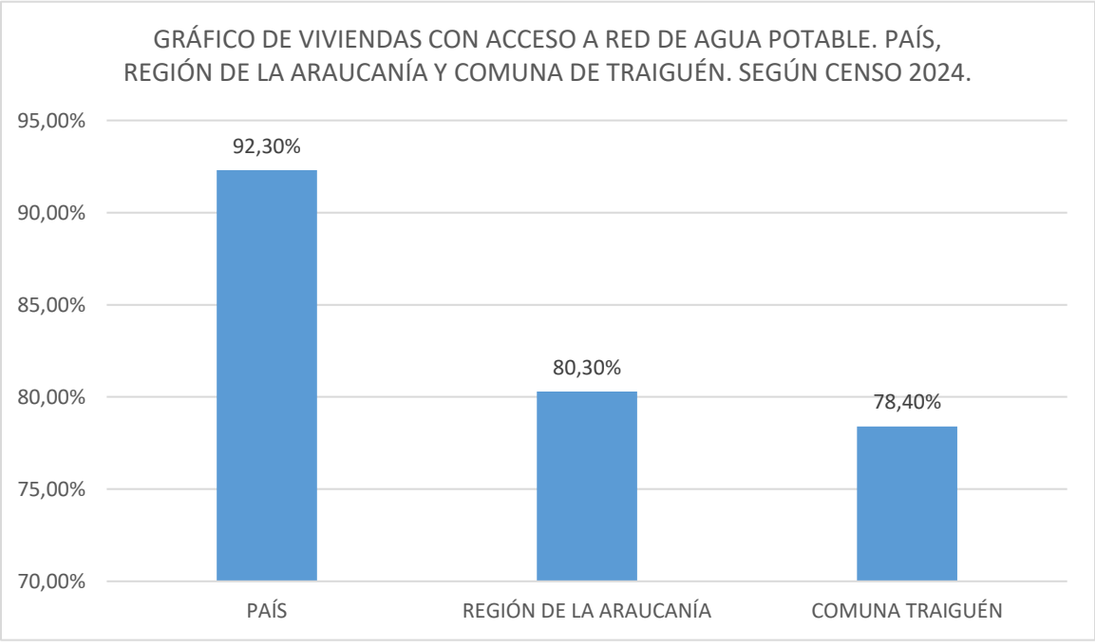


Gráfico de elaboración propia con datos extraídos del Instituto Nacional de Estadísticas. CENSO 2024.

Viviendas con acceso a energía eléctrica	
PAÍS	99,6%
REGIÓN DE LA ARAUCANÍA	98,6%
COMUNA TRAIGUÉN	98,7%

Viviendas con acceso a red pública para consumo de agua	
PAÍS	92,3%
REGIÓN DE LA ARAUCANÍA	80,3%
COMUNA TRAIGUÉN	78,4%

Hogares con acceso a internet	
PAÍS	99,6%
REGIÓN DE LA ARAUCANÍA	87,3%
COMUNA TRAIGUÉN	83,7%

3.14.1.2 Fuentes de energía para calefacción

En la comuna de Traiguén se destaca el uso de la leña para calefacción de los hogares (94,5%), siendo muy superior a la proporción de uso de la Región y del País.

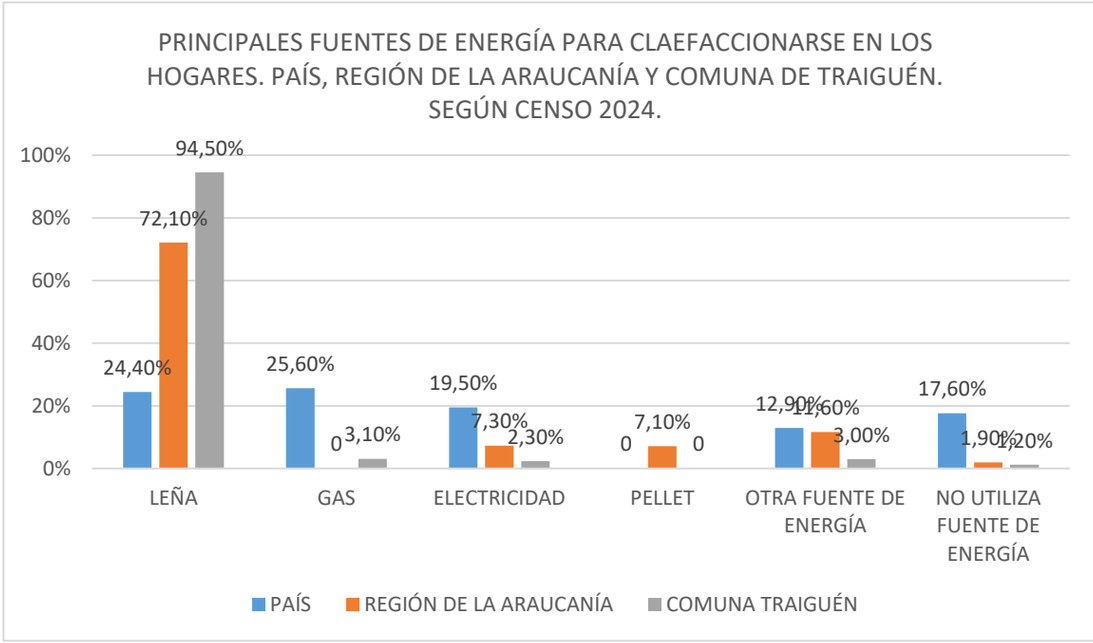


Gráfico de elaboración propia con datos extraídos del Instituto Nacional de Estadísticas. CENSO 2024.

Principales fuentes de energía y combustible para calefaccionar de los hogares			
	PAÍS	**REGIÓN DE LA ARAUCANÍA**	**COMUNA TRAIGUÉN**
LEÑA	24,4%	72,1%	94,5%
GAS	25,6%	-	3,1%
ELECTRICIDAD	19,5%	7,3%	2,3%
PELLET	-	7,1%	-
OTRA FUENTE DE ENERGÍA	12,9%	11,6%	3,0%
NO UTILIZA FUENTE DE ENERGÍA	17,6%	1,9%	1,2%

3.15 ANTECEDENTES DE ESCOLARIDAD

En la comuna de Traiguén los años de escolaridad promedio de personas de 18 años y más, es inferior (10,2 años), siendo inferior al promedio del País y de la Región. Situación similar a lo que ocurre en los Años de escolaridad promedio, indicando que la población de la comuna tiene menos años de estudios, que el resto del País. En relación a lo anterior la tasa de alfabetismo de las personas de 15 años y más de la comuna de Traiguén (94,1%), también es inferior al de la Región (96,4%) y el País (97,8%).

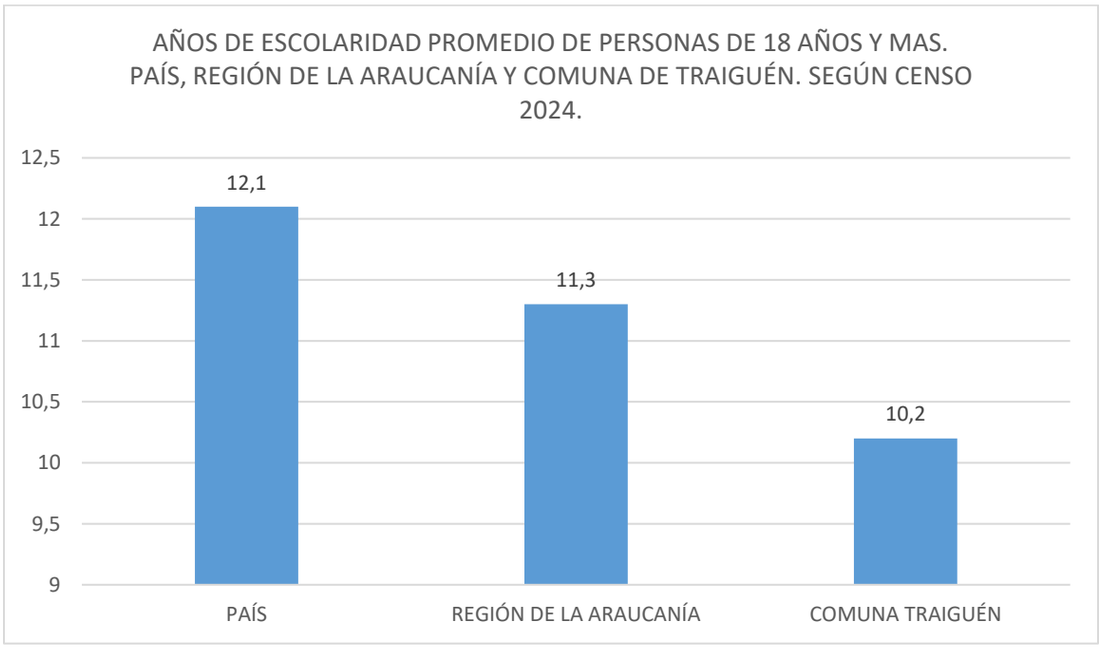


Gráfico de elaboración propia con datos extraídos del Instituto Nacional de Estadísticas. CENSO 2024.

Años de escolaridad promedio de personas de 18 años y mas	
PAÍS	12,1
REGIÓN DE LA ARAUCANÍA	11,3
COMUNA TRAIGUÉN	10,2

Años de escolaridad promedio	
PAÍS	10,4
REGIÓN DE LA ARAUCANÍA	9,7
COMUNA TRAIGUÉN	8,8

Tasa de alfabetismo de personas de 15 años o mas	
PAÍS	97,8%
REGIÓN DE LA ARAUCANÍA	96,4%
COMUNA TRAIGUÉN	94,1%

De acuerdo al nivel educacional mas alto alcanzado, la comuna de Traiguén destaca por presentar un mayor porcentaje de Nivel Básico (35,7%), sien considerablemente mayor al de la Región y el País. Por otra parte, en la comuna de Traiguén hay una proporción considerablemente menor de personas que alcanzaron el Nivel Superior (17,9%), comparado al de la Región y el País.

Nivel de educación más alto alcanzado			
	PAÍS	**REGIÓN DE LA ARAUCANÍA**	**COMUNA TRAIGUÉN**
NUNCA ASISTIÓ	3%	3,6%	4,6%
PARVULARIA	4,5%	4,6%	4,9%
DIFERENCIAL	0,5%	0,4%	0,5%
BÁSICA	24,1%	29,9%	35,7%
MEDIA	36,7%	36,6%	36,3%
SUPERIOR	31,1%	24,7%	17,9%

En la comuna de Traiguén destaca una mayor asistencia en nivel Parvularia y Básica, pero menor en el nivel Superior.

Tasa de asistencia neta por nivel educativo			
	PAÍS	**REGIÓN DE LA ARAUCANÍA**	**COMUNA TRAIGUÉN**
PARVULARIA	52,3%	53,7%	57,7%
BÁSICA	95,4%	95,7%	97,1%
MEDIA	87,4%	89,4%	88,5%
SUPERIOR	46,6%	45,9%	37,7%

3.15.1 ESTUDIANTES Y ESTABLECIMIENTOS

En la comuna de Traiguén se encuentran ubicados 33 establecimientos, de los cuales 12 corresponden a administración municipal y 8 particulares subvencionados. Asimismo, respecto del número de estudiantes, en la comuna se encuentran matriculados en 4.108 estudiantes, de los cuales 2.219 están matriculados en establecimientos municipales (54%) y 1.840 en establecimientos particulares subvencionados (44,8%).

Respecto de la zona donde se ubican, en las zonas rurales hay 10 establecimientos y 345 estudiantes, de los cuales 5 establecimientos son municipales (50%) y 85 son estudiantes en dependencias municipales (24,6%). Por su parte, en la zona urbana hay 23 establecimientos y 4.316 estudiantes, de los cuales 7 son establecimientos municipales (30,4%) y 2.134 estudiantes se encuentran matriculados en dichos establecimientos (49,4%).

Número de estudiantes y establecimientos educacionales en Traiguén según dependencia administrativa y zona de ubicación, 2018

Dependencia Administrativa	Urbano		Rural	
	Estudiantes	Establecimientos	Estudiantes	Establecimientos
Municipal	2.134	7	85	5
Particular Subvencionado	1.600	4	240	4
Particular Pagado	49	1		
JUNJI	432	10	20	1
INTEGRA	101	1		
Total general	**4.316**	**23**	**345**	**10**

Fuente: Elaboración propia con base en datos del Sistema General de Educación, MINEDUC.

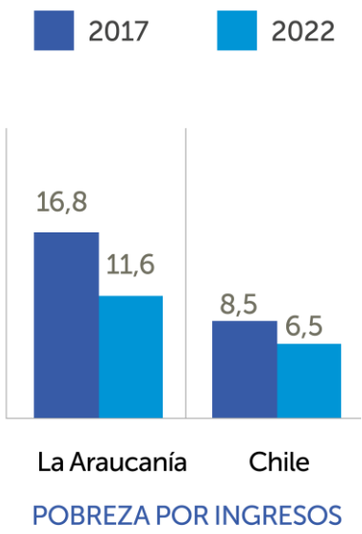
3.16 ANTECEDENTES ECONÓMICOS

Rama económica	Número de Empresas	Ventas (UF)	Trabajadores Dependientes
Comercio	350	489.012	222
Silvoagropecuario	336	1.152.767	1.090
Transporte, almacenamiento y comunicaciones	108	36.310	22
Industrias manufactureras	71	177.100	79
Otras actividades de servicios comunitarias, sociales y personales	54	37.934	17
Hoteles y restaurantes	52	26.244	14
Actividades inmobiliarias, empresariales y de alquiler	47	24.313	11
Construcción	26	27.573	76
Otras ramas	26	0	845
Sin información	16	52	
Total general	**1.086**	**1.971.304**	**2.376**

Fuente: Elaboración propia con base en datos del Servicio de Impuestos Internos.

3.16.1 POBREZA POR INGRESOS

La Región de La Araucanía ha mostrado, tanto en 2017 como en 2022, niveles de pobreza por ingresos superiores al valor nacional. A su vez, se observa una disminución de la pobreza por ingresos dentro de la región entre ambos años.



Fuente: Informe de Desarrollo Social 2024.

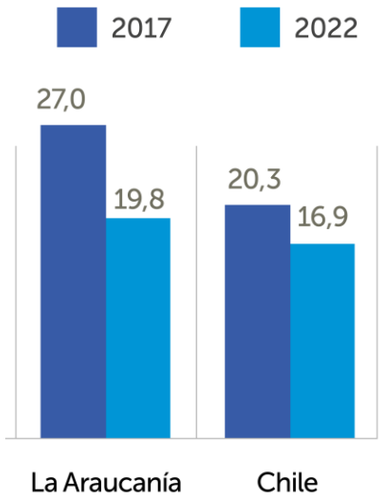
Según la CASEN 2022, la pobreza por ingresos para la Región de la Araucanía es de 11,6% y el País de 6,5%. Mientras que el análisis de las estimaciones de pobreza por ingresos para el año 2022 es de 14,1% para la comuna de Traiguén, siendo esta superior a la de la Región y el país.

Nombre comuna	Porcentaje de personas en situación de pobreza por ingresos 2022
Temuco	8,6%
Carahue	17,9%
Cunco	14,8%
Curarrehue	15,2%
Freire	14,4%
Galvarino	16,8%
Gorbea	12,8%
Lautaro	8,8%
Loncoche	12,3%
Melipeuco	15,7%
Nueva Imperial	12,8%
Padre Las Casas	12,7%
Perquenco	14,1%
Pitrufquén	10,7%
Pucón	8,2%
Saavedra	24,3%
Teodoro Schmidt	19,9%
Toltén	16,8%
Vilcún	11,7%
Villarrica	7,7%
Cholchol	19,7%
Angol	9,0%
Collipulli	13,1%
Curacautín	10,9%
Ercilla	17,8%
Lonquimay	18,4%
Los Sauces	17,4%
Lumaco	21,5%
Purén	12,9%
Renaico	12,5%
Traiguén	14,1%
Victoria	14,3%

Fuente: Observatorio Social Ministerio del Desarrollo Social y Familia. Estimación de pobreza comunal 2022.

3.16.2 POBREZA MULTIDIMENSIONAL

La Región de La Araucanía ha mostrado, tanto en 2017 como en 2022, niveles de pobreza multidimensional superiores al valor nacional. A su vez, se observa una disminución de la pobreza multidimensional dentro de la región entre ambos años.



Fuente: Informe de Desarrollo Social 2024.

Según la CASEN 2022, la pobreza multidimensional para la Región de la Araucanía es de 19,8% y el País de 16,9%. Mientras que el análisis de las estimaciones de pobreza por ingresos para el año 2022 es de 21,1% para la comuna de Traiguén, siendo esta superior a la de la Región y el país.

Nombre comuna	Porcentaje de personas en situación de pobreza multidimensional 2022
Temuco	13,9%
Carahue	30,4%
Cunco	18,0%
Curarrehue	23,1%
Freire	25,0%
Galvarino	39,9%
Gorbea	19,8%
Lautaro	19,5%
Loncoche	15,7%
Melipeuco	17,6%
Nueva Imperial	23,6%
Padre Las Casas	19,8%
Perquenco	23,2%
Pitrufquén	17,5%
Pucón	20,1%
Saavedra	44,5%
Teodoro Schmidt	25,9%
Toltén	26,7%
Vilcún	22,7%
Villarrica	15,7%
Cholchol	36,5%
Angol	19,6%
Collipulli	22,1%
Curacautín	18,9%
Ercilla	41,6%
Lonquimay	32,0%
Los Sauces	25,5%
Lumaco	34,1%
Purén	30,9%
Renaico	16,6%
Traiguén	21,1%
Victoria	19,3%

Fuente: Observatorio Social Ministerio del Desarrollo Social y Familia. Estimación de pobreza comunal 2022.

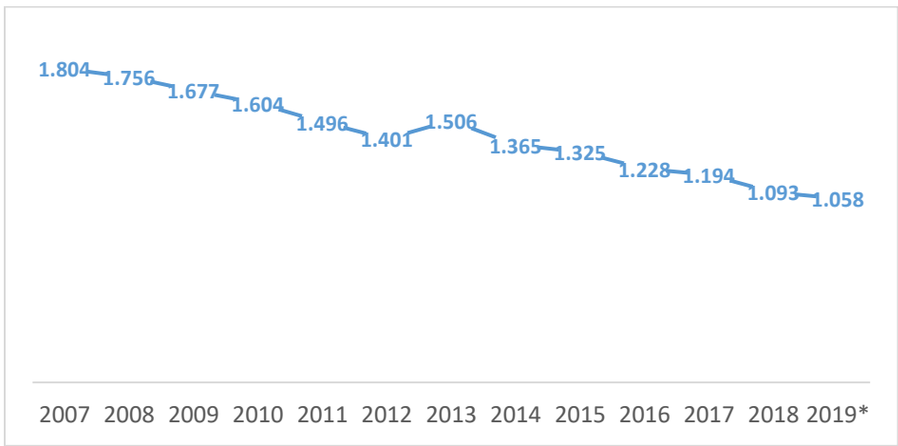
3.17 CONECTIVIDAD Y TELECOMUNICACIONES

Dentro de la infraestructura tecnológica de la comuna se visualizan tres elementos que pueden ser cuantificados, el acceso a telefonía fija, acceso a conexión de internet fijo y televisión de pago.

3.17.1 TELEFONIA FIJA

En lo referente a telefonía fija se aprecia un descenso sostenido entre el año 2007 – 2019*, llegando a cifras cercanas a 1.000 conexiones fijas. Este es un fenómeno que se replica en el resto de las comunas de la región y se debe a la mayor participación de la telefonía móvil.

Evolución del número de instalaciones de telefonía fija en Traiguén, 2007 – 2019

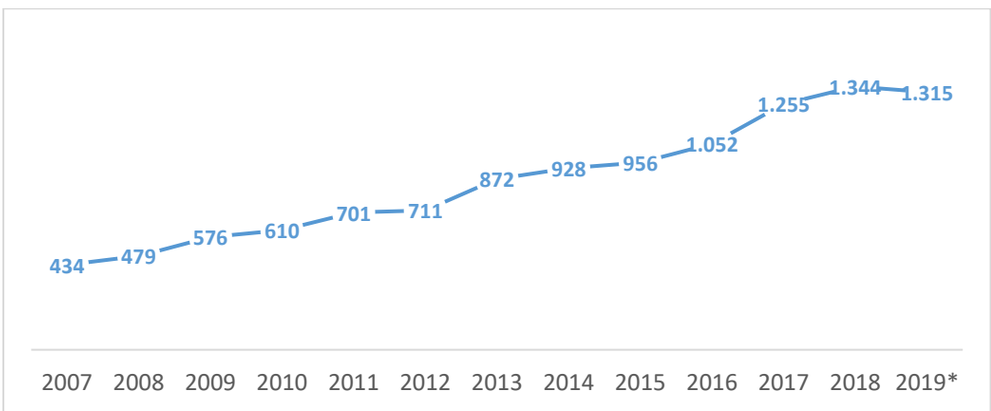


Fuente: Elaboración propia con base en datos de Subsecretaria de Telecomunicaciones. *Marzo de 2019.

3.17.2 INTERNET

En cuanto a las conexiones a internet fijo se aprecia un crecimiento sostenido en la comuna y en la región. Entre 2007 y 2019 han crecido en 881 las conexiones a internet fijo lo que implica una variación del 203,0% (es decir, se ha triplicado el número de conexiones). Además, de las conexiones de la comuna el 76,9% de ellas corresponden a conexiones residenciales.

Evolución del número de instalaciones de internet fijo en Traiguén, 2007 – 2019



Fuente: Elaboración propia con base en datos de Subsecretaria de Telecomunicaciones. *Marzo de 2019.

3.17.3 TRANSPORTE

Para el desarrollo de la comuna también es necesario el establecimiento de un sistema de transporte público que permita la movilidad urbana de las personas de la comuna.

Es así, que en la comuna se encuentra 2 líneas de microbuses que cuentan con recorridos a Traiguén con una flota de 61 posibles maquinarias, siendo la línea 1 la que presenta una mayor cantidad de microbuses.

Línea	Responsable del servicio	Flota	Antigüedad promedio
1	Sociedad de Transportes Público Los Conquistadores Ltda.	40	7,2
2	Eduardo Alejandrino Jara Valenzuela	21	8,1
		61	7,5

Extraido de PLADECO 2020-2024

Asimismo, se registran en la comuna durante el año 2018 la cantidad de 4.115 vehículos, que corresponden a un 40,1% más que en 2013 con un incremento de 1.177 nuevos vehículos en la comuna.

En 2018, los principales vehículos corresponden a los Automóviles, Station Wagon y TodoTerreno (2.081), camionetas (1.358), camiones simples (134) y furgones (109). Con respecto a 2012, las mayores alzas corresponden al incremento de 752 nuevos automóviles y 301 camionetas.

	Tipo de vehículo	2013	2018	Cantidad	%
Transporte Particular y Otros	Automóvil y Station Wagon	1.329	2.081	752	56,6%
	Furgón	83	109	26	31,3%
	Minibús	48	29	-19	-39,6%
	Camioneta	1.057	1.358	301	28,5%
	Motocicleta y Similares	72	87	15	20,8%
	Otros con Motor	0	1	1	
	Otros sin Motor	25	39	14	56,0%
Transporte Colectivo	Taxi Básico	7	4	-3	-42,9%
	Taxi Colectivo	50	66	16	32,0%
	Taxi Turismo	0	-		
	Minibús, Transporte Colectivo	19	65	46	242,1%
	Bus, Transporte Colectivo	25	24	-1	-4,0%
Transporte de Carga	Camión Simple	114	134	20	17,5%
	Tractocamión	8	12	4	50,0%
	Tractor Agrícola	51	46	-5	-9,8%
	Otros con Motor	10	17	7	70,0%
	Remolque y Semirremolque	40	43	3	7,5%
	Total	**2.938**	**4.115**	**1.177**	**40,1%**

Extraído de PLADECO Traiguén 2020-2024

3.17.3.1 Licencias de conducir

El parque automotriz ha aumentado considerablemente en los últimos años en la comuna, indicio de ello es el número de licencias de conducir que se entregan anualmente. En 2017 se otorgaron 1.992 licencias de conducir, de las cuales 1.258 correspondían a licencias no profesionales principalmente de la categoría B. En segundo lugar, se posicionan las licencias de conducir profesionales, con mayor importancia de las clases A2 y A4.

Tipo de licencia		2013	2014	2015	2016	2017
Profesionales						
	A1	13	79	80	19	13
	A2	182	346	426	227	201
	A3	47	53	65	50	54
	A4	130	97	129	139	126
	A5	44	46	64	47	52
	Total	**416**	**621**	**764**	**482**	**446**
No profesionales						
	B	903	939	991	1.194	1.107
	C	152	197	227	171	151
	Total	**1.055**	**1.136**	**1.218**	**1.365**	**1.258**
Especiales						
	D	230	337	368	299	267
	E	1	-	-	-	1
	F	24	43	38	29	20
	Total	**255**	**380**	**406**	**328**	**288**
Total		**6.046**	**1.726**	**2.137**	**2.388**	**2.175**

Extraído de PLADECO Traiguén 2020-2024

3.17.3.2 Accidentes vehiculares

Asociado al parque automotriz también se deben considerar los accidentes relacionados a los vehículos. En primera instancia, en la tabla se presenta la evolución del número de siniestros. Se aprecia un aumento en 2016, destacando como un año singular, dado que en el resto de años la tendencia no ha superado los 50 accidentes por año. Sin embargo, los años 2017 y 2018 destacan por el gran número de fallecido producto de accidentes vehiculares.

Entre 2013 y 2018 se registraron 14 fallecidos y 427 lesionados, de los cuales 29 registran lesiones graves, 93 lesiones menos graves y 305 lesiones leves. Además, 2016 fue el año con más lesionados pero 2018 en año con menor número de lesionados.

En cuanto al índice de severidad se aprecia que en 2018 por cada 100 siniestros de tránsito se registraron 10,2 fallecidos. El año con menor índice de severidad corresponde al año 2013 donde no se registraron fallecidos.

Año	Siniestros	Fallecidos	Lesionados				Índice de severidad[25]
			Graves	Menos Graves	Leves	Total	
2013	50	0	0	42	14	56	0,0
2014	45	1	7	11	46	64	2,2
2015	48	1	5	5	77	87	2,1
2016	85	1	8	14	82	104	1,2
2017	48	6	3	11	49	63	12,5
2018	49	5	6	10	37	53	10,2

Extraído de PLADECO Traiguén 2020-2024

IV. DIAGNÓSTICO DE NECESIDADES EN SALUD

4.1 DIAGNÓSTICO EPIDEMIOLÓGICO

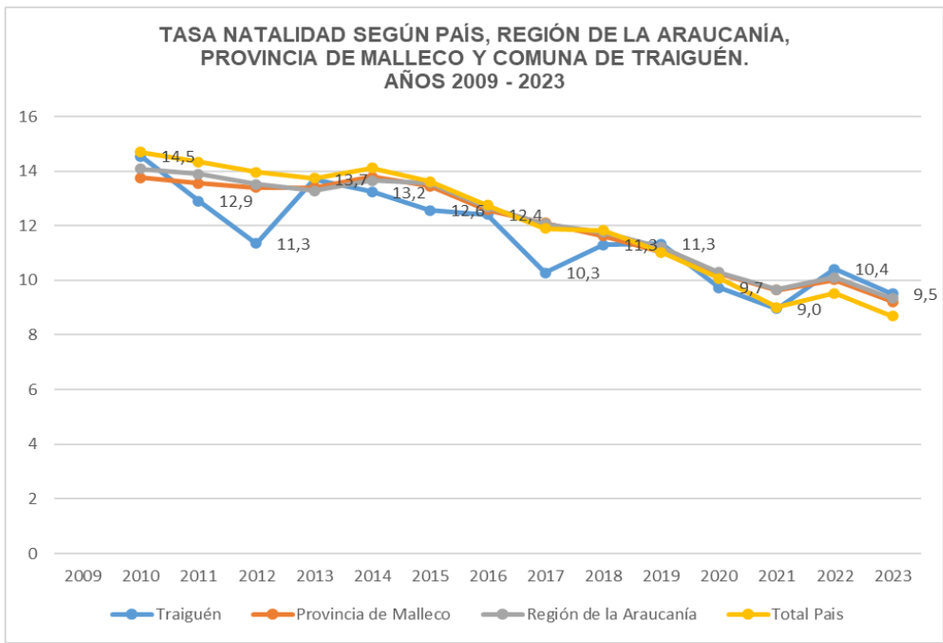
	Natalidad (Número de nacidos vivos)	Tasa de Natalidad (Nº nacidos vivos por 1.000 habitantes)	Mortalidad General (Número de defunciones)	Tasa de Mortalidad General (Nº Defunciones por 1.000 Habitantes)
CHILE	210.367	12.1	109.658	5.7
REGIÓN ARAUCANÍA	11.320	11.2	6.852	6.8
TRAIGUÉN	219	11.4	187	9.7

Cuadro resumen estadísticas vitales, comparativo Nacional, Regional y comuna de Traiguén.

4.1.1 NATALIDAD.

La Natalidad en los últimos 10 años ha presentado una disminución sostenida a nivel nacional, regional y en la comuna de Traiguén. Se puede observar en el grafico a continuación, el comparativo que durante el año 2023 a nivel país se registran una tasa de natalidad de 8,7 nacimientos/1000 hab., en tanto en la región de la Araucanía se registran una tasa de natalidad de 9,3 nacimientos/1000 hab., mientras que la comuna de Traiguén registra una tasa de natalidad de 9,5 nacimientos/1000 hab., encuentra por sobre el nivel país y regional.

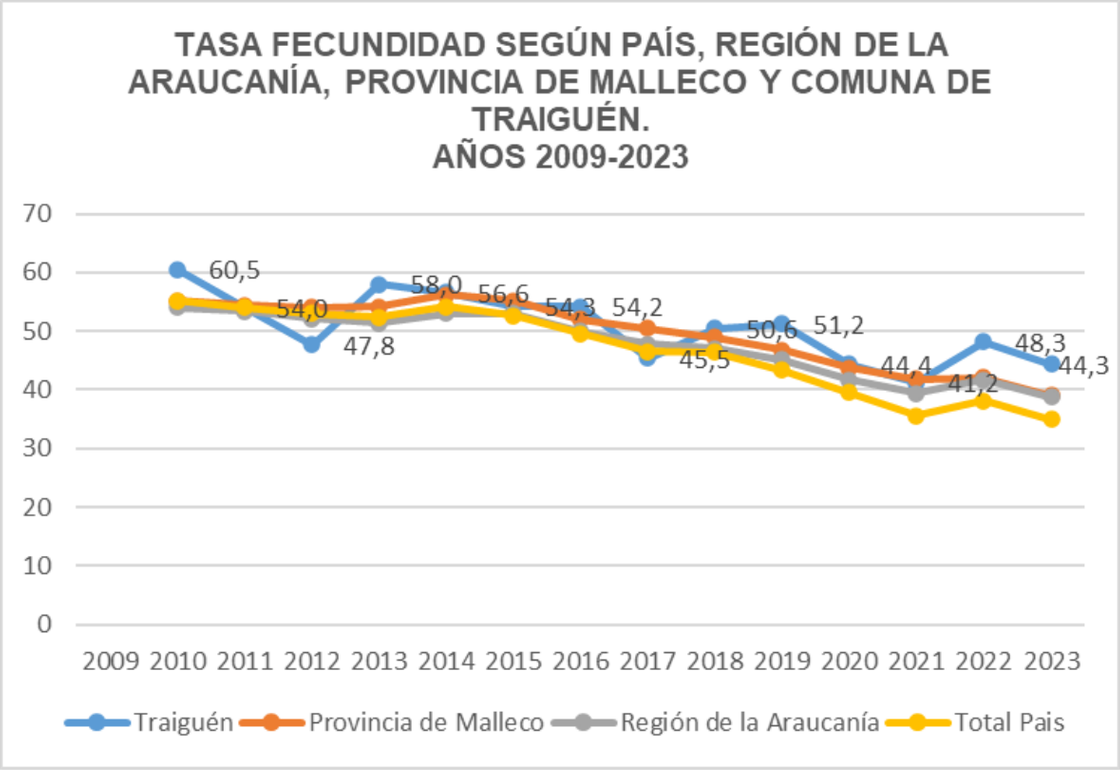
Este fenómeno de disminución en la natalidad a nivel país, regional y comunal, se puede explicar por el mayor acceso que presenta la población femenina a métodos de regulación de la fertilidad, a la amplia gama de oferta que presenta el sistema público cuyo principal objetivo es lograr la planificación de la gestación por deseo de la mujer o pareja de ser madre/padre.



Fuente: Gráfico de elaboración propia, datos extraídos desde el DEIS, MINSAL.

4.1.2 FECUNDIDAD

La fecundidad ha ido en descenso en los últimos 14 años en forma general a nivel país. A pesar de esto destaca que para la comuna de Traiguén la tasa de fecundidad para el año 2023 es de 44,3 de nac. vivos/1000 mujeres, siendo superior a la tasa de fecundidad de la Región de La Araucanía (38,8 nac. vivos/1000 mujeres) y al País (35,0 nac. vivos/1000 mujeres).

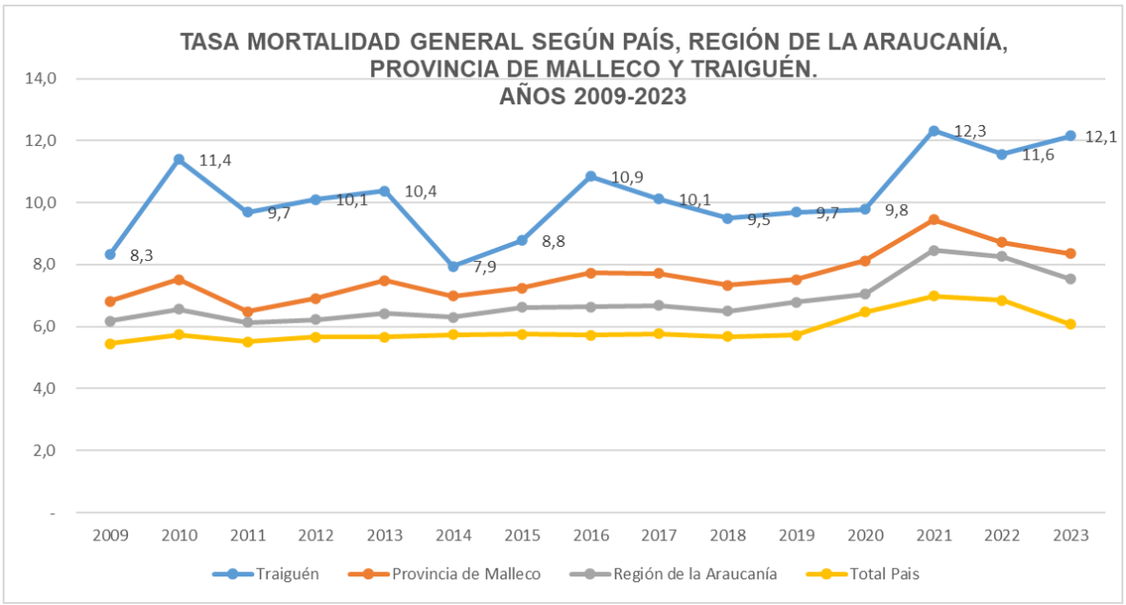


4.1.3 MORTALIDAD

4.1.3.1 Mortalidad general

En relación a la tasa bruta de mortalidad general (defunciones por mil habitantes), se puede observar en el gráfico a continuación, comparativo que a nivel País y Región de la Araucanía existe una evolución en estos últimos 10 años bien simétrica, encontrándose siempre la tasa bruta mortalidad general regional por sobre la nacional. En 2023, a nivel país, se registra una tasa bruta de mortalidad de 6,1 def/1000 hab., mientras que a nivel de región esta cifra es de 7,5 def/1000 hab., mientras que en la comuna de Traiguén es muy superior alcanzando las 12,1 def/1000 hab.

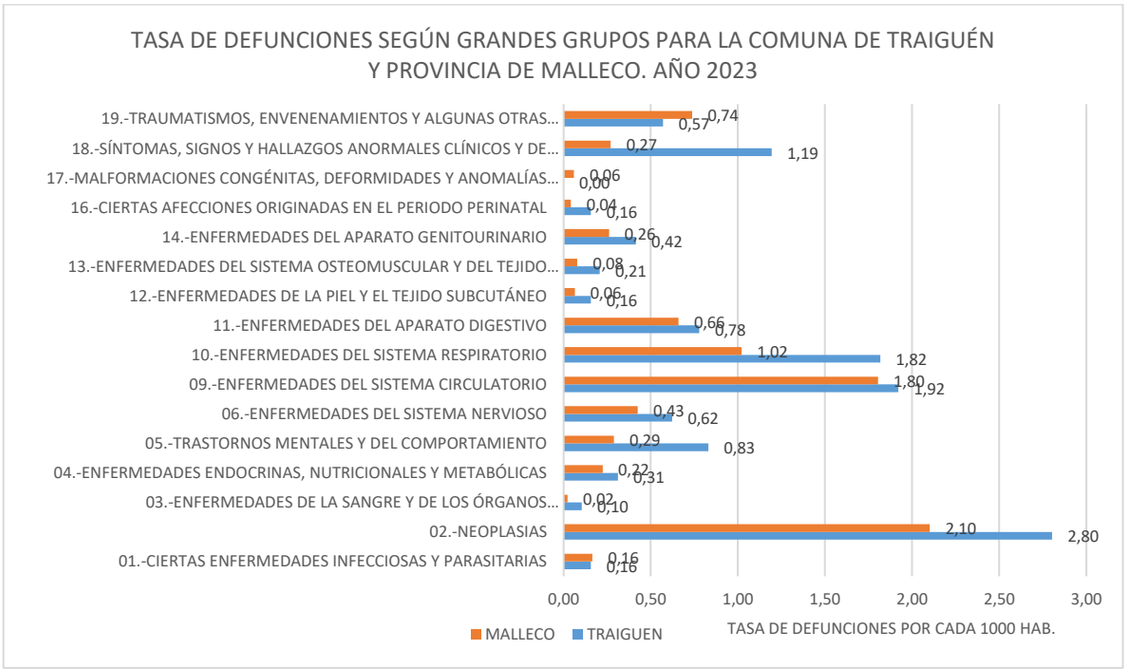
Al momento de realizar la recopilación de información se evidencia que la comuna de Traiguén en estos últimos 14 años siempre se encuentra por sobre el país y la región, dicho fenómeno se puede explicar por el envejecimiento de la población que presenta la comuna.



Fuente: Gráfico de elaboración propia, datos extraídos desde el DEIS, MINSAL.

4.1.3.2 Mortalidad por grandes grupos

En la comuna de Traiguén, para el año 2023, las tres principales causas de mortalidad son Neoplasias (2,8 def./1000 hab.), Enfermedades del sistema circulatorio (1,92 def./1000 hab.) y en tercer lugar enfermedades del sistema respiratorio (1,82 def./1000 hab.), siendo estas tres causas mayores a los de la provincia de Malleco.

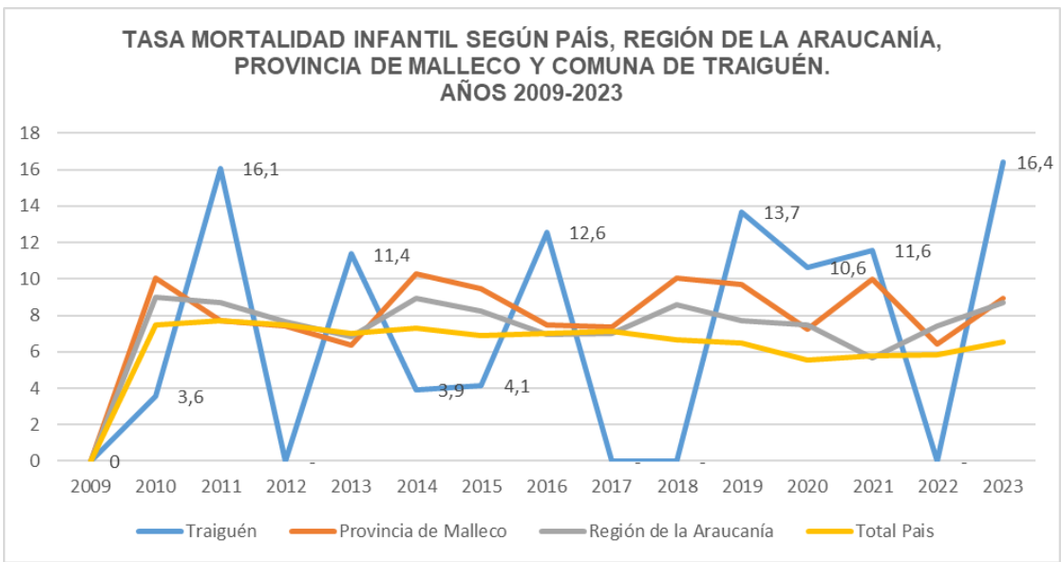


Mientras que para la comuna de Traiguén entre los años 2017 a 2023 se muestra un aumento de la mortalidad por Neoplasias, Enfermedades del sistema respiratorio y en Trastornos mentales y del comportamiento. A pesar de que las enfermedades del circulatorio se encuentran como segunda causa de muerte en la comuna, en el año 2023 se observa una disminución en la mortalidad por esta causa.

TASA DE DEFUNCIONES (CADA 1000 HAB.) SEGÚN GRANDES GRUPOS PARA LA COMUNA DE TRAIGUÉN 2017-2023							
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
01.-CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	0,21	0,10	0,16	0,10	0,16	0,21	0,16
02.-NEOPLASIAS	1,50	2,07	2,54	1,76	2,02	1,56	2,80
03.-ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y DE LOS ÓRGANOS HEMATOPOYÉTICOS Y OTROS TRASTORNOS QUE AFECTAN EL MECANISMO DE LA INMUNIDAD	0,05	0,10	-	-	0,10	0,21	0,10
04.-ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABÓLICAS	0,47	0,36	0,36	0,31	0,31	0,57	0,31
05.-TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO	0,26	0,05	0,21	0,26	0,41	0,47	0,83
06.-ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	0,42	0,26	0,26	0,52	0,57	0,52	0,62
09.-ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	2,39	2,28	1,92	1,81	2,54	2,70	1,92
10.-ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	1,50	1,50	1,92	1,19	1,29	1,24	1,82
11.-ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO	0,78	0,52	0,26	0,57	0,83	0,57	0,78
12.-ENFERMEDADES DE LA PIEL Y EL TEJIDO SUBCUTÁNEO	0,10	0,21	0,16	0,36	0,10	0,21	0,16
13.-ENFERMEDADES DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y DEL TEJIDO CONECTIVO	-	-	-	-	-	0,05	0,21
14.-ENFERMEDADES DEL APARATO GENITOURINARIO	0,52	0,67	0,62	0,62	0,72	0,31	0,42
16.-CIERTAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL	-	-	0,05	0,05	-	-	0,16
17.-MALFORMACIONES CONGÉNITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALÍAS CROMOSÓMICAS	0,05	-	0,10	0,05	0,05	0,05	-
18.-SÍNTOMAS, SIGNOS Y HALLAZGOS ANORMALES CLÍNICOS Y DE LABORATORIO, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE	0,88	0,57	0,47	1,14	0,88	0,83	1,19
19.-TRAUMATISMOS, ENVENENAMIENTOS Y ALGUNAS OTRAS CONSECUENCIAS DE CAUSA EXTERNA	0,99	0,78	0,67	0,57	0,67	0,88	0,57
22.-CÓDIGOS PARA SITUACIONES ESPECIALES	-	-	-	0,52	1,66	1,19	0,10

4.1.3.3 Mortalidad infantil

La mortalidad infantil se considera a las defunciones de menores de un año, según los datos recopilados en INE y observando el gráfico de mortalidad infantil 2009-2023, se observa que se ha mantenido la tasa de mortalidad infantil con leves fluctuaciones a nivel país (6,5 def/1000 hab en 2023) y regional (8,7 def/1000 hab en 2023), sin embargo entre los años 2021 a 2023 la comuna de Traiguén ha aumentado notoriamente la tasa de mortalidad de 11,6 def/1000 hab en 2021 a 16,4 def/1000 hab en 2023, siempre manteniéndose mayor la tasa al país y la región. Por otra parte, la tasa de mortalidad infantil de la región de La Araucanía siempre se mantiene por sobre el nivel país en los últimos 13 años.



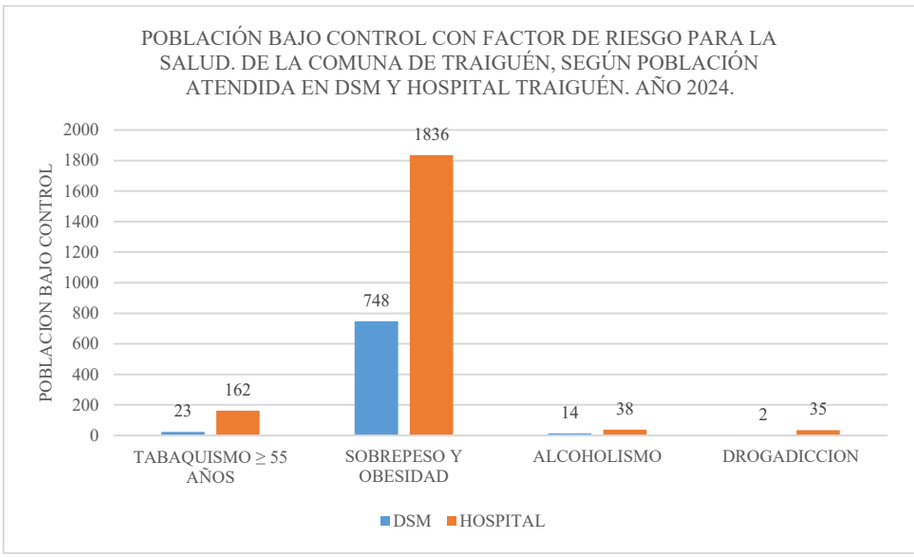
Fuente: Gráfico de elaboración propia, datos extraídos desde el DEIS, MINSAL.

4.1.4 FACTORES DE RIESGO PARA LA SALUD

Los factores de riesgo para la salud son características o exposiciones que aumentan la probabilidad de que una persona desarrolle una enfermedad o trastorno de salud. Algunos de los principales factores de riesgo para la salud son:

- Mala alimentación
- Sobrepeso y obesidad
- Consumo excesivo de alcohol
- Tabaquismo y exposición al humo de tabaco
- Sedentarismo e inactividad física
- Uso de drogas ilícitas
- Exposición a sustancias peligrosas o agentes tóxicos en el lugar de trabajo.
- Falta de educación sobre salud.
- Factores ambientales.

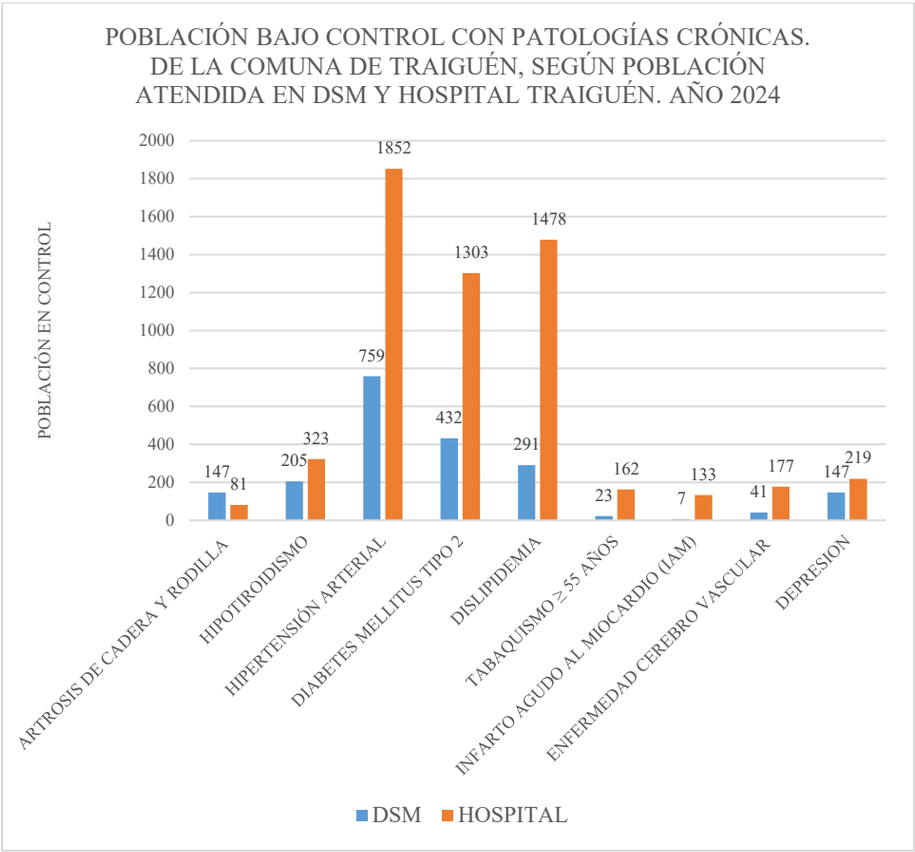
Con respecto a los datos recopilados en REM P de junio 2024, el factor de riesgo mas prevalente es el sobrepeso y obesidad, seguido por el tabaquismo, tanto en la población atendida en el DSM como en el Hospital Traiguén.



Fuente: Gráfico de elaboración propia. Datos extraídos del REM Serie P junio 2024.

4.1.5 PREVALENCIA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS.

Según los datos obtenidos en el Registro Estadístico Mensual, serie P de junio del 2024, se observa que, en la comuna de Traiguén, destacan la población bajo control que presenta Diabetes mellitus tipo II, Hipertensión arterial y Dislipidemia, como las que presentan mayor prevalencia, tanto en la población atendida en el DSM como en el Hospital Traiguén.



Fuente: Gráfico de elaboración propia. Datos extraídos del REM Serie P junio 2024.

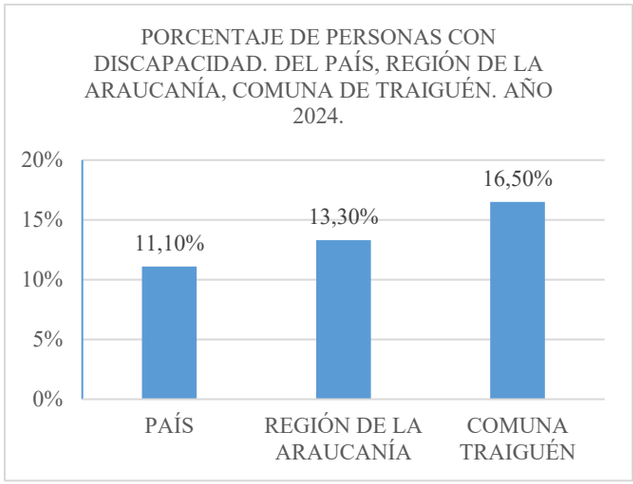
4.1.6 INDICADORES DE DISCAPACIDAD

4.1.6.1 Porcentaje de la población con discapacidad

Según los datos del CENSO 2024, en la comuna de Traiguén hay 2.951 personas con discapacidad que representa un 16,5%, siendo mayor al porcentaje del país (11, 1%) y de la región (13,3%).

Población con discapacidad		
	Población	Porcentaje
PAÍS	1.950.388	11,1%
REGIÓN DE LA ARAUCANÍA	127.007	13,3%
COMUNA TRAIGUÉN	2.951	16,5%

Fuente: Tabla de elaboración propia. Datos extraídos del CENSO 2024.



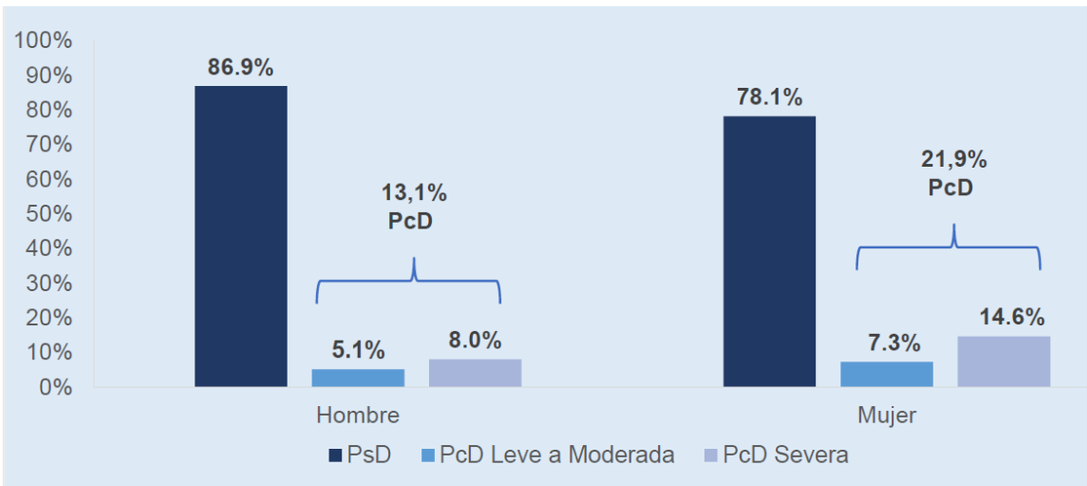
Fuente: Gráfico de elaboración propia. Datos extraídos del CENSO 2024.

4.1.6.2 Razón hombre mujer de la población con discapacidad

En cuanto a la cantidad de hombres con discapacidad por cada 100 mujeres con discapacidad, en la comuna hay una mayor proporción de hombres con discapacidad en relación a las mujeres, comparado al de la región (73,0) y el país (71,3). Estos datos contrastan con los datos de la población general (90,6), indicando que hay una mayor predisposición a discapacidad en mujeres.

Razón hombre mujer de la población con discapacidad	
PAÍS	71,3
REGIÓN DE LA ARAUCANÍA	73,0
COMUNA TRAIGUÉN	76,6

4.1.6.3 Porcentaje de la población adulta a nivel país según situación de discapacidad, por sexo.

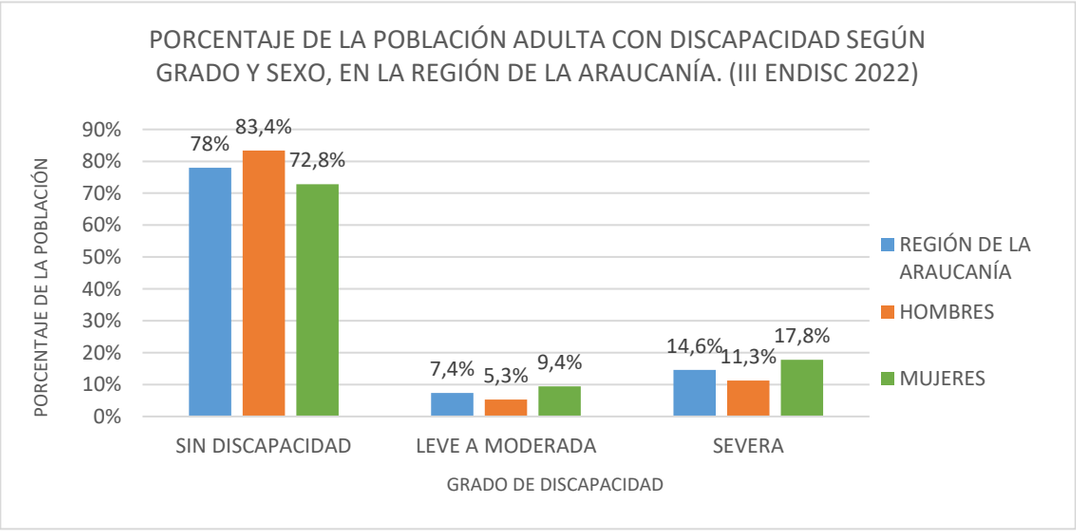


Fuente: Gráfico extraído del III ENDISC 2022.

La población estimada a nivel nacional que presentan discapacidad es de un 2.703.893 (17.6%), de este porcentaje el 13,1% son hombres y 21,9% mujeres. Se observa un mayor porcentaje de mujeres con discapacidad, como así también, un mayor número de mujeres con dependencia leve a moderada y dependencia severa.

Porcentaje de la población adulta con discapacidad de 18 años o más a nivel nacional es de 17.6% que corresponde a 2.703.893 personas, mientras que en la Región de la Araucanía es de 22% (179.161 personas).

4.1.6.4 Porcentaje de la población adulta con discapacidad según grado se sexo, Región de La Araucanía.



Fuente: Gráfico de elaboración propia. Datos extraídos del III ENDISC 2022.

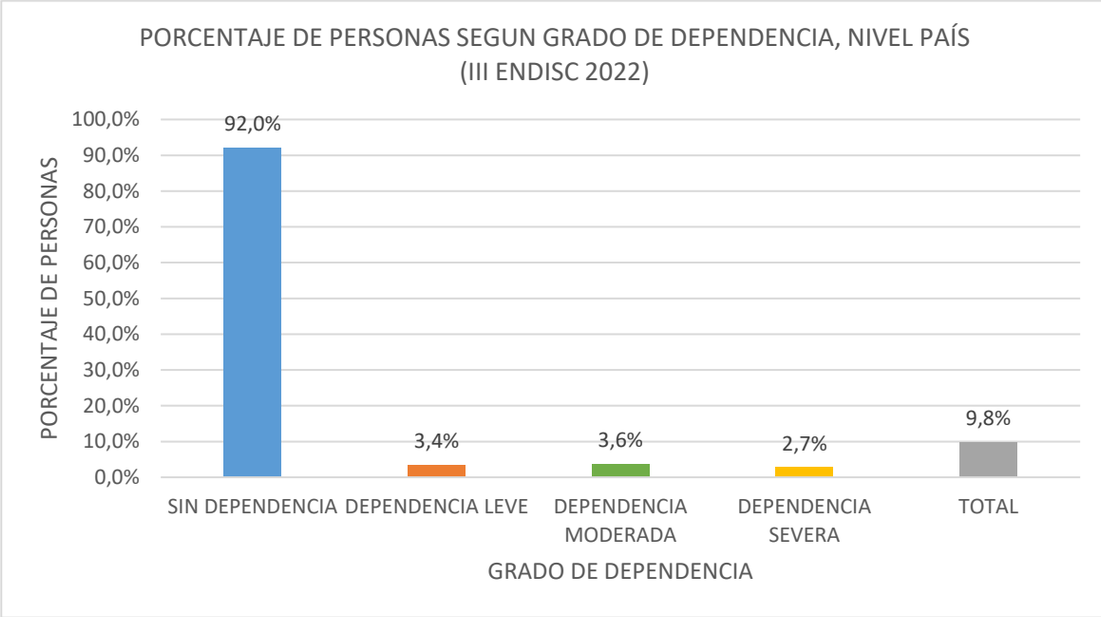
La distribución de la población adulta según discapacidad y grado de severidad en la Región de La Araucanía es la siguiente: El 22% de la población adulta de la región tiene discapacidad, que equivale a 179.161 personas. El 7,4% tiene discapacidad leve a moderada, que corresponde a 60.171 personas. El 14,6% tienen discapacidad severa, correspondiente a 118.990 personas.

En la Región de la Araucanía el 22% de la población adulta presenta discapacidad, de estos 16,6% son hombres y 27,2% mujeres. Por lo tanto, el porcentaje de mujeres adultas con discapacidad en la región es mayor que el de hombres, diferencia que se mantiene al observar por grados de discapacidad.

4.1.7 INDICADORES DE DEPENDENCIA

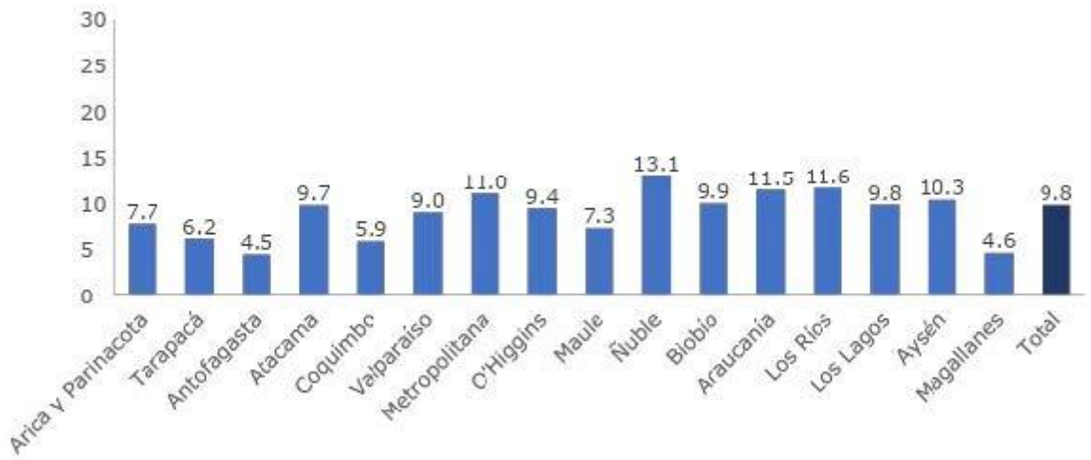
4.1.7.1 Prevalencia de la población adulta en situación de dependencia.

Las personas en situación de dependencia son aquellas que, debido a alguna dificultad física, mental o para la movilidad, debido a su salud, requieren de la asistencia de otra persona para realizar algunas tareas o actividades en su vida diaria.



Fuente: Gráfico de elaboración propia. Datos extraídos del III ENDISC 2022.

Personas en situación de dependencia a nivel nacional alcanza a las 1.498.977, siendo el 9,8% de la población adulta, de esta población de 18 años y más el 3,4% presenta dependencia leve, 3,6% dependencia moderada y el 2,7% dependencia severa.



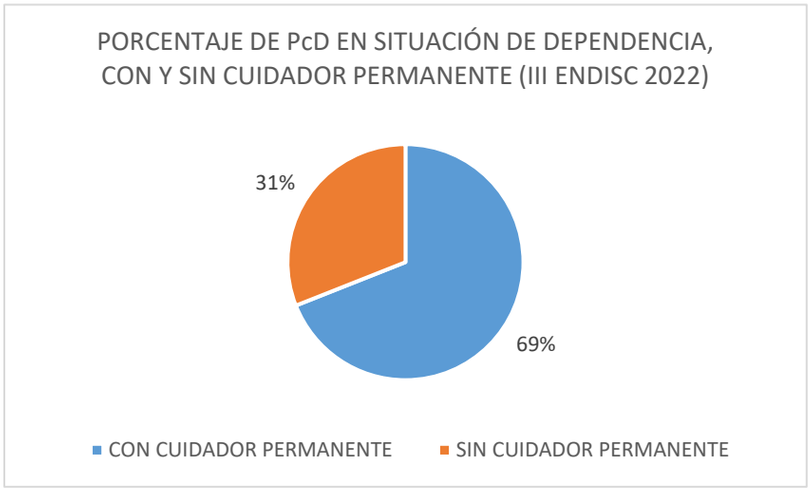
Fuente: Gráfico extraído del III ENDISC 2022.

En la Región de La Araucanía corresponde a 11,5%, siendo la tercera región con mayor porcentaje de personas con discapacidad (Ñuble 13.1% seguida de Los Ríos 11.6%).

Cabe destacar que del total de personas con discapacidad en la Región de La Araucanía, el 52,2% de ellas está en situación de dependencia. Esto quiere decir que, debido a alguna dificultad física, mental o para la movilidad, debido a su salud, requieren de la asistencia de otra persona para realizar algunas tareas o actividades en su vida diaria.

4.1.7.2 Distribución de la población adulta con discapacidad en situación de dependencia según presencia de cuidador permanente

El 69% de la población adulta con discapacidad en situación de dependencia cuenta con un cuidador de manera permanente, mientras que un 31% no precisa de cuidador.

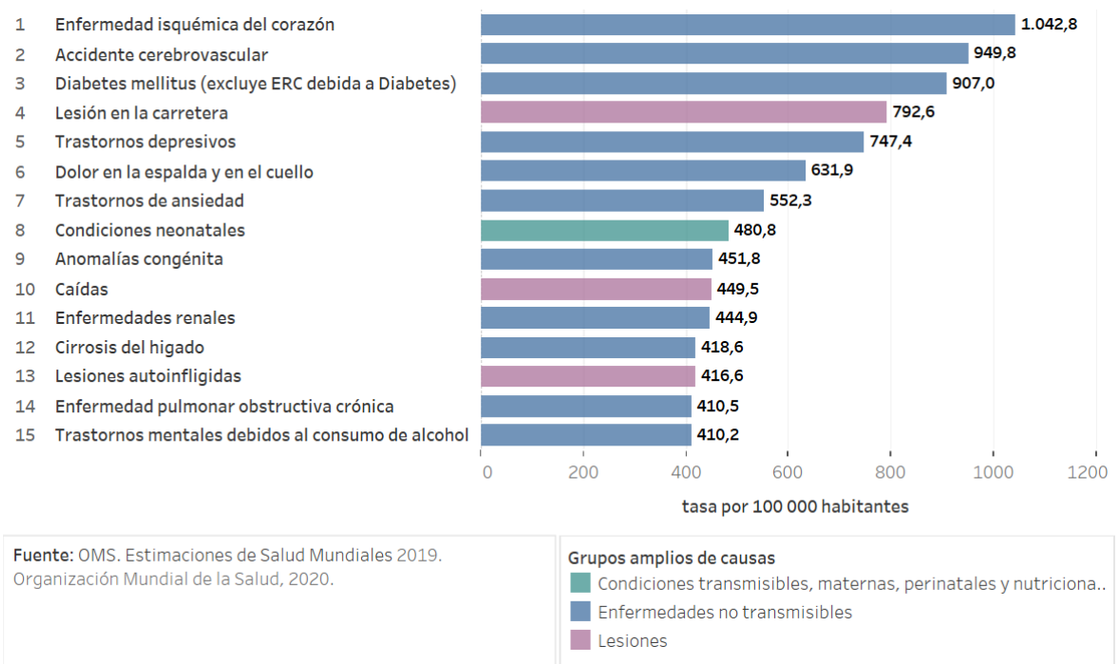


Fuente: Gráfico de elaboración propia. Datos extraídos del III ENDISC 2022.

4.1.8 INDICADORES DE CARGA DE ENFERMEDAD

4.1.8.1 Años de vida perdidos ajustados a discapacidad (AVISA)

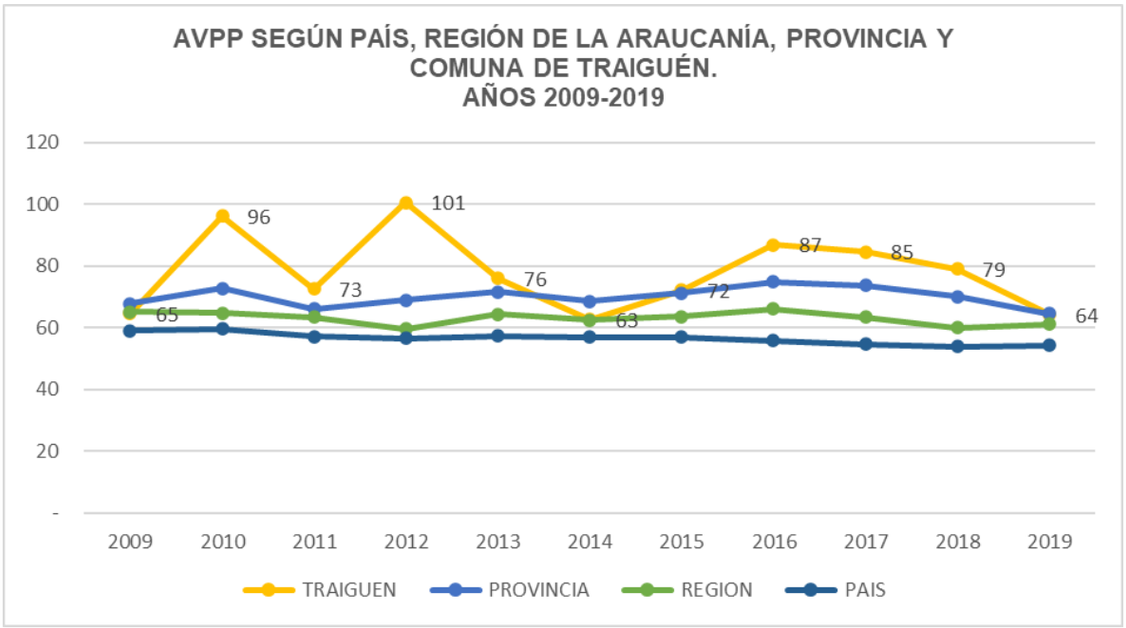
Los años de vida perdidos ajustados a Discapacidad (AVISA), son combina el número de años de vida perdidos por muerte prematura (AVPP) y los años de vida vividos con discapacidad (AVD). Según las estimaciones de Salud Mundiales de la OMS del 2019, para Chile, las tres principales causas de AVISA, son Enfermedad Isquémica del Corazón (1042,8 años de vida perdidos por cada 100.000 hab.), Accidente Cerebrovascular (949,8 años de vida perdidos por cada 100.000 hab.), Diabetes Mellitus (907,0 años de vida perdidos por cada 100.000 hab.).



4.1.8.2 Años de vida potencialmente perdidos (AVPP)

Los años de vida potencialmente perdidos (AVPP), representa el número de años de vida potencialmente perdidos por las personas que fallecieron antes de alcanzar la esperanza de vida local (para Chile a los 80 años de edad) en un área específica y un período de tiempo definido. Desde el año 2009 al 2019 la comuna de Traiguén siempre se encontró por sobre la Región de La Araucanía y el País, sin embargo, desde el 2016 al 2019, la comuna parece acercarse más promedio regional con 64 años de vida potencialmente perdidos por cada 1000 hab. para el 2019.

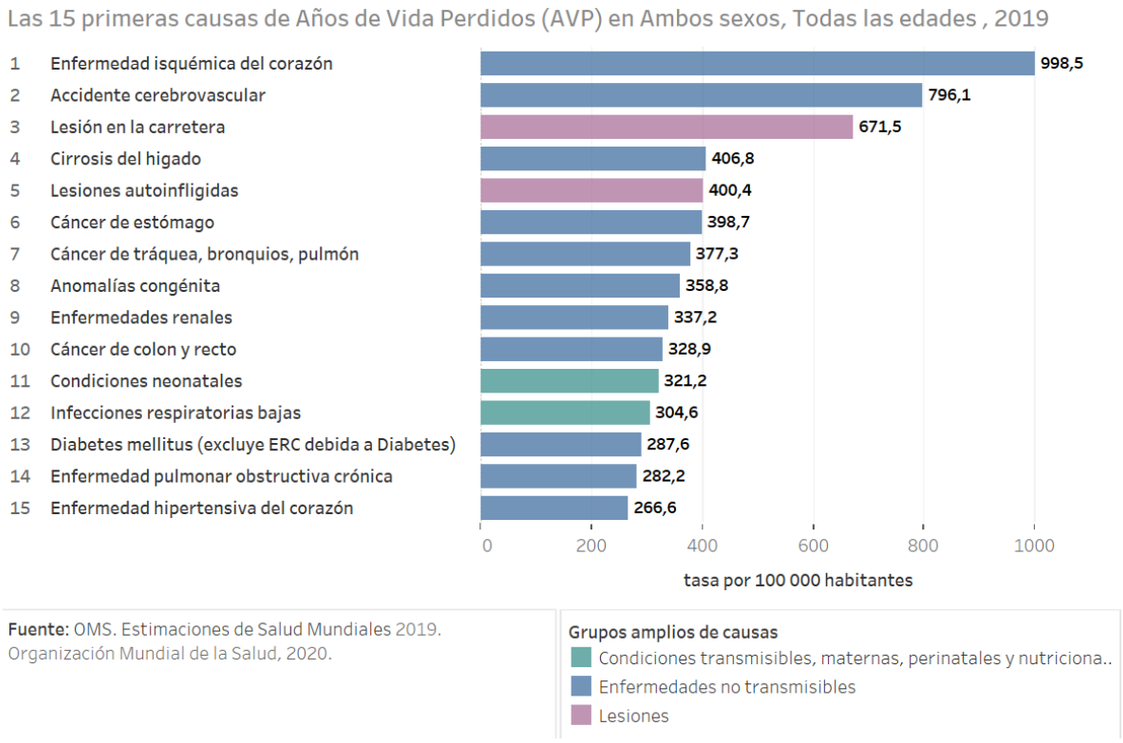
AVPP años 2013-2019 (80 AÑOS)											
	TASA AVPP										
NOMBRE	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**
TRAIGUEN	65	96	73	101	76	63	72	87	85	79	64
PROVINCIA	**68**	**73**	**66**	**69**	**72**	**69**	**71**	**75**	**74**	**70**	**65**
REGION	65	65	63	60	64	63	64	66	63	60	61
PAIS	59	60	57	57	57	57	57	56	55	54	54



Fuente: Gráfico de elaboración propia, datos extraídos desde el DEIS, MINSAL.

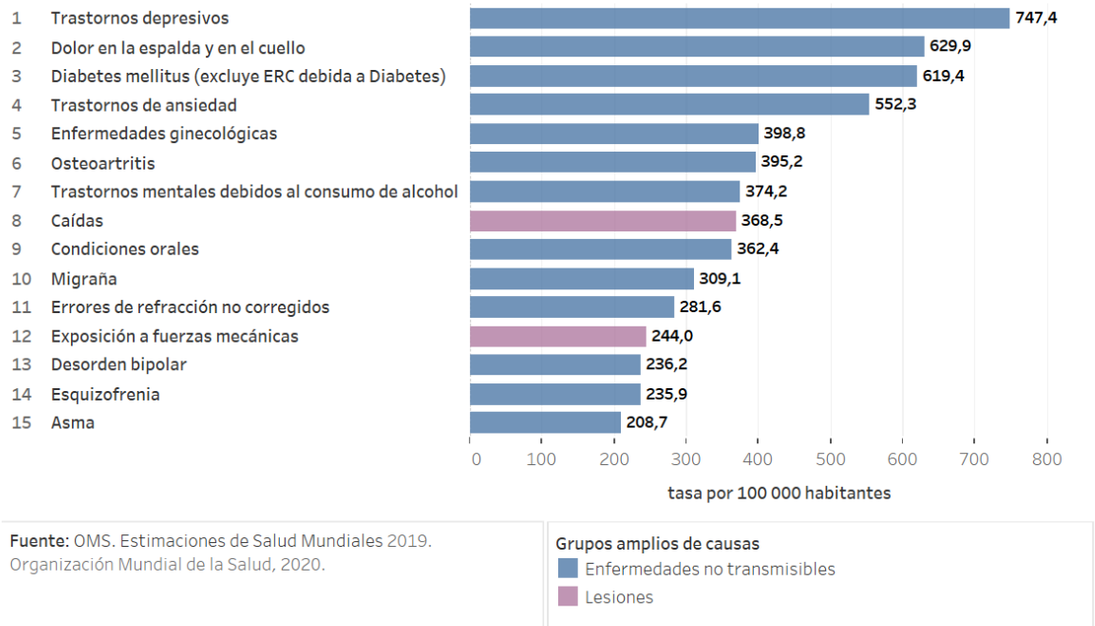
4.1.8.3 Años de vida perdidos (AVP)

Los años de vida perdidos (AVP) es un indicador de los años perdidos asociados a cada muerte en una determinada edad, contra los años que debió haber vivido una persona. Según las estimaciones de Salud Mundiales de la OMS del 2019, para Chile, las tres principales causas de AVP, son Enfermedad Isquémica del Corazón (998,5 años de vida perdidos por cada 100.000 hab.), Accidente Cerebrovascular (796,1 años de vida perdidos por cada 100.000 hab.), Lesión en la Carretera (671,5 años de vida perdidos por cada 100.000 hab.).



4.1.8.4 Años vividos con discapacidad (AVD)

Los años vividos con discapacidad (AVD), según las estimaciones de Salud Mundiales de la OMS del 2019, para Chile, las tres principales causas con mayor AVD son Trastornos depresivos (747,4 años vividos con discapacidad por cada 100.000 hab.), Dolor de espalda y cuello (629,9 años vividos con discapacidad por cada 100.000 hab.) y Diabetes Mellitus (619,4 años vividos con discapacidad por cada 100.000 hab.).



V. DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO Y MARCO ESTRATÉGICO DE SALUD RURAL (2025-2028)



I. Fundamento y Metodología del Diagnóstico Participativo (DP): El Diagnóstico Participativo es una herramienta fundamental de la gestión local, cuyo objetivo central es **establecer un espacio de confianza** para la libre expresión de opiniones sobre temáticas de salud. El DP busca formular un **Plan de Acción** con alto compromiso social, derivado de las necesidades y problemas detectados y priorizados por la propia comunidad. Este proceso requiere el involucramiento de múltiples actores y un inherente **trabajo en red**.

- **Enfoque y Alcance (2025 - 2028):** Los diagnósticos realizados en 2018 y el último con vigencia hasta 2028 (realizado en noviembre de 2024) contaron con la participación de dirigentes, autoridades tradicionales y actores claves de todas las comunidades rurales beneficiarias del Departamento de Salud Municipal (DSM).
- **Metodología:** Se utilizó la conformación de **Focus Group** y el análisis **FODA**, centrado en temáticas persistentes y relevantes: Atención en Postas de Salud, Calidad de Vida (Infancia y Adulto Mayor), Participación Social, y Contaminación/Medio Ambiente.

II. Síntesis de Problemáticas Críticas y Conclusiones Transversales: La matriz de los diagnósticos sucesivos confirma que la **condición de ruralidad** es el principal factor de riesgo que afecta la calidad de vida y el acceso a la salud.

5.1 PROBLEMÁTICAS CRÍTICAS IDENTIFICADAS (PERSISTENTES)

Área	Problemática Priorizada
Salud Mental y Social	Consumo problemático de alcohol, aumento de patologías de salud mental, y personas mayores sin redes de apoyo familiar (abandono).
Salud Intercultural	Falta de mayor integración de la medicina Mapuche (Lawen) para usuarios Mapuche y no Mapuche.
Acceso y Oportunidad	Demora en la atención con especialistas y dificultades logísticas/geográficas de acceso a servicios.

Área	Problemática Priorizada
Entorno y Medio Ambiente	Microbasurales y manejo deficiente de desechos domiciliarios.

B. Conclusiones Estratégicas (Mandato Comunitario): Las conclusiones de las jornadas han guiado la gestión, reforzando que:

1. **Corresponsabilidad:** La intervención institucional debe complementarse con la **participación y constante** de las comunidades (esfuerzo individual-familia-comunidad).
2. **Intersectorialidad:** El **trabajo en red** con instituciones externas a Salud es fundamental para la resolución de problemas de distinta índole (ej., caminos, medio ambiente).
3. **Vulnerabilidad de la Ruralidad:** El **mal estado de los caminos y la lejanía** afectan directamente la salud de los usuarios (conectividad y traslado de pacientes).
4. **Fortalecimiento Cultural:** Es imperativo **fortalecer la Salud Mapuche** en todos los sectores rurales, con el apoyo del DSM y el empoderamiento del Facilitador Intercultural.

III. Intervención y Avances de Gestión 2025 (Mejoras Proyectadas)

En línea con el **Plan de Acción** derivado de este diagnóstico, la gestión 2025 se ha enfocado en abordar estas problemáticas priorizadas, logrando una **vinculación estratégica con los programas activos** del DSM.

Problema Priorizado (Determinante Social)	Intervención Clave y Logros (Gestión 2025)	Desafío Persistente y Proyección 2026
Riesgo Ambiental y Sanitario (Microbasurales)	Abordaje directo **pendiente** para el ejercicio 2025, clasificado como un área de oportunidad intersectorial.	**Articular un plan de acción intersectorial** con DIDECO y Medio Ambiente (Verificador: REM A27 / Listas de Asistencia), para mitigar el riesgo sanitario asociado.
Consumo Problemático de Alcohol	**Garantizar la derivación asistida** a la red hospitalaria (previa coordinación con médico especialista en salud mental) para el tratamiento de usuarios con **consumo dependiente**. Implementación de estrategias psicoeducativas familiares bajo el marco **MAIS y ECICEP**.	**Incrementar la resolutividad y la trazabilidad** del seguimiento en la red asistencial terciaria.
Salud Mental (Alta Morbilidad)	Ejecución de **intervenciones grupales preventivas** (manejo del estrés, estimulación	**Formalizar la implementación de guías clínicas** y asegurar la capacitación continua del equipo

Problema Priorizado (Determinante Social)	Intervención Clave y Logros (Gestión 2025)	Desafío Persistente y Proyección 2026
	cognitiva, técnicas de relajación) con proyección **2025-2028**. Pendiente la **certificación del equipo clínico en la Guía mhGAP** (proyectado para 2026).	profesional para el manejo de patologías prevalentes.
Vulnerabilidad Social (Adultos Mayores)	Ejecución de **intervenciones psicosociales directas** por dupla especializada en casos de abandono o vulneración. **Articulación operativa consolidada** con el Programa de Dependencia Severa.	**Aumentar la capacidad de detección proactiva** y el seguimiento psicosocial en el domicilio, dado el alto riesgo de aislamiento rural.
Integración Intercultural	**Aumento significativo de las derivaciones asistidas** a *Machi* y *Lawentuchefe*. **Intensificación de la difusión** de la medicina Mapuche durante 2025.	**Formalizar la articulación y la complementariedad** entre ambos sistemas de salud (Verificador: REM PESPI). **Establecer un trabajo colaborativo** con *Pry Lonko* y la Mesa de Salud Mapuche.
Oportunidad en Especialidad	Asignación de **tres Médicos Contralores** y **reestructuración de procesos SOME**. Finalización de la implementación y capacitación en la **Ficha Electrónica**. Coordinación directa con Facilitador Hospital Victoria y Unidad de Gestión de la Demanda.	**Optimizar la gestión de interconsultas y el flujo de pacientes** a través de la plena implementación y monitorización del **Sistema de Referencia-Contrarreferencia**.

5.2 FORTALECIMIENTO DE LA COORDINACIÓN INTERSECTORIAL CON COMUNIDADES MAPUCHE

En una **Sesión de Diálogo Estratégico y Coordinación Comunal**, se concretó una mesa de trabajo de alto nivel con representantes de las comunidades Mapuche de Traiguén. La delegación institucional fue encabezada por la Directora del Departamento de Salud Municipal (DSM), **Sra. Carmen Gloria Correa**, quien actuó en **representación protocolar del Alcalde, Sr. Luis Álvarez Valenzuela**. La presencia del **Concejo Municipal** fue asegurada por los Concejales **Sra. Elsa Benedetti** y **Sr. Hugo Mario Fuentes**, reafirmando el respaldo político a la instancia.

Por parte de la comunidad, la sesión contó con la participación de las dirigentes **Sra. Mireya Quilaleo Colipay** y **Sra. Marina Pichun**, líderes de la organización **Trawun Malen**, junto a la representación de la **Asociación de Comunidades Mapuche de la comuna**.

Este encuentro, que contó además con la participación del encargado de Conectividad Rural, **Sr. Cristian Franco**, tuvo como objetivo primordial **articular prioridades territoriales, abordar demandas de conectividad y fortalecer el enfoque de pertinencia cultural y equidad en la entrega de servicios públicos**.







5.3 ARTICULACIÓN ESTRATÉGICA Y FORTALECIMIENTO DE LA RED ASISTENCIAL COMUNAL

I. Sinergia Institucional y Optimización de la Red

Se llevó a cabo una **sesión estratégica de coordinación horizontal** entre la **Red de Salud Comunal**, integrada por el Departamento de Salud Municipal (APS) y el Hospital de Traiguén (Atención Secundaria). El encuentro se desarrolló bajo el espíritu de **trabajo en equipo y esfuerzo mancomunado**, esencial para elevar el estándar de la salud pública local. El objetivo central fue consolidar el **flujo asistencial** y **optimizar la continuidad del cuidado** para todos los usuarios, tanto del sector rural como urbano.

II. Logros Técnicos y Compromiso con la Calidad

Esta instancia de colaboración permitió alcanzar logros técnicos significativos que impactan directamente en la oportunidad de la atención:

- **Protocolo de Referencia y Contrarreferencia:** Se avanzó sustancialmente en la creación de un **marco de referencia y contrarreferencia (RCR) claro y estandarizado**, vital para la trazabilidad y la gestión oportuna del paciente en su tránsito entre niveles de complejidad.
- **Interoperabilidad Clínica:** Se definieron mecanismos para **mejorar la comunicación y el traspaso de datos clínicos**, fortaleciendo la interoperabilidad de la información del paciente entre los equipos de atención primaria y el hospital.
- **Coordinación Programática Focalizada:** Se reforzó la **coordinación intersectorial** en programas de alta sensibilidad, especialmente en la atención integral de **embarazadas y adolescentes**, a través de la articulación con el programa **Espacios Amigables**.

III. Misión y Compromiso del Equipo de Salud

Destacamos fervientemente el compromiso y la sinergia demostrada por los equipos de salud de toda la red. Su labor está orientada a un **objetivo estratégico común:** garantizar una atención de la más alta **calidad, oportunidad y seguridad**. Este esfuerzo mancomunado se alinea con el **Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS)**, asegurando que cada prestación sea **centrada en las personas, equitativa, digna y plenamente respetuosa de la privacidad y los derechos del usuario**.









5.4 MONITOREO DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA SENTENCIA CIDH: COORDINACIÓN INTERSECTORIAL DIDAICO

5.4.1 MARCO Y PROPÓSITO DEL ENCUENTRO

Se llevó a cabo una **Sesión Tripartita de Coordinación y Monitoreo** entre el **Departamento de Salud Municipal (DSM)**, el **Equipo de Reparación Específico del Territorio Didaico** y la **Mesa Intercultural Comunal**.

El encuentro tuvo como objetivo principal **analizar el alcance, la ejecución y el nivel de cumplimiento de la sentencia histórica de la Corte Interamericana de Derechos Humanos (CIDH)** que benefició al Lonko y, por extensión, a toda su comunidad. La reunión se centró en la **responsabilidad institucional de impulsar un proceso de reparación integral** conforme al mandato judicial.

5.4.2 ESTRATEGIA DE REPARACIÓN INTEGRAL Y AVANCES SECTORIALES

El diálogo se enfocó en el progreso de las acciones de restitución de derechos en las áreas priorizadas por el fallo y las necesidades extendidas a la comunidad, demostrando una coordinación efectiva más allá del sector salud:

Área de Intervención	Logros y Continuidad Asistencial (Gestión 2025)	Implicancia Estratégica
Salud y Bienestar	La comunidad cuenta con un **equipo de profesionales de salud dedicados** que garantizan la continuidad asistencial desde la **posta local** bajo un modelo de atención con pertinencia cultural.	Asegurar el acceso oportuno y la **integración de la medicina tradicional** en la atención primaria (PESPI).
Educación y Hábitat	Se están ejecutando **mejoras estructurales** en la infraestructura del colegio Didaico, creando un entorno educativo digno y seguro.	Fortalecimiento de la educación intercultural y mejora directa en la **calidad del hábitat** de los NNAJ.
Apoyo Social y Dignidad	Se mantiene una **atención priorizada a adultos mayores**, que incluye la	Mitigación del riesgo social y abordaje del abandono

Área de Intervención	Logros y Continuidad Asistencial (Gestión 2025)	Implicancia Estratégica
	entrega programada de alimentos y la ejecución de **mejoras en viviendas sociales**, elevando la calidad de vida.	familiar, como se identificó en el diagnóstico participativo.
Reconstrucción Post-Catástrofe	Se articuló el apoyo crucial tras el incendio forestal de 2023, gestionando la **reconstrucción y el mejoramiento de viviendas**, además de la **provisión de suministros esenciales** a las familias afectadas.	Demuestra la **capacidad de respuesta intersectorial** del Estado ante emergencias territoriales.

5.4.3 CONCLUSIÓN Y COMPROMISO DE MONITOREO

La reunión reafirma el **compromiso ineludible** del Departamento de Salud Municipal y los actores intersectoriales de Traiguén con el cumplimiento del mandato judicial, entendiendo la reparación como un proceso continuo y holístico que abarca desde la salud individual hasta el desarrollo productivo y la dignidad habitacional de la comunidad de Didaico.

Se establecerán mesas de trabajo de monitoreo periódicas para asegurar la **trazabilidad y la ejecución oportuna** de todas las acciones de reparación.





5.5 DIÁLOGO DE ALTO NIVEL Y RESTITUCIÓN DE DERECHOS: FORTALECIMIENTO INTERCULTURAL EN LOF TEMULEMU

5.5.1 MARCO LEGAL Y PROTAGONISMO TERRITORIAL

En el marco de la **sentencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos (CIDH)** que establece un mandato de reparación integral, se celebró una importante reunión de coordinación y diálogo.

La mesa fue encabezada por la **Directora del Departamento de Salud Municipal de Traiguén**, la **Sra. Carmen Gloria Correa**, y contó con la participación clave de la **autoridad tradicional y territorial del Lof Temulemu, el Equipo PriLonko**, junto a la **Mesa de Salud Intercultural Comunal** y la **Facilitadora Intercultural del DSM**.

5.5.2 ANÁLISIS BICULTURAL Y ENFOQUE DE LA REPARACIÓN COMUNITARIA

El encuentro tuvo como objetivo primordial analizar la **sinergia y la calidad del trabajo bicultural** que se desarrolla en el **Lof Temulemu**. La discusión se centró en la **reparación comunitaria** y el **bienestar holístico (Küme Mongen)**, con una estrategia fundamentada en el **enfoque de salud familiar a lo largo de todo el ciclo de vida**.

Aumento del Conocimiento: Integración de la Medicina Mapuche: La pertinencia cultural se abordó no solo como una complementariedad, sino como una integración activa de cosmovisiones médicas:

- El modelo busca garantizar que la atención **trascienda la curación biológica**, abarcando la salud espiritual y territorial, esenciales en la perspectiva Mapuche.
- El trabajo con el Equipo PriLonko asegura que las acciones de salud se alineen con la **autoridad tradicional**, facilitando el uso de la **medicina ancestral (Lawen)** y los **sanadores tradicionales (Machi/Lawentuchefe)** como parte integral del plan terapéutico.

5.5.3 PROYECCIÓN ESTRATÉGICA Y COMPROMISO ASISTENCIAL

Asimismo, se abordaron aspectos cruciales de la seguridad y el cuidado comunitario:

- **Prevención y Gestión de Emergencias:** Se revisaron las **acciones preventivas vigentes** y se presentó una **propuesta de Plan de Contingencia Comunitario** ante emergencias territoriales y los recurrentes incendios rurales.
- **Modelo de Atención Integral:** Se reafirmó el compromiso institucional con el **fortalecimiento del Modelo de Salud Intercultural**. Este modelo garantiza una **atención médica, psicológica y dental** que opera desde una perspectiva integral y **culturalmente pertinente**, integrando los recursos de la medicina occidental con los recursos y saberes de la medicina ancestral Mapuche, en cumplimiento del mandato legal de restitución de derechos.









VI. DIAGNÓSTICO DE RECURSOS EN SALUD

6.1 DOTACIÓN DE SALUD DEL DSM TRAIGUÉN 2026

Contenidos de Resolución de Dotación de Servicios de Salud

CATEGORÍA	CARGO	N° FUNCIONARIOS	N° HORAS SEMANALES
A	Medico(a)	2	88
A	Odontólogo(a)	3	88
A	Químico Farmacéutico	1	44
		TOTAL A: 6	220
B	Dirección establecimiento	1	44
B	Asistente Social	3	110
B	Enfermera(o)	4	176
B	Fonoaudiólogo(a)	1	44
B	Ingeniero(a) Comercial Jefe de Finanzas	1	44
B	Ingeniero(a) en Administracion de Empresas "Encargado/a Remuneraciones"	1	44
B	Ingeniero(a) en Administracion de Empresas "Encargado/a de Adquisiciones"	1	44
B	Kinesiólogo(a)	3	88
B	Matrón(a)	2	88
B	Nutricionista	2	88
B	Psicólogo(a)	2	88
B	Otro: Prevencionista de Riesgos	1	44
B	Otro Educadora Diferencial	1	44
		TOTAL B: 23	946
C	TENS	17	748
C	TANS	1	44
	TNS	1	44
C	TONS	3	88
		TOTAL C: 22	924
D	Técnico de Salud	1	44
		TOTAL D: 1	44
E	Administrativo	3	132
		TOTAL E: 4	176
F	Auxiliar de Servicio	1	44
F	Conductores	6	264
		TOTAL F: 7	308
E	Facilitadores/as Interculturales	1	44
E		TOTAL E: 1	44
		TOTAL (categoría):	
	TOTAL (A, B, C, D, E, F)	63	2618

6.2 HOSPITAL DE TRAIGUEN

6.2.1 MISION, VISION Y VALORES

Misión

Somos un hospital de mediana complejidad perteneciente a la red de Salud Araucanía Norte que otorga prestaciones diagnósticas, promocionales, preventivas, curativas y de rehabilitación; con atención de calidad, asistencial docente, orientado a la población de Traiguén y sus comunas aledañas, con un enfoque intercultural.

Visión

Al 2018 seremos un hospital innovador, de confianza para la comunidad integrado por equipos multidisciplinarios altamente competentes y motivados y con especialidades médicas que otorgan una atención humanizada y de calidad.

Valores Declarados

- ✓ Compromiso, Trabajo en equipo, Equidad
- ✓ Eficiencia
- ✓ Innovación interpretar lo nuevo como una oportunidad para crecer
- ✓ Respeto, empatía, humanismo, autocuidado, hospital verde

6.2.2 DOTACIÓN DE SALUD DEL HOSPITAL TRAIGUÉN

ESTAMENTOS	N° FUNCIONARIOS
Administrativos	30
Auxiliares	32
Directivos	1
Médicos	22
Odontólogos	9
Profesionales	72
Químicos farmacéuticos	2
Técnicos	114
TOTAL GENERAL	282

6.2.3 CARTERA DE PRETACIONES DE ESPECIALIDADES HOSPITAL TRAIGUEN

CAE	Consulta	Cambio de Botón Gástrico
CAE	Consulta	Colonoscopia Con o Sin Biopsia
CAE	Consulta	Consulta Alto Riesgo Obstétrico
CAE	Consulta	Consulta de Especialidad de Medicina Familiar
CAE	Consulta	Consulta Gastroenterología
CAE	Consulta	Consulta Ginecología
CAE	Consulta	Consulta Pediátrica
CAE	Consulta	Consulta Psiquiatría Adulto
CAE	Consulta	Control de Erradicación de Helicobacter Pylori
CAE	Consulta	Control Gastroenterología
CAE	Consulta	Controles Alto Riesgo Obstétrico
CAE	Consulta	Controles de Especialidad Medicina familiar
CAE	Consulta	Controles Ginecología
CAE	Consulta	Controles Pediátricos
CAE	Consulta	Controles Psiquiatría Adulto
CAE	Consulta	Controles Puerperio Patológico
CAE	Consulta	Ecografías Ginecológicas: Vía Transvaginal y Abdominal, Doppler
CAE	Consulta	Ecografías Obstétricas: Vía Transvaginal y Abdominal, Doppler, Perfil Biofísico, Cervicometrías
CAE	Consulta	Endoscopias Digestivas Altas Con y Sin Biopsia
CAE	Consulta	Evaluación de Monitoreo Cardio - Fetal
CAE	Consulta	Extracción de Cuerpo Extraño de Esófago y Estómago
CAE	Consulta	Extracción de Implantes Complejos DIU- Implanon
CAE	Consulta	Instalación de Sonda Nasoyeyunal
CAE	Consulta	Polipectomía Gástrica Endoscópica
CAE	Consulta	Polipectomía Gástrica Susceptible de ser Resecada con Pinza de Biopsia y Asa Fría
CAE	Consulta	Polipectomía Rectal o Colónica Susceptible de ser Resecado con Pinza de Biopsia y Asa Fría
CAE	Consulta	Test de Ureasa
CAE	Consulta	Toma Muestra Biopsias Pólipos Cervicales, Endometrio
CAE	Consulta	Visita Domiciliaria con Equipo de Salud Mental
Diálisis	Procedimiento	Control de Exámenes Mensuales y Semestrales según Protocolo
Diálisis	Procedimiento	Control Mensual de Pacientes por Médico Internista
Diálisis	Procedimiento	Control Semanal por Nutricionista
Diálisis	Procedimiento	Hemodiálisis Mensual con Insumos Incluidos
Endodoncia	Consulta	Examen de Diagnóstico Endodóntico, Radiografías Necesarias para el Tratamiento
Endodoncia	Consulta	Tratamiento de Endodoncia de Piezas Unirradiculares, Birradiculares y Multirradiculares
Endodoncia	Procedimiento	Endodoncia en Piezas No Vitales (Necrosis Pulpar, Granulomas, Quistes, Abscesos Dentoalveolares Agudos o Crónicos)
Endodoncia	Procedimiento	Endodoncia en Piezas Vitales (Pulpitis Irreversible)
Endodoncia	Procedimiento	Retratamientos Endodónticos
Ginecología y Obstetricia	Consulta	Atención de Parto Vaginal Eutócico
Ginecología y Obstetricia	Consulta	Evaluación Ginecológica de Pacientes de Otros Servicios
Ginecología y Obstetricia	Procedimiento	Bartholinitis, Vaciamiento y Drenaje
Medicina Familiar	Consulta	Visita Hospitalizados
Odontopediatría	Consulta	Consulta e Ingreso a Tratamiento Odontológico de Niños y Pacientes con Necesidades Especiales en Salud (Interconsulta)
Odontopediatría	Consulta	Pacientes con Necesidades Especiales en Salud, o Preescolares o Escolares de Difícil Manejo Conductual en Atención Abierta

Ortodoncia y ortopedia maxilofacial	Procedimiento	Aparato Removible
Ortodoncia y ortopedia maxilofacial	Procedimiento	Aparato Removible con Rejilla Lingual
Ortodoncia y ortopedia maxilofacial	Procedimiento	Aparato Removible con Tornillo Central Expansión
Ortodoncia y ortopedia maxilofacial	Procedimiento	Ortodoncia y Ortopedia Dentomaxilofacial
Pediatría	Consulta	Visita Hospitalizados Pacientes Pediátricos
Pediatría	Consulta	Visita Hospitalizados Pacientes Recién Nacidos
Periodoncia e Implantología	Procedimiento	Gingivitis Inducidas por Placa Bacteriana
Periodoncia e Implantología	Procedimiento	Gingivitis No Inducidas por Placa Bacteriana
Periodoncia e Implantología	Procedimiento	Tratamiento Periodontal No Quirúrgico
Periodoncia e Implantología	Procedimiento	Tratamiento Periodontal Quirúrgico

6.3 RECURSOS FÍSICOS Y TECNOLÓGICOS DSM TRAIGUÉN

6.3.1 EQUIPOS MÉDICOS PRINCIPALES

Establecimiento	Equipos Médicos	Cantidad
PSR Quilquen	- Monitor de signos vitales -Electrocardiógrafo (Se comparte en otras postas) -Desfibrilador automático externo -Camilla Ginecológica -Monitor detector de latidos cardiofetales (itinerante, se lleva al resto de las postas sector poniente) -Balón de Oxígeno con manómetro -Glucómetro -Refrigerador clínico medicamentos	1 1 1 1 1 0 1 1
PSR Molco	-Monitor de signos vitales -Electrocardiógrafo (Se comparte en otras postas) -Desfibrilador automático externo -Camilla Ginecológica -Monitor detector de latidos cardiofetales (itinerante, se lleva al resto de las postas sector poniente) -Balón de Oxígeno con manómetro -Glucómetro -Refrigerador clínico medicamentos - Sillón dental - Ultrasonido -Lámpara de Fotocurado -Micro motor -Turbina -Autoclave -Localizador de ápice	1 1 1 1 1 0 1 1 1 1 1 1 1 1 1
PSR Aniñir	-Monitor de signos vitales -Desfibrilador automático externo	0 1

	-Camilla Ginecológica - Balón de Oxígeno con manómetro -Glucómetro -Refrigerador clínico medicamentos	1 0 1 1
PSR Quechereguas	-Desfibrilador automático externo -Camilla Ginecológica - Balón de Oxígeno con manómetro -Glucómetro -Refrigerador clínico medicamentos	1 1 0 1 1
PSR Didaico	-Desfibrilador automático externo -Camilla Ginecológica - Balón de Oxígeno con manómetro -Glucómetro -Refrigerador clínico medicamentos	1 1 0 1 1
PSR Temulemu	-Monitor de signos vitales -Electrocardiógrafo -Desfibrilador automático externo - Carro de paro. -Camilla Ginecológica -Monitor detector de latidos cardiofetales (itinerante, se lleva al resto de las postas sector poniente) - Balón de Oxígeno con manómetro -Glucómetro -Refrigerador clínico medicamentos	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1
CECOSF Pantano	-Monitor de signos vitales -Desfibrilador automático externo -Camilla Ginecológica - Balón de Oxígeno con manómetro -Glucómetro -Refrigerador clínico medicamentos - Sillón dental - Ultrasonido -Lámpara de Fotocurado -Micro motor -Turbina -Autoclave -Localizador de ápice	1 1 1 0 1 1 1 1 1 1 1 1 1
EMR Contreras	-Desfibrilador automático externo -Camilla Ginecológica -Balón de Oxígeno con manómetro -Glucómetro -Refrigerador clínico medicamentos -Sillón dental -Ultrasonido -Lámpara de Fotocurado -Micro motor -Turbina -Autoclave -Localizador de ápice	1 1 0 1 1 1 1 1 1 1 1 1

6.3.2 EQUIPOS INDUSTRIALES

ESTABLECIMIENTO	EQUIPOS MÉDICOS	CANTIDAD
Todas las Postas de Salud Rural y el CECOSF	Generador eléctrico	1

PSR Molco, PSR Temulemu y CECOSF Pantano.	Caldera de calefacción a leña	1

6.3.3 EQUIPOS MÉDICOS

Establecimiento	Equipos Médicos	Cantidad
Departamento de Salud Municipal de Traiguén	Radiografía Dental Digital	1
Departamento de Salud Municipal de Traiguén	Reveladora Dental Análoga	1
Departamento de Salud Municipal de Traiguén	Bomba de Aspiración	1
Departamento de Salud Municipal de Traiguén	Reveladora Dental manual	1
Departamento de Salud Municipal de Traiguén	Desfibrilador automático externo	1
Departamento de Salud Municipal de Traiguén	Monitor de LCF	4
PSR Quilquen, Quechereguas, Molco, Didaico,	Refrigerador Clínico	8
DSM Traiguén	Autoclave Sobremesa	2
CECOSF Pantano	Autoclave Sobremesa	1
EMR Contreras	Autoclave Sobremesa	1
PSR Molco	Autoclave Sobremesa	1
PSR Molco	Sillón Dental	1
EMR Contreras	Sillón Dental	1
Departamento de Salud Municipal de Traiguén	Sillón Dental Portátil	2
CECOSF Pantano	Monitor signos vitales	1
CECOSF Pantano	Sillón Dental	1
Departamento de Salud Municipal de Traiguén	Monitor signos vitales	1
CECOSF Pantano	Desfibrilador Automático (DEA)	1
PSR Molco	Desfibrilador Automático (DEA)	1

6.3.4 DOTACIÓN DE VEHÍCULOS DEPARTAMENTO DE SALUD MUNICIPAL DE TRAIGUÉN

CIUDAD	ESTABLECIMIENTO	TIPO DE CARROCERÍA	MARCA	MODELO	PATENTE	AÑO DE ADQUISICIÓN	ESTADO
Traiguén	DSM	Camioneta 4x4	MAZDA	BT50	JYLX 11	2019	En reparación
Traiguén	DSM	Camioneta 4x4	TOYOTA	HILUX	LYHY 66	2020	Buena
Traiguén	DSM	Minibús 0	CITROEN	SPACE TOURER XL	KLWZ 27	2022	Regular
Traiguén	DSM	Camioneta 4x4	JMC	VIGUS WORK	RZTZ 58	2023	Regular
Traiguén	DSM	Camioneta 4x4	JMC	VIGUS WORK	RZTZ 59	2023	Buena
Traiguén	DSM	Camioneta 4x4	JMC	VIGUS WORK	RZTZ 60	2023	Regular

6.4 SISTEMAS DE INFORMACIÓN E INFORMÁTICA

Actualmente se cuenta con los siguientes sistemas informáticos:

- **SIDRA**: Sistemas información de red asistencial para la creación de agenda electrónica.
- **ESISSAN**: Digitación de interconsultas
- **SIGGES**: Digitación de prestaciones GES
- **EPIVIGILA**: Sistema nacional de registro de enfermedades de notificación obligatoria.
- **RNI**: Registro Nacional de Inmunización.
- **MIDAS**: Modernización de la Información Digital de la Autoridad Sanitaria- PNAC-PACAM
- **CENABAST**: Central Nacional de Abastecimiento.
- **SMC**: Sistemas Modulares de Computación spa.
- **FON Percápita:** Plataforma FONASA.
- **Plataforma iGESTLAB,** obtención resultados de exámenes sanguíneos.
- **Plataforma Medicap:** obtención resultados de imagenología.
- **IMED:** Generador licencias médicas.
- Hospital digital.
- Eyer Cloud

6.5 INFRAESCTRUCTURA

6.5.1 ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN DE SALUD DSM TRAIGUÉN

ESTABLECIMIENTO	AÑO DE CONSTRUCCIÓN	DISTANCIA	HORARIO DE ATENCION	ESTADO	FRECUENCIA DE ATENCIÓN
CECOSF PANTANO	2015	20 Km	De Lunes a Jueves 08:30 - 17:30 horas y Viernes 08:30 – 16:30	ÓPTIMO	8 VECES AL MES
POSTA DE SALUD RURAL MOLCO	2013	25 Km	De Lunes a Jueves 08:30 - 17:30 horas y Viernes 08:30 – 16:30	ADECUADO	8 VECES AL MES
POSTA DE SALUD RURAL QUECHEREGUAS	NO EXISTE	18 Km	De Lunes a Jueves 08:30 - 17:30 horas y Viernes 08:30 – 16:30	INADECUADO	2 VECES AL MES
POSTA DE SALUD RURAL DIDAICO	1982	33 Km	De Lunes a Jueves 08:30 - 17:30 horas y Viernes 08:30 – 16:30	ADECUADO	4 VECES AL MES
POSTA DE SALUD RURAL TEMULEMU	1982	28 Km	De Lunes a Jueves 08:30 - 17:30 horas y Viernes 08:30 – 16:30	ADECUADO	4 VECES AL MES
POSTA DE SALUD RURAL ANIÑIR	1938	33 Km	De Lunes a Jueves 08:30 - 17:30 horas y Viernes 08:30 – 16:30	ADECUADO	4 VECES AL MES
POSTA DE SALUD RURAL QUILQUEN		20 Km	De Lunes a Jueves 08:30 - 17:30 horas y Viernes 08:30 – 16:30	ADECUADO	4 VECES AL MES
ESTACION MÉDICO RURAL	2016	18 Km	De Lunes a Jueves 08:30 - 17:30 horas	ÓPTIMO	4 VECES AL MES

CONTRERAS			y Viernes 08:30 – 16:30		
ESTACION MÉDICO RURAL TERPELLE	-	32 Km	08:30 - 17:30 horas	INADECUADA	2 VECES AL MES
ESTACIÓN MÉDICO RURAL CHANCO BAJO	-	20 Km	08:30 - 17:30 horas	ADECUADA	2 VECES AL MES
ESTACIÓN MÉDICO RURAL CONDOR	-	35 Km	08:30 - 17:30 horas	ÓPTIMO	2 VECES AL MES
ESTACIÓN MÉDICO RURAL COLPI NORTE	-	22 Km	08:30 - 17:30 horas	ADECUADA	2 VECES AL MES
ESTACIÓN MÉDICO RURAL LA UNIÓN	.	20 Km	08:30 - 17:30 horas	INADECUADA	2 VECES AL MES

6.5.2 FARMACIA DEL DEPARTAMENTO DE SALUD

El Departamento de Salud Municipal de Traiguén cuenta con la Unidad de Farmacia que es responsable de la Bodega Central, ubicado en las dependencias del Departamento de Salud y de supervisar 8 botiquines (CECOSF Pantano, PSR Molco, PSR Temulemu, PSR Didaico, PSR Quilquén, PSR Quechereguas, PSR Aniñir y EMR Contreras).

La Unidad de Farmacia está dirigida por un Químico Farmacéutico, quien es responsable de la programación, adquisición, almacenamiento, distribución y retiro de medicamentos e insumos de la bodega central, así como los botiquines. También es el responsable ante la autoridad sanitaria del cumplimiento de la normativa sanitaria vigente y por tanto debe supervisar su cumplimiento en los distintitos establecimientos.

El Químico Farmacéutico de la Unidad de Farmacia también realiza Atención Farmacéutica a personas del Programa Cuidados Paliativos Universales y personas con patologías crónicas con alto riesgo de presentar algún problema relacionado a medicamentos, baja adherencia y/o descompensación.

6.5.2.1 Funciones y Adquisición de Medicamentos

Los medicamentos para las personas inscritas en los establecimientos dependientes del Departamento de Salud, son adquiridos principalmente desde la droguería del Servicio de Salud Araucanía Norte de las canastas específicas de cada Programa, quienes distribuyen a las distintas municipalidades de la provincia, a través del Programa Compra Centralizada GES y no GES y por el Programa Fondo de Farmacia para enfermedades no transmisibles (FOFAR), aportando cerca del 70% del total del costo en medicamentos.

El Programa Compra Centralizada tiene por finalidad poder acceder a menores precios y asegurar el abastecimiento de medicamentos, insumos y dispositivos médicos considerados críticos para el otorgamiento de prestaciones de salud, en el nivel primario de atención, para Programas Ministeriales, tales como Epilepsia, Salud del Adulto Mayor, Programa de la Mujer, Artrosis, Parkinson, Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) – Enfermedades Respiratorias del Adulto (ERA), Salud Sexual y Reproductiva, Hipotiroidismo, Salud Oral, Cuidados Paliativos Universales y Diabetes Mellitus tipo II.

El FOFAR es un fondo de recursos económicos cuyo propósito es asegurar a la población bajo control en establecimientos de APS con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2, Hipertensión Arterial y Dislipidemia (DM2, HTA y DLP) acceso oportuno y seguro a medicamentos que permita la

continuidad de los tratamientos, así como también a insumos y dispositivos médicos para la curación avanzada de heridas y Recurso Humano que apoye a la gestión de las dependencias farmacéuticas y que realice actividades que vayan en línea con mejorar el Uso Racional de Medicamentos y la adherencia al tratamiento.

El resto de los medicamentos e insumos que no están incluidos en los Programas Ministeriales son adquiridos con fondos del per-cápita, de preferencia desde la Central Nacional de Abastecimiento (CENABAST), para obtener el mejor precio posible y si estos no están disponibles, se adquieren por compra pública.

La Unidad de Farmacia también adquiere medicamentos e insumos para curaciones simples y avanzadas, para los programas Cuidados Paliativos Universales (CPU) y Programa Atención Domiciliaria a personas con dependencia severa (PAD), tanto con recursos otorgados por el ministerio para estos programas como del per-cápita.

La Unidad de Farmacia también realiza la Gestión Territorial de Tratamiento Farmacológicos, que es una iniciativa del Servicio de Salud Araucanía Norte para todos los establecimientos de la provincia, que consiste en acercar al establecimiento de salud más cercano, los tratamientos indicados desde nivel secundario o terciario de salud, ya sea desde Hospital de Victoria o Hospital Regional de Temuco, para las personas que tengan dificultades para trasladarse a retirarlos personalmente.

6.5.2.2 Autorización Sanitaria de Droguería

Una bodega de farmacia no está reconocida ante la Autoridad Sanitaria como un establecimiento de salud, tanto como para almacenar medicamentos como para distribuirlos. Para esto debe existir una instalación autorizada como Droguería, que es el único tipo de establecimiento farmacéutico que permite el almacenamiento y distribución de medicamentos e insumos y dispositivos de uso médico y su distribución a los diferentes botiquines dependientes de la Unidad de Farmacia. Para esto durante el 2025 se buscará obtener la Autorización Sanitaria de Droguería, para de esta forma cumplir con las exigencias de la Autoridad Sanitaria y otorgar las mejores condiciones de almacenamientos de los medicamentos que se entregan a las personas que se atienden en los establecimientos del Departamento de Salud.

6.6 PROCESO DE AUTORIZACION SANITARIA ESTABLECIMIENTOS DEPENDIENTES DEL DSM TRAIGUÉN

La autorización sanitaria es el acto por el medio del cual la Autoridad Sanitaria Regional (Secretario Regional Ministerial de Salud) permite el funcionamiento de los Prestadores Institucionales de Salud, verificando que ellos cumplen con los requisitos de estructura y organización, expresados en los correspondientes reglamentos, velando por la seguridad y respeto a la dignidad de los usuarios. Para esto existen instrumentos que permiten verificar el cumplimiento de cada uno de los requisitos para la obtención de Autorización Sanitaria de instalación y funcionamiento, según el cuerpo normativo que aplica a los establecimientos de salud y otros a fines.

El D.F.L. Nº 1 de 1989, que determina materias que requieren Autorización Sanitaria Expresa, indica que:

- Es un requisito obligatorio para que un establecimiento pueda funcionar.
- Por tanto, se otorga previo a que un establecimiento inicie sus actividades.
- El Establecimiento debe presentar la solicitud de Autorización Sanitaria a la SEREMI respectiva.

Para la obtención de la Autorización Sanitaria de instalación y funcionamiento de las respectivas Postas de Salud Rural dependientes del Departamento de Salud Municipal de Traiguén, es requisito contar previamente con las siguientes autorizaciones:

- Autorización de Funcionamiento del Sistema de agua para consumo humano.
- Autorización de Sistema de Alcantarillado Particular.
- Autorización de Registro de Caldera de Calefacción y Autoclave.
- Autorización de Operador de Caldera de Calefacción y Autoclave.
- Autorización Sanitaria de Manejo de Residuos de Establecimientos de Atención de Salud.

En el año 2024 se inició la tramitación para la obtención de autorización sanitaria del CECOSF PANTANO, en la plataforma de SEREMI en línea, actualmente se está a la espera de la obtención de autorización sanitaria de calderas.

Adicionalmente, durante el 2025 se buscará obtener la Autorización Sanitaria de la Droguería del Departamento de Salud, para que de esta se cumplan con las exigencias de la Autoridad Sanitaria y otorgar las mejores condiciones de almacenamientos de los medicamentos que se entregan a las personas que se atienden en los establecimientos del Departamento de Salud de Traiguén.

6.7 INTERSECTOR

INSTITUCIÓN			ACTIVIDADES
Instituciones Públicas	– Juzgado de Letras, Garantía y Familia – Fiscalía Local – Centro de mediación familiar – Corporación de Asistencia Judicial – PDI – 3a Comisaria de Carabineros (Villa Quilquen y Traiguén) – Hogares de Menores (Cecilia Widmer) – Casa de la Cultura – Museo – Oficina local de la niñez	– Hospital de Traiguén – Hospital de Victoria – Seguridad Ciudadana – OMIL – Bomberos – Fuerzas armadas. – Cruz Roja – OPD – PPF Rayun Antü – PIE Antü Rayen – Oficina de Turismo – Programa Vínculos – Centro diurno de Adulto Mayor – SENDA Previene – Centro de la mujer Victoria	– Trabajo en conjunto con Tribunales por casos de niños y adultos mayores vulnerados. – Derivación a programas especializados de reparación de acuerdo a necesidades de cada niño. – Apoyo por parte de personal militar y carabineros para traslados de equipos a zonas de conflicto rural.
Instituciones Privadas	– Establecimientos de Larga Estadía para adultos Mayores (ELEAM) – FRONTEL – Aguas Araucanía – Universidad Autónoma de Chile	– Universidad Arturo Prat – Institutos profesionales y Centros de formación técnica	– Se realizan derivaciones de Adultos mayores en situación de vulnerabilidad a ELEAM. – Se acogen alumnos en práctica, tanto de Institutos Profesionales como de la Universidad Autónoma de

			Chile y Universidad Arturo Prat.
Gobierno Local	– Alcalde – Consejales – Funcionarios Municipales – Oficina de Discapacidad – DIDECO		– Postulación a ayudas técnicas a través de SENADIS. – Entrega de ayudas técnicas por oficina de discapacidad. – Apoyo para realizar talleres de autocuidado para cuidadores por Oficina de discapacidad. – Apoyo para realizar operativo para realizar Registro Social de Hogares por DIDECO.
Escuelas y Colegios	– República de Israel – Emilia Romagna – Diego Portales – Santa Rosa – Gabriela Mistral – Escuela Reducción Aniñir – Escuela Villa Quilquen	– Escuela Reducción Temulemu – Escuela Reducción Didaico – Escuela Fundo Quino – Colegios Louis Pasteur – Colegio Mi Mundo – Escuela Especial Las Lilas	– Apoyo de Colegios para realizar talleres de alimentación saludable, actividad física y atenciones odontológicas del Programa Sembrando Sonrisas. – Talleres de RCP más OVACE, en escuelas rurales. – Evaluación postural y pie plano en escuelas rurales.
Liceos	– Luis Durán – Lucila Godoy Alcayaga	– Agrícola y Forestal Suizo la Providencia	– Apoyo para realizar Ficha CLAP, atenciones de matrona por programa Espacio Amigable.
Jardines Infantiles	– Trencito de Chumay, – Alberto Levy – Los Cantaritos – Carrusel – Girasol, – Nueva Esperanza – Ayún	– Renacer – Los Conejitos – Mi mundo – Juan Pablo II – Cecilia Widmer – San Benito – We Choyun)	– Apoyo de Jardines Infantiles para realizar talleres de alimentación saludable, actividad física y atenciones odontológicas del Programa Sembrando Sonrisas.
Organizaciones	– Juntas de vecinos sector urbano y sector rural – Comité de Salud – Comité de Agua Potable – Clubes de adultos mayores – Ballet folclórico de adultos mayores – Clubes deportivos	– Agrupación Los Madrugadores – Centro de padres escuelas y liceos – Taller laboral de mujeres Pichimahuida – Organizaciones de personas con discapacidad	– Realización de Ferias Saludables en Sectores rurales. – Realización talleres de estimulación cognitiva con Juntas de Vecinos. – Olimpiadas y actividades recreativas con adultos mayore con clubes de adultos mayores.

Medios de Telecomu	– Radios Magistral – Radio Estefanía	– Canal TV Zona D	– Apoyo en difusión de información en temas de salud.
Instituciones Religiosas	– Iglesia Católica y Protestantes, urbanas y rurales.		– Apoyo espiritual en proceso de fin de vida.

Trabajo conjunto DSM Traiguén y Hospital Traiguén

Estas dos instituciones se caracterizan por realizar un trabajo mancomunado en estos últimos años que donde ha primado las buenas relaciones entre los equipos, que comprende:

- Reuniones de coordinación entre directivos.
- Integración de ambos establecimientos en Mesa de Salud Intercultural.
- Acuerdo flexibilidad horaria en turnos de diálisis para pacientes rurales.
- Integración de Médicos EDF del DSM a la rotativa de Urgencia, con reemplazo de EDF Hospital en rondas en PSR.
- Disposición de espacios de atención en el Hospital para Operativos del DSM.
- Reserva de horas de morbilidad médica con horario flexible para población rural en hospital.
- Atención en sectores rurales de especialistas mapuches del hospital.

VII. BRECHA SANITARIA Y BRECHA ASISTENCIAL

	COMUNA	DSM	HOSPITAL DE TRAIGUÉN
SANITARIO	Falta de horas de psiquiatría infantil	Disminución de frecuencia de rondas en sectores de alto riesgo, asociado a violencia rural	Lista de espera para atenciones de morbilidad odontológicas.
	Falta de Camas de Salud Mental en la Red	Elevado tiempo de espera para especialidades NO GES	Ausencia Terapeuta Ocupacional para atención de adultos
		Falta de movilización para traslado de rondas	Insatisfacción Usuaria
		Escasa coordinación intersector Hospital Traiguén-DSM para mejorar resolución de lista de espera	Baja cobertura en evaluación de Pie Diabético
		Lista de espera en especialidades odontológicas.	Falta de Oftalmólogo para UAPO
		Lista de espera en especialidades urología, traumatología, oftalmología	
		Elevado ausentismo a horas de control	
		Dificultad de acceso a la atención de salud debido a la dispersión geográfica en los sectores rurales	
ASISTENCIAL	Inexistencia de centro especializado de Alcohol y Drogas	Infraestructura de Farmacia del Departamento de Salud no permite obtener la autorización sanitaria	Infraestructura del Hospital Traiguén antigua y deteriorada, que ya no cumple con los estándares sanitarios.
	Falta centro de atención integral diurno de adulto mayor	Falta unidades móviles resolutivas de controles específicos en salud (por ej. PAP, ecografías abdominales, entre otros)	Retinografías de baja calidad por Retinógrafo deficiente.
	Falta de espacios de recreación para niños y adolescentes	Alta proporción de población rural adulto mayor con alteración en la funcionalidad	
	Falta de ELEAM Estatal	Infraestructura de las Postas de Salud Rural antiguas y deterioradas, que ya no cumple con los estándares sanitarios.	
	Falta de Centro Comunitario de SALUD MENTAL	Financiamiento per cápita insuficiente para la atención primaria	
	No existe la formación de Agentes Comunitarios de Salud	Interrupciones de conectividad eléctrica y de telecomunicaciones durante incendios forestales y por clima adverso.	
	Descompensación de patologías Cardiovasculares		

VIII. EVALUACIÓN DE LAS ACCIONES Y PROGRAMAS EJECUTADOS

8.1 METAS SANITARIAS LEY 19.813 AÑO 202. DSM TRAIGUÉN

Nº	Indicadores	Numerador	Denominador	META 2025	META 2026
1	Recuperación del Desarrollo Psicomotor (90%)	N° de Niños (as) de 12 a 23 meses diagnosticados con Riesgo del Desarrollo Psicomotor Recuperados, periodo Enero a Diciembre 2025	N° de Niños/as de 12 a 23 Meses Diagnosticados con Riesgo en su primera evaluación del DSM de Enero a Diciembre del 2025.	90%	90%
2	Cobertura de PAP (80%)	N° logrado de Mujeres de 25 a 64 años inscritas validadas, con PAP vigente a diciembre 2025	N° Mujeres 25 a 64 Años Inscritas Validadas para el año 2025	994	1.022 PAP
3.A	Cobertura en control odontológico en población de 0 a 9 años (41%)	N° de niños/as de 0 a 9 años con control odontológico, en el periodo enero a diciembre 2025	N° total de niños/as inscritos validados de 0 a 9 años 2025	43 %	45%
3.B	Niños/as de 6 años libres de caries (16%)	N° de niños/as de 6 años con ceod igual a 0 en el periodo de enero a diciembre a 2025	N° total de niños/as de 6 años inscritos validados para el año 2025	24 %	27,27%
4.A	Cobertura de tratamiento y evaluación en personas con DM 2 (29%)	N° Personas con DM 2 de 15 a 79 años con Hb A1c <7%, más N° de personas con DM tipo 2 de 80 y más años con HbA1c < 8% según último control vigente en los últimos 12 meses.	N° Total de Personas de 15 y más con DM 2 estimadas según prevalencia	27,4 %	28,63%
4.B	Evaluación Anual de los Pies en personas con DM bajo control de 15 y más años (90%)	N° de personas de 15 y más años con DM 2 bajo control con evaluación de pie vigente, en los últimos 12 meses	N° de Personas 15 años y más con DM 2 bajo control	90 %	90%
5	Cobertura efectiva de Hipertensión arterial (HTA) en personas de 15 y más años (45%)	N° Personas hipertensas de 15 a 79 años con PA <140/90 mmHg más N° de personas hipertensas de 80 y más años con PA <150/90 mmHg según último control vigente	Total, de Personas hipertensas de 15 y más Años estimadas según prevalencia	37 %	40%
6	Lactancia materna exclusiva en niños/as al sexto mes de vida (60%)	N° de niños/as que al control de salud del sexto mes recibieron LME en el periodo de enero-diciembre 2025	N° de niños/as con control de salud del sexto mes realizado en el periodo de enero a diciembre del 2025	70 %	65%

7	Cobertura efectiva de tratamiento en enfermedades respiratorias crónicas (asma y EPOC) en personas de 5 años y más años	N° de personas con EPOC de 40 años y más que logran nivel de control “adecuado” más el N° de personas con asma de 5 años y más, que logran nivel de control “controlado”, durante el año 2025	N° Total de personas con EPOC de 40 años y más, más N° de personas con asma de 5 años y más, esperadas según prevalencia nacional para año 2025	No hay Sala IRA/ERA	No hay Sala IRA/ERA
8	Participación Social (100%)	Plan de participación Social elaborado y funcionando participativamente. .		100%	100%

8.2 EVALUACIÓN DE PROGRAMAS

8.2.1 PROGRAMA INFANTIL

Tiene como propósito Contribuir a la salud y el desarrollo integral de niños y niñas menores de 9 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.

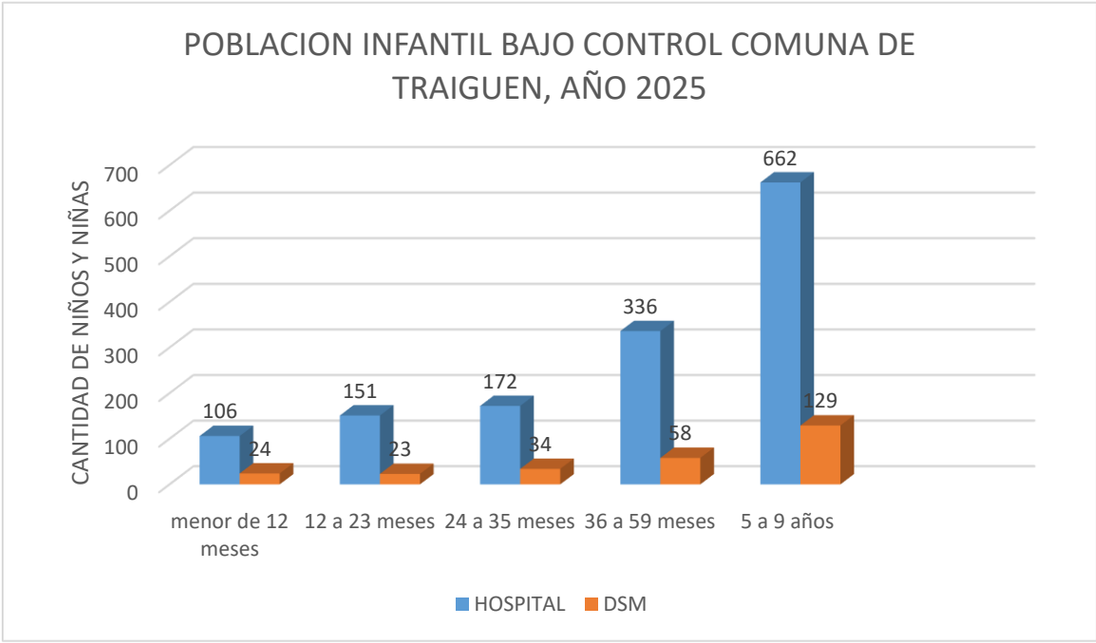


Gráfico de elaboración propia con datos extraídos de REM Serie P Junio 2025.

En este gráfico se muestra la población infantil bajo control en la comuna de Traiguén, con la distribución de atención en APS urbana y rural. De este se desprenden los siguientes datos:

El total de población bajo control en el centro urbano corresponden a 1.427 niños y niñas, de estos un 7.4% (106) corresponden a lactantes menores de 12 meses, un 10.5 % (151) corresponden a lactantes de 12 a 23 meses, 12 % (172) corresponden a preescolares de 24 a 35 meses, 23,5% (336) a preescolares entre 36 y 59 meses y un 46,3% (662) corresponden a niños y niñas entre 5 a 9 años.

El total de población bajo control en PSR Y EMR corresponden a 268 niños y niñas, de estos un8.9% (24) corresponden a lactantes menores de 12 meses, un 8.5% (23) corresponden a lactantes de 12 a 23 meses, un 12.6 % (34) corresponden a preescolares de 24 a 35 meses, 21.6% (58) a preescolares entre 36 y 59 meses y un 48.1% (129) corresponden a niños y niñas entre 5 a 9 años. En el sector rural si bien es menor la cantidad de población infantil que accede a las prestaciones de salud del ciclo vital infantil ya que la mayor cantidad de población en general habita en el sector urbano, pero presenta mayores dificultades de acceso por mayor dispersión geográfica.

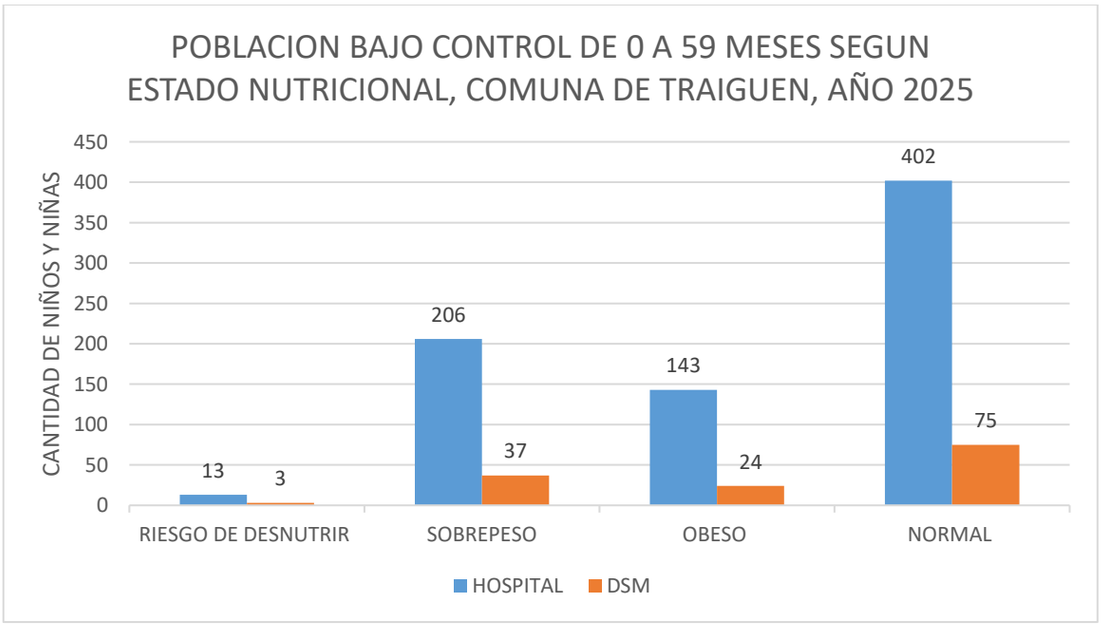


Gráfico de elaboración propia con datos extraídos de REM Serie P Junio 2025.

Este grafico nos muestra la población infantil tanto de hospital local como DSM bajo control según el Estado Nutricional en el menor de 6 años. Del total de niños bajo control un 59.5 % (477) presenta diagnóstico de normalidad, un 30.3 % presenta diagnóstico de Sobrepeso, y un 20.8% presentan obesidad. En Riesgo de desnutrición es un grupo muy pequeño con tan solo 16 niños, lo que corresponde a un 1.9%. La Malnutrición por exceso corresponde al principal problema en este grupo etáreo, es por ello que las estrategias como la Vigilancia Nutricional periódica de los niños/as bajo control, Clínica de Lactancia Materna, junto al énfasis Educativo para fortalecer la lactancia en la gestación y las madres que amamantan, y la promoción de hábitos de alimentación saludable juegan un rol fundamental para el logro de un estado nutricional normal lo que se traduce en una mejor calidad de vida futura.

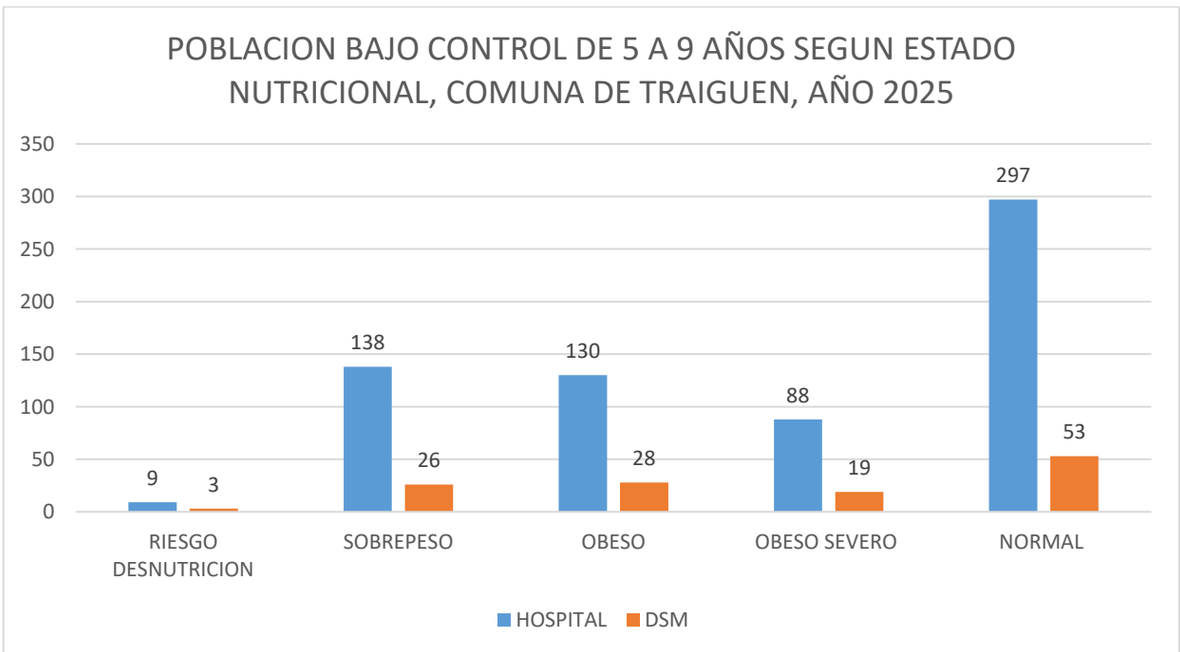


Gráfico de elaboración propia con datos extraídos de REM Serie P Junio 2025.

Este gráfico nos muestra la población infantil tanto de hospital local como DSM bajo control según el Estado Nutricional de 5 a 9 años. Del total de niños bajo control un 39.1 % (477) presenta diagnóstico de normalidad, un 18.3 % presenta diagnóstico de Sobrepeso, y un 29.6 % presentan obesidad, de estos últimos 107 niños 12% corresponde a diagnóstico de obesidad severa. En este

grupo etareo, La Malnutrición por exceso continua siendo el principal problema, es por ello que las estrategias como la Vigilancia Nutricional periódica de los niños/as bajo control, la promoción de hábitos de alimentación saludable y actividad física juegan un rol fundamental para lograr la disminución de los índices de obesidad lo que se traduce en una mejor calidad de vida futura, fortaleciendo estrategias con otros actores como el sector educación.

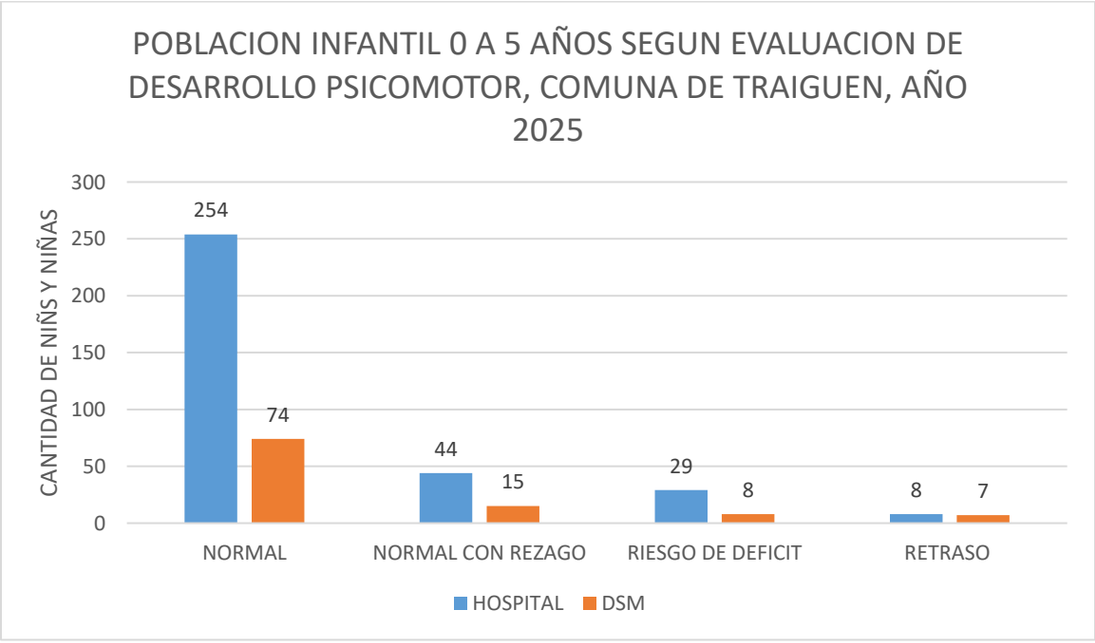


Gráfico de elaboración propia con datos extraídos de REM Serie P Junio 2025.

El Test de Evaluación del Desarrollo Psicomotor en niños de 0 a 6 años, a través de la evaluación cualitativa de 4 áreas del desarrollo psicomotor (personal-social, lenguaje, motricidad fina y motricidad gruesa) permiten determinar la existencia o ausencia de alteraciones en el desarrollo psicomotor, estas corresponden a dos test, de 0 a 2 años EEDP y de 2 a 5 años TEPSI. Estos instrumentos permiten pesquisar alteraciones y referir para intervención en la Sala de Estimulación.

En este sentido destaca que del total de niños y niñas evaluados (439) la mayor cantidad se encentra en condición de Normalidad, 13.4% presentan algún tipo de rezago, 31.5 % presentan riesgo de déficit en su desarrollo y 3.4% presentan retraso. La principal área afectada corresponde a Lenguaje.

La posibilidad de intervenir de manera precoz en cada una de las áreas con alteración está resguardada con un conjunto de acciones de rehabilitación y tratamiento que están definidas en la Modalidad de Estimulación disponible en Postas y Estaciones Medico Rurales a través de su Servicio Itinerante, y de la Sala de Estimulación en el centro urbano, contando con profesionales como Terapeuta ocupacional, Educadora Diferencial y Fonoaudiólogo.

8.2.2 PROGRAMA DE LA MUJER

El Departamento de salud cuenta actualmente con dos matronas contratadas 44 hrs. y distribuidas en ambos sectores para las atenciones, entregando las prestaciones correspondientes a la cartera de servicios.

8.2.2.1 Control de regulación de la fertilidad

El control de regulación de la fertilidad es donde la mujer elige algún método que prevenga el embarazo, para lograr que la gestación sea un evento deseado y planificado, actualmente el DSM cuenta con una basta canasta de métodos a disposición de las mujeres.

El siguiente grafico muestra la población en control según el método de regulación que utiliza, destacándose que un 67% de la población femenina bajo control utiliza métodos hormonales.

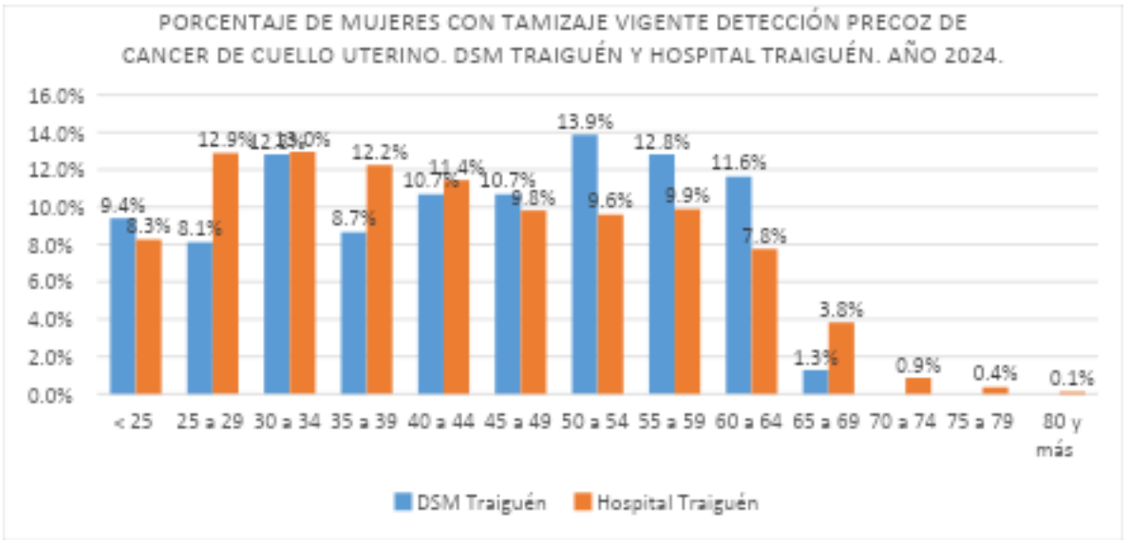
8.2.2.2 Pesquisa precoz de Cáncer Cérvico Uterino en mujeres de 25-64 años.

La toma de examen citológico de Papanicolaou sigue siendo el examen preventivo de primera línea para la pesquisa precoz del Cáncer Cervicouterino.

Para el año 2024, en el DSM se realizó mas tamizajes a mujeres de entre 50 a 64 años, en comparación con el Hospital de Traiguén quienes realizaron un mayor número de PAP a mujeres de entre 25 a 44 años.

Mujeres con Tamizaje PAP Vigente		
GRUPOS DE EDAD (en años)	**DSM Traiguén**	**Hospital Traiguén**
Menor de 25 años	88	229
25 a 29 años	76	357
30 a 34 años	120	359
35 a 39 años	81	339
40 a 44 años	100	317
45 a 49 años	100	272
50 a 54 años	130	266
55 a 59 años	120	274
60 a 64 años	109	215
65 a 69 años	12	106
70 a 74 años	0	24
75 a 79 años	0	10
80 y más años	0	3
TOTAL	936	2771

Fuente: De elaboración propia. Datos extraídos REM P Junio 2024



Fuente: De elaboración propia. Datos extraídos REM P Junio 2024

8.2.2.3 Pesquisa precoz de cáncer de mamas

La realización de exámenes preventivos mamográficos en mujeres de 50-69 años sigue siendo la primera opción para la pesquisa precoz del cáncer de mamas. En el año 2024, la mayor cantidad de mamografías realizadas en el DSM Traiguén se observan en la población de 35 a 64 años, en comparación al Hospital de Traiguén, donde la mayor pesquisa precoz se realiza a mujeres menores de 35 años.

Mujeres con Mamografía vigente (Menor o igual a 2 años)		
GRUPO DE EDAD	**DSM**	**HOSPITAL TRAIGUÉN**
Menor de 35 años	11	422
35 a 49 años	124	175
50 a 54 años	95	175
55 a 59 años	123	180
60 a 64 años	115	176
65 a 69 años	67	103
70 a 74 años	30	74
75 a 79 años	4	24
80 y más años	2	20
TOTAL	**571**	**1349**

Fuente: De elaboración propia. Datos extraídos REM P Junio 2024

El departamento de salud de Traiguén se divide en dos sectores con 44 horas cada sector.

8.2.2.4 CARTERA DE SERVICIOS:

- Control preconcepcional
- Control Prenatal
- Control de puerperio
- Control de regulación de fecundidad
- Consejería salud sexual y reproductiva, ITS
- Control ginecológico preventivo, incluye control de climaterio

Cabe destacar que el Departamento de salud municipal de Traiguén, no tiene rechazos de atención, no hay rechazos.

Estas actividades se realizan en 2 ejes:

A PROMOCIÓN DE SALUD Y
B PREVENCION DE SALUD

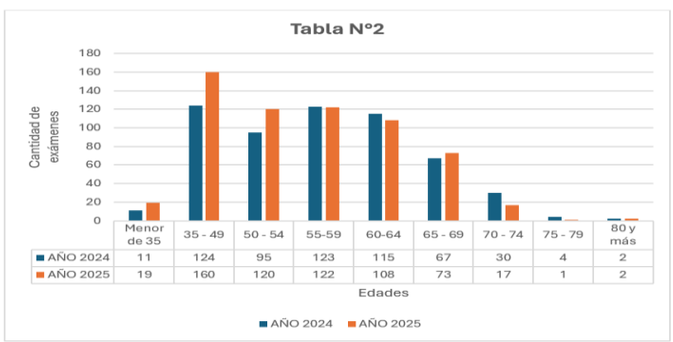
- **Subprograma CACU** (cáncer cervicouterino) a través del examen del examen de PAP que es meta sanitaria focalizado en edades según MINSAL 25 a 64 años

  Destaca el uso de material desechable para realizar este examen

- **Subprograma Cáncer de Mamas** a través de la realización de mamografías y el autoexamen de mamas

8.2.2.5 Mamografías vigentes a diciembre año 2024 y junio 2025

Tabla N°2 vigencia examen de mamografía año junio 2024 y junio2025 por grupo etareo



Fuente REMP año 2024, 2025 SS Araucanía Norte

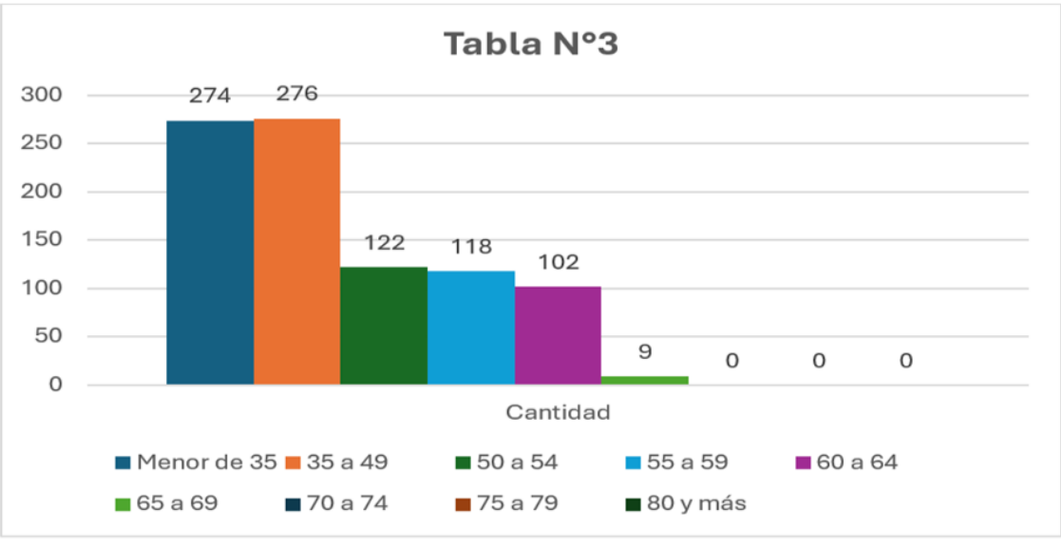
De los resultados de **tabla N°2**, a junio año 2024 y junio año 2025 tenemos un aumento de 51 mamografías.

Con respecto al autoexamen de mamas el DSM las matronas de ambos sectores enseñan a la población atendida el autoexamen de mamas en los controles al menos una vez al año que se muestran en tabla y gráfico adjunto, datos emanados del REM P diciembre del 2024.

Grupo de edad en años	Mujeres con EFM vigente
Menor de 35	274
35 a 49	276
50 a 54	122
55 a 59	118
60 a 64	102
65 a 69	9
70 a 74	0
75 a 79	0
80 y mas años	0
Total	901

8.2.2.6 Autoexamen de mamas realizados a diciembre del año 2024

Tabla N°3 Numero de examen físico de mamas realizado por matronas a diciembre año 2024 según edad



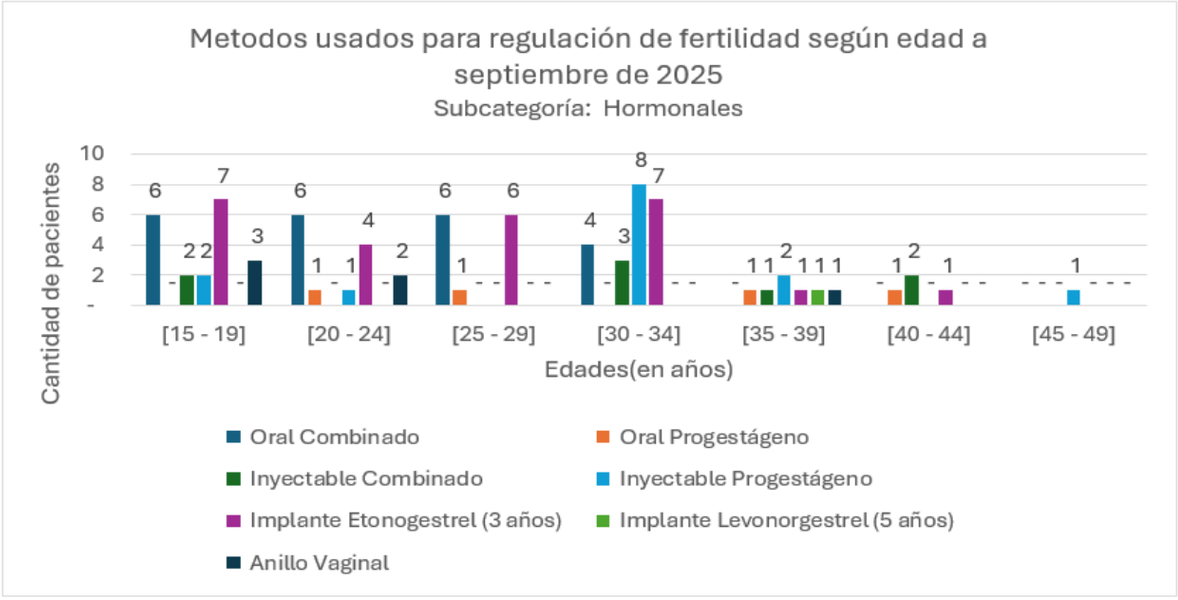
Fuente REMP SS Araucanía Norte

Mejoraremos brechas a través del trabajo comunitario con énfasis en promoción a través de visitas domiciliarias de población cautiva para ello se necesita camioneta.

8.2.2.7 Control regulacion de fecundidad

El departamento de salud Municipal cuenta con una importante variedad de métodos anticonceptivos que pone a disposición de las usuarias. Esto ha determinado el bajo número de mujeres que han ingresado a control de embarazo.

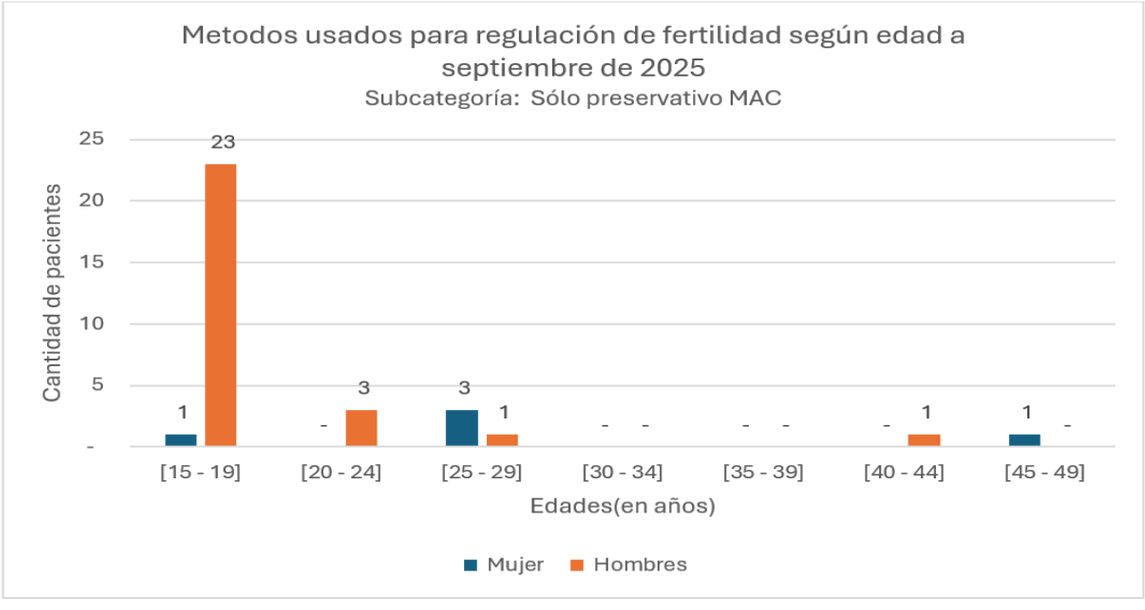
Tabla N 4 Tipos de métodos de regulación de fecundidad según edad utilizados en la población atendida a septiembre del año 2025



Fuente REMP a septiembre del 2025

En Tabla N°4 destaca el uso de anticonceptivos por el grupo etáreo entre 15 a 19 donde destaca el Implanon y en la edad de 30 a 34 destaca tanto el inyectable progestágeno seguido del implanon

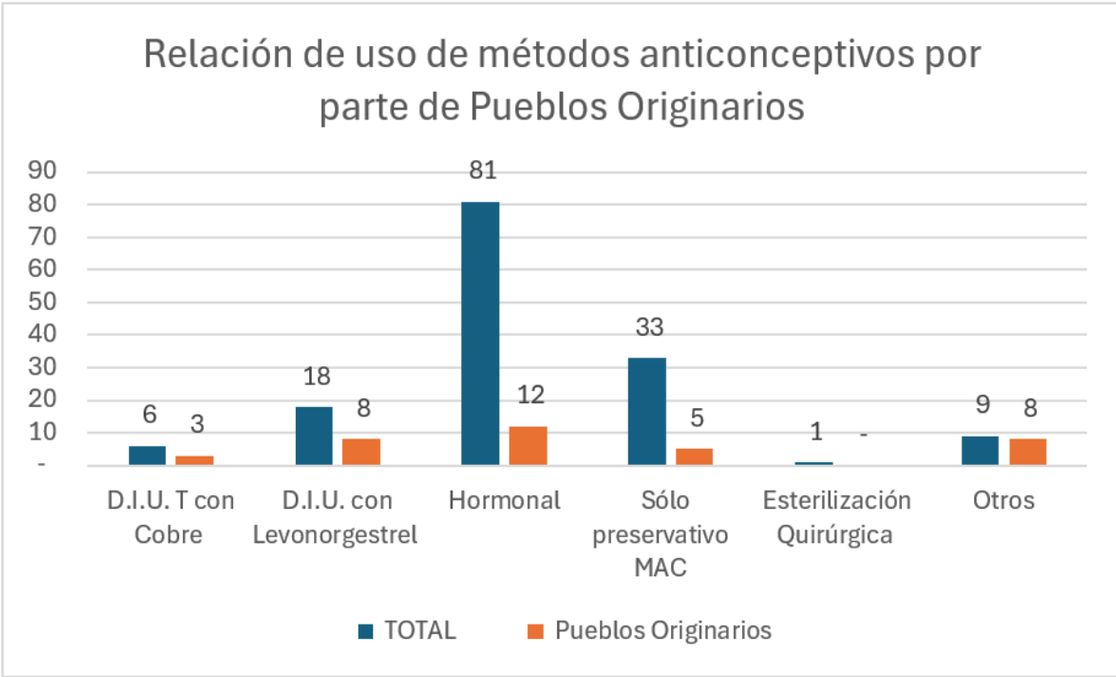
TABLA N 5 Uso de preservativos según edad y sexo a septiembre del 2025



Fuente REMP diciembre 2025 SS Araucanía Norte

En tabla N° 5 Los varones están usando el preservativo a temprana edad por las actividades de promoción y prevención.

Tabla N 6 Uso de métodos anticonceptivo según pueblos originarios septiembre2025



Fuente REMP septiembre del 2025

8.2.2.8 Talleres de promoción y prevención en salud

LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

Ha sido un trabajo permanente y sistemático toda vez que nuestras puérperas acuden a posta con la indicación de formula desde hospital, situación que se supero exitosamente en el 93 % de los casos, año 2024.

Durante el año 2025 esta meta a disminuido en un 42% debido a situaciones emergente que nos han impedido realizar seguimiento con la periodicidad que nuestras usuarias necesitan para este proceso. Continúan llegando con formula indicadas al alta y ha disminuido la frecuencia de visitas si bien nuestros recién nacidos son atendidos dentro de los primeros 10 días.

En esta actividad de promoción fomentamos

- apego,
- prevención obesidad a mayor edad
- prevención trastornos de la masticación
- enfermedades infecciosas
- favorecemos la economía e la familia

Fundamental entonces es que el equipo de matronas cuente con movilización para realizar visitas domiciliarias y realizar seguimiento y cumplimiento de esta meta.

CLÍNICAS DE LACTANCIA





ENFOQUE DE GÉNERO Y DIVERSIDAD SEXUAL:

Es relevante destacar que el género es un determinante social, que incide en la salud de la población en tanto factor de riesgo que expone a hombres, mujeres y diversidades a distintas enfermedades y necesidades de salud a lo largo del curso de vida.

Por lo tanto, estando el equipo capacitado y por la relevancia de esta temática se realizaron 3 talleres en la comunidad escolar en conjunto con SS Araucanía Norte. Fueron beneficiado 98 alumnos de Liceo Luis Durand y C-9, con el objetivo de entregar información e influir positivamente sobre el estigma que pudiera inducir a suicidios, deserción escolar y bulling.





PREVENCIÓN DE ITS Y USO CONSISTENTE DEL PRESERVATIVO EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE

Año hemos realizado el test rápido VIH a 158 personas de las cuales 139 eran adolescentes entre 15 y 20 años, de liceo C-8 y C-9 no hubo test positivos. En la oportunidad se les entrego y educo con respecto al uso consistente del condón. Estos talleres han mantenido continuidad durante el año 2025



APLICACIÓN DE CRAFFT

Esta pauta mide el consumo de drogas en la población de riesgoEste año se aplicó esta pauta a 124 adolescentes del liceo C-8 y C-9

De los cuales :

EL 50,2% de los estudiantes entre 15 y 19 años no tiene consumo de riesgo alcohol y de drogas.

El 27% de los estudiantes de la muestra corresponde a el grupo etareo de 17años quienes tienen conductas de riesgo de consumo de OH , marihuana.

Con respecto al autocuidado de la práctica sexual segura a través del uso consistente del condón está más generalizada en hombres que en mujeres debido a que la solicitud de condones masculinos fue mayor en el sexo masculino que femenino.

TALLERES DE PISO PÉLVICO EN POBLACIÓN DE MUJERES DE 40 A 60 AÑOS







8.2.3 PROGRAMA SALUD INTEGRAL DE PERSONAS MAYORES

Tiene como objetivo principal mejorar la calidad de vida relacionada con la salud de las personas mayores en el país. Se enfoca en el desarrollo y la implementación de políticas, planes nacionales, instrumentos normativos y técnicos, así como en la coordinación y educación sanitaria. Todo esto con el fin de promover un envejecimiento activo y prevenir la dependencia funcional.

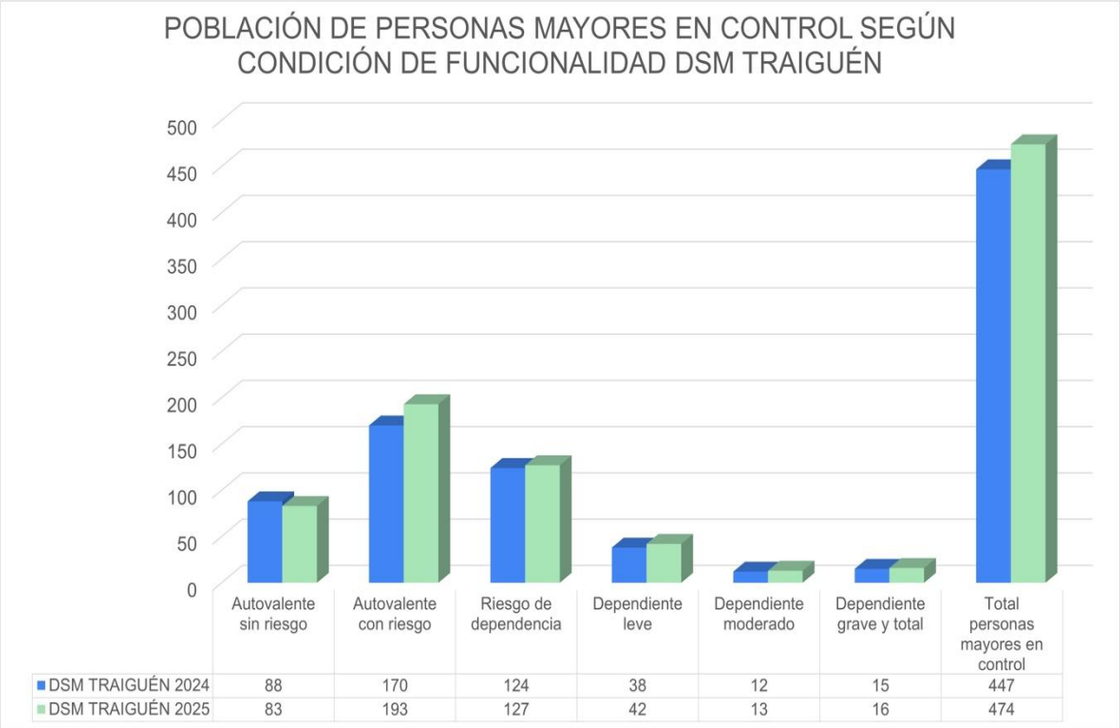


Gráfico de elaboración propia. Datos extraídos de Rem P 05 Junio 2024-2025 – DSM Traiguén

Se puede observar que existe una disminución en el número de personas autovalentes sin riesgo y, a su vez, un aumento en las personas autovalentes con riesgo. Este incremento indica que más personas mayores presentan factores de riesgo funcional, aunque aún mantienen su autonomía.

La cifra de personas con riesgo de dependencia se mantiene relativamente estable, con una ligera tendencia hacia una mayor vulnerabilidad.

Aunque los aumentos en los grupos de dependencia leve, moderada, total y grave son pequeños, se nota una progresión gradual hacia niveles mayores de dependencia.

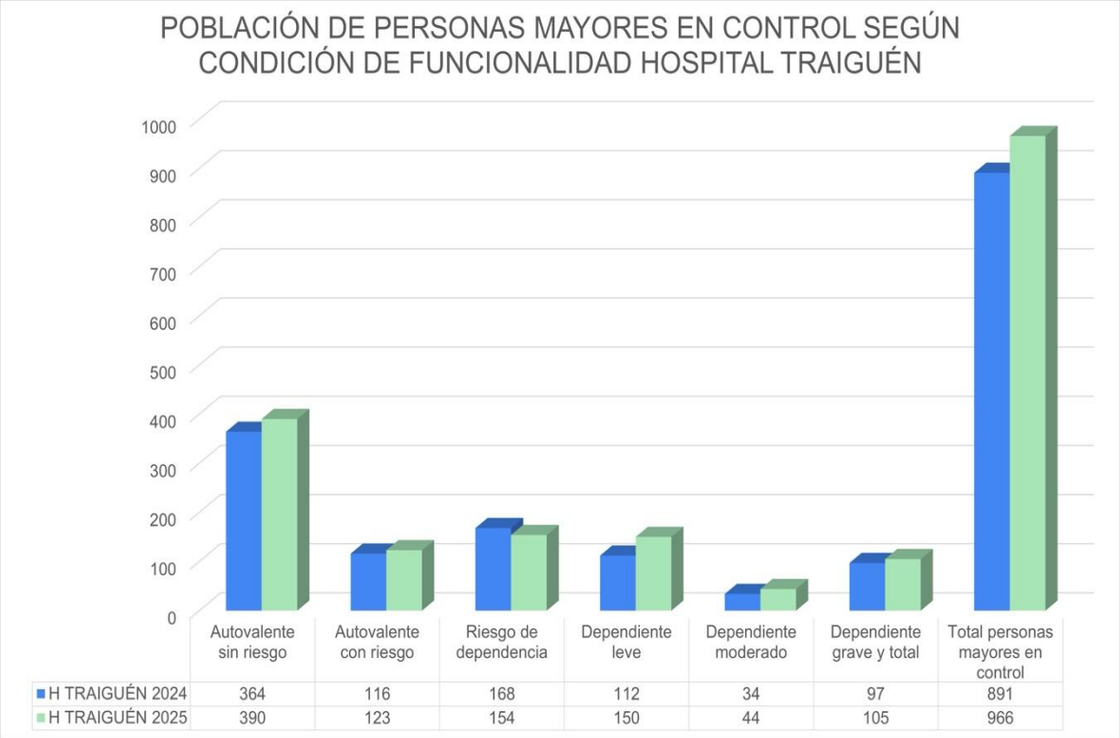


Gráfico de elaboración propia. Datos extraídos de Rem P 05 Junio 2024- 2025 – Hospital Traiguén

En relación al gráfico se puede observar un aumento en personas autovalentes sin riesgo, el incremento en este grupo, es un punto positivo e indica que más personas mayores mantienen una funcionalidad totalmente conservada.

Se observa un aumento moderado en personas autovalentes con riesgo, esto sugiere que la población con riesgo de deterioro funcional sigue siendo significativa, pero sin cambios bruscos.

El grupo con riesgo de dependencia disminuyó, lo que podría reflejar una mejor intervención precoz, evitando que las personas con riesgo avancen en el deterioro. También podría ser resultado de un ajuste en la clasificación, con personas que migran hacia autovalencia con riesgo o hacia dependencia leve.

Finalmente, en los grupos de personas con dependencia leve moderada, grave y total existe un aumento considerable, este es un punto crítico, lo que implica que más personas mayores están perdiendo su autonomía y funcionalidad.

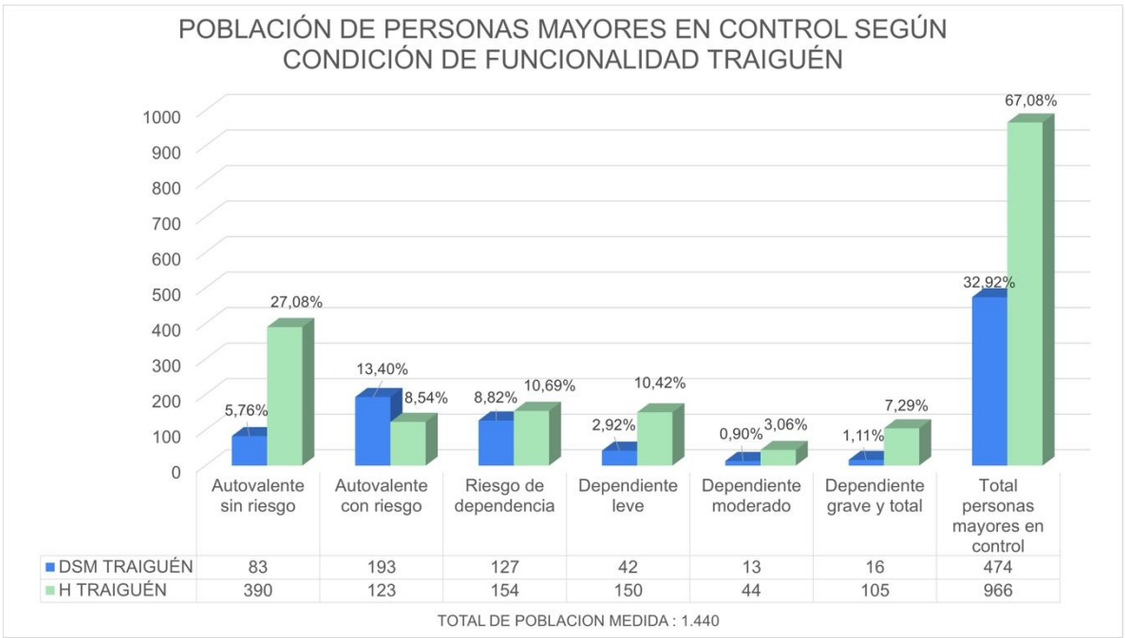


Gráfico de elaboración propia. Datos extraídos de Rem P 05 Junio 2025, Hospital Traiguén – Dsm Traiguén.

En cuanto a la población general de personas mayores de la comuna de Traiguén se destaca la presencia significativa de personas mayores autovalentes (con y sin riesgo), junto con aquellos que presentan riesgo de dependencia y dependencia leve.

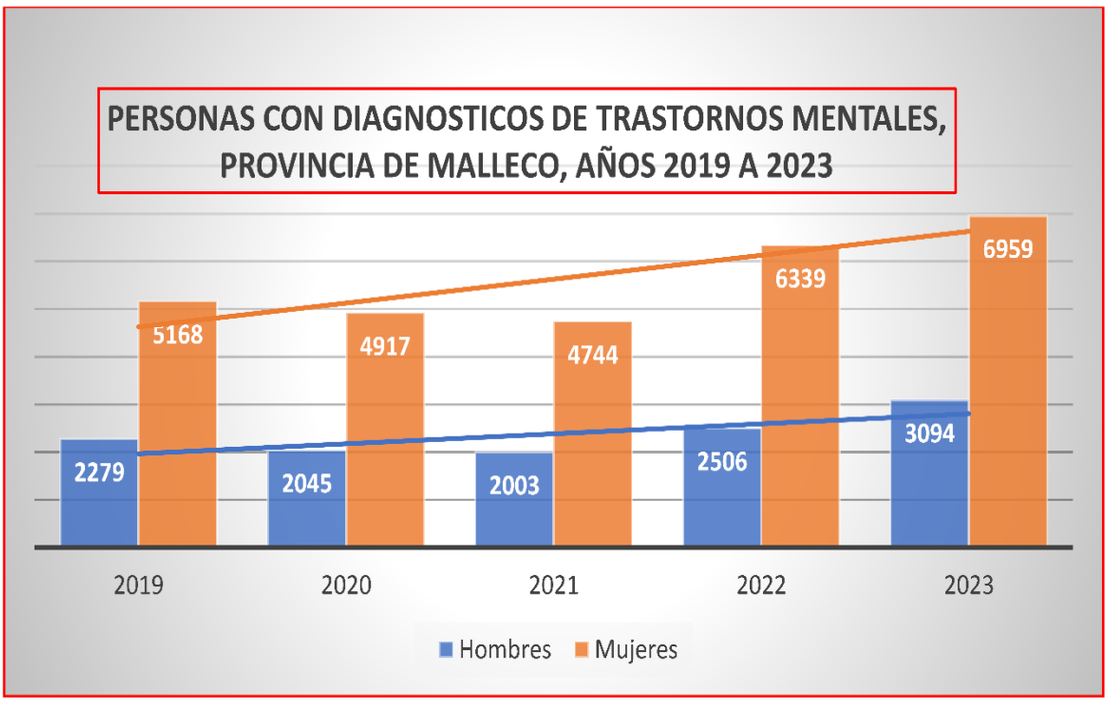
Dada esta composición, es fundamental que los diversos equipos de salud implementen acciones sólidas de educación y promoción de la salud. Estas iniciativas deben enfocarse en fomentar estilos de vida saludables, promover la participación social, impulsar el autocuidado y fortalecer la autoestima.

El objetivo principal de estas acciones es impulsar un envejecimiento positivo y detener la progresión hacia etapas de mayor dependencia.

8.2.4 PROGRAMA DE SALUD MENTAL

El programa tiene como propósito fortalecer y elevar el nivel de salud mental y calidad de vida de las personas, familias y comunidades a través de la promoción de la salud mental, mejora de la capacidad individual y colectiva para prevenir los trastornos mentales, y entregar la atención integral de salud, en el contexto del modelo de atención integral de salud familiar y comunitario, a través de todo el ciclo vital y en coordinación con cada punto de la red.

A nivel provincial, en malleco existe un aumento exponencial de la prevalencia en trastornos mentales desde el año 2019 hasta el 2023, exactamente de un 34% para mujeres y un 35% para hombres



Fuentes: ministerio de salud de chile (2021). Informe anual 2020: estado de salud mental en chile. Rem, reportería ssan 2019-2023

Acotando el estudio a la comuna de traiguén, específicamente a la población rural beneficiaria del departamento de salud municipal, se reportan los siguientes datos estadísticos con sus respectivos análisis.

Población bajo control por problemas de salud mental.

Diagnóstico		**2024**	**2025**
Violencia	Víctima	12	3
	Agresor/a	9	3
Trastornos del humor (afectivos)	Depresión leve	90	82
	Depresión moderada	52	53
	Depresión grave	3	3
	Trastorno bipolar	2	1
s mentales y del comportamiento debido a consumo sustancias psicotropicas		17	19
Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia		36	29
Trastornos de ansiedad		25	29
Demencias (incluye alzheimer)		**4**	**21**
Esquizofrenia		8	7
Trastornos de la conducta alimentaria		3	2
Retraso mental		34	28

Trastorno generalizados del desarrollo	Autismo	13	10
	Asperger		
Epilepsia		25	21
Otras		2	5

Fuente: rem –p06 junio 2024 y 2025.

La población bajo control del programa de salud mental es de 313 personas a junio 2024, la cual considera ingresos desde el programa infantil al adulto mayor. El mayor número de pacientes bajo control corresponde a la patología ges de depresión que va desde leve a moderada, seguido por los trastornos de ansiedad. A junio de 2025 la población bajo control es de 271 debido a que las estrategias de este año en vista a las metas se enfocaron en las altas clínicas; además de altas por fallecimiento y abandono.

La prevalencia de trastornos mentales respecto a la población total beneficiaria del departamento de salud es de un **25%**, similar a la prevalencia a nivel nacional que es de un **24%.**

El porcentaje de población bajo control con diagnóstico de depresión leve es del **28,75%** (respecto a la población total bajo control de salud mental del dsm), cifra que coincide con el porcentaje a nivel provincial que es del **29%** respecto a la población total bajo control en salud mental de malleco. No ocurre lo mismo con la depresión moderada que representa un **17%** del total de la población bajo control del dsm respecto al dato provincial que es de un **45%**; mientras que la depresión grave representa un **1%** en comparación al **7%** de usuarios bajo control en malleco. El siguiente gráfico muestra lo descrito.

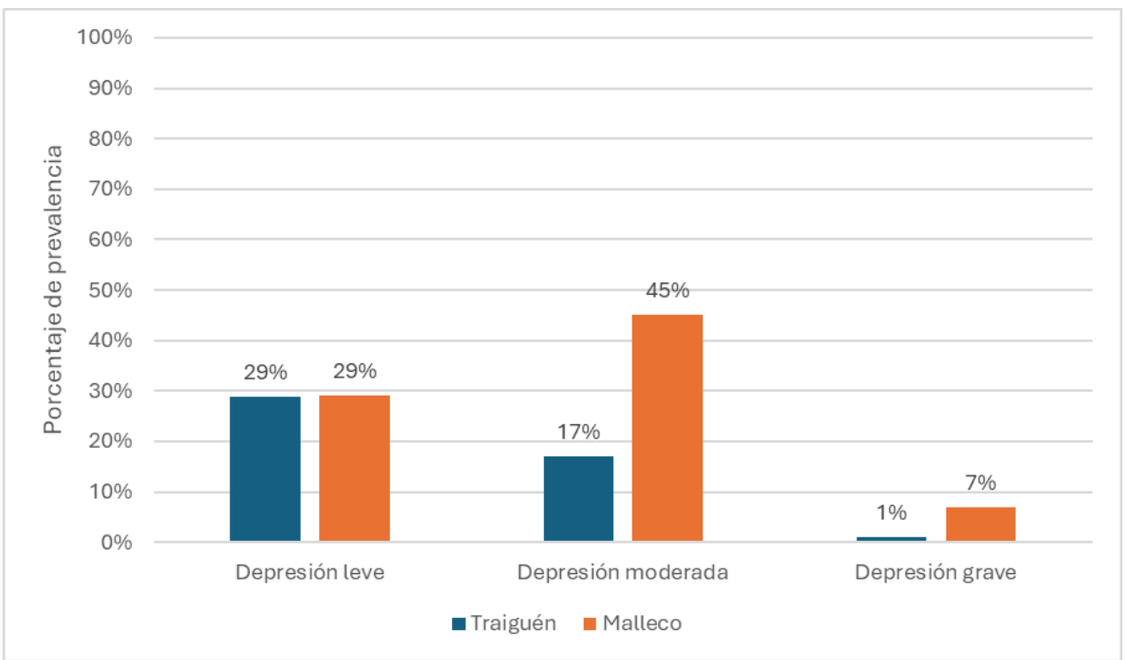


Gráfico de elaboración propia con datos extraídos REM Serie P Junio 2025.

Respecto a los trastornos de ansiedad, estos representan un **9%** del total bajo control, muy por debajo de la cifra provincial que es un **20%.** Las demencias, por su parte, ocupan un **7%** del total bajo control, también por debajo del porcentaje provincial que supera el **20%.**

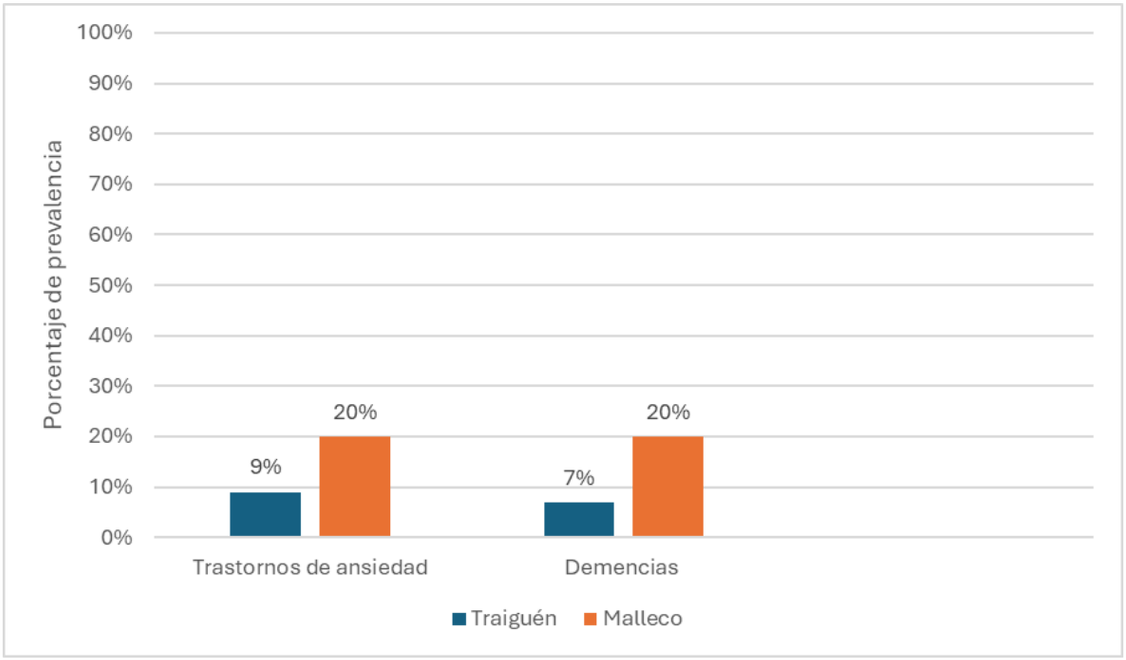


Gráfico de elaboración propia con datos extraídos REM Serie P Junio 2025.

Al hacer una comparación a nivel local entre dos periodos distintos con diferencia de 1 año (junio 2024 a junio 2025), se puede apreciar cifras similares en términos generales, sin embargo **llama la atención el significativo aumento de los trastornos asociados a demencias; de 4 casos a junio de 2023 a 21 casos a junio de 2025, tendencia que se repitió en el periodo 2023-2024**, lo que podría relacionarse con una mayor resolutividad de los casos a nivel de especialidad que conlleva a la confirmación diagnósticas de varios usuarios con sospecha de demencia.

La disminución de los casos en otras patologías, como los de tipo afectivos, se explica por el aumento de egresos con respecto a los ingresos, tanto por motivos de alta clínica, traslados de establecimientos de salud, abandono de los tratamientos y fallecimientos.

El hospital de traiguén, por su parte, presenta la siguiente población bajo control en salud mental según trastornos y factores de riesgo de salud mental:

Hospital traiguén				
Concepto		Total		
		Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Número de personas en control en el programa		992	386	606
Factores de riesgo y condicionantes de la salud mental				
Violencia física	Víctima	12	6	6
	Agresor/a	6	5	1

Violencia sexual	Víctima	0	0	0
	Agresor/a	0	0	0
Violencia psicológica	Víctima	1	0	1
	Agresor/a	0	0	0
Abuso sexual		1	0	1
Suicidio	Ideación	0	0	0
	Intento	10	4	6
Personas con diagnósticos de trastornos mentales		992	386	606
trastornos del humor (afectivos)	Depresión leve	95	33	62
	Depresión moderada	53	12	41
	Depresión grave	35	7	28
	Depresión post parto	15		15
	Trastorno bipolar	39	6	33
Trastornos mentales y del comportamiento debido a consumo sustancias psicotrópicas	Consumo perjudicial de alcohol	30	20	10
	Consumo dependiente del alcohol	25	23	2
	Consumo perjudicial de drogas	23	16	7
	Consumo dependiente de drogas	20	17	3
	Consumo de drogas y alcohol	21	16	5
Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia	Trastorno hipercinético	12	7	5
	Trastorno disocial desafiante y oposicionista	13	9	4
	Trastorno de ansiedad de separación en la infancia	3	1	2
	Otros trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia	15	8	7
Trastornos de ansiedad	Trastorno de estrés post traumático	16	5	11
	Trastorno de pánico	37	10	27
	Fobias sociales	13	2	11
	Trastornos de ansiedad generalizada	67	18	49
	Otros trastornos de ansiedad	92	41	51
Demencias (incluye alzheimer)	Leve	38	16	22

	Moderado	22	14	8
	Avanzado	14	8	6
Esquizofrenia		31	10	21
Trastorno adaptativo		52	19	33
Trastornos de la conducta alimentaria		11	1	10
Retraso mental		31	12	19
Trastorno de personalidad		61	13	48
Trastorno generalizados del desarrollo	Autismo	17	7	10
	Asperger	8	3	5
	Síndrome de rett	0	0	0
	Trastorno desintegrativo de la infancia	0	0	0
	Trastorno generalizado del desarrollo no específico	0	0	0
Epilepsia		9	2	7
Otras		74	30	44

8.2.5 PROGRAMA DE SALUD MENTAL INFANTIL (PASMI)

El **programa de apoyo a la salud mental infantil (PASMI)** del sistema **chile crece contigo** tiene como objetivo brindar diagnóstico y tratamiento a niños y niñas de **3 a 9 años** con trastornos de salud mental (ánimo, ansiedad, adaptación, entre otros), fortaleciendo la atención primaria en salud mental infantil. En traiguén, el programa se ejecuta desde el **15 de septiembre al 30 de octubre**, evidenciando avances en **coordinaciones interinstitucionales**, **atenciones psicológicas**, **ingresos y egresos de usuarios**, **orientación parental** y **acciones de difusión comunitaria**.

8.2.5.1 Principales hallazgos

Ventajas:

- Cuenta con **espacio físico propio**, adecuado y acogedor.
- Se cuenta con **materiales apropiados** y diversos para el trabajo terapéutico.
- **Buena articulación con redes locales** (educación, salud, municipio, programas).

Desventajas:

- **Alta demanda y baja cobertura**, con solo una profesional a cargo.
- **Ausencia de trabajador/a social**, limitando el abordaje familiar integral.
- Falta de **material distintivo (pendón)** para difusión.

No existe ficha unificada ni acceso a sidra, dificultando registros y coordinación clínica con hospital.

8.2.5.2 Proyecciones 2026

Desafíos:

- Optimizar el uso del tiempo en atención a adultos.
- Implementar **ficha electrónica en sidra**.
- Fortalecer la **difusión y promoción comunitaria**.
- Realizar **psicoeducación grupal** a adultos responsables.
- Incorporar el uso de **plataforma digital de registro**.
- Incrementar la **participación comunitaria** del programa.

Estrategias:

- Desarrollar **talleres de parentalidad positiva** para adultos del programa.
- Coordinar con el **ssan** la incorporación de la ficha electrónica.
- Elaborar **agenda mensual de actividades** para visibilizar el programa en escuelas, ferias y eventos locales.

A continuación se presentan gráficos respecto a los números obtenidos en el programa pasmi desde el periodo en que inició sus actividades la psicóloga contratada (15 de septiembre) hasta el 30 de octubre, considerando las metas estipuladas en el convenio 2025.

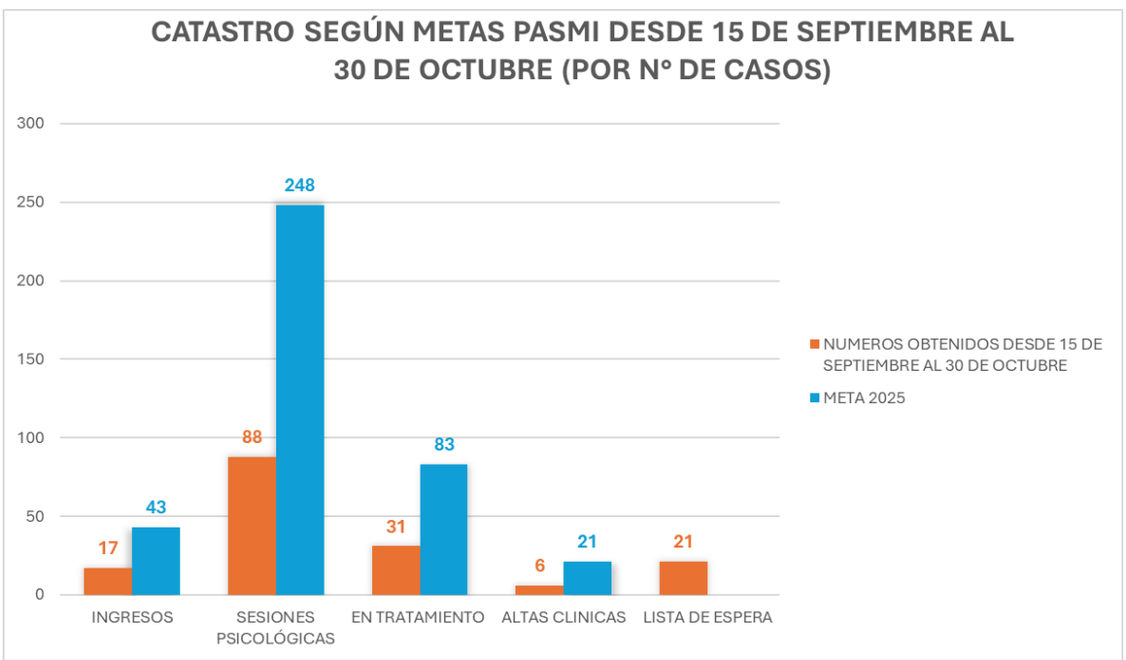


Gráfico de elaboración propia con datos extraídos REM Serie P Junio 2025.

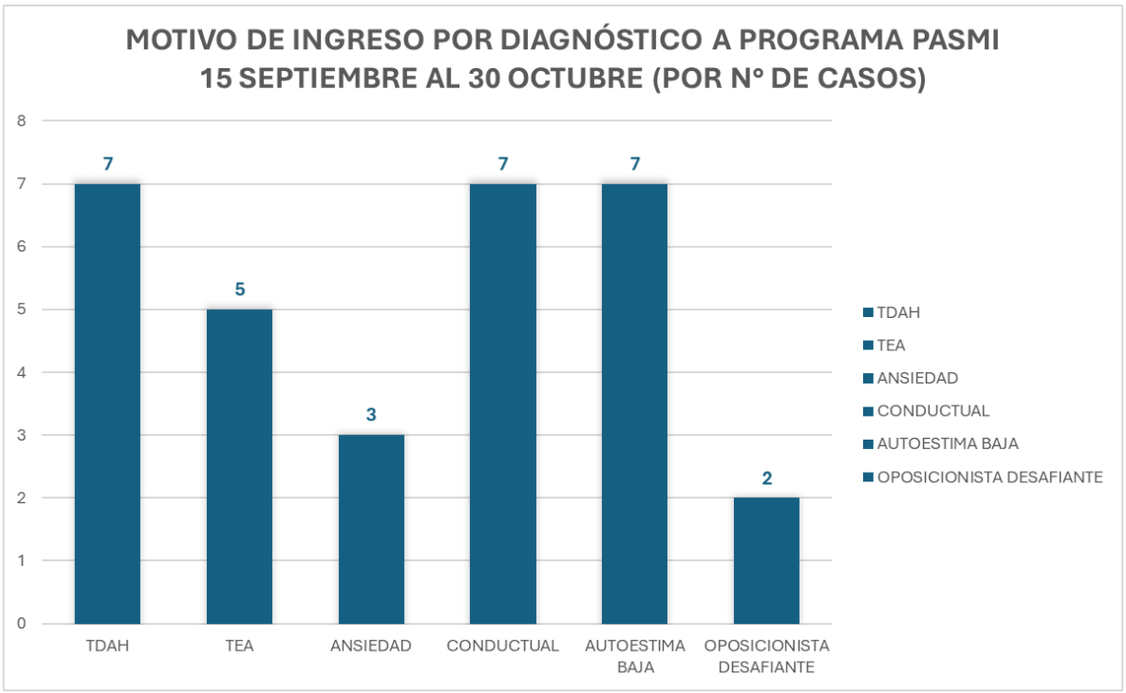


Gráfico de elaboración propia con datos extraídos REM Serie P Junio 2025.

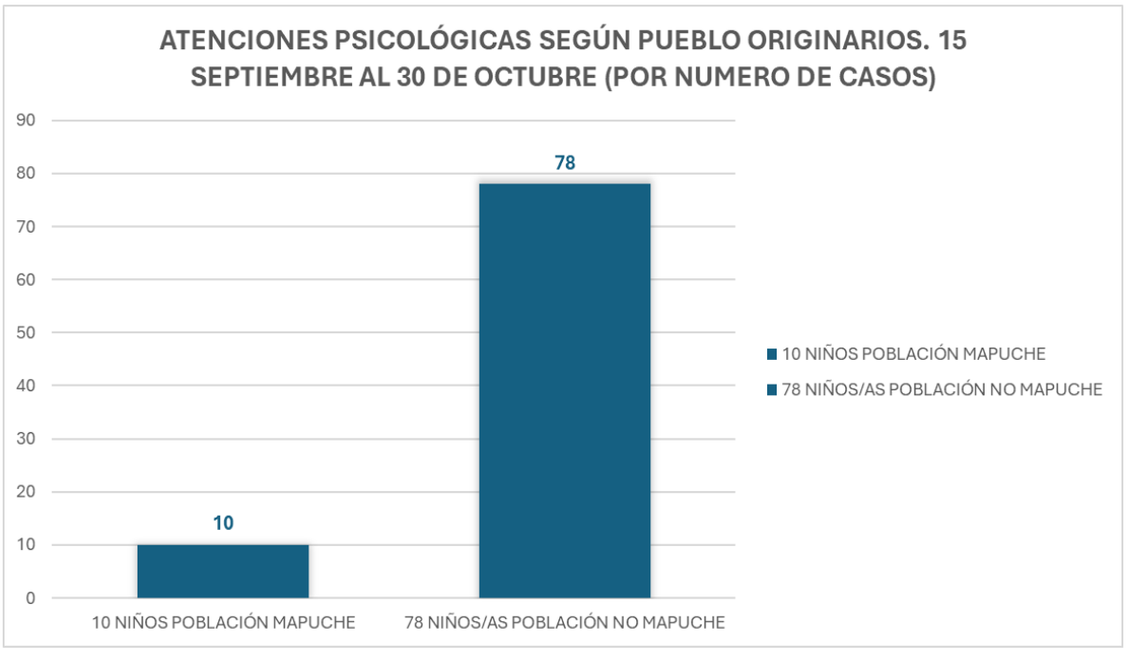


Gráfico de elaboración propia con datos extraídos REM Serie P Junio 2025.

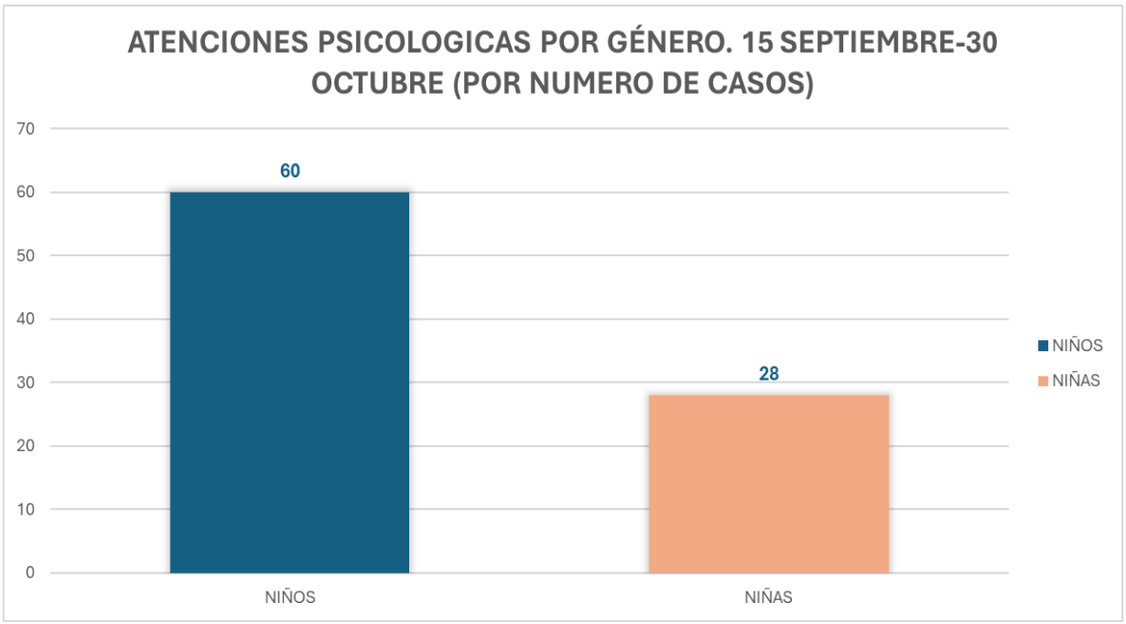


Gráfico de elaboración propia con datos extraídos REM Serie P Junio 2025.

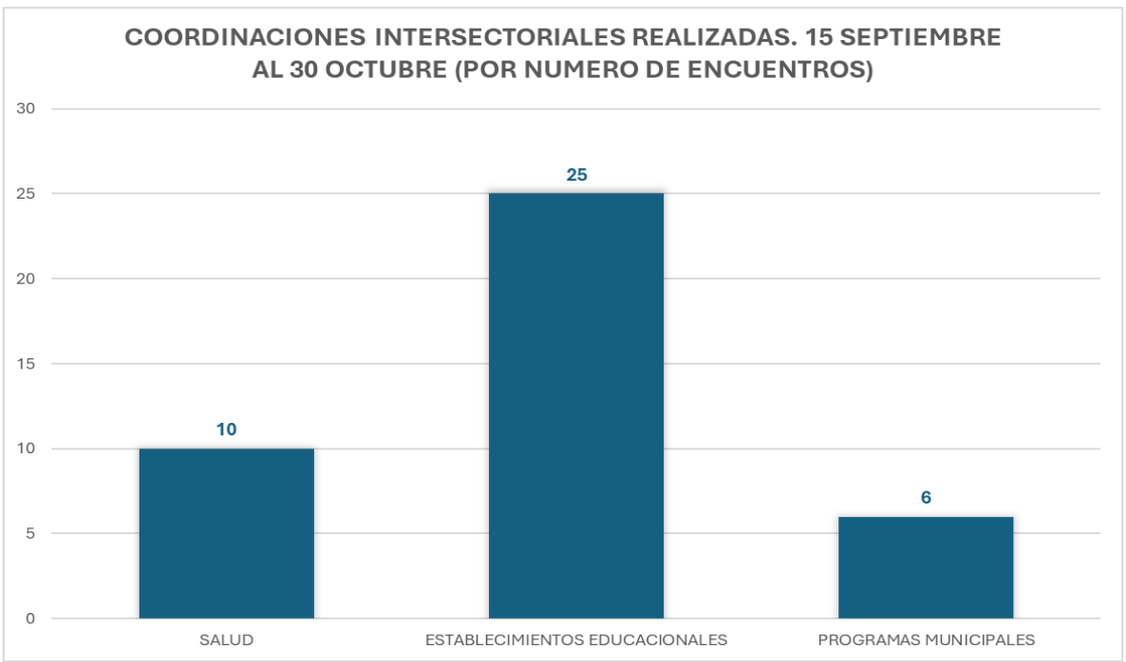


Gráfico de elaboración propia con datos extraídos REM Serie P Junio 2025.

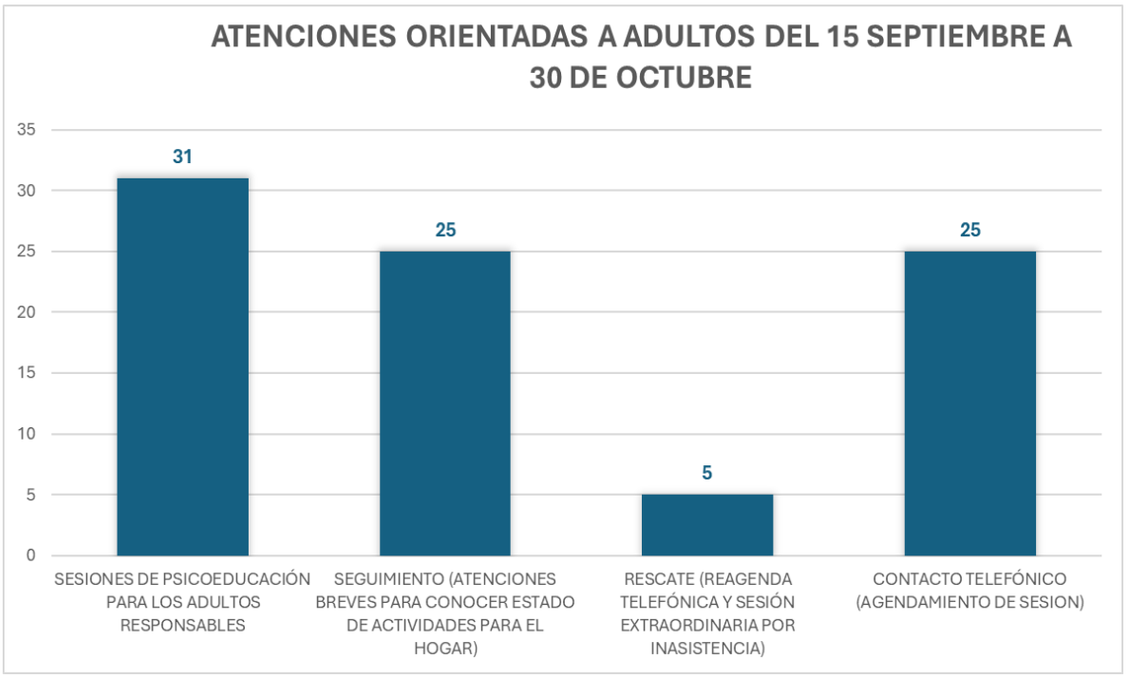


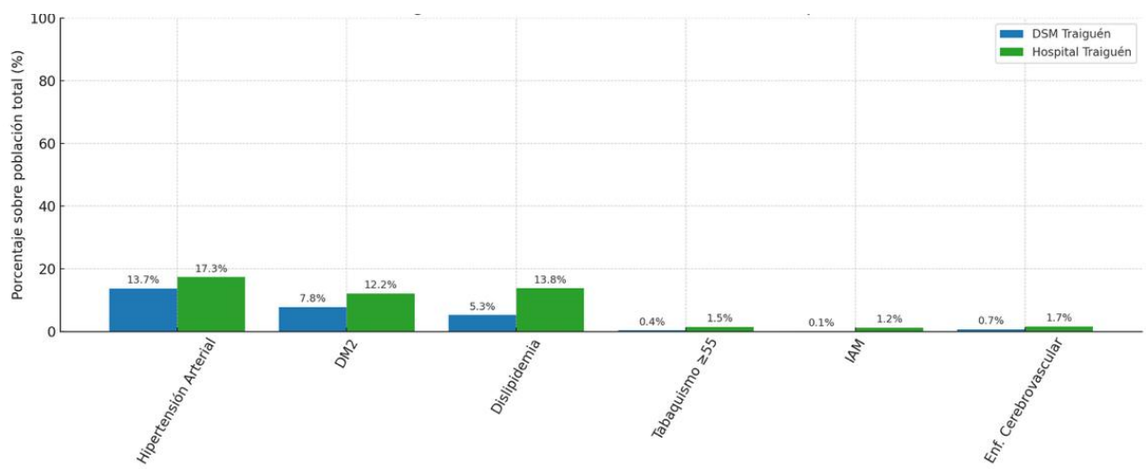
Gráfico de elaboración propia con datos extraídos REM Serie P Junio 2025.

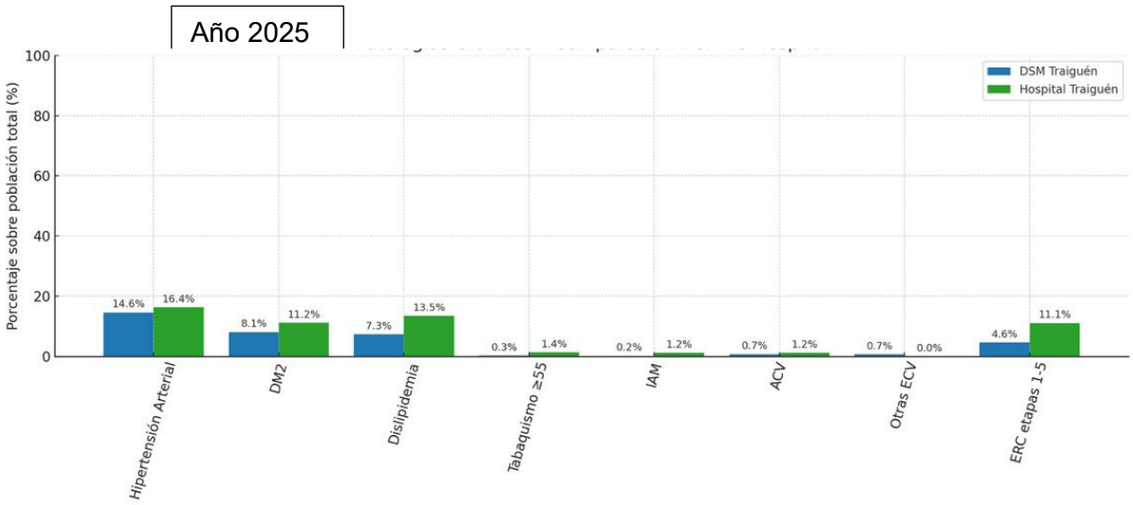
8.2.6 PROGRAMA CARDIOVASCULAR

El programa de salud cardiovascular (pscv), es una estrategia del ministerio de salud que tiene como finalidad reducir la incidencia de eventos cardiovasculares por medio de control y compensación de los factores de riesgo cardiovascular, mejorar el control de personas que han tenido un evento cardiovascular con fin de prevenir morbilidad y mortalidad prematura, además de mejorar la calidad de vida de estas personas, por medio de prestaciones entregadas en centros de atención primara en salud.

Para esto se han ido incorporando consultas y controles periódicos por un equipo de salud interdisciplinario donde existen acciones como: evaluación de función renal, evaluación del pie diabético, fondo de ojo, electrocardiograma, exámenes de laboratorio.

Tabla comparación prevalencia patologías crónicas según población total inscrita año 2024-205

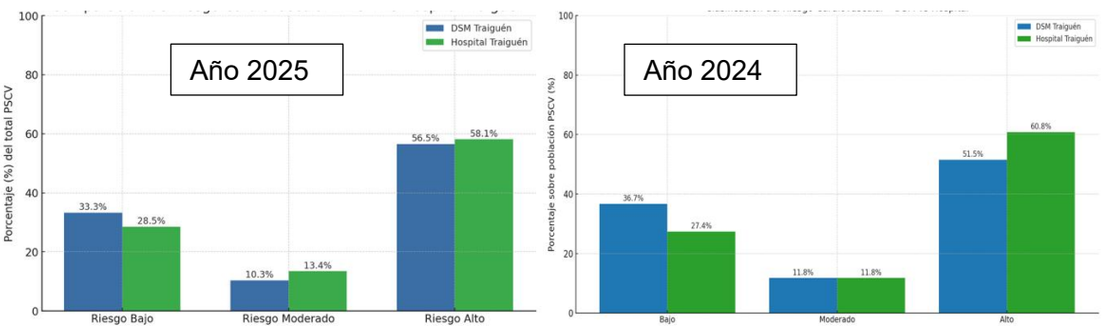




Fuente: gráfico de elaboración propia. Datos extraídos de rem p04 junio 2024 y 2025

En el DSM la carga de enfermedad se ha mantenido relativamente estable, aunque con pequeños aumentos que son coherentes con el envejecimiento de la población rural y con una mayor captación de usuarios en control crónico. En contraste, en el hospital traiguén se observa un incremento más marcado de las patologías crónicas, particularmente de origen metabólico como la diabetes, la hipertensión y la dislipidemia, lo que podría deberse tanto a una mayor pesquisa y demanda propia del contexto urbano como a un aumento real del riesgo cardiovascular en esta población.

Tabla comparación riesgo cardiovascular en población en PSCV año 2024-205

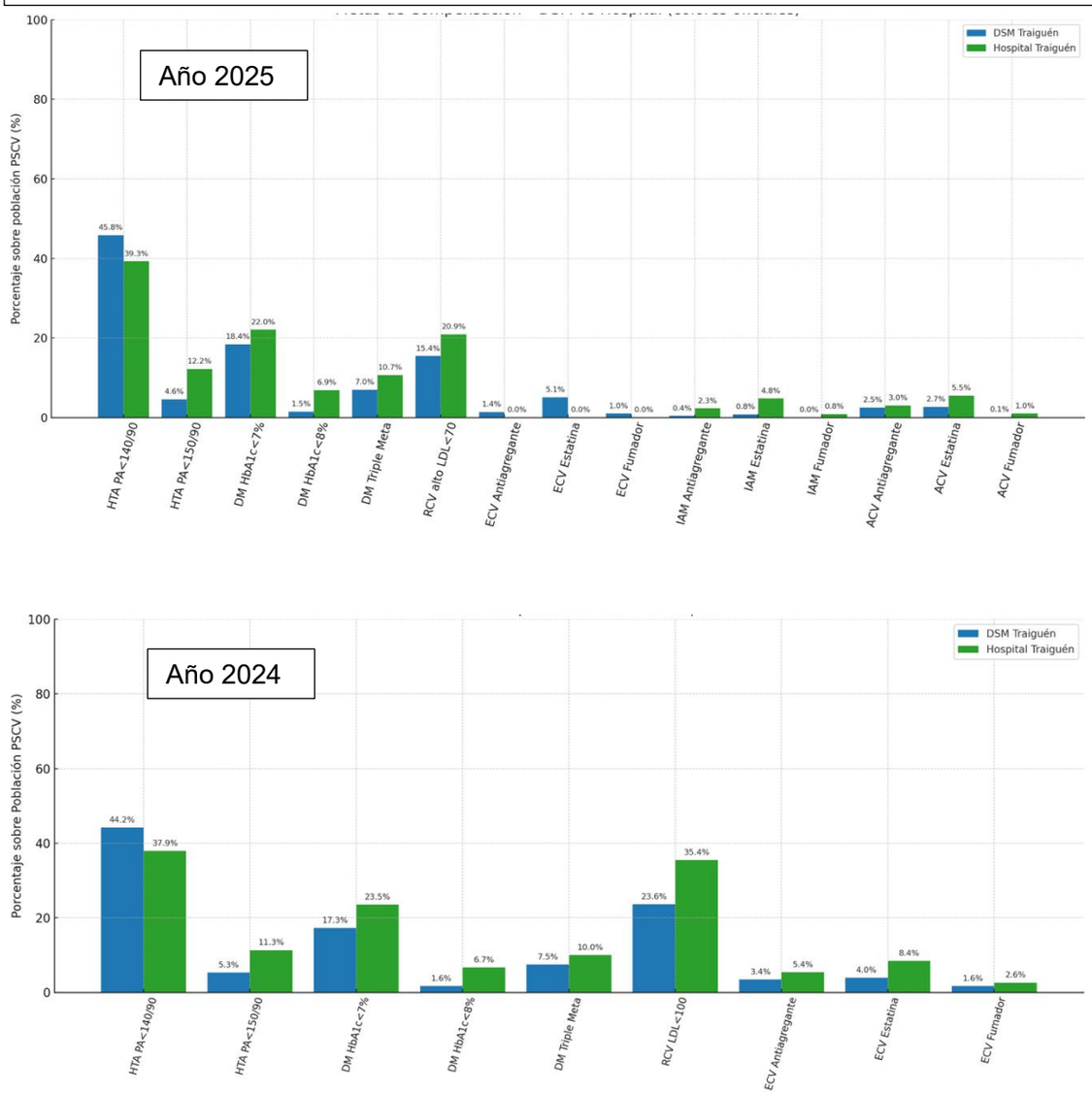


Fuente: gráfico de elaboración propia. Datos extraídos de rem p04 junio 2024 y 2025

En la comparación del riesgo cardiovascular entre los años 2024 y 2025 se observa una tendencia similar tanto en el dsm como en el hospital, manteniéndose en ambos establecimientos una mayor concentración de usuarios en la categoría de riesgo alto. Sin embargo, al analizar la variación entre años, se advierten cambios relevantes. En el dsm, el riesgo bajo disminuye levemente en 2025 respecto de 2024, mientras que el riesgo moderado se mantiene estable y el riesgo alto muestra un aumento, lo que sugiere que parte de los usuarios está transitando hacia una condición de mayor riesgo. En el hospital ocurre algo similar: disminuye la proporción de usuarios en riesgo bajo, el riesgo moderado se mantiene sin variaciones significativas y el riesgo alto aumenta, consolidándose como la categoría predominante. En síntesis, en ambos niveles asistenciales se aprecia un desplazamiento hacia perfiles de mayor riesgo cardiovascular durante 2025, lo que podría estar asociado a un aumento

de factores metabólicos, envejecimiento poblacional o una mayor captación de usuarios con condiciones crónicas avanzadas.

Tabla comparación metas de compensación en población en PSCV año 2024-205



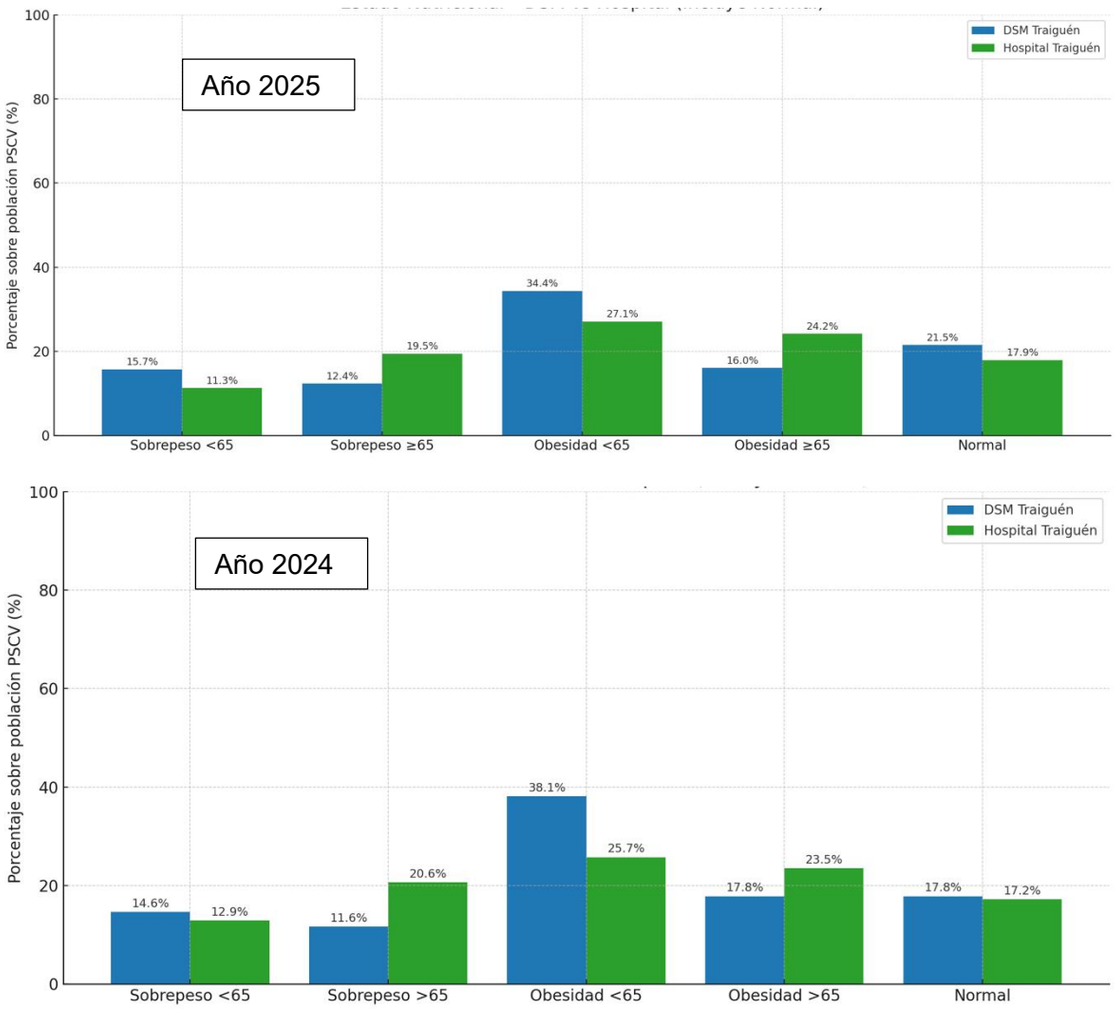
Fuente: gráfico de elaboración propia. Datos extraídos de rem p04 junio 2024 y 2025

Al comparar las metas de compensación del programa de salud cardiovascular entre los años 2024 y 2025, tanto en el dsm como en el hospital, se observa una evolución favorable en la mayoría de los indicadores. En ambos centros aumenta la proporción de usuarios con hipertensión controlada bajo 140/90 mmhg, lo que refleja un mejor manejo de la presión arterial respecto del año anterior. En diabetes ocurre algo similar: los controles con hba1c bajo 7% muestran una mejora en 2025, junto con un leve aumento en la proporción que alcanza la triple meta, lo que sugiere un trabajo más consistente en el control integral del riesgo metabólico.

El control del colesterol ldl también presenta un avance en ambos establecimientos, especialmente en el hospital, donde el porcentaje de usuarios en meta sube de manera más marcada. En cuanto a los usuarios con antecedentes de enfermedad cardiovascular, no se observan variaciones abruptas entre los dos años, pero sí una tendencia a un mejor uso de antiagregantes y estatinas, lo que indica adherencia a las recomendaciones de prevención secundaria. En general, la comparación muestra que tanto el dsm como el hospital han logrado mejorar sus resultados en las metas de compensación

durante 2025, evidenciando un fortalecimiento en la pesquisa, el seguimiento y el control clínico de los usuarios con riesgo cardiovascular.

Tabla comparación estado nutricional en población en PSCV año 2024-205



Fuente: gráfico de elaboración propia. Datos extraídos de rem p04 junio 2024 y 2025

Al comparar el estado nutricional de los usuarios del programa de salud cardiovascular entre los años 2024 y 2025, tanto en el dsm como en el hospital, se observa que las tendencias generales se mantienen, aunque con variaciones que aportan información relevante sobre la evolución del riesgo cardiometabólico. En ambos años, la obesidad en menores de 65 años sigue siendo la categoría más predominante, especialmente en el dsm, donde vuelve a concentrar el porcentaje más alto de la población en control. Sin embargo, en 2025 esta proporción disminuye levemente respecto de 2024, lo que podría sugerir una mejora gradual en esta condición o un aumento de usuarios distribuidos en otras categorías.

En el hospital ocurre algo similar: la obesidad en menores de 65 años continúa siendo elevada, pero también muestra una ligera reducción respecto del año anterior. En contraste, el sobrepeso, especialmente en personas mayores de 65 años, aumenta tanto en el dsm como en el hospital, lo que podría indicar un desplazamiento desde la obesidad hacia categorías menos severas o bien un incremento de adultos mayores captados en el programa.

La proporción de usuarios con estado nutricional normal permanece relativamente estable entre ambos años, con leves variaciones que no modifican de manera significativa la distribución general. En conjunto, los gráficos muestran que, aunque la obesidad continúa siendo la condición predominante, existe una tendencia suave hacia la reducción de los niveles más altos de malnutrición por exceso y un aumento del sobrepeso en mayores de 65 años.

8.2.7 PROGRAMA SALUD ADULTO MAYOR

Tiene como objetivo 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.

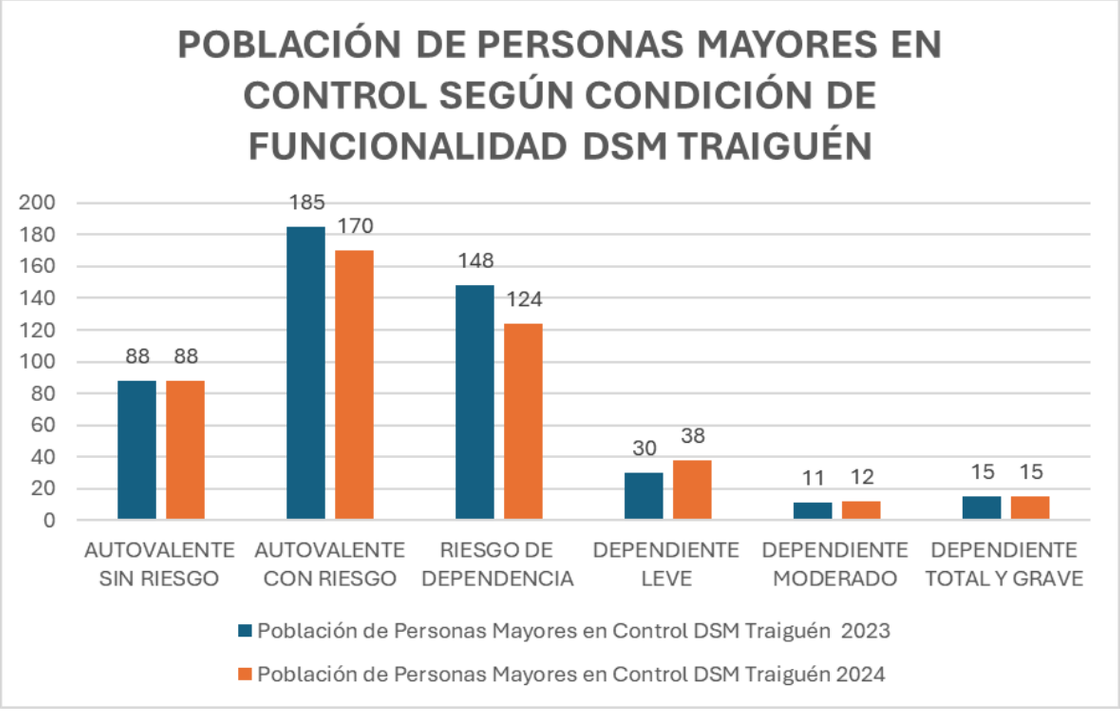


Gráfico de elaboración propia. Datos extraídos de Rem P 05 Junio 2023-2024.

De acuerdo al gráfico, se puede observar que el número de personas mayores con evaluación de funcionalidad se concentra en la categoría de Autovalente con Riesgo, seguido por Riesgo de Dependencia.

Es decir, la mayor parte de la población de personas mayores está presentando una disminución en su funcionalidad y reserva fisiológica, lo que lo hace más propenso a un deterioro progresivo.

También se puede evidenciar que durante el año 2024 existe un aumento de personas mayores en la categoría de Dependencia Leve y una disminución del número de personas autovalentes con riesgo y riesgo de dependencia. En lo que concierne a personas con dependencia moderada, total y grave no se observan cambios significativos. De la misma forma, el número de personas autovalentes sin riesgo no sufrió cambios.

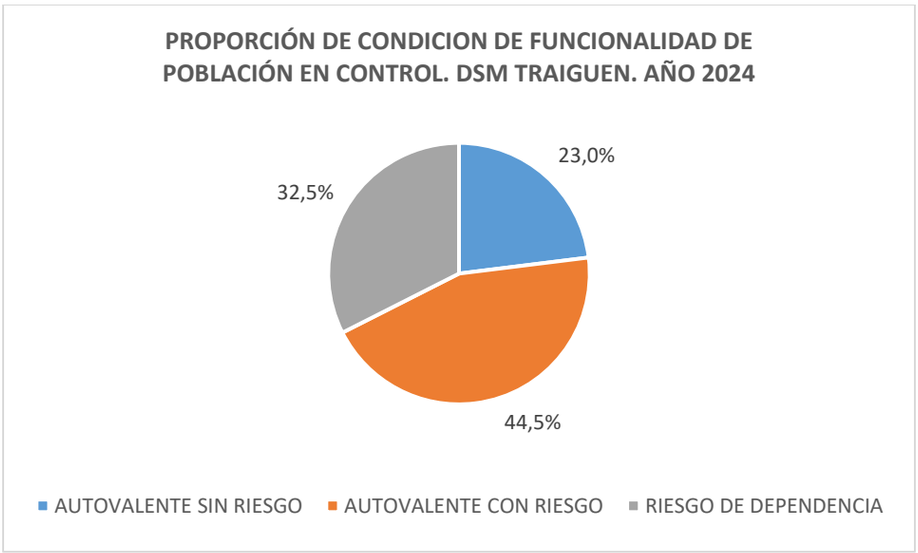


Gráfico de elaboración propia. Datos extraídos de Rem P 05 Junio 2024.

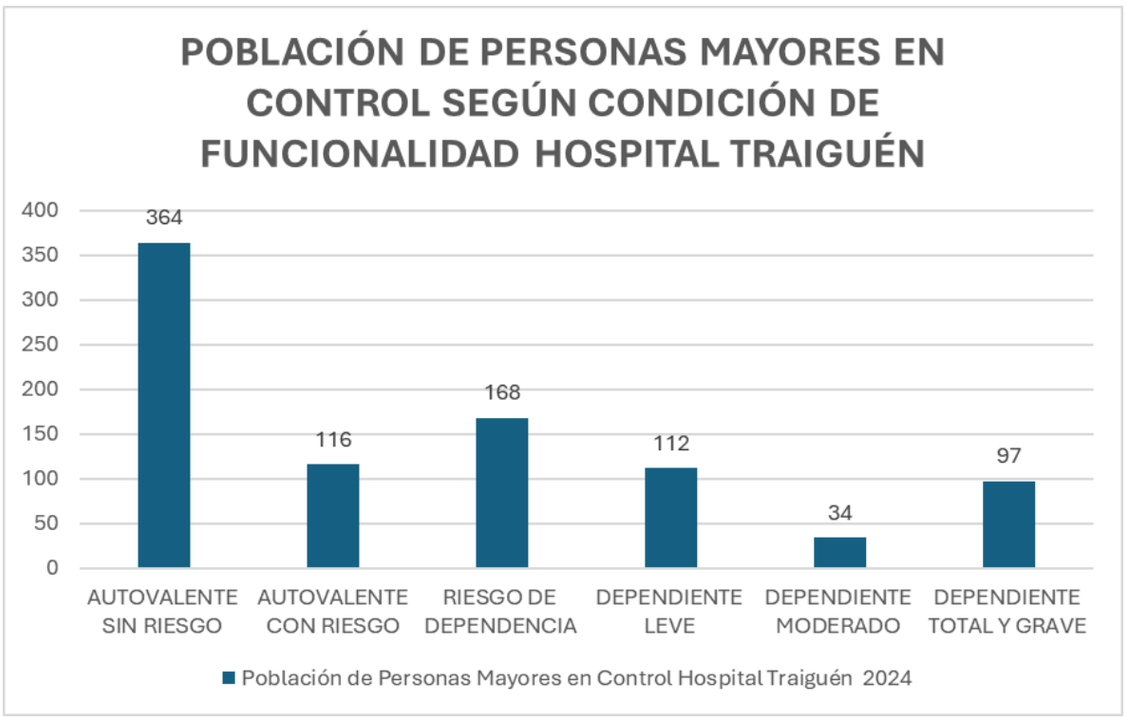
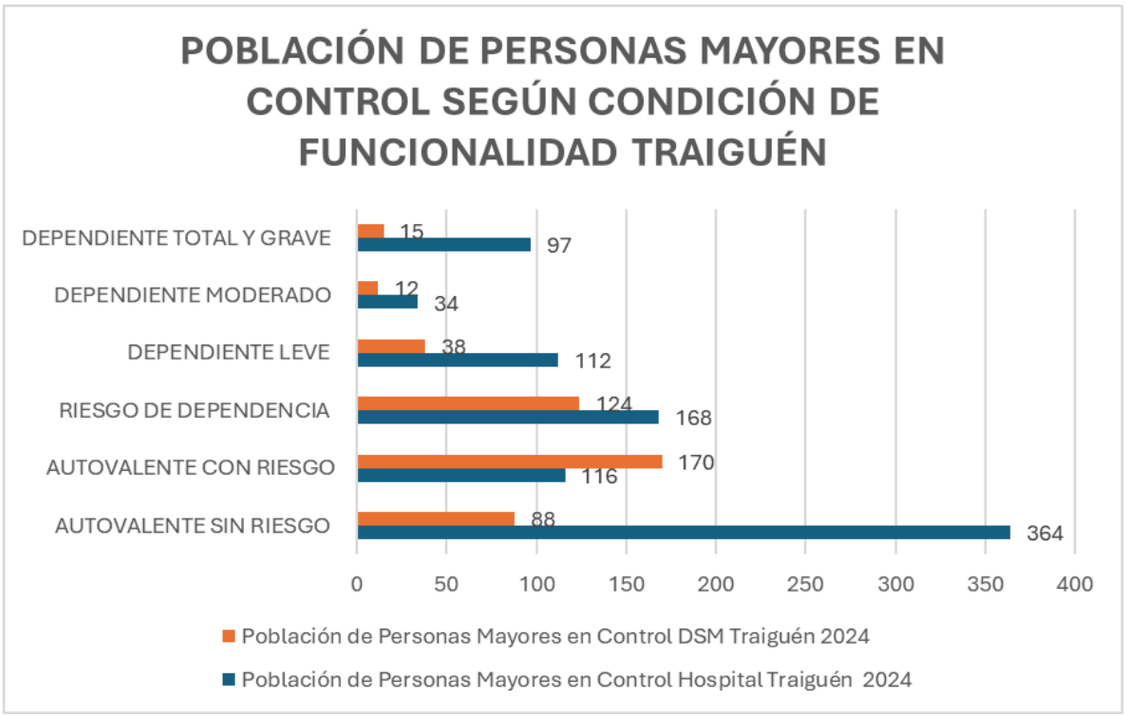


Gráfico de elaboración propia. Datos extraídos de Rem P 05 Junio 2024 - Hospital Traiguén

En cuanto a la población bajo control de personas mayores en Hospital Traiguén, se observa que la población se concentra en la categoría de Autovalente sin Riesgo, seguido por Riesgo de Dependencia.



En cuanto a la población general de personas mayores de la comuna de Traiguén se observa que de acuerdo a condición de funcionalidad, las categorías que se destacan son el grupo de autovalentes con y sin riesgo, además del grupo con riesgo de dependencia. Es por este motivo que los diversos equipos de salud deben implementar acciones de educación y promoción de la salud, donde se fomenten estilos de vida saludable, se fomente la participación social, el autocuidado y autoestima de modo que se promueva el envejecimiento positivo.

Estrategias como el Programa Más Ama busca mantener o mejorar la condición funcional de la población de 60 años o más beneficiaria, a través de talleres donde se busca prolongar la autovalencia de las personas mayores, prevenir caídas, estimular funciones cognitivas y promover estilos de vida saludable.

8.2.8 PROGRAMA ODONTOLÓGICO

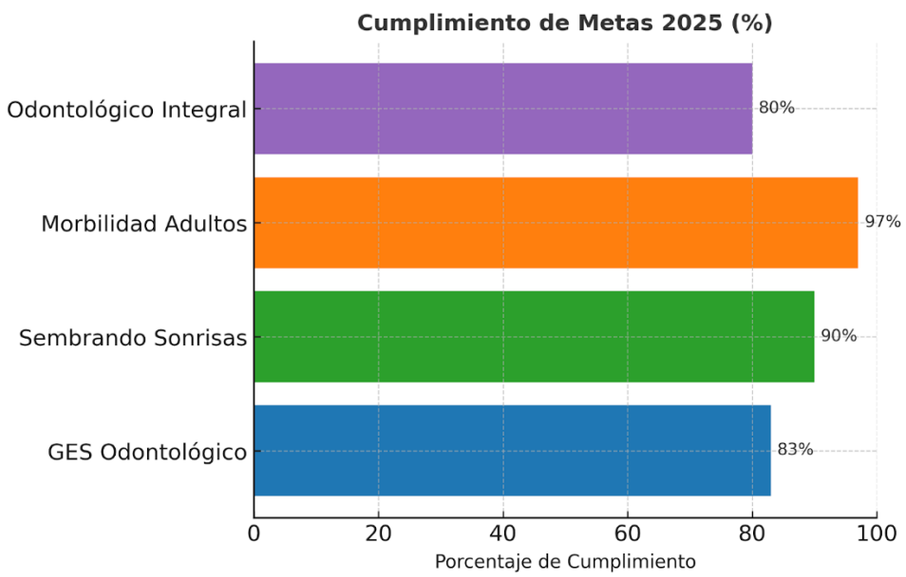
8.2.8.1 Metas cuantitativas alcanzadas

Ges odontologico	Meta	Ejecutado a octubre
Altas embarazadas		9
Altas 60 años		2
Urgencias ges	**12**	8
Sembrando sonrisas		7
Nº exámenes niños	**320**	342
Nºentrega de kit higiene	**320**	342
Nºaplicaciones de fluor	**640**	437
N° sesiones educativas grupales		13
Mejoramiento acceso		
Nº endodoncias aps	**30**	29

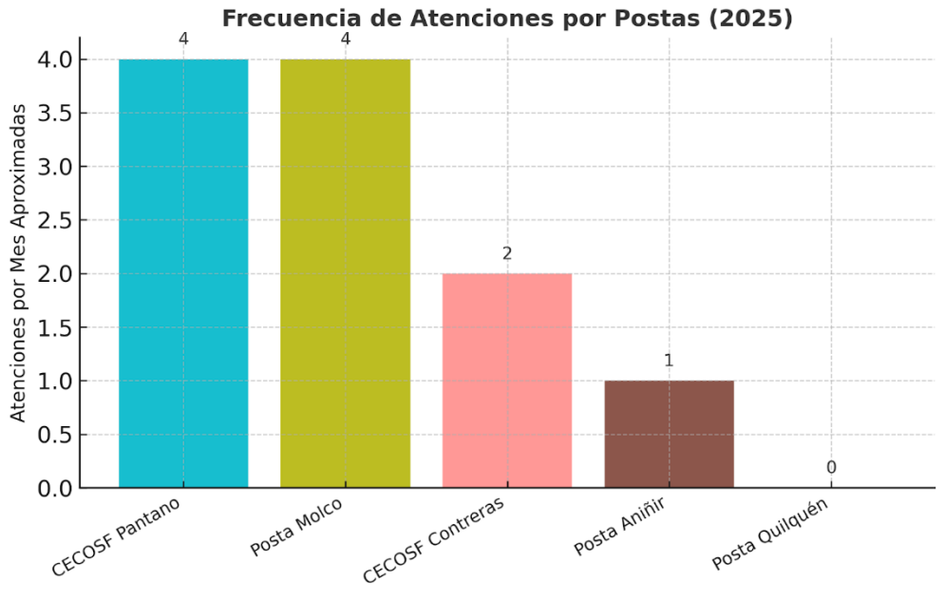
Nº prótesis aps	**40**	18
Morbilidad adultos	**3840**	3747
Odontológico integral		
N° de altas integrales con prótesis mas sonrisas	**106**	88
N° de altas integrales sin prótesis mas sonrisas	**25**	18
N° total de altas integrales mas sonrisas	**131**	104
N° de altas integrales con prótesis aoih	**35**	35
N° de altas integrales sin prótesis aoih	**9**	3
N° total de altas integrales aoih	**44**	38
Altas domiciliarias	**14**	7
N° visitas domicilio rem a26		7
Población bajo control		
Pautas cero - rem a03		154
N° bajo riesgo - rem a03		48
N° alto riesgo - rem a03		106
Metas sanitarias/iaaps		
Pautas cero < 10a.	**43%**	97
Libres de caries 6 años	**24%**	9
Ceod=0 en < 3años		21

Indicador	**Meta programada**	**Cumplimiento 2025**
Implementación de box dental en postas rurales	2 nuevas unidades	2 unidades completadas
Mejoras en infraestructura clínica	3 sectores intervenidos	3 completados

A continuación, se presentan los gráficos representativos del cumplimiento de metas y la distribución de atenciones en postas rurales durante el año 2025.



Cumplimiento porcentual de metas programáticas en el área dental durante 2025 (visualización mejorada).



Frecuencia de atenciones odontológicas según psr y cecosf (visualización mejorada).

8.2.8.2 Metas cualitativas y objetivos logrados

Durante el año 2025, se implementaron diversas acciones orientadas a fortalecer la calidad de la atención odontológica, mejorar la seguridad clínica y optimizar la gestión interna. Entre los principales hitos destacan:

- Renovación completa del box 1, incluyendo saneamiento estructural y cambio de sillón clínico.
- Optimización del proceso de esterilización mediante la adquisición de destiladores de alta capacidad.
- Implementación de una bodega externa e interna de insumos dentales, con sistema de control de acceso.
- Instalación y puesta en marcha del nuevo box dental en la posta rural de quilquén.
- Instalación y puesta en marcha del nuevo box dental en la posta rural de aniñir.
- Instalación de equipo radiológico, el cual se encuentra a la espera de evaluación precalificativa para autorización sanitaria.



Equipo radiológico instalado



Uno de los destiladores adquiridos durante 2025 para mejorar el flujo de esterilizado de material





Instalación y funcionamiento de equipo en box dental de aniñir

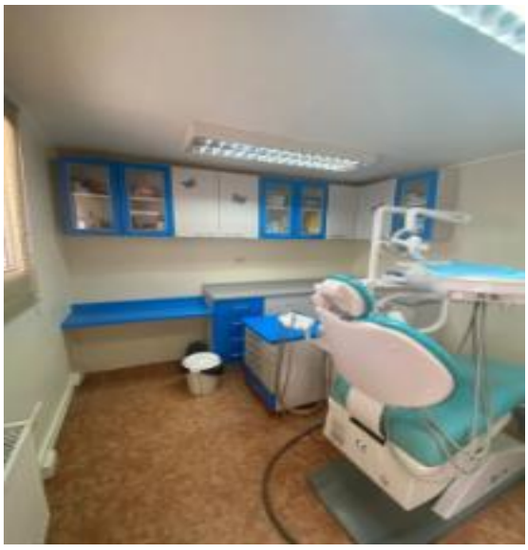


Bodega externa implementada como apoyo para almacenar insumos





Instalación de equipos en box dental Aniñir





Reparación de muros y pintura de box dental 1



Compresor adquirido para funcionar en box dental de CECOSF Pantano

8.2.8.3 Rendimiento y plan de fortalecimiento del área odontológica

I. Evaluación de desempeño 2025: programa odontológico integral

El equipo profesional consolidó el **programa odontológico integral (poi)**, logrando un **83% de cumplimiento de las metas proyectadas al cierre del mes de octubre**. Este resultado refleja una gestión operativa sólida y centrada en la equidad.

- **Eficiencia operacional:** la **reestructuración del equipo** permitió asegurar la continuidad del servicio y la **eficiencia en la programación de atenciones**, minimizando el impacto de las ausencias temporales del personal.
- **Focalización en vulnerabilidad:** se mantuvo la **priorización activa de la atención a grupos vulnerables** (como adultos mayores y embarazadas), asegurando el acceso oportuno a prestaciones críticas.

Conclusión: la gestión 2025 demuestra la capacidad del equipo para mantener un alto nivel de cumplimiento programático y operativo, sentando las bases para la expansión de la cobertura.

Ii. Propuestas estratégicas de fortalecimiento para 2026

Con el objetivo de **consolidar el acceso y elevar la calidad de la atención dental** en traiguén, especialmente en la red rural, se proponen las siguientes líneas de acción estratégica para el año 2026:

I. **Expansión de cobertura y equidad territorial:** calendario ampliado de atención rural: implementar un calendario de atención con frecuencia ampliada y sostenida en los sectores rurales de aniñir y quilquén, incorporando un sistema de seguimiento continuo y trazabilidad de pacientes para asegurar la finalización de tratamientos.
II. **Fortalecimiento de la gestión clínica y técnica:** capacitación técnica y bioseguridad: desarrollar un programa de capacitaciones técnicas focalizadas para el personal tens, priorizando las áreas de gestión de esterilización, bioseguridad y control de inventario de insumos clínicos, garantizando el cumplimiento de estándares sanitarios.
III. **Incorporación de tecnología y gestión digital: implementar un sistema digital** para el **registro clínico** (ficha electrónica) y la **gestión de inventario odontológico**, lo que optimizará la toma de decisiones y la trazabilidad de insumos.
IV. **Mantenimiento y reposición programada: gestionar la reposición prioritaria del equipamiento** que presente desgaste operativo y establecer un **programa de mantención preventiva** rigurosa, asegurando la continuidad del servicio y la seguridad de los usuarios.
V. **Desarrollo de capital humano y comunicación interna:** gestión de la información y **coordinación de equipo:** mantener un ciclo de **reuniones trimestrales obligatorias** con el equipo odontológico para la comunicación formal de novedades, toma de decisiones estratégicas y evaluación del desempeño.

8.2.8.4 Conclusiones

I. Consolidación de la gestión 2025: logros y fortalecimiento

El año 2025 marcó un período de **crecimiento sostenido y consolidación** para el área dental del departamento de salud municipal de traiguén. Las acciones ejecutadas priorizaron la calidad, la seguridad y la equidad territorial, culminando en los siguientes logros clave:

- **Fortalecimiento de la capacidad operativa:** se materializaron **mejoras significativas en infraestructura y equipamiento clínico**, lo que optimizó los procesos internos y elevó la capacidad de respuesta del área dental.
- **Compromiso con la calidad y seguridad:** la gestión se centró en el cumplimiento de los **estándares exigidos por el ministerio de salud**, asegurando la eficiencia en el uso de recursos y contribuyendo directamente a la **satisfacción usuaria**.
- **Equidad territorial:** se mantuvo una **mirada centrada en la equidad**, asegurando la continuidad de la atención odontológica tanto en la zona urbana como en los sectores rurales.

La **sostenibilidad de estos avances** requiere mantener la línea de trabajo implementada y el seguimiento riguroso de las metas. El éxito alcanzado es un testimonio del **esfuerzo y compromiso** del equipo profesional y técnico, esencial para el cumplimiento programático.

II. Orientaciones y proyecciones estratégicas 2026

Para el año 2026, el área dental proyecta la continuación de esta línea de desarrollo, enfocándose en la **mejora continua, la ampliación de cobertura y la focalización en grupos de riesgo**. Las siguientes líneas de acción buscan consolidar los logros del período anterior y responder a las demandas emergentes de la población:

Proyecciones de servicios y cobertura

1. **Priorización de la oportunidad clínica:** se priorizará la **reducción activa de las listas de espera odontológicas**, con un foco estratégico en los grupos de **adultos mayores y embarazadas**, dada su alta vulnerabilidad.
2. **Fortalecimiento preventivo:** se intensificará la **atención preventiva en niños y adolescentes** como pilar fundamental de la salud bucal futura.
3. **Equidad territorial sostenida:** se implementarán **mecanismos de coordinación estandarizados con las postas rurales**, garantizando un **calendario de atención más equitativo y sostenido** en el tiempo para las comunidades rurales.

Estas proyecciones buscan garantizar que los avances en infraestructura y equipamiento se traduzcan en una mejor experiencia de atención para toda la comunidad de Traiguén.

Objetivos estratégicos para el fortalecimiento del área odontológica en Traiguén

I. Eje de acceso y oportunidad

Reducción y optimización de listas de espera: optimizar la oportunidad y el acceso a las prestaciones odontológicas, implementando estrategias de gestión de la demanda que permitan **disminuir significativamente los tiempos de espera** para la atención clínica y la resolución de patologías.

II. Eje de cobertura territorial y ruralidad

Ampliación de la cobertura en zonas rurales: expandir la cobertura y la resolutividad de las atenciones dentales, desarrollando un **abordaje territorial priorizado** en los sectores rurales de

Aniñir y Quilquén, con especial énfasis en la prevención y la atención de los grupos más vulnerables (niños y adultos mayores).

III. Eje de capacidad diagnóstica e infraestructura

Consolidación de la unidad de imagenología dental: garantizar la plena operatividad y el uso eficiente de la sala de rayos x en el centro dental de traiguén (unidad de imagenología), con el fin de aumentar la resolutividad diagnóstica in situ y disminuir las derivaciones a la red secundaria.

IV. Eje de gestión de recursos

Fortalecimiento del capital humano y técnico: potenciar la capacidad de gestión y el desarrollo profesional del equipo odontológico y técnico, asegurando la dotación de recurso humano calificado y la modernización continua del equipamiento e instrumental necesario para una atención de calidad.

8.2.8.5 Nuevas metas para 2026

Lograr la plena operatividad y autorización sanitaria de la sala de rayos x. Adquirir un nuevo sillón dental para el box 2 del centro odontológico de traiguén. Ampliar la cobertura de atención en postas rurales, con especial énfasis en aniñir y quilquén.

8.2.9 PROGRAMA ELIGE VIDA SANA

8.2.9.1 Descripción del programa

En el marco de las prioridades programáticas enmarcadas del ministerio de salud, que relevan a la atención primaria como área pilar relevante de la salud pública, el ministerio de salud ha decidido aprobar el “programa elige vida sana” que es una intervención en factores de riesgo de enfermedades no transmisibles implementado con un enfoque comunitario e interdisciplinario, cuyo objetivo es contribuir a reducir los factores de riesgos de desarrollar diabetes y enfermedades cardiovasculares en la población.

El referido programa ha sido aprobado por resolución exenta n° 1285 del 28 de diciembre de 2018.

8.2.9.2 Programa elige vida sana

El programa elige vida sana está dirigido a todos(as) aquellos(as) niños, niñas, adolescentes, adultos, mujeres embarazadas y post parto, inscritos en fonasa de 2 años a 64 años de edad que cumplan con los requisitos de inclusión, estos son: población inscrita en los centros de salud de atención primaria, validada por fonasa; niños y niñas, adolescentes y adultos, de 2 años a menores de 65 años con diagnóstico de sobrepeso y obesidad; niños, niñas u adolescentes menores de 15 años con diagnóstico de hipertensión y/o diabetes mellitus tipo ii que tengan sobrepeso u obesidad.

El propósito del programa es contribuir a disminuir enfermedades cardiovasculares y diabetes mellitus tipo ii en la población chilena, a través de una intervención en los hábitos de alimentación y la condición física dirigida a niños, niñas, adolescentes, adultos y mujeres embarazadas. En este contexto se constituye el equipo elige vida sana, mediante el cual se busca a través de una intervención nutricional, que se apoya en la actividad física y psicológica orientada a instaurar estilos de vida saludables en la población beneficiaria del sistema público.

8.2.9.3 Objetivo general

Disminuir factores de riesgo de sobrepeso, obesidad y sedentarismo en relación a la condición física, en beneficiarios de fonasa de 2 años a 64 años de edad.

8.2.9.4 Porcentaje de distribución año 2025

El programa posee una meta de 100 ingresos, distribuidos de la siguiente manera:

Población objetivo	Cupos	%
2 años a 5 años	40	40
6 a 19 años	30	30
20 a 64 años	30	30

8.2.9.5 Resultados y metas alcanzadas año 2025

A continuación se detalla canasta según convenio:

Componente 1: alimentación saludable	
Prestación	**Propósito**
Círculos de vida sana, estrategias motivacionales.	Talleres desarrollados por equipo multidisciplinario (nutricionista psicólogo, profesional actividad física), con el propósito de reforzar y potenciar el cambio de hábito hacia una vida saludable, con entrega de Herramientas para su sustentabilidad.
Consultas nutricionales de ingreso y de seguimiento. Dentro del establecimiento educacional un mínimo de tres: ingreso, 6° y 8° mes de intervención. En la comunidad y establecimientos de salud un mínimo de dos: ingreso y 6° mes de intervención.	• Evaluar estado nutricional del usuario. • Realizar intervenciones de carácter motivacional. • Realizar plan de alimentación, estableciendo metas. • Establecer metas personales con el usuario. • Hacer seguimiento y control de las metas y del progreso en términos de estado nutricional.
Consultas psicológicas	• Identificar el nivel de cambio se encuentra la persona a través del modelo de prochaska • Identificar con el usuario una meta personal. • Realizar intervención motivacional para apoyar el cambio de hábito. • Evaluación de ingreso y al 6° mes, evaluación de egreso, identificar cambios, avances, complejidades y comparativa. • Sospecha trastornos de salud mental comunes en aps (depresión, consumo perjudicial y/o dependencia de alcohol, tabaco y otras drogas, entre otros) y los que requieren especialidad: acompañar y monitorear la derivación a confirmación diagnóstica a profesionales de salud mental.

Componente 2: actividad física y tiempo libre	
Prestación	Propósito
Evaluaciones realizadas por profesional de la actividad física. - Dentro de establecimiento educacional un mínimo de tres: ingreso, 6° y 8° mes de intervención. En la comunidad y establecimientos de salud un mínimo de dos: ingreso y 6° mes de intervención).	Determinar el nivel de condición física y establecer patrones de referencia que le permitan al sujeto observar en qué medida está alcanzando sus objetivos.
Sesiones de actividad física 48 sesiones con una duración de 60 minutos de actividad física en 6 meses	• Programar clases de actividad física según lo determinaron en el plan comunal que se realizó a principio de año. • Realizar sesiones de 1 hora aprox. En horarios que sean acordes a los horarios disponibles de los usuarios. • Tener disponibilidad de horarios diarios para que los usuarios puedan asistir a clases al menos 2 veces a la semana.

8.2.9.6 Intervenciones y metas año 2025

A continuación, se describen las actividades y estrategias implementadas por cada profesional del programa, orientadas al cumplimiento de las metas establecidas en el plan de trabajo anual.

Población objetivo	Estrategias
Grupo 19 a 64 años	**Profesional de la actividad física:** Durante el periodo, se desarrollan cuatro clases semanales de actividad física, otorgando de esta forma más oportunidades para que cada usuario logre sus objetivos personales. Este aumento representa una mejora significativa en comparación con años anteriores, en los cuales se realizaban únicamente dos clases por semana. Las sesiones se llevan a cabo en las dependencias del gimnasio Patricio Phillips, en los siguientes horarios: - Lunes 08:30 a 09:30 hrs - Martes 09:00 a 10:00 hrs - Miércoles 15:00 a 16:00 hrs - Jueves 09:00 a 10:00 hrs La profesional de la actividad física realiza evaluaciones acordes a los diferentes rangos etarios. En el caso de 19 a 64 años, se aplica un instrumento gpaq para evaluar el nivel de actividad física, además de test de condición motora y funcional que permiten determinar el estado físico general de los usuarios.

	Actualmente, el programa cuenta con una gran variedad de implementos deportivos, lo que ha contribuido significativamente a mejorar la calidad de las sesiones realizadas. Las evaluaciones de realizan al ingreso y 6to mes (egreso o renovación).
	Nutricionista: En el marco del programa, se realizan consultas nutricionales de ingreso, seguimiento y egreso, las cuales incluyen evaluación antropométrica, de peso, talla y circunferencia cintura, conforme a los parámetros exigidos por el programa. De forma complementaria, se evalúan otros parámetros relevantes, tales como % de masa grasa, % masa magra, edad corporal y grasa visceral, con el objetivo de obtener una visión más completa del estado nutricional de cada usuario/a. Durante la atención se efectúa una anamnesis general y alimentaria, que permite establecer y definir objetivos personales. A partir de dicha información se elabora un plan de alimentación personalizado para el usuario, junto con orientaciones y material educativo específicos según las necesidades de cada beneficiario. Generalmente las atenciones de ingreso se realizan en dupla interdisciplinaria por la nutricionista y psicóloga del programa, y las consultas de seguimiento de forma individual, dependiendo de los requerimientos y evolución de cada usuario/a. En la consulta del 6to mes, se evalúan las metas propuestas y resultados alcanzados, así como cambios en los patrones de alimentación y/o parámetros antropométricos. Además, se desarrollan círculos de vida sana, instancia dirigida por la psicóloga y nutricionista, orientada a fortalecer los hábitos saludables, salud mental y la adherencia al programa.
	Psicóloga: Se realiza entrevista de ingreso en forma individual y en dupla con nutricionista. El objetivo de esta entrevista es identificar la etapa de cambio según la escala prochaska, en la que se encuentra el entrevistado/usuario. Desde este punto se interviene y se consensua una meta para trabajar de manera individual y comprometida acorde a motivación auto evaluada y observada. Seguimiento grupo adultas, se realiza de manera individual como en dupla con nutricionista del programa. Se evalúa y refuerza el progreso de cada usuaria. Identificando metas y/o desafíos pendientes por trabajar, orientando según sus herramientas que aplicará para lograr meta final consensuada en el control de ingreso. De igual manera podrá incorporar las que surjan a medida del desarrollo en el programa. En esta etapa, correspondiente a la finalización, se identifican los avances y desafíos pendientes en relación con la meta consensuada, y se evalúa la etapa de cambio actual del usuario. Se promueve la reflexión sobre el proceso vivido, favoreciendo el autoconocimiento, el reconocimiento de logros personales y la adherencia al cambio. Además, se refuerza la motivación para la mantención de los hábitos adquiridos y la continuidad del autocuidado más allá del programa.
Cumplimiento de la meta: 100% **Usuarios inscritos:** 38/30	

<table>
<tr><td colspan="2">Estado: meta alcanzada</td></tr>
<tr><td rowspan="3">ESCUELA SANTA ROSA</td><td>Profesional de la actividad física:
Durante el periodo, se realizan dos círculos de actividad física a la semana a cargo de la kinesióloga del programa.
Las sesiones de actividad física se llevan a cabo en dependencias del establecimiento educacional:
Horarios círculos de actividad física:
Lunes y martes de 14:30 a 15:30 hrs.
La profesional de la actividad física realiza en este rango etario, el test de marcha de 6 minutos y aplica el instrumento apalq, para conocer la condición motora y funcional de los usuarios.
las evaluaciones se realizan al ingreso y 8vo mes (egreso o renovación).</td></tr>
<tr><td>Nutricionista:
Durante el periodo de intervención, se realiza una consulta nutricional de ingreso, esta consiste en una evaluación antropométrica que incluye la medición de peso, talla y circunferencia cintura, con el propósito de estimar el estado nutricional del nna. Además se lleva a cabo una anamnesis general y alimentaria que permite obtener información relevante sobre sus hábitos, antecedentes de salud y patrones de alimentación. Se entregan recomendaciones personalizadas y se realiza educación en alimentación saludable.
Asimismo, se realizan evaluaciones de seguimiento y 8vo mes de intervención, en esta última se evalúan las metas propuestas y resultados alcanzados, así como cambios en los patrones de alimentación y/o parámetros antropométricos.</td></tr>
<tr><td>Psicóloga:
Se realiza entrevista de ingreso en forma individual y en dupla con nutricionista. El objetivo de esta entrevista es identificar la etapa de cambio según la escala prochaska, en la que se encuentra el entrevistado/usuario. Desde este punto se interviene y se consensua una meta para trabajar de manera individual y comprometida acorde a motivación auto evaluada y observada.
Seguimiento beneficiario escuela santa rosa, se realiza entrevista directa con usuarios del programa con el objetivo de registrar avance en meta consensuada en control ingreso. Se identifica progreso, dudas que surjan y refuerzan.
Control de egreso, en esta etapa, correspondiente a la finalización, se identifican los avances y desafíos pendientes en relación con la meta consensuada, y se evalúa la etapa de cambio actual del usuario.
Se promueve la reflexión sobre el proceso vivido, favoreciendo el autoconocimiento, el reconocimiento de logros personales y la adherencia al cambio. Además, se refuerza la motivación para la mantención de los hábitos adquiridos y la continuidad del autocuidado más allá del programa.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Cumplimiento de la meta: 100%
Usuarios inscritos: 30/30
Estado: meta alcanzada</td></tr>
<tr><td>JARDÍN INFANTIL TRENCITO DE CHUMAY</td><td>Profesional de la actividad física:
Durante el periodo, se realizan dos círculos de actividad física a cargo de la kinesióloga del programa.
Las sesiones de actividad física se realizan en dependencias del jardín infantil, dentro del periodo de permanencia de los niños, en los siguientes horarios:

Lunes 15:40 a 16:40 hrs</td></tr>
</table>

	Martes 10:30 a 11:30 hrs La profesional realiza evaluaciones acordes al rango de edad, en el caso de los niños y niñas de 2 años se realiza el test de salto a pies juntos sin impulso. Donde el niño/a tiene tres intentos, se considera la mayor distancia como el nivel logrado en capacidad motora. Las evaluaciones se realizan al ingreso y 8vo mes (egreso o renovación).
	Nutricionista: Durante el periodo de intervención, se realiza una consulta nutricional de ingreso, que consiste en una primera instancia de una evaluación antropométrica (peso, talla y circunferencia cintura). Posteriormente, se realiza un seguimiento durante el año, desde el jardín infantil generalmente solicitan apoyo para realizar evaluación pondoestatural adicional y evaluación de egreso. Asimismo, una vez identificado el estado nutricional del niño/a se efectúa una entrevista a los padres y/o apoderados del usuario, con el propósito de conocer sus hábitos y patrones de alimentación. Lo cual sirve para realizar acciones educativas dirigidas principalmente al núcleo familiar. Entregando un plan de alimentación de acorde a la edad del niño/a. En la consulta del 8vo mes, se evalúan las metas propuestas y resultados alcanzados, así como cambios en los patrones de alimentación y/o parámetros antropométricos.
	Psicóloga: Se realiza entrevista de ingreso en forma individual y en dupla con nutricionista. El objetivo de esta entrevista es identificar la etapa de cambio según la escala prochaska, en la que se encuentra el entrevistado/usuario. Desde este punto se interviene y se consensua una meta para trabajar de manera individual y comprometida acorde a motivación auto evaluada y observada. **Seguimiento a beneficiarios de jardines infantiles**, se realiza entrevista con padres y/o apoderados de usuarios. En esta etapa, correspondiente a la finalización, se identifican los avances y desafíos pendientes en relación con la meta consensuada, y se evalúa la etapa de cambio actual del usuario. Control egreso, se promueve la reflexión sobre el proceso vivido, favoreciendo el autoconocimiento, el reconocimiento de logros personales y la adherencia al cambio. Además, se refuerza la motivación para la mantención de los hábitos adquiridos y la continuidad del autocuidado más allá del programa.
Jardín infantil renacer	**Profesional de la actividad física:** Durante el periodo, se realizan dos círculos de actividad física a cargo de la kinesióloga del programa. Las sesiones de actividad física se realizan en dependencias del jardín infantil, dentro del periodo de permanencia de los niños y niñas, en los siguientes horarios: Lunes y miércoles de 10:00 a 11:00 hrs. La profesional realiza evaluaciones acordes al rango de edad, en el caso de los niños y niñas de 2 años se realiza el test de salto a pies juntos sin impulso. Donde el niño/a tiene tres intentos, se considera la mayor distancia como el nivel logrado en capacidad motora. Las evaluaciones se realizan al ingreso y 8vo mes (egreso o renovación).
	Nutricionista: Durante el periodo de intervención, se realiza una consulta nutricional de ingreso, que consiste en una primera instancia de una evaluación antropométrica (peso, talla y circunferencia cintura). Posteriormente, se realiza un seguimiento durante el año, desde el jardín infantil generalmente solicitan apoyo para realizar evaluación

	pondoestatural adicional a todos los niveles del jardín infantil (nivel sala cuna menor y mayor, nivel medio menor, medio mayor i y ii) y evaluación de egreso a usuarios (8vo mes). Asimismo, una vez identificado el estado nutricional del niño/a se efectúa una entrevista a los padres y/o apoderados del usuario, con el propósito de conocer sus hábitos y patrones de alimentación. Lo cual sirve para realizar acciones educativas dirigidas principalmente al núcleo familiar. Entregando un plan de alimentación de acorde a la edad del niño/a. En la consulta del 8vo mes, se evalúan las metas propuestas y resultados alcanzados, así como cambios en los patrones de alimentación y/o parámetros antropométricos.
	Psicóloga: Se realiza entrevista de ingreso en forma individual y en dupla con nutricionista. El objetivo de esta entrevista es identificar la etapa de cambio según la escala prochaska, en la que se encuentra el entrevistado/usuario. Desde este punto se interviene y se consensua una meta para trabajar de manera individual y comprometida acorde a motivación auto evaluada y observada. **Seguimiento a beneficiarios de jardines infantiles**, se realiza entrevista con padres y/o apoderados de usuarios. En esta etapa, correspondiente a la finalización, se identifican los avances y desafíos pendientes en relación con la meta consensuada, y se evalúa la etapa de cambio actual del usuario. Control egreso, se promueve la reflexión sobre el proceso vivido, favoreciendo el autoconocimiento, el reconocimiento de logros personales y la adherencia al cambio. Además, se refuerza la motivación para la mantención de los hábitos adquiridos y la continuidad del autocuidado más allá del programa.
Jardín infantil ayün	**Profesional de la actividad física:** Durante el periodo, se realizan dos círculos de actividad física a cargo de la kinesióloga del programa. Las sesiones de actividad física se realizan en dependencias del jardín infantil, dentro del periodo de permanencia de los niños y niñas, en los siguientes horarios: Miércoles 11:30 a 12:30 hrs Jueves 10:30 a 11:30 hrs. La profesional realiza evaluaciones acordes al rango de edad, en el caso de los niños y niñas de 2 años se realiza el test de salto a pies juntos sin impulso. Donde el niño/a tiene tres intentos, se considera la mayor distancia como el nivel logrado en capacidad motora. Las evaluaciones se realizan al ingreso y 8vo mes (egreso o renovación).
	Nutricionista: Durante el periodo de intervención, se realiza una consulta nutricional de ingreso, que consiste en una primera instancia de una evaluación antropométrica (peso, talla y circunferencia cintura). Posteriormente, se realiza un seguimiento durante el año, y evaluación de egreso. Asimismo, una vez identificado el estado nutricional del niño/a se efectúa una entrevista a los padres y/o apoderados del usuario, con el propósito de conocer sus hábitos y patrones de alimentación. Lo cual sirve para realizar acciones educativas dirigidas principalmente al núcleo familiar. Entregando un plan de alimentación de acorde a la edad del niño/a. En la consulta del 8vo mes, se evalúan las metas propuestas y resultados alcanzados, así como cambios en los patrones de alimentación y/o parámetros antropométricos.
	Psicóloga: Se realiza entrevista de ingreso en forma individual y en dupla con nutricionista. El objetivo de esta entrevista es identificar la etapa de cambio según la escala prochaska, en la que se encuentra el entrevistado/usuario. Desde este punto se interviene y se

	consensua una meta para trabajar de manera individual y comprometida acorde a motivación auto evaluada y observada. **Seguimiento a beneficiarios de jardines infantiles**, se realiza entrevista con padres y/o apoderados de usuarios. En esta etapa, correspondiente a la finalización, se identifican los avances y desafíos pendientes en relación con la meta consensuada, y se evalúa la etapa de cambio actual del usuario. Control egreso, se promueve la reflexión sobre el proceso vivido, favoreciendo el autoconocimiento, el reconocimiento de logros personales y la adherencia al cambio. Además, se refuerza la motivación para la mantención de los hábitos adquiridos y la continuidad del autocuidado más allá del programa.
Cumplimiento de la meta: 100% **Usuarios inscritos:** 41/40 **Estado:** meta alcanzada	
Cumplimiento meta año 2025: 100% **Usuarios inscritos:** 109/100 **Estado:** meta lograda	
Círculos de vida sana Durante los seguimientos, se recogen antecedentes y necesidades observadas que permiten definir temáticas a abordar en los talleres grupales, según los intereses y realidades de las usuarias.	

8.2.9.7 Resumen de actividades

Profesional	Ingreso	Seguimiento	Egreso
Nutricionista	100 consultas de ingreso	Consulta de reforzamiento	100 consultas de mantención
Psicóloga	100 consultas de ingreso	Consulta de reforzamiento	100 consultas de mantención
Profesional de la act. Física: kinesióloga	100 test de ingreso	Sesiones de actividad física (2 semanales por grupo intervenido mínimo)	100 test final
Círculos de vida sana	5 anuales por usuario.		
Círculos de actividad física	48 sesiones anuales de actividad física por usuario.		
Actividades masivas	2 buenas prácticas o experiencias exitosas al año.		
Total 100 cupos			

8.2.9.8 Establecimientos educacionales

Durante el año 2025 el programa elige vida sana ha realizado intervenciones en los siguientes establecimientos educacionales:

Establecimiento	N° de usuarios
Escuela santa rosa	30
Jardín infantil trencito de chumay	11
Jardín infantil renacer	16
Jardín infantil ayün	14

Se destacan intervenciones realizadas en red durante el año 2025 con escuela diego portales (guacolda), colegio mi mundo ingles, liceo luis durand durand, liceo lucila godoy alcayaga, jardín infantil juan pablo segundo, jardín infantil esperanza, jardín infantil girasol, jardín infantil los cantaritos y jardín infantil carrusel.

8.2.9.9 Redes de apoyo

Durante el año 2025 el programa elige vida sana ha participado de varias instancias de colaboración con programas y departamentos municipales presentes en la comuna, como por ejemplos en charlas, talleres, ferias de promoción, recreos interactivos, entre otros. Destacan:

- Programa espacios amigables
- Programa más adultos autovalentes
- Programa habilidades para la vida iii
- Programa apoyo a la seguridad alimentaria
- Senda previene
- Daem traiguén

Buenas prácticas : durante el año, y de acuerdo con la planificación establecida, se solicita el desarrollo de dos buenas prácticas por parte del equipo elige vida sana. En este contexto, se han definido las siguientes prácticas a implementar:

Buenas practicas	
Concurso "elige cocinar saludable"	Esta actividad tiene por objetivo: - Fomentar el consumo de alimentos saludables. - Incentivar la participación de la familia en la alimentación saludable. - Fortalecer el vínculo entre la comunidad y el programa elige vida sana. Se llevó a cabo durante el mes de octubre para niños y niñas del programa, donde debieron realizar una preparación saludable y nutritiva en sus hogares con sus padres, quienes posteriormente enviaron videos y/o fotografías de la preparación. Se les realizo entrega del premio al primer lugar y diploma de participación. Asimismo, durante el mes de octubre se abrieron las inscripciones para el grupo etario de 19 a 64 años, quienes en esta instancia debieron realizar una preparación saludable, económica e innovadora, y presentarla frente a un jurado (profesionales de programas espacios amigables y habilidades para la vida iii). En esta instancia se premiaron a los 3 primeros lugares, de igual forma se les entrego un presente y diploma a cada una de las participantes.

	Es una buena práctica, debido a que incentiva, potencia y trabaja la información entregada diariamente a través de los profesionales del programa, es una muy buena forma de poner en práctica lo aprendido y valioso desde el punto de vista de los/las usuarios/as debido a que incentiva a realizar una buena preparación, novedosa, y de bajo costo biológico, pero muy nutritiva.
Cumplimiento de la meta: 100% **Estado:** meta lograda	
Trekking vida sana	Objetivos: - Potenciar el desarrollo de hábitos saludables. - Incentivar la utilización de espacios naturales para el desarrollo de actividad física. - Descubrir lugares aledaños a la cuidad de traiguén. La actividad ya se encuentra coordinada con nuestras usuarias del programa. No se realizó con anterioridad debido a que estábamos a la espera de las colaciones necesarias para su desarrollo. Dichas colaciones ya se encuentran disponibles, por lo que la actividad se llevará a cabo el día martes 25 de noviembre.
Fecha: martes 25 de noviembre. **Estado:** por ejecutar.	





8.2.9.10 Horas contratadas año 2025

A continuación se detallan horas contratadas por profesional del programa elige vida sana:

Profesional	Horas contratadas
Kinesióloga	31
Psicóloga	22
Nutricionista	18
Gestión	7

8.2.9.11 Fotografías de actividades pevs 2025















8.2.9.12 Proyecciones y objetivos año 2026

Objetivo general

Disminuir factores de riesgo de sobrepeso, obesidad y sedentarismo en relación con la condición física, en beneficiarios de fonasa de 2 años a 64 años.

Objetivos especificos

- Fortalecer la adherencia de los usuarios al programa elige vida sana, a través de estrategias de intervención según necesidades del beneficiario.
- Educar en hábitos saludables a la población de 2 años a 64 años, a través de talleres semanales.
- Contribuir a la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles, reduciendo los factores de riesgo asociados a malos hábitos y sedentarismo.
- Promover hábitos y entornos saludables en la población.
- Fomentar una alimentación saludable, actividad física y el deporte como parte de la vida cotidiana en todos los grupos etarios.

Como equipo elige vida sana consideramos las siguientes proyecciones para el periodo 2026:

- Ampliar la cobertura del programa a usuarios que presenten enfermedades crónicas como por ejemplo diabetes e hipertensión, para contribuir al control de dichas patologías.
- Implementar iniciativas sustentables, como por ejemplo huertos urbanos.
- Establecer alianzas con instituciones públicas y privadas para ampliar la oferta de actividades y/o recintos deportivos.
- Ampliar el cupo de ingresos en la comuna a 150 beneficiarios, con la finalidad de permitir que un mayor número de personas puedan acceder a las actividades y beneficios que otorga el programa.
- Realizar recreos activos en establecimientos educacionales.
- Organizar una feria de salud comunal, junto al departamento de salud municipal y programas presentes en la comuna.
- Continuar trabajando en los lineamientos del programa elige vida sana, llevando a cabo todas las actividades para dar cumplimiento a las metas.

8.2.10 PROGRAMA ATENCIÓN DOMICILIARIA A PERSONAS CON DEPENDENCIA SEVERA Y CUIDADOS PALIATIVOS UNIVERSALES

Este año se caracterizó por la consolidación del Programa de Cuidados Paliativos Universales y un enfoque de atención domiciliaria integral a usuarios con dependencia severa y enfermedades graves o terminales, con la incorporación de una profesional nutricionista y aumento de horas de atención en domicilio de profesional psicólogo.

8.2.10.1 Programa de Atención Domiciliaria a Personas con Dependencia Severa

El Programa Atención Domiciliaria a Personas con Dependencia Severa otorgar a las personas con dependencia severa y total, cuidador y familia, del sector rural, una atención de salud integral en su domicilio, preocupándose del ámbito físico y emocional, buscando como fin último el favorecer la recuperación del usuario, mejorando la calidad de vida tanto de él como de su cuidador.

Al corte de septiembre, el programa cuenta con 34 usuarios con dependencia severa.

INDICADOR CLAVE	META 2025	RESULTADO 2025	ANÁLISIS
Visitas Domiciliarias Integrales	Al menos 2 al año por usuario (51 visitas a septiembre 2025)	53 visitas a septiembre 2025	**Meta Lograda.** Gracias al compromiso y proactividad del equipo es que de acuerdo a la fecha se está cumpliendo la meta.
Visitas Domiciliarias de tratamiento y/o procedimiento.	Al menos 6 visitas de tratamiento y/o procedimiento al año por usuario (153 visitas a septiembre 2025)	484 visitas a septiembre 2025	**Meta Lograda.** Gracias al compromiso y proactividad del equipo es que de acuerdo a la fecha se está cumpliendo la meta.

De la población en control en el Programa Atención Domiciliaria a Personas con Dependencia Severa el año 2025, el 62,3% corresponde a personas con dependencia severa de origen no oncológico, seguidas por un 26,4 % de personas con algún tipo de demencia, 3,8% con dependencia severa de origen oncológico, 3,8% con úlceras por presión y un 3,8% con indicación de nutrición enteral domiciliaria. Destaca que comparado al año 2024 hubo un aumento de las personas bajo control de origen no oncológico, con úlceras por presión y con indicación de nutrición enteral domiciliaria; y una disminución de personas con algún tipo de demencia y dependencia severa de origen oncológico.

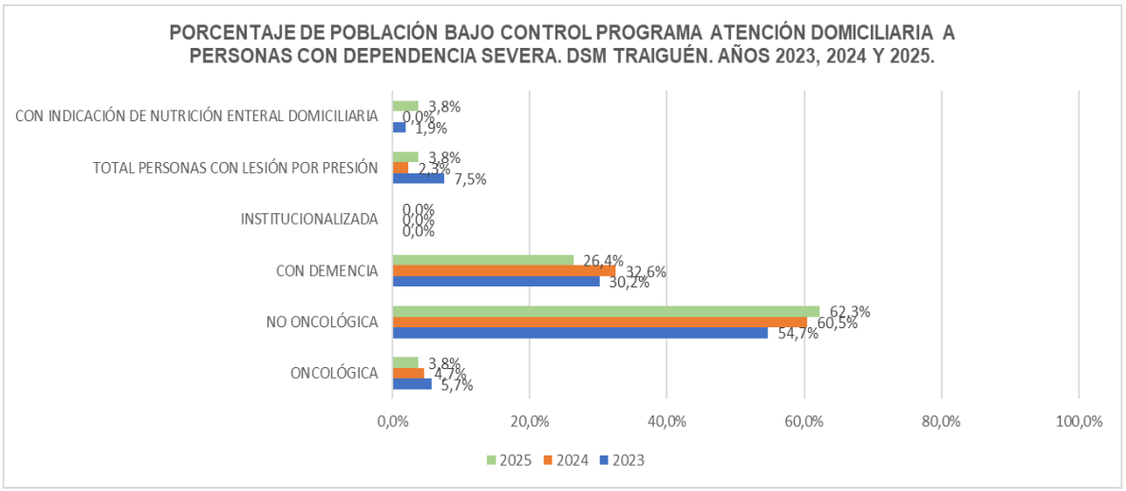


Gráfico de elaboración propia. Datos extraídos del REM serie P corte junio años 2023, 2024 y 2025.

Con respecto a las visitas domiciliarias integrales, en el 2025 se realizaron 484 visitas domiciliarias con fines de tratamiento y procedimiento, en comparación al año 2024 que se realizaron 943 visitas, esta disminución se debe a la reorganización de funciones de los profesionales pertenecientes al Programa Atención Domiciliaria, que en años anteriores eran de exclusividad del Programa y actualmente realizan atenciones clínicas en Postas de Salud Rural, de todos modos, se logra cumplir con la meta establecida en los lineamientos del programa.

En relación a las visitas domiciliarias integrales, al mes de septiembre del año 2025 se han realizado 53 visitas, observándose un aumento en comparación al año 2024 en donde se realizaron 42 visitas. Esto demuestra un compromiso por entregar atenciones por un equipo multidisciplinario en el

domicilio, en base a la confección de planes de cuidados integrales, con objetivos de trabajos orientados al usuario y cuidador.

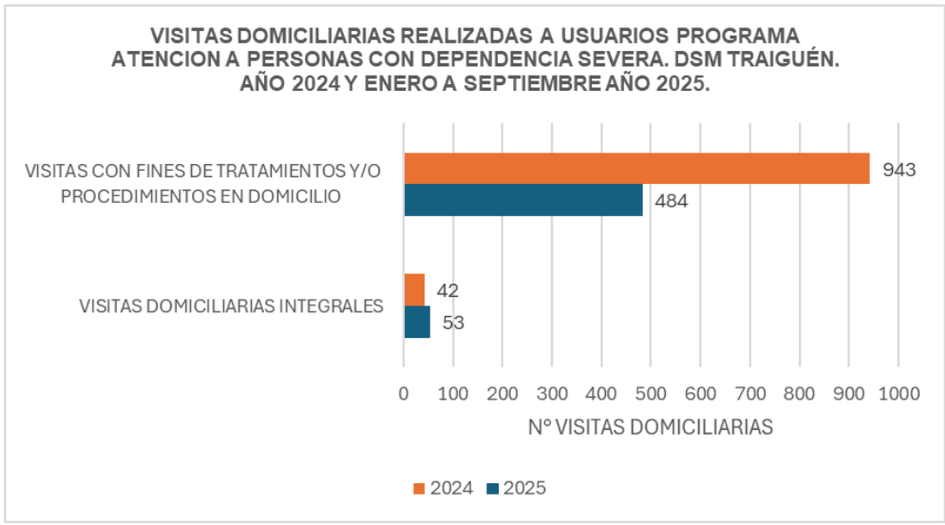


Gráfico de elaboración propia. Datos extraídos del REM serie SA años 2024 y 2025.

Los cuidadores de usuarios con dependencia severa ingresados al Programa, puede acceder al pago del estipendio, este es un aporte monetario mensual que recibe la persona que cuida de una persona con dependencia severa. El monto entregado para el año 2025 es de $32.991. Con respecto al porcentaje de cuidadores que reciben este apoyo monetario, en el año 2025 solo el 24% lo recibe, muy por debajo al año 2024, donde el 39% de los cuidadores recibían este beneficio.

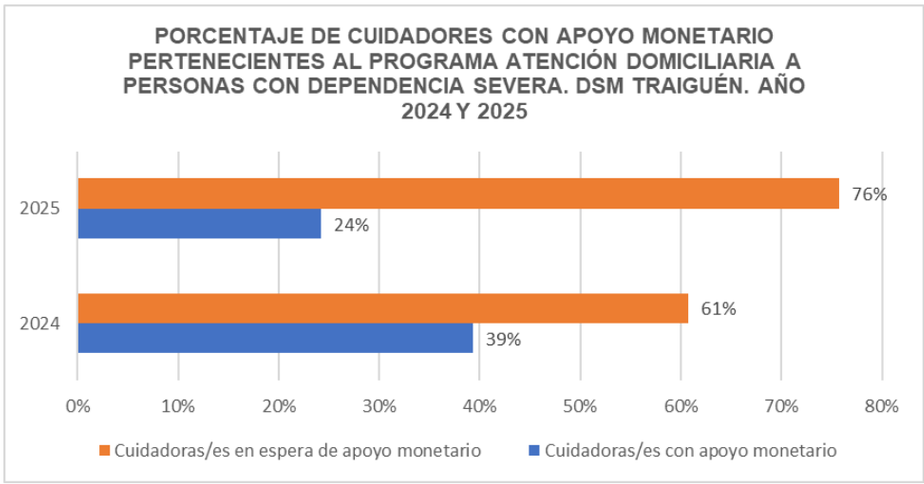


Gráfico de elaboración propia. Datos extraídos del REM serie P corte junio años 2024 y 2025.

8.2.10.2 Programa de Cuidados Paliativos Universales (CPU)

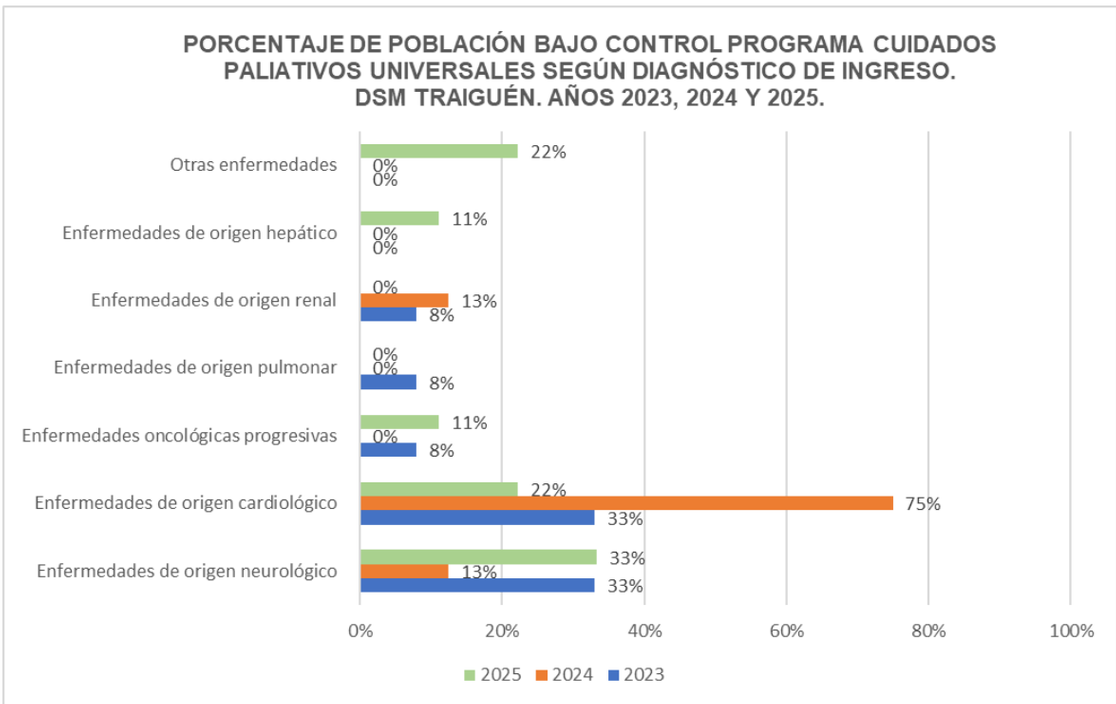
Programa Cuidados Paliativos Universales en APS tiene como objetivo mejorar la calidad de vida de las personas que enfrentan padecimientos relacionados a una enfermedad terminal o grave de origen no oncológico, mediante la prevención y alivio de tales padecimientos, a través de la identificación temprana, adecuada evaluación y tratamiento de problemas de salud de orden físico o psicológico, basados en el Modelo de Atención Integral de Salud.

En el año 2025 al equipo de profesionales que lo compone un médico, un químico farmacéutico, una enfermera, una kinesióloga y un Psicólogo, se realiza un aumento de horas de atención de psicólogo

y se incorpora una nutricionista, quienes a través de visitas domiciliarias otorgan a los usuarios y familias de este programa una atención de salud integral.

Indicador Clave	Meta 2025	Resultado 2025	Análisis
Porcentaje de personas ingresada por condición no oncológica, de acuerdo a la cobertura asignada.	Cobertura asignada: 4 personas, de las cuales el 95 % o mas deben ser por condición no oncológica.	Ingresaron 8 personas por condición no oncológica hasta septiembre 2025, obteniéndose un 200% de cumplimiento.	**Meta Lograda.**
Porcentaje de personas ingresada por condición no oncológica, respecto al total de personas ingresadas.	Mayor o igual al 70%.	Ingresaron 8 personas por condición no oncológica de un total de 9 personas, obteniéndose un 89% de cumplimiento.	**Meta Lograda.**
Porcentaje de atenciones domiciliarias realizadas a personas atendidas por el programa	Igual o mayor al 60%	Se realizaron 368 atenciones domiciliarias hasta septiembre 2025, de un total de 373 atenciones realizadas, obteniéndose un 98,6% de cumplimiento.	**Meta Lograda.**
Porcentaje de personas de los equipos de salud de APS con capacitación vigente en CCPP.	Igual o mayor al 80%	Se encuentra capacitado 5 de 6 integrantes del equipo, obteniéndose un 83%.	**Meta Lograda.**

Con respecto a la población bajo control a septiembre del año 2025, un 33% corresponde a usuarios con enfermedades de origen neurológico, seguido por un 22% de personas con enfermedades de origen cardiológico, 22% con otras enfermedades, un 11 % con enfermedades de origen hepático, 11% con enfermedades oncológicas progresivas. Destaca una disminución en los ingresos por



enfermedades de origen cardiológico en comparación al año 2024 (75%), y existencia de ingresos por enfermedades de origen hepático y otras enfermedades, diagnósticos que no se presentaron en los años 2023 y 2024.

Gráfico de elaboración propia. Datos extraídos del REM serie SA años 2023, 2024 y 2025.

En relación a las visitas domiciliarias del Programa Cuidados Paliativos Universales, al mes de septiembre del año 2025 se han realizado 368 visitas, observándose un aumento en comparación al año 2024 en donde se realizaron 389 visitas al mes de diciembre.

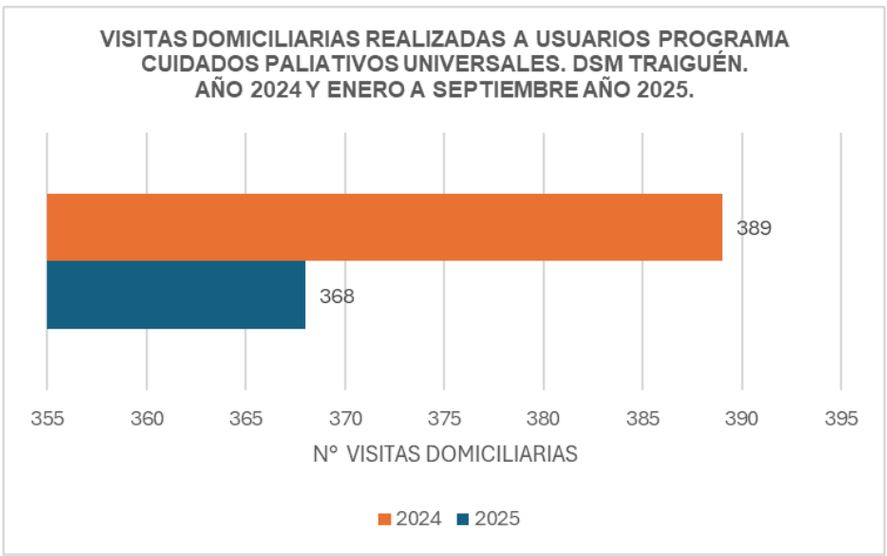


Gráfico de elaboración propia. Datos extraídos del REM serie SA años 2024 y 2025.

8.2.10.3 PROYECTOS Y DESAFÍOS PARA EL AÑO 2026

Fortalecer el Rol del Cuidador

Se busca fortalecer el rol del cuidador, visualizando a la comunidad en general el trabajo realizado por ellos en el día a día.

Se realizarán capacitaciones constantes en los domicilios, que le entreguen mayor conocimientos y destrezas al momento de cuidar a su familiar.

Se llevará a cabo la 2° Jornada de Cuidadores de Personas con Dependencia Severa, instancia en la que se hace participe el intersector, se produce un clima de camaradería entre cuidadores y profesionales del equipo.





Capacitaciones realizadas por Nutricionista, Psicólogo y Kinesióloga del Programa a cuidadores de usuarios con dependencia severa, durante el año 2025.






1°Encuentro de Cuidadores de Personas con Dependencia Severa, realizado en el mes de noviembre de 2025.

Agrupación de cuidadores, familiares y amigos de personas con dependencia severa "Resiliencia".

A partir de la constitución de la Agrupación de cuidadores, familiares y amigos de personas con dependencia severa "Resiliencia", se espera postular y adjudicar proyectos en beneficio de los usuarios y cuidadores, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de la diada. Además de empoderar a los cuidadores, formación de lazos entre ellos, compartir vivencias y crear una comunidad de cuidadores del sector rural.



Agrupación de cuidadores, familiares y amigos de personas con dependencia severa "Resiliencia"

Aumentar el número de visitas domiciliarias.

Para el año 2026 se espera aumentar el número de visitas domiciliares en el Programa Atención Domiciliaria a Personas con Dependencia Severa y Cuidados Paliativos Universales, en busca de brindar mayor apoyo tanto al usuario como al cuidador.



Profesionales Programa Cuidados Paliativos Universales.

8.2.11 PROGRAMA MÁS AMA (MÁS ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES)

8.2.11.1 Evaluación del programa (año 2025)

- **Logros y metas alcanzadas:**

  de acuerdo con el convenio 2025:

- **Meta 1:** alcanzar un cupo de ingreso de personas mayores (60+ años) autovalentes o en riesgo leve de dependencia, para participar del componente de estimulación funcional.

- **Meta 2:** lograr que al menos el **80 %** de los participantes que completan el ciclo mejoren o mantengan su condición funcional según cuestionario de funcionalidad.

- **Meta 3:** capacitar al menos un número acordado de líderes comunitarios para fortalecer la red comunitaria.

- **Meta 4:** realizar talleres de autocuidado y estilo de vida saludable y vincular al menos un 40 % de las organizaciones sociales de adultos mayores de la comuna.

Desafíos y obstáculos: principales dificultades encontradas en la implementación y ejecución del programa.

Los principales desafíos identificados durante la implementación y ejecución del programa estuvieron relacionados con el retraso en la asignación de recursos al inicio del año. Esta situación generó un desfase en el cronograma establecido, lo que afectó directamente el inicio oportuno de los talleres y otras actividades planificadas.

Como consecuencia, fue necesario reajustar los plazos y reorganizar las etapas de ejecución, priorizando aquellas acciones críticas para minimizar el impacto del retraso. Asimismo, se implementaron mecanismos de coordinación más ágiles entre las áreas responsables, con el fin de optimizar el uso de los recursos disponibles y garantizar la continuidad del programa.

A pesar de estas dificultades iniciales, los esfuerzos de reprogramación y gestión permitieron retomar el curso previsto de las actividades, asegurando el cumplimiento de los objetivos principales del programa dentro del periodo establecido.

8.2.11.2 Impacto en la comunidad:

Los usuarios del programa más adultos mayores autovalentes han manifestado un impacto altamente positivo en la comuna de traiguén, contribuyendo de manera significativa al bienestar físico, mental y social de las personas mayores. A través de la implementación de talleres grupales y actividades comunitarias, se ha promovido la autonomía funcional, el fortalecimiento de la autoestima y la participación activa de los adultos mayores en su entorno.

Asimismo, el programa ha favorecido la creación de redes de apoyo social, mejorando la integración y reduciendo los niveles de aislamiento y sedentarismo en este grupo etario. La participación constante y el compromiso de los beneficiarios reflejan una mayor conciencia sobre la importancia de mantener hábitos de vida saludables y una actitud positiva frente al envejecimiento.

En términos comunitarios, la iniciativa ha contribuido a consolidar espacios de encuentro intergeneracional, potenciando la cohesión social y reforzando el sentido de pertenencia dentro de la comuna. En conjunto, estos resultados evidencian el valor del programa como una herramienta efectiva para fomentar un envejecimiento activo y saludable en traiguén.

8.2.11.3 Proyecciones y planificación (año 2026)

Objetivos clave para 2026:

Objetivo general: consolidar el fortalecimiento de la autovalencia y la participación activa de las personas mayores de 60 años en la comuna de traiguén, asegurando la continuidad, cobertura y calidad del programa más ama a través de metas medibles y sostenibles en el tiempo.

Objetivo específico:

Ampliar la cobertura del programa para aumentar la cantidad de personas mayores beneficiadas y reducir la brecha de acceso en sectores rurales y urbanos.

Mantener o mejorar la condición funcional de las personas mayores participantes mediante intervenciones de estimulación física y cognitiva en un 85%.

Promover el número de líderes, mejorar la autogestión de las personas mayores mediante la formación de líderes comunitarios y redes de apoyo.

8.2.11.4 Aumentar las prácticas de autocuidado, alimentación saludable en las personas mayores participantes del programa.

Necesidades de recursos:

Con el objetivo de ampliar la cobertura, fortalecer las actividades comunitarias y mejorar la evaluación de resultados, se proyecta un incremento global del 20 % en los recursos totales del programa para el año 2026, en comparación con el ejercicio 2025.

Este incremento se vería reflejado en cobertura de usuarios, aumento de ciclos de talleres, refuerzo en zonas rurales, adquisición de insumos terapéuticos y materiales educativos.

Propuesta de mejoras/innovaciones:

Durante la ejecución del programa se ha observado un alto nivel de participación y satisfacción por parte de las personas mayores, quienes valoran positivamente los talleres y actividades grupales. Sin embargo, la duración actual de los talleres resulta insuficiente para consolidar los aprendizajes, mantener la continuidad en la práctica de hábitos saludables y fortalecer los vínculos comunitarios generados.

Por lo que se propone extender la duración de los talleres a seis meses por ciclo, permitiendo una intervención más sostenida y de mayor impacto en las áreas física, cognitiva, emocional y social de los integrantes. Esta ampliación del periodo facilitará la incorporación progresiva de nuevas rutinas saludables, una mejor adherencia al programa y un seguimiento más efectivo por parte del equipo de salud.

Objetivos específicos:

- Favorecer la mantención y mejora de la funcionalidad física y cognitiva a largo plazo.
- Promover la continuidad de la participación activa y la creación de redes de apoyo entre las personas mayores.
- Potenciar el trabajo educativo en temas de autocuidado, salud mental y prevención de enfermedades crónicas.
- Evaluar de manera más integral los avances individuales y grupales en un periodo extendido.

Estrategias de implementación:

- Reestructurar el calendario anual para permitir **dos ciclos de talleres semestrales**, en lugar de tres trimestres.

- Incorporar módulos temáticos adicionales (actividad física, estimulación cognitiva, alimentación saludable, salud mental y autocuidado).
- Reforzar la coordinación con organizaciones comunitarias y redes de apoyo locales para optimizar la continuidad del programa.
- Gestionar recursos adicionales para materiales, espacios y capacitación más a fondo del equipo.

Resultados esperados:

- Mayor adherencia y continuidad en la participación de las personas mayores.
- Mejora sostenida en los indicadores de funcionalidad y bienestar emocional.
- Fortalecimiento del sentido de pertenencia y la cohesión social dentro del grupo.
- Incremento de la percepción de calidad y efectividad del programa en la comuna.

8.2.12 PROGRAMA ESPECIAL DE SALUD Y PUEBLOS INDÍGENAS (PESPI)

El programa especial de salud y pueblos indígenas (PESPI), **creado en el año 2000**, constituye una iniciativa fundamental del sistema público de salud, establecida en respuesta a la imperiosa necesidad de **abordar las brechas sanitarias y las inequidades** que afectan a la población originaria.

Marco y enfoque: el PESPI se sustenta en un **modelo de salud con enfoque intercultural**, reconociendo la insuficiencia de un sistema médico único para satisfacer la totalidad de las demandas de salud de las comunidades.

El programa opera en estricta coherencia con los **convenios internacionales sobre derechos indígenas**, promoviendo el respeto por los sistemas de salud tradicionales de los pueblos originarios y garantizando la **equidad en el acceso a la atención**.

Objetivo central:

El objetivo primordial del PESPI es **reducir las desigualdades e inequidades en salud** que afectan a la población indígena. Esto se logra mediante tres pilares de acción:

1. **Integración de saberes: integrar y articular** la medicina propia de los pueblos originarios con la medicina occidental.
2. **Participación efectiva: garantizar la participación** de las propias comunidades en la planificación, ejecución y evaluación de las políticas y acciones de salud.
3. **Pertinencia cultural:** promover una atención que se caracterice por la **pertinencia y el respeto cultural**, mejorando así la calidad y la efectividad de las prestaciones de salud.



Componente n° 1: equidad en salud y pueblos originarios

Este componente estratégico busca **reducir las desigualdades en salud** y asegurar un **acceso oportuno y de calidad** para los usuarios de pueblos originarios, fortaleciendo la atención desde la red asistencial.

1. Acceso, calidad y apoyo social

Se trabajará en la mejora integral del acceso, que incluye:

- **Atención oportuna y de calidad:** optimizar la calidad y oportunidad de la atención, tanto en modalidad **abierta** (consultas programadas) como **cerrada** (hospitalización).
- **Visitas domiciliarias integrales:** fortalecer la atención en terreno mediante **visitas domiciliarias con equipos clínicos** especializados.
- **Gestión de ayudas sociales:** proporcionar apoyo directo con **ayudas sociales** a usuarios que lo requieran, tales como entrega de pañales, suplementos alimenticios, pasajes para asistir a controles en hospital victoria o temuco, y la entrega de ayudas técnicas (ortesis), toda previa evaluación **del profesional competente**.

2. Fortalecimiento de la gestión intercultural

- **Facilitación del acceso terapéutico:** facilitar la gestión y el acceso de los usuarios mapuche a los **establecimientos de salud** (red asistencial araucanía norte) y al **sistema médico tradicional mapuche**.
- **Recurso humano intercultural:** asegurar la **contratación de horas para el rol de facilitador intercultural**, reconociendo su labor como mediador y puente cultural.
- **Mejora de espacios de acogida:** mejorar e implementar los **espacios físicos de atención destinados a los facilitadores interculturales**, con el fin de garantizar una acogida digna y culturalmente adecuada a los usuarios mapuche.
- **Sistemas de información:** generar acciones para **mejorar la calidad de los sistemas de información** respecto a las variables de pertinencia a pueblos originarios.

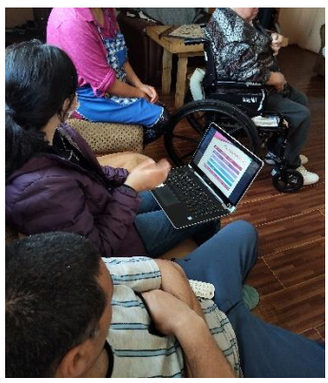
3. Logros específicos (ejemplo de gestión 2025)

- **Intervención en dependencia severa (sector aniñir):** durante el mes de agosto, se realizó una **visita domiciliaria especializada** con la facilitadora intercultural y la kinesióloga a usuarios con dependencia severa del sector aniñir, asegurando acceso oportuno y de calidad a la rehabilitación.



"se ejecutó un **taller de prevención y manejo de úlceras por presión** en el sector contreras (septiembre), focalizando la capacitación en los cuidadores de **pacientes con dependencia severa**, con el fin de fortalecer el autocuidado y la calidad de vida en el domicilio."





"en mayo, se ejecutó la **provisión de ayudas técnicas (ortesis)** en el sector contreras, beneficiando directamente a los usuarios identificados con dependencia funcional y contribuyendo a su rehabilitación y autonomía."

Componente n° 2: interculturalidad en salud

Este componente tiene como finalidad **implementar un modelo de atención que reconozca, valore e integre la cultura y los sistemas de salud de los pueblos indígenas** en la práctica clínica diaria.

1. Fortalecimiento de la pertinencia cultural

Sensibilización y capacitación: desarrollar programas de **sensibilización y capacitación** dirigidos a todos los funcionarios del establecimiento, con el objetivo de incorporar la **pertinencia cultural** en los protocolos de atención y en el trato hacia los usuarios mapuche.

Transversalización del enfoque: impulsar la **transversalización del enfoque intercultural** en los programas de salud. Esto debe facilitar y promover la inclusión de la pertinencia cultural en todos los **programas ministeriales** que se ejecutan a nivel de la red asistencial.

2. Deberes, derechos y difusión

Información y empoderamiento: diseñar e implementar material informativo (ej. Pendones) en las postas de salud para dar a conocer a los usuarios el **artículo 7° de la ley n° 20.584** (ley de deberes y derechos de los pacientes), destacando el derecho de las personas pertenecientes a pueblos indígenas a **recibir una atención de salud con pertinencia cultural**.

Componente n° 3: participación social indígena y salud

Este componente busca **consolidar los mecanismos de promoción y participación** de las comunidades y dirigentes mapuche en las acciones del programa.

1. Promoción y articulación con el territorio

Promoción de la participación comunitaria: incentivar la promoción y participación efectiva de las comunidades mapuche y sus dirigentes territoriales en las instancias consultivas y de gestión en salud.

Integración en actividades culturales: participar activamente en actividades culturales de promoción de la salud con significado cultural para el pueblo mapuche (ej., *wetripantu*, *trafkintu*, etc.).

Alianzas estratégicas: promover la **participación de otros actores sociales y programas** en las acciones y actividades que desarrolle el programa de salud indígena, maximizando el impacto intersectorial en la comunidad.

"se realizó una reunión clave de la mesa de salud con la directora del dsm y concejales, enfocada en la **fiscalización y el seguimiento de dos ejes estratégicos**: el progreso de la infraestructura y gestiones para el **hospital de traiguén**, y la evaluación del **funcionamiento general del departamento de salud municipal**."



Actividad cultural wetripantu provincial en la comuna de lumaco junio 2025.



Conversatorio de mujeres mes de septiembre 2025.



Trafkimtu en lof pantano el rescate e intercambio de semillas, flores, huevos, lawen es el método de rescatar las tradiciones en nuestras comunidades. Actividad realizada en mes de octubre.



Taller cuidado de la mujer con pertinencia cultural se relaiza en lof pantano, villa quilquen y comunidad contreras mes de noviembre



Taller de autocuidado para cuidadores participan programa con dependencia, senda previene, oficina adulto mayor, oficina dideco, programa pespi.



N° 4.- prestaciones de salud indígena

Desarrollo de experiencias de atención intercultural. Facilitar el traslado y acceso de los/as usuarios/as mapuches y no mapuches a la atención con especialistas del sistema medico mapuche: machi, lawentuchefe, nguentanchefe y otros. Recolección de lawen, acorde a las solicitudes realizadas por especialistas del sistema medico mapuche, autoridades tradicionales y facilitadores interculturales.

- Acompañamiento del equipo de salud en visitas domiciliarias.
- Acompañamiento a agentes medicina mapuche y otros establecimientos de salud
- Traslado de usuarios a controles a controles a medicina occidental.

Evaluación:

Compromiso institucional y enfoque estratégico: nuestro establecimiento de salud se compromete a generar un impacto positivo en la comunidad, centrándose en los siguientes pilares estratégicos:

I. Calidad de vida, acceso y participación

- Aspiramos a mejorar la **calidad de vida** de nuestra comunidad, fortaleciendo la **accesibilidad y la resolutividad** de la atención en salud. Este compromiso se materializa a través de:
- La **participación de la comunidad** en la planificación y evaluación de nuestros servicios.
- La implementación de **acciones de acompañamiento integral al paciente** durante su proceso de atención.

II. Liderazgo en interculturalidad y complementariedad

Reconocemos y valoramos la diversidad cultural de nuestra población. Por ello, impulsamos una estrategia de **salud con pertinencia intercultural** mediante:

- La **participación y sostenida** en la **mesa de salud intercultural** comunal.
- El **desarrollo de capacitaciones especializadas** dirigidas al equipo de salud, que incorporen y validen la cosmovisión local.
- El impulso de acciones internas que aseguren la **prevalencia del enfoque intercultural** en la práctica clínica diaria, promoviendo la **complementariedad entre la medicina occidental y la medicina tradicional**.



Gráfico de elaboración propia con datos locales marzo a octubre 2025

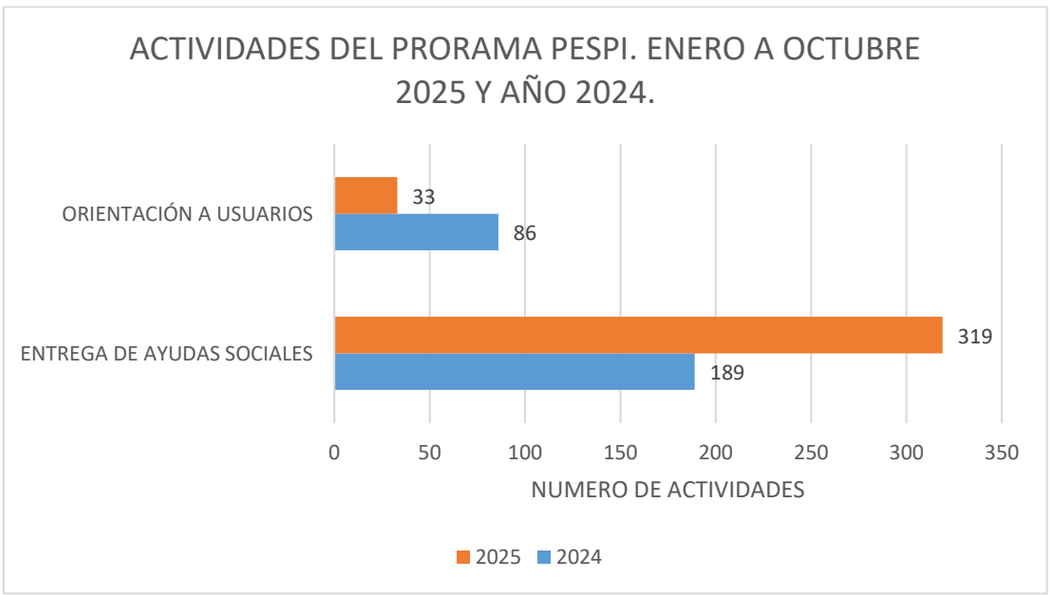


Gráfico de elaboración propia con datos locales marzo a octubre 2025

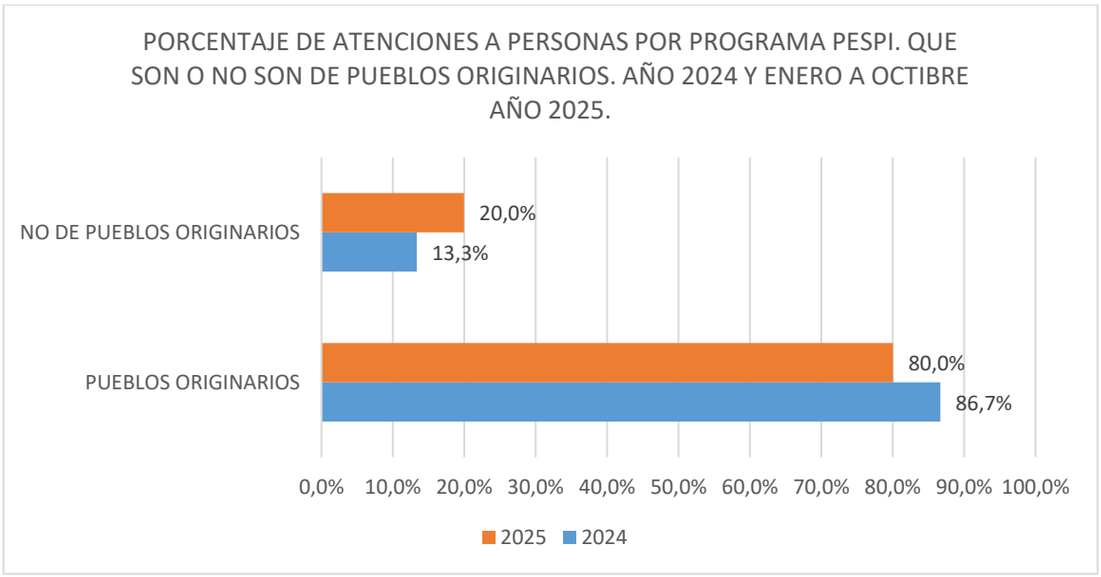


Gráfico de elaboración propia con datos locales marzo a octubre 2025

8.2.12.1 Objetivos año 2026

Proyecciones estratégicas y compromiso intercultural en salud rural (traiguén)

I. Eje de sostenibilidad y participación comunitaria

El objetivo es asegurar la continuidad programática y la articulación con la base social.

- **Sostenibilidad programática: garantizar la continuidad operativa** del programa a lo largo del periodo, asegurando la asignación de recursos y la estabilidad del equipo de trabajo.
- **Articulación social y expansión: extender la cobertura de trabajo a nuevas comunidades**, realizando procesos de **socialización y difusión activa** para visibilizar el impacto y la metodología del programa.
- **Información y empoderamiento:** desarrollar una estrategia de difusión para **informar a la comunidad sobre el decreto ley 21, artículo 7 (deberes y derechos en salud)**, fomentando el ejercicio pleno de su ciudadanía sanitaria.

II. Eje de pertinencia cultural y modelo de atención

El objetivo es incorporar la dimensión cultural de manera transversal en los servicios.

- **Transversalidad cultural: integrar la pertinencia cultural** de forma explícita y sistemática en los **diseños y ejecuciones de más programas de salud**, superando el enfoque de programas aislados.
- **Complementariedad terapéutica:** fortalecer los **talleres de *lawen* (medicina tradicional mapuche)**, promoviendo un modelo de **complementariedad y diálogo** con la medicina occidental, en coherencia con la cosmovisión local.

III. Eje de promoción, prevención y autocuidado

El objetivo es focalizar la promoción en grupos de riesgo y necesidades específicas.

- **Promoción geriátrica rural: implementar talleres de salud integral** dirigidos específicamente a los **adultos mayores en sus comunidades**, facilitando el acceso a la información y el autocuidado.

- **Empoderamiento y autocuidado con enfoque de género: realizar talleres de autocuidado físico y mental para mujeres y cuidadores**, incluyendo sesiones especializadas en **alimentación saludable con pertinencia cultural** y manejo del estrés.

Mandato institucional y alcance:

Estas líneas de acción permiten dar **pleno cumplimiento al mandato del ministerio de salud** respecto a la pertinencia cultural, asegurando que el enfoque de atención integral se aplique a **todos los usuarios** que se atienden en nuestro sector rural de la comuna de traiguén, sean de origen mapuche o no mapuche.

8.2.13 PROGRAMA ESPACIOS AMIGABLES.

El programa espacios amigables para la salud adolescente fue creado por el ministerio de salud de chile como parte de su programa de salud integral para adolescentes y jóvenes. El objetivo es ofrecer una atención de salud amigable, gratuita y confidencial a los adolescentes en un espacio diferenciado dentro de los centros de salud.

El programa tiene por finalidad otorgar atenciones para adolescentes de 10 a 19 años con énfasis promocional/preventivo en el ámbito de la salud mental, salud sexual reproductiva, salud nutricional inserto en un modelo de atención familiar y comunitaria que favorece el acercamiento de adolescentes a los dispositivos de salud con atención oportuna amable y pertinente.

El año 2017 aumentaron a 264 los espacios amigables de atención para adolescentes, entre los cuales se encuentra el de la comuna de Traiguén, financiados por el ministerio de salud del gobierno de chile y que se ejecuta mediante convenio anual entre el servicio de salud Araucanía norte y la municipalidad de Traiguén.

El resumen ejecutivo del año 2025 es el siguiente:

- Profesionales contratados año 2025 para el programa:
- Matrona 44 hrs febrero a diciembre 2025
- Psicóloga 22 hrs marzo a diciembre 2025

8.2.13.1 Actividades realizadas año 2025

prestaciones de matrona: 1274 atenciones de salud que incluyen controles de salud integral, consejerías de salud sexual y reproductiva, consejerías de salud menstrual, consejerías de prevención its/vih, toma de exámenes preventivos (test rápido para vih/sida), con las consejerías pre y post test, consultas y controles de las its, tratamientos y seguimiento, ingresos a regulación de fecundidad, entrega con educación del uso correcto de anticonceptivos hormonales y de barrera, administración de los métodos inyectables, inserción de implantes subcutáneos, inserción de los dispositivos intrauterinos, orientación y consejería en anticoncepción de emergencia con o sin entrega de ésta, consejerías y talleres educativos de sexualidad para adolescentes que acuden a control en pareja, consultas y controles ginecológicos con exámenes preventivos de cáncer cervicouterino, examen papanicolau, prevención cáncer de mama, con educación del autoexamen mamario más elaboración de interconsulta a examen mamográfico y/o derivación a especialidades si corresponde.

Prestaciones psicóloga: 510 de estas atenciones; consejerías individuales enfocadas en diversos temas prevención de riesgo psicosocial, autocuidado, promover factores protectores, consejerías prevención y psicoeducación en autocuidado en salud sexual y reproductiva, prevención y consumo de drogas y alcohol. Estas se realizan según necesidad de cada adolescente en control de salud mental en el

programa. A esto se suman actividades de promoción y de coordinación con establecimientos educacionales, talleres (6) que se han realizado desde el área psicosocial por profesional psicóloga en temas de autocuidado, promoción salud sexual y reproductiva, prevención del suicidio, autoconocimiento y gestión emocional.

En coordinación con el programa habilidades para la vida (hpv) se han realizado dos actividades comunitarias con instancia de participación juvenil donde se informa a adolescentes de acuerdo con diversas temáticas y pueden llevar a la práctica aprendizajes que son necesarios para su calidad de vida, como la prevención del acoso escolar, prevención del consumo de sustancias, prevención de its.

Más actividades (6 talleres) de promoción de los factores protectores psicosociales en intervenciones grupales para adolescentes con participación de las profesionales del equipo de espacios amigables matrona y psicóloga promoviendo el autocuidado, salud sexual y reproductiva, salud mental y relaciones interpersonales saludables.

8.2.13.2 Actividades desarrolladas durante el año 2025

- Población adolescente en control de regulación de la fecundidad: 143
- total, de exámenes de salud integral: 96
- exámenes preventivos de vih/sida: 98
- adolescentes derivados a psicóloga: 30
- adolescentes derivados a nutricionista: 23
- adolescentes derivados a médico: 12
- población adolescente en control de salud mental: 30
- talleres de educación sexual y prevención de its: 34
- talleres de sexualidad y afectividad realizados por matrona y psicóloga: 14 en establecimientos de educación
- talleres grupales de prevención del suicidio: 2
- actividades comunitarias con adolescentes: 3
- total, de atenciones realizadas por psicóloga :510
- total de atenciones realizadas por matrona :1274
- Total intervenciones motivacionales para adolescentes 70
- La población actualmente inscrita en regulación de la fecundidad: 113
- La población en control con psicóloga. 30

8.2.13.3 Plan de continuidad 2026 objetivos estratégicos (2026):

Para el año 2026 se propone fortalecer y ampliar el trabajo del programa espacios amigables, con el fin de incrementar las acciones de orientación y psicoeducación en salud mental dirigidas a adolescentes, considerando la alta demanda observada durante el último período y la importancia de promover el acceso oportuno a información y acompañamiento psicológico como un derecho. El objetivo central es generar más instancias educativas, preventivas y participativas, que permitan a los adolescentes comprender su salud mental, desarrollar habilidades socioemocionales y disminuir las

barreras de acceso asociadas al estigma, la desinformación o las ideas erróneas respecto del rol de la salud mental en el bienestar integral incluyendo la salud sexual y reproductiva.

8.2.13.4 Cronograma con actividades sugeridas hipotéticamente según recursos que se encuentren disponibles en año 2026 espacios amigables

Mes	Atención Individual	Actividad Grupal	Responsable
Enero	Consejerías de ingreso y evaluación inicial.	Taller "Conociendo el Espacio Amigable". Reunión participativa para recoger temas de interés 2026.	Matrona / Psicóloga / Programa Espacios Amigables
Febrero	Consejerías breves y seguimiento de casos.	Taller de autocuidado sexual y emocional. Encuentro recreativo con mural colaborativo.	Matrona y Psicóloga / Comité Juvenil
Marzo	Seguimiento clínico (salud mental + salud sexual y reproductiva).	Taller "Igualdad y género en mi vida cotidiana". Reunión del equipo con adolescentes interesados en participación.	Psicóloga / Matrona / Programa Espacios Amigables
Abril	Contención emocional y evaluación de continuidad.	Encuentro juvenil "Mi voz importa". Reunión para definir calendario de actividades del semestre.	Matrona / Psicóloga
Mayo	Atención de casos priorizados y lista de espera.	Círculo de conversación sobre salud mental y estrés escolar. Campaña juvenil creada junto a adolescentes.	Psicóloga / Comité Juvenil
Junio	Atenciones espontáneas y programadas.	Taller práctico de métodos anticonceptivos (matrona). Taller emocional breve (psicóloga).	Matrona / Psicóloga
Julio	Seguimiento clínico intensivo.	Espacio creativo: tarjetas que sanan y mural emocional. Reunión para preparar actividades del segundo semestre.	Matrona / Psicóloga
Agosto	Consejerías psicológicas y de salud sexual y reproductiva.	Conversatorio "Relaciones sanas y límites". Capacitación entre pares organizada por el comité juvenil.	Psicóloga / Comité Juvenil
Septiembre	Revisión de avances y ajuste de planes.	Taller de prevención del suicidio (matrona + psicóloga). Actividad comunitaria al aire libre (stand + dinámicas).	Matrona y Psicóloga / Programa Espacios Amigables
Octubre	Consejerías y acompañamiento emocional.	Cápsulas educativas (SSR, género, salud mental). Taller "Proyecto de vida".	Psicóloga / Comité Juvenil
Noviembre	Seguimiento final de casos.	Reunión de evaluación participativa del año. Taller de derechos en salud para adolescentes.	Programa Espacios Amigables
Diciembre	Cierre, derivaciones y retroalimentación final.	Ceremonia de cierre y presentación de trabajos. Encuentro recreativo final con adolescentes.	Equipo Espacios Amigables / Comité Juvenil

8.2.13.5 Justificación de las necesidades del programa espacios amigables en la comuna de traiguén.

La participación juvenil es fundamental para asegurar intervenciones pertinentes y efectivas con población adolescente. Sin embargo, el programa actualmente carece de recursos básicos para la ejecución de actividades participativas y cuenta con horas insuficientes en el área de salud mental, lo que ha generado una lista de espera creciente debido a la alta demanda. Esta situación limita la oportunidad, continuidad y calidad de las atenciones. Se propone para 2026 la asignación de recursos operativos y el aumento de horas profesionales en salud mental, con el fin de garantizar intervenciones respetuosas, preventivas y alineadas con los lineamientos de espacios amigables.

para desarrollar actividades de participación juvenil de manera respetuosa y efectiva se requieren recursos mínimos materiales, espacios adecuados, presupuesto operativo y tiempos protegidos del equipo, que actualmente, no están completamente disponibles. Por ello, resulta indispensable fortalecer los recursos operativos y ampliar las horas profesionales en salud mental para asegurar intervenciones de calidad y una participación juvenil real durante el año 2026.

8.2.13.6 Proyección general para el año 2026

Para el año 2026, el programa espacios amigables proyecta fortalecer y ampliar las acciones de prevención, promoción y atención integral en salud dirigidas a adolescentes de la comuna de traiguén. Esta proyección surge de la alta demanda observada durante el año 2025, especialmente en áreas críticas como salud sexual y reproductiva, salud mental y prevención de riesgos psicosociales. Dado el aumento sostenido en las atenciones, la detección de situaciones de riesgo, y la necesidad de mantener espacios de acceso oportuno, confidencial y especializado, se proyecta mantener y consolidar el modelo de trabajo, aumentando la cobertura y profundizando las intervenciones comunitarias, educativas y clínicas. La continuidad del programa es fundamental para garantizar una red de apoyo accesible, confiable, cercana cercana y adaptada a las características de la población adolescente de traiguén y alrededores.

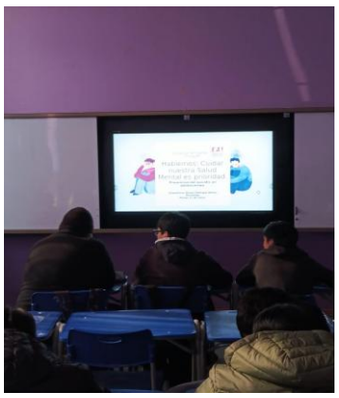
8.2.13.7 Objetivos específicos para trabajar en 2026 y justificación centrado en metas alcanzadas con actividades realizadas.

1) Fortalecer el acceso oportuno y confidencial a servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes
2) Aumentar la detección precoz y el seguimiento de adolescentes con riesgo en salud mental y otros.
3) Fortalecer las acciones de promoción de salud y prevención en establecimientos educacionales.
4) Consolidar la participación juvenil y fortalecer el vínculo comunitario.
5) Promover factores protectores psicosociales mediante intervenciones grupales.
6) Aumentar las intervenciones motivacionales y de psicoeducación.

La evidencia recogida durante el año 2025 muestra que el programa espacios amigables responde a necesidades reales y urgentes de la población adolescente de traiguén: salud sexual, salud mental, prevención de riesgos, participación juvenil y acompañamiento integral. La alta demanda, la diversidad de atenciones realizadas y la efectividad de las intervenciones justifican plenamente la continuidad y fortalecimiento del programa para el año 2026, asegurando un espacio accesible, especializado y fundamental para el bienestar integral de adolescentes de la comuna.

8.2.13.8 Soporte fotográfico











8.2.14 PROGRAMA DE SALUD MEJOR NIÑEZ.

8.2.14.1 Objetivo general y marco estratégico

El objetivo general establecido para el período 2025 fue: **garantizar la continuidad, monitoreo y entrega de atención integral de salud primaria** a los **niños, niñas y adolescentes** del sector rural adscritos al **programa mejor niñez** de traiguén. Esto con el fin de priorizar su atención, potenciar factores protectores y mejorar sus habilidades y calidad de vida. Este objetivo estratégico se ha desglosado en cuatro objetivos específicos, cuyo desarrollo y análisis de cumplimiento se detallan a continuación.

8.2.14.2 Análisis de cumplimiento por objetivos específicos (2025)

1. **Objetivo específico: asegurar la actualización continua del catastro**

Desempeño y logros	Desafíos identificados
Se implementó un proceso de **revisión constante de nóminas** remitidas por la referente provincial (e. Letelier).	La principal problemática radica en la **omisión recurrente de nnaj vigentes** en las nóminas provinciales.
Se adoptó una **metodología de complementación de la información**, utilizando registros de ingreso/egreso del programa mejor niñez y datos de los programas especializados (a nivel comunal).	Este desafío exige un esfuerzo adicional de **validación cruzada** para asegurar la trazabilidad y la correcta identificación de la población objetivo.

2. **Objetivo específico: desarrollar trabajo interdisciplinario y fortalecer la red de apoyo**

Se ha logrado una **articulación robusta y multidimensional** de la red de apoyo para la atención integral de los nnaj:

Coordinación interna de salud: se mantiene una coordinación fluida con profesionales clave (médicos, dentistas, matronas, enfermeras y tens), incluyendo a los encargados de las postas de los sectores verde y azul, garantizando la derivación y la atención oportuna.

Articulación de programas especializados: se establecieron **reuniones frecuentes** y coordinaciones operativas con programas cruciales de la red, tales como espacio amigable, vida sana, aft-pf "rayun antu", el pie "antu rayen", dce "asiste victoria", la oficina local de la niñez (oln) y el hospital de traiguén.

Expansión intersectorial: la red se fortaleció mediante la coordinación con los programas comunales de **senda previene** e **interculturalidad del daem**, ampliando el espectro de intervención a áreas de promoción y prevención.

3. **Objetivo específico: priorizar atenciones de salud para nnaj del programa mejor niñez**

El trabajo intersectorial ha permitido una gestión eficiente de la demanda, logrando la priorización efectiva de las atenciones:

Priorización clínica: se establecieron coordinaciones constantes con la red de salud (aps urbana, postas rurales y hospital) para **priorizar atenciones médicas y de salud mental** en función de las necesidades identificadas tanto a nivel clínico como por la red mejor niñez.

Modalidades de intervención: se realizaron atenciones de salud y salud mental, con foco en **intervención individual y familiar**, actuando de manera complementaria cuando los programas especializados alcanzan los límites de su plan de intervención. La **coordinación de casos conjunta** con los programas de la red ha sido clave para la coherencia en la atención.

4. **Objetivo específico: realizar actividades de prevención y promoción de salud general y salud mental**

Se priorizó la intervención en zonas de alta vulnerabilidad social, traduciendo la coordinación intersectorial en acciones concretas de terreno:

Focalización territorial: se priorizó el sector de la **escuela de aniñir**, debido a las afectaciones por catástrofes y abandono social que han impactado el desarrollo y la autopercepción de los estudiantes.

Talleres de promoción: desde el segundo semestre de 2025, se han realizado **tres talleres de promoción y prevención** (26/09, 09/10 y 23/10) dirigidos a los nna del establecimiento, centrados en la prevención de la vulneración de derechos.

Actividad de cierre comunal: se planificó un **trekantun** para el 20 de noviembre como actividad de finalización, convocando a nna de las escuelas de **aniñir, temulemu y guacolda**. Esta actividad intersectorial contará con la presencia de diversos programas (espacio amigable, pasmi, vida sana, oln y dideco), lo que demuestra la **sostenibilidad de la red comunal de mejor niñez**.

8.2.14.3 Proyección estratégica 2026: programa de salud mejor niñez

I. Eje de promoción y expansión de cobertura

Basado en el éxito y el impacto positivo de las intervenciones del período anterior, la principal proyección para 2026 se centra en la expansión programática:

- **Ampliación del alcance territorial:** se considera prioritario **extender la implementación de talleres de promoción y prevención** a un mayor número de **establecimientos escolares, tanto urbanos como rurales**. Esta expansión se justifica por la alta participación social e impacto positivo generado en los nna de la escuela de aniñir, manteniendo siempre un **fuerte enfoque cultural** en las actividades.
- **Focalización en familia:** los talleres incluirán una **participación de padres y apoderados** para potenciar el efecto protector de la familia y consolidar los avances logrados en el desarrollo de los nnaj.

II. Eje de fortalecimiento de la red y desafíos de coordinación

Para optimizar la resolutivitas de los casos complejos, el principal desafío se orientará a la consolidación de la red externa:

- **Mejora en la articulación con redes de mayor complejidad:** se establece como un desafío estratégico **fortalecer la comunicación y la adherencia** a la coordinación con entidades clave, principalmente el **hospital de traiguén** y los **programas especializados con sede en victoria y angol**. Esto permitirá asegurar el abordaje oportuno y continuo de los casos que requieren atención de mayor complejidad.

III. Eje logístico y gestión de recursos críticos

Es fundamental abordar las barreras logísticas que limitan el alcance territorial y la calidad de las intervenciones:

- **Gestión para la visibilizarían y asignación de recursos:** es crucial **lograr una mayor visibilizarían y asignación de recursos específicos** para la operación del programa. Se identifica la **locomoción** como una barrera principal para la realización de **visitas domiciliarias integrales** y el despliegue a establecimientos escolares.
- **Financiamiento de materiales:** se requiere **gestionar recursos materiales** específicos para la **confección y ejecución de talleres de salud mental**, garantizando la calidad y pertinencia de las actividades de intervención.

Anexos: los siguientes anexos se adjuntan al presente informe con el propósito de validar y complementar la información expuesta sobre el desempeño del programa durante el ejercicio 2025.

Anexo: consolidado de gestión de casos se incluye la planilla de gestión de casos que detalla el movimiento de la población objetivo, especificando los **ingresos, egresos** y la **adscripción a programas especializados (pe)** de los niños, niñas y adolescentes (nna) durante el período comprendido entre enero de 2025 y la fecha de emisión del presente informe.

PIE ANTU RAYEN

Nomb inst	Nomb proy	nombre	rut	edad	sexo	F. Ingreso	F. Egreso	Direccion
FUNDACIÓN LA FRONTERA	PIE - ANTU RAYEN			14	M			Comunidad Contreras
FUNDACIÓN LA FRONTERA	PIE - ANTU RAYEN			11	F	dic-24		Fundo La Colmena

AFT- PF RAYUN ANTU

Nomb inst	Nomb proy	Nombre	rut	edad	sexo	F. Ingreso	F. Egreso	Direccion
LA FRONTERA	AFT-PF - RAYUN ANTU			13	M	17-10-2024		Comunidad Contreras
LA FRONTERA	AFT-PF - RAYUN ANTU			5	F	17-10-2024		Comunidad Contreras
FUNDACIÓN FRONTERA	AFT - PF RAYUN ANTU			8	M	01-08-2024	30-09-2025	Comunidad Contreras
FUNDACIÓN FRONTERA	AFT - PF RAYUN ANTU			8	F	18-08-2025		Comunidad Aniñir
FUNDACIÓN FRONTERA	AFT - PF RAYUN ANTU			5	M	27-09-2023	29-08-2025	Villa Quilquen
FUNDACIÓN FRONTERA	AFT - PF RAYUN ANTU			5	M	19-06-2025		Unión Temulemu
FUNDACIÓN FRONTERA	AFT - PF RAYUN ANTU			2	F	19-06-2025		Unión Temulemu

PRM WE NEWEN PIUKE

Nomb inst	Nomb proy	Nombre	rut	edad	sexo	F. Ingreso	F. Egreso	Direccion
FUNDACIÓN FRONTERA	PRM WE NEWEN PIUKE			13	F			Comunidad Contreras
FUNDACIÓN FRONTERA	PRM WE NEWEN PIUKE			16	F			Pantano, Santa Fany

PRM ADRA VICTORIA

Nomb inst	Nomb proy	Nombre	rut	edad	sexo	F. Ingreso	F. Egreso	Direccion
ADRA CHILE	PRM ADRA VICTORIA			12	F			Comunidad Pantano

DCE PATAGONIA INTEGRAL VICTORIA

Nomb inst	Nomb proy	Nombre	rut	edad	sexo	F. Ingreso	F. Egreso	Direccion
FUNDACIÓN PATAGONIA INTEGRAL	DCE Patagonia Integral Victoria			16	F			Comunidad Pantano
FUNDACIÓN PATAGONIA INTEGRAL	DCE Patagonia Integral Victoria			9	M			Comunidad Didaico
FUNDACIÓN PATAGONIA INTEGRAL	DCE Patagonia Integral Victoria			8	M			Comunidad Chanco Bajo
FUNDACIÓN PATAGONIA INTEGRAL	DCE Patagonia Integral Victoria			9	M			Comunidad Contreras
FUNDACIÓN PATAGONIA INTEGRAL	DCE Patagonia Integral Victoria				F			Comunidad Chanco Bajo

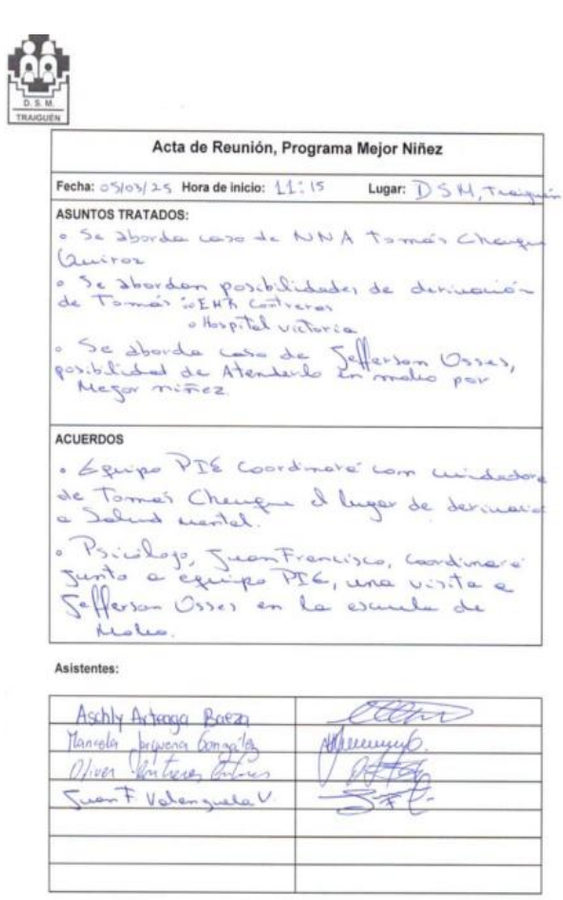
PRM - LEMUNKO

Nomb inst	Nomb proy	Nombre	rut	edad	sexo	F. Ingreso	F. Egreso	Direccion
FUNDACIÓN FRONTERA	PRM LEMUNKO			10	M	28-07-2025		Comunidad Didaico

8.2.14.4 Anexo: evidencia fotográfica de intervenciones

Se adjuntan registros fotográficos que documentan la ejecución de las actividades realizadas. Dicha evidencia visual respalda el cumplimiento efectivo de los objetivos específicos y las líneas de acción planteadas al inicio del periodo 2025.

Registros de reuniones para planificación de talleres de promoción y prevención de salud mental, junto a senda previene y el departamento de educación municipal.



Acta de Reunión, Programa Mejor Niñez

Fecha: 05/03/25 Hora de inicio: 11:15 Lugar: DSM, Traiguén

ASUNTOS TRATADOS:

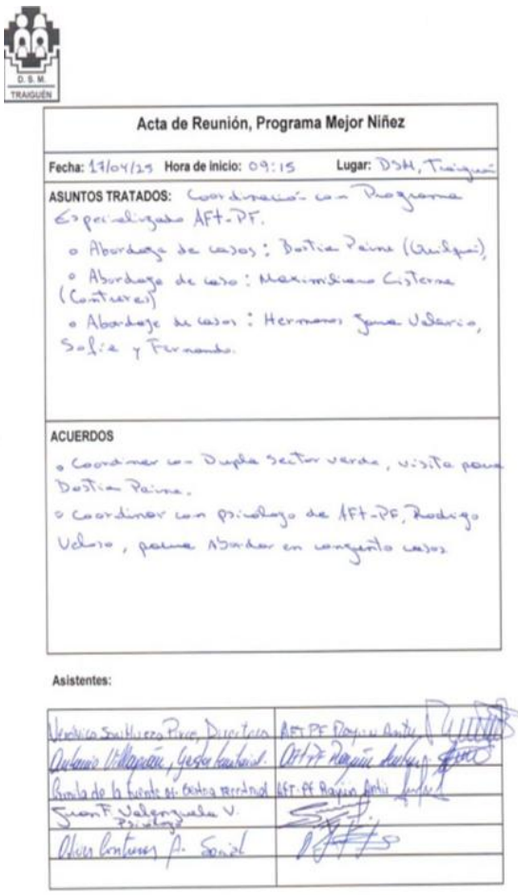
- Se aborda caso de NNA Tomás Chenque (Autos)
- Se abordan posibilidades de derivación de Tomás: EMA Contreras, Hospital Victoria
- Se aborda caso de Jefferson Osses, posibilidad de Atendido en modo por Mejor niñez

ACUERDOS

- Equipo PIE coordinará con cuidadora de Tomás Chenque el lugar de derivación a Salud mental.
- Psicólogo, Juan Francisco, coordinará junto a equipo PIE, una visita a Jefferson Osses en la escuela de Malleco.

Asistentes:

Aschly Arteaga Baeza	
Marcela Briceño Gonzalez	
Oliver Contreras Cortes	
Juan F. Valenzuela V.	



Acta de Reunión, Programa Mejor Niñez

Fecha: 17/04/25 Hora de inicio: 09:15 Lugar: DSM, Traiguén

ASUNTOS TRATADOS: Coordinación con Programa Especializado AFT-PF.

- Abordaje de casos: Dastin Paine (Quilquil)
- Abordaje de caso: Maximiliano Cisterna (Contreras)
- Abordaje de casos: Hermanos Jana, Valeria, Sofía y Fernando.

ACUERDOS

- Coordinar con Dupla Sector verde, visita para Dastin Paine.
- Coordinar con psicólogo de AFT-PF, Rodrigo Ulloa, para abordar en conjunto casos

Asistentes:

Verónica Saavedra Pino, Directora	AFT-PF Psicóloga Andrea
Antonio Villagrán, Gestor territorial	AFT-PF Psicóloga Andrea
Paola de la Fuente M. Gestora territorial	AFT-PF Psicóloga Andrea
Juan F. Valenzuela V. Psicólogo	
Oliver Contreras P. Social	

3.

Acta de Reunión, Programa Mejor Niñez

Fecha: 18/06/25 **Hora de inicio:** 10:30 **Lugar:** AFt-PF

ASUNTOS TRATADOS: Reunión en Dependencias de AFt-PF con Coordinadora y Psicólogas de casa NNA.

- Abordaje de caso, Maximiliano Cifuentes Cárdenas
  - Evaluación Farmacológica TDAH
  - Atención de salud en DSM y Victoria
  - Necesidad de Atención Psicológica para Carolina, cuadro de trastorno → Dependencia de derivación de Carolina.
- Abordaje de caso, Baltica Peña → actualización de avances
- Abordaje de caso, Anaiscka y Abraham Blanco Troncoso

ACUERDOS

- Realizar visita Integral con tens de EMR Cautín, para supervisión de Fármacos y su administración → Maximiliano Cifuentes.
- AFt-PF realizará refuerzo a la necesidad de que Carolina inguilca atención de salud mental en DSM.
- Gestionar cupo con Matrona para Anaiscka Troncoso.

Asistentes:

Roberto Pedro Pradenas Rubio	
Karla Gustavo Stegmeyer	Psicóloga
Juan Pablo Moreno E.	Psicólogo
Verónica Sandoval Pavez	Directora
Olivia Cortés Cortés	DSM Traiguén
Juan F. Valenzuela	Psicólogo

registros fotográficos de talleres realizados en la escuela de aniñir





8.2.15 PROGRAMA PROMOCIÓN DE LA SALUD 2025

Objetivo

El objetivo del presente convenio es la ejecución del programa de promoción de la salud, en el que se enmarca la estrategia municipios, comunas y comunidades saludables, cuya finalidad es fortalecer el rol de municipio, como actor estratégico para mejorar los resultados en salud y la calidad de vida de la población en conjunto con la comunidad e intersector. En este marco se elaboran planes comunales de promoción de la salud. El "plan de promoción de la salud", que se constituye como el instrumento de gestión de la estrategia municipios, comunas y comunidades saludables, busca implementar medidas que permitan mejorar el acceso de la población a la promoción de la salud a través de entornos saludables.

Las orientaciones técnicas del programa, instruye que se defina un polígono de intervención en la comuna, para crear el plan anual de programa promoción del año 2025, así se define como polígono a intervenir al área de influencia de la posta de la villa Quilquén.

Después de un proceso participativo con las organizaciones sociales activas se identifican los activos comunitarios de la villa Quilquén y se prioriza trabajar tres actividades para el plan anual de promoción de la salud 2025, que fue validada, desde el nivel regional de la seremi de salud, en la plataforma midas.

Región de la Araucanía

Planificación comuna de Traiguén,

Documento generado por Oliver Enrique Contreras Contreras

Estado de la planificación: **validada**

Componente: habilitación y optimización de espacios públicos para la vida saludable. -

1**.- mejoramiento de espacios para la actividad física**

Descripción de la actividad: realizar mejoramiento en cierre perimetral limpieza y remoción de pintura reposición de malla carpeta de juegos, limpieza y demarcación zona de juego pintura de arcos y tablero basquetbol a la multicancha de la villa quilquén.

Actividad en ejecución:

Considerando el monto asignado a la actividad, mediante procedimiento de compra ágil, en mercado publico se adjudica a la empresa hyj construcciones spa, para realizar los trabajos de mantención y reparación de multicancha de la villa quilquen, según bases técnicas realizadas por profesional de secretaría de planificación comunal de la municipalidad de traiguén.

Estado de la multicancha antes de la reparación




Durante se realizan los trabajos






2.-creación de huertos o invernaderos comunitarios:

Descripción de la actividad: huerto comunitario para la recuperación de la práctica de producción familiar tradicional del territorio con club de adultos mayores y niños de la escuela con plantas propias de la zona que ayudan a reemplazar o son sustitutos de la sal. -

Actividad ejecutada:

Se adquirieron los productos para la creación de un huerto comunitario, para cierre perimetral, invernadero, herramientas, semillas y un sistema de riego por goteo, para uso eficiente del agua.

Una vez comprados los productos, se realizarán trabajos comunitarios con los adultos mayores y equipo de salud, durante todo el proceso de construcción y habilitación del espacio y paralelo a ello se iniciará la producción en el huerto.

Espacio antes de contruir huerto comunitario




Durante y finalización del huerto







Componente: hitos comunicacionales priorizando hábitos saludables, alimentación saludable, actividad física y salud mental. -



1.- descripción de la actividad: "encuentro generacional de niños y adultos mayores en villa quilquén para compartir la preparación de alimentos que incorporen semillas y productos sanos y saludables para la salud, que incluya actividad física".

Actividad ejecutada:

Se realizó la actividad de degustación y realización de actividad física en la plaza de la villa quilquén, con la participación activa de los adultos mayores, los niños de la escuela y vecinos de la villa, previamente fueron preparados los postres por los niños en la escuela y los jugos y alimentos por los adultos mayores en la sede, una vez listos se realizó la instalación en la plaza para compartir y degustar de las recetas preparadas junto a la nutricionista del dsm y realizar actividad física con la kinesióloga.











Alcances y logros de las iniciativas de promoción desarrolladas:

Los alcances que se pueden visualizar en este periodo dicen relación con las personas mayores participantes de las actividades programadas en la villa quilquén, incluyen empoderar a las personas para que tomen control de su salud, crear entornos saludables como mejorar la multicancha, la creación del huerto comunitario, se pretende fortalecer las orientaciones en salud, para que la población de la villa quilquén.

Mejorar el espacio de la multicancha, para que cuenten con un lugar para la práctica de actividad física, como así también, se fortalezcan la producción de hortalizas, verduras en un espacio comunitario, que sea replicado en sus viviendas, en consideración que cuentan con sitios amplios, por pertenecer a una zona rural. También busca mejorar la calidad de vida, fomentar hábitos saludables, y avanzar hacia la equidad en salud, abordando los determinantes sociales que la afectan. En estas iniciativas se han involucrados de buena manera y bien evaluadas por los participantes.

En respuesta al proceso de ejecución del plan de promoción de la salud, se puede apreciar que fue muy buena la participación en la construcción y posteriores trabajos de siembra, del huerto comunitario, buena disposición en formar parte de las comisiones de preparación de los alimentos para la actividad “hitos comunicacionales priorizando hábitos saludables, alimentación saludable, actividad física y salud mental”. En cuanto a la reparación de la multicancha, se puede apreciar una alta expectativa, para hacer uso de este espacio mejorado. Finalmente se puede decir que se han activado las organizaciones sociales de la villa quilquén, al ver que se está mejorando e implementando los activos comunitarios de su sector.

Experiencia personal:

Durante el proceso de intervención social en salud, mediante el programa de promoción de la salud, da la posibilidad de formar parte de un equipo de salud, para trabajar en un territorio, de cara a las personas, grupos y comunidades, en relación con las problemáticas o necesidades de salud y el entorno comunitario. El profesional tiene la oportunidad de ser un promotor del cambio social, trabajando la prevención, la educación, la concientización de la vida saludable, y abordando las necesidades sentidas de personas, grupos y comunidades con un enfoque integral, participativo e intercultural.

Proyecciones 2026

Se espera la continuidad de programa promoción en el territorio de la villa quilquén, para continuar el trabajo iniciado el año 2025 y de esta manera, mantener el proceso participativo con las organizaciones del territorio, para incentivar la participación a otros actores que en la actualidad por distintos motivos no se han integrado a las organizaciones sociales, en los habitantes de la villa quilquén. De la misma manera, existe expectativas de continuidad del programa, para seguir trabajando con los activos comunitario-identificados en la etapa de diagnóstico y que requieren ser intervenidos con una mirada positiva desde la promoción de la salud.

8.2.16 PROGRAMA SALUDABLEMENTE

Este programa tiene por objetivo, mitigar los efectos adversos de los riesgos psicosociales en el entorno laboral, promoviendo así el bienestar psicológico, la satisfacción laboral y la calidad de la atención brindada a los usuarios del sistema de salud. Para cumplir dicho objetivo, se realizan una serie de actividades, planificadas para realizar durante el año en curso y así instalar una política institucional de cuidado para los equipos de salud que favorezca ambientes laborales saludables, promoviendo la salud mental de los trabajadores en la administración de salud municipal.

Para el año 2025 se planificaron las siguientes actividades

1.-Componente

Prevención

Riesgo Psicosocial

Exigencias emocionales

Objetivo General

Desarrollar e implementar estrategias de acompañamiento que optimicen los ambientes laborales en el sector de la salud, favoreciendo la salud mental y el bienestar integral del personal

Objetivo Especifico

Generar espacios para entregar herramientas de autocuidado y de fortalecimiento de la salud mental a los funcionarios del departamento de salud, guiados por el equipo de salud mental y saludablemente del establecimiento durante el año 2025.

Actividad

Iniciativas grupales de recreación

Cumplimiento

Durante el año se han realizado 4 actividades grupales de recreación para los funcionarios




1.-Componente

Salud mental organizacional

Riesgo Psicosocial

Compañerismo

Objetivo General

Promover ambientes laborales saludables y bienestar integral de los funcionarios del departamento de salud municipal de Traiguén.

Objetivo Especifico

Fomentar el compañerismo del trabajo de cada funcionario del departamento de salud impulsado por el equipo directivo y programa saludablemente durante el año 2025

Actividad

Taller de comunicación asertiva en el trabajo

Cumplimiento

Se realizó taller para funcionarios por psicólogo de DSM Traiguén





1.-Componente

Participación y articulación local

Riesgo Psicosocial

Violencia y Acoso

Objetivo General

Promover ambientes laborales saludables y bienestar integral de los funcionarios del Departamento de Salud Municipal de Traiguén.

Objetivo Especifico

Aplicar flujo de acción interna en los casos en que los funcionarios sufran episodios de violencia externa durante su jornada laboral, liderado por dirección, equipo médico, salud mental y saludablemente, durante el año 2025

Actividad

Taller manejo de situaciones de emergencias.

Cumplimiento

Se realizó taller para funcionarios por psicólogo de DSM Traiguén

1.-Componente

Promoción

Riesgo Psicosocial

Exigencias emocionales

Objetivo General

Promover ambientes laborales saludables y bienestar integral de los funcionarios del departamento de salud municipal de Traiguén.

Objetivo Especifico

Reconocer el trabajo de cada funcionario del departamento de salud municipal de Traiguén.

Actividad

Celebración de cumpleaños

Cumplimiento

Se realizó celebración de funcionarios que cumplieron años durante el primer semestre del año 2025




1.-Componente

Promoción

Riesgo Psicosocial

Calidad de Liderazgo

Objetivo General

Desarrollar e implementar estrategias de acompañamiento que optimicen los ambientes laborales en el sector de la salud, favoreciendo la salud mental y el bienestar integral del personal

Objetivo Especifico

Promover estrategias de organización y recreación para disminuir las cargas de trabajo.

Actividad

Taller organizacional ¿Cómo utilizamos nuestro tiempo?

Cumplimiento

Taller pendiente, se debe realizar en noviembre del 2025

1.-Componente

Participación y articulación local

Riesgo Psicosocial

Inseguridad en las condiciones de trabajo

Objetivo General

Desarrollar e implementar estrategias de acompañamiento que optimicen los ambientes laborales en el sector de la salud, favoreciendo la salud mental y el bienestar integral del personal

Objetivo Especifico

Aplicar cuestionario psicosocial para obtener reporte respecto a factores de riesgo que pueden incidir en la aparición de enfermedades mentales en el ámbito laboral, administrado por equipo mutual de seguridad y programa saludablemente, durante el año 2025.

Actividad

Aplicación de cuestionario

Cumplimiento

No se ha aplicado el cuestionario psicosocial, el establecimiento se encuentra en etapa de conformación de equipo de aplicación.

1.-Componente

Salud mental organizacional

Riesgo Psicosocial

Carga de Trabajo

Objetivo General

Promover ambientes laborales saludables y bienestar integral de los funcionarios del departamento de salud municipal de Traiguén

Objetivo Especifico

Disminuir la carga de trabajo físico a través de estrategias ergonómicas para los funcionarios del departamento de salud municipal de Traiguén.

Actividad

Taller de ergonomía en el trabajo

Cumplimiento

Se realizó taller para funcionarios por kinesióloga de DSM Traiguén



1.-Componente

Prevención

Riesgo Psicosocial

Exigencias emocionales

Objetivo General

Desarrollar e implementar estrategias para fortalecer la salud mental de los funcionarios del Departamento de Salud Municipal de Traiguén

Objetivo Especifico

Favorecer la salud mental y las exigencias emocionales a través de ejercicios mindfulness

Actividad

Taller de mindfulness

Cumplimiento

Se realizó taller para funcionarios por kinesiólogo de DSM Traiguén



Planificación 2026

Para realizar la planificación 2026, se debe comenzar identificando el objetivo general propuesto desde el nivel central y seleccionar uno de los cuatro objetivos específicos, de los cuales dos son entregados por el Servicio de Salud y dos definidos por la comuna según sus necesidades. Se deben definir las estrategias de prevención a emplear —primaria, secundaria o terciaria— según se busque anticipar, detectar o resolver riesgos psicosociales en el trabajo. Luego, corresponde elegir el componente de intervención (equipos de salud, liderazgos, organización o intersector/comunidad) y asociar el factor psicosocial a trabajar, en base a las 12 dimensiones del Cuestionario CEAL-SM/SUSESO. Posteriormente, deben registrarse actividades concretas y gestionables, una por fila, alineadas al objetivo y componente, asegurando que en total se planifiquen al menos ocho actividades durante el año. Es necesario asignar responsable(s) claros para cada tarea, detallar los establecimientos involucrados y definir dos verificadores apropiados para comprobar el cumplimiento de cada actividad. Finalmente, se completa la carta Gantt, marcando los meses en que se ejecutará cada actividad.

Nº	ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN	COMPONENTE NIVEL DE INTERVENCIÓN	RIESGO PSICOSOCIAL	OBJETIVO ESPECÍFICO	ACTIVIDAD	RESPONSABLE(S)	ESTABLECIMIENTOS DE SALUD OBJETIVO	VERIFICADORES	ENERO	FEBRER	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIE	OCTUBR	NOVIEM	DICIEM
1	SECUNDARIA	INDIVIDUAL/EQUIPOS DE SALUD	Reconocimiento y Claridad de Rol	Desarrollar e implementar estrategias de acompañamiento que optimicen los ambientes laborales en el sector de la salud,	Asignar horas para uso de Sala de Autocuidado	Macarena Castillo Miquel	Funcionarios DSM Traiguén	fotografia de la agenda						x						x
2	PRIMARIA	INDIVIDUAL/EQUIPOS DE SALUD	Compañerismo	Promover ambientes laborales saludables, generando instancias de interacción informales entre los funcionarios de Departamento de Salud	Celebración de cumpleaños	Macarena Castillo Miquel	Funcionarios DSM Traiguén	Lista de asistencia y fotografías												x
3	SECUNDARIA	JEFATURAS Y LIDERAZGOS	Calidad de Liderazgo	Promover ambientes laborales saludables y bienestar integral de los funcionarios del departamento de salud municipal de	Taller "Resolución de Conflictos"	Macarena Castillo Miquel	Funcionarios DSM Traiguén	Lista de asistencia y fotografías					x							
4	PRIMARIA	JEFATURAS Y LIDERAZGOS	Calidad de Liderazgo	Promover ambientes laborales positivos y saludables del Departamento de Salud Municipal de Traiguén	Iniciativas grupales de recreación	Macarena Castillo Miquel	Funcionarios DSM Traiguén	Lista de asistencia y fotografías				x					x			
5	PRIMARIA	ORGANIZACIÓN	Reconocimiento y Claridad de Rol	Impulsar y reconocer la innovación en los funcionarios	Jornada para que los funcionarios muestren actividaes creativas realizadas con los usuarios	Macarena Castillo Miquel	Funcionarios DSM Traiguén	Lista de asistencia y fotografías										x		
6	PRIMARIA	ORGANIZACIÓN	Compañerismo	Fomentar el trabajo en equipo y la colaboración entre los trabajadores de la atención primaria de salud, con el fin de	Tarde deportiva con actividades que fomenten el trabajo en equipo	Macarena Castillo Miquel	Funcionarios DSM Traiguén	Lista de asistencia y fotografías								x				
7	PRIMARIA	INTERSECTOR	Calidad de Liderazgo	Desarrollar e implementar estrategias de acompañamiento que optimicen los ambientes laborales en el sector de la salud,	Aplicar cuestionario psicosocial para obtener reporte respecto a factores de riesgo que pueden incidir en la aparición de enfermedades mentales en el ámbito	Comité de aplicación cuestionario psicosocial - Macarena Castillo Miquel	Funcionarios DSM Traiguén	Informe con resultados											x	
8	PRIMARIA	INTERSECTOR	Reconocimiento y Claridad de Rol	Desarrollar e implementar estrategias de acompañamiento que optimicen los ambientes laborales en el sector de la salud,	Celebración de día APS, reconociendo la importancia de la labor desarrollada	Macarena Castillo Miquel	Funcionarios DSM Traiguén	Lista de asistencia y fotografías									x			

8.2.17 PROGRAMA CHILE CRECE MÁS

"Chile Crece Más" anteriormente conocido como "Chile Crece Contigo", tiene como objetivo principal acompañar el desarrollo de los niños y adolescentes en todos los aspectos de su vida, incluyendo lo físico, mental, emocional y social.

El Programa incluye:

- **Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial (PADB):** Fortalece el desarrollo infantil integral desde el control prenatal hasta el ingreso al sistema escolar
- **Programa de Apoyo a la Salud Mental Infantil (PASMI):** Brinda atención a niños de 3 a 9 años con problemas de salud mental, promoviendo su bienestar emocional.
- **Apoyo al Recién Nacido:** Proporciona recursos y acompañamiento a las familias durante los primeros meses de vida del niño.

En el Departamento de Salud Municipal de Traiguén hasta septiembre del año 2025 se han realizado las siguientes actividades para promover el desarrollo integral de los niños, niñas y adolescentes:

- Controles a menores de 1 mes de edad: 14
- Controles de Salud Infantil hasta 9 años: 237
- Controles de Salud de 10 a 14 años: 45
- Aplicación de Pauta Breve: 32
- Evaluaciones de Desarrollo Psicomotor: 48 (resultado normal 37, rezago 8, riesgo 7 y retraso 3)
- Niños/as derivados a especialidad: 3
- Ingresados a modalidad de estimulación del desarrollo infantil por aplicación de evaluación: 15
- Atenciones a niños/as derivados año 2025: 96
- Visita Domiciliaria integral a familia con recién nacido: 5
- Visita Domiciliaria integral a familia con niño con déficit del desarrollo psicomotor: 3
- Visita Domiciliaria integral a familia con niño con riesgo psicosocial: 3
- Visita Domiciliaria integral a familia con gestante mayor de 20 años en riesgo psicosocial: 2
- Visita Domiciliaria integral a familia con gestante con riesgo biomédico: 4
- Taller de estimulación de desarrollo psicomotor: 1
- Taller a familia con niño menor de 1 año desarrollo motor: 2
- Taller a familia con niño menor de 1 año desarrollo lenguaje: 2
- Sesiones de taller Nadie es Perfecto: 5

8.2.18 CECOSF PANTANO

El año 2025 permitió fortalecer la identidad y la gestión del cecosf pantano como dispositivo comunitario de salud, avanzando en la implementación del modelo integral con base territorial y cultural. Se lograron los principales productos esperados del convenio, destacando **el trabajo con la comunidad con alrededor de 22 actividades de promoción y prevención durante todo el 2025, además de las reuniones con la mesa territorial, consejo de desarrollo y con el intersector.**

Para 2026, el cecosf pantano seguirá priorizando la **obtención de la resolución sanitaria**. Este hecho está estrechamente ligado a la construcción del pozo profundo y a la obtención de las autorización de agua y alcantarillado. Con la resolución sanitaria vigente, se obtendrá el código deis, lo que permitirá acceder al financiamiento necesario para asegurar la continuidad del convenio.

De manera paralela, se buscará mantener o, idealmente, aumentar el nivel de cumplimiento alcanzado en los tres componentes del convenio, instalando un seguimiento regular que permita ajustar oportunamente las acciones. Se trabajará en fortalecer el trabajo con la comunidad, ampliando proyectos y talleres con pertinencia intercultural.

Asimismo, se trabajará en mejorar constantemente la calidad de los servicios digitales y clínicos, consolidando el uso del registro clínico electrónico y el agendamiento en línea, y reforzando protocolos, oportunidad de atención y coordinación en red. Todo lo anterior se orienta a mantener la confianza que las y los usuarios han depositado en el cecosf, garantizando un servicio cercano, resolutivo y coherente con las necesidades del territorio.

1. **Acciones de promoción y autocuidado con participación comunitaria,** con el objetivo de favorecer hábitos saludables y autocuidado a lo largo del curso de vida, mediante actividades participativas, culturalmente pertinentes y articuladas con redes del territorio.

Poblacion objetivo	Actividad 2025	Objetivos	Evidencia
Infancia	1. Sembrando vida 2. Cine en el lof 3. Taller mantenimiento físico 4. Encuentro palín 5. Talento pichikeche (por ejecutar 20 de noviembre 2025)	**promover hábitos de vida saludables** (alimentación, juego activo y actividad física) mediante experiencias lúdicas y participativas. **Fortalecer habilidades socioemocionales** (respeto, trabajo en equipo, comunicación) en contextos recreativos y culturales. **Reforzar identidad, pertenencia y cultura local** a través de actividades comunitarias (cine en el lof, palín, talento pichikeche). **Incrementar la participación familiar** en acciones de crianza positiva y acompañamiento a niños y niñas.	     

Adolescencia	6. Lienzo prevención del suicidio 7. Talento pichikeche 8. Encuentro palín	**Fortalecer factores protectores en salud mental**, con alfabetización en prevención del suicidio y búsqueda de ayuda oportuna. **Desarrollar habilidades socioemocionales y de expresión** (arte, deporte y cultura) en espacios seguros y de buen trato. **Promover identidad, autocuidado y estilos de vida activos**, integrando deporte tradicional y actividades culturales comunitarias. **Potenciar redes de apoyo** entre pares, familia, escuela y equipo de salud.	  

Padres y cuidadores	9. Educación pantallas y crianza respetuosa	**Mejorar competencias parentales** para una **crianza respetuosa** basada en apego, límites y comunicación efectiva. **Regular el uso de pantallas** en el hogar, promoviendo rutinas saludables y mediación parental. **Fortalecer la detección precoz de señales de riesgo. Incrementar la corresponsabilidad familiar** en la salud integral de niños, niñas y adolescentes.	

Adultos mayores	10. Taller estimulación cognitiva 11. Taller mantenimiento físico 12. Taller adherencia a tratamiento 13. Taller alimentación saludable 14. Proyecto viaje en tren.	**Mantener y/o mejorar la funcionalidad** (fuerza, equilibrio, movilidad) para prevenir caídas y dependencia. **Estimular funciones cognitivas** (memoria, atención, lenguaje) para preservar autonomía y calidad de vida. **Promover autocuidado y hábitos protectores** (actividad física regular, hidratación, adherencia a controles). **Fortalecer vínculos y redes de apoyo**, reduciendo riesgo de aislamiento y soledad no deseada.	       

Mujeres de la comunidad	15. Creación equipo de monitoras de salud 16. Taller rcp y primeros auxilios 17. Taller piso pélvico. 18. Taller toma de signos vitales y entrega de equipos médicos. 19. Taller curaciones y traumatismo básicos como primera atención.	**Empoderar en autocuidado y salud integral de la mujer**, incluyendo **suelo pélvico**, salud sexual/reproductiva y adherencia a controles. **Desarrollar capacidades comunitarias en primeros auxilios y rcp**, mejorando la respuesta ante urgencias en el territorio. **Formar y acompañar equipos de monitoras de salud**, fortaleciendo liderazgo, vigilancia comunitaria y educación entre pares.	    

Eventos masivos para todo el ciclo vital	20. We tripantu 21. Trafkintu y palin 22. Kume mongen “intercambio de experiencias”	**Fortalecer identidad intercultural y cohesión comunitaria** (we tripantu, trafkintu, palín, kume mongen), como base del bienestar. **Promover estilos de vida saludables y ambientes protectores**, articulando saberes locales y prácticas de actividad física/alimentación. **Impulsar participación y corresponsabilidad en salud**, integrando organizaciones y redes del territorio. **Consolidar la relación comunidad–equipo de salud.**	   

8.2.19 BENEFICIARIOS PRAIS

NOMBRE	RUT	FN	EDAD	SEXO	SECTOR	LUGAR DE CONTROL	PROGRAMA
ERIKA DEL CARMEN PAINE CURIN	13314002-6	05-07-1976	49	F	ANIÑIR	H.TRAIGUEN	
FELICINDA TERESA CURIN CANIUPAN	7527116-6	06-03-1953	72	F	ANIÑIR	H.TRAIGUEN	
JENNIFER ALEJANDRA PAINE CURIN	17787629-1	01-10-1990	35	F	ANIÑIR	H.TRAIGUEN	
KATERIN ANDREA PAINE CURIN	17179646-6	18-07-1989	36	F	ANIÑIR	H.TRAIGUEN	
EVA DEL CARMEN CONTRERAS SANDOVAL	8709311-5	07-12-1958	66	F	CONTRERAS	POSTA CONTRERAS	CARDIOVASCULAR
FRANCISCA CLARA CONTRERAS CONTRERAS	8225348-3	15-03-1957	68	F	CONTRERAS	POSTA CONTRERAS	CARDIOVASCULAR
GERMAN ALBERTO CONTRERAS PICHULEO	6260291-0	08-03-1949	76	M	CONTRERAS	POSTA CONTRERAS	CARDIOVASCULAR
JUANA ROSA MARIN HUENTEMAN	10053733-8	20-06-1959	66	F	CONTRERAS	POSTA CONTRERAS	CARDIOVASCULAR
LUIS ANTONIO MARIN MARIHUAL	6307304-0	28-11-1950	74	M	CONTRERAS	POSTA CONTRERAS	CARDIOVASCULAR
MANUEL SEGUNDO CONTRERAS CHANDIA	5384565-7	21-11-1944	80	M	CONTRERAS	VICTORIA	
MIGUEL ANGEL CONTRERAS MARIN	16434724-9	19-09-1986	39	M	CONTRERAS	VICTORIA	

NOMBRE	RUT	FN	EDAD	SEXO	SECTOR	LUGAR DE CONTROL	PROGRAMA
MIGUEL LISCAN CONTRERAS CONTRERAS	6917207-5	11-02-1955	70	M	CONTRERAS	VICTORIA	
RICARDO GABRIEL MARIN MARIHUAL	8948122-8	15-12-1960	64	M	CONTRERAS	VICTORIA	
SILVIA DEL CARMEN CONTRERAS CHANDIA	8398700-6	26-05-1954	71	F	CONTRERAS	VICTORIA	
ANA MARIA ANTIPAN PICHUN	9535271-5	26-10-1963	62	F	EL CASTILLO	FUERA SECTOR	
EDUARDO FELIPE ANTIPAN ANTIPAN	18696823-9	06-05-1994	31	M	EL CASTILLO	FUERA SECTOR	
JAVIER EDUARDO OBANDO OBANDO	11708604-6	10-07-1971	54	M	EL CASTILLO	FUERA SECTOR	
TAHLIA OLGA OBANDO ANTIPAN	20858616-5	22-11-2001	23	F	EL CASTILLO	FUERA SECTOR	
NERILY MAKARENNA GUIDOTTI ROZAS	15229131-0	09-07-1982	43	F	F. ANTOFAGASTA	H.TRAIGUEN	
ONESIMA LEONILA ROZAS SILVA	6039326-5	16-04-1953	72	F	F. ANTOFAGASTA	H.TRAIGUEN	
RODRIGO ALEXI GUIDOTTI ROZAS	13313918-4	02-12-1976	48	M	F. ANTOFAGASTA	H.TRAIGUEN	
MARIA JOSE DEL CARMEN VASQUEZ MACHUCA	16435197-1	01-07-1987	38	F	F. LA INVERNADA	FUERA SECTOR	
MARUTHZELLA BELEN VASQUEZ MACHUCA	13630965-K	22-12-1979	45	F	F. LA INVERNADA	FUERA SECTOR	
NORA ELIANA MACHUCA RAMOS	7487063-5	24-11-1957	67	F	F. LA INVERNADA	FUERA SECTOR	

NOMBRE	RUT	FN	EDAD	SEXO	SECTOR	LUGAR DE CONTROL	PROGRAMA
ROLANDO ANTONIO VASQUEZ MENA	6989377-5	06-11-1952	73	M	F. LA INVERNADA	FUERA SECTOR	
VIVIANA DENISSE VASQUEZ MACHUCA	14564136-5	10-07-1978	47	F	F. LA INVERNADA	FUERA SECTOR	
ALBERTO ALEJANDRO FIGUEROA QUEZADA	12532575-0	10-01-1973	52	M	MOLCO	FUERA SECTOR	
ALEJANDRO PEDRO FIGUEROA MARQUEZ	5368382-7	12-07-1945	80	M	MOLCO	POSTA MOLCO	CARDIOVASCULAR
HAIDEE ELIZABETH MIRANDA TRALMA	13110339-5	21-12-1975	49	F	MOLCO	H. TRAIGUEN	
JAVIERA CONSTANZA FIGUEROA GARRIDO	20846519-8	17-09-2001	24	F	MOLCO	FUERA SECTOR	
JUAN JESUS MATAMALA OSSES	5040454-4	25-12-1945	79	M	MOLCO	H. TRAIGUEN	
LUIS ALBERTO QUEZADA REYES	935149-3	04-01-1919		M	MOLCO	FUERA SECTOR	
LUIS GUILLERMO MUÑOZ CONTRERAS	12705408-8	29-06-1974	51	M	MOLCO	FUERA SECTOR	
MADELEINE ARACELY QUEZADA MELLA	12063571-9	16-11-1953	71	F	MOLCO	POSTA MOLCO	CARDIOVASCULAR
MANUEL JESUS QUEZADA MELLA	9741698-2	19-12-1956	68	M	MOLCO	H. TRAIGUEN	
MARIA SUSANA MUÑOZ CONTRERAS	13314121-9	12-09-1977	48	F	MOLCO	FUERA SECTOR	

NOMBRE	RUT	FN	EDAD	SEXO	SECTOR	LUGAR DE CONTROL	PROGRAMA
MARTA EXILDA QUEZADA MELLA	7120253-4	03-11-1954	71	F	MOLCO	POSTA MOLCO	CARDIOVASCULAR
MIGUEL FERMIN MIRANDA LAGOS	6482219-5	02-10-1952	73	M	MOLCO	POSTA MOLCO	CARDIOVASCULAR
NICOLAS IGNACIO FIGUEROA ZAMORA	21021657-K	22-05-2002	23	M	MOLCO	FUERA SECTOR	
OLGA ANGELICA MUÑOZ CONTRERAS	14215551-6	26-08-1981	44	F	MOLCO	FUERA SECTOR	
SUSANA DEL CARMEN CONTRERAS CARO	7726334-9	04-08-1958	67	F	MOLCO	H. TRAIGUEN	
ABNER BERNARDO TRANGOLAO VALDES	15230087-5	03-11-1983	42	M	QUECHEREGUAS	H. TRAIGUEN	
BERNARDO OSVALDO TRANGOLAO LINCO	6436565-7	20-08-1952	73	M	QUECHEREGUAS	H. TRAIGUEN	
ISAIDA AURORA VALDES MORALES	8104700-6	22-05-1957	68	F	QUECHEREGUAS	H. TRAIGUEN	
KAROLINE DEL CARMEN TRANGOLAO VALDES	15228977-4	27-05-1982	43	F	QUECHEREGUAS	H. TRAIGUEN	
YAMILET OSVALDA TRANGOLAO VALDES	17990535-3	22-09-1991	34	F	QUECHEREGUAS	H. TRAIGUEN	
CARLOS ENRIQUE SALGADO MUÑOZ	12926994-4	13-12-1974	50	M	QUICHAMAHUIDA	FUERA SECTOR	

NOMBRE	RUT	FN	EDAD	SEXO	SECTOR	LUGAR DE CONTROL	PROGRAMA
CARLOS FABIAN SALGADO ALARCON	22107742-3	02-05-2006	19	M	QUICHAMAHUIDA	FUERA SECTOR	
CRISTIAN MAURICIO ROBLES SALGADO	19712928-K	07-07-1997	28	M	QUICHAMAHUIDA	FUERA SECTOR	
DAYANA ESCARLET SALGADO ALARCON	22766197-6	12-07-2008	17	F	QUICHAMAHUIDA	FUERA SECTOR	
ERIKA IVONNE SALGADO MUÑOZ	10709952-2	19-06-1966	59	F	QUICHAMAHUIDA	FUERA SECTOR	
JEAN PAUL SEPULVEDA SAGRADO	19713065-2	13-10-1997	28	M	QUICHAMAHUIDA	FUERA SECTOR	
JOHNNY MAURICIO SEPULVEDA SALGADO	17709682-2	02-04-1992	33	M	QUICHAMAHUIDA	FUERA SECTOR	
MAGALI DEL CARMEN SALGADO MUÑOZ	10038266-0	04-04-1965	60	F	QUICHAMAHUIDA	FUERA SECTOR	
MANUEL JESUS ROBLES SALGADO	23179249-K	18-11-2009	15	M	QUICHAMAHUIDA	FUERA SECTOR	
MARIA JOSE CASTAGNOLI SALGADO	19713219-1	24-01-1998	27	F	QUICHAMAHUIDA	FUERA SECTOR	
ROBERTO CARLOS RODRIGUEZ SALGADO	19330560-1	15-01-1996	29	M	QUICHAMAHUIDA	FUERA SECTOR	
ROXANA DEYANIRA SALGADO MUÑOZ	11498998-3	27-09-1969	56	F	QUICHAMAHUIDA	FUERA SECTOR	
TERESA JESUS MUÑOZ MUÑOZ	5011780-4	01-04-1936	89	F	QUICHAMAHUIDA	FUERA SECTOR	
TERESA JESUS SALGADO MUÑOZ	12306362-7	23-08-1972	53	F	QUICHAMAHUIDA	FUERA SECTOR	

NOMBRE	RUT	FN	EDAD	SEXO	SECTOR	LUGAR DE CONTROL	PROGRAMA
YARITZA EMPERATRIZ RODRIGUEZ SALGADO	17179723-3	21-08-1989	36	F	QUICHAMAHUIDA	FUERA SECTOR	
ADRIANA DEL CARMEN LOYOLA ARAVENA	13110474-K	22-04-1976	49	F	QUILQUEN	FUERA SECTOR	
ALEJANDRA GARRIDO LOYOLA	21359678-0	07-08-2003	22	F	QUILQUEN	FUERA SECTOR	
ANDRES ALEJANDRO GARRIDO MEYER	13110792-7	16-04-1976	49	M	QUILQUEN	NO REGISTRA	
BRYAN HERNAN MATUS LOYOLA	19331155-5	11-03-1997	28	M	QUILQUEN	FUERA SECTOR	
CLAUDINA DEL ROSARIO ANABALON CHAVEZ	5386284-5	14-08-1944	81	F	QUILQUEN	FUERA SECTOR	
LUIS ALBERTO GARRIDO HERMOSILLA	7763905-5	15-03-1956	69	M	QUILQUEN	NO REGISTRA	
LUIS ALBERTO GARRIDO MEYER	15228913-8	21-04-1982	43	M	QUILQUEN	FUERA SECTOR	
MARTA DEL CARMEN MEYER SEPULVEDA	8211621-4	15-05-1959	66	F	QUILQUEN	POSTA QUILQUEN	CARDIOVASCULAR
PAOLA YANET LOYOLA ARAVENA	12926610-4	15-04-1975	50	F	QUILQUEN	FUERA SECTOR	
PEDRO SEGUNDO ARANEDA MORALES	7677755-1	01-01-1951	74	M	QUILQUEN	FUERA SECTOR	
ROMINA MELINA MORAGA HERRERA	15474689-7	14-10-1982	43	F	QUILQUEN	FUERA SECTOR	
TAMARA NICOL GARRIDO MAYER	16435100-9	08-04-1987	38	F	QUILQUEN	FUERA SECTOR	

NOMBRE	RUT	FN	EDAD	SEXO	SECTOR	LUGAR DE CONTROL	PROGRAMA
VILMA LIDIA ARANEDA ANABALON	12926641-4	15-05-1975	50	F	QUILQUEN	FUERA SECTOR	
JUAN DANIEL GARRIDO PASTEN	5874262-7	13-03-1946	79	M	REMECO	FUERA SECTOR	
MARCOS EDUARDO GARRIDO CARO	11905462-1	13-07-1971	54	M	REMECO	FUERA SECTOR	
PATRICIA DEL CARMEN GARRIDO CARO	11499038-8	15-10-1969	56	F	REMECO	FUERA SECTOR	
FABIOLA LISSETTE SALGADO BELTRAN	13514151-8	22-02-1978	47	F	TERPELLE	H.TRAIGUEN	
INES DEL CARMEN MERCADO QUIDENAO	6071712-5	31-07-1951	74	F	TERPELLE	H. TRAIGUEN	
JAVIER ANDRES AVENDAÑO CALDERON	21319778-9	14-06-2003	22	M	TERPELLE	H. TRAIGUEN	
JAVIER ARNOLDO AVENDAÑO SALGADO	10538037-2	28-03-1965	60	M	TERPELLE	H. TRAIGUEN	
JEAN ANGELO SALGADO BELTRAN	17179285-1	31-12-1988	36	M	TERPELLE	H.TRAIGUEN	
JOHANNA ANDREA AVENDAÑO CALDERON	23543375-3	21-01-2011	14	F	TERPELLE	H. TRAIGUEN	
JOSE EMILIO SALGADO BELTRAN	17787848-0	24-12-1990	34	M	TERPELLE	H.TRAIGUEN	
JUANA DEL CARMEN BELTRAN MUÑOZ	8766755-3	27-12-1960	64	F	TERPELLE	H. VICTORIA	DIALISIS

NOMBRE	RUT	FN	EDAD	SEXO	SECTOR	LUGAR DE CONTROL	PROGRAMA
MAGDALENA SILVIA VILLA PEREIRA	8141515-3	25-12-1955	69	F	TERPELLE	FUERA SECTOR	
MARIA DEL CARMEN AVENDAÑO CALDERON	19713345-7	07-04-1998	27	F	TERPELLE	H. TRAIGUEN	
MARIA MARCELINA CALDERON CHAVEZ	12533563-2	11-06-1973	52	F	TERPELLE	H. TRAIGUEN	
MAURICIO HERNALDO SALGADO BELTRAN	13728563-0	30-03-1979	46	M	TERPELLE	H.TRAIGUEN	
PATRICIA ALEJANDRA SALGADO BELTRAN	15229516-2	12-01-1983	42	F	TERPELLE	H.TRAIGUEN	
RODRIGO ALONSO SALGADO BELTRAN	13960477-6	11-06-1980	45	M	TERPELLE	H.TRAIGUEN	
ALICIA ANDREA BARRA CAMPOS	15229819-6	06-07-1983	42	F	TRAIGUEN	FUERA SECTOR	

IX. PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS AÑO 2025 DSM TRAIGUÉN

Problema priorizado	Objetivo	Actividades	Indicadores de Proceso	Indicador Resultado	Meta	Responsable	Medio de Verificación
Elevado ausentismo a horas de control en PSR rural	Disminuir el ausentismo a horas de atención médica y no médica en un 5% en el periodo de 1 año.	Realizar rescate telefónico de personas que no asistieron a sus controles de salud	Número de llamadas telefónicas realizadas / Número de personas que no se presentaron a sus controles	Número de personas que no asisten a sus controles de salud / Número de controles de salud agendados x 100	Disminuir en un 5% la inasistencia a controles de salud en el año 2025	TENS Y PROFESIONALES	REM, Ficha clínica y agenda de citación de TENS
		Realizar rescate en domicilio de personas que no asistieron a sus controles de salud y que no respondieron al rescate telefónico	Número de rescates en domicilio / Número de personas que no respondieron al rescate telefónico				
Alta proporción de población rural adulto mayor con alteración en la funcionalidad	Disminuir en un 5% la población con riesgo de dependencia y autovalente con riesgo en el periodo de 1 año.	Talleres de actividad física y alimentación saludable	Número de personas que asistieron a los talleres realizados / Número de personas convocadas a los talleres programados	Personas con riesgo de dependencia y autovalente con riesgo / Personas con EMPAM realizado x 100	Disminuir en un 5% la población con riesgo de dependencia y autovalente con riesgo en el año 2025 al final de los talleres.	TENS Y PROFESIONALES	REM, Ficha clínica (EMPAM) y lista de asistencia
	Disminuir en un 15% las personas con deterioro cognitivo que presentan riesgo de dependencia y autovalente con riesgo en el periodo de 1 año.	Talleres de estimulación cognitiva	Número de personas que asistieron a los realizados / Número de personas convocadas a los talleres programados	Personas con MOCA aplicado con deterioro cognitivo / Personas con MOCA aplicado x 100	Disminuir en un 15% las personas con deterioro cognitivo, con MOCA aplicado al final de los talleres, en el año 2025.	TERAPEUTA OCUPACIONAL, PSICOLOGO	REM, Ficha clínica (EMPAM) y lista de asistencia
Descompensación de personas	Mejorar en un 5% la compensación de la población bajo control con Diabetes Mellitus	Educación grupal sobre patología, medicamentos, cuidados y forma de administración.	Número de personas que asistieron a los realizados / Número de personas convocadas a los talleres programados	Personas con DM II con HbA1c menos de 7% en personas de 15-79 años y menos de 8% en x 100	Mejorar en un 5% la compensación de la población bajo control con de	ENFERMERA Y NUTRICIONISTA	REM, Ficha clínica y lista de asistencia

con Diabetes Mellitus II	II en el periodo de 1 año.	Talleres sobre alimentación saludable	Número de personas que asistieron a los realizados / Número de personas convocadas a los talleres programados	personas de más de 80 años / Personas con DM II bajo control	Diabetes Mellitus tipo II en el año 2025		

X. PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS AÑO 2026 DSM TRAIGUÉN

Problema priorizado	Objetivo	Actividades	Indicadores de Proceso	Indicador Resultado	Meta	Responsable	Medio de Verificación
Observación cualitativa de un elevado ausentismo a controles de salud médicos y no médicos, sin datos cuantitativos disponibles.	Cuantificar el ausentismo a horas de atención médica y no médica en el 100% de los establecimientos dependientes del DSM Traiguén en el periodo de 3 años.	Implementar un registro local de forma mensual para cuantificar el ausentismo a horas de atención.	Número de establecimientos del DSM Traiguén que realizan el registro local mensual / Número de establecimientos del DSM Traiguén	Número de establecimientos del DSM Traiguén que cuantifica el ausentismo a horas médicas y no médicas / Número de establecimientos del DSM Traiguén x 100	El 100% de los establecimientos dependientes del DSM Traiguén logra cuantificar el ausentismo a horas de atención médica y no médica en 3 años.	TENS Y ENCARGADO ESTADÍSTICAS	REM, Ficha clínica y agenda de citación de TENS
		Implementar el Registro Clínico electrónico en los establecimientos dependientes del DSM Traiguén	Número de establecimientos del DSM Traiguén que implementan el registro clínico electrónico / Número de establecimientos del DSM Traiguén				
Limitado número de establecimientos dependientes del Departamento de Salud con Autorización Sanitaria	Obtener Autorización Sanitaria al menos el 25% de los establecimientos dependientes del DSM Traiguén en un periodo de 2 años.	Conformar el equipo que realizará el levantamiento de necesidades en los establecimientos.	Número de establecimientos que tienen asignado un equipo / Número total de establecimientos dependientes del DSM sin autorización sanitaria	Numero de establecimientos que obtuvieron sanitaria / Número de establecimientos que requerían obtener resolución sanitaria x 100	El 25% de los establecimientos dependientes del DSM sin autorización sanitaria, obtenga la autorización sanitarita que corresponda en 2 años.	DIRECTORA EQUIPO DECRETADO PARA REALIZAR LEVANMIENTO	Decreto de autorización sanitaria, Documentos de ingreso de solicitudes en SEREMI en Linea, Lista de asistencia a reuniones.
		Realizar reuniones con Autoridad Sanitaria para levantar brechas y soluciones según el marco legal para la obtención de autorización sanitaria en los establecimientos.	Número de reuniones efectivamente realizadas / Número de reuniones solicitadas				

		Gestión de proyectos de infraestructuras, mejoramientos y equipamientos según los requerimientos y brechas identificados por la autoridad sanitaria. Realizar trámites ante la autoridad sanitaria para la obtención de la autorización que corresponda.	Número de establecimientos con proyecto vigente para realizar los mejoramientos / Numero de establecimientos que requieren de mejoramientos Total de trámites solicitados / Total de trámites requeridos para la obtención de autorización sanitaria				
Baja adopción del modelo ECICEP por profesionales del Departamento de Salud	Implementar el modelo ECICEP con al menos un ingreso en el 100% de los establecimientos dependientes del DSM Traiguén en el año 2026.	Capacitar a los profesionales que intervienen en el modelo ECICEP Realizar ingresos en el modelo ECICEP en los establecimientos de DSM.	Número de profesionales capacitados / Número profesionales que intervienen en el modelo ECICEP Número de establecimientos que realizan ingresos en el modelo ECICEP / Número de establecimientos dependientes del DSM Traiguén	Número de establecimientos con al menos un ingreso en el modelo ECICEP / Número de establecimientos dependientes del DSM Traiguén x 100	El 100% de los establecimientos dependientes del DSM con al menos un ingreso en el modelo ECICEP en el año 2026.	PROFESIONALES QUE PARTICIPAN EN EL MODELO ECICEP	Ficha Clínica, Listas de asistencia

Baja cobertura de Lactancia Materna exclusiva al sexto mes de vida en el año 2025	Aumentar cobertura de Lactancia Materna Exclusiva al sexto mes de vida a un 60 % en el año 2026.	Capacitar facilitadores Interculturales sobre Lactancia Materna Exclusiva	Número de facilitadores Interculturales capacitados / Número de facilitadores Interculturales del DSM	Personas con DM II con HbA1c menos de 7% en personas de 15-79 años y menos de 8% en personas de más de 80 años / Personas con DM II bajo control x 100	Mejorar cobertura al 60% de Lactancia Materna Exclusiva al sexto mes de vida en el año 2026.	NUTRICIONISTA, MATRONA Y ENFERMERA	REM, Ficha clínica y lista de asistencia
		Talleres prenatales sobre Lactancia Materna Exclusiva con pertinencia cultural.	Número de madres que cesaron lactancia materna exclusiva que asistieron a los talleres realizados / Número de madres que cesaron lactancia materna exclusiva				
		Sensibilizar a funcionarios sobre flujograma de alerta de cesación de Lactancia Materna	Número de funcionarios capacitados / Número de funcionarios que desconocen el flujograma de alerta de cesación de lactancia materna				
Alta proporción de población rural adulto mayor con alteración en la funcionalidad	Lograr que el 80% del 5% de los adultos mayores con MMSE alterado en EMPAM, muestre mejoría en la evaluación de egreso en el año 2026.	Talleres de estimulación cognitiva grupales e individuales	Número de personas que asistieron a los talleres realizados / 5% de adultos mayores con MMSE alterado	Número de personas que muestre mejoría en la evaluación de egreso / 5% de adultos mayores con MMSE alterado x 100	El 80% del 5% de los adultos mayores con MMSE alterado logre mejoría en el año 2026.	PSICOLOGOS	REM, Ficha clínica (EMPAM) y lista de asistencia

XI. PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS AÑO 2025 HOSPITAL TRAIGUÉN

PROBLEMA COORDINACIÓN GENERAL

OBJETIVO	*ACTIVIDAD*	*INDIC PROCESO*	*INDIC RESULTADO*	*META ANUAL*	*RESPONSABLE*	*MEDIO DE VERIFIC.*
Gran cantidad de pacientes atendidos en APS del hospital de Traiguén, no pertenecen a la población asignada (duplicación de recursos, per cápita)	Reunión de coordinación entre DSM y Hospital, para acordar coordinación de programas	Sí/No	NA	1 inicial	Director Hospital y directora DSM	Convocatoria, lista de asistencia y acta.
	Reuniones entre Hospital y DSM coordinación Salud de la Mujer	n° de reuniones realizadas/n° de reuniones programadas X 100	NA	1 reunión cuatrimestral	Jefa Servicio Maternidad H. Traiguén	Convocatoria, lista de asistencia y acta.
	Reuniones entre Hospital y DSM coordinación Salud Mental	n° de reuniones realizadas/n° de reuniones programadas X 100	NA	1 reunión cuatrimestral	Jefa Servicio de Salud Mental	Convocatoria, lista de asistencia y acta.
	Reuniones entre Hospital y DSM coordinación Salud Cardiovascular	n° de reuniones realizadas/n° de reuniones programadas X 100	NA	1 reunión cuatrimestral	Jefe Servicio Cardiovascular	Convocatoria, lista de asistencia y acta.

PROBLEMA DE SALUD 1: Desconocimiento generalizado del Programa de Climaterio. (Mujeres en tratamiento de salud mental con nula o mala respuesta a tratamiento, falta pesquisa de equipos clínicos)

OBJETIVO	*ACTIVIDAD*	*INDIC PROCESO*	*INDIC RESULTADO*	*META ANUAL*	*RESPONSABLE*	*MEDIO DE VERIFIC.*
Mejorar la derivación de mujeres a programa de climaterio	Capacitación y educación de equipos clínicos respecto a Climaterio (Médicos generales, psicólogos, enfermeras, nutricionistas)	N° de funcionarios capacitados / N° total de funcionarios a capacitar X100 (línea de Base)		90%	Jefa Servicio de Obstetricia y Ginecología	Acta y lista de asistencia

PROBLEMA DE SALUD 2: Falta de oportunidad en ingreso a psicologo/a Salud Mental a pacientes que consultan por Servicio de Urgencia

OBJETIVO	*ACTIVIDAD*	*INDIC PROCESO*	*INDIC RESULTADO*	*META ANUAL*	*RESPONSABLE*	*MEDIO DE VERIFIC.*
Disminuir los tiempos de espera para ingreso a Psicólogo/a de Salud Mental de pacientes descompensados derivados de Urgencia	Identificación semanal de pacientes de SM Descompensados atendidos en SHU a través del RAU, para gestionar ingreso priorizado		N° días de espera para ingreso de pacientes derivado de Urgencia/N° de días de espera para ingreso de pacientes derivados de urgencia antes de la intervención (35 días) X100	50%	Equipo de Salud Mental con SOME	base de datos con atenciones de primeras consultas por psicólogos derivados de urgencia

PROBLEMA DE SALUD 3: Baja cobertura en evaluación del pie diabético

OBJETIVO	*ACTIVIDAD*	*INDIC PROCESO*	*INDIC RESULTADO*	*META ANUAL*	*RESPONSABLE*	*MEDIO DE VERIFIC.*
Aumentar cobertura de evaluación PD	Pesquisa de profesionales que no realizan evaluación del pie	N° de profesionales que evalúan permanentemente PD/N° profesionales que deben evaluar PD X100	N° de usuarios con evaluación del PD vigente/N° de pacientes Diabéticos BC X100	100%	Equipo Programa Salud Cardiovascular	Rem P semestral
	Aumento de oferta de podología con extensión horaria	si/no				

XII. PLAN DE CUIDADOS A LO LARGO DEL CURSO DE VIDA

12.1 CICLO VITAL INFANTIL

Eje según Modelo de Atención Integral de Salud Familiar (MAIS)		Estrategia de salud
Promoción		Adulto responsable de niños/as menores de 1 año reciben educación o consejerías para fomentar la lactancia materna y cuidados del crecimiento y desarrollo.
		Adulto responsable de niños/as mayores de 1 año y menores de 5 años reciben educación o consejerías para fomentar la alimentación saludable.
Prevención		Niños/as y lactantes reciben actividades preventivas, de acuerdo a las necesidades de su curso de vida y perfil epidemiológico local.
		Se fomenta la lactancia materna exclusiva los primeros 6 meses de vida.
		Evaluación y estimulación del desarrollo psicomotor (0 a 5 años)
		Consulta nutricional. Control odontológico.

12.2 CICLO VITAL ADOLESCENTE

Eje según MAIS	Estrategia de salud
Prevención	Adolescentes reciben actividades preventivas (consejerías, educación) en diversos temas relacionados con sus necesidades individuales en el contexto de su curso de vida y perfil epidemiológico local (Salud sexual y reproductiva, salud mental, VIH, actividad física, etc.)
	Control de salud Integral Adolescente.
	Toma de exámenes.
	Consulta nutricional Consulta de matrona Consulta de enfermería

12.3 CICLO VITAL ADULTO

Eje según MAIS	Estrategia de salud
Promoción	Adultos entre 25 y 64 años reciben consejerías o educación para fomentar actividad física y alimentación saludable, recomendar el consumo de alcohol responsable y evitar el consumo de tabaco.
Prevención	Hombres de 20 a 64 años reciben actividades preventivas (consejerías, educación) en el contexto de su curso de vida y perfil epidemiológico local.
	Mujeres de 20 a 64 años reciben actividades preventivas (consejerías, educación) en el contexto de su curso de vida y perfil epidemiológico local.
	Cobertura de EMP (Examen Médico Preventivo) según exige la meta.
	Plan de cuidados al cuidador de personas con dependencia severa.
	Toma de exámenes
	Consulta nutricional Consulta de matrona Consulta de enfermería

12.4 CICLO VITAL ADULTO MAYOR

Eje según MAIS	Estrategia de salud
Promoción	Personas mayores reciben educación o consejerías para fomentar actividad física y alimentación saludable, recomendar el consumo de alcohol responsable y evitar el consumo de tabaco
Prevención	Cobertura de EMPAM (Examen Médico Preventivo Adulto Mayor) según exige meta.
	Plan de cuidados al cuidador de personas con dependencia severa.
	Toma de exámenes.
	Consulta nutricional Consulta de matrona Consulta de enfermería

12.5 ESTRATEGIAS DE SALUD TRASVERSALES A TODO EL CICLO VITAL

Asistencia y acompañamiento a las familias en el proceso de alguna crisis normativa que estén atravesando.
Asistencia y acompañamiento a las familias con integrante hospitalizado u alguna otra crisis no normativa que estén atravesando.
Sistema de evaluación a las familias inscritas que de cómo resultado un *screening* de riesgo (matriz de riesgo) para planificar intervención.
Planes de intervención integral a las familias inscritas donde, principalmente, se coordina la ejecución de la cartera de prestaciones APS.
Educaciones grupales en temáticas atingentes a las problemáticas de salud más frecuentes en la población rural beneficiaria.
Visita Domiciliaria Integral y visita domiciliaria con fines de procedimiento
Plan de cuidado para usuarios inscritos dados de alta hospitalaria por causa de NM, DM2, amputaciones por DM2, IAM, ACV, ERC etapa 5.
Plan de cuidados para las personas con dependencia severa.
Visitas domiciliarias integrales a personas con dependencia severa.
Activación y fortalecimiento de redes de apoyo de diversa índole (familiar, vecinal, social, organizacional, institucional)
Atención integral a pacientes con enfermedades crónicas cardiovasculares.
Atención médica de morbilidad.
Atención odontológica.
Programa Nacional de Inmunización (PNI)
Programa de Alimentación Complementaria y Programa de Alimentación Complementaria para el Adulto Mayor (PNAC y PACAM)
Consulta de salud mental por psicólogo y visita domiciliaria con motivo de salud mental.
Apoyo de facilitador intercultural en las prestaciones o actividades que se requieran.
Trabajo en conjunto con el intersector y con organizaciones de base en la identificación de necesidades en salud y el despliegue de estrategias de intervención.

XIII. PLAN DE CUIDADOS DE SALUD DE LA POBLACIÓN

13.1 PROGRAMACIÓN

Los énfasis de la Planificación y Programación en Red están dados principalmente por los Objetivos Sanitarios de la Década, el Plan de Gobierno 2022-2026 y el Modelo de Atención Integral con énfasis en Salud Familiar y Comunitaria, incorporando el Sistema de Protección Social a grupos prioritarios y basado en las características sociodemográficas de la población, con una tendencia creciente al envejecimiento. Asimismo, a través de la resolución exenta 528 de abril de 2021 se fijan para la década 2021- 2030 los siguientes objetivos sanitarios:

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

La programación es un instrumento de gestión que debe sistematizar los aspectos concretos y medibles relacionados con las actividades que se espera generar en el transcurso de un periodo de tiempo determinado, el que habitualmente se corresponde con un año.

Se espera que la programación en atención primaria se incorpore como una herramienta para equipos gestores, de cabecera, directivos de establecimientos. A nivel de directivos, la programación permite identificar y abordar el cierre de brechas de la fuerza laboral en salud y los procesos de gestión necesarios para mejorar la salud de la población.

Las prestaciones y/o acciones de salud, cuya ejecución concede derecho al aporte estatal, se resumen en el "Plan de Salud Familiar", que se contextualiza en el modelo integral de salud familiar y comunitario, e integra un conjunto de prestaciones y/o acciones de salud para diversas necesidades de las personas en su curso de vida, contribuyendo con éstas a ejercer la función de la atención primaria en su territorio a cargo, en la mantención de la salud de las personas, mediante prestaciones y/o acciones de fomento, prevención y recuperación de la salud y rehabilitación cuando corresponda.

Ciclo vital infantil

Eje según Modelo de Atención Integral de Salud Familiar (MAIS)	Estrategia de salud
Promoción	Adulto responsable de niños/as menores de 1 año reciben educación o consejerías para fomentar la lactancia materna y cuidados del crecimiento y desarrollo.
	Adulto responsable de niños/as mayores de 1 año y menores de 5 años reciben educación o consejerías para fomentar la alimentación saludable.
Prevención	Niños/as y lactantes reciben actividades preventivas, de acuerdo a las necesidades de su curso de vida y perfil epidemiológico local.
	Se fomenta la lactancia materna exclusiva los primeros 6 meses de vida.

	Evaluación y estimulación del desarrollo psicomotor (0 a 5 años)
	Consulta nutricional. Control odontológico.

Ciclo vital Adolescente

Eje según MAIS	Estrategia de salud
Prevención	Adolescentes reciben actividades preventivas (consejerías, educación) en diversos temas relacionados con sus necesidades individuales en el contexto de su curso de vida y perfil epidemiológico local (Salud sexual y reproductiva, salud mental, VIH, actividad física, etc.)
	Control de salud Integral Adolescente.
	Toma de exámenes.
	Consulta nutricional Consulta de matrona Consulta de enfermería

Ciclo vital Adulto

Eje según MAIS	Estrategia de salud
Promoción	Adultos entre 25 y 64 años reciben consejerías o educación para fomentar actividad física y alimentación saludable, recomendar el consumo de alcohol responsable y evitar el consumo de tabaco.
Prevención	Hombres de 20 a 64 años reciben actividades preventivas (consejerías, educación) en el contexto de su curso de vida y perfil epidemiológico local.
	Mujeres de 20 a 64 años reciben actividades preventivas (consejerías, educación) en el contexto de su curso de vida y perfil epidemiológico local.
	Cobertura de EMP (Examen Médico Preventivo) según exige la meta.
	Plan de cuidados al cuidador de personas con dependencia severa.
	Toma de exámenes
	Consulta nutricional Consulta de matrona Consulta de enfermería

Ciclo vital Adulto Mayor

Eje según MAIS	Estrategia de salud

Promoción	Personas mayores reciben educación o consejerías para fomentar actividad física y alimentación saludable, recomendar el consumo de alcohol responsable y evitar el consumo de tabaco
Prevención	Cobertura de EMPAM (Examen Médico Preventivo Adulto Mayor) según exige meta.
	Plan de cuidados al cuidador de personas con dependencia severa.
	Toma de exámenes.
	Consulta nutricional Consulta de matrona Consulta de enfermería

Estrategias de salud trasversales a todo el ciclo vital

Asistencia y acompañamiento a las familias en el proceso de alguna crisis normativa que estén atravesando.
Asistencia y acompañamiento a las familias con integrante hospitalizado u alguna otra crisis no normativa que estén atravesando.
Sistema de evaluación a las familias inscritas que de cómo resultado un *screening* de riesgo (matriz de riesgo) para planificar intervención.
Planes de intervención integral a las familias inscritas donde, principalmente, se coordina la ejecución de la cartera de prestaciones APS.
Educaciones grupales en temáticas atingentes a las problemáticas de salud más frecuentes en la población rural beneficiaria.
Visita Domiciliaria Integral y visita domiciliaria con fines de procedimiento
Plan de cuidado para usuarios inscritos dados de alta hospitalaria por causa de NM, DM2, amputaciones por DM2, IAM, ACV, ERC etapa 5.
Plan de cuidados para las personas con dependencia severa.
Visitas domiciliarias integrales a personas con dependencia severa.
Activación y fortalecimiento de redes de apoyo de diversa índole (familiar, vecinal, social, organizacional, institucional)
Atención integral a pacientes con enfermedades crónicas cardiovasculares.
Atención médica de morbilidad.
Atención odontológica.
Programa Nacional de Inmunización (PNI)
Programa de Alimentación Complementaria y Programa de Alimentación Complementaria para el Adulto Mayor (PNAC y PACAM)
Consulta de salud mental por psicólogo y visita domiciliaria con motivo de salud mental.

Apoyo de facilitador intercultural en las prestaciones o actividades que se requieran.
Trabajo en conjunto con el intersector y con organizaciones de base en la identificación de necesidades en salud y el despliegue de estrategias de intervención.

13.1.1 HORAS PROGRAMADAS AÑO 2025

13.1.1.1 Horas programas por profesional

PROFESIONAL	HORAS PROGRAMADAS AÑO 2026
ENFERMERO(A)	6360
NUTRICIONISTA	3863
KINESIOLOGO	4760
QUIMICO FARMACEUTICO	1677
MEDICO GENERAL	4440
MATRON (A)	3000
ODONTOLOGO	4022
PSICOLOGO	4272
TRABAJADOR SOCIAL	3040
EDUCACION DIFERENCIAL	1600
TERAPEUTA OCUPACIONAL	1680
ODONTOLOGO ESPECIALISTA	902

13.1.1.2 Horas programas por ciclo vital

COMUNIDAD	
ACTIVIDAD	HORAS PROGRAMADAS
ACTIVIDADES A PUEBLOS INDIGENAS	59
ACTIVIDADES DE DIFUSION Y COMUNICACION	65
ADMINISTRACION Y GESTION	2396
EDUCACION ANTITABAQUICA	10
EDUCACION APOYO MADRE A MADRE	7
EDUCACION ESPECIAL EN ADULTO MAYOR	428
EDUCACION ESTIMULACION DESARROLLO PSICOMOTOR	164
EDUCACION GRUPAL	265
EDUCACION GRUPAL EN ADOLESCENTES (PREV SUICIDIO/TRASTORNO MENTAL)	7
EDUCACION HABILIDADES PARENTALES	56
EDUCACION OTRAS AREAS TEMATICAS	123
EDUCACION PRENATAL	16
EDUCACION PREVENCION ALCOHOL Y DROGAS	18
EDUCACION PREVENCION DE IRA-ERA	20
EDUCACION PREVENCION DE LA TRANSMISION VERTICAL DE VIH-SIFILIS	24
EDUCACION PREVENCION DE SALUD MENTAL	54
EDUCACION PREVENCION VIOLENCIA DE GENERO	67
EDUCACION PROMOCION DE SALUD MENTAL	73
EDUCACION SALUD BUCO-DENTAL	677
EDUCACION SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	48
EDUCACION TALLERES DE CLIMATERIO	31
EDUCACION Y CAPACITACION COMUNITARIA	42
ENTREVISTAS	13
EVENTOS MASIVOS (ASAMBLEAS, CABILDOS, OTROS)	62
JORNADAS DE INTERCAMBIO DE EXPERIENCIAS	25
MECANISMOS DE ACTUACION PROMOCIONAL	6
PARTICIPACION Y ARTICULACION LOCAL	13
REUNIONES DE PLANIFICACION PARTICIPATIVA	47
TALLERES GRUPALES DE LACTANCIA MATERNA EN ATENCION PRIMARIA	25
TIEMPO TRASLADO POSTA	2917
VACUNA EXTRAMURAL CAMPAÑA	529

FAMILIAS	
ACTIVIDAD	**HORAS PROGRAMADAS**
CONSEJERIA FAMILIAR	130
ESTUDIO DE FAMILIA	65
EVALUACION FAMILIAR	3
OTRAS VISITAS DOMICILIARIAS INTEGRALES	176
VDI CUIDADOS PALIATIVOS	31
VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL	438
VISITA DOMICILIARIA RURAL	107

GESTION	
ACTIVIDAD	**HORAS PROGRAMADAS**
ATENCION EN POSTAS	1111
CONTRALOR	603
ENCARGADO CA MAMA	103
ENCARGADO CACU	103
ENCARGADO CAPACITACION	304
ENCARGADO CHCC	160
ENCARGADO CICLO DE LA MUJER	103
ENCARGADO FARMACIA QF	387
ENCARGADO IMAGENES Y RESOLUTIVIDAD	244
ENCARGADO MODELO	168
ENCARGADO ODONTOLOGICO	246
ENCARGADO PANAC-PACAM	618
ENCARGADO PARTICIPACION SOCIAL	266
ENCARGADO PROGRAMA MAPUCHE	190
ENCARGADO PSCV	222
ENCARGADO SALUD MENTAL	435
ENCARGADO TBC	76
FUERO MATERNAL	210
GESTION BOTIQUIN FARMACIA	43
GESTION DE INVENTARIO	43
GESTIóN FARMACéUTICA ADMINISTRATIVA	86
JEFE SOME Y ENCARGADO GES	700
OTRAS ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS	3181
REUNIONES	1809
SUPERVISIóN	379
SUPERVISION DE LA DISPENSACION	43
VINCULACION Y ARTICULACION LOCAL	38

SALUD ADOLESCENTE	
ACTIVIDAD	**HORAS PROGRAMADAS**
APLICACIÓN DE IVADEC de 10 a 19	8
ATENCION ODONTOLOGICA EN DOMICILIO de 10 a 19	205
CONSEJERIA ACTIVIDAD FISICA de 10 a 19	103
CONSEJERIA ALIMENTACION SALUDABLE de 10 a 19	120
CONSEJERIA CONSUMO DE DROGAS de 10 a 19	8
CONSEJERIA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA de 10 a 19	34
CONSEJERIA VIH/SIDA de 10 a 19	13
CONSULTA DE SALUD MENTAL CON FACILITADOR INTERCULTURAL de 10 a 19	4
CONSULTA DE SALUD MENTAL (seguimiento) de 10 a 19	109
CONSULTA DE SALUD MENTAL (1° ingreso) de 10 a 19	57
CONSULTA ENFERMERIA de 10 a 19	16
CONSULTA KINESICA de 10 a 19	18
CONSULTA MALNUTRICION POR EXCESO de 10 a 19	69
CONSULTA MORBILIDAD de 10 a 19	16
CONSULTA MORBILIDAD ODONTOLOGICA de 10 a 19	324
CONSULTA NUTRICIONAL A EMBARAZADAS	8
CONSULTA NUTRICIONAL (sin embarazo) de 10 a 19	8
CONSULTA SOCIAL de 10 a 19	11
CONTROL DE CRONICO de 10 a 19	19
CONTROL DE REGULACION DE FECUNDIDAD de 10 a 19	20
CONTROL DE SALUD ADOLESCENTE de 10 a 19	18
CONTROL KINESICO de 10 a 19	9
CONTROL ODONTOLOGICO CERO de 10 a 19	246
CONTROL VIDA SANA de 10 a 19	191
EVALUACIÓN INICIAL ACTIVIDAD FÍSICA (PEVS) de 10 a 19	184
INGRESO DE REGULACION DE FECUNDIDAD de 10 a 19	17
INGRESO PRENATAL	2

INGRESO PROGRAMA CERO de 10 a 19	70
INGRESO PROGRAMA VIDA SANA de 10 a 19	494
VISITAS CON FINES DE TRATAMIENTO Y/O PROCEDIMIENTO de 10 a 19	16

SALUD ADULTO	
ACTIVIDAD	**HORAS PROGRAMADAS**
APLICACIÓN DE IVADEC de 20 a 64	87
APOYO PSICOSOCIAL CUIDADOS PALIATIVOS de 20 a 64	8
ATENCIóN FARMACéUTICA de 20 a 64	9
ATENCION ODONTOLOGICA EN DOMICILIO de 20 a 64	185
CONCILIACION FARMACEUTICA de 20 a 64	6
CONSEJERIA ACTIVIDAD FISICA de 20 a 64	181
CONSEJERIA ALIMENTACION SALUDABLE de 20 a 64	186
CONSEJERIA OTRAS AREAS de 20 a 64	225
CONSULTA DE SALUD MENTAL CON FACILITADOR INTERCULTURAL de 20 a 64	4
CONSULTA DE SALUD MENTAL (seguimiento) de 20 a 64	395
CONSULTA DE SALUD MENTAL (1° ingreso) de 20 a 64	148
CONSULTA ENFERMERIA de 20 a 64	172
CONSULTA FARMACOLOGICA de 20 a 64	9
CONSULTA KINESICA de 20 a 64	204
CONSULTA MORBILIDAD de 20 a 64	184
CONSULTA MORBILIDAD ODONTOLOGICA de 20 a 64	709
CONSULTA NUTRICIONAL de 20 a 64	190
CONSULTA REHABILITACION INTEGRAL de 20 a 64	44
CONSULTA SOCIAL de 20 a 64	133
CONTROL CUIDADOS PALIATIVOS de 20 a 64	35
CONTROL DE CRONICO de 20 a 64	700
CONTROL DE SALUD ADULTO (EMP) de 20 a 64	3
CONTROL KINESICO ADULTO de 20 a 64	139
CONTROL VIDA SANA de 20 a 64	420
CONTROLES REHABILITACION INTEGRAL de 20 a 64	221
EVALUACION INICIAL CUIDADOS PALIATIVOS de 20 a 64	6
INGRESO PROGRAMA VIDA SANA de 20 a 64	840
INGRESO REHABILITACION RURAL de 20 a 64	45
MORBILIDAD ODONTOLOGICA DIABETICOS de 20 a 64	288
MORBILIDAD 60 AñOS GES de 60 a 60	98
RESCATE PACIENTES de 20 a 64	1
REVISION DE LA MEDICACION CON ENTREVISTA de 20 a 64	6
REVISION DE LA MEDICACION SIN ENTREVISTA de 20 a 64	9
SEGUIMIENTO CLINICO REMOTO de 20 a 64	8
VISITA TRATAMIENTO CUIDADOS PALIATIVOS de 20 a 64	24
VISITAS CON FINES DE TRATAMIENTO Y/O PROCEDIMIENTO de 20 a 64	353

SALUD ADULTO MAYOR	
ACTIVIDAD	**HORAS PROGRAMADAS**
APLICACIÓN DE IVADEC de 65 a 100	82
APOYO PSICOSOCIAL CUIDADOS PALIATIVOS de 65 a 100	8
ATENCIóN FARMACéUTICA de 65 a 100	9
ATENCION FARMACEUTICA EN DOMICILIO de 65 a 100	9
CONCILIACION FARMACEUTICA de 65 a 100	6
CONSEJERIA ACTIVIDAD FISICA de 65 a 100	4
CONSEJERIA ALIMENTACION SALUDABLE de 65 a 100	57
CONSEJERIA OTRAS AREAS de 65 a 100	64
CONSEJERIAS INDIVIDUALES de 65 a 100	80
CONSULTA CUIDADOS PALIATIVOS de 65 a 100	8
CONSULTA DE SALUD MENTAL (seguimiento) de 65 a 100	279
CONSULTA DE SALUD MENTAL (1° ingreso) de 65 a 100	159
CONSULTA ENFERMERIA de 65 a 100	111
CONSULTA FARMACOLOGICA de 65 a 100	9
CONSULTA KINESICA de 65 a 100	158
CONSULTA MORBILIDAD de 65 a 100	121
CONSULTA MORBILIDAD ODONTOLOGICA de 65 a 100	360
CONSULTA NUTRICIONAL de 65 a 100	152
CONSULTA REHABILITACION INTEGRAL de 65 a 100	693
CONSULTA SOCIAL de 65 a 100	95
CONSULTA URGENCIA GES de 65 a 100	19
CONTROL CUIDADOS PALIATIVOS de 65 a 100	35
CONTROL DE CRONICO de 65 a 100	557
CONTROL DE SALUD (de seguimiento) de 65 a 100	28
CONTROL DE SALUD (EMPAM) de 65 a 100	437
CONTROL KINESICO ADULTO de 65 a 100	167

CONTROLES REHABILITACION INTEGRAL de 65 a 100	95
EVALUACION INICIAL CUIDADOS PALIATIVOS de 65 a 100	6
RESCATE PACIENTES de 65 a 100	1
REVISION DE LA MEDICACION CON ENTREVISTA de 65 a 100	6
REVISION DE LA MEDICACION SIN ENTREVISTA de 65 a 100	9
SEGUIMIENTO CLINICO REMOTO de 65 a 100	8
SEGUIMIENTO FARMACOTERAPéUTICO de 65 a 100	2
VISITA TRATAMIENTO CUIDADOS PALIATIVOS de 65 a 100	175
VISITAS CON FINES DE TRATAMIENTO Y/O PROCEDIMIENTO de 65 a 100	838

SALUD INFANTIL	
ACTIVIDAD	**HORAS PROGRAMADAS**
APLICACIÓN DE IVADEC de 0 a 9	17
CONSEJERIA ALIMENTACION SALUDABLE de 0 a 9	47
CONSEJERIA DESARROLLO INFANTIL INTEGRAL de 0 a 9	134
CONSEJERIA OTRAS AREAS de 0 a 9	68
CONSEJERIAS INDIVIDUALES de 0 a 9	148
CONSULTA DE LACTANCIA MATERNA de 0 a 2	46
CONSULTA DE SALUD MENTAL (seguimiento) de 5 a 9	101
CONSULTA DE SALUD MENTAL (1° ingreso) de 5 a 9	50
CONSULTA ENFERMERIA de 0 a 9	40
CONSULTA KINESICA de 0 a 9	18
CONSULTA MALNUTRICION POR EXCESO de 0 a 9	94
CONSULTA MORBILIDAD de 0 a 9	43
CONSULTA MORBILIDAD ODONTOLOGICA de 0 a 9	156
CONSULTA NUTRICIONAL de 0 a 9	11
CONSULTA NUTRICIONAL 3 AñOS 6 MESES de 3 a 3	8
CONSULTA NUTRICIONAL 5TO MES de 0 a 0	8
CONSULTA POR DEFICIT DE DESARROLLO PSICOMOTOR de 0 a 2	189
CONSULTA SALUD MENTAL de 0 a 9	49
CONSULTA SOCIAL de 0 a 9	8
CONSULTA URGENCIA GES de 0 a 9	14
CONTROL CERO 0 A 1 AñO de 0 a 1	10
CONTROL CERO 2 A 3 AñOS de 2 a 3	10
CONTROL CERO 4 A 6 AñOS de 4 a 6	41
CONTROL CERO 7 A 9 AñOS de 7 a 9	41
CONTROL DE CRONICO de 5 a 9	8
CONTROL DE PUERPERIO de 0 a 0	5
CONTROL DE SALUD EN POBLACION INFANTIL ENTRE 1 y 5 AÑOS de 1 a 5	123
CONTROL DE SALUD EN POBLACION INFANTIL ENTRE 6 y 9 AÑOS de 6 a 9	36
CONTROL DE SALUD EN POBLACION INFANTIL MENOR DE 1 AÑO de 0 a 0	59
CONTROL KINESICO de 0 a 9	26
CONTROL VIDA SANA de 0 a 9	258
CONTROLES REHABILITACION INTEGRAL de 0 a 9	294
ESTIMULACION DEL DESARROLLO PSICOMOTOR de 0 a 5	1160
EVALUACION DEL DESARROLLO PSICOMOTOR 3 AÑOS de 3 a 3	24
EVALUACION DEL DESARROLLO 18 MESES de 1 a 1	18
EVALUACION DEL DESARROLLO 8 MESES de 0 a 0	18
EVALUACIÓN INICIAL ACTIVIDAD FÍSICA (PEVS) de 0 a 9	92
INGRESO PROGRAMA VIDA SANA de 0 a 9	289
RESCATE PACIENTES de 0 a 9	1
SEGUIMIENTO CLINICO REMOTO de 0 a 9	5
VISITAS CON FINES DE TRATAMIENTO Y/O PROCEDIMIENTO de 0 a 9	32

SALUD MUJER	
ACTIVIDAD	**HORAS PROGRAMADAS**
CONSEJERIA OTRAS AREAS de 20 a 64	71
CONSEJERIA PREVENCION DE LA TRANSMISION VERTICAL DEL VIH (EMBARAZADAS)	19
CONSEJERIA REGULACION DE FERTILIDAD de 20 a 45	75
CONSEJERIA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA de 20 a 50	96
CONSEJERIA VIH/SIDA de 20 a 64	145
CONSULTA ABREVIADA Y OTRAS ACTIVIDADES de 20 a 45	2
CONSULTA MORBILIDAD GINECOLOGICA de 20 a 64	73
CONSULTA MORBILIDAD OBSTETRICA	9
CONSULTA MORBILIDAD ODONTOLOGICA de 500 a 500	19
CONSULTA NUTRICIONAL PRECONCEPCIONAL de 19 a 45	8
CONSULTA NUTRICIONAL PUERPERAS de 20 a 45	8
CONTROL CLIMATERIO de 45 a 55	203
CONTROL DE PUERPERIO de 20 a 45	34
CONTROL DE REGULACION DE FECUNDIDAD de 20 a 45	409
CONTROL GINECOLOGICO PREVENTIVO de 20 a 45	266
CONTROL PRECONCEPCIONAL de 20 a 45	143
CONTROL PRENATAL	62
INGRESO DE REGULACION DE FECUNDIDAD de 20 a 45	85
INGRESO PRENATAL	23

XIV. PROGRAMA ANUAL DE CAPACITACIÓN 2026

EJE ESTRATEGICO	RESULTADO ESPERADO	ACTIVIDAD DE CAPACITACION	OBJETIVOS EDUCATIVOS	CONTENIDOS MINIMOS QUE CONSIDERA EL PROGRAMA	NIVEL DE LA CAPACITACION	MODALIDAD / METODOLOGÍA EDUCATIVA	NUMERO DE PARTICIPANTES POR CATEGORIAS							Nº HORAS PEDAGOG.	EVALUACION				FINANCIAMIENTO				ORGANISMO EJECUTOR	COORDINADOR	FECHA DE EJECUCIÓN
							A (Médicos, Odont, QF,etc.)	B (Otros Profesio-nales)	C (Técnicos Nivel Superior)	D (Técnicos de Salud)	E (Adminis-trativos Salud)	F (Auxiliares servicios Salud)	TOTAL		Satisfacción	Aprendizaje	Asistencia	Aplicabilidad	ITEM CAPACITACION	FONDOS MUNICIPALES	OTROS FONDOS	TOTAL PRESUPUESTO ESTIMADO			
OBJETIVO ESTRATEGICO 4: ESTILOS DE VIDA Y FACTORES DE RIESGO	Que al 100% de los funcionarios capacitados esten concientizados en la importancia de la prevención del suicidio y cuidado de la salud mental.	**Prevención del suicidio, derribando estigmas frente a la salud mental.**	funcionarios capacitados logran visibilizar el suicidio como una patologia de salud mental y problema de salud pública presente, con un abordaje integral considere la prevención como herramienta fundamental frente al riesgo de suicidio y al cuidado de la Salud mental.	Situación actual de tasas de suicidio en Chile y el mundo, colocando enfasis en nuestra realidad local, medidas de prevención, espectro de manifestaciones de ideacion suidida, factores protectores y de riesgo, acceso a la atención, importancia de tener espacios de saludables.	MEDIO	PRESENCIAL, SEMI PRESENCIAL O A DISTANCIA.	4	17	20	1	3	8	53	Mínimo 25 hrs. Pedagogicas	X	X	X		$600.000	$ -	$ -	$600.000	A DEFINIR SEGÚN COMPRAS PÚBLICAS/ OTRO	CBC LOCAL	Enero a Diciembre

OBJETIVO ESTRATEGICO 4: ESTILOS DE VIDA Y FACTORES DE RIESGO	Que al 100% de los funcionarios del establecimiento esten sensiblizados respecto de las medicinas complemetarias reguladas y su prescripción en salud, además de la identificación de Prácticas de Bienestar.	**Sensibilización en Medicinas Complementarias reguladas y prácticas de Bienestar para la Salud.**	Funcionarios sensibilizados respecto de las medicinas complemetarias reguladas y su prescripción en salud, además de la identificación de Prácticas de Bienestar.	Política de medicinas complementarias y prácticas de bienestar, registro REM, criterios de prescripción, regulación de la medicinas en SEREMIAS y acreditación de establecimientos como prestadores de estas medicinas.	BASICO, MEDIO O ALTO	PRESENCIAL, SEMI PRESENCIAL O A DISTANCIA.	4	17	20	1	3	8	53	Mínimo 8 hrs. Pedagogicas	X	X	X		$223.937	$0	$0	$223.937	SSAN / Asesor Medicinas Complementarias	Asesor Capacitación APS SSAN	Enero a Diciembre
OBJETIVO ESTRATEGICO 2: ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	Al menos el 80% de los profesionales y ténicos que realizan atención directa a usuarios realicen cápusla de socialización	**Socialización Estrategia mhGAP (Mental health Gap Action Programme) Programa de Acción para Superar las Brechas de Salud Mental**	Fortalecer competencias de los equipos de Atención Primaria de Salud para el abordaje de los problemas de salud mental, neurológicos y/o por abusos de sustancias, mediante una socialización inicial de la estrategia.	contexto Estrategia mhGAP y principios trasnversales, habilidades comunicacionales, herramientas del mhGAP, Implementación estrategia, Intervención, casos clínicos de aplicación de estrategia.	ALTO	PRESENCIAL, SEMI PRESENCIAL O A DISTANCIA.	0	17	20	1	0	0	38	Mínimo 8 hrs. Pedagogicas	x	x	x		$0	$0	$0	$0	SSAN / ENTRENADOR CAPACITADO	CBC LOCAL	enero a marzo
OBJETIVOS ESTRATEGICOS DEL 1 AL 9	Profesionales con desempeño en la APS, actualizan su conocimiento clínico-sanitario, mediante pasantías y/o capacitaciones continuas.	**Programa Formación de Especialistas Nivel Atención Primaria de Salud FENAPS -componente Educación Continua.**	Contribuir al fortalecimiento del recurso humano correspondiente a la Categoría "A" regido por la citada Ley 19.378, mediante su acceso a programas de postgrados y educación continua en espacios docentes adecuados, que facilitan su desempeño en el cargo-conforme a los cambios en las necesidades sanitarias de la población-, promoviéndose	DEFINIDOS CENTRALIZADAMENTE POR CADA CURSO ASOCIADO A ESTE PROGRAMA	ALTO	PRESENCIAL, SEMI PRESENCIAL O A DISTANCIA.	4	0	0	0	0	0	4	Mínimo 8 hrs. Pedagogicas	X	X	X					$0	A Defenir S/Ley Compras Públicas	Asesor Capacitación APS SSAN	Enero a Diciembre

			además su permanencia en los establecimientos de salud municipal, mejorando la capacidad resolutiva de la APS y una atención oportuna y de calidad a su población beneficiaria.																					
OBJETIVOS ESTRATEGICOS DEL 1 AL 9	Funcionarios nivelados en torno a temas del Modelo de Salud Familiar y Atencion Primaria en Salud, entre otras.	**Programa SIAD-APS del Servicio de Salud Araucanía Norte**	Sensibilizar y nivelar conocimientos en toda la red de salud de forma rapida y eficiente.	DEFINIDOS CENTRALIZADAMENTE POR CADA CURSO ASOCIADO A ESTE SISTEMA DE APRENDIZAJE	BASICO	A DISTANCIA	4	17	20	1	3	8	53	Mínimo 8 hrs. Pedagogicas	X	X	X		$0	$0	$0	$0	SSAN	Encargada SIAD SSAN	Enero a Diciembre
OBJETIVOS ESTRATEGICOS DEL 1 AL 9	Funcionarios actualizan su conocimiento clínico-sanitario, adminstrativo mediante pasantías y/o capacitaciones continuas.	**Programa de Capacitación OAL (ACHS)**	Sensibilizar y nivelar conocimientos en toda la red de salud de forma rapida y eficiente	DEFINIDOS CENTRALIZADAMENTE POR CADA CURSO ASOCIADO A ESTE SISTEMA DE APRENDIZAJE	BASICO, MEDIO O ALTO	PRESENCIAL, SEMI PRESENCIAL O A DISTANCIA.	4	17	20	1	3	8	53	Mínimo 8 hrs. Pedagogicas	X	X	X		$0	$0	$0	$0	DSM ANGOL	Encargada Unidad de Capacitación	Enero a Diciembre
OBJETIVOS ESTRATEGICOS DEL 1 AL 9	Funcionarios actualizan su conocimiento clínico-sanitario, adminstrativo mediante pasantías y/o capacitaciones continuas.	**Centro de Estudios de la Administración del Estado (Contraloría)**	Sensibilizar y nivelar conocimientos en toda la red de salud de forma rapida y eficiente	DEFINIDOS CENTRALIZADAMENTE POR CADA CURSO ASOCIADO A ESTE SISTEMA DE APRENDIZAJE	BASICO, MEDIO O ALTO	PRESENCIAL, SEMI PRESENCIAL O A DISTANCIA.	4	17	20	1	3	8	53	Mínimo 8 hrs. Pedagogicas	X	X	X		$0	$0	$0	$0	DSM ANGOL	Encargada Unidad de Capacitación	Enero a Diciembre

OBJETIVOS ESTRATEGICOS DEL 1 AL 9	Funcionarios actualizan su conocimiento clínico-sanitario, adminstrativo mediante pasantías y/o capacitaciones continuas.	**PROGRAMA FORMACION Y CAPACITACION DE APS EN LA RED ASISTENCIAL, COMPONENTE DESARROLLO RR.HH. , CURSOS Y DIPLOMADOS.**	Contribuir al objetivos sanitarios de la década y del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario, al fortalecimiento y desarrollo de capacidades y competencias laborales, necesarias para la implementación de los mismos y de la modernización de la Atención Primaria como área y pilar relevante en el proceso de cambio a un nuevo modelo de atención.	DEFINIDOS CENTRALIZADAMENTE POR CADA CURSO ASOCIADO A ESTE PROGRAMA	BASICO, MEDIO O ALTO	PRESENCIAL, SEMI PRESENCIAL O A DISTANCIA.	4	17	20	1	3	8	53	Mínimo 8 hrs. Pedagogicas	X	X	X		$0	$0	$0	$0	SSAN	Asesor Capacitación APS SSAN	Enero a Diciembre
OBJETIVOS ESTRATEGICOS DEL 1 AL 9	Funcionarios/as adquieren conocimientos posibles de replicar y aplicar en sus centros de salud, a través de la observación y la práctica para el desarrollo del Modelo de Atención Integral de Salud y sus enfoques en países con un alto desarrollo y avance en la implementación de este en Atención Primaria.	**PROGRAMA INICIATIVAS EXTRAORDINARIAS DE CAPACITACION Y PERFECCIONAMIENTO, DE LOS FUNCIONARIOS DEL ARTÍCULO 5°, DE LA LEY N°19.378, QUE SE DESEMPEÑAN EN ATENCION PRIMARIA DE SALUD MUNICIPAL**	Busca satisfacer los requerimientos estratégicos de la Autoridad Ministerial y alinear técnicamente a todos los establecimientos de Salud Primaria Municipal del país-	DEFINIDOS CENTRALIZADAMENTE POR CADA CURSO ASOCIADO A ESTE PROGRAMA	ALTO	SEMIPRESENCIAL	4	17	20	1	3	8	53	Mínimo 8 hrs. Pedagogicas	X	X	X		$0	$0	$0	$0	A Defenir S/Ley Compras Públicas	Asesor Capacitación APS SSAN / MINSAL	Enero a Diciembre

OBJETIVOS ESTRATEGICOS DEL 1 AL 9	Funcionarios con capacitaciones asociadas a alguno de los 8 EJES estrategicos	**OTRAS CAPACITACIONES Y PERFECCIONAMIENTOS: PROGRAMAS OMS, MINSAL - SSAN: Capacitaciones Emergentes s**ólo para cumplimiento de la Ley y su insidencia en la carrera, con pertinencia en la función y asociadas a necesidades del personal de salud para el cumplimiento de metas, Compromisos de Gestión, indicadores, actualizaciones y/o cambios en normativas, instalación nuevas prestaciones y/o cumplimiento de convenio.	Mejorar la calidad de la atención, en coherencia con los OBJETIVOS ESTRATEGICOS Y sanitarios del MINSAL.	A DEFINIR SEGÚN CAPACITACION	BASICO, MEDIO O ALTO	PRESENCIAL, SEMI PRESENCIAL O A DISTANCIA.	4	17	20	1	3	8	53	Mínimo 8 hrs. Pedagogicas	X	X	X		$0	$0	$0	$0	SSAN	Asesor Capacitación APS SSAN	Enero a Diciembre

OBJETIVOS ESTRATEGICOS DEL 1 AL 9	Funcionarios con capacitaciones asociadas a alguno de los 8 EJES estrategicos	**OTRAS CAPACITACIONES Y PERFECCIONAMIENTOS DE GESTION LOCAL: Capacitaciones Emergentes** sólo para cumplimiento de la Ley y su insidencia en la carrera, con pertinencia en la función y las necesidades del personal de salud para el cumplimiento de metas, indicadores, actualizaciones y/o cambios en normativas, instalación nuevas prestaciones y/o cumplimiento de convenio, gestionadas por o con el Comité Local de Capacitación local.	Mejorar la calidad de la atención, en coherencia con los OBJETIVOS ESTRATEGICOS Y sanitarios del MINSAL	A DEFINIR SEGÚN CAPACITACION	BASICO, MEDIO O ALTO	PRESENCIAL, SEMI PRESENCIAL O A DISTANCIA.	4	17	20	1	3	8	53	Mínimo 8 hrs. Pedagogicas	X	X	X		$0	$0	$0	$0	A Defenir S/Ley Compras Públicas o gestiones locales.	Comité Local de Capacitación	Enero a Diciembre
OBJETIVOS ESTRATEGICOS DEL 1 AL 9	Funcionarios con capacitaciones asociadas, mejoran en el desempeño de	**OTRAS CAPACITACIONES Y PERFECCIONAMIENTOS:** Aquellos que sean atingentes al cargo del funcionario y de acuerdo al decreto alcaldicio y	Mejorar el desempeño de los funcionarios en las funciones y actividades que le sean atingentes y hayan sido asignadas por decreto.	DE ACUERDO A LA CAPACITACION	BASICO, MEDIO O ALTO	PRESENCIAL, SEMI PRESENCIAL O A DISTANCIA.	4	17	20	1	3	8	53	Mínimo 8 hrs. Pedagogicas	X	X	X		$0	$0	$0	$0	A Defenir S/Ley Compras Públicas, gestiones locales o autofinanciados.	Comité Local de Capacitación	Enero a Diciembre

	funciones atingentes.	decretos alacaldicios exentos vigentes.																					
OBJETIVOS ESTRATEGICOS DEL 1 AL 9	Funcionarios con capacitaciones asociadas a higiene y seguridad laboral	**OTRAS CAPACITACIONES Y PERFECCIONAMIENTOS:** Aquellos que sean transversales en el marco de las necesidades para el cumplimiento de la seguridad e higiene laboral.	Mejorar el conocimiento y manejo de la seguridad e higiene laboral de los funcionarios.	DE ACUERDO A LA CAPACITACION	BASICO, MEDIO O ALTO	PRESENCIAL, SEMI PRESENCIAL O A DISTANCIA.	4	17	20	1	3	8	53	Mínimo 8 hrs. Pedagogicas	X	X	X		$0	$0	$0	$0	A Defenir S/Ley Compras Públicas o gestiones locales.	Comité Local de Capacitación	Enero a Diciembre
TOTAL																			**$823.937**	**$0**	**$0**	**$823.937**			

14.1 OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

De acuerdo a la Resolución Exenta N°831 de fecha 11 de junio de 2024 “ESTABLÉCENSE los siguientes objetivos estratégicos (OE) y objetivos de impacto (OI) para la década 2021-2030”:

- **OE 1 Enfermedades Transmisibles**
  - Disminuir la incidencia de VIH/SIDA.
  - Reducir la incidencia de Tuberculosis.
  - Disminuir la incidencia de casos de Enfermedades Zoonóticas y Vectoriales.
  - Disminuir el riesgo de reintroducción o aumento de Enfermedades Transmisibles en vías de Eliminación.
  - Disminuir la morbimortalidad por Infecciones Respiratorias Agudas.
- **OE 2 Enfermedades no Transmisibles**
  - 2.1 Disminuir la mortalidad prematura por Cáncer.
  - 2.2 Disminuir la morbimortalidad por Enfermedades Cardiovasculares y Cerebrovasculares.
  - 2.3 Mejorar la cobertura y la efectividad del manejo de la Diabetes Mellitus.
  - 2.4 Disminuir la progresión de la Enfermedad Renal Crónica.
  - 2.5 Disminuir la morbimortalidad por Enfermedades Respiratorias Crónicas.
  - 2.6 Disminuir la prevalencia de dolor crónico asociada a Alteraciones Musculoesqueléticas.
  - 2.7 Reducir la morbilidad y mortalidad en exceso asociada a Condiciones Mentales.
  - 2.8 Mejorar el estado de Salud Bucal de la población.
  - 2.9 Disminuir la Discapacidad Severa y la Dependencia.
  - 2.10 Enfrentar los desafíos específicos de las Enfermedades no Transmisibles.
- **OE 3 Lesiones y Violencia**
  - 3.1 Disminuir la morbimortalidad por Accidentes de Tránsito.
  - 3.2 Disminuir la morbimortalidad asociada a Violencia.
  - 3.3 Disminuir la mortalidad por Suicidio.
- **OE 4 Estilos de Vida y Factores de Riesgo**
  - 4.1 Aumentar la prevalencia de personas con Factores Protectores de Salud.
  - 4.2 Disminuir la prevalencia de consumo de productos de Tabaco y de sistemas electrónicos de administración de nicotina y sin nicotina.
  - 4.3 Reducir el consumo de Alcohol y sus consecuencias sociales y sanitarias.
  - 4.4 Disminuir el consumo de Drogas y sus consecuencias sociales y sanitarias.
  - 4.5 Aumentar la conducta sexual segura.
  - 4.6 Detener la aceleración de la prevalencia de sobrepeso y obesidad a lo largo del curso de vida.
  - 4.7 Aumentar la prevalencia de Actividad Física Suficiente.
  - 4.8 Mejorar la Salud Mental con enfoque promocional y preventivo.
- **OE 5 Curso de Vida**
  - 5.1 Disminuir la morbimortalidad perinatal.
  - 5.2 Aumentar la prevalencia de niños y niñas que alcanzan su desarrollo integral.
  - 5.3 Mejorar integralmente la Salud Sexual y Salud Reproductiva con enfoque de derechos.
  - 5.4 Disminuir la morbimortalidad asociada a condiciones y organización del trabajo.
  - 5.5 Prevenir el deterioro del funcionamiento en Personas Mayores.
- **OE 6 Equidad**
  - 6.1 Disminuir las inequidades en salud por Zonas Geográficas.
  - 6.2 Disminuir las inequidades en salud de la Población Indígena.
  - 6.3 Reducir las inequidades en el acceso efectivo a la atención en salud de Personas Migrantes.
- **OE 7 Medio Ambiente**

    - 7.1 Reducir la población expuesta a condiciones sanitario-ambientales desfavorables.
    - 7.2 Reducir la población expuesta a Alimentos no Inocuos.
    - 7.3 Reducir el riesgo de emergencia y diseminación de Resistencia a los antimicrobianos.
    - 7.4 Reducir el impacto negativo en la salud por efecto del Cambio Climático.
- **OE 8 Sistema de Salud**
    - 8.1 Contar con Sistemas de Información de Salud sostenibles, suficientes, integrados y alineados con las necesidades del sector.
    - 8.2 Aumentar la equidad territorial en la distribución de Recursos Humanos en el sistema público de salud.
    - 8.3 Fortalecer la Infraestructura y Equipamiento del sector con enfoque de equidad.
    - 8.4 Mejorar el Financiamiento Público destinado a salud.
    - 8.5 Fortalecer un Modelo de Gestión Participativa en Salud.
    - 8.6 Fortalecer el cuidado de la salud, centrado en las personas, familias y comunidades avanzando hacia la cobertura universal.
    - 8.7 Desarrollar un modelo de atención de Salud Digital sostenible, que aporte al acceso, la atención oportuna y la información a los pacientes.
    - 8.8 Mantener la Participación y Cooperación Internacional en salud.
    - 8.9 Fortalecer la Investigación asociada a procesos de toma de decisiones en políticas públicas de salud.
    - 8.10 Mitigar los efectos de las Emergencias y Desastres en la salud y bienestar.
- **OE 9 Calidad de la Atención**
    - 9.1 Fortalecer la entrega de servicios de salud con equidad, calidad y énfasis en Eficacia.
    - 9.2 Fortalecer la entrega de servicios de salud con equidad, calidad y énfasis en Acceso.
    - 9.3 Fortalecer la entrega de servicios de salud con equidad, calidad y énfasis en Seguridad.
    - 9.4 Fortalecer la entrega de servicios de salud con equidad, calidad y énfasis en Satisfacción Usuaria."

14.1.1 PRIORIZACIÓN DE TEMÁTICAS Y CONTENIDOS DEFINIDOS POR LA DIVISIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA

1 OBJETIVO ESTRATÉGICO: OE8: SISTEMA DE SALUD

Tema priorizado: Modelo Salud Familiar - Estrategia de Cuidados Centrado en la Persona (ECICEP)

Objetivo general: Fortalecer competencias específicas en el equipo de salud para apoyar a las personas y familias en el manejo de sus condiciones crónicas de salud, así como prevenir y disminuir complicaciones, el impacto que estas tienen en la red asistencial y en la calidad de vida de las personas.

2 OBJETIVO ESTRATÉGICO: OE2: ENEFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

Tema priorizado: Abordaje integral de las personas con condición del espectro autista desde la APS.

Objetivo general: Generar competencias en los integrantes del equipo de atención primaria para el abordaje integral de personas con neurodiversidad.

3 OBJETIVO ESTRATÉGICO: OE4: ESTILOS DE VIDA Y FACTORES DE RIESGO

Tema priorizado: Entrega de cuidados de salud mental en la APS

Objetivo general: Fortalecer las competencias del equipo de Atención Primaria de Salud para la entrega de cuidados integrales en salud mental, a través de la implementación de la estrategia mhGAP, el desarrollo de intervenciones psicosociales grupales y el abordaje continuo de condiciones como las demencias, promoviendo una respuesta oportuna, coordinada y centrada en las personas.

4 OBJETIVO ESTRATÉGICO: OE1: SISTEMA DE SALUD

Tema priorizado: Promoción de salud, participación y determinantes sociales

Objetivo general: Fortalecer las estrategias e iniciativas de participación ciudadana contenidas en la consolidación del Modelo Integral de Atención en Salud (MAIS) proporcionando pertinencia territorial y cultural en el marco de determinantes sociales.

5 OBJETIVO ESTRATÉGICO: OE5: CURSO DE VIDA

Tema priorizado: Género y diversidad sexo - genérica

Objetivo general: Promover la visibilización de todas las orientaciones sexuales e identidades de género en el curso de vida. Generar actitudes acogedoras en quienes trabajan en los establecimientos de salud, y avanzar hacia el logro de un cambio cultural en el establecimiento, camino a ser un espacio seguro y afirmativo para la diversidad de género y sexual.

6 OBJETIVO ESTRATÉGICO: OE6: EQUIDAD

Tema priorizado: Herramientas para la transversalización del enfoque con pertinencia cultural en APS

Objetivo general: Fortalecer competencias y habilidades interculturales a equipos de Atención Primaria de Salud, con el fin de generar pertinencia cultural en los planes, programas y prestaciones de salud dirigidos a la población de pueblos originarios y población migrante.

7 OBJETIVO ESTRATÉGICO: OE5: CURSO DE VIDA

Tema priorizado: Abordaje integral de la salud sexual y reproductiva en APS: normativo y legal.

Objetivo general: Actualizar competencias conductuales y técnicas en Salud Sexual y Reproductiva, que permitan un abordaje integral y garante de los derechos sexuales y reproductivos con énfasis en el acceso a atenciones seguras y de calidad en mujeres y personas en general.

8 OBJETIVO ESTRATÉGICO: OE9: CALIDAD DE LA ATENCIÓN

Tema priorizado: Calidad y acreditación en establecimientos de APS

Objetivo general: Mejorar las competencias de los profesionales que se desempeñan en los establecimientos de APS, para fortalecer la instalación de la cultura de calidad y seguridad de los pacientes y lograr cumplir con las exigencias de los procesos de acreditación.

9 OBJETIVO ESTRATÉGICO: OE3: LESIONES Y VIOLENCIA

Tema priorizado: Ambientes laborales y equipos saludables para un buen trato laboral

Objetivo general: Fortalecer habilidades y conocimientos sobre el cuidado de los trabajadores/as de salud, liderazgos, prevención de la violencia y promoción de los cuidados comunitarios para el fomento de una cultura del buen trato.

10 OBJETIVO ESTRATÉGICO: OE7: MEDIO AMBIENTE

Tema priorizado: Gestión de emergencias y desastres en el territorio nacional

Objetivo General: Contar con equipos de atención primaria con conocimientos en la gestión del riesgo de emergencias y desastres de manera de colaborar, sobre la base del conocimiento y experiencia del personal de salud, a la reducción del impacto de eventos de emergencias y desastres en los equipos de salud y las comunidades.

11 OBJETIVO ESTRATÉGICO: OE8: SISTEMAS DE SALUD

Tema priorizado: Gestión financiera, uso de datos y temas afines a la gestión administrativa en APS

Objetivo General: Mejorar la eficiencia de los procesos administrativos y financieros, con el fin de optimizar el uso de recursos y fortalecer la capacidad de respuesta del sistema de salud. A través de una gestión cuidadosa de los capitales y la implementación de sistemas de información efectivos para la toma de decisiones.

XV. PROYECTOS DE INFRAESTRUCTURA

15.1 INSTALACION DE LA PRIMERA PIEDRA DE LA PSR DE QUECHEREGUAS








15.2 ENTREGA DE LLAVES DE LA PSR ANIÑIR Y PUESTA EN MARCHA

Fortalecimiento de la Red de Atención Primaria Rural: Posta Añiñir
I. Logro de Infraestructura y Capacidad Resolutiva

Durante el período de gestión, se materializó la finalización y el traspaso oficial de la **nueva Posta Rural Añiñir**, hito fundamental para la atención de salud primaria en el sector rural de Traiguén. Este proyecto representa la **recuperación de un espacio de salud esencial** para nuestras familias y se alinea con el plan de inversiones para el fortalecimiento de la red de salud rural, demostrando el compromiso intersectorial (Dirección del DSM y Servicio de Salud Araucanía Norte).

II. Detalle de la Nueva Capacidad Instalada

La nueva infraestructura de 392 metros cuadrados fue diseñada bajo los estándares del Ministerio de Salud (MINSAL), elevando significativamente la capacidad resolutiva y la calidad de la atención en el territorio:

Indicador Clave	Valor / Detalle	Implicancia Operacional
Superficie Total	**392 metros cuadrados**	Cumplimiento del estándar de infraestructura del MINSAL.
Box Clínicos	**Dos** Box multipropósito	Aumento de la capacidad de atención simultánea (médica/enfermería).
Box Especializado	**Un** Box gineco obstétrico	Permite realizar controles prenatales y ginecológicos en la zona rural.
Box de Procedimientos	**Un** Box de procedimientos	Mayor resolutividad para curaciones, vacunas e inyectables in situ.

Indicador Clave	Valor / Detalle	Implicancia Operacional
Espacios Comunitarios	Una Sala multipropósito	Facilita talleres de promoción, prevención y participación social.
Recursos de Apoyo	Baños accesibles, bodega y botiquín	Garantiza el cumplimiento de las normativas de seguridad y accesibilidad.
Atención Continua	Vivienda para TENS residente	Asegura la presencia de personal de salud y la respuesta a urgencias menores.

III. Impacto Comunitario

La entrega de este nuevo recinto no solo cumple con un estándar técnico, sino que también es un hito de **relevancia social**, ya que genera **alegría y esperanza** en la comunidad, consolidando el acceso oportuno y de calidad a la salud en la zona de Añiñir.










POSTA
ANIÑIR
Servicio de Salud Araucanía Norte

RESOLUCION	FECHA	NOMBRE PRAPS	Entidad Otorgante	Monto asignado
2175	11-07-2025	PROGRAMA APOYO SALUD MENTAL INFANTIL	SSAN	$ 9.256.508
13521	15-07-2025	Plan de promoción de la salud Traiguén 2025	SSAN	$ 7.088.267
2228	15-07-2025	FENAPS - EDUCACION CONTINUA	SSAN	$ 270.847
1830	19-06-2025	DESARROLLO DE RRHH EN APS - CURSOS Y DIPLOMAS	SSAN	$ 5.207.026
1250	06-05-2025	DESARROLLO DE RRHH EN APS - CAPACITACIÓN UNIVERSAL	SSAN	$ 965.146
1626	06-06-2025	CUIDADOS COMUNITARIOS EN LA APS (EX BUENAS PRACTICAS)	SSAN	$ 3.000.000
1713	13-06-2025	APOYO A LA GESTIÓN LOCAL	SSAN	$ 2.100.000
1695	13-06-2025	IMÁGENES DIAGNÓSTICAS	SSAN	$ 19.102.000
1625	06-06-2025	ATENCIÓN DOMICILIARIA PARA PERSONAS CON DEPENDENCIA SEVERA Y CUIDADORES (PADDS)	SSAN	$ 1.058.706
1234	06-05-2025	MANTENIMIENTO DE INFRAESTRUCTURA	SSAN	$ 39.610.418
1231	06-05-2025	APOYO AL DESARROLLO BIOPSICOSOCIAL (CHCC)	SSAN	$ 16.000.000
1227	06-05-2025	RESOLUTIVIDAD EN ATENCION PRIMARIA	SSAN	$ 21.882.500
1065	17-04-2025	MÁS ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES	SSAN	$ 41.484.990
1058	17-04-2025	SALUD RESPIRATORIA	SSAN	$ 14.869.313
800	25-03-2025	MODELO DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA	SSAN	$ 3.016.018
799	25-03-2025	FONDO DE FARMACIA PARA ENFERMEDADES CRONICAS NO TRANSMISIBLES	SSAN	$ 4.195.740
637	07-03-2025	ESTRATEGIAS DE SALUD BUCAL	SSAN	$ 101.431.067
2025	04-07-2025	PROGRAMA ESPECIAL DE SALUD Y PUEBLOS INDIGENAS	SSAN	$ 17.801.122
2437	07-08-2025	ESPACIOS AMIGABLES PARA ADOLESCENTES	SSAN	$ 14.996.950
1742	13-06-2025	REFORZAMIENTO DE LA ATENCION DE SALUD INTEGRAL DE NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JOVENES VINCULADOS A PROGRAMAS SENAME	SSAN	$ 9.005.704
2004	04-07-2025	PLAN ARAUCANIA MEJORAMIENTO DE CENTROS DE SALUD INTERCULTURAL MAPUCHE	SSAN	$ 3.996.254

1974	03-07-2025	CUIDADOS PALIATIVOS UNIVERSALES	SSAN	$ 12.533.266
1996	04-07-2025	ELIGE VIDA SANA	SSAN	$ 22.094.030
2008	04-07-2025	MEJORIA DE LA EQUIDAD EN SALUD RURAL	SSAN	$ 115.116.000
1728	13-06-2025	CENTROS COMUNITARIOS DE SALUD FAMILIAR	SSAN	$ 81.096.951
5	17-04-2025	PRILONCO	SSAN	$ 383.946.500
		TOTAL		951.125.323

PROYECCIONES INGRESO DSM	AÑO 2025	AÑO 2026
APORTE PERCAPITA ANUAL	$ 1.033.000.000	$ 1.055.000.000
APORTE MUNICIPAL	$ 289.000.000	$ 200.000.000
LICENCIAS MEDICAS	$ 38.323.000	$ 22.000.000

XVI. PLAN DE IMPLEMENTACIÓN COMUNAL ESTRATEGIA DE TRANSVERSALIZACIÓN DE LA SALUD MENTAL EN LA APS (mhGAP)

I. ANTECEDENTES

El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria (MAIS) posiciona a las personas y familias en el centro, reconociéndolas como participantes activos dentro de un contexto sociocultural diverso. Este modelo se sustenta en los principios de integralidad, continuidad de cuidados y atención centrada en las personas.

La implementación de la Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas (ECICEP) destaca la importancia de la salud mental como un objetivo esencial y transversal en la Atención Primaria de Salud (APS). Esto implica una integración profunda de competencias a todo el equipo de salud, para fortalecer la entrega de cuidados de salud mental, incluyendo la promoción, prevención, detección, tratamiento y recuperación. Para esto, la estrategia de reducción de brechas de salud mental mhGAP de la OPS, está precisamente diseñada para mejorar el acceso y la calidad de los cuidados en salud mental en la APS.

Los Servicios de Salud desempeñan un papel esencial en el acompañamiento de la implementación del mhGAP, asegurando que la coordinación y aplicación de la estrategia de salud mental sean efectivas a través de todos los territorios.

La planificación se llevará a cabo idealmente a nivel comunal, promoviendo una implementación contextualizada y coherente con las características de cada territorio. Incluso en comunas donde existen únicamente establecimientos de APS dependientes del Servicio de Salud, se espera, en la medida de lo posible, que la planificación se organice con un enfoque comunal. No obstante, los Servicios de Salud podrán definir la unidad territorial más pertinente para la implementación, considerando su realidad organizacional y operativa. En todos los casos, se debe resguardar que la estrategia de salud mental se implemente de manera efectiva, accesible y ajustada a las necesidades locales.

El presente documento establece cómo se llevará a cabo la reducción de brechas en salud mental, siguiendo la metodología del mhGAP. El Plan Operativo del Servicio de Salud proporciona la base para la ejecución comunal, asegurando que las estrategias sean adecuadamente adaptadas a cada localidad.

Diagnóstico situacional comunal en salud mental:

- Población inscrita validada: 5547 personas (solo DSM)
- Población bajo control: 300 (sólo población rural)
- Cobertura de condiciones de salud mental a nivel comunal: Depresión leve-moderada y severa, trastornos de ansiedad, demencias y consumo perjudicial de alcohol
- Altas clínicas a nivel comunal: 24 (solo rural; dato corresponde de enero a septiembre 2025)
- Dotación disponible: Para población rural: 2 psicólogos, 2 trabajadores sociales y 3 médicos

II. OBJETIVO

Diseñar un plan operativo comunal (o de establecimiento de APS dependiente de SS) de implementación de la estrategia mhGAP, con el fin de transversalizar la salud mental y mejorar las capacidades y competencias de atención de los equipos de salud de APS.

III. PLANIFICACIÓN

La planificación actual, correspondiente al periodo 2025 – 2026; adopta un enfoque principalmente comunal. En aquellas comunas donde no existen establecimientos municipales de APS y la coordinación comunal es limitada, la implementación del mhGAP se efectuará a través de los establecimientos de APS que dependen directamente del Servicio de Salud. Es crucial que las estrategias mhGAP estén alineadas con las planificaciones de salud comunal.

Además, la planificación debe incluir los establecimientos de APS gestionados por ONGs y entidades privadas, asegurando así una cobertura integral y colaborativa en la implementación de los cuidados de salud mental en los cuidados integrales de APS. Por último, cabe mencionar que lo central es poder proyectar la capacitación dentro de un cronograma, independientemente si al 2026 no se cubre la meta de capacitar a todos los equipos de la comuna.

IV. JUSTIFICACIÓN DE LA PLANIFICACIÓN

Debido al aumento progresivo año a año de patologías y factores de riesgo de salud mental que se refleja claramente en el Registro Estadístico Mensual (REM A 05) resulta necesario implementar esta estrategia de reducción de brechas creada por la OMS para transversalizar las acciones referidas a salud mental a todo el equipo prestador de salud del Departamento de Salud Municipal y Hospital; interviniendo desde un nivel primario de forma integral y protocolizada donde cada patología cuenta con su propio flujograma de acción específico aumentando la eficacia de las intervenciones y disminuyendo las probabilidades de que los casos tratados terminen complejizándose a un grado de requerir atención especializada y/o de urgencia.

V. METODOLOGÍA DE TRABAJO PARA LOS ENTRENAMIENTOS

Leer las siguientes indicaciones para el proceso de entrenamiento de los HP, es decir, a los equipos de Salud:

Durante el periodo de ejecución 1se propone desarrollar un proceso de formación progresiva dirigido a los distintos estamentos del equipo de salud, en el Centro de Salud.

Dicha formación debería estar liderada por los equipos entrenados2, siendo estos la persona encargada o coordinadora de Salud Mental del Centro de Salud, más un representante por sector del Centro de Salud de APS. A partir de lo anterior, se espera que se constituya un equipo de implementación en el Centro de Salud, con el objetivo de resguardar la organización del entrenamiento y la ejecución de las actividades programadas, además de resguardar los registros de monitoreo, organizando tanto los aspectos de formación como administrativos.

A) Plan operativo territorial

El equipo comunal en la implementación del mhGAP tiene como funciones principales:

- Acompañamiento: Asegurar la aplicación continua del plan mhGAP conforme a los objetivos y cronogramas establecidos en el establecimiento de salud.
- Evaluación: Observar y analizar las intervenciones de salud mental en el establecimiento para identificar áreas de mejora.
- Transversalización: Asegurar que la salud mental esté integrada de manera transversal en todos los cuidados integrales de salud proporcionados por el equipo.
- Coordinación interna: Facilitar la colaboración y comunicación efectiva dentro del equipo de salud para optimizar los recursos y mejorar los resultados.

B) Definición del equipo de planificación, implementación, seguimiento, monitoreo y evaluación de mhGAP comunal/establecimiento de salud de APS

Esta sección detalla la formación del equipo operativo, enumerando los roles específicos y las responsabilidades de cada miembro, lo cual es crucial para una coordinación eficaz y un despliegue efectivo del plan.

Hasta el momento, en el DSM (que contempla 6 Postas y un CECOSF) existe un entrenador de prestadores de salud y en el hospital hay…Para el 2026 dichos entrenadores deben capacitar al equipo de salud completo de cada establecimiento a excepción de los TENS del DSM que ya fueron capacitados en 2025. Los entrenadores de cada establecimiento con el apoyo del SSAN planificarán esta capacitación y se priorizarán los módulos a tratar según la prevalencia de problemas de salud mental en la comuna, o bien, se revisarán todos los módulos de la guía según los acuerdos en las reuniones de planificación previa.

INTEGRANTES

I. Juan Pablo Moreno Escalona / Jessica González Rathgeb (hospital): Referente técnico de salud mental: comunal/establecimiento de salud de APS[3]

II. Juan Pablo Moreno: Referente técnicos de salud mental centros de salud comunales APS (para aquellos establecimientos de dependencia municipal)

III. Katherine Canobbi: Encargada de gestión técnica de capacitación comunal /establecimiento de salud de APS[4]

IV. Carmen Gloria Correa / Barbara Martínez: Referente técnicos comunales/establecimiento de salud de APS de la Estrategias de Cuidados Integrales (ECICEP)

V. Juan Pablo Moreno / Bernardita García: Encargada/o MAIS comunal /establecimiento de salud de APS

VI. Miguel Lobos (hospital) : Otro que la comuna /establecimiento de salud de APS estime pertinente

Reuniones calendarizadas del equipo de equipo operativo del mhGAP comunal/establecimiento de salud de APS[5]

Este apartado detalla la organización y programación de encuentros regulares que llevará a cabo

el equipo operativo encargado de la implementación del mhGAP en la comuna o establecimiento. Las reuniones son esenciales para asegurar una coordinación efectiva, permitiendo la revisión continua del progreso, ajuste de estrategias, resolución de problemas y soporte técnico.

Fecha	Lugar
28/11/2025	Hospital de Traiguén
19/12/2025	DSM

Cronograma de actividades del equipo comunal

(Se debe incorporar el cronograma de actividades de la comuna)

- Noviembre 2025: Reunión de planificación inicial entre DSM-Hospital con definición de roles, responsabilidades y acciones.
- Diciembre 2025: Reunión DSM-Hospital- SSAN para planificar capacitación a los equipos de salud.

Personas responsables de la capacitación y facilitadores/as por centro de salud

ToT/ToHP: Entrenador mhGAP de
equipos de salud Centro de Salud: DSM

Nombre	Estamento	Cargo (Coordinador SM, líder ECICEP, jefe/a de sector, otro)
Juan Pablo Moreno Escalona ToHp Entrenador al prestador de salud	Profesional de salud de APS	Integrante equipo motor ECICEP, encargado MAIS

Centro de Salud: Hospital

Nombre	Estamento	Cargo (Coordinador SM, líder ECICEP, jefe/a de sector, otro)
Miguel Lobos ToHp Entrenador al prestador de salud	Psicólogo	

Proceso de convocatoria para la formación

A continuación, solicitamos como comuna/establecimiento de salud de APS[6] elaborar una estrategia abordando los siguientes ámbitos:

1.- Convocatoria:

- Trabajadores de la salud convocados a participar de la formación, detallando formación profesional, técnica y cargo.
  DSM: Equipos de cabecera de los dos sectores existentes que contempla médicos, psicólogos, asistentes sociales, nutricionistas, enfermeras, matronas, educadora diferencial y kinesiólogos.

2.- Resguardo de horas:

- Horas de resguardo para organización de la formación, (resguardo de X horas mensuales, contemplaría organización del entrenamiento de los módulos y reuniones de monitoreo con referentes técnicos del SS)
  A definir con la dirección de los establecimientos.
- Espacios que se utilizaran para la formación (ejemplo: espacios adicionales, reuniones de sector, reuniones clínicas , etc.)
  Reuniones de sector y espacios adicionales a definir.

3.- Definición de niveles y módulos de formación:

- ¿Con qué nivel se iniciará la formación?
  Nivel avanzado (para profesionales)

- Describa los módulos que se implementaran en el proceso planificado

Según prevalencia en la población comunal, se seleccionarán los siguientes trastornos de salud mental:

1-Introducción al mhGAP
2-Atención y prácticas esenciales en salud
3-Depresión Moderada-grave
4-Psicosis
5-Epilepsia
6-Trastornos mentales y conducta del niño, niña y adolescente
7-Demencia
8-Trastorno por consumo de sustancias
9-Autolesión / suicidio
10-Otros padecimientos de salud mental importantes

- ¿Con qué módulo se iniciará la formación?
  Introducción al mhGAP

- Descripción de materiales a utilizar
  Sala acondicionada para capacitar con sillas, mesas, recursos audiovisuales y la guía en formato impreso.

B) Cronograma de formación 2025 por establecimiento

- A definir junto al SSAN y el Hospital.

FACILITADORES, BARRERAS Y RECOMENDACIONES COMUNALES

Este segmento del plan identifica y analiza los elementos que pueden facilitar o impedir la efectiva implementación del mhGAP en la comunidad. La finalidad de esta sección es proporcionar un marco de referencia que permita al equipo de implementación anticipar

problemas potenciales, aprovechar los recursos disponibles y ajustar el enfoque de la estrategia para maximizar su efectividad y aceptación en la comunidad.

- Facilitadores: Equipo sensibilizado y capacitado en diversas temáticas de salud mental, en MAIS y ECICEP.
- Barreras para la implementación del mhGAP en la comuna: Falta de comunicación y coordinación entre Hospital y DSM, equipo en su mayoría resistente a los cambios y a la implementación de nuevas estrategias.
- Recomendaciones para su implementación: Se requerirá el constante apoyo de la dirección de ambos establecimientos y del SSAN.

INDICADORES

Si bien los indicadores nacionales presentados a continuación no deben ser considerados obligatorios para el presente periodo de planificación, es importante que las comunas tomen conocimiento de ellos desde ya, dado que han sido consensuados por el equipo operativo nacional y constituirán una referencia central para el monitoreo de la estrategia mhGAP en los próximos ciclos, con el fin de medir su implementación y posibilidades de mejora. Además, se recomienda considerar que la inclusión progresiva de estos indicadores resulta útil para realizar seguimiento y evaluar los avances en la implementación local de mhGAP, facilitando así una gestión más informada y orientada a resultados.

Indicadores nacionales de monitoreo a realizar

La implementación de la estrategia mhGAP en Chile se medirá en tres fases progresivas, cada una con un conjunto de indicadores que permitirán evaluar distintos aspectos del proceso. Para efectos del presente plan, se comparten las dos primeras fases de Implementación e integración.

Fase 1: Implementación y Cobertura (Indicadores de Proceso)			
Indicador	**Fórmula del cálculo**	**Nota técnica**	**Frecuencia**
Proporción de centros APS que implementan el programa mhGAP en el Servicio de Salud	*Cálculo:* - Numerador (A): número de centros de APS que cumplen criterios de implementación mhGAP - Denominador (B): número total de centros de APS del área. - Proporción = A/B x 100	Criterios de implementación (el establecimiento debe contar con todos): - Contar con al menos un personal capacitado en mhGAP que esté de manera regular en el centro (al menos 1 toHP). - Contar con una persona que asuma el liderazgo de la estrategia en el centro y que cuente con conocimiento en mhGAP (ECICEP, Salud Mental o equipo gestor del centro). - Contar con un plan anual de-formación mhGAP. Socialización del plan anual de supervisión administrativa elaborado desde el Servicio de Salud.	Semestral

		- Se debe propender a que todos los establecimientos del Servicio de Salud implementen mhGAP. - Centros por considerar: considera otros SS pueden incorporar. **Fuente del dato:** Formulario	
Proporción de centros de APS con formación mhGAP según	*Cálculo* - *Numerador (A): número de centros de APS que completaron la formación de* - *Denominador (B): número total de centros que Proporción = A/B x*	- Se entenderá por centros que recibieron la formación a aquellos que hayan ejecutado la formación planificada (anual). - Se debe justificar los módulos que se planifique no realizar. - Centros por considerar: CESFAM y Hospitales comunitarios. Excepcionalmente si un SS	Semestral

Fase 2: Integración y Entrega de Cuidados de Salud Mental (Indicadores de Resultado Intermedio)

Indicador	Fórmula del cálculo	Nota técnica	Frecuencia
Proporción de controles de salud mental realizados por otros profesionales del centro de APS	Cálculo: - Numerador (A): número de controles de salud mental realizados por otros profesionales - Denominador (B): número total de controles de salud mental - Proporción = A/B x 100	El numerador incluye otros profesionales, incluye otros profesionales tales como, matrona, enfermera, kinesiólogo, TENS. Denominador son todos los controles individuales. **Fuente del dato:** REM A06	Semestral

ANEXO 2

DEFINICIÓN DE CONCEPTOS Y FUNCIONES:

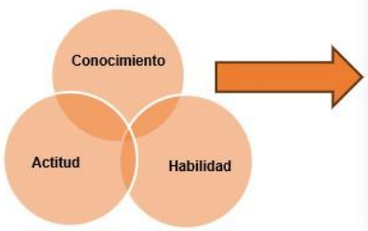
A continuación, presentaremos la definición de conceptos, adaptados a los perfiles de entrenadores mhGAP en el contexto nacional. Les solicitamos adoptar estos conceptos en las futuras definiciones del Plan Operativo de implementación en su comuna o establecimiento.

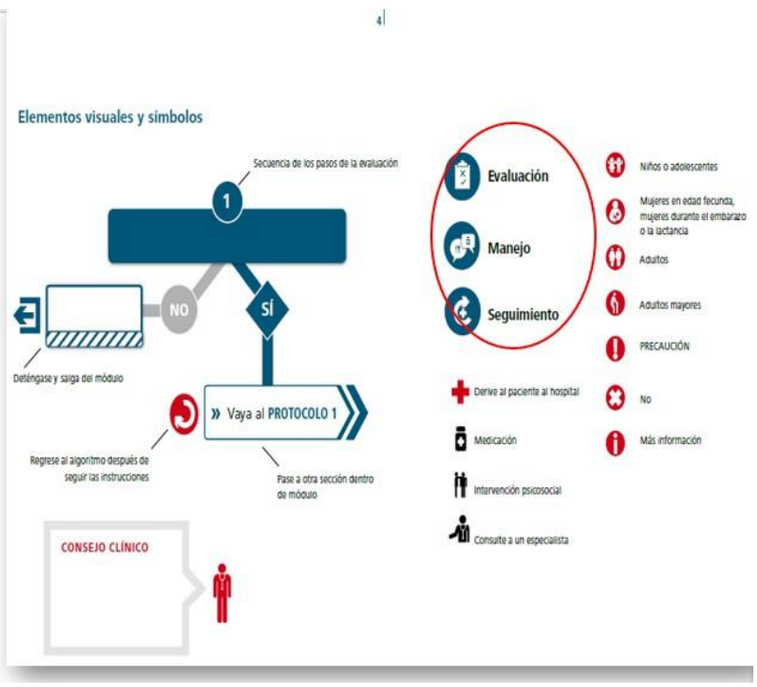
Tipo Entrenador denominación OMS	**Adaptación conceptual de los perfiles de entrenadores a nivel nacional – CHILE**	**Funciones**
ToTs Training of Trainers and supervisión Entrenador de Entrenadores y supervisores	**ToT:** **Entrenador de entrenadores mhGAP**	• Brindar capacitación a capacitadores y supervisores (TOHP) • Asegurar el conocimiento de los capacitadores sobre la (guía GI- mhGAP y su uso en situaciones clínicas • Asegurar que los capacitadores sean hábiles y tengan confianza en su habilidad para capacitar y apoyar a los proveedores de salud • Constituir el equipo territorial de implementación mhGAP en su subred • Brindar y/o coordinar el acompañamiento y apoyo en la implementación del entrenamiento a los Equipos de Salud en los Centros de Salud en coordinación con los equipos territoriales.
ToHP Training of Health-care Providers Entrenador del Prestador de Salud	**ToHP:** **Entrenador mhGAP de Equipos de Salud**	• Brindar capacitación a Equipos de Salud (HP) • Asegurar el logro de la actitud, conocimientos y habilidades necesarias por parte de los proveedores de salud para implementar las guías de evaluación y manejo de trastornos MNS prioritarios • Reportar las brechas de implementación y ejecución a su equipo territorial. • Reportar el avance de la estrategia en coordinación con su equipo implementador del Centro de Salud.
HP Health-care Providers Prestador de Salud Equipos de Sectores	**HP:** **Equipos de Salud con formación en mhGAP**	• Implementar la GI-mhGAP Versión 2.0 en el contexto de la atención

ANEXO 3

Cronograma para la capacitación relacionada con trastornos prioritarios

Trastornos prioritarios	Duración
INTRO Introducción al mhGAP	1.75 horas
AEP Atención y prácticas esenciales de salud	5.5 horas
DEP Depresión	4.5 horas
PSI Psicosis	4.5 horas
EPI Epilepsia	4.5 horas
MCON Trastornos mentales y conductuales del niño y el adolescente	6.5 horas
DEM Demencia	4.5 horas
SUS Trastornos por el consumo de sustancias	6 horas
SUI Autolesión/suicidio	4 horas
OTR Otros padecimientos de salud mental importantes	4.5 horas





XVII. CONCLUSIÓN

La elaboración del **PLASAM 2025** ha sido un proceso constructivo y enriquecedor para el equipo de salud rural de nuestra comuna, permitiendo poner de manifiesto la importancia de contar con este documento de planificación.

La experiencia de los últimos años ha puesto en evidencia la alta dependencia de nuestra población en los sistemas de salud pública, este panorama debe impulsarnos a reflexionar y generar nuevos canales de atención y cobertura, Uno de los principales desafíos identificados es la inclusión de la comunidad en la participación activa de su autocuidado. Para ello, se requiere fomentar el trabajo colaborativo con los grupos comunitarios, como las juntas de vecinos, y fortalecer la red intersectorial.

Es fundamental reconocer en conjunto las iniciativas que fueron efectivas y positivas, con el fin de reforzarlas, al mismo tiempo que identificamos las áreas de oportunidad y las debilidades que surgieron frente al desafío constante de atender las necesidades de salud de nuestra población. Todo esto, con el propósito de potenciar el autocuidado y la responsabilidad de la comunidad en su proceso de bienestar.

Desde el Departamento de Salud Municipal (DSM), queremos continuar trabajando de la mano con las comunidades del territorio, promoviendo un modelo de gobierno comunal participativo. Buscamos que cada persona se sienta parte activa de la gestión de la salud en nuestra comuna de Traiguén. Además, aspiramos a transformar la percepción de la atención en salud, ofreciendo servicios con pertinencia cultural y garantizando una atención intercultural en nuestra comuna.

El DSM de Traiguén no se limita a la entrega de la Canasta de Prestaciones en APS a los usuarios del sector rural. También tiene como prioridad la formación continua de cada uno de los funcionarios, promoviendo el equilibrio personal, familiar y profesional, el autocuidado, la autocrítica, y el fortalecimiento de las capacidades a través de la capacitación, la evaluación constante y la implementación de planes de mejora. En este sentido, buscamos fomentar un ambiente de trabajo flexible, que potencie el desarrollo de habilidades sociales, estimule la motivación y el compromiso, y genere un fuerte sentido de pertenencia hacia el equipo de Atención Primaria de Salud.

XVIII. RESPONSABLES DE LA FORMULACIÓN DEL PLAN DE SALUD COMUNAL 2026

Carmen Gloria Correa Aranzaes, Directora. DSM Traiguén

Lisette Campos Campos, Kinesióloga. DSM Traiguén

Camilo Cárdenas Adasme, Químico Farmacéutico. DSM Traiguén

Daniela Montoya Lagos, Enfermera. DSM Traiguén

Bárbara Martínez Villarroel, Enfermera. DSM Traiguén

Liliana Núñez Sagredo, Enfermera. DSM Traiguén

Juan Pablo Moreno Escalona, Psicólogo. DSM Traiguén

Rocío Curimil Diaz, Nutricionista. DSM Traiguén

Bernardita García Vergara, Nutricionista. DSM Traiguén

Nadia Molina Lagos, Nutricionista. DSM Traiguén

Katherine Canobbi Bahamondez, Asistente Social. DSM Traiguén

Grisell Soto Fernández, Matrona. DSM Traiguén

Gladys Arias Rivas, Matrona. DSM Traiguén

Keila Garrido Sanchez, Odontóloga. DSM Traiguén

José Vásquez Marín, Odontólogo. DSM Traiguén

Nicolle Osses Soto, Encargada de Personal. DSM Traiguén

Sergio Rivas Medina, Jefe de SOME. Hospital Traiguén

Agradecemos también el aporte del Equipos de Salud y la Comunidad, los que permitieron elaborar este documento.