PLAN DE SALUD MUNICIPAL

2025



DEPARTAMENTO DE SALUD MUNICIPAL DE TRAIGUÉN

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN 5

II. POLÍTICA COMUNAL DE SALUD 6

2.1 PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA DEPARTAMENTO DE SALUD MUNICIPAL DE TRAIGUÉN 6

2.1.1 MISIÓN 6
2.1.2 VISIÓN 6
2.1.3 VALORES INSTITUCIONALES 6

2.2 ESTRATEGIAS DEL SISTEMA DE SALUD DE ATENCION PRIMARIA 6

2.3 DEPARTAMENTO DE SALUD MUNICIPAL DE TRAIGUÉN 6

2.4. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL DEL DSM 7

2.4.1 POSTAS DE SALUD RURAL 7
2.4.2 EJE DE ATENCION EN SALUD 8
2.4.3 EJE DE DESARROLLO LOCAL 8
2.4.4 FUNCIONAMIENTO DE LA POSTA DE SALUD RURAL 8
2.4.5 CANASTA DE PRESTACIONES AÑO 2024. DECRETO N° 35 MINISTERIO DE SALUD. 8
2.4.6 EQUIPO DE SALUD RURAL 12
2.4.7 ROLES DEL TENS 12
2.4.8 NORMAS TÉCNICAS DE LA APS 12

III. DESCRIPCIÓN DE LA COMUNA 14

3.1 LA CIUDAD DE TRAIGUÉN 14

3.1.1 ANTECEDENTES GEOGRAFICOS 14
3.1.2 CONECTIVIDAD Y ASENTAMIENTOS HUMANOS 15
3.1.3. ÁMBITOS FÍSICOS MEDIOAMBIENTALES 15
3.1.4 CAPACIDAD DE USOS DE SUELO 16

3.2 ANTECEDENTES DEMOGRÁFICOS 17

3.2.1 INDICES ANALÍTICOS 18

3.3 ANTECEDENTES MIGRATORIOS 20

3.3.1 LUGAR DE NACIMIENTO 20

3.4 ANTECEDENTES SOCIALES 21

3.4.1 CARACTERISTICAS DE LA VIVIENDAS Y HOGARES 21

3.5 ANTECEDENTES DE ESCOLARIDAD 22

3.5.1 ESTUDIANTES Y ESTABLECIMIENTOS 22

3.6 ANTECEDENTES ECONÓMICOS 23

3.6.1 pobreza 23

3.7 CONECTIVIDAD Y TELECOMUNICACIONES 24

3.7.1 TELEFONIA FIJA 24
3.7.2 INTERNET 24

IV. DIAGNÓSTICO DE NECESIDADES EN SALUD 25

4.1 DIAGNÓSTICO EPIDEMIOLÓGICO 25

4.1.1 NATALIDAD. 25
4.1.2 MORTALIDAD GENERAL. 26
4.1.3 MORTALIDAD INFANTIL. 27
4.1.4 FACTORES DE RIESGO PARA LA SALUD 28
4.1.5 PREVALENCIA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS. 29
4.1.6 INDICADORES DE DISCAPACIDAD 29
4.1.7 INDICADORES DE DEPENDENCIA 31

4.2 DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO DEPARTAMENTO DE SALUD MUNICIPAL DE TRAIGUÉN 32

4.2.1 PRINCIPALES PROBLEMÁTICAS IDENTIFICADAS EN EL PROCESO DEL DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO 33
4.2.2 PLAN DE ACCIÓN 34
4.2.3 PROPUESTAS DE ACCIONES 34

V. DIAGNÓSTICO DE RECURSOS EN SALUD 35
5.1 DOTACION DE SALUD 35
5.2 RECURSOS FÍSICOS Y TECNOLÓGICOS 36
5.2.1 EQUIPOS MÉDICOS PRINCIPALES 36
5.2.2 EQUIPOS INDUSTRIALES 37
5.2.3 EQUIPOS MÉDICOS 37
5.2.4 DOTACIÓN DE VEHÍCULOS DEPARTAMENTO DE SALUD MUNICIPAL DE TRAIGUÉN 38
5.3 SISTEMAS DE INFORMACIÓN E INFORMÁTICA 38
5.4 INFRAESCTRUCTURA 39
5.4.1 ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN DE SALUD DSM TRAIGUÉN: 39
5.4.2 FARMACIA DEL DEPARTAMENTO DE SALUD 40
5.5 PROCESO DE AUTORIZACION SANITARIA ESTABLECIMIENTOS DEPENDIENTES DEL DSM TRAIGUÉN 41
5.6 INTERSECTOR 42
VI. BRECHA SANITARIA Y BRECHA ASISTENCIAL 44
VII. EVALUACIÓN DE LAS ACCIONES Y PROGRAMAS EJECUTADOS 45
7.1 METAS SANITARIAS LEY 19.813 AÑO 2024 45
7.3 EVALUACIÓN DE PROGRAMAS 47
7.3.1 PROGRAMA INFANTIL 47
7.3.2 PROGRAMA DE LA MUJER 49
7.3.3 CONSULTAS MÉDICAS - MORBILIDAD. 51
7.3.4 PROGRAMA DE SALUD MENTAL 51
7.3.5 PROGRAMA DE SALUD MENTAL INFANTIL (PASMI) 52
7.3.6 PROGRAMA CARDIOVASCULAR 53
7.3.7 PROGRAMA SALUD ADULTO MAYOR 55
7.3.8 PROGRAMA ODONTOLÓGICO 55
7.3.9 PROGRAMA ELIGE VIDA SANA 59
7.3.10 PROGRAMA ATENCIÓN DOMICILIARIA A PERSONAS CON DEPENDENCIA SEVERA 61
7.3.11 PROGRAMA CUIDADOS PALIATIVOS UNIVERSALES 62
7.3.13 VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL 63
7.3.14 ATENCIÓN EN DOMICILIO 64
7.3.15 EDUCACIÓN GRUPAL 64
7.3.16 PROGRAMA DE APOYO A LAS BUENAS PRÁCTICAS EN PARTICIPACIÓN CIUDADANA Y FORTALECIMIENTO COMUNITARIO EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD 65
VIII. PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS 68
8.1 PROBLEMA DE SALUD N°1: AUMENTO PATOLOGÍAS CRÓNICAS CARDIOVASCULARES DESCOMPENSADAS HTA Y DM II. AÑO 2023 69
8.1.2 PROBLEMA DE SALUD N°1: AUMENTO PATOLOGÍAS CRÓNICAS CARDIOVASCULARES DESCOMPENSADAS HTA Y DM II. AÑO 2025 69
8.2 PROBLEMA DE SALUD N°2: AUMENTO ACELERADO DE PATOLOGÍAS DE SALUD MENTAL. AÑO 2025 70
8.3.3 PROBLEMA DE SALUD 3: MALNUTRICIÓN POR EXCESO EN CICLO VITAL INFANTIL 0 A 9 AÑOS. AÑO 2025 71
IX. PLAN DE CUIDADOS A LO LARGO DEL CURSO DE VIDA 72
9.1 CICLO VITAL INFANTIL 72
9.2 CICLO VITAL ADOLESCENTE 72
9.3 CICLO VITAL ADULTO 73
9.4 CICLO VITAL ADULTO MAYOR 73
9.5 ESTRATEGIAS DE SALUD TRASVERSALES A TODO EL CICLO VITAL 74
X. PROGRAMA SALUDABLEMENTE 75

10.1 PLAN COMUNAL DE GESTIÓN DE CUIDADO DE LA SALUD MENTAL DEL PERSONAL DE ATENCIÓN PRIMARIA MUNICIPAL..... 75

XI. PLAN DE CUIDADOS DE SALUD DE LA POBLACIÓN 76

XII. PROGRAMA ANUAL DE CAPACITACIÓN 77

XIII. PROYECTOS DE INFRAESTRUCTURA..... 82

14.1 NORMALIZACION DEL DEPARTAMENTO DE SALUD RURAL Y FARMACIA 82

14.2 NORMALIZACIÓN POSTA DE SALUD RURAL COMUNIDAD CONTRERAS COMUNA DE TRAIGUEN …… 84

14.3 NORMALIZACIÓN POSTA DE SALUD RURAL MOLCO-CHUFQUEN…….86

14.4 NORMALIZACIÓN POSTA DE SALUD RURAL QUILQUEN……..89

XIV. CONCLUSIÓN 92

XV. RESPONSABLES DE LA FORMULACIÓN DEL PLAN DE SALUD 2024 93

I. INTRODUCCIÓN

Desde la Atención Primaria de Salud de Traiguén queremos que este Plan de Salud sea una herramienta para el fortalecimiento de la Atención Primaria favoreciendo la entrega de una atención oportuna, equitativa de calidad e igualdad de atención, centrada en las personas y sus familias, que promueva la salud y prevenga la enfermedad, que considere el accionar del intersector y la participación de la comunidad, para con ello contribuir al bienestar y calidad de vida los usuarios de APS Municipal. Todo esto basado en el Modelo de Atención de Salud Familiar.

El Departamento de Salud Municipal de Traiguén es una entidad pública, cuyos objetivos son administrar y entregar servicios sanitarios de calidad a la población rural y periurbana de la comuna de Traiguén, la componen seis postas de salud rural, ocho estaciones médicas rurales y un Centro Comunitario de Salud Familiar del Lof Pantano.

Respecto al dispositivo de salud urbano se encuentra el Hospital de Dr. Dino Stagno Maccioni, con administración del Servicio de Salud Araucanía Norte, quien realiza actividades de atención cerrada con su servicio de hospitalización, además con policlínicos de atención abierta que recibe población urbana y periurbana de la comuna, a esto se suma su servicio de urgencias de 24 horas con médico residente.

Nuestras acciones se concentran en el cuidado integral de la salud de las familias, con énfasis en acciones preventivas y promocionales, mediante fomento de estilos de vida saludable, al trabajo intersectorial y a la responsabilidad familiar y comunitaria en el cuidado de la salud.

La definición y priorización de los objetivos sanitarios para la población beneficiaria de nuestra red local de salud, se han desarrollado a partir del Modelo de Atención Integral de Salud con Enfoque Familiar y Comunitario (MAIS) mediante el análisis de la situación demográfica y epidemiológica sumado a la expresión de las necesidades ciudadanas a través de los procesos participativos realizados en nuestra comuna quienes identificaron su problemáticas más relevantes en materia de salud pública.

El Plan de Salud Municipal es un diagnóstico actualizado de la población, que describe sus características y cambios en el tiempo, identifica los problemas de salud más relevantes y prioritarios y determina ámbitos y estrategias de acción para responder adecuadamente a las necesidades sanitarias detectadas de acuerdo a la realidad Epidemiológica de la actualidad entre otras.

Se utilizó información técnica disponible en fuentes oficiales como el Instituto Nacional de Estadísticas, el Departamento de Estadísticas e Información de Salud del Ministerio de Salud, resultados de la Encuesta CASEN, entre otros, así como también fuentes estadísticas propias y base de población bajo control de los distintos programas de salud y diagnostico participativo de los sectores rurales de atención en APS. Los ejes analizados son los siguientes: 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 que afecta la Atención de Salud. Todos analizados desde una perspectiva de género e intercultural en el área de la salud.

Finalmente, el Plan de Salud Comunal muestra los resultados alcanzados y los desafíos a enfrentar en todos los ámbitos del cuidado a lo largo del ciclo vital de nuestra población y las acciones en las áreas de promoción, prevención, tratamiento y recuperación que se proyectan realizar desde el año 2025.

II. POLÍTICA COMUNAL DE SALUD

2.1 PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA DEPARTAMENTO DE SALUD MUNICIPAL DE TRAIGUÉN

2.1.1 MISIÓN

"Contribuir a elevar el nivel de salud de la población de los sectores rurales de la comuna de Traiguén integrándolos a la red de atención que ellos requieren para la recuperación de la enfermedad y actividades de prevención y promoción de la salud.
Mantener un equipo de salud respetuoso, comprometido, dispuesto y actualizado en sus conocimientos, para acoger al usuario y cumplir los objetivos sanitarios en forma eficiente y eficaz."

2.1.2 VISIÓN

"Ser un sistema de salud moderno, innovador y resolutivo, comprometido con la comunidad, orientado a entregar una atención cálida, oportuna y de excelencia."

2.1.3 VALORES INSTITUCIONALES

- Calidad.
- Respeto.
- Transparencia.
- Solidaridad.
- Ética.
- Humanización.
- Solidaridad.

2.2 ESTRATEGIAS DEL SISTEMA DE SALUD DE ATENCION PRIMARIA

Las estrategias de salud deben considerar las siguientes características:

1. Calidad en la atención.
2. Enfoque en el Modelo de atención integral de Salud familiar y Comunitario.
3. Basado en las necesidades de salud de los usuarios.
4. Enfoque en las determinantes sociales de salud.
5. Trabajo articulado con el nivel secundario, intersector y redes comunitarias.
6. Con énfasis en el ámbito de la promoción y la prevención.

2.3 DEPARTAMENTO DE SALUD MUNICIPAL DE TRAIGUÉN

Creado en 1981 tiene por función gestionar el sistema comunal de salud a la población rural de la comuna de la Traiguén, en interacción con permanente trabajo con la red comunitaria y con el intra e intersector. Para ello cuenta con un equipo multidisciplinario, en continua capacitación y comprometido con el desarrollo comunal.

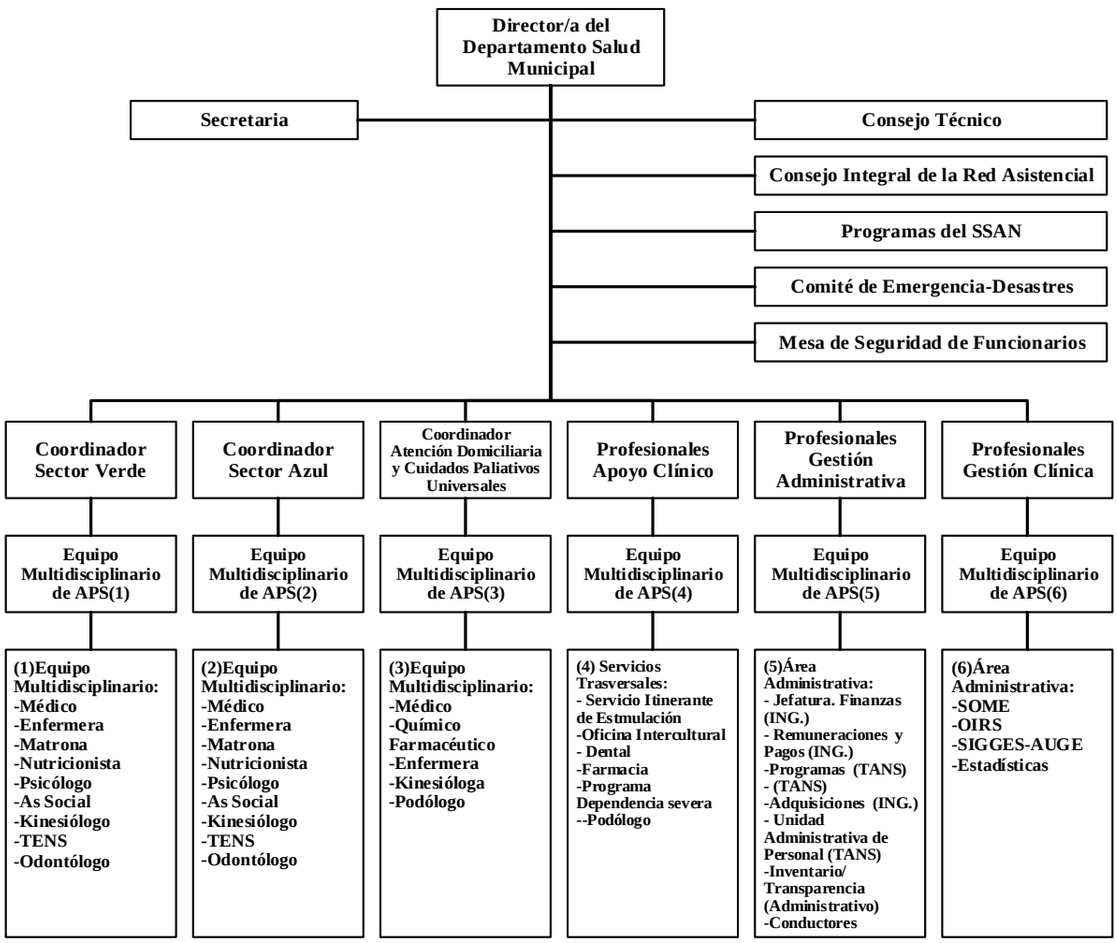
EL DSM entiende la salud como sinónimo de calidad de vida y de desarrollo local, por tanto, sus estrategias están dirigidas a intervenir los determinantes de salud y acompañar a las personas para que puedan desarrollar un proceso que permita mejorar sus condiciones de vida.

Se trata no solo de brindar atenciones de salud, sino de generar una acción coordinada con el intersector representado principalmente por los servicios de medio ambiente, de vivienda, de obras públicas, de educación, de seguridad, de cultura, deportes, recreación y de desarrollo social junto a la comunidad organizada, obteniendo de ella su participación comprometida, responsable y creativa.

2.4. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL DEL DSM

Los cargos que se indicarán resultan cruciales y de especial importancia para esta Entidad Administradora, por un lado, para efectos de llevar a cabo una adecuada supervisión de los actos, procedimientos y prestaciones realizadas y, por otro, para velar por el cumplimiento de los objetivos municipales y la normativa vigente, tanto a nivel interno, en las relaciones existentes entre el personal, como externo, en lo que respecta a la atención de salud proporcionada a los usuarios y la participación activa de la comunidad.

Dando cumplimiento a lo establecido en el Art. 56 inciso 2º de la Ley Nº19.378, el cual consagra la necesidad de las Entidades Administradoras de definir una estructura organizacional a la luz del Plan de Salud Comunal y el modelo de atención definido por el Ministerio de Salud y, además, con el afán de distribuir adecuadamente las tareas y competencias por cada área de trabajo, se ha determinado el siguiente organigrama institucional:



2.4.1 POSTAS DE SALUD RURAL

Son establecimientos de Atención Primaria de Salud, que forman parte de la Red Asistencial, localizado en sectores rurales de mediana o baja concentración de población, mediana o gran dispersión, las cuales están a cargo de las acciones de salud en materia de prevención, promoción, fomento, protección y recuperación de la salud y del seguimiento de la situación de salud de las Comunidades Rurales.

2.4.2 EJE DE ATENCION EN SALUD

- Población a cargo.
- Integralidad de atención y continuidad de los cuidados.
- Accesibilidad.
- Integración con la red asistencial.
- Primera respuesta y derivación a la red de urgencia.
- Garantías Explicitas en salud.

2.4.3 EJE DE DESARROLLO LOCAL

- Desarrollo comunitario
- Facilita acceso de la población a bienes públicos
- Pertinencia cultural
- Derechos a salud y equidad de genero
- Trabajo intersectorial
- Protección Social
- Emergencia y desastres

2.4.4 FUNCIONAMIENTO DE LA POSTA DE SALUD RURAL

- Coordinación técnica de las Postas de Salud Rural, realizada por un profesional del equipo del sector, Encargado de Sector.
- Rondas de salud rural programadas según necesidades de la población.
- Horario de funcionamiento de las PSR: de Lunes a Jueves de 8:30 a 17.30 horas y Viernes de 8:30 a 16:30 horas, turnos de llamada en caso de emergencia y catástrofes.
- Existencia de dos TENS por Posta de Salud rural de acuerdo a lo establecido por el programa de Equidad Rural que viene a reforzar ésto de manera de no perder la continuidad de la atención en la PSR.

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

Las prestaciones y/o acciones de salud, cuya ejecución concede derecho al aporte estatal, se resumen en el Plan de Salud Familiar (PSF), que se contextualiza en el modelo integral de salud familiar y comunitario, e integra un conjunto de prestaciones y/o acciones de salud para diversas necesidades de las personas en su curso de vida, contribuyendo con éstas a ejercer la función de la atención primaria en su territorio a cargo, en la mantención de la salud de las personas, mediante prestaciones y/o acciones de fomento, prevención y recuperación de la salud y rehabilitación cuando corresponda.

A continuación, se indican las prestaciones y/o acciones consolidadas por curso de vida:

I. SALUD DE NIÑOS Y NIÑAS

- Control de salud del niño sano.
- Evaluación del desarrollo psicomotor.
- Control de malnutrición.
- Control de lactancia materna.
- Educación a grupos de riesgo.
- Consulta nutricional.
- Consulta de morbilidad.
- Control de enfermedades crónicas.
- Consulta por déficit del desarrollo psicomotor.
- Consulta kinésica.
- Consulta y consejería de salud mental.
- Vacunación.

- Programa Nacional de Alimentación Complementaria.
- Atención a domicilio.
- Actividades comunitarias en salud mental con profesores de establecimientos educacionales.
- Examen de salud odontológico.
- Educación grupal odontológica.
- Consulta Odontológica preventiva (incluye: barniz de flúor, educación individual con instrucción de higiene, pulido coronario, sellantes).
- Consulta tratamiento odontológico (incluye: obturaciones, pulpotomías).
- Consulta urgencia odontológica (incluye: Exodoncia).
- Radiografías odontológicas.

II. SALUD DE ADOLESCENTES

- Control de salud.
- Consulta morbilidad.
- Control crónico.
- Control prenatal.
- Control de puerperio.
- Control de regulación de fecundidad.
- Consejería en salud sexual y reproductiva.
- Control ginecológico preventivo.
- Educación grupal.
- Consulta morbilidad obstétrica.
- Consulta morbilidad ginecológica.
- Intervención Psicosocial.
- Consulta kinésica.
- Consulta nutricional.
- Consulta y/o consejería en salud mental.
- Atención a domicilio.
- Actividades comunitarias en salud mental con profesores de establecimientos educacionales.
- Examen de salud odontológico.
- Educación grupal odontológica.
- Consulta Odontológica preventiva (incluye: barniz de flúor, educación individual con instrucción de higiene, pulido coronario, sellantes).
- Consulta tratamiento odontológico (incluye: obturaciones, destartraje).
- Consulta urgencia odontológica (incluye: Exodoncia, endodoncia primera fase).
- Radiografías odontológicas.

III. SALUD DE LA MUJER

- Control prenatal.
- Control preconcepcional.
- Control de puerperio.
- Control de regulación de fecundidad.
- Consejería en salud sexual y reproductiva.
- Control ginecológico preventivo, incluye control de climaterio en mujeres de 45 a 64 años.
- Educación grupal.
- Consulta morbilidad obstétrica.
- Consulta morbilidad ginecológica.
- Consulta nutricional.
- Programa Nacional de Alimentación Complementaria.
- Ecografía Obstétrica del Primer Trimestre.
- Atención integral a mujeres mayores de 15 años que sufren violencia intrafamiliar.

- Examen de salud odontológico en gestante.
- Educación grupal odontológica en gestante.
- Consulta Odontológica preventiva gestante (incluye: barniz de flúor, educación individual con instrucción de higiene, pulido coronario).
- Consulta tratamiento odontológico gestante (incluye: obturaciones, destartraje).
- Consulta urgencia odontológica (incluye: Exodoncia, endodoncia primera fase).
- Radiografías odontológicas.

IV. SALUD DE ADULTOS Y ADULTAS

- Consulta de morbilidad.
- Consulta y control de enfermedades crónicas, incluyendo aquellas efectuadas en las salas de control de enfermedades respiratorias del adulto de 20 años y más.
- Consulta nutricional.
- Control de salud.
- Intervención psicosocial.
- Consulta y/o consejería de salud mental.
- Educación grupal.
- Atención a domicilio.
- Atención de podología a pacientes con diabetes mellitus.
- Curación de pie diabético.
- Intervención grupal de actividad física.
- Consulta kinésica.
- Consulta Odontológica preventiva (incluye: barniz de flúor, educación individual con instrucción de higiene, pulido coronario).
- Consulta morbilidad odontológica (incluye: examen de salud odontológico, obturaciones, destartraje y pulido coronario).
- Consulta urgencia odontológica (incluye: Exodoncia, endodoncia primera fase).
- Radiografías odontológicas.
- Control por sospecha de virus Hepatitis C.

V. SALUD DE ADULTOS Y ADULTAS MAYORES

- Consulta de morbilidad.
- Consulta y control de enfermedades crónicas, incluyendo aquellas efectuadas en las salas de control de enfermedades respiratorias del adulto mayor de 65 años y más.
- Consulta nutricional.
- Control de salud.
- Intervención psicosocial.
- Consulta de salud mental.
- Educación grupal.
- Consulta kinésica.
- Vacunación antiinfluenza.
- Atención a domicilio.
- Programa de alimentación complementaria del adulto mayor.
- Atención podología a pacientes con diabetes mellitus.
- Curación de pie diabético.
- Consulta Odontológica preventiva (incluye: educación individual con instrucción de higiene, pulido coronario).
- Consulta morbilidad odontológica (incluye: examen de salud odontológico, obturaciones, destartraje y pulido coronario).
- Consulta urgencia odontológica (incluye: Exodoncia, endodoncia primera fase).
- Radiografías odontológicas.

- Control por sospecha de virus Hepatitis C.

VI. ACTIVIDADES CON GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD ASOCIADAS A PROGRAMAS

- Diagnóstico y tratamiento de hipertensión arterial primaria o esencial: consultas de morbilidad y controles de crónicos para personas de 15 años y más, en programas de adolescente, adulto y adulto mayor.
- Diagnóstico y tratamiento de Diabetes Mellitus tipo 2: consultas de morbilidad y controles de crónicos en programas del niño, adolescente, adulto y adulto mayor, considerando tratamiento farmacológico.
- Acceso a evaluación y alta odontológica integral a niños y niñas de 6 años: prestaciones del programa odontológico.
- Acceso a tratamiento de epilepsia no refractaria para los beneficiarios desde un año a menores de 15 años: Consultas de morbilidad y controles de crónicos en programas del niño y adolescente.
- Acceso a tratamiento de IRA baja de manejo ambulatorio en menores de 5 años: consultas de morbilidad y kinésica en programa del niño.
- Acceso a diagnóstico y tratamiento de neumonía adquirida en la comunidad de manejo ambulatorio en personas de 65 años y más: consultas de morbilidad y kinésica en programa del adulto mayor.
- Acceso a diagnóstico y tratamiento de la depresión de manejo ambulatorio en personas de 15 años y más: consulta de salud mental, consejería de salud mental, intervención psicosocial y tratamiento farmacológico.
- Acceso a diagnóstico y tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica: consultas de morbilidad y controles de crónicos; espirometría, atención kinésica en personas de 40 y más años.
- Acceso a diagnóstico y tratamiento del asma bronquial moderada en menores de 15 años: consultas de morbilidad y controles de crónicos en programas del niño y del adolescente; espirometría y atención kinésica en programa del niño y del adolescente.
- Acceso a diagnóstico y tratamiento del asma bronquial moderada en personas de 15 y más años: consultas de morbilidad, controles de crónicos, espirometría y atención kinésica en programas del adulto y adulto mayor.
- Acceso a diagnóstico y tratamiento de presbicia en personas de 65 y más años: consultas de morbilidad, controles de salud y control de crónicos en programa del adulto mayor.
- Acceso a tratamiento médico en personas de 55 años y más, con artrosis de cadera y/o rodilla, leve o moderada.
- Acceso a diagnóstico y tratamiento de la urgencia odontológica ambulatoria.
- Acceso a tratamiento de hipotiroidismo en personas de 15 años y más.
- Tratamiento de erradicación de helicobacter pylori.
- Acceso a Tratamiento Salud Oral integral de la embarazada.
- Diagnóstico y tratamiento de Alzheimer y otras demencias: consultas de salud mental, visita domiciliaria, considerando exámenes para el diagnóstico y tratamiento farmacológico, para personas de 30 años y más, en programas de adulto y adulto mayor.

VII. ACTIVIDADES GENERALES ASOCIADAS A TODOS LOS PROGRAMAS

- Educación grupal ambiental.
- Consejería familiar.
- Visita domiciliaria integral.
- Consulta social.
- Tratamiento y curaciones.
- Extensión horaria.
- Intervención familiar psicosocial.
- Diagnóstico y control de la tuberculosis.
- Visita domiciliaria de seguimiento.
- Exámenes de laboratorio básico

2.4.6 EQUIPO DE SALUD RURAL

- Consiste en un equipo multidisciplinario, que incluye un equipo de cabecera, capacitado en el modelo de salud familiar.

2.4.7 ROLES DEL TENS

Dentro de sus funciones técnicas sanitarias encontramos:

- Liderar análisis de la situación de salud local
- Actividades de promoción, educación para la salud
- Contribuir a la implementación de modelo de salud familiar
- Articulación intersectorial
- Atención directa de los usuarios
- Acompañar en traslado a los usuarios
- Recuperación de la salud

Funciones administrativas y de gestión:

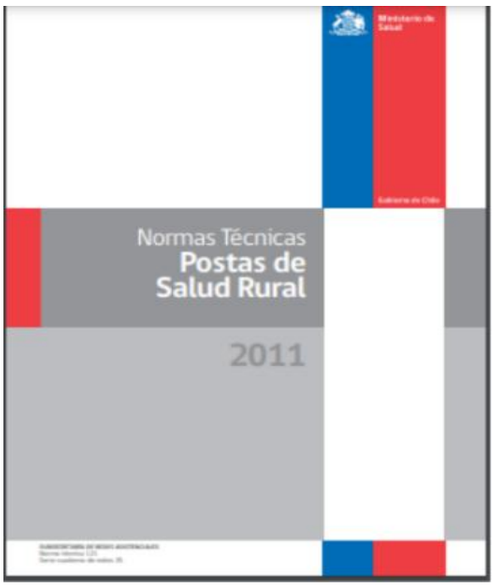
- Inscripción de usuarios
- Responsables de Datos estadísticos y manejo de plataformas informáticas (Agenda de atenciones, ficha clínica, Sigges)
- Limpieza y uso de equipamiento clínico
- Realizar capacitaciones incluidas en programa de capacitación
- Responsabilidad administrativa de las postas de salud rural
- Rescate de usuarios inasistente.

2.4.8 NORMAS TÉCNICAS DE LA APS

Las normas técnicas son una serie de documentos emitidos por el Ministerio de Salud organismo de reconocida autoridad en materia de APS, con el fin de regular o imponer especificaciones especializadas en el desarrollo y aplicación de la tecnología, elaboración de productos u oferta de servicios.

Las normas técnicas operan como directrices de normalización, que uniforman los procesos y protegen los intereses de la sociedad, basándose en razones éticas, de eficiencia, calidad o seguridad.

Su cometido final sería, en principio, la estandarización (simplificación, unificación, especificación) de los procesos para su correcta supervisión y desarrollo ético.





Objetivos de la Norma Técnica de PSR

- Establecer criterios técnicos, planta física
- Definir funciones, coordinación, gestiones, infraestructura y equipamiento.
- Definir orientaciones metodológicas
- Actualizar la conformación de equipos de salud rural, canasta de prestaciones
- Precisar roles y funciones del equipo de las postas.

III. DESCRIPCIÓN DE LA COMUNA

3.1 LA CIUDAD DE TRAIGUÉN

Una Comuna con Historia



El 2 de diciembre de 1878 se inició la instalación del Fortín Traiguén, siendo ocupado por el "Cuerpo de Milicias" al mando del General Gregorio Urrutia. Éste daría inicio a la fundación de la villa de Traiguén. A poco de la fundación de la ciudad de Traiguén en diciembre de 1878, llegaron entre 1883 y 1887, unas 1.700 familias de colonos suizos, franceses, alemanes y unas pocas de otras nacionalidades invitadas por el gobierno de Chile, que les entregaba unas 40 has. Por familia y algunos elementos como semillas, bueyes y maderas para construir sus viviendas, para cultivar la tierra que estaba abandonada e infértil desde hacía ya más de un siglo. Asimismo, junto a los militares llegaron cientos de personas con el ánimo de quedarse a morir en el sector, por lo cual se organizaron para realizar las tareas propias de una ciudad naciente: ubicar la plaza, los rancheríos, la parroquia, las tiendas, etc. Se puede señalar que Traiguén, durante el proceso de Ocupación de La Araucanía se convierte en una mezcla de población colona, mapuche y también chilena, donde cada uno de estos grupos veía con diversos ojos la zona, pero esta última hizo prevalecer su fuerza, valiéndose en el proyecto que como Estado – Nación chilena había sido creado, y que logró consolidarse rápidamente. Durante los siglos XIX y XX, los mapuches sufrieron de la discriminación y estigmatización por parte del criollo durante su proceso de integración a la sociedad chilena, que solo los confinaba a participar en ciertas áreas laborales. Las diferencias interétnicas entre los mapuches, chilenos y europeos colonos, generaron una difícil convivencia que se ha caracterizado como parte del «Far west chileno». El 27 de enero de 1881 Traiguén vivió uno de los hechos más sangrientos de la "Ocupación de la Araucanía", el "Asalto a Traiguén" enfrentó a guerreros mapuches y soldados chilenos reforzados con los primeros habitantes de la reciente formada villa. Al comenzar el año 1881 se escuchaba el rumor en la Araucanía que el ejército chileno, en sus campañas de la Guerra del Pacífico, estaba obteniendo derrotas, oportunidad que vieron los caciques de las comunidades más numerosas de la región para recuperar territorio, comenzando a preparar sus armas para la lucha, sin embargo, estos carecían de una unidad de mando preparada para organizar un gran levantamiento con un ejército capaz de enfrentar a las armas chilenas. Por ello, optaron por un sistema de escaramuzas, vale decir, de hostilidades con movimientos dispersos y rápidos, era el planteamiento de una guerra irregular, lo que hoy se conoce como guerra de guerrillas.



La comuna ha sido denominada históricamente «El Granero de Chile», en consideración a la gran producción triguera registrada a fines del siglo XIX y a comienzos del XX. Esto significó que ya en 1889 llegara a estas tierras el ferrocarril; además se instaló en esos años el primer banco de La Frontera, de José Bunster, junto a otras casas financieras que establecían sus sucursales en Traiguén. Por lo demás, fue un espacio floreciente para el periodismo regional, que encontró en este lugar la energía necesaria para crecer, destacándose el diario «EL Colono», que dejó huellas en los habitantes de «La Frontera». Como se señaló a comienzos del siglo XX, la comuna se caracterizó por su prosperidad, lo cual significó que la zona atrajera a un alto número de inversionistas de distintas partes que vieron en estas tierras una buena alternativa para hacer riqueza, lo cual redundó en un abundante comercio y dinámica vida económica.

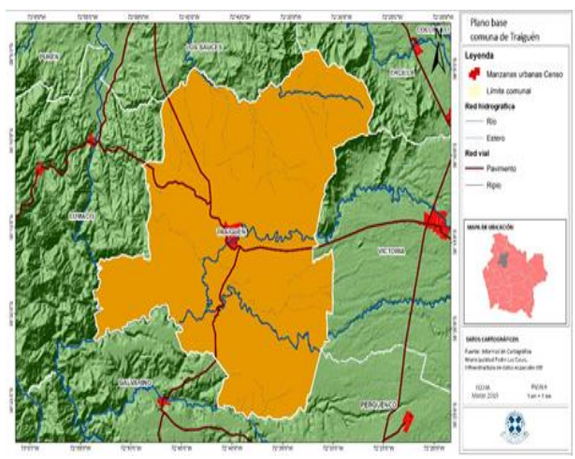


Hoy en día las actividades productivas más relevantes apuntan a la actividad frutícola, forestal y el emergente desarrollo de la actividad vitivinícola.

Traiguén, es una ciudad y comuna de la Provincia de Malleco en la Región de la Araucanía, de gran belleza paisajista, posee una superficie de 908 km ^{2}, con numerosos recursos naturales, permite la práctica de deportes, la recreación y la vida junto a la naturaleza. Caracterizándose por un clima templado oceánico lluviosos, cuenta con una población de cerca de 18.843 mil habitantes, la población urbana de la comuna ha ido en aumento representando un 76,2 % ubicándose entre las cuatro comunas con mayor proporción de población que habita en zonas urbanas, luego de Temuco, Angol y Renaico y está ubicada 30 kilómetros de Victoria donde recorre la Ruta Panamericana o Autopista de la Araucanía y la distancia conduciendo hacia la Capital Regional Temuco es de 96 Kilómetros, lo que dura aproximado ente 1 hora y 04 minutos. En mapudungun, Traiguén quiere decir "asalto de agua".

3.1.1 ANTECEDENTES GEOGRAFICOS

En términos administrativos, la comuna limita al Norte con las comunas de Los Sauces y Ercilla, al Este con la comuna de Victoria, al Sur con la comuna de Perquenco y Galvarino, y al Oeste con la comuna de Lumaco.



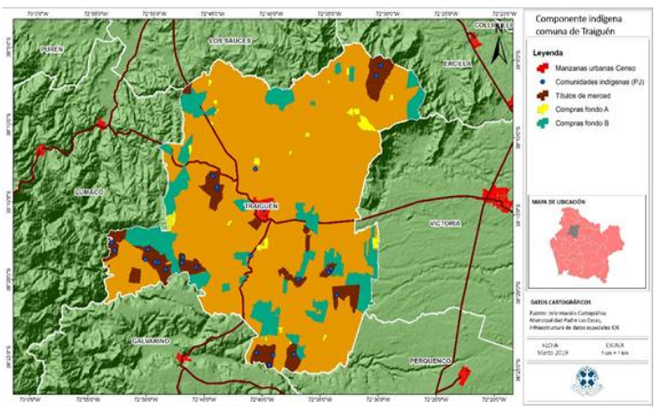
Fuente: elaboración propia PLADECO en base a coberturas IDE -MBN

3.1.2 CONECTIVIDAD Y ASENTAMIENTOS HUMANOS

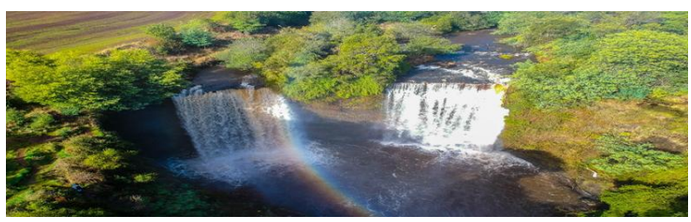
Referido a la conectividad de la comuna, está representada por 2 accesos principales, la ruta R.86 que conecta Victoria –Traiguén –Los Sauces y la ruta R-76-S y la ruta R-90-P que conecta a la comuna con Lumaco y Capitán Pastene.

Respecto de las zonas rurales, un aspecto a considerar es la tenencia de tierras indígenas, en la siguiente imagen se observa la ubicación de comunidades indígenas cuya personalidad jurídica está reconocida por la Conadi, al igual que la distribución de títulos de merced y los predios adquiridos mediante los fondos de tierra de la Ley Indígena.

Ante este contexto se presenta un escenario donde de un total de 11 comunidades históricas, hoy se reconocen alrededor de 38 comunidades, ello constituye nuevas dinámicas productivas y socioculturales para la comuna.



Fuente: elaboración propia PLADECO en base a coberturas IDE –MBN



En relación al transporte, los sectores rurales de la comuna que cuentan con locomoción hacia la zona urbana, son los siguientes:

- Molco
- Comunidad contreras.
- Aniñir – Quechereguas.
- Didaico
- Temulemu
- Quilquen

La periodicidad de este servicio varia según los sectores pudiendo ser 3 o 2 veces a la semana, lo cual en temporada de invierno puede verse afectado.

3.1.3. ÁMBITOS FÍSICOS MEDIOAMBIENTALES

Referido a las caracteristicas hidrograficas, el territorio comunal se asienta entre las cuencas del río Bio-Bio y rio Imperial, sus principales cursos hidricos son el río Traiguén y el rio Quino los cuales confluyen y tributan al rio Colpi o Pangueco, a ello se suma una serie de esteros menores, tal como se visualiza en la siguiente imagen.

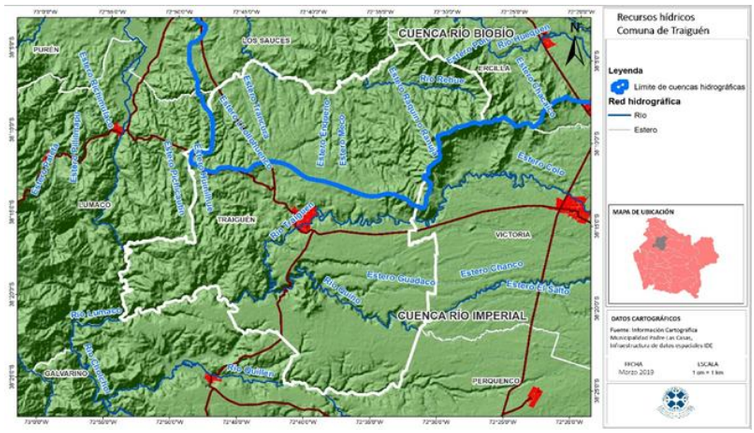


Imagen del departamento de agricultura

3.1.4 CAPACIDAD DE USOS DE SUELO

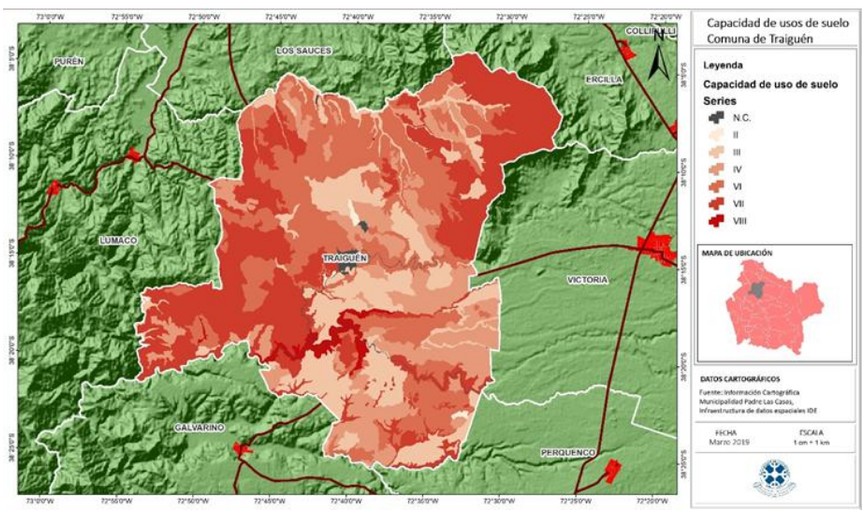
La capacidad de uso de suelo hace referencia a la calidad de suelo en terminos productivos, se categoriza el suelo en clases de acuerdo a caraceristicas topográficas, de pendientes y textura. La clasificación más usada es la del departamento de agricultura de Estados Unidos, que divide en 8 categorias el suelo (de I a VIII) asignando el uso más factible para cada serie en función de las limitaciones y riesgos para las actividades silvoagropecuarias.

Las mejores clases de suelo corresponden a los tipos II y III, suelos de pendientes leves, con limitantes moderadas, las cuales pueden ser cultivadas con metodos de conservación de facil aplicación.

Los suelos pertenecientes a las clases IV y V, debido a la pendiente, erosión, pedregosidad y drenaje, están limitados al cultivo de cereales y pastos con menor rendimiento en relación a las clases anteriores.

Mientras que las clases VI y VII presentan mayores inconvenientes en términos prodcutivos existiendo en ellos mayor exposición a la erosión y no pueden ser cutivados en forma permanente, permitiendo, en cambio, el uso forestal o ganadero.

En relación a lo anterior la siguiente imagen de las clases de suelo en la comuna, donde se reconoce las clases II,III y IV en las zonas bajas de la comuna, asociado a Chufquén y Aniñir. Mientras que las clases VII y VIII se encuentran en la spartes altas del territorio comunal.



Fuente: elaboración propia del PLADECO en base a coberturas IDE -MBN

3.2 ANTECEDENTES DEMOGRÁFICOS

Referido a los antecedentes demográficos de la comuna, se presentan a continuación una serie de antecedentes, gran parte de ellos son resultado del Censo año 2017 y otras fuentes de información.
Uno de los antecedentes que preocupa a nuestra comuna es el proceso de decrecimiento de la población de 691 personas en los últimos 15 años, lo que representa una variación quincenal del -3,5% de crecimiento de la población.

Se observa además de acuerdo a los aspectos socio demográfico de la población, que en Traiguén existe un mayor crecimiento de población femenina que de hombres, con una mínima variación quincenal del 0,2% en las mujeres y un descenso del 7, 3% en los hombres.

En otro ámbito, el 2017 vivían en la comuna 5.534 personas adscritas al pueblo Mapuche, representando el 29, 4% de la población. Con respecto a 2002 se aprecia un cambio significativo, dado que en dicho año la población mapuche correspondía a 3.161 personas, lo que significa un incremento de 2.373 personas (75,1%), casi duplicándose con respecto a 2002. En cuanto a la importancia relativa de la población Mapuche, en 2017 el 29,4% de la población se declaró pertenecer al pueblo Mapuche, mientras que en 2002 está declaración representaba el 16,2% de la población Comunal.

En lo que se refiere a los grupos etarios, en 2017 residían en la comuna 3.896 niños de 14 años o menos, 10.957 personas de 15 a 64 años y 3.990 adultos mayores de más de 65 años. Con respecto al año 2002 se aprecian diferencias, ya que la población infantil ha caído (-23,8%), la población adulta ha decrecido levemente (-4,2%) y la población de adultos mayores se ha incrementado en mayor medida (34,0%).

Mientras que la distribución etaria, en 2017 el 20,7% de la población eran niños de 14 años o menos, el 58,1% personas de 15 a 64 años y el 21,2% adultos mayores de más de 65 años. Con respecto al año 2002 se aprecian diferencias en la composición de la población según grupo etario, ya que los niños representaban el 26,2%, aquellos con 15 a 64 años eran el 58,6% y los adultos mayores corresponden al 15,2%. Lo anterior refleja una disminución en la importancia relativa de los niños y un aumento de la presencia de adultos mayores.

Al analizar según el área de residencia, 14.350 personas residían en zonas urbanas y 4.493 personas residen en zonas rurales, observándose un crecimiento del 1,5% de la población urbana entre 2002 y 2017, pero con un descenso en la población rural (16,7%). Finalmente, según el área de residencia se aprecian variaciones menores, ya que en 2017 el 58,1% de las personas residían en zonas urbanas, mientras que en 2002 correspondían al 58,6%, lo que refleja cifras similares de urbanización a lo largo de los años.

	Traiguén		**Variación 2002 - 2017**	
	2002	**2017**	**Relativa (%)**	**Nominal**
Total	**19.534**	**18.843**	-3,5%	-691
Sexo				
Hombre	9.734	9.019	-7,3%	-715
Mujer	9.800	9.824	0,2%	24
Pueblos Originarios				

Mapuche	3.161	5.534	75,1%	2.373
Grupo Etario				
0 - 14	5.115	3.896	-23,8%	-1.219
15 - 64	11.442	10.957	-4,2%	-485
65 o más	2.977	3.990	34,0%	1.013
Zona de residencia				
Urbano	14.140	14.350	1,5%	210
Rural	5.394	4.493	-16,7%	-901

Fuente: Elaboración propia con base en datos del CENSO Abreviado, INE

DISPERSION GEOGRAFICA

PRINCIPALES SECTORES RURALES	DISTANCIA A ZONA URBANA
MOLCO	25 Km
QUECHEREGUAS	18 Km
DIDAICO	33 Km
TEMULEMU	28 Km
ANIÑIR	33 Km
QUILQUEN	20 Km
CONTRERAS	25 Km
TERPELLE	32 Km
CHANCO MARIHUAL BAJO	28 Km
CONDOR DE MALLECO	35 Km
COLPI NORTE	22 Km
LA UNIÓN TEMULEMU II	20 Km
PICHIPANTANO II	20 Km

3.2.1 INDICES ANALÍTICOS

Al abordar la información referente al **Índice de Masculinidad** (Número de Hombres por cada cien mujeres), e posible apreciar que la presencia de mujeres en la comuna es mayor a la de los hombres, con un índice de Masculinidad que alcanza al 91,8 mientras que en 2002 era del 99,3 lo que refleja la mayor importancia de la población femenina en la comuna.
En segundo lugar, se indica el **Índice de Adultos Mayores** (Número de Adultos Mayores (60 años o más) por cada cien menores de 15 años (niños /as de 0-14 años), que refleja la tasa de recambio de la población más longeva versus la más joven. En relación a esto, se observa que en Traiguén los habitantes mayores de 60 años han aumentado su presencia en la pirámide poblacional. Si bien en el año 2002 la población infantil superaba a los adultos mayores, en 2017 esta relación se ha estrechado sosteniblemente.

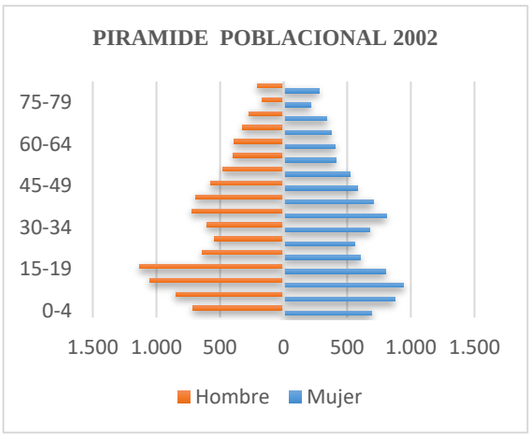
También se presenta el **Índice de Dependencia Demográfica** (número de personas menores de 15 años y de 60 o más (población pasiva) por cada cien personas de 15 a 59 años de edad (potencialmente activas). Que muestra la relación entre la población pasiva y la población activa. En relación a esto, se observa que en 2002 por cada 100 personas de 15 a 60 años había 70 personas pasivas, es decir, dependientes de la labor que las primeras realizan. Si bien se aprecia un aumento de la dependencia entre 2002 y 2017, para el 2030 se proyecta un alza aún mayor de la población pasiva debido al crecimiento de la población más longeva y una reducción en la población de 15 a 60 años, producto de una menor tasa de natalidad. Lo anterior se visualiza al incorporar el porcentaje de niños y adultos

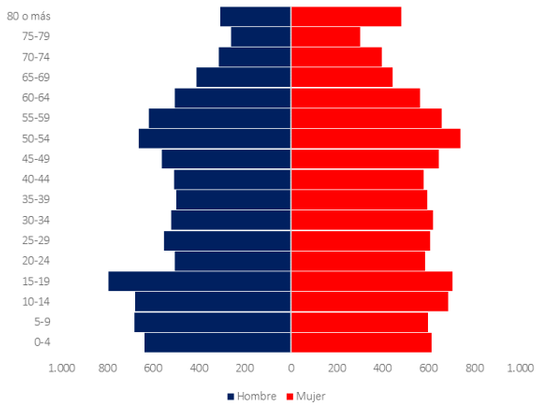
mayores, que mientras en 2002 tenía una alta participación la población infantil, en 2017 se ha estrechado y en el futuro se espera que la población más longeva supere a la infantil.

Finalmente, se presenta el **Índice de Ruralidad** (Número de personas que residen en zonas rurales por cada 100 personas en zonas urbanas), el cual refleja un descenso de la importancia relativa de la población rural en Traiguén situación que también ha ocurrido en La Araucanía.

Índices Analíticos	Traiguén			La Araucanía	
	2002	2017		2002	2017
Índice de Masculinidad	99,3%	91,8%		98,1%	94,5%
Índice de Adulto Mayor	58,2%	102,4%		45,4%	83,9%
Índice de Dependencia	70,7%	72,0%		65,6%	62,3%
% de Niños y Jóvenes	26,2%	20,7%		27,2%	20,9%
% de Adultos Mayores	15,2%	21,2%		12,4%	17,5%
Índice de Ruralidad	38,1	31,3		47,8	41,1

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





Finalmente, en términos nominales, la comuna de Traiguén, en 2002 se posiciona en el 24° lugar mientras que en 2017 se encuentra en el 19° lugar. A su vez, entre 2002 y 2017, la comuna de Traiguén se posiciona como la 15° en cuanto al crecimiento de población mapuche con 2.373 personas.

Comuna	2002		2017		Variación 2002 - 2007	
	Nº Mapuche	%	Nº Mapuche	%	Nominal	Relativa (%)
Temuco	32.014	13,0%	66.293	23,5%	34.279	107,1%
Traiguén	24.404	40,6%	36.655	48,2%	12.251	50,2%
Nueva Imperial	14.301	47,7%	18.023	55,4%	3.722	26,0%
Villarrica	7.817	17,2%	14.528	26,2%	6.711	85,9%
Lautaro	8.662	26,9%	14.220	37,4%	5.558	64,2%
Freire	10.638	43,9%	13.146	53,4%	2.508	23,6%
Carahue	7.457	29,0%	9.842	40,1%	2.385	32,0%
Saavedra	8.986	64,0%	9.827	78,9%	841	9,4%
Vilcún	6.199	27,6%	9.673	34,4%	3.474	56,0%
Victoria	5.433	16,2%	9.138	26,7%	3.705	68,2%
Cholchol	7.038	69,9%	8.649	74,5%	1.611	22,9%
Pitrufquén	4.533	20,6%	8.215	33,1%	3.682	81,2%
Galvarino	7.440	59,1%	8.211	68,4%	771	10,4%
Teodoro Schmidt	5.876	37,9%	7.880	52,4%	2.004	34,1%
Pucón	3.526	16,7%	7.689	27,0%	4.163	118,1%
Loncoche	4.923	21,4%	7.644	32,4%	2.721	55,3%
Angol	2.394	4,9%	6.484	12,2%	4.090	170,8%

Collipulli	3.538	15,8%	6.411	26,1%	2.873	81,2%
Traiguén	**3.161**	**16,2%**	**5.534**	**29,4%**	**2.373**	**75,1%**
Lonquimay	4.546	44,4%	5.518	53,8%	972	21,4%
Cunco	3.647	19,5%	5.297	30,2%	1.650	45,2%
Curarrehue	3.410	50,3%	4.882	65,2%	1.472	43,2%
Lumaco	4.261	37,4%	4.293	45,0%	32	0,8%
Toltén	3.578	31,9%	4.118	42,4%	540	15,1%
Ercilla	4.202	46,5%	3.957	51,2%	-245	-5,8%
Perquenco	2.424	37,6%	3.471	50,3%	1.047	43,2%
Purén	2.472	19,2%	3.203	27,2%	731	29,6%
Melipeuco	2.090	37,1%	3.155	51,4%	1.065	51,0%
Gorbea	1.340	8,8%	2.611	18,1%	1.271	94,9%
Curacautín	1.021	6,0%	2.332	13,4%	1.311	128,4%
Los Sauces	1.349	17,8%	2.076	28,6%	727	53,9%
Renaico	290	3,2%	1.199	11,7%	909	313,4%
Total Regional	**202.970**	**23,3%**	**314.174**	**32,8%**	**111.204**	**54,8%**

Fuente: CENSO abreviado, 2017.

3.3 ANTECEDENTES MIGRATORIOS

3.3.1 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.

3.4 ANTECEDENTES SOCIALES

3.4.1 CARACTERISTICAS DE LA VIVIENDAS Y HOGARES

En Traiguén, en el año 2017 había 7.257 viviendas, de las cuales 7.052 son casas, 16 son departamentos en edificio, 16 son piezas en casas antiguas y 112 mejoras y mediaguas.

Con respecto a 2002, hubo un alza de 1.502 viviendas (29,5%), lo que se debe principalmente a la construcción de 1.606 casas. Asimismo, en términos de importancia relativa, en 2017 las casas corresponden al 97,2% de las viviendas, mientras que, en 2002, las casas representaban el 94,6%.

En lo relacionado a la zona de ubicación de las viviendas, en 2017, 5.647 viviendas se encontraban en zonas urbanas y 1.610 en zonas rurales. Respecto de la importancia relativa, en 2002 el 74,0% de las viviendas estaban en zonas urbanas mientras que en 2017 el 77,8% se ubicaba en zonas urbanas lo que refleja la urbanización de la comuna.

En cuanto a variación quincenal, las viviendas en zonas urbanas aumentaron en 1.388 mientras que en las zonas rurales crecieron en 114 viviendas.

Distribución número de viviendas según tipología y zona de ubicación en Traiguén, 2002 y 2017.

Viviendas	N° de Viviendas		Variación 2002 - 2017	
	2002	2017	Relativa (%)	Nominal
Total viviendas	5.755	7.257	26,10%	1.502
Tipo de Vivienda				
Casa	5.446	7.052	29,5%	1.606
Departamento en edificio	19	16	-15,8%	-3
Piezas en casa antigua o conventillo	36	16	-55,6%	-20
Mejora, mediagua	176	112	-36,4%	-64
Otros	78	61	-21,8%	-17
Zona de residencia				
Urbano	4.259	5.647	32,6%	1.388
Rural	1.496	1.610	7,6%	114

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

Finalmente, en lo relacionado a la forma de captación del agua pública, en 2017 había 4.966 viviendas con acceso a agua a través de la red pública (68,4%), 702 viviendas con acceso mediante pozo o noria (9,7%) y 181 viviendas recibiendo agua a través de camiones aljibe (3,9%). Con respecto a 2002, creció el número de viviendas con acceso a la red pública, mientras que se redujeron las viviendas que acceden a agua a través de pozos y ríos o vertientes.

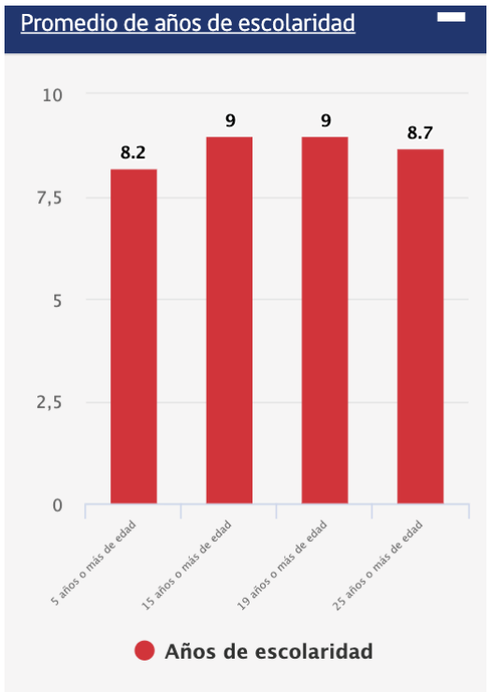
Número de viviendas en Traiguén según forma de acceso a agua potable, 2002 y 2017

Forma de acceso a agua potable	N° de Viviendas		Variación 2002 - 2017	
	2002	2017	Relativa (%)	Nominal
Red pública	4.006	4.966	24,0%	960
Pozo o noria	802	702	-12,5%	-100
Río, vertiente, estero, canal, lago, etc.	464	267	-42,5%	-197
Camión aljibe		281		281
Sin información	483	1.041		
Total	**5.755**	**7.257**	**26,1%**	**1.502**

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

3.5 ANTECEDENTES DE ESCOLARIDAD

Escolaridad jefe hogar	8,5
Asistencia ed. escolar	93%
Asistencia a preescolar	53%
Asistencia a ed. media	74%
Ingreso a ed. superior	15%
Ed. superior terminada	80%
Esc. p. originarios	6,9



3.5.1 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.

3.6 ANTECEDENTES ECONÓMICOS

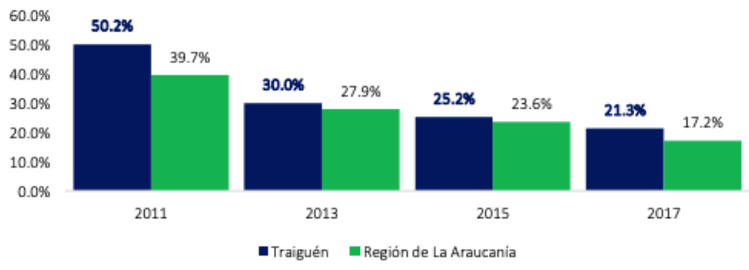
Rama económica	Número de Empresas	Ventas (UF)	Trabajadores Dependientes
Comercio	350	489.012	222
Silvoagropecuario	336	1.152.767	1.090
Transporte, almacenamiento y comunicaciones	108	36.310	22
Industrias manufactureras	71	177.100	79
Otras actividades de servicios comunitarias, sociales y personales	54	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.

3.6.1 POBREZA

En lo que dice relación con la incidencia de la pobreza por ingresos se aprecia que a lo largo de los años ésta ha descendido de forma sistemática, reduciéndose del 50,2% en 2011 al 21,3% en 2017. Además, se visualiza que el porcentaje de población en situación de pobreza por ingresos es mayor a los resultados a nivel regional. En términos nominales, en 2011 se estimaba que 9.907 personas se encontraban en situación de pobreza, reduciendo a 5.935 en 2013, 4.137 en 2015 y 3.422 en 2017. Esto implica una reducción de 6.485 personas en dicho período con una variación porcentual del -65,5%.

Gráfico 14. Evolución pobreza por ingresos en Traiguén, 2011 - 2017.



Fuente: Encuesta de Caracterización Socioeconómica, 2011 - 2017.

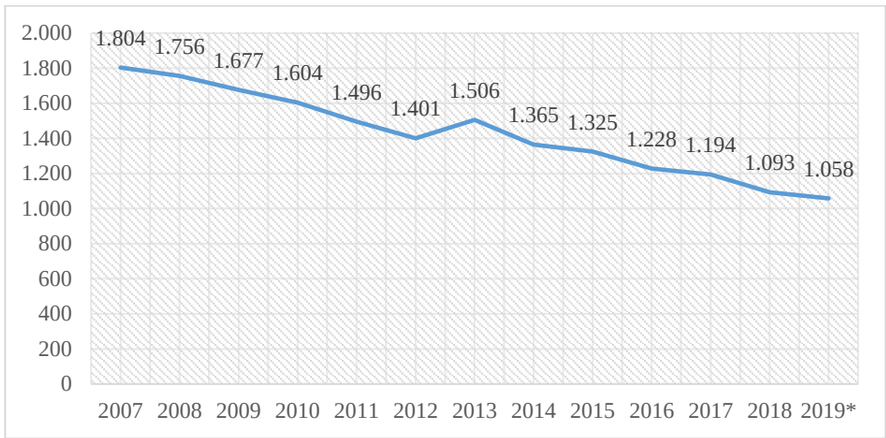
3.7 CONECTIVIDAD Y TELECOMUNICACIONES

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·

3.7.1 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

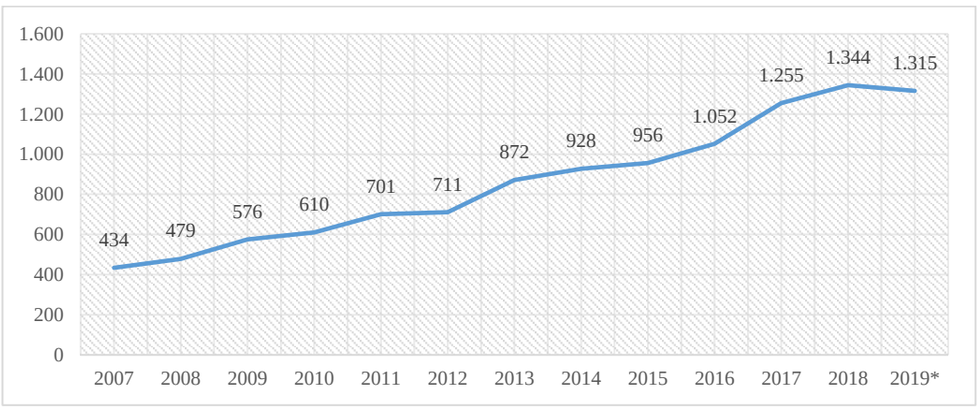


Fuente: Elaboración propia con base en datos de Subsecretaria de Telecomunicaciones. *Marzo de 2019.

3.7.2 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.

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

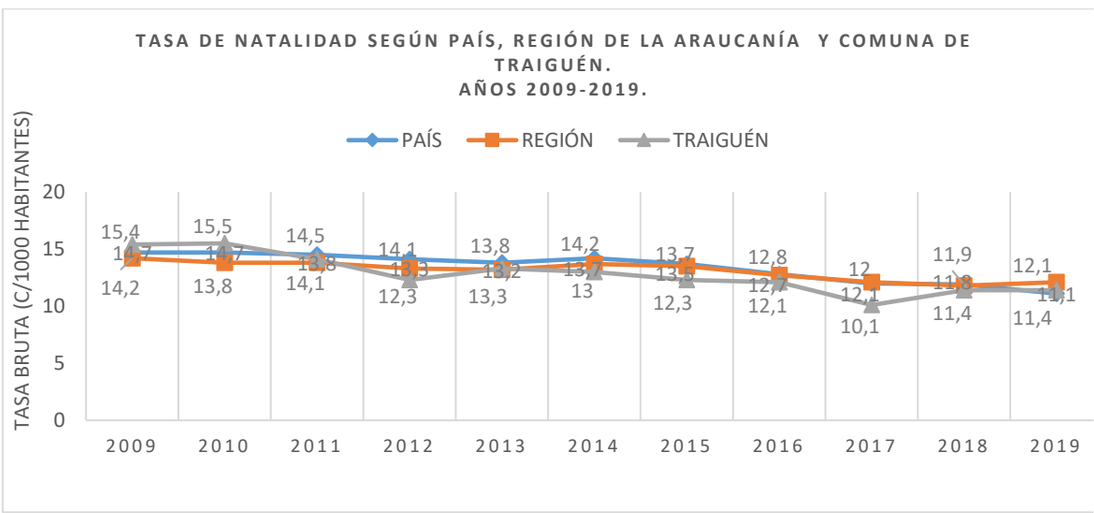
Cuadro resumen estadísticas vitales, comparativo Nacional, Regional y comuna de Traiguén.

4.1.1 NATALIDAD.

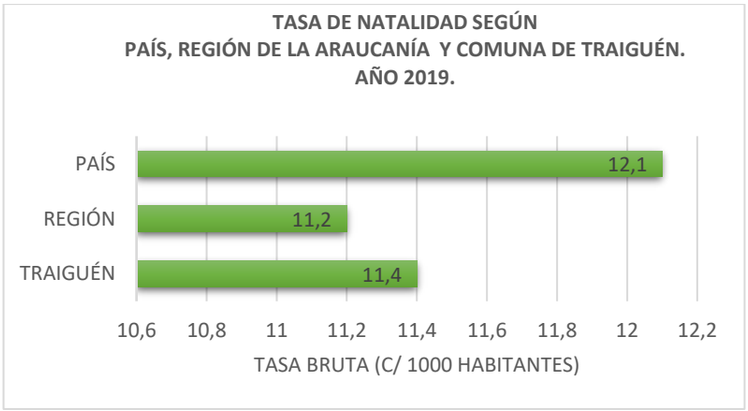
La Natalidad en los últimos 10 años ha presentado una disminución sostenida a nivel nacional, regional y en la comuna de Traiguén. Se puede observar en el grafico a continuación, el comparativo que durante el año 2019 a nivel país se registran un total de 210.367 nacimientos lo que da una tasa bruta de natalidad (Nacidos vivos por mil habitantes) de un 11,1, en tanto en la región de la Araucanía se registran un total de 11.302 nacidos vivos con una tasa de 12,1,esta tasa se encuentra por sobre la nacional, sin embargo igual es posible observa que existe una tendencia a una disminución de la natalidad en la región durante los últimos 10 años.

Durante el año 2009 la comuna de Traiguén se registra una tasa de natalidad (nacidos vivos por mil habitantes) de 15,4, mientras que en los últimos reportes registrados en datos INE 2019 esta tasa descendió a los 11,4 dando una cifra oficial de nacidos vivos de madres con residencia en la comuna de 219 nacidos vivos.

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.



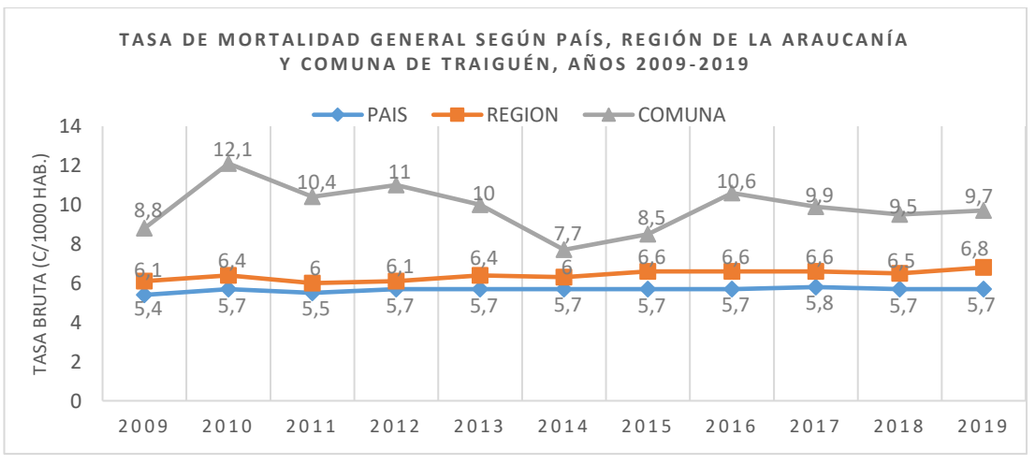
Fuente: Gráfico de elaboración propia, datos extraídos desde el DEIS, MINSAL.

4.1.2 MORTALIDAD GENERAL.

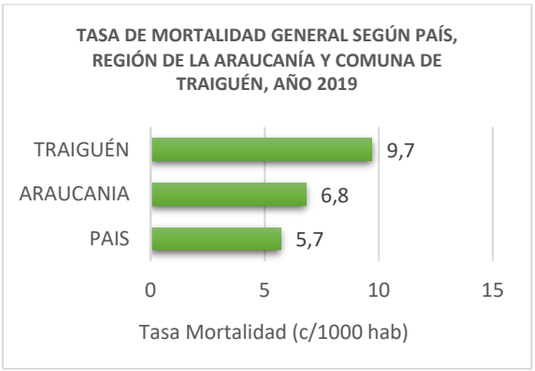
En relación a la tasa bruta de mortalidad general (defunciones por mil habitantes), se puede observar en el gráfico a continuación, comparativo que a nivel País y Región de la Araucanía existe una evolución en estos últimos 10 años bien simétrica, encontrándose siempre la tasa bruta mortalidad general regional por sobre la nacional. En 2019 según datos estadísticos proporcionados por INE, la cifra de defunciones a nivel país llego a 189.658, con una tasa bruta de mortalidad de 5.7, mientras que a nivel de región esta cifra es de 6.852 defunciones con una tasa de 6.8.

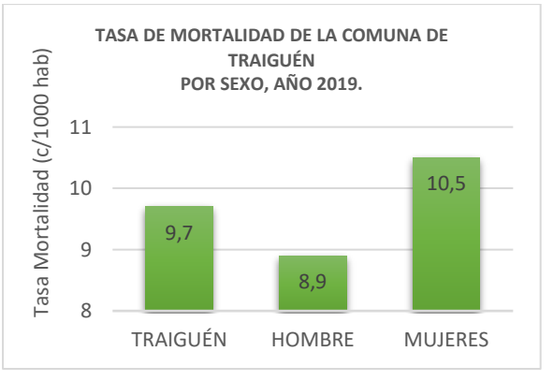
Sin embargo, se puede observar en el gráfico de mortalidad general del año 2019, que ambas tasas de mortalidad, nacional y regional es evidente que la tasa bruta de mortalidad a nivel de comuna de Traiguén está ampliamente por sobre ambas tasas, encontrándose que en el años 2019 la comuna presenta una cifra de defunciones de 187 con una tasa bruta de mortalidad de un 9.7, de los cuales 83 defunciones correspondían a hombres con una tasa de 8,9 y 104 defunciones a Mujeres con una tasa de 10,5.

Al momento de realizar la recopilación de información se evidencia que la comuna de Traiguén en estos últimos 10 años siempre se encuentra entre las 3 primeras comunas de la región con más alta tasa bruta de mortalidad, encontrándose en primer lugar durante 2013 y 2016. 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.





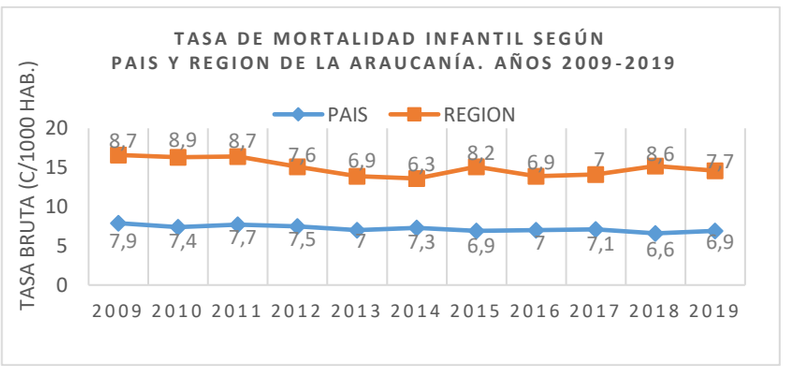
Fuente: Gráfico de elaboración propia, datos extraídos desde el DEIS, MINSAL.

4.1.3 MORTALIDAD INFANTIL.

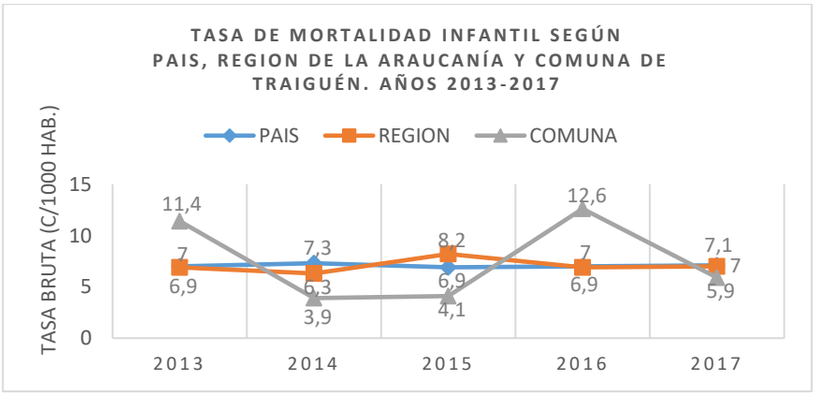
La mortalidad infantil se considera a las defunciones de menores de un año, según los datos recopilados en INE y observando el gráfico de mortalidad infantil 2009-2019, comparativo de 10 años, se ve claramente que la tasa de mortalidad infantil tanto a nivel nacional como regional ha ido en descenso paulatino, observándose una disminución en la tasa de mortalidad infantil de una persona menor de 1 año por mil habitantes en el rango de diez años. También podemos observar que la tasa bruta de mortalidad infantil a nivel de región de la Araucanía se encuentra sobre la nacional durante toda la década.

Durante 2019 a nivel país se registró una tasa bruta de mortalidad infantil de 6.9, mientras que a nivel regional esta tasa es de 7.7 defunciones de menores de un año por mil habitantes.

Los registros oficiales más actualizados en relación a mortalidad infantil de la comuna de Traiguén, datan hasta el 2017, por lo cual se realizó el gráfico de mortalidad infantil 2013-2017 comparativo de realidad país, región y comuna. Se puede observar que en este año la tasa bruta de mortalidad infantil de la comuna de Traiguén es de un 5.9 encontrándose bajo la tasa regional de 7 y nacional de 7.1. Sin embargo, se puede observar también que esta tasa en los años pactados es bastante oscilante en ocasiones con tasas muy por sobre la nacional y regional como por ejemplo el año 2016, donde se registra una tasa de 12.6 defunciones de menores de un año.



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



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

A continuación, se darán a conocer los principales indicadores de salud de la comuna de Traiguén, analizándolos por sector urbano, cuya población se encuentra inscrita en el Hospital de Traiguén; y por sector rural, cuya población se encuentra percapitada en el Departamento de Salud Municipal de Traiguén.

Principales causas de Mortalidad

POR GRAN GRUPO DE CAUSAS DE MUERTES
Tumores (neoplasias)
Enfermedades del sistema circulatorio
Causas externas de mortalidad (Traumatismos y Envenenamientos).
Enfermedades del sistema digestivo
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas

Fuente: DEIS, 2012

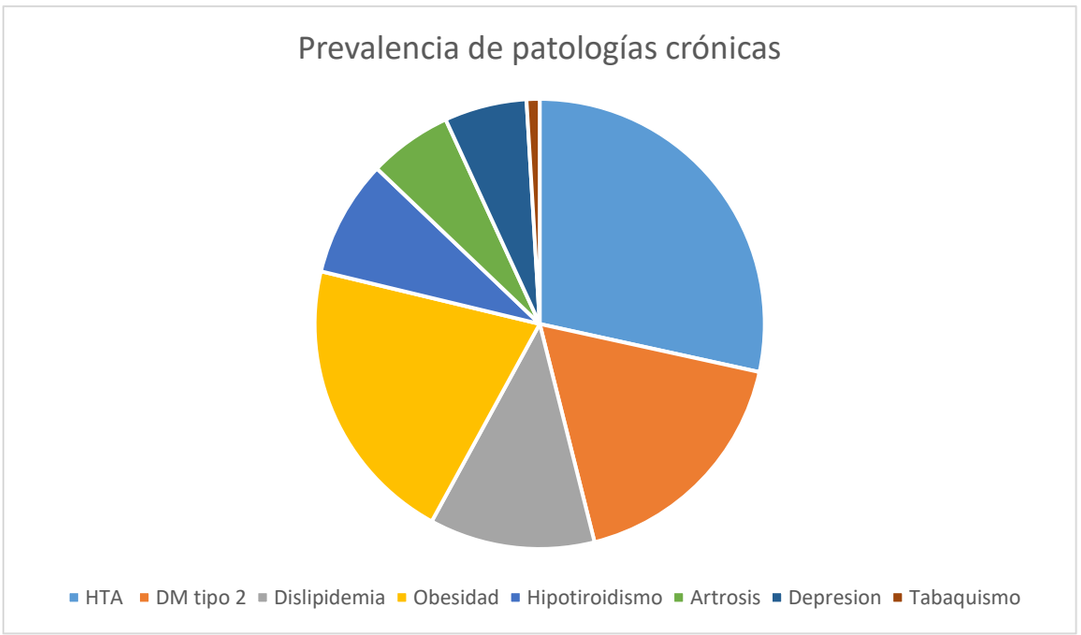
4.1.4 FACTORES DE RIESGO PARA LA SALUD

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.

4.1.5 PREVALENCIA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS.

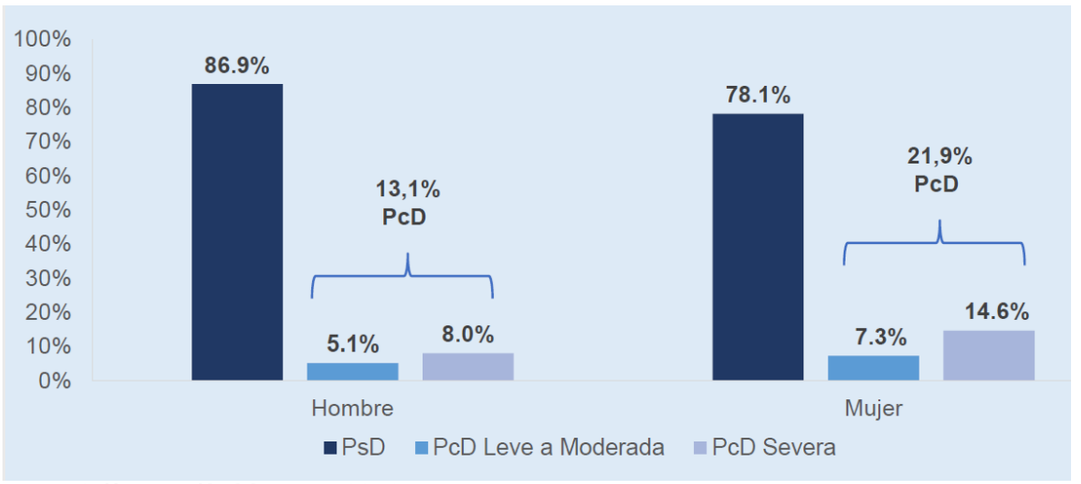
Según los datos obtenidos en el Registro Estadístico Mensual, serie P de junio del 2024, en el sector rural 696 personas presentan hipertensión arterial, 432 personas presentan diabetes mellitus, 291 personas presentan dislipidemia, tabaquismo 23 personas, obesidad 509 personas, Hipotiroidismo 205 personas, artrosis de cadera y rodilla 147 personas y Depresión 145 personas. Se destacan la diabetes mellitus tipo II, la hipertensión arterial y Obesidad, las que presentan mayor prevalencia.



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

4.1.6 INDICADORES DE DISCAPACIDAD

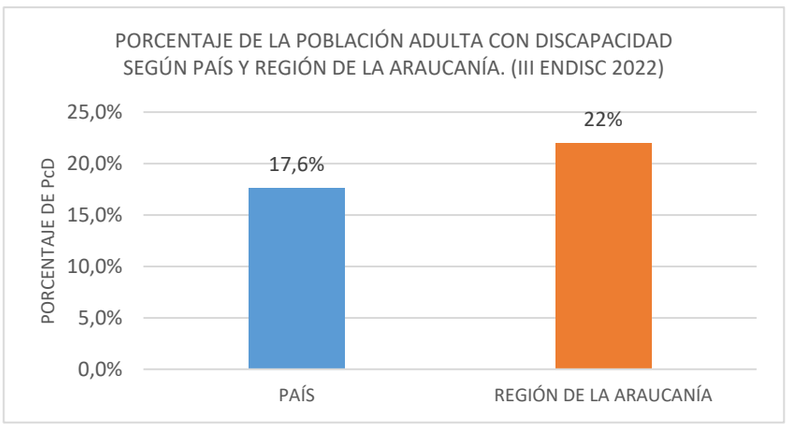
4.1.6.1 Porcentaje de la población adulta a nivel país según situación de discapacidad, por sexo.



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.

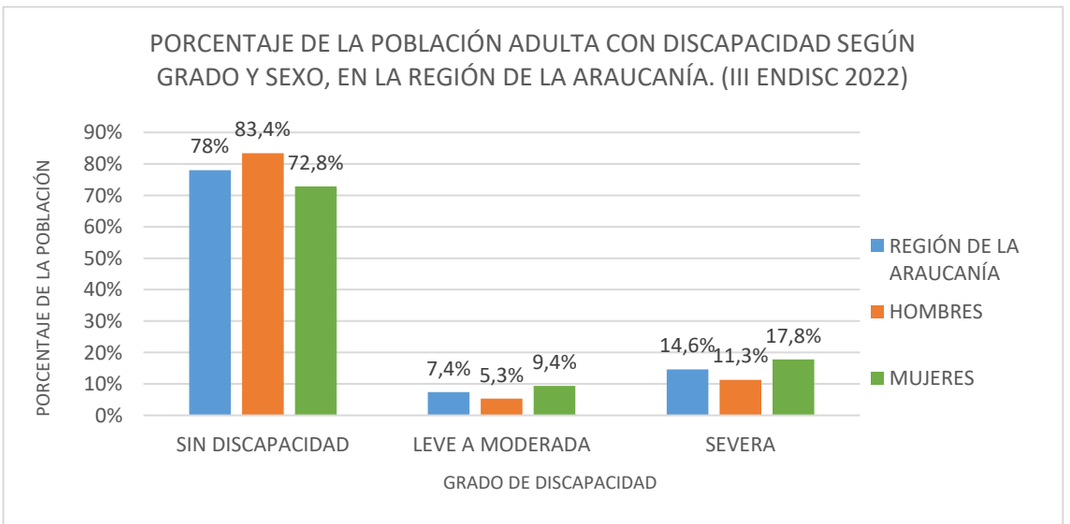
4.1.6.2 Porcentaje de la población adulta con discapacidad, Región de La Araucanía.



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

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).

4.1.6.3 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.

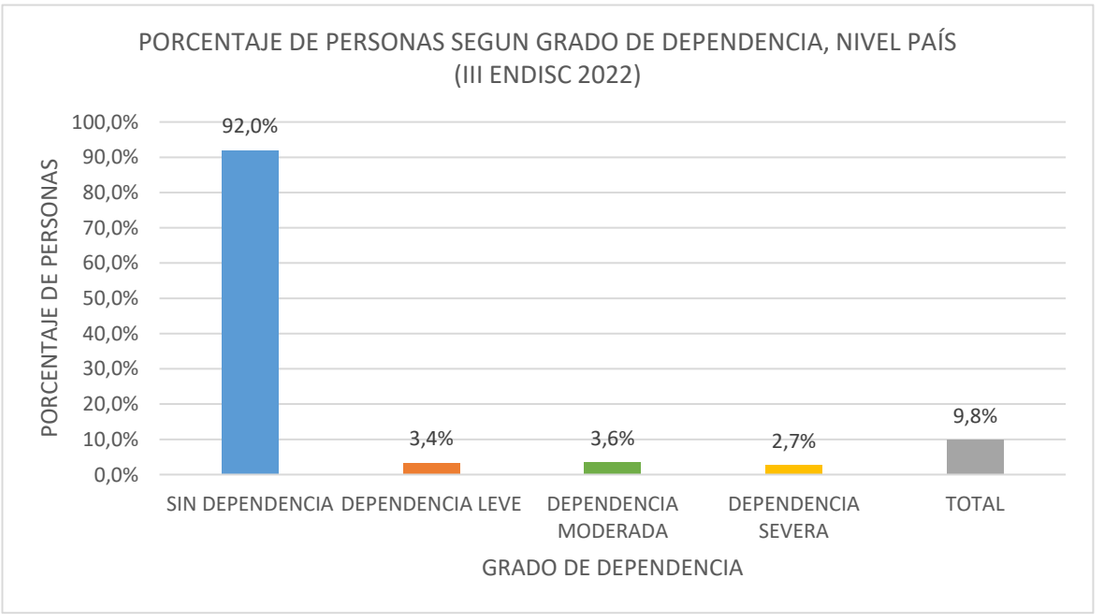
La distribución de la población adulta según discapacidad y grado de severidad en la Región de La Araucanía es la siguiente: El 22% de la población adulta de la región tiene discapacidad, que equivale a 179.161 personas. El 7,4% tiene discapacidad leve a moderada, que corresponde a 60.171 personas. El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

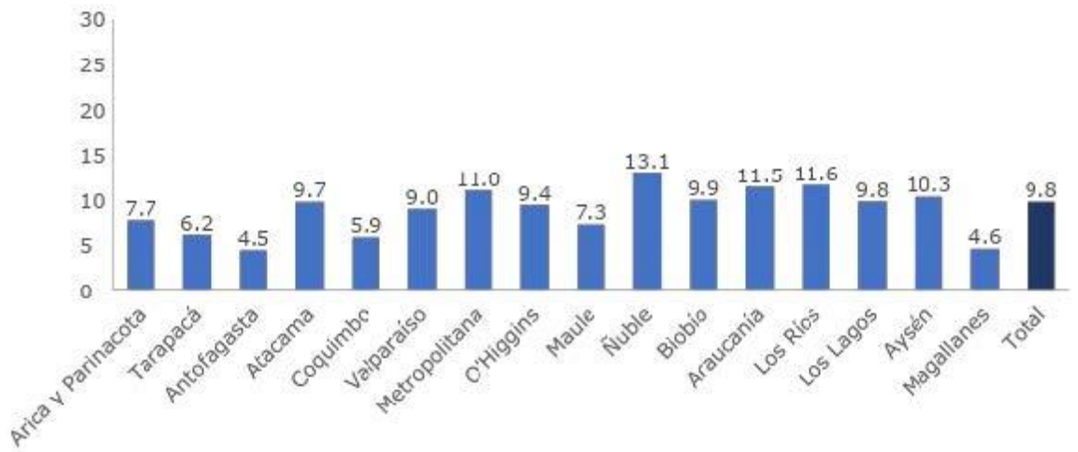
4.1.7.1 Prevalencia de la población adulta en situación de dependencia.

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.



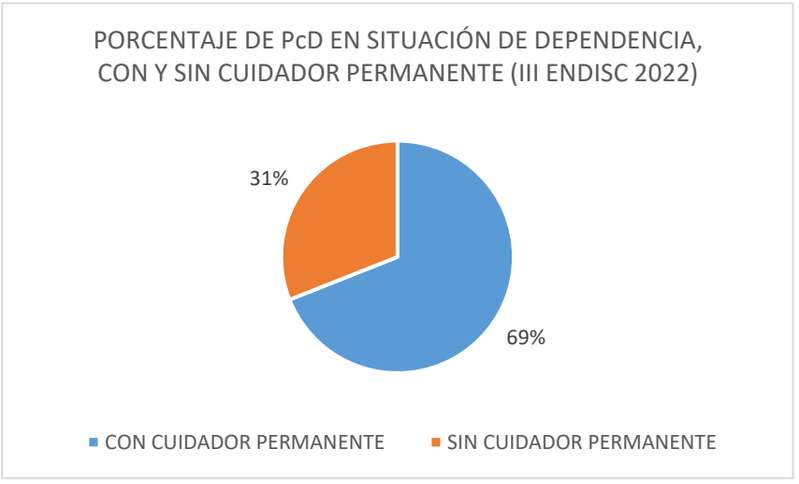
Fuente: Gráfico extraído del III ENDISC 2022.

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.

4.1.7.3 AVISA, AVPP Y AVP:

Los datos específicos sobre los años de vida saludables perdidos (AVISA), años de vida potencialmente perdidos (AVPP) y años de vida perdidos (AVP), para la comuna de Traiguén no están disponibles en fuentes públicas detalladas para esta comuna.

4.2 DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO DEPARTAMENTO DE SALUD MUNICIPAL DE TRAIGUÉN

El objetivo general del Diagnóstico Participativo es lograr un espacio de confianza donde los participantes (representantes de las comunidades rurales, Juntas de Vecinos y otras organizaciones) expresen libremente sus opiniones respecto a temas seleccionados previamente y que son pertinentes a salud, sobre la base del estímulo de los facilitadores (equipo de salud DSM).

El Diagnóstico Participativo pretende además formular un plan de acción derivado de las diversas necesidades y problemas detectados y priorizados por la comunidad, el cual requiere de un compromiso de los participantes en las soluciones propuestas; involucrando a más actores y un inherente trabajo en red en todo este proceso de mejora.

El equipo coordinador optó por utilizar la técnica cualitativa FODA, *Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas.*

Los temas seleccionados fueron los siguientes:

1. Atención en las postas de Salud.

2. Mejoramiento de Postas Rurales

3. Calidad de vida de la infancia y el adulto mayor.

4 - Participación social y recreación.

5 - Contaminación y medio ambiente.

Estos temas fueron considerados relevantes por el equipo coordinador del Diagnóstico Participativo, ya que se han trabajado en diversos encuentros con la comunidad y siempre aparecen dentro de las inquietudes y necesidades más frecuentes y que exigen mayor respuestas tanto del Departamento de Salud como de otras instituciones públicas.

- Existe una concientización de las comunidades respecto de la importancia de su participación activa y constante en los distintos ámbitos analizados. Entendiendo que la intervención de las instituciones por si solas no es suficiente para las transformaciones que se esperan; comenzando desde el esfuerzo individual hacia arriba (familia-comunidad- institución-políticas públicas).
- El trabajo en red con otras instituciones, además de salud, es necesaria y fundamental para avanzar en la resolución de problemas de distinta índole.
- La ruralidad en si misma es un factor de riesgo que afecta la calidad de vida, ya que existe una percepción general de que las comunidades quedan fuera de la oferta recreativa y otros servicios que se da en la ciudad (deporte y actividad física, eventos masivos, encuentros culturales, cuidado de mascotas, etc.)
- El mal estado de los caminos y dificultades de acceso es una necesidad imperante en el análisis grupal; ya que afecta indirectamente la salud de los usuarios (en traslado de pacientes, conectividad con las postas, transporte público disponible).
- Es fundamental continuar con el fortalecimiento de la salud mapuche en los distintos sectores rurales con el apoyo del Departamento de Salud Municipal, manteniendo la labor del facilitador intercultural.
- Es fundamental ampliar las actividades de participación social, ya que, es una de las principales estrategias validadas por las comunidades para prevenir y promover temas relacionados con salud u otros afines como medioambiente, abarcando la mayor cantidad de población beneficiaria rural.

4.2.1 PRINCIPALES PROBLEMÁTICAS IDENTIFICADAS EN EL PROCESO DEL DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO

- Microbasurales, Retiro de desechos domiciliarios.
- Consumo problemático de alcohol.
- Aumento del número de personas con patologías de salud mental.
- Personas mayores sin redes de apoyo familiar.
- Falta mayor integración de interculturalidad por medio de medicina mapuche para usuarios mapuche y no mapuche.
- Demora en atención con especialistas.

4.2.2 PLAN DE ACCIÓN

Lo principal en este apartado en particular, se relaciona con el compromiso de desarrollar acciones acordes a las necesidades planteadas por los y las usuarias durante el proceso de Diagnóstico Participativo, logrando generar una vinculación importante con los programas que se encuentran activos y en desarrollo desde el Departamento de Salud Municipal de Traiguén , además de considerarlo en el plan anual de participación, con medios de verificación y supervisado por el Sub departamento de Participación Ciudadana y Satisfacción Usuaria del Servicio de Salud Araucanía Norte.

4.2.3 PROPUESTAS DE ACCIONES

Problema priorizado	**Propuesta de acción**	**Verificadores**	**Responsable**
Microbasurales	Gestionar talleres con oficina de aseo y ornato y acción sanitaria.	REM A27 Lista de asistencia y fotografía.	Asistente social TENS y dirigentes comunitarios.
Consumo problemático de alcohol	-Consejerías familiares y educaciones grupales en prevención del consumo problemático de alcohol a adolescentes y adultos. -Gestionar con hospital tratamiento farmacológico a usuarios con dependencia de alcohol y respectivo seguimiento por equipo APS.	REM A19a – A27 Lista de asistencia Fotografía.	Equipo salud mental.
Aumento del número de personas con patologías de salud mental	Talleres educativos en manejo del estrés, autocuidado salud mental y habilidades socioemocionales Capacitar a funcionarios clínicos en la guía mhGAP (programa de acción para disminuir brechas en salud mental).	REM A27 Lista de asistencia y fotografía.	Equipo de salud mental. Profesionales capacitados en mhGAP.
Personas mayores sin redes de apoyo familiar	Identificación de redes. Mediación familiar. Derivación al tribunal de familia cuando la mediación es frustrada.	REM A06 Registro local. Registro ficha clínica.	Dupla psico-social.
Falta mayor integración de interculturalidad por medio de medicina mapuche para usuarios mapuche y no mapuche.	Aumentar difusión en oferta de salud intercultural disponible lawentuchefe y machi)	REM	Facilitador intercultural.
Demora en atención con especialistas.	Priorización adecuada de interconsultas. Gestión de facilitador intercultural en población mapuche	Referencia contra referencia.	Medico contralor y facilitador intercultural.

V. DIAGNÓSTICO DE RECURSOS EN SALUD

5.1 DOTACION DE SALUD

CATEGORÍA FUNCIONARIA		PROFESIÓN	N° HRS. SEMANALES	N° DE FUNCIONARIOS	JORNADAS SEMANALES
GESTIÓN DIRECTIVA	DIRECTIVOS DIRECCIÓN SALUD	DIRECTORA DE SALUD	44	1	COMPLETO
GESTIÓN ADMINISTRATIVA		JEFE DE FINANZAS ING. COMERCIAL	44	1	COMPLETO
		ING. EN ADMINISTRACIÓN EMPRESA MENCIÓN FINANZAS “ENCARGADA DE ADQUISICIONES”	44	1	COMPLETO
		ENCARGADO DE REMUNERACIONES	44	1	COMPLETO
		TÉCNICO EN ADMINISTRACION EN SALUD ENCRAGADA OFICINA DE PERSONAL	44	1	COMPLETO
		ADMINISTRATIVO DE SALUD ENCARGADA OFICINA DE PARTES	44	1	COMPLETO
		ADMINISTRATIVO DE SALUD ENCARGADO DE INVENTARIO Y ACTIVO FIJO, ENTRE OTRAS FUNCIONES	44	1	COMPLETO
		ADMINISTRATIVOS	132	3	COMPLETO
		TÉCNICO	22	1	COMPLETO
		FACILITADORA INTYERCULTURAL	88	2	COMPLETO
		PROFESIONAL CATEGORIA B	44	1	COMPLETO
		TÉCNICO CATEGORIA C	44	1	COMPLETO
		COORDINADORES	66	3	COMPLETO
		TOTAL HORAS	**704**		

CATEGORÍA FUNCIONARIA	PROFESIÓN	N° HRS. SEMANALES	N° DE FUNCIONARIOS	JORNADAS SEMANALES
CATEGORIA A	MÉDICOS	88	2	COMPLETO
	ODONTÓLOGOS	88	2	COMPLETO
	QUÍMICOS FARMACEUTICOS	44	1	COMPLETO
CATEGORIA B	ENFERMERAS	198	5	COMPLETO
	NUTRICIONISTAS	110	3	COMPLETO
	MATRONAS	88	2	COMPLETO
	ASISTENTES SOCIALES	132	3	COMPLETO
	PSICOLOGOS	132	4	COMPLETO
	KINESIOLOGOS	88	3	COMPLETO
	OTRO. ESPECIFICAR: EDUCADORA DIFERENCIAL	44	1	COMPLETO
CATEGORIA C	TENS	880	20	COMPLETO
	TANS	0	0	COMPLETO
	TONS	88	3	COMPLETO
	TEC. REHABILITACION	0	0	COMPLETO

	TEC. SERVICIO SOCIAL	0	0	COMPLETO
	OTRO. ESPECIFICAR	0	0	COMPLETO
CATEGORIA D	PARAMÉDICO	44	1	COMPLETO
CATEGORIA E	ADMINISTRATIVOS	0	0	COMPLETO
CATEGORIA F	CONDUCTORES	308	7	COMPLETO
	AUXILIARES DE SERVICIO	132	3	COMPLETO
	GUARDIAS	0	0	COMPLETO
SUBTOTAL		**2464**		
DOTACIÓN TOTAL		**3168**		

La Dotación contratada para el 2024 se financia con el percápita más el aporte muncipal siendo reajustada anualemnte de a acuerdo a la Ley de presupestos de la Nación. Para el año 2025 la Dotación fue aprobada a través de la Resolución N° 2795 del fecha 30/10/2024 y Decreto Alcaldicio N° 3156 del 08/11/2024.-

5.2 RECURSOS FÍSICOS Y TECNOLÓGICOS

5.2.1 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 -Camilla Ginecológica - Balón de Oxígeno con manómetro -Glucómetro -Refrigerador clínico medicamentos	0 1 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

5.2.2 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

5.2.3 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

5.2.4 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

5.3 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

5.4 INFRAESCTRUCTURA

5.4.1 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 CONTRERAS	2016	18 Km	De Lunes a Jueves 08:30 - 17:30 horas y Viernes 08:30 – 16:30	ÓPTIMO	4 VECES AL MES
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

5.4.2 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.

5.4.2.1 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.

5.4.2.2 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.

5.5 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.

5.6 INTERSECTOR

Instituciones Públicas	– Juzgado de Letras, Garantía y Familia – Fiscalía Local – Centro de mediación familiar – Oficina de discapacidad – Corporación de Asistencia Judicial – PDI – 3a Comisaria de Carabineros (Villa Quilquen y Traiguén) – Hogares de Menores (Cecilia Widmer) – Casa de la Cultura – Museo	– Hospital de Traiguén – Hospital de Victoria – Seguridad Ciudadana – OMIL – Bomberos – 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
Instituciones Privadas	– Establecimientos de Larga Estadía para adultos Mayores (ELEAM) – FRONTEL	– Aguas Araucanía – Universidades, Institutos profesionales y Centros de formación técnica
Gobierno Local	– Alcalde – Consejales	
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
Liceos	– Luis Durán – Lucila Godoy Alcayaga	– Agrícola y Forestal Suizo la Providencia
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)
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

Medios de Comunicación	– Radios Magistral – Radio Estefania	– Canal TV Zona D
Instituciones Religiosas	– Iglesia Católica y Protestantes, urbanas y rurales.	

VI. BRECHA SANITARIA Y BRECHA ASISTENCIAL

Respecto al recurso humano, con las horas disponibles por profesional, se dificulta el compatibilizar el cumplimiento de las metas e indicadores definidos, con el trabajo administrativo por la gestión y cumplimiento de programas, y la demanda de atención clínica, considerando que exista una concordancia con el Modelo de atención de salud familiar.

Como Departamento de Salud Municipal de Traiguén, enfrentamos una gran dificultad debido a la dispersión geográfica de los sectores rurales donde brindamos prestaciones asistenciales. Esta situación a menudo provoca que los tiempos de atención superen los estándares definidos por el Ministerio de Salud, ya que muchos usuarios de mayor edad tienen dificultades para trasladarse caminando hacia la Posta de Salud Rural (PSR) o las Estaciones Medico Rurales. (EMR).

Además, hemos incrementado con el tiempo las prestaciones domiciliarias para nuestros usuarios, abarcando consultas profesionales, tratamientos, rehabilitación y seguimiento de personas mayores de 65 años. Esto responde a que nuestra población per cápita está compuesta mayormente por adultos y adultos mayores, muchos de ellos con multimorbilidades que requieren atención especializada y continua.

En cuanto a la infraestructura, varias de nuestras Postas de Salud han superado su vida útil, lo que implica que, aunque se mantienen en funcionamiento, algunas presentan desperfectos frecuentes y condiciones sanitarias que no son óptimas para brindar una atención de mayor calidad a nuestros usuarios, además, la cantidad de box de atención resulta insuficiente para los profesionales que realizan rondas.

Producto de que estamos en una zona de conflicto, mucha de la locomoción rural ha suspendido sus recorridos hacia el radio urbano de Traiguén y en los lugares donde existe su frecuencia es de 2 a 3 veces a la semana.

El Departamento de Salud cuenta con un financiamiento insuficiente para la atención primaria, basado en la modalidad de aporte per cápita que otorga el Ministerio de Salud según la población inscrita y validada. Este mecanismo tiene como objetivo cubrir los costos de las prestaciones y acciones incluidas en la canasta básica de Atención Primaria; sin embargo, en la actualidad resulta insuficiente para cubrir las necesidades reales. Por ello, el Municipio, como Entidad Administradora, debe asumir cada año el desafío de incrementar y ejecutar en su totalidad los aportes municipales comprometidos, para el año 2024 corresponde a $239.700.000.- y para el año 2025 corresponde a $259.000.000.-más el reajuste establecido por ley de presupuestos.

Todas las derivaciones para resolver la lista de espera de especialidades se realizan en la subred del Hospital de Victoria, el Hospital de Traiguén y mediante compras de prestaciones en establecimientos privados. Esto implica que nuestra población debe desplazarse hacia el radio urbano y otras comunas, lo cual requiere destinar recursos económicos adicionales para facilitar el traslado de los usuarios rurales, permitiéndoles acceder a la toma de exámenes y a la atención de especialistas fuera de la comuna.

En el último tiempo, a pesar de la mejoría en la conectividad telefónica y de internet, se siguen presentando interrupciones prolongadas de energía eléctrica durante el invierno, debido a emergencias climáticas, y en verano, a causa de incendios forestales. A esto se suma el robo de cables de cobre destinados a la electrificación rural, lo cual ha provocado inasistencias de usuarios a controles médicos y consultas con profesionales, además de dificultar la coordinación de traslados a servicios de urgencia, controles de especialidad y otros servicios esenciales.

En cuanto al desempeño habitual del personal de salud, existe también sensación de inseguridad en los caminos para dirigirse a su puesto de trabajo, también durante la permanencia en las Postas de Salud, dado los eventos ocurridos recientemente en algunos sectores rurales de la provincia.

VII. EVALUACIÓN DE LAS ACCIONES Y PROGRAMAS EJECUTADOS

7.1 METAS SANITARIAS LEY 19.813 AÑO 2024

Nº	INDICADORES	NUMERADOR	DENOMINADOR	META 2024
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 2024	N° de Niños/as de 12 a 23 Meses Diagnosticados con Riesgo en su primera evaluación del DSM de Enero a Diciembre del 2024.	90%
2	Cobertura de PAP (80%)	N° logrado de Mujeres de 25 a 64 años inscritas validadas, con PAP vigente a diciembre 2024	N° Mujeres 25 a 64 Años Inscritas Validadas para el año 2024	899
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 2024	N° total de niños/as inscritos validados de 0 a 9 años 2024	41 %
3.B	Niños y niñas 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 2024	N° total de niños/as de 6 años inscritos validados para el año 2024	35 %
4	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	27,8 %
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 %
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	39,9 %
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 2024	N° de niños/as con control de salud del sexto mes realizado en el periodo de enero a diciembre del 2024	80 %
7	Participación Social (100%)	Plan de participación Social elaborado y funcionando participativamente. Se espera un cumplimiento anual de a lo menos un 80% de las actividades programadas.		80 %

7.2 INDICE DE ACTIVIDAD DE LA ATENCION PRIMARIA (IAAPS)

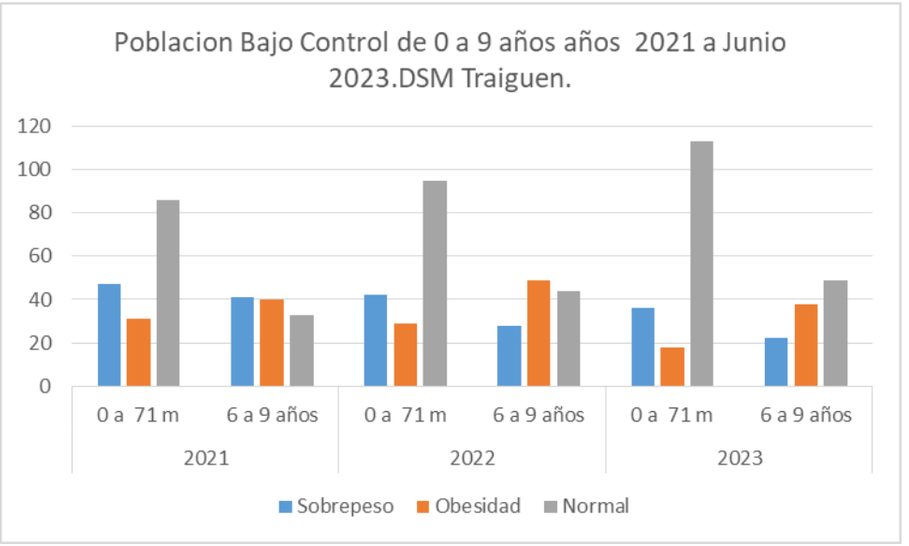
IAAPS 2024			%
1.-	Modelo Asistencial: Porcentaje de centros de salud autoevaluados mediante instrumento para la evaluación y certificación de desarrollo en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario (MAIS) vigente.	N° de centros de salud de la comuna autoevaluados mediante instrumento para la evaluación y certificación de desarrollo en el modelo de atención integral de salud familiar y comunitario (MAIS) vigente / N° de establecimientos de salud de la comuna comprometidos para el 2024.	6/6
2.-	Ámbito RISS Organización y Gestión: Continuidad de la Atención y disponibilidad de fármacos	(Nº de establecimientos funcionando de 8:00 a 20:00 horas de lunes a viernes y sábados de 9:00 a 13:00 horas / Nº total de establecimientos visitados) * 100 N° de fármacos trazadores disponibles / N° total de fármacos trazadores) * 100	N/A
3.-	Tasa de consultas de morbilidad y de controles médicos, por habitante año	N° de consultas de morbilidad y controles realizadas por médicos / Población inscrita	1,20
4.-	Porcentaje de consultas y controles resueltos en APS (sin derivación al nivel secundario)	(N° de control y consulta médica realizada en APS - N° SIC de Control y Consulta Médica generadas en APS / N° total de controles y consultas médicas realizadas en APS) * 100	95 %
5.-	Tasa de Visita domiciliaria Integral	Nº de visitas domiciliarias integrales realizadas / N° de familias (Población inscrita /3,3)	0,31
6.1A	Cobertura Examen de Medicina Preventiva realizado a mujeres de 20 años y más.	N° de EMP realizados a mujeres de 20 a 64 años / Total de la población de mujeres de 20 a 64 años inscrita - Población bajo control 20 a 64 años en programa Cardiovascular - Población de embarazadas en control de 20 a 54 años) * 100	20,04 %
6.1B	Cobertura Examen de Medicina Preventiva realizado a hombres de 20 años y más.	N° de EMP realizados a hombres de 20 a 64 años / Total de la población de hombres de 20 a 64 años inscrita - Población bajo control 20 a 64 años en programa Cardiovascular) * 100	18,84 %
6.2	EMP hombres y mujeres de 65 y más años	N° de adultos de 65 y más años con Examen de medicina preventiva comprometidos/ Población inscrita de 65 y más años inscrita) *100	62,26 %
7.-	Cobertura de evaluación del desarrollo psicomotor en niños y niñas de 12 a 23 meses bajo control	Niños y niñas de 12 a 23 meses con evaluación del desarrollo psicomotor / N° total de niños y niñas entre 12 a 23 meses bajo control) * 100	95 %
8.-	Cobertura de control de salud integral a adolescentes de 10 a 19 años.	Nº de controles de salud integral realizados a adolescentes de 10 a 19 años / Población adolescente de 10 a 19 años inscrita en el establecimiento de salud) * 100	21 %
9.-	Porcentaje de consulta de morbilidad odontológica en población de 0 a 19 años.	(Nº consultas de morbilidad odontológica en población de 0 a 19 años) / Población inscrita de 0 a 19 años) * 100	30,17 %
10.1	Cobertura de atención Integral a personas con factores de riesgo, condicionantes de salud mental y trastornos mentales.	N° de personas con factores de riesgo, condicionantes de salud mental y trastornos mentales bajo control de bajo control de 0 y más años / Número de personas con factores de riesgo, condicionantes de salud mental y trastornos mentales de 0 y más años esperados según prevalencia * 100.	22%
10.2	Tasa de controles de atención integral a personas con factores de riesgo, condicionantes de salud mental y trastornos mentales	Nº de personas bajo control en el programa de salud mental de 0 y más años	4,72
11.-	Cumplimiento de garantías explicitas en salud cuyas acciones son de ejecución en Atención Primaria	Nº de casos GES en atención primaria con garantía atendida/ Nº total de casos GES en APS) * 100.	100 %
12.-	Cobertura de vacunación anti-influenza en población objetivo definida para el año en curso	(N° de personas pertenecientes a grupos objetivos de población definidos, vacunados con anti influenza /Total de población inscrita de los grupos objetivos) * 100.	80 %
13.-	Ingreso precoz de mujeres a control de embarazo	N° de mujeres embarazadas ingresadas a control antes de las 14 semanas / Total de mujeres embarazadas ingresadas a control) * 100	91,67 %
14.-	Porcentaje de adolescentes inscritos de 15 a 19 años bajo control de regulación de fertilidad	(N° de adolescentes de 15 a 19 años inscritos que usan métodos de regulación de la fertilidad bajo control / Total adolescentes de 15 a19 años inscritos) * 100	28,39 %
15.-	Cobertura de tratamiento en personas con DM tipo 2 de 15 y más años	Nº de personas con Diabetes Mellitus 2 de 15 y más años bajo control / Total de personas con diabetes de 15 y más años, esperados según prevalencia) * 100	63,23 %
16.-	Cobertura de tratamiento en personas con HTA de 15 y más años	Nº de personas con HTA de 15 y más años bajo control / Total de personas con HTA de 15 y más años, esperados según prevalencia) * 100	55 %
17.-	Proporción de niñas y niños menores de 3 años libre de caries en población inscrita	N° de niños y niñas menores de 3 años con registro CEOD= 0 / N° de niñas y niños menores de 3 años inscritos) * 100	82,14 %
18.-	Proporción de niñas y niños menores de 6 años con estado nutricional normal.	N° de niños y niñas menores de 6 años con estado nutricional normal / N° de niñas y niños menores de 6 años inscritos) *100	83 %

7.3 EVALUACIÓN DE PROGRAMAS

7.3.1 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.

Diagnóstico Nutricional Población Bajo Control Infantil y Adolescente						
Estado	2021		2022		2023	
Nutricional	0 a 71 m	6 a 9 años	0 a 71 m	6 a 9 años	0 a 71 m	6 a 9 años
Sobrepeso	47	41	42	28	36	22
Obesidad	31	40	29	49	18	38
Normal	86	33	95	44	113	49
TOTAL	164	114	166	121	167	109



Fuente: REM P02

La población infantil bajo control se ha mantenido constante en los últimos años , según el Estado Nutricional en el menor de 6 años se presenta una disminución del número de niños/as con Malnutrición por Exceso incrementando el número de niños(as) con estado nutricional Normal, nuestro establecimiento ha fortalecido 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 .

NIÑOS Y NIÑAS DE 0 A 2 AÑOS SEGÚN TIPO DE ALIMENTACIÓN	TOTAL
Lactancia Materna exclusiva	24
Lactancia Materna / Formula Láctea	10
Formula Láctea	-
Lactancia Materna más alimentación complementaria	15
Lactancia Materna/ Fórmula Láctea/alimentación complementaria	8
Fórmula Láctea Alimentación complementaria	15
Número de niños y niñas controlados	56

Fuente: Serie P de junio 2024

Evaluación y Seguimiento del Desarrollo Infantil:

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.

Aplicación test de Desarrollo Psicomotor (EEDP-TEPSI)		72
Primera Evaluación	Normal	53
	Normal con Rezago	7
	Riesgo	8
	Retraso	2

Fuente: REM SA CO- septiembre 2024.

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.

Escala de Edimburgo a Gestantes y Mujeres Post Parto.

La Escala de Depresión de Post-Parto de Edimburgo, se creó para asistir a los profesionales de la atención primaria de salud en la detección de las madres que padecen de depresión de post-parto; una afección alarmante más prolongada que la "Melancolía de la Maternidad", lo cual ocurre durante la primera semana después del parto, pero que es menos grave que la psicosis del puerperio.

De acuerdo a lo observado durante el año 2022 se tiene que en la Aplicación de Escala de Edimburgo a Gestantes y Mujeres Post Parto

Evaluación a Gestantes	Primera evaluación (2º control prenatal)	16
	Reevaluación (con puntaje elevado en la primera evaluación)	2
Evaluación a mujeres post parto o síntomas de depresión	A los 2 meses	9
	A los 6 meses	5

Contar con un Equipo de Salud Mental al cual derivar en forma oportuna nos permite alcanzar intervenciones de impacto que evitar perpetuar los problemas que repercuten en la crianza de los niños/as.

Sala estimulación itinerante

Los padres y la familia juegan un rol fundamental en la estimulación de los niños(as) y, si el desarrollo de ellos(as) es adecuado o "normal" es porque están siendo adecuadamente estimulados en sus hogares y no requieren un apoyo adicional de una modalidad de estimulación

Sin embargo, cuando un niño(a) presenta algún riesgo de retraso en su desarrollo, es importante apoyar a los padres y madres, entregándoles herramientas y conocimientos sobre estimulación, y así favorecer un adecuado desarrollo (ese es el objetivo de las modalidades de estimulación).
El recurso humano con el que cuenta esta sala es Educadora Diferencial y actualmente por exigencia ministerial se incorpora profesional Fonoaudióloga.

Los Niñas/os con Rezago, Déficit u otra vulnerabilidad ingresados a modalidad de estimulación:

Normal con Rezago	7
Riesgo	8
Retraso	2
Otra Vulnerabilidad	6
Total	**23**

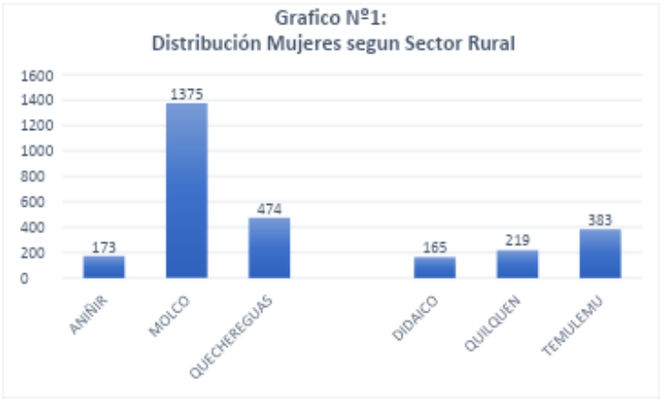
Fuente Co REM-SA Enero a Septiembre 2024

7.3.2 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.

Distribución de población Mujeres sector rural.

Según el percapita DSM 2024 se registra un total de 2.789 de mujeres inscrita, las que se distribuyen por sector rural según el grafico siguiente.



Fuente: Datos extraídos REM P Junio 2024, Percapita 2024.

Control Prenatal

Control donde las gestantes tienen una visita periódica donde la Matrona para evaluar evolución de la gestación, solicitando exámenes y ecografías correspondientes, además de realizar educación continua a la gestante y su familia. Actualmente realizan su control un total de 15 gestantes, en las distintas postas de salud rural, las cuales se distribuyen según edad como se observa en la siguiente tabla.

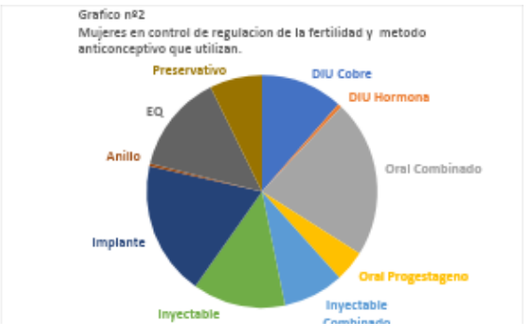
Grupo de edad	Total de gestantes en control
Menos de 15 años	-
15 a 19 años	1
20 a 24 años	2
25 a 29 años	4
30 a 34 años	6
35 a 39 años	2
Total	15

Fuente: Datos extraídos REM P Junio 2024

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.



Fuente: Datos extraídos REM P Junio 2024

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. Como meta sanitaria fijada para el año 2024 se fijo la cifra de 899 PAP Vigentes, a octubre de este año tenemos un 93% de cumplimiento.

GRUPOS DE EDAD (en años)	Mujeres con Tamizaje PAP Vigente.
Menor de 25 años	88
25 a 29 años	76
30 a 34 años	120
35 a 39 años	81
40 a 44 años	100
45 a 49 años	100
50 a 54 años	130
55 a 59 años	120
60 a 64 años	109
65 a 69 años	12
TOTAL	936

Fuente: Datos extraídos REM P Junio 2024

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. Actualmente se ha tomado un total de 447 mamografías, observándose la mayor concentración en la población objetivo. La siguiente tabla muestra las mujeres con mamografía vigente a dos años.

GRUPO DE EDAD (en años)	Mujeres con Mamografía vigente (Menor o igual a 2 años)
Menor de 35 años	11
35 a 49 años	124
50 a 54 años	95
55 a 59 años	123
60 a 64 años	115
65 a 69 años	67
70 a 74 años	30
75 a 79 años	4
80 y más años	2
TOTAL	571

7.3.3 CONSULTAS MÉDICAS - MORBILIDAD.

IRA Alta	62
Síndrome Bronquial Obstructivo	2
Neumonía	1
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	5
Otras respiratorias	13
Otras Morbilidades	2.030
TOTAL	2.114

Fuente: CO REM SA Enero a Septiembre 2024.

7.3.4 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 positiva, mejorar 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.

Población bajo control por Problemas de Salud Mental.

VIOLENCIA	VICTIMA	12
	AGRESOR/A	9
TRASTORNOS DEL HUMOR (AFECTIVOS)	DEPRESIÓN LEVE	90
	DEPRESIÓN MODERADA	52
	DEPRESIÓN GRAVE	3
	TRASTORNO BIPOLAR	2

TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDO A CONSUMO SUSTANCIAS PSICOTROPICAS		19
TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO Y DE LAS EMOCIONES DE COMIENZO HABITUAL EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA		18
TRASTORNOS DE ANSIEDAD		27
DEMENCIAS (INCLUYE ALZHEIMER)		21
ESQUIZOFRENIA		8
TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA		2
RETRASO MENTAL		31
TRASTORNO GENERALIZADOS DEL DESARROLLO	AUTISMO	13
	ASPERGER	0
EPILEPSIA		25
OTRAS		2

Fuente: REM –P05 junio 2024.

La Población bajo control el Programa de Salud Mental es de 283 personas a junio 2024, considera ingresos desde el programa infantil al adulto mayor. El mayor número de pacientes bajo control corresponde a la Patología GES Depresión que va desde Leve a Moderada que se interviene en atención primaria y Depresión Grave que requiere derivación a Especialidad.

La incorporación de Facilitador Intercultural al seguimiento conjunto con los profesionales que realizan la intervención en este programa permite el enfoque integral de todos los factores que influyen en el adecuado acompañamiento terapéutico.

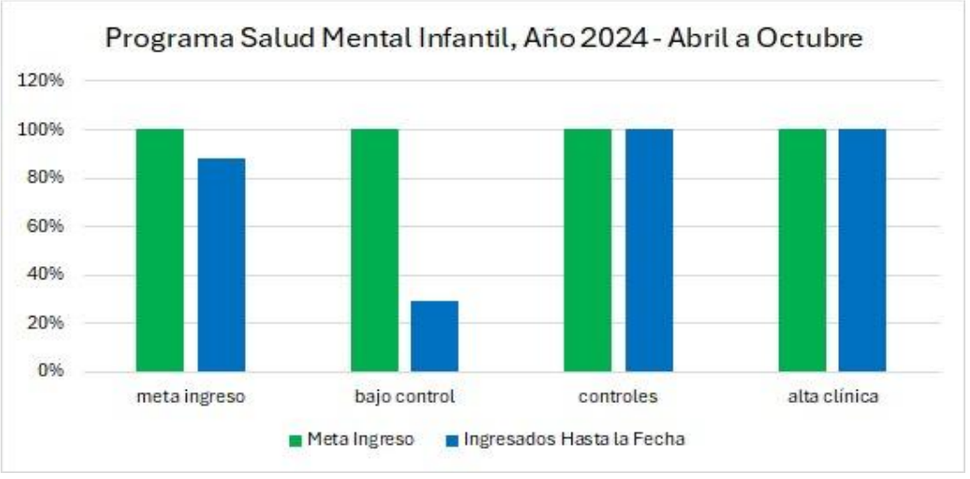
7.3.5 PROGRAMA DE SALUD MENTAL INFANTIL (PASMI)

Este programa surge como extensión de Chile Crece Contigo, que contempla la problematización de la alta prevalencia de trastornos mentales en niñas y niños de Chile (27.8% en 4 a 11 años), a su vez, para la necesidad de disminuir las brechas en la entrega y recepción de tratamiento para abordar trastornos mentales y con el propósito de contribuir a elevar el nivel de salud mental de niños y niñas, mejorando su capacidad individual para prevenir los trastornos mentales, como entregar la atención para su pronta recuperación, esto en términos de acceso, oportunidad y calidad de atención.

Este programa comienza a implementarse desde enero del año 2017 en el Departamento de Salud de Traiguén, está orientado a la atención y tratamiento integral de problemas/trastornos de salud mental en población infantil de tres a nueve años de la Comuna de Traiguén. Para ello se refuerzan equipos de salud a disponibilidad en la red en la que está inserto PASMI y se trabaja de manera intersectorial, abordando al usuario como un sujeto inserto en un contexto en el cual se interviene desde un enfoque familiar-comunitario a través del tratamiento integral, con una visión sistémica y promoviendo la des estigmatización y sensibilización acerca del trastorno mental, como también disminuir las brechas respecto a la entrega de tratamiento en salud mental en la población objetivo, atendiendo a sus redes vinculares directas e indirectas pertinentes dentro de su sistema, como lo son figuras paternales y otros vínculos familiares, como también individuos insertos en el medio dentro de establecimientos educacionales (profesores, educadores) y entre otros que guarden significancia. También se realiza difusión del programa, y talleres de sensibilización de los problemas de salud mental infantil, bienestar socioemocional, como también de habilidades parentales.

El trabajo que se realiza consiste en proveer atención psicológica en niñas y niños de 3 a 9 años, a través del tratamiento y/o prevención de trastornos mentales en niñas y niños, por medio de tratamiento integral, donde el ideal es la activación y utilización de redes locales para el trabajo interdisciplinario, donde también se realizan visitas domiciliarias a establecimientos educacionales

u otras instituciones que aporten al diagnóstico y abordaje del tratamiento. Los y las usuarios/as son ingresados por derivaciones o por demanda espontánea y las sesiones psicológicas se llevan a cabo en el Departamento de Salud Municipal de Traiguén.



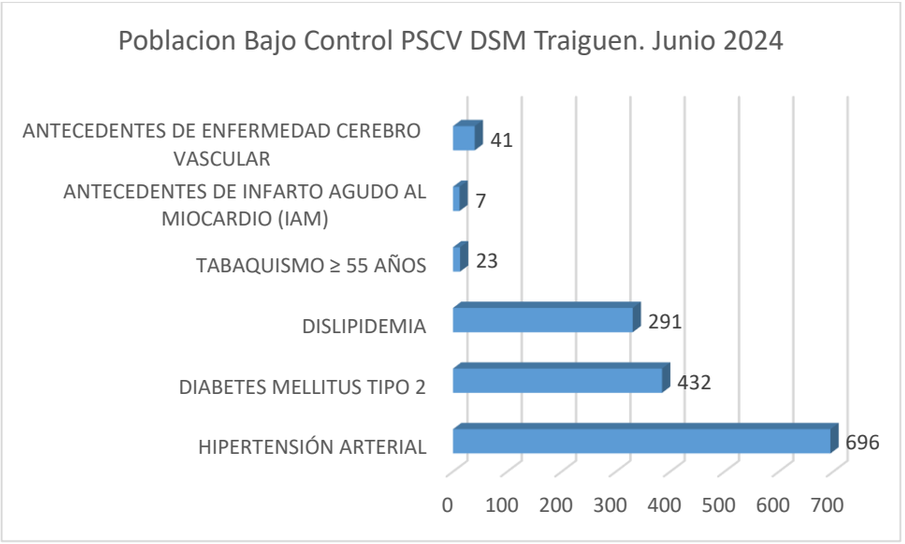
El objetivo para el ingreso de nuevos niños en el año 2024 es de 42 casos. Hasta noviembre, se ha alcanzado el 88, 10% de esta meta, con 37 casos ingresados. En cuanto a los niños bajo control, la meta es de 82 niños, y hasta la fecha se ha logrado que 25 niños continúen en tratamiento, lo que representa un 29, 27% de la meta.

En cuanto a las altas clínicas, el objetivo según el convenio es de 20 casos, y el programa ha alcanzado dicha meta, con 20 altas clínicas realizadas, lo que equivale a un 100% de cumplimiento.

7.3.6 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.



Fuente: REM –P04 Junio 2024

Compensación Población Bajo Control con Hipertensión Arterial

P/A	2021	2022	2023
P/A < 140/90 mmHg en personas de 15 a 79 años	375	353	373
P/A < 150/90 mmHg en personas de 80 y más años	49	40	53
% Compensación en Población Bajo Control	**61%**	**61%**	**61%**

Compensación Población Bajo Control con Diabetes Mellitus Tipo 2

Hb A 1 c	2021	2022	2023
HbA1c < 7% en personas de 15 a 79 años	159	142	147
HbA1c < 8% en personas de 80 y más años	11	12	20
% Compensación en Población Bajo Control	**48%**	**48%**	**43%**

Tratamiento con Insulina	**2021**	**2022**	**2023**
Usan Insulina	89	101	112
% Diabéticos Bajo Control	**25%**	**32%**	**29%**

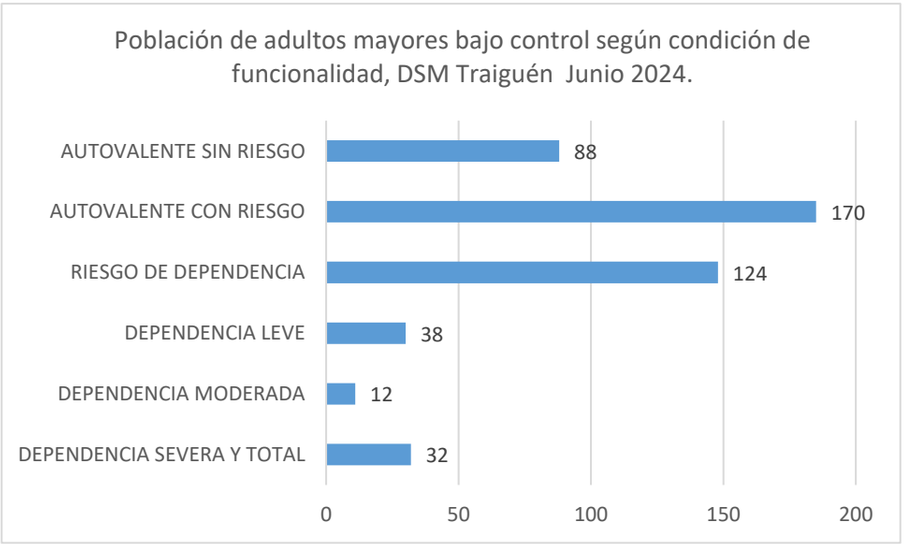
Fuente : Rem P04-

En relación a la población bajo control en este programa hay 869 pacientes, las cifras indican un buen nivel de Compensación para Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus. Se debe mencionar que la estrategia del DSM Traiguén de gestionar la solicitud de fármacos al Hospital de Victoria de los pacientes rurales ha asegurado la continuidad del tratamiento ya que los medicamentos son despachados por recetas generadas por las Especialidades de Medicina Interna y Cardiología.

La incorporación en CENABAST de medicamentos con mejor tolerancia para el tratamiento de la Diabetes ha permitido una mejor adhesión a tratamiento, sumado a la estrategia de Pastilleros que tienen un seguimiento personalizado por los TENS de sectores rurales.

7.3.7 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.



Fuente: REM –P05 junio 2024

Durante el año 2024 la población bajo control a Junio de 65 y más años son 464 personas, de estos 88 presentan clasificación de autovalente sin riesgo y 376 personas presentan algún grado de alteración de su funcionalidad, de estas 82 presentan dependencia, dependencia leve (38 personas), dependencia moderada (12 personas), dependencia severa y total (32 personas).

Estrategias como el Programa de Acompañamiento Domiciliario a personas en Dependencia Moderada y Severa ha permitido mejorar la oportunidad y continuidad de la atención de las personas mediante la atención integral desde un enfoque preventivo, promocional y curativo de la salud en el domicilio por un equipo integral: Médico, Kinesiólogo, Enfermera, Odontólogo. El que además involucra acciones al Cuidador(a).

7.3.8 PROGRAMA ODONTOLÓGICO

La presencia de enfermedades bucales constituye un gran problema de Salud Pública, por su alta presencia en la población y por ser un factor de elevado impacto, en los individuos y en la sociedad, además del alto costo económico que significa un tratamiento extenso.

Por lo anterior, la Salud Bucal, se ha ido conformando como una prioridad en las políticas de salud, con diferentes prestaciones y poblaciones objetivo. Lo anterior busca disminuir el daño en nuestros adultos y prevenirlo en los niños y adolescentes con el fin de tener adultos sanos en el futuro.

Los programas odontológicos tienen por propósito mejorar la salud bucal de la población beneficiaria del primer nivel de atención, a través de atención preventiva, recuperativa y /o rehabilitación protésica según dependa el caso.

El objetivo general es contribuir a mejorar el acceso a la atención odontológica en Atención Primaria de Salud de los grupos más vulnerables y con alta carga de enfermedad bucal.

Los programas odontológicos que se realizan en el Departamento de Salud Municipal de la comuna de Traiguén son:

Programa	Componente	Estrategia
Odontológico Integral	1.-Más sonrisas para Chile	1.1.-Atención odontológica Integral de mujeres de 20 años y más. De estas atenciones, al menos el 60% debe incluir rehabilitación protésica. La confección de prótesis es para mujeres de 50 años o más
		1.2.- Auditorías clínicas al menos al 5% de las altas odontológicas integrales Más Sonrisas para Chile.
	2.- Atención Odontológica integral a beneficiarios del Programa de Atención Domicilio a pacientes con dependencia severa	2.1.- Altas Odontológicas a beneficiarios del Programa de Atención domiciliaria a personas con dependencia severa
CERO	Población en control con enfoque de riesgo odontológico	1.-Para niños, niñas y adolescentes entre 0 y 19 años 2.-Implementar un modelo de control de usuarios de acuerdo al tratamiento de patologías crónicas.
		2. Mejorar la eficiencia y efectividad de la atención de las personas en riesgo de patologías orales que se controlan en el nivel primario de atención.
		3. Determinar frecuencia de controles según riesgo.
		4. Contribuir a reducir la prevalencia e incidencia de las patologías orales más frecuentes en la población a través de la reducción de factores de riesgo, controles de higiene y hábitos saludables.
GES	1.- Atención Odontológica en Niños 6 años.	1.1.- GES “Salud Oral Integral para niños y niñas de 6 años”
	2.-Atención Odontológica en Embarazadas	2.1.- GES “Salud Oral Integral de la Embarazada”
	3.- Atención Odontológica de Urgencia	3.1.- GES “Urgencia Odontológica Ambulatoria”
	4.- Atención odontológica adulto de 60 años.	4.1- GES “Salud Oral Integral del adulto de 60 años”

Mejoramiento del acceso a la atención odontológica	1.- Resolución de especialidades odontológicas en APS. 2.- Acercamiento de la atención odontológica a través de clínicas móviles a poblaciones de difícil acceso. 3.- Promoción y prevención de la salud bucal en CECOSF 4.- Atención Odontológica de Morbilidad en el Adulto.	1.1.- Endodoncias en APS en población de 15 años o más 1.2.- Prótesis removibles en APS en Población hombre de 20 años o más 2.1.- Clínicas dentales móviles para realizar actividades recuperativas en poblaciones de difícil acceso 3.1.- Apoyo odontológico a CECOSF (con y sin sillón dental). 4.1.- Actividades de morbilidad odontológica a población adulta de 20 años y más en horarios compatibles con el usuario en modalidad de extensión horaria, según programación
Sembrando Sonrisas	1.- Promoción y Prevención de la salud bucal en población parvularia.	2.1.- Consiste en la entrega del componente promocional a través de la intervención educativa en la comunidad (niños y niñas, madres, padres, apoderados) realizada con el apoyo y en coordinación con el equipo educacional del establecimiento. Considera la entrega de un set de higiene oral que corresponde a 4 cepillos y una pasta dental para párvulos.
	2.- Diagnóstico de salud bucal en población parvularia.	2.2- Consiste en la realización de un examen de salud bucal por el/la odontólogo/a en contexto comunitario (sala de clases u otra sala del establecimiento educacional), y registro del índice ceod por medio de la inspección visual con espejo.
	3.- Prevención individual específica en población parvularia.	2.3.- Consiste en la aplicación de barniz de flúor, 2 veces al año, por el/la odontólogo/a, y/o asistente dental, y/o higienista dental en la sala de clases.

Las prestaciones entregadas por el DSM Traiguén a septiembre del 2024 son:

	Meta	Agosto 2024
GES ODONTOLÓGICO		
Libres de Caries 6 años	11	10
Altas Embarazadas	6	3
Altas 60 años	12	6
SEMBRANDO SONRISAS		
Nº Exámenes niños	320	321
Nº Entrega KIT Higiene	320	321
Nº Aplicaciones de flúor	320	321
MEJORAMIENTO ACCESO		
Nº Endodoncias APS + Esp.	30	24
Nº Prótesis APS + Esp.	40	34
Morbilidad Adultos	3840	3288
ODONTOLÓGICO INTEGRAL		
Más Sonrisas	131	52
HER	44	35
Altas Domiciliarias	14	18
N° Atención Odontológica en Domicilio REM A26	22	22
POBLACIÓN BAJO CONTROL		
Pautas CERO presenciales	89	222
N° BAJO RIESGO - REM A03	23	41
N° ALTO RIESGO - REM A03	66	181
METAS SANITARIAS/IAAPS		
Pautas CERO < 10 años	125	128
Morbilidad < 20 años	347	394
Ceod = 0	25	25

7.3.9 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.

OBJETIVO GENERAL

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

RECURSO HUMANO

El equipo del Programa Elige Vida Sana se encuentra formado por los siguientes profesionales:

- Kinesióloga 21 horas
- Profesor de Educación Física 10 horas
- Psicóloga 18 horas
- Nutricionista 18 horas
- Coordinación 7 horas

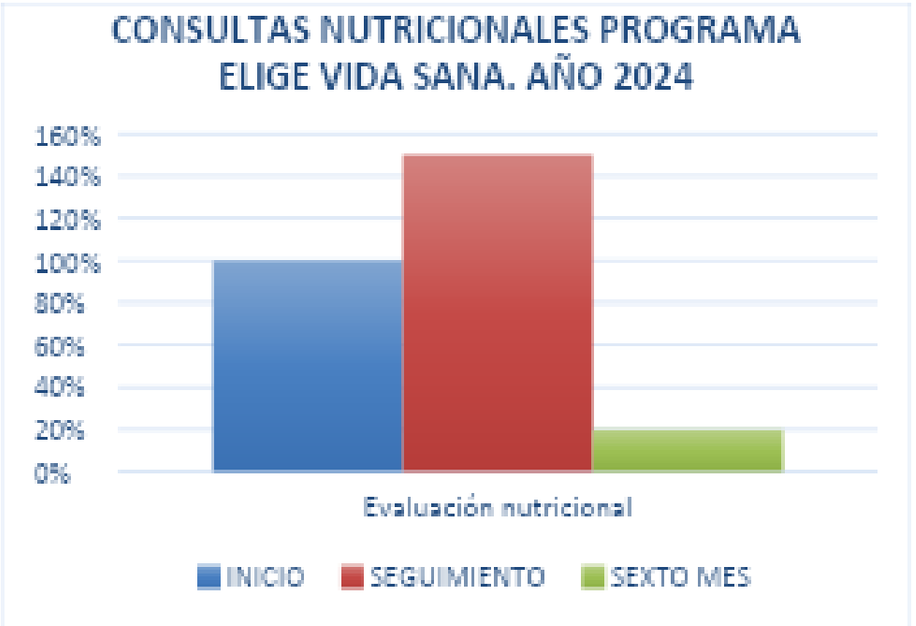
ACTIVIDADES DEL PROGRAMA

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: Profesor de Ed. Física.	40 Test de Ingreso	Sesiones de actividad física (2 semanales por grupo intervenido)	40 Test final
Profesional de la Act. Física: Kinesióloga	60 test de ingreso	Sesiones de actividad física (2 semanales por grupo intervenido)	60 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			

DISTRIBUCIÓN DE CUPOS AÑO 2024

- Niños y niñas de 2 a 5 años 40 cupos
- Niños, Niñas y adolescentes de 6-19 años 30 cupos
- Personas adultas de 20-64 años 30 cupos

CONSULTAS PROFESIONALES AÑO 2024



Fuente: Grafico de elaboración propia. Datos extraídos del REM consolidado Enero a Octubre 2024.

El programa Elige Vida Sana tiene un cupo anual de 100 usuarios/as, respecto a las consultas nutricionales realizadas hasta la fecha, se puede observar que el total de evaluaciones de ingreso se han realizado en un 100% los controles de seguimiento son de acuerdo a las necesidades del usuario, en algunos casos este se ha realizado más a menudo dando un total de 150 atenciones y en el caso de la evaluación final hasta la fecha se han realizado 20% de las atenciones, debido a que la mayoría de las evaluaciones se concentran en los meses de noviembre y diciembre ya que según calendario cumplen el 8vo mes en el programa, (usuarios de jardines infantiles y colegios), debido a que este control solo se realiza una vez cumplido el periodo.



Fuente: Grafico de elaboración propia. Datos extraídos del REM consolidado Enero a Octubre 2024.

En lo que respecta a actividad física el test de inicio se han realizado en su totalidad, es decir, un 100% y los del sexto mes un 17%, cada usuario a lo largo de cada ciclo debe cumplir con 48 sesiones de actividad física, lo que se traduce que hasta la fecha los profesionales han realizado 279 clases presenciales a los grupos intervenidos.



Fuente: Grafico de elaboración propia. Datos extraídos del REM consolidado Enero a Octubre 2024.

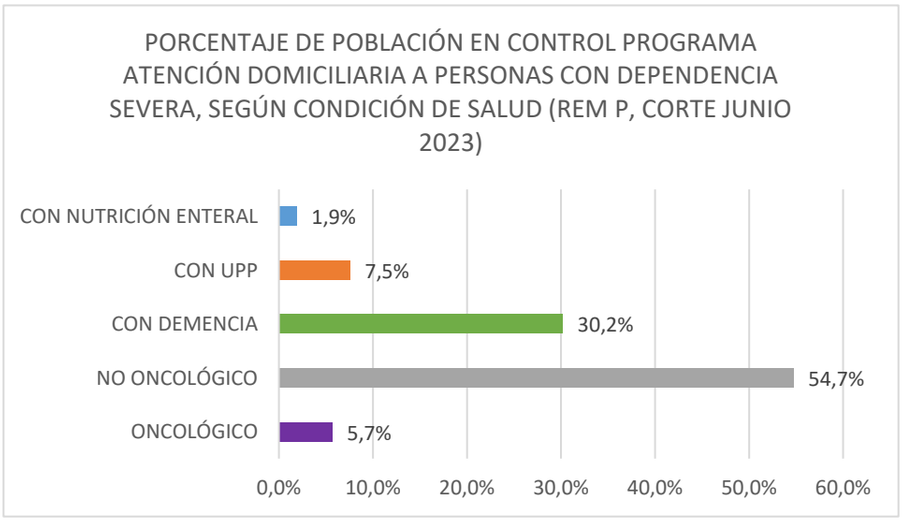
En relación a lo ejecutado en el programa elige vida sana, se efectúa la totalidad (100%) de evaluación de ingreso por parte del profesional Psicólogo, respecto a controles de seguimiento (usuarios evaluados con categorías de Pre contemplación y Contemplación) corresponde a un 5% y finalmente las evaluaciones de egreso refieren un 6%, debido a que la mayoría se concentra en los meses de noviembre y diciembre (70% de los controles de egreso).

7.3.10 PROGRAMA 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.

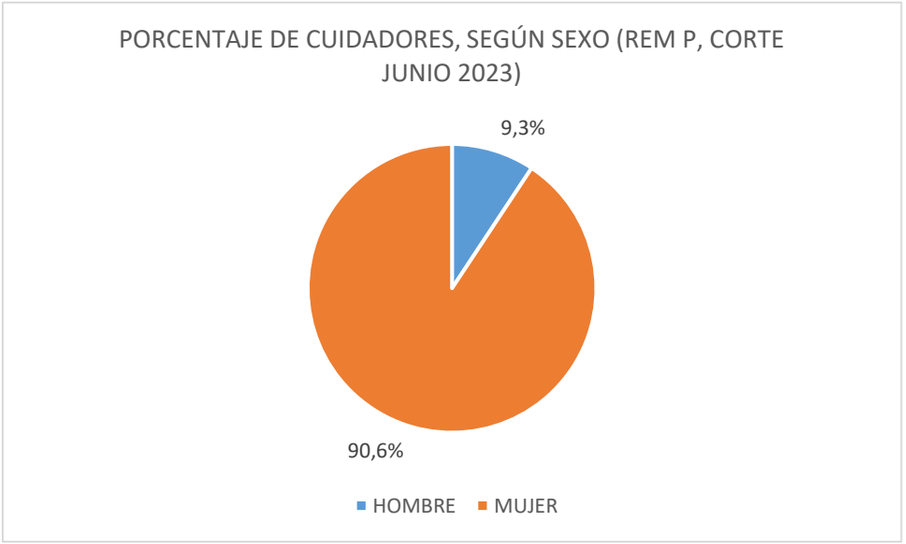
Este programa fue implementado por el Departamento de Salud Municipal (DSM) de la comuna de Traiguén desde el mes de Julio del año 2018, debido a las necesidades observadas en los indicadores demográficos, cuyo financiamiento es cubierto a través del aporte municipal.

El equipo de profesionales del Programa Atención Domiciliaria a Personas con Dependencia Severa del departamento de salud municipal lo componen una enfermera y kinesiólogo/a, complementado transversalmente con la canasta de prestaciones del plan básico de salud familiar y sus profesionales.



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

De la población en control en el Programa Atención Domiciliaria a Personas con Dependencia Severa, el 54,7 % corresponde a personas con dependencia severa de origen no oncológico, seguidas por un 30,2 % de personas con algpun tipo de demencia, 7,5% con úlceras por presión, 5,7% con dependencia severa de origen oncológico y 1,9% de personas con nutrición enteral.



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

Como muestra el gráfico, el 90,6% de los cuidadores de personas con dependencia severa del DSM Traiguén corresponde a mujeres, solo un 9,3% son hombres.

7.3.11 PROGRAMA CUIDADOS PALIATIVOS UNIVERSALES

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.

Este programa comienza a implementarse en el DSM Traiguén en el mes de noviembre del año 2022. El equipo de profesionales lo compone un médico, un químico farmacéutico, una enfermera, una kinesióloga y un TENS, quienes a través de visitas domiciliarias otorgan a los usuarios y familias de este programa una atención de salud integral.

Con respecto a la población bajo control a septiembre del año 2024, un 75% corresponde a usuarios con enfermedades del sistema nervioso vascular y con patologías neurodegenerativas, seguido por personas con enfermedad renal crónica 12.5% y también con un 12.5% enfermedades del sistema nervioso.

7.3.13 VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL

CONCEPTOS	TOTAL
Familia con niño prematuro	5
Familia con niño recién nacido	13
Familia con niño con déficit del DSM	-
Familia con niño en riesgo vincular afectivo	2
Familia con niño de 0 a 12 meses con score de riesgo moderado de morir por neumonía	-
Familia con niño de 0 a 12 meses con score de riesgo grave de morir por neumonía	-
Familia con niño con problema respiratorio crónico o no controlado	-
Familia con niño malnutrido	1
Familia con niño con riesgo psicosocial (excluye vincular afectivo)	1
Familia con adolescente en riesgo o problema psicosocial	-
Familia con integrante con patología crónica descompensada	41
Familia con adulto mayor dependiente (excluye dependiente severo)	29
Familia con adulto mayor en riesgo psicosocial	25
Familia con gestante adolescente 10 a 14 años	-
Familia con gestante >20 años en riesgo psicosocial	5
Familia con gestante adolescente en riesgo psicosocial 15 a 19 años	1
Familia con adolescente con problema respiratorio crónico o no controlado	-
Familia con adulto con problema respiratorio crónico o no controlado	2
Familia con gestante en riesgo biomédico	7
Familia con otro riesgo psicosocial	85
Familia con integrante con problema de salud mental	26
Familia con niños/as de 5 a 9 años con problemas y/o trastornos de salud mental	-
Familia con integrante alta hospitalización precoz	2
Familia con integrante con multimorbilidad crónica (excluye dependencia severa)	7
Familia con niños con necesidades especiales (NANEAS)	2
Familia con NNA trans femenino/masculino	-
A personas con dependencia severa en programa	94
Otras visitas integrales en el sector rural	542

Fuente: REM seria A, Co enero a septiembre 2024

Esta actividad es realizada por uno o más integrantes del equipo de salud en el domicilio de una familia, con el objetivo de establecer una relación con uno o más miembros y su entorno para conocer su medio ambiente y darles apoyo para enfrentar problemas bio-psicosanitarios, en el marco de una relación asistencial continua e integral, que debe ser la característica del quehacer en la atención primaria, tiene un componente centrado en las acciones de fomento, protección, recuperación y/o rehabilitación de la salud.

7.3.14 ATENCIÓN EN DOMICILIO

Esta atención es entregada por profesionales del equipo de salud a un integrante de la familia en su propio hogar, con el fin de brindar apoyo, diagnóstico, tratamiento, recuperación y rehabilitación; está centrada en el proceso de enfermedad e incluye el cuidado paliativo de alivio del dolor, actividad que se desarrolla actualmente en la atención primaria, así como la atención a postrados. Estas acciones se realizan según una evaluación previa y un plan de atención que debiera sea negociado y concordado con la familia y no impuesto desde el equipo de salud.

A personas con dependencia leve		28
A personas con dependencia moderada		26
A personas con dependencia severa	Oncológicos (Excluye cuidados paliativos)	50
	No oncológicos	677
	Atención odontológica	34
	Entrega fármacos/alimentos	87
	Atención farmacéutica	9
	Atención nutricional a personas con indicación de NED	-
	Podólogo	10
	Morbilidad médica	-
	Visitas con otros fines	19
	Telemedicina/teleasistencia	-
	Seguimiento remoto	-

Fuente REM Co SA 26. Sept 2024

7.3.15 EDUCACIÓN GRUPAL

Dentro de los diferentes tipos de intervención la Educación Grupal, es el conjunto de sesiones programadas, dirigidas a un grupo de pacientes, usuarios con la finalidad de mejorar sus capacidades para abordar un determinado problema o tema de salud

Estimulación desarrollo psicomotor		18
Nutrición	Riesgo de malnutrición por exceso	46
	Malnutrición por exceso	337
	Malnutrición de déficit	13
	Sin riesgo de malnutrición	61
Prevención de IRA - ERA		32
Prevención de accidentes		32
Salud buco-dental		27
Prevención violencia de género		-
Salud Sexual y reproductiva	Mujeres	-
	Hombres	1
Talleres de climaterio		-
Educación prenatal (Nutrición-lactancia-crianza-autocuidado-preparación parto y otros)		-
Visita guiada a la maternidad		-
Promoción de salud mental		-
Promoción del desarrollo infantil temprano	Del lenguaje	3
	Motor	3
	Otros	18
Habilidades parentales	Nadie es perfecto	26
	Familias fuertes	-

	Otros	24
Apoyo madre a madre		-
Prevención de salud mental	Prevención suicidio	35
	Prevención trastorno mental	19
Prevención alcohol y drogas		-
Antitabáquica (excluye REM 23)		-
Prevención de la transmisión vertical de VIH-Sífilis		-
Otras áreas temáticas		11
Educación especial en adulto mayor	Estimulación de memoria	25
	Prevención de caídas	25
	Estimulación de actividad física	31
	Auto cuidado	34
	Otras temáticas	25
Uso racional de medicamentos		25
Resistencia antimicrobianos		-
TOTAL		871

Fuente REM Co SA 27. Sept 2024

7.3.16 PROGRAMA DE APOYO A LAS BUENAS PRÁCTICAS EN PARTICIPACIÓN CIUDADANA Y FORTALECIMIENTO COMUNITARIO EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

2. Nombre de la Iniciativa

Formación de competencias en personas mayores *"Küme mogen"*

3. Objetivo/s

Se refiere al "qué" se quiere hacer y logro que se quiera alcanzar. Los objetivos específicos se refieren al "cómo" se llevará a cabo, relacionados a la temática postulada. Extensión máxima es de 1.500 caracteres.

GENERAL

- Contribuir a la formación y fortalecimiento de competencias en personas desde los 60 años pertenecientes a los clubes de adulto mayor del sector rural Comunidad Contreras y Villa Quilquén de la comuna de Traiguén a través de jornadas en temáticas de salud integral con pertinencia intercultural, los cuales se ejecutarán entre los meses de Agosto y Diciembre 2024.

ESPECÍFICOS

- Mantener y/o mejorar la funcionalidad cognitiva, afectiva, física y social en las personas mayores que participarán en las jornadas de formación.
- Formar habilidades en preparaciones de recetas saludables utilizando ingredientes que, según la evidencia, disminuyen el riesgo de deterioro cognitivo en personas mayores, incluyendo los alimentos entregados por el programa PACAM.
- Concientizar sobre la relevancia de una sexualidad activa, enfocada en el envejecimiento saludable.
- Favorecer instancias de socialización, participación y recreación en personas mayores.

4. Fundamento de la Iniciativa

Se refiere al "por qué" es importante llevar a cabo esta iniciativa. Extensión máxima es de 2.000 caracteres.

En Chile, según el Censo del año 2017, la población de personas mayores de 60 años equivale al 16,2% de los habitantes del país y se proyecta que constituya un 30,6% para el año 2050 (INE, 2017). Siguiendo la misma fuente de datos, se evidencia que en el periodo 1992-2021 el grupo de población que presenta el mayor incremento relativo es el de las personas de 60 años y más. Este aumento en la proporción de la población entre los 60 y 74 años responde a un envejecimiento de ritmo acelerado y al paulatino incremento de la esperanza de vida. Esta transición demográfica tendiente al envejecimiento plantea grandes desafíos sanitarios, sociales y económicos, y demanda

conocer en profundidad las características de este segmento de la población en dirección a identificar cuáles son los factores de riesgos para la salud de este grupo poblacional. Respecto al ámbito de la salud mental, en promedio uno de cada diez personas mayores en Chile presenta sospecha de deterioro cognitivo, sin embargo, esta prevalencia aumenta drásticamente con la edad, alcanzando 3,0% en población entre 60-65 años y 36,3% en personas mayores a 80 años (Martínez y col, 2019).

La población beneficiaria del Departamento de Salud Municipal percapitada año 2024 corresponde a un total de 5.436, de los cuales el 25,5% corresponde a personas de 60 y más años, evidenciándose la mayor concentración en los sectores de Comunidad de Contreras y Villa Quilquén, cuyas familias presentan características de hogares unipersonales y matrimonios de edad avanzada en donde uno de sus integrantes manifiesta algún grado de deterioro cognitivo y en muchos casos además alteración de la funcionalidad, hábitos poco saludables y escasa o nula red de apoyo familiar/social, viéndose afectada su calidad de vida en esta última etapa del ciclo vital.

5. Descripción de la iniciativa

Se refiere a "cuáles "serán las actividades necesarias para la implementación de la iniciativa comunitaria que se postula. Extensión máxima es de 3.000 caracteres.

Con la ejecución de este proyecto se busca mantener y/o mejorar las competencias cognitivas, afectivas, sociales y físicas de las personas mayores pertenecientes a los clubes de los sectores rurales de Comunidad de Contreras y Villa Quilquén, a través de la ejecución de un plan de formación de competencias en las temáticas de estimulación cognitiva, movilidad y actividad física, sexualidad y alimentación saludable. Contemplando una parte teórica y práctica donde podrán replicar los conocimientos adquiridos tanto en sus familias como en la comunidad en general. Además, se pretende generar mayor empoderamiento personal y capital social en cada comunidad donde los clubes de adultos mayores se desenvuelven, puesto que sus participantes lograran desarrollar y fortalecer competencias específicas y mayores niveles de autonomía para la participación social en las organizaciones que forman parte. Este proyecto se desarrollará a través de las siguientes jornadas:

- Jornada de formación de competencias en funciones cognitivas, donde se trabajará en grupos guiados por un monitor para la realización de ejercicios de estimulación cognitiva con pertinencia intercultural a través de un cuadernillo de actividades divididas en las áreas de Atención, Funciones ejecutivas, Lenguaje, Memoria y Percepción.
- Jornada de formación de habilidades en cocina saludable, donde los participantes replicarán recetas que incorporen alimentos funcionales.
- Jornada educativa y recreativa en movilidad y actividad física, donde se ejecutarán diferentes actividades físicas mediante juegos competitivos entre dos grupos y se educará en la mantención de rangos funcionales para su aplicabilidad en la vida diaria.
- Conversatorio en "Sexualidad en la persona mayor", donde se normalizara y desmitificara (estereotipos y prejuicios) la vida sexual en la etapa de la adultez mayor y se generará instancia de reflexión en torno a las propias experiencias de los participantes.
- Jornada final de evaluación y sistematización del proyecto. En esta jornada los participantes generarán una retroalimentación del proyecto con el propósito de construir un plan validado por ellos mismos para dar continuidad y replicabilidad a las actividades en sus sesiones mensuales de manera autónoma.

6. Resultados esperados con el desarrollo de la iniciativa comunitaria postulada.

Con la presente intervención al grupo de personas mayores se pretende lograr lo siguiente:

- Que las personas mayores adquieran competencias en el manejo de la cocina saludable.
- Lograr una sexualidad plena sin tabú referente a su etapa del ciclo vital.
- Incorporar la actividad física y/o recreativa en la rutina diaria, tanto en el hogar como en instancias sociales.
- Aumentar la cohesión grupal de ambas organizaciones.
- Retrasar el deterioro físico, cognitivo y social.
- Fortalecer habilidades sociales y de comunicación efectiva
- Obtener como insumo final un plan de continuidad y replicabilidad para cada club de adulto mayor con las modificaciones que los mismos participantes consideren pertinentes.

7. Descripción del territorio

Este proyecto se ejecutará en los sectores rurales de Comunidad Contreras y Villa Quilquén de la comuna de Traiguén, Región de la Araucanía. La sede social de ambos sectores será el espacio físico principal para el desarrollo de las actividades, también se contará con disponibilidad de otros espacios comunitarios existentes como la casa del Adulto Mayor y sedes sociales, las que se utilizarán de acuerdo a requerimientos de las distintas actividades programadas del proyecto.
Para la actividad de cierre se considerará el espacio de centro turístico "La virgen de Lawenko" ubicado en la comuna de Purén, donde se realizará la evaluación y sistematización final del proyecto.

8. Destinatarios de la iniciativa

Destinatarios Directos	**N°**	**Destinatarios Indirectos**	**N°**
Adultos Mayores	50 Aprox.	Familia y cuidadores de adultos mayores	200 Aprox.

Para la realización del proyecto se contará con el equipo multidisciplinario del Departamento de Salud Municipal de Traiguén contemplando Trabajadores sociales, Psicólogos, Kinesiólogos, Nutricionistas, Matronas y Terapeuta Ocupacional.
En cuanto a los clubes de Adulto Mayor, estos están conformados por 50 personas activas en total, los cuales participan en diversas actividades organizadas tanto por las comunidades como por el Departamento de Salud Municipal. Se considera necesario trabajar con estos grupos sociales que, al ser una población de riesgo, resulta fundamental contribuir en su propio bienestar integral entregando nuevas habilidades y herramientas que fortalezcan competencias personales, el sentido de comunidad, participación social y calidad de vida, teniendo en cuenta la ventaja que significa el hecho de que son grupos que ya se encuentran conformados y organizados formalmente.

Por medio de las actividades planificadas en este proyecto se busca a corto plazo que las personas mayores sean conscientes y protagonistas de su salud física y mental, mejorando así su calidad de vida como también transformándolos en agentes de cambio para sus familias y la comunidad de la que son parte.

A largo plazo se espera que las personas mayores disminuyan el riesgo de dependencia en las áreas física, cognitiva y social. De esta manera, se previene que las familias asuman tempranamente un rol de cuidador con todo lo que aquello conlleva (sobrecarga emocional, económica, física y social) y al mismo tiempo fortaleceremos las competencias de los integrantes de cada club en el ejercicio de sus actividades sociales y roles ciudadanos.

VIII. PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS

Se realizó la priorización de problemas a partir del diagnóstico y los recursos existentes y potenciales, en base a los criterios de prevalencia, gravedad, vulnerabilidad y a la intervención e importancia social, a través del Método Hanlon.

PROBLEMAS DE SALUD	COMPONENTE A: MAGNITUD DEL PROBLEMA	COMPONENTE B: SEVERIDAD DEL PROBLEMA	COMPONENTE C: EFICACIA DE LA SOLUCIÓN	COMPONENTE D: FACTIBILIDAD DEL PROGRAMA	PUNTAJE (A+B)*C
Patologías crónicas cardiovasculares descompensadas (HTA y DM II)	**8**	**7,5**	**0,5**	P = Pertinencia= si E = Factibilidad económica= si R = Disponibilidad de recursos=si L = Legalidad= si A = Aceptabilidad= no	**8**
Aumento acelerado de patologías de salud mental	**8**	**7,2**	**0,5**	P = Pertinencia= si E = Factibilidad económica= si R = Disponibilidad de recursos= no L = Legalidad= si A = Aceptabilidad= si	**7,6**
Malnutrición por exceso en ciclo vital infantil (0-6 años)	**8**	**6**	**0,5**	P = Pertinencia= si E = Factibilidad económica= si R = Disponibilidad de recursos=si L = Legalidad= si A = Aceptabilidad= no	**7**

8.1 PROBLEMA DE SALUD N°1: AUMENTO PATOLOGÍAS CRÓNICAS CARDIOVASCULARES DESCOMPENSADAS HTA Y DM II. AÑO 2025

En relación al problema de salud **"Aumento patologías crónicas cardiovasculares descompensadas HTA y DM II"**. Durante este año se estuvo trabajando a través de las VDI y los controles de salud cardiovascular. Se observó que existían múltiples consultas en el servicio de urgencia por patologías crónicas descompensadas y que correspondían al sector rural. Estos usuarios eran evaluados en la urgencia pero posteriormente no existía un canal de derivación formal con DSM por lo que usuario no retomaba controles con su establecimiento de origen.

8.1.2 PROBLEMA DE SALUD N°1: AUMENTO PATOLOGÍAS CRÓNICAS CARDIOVASCULARES DESCOMPENSADAS HTA Y DM II. AÑO 2025

Objetivo	Actividad	Indicador de Proceso	Indicador de Resultado	Meta	Encargado	Medio de verificación
MEJORAR COBERTURA DE TRATAMIENTO, LA INTERVENCIÓN Y RESCATE OPORTUNO DE USUARIOS CON PATOLOGIA CRONICA DESCOMPENSADAEN LA COMUNA DE TRAIGUÉN.	Realizar visita domiciliaria integral con enfoque biopsicosocial para analizar factores de riesgo relacionados con el origen de la descompensación.	N° de VDI realizadas a usuarios con patología cardiovascular descompensada _____ N° de VDI programadas a usuarios con patología cardiovascular descompensada x100	N° de usuarios con patología cardiovascular compensada que tuvieron VDI _____ N° de usuarios con patología cardiovascular inscritos en PSCV X100	Cumplir con el aumento de cobertura de tratamiento de personas con DM y HTA en un promedio del 5% sobre el total del año 2025.	Equipo PSCV Personal Administrativo MEDICO DE URGENCIA PERSONAL SOME	REM P JUNIO 2023 SERIE A26 SECCION A SECCION D ESTADÍSTICA LOCAL (EXCEL) REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA ESTADISTICAS URGENCIA
	Realizar rescate telefónico y/o derivación desprendida de la atención de urgencia, de los usuarios con patología crónica descompensada inasistentes a sus controles de salud cardiovascular.	N° de rescates de personas inasistentes a sus controles del PSCV _____ N° de controles agendados efectivamente de usuarios rescatados del PSCV X100	N° de usuarios con patología cardiovascular que retoman controles tras rescate _____ N° de usuarios con patología cardiovascular inscritos en PSCV X100			

Para el año 2025 se unificaron criterios y se acordó establecer un solo objetivo en donde abarcara ambas patologías cardiovasculares. Se intercambió la actividad de control de salud con equipo PSCV por la actividad de rescate a usuarios descompensados insistentes a sus controles de salud. Se trabajará de forma conjunta con hospital en relación a la derivación de usuarios que consulten en la urgencia, de esta forma se protocolizará la referencia y contra referencia con DSM.

8.2 PROBLEMA DE SALUD N°2: AUMENTO ACELERADO DE PATOLOGÍAS DE SALUD MENTAL. AÑO 2025

Objetivo	Actividad	Indicador de Proceso	Indicador de Resultado	Meta	Encargado	Medio de verificación
FOMENTAR CONDUCTAS DE AUTOCUIDADO DEL PROGRAMA DE SALUD MENTAL EN LA POBLACIÓN ADULTA BENEFICIARIA DE LA COMUNA DE TRAIGUÉN.	Talleres donde se enseñen técnicas de manejo del estrés para población adulta, incorporando la respiración, meditación, mindfullnes u otra estrategia que promueva la sensación de bienestar. Agregando actividades que estimulen funciones cognitivas.	N° de sesiones realizadas durante el año 2025 en sector rural / N° de sesiones programadas a la fecha	Porcentaje de participantes de los talleres que incorporan estrategias de autocuidado de salud mental en su rutina diaria posterior a la actividad (screening simple antes y después)	80%	Equipo de Salud Mental	Listas de asistencia, registro fotográfico y registro audiovisual. REM A-27
		N° de personas que participaron en talleres manejo del estrés año 2025 / N° de participantes esperados (invitados) año 2025			Equipo de Salud Mental	Listas de asistencia, registro fotográfico y registro audiovisual. REM A-27

8.3.3 PROBLEMA DE SALUD 3: MALNUTRICIÓN POR EXCESO EN CICLO VITAL INFANTIL 0 A 9 AÑOS. AÑO 2025

Objetivo	Actividad	Indicador de Proceso	Indicador de Resultado	Meta	Encargado	Evaluación
Implementar estrategias de fomento de conductas de estilo de vida saludables en niños y niñas de 0 a 9 años del sector rural de la comuna de Traiguén	Realizar conversatorios con los padres o cuidadores de los niños y niñas para evidenciar las causas de la malnutrición y enseñar a la planificación alimentaria familiar.	$\frac{Conversatorios\ realizados}{Conversatorios\ les\ Programados}$	$\frac{N^{o}\ de\ usuarios\ asistentes\ que\ que\ interioriza\ \text{los beneficios de los EVS}}{N^{o}\ de\ usuarios\ asistentes} \times 100$	Alcanzar un 55% de los asistentes a las estrategias con cambios en sus estilos de vida	Nutricionistas TENS	REM P REM MENSUAL SERIE 27
	Realizar talleres educativos de alimentación saludable en establecimientos educacionales para los niños y niñas de 0 a 9 años	$\frac{X\ Talleres\ Realizados}{x\ Talleres\ Programados}$	$\frac{N^{o}\ de\ estudiantes\ que\ participa\ de\ taller\ e\ incorpora\ alimentcion\ saludable}{N^{o}\ de\ estudiantes\ que\ parfticipa\ de\ taller\ y\ continua\ comiendo\ chatarra} x100$		Nutricionista TENS	REM P REM MENSUAL SERIE 27

IX. PLAN DE CUIDADOS A LO LARGO DEL CURSO DE VIDA

9.1 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.

9.2 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

9.3 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

9.4 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

9.5 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.

X. PROGRAMA SALUDABLEMENTE

10.1 PLAN COMUNAL DE GESTIÓN DE CUIDADO DE LA SALUD MENTAL DEL PERSONAL DE ATENCIÓN PRIMARIA MUNICIPAL.

La estrategia Saludablemente del personal de salud busca promover un compromiso para desarrollar ambientes laborales saludables, que trasciendan la prevención de riesgos y aborde de manera integral el bienestar mental y social del personal de salud. Dentro de esta estrategia se considera un Apoyo la gestión Local de seguridad cuyo objetivo es Promover ambientes laborales saludables y bienestar integral de los funcionarios del departamento de salud municipal de Traiguén.

Componente	Factor psicosocial	Objetivo general	Objetivo específico	Actividad	Verificadores	Programación (fecha y frecuencia)
Prevención	Exigencia Emocional	Desarrollar e implementar estrategias para fortalecer la salud mental de los funcionarios del Departamento de Salud Municipal de Traiguén.	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	Iniciativas grupales de recreación. Actividades de autocuidado	Lista de asistencia y Fotografías	Febrero-Abril-Julio-Noviembre
Promoción	Compañerismo	Promover ambientes laborales saludables y bienestar integral de los funcionarios del departamento de salud municipal de Traiguén.	Fomentar el compañerismo del trabajo de cada funcionario del departamento de salud impulsado por el equipo directivo y programa saludablemente durante el año 2025	Taller de comunicación asertiva en el trabajo	Lista de asistencia y Fotografías	Junio-Julio
Salud mental Organizacional	Violencia y acoso	Promover ambientes laborales saludables y bienestar integral de los funcionarios del departamento de salud municipal de Traiguén	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	Taller manejo de situaciones de emergencias	Lista de asistencia y Fotografías	Julio- Agosto
Salud mental Organizacional	Exigencia Emocionales	Promover ambientes laborales saludables y bienestar integral de los funcionarios del departamento de salud municipal de Traiguén	Reconocer el trabajo de cada funcionario del departamento de salud municipal de Traiguén	Celebración de cumpleaños	Lista de asistencia y Fotografías	Junio-Noviembre
Promoción	Carga de Trabajo	Desarrollar e implementar estrategias para fortalecer la salud mental de los funcionarios del Departamento de Salud Municipal de Traiguén	Promover estrategias de organización y recreación para disminuir las cargas de trabajo.	Taller organizacional ¿Cómo utilizamos nuestro tiempo?	Lista de asistencia y Fotografías	Junio
Prevención	Exigencias Emocionales	Desarrollar e implementar estrategias para fortalecer la salud mental de los funcionarios del Departamento de Salud Municipal de Traiguén	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	Aplicación de cuestionario	Lista de asistencia y Fotografías	Mayo-Junio-Julio

XI. PLAN DE CUIDADOS DE SALUD DE LA POBLACIÓN

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.

XII. PROGRAMA ANUAL DE CAPACITACIÓN

PLAN ANUAL DE CAPACITACIÓN 2025													
ACTIVIDAD DE CAPACITACION	OBJETIVOS EDUCATIVOS	CONTENIDOS MINIMOS QUE CONSIDERA EL PROGRAMA	NUMERO DE PARTICIPANTES POR CATEGORIAS							Nº HORAS PEDAGOG.	FINANCIAMIENTO			
			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		ITEM CAPACITACION	FONDOS MUNICIPALES	OTROS FONDOS	TOTAL PRESUPUESTO ESTIMADO
Capacitación Trato al Usuario	Reconocer la importancia de la atención de calidad y el buen trato al usuario, fortaleciendo su potencial comunicacional y capacidad para dar respuesta a los principales conflictos que se presentan, aplicando estrategias para su manejo.	1. Satisfacción Usuaria. 2. Atención al usuario de los sistemas de salud 3. Calidad de Atención y Satisfacción usuario 4 Interacción del personal de salud con los usuarios 5. Paciente difícil, como manejarlo. Estrategias para el buen trato usuario Seguridad y atención de los pacientes.	3	17	16	1	4	6	47	21	$300.000	$0	$0	$300.000

Capacitación en Carerra Funcionaria y Ley 19.378	1. Adquirir conocimientos básicos de la ley 19.378, Estatuto de Atención Primaria, dentro de establecimientos de atención primaria de salud Municipal 2. Conocer los diversos aspectos referentes al marco normativo de los Derechos y Deberes de los funcionarios de salud.3.Conocer elementos de la carrera funcionaria, ingreso de la carrera funcionaria, concepto de la carrera funcionaria.	1. Experiencia, ¿Que se debe conocer? 2. Capacitación. 4. Que garantiza y como opera la carrera funcionaria. 5. Carrera Funcionaria Comunal 6. ¿Cómo y cuándo cambio de nivel? 7. ¿Que es la asimilación? 8. Cuando debe cambiar de nivel un plazo fijo.	3	17	16	1	4	6	47	21	$300.000	$0	$0	$300.000
Capacitación en autocuidado y trabajo en Equipo	1. Desarrollar estrategias de autocuidado físico y emocional que los funcionarios puedan incorporar en su vida diaria.2. Mejorar la comunicación y la cooperación entre los funcionarios a través de dinámicas y actividades de trabajo en equipo. 3. Fomentar habilidades de resolución de conflictos y toma de decisiones colaborativas mediante ejercicios prácticos y desafíos grupales.	1. Conceptos básicos, estrés, distres, depresión, burnout, salud en equilibrio. 2. Visualizar aspectos de vida sana, técnicas de abordaje de estrés corporal y conversacional. Diseñar plan de autocuidado personal y grupal a practicar en la organización.	3	17	16	1	4	6	47	21	$322.993	$800.000	$0	$1.122.993
Centro de Estudios de la Administración del Estado (Contraloría)	Fortalecer competencias de los equipos de Atención Primaria de Salud en el ámbito del mejoramiento de la gestión administrativo-financiera.	A DEFINIR SEGÚN CAPACITACION	4	18	20	1	5	8	56	Mínimo 8 hrs. Pedagógicas	$0	$0	$0	$0
Programa de Capacitación OAL (MUTUAL DE SEGURIDAD)	Mejorar la calidad de la atención y seguridad de los usuarios (internos y externos), en coherencia con los EJES ESTRATEGICOS Y sanitarios del MINSAL	A DEFINIR SEGÚN CAPACITACION	4	18	20	1	5	8	56	Mínimo 8 hrs. Pedagógicas	$0	$0	$0	$0

Curso virtual sobre la implementación del paquete técnico HEARTS en la Atención Primaria de Salud.	Mejorar las prácticas en el control de las enfermedades cardiovasculares en el primer nivel de atención a través del uso de cinco paquetes técnicos, a saber: MPOWER para el control de tabaco, SHAKE para la reducción del consumo de sal, REPLACE para la eliminación de las grasas trans, ACTIVE para incrementar la actividad física, y HEARTS para el manejo clínico de la hipertensión arterial, la diabetes y la dislipidemia. HEARTS prioriza el manejo sistemático de la hipertensión arterial a través de intervenciones de diagnóstico y terapéutica eficaces.	Hábitos y estilos de vida saludables, Evidencia: protocolos clínicos basados en la evidencia, Acceso a medicamentos y tecnologías esenciales, Riesgo cardiovascular: manejo de las ECV basado en la estratificación del riesgo,Trabajo basado en equipos multidisciplinarios, Sistemas de monitoreo de las ECV, HEARTS D: diagnóstico y tratamiento de la diabetes tipo 2,	2	6	15	1	0	0	24	Mínimo 22 hrs. Pedagogicas	$0	$0	$0	**$0**
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.	1	12	15	1	0	0	29	Mínimo 8 hrs. Pedagogicas	$0	$0	$0	**$0**
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 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.	DEFINIDOS CENTRALIZADAMENTE POR CADA CURSO ASOCIADO A ESTE PROGRAMA	2	0	0	0	0	0	2	Mínimo 8 hrs. Pedagogicas	$0	$0	$0	**$0**

Programa SIAD-APS Autogestionados. (contempla cursos Biblioredes gestionados con servicio de Salud y Nivel local)	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	4	18	20	1	5	8	56	26	$0	$0	$0	**$0**
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	4	18	20	1	5	8	56	Mínimo 8 hrs. Pedagogicas	$0	$0	$0	**$0**
PROGRAMA INICIATIVAS EXTRAORDINARIAS DE CAPACITACION Y PERFECCIONAMIENTO, DE LOS FUNCIONARIOS DEL ARTÍCULO 5°,	Busca satisfacerlos 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	4	18	20	1	5	8	56	Mínimo 8 hrs. Pedagogicas	$0	$0	$0	**$0**

DE LA LEY N°19.378, QUE SE DESEMPEÑAN EN ATENCION PRIMARIA DE SALUD MUNICIPAL														
OTRAS CAPACITACIONES Y PERFECCIONAMIENTOS: PROGRAMAS OMS, MINSAL - SSAN: 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.	Mejorar la calidad de la atención, en coherencia con los EJES ESTRATEGICOS Y sanitarios del MINSAL	A DEFINIR SEGÚN CAPACITACION	4	18	20	1	5	8	56	Mínimo 8 hrs. Pedagogicas	$0	$0	$0	**$0**

XIII. PROYECTOS DE INFRAESTRUCTURA

14.1 NORMALIZACION DEL DEPARTAMENTO DE SALUD RURAL Y FARMACIA

PROYECTO NUEVO	NORMALIZACION DEL DEPARTAMENTO DE SALUD RURAL Y FARMACIA
AÑO	2023
FUENTE DE FINANCIAMIENTO	F.N.D.R
COSTO DEL PROYECTO APROX PARA EL DISEÑO DE ARQUITECTURA	$698.000.000.-
ETAPA A COMROMETER	Diseño/Ejecución
INSTITUCION RESPONSABLE	SERVICIO SALUD ARAUCANIA NORTE
INSTITUCIÓN FINANCIERA	GOBERNACION REGIONAL-REGION DE LA ARAUCANIA
DESCRIPCIÓN Y FUNDAMENTACIÓN	La realización de un proyecto para la Atención Primaria de Salud (APS) para Traiguén, específicamente Postas de Salud Urbana. Este proyecto, que tiene como objetivo ser una estrategia de desarrollo que aporte a la superación de la pobreza y de las brechas territoriales, y se inicia tomando en cuenta proyectos municipales que ya sea por falta de recursos o profesionales, no se realizan. A esto le llamaremos deuda en la APS "No se trata de endosar responsabilidades al municipio, sino más bien de hacerse partícipe como un colaborador y aliado para subsanar aquellas deudas" Durante este tiempo, se ha realizado un sondeo de opinión a los Funcionarios y Usuarios que contempló los requerimientos del Departamento de Salud de Traiguén en torno a la problemática de atención en especial en la época de COVID y a dar respuesta al Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, que promociona las actividades en pro de una buena salud y la prevención de enfermedades en las personas y sus familias. En la actualidad el departamento de Salud Municipal de Traiguén Ubicado en Balmaceda 424 de Traiguén cuenta con la atención de 2 Box Dentales Equipados en su totalidad donde atiende a los Usuarios de Talguén Urbano y Rural con Urgencias incluidas, se cuenta con 1 Box de PASMI que atiende a la Comuna de Traiguén en su totalidad, 1 Box de Espacio Amigables que atiende a toda la Comuna de Traiguén , 1 Box para el testeo de PCR, 1 Box Médico que se ocupa para la atención de pacientes que no pudieron asistir a Rondas Médicas o que requieran de una atención , 1 Box de atención de Postrados, la Bodega de Leche, Farmacia, 1 Box Equipo de Kinesiólogos, 1 Box del Programa Vida Sana que atiende a la Comuna de Traiguén en su Totalidad, 1 Box de Rayos. Además, uno de los aspectos más complejos a desarrollo es la Sala de Residuos de Establecimientos de Atención de Salud (REAS), que responde a un tratamiento específico de los residuos peligrosos, radioactivos y sólidos que también se encuentra e estas dependencias. Actualmente, se suman a estas dependencias las 2 oficinas que cobijan a los profesionales de los diferentes sectores azul y verde, 1 box de atención Intercultural, finalmente se encuentran en estas dependencias 5 oficinas de trabajo administrativo entre ellas: adquisiciones, personal, remuneraciones, inventario y la dirección. Frente a la necesidad de normalizar un Establecimiento de Salud Primaria que albergue a estos funcionarios clínicos y administrativos es que se plantea tengan a bien analizar la construcción de una PSU. Evaluando por parte del SSAN y el Municipio para su eventual construcción, para esto se debe tomar en cuenta

	aspectos como factibilidad técnica y económica, además del funcionamiento según los protocolos del Departamento de Salud Municipal. Para lograr el avance de éste proyecto, se requiere determinación del proyecto ya que se busca asegurar el avance de la iniciativa para, así, dar respuesta a las necesidades de la población y funcionarios de la APS. Para lo cual se requiere del compromiso del SSAN para llevar dicha iniciativa al seno del consejo del gobierno regional para aprobar estos recursos y construir este Establecimiento de salud que tanto se necesita. La PSU, sin dudas, mejorará la vida de los habitantes, por lo cual solo resta seguir trabajando para cumplir con las etapas conducentes a la materialización final de este anhelado sueño.
FUNDAMENTACIÓN	Es importante mencionar que este Proyecto cumple con todos los requisitos para poder ser financiado, se justifica plenamente desde el punto de vista social, desde el punto de vista de la salud pública. Hay una población importante que atender. Debido al cambio epidemiológico producto del envejecimiento de la población y el aumento de las patologías crónicas y de salud mental, requiere ser abordado desde dos dimensiones: • Individual, focalizado hacia el cambio de conducta en las personas para la incorporación de estilos de vida saludables que contribuyan a mantener sana a la población. • Comunitaria, las comunidades enfermas tienen personas enfermas y desde la perspectiva de los Determinantes Sociales, donde el sistema de salud es uno de ellos, la Atención Primaria tiene un rol en el trabajo comunitario y la participación social que contribuyan al desarrollo de comunidades saludables. El modelo biopsicosocial centrado en la familia y comunidad, con los mismos principios y valores definidos para la Red de Salud. Los principios y valores que guían la organización de las redes de salud son: • Salud como un derecho • Equidad y solidaridad • Accesibilidad • Calidad de las acciones • Resolutivita • Oportunidad de la atención • Participación • Pertinencia Cultural y respeto a la diversidad 
PROBLEMATICAS ACTUALES URGENTES DE SOLUCIONAR:	**1. Hacinamiento DSM.** **2. Regularizar Canasta de Prestaciones.** **3. Farmacia para DSM.**
SOLUCIONES PROPUESTAS A PROBLEMÁTICAS	✓ **Postular Proyecto de Normalización del PSU.** ✓ **Proyecto de Radiocomunicaciones en las PSR, Funcionarios TENS y Vehículos.**

14.2 NORMALIZACION POSTA DE SALUD RURAL COMUNIDAD CONTRERAS, TRAIGUÉN

PROYECTO NUEVO	PSR COMUNIDAD CONTRERAS
AÑO	2022
FUENTE DE FINANCIAMIENTO	F.N.D.R
COSTO DEL PROYECTO APROX PARA EL DISEÑO DE ARQUITECTURA	$1.002.000.000.-
ETAPA A COMROMETER	Diseño/Ejecución
INSTITUCION RESPONSABLE	SERVICIO SALUD ARAUCANIA NORTE
INSTITUCIÓN FINANCIERA	GOBERNACION REGIONAL-REGION DE LA ARAUCANIA
DESCRIPCIÓN	Lograr el Compromiso para la Normalización de este proyecto, que se contempla en la Comuna de Traiguén, con una construcción aproximada de 352, 37M2, la PSR consideraría 1 Box Gineco-Obstétrico con baño, 5 Box Multipropósito, 1 SOME y Archivo Activo, 1 Box de Procedimientos, 1 Box Dental, 1 Botiquín, 1 Sala de Espera-Educación,2 Baño de Acceso Universal , 1 Vestidor de Hombres, 1 Vestidor de Mujeres, un Baño de Personal Hombres, 1 Baño Personal de Mujeres, Recinto de Aseo, Despacho y Bodega PNAC, Comedor Ronda Médica, Vivienda TENS, Área de Servicios(agua potable, leñera, caldera, grupo electrógeno entre otros), además del respectivo equipo y equipamiento, para el buen funcionamiento y operación del Dispositivo de Salud Rural en Atención Primaria.
FUNDAMENTACIÓN	Se solicita este Proyecto principalmente pensando en una alternativa de calidad para atención de los Usuarios de la Comunidad de Contreras, entregando una solución del punto de vista de salud, donde hoy día se encuentra una Estación Medico Rural en buenas condiciones, donde la población aumentado las demandas de atención y esta no alcanza a cubrir la atención del Sector siendo esto una Urgencia para mejorar la vida de nuestro mundo rural en Salud.      

	  
PROBLEMATICAS ACTUALES URGENTES DE SOLUCIONAR: **4. Hacinamiento PSR.** **5. Internet.**	**Elementos de la Calidad de la Atención de Salud** ✓ Efectivo. ✓ Seguro. ✓ Centrado en las personas, es que respete y responda a sus preferencias, necesidades y valores. ✓ Oportuno, es que sea provisto en el momento en que se necesiten, con un retraso mínimo. ✓ **Equitativo,** es que la calidad del servicio no varíe de acuerdo a las características de las personas que lo reciben, cómo género, raza, etnicidad, situación geográfica y estatus socioeconómico. ✓ Integrado, es que exista coordinación entre los distintos proveedores y niveles de complejidad requeridos para proveer los servicios que una persona necesita. ✓ Eficiente, es que los servicios se provean evitando el despilfarro de recursos, como equipos médicos, medicamentos y horas profesionales, que se evite la duplicación de exámenes médicos y se promueva el uso de medicamentos genéricos. ✓ La escasez y la mala calidad del agua junto a la falta de saneamiento adecuado y sistemas de evacuación de desechos hacen que las enfermedades diarreicas sean uno de los más importantes problemas en salud. ✓ Problemas de Comunicación y atención al Usuario lo cual no permite el trabajo en RED.
Soluciones Propuestas a Problemáticas	✓ **Postular Proyecto de Normalización de la PSR.** ✓ **Proyecto de Instalación de internet Satelital en la PSR, lo cual nos permitiría la atención clínica en RED a través de la Ficha Clínica** ✓ **Proyecto de Radiocomunicaciones en las PSR, Funcionarios TENS y Vehículos.** ✓ **Postulación de Proyectos de Vehículos, con la finalidad de proveer medios de traslado para cada establecimiento a los Funcionarios de las PSR.** ✓ **Proyecto de Seguridad para PSR y Funcionarios.**

14.3 NORMALIZACION CECOSF MOLCO-CHUFQUEN

PROYECTO NUEVO	NORMALIZACION CECOSF MOLCO-CHUFQUEN (2018)
AÑO	2023
FUENTE DE FINANCIAMIENTO	F.N.D.R
COSTO DEL PROYECTO APROX PARA EL DISEÑO DE ARQUITECTURA	2.000.000.000.-
ETAPA A COMROMETER	Diseño/Ejecución
INSTITUCION RESPONSABLE	SERVICIO SALUD ARAUCANIA NORTE
INSTITUCIÓN FINANCIERA	GOBERNACION REGIONAL-REGION DE LA ARAUCANIA
DESCRIPCIÓN	Lograr el avance de este proyecto de construcción de un Centro Comunitario de Salud Familiar (CECOSF) en CHUFQUEN, se requiere determinación del proyecto ya que se busca asegurar el avance de la iniciativa para, así, dar respuesta a las necesidades de la población que bordea en la actualidad aproximadamente a 3.059 inscritos en nuestro Perca pita, lo que justifica la necesidad planteada por esta comunidad y este Departamento. Para lo cual se requiere del compromiso del SSAN para llevar dicha iniciativa al seno del consejo del gobierno regional para aprobar estos recursos y construir este centro de salud que tanto se necesita. El CECOSF, sin dudas, mejorará la vida de los habitantes del Sector, por lo cual solo resta seguir trabajando para cumplir con las etapas conducentes a la materialización final de este anhelado sueño.
FUNDAMENTACIÓN	Esto cumple todos los requisitos para poder ser financiado, se justifica plenamente desde el punto de vista social, desde el punto de vista de la salud pública. Hay una población importante que atender. Debido al cambio epidemiológico producto del envejecimiento de la población y el aumento de las patologías crónicas y de salud mental, requiere ser abordado desde dos dimensiones: • Individual, focalizado hacia el cambio de conducta en las personas para la incorporación de estilos de vida saludables que contribuyan a mantener sana a la población. • Comunitaria, las comunidades enfermas tienen personas enfermas y desde la perspectiva de los Determinantes Sociales, donde el sistema de salud es uno de ellos, la Atención Primaria tiene un rol en el trabajo comunitario y la participación social que contribuyan al desarrollo de comunidades saludables. Este cambio epidemiológico impone el desafío de "cómo hacer salud de una forma diferente", orientada al auto cuidado de las personas, generando redes de autocuidado, comunidades con capacidad de autogestión en el cuidado de su salud, con acceso a la información necesaria para la toma de decisiones en salud, con capacidad de co-construcción de espacios saludables y de relación entre la comunidad y el equipo de salud. Lo anterior requiere del desarrollo sistemático de experiencias de base comunitaria y participación social, que tengan como principal preocupación la promoción y prevención de la salud, donde la demanda asistencial de morbilidad no sea un distractor. Para dar cuenta de esto, los municipios requieren generar experiencias locales en grupos pequeños que faciliten la interacción entre los actores y una vez consensuadas puedan amplificarse a toda la población de la comuna, a través de su réplica en los otros centros de la red de atención primaria. El CECOSF de Chufquen, operaria a nivel de las Comunidades del Sector de Molco, lo cual corresponden a una innovación organizacional y de desarrollo del

modelo de Atención Integral, con enfoque Familiar Comunitario, cuyo propósito es contribuir a mantener sana a la población a cargo, incrementando la capacidad de respuesta oportuna de la Atención Primaria desde una perspectiva de red más cercana a la gente y favoreciendo la participación social. Son los Centros de Salud, los Municipios y/o la Comunidad quienes, en la búsqueda de mejores respuestas a sus usuarios

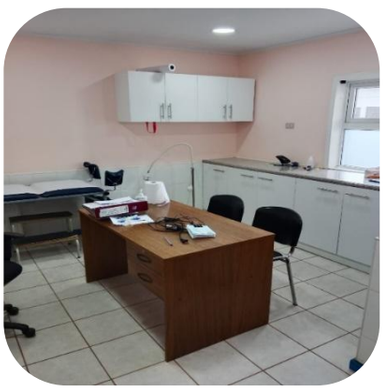
Lo que además permite establecer como estrategia permanente de seguir acercando la salud a la gente, permitiendo con mayor fuerza establecer un trabajo con las familias, en el que la comunidad pueda ser protagonista en las distintas etapas de su proceso de desarrollo

Como extensión de un Centro de Salud, los CECOSF son parte del modelo de atención integral de salud, es decir, desarrollan el modelo biopsicosocial centrado en la familia y comunidad, con los mismos principios y valores definidos para la Red de Salud. Los principios y valores que guían la organización de las redes de salud son los mismos que deben caracterizar a los CECOSF:

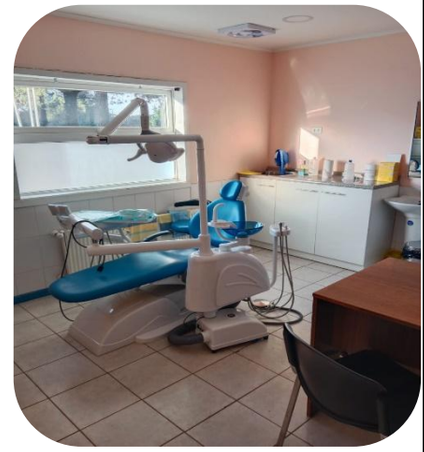
- Salud como un derecho
- Equidad y solidaridad
- Accesibilidad
- Calidad de las acciones
- Resolutividad
- Oportunidad de la atención
- Participación
- Pertinencia Cultural y respeto a la diversidad Sin embargo su base comunitaria le otorga elementos distintivos que permiten no sólo que la comunidad participe, sino que sea parte fundamental de su funcionamiento. Por esta razón la relación que se establece con la comunidad es de “cogestión”. Los Centros Comunitarios de Salud Familiar se consideran una modalidad permanente de acercar la salud a la gente.









	   
PROBLEMATICAS ACTUALES URGENTES DE SOLUCIONAR:	**1. Hacinamiento PSR.** **2. Internet.**
Soluciones Propuestas a Problemáticas	✓ Postular Proyecto de Normalización del CECOSF. ✓ Proyecto de Instalación de internet Satelital en la PSR, lo cual nos permitiría la atención clínica en RED a través de la Ficha Clínica ✓ Proyecto de Radiocomunicaciones en las PSR, Funcionarios TENS y Vehículos. ✓ Postulación de Proyectos de Vehículos, con la finalidad de proveer medios de traslado para cada establecimiento a los Funcionarios de las PSR. ✓ Proyecto de Seguridad para CECOSF y Funcionarios.

14.4 REPOSICIÓN POSTA DE SALUD RURAL QUILQUEN, TRAIGUÉN

PROYECTO NUEVO	Reposición PSR de Villa Quilquén
	Lograr el Compromiso para la Reposición de la PSR, entendiendo por la renovación total de la PSR debido a que el servicio existente, no cumple con la capacidad y/o calidad del mismo. El proyecto se ubicara en el mismo lugar de la actual PSR por lo significa reponer tanto el local en que funciona el establecimiento de salud como sus equipos y/o equipamiento.
SUPERFICIE DEL PROYECTO	396,32m
MONTO DE LA IVERSION	$ 1.126.957
STADO ACTUAL PSR	  

PROBLEMATICAS ACTUALES URGENTES DE SOLUCIONAR: **1. Hacinamiento PSR.** **2. Internet.**	**Elementos de la Calidad de la Atención de Salud** ✓ Efectivo. ✓ Seguro. ✓ Centrado en las personas, es que respete y responda a sus preferencias, necesidades y valores. ✓ Oportuno, es que sea provisto en el momento en que se necesiten, con un retraso mínimo. ✓ **Equitativo,** es que la calidad del servicio no varíe de acuerdo a las características de las personas que lo reciben, cómo género, raza, etnicidad, situación geográfica y estatus socioeconómico. ✓ Integrado, es que exista coordinación entre los distintos proveedores y niveles de complejidad requeridos para proveer los servicios que una persona necesita. ✓ Eficiente, es que los servicios se provean evitando el despilfarro de recursos, como equipos médicos, medicamentos y horas profesionales, que se evite la duplicación de exámenes médicos y se promueva el uso de medicamentos genéricos. ✓ La escasez y la mala calidad del agua junto a la falta de saneamiento adecuado y sistemas de evacuación de desechos hacen que las enfermedades diarreicas sean uno de los más importantes problemas en salud. ✓ Problemas de Comunicación y atención al Usuario lo cual no permite el trabajo en RED.
Soluciones Propuestas a Problemáticas	✓ Postular Proyecto de Reposición de la PSR. ✓ Proyecto de Instalación de internet Satelital en la PSR, lo cual nos permitiría la atención clínica en RED a través de la Ficha Clínica ✓ Proyecto de Radiocomunicaciones en las PSR, Funcionarios TENS y Vehículos. ✓ Postulación de Proyectos de Vehículos, con la finalidad de proveer medios de traslado para cada establecimiento a los Funcionarios de las PSR. ✓ Proyecto de Seguridad para PSR y Funcionarios.

XIV. 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, especialmente en respuesta a los cambios derivados de la pandemia de COVID-19. 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. Durante la pandemia, estas acciones no se pudieron desarrollar de forma habitual debido a las restricciones, lo que ha sido uno de los objetivos prioritarios desde 2024: retomar y revitalizar los canales de comunicación y las relaciones previas. 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.

XV. RESPONSABLES DE LA FORMULACIÓN DEL PLAN DE SALUD 2024

Carmen Corres Aranzaes, Directora

Liliana Núñez Sagredo, Enfemera, Directora (s)

Bárbara Martinez Villarroel, Enfermera

Juan Pablo Moreno Escalona, Psicólogo

Camilo Cárdenas Adasme, Químico Farmacéutico

Daniela Montoya Lagos, Enfermera

Bernardita García Vergara, Nutricionista

Nadia Molina Lagos, Nutricionista.

Manuel Gallardo Rojas Kinesiologo Madi

Katherine Canobbi Bahamondez, Asistente Social

Grisell Soto Fernández, Matrona

Gladys Arias Rivas, Matrona

Nicolle Osses Soto, Encargada de Personal

Rocío Curimil Diaz, Nutricionista

Keila Garrido Sanchez, Odontóloga

Agradecemos también el aporte del Equipos de Salud y la Comunidad, los que permitieron elaborar este documento.