CORPORACIÓN MUNICIPAL DE CASTRO
PARA LA EDUCACIÓN, SALUD Y ATENCIÓN AL MENOR

PLAN DE SALUD CASTRO 2025-2028

CONTENIDO

I. PRESENTACIÓN 6

II. POLÍTICA COMUNAL DE SALUD 7

III. MISIÓN, VISIÓN Y OBJETIVOS INSTITUCIONALES (OI) 9

IV. DIAGNÓSTICO DE SALUD INTEGRADO (DSI) 10

4.1. Contextualización Comuna de Castro 10

4.2. Diagnóstico de Necesidades en Salud (DNS) 32

4.3 Diagnósticos Comunitarios de Salud 2023 – 2024 63

ESTABLECIMIENTOS DE SALUD URBANOS. Información general sobre el diagnóstico 64

ESTABLECIMIENTOS DE SALUD RURALES Información general sobre el diagnóstico 67

CLÍNICA ESCOLAR CASTRO. Diagnóstico Adolescentes 71

DIAGNÓSTICO PLADECO 2023-2026 72

CONCLUSIONES GENERALES DIAGNÓSTICOS COMUNTARIOS DE SALUD 78

V. EVALUACIÓN PLAN DE ACCIÓN 2023-2024 ESTABLECIMIENTOS DE LA COMUNA 85

VI. PLAN DE ACCIÓN 2025-2028. ESTABLECIMIENTOS DE SALUD MUNICIPAL CASTRO 108

A) Plan de Acción Año 2025-2028 Cesfam Quillahue y Cecosf Kintunien 110

B) Plan de Acción Año 2025-2028 Equipo de Salud Rural 122

C) Plan de Acción Año 2025-2028 Cesfam Rene Tapia S. 129

VII. PROGRAMAS ORIENTADOS A FUNCIONARIOS APS CASTRO 145

DIAGNOSTICO SALUD MENTAL DE LOS TRABAJADORES (SALUDABLEMENTE) 145

PROGRAMA ANUAL DE CAPACITACIÓN 2025. 149

VIII. INFORMACION ADMINISTRATIVA DE APS CASTRO 152

DOTACIÓN DE LA COMUNA DETALLE DOTACIÓN SEGÚN ESTAMENTO Y PROFESIÓN 152

PRESUPUESTO 2025 153

PALABRAS DEL ALCALDE

En el inicio del primer año de la gestión de este Gobierno Comunal entregamos el Plan de Salud Castro 2025-2028. Este documento se ha elaborado con la participación de la comunidad, a través de los diagnósticos participativos, los equipos técnicos de los centros de salud y el Departamento de Salud y cuenta con la aprobación del Concejo Municipal de Castro. Lo anterior refuerza el compromiso de todos los actores locales por la salud pública.

Este documento, que describe la situación de salud, contiene las estrategias de salud local y establece los lineamientos técnicos ministeriales. Además, nos permitirá enfocar y reforzar las principales áreas de atención para dar respuesta a una población diversa y en crecimiento, en conjunto con nuestra red de salud integrada y resolutiva que busca mejorar la calidad de vida de los vecinos y vecinas de Castro.

Sabemos que hay muchas necesidades; también, que es necesario reforzar los equipos de salud con herramientas técnicas y humanas, preocupándonos por entregar los insumos necesarios para atender a la población.

El plan de salud 2025-2028 contempla como pilares: la eficiencia en la utilización de los recursos, la transparencia y el acceso a la información en la gestión pública de salud. Además, el empoderamiento de la comunidad; la innovación tecnológica al servicio de la población; una eficaz gestión clínica e intersectorial, fortalecimiento de proyectos e iniciativas locales. Para ello, también se trabajará en la reestructuración de la red comunal y ante la creciente población es necesaria la re sectorización y comenzar a implementar la universalidad de la atención con la finalidad de atender a toda la población, que tengan acceso sin discriminación alguna a servicios integrales de salud adecuados. Ello implica fortalecer la APS para brindar cuidados oportunos y de calidad según las necesidades de la población.

La información esencial para enfrentar desafíos claves en salud pública del presente año se encuentran plasmados en este Plan de Salud; en ese sentido, la principal tarea será avanzar en cerrar brechas que nos permitan disminuir la morbimortalidad en la comuna; también esta herramienta apunta al fortalecimiento del acceso a la red de salud. El documento busca cubrir por medio de le ejecución de actividades las principales problemáticas de salud cuyo objetivo

central es seguir avanzando, entregar atenciones de salud que contribuyan a mejorar el bienestar biopsicosocial de los castreños, fortaleciendo el vínculo entre los equipos de salud y la comunidad. Se pone énfasis en la prevención y promoción de salud, enmarcada en el modelo integral de salud familiar y comunitario.

Es así que se pretende fortalecer la Salud Mental, hoy una de las mayores preocupaciones en nuestro país y comuna, a través de un programa integrado a la red desde la mirada psicosocial y adaptación de las atenciones en APS, considerando la importancia de la intersectorialidad en el abordaje de la salud mental.

Además de lo antes mencionado, se implementará el plan de atención integral de personas con Trastorno del Espectro Autista en la red asistencial de la comuna de Castro (Ley 21.545), que no sólo debe responder a las obligaciones establecidas en la ley, sino instalar paulatinamente en la Atención Primaria de Salud la oferta para poder realizar pesquisa, diagnóstico, tratamiento, seguimiento, apoyo psicosocial y rehabilitación.

En términos generales, a través de este documento, pretendemos entregar los lineamientos para un servicio oportuno, resolutivo y de calidad, considerando además el desarrollo y bienestar de las y los funcionarios de APS.

Con estas acciones se busca reforzar la humanización de la atención, construyendo la salud que queremos entre trabajadores y trabajadoras de la salud, con la comunidad organizada y municipio para alcanzar una salud más amable, cercana y eficiente. Porque Castro debe tener una salud oportuna, donde las personas sean bien tratadas y tengan un espacio para ser atendidos en cada etapa del ciclo vital.

Los insto a generar cambios profundos y realizar los mejores esfuerzos para construir junto al apoyo de cada uno de los habitantes de esta comuna, una mejor salud para Castro.

Baltazar Elgueta Cheuquepil

Alcalde

PLAN DE SALUD COMUNAL CASTRO

2025 – 2028

I. PRESENTACIÓN

El Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal (Ley 19.378, art. 58), señala que cada entidad administradora de salud debe formular anualmente un Plan de Salud Comunal, enmarcado dentro de las normas técnicas del Ministerio de Salud. De acuerdo a las Orientaciones para la Planificación y Programación en Red 2025 del Minsal, con el objetivo de "sincronizar los tiempos propios de planificación de los gobiernos locales, su responsabilidad en la gestión de salud, y otras intervenciones sociales en los territorios la formulación de un PSC debe coincidir con la vigencia de los gobiernos locales electos por votación popular y que asumen sus cargos a partir de diciembre de cada año en el cual se ha realizado la elección"[1] (Minsal 2024, p. 42). De esta forma, el presente Plan de Salud Comunal presenta y considera las características de salud propias de la comuna y se ha elaborado considerando acciones comprendidas entre 2025 y 2028, correspondiente al periodo alcaldicio de don Baltazar Elgueta Cheuquepil, alcalde electo que inició su periodo el 6 de diciembre de 2024.

Para la elaboración del Plan de Salud Comunal, se desarrolló un proceso de trabajo sistemático, en el que han participado directivos y funcionaria/os de salud de todos los establecimientos de la comuna y donde se ha considerado la participación comunitaria a través de diagnósticos realizados tanto en sectores urbanos como rurales e insulares. El Plan de Salud considera igualmente información estadística y epidemiológica de fuentes secundarias y contenidos aportados por el Plan de Salud comuna Castro 2023-2024 y por el Plan de Desarrollo Comunal de Castro (Pladeco) 2023-2026[2].

Si bien el presente Plan se propone con un horizonte de cuatro años, se considera su monitoreo y actualización en forma anual, a través del Programa de Salud Municipal.

[1] MINSAL (2024). Orientaciones para la Planificación y Programación en Red 2025. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Ministerio de Salud. https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/09/OT-PLANIFIC-Y-PROGRAMAC-2025-.pdf
[2] Municipalidad Castro (2023). Plan de Desarrollo Comunal Castro 2023-2029. https://transparencia.municastro.cl/index.php?action=plantillas_generar_archivo&ig=310&m=1&a=2023&ia=55289

II. POLÍTICA COMUNAL DE SALUD

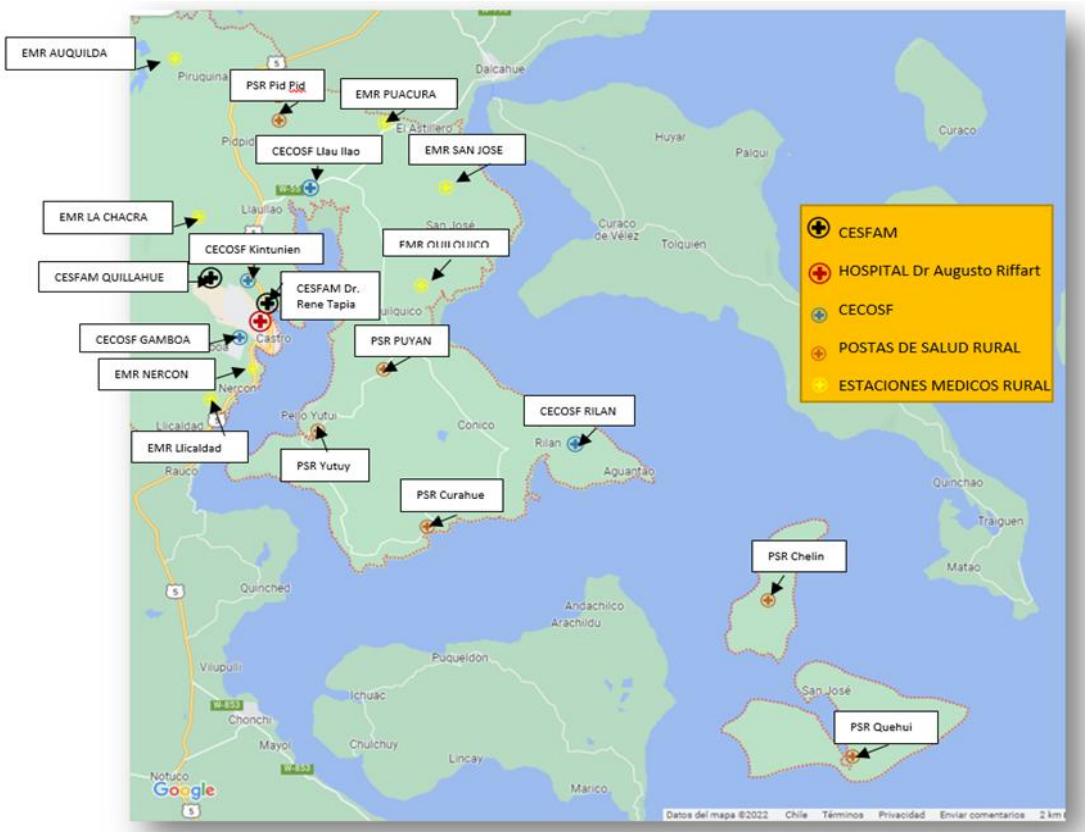
El Departamento de Salud Municipal de Castro es la unidad técnica y administrativa responsable de conducir la política comunal de salud, para asegurar la entrega eficiente, oportuna y resolutiva de servicios de salud a los residentes de la comuna beneficiarios del seguro público de salud (FONASA), a través de los establecimientos de su dependencia. A diciembre de 2024, el total de usuarios inscritos validados en los establecimientos de salud de la comuna alcanzaron a un total de 50.751 personas (población inscrita validada para el año 2025).

La Red de Atención Primaria comunal está conformada por un equipo de gestión y por un conjunto de establecimientos de salud y dispositivos que se distribuyen en los distintos sectores urbanos y rurales de la comuna. Estos establecimientos conforman una red de atención que se compone de dos CESFAM Urbanos, dos CECOSF urbanos, dos CECOSF rurales, un Equipo de Salud Rural, seis postas de salud rural y nueve estaciones de salud rural, de acuerdo al siguiente detalle:

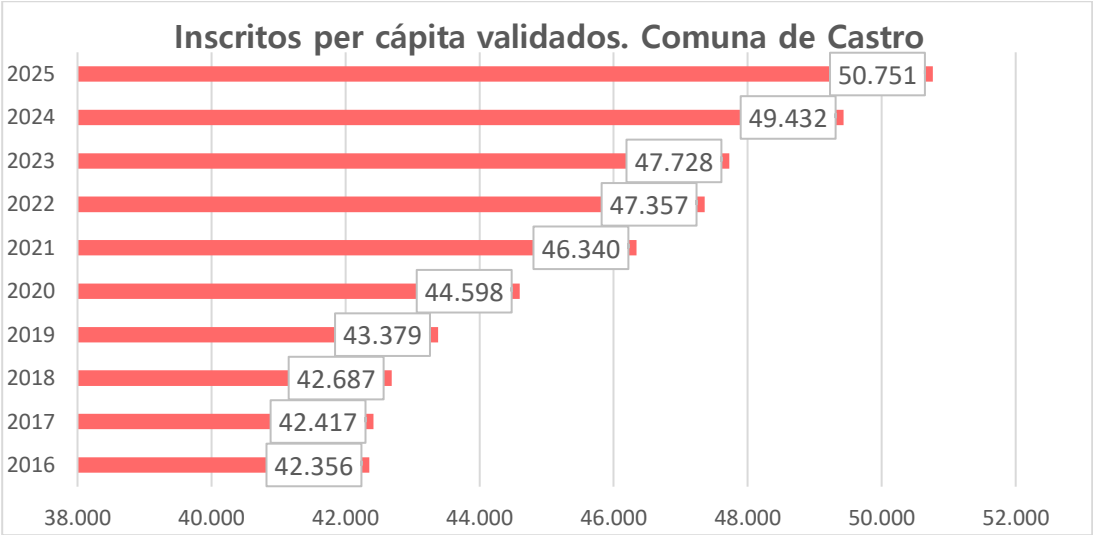
ESTABLECIMIENTOS URBANOS	ESTABLECIMIENTOS RURALES	
CESFAM Dr. René Tapia	CECOSF Llau Llao	Posta Quehui
CESFAM Quillahue	Posta Pid Pid	Posta Chelín
CECOSF Kintunien	ESR Auquilda	ESR San Miguel
CECOSF Gamboa	ESR Puacura	ESR Peldehue
		ESR San José
	CECOSF Rilán	ESR Quilquico
	Posta Puyán	ESR La Chacra
	Posta Curahue	ESR Nercón
	Posta Yutuy	ESR Llicaldad

Además, la red cuenta con una Clínica Escolar, como estrategia promocional y preventiva, cuyo equipo está a cargo de la estrategia del Programa Adolescente; un Servicio de Atención Primaria de Urgencia de Alta Resolutividad (SAR), dos Módulos Dentales escolares, una Unidad de Atención Primaria Oftalmológica (UAPO), un equipo a cargo del Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Discapacidad Severa (PADDS) y un equipo de Cuidados Paliativos Universales (CPU).

Mapa de Castro con los distintos dispositivos de Salud de Atención Primaria.



La población inscrita validada de la comuna ha aumentado progresivamente durante los últimos nueve años, como se muestra en el gráfico.



III. MISIÓN, VISIÓN Y OBJETIVOS INSTITUCIONALES (OI)

La comuna de Castro ha definido como **Misión** o propósito de su accionar:

"Elevar el nivel de salud de la población de nuestra comuna, a través de una atención integral, con enfoque de salud familiar, comunitaria e intercultural, confiable, oportuna, accesible, humanizada y con énfasis promocional y preventivo, utilizando los recursos disponibles en forma eficiente y eficaz, aportando a una mejor calidad de vida de las y los castreños".

Mientras que su **Visión**, centrada en sus aspiraciones y metas futuras, apunta a transformar Castro en una Comuna Saludable:

"Soñamos con *Castro comuna saludable*, con una red municipal de salud, pilar de la protección social en el territorio, orientada a fortalecer las capacidades humanas y generar condiciones para que las comunidades se desarrollen integralmente, a través de equipos innovadores, talentosos y comprometidos con la equidad y el respeto a la dignidad de las personas".

Por otro lado, como parte de las jornadas de análisis y discusión realizados a nivel comunal para la formulación del Plan de Salud Comunal 2023-2024, se definieron tres **Objetivos Institucionales**[3] para la comuna de Castro, los que han orientado el accionar de salud en el periodo que ahora culmina y que debieran proyectarse durante el presente periodo. Estos objetivos son:

1) Asegurar a los habitantes de la comuna de Castro el **acceso equitativo a la salud**, a través de mejoras en la gestión de recursos humanos y de la reorganización de la red asistencial comunal.
2) Encaminar a Castro a convertirse en **Comuna Saludable**, a través del trabajo mancomunado y coordinado con el intersector, contribuyendo así a la salud y bienestar de la población.

[3] De acuerdo al Minsal, los Objetivos Institucionales buscan recoger y reflejar los propósitos más relevantes para la gestión de salud en el periodo, abarcando un amplio espectro de la gestión sanitaria, pero considerando procesos realistas y posibles de llevarse a cabo a nivel comunal en el mediano plazo.

3) Propiciar la **calidad de la atención** a través de todo el curso de vida, para otorgar a los usuarios de los centros de salud de la comuna, prestaciones de salud seguras y pertinentes.
4) Fortalecer la **salud mental** de la comuna de Castro a través de un programa integrado a la red, desde la mirada psicosocial y adaptación de las atenciones en APS.

IV. DIAGNÓSTICO DE SALUD INTEGRADO (DSI)

4.1. Contextualización Comuna de Castro

La comuna de Castro es una de las diez que conforman la Provincia de Chiloé, en la Región de Los Lagos. La ciudad de Castro, capital provincial, fue fundada el 12 de febrero de 1567 por el Mariscal Martín Ruiz de Gamboa, en un sector denominado por la población williche como Quilquilhue, lugar de helechos quilquil (*Blechnum cordatum*), conocidos en español como helecho costilla de vaca.

Castro es la tercera ciudad más antigua de Chile con existencia continuada, después de Santiago y La Serena, y se caracteriza además por su importante patrimonio histórico, cultural y arquitectónico (CNMN[4]).

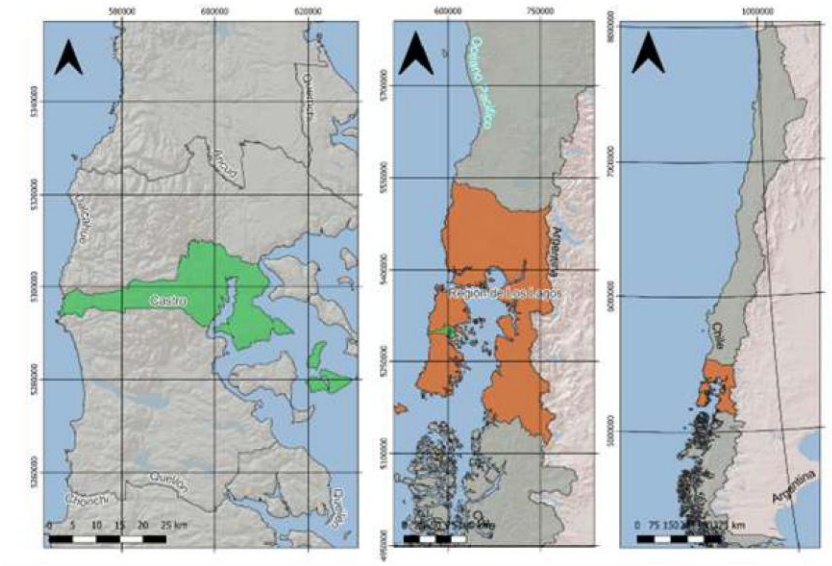
Por su calidad de capital de la provincia, la ciudad es un polo de atracción debido a la presencia de servicios públicos y de la Delegación Presidencial Provincial, es además centro de actividades sociales, comerciales, culturales y foco de interés turístico, tanto por sus características patrimoniales, oferta de servicio, como por su ubicación estratégica en el centro de la Isla Grande.

[4] Consejo Nacional de Monumentos. Casco histórico de Castro. https://www.monumentos.gob.cl/monumentos/zonas-tipicas/casco-historico-castro

Situación Geográfica

La comuna tiene una superficie de 472.5 Km² y se ubica en el centro de la isla Grande, entre los 42°27′48′′ Latitud sur y 73°48′29′′ Longitud oeste. Limita por el norte con la comuna de Dalcahue; al este con el canal Dalcahue, el golfo de Ancud y el paso Imelev, desde la desembocadura del río Puacura hasta el golfo Corcovado; mientras que por el sur limita en la isla Grande con la comuna de Chonchi y en el mar interior, con el golfo Corcovado, los canales Quehui y Lemuy y el estero Castro; al oeste, limita con el Océano Pacifico, desde la desembocadura del río Anay hasta la desembocadura del río Cole Cole. En el mar interior, frente a la Península de Rilán, se ubican las dos islas que pertenecen a la comuna: Quehui y Chelín.

Imagen 1: Localización comuna de Castro



Fuente: Pladeco Castro 2023-2026 (p.5)

Por su parte, la ciudad de Castro se localiza en el borde Nor-Occidental de la Isla Grande, al interior del estero Castro, sobre una meseta con orientación NW-SE, a unos 30 msnm, la que desciende hacia el oriente y termina en una puntilla baja y acantilada en el estero Castro y limitada por el sur con el río Gamboa.

La densidad poblacional de la comuna es de 93,44 hab/km^2. Se trata de la mayor densidad poblacional de la provincia (le siguen Quinchao con 51,15 hab/km^2 y Curaco de Vélez, con 48,14 hab/km^2) y además muy superior a los 17,11 hab/km^2 a nivel regional y 8,77 hab/km^2 a nivel nacional en 2017. La cifra puede explicarse por el alto porcentaje de población urbana en la comuna, que alcanza a un 77,7% y que ha ido en aumento en los últimos años. No obstante, se trata de un indicador que está muy por debajo de grandes comunas de la región, como Puerto Montt (146,65 hab/km^2) y Osorno (168,69 hab/km^2).

Población comunal

De acuerdo con los resultados del Censo 2017, la población a nivel nacional, regional y comunal se distribuye de la siguiente manera:

Tabla 1: Población total y por sexo. País, región y comuna 2017.

	Total población	Total Hombres	Total Mujeres
Castro	43.807	21.471	22.336
Región	828.708	409.400	419.308
País	17.574.003	8.601.989	8.972.014

Fuente: INE. Censo 2017

Para la comuna de Castro, el Censo identifica una población de 43.807 habitantes, con un porcentaje levemente mayor de mujeres que de hombres, al igual que la tendencia regional y nacional. Vinculado a ello, el índice de masculinidad, es decir, el número de hombres por cada 100 mujeres en la comuna es inferior al índice regional y superior al nacional.

Tabla 2: Índice de masculinidad comuna, región, país

COMUNA	REGIÓN	PAÍS
0,98	0,99	0,97

Fuente: Diagnósticos Regionales/Semáforo de indicadores comunales (Feb. 2024)

Por su parte, la población inscrita validada en los establecimientos de salud municipales para 2017 fue de 42.435 personas, que corresponde a afiliada/os a Fonasa. En 2017, el porcentaje de población nacional afiliada a Fonasa correspondía a un 78%. De acuerdo a esto, y si en la comuna la tendencia de porcentaje de afiliados a Fonasa fuera similar al nivel nacional, se puede suponer que el número de habitantes de la comuna es mayor al registrado en el Censo. Para efectos de la planificación en atención primaria en salud se considera el total de población inscrita, sin embargo, es necesario poder contar con información fidedigna acerca de la población de la comuna para la definición de las políticas de salud comunal, lo que se espera pueda ocurrir con los datos del Censo 2024.

En base a los datos del Censo 2017, las proyecciones estadísticas del INE indican que la población comunal se incrementará progresivamente en los próximos años, estimándose una población de 50.144 habitantes para 2035.

Tabla 3: Población y población proyectada comuna, región y país

	Total población Censo 2017	**Población proyectada 2023**	**Población Proyectada 2035**
Castro	43.807	48.482	50.144
Región	828.708	907.429	951.562
País	17.574.003	19.960.889	21.137.769

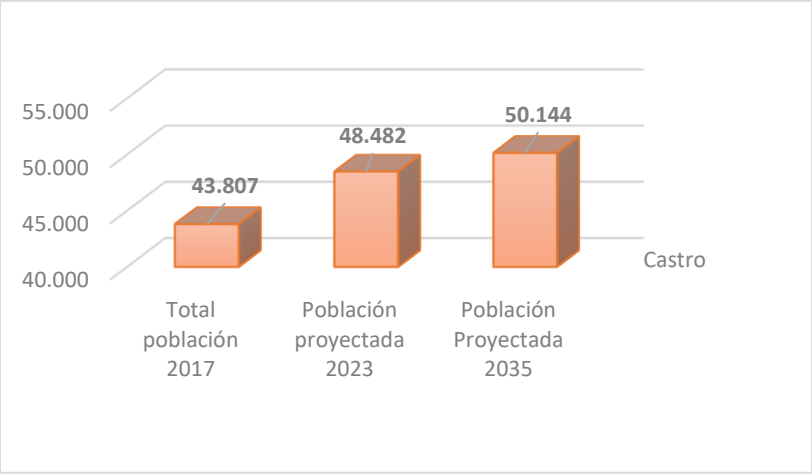
Fuente: Diagnósticos Regionales/Semáforo de indicadores comunales

Tabla 4: Población proyectada comuna, región y país. 2023 y 2035 por sexo

Población Proyectada	**Castro**	**Región**	**País**
Año 2023 – Hombres	23.979	451.199	9.848.466
Año 2023 – Mujeres	24.503	456.230	10.112.423
Año 2023 – Total	**48.482**	**907.429**	**19.960.889**
Año 2035 – Hombres	24.561	471.095	10.424.918
Año 2035 – Mujeres	25.583	480.467	10.712.851
Año 2035 – Total	**50.144**	**951.562**	**21.137.769**

Fuente: Diagnósticos Regionales/Semáforo de indicadores comunales

Gráfico 1: Población comunal Castro 2017, proyección 2023 y 2025



Fuente: Elaboración propia en base a Diagnósticos Regionales/Semáforo de indicadores comunales

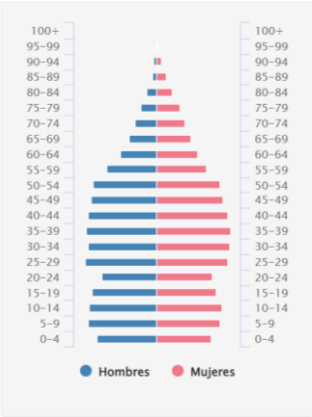
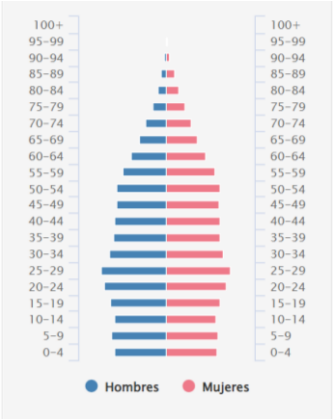
La proyección de crecimiento poblacional de acuerdo a la estimación para 2035 muestra un crecimiento porcentual estimado para la comuna de 3,4%, inferior al 4,7% y 5,9% estimado para la región y país respectivamente. Se trata de un dato que, al igual que el de población, podrá ser actualizado en este Plan durante el presente año, en base a los datos aportados por el Censo 2024.

Estructura según grupo etario

La pirámide de población es una representación gráfica de las características de una población perteneciente a una localidad, ciudad o país, en un momento en el tiempo.

En este caso, se presentan las pirámides poblacionales de la comuna de Castro, región de Los Lagos y Chile, para el año 2017.

Imagen 2: Pirámides poblacionales comuna, región, país. 2017

Pirámide poblacional comuna de Castro. 2017	Pirámide poblacional región de Los Lagos. 2017	Pirámide poblacional Chile. 2017
		

Fuente imágenes: INE. Censo 2017

La pirámide de población nacional —que coincide con las pirámides de la comuna de Castro y de la región de Los Lagos—, se caracteriza por ser de tipo regresiva, es decir, la base de la pirámide es más pequeña que los escalones siguientes, lo que refleja un menor crecimiento demográfico y una baja tasa de natalidad. Este fenómeno genera un envejecimiento de la población. Las causas de la baja tasa de natalidad son diversas, pero en general pueden deberse a un mejor control de la natalidad y a cambios en los patrones culturales y objetivos de vida, principalmente de las mujeres, que privilegian el desarrollo en ámbitos distintos a la maternidad; mientras que el envejecimiento de la población y la mayor esperanza de vida se atribuyen a la mejora de las condiciones de vida y sanitarias de la población general.

El envejecimiento de la población es un fenómeno demográfico que se ha acelerado a nivel mundial y nacional. Este proceso tiene indudablemente implicaciones en la salud pública y se vincula con los determinantes sociales de la salud, entre ellas, por las condiciones de vida que enfrentan las personas mayores debido a la disminución de ingresos en esta etapa; el aislamiento social y sus implicancias en la salud mental; las dificultades de acceso a la atención médica y servicios de salud, en particular en aquellos relacionados con enfermedades crónicas, salud mental, discapacidades y cuidados a largo plazo.

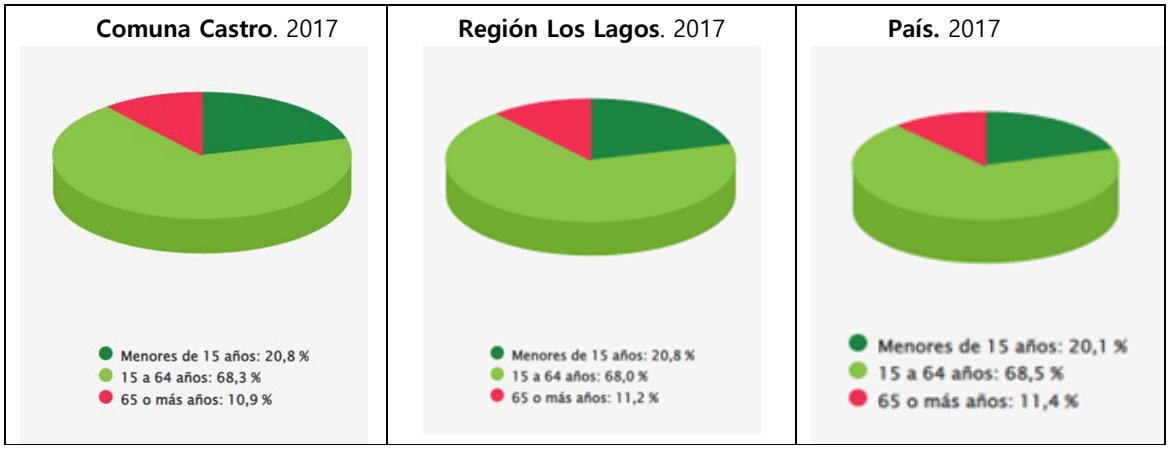
A nivel comunal, este tipo de problemas han sido identificados tanto por los equipos de salud como por la comunidad, que lo ha manifestado en los diagnósticos comunitarios, con mayor énfasis en la situación de las personas adulto mayores de sectores rurales e insulares de la comuna, que se encuentran en una situación de mayor desigualdad que las del sector urbano, por lo que se trata de un ámbito prioritario a abordar desde el sector salud, con participación del intersector en el periodo 2025-2028.

El grupo más grande de población en 2017 es el que se ubica en el tramo etario entre 25 y 29 años y que a inicios de la década de los '90 formaban parte del grupo de los menores de 5 años que ensanchaban la base de la pirámide de población. Sin embargo, luego de ellos el número de nacimientos bajó -con algunas variaciones si se comparan las pirámides comunal, regional y nacional, pero en todas ellas la tendencia es a la baja-, mientras que los grupos de los mayores de edad crecen en su importancia relativa dentro de la población total. De acuerdo a los datos censales (2017), el promedio de edad de la población comunal era de 35,8 años, idéntica cifra a la que presentan el nivel regional y nacional.

En relación a la estructura por sexo, la proporción de nacimientos de hombres y mujeres es similar, lo que se aprecia en el grupo de 0 a 4 años de las tres pirámides. No obstante, a partir de los 60 años, la mortalidad masculina aumenta y la población femenina alcanza una mayor proporción en los grupos de edad de 60 años en adelante.

Los siguientes gráficos permiten tener una visión de la forma en que se distribuyen los grupos etarios a nivel comunal, regional y nacional.

Gráficos 2: Distribución de población por grandes grupos de edad. Comuna, región, país



Los tres gráficos muestran una situación similar. La población menor de 15 años alcanza a nivel nacional un 20% y fracción de la población total del país, mientras que las personas mayores de 64 años rondan el 11%, cifra que irá en aumento en los próximos años, debido a la estructura poblacional regresiva. Esto significa que habrá progresivamente menos personas jóvenes que entrarán en sus años productivos en reemplazo de los mayores que pasarán a ser pasivos.

La comuna de Castro (Censo 2017) presenta un 10,9% de población adulta mayor y un 20,8% de población menor de 15 años. Se espera que el Censo 2024 registre un aumento del porcentaje de personas mayores residentes en la comuna.

La siguiente tabla muestra la forma en que se presentan los indicadores de dependencia y de adultos mayores a nivel comunal, regional y nacional

Tabla 5: Indicadores de dependencia. Comuna, región, país. 2017 y proyección 2024

Población	Castro		Región		País	
Índice	**2017**	**2024 Proyec.**	**2017**	**2024 Proyec.**	**2017**	**2024 Proyec.**
Dependencia demográfica total[5]	46,5	46,8	47,1	47,3	45,9	47,5
Dependencia de 0 a 14 años[6]	30,5		30,6		29,3	
Dependencia 65 y más años	16,0		16,5		16,6	
Índice de adultos mayores (IAM)[7]	52,5	74,6	53,9	77,2	56,9	74,9

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

El IDD es un indicador de potencial dependencia económica, que representa la medida relativa de la población potencialmente inactiva sobre la potencialmente activa. En el caso de la comuna de Castro, este índice es similar al de la región y país y el aumento entre 2017 y la proyección para 2024 no es tan significativa. Para 2024, un 46,8% de la población comunal sería dependiente económicamente (menor de 14 años y mayor de 65 años). En el desglose, este

[5] El Índice de Dependencia Total (IDD) es un Indicador demográfico de potencial dependencia económica, que mide la población en edades teóricamente inactivas en relación a la población en edades teóricamente activas, independientemente de su situación en la fuerza de trabajo. Su cálculo se realiza sumando la cantidad de personas entre 0 y 14 años con la población de 65 años o más y dividiéndolo por la población de 15 a 64 años, todo esto multiplicado por 100.

[6] Indica cuántos menores hay por cada 100 personas con edad potencialmente activa en términos laborales. El cálculo corresponde al cociente de la población de 0 a 14 años dividido por la población de 15 a 64 años, multiplicado por 100.

[7] El índice de adultos mayores (IAM) es un indicador que muestra la relación entre la cantidad de adultos mayores y la de niños y jóvenes. Se calcula como la cantidad de adultos mayores (de 65 años o más) por cada 100 niños y jóvenes (menores de 15 años).

porcentaje de población dependiente es mayor en el caso del tramo de 0 a 14 años, que alcanza para la comuna un 30,5%. En el caso de mayores de 65 años, un 16% es potencialmente inactivo.

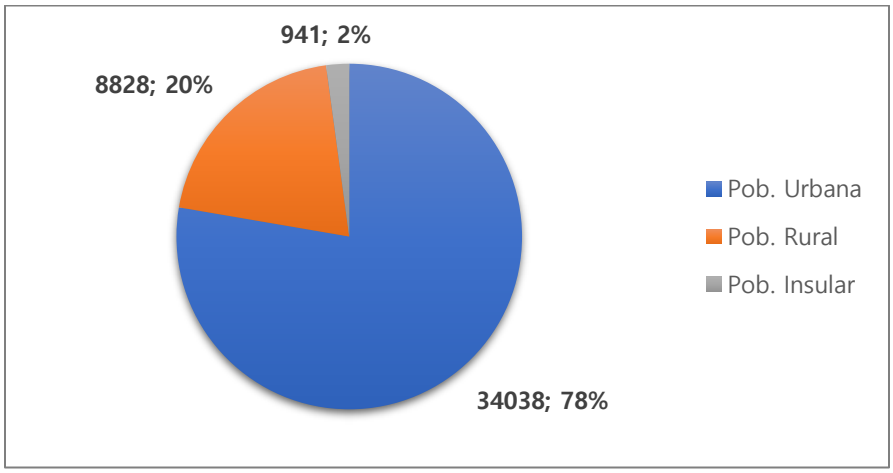
El índice de adultos mayores, por su parte, muestra que por cada 100 niños y adolescentes (NNA) menores de 15 años, hay 53 personas mayores de 65 años. Esta cifra se incrementa considerablemente en la proyección a 2024, donde por cada 100 NNA habrá 75 personas mayores, una tendencia preocupante y que da cuenta del proceso de envejecimiento poblacional y baja tasa de recambio generacional que enfrentamos a nivel nacional, regional y comunal.

Los problemas que afectan a la población de personas mayores de la comuna han sido identificados tanto por los equipos de salud como por la propia comunidad a través de diagnósticos participativos, siendo uno de los siete problemas a abordar en el Plan de Salud 2025-2028.

Ruralidad

De los 43.807 habitantes de la comuna censados en 2017, un 77,7% (34.038 personas) corresponde a población urbana, 20,2% a población rural (8.828 personas) y 2,1% a residentes insulares, distribuidos en 242 habitantes en Chelín y 699 en Quehui (941 habitantes insulares).

Gráfico 3: Población comuna de Castro por sector de residencia (Nro. y %). Censo 2017



Fuente: Elaboración propia con datos Censo 2017. INE

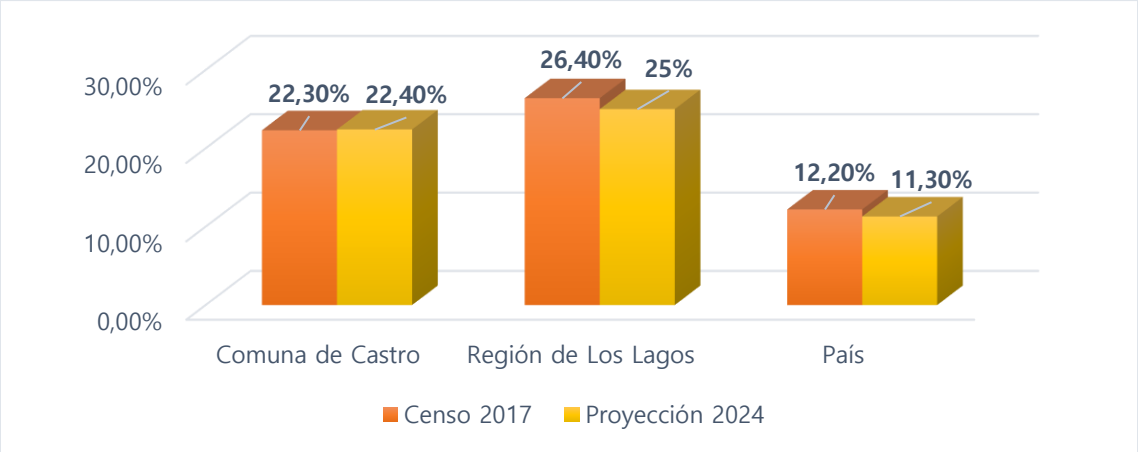
La proyección de los datos censales, muestran que la comuna mantiene el porcentaje de población rural e insular a 2024 (22,3% en 2017 y 22,4% en 2024), a diferencia de lo que ocurre en la región y país, donde a 2024 baja el porcentaje de habitantes en sectores rurales.

Tabla 6: Población por Área Urbano-Rural. Comuna, región y país. 2017 y proyección 2024

	Censo 2017		Proyección 2024		% Ruralidad	
	Urbana	Rural	Urbana	Rural	Censo 2017	Proyección 2024
Comuna de Castro	34.038	9.769	37.791	10.936	22,3	22,4
Región de Los Lagos	610.033	218.675	683.790	228.381	26,4	25,0
País	15.424.263	2.149.740	17.824.977	2.261.400	12,2	11,3

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

Gráfico 4: Porcentaje de Ruralidad, comuna, región y país. 2017 y proyección 2024



Como se mencionó anteriormente, un porcentaje importante de la población rural e insular de la comuna de Castro son adultos o personas mayores que, si bien en su mayoría son autovalentes, se ven enfrentados a barreras de acceso a la atención de salud en razón de su lugar de residencia. Este aspecto ha sido considerado dentro de las problemáticas a abordar en el Plan de Salud 2025-2028.

Población perteneciente a pueblos originarios

El Censo 2017 muestra las cifras que se presentan en la siguiente tabla en relación con el porcentaje de personas censadas que se consideran perteneciente a un grupo indígena u

originario. Esta categoría incluye a los nueve pueblos reconocidos por la ley chilena al momento de aplicarse el Censo 2017.

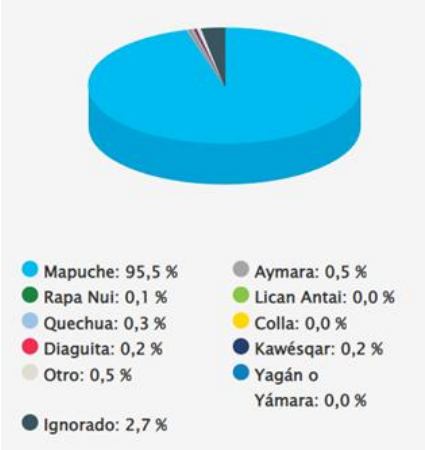
Tabla 7: Población perteneciente a pueblos originarios. Comuna, región, país. 2017

Población	Castro	Región de Los Lagos	País
Pueblos Originarios	28,9%	26,8%	13%

Fuente: Censo 2017

En la comuna de Castro, el número de personas que se autoidentificaron con un pueblo originario fue de 12.616. En el desglose por pueblo originario, el 95.5% de este total se identificó como perteneciente al pueblo mapuche, 0.5% a otro pueblo originario, 0.5% al pueblo Aymara y luego los demás pueblos indígenas en menor proporción. Entre ellos, un 2.7% se reconoció como perteneciente a un pueblo originario, sin embargo, no supo identificar a cuál.

Gráfico 5: Pueblo originario con el que se identifica. Castro. 2017



Fuente imagen: INE. Resultados Censo 2017

Registro de variable indígena en salud

Considerando que los pueblos originarios presentan marcadas brechas de morbimortalidad en relación a la población no indígena, uno de los objetivos de la Estrategia Nacional de Salud (MINSAL) es disminuir las inequidades en salud en la población indígena. Esta necesidad se enmarca, además, en el Convenio 169 de la OIT. Para avanzar en este objetivo, en 2016 se incorpora en la Norma 643 del MINSAL, la pregunta a todo/a usuario/a inscrito sobre su pertenencia a pueblos indígenas, dentro del conjunto de datos mínimos básicos de salud. La realización de la pregunta, tanto en su formulación como su registro, es de carácter obligatoria para los funcionarios de salud, ya que contar con esta información desagregada permite

identificar perfiles epidemiológicos e implementar acciones pertinentes y adecuadas para resolver las brechas actualmente existentes.

A nivel nacional, regional y comunal, sin embargo, la frecuencia con la que se realiza la pregunta por parte de los funcionarios de salud es muy baja, si se toma como referencia el porcentaje de usuarios de salud inscritos en comparación con el porcentaje que se autoidentificó en el Censo 2017.

Para el año 2022, mientras que en el Censo 2017 un 28,9% de la población de la comuna se había autoidentificado como parte de un pueblo indígena, los registros de los establecimientos de salud consideraban que solo un 5,0% de usuario/as se autoidentificaban como tales. Para mejorar este registro, entre los meses de junio y agosto de 2024 se hizo una campaña de consulta y actualización de datos en todos los establecimientos de salud de la comuna, lo que permitió aumentar la cifra a un 6,6%. No obstante, es necesario seguir reforzando entre los funcionarios de salud la realización de la consulta como una práctica permanente.

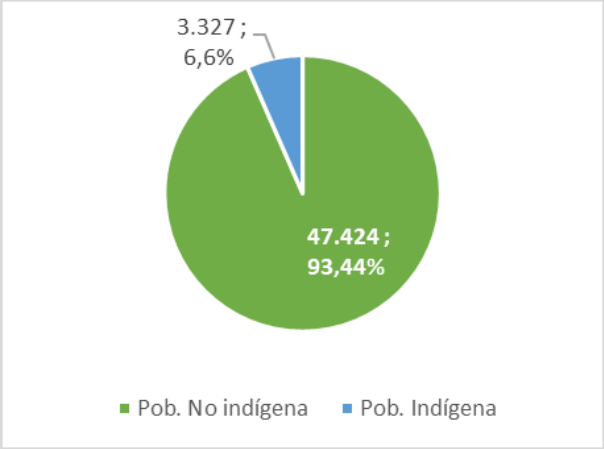
Los datos que arrojó durante 2024 la consulta a usuarios de los centros de salud sobre pertenencia a pueblo originario se presentan a continuación:

Tabla 8: Usuaria/os por establecimiento que se identifican con un pueblo originario. 2025

	CESFAM René Tapia	**Cecosf Llau Llao**	**Cecosf Gamboa**	**Cecosf Rilán**	**Cesfam Quillahue**	**Cecosf Kintunien**	**Estaciones Rural**	**PSR Chelín**	**PSR Quehui**	**TOTAL 2025**
Total inscritos	15.358	4.800	4.719	2.448	17.250	4.504	821	224	627	**50.751**
Pobl. Indígena	724	123	264	199	1.248	286	65	77	341	**3.327**
No indígena	14.634	4.677	4.455	2.249	16.002	4.218	756	147	286	**47.424**
% P.O 2025	**4,7%**	**2,6%**	**5,6%**	**8,1%**	**7,2%**	**6,3%**	**7,9%**	**34,4%**	**54,4%**	**6,6%**

Tabla 9 y gráfico 6: Población Inscrita validada 2025 por pertenencia a pueblo originario comuna Castro

POBLACIÓN	N°	%
No indígena	47.424	93,4
Indígena	3.327	6,6
	50.751	**100%**
DETALLE POR PUEBLO ORIGINARIO		
Mapuche	2.809	84,4%
Otro	453	13,6%
Aymara	20	0,6
Diaguita	10	0,3
Quechua	9	0,27
Colla	8	0,24
Kawésqar	7	0,21
Lican Antai (Atacameño)	6	0,18
Rapa Nui (Pascuense)	3	0,09
Yagán (Yámana)	2	0,06



Fuente: corte per cápita, inscritos validados 2025

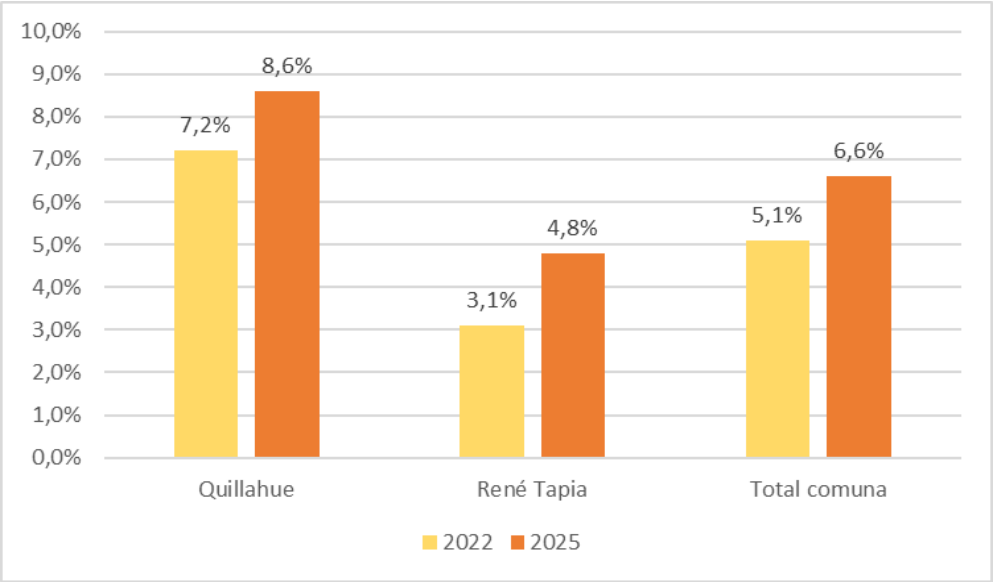
De acuerdo a la información de la tabla y gráfico, un 6,6% (3.327 personas) de lo/as usuario/as de salud se autoidentifican como parte de un pueblo originario. De ello/as, la gran mayoría, 2.809 personas, se consideran parte del Pueblo Mapuche, lo que corresponde a un 84,4% del total de la/os usuaria/os de la comuna que se autoidentificaron como pertenecientes a un pueblo originario. En segundo lugar, la categoría Otro, con un total de 453 personas, corresponde a un 13,4% de quienes se identificaron como indígenas. En esta cifra, una gran mayoría corresponde a quienes se autoidentificaron como huilliche o huilliche de Chiloé. El restante 2,2% de registros corresponde a personas que se autoidentificaron como alguno de los otros 7 pueblos originarios reconocidos por la Ley Indígena 19.253.

El detalle de población por pertenencia a pueblo originario por establecimiento de salud, de acuerdo a datos del sistema de registro de ficha electrónica Rayen 2023 y de población inscrita validada para 2025 (Corte per cápita), se presenta a continuación.

Tabla 10: N° usuaria/os por pertenencia a p. originario. Cesfam y dispositivos. 2022 y 2025

	CESFAM Quillahue		CESFAM Dr. Rene Tapia S.		Total comuna	
	2022	**2025**	**2022**	**2025**	**2022**	**2025**
TOTALES	22.610	22.388	24.745	26.435	47.355	50.751
Ninguno/no registrado	20.992	20.372	23.977	25.125	44.969	47.425
Perteneciente a P. Originario	1.618	2.016	768	1.310	2.386	3.327
% de usuarios P. Originario	**7,2%**	**8,6%**	**3,1%**	**4,8%**	**5,1%**	**6,6%**

Gráfico 7: Porcentaje de usuarios pueblo originario por Cesfam y dispositivos. 2022-2025



Fuente: Rayen 2023 y Per cápita 2025

Si bien ha mejorado el registro de la variable indígena en los centros de salud de la comuna, se trata de una acción que debe ser reforzada entre los equipos de salud y difundida entre la comunidad usuaria, en especial la de pueblos originarios, que debe exigir que se le formule la consulta y se haga el registro. Esta actividad se considera dentro de las acciones 2025 del Depto. de Salud Municipal, así como también la implementación del Modelo de Salud Intercultural en los establecimientos de salud de la comuna, lo que se enmarca en el "Reglamento sobre el derecho de las personas pertenecientes a pueblos indígenas a recibir una atención de salud con pertinencia cultural", contemplado en el Decreto 21 (2023) del MINSAL.

Población migrante

Desde hace más de una década, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha puesto énfasis entre sus países miembros, en la importancia de favorecer el acceso de las personas migrantes a los sistemas de salud, considerando en ello, además, un enfoque intercultural que valore las diversidades y diferencias existentes entre las distintas comunidades migrantes (Avaria et al., 2020)[8].

Por su parte, el estado de Chile ha instruido a nivel nacional, que "las prestaciones de salud pública en Chile son un derecho para todas las personas que residan en nuestro país, ya sea que su situación migratoria sea regular o no" (SEREMI Los Lagos)[9]. Siguiendo este mandato, los establecimientos de atención primaria de la comuna inscriben a las personas migrantes que lo solicitan, como usuarios del sistema de atención, recibiendo los mismos beneficios de la población nacional. Esto implica no solo asegurar a las personas migrantes el derecho humano de acceso a la atención de salud, sino que también considerar que la migración es un determinante de la salud y por lo tanto es un desafío para los equipos de salud el considerar e incorporar variables y acciones vinculadas a las características sociales y culturales de esta población en su atención, ya que una atención pertinente y que contribuya a mejorar sus condiciones y calidad de vida, impactará positivamente en los indicadores de salud de la población en general (Avaria et al, 2020).

Según estimaciones INE (2022), el aumento de población migrante a nivel nacional habría sido de un 14,1% entre 2018 y 2021, lo que se ha visto reflejado a nivel comunal (INE, 2022). Los gráficos presentan la configuración de migrantes por nacionalidad a nivel comunal, regional y nacional, así como otros datos relevantes, según datos del Censo 2017, sin embargo, además del incremento en las cifras, esta configuración por nacionalidad ha ido cambiando a nivel nacional. Si la mayoría de las personas extranjeras residentes en el país al 31 de diciembre de 2021 provenía de Venezuela (30%), Perú (16,6%), Haití (12,2%) y Colombia (11,7%) estas cifras habían cambiado al 31 de diciembre de 2023, cuando la población venezolana había aumentado a un 38%, le

[8] Avaria, A.; Cabieses, B. & Obach, A., Editoras. (2020). Salud y Migraciones. Relevancia, consideraciones generales y desafíos para el Chile de hoy. RIL Editores, U. del Desarrollo, U. Autónoma. https://ediciones.uautonoma.cl/index.php/UA/catalog/book/50

[9] Seremi Salud Los Lagos. (S/f). Guía práctica de acceso y tención de salud para personas migrantes residentes en Chile.

seguía la peruana, disminuyendo a un 13,6% y la colombiana con un 10,9%, bajando a cuarto lugar la comunidad haitiana, con un 9,8%[10].

La región de Los Lagos, por su parte, concentra a un 2% de la población migrante nacional, que corresponde a 37.720 personas y su composición difiere en relación a la población nacional y comunal, como se observa en la siguiente tabla.

Tabla 11: Distribución porcentual de población migrante. País, región, comuna. 2024

PAÍS	REGIÓN	COMUNA [11]
Venezuela (38%)	Venezuela (50,6%)	Venezuela (42,3%)
Perú (13,6%)	Argentina (13,0%)	Colombia (17%)
Colombia (10,9%)	Haití (10,6%)	Haití (8,8%)
Haití (9,8%)	Colombia (8,7%)	Rep. Dominicana (8,5%)

Fuente: Web Servicio Nacional Migrantes

En el período comprendido entre el 2014 y el primer semestre de 2024 se solicitaron un total de 2.871 residencias temporales y 1.468 residencias definitivas por extranjeros que declararon residir en Castro. En ambos casos, el mayor porcentaje de solicitudes corresponde a hombres (53,5% en residencias definitivas y 54,7% en temporales) y los tramos de edad más prevalentes son de 30-44 (33,6%) en el caso de residencias definitivas y de 18-29 años (40%) en los solicitantes de residencia temporal[12].

En la APS municipal la población inscrita corresponde a 494 personas en 2024, las que se distribuyen de la siguiente manera.

[10] Servicio Nacional Migraciones (2025). Estimaciones de extranjeros. https://serviciomigraciones.cl/estudios-migratorios/estimaciones-de-extranjeros/
[11] En relación a los datos comunales que presenta la tabla, estos corresponden a la distribución porcentual de personas a las que se les ha aprobado la solicitud de residencia temporal entre 2014 y el primer semestre de 2024.
[12] Migraciones Chile (2024). Minuta población migrante en la comuna de Castro. https://serviciomigraciones.cl/wp-content/uploads/estudios/Minutas-Comuna/LL/Castro.pdf

Tabla 12: Población migrante inscrita en 2024 en APS Castro

NACIONALIDAD	CESFAM Quillahue	CESFAM Dr. René Tapia	TOTAL
Venezolana	103	190	293
Colombiana	23	66	89
Ecuatoriana	14	15	29
Argentina	6	9	15
Peruana	2	11	13
Otras Nacionalidades	17	38	55
	165	**329**	**494**

Fuente: Iris Salud 2024

En cada CESFAM se cuenta con una encargada de migrantes, que ve los temas relacionados con este grupo de la población usuaria. Para el periodo que comprende este Plan de Salud, se espera poder recoger información estadística y epidemiológica que permita caracterizar de forma más precisa a esta población y realizar una atención integral pertinente.

Acceso y conectividad

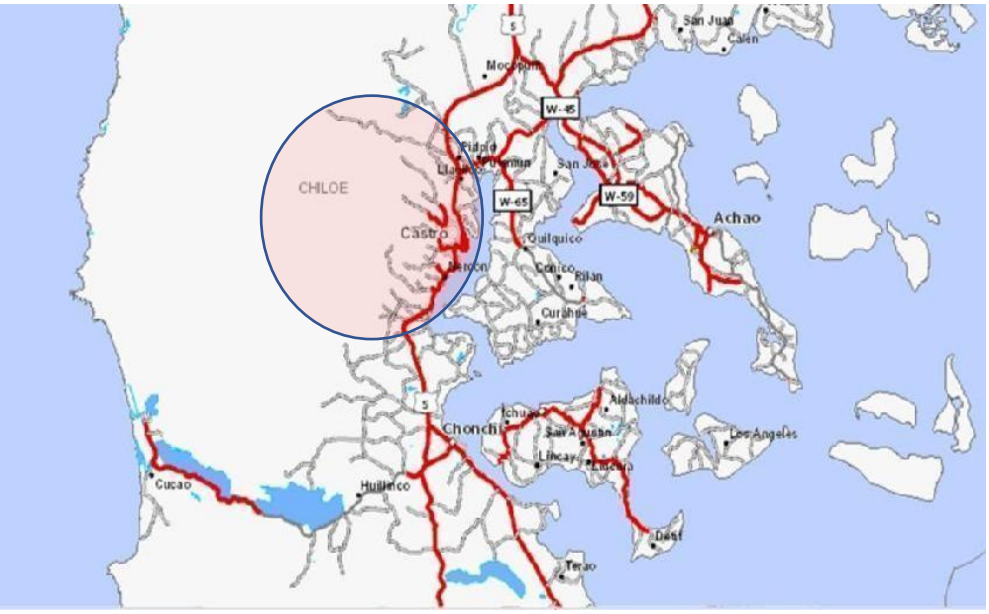
Castro se encuentra conectada por la continuación de la Carretera Panamericana, que en la Isla Grande de Chiloé se extiende desde Ancud hasta Quellón en sentido norte-sur. Desde esta vía principal se desprende una red caminera de acceso a las distintas ciudades y poblados rurales. Actualmente esta carretera atraviesa la ciudad de Castro, pasando por su casco histórico La construcción de un By Pass (interrumpido en el mes de octubre de 2022 por la quiebra de la empresa constructora y que se retomó en agosto de 2024), permitirá una vez que se termine, en 2026, contar con una vía alternativa a la Ruta 5 Sur desde el sector Pid Pid por el norte, hasta el límite sur de la comuna, desde donde se extiende hasta el sector de Rauco, en la comuna de Chonchi.

Un importante problema en cuanto a la conectividad vial de la ciudad, es la creciente congestión vehicular, que afecta principalmente a las calles céntricas y a los accesos norte y sur. Entre los factores que influyen en este problema —y que fueron identificados hace ya veinte años en el Plan Regulador de Castro—, se encuentran el aumento del parque automotriz; el que la

Carretera Panamericana pase por el centro de la ciudad, con un importante tránsito de buses y camiones; calles angostas en las que se estacionan vehículos y camiones y la presencia de dos terminales de buses en el centro de Castro. A ello se suman algunos potenciales riesgos, debido a la infraestructura y equipamiento urbanos, como la línea de alta tensión que cruza la ciudad de norte a sur, pasando por zonas residenciales, las bombas de bencina ubicadas en el centro y junto a zonas residenciales, el aeródromo cercano a zonas residenciales, la falta de áreas verdes, parques y arborización en calles (aspecto que se ha comenzado a abordar en los últimos años) y los microbasurales en quebradas (Plan Regulador Castro, 2004, p. 21[13]).

La red caminera rural y urbana de la comuna es extensa, sin embargo, la accesibilidad se dificulta en muchos sectores por el mal estado de caminos, en especial los de ripio, que no cuentan con la suficiente mantención durante el año y por la falta de berma en algunos sectores.

Imagen 3: Área cubierta por la red vial de la comuna de Castro. Vía primaria



Las dos islas pertenecientes a la comuna se encuentran conectadas a la Isla Grande a través de lanchas de recorrido, que tienen un flujo diario durante toda la semana, saliendo temprano por la mañana (7.00 am) desde cada isla y retornando desde Castro alrededor de las 16.00 hrs., en un trayecto de 2 horas de duración. Se trata de un servicio subsidiado que permite

[13] Municipalidad de Castro. Plan Regulador de Castro. Memoria Explicativa. https://municastro.cl/memoria_pr.pdf

el traslado de pasajeros y mercaderías. A pesar de ser un anhelo de sus habitantes, no existe un servicio de transbordador público que permita el traslado de vehículos desde y hacia las islas Quehui y Chelín.

Por vía aérea, la provincia de Chiloé cuenta desde noviembre de 2012 con un aeródromo ubicado en Mocopulli, comuna de Dalcahue, a 20 km. al norte de la ciudad de Castro, con vuelos comerciales en forma directa desde y hacia Santiago. En la ciudad, se ubica el Club Aéreo de Castro, con aeronaves de pequeña envergadura, lo que en muchas ocasiones ha permitido acortar tiempos y distancia frente a emergencias médicas. Adicionalmente la isla Quehui cuenta con una pista de aterrizaje para aeronaves menores.

Acceso y Conectividad de la Red Asistencial Comunal

En relación con la accesibilidad de salud, si bien la red caminera en general permite un acceso adecuado de la población a los centros de salud y de los equipos de salud a los distintos sectores de la comuna, existen algunos problemas críticos en cuanto a acceso y conectividad de la red asistencial comunal que deben ser considerados:

- **Islas Quehui y Chelín:** Debido a la condición de acceso marítimo a estas islas, la oportunidad de atención no es una constante, en gran parte por razones climáticas. Lo anterior, se verifica en la cantidad de días de atención que la ronda de salud pierde especialmente en otoño e invierno, cuando por condiciones de viento, el puerto se cierra para naves menores. Si bien se busca recuperar estos días, no siempre es posible, debido al cronograma mensual que incluye también las Estaciones de Salud Rural.
  Cuando los habitantes de las islas requieren atención de salud y por consiguiente su traslado a Castro, dependen exclusivamente de las lanchas de recorrido, las que, si bien han mejorado su conectividad en los últimos años, tienen horarios establecidos, lo que obliga en muchas ocasiones a recurrir al arriendo de traslados particulares.
  Adicionalmente a ello, el acceso a salud de los habitantes de Quehui y Chelín se ve dificultado ocasionalmente, debido a problemas mecánicos de las lanchas de APS Castro, que impiden la llegada del equipo de salud, mientras estas lanchas se encuentran en

reparación, lo que, si bien se resuelve con arriendos de lanchas, el tiempo que toman en el traslado influye directamente en la hora de inicio de las atenciones, que, al retrasarse, disminuye en número de cupos a otorgar.

En casos de urgencia, si no se cuenta con la lancha de salud, se tiene como alternativa la activación por parte de los TENS de las postas de Quehui y Chelín del Plan Reloncaví, que, a través de una embarcación de la Armada de Chile y la articulación con el SAMU de Castro, hacen el traslado de la persona afectada.

- **Península de Rilán:** la accesibilidad de los usuarios al CECOSF y sus Postas durante los tres últimos años se ha dificultado producto de la pandemia, ya que se disminuyó la frecuencia de buses interurbanos y además aumentó el valor de los pasajes. A la fecha, aún hay rutas en la península que no se han retomado por parte de las líneas de buses, siendo un problema que está tratando de ser abordado por las Juntas de Vecinos de los sectores. Por otra parte, el acceso a atenciones de urgencia ya sea en el SAR u Hospital, también se ve limitado, debido además a la distancia hacia estos centros de salud, lo que implica mayor tiempo y gasto de recursos para acceder a ellos.

- **A nivel urbano:** el crecimiento del parque automotriz y otros problemas vinculados a la conectividad mencionados anteriormente, han afectado los tiempos de desplazamiento de los vehículos de salud (PADI, CESFAM; CECOSF, Rural), debido a los embotellamientos que se producen principalmente en los accesos norte y sur de la ciudad. Este problema también lo tienen los propios usuarios, quienes se trasladan a los centros de salud urbanos, tanto en forma particular como en locomoción colectiva. Si bien el uso provisorio del tramo norte del by pass en construcción ha aliviado en parte es problema, se trata de un problema que se mantiene en días y horarios específicos.

- **En relación con la conectividad digital:** el equipamiento y la señal de internet, ancho de banda y/o señal telefónica, con lo que se cuenta en varios establecimientos de salud, si bien ha mejorado considerablemente, no son óptimos ni estables, generando mayor dificultad de conexión en el sector rural y sus respectivas Postas.

Calidad de vida urbana

El Índice de Calidad de Vida Urbana (ICVU)[14], que compara en términos relativos la calidad de vida urbana de comunas y ciudades en Chile a partir de un conjunto de variables referidas a seis dimensiones vinculadas a la provisión de bienes y servicios públicos y privados a la población residente y sus correspondientes impactos socio-territoriales, muestra para la ciudad de Castro, considerada como una ciudad intermedia (menos de 250.000 habitantes), un **índice de calidad de vida bajo**, en una escala que considera los niveles Alto, Medio Alto, Medio Bajo y Bajo.

Las dimensiones consideradas y la evaluación que cada una de ellas tuvo para Castro se presentan en la siguiente imagen:

Imagen 4: Índice de Calidad de Vida Urbana 2023 ciudad de Castro por dimensión y nivel.

CASTRO	Condiciones laborales	Ambiente de negocios	Condiciones socioculturales	Conectividad y movilidad	Salud y medioamb.	Vivienda y entorno
Bajo	Bajo	Medio Alto	Medio bajo	Bajo	Bajo	Alto

Fuente: Datos ICVU 2023

La ciudad de Castro muestra un bajo desempeño en tres de las dimensiones evaluadas: Condiciones laborales, Conectividad y movilidad y Salud y medioambiente.

La dimensión de Condiciones laborales, se refiere a aspectos relacionados con el nivel de precariedad y estabilidad en el mercado laboral de la población, así como dependencia del Estado. La Conectividad y movilidad, apunta a condiciones de permeabilidad urbana, nivel de exposición a accidentes de tránsito, proximidad al transporte público y conexión a internet. En la dimensión Salud y medio ambiente, se evalúan la inversión en infraestructura, equipamiento y servicios de salud, condiciones y manejo ambiental, exposición a riesgos naturales y/o antrópicos.

Las Condiciones socioculturales, donde Castro alcanza un nivel medio bajo, se refieren a los resultados en educación secundaria y de acceso a la educación superior y a la vulnerabilidad social y pobreza multidimensional.

[14] Orellana, A. & Moreno, D. (2024). Índice de Calidad de Vida Urbana (ICVU). U. Católica – CChC – NUGOT. https://estudiosurbanos.uc.cl/documento/indice-de-calidad-de-vida-urbana-icvu-2023/

Los aspectos mejor evaluados fueron los de Ambiente de negocios (medio alto), que considera variables que expresan el nivel de actividad económica, emprendimiento, capacitación y acceso a servicios bancarios y el de Vivienda y entorno, que evalúa la capacidad de inversión pública a escala comunal, disposición de espacios públicos, seguridad ciudadana y niveles de hacinamiento de los hogares.

Para mayor detalle sobre los distintos aspectos que considera cada una de estas dimensiones, consultar el documento referido a pie de página.

Estos resultados, principalmente los más bajos, si bien apuntan al sector urbano de la comuna, dan cuenta de la importancia de evaluar desde la atención primaria comunal las condiciones laborales y de accesibilidad y salud y medioambiente en tanto determinantes sociales de la salud que pueden afectar a sus usuario/as y sobre las cuales se debiera incidir a través de políticas comunales y trabajo intersectorial.

4.2. Diagnóstico de Necesidades en Salud (DNS)

El Diagnóstico de Necesidades en Salud que se presenta para la comuna de Castro, recoge dos áreas que permiten tener una visión integral acerca de las necesidades de salud de la comuna y de los recursos con los que se cuenta para satisfacerlas.

Estas áreas son:

- Diagnóstico epidemiológico y de salud comunal
- Diagnósticos de Salud Comunitarios por establecimiento

4.2.1 Diagnóstico Epidemiológico y de Salud Comunal

Natalidad

La tasa de natalidad se define como el número de nacimientos registrados por cada mil habitantes en un tiempo determinado, normalmente un año.

En Chile, la tasa de natalidad ha disminuido sostenidamente en las últimas tres décadas, lo que se atribuye a diversos factores, entre ellos, la incorporación de los métodos anticonceptivos, el mayor desarrollo económico, social, educacional y sanitario del país, además de las mayores posibilidades de incorporación de la mujer al sistema educacional, académico y laboral (Donoso 2007)[15].

El descenso continuo de la natalidad desde el 2014 (DEIS, 2022), el aumento en las expectativas de vida de la población comunal de adultos mayores, la tasa global de fecundidad de 1,4 hijos por mujer al 2019 por bajo la tasa de reemplazo (DEIS 2022), mantienen la tendencia global de los países de la OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos) que se encuentran en proceso de envejecimiento, generando uno de los cambios sociodemográficos más relevantes del siglo XXI.

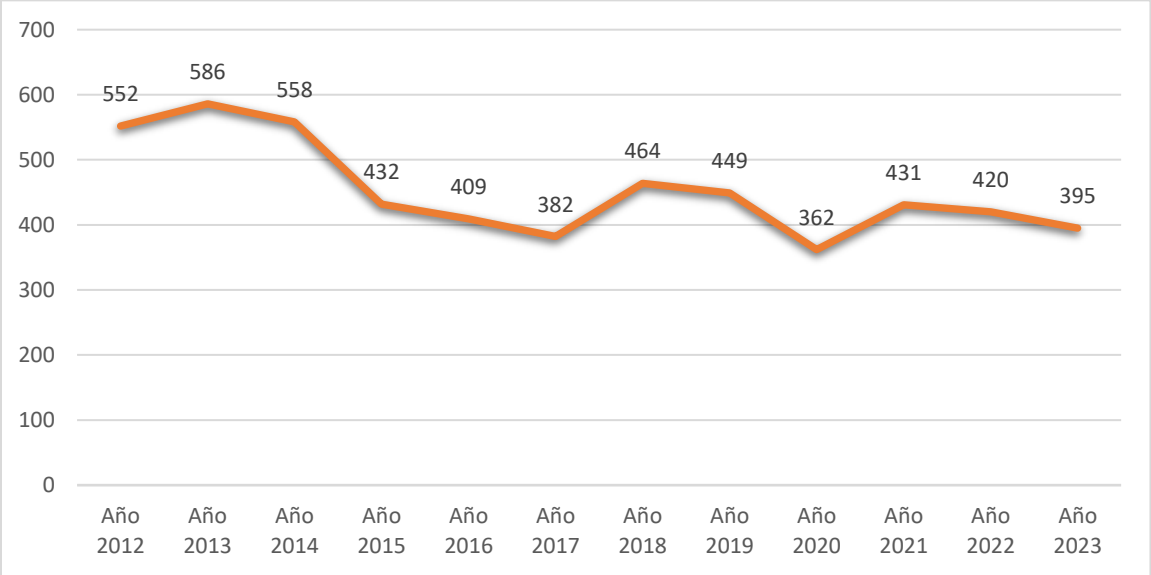
[15] Donoso Siña, Enrique. (2007). Descenso de la natalidad en Chile: Un problema país. Revista chilena de obstetricia y ginecología, 72(2), 73-75. https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262007000200001

Tabla 13: Tasa de Natalidad (N° nacimientos cada 1.000 hab.)

	2012	2016	2020
Comuna	13.33	11.88	11.13
Región	13.19	12.78	10.06
País	14.01	12.79	10.03

En nuestra comuna, si miramos tres momentos en la última década, podemos observar que la tasa de natalidad ha descendido a un ritmo más lento que a nivel nacional y regional entre 2012 y 2020.

Gráfico 8: Ingresos Control Pre Natal Comuna Castro



Fuente DEIS Minsal

Por otra parte, si miramos nuestra población inscrita validada, teniendo en cuenta que no contamos con datos censales de población actualizados, las mujeres gestantes que ingresan a la red también han ido en disminución y probablemente mantengamos la tendencia para los próximos años. Es interesante desde este punto, visualizar si el flujo migratorio (uno de los procesos demográficos que influyen de manera directa en la composición por edades de cualquier población) ha tenido incidencia en nuestro territorio, considerando un aumento transitorio no proyectado para los años que se describen, que muestra el gráfico y que coincide con el aumento

en el desplazamiento de migrantes. Esta información podría observarse con los datos del Censo 2024.

En cuanto a la tasa de natalidad por edad de la madre para el 2019, se observan para la comuna de Castro indicadores similares a los de la región y país, situándose las mayores tasas en el tramo etario de 20 a 34 años. No se dispone de datos más actualizados en relación a este indicador.

Tabla 14: Tasas de natalidad por edad de la madre. Comuna, región, país. 2019

Tasa Natalidad por edad de la madre. 2019 (n° nacimientos cada 1.000 hab.)				
	< 15 años	**15 a 19 años**	**20 a 24 años**	**35 y más años**
Castro	0,02	0,61	8,05	2,69
Región	0,01	0,67	8,00	2,14
País	0,02	0,61	8,11	2,31

Fuente: Depto. Inteligencia Sanitaria SSCH

Fecundidad

La tasa global de fecundidad (o tasa de fecundidad) es el número de nacimientos vivos por cada grupo de 1.000 mujeres en edad fértil (de 15 a 49 años) durante un año determinado.

Así como la tasa de natalidad se ha visto disminuida en el país, ocurre lo mismo con la tasa de fecundidad durante las últimas décadas. La tabla muestra el descenso de la tasa de fecundidad a nivel comunal, regional y nacional, manteniendo sin embargo una disminución más moderada a nivel comunal, a pesar de tener una tasa de fecundidad menor al nivel nacional.

Tabla 15: Tasa Global Fecundidad (N° Nacimientos Año x cada 1.000 Mujeres Edad Fértil)

	2012	**2016**	**2020**
Castro	1.67	1.54	1.51
Región	1.77	1.76	1.48
País	1.90	1.75	1.58

Fuente: DEIS, Minsal

Los elementos que explicarían este cambio en la tasa de natalidad y fecundidad son varios, entre ellos destacan los cambios en la estructura de la dinámica familiar, la inserción al

mundo laboral de la mujer, los estilos de vida y el proyecto de vida de las personas (Cerda, 2008)[16].

Estos cambios demográficos son relevantes, ya que resultan fundamentales para cualquier toma de decisión en lo que a políticas públicas se refiere, al permitir anticipar demandas y desafíos futuros, visualizar por ejemplo el mercado laboral y financiero, la demanda de bienes y servicios (viviendas, transportes, protección social), la demanda de salud y educación.

En el ámbito de la atención primaria municipal, la disminución de las tasas de natalidad y fecundidad han orientado la redistribución de las horas profesionales hacia acciones como la prevención de embarazos no deseados, promoción de métodos anticonceptivos y la atención de mujeres que están en etapa de climaterio y menopausia.

Embarazo Adolescente como Indicador de Salud.

Para la OMS, el embarazo en la adolescencia es un problema de salud pública, por las repercusiones que tiene desde el punto de vista biopsicosocial. En la Región de las Américas para el grupo de 15-19 años, particularmente en pandemia, todavía aparecen causas de muerte asociadas al embarazo. Según Molina, Pena, Díaz y Antón (2019)[17] entre las causas de muerte de las adolescentes se encuentran las complicaciones del estado gestacional y el parto. Pero la gestación adolescente, además tiene varias consecuencias negativas, como aborto ilegal, el abandono y maltrato de los niños, conflictos familiares, abandono escolar y múltiples problemas de salud tanto para el niño como para la madre.

En el año 2009, al realizar una encuesta adolescente en la comuna de Castro, uno de los problemas de salud que estos reconocen y que impactan su calidad y proyección de vida, es el embarazo adolescente y la escasa educación e información en el ámbito de la *salud sexual y reproductiva*. De ahí nace la Estrategia Clínica Escolar de la comuna de Castro.

[16] Cerda, Rodrigo. (2008). ¿Dónde están los niños? Determinantes socioeconómicos e institucionales de la disminución de tasa de fertilidad en Chile. https://www.previsionsocial.gob.cl/sps/download/estudios-previsionales/encuesta-de-proteccion-social/estudios-relacionados-eps/2010/29-determinantes-socioeconomicos-e-institucionales-de-disminucion-de-tasa-de-fertilidad-en-chile.pdf

[17] Molina, Ana; Pena, Roine; Díaz, Claudia & Antón, Maridé. (2019). Condicionantes y consecuencias sociales del embarazo en la adolescencia. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, *45*(2), . Epub 02 de junio de 2019. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2019000200017&lng=es&tlng=es.

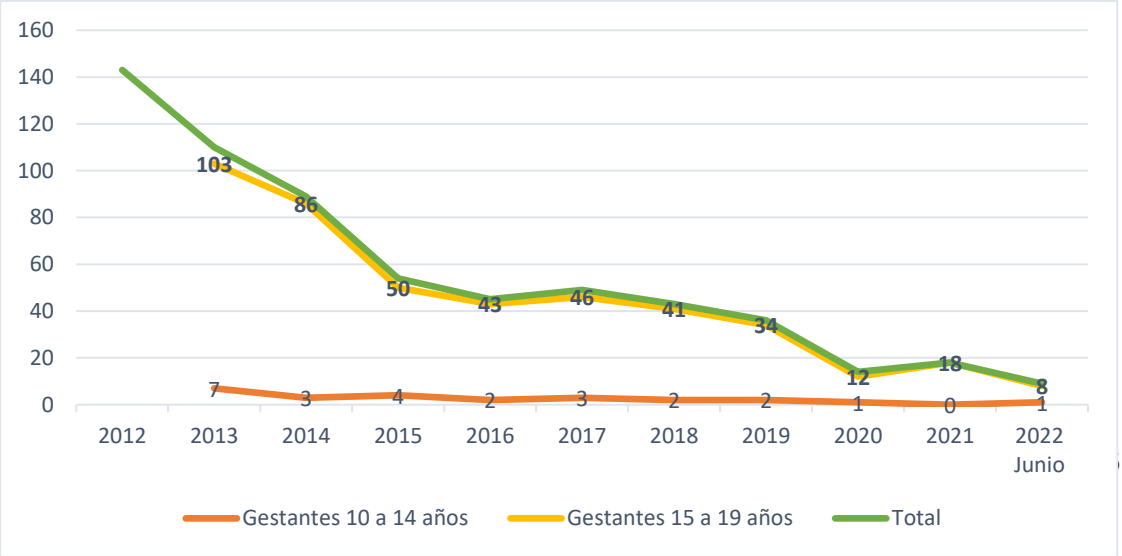
A una década de la estrategia, vemos el descenso en el número de embarazos en la población adolescente objetivo de 15-19 años. Si bien las explicaciones son multicausales, el mejor acceso a métodos de regulación de la fecundidad en un espacio protegido y la entrega de consejerías y educación a través de las diferentes actividades preventivas y de promoción de la Clínica Escolar de Castro pueden haber contribuido en la disminución de este indicador. Recordemos que las estrategias se han implementado dentro y fuera de los Establecimientos Educacionales.

Tabla 16: Gestación adolescente

Año	Gestantes 10 a 14 años	Gestantes 15 a 19 años	Total
2013	7	103	110
2014	3	86	89
2015	4	50	54
2016	2	43	45
2017	3	46	49
2018	2	41	43
2019	2	34	36
2020	1	12	14
2021	0	18	18
2022	1	15	16
2023	2	15	17
Total	**27**	**463**	**491**

Fuente: Datos Depto. de Salud Municipal

Gráfico N° 9: Gestación Adolescente



Si bien el número de embarazos en el grupo de 10-14 años es menor y también experimenta una baja casi a 0, no podemos perder de vista que el embarazo en este grupo etario viene acompañado de distintas formas de violencia, entre ellas la violencia sexual. En este sentido la abogacía por la vulneración de derechos, la anticoncepción de emergencia, los controles preventivos y la Ley 20.030 (Ley IVE) sin duda han fortalecido las intervenciones.

En este contexto, nuestro compromiso como comuna es mantener el énfasis en la educación en salud sexual y reproductiva en este tramo de edad, ya que con ello no solo se previene un embarazo no deseado, que genera gran impacto en la vida de las adolescentes, sino que además previene significativamente la violencia de género y la reproducción de la pobreza.

Mortalidad

La información relacionada con mortalidad es un parámetro básico en salud pública, que permite tener una aproximación al estado de salud y condiciones de vida de la población y en base a ello, definir políticas públicas, mejorar los sistemas de salud a nivel nacional y planificar líneas de acción en los niveles locales. Por ejemplo, tener información acerca de que el cáncer es una de las principales causas de muerte en el país, requerirá de acciones orientadas a aumentar el acceso de las personas a la detección precoz y a tratamientos de calidad, de manera de reducir este indicador. A nivel comunal, por su parte, se deberán implementar acciones en cada uno de los niveles de atención, siendo en atención primaria, prioritarias las acciones de prevención y promoción.

Si bien en Chile durante la primera mitad del siglo XX las principales causas de muerte se relacionaban con enfermedades infecciosas y parasitarias, con el avance de la medicina y el mejoramiento en las condiciones de vida, de higiene y saneamiento básico, ese tipo de enfermedades fueron disminuyendo notoriamente, así como también -aunque en menor medida- las enfermedades de los sistemas digestivo y respiratorio. Sin embargo, debido a los cambios en los estilos de vida y al aumento de la esperanza de vida, comenzaron a emerger progresivamente las enfermedades crónicas no transmisibles, con lo que adquirieron mayor preponderancia las muertes a causa de problemas del sistema circulatorio y los tumores o neoplasias (cáncer), que actualmente son las dos principales causas de muerte a nivel nacional y comunal.

Se presentan a continuación una serie de indicadores de mortalidad, que permiten tener un panorama a nivel comunal, regional y nacional.

Mortalidad General y Esperanza de Vida al Nacer (EVN)

La tasa bruta de mortalidad expresa la frecuencia con que ocurren las defunciones en un período de tiempo determinado, por cada mil habitantes. Gracias a la tasa de mortalidad es posible relacionar si en una región existen mayores defunciones según edad, sexo, alimentación, ascendencia genética, riesgo de trabajo de su población, entre otros.

Tabla 17: Tasa bruta de mortalidad. Comuna, región y país 2019 – 2020 (por 1.000 hab.)

	Año 2019	Año 2020
Castro	6,2	6,5
Región	5,9	6,0
País	5,7	6,4

Fuente 2020: Diagnósticos Regionales/Semáforo de indicadores comunales
Fuente 2019: Base defunciones, DEIS, Ministerio de Salud

En el caso de la comuna, las tasas brutas de mortalidad de 2019 y 2020 son superiores en ambos años a la región y país. Esto se puede explicar por tener condiciones de salud más desfavorables (mayor prevalencia de enfermedades crónicas y tumores, por ejemplo); un acceso limitado a servicios y prestaciones de salud de nivel primario y secundario y la calidad y capacidad resolutiva de estos, que pueden aumentar el riesgo de muerte prematura, y también pueden influir determinantes sociales de la salud, como las condiciones socioeconómicas y laborales de la población comunal. Parte de estas condiciones buscan ser abordadas por el Plan de Salud a través de la disminución de brechas de atención y de acciones que apuntan a la prevención, promoción y atención de enfermedades cardiovasculares y tumores del sistema digestivo.

La estructura de edad de la población, en este caso, una población más envejecida o con una menor esperanza de vida al nacer, son también factores que influyen en la tasa de mortalidad bruta, sin embargo, en el caso de la comuna de Castro este factor no es significativo, ya que los

datos muestran que los habitantes de la comuna tienen una mayor esperanza de vida que los de la región y país.

Tabla 18: Esperanza de vida comuna, región y país. 2018

Esperanza de vida al nacer (años)			
	Total	**Hombres**	**Mujeres**
Castro	80	78	83
Región	78	75	81
País	79	77	82

Fuente: INE y Depto. Inteligencia Sanitaria SSCH

(No se dispone de datos más actualizados para el nivel comunal)

Este indicador de mayor esperanza de vida en la comuna de Castro, implica un desafío sanitario para lograr que las personas mayores puedan tener adecuadas condiciones de salud y calidad de vida en la medida que envejecen, más aún, considerando que las proyecciones indican que la EVN irá en aumento a nivel nacional.

Mortalidad infantil

La tasa de mortalidad infantil, referida al número de niños menores de un año fallecidos por cada 1.000 nacidos vivos en un año, es un indicador relevante, reflejo del estado de salud de la población en su conjunto y de las condiciones en que esta se desarrolla; es un indicador que se vincula con los derechos y las determinantes sociales de salud de las poblaciones. La OPS especifica que "el indicador de mortalidad infantil reconoce como factores determinantes las condiciones de vida materna y el acceso a la atención. En el caso de la mortalidad materna, los determinantes más importantes son la pobreza y la marginalidad social, el bajo nivel educativo, y el desconocimiento y la violación de los derechos sexuales y reproductivos. Ambos indicadores reflejan también la desarticulación y segmentación del sistema de salud, el déficit en la calidad de atención y las dificultades en la resolución de la emergencia obstétrica y perinatal" (OPS, 2017, p. 75)[18].

[18] OPS. (2017). Lineamientos básicos para el análisis de la mortalidad. Washington, D.C.: OPS; 2017. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34492/9789275319819-spa.pdf?sequence=7

Si bien en Chile la integración de políticas sanitarias, ambientales y educacionales han sido exitosas para lograr indicadores de mortalidad infantil y de mortalidad materna, cercanas a los de países desarrollados, debe tenerse en cuenta que los promedios nacionales no reflejan las disparidades territoriales, por lo que un análisis más detallado se hace siempre necesario.

En el año 2019 nacieron en la comuna de Castro 537 niños y niñas y fallecieron 4. Debido a estas muertes, la comuna presenta una tasa de mortalidad infantil superior a las tasas regional y nacional. Para tener un acercamiento más preciso a las razones que explican estas muertes es necesario indagar más a fondo en cada caso, conocer sus circunstancias, las condiciones de vida de la madre, el acceso a servicios de salud durante la gestación, parto y puerperio, el sector de residencia, entre otras determinantes sociales, sin embargo, se trata de una cifra que se espera se reduzca en los siguientes años.

Tabla 19: Tasas de mortalidad infantil. Comuna, región y país.

	Tasa Mortalidad Infantil 2019 (N° muertes en < 1 año cada 1.000 nacidos vivos)
Castro	7,4
Región	6,5
País	6,0

Fuente: Depto. Inteligencia Sanitaria SSCH

(No se dispone de datos más recientes)

Mortalidad por causas

De acuerdo con la información de las Estadísticas Vitales INE, en 2019 los **principales grupos de causas de muerte en Chile** fueron los **tumores (neoplasias)**, con 28.492 defunciones (26%), seguidas por las **enfermedades del sistema circulatorio**, con 28.079 muertes (25,6%). En tercer lugar, se situaron las **enfermedades del sistema respiratorio**, con 13.864 muertes (12,6%), y **las causas externas de morbilidad y de mortalidad** (accidentes, homicidios, envenenamientos, suicidios, entre otras), con 8.065 muertes (7,4%). Es importante destacar que, en 2019, por primera vez la mortalidad por tumores superó a la tasa de mortalidad por causas cardiovasculares a nivel nacional.

En el caso de la **región de Los Lagos**, se repitió esta tendencia nacional, mostrando una mayor tasa de mortalidad para el año 2019 en **tumores o neoplasias**, que alcanzó a 151,3 fallecidos por cada 100.000 habitantes, seguido de **enfermedades del sistema cardiovascular**, con 144,3/100.000 hbt. La tendencia se mantuvo con mortalidad por **enfermedades del sistema respiratorio** (69,1/100.000 hbt.) y por **causas externas de mortalidad** (60,3/100.000 hbt.). A nivel comunal, para el periodo 2015-2019 aún se mantenían las **enfermedades cardiovasculares** como principal causa de muerte en Castro (392 fallecidos), luego los **tumores** (330 fallecidos), **enfermedades del sistema respiratorio** (162 fallecidos) y en cuarto lugar los **traumatismos, envenenamientos y otras causas externas** (158 fallecidos).

Sin embargo, para el periodo 2020-2023, la comuna muestra la tendencia regional y nacional de **tumores o cánceres como principal causa de muerte**, seguidas de las enfermedades del sistema circulatorio.

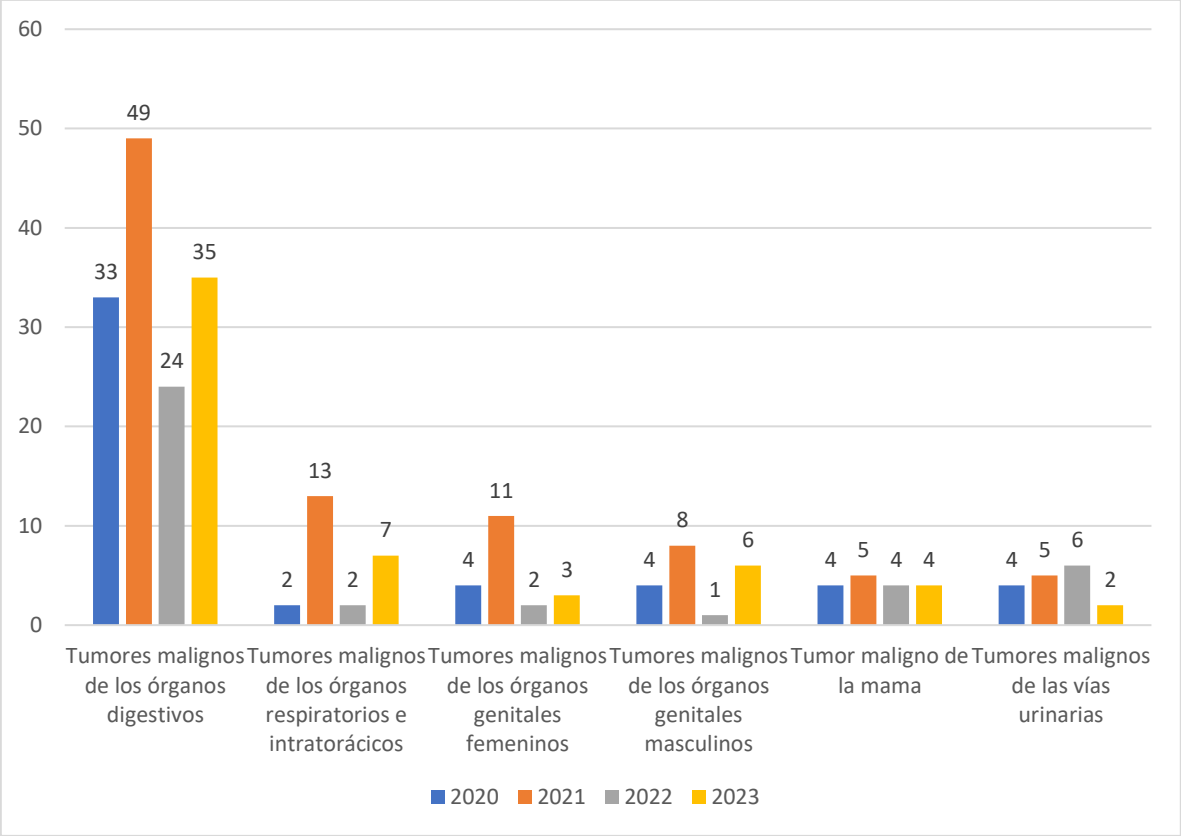
Tabla 20: Principales causas de muerte, comuna de Castro. 2020-2023

Recuento de Glosa Cie-10	2020	2021	2022	2023	Total general
Tumores [Neoplasias]	69	108	49	65	291
Enfermedades del sistema circulatorio	78	65	49	73	265
Enfermedades del sistema digestivo	39	44	26	36	145
Enfermedades del sistema respiratorio	18	23	47	42	130
Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas	19	29	23	14	85
Enfermedades del sistema nervioso central	7	13	8	16	44
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	10	9	7	18	44
Enfermedades del sistema genitourinario	14	8	11	9	42
Trastornos mentales y del comportamiento	6	10	2	12	30
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	7	4	7	11	29
Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	3		3	3	9
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad	2	3	2	2	9
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	2	3	1	1	7
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	2		2	2	6
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo		2		1	3
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	11	44	44	37	136
Códigos para propósitos especiales	9	70	31	11	121
Total general	296	435	312	353	1396

Fuente: Elaboración propia con datos DEIS

En el detalle que se presenta a continuación, se observa que los tumores con causa de muerte en la comuna de Castro en el periodo 2020-2023 son mayoritariamente los que afectan al sistema digestivo, tendencia que igualmente se presentaba en el periodo 2015-2019, donde los más frecuentes fueron los tumores de estómago, colon y recto, luego de hígado y vesícula y en tercer lugar de páncreas.

Gráfico 10: Principales causas de muerte por tumores (nro. de fallecidos). Comuna Castro año 2020 al 2023



Fuente: Elaboración Departamento de Salud con datos DEIS.

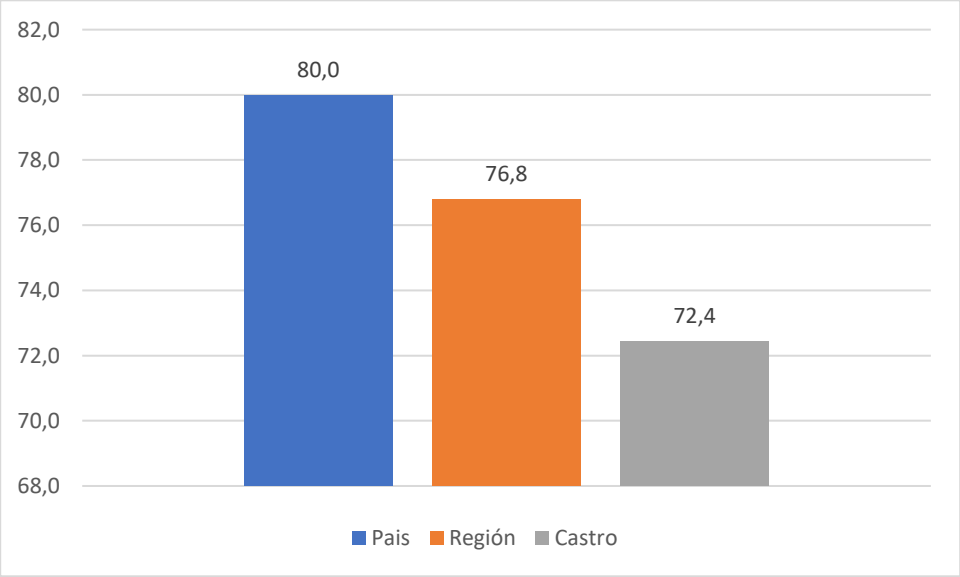
Dentro del Plan de Salud 2025-2028 se considera abordar la prevención de los cánceres del sistema digestivo, identificado como uno de los problemas de salud prioritarios a nivel comunal.

Índice Swaroop

El índice Swaroop o tasa de mortalidad proporcional, corresponde al porcentaje de defunciones de personas de 60 años y más respecto del total de defunciones ocurridas en el periodo de un año; un valor más cercano a 100% refleja un mejor nivel de salud. El 100% se obtendría si todas las personas vivieran más de 60 años. Como referencia, en los países desarrollados este índice ronda el 90%.

Según los datos del INE, durante 2019, a nivel nacional el índice Swaroop alcanzó el 80%, mientras que a nivel regional es de 76,8% y en la comuna de Castro llega a 72,4%. No se disponen de datos más recientes.

Gráfico 11: índice Swaroop comuna, región, país. 2019



Fuente: Depto. Inteligencia Sanitaria SSCH

Que la comuna de Castro tenga un índice Swaroop de 72,4% significa que, por cada 100 defunciones totales, fallecen 72,4 personas mayores de 60 años. Es decir, un 27,6% de los fallecidos en la comuna en el año 2019 fueron personas menores de 60 años. La alta proporción de fallecidos menores de 60 años se pueden encontrar en las principales causas de muerte en la comuna y en la distribución etaria de la población. Sin embargo, en este último factor ya vimos que la comuna mantiene indicadores similares a la región y país, por lo que son las causas de

muerte las que podrían estar influyendo en mayor medida. Un indicador relevante que se puede vincular con este índice es el de Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP) en hombres de la comuna de Castro.

Años de vida potencialmente perdidos (AVPP)

Los años de vida potenciales perdidos (AVPP) constituyen un indicador de mortalidad prematura, que refleja la pérdida en la sociedad a causa de la muerte de personas jóvenes, y se estima a partir de las defunciones, dando como resultado el número de años adicionales que los fallecidos habrían vivido según la expectativa de vida. El estudio de los AVPP permite el análisis de grupos vulnerables y el estudio de desigualdades en salud.

Tabla 21: Tasa AVPP 2019 por sexo. Comuna, región, país.

AVPP 2019 (Años de vida potenciales perdidos)			
	Tasa de AVPP por 1.000 hab.	**Hombres**	**Mujeres**
Castro	83,3	116,2	50,3
Región	74,3	98	50,1
País	66,1	84,1	48,1

Fuente: Informes Deis Minsal (no se dispone de datos más actualizados)

Los datos dan cuenta de una situación de desventaja de la comuna de Castro en relación con la región y el país, con tasas mayores de AVPP en el total general. Sin embargo, al analizar la información por sexo, se observa que esta mayor tasa se debe a un indicador excesivamente alto en los AVPP de los hombres de la comuna, que alcanza a un 116,2, por sobre un 98 regional y un 84,1 nacional. En el caso de las mujeres, la tasa comunal es similar a la de la región y levemente superior a la nacional.

Para un análisis más preciso de estos datos, además de los indicadores por sexo, que muestran una importante brecha de género, se requeriría conocer información más detallada acerca de la distribución de los AVPP en los distintos estratos socioeconómicos y su evolución en el tiempo, aspectos estrechamente relacionados las determinantes sociales de la salud y las políticas públicas sobre acceso y protección de grupos vulnerables.

Por el momento, sabemos que en la comuna existe un alto número de muertes evitables en hombres jóvenes, que probablemente en su mayoría se vinculan con las principales causas de muerte identificadas, por lo que el desafío desde la salud pública -a nivel local, pero también nacional y en los distintos niveles de atención- es el de retrasar la edad de estas muertes e incrementar la cantidad de años de vida en buenas condiciones de salud de las personas. En este objetivo es importante también considerar el trabajo intersectorial y una mirada sobre las determinantes sociales de la salud, que permitan avanzar en la disminución de la desigualdad que afecta a grupos específicos de la población (ej. hombres, indígenas, migrantes, etc.).

Morbilidad

La morbilidad es la proporción de individuos que contraen una enfermedad específica en un lugar y periodo de tiempo determinados. Es decir, mientras mayores sean las tasas de morbilidad de una enfermedad en particular, mayor será el número de personas aquejadas por ella dentro del lapso tomado en consideración.

Conocer las morbilidades de mayor frecuencia de una población, permite determinar el tipo y cantidad de servicios que se requieren para dar cobertura de atención, así como diseñar estrategias pertinentes de atención, prevención y rehabilitación para la demanda que cada tipo de morbilidad requiere.

Atención de morbilidad en la APS Castro

Con el objetivo de tener un panorama general de las atenciones de morbilidad en la red de atención primaria de Castro, se presenta la siguiente tabla, que recoge el total de atenciones médicas, con la finalidad de comparar los datos desde el año 2020 al 2023.

Tabla 22: N° atenciones y tasa de consulta por población inscrita.

Comuna Castro. 2020-2023

Año	Total Atenciones Morbilidad	Población Validada	Tasa
2020	27.989 (2.332/mes)	44.512	0,63
2021	36.040 (3.003/mes)	46.340	0,77
2022	42.470 (3.539/mes)	47.355	0,89
2023	44.473 (3.706/mes)	47.728	0,93

Fuente: Elaboración propia con datos REM.

El número de consultas por morbilidad en la comuna ha experimentado un incremento progresivo desde 2020, alcanzando en 2023 un total de 3.706 atenciones mensuales. Sin embargo, también se ha registrado un aumento en la cantidad de personas inscritas. Es importante tener en cuenta que una misma persona puede recibir más de una atención al mes o al año, por lo que el total de atenciones anuales, como las 44.473 registradas en 2023, no refleja la cantidad de personas atendidas en forma única.

Entre 2020 y 2022, sobre el 50% de las atenciones de morbilidad se realizaron a personas mayores de 45 años y, dentro de este grupo, principalmente al grupo de 50 a 60 años. La mayor cantidad de atenciones, 61%, corresponde a mujeres.

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud (ENS 2016-2017), 2,5 millones de personas en Chile viven con 5 o más condiciones crónicas de salud (cardiovasculares, demencias, obesidad, cáncer, trastornos de salud mental, adicciones, artrosis, entre otras).

Para abordar esta multimorbilidad, desde 2021 se implementa progresivamente a nivel nacional y en la comuna de Castro, la Estrategia de Cuidado Integral Centrado en la Persona (ECICEP), que ofrece atención integral y continua a personas con enfermedades crónicas. Esta estrategia busca generar un plan de cuidado integral, continuo y adaptado a las necesidades del paciente, que además tiene una responsabilidad mayor en la gestión de su propia salud. Se busca llegar a consensos entre paciente (de 15 y más años), su cuidador y el equipo de salud; empoderar a los pacientes para que gestionen su propia salud, con apoyo del equipo de salud y fomentar

la participación ciudadana en la prevención de la cronicidad, a través de acciones de prevención y promoción de salud.

Estado nutricional niños, niñas y adolescentes (NNA)

El estado nutricional en la comuna de Castro presenta desafíos significativos, incluyendo altas tasas de obesidad y sobrepeso, especialmente en niños, adolescentes y adultos. Según los datos, un porcentaje importante de niños (0-9 años) y adolescentes (10-19 años) presenta sobrepeso, obesidad y obesidad severa, mientras que también hay casos de desnutrición. La población adulta, tanto menor como mayor de 65 años, presenta altas tasas de sobrepeso y obesidad, con un número relevante de casos dentro del programa cardiovascular.

Estos resultados permiten evaluar la prevalencia de condiciones como el sobrepeso, la obesidad y la desnutrición, y destacan la necesidad de continuar con estrategias de prevención y promoción de hábitos saludables en la comunidad.

A continuación, se detalla según datos obtenidos en Serie P diciembre 2023.

- **Niños (0-9 años):**
    - Un porcentaje significativo presenta sobrepeso y obesidad (en total, 1435 niños entre sobrepeso y obesidad).
    - Un pequeño porcentaje presenta desnutrición y riesgo de desnutrición (81 niños).
    - La obesidad severa afecta a 111 niños, lo que indica una necesidad urgente de intervención temprana.

- **Niños (5-9 años) con riesgo de obesidad abdominal:**
    - Aproximadamente el 83% de los niños presentan un perímetro cintura/edad normal, pero un porcentaje considerable muestra riesgo de obesidad abdominal (497 niños).

- **Adolescentes (10-19 años):**
    - El 42% presenta obesidad o sobrepeso (617 adolescentes).

- La obesidad severa afecta a un número preocupante de adolescentes (89 adolescentes).

- **Programa cardiovascular:**
  - Existe una alta prevalencia de sobrepeso y obesidad entre los usuarios, tanto en adultos como en personas mayores de 65 años.

Los datos de Exámenes médicos preventivos (2023), se obtuvieron del consolidado de la serie A

- Se observa una alta prevalencia de obesidad (2.005 usuarios) y sobrepeso (1.970 usuarios), aunque también se identifican casos de bajo peso (187 usuarios).

Los datos revelan una alta prevalencia de sobrepeso y obesidad tanto en niños como en adultos en la comuna de Castro, con un número significativo de casos de obesidad severa, especialmente en la población infantil y adolescente. El programa cardiovascular refleja una alta tasa de usuarios con sobrepeso y obesidad, y los exámenes médicos preventivos muestran que una gran parte de la población presenta problemas relacionados con el exceso de peso. Es esencial continuar con las acciones de promoción de hábitos saludables y monitoreo nutricional para abordar estos problemas.

Por lo anterior, los objetivos de la comuna son:

- Reducir la prevalencia de obesidad, sobrepeso y desnutrición.
- Promover hábitos alimenticios saludables desde temprana edad.
- Aumentar el acceso a la información nutricional y la participación comunitaria en programas de salud.
- Promover la participación activa de la comunidad en programas de salud de la red atención primaria de la comuna de Castro.

El Programa Elige Vida Sana es una iniciativa fundamental para la promoción de hábitos saludables y la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles en la comuna de Castro. Este programa se enfoca en la educación nutricional y el fomento de la actividad física, dos pilares esenciales para mejorar la salud de la población. En un contexto donde los datos muestran una

alta prevalencia de sobrepeso, obesidad y otras condiciones relacionadas con una baja educación alimentaria y la falta de ejercicio, Elige Vida Sana juega un papel clave en la transformación de los hábitos de vida de la comunidad.

A través de la implementación de estrategias de intervención en diferentes grupos etarios, como niños, adolescentes y adultos, Elige Vida Sana promueve el consumo de una dieta equilibrada, rica en alimentos frescos y naturales, y reduce el consumo de productos ultraprocesados. Además, fomenta la actividad física regular, no solo como un medio para controlar el peso, sino como una forma integral de mejorar la calidad de vida, prevenir enfermedades cardiovasculares, diabetes y otros problemas de salud.

Este programa es vital en la comuna de Castro, pues al estar dirigido a la educación y la concientización, contribuye a la creación de una cultura de salud que involucra a las familias, escuelas y espacios comunitarios. La promoción de una alimentación saludable y la actividad física, respaldadas por el Programa Elige Vida Sana, representan una respuesta efectiva para reducir los índices de obesidad y mejorar la salud general de la población, lo que a largo plazo se traduce en una comunidad más saludable y con menos riesgos asociados a enfermedades prevenibles.

Por otro lado, desde 2023 la Mesa de Promoción de Salud de Castro está funcionando activamente y en forma intersectorial, proyectando una continuidad de su trabajo en el periodo 2025-2028, lo que permitirá continuar abordando desde un enfoque preventivo y promocional la situación nutricional de la población comunal.

Salud Mental como problema de salud pública

La salud mental en Chile ha sido una preocupación creciente en los últimos años, especialmente considerando los efectos sociales y económicos derivados de la pandemia de COVID-19, el estrés laboral y los desafíos propios de un contexto socioeconómico cambiante. A pesar de los avances en la visibilidad de los trastornos mentales y el impulso de políticas públicas orientadas a mejorar el bienestar psicológico, todavía persisten diversas barreras que dificultan el acceso y la calidad de la atención. En este sentido, el sistema de salud chileno enfrenta desafíos

importantes para lograr una cobertura adecuada y garantizar la equidad en el acceso a los servicios de salud mental.

El sistema público de salud en Chile, a través de Fonasa, ha sido el principal encargado de ofrecer atención en salud mental, pero muchas veces se ve sobrecargado y con insuficientes recursos humanos y materiales para abordar la alta demanda. Mientras tanto, el sector privado, que cuenta con una mayor infraestructura y más opciones de tratamiento, se presenta como una alternativa que no siempre está al alcance de la mayoría de la población debido a los costos asociados. En este contexto, las políticas públicas en salud mental deben enfocarse no solo en ampliar la cobertura, sino también en reducir las desigualdades en el acceso a la atención, mejorando la calidad y la efectividad de los servicios disponibles.

Además, es fundamental considerar que la salud mental no solo abarca la atención de este tipo de enfermedades, sino también la promoción del bienestar emocional y la prevención de trastornos. Un plan de salud integral debe incorporar enfoques que vayan más allá del tratamiento, e incluir programas de prevención, detección temprana y apoyo psicosocial. La integración de la salud mental en la atención primaria, es clave para lograr un sistema más accesible y holístico que responda a las necesidades de la población de manera efectiva.

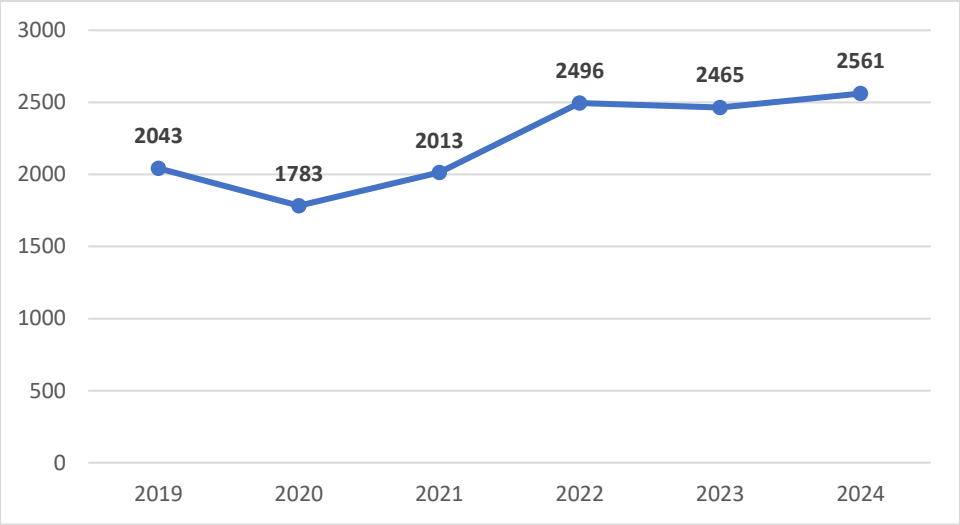
En Chile, los trastornos mentales han mostrado un incremento en su prevalencia en las últimas décadas. Según la Encuesta Nacional de Salud 2016-2017, un 16,4% de la población adulta chilena presenta algún trastorno de salud mental, destacando la ansiedad y la depresión como los más comunes. La depresión, en particular, afecta al 10% de los adultos, mientras que los trastornos de ansiedad alcanzan al 14,3%. Además, estudios más recientes indican que los problemas de salud mental en niños y adolescentes también son alarmantes, con un aumento de los trastornos de ansiedad y depresión en este grupo etario, situación que se ha visto exacerbada por factores como el estrés social y familiar.

Por otro lado, la tasa de suicidio en Chile ha ido en aumento en los últimos años, siendo una de las principales causas de muerte entre los jóvenes, especialmente en el rango de edad de

15 a 29 años. Según datos del Ministerio de Salud de Chile, en 2020 se registraron más de 1.600 suicidios, lo que equivale a una tasa de aproximadamente 9,5 suicidios por cada 100.000 habitantes, una cifra preocupante que refleja la gravedad de la crisis de salud mental en el país. Esta situación ha generado una creciente preocupación sobre la necesidad urgente de políticas públicas que aborden de manera integral los problemas de salud mental y prevengan las consecuencias más trágicas, como el suicidio.

En el siguiente gráfico podemos observar un resumen de la cantidad total de usuarios que se encuentran bajo control en el programa de salud mental de la red APS Castro, desde el año 2019 al año 2024. El aumento de usuarios bajo control observado entre el año 2020 y 2022 es el reflejo de las repercusiones de la pandemia por COVID-19 y por supuesto no es aislado, sino una situación que se repite a nivel nacional e internacional.

Gráfico 12: Usuarios bajo control en Programa Salud mental APS Castro 2019 a 2024



Fuente: Plataforma web https://inteligenciasanitaria.saludchiloe.cl/?page_id=232

El aumento de pacientes con patologías de salud mental ha generado una sobrecarga significativa en los equipos de salud de atención primaria. Estos profesionales, que ya enfrentan una alta demanda por enfermedades físicas, han debido lidiar con una carga adicional de casos de ansiedad, depresión y otros trastornos mentales, lo que genera estrés y fatiga laboral. Además, la falta de formación especializada en salud mental entre muchos de los trabajadores de atención

primaria dificulta la entrega de una atención adecuada. Esta situación no solo afecta la calidad del servicio brindado, sino que también incrementa la presión sobre un sistema que ya enfrenta escasez de recursos, lo que impacta negativamente en la salud y bienestar tanto de los pacientes como de los propios profesionales de salud.

Durante el 2024, en Castro hemos logrado ingresar a nuestro Programa de Salud Mental el porcentaje de usuarios establecido según la prevalencia de trastornos mentales en la población, lo cual refleja un esfuerzo por cumplir con las metas de cobertura y acceso a la atención. La prevalencia 2024 de patologías de salud mental en Castro es de 10.785 usuarios y nuestra meta pactada con el Ministerio de Salud, nos exigía cumplir para 2024 con al menos el 22.67% de esta prevalencia, es decir mantener bajo control de salud mental al menos a 2.466 usuarios, lo cual se cumplió al terminar el año, con 2.561 usuarios bajo control.

Sin embargo, a pesar de este avance y logro, no hemos podido cumplir con la tasa de controles programados para estos usuarios, es decir no logramos cumplir con la cantidad de controles de salud mental que debe tener cada usuario para lograr altas del programa o mantener usuarios compensados, con planes de intervención efectivamente ejecutados. La tasa de control pactada para nuestra comuna y fijada por el Ministerio de Salud es del 6.28 y estamos logrando una tasa de 4.3.

Esto se debe a diversas dificultades, como la sobrecarga de los equipos de atención primaria, la falta de recursos suficientes para realizar seguimientos constantes y la falta de infraestructura o personal especializado en salud mental que permita gestionar adecuadamente la cantidad de pacientes. Como resultado, muchos usuarios no reciben la continuidad de atención necesaria, lo que compromete la eficacia de los tratamientos y la evolución de los pacientes, limitando los beneficios de los programas y aumentando el riesgo de descompensaciones o recaídas.

A partir de los antecedentes antes mencionados, la salud mental a nivel comunal se ha visualizado como un objetivo estratégico y uno de los principales problemas a abordar por parte de nuestra red de atención primaria en el periodo 2025-2028.

Abordaje del Espectro Autista y Ley 21.545

La Ley TEA (Trastorno del Espectro Autista) en Chile, promulgada en 2017, constituye un avance significativo en la inclusión y protección de los derechos de las personas con trastornos del espectro autista. Su implementación ha sido clave para garantizar una atención integral y de calidad a las personas con TEA, reconociendo su diversidad y necesidades específicas. La ley establece un marco normativo que busca mejorar el acceso a servicios de salud, educación y apoyo social, asegurando una intervención temprana, adecuada y personalizada. Además, promueve la sensibilización social y el respeto por los derechos de las personas con TEA en todos los ámbitos de la vida.

Uno de los pilares fundamentales de la Ley TEA es el acceso a una atención de salud integral y especializada. La ley establece que las personas con TEA deben contar con atención médica, terapias y diagnósticos adecuados, además de acceso a medicamentos y tratamientos que contribuyan al manejo del trastorno. El sistema de salud público y privado debe colaborar para asegurar que las personas con TEA reciban el apoyo necesario desde una edad temprana, permitiendo así un mejor desarrollo de sus habilidades y potenciales. La implementación de programas de diagnóstico precoz es esencial para lograr este objetivo, dado que una intervención temprana puede hacer una gran diferencia en el desarrollo de los niños y jóvenes con TEA.

La Ley 21.545 establece en su título III las obligaciones específicas para el sector salud, las que incluyen el tamizaje (pesquisa de señales de alerta) en Niñas, Niños y Adolescentes (NNA), el aseguramiento de un proceso diagnóstico temprano, oportuno e interdisciplinario, además del acceso a atenciones de apoyo y rehabilitación.

En base a lo anterior nace el programa de Atención integral al desarrollo Infantoadolescente, el cual debe responder a las obligaciones establecidas en la Ley, instalando en la Atención Primaria de Salud la oferta para poder realizar tamizaje/pesquisa, diagnóstico, tratamiento farmacológico, seguimiento, apoyo psicosocial y rehabilitación, entregando a su vez competencias al equipo de atención primaria de salud.

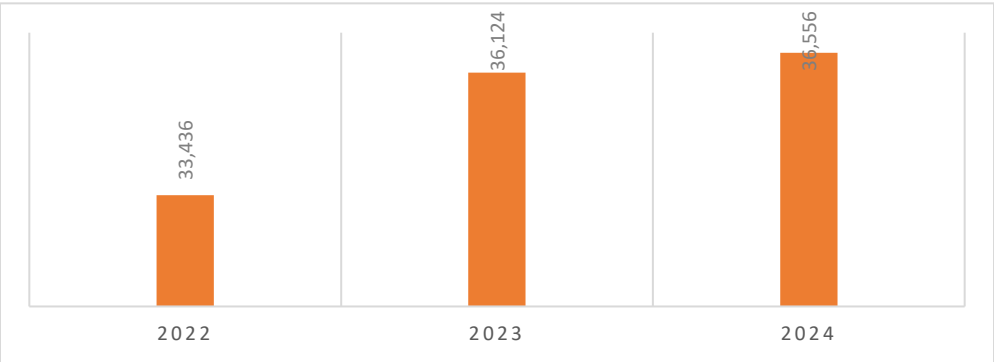
En Castro, este programa comenzó su proceso de implementación durante el segundo semestre de 2024 y contempla el inicio de las atenciones para mediados del primer semestre 2025. El proceso de implementación ha contemplado la búsqueda de los profesionales para el programa, la capacitación de los funcionarios de la red APS Castro, la búsqueda de un inmueble adecuado para la instauración del programa y la realización de obras menores en el mismo, además de la adquisición de todo el equipamiento necesario.

Para el presente período 2025 a 2028, uno de los mayores desafíos es lograr dar inicio a las atenciones bajo el alero de este programa y consolidarse además como un centro de referencia para el abordaje integral de NNA que se encuentran en el espectro autista.

Atenciones Servicio de Atención Primaria de Alta Resolutividad (SAR Castro)

El SAR Castro es un servicio de urgencia de atención primaria que brinda una respuesta rápida, eficiente y efectiva a los pacientes que requieren atención médica urgente, pero que no necesitan ser derivados a un hospital de alta complejidad. Esto se logra mediante la disponibilidad de recursos adecuados, la capacitación del personal y la implementación de protocolos clínicos que permitan resolver una amplia gama de situaciones médicas de forma oportuna. El SAR funciona de lunes a domingo las 24 horas del día. Desde 2022 a noviembre de 2024, ha aumentado progresivamente el total de las atenciones de urgencia realizadas por este dispositivo comunal, como se observa en el siguiente gráfico.

Gráfico 13: Total atenciones SAR Castro. 2022, 2023, 2024 (nov.)

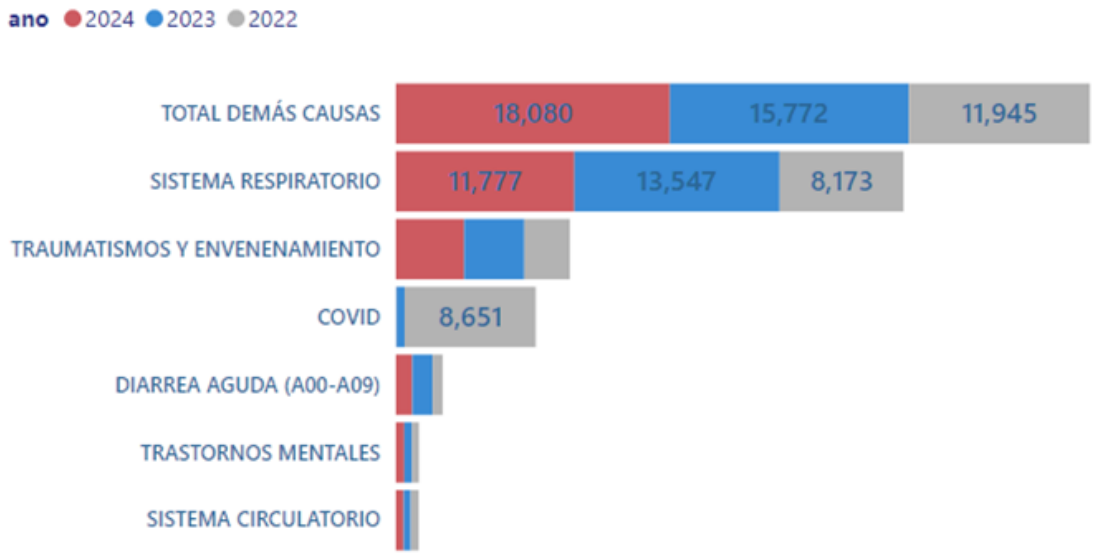


Fuente: Urgencia DEIS Servicio de Salud Chiloé 2024.

Según detalle de gráfico, durante el año 2023 existió un incremento considerable en el total de atenciones realizadas en SAR, lo que podemos inferir que es congruente con la situación epidemiológica del país en el contexto COVID post pandemia. Durante el año 2024, según datos a noviembre, existe un aumento en el total de las atenciones de un 2,2%, con un promedio diario de 104 atenciones por día, siendo el dispositivo de urgencia con mayores atenciones diarias en la provincia de Chiloé.

A continuación, se presenta un detalle del total de las atenciones realizadas en el SAR de Castro durante los años 2022, 2023 y 2024, desglosada por grandes causas de atención.

Gráfico 14: N° de atenciones de urgencia en SAR Castro por grandes causas

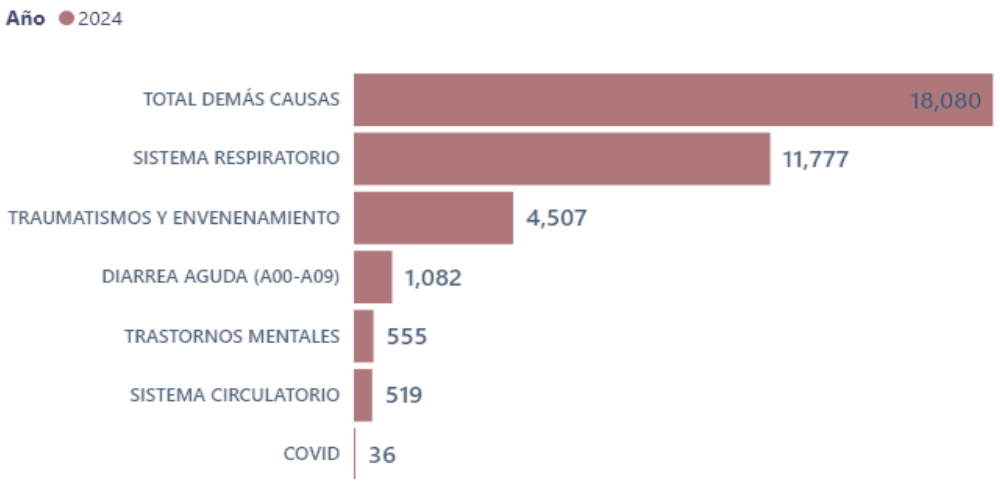


Fuente: Urgencia DEIS Servicio de Salud Chiloé 2024.

La mayor cantidad de atenciones en el SAR de Castro por una misma causa, se relaciona con afecciones al sistema respiratorio y le siguen muy por debajo las atenciones por traumatismos y envenenamientos. En cuanto a las atenciones por afecciones del sistema respiratorio, estas llegaron a 8.173 en 2022, cifra que se vio incrementada por la consulta por COVID, que se cuantificó como categoría aparte y cuyo total de atenciones alcanzó a 8.651. Esta cifra de atenciones por COVID se redujo considerablemente en 2023 y prácticamente desapareció en 2024

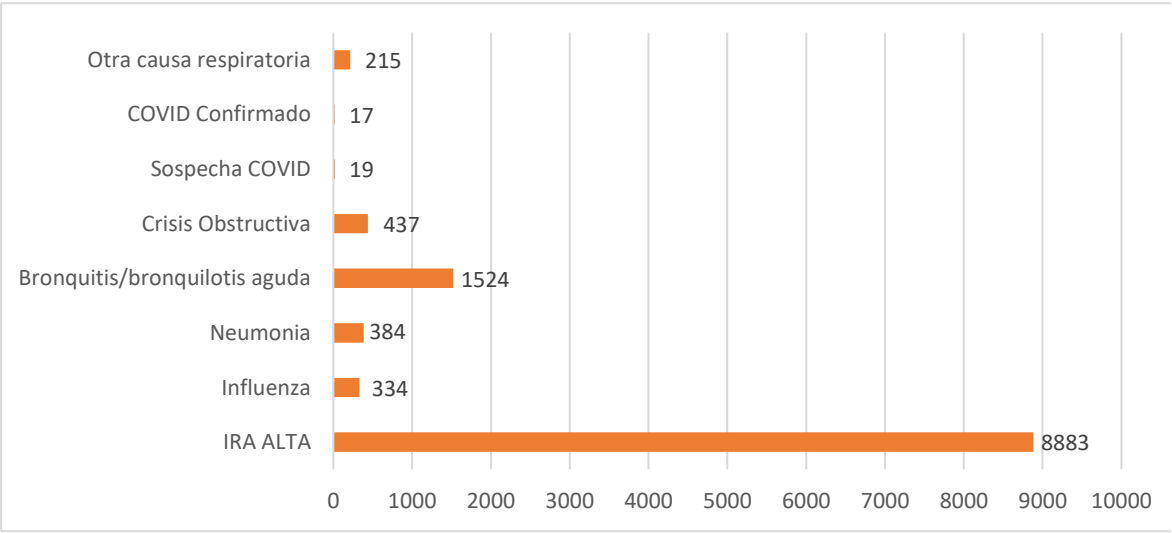
(19 atenciones), año en que el 75% de las atenciones por causas respiratorias fueron las infecciones de las vías respiratorias altas (IRA), seguido de un 13% de atenciones por bronquitis/bronquiolitis; el resto de causas promedia el 3 a 4% del total de atenciones de tipo respiratoria, de acuerdo a diagnóstico CIE-10.

Gráfico 15: N° de atenciones de urgencia SAR Castro por grandes causas. 2024



Fuente: Urgencia DEIS Servicio de Salud Chiloé 2024.

Gráfico 16: N° de atenciones por causa respiratoria SAR Castro 2024.

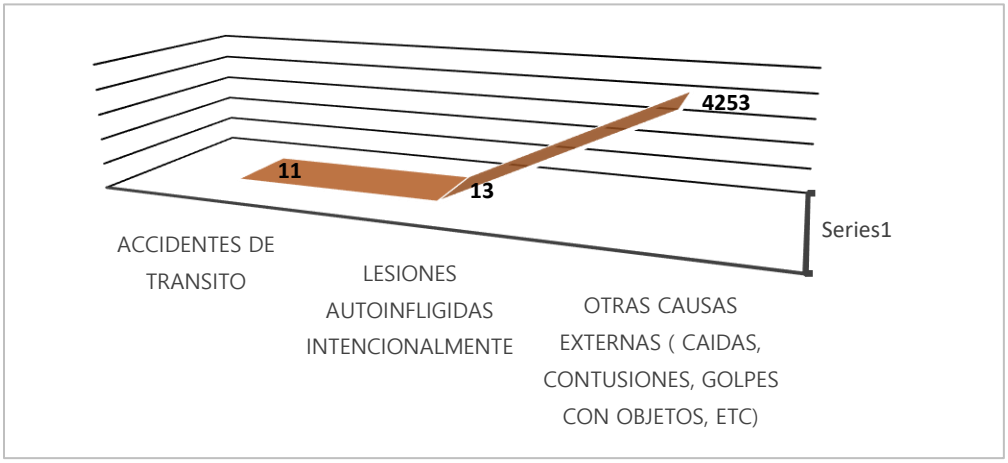


Fuente: Urgencia DEIS Servicio de Salud Chiloé 2024

La alta demanda de atención por afecciones al sistema respiratorio se aborda año a año a través de distintas estrategias. La primera de ellas es la Campaña de Invierno, que se implementa en toda la red de atención primaria y permite disminuir el flujo de consultas de urgencia. En el SAR, por su parte, se refuerza la capacitación en el manejo de enfermedades respiratorias a todos sus funcionarios; se refuerza el recurso humano, especialmente con profesionales kinesiólogos y a nivel de la red se aumenta el acceso a exámenes de virus respiratorios.

Del total de atenciones realizadas en el SAR durante el año 2024, la segunda causa de consulta de acuerdo a la clasificación CIE-10 fue Traumatismos y Envenenamientos, con un total de 4.507 atenciones, de las cuales el 94,3% correspondió a situaciones tales como contusiones, caídas, golpes con objetos, etc. Muy por debajo, con un porcentaje de 0,28% se encuentran las lesiones autoinfligidas intencionalmente y con un 0,24% las atenciones por accidentes de tránsito.

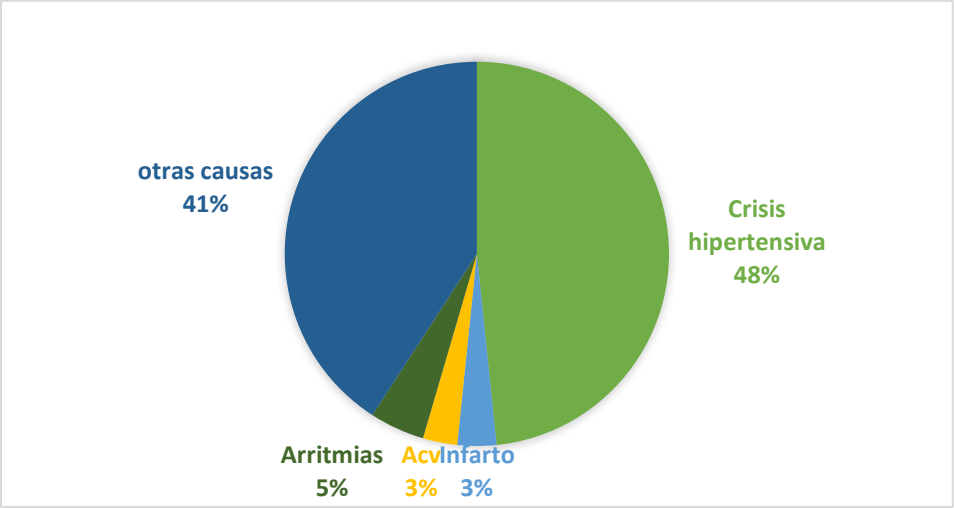
Gráfico 17: Atenciones en SAR Castro por Traumatismos y Envenenamientos. 2024



Fuente: Urgencia DEIS Servicio de Salud Chiloé 2024

Del total de atenciones por causas circulatorias realizadas en SAR de Castro en 2024 y desagregadas según diagnostico CIE-10, podemos dar cuenta que el 48% corresponden a crisis hipertensiva, el 5% a Arritmias cardiacas y el 3% a accidentes cerebrovasculares.

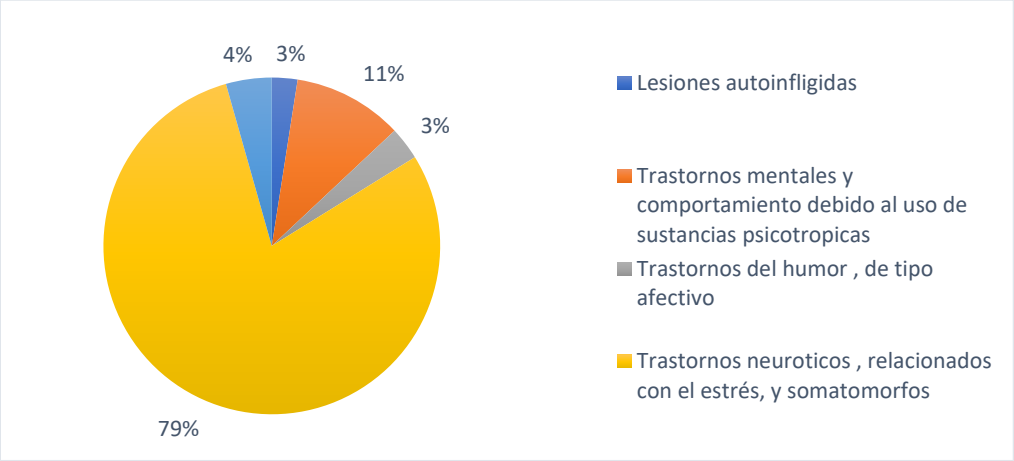
Gráfico 18: Porcentaje de atenciones en SAR por causas asociadas al sistema circulatorio año 2024



Fuente: Urgencia DEIS Servicio de Salud Chiloé 2024.

Del total de atenciones de salud mental realizadas en SAR de Castro y desagregadas según diagnostico CIE-10 a noviembre del año 2024, el 79% corresponde a trastornos neuróticos, relacionados con el estrés y somatomorfos, en donde se incluyen las crisis de pánico y el 11% corresponde a trastornos mentales y comportamiento debido al uso de sustancias psicotrópicas.

Gráfico 19: Porcentaje de atenciones según causa: Salud Mental año 2024



Fuente: Urgencia DEIS Servicio de Salud Chiloé 2024

Por otro lado, el Programa de Atención Integral de Salud Mental en Atención Primaria (PRAPS) que se implementa en la comuna, cuenta con un componente que incorpora en el SAR una dupla psicosocial que realiza atenciones de salud mental, identificando factores de riesgo y preventivo, realizando un enlace con el equipo de cabecera del respectivo dispositivo de salud. Durante el año 2024 la cantidad de prestaciones realizadas, incorporando psicoeducación, acciones preventivas, de acompañamiento y primera intervención fueron de 769, de las cuales 119 atenciones se encuentran como primera intervención derivada de una atención de salud mental. La dupla psicosocial se encuentra disponible solo 22 horas semanales, por lo que se genera una brecha de alrededor del 80% de atenciones que no cuentan con esta prestación al asistir al SAR. Finalmente, del total de 119 atenciones, 66 fueron derivadas al equipo de cabecera según su dispositivo de APS y 10 atenciones fueron derivadas al Hospital de Castro.

Egresos hospitalarios comuna Castro

La información acerca de los egresos hospitalarios es un indicador grueso de morbilidad o enfermedades que afectan a las personas de un territorio determinado. En el caso de la comuna de Castro, el principal establecimiento de referencia es el Hospital de Castro. La tabla siguiente muestra que la principal causa de egresos hospitalarios entre residentes de la comuna de Castro entre los años 2020 y 2024 fueron los embarazos, partos y puerperio, que no se trata de una morbilidad.

Tabla 23: Egresos hospitalarios 2020-2024 Comuna Castro

AÑO EGRESO	2020	2021	2022	2023	2024	TOTAL 2020-2024
Total por año	**2.687**	**2.593**	**2.930**	**2.996**	**2.074**	**13.280**
Embarazo, parto y puerperio (O00-O99)	636	593	584	543	358	**2.714**
Enfermedades del sist. digestivo (K00-K93)	537	456	476	494	336	**2.299**
Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	312	290	324	281	176	**1.383**
Enfermedades del sistema circulatorio (I00-I99)	257	203	273	280	222	**1.235**

Enfermedades del sistema respiratorio (J00-J99)	102	121	263	375	180	**1.041**
Enfermedades del sistema genitourinario (N00-N99)	170	135	205	200	150	**860**
Trastornos mentales y del comportamiento (F00-F99)	125	109	159	204	137	**734**
Tumores [neoplasias] (C00-D48)	126	113	124	123	104	**590**
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo (M00-M99)	34	31	70	64	48	**247**
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal (P00-P96)	83	94	79	67	60	**383**
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99)	44	34	52	85	66	**281**
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (E00-E90)	51	66	77	76	40	**310**
Enfermedades del sistema nervioso (G00-G99)	59	54	66	59	50	**288**
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte (R00-R99)	41	46	32	42	56	**217**
Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo (L00-L99)	34	30	48	39	42	**193**
Códigos para propósitos especiales (U00-U99)	23	185	61	8	2	**279**
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (Q00-Q99)	14	14	12	11	19	**70**
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad (D50-D89)	20	6	19	18	12	**75**
Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los serv. de salud (Z00-Z99)	12	7	5	18	10	**52**
Enfermedades del ojo y sus anexos (H00-H59)	3	3	1	3	4	**14**
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides (H60-H95)	4	3		6	2	**15**

Fuente: Depto. Inteligencia Sanitaria SSCH con datos Hospital Castro

Según las causales de egreso hospitalario por enfermedad en residentes de la comuna de Castro entre los años 2020 y 2024, la primera de ellas se refiere a **enfermedades del sistema digestivo**, le siguen los egresos a causa de **traumatismos, envenenamientos y otras causas externas** y luego las **enfermedades del sistema circulatorio**.

Entre las **enfermedades del sistema digestivo**, la principal causa de egreso son las apendicitis agudas y le siguen los egresos de hospitalizados por patologías de la vesícula biliar: cálculos a la vesícula biliar sin colecistitis y colecistitis aguda.

Las principales causas de hospitalización por **causas externas** son heridas de la pierna, luego los envenenamientos por diuréticos y otras drogas y sustancias biológicas y en tercer lugar los traumatismos craneoencefálicos.

En el caso de morbilidades por **enfermedades del sistema circulatorio**, la primera causal de hospitalización es el infarto agudo al miocardio, le siguen las enfermedades cerebrovasculares especificadas y en tercer lugar la angina inestable ("preinfarto").

La información obtenida permite identificar la necesidad de establecer acciones preventivas y de control desde el nivel primario de atención a las morbilidades de mayor prevalencia, con énfasis en las del sistema circulatorio, en especial para el control de los factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares, como la diabetes, hipertensión arterial, colesterol LDL alto, obesidad, tabaquismo y estilo de vida sedentario, entre otros.

Vigilancia epidemiológica y enfermedades de notificación obligatoria (ENO)

La vigilancia, entendida como el proceso a través del cual se realiza la recolección de datos, su análisis, interpretación y difusión de información sobre un problema de salud determinado, es una herramienta fundamental de la salud pública, que permite la planificación, ejecución, toma de decisiones y evaluación para el quehacer en salud. Gracias a esta práctica, el país ha logrado la reducción de la incidencia y prevalencia de problemas de salud priorizados, contener la propagación de enfermedades y evitar el reingreso de patologías eliminadas y

reemergentes. Dentro de estos logros se pueden destacar, entre otros, el control de la circulación de la rabia urbana en el país, desde el año 1972; la eliminación de la circulación de la poliomielitis (1975); la certificación de la eliminación de la rubeola viral y la rubeola congénita (2015) y del sarampión (2016) en América (MINSAL, S/f).

En el caso de la comuna de Castro, las Enfermedades de Notificación Obligatoria que fueron reportadas en el periodo 2016-2022 se recogen en la siguiente tabla:

Tabla 24: ENO Comuna Castro (2016-2022)

Enfermedad De Notificación Obligatoria	N. ° Casos 2016-2022
Coqueluche (Tos Ferina)	221
Gonorrea	109
Sífilis	87
Parotiditis	45
Hidatidosis (Equinococosis)	14
Hepatitis A	7
Triquinosis	4
Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (ECJ)	2
Leptospirosis	1
Brucelosis	1
Total general	**491**

Fuente: Seremi de Salud región de Los Lagos

(No se dispone de información más reciente)

4.3 Diagnósticos Comunitarios de Salud 2023 – 2024

El Diagnóstico de Salud Comunitario o Diagnóstico Participativo en Salud es una estrategia de atención primaria que permite identificar y explicar los problemas que afectan a la población de un territorio o localidad acotada, dentro de la jurisdicción de un establecimiento de salud. El objetivo de estos diagnósticos es obtener información acerca de los problemas, necesidades, recursos y oportunidades de desarrollo en las comunidades. El diagnóstico es impulsado por los equipos de salud y se busca convocar a los actores sociales del territorio y sus redes, para identificar y analizar en conjunto los problemas de salud, con una perspectiva que involucre los determinantes sociales de salud y también se puedan identificar los activos comunitarios en salud. Esta estrategia permite igualmente que los equipos de salud puedan contactarse con la comunidad, y abrir posteriormente espacios para el encuentro y el diálogo, en materias de interés común con sus usuarios.

Para complementar la información del Diagnóstico de Salud Integrado de este capítulo, se presenta a continuación una síntesis y análisis de los principales problemas identificados por los representantes de la comunidad que participaron en los diagnósticos comunitarios realizados por cada establecimiento de salud en 2023 y 2024, desagregada por centros de salud urbanos y rurales. Se incorpora, además, la información recogida en el Pladeco 2023– 2026 en relación al diagnóstico de problemas identificados por la comunidad, donde el ámbito de salud bastante relevancia.

ESTABLECIMIENTOS DE SALUD URBANOS. Información general sobre el diagnóstico

CENTRO DE SALUD	FECHA DIAGNÓSTICO	METODOLOGÍA	TOTAL PARTICIPANTES
CESFAM Quillahue *Pob. Inscrita validada 2024: 22.373*	Mayo y junio 2024: Encuesta a usuaria/os 25/07/24: Diagnóstico presencial	Se aplica encuesta centrada a usuaria/os, los resultados se sistematizan. Reunión comunitaria de retroalimentación de resultados encuesta, profundización del diagnóstico y propuestas.	181 encuestados 40 participantes en dg. grupal
CESFAM Dr. René Tapia *Pob. Inscrita validada 2024: 26.166*	26/03/24	Se trabajó en tres grupos, a partir de preguntas comunes a cada grupo que se resolvieron con metodología de conversatorio y lluvia de ideas.	48 personas (34 mujeres y 14 hombres. Solo mayores de edad)
CECOSF Gamboa *Pob. Inscrita validada 2024: 4.297*	21/08/2024	Reunión comunitaria en Cuartel de Bomberos	36 personas (25 mujeres y 11 hombres) Se contó con representantes de JJVV del sector, ULA, ONG Vínculos, Bomberos y Comunidad Indígena Alto Fundo Gamboa.
CECOSF Kintunien *Pob. Inscrita validada 2024: 4.432*	Octubre 2023: Encuesta online 21/11/2023 Diagnóstico comunitario	Diagnóstico a través de encuesta online Reunión con Mesa Territorial para revisar el diagnóstico y sancionar sus resultados.	Sin información Sin información

ESTABLECIMIENTOS URBANOS. Problemas identificados y propuestas

ÁMBITO	CENTRO SALUD	PROBLEMA	PROPUESTAS y (AVANCES)
Entorno y seguridad	Cecosf Kintunien	Delincuencia	Reforzar y potenciar rondas en las poblaciones (Gestión realizada con Unidad Seguridad Municipio)
		Carreras clandestinas	Fiscalizaciones del sector para ver carreras. Reforzar la denuncia por parte de los vecinos
		Consumo de alcohol y consumo y venta de drogas	Educaciones y consejería por consumo problemático de alcohol. Educaciones y consejerías por consumo de drogas
	Cesfam Quillahue	Poca iluminación en espacios públicos y calles de algunos sectores.	Trabajo coordinado con la municipalidad, para aumentar fiscalización en paraderos, mejorar iluminación Trabajo preventivo promocional en juntas de vecinos. Coordinar acciones con carabineros de Castro
	Cesfam René Tapia	Alta percepción de inseguridad de los vecinos y escasos recursos preventivos en los activos comunitarios.	Formulación de proyectos por instalación de cámaras en los pasajes y activos comunitarios.
		Espacios públicos tomados por personas en situación de calle.	Talleres de prevención por consumo de alcohol y otras drogas. Recuperar territorios y espacios de esparcimiento con diferentes actividades con el intersector. Articulación comunitaria con el plan cuadrante para mayor vigilancia.
Saneamiento ambiental	Cecosf Kintunien	Presencia de perros vagos	Fiscalizaciones en el sector por parte de la Municipalidad, a perros sueltos (gestión realizada con Tenencia Responsable Municipio) Campaña de esterilización para perros del sector.
	Cesfam Quillahue	Perros vagos y tenencia irresponsable	Educar a la población en tenencia responsable de mascotas. Aumentar la fiscalización.
	Cecosf Kintunien	Consumo de alcohol Consumo y venta de drogas	Educaciones y consejería por consumo problemático de alcohol Educaciones y consejerías por consumo de drogas
	CESFAM Quillahue	Violencia intrafamiliar	Talleres orientados a mujeres. Talleres y espacios para hombres. Potenciar el invernadero del Cesfam.

Salud mental		Trastornos ansiosos, dificultades para dormir, trastornos depresivos**	
		Adicciones (sustancias, alcohol, drogas, tabaco)**	
Gestión del establecimiento	CECOSF Gamboa	Dificultades en la gestión y entrega de horas a personas mayores y usuarias que se atienden con matrona. Poca información sobre proceso de reclamos y su resolución	Elaboración de estrategias para resolver asignación de horas. (En proceso) Entrega de información en SOME, sala espera y redes sociales. (Ya implementado)
	CESFAM Quillahue	Insuficientes cupos de consulta médica (morbilidad) y dental.	Entregar horas telefónicas en las tardes para la mañana siguiente (cupos telefónicos y presenciales) Tener un odontólogo sólo para consultas diarias.
	CESFAM René Tapia	CESFAM no entrega horas vía telefónica, lo cual provoca que muchos usuarios asistan muy temprano al centro de salud. No hay claridad en la dación de horas de cada sector. Poca orientación en credencial de discapacidad y falta mantención de órtesis.	Crear una nueva estrategia para incorporar la dación de algunas horas vía telefónica. Concientizar al usuario de la importancia de que en caso de no asistir avisen con anticipación. Difundir a la comunidad la dación de horas de cada sector. Charlas a la comunidad para orientar sobre credencial discapacidad. Informar sobre postulación a Senadis.

** Problemas mencionados en Encuesta Diagnóstica del CESFAM Quillahue

ESTABLECIMIENTOS DE SALUD RURALES Información general sobre el diagnóstico

ESTABLECIMIENTO	FECHA DIAGNÓST.	METODOLOGÍA	TOTAL PARTICIPANTES
CECOSF Rilán *Pob. Inscrita validada 2024: 2.660*	25/04/2024 Realizado en sector Puyan	Trabajo grupal en torno a problemas de salud y activos comunitarios en salud.	Sin información
Posta Quehui *Pob. Inscrita validada 2024: 702*	23/05/2024	Se trabajó a partir de una matriz que permitió recoger información acerca los principales problemas y necesidades identificadas por lo/as participantes, profundizar a través de conversación y recoger sugerencias y propuestas.	28 personas
Posta Chelín *Pob. Inscrita validada 2024: 182*	22/05/2024 31/05/2024	Se realizó una reunión inicial con usuaria/os a cargo de antropóloga y TENS de posta y una semana después se profundizó el diagnóstico durante la reunión de la Mesa Territorial de Chelín, con participación de jefa de sector, Asist. Social, TENS de posta y otros profesionales del Equipo Salud Rural.	35 personas
CECOSF Llau Llao *Pob. Inscrita validada 2024: 4.800*		El CECOSF participó con representantes en el Diagnóstico del CESFAM Dr. Tapia, del que dependen. Realizarán su propio diagnóstico local durante el primer semestre 2025. Se aporta información recogida a la fecha a través de distintas instancias de participación comunitaria.	

ESTABLECIMIENTOS SALUD RURALES. Problemas identificados y propuestas

ÁMBITO	ESTABLEC. SALUD	PROBLEMA	CAUSAS DEL PROBLEMA, PROPUESTAS/AVANCES
Inequidades en salud en personas mayores	CECOSF Rilán	Ausencia de actividad física para adultos mayores en Rilán	Se coordina con los programas MAS AMA y Vida Sana, la posibilidad de crear instancias de actividad física para los usuarios de Rilán para 2025.
		Poca participación social de adultos mayores en el sector de Rilán[19].	Realizar actividades recreativas para personas mayores. Vinculación de adultos mayores con organizaciones sociales del sector y/o comunal. Incluir en la planificación comunal de actividades del programa a los adultos mayores y agrupaciones del sector rural. Solicitud de la exposición de la oferta programática del servicio en la comunidad.
	Posta Quehui	Adultos mayores con molestias, problemas físicos y de motricidad que les dificultan la movilidad y/o les generan dolores.	Talleres y actividades individualizadas orientadas a lo promocional preventivo (alimentación, estimulación cognitiva, recreación, etc.)
		Adultos Mayores, principalmente los que viven solos, tienen una alimentación deficiente y no siempre nutritiva	
	Posta Chelín	Muchos adultos mayores viven solos y no cuentan con redes suficientes, la soledad afecta su salud integral. Se requieren más visitas del Equipo de Salud Rural	Apoyo a través de organización comunitaria. Elaboración de proyecto que involucre a personas mayores/ (Se presentó y está en ejecución)
	CECOSF Llau Llao	Escasas actividades de promoción y prevención especialmente dirigidas a adultos mayores	

[19] Problema identificado durante Diagnóstico Comunitario de Cesfam René Tapia.

Morbilidad en niños, niñas y adolescentes (NNA)	Posta Quehui	Niño/as y adolescentes con problemas de sobrepeso y obesidad	Talleres y/o educaciones en establecimiento educacional del sector. /(CCPP se adjudican proyecto para actividades con monitor) Hubo gestiones sin éxito de CCPP con Depto. Educación Municipal para solicitar apoyo con monitor o profesor de Ed. Física (actividades extraprogramáticas y horario clases)
	Posta Chelín	Niño/as y adolescentes no hacen suficiente actividad física	Organizar talleres de actividad física, autocuidado y alimentación dirigidos a escolares y apoderada/os.
Escasas instancias de participación	Cecosf Rilán	No se han calendarizado reuniones de Mesa Territorial	Se calendariza reuniones en la misma mesa.
	Posta Quehui	Escasa articulación y vinculación entre organizaciones formales e informales de sus diferentes sectores.	Mesas territoriales bimensuales o trimestrales.
Gestión e infraestructura del establecimiento	CECOSF Rilán	Alta rotación profesionales en el Cecosf Rilán	Se demuestra a través de documento, que el nivel de rotación de profesionales ha bajado desde junio del año 2023, ya que ese mes fue la última contratación de médico y odontóloga, la cual se ha mantenido hasta la fecha. (Se han mantenido los mismos profesionales, sin cambios a la fecha).
		Falta de horas odontológicas.	Se sugiere a usuaria/os solicitar horas con antelación. Se informa que también pueden acceder a horas de urgencia dental en postas de la península, donde odontóloga rota. (Se mantienen las agendas abiertas de odontóloga toda la semana, para Cecosf y postas. Se organiza para que odontóloga cubra urgencias dentales)
	Posta Chelín	Se pide resolver la situación de la posta nueva de Chelín para poder ser usada por la comunidad y devolver la sede de la JJVV a la comunidad.	Este problema no ha tenido respuesta de parte del municipio, a pesar de las gestiones y consultas realizadas por la comunidad.

		Se requiere mejorar calefacción y reparar piso de la posta (sede). Demora en entrega de resultados de exámenes médicos.	
	CECOSF Llau Llao	Insuficiente infraestructura en CECOSF (box atención, sala espera, sala reuniones) para dar respuesta a acciones asistenciales	Se debe a que la población inscrita del CECOSF y Posta Pid Pid ha aumentado en al menos 2.000 inscritos en los últimos 2-3 años
Acceso a salud	Posta Chelín	Hay dificultades de traslado de vecinos de algunos sectores para acceder a la posta. Vecina/os de Chelín deben viajar a Castro para recibir atención de salud más especializada o más opciones de atención Falta de lancha rápida	Se entrega información acerca de las funciones y alcances de la Atención Primaria Municipal al respecto. Esta situación fue resuelta en septiembre 2024 con la reparación de la lancha Libertad II. Libertad I sigue en pana
	Posta Quehui	Falta de lancha rápida y cuando está operativa, el que fondee en Chelín es un problema cuando hay urgencias en Quehui	La lancha ambulancia Libertad II está operativa desde el 2 de septiembre 2024. En relación a la ubicación de la lancha, se explica que depende de la residencia de los tripulantes contratados.
	CECOSF Llau Llao	Alta dispersión geográfica e insuficientes medios de locomoción en el CECOSF, dificultan realizar actividades en terreno (atención domiciliaria promocional, preventiva y de atención al daño)	
Saneamiento ambiental	CECOSF Rilán	Presencia de murciélagos en la iglesia de Rilán	Se acuerda que JJVV Rilán presente el problema al SAG a fin de que ellos generen una solución.

CLÍNICA ESCOLAR CASTRO. Diagnóstico Adolescentes

ESTABLECIMIENTO	FECHA DIAGNÓST.	METODOLOGÍA	TOTAL PARTICIPANTES
Clínica Escolar de Castro Población inscrita: 6.740 adolescentes	10/10/2024	La 5ta versión del Diagnóstico Participativo Adolescente, se realizó en CECREA Castro. Se trabajó con una metodología participativa, con 5 estaciones temáticas, para la identificación de problemas. Participaron adolescentes de todos los establecimientos educacionales de la comuna, tanto públicos como particulares-subvencionados, de 5° año básico a 4° medio, para manifestar su opinión en cuanto a la realidad local y a las necesidades.	63 adolescentes

ADOLESCENTES BENEFICIARIOS CLÍNICA ESCOLAR. Problemas identificados y propuestas

PRINCIPALES PROBLEMAS IDENTIFICADOS	PROPUESTAS/ACCIONES A REALIZAR
Estrés académico, larga jornada escolar y depresión.	1. Realizar actividades recreativas. 2. Clases más didácticas, menos teóricas. 3. Acortar la jornada escolar. 4. Cambio de enfoque de las evaluaciones. 5. Charlas de como disminuir la presión escolar. 6. Charlas para que los profesores busquen estrategias para no generar más estrés en los estudiantes.
Falta de talleres de prevención de embarazo y educación sexual.	1. Que los adolescentes tomen conciencia de su salud sexual y reproductiva 2. Autoaprendizaje con información confiable, entregada por la Clínica Escolar, crear un banco de documentos y páginas confiables donde los adolescentes puedan consultar y. 3. Planes educativos en los establecimientos educacionales para prevenir el embarazo adolescente. 4. Realizar talleres prenatales para madres adolescentes. 5. Generar red de apoyo para madres adolescentes.

Falta de educación nutricional.	1. Ser empáticos con los compañeros que sufran algún trastorno de la conducta alimentaria 2. Evitar comentarios del cuerpo de los demás. 3. Evitar informarse erróneamente en RRSS y seguir dietas. 4. En los establecimientos educacionales estar más atentos a las conductas de los alumnos después de almuerzo. 5. Talleres de Trastornos de la conducta alimentaria (TCA). 6. Orientación sobre alimentación saludable. 7. Educar en cuanto a dietas de moda. 8. Educar a las familias en relación a los Trastornos de la conducta alimentaria.
Falta de educación en salud oral.	1. Falta de talleres de salud oral en todos los establecimientos educacionales. 2. Aumentar la difusión en redes sociales de la importancia de la salud oral.
Falta de intervención en otros colegios: Wanelen-we, Quilquico, Llau-Llao, Puyan, Rilán, Carpe-Diem, San Crescente, Escuelas Rurales.	1. Gestionar con el departamento de Salud Municipal, que los equipos de salud tanto de CESFAM como de CECOSF, realicen actividades de promoción y prevención, para generar un acceso más equitativo de los adolescentes a la información de salud.

DIAGNÓSTICO PLADECO 2023-2026

El Pladeco 2023-2026 de la Municipalidad de Castro, consideró un Diagnóstico Participativo comunitaria sobre las fortalezas, problemas, necesidades y propuestas de los habitantes de la comuna. Se utilizó como metodología una encuesta, aplicada en forma digital y presencial, la que fue respondida por 204 personas y encuentros en distintos lugares, urbanos y rurales, de la comuna, en los que participaron 233 personas.

En este proceso diagnóstico, las referencias al ámbito de SALUD tuvieron un rol relevante, siendo uno de los aspectos de mayor preocupación de las personas entrevistadas.

Si bien la consulta no diferenció entre las acciones de salud que dependen de la Atención Primaria (APS) y la Secundaria (hospitales), presentamos a continuación los resultados recogidos vinculadas directamente al área de salud, destacando en negrita aquellos aspectos que

corresponden a la APS. Los puntos indicados con asterisco (*) corresponden a los que la comunidad enfatizó en los encuentros.

Matriz de Resultados (pág. 97 Pladeco)

Entre los temas evaluados en el Diagnóstico comunal se consideró el de Salud. Dentro de este, se presentaron resultados vinculados a los problemas o preocupaciones manifestadas, anhelos y visión de futuro y los proyectos que la/os participantes propusieron para resolver algunas de las falencias identificadas.

Principales problemas o preocupaciones	**Anhelos y visión futuro**	**Proyectos o iniciativas para desarrollar**
-Falta de especialistas en la salud municipal. -Problemas asociados al consumo de alcohol y drogas. -La posta de Nercón funciona en la JJVV. -El personal de los servicios de salud no da abasto, falta personal. -Falta de infraestructura para posta en Chelín (no ha sido entregada, por falencias en la construcción) -Lancha no apta para urgencias (Isla Quehui) -Personal deficiente, no existe personal de salud fijo. (Isla Quehui) -Falta personal de salud de	-Salud de calidad para los sectores rurales de la comuna. -Mejor salud y más especialistas. -Cecosf con mayor presencia de especialistas. (Rilán) -Mejorar acceso a la salud, facilitando acceso a Castro (Rilán) -Mejorar infraestructuras de centros de salud de la Comuna de Castro. -Fortalecer el programa de salud intercultural -Fortalecer enfoque de salud preventiva.	-Construcción de Cecosf en sectores que hoy día no tienen acceso a salud. -Gestionar correcta entrega de posta en Isla Chelín -Mejoramiento Posta Isla Quehui. -Construcción de Cecosf Isla Quehui. -Implementar programas de apoyo a la salud mental para jóvenes. -No existe interprete en centros de salud para comunidad sorda. -Implementar iniciativas de medicina mapuche.

forma estable en Rilán. -Falta de transporte municipal para tratamientos de salud en Castro. (Rilán). -Problemáticas de grandes listas de espera en el Hospital de Castro. -Lenta atención en urgencias. -Falencia de profesionales en atención primaria -Poco auge y promoción a la salud preventiva. -No existe interprete en centros de salud para comunidad sorda.		

Además de la información considerada en la tabla, se mencionó como única fortaleza identificada en salud, "Se cuenta con buena infraestructura del Cecosf Rilán".

En relación a las problemáticas de salud recogidas por el equipo ejecutor del Pladeco, algunas de las cuales fueron identificadas también en los diagnósticos comunitarios realizados por los equipos de salud comunales, se pueden clasificar en los siguientes ámbitos:

1. **Falta de profesionales y horas de atención profesional.** En este problema se identifica la falta de especialistas, sin precisar si corresponde a especialidades médicas -lo que no es ámbito de la APS- u otros profesionales, como kinesiólogos, podólogos, etc.; la recarga de los funcionario/as y como consecuencia, la falta de horas o demora en la atención.
2. **Deficiencias en la infraestructura, equipamiento y medios de transporte de salud:** En este aspecto se destaca la inexistencia de un espacio de atención de salud (Estación Médico Rural) en Nercón, el no contar con la posta nueva en isla Chelín, la falta de un vehículo municipal que apoye el traslado desde sectores rurales a Castro para la toma de exámenes y el no tener una lancha apta para las urgencias de las islas.

3. **Insuficientes acciones orientadas a la salud comunitaria**: se mencionan al respecto, acciones orientadas a la prevención, promoción y otras orientadas a población específica: personas sordas, población indígena y personas con consumo problemático de alcohol y drogas.

Las **demandas en salud**, por su parte, apuntan a:

1. Entrega de **prestaciones de calidad y acceso a la atención en los sectores rurales** de la comuna.
2. **Mayor cantidad de "especialistas"** en salud [no se especifica qué tipo de especialistas]
3. Fortalecer la **prevención en salud, la salud mental y la salud intercultural.**

Un aspecto mencionado en más de una ocasión en relación a los proyectos o iniciativas a desarrollar, fue el **mejoramiento y entrega de postas, así como la implementación de Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF)** en distintos sectores. Sin embargo, esta última es una estrategia que ya no se encuentra en implementación desde el Ministerio de Salud.

a) Determinantes Sociales de Salud

Otros problemas o falencias mencionadas en el diagnóstico del Pladeco y que se vinculan con Determinantes Sociales de Salud fueron:

1. Falta espacio físico dónde se puedan realizar actividades que fomenten la pertenencia cultural de los **pueblos originarios** (Pág. 95).
2. Sensación de **inseguridad en la población**, tanto por hechos delictivos como por otros factores, entre los que se mencionan: incendios (principalmente forestales), carreras clandestinas, falta de iluminación y señaléticas, falta de personal destinado a la seguridad (Pág. 96).
3. Muchas mujeres no reciben ayuda de Sernameg ante casos de **violencia de género** (Pág. 98). Poca preocupación por el adulto mayor y sus necesidades (Pág. 101).

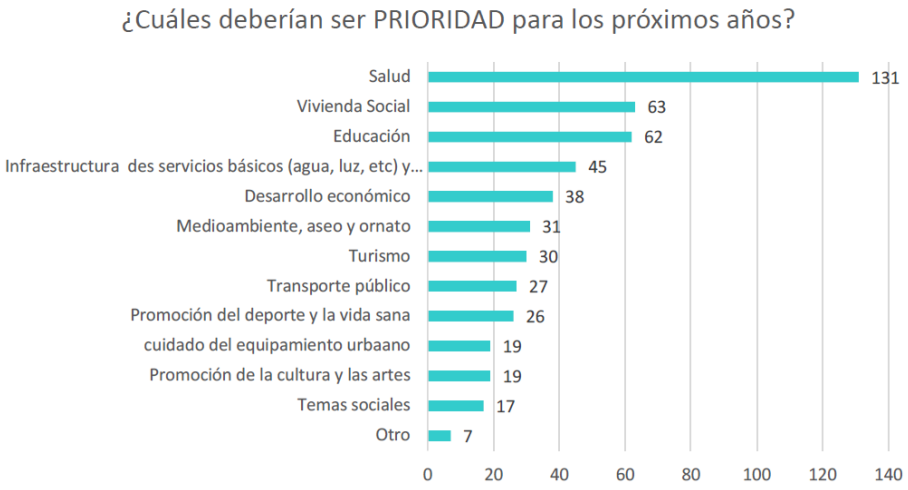
4. Problemas de **escasez hídrica** (sequía) y/o **falta de red de agua potable** en diferentes sectores rurales (Llicaldad, Llau Llao, Piruquina, Chelín, Quehui, Rilán), lo que afecta la salud de las personas (Pág.99).
5. **Movilización en sectores rurales** es muy poca para las necesidades de los pobladores; **mal estado de caminos rurales** (Chelín), falta de rampa para vehículos en Chelín y para personas con movilidad reducida en Rilán (Pág. 99), todo lo cual afecta el acceso oportuno a la salud.

b) Imagen futura

En este ámbito, el equipo ejecutor del Pladeco buscó conocer la percepción de los encuestados respecto a la imagen futuro de Castro, consultándoles cuáles son a su juicio las principales temáticas a abordar durante los próximos años y, por otro lado, cómo sueñan su comuna en diez años más.

En relación a los temas priorizados, el ámbito de salud ocupó el primer lugar, muy por sobre las siguientes temáticas priorizadas, lo que se puede apreciar en el siguiente gráfico.

Gráfico 20: Prioridades comunales a partir de la encuesta comunal



Fuente: Pladeco 2023-2026 (p.106)

Esta tendencia se repite ante la siguiente pregunta, ¿cómo sueña su comuna en diez años más?, que de acuerdo a lo que muestra la nube de palabras, apunta principalmente al ámbito salud como el más mencionado por los encuestados. Si bien el informe del Pladeco no entrega mayores detalles sobre esta elección, es posible suponer que los sueños de las personas apuntan a

Fuente: Pladeco 2023-2026 (p.106)

resolver los problemas ya mencionados de acceso a la salud (más especialistas y horas disponibles), contar con mejor equipamiento y buen trato en la atención.

Lo anterior da cuenta de la relevancia que tiene para los habitantes urbanos y rurales de la comuna el área de la salud, principalmente en relación a las prestaciones, equipamiento y calidad de la atención como del acceso a los establecimientos y programas de salud, considerando en ello tanto a la atención primaria como secundaria.

CONCLUSIONES GENERALES DIAGNÓSTICOS COMUNTARIOS DE SALUD

Al igual que en el Plan de Salud Comunal 2023-2024, existe una diferencia en los problemas identificados en los diagnósticos comunitarios realizados por los establecimientos urbanos y los rurales, que podemos observar en el siguiente cuadro.

PROBLEMAS DE SALUD PRIORIZADOS
Diagnósticos comunitarios de salud
Castro 2024

ESTABLECIMIENTOS URBANOS	ESTABLECIMIENTOS RURALES
Entorno y seguridad	Inequidades en salud en personas mayores
Salud mental	Morbilidad en niños, niñas y adolescentes
Gestión del establecimiento	Insuficientes instancias de participación
Saneamiento ambiental	Acceso a la atención de salud
	Gestión del establecimiento
	Saneamiento ambiental

Problemas identificados en sectores urbanos de la comuna

El cuadro muestra que, en sectores urbanos, donde se realizaron diagnósticos por parte de los CESFAM René Tapia y Quillahue y los CECOSF Kintunien y Gamboa, los problemas identificados apuntaron a:

Entorno y seguridad: En este ámbito se mencionan delincuencia, carreras clandestinas, falta de iluminación de espacios públicos y espacios públicos tomados por personas en situación de calle, pocos recursos preventivos (rondas de carabineros y seguridad ciudadana, cámaras, etc.). También se incluyó la venta de drogas y el consumo de alcohol y drogas, que, si bien desde el sector salud se visualizan como problemas de salud mental, generan en la comunidad la sensación de poca seguridad. La percepción de inseguridad que estas situaciones generan en las personas se convierte en un problema de salud pública, ya que afecta a la salud mental de las personas, a través de síntomas como el estrés y los trastornos ansiosos.

Este ámbito fue también uno de los más mencionados en los diagnósticos de salud urbanos realizados en 2021-2022 y que se recogen en el Plan de Salud Comunal 2023-2024. Por su parte, en el Pladeco actualmente vigente, se repiten varios de estos problemas, aunque sin desagregar por urbano y rural, destacando como el más reiterativo la "sensación de inseguridad" y luego la presencia de delincuencia, alcohol y drogas; la falta de vigilancia de carabineros y de control y seguridad ciudadana; la falta de seguridad y señaléticas, los focos de delincuencia en poblaciones, así como presencia de alcoholismo y drogas en plazas y lugares comunitarios y a falta de iluminación, destacando en este caso los sectores rurales de Nercón y Llicaldad.

En los diagnósticos de salud actuales, los participantes de sectores rurales no mencionan problemas vinculados al entorno y seguridad.

Salud mental: El consumo problemático de alcohol, drogas, sustancias y tabaco y la violencia intrafamiliar son las principales manifestaciones identificadas en torno a las afectaciones a la salud mental en los diagnósticos comunitarios. En la encuesta realizada por el CESFAM Quillahue, las personas entrevistadas mencionaron igualmente algunos problemas específicos que afectan a las personas, como los trastornos ansiosos, depresivos, dificultad para dormir.

Gestión del establecimiento: Los principales problemas en este ámbito se relacionan con las dificultades para pedir horas de atención y en la disponibilidad de cupos, principalmente para médicos y odontólogos. Otros problemas identificados son la falta de información en relación a la gestión de reclamos y de algunas prestaciones.

Estas situaciones se repiten en el diagnóstico realizado por el equipo del Pladeco, donde además se agregan las insuficientes acciones orientadas a la salud comunitaria.

Saneamiento ambiental: Apunta principalmente a un problema que se repite año a año en los diagnósticos comunitarios en sectores urbanos: la tenencia irresponsable de mascotas y perros vagos que deambulan en calles y espacios públicos. En la encuesta realizada por el CESFAM Quillahue, este problema fue mencionado por el 19% de las y los entrevistados (233 personas), siendo el que afecta mayormente los entornos barriales.

Si bien se han tomado algunas medidas y establecido coordinaciones desde los equipos de salud con el municipio para abordar este problema, sigue siendo un tema que debe enfrentarse

intersectorialmente, ya que sus efectos se verifican tanto en la salud ambiental, como en los riesgos para la seguridad y salud física de las personas.

Problemas identificados en sectores rurales de la comuna

Los diagnósticos realizados por los equipos de salud del Cecosf Rilán, que incluyó a sus postas, el Equipo de Salud Rural en las postas de Quehui y Chelín y el Cecosf Llau Llao, dan cuenta de seis ámbitos de preocupación de la población rural. De ellos, solo dos coinciden con la realidad urbana: el saneamiento ambiental y la gestión el establecimiento y los restantes apuntan a problemas vinculados a la población adulta mayor rural, la morbilidad en niños, niñas y adolescentes (NNA), la participación y el acceso a salud.

Inequidades en salud de personas mayores: Esta situación se identificó en los diagnósticos de los cuatro establecimientos y da cuenta de una situación de inequidad en relación al grupo etario de personas mayores de 60 años de sectores rurales, que se repite en los diagnósticos realizados en años anteriores y también se verifica en el diagnóstico realizado por el equipo ejecutor del Pladeco.

Los problemas mencionados apuntan a las escasas acciones de prevención y promoción de salud orientadas a este grupo, a la ausencia de espacios orientados a la actividad física y recreación y —vinculado a ello— la poca participación social, la soledad y la falta de redes de apoyo que se identifican para las personas mayores, todo lo cual afecta tanto su salud mental como física (dolores, dificultades de motricidad y movilidad) y cognitiva.

Otro aspecto identificado, que relaciona con la soledad y las condiciones socioeconómicas de las personas adultas mayores, es la alimentación deficiente y no siempre nutritiva, problema identificado en isla Quehui.

De acuerdo a los datos demográficos tanto a nivel comunal, regional y nacional, la población se encuentra en un proceso de envejecimiento que va en aumento, por lo que se requiere de la implementación de acciones, planes y programas especialmente destinados a esta población, en especial la rural, que tiene mayores tasas de personas mayores. Si bien a nivel de atención primaria existen programas orientados al adulto mayor y en el municipio se cuenta con una Oficina de Adulto Mayor, las acciones promocionales y preventivas dirigidas a este segmento de la población que se realizan en forma sistemática y por ello con un mayor impacto, como

talleres, capacitaciones, apoyo de kinesiólogo, terapeuta ocupacional y otros profesionales, se dirigen principalmente a las personas con residencia urbana y con mucho menor frecuencia a adultos mayores con residencia rural e insular, donde las actividades son ocasionales y con muy poca continuidad.

Morbilidad en niños, niñas y adolescentes (NNA): Este problema fue identificado en las islas de la comuna y apuntan a los indicadores de sobrepeso y obesidad en este grupo de la población. Directamente vinculado a ello se identifica como causas del problema la insuficiente actividad física que realizan las y los NNA. Esta situación se atribuye a la falta de espacios para realizar actividad física, tanto al interior de las escuelas como en la comunidad. Si bien en el caso de Quehui se implementó una multicancha y se han ejecutado proyectos de salud que apuntan a la realización de actividad física en escolares, en Chelín no se cuenta por el momento con estas oportunidades. Así como con las personas mayores, se identifica en este problema una situación de inequidad de los NNA rurales e insulares en el acceso a actividades periódicas tanto a nivel escolar como extraescolar que fomenten la actividad física, el autocuidado y la alimentación adecuada y que consideren tanto a las y los estudiantes como a sus madres y padres.

En el Pladeco 2023-2024 se menciona igualmente la falta de capacitaciones y talleres orientados a niñas y niños (además de a adultos mayores y mujeres), la falta de trabajo vecinal enfocado a niños y niñas y la igualdad y promoción de oportunidades orientada a este segmento de la población. Entre las propuestas recogidas, se encuentra la de implementar mayor cantidad de actividades culturales para niñas, niños y jóvenes de la comuna. El Pladeco no da cuenta de problemas identificados en relación a los adolescentes.

Insuficientes instancias de participación: Este problema se refiere a la inquietud manifestada en el Diagnóstico Comunitario de Rilán en relación a la realización de la Mesa Territorial y en Quehui, a la escasa articulación y vinculación entre las organizaciones de los distintos sectores, aspectos que se propone abordar a través de las mesas territoriales. Lo anterior da cuenta de la importancia de estos espacios de participación comunitaria impulsados por la atención primaria.

Gestión de salud: Este aspecto, igualmente identificado en los diagnósticos urbanos, apunta en el ámbito rural a situaciones que afectan la calidad de la atención, como la alta rotación

de profesionales que ha habido en el CECOSF de Rilán (aspecto que el equipo informa que ya estaría resuelto), la falta de horas odontológicas y la demora en la entrega de exámenes. Y, por otro lado, problemas de infraestructura de salud que afectan al Cecosf de Llau Llao, cuyos espacios de atención se hace insuficientes debido al aumento de la población inscrita y la posta de Chelín, donde la comunidad manifiesta la necesidad de mejoramiento de la calefacción y piso de la sede que actualmente ocupa la posta de Chelín y la situación que enfrentan, debido a que la posta nueva aún no ha sido entregada y puesta en funcionamiento, situación que se arrastra ya por algunos años sin solución de parte del municipio.

Acceso a la salud: Este problema se presenta principalmente en las islas Quehui y Chelín y se relaciona con las dificultades de movilización de sus residentes para acceder a la atención de salud, tanto al interior de las islas, que no cuentan con movilización pública, como ante la necesidad de trasladarse a Castro para recibir atención más especializada. Un problema que se manifestó en este ámbito en ambas islas en la fecha de los diagnósticos (mayo 2024), fue el de la falta de una lancha rápida para los traslados de urgencia desde las islas a Rilán-Castro. Si bien este problema fue resuelto en septiembre de 2024 con la llegada de la lancha ambulancia Libertad II, se trata de una situación que puede repetirse en caso de panas o mantención de la lancha, mientras la lancha Libertad I no se encuentre operativa.

En el Cecosf de Llau Llao, por su parte, la dispersión geográfica de la población atendida, así como la movilización insuficiente del equipo para acceder con mayor frecuencia a los sectores que atiende, se transforma en un problema que afecta el acceso a la atención de salud de su población inscrita.

El Pladeco hace referencia también en este sentido, a que la movilización en sectores rurales es insuficiente para satisfacer las necesidades de los pobladores, a lo que se suma el mal estado de los caminos rurales y la falta de rampa para vehículos en Chelín y para personas con movilidad reducida en Rilán, lo que afecta el acceso y oportunidad de la atención en salud.

Saneamiento Ambiental: En este ámbito, solo se presenta un problema contingente en la localidad de Rilán al momento del diagnóstico: la presencia de murciélagos en la iglesia de Rilán. A diciembre de 2024 este problema ya estaba en vías de solución, a través de gestiones realizadas por la Junta de Vecinos, comunidad y Consejo Parroquial de Rilán.

Población adolescente de la comuna

En relación a la población adolescente de la comuna, el diagnóstico realizado por el equipo de la Clínica Escolar de Castro mantiene, en relación al diagnóstico realizado en 2022, los problemas identificados por los adolescentes en cuanto a la carga académica (jornadas largas e intensas, presión docente) y los problemas de salud mental asociados, en este caso, depresión. Si bien no aparecen otros problemas identificados anteriormente, como la violencia escolar, la presión de los padres y algunas secuelas de la pandemia (dificultades de socialización, baja autoestima, adicción a tecnologías), sigue siendo un tema pendiente a abordar el estrés académico y las consecuencias en la salud de las y los escolares, aspecto que para implementar las mejoras, requiere del trabajo en conjunto con el área de educación, además de considerar a los padres, apoderados y comunidad educativa en general.

El resto de los problemas mencionados, muestra principalmente falencias en la cobertura de prestaciones preventivas y promocionales —a través de talleres dirigidos a estudiantes, docentes y apoderados— en áreas específicas, como embarazo y sexualidad, salud nutricional y salud oral. Se menciona también la necesidad de intervenciones en establecimientos educacionales que actualmente no son atendidos por la Clínica Escolar. Estas falencias se deben principalmente a que el recurso humano de la Clínica Escolar —y de la red de APS en general— no es suficiente para abarcar a todos los establecimientos de la comuna y tampoco para abordar a todos los cursos de los establecimientos educacionales que tienen actualmente a cargo, por lo que se priorizan grupos de adolescentes en edades tempranas, para poder prevenir problemas de salud a futuro.

Una forma de potenciar el trabajo preventivo y promocional que identifican en la Clínica Escolar, es que los CESFAM, CECOSF y Postas de Salud, puedan desarrollar estrategias orientadas a la población adolescente de la comuna, de manera de que se genere una mayor equidad en las prestaciones, al llegar a la población que actualmente la Clínica no logra cubrir. Otro aspecto que se identifica como necesario, es que la nueva administración del área de educación se preocupe de la formación continua de los docentes en relación a la prevención del embarazo adolescente, trastornos de la conducta alimentaria y otros problemas de salud que afectan a más adolescentes cada día.

Para el año 2025, se considera la incorporación en la Mesa Comunal de Promoción de representantes de Consejo Consultivo Adolescente, que se sumarían a la participación que actualmente tiene la Clínica Escolar, de manera de ampliar los espacios e incidencia de este grupo de la población en la solución de los problemas identificados. Asimismo, dentro de los siete problemas priorizados a nivel comunal, el relativo a la existencia de brechas a nivel comunal, considerará la falta de cobertura en prestaciones preventivas y promocionales orientadas a los adolescentes de la comuna.

Como conclusión final, observamos que, además de los problemas que afectan directa e indirectamente a la salud y bienestar de las personas residentes en la comuna, las diferencias que se observan entre sectores urbanos y rurales dan cuenta de brechas de atención y acceso a la salud, así como de percepción de salud y enfermedad que deben ser abordadas en el Plan de Salud Comunal de manera diferenciada y contemplando en ello tanto la adecuación de programas y acciones en lo preventivo, promocional y asistencial, como la importancia de la participación comunitaria y la gestión intersectorial para disminuir estas brechas.

Entre los siete problemas a abordar a nivel comunal en el periodo 2025-2028, se han considerado gran parte de los problemas identificados en los diagnósticos realizados tanto por los establecimientos como en el Pladeco: la existencia de brechas de atención, la insuficiente gestión de la demanda en establecimientos de salud, la falta de acciones de salud orientadas a personas mayores y la alta demanda de atención de salud mental.

V. EVALUACIÓN PLAN DE ACCIÓN 2023-2024 ESTABLECIMIENTOS DE LA COMUNA

Se presentan en este apartado el monitoreo de los planes de acción implementados por los establecimientos de salud a diciembre del año 2024.

	ESTABLECIMIENTO: CESFAM QUILLAHUE						
	1. Problema de salud priorizado: Existencia de brechas de atención de salud a nivel comunal						
	Objetivos operacionales anuales	**Indicadores del objetivo operacionales**	**Meta del indicador operacionales**	**% cumplimiento 30 marzo**	**% cumplimiento 30 junio**	**% cumplimiento 30 sept.**	**% cumplimiento 30 diciembre**
Estrategia 1	Aumentar la pesquisa de usuarios con diagnóstico de baja visión desde los sectores.	Número de actividades de capacitación y difusión del proyecto.	60% funcionarios capacitados.	0%	0%	0%	0%
Estrategia 1	Mejorar el acceso a las prestaciones para los usuarios baja visión.	% de Satisfacción usuarios baja visión.	Sobre el 70% de los encuestados presentan alta satisfacción.	0%	0%	0%	0%
Estrategia 1	Aumentar las horas de evaluación y rehabilitación.	Cupos de agenda resguardados para el bajo control en baja visión.	10% de las agendas de TO sala RBC y TMO UAPO para baja visión.	100%	100%	100%	100%
Estrategia 1	Mantener el trabajo colaborativo con la Agrupación Miradas de Chiloé.	Plan de trabajo realizado: SI – NO.	Se cuenta con plan de trabajo.	0%	100%	100%	100%
			Plan de trabajo 80% ejecutado.	0%	50%	50%	50%
Estrategia 2	Fortalecer y transversalizar el piloto de Salud mental infantil entre los 3 y 9 años de edad.	N° de niños bajo control de 3 a 9 años que reciben atención psicológica preventiva / N° de niños bajo control de 3 a 9 años. * 100.	50% de los niños bajo control de 3 a 9 años accede a la prestación.	4%	8,20%	12%	19%
Estrategia 3	Realizar ingresos y controles de salud de Climaterio por médicos de Cesfam capacitados.	N° de mujeres bajo control que ingresan a control Climaterio/N° de mujeres derivadas a Ingreso Climaterio x100.	Línea Base	0%	15%	55%	95%
		N° de mujeres en control climaterio/N° de mujeres derivadas a control climaterio x100		0%	45%	60%	80%

	ESTABLECIMIENTO: CESFAM QUILLAHUE						
	2. Problema de salud priorizado: Escaso trabajo intersectorial desde la red de APS comunal						
	Objetivos operacionales anuales	**Indicadores del objetivo operacionales**	**Meta del indicador operacionales**	**% cumplimiento 30 marzo**	**% cumplimiento 30 junio**	**% cumplimiento 30 sept.**	**% cumplimiento 30 diciembre**
Estrategia 1	Establecer y mantener coordinación y comunicación con los actores relevantes del Inter sector, para orientar a nuestros usuarios con las redes comunales disponibles.	N. ° de actividades realizadas con el Inter sector/total de actividades programadas X 100	Realizar al menos 1 actividad de promoción en conjunto con el Inter sector.	10%	50%	50%	100%
Estrategia 2	Tener representación en la mesa comunal de articulación Salud – educación.	Existencia de documento con las actividades programadas Salud	Participar del 100% de las reuniones programadas.				
	Trabajar de manera coordinada con los establecimientos educacionales, en los temas de promoción – prevención y atención al daño.	Educación por establecimiento para el año 2024. SI/NO	Dar cumplimiento al 50% de las actividades programadas.	100%	100%	100%	100%
		Existencia de acta con los acuerdos tomados entre sectores y establecimientos a cargo para el año 2024. SI/NO		100%	100%	100%	100%
Estrategia 3	Vincular al Establecimiento de salud con la comunidad Migrante para facilitar el acceso oportuno a las prestaciones de Salud	N° de actividades de información y difusión realizadas / N° de actividades programadas X 100	Dar cumplimiento al 100% de las actividades programadas.	0%	0%	0%	0%
		N° de capacitaciones realizadas a funcionarios / N° de capacitaciones programadas X 100	Participación del 100% de Asistentes sociales, Administrativos sectoriales y Administrativos OIRS.	50%	50%	50%	50%
		Confección de instrumento de seguimiento de NIP. Si/No	Instrumento de seguimiento	0%	0%	0%	0%
Estrategia 4	Activar la red intersectorial de manera oportuna a través de la revisión de Alertas en plataforma CHCC	Alertas indicadas en plataforma CHCC/alertas gestionadas en plataforma x 100	50% de las Alertas gestionadas.	100%	100%	100%	100%

	ESTABLECIMIENTO: CESFAM QUILLAHUE						
	3. Problema de salud priorizado: Alta demanda y complejidad de problemas de salud mental.						
	Objetivos operacionales anuales	**Indicadores del objetivo operacionales**	**Meta del indicador operacionales**	**% cumplimiento 30 marzo**	**% cumplimiento 30 junio**	**% cumplimiento 30 sept.**	**% cumplimiento 30 diciembre**
Estrategia 1	Realizar despeje de casos y priorización de motivo de consulta de los usuarios que están por ingresar al PSM por parte del equipo de Salud mental.	N° de usuarios que ingresan al PSM/ Usuarios que se mantienen en lista de espera al PSM x 100 (usuarios en lista de espera 2024)	Línea base	25%	35%	40%	53,80%
Estrategia 2	Monitorizar el cumplimiento del PTI de cada usuario ingresado al PSM.	N° de controles de salud mental totales realizados a personas de 0 y más años/N° de personas bajo control en el programa de salud mental de 0 y más años x 100	Cumplimiento de meta IAAPS	34%	45%	60%	85%
Estrategia 3	Evaluar las derivaciones desde establecimiento educacional y su posible ingreso al PSM	N. ° de casos ingresados al PSM derivados desde establecimiento educacional/ N. ° de casos derivados desde el establecimiento educacional x 100	Usuarios derivados desde establecimiento educacional ingresan al PSM si /no	0%	50%	70%	90%

	ESTABLECIMIENTO: CESFAM QUILLAHUE						
	4. Problema de salud priorizado: Brecha de cobertura y compensación de pacientes de salud cardiovascular						
	Objetivos operacionales anuales	**Indicadores del objetivo operacionales**	**Meta del indicador operacionales**	**% cumplimiento 30 marzo**	**% cumplimiento 30 junio**	**% cumplimiento 30 sept.**	**% cumplimiento 30 diciembre**
Estrategia 1	Aumentar la cobertura de pacientes de 20 a 64 años con EMP vigente.	N. ° de EMP realizados a la población de 20 a 64 años/ N. ° total de inscritos de 20 a 64 años x100	Según meta IIAPS 2023	2%	5%	8%	9,80%
Estrategia 2	Cuantificar la cantidad de pacientes DM II bajo control compensados y generar estrategias necesarias para alcanzar cobertura deseada según meta de compensación.	N. ° de DM II compensados en cada evaluación/ N. ° total de DM II bajo control x 100	Meta Sanitaria 2023.	0%	30%	30%	50%
Estrategia 3	Educar a los pacientes bajo control con patologías cardiovasculares descompensadas y poca adherencia farmacológica, en cuanto a la importancia y mecanismo de acción de su terapia farmacológica.	Realización de taller de PSCV por QF SI/NO	Línea base	0%	0%	0%	0%

	ESTABLECIMIENTO: CESFAM QUILLAHUE						
	5. Problema de salud priorizado: Baja cobertura de atención a población infantojuvenil						
	Objetivos operacionales anuales	**Indicadores del objetivo operacionales**	**Meta del indicador operacionales**	**% cumplimiento 30 marzo**	**% cumplimiento 30 junio**	**% cumplimiento 30 sept.**	**% cumplimiento 30 diciembre**
Estrategia 1	Mantener o reducir diagnostico nutricional de los niños en seguimiento.	N. ° de niños con sobrepeso que ingresan a consulta nutricional/ N. ° de niños con sobrepeso x100	Línea base 2023	0%	0%	0%	0,00%
		N. ° niño con sobrepeso que logran diagnostico nutricional normal/ N. ° de niños con sobrepeso en control x 100		0%	11%	11%	15%
Estrategia 2	Aumentar la cobertura del control de salud escolar, para la pesquisa oportuna de factores de riesgo biopsicosocial.	N. ° de niños en control de salud escolar/ N. ° de niños inscritos de 7 a 9 años x 100	Aumentar en un 5% el bajo control de salud escolar respecto del Censo diciembre 2023.	0%	12%	12%	23%
Estrategia 3	Dar continuidad a los cuidados durante el curso de vida de NNA desde el control de salud infantil hasta el control de salud adolescente.	N. ° de adolescentes de 10 a 19 años con control de salud adolescente vigente / N. ° de adolescentes de 10 a 19 años inscritos X100.	Aumentar en un 5% el bajo control de salud adolescente respecto al censo diciembre 2023.	0%	13%	13%	22,40%

	ESTABLECIMIENTO: CESFAM QUILLAHUE						
	6. Problema de salud priorizado: Ausencia de organización en salud para enfrentar Emergencias y desastres						
	Objetivos operacionales anuales	**Indicadores del objetivo operacionales**	**Meta del indicador operacionales**	**% cumplimiento 30 marzo**	**% cumplimiento 30 junio**	**% cumplimiento 30 sept.**	**% cumplimiento 30 diciembre**
Estrategia 1	Capacitar y actualizar a los funcionarios en el actuar de situaciones de emergencias.	N. ° funcionarios capacitados/ N. ° total funcionarios Quillahue y dispositivos x 100.	90%	0%	0%	0%	0%
Estrategia 2	Educar a la comunidad en emergencias y desastres.	Se realiza capacitación Sí/ No	90% del Consejo de Desarrollo Capacitado.	0%	0%	0%	0%
Estrategia 3	Contar con comité de emergencia funcionando.	Se cuenta con comité de emergencia funcionando: SI / No.	Comité de trabajo.	100%	100%	100%	100%
		Plan de trabajo 2024 comité de emergencia: Si / No.	Plan de trabajo 2024 realizado y socializado.	0%	0%	0%	0%

	ESTABLECIMIENTO: CESFAM QUILLAHUE						
	7. Problema de salud priorizado: Falta de apoyo en salud ocupacional a usuarios internos (funcionarios).						
	Objetivos operacionales anuales	**Indicadores del objetivo operacionales**	**Meta del indicador operacionales**	**% cumplimiento 30 marzo**	**% cumplimiento 30 junio**	**% cumplimiento 30 sept.**	**% cumplimiento 30 diciembre**
Estrategia 1	Gestión de evaluación de puestos de trabajo por parte del prevencionista con la mutualidad.	Informe realizado por prevencionista: Si / No.	100%	0%	0%	0%	0%
	Obtener diagnóstico de puestos de trabajo críticos del Establecimiento.	Solicitud a Mutualidad de evaluación de puestos de trabajo críticos del Establecimiento: Si / No.	100%	0%	0%	0%	0%
Estrategia 2	Promover la actividad física, como habito de vida saludable en los funcionarios.	N. ° de pausas saludables activas realizadas / N. ° de pausas saludables activas programadas x100.	60%	100%	100%	100%	100%
		Encuesta online de evaluación de la actividad por parte de los funcionarios.	100%	0%	0%	0%	0%
Estrategia 3	Realizar Plan de autocuidado anual para funcionarios con la finalidad de entregar herramientas para el manejo de estrés asociado al entorno laboral.	Plan de autocuidado realizado: Si / No.	100%	0%	0%	0%	0%
	Promover ambientes laborales saludables.						

	ESTABLECIMIENTO: CESFAM QUILLAHUE						
	8. Problema de salud priorizado: Falta de enfoque preventivo del cáncer y acompañamiento a usuarios y familias que padecen la enfermedad.						
	Objetivos operacionales anuales	**Indicadores del objetivo operacionales**	**Meta del indicador operacionales**	**% cumplimiento 30 marzo**	**% cumplimiento 30 junio**	**% cumplimiento 30 sept.**	**% cumplimiento 30 diciembre**
Estrategia 1	Disminuir los rechazos de vacunación VPH en población escolar objetivo.	% de cobertura de vacunación VPH en población escolar objetivo.	Aumentar 5% la cobertura 2023.	0%	0%	0%	90,50%
Estrategia 2	-Pesquisar de manera oportuna y temprana cáncer de mama y de útero.	N. ° de mujeres que acceden a exámenes de tamizajes preventivos / N. ° de mujeres inscritas en la comuna X 100.	PAP: Meta sanitaria 2023, Cumplimiento componente mamografías convenio 2023.	0%	47%	47%	65,80%
Estrategia 3	-Pesquisar de manera oportuna y temprana cáncer de próstata.	N. ° de exámenes de PSA tomados a hombres desde 50 años y más / N. ° total de hombres de 50 años y más inscritos x 100.	Línea base 2023.	0%	35%	35%	52%
Estrategia 4	-Dar continuidad de la atención a usuarios que ingresan al programa cuidados paliativos universales.	N. ° de pacientes ingresados al Programada CPU / N. ° total de pacientes derivados al programa CPU X100.	60% de los pacientes derivados ingresan al Programa	100%	100%	100%	100%

	ESTABLECIMIENTO: EQUIPO SALUD RURAL.						
	1. Problema de salud priorizado: Existencia de brechas de atención de salud a nivel comunal						
	Objetivos operacionales anuales	**Indicadores del objetivo operacionales**	**Meta del indicador operacionales**	**% cumplimiento 30 marzo**	**% cumplimiento 30 junio**	**% cumplimiento 30 sept.**	**% cumplimiento 30 diciembre**
Estrategia 1	Mejorar el acceso y oportunidad de los usuarios inscritos en estos sectores.	Actualizar datos poblacionales, epidemiológicos y geográficos de los usuarios de posta de Salud rural.	Línea base de datos por sector de ESR y postas	58%	79%	79%	90%

	ESTABLECIMIENTO: EQUIPO SALUD RURAL.						
	2. Problema de salud priorizado: Escaso trabajo intersectorial desde la red de APS comunal						
	Objetivos operacionales anuales	**Indicadores del objetivo operacionales**	**Meta del indicador operacionales**	**% cumplimiento 30 marzo**	**% cumplimiento 30 junio**	**% cumplimiento 30 sept.**	**% cumplimiento 30 diciembre**
Estrategia 1	Establecer y mantener coordinación y comunicación con los actores relevantes del intersector y comunidad.	N° de actividades realizadas con las mesas territoriales /total de actividades programadas x100	Realizar al menos 2 reuniones de mesa intersectorial por establecimiento 4/2	0%	50%	75%	100%
		N° de Comité de Salud Activos. (Postas: 1/2 ESR: 4/5	Realizar al menos una reunión al año con cada Comité de Salud	20%	60%	100%	100%
Estrategia 2	Cuantificar la población indígena de Cecosf y PSR.	N° de población indígena identificada/ N° de inscritos en Posta de salud rural x 100	Línea Base 2024 por Cecosf y Posta de Salud Rural	0,00%	43,25%	43,25%	48,81%

	ESTABLECIMIENTO: EQUIPO SALUD RURAL.						
	3. Problema de salud priorizado: Alta demanda y complejidad de problemas de salud mental.						
	Objetivos operacionales anuales	**Indicadores del objetivo operacionales**	**Meta del indicador operacionales**	**% cumplimiento 30 marzo**	**% cumplimiento 30 junio**	**% cumplimiento 30 sept.**	**% cumplimiento 30 diciembre**
Estrategia 1	Evaluar la operatividad del plan para sectores rurales.	Informe de evaluación del plan de mejora 2023 del PSM y su operatividad en la Posta de Salud Rural: Si / No	Plan de Mejora 100% evaluado.	0%	0%	0%	0%
Estrategia 2	Mejorar la gestión de Agenda de los funcionarios del PSM.	Registro en acta de reuniones mensuales de SM de planes evaluados por el equipo.	100% del bajo control de salud mental con Plan actualizado de intervención.	0,0%	8,3%	8,3%	8,3%
		N. ° de pacientes en lista de espera/ N. ° de pacientes ingresados al PSM. Agendas disponibles del programa según bajo control.	50% Rescate mensual de población inasistente.	100%	100%	100%	100%

	ESTABLECIMIENTO: EQUIPO SALUD RURAL.						
	4. Problema de salud priorizado: Brecha de cobertura y compensación de pacientes de salud cardiovascular						
	Objetivos operacionales anuales	**Indicadores del objetivo operacionales**	**Meta del indicador operacionales**	**% cumplimiento 30 marzo**	**% cumplimiento 30 junio**	**% cumplimiento 30 sept.**	**% cumplimiento 30 diciembre**
Estrategia 1	Detectar en forma oportuna condiciones prevenibles o controlables que causan morbimortalidad a través del Examen de Medicina Preventivo del Adulto (EMPA) en personas de 25 a 64 años.	N° de EMP realizados a la población entre 20 – 64 / N° total de inscritos de 20 a 64 años x 100 a marzo 2024	Según Meta IAAPS 2024	30,5%	51,0%	82,2%	100,0%
Estrategia 2	Asegurar controles periódicos de pacientes PADI leves y moderados según norma.	N° de visitas domiciliarias realizadas / N° de visitas domiciliarias programadas x 100 (N° VD / 1000 x100) (2024)	Aumentar en un 15% la cobertura de visitas domiciliarias a pacientes PADI leve y moderado.	0,0%	30,0%	60,0%	92,3%
		N° de toma de muestras en domicilio realizadas / N° de toma de muestras programadas.	Aumento del 20% toma de muestras en domicilio a pacientes PADI leve y moderado.	N/A	N/A	N/A	N/A
Estrategia 3	Identificar a usuarios autovalentes con riesgo pertenecientes a sectores rurales de la comuna.	N° talleres realizados por kinesiólogo a pacientes autovalentes con riesgo / total pacientes autovalentes * 100 N° talleres programados por kinesiólogo a pacientes autovalentes con riesgo	Realizar al menos un taller por posta al año (2 TALLERES 2024)	0,0%	100,0%	100,0%	100,0%

	ESTABLECIMIENTO: EQUIPO SALUD RURAL.						
	5. Problema de salud priorizado: Baja cobertura de atención a población infantojuvenil						
	Objetivos operacionales anuales	**Indicadores del objetivo operacionales**	**Meta del indicador operacionales**	**% cumplimiento 30 marzo**	**% cumplimiento 30 junio**	**% cumplimiento 30 sept.**	**% cumplimiento 30 diciembre**
Estrategia 1	Mantener o reducir el diagnóstico nutricional de niños y niñas en seguimiento.	N.º de niño/as con sobrepeso que ingresan a consulta nutricional/ N° de niño/as con sobrepeso x100	Línea base 2024	38%	50%	75%	100%
		N° niño/as con sobrepeso que logran diagnóstico nutricional normal/ N° de niño/as con sobrepeso en control x 100	Línea base 2024: 11 niños <6 años con sobrepeso y 32 peso normal (postas y estaciones)	12,90%	20,5%	32,8	45%
Estrategia 2	Dar continuidad a los cuidados durante el ciclo vital de NNA desde el control de salud infantil hasta el control de salud adolescente.	N° adolescentes de 10 a 19 años con control de salud vigente/ N° adolescentes de 10 a 19 años inscritos *100 Tarjetero de salud adolescente creado y en funcionamiento por el sector SI/NO	Aumentar en un 5% el bajo control de salud adolescente respecto del censo diciembre 2023. /	21,6%	21,6%	36,0%	50,3%
		Agendas mensuales con cupos disponibles de control de salud adolescente según bajo control en sectores SI/NO	Agenda creada según necesidad de cupos del tarjetero.	100%	100%	100%	100%
		N° adolescentes de 10 a 19 años con control/ N° adolescentes inscritos * 100 (considerando solo los que viven en los sectores)	Aumentar el número de controles adolescentes respecto del 2023 en un 3%.	0%	22%	86%	108%
Estrategia 3	Lograr cobertura establecida por metas odontológicas de pacientes entre 6 meses y 9 años en sectores rurales.	N° usuarios inscritos en este grupo de edad / N° usuarios atendidos en grupo de edad x 100	Línea base de atenciones realizadas en el año N° talleres u actividades promocionales en escuelas rurales y comunidad.	40,0%	85,10%	110%	146,80%

	ESTABLECIMIENTO: EQUIPO SALUD RURAL.						
	6. Problema de salud priorizado: Ausencia de organización en salud para enfrentar Emergencias y desastres						
	Objetivos operacionales anuales	**Indicadores del objetivo operacionales**	**Meta del indicador operacionales**	**% cumplimiento 30 marzo**	**% cumplimiento 30 junio**	**% cumplimiento 30 sept.**	**% cumplimiento 30 diciembre**
Estrategia 1	Capacitar y actualizar a los funcionarios de las Postas de salud rural en el actuar de situaciones de emergencias.	N° funcionarios capacitados / N° total funcionarios de las Postas de salud rural x 100. 10/X = … X 100	90%	0%	0%	0%	0%

	ESTABLECIMIENTO: EQUIPO SALUD RURAL.						
	7. Problema de salud priorizado: Falta de apoyo en salud ocupacional a usuarios internos (funcionarios).						
	Objetivos operacionales anuales	**Indicadores del objetivo operacionales**	**Meta del indicador operacionales**	**% cumplimiento 30 marzo**	**% cumplimiento 30 junio**	**% cumplimiento 30 sept.**	**% cumplimiento 30 diciembre**
Estrategia 1	Gestión de evaluación de puestos críticos de trabajo por parte del prevencionista con la mutualidad en terreno.	Informe realizado por prevencionista: SI / No	100%	0%	0%	0%	0%
	Obtener diagnóstico de puestos de trabajo críticos del sector.	Solicitud a mutualidad de evaluación de puestos de trabajo críticos del establecimiento: Si / No	100%	0%	0%	0%	0%
Estrategia 2	Promover la actividad física como hábito de vida saludable en los funcionarios.	N° de pausas saludables activas realizadas / N° de pausas saludables activas programadas	60%	0%	0%	0%	0%
		Encuesta online de evaluación de la actividad por parte de los funcionarios.	100%	0%	0%	0%	0%

	ESTABLECIMIENTO: EQUIPO SALUD RURAL.						
	8. Problema de salud priorizado: Falta de enfoque preventivo del cáncer y acompañamiento a usuarios y familias que padecen la enfermedad.						
	Objetivos operacionales anuales	**Indicadores del objetivo operacionales**	**Meta del indicador operacionales**	**% cumplimiento 30 marzo**	**% cumplimiento 30 junio**	**% cumplimiento 30 sept.**	**% cumplimiento 30 diciembre**
Estrategia 1	Pesquisa de manera oportuna y temprana del cáncer de mama y de útero	N° de mujeres que acceden a exámenes de tamizajes preventivos / N° de mujeres inscritas en las Postas de Salud Rural x 100	PAP: Meta sanitaria 2024 Cumplimiento componente mamografías convenio 2024.	N/A	81% (PAP) 57% (Mamo)		81% (PAP) 57% (Mamo)
Estrategia 2	Pesquisa de manera oportuna y temprana cáncer de próstata.	N° de exámenes de PSA tomados en hombres desde 50 años y más en EMP / N° total de EMP realizados a hombres de 50 años y más inscritos x 100	Aumentar en 5% la toma de exámenes de PSA a hombres de 50 años y más	N/A	N/A	N/A	N/A

	ESTABLECIMIENTO: CESFAM DR. RENE TAPIA SALGADO						
	1. Problema de salud priorizado: Existencia de brechas de atención de salud a nivel comunal						
	Objetivos operacionales anuales	**Indicadores del objetivo operacionales**	**Meta del indicador operacionales**	**% cumplimiento 30 marzo**	**% cumplimiento 30 junio**	**% cumplimiento 30 sept.**	**% cumplimiento 30 diciembre**
Estrategia 1	1.Identificar y conocer como articulan las redes institucionales y organizaciones funcionales y territoriales que se disponen tanto en el sector como a nivel comunal y provincial.	Documento Mapa de redes actualizado y sociabilizado con el Intersector.	Mapas actualizados en diciembre de cada año.	0%	100% Mapas Actualizados (Redes)	100% Mapas Actualizados (Redes)	100%
		N. ° de gestiones realizadas por los sectores con el inter sector de acuerdo al mapa de redes.	Aumentar en un 5% (con respecto al año 2023) las actividades de gestión intersectorial	0%	5,40%	10%	34%
	2. Identificar y analizar las características epidemiológicas de la población a cargo de los sectores, tanto a nivel familiar como individual, de la comuna de Castro.	Mapa epidemiológico y de riesgo actualizado.	Mapa actualizado.	33,30%	33,30%	50%	100,00%
		Documento de análisis de la condición epidemiológica del sector.	Documento de análisis de la condición epidemiológica que incluya la gestión del sector a partir de los datos y el RRHH disponible en relación con las necesidades de la población.	25%	25%	80%	100%
	3. Actualizar población y territorios a cargo de los sectores desde las diferentes fuentes de información.	Catastro cuantitativo poblacional y territorial realizado.	Documento con la información cuantitativa de la población y territorio realizado y analizado	100%	100%	100%	100%
Estrategia 2	Elaborar programación en Red sectorial, de acuerdo con la demanda poblacional.	Programación en red 2024 ejecutada y analizada.	Programación realizada y análisis de brecha	0%	50%	50%	100%
	Identificar las brechas de acceso, de acuerdo con la programación en red como dato cuantitativo.	Proporción de brecha de acceso a las prestaciones de salud de acuerdo con los recursos y población asignada.	Proporción de brecha identificada, con propuestas de acción.	0%	0%	0%	0%
	Programar oferta diferenciada según enfoque de riesgo.	Oferta diferenciada por sector programada.	Oferta diferenciada programada en agenda	100%	100%	100%	100%

	ESTABLECIMIENTO: CESFAM DR. RENE TAPIA SALGADO						
	2. Problema de salud priorizado: Escaso trabajo intersectorial desde la red de APS comunal						
	Objetivos operacionales anuales	**Indicadores del objetivo operacionales**	**Meta del indicador operacionales**	**% cumplimiento 30 marzo**	**% cumplimiento 30 junio**	**% cumplimiento 30 sept.**	**% cumplimiento 30 diciembre**
Estrategia 1	Mantener activas las mesas territoriales del sector y elaborar planes de trabajo desde la comunidad, permitiendo el trabajo colaborativo entre el sector salud y comunidad.	N. ° de mesas territoriales en funcionamiento.	100% mesas territoriales sectoriales activas con plan de trabajo anual. (1 por sector)	100%	100%	100%	100%
		Porcentaje de actividades del plan de trabajo ejecutado por mesa territorial.	90% de actividades del plan de trabajo ejecutado por mesa territorial.	0%	100%	100%	100%
	Formar líderes de la comunidad capacitados en temas de salud priorizados que surgen desde las mesas territoriales.	N. ° de líderes comunitarios que surgen desde las mesas territoriales.	Al menos 1 líder comunitarios por mesa territorial.	50%	100%	100%	100%
		N° de líderes que completan capacitación en temas de salud y ECICEP.	100% de los líderes completan plan de capacitación en salud y ECICEP.	0%	0%	80%	100%
	Insertar a los líderes en salud en la estrategia de apoyo de pares de tal manera que contribuyan en automanejo de usuarios ECICEP del sector.	Plan de trabajo y actividades de los líderes que se formaron en apoyo de pares y se introducen en ECICEP del sector.	Completar al menos 70% de las actividades del plan de trabajo propuesto para el líder comunitario capacitado en ECICEP	0%	0%	0%	0%
Estrategia 2	Gestionar acciones de salud preventivas y promocionales en las diferentes temáticas priorizadas por la comunidad escolar y equipo de salud.	Establecimientos educacionales del territorio a cargo que forman parte del trabajo promocional y preventivo del territorio a cargo.	Al menos uno de los establecimientos educacionales a cargo del territorio forme parte del plan de trabajo promocional y preventivo de los sectores, que en su conjunto den respuesta al Plan del establecimiento.	0%	100%	100%	100%
		Planes de trabajo elaborados y ejecutados con participación de ambas partes.	Ejecución del 80% de los planes de trabajo planificados con los establecimientos educacionales. *Los planes pueden diferir respecto a lo que priorice cada establecimiento y la necesidad que visualice el equipo de salud en esa comunidad escolar*	0%	100% de lo programado a la fecha	100% de lo programado a la fecha	100%

Estrategia 3	Identificar y caracterizar la población migrante a cargo, con el fin de entregar, acceso a la salud con enfoque integral y cultural.	Catastro de población realizada. Actividades preventivas como consejerías en salud sexual y reproductiva en nuevos migrantes. N° de CSIA, PAP y EMP.	Informe con catastro y caracterización de migrantes. Consejerías a nuevos migrantes, línea de base 2024.	50%	50%	50%	50%
		Porcentaje de actividades preventivas como campañas de vacunación y pesquisa activa epidemiológica que reciben migrantes bajo control	Numero de CSIA, PAP y EMP realizados a población migrante, línea de base. 80% de migrantes bajo control reciben actividades preventivas como vacunación y pesquisa activa epidemiológica	0,00%	13,50%	13,50%	13,50%

	ESTABLECIMIENTO: CESFAM DR RENE TAPIA SALGADO						
	3. Problema de salud priorizado: Alta demanda y complejidad de problemas de salud mental.						
	Objetivos operacionales anuales	**Indicadores del objetivo operacionales**	**Meta del indicador operacionales**	**% cumplimiento 30 marzo**	**% cumplimiento 30 junio**	**% cumplimiento 30 sept.**	**% cumplimiento 30 diciembre**
Estrategia 1	Mejorar la gestión de la población bajo control sectorial a través de diversas acciones que permitan mejorar el acceso a la población con daño.	Cobertura de ingresos a programa de salud mental.	Aumentar en un 5% la cobertura de ingresos de salud mental para cumplir las metas anuales pactadas.	30%	60,2% (Meta 455)	60,20%	100%
		Proporción de horas perdidas en atenciones de salud mental, para los distintos profesionales en comparación al año 2023.	Disminuir los NSP en un 10% para ingresos y controles de SM.	0%	25%	25%	no cumplida
Estrategia 2	Promover instancias educativas preventivas de intervención comunitaria en temas de salud mental, enfocadas en los grupos vulnerables definidos por los equipos sectoriales.	Porcentaje de actividades promocionales, preventivas y comunitarias ejecutadas según la programación anual.	80% de ejecución de las actividades planificadas dentro del programa de promoción	20%	50%	80%	100%
		Porcentaje de participación de los grupos vulnerables identificados en las actividades planificadas.	60% de participación de las personas mayores a las actividades ejecutadas.	0%	20%	40%	60%
		Plan educativo programado. Porcentaje de participación de la comunidad educativa en las actividades planificadas.	80% de ejecución del plan educativo programado. 60% de participación de comunidad educativa, según planificación.	20%	100%	100%	100%
		Plan de trabajo e intervención programado	80% de ejecución del plan de intervención.	40%	80%	80%	100%

	ESTABLECIMIENTO: CESFAM DR RENE TAPIA SALGADO						
	4. Problema de salud priorizado: Brecha de cobertura y compensación de pacientes de salud cardiovascular						
	Objetivos operacionales anuales	**Indicadores del objetivo operacionales**	**Meta del indicador operacionales**	**% cumplimiento 30 marzo**	**% cumplimiento 30 junio**	**% cumplimiento 30 sept.**	**% cumplimiento 30 diciembre**
Estrategia 1	Aumentar la cobertura de los exámenes de medicina preventivo en la población de 20 a 64 años.	Porcentaje de EMP realizados en comparación al año anterior.	Lograr al menos un 5% más que el año anterior.	20%	45,10%	70%	100%
	Mejorar el seguimiento de los EMP aplicados que resulten alterados.	Proporción de usuarios que accede a control de salud derivado del EMP, con riesgos detectados.	70% de los EMP que presentan alteraciones son derivados a seguimiento con el profesional correspondiente.	Pendiente	Pendiente	Pendiente	Pendiente
	Ingresar a PSCV pacientes derivados por EMP oportunamente.	N. ° de usuarios que ingresa al programa de salud cardiovascular, a partir del EMP.	90% de los usuarios que son pesquisados a través del EMP ingresa al PSCV, con controles y tratamiento oportuno.	Pendiente	Pendiente	Pendiente	70% Brecha de registro en planilla, pero no se cumple.
Estrategia 2	Mejorar la condición de salud de los usuarios con DM II, a través de la intervención integral favoreciendo la compensación.	Proporción de usuarios diabéticos que mejora su condición de salud.	Aumenta en un 5% compensación de DM II	0%	36% META	36% META	33,03% META
	Establecer nuevas estrategias de intervención como los controles duales de profesionales y consejerías individuales y familiares.	Número de usuarios que reciben nuevas estrategias de intervención	80% usuarios en pre-contemplación o contemplación reciben nuevas estrategias de intervención.	20%	45,50%	50%	65%
		Porcentaje de usuarios que ingresan a la estrategia ECICEP y mejoran su condición de salud.	80% de los usuarios derivados a ECICEP ingresa a la estrategia y de estos un 30% mejora su compensación.	Pendiente	Pendiente	Pendiente	No se cumple

Estrategia 3	Fortalecer ECICEP por parte de los equipos de salud, como base del modelo de atención clasificado según su condición de cronicidad.	Proporción de usuarios que ingresan a la estrategia ECICEP comparado con el año anterior.	Aumentar en un 20% los ingresos comparados con el año anterior.	0%	45,50%	45,50%	No se cumple
		Proporción de usuarios que mejora parámetros de compensación ingresados a la estrategia ECICEP.	25% de los usuarios mejora su condición de cronicidad.	0%	0%	0%	No se cumple
		N. ° de usuarios ingresados a las actividades de apoyo de pares y automanejo que mejora parámetros de compensación.	25% mejora parámetros respecto a las actividades ejecutadas y evaluadas a través de la pauta de apoyo de pares.	Pendiente	Pendiente	25%	25%
		N° de seguimientos a distancia realizados, línea de base.	Aumentar N° de seguimientos a distancia.	15%	31,80%	40,00%	50%

	ESTABLECIMIENTO: CESFAM DR RENE TAPIA SALGADO						
	5. Problema de salud priorizado: Baja cobertura de atención a población infantojuvenil						
	Objetivos operacionales anuales	**Indicadores del objetivo operacionales**	**Meta del indicador operacionales**	**% cumplimiento 30 marzo**	**% cumplimiento 30 junio**	**% cumplimiento 30 sept.**	**% cumplimiento 30 diciembre**
Estrategia 1	Aumentar la cobertura de atención en población de 6 a 9 años, asegurando la continuidad del cuidado en el curso de vida.	Porcentaje de usuarios con controles entre los 6 y 9 años, con continuidad del cuidado, respecto al año anterior.	Aumentar en un 10% respecto al año anterior.	0%	100%	80%	No logrado al corte de noviembre (serie A)
			Aumentar 5% número de controles de salud de 6 a 9 años.	0	0	0	No se puede medir
Estrategia 2	Mejorar el acceso al control integral de los adolescentes de la comuna de castro, asegurando la continuidad del cuidado.	N. ° de adolescentes con controles integrales al día/N. ° de adolescentes de la comuna.	Aumentar en un 10% controles de salud integral en adolescentes respecto al año anterior tanto a nivel sectorial como desde la Estrategia de la Clínica escolar.	20%	37,90%	50%	85%

	Fomentar conductas saludables en los adolescentes de 10 a 14 años enfocado a la salud sexual, salud mental y consumo de OH y Droga.	Proporción de adolescentes bajo control con controles al día y seguimiento por la condición de salud. Plan de intervención sectorial elaborado y ejecutado según priorización sectorial, evaluando resultados esperados.	80% de los adolescentes bajo control con sus controles al día, 100% del plan de acción ejecutado y un 60% de los adolescentes intervenidos comprende las conductas de riesgo a través de instrumento de medición del plan de intervención.	0%	41%	41%	No cumplido
Estrategia 3	Mejorar la condición de Malnutrición por exceso en la población menor de 10 años, con enfoque preventivo y de atención al daño.	Proporción de menores de 10 años que mejora su condición de salud (MNE) en 1 año de intervención. (Bajo control)	10% de los menores de 10 años mejora su condición de salud (Bajo control con MNE).	50%	100%	100%	100%
		Planes de tratamiento integral usuarios con MNE consensuados	90% de usuarios con MNE tienen un PTI consensuado.	No se cumple	No se cumple	No se cumple	No se cumple
		N° de visitas domiciliarias a prescolares con MNE con consejería familiar.	10% prescolares con MNE reciben VDI con consejería familiar.	0%	0%	0%	0%
		Proporción de la comunidad educativa de jardines y/o establecimientos que son intervenidos a través del plan educativo preventivo.	70% de la comunidad educativa recibe intervención educativa preventiva de acuerdo al plan con comunidad educativa	5%	10%	70%	100% de lo programado
		Plan de actividades de campaña comunicacional a realizar en establecimientos educacionales.	90% actividades ejecutadas del plan de campaña organizado	0%	0%	0%	0%
Estrategia 4	Aumentar la cobertura de acceso a la atención oportuna entre los 6 meses y 9 años, disminuyendo la prevalencia de caries.	N° de niños menores de 6 años libres de caries de acuerdo a la población objetivo año 2024.	Aumentar en un 5% los menores de 6 años libres de caries de acuerdo a la meta 2022.	30%	60%	80%	100%
		Porcentaje de derivación interna de los equipos de salud a los controles odontológicos, favoreciendo la prevención de caries.	Aumentar en 20% número de reuniones intra sector con temática odontológica con enfoque derivación interna.	20%	20%	70%	100%

	ESTABLECIMIENTO: CESFAM DR RENE TAPIA SALGADO						
	6. Problema de salud priorizado: Ausencia de organización en salud para enfrentar Emergencias y desastres						
	Objetivos operacionales anuales	**Indicadores del objetivo operacionales**	**Meta del indicador operacionales**	**% cumplimiento 30 marzo**	**% cumplimiento 30 junio**	**% cumplimiento 30 sept.**	**% cumplimiento 30 diciembre**
Estrategia 1	Conformar comité de emergencias y desastres en el establecimiento de salud y dispositivos.	Comité de emergencia y desastres conformado.	Comité conformado y en funcionamiento.	50%	100%	100%	100%
	Crear plan de trabajo anual por parte del comité de emergencias y desastres.	Plan de trabajo ejecutado y analizado.	Ejecución del 100% del plan de trabajo.	0%	10%	50%	100%
Estrategia 2	Consolidar el protocolo de clave amarilla ante urgencias vitales dentro del establecimiento de salud, entregando la primera respuesta.	Protocolo de clave amarilla ejecutado y evaluado.	Protocolo formalizado.	0%	0%	80%	100%
		Proporción de usuarios derivados de forma oportuna ante urgencias vitales, por el protocolo de clave amarilla.	100% de los usuarios son derivados por protocolo de clave amarilla.	100%	100%	100%	100%

	ESTABLECIMIENTO: CESFAM DR RENE TAPIA SALGADO						
	7. Problema de salud priorizado: Falta de apoyo en salud ocupacional a usuarios internos (funcionarios).						
	Objetivos operacionales anuales	**Indicadores del objetivo operacionales**	**Meta del indicador operacionales**	**% cumplimiento 30 marzo**	**% cumplimiento 30 junio**	**% cumplimiento 30 sept.**	**% cumplimiento 30 diciembre**
Estrategia 1	Identificar riesgos de puestos de trabajo considerados como críticos por parte de la mutualidad, prevencionista de riesgo y comité paritario, favoreciendo la seguridad del trabajador.	Proporción de funcionarios que ingresa a la mutualidad por enfermedad o accidente laboral de origen de puestos críticos.	Reducir el ingreso a mutualidad por enfermedad o accidente de trabajo de puestos críticos con respecto al año anterior.	100%	100%	100%	100%
	Gestionar la disminución y/o eliminación de los riesgos de puestos de trabajo crítico	Plan de trabajo preventivo. Plan de educación/capacitación del CPHS.	Ejecución de al menos 80% de las actividades programadas en plan de trabajo preventivo.	0%	100%	100%	100%

	Evaluar y realizar análisis de datos de riesgos psicosociales, elaborar ejecutar plan de trabajo según brecha de riesgos psicosociales detectados.	Plan de trabajo para disminuir las brechas según encuesta de riesgos psicosociales.	Ejecución de 90% de actividades programadas en plan de educación/capacitación. Ejecución del 100% de las actividades para disminuir riesgos psicosociales.	0%	50%	50%	50%
Estrategia 2	Fomentar la utilización de las pausas activas en acciones recreativas que permitan un bienestar durante la jornada laboral.	Porcentaje de funcionarios que se incorpora a las actividades de pausa activa y actividades recreativas.	80% de los funcionarios participa de las actividades de pausa saludable y actividades recreativas.	100%	100%	100%	100%

	ESTABLECIMIENTO: CESFAM DR RENE TAPIA SALGADO						
	8. Problema de salud priorizado: Falta de enfoque preventivo del cáncer y acompañamiento a usuarios y familias que padecen la enfermedad.						
	Objetivos operacionales anuales	**Indicadores del objetivo operacionales**	**Meta del indicador operacionales**	**% cumplimiento 30 marzo**	**% cumplimiento 30 junio**	**% cumplimiento 30 sept.**	**% cumplimiento 30 diciembre**
Estrategia 1	Detectar de forma oportuna el Cáncer en fase pre sintomática, reduciendo las consecuencias asociadas tanto a nivel personal como familiar.	Cobertura de exámenes de enfocados a la prevención de Cáncer. (mamografías, PAP y PSA)	Cumplimiento de las metas establecida Reducción de brechas de acuerdo al año 2023 de PAP y mamografía.	0%	56% Vigencia	56%	100%
		Proporción de usuarios que son detectados en etapa temprana e inician tratamiento de forma oportuna.	Aumentar 5% número de exámenes PSA procesados en comparación año anterior.	25%	59,30%	75%	95%
	Mejorar el acceso a la información y la oportunidad de atención a usuarios en sus lugares de trabajo (actividad extramural)	Cartas de compromiso de lugares de trabajo y programación de toma de exámenes preventivos para sus trabajadores.	Aumentar 10% N° de Operativos realizados en comparación año anterior	25%	50%	80%	100%
	Intervenir a las familias que tienen un familiar oncológico terminal, realizando acompañamiento y preparación a través de herramientas de salud familiar.	Porcentaje de familias que cruzan crisis no normativa (familiar oncológico terminal) son intervenidos por el equipo sectorial y aceptan el proceso de acompañamiento.	80% de las familias permiten la intervención por parte del equipo de salud.	100%	100%	100%	100%

Estrategia 2	Mejorar el acceso a la información sobre las medidas preventivas del Cáncer a través de intervenciones comunicacionales y masivas.	Plan comunicacional enfocado en Ca. de mayor prevalencia ejecutados	Ejecución de 80% de las actividades comunicacionales programadas.	0%	0%	20%	40%
Estrategia 3	Crear instancias participativas comunitaria sobre la importancia de la detección oportuna y Ca. de mayor prevalencia.	Jornadas educativas ejecutadas. N° de participantes que asisten a las jornadas	Ejecución del 100 % de las jornadas programadas. 70% de los participantes completan las jornadas programadas.	0%	0%	0%	no cumplido

VI. PLAN DE ACCIÓN 2025-2028. ESTABLECIMIENTOS DE SALUD MUNICIPAL CASTRO

Para el periodo comprendido entre 2025 y 2028 se realizaron reuniones de trabajo con directiva/os de los distintos centros de salud de la comuna, así como con el equipo de Gestión Clínica del Depto. de Salud Municipal, con el fin de revisar los ocho problemas identificados en el Plan 2023-2024, definir cuáles podían darse por resueltos o en vías de resolución y si era necesario reenfocar las acciones para algunos de estos problemas o incorporar otros nuevos para el actual periodo de planificación.

El trabajo realizado se resume en la siguiente tabla:

	PROBLEMAS PRIORIZADOS 2023-2024	EVALUACIÓN Y PROPUESTA
1	Existencia de brechas de salud a nivel comunal	Se debe dar continuidad, afinando la orientación que se le dará comunalmente
2	Escaso trabajo intersectorial, territorial y comunitario en la red APS comunal	PROBLEMA YA ABORDADO ADECUADAMENTE Y CON CONTINUIDAD
3	Alta demanda y complejidad de problemas de salud mental.	Se debe dar continuidad, afinando la orientación que se le dará comunalmente
4	Brecha de cobertura y compensación de pacientes de salud cardiovascular	Se debe dar continuidad, afinando la orientación que se le dará comunalmente
5	Baja cobertura de atención a población infantojuvenil	Se debe dar continuidad, afinando la orientación que se le dará comunalmente
6	Ausencia de organización en salud para enfrentar emergencias y desastres	PROBLEMA YA ABORDADO ADECUADAMENTE Y CON CONTINUIDAD
7	Brecha de salud ocupacional en usuarios internos (funcionarios)	PROBLEMA YA ABORDADO ADECUADAMENTE Y CON CONTINUIDAD
8	Falta de enfoque preventivo del cáncer y acompañamiento a usuarios y familias que padecen la enfermedad	Se debe dar continuidad, afinando la orientación que se le dará comunalmente

A partir del análisis de los problemas antes mencionados y el estado de avance en el que se encontraban a agosto de 2024, además de la revisión del Diagnóstico de Salud Integrado (DSI), se trabajó entre agosto y septiembre sobre la priorización de los problemas a abordar en el periodo 2025-2028, acordándose abordar siete problemas, que se presentan a continuación. Para cada uno de ellos los establecimientos de salud han definido al menos tres estrategias de acción,

considerando que, si bien tendrán un abordaje comunal, cada centro de salud determinará las acciones a seguir ya sea en lo preventivo, promocional o asistencial.

Los siete problemas que conforman el Plan de Acción 2025-2028 son los siguientes:

	PROBLEMA PRIORIZADO	DETALLE
1	Existencia de brechas de atención de salud a nivel comunal	El avance en este problema no fue suficiente en 2023-2024, por lo que se debe mantener el trabajo para avanzar en la construcción de los perfiles epidemiológicos y demográficos de los sectores, así como afinar las brechas asistenciales para definir y avanzar en la resectorización.
2	Insuficientes acciones de salud orientadas a personas mayores urbanas y rurales con riesgo biopsicosocial	Este problema se incorpora, debido tanto a la evaluación realizada en los diagnósticos comunitarios como por el perfil epidemiológico y demográfico de la comuna. A pesar de que el problema se aborda tanto en lo urbano como en los rural, hay un especial énfasis en la situación de las personas mayores de sectores rurales e insulares.
3	Alta demanda de atención de problemas de salud mental a nivel comunal	Se mantiene el problema definido y de acuerdo a la sugerencia del SSCh, se definen estrategias en toda la línea de atención (prevención, promoción, atención al daño y rehabilitación).
4	Brecha de cobertura y compensación de personas con riesgo de enfermedades cardiovasculares	Se continuará trabajando en el aumento de la cobertura efectiva de enfermedades cardiovasculares.
5	Insuficiente pesquisa temprana de Trastorno del Espectro Autista (TEA)	El abordaje a nivel comunal de pesquisa temprana de TEA se hace necesario dado el aumento de la prevalencia de esta condición, principalmente en NNA.
6	Inadecuada gestión de la demanda en establecimientos de salud de APS	Se trata de uno de los problemas que la/os usuaria/os señalan como apremiante y que requiere de la identificación de brechas de atención por establecimiento, así como la implementación de estrategias para disminuirlas.
7	Falta de enfoque preventivo	Este problema se mantiene, sin embargo, se reorientó a acciones preventivas y promocionales específicamente orientadas a los tumores del sistema digestivo, por ser la principal causa de muerte a nivel comunal.

A continuación, se presentan los planes de acción por establecimiento para abordar cada uno de estos siete problemas en el periodo 2025-2028. El avance de estos planes será monitoreado anualmente.

A) Plan de Acción Año 2025-2028 Cesfam Quillahue y Cecosf Kintunien

1. Problema de salud priorizado: **EXISTENCIA DE BRECHAS DE ATENCIÓN DE SALUD A NIVEL COMUNAL**										
Acciones sanitarias	**Objetivos**	**Actividades año 1**	**Actividades año 2**	**Actividades año 3**	**Indicadores de proceso.**	**Indicadores de objetivos**	**Meta**			**Producto**
							Año 1	**Año 2**	**Año 3**	
Acción 1: Identificar brechas de atención de salud comunales	Caracterizar las principales brechas de atención a nivel comunal	Conformar un Equipo Comunal (EC) de trabajo con funcionaria/os y comunidad, funciones y plan de acción definidos. Construir perfil epidemiológico y demográfico de la comuna y sus sectores Realizar un diagnóstico de demanda de la atención salud por establecimiento Entrega a EC, de información diagnóstica desde CESFAM y sus dispositivos.	-----	------	Equipo conformado (sí – no) Perfil epidemiológico y demográfico realizado (sí- no) Diagnóstico de demanda por establecimiento realizado (sí – no) Información entregada por Cesfam a EC (sí – no)	Documento de caracterización de brechas en salud comuna de Castro elaborado (sí – no)	75%	25%		Documento de caracterización de principales brechas de atención a nivel comunal y por establecimiento socializado con equipos de salud
Acción 2: Reducción de brechas de atención de salud a nivel comunal	Impulsar un proceso de reducción de brechas de atención de salud	A partir de los diagnósticos realizados, EC entrega propuesta tendiente a reducir las brechas detectadas	Implementación progresiva de propuesta de reducción de brechas	Implementación progresiva de propuesta de reducción de brechas	Informe Diagnóstico de salud comunal y de caracterización de brechas.	Reducción de inequidades	25%	50%	75%	Documento con propuesta de sectorización

2. Problema de salud priorizado: **INSUFICIENTES ACCIONES DE SALUD ORIENTADAS A PERSONAS MAYORES URBANAS Y RURALES CON RIESGO BIOPSICOSOCIAL**										
Acciones sanitarias	**Objetivos**	**Actividades año 1**	**Actividades año 2**	**Actividades año 3**	**Indicadores de proceso**.	**Indicadores de objetivos**	**Meta**			**Producto**
							Año 1	**Año 2**	**Año 3**	
Acción 1: Prevención.	- Formar Monitores comunitarios en salud (ejemplo: toma de presión, glicemia, etc.)	Capacitar a adultos mayores como monitores de salud.	Formar grupos comunitarios en salud de adultos mayores.	Mantención y evaluación de los grupos formados.	Se realiza capacitación en monitores de salud: SI -NO. Se forman grupos de salud liderados por los monitores: SI – NO.	Se cuenta con monitores capacitados en salud con grupos establecidos funcionando: SI -NO.	Capacitación a 1 monitor por sector.	Cada monitor forma un grupo.	Se mantiene la agrupación formada el año anterior.	Existencia de adultos mayores capacitados en salud para apoye de sus pares.
Acción 2: Promoción	-Dar a conocer las actividades del programa Más AMA a adultos mayores que no pertenecen a una agrupación.	-Difundir la estrategia en Cesfam Quillahue y dispositivos en eventos masivos y en controles de salud de adultos mayores.	-Mantener la difusión del programa más AMA.	-Mantener la difusión del programa más AMA.	- Listado de usuarios que no pertenecen a una agrupación de adultos mayores inscritos en Programa Más AMA. Registro local.	Aumentar la cobertura del programa en población que no accede a un club o grupo de adultos mayores en un 2%.	Establecer línea de base.	Aumentar la participación un 5%	Aumentar la participación un 10%	Mejorar el acceso de adultos mayores que no pertenece a agrupaciones al programa.
Acción 3: Atención al daño	Seguimientos de EMPAM.	Realizar plan y seguimiento de EMPAM aplicados con resultados de riesgo de dependencia en usuarios ECICEP.	Realizar plan y seguimiento de EMPAM aplicados con resultados de riesgo de dependencia en usuarios ECICEP.	Realizar plan y seguimiento de EMPAM aplicados con resultados de riesgo de dependencia en usuarios ECICEP.	N° de EMPAM de usuarios ECICEP con riesgo de dependencia que tuvieron seguimiento / N° de EMPAM con resultado de riesgo de dependencia en usuarios ECICEP X100.	Planilla con registro local por sector de los EMPAM con riesgo de dependencia con registro de los seguimientos y acciones realizados en usuarios ECICEP.	Establecer línea base con registro 2024.	Aumentar un 10% de la línea base.	Aumentar un 20% de la línea base.	Disminuir los factores de riesgo modificables de dependencia de los adultos mayores.
Acción 4: Rehabilitación	Derivar a rehabilitación cardio metabólica a adultos mayores según flujograma de la estrategia	Derivación según flujograma de la estrategia Envejecimiento saludable.	Derivación según flujograma de la estrategia Envejecimiento saludable.	Derivación según flujograma de la estrategia Envejecimiento saludable.	N° de usuarios que ingresan a la estrategia / N° de usuarios derivados X100.	Aumentar en un 10% las derivaciones a la estrategia comunal.	Establecer línea base.	Aumentar un 5% de las derivaciones.	Aumentar un 10% de las derivaciones.	Fortalecer la estrategia comunal de envejecimiento saludable.

	Envejecimiento saludable.	Seguimiento de las derivaciones realizadas por parte de los equipos de cabecera y contra referencia del Encargado de la estrategia.	Seguimiento de las derivaciones realizadas por parte de los equipos de cabecera y contra referencia del Encargado de la estrategia.	Seguimiento de las derivaciones realizadas por parte de los equipos de cabecera y contra referencia del Encargado de la estrategia.	N° de correos con contra referencia enviados a jefaturas de sector. Documento con seguimiento de las contra referencias: SI – NO.					

3. Problema de salud priorizado: **ALTA DEMANDA DE ATENCIÓN DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL A NIVEL COMUNAL**										
Acciones sanitarias	**Objetivos**	**Actividades año 1**	**Actividades año 2**	**Actividades año 3**	**Indicadores de proceso**.	**Indicadores de objetivos**	**Meta**			**Producto**
							Año 1	**Año 2**	**Año 3**	
Acción 1: Prevención	Fortalecer y transversalizar el programa de Salud mental infantil entre los 3 y 9 años de edad	Ejecutar las actividades del SMI Controles y seguimientos en población infantil bajo control de 3 a 9 años en sectores Cesfam y sus dispositivos.	Ejecutar las actividades del SMI Controles y seguimientos en población infantil bajo control de 3 a 9 años en sectores Cesfam y sus dispositivos.	Ejecutar las actividades del SMI Controles y seguimientos en población infantil bajo control de 3 a 9 años en sectores Cesfam y sus dispositivos.	N° de niños bajo control de 3 a 9 años que reciben atención psicológica preventiva / N° de niños bajo control de 3 a 9 años. * 100.	Realizar encuesta de evaluación del programa a los padres y/o cuidadores de los menores que tuvieron control en el programa al año de la prestación. Se ejecuta encuesta: SI – NO.	40% de los niños BC reciben atención de SMI.	50% de los niños BC reciben atención de SMI.	60% de los niños BC reciben atención de SMI.	1.- Entregar herramientas a los padres y/o cuidadores respecto al desarrollo infantil según ciclo vital. 2.-Prevenir daño en población adolescente a través de la pesquisa oportuna en la infancia. 3.- Mejorar la calidad de vida de los NNA y sus familias.
Acción 2: Promoción	1.- Contar con un espacio de reflexión /análisis y de encuentro.	Realización de actividad recreativa/Taller de SM con	Mantener esta actividad sectorial con la comunidad.	Mantener esta actividad sectorial con la comunidad.	Se realiza taller y seguimiento: SI - NO.	Se cumple el objetivo recreacional, de,	1 actividad por sector.	1 actividad por sector.	1 actividad por sector.	Abordar las necesidades de promoción de la

	2.-Que los NNA puedan comprender situaciones de la vida cotidiana y potenciar habilidades sociales	población Infanto adolescente por sector con planificación y seguimiento anual, según necesidades de la comunidad.				esparcimiento del tiempo libre y abordaje de problemáticas de SM en NNA: SI – NO. Medición a través de instrumento de evaluación de actividades participativas.				salud mental de la comunidad.
Acción 3: Atención al daño.	Realizar controles grupales según diagnostico epidemiológico y comunitario de salud mental sectorial.	1.- Capacitar a los equipos de salud como "formadores de controles grupales". 2.- Realizar diagnostico epidemiológico y comunitario de salud mental por sector.	1.- Ejecución de talleres grupales según el diagnostico comunitario SM.	1.- Ejecución de talleres grupales según el diagnostico comunitario SM.	N° de funcionarios capacitados/N° de funcionarios programados a capacitar X100. Diagnostico por sector realizado/ Diagnostico programados X100. N° de talleres realizados / N° de talleres programados X100.	Instaurar los controles grupales como una actividad de Salud Mental.	15 funcionarios capacitados. 1 diagnóstico realizado por sector. 1 taller por sector.	20 funcionarios capacitados. Reevaluación anual del diagnóstico con comunidad a cargo por sector. 1 taller por sector.	30 funcionarios capacitados. Reevaluación anual del diagnóstico con comunidad a cargo por sector. 2 taller por sector.	1.- Dar respuesta la demanda asistencial. 2.- Entregar atención oportuna y de calidad.
Acción 4: Rehabilitación	Favorecer participación social. - Mejorar procesos anímicos,	Incorporar actividades de SM como controles o talleres en el Invernadero comunitario	Incorporar actividades de SM como controles o talleres en el Invernadero comunitario	Incorporar actividades de SM como controles o talleres en el Invernadero comunitario	TALLERES: Asiste SI – NO. Controles: Numero de controles realizados	SE APLICA ENCUESTA: SI – NO.	1% de PBC SM	1% de PBC SM	1% de PBC SM	1.- Ampliar las actividades de SM a espacios de participación comunitarias.

	cognitivos y ejecutivos. - Mantener funciones corporales para el desempeño diario. - Incorporar conocimientos de plantas medicinales y alimenticias. - Intercambio cultural.	según necesidad.	según necesidad.	según necesidad.	en invernadero según registro local.					2.- Favorecer la cohesión grupal. 3.- Mejorar la participación social. fortalecer los procesos anímicos, cognitivos y ejecutivos de los usuarios.

4. Problema de salud priorizado: **BRECHA DE COBERTURA Y COMPENSACIÓN DE PERSONAS CON RIESGO Y ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES**										
Acciones sanitarias	**Objetivos**	**Actividades año 1**	**Actividades año 2**	**Actividades año 3**	**Indicadores de proceso**.	**Indicadores de objetivos**	**Meta**			**Producto**
							Año 1	**Año 2**	**Año 3**	
Acción 1: promoción	Promover el autocuidado en pie diabético	Taller de cuidados de pie diabéticos a población bajo control con riesgo moderado y alto por podóloga y enfermera con plan educativo.	Taller de cuidados de pie diabéticos a población bajo control con riesgo moderado y alto por podóloga y enfermera con plan educativo.	Taller de cuidados de pie diabéticos a población bajo control con riesgo moderado y alto por podóloga y enfermera con plan educativo.	N° de usuarios bajo control de DM riesgo moderado y alto que asisten a taller / N° de usuarios bajo control riesgo moderado y alto X100.	Evaluación del plan educativo según pauta: SI – NO.	10% del BC de DM riesgo moderado y alto asiste a 1 taller al año.	20% del BC de DM riesgo moderado y alto asiste a 1 taller al año	30% del BC de DM riesgo moderado y alto asiste a 1 taller al año	Entregar herramientas para el autocuidado de pies en población BC DM.
Acción 2: Prevención	Educar en alimentación saludable a población de gestantes.	Integrar al profesional nutricionista en talleres chile crece contigo con temática de alimentación saludable con plan educativo. 1 taller por semestre.	Taller de alimentación saludable por nutricionista talleres CHCC a gestantes, según cronograma talleres. 1 taller por semestre.	Taller de alimentación saludable por nutricionista talleres CHCC a gestantes, según cronograma talleres. 1 taller por semestre.	N° de gestantes bajo control que asisten a taller de alimentación saludable / N° de gestantes bajo control X100.	Evaluación del plan educativo según pauta: SI – NO.	10% de las gestantes bajo control asisten a talleres.	20% de las gestantes bajo control asisten a talleres.	30% de las gestantes bajo control asisten a talleres.	Entregar conocimientos sobre alimentación saludable a las gestantes.

Acción 3: Atención al daño	Realizar controles de salud Cardiovascular integrales.	Realizar planes consensuados de cuidado integral en los controles de salud cardiovascular.	Realizar planes consensuados de cuidado integral en los controles de salud cardiovascular.	Realizar planes consensuados de cuidado integral en los controles de salud cardiovascular.	N° de usuarios que cuenta con plan consensuado de cuidado integral / N° de usuarios bajo control CV X100.	80% de los equipos capacitados en planes consensuados : SI – NO.	1% del BC cuenta con plan consensuado de cuidado integral.	2% del BC cuenta con plan consensuado de cuidado integral.	3% del BC cuenta con plan consensuado de cuidado integral.	Equipos de salud puedan realizar planes consensuados con su población a cargo.
Acción 4: Atención al daño	Evaluar implementación estrategia HEARTS.	Revisar y cotejar los ingresos de HTA y el flujograma HEARTS. Capacitación OPS de la estrategia HEARTS a todos los funcionarios que realizan controles de HTA.	Revisar y cotejar los ingresos de HTA y el flujograma HEARTS.	Revisar y cotejar los ingresos de HTA y el flujograma HEARTS.	N° de usuarios ingresados HTA con tratamiento según flujograma HEARTS / N° de usuarios ingresados a HTA x100. N° de funcionarios capacitados en la estrategia (capacitación OPS) / N° total de funcionarios que realizan controles de HTA X100.	Informe de evaluación de implementación de estrategia anual: SI – NO.	Realizar informe anual. 80% profesionales capacitados.	Realizar informe anual. 90% profesionales capacitados.	Realizar informe anual. 100% profesionales capacitados.	Implementar la estrategia HEARTS en los usuarios HTA.
Acción 5: Rehabilitación	Entregar herramientas de automanejo a usuarios HTA descompensados.	Taller de automanejo a usuarios HTA descompensados con plan educativo.	Taller de automanejo a usuarios HTA descompensados con plan educativo.	Taller de automanejo a usuarios HTA descompensados con plan educativo.	Se realizan los talleres programados: SI – NO.	Evaluación del plan educativo según pauta: SI – NO.	1 taller anual con 2 sesiones.	1 taller por semestre con 2 sesiones.	1 taller por semestre con 2 sesiones.	Mejorar la compensación de usuarios HTA bajo control.

5. Problema de salud priorizado: **INSUFICIENTE PESQUISA TEMPRANA DE TEA**										
Acciones sanitarias	**Objetivos**	**Actividades año 1**	**Actividades año 2**	**Actividades año 3**	**Indicadores de proceso.**	**Indicadores de objetivos**	**Meta**			**Producto**
							Año 1	**Año 2**	**Año 3**	
Acción 1: Promoción	Capacitar a los equipos de salud en TEA. Informar a la comunidad sobre las prestaciones del convenio.	Capacitación a los equipos de cabecera y transversales. Difusión y presentación del convenio a la comunidad en reuniones de CDL, mesas territoriales y por medios de comunicación, redes sociales y folletería informativa.	Capacitación a los equipos de cabecera y transversales. Difusión y presentación del convenio a la comunidad en reuniones de CDL, mesas territoriales y por medios de comunicación, redes sociales y folletería informativa.	Capacitación a los equipos de cabecera y transversales.	Se realiza capacitación: SI – NO. Presentación del convenio en reuniones comunitarias: SI – NO. Entrega de folletería informativa: SI – NO.	Equipos pesquisan de manera temprana NNA: SI – NO.	50% de los equipos que atienden NNA capacitados. 1 presentación al año del convenio en cada reunión comunitaria.	70% de los equipos que atienden NNA capacitados. 1 presentación al año del convenio en cada reunión comunitaria.	90% de los equipos que atienden NNA capacitados. 1 presentación al año del convenio en cada reunión comunitaria.	Mejorar la pesquisa temprana de TEA. Entregar herramientas a los equipos que atienden NNA. Comunidad informada sobre el convenio.
Acción 2: Prevención	Mejorar la pesquisa temprana de sospecha de TEA	Aplicación de pauta de señales de alerta en controles de Infancia por enfermera y nutricionista.	Aplicación de pauta de señales de alerta Controles de Infancia por enfermera y nutricionista.	Aplicación de pauta de señales de alerta Controles de Infancia por enfermera y nutricionista.	N° de niños bajo control de infancia de 2 a 6 años con aplicación de pauta / N° de niños bajo control de 2 a 6 años X100.	100% de niños de 2 a 6 años bajo control de Infancia con test de pesquisa aplicados: SI - NO.	100% pautas aplicadas a bajo control de 2 a 6 años.	100% pautas aplicadas a bajo control de 2 a 6 años.	100% pautas aplicadas a bajo control de 2 a 6 años.	Niños y niñas con pauta alterada sean derivados de manera oportuna a las prestaciones del convenio.

6. Problema de salud priorizado: **INADECUADA GESTIÓN DE LA DEMANDA EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE APS**										
Acciones sanitarias	**Objetivos**	**Actividades año 1**	**Actividades año 2**	**Actividades año 3**	**Indicadores de proceso.**	**Indicadores de objetivos**	**Meta**			**Producto**
							Año 1	**Año 2**	**Año 3**	
Acción 1:	Incorporar estrategia TELESALUD en prestaciones descritas en Protocolo 2024.	1° semestre periodo de prueba estrategia, generar línea base consulta.	Incrementar prestaciones y consultas en al menos un 20% al 2025	Incrementar prestaciones y consultas en al menos un 40% al 2026	Establecer línea base	Generar informe evaluación estrategia 1° semestre 2025 según Protocolo 2024.	100% Cumplimiento de los indicadores estrategia según Protocolo 2024	100% Cumplimiento de los indicadores estrategia según Protocolo 2025	100% Cumplimiento de los indicadores estrategia según Protocolo 2026.	Informe Evaluación estrategia. Línea base realizada
		2° semestre incorporar a la estrategia Cecosf Kintunien y nuevas prestaciones en Cesfam Quillahue en horario de continuidad (Derivaciones S. Mental desde escuelas y liceos por Psicóloga y T. Social) y seguimientos de EMP alterados (en continuidad por EU, Matrona y Nutricionista)			Cecosf Kintunien se incorpora a estrategia: Si – NO. N° de respuestas emitidas en el plazo según protocolo (P1, P2, P3) en el periodo / N° de consultas recepcionadas en plataforma (P1, P2, P3) en el periodo * 100 según protocolo.	Se incorporan nuevas prestaciones en Protocolos 2025 y 2026: SI – NO.	Línea base	20%	40%	Cecosf Kintunien incorpora prestaciones. Expansión de nuevas prestaciones en telemedicina
Acción 2:	Realizar controles integrales en programas de salud con enfoque ECICEP más receta única.	Realizar controles integrales en programas de salud con enfoque ECICEP más receta única.	Población BC de programas con controles integrales.	Población BC de programas con controles integrales.	N° de usuarios BC con controles integrales / N° de usuarios BC X100.	Informe anual de usuarios con controles integrales no ingresados a estrategia ECICEP: SI - NO.	10% usuarios BC con controles integrales.	20% usuarios BC con controles integrales.	30% usuarios BC con controles integrales.	Optimizar los controles y tiempo de los usuarios.

Acción 3:	Ampliar la oferta de controles programáticos en horario de continuidad.	Cada 30 días sectores realizan prestaciones en horario de continuidad (E.U, Matrona, Nta, Psicóloga, T. Social)	Cada 20 días sectores realizan prestaciones en horario de continuidad (E.U, Matrona, Nta, Psicóloga, T. Social)	Cada 15 días sectores realizan prestaciones en horario de continuidad (E.U, Matrona, Nta, Psicóloga, T. Social)	N° de agendas realizadas en continuidad de la atención / N° de agendas programadas X 100.	% de agendas de controles programáticos realizados en continuidad de la atención.	Sectores atienden en continuidad de la atención cada 30 días.	Sectores atienden en continuidad de la atención cada 20 días.	Sectores atienden en continuidad de la atención cada 15 días.	Mejorar el acceso de los usuarios a las prestaciones de salud.
Acción 4:	Incorporar estrategia de controles grupales.	Cada sector realice o cuente con al menos 1 control grupal en su territorio.	Cada sector realice o cuente con 2 controles grupales en su territorio.	Cada sector realice o cuente con al menos 3 controles grupales en su territorio.	N° de controles grupales funcionando / N° de controles grupales programados por sector X100.	controles grupales instaurados en cada sector como parte de las prestaciones: SI – NO.	1 Control grupal por sector	2 Controles grupales por sector	3 Controles grupales por sector	Aumentar la cobertura de las prestaciones seleccionadas.
Acción 5:	Disminuir el número de usuarios que no se presentan a sus citas.	Confirmación telefónica de horas criticas: Controles médicos, odontológicos e ingresos de SM.	Confirmación telefónica de horas criticas: Controles médicos, odontológicos, controles de SM e ingresos de SM.	Confirmación telefónica de horas criticas: Controles médicos, odontológicos, controles de SM e ingresos de SM.	N° de usuarios que tuvieron confirmación de su cita de prestación critica / N° de usuarios citados a prestación critica X100.	Informe de evaluación estrategia de confirmación de horas criticas: SI – NO.	60% de las horas criticas confirmadas el día anterior vía telefónica.	70% de las horas criticas confirmadas el día anterior vía telefónica.	80% de las horas criticas confirmadas el día anterior vía telefónica.	Mejorar la gestión de la demanda en prestación críticas.

7. Problema de salud priorizado: **FALTA DE ENFOQUE PREVENTIVO DE CÁNCERES DEL SISTEMA DIGESTIVO**										
Acciones sanitarias	**Objetivos**	**Actividades año 1**	**Actividades año 2**	**Actividades año 3**	**Indicadores de proceso**.	**Indicadores de objetivos**	**Meta**			**Producto**
							Año 1	**Año 2**	**Año 3**	
Acción 1: Promoción	Educar a la población sobre factores protectores alimentarios y señales de alerta de Ca Gástrico.	Taller educativo con plan a grupos del MASAMA.	Taller educativo con plan a grupos del MASAMA.	Taller educativo con plan a grupos del MASAMA.	Se realizan talleres según planificación: SI-NO.	Evaluación del plan educativo según pauta: SI – NO.	1 taller con 2 sesiones.	1 taller con 2 sesiones.	1 taller con 2 sesiones.	Entregar herramientas en autocuidado a población usuaria Más AMA.
Acción 2: Prevención	Informar a la comunidad sobre factores de riesgo y pesquisa oportuna Ca Gástrico.	Realizar capsulas informativas para difusión en salas de espera y redes sociales. Entrega de dípticos informativos en actividades masivas (ejemplo ferias emprendedores)	Realizar capsulas informativas para difusión en salas de espera y redes sociales. Entrega de dípticos informativos en actividades masivas (ejemplo ferias emprendedores)	Realizar capsulas informativas para difusión en salas de espera y redes sociales. Entrega de dípticos informativos en actividades masivas (ejemplo ferias emprendedores)	Se realizan capsulas: SI -NO. Se entregan dípticos: SI -NO.	Aplicar pauta en sala de espera.	Realizar capsula y dípticos primer semestre 2025 y difusión en segundo semestre.	Difusión de capsulas y entrega de dípticos.	Difusión de capsulas y entrega de dípticos.	Mantener a la comunidad informada.
Acción 3: Atención al daño	Realizar seguimiento a usuarios con resultado positivo de H. Pylori.	Asegurar seguimiento médico a todos los usuarios confirmados con H. Pylori por Telesalud.	Asegurar seguimiento médico a todos los usuarios confirmados con H. Pylori por Telesalud.	Asegurar seguimiento médico a todos los usuarios confirmados con H. Pylori por Telesalud.	N° de usuarios diagnosticados con H. Pylori con seguimiento médico / N° de usuarios diagnosticados con H. Pylori X100.	Informe anual de seguimientos: SI -NO.	50% de los usuarios diagnosticados con H. Pylori con seguimiento médico.	60% de usuarios diagnosticados con H. Pylori con seguimiento médico.	70% de usuarios diagnosticados con H. Pylori con seguimiento médico.	Disminuir la progresión de H. Pylori a Ca Gástrico.
Acción 4: Rehabilitación.	Disminuir los nuevos episodios de gastritis por Helycobacter pylori.	Consejería nutricional post tratamiento a usuarios por Helycobacter pylori positiva.	Consejería nutricional post tratamiento a usuarios por Helycobacter pylori positiva.	Consejería nutricional post tratamiento a usuarios por Helycobacter pylori positiva.	N° de usuarios diagnosticados con H. Pylori con consejería nutricional / N° total de usuarios diagnosticados con H. Pylori X100.	Muestreo aleatorio de usuarios portadores de H. Pylori con consultas de morbilidad por gastritis post tratamiento.	50% de los usuarios diagnosticados con H. Pylori cuentan con consejería.	60% de los usuarios diagnosticados con H. Pylori cuentan con consejería.	70% de los usuarios diagnosticados con H. Pylori cuentan con consejería.	Concientizar a los usuarios portadores de H. Pylori sobre la alimentación protectora.

Cronograma

	Año 1												Año 2												Año 3											
Actividades	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6	Mes 7	Mes 8	Mes 9	Mes 10	Mes 11	Mes 12	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6	Mes 7	Mes 8	Mes 9	Mes 10	Mes 11	Mes 12	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6	Mes 7	Mes 8	Mes 9	Mes 10	Mes 11	Mes 12
Capacitar a adultos mayores como monitores de salud					X								X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Difundir la estrategia en Cesfam Quillahue y dispositivos en eventos masivos y en controles de salud de adultos mayores.			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Realizar plan y seguimiento de EMPAM aplicados con resultados de riesgo de dependencia.						X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Derivación según flujograma de la estrategia Envejecimiento saludable.				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Seguimiento de las derivaciones realizadas por parte de los equipos de cabecera y contra referencia del Encargado de la estrategia							X				X				X				X				X				X				X				X	
Ejecutar las actividades del SMI Controles y seguimientos en población infantil bajo control de 3 a 9 años en sectores Cesfam y sus dispositivos			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Realización de actividad recreativa/Taller de SM con población Infanto adolescente por sector con planificación y seguimiento anual, según necesidades de la comunidad.			X	X											X	X										X	X									
1.- Capacitar a los equipos de salud como “formadores de controles grupales”.												X																								
2.- Realizar diagnostico epidemiológico y comunitario de salud mental por sector.							X	X	X										X	X	X										X	X	X			
Incorporar actividades de SM como controles o talleres en el Invernadero comunitario según necesidad.				X	X	X	X	X	X	X	X	X				X	X	X	X	X	X	X	X	X				X	X	X	X	X	X	X	X	X
Taller de cuidados de pie diabéticos a población bajo control con riesgo moderado y alto por podóloga y enfermera con plan educativo.				X		X		X		X		X				X		X		X		X		X				X		X		X		X		X
Integrar al profesional nutricionista en talleres chile crece contigo con temática de alimentación saludable con plan educativo. 1 taller por semestre.			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Realizar planes consensuados de cuidado integral en los controles de salud cardiovascular			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Revisar y cotejar los ingresos de HTA y el flujograma HEARTS. Capacitación OPS de la estrategia HEARTS a todos los funcionarios que realizan controles de HTA.				X			X				X					X			X				X					X			X				X	
Taller de automanejo a usuarios HTA descompensados con plan educativo.					X	X										X	X			X	X							X	X			X	X			

Capacitación a los equipos de cabecera y transversales. Difusión y presentación del convenio a la comunidad en reuniones de CDL, mesas territoriales y por medios de comunicación, redes sociales y folletería informativa.				X		X										X		X										X		X						
Aplicación de pauta de señales de alerta en controles de Infancia por enfermera y nutricionista.			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
1° semestre periodo de prueba estrategia, generar línea base consulta.							X												X												X						
2° semestre incorporar a la estrategia Cecosf Kintunien y nuevas prestaciones en Cesfam Quillahue en horario de continuidad (Derivaciones S. Mental desde escuelas y liceos por Psicóloga y T. Social) y seguimientos de EMP alterados (en continuidad por EU, Matrona y Nutricionista)							X												X												X						
Cada 30 días sectores realizan prestaciones en horario de continuidad (E.U, Matrona, Nutricionista, Psicóloga, T. Social)			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Cada sector realice o cuente con al menos 1 control grupal en su territorio.			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Confirmación telefónica de horas criticas: Controles médicos, odontológicos e ingresos de SM.			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Taller educativo con plan a grupos del MASAMA.			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Realizar capsulas informativas para difusión en salas de espera y redes sociales. Entrega de dípticos informativos en actividades masivas (ejemplo ferias emprendedores)				X			X	X	X	X	X	X				X			X	X	X	X	X	X				X			X	X	X	X	X	X
Asegurar seguimiento médico a todos los usuarios confirmados con H. Pylori por Telesalud.			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

B) Plan de Acción Año 2025-2028 Equipo de Salud Rural

2. Problema de salud priorizado: **INSUFICIENTES ACCIONES DE SALUD ORIENTADAS A PERSONAS MAYORES URBANAS Y RURALES CON RIESGO BIOPSICOSOCIAL**										
Acciones sanitarias	**Objetivos**	**Actividades año 1**	**Actividades año 2**	**Actividades año 3**	**Indicadores de proceso**	**Indicadores de objetivos**	**Meta**			**Producto**
							Año 1	**Año 2**	**Año 3**	
Acción 1: Prevención	Activar red intersectorial para realizar actividades enfocadas al esparcimiento y prevención de problemas de salud mental de los adultos mayores del sector rural.	Coordinación con departamento del adulto mayor y organizaciones comunitarias de la Ilustre Municipalidad de Castro para planificar actividades y/o proyectos.	Ejecutar actividades y/o proyectos planificados con Inter sector año anterior	Evaluar actividades y/o proyectores realizados. Mantener y /o mejorar acciones.	Se realiza reunión de coordinación con Municipio: SI – NO. N° de actividades realizadas / de actividades programadas X100. Se aplica encuesta de satisfacción a los adultos mayores: SI – NO.	Disminución ingresos de adultos mayores al programa salud mental en 5% respecto al año anterior.	Reuniones de coordinación con Inter sector. Postulación proyectos	Ejecución de actividades programadas	Actividades de cierre y continuidad	Adultos mayores del sector rural con mayores redes sociales Adulto mayor con mejor calidad de vida en el sector rural
Acción 2: Promoción	Promover funcionalidad activa del adulto mayor a través de hábitos saludables	Programar talleres en conjunto con adultos mayores de las islas, con plan educativo.	Ejecutar talleres programados	Ejecutar talleres programados y evaluar.	Se realiza reunión con la comunidad de adultos mayores para programar talleres: SI -NO. N° de talleres realizados / N° de talleres programados X100.	Evaluación del plan educativo según pauta: SI – NO.	Realizar plan educativo.	Realizar los talleres programados.	Realizar los talleres programados.	Adultos mayores del sector rural mejoran autovalencia.
Acción 3: Atención al daño.	Educar sobre el uso de esquema farmacológico en adultos mayores.	Coordinación y realización de taller por Comité PROA a población adulto mayores islas.	Ejecutar talleres	Ejecutar talleres	N° de talleres realizados / N° de talleres programados X100.	Aplicación de pauta post cierre talleres: SI - NO.	Programar talleres en conjunto con Comité PROA.	Realizar talleres según programación.	Realizar talleres según programación.	Mejor adherencia a tratamiento, autocuidado y compensación de patologías.
Acción 4: Promoción	Brindar atención completaría alternativa e Intercultural a los adultos mayores.	Capacitar a los adultos mayores sobre las opciones existentes en su territorio de	Ejecutar actividades elegidas por los adultos mayores.	Ejecutar actividades elegidas por los adultos mayores.	Capacitación realizada: SI – NO. N° de talleres ejecutados / N° de	Aplicación de pauta post cierre talleres: SI - NO.	Realizar capacitación y crear plan de talleres a ejecutar.	Ejecutar los talleres programados.	Ejecutar los talleres programados.	Adultos mayores con mayores oportunidades de acceso a otras

		salud alternativa e intercultural. Adultos mayores deciden que actividades quieren ejecutar en esta área.			talleres programados X100.					opciones de tratamientos.

4. Problema de salud priorizado: **BRECHA DE COBERTURA Y COMPENSACIÓN DE PERSONAS CON RIESGO Y ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES**										
Acciones sanitarias	**Objetivos**	**Actividades año 1**	**Actividades año 2**	**Actividades año 3**	**Indicadores de proceso**.	**Indicadores de objetivos**	**Meta**			**Producto**
							Año 1	**Año 2**	**Año 3**	
Acción 1: Prevención.	Aumentar pesquisa temprana de enfermedades CV a través del EMPA.	Realizar operativos de EMPA en días de actividades masivas con seguimiento post examen.	aumentar en 2% con respecto año anterior.	aumentar en 2% con respecto año anterior.	N° de EMP realizados. registro REM A02	N° de usuarios que ingresan al PSCV por pesquisa de EMPA.	1 operativo realizado y con seguimiento.	2 operativo realizado y con seguimiento	2 operativo realizado y con seguimiento y evaluar estrategia	aumentar pesquisa en población inscrita.
Acción 2: Promoción.	Promover el autocuidado en pie diabético	Taller de cuidados de pie diabéticos a población bajo control con riesgo moderado y alto por podóloga y enfermera con plan educativo.	Taller de cuidados de pie diabéticos a población bajo control con riesgo moderado y alto por podóloga y enfermera con plan educativo.	Taller de cuidados de pie diabéticos a población bajo control con riesgo moderado y alto por podóloga y enfermera con plan educativo.	N° de usuarios bajo control de DM riesgo moderado y alto que asisten a taller / N° de usuarios bajo control riesgo moderado y alto X100.	Evaluación del plan educativo según pauta: SI – NO.	10% del BC de DM riesgo moderado y alto asiste a 1 taller al año	20% del BC de DM riesgo moderado y alto asiste a 1 taller al año	30% del BC de DM riesgo moderado y alto asiste a 1 taller al año	Entregar herramientas para el autocuidado de pies en población BC DM.
Acción 3: Atención al daño	Realizar controles de salud Cardiovascular integrales.	Realizar planes consensuados de cuidado integral en los controles de salud cardiovascular.	Realizar planes consensuados de cuidado integral en los controles de salud cardiovascular	Realizar planes consensuados de cuidado integral en los controles de salud cardiovascular	N° de usuarios que cuenta con plan consensuado de cuidado integral / N° de usuarios bajo control CV X100.	80% de los equipos capacitados en planes consensuados : SI – NO.	1% del BC cuenta con plan consensuado de cuidado integral.	2% del BC cuenta con plan consensuado de cuidado integral.	3% del BC cuenta con plan consensuado de cuidado integral.	Equipos de salud puedan realizar planes consensuados con su población a cargo.

Acción 4: Rehabilitación.	Fomentar la actividad física en población BC CV.	Gestionar y realizar talleres de actividad física a población BC CV con plan educativo.	Realizar talleres programados de actividad física a población BC CV.	Realizar talleres programados de actividad física a población BC CV.	N° de talleres realizados / N° de talleres programados X100.	Evaluación del plan educativo según pauta: SI – NO.	Realizar talleres según plan.	Realizar talleres según plan.	evaluación de estrategia y/o continuidad	población con más acceso a la salud integral incorporando nuevas prestaciones

5. Problema de salud priorizado: **INSUFICIENTE PESQUISA TEMPRANA DE TEA**										
Acciones sanitarias	**Objetivos**	**Actividades año 1**	**Actividades año 2**	**Actividades año 3**	**Indicadores de proceso.**	**Indicadores de objetivos**	**Meta**			**Producto**
							Año 1	**Año 2**	**Año 3**	
Acción 1: Promoción	Capacitar a los equipos de salud en TEA. Informar a la comunidad sobre las prestaciones del convenio.	Capacitación a los equipos de cabecera y transversales. Difusión y presentación del convenio a la comunidad en reuniones de CDL, mesas territoriales y por medios de comunicación, redes sociales y folletería informativa.	Capacitación a los equipos de cabecera y transversales. Difusión y presentación del convenio a la comunidad en reuniones de CDL, mesas territoriales y por medios de comunicación, RR.SS. y folletería informativa.	Capacitación a los equipos de cabecera y transversales.	Se realiza capacitación: SI – NO. Presentación del convenio en reuniones comunitarias: SI – NO. Entrega de folletería informativa: SI – NO.	Equipos pesquisan de manera temprana NNA: SI – NO.	50% de los equipos que atienden NNA capacitados. Una presentación al año del convenio en cada reunión comunitaria.	70% de los equipos que atienden NNA capacitados. Una presentación al año del convenio en cada reunión comunitaria.	90% de los equipos que atienden NNA capacitados. Una presentación al año del convenio en cada reunión comunitaria.	Mejorar la pesquisa temprana de TEA. Entregar herramientas a los equipos que atienden NNA. Comunidad informada sobre el convenio.
Acción 2: Prevención	Mejorar la pesquisa temprana de sospecha de TEA	Aplicación de pauta de señales de alerta en controles de Infancia por EU y nutricionista.	Aplicación de pauta de señales de alerta Controles de Infancia por enfermera y nutricionista.	Aplicación de pauta de señales de alerta Controles de Infancia por enfermera y nutricionista.	N° de niños bajo control de infancia de 2 a 6 años con aplicación de pauta / N° de niños bajo control de 2 a 6 años X100.	100% niño/as de 2 a 6 años bajo control infancia con test pesquisa aplicados: SI - NO.	100% pautas aplicadas a bajo control de 2 a 6 años.	100% pautas aplicadas a bajo control de 2 a 6 años.	100% pautas aplicadas a bajo control de 2 a 6 años.	Niño/as con pauta alterada derivados oportunamente a prestaciones del convenio.

6. Problema de salud priorizado: **INADECUADA GESTIÓN DE LA DEMANDA EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE APS**										
Acciones sanitarias	**Objetivos**	**Actividades año 1**	**Actividades año 2**	**Actividades año 3**	**Indicadores de proceso.**	**Indicadores de objetivos**	**Meta**			**Producto**
							Año 1	**Año 2**	**Año 3**	
Acción 1:	Realizar controles integrales en programas de salud con enfoque ECICEP más receta única.	Capacitar al equipo rural en estrategia ECICEP. Programar controles integrales.	Población BC de programas con controles integrales.	Población BC de programas con controles integrales.	N° de usuarios BC con controles integrales / N° de usuarios BC X100.	Informe anual de usuarios con controles integrales no ingresados a estrategia ECICEP: SI - NO.	10% usuarios BC con controles integrales.	20% usuarios BC con controles integrales .	30% usuarios BC con controles integrales .	Optimizar los controles y tiempo de los usuarios.
Acción 2:	Incorporar estrategia de controles grupales.	Cada isla realice o cuente con al menos 1 control grupal en su territorio.	Cada isla realice o cuente con 2 controles grupales en su territorio.	Cada isla realice o cuente con al menos 3 controles grupales en su territorio.	N° de controles grupales funcionando / N° de controles grupales programados por sector X100.	controles grupales instaurados en cada sector como parte de las prestaciones: SI – NO.	1 control grupal	2 controles grupales	3 controles grupales	Aumentar la cobertura de las prestaciones seleccionadas .
Acción 3:	Disminuir el número de usuarios que no se presentan a sus citas.	Confirmación telefónica de horas criticas: Controles médicos, odontológicos e ingresos de SM.	Confirmación telefónica de horas criticas: Controles médicos, odontológicos, controles e ingresos de SM.	Confirmación telefónica de horas criticas: Controles médicos, odontológicos, controles e ingresos de SM.	N° de usuarios que tuvieron confirmación de su cita de prestación critica / N° de usuarios citados a prestación critica X100.	Informe de evaluación estrategia de confirmación de horas criticas: SI – NO.	60% de las horas criticas confirmadas el día anterior vía telefónica.	70% de las horas criticas confirmadas el día anterior vía telefónica .	80% de las horas criticas confirmadas el día anterior vía telefónica .	Mejorar la gestión de la demanda en prestación críticas.

7. Problema de salud priorizado: **FALTA DE ENFOQUE PREVENTIVO DE CÁNCERES DEL SISTEMA DIGESTIVO**										
Acciones sanitarias	**Objetivos**	**Actividades año 1**	**Actividades año 2**	**Actividades año 3**	**Indicadores de proceso.**	**Indicadores de objetivos**	**Meta**			**Producto**
							Año 1	**Año 2**	**Año 3**	
Acción 1: Promoción	Educar a la población sobre factores protectores alimentarios y señales de alerta de Ca Gástrico.	Taller educativo con plan a población general de islas.	Taller educativo con plan a población general de islas.	Taller educativo con plan a población general de islas.	Se realizan talleres según planificación: SI-NO.	Evaluación del plan educativo según pauta: SI – NO.	1 taller con 2 sesiones.	1 taller con 2 sesiones.	1 taller con 2 sesiones.	Entregar herramientas en autocuidado a población de islas.

Acción 2: Prevención	Informar a la comunidad sobre factores de riesgo y pesquisa oportuna Ca Gástrico.	Realizar capsulas informativas para difusión en redes sociales. Entrega de dípticos informativos en actividades masivas.	Realizar capsulas informativas para difusión en redes sociales. Entrega de dípticos informativos en actividades masivas (ej: feria emprendedores)	Realizar capsulas informativas para difusión en redes sociales. Entrega de dípticos informativos en actividades masivas (ej: feria emprendedoras)	Se realizan capsulas: SI -NO. Se entregan dípticos: SI -NO.	Aplicar pauta en sala de espera.	Realizar capsula y dípticos primer semestre 2025 y difusión en segundo semestre.	Difusión de capsulas y entrega de dípticos.	Difusión de capsulas y entrega de dípticos.	Mantener a la comunidad informada.
Acción 3: Atención al daño	Realizar seguimiento a usuarios con resultado positivo de H. Pylori.	Asegurar seguimiento médico a todos los usuarios confirmados con H. Pylori.	Asegurar seguimiento médico a todos los usuarios confirmados con H. Pylori.	Asegurar seguimiento médico a todos los usuarios confirmados con H. Pylori.	N° de usuarios diagnosticados con H. Pylori con seguimiento médico / N° de usuarios diagnosticados con H. Pylori X100.	Informe anual de seguimientos: SI -NO.	50% de los usuarios diagnosticados con H. Pylori con seguimiento médico.	60% de usuarios diagnosticados con H. Pylori con seguimiento médico	70% de usuarios diagnosticados con H. Pylori con seguimiento médico	Disminuir la progresión de H. Pylori a Ca Gástrico.
Acción 4: Rehabilitación.	Disminuir los nuevos episodios de gastritis por Helycobacter pylori.	Consejería nutricional post tratamiento a usuarios por Helycobacter pylori positiva.	Consejería nutricional post tratamiento a usuarios por Helycobacter pylori positiva.	Consejería nutricional post tratamiento a usuarios por Helycobacter pylori positiva.	N° de usuarios diagnosticados con H. Pylori con consejería nutricional / N° total de usuarios diagnosticados con H. Pylori X100.	Muestreo aleatorio de usuarios portadores de H. Pylori con consultas de morbilidad por gastritis post tratamiento.	50% de los usuarios diagnosticados con H. Pylori cuentan con consejería.	60% de los usuarios diagnosticados con H. Pylori cuentan con consejería.	70% de los usuarios diagnosticados con H. Pylori cuentan con consejería.	Concientizar a los usuarios portadores de H. Pylori sobre la alimentación protectora.

Cronograma

	Año 1												Año 2												Año 3											
Actividades	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6	Mes 7	Mes 8	Mes 9	Mes 10	Mes 11	Mes 12	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6	Mes 7	Mes 8	Mes 9	Mes 10	Mes 11	Mes 12	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6	Mes 7	Mes 8	Mes 9	Mes 10	Mes 11	Mes 12
Coordinación con departamento del adulto mayor y organizaciones comunitarias de la Ilustre Municipalidad de Castro para planificar actividades y/o proyectos					X	X	X																													
Ejecutar actividades y/o proyectos planificados con Inter sector año anterior																X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
Programar talleres en conjunto con adultos mayores de las islas, con plan educativo.				X	X	X																														
Ejecutar talleres programados										X	X				X	X	X	X	X	X	X	X	X				X	X	X	X	X	X	X	X		
Coordinación y realización de taller por Comité PROA a población adulto mayores islas.					X					X																										
Ejecutar talleres programados																X						X						X						X		
Capacitar a los adultos mayores sobre las opciones existentes en su territorio de salud alternativa e intercultural.										X																										
Adultos mayores deciden que actividades quieren ejecutar en esta área.												X																								
Ejecutar actividades elegidas por los adultos mayores.															X	X						X	X					X	X				X	X		
Realizar operativos de EMPA en días de actividades masivas con seguimiento post examen.		X								X	X			X								X	X			X								X	X	
aumentar en 2 % con respecto año anterior.												X												X												X
Taller de cuidados de pie diabéticos a población bajo control con riesgo moderado y alto por podóloga y enfermera con plan educativo.				X						X						X						X						X						X		
Realizar planes consensuados de cuidado integral en los controles de salud cardiovascular.						X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Gestionar y realizar talleres de actividad física a población BC CV con plan educativo.			X		X		X		X		X																									
Realizar talleres programados de actividad física a población BC CV.															X		X		X		X		X				X		X		X		X		X	
Capacitación a los equipos de cabecera y transversales.								X	X	X	X	X																								

Difusión y presentación del convenio a la comunidad en reuniones de CDL, mesas territoriales y por medios de comunicación, redes sociales y folletería informativa.					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Aplicación de pauta de señales de alerta en controles de Infancia por enfermera y nutricionista.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Capacitar al equipo rural en estrategia ECICEP.			X	X	X	X	X	X																														
Programar controles integrales.							X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Cada isla realice o cuente con al menos 1 control grupal en su territorio.									X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Confirmación telefónica de horas criticas: Controles médicos, odontológicos e ingresos de SM.			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Taller educativo con plan a población general de islas.									X						X						X						X						X			
Realizar capsulas informativas para difusión en redes sociales.					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Entrega de dípticos informativos en actividades masivas.						X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Asegurar seguimiento médico a todos los usuarios confirmados con H. Pylori.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Consejería nutricional post tratamiento a usuarios por Helycobacter pylori positiva.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

C) Plan de Acción Año 2025-2028 Cesfam Rene Tapia S.

1. Problema de salud priorizado: **EXISTENCIA DE BRECHAS DE ATENCIÓN DE SALUD A NIVEL COMUNAL**										
Acciones sanitarias	**Objetivos**	**Actividades año 1**	**Actividades año 2**	**Actividades año 3**	**Indicadores de proceso.**	**Indicadores de objetivos**	**Meta**			**Producto**
							Año 1	**Año 2**	**Año 3**	
Acción 1: Identificar brechas de atención de salud comunales	Caracterizar las principales brechas de atención a nivel comunal	Conformar un Equipo Comunal (EC) de trabajo con participación de funcionaria/os y comunidad, funciones y plan de acción definidos. Construir un perfil epidemiológico y demográfico de la comuna y sus sectores Realizar un diagnóstico de demanda de la atención salud por establecimiento Entrega a EC, de información diagnóstica desde CESFAM y sus dispositivos.	-----	------	Equipo conformado (sí – no) Perfil epidemiológico y demográfico realizado (sí- no) Diagnóstico de demanda por establecimiento realizado (sí – no) Información entregada por Cesfam a EC (sí – no)	Documento de caracterización de brechas en salud comuna de Castro elaborado (sí – no)	75%	25%		Documento de caracterización de principales brechas de atención a nivel comunal y por establecimiento socializado con equipos de salud

Acción 2: Reducción de brechas de atención de salud a nivel comunal	Impulsar un proceso de reducción de brechas de atención de salud	A partir de los diagnósticos realizados, Equipo Comunal entrega propuesta tendiente a reducir las brechas detectadas	Implementación progresiva de propuesta de reducción de brechas	Implementación progresiva de propuesta de reducción de brechas	Informe Diagnóstico de salud comunal y de caracterización de brechas.	Reducción de inequidades	25%	50%	75%	Documento con propuesta de sectorización

2. Problema de salud priorizado: **INSUFICIENTES ACCIONES DE SALUD ORIENTADAS A PERSONAS MAYORES URBANAS Y RURALES CON RIESGO BIOPSICOSOCIAL**										
Acciones sanitarias	**Objetivos**	**Actividades año 1**	**Actividades año 2**	**Actividades año 3**	**Indicadores de proceso**.	**Indicadores de objetivos**	**Meta**			**Producto**
							Año 1	**Año 2**	**Año 3**	
Acción 1: Realizar un plan educativo (modalidad talleres) grupal para personas mayores con *autovalencia con riesgo* en último EMPAM.	Mejorar o mantener autovalencia de las personas mayores de tal manera de frenar el avance hacia la dependencia. Derivar a MAS AMA o Envejecimiento saludable para continuidad de tratamiento.	Elaborar plan educativo para las personas mayores. Ejecutar las actividades planificadas. Dar continuidad a los talleres que realiza profesional kinesiólogo a las personas mayores de la zona rural de Llau llao y Rilán. Mejora registro REM A01 (seguimientos	Evaluar mejoras del plan. Programar actividades anuales. Mejorar la cobertura de intervenciones.	Evaluar mejoras del plan. Programar actividades anuales. Mejorar la cobertura de intervenciones.	Proporción de personas ingresas a plan educativo. (ingresados a taller / total de autovalentes con riesgo). Monitorear los registros de seguimiento	Personas mayores con plan educativo que mejorar o mantienen nivel de autovalencia	Plan educativo elaborado y ejecutado según planificación Número de personas que reciben plan educativo (línea de base) Verificar registro seguimiento REM (línea de base).	Plan educativo elaborado y ejecutado según planificación Aumentar en un 5% el número de personas que reciben plan educativo. Aumentar en un 5% el registro seguimiento REM.	Plan educativo elaborado y ejecutado según planificación Aumentar en un 5% el número de personas que reciben plan educativo. Aumentar en un 5% el registro	Personas mayores autovalentes con riesgo mantienen o mejoran su condición de autovalencia.

		de autovalentes con riesgo)							seguimiento REM.	
Acción 2: Realizar un plan educativo para personas mayores institucionalizadas o grupos comunitarios organizados, sus familias y/o cuidadores.	Promover hábitos protectores de salud y prevenir las consecuencias de conductas de riesgo en personas mayores institucionalizadas o grupos comunitarios organizados. Educar a familiares y/o cuidadores (formales o no formales) de personas mayores	Formular un plan educativo acorde a necesidades para su ejecución que incluya un diagnóstico de conductas de riesgo a abordar. Ejecutar plan educativo planificado. Abordar al menos 1 grupo por sector urbano y 1 grupo por sector rural.	Reformular plan educativo del año anterior. Mejorar cobertura o temáticas a intervenir. Aumentar grupos objetivos a intervenir (al menos 1 sector)	Reformular plan educativo del año anterior. Mejorar cobertura o temáticas a intervenir. Aumentar grupos objetivos a intervenir (al menos 1 sector)	Plan educativo elaborado. Porcentaje de plan educativo ejecutado según planificación. Grupos objetivos abordados en el año.	Numero de sesiones realizadas con grupos de personas mayores.	Personas mayores que acceden a intervención educativa (línea de base) Familiares y/o cuidadores (formales o informales) que reciben educación (línea de base). 100% de los grupos planificados son abordados.	Aumentar en un 5% el número de Personas mayores que acceden a intervención educativa) Aumentar en un 3% número de familiares y/o cuidadores (formales o informales) que reciben educación. 100% de los grupos planificados son abordados.	Aumentar en un 5% el nro. de Personas mayores que acceden a intervención educativa Aumentar en un 3% nro. de familiares y/o cuidadores (formales o informales) que reciben educación 100% de grupos planificados son abordados.	Personas mayores, familiares, cuidadores formales y/o informales educadas en hábitos protectores de la salud y en prevención de las consecuencias de conductas de riesgo.
Acción 3: Realizar intervenciones o seguimient	Mejorar la calidad de vida de las personas mayores solas, en abandono o	Realizar catastro, por sector, de personas mayores, solas,	Actualizar catastro.	Actualizar catastro.	Listado de personas mayores identificadas.	Número de personas mayores ingresadas a ELEAM/	Contar con las personas identificadas	Contar con las personas identificadas	Contar con las personas identificadas	Personas mayores solas, en abandono o con alta

os a personas mayores solas, en abandono, o con alto índice de vulnerabilidad social.	con alta vulnerabilidad social.	en abandono o con características de vulnerabilidad. Realizar o actualizar plan de intervención a Personas mayores identificadas según necesidad, que podría incluir la postulación a ELEAM. Participar activamente de la mesa comunal de personas mayores, liderado por DESAM. Capacitar al equipo de salud en postulación a ELEAM.	Actualizar planes y/o seguimientos del mismo. Mantener participación activa en mesa de personas mayores.	Actualizar planes y/o seguimientos del mismo. Mantener participación activa en mesa de personas mayores.	Personas identificadas cuentan con plan de intervención. Participar de las convocatorias a la mesa de personas mayores. Al menos un profesional del sector recibe capacitación en temática.	Número de personas mayores identificadas derivadas a ELEAM	Al menos un 50% de las personas identificadas cuentan con plan de intervención.	Al menos un 60% de las personas identificadas cuentan con plan de intervención.	Al menos un 80% de las personas identificadas cuentan con plan de intervención.	vulnerabilidad social cuenten con intervención del equipo de salud.

3. Problema de salud priorizado: **ALTA DEMANDA DE ATENCIÓN DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL A NIVEL COMUNAL**										
Acciones sanitarias	**Objetivos**	**Actividades año 1**	**Actividades año 2**	**Actividades año 3**	**Indicadores de proceso.**	**Indicadores de objetivos**	**Meta**			**Producto**
							Año 1	**Año 2**	**Año 3**	
Acción 1: Realizar intervenciones a las comunidades educativas (NNA, familias y comunidad) en el ámbito de la salud mental.	Fortalecer mediante actividades promocionales y preventivas, factores protectores de SM con el fin de disminuir incidencia y prevalencia de patologías.	Elaborar un plan educativo en conjunto con el establecimiento de salud a intervenir Realizar al menos una actividad educativa en el segundo semestre del 2025.	Programar actividades del año. Ejecutar las actividades programadas.	Programar las actividades del año. Ejecutar actividades programadas	Plan educativo realizado Programación anual de actividades % de actividades ejecutadas	Número de personas intervenidas de la comunidad educativa	Plan educativo elaborado. Programación de actividades II semestre Al menos una actividad ejecutada.	Programación anual de actividades 80% de actividades programadas ejecutadas	Programación anual de actividades 80% de actividades programadas ejecutadas	Disminuir incidencia y prevalencia de patologías de salud mental en las comunidades intervenidas.
Acción 2: Realizar actividades promocionales y preventivas en salud mental en grupos por sector.	Promover la salud mental en la población general o grupos con factores de riesgo. Prevenir enfermedades de salud mental o sus complicaciones (agravamiento o cronicidad)	Elaborar un plan de actividades promocionales y preventivas por sector. Ejecutar conversatorios/ talleres, por sector.	Elaborar un plan de intervención grupal por sector. Programar actividades a realizar. Ejecutar las sesiones o intervenciones programadas.	Elaborar un plan de intervención grupal por sector. Programar actividades a realizar. Ejecutar las sesiones o intervenciones programadas.	Plan de intervenciones grupales	N° Sesiones o talleres realizados por sector	Plan activades realizado. Al menos 2 sesiones o talleres realizados, por sector.	Plan de intervenciones realizado. Al menos 2 sesiones o talleres realizados, por sector.	Plan de intervenciones realizado. Al menos 2 sesiones o talleres realizados, por sector.	Número de personas que acceden a actividades que promueven la salud mental o previenen sus complicaciones.
Acción 3: Entregar herramientas de prevención de	Prevenir la depresión post parta.	Incorporar la temática prevención de la depresión post parto en talleres de gestantes.	Evaluar la incorporación de los talleres del año anterior.	Evaluar la incorporación de los talleres del año anterior.	Talleres programados y ejecutados Numero de gestantes que acceden taller.	N° de puérperas que reciben taller con escala de Edimburgo	Porcentaje de puérperas que resultaron con escala	Disminuir porcentaje de puérperas que resultaron	Disminuir porcentaje de puérperas que resultaron	Gestantes cuentan con herramientas preventivas de depresión post parto.

depresión post parto			Planificar el nuevo ciclo de talleres del año en curso.	Planificar el nuevo ciclo de talleres del año en curso.		alterada/ N° de gestantes que reciben taller preventivo de depresión post parto.	de Edimburgo alterado que recibieron taller preventivo (línea de base)	con escala de Edimburgo alterado que recibieron taller preventivo.	con escala de Edimburgo alterado que recibieron taller preventivo.	
Acción 4: Fortalecer herramientas preventivas en Salud Mental Infantil en los equipos de trabajo.	Prevenir la aparición de patologías de salud mental en la población infantil.	Capacitar a los equipos sectoriales en la temática (salud mental infantil). Formular un diagnóstico de necesidad por sector. Realizar plan de acción.	Ejecutar plan de acción	Evaluar plan de año anterior Reformular y ejecutar nuevo plan.	N° funcionarios capacitados en la temática Diagnóstico sectorial Avances del Plan de acción	Ejecución del plan de acción Funcionarios capacitados aplican plan de acción preventivo	20% del plan de acción ejecutado.	40% del plan de acción ejecutado.	70% del plan de acción ejecutado.	Equipos de trabajo cuentan con herramientas de pesquisa de factores de riesgo de salud mental infantil.

4. Problema de salud priorizado: **BRECHA DE COBERTURA Y COMPENSACIÓN DE PERSONAS CON RIESGO Y ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES**										
Acciones sanitarias	**Objetivos**	**Actividades año 1**	**Actividades año 2**	**Actividades año 3**	**Indicadores de proceso**.	**Indicadores de objetivos**	**Meta**			**Producto**
							Año 1	**Año 2**	**Año 3**	
Acción 1: mejorar la pesquisa temprana de personas con riesgo CV.	Detectar de manera oportuna personas con enfermedades CV.	Aumentar los EMP realizados y realizar seguimiento a EMP alterados Realizar diagnóstico de necesidades en	Aumentar los EMP realizados y realizar seguimiento a EMP alterados. Realizar diagnóstico de necesidades en	Aumentar los EMP realizados y realizar seguimiento a EMP alterados. Realizar diagnóstico de necesidades en	Programación de los EMP anuales según meta IAAPS. Seguimiento EMP (con apoyo de Piloto ANCORA). Mesas territoriales con plan educativo	Ingresos a programa CV por EMP en seguimiento.	Ingresos al programa CV por pesquisa de EMP en seguimiento (línea de base)	Ingresos al programa CV por pesquisa de EMP en seguimiento.	Ingresos programa CV por pesquisa de EMP en seguimiento. Personas capacitadas	Aumento de cobertura de personas con enfermedad cardiovascular.

		mesas territoriales, elaborar y ejecutar un plan educativo en toma de PA y/o glicemias abordar al menos 2 sectores. Potenciar el uso de RRSS con la temática del PSCV, énfasis promocional y preventivo.	mesas territoriales, elaborar y ejecutar un plan educativo en toma de PA y/o glicemias Evaluar y continuar el uso de RRSS con la temática del PSCV, énfasis promocional y preventivo.	mesas territoriales, elaborar y ejecutar un plan educativo en toma de PA y/o glicemias Evaluar y continuar el uso de RRSS con la temática del PSCV, énfasis promocional y preventivo.	a ejecutar elaborado. Redes sociales activas y con difusión de material del programa de salud cardiovascular.	N° Personas de la comunidad capacitadas en toma de PA y glicemias	Personas capacitadas de la comunidad en toma de PA y glicemia, en al menos 2 sectores Difusión en redes sociales de la temática PSCV	Personas capacitadas de la comunidad en toma de PA y glicemia, en al menos 2 sectores Difusión en redes sociales la temática PSCV	de la comunidad en toma de PA y glicemia, en al menos 2 sectores Difusión en redes sociales la temática PSCV	
Acción 2: mejorar adherencia farmacológica y no farmacológica del usuario descompensado a través de la toma de decisiones compartidas en torno a su salud y a la integración de nuevas estrategias	Mejorar la compensación de las patologías cardiovasculares en personas del programa CV.	Monitorear y actualizar planes consensuados de usuarios ECICEP e incorporar la consejería familiar como estrategia. Aumentar las derivaciones y atenciones del profesional químico farmacéutico. Incorporar la consejería nutricional post	Evaluar y actualizar los planes consensuados de usuarios ECICEP Aumentar las derivaciones y atenciones del profesional químico farmacéutico. Evaluar la incorporación de las consejerías y replicar a los	Evaluar y actualizar los planes consensuados de usuarios ECICEP Aumentar las derivaciones y atenciones del profesional químico farmacéutico. Evaluar la incorporación de las consejerías y replicar a los	Planes consensuados actualizados. Flujograma PSCV actualizado y equipo en conocimiento.	Usuarios ECICEP cuentan con planes y seguimientos según necesidad. Nuevos usuarios CV reciben consejería nutricional. Intervenciones por QF realizadas	80% de usuarios cuentan con plan actualizado y seguimientos realizados. 65% nuevos ingresos reciben consejería nutricional. Usuarios reciben intervención por QF	90% de usuarios cuentan con plan actualizado y seguimientos realizados 75% nuevos ingresos reciben consejería nutricional. Aumenta un 5% de usuarios que reciben	100% de usuarios cuentan con plan actualizado y seguimientos realizados 95% nuevos ingresos reciben consejería nutricional. Aumenta un 5% de usuarios que reciben	Personas con patología CV logran la compensación.

de intervención.		ingreso programa CV. Consolidar la estrategia HEARTS en los equipos.	nuevos ingresos del año. Mantener actualizados a los equipos y monitorear el uso de la estrategia HEARTS.	nuevos ingresos del año. Mantener actualizados a los equipos y monitorear el uso de la estrategia HEARTS.	Equipo actualizado en estrategia.	Nuevos usuarios diagnosticados con HTA reciben tratamiento según estrategia HEARTS	(línea de base) 100% equipo capacitado 100% nuevos ingresos HTA con estrategia	intervención por QF 100% equipo capacitado 100% nuevos ingresos HTA con estrategia	intervención por QF 100% equipo capacitado 100% nuevos ingresos HTA con estrategia	

5. Problema de salud priorizado: **INSUFICIENTE PESQUISA TEMPRANA DE TEA**										
Acciones sanitarias	**Objetivos**	**Actividades año 1**	**Actividades año 2**	**Actividades año 3**	**Indicadores de proceso**.	**Indicadores de objetivos**	**Meta**			**Producto**
							Año 1	**Año 2**	**Año 3**	
Acción 1: Favorecer la implementación de la ley TEA en APS	Mejorar el acceso y oportunidad de atención personas con sospecha de TEA Aumentar la pesquisa de TEA	Socializar y capacitar a los equipos en sospecha y aplicación del formulario "Señales de Alerta". Monitorear la aplicación del instrumento de screening. Monitorear las derivaciones por formulario de alerta alterado	Evaluar los resultados del año anterior y formular mejoras. Monitorear aplicación de screening y sus derivaciones.	Evaluar los resultados del año anterior y formular mejoras. Monitorear aplicación de screening y sus derivaciones.	Instrumento de screening (Señales de alerta) socializado en los equipos. Funcionarios capacitados en TEA % Niños y niñas con instrumento aplicado	% niños y niñas derivadas a nivel secundario por sospecha TEA	Funcionarios conocen el instrumento de screening Al menos 2 funcionarios por equipo sectorial capacitado. 60% Niñas y niños con instrumentos de screening aplicados en control.	Funcionarios conocen y aplican el instrumento de screening, 75% Niñas y niños con instrumentos de screening aplicados en control.	Funcionarios conocen y aplican el instrumento de screening 90% Niñas y niños con instrumentos de screening aplicados en control.	Niñas y niños acceden a ser evaluados con screening de señales de alerta TEA

6. Problema de salud priorizado: **INADECUADA GESTIÓN DE LA DEMANDA EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE APS**										
Acciones sanitarias	**Objetivos**	**Actividades año 1**	**Actividades año 2**	**Actividades año 3**	**Indicadores de proceso.**	**Indicadores de objetivos**	**Meta**			**Producto**
							Año 1	**Año 2**	**Año 3**	
Acción 1: Mejorar el acceso de los usuarios a la atención en salud	Reconocer y disminuir las brechas de atención en cada sector Ofertar algunas prestaciones de manera remota (telefónica)	Realizar diagnóstico de las brechas de cada sector Realizar estrategias para la gestión de los NSP Programar cupos en prestaciones priorizadas para agendar de manera telefónica	Evaluar el año anterior y reformular diagnóstico, estrategias y programar agenda.	Evaluar el año anterior y reformular diagnóstico, estrategias y programar agenda.	Diagnóstico realizado Plan de acción con estrategias realizado Cupos programados en agenda	% disminución de las brechas detectadas %disminución de NSP en el periodo % cupos utilizados de manera remota	Diagnóstico realizado Plan de acción que incluya estrategia para Disminuir NSP Al menos una prestación por sector ofertada de manera remota	Evaluación año anterior y reformulación del diagnóstico y estrategias realizado. Al menos incorporar una segunda prestación por sector ofertada de manera remota	Evaluación año anterior y reformulación del diagnóstico y estrategias realizado Al menos incorporar una segunda prestación por sector ofertada de manera remota	Mejor acceso de las personas a las atenciones de salud.
Acción 2: Favorecer el uso de nuevas herramientas digitales como estrategias que contribuyen a la gestión de la demanda y	Implementar estrategia de TELESALUD.	Conformar y capacitar equipo para trabajar en estrategia telesalud Crear y socializar protocolo de atención. Difusión a funcionarios y	Evaluar el funcionamiento del año anterior. Reformular protocolo en caso de nuevas prestaciones a incorporar. Informar y dar cuenta a la comunidad acerca de la	Evaluar el funcionamiento del año anterior. Reformular protocolo en caso de nuevas prestaciones a incorporar. Informar y dar cuenta a la comunidad acerca de la	Equipos capacitados Protocolo de atención realizado Difusión a funcionarios y comunidad Número de consultas a través de la plataforma	Consultas a través de la plataforma respondidas según protocolo.	Puesta en marcha de la estrategia con el equipo y protocolo realizada. Difusión a la comunidad y funcionarios realizada.	Evaluar resultados año anterior. Reformulación de protocolo y equipo según necesidad evaluada.	Evaluar resultados año anterior. Reformulación de protocolo y equipo según necesidad evaluada.	Funcionarios y usuarios usan nuevas tecnologías para mejorar la gestión de la demanda y acceso a la salud.

el acceso a la salud.		comunidad sobre la estrategia. Realizar atenciones a través de la plataforma.	estrategia, especialmente como acceder a ella y sus prestaciones.	estrategia, especialmente como acceder a ella y sus prestaciones.			Número de consultas a través de la plataforma respondidas según protocolo (línea de base).	Aumentar un % número de consultas a través de la plataforma respondidas según protocolo.	Aumentar un % número de consultas a través de la plataforma respondidas según protocolo.	

7. Problema de salud priorizado: **FALTA DE ENFOQUE PREVENTIVO DE CÁNCERES DEL SISTEMA DIGESTIVO**										
Acciones sanitarias	**Objetivos**	**Actividades año 1**	**Actividades año 2**	**Actividades año 3**	**Indicadores de proceso**.	**Indicadores de objetivos**	**Meta**			**Producto**
							Año 1	**Año 2**	**Año 3**	
Acción 1: Realizar actividades promocionales y preventivas en la temática de Cáncer.	Promocionar de manera activa en la comunidad y en los funcionarios el cáncer con énfasis en sistema digestivo Educar a grupos priorizados según FR y/o en mesas territoriales la temática	Crear y difundir capsulas audiovisuales o material informativo para presentar la temática de cánceres más prevalentes a nivel local. Realizar talleres educativos en la comunidad (mesas territoriales) con énfasis en cáncer digestivo, sus FR	Crear y difundir capsulas audiovisuales para presentar la temática de cánceres más prevalentes a nivel local. Realizar talleres educativos en la comunidad (mesas territoriales) con énfasis en cáncer digestivo, sus	Crear y difundir capsulas audiovisuales para presentar la temática de cánceres más prevalentes a nivel local. Realizar talleres educativos en la comunidad (mesas territoriales) con énfasis en cáncer digestivo, sus	Capsulas audiovisuales o material informativo realizado. Difusión de material o capsulas en RRSS u otras actividades promocionales. Talleres a la comunidad donde se aborde la temática	N° actividades promocionales donde se participa con la temática. N° de personas que reciben educación con respecto a la temática.	Material realizado y difundido en RRSS Participación en al menos una actividad promocional en terreno Al menos un taller realizado en mesa territorial Taller educativo	Material realizado y difundido en RRSS Participación en al menos una actividad promocional en terreno Al menos un taller realizado en mesa territorial Taller educativo	Material realizado y difundido en RRSS Participación en al menos una actividad promocional en terreno Al menos un taller realizado en mesa territorial Taller educativo	Personas participan en actividades promocionales y preventivas.

		y como prevenirlo. Reconocer la existencia de grupos de personas con factores de riesgo por sector y educar en prevención.	FR y como prevenirlo. Reconocer la existencia de grupos de personas con factores de riesgo por sector y educar en prevención.	FR y como prevenirlo. Reconocer la existencia de grupos de personas con factores de riesgo por sector y educar en prevención.	Existencia o no de grupos con FR, que reciben educación, por sector.	N° personas con FR que reciben educación preventiva.	realizado según necesidad sectorial identificada.	realizado según necesidad sectorial identificada.	realizado según necesidad sectorial identificada.	
Acción 2: Sensibilizar a los funcionarios y usuarios en los canceres digestivos y en la pesquisa oportuna de ca. digestivo	Mejorar la pesquisa temprana de pacientes con factores de riesgo (FR) signos de sospecha de Ca. Digestivo.	Capacitar al equipo en FR y prevalencia de cáncer a nivel local. Evaluar brecha de acceso y oportunidad de endoscopia. Realizar seguimiento a usuarios con múltiples consultas en SAR por dolor abdominal	Analizar los resultados de las acciones del año anterior. Aumentar la pesquisa intrabox. Realizar seguimiento a usuarios con múltiples consultas en SAR por dolor abdominal	Analizar los resultados de las acciones del año anterior. Aumentar la pesquisa intrabox. Realizar seguimiento a usuarios con múltiples consultas en SAR por dolor abdominal	Equipo capacitado en temática cánceres digestivos (mayor prevalencia local). Análisis de brecha por sector de usuarios con indicación de endoscopia realizado. Seguimiento a usuarios poli consultantes por dolor abdominal	N° de SIC generadas por sospecha de Ca. digestivo en el periodo	Equipo capacitado Análisis de brecha realizado Poli consultantes identificados Seguimiento a un 50% de poli consultantes por sector.	Equipo capacitado Análisis de brecha realizado Poli consultantes identificados Seguimiento a un 65% de poli consultantes por sector.	Equipo capacitado Análisis de brecha realizado Poli consultantes identificados Seguimiento a un 80% de poli consultantes por sector.	Funcionarios y usuarios sensibilizados en pesquisa temprana de cánceres del sistema digestivos.

Cronograma

	Año 1												Año 2												Año 3											
Actividades	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6	Mes 7	Mes 8	Mes 9	Mes 10	Mes 11	Mes 12	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6	Mes 7	Mes 8	Mes 9	Mes 10	Mes 11	Mes 12	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6	Mes 7	Mes 8	Mes 9	Mes 10	Mes 11	Mes 12
Conformar un Equipo Comunal (EC) de trabajo con participación de funcionaria/os y comunidad, funciones y plan de acción definidos.	x	x	x	x	x																															
Construir un perfil epidemiológico y demográfico de la comuna y sus sectores			x	x	x																															
Realizar un diagnóstico de demanda de la atención salud por establecimiento				x	x																															
Entrega a EC, de información diagnóstica desde CESFAM y sus dispositivos.					x	x																														
Equipo Comunal entrega propuesta tendiente a reducir las brechas detectadas						x	x	x	x																											
Implementación progresiva de propuesta de reducción de brechas									x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	X	x	x	x	x	x	x	x
Elaborar plan educativo para las personas mayores.	x	x	x																																	
Dar continuidad a los talleres que realiza profesional kinesiólogo a las personas mayores de la zona rural de Llau llao y Rilán		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x	X	x	x	x	x	x	x	x
Mejora registro REM A01	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	X	x	x	x	x	x	x	x
Evaluar mejoras del plan. Programar actividades anuales. Mejorar la cobertura de intervenciones.													x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	X	x	x	x	x	x	x	x
Formular un plan educativo acorde a necesidades para su ejecución que incluya un diagnóstico de conductas de riesgo a abordar	x	x	x	x																																
Ejecutar plan educativo planificado, en al menos 1 sector urbano y 1 sector rural					x	x			x	x	x	x																								
Reformular plan educativo del año anterior.													x	x	x										x	x	x									

Ejecutar plan, mejorando cobertura o temáticas a intervenir y aumentando en al menos 1 un sector.															x	x	x	x			x	x	x	x			x	x	X	x			x	x	x	x
Realizar catastro, por sector, de personas mayores, solas, en abandono o con características de vulnerabilidad social.	x	x	x	x	x																																
Realizar o actualizar plan de intervención a Personas mayores identificadas según necesidad, que podría incluir la postulación a ELEAM.				x	x	x	x	x	x	x	x	x					x	x									x	x								
Participar activamente de la mesa comunal de personas mayores, liderado por DESAM.						x	x	x	x	x	x	x			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x				x	x	X	x	x	x	x	x	x	
Capacitar al equipo de salud en postulación a ELEAM.								x	x	x																											
Actualizar catastro de personas mayores en abandono.													x	x	x	x									x	x	x	x									
Actualizar planes de intervención y/o seguimientos del mismo.													x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	X	x	x	x	x	x	x	x
Elaborar un plan educativo en conjunto con el establecimiento de salud a intervenir			x	x	x																																
Realizar al menos una actividad educativa en el segundo semestre del 2025.							x	x	x	x	x																										
Programar actividades del año.															x	x											x	x									
Ejecutar las actividades programadas.																	x	x			x	x	x						X	x			x	x	x	x
Elaborar un plan de actividades promocionales y preventivas por sector.		x	x	x	x																																
Ejecutar conversatorios/ talleres, por sector.					x	x	x	x	x	x	x	x																									
Elaborar un plan de intervención grupal por sector. Programar actividades a realizar.													x	x	x	x									x	x	x	x									
Ejecutar las sesiones o intervenciones programadas.																x	x	x		x	x	x	x	x				x	X	x		x	x	x	x	x
Incorporar la temática prevención de la depresión post parto en talleres de gestantes.		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x																										
Evaluar la incorporación de los talleres del año anterior.													x	x											x	x											

Planificar y ejecutar el nuevo ciclo de talleres del año en curso.														x	x	x	x	x	x	x	x	x	x				x	x	X	x	x	x	x	x	x	
Capacitar a los equipos sectoriales en la temática (salud mental infantil).		x	x	x	x	x																															
Formular un diagnóstico de necesidad por sector				x	x	x	x	x	x																												
Realizar plan de acción.									x	x	x																										
Ejecutar plan de acción.													x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x													
Evaluar plan de año anterior																									x	x											
Reformular y ejecutar nuevo plan.																									x	x	x	x	X	x	x	x	x	x	x	x
Aumentar los EMP realizados y realizar seguimiento a EMP alterados	x	x	x	x	x	x	X	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	X	x	x	x	x	x	x	x
Realizar diagnóstico de necesidades en mesas territoriales, elaborar y ejecutar un plan educativo en toma de PA y/o glicemias abordar al menos 2 sectores.			x	x	x	x			x	x	x	x			x	x	x	x			x	x	x	x			x	x	X	x			x	x	x	x
Potenciar el uso de RRSS con la temática del PSCV, énfasis promocional y preventivo.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x																									
Evaluar y continuar el uso de RRSS con la temática del PSCV, énfasis promocional y preventivo													x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	X	x	x	x	x	x	x	x
Monitorear y actualizar planes consensuados de usuarios ECICEP e incorporar la consejería familiar como estrategia.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x																									
Evaluar y actualizar los planes consensuados de usuarios ECICEP												x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	X	x	x	x	x	x	x	X
Aumentar las derivaciones y atenciones del profesional químico farmacéutico.			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	X	x	x	x	x	x	x	X
Incorporar la consejería nutricional post ingreso programa CV.		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x																									
Evaluar la incorporación de las consejerías y replicar a los nuevos ingresos del año.												x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	X	x	x	x	x	x	x	x
Consolidar la estrategia HEARTS en los equipos.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	X	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	X	x	x	x	x	x	x	x
Mantener actualizados a los equipos y monitorear el uso de la estrategia HEARTS.			x	x	x	x			x	x	x	x	x		x	x	x				x	x	x	x	x		x	x	X	x			x	x	x	X
Socializar y capacitar a los equipos en sospecha y aplicación del formulario “Señales de Alerta”.		x	x	x	x	x																															

Monitorear la aplicación del instrumento de screening “señales de alerta”	x		x			x			x			x																										
Monitorear las derivaciones por formulario de alerta alterado	x		x			x			x			x																										
Evaluar los resultados del año anterior y formular mejoras													x	x	x	x									x	x	x	x									
Monitorear aplicación de screening y sus derivaciones.													x		x			x			x			x	x		x			x			x			x
Realizar diagnostico sectorial de las brechas de cada sector	x	x	x																																		
Realizar estrategias para la gestión de los NSP		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x																									
Programar cupos en prestaciones priorizadas para agendar de manera telefónica	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x																									
Evaluar el año anterior, reformular diagnóstico, estrategias y programar agenda.												x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	X	x	x	x	x	x	x	x
Conformar y capacitar equipo para trabajar en estrategia telesalud	x	x	x																																		
Crear y socializar el protocolo de atención.	x	x																																			
Difusión a funcionarios y comunidad sobre la estrategia.	x	x	x	x	x	x				x	x	x																									
Evaluar el funcionamiento del año anterior.												x	x												x	x											
Reformular protocolo en caso de nuevas prestaciones a incorporar													x	x	x											x	x	x									
Informar y dar cuenta a la comunidad acerca de la estrategia, especialmente como acceder a ella y sus prestaciones.															x	x	x	x	x				x	x	x	x	x	x	x	X				x	x	x	
Crear y difundir capsulas audiovisuales o material informativo para presentar la temática de cánceres más prevalentes a nivel local.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	X	x	x	x	x	x	x	x
Realizar talleres educativos en la comunidad (mesas territoriales) con énfasis en cáncer digestivo, sus FR y como prevenirlo.			x	x	x	x	x			x	x				x	x	x	x	x			x	x	x				x	X	x			x	x	x	x
Reconocer la existencia de grupos de personas con factores de riesgo por sector y educar en prevención.		x	x	x	x				x	x	x			x	x	x	x				x	x	x			x	x	x	X				x	x	x	
Capacitar al equipo en FR y prevalencia de cáncer a nivel local.				x	x	x																															

Evaluar brecha de acceso y oportunidad de endoscopia.	x	x											x	x											x	x											
Realizar seguimiento a usuarios con múltiples consultas en SAR por dolor abdominal	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	X	x	x	x	x	x	x	x
Analizar los resultados de las acciones del año anterior.													x	x											x	x											
Aumentar la pesquisa intrabox.														x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	X	x	x	x	x	x	x	x

VII. PROGRAMAS ORIENTADOS A FUNCIONARIOS APS CASTRO

DIAGNOSTICO SALUD MENTAL DE LOS TRABAJADORES (SALUDABLEMENTE)

El Programa Saludablemente es una estrategia del Ministerio de Salud que tiene como propósito ayudar a la ciudadanía y entregar información para mejorar la salud mental y el bienestar psicosocial de las personas, mediante un conjunto de acciones coordinadas.
Saludablemente se dirige a distintas poblaciones objetivo, siendo un grupo prioritario el personal de salud, que resulta clave en la respuesta sanitaria, buscando establecer un clima de seguridad psicosocial en donde exista un sano equilibrio entre la productividad y la salud de la comunidad funcionaria, desde una mirada colaborativa y en red, promoviendo una cultura del cuidado colectivo y el autocuidado.

Subsecretaría de Redes Asistenciales
División de Atención Primaria (DIVAP)

PLANIFICACIÓN 2025
COMUNAL
Cuidado de Ambientes Laborales Saludables y Salud Mental del Personal de Salud
Saludablemente APS

SERVICIO DE SALUD	CHILOÉ	COMUNA	CASTRO
RESPONSABLE INFORMACIÓN	Señale nombre gestora	FECHA ENTREGA DOCUMENT	

I. CARACTERIZACIÓN ESTRATÉGICA POR COMUNA (Automático)

Establecimientos de Salud Total Comuna	13	CESFAM	2	Consultorios	0	PSR	6
		SAR	1	SUR	0	SAPU	0
Establecimientos no contemplados por DEIS (manual)		CECOSF	4	COSAM	0	CGR	0
Nivel de ruralidad	MUY BAJA			Índice de Vulnerabilidad Socio Delictual		BAJO	

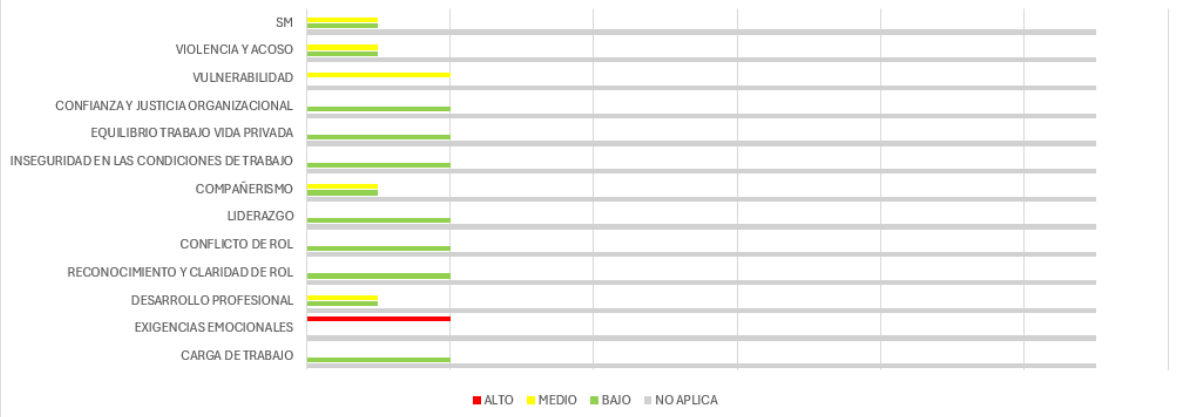
I.II. CARACTERIZACIÓN DOTACIÓN POR COMUNA (Automático)

Trabajadores de la salud a contrata o plazo indefinido	3470	N° de horas mujeres	2058	N° de horas Hombres	1412	Cantidad de agresiones notificadas en RAFDS (manual)	
N° de horas Trabajadores de la salud honorario total	0	N° de horas mujeres honorarios	0	N° de horas Hombres honorarios	0	Ausentismo acumulado al 2024	1508%

II. CARACTERIZACIÓN ESTRUCTURA DEL CUIDADO DEL PERSONAL DE SALUD APS

Organismo Administrador de la Ley adscrito	ACHS	Saludablemente Comunal (Escriba nombre)	DANIEL LEMUS CORONA	¿Existe una mesa de trabajo de Cuidado al personal conformada?	SI
¿Cuántas horas a la semana tiene destinada solo a salud APS el prevencionista de riesgo de su comuna?	44	¿Cuántas horas a la semana tiene destinada el referente saludabblemente de su comuna?	22	¿Dónde se encuentra ubicado el puesto de trabajo del referente saludablemente?	DEPTO SALUD

III. RIESGOS PSICOSOCIALES



IV. DIAGNÓSTICO COMUNAL

Para la planificación del año 2025, se establece que el diagnóstico comunal debe incorporar un análisis cualitativo, complementando los datos cuantitativos previamente recopilados. Dichos datos incluyen, pero no se limitan a, la cantidad de agresiones registradas, índices de ausentismo, número de establecimientos de salud y la identificación de riesgos psicosociales presentes en dichos establecimientos.

El objetivo del diagnóstico es proporcionar una comprensión del proceso y la evolución que conducen a la comuna a abordar determinados objetivos estratégicos en sus entornos laborales. Se espera que este análisis proporcione una comprensión profunda de las dinámicas y factores que influyen en la selección y priorización de estas metas.

En la comuna de Castro, se realizo el informe de linea base del periodo 2022-2023 arrojando datos de gran interes para crear el diagnostico comunal, comenzando por el indice de absentismo que en caso de castro llega al 46,6%. el Absentismo mantiene una tendencia al alza. En general este indicador puede asociarse, cuando es alto, a la desmotivacion del personal, al mal clima laboral, a enfermedades laborales o liderazgo inadecuado. Otro factor que aparece en las encuestas CEAL en dos de nuestros principales centros de salud en la exigencias emocionales, en e caso de los trabajadores de salud esta es un factor que se repite debido al desgaste propio de trabajar atendiendo a usuarios enfermos, casos son de se entregan malas noticias a los usuarios, (diagnosticos) por los eventuales malos tratos el caso de atencion a directa al publico. El tercer factor que mas afecta la salud mental de los trabajadores tiene que ver con la carga laboral y esta estrechamente vinculada al ausentismo; cuando un funcionario falta a su trabajo este debe ser cubierto por su equipo, muchas veces solo se cubren solo 22 hrs. y eso aumenta la carga laboral de todo el equipo. Otro aspecto importante a tener en cuanta es la cantidad de denuncias de acoso sexual, estas son bajas en relacion a otras comunas mas numerosas, solo se reportaron 3 en el periodo 2022 a 2023, hay que recordar tambien que este año se implemento ley karin y sus respectivos protocolos de actuacion. En el caso de los accidentes del trabajo, la SUSESO define accidente del trabajo como “toda lesión que sufra un trabajador/a causa o con ocasión del trabajo, y que le produzca incapacidad o muerte”. y se mide a traves de tasa de accidentes de trabajo, en castro este indicador alcanza el 22,3%. la mayor cantidad de trabajadores siniestrados corresponde a enfermedad laboral y en mucha menor medida aparecen los accidentes de trayectos. otro indicador digno de mensionar es la cantidad de reclamos que presentan los usuarios, hay que recordar que muchos funcionarios estan en atencion directa lo que implica un mayor desgaste emocional y estres, debido a los roces y conflictos con usuarios externos; aqui la comuna presneta una gran cantidad de reclamos por tiempos de espera (primordialemnete en urgencias) y por los procesos administrativos que tienden a ser engorrosos y buricraticos desde el punto de vista del paciente.

Subsecretaría de Redes Asistenciales
División de Atención Primaria (DIVAP)

PLANIFICACIÓN 2025
COMUNAL
Cuidado de Ambientes Laborales Saludables y Salud Mental del Personal de Salud
Saludablemente APS

INSTRUCCIONES

El reporte requiere la identificación del Establecimiento de Salud mediante selección múltiple. Además, se debe indicar si existe un referente saludablemente por EESS (en caso negativo, señalar "NO APLICA"). También es necesario especificar si existe un Comité de Aplicación (CdA) vigente y un Comité de Aplicación, respondiendo "sí" o "no" a estas dos últimas preguntas.

En cuanto al reporte de Riesgos Psicosociales, este debe realizarse de acuerdo con la Evaluación de Riesgos Psicosociales-SUSESO. Se considera tanto el instrumento CEAL-SM como el ISTAS 21. En caso de contar con la evaluación de ISTAS 21, solo se solicitará el resultado de riesgo general, sin necesidad de detallar las 5 dimensiones que este evalúa.

Establecimiento de salud	¿Cuál es el nombre de referente Saludablemente por EESS?	¿Cuénta con CdA vigente?	¿Cuenta con Comité Paritario vigente?	¿Cuenta con evaluación de RPSL vigente?	Fecha próxima evaluación	Cuestionario utilizado última evaluación	NIVEL DE RIESGO	FACTORES PSICOSOCIALES												GHQ
								CT	EM	DP	RC	CR	QL	CM	IT	TV	CJ	VU	VA	
Posta de Salud Rural Pid - Pid	Daniel Lemus	NO	SI	NO	15-03-2025	ISTAS	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA
Centro Comunitario de Salud Familiar Llau Lla	Daniel Lemus	NO	SI	NO	15-03-2025	ISTAS	BAJO	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA
SAR Castro	Daniel Lemus	SI	SI	NO	15-03-2025	ISTAS	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA
Centro de Salud Familiar Dr. René Tapia Salga	Daniel Lemus	SI	SI	SI	15-03-2025	CEAL	MEDIO	BAJO	ALTO	MEDIO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	MEDIO	MEDIO	BAJO
Centro de Salud Familiar Quillahue	Daniel Lemus	SI	SI	SI	15-03-2025	CEAL	BAJO	BAJO	ALTO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	MEDIO	BAJO	BAJO	BAJO	MEDIO	BAJO	MEDIO
Centro Comunitario de Salud Familiar Kintuni	Daniel Lemus	NO	SI	NO	15-03-2025	ISTAS	ALTO	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA
Posta de Salud Rural Puyán	Daniel Lemus	NO	SI	NO	15-03-2025	ISTAS	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA
Centro Comunitario de Salud Familiar Gambo	Daniel Lemus	NO	SI	NO	15-03-2025	ISTAS	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA
Centro Comunitario de Salud Familiar Rilán	Daniel Lemus	NO	SI	NO	15-03-2025	ISTAS	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA
Posta de Salud Rural Yutuy	Daniel Lemus	NO	SI	NO	15-03-2025	ISTAS	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA
Posta de Salud Rural Curahue	Daniel Lemus	NO	SI	NO	15-03-2025	ISTAS	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA
Posta de Salud Rural Chelín	Daniel Lemus	NO	SI	NO	15-03-2025	ISTAS	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA
Posta de Salud Rural Quehui	Daniel Lemus	NO	SI	NO	15-03-2025	ISTAS	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA

Subsecretaría de Redes Asistenciales
División de Atención Primaria (DIVAP)

PLANIFICACIÓN 2025
SERVICIO DE SALUD
Cuidado de Ambientes Laborales Saludables y Salud Mental del Personal de Salud
Saludablemente APS

Gobierno de Chile

SERVICIO DE SALUD	CHILOÉ	COMUNA	CASTRO
NOMBRE RESPONSABLE(S) COMUNAL	Señale nombre gestora	JETIVO ESTRATÉGICOS NIVEL CENTR	Instalar una política institucional de cuidado para los equipos de salud que favorezca ambientes laborales saludables, promoviendo la salud mental de los trabajadores en la administración de salud municipal y dependiente de SS (APS)

PLANIFICACIÓN 2025

INSTRUCCIONES

Para realizar la planificación 2025, siga estas indicaciones detalladas:
Objetivos y componentes: Seleccione al menos dos objetivos para trabajar, incluyendo uno establecido por el Servicio de Salud correspondiente.
Para cada objetivo, identifique: Componente (Prevención, Promoción del Buen Trato, Salud Mental Organizacional, o Participación y Articulación Local), Factor psicosocial (elija entre los 12 factores listados, como Carga de trabajo, Exigencias emocionales, etc.), Objetivo específico, Actividad, Establecimientos de salud

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS SERVICIO DE SALUD	Diseñar e implementar intervenciones específicas para mitigar los riesgos psicosociales identificados, Integrar la salud mental y la gestión de riesgos psicosociales como parte de la cultura organizacional y de la planificación estratégica del establecimiento.
OBJETIVOS ESTRATÉGICOS COMUNAL	incionarios en protocolos de actuacion frente agresiones externas, y acciones preventivas para abordar las a Construir una cultura de buen trato entre pares y hacia usuarios externos, en el marco de Ley KARIN

COMPONENTE	RIESGO PSICOSOCIAL	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVO ESPECÍFICO	ACTIVIDAD	RESPONSABLE(S)	ESTABLECIMIENTOS DE SALUD OBJETIVO	VERIFICADORES	METAS	INDICADOR	CARTA GANTT 2025											
										ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEM	OCTUBRE	NOVIEM	DICIEM
PROMOCIÓN	Exigencias emocionales	Diseñar e implementar intervencion	Educar en los protocolos que permiten enfrentar una emergencia por violencia externa y sus	Intervencion preventiva para los equipos, a cargo de Psicologa laboral, abordando gestion de emociones , manejo del estrés y	Psicóloga preventiva, Director de Centro y jefe de sector	Rene Tapia, Quillahue, PSR Quehui y Chelin, Cecosf Rilan	Fotos, lista asistencia, correos		(Participantes/Total de la gente invitada a la actividad)*100			x			x				x		
PREVENCIÓN	Violencia y Acoso	Integrar la salud mental y la gestión	Realizar intervenciones preventivas a los equipos que lo requieran	Charla educativa para difusión de ley Karin para cada integrante de la red APS	Unidad Juridica Corpocas, Referente comunal Saludablemente	Rene Tapia, Quillahue, PSR Quehui y Chelin, Cecosf Rilan	Fotos, lista asistencia, correos		(Participantes/Total de la gente invitada a la actividad)*101	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
PREVENCIÓN	Exigencias emocionales	Construir una cultura de buen trato	Mejorar la relación de los compañeros de trabajo y fomentar una cultura de buen trato	Tarde recreativa para equipo para fortalecer autocuidado y prevencion de agresiones con ocacion del trabajo	Referente comunal Saludablemente	Rene Tapia, Quillahue, PSR Quehui y Chelin, Cecosf Rilan	Fotos, lista asistencia, correos		(Participantes/Total de la gente invitada a la actividad)*100			x									
PROMOCIÓN	Confianza y justicia organizacional	Integrar la salud mental y la gestión	Mejorar las habilidades directivas para mejorar la gestión de riesgos psicosociales	Coaching en habilidades directivas para jefaturas	Mesa de salud mental y Referente comunal Saludablemente	Rene Tapia, Quillahue, PSR Quehui y Chelin, Cecosf Rilan	Fotos, lista asistencia, correos		(Participantes/Total de la gente invitada a la actividad)*101			x				x				x	
SALUD MENTAL ORGANIZACIONAL	Confianza y justicia organizacional	Integrar la salud mental y la gestión	Fortalecer las instancias de participacion, entre empleador, funcionarios y gremio involucradas	Gestion de la mesa de salud mental	Mesa de salud mental y Referente comunal Saludablemente	Red APS completa	Fotos, lista asistencia, correos		No considera	x		x		x		x		x		x	
SALUD MENTAL ORGANIZACIONAL	Compañerismo	Construir una cultura de buen trato	Mantener canales de comunicación permanente que aborte tamas de salud mental y	Envio mensual de Infografias, datos, reglamentos y PPTs con contenido de interes en el ambito de la salud mental en	Referente comunal Saludablemente	Red APS completa	Fotos, lista asistencia, correos		No considera	x		x		x		x		x		x	
PARTICIPACIÓN Y ARTICULACIÓN LOCAL	Inseguridad en las condiciones de trabajo	Integrar la salud mental y la gestión	Participar de las mesa de seguridad y coordinacion con el intersector en temas que aborden la seguridad	Participación en Mesa de Seguridad, mesa de salud funcionarios, comité y/o Cogryd	Referente comunal Saludablemente	Rene Tapia, Quillahue, PSR Quehui y Chelin, Cecosf Rilan	Fotos, lista asistencia, correos		(Participantes/Total de la gente invitada a la actividad)*100				x				x				
PARTICIPACIÓN Y ARTICULACIÓN LOCAL	Exigencias emocionales	Construir una cultura de buen trato	Capacitar referentes en salud mental en cesfam,con ayuda de OAL, en primera ayuda psicologica	Charlas de prmera ayuda psicologica	Referente comunal Saludablemente	Rene Tapia, Quillahue, PSR Quehui y Chelin, Cecosf Rilan	Fotos, lista asistencia, correos		(Participantes/Total de la gente invitada a la actividad)*101					x							

PROGRAMA ANUAL DE CAPACITACIÓN 2025.

PROGRAMA ANUAL DE CAPACITACION 2025 PERSONAL ESTATUTO ATENCIÓN PRIMARIA (LEY 19.378) SERVICIO DE SALUD CHILOÉ COMUNA CASTRO

LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS	ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN	OBJETIVOS EDUCATIVOS	NUMERO DE PARTICIPANTES POR CATEGORIA							NUMERO DE HORAS PEDAGÓGICAS	FINANCIAMIENTO				ORGANISMO EJECUTOR	COORDINADOR	FECHA DE EJECUCIÓN
			A (Médicos, Odont, QF,etc.)	B (Otros Profesio-nales)	C (Técnicos Nivel Superior)	D (Técnicos de Salud)	E (Adminis-trativos Salud)	F (Auxiliares servicios Salud)	TOTAL		ITEM CAPACITACION	FONDOS MUNICIPALES	OTROS FONDOS	TOTAL PRESUPUESTO ESTIMADO			
EJE ESTRATEGICO 1: Medio Ambiente y entornos Saludables	Herramientas para situaciones de intervención en crisis	Aumentar las herramientas para enfrentar situaciones de intervencion en crisis tanto de usuarios internos como externos	2	10	8	8	2	0	30	8 hrs y más	800.000	0	0	$800.000	Organismos acreditados por el estado.	Enc. Capacitación	2025
	Gestion de emociones y des escalamiento	Dotar a los funcionarios de herramientas para gestionar emociones, manejar situaciones conflictivas y prevenir la violencia, promoviendo así un entorno laboral mas seguro y saludable.	7	12	14	3	2	2	40	8 hrs y más	0	0	1.800.00	$0	Organismos acreditados por el estado.	Ref. Saludablemente func.	2025
	Capacitación en REAS	Asegurar la segregación eficiente de REAS en los dispositivos de salud de la comuna	8	12	14	2	0	4	40	8 hrs y más	250.000	0	0	$250.000	Organismos acreditados por el estado.	Enc. Capacitación	2025
	Cursos, talleres y otras actividades de capacitación relacionadas a Salud familiar y comunitaria, MAIS y / o Derechos humanos	Actualizar respecto a las metodologías y técnicas propias del modelo de salud familiar e inplementarla de acuerdo a la realidad local, Promoveer la difusión, ejecución, intercambio de las buenas practicas en el centro de salud y con otros centros.	15	20	20	13	7	5	80	8 hrs y más	0	0	3.500.000	$3.500.000	Organismos acreditados por el estado.		2025
	Cursos, talleres y otras actividades de capacitación relacionadas a Salud Ocupacional en atención primaria de salud	Adquirir herramientas para prevenir o detectar de forma oportuna la salud ocupacional.	2	10	10	6	1	1	30	8 hrs y más	0	0	200.000	$200.000	Organismos acreditados por el estado.		2025
	Cursos en plataformas virtuales en materias relacionadas al medio ambiente y entornos saludables	Conocer y entender los factores de riesgo relacionados con el medio ambiente, adquirir conocimientos en la relación a la alimentación saludable y como prevenir enfermedades transmitidas por los alimentos, adquerir fundamentos teoricos y prácticos relacionados con la gestión y el manejo de residuos solidos y domiciliarios.								2 hrs y más	0	0	0	$0	Organismos acreditados por el estado.		2025
EJE ESTRATEGICO 2: Estilos de Vida	Fortalecer competencias de los equipos APS para el abordaje de problemas de salud mental	Adquirir y /o actualizar conocimientos en la atención oportuna y de calidad a personas con problemas de salud mental.	5	13	12	0	0	0	30	8 hrs y más	250.000	0	0	$250.000	Organismos acreditados por el estado.		2025
	Sensibilización y formación del personal de salud para la atención respetuosa a población con genero no conforme y LGBTQ+	Promover el desarrollo de capacidades de profesionales y equipos de la salud para integrar la perspectiva de diversidad sexual basada en los enfoques de derechos y género, en la promoción y atención de salud de las personas LGBTIQ+.	10	15	15	5	3	2	50	8 hrs y más	800.000	0	0	$800.000	Organismos acreditados por el estado.		2025
	Cursos, talleres y otras actividades de capacitación relacionadas a Salud Sexual y reproductiva en atención primaria de salud durante todo el ciclo vital. Incluye etapa de lactancia materna y apoyo diagnóstico	Actualizar conocimientos y fortalecer competencias técnicas relacionadas con la salud sexual y reproductiva, conocer los beneficios de la lactancia materna exclusiva y fomentar su práctica basado en las directrices que entrega el ministerio de salud.	10	12	8	4	4	2	40	8 hrs y más	0	0	800.000	$800.000	Organismos acreditados por el estado.		2025
	Cursos en plataformas virtuales en materias relacionadas a Estilos de vida	Adquirir conocimiento en plataformas digitales relacionadas a los temas insertos en el eje estratégico Estilos de vida como: Actividad Física, Alimentación Saludable e inocua, Consumo de alcohol, Consumo de Drogas, Consumo de Tabaco, Salud mental, Salud Sexual y reproductiva.								2 hrs y más	0	0	0	$0	Organismos acreditados por el estado.		2025

EJE ESTRATEGICO 3: Enfermedades Transmisibles	Actualización en infecciones respiratorias agudas	Actualizar y preparar a los profesionales de la salud en la detección, diagnóstico, estudio, tratamiento y derivación de pacientes con estas patologías.	7	15	8	0	0	0	30	8 hrs y más	0	0	800.000	$800.000	Organismos acreditados por el estado.		2025
	Cursos, talleres y otras actividades de capacitación relacionadas a la disminución de la resistencia antimicrobiana	Reducir el riesgo de emergencia y diseminación de resistencia a los antimicrobianos.	13	2	0	0	0	0	15	8 hrs y más	0		400.000	$400.000	Organismos acreditados por el estado.		2025
	Test visual VIH	Mejorar la pesquisa en de VIH a traves del TEST Visual de VIH	0	10	10	0	0	0	20	8 hrs y más	0	0	250.000	$250.000	Organismos acreditados por el estado.		2025
	Cursos en plataformas virtuales en materias relacionadas a Enfermedades Transmisibles	Adquirir conocimiento en plataformas digitales relacionadas a los temas insertos en el eje estratégico Enfermedades Transmisibles como: Enfermedades Transmisibles en eliminación, Enfermedades Zoonóticas y vectoriales, Infecciones Respiratorias Agudas, Resistencia a los Antimicrobianos, Tuberculosis y VIH/SIDA.	0	0	0	0	0	0	0	2 hrs y más	0	0	0	$0	Organismos acreditados por el estado.		2025
EJE ESTRATEGICO 4: Enfermedades Crónicas no transmisibles y Violencia	Cursos, talleres y otras actividades de capacitación en el marco de la estrategia de cuidado integral centrado en la persona para la promoción, prevención y manejo de la cronicidad de las diferentes patologías, como: cancer, diabetes mellitus, enfermedad renal crónica, enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, enfermedades respiratorias crónicas, obesidad, trastornos bucodentales, violencia y trastornos mentales, fibromialgia y otras enfermedades crónicas en Atención Primaria de Salud.	Atención oportuna y de calidad a las personas con problemas cardiovasculares, adquerir conocimientos y fortalecer competencias técnicas para atención oportuna y de calidad en pacientes con multiples morbilidades.	10	10	10	0	0	0	30	8 hrs y más	0	0	800.000	$800.000	Organismos acreditados por el estado.		2025
		Actualizar conocimientos básicos en la relación a la valoración clínica y el abordaje de los aspectos fisicos, mental y social que estan relacionados con la violencia y los trastornos mentales.	5	15	10	0	0	0	30	8 hrs y más	0	0	600.000	$600.000	Organismos acreditados por el estado.		2025
		Detección precoz y tratamiento oportuno para la detección de la enfermedad renal crónica.	10	20	0	0	0	0	30	8 hrs y más	0	0	800.000	$800.000	Organismos acreditados por el estado.		2025
		Actualizar conocmientos y fortalecer competencias técnicas del programa ECICEP y otros programas afines.	10	10	10	0	0	0	30	8 hrs y más	0	0	1.000.000	$1.000.000	Organismos acreditados por el estado.		2025
		Fortalecer la detección precoz del cáncer en grupos de riesgo, manejo oportuno y alivio del dolor.	7	18	15	0	0	0	40	8 hrs y más	0	0	1.000.000	$1.000.000	Organismos acreditados por el estado.		2025
		Adquirir conocimiento en plataformas digitales relacionadas a los temas insertos en el eje estratégico Enfermedades Cronicas no transmisibles y violencia								2 hrs y más	0	0	0	$0	Organismos acreditados por el estado.		2025
EJE ESTRATEGICO 5: Funcionamiento y discapacidad	Cursos, talleres y otras actividades de capacitación relacionada a Dependencia severa y cuidados paliativos	Incorporar nuevos conocimientos para pacientes con dependencia severa, asi entregar una atención integral en su domicilio en el ámbito emocional y social, entregar herramientas a usuarios con cuidados paliativos, favorecer herramientas para contener a familiares en el proceso de duelo.	5	15	15	0	0	0	35	8 hrs y más	0	0	800.000	$800.000	Organismos acreditados por el estado.		2025
	Cursos, talleres y otras actividades de capacitación relacionados a la condición del Espectro Autista	Adquirir herramientas y conocimientos para entregar una atención oportuna y de calidad a usuarios con condición del espectro autista.	8	12	10	0	0	0	30	8 hrs y más	0	0	1.500.000	$1.500.000	Organismos acreditados por el estado.		2025
	Cursos y o talleres relacionados a la prevalencia, incidencia y tratamiento de alteraciones musculo esqueleticas que generan dolor cronico y o alteraciones funcionales en la población.	Incorporar la detección temprana y tratamiento de enfermedades y alteraciones musculoesqueleticas.	5	15	15	0	0	0	35	8 hrs y más	0	0	1.000.000	$1.000.000	Organismos acreditados por el estado.	Ref. Depto salud	2025
	Cursos en plataformas virtuales en materias relacionadas a Funcionamiento y discapacidad	Adquirir conocimiento en plataformas digitales relacionadas a los temas insertos en el eje estratégico, como: Accidentes de tránsito, Alteraciones Musculoesqueléticas, Artritis Reumatoidea, Dependencia severa, Desarrollo Integral Infantil, Enfermedades Poco Frecuentes y Espectro Autista.								2 hrs y más	0	0	0	$0	Organismos acreditados por el estado.		2025
EJE ESTRATEGICO 6: Emergencias y desastres	Gestón de emergencias y desastres (cursos, talleres y otras actividades de capacitación relacionadas a la gestión del riesgo en emergencias y desastres)	Aplicar herramientas de reducción de riesgo y respuesta oportuna frente a la ocurrencia de emergencias y desastres.	2	8	10	2	2	0	24	8 hrs y más	0	0	200.000	$200.000	Organismos acreditados por el estado.		2025
	Cursos en plataformas virtuales en materias relacionadas a Emergencias y desastres	Adquirir conocimiento en plataformas digitales relacionadas a los temas inserto en el eje estratégico como: Cambio climático, gestión de riesgo, emergencia y desastres, resiliecia del sector.								2 hrs y más	0	0	0	$0	Organismos acreditados por el estado.		2025

EJE ESTRATEGICO 7: Gestión, Calidad e Innovación	RCP básico y DEA	Preparar a los participantes para responder a emergencias en entornos laborales, recreativos y situaciones cotidianas que involucren a niños y adultos	0	11	12	7	8	2	40	8 hrs y más	0	0	1.600.000	$1.600.000	Organismos acreditados por el estado.		2025
	Primeros auxilios psicologicos (PAP)	Desarrollar la capacidad de los respondedores en situaciones de emergencia y desastre, adquirir herramientas del PAP las que son útiles para la interacción o convivencia cotidiana entre las personas en distintos contextos y no solo en situaciones de emergencias y desastres.	0	6	6	4	2	2	20	8 hrs y más	250.000	0	0	$250.000	Organismos acreditados por el estado.		2025
	Actulizacion en normativas vigentes aplicadas en APS	Aplicar la Normativa de la Ley 19.378 sobre el Estatuto de Atención Primaria, el Reglamento de la Ley y sus leyes complementarias, dentro de Establecimientos de Salud.	10	16	16	12	8	8	70	8 hrs y más	4.000.000	0	0	$4.000.000	Organismos acreditados por el estado.		2025
	Cursos y o talleres relacionados con manejo de equipos, resolución de conflictos y/o habilidades directivas	Mejorar las habilidades de comunicación, gestión de emociones y liderazgo de directivos, generando instancias de reflexión y análisis para optimizar su desempeño.	1	24	0	0	0	0	25	8 hrs y más	0	0	2.000.000	$2.000.000	Organismos acreditados por el estado.		2025
	Formación y utilización de la plataforma en salud digital	Adquirir conocimientos y manejar plataforma de apoyo clinico médico.	5	12	8	0	0	0	25	8 hrs y más	0	0	500.000	$500.000	Organismos acreditados por el estado.		2025
	Cursos, talleres y otras actividades de capacitación relacionadas a Promoción y Participación Social en la atención primaria de salud, OIRS, Comunicación efectiva, Lenguaje inclusivo y trato usuario humanizado, difusion e información, uso y manejo de canales de comunicación y redes sociales institucionales.	Favorecer la promoción y participación social en la atención primaria de salud, favorecer conocimientos en cuanto a comunicación efectiva, manejar estrategias para un adecuado trato ala usuario, contribuir en una mejor percepción usuaria de la atención entregada en el centro de salud, promoviendo el respeto, solidaridad y empatía, favorecer el adecuado uso de redes sociales y canales de información	10	20	20	10	5	5	70	8 hrs y más	0	0	600.000	$600.000	Organismos acreditados por el estado.		2025
	Cursos en plataformas virtuales en materias relacionadas a Gestión, calidad e innovación	Adquirir conocimiento en plataformas digitales relacionadas a los temas inserto en el eje estratégico como: donación y transplantes de órganos y tejidos, financiamiento del sector, gestión del personal, fortalecer el diseño, implementación y monitoreo del un modelo integral de gestión y desarrollo de personas en el sistema publico de salud, habilidades profesionales, administrativas y conocimiento juridico de las actuales normativas vigentes, infraestructura y equipamiento, participación social, salud digital, seguridad y calidad de la atención y tecnología y sistemas de información en salud.								2 hrs y más	0	0	0	$0	Organismos acreditados por el estado.		2025
EJE ESTRATEGICO 8: Equidad	Implementación de modelo de salud intercultural en establecimientos APS	Potenciar y proveer a los participantes un marco conceptual, contextual y metodológico básico sobre la interculturalidad en salud, promoviendo su inclusión en la atención sanitaria integral a los pueblos indígenas; desde un marco de derechos humanos y determinantes sociales	5	15	15	5	0	0	40	8 hrs y más	350.000	0	0	$350.000	Organismos acreditados por el estado.		2025
	Salud Inmigrantes	Actualizar conocimientos de los funcionarios de APS sobre regulación y normativas del acceso a la atención de salud que tiene las personas migrantes internacionales.	5	15	15	5	0	0	40	8 hrs y más	0	0	350.000	$350.000	Organismos acreditados por el estado.		2025
	Elaboracion de proyectos en salud y comunitarios	Acrecentar competencias de funcionarios para la aplicación de metodologías participativas a los planes y proyectos de Atención Primaria de Salud e iniciativas comunitarias que aporten a la promoción de la salud en el espacio local.	2	15	10	3	0	0	30	8 hrs y más	250.000	0	0	$250.000	Organismos acreditados por el estado.		2025
	Cursos en plataformas virtuales en materias relacionadas a Equidad en salud	Adquirir conocimiento en plataformas digitales relacionadas a los temas inserto en el eje estratégico como: Pueblos originarios, modelo de salud integral / intersectorialidad, Género y personas migrantes.								2 hrs y más	0	0	0	$0	Organismos acreditados por el estado.		2025
Totales			179	388	316	89	44	33	1049		6950000	0	18.700.000	$25.650.000			

VIII. INFORMACION ADMINISTRATIVA DE APS CASTRO

DOTACIÓN DE LA COMUNA

DETALLE DOTACIÓN SEGÚN ESTAMENTO Y PROFESIÓN

CATEGORÍA	PROFESIÓN	N° JORNADAS				TOTAL JORNADAS SEMANALES	TOTAL HORAS SEMANALES	Nº HORAS / POBLACIÓN
		11	22	33	44			
A	MEDICO	2	3	0	23	28	1100	0,022252792
	ODONTOLOGO(A)	0	2	0	20	22	924	0,018692345
	QUIMICO FARMACEUTICO	0	0	0	3	3	132	0,002670335
	TOTAL A	**2**	**5**	**0**	**46**	**53**	**2156**	0,043615472
B	ASISTENTE SOCIAL	0	1	0	19	20	858	0,017357178
	ENFERMERA(O)	0	1	0	34	35	1518	0,030708853
	FONOAUDIOLOGO(A)	0	0	0	1	1	44	0,000890112
	INGENIERO(A)	0	0	0	7	7	308	0,006230782
	KINESIOLOGO(A)	0	2	0	18	20	836	0,016912122
	MATRON(A)	0	0	0	18	18	792	0,01602201
	NUTRICIONISTA	0	1	0	17	18	770	0,015576954
	PROFESOR(A)	0	0	0	5	5	220	0,004450558
	PSICOLOGO(A)	0	0	0	18	18	792	0,01602201
	TECNOLOGO(A) MEDICO	0	0	0	10	10	440	0,008901117
	TERAPEUTA OCUPACIONAL	0	0	0	4	4	176	0,003560447
	OTRO	0	1	1	4	6	231	0,004673086
	TOTAL B	**0**	**6**	**1**	**155**	**162**	**6985**	0,141305227
C	TANS	0	0	0	29	29	1276	0,025813238
	TENS	0	4	1	107	112	4829	0,097689756
	TOTAL C	**0**	**4**	**1**	**136**	**141**	**6105**	0,123502994
D	TECNICO DE SALUD	0	0	0	14	14	616	0,012461563
	TOTAL D	**0**	**0**	**0**	**14**	**14**	**616**	0,012461563
E	ADMINISTRATIVO	0	0	4	23	27	1144	0,023142903
	TOTAL E	**0**	**0**	**4**	**23**	27	**1144**	0,023142903
F	AUXILIAR DE SERVICIO	0	1	0	33	34	1474	0,029818741
	TOTAL F	**0**	**1**	**0**	**33**	**34**	**1474**	0,029818741
SUB TOTAL DOTACION COMUNAL		**2**	**16**	**6**	**407**	**431**	**18480**	0,373846901

Dotación aprobada en resolución 12030 del 19 de noviembre por el Servicio de Salud Chiloé

CORPORACIÓN MUNICIPAL DE CASTRO
PARA LA EDUCACIÓN, SALUD Y ATENCIÓN AL MENOR

PRESUPUESTO Según Clasificador 2025

AREA SALUD

		PRESUPUESTO PROYECTADO M$	PRESUPUESTO VIGENTE
CODIGOS	**TOTAL INGRESOS POR PERCIBIR**	**$ 17.015.843.706**	**$ 17.015.843.706**
	TRANSFERENCIAS CORRIENTES	**$ 16.234.001.917**	**$ 16.234.001.917**
	De Otras Entidades Publicas	**$ 16.234.001.917**	**$ 16.234.001.917**
05-03-006-001	Atención Primaria	$ 11.124.232.383	$ 11.124.232.383
05-03-006-002	Aporte Afectados	$ 3.082.868.757	$ 3.082.868.757
05-03-101-000	De la Municipalidad -a Servicios Incorporados a su Gestión	$ 1.984.379.277	$ 1.984.379.277
05-03-999-001	De Otras Entidades Públicas Junaeb	$ 42.521.500	$ 42.521.500
	OTROS INGRESOS CORRIENTES	**$ 781.841.789**	**$ 781.841.789**
	Recuperación y Reembolsos por Licencias Medicas	**$ 245.000.000**	**$ 245.000.000**
08-01-002-001	Recuperación Art. 12 Ley Nº 18.196	$ 245.000.000	245.000.000
	Otros	**$ 536.841.789**	**$ 536.841.789**
08-99-001-001	Otros Ingresos (Ventas Farmacia-Ingresos por Gestionar)	$ 536.841.789	$ 536.841.789

CODIGOS	**TOTAL EGRESOS DEVENGADOS**	**$ 17.015.843.706**	**$ 17.015.843.706**
	GASTOS EN PERSONAL	**$ 12.745.541.470**	**$ 12.745.541.470**
21-01-001	**Remuneraciones (planta- contrata-otras remuneraciones)**	$ 12.745.541.470	12.745.541.470
21-01-004			
	BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO	**$ 4.270.302.236**	**$ 4.270.302.236**
	Alimentos y bebidas	**$ 12.592.800**	**$ 12.592.800**
22-01-002	Para Personas	$ 12.592.800	12.592.800
	Combustible y Lubricantes	**$ 195.661.160**	**$ 195.661.160**
22-03-001	Para Vehículos	$ 56.317.800	$ 56.317.800
22-03-003	Para Calefacción	$ 139.343.360	$ 139.343.360
	Material de Uso o Consumo	**$ 2.645.786.820**	**$ 2.645.786.820**
22-04-001	Material de Oficina	$ 46.595.800	46.595.800
22-04-004	Productos Farmacéuticos	$ 1.270.146.060	1.270.146.060
22-04-007	Materiales y Útiles de Aseo	$ 40.677.500	40.677.500

22-04-009	Insumos Repuestos y Accesorios Computacionales	$ 28.556.400	28.556.400
22-04-999	Otros (Gastos Programas Salud y CMC)	$ 1.259.811.060	1.259.811.060
	Servicios Básicos	**$ 275.710.996**	**$ 275.710.996**
22-05-001	Electricidad	$ 158.689.420	158.689.420
22-05-002	Agua	$ 36.264.680	36.264.680
22-05-003	Gas	$ 3.789.500	3.789.500
22-05-005	Telefonía Fija	$ 29.093.860	29.093.860
22-05-006	Telefonía Celular	$ 10.992.200	10.992.200
22-05-007	Acceso Internet	$ 36.881.336	36.881.336
	Mantención y Reparaciones	**$ 70.430.640**	**$ 70.430.640**
22-06-001	Mantenimiento y Reparaciones de Edificaciones	$ 32.069.240	32.069.240
22-06-002	Mantenimiento y Reparación de Vehículos	$ 23.028.500	23.028.500
22-06-004	Mantenimiento y Reparación Máquinas y Equipos	$ 15.332.900	15.332.900
	Servicios Generales	**$ 785.681.540**	**$ 785.681.540**
22-08-001	Servicios de Aseo	$ 197.618.980	197.618.980
22-08-002	Servicios de Vigilancia	$ 211.950.180	211.950.180
22-08-007	Pasajes, Fletes y Bodegaje (Movilización)	$ 52.508.160	52.508.160
22-08-008	Sala Cunas	$ 20.988.000	20.988.000
22-08-999	Otros (Gtos. Generales, Imprevistos)	$ 302.616.220	302.616.220
	Servicios Financieros y de Seguros	**$ 37.624.700**	**$ 37.624.700**
22-10-002	Primas y Gastos de Seguros	$ 37.624.700	37.624.700
	Servicios Técnicos y Profesionales	**$ 68.691.180**	**$ 68.691.180**
22-11-003	Cursos de Capacitación	$ 25.434.700	25.434.700
22-11-999	Otros (Honorarios)	$ 43.256.480	43.256.480
	Servicio de la Deuda	**$ 178.122.400**	**$ 178.122.400**
34-02-001	Empréstitos (Anticipos MINSAL+ Deuda Programas Salud)	$ 178.122.400	178.122.400
	SALDO FINAL DE CAJA	**$ -**	-

Fuente: Dpto. Finanzas Corp. Municipal 2024

Nota: el presente Presupuesto fue reajustado en un 4%, e indicar que el monto per cápita no es el definitivo

PRESUPUESTO CONSOLIDADO SALUD 2025

TOTAL INGRESOS SALUD	**17.015.843.706**
TRANSFERENCIAS CORRIENTES (1+2+3+4)	**16.234.001.917**
INGRESOS PERCAPITA (1)	**11.124.232.383**
INGRESOS PROGRAMAS DE SALUD (2)	**3.082.868.757**
APORTE MUNICIPAL (3)	**1.984.379.277**
AGUINALDOS Y BONOS	768.585.181
APORTE SAR MUNICIPAL	315.000.000
APORTE FARMACIA MUNICIPAL	78.750.000
APORTE OPTICA MUNICIPAL	68.250.000
APORTE CELEBRACIÓN FUNCIONARIO APS	36.750.000
APORTE SERVICIO DE BIENESTAR SALUD	114.000.000
APORTE DEUDAS EXIGIBLES, IMP. DES. INTERNOS	603.044.096
JUNAEB - At. Módulo Dentales (4)	**42.521.500**
RECUPERACIÓN LICENCIAS MEDICAS (5)	**245.000.000**
OTROS INGRESOS - Venta Farmacia, Óptica (6)	**536.841.789**

APORTE MUNICIPAL AÑO 2025

CONCEPTO	MONTO $
SAR Municipal	315.000.000
Farmacia Municipal	78.750.000
Optica Municipal	68.250.000
Celebración día Funcionario APS	36.750.000
Aporte Incentivo a la Permanencia	132.500.000
Servicio de bienestar	114.000.000
Deudas Exigibles, Imposiciones y Descuentos Internos	603.044.096
Total Aporte Municipal	1.348.294.096

PRESUPUESTO GASTOS CONSOLIDADO SALUD 2025

TOTAL EGRESOS	**17.015.843.706**
GASTOS EN PERSONAL	**12.745.541.470**
BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO	**4.270.302.236**
Alimentos y Bebidas	12.592.800
Combustibles y Lubricantes	195.661.160
Material de Uso o Consumo	2.645.786.820
Servicios Básicos	275.710.996
Mantención y Reparaciones	70.430.640
Servicios Generales	785.681.540
Servicios Financieros y de Seguros	37.624.700
Servicios Técnicos y Profesionales	68.691.180
Servicio de la Deuda (Anticipos Minsal + Devol.Prog.)	178.122.400

ASIGNACIÓN INCENTIVO A LA PERMANENCIA

MESES	ASIGNACIÓN PERMANENCIA	BONO MOVILIZACIÓN	BONO ALOJAMIENTO	TOTAL
ENERO	63.470.489	1.690.560	1.240.000	66.401.049
FEBRERO	63.784.119	1.690.560	1.240.000	66.714.679
MARZO	64.329.584	1.690.560	1.240.000	67.260.144
ABRIL	64.291.340	1.690.560	1.240.000	67.221.900
MAYO	65.228.997	1.690.560	1.240.000	68.159.557
JUNIO	65.604.616	1.690.560	1.240.000	68.535.176
JULIO	63.639.199	1.690.560	1.240.000	66.569.759
AGOSTO	63.327.879	1.690.560	1.240.000	66.258.439
SEPTIEMBRE	65.175.879	1.690.560	1.240.000	68.106.439
OCTUBRE	66.427.692	1.690.560	1.240.000	69.358.252
NOVIEMBRE	67.115.954	1.690.560	1.240.000	70.046.514
DICIEMBRE	65.739.436	1.690.560	1.240.000	68.669.996
TOTAL	**778.135.184**	**20.286.720**	**14.880.000**	**813.301.904**
Aporte Municipal	132.500.000			
Aporte Corporación	680.801.904			