

Levantamiento de **información de** Postas de Salud Rural



Autoría

La elaboración de este informe estuvo a cargo de la profesional, **Andrea Santana Sánchez**, consultora para OPS/OMS en apoyo al programa Salud Rural, del Departamento de Gestión de Cuidados, DIVAP del Ministerio de Salud.

Responsables Técnicos

Dra. Carmen Aravena	Jefa División de Atención Primaria
Juan Ilabaca Mendoza	Jefe Departamento Gestión de los Cuidados
Daniel Molina Mena	Referente técnico del Programa Equidad en Salud Rural, Depto. Gestión de los Cuidados, DIVAP

Consultoras OPS/OMS-MINSAL

Andrea Santana Sánchez	2022 y 2024
Silvia Ortiz Bravo	2023

Editores

Daniel Molina Mena	Referente técnico del Programa Equidad en Salud Rural, Depto. Gestión de los Cuidados, DIVAP
Andrea Santana Sánchez	Enfermera, Mg. Desarrollo Rural, Consultora OPS/OMS

Prólogo

Palabras del Dr. Giovanni Escalante

*Representante de la OPS/OMS
en Chile*

Desde la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), celebramos el valioso esfuerzo desplegado por el Ministerio de Salud de Chile (MINSAL) y sus equipos en todo el país para visibilizar, comprender y fortalecer el componente rural del sistema de salud. Este diagnóstico nacional de Postas de Salud Rural (PSR) y Estaciones Médico Rurales (EMR), no solo aporta información técnica rigurosa, sino que constituye un insumo estratégico para la toma de decisiones orientadas a garantizar una atención primaria de salud de calidad, con pertinencia territorial, cultural y con equidad. Reconocer las brechas en infraestructura, dotación, conectividad y equipamiento es un paso importante para avanzar hacia

soluciones sostenibles y centradas en las personas que habitan en los territorios rurales del país.

Este esfuerzo conjunto entre el MINSAL y la OPS/OMS, se enmarca en una visión compartida: fortalecer los sistemas de salud para avanzar hacia el acceso universal con servicios integrales, resolutivos y culturalmente apropiados, sin dejar a nadie atrás. En ese sentido, el diagnóstico que aquí se presenta se vincula estrechamente con los compromisos de la Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud basada en la Atención Primaria de Salud, con los principios de la Agenda de Salud Sostenible para las Américas (ASSA2030) y con el fortalecimiento de las Redes Integradas de Servicios

de Salud (RISS). La información sistematizada en esta publicación permitirá orientar mejor las inversiones, políticas y acciones intersectoriales necesarias para cerrar brechas históricas y avanzar hacia un desarrollo territorial más justo.

En nombre de la OPS/OMS en Chile, extendiendo un reconocimiento al Ministerio de Salud, a las y los profesionales de las redes asistenciales, a los equipos técnicos de nivel central y a las comunidades que contribuyeron a este diagnóstico. El compromiso demostrado con la salud rural es un ejemplo concreto de cómo la cooperación técnica, el liderazgo público y la participación comunitaria pueden articularse para garantizar el derecho a la salud en todos los rincones del país.



Palabras del **Dr. Bernardo Martorell**

Subsecretario de Redes Asistenciales,

Ministerio de Salud

La salud rural representa uno de los mayores desafíos asociados al aislamiento geográfico, dispersión de la población, dificultades de acceso y una baja cobertura de servicios básicos, pero, a la vez, una oportunidad para fortalecer la equidad y el desarrollo sostenible en nuestro país. En este contexto, la colaboración entre la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) y el Ministerio de Salud (MINSAL) ha sido fundamental para impulsar acciones concretas que mejoren la atención primaria en estas comunidades alejadas y vulnerables.

Desde 2022 hasta 2024, esta alianza estratégica ha centrado sus esfuerzos en apoyar el Programa de Equidad en Salud Rural, trabajando en cuatro ejes de colaboración: el levantamiento de información ac-

tualizada de las Redes de Atención en Salud Rural, la formación de Técnicos en Enfermería de PSR, el bienestar y seguridad de estos funcionarios, y la implementación de normativas técnicas que aseguren la calidad y continuidad de la atención. Este trabajo conjunto ha permitido no solo recopilar datos precisos sobre la infraestructura, gestión y dotación de recursos, sino también evaluar en terreno el estado real de las PSR, que constituyen la red de establecimientos más grande del país.

Este documento es un reflejo de ese proceso colaborativo y de los avances logrados. La actualización de la información, la identificación de brechas en infraestructura y equipamiento, y la implementación de proyectos como la conectividad mediante internet satelital, son

pasos concretos hacia una atención más equitativa y eficiente en las zonas rurales. La participación de las comunidades y los actores locales ha sido clave para definir prioridades y orientar las inversiones necesarias para cerrar brechas y promover el desarrollo local.

Esperamos que este trabajo sirva como una herramienta valiosa para profesionales, gestores y todos quienes trabajan por la salud rural, inspirando nuevas acciones y fortaleciendo el compromiso con la equidad en salud. Porque, en definitiva, mejorar la atención en estas comunidades no solo implica infraestructura y recursos, sino también un profundo compromiso social y una visión compartida de un país más justo y saludable para todos.



► Índice



11	INTRODUCCIÓN
13	METODOLOGÍA
15	CAPÍTULO 1: CONTEXTO SALUD RURAL EN CHILE
25	CAPÍTULO 2: RESULTADOS GENERALES DE PSR
26	2.1. Identificación
29	2.2. Población
34	2.3. Infraestructura
35	2.3.1 PSR según año de construcción
37	2.3.2 PSR según recintos
37	2.3.2.1 Botiquín
39	2.3.2.2 Box de Procedimientos
41	2.3.2.3 Box Ginecológico Obstétrico
43	2.3.2.4 Box Dental
45	2.3.2.5 Recinto de acopio transitorio de residuos (REAS)
47	2.3.2.6 Comedor para el personal
49	2.4. Equipamiento
50	2.4.1 Desfibrilador Externo Automático (DEA)
52	2.4.2 Balón Oxígeno con manómetro y flujómetro
54	2.4.3 Equipo de Oxigenoterapia de traslado con sus medios de fijación
56	2.4.4 Grupo Electrónico
59	2.5. Conectividad
61	2.5.1 Teléfono fijo
63	2.5.2 Teléfono Satelital
65	2.5.3 Celular Institucional
67	2.5.4 PC con conectividad vía Wifi
69	2.5.5 Estación Radial
72	2.6. Gestión
73	2.7. Dotación
76	2.8. Identificación de Estaciones Médico Rurales (EMR)
77	CAPÍTULO 3: RESUMEN Y PROPUESTAS
78	3.1. Resumen de brechas
80	3.2. Propuestas para fortalecer y avanzar en salud rural
85	CONCLUSIÓN
88	REFERENCIAS

Lista de abreviaturas

ACHM	Asociación Chilena de Municipalidades
AID	Agencia Internacional para el Desarrollo
APS	Atención Primaria de Salud
CECOSF	Centro Comunitario de Salud Familiar
CESFAM	Centro de Salud Familiar
CONFUSAM	Confederación Nacional de funcionarios y funcionarias de Salud Municipal
DEIS	Departamento de Estadística e Información en Salud
DEGREYD	Departamento Gestión de Riesgo en Emergencia y Desastre
DSS	Determinantes Sociales de la Salud
EMR	Estación Médico Rural
ENS	Estrategia Nacional de Salud
FONASA	Fondo Nacional de Salud
GES	Garantías Explícitas en Salud
IAAS	Infecciones Asociadas a la Atención de Salud
INE	Instituto Nacional de Estadísticas
MAISF	Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria
MIDESOF	Ministerio de Desarrollo Social y Familia
MINSAL	Ministerio de Salud
NTB	Normas Técnicas Básicas para la Obtención de Autorización Sanitaria de los Establecimientos Asistenciales
ODEPA	Oficina de Estudios y Políticas Agrarias
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de las Naciones Unidas
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PESPI	Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas
PNDR	Política Nacional de Desarrollo Rural
PNDU	Política Nacional de Desarrollo Urbano
PNOT	Política Nacional de Ordenamiento Territorial
PSR	Posta de Salud Rural
PRAPS	Programa de Refuerzo Atención Primaria de Salud
REM	Registro Estadístico Mensual
SEA	Servicio de Evaluación Ambiental
SEREMI	Secretaría Regional Ministerial
SS	Servicios de Salud
TIC	Tecnologías de la Información y la Comunicación

Índice de tablas

Tabla 1: Definiciones y criterios de ruralidad, instrumentos usados en Chile.	16
Tabla 2: Total de familias, población a cargo e inscritos validados por FONASA en PSR, según promedio, mediana, valor máximo y mínimo por PSR, desagregado por SS, año 2024.	30
Tabla 3: Total de población a cargo e inscrita validada por FONASA, según número de PSR por SS.	31
Tabla 4: Número de PSR y población a cargo según tramos de población, año 2024.	33
Tabla 5: PSR con población mayor o igual a 5.000 personas.	32
Tabla 6: Número total de PSR según años de construcción.	35
Tabla 7: PSR con año de construcción más antiguas del país.	36
Tabla 8: Número y porcentaje de PSR por SS, en las que el 50% o más de sus establecimientos presentan una antigüedad igual o superior a 30 años desde su construcción.	36
Tabla 9: Distribución del número y porcentaje de PSR por SS, de acuerdo con criterios establecidos para la identificación de Botiquín.	38
Tabla 10: Distribución del número y porcentaje de PSR por SS según existencia de Box de Procedimientos, variables y porcentaje.	40
Tabla 11: Distribución de número y porcentaje de PSR por SS según existencia de Box Ginecológico Obstétrico y variables.	42
Tabla 12: Distribución de número y porcentaje de PSR por SS según existencia de Box Dental y variables.	44
Tabla 13: Distribución del número y porcentaje de PSR por SS según existencia de recintos para acopio transitorio de REAS y variables.	46
Tabla 14: Número de PSR por SS según existencia de comedores para funcionarios/as, variables y porcentaje.	48
Tabla 15: Distribución de número y porcentaje de PSR por SS según disponibilidad de DEA.	51

Índice de tablas

Tabla 16: Distribución de número y porcentaje de PSR por SS según disponibilidad de Balón Oxígeno con manómetro y flujómetro.	53
Tabla 17: Distribución de número y porcentaje de PSR por SS según disponibilidad de Equipo de Oxigenoterapia de traslado con sus medios de fijación.	55
Tabla 18: Distribución de número y porcentaje de PSR por SS según disponibilidad de grupo electrógeno.	58
Tabla 19: Distribución del número y porcentaje de PSR por SS según disponibilidad de teléfono fijo.	62
Tabla 20: Distribución del número y porcentaje de PSR por SS según disponibilidad de teléfono satelital.	64
Tabla 21: Distribución del número y porcentaje de PSR por SS según disponibilidad de celular institucional.	66
Tabla 22: Distribución del número y porcentaje de PSR por SS según disponibilidad de PC con conectividad vía Wifi.	68
Tabla 23: Distribución del número y porcentaje de PSR por SS según disponibilidad de equipamiento radial VHF.	71
Tabla 24: Número y porcentaje de PSR del país que cuentan con Coordinador Técnico.	72
Tabla 25: Número y porcentaje de PSR con equipo permanente según SS.	74
Tabla 26: Número y porcentaje de PSR que presentan brechas en cuanto a inscripción de población a FONASA, antigüedad de construcción, Box Dental y DEA.	78
Tabla 27: Número y porcentaje de PSR que presentan brechas en las variables de equipamiento, soporte eléctrico y conectividad.	78

► Índice de Gráficos

Gráfico 1: Distribución porcentual de PSR según Macrozona, MINSAL, 2024.	27
Gráfico 2: Distribución del número de PSR por Servicio de Salud, año 2024.	28
Gráfico 3: Distribución porcentual del total de PSR según períodos de años de construcción.	35
Gráfico 4: Distribución del número de PSR por SS según disponibilidad de Botiquín.	37
Gráfico 5: Número total de PSR por SS según disponibilidad de Box de Procedimientos.	39
Gráfico 6: Número total de PSR por SS según disponibilidad de Box Ginecológico Obstétrico.	41
Gráfico 7: Número total de PSR por SS según disponibilidad de Box Dental.	43
Gráfico 8: Número total de PSR por SS según disponibilidad de recintos de acopio transitorio para REAS.	45
Gráfico 9: Número total de PSR por SS según disponibilidad de comedor para funcionarios/as.	47
Gráfico 10: Distribución porcentual del total de PSR según disponibilidad de DEA.	50
Gráfico 11: Distribución porcentual del total de PSR según disponibilidad de Balón de Oxígeno con manómetro y flujómetro.	52
Gráfico 12: Distribución porcentual del total de PSR según disponibilidad de Equipo de Oxigenoterapia de traslado con sus medios de fijación.	54
Gráfico 13: Distribución porcentual del total de PSR según disponibilidad de grupo electrógeno.	57
Gráfico 14: Distribución porcentual del total de PSR según disponibilidad de teléfono fijo.	61
Gráfico 15: Distribución porcentual del total de PSR según disponibilidad de teléfono satelital.	63
Gráfico 16: Distribución porcentual del total de PSR según disponibilidad de celular institucional.	65

Índice de Gráficos

▶ Índice de ilustraciones

Gráfico 17: Distribución porcentual del total de PSR según disponibilidad de PC con conectividad vía Wifi.	67
Gráfico 18: Distribución porcentual del total de PSR según disponibilidad de equipamiento radial VHF.	70
Gráfico 19: Distribución porcentual del total de PSR del país que cuentan con equipo permanente de salud.	73
Gráfico 20: Número de PSR que cuentan con 1 o más TENS en forma permanente, según datos censo año 2017 y 2024.	75
Gráfico 21: Distribución porcentual de PSR que cuentan con 1 o más TENS permanente, censo año 2024.	75
Gráfico 22: Distribución de EMR según SS en comparación de catastros año 2017 y 2024.	76
Gráfico 23: Distribución porcentual de EMR, según Servicios de Salud, catastro 2024.	79
Ilustración 1: Ámbitos de la Política Nacional de Desarrollo Rural, Chile, 2020.	18
Ilustración 2: Mapa conceptual del Programa Salud Rural, DIVAP, MINSAL, año 2024.	24



+ Foto: Andrea Santana, consultora OPS/MINSAL 2024. PSR SANTA VIRGINIA (1992).

Introducción

En el último tiempo hemos asistido a un cambio en lo que tradicionalmente se conceptualiza como ‘lo rural’. De una mirada principalmente silvoagropecuaria, definida como lo ‘no urbano’, se ha transitado a nuevos escenarios rurales con límites políticos y administrativos más difusos con las zonas urbanas, y con desarrollos productivos, culturales y sociales con mayor valor agregado rescatando un arraigo identitario propio de los territorios.

En este contexto, la salud rural se ha visto ante el desafío de adaptarse a los nuevos cambios de una comunidad cada vez con una demanda creciente de atenciones en el lugar que viven, así también con mayor resolutivez, evitando los traslados y el gasto de bolsillo que esto implica.

Dentro de los tipos de establecimientos de Atención Primaria del país, la Posta de Salud Rural (PSR) es el establecimiento más emblemático del mundo rural, siendo a su vez el más numeroso de la red asistencial

representando aproximadamente el 43% de todos los establecimientos públicos del nivel primario. Las postas, escuelas e iglesias suelen conformar tres instituciones que convergen en el centro de las localidades rurales que articulan las identidades locales en el espacio público.

Las PSR constituyen el primer punto de contacto de las comunidades y poblaciones rurales con el sistema de salud y en algunos territorios el único establecimiento representante del Estado, radicando así su importancia en el acceso cercano, oportuno a la atención, favoreciendo la continuidad de cuidados a la población más aislada, pues la distancia a los centros urbanos involucra barreras de entrada a la atención propiamente tal, y también a otros servicios sociales que impactan en salud (MINSAL, 2021).

Se hace necesario, por tanto, mantener actualizada la información del estado de las PSR, de tal manera de definir las principales

brechas para mejorar el estándar en la atención de salud en las comunidades rurales avanzando en el principio de equidad en salud a lo largo de todo el territorio nacional, con dignidad, calidad y seguridad en la atención.

La presente publicación está dirigida a funcionarios de salud, con el propósito de compartir información actualizada al año 2024 de las PSR, trabajo realizado en un esfuerzo conjunto entre OPS/OMS y MINSAL orientado a mejorar el desarrollo de la salud rural en Chile a través del levantamiento de información de las PSR y Estaciones Médico Rurales

(EMR) que permita visibilizar en forma general la situación actual de estos establecimientos, brechas y propuestas que permitan ir fortaleciendo y avanzando con equidad, enmarcados en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria (MAISF), el enfoque territorial, cultural y de Determinantes Sociales de la Salud, así como del Programa de Equidad en Salud Rural en Atención Primaria.

Se revisará primero la metodología utilizada, en segundo lugar, referencias al marco conceptual de salud rural para de esta forma dar un contexto hacia donde el Programa de Salud Rural se debe ir enfocar-

do. Luego, a modo general, se mostrarán los datos obtenidos de este censo levantado por los Servicios de Salud (SS), de acuerdo con las siguientes variables; identificación de las PSR, población, infraestructura, equipamiento, conectividad, gestión y dotación.

La información se presenta desagregada por país y SS. Para revisar en detalle la información de las comunas y PSR, se podrá consultar la base de datos y el Informe Ejecutivo sobre “Levantamiento de Información de Postas de Salud Rural” (MINSAL, 2024), complementarios a este documento.





+ Actividad en terreno de PSR Coyancahuín, Comuna de Purén.
Foto: Bernarda González, Referente Técnico Programa Salud Rural, SS Araucanía Norte, 2020.

+ Arriba: PSR Villa Baviera, Comuna de Parral, SS de Maule. Foto: Carolina López, Referente Técnico Programa Salud Rural, SS Maule, 2024.
Abajo: PSR Socaire, comuna San Pedro Atacama, más de 50 años de construcción, SS Antofagasta. Foto: Andrea Santana, consultora OPS/MINSAL 2024.

El proceso de levantamiento de información de PSR y EMR se llevó a cabo entre los años 2022 y 2024¹ a través de una serie de acciones donde participaron los SS, las comunas, los equipos rurales y distintas instancias al interior del MINSAL. En el primer año, se recopila y sistematiza la información de catastros realizados de diversas unidades y departamentos del MINSAL, entre ellos el realizado por la División de Atención Primaria (DIVAP) el año 2017.

Posterior a ello, se definen las variables y se elabora el instrumento para la recolección de datos, acorde al Programa Médico Arquitectónico (PMA) y Programa Médico de Equipamiento (PME) definidos en la Norma

Metodología

¹Bajo la modalidad de Consultoría OPS/MINSAL.



Prototipo de arquitectura del Servicio de Salud Los Ríos, PSR Rupumeica Bajo, comuna Lago Ranco, 2022, SS. Los Ríos.
Foto: Andrea Santana, consultora OPS/MINSAL 2024.

Técnica². La información fue solicitada a los directores de los SS del país a través de un ordinario desde DIVAP³. En este proceso de reporte y contrastación de datos participaron activamente los referentes de salud rural de los 28 SS que cuentan con PSR.

La matriz que recopiló la información consideraba las siguientes variables:

PSR Malalcahuello, Comuna de Curacautín, SS de Araucanía Norte, 2012.
Foto: Bernarda González, Referente Técnico Programa Salud Rural, SS Araucanía Norte, 2024.



Variable	Descripción
1) Identificación	Se identifica cada PSR, por macrozona, Servicio de Salud y comuna a la cual pertenece.
2) Población	Se identifica el número de familias, población a cargo en inscritas validadas por FONASA.
3) Infraestructura	Se identifica el año de construcción, si PSR cuenta con autorización sanitaria, Botiquín, Box de procedimiento, Box ginecológico, Box dental, recinto para acopio de Residuos Establecimientos de Atención en Salud (REAS) y comedor para el personal.
4) Equipamiento	Se identifica si PSR cuentan con equipo DEA (operativo), oxigenoterapia y Grupo electrógeno (operativo).
5) Conectividad	Se identifica si PSR cuentan con algún tipo de telefonía (Fija, satelital y celular institucional), así como computador de escritorio con conexión a Wifi. Junto con ello, se incluye equipos de radio VHF y Antena (operativos).
6) Gestión	Se identifica si PSR cuentan con coordinador técnico acorde a lo definido en la Norma Técnica.
7) Dotación	Se identifica el número de PSR que cuentan con TENS y equipo de salud permanente

²Norma Técnica Postas de Salud Rural, MINSAL, 2021.
³Ordinario C51 N° 4347, del 13.12.2023. Subsecretaría de Redes Asistenciales.

Capítulo 1

CONTEXTO SALUD RURAL EN CHILE





La ruralidad en Chile se ve influenciada por múltiples factores geográficos y culturales que configuran una amplia variedad de espacios rurales en nuestro país. Sin embargo, esta diversidad no ha sido adecuadamente abordada por la política pública, la cual tiende a considerar estos territorios como homogéneos y definidos simplemente como aquello que existe más allá del límite urbano. El significado de la ruralidad varía según el contexto, tanto desde la perspectiva de las instituciones del Estado como desde la experiencia de las comunidades que la vivencian, en función de las particularidades de cada territorio.

La ausencia de una definición de ruralidad con pertinencia territorial en Chile ha determinado la necesidad de establecer

definiciones operacionales para los diferentes programas públicos, identificándose diversas interpretaciones del territorio rural. Las principales definiciones usadas actualmente son:

- i) Aquellas descritas por la Ley General de Urbanismo y Construcciones (LGUC).
- ii) La establecida por el INE que, aunque no es oficial, es la definición más utilizada.
- iii) La más reciente es la propuesta por la Política Nacional de Desarrollo Rural (PNDR).

En la Tabla 1, se presentan cada una de las anteriores definiciones, los criterios usados y los Ministerios que las tienen incorporada en sus programas (Comisión Interministerial de Ciudad, Vivienda y Territorio, 2020).

Tabla 1: Definiciones y criterios de ruralidad, instrumentos usados en Chile.

Política, normativa o instrumento	Definición	Criterios	Escala	Ministerios
LGUC/OGUC	Territorio ubicado fuera del límite urbano (Art. 1.1.2., OGUC).	Línea imaginaria que diferencia el área urbana del territorio rural.	Sub-comunal	MINVU, MTT, MINEDUC, MBN, MOP
INE	Asentamiento humano con población menor o igual a 1.000 habitantes, o entre 1.001 y 2.000 habitantes, donde más del 50% de la población que declara haber trabajado se dedica a actividades primarias.	Tamaño poblacional, población que declara haber trabajado y características geográficas.	Sub-comunal	MTT, MINEDUC, MBN, MINERÍA, MINVU
PNDR	Territorio caracterizado por una densidad poblacional inferior a 150 habs./km ² con una población máxima de 50.000 habitantes, cuya unidad básica de organización y referencia es la comuna.	Densidad poblacional.	Comunal	MINAGRI, MBN



Según datos del Instituto Nacional de Estadísticas (INE), la proyección de la población rural para el año 2024 es de 2.261.400 habitantes, lo que equivale al 11,3% de la población total del país (INE, 2024). Sin embargo, al aplicar el criterio de ruralidad definido por la PNDR, se estima que el 25,5% de los chilenos vive en comunas rurales –263 de las 346 comunas del país–, las cuales abarcan aproximadamente el 83% del territorio nacional. Estas áreas enfrentan desafíos comunes, como la lejanía de los grandes mercados, la migración hacia zonas urbanas, las dificultades de acceso, la transformación de los patrones de producción y comercialización de materias primas, la menor oferta de bienes, servicios públicos y privados respecto a los centros urbanos, la baja diversificación económica, y la necesidad de una mayor valora-

ción y protección de su patrimonio cultural y natural.

Si bien en las últimas décadas Chile ha mostrado avances significativos en la reducción de la pobreza, según datos de la encuesta CASEN aún persisten disparidades entre las áreas urbanas y rurales. Entre 2006 y 2017, la pobreza por ingresos en las zonas rurales disminuyó del 51,8% al 16,5 %, lo que representa un progreso importante; sin embargo, esta cifra sigue siendo superior a la registrada en las áreas urbanas, donde alcanzó el 7,4% en 2017. Más aún, al analizar los indicadores de pobreza multidimensional, se observa una mayor incidencia en las zonas rurales: en 2022, ésta afectó al 27,96% de la población rural, en comparación con el 15,54% en zonas urbanas. Estos datos son solo una muestra de algunos indicadores que evi-

dencian las brechas –y, por tanto, las inequidades– aún presentes en el mundo rural chileno.

La PNDR promueve un cambio de paradigma al abordar las brechas y riesgos presentes en los territorios rurales, poniendo especial énfasis en las oportunidades actuales y futuras de las distintas zonas del país. Reconoce y valora la diversidad de actividades productivas (como la agricultura, pesca, turismo, artesanía, energía y minería), la riqueza natural (biodiversidad, áreas silvestres, paisajes, entre otros) y la diversidad cultural (gastronomía, oficios, interculturalidad, fiestas, tradiciones y arquitectura) (INE, 2024). Además, establece una estructura de acción a mediano y largo plazo orientada a mejorar las condiciones de vida de las personas que habitan territorios rurales, facili-

tando el acceso a bienes y servicios esenciales como agua, vivienda, transporte, conectividad, educación y salud. La política también impulsa una mayor inversión en infraestructura y en instrumentos de fomento productivo, con el fin de fortalecer y dinamizar las economías locales, mejorar la gestión de riesgos, y promover un uso sostenible de los recursos naturales en el contexto del cambio climático, todos ellos reconociendo y valorando la diversidad de identidades locales que caracterizan a la ruralidad en Chile.

Por tanto, el objetivo general de esta política es mejorar la calidad de vida y aumentar las oportunidades de la población que habita

en territorios rurales, generando las condiciones adecuadas para su desarrollo integral. Esto se busca mediante la adopción gradual, planificada y sostenida de un modelo que promueve un accionar público con enfoque territorial e integrado en distintos niveles, fomentando sinergias entre iniciativas públicas, privadas y de la sociedad civil. De este modo, se contribuye a un mayor equilibrio territorial en el país, con especial énfasis en potenciar el desarrollo sostenible de los asentamientos poblados de menor tamaño (Comisión Interministerial de Ciudad, Vivienda y Territorio, 2020), Ilustración 1.

Ilustración 1:

Ámbitos de la Política Nacional de Desarrollo Rural, Chile, 2020.



Fuente: Política Nacional de Desarrollo Rural, 2020.
Comisión Interministerial de Ciudad, Vivienda y Territorio.



✚ Sector río Bueno, PSR LLancacura, comuna de La Unión, SS Los Ríos.
Foto: Andrea Santana, consultora OPS/MINSAL 2024.

La situación de salud de las personas no está determinada únicamente por factores individuales, sino por un conjunto de variables en constante interacción dentro de un entorno cambiante, las cuales se expresan en desigualdades e inequidades. Estos factores influyen en los resultados de salud de los distintos grupos sociales, en función de las diversas oportunidades que tienen las personas para desarrollarse a lo largo de su vida y disfrutar de un buen estado de salud.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) los determinantes sociales de la salud (DSS) hacen referencia tanto a características estructurales como a las condicio-

nes de vida que explican en gran medida las inequidades sanitarias entre países y dentro de ellos. Estos determinantes incluyen, entre otros, la distribución del poder, los ingresos y los bienes y servicios, así como las circunstancias que rodean la vida de las personas, tales como su acceso a la atención sanitaria, la escolarización y la educación, sus condiciones de trabajo y ocio, el estado de su vivienda y su entorno físico. La expresión “determinantes sociales” resume el conjunto de factores sociales, políticos, económicos, ambientales y culturales que ejercen una influencia decisiva sobre el estado de salud (OPS, 2024).

Otra de las características de las comunidades rurales es la intercul-

turalidad. El primer paso para comprenderla es reconocer que existen variadas formas de definir este concepto. El enfoque intercultural ha sido objeto de actualizaciones y redefiniciones conceptuales a lo largo del tiempo; lo que se entendía por interculturalidad hace 20 años difiere significativamente de los enfoques actuales, los cuales aún no son necesariamente materia de consenso entre los distintos actores sociales.

La Observación General N.º 14 de la ONU sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (Organización Naciones Unidas, 2000) establece como elemento fundamental para el ejercicio de este derecho la aceptabilidad. En relación



+ Cultivo de medicina tradicional, comuna de Cañete.
Foto: Teresa Ulloa, Referente Técnico Programa Salud Rural, SS Arauco.

con este principio, señala que:

“Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades”.

Desde esta perspectiva, contar con servicios culturalmente apropiados es un componente indispensable para el ejercicio efectivo del derecho a la salud. La diversidad cultural interpela al sistema de salud, exigiendo una mayor visibilidad y comprensión de las particularidades propias de las personas y comunidades, incluyendo la dimensión cultural de la salud.

Una definición que recoge de mejor forma estos elementos es aquella que entiende la interculturalidad como ***“Una relación entre culturas dinámicas, tendientes a la simetría en la interacción, al respeto al otro y la diversidad cultural, no como una forma de asimilación cultural. Esto incluye un espacio de negociación simbólica, pero no se reduce exclusivamente al ámbito cultural. Este enfoque debe primar a la hora de desarrollar acciones en relación con otro, indígena o extranjero, que tienen sus propias particularidades, en un espacio de aprendizaje común”.*** (MINSAL, 2017).

Este marco promueve el diálogo entre culturas, reconoce las relaciones de poder desiguales que

existen entre ellas y plantea un cuestionamiento activo de dichas condiciones.

El enfoque intercultural, por tanto, implica ampliar la mirada y comprender que la interculturalidad requiere del involucramiento de todos, más allá de los usuarios del sistema público de salud. En este sentido, la participación activa de quienes forman parte del sector –como funcionarios, profesionales, personal administrativo y equipos en general– es fundamental. Este involucramiento se concibe como una relación donde todas las personas contribuyen a construir vínculos respetuosos, y donde el personal de salud se convierte en un sujeto de aprendizaje en su interacción con un otro diverso en sus concepciones de salud, enfer-



medad, autocuidado y procesos de atención (MINSAL, 2017).

La aplicación de este enfoque requiere un cambio profundo en la cultura institucional del sector salud, lo que implica cuestionar el modelo convencional desde el cual se ejerce la medicina occidental. Esto significa ***“trascender el paradigma biomédico y reconocer que existen otros paradigmas, otros sistemas de salud, otros modelos de conocimientos y un conjunto organizado de prácticas con sus respectivas formas de entender y resolver los problemas de salud”*** (MINSAL, 2016).

Actualmente, comprendemos que este enfoque debe ampliarse, especialmente considerando la configuración social del Chile contemporáneo, marcada por procesos migratorios y profundas transformaciones sociales y culturales. Estas dinámicas imponen

nuevas exigencias en materia de adecuación de los servicios de salud. En este contexto, trabajar desde un enfoque intercultural conlleva necesariamente procesos permanentes de negociación y mediación con las personas usuarias del sistema salud. Esto implica un reconocimiento abierto de la necesidad de construir espacios de participación y colaboración continua, entendiendo la interculturalidad como un enfoque relacional, en el cual la diferencia cultural debe ser vista como una oportunidad de enriquecimiento social, y no como un factor de subordinación de un grupo sobre otro. Este enfoque promueve el respeto, la inclusión y la buena convivencia.

Por otra parte, se reconoce que el sistema de salud en Atención Primaria es coherente con el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comuni-

taria (MAISF), cuyos principios fundamentales son centrado en las personas, integralidad y continuidad de la atención. En este marco, la Red Asistencial debe funcionar como un sistema dinámico y flexible, capaz de adaptarse a las necesidades de salud de las personas y comunidades, reduciendo la fragmentación del cuidado, mejorando la accesibilidad y evitando la duplicación de servicios. Considerando esta premisa, en las zonas rurales se hace más evidente la fragmentación de las prestaciones de salud, lo que agudiza las inequidades existentes. La principal barrera de acceso es el aislamiento geográfico, al que se suman la desigual distribución del personal de salud y las diferencias en la asignación de recursos dispuestos por las entidades administradoras de salud municipal en los diferentes territorios.



✦ Entrada a PSR Melefquen, Panguipulli.
Foto: Andrea Santana, consultora OPS/
MINSAL 2024.

Bajo este marco referencial, se observa que la ruralidad en Chile está marcada por una gran diversidad en el desarrollo integral de sus comunidades. Esto representa desafíos permanentes para el sistema de salud en el nivel primario, especialmente en su capacidad para otorgar prestaciones con enfoque en los determinantes sociales, el enfoque territorial y la pertinencia cultural. La incorporación de estas miradas requiere reconocer las particularidades de cada territorio, en cuanto a sus necesidades, estilos de vida y cultura. Por tanto, en el diagnóstico, la planificación y la ejecución de acciones de salud deben considerarse elementos clave como los cambios sociodemográficos del mundo rural (por ejemplo, el envejecimiento de la población rural), la diversidad cultural (comunidades indígenas, campesinas, migrantes nacionales e internacionales, comunidades costeras, entre otras), los cambios en las bases productivas, el cambio climático, y los eventos de emergencias y desastres que impactan de forma significativa al mundo rural.

En Chile, parte de la historia de la Salud Pública –y en particular de la Atención Primaria– evidencia avances importantes en el abordaje de estas realidades. A partir de 1990, se reorientaron las políticas

del sector salud para mejorar tanto la cobertura como la calidad de las acciones en los establecimientos de Atención Primaria ubicados en zonas rurales. Esta reorientación priorizó la resolución de situaciones urgentes, comenzando con un diagnóstico del sector rural y la implementación de tres grandes líneas de intervención: el Programa de Reforzamiento de Sectores Rurales, el Programa de Salud Rural, y el Proyecto MINSAL/AID/Rural, que corresponde a un Programa de Salud y Bienestar Familiar en sectores rurales pobres. Estas iniciativas incluyeron financiamiento específico para movilización, dotación de personal e infraestructura (MINSAL, 1994). Su objetivo principal fue mejorar el acceso a la atención en salud de la población rural, reactivando de esta manera el Programa de Salud Rural.

Otro hito importante en esta historia fue el año 2009, cuando el gobierno impulsó una iniciativa para identificar los determinantes sociales presentes en los territorios locales, con el objetivo de abordar las desigualdades desde su origen. Se definieron 92 comunas vulnerables y, desde el MINSAL, se diseñó un Plan de 90 días con 9 líneas de acción prioritarias para estas comunas. Se conformaron equipos de trabajo comunales y regionales, con el propósito de programar, identificar e intervenir



las principales barreras de acceso al sistema de salud y a las garantías sociales del sistema integral de protección social en cada una de las 92 comunas vulnerables (MINSAL, 2009). Esta iniciativa buscó avanzar en el cierre de brechas en equidad territorial.

Posteriormente, en 2017, se firmó un Protocolo de Acuerdo Tripartito entre los equipos de trabajo de la Confederación Nacional de Funcionarios de Salud Municipal (CONFUSAM), la Asociación Chilena de Municipalidades (ACHM) y el Ministerio de Salud (MINSAL). En él se reconocieron los avances de los acuerdos suscritos en 2014, se identificaron logros alcanzados y se abordaron nuevos desafíos de la APS Municipal. En particular, se destacó la importancia de proveer un servicio de salud con cobertura nacional en el ámbito rural, reconociendo que el ejercicio del campo clínico rural presenta características distintas a las del entorno urbano. Entre los principales puntos acordados se incluyen: Actualización del catastro de

brechas de infraestructura en PSR; Actualización de las Normas Técnicas de las PSR y del Programa Médico Arquitectónico; Propuesta de lineamientos para una Política Nacional de Inversiones en Salud Rural.

En relación con este último punto, el informe de Catastro 2017 proporcionó una línea base de las condiciones generales de las PSR. Este informe propuso iniciativas como la reposición⁴, mejoramiento y/o normalización⁵ de establecimientos. Se enviaron instrucciones formales a los 29 Servicios de Salud del País, priorizando 183 PSR según variables como el año de construcción, autorización sanitaria y cantidad y condición de los recintos existentes (MINSAL, 2018).

La actualización de la Norma Técnica para las PSR fue aprobada mediante resolución en el año 2021. Esta norma establece que el propósito de estos establecimientos es contribuir a la satisfacción de las necesidades de salud de

✦ Actividad de promoción "Disfruta el verano".
PSR Las Huellas, comuna de Los Lagos,
SS Los Ríos.
Foto: Dorka Norambuena, encargada salud rural
comuna de Los Lagos, 2024.

⁴Considera reponer las PSR existentes, en el mismo terreno y/o cambio de localización. Informe Catastro, MINSAL, año 2018.

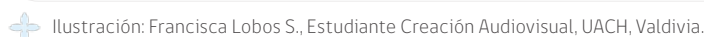
⁵Se relaciona con aquellos arreglos en infraestructura que están asociadas a mejorar las condiciones existentes y/o tendientes a normalizar el funcionamiento del dispositivo, Informe Catastro, MINSAL, año 2018.

Se destaca que las PSR constituyen el tipo de establecimiento de Atención Primaria con mayor presencia en la red pública, estando ubicadas en al menos el

Por otra parte, las Estaciones Médico Rurales (EMR) se definen como centros destinados a la atención básica ambulatoria, cuyo espacio físico es cedido por la comunidad y que formalmente no tienen la categoría de 'establecimiento de salud'. Estas estaciones no cuentan con personal auxiliar permanente, sino que son atendidos por un Equipo de

Desde las instituciones del Estado, trabajar en el área de salud rural implica la gestión e integración de múltiples ejes y lineamientos interconectados, que dependen de distintos sectores gubernamentales. Esto requiere un trabajo coordinado y eficiente. Para visualizar esta complejidad, la División de Atención Primaria del MINSAL ha desarrollado un mapa conceptual, el cual representa la red de líneas de trabajo, organizadas en ocho ejes centrales (Ilustración 2).

Mapa conceptual del Programa Salud Rural,
DIVAP, MINSAL, año 2024.

 24

Capítulo 2

RESULTADOS GENERALES DE PSR





PSR Coyancahuín, Comuna de Purén, SS de Araucanía Norte, 2023. +
Foto: Bernarda González, Referente Técnico Programa Salud Rural,
SS Araucanía Norte, 2024.

A continuación, se presentan los resultados generales del levantamiento de información sobre PSR.

► 2.1. Identificación

El catastro incluye un total de 1.106 PSR, todas registradas en el Departamento de Estadística e Información de Salud (DEIS). Se excluyeron 13 establecimientos por las siguientes razones: una continúa funcionando como EMR; otra se transformó en un CESFAM; dos no cuentan con código DEIS; dos cerraron el año 2024; dos poseen código DEIS, pero no existen físicamente; y cinco están reconocidas por el MINSAL como CECOSF, aunque aún falta el proceso administrativo por parte del Servicio de Salud correspondiente para formalizar el cambio de tipo de establecimiento.

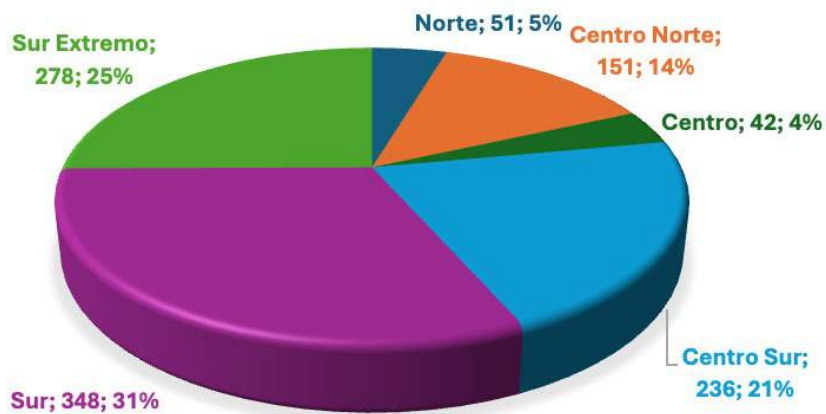
Del total de 1.106 PSR identificadas:

- El 31% (348) se encuentran en la macrozona Sur.
- El 25% (278) en la macrozona Sur Extremo.
- El 21% (236) en la macrozona Centro Sur.
- El 14% (151) en la macrozona Centro Norte.
- El 5% (51) en la macrozona Norte.
- El 4% (42) en la macrozona Centro.

Estos datos se resumen visualmente en el Gráfico 1.

► **Gráfico 1:**

Distribución porcentual de PSR según Macrozona, MINSAL, 2024.



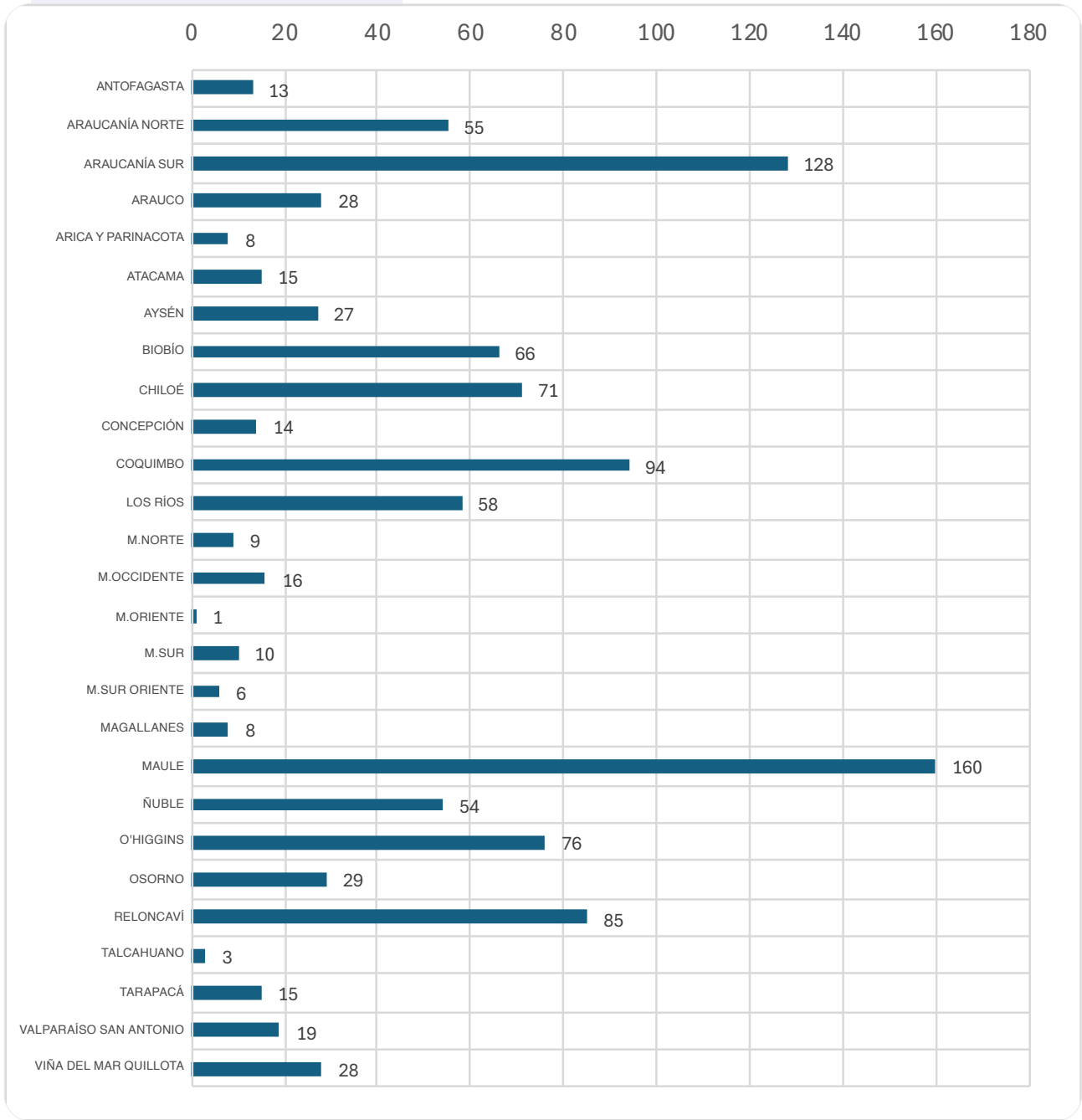
PSR Segundo Ponce, Comuna de Huasco, SS de Atacama, 2009. +
Foto: Rosa Ferras, Referente Técnico Programa Salud Rural, SS Atacama, 2024



En el Gráfico 2 se presentan los SS en relación con la cantidad de PSR presentes en sus respectivos territorios. Los datos muestran que el mayor porcentaje de postas se concentra en el SS Maule, con un 14,5% (160) del total nacional, seguido por el SS Araucanía Sur con un 11,6% (128), el SS Coquimbo con un 8,5% (94) y el SS Reloncaví con un 7,7% (85).

Finalmente, del total de 345 comunas del país⁷, se identificó que 264 comunas (77%) cuentan con al menos una PSR en su territorio.

Gráfico 2:
Distribución del número de PSR
por Servicio de Salud, año 2024.



⁷Base de comunas del país, disponible en: <https://www.odepa.gob.cl/dpto-desarrollo-rural/herramientas/ruralidad-en-chile#:~:text=De%20las%20de%20las%20comunas,%2C6%25%20del%20territorio%20regional>. 28



+ Localidad Aiquina, comuna de Calama
Foto: Andrea Santana, consultora OPS/MINSAL 2024.

2.2. Población

Para el análisis de la variable “Población”, los datos presentados en las tablas y gráficos consideran información por cada PSR en cuanto a: número de familias⁸, población a cargo⁹ e inscritos validados por FONASA. Esta información fue segmentada en tramos de población, conforme a lo establecido en la Metodología de preparación, evaluación y priorización de proyectos de Atención Primaria de Salud del MIDESOF, la cual define los estándares de población utilizados para la construcción o reposición de una PSR (MIDESOF, 2013).

Los tramos definidos para el análisis fueron los siguientes:

- Menor a 499 personas.
- Entre 500 y 2.000 personas.
- Entre 2.001 y 3.000 personas.
- Entre 3.001 y 5.000 personas.
- Mayor a 5.001 personas.
- PSR sin información.

Al revisar los datos del catastro del año 2017, se consideraron un total de 1.074 PSR. En ese análisis, se utilizaron tramos diferentes para clasificar la población a cargo, obteniendo los siguientes resultados:

- 137 PSR con una población a cargo superior a 2.000 personas.
- 96 PSR con población entre 2.000 y menor a 3.500.
- 20 PSR con población entre 3.500 y 5.000.
- 21 PSR con más de 5.000 personas a cargo, lo que representaba un 2% del total de PSR consideradas en ese catastro.

De acuerdo con la información actualizada por los referentes de cada Servicio de Salud al mes de septiembre de 2024, la población a cargo total en las 1.106 PSR activas corresponde a 939.806 personas.

De ese total:

- 303.209 familias se encuentran inscritas.
- 737.952 personas cuentan con inscripción validada por FONASA

Como se presenta en la Tabla 2, en promedio, cada PSR atiende a:

- 287 familias.
- 884 personas a cargo.
- 767 inscritos validados por FONASA.

⁸Se define como el Número de Familias inscritas en una PSR, NT para PSR, MINSAL, 2021.

⁹Se define como el Número de personas inscritas en una PSR, NT para PSR, MINSAL, 2021. Que difiere en términos conceptuales a la Población Inscrita validada por FONASA.

Destaca el SS Maule, que no solo cuenta con el mayor número de PSR a nivel nacional (160 establecimientos), sino también con el mayor número de familias y población a cargo. En contraste, el SS Metropolitano Oriente, con una sola PSR en su territorio, presenta los valores mínimos tanto en familias como en población a cargo (Tabla 2 y Tabla 3).

Finalmente, en relación con la población inscrita validada por FONASA, los SS con mayor proporción de inscritos en comparación con su población a cargo son: Araucanía Sur, Magallanes, Ñuble, Osorno y Talcahuano.

Tabla 2:
Total de familias, población a cargo e inscritos validados por FONASA, según promedio, mediana, valor máximo y mínimo por PSR, año 2024.

Nº Total PSR catastro: 1.106	Nº de Familias	Población a cargo	Población inscrita validada FONASA
Total	303.209	939.806	737.952
Promedio por PSR	287	884	767
Mediana	187	561	462
Máxima	4.583	18.330	18.330
Mínima	0	14	0
Sin Información	45	43	143

Cabe destacar, que del total de 1.106 PSR:

- Existen un total de 22 PSR (2%) que no cuentan con población inscrita validada por FONASA.
- 143 PSR presentan falta de información en esta variable.
- 283 PSR (26%) tienen toda su población a cargo inscrita y validada en FONASA.



Mapa territorial PSR Puerto Ramirez, comuna de Palena. +
Foto: Daniel Molina M., Referente Técnico DIVAP, MINSAL.



Mapa territorial, ubicación de familias a cargo, PSR Choroico, Comuna de Nacimiento, SS Bio Bio +
Foto: Andrea Santana, consultora OPS/MINSAL 2024.

» **Tabla 3:**

Total de población a cargo e inscrita
validada por FONASA, según número de
PSR por SS.

Servicios de Salud	NºPSR	Nº de Familias	Promedio Familias a cargo	Población a cargo	Promedio Población a cargo	Población inscrita validada FONASA	% Población inscrita/ Población a cargo
ACONCAGUA	10	2.042	204	6.862	686	1.280	19%
ANTOFAGASTA	13	2.026	156	5.739	441	5.400	94%
ARAUCANÍA NORTE	55	8.022	146	27.110	493	20.307	75%
ARAUCANÍA SUR	128	39.058	305	100.263	783	100.116	100%
ARAUCO	28	8.518	304	27.134	969	22.184	82%
ARICA Y PARINACOTA	8	3.725	466	11.873	1.484	6.283	53%
ATACAMA	15	3.099	207	10.125	675	7.677	76%
AYSÉN	27	4.699	174	14.078	521	1.848	13%
BIOBÍO	66	17.480	265	56.704	859	53.153	94%
CHILOÉ	71	10.740	151	29.539	416	8.486	29%
CONCEPCIÓN	14	3.605	258	11.482	820	9.694	84%
COQUIMBO	94	18.654	198	60.078	639	43.433	72%
O`HIGGINS	76	30.238	398	97.506	1.283	81.949	84%
LOS RÍOS	58	12.234	211	40.752	703	25.669	63%
MAGALLANES	8	581	73	1.477	185	1.477	100%
MAULE	160	51.728	323	151.517	947	115.611	76%
M. ORIENTE	1	50	50	200	200	0	0%
M. NORTE	9	3.379	375	13.469	1.497	3.572	27%
M. OCCIDENTE	16	10.584	662	35.466	2.217	30.808	87%
M. SUR	10	9.449	945	32.385	3.239	28.662	89%
M. SUR ORIENTE	6	1.376	229	4.911	819	3.235	66%
ÑUBLE	54	13.788	255	38.304	709	40.183	105%
OSORNO	29	4.724	163	13.595	469	14.161	104%
RELONCAVÍ	85	19.713	232	64.153	755	39.115	61%
TALCAHUANO	3	987	329	5.982	1.994	7.005	117%
TARAPACÁ	15	3.808	254	10.376	692	8.180	79%
VALPARAISO SAN ANTONIO	19	5.011	264	14.875	783	13.363	90%
VIÑA DEL MAR QUILLOTA	28	13.891	496	53.852	1.923	45.101	84%
Total	1.106	303.209	8.092	939.806	27.200	737.952	

Al dividir la población por tramos¹⁰, se observa en la Tabla 4 que, de las PSR con información disponible (1.063), un 45% (481) tiene a cargo una población menor a 499 personas, mientras que un 46% (488) administra una población entre 500 y 2.000 personas. Ambas situaciones cumplen con los criterios definidos tanto en la Norma Técnica para PSR como en la metodología MIDESOF.

Tabla 4:
Número de PSR y población a cargo según tramos de población^{11,12,13} año 2024

Tramo Población a cargo	NºPSR	%	Total Personas
Menor a 499	481	45%	131.658
Entre 500 a 2.000	488	46%	483.669
Entre 2.001 a 3.000	52	5%	128.096
Entre 3.001 a 5.000	34	3%	129.010
Mayor a 5.001	8	1%	67.373
PSR sin información	43		
Total	1.106	100%	939.806



Mapa territorial, ubicación de familias a cargo, +
PSR Toconao, comuna San Pedro de Atacama,
SS Antofagasta.
Foto: Andrea Santana,
consultora OPS/MINSAL 2024.

¹⁰Definido en la metodología de este catastro.

¹¹Se utilizan tramos de población acorde a lo señalado por MIDESOF en "Metodología para la formulación y evaluación social de Atención Primaria", tramos; 500-2.000 corresponde a PSR; mayor a 2.000 Centros de Salud, existiendo centros de salud para una población de 5.000, 10.000 y 30.000; disponible en: https://sni.gob.cl/storage/docs/20240626-_-Metodologia_Atencion_Primaria_Salud.pdf

¹²Complementaria a metodología de MIDESOF, se utiliza criterio Norma Técnica para PSR, donde reconoce estos establecimientos con poblaciones hasta 2.000 personas a cargo.

¹³El criterio de población reconocida para cobertura de la estrategia Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF) desde 2.000 a 5.000 personas, está de acuerdo con la "Guía para la presentación de Proyectos: Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF), MINSAL-MIDESO, 2015.

Por otra parte, se identificó un total de 94 PSR que actualmente registran una población a cargo superior a lo establecido en la NT para este tipo de establecimientos. De acuerdo con los tramos definidos y considerando el total de 1.106 PSR, un 9 % (94 PSR) atiende a una población a cargo entre 2.001 y 5.000 personas. Asimismo, existen 8 PSR que presentan una población a cargo superior a 5.000 personas.

Estas situaciones, detalladas en las Tablas 4 y 5, deberían ser revisadas por los SS respectivos, con el objetivo de evaluar su eventual cambio de tipología, avanzando hacia CECOSF o CESFAM. Esta revisión, deberá considerar la formulación de proyectos de inversión que garanticen condiciones adecuadas de calidad y seguridad en la atención para las personas que viven en esos territorios.

Tabla 5:
PSR con población mayor o igual a 5.000 personas

MACRO ZONA	Servicio de Salud	Comuna	Nombre PSR	Nº de Familias de la PSR	Pobl. a cargo	Pobl. inscrita validada FONASA
NORTE	ARICA Y PARINACOTA	Arica	Poconchile	2.928	9.662	5.327
SUR	TALCAHUANO	Talcahuano	Tumbes	542	5.537	5.537
CENTRO	M. OCCIDENTE	Melipilla	Bollenar	2.226	7.345	7.345
CENTRO	M. SUR	Buín	El Recurso	2.419	7.984	7.984
CENTRO	M. SUR	Calera de Tango	Santa Inés	1.658	5.470	5.470
CENTRO SUR	O`HIGGINS	Marchihue	Rinconada de Alcones	1.810	5.007	5.007
CENTRO SUR	O`HIGGINS	Chimbarongo	Peor es Nada	2.435	8.038	8.038
CENTRO NORTE	VIÑA DEL MAR QUILLOTA	Quintero	Loncura	4.583	18.330	18.330

2.3. Infraestructura

La Resolución N° 43 del 26.12.2002¹⁴, del Servicio de Impuestos Internos (SII), especifica que la vida útil de una construcción para establecimientos de salud dependerá del tipo de material de construcción, por ejemplo, si es madera, hormigón u otros. En el caso de las PSR, esta vida útil se estima en un rango de 10 a 30 años.

En cuanto a la vida útil del equipamiento clínico, se considera un periodo estimado entre 5 a 10 años, dependiendo del tipo de equipo. Esta estimación se relaciona con la fecha de aprobación del reglamento sobre el Sistema de Acreditación de Establecimientos de Salud (Superintendencia de Salud, 2007) el cual define el proceso mediante el cual se evalúa el cumplimiento, por parte de los prestadores institucionales, de los estándares

mínimos fijados con el objetivo de garantizar que las prestaciones de salud alcancen la calidad requerida para la seguridad de los usuarios y usuarias.

Dichos estándares abarcan todos los aspectos que inciden en la seguridad de las prestaciones de salud, tales como:

- Condiciones sanitarias.
- Requisitos de seguridad de instalaciones y equipos.
- Mantenimiento y calibración del equipamiento.
- Aplicación de técnicas y tecnologías adecuadas.
- Dotación de personal, su calificación y cobertura.
- Cumplimiento de protocolos de atención.

- Otros aspectos relevantes para resguardar la seguridad del usuario.

En este contexto, el análisis de la información sobre infraestructura se presenta según los siguientes criterios de cortes en relación con el "año de construcción":

- Identificación del Número de PSR agrupando por décadas según año de construcción.
- Año de construcción menor a 10 años (mayor al año 2014).
- Año de construcción menor a 30 años (menor al año 1994).
- Otra variable que se revisa en relación con el año de construcción es la fecha del reglamento para sistema de acreditación establecimientos de salud, Superintendencia de Salud, 2007.

A su vez, los datos se muestran en forma de resumen por SS, incluyendo el número de PSR, su año de construcción y el correspondiente período de antigüedad.

También se presentan los antecedentes reportados sobre la presencia de recintos específicos dentro de las PSR, los cuales fueron priorizados debido a su relevancia directa en el proceso de Acreditación de Establecimientos de Salud, así como su vinculación con el año de construcción, considerando los cambios en las normativas de edificación y regulaciones sanitarias.

Los recintos considerados en este análisis son los siguientes:

- Botiquín.
- Box de procedimientos.
- Box ginecológico obstétrico.
- Box dental.
- Recinto de acopio para residuos (REAS).
- Comedor para el personal.



¹⁴Disponible en: https://www.sii.cl/pagina/valores/bienes/tabla_vida_enero.htm

2.3.1

PSR según año de construcción

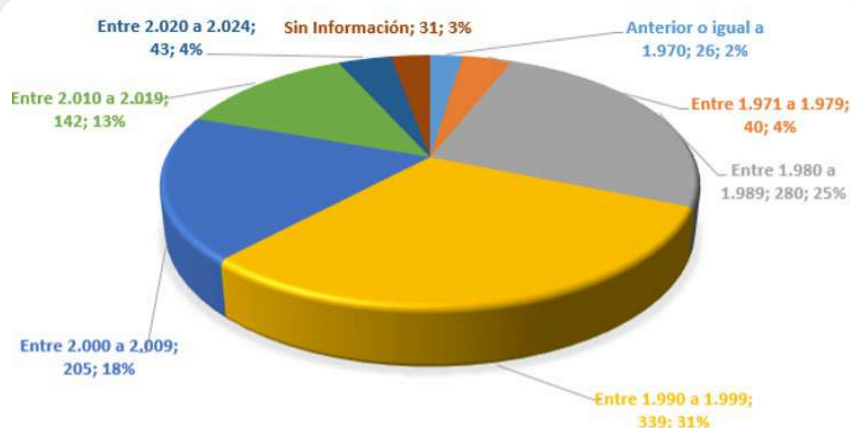
Con base en los criterios expuestos anteriormente, se presenta en la Tabla 6 y el Gráfico 3 que, del total de 1.106 PSR, un 56% (619 establecimientos) fueron construidas entre los años 1980 y 1999, mientras que un 32% (347 PSR) corresponden al periodo 2000- 2019. Solo un 4% (40 PSR) fueron construidas entre los años 2020 y 2024.

Cabe destacar que aún existen 26 PSR en funcionamiento construidas antes de 1970, y otras 40 edificadas entre 1971 y 1979.

Tabla 6:
Número total de PSR según
años de construcción.

Año construcción	Nº PSR	%
Anterior o igual a 1.970	26	2%
Entre 1.971 a 1.979	40	4%
Entre 1.980 a 1.989	280	25%
Entre 1.990 a 1.999	339	31%
Entre 2.000 a 2.009	205	19%
Entre 2.010 a 2.019	142	13%
Entre 2.020 a 2.024	43	4%
Sin Información	31	3%
Total	1.106	100%

Gráfico 3:
Distribución porcentual del total de PSR según
períodos de años de construcción.



+ PSR Tambillos, Comuna de Coquimbo, SS de Coquimbo, 1950.
Foto: Felipe Díaz, Referente Técnico Programa Salud Rural, SS Coquimbo, 2024.



+ PSR Caña Uno, Comuna de Illapel, SS de Coquimbo, 1992.
Foto: Felipe Díaz, Referente Técnico Programa Salud Rural, SS Coquimbo, 2024.



+ PSR Chanquin, comuna Chonchi, SS Chiloé, más de 30 años de construcción, el 2003 se ejecutó proyecto de mejora y conservación de infraestructura.
Foto: Maritza Torres, Referente Técnico Programa Salud Rural, SS Chiloé, 2024.

En el catastro actual se identifican que las PSR (Tabla 7) de Tambillos (SS Coquimbo), Capilla Caleu (SS Metropolitano Norte) y Orilla de Auquingo (SS O'Higgins) fueron construidas el año 1950, las que siguen otorgando atenciones a la fecha.

Tabla 7:
PSR de año de construcción más antiguas del país.

Servicio de Salud	Comuna	Código DEIS	Nombre	Año Construcción	Años de construcción
COQUIMBO	Coquimbo	105407	Tambillos	1950	74
M. NORTE	Tiltil	109410	Capilla Caleu	1950	74
O`HIGGINS	Chepica	115466	Orilla de Auquingo	1950	74

Tabla 8:
Número y porcentaje de PSR por SS, en las que el 50% o más de sus establecimientos presentan una antigüedad igual o superior a 30 años desde su construcción.¹⁵

Servicios de Salud	NºPSR	Sin Información	> 30 Años de construcción	%
ACONCAGUA	10	0	6	60%
ANTOFAGASTA	13	0	9	69%
ARAUCANÍA SUR	128	1	77	61%
CONCEPCIÓN	14	0	7	50%
O`HIGGINS	76	21	37	67%
M. NORTE	9	0	5	56%
M. OCCIDENTE	16	0	9	56%
M. SUR	10	0	7	70%
OSORNO	29	0	20	69%
TALCAHUANO	3	0	3	100%
VALPARAISO SAN ANTONIO	19	0	14	74%
VIÑA DEL MAR QUILLOTA	28	0	17	61%
Total	355	22	211	

Del total de 1.106 PSR, en un 3% (31 establecimientos) no se encontró información correspondiente a la variable "año de construcción", según los datos entregados por los SS y los documentos revisados en la consultoría del año 2022.

Se observa que un 77% (823 PSR) fueron construidas en el año 2007 o antes, y que un total de 477 PSR (44%) presentan una antigüedad igual o superior a 30 años desde su construcción. En contraste, solo un 8% (85 PSR) tienen menos de 10 años de antigüedad.

En la Tabla 8 se presenta un resumen de los 12 SS en que más de la mitad de sus PSR tienen una antigüedad igual o superior a 30 años. Entre ellos destacan:

- Araucanía Sur: 77 PSR
- O'Higgins: 37 PSR
- Osorno: 20 PSR

¹⁵El porcentaje es en relación con la información entregada por cada variable, utilizando la siguiente fórmula: PSR informadas / (Total de PSR del SS - PSR del SS sin información).

2.3.2

PSR según recintos

Los recintos priorizados para este resumen ejecutivo están directamente relacionados con la NT para PSR y con el proceso de Autorización Sanitaria, y éste a su vez, con el proceso de Acreditación liderado por la Superintendencia de Salud.

Los recintos por detallar son:

- Botiquín.

- Box de procedimientos.
- Box Ginecológico Obstétrico.
- Box dental.
- Espacio para residuos (REAS).
- Comedor para funcionarios/as.

Por cada recinto, se analizarán las variables; "Sí"¹⁶, "Sí, sin resolución"¹⁷, "Sí, con resolución"¹⁸, "No"¹⁹, "Sin Información"²⁰.



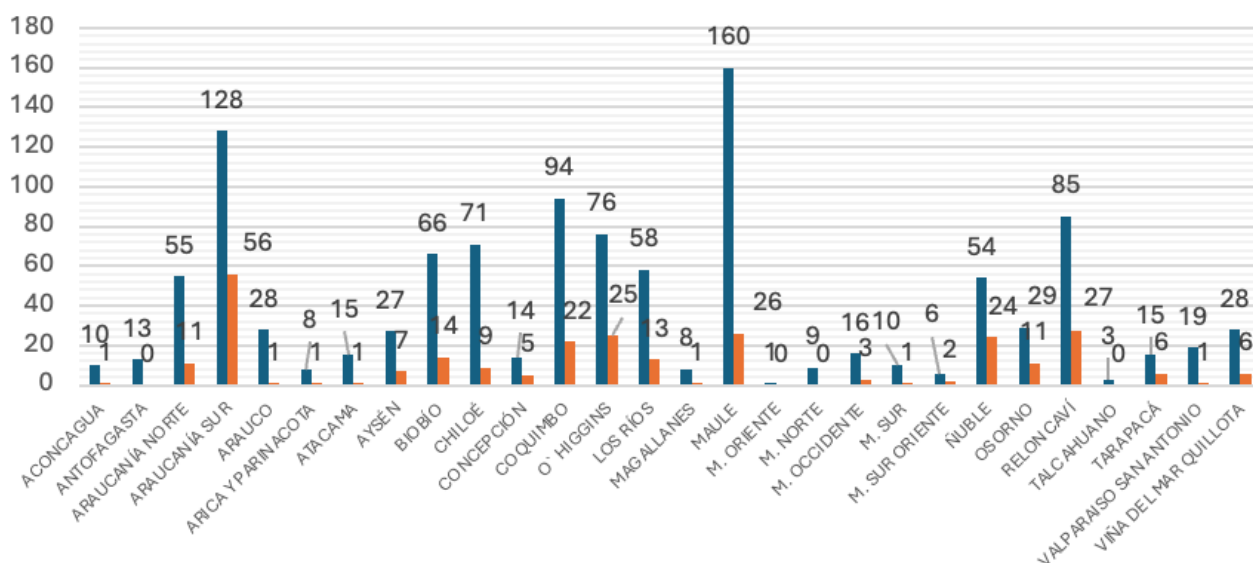
Botiquín PSR Cauñicu, año construcción 1991, SS Bío Bío.
Foto: Andrea Santana, consultora OPS/MINSAL 2024.

2.3.2.1 Botiquín

De acuerdo con la información proporcionada por los SS, del total de PSR (1.106), solo un 12% (131 PSR) cuentan con Autorización Sanitaria vigente del botiquín. En contraste, un 53% (509 PSR) no tiene botiquín con Autorización Sanitaria, mientras que un 8%

(76 PSR) declara su existencia sin aportar antecedentes adicionales. Además, un 25% (274 PSR) no cuenta con botiquín (Ver Gráfico 4 y Tabla 9). Respecto a este último punto, se identificaron 274 PSR sin botiquín, de las cuales 269 fueron construidas en el año 2007 o antes.

Gráfico 4:
Distribución del número de PSR por SS que no cuentan con Botiquín.



¹⁶Existencia del recinto, donde la información otorgada por SS no incluyó la existencia de resolución de Autorización Sanitaria.

¹⁷Existencia del recinto, donde la información otorgada por SS refiere la inexistencia de resolución de Autorización Sanitaria.

¹⁸Existencia del recinto, donde la información otorgada por SS refiere la existencia de resolución de Autorización Sanitaria.

¹⁹Inexistencia del recinto.

²⁰Sin información entregada por los Servicios de Salud.

► **Tabla 9:**

Distribución del número y porcentaje de PSR por SS, de acuerdo con criterios establecidos para la identificación de Botiquín²¹.

Servicio de Salud	Nº PSR	No	%	Sí	%	Sí, sin resolución sanitaria	%	Sí, con resolución sanitaria	%	Sin Información	%
ACONCAGUA	10	1	10%	1	14%	4	50%	1	10%	3	30%
ANTOFAGASTA	13	0	0%	1	8%	8	69%	3	23%	1	8%
ARAUCANÍA NORTE	55	11	20%	2	6%	15	31%	5	9%	22	40%
ARAUCANÍA SUR	128	56	44%	0	0%	68	53%	3	2%	1	1%
ARAUCO	28	1	4%	0	0%	26	93%	1	4%	0	0%
ARICA Y PARINACOTA	8	1	13%	2	25%	0	25%	5	63%	0	0%
ATACAMA	15	1	7%	0	0%	10	67%	1	7%	3	20%
AYSÉN	27	7	26%	0	0%	18	67%	2	7%	0	0%
BIOBÍO	66	14	21%	4	7%	32	55%	10	15%	6	9%
CHILOE	71	9	13%	22	32%	18	56%	20	28%	2	3%
CONCEPCIÓN	14	5	36%	1	11%	2	21%	1	7%	5	36%
COQUIMBO	94	22	23%	11	15%	35	49%	6	6%	20	21%
O`HIGGINS	76	25	33%	7	13%	18	33%	2	3%	24	32%
LOS RÍOS	58	13	22%	8	15%	10	31%	23	40%	4	7%
MAGALLANES	8	1	13%	0	0%	3	38%	3	38%	1	13%
MAULE	160	26	16%	5	3%	99	65%	18	11%	12	8%
M. ORIENTE	1	0	0%	0	0%	1	100%	0	0%	0	0%
M. NORTE	9	0	0%	0	0%	9	100%	0	0%	0	0%
M. OCCIDENTE	16	3	19%	0	0%	11	69%	1	6%	1	6%
M. SUR	10	1	10%	0	0%	9	90%	0	0%	0	0%
M. SUR ORIENTE	6	2	33%	0	0%	3	50%	1	17%	0	0%
ÑUBLE	54	24	44%	1	2%	23	44%	6	11%	0	0%
OSORNO	29	11	38%	9	36%	5	48%	0	0%	4	14%
RELONCAVÍ	85	27	32%	0	0%	48	56%	7	8%	3	4%
TALCAHUANO	3	0	0%	0	0%	0	0%	3	100%	0	0%
TARAPACÁ	15	6	40%	0	0%	5	33%	4	27%	0	0%
VALPARAISO SAN ANTONIO	19	1	5%	1	5%	13	74%	4	21%	0	0%
VIÑA DEL MAR QUILLOTA	28	6	21%	1	4%	16	61%	1	4%	4	14%
Total	1106	274	25%	76	8%	509	53%	131	12%	116	10%

²¹El porcentaje es en relación con la información entregada por cada variable, utilizando la siguiente fórmula: PSR informadas / (Total de PSR del SS-PSR del SS sin información).

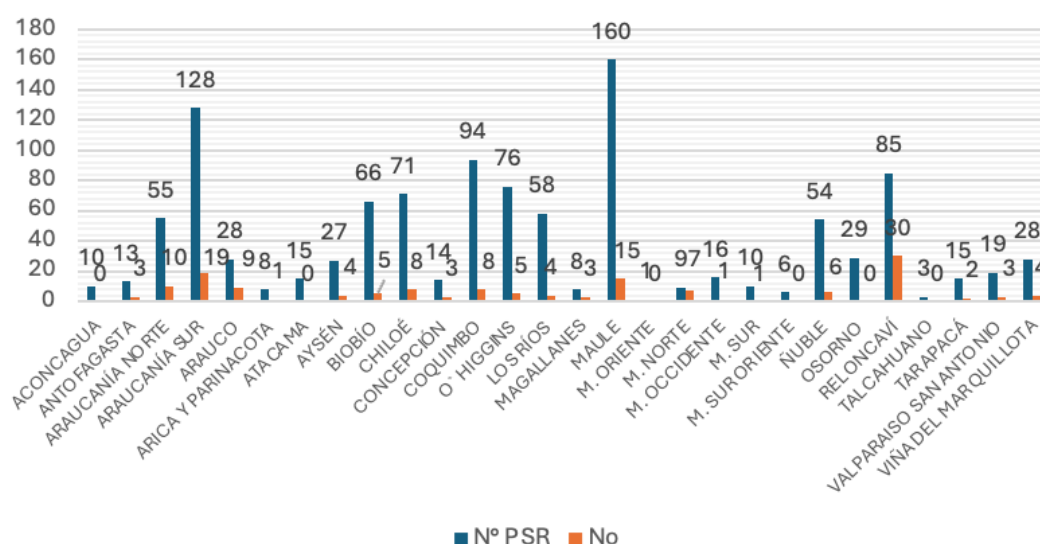
2.3.2.2

Box de Procedimientos

Del total nacional de PSR incluidas en el catastro, un 66% (728 PSR) cuenta con un Box de procedimientos, habilitado para realizar prestaciones incluidas en la cartera de servicios definida para este tipo de establecimientos. Por otra parte, un 14% (151 PSR) no dispone de este recinto, mientras que en un 11% (118 PSR) no se cuenta con información disponible al respecto (Véase Gráfico 5 y Tabla 10).

Gráfico 5:

Número total de PSR por SS que no cuentan con box de Procedimientos.



Botiquín PSR Socavón, comuna Illapel, SS Coquimbo. Foto: Andrea Santana, consultora OPS/MINSAL 2024.



Sala de procedimientos PSR Limahuida, comuna Illapel, SS Coquimbo. Foto: Andrea Santana, consultora OPS/MINSAL 2024.



Sala de procedimientos, PSR Malla Malla, comuna Alto Bío Bío, SS BioBío. Foto: Andrea Santana, consultora OPS/MINSAL 2024.



Botiquín PSR Cauñicu, comuna Alto BioBío, SS BioBío. Año construcción 1991. Foto: Andrea Santana, consultora OPS/MINSAL 2024.

► **Tabla 10:**
Distribución del número y porcentaje de PSR por SS según existencia de Box de Procedimientos, variables y porcentaje.²²

Servicio de Salud	Nº PSR	No	%	Sí	Sí, sin resolución sanitaria	%	Sin Información	%
ACONCAGUA	10	0	0%	9	0	90%	1	10%
ANTOFAGASTA	13	3	23%	9	0	69%	1	8%
ARAUCANÍA NORTE	55	10	18%	23	0	42%	22	40%
ARAUCANÍA SUR	128	19	15%	1	0	1%	1	1%
ARAUCO	28	9	32%	19	0	68%	0	0%
ARICA Y PARINACOTA	8	1	13%	7	0	88%	0	0%
ATACAMA	15	0	0%	12	0	80%	3	20%
AYSÉN	27	4	15%	23	0	85%	0	0%
BIOBÍO	66	5	8%	54	0	82%	7	11%
CHILOÉ	71	8	11%	61	0	86%	2	3%
CONCEPCIÓN	14	3	21%	6	0	43%	5	36%
COQUIMBO	94	8	9%	66	0	70%	20	21%
O`HIGGINS	76	5	7%	47	0	62%	24	32%
LOS RÍOS	58	4	7%	52	0	90%	2	3%
MAGALLANES	8	3	38%	4	0	50%	1	13%
MAULE	160	15	9%	129	0	81%	16	10%
M. ORIENTE	1	0	0%	1	0	100%	0	0%
M. NORTE	9	7	78%	1	0	11%	0	0%
M. OCCIDENTE	16	1	6%	14	0	88%	1	6%
M. SUR	10	1	10%	9	0	90%	0	0%
M. SUR ORIENTE	6	0	0%	6	0	100%	0	0%
ÑUBLE	54	6	11%	48	0	89%	0	0%
OSORNO	29	0	0%	25	0	86%	4	14%
RELONCAVÍ	85	30	35%	52	0	61%	3	4%
TALCAHUANO	3	0	0%	3	0	100%	0	0%
TARAPACÁ	15	2	13%	12	0	80%	1	7%
VALPARAISO SAN ANTONIO	19	3	16%	15	1	84%	0	0%
VIÑA DEL MAR QUILLOTA	28	4	14%	20	0	71%	4	14%
Total	1106	151	14%	728	1	66%	118	11%

²²El porcentaje es en relación con la información entregada por cada variable, utilizando la siguiente fórmula: PSR informadas/ (Total de PSR del SS-PSR del SS sin información).

2.3.2.3 Box Ginecológico Obstétrico

Del total nacional de PSR incluidas en el catastro y con información disponible (993), un 58% (572 PSR) cuenta con box y baño para la atención ginecológica y obstétrica, conforme a la cartera de prestaciones y normativa vigente para este tipo de establecimientos.

Por otra parte:

- Un 30% (296 PSR) dispone del box, pero sin baño.
- Un 6% (61 PSR) reporta la existencia del recinto sin mayores especificaciones.
- Solo un 6% (64 PSR) no cuenta con este tipo de box.

(Véase Gráfico 6 y Tabla 11).



Gráfico 6:

Número total de PSR por SS que no cuentan con Box Ginecológico Obstétrico.

+ Box Ginecológico, PSR Dorotea, comuna Natales, SS Magallanes.
Foto: Andrea Santana, consultora OPS/ MINSAL 2024.

+ Box Ginecológico, PSR Cauñicu, comuna Alto Bío Bío, SS Bío Bío.
Foto: Andrea Santana, consultora OPS/ MINSAL 2024.

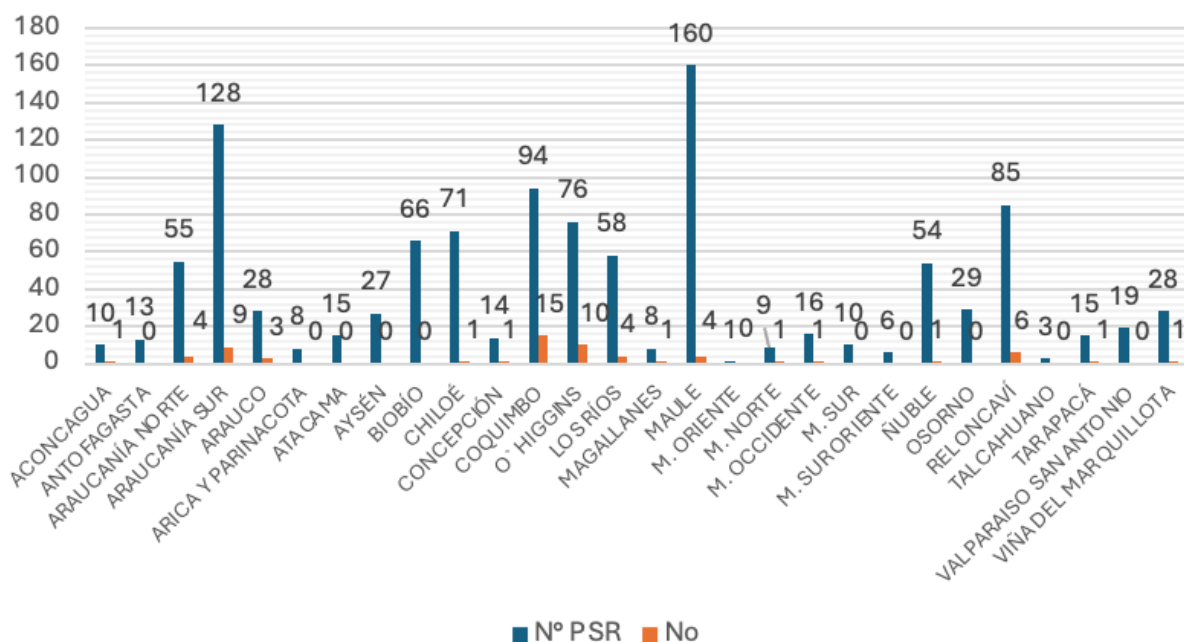


Tabla 11:
Distribución de número y porcentaje de PSR por SS
según existencia de Box Ginecológico Obstétrico y
variables.²³

Servicio de Salud	Nº PSR	No	%	Sí	%	Sí, con baño	%	Sí, sin baño	%	Sin Información	%
ACONCAGUA	10	1	17%	0	0%	1	17%	4	67%	4	40%
ANTOFAGASTA	13	0	0%	1	8%	6	50%	5	42%	1	8%
ARAUCANÍA NORTE	55	4	12%	5	15%	19	58%	5	15%	22	40%
ARAUCANÍA SUR	128	9	7%	0	0%	68	54%	50	39%	1	1%
ARAUCO	28	3	11%	0	0%	17	61%	8	29%	0	0%
ARICA Y PARINACOTA	8	0	0%	6	75%	2	25%	0	0%	0	0%
ATACAMA	15	0	0%	0	0%	7	58%	5	42%	3	20%
AYSÉN	27	0	0%	0	0%	25	93%	2	7%	0	0%
BIOBÍO	66	0	0%	0	0%	43	72%	17	28%	6	9%
CHILOÉ	71	1	1%	14	20%	49	71%	5	7%	2	3%
CONCEPCIÓN	14	1	11%	1	11%	5	56%	2	22%	5	36%
COQUIMBO	94	15	20%	6	8%	19	26%	34	46%	20	21%
O`HIGGINS	76	10	19%	2	4%	32	62%	8	15%	24	32%
LOS RÍOS	58	4	7%	0	0%	27	48%	25	45%	2	3%
MAGALLANES	8	1	14%	0	0%	2	29%	4	57%	1	13%
MAULE	160	4	3%	0	0%	123	83%	21	14%	12	8%
M. ORIENTE	1	0	0%	0	0%	0	0%	1	100%	0	0%
M. NORTE	9	1	11%	0	0%	5	56%	3	33%	0	0%
M. OCCIDENTE	16	1	7%	0	0%	6	40%	8	53%	1	6%
M. SUR	10	0	0%	0	0%	7	70%	3	30%	0	0%
M. SUR ORIENTE	6	0	0%	0	0%	4	67%	2	33%	0	0%
ÑUBLE	54	1	2%	1	2%	29	54%	23	43%	0	0%
OSORNO	29	0	0%	14	56%	2	8%	9	36%	4	14%
RELONCAVÍ	85	6	7%	9	11%	52	63%	15	18%	3	4%
TALCAHUANO	3	0	0%	0	0%	0	0%	3	100%	0	0%
TARAPACÁ	15	1	7%	0	0%	13	87%	1	7%	0	0%
VALPARAISO SAN ANTONIO	19	0	0%	1	5%	5	26%	13	68%	0	0%
VIÑA DEL MAR QUILLOTA	28	1	4%	1	4%	4	15%	20	77%	2	7%
Total	1106	64	6%	61	6%	572	58%	296	30%	113	10%

²³El porcentaje es en relación con la información entregada por cada variable, utilizando la siguiente fórmula: PSR informadas/ (Total de PSR del SS-PSR del SS sin información).

➤ 2.3.2.4 Box Dental

Del total nacional de PSR incluidas en el catastro y con información disponible, un 25% (252 PSR) cuenta con box dental habilitado, que permite otorgar atención conforme a la cartera de prestaciones definida para este tipo de establecimientos, según lo establecido por la normativa vigente.

Por otra parte:

- Un 20% (194 PSR) dispone de box dental, pero no cumple las normas sanitarias requeridas para otorgar las atenciones.
- Un 49% (489 PSR) no cuenta con este recinto.
- Un 6% (59 PSR) reporta la existencia del box sin mayores especificaciones.
- Un 10% (112 PSR) declara contar con box dental, pero sin entregar información detallada sobre su condición o habilitación.

(Véase Gráfico 7 y Tabla 12).



+ Box dental, PSR Cauñicu, comuna Alto Bío Bío, SS Bío Bío.
Foto: Andrea Santana, consultora OPS/MINSAL 2024.



+ Box dental, PSR Toconao, comuna San Pedro de Atacama, SS Antofagasta
Foto: Andrea Santana, consultora OPS/MINSAL 2024.

► Gráfico 7:

Número total de PSR por Servicios de Salud que no cuentan con box dental.

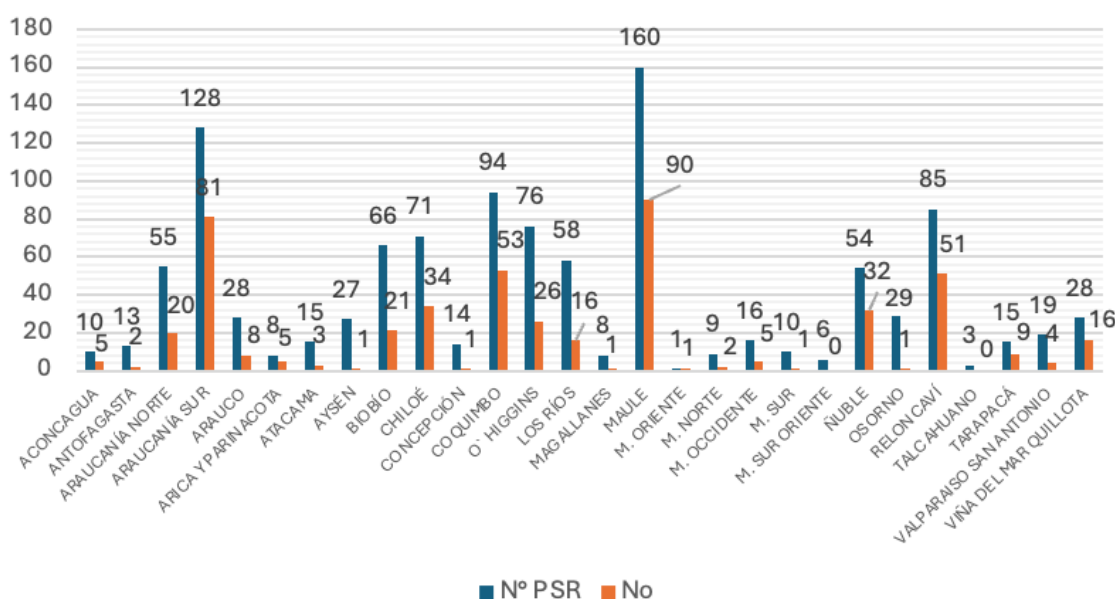


Tabla 12:
Distribución de número y porcentaje de PSR por SS
según existencia de Box Dental y variables. ²⁴

Servicio de Salud	Nº PSR	No	%	Sí	%	Sí, en norma	%	Sí, sin norma	%	Sin Información	%
ACONCAGUA	10	5	71%	1	14%	1	14%	0	0%	3	30%
ANTOFAGASTA	13	2	17%	0	0%	3	25%	7	58%	1	8%
ARAUCANÍA NORTE	55	20	61%	2	6%	4	12%	7	21%	22	40%
ARAUCANÍA SUR	128	81	64%	0	0%	13	10%	33	26%	1	1%
ARAUCO	28	8	29%	1	4%	5	18%	14	50%	0	0%
ARICA Y PARINACOTA	8	5	63%	0	0%	3	38%	0	0%	0	0%
ATACAMA	15	3	25%	0	0%	6	50%	3	25%	3	20%
AYSÉN	27	1	4%	0	0%	11	41%	15	56%	0	0%
BIOBÍO	66	21	35%	0	0%	30	50%	9	15%	6	9%
CHILOÉ	71	34	49%	1	1%	29	42%	5	7%	2	3%
CONCEPCIÓN	14	1	11%	1	11%	2	22%	5	56%	5	36%
COQUIMBO	94	53	72%	11	15%	1	1%	9	12%	20	21%
O`HIGGINS	76	26	50%	10	19%	15	29%	1	2%	24	32%
LOS RÍOS	58	16	29%	0	0%	32	57%	8	14%	2	3%
MAGALLANES	8	1	14%	6	86%	0	0%	0	0%	1	13%
MAULE	160	90	61%	0	0%	39	26%	19	13%	12	8%
M. ORIENTE	1	1	100%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
M. NORTE	9	2	22%	0	0%	6	67%	1	11%	0	0%
M. OCCIDENTE	16	5	33%	0	0%	6	40%	4	27%	1	6%
M. SUR	10	1	10%	0	0%	2	20%	7	70%	0	0%
M. SUR ORIENTE	6	0	0%	0	0%	5	83%	1	17%	0	0%
ÑUBLE	54	32	59%	1	2%	13	24%	8	15%	0	0%
OSORNO	29	1	4%	18	72%	1	4%	5	20%	4	14%
RELONCAVÍ	85	51	62%	4	5%	10	12%	17	21%	3	4%
TALCAHUANO	3	0	0%	0	0%	2	67%	1	33%	0	0%
TARAPACÁ	15	9	60%	0	0%	4	27%	2	13%	0	0%
VALPARAISO SAN ANTONIO	19	4	21%	2	11%	6	32%	7	37%	0	0%
VIÑA DEL MAR QUILLOTA	28	16	62%	1	4%	3	12%	6	23%	2	7%
Total	1106	489	49%	59	6%	252	25%	194	20%	112	10%

²⁴El porcentaje es en relación con la información entregada por cada variable, utilizando la siguiente fórmula: PSR informadas / (Total de PSR del SS - PSR del SS sin información).

2.3.2.5

Recinto de acopio transitorio de residuos (REAS)²⁵

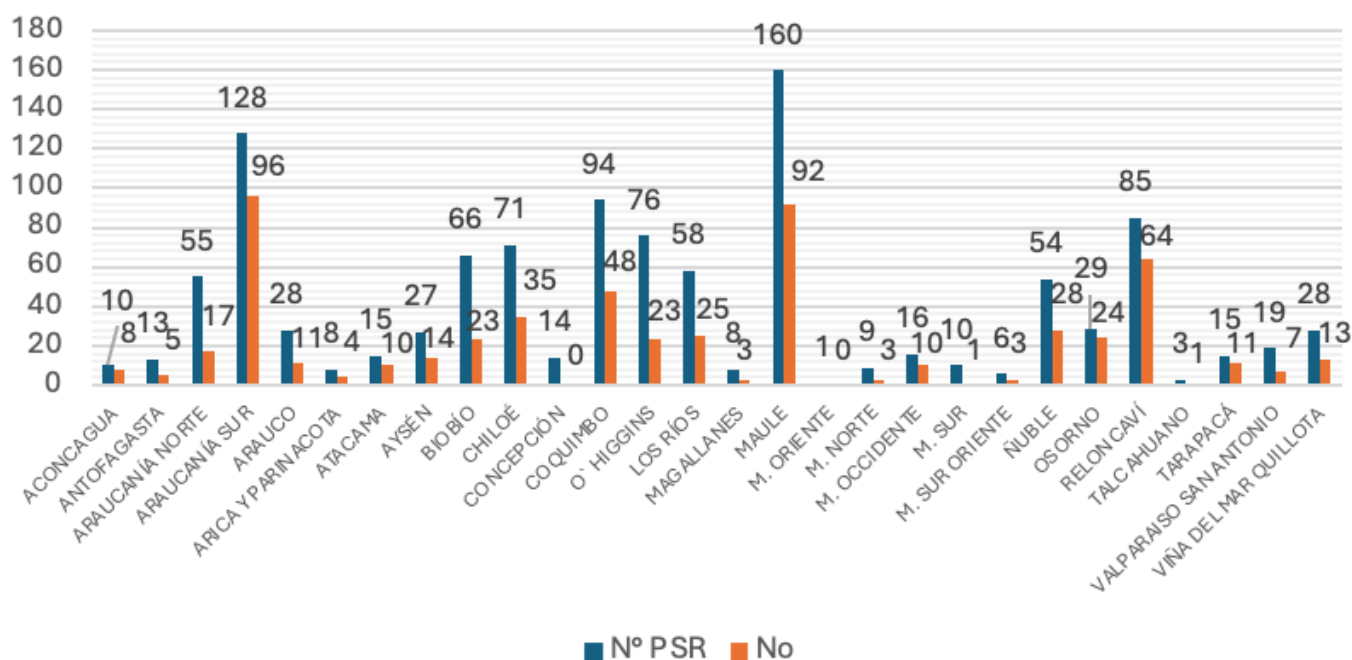
Del total nacional de PSR incluidas en el catastro y con información disponible (996), un 41% (409 PSR) cuenta con un recinto para el acopio transitorio de residuos derivados de las atenciones, conforme a lo establecido en la normativa vigente para este tipo de establecimientos.

En contraste:

- Un 58% (579 PSR) no cuenta con este recinto.
- Un 10% (110 PSR) no se dispone de información en relación al total de PSR (1.106).

Gráfico 8:

Número total de PSR por SS que no cuentan con recintos de acopio transitorio para REAS.



²⁵ Residuos de Establecimientos de Atención de Salud.

**Tabla 13:**

Distribución del número y porcentaje de PSR por SS según existencia de recintos para acopio transitorio de REAS y variables²⁶.

Servicio de Salud	Nº PSR	No	%	Sí	%	Sin Información	%
ACONCAGUA	10	8	89%	1	11%	1	10%
ANTOFAGASTA	13	5	42%	7	58%	1	8%
ARAUCANÍA NORTE	55	17	52%	16	48%	22	40%
ARAUCANÍA SUR	128	96	76%	31	24%	1	1%
ARAUCO	28	11	39%	17	61%	0	0%
ARICA Y PARINACOTA	8	4	50%	4	50%	0	0%
ATACAMA	15	10	83%	2	17%	3	20%
AYSÉN	27	14	52%	13	48%	0	0%
BIOBÍO	66	23	38%	37	62%	6	9%
CHILOÉ	71	35	51%	26	38%	2	3%
CONCEPCIÓN	14	0	0%	9	100%	5	36%
COQUIMBO	94	48	65%	26	35%	20	21%
O`HIGGINS	76	23	44%	29	56%	24	32%
LOS RÍOS	58	25	45%	31	55%	2	3%
MAGALLANES	8	3	43%	4	57%	1	13%
MAULE	160	92	62%	56	38%	12	8%
M. ORIENTE	1	0	0%	1	100%	0	0%
M. NORTE	9	3	33%	6	67%	0	0%
M. OCCIDENTE	16	10	67%	5	33%	1	6%
M. SUR	10	1	10%	9	90%	0	0%
M. SUR ORIENTE	6	3	50%	3	50%	0	0%
ÑUBLE	54	28	52%	26	48%	0	0%
OSORNO	29	24	96%	1	4%	4	14%
RELONCAVÍ	85	64	78%	18	22%	3	4%
TALCAHUANO	3	1	33%	2	67%	0	0%
TARAPACÁ	15	11	73%	4	27%	0	0%
VALPARAISO SAN ANTONIO	19	7	37%	12	63%	0	0%
VIÑA DEL MAR QUILLOTA	28	13	50%	13	50%	2	7%
Total	1106	579	58%	409	41%	110	10%

²⁶El porcentaje es en relación con la información entregada por cada variable, utilizando la siguiente fórmula: PSR informadas/ (Total de PSR del SS-PSR del SS sin información).

2.3.2.6

Comedor para el personal

Del total nacional de PSR incluidas en el catastro, un 45% (452 PSR) cuenta con espacio habilitado para comedor de funcionarios/as. En tanto, un 55% (544 PSR) no dispone de este tipo de recinto, y un 10% (110 PSR) no se cuenta con información disponible (Véase Gráfico 9 y Tabla 14).

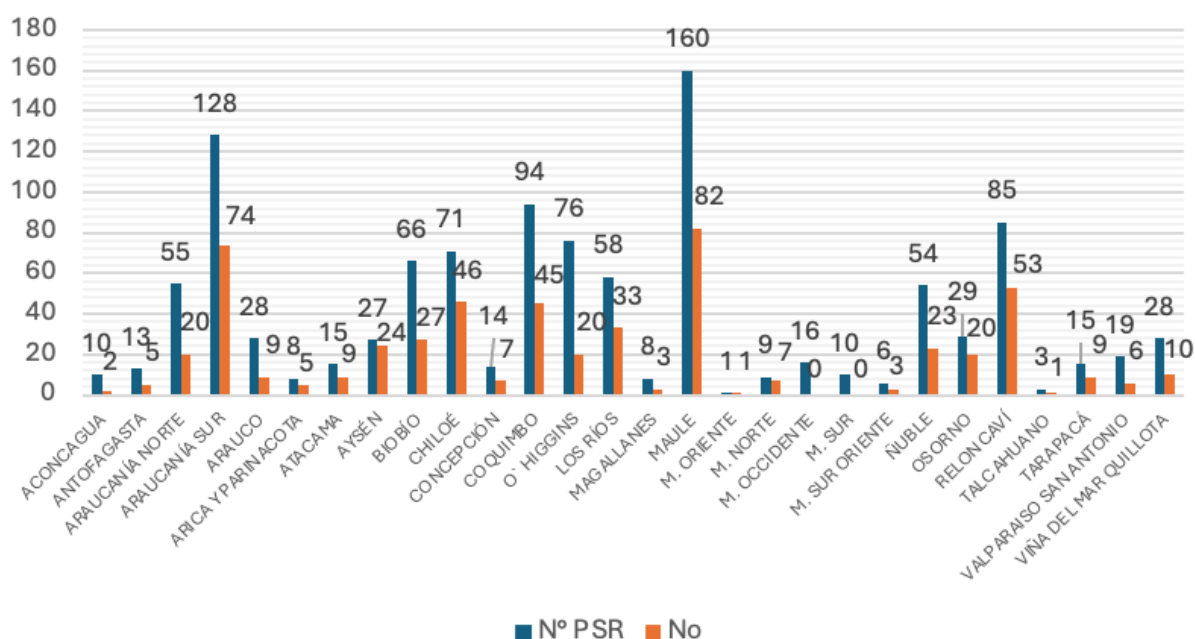


Comedor de personal, PSR Dorotea, comuna de Natales, SS Magallanes.
Foto: Andrea Santana, consultora OPS/MINSAL 2024.



Gráfico 9:

Número total de PSR por SS que no cuentan con comedor para funcionarios/as.



► **Tabla 14:**

Número de PSR por SS según existencia de comedores para funcionarios/as, variables y porcentaje.²⁷

Servicio de Salud	Nº PSR	No	%	Sí	%	Sin Información	%
ACONCAGUA	10	2	22%	7	78%	1	10%
ANTOFAGASTA	13	5	42%	7	58%	1	8%
ARAUCANÍA NORTE	55	20	61%	13	39%	22	40%
ARAUCANÍA SUR	128	74	58%	53	42%	1	1%
ARAUCO	28	9	32%	19	68%	0	0%
ARICA Y PARINACOTA	8	5	63%	3	38%	0	0%
ATACAMA	15	9	75%	3	25%	3	20%
AYSÉN	27	24	89%	3	11%	0	0%
BIOBÍO	66	27	45%	33	55%	6	9%
CHILOE	71	46	67%	23	33%	2	3%
CONCEPCIÓN	14	7	78%	2	22%	5	36%
COQUIMBO	94	45	61%	29	39%	20	21%
O`HIGGINS	76	20	38%	32	62%	24	32%
LOS RÍOS	58	33	59%	23	41%	2	3%
MAGALLANES	8	3	43%	4	57%	1	13%
MAULE	160	82	55%	66	45%	12	8%
M. ORIENTE	1	1	100%	0	0%	0	0%
M. NORTE	9	7	78%	2	22%	0	0%
M. OCCIDENTE	16	0	0%	15	100%	1	6%
M. SUR	10	0	0%	10	100%	0	0%
M. SUR ORIENTE	6	3	50%	3	50%	0	0%
ÑUBLE	54	23	43%	31	57%	0	0%
OSORNO	29	20	80%	5	20%	4	14%
RELONCAVÍ	85	53	65%	29	35%	3	4%
TALCAHUANO	3	1	33%	2	67%	0	0%
TARAPACÁ	15	9	60%	6	40%	0	0%
VALPARAISO SAN ANTONIO	19	6	32%	13	68%	0	0%
VIÑA DEL MAR QUILLOTA	28	10	38%	16	62%	2	7%
Total	1106	544	55%	452	45%	110	10%

²⁷ El porcentaje es en relación con la información entregada por cada variable, utilizando la siguiente fórmula: PSR informadas/ (Total de PSR del SS-PSR del SS sin información).

2.4. Equipamiento

Para la presentación y análisis de los datos, se utilizó como referencia la Resolución N° 43 del 26.12.2002²⁸ del Servicio de Impuestos Internos (SII), la cual establece que la vida útil del equipamiento varía entre 5 y 10 años, dependiendo del tipo de equipo. Al igual que en el caso de la infraestructura, esta vida útil está condicionada por la existencia y cumplimiento de un plan de mantenimiento preventiva, que garantice su operatividad.

Asimismo, este análisis se enmarca en los estándares establecidos por el Reglamento sobre el Sistema de Acreditación de Establecimientos de Salud (Superintendencia de Salud, 2007), que exige condiciones mínimas de seguridad y calidad para la atención, incluyendo infraestructura, equipamiento, personal, procedimientos y cumplimiento normativo.

Los datos informados sobre equipamiento en las PSR han sido priorizados en función de su relevancia para el proceso de acreditación y su vinculación con líneas estratégicas de trabajo, como el manejo de urgencias y el soporte de energía ante situaciones de emergencias o desastres.

Los equipos priorizados para el análisis son los siguientes:

- DEA (Desfibrilador Externo Automático) con soporte mural.
- Balón de oxígeno con manómetro y flujómetro.
- Equipo de oxigenoterapia fijo o concentrador de oxígeno de 8 litros.
- Equipo de oxigenoterapia de traslado con sus medios de fijación.
- Grupo Electrónico.

Para cada uno de estos equipos se analizaron las siguientes variables reportadas: "Sí"²⁹, "Sí, operativo"³⁰, "Sí, no operativo"³¹, "No"³², "Sin Información"³³.

²⁸Disponible en: https://www.sii.cl/pagina/valores/bienes/tabla_vida_enero.htm

²⁹Existencia del equipo, donde la información otorgada por SS no incluyó más información.

³⁰Existencia del equipo, donde la información otorgada por SS refiere a que se encuentra en uso.

³¹Existencia del equipo, donde la información otorgada por SS refiere la existencia del equipo, pero no se encuentra en condiciones de ser utilizado.

³²Inexistencia del equipo.

³³Sin información entregada por los Servicios de Salud.

2.4.1

Desfibrilador Externo Automático (DEA)

La ley N° 21.156, reglamentada mediante el Decreto N° 56 (Subsecretaría de Salud Pública, MINSAL, 2020), establece la obligación de contar con desfibriladores externos automáticos (DEA) portátiles en los establecimientos públicos.

Del total nacional de PSR informadas en el catastro (1.008):

- Un 38% (379 PSR) no cuentan con equipo y se encuentra operativo.
- Un 53% (540 PSR) dispone del equipo y se encuentra operativo.
- Un 5% (52 PSR) cuenta con DEA, equipos que no se encuentran operativos.
- Un 4% (37 PSR) reporta tener el equipo, pero sin especificar su estado.
- Un 9% (97 PSR) del total de PSR consideradas en el catastro (1.106) se desconoce la información.

(Véase Gráfico 10).

En la Tabla 15, se observa que, según los datos informados, los SS en los que el 50% o más de sus PSR no cuentan con DEA son:

Aconcagua, Araucanía Sur, Arauco, Atacama, BioBío, Metropolitano Norte, Metropolitano Sur Oriente, Osorno y Viña del Mar Quillota.

Por el contrario, los SS que reportan tener todas sus PSR equipadas con DEA son: Metropolitano Oriente, Metropolitano Sur y Talcahuano.

Gráfico 10:

Distribución porcentual del total de PSR según disponibilidad de DEA.

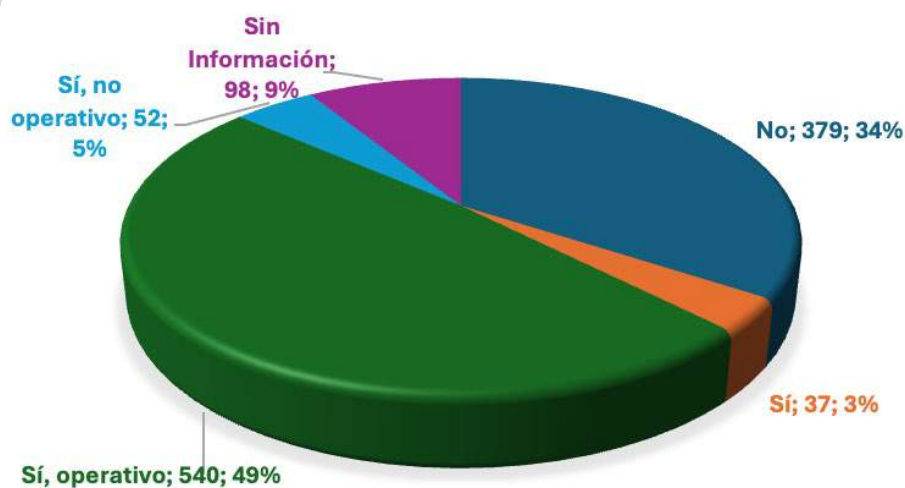


Foto: Andrea Santana, consultora OPS/MINSAL 2024.

Tabla 15:
Distribución de número y porcentaje de PSR por SS
según disponibilidad de DEA.³⁴

Servicio de Salud	Nº PSR	No	%	Sí	%	Sí, operativo	%	Sí, no operativo	%	Sin Información	%
ACONCAGUA	10	5	50%	0	0%	5	50%	0	0%	0	0%
ANTOFAGASTA	13	0	0%	0	0%	12	100%	0	0%	1	8%
ARAUCANÍA NORTE	55	11	26%	0	0%	32	74%	0	0%	12	22%
ARAUCANÍA SUR	128	112	88%	0	0%	16	13%	0	0%	0	0%
ARAUCO	28	16	57%	0	0%	12	43%	0	0%	0	0%
ARICA Y PARINACOTA	8	2	25%	0	0%	3	38%	3	38%	0	0%
ATACAMA	15	7	58%	0	0%	3	25%	2	17%	3	20%
AYSÉN	27	0	0%	0	0%	26	96%	1	4%	0	0%
BIOBÍO	66	31	50%	0	0%	31	50%	0	0%	4	6%
CHILOÉ	71	7	10%	14	20%	45	64%	4	6%	1	1%
CONCEPCIÓN	14	0	0%	0	0%	9	100%	0	0%	5	36%
COQUIMBO	94	3	3%	0	0%	76	87%	8	9%	7	7%
O`HIGGINS	76	12	23%	8	15%	26	50%	6	12%	24	32%
LOS RÍOS	58	3	5%	4	7%	43	77%	6	11%	2	3%
MAGALLANES	8	0	0%	0	0%	6	86%	1	14%	1	13%
MAULE	160	71	49%	0	0%	74	51%	1	1%	14	9%
M. ORIENTE	1	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
M. NORTE	9	8	89%	0	0%	1	11%	0	0%	0	0%
M. OCCIDENTE	16	4	27%	0	0%	11	73%	0	0%	1	6%
M. SUR	10	0	0%	0	0%	10	100%	0	0%	0	0%
M. SUR ORIENTE	6	3	50%	0	0%	1	17%	2	33%	0	0%
ÑUBLE	54	14	33%	0	0%	22	52%	6	14%	12	22%
OSORNO	29	12	50%	10	42%	2	8%	0	0%	5	17%
RELONCAVÍ	85	30	37%	0	0%	40	49%	11	14%	4	5%
TALCAHUANO	3	0	0%	0	0%	3	100%	0	0%	0	0%
TARAPACÁ	15	5	33%	0	0%	9	60%	1	7%	0	0%
VALPARAISO SAN ANTONIO	19	3	16%	1	5%	15	79%	0	0%	0	0%
VIÑA DEL MAR QUILLOTA	28	20	74%	0	0%	7	26%	0	0%	1	4%
Total	1106	379	38%	37	4%	540	54%	52	5%	97	9%

³⁴El porcentaje es en relación con la información entregada por cada variable, utilizando la siguiente fórmula: PSR informadas/ (Total de PSR del SS-PSR del SS sin información).



2.4.2

Balón de oxígeno con manómetro y flujómetro

Del total nacional de PSR incluidas en el catastro e informadas, un 20% (206 PSR) no cuentan con balón de oxígeno con manómetro y flujómetro, equipo esencial para el manejo agudo de cuadros respiratorios. Por otro lado:

- Un 73% (739 PSR) dispone de este equipo y se encuentra operativo.
- Un 5% (54 PSR) cuenta con el equipo, pero no se encuentra operativo.
- Un 1% (15 PSR) reporta tener el equipo, sin especificar su condición.
- Un 8% (90 PSR) no se dispone de información.

(Véase Gráfico 11).

Según lo presentado en la Tabla 16, los SS en los que el 50% o más de sus PSR no cuentan con este equipo son: Aconcagua y Osorno.

En contraste, los SS que reportan tener todas sus PSR equipadas con balón de oxígeno con manómetro y flujómetro son: Metropolitano Oriente, Metropolitano Sur Oriente y Talcahuano.

Gráfico 11:

Distribución porcentual del total de PSR según disponibilidad de Balón de Oxígeno con manómetro y flujómetro.



► **Tabla 16:**

Distribución de número y porcentaje de PSR por SS según disponibilidad de Balón de Oxígeno con manómetro y flujómetro³⁵.

Servicio de Salud	Nº PSR	No	%	Sí	%	Sí, operativo	%	Sí, no operativo	%	Sin Información	%
ACONCAGUA	10	8	80%	0	0%	2	20%	0	0%	0	0%
ANTOFAGASTA	13	0	0%	0	0%	12	100%	0	0%	1	8%
ARAUCANÍA NORTE	55	6	16%	1	3%	25	68%	5	14%	18	33%
ARAUCANÍA SUR	128	41	32%	0	0%	82	64%	5	4%	0	0%
ARAUCO	28	6	21%	0	0%	19	68%	3	11%	0	0%
ARICA Y PARINACOTA	8	1	13%	0	0%	7	88%	0	0%	0	0%
ATACAMA	15	0	0%	0	0%	12	100%	0	0%	3	20%
AYSÉN	27	0	0%	0	0%	27	100%	0	0%	0	0%
BIOBÍO	66	4	6%	0	0%	57	92%	1	2%	4	6%
CHILOÉ	71	11	16%	1	1%	55	79%	3	4%	1	1%
CONCEPCIÓN	14	0	0%	0	0%	9	100%	0	0%	5	36%
COQUIMBO	94	10	11%	0	0%	76	87%	0	0%	7	7%
O`HIGGINS	76	15	29%	9	17%	26	50%	2	4%	24	32%
LOS RÍOS	58	14	26%	0	0%	27	50%	13	24%	4	7%
MAGALLANES	8	0	0%	0	0%	7	100%	0	0%	1	13%
MAULE	160	27	18%	0	0%	111	76%	8	5%	14	9%
M. ORIENTE	1	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
M. NORTE	9	1	11%	0	0%	6	67%	2	22%	0	0%
M. OCCIDENTE	16	1	7%	0	0%	14	93%	0	0%	1	6%
M. SUR	10	2	20%	0	0%	8	80%	0	0%	0	0%
M. SUR ORIENTE	6	0	0%	0	0%	6	100%	0	0%	0	0%
ÑUBLE	54	14	26%	0	0%	38	70%	2	4%	0	0%
OSORNO	29	17	71%	1	4%	5	21%	1	4%	5	17%
RELONCAVÍ	85	23	27%	0	0%	60	71%	1	1%	1	1%
TALCAHUANO	3	0	0%	0	0%	3	100%	0	0%	0	0%
TARAPACÁ	15	0	0%	0	0%	14	93%	1	7%	0	0%
VALPARAISO SAN ANTONIO	19	0	0%	3	16%	15	79%	1	5%	0	0%
VIÑA DEL MAR QUILLOTA	28	5	19%	0	0%	16	59%	6	22%	1	4%
Total	1106	206	20%	15	1%	739	73%	54	5%	90	8%

³⁵El porcentaje es en relación con la información entregada por cada variable, utilizando la siguiente fórmula: PSR informadas/ (Total de PSR del SS-PSR del SS sin información).

2.4.3 Equipo de Oxigenoterapia de traslado con sus medios de fijación

Del total nacional de PSR incluidas en el catastro, un 49% (546 PSR) no cuenta con equipo de oxigenoterapia de traslado con sus respectivos medios de fijación. En contraste:

- Un 35% (387 PSR) dispone del equipo y se encuentra operativo.
- Un 5% (52 PSR) posee el equipo, pero no está operativo.
- Un 2% (24 PSR) reporta tener el equipo, sin especificar su condición.
- En un 9% (97 PSR) se desconoce la información.

(Véase Gráfico 12).

Según los datos presentados en la Tabla 17, los SS en los que el 50% o más de sus PSR no cuentan con este equipo son:

Aconcagua, Araucanía Sur, Concepción, Maule, Metropolitano Occidente, Metropolitano Sur Oriente, Ñuble, Osorno, Reloncaví, Talcahuano y Tarapacá.

En contraste, el SS Metropolitano Oriente cuenta con todas sus PSR con equipo de oxigenoterapia de traslado.

► **Gráfico 12:**

Distribución porcentual del total de PSR según disponibilidad de Equipo de Oxigenoterapia de traslado con sus medios de fijación.



Tabla 17:

Distribución de número y porcentaje de PSR por SS según disponibilidad de Equipo de Oxigenoterapia de traslado con sus medios de fijación.³⁶

Servicio de Salud	Nº PSR	No	%	Sí	%	Sí, operativo	%	Sí, no operativo	%	Sin Información	%
ACONCAGUA	10	9	90%	0	0%	1	10%	0	0%	0	0%
ANTOFAGASTA	13	2	15%	0	0%	10	77%	0	0%	1	8%
ARAUCANÍA NORTE	55	14	25%	0	0%	20	36%	2	4%	19	35%
ARAUCANÍA SUR	128	90	70%	0	0%	31	24%	7	5%	0	0%
ARAUCO	28	11	39%	0	0%	12	43%	5	18%	0	0%
ARICA Y PARINACOTA	8	3	38%	0	0%	4	50%	1	13%	0	0%
ATACAMA	15	1	7%	0	0%	5	33%	2	13%	7	47%
AYSÉN	27	1	4%	0	0%	26	96%	0	0%	0	0%
BIOBÍO	66	31	47%	0	0%	31	47%	0	0%	4	6%
CHILOE	71	27	38%	17	24%	21	30%	5	7%	1	1%
CONCEPCIÓN	14	8	57%	0	0%	1	7%	0	0%	5	36%
COQUIMBO	94	24	26%	0	0%	60	64%	2	2%	8	9%
O`HIGGINS	76	37	49%	4	5%	10	13%	1	1%	24	32%
LOS RÍOS	58	20	34%	3	5%	28	48%	3	5%	4	7%
MAGALLANES	8	1	13%	0	0%	6	75%	0	0%	1	13%
MAULE	160	100	63%	0	0%	37	23%	9	6%	14	9%
M. ORIENTE	1	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	100%
M. NORTE	9	4	44%	0	0%	5	56%	0	0%	0	0%
M. OCCIDENTE	16	11	69%	0	0%	4	25%	0	0%	1	6%
M. SUR	10	3	30%	0	0%	7	70%	0	0%	0	0%
M. SUR ORIENTE	6	3	50%	0	0%	3	50%	0	0%	0	0%
ÑUBLE	54	40	74%	0	0%	14	26%	0	0%	0	0%
OSORNO	29	22	76%	0	0%	1	3%	1	3%	5	17%
RELONCAVÍ	85	54	64%	0	0%	18	21%	12	14%	1	1%
TALCAHUANO	3	2	67%	0	0%	1	33%	0	0%	0	0%
TARAPACÁ	15	8	53%	0	0%	7	47%	0	0%	0	0%
VALPARAISO SAN ANTONIO	19	8	42%	0	0%	11	58%	0	0%	0	0%
VIÑA DEL MAR QUILLOTA	28	12	43%	0	0%	13	46%	2	7%	1	4%
Total	1106	546	49%	24	2%	387	35%	52	5%	97	9%

³⁶El porcentaje es en relación con la información entregada por cada variable, utilizando la siguiente fórmula: PSR informadas/ (Total de PSR del SS-PSR del SS sin información).



2.4.4 Grupo Electrógeno

Es importante mencionar que, de acuerdo con lo indicado tanto en la Guía para elaboración de planes de emergencia para establecimientos de APS (DEGREYD, MINSAL, 2021) como en la Metodología para la formulación y evaluación de proyectos de inversión (MIDESOF, 2024), se establece que un grupo electrógeno debe encontrarse operativo y cumplir con la normativa vigente, incluyendo la caseta que contiene el generador eléctrico accionado por un motor de combustión interna.

La norma chilena NCh. 3359-2016, que establece “Requisitos para edificaciones estratégicas y de servicio comunitario”, señala que debe garantizarse la capacidad de suministro eléctrico para la operación normal del 100% de las instalaciones del edificio durante un mínimo de 72 horas (DEGREYD, MINSAL, 2021).

Asimismo, el Decreto 160, “Reglamento de seguridad para las instalaciones y operaciones de producción, refinación, transporte, almacenamiento, distribución y abastecimiento de combustibles líquidos”, establece la obligación de contar con un estanque auxiliar de combustible, sea incorporado o externo al grupo electrógeno, definiendo además el emplazamiento de éste (Servicio de Evaluación Ambiental, 2024).

Del total nacional de PSR incluidas en el catastro, es posible mencionar:

- Un 24% (261 PSR) no cuenta con grupo electrógeno.
- Un 56% (625 PSR) dispone de este equipo operativo.
- Un 9% (102 PSR) lo posee pero no está operativo.
- Un 3% (34 PSR) reporta tener el equipo sin especificar su condición.
- Un 8% (84 PSR) no entrega información al respecto.

(Véase Gráfico 13).

De los equipos operativos (625), el promedio de horas de autonomía es de aproximadamente 14 horas, con una mediana de 8 horas. El máximo registrado corresponde a 250 horas en el equipo que se encuentra en la PSR La Tirana (SS Tarapacá), y el mínimo, de 2 horas, se observa en los equipos de las PSR Puerto Norte-Isla Santa María (SS Concepción), Reigolil (SS Araucanía Sur), Ralún y Petrohué (SS Reloncaví).

En la Tabla 18 se observa que, en relación con la proporción de sus PSR, los SS con un 50% o más de sus establecimientos sin grupo electrógeno son: Aconcagua, Metropolitano Sur Oriente y Talcahuano. Por el contrario, los SS que cuentan con todas sus PSR equipadas con este equipo son Metropolitano Oriente y Aysén.

+ PSR Amanda Fabián (Toconao), Comuna de San Pedro de Atacama, SS de Antofagasta, 1961.
Foto: Andrea Santana, consultora OPS/ MINSAL 2024.



+ PSR Malla Malla, Comuna de Alto Bío Bío, SS de Bío Bío, 1991
Foto: Andrea Santana, consultora OPS/MINSAL 2024.

► **Gráfico 13:**

Distribución porcentual del total de PSR según disponibilidad de grupo electrógeno.

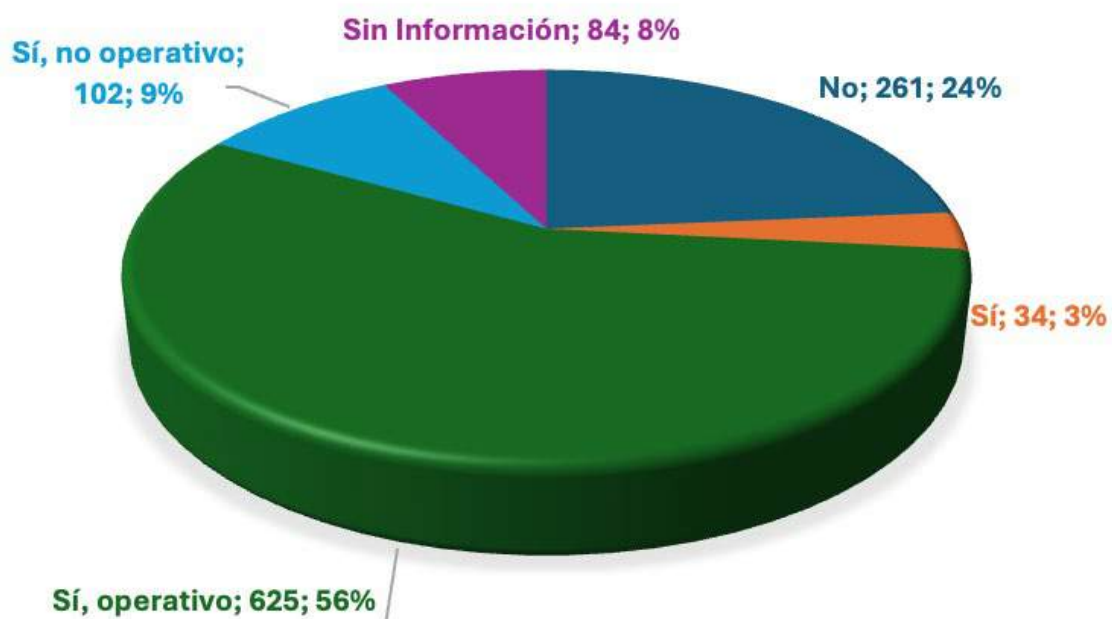


Tabla 18:

Distribución de número y porcentaje de PSR por SS según disponibilidad de grupo electrógeno³⁷.

Servicio de Salud	Nº PSR	No	%	Sí	%	Sí, operativo	%	Sí, no operativo	%	Sin Información	%
ACONCAGUA	10	7	70%	0	0%	3	30%	0	0%	0	0%
ANTOFAGASTA	13	2	15%	0	0%	9	69%	1	8%	1	8%
ARAUCANÍA NORTE	55	1	2%	1	2%	36	65%	5	9%	12	22%
ARAUCANÍA SUR	128	59	46%	0	0%	53	41%	16	13%	0	0%
ARAUCO	28	4	14%	0	0%	14	50%	10	36%	0	0%
ARICA Y PARINACOTA	8	1	13%	0	0%	6	75%	1	13%	0	0%
ATACAMA	15	0	0%	0	0%	12	80%	0	0%	3	20%
AYSÉN	27	0	0%	0	0%	27	100%	0	0%	0	0%
BIOBÍO	66	5	8%	0	0%	53	80%	4	6%	4	6%
CHILOÉ	71	35	49%	5	7%	26	37%	4	6%	1	1%
CONCEPCIÓN	14	0	0%	0	0%	7	50%	2	14%	5	36%
COQUIMBO	94	22	23%	0	0%	52	55%	12	13%	8	9%
O`HIGGINS	76	15	20%	16	21%	21	28%	0	0%	3	4%
LOS RÍOS	58	21	36%	0	0%	30	52%	5	9%	2	3%
MAGALLANES	8	1	13%	0	0%	5	63%	1	13%	1	13%
MAULE	160	26	16%	0	0%	118	74%	2	1%	14	9%
M. ORIENTE	1	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	100%
M. NORTE	9	4	44%	0	0%	4	44%	1	11%	0	0%
M. OCCIDENTE	16	2	13%	0	0%	11	69%	2	13%	1	6%
M. SUR	10	1	10%	0	0%	7	70%	2	20%	0	0%
M. SUR ORIENTE	6	3	50%	0	0%	1	17%	2	33%	0	0%
ÑUBLE	54	5	9%	0	0%	36	67%	13	24%	0	0%
OSORNO	29	10	34%	9	31%	3	10%	2	7%	5	17%
RELONCAVÍ	85	25	29%	0	0%	48	56%	11	13%	1	1%
TALCAHUANO	3	2	67%	0	0%	1	33%	0	0%	0	0%
TARAPACÁ	15	3	20%	0	0%	10	67%	2	13%	0	0%
VALPARAISO SAN ANTONIO	19	1	5%	3	16%	13	68%	2	11%	0	0%
VIÑA DEL MAR QUILLOTA	28	6	21%	0	0%	19	68%	2	7%	1	4%
Total	1106	261	24%	34	3%	625	57%	102	9%	63	6%

³⁷El porcentaje es en relación con la información entregada por cada variable, utilizando la siguiente fórmula: PSR informadas/ (Total de PSR del SS-PSR del SS sin información).



➤ 2.5. Conectividad

De acuerdo con la encuesta realizada sobre conectividad en el año 2021, se observó que, de las 1.101 PSR que proporcionaron datos a los SS en esta variable, un 79% (870 PSR) no contaba con teléfono fijo, el 81% (889 PSR) disponía de celular institucional y un 65% (714 PSR) utilizaba su celular personal para resolver asuntos laborales. Asimismo, un 48% (532 PSR) contaba con un computador con conectividad vía Wifi (MINSAL, 2021).

Es importante señalar que, si bien muchos de estos establecimientos cuentan con algún tipo de conexión a internet, la señal suele ser intermitente, lo que limita el uso efectivo de plataformas digitales y/o videoconferencias. Una conexión estable debe cumplir con estándares de calidad -capacidad, velocidad, integridad y disponibili-

dad- que permitan un soporte adecuado para Telemedicina en todos sus componentes, así como para el uso de diferentes plataformas de registro y mejora en la gestión mediante medios digitales. Esto implica contar con infraestructura digital y tecnológica que sustente esta conectividad.

En el cierre de brechas no solo se deben considerar las barreras geográficas, sino también aquellas de carácter administrativo, financiero y de accesibilidad en relación con las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC). En salud, la infraestructura digital es especialmente necesaria en zonas aisladas, ya que permite brindar soporte tanto a las actividades administrativas como a las propias de la atención clínica.

✚ PSR Pichipellahuen, comuna de Lumaco, SS de Araucanía Norte, 2024.
Foto: Bernarda González, Referente Técnico Programa Salud Rural, SS Araucanía Norte.



✦ Foto: Andrea Santana,
consultora OPS/MINSAL 2024.

Ante este contexto, adquiere vital importancia el desarrollo e implementación digital en cada PSR, considerando los siguientes aspectos fundamentales (Subsecretaría de Redes Asistenciales, MINSAL, 2020)³⁸:

- La factibilidad técnica, capacidad y alcance operativo de los dispositivos.
- El ancho de banda y la calidad efectiva del servicio de redes y telecomunicaciones.
- La confiabilidad y fidelidad en la transmisión de los datos.
- La interoperabilidad de los sistemas, así como la seguridad de la información durante su tránsito, procesamiento y almacenamiento.
- El mantenimiento preventivo y correctivo, junto con la disponibilidad del soporte técnico requerido para garantizar el nivel de servicio esperado y la seguridad de la información.

Para el análisis de los datos informados, se priorizaron aquellos equipos de las PSR directamente relacionados con plataformas como Hospital Digital Rural, Telemedicina y telecomunicaciones en contextos de emergencias y/o desastres. Los equipos considerados fueron:

- Teléfono fijo.
- Teléfono satelital.
- Celular institucional.
- Computador con conectividad vía Wifi.
- Estación radial (incluye radio VHF y antena de transmisión).

Los equipos informados y priorizados para este catastro se analizaron según las siguientes categorías: "Sí"³⁹, "Sí, operativo"⁴⁰, "Sí, no operativo"⁴¹, "No"⁴² y "Sin Información"⁴³.

³⁸Fundamentos para los lineamientos para el desarrollo de la Telemedicina y Telesalud en Chile.

³⁹Existencia del equipo, donde la información otorgada por SS no incluyó más información.

⁴⁰Existencia del equipo, donde la información otorgada por SS refiere a que se encuentra en uso.

⁴¹Existencia del equipo, donde la información otorgada por SS refiere la existencia del equipo, pero no se encuentra en condiciones de ser utilizado.

⁴²Inexistencia del equipo.

⁴³Sin información entregada por los Servicios de Salud.

2.5.1 Teléfono fijo

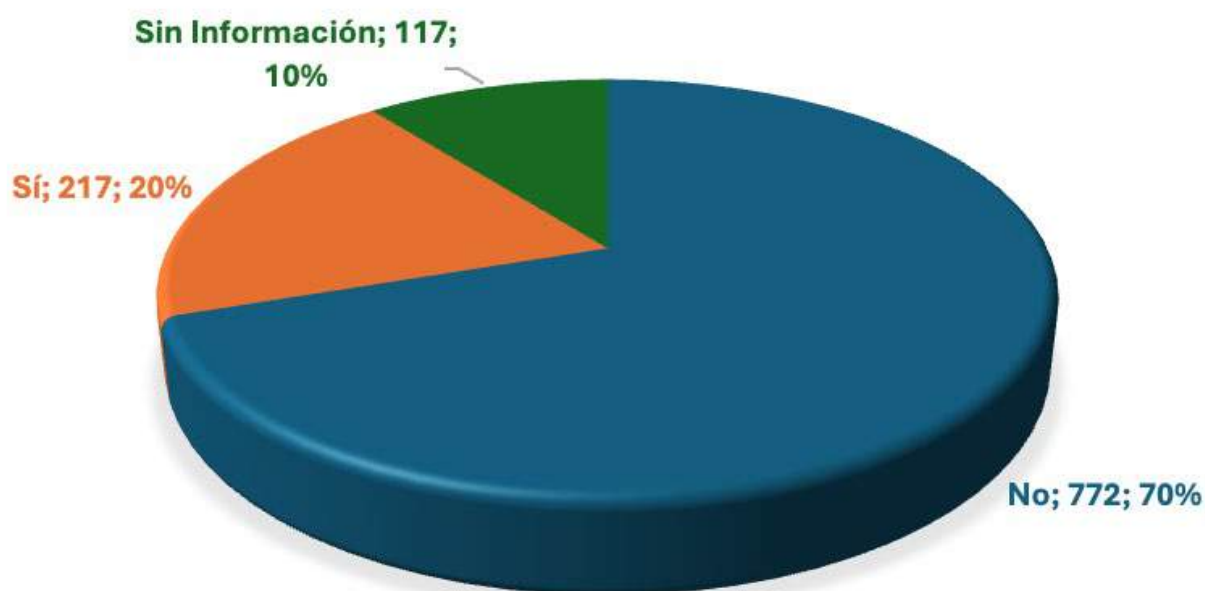
Del total nacional de PSR incluidas en el catastro, un 70% (772) no cuenta con teléfono fijo. Por otra parte, solo un 20% (217) dispone de este equipo, mientras que un 10% (117) se desconoce la información (Gráfico 14).

En la Tabla 19 se observa que, en relación con la proporción de sus PSR, los SS que presentan un 50% o más de establecimientos sin teléfono fijo son: Araucanía Norte, Araucanía

Sur, Arauco, Atacama, Biobío, Chiloé, Concepción, Coquimbo, O'Higgins, Los Ríos, Magallanes, Maule, Metropolitano Norte, Ñuble, Osorno, Reloncaví, Talcahuano, Tarapacá, Valparaíso San Antonio y Viña del Mar Quillota.

En contraste, el único SS que cuenta con todas sus PSR equipadas con teléfono fijo es el Metropolitano Oriente.

► **Gráfico 14:**
Distribución porcentual del total de PSR según disponibilidad de teléfono fijo.



► **Tabla 19:**

Distribución del número y porcentaje de PSR por SS según disponibilidad de teléfono fijo.⁴⁴

Servicio de Salud	Nº PSR	No	%	Sí	%	Sin Información	%
ACONCAGUA	10	4	40%	5	50%	1	10%
ANTOFAGASTA	13	5	38%	4	31%	4	31%
ARAUCANÍA NORTE	55	38	69%	7	13%	10	18%
ARAUCANÍA SUR	128	89	70%	39	30%	0	0%
ARAUCO	28	21	75%	7	25%	0	0%
ARICA Y PARINACOTA	8	0	0%	0	0%	8	100%
ATACAMA	15	11	73%	1	7%	3	20%
AYSÉN	27	1	4%	0	0%	26	96%
BIOBÍO	66	37	56%	25	38%	4	6%
CHILOÉ	71	69	97%	1	1%	1	1%
CONCEPCIÓN	14	10	71%	0	0%	4	29%
COQUIMBO	94	87	93%	7	7%	0	0%
O`HIGGINS	76	38	50%	14	18%	24	32%
LOS RÍOS	58	39	67%	17	29%	2	3%
MAGALLANES	8	4	50%	3	38%	1	13%
MAULE	160	139	87%	3	2%	18	11%
M. ORIENTE	1	0	0%	1	100%	0	0%
M. NORTE	9	9	100%	0	0%	0	0%
M. OCCIDENTE	16	6	38%	8	50%	2	13%
M. SUR	10	1	10%	8	80%	1	10%
M. SUR ORIENTE	6	0	0%	6	100%	0	0%
ÑUBLE	54	31	57%	23	43%	0	0%
OSORNO	29	22	76%	4	14%	3	10%
RELONCAVÍ	85	60	71%	22	26%	3	4%
TALCAHUANO	3	3	100%	0	0%	0	0%
TARAPACÁ	15	12	80%	2	13%	1	7%
VALPARAISO SAN ANTONIO	19	14	74%	5	26%	0	0%
VIÑA DEL MAR QUILLOTA	28	22	79%	5	18%	1	4%
Total	1106	772	70%	217	20%	117	11%

⁴⁴El porcentaje es en relación con la información entregada por cada variable, utilizando la siguiente fórmula: PSR informadas/ (Total de PSR del SS-PSR del SS sin información).

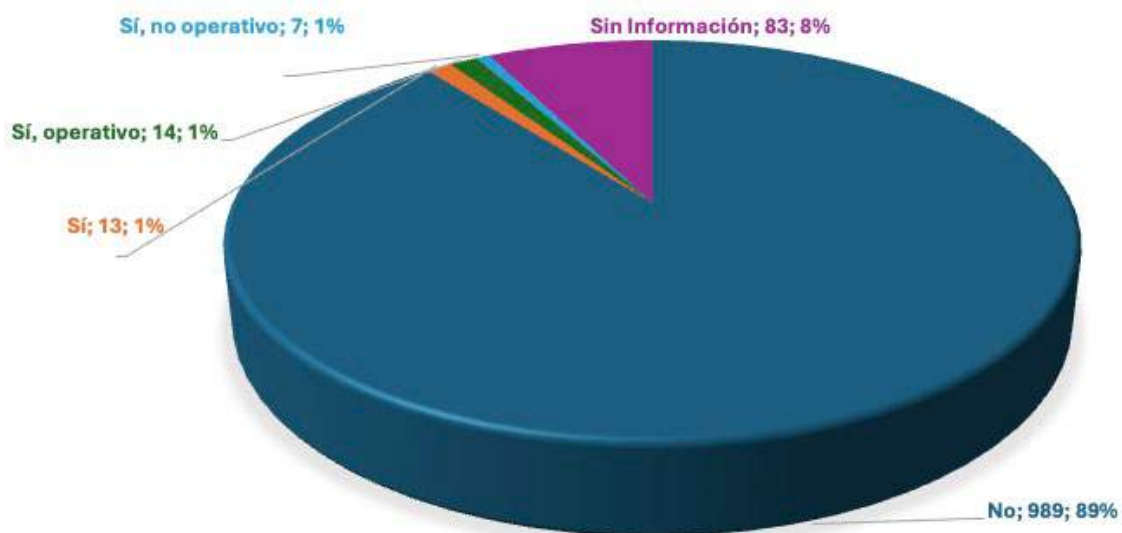
2.5.2 Teléfono Satelital

Del total nacional de PSR incluidas en el catastro (1.106) un 89% (989) no cuenta con teléfono satelital. Por otra parte, solo un 1% (14) dispone de este equipo en condición operativa (Gráfico 15).

En la Tabla 20 se observa que los SS que cuentan con PSR equipadas con teléfono satelital son: Araucanía Norte, Arica, Magallanes, Maule, Metropolitano Norte y Reloncaví.

► **Gráfico 15:**

Distribución porcentual del total de PSR según disponibilidad de teléfono satelital.



► **Tabla 20:**

Distribución del número y porcentaje de PSR por SS según disponibilidad de teléfono satelital⁴⁵.

Servicio de Salud	Nº PSR	No	%	Sí	%	Sí, operativo	%	Sí, no operativo	%	Sin Información	%
ACONCAGUA	10	10	100%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
ANTOFAGASTA	13	9	100%	0	0%	0	0%	0	0%	4	31%
ARAUCANÍA NORTE	55	35	80%	0	0%	8	18%	1	2%	11	20%
ARAUCANÍA SUR	128	128	100%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
ARAUCO	28	28	100%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
ARICA Y PARINACOTA	8	3	38%	3	38%	1	13%	1	13%	0	0%
ATACAMA	15	12	100%	0	0%	0	0%	0	0%	3	20%
AYSÉN	27	17	63%	10	37%	0	0%	0	0%	0	0%
BIOBÍO	66	62	100%	0	0%	0	0%	0	0%	4	6%
CHILOÉ	71	68	99%	0	0%	0	0%	1	1%	2	3%
CONCEPCIÓN	14	10	100%	0	0%	0	0%	0	0%	4	29%
COQUIMBO	94	94	100%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
O`HIGGINS	76	52	71%	0	0%	0	0%	0	0%	3	4%
LOS RÍOS	58	56	100%	0	0%	0	0%	0	0%	2	3%
MAGALLANES	8	6	86%	0	0%	1	14%	0	0%	1	13%
MAULE	160	140	99%	0	0%	2	1%	0	0%	18	11%
M. ORIENTE	1	1	100%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
M. NORTE	9	8	89%	0	0%	1	11%	0	0%	0	0%
M. OCCIDENTE	16	14	100%	0	0%	0	0%	0	0%	2	13%
M. SUR	10	8	89%	0	0%	0	0%	1	11%	1	10%
M. SUR ORIENTE	6	6	100%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
ÑUBLE	54	53	98%	0	0%	0	0%	1	2%	0	0%
OSORNO	29	26	100%	0	0%	0	0%	0	0%	3	10%
RELONCAVÍ	85	79	96%	0	0%	1	1%	2	2%	3	4%
TALCAHUANO	3	3	100%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
TARAPACÁ	15	15	100%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
VALPARAISO SAN ANTONIO	19	19	100%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
VIÑA DEL MAR QUILLOTA	28	27	100%	0	0%	0	0%	0	0%	1	4%
Total	1106	989	95%	13	1%	14	1%	7	1%	62	6%

⁵⁶El porcentaje es en relación con la información entregada por cada variable, utilizando la siguiente fórmula: PSR informadas/ (Total de PSR del SS-PSR del SS sin información).

2.5.3 Celular Institucional

Del total nacional de PSR incluidas en el catastro, un 14% (154) no cuenta con celular institucional. Por otra parte, solo un 2% (19) dispone de este equipo operativo y en un 8% (88) se desconoce la información. Se destaca que un 76% (845) de las PSR reportan tener este equipo, aunque no se especifica si se encuentra operativo (Gráfico 16).

En la Tabla 21 se observa que, en relación con la proporción de sus PSR, los SS Aysén y Metropolitano

Oriente no cuentan con este tipo de celular en ninguno de sus establecimientos, mientras que el SS de Arica y Parinacota registra solo un 25% de sus PSR con este equipo. Por el contrario, los SS que reportan la mayoría de sus PSR con este equipo, aunque sin información sobre su operatividad, son: Aconcagua (10), Antofagasta (9), Magallanes (7), Metropolitano Sur Oriente (6) y Metropolitano Norte (9).

► **Gráfico 16:**

Distribución porcentual del total de PSR según disponibilidad de celular institucional.



► **Tabla 21:**

Distribución del número y porcentaje de PSR por SS según disponibilidad de celular institucional⁴⁶.

Servicio de Salud	Nº PSR	No	%	Sí	%	Sí, operativo	%	Sí, no operativo	%	Sin Información	%
ACONCAGUA	10	0	0%	10	100%	0	0%	0	0%	0	0%
ANTOFAGASTA	13	0	0%	9	100%	0	0%	0	0%	4	31%
ARAUCANÍA NORTE	55	6	13%	31	69%	8	18%	0	0%	10	18%
ARAUCANÍA SUR	128	17	13%	111	87%	0	0%	0	0%	0	0%
ARAUCO	28	3	11%	25	89%	0	0%	0	0%	0	0%
ARICA Y PARINACOTA	8	5	63%	2	25%	1	13%	0	0%	0	0%
ATACAMA	15	3	25%	9	75%	0	0%	0	0%	3	20%
AYSÉN	27	17	63%	0	0%	10	37%	0	0%	0	0%
BIOBÍO	66	12	19%	50	81%	0	0%	0	0%	4	6%
CHILOÉ	71	5	7%	65	93%	0	0%	0	0%	1	1%
CONCEPCIÓN	14	1	10%	9	90%	0	0%	0	0%	4	29%
COQUIMBO	94	5	6%	82	94%	0	0%	0	0%	7	7%
O`HIGGINS	76	8	11%	44	60%	0	0%	0	0%	3	4%
LOS RÍOS	58	8	14%	48	86%	0	0%	0	0%	2	3%
MAGALLANES	8	0	0%	7	100%	0	0%	0	0%	1	13%
MAULE	160	10	7%	131	93%	0	0%	0	0%	19	12%
M. ORIENTE	1	1	100%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
M. NORTE	9	0	0%	9	100%	0	0%	0	0%	0	0%
M. OCCIDENTE	16	3	21%	11	79%	0	0%	0	0%	2	13%
M. SUR	10	0	0%	9	100%	0	0%	0	0%	1	10%
M. SUR ORIENTE	6	0	0%	6	100%	0	0%	0	0%	0	0%
ÑUBLE	54	18	33%	36	67%	0	0%	0	0%	0	0%
OSORNO	29	4	15%	22	85%	0	0%	0	0%	3	10%
RELONCAVÍ	85	23	28%	60	72%	0	0%	0	0%	2	2%
TALCAHUANO	3	1	33%	2	67%	0	0%	0	0%	0	0%
TARAPACÁ	15	2	13%	13	87%	0	0%	0	0%	0	0%
VALPARAISO SAN ANTONIO	19	1	5%	18	95%	0	0%	0	0%	0	0%
VIÑA DEL MAR QUILLOTA	28	1	4%	26	96%	0	0%	0	0%	1	4%
Total	1106	154	15%	845	81%	19	2%	0	0%	67	6%

⁴⁶El porcentaje es en relación con la información entregada por cada variable, utilizando la siguiente fórmula: PSR informadas/ (Total de PSR del SS-PSR del SS sin información).

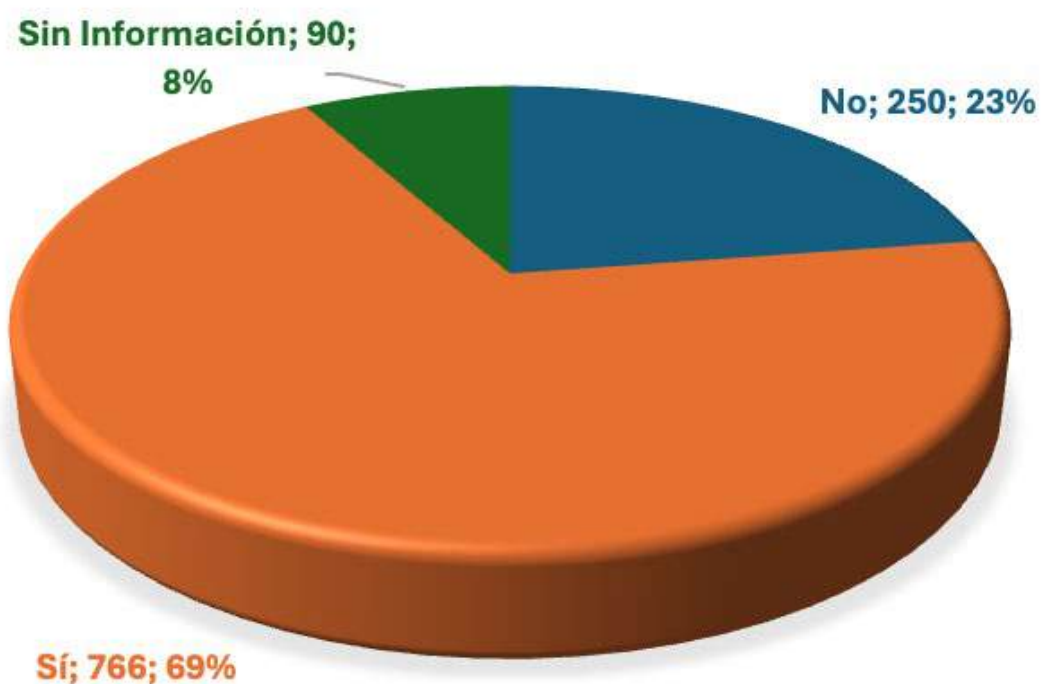
2.5.4 PC con conectividad vía Wifi

Del total nacional de PSR incluidas en el catastro, un 23% (250) no cuenta con computador con conectividad vía Wifi. Por otra parte, un 69% (766) dispone de este equipo y en un 8% (90) se desconoce la información (Gráfico 17).

En la Tabla 22 se observa que, en relación con la proporción de sus PSR, existen 28 SS que cuentan con el 50% o más de sus establecimientos equipados con computador con conectividad vía Wifi.

► **Gráfico 17:**

Distribución porcentual del total de PSR según disponibilidad de PC con conectividad vía Wifi.



► **Tabla 22:**

Distribución del número y porcentaje de PSR por SS según disponibilidad de PC con conectividad vía Wifi⁴⁷.

Servicio de Salud	Nº PSR	No	%	Sí	%	Sin Información	%
ACONCAGUA	10	3	30%	7	70%	0	0%
ANTOFAGASTA	13	2	22%	7	78%	4	31%
ARAUCANÍA NORTE	55	17	39%	27	61%	11	20%
ARAUCANÍA SUR	128	40	31%	88	69%	0	0%
ARAUCO	28	14	50%	14	50%	0	0%
ARICA Y PARINACOTA	8	4	50%	4	50%	0	0%
ATACAMA	15	6	50%	6	50%	3	20%
AYSÉN	27	1	4%	26	96%	0	0%
BIOBÍO	66	28	45%	34	55%	4	6%
CHILOÉ	71	4	6%	66	94%	1	1%
CONCEPCIÓN	14	3	30%	7	70%	4	29%
COQUIMBO	94	27	31%	59	68%	7	7%
O`HIGGINS	76	10	19%	42	81%	24	32%
LOS RÍOS	58	22	39%	34	61%	2	3%
MAGALLANES	8	0	0%	7	100%	1	13%
MAULE	160	35	25%	106	75%	19	12%
M. ORIENTE	1	0	0%	1	100%	0	0%
M. NORTE	9	0	0%	9	100%	0	0%
M. OCCIDENTE	16	0	0%	14	100%	2	13%
M. SUR	10	0	0%	9	100%	1	10%
M. SUR ORIENTE	6	2	33%	4	67%	0	0%
ÑUBLE	54	8	15%	46	85%	0	0%
OSORNO	29	4	16%	21	84%	4	14%
RELONCAVÍ	85	9	11%	75	89%	1	1%
TALCAHUANO	3	0	0%	3	100%	0	0%
TARAPACÁ	15	2	13%	13	87%	0	0%
VALPARAISO SAN ANTONIO	19	8	42%	11	58%	0	0%
VIÑA DEL MAR QUILLOTA	28	1	4%	26	96%	1	4%
Total	1106	250	25%	766	75%	89	8%

⁴⁷El porcentaje es en relación con la información entregada por cada variable, utilizando la siguiente fórmula: PSR informadas/ (Total de PSR del SS-PSR del SS sin información).

2.5.5 Estación Radial

El catastro de equipos empleados en Radiocomunicaciones en la red de salud fue actualizado en el año 2021, incluyendo un censo de los dispositivos empleados en contextos de emergencias y desastres. Entre los equipos registrados se encuentran: teléfonos satelitales, radios HF y VHF, y antenas repetidoras⁴⁸, como se muestra en el siguiente recuadro:

Equipos de radio	Nº
PSR c/HF	78
PSR c/VHF	421
PSR CON 2 EQUIPOS	16
PSR CON 4 EQUIPOS	1
TOTAL PSR C/RADIO	480
TOTAL PSR_ DEIS	1.122

+ Fuente: Depto. Emergencias y Desastres, MINSAL, año 2021.

El total de equipos evaluados en este censo fue de 499, de los cuales 17 presentaban fallas y no se encontraban operativos. Entre los problemas reportados se identificaron: fallas en la fuente de poder, equipos en reparación, radios en desuso por más de cinco años, problemas técnicos generales, necesidad de reemplazo de batería, antenas en mal estado o ausentes, radios que encienden pero no emiten ni reciben señal (por caída de antena), falta de capacitación del personal para su uso, y radios HF inutilizadas debido a que la antena no fue trasladada al nuevo recinto o presenta fallas.

Para el año 2021, solo el 43% (480) del total de 1.122 PSR del país contaba con radios HF o VHF, de las cuales únicamente 16 (3%) disponían de ambos tipos de equipos y

solo una de ellas contaba con cuatro dispositivos.

En el censo actual, el objetivo fue contabilizar las radios VHF y sus antenas operativas, basándose en información proporcionada por los SS. Esto difiere del catastro realizado por DEGREYD, que incluyó una evaluación técnica tanto de los equipos radiales como de las antenas repetidoras.

En este contexto, se observa que del total de PSR, un 35% (383) no cuenta con estación radial VHF. Por otro lado, un 32% (360) dispone de este equipo operativo, un 23% (250) lo posee pero no se encuentra operativo, un 2% (22) declara tenerlo sin especificar su condición, y un 8% (91) no entrega información al respecto (Véase Gráfico 18).



+ Estación de radio, PSR Rupumeica Bajo, Comuna de Lago Ranco, SS Los Ríos, 2023. Foto: Andrea Santana, consultora OPS/MINSAL 2024.



+ Estación de radio, PSR Traiguén, comuna de La Unión, SS Los Ríos. Foto: Andrea Santana, consultora OPS/MINSAL 2024.

⁴⁸Información del Depto. Gestión del Riesgo en Emergencias y Desastres, Gabinete MINSAL.

En la Tabla 23 se observa que, en relación con la proporción de sus PSR, los SS con un 50% o más de sus establecimientos sin estación radial VHF son: Antofagasta (6), Araucanía Norte (30), Atacama (6), Concepción (9), O`Higgins (44), Metropolitano Norte (9), Metropolitano Occidente (7), Metropolitano Sur (9), Metropolitano Sur Oriente (4), Reloncaví (57) y Viña del Mar Quillota (19).

Cabe señalar que este censo de conectividad solo cuantifica el

número de equipos radiales y antenas, sin una validación técnica desde el área telecomunicaciones. Por lo tanto, no se garantiza que dichos equipos estén operativos ni que cumplan con la normativa establecida por MINSAL desde DEGREYD para asegurar que efectivamente generen canales de comunicación con organismos públicos en situaciones de emergencias y/o desastres.



+ Antena Radio VHF, PSR Dorotea, comuna Natales, SS Magallanes
Foto: Andrea Santana, consultora OPS/ MINSAL 2024.

► **Gráfico 18:**
Distribución porcentual del total de PSR según disponibilidad de equipamiento radial VHF.

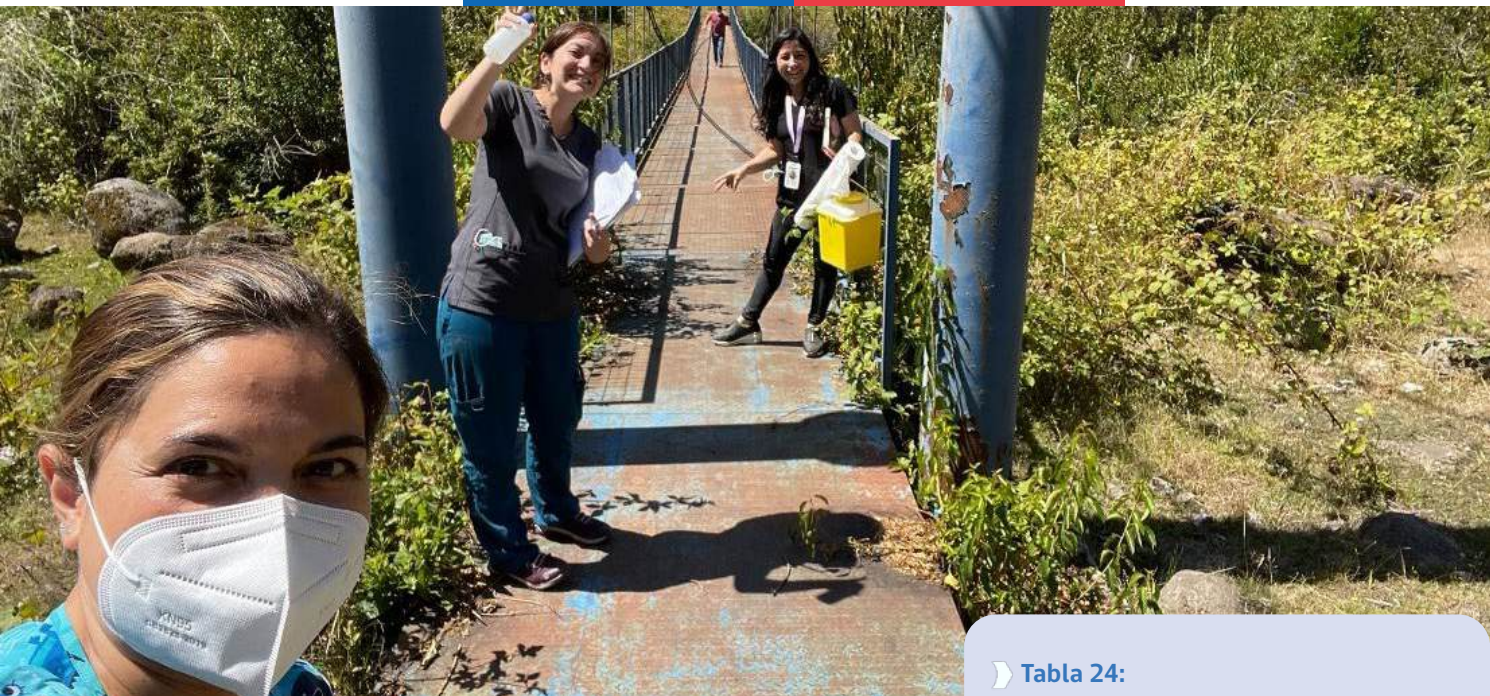


**Tabla 23:**

Distribución del número y porcentaje de PSR por SS según disponibilidad de equipamiento radial VHF⁴⁹.

Servicio de Salud	Nº PSR	No	%	Sí	%	Sí, operativo	%	Sí, no operativo	%	Sin Información	%
ACONCAGUA	10	1	14%	0	0%	3	43%	3	43%	3	30%
ANTOFAGASTA	13	6	67%	0	0%	2	22%	1	11%	4	31%
ARAUCANÍA NORTE	55	30	68%	0	0%	10	23%	4	9%	11	20%
ARAUCANÍA SUR	128	29	23%	0	0%	62	48%	37	29%	0	0%
ARAUCO	28	1	4%	0	0%	4	14%	23	82%	0	0%
ARICA Y PARINACOTA	8	0	0%	0	0%	5	63%	3	38%	0	0%
ATACAMA	15	6	60%	0	0%	2	20%	2	20%	5	33%
AYSÉN	27	2	7%	0	0%	24	89%	1	4%	0	0%
BIOBÍO	66	4	6%	0	0%	41	66%	17	27%	4	6%
CHILOÉ	71	17	24%	0	0%	32	46%	21	30%	1	1%
CONCEPCIÓN	14	9	90%	0	0%	1	10%	0	0%	4	29%
COQUIMBO	94	31	33%	0	0%	36	39%	26	28%	1	1%
O`HIGGINS	76	44	60%	2	3%	4	5%	2	3%	3	4%
LOS RÍOS	58	21	38%	0	0%	16	29%	19	34%	2	3%
MAGALLANES	8	0	0%	0	0%	0	0%	7	100%	1	13%
MAULE	160	61	43%	0	0%	56	40%	24	17%	19	12%
M. ORIENTE	1	0	0%	0	0%	1	100%	0	0%	0	0%
M. NORTE	9	9	100%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
M. OCCIDENTE	16	7	54%	0	0%	5	38%	1	8%	3	19%
M. SUR	10	9	100%	0	0%	0	0%	0	0%	1	10%
M. SUR ORIENTE	6	4	100%	0	0%	0	0%	0	0%	2	33%
ÑUBLE	54	4	7%	1	2%	27	50%	22	41%	0	0%
OSORNO	29	0	0%	18	72%	6	24%	1	4%	4	14%
RELONCAVÍ	85	57	68%	0	0%	8	10%	19	23%	1	1%
TALCAHUANO	3	0	0%	0	0%	0	0%	3	100%	0	0%
TARAPACÁ	15	4	27%	0	0%	9	60%	2	13%	0	0%
VALPARAISO SAN ANTONIO	19	8	42%	1	5%	2	11%	8	42%	0	0%
VIÑA DEL MAR QUILLOTA	28	19	70%	0	0%	4	15%	4	15%	1	4%
Total	1106	383	37%	22	2%	360	35%	250	24%	70	6%

⁴⁹El porcentaje es en relación con la información entregada por cada variable, utilizando la siguiente fórmula: PSR informadas/ (Total de PSR del SS-PSR del SS sin información).



► **Tabla 24:**

Número y porcentaje de PSR del país que cuentan con Coordinador Técnico.

Existencia Coordinador Técnico de PSR	Total País	%
Sí	949	86%
No	65	6%
Sin Información	92	8%
Total	1.106	100%

2.6. Gestión

Una de las innovaciones incorporadas en la actual Norma Técnica fue la incorporación de la figura del Coordinador Técnico, designado mediante la correspondiente resolución. Este funcionario clave actúa como representante del establecimiento ante procesos de fiscalización y de autorización sanitaria. Además, tiene a su cargo funciones técnico-sanitarias y administrativas, con el objetivo de fortalecer la gestión sanitaria de las PSR adscritas al Departamento de Salud o a la unidad funcional correspondiente, bajo la orientación técnica del SS de su jurisdicción.

En relación con la variable definida como gestión, se presentan los SS que cuentan con un Coordinador Técnico.

Del total PSR (1.106), un 86% (949) cuenta con coordinador para estos establecimientos (Tabla 24).

Del total PSR que cuentan con coordinador técnico (949), 453 cuentan con un/a profesional Enfermero/a como Coordinador Técnico, lo que representa un 45% del total de PSR informadas. Le siguen los/as Kinesiólogos/as, con 9% (88 establecimientos) y los/as Nutricionistas, con un 8% (80 establecimientos).



+ Foto: Andrea Santana, consultora OPS/MINSAL 2024.



+ Equipo de Salud, PSR Campos Ahumada, comuna de San Esteban, SS. Aconcagua, 1998
Foto: Pamela Canabes, Referente Técnico Programa Salud Rural, SS Aconcagua.



+ Visita domiciliaria a sector rural durante la pandemia, comuna Lonquimay. SS Araucanía Norte
Foto: Bernarda Gonzalez, Referente Técnico Salud Rural, SS Araucanía Norte.



+ Atención domiciliaria dental, sector rural, comuna de Los Lagos SS Los Ríos.
Foto: Andrea Santana, consultora OPS/MINSAL 2024.



► 2.7. Dotación

El equipo de salud rural constituye el equipo de cabecera de la población bajo su jurisdicción y está conformado por el o los Técnicos más el conjunto de funcionarios que realiza la ronda rural, asumiendo en conjunto la continuidad de la atención y cuidados.

Por otra parte, del total de PSR consideradas en este censo (1.106), 193 (18%) cuentan con equipo permanente⁵⁰, conformados por médicos, enfermeras/os, Kinesiólogos/as y odontólogos/as principalmente (Véase Gráfico 19 y Tabla 25).

► **Gráfico 19:**

Distribución porcentual del total de PSR del país que cuentan con equipo permanente.



⁵⁰TENS y/o Equipo permanente, funcionario/a que cumple su jornada laboral de 44 hrs./semanales en PSR.

► **Tabla 25:**

Número y porcentaje de PSR con equipo permanente según SS.

Servicios de Salud	NºPSR	Total PSR c/Equipo permanente	%PSR c/Equipo permanente
ACONCAGUA	10	0	0%
ANTOFAGASTA	13	3	23%
ARAUCANÍA NORTE	55	0	0%
ARAUCANÍA SUR	128	20	16%
ARAUCO	28	9	32%
ARICA	8	5	63%
ATACAMA	15	7	47%
AYSÉN	27	6	22%
BIOBÍO	66	15	23%
CHILOÉ	71	1	1%
CONCEPCIÓN	14	0	0%
COQUIMBO	94	1	1%
O`HIGGINS	76	19	25%
LOS RÍOS	58	1	2%
MAGALLANES	8	8	100%
MAULE	160	37	23%
M. ORIENTE	1	0	0%
M. NORTE	9	1	11%
M. OCCIDENTE	16	8	50%
M. SUR	10	9	90%
M. SUR ORIENTE	6	3	50%
ÑUBLE	54	12	22%
OSORNO	29	0	0%
RELONCAVÍ	85	8	9%
TALCAHUANO	3	3	100%
TARAPACÁ	15	2	13%
VALPARAISO SAN ANTONIO	19	4	21%
VIÑA DEL MAR QUILLOTA	28	11	39%
Total	1.106	193	18%



Gráfico 20:

Número de PSR que cuentan con 1 o más TENS en forma permanente, según datos censo año 2017 y 2024.

Por otra parte, en el Gráfico 20, que compara los datos del censo de los años 2017 y 2024, se observa un incremento del 9% (57) en el número de PSR que cuentan con dos o más TENS en forma permanente. Asimismo, el Gráfico 21 muestra que actualmente un 62% (690) de las PSR cuentan con dos o más TENS en sus equipos de trabajo.

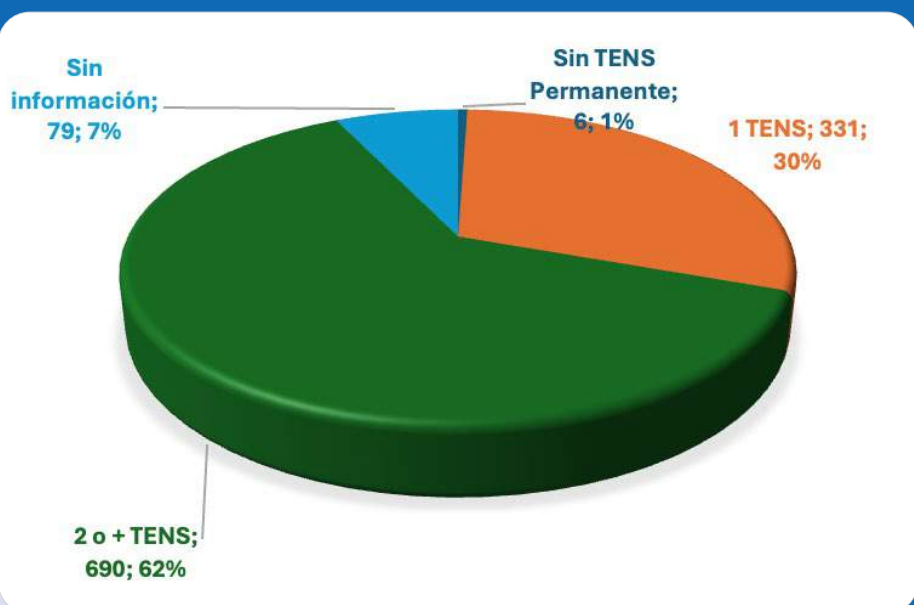
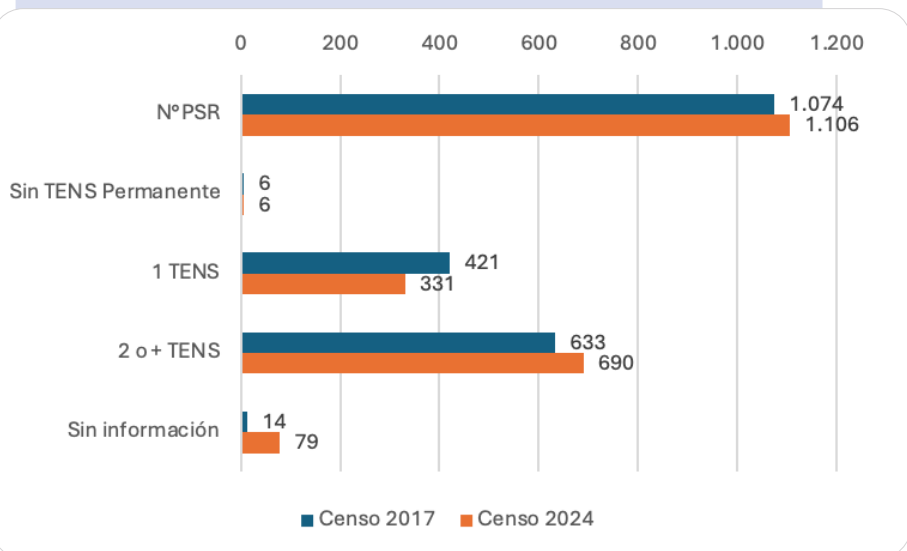


Gráfico 21:

Distribución porcentual de PSR que cuentan con 1 o más TENS permanente, censo año 2024.

2.8. Identificación de Estaciones Médico Rurales (EMR)

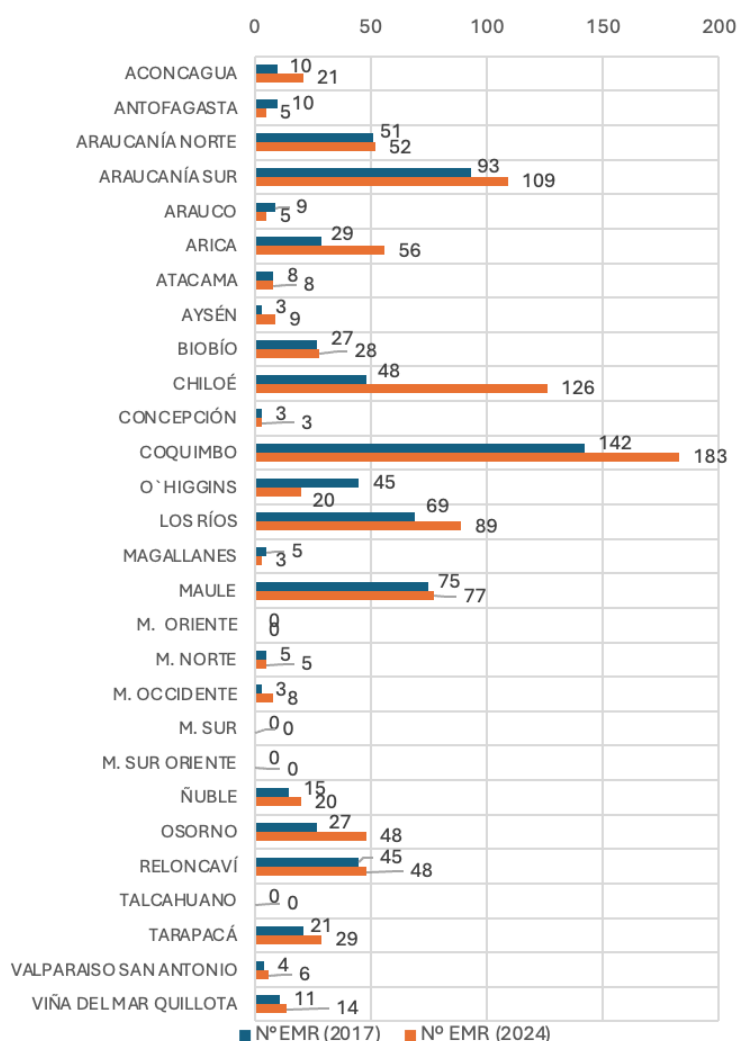
A continuación, se presenta la identificación y dependencia técnica de las EMR, según la información proporcionada por los SS.

Al revisar el censo del año 2017, se identificaron 758 EMR. Para el catastro actual, se registra un aumento del 28% (214), alcanzando un total de **972 EMR**. El mayor porcentaje de estos centros se concentra en el SS Coquimbo, con un 19% (183), seguido por el SS Chiloé con un 13% (126), y el SS Los Ríos con un 9% (89) en relación con el total nacional (Véase Gráficos 22 y 23).

Cabe señalar que, en cuanto a la dependencia técnica de estos centros, del total (972), un 39% (382) depende de un CESFAM, seguido por un 25% (243) que tiene dependencia directa de una PSR, y un 21% (208) que dependen de los Departamentos de Salud.

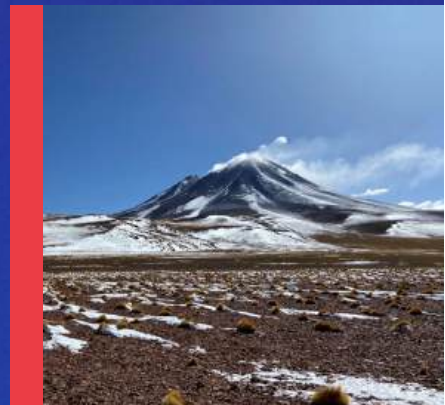
Gráfico 22:

Distribución de EMR según SS en comparación de catastros año 2017 y 2024.



Capítulo 3

RESUMEN Y PROPUESTAS



3.1. Resumen de brechas

Las brechas identificadas se resumen en las Tablas 26 y 27. Las variables consideradas fueron priorizadas por su implicancia en los servicios que otorgan las PSR, especialmente en lo relativo a la continuidad de atención, la capacidad de brindar primera respuesta frente a situaciones de emergencias y/o desastres, así como en la identificación de la población inscrita validada por FONASA en cada uno de estos establecimientos. Esta información resulta fundamental para la asignación de recursos, así como para la implementación y evaluación de los programas de Atención Primaria con enfoque territorial y de equidad.

► **Tabla 26:**

Número y porcentaje de PSR que presentan brechas en las variables de inscripción de población a FONASA, PSR mayor a 30 años de construcción, sin Box Dental y sin DEA.

	NºPSR	%
Total de postal	1.106	100%
Nº PSR con 0% de Población a cargo inscrita a FONASA.	102	9%
> 30 Años de construcción	211	19%
Box Dental (sin)	489	44%
DEA (sin)	379	34%

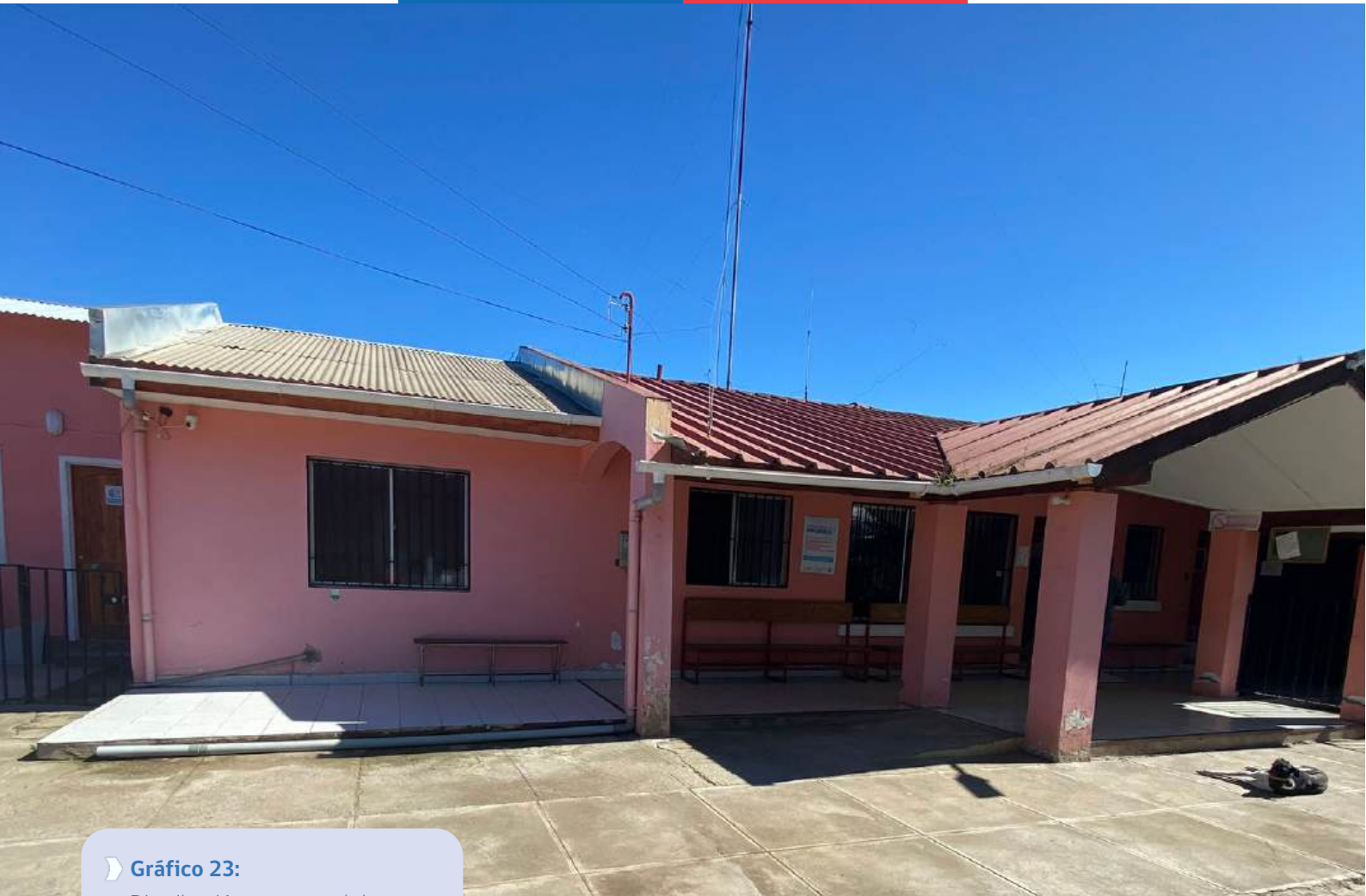
► **Tabla 27:**

Número y porcentaje de PSR que presentan brechas en las variables de equipamiento, soporte eléctrico y conectividad.

	NºPSR	%
	1.106	100%
Grupo Electrónico (sin)	261	24%
PC con conectividad vía WIFI (sin)	250	23%
Equipo Radio VHF (sin)	383	35%



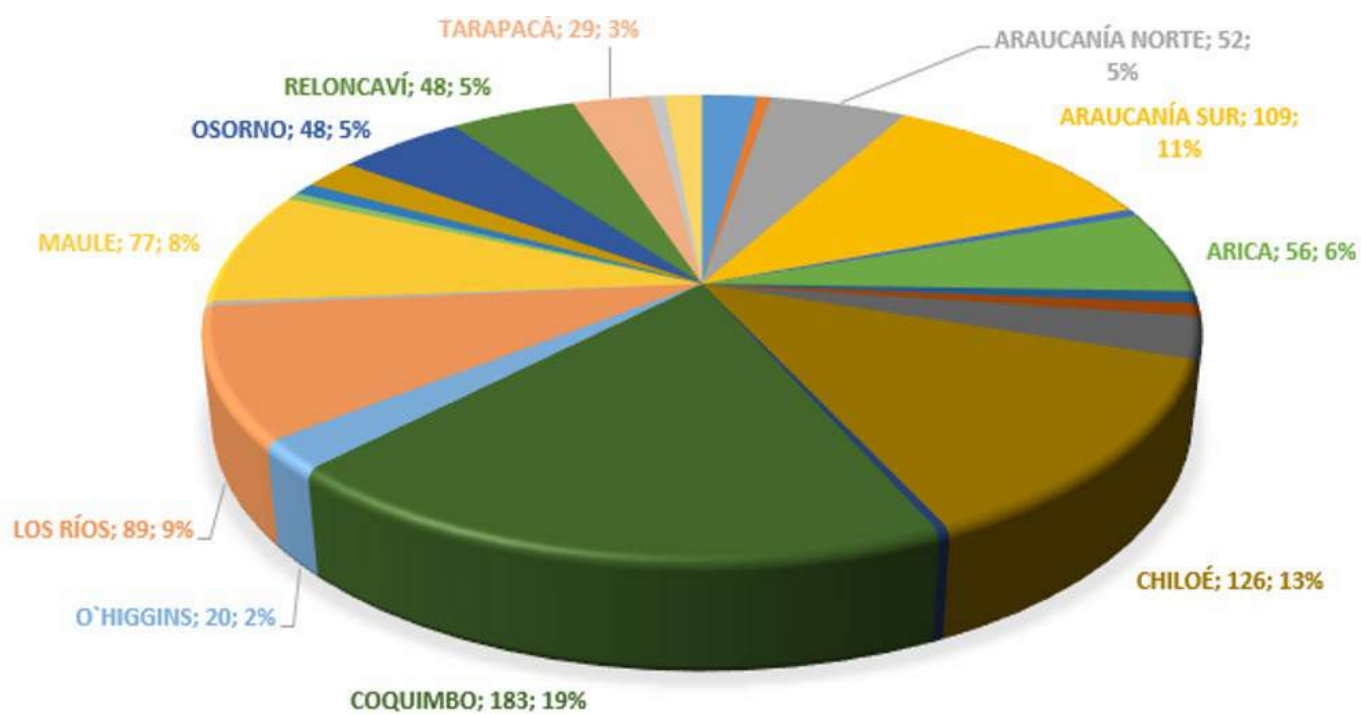
**Promedio Hrs.
autonomía Grupo
Electrógeno**

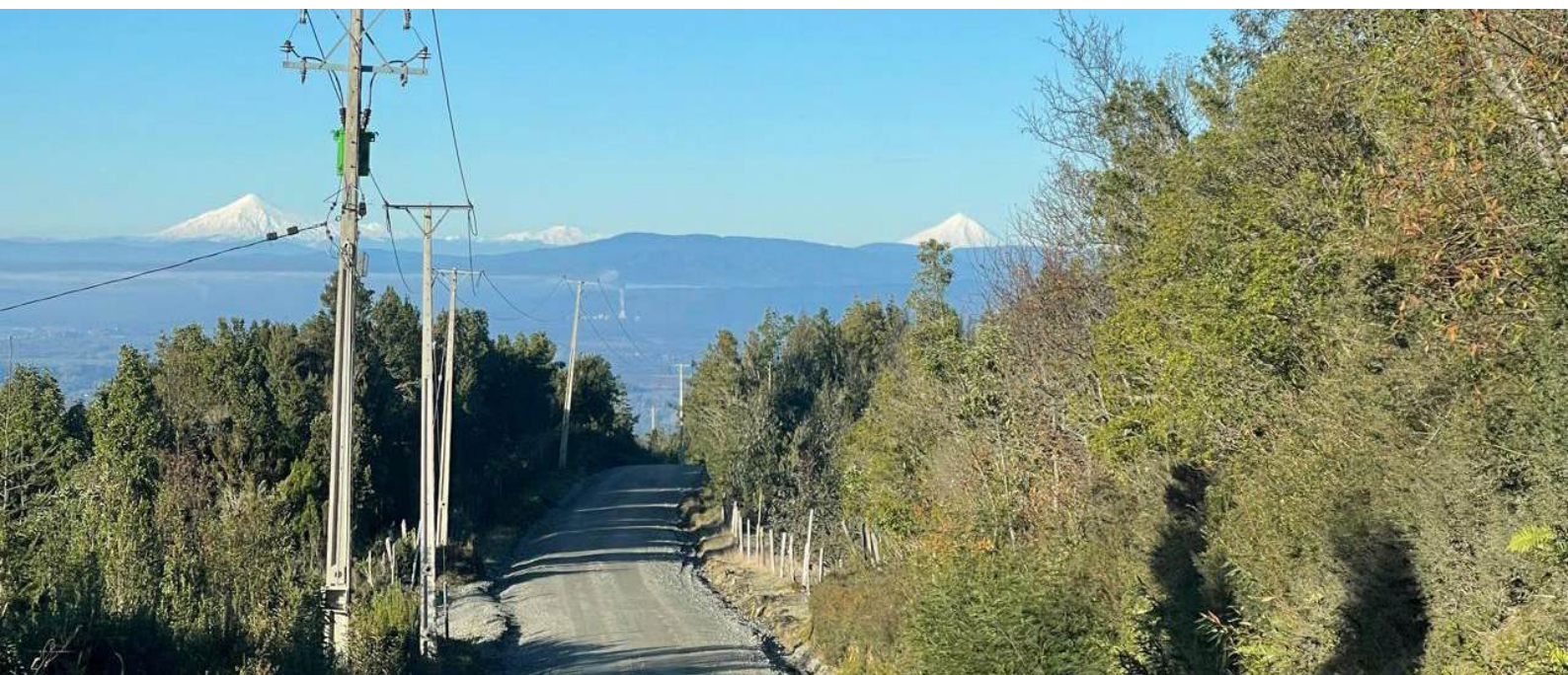


► Gráfico 23:

Distribución porcentual de EMR, según Servicios de Salud, catastro 2024.

+ EMR El Tambo, Comuna de Salamanca, SS Coquimbo.
Foto: Andrea Santana, consultora OPS/MINSAL 2024.





3.2. Propuestas para fortalecer y avanzar en salud rural

Luego de la revisión, clasificación y análisis de los ítems⁵¹ y variables definidas en el trabajo de “Levantamiento de Información de Postas de Salud Rural” del país, así como de la sistematización de orientaciones y sugerencias recopiladas desde los propios SS y las comunas, es posible proponer las siguientes líneas de acción:

- 1. Avanzar hacia un Plan Nacional de Inversiones para infraestructura y equipamiento.**
- 2. Fortalecer la inscripción de la población a cargo.**
- 3. Mejorar la conectividad.**
- 4. Actualizar la Norma Técnica para las PSR.**
- 5. Impulsar otras propuestas en el marco de la gestión de la Salud Rural.**

Este censo permitió determinar el número de PSR existentes en el país, su población a cargo, los recintos disponibles en cada establecimiento y el equipamiento con el que cuentan, lo que ha permitido identificar importantes brechas, especialmente en materia de TIC y telecomunicaciones.

Una de las necesidades que surgen luego de este relevante catastro, es la de poder realizar un diagnóstico más profundo de las PSR en relación con la Norma Técnica Básica (NTB)⁵², que establecen los requisitos mínimos para la obtener la Autorización Sanitaria y avanzar en procesos de acreditación.

Este levantamiento de información constituye una base clave para avanzar hacia un diagnóstico integral con enfoque territorial, que oriente la toma de decisiones destinada a reducir brechas y barreras de acceso. Esto permitirá materializar el enfoque del modelo basado en Determinantes Sociales y Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), en consonancia con las líneas estratégicas de transformación de la APS impulsadas por la actual administración, cuyo objetivo es avanzar hacia la Universalización de la Atención Primaria.

⁵¹Para este censo se consideraron: Identificación de PSR existentes en relación con su reconocimiento como establecimiento (DEIS), Población, Infraestructura, Equipamiento, Conectividad, Gestión y Dotación.

⁵²Normas Técnicas Básicas para la Obtención de la Autorización Sanitaria https://seremi6.redsalud.gob.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2018/08/7c_Norma-T%C3%A9cnica-B%C3%A1sica-Atenci%C3%B3n-Abierta-y-Pab.-Cir.-Menor.pdf



+ Fotos: Andrea Santana,
consultora OPS/MINSAL 2024.

1. Avanzar hacia un Plan Nacional de Inversiones para infraestructura y equipamiento.

- Es necesario incorporar o fortalecer un Plan Nacional de Inversiones que priorice la reposición o normalización de las PSR con 30 o más años de antigüedad, con el objetivo de garantizar atención con calidad y seguridad para la población rural.
- La priorización de estas PSR con 30 o más años de antigüedad, implica la revisión de las fuentes de financiamiento disponibles para su reposición o normalización, incluyendo fondos sectoriales y/o recursos de los Gobiernos Regionales. Asimismo, se sugiere realizar un seguimiento continuo a los Convenios de Programación de las comunas por parte de los SS, junto con brindar apoyo técnico permanente a los SS en materia de inversiones, compartiendo experiencias territoriales en temas de infraestructura, anteproyectos arquitectónicos y participación de la comunidad en proyectos de inversiones, entre otros.
- Se requiere que los SS incorporen un plan de mantenimiento específico para las PSR, el cual debería estar integrado al Programa de Mantenimiento de Infraestructura (PMI), el que debiera dar prioridad a las PSR. Adicionalmente, se propone estandarizar un plan de climatización con enfoque territorial, favoreciendo el uso de energías renovables, en línea con las políticas de adaptación al cambio climático.
- Para las PSR con una población a cargo superior a 2.000 e inferior a 5.000 personas, se sugiere avanzar hacia la estrategia de Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF). Esto requeriría por parte del MINSAL, apoyo técnico en la implementación del modelo de gestión correspondiente, así como la revisión de mecanismos de financiamiento para la construcción de nuevos CECOSF, en sintonía con lo realizado en el Plan Nacional de Inversiones 2014-2018⁵³, que incluyó estandarización arquitectónica (Programa Médico Arquitectónico y anteproyecto).
- Para las PSR que cuenten con una población a cargo mayor o igual a 5.000 personas, se recomienda considerar su transformación en Centros de Salud Familiar (CESFAM). Esto implica la provisión de lineamientos específicos desde el nivel central y que los SS prioricen estas PSR dentro de los Convenios de Programación. Las comunas, a través de sus alcaldías, son responsables de definir qué establecimientos de salud deben ser construidos, repuestos o normalizados en su territorio.
- Finalmente, se sugiere priorizar la obtención de la Autorización Sanitaria para todas las PSR, incorporando este objetivo en los proyectos de reposición, conservación y habilitación de infraestructura.

⁵³Disponible presentación en; <https://www.camara.cl/verDoc.aspx?prmlD=24547&prmlTIPO=DOCUMENTOCOMISION>



+ Foto: Francisca Lobos S., Estudiante Creación Audiovisual, UACH, Valdivia.



+ Localidad de Aiquina, comuna de Calama, SS Antofagasta.
Foto: Andrea Santana, consultora OPS/MINSAL 2024.



+ Localidad de Isla Huapi, comuna de Futrono, SS Los Ríos
Foto: Andrea Santana, consultora OPS/MINSAL 2024.

2. Definición de la Población inscrita.

- Se recomienda reforzar el rol de los SS en el apoyo a las Entidades Administradoras de Salud Municipal para regularizar la inscripción de la población a cargo en las PSR. Esto incluye a las comunas de costo fijo.
- Es importante que los SS puedan brindar acompañamiento técnico a los equipos locales, orientado a fortalecer el proceso de inscripción en FONASA, considerando las particularidades de los territorios rurales y las posibles barreras geográficas, administrativas o de acceso.

3. Conectividad.

- Es necesario continuar fortaleciendo el financiamiento destinado a mejorar la conectividad de las PSR, considerando la implementación de internet satelital y su respectivo equipamiento. Este tipo de conexión ha demostrado ser más estable y con mejor alcance en zonas geográficamente aisladas. El catastro actual evidencia una brecha en el número de PSR que cuentan con computador de escritorio y conexión Wifi, sin claridad sobre el tipo de conexión utilizada. La implementación de internet satelital permite ampliar la cobertura de atención a personas en sectores rurales, mediante estrategias de Telemedicina y Hospital Digital Rural (HRD)⁵⁴.
- Se deben priorizar las PSR con mayores deficiencias en conectividad, incorporando apoyo técnico continuo por parte de los SS, lo que facilitaría el desarrollo e intercambio de experiencias territoriales en temas de proyectos locales y regionales, y aseguraría una gestión administrativa y clínica más eficiente de los equipos de salud. Ante la nueva incorporación de equipos, conexión y sistemas de información, no se puede olvidar la debida capacitación de los equipos de salud –especialmente los TENS– en el uso de plataformas digitales y gestión del cambio.
- Asimismo, es prioritario implementar y mantener el equipamiento requerido para telecomunicaciones y soporte energético ante emergencias y desastres, tales como estaciones radiales y grupos electrógenos. Estos equipos deben estar debidamente habilitados, operativos y en cumplimiento con la normativa vigente. La mantención debe quedar a cargo de las administraciones locales (municipios), con acompañamiento técnico por parte de los SS, para asegurar su operatividad sostenida en distintos territorios.
- Se recomienda incorporar la Gestión del Riesgo de manera integral en la organización de cada PSR, como parte de la red asistencial y de emergencia, lo que implica también establecer un plan de mantenimiento preventivo y continuo de los equipos de radiocomunicación. Se debiese tener especial consideración a vulnerabilidades asociadas al cambio climático.

⁵⁴Plataforma virtual a cargo del Depto. Hospital Digital, MINSAL, dirigido a apoyar a los TENS de las PSR a través de atención de morbilidad vía telemática y sincrónica de médicos/as generales.



+ Foto: Francisca Lobos S., Estudiante Creación Audiovisual, UACH, Valdivia.

4. Actualización Norma Técnica para PSR (NT).

La experiencia de implementación de las NT de PSR en los últimos años ha permitido visualizar las necesidades de adaptación al cambiante escenario post pandemia que enfrenta la salud rural, caracterizado por transformaciones sociales, flujos migratorios internos y externos, envejecimiento de la población rural, impactos del cambio climático, avances en conectividad satelital e implementación progresiva de la APS Universal.

En este contexto, se propone actualizar la normativa en aspectos tales como población a cargo, equipamiento, arsenal farmacológico, gestión, entre otros.

Se sugiere:

- Revisar en la NT la definición del número de población a cargo, alineándola con la metodología para la formulación y evaluación de proyectos de inversión para PSR del MIDESOF, que establece un rango entre 500 a 2.000 personas.
- Considerar la incorporación en la NT la clasificación de PSR según condiciones especiales, tales como fronterizas o con aislamiento geográfico, con el fin de brindar mayores criterios territoriales en la asignación de recursos de apoyo, considerando adicionalmente otros indicadores de vulnerabilidad rural.
- Evaluar la pertinencia de los conceptos de Postas mejoradas y Postas CECOSF, para evitar confusiones y mantener claridad en la tipología y clasificación de las PSR.
- Clarificar y unificar en la NT la definición del rol de “Encargado de PSR”, considerando sus funciones, responsabilidades, ámbito de acción y perfil requerido.
- Actualizar el Programa Médico Arquitectónico (PMA), incorporando la Sala de Procedimientos Odontológicos, como parte de recinto habitual de una PSR⁵⁵.
- Revisar y actualizar el Programa Médico de Equipamiento (PME) en conjunto con los equipos técnicos de la División de Inversiones.
- Revisar y actualizar el arsenal farmacológico, considerando tanto las atenciones de urgencia como de uso habitual.

⁵⁵Memorándum C51 N° 201, de fecha 18/07/2024, de Jefa DIVAP a Jefe Div. Inversiones, donde se solicita la “implementación de box dental en PSR”.



+ Fotos: Francisca Lobos S., Estudiante Creación Audiovisual, UACH, Valdivia.

5. Otras propuestas relacionadas a la gestión de la Salud Rural.

• En el contexto del rediseño de la Red Asistencial de cada SS, y considerando que las PSR constituyen la red más extensa de establecimientos de Atención Primaria en el país, se recomienda realizar análisis territoriales basados en la NT para PSR. Esto permitirá apoyar la gestión de los SS con una mirada más integral del mundo rural, reconociendo el rol estratégico de las PSR en el acceso a la salud de las comunidades rurales.

• Actualizar el Programa de Salud Rural, considerando los nuevos lineamientos correspondientes a los componentes 2 y 3, enfocados en la adquisición de “insumos clínicos y equipamiento”, y en el “desarrollo local”, bajo el marco del enfoque territorial, determinantes sociales en salud y la Política Nacional de Desarrollo Rural. Entre las actualizaciones incorporadas, se destacan:

» Inclusión de un nuevo ítem sobre complementariedad interna y externa del programa en los fundamentos del documento.

» Incorporación de la noción de “humanización en el trato”, vinculándola al contexto de atención.

» Definición más precisa de los temas prioritarios para los proyectos comunitarios, incluyendo: Calidad de vida de las personas mayores y acciones de promoción en salud mental.

• Elaborar orientaciones técnicas del Programa Equidad en Salud Rural, con el fin de establecer un marco operativo que respalde la aplicación de las normativas vigentes.

• Evaluar la posibilidad de incorporar el Programa Equidad en Salud Rural dentro de la metodología de formulación y evaluación social Ex Ante de MIDESOF.

• Reforzar la ejecución y evaluación de un Plan Nacional de Formación Continua para TENS de PSR, ampliable –según disponibilidad de recursos– a otros integrantes de los equipos rurales.

• Considerando que las Estaciones Médico Rurales (EMR)⁵⁶ han aumentado en un 28% respecto al 2017, se recomienda evaluar su futuro, su pertinencia, rol y articulación dentro de la red asistencial.

• Frente al impacto del cambio climático en zonas rurales, se propone desarrollar una estrategia integral de gestión del riesgo y mitigación de daños, con especial consideración en la crisis hídrica, calor extremo y vulnerabilidad ante incendios forestales, con participación comunitaria y un enfoque de equidad territorial que priorice zonas más aisladas y expuestas.

⁵⁶En el censo 2017 se identificaron 758 EMR, y en el actual, 972, lo que significa un aumento de un 28% (214). El mayor porcentaje de estos centros se encuentra en el SS Coquimbo, con un 19% (183), seguido por el SS Chiloé con un 13% (126) y el SS Los Ríos con un 9% (89).

CONCLUSIÓN





+ Foto: Francisca Lobos S., Estudiante Creación Audiovisual, UACH, Valdivia.

La diversidad de los territorios, así como las diferencias en la gestión municipal y de los SS, configuran una realidad compleja, que se ve agravada por la centralización de las decisiones. Para avanzar y fortalecer la atención primaria en zonas rurales, es fundamental que las instituciones del Estado actúen de manera coordinada, promoviendo el diálogo, la participación vinculante y actuando bajo los enfoques de derechos, territorialidad y equidad, en beneficio de la salud pública.

La recopilación y validación de los datos para este levantamiento representó un desafío, evidenciándose disparidades en la gestión de la información tanto en las PSR dependientes de las Municipalidades como en las dependientes de los SS.

El concepto de “Salud Rural” es un reto en sí mismo, ya que revela las múltiples realidades de nuestro territorio. La histórica dicotomía entre “lo urbano” y “lo rural” expone inequidades en el acceso a educación, salud, infraestructura y conectividad, entre otras determinantes sociales que sitúan a las comunidades rurales en contextos de vulnerabilidad. En este marco, la articulación de políticas como la Política Nacional de Desarrollo Rural, la Política Nacional de Desarrollo Urbano y la Política Nacional de Ordenamiento Territorial se vuelve esencial para alinear a las diferentes instituciones públicas en la mejora del bienestar de la

población, asegurando que el lugar de residencia no sea un factor de injusticia social.

Las PSR conforman la red pública de establecimientos de Atención Primaria más numerosa del país, presentes en al menos el 78% de las comunas. Sus principales desafíos se encuentran en el aislamiento geográfico –principal barrera de acceso–, la baja densidad poblacional, la dispersión territorial, la pobreza multidimensional y otros indicadores críticos. Estos factores deben ser abordados de manera integrada, considerando las particularidades locales y fomentando una articulación efectiva de la red asistencial desde lo “local” hacia niveles más amplios y complejos. En este sentido, la participación vinculante resulta esencial, reconociendo que las PSR son, en muchos casos, la única institución del Estado presente en estos territorios.



Asimismo, es relevante visibilizar el rol de las Estaciones Médico Rurales (EMR), que, si bien no son formalmente establecimientos de salud, representan espacios de atención creados y sostenidos mediante acuerdos entre las comunidades y los equipos locales de salud. Estas unidades mejoran el acceso a la atención, reduciendo barreras críticas en zonas aisladas. Desde el último censo, la red de EMR ha aumentado en un 28%, y en algunos territorios, las administraciones municipales han invertido en mejoras de infraestructura y dotación, asumiendo un compromiso directo con las comunidades rurales.

Es así que la Salud Rural debe entenderse como un tema sanitario transversal, donde convergen acciones de diversos programas. Representa un eje estratégico

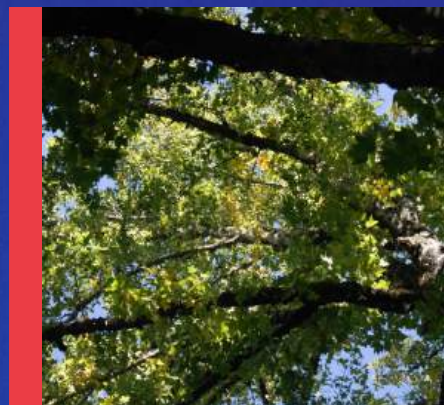
en el proceso de Universalización de la Atención Primaria, base de la reforma de salud, que busca cerrar brechas y superar barreras de acceso, desde una visión de equidad. Por ello, se hace indispensable contar con un plan de acción integral para la red de PSR que refuerce, fortalezca y optimice el rol de estos establecimientos, con líneas de acción claras, recursos asignados, enfoque territorial y participación comunitaria. Este plan debe considerar las experiencias previas impulsadas por el MINSAL⁵⁷, beneficiando directamente a la población rural a cargo, no solo en términos de oportunidad en la atención, sino también en calidad y seguridad, avanzando efectivamente hacia una mayor equidad y dignidad en la oferta de salud de zonas rurales.



Fotos: Francisca Lobos S., Estudiante
Creación Audiovisual, UACH, Valdivia. +

⁵⁷Programas de desarrollo en salud rural, potenciado en forma integral en el primer gobierno del retorno a la democracia, años 90, así como períodos posteriores, como los años 2014 al 2018, donde se desarrolló un Plan Nacional de Inversiones, fortaleciendo la estrategia CECOSF.

REFERENCIAS



Comisión Interministerial de Ciudad, Vivienda y Territorio. (2020).
Política Nacional de Desarrollo Rural. Santiago, Chile.

DEGREYD, MINSAL. (2021).

Guía para la elaboración de planes de emergencia para establecimientos de Atención Primaria. Santiago, Chile.

DIVAP, MINSAL. (2012).

Base datos catastro infraestructura. Santiago, Chile.

DIVAP, MINSAL. (2021).

Encuesta de Calidad: Actualización de Autorizaciones sanitarias. Santiago, Chile.

DIVAP, MINSAL. (2021).

Orientación técnica del Modelo Salud Integral Familiar y comunitario. Santiago, Chile.

INE. (2024).

<https://www.ine.gob.cl/estadisticas/sociales/demografia-y-vitales/proyecciones-de-poblacion>

Instituto Nacional Estadístico (INE). (2019).

<https://geoarchivos.ine.cl>. Obtenido de https://geoarchivos.ine.cl/File/pub/Cd_Pb_Al_Cs_2019.pdf

MIDESOF. (2013).

<http://sni.gob.cl/storage/docs/Atencio%CC%81n-Primaria-Salud-2013.pdf>

MIDESOF. (2024).

https://sni.gob.cl/storage/docs/20240626_-_Metodologia_Atencion_Primaria_Salud.pdf

Ministerio de Salud de Chile. (2021).

Norma Técnica para Postas de Salud Rural. Norma Técnica para Postas de Salud Rural, año 2021. Santiago, Chile.

Ministerio de Salud, Chile. (14 de julio de 2022).

<https://www.minsal.cl/universalizacion-de-la-atencion-primaria-de-salud/>

MINSAL. (1994).

Memoria de Gestión Programa de Salud Rural, 1990-1993. Santiago, Chile: MINSAL.

MINSAL. (2009).

Orientaciones Metodológicas para el trabajo en las 92 Comunas Vulnerables: Componente Barreras de Acceso. Santiago, Chile.

MINSAL. (2016).

Orientaciones Técnicas para la atención de salud mental con pueblos indígenas: hacia un enfoque intercultural. Santiago, Chile.

► Referencias

Referencias

MINSAL. (2017).

Política de Salud de migrantes internacionales. Santiago, Chile.

MINSAL. (2018).

Actualización catastro de brechas de infraestructura de Postas de Salud Rural y lineamientos de Política Nacional de inversiones en salud rural. Santiago, Chile.

MINSAL. (19 de 05 de 2021).

Diagnóstico de Conectividad Postas de Salud Rural. Santiago, Chile.

MINSAL. (2021).

Norma Técnica para Postas de Salud Rural. Norma Técnica para Postas de Salud Rural, año 2021. Santiago, Chile.

MINSAL. (2021).

Orientación técnica del Modelo Salud Integral Familiar y comunitario. Santiago, Chile

Molina, D. (2019).

Informe Jornada de Salud Rural. Ministerio de Salud, División de Atención Primaria, Santiago, Chile.

OPS. (2024).

<https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>.

Organización Naciones Unidas. (2000).

El Derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. Consejo económico y social.

Servicio de Evaluación Ambiental. (2024).

<https://www.sea.gob.cl/>

Sub Secretaría de Salud Pública, MINSAL. (2020).

<https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1150508>.

Sub secretaría Redes Asistenciales, MINSAL. (2018).

<https://www.minsal.cl>. Obtenido de <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/03/Programa-Nacional-de-Telesalud.pdf>

Subsecretaría de Redes Asistenciales, MINSAL. (2020).

<https://portalsaluddigital.minsal.cl>. Obtenido de <https://portalsaluddigital.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/06/FundamentosLineamientosTelemedicinaTelesaludChile-2aEdicion.pdf>

Superintendencia de Salud. (2007).

https://www.superdesalud.gob.cl/app/uploads/2023/11/articles-4788_recurso_1.pdf.

