



DPTO. DE SALUD MUNICIPAL DE SAN JUAN DE LA COSTA
SSO OSORNO
CENTRO DE SALUD FAMILIAR PUAUCHO

5.2

MANUAL PARA IMPLEMENTACIÓN DEL APOYO AL AUTOMANEJO A TRAVÉS DE UNA PROPUESTA DE PLAN CONSENSUADO TOMA DE DECISIONES COMPARTIDAS (TDC) CESFAM PUAUCHO

Elaborado por	Visado por	Aprobado por
JOEL ARRIAGADA HERMOSILLA Encargado de P. Promoción CESFAM Puaucho	DANIELA ESPINOZA ALMONACID Encargada de U. de Calidad y seguridad del paciente CESFAM Puaucho	M^ª DE LOS ANGELES BAHAMONDE AUBEL Directora CESFAM Puaucho
Fecha elaboración: Julio 2025	Fecha revisión: Julio 2025	Fecha aprobación: Agosto 2025



**DPTO. DE SALUD MUNICIPAL DE SAN JUAN DE LA COSTA
SSO OSORNO
CENTRO DE SALUD FAMILIAR PUAUCHO**

1. INTRODUCCION.

La elaboración de un plan de salud individualizado y consensuado implica un proceso de co-construcción que requiere la participación activa del usuario/a, su familia, cuidadores y el equipo de salud del establecimiento donde recibe atención.

Este proceso, orientado a fortalecer el automanejo, busca que las personas con una o más condiciones crónicas y sus familias implementen las acciones previamente acordadas. Dichas acciones pueden incluir desde la asistencia regular a controles de salud y la adherencia al tratamiento farmacológico, hasta la incorporación de cambios en los estilos de vida, como una alimentación saludable, la práctica de actividad física u otros hábitos según las necesidades específicas de cada caso.

Es fundamental destacar que cada plan debe ser único, pertinente a la situación particular y resultado de un consenso entre todas las partes involucradas. Por lo tanto, no es posible replicar un mismo plan en otro individuo, ya que cada persona requiere un acompañamiento ajustado a su realidad y demandas específicas.

2. OBJETIVO GENERAL.

Orientar a los equipos de salud en la elaboración, implementación y seguimiento de planes de salud individualizados, mediante procesos de toma de decisiones compartidas, que promuevan el automanejo de las condiciones crónicas, fomenten estilos de vida saludables y garantizar una atención centrada en la persona, donde cada decisión sea fruto del consenso entre quienes participan en su cuidado, considerando las necesidades, preferencias y contexto particular de cada caso.



DPTO. DE SALUD MUNICIPAL DE SAN JUAN DE LA COSTA
SSO OSORNO
CENTRO DE SALUD FAMILIAR PUAUCHO

3. ALCANCE.

- **Ámbito de aplicación:** Este manual está dirigido a los equipos de salud de CESFAM Puaucho y establecimientos dependientes, que participan en el proceso de toma de decisiones compartidas para la construcción e implementación de planes de salud individualizados.
- **Población de aplicación:** Procedimiento aplicable a todos los usuarios/as que tengan una condición crónica y sean atendidos en el CESFAM Puaucho y establecimientos dependientes, así como sus cuidadores y familiares.

** Queda excluida posta de Chamilco por depender técnicamente del Hospital Fūta Srūka Lawenche Kūnko Mapu Mo.



DPTO. DE SALUD MUNICIPAL DE SAN JUAN DE LA COSTA
SSO OSORNO
CENTRO DE SALUD FAMILIAR PUAUCHO

4. RESPONSABLES.

Directora de CESFAM Puaucho	<ul style="list-style-type: none">• Velar por el cumplimiento del presente protocolo.
Profesionales	<ul style="list-style-type: none">• Facilitar la toma de decisiones compartidas• Promover la participación activa del usuario/a y su familia en todas las etapas del plan de salud.• Escuchar y respetar las preferencias, valores y contexto sociocultural de cada individuo.• Guiar técnicamente en la selección de opciones de tratamiento, autocuidado y estilos de vida saludables, adaptándolas a las necesidades particulares.• Asegurar la continuidad del cuidado, mediante seguimiento, coordinación y ajustes al plan cuando sea necesario.• Fomentar la corresponsabilidad, aclarando roles, compromisos y límites de acción de cada parte.
Usuarios, cuidadores y familiares	<ul style="list-style-type: none">• Participar activamente en el proceso de toma de decisiones y en la co-construcción del plan de salud.• Expresar sus necesidades, expectativas y preferencias, aportando información sobre su contexto y realidad cotidiana.• Cumplir con los compromisos adquiridos, como asistir a controles, seguir tratamientos y aplicar los cambios en estilos de vida acordados.• Practicar el automanejo responsable de su condición de salud, solicitando apoyo oportuno al equipo cuando surjan dudas o dificultades.• Colaborar en el monitoreo del plan, comunicando avances, barreras o situaciones que requieran ajustes.• Respetar la corresponsabilidad, comprendiendo que los resultados dependen del esfuerzo compartido entre usuario, familia y equipo de salud.



**DPTO. DE SALUD MUNICIPAL DE SAN JUAN DE LA COSTA
SSO OSORNO
CENTRO DE SALUD FAMILIAR PUAUCHO**

5. ASPECTOS BASES A CONSIDERAR Y RECOPILAR PARA LA CONSTRUCCIÓN DE UN PLAN CONSENSUADO, EN LA TOMA DE DECISIONES COMPARTIDAS (TDC)

5.1. ANTECEDENTES GENERALES.

- Constitución de la Familia seleccionada: Quienes conforman el núcleo familiar, edades, roles, genograma en lo posible.

5.2. ANTECEDENTES CRÓNICOS.

- ¿Qué condición crónica padece?
- Condición actual respecto de situación crónica
- Barreras y facilitadores para el automanejo de la condición según quien la padece.
- ¿Hace cuánto tiempo conoce el diagnóstico de su condición?,
- Impacto que su diagnóstico/condición ha presentado en la familia.
- ¿Qué recursos ha invertido la familia para el manejo de la condición?
- ¿Se han agotado todos los recursos al alcance?

5.3. FORMACIÓN DEL PLAN.

- Prioridades del usuario/a, respecto a su propuesta para la formación del plan individualizado de automanejo.
- Prioridades por parte del equipo de salud para la formación del plan individualizado de automanejo.



DPTO. DE SALUD MUNICIPAL DE SAN JUAN DE LA COSTA
SSO OSORNO
CENTRO DE SALUD FAMILIAR PUAUCHO

5.4. CONCLUSIÓN DEL PLAN.

- ¿Es factible la formulación de un plan individualizado para el tratamiento de la ECNT? según lo conversado junto al usuario.
- ¿Cuál será el rol del Equipo de Salud?
- ¿Cuál será el rol de la familia?
- ¿Cuál será el rol del usuario?



ANEXO: ELEMENTOS PATRA ESTABLECER UN PLAN DE ACCION

Mi meta esta semana es...

Meta 1:

Qué: _____

Cuándo y con qué frecuencia: _____

Con quién: _____

Cuánto/cuántas veces: _____



Dificultades

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____



Lo que voy a hacer

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

¿Creo que puedo?

