

DESAM
DEPARTAMENTO DE SALUD MUNICIPAL
LA LIGUA

Evaluación
Plan de Salud 2023-2024

ILUSTRE MUNICIPALIDAD
COMUNA DE
LA LIGUA

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN. 6

SECCIÓN 1: DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN COMUNAL. 7

1. ANTECEDENTES GENERALES. 7

2. DESCRIPCIÓN DE SITUACIÓN DE LA SALUD COMUNAL. 8

2.1. Descripción de indicadores de Hechos Vitales. 8

2.2. Descripción de Indicadores de Morbilidad Comunal. 13

3. DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES CONDICIONANTES 15

3.1 Población de la comuna 15

3.2. Descripción del medio natural 18

3.3 Descripción del medio cultural 18

3.4 Descripción del sector Salud 22

3.4.1 Organización de la Red Asistencial. 22

3.4.2 Establecimientos de la Red de Atención Primaria Municipal 23

3.4.2.1 CESFAM Raúl Sánchez Bañados 25

3.4.1.2 Postas de Salud Rural 26

3.5. Recursos Departamento de Salud Municipal de La Ligua 28

3.6. Recursos Financieros: Proyecto Presupuesto 2024 29

3.6.1 INGRESOS 29

3.6.2. EGRESOS 30

3.7. Recursos Humanos: Dotación del Departamento de Salud Municipal 2024. 32

3.8. Solicitudes ciudadanas, Oficina de informaciones, reclamos y sugerencias (OIRS) 33

SECCIÓN II: EVALUACIÓN PLAN DE SALUD 2023-2024 35

1. OBJETIVOS SANITARIOS 2021- 2030 35

2. EVALUACIÓN PROGRAMAS DE SALUD 2023-2024 36

2.1. Programa Nacional de Salud Infantil 36

2.2. Programa Salud Integral Adolescentes y Jóvenes. 45

2.3. Programa Salud Sexual y Reproductiva. 48

2.4 Programa de Salud del Adulto 51

2.5. Programa de Salud de las Personas Mayores 55

2.6. Programa Dependencia Severa (PDS) 56

2.7. Programa de Salud Bucal 62

2.8. Programa de Rehabilitación. 68

2.9. Programa de Salud Mental 71

3.0. Programa Nacional de Inmunizaciones 75

3.1. Programa de Vigilancia Epidemiológica. 77

3.2. Programa VIH/Sífilis 79

3.3. Programa Nacional de Control y Eliminación de la Tuberculosis (PROCET) 84

3.4. Programa Mejoría de la Equidad en Salud Rural 86

3.5. RESOLUTIVIDAD E IMÁGENES DIAGNÓSTICAS 89

3.5.1 Unidad de Atención Primaria Oftalmológica. 91

3.5.2. SIGTE Sistema de Gestión de Tiempos de Espera 94

3.6. Unidad de Farmacia 94

3.7 Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas 95

3.8. Medicinas Complementarias 99

3.9. Programa de Promoción de la Salud. 100

4.0 Participación Social. 103

4.1. Plan de Salud MAIS 2024 106

4.2. Programa de Calidad y Acreditación DESAM La Ligua 108

Sección III: EVALUACIÓN PLAN DE SALUD COMUNAL 2023-2024, SECTOR URBANO Y RURAL 111

1. SECTORIZACIÓN URBANA 111

1.1. Sectorización Urbana: Sector Verde 111

1.1.1.- Caracterización del Sector 111

1.1.2.- Población a cargo del Sector 112

1.1.3.- Mapa del Territorio comprendido 112

1.1.4.- Organizaciones e instituciones presentes en el territorio 113

1.2.- Sectorización Urbana: Sector Azul 114

1.2.1.- Caracterización del sector 114

1.2.2.- Población a cargo del Sector 115

1.2.3.- Mapa del Territorio comprendido 115

1.2.4.- Organizaciones e instituciones presentes en el territorio 116

1.3 Sectorización Urbana: Sector Amarillo 117

1.3.1.- Caracterización del sector 117

1.3.2.- Población a cargo del Sector 117

1.3.3.- Mapa del Territorio comprendido 118

1.3.4.- Organizaciones e instituciones presentes en el territorio 119

1.4 Sectorización Urbana: Sector Rojo (Transversal) 120

1.4.1.- Caracterización del sector 120

1.4.2.- Programas, subprogramas y actividades relacionadas. 120

2. SECTORIZACIÓN RURAL 122

2.1 Sectorización Rural: Sector Valle Hermoso 122

2.1.1.- Caracterización del Sector 122

2.1.2.- Población a cargo del Sector 123

2.1.3.- Mapa del Territorio comprendido 123

2.1.4.- Organizaciones e instituciones presentes en el territorio 124

2.2. Sectorización Rural: Sector Longotoma 124

2.2.1.- Caracterización del Sector 124

2.2.2.- Población a cargo del Sector. 125

2.2.3.- Mapa del Territorio comprendido 125

2.2.4.- Organizaciones e instituciones presentes en el territorio. 126

2.3 Sectorización Rural: Sector Costa 127

2.3.1.- Caracterización del Sector 127

2.3.2.- Población a cargo del Sector 127

2.3.3.- Mapa el Territorio comprendido 128

2.3.4.- Organizaciones e instituciones presentes en el territorio 129

Sección IV: EVALUACIÓN GENERAL PLAN DE SALUD COMUNAL 2023-2024. 131

Sección V: EVALUACIÓN DE ACTIVIDADES PRIORIZADAS POR EL DEPARTAMENTO DE DE SALUD EN EL PLAN DE SALUD COMUNAL 2023-2024. 134

Sección VI: PAC 2024 139

INTRODUCCIÓN

El Plan de Salud Comunal de acuerdo con el artículo 58 de la Ley Nº19.378 es de responsabilidad de cada entidad administradora de salud municipal y debe enmarcarse en las normas técnicas y del modelo de atención definido por el Ministerio de Salud. Dicho plan debe guiar el accionar comunal en los temas de salud, respondiendo a las características de salud propias de la población perteneciente a su territorio. El Plan de Salud Comunal y de acuerdo a las Orientaciones Programáticas emanadas por el Ministerio de Salud debe ser plurianual, formulado a través de una planificación estratégica y debe tener una visión de mediano plazo, por lo que debe elaborarse, **a lo menos, para todo un período alcaldicio y tener evaluaciones anuales para medir los avances y reformular estrategias en caso de ser necesario.** La comuna debe procurar en estas evaluaciones, la participación de los sectores de la comunidad que contribuyan a los objetivos sanitarios del territorio promoviendo de esta manera la participación social y también la participación de los equipos de salud que brindan atenciones en cada sector de la comuna.

El Plan de Salud 2023-2024 de la Comuna de La Ligua fue presentado el 16 de noviembre del 2023 y aprobado con fecha 23 de noviembre del mismo año por el honorable concejo municipal. Se formaliza este acto mediante el Decreto de Alcaldía N° 10037 de fecha 30 de noviembre del 2023 dando cumplimiento entonces a las Orientaciones Programáticas emanadas por el Ministerio de Salud durante el mismo año, por lo que en la presentación de este documento se dará a conocer la evaluación anual, el rediseño de estrategias y la incorporación de otros componentes de acuerdo a las orientaciones estipuladas por el MINSAL para el año 2024.

Por último, indicar que el Departamento de Salud Municipal de La Ligua (Programas y Unidades), el Cesfam Raúl Sánchez Bañados y las Postas de Salud Rural de los Sectores de Valle, Longotoma y Costa realizaron la evaluación de las actividades planificadas considerando el Modelo de Atención Integral de Salud, el enfoque promocional, de prevención y el componente participativo, anexando a esta evaluación los verificadores que dan cuenta de las 3 etapas de este proceso: Evaluación, Focus Group e Informe final que se incorpora a este documento.

Sección I: DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN COMUNAL

1. ANTECEDENTES GENERALES

La comuna de La Ligua se encuentra ubicada en la región de Valparaíso y forma parte de las cinco comunas que componen la Provincia de Petorca, siendo además su capital provincial. Limita territorialmente con las comunas de Papudo, Zapallar, Nogales, Cabildo y Petorca, pertenecientes a la región de Valparaíso, así como también limita con la comuna de Los Vilos, perteneciente a la Región de Coquimbo.

La comuna se desarrolla en dos grandes áreas, por una parte, el valle interior y por otro el borde costero, lo que le otorga distintas características y condiciones geográficas. En este sentido, las principales unidades comunales son la ciudad de la Ligua, el sector de Valle Hermoso que concentra gran parte de la actividad textil, el Valle de Longotoma, y el sector costero, donde destacan las caletas de Pichicuy y Los Molles. Otros sectores de la comuna son: Placilla, La Chimba, Quinquimo, Jaururo, Quebradilla, Los Hornos, Trapiche y Los Quinquelles.

La comuna de La Ligua posee una superficie de 1.163 Km², lo que corresponde al 7,27% de la superficie de la región de Valparaíso. Según el Censo 2017, su población es de 35.390 personas, por lo que la densidad de población de la comuna es de 30,43 habitantes/Km². Cabe señalar que la región de Valparaíso registró un total de 1.815.902 habitantes en el censo 2017, lo que implica una densidad de población de 111,35 habitantes/Km², superior a la densidad de la comuna de la Ligua.

En cuanto a su posición geográfica se encuentra ubicada a 110 kilómetros de Valparaíso, a 150 kilómetros de Santiago y a 310 kilómetros de la ciudad de la Serena, siendo estos, los poblados de mayor importancia que se encuentran más cercanos a la comuna.

En el contexto regional, la comuna de La Ligua se sitúa como un centro de mediana envergadura, que ejerce un rol relevante como centro funcional de la provincia de Petorca y del sector norte de la región de Valparaíso, puesto que, comprende un centro secundario de servicios en áreas de salud, educación, instituciones públicas, cultura y comercio, los que permite abastecer a territorios de menor envergadura que forman parte de la provincia, tales como las comunas de Petorca y Cabildo.

2. DESCRIPCIÓN DE SITUACIÓN DE SALUD COMUNAL

2.1. Descripción de indicadores de Hechos Vitales

En relación a los Indicadores de hechos vitales, según los datos más actualizados del Ministerio de Salud (2016) publicados hasta la fecha, se expone lo siguiente:

En relación con la **Mortalidad General,** según las estadísticas del Ministerio de Salud, la Tasa de Mortalidad en la comuna es más baja (6,3) en comparación a la Regional y Nacional (Tabla N°1). Sin embargo, el **Índice de Swaroop**, el cual se describe como el porcentaje de defunciones ocurridas en personas de 50 años y más, es menor en la comuna en comparación a la región y al país. De esta información se puede analizar que la mortalidad antes de los 50 años en la comuna es mayor en comparación a la tendencia nacional. Pese a que la tasa de mortalidad en hombres y mujeres es menor en la comuna tanto en comparación con la región y el país.

Tabla N°1: Tasa de Mortalidad e Índice de Swaroop, Región y Comuna de La Ligua 2016.

Tasa de Mortalidad general			Índice de Swaroop		
Total	**Hombre**	**Mujer**	**Total**	**Hombre**	**Mujer**
6,3	6,3	6,2	81.3%	76,60%	89,60%
7	7,5	8	82,50%	78,10%	87.1%
6,4	6.7	7	81,80%	73,80%	84,10%

Fuente: Departamento de Estadísticas e Información de Salud. MINSAL 2016. Tasa por 1.000 habitantes.

Con respecto a la **Tasa de Mortalidad Infantil**, se observa una mayor tasa, esto es en relación a comparaciones con la región y con el país, en todos sus tramos por categoría a excepción de la Mortalidad Post Neonatal (Tabla N°2). Esta información es relevante en función al trabajo que debe realizar la atención primaria, tanto en el programa de Salud Sexual y Reproductiva y el programa de Salud Infantil. Asimismo, se puede destacar la importancia de mantener el seguimiento del paciente y su familia, principalmente dentro del primer mes de vida.

Tabla N°2: Tasa de Mortalidad Infantil, Región y Comuna de La Ligua 2016.

Territorio	Mortalidad Infantil	Mortalidad Neonatal Precoz	Mortalidad Neonatal	Mortalidad Post Neonatal
La Ligua	10,9	8,7	10,9	0
V Región	6,3	3,2	4,2	2,1
Chile	7	4,1	5,2	1,8

Fuente: Departamento de Estadísticas e Información de Salud. MINSAL 2016. Tasa por 1.000 nacidos vivos.

Otro antecedente importante de analizar es la mortalidad **infantil asociada al nivel de escolaridad de la madre**. Con respecto a los datos entregados por el MINSAL, se puede observar que las defunciones en menores de 1 año se concentran principalmente en madres con nivel de escolaridad medio o secundario. Tanto en La Ligua como en todo el país. (Tabla N°3).

Tabla N°3: Defunciones de menores de 1 año según nivel de escolaridad de la madre, Nacional, Regional y Comunal. Año 2016

Territorio	Total General	Básico o primario	Medio o secundario	Superior	Desconocido
La Ligua	5	0	3	1	1
V Región	29	2	18	9	0
Chile	141	16	70	54	1

Fuente: Departamento de Estadísticas e Información de Salud. MINSAL 2016.

Con respecto a la **Mortalidad del Adulto (de 20 a 44 años),** de acuerdo con lo observado en la Tabla N°4, se puede observar que la Tasa de Mortalidad de Adultos es menor en ambos géneros, en comparación a la tasa regional y nacional.

Tabla N°4: Tasa de Mortalidad Adulto Nacional, Regional y Comunal. Año 2016

Territorio	Total General	Hombres 20 a 44	Mujeres 20 a 44
La Ligua	63,8	110,2	16,2
V Región	120,5	171,9	64,1
País	91,9	131,3	51,3

Fuente: Departamento de Estadísticas e Información de Salud. MINSAL 2016. * Tasa por 1.000 habitantes de cada grupo de edad y sexo.

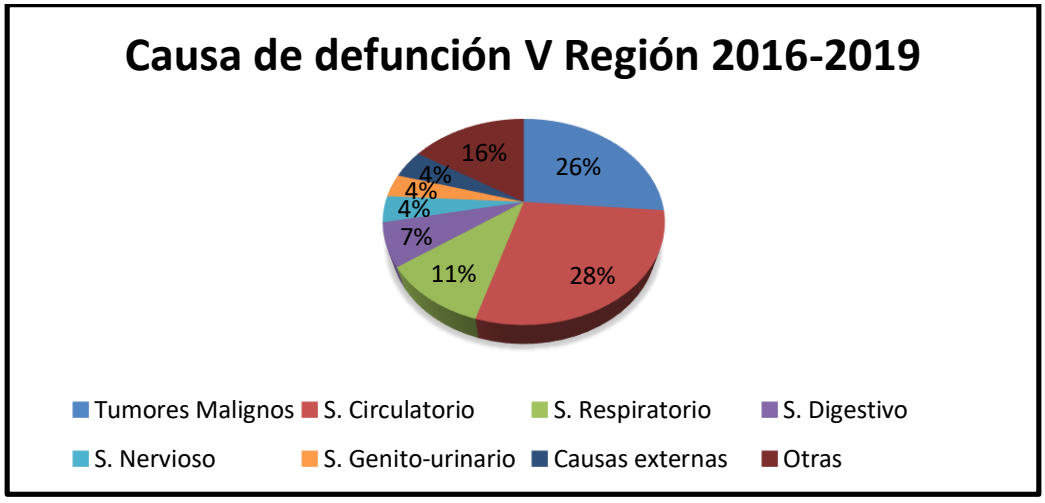
En relación a la **Mortalidad por Causas** en la región, existe información oficial más actualizada de la cual se puede desprender de tanto, en la estadística regional de defunciones durante el año 2017 (Tabla N°5), como en los antecedentes de los años 2016 al 2019 en La Ligua (gráfico N°1), las mayores causas de defunción de muerte son las enfermedades del sistema circulatorio, en segundo lugar, son las enfermedades causadas por Tumores malignos y en tercer lugar, las enfermedades del sistema respiratorio.

Tabla N°5: Causas de Defunciones año 2017, región de Valparaíso.

Causas de defunciones año 2017	Porcentaje
Enfermedades del sistema circulatorio	28,70%
Tumores malignos	24,90%
Enfermedades del sistema respiratorio	9,60%
Enfermedades del sistema digestivo	7,10%
Causas externas de morbilidad y de mortalidad.	6,20%
Enfermedades de las glándulas endocrinas, de la nutrición y metabólicas.	5%
Enfermedades del sistema nervioso.	3,80%
Enfermedades del sistema genitourinario	3,60%
Otras enfermedades	10,30%
Total	**100%**

Fuente: Anuario de Estadísticas Vitales, INE 2017.

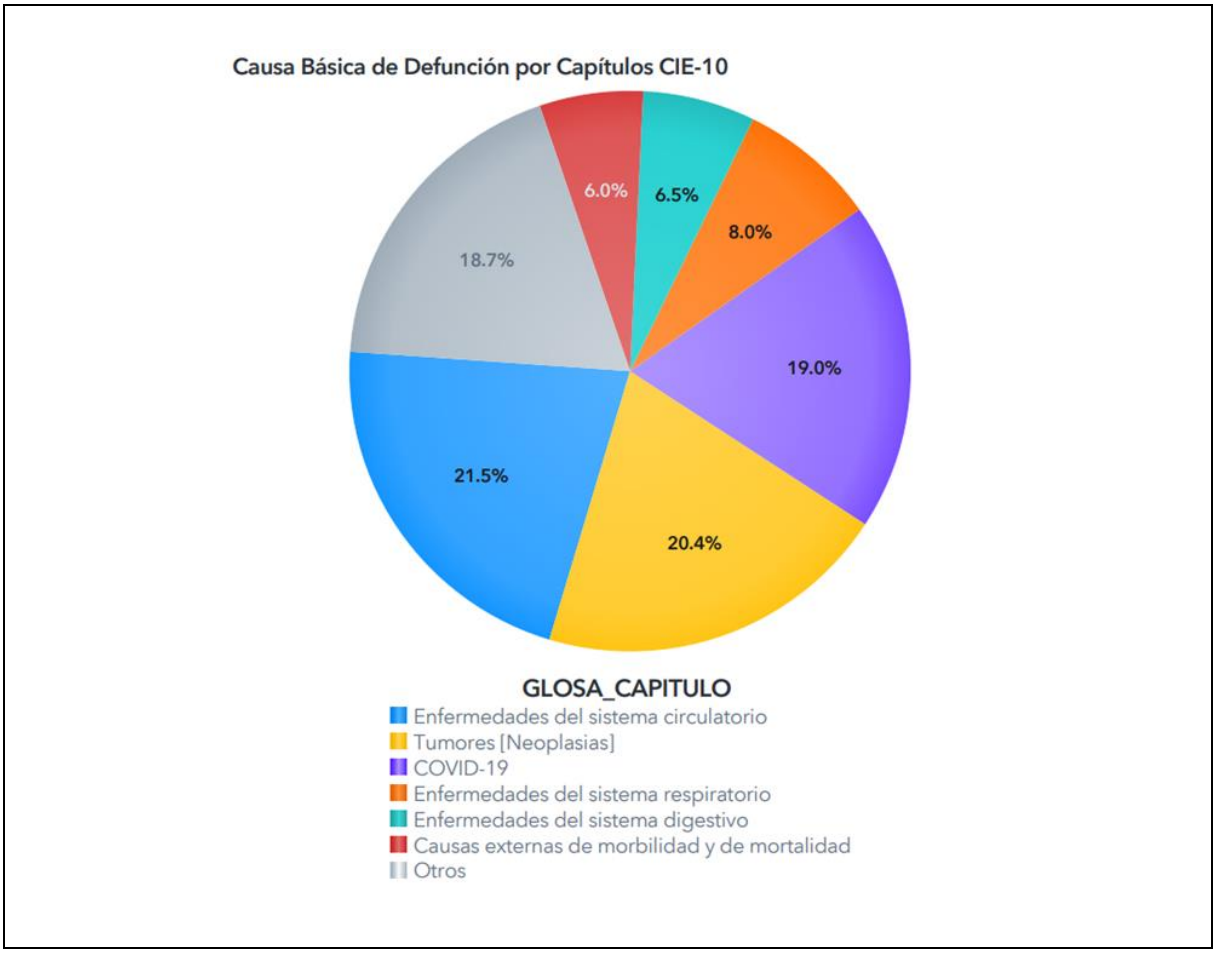
Gráfico N° 1: Defunciones por Principales Causas, Región Valparaíso 2016-2019.



Fuente: Departamento de Estadísticas e Información de Salud. MINSAL 2020.

Cabe destacar que, debido a la pandemia por SARS-COV-2 los últimos indicadores sobre las causas por defunción a nivel nacional se han modificado. En el gráfico N°2 se revela que el COVID-19 tiene el tercer lugar con 19 % de causas de muerte.

Gráfico N° 2: Defunciones por Principales Causas en Chile año 2020, 2021 y 2022.



Fuente: Departamento de Estadísticas e Información de Salud. MINSAL 2020.

Por último, un aspecto importante de evaluar es la proyección de los últimos años de vida de la población de la comuna. Esto a través, de la **Esperanza de Vida** registrada entre los años 2005 y 2010 de acuerdo con el reporte comunal 2014, el cual detalla que La Ligua mantiene una esperanza de vida, tanto en hombres como en mujeres, levemente más alta en comparación de la media regional y nacional (tabla N°6).

Tabla N°6: Esperanza de Vida por Género Nacional, Regional y Comunal (2005-2010).

Territorio	Esperanza de vida al nacer (años) (2005-2010)	
	Hombre	Mujer
La Ligua	76.3	80.9
V Región	75.3	81.2
País	75.5	81.5

Fuente: Caracterización social. Reporte Comunal: La Ligua, Región de Valparaíso. Observatorio Social. Serie Informes Comunales, Nº1, 7 de febrero de 2014.

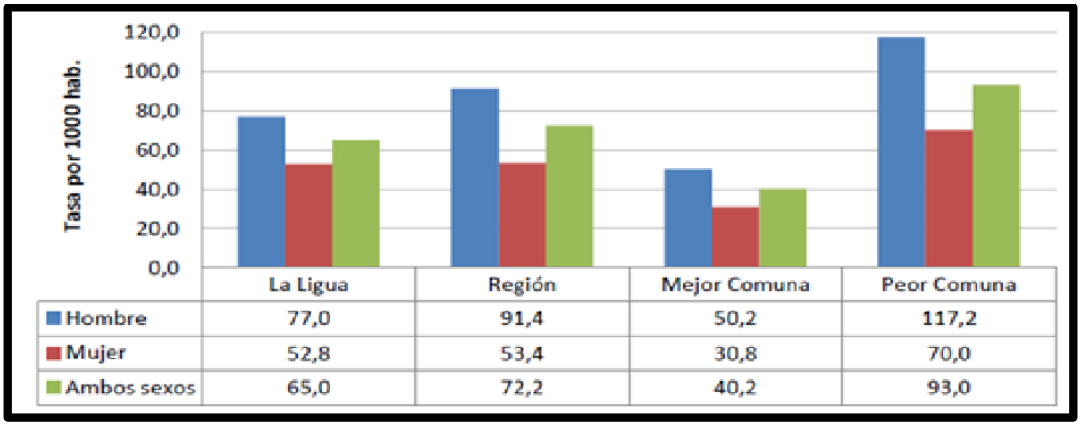
Otros indicadores importantes que permiten analizar la calidad de vida son el indicador **AVISA** (años de vida saludables perdidos) y el indicador **AVPP** (años de vida potencialmente perdidos), los cuales están reflejados en las tabla N°7 y en el gráfico N°3 respectivamente. Estos revelan que, junto con la Esperanza de Vida, los hombres fallecen primero que las mujeres tanto a nivel nacional como a nivel comunal. Por lo mismo, existe un mayor índice AVISA en las mujeres, esto debido a que se logra vivir por más tiempo, pero con pérdida de años saludables.

Tabla N°7: Índice nacional AVISA por Género (2005-2010).

AVISA (Años de vida saludables perdidos)	
Hombres	1.821.502
Mujeres	1.919.745
País	3.741.247

Fuente: Informe Final Estudio de carga de enfermedad y carga atribuible, MINSAL, Chile 2007

Gráfico N° 3: Años de Vida Potencialmente Perdidos, Comuna de La Ligua, Región de Valparaíso



Fuente: Departamento de Estadísticas e Información de Salud. Decenio 2004-2013.

2.2. Descripción de Indicadores de Morbilidad Comunal:

En relación a los registros de **morbilidades** del Departamento de Salud Municipal de la comuna (Junio 2023), se puede observar la prevalencia de Enfermedades crónicas en CESFAM (Tabla N°8) y Postas de Salud Rural por Sectores (Tabla N°9). De las siguientes tablas se desprende que la Hipertensión Arterial, Dislipidemia y Diabetes son las enfermedades más prevalentes tanto en la población urbana como rural. Esto se relaciona directamente con los antecedentes nacionales y regionales de mortalidad, los cuales indican mayores defunciones en patología del sistema circulatorio.

Tabla N°8: Cantidad y prevalencia de Morbilidad Comunal, junio 2023.

Enfermedad Crónica	Comunal	% PREVALENCIA (base 34822 hab. de la Comuna)
HTA	5000	14,36
DM	2581	7,41
DLP	4850	13,93
ERC	1301	3,74
ECV	256	0,74

Fuente: Datos Serie P, Junio 2023. Estimado en base a la población per cápita 2023

Tabla N°9: Morbilidades Rurales, Junio 2023.

Enfermedad Crónica	Valle	Costa	Longotoma	Total PSR
HTA	553	1001	536	2090
DM	312	444	232	988
DLP	457	816	426	1699
ERC	168	293	287	748
ECV	21	51	17	89

Fuente: Datos Serie P, Junio 2023.

De acuerdo a los antecedentes del Departamento de Salud Municipal, sobre las **Consultas Médicas** realizadas desde Enero a Junio de 2023 y presentadas en la Tabla N°10, se desprende que la mayoría de las consultas médicas en lo que va de este año se han brindado principalmente a adultos (20 a 64 años) y en segundo lugar en adultos mayores (65 años y más) dato concordante al 2022.

Asimismo, es importante destacar que, de acuerdo a estos reportes estadísticos y la proyección a diciembre del 2023, se espera aumentar en un 50% las morbilidades entregadas durante el 2023 respecto a las entregadas el año 2022, lo cual va en directa relación con el aumento de horas médicas tanto para el sector urbano como rural.

Tabla N°10: Consultas médicas urbanas y rurales 2022 – Enero a Junio 2023 por edad.

Edad	Sector Rural (PSR)		Sector Urbano (CESFAM)	
	Consultas 2022	Consultas Enero a Junio 2023	Consultas 2022	Consultas Enero a Junio 2023
0-9	588	745	1655	1791
10-14	188	268	663	494
15-19	181	252	668	485
20-64	3219	3794	8933	6616
65 y más	1857	2249	3509	3832
Total	**6033**	**7308**	**15428**	**13218**

Fuente: Serie A Departamento de Salud 2022 y Enero a Junio 2023.

Además, en relación a la vigilancia epidemiológica de las **Enfermedades de Notificación Obligatoria** durante el año 2023, se observa lo siguiente. (Tabla N°11).

Tabla N°11: Enfermedades de notificación Obligatoria Enero – Octubre 2023

Enfermedades Notificadas AÑO 2023	N° de casos
COVID-19	1376
SÍFILIS	29
VIH	5
CHAGAS CRÓNICO	24
TBC	3
ETA	4
PAROTIDITIS	9
LAIN	5
HEPATITIS B	1

Fuente: Seremi de Salud Región de Valparaíso 2023.

Otro indicador importante de analizar, son los **Egresos Hospitalarios** del establecimiento secundario de la Provincia, el Hospital San Agustín de La Ligua. Según los antecedentes a nivel secundario recopilados del año 2022, en la Tabla N°12 se puede determinar que la mayoría de los egresos tienen como Diagnóstico la Neumonía, Covid – 19 y Nefritis Tubolointersticial Aguda.

Tabla N°12: Egresos Hospitalarios HSALL según causa, año 2021.

Diagnóstico principal de hospitalización	Total	Promedio días de estada
Neumonía, No Especificada	55	9,7
Covid-19, Virus Identificado	50	6,4
Nefritis Tubulointersticial Aguda	44	5,9
Diabetes Mellitus Insulinodependiente Con Complicaciones Circulatorias Periféricas	34	17,7
Diabetes Mellitus No Especificada, Sin Mención De Complicación	32	8,2
Neumonitis Debida A Aspiración De Alimento O Vómito	32	6,9
Hemorragia Gastrointestinal, No Especificada	29	5,8
Episodio Depresivo Grave Sin Síntomas Psicóticos	28	12,4
Insuficiencia Respiratoria Aguda	26	11,0
Enfermedad Del Hígado, No Especificada	25	12,9

Fuente: DEIS, MINSAL 2022

3. DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES CONDICIONANTES

3.1 Población de la comuna

La comuna de La Ligua tiene una población de 35.390 habitantes según Censo 2017. Con una distribución caracterizada en un 26,51% de habitantes entre 45 a 64 años y con un 20,20% en habitantes entre 0 a 14 años. Los siguientes antecedentes se pueden observar en las Tablas N°13 y N°14.

Tabla N°13: Número de Habitantes por Comuna, Región y País 2017

Territorio	Cantidad Año 2017
Comuna de La Ligua	35.390
Región de Valparaíso	1.815.852
País	17.574.003

Fuente: Reporte estadísticos Comunales, Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, 2017, INE

Tabla N°14: Distribución de Habitantes por grupo etario 2017

Total de habitantes por tramos etarios		
Grupos Etarios	**Cantidad 2017**	**Porcentaje 2017**
0 a 14	7.149	20,20%
15 a 29	6.980	19,72%
30 a 44	7.080	20,01%
45 a 64	9.383	26,51%
65 o más	4.798	13,56%
Total	35.390	100%

Fuente: Reporte estadísticos Comunales, Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, 2017, INE

En relación al **Crecimiento Poblacional**, se puede observar en la tabla N°15 que la comuna de La Ligua tiene una Tasa de Natalidad (9,91) levemente menor a la Tasa Nacional (10,03) y superior a la Tasa de Natalidad Regional (9,41).

Tabla N°15: Tasa de Natalidad, en País, región y Comuna 2022

Territorio	Tasa de Natalidad
Comuna de La Ligua	9,91
Región de Valparaíso	9,41
País	10,03

Fuente: DEIS.MINSAL 2022

Otro aspecto importante de mencionar es que durante los últimos años la comuna ha recibido un alto flujo de población migrante. En la Tabla N°16, se observa la distribución inscrita en el DESAM, en ella destaca el alto número de población venezolana y haitiana.

Tabla N°16: Población Migrante con ficha clínica en DESAM La Ligua a Junio 2023.

Nacionalidad	CESFAM	PSR	Total
Alemana	1	1	2
Argentina	67	12	79
Austríaca	0	2	2
Boliviana	50	16	66
Brasileña	4	2	6
Canadiense	0	1	1
Chilena	24.890	13.855	38745
China	6	0	6
Colombiana	119	24	143
Cubana	22	4	26
Dominicano(a)	20	4	24
Dominiqués	0	1	1
Ecuatoguineana	1	0	1
Ecuatoriana	26	11	37
Egipcia	1	0	1
Española	6	1	7
Estadounidense	3	0	3
Guyanesa	2	0	2
Haitiana	696	31	727
Holandesa	1	0	1
Israelita	0	1	1
Italiana	2	0	2
Marroquí	2	0	2
Mexicana	1	0	1
Paraguaya	2	0	2
Peruana	63	10	73
Portuguesa	1	0	1
Rumano	1	0	1
Rusa	1	0	1
Surinamesa	3	0	3
Venezolana	845	94	939
NO INFORMADO	4	1	5
Total General	**26.840**	**14.071**	**40911**

Fuente: Unidad de Estadística, DESAM La Ligua, Junio 2023.

3.2. Descripción del medio natural:

Esta comuna se encuentra emplazada entre la Cordillera de la Costa y el litoral del Océano Pacífico, ocupando una superficie de 1.155,35 kilómetros cuadrados. Dentro de esta zona, se puede distinguir uno de los últimos valles transversales del país y que corresponde al río La Ligua. Este valle (al igual que el del río Petorca), se caracteriza por ser angosto, con laderas de pendientes fuertes y se encuentra separado del valle de Petorca por un pequeño cordón de cerros en sentido transversal.

Por su parte, la Cordillera de la Costa junto con la Cordillera de Los Andes forman una sola unidad producto de la presencia de los cordones transversales; la primera, para entrar en contacto con la zona deprimida interior, que lo hace a través de pequeñas cuencas bien delimitadas por serranías, siendo una de las principales cuencas la de La Ligua, al norte del cordón montañoso de El Melón.

Las Planicies Litorales se desarrollan ampliamente en esta zona y llegan a presentar entre tres a cuatro niveles de escalonamiento al pie de la Cordillera de la Costa, confundiéndose con las terrazas fluviales en los valles y desembocaduras.

El clima de esta comuna es una continuación del clima de estepa con gran sequedad atmosférica presente en la IV Región y se prolonga aproximadamente hasta Cabildo. Se caracteriza por cielos límpidos a causa de la baja humedad atmosférica, cielos despejados y alta luminosidad. Las lluvias todavía son escasas e irregulares por lo que las sequías son frecuentes en el valle de Petorca y La Ligua, a pesar de que los totales anuales superan los 200 milímetros. Estas se presentan en invierno y son de origen ciclónico. La zona no recibe influencia oceánica, acusando un mayor grado de continentalidad, por lo que la temperatura presenta una importante amplitud tanto diaria como anual, registrándose heladas en los sectores bajos durante el invierno.

3.3 Descripción del medio cultural:

La comuna cuenta con un valor amplio y nutrido por la cultura Inca, esta información puede ser visitada en el museo de la Comuna de la Ligua. Además, se debe considerar como aspectos culturales de la zona, la confección de tejidos en valle Hermoso y la producción de dulces de la Ligua, los que han servido para dar identidad a la comuna.

Desarrollo Económico: Según las estadísticas del INE, las personas empleadas por sector económico para el año 2002, de La Ligua se concentraba preferentemente en el sector terciario o de servicios con 43.86%, seguido del sector económico secundario. El rubro comercio y hotelería obtiene el mayor porcentaje de personas empleadas, con 20.55% seguido de cerca por la agricultura y pesca con 20.1% y en tercer lugar el rubro manufacturero con 18.92%.

La encuesta Casen 2015, determina el porcentaje en Situación de Pobreza de 17,70% (Tabla N°17) e incorpora el indicador de porcentaje de población en situación de pobreza multidimensional a nivel comunal (Tabla N°18), el cual en el caso de la comuna de La Ligua es de 23,3%, también sobre el porcentaje regional (16,6%) y que ubica a la comuna en el 3er lugar más alto.

Tabla N°17: Porcentaje de personas en Situación de Pobreza por Ingresos

Personas en Situación de Pobreza por Ingresos			
Año	**Peor Comuna**	**Comuna de La Ligua**	**Mejor Comuna**
2011	45,20%	36,30%	10,40%
2013	27,60%	18,20%	5,10%
2015	31,00%	17,70%	9,00%

Fuente: Censo 2017

Tabla N°18: Porcentaje de Personas en Situación de Pobreza Multidimensional 2015

Personas en Situación de Pobreza Multidimensional 2015			
Porcentaje	**Peor Comuna**	**Comuna de La Ligua**	**Mejor Comuna**
Pobreza Multidimensional	31,00%	23,30%	9,00%

Fuente: Censo 2017

Educación: La comuna cuenta con 51 establecimientos educacionales, distribuidos en el sector urbano y rural, de éstos se distribuyen en 24 establecimientos Municipales, 23 Particulares subvencionados y 4 de educación particular, considerando educación parvularia y de adultos, según datos del Ministerio de Educación (2015). Según datos del Sistema Nacional de Información Municipal (SINIM) 2015, la cobertura de educación municipal, es de 48,6%.

Vivienda: De acuerdo al Censo de 2017, la comuna de La Ligua cuenta con un total de 17.309 viviendas, lo que para una población de 35.390 personas implica una relación de 2.04 personas por vivienda. Existe un 28% de viviendas desocupadas, un 8% superior al porcentaje regional. Lo anterior puede explicarse por la existencia de segundas viviendas y viviendas de carácter vacacional/estacional. Un 91% de las viviendas accede a la red pública de agua potable (Tabla N°19).

Tabla N°19: Características de Viviendas en la Comuna de La Ligua 2017.

Vivienda	País	Región	La Ligua
Viviendas Desocupadas	11,00%	20,00%	28,00%
Hacinamiento	7,00%	6,00%	6,00%
Red Pública de Agua	93,00%	94,00%	91,00%

Fuente: Censo 2017

Con respecto al hacinamiento y déficit de vivienda, el porcentaje de hacinamiento en viviendas, según los datos del Censo 2017, alcanza un 6%, equivalente al porcentaje regional, lo cual se desagrega en 630 viviendas con situación de hacinamiento medio (entre 2,5 y menos de 5 personas por dormitorio) y 42 con situación de hacinamiento crítico (más de 5 personas por dormitorio o sin dormitorio). El hacinamiento se concentra en la zona urbana de la comuna.

Cobertura de agua potable y alcantarillado: En relación con la cobertura de agua potable y alcantarillado de la comuna, se revisan antecedentes aportados por el Censo 2017 (Tabla N°20), datos de la Superintendencia de Servicios Sanitarios (SSIS) correspondientes al año 2016. Al respecto, según los antecedentes del Censo 2017, el origen del agua potable a nivel comunal proviene mayoritariamente de la red pública. No obstante, a nivel rural se observa una menor cobertura.

Tabla N°20: Cobertura de Agua Potable 2017.

Origen del Agua	Urbano	Rural	Total
Red Pública	8.289	2.445	10.734
Pozo o Noria	208	356	564
Camión Aljibe	52	346	398
Río, vertiente, etc	19	48	67
Origen de agua Ignorado	44	20	64
No Aplica	1.426	4.058	5.484
Total	**10.038**	**7.273**	**17.311**

Fuente: Censo 2017

En los sectores rurales donde se presentan las mayores carencias tanto en cobertura de agua potable como alcantarillado, según los registros del DOH MOP, al año 2016 la comuna contaba con 10 comités y una cooperativa de agua potable rural, las cuales suman en total 3.753 arranques que benefician a una población total 15.012 personas.

Acceso y Comunicación: Para acceder a la ciudad de La ligua existen tres vías de acceso relevantes: Ruta 5 norte, desde donde se puede acceder desde el sur por el cruce Petorca (Ruta E-35) y por el norte, a través del camino a Quinquimo (ruta E-39); Desde el noreste, se permite acceder por la continuación de la ruta E-35 Petorca la que lleva como destino a la Comuna de Cabildo; También desde el noreste, se permite acceder por ruta E-255, siendo uno de los principales accesos a la localidad de Valle Hermoso.

Seguridad Social: Se encuentra en la comuna la primera comisaría de La Ligua, complementándose con investigaciones de Chile, siendo este el único establecimiento de seguridad con que se cuenta en la comuna.

Desarrollo Comunitario: Lo que respecta al desarrollo comunitario y puntualmente a las diversas organizaciones sociales que están presente en la comuna, se pueden establecer en promedio que en su mayoría responden a juntas de vecinos, luego se encuentran los clubes de adultos mayores y centros de madres, para luego continuar con los clubes deportivos y otros. Cabe señalar que el número exacto está determinado por que las organizaciones deben mantener su directiva vigente según la nueva ley.

Etnia: Según la tabla realizada por el INE, se puede apreciar que, en la Comuna de La Ligua, se tiene una mayor presencia de etnia mapuche (1536), existiendo diversas agrupaciones que se encuentran activas y vigentes, las que buscan preservar y dar a conocer la cultura. El detalle por etnia se puede observar en la Tabla N°21.

Tabla N°21: Número de habitantes pertenecientes a pueblos originarios, 2017.

Etnias de Pueblos Originarios	Total Comuna La Ligua		
	Total 2002	Total 2017	Porcentaje Comunal 2017
Alacalufe	2	0	0
Atacameño	15	6	0,02
Aymara	21	271	0,79
Colla	1	21	0,06
Mapuche	153	1539	4,5
Quechua	1	23	0,06
Rapa Nui	1	9	0,03
Yámana	3	0	0
Diaguita	0	641	1,87
Otros pueblos	0	204	0,6
Ninguno de los anteriores	31.790	31.482	92,06
TOTAL	**31.987**	**34.196**	**100**

Fuente: Censo 2017

3.4 Descripción del sector Salud

3.4.1 Organización de la Red Asistencial.

Con el propósito, de llevar a cabo el Modelo de Atención Integral, la Reforma plantea un Modelo de Gestión en Red basado en el fortalecimiento de la Atención Primaria de Salud con el Modelo de Salud Familiar, en la transformación hospitalaria con énfasis en la atención ambulatoria y la articulación de la Red Asistencial, de acuerdo con las necesidades locales.

La planificación y programación en Red está dada principalmente por las políticas propuestas en la Reforma de Salud, los Objetivos Sanitarios de la década y el Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario, incorporando el Sistema de Protección Social a grupos prioritarios (infancia y adultos mayores) y basado en las características sociodemográficas de la población con una tendencia creciente al envejecimiento.

La Red Sanitaria y sus funciones se describen a continuación:

a) **Ministerio de Salud:** Le corresponderá, de acuerdo a lo establecido en la Ley Nº 19.937, Artículo 4, formular y fijar las políticas de Salud que serán la base de la programación, controlando además el cumplimiento de ellas**.**

b) **Seremi de Salud V región:** En su función de autoridad regional debe mantener actualizado el diagnóstico regional y realizar Vigilancia Epidemiológica. Además de evaluar metas sanitarias de APS.

c) **Servicios de Salud Viña del Mar-Quillota (SSVQ):** Liderados por el Gestor de Red, son quienes analizan y gestionan su oferta y demanda, en función de los requerimientos de salud de la población y la presentación del Plan Anual. El Rol del Servicio de Salud, es la articulación, gestión y desarrollo de la Red Asistencial correspondiente, para la ejecución de las acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud, como también la rehabilitación y cuidados paliativos de las personas enfermas. En lo que se refiere a su funcionamiento, se someten a la supervigilancia del Ministerio de Salud, debiendo cumplir con las políticas, normas, planes y programas que éste apruebe.

d) **Gestor de la Red:** El Director del Servicio de Salud, tiene el rol de Gestor de Red, es responsable de la organización, planificación, coordinación, evaluación y control de las acciones de salud que presten los Establecimientos de la Red Asistencial del territorio de su competencia, para los efectos del cumplimiento de las políticas, normas, planes y programas del Ministerio de Salud. Asimismo, debe velar por la referencia y contrarreferencia de los usuarios del Sistema, tanto dentro como fuera de la mencionada Red, conforme a las normas técnicas que dicte el Ministerio de Salud.

Los Establecimientos que componen nuestra red asistencial son:

- **Hospital Gustavo Fricke, Viña del Mar**: Hospital de alta complejidad con capacidad resolutiva en especialidades.
- **Hospital Bi Provincial Quillota**: Hospital de alta complejidad con capacidad resolutiva de especialidades.
- **Hospital Provincial San Agustín, La Ligua**: Hospital de baja complejidad, con capacidad resolutiva de especialidades básicas y que posee un servicio de urgencia comunal.
- **Establecimientos de la Red de Atención Primaria Municipal**: Dichos establecimientos están compuestos por un CESFAM para la población urbana de la comuna y nueve postas de Salud Rural divididas en tres sectores rurales: Longotoma, Valle Hermoso y Costa.

3.4.2 Establecimientos de la Red de Atención Primaria Municipal:

A continuación, en la tabla N°22A se describen el número total de usuarios con registro de ficha clínica, es decir, los que han accedido por diversos motivos a solicitar atención tanto al Cesfam como a una de las nueve postas de salud rural y quienes se clasifican de acuerdo a su previsión de salud que presentan a Junio del 2023.

Tabla N°22A: Número de usuarios registrados en Ficha Clínica Junio 2023.

Establecimientos de Salud	Fonasa A -B	Fonasa C- D	Otra Previsión	N° Total de Usuarios con Ficha Clínica
CESFAM Raúl Sánchez Bañados	16.742	8.498	1.600	26.840
Posta de Pueblo de Varas	2836	487	127	3.450
Posta de Pueblo de Roco	1961	262	74	2.297
Posta El Trapiche	872	158	37	1.067
Posta La Canela	668	91	16	775
Posta Santa Marta	750	219	8	977
Posta Los Molles	1151	195	138	1.484
Posta Huaquén	1170	303	87	1.560
Posta Las Parcelas	1382	201	42	1.625
Posta de Pichicuy	699	76	49	824
Total de usuarios inscritos	**28.231**	**10.490**	**2.178**	**40.899**

Fuente: Sistema Estadístico Rayen, DESAM La Ligua, Junio 2023

Respecto a los antecedentes indicados en la Tabla N° 22A, existe una alta población registrada en ficha perteneciente a los tramos con mayor vulnerabilidad socioeconómica. De igual forma, existe el registro en ficha de atención de usuarios pertenecientes a otro régimen de previsión social (Isapre, Capredena, Dipreca), quienes corresponden a 2.178 personas. La población total que cuenta con ficha clínica vigente, corresponde a 40.899 personas considerando su situación previsional, sin embargo, es necesario dejar presente que los usuarios Fonasa no necesariamente se encuentran inscritos en alguno de nuestros establecimientos por lo que se estima que aproximadamente 6.000 usuarios (Fonasa y otras previsiones) reciben atenciones en nuestros establecimientos y por los cuales no se percibe aporte percápita, a pesar de los esfuerzos de los respectivos equipos de salud por regularizar los registros, sin negar el acceso a las distintas prestaciones de salud.

Una de las causas de lo anterior puede ser la gran cantidad de población que se ha trasladado a La Ligua pero que prefiere seguir percapitada en sus comunas de origen debido a la rapidez con la que pueden acceder a las prestaciones de los otros niveles de atención, lo que afecta el aporte mensual estatal que se percibe en la atención primaria por habitante inscrito en nuestra comuna.

En relación al último corte percápita validado por Fonasa para el año 2023, se confirma una población de 34.822 usuarios inscritos percapitados los cuales se distribuyen de acuerdo a lo indicado en la Tabla N°22B.

Tabla N°22 B: Número de usuarios Percapitados, en Sistema Percápita de Fonasa 2023.

Fecha de Corte	Traslados (+)	Traslados (-)	Nuevos Inscritos	Inscritos de otros Seguros Migrados a Fonasa	Rechazados Previsional	Rechazados fallecidos	Validados 2023
30-09-2022	699	653	115	15	10	19	**34.822**

Fuente: Registro Fonasa, Enero 2023

3.4.2.1 CESFAM Raúl Sánchez Bañados:

El centro de atención primaria Centro de Salud Familiar Raúl Sánchez Bañados (Figura N°2), comenzó su funcionamiento en Enero 2016 por lo que en sus 7 años de puesta en marcha, **tiene aproximadamente 26.745 de usuarios con ficha clínica** y los cuales se encuentran distribuidos en tres sectores compuestos por sus respectivos equipos de cabecera. Este establecimiento cuenta además con dos sectores transversales compuestos por equipos que concretan prestaciones tanto para la población urbana como rural de la comuna. En relación a la sectorización CESFAM Raúl Sánchez Bañados, se divide a la población urbana de la Comuna en 3 sectores de la siguiente manera:

Sector	Territorio Comprendido	Usuarios Fonasa con ficha clínica	Usuarios Otra Previsión con ficha clínica
Sector Amarillo	Conformado por un territorio de tipo urbano en zona del centro de la Ligua y una zona tipo rural en el sector del Carmen, la Higuera y bosque de la Higuera.	9145	640
Sector Verde	Comprende los subsectores de la zona centro y zona alta de La Ligua	7802	399
Sector Azul	Comprende subsectores hacia la periferia oeste de La Ligua. Corresponde al sector urbano más amplio geográficamente	8226	533

Fuente: Sistema Estadístico Rayen, DESAM La Ligua, Junio 2023

La caracterización de la población inscrita en el CESFAM RSB se describe en la Tabla N°23, donde el sector amarillo cuenta con el mayor número de usuarios con ficha clínica. Asimismo, el grupo etario predominante en los tres sectores es el que comprende usuarios de 20 a 64 años.

Tabla N°23: Distribución etaria por sectores en CESFAM RSB, Junio 2023.

Rango Etario	Usuarios con ficha clínica Sector Azul		Usuarios con ficha clínica Sector Verde		Usuarios con ficha clínica Sector Amarillo	
	Usuarios Fonasa	Usuarios Otra Previsión	Usuarios Fonasa	Usuarios Otra Previsión	Usuarios Fonasa	Usuarios Otra Previsión
0-9	939	84	815	52	1082	101
10-14	561	48	506	22	568	43
15-19	545	22	453	25	566	43
20-64	4862	335	4642	264	5499	389
65-80	960	38	1042	27	1038	39
80 y (+)	359	6	344	9	392	25
TOTAL	**8226**	**533**	**7802**	**399**	**9145**	**640**

Fuente: Sistema Estadístico Rayen, DESAM La Ligua, Junio 2023

3.4.1.2 Postas de Salud Rural:

Las nueve Postas de Salud Rural (PSR) realizan atención primaria y tienen como propósito contribuir a la satisfacción de las necesidades de salud de las comunidades rurales con pertinencia cultural, a través del conjunto de acciones, que incluyen la atención de salud, la promoción, prevención de las enfermedades y el auto cuidado de la salud; promover el desarrollo de las personas, familias y comunidad, en el ejercicio de sus derechos, así como su acceso al sistema de protección social. Los tres sectores donde se encuentran distribuidas las nueve PSR se describen de la siguiente manera:

Sector Valle Hermoso	Territorio Comprendido	Población inscrita	Usuarios Otra Previsión
PSR. De Roco	Abarca desde el sector Avenida El Calvario hacia el este del sector de Valle Hermoso, comprendiendo los sectores Illalolén, Quebrada del Pobre y Colo-Colo.	2223	74
PSR. De Varas	Comprende desde la avenida el Calvario hacia el centro del sector de Valle Hermoso. Se encuentra conformada por los sectores Plaza (centro), Bellavista, Colón, Cuatro Esquinas, Miramar, Pueblo arriba y La Avenida El Calvario.	3323	127

Sector Longotoma	Territorio Comprendido	Usuarios Fonasa	Usuarios Otra Previsión
PSR. La Canela	Al ingresar por dirección Oeste desde ruta 5 Norte (km 163, rotonda de Longotoma), la dependencia queda ubicada aproximadamente a la altura del Kilómetro 37 de la ruta E-253, abarcando los sectores de La Canela y Pichilemu.	759	16
PSR. Sta. Marta	Al ingresar por dirección Oeste desde ruta 5 Norte (km 163, rotonda de Longotoma), la dependencia queda ubicada aproximadamente a la altura del Kilómetro 32 de la ruta E-253, abarcando los sectores de Los Romeros, El Escorial y Santa Marta.	969	8
PSR. Trapiche	Al ingresar por dirección Oeste desde ruta 5 Norte (km 163, rotonda de Longotoma), la dependencia queda ubicada aproximadamente a la altura del Kilómetro 10 de la ruta E-253, abarcando los sectores de Casas Viejas, El Llano, Trapiche y Maitén Largo.	1030	37

Sector Costa	Territorio Comprendido	Población inscrita	Usuarios Otra Previsión
PSR. Las Parcelas	Ubicada en sector norte de la comuna, específicamente en rotonda de la ruta 5 Norte sector Longotoma. Abarca población para atender a las localidades de San Manuel, El Guindo Grande, El Guindo Chico, Las Caletas, Mariano Alfonso, Estación Longotoma y Las Parcelas.	1583	42
PSR. Huaquén	Ubicada a la altura del Km. 4 del camino de Huaquén, a la altura de la ruta 5 norte. Comprende Los Hornos y Huaquén.	1473	87
PSR. Pichicuy	Ubicada en la Caleta de Pichicuy, sector costero de la comuna.	775	49
PSR. Los Molles	Ubicada en el balneario de Los Molles, sector oriente. Comprende los sectores de La Ballena, Quinquelles, Santa María y los Molles.	1346	138

Fuente: Sistema Estadístico Rayen, DESAM La Ligua, Junio 2023

La caracterización de la población inscrita en los sectores rurales se describe en la Tabla N°24. En dicha tabla, se destaca el Sector de Valle Hermoso con una mayor distribución de usuarios con ficha clínica. Asimismo, el grupo etario predominante en los tres sectores es el que comprende usuarios de 20 a 64 años.

Tabla N°24: Distribución etaria en sectores rurales, Junio 2023.

Rango Etario	Sector Longotoma		Sector Costa		Sector Valle Hermoso	
	Usuarios Fonasa	Usuarios Otra Previsión	Usuarios Fonasa	Usuarios Otra Previsión	Usuarios Fonasa	Usuarios Otra Previsión
0-9	194	8	471	45	470	28
10-14	154	2	305	13	292	16
15-19	171	3	263	5	266	10
20-64	1611	37	2858	209	3345	130
65-80	419	9	922	29	761	13
80 y (+)	209	2	358	11	382	4
TOTAL	2758	61	5177	312	5516	201

Fuente: Sistema Estadístico Rayen, DESAM La Ligua, Junio 2023

3.5. Recursos Departamento de Salud Municipal de La Ligua.

El Decreto de fuerza de ley Nº 1-3063 de 1980 del Ministerio del Interior, permitió el traspaso a la administración municipal de los establecimientos pertenecientes al sector público, creando entonces los Departamentos de Salud Municipal mediante convenios. En nuestra comuna durante el mes de septiembre de 1981, se suscribe un convenio de traspaso a través del Decreto Supremo N° 358 del 28/10/81, entre el Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota y la I. Municipalidad de la Ligua, oportunidad en el cual se transfirieron las Postas de Salud Rural de Pueblo de Varas, Pueblo de Roco, Las Parcelas, Trapiche, Santa Marta y Huaquén a la Administración Municipal. Posteriormente y por iniciativa municipal, son creadas las Postas de Los Molles, Pichicuy y La Canela como una forma de acercar la salud a los distintos territorios rurales.

El sistema de salud municipalizado está constituido por Postas de Salud Rurales y el CESFAM Raúl Sánchez Bañados (Figura N°1). Las 9 postas de salud rural han sido sectorizadas, comprendiendo 3 sectores; Sector Costa, compuesta por Posta Las Parcelas, Posta Pichicuy, Posta Huaquén, Posta Los Molles; Sector Longotoma, con la Posta Trapiche, Santa Marta y La Canela; Sector Valle, Posta Pueblo de Varas y Posta Pueblo de Roco. La atención profesional es efectuada a través de la modalidad de rondas profesionales que asisten a las postas de salud rural durante jornadas en la mañana y en la tarde**.**

Figura 1. Postas Rurales y CESFAM, ubicación y caracterización vial



3.6. Recursos Financieros: Proyecto Presupuesto 2024

DECRETO: Proyecto de Presupuesto para el año 2024 que presenta las siguientes estimaciones de Ingresos y Gastos para el Área de Salud, a nivel de Subtítulos e Ítems.

3.6.1 Ingresos

SUBTITULO	ITEM	ASIGNACION	SUB ASIGNACION	DENOMINACION	PROYECTO 2024
				TRANSFERENCIAS CORRIENTES	*6.669.730*
05	01			DEL SECTOR PRIVADO	
05	03			DE OTRAS ENTIDADES PUBLICAS	6.669.730
05	03	006		Del Servicio de Salud	6.259.730
05	03	006	001	Atención Primaria Ley N° 19.378 Art. 49	5.260.852
05	03	006	002	Aportes Afectados.	998.878
05	03	006	003	Anticipos del Aporte Estatal.	0
05	03	007		Del Tesoro Público	0
05	03	007	004	Bonificación Adicional Ley Incentivo Al retiro	0
05	03	099		De Otras Entidades Públicas	80.000
05	03	100		De Otras Municipalidades	0
05	03	101		De la Municipalidad Servicios Incorp. a su gestión	330.000
07				*INGRESOS DE OPERACIÓN*	*412.500*
07	*01*			VENTA DE BIENES	
07	*02*			VENTA DE SERVICIOS	412.500
08				*OTROS INGRESOS CORRIENTES*	*83.000*
08	01			RECUPERACIONES Y REEMBOLSOS POR LICENCIAS MEDICAS	80.000
08	01	001		Reembolso Art. 4º Ley N º 19.345 y Ley N°19.117 Art. Único	0
08	01	002		Recuperaciones Art. 12 Ley Nº 18.196 y Ley 19.117 Art. Único	80.000
08	99			OTROS	3.000
08	99	001		Devoluc. y Reintegros no Provenientes de Impuestos	3.000
08	99	999		Otros	0
15				*SALDO INICIAL DE CAJA*	*100*
				T O T A L I N G R E S O S.....M$	*7.165.330*

3.6.2. Egresos

SUBTITULO	ITEM	ASIGNACION	SUBASIGNACION	SUB SUB ASIGNACION	DENOMINACION	2024
21					*GASTOS EN PERSONAL*	*4.219.319*
21	01				PERSONAL DE PLANTA	3.076.406
21	02				PERSONAL A CONTRATA	979.559
21	03				OTRAS REMUNERACIONES	163.354
21	03	001			Honorarios a Suma Alzada - Personas Naturales	105.000
21	03	004			Remuneraciones Reguladas Código del Trabajo	58.354
21	04				OTROS GASTOS EN PERSONAL	0
22					*BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO*	*2.693.811*
22	01				ALIMENTOS Y BEBIDAS	6.200
22	02				TEXTILES, VESTUARIO Y CALZADO	4.000
22	03				COMBUSTIBLES Y LUBRICANTES	50.000
22	04				MATERIALES DE USO O CONSUMO	1.017.813
22	05				SERVICIOS BASICOS	118.500
22	06				MANTENIMIENTO Y REPARACIONES	261.500
22	07				PUBLICIDAD Y DIFUSION	9.178
22	08				SERVICIOS GENERALES	53.000
22	09				ARRIENDOS	93.338
22	10				SERVICIOS FINANCIEROS Y DE SEGUROS	5.650
22	11				SERVICIOS TECNICOS Y PROFESIONALES	1.072.632
22	12				OTROS GASTOS EN BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO	2.000
23					*PRESTACIONES SOCIALES DEL EMPLEADOR*	*0*
23	01				PRESTACIONES PREVISIONALES	0
23	03				PRESTACIONES PREVISIONALES	0
24					*TRANSFERENCIAS CORRIENTES*	*0*
24	01				AL SECTOR PRIVADO	0
26					*OTROS GASTOS CORRIENTES*	*500*
26	01				DEVOLUCIONES	500
26	02				COMPENSACION DAÑOS 3os. Y A LA PROPIEDAD	0
29					*ADQUISIC. DE ACTIVOS NO FINANCIEROS*	*216.500*
29	*01*				*TERRENOS*	*0*
29	*02*				*EDIFICIOS*	*0*
29	03				VEHICULOS	100.000
29	04				MOBILIARIO Y OTROS	15.000
29	05				MAQUINAS Y EQUIPOS	64.000
29	06				EQUIPOS INFORMATICOS	31.500
29	07				PROGRAMAS INFORMATICOS	6.000
31					*INICIATIVAS DE INVERSION*	*35.000*
32					*PRESTAMOS*	*0*
34					*SERVICIO DE LA DEUDA*	*100*
34	07				DEUDA FLOTANTE	100
35					*SALDO FINAL DE CAJA*	100
					TOTAL GASTOS.....M$	7.165.330

Las Modificaciones en los montos estimados de Ingresos y Gastos del Presupuesto de Salud Municipal para el 2024 serán presentados por el Alcalde para la aprobación del Concejo Municipal. El acuerdo de éste deberá materializarse vía Decreto Alcaldicio que deberá dictar el Departamento de Salud. La proyección de fondos a recibir a través de Convenios con el Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota sería a través de los siguientes Programas:

- Programa GES Odontológico
- Programa Mejoramiento al Acceso
- Programa Odontológico Integral
- Programa Sembrando Sonrisas.
- Programa Servicio Urgencia Rural (SUR).
- Programa Chile Crece Contigo.
- Programa SAPU Verano.
- Programa Resolutividad en APS
- Programa Adulto Mayor Autovalente.
- Programa Mejoría de la Equidad Rural.
- Programa de Rehabilitación Integral.
- Programa Modelo de Atención Integral en Salud.
- Programa Imágenes Diagnosticas.
- Reforzamiento recursos humanos SIGGES e influenza.
- Programa Vida Sana.
- Programa Fondo de Farmacia de Enfermedades Crónicas.
- Programa Capacitación y Formación de APS en la Red Asistencial
- Plan Trienal de Promoción de Salud.
- Programa de Reforzamiento de Atención de Salud Integral del niño/a adolescentes y jóvenes del programa mejor niñez.
- Programa espacios amigables.
- Programa de apoyo a la salud mental infantil.
- Programa D.I.R.

Determínese que el **aporte de la Municipalidad es de M $330.000.-** (Trescientos treinta millones de pesos), consignado en Sub. 05, Ítem 03 Sub asignación 101 de Ingresos, tiene como finalidad contribuir en el desarrollo de iniciativas y necesidades del DESAM, las cuales incluyen:

- Gestión y gastos operacionales derivados de las Farmacias Populares, considerando las dependencias ubicadas en La Ligua y Valle Hermoso
- Suplemento al Convenio en el marco de la ejecución del Programa SUR.
- Mantención de establecimientos de salud dependientes del DESAM.
- Bono Sala Cuna destinado a menores de 2 años.
- Asignación Transitoria Art. 45 Ley 19.378

3.7. Recursos Humanos: Dotación del Departamento de Salud Municipal 2024.

DOTACIÓN DESAM LA LIGUA 2024	JORNADAS PSR	HORAS PSR	JORNADAS CESFAM	HORAS CESFAM	JORNADAS DESAM	HORAS DESAM	JORNADAS TOTALES	HORAS TOTALES
CATEGORIA A								
MEDICOS	7,00	308,00	8,00	352,00	0,25	11,00	15,25	671,00
CIRUJANO DENTISTA	2,50	110,00	6,00	264,00	1,00	44,00	9,50	418,00
Q. FARMACIA	1,00	44,00	3,00	132,00	1,00	44,00	5,00	220,00
CATEGORIA B								
MATRONA	2,75	121,00	5,00	220,00	0,75	33,00	8,50	374,00
PSICOLOGO	3,00	132,00	5,00	220,00	0,50	22,00	8,50	374,00
KINESIOLOGO	0,00	0,00	7,00	308,00	0,00	0,00	7,00	308,00
NUTRICIONISTA	3,00	132,00	4,00	176,00	1,00	44,00	8,00	352,00
ENFERMERO	5,00	220,00	10,00	440,00	2,00	88,00	17,00	748,00
FONOAUDIOLOGO	0,25	11,00	0,75	33,00	0,00	0,00	1,00	44,00
ASISTENTE SOCIAL	4,00	176,00	6,00	264,00	1,00	44,00	11,00	484,00
TEGNOLOGO MEDICO	0,00	0,00	1,00	44,00	0,00	0,00	1,00	44,00
ED PARVULOS	0,00	0,00	1,00	44,00	0,00	0,00	1,00	44,00
ING. COMERCIAL	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	44,00	1,00	44,00
ADMINISTRADOR PUBLICO	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	44,00	1,00	44,00
ING. EN ADMINISTRACIÓN	0,00	0,00	1,00	44,00	0,00	0,00	1,00	44,00
PROFESOR ED FISICA	0,00	0,00	0,75	33,00	0,00	0,00	0,75	33,00
DIRECTOR CESFAM	0,00	0,00	1,00	44,00	0,00	0,00	1,00	44,00
DIRECTOR DESAM	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	44,00	1,00	44,00
CATEGORIA C								
ADMINISTRATIVO	0,00	0,00	12,00	528,00	8,00	352,00	20,00	880,00
TENS	23,00	1012,00	23,00	1012,00	0,00	0,00	46,00	2024,00
TONS	2,00	88,00	7,00	308,00	0,00	0,00	9,00	396,00
PODOLOGA	1,00	44,00	1,00	44,00	0,00	0,00	2,00	88,00
INFORMATICO	0,50	22,00	0,50	22,00	1,00	44,00	2,00	88,00
ESTADISTICO	0,00	0,00	1,00	44,00	0,00	0,00	1,00	44,00
CATEGORIA D								
AUXILIARA PARAMEDICO	1,00	44,00	2,00	88,00	0,00	0,00	3,00	132,00
AUXILIAR DENTAL	1,00	44,00	1,00	44,00	0,00	0,00	2,00	88,00
CATEGORIA E								
ADMINISTRATIVO	1,00	44,00	15,00	660,00	9,00	396,00	25,00	1100,00
CATEGORIA F								
GUARDIA	0,00	0,00	4,00	176,00	0,00	0,00	4,00	176,00
AUXILIAR DE SERVICIO	4,00	176,00	8,00	352,00	1,00	44,00	13,00	572,00
AUXILIAR MANTENCION	0,00	0,00	0,00	0,00	4,00	176,00	4,00	176,00
CONDUCTOR	3,00	132,00	4,00	176,00	0,00	0,00	7,00	308,00
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	44,00	1,00	44,00
TOTAL	**65**	**2860**	**138,00**	**6072,00**	**34,50**	**1518,00**	**237,50**	**10450,00**

3.8. Solicitudes ciudadanas, Oficina de informaciones, reclamos y sugerencias (OIRS)

Tabla N°25: Solicitudes ciudadanas DESAM La Ligua. Enero – Octubre 2023.

Tipo de solicitud ciudadana	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Sept.	Oct.	Total a la fecha
Felicitaciones	11	2	8	11	8	14	14	10	4	2	**84**
Reclamos	7	8	13	5	11	12	9	8	8	11	**92**
Sugerencias	1	2	1	0	0	0	1	0	0	1	**6**
Solicitudes	3	7	8	9	14	11	8	17	7	18	**102**
Consultas	1	0	0	0	0	2	2	0	0	0	**5**
Total Mensual	**23**	**19**	**30**	**25**	**33**	**39**	**34**	**35**	**19**	**32**	**289**

Fuente: Base de datos, OIRS. DESAM La Ligua, 2023

En relación con las solicitudes ciudadanas durante el año en curso, se puede observar que han ido en aumento en relación al año pasado, esto según la base de datos de OIRS. Es posible señalar que del total recibido el 35% corresponde ***solicitudes***, en donde las principales corresponden a solicitudes de fichas clínicas de pacientes que se trasladan a otros centros o que las utilizan para diversos trámites.

El Segundo con mayor porcentaje corresponde a ***reclamos*** con un 32%, referidos principalmente a procesos administrativos que son percibidos como dificultosos (toma de horas y dificultad para adultos mayores, citación de pacientes y otros), a esto le sigue el trato por parte de los profesionales y/o funcionarios. Debido a ello, es importante señalar que, frente a cualquier solicitud ciudadana de este tipo, existe un abordaje inmediato que permite otorgar una respuesta oportuna a los usuarios/as y paralelo a ello mejorar los procesos internos a fin de mejorar la percepción y trato proporcionado a la comunidad.

Continuamos con las ***felicitaciones****, éstas, representan* el 29% del total de solicitudes destacando principalmente el trato y el compromiso dispuesto por parte de diferentes funcionarios y funcionarias del establecimiento. También, sobresale el espíritu colaborador y respetuoso en las atenciones, la calidad y profesionalismo de los respectivos equipos de salud, los cuales representan valores de gran relevancia para la atención primaria de salud.

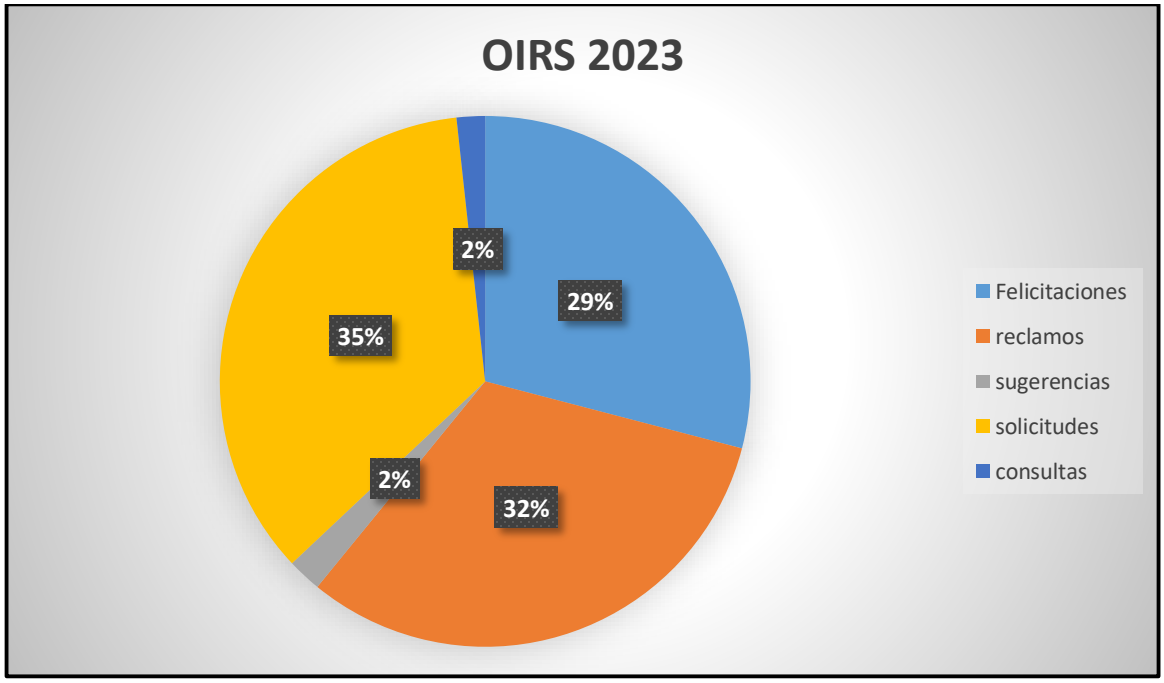
Luego les siguen las ***sugerencias*** con un 2 %, siendo solicitudes ciudadanas que toman una relevancia significativa, pues es la misma población atendida la que contribuye y plantea ideas que permitan mejorar el funcionamiento de nuestros centros de salud.

Por último, las ***consultas*** equivalen al 2% lo que se traduce en que los usuarios y usuarias no están familiarizados con esta instancia y con la importancia de utilizar los medios adecuados para

informarse sobre el funcionamiento, horarios de atención de los establecimientos de salud primaria y/o alguna institución pública.

Es importante entonces, empoderar a nuestra población beneficiaria orientándola a que utilice la Oficina de Informaciones, Reclamos y Sugerencias para canalizar sus inquietudes ya que de esta manera se generan los registros y respaldos asociados, se activan los protocolos de respuesta y se gestionan las mejoras del servicio, lo cual no es posible de medir cuando se canalizan por medio de otras vías como lo son las redes sociales.

Es relevante seguir promocionando estos medios formales de información, mediante informativos y otras instancias de participación como lo son los consejos consultivos en salud y/o talleres realizados en la comunidad.



SECCIÓN II: EVALUACIÓN PLAN DE SALUD 2023-2024

1. OBJETIVOS SANITARIOS 2021- 2030:

El Ministerio de Salud entre sus funciones rectoras establece la definición de los Objetivos Sanitarios Nacionales y la coordinación sectorial e intersectorial para el logro de los mismos, esto con el propósito de guiar el accionar del sector en beneficio de la salud de la población.

El proceso de formulación de los Objetivos Sanitarios de la Década 2021 - 2030 sufrió una adecuación debido a la emergencia sanitaria mundial por COVID-19 y el año 2020 debió adaptarse para responder al contexto y se encuentra próximo a su culminación. Cabe señalar que, para esta década, producto de los procesos evaluativos se realizaron ajustes a los OSD de las décadas anteriores y en Resolución Exenta N°528 se aprobó lo siguiente:

Objetivos Sanitarios para el periodo 2021-2030:

- **Mejorar la salud y bienestar de la población.**
- **Disminuir las inequidades.**
- **Asegurar la calidad de la atención en salud.**
- **Avanzar hacia la construcción de comunidades y entornos saludables.**

La evaluación de los programas se desarrolló en dos fases. En la primera de ellas, cada encargado de programa completó una planilla Excel en la cual evaluó los cumplimientos para el o los programas que tuviere a cargo y en la segunda fase, se concretaron distintos Focus Group en los que participaron funcionarios de todos los estamentos y quienes manifestaron sus apreciaciones respecto del desarrollo de los programas de salud y aportaron sugerencias para el cumplimiento de los objetivos del Plan de Salud 2023-2024. Cabe destacar, que el cumplimiento general de los programas de salud corresponde a un 74%.
En el siguiente vínculo, encontrará el archivo Excel denominado “Pauta de Evaluación 2023 Programas de Salud” con la evaluación de todos los programas de salud y el porcentaje de cumplimiento de cada uno de ellos.

Pautas de Evaluación Plan 2023 - 2024\Pauta Evaluación 2023 Programas Plan de Salud.xlsx

Asimismo, en el siguiente vínculo encontrará una carpeta con todos los Focus Group concretados para evaluar los programas de salud.

Focus Group Programas de Salud

2. EVALUACIÓN PROGRAMAS DE SALUD 2023-2024:

2.1. Programa Nacional de Salud Infantil

El Programa Nacional de Salud de la Infancia tiene como propósito contribuir al desarrollo integral de los niños y niñas menores de 10 años, en su contexto familiar y comunitario, a través de actividades de fomento, protección, prevención y recuperación de la salud y rehabilitación, que impulsen la máxima expresión del potencial biopsicosocial y mejorar calidad de vida.

Es importante destacar que para entregar una atención de calidad en los controles infantiles se requiere el logro de los objetivos nacionales de salud y el fortalecimiento de las políticas públicas a nivel comunal, regional y nacional.

El enfoque de las atenciones infantiles en período de pandemia por COVID-19 durante el 2022 fue retomar los controles de salud de niño sano con la mayor regularidad posible, condicionado siempre por la incidencia de casos de coronavirus y otras enfermedades respiratorias. Dado lo anterior, es que se han llevado a cabo estrategias de recuperación de controles de niños y niñas inasistentes y estrategias para elevar el per cápita en la Comuna de La Ligua, lo que va de la mano del creciente porcentaje de población flotante en las zonas rurales.

En la siguiente tabla se observa la población per cápita y bajo control según rango de edad, de 0 a 5 años y de 60 meses a 9 años.

APS	Población Infantil Per cápita	Población Infantil Bajo control	Población Infantil Per cápita	Población Infantil bajo control
	(0-5 años)	(0-5 años)	(60m-9 años)	(60m-9 años)
COMUNA	**1788**	**1635**	**1864**	**1101**
CESFAM	1113	544	499	450
PSR	675	1091	1635	651

Fuente: Corte Per cápita 2022 y Serie P Unidad de Estadística DESAM La Ligua, junio 2023.

Las políticas sanitarias donde se amplía la edad de control de salud de infantes hasta los 9 años se han ido implementando en forma gradual con más dificultad en el sector rural por lo cual se observa una cobertura que la población bajo control corresponde al 40% de la población per cápita para ese rango de edad.

- **Subprogramas y Programas Complementarios**

Programas Complementarios	Definición
Subsistema de Protección integral a la infancia Chile Crece Contigo	Su misión es acompañar, proteger y apoyar integralmente, a todos los niños, niñas y sus familias, a través de acciones y servicios de carácter universal, así como focalizando apoyos especiales a aquellos que presentan alguna vulnerabilidad mayor Su objetivo es hacer un seguimiento personalizado a la trayectoria de desarrollo de los niños y niñas que se atienden en el sistema público de salud, desde el primer control de gestación hasta los 8 o 9 años de edad.
Programa de Apoyo al desarrollo Biopsicosocial (PADBP)	Su objetivo es articular y desplegar el seguimiento a la trayectoria de desarrollo de los niños y niñas en su primera infancia, con la finalidad de que alcancen su máximo potencial de desarrollo. El ingreso a este programa permite distintas prestaciones, tales como acciones que complementan la atención del control prenatal, del parto/nacimiento y control de niño sano, reforzando temáticas psicosociales tales como detección temprana de riesgos, preparación a la maternidad y paternidad, pautas de apoyo al desarrollo infantil, estimulación inicial y crianza respetuosa y promoción del apego seguro.
Programa Nacional de Inmunizaciones (PNI)	Posee un enfoque integral y tiene como objetivo universal prevenir la morbilidad, discapacidad y muertes secundarias a enfermedades inmunoprevenibles, a lo largo del ciclo vital.
Programa Nacional de alimentación complementaria	Su propósito es mantener y mejorar el acceso a alimentos sanos y seguros, así como de mejorar el estado nutricional de gestantes, madres que amamantan, niños y niñas hasta los 6 años.
Programa cero	Tiene como objetivo contribuir a la reducción de la prevalencia e incidencia de patologías orales más frecuentes en la población infantil de 6 meses a 7 años a través de la reducción de factores de riesgo, controles de higiene y refuerzo de hábitos saludables.

3.2. Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial - PADBP (Programa EJE o puerta de entrada al Subsistema)

Este programa se ejecuta a partir del primer control de gestación en los Servicios de Salud y sus acciones se basan en los siguientes aspectos:

1. **Fortalecimiento del desarrollo prenatal:** detección precoz de riesgo biopsicosocial, la participación del padre o persona significativa para la embarazada y la construcción de planes de cuidado prenatal con enfoque familiar.

2. **Atención personalizada del proceso de nacimiento:** acompañamiento integral y personalizado a la embarazada y su acompañante en preparto, parto y puerperio, atendiendo a sus necesidades tanto físicas como emocionales y respetando la pertinencia cultural.

3. **Atención integral al niño o niña hospitalizada:** favorece el desarrollo integral durante el período de hospitalización, a través de estimulación, educación, promoción del acompañamiento familiar y detección precoz de riesgos psicosociales.

4. **Fortalecimiento del control de salud del niño o niña:** junto al estado de salud y el logro de hitos del desarrollo, se evalúa el vínculo con su cuidadora o cuidador y del contexto familiar en que se desarrolla. En esta línea se inserta el taller de apoyo a la crianza "Nadie es Perfecto", cuyo objetivo es fomentar competencias parentales en padres, madres y personas cuidadoras de niñas y niños de 0 a 5 años.

5. **Fortalecimiento de las intervenciones en niñas y niños en situación de vulnerabilidad y/o con rezagos en su desarrollo**: atención integral y sistemática, a través de intervenciones en sala de estimulación y visitas domiciliarias, entre otras acciones.

- **Metas de Programa: Índice de Actividad de la Atención Primaria de Salud y Metas Sanitarias:**

Meta IAAPS	Muestreo
Evaluación del DSM, en niños y niñas de 12 a 23 meses bajo control.	● % de Evaluaciones de DSM exigidas: **95.0%**
	● Cumplimiento a Junio-2023 según SSVQ: **50.43%.**
Proporción de niñas y niños, menores de 6 años con estado nutricional normal.	● % de menores eutróficos exigida: **59.0%**
	● Cumplimiento a Junio-2022 según SSVQ: **55.0%.**

Fuente: Serie A y P Unidad de Estadística DESAM La Ligua 2023.

Metas Sanitarias	Muestreo
Niños que al control de 6 meses estén con LME	● Meta Anual exigida: **52,7%**
	● Cumplimiento a Junio según SSVQ: **48.4%.**
Porcentaje niños(as) de 12 a 23 meses con riesgo del DSM recuperados	● Meta Anual exigida **60.0%**
	● Cumplimiento a Junio según SSVQ: **50.0%.**

Fuente: Serie A Unidad de Estadística DESAM La Ligua, Junio 2023

- **Estrategias y proyecciones para el cumplimiento de Objetivos:**

Desarrollo Psicomotor: El desarrollo Psicomotor (DSM) es un proceso dinámico y longitudinal que requiere una evaluación continua y regular por parte de los profesionales de salud. La detección temprana de alguna alteración, permitirá tomar las medidas que correspondan para dar una intervención oportuna en los niños y niñas. Las estrategias a trabajar han estado sujetas a modificación por la realidad nacional debido a las alertas sanitarias por enfermedades respiratorias.

Estrategia	Indicador	Actividad
Garantizar la evaluación del DSM en niños/as de 12 a 18 meses por profesional de Enfermería.	% de los niños de 12 a 18 meses con su control y evaluación vigente.	1. Proteger agenda semanal del profesional de Enfermería para la realización de la evaluación del DSM. Revisando distribución y disponibilidad de horas por sector. 2. Realizar rescate telefónico y en domicilio de niños/as que no cuentan con su control al día. 3. Informar al encargado de sector sobre la cobertura de las evaluaciones para que, si corresponde, defina junto a equipo de sector nuevas estrategias para garantizar la evaluación de DSM en niños/as de 12 a 18 meses.
Derivación a ingreso a la sala de estimulación con resultado en el DSM con rezago, riesgo y retraso.	% de los niños con resultado en el DSM en rezago, riesgo y retraso asiste a sala de estimulación.	1. Mantener una comunicación bidireccional y retroalimentación sobre los ingresos, seguimientos y egresos de niños/as entre profesionales de la sala de estimulación, profesional de Enfermería y encargado de sector. 2. Continuar y mejorar la vigilancia de los niños/as se encuentren con sus sesiones vigentes. 3. Realizar rescate telefónico y en domicilio de niños/as inasistentes a la sala de estimulación.
Reevaluación del DSM en niños con resultado de su DSM rezago, riesgo y retraso.	N° de niños y niñas con resultado en su DSM rezago, riesgo o retraso reevaluados según esquema.	1. Proteger agenda semanal del profesional de Enfermería para realizar el seguimiento de las reevaluaciones del DSM. 2. Realizar rescate telefónico y en domicilio de niños/as que no cuentan con su reevaluación. 3. Mantener una comunicación bidireccional y retroalimentación sobre los ingresos, seguimientos y egresos de niños/as entre profesionales de sala de estimulación y profesional de Enfermería. 4. Informar al encargado de sector sobre la cobertura de las reevaluaciones para que, si corresponde, defina junto a equipo de sector nuevas estrategias para garantizar la reevaluación de DSM en niños/as de 12 a 18 meses.

Modalidades de Apoyo para el Desarrollo Infantil del Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial, Subprograma Chile Crece Contigo:

En la siguiente tabla se describe la población en Riesgo y Retraso del Desarrollo Psicomotor, diagnóstico que surge de los instrumentos de tamizaje aplicados tales como EEDP y TEPSI:

RIESGO	COMUNA		CESFAM	PSR
Menor de 12 meses	5	11,90%	4	1
12 a 17 meses	4	9,52%	3	1
18 a 23 meses	13	30,95%	9	4
24 a 25 meses	14	33,33%	8	6
36 a 47 meses	5	11,90%	4	1
48 a 59 meses	1	2,38%	0	1

Fuente: Serie A Unidad de Estadística DESAM La Ligua 2023.

RETRASO	COMUNA		CESFAM	PSR
Menor de 12 meses	0	-	0	0
12 a 17 meses	1	12,50%	1	0
18 a 23 meses	0	-	0	0
24 a 35 meses	2	25,0%	1	1
36 a 47 meses	4	50,0%	3	1
48 a 59 meses	1	12,50%	1	0

Fuente: Serie A Unidad de Estadística DESAM La Ligua 2023.

El objetivo de este programa es potenciar, a través de modalidades de apoyo como servicios itinerantes de estimulación y salas de estimulación, el desarrollo de niños y niñas con rezago, riesgo, retraso u otras vulnerabilidades biopsicosociales que los puedan afectar ofreciendo atención infantil directa y un especial trabajo con los adultos responsables del cuidado para que mejoren la calidad y frecuencia de las interacciones y todos los niños y niñas alcancen su máximo potencial de desarrollo, bienestar y salud integral.

Estrategia	Indicador	Actividad
Derivación oportuna a sala de estimulación a partir de pautas del desarrollo psicomotor y M-CHAT.	% de derivaciones realizadas correctamente entre enfermera y sala de estimulación.	1. Mantener una comunicación bidireccional y retroalimentación sobre los ingresos, seguimientos y egresos de niños/as en sala de estimulación y profesional de Enfermería. 2. Reforzar a profesionales de Enfermería y Médico sobre derivación de pauta biopsicosocial (PSB) a la sala de estimulación.

		3. En reuniones de equipo gestor, informar a Encargados de Sector respecto de la situación de su población a cargo.
Ingreso a sala de estimulación oportuna	100% de los niños con rezago social y comunicativo ingresa a sala de estimulación	1. Mantener una comunicación bidireccional y retroalimentación sobre los ingresos de niños/as en sala de estimulación y a profesional de Enfermería.
Derivación oportuna a terapia ocupacional y fonoaudiología	100% de los niños con trastorno social y comunicativo se deriva con profesionales correspondientes.	1. Mantener información bidireccional sobre las derivaciones a terapia ocupacional y fonoaudiología. 2. Reforzar a profesionales de Enfermería la oportuna derivación a profesionales de Fonoaudiología y Terapeuta Ocupacional a través de pautas de DSM o PRB. 3. En reuniones de equipo gestor, informar a Encargados de Sector respecto de la situación de las derivaciones de la población infantil a cargo.
Derivación a especialista en caso de M-chat alterado	100% de los niños con pauta M-chat alterada se deriva a especialista.	1. En reuniones de sector, reforzar a profesional médico realizar la oportuna derivación según edad a especialista de Neurología. 2. Supervisión del uso correspondiente de Flujograma y derivaciones por parte del encargado de programa. 3. En reunión de equipo gestor informar a encargado de sector respecto de la oportunidad de las interconsultas emitidas a especialista.

Nutrición Infantil:

En nuestra comuna, aproximadamente el 50% de la población tanto de 0 a 5 años como de 60 meses a 9 años, tiene un diagnóstico del estado nutricional normal. Sin embargo, en ambos grupos existe un porcentaje superior al 20% de niños y niñas que presentan sobrepeso y entre un 15 y 18% con obesidad. Como equipo de salud, debemos continuar mejorando las estrategias dirigidas a la población infantil, centrándonos en los cambios de hábitos y cambiando la mirada pesocentrista que ha estado presente por tantos años, previniendo de esta forma la aparición de patologías crónicas no transmisibles, vinculando para ello al intersector y otras instituciones comunales y provinciales.

Estado Nutricional	Población de 0 a 5 años				Población de 60 meses a 9 años			
	N° de usuarios			% de usuarios	N° de usuarios			% de usuarios
	CESFAM	PSR	COMUNA		CESFAM	PSR	COMUNA	
Desnutrición	2	2	4	0.23%	1	0	1	0.1%
Riesgo de Desnutrición	36	12	83	4.8%	12	11	23	2.3%
Sobrepeso /Riesgo Obesidad	304	147	451	26.06 %	104	115	219	21.94%
Obesidad	193	74	267	15.43%	105	76	181	18.13%
Obesidad Severo	0	0	0	0%	40	44	84	8.41%
Normopeso	629	296	925	53.46%	260	230	490	49.09%

Fuente: Serie P Unidad de Estadística DESAM La Ligua, Junio 2023.

Relacionado a la nutrición de los niños y niñas menores de 6 años nuestro Departamento de Salud trabajará con las siguientes estrategias:

Estrategia	Indicador	Actividad
Control de salud nutricional de los 5 meses y 3 años 6 meses.	% de los niños de 5 meses y 3 años 6 meses que asiste a control nutricional.	1. Proteger agenda semanal del profesional Nutricionista para la realización del control 5 meses y 3 años y 6 meses. 2. Realizar rescate telefónico y en domicilio de niños/as que no cuentan con su control al día. 3. Informar a encargado de sector para que junto a equipo de salud genere estrategias para disminuir % de inasistentes.
Derivación a nutricionista en caso de niños con malnutrición por déficit o exceso.	% de los niños con malnutrición por déficit o exceso asisten a control con nutricionista.	1. Proteger agenda semanal del profesional Nutricionista para la realización del control 5 meses y 3 años y 6 meses 2. Realizar rescate telefónico y en domicilio de niños/as que no cuentan con su control al día. 3. Informar a encargado de sector para que junto a equipo de salud genere estrategias para disminuir % de inasistentes.

Clínica de lactancia materna.	% de los niños con dificultades en la lactancia materna que acuden a clínica de lactancia.	1. Proteger agenda semanal de profesionales para la realización clínica de lactancia. 2. Creación de equipo de profesionales para educar en clínica de lactancia. 3. Informar a encargado de sector para que junto a equipo de salud genere estrategias para disminuir % de inasistentes.
Actividades de promoción para la nutrición infantil.	% de actividades realizadas	1. Talleres educativos realizados por equipo de sector. 2. Cápsulas educativas online realizadas por equipos de sector. 3. El Comité de Promoción articula actividades con sectores, intersector y otras instituciones comunales y provinciales.

Lactancia Materna:

Se realizarán acciones para la acreditación del CESFAM como “Centro Amigo de la Lactancia”. Para esto se fomentará el trabajo del Comité de Lactancia, el cual difundirá el Protocolo de Atención en Lactancia Materna con el equipo y se realizarán capacitaciones al equipo de Salud Clínico y no clínico. Se continuará realizando las clínicas de lactancia y actividades de Promoción para la comunidad.

Estrategia	Indicador	Actividad
Actividades de promoción y prevención de Lactancia Materna.	% de actividades planificadas realizadas.	1.- Concretar las cápsulas educativas elaboradas por Comité de Lactancia Materna. 2. Continuar concretando los talleres prenatales enfatizando la Lactancia Materna Exclusiva. 3.- Concretar actividades en el mes de la Lactancia Materna. 4.- Continuar con capacitaciones a jardines infantiles y poder junto a ellos realizar cápsulas educativas, logrando un mayor alcance en redes sociales. 5. Concretar la compra de fantomas y materiales para caja de lactancia, fortaleciendo las clínicas de lactancia

Capacitación a personal del centro de salud en Lactancia Materna	% de funcionarios capacitados en lactancia materna.	1.- Continuar con las capacitaciones para funcionarios no clínicos. 2.- Continuar con las capacitaciones para equipo clínico de salud. 3.- Capacitación a profesionales que realizan Clínica de Lactancia.
Difusión del Protocolo de Atención en Lactancia Materna	% de funcionarios que reciben protocolo.	1.- Difusión vía mail de protocolo de atención en Lactancia Materna. 2.- Exposición de Protocolo en reuniones de equipo.
Coordinación con representantes de Jardines y escuelas de párvulos para fortalecer trabajo en Red	% de reuniones planificadas y ejecutadas.	1.- Reuniones con representantes de Jardines Infantiles y otros establecimientos educacionales de la comuna. 2. Continuar concretando actividades con jardines infantiles y otros establecimientos educacionales de la comuna.

Niños, Niñas y Adolescentes con Necesidades especiales de atención en Salud (NANEAS) de baja complejidad:

Pretende disminuir la brecha en cuanto a acceso y oportunidad a niños y niñas con necesidades especiales de atención en salud. Son aquellos niños que se encuentran en situación de discapacidad, que tienen diagnósticos de enfermedades crónicas, que son prematuros extremos, que presentan condición de base que afecta uno a más ámbitos como el físico, el conductual y también el emocional y que, como consecuencia, presentan limitación en participar de las actividades acordes a su edad.

En la siguiente tabla, se detalla la población según diagnóstico de niños, niñas y adolescentes con necesidades especiales de atención en salud (naneas)

Diagnóstico NANEAS	CESFAM	PSR	COMUNA
Síndrome de Down	6	2	8
Trastorno de Espectro Autista	20	19	39
Fibrosis Quística	0	0	0
Parálisis Cerebral	8	2	10
Neoplasias	0	0	0
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	10	9	19
Prematuros	11	29	40
Total	**71**	**47**	**118**

Fuente: Serie P Unidad de Estadística DESAM La Ligua, Junio 2023.

Estrategia	Indicador	Actividad
Cobertura en controles de salud infantil NANEAS	% de NANEAS con ingreso NANEAS % de NANEAS con ingreso nutricional.	Ingreso NANEAS en dupla médico y enfermera evaluando el intercambio de agendas de profesionales en las PSR para que coincida la ronda Médico y Enfermera. Evaluar paulatinamente el ingreso NANEAS por dupla psicosocial. Ingreso nutricional NANEAS.
Cobertura en controles de salud infantil universales	% de Niños y niñas con controles vigentes	Controles por calendario (Médico, Enfermera, Nutricionista). En relación a la inasistencia a controles de salud, se propone para el 2024 trabajar en la prevención de vulneración de derechos de niños y niñas, con un protocolo local de rescate.
Trabajo en red	N° de reuniones planificadas y realizadas con la red.	Coordinación referencia y contrarreferencia con centros de atención secundaria y terciaria, otros centros de atención que lo ameriten, estableciendo un canal regular entre el médico contralor y el médico de nivel secundario y con la reactivación del comité de referencia y contrarreferencia.

Equiparar atenciones de Servicio Itinerante con Sala de estimulación:

Estrategia	Indicador	Actividad
Centralizar atenciones de servicio itinerante en 3 localidades del sector rural.	% de implementación de sala de estimulación rurales.	Utilizar recursos de PADBP y FIADI para la una mejora en la infraestructura y en los equipos de cada sala.
Supervisiones trimestrales de servicio itinerante.	N° de informes de supervisiones realizadas.	Visitas a terreno del Encargado (a) de Programa para evaluar las actividades dirigidas a la población bajo control en los sectores rurales, estableciendo calendario de supervisiones semestral y elaborando si corresponde planes de mejora para fortalecer los aspectos que lo requieran.

2.2. Programa Salud Integral Adolescentes y Jóvenes

El Programa de Salud Integral de adolescentes y jóvenes tiene el propósito de mejorar el acceso y la oferta de servicios, diferenciados, integrados e integrales, en los distintos niveles de atención del sistema de salud, para que respondan a las necesidades de salud actuales de los y las adolescentes y jóvenes, con enfoque de género y pertinencia cultural, en el ámbito de la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, incorporando a sus familias y la comunidad. Así mismo se reconoce la importancia de invertir y generar oportunidades en la adolescencia, no sólo por los problemas de salud específicos que los afectan, sino que se visualiza como una etapa decisiva del desarrollo, que presenta grandes oportunidades para construir y consolidar formas de vida saludable y empoderamiento que incrementan la salud y el bienestar en la adolescencia y como impulsores claves del cambio en la era posterior.

- **Subprogramas y Programas Complementarios**

Programas Complementarios	Definición
Programa de Salud Sexual y Reproductiva	Regulación de la fertilidad, control prenatal, consejerías salud sexual reproductiva, consultas en fisiología y morbilidad ginecológica, prevención y detección temprana de ITS.
Programa Salud mental	Intervenciones individuales y grupales, coordinación intersectorial, relacionadas con prevención de violencia, depresión, suicidio, tabaco, alcohol y drogas.
Programa de atención Odontológica integral	Orientado a jóvenes de 4to medio de establecimientos educacionales.
Programa vida sana	Objetivo disminuir el riesgo de desarrollar diabetes mellitus tipo 2 y enfermedades cardiovasculares asociadas a malos hábitos en adolescentes.
Programa Espacios amigables	Busca mejorar el acceso a Salud de adolescentes, derribando diversas barreras sociales. Para ello se habilitan espacios protegidos para la atención de adolescentes de 10 a 19 años 11 meses 28 días.

Metas de Programa: Índice de Actividad de la Atención Primaria de Salud

Meta IAAPS	Muestreo
Cobertura de control de salud integral en adolescentes (CJS) de 10 a 19 años.	· Nº de CJS exigidos: **18,7%** · Cumplimiento Julio 2023: **6%**

Fuente: Serie A Unidad de Estadística DESAM La Ligua, Junio 2023.

Estrategias y proyecciones para el cumplimiento de Objetivos:

Control de Joven Sano (CJS): Es la atención de salud integral de adolescentes, que permite evaluar el estado de salud, el crecimiento y normal desarrollo, fomentando precozmente los factores y conductas protectoras e identificando precozmente los factores y conductas de riesgo, así como los problemas de salud, con objeto de intervenir en forma oportuna, integrada e integral, con enfoque anticipatorio, participativo y de riesgo.

ESTRATEGIA	INDICADOR	ACTIVIDAD
Garantizar la atención del Control Joven Sano (CJS)	Porcentaje de adolescente entre 10 a 19 años con control de salud integral vigente.	1. Resguardo de hora con profesional capacitado para los casos red mejor niñez y para adolescentes con riesgo biopsicosocial. 2. Horario diferido de atención para favorecer la asistencia del adolescente. 3. Gestión con los establecimientos educacionales para generar listados de rescate para atención de estudiantes.

		4. Operativos mensuales con equipos de sectores urbanos y rurales para realizar controles en establecimiento educacional, previo consentimiento de apoderados. 5. Promocionar una prestación para su conocimiento dentro de la población. 6. Coordinación con control de salud infantil para que el niño o niña al cumplir 10 años sea citado inmediatamente a control del joven sano.

Actividades Prevención y promoción: Talleres (salud sexual y reproductiva-Salud mental, alimentación saludable), actividades masivas, consejos consultivos, fortalecimiento Espacio amigable y cercanía de información, consejerías, espacio de consultas en LIVE por redes sociales institucionales.

ESTRATEGIA	INDICADOR	ACTIVIDAD
Mantener vínculo con establecimientos educacionales y en redes sociales para impartir sesiones educativas y preventivas	Talleres promocionales y preventivos en adolescentes de 10 a 19 años.	1. Realización de actividades educativas mediante RRSS que se acerquen a los adolescentes. 2. Realización de talleres en los establecimientos educacionales establecidos y extras que lo soliciten. 3. Formación de alianzas comunitarias con la Red infanto juvenil de la comuna y con el COMSE (Concejo Salud-Educación) 4. Responder a las necesidades generadas en los diversos consejos consultivos realizados durante el año 2023 y mantener esta instancia que se ha generado con los estudiantes de diversos establecimientos.

Trabajo en Equipos Multidisciplinarios e intersectoriales: El trabajo transversal de profesionales es fundamental para favorecer la adherencia terapéutica, generar vínculo y sentido de pertenencia en la población adolescente. Además de la consolidación del trabajo comunitario en red, con los diversos actores comunales relacionados con el grupo etario. Dentro de este trabajo en red, es primordial la sincronía con los establecimientos educacionales en torno a las temáticas más relevantes, junto a los estudiantes, apoderados y equipo docente.

ESTRATEGIA	INDICADOR	ACTIVIDAD
Garantizar la atención de controles de salud específicos (Matrona, Nutricionista, Psicóloga).	Atenciones integrales a los adolescentes	1. Controles de salud integral de fácil y pronto acceso en cuanto desee el o la adolescente. 2. Consejerías de Salud Integral individual y grupal, oportuna y eficiente. 3. Modalidad LIVE a través de redes sociales para resolver consultas en temáticas de salud sexual, nutrición y salud mental programadas según plan de trabajo anual. 4. Solicitud de hora a través de red social Instagram pronta y oportuna con equipo programa adolescente. 5. Resolución de dudas en adolescencia rápida y eficaz a través de redes sociales.

Jornadas de Promoción y Prevención: Dentro de estas actividades se contemplan las asociadas al PRAPS Convenio espacios amigables para adolescentes, las cuales serán las siguientes:

- Talleres preventivos en establecimientos educacionales en los ámbitos de salud sexual y reproductiva, prevención de salud bucal - nutrición saludable y prevención de alcohol y drogas, prevención y promoción en salud mental.
- Actividades de promoción y prevención masivas como "la prevención del embarazo adolescente", "prevención del Virus de la inmunodeficiencia humana", "prevención violencia en el pololeo", "día mundial de la alimentación" entre otras.
- Consejos consultivos orientados a la población adolescente realizados en conjunto con otros actores comunales como educación, logrando así recoger información valiosa desde su perspectiva en salud.

2.3. Programa Salud Sexual y Reproductiva

El programa de salud sexual y reproductiva busca asegurar la elaboración de normas para la atención integral de la salud sexual y reproductiva en la población a través de acciones de promoción, prevención y vigilancia epidemiológica, para así garantizar el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos; los cuales a su vez colocan en el centro a las personas, como sujetos activos en el ejercicio de sus derechos reproductivos, participando en el logro de una mejor calidad de vida personal, de sus parejas, de su familia. Siendo un proceso continuo, a lo largo del ciclo vital de la mujer.

Dentro de las actividades desarrolladas en el programa se encuentra la atención pre concepciones, prenatal, post parto, post aborto, regulación de fertilidad, ginecológica, climaterio, morbilidades ginecológicas y/o obstétricas, consultas por infección de transmisión sexual, así también como consejerías, actividades de promoción y prevención.

- **Subprogramas y Programas Complementarios.**

Programas Complementarios	Definición
Programa adolescente	Tiene el propósito de mejorar el acceso y la oferta de servicios, diferenciados, integrados e integrales, en los distintos niveles de atención del sistema de salud, con enfoque de género y pertinencia cultural.
Programa PADB Chile Crece Contigo	Sistema de Protección Integral a la Infancia que tiene como misión acompañar, proteger y apoyar integralmente, a todos los niños, niñas y sus familias.
Programa VIH-ITS	Su misión es desarrollar la Política Pública de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS para disminuir la morbilidad, mortalidad, transmisión y discriminación de personas en situación de vulnerabilidad. Regulando, apoyando, monitoreando y evaluando la implementación de servicios y prestaciones de calidad, con un trabajo participativo, intersectorial y descentralizado.

Programa de Imágenes Diagnósticas	El programa genera estrategias que buscan aportar a la resolución de los problemas de salud de la comunidad. Dentro de las prestaciones se encuentran Mamografía y Ecotomografía mamaria.

- **Metas de Programa: IAAPS y Sanitarias:**

Meta IAAPS	Muestreo
Ingreso a control de embarazo antes de las 14 semanas	· N° de controles exigidos: **92.07 %** · Cumplimiento a la fecha (Julio 2023): **85.1%**
% de adolescentes inscritos de 15 a 19 años bajo control de regulación de fertilidad.	· N° de controles exigidos: **30.14%** · Cumplimiento a la fecha (Junio 2023): **14.9%**

Fuente: Serie A y P Unidad de Estadística DESAM La Ligua 2022.

Metas Sanitarias	Muestreo
Reducir el número de mujeres de 25 a 64 años sin PAP vigente	· % de cobertura exigida **54.65% (que corresponde al 80% de brecha)** · Cumplimiento a la fecha (Junio 2023): **49.1% (es decir; 90 % de meta cumplida)**

Fuente: Serie A Unidad de Estadística DESAM La Ligua, Junio 2023.

- **Estrategias y proyecciones para el cumplimiento de Objetivos**

Las principales estrategias del programa para el año 2023-2024 apuntan a continuar recuperando la población bajo control luego de la contingencia sanitaria. Se espera poder ampliar el acceso equitativo a las distintas prestaciones otorgadas por el programa, asegurando intervenciones de calidad y seguras relacionadas con la prevención, la detección precoz, el diagnóstico, el tratamiento y el control de enfermedades transmisibles y no transmisibles en la población.

ESTRATEGIA	INDICADOR	ACTIVIDAD
Aumento cobertura de PAP población 25-64 años	Reducir el número de mujeres de 25 a 64 años sin PAP vigente.	1. Mantener agenda con cupos exclusivos para toma de PAP durante todo el año. 2. Campaña de control ginecológico semanal por sector, para rescate de pacientes (considerando que las usuarias que no tienen PAP al día, tampoco tienen mamografía vigente). 3. Rescate de usuarias sin PAP vigente mediante revisión de nóminas durante todo el año. 4. Sensibilización del equipo de salud en la importancia del examen y derivación en caso no vigencia. 5. Derivación desde control cardiovascular a control ginecológico.
Mantener actualización la población bajo control regulación de fecundidad	N° de usuarias con control de regulación de fertilidad al día.	1. Actualizar día a día Tarjetero digital de población bajo control regulación de fertilidad. 2. Agenda debe contemplar cupos para las usuarias de método anticonceptivo una vez al año para extender recetas y realizar control ginecológico.
Mantener ingreso a control prenatal antes de las 14 semanas de edad gestacional	N° de gestantes ingresadas a control prenatal antes de las 14 semanas de edad gestacional.	1. Sensibilizar al equipo de salud respecto la importancia del ingreso prenatal temprano. 2. Mantener agenda con cupos exclusivos para ingreso prenatal disponible de forma mensual. 3. Mantener registro de lista de espera de usuarias a ingreso prenatal para ser citadas según priorización.
Promover ingreso a control regulación de fertilidad para adolescentes	N° de adolescentes que ingresan a control regulación de fertilidad.	1. Coordinación con programa adolescente y sus redes sociales como medio de difusión. 2. Mantener agenda con cupos exclusivos para atención de matronería para adolescentes. 3. Posibilidad de solicitud de control adolescente vía espontánea o a través de redes sociales del programa espacio amigable. 4. Facilitar el acceso a la indicación de preservativos con cupos de libre disponibilidad, en hora específica del día.
Actividades de promoción y prevención	N° de actividades comunitarias de promoción y prevención realizadas en el marco del programa.	1. Realizar actividades de promoción del programa salud sexual, según lo permita la contingencia COVID 19. 2. Prevención cáncer cervicouterino: Marzo 3. Prevención embarazo adolescente: septiembre 4. Prevención cáncer de mamas: octubre 5. Prevención y lucha mundial contra el VIH: Diciembre
Programa Climaterio	N° de mujeres de 45 a 64 años con a sin síntomas de climaterio, con o sin TRH atendidas en el contexto del programa.	1. Mantener atenciones de usuarias en control climaterio. 2. Mantener el tarjetero virtual de población bajo control para poder asegurar sus citaciones. 3. Coordinar con programa de resolutividad la prioridad para realizar mamografías. 4. Asegurar ingreso de nuevas usuarias en el menor tiempo de espera posible.

2.4 Programa de Salud del Adulto

El Programa de Salud del Adulto (PSA) comprende un conjunto de acciones y recursos dirigidos a mantener y mejorar el nivel de salud de la población adulta. Estas acciones se centralizan en la promoción, prevención de la salud y otorgar a la ciudadanía una atención integral, continua y de calidad.

El Programa de Salud Cardiovascular (PSCV) tiene como propósito realizar una evaluación integral, personalizada y multidisciplinaria en el área cardiovascular, pesquisar de manera temprana factores de riesgos y fomentar hábitos saludables. Todas las atenciones se encuentran orientadas a promover la salud y prevenir las enfermedades cardiovasculares. También reducir la incidencia de eventos cardiovasculares a través del control y compensación de los factores de riesgo cardiovascular, así como también, mejorar el control de las personas que han tenido un evento cardiovascular con el fin de prevenir la morbilidad y mortalidad prematura, junto con mejorar la calidad de vida de estas personas.

La finalidad como equipo multidisciplinario es poder realizar seguimientos de enfermedades crónicas como: Hipertensión arterial (HTA), Diabetes Mellitus 2 (DM) y Dislipidemia (DLP), Infarto y ACV.

De acuerdo con los registros estadísticos de nuestro Departamento, la población en el PSCV es la siguiente:

Total Usuarios PSCV	Clasificación de Riesgo Cardiovascular	CESFAM		PSR		COMUNA	
	Total	**4.426**	**100%**	**2.315**	**100%**	**6741**	**100%**
	Bajo	828	19%	503	**22%**	1.331	**20%**
	Moderado	1.055	24%	754	**33%**	1.809	**27%**
	Alto	2.543	57%	1.664	**72%**	4.207	**62%**

Fuente: Serie P Unidad de Estadística DESAM La Ligua, Junio 2023.

En relación a la compensación de la población del PSCV en control se observa lo siguiente:

PATOLOGÍA	CESFAM		PSR		COMUNA	
Hipertensión Arterial	2.910	66,00%	2.090	90,00%	5.000	74%
Diabetes Mellitus	1.593	36,00%	988	43,00%	2.581	38%
Dislipidemia	3.151	71,00%	1.699	73,00%	4.850	72%

Fuente: Serie P Unidad de Estadística DESAM La Ligua, Junio 2023.

Con respecto a las variables de seguimiento del PSCV en personas con Diabetes Mellitus, al corte de junio 2023, se observa lo siguiente:

Tipo de Actividad	CESFAM		PSR		COMUNA	
Usuarios con DM en PSCV	**1.593**	**100%**	**988**	**100%**	**2.581**	**100%**
Fondo de ojo vigente	938	**59%**	626	**63%**	1.564	**61%**
Atención podológica vigente	400	**25%**	369	**37%**	769	**30%**
ECG vigente	978	**61%**	559	**57%**	1.537	**60%**
Tratamiento con insulina	558	**35%**	301	**30%**	859	**33%**
Evaluación del pie vigente en personas con diabetes	1.400	**88%**	780	**79%**	2.180	**84%**

Fuente: Serie P Unidad de Estadística DESAM La Ligua, Junio 2023.

- **Subprogramas y Programas Complementarios**

Programas Complementarios	Definición
Programa Epilepsia	Su objetivo es orientar a los profesionales de salud en el manejo óptimo de la epilepsia del adulto, en etapa de diagnóstico y de tratamiento, con mejora en la calidad de vida a través de la eliminación o disminución del número de crisis.
El Programa de Control y Eliminación de la Tuberculosis (PROCET)	Es un programa de alcance nacional, descentralizado, cuyas normas y operaciones técnicas se deben cumplir en todos sus niveles del servicio de salud. El objetivo general es reducir significativamente el riesgo de infección, morbilidad y mortalidad por tuberculosis (TBC) en Chile, hasta obtener su eliminación como problema de Salud Pública.
Programa sala IRA- ERA	Su objetivo es contribuir a mejorar la salud de pacientes portadores de Enfermedades Respiratorias (ER) Crónicas mejorando su acceso a diagnóstico, terapia estandarizada y rehabilitación cuando proceda, con la finalidad de mejorar su calidad de vida, disminuir sus complicaciones y evitar una mortalidad prematura.
Programa Artrosis	Tiene como objetivo brindar tratamiento para el control del dolor, reducir al mínimo la discapacidad, mejorar la calidad de vida, prestar rehabilitación kinesiológica y ayuda técnica si corresponde.
Programa de las Personas Mayores	Tiene como visión que las personas mayores permanezcan autovalentes y autónomas por el mayor tiempo posible y que sus problemas de salud sean resueltos en forma oportuna con calidad en la atención, asegurando de este modo una buena calidad de vida**.**
Programa Cuidados Paliativos Universales No Oncológicos en APS	Tiene por finalidad dar alivio de síntomas y acompañamiento a personas con enfermedades terminales o graves, y a sus familias, en el contexto de la Ley N°21.375 en los establecimientos de salud de la Atención Primaria.

- **Metas de Programa: Índices de Actividad de Atención Primaria de Salud y Metas Sanitarias.**

Meta IAAPS	Muestreo	% de Cobertura exigida anual
Cobertura Examen de Medicina Preventiva realizado a hombres y mujeres de 20 años a 64 años.	● % de Cobertura exigida al mes de Junio: _6,86_**%** ● Cumplimiento al mes de Junio: _4,84_**%.**	● _17,58_**%**
Cobertura efectiva de Tratamiento en personas con Diabetes Mellitus 2, de 15 y más años	● % de Cobertura exigida al mes de Junio: _60_**%** ● Cumplimiento al mes de Junio: _63,69_**%.**	● _60_**%**
Cobertura efectiva de Tratamiento en personas de 15 y más años, con Hipertensión Arterial	● % de Cobertura exigida al mes de Junio: _55,97**%** ● Cumplimiento al mes de Junio: _54,24_**%.**	● _55,97**%**

Fuente: Serie A Unidad de Estadística DESAM La Ligua, Junio 2023.

Meta Sanitaria	Muestreo
Cobertura efectiva de Tratamiento en personas con DM2, de 15 y más años	● % de Cobertura exigida anual: _26,8**%** ● Cumplimiento al mes de Junio: 26,21**%.**
Cobertura de tratamiento en personas con HTA, de 15 y más años.	● % de Cobertura exigida: _39,6**%** ● Cumplimiento al mes de Junio: _42,48_**%.**
Evaluación anual pie en personas con Diabetes en control de 15 años y más	● % de cobertura exigida: _85_**%** ● Cumplimiento al mes de Junio: 84,46**%.**

Fuente: Serie A y P Unidad de Estadística DESAM La Ligua, Junio 2023.

- **Estrategias y proyecciones para el cumplimiento de Objetivos:**

Estrategia	Indicador	Actividad
Derivación inmediata al control poli descompensado a usuarios/as descompensados de sus patologías cardiovasculares.	% de usuarios descompensados de PSCV que acudan al control poli descompensado.	1.- Proteger agenda semanal de los distintos profesionales para la realización de las atenciones poli descompensados.
Garantizar los controles de salud cardiovascular según riesgo cardiovascular.	% de usuarios/as que asiste al control cardiovascular según riesgo.	1.- Proteger agenda semanal de los distintos profesionales para la realización de las atenciones de salud cardiovascular.
Actividades de promoción y prevención en salud cardiovascular.	% de actividades realizadas.	1.- Talleres de ingreso al PSCV. 2.- Módulo de actividad física. 3.- Cápsulas Educativas online 4.- Celebración de días conmemorativos en el área cardiovascular. 5.- Talleres preventivos Cuidados de los Pies según su riesgo.
Capacitación sobre el protocolo PSCV.	% de profesionales en salud capacitados en el protocolo.	1.- Realizar capacitaciones de manera semestral por sector urbano y rural.
Realización semestral de auditorías internas en el sector urbano y rural.	% del sector urbano y rural del área cardiovascular fiscalizado durante el semestre.	1.- Realización de pauta de cotejo. 2.- Informes de Auditorías internas.
Difusión de protocolo de rescate de pacientes inasistentes o pasivos.	% de actividades de capacitación del protocolo de rescate realizadas.	1.- Realizar capacitaciones sobre el protocolo de rescate en pacientes inasistentes y pasivos.

2.5. Programa de Salud de las Personas Mayores

El Programa de salud de las personas mayores comprende un conjunto de acciones y recursos dirigidos a mantener la autonomía y autovalencia por el mayor tiempo posible, asegurando un envejecimiento activo y saludable. Estas acciones se centralizan en la promoción, prevención de la salud y otorgar a la ciudadanía una atención integral, continua y de calidad.

Programas Complementarios	Definición
Programa Adulto y Salud Cardiovascular	Reducir la incidencia de eventos cardiovasculares a través del control y compensación de los factores de riesgo cardiovascular en APS, así como también, mejorar el control de las personas que han tenido un evento cardiovascular con el fin de prevenir la morbilidad y mortalidad prematura, junto con mejorar la calidad de vida de estas personas.
Programa Cuidados Paliativos Universales (CPU) No Oncológicos en APS	Tiene por finalidad dar alivio de síntomas y acompañamiento a personas con enfermedades terminales o graves, y a sus familias, en el contexto de la Ley N°21.375 en los establecimientos de salud de la Atención Primaria.
Programa Más Adultos Mayores Autovalentes	Corresponde a una intervención promocional y preventiva en salud, mediante la participación de adultos mayores en actividades grupales de educación para la salud y autocuidado, estimulación funcional y estimulación cognitiva, desarrolladas junto al equipo del Centro de Salud, bajo el enfoque de atención en salud integral y comunitaria.
Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa (PADDS)	Este programa corresponde a una estrategia de atención de salud que incorpora los ámbitos promocional, preventivo y curativo de la salud, así como también los ámbitos de seguimiento y acompañamiento, centrado en la persona con dependencia severa y su cuidadora/or.

- **Metas de Programa: Índices de Actividad de Atención Primaria de Salud.**

Meta IAAPS	Muestreo	% de Cobertura exigida anual
Cobertura Examen de Medicina Preventiva realizado a hombres y mujeres de 65 años y más.	● % de Cobertura exigida al mes de Junio: __17,93_**%** ● Cumplimiento al mes de Junio**:** **_16,99_%.**	● _46_**%**

Fuente: Serie P Unidad de Estadística DESAM La Ligua, Junio 2023.

Estrategia	Indicador	Actividad
Garantizar los controles de salud de las Personas mayores (EMPAM).	% de personas mayores que asisten a control EMPAM.	1. Proteger agenda semanal de profesional enfermería para la realización de las atenciones de salud de las personas mayores.
Actividades de promoción y prevención en salud de las personas mayores.	% de personas mayores que cumplen los criterios de ingreso, derivados al programa Más adulto Mayor. % de actividades de prevención y promoción realizadas	1. Reforzar a profesionales sobre la oportuna derivación al programa Más Adulto Mayor. 2. Cápsulas educativas sobre: - Envejecimiento saludable y activo. - Síndromes geriátricos. - Alimentación. 3. Día conmemorativo de las personas Mayores.
Coordinación con el departamento social comunitario de las Personas mayores (I. municipalidad de La Ligua)	% de actividades y reuniones de planificación y coordinación realizadas con el Depto. Social.	1.- Establecer reuniones semestrales sobre temáticas sociales y de salud de las Personas mayores. 2.-Mantener una comunicación bidireccional y retroalimentación sobre de las funciones impartidas en el área social y salud. 3.- Informar sobre casos críticos de personas mayores para trabajar en conjunto con área social y salud.
Capacitación a profesionales de Salud que trabajen con personas mayores en el área de geriatría.	% de capacitaciones realizadas al equipo de Salud.	1.- Coordinar con SSVQ sobre capacitaciones en las diversas temáticas que engloba el Programa de Salud de las Personas Mayores.

2.6. Programa de Atención Domiciliaria a personas con Dependencia Severa (PADDS)

- **Descripción del programa**

Este programa corresponde a una estrategia de atención de salud que incorpora los ámbitos promocional, preventivo y curativo de la salud, así como también los ámbitos de seguimiento y acompañamiento, centrado en la persona con dependencia severa y su cuidadora/or. Pretende mejorar la oportunidad de atención de las personas con dependencia severa y su cuidador(a), realizando la atención de salud correspondiente a la Atención Primaria de Salud en el domicilio familiar, resguardando la continuidad de la atención con los otros niveles de salud y el acceso a servicios locales y nacionales disponibles, mediante una adecuada articulación de la red intersectorial de servicios para personas con dependencia y sus familias.

- **Propósito**

El propósito del Programa de Atención Domiciliaria a Personas con dependencia severa es mejorar la calidad de vida de las personas con dependencia severa, sus familias y cuidadoras/es beneficiarios del sistema público de salud e inscrito en los establecimientos de Atención Primaria, mediante acciones de salud integrales, cercanas y centradas en las personas dependientes y sus familias, considerando los aspectos promocionales, preventivos, curativos y paliativos de la atención en salud desarrollados dentro del Modelo de Atención Integral en Salud con enfoque familiar y comunitario.

- **Objetivo**

Entregar una atención de salud integral a la persona con dependencia severa, cuidadora/or y familia, en su domicilio, potenciando su recuperación, rehabilitación y el acompañamiento a la persona dependiente, su cuidadora/or y familia, en coordinación con la red de salud y la red intersectorial de servicios.

- **Población beneficiaria del programa**

Corresponde a aquellas personas inscritas y validadas en el Centro de Salud de Atención Primaria, clasificadas como Dependiente Severo según el Índice de Barthel y su cuidadora/or.

Persona clasificada como Dependiente Severo: corresponde a aquella persona que según la evaluación por el Índice de Barthel obtiene 35 puntos o menos. En caso que la situación de dependencia este asociada a niños menores de 6 años de edad y a personas con algún diagnóstico de origen psiquiátrico y/o intelectual, que por motivos de las características de su ciclo vital y/o curso de la enfermedad no reflejan en el instrumento Barthel la necesidad de apoyo, el médico del establecimiento deberá realizar un certificado que valide la dependencia y la necedad de apoyo de un cuidador, por tanto se solicita el Ingreso al Programa de Atención Domiciliaria de Personas con Dependencia Severa del Establecimiento.

- **Articulación de los Componentes y descripción de estos**

El programa de atención domiciliaria integral, cuenta con dos componentes, uno vinculado a la atención en el domicilio de la persona con dependencia severa y su cuidadora/or y un segundo componente vinculado a la articulación intersectorial de servicios.
Las acciones del programa se planifican en base a la evaluación integral de la diada, la cual se operacionaliza en un plan de Atención Integral consensuado y un plan de cuidados al/a la cuidadora/or. Además, los equipos deben capacitar a los cuidadores/as en herramientas para el cuidado y de autocuidado de estos mismo.
Con respecto al tiempo de duración del programa, es fundamental aclarar que la permanencia de las personas en el programa es durante la existencia de la situación de dependencia severa, si esta situación se modifica, ya sea por una mejora en los niveles de independencia y autonomía o por fallecimiento la persona egresa del programa.

En relaciona la canasta básica recomendada durante doce meses para una persona con dependencia severa se estipula a lo menos para cada año:

- 2 visitas domiciliarias integrales.
- Al menos 6 visitas domiciliarias de tratamiento.
- Capacitación a las cuidadoras/es.

Todas estas acciones, se deben reevaluar cada doce meses en base a la condición de salud de la persona y los requerimientos que esta tenga. Además, estas prestaciones se deben sumar a las que se encuentran contempladas, ya sea en el plan de salud familiar según ciclo vital de la persona con dependencia severa, las contempladas por vía garantías explícitas en salud y en los programas de reforzamiento de atención primaria.

- **Indicadores del programa de dependencia severa.**

COMPONENTE: ATENCIÓN DOMICILIARIA INTEGRAL PARA PERSONAS CON DEPENDENCIA SEVERA Y SUS CUIDADORES.

Nombre indicador	Numerador	Denominador	Meta
Porcentaje de personas del programa que cuenten con una visita domiciliaria integral	Número de personas con dependencia severa que reciben 1ra visita domiciliaria integral	Número de personas con dependencia severa bajo control del programa de dependencia severax100	**100%**
Porcentaje de personas que cuentan con dos visitas domiciliarias integrales	Número de personas con dependencia severa que reciben segunda visita domiciliaria integral	Número de personas con dependencia severa bajo control del programa de dependencia severa x 100	**80%**
Promedio de visitas de tratamiento y seguimiento	Número de visitas de tratamiento y seguimiento recibidas por personas con dependencia severa	Número de personas con dependencia severa bajo control del programa de dependencia severa	**Mínimo 6**
Porcentaje de personas con dependencia severa sin escaras	Número de personas con dependencia severa sin escaras	Número de personas con dependencia severa bajo control del programa de dependencia severa x 100	**92%**

Porcentaje de cuidadores que cuentan con examen preventivo vigente	Número de cuidadores de personas con dependencia severa con examen de medicina preventivo vigente	Total de cuidadores de personas con dependencia severa x 100	**75%**
Porcentaje de personas con indicación de ned que reciben atención nutricional en domicilio	Número de atenciones nutricionales en domicilio del programa de atención domiciliaria con indicación de ned	Número total de personas con dependencia severa con indicación de ned x 100	**100%**
Porcentaje de cuidadores de personas con dependencia severa del programa evaluados con escala zarit	Número de cuidadores de personas con dependencia severa del programa de atención domiciliaria evaluados con zarit	Total de cuidadores de personas con dependencia severa x 100	**80%**
Porcentaje de cuidadores capacitados	Número de cuidadores capacitados por el programa de atención domiciliaria	Número de cuidadoras de personas con dependencia severax100	**75%**
Porcentaje de planes de cuidados del beneficiario del programa	Número de planes de cuidados del beneficiario	Total de personas con dependencia severa bajo control del programa de dependencia severa x 100	**100%**
Porcentaje de evaluación de los planes de cuidados del beneficiario del programa	Número de evaluaciones de plan de cuidados del beneficiario	Total de personas con dependencia severa bajo control del programa de dependencia severa x 100	**100%**
Porcentaje de planes de cuidados del cuidador(a) del programa	Número de planes de cuidados del cuidador(a)	Total de cuidadores del programa de dependencia severax100	**100%**
Porcentaje de evaluación de los planes de cuidados del cuidador(a) del programa	Número de evaluaciones de plan de cuidado del cuidador(a)	Total de cuidadores del programa de dependencia severax100	**100%**

COMPONENTE: ATENCIÓN DOMICILIARIA INTEGRAL PARA PERSONAS CON DEPENDENCIA SEVERA Y SUS CUIDADORES 2023 y 2024.

El programa de atención domiciliaria a personas con dependencia severa PADDS, dentro de sus planteamientos para el próximo año, es establecer calendarización de exámenes preventivos para los cuidadores de los usuarios del programa.

También dentro de las sugerencias que se establecieron para el siguiente periodo es la aplicación de EMPAM como instrumento de ingreso al programa PADDS con el fin de aportar en la meta de dicho examen, siempre cuando el Barthel lo califique como dependiente severo, el siguiente recuadro, menciona los meses que se irán cumpliendo los indicadores.

Nombre indicador	Numerador	Denominador	Meta	Mes
Porcentaje de personas del programa que cuenten con una visita domiciliaria integral	Número de personas con dependencia severa que reciben 1ra visita domiciliaria integral	Número de personas con dependencia severa bajo control del programa de dependencia severax100	**100%**	**Enero y febrero**
Porcentaje de personas que cuentan con dos visitas domiciliarias integrales	Número de personas con dependencia severa que reciben segunda visita domiciliaria integral	Número de personas con dependencia severa bajo control del programa de dependencia severa x 100	**80%**	**Julio y agosto**
Promedio de visitas de tratamiento y seguimiento	Número de visitas de tratamiento y seguimiento recibidas por personas con dependencia severa	Número de personas con dependencia severa bajo control del programa de dependencia severa	**Mínimo 6**	**Enero a diciembre**
Porcentaje de personas con dependencia severa sin escaras	Número de personas con dependencia severa sin escaras	Número de personas con dependencia severa bajo control del programa de dependencia severa x 100	**92%**	**Enero a diciembre**
Porcentaje de cuidadores que cuentan con examen preventivo vigente	Número de cuidadores de personas con dependencia severa con examen de medicina preventivo vigente	Total de cuidadores de personas con dependencia severa x 100	**75%**	**Mayo y junio**

Porcentaje de personas con indicación de ned que reciben atención nutricional en domicilio	Número de atenciones nutricionales en domicilio del programa de atención domiciliaria con indicación de ned	Número total de personas con dependencia severa con indicación de ned x 100	**100%**	**Enero a diciembre**
Porcentaje de cuidadores de personas con dependencia severa del programa evaluados con escala zarit	Número de cuidadores de personas con dependencia severa del programa de atención domiciliaria evaluados con zarit	Total de cuidadores de personas con dependencia severa x 100	**80%**	**Enero y febrero**
Porcentaje de cuidadores capacitados	Número de cuidadores capacitados por el programa de atención domiciliaria	Número de cuidadoras de personas con dependencia severax100	**75%**	**Noviembre**
Porcentaje de planes de cuidados del beneficiario del programa	Número de planes de cuidados del beneficiario	Total de personas con dependencia severa bajo control del programa de dependencia severa x 100	**100%**	**Enero y febrero**
Porcentaje de evaluación de los planes de cuidados del beneficiario del programa	Número de evaluaciones de plan de cuidados del beneficiario	Total de personas con dependencia severa bajo control del programa de dependencia severa x 100	**100%**	**Julio a agosto**
Porcentaje de planes de cuidados del cuidador(a) del programa	Número de planes de cuidados del cuidador(a)	Total de cuidadores del programa de dependencia severax100	**100%**	**Enero y febrero**
Porcentaje de evaluación de los planes de cuidados del cuidador(a) del programa	Número de evaluaciones de plan de cuidado del cuidador(a)	Total de cuidadores del programa de dependencia severax100	**100%**	**Julio y agosto**

2.7. Programa de Salud Bucal

La salud bucal es una prioridad en el país, siendo reconocida como parte integral del bienestar de las personas, familias y comunidades. Las enfermedades bucales son las enfermedades crónicas más comunes, constituyendo un importante problema de salud pública por su alta prevalencia, impacto negativo en la salud bucal y sistémica en los individuos y sociedad y por el alto costo de su tratamiento. Existen inequidades en la prevalencia y severidad del daño por caries en la población infantil, afectando más a los más desfavorecidos por su nivel socioeconómico y ruralidad, diferencias que se van acrecentando con la edad afectando en todos los niveles del ciclo vital.

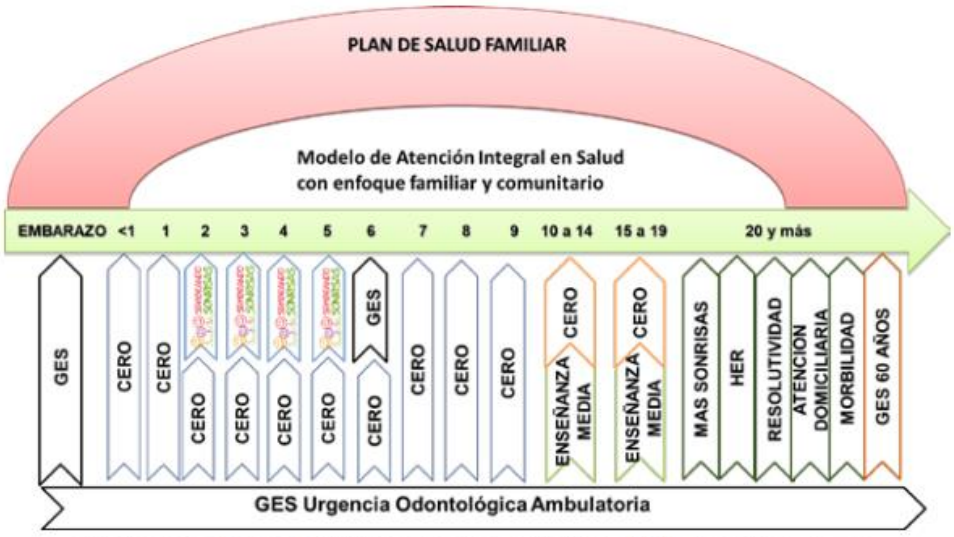
Nuestro objetivo debe ser contribuir a mejorar el estado de salud bucal de la población y a reducir las desigualdades injustas en salud bucal que aún persisten, sobre la base de los principios del modelo de atención de salud integral con enfoque familiar y comunitario, fortaleciendo la intersectorial dad y participación social con énfasis en la equidad y la inclusión social, y promoviendo la formación y el desarrollo del equipo de salud acorde a las necesidades de salud bucal de las personas.

Debido a que los recursos son limitados y la demanda muy amplia, para el periodo 2023-2024 la agenda odontológica diurna se enfocará en los grupos prioritarios de riesgo y mayor vulnerabilidad, los cuales incluyen:

- Niños, niñas y adolescentes menores de 20 años. GES salud oral integral 6 años.
- GES salud oral integral de la embarazada.
- Usuarios y Usuarias mayores de 65 años.
- Usuarios del programa de atención domiciliaria para personas con dependencia severa.
- GES Urgencia odontológica ambulatoria.

Los usuarios y usuarias que no son considerados grupos prioritarios de atención podrán acceder a las prestaciones odontológicas a través de la ejecución de los programas de reforzamiento a la atención primaria de salud.

FIGURA 4: PROGRAMAS DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DESARROLLADOS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD, AÑO 2021



*GES: Garantías Explícitas en Salud; CERO: Control con Enfoque Odontológico; HER: Hombres de Escasos Recursos

Fuente: Departamento de Gestión de los Cuidados. División de Atención Primaria, Subsecretaría de Redes Asistenciales. Ministerio de Salud, 2021.

Programas de acuerdo con el ciclo vital (incluye GES y PRAPS)

Programa Complementario	Definición
Salud oral integral de la embarazada	El cuidado de la salud bucal se inicia desde el embarazo, a través de la atención de Salud Oral Integral de la Embarazada incorporada en el régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES) desde 2010. Esta atención permite que la madre recupere su salud bucal cuando la ha perdido e incorpore herramientas para su cuidado y el de su hija o hijo que está por nacer, para facilitar que la niña o el niño crezcan en un entorno familiar favorable para su salud bucal.
Control de salud integral del niño y la niña	La salud bucal es parte integral de la salud y bienestar del niño y la niña y su cuidado está incorporado en los controles de salud integral que realiza el equipo de salud infantil durante la supervisión de salud desde el nacimiento hasta los 9 años. Durante estos controles, el equipo de salud vigila los factores de riesgo de las patologías bucales, entregando recomendaciones para modificar oportunamente conductas de riesgo relacionadas con higiene y alimentación, y en el caso de sospechar o pesquisar daño, realiza la derivación al equipo de salud bucal.
Programa CERO infantil	Su enfoque está centrado en mantener la salud, aumentando y conservando a la población sana. Consiste en el seguimiento a través de controles odontológicos a niños y niñas hasta los 9 años con o sin patologías orales. El ingreso al programa se realiza a los 6 meses de vida. La frecuencia de los controles depende del riesgo individual, medido a través de una pauta que considera factores como la condición sistémica, la condición clínica, dieta, higiene, uso de fluoruros y la motivación de la familia.

Programa Complementario	Definición
Sembrando Sonrisas (PRAPS)	El objetivo de este programa es mantener y mejorar la salud bucal de la población parvulario, fomentando la promoción y prevención de la salud bucal, a través de la adquisición de herramientas para el autocuidado y la aplicación de medidas de prevención específicas. Esta atención odontológica se realiza en los establecimientos de educación parvularia y beneficia a párvulos entre 2 y 5 años de establecimientos de la Junta Nacional de Jardines Infantiles (JUNJI), Fundación Integra, municipales y particulares subvencionados con mayor vulnerabilidad social.
Salud oral integral de niños y niñas de 6 años	La Atención Odontológica Integral de los niños y niñas de 6 años está incluida en el Régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES) desde 2005. Su propósito es educar, prevenir y tratar precozmente al niño y niña de 6 años para mantener o recuperar su salud bucal.
Programa CERO adolescente	La adolescencia representa, desde el punto de vista sanitario, un período crítico de enormes oportunidades para la promoción en salud y consolidación de formas de vida saludable. Si se logran instaurar estas prácticas, el beneficio puede persistir durante la edad adulta. En este contexto, a partir del 2021 se instaura el programa CERO en población adolescente, con el fin de contribuir a mejorar la salud y calidad de vida de la población adolescente. Se refiere al seguimiento realizado a través de controles a población de 10 a 19 años, con o sin patologías orales, para mantenerlas(os) sana (os) o de detectar y/o compensar en forma temprana a los que están enfermos. Este programa es la continuidad del CERO Infantil.
Atención odontológica integral para jóvenes de enseñanza media	PRAPS odontológico integral. Su propósito es contribuir a que los jóvenes se incorporen a la vida adulta con las mejores condiciones de salud bucal, facilitándoles el acceso a la atención odontológica.
Salud oral integral de usuarios de 60 años	La atención odontológica integral forma parte del régimen de garantías explícitas en salud (GES) desde 2007. Su objetivo es mejorar la accesibilidad, oportunidad, calidad y satisfacción usuaria de los adultos de 60 años, realizando prestaciones odontológicas orientadas a disminuir el daño en salud bucal y a rehabilitar protésicamente la pérdida de dientes.
Urgencia Odontológica Ambulatoria	La atención de las urgencias odontológicas ambulatorias consiste en entregar atención de urgencia para patologías bucales que son de aparición súbita, que provocan dolor agudo y requieren de un tratamiento inmediato e impostergable. Forma parte del régimen de garantías explícitas de salud (GES) desde 2007 y da respuesta a las necesidades de niñas, niños y adultos.
Continuidad horaria	Componente del índice de actividad de la atención primaria que establece horario de continuidad horaria con atención de odontólogo desde las 17:30 hasta las 20:00 horas con el objetivo de entregar prestaciones de odontología en horarios y lugares compatibles con las actividades laborales. La continuidad horaria se complementa con el componente morbilidad del PRAPS mejoramiento al acceso odontológico lo cual permite facilitar el acceso a la atención odontológica de los usuarios que no son considerados como prioritarios.

Programa Complementario	Definición
Mejoramiento al acceso odontológico	El programa "Mejoramiento del Acceso a la Atención Odontológica" agrupa todas las actividades o prestaciones destinadas a mejorar la disponibilidad de atención de nuestros usuarios en horarios compatibles y a resolver demanda de algunas de las especialidades más requeridas por la red que pueden desarrollarse en la Atención Primaria de Salud.
(PRAPS mejoramiento al acceso odontológico)	1. Componente Morbilidad: La atención de Morbilidad Odontológica para población adulta busca facilitar el acceso a la atención odontológica de los hombres y mujeres de 20 años y más, en horarios y lugares compatibles con las actividades laborales. 2. Componente Resolución de especialidades odontológicas en APS: realización de endodoncias a población de 15 años y más y confección de prótesis removibles a usuarios de 20 años y más. 3. Componente Acercamiento de la atención odontológica a través de clínicas móviles a poblaciones de difícil acceso.
Más Sonrisas para Chile (PRAPS Odontológico integral)	Su propósito es aumentar la cobertura de atención odontológica para mujeres de grupos socioeconómicos vulnerables, apoyándolas en sus esfuerzos de integración laboral y en el fortalecimiento de su autoestima. Busca recuperar la sonrisa y la salud bucal de las mujeres de 50 años y más, fomentando el autocuidado, mejorando su autoestima y promoviendo la reinserción social.
Hombres de escasos recursos (PRAPS Odontológico integral)	A partir del año 2015 surge la estrategia "Hombres de Escasos Recursos", complementando a las Altas Odontológicas Integrales "Más Sonrisas para Chile". Busca recuperar la sonrisa y la salud bucal de hombres de 50 años y más de grupos socioeconómicos vulnerables.
Atención odontológica domiciliaria (PRAPS Odontológico integral)	Consiste en la atención odontológica en domicilio a usuarios beneficiarios del programa de atención domiciliaria a personas con dependencia severa y a sus cuidadoras/es, en coordinación con el equipo de atención domiciliaria del establecimiento.

Estrategia	Indicador	Cumplimiento	Actividad
Estructuración de agendas que garantice cumplimiento de metas y cumplimiento de GES.	Meta N°9: % de consultas de morbilidad odontológicas de 0-19 años.	19,91%	Protección de agenda semanal que asegure cupos de: ingreso cero, tratamiento cero, tratamiento prenatal, urgencia odontológica ambulatoria Seguimiento y Rescate de embarazadas, niños y niñas de 6 años para asegurar tratamiento odontológico integral que permita dar egreso en SIGGES
	Meta N°17: Proporción de niños y niñas menores de 3 años libres de caries en poblaciones inscrita.	32,12%	
	3A: Control Odontológico 0-9 años .	26,56%	
	3B: Niños de 6 años sin caries .	13,6%	
	% de niños de 6 años en control odontológico al día	24,94%	
	% de usuarias embarazadas con alta odontológica	60,28%	
Intersectorialidad/ Articulación con educación	N° de educaciones realizadas a funcionarias de jardines infantiles.	35	Proyecto orientado a cumplir con el plan de salud bucal 2018 – 2030 a través de la Promoción de hábitos saludables con énfasis en alimentación e higiene en los recintos educacionales para ampliar y reforzar lo realizado a través del sembrando sonrisas. Proyecto: Equipo odontológico DESAM en conjunto con educación elegirán como piloto dos establecimientos educacionales (uno urbano + uno rural) donde aplicar proyecto orientado a educar a profesores de 1ro a 4to básico y asegurar hábitos de alimentación e higiene al interior del establecimiento educacional. Profesional que ejecute programa sembrando sonrisas deberá realizar instancias de educación a educadoras de párvulo. Al menos 1 por jardín donde acuda a fluorar.
	N° de educaciones realizadas a profesores de enseñanza básica de 1° a 4° básico	0	
RISS/ Articulación con nivel secundario para aumentar	Acta de reuniones de estamento.	0	Presentación de protocolos de referencia y contra referencia en reuniones de estamento. Generación de flujogramas de derivación que estén disponibles por box.
	Presencia de flujograma de derivación en cada box.	No	

resolutividad y evitar colapso de la red	Pertinencia derivaciones: dicotómico SI/NO	No	Gestionar instancias de articulación con especialidades odontológicas del HSALL. En una primera instancia para evaluar estado actual (pertinencia/prioridad de derivación) y en una segunda instancia a fin de año para evaluar si ha mejorado la pertinencia de las derivaciones.
Evaluación de usurarios del programa dependencia severa	% de usuarios del programa de dependencia severa con evaluación odontológica realizada	28,3%	El objetivo es realizar una visita anual de evaluación por parte de los profesionales del PRAPS odontológico integral en su componente de dependencia severa.
Mejorar acceso a atención odontológica de poblaciones alejadas a través de la clínica dental móvil y unidad portátil	N° mensual de salidas de unidad móvil y portátil a terreno	10	Creación de calendario mensual para realización de operativos en localidades de sectores urbanos y rurales que tengan dificultad de acceso. Prioridad de apoyo a sectores rurales debido a menor relación odontólogo/usuarios inscritos en las postas. Atención de usuarios y usuarias de cualquier rango etario según demanda espontánea.
	N° de usuarios atendidos en operativos de las unidades en terrenos	90	
Promover la incorporación del componente de salud bucal en la supervisión de salud infantil y asegurar correctas derivaciones al programa CERO optimizando la utilización de horas dentales	% de niños y niñas menores de 1 año con ingreso cero realizado	34,23%	Evaluar la incorporación de una hoja digital con información de controles dentales al tarjetero infantil universal. Esta herramienta servirá al equipo de salud para mantener un adecuado seguimiento de la población cero de 0-9 años bajo control y además servirá como insumo para calcular la demanda de consultas en dicha población.
	% de niños y niñas con información actualizada de controles dentales en tarjetero electrónico infantil	0	
Campaña de concientización respecto al Cáncer Oral	N° de actividades de difusión donde se realice educación respecto a la patología	0	Participación en ferias de salud e instancias de difusión por redes sociales (TICS) donde se fomente el autoexamen y se cree conciencia en la población respecto a los alcances del cáncer oral.
Enfoque multidisciplinario / participación de odontólogo en estrategia ECICEP	N° de educaciones realizadas por odontólogo en los ingresos multidisciplinarios	0	Incorporación de odontólogo a la estrategia de cada sector. Participación de odontólogo en los ingresos de usuarios diagnosticados con DM para realizar promoción y prevención en salud periodontal.

2.8. Programa de Rehabilitación.

- **Descripción del Programa a cargo.**

El Programa de Rehabilitación basado en la comunidad (RBC) se orienta a promover la independencia de las personas con discapacidad permanente, o aquellas con problemas transitorios en el funcionamiento, con el objetivo de optimizar la funcionalidad, lograr la máxima autonomía en las actividades de la vida diaria y facilitar la participación en comunidad.
La Rehabilitación basada en la comunidad es el modelo de rehabilitación implementado en nuestra comuna de La Ligua, tanto en su parte urbana como rural, enfocado en el contexto biopsicosocial de cada usuario, tomando en cuenta factores personales, ambientales, psicosociales, culturales, conductuales, ocupacionales, socioeconómicos, entre otros. Esto es llevado a cabo a través de 2 dispositivos: Sala de Rehabilitación de CESFAM de La Ligua y Centro de Rehabilitación "Amanecer".
El equipo está conformado por 1 Terapeuta Ocupacional, 4 Kinesiólogos y 1 Fonoaudiólogo, quienes se encargan de fomentar la funcionalidad e independencia de nuestros usuarios.

- **Población Bajo Control por programa con datos estadísticos por edad.**

La población de usuarios ingresado al programa, con corte a junio del 2023 es la siguiente:

APS	0 - 9 años	10 – 19 años	20 – 64 años	65 años y más	Total
COMUNA	15 usuarios	36 usuarios	410 usuarios	230 usuarios	691 usuarios
CESFAM	12 usuarios	25 usuarios	287 usuarios	161 usuarios	485 usuarios
PSR	3 usuarios	11 usuarios	123 usuarios	69 usuarios	206 usuarios

Fuente: Serie P Unidad de Estadística DESAM La Ligua, Junio 2023.

Cabe mencionar que en promedio ingresan alrededor de 98 usuarios mensuales al programa RBC, los cuales egresan en un período que varía entre 1 a 3 meses, dependiendo de la condición de salud, potencial de rehabilitación y sus factores contextuales.

- **Cumplimiento de Indicadores asociados al Programa.**

Los profesionales del equipo de Rehabilitación deben cumplir con las siguientes metas:

Meta	% de cumplimiento
20% de las actividades y participación, corresponden a actividades de diagnóstico o Planificación Participativa.	100
100% Equipos de Rehabilitación de RBC y RI realizan DG Participativo	Informe

100% de los Equipos cuentan con Plan de Trabajo	Informe
20% de las personas ingresadas al programa recuperan o fortalecen su participación en comunidad (trabajo, escuela, grupos sociales, organizaciones).	68,5
35% de las personas que ingresan al Programa, reciben Educación Grupal.	36,6
50% de actividades para fortalecer los conocimientos y destrezas personales, se orientan al trabajo con cuidadores.	0
20% de las personas que ingresan al programa con Parkinson , secuela de AVE, TEC, LM, otros déficit secundarios a compromiso neuromuscular	14,5
75% de las personas ingresadas cuenta con Plan de Tratamiento Integral	100
20% de las personas ingresadas reciben consejerías individuales y/o familiares.	54
10% de las evaluaciones inicial/intermedia se realiza en domicilio	3
60% de personas ingresadas al programa reciben el alta posterior a cumplimiento del Plan de tratamiento.	67,5
≤30% de los procedimientos corresponden a fisioterapia.	19,7

Fuente: Serie A Unidad de Estadística DESAM La Ligua (corte agosto 2023)

- **Sub programas con los que se vincula.**

Subprograma y/o Programa Complementario	Definición
Programa Ayudas Técnicas.	Se encarga de la accesibilidad a los elementos que corrigen o facilitan la ejecución de una acción, actividad o desplazamiento, procurando ahorro de energía y mayor seguridad. Entre ellos, bastones ortopédicos, sillas de ruedas, andadores fijos, andadores móviles, colchones anti escaras y cojines anti escaras.

- **Desafíos propuestos y estrategias para cumplirlos.**

Estrategia y/o Proyección	Indicador	Actividad
Disminuir la lista de espera de usuarios derivados a Rehabilitación Integral (provocada por derivaciones erróneas y patologías asociadas a dolor crónico).	% usuarios derivados a Rehabilitación que ingresan a atención ambulatoria.	1. Realizar auditorías de órdenes de atención y material de apoyo para derivaciones, con el objetivo de educar a estamento médico y evitar errores. 2. Aumento de rendimiento de ingresos y atenciones. 3. Priorización de ingreso al programa según complejidad (auditoría en AVIS). 4. Desarrollar atenciones grupales según condición de salud para aumentar la cobertura.

Desarrollar talleres comunitarios orientados a manejo de dolor crónico No oncológico.	% de talleres planificados realizados.	1. Ejecutar planificación de talleres con enfoque multidisciplinario (Kinesiólogo/a, Terapeuta ocupacional, psicóloga, Nutricionista, Químico Farmacéutico, entre otros). 2. Gestionar espacios físicos e insumos necesarios para talleres grupales. 3. Proteger agenda para talleres grupales.
Realizar evaluaciones iniciales e intermedias en domicilio.	% de usuarios que según necesidades pesquisadas requieran evaluación inicial o intermedia en domicilio.	1. Acordar evaluación inicial o intermedia de usuarios que según criterio clínico de los profesionales lo requieran. 2. Proteger cupos de agenda y citación para evaluaciones en domicilio.
Realizar actividades comunitarias de promoción de la salud en el área de Discapacidad	Listas de participación en la comunidad. Imágenes.	1. Fortalecer los conocimientos y destrezas en temáticas de discapacidad e inclusión en escuelas, espacios laborales y organizaciones sociales, entre otras. 2. Recuperar vínculos regulares con las organizaciones sociales e intersectoriales vinculadas a Discapacidad.
Mejorar el trabajo en Red y la coordinación intersectorial para dar continuidad en los cuidados	Actas de reuniones y/o planes de trabajo	1. Establecer vínculos con las oficinas Municipales (Educación, OMIL, Museo, Social, entre otras) 2.Fomentar coordinación con programas de DESAM (PSCV, MAS, Vida Sana, entre otras)

2.9. Programa de Salud Mental

El Programa Salud Mental Integral tiene como propósito contribuir a elevar el nivel de salud mental de las personas. Se orienta en mejorar la capacidad individual y colectiva para prevenir los trastornos mentales, así como entregar atención integral de salud con enfoque familiar y comunitario, esto en términos de acceso, oportunidad y calidad de la atención.

El programa tiene 3 componentes principales, mediante los cuales despliega sus objetivos:

i. Promoción de salud mental positiva
ii. Acciones preventivas de los trastornos mentales (incluye grupos de autoayuda)
iii. Tratamiento integral bajo el modelo de salud familiar e intersectorial

- **Subprogramas y Programas Complementarios**

Programas Complementarios	Definición
Reforzamiento de la Atención de Salud Integral de Niños, Niñas, Adolescentes y Jóvenes vinculados a la red de programas de MEJOR NIÑEZ	El programa tiene cobertura comunal. Sus propósitos corresponden a: 1. Mejorar las condiciones de salud general, en niños, niñas, adolescentes y jóvenes (NNAJ) vinculados a Programas de la red Mejor Niñez, tanto en dispositivos de Protección como de Responsabilidad Penal Adolescente. 2. Otorgar acceso oportuno a las prestaciones de salud mental que corresponden al nivel de atención primaria a NNAJ vinculados a programas de Mejor Niñez), tanto en dispositivos de Protección como de Responsabilidad Penal Adolescente.
Apoyo a la Salud Mental Infantil de Niños y Niñas de 5 a 9 años. (PASMI)	Programa con cobertura comunal, que forma parte del subsistema Chile Crece Contigo y que tiene como objetivo principal: Mejorar el nivel de salud mental de niños y niñas entre 5 y 9 años, otorgando un diagnóstico temprano y tratamiento oportuno de trastornos mentales en el contexto de un abordaje familiar y comunitario.
Programa de Salud Mental en la Atención Primaria de Salud – PRAPS TAMIZAJE	Programa con cobertura comunal. Sus propósitos corresponden a: Implementar acciones sanitarias de refuerzo a las prestaciones regulares de salud de los establecimientos de atención primaria, que contribuyan a detectar precozmente trastornos mentales, riesgo suicida y otros factores de riesgo psicosocial en niños, niñas, adolescentes, jóvenes y adultos/as.

- **Población Bajo control (al corte de junio 2023)**

N° de usuarios del Programa Salud Mental Integral										
Grupo Etario	CESFAM	PSR Varas	PSR Roco	PSR La Canela	PSR Sta. Marta	PSR Trapiche	PSR Las Parcelas	PSR Huaquén	PSR Pichicuy	PSR Los Molles
0-9	193	23	13	2	2	2	7	0	2	5
10-19	233	51	29	7	3	6	8	3	6	6
20-64	543	135	108	27	13	18	48	56	32	32
65+	150	21	26	5	7	10	32	20	17	20
Totales	1119	230	176	41	25	36	95	79	57	63
Total Población bajo control					**1921**					

Fuente: Serie P Unidad de Estadística DESAM La Ligua 2023.

- **Metas de Programa: Índice de Actividad de Atención Primaria de Salud**

Meta IAAPS	Muestreo
Atención Integral a personas con trastornos mentales, factores de riesgo y condicionantes de la salud mental (10a)	• Cobertura de atención integral exigida a Junio: **8,58%** Anual: 22% • Cumplimiento al mes de Junio: **25,08%**
Tasa de controles de atención Integral a personas con trastornos mentales, factores de riesgo y condicionantes de la salud mental (10b)	• Tasa exigida: **2,4 % controles por persona** Anual: 6,15% • Cumplimiento al mes de Junio: **3,0%**

Fuente: Serie A Unidad de Estadística DESAM La Ligua, Junio 2023.

- **Estrategias y proyecciones para el cumplimiento de Objetivos:**

Estrategia	Indicador	Actividad
Garantizar el ingreso al Programa SM en todos los sectores del DESAM por profesionales correspondientes	% de ingresos al programa de Salud Mental con registro estadístico correspondiente.	1. Mantener cupos de agenda de profesionales para ingreso al Programa. 2. Priorización de derivaciones de acuerdo a patologías GES de salud mental en cada sector. 3. Revisión de derivaciones del intra e intersector. 4. Retroalimentación con el intrasector e intersector de las derivaciones realizadas.
Garantizar los controles del Programa SM en todos los sectores del DESAM.	% de usuarios asistentes a control del programa SM con registro estadístico correspondiente (REM SA06)	1. Mantener cupos de agenda de profesionales con cupos mensuales para controles de SM. 2. Gestión de agenda por parte de encargados de sector y equipo de SM de acuerdo a la necesidad de atenciones mensuales, en relación a la demanda territorial.
Garantizar la prestación clínica de Visita domiciliaria integral del Programa SM en todos los sectores del DESAM	% de visitas domiciliarias que se ejecutan con registro estadístico correspondiente. (SA26)	1. Mantener cupos de agenda de profesionales, principalmente de la dupla psicosocial, con cupos mensuales para VDI de SM. 2. Gestión de agenda por parte de encargados de sector y equipo de salud mental de acuerdo a la necesidad de visitas mensuales. 3. Gestión de móvil para traslado de equipo tratante de SM a domicilio de usuarios.

Estrategia	Indicador	Actividad
Participación del equipo en las consultorías de Salud Mental planificadas	N° de consultorías realizadas durante el año, registradas en estadísticas (REM SA06)	1. Mantener agenda de profesionales médico - dupla psicosocial con cupos de consultoría en salud mental, la cual tiene cobertura provincial con los equipos de APS.
Brindar espacios de participación al equipo con capacitaciones y tallares proporcionado por el SSVQ	N° de jornadas y seminarios (SA19A)	1. Garantizar la participación del equipo de Salud Mental en capacitaciones realizadas por SSVQ. 2. Generar bloqueo correspondiente a jornada de capacitación.
Garantizar el funcionamiento del protocolo de rescate de usuarios del programa SM en todos los sectores del DESAM.	% de rescates efectivos durante el año, registradas en la estadística (REM SA26)	1. Difusión y aplicación de protocolo de rescate creado en el 2021. 2. Mantener bloqueo de agenda de dupla psicosocial para realización de rescate de usuarios inasistentes a controles de SM.
Funcionamiento de la Comisión de Salud Mental que se orienta a potenciar aspectos técnicos del programa SM	% de reuniones planificadas que son ejecutadas durante el año.	1. Generación de instrumentos de gestión para el correcto funcionamiento del programa (Creación y actualización de protocolos y flujogramas) 2. Difusión al equipo de Salud Mental, a los encargados de sector y a Dirección sobre los resultados y avances de la comisión
Reuniones de Coordinación intrasectorial e intersectorial de salud mental	N° de reuniones de coordinación ejecutadas en intrasector e intersector	1. Mantener la participación de la Dupla Psicosocial en reuniones clínicas de análisis de casos (intersector) 2. Mantener bloqueo de jornada pm los días viernes para garantizar las coordinaciones con la red intersectorial.
Actividades de Promoción y Prevención de salud mental dirigidas a la comunidad	% actividades planificadas que se ejecutan durante el año, registradas en estadística correspondiente.	1. Conmemoración del día mundial de la Salud Mental a través de distintas actividades de participación comunitaria. 2. Participación transversal del programa Salud Mental en actividades sectoriales que se vinculen a las necesidades territoriales de cada sector; con el objetivo de promover una salud mental positiva en la comunidad. 3. Vinculación con otros programas de salud para abarcar temáticas donde la salud mental es influyente en patologías de salud física.

3.0. Programa Nacional de Inmunizaciones:

El país cuenta desde 1978 con el Programa Nacional de Inmunizaciones, que ha permitido la disminución de la morbilidad y mortalidad de las enfermedades inmunoprevenibles contribuyendo a la disminución de la mortalidad infantil. El Programa Nacional de Inmunizaciones posee un enfoque integral y tiene como objetivo prevenir morbilidad, discapacidad y muertes secundarias a enfermedades inmunoprevenibles, a lo largo de todo el ciclo vital.

- **Campaña Vacunación contra SARS-CoV-2:** Durante el año 2021 inicia la Campaña de Vacunación contra SARS-CoV-2. Dicha estrategia busca disminuir la Tasa de contagios, de hospitalizaciones y de fallecimiento por la enfermedad. Dicha estrategia se ha visto modificada por la incorporación de diferentes grupos etarios durante el proceso y por la incorporación de dosis de refuerzo y bivalente. Hasta el mes de octubre del presente año, la campaña de Vacunación presenta el siguiente avance:

Población	Población objetivo	1° dosis	2° dosis	Dosis Refuerzo	4° dosis
Subtotal 18 años y más	29297	101.6%	99.1%	93.0%	74.1%
Subtotal 12 a 17 años	2917	100.4%	95.3%	82.5%	29.4%
Subtotal 6 a 11 años	3063	101.0%	96.9%	56.5%	7.8%
Subtotal 3 a 5 años	1377	89.7%	76.6%	18.4%	1.6%
Todas las edades	36654	126.3%	122.3%	108.0%	77.9%

Cobertura al 15 de octubre de 2022 a las 13:00 hrs. Fuente: Departamento de Inmunizaciones

Población vacuna Bivalente	Población objetivo	Refuerzo Bivalente
Crónicos de 12 a 59 años	1763	77.4%
Personal de Salud	516	99.4%
Personas de 50 a 59 años	5217	15.0%
Personas de 60 a 69 años	4311	44.1%
Personas de 70 a 79 años	2627	53.1%
Personas mayores de 80+ años	1256	54.2%
Otros Grupos Priorizados	1707	61.8%
Total	17397	44.2%

Cobertura al 15 de octubre de 2022 a las 13:00 hrs. Fuente: Departamento de Inmunizaciones

- **Metas de Programa: Índice de Actividad de la Atención Primaria de Salud.**

Meta IAAPS	Muestreo
Cobertura de vacunación anti-influenza en población objetivo	· Población Objetivo: 20.200 · Cobertura exigida: 85% · Dosis Administradas: 16.285 · Cumplimiento: 80.6%

Cobertura al 15 de octubre de 2023 a las 13:00 hrs. Fuente: Departamento de Inmunizaciones

- **Estrategias y proyecciones para el cumplimiento de Objetivos:**

Vacunación Anti influenza: Para facilitar el acceso de inmunización, dará acceso a la vacunación a través del vacunatorio del CESFAM y actividades extramurales en los diferentes establecimientos educacionales de la comuna y lugares donde se concentre la población objetivo. Además, se asegurará la movilización exclusiva del equipo de vacunación tanto para Sector Urbano y Sectores Rurales.

Vacunación COVID: Se realizará en diferentes puntos de la comuna. Para facilitar el acceso de la población rural, se tiene contemplado un calendario de rondas de vacunación semanal que considera las 9 Postas de Salud Rural de la comuna y en un punto fijo en la zona urbana. Dicho calendario estará sujeto a la disponibilidad de dosis y su distribución considera las poblaciones asociadas a cada sector.

Campaña Comunicacional de Vacunación: Se realizará durante todo el año, estrategias comunicacionales en radios locales y en redes sociales asociadas al departamento de salud y municipalidad de La Ligua, además de pendones, trípticos y folletos que expliquen el proceso correspondiente.
Fortalecer los equipos de Salud: Durante el periodo se espera recibir recursos ministeriales para fortalecer los equipos de vacunación extramural, capacitando a los enfermeros y TENS urbanos y rurales seleccionados para las campañas de vacunación, quienes serán los encargados de vacunar en el centro de salud y actividades extramurales.

Trabajo coordinado con programa MAS: Se trabajará en conjunto con encargado del Programa MAS, para educar a los adultos mayores respecto al programa de Inmunizaciones, y calendario de vacunación, generando de esta manera una instancia para vacunar a los participantes.

Trabajo coordinado con Programa Dependencia Severa: Se trabajará en equipo con encargado del Programa Dependencia Severa para poder administrar en domicilio la vacuna contra la influenza y contra SARS-CoV-2 a la población que abarca este programa, incluyendo a los usuarios dependientes y cuidadores.

3.1. Programa de Vigilancia Epidemiológica.

El Departamento de Salud Municipal de La Ligua posee el Programa de Vigilancia Epidemiológica, la cual es coordinado por un delegado de Epidemiologia quien tiene como función vigilar, verificar, digitar y validar la sospecha de la enfermedad, brotes o evento de salud pública que impliquen un riesgo para la comunidad. A su vez el programa durante el año 2022 tuvo una pausa debido al acontecimiento a nivel mundial de SARS- COVID 19 donde solo se realizaban notificación de esta patología por lo que en el año 2023 se reactivaron las notificaciones de las otras enfermedades que son de Notificación Obligatoria (ENO).

En el marco de la reactivación del programa, en agosto del presente año la Seremi de Salud de la Provincia de Petorca en conjunto con referentes del área de epidemiologia del servicio de Salud Viña del Mar- Quillota y delegados de epidemiología, realizaron una presentación de "Diagnostico epidemiológico" de cada comuna, donde participaron diferentes autoridades. La finalidad de la presentación era demostrar la importancia de la vigilancia epidemiológica y la fase de latencia en la que se encontraba.

En función a lo anterior, se han gestionado y concretado diferentes tipos de capacitaciones, las cuales han sido impartidas por el Servicio de Salud Viña del Mar- Quillota y Seremi de Salud de la provincia, que han sido dirigidas tanto al profesional clínico como a los delegados de epidemiologia para así entregar intenciones de calidad, oportunas e integras.

El programa de epidemiologia, a su vez está conformado por un grupo de trabajo que tienen a cargo los siguientes subprogramas:

- Programa VIH/ITS.
- Programa TBC.

Objetivo General

✓ Efectuar una vigilancia epidemiológica activa frente a la aparición de enfermedades prevenibles que pueden afectar la salud pública.

Objetivos específicos

✓ Identificar, cuantificar y monitorear las tendencias (incidencia) del comportamiento de enfermedades de notificación obligatoria.
✓ Establecer un plan de trabajo mediante capacitaciones continuas que permita el desarrollo íntegro de los profesionales de salud.

- ✓ Sensibilizar a los funcionarios respecto a enfermedades de notificación obligatoria con énfasis a los profesionales médicos.
- ✓ Disponer de un sistema de notificación de enfermedades de notificación obligatoria (Epivigila).

Objetivo	Actividad	Indicador o verificador
Identificar, cuantificar y monitorear las tendencias (incidencia) del comportamiento de enfermedades de notificación obligatoria.	Definición de encargado de epidemiología.	Análisis de datos de Epivigila y sistema de Ficha electrónica.
Establecer un plan de trabajo mediante capacitaciones continuas que permita el desarrollo integro de los profesionales de salud.	Capacitaciones a los profesionales y funcionarios de salud que participan en la atención de usuarios.	N.º de unidades intervenidas/ N.º total de unidades programadas
Sensibilizar a los funcionarios respecto a enfermedades de notificación obligatoria.	Educación a los funcionarios de salud, respecto a las enfermedades de notificación obligatoria.	N.º de unidades trabajadas/ N.º total de unidades programadas
Disponer de un sistema de notificación de enfermedades de notificación obligatoria (Epivigila).	Monitorizar continuamente plataforma Epivigila y Midas.	Vigilancia en plataforma EPIVIGILA Y MIDAS.

3.2. Programa VIH/Sífilis

El programa se centra en ayudar a disminuir la morbimortalidad por VIH/ITS, facilitando el acceso oportuno a exámenes, tratamiento y/o controles. Asegura el tamizaje, prevención y atención integral de pacientes que se realicen screening preventivo de ITS y su manejo posterior. Normando así, las prestaciones entregadas por los profesionales que atienden a la población. Así mismo, el programa busca aumentar la cobertura a través de actividades de promoción, prevención y vigilancia epidemiológica.

El programa además se encarga de participar activamente en el monitoreo del ciclo vital de los pacientes, la atención de los contactos y el proceso continuo de los programas adyacentes que puedan estar involucrados.

Dentro de las actividades desarrolladas en el programa son el tamizaje para ITS, monitoreo y vigilancia epidemiológica, operativos de testeo, entrega de lineamientos a los equipos y coordinación con el nivel secundario y la red de salud.

- **Población Bajo Control con Examen VIH ELISA Realizado en el Año 2023**

	Examen VIH (Elisa) tomado año 2022				**Examen VIH (Elisa) tomado año 2023**				
	Mujeres	**Hombres**	**Total (por edad)**	**(+) 2022**	**Mujeres**	**Hombres**	**Migrantes**	**Total (por edad)**	**(+) 2023**
14-18	21	3	24	**0**	8	0	3	**8**	**0**
19-64	488	24	512	**2**	594	8	18	**602**	**2**
65 y +	2	0	2	**0**	7	0	0	**7**	**0**
Total (por sexo)	**511**	**27**	**538**	**2**	**609**	**8**	**21**	**Total 617. (2023)[1]**	**2[2]**

[1]: Estimado de exámenes a septiembre 2023. Se estima 180 exámenes más hasta fines del 2023. Dando una proyección de 797 exámenes a diciembre 2023.

[2]: Cantidad total de exámenes reactivos sin confirmación de ISP. Al esperar la confirmación de descarte de ISP ambos casos fueron descartados. Además, este número no considera los casos traídos desde el extra sistema, solo casos de exámenes tomados en nuestro establecimiento.

Se realiza evaluación de exámenes Elisa VIH, en donde vemos un aumento del total de exámenes realizados, viendo un aumento en el rango de 19-64 años. Además, consideramos relevante incluir el ítem migrante para evaluar impacto de la oferta del examen.

- **Población Bajo Control con Test Rápido VIH Realizado en el Año 2023**

Examen TRVIH tomado año 2022					Examen TRVIH tomado año 2023				
Edad	**Mujeres**	**Hombres**	**Total (por edad)**	**(+) 2022**	**Mujeres**	**Hombres**	**Migrantes**	**Total (por edad)**	**(+) 2023**
14-18	1	4	5	**0**	12	0	2	12	**0**
19-64	197	6	203	**0**	277	62	13	241	**1**
65 y +	0	0	0	**0**	0	2	0	2	**0**
Total (por sexo)	**198**	**10**	**208**	**0**	**289**	**48**	**15**	**Total 353 Test (2023)[1]**	**1[2]**

[1]: *Cantidad a septiembre 2023, se proyecta un aumento de 100 a 150 test más hasta fin de año por operativos y por el día mundial del VIH.*

[2]: *Número total sin confirmación de ISP. Al enviar el caso a descarte o confirmación de ISP, se descartó.*

Se realiza una comparación en donde el grupo de mayor acceso al test son las mujeres en edad fértil por la toma del examen al ingreso prenatal, lo que nos ha permitido mantener la población gestante bajo control epidemiológico.

- **Población Bajo Control con VDRL Realizado en el Año 2023**

Examen VDRL tomado año 2022					Examen VDRL tomado año 2023				
Edad	**Mujeres**	**Hombres**	**Total (por edad)**	**(+) 2022**	**Mujeres**	**Hombres**	**Migrantes**	**Total (por edad)**	**(+) 2023**
14-18	64	11	**75**	**0**	68	15	5	**83**	**0**
19-64	2110	281	**2391**	**30**	2425	443	128	**2868**	**18**
65 y +	195	151	**346**	**7**	491	239	10	**730**	**19**
Total (por sexo)	**2369**	**443**	**2812**	**37**	**2984**	**697**	**143**	**Total 3681 Exs. (2023)[1]**	**37[2]**

[1]: *Estimado de exámenes a septiembre 2023, se proyecta un total de 300 exámenes a fin de año. Siendo un total de 3900 exámenes a diciembre.*

[2]: *Total de VDRL reactivos a Septiembre 2023. Sin confirmación con pruebas treponémicas. Por ende, no es el total de casos de Sífilis del 2023.*

El programa si bien tiene sus objetivos y metas específicas, se busca también generar una equidad de prestaciones tanto en urbano como rural. Por ende, se presentan datos de oferta de VDRL y TRVIH en la comuna.

Localización	TRVIH	VDRL
Sector Urbano (Cesfam)	273	2228
Sector Costa	47	380
Sector Longotoma	1	422
Sector Valle Hermoso	32	651
TOTAL	**353**	**3681**

- **Subprogramas y Programas Complementarios**

Programas Complementarios	Definición
Programa adolescente	Tiene el propósito de entregar a la población adolescente educación en ITS además de ofertar el screening de ITS y fortalecer las atenciones con enfoque integral y de género.
Programa Salud Sexual y Reproductiva	Tiene el propósito de mantener a la población bajo control con su tamizaje correspondiente, según como indica la norma técnica. Generando monitoreo de gestantes en la prevención de la transmisión materno-fetal de VIH/ITS.
Programa Cardiovascular	Tiene el propósito de entregar a la población bajo control la oferta de screening de VDRL y/o VIH si es que fuese necesario. Coordinando la solicitud de exámenes o derivaciones pertinentes.
Programa del Adulto	Tiene el propósito de entregar dentro de las prestaciones EMPA- EMPAM la solicitud de exámenes de VIH/Sífilis según norma técnica. Entregando además la consejería y orientación con enfoque de ITS de ser necesario.
Epidemiología	Tiene el propósito de mantener vigilancia epidemiológica de los casos reactivos confirmados y su monitoreo posterior.

- **Metas de Programa:**

Indicador: COMGES 15. Prevención y Control del VIH/SIDA

Meta COMGES	Muestreo
15.1. Porcentaje de Cumplimiento de Test Rápido programados por establecimientos de atención primaria en el periodo	● **Total:** 90% de cumplimiento test visual/rápido VIH programado por establecimiento de atención primaria. ● **Parcial:** Alcanzar un 30% de cumplimiento del total de test visual /rápido VIH programados por los establecimientos de atención primaria del Servicio de Salud al 30 de junio del año 2022. ● Cumplimiento a la fecha (septiembre 2023): **81%**
15.2. Porcentaje de personas viviendo con VIH de la población bajo control que se encuentran en terapia antirretroviral y con carga viral indetectable en el periodo.	● Meta relacionada a **la atención secundaria.** ● Al menos un 95% de las personas viviendo con VIH, de la población bajo control, se encuentran en tratamiento con terapia antirretroviral en el período. ● Al menos un 90% de las personas con VIH que se encuentran en terapia antirretroviral, se encuentran con carga viral indetectable en el período.
15.3. Porcentaje de usuarios en abandono que retoman controles y tratamiento antirretroviral	● Meta relacionada a **la atención secundaria.** ● Al menos un 50% de los usuarios que se encontraban en abandono de atención, retoman controles y tratamiento antirretroviral en establecimientos de salud con prestaciones para personas viviendo con VIH, en el período.

Indicador: Sífilis congénita. Noma Ministerial

Meta OMS	Muestreo
1. Sífilis congénita.	● Desde el año 2000 en adelante, la sífilis congénita ha mantenido tasas bajo 0,3 por mil nacidos estando por debajo de la meta propuesta por la OMS (0,5 por mil nacidos). ● El año 2014 se notificaron 27 casos de sífilis congénita, con una tasa de 0,11 por mil NVC. ● En el año en curso: 0% de casos.

- **Estrategias y Proyecciones para el Cumplimiento de Objetivos**

Las principales estrategias del programa para el año 2024 están orientadas a ampliar la cobertura de toma de test rápido/visual a la población general y aumentar la oferta de instancias educativas a adolescentes y población general en VIH/ITS.

ESTRATEGIA	INDICADOR	ACTIVIDAD
Aumentar Oferta de Toma de Test Rápido de VIH.	Población que solicite test rápido de VIH.	- Realizar operativos extramurales de toma de test en sector urbano y rural. - Realizar operativos intra murales en CESFAM Raúl Sánchez Bañados y en Postas de Salud Rural. - Dejar toma de test rápido permanente en lugares estratégicos de CESFAM y Postas.
Actividades de Promoción y Prevención.	Población Adolescente de Establecimientos Educacionales. Apoderados de Establecimientos Educacionales.	- Realizar en conjunto con Programa Adolescente talleres y/o ferias de salud de sexualidad, prevención de ITS y autocuidado a adolescentes de colegios del sector urbano y rural - Realizar instancias educativas para los padres y apoderados de colegios del sector urbano y rural.
Mantener Toma de Test Rápido al Ingreso de Embarazo.	Gestantes cursando su primer trimestre de embarazo	- Ofertar y tomar test rápidos de VIH al ingreso de embarazo de manera permanente. - Educar y sensibilizar a los equipos en la importancia de la toma de test rápido en el primer trimestre. - Ofertar el test rápido de VIH también en el tercer trimestre del embarazo.

3.3. Programa Nacional de Control y Eliminación de la Tuberculosis (PROCET)

El Programa de Control y Eliminación de la Tuberculosis (PROCET) es un programa de salud pública de alcance nacional, descentralizado, cuyas normas y operaciones técnicas se deben cumplir en todos los niveles de la estructura del Sistema Nacional de Servicios de Salud y en las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud del país.

El objetivo general del PROCET es reducir el riesgo de infección, morbilidad y mortalidad por tuberculosis en Chile, hasta obtener su eliminación como problema de salud pública. La meta de eliminación consiste en reducir la tasa de incidencia de tuberculosis a menos de 0,1 casos pulmonares confirmados por cada 100.000 habitantes. Esta meta está en consonancia con las metas establecidas por la Organización Mundial de la Salud en la estrategia global “Fin a la Tuberculosis”.

Para alcanzar el objetivo general del PROCET y la meta establecida, se debe dar cumplimiento a los siguientes objetivos específicos:

• Lograr coberturas mayores a 95% de vacunación BCG a los recién nacidos.

• Localizar y diagnosticar el 90% de la incidencia estimada de tuberculosis.

• Lograr la curación en el 90% de los casos diagnosticados de tuberculosis.

• Efectuar estudio completo al 90% de los contactos de los casos pulmonares o laríngeos confirmados bacteriológicamente. Estos objetivos específicos se complementan con los demás indicadores y metas asociadas a las distintas actividades del PROCET.

Toda la población es beneficiaria de las actividades del PROCET, independiente de su ubicación territorial, nacionalidad, condición socioeconómica y situación previsional o migratoria.

Todas las acciones del PROCET están integradas en el Sistema Nacional de Servicios de Salud y son gratuitas, sin exigencias de pago o copago para los beneficiarios del programa. La población afiliada al sector privado de salud o la población beneficiaria de servicios e instituciones de salud dependientes de otros ministerios (por ejemplo, Carabineros y Fuerzas Armadas) tiene derecho a ser atendida en los establecimientos que componen la red asistencial de los Servicios de Salud en forma gratuita.

El equipo local está compuesto por Médico, Enfermera, Asistente Social y TENS quienes realizan controles, pesquisas, toma de exámenes, evaluaciones sociales entre otras actividades propias del programa.

Población bajo control junio 2023

Rango etario	N° de casos índices	N° de contactos	N° personas en tratamiento	N° total de Usuarios
0-9	0	12	4	12
10-19	0	9	1	9
20 – 64	4	35	8	39
64 -80 o +	5	7	6	12
Total	9	63	19	72

Fuente: Serie P Unidad de Estadística DESAM La Ligua, Junio 2023.

Meta de Programa

La meta del programa va orientada a la detección y tratamiento de la tuberculosis. Evalúa la capacidad de encontrar casos de TB pulmonar con bacteriología positiva dentro del territorio asignado.
Se espera que se logre diagnosticar al menos el 90% de los casos estimados para ese territorio.

APS	Total 2022	Meta 2023	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Total 2023	Total Sept 2023
La Ligua	67	78	7	13	2	8	7	12	4	10	8	71	91%

Indicadores para evaluar la localización de casos de tuberculosis

- Rendimiento de la Localización de Casos (RLC)
- Incremento de la Pesquisa (IP)

Plan de trabajo

El plan de trabajo anual del programa es:

- Localización de casos: se realizará pesquisa en todos los grupos de riesgos presentes actualmente en nuestra población, capacitando a los profesionales que deben captar esta población en los controles o actividades de salud y educar a la población consultante.
- Cada sector de Cesfam y equipos de posta de salud rural se harán cargo de sus casos con la finalidad de que puedan intervenir como caso de sector y tener seguimiento de los pacientes en tratamientos y sus contactos.
- Capacitación a los funcionarios y funcionarias del establecimiento por parte de referentes clínicos del servicio de salud, para que tengan conocimiento de la población de riesgo, quienes pueden solicitar el examen y quienes deben realizarlo ya que nuestra meta se relaciona a las pesquisas realizadas dentro de los grupos de riesgo.

- Actividades para la prevención de la pérdida de seguimiento, incentivar a nuestra población bajo control a asistir a todas sus ingestas de tratamiento en el centro de salud, entregando colaciones post toma de tratamiento. Asimismo, y en el caso que corresponda, se gestionará la ayuda social pertinente para apoyar a los usuarios que ingresen al programa.

- Plan de control de infecciones: se trabajará en conjunto con programa VIH el cual derivará a todo usuario que resulte positivo ya sea para Test Rápido o Test de Elisa con el objetivo de concretar la pesquisa de TBC mediante la toma de baciloscopía.

3.4. Programa Mejoría de la Equidad en Salud Rural

Su propósito principal es contribuir a superar las inequidades en salud detectadas en las zonas rurales, a través de la mejoría de las condiciones críticas para la provisión de servicios a la población de mayor ruralidad del país especialmente la que se atiende en Postas de Salud Rural, generando condiciones para la aplicación del modelo de salud integral con enfoque familiar y comunitario en el medio Rural.

El Programa de Mejoría de la Equidad en Salud Rural, tiene como objetivo **"Mejorar las condiciones de funcionamiento de los establecimientos rurales tendiente a avanzar en el cierre de brechas de recursos humanos, mejorar la capacitación en el modelo de atención de Salud Familiar, fortalecer los medios de telefonía de las postas rurales y ampliar las estrategias de trabajo comunitario".**

El programa tiene 3 componentes principales con 3 estrategias:

Componente 1: Asegurar la continuidad y Calidad de atención en las Postas de Salud Rural

Estrategia: Refuerzo de recurso humano Técnico de Enfermería de Nivel Superior para Postas Rurales (permanente o volante). Se orientará a que el establecimiento fortalezca el trabajo en terreno y el contacto con la realidad social mediante la atención domiciliaria, el trabajo Familiar y Comunitario tanto en la posta, como en domicilio, escuelas o sedes vecinales.

Componente 2: Contribuir a mejorar los sistemas de transporte y las comunicaciones de las Postas de Salud Rural con la red asistencial.

Estrategia: Mantención de sistemas de comunicación y/o equipamientos clínicos o de apoyo: telefonía de las postas de salud rural. Se pretende facilitar el acceso a las comunicaciones en aquellas localidades más aisladas, sujeto a las posibilidades técnicas, de modo de agilizar la capacidad de gestión coordinada de la Dirección Comunal de Salud, el Equipo de Rondas y el(los) Técnico(s) de Enfermería de Nivel Superior.

Componente 3: Innovaciones en el modelo integral de atención de las poblaciones rurales.

Estrategia: Jornada de Salud Rural, capacitación en Modelo de salud Integral con enfoque familiar comunitario para los TENS del Programa. La realización de esta jornada tendrá como propósito el

intercambio de experiencias en el trabajo de salud rural, y la capacitación y actualización de los TENS y equipos rurales, en el marco del Modelo de Atención con Enfoque Familiar y Comunitario.

Considerando que el Programa de Mejoría de Equidad En Salud Rural sólo tiene 2 cortes de evaluación durante el año, el 1° corte, en junio del 2023 (se informa en agosto) y el 2° corte en diciembre del 2023, se expondrán los datos estadísticos de avance del programa de acuerdo al corte de junio del 2023.

PSR	Población Total	Número Total de Familias	Meta de cartolas vigentes a junio 2023 (30%)	Cumplimiento a junio 2023
Varas	3.291	681	204	432
Roco	2.213	707	212	210
La Canela	728	263	79	82
Santa Marta	964	311	93	100
Trapiche	1.012	342	103	100
Las Parcelas	1453	480	144	247
Huaquen	975	530	159	521
Pichicuy	745	262	79	84
Los Molles	1.186	359	108	226

Estudios de Familia realizados por Profesionales de cada Posta de Salud Rural a junio 2023.

PSR	Familias en Riesgo a Junio	Meta: Estudio al 10% de las Familias en Riesgo.	Cumplimiento a junio 2023
Varas	136	14	21
Roco	105	11	14
La Canela	41	4	13
Santa Marta	74	7	8
Trapiche	52	5	7
Las Parcelas	185	19	18
Huaquen	133	13	9
Pichicuy	48	5	6
Los Molles	46	5	5

- **Estrategias y proyecciones para el cumplimiento de Objetivos:**

Estrategia	Indicador	Actividad
Cobertura de familias evaluadas en PSR del Programa	N° de Familias Evaluadas con cartola o encuesta familiar / N° de Familias Inscritas * 100	Contratación de 3 TENS por el Programa Mejoría de la Equidad para la realización de Cartolas Familiares, los 3 TENS divididos en los 3 sectores rurales a cargo de la vigencia de las cartolas.
Cobertura de familias evaluadas en riesgo con plan de intervención en PSR	N° de familias evaluadas en riesgo con plan de intervención/ Total de familias evaluadas en riesgo	Generar bloqueo en cada posta de Salud Rural, en las agendas de profesionales (Matrona, Enfermera, psicóloga, Nutricionista, Trabajadora Social) para el desarrollo de los estudios de familia, el que incluye visita domiciliaria, reunión de equipo para la presentación de casos, elaboración de los planes de intervención y evaluación del cumplimiento de los objetivos de cada estudio de familia con el cierre de los casos.
Mantención de sistemas de comunicación y telefonía de las postas de salud rural.	Monto asignado en recursos en equipos de telefónica /Monto de recursos en telefonía devengados * 100	Contratación de planes de telefonía rural
Realización de jornada de salud rural. Los recursos transferidos tienen carácter de regional, por consiguiente, participan en ella TENS de todas las PSR que son de la Jurisdicción del Servicio de Salud Viña del Mar Quillota.	Indicador dicotómico = SI – NO	Valor esperado: 100% a diciembre Fuentes de información: Listado de asistencia, fotografías, informe y rendiciones.

3.5. RESOLUTIVIDAD E IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

- **Descripción del Programa a cargo.**

Estos programas tienen como finalidad mejorar la capacidad resolutiva de la atención primaria, potenciando la accesibilidad, oportunidad y pertinencia diagnóstica en la derivación y la calidad técnica, en atenciones de especialidad y disponibilidad de exámenes de imagenología, contribuyendo a mejorar el acceso a exámenes y diagnósticos oportunos considerando los aspectos preventivos, promocionales, asistenciales, curativos y de control epidemiológico, con un enfoque de salud familiar e integral.

- **Población Bajo control por programa con datos estadísticos por edad.**

Existe población bajo control especifica en el programa de resolutividad, UAPO (unidad de atención primeria oftalmológica), ya que es un componente de continuidad a diferencia de los otros indicadores, los cuales no cuentan necesariamente con una población cautiva, ya que estos son programas que de manera anual establecen las metas del convenio, donde se indica dar cobertura a una determinada población según el componente, para la detección y diagnóstico oportuno de ciertas patologías de alta prevalencia en nuestro país.

- **Cumplimiento de Metas.**

Las metas establecidas para el programa, son definidas anualmente por el Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota.

La evaluación de los programas se realiza 2 veces durante el año, considerando el primer corte el 31 de Agosto, donde se solicita que se haya realizado cobertura del 60% de las prestaciones comprometidas, y con esto permitir seguir rindiendo el convenio hasta el 31 de Diciembre de cada año, donde se realiza la segunda evaluación y final del cumplimiento.

Resolutividad

Meta	Muestreo
Cirugía menor	· 50 prestaciones Cumplimiento a Agosto 2023 según SSVQ: 56 %
Otorrinolaringología	· 100 prestaciones Cumplimiento a Agosto 2023 según SSVQ: 62 %
Gastroenterología (EDA)	· 20 prestaciones Cumplimiento a Agosto 2023 según SSVQ: 105 %
Climaterio	· Según LE Cumplimiento a Agosto 2023 según SSVQ: 100 %
Oftalmología	Datos indicados en detalle, en el apartado de unidad de atención primaria oftalmológica.

Imágenes diagnósticas

Meta	Muestreo
Mamografía	· 1.651 prestaciones Cumplimiento a Agosto 2023 según SSVQ: 58.87%
Ecotomografía Mamaria	· 363 prestaciones Cumplimiento a Agosto 2023 según SSVQ: 85.39%
Ecotomografía abdominal	· 420 prestaciones Cumplimiento a Agosto 2023 según SSVQ: 52.38%
Radiografía de tórax	· 420 prestaciones Cumplimiento a Agosto 2023 según SSVQ: 64.28%
Radiografía de cadera	· 332 prestaciones Cumplimiento a Agosto 2023 según SSVQ: 81.32%

- **Desafíos propuestos y estrategias para cumplirlos.**

Estrategia y/o Proyección	Indicador	Actividad
Mejorar la priorización de usuarios que necesitan EDA	% usuarios que se encuentran en espera por EDA / % usuarios que son reevaluados	1. Rescatara usuarios que no han tenido la prestación y tiene derivación igual o mayor a un año, para reevaluar la pertinencia del examen por profesional médico, por el tiempo transcurrido.
Reforzar los criterios de derivación de los profesionales a usuarias entre 50 y 69 años, a control ginecológico	% meta de mamografía en este rango etario/ usuarias que se realizan mamografía en este rango etario	1. Solicitar a profesionales de todas las áreas, incluir en sus controles la consulta a las usuarias en este rango etario si poseen su control ginecológico al día, para derivar a sector para control con matrona.
Mejorar la accesibilidad de los usuarios al examen de Ecotomografía abdominal.	% usuarios evaluados derivados por consulta abreviada / % usuarios que se realizan el examen derivados en consulta abreviada	1. Gestionar atenciones de consultas de morbilidad abreviadas, donde el usuario acceda a la evaluación y pueda realizarse la derivación correspondiente solo por este motivo especifico, estableciendo el examen como una evaluación preventiva de patología biliar.

3.5.1 Unidad de Atención Primaria Oftalmológica.

- **Descripción del Programa a cargo.**

Las unidades de atención primaria oftalmológicas forman parte de la estrategia de fortalecer la resolutividad de la atención primaria, en la especialidad de oftalmología para potenciar este nivel de atención en sus aspectos preventivos.

Este modelo se orienta en tener la unidad integrada a la red de salud local, para garantizar el acceso, atención integral y resolutividad, con continuidad de la atención de los pacientes. En este sentido, se realiza una consulta de evaluación integral del paciente, con la finalidad de contar con un diagnóstico de la especialidad y con indicaciones correspondientes para el cuidado, mejoría y tratamiento de su salud visual.

- **Población Bajo Control por programa con datos estadísticos por edad.**

La población bajo control solo considera las patologías crónicas que son diagnosticadas y controladas en la unidad. Gran parte de las prestaciones que se realizan en el programa son a usuarios con alteraciones o patologías agudas, las cuales se controlan de forma esporádica (como vicio de refracción, pterigión, conjuntivitis, entre otras).

Esta unidad corresponde a un programa que da cobertura provincial, a los usuarios que necesitan atención oftalmológica en la provincia de Petorca y cuya distribución de población bajo control según patología es la siguiente:

Diabéticos / Exploración vitreoretinal	
Comuna	**Población**
La Ligua	2.581
Cabildo	597
Petorca	614
Papudo	450
Zapallar	586
Total	4.828

**Datos obtenidos en CENSO Junio 2023 por comuna.*

Retinopatía diabética / Fondo de ojo.	
Provincia	**Población**
Petorca	641

Glaucoma	
Comuna	**Población**
La Ligua	317
Cabildo	40
Hospital Cabildo	15
Petorca	33
Papudo	25
Zapallar	29
Total	459

La Población bajo control, se estable en base a que el usuario este con evaluaciones dentro del tiempo indicado por el médico especialista, el cual generalmente se puede establecer en un periodo máximo de 1 año.

- **Cumplimiento de Metas.**

Las metas establecidas para el programa, son definidas anualmente por el Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota, considerando dentro de sus criterios, la Población bajo control, horas de recurso humano disponible y prevalencia de las patologías.

Dentro de las metas definidas para cada profesional se encuentran las siguientes:

Médico oftalmólogo:

Meta	Muestreo
Glaucomas nuevos	· 100 personas · Cumplimiento a Junio 2023 según SSVQ: 105%
Glaucomas control	· 180 personas · Cumplimiento a Junio 2023 según SSVQ: 153%
Otras	· 1.300 prestaciones · Cumplimiento a Junio 2023 según SSVQ: 23%

Tecnólogo médico:

Meta	Muestreo
Fondo de ojo	· 3.116 prestaciones · Cumplimiento a Junio 2023 según SSVQ: 57.5 %
Consulta Vicio de Refracción	· 1.624 prestaciones · Cumplimiento a Junio 2023 según SSVQ: 52.52%
Atenciones y procedimientos	· 1.250 procedimientos · Cumplimiento a Junio 2023 según SSVQ: 100%

- **Subprogramas con los que se vincula.**

Subprograma y/o Programa Complementario	Definición
Programa Cardiovascular	La unidad de atención primaria oftalmológica, se encarga de dar la prestación de fondo de ojo a los usuarios diabéticos bajo control.

- **Desafíos propuestos y estrategias para cumplirlos.**

Estrategia y/o Proyección	Indicador	Actividad
Disminuir la lista de espera de usuarios derivados a oftalmología	% usuarios derivados a oftalmología / lista de espera asociada a especialidad.	1.Gestionar aumento de número de horas de profesional con el Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota, entendiendo que es una unidad que brinda prestaciones a toda la provincia.
Mejorar la accesibilidad de los usuarios al programa	% usuarios derivados /consultas abreviadas médicas realizadas	1. Gestionar atenciones de consultas de morbilidad abreviadas, donde el usuario acceda a la evaluación y pueda realizarse la derivación correspondiente solo por este motivo específico .

3.5.2. SIGTE Sistema de Gestión de Tiempos de Espera

- **Descripción del Programa a cargo.**

Fue diseñado para proporcionar un seguimiento de los pacientes en espera de atención, contribuyendo al monitoreo y control eficaz de la demanda expresada en cada uno de los niveles de atención de las redes integradas de servicios de salud.

- **Población Bajo Control por programa con datos estadísticos por edad.**

La finalidad de este programa, es poder dar seguimiento a los casos derivados para atención, los cuales corresponden a patologías no GES. Existe una población que está en seguimiento de casos, pero no bajo control.

- **Cumplimiento de Metas.**

Las metas se determinan durante el año, dependen de las solicitudes del SSVQ según indicaciones establecidas por el MINSAL. Generalmente el monitoreo corresponde a dar respuesta a casos pendientes de atención clínica o exámenes diagnósticos, los cuales presentan larga data de antigüedad en la lista de espera.

- **Desafíos propuestos y estrategias para cumplirlos.**

Estrategia y/o Proyección	Indicador	Actividad
Priorizar casos pendientes en la lista de espera y dar respuesta	% usuarios en lista de espera / % de usuarios egresados	1.Revisar lista de espera de cada componente y cotejar datos para depurar las listas y egresar a los usuarios que realmente fueron atendidos, además de priorizar a aquellos que llevan mayor tiempo en espera de atención.

3.6. Unidad de Farmacia

La Unidad de Farmacia corresponde a una unidad transversal de apoyo terapéutico, la cual tiene como misión la entrega de servicios farmacéuticos oportunos y de calidad, velando por el uso seguro y eficiente de los medicamentos e insumos clínicos en coordinación con el equipo de salud.

La principal función de la Unidad de Farmacia es entregar, de forma segura y continua, los medicamentos e insumos necesarios para satisfacer los requerimientos orientados a la mejora de la salud de la población bajo control. En este sentido, es también función de la Unidad de Farmacia definir un Plan de Compra de medicamentos e insumos, cuyo financiamiento proviene desde: Per cápita, fondos para programas específicos y aportes municipales.

- **Programas, subprogramas y actividades relacionados.**

Programas Complementarios	Definición
Programa FOFAR	Programa que tiene por objetivo asegurar a la población bajo control en establecimientos de APS con diagnóstico de Diabetes mellitus tipo 2, Hipertensión y Dislipidemia, el acceso oportuno y seguro a los medicamentos que permita la continuidad de los tratamientos, como también insumos y dispositivos médicos para la curación avanzada de heridas y la incorporación de tecnología y Recurso Humano que apoye la adherencia al tratamiento farmacológico.
Atención Farmacéutica	Servicio que tiene por objetivo apoyar al paciente en su tratamiento farmacológico, reforzar la adherencia al tratamiento y resolver dudas acerca de la toma correcta de medicamentos.
Farmacovigilancia	Actividad de salud pública cuyo objetivo es vigilar, investigar y evaluar la información obtenida sobre los efectos de los medicamentos con el objetivo de identificar información sobre nuevas reacciones adversas y prevenir daño a los pacientes a largo plazo.

Estrategias y proyecciones para el cumplimiento de Objetivos:

Fortalecimiento del Equipo de Trabajo: Para asegurar una atención segura y de calidad, es necesaria la realización de capacitaciones al equipo TENS de Farmacia tanto del CESFAM como de Postas de Salud Rural encargados de la dispensación de medicamentos.

Mejora de la atención del usuario: En función de entregar una mejor prestación del servicio, es necesario plantear estrategias para la disminución de tiempos de espera en Farmacia. Con este propósito se busca reforzar estrategias de re envasado de medicamentos e impresión de etiquetas térmicas para rotular los sobres de medicamentos.

3.7 Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas

El Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas tiene por finalidad avanzar en el conocimiento de las necesidades de salud de las personas integrantes de los pueblos indígenas de nuestro país, tratar de entender cuáles son éstas y buscar la forma de abordarlas en un marco de respeto de los conocimientos y prácticas de salud que ellos poseen. Desde entonces, el Programa Especial de Salud

y Pueblos Indígenas (PESPI) se ha extendido en 25 Servicios de Salud a lo largo de todo el país, cubriendo así demandas tanto de población que reside en sus territorios ancestrales, como aquella que se ha visto en la necesidad de migrar a centros urbanos y que siguen manteniendo sus pautas culturales respecto del cuidado de su salud o que desean hacerlo, pero no cuentan en el territorio donde habitan, con agentes de salud propios de su cultura originaria, situación que ocurre mayormente en regiones altamente urbanizadas. Cabe destacar que la implementación de este programa ha contado con recursos para su implementación solo en algunas comunas del país por lo que se espera en un futuro contar con financiamiento desde el ministerio de salud para implementar iniciativas locales.

Cabe señalar que el objetivo de este programa es contribuir a la disminución de brechas de inequidad, en la situación de salud de los pueblos indígenas, a través de la construcción participativa de planes de salud que reconozcan la diversidad cultural, que promuevan la complementariedad entre sistemas médicos y provean servicios de salud adecuados, que respondan a necesidades, derechos y perfiles epidemiológicos específicos.

Las orientaciones técnicas del programa plantean tres componentes para llevar a cabo la planificación:

- ✓ **Equidad:** Es la construcción de un sistema de salud que busca contribuir a la disminución de brechas existentes en el acceso a la atención de salud oportuna y de calidad.
- ✓ **Enfoque Intercultural en Salud:** Respetar la cultura en los territorios y reconocer sus prácticas de sanación.
- ✓ **Participación social indígena:** Espacio para la generación de agendas y planes de trabajo elaboradas en conjunto y posteriormente monitorear los acuerdos y tareas consignadas, se caracteriza por reunir a representantes de comunidades y organizaciones indígenas que han tenido una trayectoria de trabajo en el ámbito de la salud.

Existe una preocupación por garantizar a los pueblos indígenas el oportuno y adecuado acceso a la red asistencial de salud, promoviendo la equidad y pertenecía cultural de las acciones y estrategias vinculadas a la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación. Es importante exponer que una de las obligaciones del Estado es garantizar la seguridad social y acceso a los servicios de salud para toda la población, y que el personal de salud tiene la obligación de conocer su población inscrita en el centro de salud, siguiendo los principios del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), el respeto de los derechos humanos en general y de los pueblos indígenas en particular.

En cuanto a la estadística de las personas que se sienten identificadas con la variable indígena describiremos a continuación la población rural y urbana. Esta información se recoge en el momento de la inscripción al centro de salud (Cesfam y Postas Rurales)

APS	Población total con ficha clínica	Población pertenece a pueblos indígenas	%
COMUNA	35.390	2714	7,60%
CESFAM	27.167	300	1.1%
PSR	14.318	207	1.4%

Fuente: Unidad estadística Desam La Ligua

POBLACIÓN PUEBLOS ORIGINARIOS	
Etiquetas de fila	**Cuenta de GRUPO ETNICO**
Aymara	38
Colla	2
Diaguita	97
Kawésqar	4
Lican Antai (Atacameño)	5
Mapuche	311
Otro	38
Otro pueblo originario declarado	1
Rapa Nui (Pascuense)	6
Yagán (Yámana)	4
Quechua	1
Total general	**507**

Fuente: Unidad estadística Desam La Ligua, Octubre 2023

Es importante señalar que persisten los problemas de identificación y auto identificación de la población de pueblos originarios en los sistemas de información de salud. Según fuente de información oficiales como los censos 2002,2012,2017 y Casen 2017, arrojan diferencias significativas y, por ende, diferencias en la definición del porcentaje de la población que se identifica con un pueblo originario. En este sentido, las actividades y prestaciones de salud que entrega el sistema público de salud, tiene escasa pertenencia cultural dado que no incorpora el enfoque intercultural en sus prestaciones como tampoco en los programas regulares del sistema, dado al desconocimiento de las concepciones de salud-enfermedad-curación que poseen los pueblos indígenas, sus valores, prácticas culturales y concepción de bienestar, y poca visibilidad de los pueblos indígenas en los territorios donde opera el sistema de salud.

Es importante destacar que existe un importante desarrollo del sistema de salud indígena en algunos espacios territoriales, comunitarios y espacios urbanos, no exento de dificultades en su modalidad de funcionamiento y sostenibilidad financiera por parte del programa y desde el gestor de la red. Actualmente las prestaciones reconocidas desde el servicio de salud son realizadas por agentes de medicina en Ruka Lawen ubicada en los terrenos del Hospital de Peñablanca y cumpliendo así lo mandatado por la normativa, reglamentos y tratados internacionales suscritos y

vigentes en Chile; focalizando los esfuerzos en la curación de heridas o lesiones que no cuentan con garantía GES-AUGE, de tal forma de ser una ayuda para aquellas personas no pueden acceder a este tipo de atención de forma regular.

Articulación Programas de Salud

Para construir una lineamiento de transversalización sobre el enfoque intercultural, se comenzará esta primera vinculación con el programa salud sexual y reproductiva , a través de la presentación de guías y experiencias significativas desarrolladas por los equipos de salud a nivel regional en conjunto con organizaciones, facilitadores interculturales y sanadores que pertenecen a pueblos indígenas que han logrado consolidar la pertenencia cultural en el quehacer cotidiano en el ámbito de la salud sexual y reproductiva.

Estrategias y proyecciones para el cumplimiento de objetivos

El objetivo de estas estrategias son desarrollar procesos de mejora continua en el acceso y oportunidad de atención a la población usuaria del sistema de salud pública considerando la pertenencia intercultural.

Estrategia	Indicador	Actividad
Garantizar la participación de los pueblos indígenas mediante la formalización de las instancias de participación.	% Asistencia actividades	1. Participación en mesa comunitaria de salud. 2. Participación en consejo consultivo de salud. 3.- Desarrollar actividades de promoción con pertenencia intercultural. (participación en ferias de salud).
Generar procesos de sensibilización al personal de salud sobre la importancia de registrar adecuada mente la variable pertenencia a pueblos indígenas.	% de funcionarios capacitados en el registro de variable indígena	1. Capacitar al estamento SOME, respecto a norma técnica 820 de estándares de la información, respecto a registro de inscripción (AVIS) relacionada a pertenencia de pueblos indígenas u originarios. 2. Reforzar con estamos registro de condicionante de pueblos originarios en hoja diaria de tributación REM/AVIS.
Desarrollar competencias en los equipos de salud respecto a la pertenencia intercultural	% de funcionarios capacitados sobre el enfoque intercultural	1. Capacitar por estamento sobre el enfoque intercultural. 2.- Presentación de buenas prácticas de salud indígena a los equipos de salud. 3.- Conversatorios entre los agentes medicina, los equipos de salud y la asociación indígena.

3.8. Medicinas Complementarias

De acuerdo a la realidad país, y siguiendo la definición de la Colaboración Cochrane, se entiende como Medicinas Complementarias/Alternativas (MCA) a "un amplio dominio de recursos de sanación que incluye todos los sistemas, modalidades, prácticas de salud, teorías y creencias que los acompañan, diferentes a aquellas intrínsecas al sistema de salud políticamente dominante de una sociedad particular en un período histórico dado".

En las estrategias del ministerio de Salud está el de fomentar las prácticas de estas medicinas en los centros de salud, ya que han demostrado ser un aporte importante en el manejo de ciertas patologías que inciden en la salud de la población.

Entre las MCA que se practican en el país están la Homeopatía, Acupuntura, la Neuropatía, la Quiropraxia, Sintergética, las Terapias Florales, Apiterapia, etc.

El Departamento ha consolidado dentro de su oferta de servicio de Rehabilitación Comunitaria, la estrategia de Acupuntura. Esta alternativa de Medicina Complementaria ha tenido una buena recepción de parte de nuestra comunidad, atendiendo durante el año 2023 a 86 beneficiarios quienes han recibido en promedio 8 sesiones de terapia.
Dentro de las patologías que son tratadas con Medicina Complementaria se encuentran:

- Patologías osteomusculares donde predominan lesiones del manguito rotador, discopatías de zona lumbar, HNP, y gonartralgias.
- Patologías de Salud Mental: depresión moderada a severa, crisis de pánico, crisis de angustias etc.
- Fibromialgias en diferentes estadios
- Otras como problemas abdominales (colon irritable) manejo de dolor crónico, Parkinson, espondilosis anquilosante, artritis reumatoides etc.

Programas Terapias Complementarias	Objetivos	Estrategias
Mantener dentro de la oferta de la unidad de rehabilitación terapias complementarias como la acupuntura	Lograr mantener prestaciones de Acupuntura dentro de la sala de Rehabilitación	Mantener las 18 horas reasignadas de enfermería para la realización de acupuntura Fomentar en los equipos profesionales la derivación de usuarios a esta prestación. Continuar focalizando la estrategia en patologías osteomusculares, manejo del dolor y salud mental

3.9. Programa de Promoción de la Salud:

El programa Planes de Promoción de la Salud para Municipios, Comunas y Comunidades Saludables (MCCS), anteriormente conocido como Planes Comunales de Promoción de la Salud (PCPS), se inició en el año 1998 en el Ministerio de Salud. Fue rediseñado y obtuvo la recomendación favorable en el proceso de evaluación Ex Ante de Programas Sociales del Ministerio de Desarrollo Social y Familia en diciembre de 2016.

El propósito del Programa, según las orientaciones del Trienio 2022-2024, consiste en: “Mejorar el acceso de la población a la promoción de la salud a través de los planes trienales habilitando y optimizando entornos saludables”; a su vez, el fin del Programa consiste en, “Contribuir a aumentar el número de personas con factores protectores para la salud”. Se entiende por factores protectores de la salud a las características individuales, familiares o comunitarias que favorecen el mantenimiento o recuperación de la salud, o que pueden contrarrestar los efectos nocivos causados por factores de riesgo para la salud.

Para el 2023 se planificó y desarrollaron actividades que vinculaban a la comunidad en sus distintos grupos etarios, mediante Ferias Ciudadanas en diversos puntos de la comuna, tanto rural como urbano, actividades masivas como corridas familiares, y talleres educativos relacionados a promoción de hábitos saludables para la prevención de enfermedades no transmisibles, muchas de estas actividades contaron con un trabajo colaborativo con el intersector (Departamento de Deportes, DAEM, Medio Ambiente, Dideco, entre otros). En la misma línea, se gestionó el mejoramiento de espacios en dependencias del Cesfam Raúl Sánchez Bañados, específicamente en la instalación de una sala destinada a la realización de actividades y talleres vinculados a promoción de salud de distintos programas de nuestro departamento. No obstante, de lo planificado para 2023 no se pudo realizar el Diagnóstico en Promoción de Salud, actividad que se desarrollará en 2024 y que servirá de insumo para la construcción del próximo trienio. Como evaluación final, el programa cumplió el 80 % de los componentes planificados según el convenio suscrito.

Por último, desde la evaluación generada por el equipo del programa y también en conjunto con funcionarios de otros programas, se ha llegado a la conclusión de que es necesario generar y aplicar instrumentos de evaluación que permitan recabar de mejor manera información del impacto que generan nuestras intervenciones en la comunidad.

A partir de lo anterior y desde lo suscrito por la Ilustre municipalidad de La Ligua mediante el convenio del Programa Promoción de la Salud ante la Seremi de Salud de Valparaíso, las metas e indicadores para 2024 son las siguientes:

- **Metas de Programa:**

Meta	Indicador
Ejecución de Actividades	• Al menos el 90% de cumplimiento de las actividades programadas del tercer año a diciembre de 2024 • Cumplir con el registro de la ejecución del Plan Trienal en el sistema MIDAS. • Aplicar instrumentos de evaluación de calidad y efectividad de las actividades ejecutadas.
Ejecución Presupuestaria	• Ejecución presupuestaria anual de al menos un 90% el tercer año (2024) • Envío de rendiciones financieras mensuales dentro de los plazos establecidos en el convenio.

- **Subprogramas y Programas Complementarios**

Programas Complementarios	Descripción
Programa Elige Vida Sana (PEVS)	Tiene el propósito de disminuir los factores de riesgo como sobrepeso, obesidad y sedentarismo con relación a la condición física en niños, niñas, adolescentes y adultos de 2 a 64 años que sean beneficiarios de FONASA y, específicamente, mejorar la condición nutricional y condición física de las personas, contribuyendo a disminuir enfermedades cardiovasculares y diabetes mellitus tipo 2 en la población chilena. El PEVS entrega herramientas para la sustentabilidad de los cambios en el tiempo a todo usuario/a con sobrepeso, obesidad y sedentarismo, a través de la realización de actividades de promoción y prevención con relación a la actividad física y la alimentación saludable.

- **Estrategias y proyecciones para el cumplimiento de Objetivos:**

A partir de la evaluación de lo realizado durante 2023, en las estrategias para el cumplimiento de los objetivos del programa se incluyen actividades vinculadas a la participación comunitaria y al mejoramiento de espacios para dar mayor y mejor acceso a las usuarios y usuarios a entornos saludables, las que serán desarrolladas mediante el Plan Trienal de Salud. Entre estas actividades destacan:

Elaboración de un diagnóstico local: Mediante la evaluación de las actividades ejecutadas en el presente plan y con un enfoque participativo, tanto de la comunidad como del intersector comunal. En este diagnóstico local en promoción de salud se deberá identificar los entornos físicos y sociales que la comuna necesita intervenir en el corto plazo. Este documento será de utilidad para la construcción de un nuevo plan de promoción de salud.

Fortalecimiento de red intersectorial: Con el propósito fundamental de generar acciones coordinadas y articuladas entre diversos equipos y programas (PEVS, Programa Más, ChCC, entre otros) y, a su vez, junto a otros departamentos municipales (educación, deportes, etc.), que traten problemas vinculados con la salud, el bienestar y la calidad de vida de diversos grupos etarios.

Participación Comunitaria: Fortalecimiento de la participación comunitaria para aumentar conocimientos y habilidades de los factores protectores y para aumentar el involucramiento con enfoque intercultural, ambiental, solidario, equidad de género e intergeneracional, mediante talleres, ferias y actividades masivas, en temáticas principalmente vinculados a alimentación saludable y actividad física, pero que se podrían relacionar a otras como salud mental, salud reproductiva y sexual, entre otros. Es fundamental poder acercar estas intervenciones al territorio y, si bien, existe un foco importante de atención en distintos jardines y establecimientos educacionales de nuestra comuna, debemos como programa ofrecer espacios para el grupo adulto, ya sea en nuestros centros de salud o en lugares más cotidianos para ellos, como las juntas de vecinos.

Difusión y Comunicación Social: Fortalecimiento en la difusión y comunicación social para aumentar el conocimiento de los factores protectores/riesgo de la salud y el bienestar con enfoque intercultural, ambiental, solidario, equidad de género e intergeneracional, mediante cápsulas educativas, transmisiones en vivo y campañas de salud, entre otros, de temáticas de los distintos programas del departamento de salud.

4.0 Participación Social.

La participación social se considera un mecanismo para el ejercicio de los derechos de las personas y comunidades, y para la incorporación de la opinión de las y los usuarios y comunidades en la Gestión de Salud. La posibilidad de participación social, es en sí, un determinante social de la salud. La participación social debe transitar desde un modelo paternalista que asegura la información y acceso a la oferta de servicios a uno consultivo, que "recoge" y considera las demandas, expectativas y propuestas de las personas y sus organizaciones, para llegar a ofrecer espacios deliberativos e incidir directamente en la toma de decisiones, en materias que afectan directamente a las personas y comunidades. Estas modalidades no son excluyentes, sino que pueden ser complementarias y se expresan, a través, de las siguientes instancias y mecanismos actualmente en desarrollo:

- Participación en instancias formales (Consejos de Desarrollo, Consejos Consultivos, Consejos Consultivos de Jóvenes, Comités Locales, mesas comunitarias de salud, entre otras) conformadas por representantes de usuarios (as) organizados (as), organizaciones vecinales y organizaciones funcionales de salud.
- Participación en instancias de consulta ciudadana, con el fin de aportar insumos para el diseño, ejecución y evaluación de políticas de salud.
- Participación y ciudadanía activa en forma directa en presupuestos participativos, cuentas públicas participativas, Cartas de Derechos y Deberes.
- Participación en definición de prioridades y en el diseño de políticas, programas y acciones de salud.
- Participación en la evaluación y control social sobre la gestión pública de salud.
- Ejercicio de derecho, a través de solicitudes ciudadanas y otros mecanismos de transparencia activa en las Oficinas de Informaciones, Reclamos y Sugerencias (OIRS).

Se espera que la comunidad, avance en la participación continua en todo el ciclo de desarrollo de las políticas públicas y, particularmente, en el proceso de planificación local (diagnóstico, programación, ejecución y evaluación) que se expresa en el Plan de Salud Comunal. Esto supone, al momento de la Programación, generar los espacios y destinar los recursos necesarios.

Es por todo lo anteriormente descrito que, a lo largo del año 2022-2023, el área de participación social del DESAM La Ligua, ha iniciado la activación del trabajo presencial y comunitario, dado el receso de las actividades presenciales ocasionado por la pandemia por SARS-COV2.

Dicha activación ha traído consigo la realización de reuniones con la directiva del Consejo Consultivo de Salud (CCS), la reactivación de la personalidad jurídica de la organización y realización de CCS territoriales los que se han concretado en los sectores; urbano, Valle Hermoso, Costa y Longotoma.

Para el periodo que resta del 2023 y para el venidero año 2024, existe una proyección del trabajo que continúe con la línea de acción mencionada de manera precedente, y que apunte a trabajar con la comunidad las problemáticas que reconocen y establecer propuestas de mejora para el funcionamiento que impacta en la atención directa de sus familias y comunidad en general. Por lo anterior, se establecen como áreas de trabajo las siguientes:

- **Plan de participación social**

Corresponde al proceso participativo en el cual se identifican actividades que propendan a abarcar diversas necesidades presentes en la comunidad. Aquello se encuentra establecido en las "Orientaciones técnicas; metas sanitarias ley 19.813" y establece la siguiente meta:

<table>
<tr><th colspan="3">Meta VIII: Establecimientos con plan de participación social en salud.</th></tr>
<tr><td colspan="3">Elaboración, ejecución y evaluación de un plan de participación social en salud, del establecimiento o comuna, en conjunto con su comunidad, en reciprocidad con el modelo de salud familiar.</td></tr>
<tr><td colspan="3">Caracterización de la meta</td></tr>
<tr><td>Meta nacional</td><td colspan="2">Plan de participación social en salud elaborado, ejecutado y evaluado participativamente, en el 100% de las comunas/establecimientos comprometidos.</td></tr>
<tr><td>Periodicidad</td><td colspan="2">Una evaluación al año.</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Meta sanitaria municipal</td><td colspan="2">Esta meta es dicotómica y se espera que el 100% de las comunas/establecimientos elabore, ejecute y evalúe un plan de participación social.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Los temas por desarrollar deben ser definidos por cada servicio de salud en concordancia con los lineamientos de las orientaciones técnicas 2024 emanadas por el ministerio de salud.</td></tr>
<tr><td colspan="2">El servicio de salud deberá remitir un informe de evaluación que demuestre que el plan ha sido ejecutado y evaluado, el que será enviado a seremi de salud correspondiente para la evaluación.</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Plan de salud nacional</td><td>Objetivo del impacto relacionado con esta meta:</td><td>Fortalecer la participación ciudadana en los procesos de toma de decisiones en el sector salud.</td></tr>
<tr><td>Resultado esperado del objetivo de impacto relacionado con esta meta:</td><td>Fortalecimiento de mecanismos de participación ciudadana y trabajo integrado entre los dirigentes sociales y comunitarios y los directivos de los establecimientos de salud.</td></tr>
</table>

Dentro de las actividades de participación social que se han considerado para el periodo 2023-2024, se encuentran la ejecución de operativos de salud en distintos puntos de la comuna, reuniones territoriales, creación de cápsulas educativas de los distintos programas de salud y la conmemoración de días relacionados a la atención de salud en conjunto con la comunidad entre otras actividades. Cabe destacar que este ámbito se vinculará activamente con el programa de promoción para lograr avanzar en la aplicación del Modelo de Atención Integral en salud.

- **Consejos consultivos de salud (CCS) territoriales bimensuales**

El trabajo territorial implica la presencia del equipo de salud en los diversos espacios en que las personas viven y se desarrollan, por lo que a través de la realización de consejos consultivos en los sectores que abarca el departamento de salud, es fundamental para construir la salud de las y los habitantes de la comuna.

Dichas instancias se desarrollan en cuatro sectores estratégicos del departamento de salud: sector urbano, costa, Longotoma y Valle hermoso y recientemente se ha incorporado la vinculación con la mesa comunitaria de salud, conformada por la organización de migrantes "entre mundos", CECREA, UNCO de juntas vecinales y organización de pueblos indígenas "Lonko Katryn Rayen".

- **Reconocimiento, acceso y postulación a proyectos y fondos concursables:**

Una de las pretensiones de quienes componen en Consejo consultivo de salud, es diseñar propuestas de postulación a diversos fondos concursables o proyectos disponibles tanto de manera gubernamental o de ONG´s, con el fin de desarrollar estrategias de trabajo en función de la promoción de la salud de las familias y comunidades.

Durante los años 2022 y 2023 se ha explorado en ello, lo que reporta gran utilidad para el trabajo a desarrollar para el periodo 2024.

- **Diagnóstico Participativo de salud**

Consiste en llevar a cabo un proceso de planificación, ejecución y evaluación de acciones que permitan identificar el funcionamiento y la vinculación intersectorial entre el equipo de salud, la comunidad y las redes institucionales, con el fin de que los equipos de salud locales y territoriales (sectores) identifiquen acciones innovadoras y vinculantes que permitan disminuir las brechas existentes.

Actualmente se durante el mes de octubre 2023 se desarrolló un proceso de "Diagnóstico de Necesidades de Salud", que incluyo la realización de 19 instancias participativas comunitarias en los distintos sectores de la comuna y que contó con la participación tanto del Consejo Consultivo de Salud, Dirigentes Vecinales, funcionarios de cada sector y funcionarios del Departamento de Salud.

En los siguientes links podrá acceder a los archivos que en su conjunto componen el Diagnóstico de Necesidades de Salud

- Protocolo de Diagnóstico de Necesidades en Salud
  Participación Social\Protocolo de Diagnóstico de Necesidades en Salud 2023-2024.pdf

- Pauta de Sistematización de Necesidades en Salud
  Participación Social\Pauta de Sistematización de Diagnósticos de Necesidades en Salud.xlsx

- Diagnóstico de Necesidades en Salud.
  Participación Social\Diagnóstico de Necesidades en Salud 2023-2024.pdf

4.1. Plan de Salud MAIS 2024

- **Descripción del Programa a cargo.**

El Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS) se define como el conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna, que se dirige más que al paciente o la enfermedad como hechos aislados, a las personas consideradas en su integralidad física y mental, como seres sociales pertenecientes a distintas familias y comunidades, que están en permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural.

El Modelo de Atención Integral de Salud, de carácter familiar y comunitario, entiende que la atención de salud debe ser un proceso integral y continuo que centre su atención en las personas y sus familias: que priorice actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y se preocupe de las necesidades de salud de las personas y comunidades, entregándoles herramientas para su autocuidado. Su énfasis radica en la promoción de estilos de vida saludables; en fomentar la acción intersectorial y fortalecer la responsabilidad familiar y comunitaria, a fin de mejorar las condiciones de salud.

- **Cumplimiento de metas asociado al programa.**

El modelo, divide su evaluación en 9 ejes, los cuales según la implementación realizada en CESFAM Raúl Sánchez Bañados, se están cumpliendo en los siguientes porcentajes:

Eje	% de cumplimiento actual
Promoción de la salud	62
Prevención en salud	36
Salud Familiar	57
Participación de la comunidad en salud	61
Calidad	27
Intersectorialidad y territorialidad	60
Gestión del desarrollo de las personas y de la organización	50
Tecnología	100
Centrado en atención abierta	25

- **Desafíos propuestos y estrategias para cumplirlos como plan de mejora 2024.**

Con el objetivo de continuar mejorando los porcentajes de ítems cumplidos ya señalados anteriormente, y por tanto seguir progresando año a año en la implementación del modelo, se han fijado los siguientes puntos a trabajar como plan de mejora 2024:

Eje	Estrategia y/o Proyección	Indicador
Prevención	Mujeres de 20 a 64 años reciben actividades preventivas (consejerías) en el contexto de su curso de vida y perfil epidemiológico local.	3 fichas clínicas donde constate que recibe consejería.
Prevención	Hombres de 20 a 64 años reciben actividades preventivas (consejerías) en el contexto de su curso de vida y perfil epidemiológico local.	3 fichas clínicas donde constate que recibe consejería.
Prevención	Personas de 65 y más años reciben consejerías en el contexto de su curso de vida y perfil epidemiológico local.	3 fichas clínicas donde constate que recibe consejería.
Centrado en atención abierta	Existencia de un Plan de trabajo que establezca acciones de coordinación, mediante flujo de información periódica, de los egresos hospitalarios hacia los establecimientos de atención primaria.	Presentación de Plan de trabajo que establezca acciones de coordinación y presentación de informes o solicitud de informes, actas de reuniones que conste de, al menos, información de egresos hospitalarios por NM, DM2, amputaciones por DM2, IAM, ACV, ERC etapa 5, articulado por el Servicio de Salud.
Centrado en atención abierta	Las personas con dependencia severa reciben plan de cuidados domiciliarios desde el establecimiento de atención primaria.	100% de cuidadores de personas con dependencia severa capacitados.
Gestión del desarrollo de las personas y de la organización	Construcción consensuada de perfiles y roles de cargos directivos (director comunal de salud, director de establecimientos, equipo gestor, jefe del SOME, jefe sector, encargado de promoción-participación, calidad, de salud familiar, entre otros) Difundidos al equipo.	La entidad administradora de salud o el establecimiento cuenta con roles y perfiles de cargo definidos y difundidos al equipo para, al menos, los siguientes cargos: equipo directivo, director comunal de salud, director de establecimiento -incluye Hospital Comunitario, jefe del SOME, jefe sector, encargado de promoción-participación, de calidad, de salud familiar entre otros.
Gestión del desarrollo de las personas y de la organización	El establecimiento procura mejorar continuamente el ambiente laboral.	Realizar diagnóstico de clima laboral y plan de mejora desarrollado por el establecimiento o por la entidad administradora de salud a sus establecimientos, con su respectiva evaluación.

Calidad	El establecimiento destina horas protegidas para el trabajo en calidad.	El establecimiento cuenta con encargado de calidad 22 horas semanales con nombramiento oficial, agenda con tiempo dedicado a la calidad y Programa de calidad institucional anual, que incorpore el tiempo protegido.
Participación en salud	El establecimiento cuenta con encargado o jefe de Participación Social en Salud.	El establecimiento cuenta con un encargado de Participación Social en Salud, el/la cual requiere tener certificación de, al menos, un curso de 40 hrs en: participación social, educación popular, derechos humanos y/o trabajo comunitario. Asimismo, el encargado de Participación Social en Salud se ajusta a perfil de cargo definido.
Salud familiar	Existencia de protocolo instalado de Estudios de Familia para realizar planes de cuidado.	Tiene 3 fichas con incorporación de 1 protocolo de estudio de familia y seguimiento del mismo.
Intersectorialidad	Existencia de plan de manejo intersectorial preventivo del daño en población infanto juvenil vulnerable inscrita en el establecimiento.	El establecimiento cuenta con un plan de manejo intersectorial para la población infanto juvenil vulnerable, demostrado a través de alianzas estratégicas entre éste y alguna instancia (educación, deportes, instituciones religiosas, fundaciones, programas de dependencia entre otros).

4.2. Programa de Calidad y Acreditación DESAM La Ligua

El Departamento de salud municipal de La Ligua trabaja para desarrollar una cultura de aprendizaje permanente y mejora continua, buscando brindar sus prestaciones siempre de manera segura, eficaz y eficiente, disminuyendo el riesgo asociado a la asistencia en salud, optimizando la seguridad de las atenciones a través de la implementación de un plan de mejora continua de la calidad basada en los lineamientos del sistema nacional de acreditación.

El siguiente Programa de Calidad describe un conjunto de actividades orientadas al cumplimiento de los objetivos institucionales y de aquellos propuestos en la Política de Calidad del Cesfam, definiendo para ello, actividades, metas y un sistema de evaluación para su cumplimiento.

Objetivo General

- ✓ Establecer una cultura de calidad asistencial y seguridad en la atención, mediante un sistema de gestión de calidad en cada uno de los establecimientos y de las prestaciones otorgadas al usuario del DESAM La Ligua, en base a los estándares de acreditación vigentes.

Objetivos específicos

- ✓ Establecer un plan de trabajo que permita el desarrollo y cumplimiento de las características obligatorias y no obligatorias según los estándares de Calidad establecidos en Pauta de Atención Abierta.
- ✓ Sensibilizar a los funcionarios respecto a temáticas referentes a calidad y acreditación.
- ✓ Disponer de un sistema de notificación de eventos adversos y centinelas en el DESAM La Ligua.
- ✓ Asegurar el desarrollo del proceso de capacitación continuo del recurso humano en las áreas de calidad y acreditación

Objetivo	Actividad	Indicador o verificador
Establecer plan de trabajo que permita el desarrollo y cumplimiento de las características obligatorias y no obligatorias según los estándares de Calidad establecidos en Pauta de Atención Abierta.	Definición de encargados por área del proceso de acreditación	Documento que define responsables por características
	Revisión y supervisión de avance en características obligatorias y no obligatorias, elegidas para el proceso de acreditación	N.º de reuniones realizadas con equipos/N° total de reuniones programadas
Sensibilizar a los funcionarios respecto a temáticas referentes a calidad y acreditación.	Educar a las distintos sectores y unidades respecto a la preparación para la acreditación	N.º de unidades intervenidas/ N.º total de unidades programadas
Disponer de un sistema de notificación de eventos adversos y centinelas en el DESAM La Ligua.	Elaboración de protocolo donde detalle sistema de notificación de Eventos Adversos y Centinelas	Documento de Sistema de notificación de eventos adversos y centinelas de DESAM La Ligua
	Difusión sistema de notificación de Eventos Adversos y Centinelas	N.º de unidades trabajadas/ N.º total de unidades programadas
Gestionar con Encargado de Capacitación el proceso de capacitación continuo del recurso	Reunión con encargada de capacitaciones donde los objetivos serán plantear las capacitaciones requeridas en Pauta de atención abierta y asegurar que todos los	PAC anual con capacitaciones en el área

humano en las áreas de calidad y acreditación	establecimientos cuenten con personal capacitado en las distintas áreas.	Acta de reunión con encargada de capacitaciones

Sección III: EVALUACIÓN PLAN DE SALUD COMUNAL 2023-2024

SECTORES URBANO Y RURAL.

1. SECTORIZACIÓN URBANA

La evaluación del Sector Urbano se desarrolló en dos fases. En la primera de ellas, cada encargado de sector completó una planilla Excel en la cual evaluó el cumplimientos de los objetivos del sector y en la segunda fase, se concretaron los Focus Group en los que participaron funcionarios de los respectivos sectores y quienes manifestaron sus apreciaciones y aportaron sugerencias para el cumplimiento de los objetivos del Plan de Salud 2023-2024. Cabe destacar que el cumplimiento general de los sectores urbanos corresponde a un 54%.
En el siguiente vínculo, encontrará el archivo Excel denominado "Pauta Evaluación Plan de Salud Sectores CESFAM RSB" con la evaluación de los sectores urbanos y el porcentaje de cumplimiento de cada uno de ellos.
Pautas de Evaluación Plan 2023 - 2024\Pauta Evaluación Plan de Salud Sectores Cesfam RSB.xlsx

Asimismo, en el siguiente vínculo encontrará una carpeta con todos los Focus Group concretados para evaluar los objetivos de los sectores del Cesfam.

Focus Group Sectores Cesfam RSB

1.1. Sectorización Urbana: Sector Verde

1.1.1.- Caracterización del Sector

El Sector Verde, corresponde a uno de los 3 grandes sectores del CESFAM Raúl Sánchez Bañados, por lo tanto, la población que atiende corresponde al sector urbano de la comuna, ubicada principalmente en el sector alto de la misma, específicamente desde la plaza de Armas hacia el sur, abarcando prácticamente la totalidad de los cerros que se encuentran habitados.

La realidad del sector verde corresponde a población vulnerable socioeconómicamente y con bajo nivel de escolaridad, además de un gran número de personas con nacionalidad extranjera. Es una población demandante ya que la mayor parte utiliza el sistema público para acceder a los servicios de salud.

En el ámbito social, las atenciones que se realizan a diario reflejan una población mayoritariamente adulta joven, generalmente con trabajo, pero mal remunerados, los ingresos percibidos son bajos y el número de personas por familia es alto por lo cual nuestros hogares se encuentran en el 40% de los más vulnerables, esto conlleva a un excesivo hacinamiento en los hogares.
Otro punto de preocupación es la alta tasa de adulto mayor viviendo solo y sin redes de apoyo presente, lo que genera un sentimiento de abandono por parte de la sociedad como del mismo usuario.
Como principal problemática se identifica la falta de educación y por ende la falta de conocimiento de las posibilidades para optar a los distintos programas, y beneficios sociales, además de no

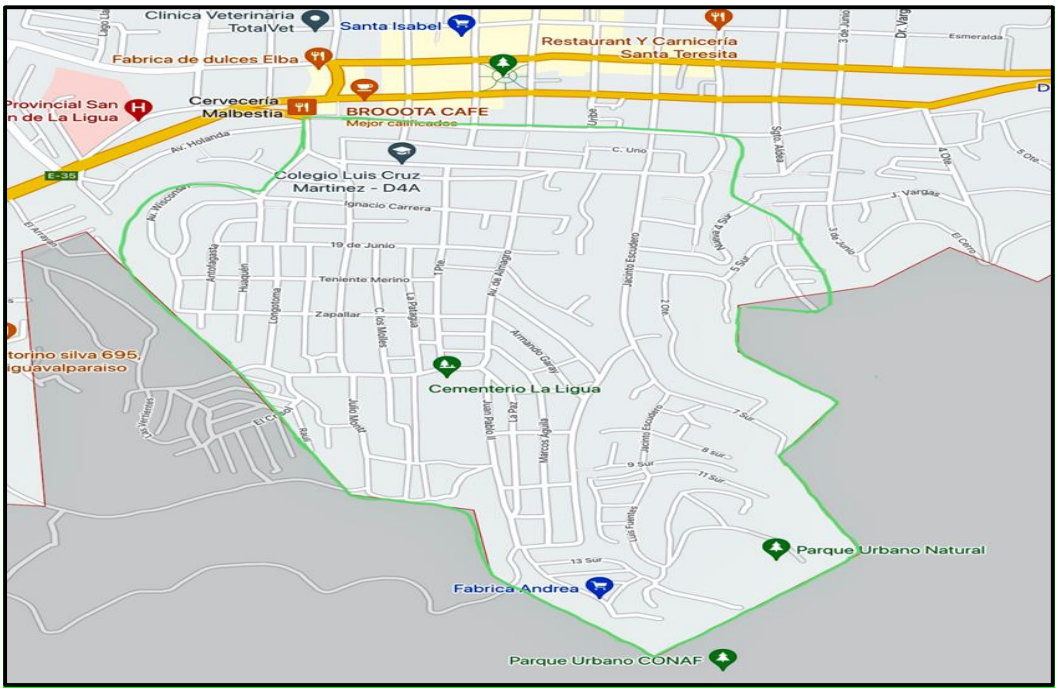
conocer el sistema de salud, por lo que existe un alto porcentaje de inasistencia y falta de adherencia a los programas.
Cabe destacar que en los últimos 2 años han surgido “terrenos en TOMA” en el sector alto de la comuna de La Ligua, los cuales aumentan la población y vulnerabilidad de la misma.

De las jornadas del diagnóstico participativo, los usuarios coinciden en la inseguridad de manera transversal del sector, a través de carreras clandestinas, con autos modificados, lo que también causa contaminación acústica, consumo de drogas en sectores públicos o sitios abandonados, donde la comunidad lo visualiza y opta por no salir del domicilio a ciertas horas.

1.1.2.- Población a cargo del Sector

Rango etáreo	Usuarios en P. Cardiovascular	Usuarios del P. Salud mental	Usuarios con alteración del D. Psicomotor	Usuarios con malnutrición	N° total de Usuarios
0-9	0	57	51	239	867
10-19	4	68	0	0	1006
20 – 64	806	138	0	637	4.906
64 -80 o +	837	45	0	442	1.422
Total	1647	308	51	1318	8.201

1.1.3.- Mapa del Territorio comprendido:



1.1.4.- Organizaciones e instituciones presentes en el territorio:

Sector Verde	Descripción
Juntas de Vecinos (13):	El Mirador, N°3 avenida Cementerio, Wisconsin, Tiro al Blanco, Las torres, El Peumo, Gabriela Mistral, Jacinto Escudero Oyanedel, La Esperanza, Domingo Ortiz de Rozas, Vista Hermosa de los Altos de La Ligua, Jorge Tellier, Mirando al Futuro.
Club de Adultos Mayores (7):	La Fortuna, Gabriela mistral, La esperanza, Ilusión (tiro al blanco), La eterna primavera, Arcoíris de los años dorados, Wisconsin.
Jardines Infantiles y Colegios (7)	Arrebol, Integra, La Casa, Los Ositos, Luis cruz Martinez, Mis Dones, Piececitos de Niño.
Club de Deporte (5):	Asociación de Fútbol de La Ligua centro cultural y deportivo Sol Diaguita, EL Cóndor, Unión Serrano, Brasil, Enduro titi.
Centro de madres y Adelanto (4)	Centro de madre “central” La Cantera, Wisconsin, Esperanza Joven y Comité de Adelanto todos juntos en pasaje Huaquen.
Comité de Vivienda (8)	Villa Cordillera, Esperanza el alto de La Ligua, Hogar Dulce Hogar, Vivienda Aconcagua, Vista del Valle, Ollagua, Las Águilas, Entre valles.
Otras Organizaciones	Grupo de profesores Jubilados de Petorca Iris Basaez Fernández, Desarrollo “Entre Cerros”, Consejo Consultivo de Salud, Agrupación el Pascuero Liguano.

1.2.- Sectorización Urbana: Sector Azul

1.2.1.- Caracterización del sector

El sector azul se caracteriza por ser el más amplio en sentido geográfico de los tres sectores de La Ligua, ubicado en su extensión hacia la zona poniente de la ciudad, presentando un aumento paulatino de la población donde actualmente se encuentran inscritos 8.759 usuarios, desglosado en la siguiente tabla:

Rango Etario	Sector Azul	
	Usuarios Fonasa con ficha Clínica	Usuarios Otra Previsión
0-9	939	84
10-14	561	48
15-19	545	22
20-64	4862	335
65-80	960	38
80 y (+)	359	6
TOTAL	**8226**	**533**

El sector azul cuenta con localidades rurales tales como: Placilla, La Chimba, Quínquimo, Quebradilla y Jaururo. Estos subsectores se encuentran alejados de la zona urbana, existiendo escasa locomoción colectiva y mayores distancias, siendo hasta el momento una de las principales problemáticas. La realidad del sector corresponde a una población mayoritariamente envejecida y con pocas redes de apoyo lo que representa un factor de riesgo para el sector.

El hacinamiento del sector se ve mayormente reflejado en el subsector de la San expedito, San Alberto Hurtado, Don Zacarías y el Arrayán debido al aumento de población vulnerable y flotante que residen en tales zonas.

Dentro de los usuarios inscritos tenemos un porcentaje definido de población bajo control, que va cambiando, dependiendo de la asistencia de los usuarios frente a los rescates de sus controles. En cuanto a la población que ingreso por ciclo vital, tenemos 45 embarazadas bajo control, 2 de los cuales son embarazos adolescentes. Las patologías ARO más comunes en la población gestante son: cicatriz cesárea, HTA, Diabetes pre y gestacional, ITU a repetición, obesidad, anemia e hipotiroidismo. Además, existe una población adolescente entre 10 y 19 años bajo control de 200 usuarios aproximadamente. La población menor a 9 años bajo control presente en el sector es de 363 usuarios, de los cuales 32 son usuarios NANEAS. Toda la información se encuentra en tarjetero físico y digital, donde el objetivo es conocer la población bajo control, patologías más comunes, determinar riesgos psicosociales, efectuar rescates ya sea a través de VDI y citación a controles según ciclo vital.

La principal consecuencia que dejó la pandemia se ve reflejado en el cambio de estilo de vida saludable de nuestra población, por el gran aumento de usuarios con malnutrición por exceso y descompensación de alguna patología de base. Además, agudizó el problema de locomoción, disminuyendo considerablemente, problema que a la fecha aún no se ha regularizado.

Por otro lado, durante este periodo se evidenció un aumento de la población flotante (gitanos, circenses, etc.), además de la venta de terrenos en zonas no reguladas, donde llegaron usuarios de otras localidades, en su mayoría población vulnerable, quienes además poseen otras necesidades y prioridades de salud (Ej: poli-consulta, aumento consultas de salud mental).

1.2.2.- Población a cargo del Sector

Rango etario	N° de usuarios en programa Cardiovascular	N° de usuarios del programa Salud mental	N° de usuarios con alteración del Desarrollo Psicomotor	N° de usuarios con malnutrición
0 - 9	0	49	22	273
10-19	6	74	0	290
20 - 64	689	203	0	591
64 – 80 o +	725	63	0	406
Total	1.420	389	22	1560

1.2.3.- Mapa del Territorio comprendido

Mapa de la comuna de La Ligua, en color azul se puede apreciar la extensión del sector:



Localidades	Límites
San Expedito San Alberto Hurtado	Ubicado en sector sur-poniente y limitado por la calle Hermanos Aravena Williams y los pasajes adyacentes a la calle El Crisol.
Villa Holanda El Arrayán	Calle con el mismo nombre, continuado con el conjunto habitacional detrás de La Copec.
Villa Fértil Don Zacarías Victorino Silva	Limitado por las calles Victorino Silva (oriente), Las Rosas (norte), Los Manzanos (sur) y Los Almendros (poniente).
Villa Futuro Villa O`Higgins El Rayado	Limitado por las calles Gabriela Mistral-Pedro Prado (oriente), Las Araucarias-Vicente Huidobro (norte) paralelas a Portales, Lihuén y pasajes adyacentes (sur), y Talanquen (poniente).
La Chacarilla	Continuación de calle Ortiz de Rozas hacia Placilla (Poniente)
Placilla La Chimba Quinquimo	Comprendidos en su extensión por la Avenida Portales hasta el KM E-39, teniendo calles paralelas: Amazonas, Carmen, 27 de Abril, Lan Chile, Ferrocarril, Centenario.
Quebradilla Jaururo Los Maitenes	Parte de la ruta 5 Norte comprendida desde rotonda del KM E-39 hasta el Embalse el Totoral.

1.2.4.- Organizaciones e instituciones presentes en el territorio

Sector Azul	Descripción
Juntas de Vecinos (12):	San Alberto Hurtado, San Expedito, Villa Holanda, El Arrayán, Villa Fértil, Villa Futuro, El Rayado, Villa O´Higgins, La Chimba, Placilla, Quebradilla, Jaururo.
Club de Adultos Mayores (4):	Corazones Alegres de Placilla, Madre de Dios Rosas y Claveles, San Alberto Hurtado, Jaururo
Jardines Infantiles y Colegios (11)	Abejitas Creadoras, Artylen, Arrebol, Colegio Domingo Ortiz de Rozas, Escuela Básica de Quebradilla, Escuela Diego Portales, Maese Da Vinci, Manitos de Colores, Pin y Pon, Serpentina, Tía Luz.
Club de Deporte (8):	El Flecha, Serrano, La Chimba, Tricolor, Multicancha Quinquimo, Multicancha Villa Fértil, Multicancha Villa Futuro, Multicancha Quebradilla.
Otras Agrupaciones (3):	Capilla Santa Trinidad de El Rayado, Iglesia Virgen del Carmen de Placilla, Bomberos de Placilla.

1.3 Sectorización Urbana: Sector Amarillo

1.3.1.- Caracterización del sector

El sector amarillo posee 9.785 con ficha clínica, donde predomina el grupo etario adulto (20 a 64 años) y posteriormente tendencia al adulto mayor (mayores de 65 años), pertenecientes al sector de la Población Pulmahue, Los Quintrales, Sector Centro y Condominio de viviendas tuteladas, los cuales mantienen una alta demanda al solicitar las prestaciones otorgadas en el CESFAM. Los determinantes intermediarios de la salud identificados en este sector son: Aumento de Personas Mayores en el sector amarillo con escasa red de apoyo, en su mayoría con dificultad para el desplazamiento y/o con domicilios en sectores de difícil acceso (viviendas en altura con escaleras como único modo de acceso), quienes, si bien no son dependientes severos, sus diagnósticos y deterioro físico propio de la edad les impide acudir a CESFAM de manera regular pese a contar con patologías crónicas que requieren seguimiento.

Ubicación geográfica de las viviendas, específicamente las ubicadas en los sectores rurales de El Carmen y La Higuera los cuales al no estar emplazados en la zona urbana presentan dificultades en el acceso a las prestaciones de salud, puesto que la locomoción no es regular en dichos sectores y además no existen rutas de accesibilidad de forma pedestre por lo lejano de los sectores.

Además, agregar que existe el sector de la Gruta y la población Rodríguez que presentan mayor concentración de personas mayores, el cuál presenta dificultad en el acceso, escasa locomoción colectiva que cubra la necesidad real de la población. Se debe considerar que existe la presencia de un número significativo de personas en situación de calle, temporales o permanentes, ubicados en el sector amarillo, así como también, se realiza la apertura del albergue temporal, que por su ubicación les corresponde atención en el sector amarillo. En vista del nivel de vulnerabilidad social de estos grupos de personas se generan estrategias de accesibilidad.

La presencia de servicios básicos, dentro y fuera del hogar; luz, alcantarillado y sobre todo la factibilidad de agua, es un factor que en caso de no ser permanente afecta tanto para el consumo como para mantención del rubro predominante en la zona (agricultura). Asimismo, se debe considerar que los sectores rurales (El Carmen y La Higuera) no cuentan con servicio de alcantarillado.

El hacinamiento posee un papel preponderante a la hora de caracterizar a la población, debido a la gran cantidad de migrantes que residen en el sector del centro de la ciudad, los cuales comparten gastos asociados a arriendo de alto costo, gastos comunes o arriendo de piezas individuales, en viviendas con ampliaciones irregulares.

Las condiciones laborales pueden traducirse en riesgos físicos laborales secundarios del trabajo informal o temporario por carecer de cotizaciones de leyes sociales y mutualidades que cubran accidentes. Predominantemente del rubro de la agricultura y el comercio ambulante presente en el centro de la ciudad.

Dicho esto, existe una carga importante de responsabilidad social, en el sentido de crear condiciones que propicien espacios y entornos saludables, es decir, realizar acciones intersectoriales para modificar las condiciones de riesgo y con ello mejorar la salud de nuestra población a cargo.

1.3.2.- Población a cargo del Sector

Rango etario	N° de usuarios en programa Cardiovascular	N° de usuarios del programa Salud mental	N° de usuarios con alteración del Desarrollo Psicomotor	N° de usuarios con malnutrición
0-9	2	77	38	553
10-19	11	19	0	87
20 – 64	952	182	0	701
64 -80 o +	1006	48	0	521
Total	1971	326	38	1862

1.3.3.- Mapa del Territorio comprendido

El sector amarillo está situado en la zona centro de la comuna de La Ligua y se extiende hacia el oeste abarcando hasta las zonas rurales tales como El Carmen, La Higuera y El Bosque. Si bien estas localidades quedan a una distancia aproximada de 7 km, hay escasa disponibilidad de locomoción colectiva, no llegando a todos los puntos geográficos de este sector y además circulan en horarios no compatibles con el funcionamiento del CESFAM, esta información según el levantamiento del diagnóstico de necesidades en salud, por lo que la movilización y distancia es una barrera importante para el acceso de salud. Hacia el norte se delimita con el Río La Ligua, sureste con sector verde (La Cantera).

Mapa del Territorio comprendido



1.3.4.- Organizaciones e instituciones presentes en el territorio

Sector Amarillo	Descripción
Juntas de Vecinos (18):	Agua Clara, Centro Poniente, El Carmen, Estadio, Hospital de La Ligua, Juan Pablo II, La Gruta, La Higuera, Los Lagos, Los Quintrales, Los Paltos, Población Pulmahue, Población Rodríguez, Unión el Bosque, Villa Francisco de Arcaya, Villa Lua, Villa Padre Hurtado, Villa Prat.
Club de Adultos Mayores (8):	Alegría del Carmen, Los Lagos, Las Raíces del Carmen, Los Acacios, Manuel Rodríguez, Pulmahue, San Agustín, San Alberto Hurtado.
Jardines Infantiles y Colegios (19)	Colegio Adonay Pukalán, Colegio Luis Cruz Martínez, Colegio Santa María, Escuela Enrique Doll Rojas, Escuela Gabriela Mistral, Escuela República de Venezuela, Liceo Pulmahue, Jardín Infantil y Sala de Cuna Pulmahue, Jardín infantil El Carmen, Jardín Infantil Santa Teresa, Jardín Infantil Los Duendes de Calicanto, Jardín Infantil Cuncunita. Jardín infantil Mundo feliz, jardín infantil Bambi, colegio Centro Caid, jardín infantil Manitos de cristal, jardín infantil Humberto Basulto, jardín infantil Tejedores de Ilusión, Escuela Sol Naciente.
Club de Deporte (6):	Club de Rodeo El Carmen, Club de Huasos La Higuera, Club de Rayuela La Higuera, Club de Ciclismo, Club Deportivo La Higuera, Club deportivo Libertad.
Otras Agrupaciones e Instituciones (24):	Municipalidad, Gobernación, Carabineros, Bomberos, PDI, Tesorería general de la República, Senda, Dirección del Trabajo, Prodemu, Hospital San Agustín, Iglesia Católica, PAI-C, PAI-IA, ESMA, ENLACE, SernamEG., OPD, PRM, PIE, DAM , SERVIU , Mediación , Corporación de Asistencia Judicial , FAE, JUNAEB.
	Iglesia Jesucristo de Los Últimos días, Centro de Madre El Carmen, Centro de Madres Pulmahue, Centro de Madres La Higuera.

1.4 Sectorización Urbana: Sector Rojo (Transversal)

1.4.1.- Caracterización del sector

El sector Rojo del CESFAM Raúl Sánchez Bañados es una unidad de apoyo transversal, cuyo principal objetivo es la entrega de prestaciones y procedimientos de salud, basados en la promoción, prevención, curación entre otras centrados en el usuario y la familia.
En el Sector Rojo se concentran atenciones que son derivadas desde distintos sectores del Cesfam RSB, PSR y también derivaciones desde la atención secundaria para sus respectivos seguimientos. Dentro de los distintos procedimientos que se realizan en el sector se encuentran: curaciones simples y avanzadas, electrocardiogramas, inyectables, controles respiratorios agudos y crónicos, consultas de morbilidad respiratoria, espirometrías, sesiones de kinesioterapia respiratoria, hospitalizaciones abreviadas, entre otras.
Ante el aumento de enfermedades respiratorias durante el año 2023, se implementó la estrategia de Poli respiratorio y campaña de invierno en el sector, aumentando la cobertura de atención de patologías agudas y crónicas respiratorias.
En este sector, al tener box de reanimación se atienden las urgencias no vitales que surgen día a día en el Cesfam RSB, el cual cuenta con un protocolo de funcionamiento, acciones que se enmarcan bajo el nivel de pertinencia y resolutividad de la APS.

En términos de distribución de boxes, el sector rojo cuenta con box de curaciones y procedimientos, box de reanimación, box de poli respiratorio, box de atención médica de la sala respiratoria, box IRA, box ERA.

1.4.2.- Programas, subprogramas y actividades relacionadas

Programas Complementarios	Definición
PROGRAMA DE SALUD RESPIRATORIA IRA /ERA	El objetivo del programa es disminuir la morbilidad y mortalidad a causa de enfermedades respiratorias agudas y crónicas, entregando atención oportuna a toda la población mejorando su acceso a diagnóstico, terapia estandarizada y rehabilitación cuando proceda, con la finalidad de mejorar su calidad de vida **PROGRAMA IRA** Programa de infecciones respiratorias agudas (IRA) comprende desde los 0 años a 14 años de edad, tiene por objetivo asegurar la atención de la población bajo control de nuestro establecimiento de APS con diagnóstico de SBO, SBOR y Asma, entre otros y también la atención de enfermedades respiratorias agudas. Se garantiza el acceso oportuno y seguro a la atención, que permita la continuidad de los tratamientos como kinesioterapia respiratoria.
	Actualmente tanto en sector urbano y rural tenemos 138 usuarios bajo control con Diagnóstico de SBOR y a 423 usuarios bajo control con diagnóstico de asma.

	PROGRAMA ERA El Programa de enfermedades respiratorias del adulto (ERA) comprende desde los 15 años hasta los 80 años y más de edad, tiene por objetivo asegurar la atención de la población bajo control de nuestro establecimiento de APS con diagnóstico EPOC, Asma, entre otros y también la atención de enfermedades respiratorias agudas. Se garantiza el acceso oportuno y seguro a la atención, que permita la continuidad de los tratamientos Actualmente tanto en sector urbano y rural tenemos 718 usuarios bajo control con diagnóstico de ASMA, 137 usuarios bajo control con diagnóstico de EPOC y 158 usuarios bajo control con diagnóstico de otras enfermedades respiratorias crónicas.
Unidad de procedimientos	Unidad en la que se brindan prestaciones de salud a todos los usuarios inscritos en Cesfam Raúl Sánchez Bañados. Se describen como procedimientos: urgencia no vital, realización de Electrocardiograma, administración de medicamentos vía oral, endovenosa, intramuscular y subcutánea También instalación de sondas, curaciones simples, extracción de puntos, lavado de oídos, cambios y cuidados de la colostomía, entre otros.
Epidemiología	Actividad de salud pública cuyo objetivo es vigilar, investigar y evaluar la información obtenida para desarrollar un proceso de toma de decisiones basado en la situación existente, de esta manera, coordinar una respuesta global del sistema ante situaciones de emergencia epidemiológica, como brotes, enfermedades de notificación obligatoria, entre otros.
Curaciones avanzadas	Unidad en la que se brindan prestación de salud a todos los usuarios de Cesfam Raúl Sánchez Bañados. Se describen manejo de úlcera de pie diabético, úlceras venosas, quemaduras, heridas complejas, entre otras.
Toma de Muestras	Unidad de atención brindada por laboratorio externo, que permite la toma de muestras de la cartera de prestaciones de APS y también particulares, con el objetivo de brindar un servicio integral a nuestros usuarios.

2. SECTORIZACIÓN RURAL

La evaluación del Sector Rural se desarrolló en dos fases. En la primera de ellas, cada encargado de sector completó una planilla Excel en la cual evaluó el cumplimiento de los objetivos del sector y en la segunda fase, se concretaron los Focus Group en los que participaron funcionarios de los respectivos sectores y quienes manifestaron sus apreciaciones y aportaron sugerencias para el cumplimiento de los objetivos del Plan de Salud 2023-2024. Cabe destacar que el cumplimiento general de los Sectores Rurales corresponde a un 83%.
En el siguiente vínculo, encontrará el archivo Excel denominado “Pauta Evaluación Plan de Salud Sectores Rurales” con la evaluación de los sectores rurales y el porcentaje de cumplimiento de cada uno de ellos.

Pautas de Evaluación Plan 2023 - 2024\Pauta de Evaluación Plan de Salud Sectores Rurales.xlsx
Asimismo, en el siguiente vínculo encontrará una carpeta con todos los Focus Group concretados para evaluar los objetivos de los sectores rurales.

Focus Group Sectores Rurales

2.1 Sectorización Rural: Sector Valle Hermoso

2.1.1.- Caracterización del Sector

Valle Hermoso se encuentra ubicado al noreste de la ciudad de La Ligua a una distancia aproximada de cinco kilómetros desde la plaza de armas. Los habitantes reconocen que estas tierras pertenecieron a comunidades indígenas, las que posteriormente pasaron a formar comunidades agrícolas.

La localidad se ha destacado por su actividad agrícola, ganadera y textil desde épocas coloniales; el tejido en telar es lo que ha destacado a través de los años a Valle Hermoso como una zona textil artesanal que ha sido considerada como la “Cuna del Tejido”.

Dentro del sector de Valle Hermoso, se encuentran ubicadas dos postas de salud rural (PSR): **Posta Rural de Pueblo de Roco** y **Posta Rural de Pueblo de Varas.** Ambos establecimientos de atención primaria tienen como propósito contribuir a la satisfacción de las necesidades de salud de la comunidad a través de un conjunto de acciones de promoción, prevención y acciones curativas, además de promover el desarrollo de las personas, familias y comunidades.

2.1.2.- Población a cargo del Sector

Respecto a la población inscrita en las Postas de Salud Rural, actualmente suman un total de **5.687 usuarios(as) inscritos(as),** siendo las postas con mayor cobertura de atención a usuarios del sector rural de la comuna.

Rango etario	N° de usuarios en programa Cardiovascular	N° de usuarios del programa Salud mental	N° de usuarios con alteración del Desarrollo Psicomotor	N° de usuarios con malnutrición
0-9	0	36	15	131
10-19	2	80	0	0
20 – 64	541	243	0	0
64 -80	490	47	0	0
Total	1006	406	15	831

Fuente: Censo Junio 2022 y población inscrita a Agosto 2022, Unidad de Estadística, DESAM La Ligua.

2.1.3.- Mapa del Territorio comprendido



Fuente: Google Maps.

Sector Valle Hermoso	Territorio comprendido	Población Inscrita
PSR. De Roco	Abarca desde el sector Avenida El Calvario hacia el este del sector de Valle Hermoso, comprendiendo los sectores Illalolén, Quebrada del Pobre y Colo-Colo.	2223
PSR. De Varas	Comprende desde la avenida el Calvario hacia el centro del sector de Valle Hermoso. Se encuentra conformada por los sectores Plaza (centro), Bellavista, Colón, Cuatro Esquinas, Miramar, Pueblo arriba y La Avenida El Calvario.	3323

Fuente: Población inscrita a agosto 2022, Unidad de Estadística, DESAM La Ligua.

2.1.4.- Organizaciones e instituciones presentes en el territorio

Sector Valle Hermoso	Descripción
Juntas de Vecinos:	Bellavista, Campo Lindo, Cuatro Esquinas, Colón, Illalolén, Pueblo Arriba, Pueblo de Rocco, Sector Plaza.
Club de Adultos Mayores:	Aromos y Camelias, Bellavista, La Flor de la Esperanza, Los nietecitos, Nuestra Señora del Rosario, Nuevo amanecer del Valle, Virgen María.
Jardines Infantiles y Colegios:	Colegio San Francisco, Escuela Ángel Menay, Escuela Comunidades de Valle Hermoso, Escuela Ministro Gómez Milla, Jardín Infantil Ovillito de Lana.
Club de Deporte:	Bellavista, Copihues Rojos, Illalolén, Independiente Fútbol Club, Miraflores, Navidad, Unión Central.
Otras Agrupaciones e Instituciones:	Club de Huasos, Centro de Madres, Agrupación Barrio Comercial Valle Hermoso La Cuna del Tejido, Agrupación Crianceros del Valle.

2.2. Sectorización Rural: Sector Longotoma

2.2.1.- Caracterización del Sector

El sector Longotoma se encuentra ubicado al interior de la Ciudad de La Ligua, manteniendo tres accesos principales: Uno por carretera 5 Norte kilómetro 163, un segundo acceso por cuesta La Canela, que se encuentra ubicada en el sector de Quebrada del Pobre, Valle Hermoso; y el tercer acceso desde la localidad de Artificio, perteneciente a la comuna de Cabildo.

En relación a los servicios comunales que se encuentran presente en el Valle de Longotoma podemos hacer mención que actualmente el sector cuenta con tres Postas de Salud Rural (PSR) pertenecientes al Departamento de Salud Municipal de La Ligua (DESAM); cuatro jardines infantiles (JUNJI), un jardín infantil (VTF) y seis colegios (DAEM), además de una compañía de bomberos. Pese al auge en el acceso de los servicios, aún se mantiene una carencia respecto a la presencia de algún destacamento de Carabineros de Chile en el territorio del valle de Longotoma razón por la cual frente a una emergencia ocurrida en el lugar y alertada vía llamado telefónico, los funcionarios policiales deben concurren al lugar desde la Comisaría más cercana, en este caso, aquella ubicada en Valle Hermoso.

Ahora bien, si surgen necesidades relacionadas a servicios tales como notaría, registro civil, bancos, hospital(es), etc., los (as) usuarios (as) deben trasladarse hacia el sector urbano de la ciudad de La Ligua, (centro de la ciudad) con un tiempo traslado aproximado de 30 a 50 minutos, conforme la ruta de acceso preferida.

Por otra parte, cabe señalar que la principal fuente económica del sector, proviene de la agricultura y floricultura, producciones que durante los últimos años se han visto mermadas debido a la escasez hídrica que afecta a la Provincia de Petorca desde hace más de 15 años. Dicha problemática también ha afectado de forma importante a los servicios de agua potable rural (APR) que abastecen a la

población local del valle de Longotoma, llegando a verse suspendido el suministro de agua potable en ocasiones. Lo anterior ha generado la activación de planes de contingencia a fin de subsanar la problemática presentada en la localidad, permitiendo reabastecer a los habitantes de la localidad a través de la entrega de agua potable por medio de camión aljibe.

Resulta sumamente relevante hacer presente que durante los últimos 5 años aproximadamente, se han incrementado la venta de terrenos irregulares *(loteos brujos)*, lo que ha llevado a un aumento de población flotante y/o grupos de personas que han decidido establecerse de forma definitiva en el territorio, ocasionando consigo un aumento significativo en la demanda de servicios públicos asociados a salud y educación tanto en niveles preescolares como escolares del Valle de Longotoma.

2.2.2.- Población a cargo del Sector

Respecto a la población inscrita en las tres Postas de salud rural, actualmente suma un total de 3.946 usuarios (as) inscritos (as).

Rango etario	N° de usuarios en programa Cardiovascular	N° de usuarios del programa Salud mental	N° de usuarios con alteración del Desarrollo Psicomotor	N° de usuarios con malnutrición
0-9	0	6	10	118
10-19	2	16	0	0
20 – 64	279	58	0	0
64 -80	331	22	0	0
Total	**612**	**102**	**10**	**118**

Fuente: Censo junio 2023, Unidad de Estadística, DESAM La Ligua.

2.2.3.- Mapa del Territorio comprendido



Foto obtenida Google maps: Referencia de ubicación del Sector Longotoma.

Sector Longotoma	Territorio Comprendido	Población inscrita
PSR El Trapiche	Al ingresar por dirección Oeste desde ruta 5 Norte (km 163, rotonda de Longotoma), dependencia queda ubicada aproximadamente a la altura del Kilómetro 10 de la ruta E-253, abarcando los sectores de Casas Viejas, El Llano, Trapiche y Maitén Largo.	1030
PSR Santa Marta	Al ingresar por dirección Oeste desde ruta 5 Norte (km 163, rotonda de Longotoma), dependencia queda ubicada aproximadamente a la altura del Kilómetro 32 de la ruta E-253, abarcando los sectores de Los Romeros, El Escorial y Santa Marta.	969
PSR La Canela	Al ingresar por dirección Oeste desde ruta 5 Norte (km 163, rotonda de Longotoma), dependencia queda ubicada aproximadamente a la altura del Kilómetro 37 de la ruta E-253, abarcando los sectores de La Canela y Pichilemu.	759

2.2.4.- Organizaciones e instituciones presentes en el territorio

Sector Longotoma	Descripción
Juntas de Vecinos:	Casas Viejas, El Trapiche, La Canela, Maitén Largo, Puyancón, El Escorial, Santa Marta y Pichilemu.
Club de Adultos Mayores:	Los Olivos (Casas Viejas), Los Romeros de Longotoma, La Flor de La Canela, Santa Teresita de los Andes (El Trapiche).
Jardines Infantiles y Colegios:	Jardínes infantiles: Clavelito de Trapiche, Gotitas de Amor de Casas Viejas, Sonrisitas de La Canela, Manitos de Ángel de Puyancón.
	Colegios: Escuela Básica Casas Viejas, Escuela Básica El trapiche G-14 , Escuela Básica G-9 Puyancón, Escuela Básica Santa Marta, Escuela Básica La Canela G-15, Escuela Básica Pichilemu.
Club de Deporte :	Club de huaso Laboral Los Romeros, Club de Rodeo Laboral El Trapiche, Club de Motos Enduro Longotoma, Club Deportivo Santa Marta, Club Deportivo Unión Trapiche.
Bomberos	Sexta Compañía de Bomberos de La Ligua.
Otras Agrupaciones e Instituciones:	Centro de madres Casas Viejas, Centro de madres Las Flores de Santa Marta, Centro de madres El Trapiche, Agrupación de Servicios de comités de Agua Potable Rural del Valle de Longotoma, Agrupación de Floricultores de Longotoma, Consejo de Capilla El Trapiche.

2.3 Sectorización Rural: Sector Costa

2.3.1.- Caracterización del Sector

El Sector Costa comprende un amplio margen territorial que comienza en el kilómetro 162 de la ruta 5 norte, ubicado en sector Las Parcelas de Longotoma hasta el kilómetro 181 correspondiente a la localidad de Los Molles.

En cuanto a las principales actividades económicas del sector, podemos destacar el desarrollo de actividades agrícolas, enfocadas principalmente al cultivo de flores y papas dentro de la zona campestre que comprende Las Parcelas de Longotoma y Huaquén. En tanto, las zonas costeras de Pichicuy y Los Molles, centran su desarrollo productivo en actividades agropecuarias, al contar con una caleta en cada localidad. Adicionalmente, en la zona permanecen instalaciones de empresas mayores relacionadas a la industria de aceite de oliva y ganadera de pavos. Junto a todo lo anterior, la zona contempla un gran desarrollo turístico debido a sus zonas costeras, generando un aumento de población flotante en épocas estivales que a lo postre provocan un incremento en la demanda de los servicios públicos. Sumado a ello, resulta imperioso mencionar que mucho del aumento población tiene su origen en la venta indiscriminada de loteos irregulares en suelos que no poseen la calidad de edificación habitacional exigida por ley, aumento el cúmulo de basura domiciliaria, agravando las deficiencias en el saneamiento básico de las viviendas lo que repercute directamente en la salud local.

En lo tocante a los sistemas hídricos de las localidades mencionadas, es menester destacar la presencia de sistemas de Agua Potable Rural (APR) junto a sistemas aljibes que sustentan a gran parte de la población local.

Dada la dispersión geográfica que caracteriza al sector, el transporte juega un rol clave en el acceso y satisfacción de necesidades de la población. Sin perjuicio de ello, la escaza frecuencia del servicio de transporte público y privado ha generado problemas logísticos en el desarrollo de actividades diarias de los pobladores, quienes en ocasiones acuden a la voluntad vecinal para ver satisfechos los traslados al centro de la comuna. En forma ilustrativa, se comparten las distancias de las principales localidades que comprenden el sector Costa con la capital comunal:

a) Parcelas de Longotoma 18 km (distancia a zona urbana); **b)** Huaquén 27 km (distancia a zona urbana); **c)** Pichicuy 29.5 km (distancia a zona urbana); **d)** Los Molles 42.5 km (distancia a zona urbana).

2.3.2.- Población a cargo del Sector

Respecto a la población inscrita en las cuatro postas de salud rural, su número asciende a un total de 4.393 usuarios (as) inscritos (as).

Rango etario	N° de usuarios en programa Cardiovascular	N° de usuarios del programa Salud mental	N° de usuarios con alteración del Desarrollo Psicomotor	N° de usuarios con malnutrición
0-9	0	14	10	209
10-19	1	23	0	0
20 – 64	596	168	0	0
64 -80	708	89	0	0
Total	1305	294	10	209

2.3.3.- Mapa el Territorio comprendido



Sector Costa	Territorio Comprendido	Población inscrita
PSR Las Parcelas	Ubicada en sector norte de la comuna, específicamente en rotonda de la ruta 5 Norte sector Longotoma. Abarca población para atender a las localidades de San Manuel, El Guindo Grande, El Guindo Chico, Las Caletas, Mariano Alfonso, Estación Longotoma y Las Parcelas.	**1583**
PSR Huaquén	Ubicada a la altura del Km. 4 del camino de Huaquén, a la altura de la ruta 5 norte. Comprende Los Hornos y Huaquén.	**1473**
PSR Pichicuy	Ubicada en la Caleta de Pichicuy, sector costero de la comuna.	**775**
PSR Los Molles	Ubicada en el balneario de Los Molles, sector oriente. Comprende los sectores de La Ballena, Quinquelles, Santa María y los Molles.	**1346**

2.3.4.- Organizaciones e instituciones presentes en el territorio

Subsector Pichicuy	Descripción
Juntas de Vecinos	Junta de Vecinos de Pichicuy
Club de Adultos Mayores	Los Milagros de Pichicuy.
Jardines y Colegios	Escuela Básica de Pichicuy G-1, Jardín Infantil Pececitos de Pichicuy.
Club de Deporte	Club Deportivo Pichicuy, Club de Deportes Extremos.
Otras Agrupaciones e Instituciones	Centro de Madres Nueva Luz; Iglesia Católica; Iglesia Metodista; Iglesia Evangélica Pentecostal; Sindicato de Pescadores; Comité de Vivienda Costa Azul; Agrupación de Reciclaje y Medioambiente; Comité de adelanto la Mármol; Agrupación Alcaldía de Mar; Comité de Agua Potable Los fundadores; Centro de Madres Aguas Marinas; Agrupación Cultural Maranata; Agrupación Cultural Bahía pequeña.

Subsector Las Parcelas	Descripción
Juntas de Vecinos	Junta de Vecinos Las Parcelas Santa Victoria; Junta de Vecinos Guindo Chico; Junta de vecinos San Manuel; Junta de Vecinos La Estación.
Club de Adultos Mayores	Alfonso Claro; Las Camelias de San Manuel.
Jardines y Colegios	Escuela Poza Verde; Jardín Infantil Pequelandia; Colegio Carmen Sánchez Araya
Club de Deporte	C.D. El Guindo; C.D. Reina Victoria; Club Moto Enduro.
Otras Agrupaciones e Instituciones	Centro de Madres Las Camelias de la Estación; Centro de Madres Las Margaritas de San Manuel; Centro de Madres María Adela; Comité de agua Potable rural Las Caletas; Comité de Adelanto Mariano Alfonso; Comité de Adelanto La Esperanza; Comité de Vivienda Las Parcelas; Comité de Adelanto El Valle de San Manuel.

Subsector Huaquén	Descripción
Juntas de Vecinos	Junta de Vecinos Huaquén; Junta de Vecinos Los Hornos.
Club de Adultos Mayores	Las Astromelias de Huaquén.
Jardines y Colegios	Escuela Básica Las Casas de Huaquén; Jardín Infantil Los Ositos Cariñositos de Huaquén; Escuela Básica Los Hornos; Jardín infantil Los Monitos de Huaquén (Los Hornos).
Club de Deporte	Club de Huasos Casas de Huaquén.
Otras Agrupaciones e Instituciones	Centro de Madres “El renacer de Huaquén”; Asociación Huevos de Huaquén; Organización sociocultural para el Bosque de Huaquén; Comité Las Camelias de la Estación; Centro de Madres Las Margaritas de San Manuel; Centro de Madres María Adela; Comité de Agua Potable rural “Las Caletas”; Comité de Adelanto Mariano Alfonso; Comité de Adelanto La Esperanza.

Subsector Los Molles	Descripción
Juntas de Vecinos	Los Molles; Los Quinquelles; Mesetas del Chivato; Rocas de Quinquelles; San Lorenzo la Polcura; Las Terrazas 2; Villa Huaquén.
Club de Adultos Mayores	Fuerza y Vida de Los Quinquelles; Las Gaviotas de Los Molles; Dulce Atardecer; Villa Huaquén.
Jardines y Colegios	Escuela Básica de Los Molles; Jardín Infantil Estrellita de Mar.
Club de Deporte	Club de Huasos Nueva Amanecer.
Otras Agrupaciones e Instituciones	Centro de Madres Los Molles; Villa Huaquén; Comité de Vivienda Chacres de Los Molles; Comité de Adelanto “El Mirador de Los Molles”; Comité de Agua Potable Santa María; Agrupación Ambiental Guanay; Agua Potable Rural Los Quinquelles; Agua Potable Rural La Ballena; Comité de Adelanto Mesetas del Chivato; Comité de Adelanto Altos de Santa María; Comité de Agua Potable Rocas de Quinquelles; APR Villa Huaquén; Centro Cultural Mar de Sueños; Comité de Adelanto Terrazas de Quinquelles; Comité de Adelanto Rocas de Quinquelles.

Sección IV: EVALUACIÓN GENERAL PLAN DE SALUD COMUNAL 2023-2024.

La evaluación Plan de Salud 2023-2024 fue formulado en base las observaciones, comentarios y sugerencias formuladas por distintos funcionarios de los sectores urbano y rural en los distintos Focus Group concretados para analizar los programas de salud, sectores de atención urbana y sectores de atención rural.

1. La percepción de los equipos de salud es que existe una escasa disponibilidad de horas asistenciales para algunos programas. Al respecto, como entidad administradora se realizará la medición para corroborar lo anterior en la próxima programación de actividades 2024 y donde se analizarán los siguientes datos de acuerdo a las directrices difundidas por el Servicio de Salud de Viña del Mar Quillota el 25 de Octubre del 2023:

    - Población Percápita.
    - Población bajo control
    - Registros estadísticos mensuales y trimestrales.
    - Horas de RR. HH contratadas.
    - Distribución de RR. HH entre sectores y unidades.
    - Configuración y supervisión de agendas, evaluando su rediseño de acuerdo con la demanda asistencial.
    - Supervisión de rendimientos para cada prestación.
    - Horas administrativas en cada sector y unidad.

Asimismo, se evaluará la de horas destinadas al traslado de los funcionarios del sector rural, las cuales no deben ser imputadas a la jornada laboral según lo indicado en el Dictamen N°49.841 del 2005 y Dictamen N° 43.875 del 2011. El análisis respecto a este tema surge además paralelamente durante el desarrollo del Diagnóstico de Necesidad en Salud, donde usuarios/as pertenecientes a los distintos Sectores Rurales manifiestan la brecha existente en relación a la menor disponibilidad de horas asistenciales derivadas del traslado de los funcionarios/as, entendiendo que las atenciones no comienzan en el mismo horario que en el CESFAM, existiendo además una diferencia entre aquellos establecimientos que poseen TENS que residen en los sectores donde se encuentran ubicadas las Postas de Salud Rural. Exponen como ejemplo que, en una de las Postas de Salud Rural, las atenciones comienzan cerca de las 10:00 am y hasta las 16:00 horas lo que disminuye aproximadamente 3 horas de atención diariamente.

De igual forma se expone esta situación durante el desarrollo de la última Comisión de Salud del Concejo Municipal, donde tanto el Consejo Consultivo como concejales presentes manifiestan que efectivamente esta situación es un tema sentido para la comunidad y lo que se debería regularizar a partir del 2024, entendiendo que por ejemplo el Departamento de Educación tiene una situación similar respecto a los profesionales docentes quienes deben trasladarse a los distintos establecimientos educacionales dispuestos en los sectores rurales de la comuna, cumpliendo de igual forma con la jornada laboral pactada. Esta situación además ya ha sido observada por el Director de Control Municipal quien, mediante el desarrollo de visitas en terreno, ha solicitado regularizar la situación en el marco del buen uso de los recursos públicos, entendiendo las consecuencias de ello a nivel de disponibilidad de horas para la comunidad.

Otro aspecto necesario de abordar es el horario de ingreso y por ende inicio de funcionamiento de los establecimientos asistenciales de salud. El estatuto de atención primaria en su Art. N° 15, así como también los Índices de Actividad de la Atención Primaria indican que los establecimientos de salud deben iniciar sus atenciones desde las 08:00 am asegurando su continuidad desde las 17:00 a las 20:00 horas. En este sentido, es importante mencionar que en las últimas supervisiones este ha sido uno de los puntos que el Servicio de Salud de Viña del Mar Quillota ha solicitado regularizar en nuestra comuna a partir del 2024, ya que diariamente se reduce en 30 minutos el horario de atención.

Una vez revisados todos estos antecedentes, se considerará el refuerzo de horas asistenciales de acuerdo a la necesidad y/o la redistribución de RR.HH disponible.

2. Los respectivos equipos de salud solicitan supervisiones y auditorías calendarizadas por los referentes de cada programa donde se verifique el correcto llenado de cartolas, fichas y ejecución de actividades de acuerdo a los flujogramas de atención, derivación y rescate de usuarios.
3. Programar capacitaciones para actualizar contenidos de acuerdo con los cambios en las normativas de cada programa y otras dirigidas a funcionarios que presentan alguna debilidad en el desempeño de sus funciones o bien son requeridos para realizar otras prestaciones relacionadas a su estamento y para las cuales es necesario actualizar conocimientos.
4. Necesidad de concretar talleres con distintas temáticas dirigidos a los usuarios. Se propone como estrategia generar talleres con apoyo de funcionarios de distintos sectores y dirigidos a la población urbana y rural.
5. Sugieren confeccionar cápsulas educativas y transmitirlas en las redes sociales institucionales, televisores del CESFAM, radios y difundirlas a agrupaciones, JJVV, Colegios y comunidad en general.
6. Sugieren solicitar apoyo al Alcalde de la comuna y al Honorable Concejo Municipal para concretar como iniciativa municipal la Sala NANEAS a fin de brindar atenciones multidisciplinarias a la población infantil que requiere de atenciones enfocadas en las necesidades especiales.
7. Refieren que es necesario continuar fortaleciendo el trabajo con el intersector, programando actividades con otras instituciones públicas como por ejemplo en Hospital San Agustín y con otros Departamentos Municipales. Este año se concretaron actividades educativas y asistenciales coordinadas que resultaron muy provechosas para los distintos equipos de funcionarios y muy beneficiosas para la comunidad en general.
8. Indican que es necesario contar con reemplazos por licencias médicas prolongadas. Al respecto se indica tal como fue comentada en una de las comisiones de salud que las licencias médicas prolongadas (21 días o más) serán reemplazadas. Asimismo, y de acuerdo al Art. N° 51 del Decreto N° 3 del 1984 “Reglamento de Autorización de Licencias Médicas por la COMPIN e Instituciones de Salud Previsional” del Ministerio de Salud, la Unidad de RR. HH comenzará a tomar conocimiento del estado de salud de los funcionarios con Licencia Médica prolongada, velando por el cumplimiento del reposo y evaluando si requiere algún tipo de ayuda que podamos brindar como institución.
9. Contar con espacios para concretar Talleres. Al respecto se motivará a los sectores y principalmente a sus encargados a buscar los espacios para realizar intervenciones como por ejemplo los talleres de promoción. De esta manera también se logra acercarnos a la comunidad coordinando actividades con los respectivos dirigentes vecinales, reduciendo entonces la brecha respecto de la disponibilidad de instalaciones institucionales

10. En relación con las actividades programadas por los equipos de salud, en la realización de controles de salud mental a personas mayores de 60 años que no se encuentren en tratamiento con benzodiazepinas, se sugerirá a los equipos incluir bajo la estrategia de ECICEP a aquellos usuarios que cumplan con los criterios de inclusión, complementando así su intervención de forma multidisciplinaria.
11. Los equipos coinciden en continuar programando actividades territoriales con sus JJVV, retomando la presencialidad, actividades enmarcadas en la prevención y promoción en salud, activando las coordinaciones con sus dirigentes, actualizando las planillas de los líderes comunitarios y volviendo a retomar los canales de comunicación directa. En este punto se sugerirá a los equipos de salud y en especial a los encargados de sector, salir al territorio concretando alianzas con el intersector y unidades municipales para programar actividades extramurales, liderado por cada equipo de cabecera contando con el apoyo de los equipos transversales.
12. En relación con la atención de las personas mayores, se plantea el potenciar las estrategias de agendamiento de hora de morbilidad médica y dental. En este punto, se motivará a los sectores a programar actividades con todos los subprogramas atingentes y que no sea solo vinculante con el programa MAS. Respecto de las atenciones dentales se analizará la opción de contar con una segunda clínica dental móvil para que realice rondas por los territorios en el entendido que la existente es utilizada como séptimo box dental en el CESFAM.
13. Lograr incorporar el control del adolescente, dentro de las prioridades de control del ciclo vital, no delegando sólo a operativos en los establecimientos educacionales, sino que generando la cultura institucional y lograr transmitirlas a la familia. Para lo anterior se solicitará a cada sector define la estrategia para dar cumplimiento a los controles de salud, según grupo etario.
14. En el sistema de agenda electrónica AVIS, poder generar agenda abierta de profesionales para que el usuario tenga la posibilidad de agendar sus horas, hasta en los próximos 3 meses. No limitándose solo al mes en curso.
15. Continuar entregando el equipamiento necesario para brindar atenciones a todos los establecimientos dependientes del DESAM, lo que permitirá aumentar la autonomía de los profesionales en cada atención, permitiendo de esta manera que los TENS de cada sector puedan asumir otras actividades como lo son el seguimiento de usuarios ECICEP, rescate de usuarios, visitas domiciliarias y actividades comunitarias. Además, al contar con equipamiento de terreno los equipos podrán realizar actividades y atenciones extramuros y en paralelo a las atenciones que se brindan en los respectivos establecimientos.
16. Respecto de los Indicadores de Salud, es importante generar espacios para la motivación y realización de distintas estrategias de acuerdo a cada realidad local de cada sector, teniendo la autonomía para concretar las iniciativas que darán cumplimiento a cada indicador según la normativa establecida y tomando en cuenta los meses de menor demanda epidemiológica (Campaña de Invierno) para concretar actividades que favorezcan los respectivos cumplimientos.

Sección IV: EVALUACIÓN DE ACTIVIDADES PRIORIZADAS POR EL DEPARTAMENTO DE SALUD EN EL PLAN DE SALUD COMUNAL 2023-2024.

De acuerdo con lo presentado, el Departamento de Salud de la Ilustre Municipalidad de La Ligua tiene considerado para el periodo 2023-2024, lo siguiente:

a. **Proyectos de inversión a postular a las distintas fuentes de financiamiento regionales:**

- Generación de proyecto y puesta en marcha para la reposición de la Posta de Salud Rural de La Canela.
- Generación de proyecto y reposición de vehículos de traslado de usuarios y entrega de medicamentos.
- Generación de proyectos para la normalización de sistemas de alcantarillado de las Postas de Salud Rural y otras brechas de infraestructura de acuerdo a las Normas Técnicas Básicas para Establecimientos de Atención Abierta.
- Implementación y puesta en marcha de un Servicio de Atención Primaria de Urgencia Comunal.
- Generación de proyecto para la implementación y puesta en marcha de un laboratorio clínico básico para la Atención Primaria de La Ligua.
- Generación de proyecto para la implementación y puesta en marcha de una sala para resolver necesidades Neurosensoriales en Población Infantil.
- Generación de proyectos para la implementación y puesta en marcha de Centros de Salud Rural de mayor resolutividad.

En este punto y para tener una claridad de los proyectos que se necesitan postular para la comuna, se comienza durante el 2023 con el respectivo estudio de red, el cual nos aportará antecedentes para determinar los tipos y ubicación de los establecimientos de salud. Lo anterior se encuentra respaldado por el Servicio de Salud Viña del Mar Quillota.

b. **Equipos de Trabajo:** Con el fin de mejorar el trabajo en conjunto, en beneficio de la calidad de la atención, se realizarán las siguientes actividades:
   - Fortalecer el trabajo de Directivos, Encargados de Sector, Encargados de Unidades, Encargados de Programa y Equipo de Salud, de acuerdo a roles, funciones, atribuciones y responsabilidades.
   - Fortalecer el trabajo del Comité de Salud Familiar, Comité de Calidad, Comité Paritario y Comité de Organización de Emergencias.
   - Favorecer el cuidado de los equipos de salud, definiendo capacitaciones e instancias de participación en jornadas tendientes a favorecer el trabajo en equipo, fortalecer las relaciones interpersonales tanto con el usuario interno como externo. Para lo anterior y luego de la aplicación de la encuesta de riesgos biopsicosociales, se definirá un plan de trabajo tendiente a disminuir los riesgos y fortalecer el clima organizacional de la institución.
   - Concretar capacitaciones relacionadas con aspectos de nuestro Marco Jurídico y otras leyes y reglamento que deben conocer los funcionarios de Atención Primaria de Salud.

Este punto es trabajado con los Encargados de Programa que tienen dentro de sus ámbitos componentes relacionados a RR. HH, dirigentes gremiales y DESAM. En el siguiente link encontrará el Focus Group con las actas de acuerdos.

Focus Group Fortalecimiento Equipos de Trabajo

c. **Participación Social y Promoción:** Con el fin de promover la Participación social, la Prevención y la Promoción, el Departamento de Salud de La Ligua realizará alianzas con otros departamentos municipales, juntas de vecinos, agrupaciones, líderes vecinales y otras organizaciones sociales y del intersectar para concretar iniciativas tendientes fortalecer las instancias de comunicación e información de nuestro nivel de atención. Asimismo, se realizarán capsulas educativas con el objetivo de dar a conocer lo estipulado en ciertas leyes como lo son la 20.584 "Derechos y deberes de los Usuarios" y la "Ley de Consultorio Seguro" para prevenir agresiones a nuestro equipo de salud.

En este punto, se elabora el Protocolo de Agresiones a funcionarios de la Salud en conjunto con la referente del Programa Saludablemente. En estos momentos nos encontramos atentos a la revisión por parte del SSVQ para luego generar el decreto respectivo y la difusión a los funcionarios y comunidad en general.

d. **Gestión técnico - administrativa:** Para optimizar los procesos internos y favorecer la correcta administración del Departamento de Salud, se han definido las siguientes actividades:
   - Continuar con la inscripción percápita y regularización de inscripción a usuarios migrantes.
   - Revisión de Poblaciones Bajo Control.
   - Implementación de cobro de prestaciones a usuarios que no sean beneficiarios de FONASA. Para lo anterior se diseñará junto al equipo de comunicaciones un plan de difusión para explicar a la comunidad la razón del cobro de las prestaciones a usuarios que no coticen en el Fondo Nacional de Salud.
   - Difundir y cautelar la aplicación de normativas clínicas, protocolos, leyes y reglamentos asociados a la atención de salud y a las actividades administrativas.
   - Implementación y puesta en marcha de programas ministeriales como por ejemplo cuidados paliativos en atención primaria y fortalecer iniciativas como lo son la salud digital y también las consultorías en salud dentro de las cuales están las proyectadas a realizar con la Neuróloga Infantil del Hospital Biprovincial de Quillota.
   - Cautelar el adecuado uso de los recursos destinados a la Salud Municipal.

Para el año 2024, se proyecta una capacitación para todos los Encargados de Programa y Unidades que solicitan compras. Lo anterior para asegurar la correcta ejecución del presupuesto, evitar pérdidas y cautelar el buen uso de los bienes adquiridos para brindar atenciones a la comunidad.

e. **Proyectos de inversión Departamento de Salud:**

- Renovación de Ambulancia para traslado de usuarios tanto a los establecimientos de atención primaria como a los establecimientos de especialidad y también para favorecer el acceso a los servicios de atención de urgencia de la red de salud, sobre todo a usuarios con dependencia severa o casos sociales que requieren apoyo y asistencia durante su traslado.
- Renovación de Vehículos destinados a concretar visitas tanto en sectores rurales como urbanos y que tengan como finalidad ser integrales, epidemiológicas, de tratamiento y seguimiento.
- Habilitación y puesta en marcha de la Droguería comunal para dar cumplimiento a las Normativas relacionadas con el almacenamiento de productos farmacéuticos que garanticen la calidad en la entrega de estos productos
- Mantención y reparación de infraestructura de los establecimientos de salud de la atención primaria de La Ligua, con el objetivo de resolver brechas detectadas durante la aplicación de las Normas Técnicas Básicas para Establecimientos de Atención Primaria.
- Adquisición y reposición de equipamiento clínico, de seguridad, de registro y computacional para los distintos establecimientos de atención primaria y tendientes a fortalecer la operatividad y normal funcionamiento de estos servicios.
- Adquisición de mobiliario acorde a las necesidades de atención de nuestros beneficiarios.
- Adquisición de bodegas para PNAC para los sectores rurales que lo requieran y para dar cumplimiento a las Normativas de Almacenamiento de Productos Alimentarios y así garantizar la calidad en su entrega.
- Habilitación de espacios para la implementación de áreas de atención clínica, psicosocial y de recuperación.
- Adquisición de insumos, equipamiento clínico y otros materiales de apoyo para concretar actividades en terreno o extramurales tanto preventivas y promocionales como de atención clínica.
- Adquisición de insumos y equipamiento tendientes a fortalecer la operatividad y seguridad de los usuarios y funcionarios frente a situaciones de emergencia.
- Mantención de vehículos, equipamiento e instalaciones para el adecuado funcionamiento del servicio y las prestaciones que se brindan.
- Compra de combustible para los vehículos institucionales que trasladan tanto a usuarios como funcionarios en las respectivas visitas de atención.
- Arriendo de vehículos en situaciones de contingencia.
- Compra de servicios para dar cumplimiento a la canasta de prestaciones o para cumplir con actividades propias del quehacer de la atención primaria.

En estos momentos nos encontramos licitando la ambulancia para la atención primaria y se evaluará el presupuesto para licitar un vehículo de pasajeros. Respecto de la Droguería, el SSVQ nos solicita reformular el proyecto para que este dispositivo se encuentre instalado en dependencias de propiedad municipal. Nos encontramos en etapa de adquisición de mobiliario acorde a las necesidades de salud y en espera que la SECPLA concluya el proyecto de mejoramiento de PSR para implementar las bodegas de PNAC. Es importante mencionar que, si el financiamiento recibido para

los años 2023 y 2024 respectivamente permite a la entidad administradora ejecutar acciones tendientes a mejorar la resolutividad, oportunidad, accesibilidad, continuidad y calidad de las prestaciones que son entregadas a nuestra población beneficiaria, se ejecutará la totalidad de las acciones descritas en las letras b., c., d., e o en su defecto las que sean prioritarias de concretar y que requieran presupuesto.

Lo anterior se fundamenta en que los artículos 1°, 38 de la Constitución Política y 3° de la ley N° 18.575, la Administración del Estado está al servicio de la persona humana y su finalidad es promover el bien común atendiendo las necesidades públicas en forma continua y permanente, asimismo, la ley N° 18.575, expresa que el jefe superior del respectivo servicio posee las facultades de dirección, administración y organización, pudiendo adoptar medidas de gestión interna para hacer frente a cualquier situación que requiera dar protección a la comunidad.

En este contexto, los recursos contemplados en el inciso primero del artículo 49 de la Ley 19.378, permite la contratación de servicios o la compra de bienes necesarios en la ejecución de labores preventivas, de promoción, de tratamiento o de rehabilitación por lo que es necesario tener presente que esa norma prevé un aporte estatal mensual del ministerio destinado a las entidades administradoras de salud municipal, el que se fija en base a los criterios que el mismo precepto establece.

En este mismo orden de ideas, resulta útil aclarar que el inciso primero del mencionado artículo 51 de la ley N° 19.378, solo describe la naturaleza de las acciones de salud y las condiciones en que han de brindarse para recibir el aporte correspondiente, de lo que se infiere que este debe estar orientado indudablemente a la realización de las indicadas actividades con el fin de satisfacer las necesidades de la población, no previendo este precepto la manera en que ha de ser utilizado en orden a alcanzar los objetivos propuestos. Precisado lo anterior, cabe señalar que los incisos primero y tercero del artículo 58 de la anotada ley N° 19.378, en lo que interesa, encomiendan a las entidades administradoras la formulación anual de un proyecto de programa de salud para la comuna, el cual debe enmarcarse en las normas técnicas que imparta la precitada cartera de Estado, y ser aprobado por el concejo conforme con el artículo 65, letra a), de la ley N° 18.695, disponiendo su inciso segundo que el reglamento establecerá los diversos aspectos que habrá de contener dicho instrumento y es por ello, que se han contemplado las inversiones mencionadas siempre que los recursos asignados permitan ser utilizados en dichos requerimientos. Si bien existe una tuición técnica del ministerio del ramo sobre las entidades administradoras en las materias propias de salud, las municipalidades deben aprobar el mencionado programa y su presupuesto, contexto en el cual pueden reconocer y ponderar las particulares circunstancias geográficas, de ruralidad, infraestructura y equipamiento, entre otras, en que se ejecutan las acciones aludidas en el precitado artículo 51 de la ley N° 19.378, y adoptar decisiones debidamente fundamentadas en relación con la gestión del aporte estatal contemplado en el referido artículo 49, del mismo cuerpo normativo, como lo es la ejecución de las acciones priorizadas.

Contamos con las facultades legales para fijar el modelo en virtud del cual otorgarán las

prestaciones de salud insertas en el plan comunal respectivo, en la medida que este último se ajuste a las normas técnicas que imparta la anotada cartera de Estado, generando así la debida coordinación en esas materias exigida por la propia ley N° 19.378.De esta forma la contratación de servicios o la compra de bienes pueden financiarse con cargo a la contribución de que se trata, en la medida que tales gastos estén directamente relacionados con las acciones de salud que dan derecho a recibir el comentado aporte estatal, debiendo complementarse el anotado criterio en el sentido de que aquellos requerimientos deben estar contenidos en el programa municipal.

Por ende, requerimos financiar con cargo a los mismos fondos y en caso de que el presupuesto asignado por el gobierno lo permita, las actividades enunciadas y comentadas en el presente plan de salud periodo 2023-2024.

SECCIÓN VI: PLAN ANUAL DE CAPACITACIONES 2024. PERSONAL ESTATUTO APS LEY 19.378.

LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS PAC	ACTIVIDADES DE CAPACITACION	OBJETIVOS EDUCATIVOS	NUMERO DE PARTICIPANTES POR CATEGORIA TOTAL	NUMERO HRS. PEDAG.	COORDINADOR	FECHA DE EJECUCIÓN
EJE ESTRATEGICO 1: Medio Ambiente y entornos Saludables	Salud Familiar y Comunitaria	Fortalecer el cuidado de la salud, centrado en las personas, familias y comunidades avanzando con participación social hacia la cobertura universal.	100	8	Dirección DESAM	mar-24
EJE ESTRATEGICO 2: Estilos de Vida	Promoción del autocuidado y hábitos de vida saludable	Adquirir conocimientos en la promoción del autocuidado y hábitos de vida saludables y sostenibles.	100	16	Encargado Programa Vida Sana	abr-24
EJE ESTRATEGICO 3: Enfermedades Transmisibles	Actualización en Patalogias Transmisibles	Actualización de conocimientos para disminuir la prevalencia e incidencia de la Patologías Transmisibles	115	8	Encargada Programa VIH	may-24
EJE ESTRATEGICO 4: Enfermedades Cronicas no transmisibles y Violencia	Prevención, promoción y atención integral de Pacientes Crónicos.	Adquirir conocimientos y habilidades para el manejo del paciente con enfermedades crónicas.	95	8	Encargada PSCV	jun-24
	Conocimientos y abordaje en Patologías Discapacidad Fisica, Intelectual y/o Cognitivas	Adquirir conocimientos básicos en estrategias con usuarios(as) Espectro Autista y patologias con discapacidades fisicas intelectuales y cognitivas.	105	16	Encargada Sala RBC y Programa Infantil	jul-24
	Actualización en la prevención y en el tratamiento de violencia intrafamiliar y del abuso sexual a lo largo del ciclo vital	Adquirir conocimientos en relación a la prevención y tratamiento de la violencia intrafamiliar.	100	8	Dirección DESAM	ago-24
EJE ESTRATEGICO 6: Emergencias y desastres	Emergencia y Desastre	Aquirir conocimiento sobre conceptos básicos en el ámbito de Planificación, Gestión y ejecución de riesgos de Desastres.	65	16	Comité de Emergencia y Desastres	sept-24
EJE ESTRATEGICO 7: Gestion, Calidad e Innovacion	Interculturalidad y Pueblos Originarios	Mejorar constantemente la integración en el trabajo con personas pertenecientes a los pueblos originarios de nuestro país y de otras culturas (migrantes)	100	8	Encargada Programa Migrantes	oct-24
	Actualización en materias relacionadas con Abastecimiento y Compras Públicas	Aumento, actualización y desarrollo de Competencias para el manejo eficiente en materia de Compras y Abastecimiento de Servicios Públicos en Atención de Salud.	80	16	Dirección DESAM	nov-24
	Jornadas de Autocuidado, Manejo del Estress en los Funcionarios y trabajo en equipo	Conocer conceptos básicos y generales de habitos saludables y de cuidado para la salud y bienestar de los funcionarios y desarrollar instancias para generar conductas grupales saludables y de cohesión de Equipo.	120	16	Dirección DESAM	dic-24
Totales			980			