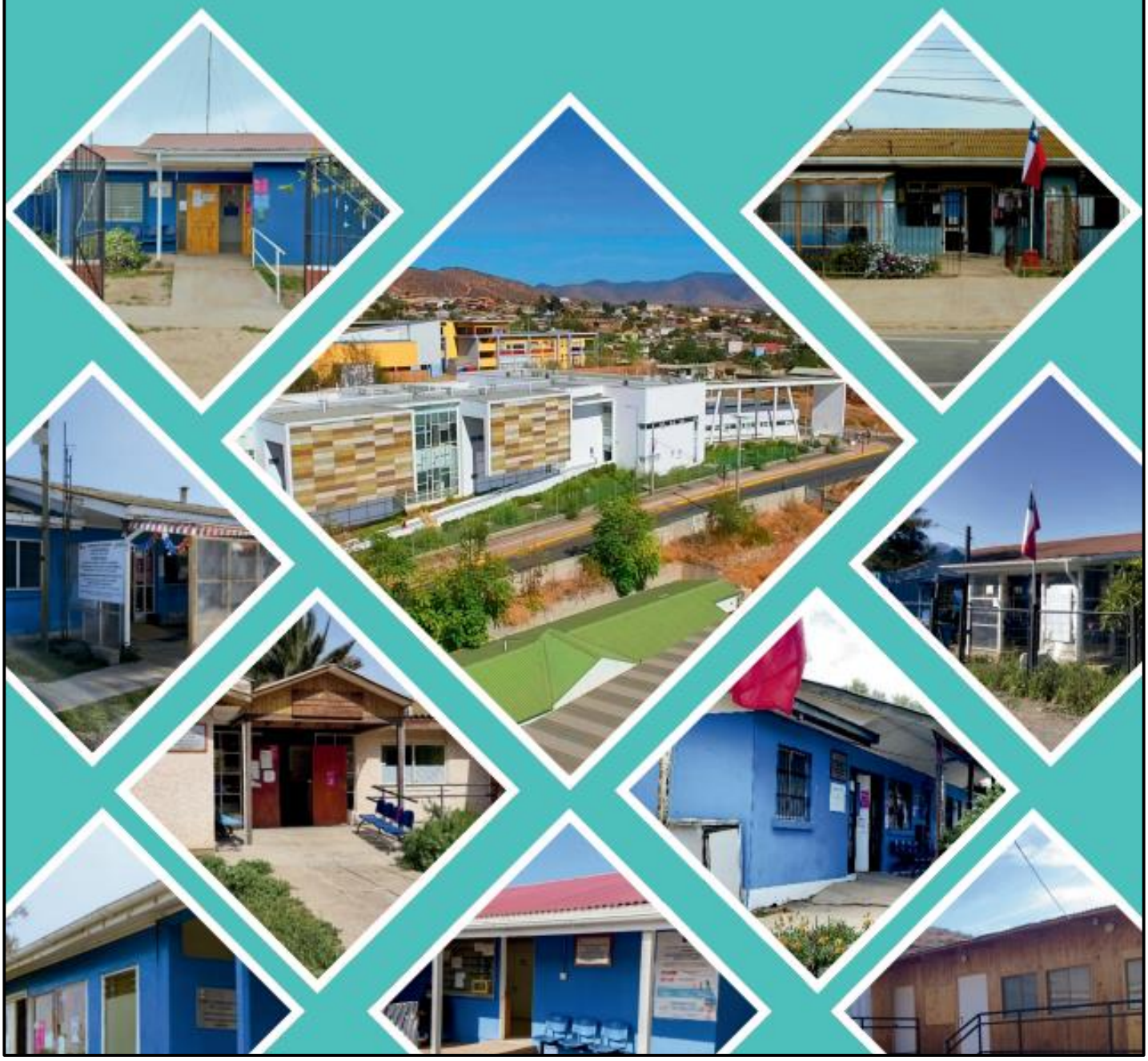
ILUSTRE MUNICIPALIDAD
COMUNA DE
LA LIGUA

DESAM
DEPARTAMENTO DE
SALUD MUNICIPAL
LA LIGUA

PLAN DE SALUD 2025

MUNICIPALIDAD DE LA LIGUA

ALCALDE: PATRICIO PALLARES VALENZUELA



ÍNDICE

INTRODUCCIÓN. 5
SECCIÓN I: 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. 12
3. DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES CONDICIONANTES 14
3.1 Población de la comuna 14
3.2 Descripción del Medio Natural 16
3.3 Descripción del Medio Cultural 16
3.4 Descripción del Sector Salud 19
3.4.1 Organización de la Red Asistencial. 19
3.4.2 Establecimientos de la Red de Atención Primaria Municipal 21
3.5. Recursos Departamento de Salud Municipal de La Ligua 22
3.6. Recursos Financieros: Proyecto Presupuesto 2025 23
3.6.1 INGRESOS 24
3.6.2. EGRESOS 25
3.7. Aporte Municipal 2025 26
3.8. Solicitudes ciudadanas, Oficina de informaciones, reclamos y sugerencias (OIRS) 28

SECCIÓN II: PLAN DE SALUD 2025 30
1. OBJETIVOS SANITARIOS 2021- 2030 30
2. PROGRAMAS DE SALUD 2025 31
2.1. Programa Nacional de Salud Infantil 31
2.2. Programa Salud Integral Adolescentes y Jóvenes. 41
2.3. Programa Salud Sexual y Reproductiva. 45
2.4. Programa de Salud del Adulto 48
2.5. Programa de Salud de las Personas Mayores 53
2.6. Programa de Atención Domiciliaria a Personas con Dependencia Severa (PADS) 56
2.7. Programa de Cuidados Paliativos Universales (CPU) No Oncológicos en APS. 62
2.8. Programa de Salud Bucal. 63
2.9. Programa de Rehabilitación. 69
2.10. Programa de Salud Mental. 72
2.11. Programa Nacional de Inmunizaciones. 75
2.12. Programa de Vigilancia Epidemiológica. 79
2.13. Programa VIH/Sífilis 81
2.14. Programa Nacional de Control y Eliminación de la Tuberculosis (PROCET) 89
2.15. Programa Mejoría de la Equidad en Salud Rural 91

2.16. Resolutividad e Imágenes Diagnósticas. 94
2.17. Unidad de Atención Primaria Oftalmológica (UAPO). 96
2.18. Sistema de Gestión de Tiempos de Espera (SIGTE) 99
2.19. Unidad de Farmacia 100
2.20. Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas (PESPI) 103
2.21. Programa de Promoción de la Salud. 106
2.22. Programa Elige Vida Sana (PEVS) 110
2.23. Participación Social. 113
2.23.1 Plan de Participación Social. 114
2.24. Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria. 117
2.25. Programa de Calidad y Acreditación DESAM La Ligua 119
2.26. Programa Saludablemente. 122
2.27. Servicio de Atención Primaria de Urgencia Rural (SUR) 124

Sección III: PLAN DE SALUD COMUNAL 2025, SECTOR URBANO Y RURAL 127
1. SECTORIZACIÓN URBANA 127
1.1. Sectorización Urbana: Sector Verde 127
1.1.1. Caracterización del Sector 127
1.1.2. Población a cargo del Sector 128
1.1.3. Mapa del Territorio comprendido 129
1.1.4. Organizaciones e instituciones presentes en el territorio 130
1.1.5. Plan de Trabajo Sector Verde 2025 131
1.2. Sectorización Urbana: Sector Azul 132
1.2.1. Caracterización del sector 132
1.2.2. Población a cargo del Sector 133
1.2.3. Mapa del Territorio comprendido 134
1.2.4. Organizaciones e instituciones presentes en el territorio 135
1.2.5. Plan de Trabajo Sector Azul 2025 136
1.3 Sectorización Urbana: Sector Amarillo 137
1.3.1. Caracterización del sector 137
1.3.2. Población a cargo del Sector 138
1.3.3. Mapa del Territorio comprendido 139
1.3.4. Organizaciones e instituciones presentes en el territorio 140
1.3.5. Plan de Trabajo Sector Amarillo 2025 141
1.4 Sectorización Urbana: Sector Rojo (Transversal) 142
1.4.1. Caracterización del sector 142
1.4.2. Programas, subprogramas y actividades relacionadas. 143
1.4.3 Plan de Trabajo Sector Rojo 2025 144
2. SECTORIZACIÓN RURAL 145
2.1 Sectorización Rural: Sector Costa 145
2.1.1.- Caracterización del Sector 145
2.1.2.- Población a cargo del Sector 146
2.1.3.- Mapa del Territorio comprendido 147

2.1.4.- Organizaciones e instituciones presentes en el territorio 148
2.1.5. Plan de Trabajo Sector Costa 2025 150
2.2. Sectorización Rural: Sector Longotoma 151
2.2.1. Caracterización del Sector 151
2.2.2. Población a cargo del Sector. 152
2.2.3. Mapa del Territorio comprendido 152
2.2.4. Organizaciones e instituciones presentes en el territorio. 153
2.2.5. Plan de Trabajo Sector Longotoma 2025 154
2.3 Sectorización Rural: Sector Valle 155
2.3.1.- Caracterización del Sector 155
2.3.2.- Población a cargo del Sector 155
2.3.3.- Mapa el Territorio comprendido 156
2.3.4.- Organizaciones e instituciones presentes en el territorio 157
2.3.5. Plan de Trabajo Sector Valle Hermoso 2025 157

Sección IV: PLAN DE SALUD COMUNAL 2025. 159

Sección V: ACTIVIDADES PRIORIZADAS POR EL DEPARTAMENTO DE SALUD EN EL PLAN COMUNAL 2025. 161

Sección VI: DOTACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE SALUD MUNICIPAL 2025 165

Sección VII: PROGRAMA ANUAL DE CAPACITACIÓN 2025 (PAC) 166

INTRODUCCIÓN

En la línea de planificación, a las Entidades Administradoras de Salud Municipal les corresponde formular un proyecto de Programa de Salud Municipal, que debe enmarcarse en las normas técnicas del Ministerio de Salud. Este programa es conocido ampliamente como “Plan de Salud Comunal”.

En Chile, de acuerdo con el Código Sanitario, las obligaciones sanitarias de las Municipalidades dicen relación con proveer: limpieza y condiciones de seguridad de sitios públicos, de tránsito y de recreo; recolectar, transportar y eliminar por métodos adecuados, las basuras, residuos y desperdicios que se depositen o produzcan en la vía urbana; limpieza y conservación de los canales, acequias y bebederos, considerando además condiciones de seguridad. También, se responsabiliza al Municipio para establecer plazas, parques o locales públicos de juego o recreo para adultos y niños, velando por el cumplimiento de las disposiciones de la ordenanza general de construcciones y urbanización en cuanto a higiene y seguridad. Adicionalmente la Ley N°20.879, del año 2015, que “Sanciona el Transporte de Desechos hacia Vertederos Clandestinos” faculta a las municipalidades la fiscalización y sanción del transporte y descarga de residuos en sitios no autorizados.

Una importante facultad que tienen los Municipios de acuerdo con la Ley orgánica Constitucional de Municipalidades es la posibilidad de elaborar políticas públicas saludables a nivel local y para ello posee distintos formatos que puede utilizar de acuerdo con su objetivo, por lo que cuenta con Ordenanzas, Reglamentos Municipales, Decretos Alcaldicios o Instrucciones.

En ese marco, las Orientaciones para la Planificación y Programación en Red, en coherencia con el marco legal vigente y distinguiéndose de ejercicios programáticos previos, tiene como propósito fortalecer y promover la función de Planificación Sanitaria de los gestores de redes de salud, presentándose como una herramienta de gestión, en sintonía con las necesidades crecientes y continuas de salud de las personas y comunidades, en el ejercicio pleno de sus derechos.

El Plan de Salud Comunal (PSC), 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 PSC debe ser formulado a través de una planificación estratégica y debe tener una visión de mediano plazo, es decir, debe formularse, a lo menos, para todo un período alcaldicio y tener ajustes anuales en caso de ser necesario. Se debe recordar que los municipios cuentan con la atribución de formular un “Plan de Desarrollo Comunal”, comprendido como el instrumento rector de desarrollo en la comuna, y que debe contemplar las acciones orientadas a satisfacer las necesidades de la comunidad local y promover su avance social, económico y cultural, teniendo una vigencia mínima de 4 años. Los alcances de este Plan de Desarrollo Comunal, en el ámbito de la salud, deben vincularse con las funciones para las que se encuentran facultadas en su territorio, entre ellas la salud pública y la protección del medio

ambiente. La coincidencia de un instrumento de planificación con el otro es de responsabilidad de la administración municipal y puede contar, para efectos de atención primaria de salud, con la asesoría del servicio de salud correspondiente.

En consecuencia, con lo que se ha señalado en los párrafos anteriores, se espera que el Plan de Salud Comunal esté formulado para los siguientes 3 años desde que se elige un nuevo gobierno comunal dejando el cuarto año para reformular completamente volviendo a hacerlo coincidir con un nuevo período de gobierno local.

En virtud de lo anterior, 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 para luego planificar las actividades año 2025 dando énfasis a los siguientes enfoques:

- El Modelo de Atención Integral de Salud.
- Determinantes Sociales de la Salud.
- Participación Social y Comunitaria.
- Trabajo con el Intersector.
- Seguridad y Calidad Asistencial.
- Programa Saludablemente.

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 urbana 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, ésta se encuentra ubicada a 110 kilómetros de Valparaíso, a 150 kilómetros de Santiago y a 310 kilómetros de la ciudad de la Serena, siendo éstos, 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 en agosto del año 2024 por el Departamento de Estadísticas del Ministerio de Salud y que corresponden al año 2021, podemos señalar 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 (7.9) 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 año 2021.

Territorio	Tasa de Mortalidad general			Índice de Swaroop		
	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer
País	7	7,6	6,4	80,32	75,53	85,81
Región de Valparaíso	8,2	8,6	7,8	83,67	79,41	88,15
Comuna de La Ligua	7,9	9	6,9	82	81,44	82,71

Fuente: Departamento de Estadísticas e Información de Salud. MINSAL 2021. Tasa por 1.000 habitantes.

Con respecto a la **Tasa de Mortalidad Infantil**, se observa una mayor tasa, en relación a la tasa regional y menor en relación a la tasa a nivel país. Sin embargo y en lo que respecta a la **Tasa de Mortalidad Neonatal Precoz** y a la **Tasa de Mortalidad Neonatal** se observa un aumento de la mortalidad en comparación tanto a la región como al país (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 2021

Territorio	Mortalidad Infantil	Mortalidad Neonatal Precoz	Mortalidad Neonatal	Mortalidad Post Neonatal
País	5,79	3,53	4,44	1,35
Región de Valparaíso	4,75	3,38	4,1	0,65
Comuna de La Ligua	5,59	5,59	5,59	0

Fuente: Departamento de Estadísticas e Información de Salud. MINSAL 2021. Tasa por 1.000 nacidos vivos.

Con respecto a la **Mortalidad del Adulto (de 20 a 44 años)** y en relación a los últimos datos disponibles en la página del Departamento de Estadísticas del MINSAL y que corresponden al año 2016 representandose en la Tabla N°3, 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°3: 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.

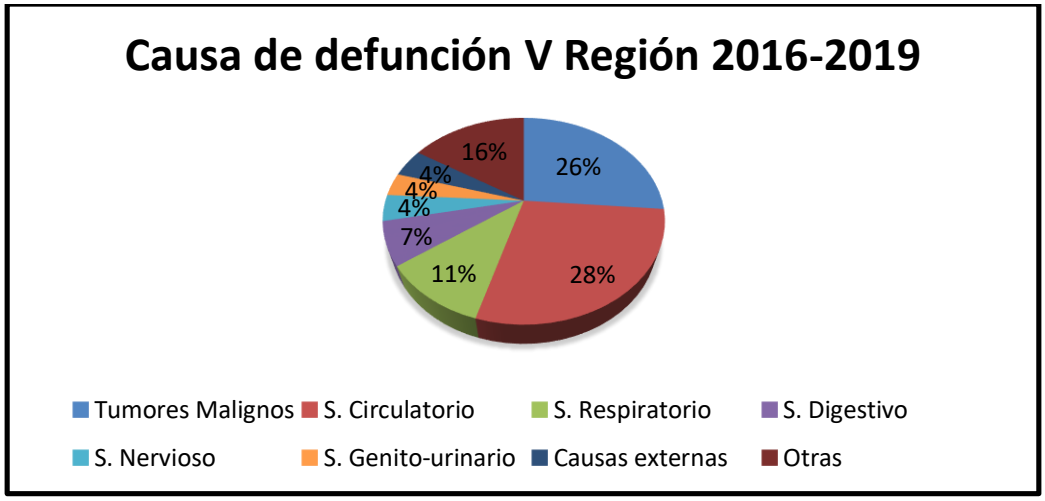
En relación a la **Mortalidad por Causas** en la región y de acuerdo a los datos obtenidos que corresponden al 2017 (Tabla N°4), se puede desprender que las mayores causas de defunciones son las enfermedades del sistema circulatorio, en segundo lugar, son las enfermedades causadas por Tumores malignos y, en tercer lugar, las enfermedades del sistema respiratorio.

Tabla N°4: 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.

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°5).

Tabla N°5: 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.

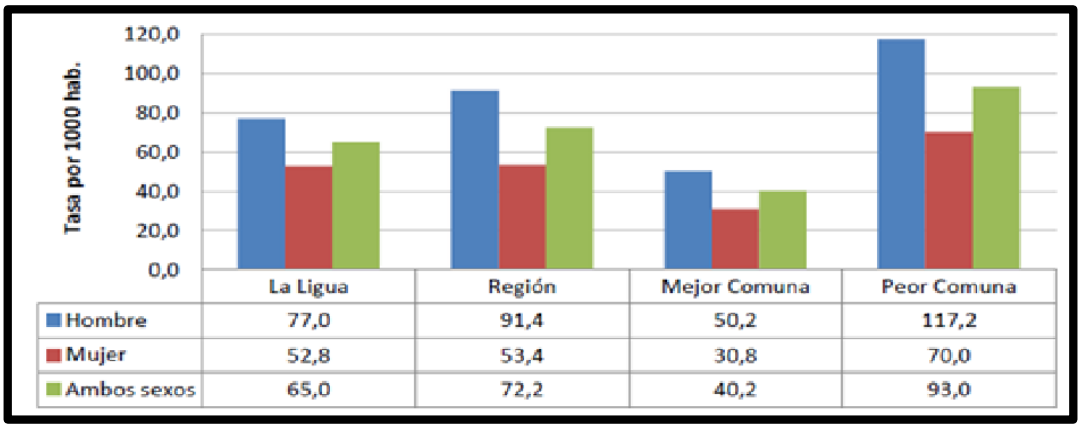
Otros indicadores importantes que permiten analizar la calidad de vida son el indicador **AVISA** (años de vida saludables perdidos) y el indicador **AVPP** (años de vida potencialmente perdidos), los cuales están reflejados en la tabla N°6 y en el gráfico N°2 respectivamente. Estos revelan que, junto 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°6: 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° 2: 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 año 2024), se puede observar la prevalencia de Enfermedades crónicas en CESFAM de nuestra comuna (Tabla N°7) y Postas de Salud Rural por Sectores (Tabla N°8). De las siguientes tablas se desprende que la Hipertensión Arterial y Dislipidemia 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 por patologías del sistema circulatorio.

Tabla N°7: Cantidad y prevalencia de Morbilidad Comunal, junio 2024.

Enfermedad Crónica	Comunal	% PREVALENCIA (base 36032 hab. de la Comuna)
HTA	5190	14%
DM	2802	8%
DLP	4916	14%
ERC	1062	3%
ECV	404	1%

Fuente: Datos Serie P, Junio 2024. Estimado en base a la población per cápita 2024

Tabla N°8: Morbilidades Rurales, Junio 2024.

Enfermedad Crónica	Valle	Costa	Longotoma	Total PSR
HTA	638	1096	538	2272
DM	412	485	273	1170
DLP	558	896	454	1908
ERC	82	204	345	631
ECV	75	94	29	198

Fuente: Datos Serie P, Junio 2024.

De acuerdo a los antecedentes del Departamento de Salud Municipal, sobre las **Consultas Médicas** realizadas desde enero a junio del año 2024 y presentadas en la Tabla N°9, 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 año 2023.

Asimismo, es importante destacar que, de acuerdo a estos reportes estadísticos y la proyección a diciembre del 2024, se espera aumentar en un 50% las morbilidades entregadas durante el 2024 respecto a las entregadas el año 2023, lo cual va en directa relación con el aumento de horas médicas tanto para el sector urbano como rural.

Tabla N°9: Consultas médicas urbanas y rurales 2023 – Enero a Junio 2024 por edad.

Edad	Sector Rural (PSR)		Sector Urbano (CESFAM)	
	Consultas 2023	Consultas 2024	Consultas 2023	Consultas 2024
0-9	1140	802	2580	841
10,-14	400	189	669	314
15-19	344	189	643	306
20-64	5354	2265	9348	4192
65 y más	3267	1414	5262	2173
Total	**10505**	**4859**	**18502**	**7826**

Fuente: Serie A Departamento de Salud 2023 y enero a junio 2024.

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°10 y N°11.

Tabla N°10: 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°11: 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°12 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°12: 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

Durante los últimos años la comuna ha recibido un alto flujo de población migrante. En la Tabla N°13, se observa la distribución inscrita en el DESAM, en ella destaca el alto número de población Venezolana, Haitiana y Colombiana.

Tabla N°13: Población Migrante con ficha clínica en DESAM La Ligua a Junio 2024.

Nacionalidad	CESFAM	PSR	Total
Afgano	10	1	11
Alemana	0	2	2
Argentina	77	13	90
Austríaca	0	2	2
Boliviana	50	16	66
Brasileña	5	1	6
Chilena	24.572	13.708	38280
China	5	0	5
Colombiana	137	19	156
Cubano	17	3	20
Dominica	7	1	8
Dominicano(a)	24	4	28
Ecuatoriano	33	6	39
Española	4	0	4
Estadounidense	2	2	4
Francés	2	0	2
Guyana	2	0	2
Haitiana	702	31	733
Holandesa	1	0	1
Israelita	0	1	1
Italiana	2	0	2
Laosiano	1	0	1
Marroquí	2	0	2
Mexicano	0	1	1
Nicaragüense	1	0	1
Paraguayo	2	1	3
Peruana	69	19	88
Venezolana	858	65	923
NO INFORMADO	83	73	156
Total General	**26.680**	**14.108**	**40.788**

Fuente: Sistema estadístico AVIS, DESAM La Ligua, Junio 2024.

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°14) e incorpora el indicador de porcentaje de población en situación de pobreza multidimensional a nivel comunal (Tabla N°15), 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°14: 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°15: 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°16).

Tabla N°16: 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°17), 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°17: 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: La comuna de La Ligua cuenta con la primera comisaría de Carabinero, complementándose con la unidad de Policía de Investigaciones de Chile (PDI). Cabe señalar que la Ilustre Municipalidad de La Ligua consta de 2 patrullas, 1 camioneta y 5 motos por parte de seguridad ciudadana.

Bomberos: La comuna de La Ligua cuenta con 6 compañías de Bomberos. La 1° y 2° se encuentran ubicadas en el centro de la comuna, la 3° en la localidad de placilla, la 4° en el sector de Valle Hermoso, la 5° en la localidad de Los Molles y la 6° en el sector de Longotoma. Actualmente hay unas 450 personas activas en la unidad de Bomberos.

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°18.

Tabla N°18: 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°19A 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 2024.

Tabla N°19A: Número de usuarios registrados en Ficha Clínica junio 2024.

Establecimientos de Salud	Fonasa A -B	Fonasa C- D	Otra Previsión	N° Total de Usuarios con Ficha Clínica
CESFAM Raúl Sánchez Bañados	17.830	8.845	2.182	28.857
Posta de Pueblo de Varas	2816	530	148	3.494
Posta de Pueblo de Roco	1910	313	97	2.320
Posta El Trapiche	902	198	48	1.148
Posta La Canela	667	91	29	793
Posta Santa Marta	747	239	15	1.001
Posta Los Molles	1286	242	178	1.706
Posta Huaquén	1361	356	115	1.832
Posta Las Parcelas	1327	216	52	1.595
Posta de Pichicuy	778	121	49	948
Total de usuarios inscritos	**29.624**	**11.157**	**2.913**	**43.694**

Fuente: Sistema Estadístico AVIS, DESAM La Ligua, junio 2024

Respecto a los antecedentes indicados en la Tabla N° 19A, existe una alta población registrada en ficha perteneciente a los tramos con mayor vulnerabilidad socioeconómica (tramo A-B). 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 2.913 personas. La población total que cuenta con ficha clínica vigente, corresponde a 43.694 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 4.600 usuarios (Fonasa y otras previsiones) reciben o alguna vez recibieron 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 36.032 usuarios inscritos percapitados los cuales se distribuyen de acuerdo a lo indicado en la Tabla N°19B.

Tabla N°19 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	92	97	65	121	141	21	**36.032**

Fuente: Registro Fonasa, Septiembre 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 2025

DECRETO: Proyecto de Presupuesto para el año 2025 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 2025
				TRANSFERENCIAS CORRIENTES	***7.493.143***
05	**01**			**DEL SECTOR PRIVADO**	
05	**03**			**DE OTRAS ENTIDADES PUBLICAS**	**7.493.143**
05	**03**	**006**		**Del Servicio de Salud**	**6.963.143**
05	03	006	001	Atención Primaria Ley N° 19.378 Art. 49	5.904.128
05	03	006	002	Aportes Afectados.	1.059.015
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**	**450.000**
07				***INGRESOS DE OPERACIÓN***	***452.800***
07	***01***			**VENTA DE BIENES**	
07	***02***			**VENTA DE SERVICIOS**	**452.800**
08				***OTROS INGRESOS CORRIENTES***	***103.000***
08	**01**			**RECUPERACIONES Y REEMBOLSOS POR LICENCIAS MEDICAS**	**100.000**
08	01	001		Reembolso Art. 4º Ley N ° 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	100.000
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$	***8.049.043***

3.6.2. Egresos

SUBTITULO	ITEM	ASIGNACION	SUBASIGNACION	SUB SUB ASIGNACION	DENOMINACION	2025
21					GASTOS EN PERSONAL	4.679.977
21	01				PERSONAL DE PLANTA	3.307.172
21	02				PERSONAL A CONTRATA	1.197.449
21	03				OTRAS REMUNERACIONES	175.356
21	03	001			Honorarios a Suma Alzada - Personas Naturales	115.000
21	03	004			Remuneraciones Reguladas Código del Trabajo	60.356
21	04				OTROS GASTOS EN PERSONAL	0
22					BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO	2.992.866
22	01				ALIMENTOS Y BEBIDAS	6.500
22	02				TEXTILES, VESTUARIO Y CALZADO	4.000
22	03				COMBUSTIBLES Y LUBRICANTES	54.000
22	04				MATERIALES DE USO O CONSUMO	1.102.114
22	05				SERVICIOS BASICOS	129.400
22	06				MANTENIMIENTO Y REPARACIONES	336.500
22	07				PUBLICIDAD Y DIFUSION	12.127
22	08				SERVICIOS GENERALES	58.200
22	09				ARRIENDOS	117.828
22	10				SERVICIOS FINANCIEROS Y DE SEGUROS	5.550
22	11				SERVICIOS TECNICOS Y PROFESIONALES	1.164.647
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
24	03				A OTRAS ENTIDADES PUBLICAS	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	340.500
29	01				TERRENOS	0
29	02				EDIFICIOS	0
29	03				VEHICULOS	120.000
29	04				MOBILIARIO Y OTROS	22.000
29	05				MAQUINAS Y EQUIPOS	119.000
29	06				EQUIPOS INFORMATICOS	26.500
29	07				PROGRAMAS INFORMATICOS	53.000
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
					T O T A L G A S T O S .....M$	8.049.043

Las Modificaciones en los montos estimados de Ingresos y Gastos del Presupuesto de Salud Municipal para el 2025 fueron 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.

3.7. APORTE MUNICIPAL 2025.

Determínese que el **aporte de la Municipalidad es de M $450.000.-** (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 Comunales, considerando las dependencias ubicadas en La Ligua y Valle Hermoso.
- Suplemento al Convenio en el marco de la ejecución del Programa SUR considerando la siguiente ampliación de horario con disponibilidad médica:
  - Lunes a Viernes de 19:00 a 00:00 hora.
  - Sábados, Domingos y Festivos desde las 10:00 a las 00:00 horas.
- Mantención de establecimientos de salud dependientes del DESAM, en lo que respecta a techumbres, sistemas eléctricos, de gasfitería y alcantarillado.
- Bono Sala Cuna destinado a madres trabajadoras con hijos menores de 2 años.

- Asignación Transitoria Art. 45 Ley 19.378.

  En este punto, la entidad administradora con la aprobación del Concejo Municipal podrá otorgar a sus funcionarios asignaciones especiales de carácter transitorio, las que deben adecuarse a la disponibilidad presupuestaria y durarán como máximo, hasta el 31 de diciembre de cada año. Estas asignaciones, se enmarcarán según la necesidad del servicio y la comunidad de estructurar el área de salud municipal en base a una organización jerarquizada, a las mayores exigencias en la gestión de la coordinación, a la conducción de los servicios de atención primaria de salud, en el marco de los lineamientos ministeriales, en la necesidad de contar con nuevos profesionales, también al cumplimiento de metas adicionales con énfasis en una mejora en la calidad y el propósito de asegurar la atención de salud a la comunidad por parte de los servicios que se indican, en consideración a los requerimientos y dificultades presentados en el desarrollo de las labores pertinentes.

  Dicha asignación podrá continuar siendo percibida por determinados funcionarios de la dotación de salud y fijarse de acuerdo con el nivel y la categoría del personal, según las necesidades del municipio y de la comunidad de La Ligua, en mantener y contar con una Dotación de Salud, Equipo del Departamento de Salud y una Dirección del Departamento de Salud, con conocimiento de las características de la comuna relacionada a su población, características geográficas, epidemiológicas y medio ambientales, demostrando constante compromiso y responsabilidad, tanto técnica como administrativa y directiva.

  A su vez a la necesidad de estructurar en el área de salud municipal una organización jerarquizada, como también una mayor exigencia en la gestión técnica, administrativa y directiva, permitiendo que los servicios de atención primaria se enmarquen dentro de los lineamientos ministeriales, lo que permite el cumplimiento de las metas con énfasis en mejorar los índices de calidad de vida y de salud.

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

Tabla N°20: Solicitudes ciudadanas DESAM La Ligua, enero - agosto 2024.

Tipo de solicitud ciudadana	Enero	%	Febrero	%	Marzo	%	Abril	%	Mayo	%	Junio	%	Julio	%	Agosto	%	Total anual
Felicitaciones	0	0	9	33,3	7	33,3	7	25	5	14,3	3	30	6	33,3	6	26,1	43
Reclamos	0	0	7	25,9	8	38,1	12	42,9	21	60	1	10	4	22,2	6	26,1	59
Sugerencias	0	0	2	7,4	2	9,5	3	10,7	0	0	0	0	0	0	2	8,7	9
Solicitudes	0	0	9	33,3	4	19	6	21,4	8	22,9	6	60	8	44,4	9	39,1	50
Consultas	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2,9	0	0	0	0	0	0	1
Total Mensual	0	0	27	100	21	100	28	100	35	100	10	100	18	100	23	100	162

Análisis mensual

Felicitaciones:

- Incrementos notables en febrero (33,3%) y marzo (33,3%).
- Se observa una disminución en mayo (14,3%) y junio (30%), aunque mantiene un porcentaje considerable en julio (33,3%).

Reclamos:

- Muestra un crecimiento constante, especialmente en abril (42,9%) y mayo (60%).
- Baja en junio (10%) pero recupera en julio (22,2%).
- Es el tipo de solicitud con el porcentaje más alto en total anual (36,4%).

Sugerencias:

- Muy bajos porcentajes, con un pico en abril (10,7%).
- No se reportaron sugerencias en los primeros meses ni en junio.

Solicitudes:

- Muestra un buen nivel de actividad, especialmente en junio (60%) y julio (44,4%).
- Porcentaje más bajo en marzo (19%).

Consultas:

- Muy bajas, solo se registró una en mayo (2,9%) y otra en total anual (0,6%).

Análisis anual

Total, anual:

- Las solicitudes totales suman 162. Los reclamos son la categoría más prominente, con un 36,4% del total.
- Las felicitaciones siguen, representando un 26,5%.
- Las sugerencias y consultas son mínimas, con solo el 5,6% y 0,6% respectivamente.

Observaciones

Tendencias: Los reclamos y las felicitaciones parecen ser las más comunes, mientras que las sugerencias asociados a mejoramientos de competencias técnicas y aperturas a horas médicas, matrona y dental. Las solicitudes tienen una representación radicando principalmente en solicitudes de fichas clínicas de pacientes que se trasladan a otros centros o que las utilizan para diversos trámites.

Acciones recomendadas: Fomentar la presentación de sugerencias y consultas para equilibrar las categorías de solicitud. 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 generen 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.

Se aprecia que felicitaciones y reclamos como otros años anteriores mantienen porcentajes semejantes, puesto que el trato, la comunicación y trabajo que emprenden los profesionales han destacados en último año, propiciando que los usuarios puedan reforzar dichas acciones. En cuanto a los reclamos se asociados a procesos administrativos que son percibidos como difíciles especialmente para la población adulta mayor (60 años y más). En razón de lo anterior, 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.

SECCIÓN II: PLAN DE SALUD 2025

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.**

Previo acuerdo de los respectivos encargados, podemos comentar que la medición de los avances de cada programa se desarrolló en dos fases. En la primera fase, cada encargado evaluó los cumplimientos para el o los programas que tuviere a cargo y luego en la segunda fase se concretaron distintos Focus Group en los que participaron funcionarios de todos los estamentos, 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 2025.

2. PROGRAMAS DE SALUD 2025:

2.1. Programa Nacional de Salud Infantil

El Programa Nacional de Salud de la Infancia tiene como propósito contribuir a la salud y el 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. Incluye distintas prestaciones como el control de salud infantil, estimulación del desarrollo psicomotor, atención de morbilidad infantil, dental, inmunizaciones, atención de condiciones crónicas en la atención primaria como ASMA, actividades preventivas y promocionales para el desarrollo integral de niños y niñas, taller para habilidades parentales como el "Nadie es Perfecto", talleres prenatales, actividades apoyo a la lactancia materna, Subsistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo, entre otros.

Durante el año 2024, se fortaleció la recuperación y rescate de la población infantil bajo control, con la finalidad de poder mejorar las coberturas a través de rescate telefónico, visita domiciliaria de rescate, revisión y actualización de los tarjeteros de usuarios inasistentes. Si bien, queda mucho por avanzar para alcanzar la cobertura de la población Per Cápita, se espera durante el 2025 continuar con protocolos que logren estandarizar la captación de usuarios y usuarias.

En la siguiente tabla n° 21 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.

Tabla N°21: Población per cápita y bajo control

APS	Población Infantil Percápita (0-5 años)	Población Infantil Bajo control (0-5 años)	Población Infantil percápita (60m-9 años)	Población Infantil bajo control (60m-9 años)
COMUNA	**1746**	**1552**	**1769**	**818**
CESFAM	1115	1030	766	345
PSR	631	522	1003	473

Fuente: Corte Per cápita 2023 y Serie P Unidad de Estadística DESAM La Ligua, junio 2024.

- **Subprogramas y Programas Complementarios**

Programas Complementarios y Componentes	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 (PNAC)	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.
Programa de Salud Respiratoria: Programa IRA	Su objetivo 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 la calidad de vida. 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 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.

- **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-2024 según SSVQ: **64.63%.**
Proporción de niñas y niños, menores de 6 años con estado nutricional normal.	● % de menores eutróficos exigida: **59.67%**
	● Cumplimiento a Junio-2024 según SSVQ: **55.8%.**

Fuente: Serie A y P Unidad de Estadística DESAM La Ligua 2024.

Metas Sanitarias	Muestreo
Niños que al control de 6 meses estén con LME	● Meta Anual exigida: **50.8%**
	● Cumplimiento a Junio 2024 según SSVQ: **54.5%.**
Porcentaje niños(as) de 12 a 23 meses con riesgo del DSM recuperados	● Meta Anual exigida **72.0%**
	● Cumplimiento a Junio 2024 según SSVQ: **30.0%.**

Fuente: Serie A Unidad de Estadística DESAM La Ligua, junio 2024

Acciones y operativos realizados el 2024

Nombre de la actividad	Objetivo	Actividades realizadas	Lugar y fecha	Personal de Salud que participó.	Público al que fue dirigido
Día de la Inclusión y no discriminación	Sensibilizar sobre la Sala de rehabilitación NANEAS y sus prestaciones.	Stand informativo, juegos didácticos, circuitos motores.	Entrada principal CESFAM RSB, 01/03/ 2024	Enfermera, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional.	Usuarios del CESFAM RSB.
Día de concienciación sobre el autismo	Sensibilizar a la población sobre el TEA, específicamente a padres y cuidadores.	Charla y conversatorio para intercambiar experiencias entre familias y profesionales.	Sala de Actividad física CESFAM RSB, 02/04/2024.	Enfermera, psicóloga, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, nutricionista.	Padres, madres y cuidadores de niños y niñas con diagnóstico o sospecha del trastorno del espectro autista.
Semana Lactancia Materna	Fomentar la lactancia materna con un enfoque intersectorial y promocional.	Charla educativa	Centro Cultural La Patagua, 06/08/2024.	Enfermera, fonoaudiólogo, nutricionista.	Educadoras de Párvulos
		Recuerdo fotográfico durante el proceso de vacunación de niños y niñas que reciben tetanalgesia con entrega de regalo significativo.	Unidad de Vacunatorio, mes de agosto/2024	TENS Vacunatorio.	Usuarias CESFAM RSB
Talleres prenatales	Fortalecer la preparación física y emocional para el parto y la crianza temprana.	Taller con temática de Alimentación, trabajo de parto, salud mental, derechos laborales, salud oral y cambios durante la gestación.	Casa Sopraval julio, agosto, septiembre 2024	Enfermera, psicóloga, nutricionista, odontóloga, trabajadora social, matrona.	Usuarias gestantes de la comuna de La Ligua.



Jornada Jardines Infantiles Semana Mundial de la Lactancia Materna, agosto 2024.



Taller Prenatal, julio 2024.



Charla Dia Mundial de Concienciación del Autismo, abril 2024.



Taller de Habilidades Parentales "Nadie es Perfecto" Jardín Infantil Puyancón, mayo 2024.

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

Desarrollo Psicomotor: El desarrollo Psicomotor es un proceso dinámico y longitudinal que requiere una evaluación continua por parte de los profesionales de salud. La detección temprana de alguna alteración, permitirá tomar las medidas e intervenciones oportunas en los niños y niñas. El PADBP entrega herramientas a través de las Salas de Estimulación y Servicio Itinerante para que los profesionales tales como Terapeuta Ocupacional, Fonoaudiólogo y Educadora de Párvulos puedan fortalecer con las familias la estimulación temprana de los niños y niñas.

En las siguiente tabla n° 22 se describe la población en Riesgo y tabla n° 23 se refleja el Retraso del Desarrollo Psicomotor, diagnóstico que surge de los instrumentos de tamizaje aplicados tales como EEDP y TEPSI:

Tabla N°22: Población en riesgo

RIESGO	COMUNA		CESFAM	PSR
Menor de 12 meses	1	0,02%	1	0
12 a 17 meses	2	0,04%	1	1
18 a 23 meses	11	0,24%	7	4
24 a 25 meses	17	0,37%	15	2
36 a 47 meses	9	0,20%	6	3
42 a 47 meses	4	0,09%	4	0
48 a 59 meses	2	0,04%	2	0

Fuente: Serie P Unidad de Estadística DESAM La Ligua, junio 2024.

Tabla N°23: Población en retraso del Desarrollo Psicomotor

RETRASO	COMUNA		CESFAM	PSR
Menor de 12 meses	0	-	0	0
12 a 17 meses	3	0,10%	1	2
18 a 23 meses	10	0.32%	8	2
24 a 35 meses	7	0.23%	5	2
36 a 47 meses	7	0.23%	5	2
42 a 47 meses	2	0.06%	2	0
48 a 59 meses	2	0.06%	2	0

Fuente: Serie P Unidad de Estadística DESAM La Ligua, junio 2024.

Estrategia	Indicador	Actividad
Garantizar la evaluación del DSM en niños/as de 12 a 23 meses por profesional de Enfermería.	% de los niños de 12 a 23 meses con su control y evaluación vigente.	1. Proteger agenda semanal del profesional de Enfermería para la realización de la evaluación del DSM, manteniendo una retroalimentación frecuente de la cobertura de las evaluaciones con el equipo de sector.
		2. Realizar rescate telefónico y en domicilio de niños y niñas que no cuentan con su control al día.
Ingreso a la sala de estimulación por alteración en diagnóstico del DSM	% de los niños/as con resultado en el DSM en rezago, riesgo y retraso ingresados a sala de estimulación.	1. Mantener una comunicación mensual bidireccional y retroalimentación sobre los ingresos, seguimientos y egresos de niños/as entre profesionales de la sala de estimulación, profesional de Enfermería y Encargada de Programa.
		2. Continuar la vigilancia de los niños y niñas que se encuentren con sus sesiones vigentes.
		3. Realizar rescate telefónico y en domicilio de niños y niñas inasistentes a la sala de estimulación.
Recuperación del DSM en niños con resultado de su DSM en riesgo	% de niños y niñas de 12 a 23 meses con riesgo del DSM recuperados	1. Mantener una comunicación mensual bidireccional y retroalimentación sobre los ingresos, seguimientos y egresos de niños/as entre Profesionales de la sala de estimulación, Profesional de Enfermería y Encargada de Programa.
		2. Evaluar con el equipo realizar la reevaluación en el domicilio del niño o niña o en la sala de estimulación para brindar un ambiente seguro para el juego.
		3. Velar para que la reevaluación sea realizada por el mismo profesional de enfermería que derivó el caso.
		4. Potenciar talleres dirigidos a padres, madres y cuidados sobre estimulación temprana en zona urbana y rural.
Auditorías trimestrales de fichas clínicas en sector urbano y rural	% fichas clínicas auditadas de acuerdo a la población bajo control	1. Realizar y aplicar pauta de cotejo de controles de salud infantil integral.
		2. Realizar y aplicar pauta de cotejo de ingresos a sala de estimulación y servicio itinerante.
		3. Realizar y evaluar pauta de cotejo de sesiones de niños y niñas en sala de estimulación y servicio itinerante.

Nutrición Infantil:

En nuestra comuna, representada a través de la tabla n° 24 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 14 y 16% 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 peso centrista 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.

Tabla n° 24: Estado nutricional infantil

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	4	4	8	0.04%	3	2	5	0.03%
Riesgo de Desnutrición	42	18	60	0.01%	21	25	46	0.004%
Sobrepeso /Riesgo Obesidad	284	139	424	0.28 %	209	98	307	0.23%
Obesidad	147	64	211	0.14%	146	69	215	0.16%
Obesidad Severo	0	14	14	0.01%	54	34	88	0.07%
Normopeso	543	278	821	0.53%	443	245	688	0.51%

Fuente: Serie P Unidad de Estadística DESAM La Ligua, junio 2024.

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
Actividades de promoción para la nutrición infantil.	N° de niños y niñas menores de 6 años con estado nutricional normal	1. Proteger agenda semanal del profesional Nutricionista para la realización del control nutricional universal (5 meses y 3 años 6 meses) y consultas por malnutrición. 2. Realizar rescate telefónico y en domicilio de niños/as que no cuentan con sus controles nutricionales al día. 3. Descentralizar Prog. Elige Vida Sana y llevar a cabo talleres y actividades a los tres sectores rurales. 4. Mantener articulación con el intersector a través del Programa de Promoción en los Jardines Infantiles de la comuna.

Lactancia Materna:

La lactancia materna es uno de los indicadores más relevantes ya que cada vez está disminuyendo su exclusividad a los seis meses de edad debido a la incorporación laboral de las madres por lo que se han tenido que generar una serie de estrategias para poder incentivar la lactancia materna. Durante el 2025 se pretende impulsar la lactancia materna desde el enfoque de género y de la corresponsabilidad social, siendo estos pilares claves para aumentar las tasas óptimas de lactancia materna.

En nuestro Establecimiento, actualmente hay 176 funcionarias, 14 con fuero maternal y 4 gestantes, por lo que una Sala de Lactancia permitiría dar respuesta a la necesidad de apoyar a las trabajadoras, usuarias y adultas significativas que han optado por amamantar o dar leche extraída, protegiendo la lactancia dignamente hasta que la diada lo decida. Por otro lado, desde un enfoque comunitario y según Orientaciones y Normas Técnicas, surge la necesidad de que el Personal de Salud y Jardines Infantiles cuente con conocimientos actualizados en el área. Actualmente sólo el 36% de profesionales cuenta con capacitación vigente, lo que genera dificultades en la cartera de prestaciones afectando directamente a las familias.

Estrategia	Indicador	Actividad
Actividades de protección y fomento para la lactancia materna	% de niños y niñas con Lactancia Materna exclusiva al sexto mes de vida.	1. Proteger agenda semanal de profesionales para la realización clínica de lactancia. 2. Mantener talleres prenatales con énfasis en lactancia materna, incorporando progresivamente a puérperas, para lograr un grupo de apoyo en lactancia materna. 3. Implementar Sala de Lactancia en CESFAM Raúl Sánchez Bañados. 4. Actualización de protocolo local de Clínica de Lactancia y difusión a funcionarios. 5. Mantener capacitaciones anuales en lactancia materna a jardines infantiles de la comuna. 6.Estandarizar derivación para Clínica de Lactancia a APS desde Jardines Infantiles de la comuna.
Capacitación a personal del centro de salud en Lactancia Materna	% de funcionarios capacitados en lactancia materna.	1.Realizar capacitación en Lactancia Materna a funcionarios no clínicos de al menos 4 horas. 2. Realizar capacitación a profesionales que realizan Clínicas de Lactancia de al menos 20 horas.

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

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. Su objetivo es disminuir la brecha en cuanto a acceso y oportunidad a niños y niñas con necesidades especiales de atención en salud.

En la siguiente tabla n° 25, se detalla la población según diagnóstico de Niños, Niñas y Adolescentes con Necesidades Especiales de Atención en Salud

Tabla n° 25: Población según Diagnóstico de Niños, Niñas y Adolescentes NANEAS.

Diagnóstico NANEAS	CESFAM	PSR	COMUNA
Síndrome de Down	8	1	9
Trastorno de Espectro Autista	26	31	57
Fibrosis Quística	0	0	0
Parálisis Cerebral	3	2	5
Neoplasias	0	0	0
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	9	9	18
Prematuros	36	55	91
Total	**46**	**98**	**144**

Fuente: Serie P Unidad de Estadística DESAM La Ligua, Junio 2024

Estrategia	Indicador	Actividad
Capacitación a personal de salud en NANEAS	N° de estamentos que reciben actualización de Orientación Técnica NANEAS.	Capacitar a los profesionales de Atención Primaria de Salud sobre clasificación y abordaje de NANEAS.
Ingreso y Seguimiento de Niños, Niñas y Adolescentes con Necesidades especiales	% de NANEAS de 0 a 19 años en control	Realizar un catastro que permita identificar la prevalencia de NANEAS y facilitar el seguimiento de la población NANEAS en la comuna y permita la continuidad de los cuidados integrales. Incorporar, de forma progresiva, ingreso NANEAS con dupla psicosocial. Favorecer la referencia y la contrarreferencia de atención de NANEAS en la red asistencial para promover la continuidad de los cuidados, entre nivel secundario y APS.

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 en los diferentes niveles de atención del sistema de salud, tiene un enfoque integral, esto se refiere a la amplitud con que debe abordarse la atención de adolescentes en los factores biológicos y psicosociales, el estilo de vida, el ambiente físico y cultural, la familia, la interacción con sus pares, entre otros.

La finalidad es dar respuesta a las necesidades de los/las adolescentes y jóvenes, así también facilitar el acceso a la atención de salud de adolescentes (10-19 años) y la preservación de la salud, detectando riesgos y visualizando factores protectores, poniendo en marcha actividades anticipatorias como, por ejemplo: prevención embarazo adolescente, educación en alimentación saludable, salud mental, entre otros. Busca educar a la población adolescente, realizando talleres educativos con diferentes temáticas de acuerdo a las necesidades de cada grupo a intervenir, promover la participación juvenil en diversas instancias locales (priorizando la conformación y fortalecimiento de Consejos Consultivos de Adolescentes) y en temáticas de su interés, tales como derechos sexuales y reproductivos, entre otros.

Es importante que durante la adolescencia se pueda invertir y generar oportunidades, considerando esta etapa como decisiva del desarrollo, la que presenta grandes oportunidades para construir y consolidar formas de vida saludable que incrementen la salud y el bienestar como impulsores claves del cambio en las etapas posteriores.

- **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 (CSIA) de 10 a 19 años.	· Nº de CJS exigidos: **15.9%**. · Cumplimiento junio 2024: **6.96%.**

Fuente: Serie A Unidad de Estadística DESAM La Ligua, junio 2024 – Reporte IAAPS SSVQ, junio 2024.

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

Control de Salud Integral del Adolescente (CSIA)

Es la atención de salud integral realizada a los adolescentes, que permite evaluar el estado de salud y normal desarrollo, fomentando los factores y conductas protectoras e identificando los factores y conductas de riesgo, con el propósito de intervenir en forma oportuna.

ESTRATEGIA	INDICADOR	ACTIVIDAD
Garantizar la atención del Control de Salud Integral del Adolescente	Porcentaje de adolescentes entre 10 a 19 años con control de salud integral vigente.	1. Priorizar horas de atención para los adolescentes de red mejor niñez y para adolescentes con riesgo biopsicosocial. 2. Contar con horario diferido para favorecer la atención de los/las adolescentes. 3. Gestión con los establecimientos educacionales de la comuna para generar operativos de CSIA (previo consentimiento de apoderado y asentimiento del adolescente) y realizar rescate de adolescentes que no cuentan con su CSIA vigente.
		4. Operativos de CSIA mensuales con equipos de sectores urbanos - rurales para realizar en los establecimientos educacionales, previo consentimiento de apoderados y asentimiento del adolescente. 5. Promocionar la prestación de CSIA para conocimiento de la población objetivo. 6. Coordinación con control de salud infantil para que el niño o niña al cumplir 10 años sea derivado inmediatamente a control del joven sano.

Actividades de prevención y promoción

Se realizan talleres promocionales y preventivos de salud sexual y reproductiva – VIH/ITS - salud mental y alimentación saludable a adolescentes en establecimientos educacionales, previa coordinación con encargados de convivencia escolar u orientadores, así también se organizan actividades masivas como ferias de salud y consejos consultivos, todo lo anterior en conjunto con los profesionales de Espacios Amigables.

ESTRATEGIA	INDICADOR	ACTIVIDAD
Realizar promoción y prevención en la adolescencia.	Talleres promocionales y preventivos realizados en adolescentes de 10 a 19 años.	1. Publicación de material educativo en RRSS con la finalidad de que ésta llegue a los adolescentes. 2. Mantener vínculo con los establecimientos educacionales de la comuna de tal forma que se gestione la realización de talleres promocionales y preventivos a los/las adolescentes. 3. Formación de alianzas comunitarias con la Red Infanto-Juvenil de la comuna. 4. Responder a las necesidades generadas en los diversos consejos consultivos realizados en diferentes establecimientos educacionales de la comuna durante el año 2024 y mantener esta instancia que se generó con los/las adolescentes a largo plazo.

Trabajo en Equipos Multidisciplinarios e Intersectoriales

El trabajo en conjunto de los profesionales de sectores y espacios amigables, es fundamental para favorecer la adherencia a controles, generar vínculo y sentido de pertenencia a la población adolescente. Así también es importante mantener el trabajo comunitario con la red infanto juvenil y los diversos actores comunales relacionados con el grupo etario adolescente (10-19 años). Dentro del trabajo en red, es primordial conservar la sincronía con los establecimientos educacionales en torno a las temáticas que los/las adolescentes, apoderados y equipo docente consideren más relevantes y de interés.

ESTRATEGIA	INDICADOR	ACTIVIDAD
Garantizar la atención de controles de salud específicos (Matrona, Nutricionista, Psicóloga).	Atenciones integrales realizadas a los/las adolescentes	1. Entrega de horas para CSIA u otro profesional de forma rápida y oportuna a los/las adolescentes.
		2. Realizar consejerías de salud integral tanto individual como grupal de forma oportuna y eficiente a los/las adolescentes.
		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. Disponer de la solicitud de horas de atención (nutricionista, matrona y psicóloga) para los/las adolescentes a través de la red social de Instagram con una pronta y oportuna respuesta por parte del equipo de programa adolescente.
		5. Resolución de dudas de los/las adolescentes de forma 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 son:

- Talleres preventivos en establecimientos educacionales en los ámbitos de salud sexual y reproductiva, prevención de salud bucal - nutrición saludable, 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 de la violencia en el pololeo”, “día mundial de la alimentación”, “ferias de salud”, 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.
- Atenciones en box por parte de las profesionales nutricionista, matrona y psicóloga.
- Realización de consejería en salud sexual y reproductiva, VIH – ITS, regulación de fecundidad, uso correcto del preservativo, entre otras.
- Participación en operativos de CSIA (control de salud integral del adolescente) en diferentes establecimientos educacionales de la comuna (previa firma de consentimiento por parte del apoderado y también el asentimiento por parte del adolescente).

2.3. Programa Salud Sexual y Reproductiva.

La Política Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva, 2018, establece que, según la OMS, "la salud sexual es un estado de completo bienestar físico, emocional, mental y social en relación con la sexualidad, no es solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o malestar. La salud sexual requiere un enfoque positivo y respetuoso hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. Para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y cumplidos" (WAS/OMS, 2002).

A su vez, "la salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia" (OMS, 2003).

Para dar cumplimiento a lo anterior, es que el programa de salud sexual y reproductiva busca asegurar la elaboración de normas para la atención integral en la población a través de acciones de promoción, prevención y vigilancia epidemiológica, logrando 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. Es importante reconocer este proceso como algo continuo, a lo largo de todo el ciclo vital de la mujer.

Dentro de las actividades desarrolladas en el programa de salud sexual y reproductiva se encuentran: controles pre concepciones, control prenatal, control post parto y post aborto, control de regulación de fertilidad, control ginecológico, control de climaterio, atención de morbilidades ginecológicas y/o obstétricas, consultas asociadas a infecciones de transmisión sexual, realización de consejerías, actividades de promoción y prevención. Entregando respuesta a todas las necesidades que puede presentar la mujer en el área de la salud sexual y reproductiva dentro del ciclo de vida.

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

Meta IAAPS	Muestreo
Ingreso a control de embarazo antes de las 14 semanas	· N° de ingresos prenatales exigidos: **88.90 %** · Cumplimiento junio 2024: **92.25%**
% de adolescentes inscritos de 15 a 19 años bajo control de regulación de fertilidad.	· N° de controles exigidos: **21.85%** · Cumplimiento junio 2024: **19.22%**

Fuente: Serie A y P Unidad de Estadística DESAM La Ligua 2024 - Reporte IAAPS SSVQ, junio 2024.

Metas Sanitarias	Muestreo
Reducir el número de mujeres de 25 a 64 años sin PAP vigente	· % de cobertura exigida **56.63% (que corresponde al 80% de brecha)** · Cumplimiento a la fecha (Junio 2024): **94.9%**

Fuente: Serie A Unidad de Estadística DESAM La Ligua, junio 2024 - Reporte Sanitarias SSVQ, junio 2024.

- **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 relacionadas al programa de SSYR se encuentran: Mamografía y Ecotomografía mamaria.

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

Las principales estrategias del programa para el año 2024-2025 apuntan a continuar recuperando la población bajo control luego de la contingencia sanitaria. Se espera poder ampliar el acceso de las usuarias a las distintas prestaciones otorgadas, 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 sensibilización y toma exclusiva de PAP en forma semanal por sector, para rescate de usuarias. 3. Campaña de sensibilización y toma exclusiva de PAP a funcionarias dependientes del DESAM y funcionarias de las otras unidades municipales. 4. Rescate de usuarias sin PAP vigente mediante revisión de nóminas de citoexpert y sector durante todo el año en curso. 5. Sensibilización del equipo de salud en la importancia del examen y derivación en caso no vigencia. 6. Derivación desde control cardiovascular a control ginecológico. 7. PRAPS Tamizaje CaCu para entregar una mejor cobertura de Toma de PAP a usuarias en extensión.
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 de educar a nuestras usuarias para el ingreso prenatal temprano. 2. Sensibilizar a la comunidad respecto de la importancia de educar a las vecinas y sus familias para el ingreso prenatal temprano. 3. Mantener agenda con cupos exclusivos para ingreso prenatal disponible de forma mensual. 4. 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 de regulación de fecundidad 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. 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 las usuarias en control de Poli Climaterio. 2. Mantener el tarjetero virtual de población bajo control actualizado, para poder asegurar que el control sea realizado en la fecha correspondiente y verificar que cuenten con sus exámenes anuales (Mx y Eco TV). 3. Coordinar con programa de resolutividad la prioridad para realizar mamografías (Mx en forma anual para usuarias que utilizan TRH). 4. Asegurar ingreso de nuevas usuarias en el menor tiempo de espera posible (Revisión semanal de IC realizadas a Poli Climaterio).

2.4 Programa de Salud del Adulto

El Programa de Salud Cardiovascular (PSCV), es una estrategia del Ministerio de Salud que tiene como finalidad reducir la incidencia de eventos cardiovasculares por medio de control y compensación de los factores de riesgo cardiovascular, mejorar el control de personas que han tenido un evento cardiovascular con fin de prevenir morbilidad y mortalidad prematura, además de mejorar la calidad de vida de las personas, por medio de prestaciones entregadas en Centros de Atención Primara en Salud (APS).
La finalidad como equipo de salud es poder realizar seguimientos de las enfermedades crónicas como: Hipertensión arterial (HTA), Diabetes Mellitus 2 (DM) y Dislipidemia (DLP), Infarto (IAM), Accidente cerebro vascular (ACV) y Enfermedad renal crónica (ERC).

De acuerdo con los registros estadísticos de nuestro Departamento de salud, la población en el PSCV se ve reflejada según la tabla n° 26

Tabla n° 26: Población PSCV

Total Usuarios PSCV	Clasificación de Riesgo Cardiovascular	CESFAM		PSR		COMUNA	
	Total	**4.467**	**100%**	**3.241**	**100%**	**7.708**	**100%**
	Bajo	806	**18%**	503	**16%**	1.309	**17%**
	Moderado	1.090	**24%**	834	**26%**	1.924	**25%**
	Alto	2.571	**58%**	1.904	**58%**	4.475	**58%**

Fuente: Serie P Unidad de Estadística DESAM La Ligua, Junio 2024.

Con respecto a la compensación de la población del PSCV en control se observa lo siguiente según tabla n°27

Tabla n° 27: Compensación del PSCV

PATOLOGÍA	CESFAM		PSR		COMUNA	
Hipertensión Arterial	2.918	65,00%	2.268	69,00%	5.186	67%
Diabetes Mellitus	1.632	36,50%	1164	35,00%	2.796	36%
Dislipidemia	3.008	61,00%	1.903	58,00%	4.911	63%

Fuente: Serie P Unidad de Estadística DESAM La Ligua, Junio 2024.

En relación a las variables de seguimiento del PSCV en personas con Diabetes Mellitus, al corte de junio 2024, se observa lo siguiente de acuerdo a la tabla n°28:

Tabla n° 28: Variables de seguimiento

Tipo de Actividad	CESFAM		PSR		COMUNA	
Usuarios con DM en PSCV	**1632**	**100%**	**1164**	**100%**	**2.796**	**100%**
Fondo de ojo vigente	1137	**69%**	725	**62%**	1.862	**66%**
Atención podológica vigente	461	**28%**	461	**39%**	922	**32%**
ECG vigente	1036	**63%**	615	**52%**	1651	**59%**
Tratamiento con insulina	547	**33%**	328	**28%**	875	**31%**
Evaluación del pie vigente en personas con diabetes	1456	**89%**	907	**77%**	2.363	**84%**

Fuente: Serie P Unidad de Estadística DESAM La Ligua, Junio 2024.

- **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 mujeres de 20 años a 64 años.	● % de Cobertura exigida al mes de Junio: _8,54_**%**	● _20,12_**%**
Cobertura Examen de Medicina Preventiva realizado a hombres de 20 años a 64 años.	● % de Cobertura exigida al mes de Junio: _4,04**%**	● _14,00_**%**
Cobertura efectiva de Tratamiento en personas con Diabetes Mellitus 2, de 15 y más años	● % de Cobertura exigida al mes de Junio: _62,5_**%** ● Cumplimiento al mes de Junio: _67,49_**%.**	● _62,50_**%**
Cobertura efectiva de Tratamiento en personas de 15 y más años, con Hipertensión Arterial	● % de Cobertura exigida al mes de Junio: _56,97**%** ● Cumplimiento al mes de Junio: _53,71_**%.**	● _56,97**%**

Fuente: Serie A Unidad de Estadística DESAM La Ligua, Junio 2024.

Meta Sanitaria	Muestreo
Cobertura efectiva de Tratamiento en personas con DM2, de 15 y más años Cobertura de tratamiento en personas con HTA, de 15 y más años. Evaluación anual pie en personas con Diabetes en control de 15 años y más	• % de Cobertura exigida anual: _27,9**%.** • Cumplimiento al mes de Junio: _31,07**%.** • % de Cobertura exigida: _43,7**%.** • Cumplimiento al mes de Junio: _40,56_**%.** • % de cobertura exigida: _90_**%.** • Cumplimiento al mes de Junio: _72,48**%.**

Fuente: Serie A y P Unidad de Estadística DESAM La Ligua, Junio 2024.

- **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. En relación con el abordaje de la persona, el enfoque es disminuir el impacto de la epilepsia en las personas afectadas por la enfermedad, con mejora de su calidad de vida a través de la disminución del número de crisis, con un óptimo aprovechamiento de los recursos disponibles.
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	El 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,
Programa Artrosis	El objetivo es brindar tratamiento para el control del dolor. Sin embargo, resulta de vital importancia realizar un trabajo de mantención que favorezca la funcionalidad en las actividades de la vida diaria, entregándoles herramientas de autocuidado y enseñando rutinas de ejercicios que favorezcan un envejecimiento saludable.
Programa de las Personas Mayores	Tiene como objetivo promover en las personas mayores instancias de participación, integración, inclusión, formación y capacitación en procesos de envejecimiento activo para favorecer la autovalencia por el mayor tiempo posible y que los 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.

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

Estrategia	Indicador	Actividad
Derivación inmediata al control polidescompensado de usuarios descompensados de patologías cardiovasculares.	% de usuarios descompensados del PSCV que acudan al control poli descompensado.	1.- Definir agenda de polidescompensado por sector y según realidad local. 2.- Evitar realizar derivaciones a control polichoque (sector rojo). 3.- Capacitar a funcionarios TENS y administrativos SOME sobre las prestaciones impartidas por cada profesional. 4.- Capacitar a líderes comunitarios y juntas de vecinos sobre las prestaciones impartidas por cada profesional.
Garantizar los controles de salud cardiovascular según riesgo cardiovascular.	% de usuarios que asiste al control cardiovascular según riesgo.	1.- Evaluar la posibilidad de apertura de agenda cada 3 o 6 meses por profesional. 2.- Evaluar la posibilidad de implementar un software para facilitar el agendamiento de los usuarios.
Actividades de promoción y prevención en salud cardiovascular.	% de actividades realizadas.	1.- Taller preventivo sobre temáticas del PSCV. 2.- Creación de proyecto gimnasio cardiovascular. 3.- Celebración de días conmemorativos del área cardiovascular: ▪ Realizar educación radial. ▪ Los equipos de TV del CESFAM que transmitan información educativa. ▪ Realizar taller informativo en sala de espera de toma de muestra. Complementar con un desayuno saludable. ▪ Realizar seminario educativo de con la comunidad e integrar a profesionales del intersector. 4.- Taller preventivo cuidados de los pies según riesgo.
Capacitación de protocolos que contempla el PSCV: ▪ Protocolo PSCV. ▪ Protocolo Ed. insulinoterapia. ▪ Protocolo de atención podológica. ▪ Protocolo de rescate de pacientes inasistentes y pasivos.	% de profesionales en salud capacitados en protocolos que contempla el PSCV.	1.- Realizar capacitaciones semestrales por sector urbano y rural. 2.- Realizar reuniones dirigidas a Directivos, Encargados de Sector y Unidades, Equipos de Sector y Unidades para informar sobre las respectivas metas sanitarias e IAAPS.

Estrategia	Indicador	Actividad
Inducción del programa de salud cardiovascular.	% de profesionales que se encuentran capacitados sobre el PSCV.	1.- Crear carpeta que contenga la siguiente documentación: ▪ Protocolos. ▪ Papelería. ▪ Funcionamiento de derivaciones: fondo de ojo, bota de descarga y curaciones. 2.- Contemplar inducciones de un tiempo mínimo de 1 semana. 3.- Actualizar documento "control de salud cardiovascular" por estamento. 4.- Enviar documentos de papelería en formato físico y digital al sector urbano y rural.
Auditorías de fichas clínicas trimestrales en sector urbano y rural.	% de fichas clínicas auditadas en el sector urbano y rural del área de salud cardiovascular.	1.- Evaluar a través de pauta de cotejo ficha clínica correspondiente al PSCV. 2.- Evaluar a través de pauta de cotejo ficha clínica correspondiente a curaciones de larga data (> 6 meses). 3.- Evaluar a través de pauta de cotejo seguimiento del proceso de interconsulta y contrareferencia del nivel secundario.
Garantizar controles de EMP.	% de fichas clínicas auditadas en el sector urbano y rural del área de salud cardiovascular % de usuarios que asiste al control EMP.	1.- Aumentar cobertura EMP, a través de actividades intra y extramurales. 2.- Operativos de toma de EMP dirigidos a funcionarios del DESAM y funcionarios de las distintas oficinas municipales. 3.- Contemplar apertura de agenda EMP de profesionales matrona, médico, nutricionista, enfermero y TENS. 4.- EMP alterado realizar seguimiento.

2.5. Programa de Salud de las Personas Mayores

El Programa de salud de las personas mayores comprende un conjunto de acciones que van orientadas a mantener o recuperar la funcionalidad y la compensación de las patologías crónicas, base fundamental de la calidad de vida. Esta forma de abordar el proceso de envejecimiento requiere ofrecer una atención integral y resolutiva, que favorezca la participación y el compromiso con el autocuidado.

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	Es un programa que busca apoyar a las personas mayores para que continúen siendo autovalentes, mediante la intervención de un equipo de profesionales, que abordan diferentes aspectos involucrados en la condición funcional de las personas mayores. Por ejemplo: promover la práctica de actividad física, enseñar sobre la prevención de caídas, estimulación cognitiva, habilidades de autocuidado y estilos de vida saludables, mejorando la capacidad de las personas mayores y sus círculos cercanos para enfrentar el envejecimiento y la vejez.
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: __18,16_**%** ● Cumplimiento al mes de Junio**: _21,40_%.**	● _45,4_**%**

Fuente: Serie P Unidad de Estadística DESAM La Ligua, Junio 2024.

Estrategia	Indicador	Actividad
Garantizar los controles de salud de las Personas mayores (EMPAM).	% de personas mayores que asisten a control EMPAM.	1.- Definir agenda de EMPAM por sector y según realidad y demanda local (evaluar % de meta EMPAM). 2.- Evaluar la posibilidad de unificar control EMPAM + control de salud cardiovascular. 3.- Reforzar a los profesionales médico, matrona, nutricionista, psicóloga, trabajadora social y podóloga de realizar la derivación al control EMPAM. 4.- Actualizar drive de EMPAM para registrar las atenciones realizadas.
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 derivación al programa Más Adulto Mayor a través del consentimiento informado. 2.- Realizar capacitaciones del programa Más adulto mayor a estamentos: médico, nutricionista y enfermería. 3.- Talleres preventivos para personas mayores: ▪ Envejecimiento saludable y activo. ▪ Síndromes geriátricos. ▪ Alimentación. ▪ Actividad física. 4. Día conmemorativo de las personas Mayores. ▪ Realizar educación radial. ▪ Los equipos de TV del CESFAM que transmitan información educativa. ▪ Realizar taller informativo en sala de espera de toma de muestra. Complementar con desayuno saludable. 5.- Realizar seminario educativo con la comunidad e integrar a profesionales del intersector.
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 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.- Coordinar capacitación con el hospital digital sobre la célula de geriatría. 3.- Coordinar con unidad de farmacia sobre capacitación de arsenal de medicamentos que engloba al programa personas mayores.

Estrategia	Indicador	Actividad
Creación y difusión de protocolo de Alzheimer y otras demencia en APS.	% de capacitaciones realizadas al equipo de Salud.	1.- Realizar capacitación a estamento médico y enfermera sobre el funcionamiento interno e intersectorial sobre GES 85. 2.- Realizar talleres a cuidadores de personas mayores sobre el manejo y acompañamiento de la persona con demencia. 3.- Asegurar que los cuidadores de las personas mayores cuenten con sus controles preventivos al día.
Actualización de documento "EMPAM" por profesional de enfermería.	Creación y/o modificación de documentos.	1.- Realizar y/o actualizar documento "EMPAM" por el estamento de enfermería. 2.- Enviar documentos de papelería en formato físico y digital al sector urbano y rural.
Difusión de actividades preventivas del adulto mayor.	Socialización de actividades preventivas del adulto mayor.	1.- Realizar afiche de vacuna Pneumo 23 e influenza. 2.- Coordinar con TS para colaborar en la difusión de la información. 3.- Solicitar claves de RNI por sector urbano y rural con el objetivo de revisar el registro de vacunas. 4.- Realizar auditoría de cartola de alimentos para cotejar registro de vacunas.

TRANSVERSALES

Estrategia de Atención Integral de la Multimorbilidad en el Adulto y en el Adulto Mayor

El modelo de atención actual en los centros de salud familiar, si bien está basado en el Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario, aún no logra evitar la fragmentación de las atenciones, ya que la mayoría de ellas corresponde a una línea programática determinada (Cardiovascular, Respiratorio, Salud Mental, Artrosis, etc.). La estrategia de cuidado integral (ECICEP) busca solucionar la fragmentación de los servicios de salud a la población, proponiendo una atención integral, a los usuarios, mediante herramientas de integralidad y de toma de decisiones compartidas en salud. El punto de partida para ello es conocer la estratificación del nivel de riesgo según la cantidad de patologías asociadas.

Estrategia	Indicador	Actividad
Garantizar los controles de salud de personas en la estrategia ECICEP.	% de usuarios que asisten a la estrategia ECICEP.	1.- Definir agenda de ECICEP por sector y según realidad local. 2.- Mantener ingresos G3, G2 y G1, en todos los sectores.
Actividades de promoción y prevención en la estrategia ECICEP.	% de actividades realizadas.	1.- Celebración de días conmemorativos en la estrategia ECICEP: ▪ Realizar educación radial. ▪ Los equipos de TV del CESFAM que transmitan información educativa. ▪ Realizar taller informativo en sala de espera de toma de muestra. Complementar con desayuno saludable. 2.- Realizar seminario educativo con la comunidad e integrar a profesionales del intersector.
Capacitación sobre protocolo de la estrategia ECICEP.	% de profesionales en salud capacitados en protocolo ECICEP.	1.- Lograr capacitar a los equipos de salud, logrando al menos un 50% de dotación de los equipos clínicos capacitados en ECICEP.
Auditorías de fichas clínicas trimestrales en sector urbano y rural.	% de fichas clínicas auditadas en el sector urbano y rural de la estrategia ECICEP.	1.- Evaluar a través de pauta de cotejo ficha clínica correspondiente a la estrategia ECICEP.

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 necesidad 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 mismos.

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/seguimiento.
- Examen preventivo para los cuidadores
- 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 ésta 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.**

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 severa x100	**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%**

Nombre indicador	Numerador	Denominador	Meta
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 severa x100	**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 severa x100	**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 severa x100	**100%**

El programa de atención domiciliaria a personas con dependencia severa PADDS, dentro de sus planteamientos para el próximo año, es mantener prestaciones hacia el usuario perteneciente al programa y hacia sus cuidadores.

Prestaciones a usuarios: visita domiciliaria integral (2), visitas de seguimiento por profesionales y técnicos (Médico, Enfermero, Nutricionista, Kinesiólogo, Trabajador social, Psicólogo Podólogo, y TENS.

Cuidadores de programa: EMPA/EMPAM por equipo de enfermería, atención psicológica en caso de presentar puntaje mayor a 16 puntos en escala de ZARIT (realizada en VDI)

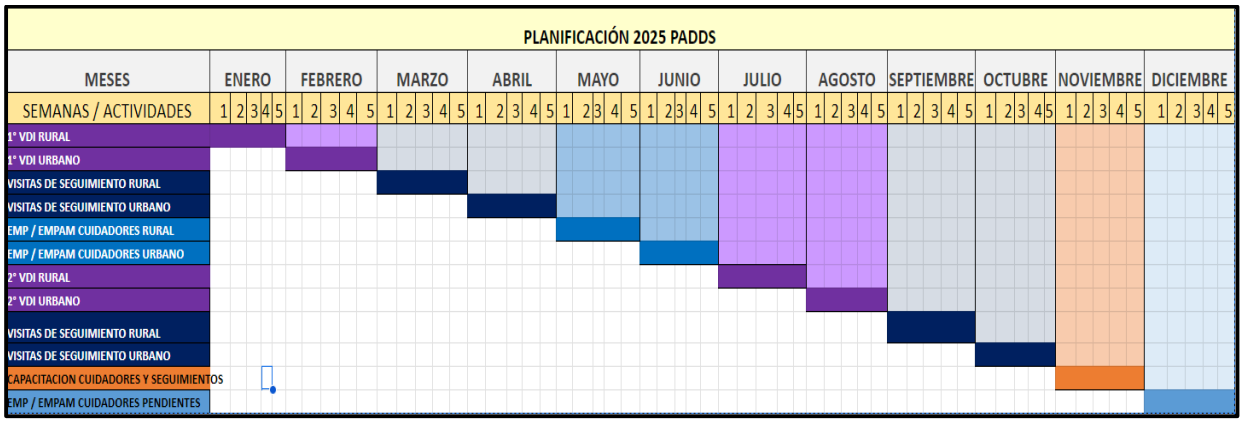
A continuación, se mencionan los meses en que se espera ir cumpliendo los indicadores.

Nombre indicador	Numerador	Denominador	Meta	Mes a cumplir
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 severa x100	**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 a Diciembre**
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 severa x100	**75%**	**Noviembre**

Nombre indicador	Numerador	Denominador	Meta	Mes a cumplir
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 severa x100	**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 severa x100	**100%**	**Julio y Agosto**

Se adjunta la planificación en diagrama de Gantt para el periodo 2025 según la figura n° 2

Figura n° 2: diagrama de Gantt



2.7 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.

Descripción del programa

Los cuidados paliativos universales (No oncológicos) tienen como objetivo mejorar la calidad de vida de las personas que enfrentan padecimientos relacionados con una enfermedad terminal o grave que haya sido diagnosticada y es progresiva e irreversible, sin tratamiento específico curativo o que permita modificar su sobrevida, o bien cuando los recursos terapéuticos utilizados han dejado de ser eficaces, y con una expectativa de vida inferior a doce meses.

Mediante la identificación temprana de esta necesidad es que se busca la prevención y alivio de tales complicaciones con una adecuada evaluación y tratamiento de problemas de salud de orden físico o psicológico.

Objetivos

- ✓ Entregar los cuidados paliativos universales, acorde a los principios del Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitaria (MAIS), considerando a la familia, su entorno sociocultural, el intersector y además de las prácticas y recursos de los sistemas de salud indígenas, si corresponde.
- ✓ Brindar apoyo y mejorar la calidad de vida de los pacientes y de sus familias cuando afrontan problemas de orden físico, psicológico, social o espiritual inherentes a una enfermedad potencialmente mortal, a través de la prevención y alivio del sufrimiento.
- ✓ 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.

Población beneficiaria del programa:

Corresponde a aquellas personas inscritas validadas en el Centro de Salud de Atención Primaria, las cuales son derivadas desde APS/atención secundaria, evaluados con Necpal clasificadas respuesta (+) y según necesidades de pauta.

Indicadores del programa CPU

Nombre indicador	Numerador	Denominador	META
Porcentaje de personas ingresadas al programa	Número de personas con necesidades CPU evaluadas	Número de personas con necesidades de CPU ingresadas x100	**100%**
Porcentaje de personas atendidas en domicilio	Número de personas con requerimiento de atención domiciliaria.	Número de atenciones en domicilio x100	**100%**
Promedio de visitas de seguimiento	Número de visitas de seguimiento recibidas por personas en cuidados paliativos	Número de personas con requerimientos de cobertura de cuidados paliativos bajo	**100%**
Porcentaje de personas CPU capacitadas en cuidados paliativos	Número de personas en cuidados paliativos	Número de personas CPU capacitadas en cuidados paliativos x 100	**38%**

2.8. 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 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 intersectorialidad 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 2024-2025 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.

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

Programa	Definición
Salud oral integral de la embarazada (GES)	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). 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	Definición
Sembrando Sonrisas (PRAPS)	El objetivo de este programa es mantener y mejorar la salud bucal de la población parvularia, 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 pacientes 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 (GES)	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 periodo 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 a estudiantes de enseñanza media (PRAPS)	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 (GES)	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 (GES)	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 17:00 hasta las 20:00 horas con el objetivo de entregar prestaciones de odontología en horarios y lugares compatibles con las actividades laborales

Programa	Definición
Mejoramiento del acceso a la atención odontológica (PRAPS)	El programa "Mejoramiento del Acceso a la Atención Odontológica" agrupa todas las actividades o prestaciones destinadas a mejorar la disponibilidad de atención en horarios compatibles con la vida laboral y a resolver la demanda de algunas de las especialidades más requeridas por la red que pueden desarrollarse en la Atención Primaria de Salud.
Mejoramiento del acceso a la atención odontológica (PRAPS)	1.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.
Componentes:	2.Componente Acercamiento de la atención odontológica a través de clínicas móviles a poblaciones de difícil acceso. 3.Promoción y Prevención de la Salud Bucal en los CECOSF (no aplica) 4.Morbilidad: La atención de Morbilidad Odontológica para población adulta busca facilitar el acceso a la atención odontológica de los hombres y mujeres de 20 y más años, en horarios y lugares compatibles con las actividades laborales.
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 20 años y más, fomentando el autocuidado, mejorando su autoestima y promoviendo la reinserción social.
Atención Odontológica Integral a hombres (PRAPS Odontológico integral)	A partir del año 2015 surge como "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 20 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.

- **Indicadores del programa de Salud bucal.**

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.	100%	Protección de agenda semanal que asegure cupos de: ingreso CERO, tratamiento CERO, tratamiento prenatal, urgencia odontológica ambulatoria
	Meta N°17: Proporción de niños y niñas menores de 3 años libres de caries en poblaciones inscritas.	100%	Seguimiento y Rescate de embarazadas, niños y niñas de 6 años para asegurar tratamiento odontológico integral que permita dar egreso en SIGGES
	3A: Control Odontológico 0-9 años .	81,50%	Monitoreo mensual de los indicadores para reconvertir agendas oportunamente. Además con la incorporación de la clínica dental móvil en el sector rural también se podrá dar cobertura a los usuarios de estos grupos.
	3B: Niños de 6 años sin caries .	80,90%	
	% de niños de 6 años en control odontológico al día	25%	
	% de usuarias embarazadas con alta odontológica	84%	
Intersectorialidad	N° de educaciones realizadas a funcionarias de jardines infantiles.	34 educaciones (81 asistentes)	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.
	N° de educaciones realizadas a profesores de enseñanza básica de 1° a 4° básico		Profesional que ejecute programa sembrando sonrisas deberá realizar instancias de educación a educadoras de párvulo. Al menos 1 por jardín donde acuda a fluorar.

Estrategia	Indicador	Cumplimiento	Actividad
RISS/ Articulación con nivel secundario para aumentar resolutividad y evitar colapso de la red	Acta de reuniones de estamento.	2	Presentación de protocolos de referencia y contrarreferencia en reuniones de estamento. Generación de flujogramas de derivación que estén disponibles por box.
	Presencia de flujograma de derivación en cada box.	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.
	Pertinencia derivaciones: dicotómico SI/NO	NO	Revisión de interconsultas
Evaluación de usurarios del programa dependencia severa	% de usuarios del programa de dependencia severa con evaluación odontológica realizada	8%	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	9	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 la menor relación odontólogo/usuarios inscritos en las postas.
	N° de usuarios atendidos en operativos de las unidades en terrenos	90	Atención de usuarios y usuarias de cualquier rango etario según demanda espontánea.
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	36%	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%*	*Por acuerdo con el estamento de enfermería no se ha compartido tarjetero en tiempo real, pero si se ha implementado el llenado del archivo de población bajo control del SSVQ.

Estrategia	Indicador	Cumplimiento	Actividad
Campaña de concientización respecto al Cáncer Oral	N° de actividades de difusión donde se realice educación respecto a la patología	1	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.

2.9. 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, programa cuyo objetivo es optimizar la funcionalidad, lograr la máxima autonomía en las actividades de la vida diaria y facilitar la participación en comunidad.

Este modelo de rehabilitación comunitaria implementado en nuestra comuna, tanto urbana como rural, está bajo el contexto biopsicosocial de cada usuario, tomando en cuenta factores personales, ambientales, psicosociales, culturales, conductuales, ocupacionales, socioeconómicos, entre otros. Este programa es llevado a cabo a través de 2 dispositivos comunales: Sala de Rehabilitación de CESFAM de La Ligua y el Centro Amanecer. Los profesionales que conforman el equipo y que cumplen los objetivos está conformado por profesionales de diferentes áreas de la salud, 1 Terapeuta Ocupacional, 4 Kinesiólogos, 1 Fonoaudiólogo, 1 Trabajadora Social 33 horas y 1 SOME, Quienes se encargan de fomentar la funcionalidad e independencia de nuestros usuarios a través de estrategias de rehabilitación integral.

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

La población de usuarios ingresado al programa, con corte a agosto del 2024 es la siguiente tabla n°29.

Tabla 29: población de usuarios ingresado al programa

APS	0 - 9 años	10 – 19 años	20 – 64 años	65 años y más	Total
COMUNA	8 USUARIOS	29 USUARIOS	464 USUARIOS	242 USUARIOS	743 USUARIOS

Fuente: Estadísticas rehabilitación serie a RHB 202,4 corte junio.

En promedio ingresan alrededor de 123 usuarios promedio (743 Ingresos de ENERO a JUNIO) 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 actual
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
30% Personas que recuperan o fortalecen su participación en comunidad, producto de la intervención del programa.	47.1 %
75% Personas que ingresadas que cuenta con plan de tratamiento integral consensuado e informado.	89.6 %
60% Cobertura de actividades de atención directa según programación asistencial.	105.9%

Fuente: INDICADORES APS ENERO A JUNIO 2024 SSVQ

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

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 y móviles, colchones 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 reeducar al estamento médico y evitar errores, Kinesiólogo contralor de Interconsultas. 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 al manejo de dolor crónico NO oncológico e Higiene del dolor y beneficios sociales.	% de talleres planificados realizados.	1. Ejecutar planificación de talleres con enfoque multidisciplinario (Kinesiólogo/a, Terapeuta ocupacional, psicóloga, Nutricionista, Químico Farmacéutico, asistente social, entre otros). 2. Comprometer al usuario en su plan de tratamiento a participar por lo menos en un taller educativo-comunitario. 3. Gestionar espacios físicos e insumos necesarios para talleres grupales. 4. Proteger agenda para talleres grupales. 5. Evaluación participativa de los talleres por parte de los usuarios.
Desarrollo de talleres comunitarios orientados en beneficios sociales y dimensión de trabajo	% de talleres planificados realizados	1.-Ejecutar planificación de talleres teórico-práctico en los beneficios sociales del estado 2.-Ejecutar Planificación de talleres sobre oferta laboral desde los organismos del estado.
Realizar evaluaciones iniciales e intermedias en domicilio con mirada biopsicosocial	% 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. 3 incorporar a trabajadora social en ingreso y evaluación inicial para abordar de forma integral al usuario/a

Estrategia y/o Proyección	Indicador	Actividad
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, MÁS, Vida Sana, entre otras)
Articular de forma permanente con la oficina de inclusión y la ejecución de la estrategia desarrollo local inclusivo.	Actas de reunión mensuales.	1.- Acompañamiento para creación de mesa de inclusión con organizaciones sociales. 2.- Participar en el comité de funcionarios por la estrategia desarrollo local inclusiva. 3.- Coordinar derivaciones en los productos EDLI.
Gestión de la satisfacción usuaria para analizar la mejora del servicio permanente.	Encuestas ejecutadas en las prestaciones de salud.	1.- Implementar un cuestionario estandarizado y aplicar en las prestaciones de salud del equipo. 2.- Analizar los resultados de forma mensual en reuniones de equipo.

2.10 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 tres componentes principales, mediante los cuales despliegan 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
Programa de reforzamiento de la atención de salud integral de niños, niñas, adolescentes y jóvenes a la red de programas del servicio vinculados a la red de programas del servicio de protección especializada de mejor niñez y servicio nacional de menores (SENAME)	El programa tiene cobertura comunal. Sus propósitos corresponden a mejorar las condiciones de salud de niños, niñas y adolescentes y jóvenes (NNAJ) que participan del Servicio de Protección Especializada y SENAME, ya sea con vulneración de derechos o bajo la Ley de Responsabilidad Penal adolescente respectivamente; asegurando el acceso, oportunidad y calidad de la atención de salud.

- La Población Bajo control del Programa Salud Mental Integral (al corte de junio 2024) se ve reflejada en la tabla n° 30.

Tabla n° 30: Población bajo control

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	242	24	17	3	5	3	0	2	0	0
oct-19	284	60	29	8	7	8	3	13	3	7
20-64	566	155	118	29	22	17	29	45	25	20
65+	164	21	28	1	13	8	29	10	15	15
Totales	1256	260	192	41	47	36	61	70	43	42
Total Población bajo control					**2048**					

Fuente: Serie P Unidad de Estadística DESAM La Ligua 2024.

- **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: **23%** Anual: 23% • Cumplimiento al mes de Junio: **25,84%**
Tasa de controles de atención Integral a personas con trastornos mentales, factores de riesgo y condicionantes de la salud mental (10b)	• Tasa exigida: **2,32 % controles por persona** Anual: 5,8% • Cumplimiento al mes de Junio: **3%**

Fuente: Serie A Unidad de Estadística DESAM La Ligua, Junio 2024.

- **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 intrasector 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. (ChCC y casos de urgencia). 2. Gestión de agenda por parte de encargados de sector y equipo de salud mental de acuerdo a la necesidad de visitas mensuales. (días asignados por sector semanalmente urbano y solicitud a encargada de movilización rural) 3. Gestión de móvil para traslado de equipo tratante de SM a domicilio de usuarios.
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, específicamente de consultorías neurológicas desde el año 2023.
Brindar espacios de participación al equipo con capacitaciones y talleres 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 la jornada de capacitación.

Estrategia	Indicador	Actividad
Garantizar el funcionamiento del 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 rescate implementado en contrato terapéutico, sesión de ingreso a Programa. 2. Mantener bloqueo de agenda de dupla psicosocial para realización de rescate de usuarios inasistentes a controles de SM.
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	% de 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.

2.11. Programa Nacional de Inmunizaciones (PNI):

El Programa Nacional de Inmunizaciones data desde 1978, siendo una estrategia de salud pública que combate considerablemente contra la morbimortalidad infantil para las enfermedades inmunoprevenibles más graves.
Actualmente es un programa amplio, con un número de vacunas que combaten diversas enfermedades tales como Difteria, Tos Convulsiva, meningitis, neumocócica, varicela, hepatitis A, y estos dos últimos años, la incorporación de meningitis del grupo B, anticuerpo monoclonal contra el Virus Sincicial y vacuna nonavalente contra el Virus del Papiloma Humano.

En nuestra comuna contamos con un Vacunatorio, ubicado en el Centro de Salud Familiar Raúl Sánchez Bañados, el cual abastece según la necesidad, a cada una de las Postas de Salud Rural, llevando cada inmunización a todo el territorio para la población, tanto adulta como pediátrica, independiente de su lugar de residencia o previsión, quienes pueden acceder a las vacunas ministeriales y de campaña anual.

Relacionado a la estrategia comunal y su difusión, durante el año 2024 se generaron alianzas con el intersector y las organizaciones sociales, con el objeto de generar trabajo colaborativo y aumentar aún más los porcentajes de cobertura durante campañas. Durante en el transcurso del año 2024, el vacunatorio comunal ha administrado más de 28.000 dosis de vacunas. Entre el periodo de abril y octubre se han realizado más de 100 operativos de vacunación influenza, COVID, neumocócica y virus sincicial, generando puntos de vacunación en puntos estratégicos tales como en unidades vecinales, puntos en ferias libres y de salud, puntos de vacunación en instituciones públicas y privadas del territorio (Bomberos, Centros de formación Técnica, PDI, supermercados, entre otros). Complementariamente, el vacunatorio comunal colabora activamente a los establecimientos educacionales de la comuna con vacunación escolar, COVID e Influenza, además de vacunas programáticas tales como dTpa y VPH, facilitando el acceso a más de 2.000 NNA entre 1° y 8° básico.

- **Campaña anticuerpo monoclonal contra el VRS:** A partir del 01 de abril de 2024 se dio inicio a la administración del anticuerpo monoclonal contra el Virus Sincicial el cual es reconocido como una de las causas más comunes de enfermedades infantiles y es la causa más común de hospitalización en los lactantes. Este virus causa brotes anuales de enfermedades respiratorias en todos los grupos de edad.

  La epidemiología del VRS en Chile, según el informe de circulación de virus respiratorios, emitido por el Instituto de Salud Pública, durante el año 2023 el porcentaje de detección de virus respiratorios obtenidos fue de: VRS (25,5%), adenovirus (16,6%), parainfluenza (15,2%), influenza A (13,2%), metapneumovirus (12,5%), SARS-CoV-2 (11,7%) e influenza B (5,2%). El grupo etario con mayores casos de VRS confirmado corresponde a los menores de 1 año, y a los de 1 a 4 años de edad, ambos grupos con mayor riesgo de generar complicaciones graves asociadas a este agente.

Hasta el mes de octubre del presente año, y ya al cierre de la campaña de Vacunación, se presenta el siguiente avance de acuerdo a la tabla n°31.

Tabla n° 31: Avance campaña

Avance de cobertura VRS	
La Ligua	84,76%
Red Servicio de Salud Viña del Mar Quillota Petorca	85,40%

Cobertura a septiembre de 2024. Fuente: Departamento de Inmunizaciones MINSAL

- **Vacunación Escolar:** El 08 de julio de 2024 se dio inicio a la vacunación programática contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) y contra la Difteria, Tétanos y Tos convulsiva (dTpa), para niños y niñas de 4to-5to básico y 1ero- 8vo básico, según corresponde.

Es relevante mencionar que, este año 2024, el Ministerio de Salud incorporó a la estrategia de vacunación escolar la **vacuna VPH nonavalente: Gardasil 9® del laboratorio Merck Sharp & Dohme**, según lo demuestra la tabla n° 32, para todos los/as escolares que cursan 4° año básico como dosis única. Esto permite modificar el esquema de vacuna, pasando de 2 dosis (la primera en 4° básico y la segunda en 5° básico), a solo una para todos/as los escolares que cursan 4° básico. La vacuna está indicada para su uso a partir de los 9 años y, a diferencia de la vacuna tetravalente, esta protege contra las infecciones causadas por el virus del papiloma humano por los serotipos* 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58.

Tabla n° 32: Cobertura escolar vacuna VPH nonavalente

Cobertura vacunación escolar 2024	DTPA 1ero básico	VPH 4to básico	VPH 5to básico	DTPA 8vo básico
La Ligua	**87,30%**	**87,80%**	**76,30%**	**86,20%**
Red Servicio de Salud Viña del Mar Quillota Petorca	85,80%	84,40%	83,50%	83,60%

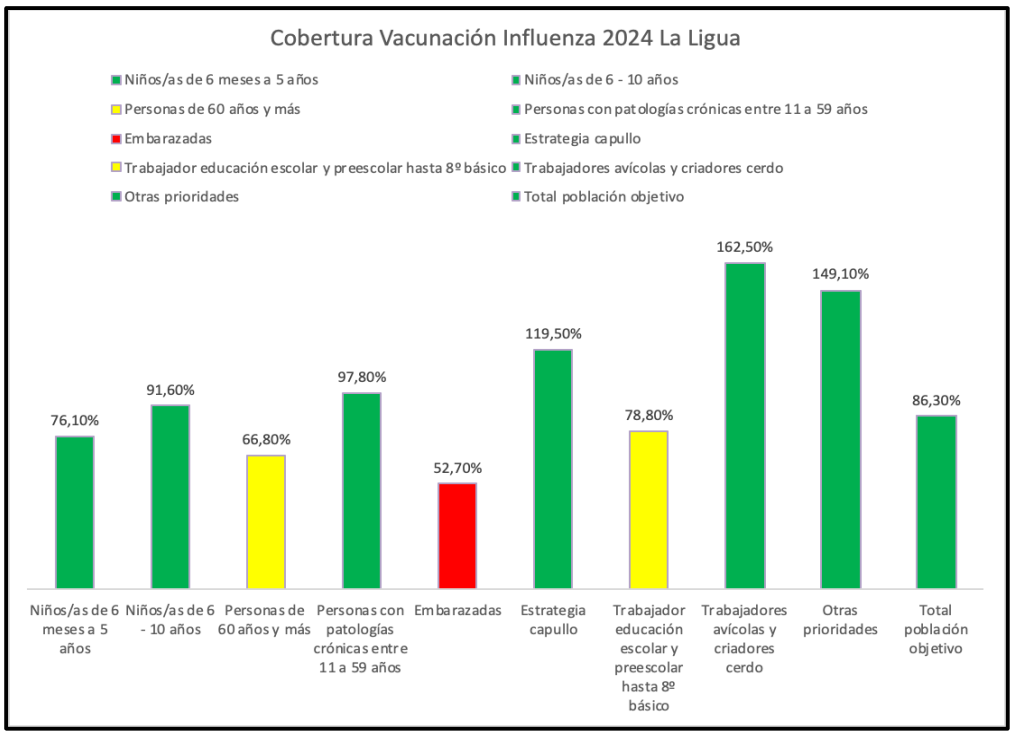
Cobertura al 14 de octubre de 2024. Fuente: Departamento de Inmunizaciones MINSAL.

- **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: 20.558 · Cobertura exigida: 85% · Dosis Administradas: 17.742 · Cumplimiento: 86.3%

Cobertura al 14 de octubre de 2024. Fuente: Departamento de Inmunizaciones MINSAL.

Grafico n°3: Cobertura de vacunación influenza 2024



Cobertura al 14 de octubre de 2024. Fuente: Departamento de Inmunizaciones MINSAL.

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

Vacunación de Campaña: Para facilitar el acceso de inmunización anti influenza, sars-cov-2 y nirsevimab, se 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 Rural, y se continuará ampliando la oportunidad durante los fines de semana.

Campaña Comunicacional de Vacunación: Se realizará durante todo el año, estrategias comunicacionales en redes sociales asociadas al departamento de salud y municipalidad de La Ligua, además de pendones, trípticos y folletos que expliquen el proceso correspondiente. Por otro lado, se continuará realizando difusión a través del intersector, ya sea a través de Establecimientos Educacionales y otras entidades vinculadas a la Red Infanto Juvenil de la Comuna de La Ligua.

Fortalecer los equipos de Salud: Durante el periodo 2025 se espera llevar a cabo capacitaciones a los TENS del sector urbano y rural para estandarizar y protocolizar el proceso de vacunación, el manejo de cadena de frío, administración de vacunas y otras temáticas relacionadas, con el fin de

mejorar la calidad y seguridad de todo el proceso, fortaleciendo por sobre todo a los sectores rurales y brindando una mayor confianza a nuestras familias.

Trabajo coordinado con programas transversales: Se trabajará en conjunto con los equipos que conforman el Programa MAS, Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa, Programa de Cuidados Paliativos Universales, Programa de Personas Mayores y Programa de Salud Cardiovascular. El objetivo es educar a los usuarios y sus familias respecto al programa de Inmunizaciones, y calendario de vacunación, generando de esta manera una instancia para vacunar a los participantes ya sea en sus domicilios o en actividades de captación de usuarios.

2.12. Programa de Vigilancia Epidemiológica.

El Departamento de Salud Municipal de La Ligua posee el Programa de Vigilancia Epidemiológica, el cual es coordinado y dirigido por un delegado de Epidemiología que es designado a su vez por el Director del Establecimiento de Salud según Decreto Supremo N°7/2019. El Delegado 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.

Durante el presente año 2024 se han realizado numerosas capacitaciones y reuniones coordinadas por referentes del Servicio de Salud Viña del Mar- Quillota y DESAM La Ligua en las cuales se han reforzado contenidos de patologías con mayor incidencia en la comuna y que son de notificación obligatoria (ENO)

Las enfermedades con mayor incidencia según base de datos del Departamento de Salud Municipal de La Ligua son:

- Sífilis.
- Escabiosis.
- Chagas.
- Enfermedades transmitidas por alimentos (ETA).
- Varicela.
- Tuberculosis (TBC).

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

- Programa VIH/ITS.
- Programa TBC.

A la fecha se han realizado diferentes estrategias en conjunto con el equipo de epidemiología para rescatar a usuarios inasistentes a sus controles ya sea en CESFAM o derivaciones hacia Hospital San Agustín desde poli de ITS. Esto es en función a los resultados de exámenes alterados de los cuales se mantienen en una base de datos on-line que es revisada continuamente. Además, se corrobora la clasificación final del resultado en Epivigila para tener confirmación-diagnóstica verídica de estos.

Dentro de la planificación y proyecciones planificadas para fortalecer la vigilancia epidemiológica y difusión de los tipos de Enfermedades de Notificación para el año 2025, son las siguientes:

Eje.	Actividad/Estrategia.
● **Monitoreo en Epivigila/Midas.**	● Disponer de sistema de notificación en plataformas ministeriales y que estén asociadas a conectividad. ● Reforzar continuamente la importancia de la notificación de ENO. ● Vigilancia activa por parte del Delegado de Epidemiología DESAM La Ligua.
● **Vinculación con Programas complementarios.**	● Confeccionar un plan de trabajo en conjunto con Programa de Salud Cardiovascular para incorporar la patología CHAGAS dentro de este y así identificar oportunamente usuarios con esta enfermedad y posibles complicaciones.
● **Vinculación extramural.**	● Mantener nexo comunicacional con red comunal (Educación, Hospital San Agustín, Seremi). ● Establecer estrategias para educar a los funcionarios de los establecimientos educacionales para saber identificar ENO con mayor incidencia en los colegios (varicela y escabiosis). ● Realizar actividades de promoción y prevención de salud con enfoque epidemiológico.
● **Capacitación.**	● Planificar capacitaciones intramural de los funcionarios de salud de DESAM La Ligua, según requerimientos de los mismos o en caso de actualización de normas u orientaciones técnicas del Ministerio de Salud.
● **Notificación.**	● Confeccionar infografía relacionada a ENO para que sean distribuidas en las diferentes Postas de Salud Rural y Cesfam Raúl Sánchez Bañados.

2.13. Programa VIH/ITS

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 están el tamizaje para VIH y sífilis principalmente (examen venoso ELISA para VIH y VDRL para sífilis). Sin embargo, se incluyó una nueva estrategia de tamizaje prenatal con la toma del examen de Hepatitis B a todas las gestantes al ingreso de sus controles. Lo que nos permite ampliar el monitoreo y vigilancia epidemiológica. A su vez se realizan operativos de testeo (Test visual de VIH), capacitación a los equipos y coordinación con el nivel secundario y la red de salud.

La población bajo control del programa va variando según la solicitud de exámenes por profesionales, pero año a año hay un aumento en la concientización de la importancia de estos exámenes, según lo establece la tabla n° 33.

Testeo VIH: Elisa y Test Visual de VIH.

Tabla n° 33: Población Bajo Control con Examen VIH ELISA Realizado en el Año 2024

Grupo Etario	Examen VIH (Elisa) tomado año 2023			(+) 2023	Examen VIH (Elisa) tomado año 2024				(+) 2024
	Mujeres	Hombres	Total (por edad)		Mujeres	Hombres	Migrantes	Total (por edad)	
14-19	8	0	3	**0**	20	1	2	21	**0**
20-64	594	8	18	**2**	466	27	36	493	**11**
65 y +	7	0	0	**7**	2	5	1	7	**0**
Total (por sexo)	**609**	**8**	**21**	**Total 617. (2023)**	**488**	**33**	**39**	**Total 521 (2024)[1]**	**112**

Fuente: [1]Estimado de exámenes a septiembre 2024. Se estima 180 - 200 exámenes más a finales del 2-24. Dando una proyección de 701 exámenes a diciembre 2024.

[2]: Cantidad total de exámenes reactivos sin confirmación de ISP. Al esperar la confirmación o descarte de ISP 3 casos fueron descartados. Además, este número no considera los casos traídos desde el extra sistema, solo casos de exámenes tomados en nuestro establecimiento.

En la evaluación de resultados de exámenes Elisa, se evidencia un aumento de tamizaje en hombres en relación al año 2023. Así mismo un aumento de los exámenes positivos (Personas viviendo con VIH - PPVV), ya que al aumentar la oferta del examen podríamos tener acceso a visualizar más exámenes positivos.

En la comuna, hay un aumento de consultas para toma de ELISA (Examen venoso de VIH), según lo reflejado en la tabla n° 34, en hombres en relación al año 2023. Sin embargo, seguimos manteniendo una mayor población intervenida en mujeres que en hombres, por el control de embarazo y su tamizaje según norma técnica.

Tabla 34: Exámenes ELISA según motivo de consulta:

Motivo de consulta	Mujeres	Hombres
Gestación	388	0
Consulta espontánea	45	6
Morbilidades	3	23
Consulta ITS	2	4
Control de Regulación Fecundidad	47	0
Control Ginecológico	1	0
EMPA	2	0
Total	**488**	**33**

También podemos evaluar que el mayor número de solicitudes de exámenes es de parte de matronas, manteniendo tanto mujeres como hombres en tamizaje constante, seguido por médicos. Por último, resalta la baja oferta de ELISA en contexto de examen médico preventivo del adulto y adulto mayor (EMPA/EMPAM), en donde se espera tener una mayor cobertura de usuarios con tamizaje al día de VIH, por ende, en esta parte de la población se va profundizar la estrategia.

Tabla n° 35: Valoración de TRVIH AÑO 2023 y 2024

Examen TRVIH tomado año 2023				(+) 2023	Examen TRVIH tomado año 2024				(+) 2024
Edad	Mujeres	Hombres	Total (por edad)		Mujeres	Hombres	Migrantes	Total (por edad)	
14-19	12	0	12	0	6	2	1	7	0
20-64	277	62	241	1	719	80	59	561	3
65 y +	0	2	2	0	12	11	0	21	0
Total	**289**	**48**	**353 test (2023)**	**1**	**737**	**93**	**60**	**830 test (2024)[1]**	**32**

Población Bajo Control con Test Visual de VIH Realizado en el Año 2024

[1]: Cantidad a octubre 2024, 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, 2 se descartaron.

El test rápido de VIH es la herramienta de mayor importancia para el programa, a modo que el usuario tenga una opción rápida y eficaz en el diagnóstico de VIH. Siendo una estrategia instaurada desde el año 2018, cada año se ha visualizado un aumento de conocimiento en la población sobre el test y aumento de testeos.

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 tamizaje.

En la comuna hubo un aumento de toma de test rápidos de VIH, acorde a las buenas prácticas instauradas como toma del test de forma espontánea y operativos intra y extramurales. Lo cual, nos permite también visualizar un aumento de tamizaje en hombres de 20-64 años, población que no consulta tanto desde el área preventiva.

Así mismo, al desglosar el total, como lo establecido en la tabla n°36 se evidencia una tendencia a la realización de test de manera constante en el sector rural, siendo el responsable del 30% de los test realizados en el año.

Tabla n° 36: Cantidad de Test realizados por establecimientos

Sector	Cantidad de Test Realizados
Sector Urbano	598
Posta de Varas	77
Posta de Roco	19
Posta Los Molles	27
Posta Huaquén	31
Posta Pichicuy	11
Posta Las Parcelas	8
Posta La Canela	21
Posta Santa Marta	28
Posta Trapiche	15

En la tabla el sector urbano como rural contempla test realizados como prestación de posta o CESFAM, operativos intra/extramurales, ferias de salud e intervenciones comunitarias.

Testeo Sífilis: VDRL.

La prestación de solicitud de VDRL es una de las prácticas más frecuentes y el tamizaje más activo del programa, ya que al considerarlo dentro del EMPA/EMPAM, exámenes del PSCV y de control

prenatal genera una gran cantidad de pacientes testeados en el año. Además, es la estrategia que nos permite estar en directa retroalimentación con el policlínico de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), del Hospital San Agustín La Ligua.

Tabla n°37 :Población Bajo Control con VDRL Realizado en el Año 2024

Examen VDRL año 2023					Examen VDRL año 2024				
Edad	**Mujeres**	**Hombres**	**Total (por edad)**	**(+) 2023**	**Mujeres**	**Hombres**	**Migrantes**	**Total (por edad)**	**(+) 2024**
14-19	68	15	**83**	**0**	118	29	5	**147**	**1**
20-64	2425	128	**2868**	**18**	2523	454	137	**2977**	**22**
65 y +	491	239	**730**	**19**	507	377	3	**884**	**11**
Total (por sexo)	**2984**	**697**	**3681**	**37**	**3148**	**860**	**145**	**Total 4008**	**34**

Fuente:[1]: *Estimado de exámenes a septiembre 2024, se proyecta un total de 500 exámenes nuevos a fin de año. Siendo un total de 4500 exámenes a diciembre.*

[2]*: Total de VDRL reactivos a septiembre 2024, 34. Sin confirmación con pruebas treponémicas. Por ende, no es el total de casos de Sífilis del 2024.*

Al comparar el año en curso con el año 2023, hay un aumento de cerca de mil testeos más que el año anterior, a causa de un trabajo continuo de los equipos y del programa en fortalecer conocimientos y sensibilización respecto a la importancia del testeo.

Testeo Virus de Hepatitis B.

Estrategia de tamizaje exclusivamente para gestantes al ingreso prenatal, según tabla n°38. Instaurada para llevarse a cabo desde Mayo del presente año por indicación del Servicio de Salud Viña Quillota. Permitiendo al programa una coordinación directa con unidades de Infectología del nivel secundario de salud.

Tabla n° 38: Testeo Virus VHB

VHB año 2024				
Mujeres	**Hombres**	**Migrantes**	**Total (por edad)**	**(+)2024[1]**
1	**0**	**0**	**0**	**0**
92	**0**	**5**	**5**	**0**
0	**0**	**0**	**0**	**0**
93	**0**	**5**	**5**	**0**

[1]: *No se han registrado positivos en el año en curso.*

- **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 fortaleciendo 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 indica la norma técnica. Generando monitoreo de gestantes en la prevención de la transmisión materno-fetal de VIH, Sífilis, Hepatitis y Chagas.
Programa Cardiovascular	Tiene el propósito de entregar a la población bajo control la oferta de screening de VDRL, ELISA o TRVIH 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.
Programa Nacional de Control y Eliminación de la Tuberculosis (PROCET)	Tiene el propósito de dar cumplimiento al tamizaje de baciloscopia y control de personas que viven con VIH (PPVV), según norma técnica.
Laboratorio / Toma de Muestras	Tiene el propósito de entregar información clara y con enfoque de confidencialidad respecto a la toma de los exámenes que evalúa el programa, así como rescate de exámenes y vinculación con laboratorio de nivel secundario.

- **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:** 30% de cumplimiento test visual/rápido VIH programado por establecimiento de atención primaria. ● Cumplimiento a la fecha (septiembre 2024): **100%**
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. ● Con la coordinación y rescate que envía el nivel secundario se ayuda en el cumplimiento de la meta.
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. ● Desde APS se realizan los rescates, llamados, visitas y cartas certificadas solicitadas por el nivel secundario en casos prioritarios.

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 confirmados.

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

Las principales estrategias del programa para el año 2025 están orientadas a ampliar la cobertura de toma de test rápido/visual a la población general, manteniendo herramientas y prestaciones que se están realizando. Además, generar instancias educativas y de capacitación a los equipos.

Una nueva estrategia será la coordinación directa con el Programa Nacional de Control y Eliminación de la Tuberculosis (PROCET), para que las PPVV tengan acceso a todas las prestaciones que corresponden por su patología, así mismo sensibilizar a los equipos para que hacen el seguimiento de estos pacientes.

Por otro lado, mejorar la vinculación con la delegada de epidemiología a modo de generar reuniones periódicas de casos para seguimiento.

Se buscará mejorar el acercamiento a los grupos etarios que no están siendo intervenidos o educados en base a las reuniones técnicas de mejoramiento.

ESTRATEGIA	INDICADOR	ACTIVIDAD
Aumentar/Mantener Oferta de Toma de Test Rápido de VIH.	Población que solicite test rápido de VIH. Población que se realice EMPA/EMPAM	- 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. - Toma de test visual de manera espontánea permanente en CESFAM Raúl Sánchez Bañados. - Sensibilizar a los equipos e instaurar la solicitud de TRVIH en EMPA/EMPAM en el sector urbano - Sensibilizar a los equipos e instaurar la solicitud de TRVIH en EMPA/EMPAM en el sector rural.

ESTRATEGIA	INDICADOR	ACTIVIDAD
Capacitación a Equipos de Salud clínicos y no clínicos	Funcionarios nuevos Funcionarios Clínicos Funcionarios No Clínicos	- Realizar reuniones periódicas o asistir a reuniones de sector en CESFAM Raúl Sánchez Bañados y en Postas de Salud Rural, para bajar información respecto a problemáticas, dudas, mejoras, capacitaciones, entre otros. - Realizar capacitaciones sobre VIH/ITS y manejo local a profesionales clínicos que llevan a cabo el programa (médicas/os, matronas, enfermeras/os, TENS) para mantener prestaciones vigentes y a modo de protocolo de inducción. - Realizar Capacitaciones sobre VIH/ITS a funcionarios no clínicos para tener un adecuado manejo de vocabulario, información y prestaciones. - Realizar capacitación a los TENS de toma de muestra y mantener subrogancia activa.
Actividades de Promoción y Prevención.	Población Adolescente de Establecimientos Educacionales. Grupos definidos (vida sana, MAS, juntas vecinales, iglesia, etc.)	- 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 actividad de carácter educativo/preventivo, para vinculación con la comunidad (juntas de vecinos, ferias, iglesia, etc.). - Realización de una feria de salud con enfoque de género y derecho en diciembre por el día mundial de la lucha contra el SIDA.
Toma de Test Rápido en la gestación	Gestantes	- Ofrecer 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 (en caso de ser necesario). - Estrategia que se puede utilizar en caso que se presenten dificultades técnicas en el laboratorio (Hospital de la Ligua) y no se puedan procesar ELISA con rapidez.

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

La tuberculosis es una enfermedad transmisible causada por el agente Mycobacterium tuberculosis, que se transmite por vía aérea. Está presente en todos los países y es la principal causa infecciosa de muerte a nivel mundial. En el año 2019, diez millones de personas enfermaron de tuberculosis en el mundo y 1,4 millones de personas fallecieron por esta causa.
La enfermedad es una causa importante de morbilidad, mortalidad y sufrimiento humano. Además, afecta con mayor frecuencia a los grupos más vulnerables de la sociedad, presentando un desafío multidimensional para los Estados.
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 que se complementan con los demás indicadores y metas asociadas a las distintas actividades:

- **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.**

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.

En la Atención Primaria de Salud, la ejecución de las acciones del PROCET está a cargo del equipo de salud completo, ya que estas se encuentran integradas en todas las actividades asistenciales. Además, en cada establecimiento de APS, incluidos los hospitales comunitarios, debe existir un equipo encargado del Programa de Tuberculosis, el que estará conformado como mínimo por médico, enfermera y técnico de enfermería, agregándose un facilitador intercultural, mediador lingüístico y tecnólogo médico en los establecimientos que cuenten con estos funcionarios.

Tabla n° 39 : Población bajo control junio 2024

Rango etario	N° de casos índices	N° de contactos	N° personas en tratamiento	N° total de Usuarios
0-9	0	3	2	3
10.-19	0	5	1	5
20 – 64	9	9	7	18
64 -80 o +	0	1	0	1
Total	9	19	10	27

Fuente: Serie P Unidad de Estadística DESAM La Ligua, junio 2024.

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 dentro de la población más vulnerable.

Se define como **grupos vulnerables para enfermar de tuberculosis** a aquellos grupos poblacionales que, por razones de carácter biológico, socioeconómico o una combinación de estos, tienen más riesgo de desarrollar la enfermedad que la población general.
Los grupos vulnerables identificados en Chile corresponden a ***los adultos mayores, extranjeros, los contactos de casos de tuberculosis, los pacientes con VIH, las personas con diabetes mellitus, las personas con dependencia al alcohol o drogas, las personas en situación de calle, las personas privadas de libertad, los pueblos indígenas, los trabajadores y trabajadoras expuestos a sílice o con silicosis, el personal de salud y los pacientes con otras inmunosupresiones***. A estos grupos vulnerables se agregan las poblaciones cerradas ***(hospederías, hogares de personas mayores, establecimientos psiquiátricos).***

Tabla n° 40: Pesquisas realizadas hasta septiembre del año 2024

APS	Meta 2024	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Total 2024
La Ligua	82	9	4	6	6	14	6	11	4	7	67 (81.7%)

Plan de trabajo

El plan de trabajo del equipo PROCET.

Estrategia: **Mejorar el rendimiento de la localización de casos positivos sobre el 90%**

Actividades:

1.- Aumentar la solicitud de pesquisas con enfoque en aquellos pacientes que cumplen criterios para caso presuntivo de tuberculosis (CPT), establecer una meta de acuerdo a la cantidad de solicitudes de Genexpert en base a la población mediante coordinación con los sectores.

2.-Aumentar la localización de casos en población vulnerable a través de operativos de salud (EMPA-EMPAM), y en conjunto con otros programas (VIH, PSCV, Sala Respiratoria, Epidemiología, Salud Mental, Migrantes y SOME)

3.- Realizar capacitaciones a los sectores de CESFAM y PSR (médicos, enfermeras, matronas, TENS, personal administrativo y no administrativo), para aumentar la solicitud de exámenes, ya sea de manera pasiva y activa en conjunto con el correcto envío de muestra y llenado de libros de registro CPT.

Estrategia 2: **Lograr el cumplimiento de tratamiento en un 90% de los casos activos.**

Actividades:

1.- Lograr la descentralización del Programa PROCET donde cada sector (CESFAM/posta) contará con un equipo de TBC.

2.- Trabajar en conjunto con equipos de cada sector donde se encuentre un caso positivo con el fin de ser guías en la continuidad y buena adherencia de tratamiento del paciente, ya sea mediante visita domiciliaria, controles mensuales, ingesta de medicamentos, control de seguimientos, RAM, gestionar PPD etc.

2.15. Programa de Mejoría en Equidad en Salud Rural

En el marco de la reforma de salud, la cual emana del Ministerio de Salud, de la modernización de la Atención Primaria y cuyos principios orientadores apuntan a la equidad, participación, descentralización, satisfacción de los usuarios y prioridades programáticas, el Ministerio de Salud ha decidido impulsar el **Programa de Mejoría en equidad en Salud Rural** el cual debe ser implementado y ejecutado íntegramente en forma anual de acuerdo a los siguientes componentes:

Componente 1: Cobertura y Calidad de atención en la población rural.

1) **Refuerzo de recurso humano Técnico de Enfermería de Nivel Superior para Postas Rurales** (permanente o volante). Se orientará a que el establecimiento de salud 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, especialmente en la aplicación de encuestas familiares en el área de atención de cada Posta de Salud Rural.

2) **Mantención de sistemas de comunicación:** 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.

Los objetivos y metas asociados a este programa son los siguientes:

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

a) Segundo recurso humano de técnico en enfermería de Nivel Superior para Postas Rurales.

INDICADOR N°	**NOMBRE DEL INDICADOR**
N° 1	Cobertura de familias evaluadas en PSR del Programa de Mejoría en Equidad Rural
FORMULA	**VALOR ESPERADO**
N° de familias evaluadas con cartola o encuesta familiar/ n° de familias inscritas * 100	30% de familias evaluadas con cartola o encuesta a Junio
NUMERADOR	**FUENTE DE INFORMACIÓN**
N° de familias evaluadas con cartola o encuesta familiar	En base a REM serie P-7, más reporte del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota en base a auditorias en terreno u otros medios de constatación
DENOMINADOR	
N° de familias inscritas	

INDICADOR N°	**NOMBRE DEL INDICADOR**
N° 2	Cobertura de familias evaluadas en riesgo con plan de intervención en PSR del programa
FORMULA	**VALOR ESPERADO**
N° de familias evaluadas en riesgo con plan de intervención/Total de familias evaluadas en riesgo (Alto, Medio y Bajo)	10% de familias en riesgo (Alto, Medio y Bajo) con plan de intervención a Junio 2024. 20% de familias en riesgo (Alto, Medio y Bajo) con plan de intervención a diciembre 2024.
NUMERADOR	**FUENTE DE INFORMACIÓN**
N° de familias evaluadas en riesgo con plan de intervención	En base a REM serie P-7, más reporte del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota en base a auditorias en terreno u otros medios de constatación
DENOMINADOR	
Total, de familias evaluadas en riesgo (Alto, Medio y Bajo)	

- **Componente 2: Contribuir a mejorar los sistemas de comunicaciones de las Postas de Salud Rural con la red asistencial**

a) Mantención de sistemas de comunicación: Contar con telefonía móvil en las Postas de Salud Rural de la Comuna de La Ligua.

Las metas del programa son definidas anualmente por el Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota (SSVQ). La evaluación de los avances se lleva a cabo dos veces al año: el primer corte se realiza el 31 de agosto, momento en que se espera haber alcanzado al menos el 60% de las prestaciones comprometidas. Este cumplimiento permite continuar con la ejecución del convenio hasta el 31 de diciembre, cuando se realiza la segunda y última evaluación para medir el cumplimiento total de los objetivos del programa.

En el corte evaluativo al mes de junio del 2024, se informó a través del REM serie P-7, al Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota el siguiente cumplimiento.

Tabla n° 41 : Corte a Junio 2024 Programa Mejoría en Equidad de la Salud Rural.

Establecimiento de Salud	30%		10%	
	Meta de Cartolas a Junio	Cumplimiento	Meta de Estudios de Familia a Junio	Cumplimiento
PSR. Pueblo de Varas	243	243 (100%)	14	14 (100%)
PSR. Pueblo de Roco	211	211 (100%)	16	8 (50%)
PSR. La Canela	75	75 (100%)	4	4 (100%)
PSR. Santa Marta	83	83 (100%)	5	5 (100%)
PSR. Trapiche	98	98 (100%)	5	5 (100%)
PSR. Las Parcelas	132	132 (100%)	7	6 (86%)
PSR. Huaquen	177	177 (100%)	7	7 (100%)
PSR. Pichicuy	88	88 (100%)	6	6 (100%)
PSR. Los Molles	164	164 (100%)	4	4 (100%)

- **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 2 TENS por el Programa Mejoría de la Equidad para la realización de Cartolas Familiares, los 2 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

2.16. RESOLUTIVIDAD E IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

- **Descripción del Programa a cargo.**

Estos programas tienen como finalidad aumentar la capacidad de resolución de problemas de salud de atención primaria, permitiendo que más personas puedan ser atendidas en este nivel sin necesidad de ser derivadas a la atención secundaria. A través de la promoción de accesibilidad, oportunidad y pertinencia diagnóstica en las derivaciones, buscan mejorar la calidad técnica en atenciones especializadas y la disponibilidad de exámenes de imagenología, contribuyendo así al acceso a diagnósticos oportunos, pertinentes y de calidad. Todo esto se realiza considerando aspectos preventivos, promocionales, asistenciales, curativos y de control epidemiológico, bajo un enfoque integral y de salud familiar.

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

El Programa de Resolutividad e Imágenes Diagnósticas está diseñado para beneficiar a personas que requieren prestaciones específicas, como estudios de imagenología, procedimientos médicos y atenciones especializadas.

Estos programas no tienen una población bajo control específica, ya que su impacto en términos de cobertura y cantidad de atenciones varía anualmente. Estos factores dependen de las metas

establecidas en los convenios, basadas en el per cápita comunal y la evaluación del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota (SSVQP). El programa se enfoca en dar cobertura a una población determinada según cada componente, con el objetivo de facilitar la detección y el diagnóstico oportuno de patologías de alta prevalencia en el país.

- **Cumplimiento de Metas.**

Las metas del programa son definidas anualmente por el Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota (SSVQ). La evaluación de los avances se lleva a cabo dos veces al año: el primer corte se realiza el 31 de agosto, momento en que se espera haber alcanzado al menos el 60% de las prestaciones comprometidas. Este cumplimiento permite continuar con la ejecución del convenio hasta el 31 de diciembre, cuando se realiza la segunda y última evaluación para medir el cumplimiento total de los objetivos del programa.

RESOLUTIVIDAD

Meta	Muestreo
Cirugía menor	· 50 prestaciones Cumplimiento a Junio 2024 según SSVQ: 36%
Otorrinolaringología	· 100 prestaciones Cumplimiento a Junio 2024 según SSVQ: 64%
Gastroenterología (EDA)	· 20 prestaciones Convenio en proceso de firma para ejecutarse a Diciembre 2024
Climaterio	· Según lista de espera Cumplimiento a Junio 2024 según SSVQ: 60 %
Oftalmología	Datos indicados en detalle, en el apartado de unidad de atención primaria oftalmológica.

IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

Meta	Muestreo
Mamografía	· 1.651 prestaciones Cumplimiento a Junio 2024 según SSVQ: 13%
Ecotomografía Mamaria	· 363 prestaciones Cumplimiento a Junio 2024 según SSVQ: 50%
Ecotomografía abdominal	· 420 prestaciones Cumplimiento a Junio 2024 según SSVQ: 20%
Radiografía de tórax	· 420 prestaciones Cumplimiento a Junio 2024 según SSVQ: 42%
Radiografía de cadera	· 296 prestaciones Cumplimiento a Junio 2024 según SSVQ: 84%

Durante el año 2024, el Servicio de Salud Viña del Mar Quillota, entregó un camión Mamográfico para la Provincia de Petorca destinado a ofrecer los servicios de salud mamaría a nuestra comunidad. Aunque uno de los objetivos de esta iniciativa son acercar la toma de este examen a los respectivos territorios para fortalecer la prevención del cáncer de mama, lamentablemente no se ha logrado cumplir con las coberturas esperadas debido a que este dispositivo móvil ha presentado reiterados desperfectos que han limitado considerablemente la cobertura de este examen y la meta asociada. Por lo anterior y aun cuando el camión mamográfico se encuentra actualmente operativo, nuestro DESAM solicitó formalmente al Servicio de Salud Viña del Mar Quillota, se liberaran recursos para licitar la prestación y así cumplir con la cobertura comunal de mamografías.

- **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	Reevaluar a 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	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 su 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 derivado en consulta abreviada	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, estableciendo el examen como una evaluación preventiva de patología biliar.

2.17 Unidad de Atención Primaria Oftalmológica. (UAPO)

- **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 usuarios. En este sentido, se realiza una consulta de evaluación integral del usuario, 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 se demuestra en la siguiente tabla n° 42 y n ° 43:

Tabla n° 42 : Pacientes con Diabetes y exámenes

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

Tabla n° 43: Pacientes con glaucoma

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

La Población bajo control, se establece en base a que el usuario esté 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	· 50 personas · Cumplimiento a Junio 2024 según SSVQ: 300%
Glaucomas control	· 156 personas · Cumplimiento a Junio 2024 según SSVQ: 132%
Otras	· 1.200 prestaciones · Cumplimiento a Junio 2024 según SSVQ: 82%

Tecnólogo médico:

Meta	Muestreo
Fondo de ojo	· 3.412 prestaciones · Cumplimiento a Junio 2024 según SSVQ: 68,7%
Consulta Vicio de Refracción	· 2.366 prestaciones · Cumplimiento a Junio 2024 según SSVQ: 28,4 %
Atenciones y procedimientos	· 1.250 procedimientos · Cumplimiento a Junio 2024 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.	Gestionar aumento de número de horas de profesional con el Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota, en la prestación de OTROS CONTROLES, 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.	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.

2.18 Sistema de Gestión de Tiempos de Espera (SIGTE)

- **Descripción del Programa a cargo.**

El Programa SIGTE monitorea y gestiona los tiempos de espera en el sistema de salud de condiciones de salud. 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.

2.19. 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 asignación 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, el acceso oportuno y seguro de los medicamentos para la población bajo control en establecimientos de APS con diagnóstico de Diabetes mellitus tipo 2, Hipertensión y Dislipidemia, que permite la continuidad de los tratamientos. El acceso a insumos y dispositivos médicos para la curación avanzada de heridas; así como la incorporación de tecnología y Recurso Humano que apoye la adherencia al tratamiento farmacológico.
Atención Farmacéutica	Servicio farmacéutico 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, mediante una revisión de la medicación con entrevista y educación individual sobre farmacoterapia, patologías o cualquier otro tema relacionado al uso de medicamentos u otras sustancias terapéuticas. Incluye los servicios de apoyo a la adherencia terapéutica, definiendo metas y seguimiento farmacoterapéutico.
Farmacovigilancia	Actividad de salud pública cuyo objetivo es vigilar, investigar y evaluar la información obtenida sobre los efectos de los medicamentos, con el propósito de identificar e informar sobre nuevas reacciones adversas, mediante el reporte de Reacciones Adversas a Medicamentos (RAM), Reportes por falla a la calidad y Reporte de eventos adversos asociados a medicamentos, previniendo daños a los pacientes a largo plazo.
Visita Domiciliarias Farmacéuticas	Atención farmacéutica realiza en domicilio, con el fin de brindar apoyo en el tratamiento farmacológico, mediante la revisión de la medicación y seguimiento farmacoterapéutico en el domicilio, enfocado en personas dependientes y sus cuidadores, incluyendo aquellos pacientes del programa cuidados paliativos universales (CPU). Implica realizar educación y revisión, de las condiciones de uso y almacenamiento de los medicamentos indicados por el médico.
Talleres Educativos	Educaciones grupales que pueden realizarse en conjunto con otros programas como ECICEP, MAS Adulto mayor autovalente, entre otros, enfocado a temas relacionados al uso racional de los medicamentos, plantas medicinales, condiciones correctas de almacenamiento de medicamentos o como ordenar mi pastillero.

- **Recetas despachadas**

En la comuna se realizan 164.855 prescripciones, de un total de 75.133 recetas despachadas en nuestros botiquines a nivel comunal, de las cuales 61.398 son crónicas, y 31.037 corresponden al PSCV. (tabla n° 44)

Tabla n° 44: Recetas despachadas

TIPO DE RECETA	Recetas Despachadas		Prescripciones	Recetas despachadas a pacientes del PSCV	Prescripciones a pacientes del PSCV
	Despacho Total	Despacho Completo	Emitidas	Despacho Completo y Oportuno	Emitidas
Crónica	61.398	61.398	143.434	31.037	91.369
Morbilidad	12.667	12.667	20.336		
Bajo control legal	1.068	1.068	1.085		
TOTAL ENERO-JUNIO	75.133	75.133	164.855	31.037	91.369

Fuente: Reporte estadístico REM 04 Sección J Despacho de recetas Enero a junio 2024

- **Coordinación Territorial**

Coordinación con las comunas de la provincia de Petorca (Cabildo, Papudo, Petorca y Zapallar), de fármacos oftalmológicos prescritos por UAPO La Ligua.

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 encargados de la dispensación de medicamentos, tanto del CESFAM como de Postas de Salud Rural.

Mejora de la atención del usuario: En función de entregar una mejor prestación del servicio, es necesario plantear estrategias que permitan la disminución de los tiempos de espera, para la dispensación de medicamentos en la Unidad de Farmacia. Con este propósito se busca reforzar estrategias de reenvasado de medicamentos e impresión de etiquetas térmicas, para rotular los sobres de medicamentos, entregando la información del tratamiento al usuario.

2.20 Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas (PESPI)

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 puesta en marcha solo en algunas comunas del país por lo que se espera en un futuro contar con financiamiento desde el ministerio de salud para concretar 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 pertinencia 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 se describe a continuación en la tabla n° 45 y n° 46 la población rural y urbana. Esta información se recoge en el momento de la inscripción al centro de salud (Cesfam y Postas Rurales).

Tabla n° 45 : Población perteneciente a pueblos indígenas

APS	Población total con ficha clínica	Población pertenece a pueblos indígenas	%
COMUNA	44.132	510	1,16%
CESFAM	29.805	305	1,02%
PSR	14.327	205	1,43%

Fuente: Unidad estadística Desam La Ligua

Tabla n° 46: Población distribuidas según pueblos originarios

POBLACIÓN PUEBLOS ORIGINARIOS	
Etiquetas de fila	**Cuenta de GRUPO ETNICO**
Aymara	40
Colla	2
Diaguita	106
Kawésqar	4
Lican Antai (Atacameño)	6
Mapuche	363
Otro	44
Otro pueblo originario declarado	5
Rapa Nui (Pascuense)	6
Yagán (Yámana)	4
Quechua	1
Total general	**581 actual**

Fuente: AVIS Desam La Ligua, Octubre 2024.

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.

Nuevas iniciativas vinculadas a pueblos indígenas:

Es relevante señalar que desde el año 2024 se comenzó a ejecutar un espacio de integración denominado “feria de salud intercultural”, con la finalidad de educar a los usuarios/as y realizar intercambios de experiencias en la temática, dicha iniciativa será replicada durante el mes de octubre de cada año.

Junto con lo anterior, durante el mes de junio del año 2024, se establece formalmente mesa de trabajo de participación social y los siguientes programas:

- Participación social.
- Promoción de salud.
- OIRS.
- Migrantes.
- Pueblos originarios.

Mesa de participación, con el objetivo de mantener un trabajo articulado y activo desde las diferentes áreas de participación social del DESAM, donde se coordinan y planifican actividades comunitarias según las necesidades sentidas de los/as usuarios/as y lineamientos entregados por el Servicio de Salud con los diferentes programas participantes.

Trabajo con organizaciones y redes comunitarias vinculadas a pueblos indígenas:

Se inicia trabajo articulado con las siguientes asociaciones indígenas y redes comunitarias:

- Asociación indígena Lonko katrinrayen.
- Comunidad diaguita Liwa-petorca chakay.
- Museo La Ligua Arturo Quezada Torrejón.

Se busca mantener y fortalecer el trabajo con agentes comunitarios asociados a pueblos indígenas, por lo cual, se mantendrá coordinación directa con organizaciones mencionadas anteriormente, con la finalidad de desarrollar un trabajo en conjunto a través de la programación y ejecución de determinadas actividades, así como la evaluación sistemática de estas.

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
Generar procesos de sensibilización al personal de salud sobre la importancia de registrar adecuadamente la variable perteneciente a pueblos indígenas en plataformas utilizadas.	Número de actividades realizadas.	1. Reunión con jefatura SOME y funcionarios/as que realizan inscripción. 2. Reunión con jefaturas de sectores para traspaso de información. 3. Capacitación pueblos originarios.
Educar a los usuarios/as respecto a importancia de indicar durante sus atenciones su pertinencia a pueblos indígenas.	Número de actividades realizadas.	1. Elaboración de afiche informativo. 2. Impresión y entrega de afiches informativos.
Garantizar la participación de los pueblos indígenas en actividades relacionadas al área de participación social del DESAM de La Ligua.	Número de actividades realizadas.	1.Participación en mesa de trabajo de participación social. 2.Participación en feria intercultural.

2.21. Programa de Promoción de la Salud:

En el marco de las políticas y prioridades de salud que reconocen la influencia de los estilos de vida y del entorno en la salud de las comunidades, y considerando que la Promoción de Salud es una función esencial de salud pública, y es necesario avanzar en generar condiciones de vida que protejan a las personas y que éstas tengan derecho a vivir en un entorno que no las enferme, los municipios deben implementar estrategias y actividades para potenciar los factores protectores de la salud en coherencia con las políticas públicas de salud destinadas a construir comunidades saludables.

El objetivo del Programa de Promoción, mediante los Planes de Promoción de la Salud para Municipios, Comunas y Comunidades (MCCS), es *"Mejorar el acceso de la población a la promoción de la salud habilitando y optimizando entornos saludables"*, con el fin de *"contribuir a aumentar el número de personas con factores protectores de salud".* Es necesario considerar las características individuales, familiares o comunitarias que favorecen el mantenimiento y/o recuperación de la salud como factores protectores de salud.

Durante el 2024 se realizaron actividades respetando las directrices y estrategias del convenio del Plan Trienal (2022 – 20224), desde lo cual sobresalen, según el componente, las siguientes:

- **Componente Políticas y Regulaciones Sobre Entornos Saludables:** Diagnóstico Comunal de Promoción de Salud (será el insumo principal para la creación del Plan de Promoción 2025).
- **Componente Habilitación y optimización de espacios públicos para la vida saludable:** Creación y Habilitación de Sala de Actividad Física en Cesfam Raúl Sánchez Bañados (utilizada por diversos programas de salud para talleres y actividades de promoción).
- **Componente Participación comunitaria para el empoderamiento en salud:** Talleres educativos en calidad de vida y factores protectores (dirigidos a distintos grupos etarios y en coordinación con otros programas del intersector).
- **Componente Comunicación Social:** Producción de eventos comunales y celebración de Hitos Comunicacionales (realización de ferias de salud en distintos sectores de la comuna).
- **Componente Educación para la salud:** Capacitación en Promoción de la Salud y Estilo de Vida Saludable a funcionarios (actividad en conjunto con el equipo del Programa Elige Vida Sana)

Desde lo anterior, y en virtud de la evaluación realizada de estas actividades en conjunto con el equipo y encargados de otros programas afines, se concluye que es necesario fortalecer las principales acciones que permiten desarrollar estas instancias, como el trabajo intersectorial (con otros departamentos municipales). Así mismo, es necesario reforzar el trabajo en el sector rural de la comuna, en coordinación con los equipos encargados de estas zonas.

En este sentido, se planifica la realización de las siguientes actividades para el año 2025:

Metas de Programa:

Actividad	Descripción
Creación de Plan Comunal de Promoción de Salud	· Debido a que el convenio (entre Seremi de Salud Valparaíso y la Municipalidad de La Ligua) caduca en 2024, es necesario planificar y confeccionar el Plan de Promoción de Salud 2025 (según lo que indiquen las directrices del nuevo convenio). · Este documento deberá incluir actividades vinculadas al ejercicio física, alimentación y hábitos saludables en general. · Las actividades que se incluyan deben representar las necesidades de la comunidad, y deben realizarse tanto en sector urbano como rural. · Se debe tener en cuenta el intersector y la participación comunitaria.
Ejecución Presupuestaria	· Ejecución presupuestaria anual de al menos un 90% o según lo que indique el nuevo convenio. · 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 persona, 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. Para ello, financia la contratación de nutricionistas, psicólogos/as y profesionales de la actividad física para que, junto con reforzar las actividades preventivas y promocionales, trabajen bajo un enfoque comunitario e interdisciplinario.

De acuerdo con lo anterior, se proyecta realizar las siguientes acciones para el año 2025:

Actividad	Objetivos
Consultas Nutricionales	· Conocer la situación alimentaria y nutricional, generando un plan de alimentación en conjunto y realizable, respetando la pertinencia cultural.
Consultas Psicológicas	· Identificar factores relevantes de su historia vital, las motivaciones para participar del programa y el nivel exploratorio del usuario/a con la comida saludable, clasificando según etapa de cambio en qué grado de motivación se encuentra.
Evaluaciones de Condición Física	· Estimar la capacidad física a través de la capacidad motora, funcional y fuerza muscular de acuerdo con la edad.
Círculos de Actividad Física	· Programar sesiones dirigidas de actividad física y ejercicio acorde a los distintos grupos etarios.
Círculos de Vida Sana	· Realizar talleres desarrollados por equipo multidisciplinario, orientado a instaurar conductas saludables.

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

Desde la evaluación realizada a las actividades 2024, se plantea para el cumplimiento de las acciones y objetivos incluir estrategias que vinculen la participación comunitaria y el fortalecimiento de la red interna e intersectorial entre diversos programas.

Fortalecimiento de red interna e 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.

2.22 Elige vida Sana

En el marco de las políticas y prioridades de salud que reconocen la influencia de los estilos de vida y del entorno en la salud de las comunidades, y considerando que la Promoción de Salud es una función esencial de salud pública, y es necesario avanzar en generar condiciones de vida que protejan a las personas y que éstas tengan derecho a vivir en un entorno que no las enferme, los municipios deben implementar estrategias y actividades para potenciar los factores protectores de la salud en coherencia con las políticas públicas de salud destinadas a construir comunidades saludables.

El objetivo del Programa de Promoción, mediante los Planes de Promoción de la Salud para Municipios, Comunas y Comunidades (MCCS), es “Mejorar el acceso de la población a la promoción de la salud habilitando y optimizando entornos saludables”, con el fin de “contribuir a aumentar el número de personas con factores protectores de salud”. Es necesario considerar las características individuales, familiares o comunitarias que favorecen el mantenimiento y/o recuperación de la salud como factores protectores de salud.

Durante el 2024 se realizaron actividades respetando las directrices y estrategias del convenio del Plan Trienal (2022 – 20224), desde lo cual sobresalen, según el componente, las siguientes:

- **Componente Políticas y Regulaciones Sobre Entornos Saludables:** Diagnóstico Comunal de Promoción de Salud (será el insumo principal para la creación del Plan de Promoción 2025).

- **Componente Habilitación y optimización de espacios públicos para la vida saludable:** Creación y Habilitación de Sala de Actividad Física en Cesfam Raúl Sánchez Bañados (utilizada por diversos programas de salud para talleres y actividades de promoción).

- **Componente Participación comunitaria para el empoderamiento en salud:** Talleres educativos en calidad de vida y factores protectores (dirigidos a distintos grupos etarios y en coordinación con otros programas del intersector).

- **Componente Comunicación Social:** Producción de eventos comunales y celebración de Hitos Comunicacionales (realización de ferias de salud en distintos sectores de la comuna).

- **Componente Educación para la salud:** Capacitación en Promoción de la Salud y Estilo de Vida Saludable a funcionarios (actividad en conjunto con el equipo del Programa Elige Vida Sana)

Desde lo anterior, y en virtud de la evaluación realizada de estas actividades en conjunto con el equipo y encargados de otros programas afines, se concluye que es necesario fortalecer las principales acciones que permiten desarrollar estas instancias, como el trabajo intersectorial (con otros departamentos municipales). Así mismo, es necesario reforzar el trabajo en el sector rural de la comuna, en coordinación con los equipos encargados de estas zonas.

En este sentido, se planifica la realización de las siguientes actividades para el año 2025:

- **Metas de Programa:**

Actividad	Descripción
Creación de Plan Comunal de Promoción de Salud	• Debido a que el convenio (entre Seremi de Salud Valparaíso y la Municipalidad de La Ligua) caduca en 2024, es necesario planificar y confeccionar el Plan de Promoción de Salud 2025 (según lo que indiquen las directrices del nuevo convenio). • Este documento deberá incluir actividades vinculadas al ejercicio física, alimentación y hábitos saludables en general. • Las actividades que se incluyan deben representar las necesidades de la comunidad, y deben realizarse tanto en sector urbano como rural. • Se debe tener en cuenta el intersector y la participación comunitaria.
Ejecución Presupuestaria	• Ejecución presupuestaria anual de al menos un 90% o según lo que indique el nuevo convenio. • 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 persona, 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. Para ello, financia la contratación de nutricionistas, psicólogos/as y profesionales de la actividad física para que, junto con reforzar las actividades preventivas y promocionales, trabajen bajo un enfoque comunitario e interdisciplinario.

De acuerdo con lo anterior, se proyecta realizar las siguientes acciones para el año 2025:

Actividad	Objetivos
Consultas Nutricionales	• Conocer la situación alimentaria y nutricional, generando un plan de alimentación en conjunto y realizable, respetando la pertinencia cultural.
Consultas Psicológicas	• Identificar factores relevantes de su historia vital, las motivaciones para participar del programa y el nivel exploratorio del usuario/a con la comida saludable, clasificando según etapa de cambio en qué grado de motivación se encuentra.
Evaluaciones de Condición Física	• Estimar la capacidad física a través de la capacidad motora, funcional y fuerza muscular de acuerdo con la edad.
Círculos de Actividad Física	• Programar sesiones dirigidas de actividad física y ejercicio acorde a los distintos grupos etarios.
Círculos de Vida Sana	• Realizar talleres desarrollados por equipo multidisciplinario, orientado a instaurar conductas saludables.

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

Desde la evaluación realizada a las actividades 2024, se plantea para el 2025 cumplimiento de las acciones y objetivos incluir estrategias que vinculen la participación comunitaria y el fortalecimiento de la red interna e intersectorial entre diversos programas.

Fortalecimiento de red interna e 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.

2.23. 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 y vinculante, 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.

Para el año 2025, la proyección del trabajo apunta a potenciar las instancias de participación existentes y que se detallan a continuación:

2.23.1 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>NOMBRE DEL INDICADOR</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>

La elaboración del plan de participación social responde a un modelo participativo y enfocado en las necesidades del territorio, teniendo como principal insumo el diagnóstico de necesidades en salud, la priorización que de ello se establece, el trabajo de los equipos de salud locales y organizaciones de la sociedad civil, como el consejo consultivo de salud.

Recientemente se ha incorporado la conformación de una instancia de trabajo coordinado entre las siguientes unidades: Participación social, promoción de salud, Pueblos originarios (PESPI), Migrantes y OIRS, la cual propende a potenciar el trabajo articulado y que considere la eficiencia y eficacia de los recursos.

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

El trabajo territorial implica la presencia del equipo de salud en los diversos espacios donde las personas habitan y se desarrollan, por lo que 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 territorios en los cuales se requiere para el año 2025 contar con la participación activa del CCS gestionando las convocatorias y motivando a la comunidad a participar.

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

Una de las pretensiones de quienes componen el 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.

- **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 que impactan en la salud de las personas.

Durante el mes de octubre 2024 se desarrolló un proceso de actualización del “Diagnóstico de Necesidades de Salud”, que incluyó la realización de múltiples 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. **Ver Anexo 1**

Principales desafíos del área de participación social:

- Lograr mayor cohesión y fomentar el sentido de pertenencia entre las dirigentes del consejo consultivo de salud, generando instancias regulares de encuentro basadas en el respeto y tolerancia entre sus participantes.
- Generar mayor presencia territorial junto al equipo de trabajo con las áreas de promoción de salud, Pueblos originarios (PESPI), Migrantes y OIRS.
- Fomentar la postulación a iniciativas gubernamentales y a través de ONG´s a fin de mejorar espacios para las y los usuarios del establecimiento de salud a través del consejo consultivo.

2.24. Modelo de Atención integral Salud Familiar y Comunitario –MAIS

La implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria es un desafío que se ha asumido a nivel comunal desde el año 2020, esta idea radica en abordar a la persona, su familia y la comunidad, proporcionando un proceso continuo del cuidado con énfasis en la prevención y promoción de la salud. Considerando la relevancia de este enfoque en la atención de salud el presente año 2024 se determina centralizar los esfuerzos de la implementación del modelo desde el departamento de salud, lo cual busca procurar el asentamiento de las bases y lineamientos de la instauración de una cultura institucional en relación con el modelo de atención en salud familiar y comunitaria. Por tanto, la evaluación aplicada este año se aborda como un ejercicio que permita reflejar con mayor realismo el trabajo realizado entorno al modelo de salud familiar y no como el simple cumplimiento de indicadores.

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

El modelo, divide su evaluación en 3 ejes, los cuales según la implementación realizada en CESFAM Raúl Sánchez Bañados, se están cumpliendo en los siguientes porcentajes de acuerdo a la tabla n°47:

Tabla N° 47:

Eje	% de cumplimiento actual
Principio centrado en la persona	43,75%
Principio de la integralidad	42,50%
Principio de la continuidad en la atención	25%

En relación al sector rural se puede observar los siguientes porcentajes, según tabla n° 48:

Tabla n° 48:

Sector	Eje centrado en la persona (% cumplimiento)	Eje Integralidad (% cumplimiento)	Eje Continuidad en la atención (% cumplimiento)
Varas	51,67%	40%	16,67%
Roco	51,67%	40%	16,67%
Sta. Marta	48,30%	40%	16,60%
Trapiche	48,30%	40%	16,60%
La Canela	48,30%	40%	16,60%
Huaquen	48,30%	40%	16,60%
Pichicuy	48,30%	40%	16,60%
Las Parcelas	48,30%	40%	16,60%
Los molles	48,30%	40%	16,60%

- **Desafíos propuestos y estrategias para cumplirlos como plan de mejora 2025**

Con el propósito de continuar mejorando el cumplimiento de los ejes señalados anteriormente, y por tanto seguir progresando año a año en la implementación del modelo, se han fijado los siguientes puntos a trabajar en el plan de mejora 2025:

Eje	Indicador	Actividad
Principio centrado en la persona	Evaluación y análisis de brechas del uso del protocolo/ documento de buen trato.	Informe de evaluación y plan de mejora según análisis de brechas identificadas que contenga protocolo/ documento de buen trato vigente.
	Familias participan en consejería familiar como parte del plan de cuidado integral.	Auditoría de ficha clínica.
	Educación individual con apoyo de material educativo.	Auditoría de ficha clínica.
	Familia identificadas y agrupadas en ficha clínica, cartola familiar o equivalente.	Reporte del registro clínico electrónico, cartola familiar o equivalente disponible en el establecimiento.
	Planes de cuidados integrales ECICEP.	Auditoría de ficha clínica.

Eje	Indicador	Actividad
Principio de integralidad	Existencia de plan de trabajo de salud comunitaria que aborde las áreas priorizadas del diagnóstico de salud comunitario.	Documento del plan de trabajo de salud comunitario.
	Evaluación de requisitos mínimos de calidad en la implementación de la ECICEP.	Auditoría de ficha clínica.
	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, encargado de participación social, 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 social, de calidad, de salud familiar entre otros.
Principio continuidad en la atención	Plan de salud comunitario que incorpora gestión intersectorial de trabajo con activos comunitario.	Documento del plan de salud comunitario.
	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.

2.25. 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 DESAM, definiendo para ello, actividades, metas y un sistema de evaluación para su cumplimiento.

Objetivo General

- Establecer estrategias que permitan mejorar los procesos para implementar 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

1.) Mantener 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.
2.) Cumplir con los estándares definidos por MINSAL para obtener la Demostración Sanitaria de Postas de Salud Rural.
3.) Fortalecer el trabajo con encargados de características para el cumplimiento de requerimientos de pauta de cotejo.
4.) Educar y motivar a los funcionarios respecto a temáticas referentes a calidad y acreditación y sobre proceso de instaurar la gestión de Calidad y seguridad del paciente institucional.
5.) Instaurar sistema de notificación de eventos adversos y centinelas en el DESAM La Ligua.
6.) Asegurar el desarrollo del proceso de capacitación continuo del recurso humano en las áreas de calidad y acreditación.

Ítem	Actividad	Responsable	Indicador o Verificador	Umbral	Fecha de cumplimiento	Observaciones
1	Revisión y supervisión de avance en características obligatorias y no obligatorias, elegidas para el proceso de acreditación	Comité de Calidad	N.º de reuniones realizadas con equipos/N° total de reuniones programadas	100%	Enero-Noviembre 2025	Sin observaciones.
2	Reunión con subdirección administrativa y SECPLA para evaluar avances respeto a demostración sanitaria	Comité de Calidad	Acta de reunión	100%	feb-25	Sin observaciones.

Ítem	Actividad	Responsable	Indicador o Verificador	Umbral	Fecha de cumplimiento	Observaciones
3	Levantamientos de brechas de PSR para la obtención de demostración sanitaria	Comité de Calidad	Documento que de cuenta de las brechas para Demostración Sanitaria	100%	feb-25	Sin observaciones.
4	Reunión bimensual con encargados de características para retroalimentación y apoyo en las características a trabajar	Comité de Calidad	N.º de reuniones realizadas con equipos/N° total de reuniones programadas	90%	Enero-Septiembre 2025	Educar respecto a la confección de indicadores, aplicabilidad de protocolos, entre otros
5	Sensibilizar a los distintos sectores y unidades respecto a la preparación para la acreditación	Comité de Calidad	N.º de unidades intervenidas/ N.º total de unidades programadas	60%	Enero-Diciembre 2025	Sectores urbanos y rurales
6	Elaboración de protocolo donde detalle sistema de notificación de Eventos Adversos y Centinelas	Comité de Calidad	Documento de Sistema de notificación de eventos adversos y centinelas de DESAM La Ligua	100%	mar-25	Sin observaciones.
7	Difusión sistema de notificación de Eventos Adversos y Centinelas	Comité de Calidad y Encargados de unidades	N.º de unidades trabajadas/ N.º total de unidades programadas	60%	Abril 2025	Sin observaciones.
8	Gestionar con Encargado de Capacitación el proceso de capacitación continuo del recurso humano en las áreas de calidad y acreditación	Comité de Calidad	Acta de reunión con Encargado de capacitación	100%	nov-24	Los objetivos serán plantear las capacitaciones requeridas en Pauta de atención abierta y asegurar que todos los establecimientos cuenten con personal capacitado en las distintas áreas.

2.26 Programa Saludablemente

El Programa Saludablemente es una estrategia que tiene como propósito ayudar a la ciudadanía y entregar información para mejorar la salud mental y el bienestar psicosocial de las personas, mediante un conjunto de acciones coordinadas.

Esta iniciativa está dirigida a distintas poblaciones objetivo, siendo un grupo prioritario el personal de salud.

Saludablemente surge con la finalidad de mitigar el impacto en la salud mental provocado por la pandemia, a través del fomento del autocuidado, el cuidado mutuo y el institucional.

Objetivo

Establecer un clima de seguridad psicosocial en donde exista un sano equilibrio entre la productividad y la salud de la comunidad funcionaria, desde una mirada colaborativa y en red, promoviendo una cultura del cuidado empático.

Durante el año 2024 y luego de conformar el Comité de Riesgo Psicosocial del DESAM, se aplica el instrumento CEAL-SM/SUSESO en concordancia con el art. N°68 de la Ley 16.744 de cuyos resultados, el programa Saludablemente abordara las siguientes dimensiones tendientes a reducir los riesgos psicosociales en los entornos laborales de acuerdo a los siguientes objetivos formulados:

Carga de Trabajo

Objetivo: Proporcionar herramientas de fortalecimiento de autogestión respecto de carga de trabajo, a través de seminarios y campaña comunicacional para todos los funcionarios dependientes del DESAM La Ligua.

Exigencias Emocionales

Objetivo: Promover instancias de participación que contribuyan a mejorar la salud mental del personal de salud a través de la recreación y formación que permita el trabajo preventivo de exigencias emocionales de funcionarios dependientes del DESAM La Ligua.

Confianza y Justicia Organizacional:

Objetivo: Desarrollo de competencias y acompañamiento a Directivos para el desarrollo de competencias en la resolución de conflictos, protocolizando el proceso e incorporándolo en la Política Organizacional con la finalidad de promover un ambiente saludable.

Para el diseño de los objetivos anteriormente presentados, el Programa Saludablemente ha desarrollado un trabajo colaborativo con los siguientes representantes:

- Programa Modelo de Atención Integral de Salud en Atención Primaria.
- Programa de Calidad y Acreditación Asistencial.
- Comité de Trabajo Seguro.
- Comité de Riesgo Psicosocial.
- Asociaciones Gremiales.

El plan de trabajo formulado para el 2025, se resumen en el siguiente:

COMPONENTE	TEMÁTICAS PRIORIZADAS	OBJETIVO ANUAL	ACTIVIDAD	CUMPLIMIENTO
GENERAR MECANISMOS DE ACTUACIÓN PREVENTIVA DIRIGIDA A SALUD MENTAL DEL PERSONAL DE SALUD.	Carga de Trabajo	Promocionar la valorización de espacios de autocuidado dentro de jornada laboral	INICIATIVAS GRUPALES	Anual
			CAPACITACIÓN PARA EL EJERCICIO LABORAL, AMBIENTES SALUDABLES Y HERRAMIENTAS INTERPERSONALES	Anual
	Exigencias emocionales	Fortalecer estrategias de auto regulación emocional	INICIATIVAS GRUPALES	Anual
			Capacitación y exposición de temática	Anual
IMPULSAR MECANISMOS DE ACTUACIÓN PROMOCIONAL ACERCA DE LOS CUIDADOS DE LA SALUD MENTAL DEL PERSONAL DE SALUD, EN CONJUNTO CON ACTORES CLAVES.	Carga de Trabajo	capacitar respecto de gestión del tiempo	DIFUSIÓN DE CONTENIDO	Anual
			PROMOCIÓN MAIS	Anual
	Exigencias emocionales	Difundir información respecto del bienestar emocional	DIFUSIÓN DE CONTENIDO	Anual
			DIFUSIÓN DE BUEN TRATO Y MEDIDAS DE COMPROMISO PARA EL BIENESTAR ORGANIZACIONAL	Anual
FORTALECER LA SALUD MENTAL EN LA DIMENSIÓN INSTITUCIONAL Y ORGANIZACIONAL.	Carga de Trabajo	Establecer tiempos protegidos para el autocuidado	ACOMPAÑAMIENTO A JEFATURAS	Anual
			ORIENTACIÓN Y CONSTRUCCIÓN DE PLANES Y DE PROTOCOLOS	Anual
	Exigencias emocionales	Generar espacios para el manejo y autoregulación emocional	ORIENTACIÓN Y CONSTRUCCIÓN DE PLANES Y DE PROTOCOLOS	Anual
			CAMPAÑA COMUNICACIONAL	Anual
PARTICIPACIÓN Y ARTICULACIÓN LOCAL	Adquirir los conocimientos y propiciar ideas comunales a fin de trabajar en función de fortalecer la salud mental de los trabajadores del DESAM La Ligua.		PARTICIPACIÓN EN MESAS COMUNALES	Anual
			ARTICULACIÓN A COMUNIDAD USUARIA	Anual

2.27 Servicio de Urgencia Rural (SUR)

Siguiendo los principios fundamentales de nuestro Departamento de Salud, el servicio de urgencia tiene como misión ofrecer a la comunidad una atención de salud oportuna y de calidad, basada en un trabajo en equipo que prioriza la resolutividad, accesibilidad, eficiencia, compromiso, respeto, empatía, equidad, calidad e integralidad.

El Servicio de Urgencia Rural Las Parcelas opera todos los días de la semana, con horarios diferenciados entre días laborables y fines de semana. Actualmente, cuenta con un coordinador que cuenta con tiempo administrativo para desempeñar su labor y quien tiene la responsabilidad de gestionar y supervisar el funcionamiento integral del servicio. Su labor garantiza el cumplimiento de los estándares de calidad y eficiencia establecidos.

Este servicio está enfocado en proporcionar una atención inmediata de acuerdo al nivel de resolutividad, segura y de la mayor calidad posible, resolviendo los problemas de salud dentro de nuestra capacidad y red en su defecto, derivando los casos más complejos a centros hospitalarios de mayor nivel y siempre en coordinación con nuestra base SAMU de la ciudad de La Ligua.

Objetivos Generales:

- ✓ Brindar atención de salud inmediata, segura y de calidad a todos los pacientes que requieran atención de urgencia, priorizando la rapidez y eficiencia en la intervención.
- ✓ Garantizar accesibilidad y equidad en la atención de urgencias, asegurando que todos los usuarios, independientemente de su situación, reciban un servicio oportuno y resolutivo.
- ✓ Optimizar los recursos humanos y tecnológicos mediante el trabajo en equipo, la formación continua del personal y el mantenimiento de los equipos, con el fin de mejorar la capacidad resolutiva y la satisfacción del paciente.

Objetivos Específicos:

- ✓ **Reducir los tiempos de espera y mejorar la respuesta inmediata** en la atención de urgencias, priorizando a los pacientes según la gravedad de su condición.
- ✓ **Implementar y monitorear protocolos estandarizados de atención** para asegurar una atención eficiente y segura, con un enfoque en la derivación adecuada de casos complejos.
- ✓ **Fortalecer la capacitación continua del personal y el mantenimiento de equipos**, garantizando que el servicio cuente con los recursos humanos y tecnológicos necesarios para una atención de calidad.

Meta del servicio de urgencia rural Las Parcelas

Nuestra meta es garantizar una atención oportuna, eficiente y de calidad a todos los usuarios que requieran atención de urgencia. Nos comprometemos a resolver el 100% de los casos dentro de nuestra capacidad resolutiva y a derivar adecuadamente aquellos de mayor complejidad a centros hospitalarios especializados. De esta manera, buscamos mejorar la salud y el bienestar de la comunidad, reduciendo los riesgos asociados a emergencias médicas.

Plan de trabajo

Este plan de trabajo, diseñado para el Plan de Salud 2025, tiene como objetivo establecer acciones que optimicen la atención en el servicio de urgencia. Buscamos garantizar una atención médica oportuna, eficiente y de alta calidad para la comunidad. A través de una gestión eficaz de recursos, la mejora continua del equipo humano y tecnológico, y la implementación de protocolos actualizados, nos proponemos aumentar la capacidad resolutiva, asegurar la seguridad del paciente y fomentar un ambiente de trabajo colaborativo. Nuestro objetivo final es ofrecer un servicio accesible y equitativo que responda de manera efectiva a las necesidades de salud de la población, reduciendo los tiempos de respuesta y aumentando la satisfacción de los usuarios.

Para lo anterior se ira evaluando mensualmente la demanda de este servicio para que de ser necesario, se refuerce en las épocas de mayor demanda asistencial.

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

ESTRATEGIA	INDICADOR	ACTIVIDAD
Organización del equipo de trabajo	Asignación de turnos y funciones optimizadas con cobertura completa.	Asignación de turnos y funciones optimizadas con cobertura completa.
Capacitación y actualización del personal	Número de capacitaciones realizadas y porcentaje de personal capacitado.	Programar capacitaciones en técnicas de atención de urgencias, manejo de emergencias, uso de equipos médicos y protocolos de derivación.
Implementación de protocolos de atención	Protocolos actualizados y aplicados en el 100% de las atenciones.	Actualizar y estandarizar los protocolos de atención en casos de emergencia, garantizando su aplicación rigurosa.
Monitoreo y evaluación de la calidad del servicio	Informe mensual de indicadores y plan de acción de mejora.	Realizar un seguimiento continuo de los indicadores de calidad (tiempos de respuesta, satisfacción del usuario).
Optimización de la infraestructura	Estado de las instalaciones y equipos, con un 100% en condiciones operativas.	Revisar y mejorar el estado de las instalaciones, equipos médicos y áreas de atención para garantizar un entorno seguro y adecuado para la atención de urgencias.
Gestión de insumos y recursos	Inventario siempre disponible con al menos un 95% de insumos críticos en stock.	Mantener un inventario actualizado de insumos médicos y recursos, asegurando su disponibilidad en todo momento.
Adquisición de nuevos equipos	Compra y renovación del 100% de los equipos considerados críticos para la atención de urgencias.	Identificar equipos médicos obsoletos o insuficientes, y gestionar la compra de nuevas unidades o tecnología más avanzada para mejorar la capacidad de respuesta del servicio de urgencia.
Atención al usuario y educación a la comunidad	Número de actividades educativas realizadas y nivel de conocimiento de la comunidad.	Implementar programas de educación para la comunidad sobre el correcto uso del servicio de urgencia y la prevención de emergencias.
Evaluación del desempeño del personal	Informe anual de evaluación y porcentaje de mejoras implementadas.	Realizar evaluaciones periódicas del desempeño del personal del servicio de urgencia para identificar áreas de mejora.

SECCIÓN III: PLAN DE SALUD AÑO 2025, SECTOR URBANO Y RURAL

1. SECTORIZACIÓN URBANA

Actualmente la red municipal cuenta con 9 Postas de Salud Rural y 1 Centro de Salud Familiar emplazado en el sector urbano de la comuna y que recibe el nombre de Cesfam Raúl Sánchez Bañados. Este establecimiento, comenzó su funcionamiento en enero del 2016 y desde ese año a la fecha ha debido reorganizarse tanto en su infraestructura como en las actividades que ofrece a la comunidad. En relación con la distribución de su población a cargo, este establecimiento se divide territorialmente en 3 grandes sectores y a los que se suma un sector de atención transversal. Los sectores Verde, Azul y Amarillo han planificado una serie de estrategias con el objetivo de mejorar y acercar la salud a los distintos territorios clasificados como urbanos.

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, cuenta con una población descrita en la siguiente tabla n°49:

Tabla n° 49: Población sector Verde

Rango Etario	Sector Verde	
	Usuarios Fonasa con ficha Clínica	Usuarios Otra Previsión
0-9	1075	148
10.-14	505	35
15-19	486	35
20-64	4660	303
65-80	1124	34
80 y (+)	389	11
TOTAL	**8239**	**566**

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 debido que no cuentan con los servicios básicos, lo que genera mayor riesgo en salud.

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, específicamente en horario nocturno, lo que dificulta el descanso principalmente en personas adultas y adultas mayores, el consumo de drogas en sectores públicos, donde la comunidad lo visualiza como un riesgo y opta por no salir del domicilio a ciertas horas. Otras de las áreas mencionadas fueron respecto a la contaminación por malos olores, lo que limita a la comunidad de ocupar lugares al aire libre y limita la ventilación interna del hogar. Por otro lado, vecinos del sector alto señalan acumulación de desechos en sitios eriazos (quebradas), de los cuales han removido basura en varias ocasiones, pero la mala práctica continua, llevando a generar riesgo de incendio o presencia excesiva de vectores.

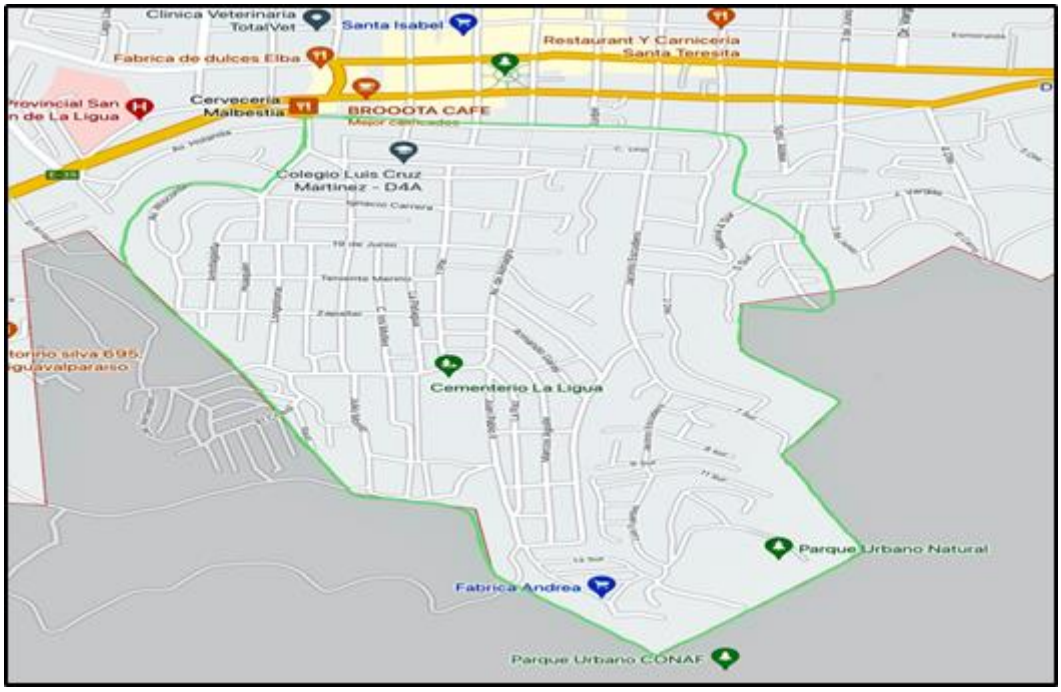
1.1.2.- Población a cargo del Sector, según tabla n° 50

Tabla n° 50:

Rango etario	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	21	257	1075
10.-19	3	73	0	0	991
20 – 64	823	138	0	593	4.660
64 -80 o +	854	45	0	447	1.513
Total	1680	313	21	1297	8.239

1.1.3.- Mapa del Territorio comprendido, según figura n°3

Figura n° 3:



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 Martínez, 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 Huaquén.
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.

1.1.5.- Plan de trabajo sector Verde 2025

Plan de Acción	Proyecciones
POTENCIAR LA EDUCACIÓN A USUARIOS/AS	Talleres patologías Alzheimer y ejercicios cognitivos.
INFORMACIÓN PARA EL CUIDADO DE LA SALUD Y BIENESTAR.	Diseñar y distribuir trípticos informativos en el sector respeto a temas saludables y programas existentes en CESFAM.
ACUMULACIÓN DE BASURAS EN TERRITORIO.	Gestionar retito de basura grande (ejemplo colchones). Derivación formal mediante oficio a oficina de medio ambiente de municipalidad de La Ligua.
POTENCIAR LA EDUCACIÓN A USUARIOS/AS	Talleres con el objetivo de educar a la población respecto a lo que es salud, y algunas áreas de importancia, condición del espectro autista (CEA) y otras patologías.
ADECUACIÓN DE OFERTA PROGRAMÁTICA ATENCIONES DE ALTA DEMANDA.	Garantizar cantidad mínima de cupos diarios de morbilidad (médica).
DINÁMICA FAMILIAR.	Talleres enfocados en habilidades parentales, para comenzar a respetar horarios en común, ejemplo respetar horario de almuerzo.
INSTANCIAS DE RECREACIÓN Y AUTOCUIDADO.	Talleres de yoga, zumba, actividad física en general que potencien las actividades comunitarias.
BIENESTAR Y APRENDIZAJE COLECTIVO.	Feria de salud o taller Educativo de alimentación saludable a bajo costo.

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 9.454 usuarios, desglosado en la siguiente tabla n°51:

Tabla n° 51:

Rango Etario	Sector Azul	
	Usuarios Fonasa con ficha Clínica	Usuarios Otra Previsión
0-9	1.213	146
10.-19	604	58
15-19	580	33
20-64	4.908	437
65-80	1.009	52
80 y (+)	401	13
TOTAL	**8.715**	**739**

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 año 2024 ha sido distinto en materia de salud mental, dado los cambios en el flujograma del programa, donde actualmente se atienden a usuarios desde los 15 años en adelante en los sectores, y no desde los 17 años como se hacía en años anteriores. Según el análisis de los datos del último censo de septiembre de 2024, podemos observar por ejemplo que predomina la atención al grupo femenino (268) por sobre el grupo masculino (64), lo que puede indicar que las mujeres solicitan más atención en salud mental que los hombres. En cuanto a la prevalencia, se puede observar que los trastornos del ánimo y los de ansiedad son los más comunes. Sin embargo, existe una diversidad de diagnósticos que sugieren también, una variedad en la forma de abordar los casos, lo que representa un gran desafío en la AP.

El sector también cuenta con una gran población con enfermedades crónicas que pertenecen al Programa Cardiovascular. Por ejemplo, el 48.2% de los usuarios del Programa CV pertenece al grupo de 20-64 años, mientras que el 51.3% corresponde al grupo de 64-80 años o más. Actualmente se

controlan 511 usuarios con DM, 1.092 usuarios con HTA, 1.086 usuarios con DLP y existencia de población NANEAS de 43 usuarios. En la población de entre 0-9 años no existen patologías crónicas, sin embargo, este grupo presenta otras situaciones de salud relacionadas a la malnutrición por déficit (14) y malnutrición por exceso (285). Podemos señalar además que 310 usuarios de este grupo presentan estado nutricional normal.

En el sector azul actualmente han ingresado un total de 91 gestantes, de las cuales 28 se mantienen bajo control. El año 2024 existe sólo 1 embarazo adolescente de 18 años ya resuelto. Las gestantes en ARO corresponden al 64% del total de las gestantes bajo control donde la patología obstétrica más común corresponde a HTA, Diabetes, Obesidad, Cicatriz de Cesárea Anterior, antecedentes de Parto Prematuro e Hipotiroidismo.

En el último periodo se ha evidenciado un cambio en la población gestante donde la edad ha aumentado concentrándose mayoritariamente en el grupo etario sobre los 30 años, generando un aumento en la derivación a la Unidad de ARO del Hospital San Agustín por patologías como Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, Hipotiroidismo y Epilepsia.

Se debe considerar además que existe un porcentaje de población que mantiene sus controles en el extrasistema (de forma particular).

Por otro lado, persiste el aumento de la población flotante (“tomas”, gitanos, circenses, etc.), además de la venta de terrenos en zonas no reguladas donde llegan usuarios de otras localidades, quienes en su mayoría corresponden a población vulnerable con necesidades, prioridades y expectativas de salud particulares. (Ejemplo: poli consulta, aumento consultas de salud mental).

1.2.2.- Población a cargo del Sector

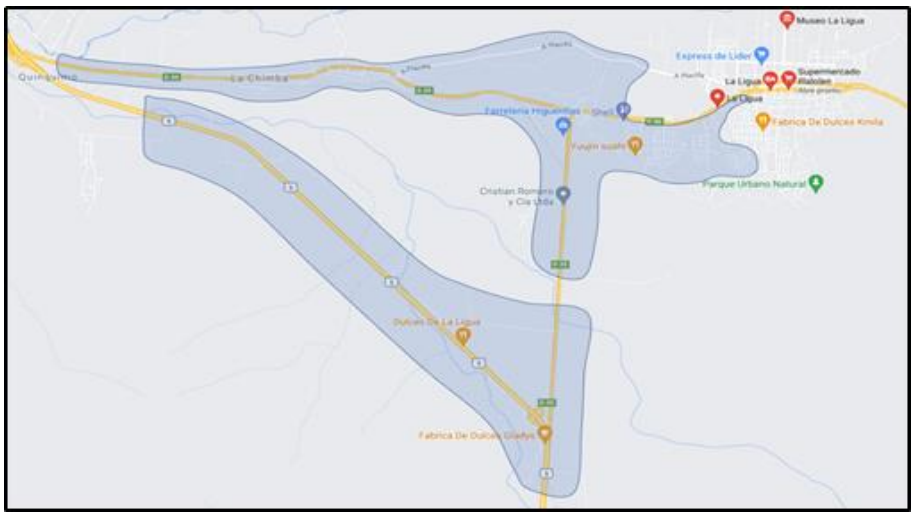
Tabla n° 52:

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	0	14	303
10-19	7	35	0	5
20 - 64	676	217	0	421
64 – 80 o +	721	65	0	529
Total	1.404	317	14	1.258

1.2.3.- Mapa del Territorio comprendido

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

Figura n°4:



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 del Servicentro 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.

1.2.5.-Plan de trabajo sector azul 2025

Plan de Acción	Proyecciones
ENTORNOS SALUDABLES.	Derivación formal a departamento de medioambiente de la municipalidad de La Ligua, nexo departamento medioambiente para agilizar y aumentar nuevas entregas de container para el sector.
	Derivación formal a departamento de medioambiente de la municipalidad de La Ligua, Compromiso vecinal de mejorar manejo de basura y apoyo de medio ambiente para entregar propuesta de aprendizaje de auto reciclaje. Aumento de acumulación de basura por personas externas a Jaururo (buses, camiones), lo dejan en paraderos (ej: botellas con orina). Presidenta de JJVV ha informado situación a carabineros y concesionaria, sin resultados positivos. Evaluar capacitaciones de autoreciclaje por parte de Depto. medioambiente.
	Derivación formal a departamento de medioambiente de la municipalidad de La Ligua, solicitud nexo departamento medio ambiente, para generar educación de reciclaje, aumento de la disposición de contenedores de basura para evitar micro-basurales. Colaborar en la gestión por falta de contenedores (relatan diferencia de días que pasa el camión de basura dependiendo donde viven, por ej: por algunas calles pasa 3 veces a la semana, por otras solo una vez a la semana).
	Derivación formal a departamento de medioambiente de la municipalidad de La Ligua, Campaña de promoción de reciclaje y manejo de basuras.
FOMENTAR LA PARTICIPACION ACTIVA DE LAS Y LOS VECINOS.	Realizar espacio de participación para todas las personas del sector y masificar WhatsApp existente para cuando exista actividades de salud; la participación sea mayor.
	Promoción a través de afiches (en distintos puntos en el sector por definir) debido a que no todos los adultos mayores se manejan con redes sociales.
ACCESIBILIDAD A HORAS DE ATENCION	Protección horas usuarios de Jaururo, ideal elegir un día de la semana lunes a viernes en jornada AM. Operativos de salud en sector, jornada am y extensión horaria. Definir por grupo etario, se solicita considerar la alta cantidad de personas mayores.
AMPLIAR LA INFORMACIÓN DE ACTIVIDADES COMUNITARIAS.	Mejorar los canales de difusión, utilización de diario mural vecinal.
POTENCIAR INFORMACIÓN A LA COMUNIDAD.	Farmacia: implementación de timbre de sol y luna, cuando esta de día o de noche y así los usuarios podrán entender los horarios en los que se toman los fármacos, especialmente las personas mayores.
	Talleres informativos respectos a enfermedades sexuales o de salud general que enseñe como prevenir y abordar dichas temáticas.
FACILITAR EL ACCESO A ACTIVIDADES COMUNITARIAS.	Realizar cambios de horarios de talleres de programa de salud para que toda la comunidad pueda participar, ya que debido a trabajo u horario a veces no pueden. JJVV realiza puerta a puerta para informar e invitar.

1.3 Sectorización Urbana: Sector Amarillo

1.3.1.- Caracterización del sector

El sector amarillo posee 10.737 usuarios (as) con ficha clínica, entre consultantes FONASA como con otras previsiones donde predomina el grupo etario adulto (20 a 64 años) y posteriormente tendencia al adulto mayor (mayores de 65 años). (Tabla n°53)

Tabla n° 3:

Rango Etario	Sector Amarillo	
	Usuarios Fonasa	Usuarios Otra Previsión
0-9	1356	183
oct-14	653	53
15-19	590	58
20-64	5661	523
65-80	1118	56
80 y (+)	454	32
TOTAL	**9832**	**905**

Usuarios 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 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.

La geografía donde se encuentran emplazadas las viviendas, específicamente las ubicadas en los sectores rurales de El Carmen y La Higuera presentan dificultades en el acceso a las prestaciones de salud, puesto que la locomoción es irregular 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, del albergue temporal que se apertura en la comuna, que por su ubicación les corresponde atención en el sector. 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 personal, como para la mantención del rubro predominante de 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 personas migrantes que residen en el sector del centro de la ciudad, los cuales comparten gastos asociados al 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

Tabla n°54:

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	0	31	351
10.-19	3	35	0	0
20 – 64	824	176	0	0
64 -80 o +	728	31	0	0
Total	**1555**	**242**	**31**	**351**

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

Figura n°5:



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, DCE MOLLE, SERVIU , Mediación , Corporación de Asistencia Judicial , FAE, JUNAEB, Funeraria Cristo Redentor, Funeraria Del Valle, Funeraria Los Castaños, Funeraria Santo Domingo.
	Iglesia Jesucristo de Los Últimos días, Centro de Madre El Carmen, Centro de Madres Pulmahue, Centro de Madres La Higuera. Albergue Municipal (capacidad 20 personas)

1.3.5.- Plan de trabajo sector amarillo 2025

Plan de Acción	Proyecciones
MICROBASURALES.	Derivación formal a departamento de medioambiente de la municipalidad de La Ligua, como ente canalizador, dada los focos basurales que presentan problemáticas en la comunidad y generan alteración y riesgo de salud.
POTENCIAR BUEN TRATO MUTUO.	Diseño e implementación de protocolo de trato usuario mutuo, entre comunidad y funcionarios/as.
ACTIVACION FÍSICA DE POBLACIÓN DE PERSONAS MAYORES.	Talleres para personas mayores con apoyo de programa Mas AMA.
BIENESTAR Y APRENDIZAJE COLECTIVO.	Talleres a la comunidad y/o Feria saludable.
ENTORNOS SALUDABLES.	Derivación formal a departamento de medioambiente de la municipalidad de La Ligua, mayor fiscalización de animales, operativos de esterilización, tenencia responsable. Tener puntos de reciclaje.
ACCESIBILIDAD A HORAS DE ATENCIONES DE ALTA DEMANDA.	Garantizar cantidad mínima de cupos diarios de morbilidad (médica).
	Revisar método de entrega de horas de alta demanda (morbilidad médica y dental).
CUIDADO DE SALUD MENTAL A NIVEL FAMILIAR.	Talleres de salud mental a la comunidad.
BIENESTAR Y APRENDIZAJE COLECTIVO.	Talleres con apoyo de programa vida sana en comunidad.

1.4 Sectorización Urbana: Sector Rojo (Transversal)

1.4.1.- Caracterización del sector

El sector Rojo del CESFAM Raúl Sánchez Bañados es la unidad de apoyo transversal, cuyo principal objetivo es la entrega de prestaciones y procedimientos de salud, basados en los principios de promoción, prevención y de curación entre otros asociados a los cuidados centrados en la persona y familia.

En el Sector Rojo se concentran atenciones que son derivadas desde distintos sectores como: verde, amarillo, azul, PSR y también derivaciones desde atención secundaria y desde el extra sistema para sus respectivos seguimientos. Dentro de los distintos procedimientos que se realizan, en el sector se encuentran: curaciones simples y avanzadas, electrocardiogramas, inyectables intramuscular-subcutáneo-endovenoso, controles respiratorios agudos y crónicos, consultas de morbilidad respiratoria, realización de espirometrías, test de marcha, sesiones de kinesioterapia respiratoria, visitas domiciliarias por control y educación, rescate de pacientes inasistentes, talleres educativos de SCORE IRA, entre otras.

Como programa respiratorio desde el año 2023 que nos encontramos realizando campaña de invierno, dicha prestación tiene una duración de 3 meses (desde junio a agosto, meses de invierno en donde aumentan las enfermedades respiratorias agudas) y se cuenta con profesional kinésico que realiza prestaciones en sector urbano y rural aumentando la oferta, sobre todo en sectores con poca accesibilidad.

En el año 2022 y en vista de la necesidad, se implementó la atención de urgencias no vitales, la cual cuenta con protocolos de funcionamientos y acciones que se realizan enmarcadas en nuestro nivel de pertinencia y resolutividad la cual se mantiene hasta la fecha con participación además de todos los sectores del Cesfam.

En términos de distribución de boxes, el sector rojo cuenta con la unidad de procedimientos, box de curaciones simple y avanzadas, box de reanimación, sala de infecciones respiratorias de niños y adultos.

1.4.2.- Programas, subprogramas y actividades relacionadas

Programas Complementarios	Definición
PROGRAMA DE SALUD RESPIRATORIA	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 119 usuarios en control con diagnóstico de SBOR y a 403 usuarios población 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, atiende a la población bajo control con diagnóstico EPOC, Asma, entre otros y también la atención de enfermedades respiratorias agudas, garantizando el acceso oportuno y seguro a la atención y permitiendo la continuidad de los tratamientos. Actualmente bajo control en el sector urbano y rural tenemos 991 usuarios, de los cuales 668 usuarios con diagnóstico de ASMA, 155 usuario con diagnóstico de EPOC, 148 usuarios con diagnóstico de otras enfermedades respiratorias crónicas y 3 usuarios de oxigeno dependientes.
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: urgencias no vitales, realización de electrocardiogramas, administración de medicamentos vía oral, endovenosa, intramuscular y subcutánea, También instalación de sondas vesicales, curaciones simples y avanzadas, extracción de puntos, lavado de oídos, cambios y cuidados de la colostomía entre otros.
CURACIONES AVANZADAS	Unidad en la que se brindan prestación de salud a todos los usuarios del Cesfam Raúl Sánchez Bañados. Se describen manejo de úlcera de pie diabético, úlceras venosas, quemaduras, heridas complejas, entre otras.
TBC	Programa de prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y vigilancia epidemiológica de la Tuberculosis. En la actualidad se encuentran bajo control y seguimiento desde Junio 2023 a junio 2024, tanto en sector rural como urbano 9 usuarios en total confirmados y 19 contactos intra y extra domiciliarios de los cuales 10 usuarios recibieron tratamiento profilaxis de TBC.
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.

1.4.3.- Plan de trabajo sector rojo 2025

Plan de Acción	Proyecciones
Mejorar acceso a prestaciones de tipo respiratorias y la calidad de las mimas	Capacitación del Estamento médico en área respiratoria.
	Asegurar horas de control a los usuarios crónicos respiratorios con énfasis en menores de 5 años y adultos mayores desde los 60 años.
	Promoción, prevención y educación en temporada Invernal.
	Realizar operativos respiratorio junto a equipos de sector -Participación de kinesiólogos. IRA y ERA en talleres de promoción y prevención que sean parte de la planificación de los programas de ciclo vital.
	Capacitación del Estamento médico en área respiratoria.
Reducir el riesgo de infección, morbilidad y mortalidad por tuberculosis en Chile, hasta obtener su eliminación como problema de salud pública.	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.
	Capacitación a los funcionarios y funcionarias del establecimiento 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.
	Trabajar 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 baciloscopia.

2. SECTORIZACIÓN RURAL

El ordenamiento del Departamento de Salud Municipal de la comuna de La Ligua, se compone por nueve establecimientos de la Red Asistencial de Atención Primaria en Salud, correspondientes a Postas de Salud Rural, que según la Norma Técnica año 2021, *"son establecimientos de mediana o baja concentración de población a atender, orientado a la implementación del Modelo de Salud Integral con enfoque Familiar, comunitario y con pertinencia cultural",* en razón a la extensión territorial predominante en la zona rural de la comuna.

A este respecto, las Postas de Salud Rural se encuentran distribuidas estratégicamente en los sectores rurales de mayor densidad poblacional, destacando: cuatro postas en el sector costa; tres postas en el sector del Valle de Longotoma; y dos postas en el sector de Valle Hermoso, conformando los tres grandes sectores rurales. Los sectores Costa, Longotoma y Valle Hermoso han planificado una serie de estrategias con el objetivo de mejorar y acercar la salud a los distintos territorios clasificados como rurales.

2.1 Sectorización Rural: Sector Costa

2.1.1.- 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 mayormente relacionadas a la industria de aceite de oliva y ganadera de pavos.

Junto a todo lo anterior, la zona costera contempla un gran desarrollo turístico, generando un aumento de población flotante en épocas estivales, sin perjuicio de ello, durante este último año, se ha evidenciado una crecida sostenida de visitantes ocasionando una demanda constante de los servicios brindados por la Posta de Salud Rural, debiendo gestionar diversas estrategias por parte del equipo de salud, a fin de dar cumplimiento a las actividades proyectadas. Sumado a ello, resulta imperioso mencionar que mucho del aumento poblacional tiene su origen en la venta indiscriminada de loteos irregulares en suelos que no poseen la calidad de edificación habitacional exigida por ley, aumentando el cúmulo de basura domiciliaria, agravando las deficiencias en el saneamiento básico de las viviendas y repercutiendo directamente en la salud local.

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

Otra arista como determinante social, reconocida dentro de la dispersión geográfica, se relaciona directamente con el transporte existente dentro de las localidades, evidenciándose una escaza frecuencia en los recorridos del servicio de transporte público y privado, ocasionando problemas logísticos en el desarrollo de actividades diarias de los pobladores, debiendo recurrir a la voluntad vecinal para satisfacer los traslados a centros asistenciales, servicios públicos y demases. 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).

2.1.2.- Población a cargo del Sector

Respecto a la población inscrita en las cuatro postas de salud rural, su número asciende a un total de 5.225 usuarios (as) inscritos (as), como se refleja en la tabla n°55.

Tabla n° 55:

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	2	7	109
10.-19	1	36	0	0
20 – 64	651	109	0	0
64 -80	842	96	0	0
Total	1494	216	7	109

Fuente: Censo junio 2024, Unidad de Estadística, DESAM La Ligua.

2.1.3.- Mapa el Territorio comprendido

Figura n°6:

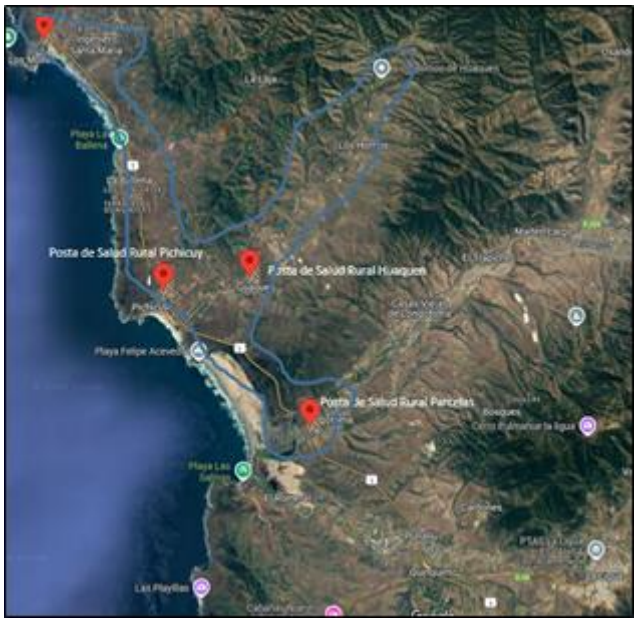


Foto obtenida Google maps: Referencia de ubicación del Sector Costa

Sector Costa	Territorio Comprendido	Población inscrita
PSR Las Parcelas	Ubicada en sector norte de la comuna, específicamente en rotonda de 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.	1874
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.	1549
PSR Pichicuy	Ubicada en la Caleta de Pichicuy, sector costero de la comuna.	721
PSR Los Molles	Ubicada en el balneario de Los Molles, sector oriente. Comprende los sectores de La Ballena, Quinquelles, Santa María y los Molles.	1081

2.1.4.- 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.

2.1.5.- Plan de Trabajo Sector Costa 2025

Plan de acción	Proyecciones
1. Gestión de la demanda: De acuerdo a las características propias de cada una de las PSR se definirán estrategias tanto para el agendamiento como para la oportunidad de horas de los distintos estamentos. Lo anterior analizando previamente la población bajo control, niveles de compensación, grupos etarios predominantes y evaluando estas estrategias cada dos meses para evitar la pérdida de horas de atención.	Para el año 2025, se tiene contemplado mantener al igual que en el año anterior, las evaluaciones del sistema de agendamiento de cada PSR, de esta manera se podrá dar cumplimiento a las nuevas dinámicas que van surgiendo.
2.Espacios y actividades saludables: El equipo de salud diseñará estrategias tendientes a fortalecer y promocionar los hábitos y estilos saludables, para lo cual formará alianza con agrupaciones y juntas de vecinos con el fin de concretar instancias de trabajo colaborativo con la comunidad.	Se tiene contemplado para el segundo semestre del año 2025 generar alianzas entre los equipos de salud del sector y personas mayores, entendiendo que existe un mayor número de este grupo etario, permitiendo de esta manera aumentar la participación y acompañamiento en diferentes temáticas de salud de éstos usuarios.
3.Participación Social: Mejorar los vínculos con la comunidad diseñando estrategias tendientes a mejorar los canales de comunicación y de retroalimentación con representantes vecinales, agrupaciones, colegios, jardines infantiles, clubes sociales.	Se proyecta para el año 2025 mantener canales de comunicación con los usuarios y al menos una vinculación por semestre con representantes de juntas de vecinos exponiendo el funcionamientos y prestaciones de cada PSR, sobre todo poniendo énfasis en prestaciones de PSR y servicio de urgencias.
4.Dispersión Geográfica: Se realizarán operativos mensuales en distintos sectores con el objetivo de favorecer el acceso a las prestaciones de salud de la comunidad, sobre todo de aquellas personas que por distintos motivos presentan dificultades para asistir a las PSR.	Para el año 2025 se contempla realización de operativos de salud, donde los equipos estarán en lugares estratégicos mas apartados a los establecimientos de salud, dado prioridad a los usuarios con mayores riesgos según clasificación.

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.

Es del caso referir a que la principal fuente económica del sector, proviene de la agricultura y floricultura, producciones que si bien se han visto mermadas durante los últimos años debido a la escasez hídrica que afecta a la Provincia de Petorca desde hace más de 15 años, han resurgido gracias a las lluvias que se presentaron durante 2024.

La escases hídrica también afectó la distribución de los servicios de agua potable rural (APR) que abastecen a la población local del valle de Longotoma, sin embargo, la situación logró estabilizarse debido a las precipitaciones registradas en el sector.

En relación a los servicios comunales que se encuentran presente en el Valle de Longotoma podemos mencionar que 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 el destacamento más cercano, en este caso, el correspondiente al Retén de Carabineros de 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 Ligua, (centro de la ciudad), destinando un tiempo de traslado aproximado, entre 30 a 50 minutos, conforme la ruta de acceso preferida.

Como corolario, resulta sumamente relevante referir a que durante los últimos 6 años aproximadamente, se han incrementado la venta de terrenos irregulares *(loteos irregulares)*, trayendo consigo un aumento de población en la comunidad, ocasionando 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 de acuerdo a la tabla n°56, actualmente suma un total de 2.919 usuarios (as) inscritos (as) .

Tabla n° 56:

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	11	6	52
10.-19	2	28	0	0
20 – 64	301	63	0	0
64 -80	354	22	0	0
Total	657	124	6	52

Fuente: Censo junio 2024, Unidad de Estadística, DESAM La Ligua.

2.2.3.- Mapa del Territorio comprendido

Figura n°7:



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.	1297
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.	937
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.	685

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.

2.2.5.- Plan de Trabajo Sector Longotoma 2025

Plan de Acción	Proyecciones
1.Enfoque en el Modelo Integral de Salud Familiar: realizar controles en salud con enfoque multidisciplinario, considerando la caracterización de los habitantes, territorio geográfico, contingencias de salud y necesidad de los usuarios y que tiendan a promover la prevención de factores de riesgo, la promoción de autocuidado y de estilos de vida saludables.	Para el año 2025 el equipo de salud Longotoma tiene priorizado mantener controles con enfoque multidisciplinario abordando distintos aspectos de la salud. Se tiene contemplado aumentar la educación en la población.
2.**Clínica dental móvil**: Será fundamental comenzar a utilizar este recurso y entregar la opción poder acceder a esta presentación en el sector de Longotoma, planificando operativos en las tres PSR del sector de acuerdo a la calendarización y disponibilidad de esta clínica.	Para el primer trimestre del año 2025 está contemplado la puesta en marcha de una clínica dental móvil para el territorio rural, dando prioridad al sector de Longotoma, de esta manera se podrán realizar actividades de salud oral bajo la cartera de prestaciones correspondiente, de esta manera se facilitará el acceso a la salud oral de la población.
3.Actividades comunitarias: Se retomarán las actividades comunitarias en el sector, ejecutando al menos dos actividades anuales por cada PSR (total 6), con el objetivo de incrementar la participación comunitaria, priorizando actividades de prevención y promoción de la salud, según características de la población, sus necesidades y contingencia sanitaria.	Para el año 2025 se contempla mantener las actividades comunitarias en el territorio como mecanismo de acercar al equipo de salud con los usuarios, por lo tanto se proyecta la realización de éstos operativos donde ,donde el equipo de salud establecerá en conjunto con las comunidades lugares estratégicos para realizar la vinculación con las diferentes prestaciones., desde toma de exámenes de laboratorios y controles programáticos.
4.Canales de información: Se fortalecerán los canales de comunicación existentes, utilizando el perfil de Facebook disponible para el DESAM, con la finalidad de entregar información de salud oficial a los/as usuarios/as del sector, en relación a funcionamiento de los establecimientos, como también cápsulas informativas de prevención y promoción de la salud.	Para todo el año 2025 se mantendrá los canales de comunicación activos tanto a nivel local del territorio como canales a nivel del DESAM.
5.Desarrollo de la Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas (ECICEP): Este modelo buscar fortalecer la prevención y el manejo de la cronicidad en el contexto de multimorbilidad, basada en los principios del Modelo de Salud Familiar.	Ésta estrategia se mantendrá durante el año 2025, actualmente los equipos del sector Longotoma ya se encuentran actualizados con lineamientos desde el SSVQ y lineamientos locales, quienes realizan un trabajo en conjunto a través de un encargado de liderar la estrategia y abordar los casos consensuados con el usuario y familia. Actualmente el equipo de salud sigue estando en proceso de educar al usuario quienes ingresan con esta nueva modalidad de atención. Para el año 2025 se espera aumentar las atenciones con la estrategia ECICEP según el resto de las categorizaciones.

2.3. Sectorización Rural: Sector Valle

2.3.1.- 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 caracterizado por su actividad agrícola, ganadera y textil desde épocas coloniales; el tejido en telar, es lo que ha destacado a Valle Hermoso como una zona textil artesanal, a través de los años, elevándola a ser considerada como la *"Cuna del Tejido"*, con cerca de 150 tiendas y fábricas de artesanos.

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 la satisfacción de las necesidades de salud de la comunidad, realizando un conjunto de acciones de promoción, prevención y curativas junto a la promoción del desarrollo de las personas, familias y comunidades.

2.3.2.- Población a cargo del Sector

Respecto a la población inscrita en las Postas de Salud Rural Valle, actualmente suman un total de 5.549 usuarios(as) inscritos(as), siendo las postas con mayor cobertura de atención a usuarios del sector rural de la comuna, así lo refleja la tabla n°57.

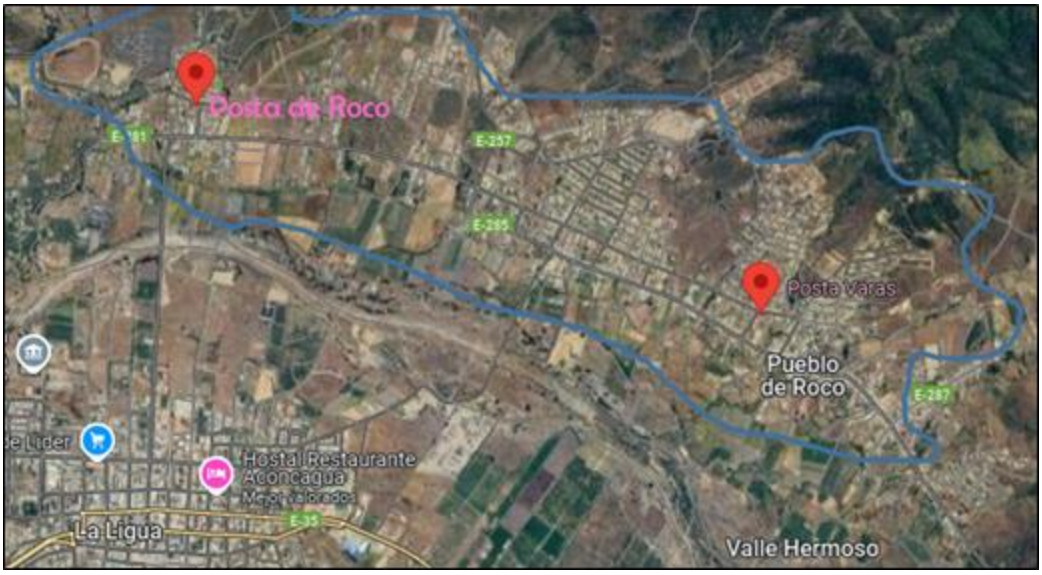
Tabla n° 57:

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	41	5	67
10.-19	1	125	0	0
20 – 64	567	237	0	0
64 -80	522	49	0	0
Total	1090	452	5	67

Fuente: Censo junio 2024, Unidad de Estadística, DESAM La Ligua.

2.3.3.- Mapa del Territorio comprendido

Figura n°8:



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.	2054
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.	3495

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

2.3.4.- 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.

2.3.5.- Plan de Trabajo Sector Valle Hermoso 2025

Plan de Acción	Proyecciones
1.Mejora de acceso y oferta de horas: Debido a la gran cantidad de población que se atiende en ambas postas, se propone aumentar las rondas de profesionales más demandados, como lo son: Médico y Matrona.	Efectivamente se podrá programar para el año 2025, entendiendo que hasta el momento profesional matrona y médico siguen siendo los profesionales con mayor demanda por parte de la población en sector. Durante el primer trimestre del año 2025 se organizará con el RRHH correspondiente brindando mayor cobertura y organización al equipo.
2.**Implementación de estrategias de cuidado integral centrado en las personas:** Con el fin de cumplir y aplicar los principios del Modelo de atención Integral de Salud Familiar y Comunitario Se trabajará en la atención de personas con multimorbilidades para mejorar adherencia al tratamiento, promover la implicancia del usuario en su tratamiento, consensuar planes de intervención, reducir poli consultas y trabajar con un equipo multidisciplinario.	Ésta estrategia también se contemplará y proyectará durante el año 2025. Los equipos del sector Valle ya se encuentran actualizados con lineamientos desde el SSVQ y lineamientos locales, quienes realizan un trabajo en conjunto a través de un encargado de liderar la estrategia y abordar los casos consensuados con el usuario y familia. Actualmente el equipo de salud se mantiene en proceso de educar a los usuarios quienes ingresan con esta nueva modalidad de atención. Para todo el año 2025 se espera aumentar las atenciones con la estrategia ECICEP según el resto de las categorizaciones en comparación al año 2024.

Plan de Acción	Proyecciones
3.Mejoras en el trato al usuario: Para mejorar este punto es necesario reforzar la información, orientación y educación a los usuarios del sector, respecto a las prestaciones que se realizan en la atención primaria y cuáles son los servicios otorgados por parte de cada profesional y técnicos en las PSR de Valle Hermoso.	Para todo el año 2025 se espera también mantener canales de comunicación con los usuarios, activando constantemente los mecanismos educativos principalmente de funcionamiento y rol que cumplen los equipos de salud de PSR Varas y Roco. Para esto se realizarán estrategias para convocar y asegurar asistencias a reuniones con Juntas de vecinos y dirigentes, permitiendo la participación de la comunidad promoviendo soluciones que reflejen las demandas o inquietudes locales de la población.
4.Vinculación con la comunidad:Se buscará aumentar las instancias de salidas a terreno (al menos 1 por trimestre) para realizar intervenciones de promoción y prevención en salud por los distintos profesionales del sector para acercar nuevamente a los usuarios a las actividades y prestaciones en PSR.	Se tendrá presente de igual manera para el año 2025, como lineamientos base para el sector, donde el equipo de salud establecerá en conjunto con las comunidades lugares estratégicos para realizar la vinculación, facilitando el acceso a las prestaciones de salud y fomentando la equidad en las atenciones.
5.Planes de salud mental: Intervención en niños y adolescentes como grupo etario prioritario para abarcar temas de alcohol, drogas y sexualidad respetuosa. Se coordinará con establecimientos educacionales de sector Valle Hermoso con intervenciones directas con apoderados.	Éstos planes se proyectan para el periodo año 2025, liderados por el equipo psicosocial, donde ya existe coordinación con los diferentes establecimientos educacionales que existen en el territorio, como forma importante de prevención de la determínate social.
6.Planes odontológicos: Acercar clínica móvil odontológico, de acuerdo a disponibilidad de agenda, a sectores de valle Hermoso donde la locomoción dificulta la asistencia a los usuarios.	Para el año 2025 se contempla una clínica dental móvil para el territorio rural, donde se podrá ofertar la cartera de prestaciones de salud Oral a los usuarios del territorio mas alejados que no han podido acceder a salud oral.
7.Planes cardiovasculares: El enfoque será rescate a Programa Cardiovascular de aquellos usuarios que se encuentran inasistentes a controles según calendario por lo diferentes profesionales que forman parte.	Prioridad y proyección para el año 2025 serán usuarios con diagnóstico de Diabetes Mellitus IR, aumentando la cobertura efectiva, dado que también se estarán abordando con la estrategias ECICEP, además de esto permitirá canalizar de mejor manera el sistema de retiro de insulinas.

Sección IV: PLAN DE SALUD COMUNAL 2025.

El Plan de Salud 2025 fue formulado en base a las observaciones, comentarios y sugerencias formuladas tanto por los equipos de salud como por la comunidad en general.

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 de las distintas variables que componen la planificación de actividades 2025 para reforzar los programas y/o sectores que se encuentren con brecha demostrada, así como también los horarios en los que comienzan y terminan las atenciones en el sector rural.
2. Continuar con las 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 con 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. Para concretar lo anterior, se requiere la colaboración del equipo de comunicaciones de la municipalidad.
6. 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.
7. 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
8. Continuar con la estrategia de ECICEP la cual es un subcomponente del Modelos de Atención Integral de Salud considerando a aquellos usuarios que cumplan con los criterios de inclusión, complementando así su intervención de forma multidisciplinaria.
9. Los equipos coinciden en continuar programando actividades territoriales con sus JJVV, retomando la presencia, 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 y en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud, se solicita 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.

10. 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.
11. 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.
12. Se evaluará la apertura de agendas por tres meses en el sistema de dación de horas AVIS. Lo anterior, previa evaluación de otras herramientas de uso digital.
13. 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.
14. Respecto de los Indicadores de Salud, es importante generar espacios para la motivación y realización de distintas estrategias de acuerdo con 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 V: ACTIVIDADES PRIORIZADAS POR EL DEPARTAMENTO DE SALUD EN EL PLAN COMUNAL AÑO 2025.

De acuerdo con lo presentado, el Departamento de Salud de la Ilustre Municipalidad de La Ligua tiene considerado para el periodo 2025, 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 proyectos para continuar con la normalización de las Postas de Salud Rural para dar cumplimiento a las Normas Técnicas Básicas para Establecimientos de Atención Abierta.
- 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 contar con un mamógrafo móvil.
- Generación de proyecto para contar con una clínica móvil.
- Generación de proyecto para renovar las ambulancias de atención primaria.
- Generación de proyecto y reposición de vehículos de traslado.
- Generación de proyectos para la implementación y puesta en marcha de nuevos Centros de Salud en la comuna.
- Presentación de postulación para optar a un Servicio de Urgencia de Atención Primaria en el Centro de Salud Familiar Raúl Sánchez Bañados.

b. **Equipos de Trabajo:** Con el fin de mejorar el trabajo en conjunto y las condiciones laborales de toda la dotación de atención primaria, se considerarán las directrices formuladas por el Programa Saludablemente y el Plan de Trabajo formulado en base a los resultados de la Encuesta de Riesgos Psicosociales CEAL-SM/SUSESO.

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 continuará con las 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.

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.
   - Difundir y cautelar la aplicación de normativas clínicas, protocolos, leyes y reglamentos asociados a la atención de salud y a las actividades administrativas.
   - Implementación durante el 2025 de una plataforma digital modalidad línea 800 tanto en sector urbano como rural para la dación de horas de morbilidad.
   - Durante el 2025 concretar la implementación de la ficha electrónica en el sector rural.
   - Dar continuidad a los programas e iniciativas ministeriales como por ejemplo la salud digital y también a otras iniciativas como lo son las consultorías que realiza la Neuróloga Infantil del Hospital Biprovincial de Quillota.
   - Definir Encargados y Plan de Trabajo para PRAIS.
   - Definir Encargados y Plan de Trabajo para Programa Emergencias y Desastres en el contexto de Salud.
   - Definir Encargados y Plan de Trabajo para Programa Oncológico
   - Cautelar el adecuado uso de los recursos destinados a la Salud Municipal.
   - Licitar un software de gestión para el Departamento de Salud que permita modernizar y agilizar la gestión y actividades que se realizan en las unidades de Recursos Humanos, Finanzas y Adquisiciones, adecuándolos con lo que indica la normativa vigente y lo que instruye la Contraloría General de la República.

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

   - 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.
   - Evaluar la implementación y puesta en marcha de la Droguería comunal.
   - 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.
   - Habilitación de espacios para la implementación de áreas de atención clínica, psicosocial y de recuperación mediante proyectos previamente revisados por la autoridad sanitaria para que luego sean concretado ya sea adquisición de contamines o espacios modulares

- 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.

Es importante mencionar que, si el financiamiento recibido para el año 2025 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, sólo 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.

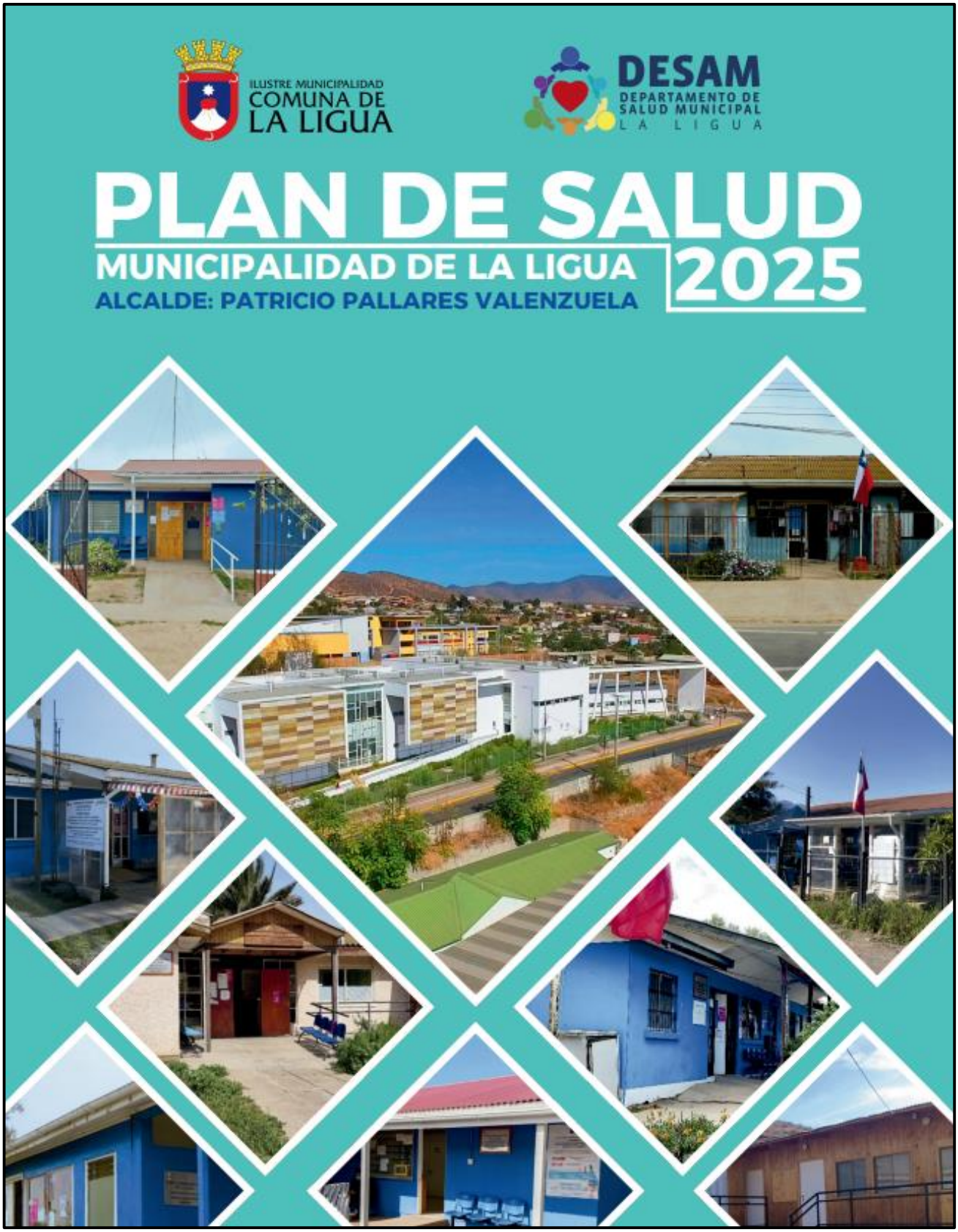
Por ende, requerimos financiar con cargo a los mismos fondos y en caso de que el presupuesto asignado por el gobierno lo permita, las actividades enunciadas y comentadas en el presente plan de salud periodo 2025.

SECCIÓN VI: Dotación del Departamento de Salud Municipal 2025.

DOTACIÓN DESAM LA LIGUA 2025	JORNADAS PSR	HORAS PSR	JORNADAS CESFAM	HORAS CESFAM	JORNADAS DESAM	HORAS DESAM	JORNADAS TOTALES	HORAS TOTALES
CATEGORIA A								
MEDICOS	8,00	352,00	9,00	396,00	0,50	22,00	17,50	770,00
CIRUJANO DENTISTA	3,00	132,00	6,00	264,00	0,50	22,00	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	3,50	154,00	4,50	198,00	1,00	44,00	9,00	396,00
PSICOLOGO	3,50	154,00	5,00	220,00	0,50	22,00	9,00	396,00
KINESIOLOGO	0,00	0,00	7,00	308,00	1,00	44,00	8,00	352,00
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	0,00	0,00	1,00	44,00	0,00	0,00	1,00	44,00
ASISTENTE SOCIAL	3,00	132,00	6,00	264,00	1,00	44,00	10,00	440,00
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	2,00	88,00	2,00	88,00
ING. EN ADMINISTRACIÓN	0,00	0,00	1,00	44,00	1,00	44,00	2,00	88,00
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	13,00	572,00	8,00	352,00	21,00	924,00
TENS	25,00	1100,00	25,00	1100,00	1,00	44,00	51,00	2244,00
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	0,00	0,00	1,00	44,00	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	10,00	440,00	26,00	1144,00
CATEGORIA F								
GUARDIA	0,00	0,00	4,00	176,00	0,00	0,00	4,00	176,00
AUXILIAR DE SERVICIO	5,00	220,00	8,00	352,00	1,00	44,00	14,00	616,00
AUXILIAR MANTENCION	0,00	0,00	0,00	0,00	4,00	176,00	4,00	176,00
CONDUCTOR	4,00	176,00	4,00	176,00	1,00	44,00	9,00	396,00
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	44,00	1,00	44,00
TOTAL	**70**	**3080**	**142,25**	**6259,00**	**40,50**	**1782,00**	**252,75**	**11121,00**

SECCIÓN VII: PROGRAMA ANUAL DE CAPACITACIÓN 2025 PAC

LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS PAC	ACTIVIDADES DE CAPACITACION	OBJETIVOS EDUCATIVOS	NUMERO DE TOTAL	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	Encargado de Programa de Participación y Programa MAIS	mar-25
EJE ESTRATEGICO 2: Estilos de Vida	Salud Mental	Mejorar la Salud mental de la población en Chile con enfoque promocial y preventivo	100	Encargada Programa Programa Salud Mental	abr-25
	Salud Sexual y Reproductiva	Abordar integralmente la necesidad en salud sexual y reproductiva de las personas a lo largo del curso de vida desde un enfoque de genero, intercultoralidad y derecho	100	Encargada Programa Salud Sexual y Reproductiva	may-25
	Resistencia antimicrobiana	Reducir riesgo de emergencia y diseminación de la resistencia a los anitimicrobianos	80	Encargargada Programa Salud Oral y encargargado	jun-25
EJE ESTRATEGICO 4: Enfermedades	Enfermedad renal crónica	Disibuir la prevalencia de erc y sus cmplicaciones	100	Encargada PSCV	jul-25
Eje ESTRATEGICO 5: Funcionamiento y discapacidad	Alteración músculo esquelitica	Dismunuir la prevalencia de alteraciones musculos esqueletico y que generan dolor crónico o alteraciones funcionale en la	100	Encargado Sala de Rehabilitación	ago-25
EJE ESTRATEGICO 6: Emergencias y desastres	Emergencias y desastres	Aquirir conocimientos sobre conceptos básicos en el ámbito de Planificación, Gestión y ejecución de riesgos de Desastres.	80	Comité de Emergencia y Desastres	sept-25
EJE ESTRATEGICO 7: Gestion, Calidad e Innovacion	Salud Digital	Desarrollar modelo de atención de salud digital sostenible que aporte al acceso en la atencón oportuna y la información a los pacientes en sus contextos territoriales/cultorales de manera articulada , coodinada y que complementen al modelo de atención en salud presencial y vigente	100	Dirección DESAM	oct-25
	Favorecer el desarorlo del recurso humano en APS	Fortalecer el conocimiento juridico de las normativas vigentes para el desarrollo profesional.	120	Dirección DESAM	nov-25
	Calidad de la atención	Fortalecer la entrega de servicio de salud con equidad calidad y seguridad a la pblación a lo largo de su curso de vida.	100	Comité de Calidad	dic-25
Totales			980		


ILUSTRE MUNICIPALIDAD
COMUNA DE
LA LIGUA
DESAM
DEPARTAMENTO DE
SALUD MUNICIPAL
LA LIGUA
PLAN DE SALUD
MUNICIPALIDAD DE LA LIGUA
2025
ALCALDE: PATRICIO PALLARES VALENZUELA