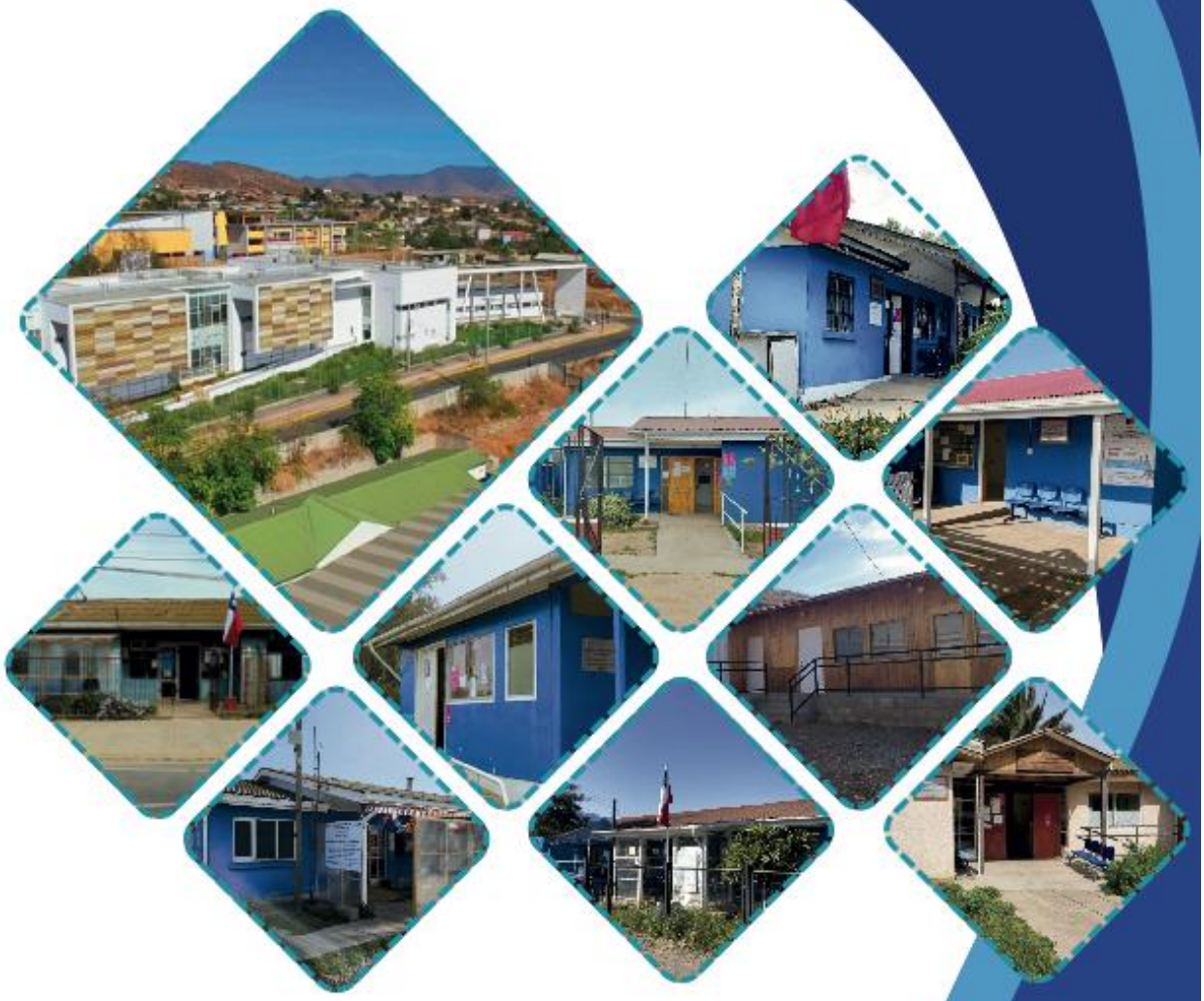


PLAN DE SALUD 2026

ALCALDE:
PATRICIO PALLARES VALENZUELA

ILUSTRE MUNICIPALIDAD
COMUNA DE
LA LIGUA

DESAM
DEPARTAMENTO DE
SALUD MUNICIPAL
LA LIGUA

INDICE

	Página
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.	15
3. DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES CONDICIONANTES	18
3.1 Población de la comuna	18
3.2 Descripción del Medio Natural	21
3.3 Descripción del Medio Cultural	21
3.4 Descripción del Sector Salud	25
3.4.1 Organización de la Red Asistencial.	25
3.4.2 Establecimientos de la Red de Atención Primaria Municipal	26
3.5. Recursos Departamento de Salud Municipal de La Ligua	28
3.6. Recursos Financieros: Proyecto Presupuesto 2026	30
3.6.1 INGRESOS	30
3.6.2. EGRESOS	31
3.7. Aporte Municipal 2026	33
SECCIÓN II: PLAN DE SALUD 2026	35
1. OBJETIVOS SANITARIOS 2021- 2030	35
2. PROGRAMAS DE SALUD	36
2.1. Programa Nacional de Salud Infantil	36
2.2. Programa Salud Integral Adolescentes y Jóvenes.	48
2.3. Programa Salud Sexual y Reproductiva.	54
2.4. Programa de Salud del Adulto	59
2.5. Programa de Salud de las Personas Mayores	65
2.6. Estrategia de Atención Integral de la Multimorbilidad en el Adulto y en el Adulto Mayor	67
2.7. Programa de Salud Oral.	71
2.8. Programa de Salud Mental.	81
2.9. Programa de Atención Domiciliaria a Personas con Dependencia Severa (PADDS).	89
2.10. Programa Cuidados Paliativos Universales (CPU) No Oncológicos en APS.	98
2.11. Programa de Rehabilitación con Base Comunitaria.	103

2.12. Programa de Atención Integral al Desarrollo Infanto Adolescente (AIDIA). 107
2.13. Programa de Salud Respiratoria. 118
2.14. Programa VIH/ITS. 128
2.15. Programa Epidemiología. 139
2.16. Programa Nacional de Control y Eliminación de la Tuberculosis (PROCET). 142
2.17. Programa de Resolutividad e Imágenes Diagnósticas. 148
2.18. Unidad de Atención Primaria Oftalmológica. 153
2.19. Sistema de Gestión de Tiempos de Espera (SIGTE). 158
2.20. Estrategia de Contraloría Médica. 161
2.21. Salud Digital. 164
2.22. Programa Hospital Digital. 169
2.23. Servicio de Urgencia Rural. 171
2.24. Servicios Farmacéuticos. 174
2.25. Programa Especial de Salud y Pueblos Indigenas (PESPI). 180
2.26. Programa Migrantes. 186
2.27. Programa de Mejoría en la Equidad en Salud Rural. 189
2.28. Oficina de Informaciones, Reclamos y Sugerencias (OIRS) 197
2.29. Participación Social y Salud Comunitaria. 202
2.30 Programa de Promoción de la Salud. 212
2.31 Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria (MAIS) 221
2.32 Programa de Calidad y Acreditación Departamento de Salud Municipal. 223
2.33 Comité Oncológico Departamento de Salud Municipal. 229
2.34 Emergencia y Desastres Departamento de Salud Municipal. 237
2.35 Estrategia Saludablemente: "Cuidados de Ambientes Laborales Saludables y Salud Mental del Personal de Salud" 238

Sección III: PLAN DE SALUD COMUNAL, SECTOR URBANO Y RURAL 241
1. SECTORIZACIÓN URBANA 241
1.1. Sectorización Urbana: Sector Verde 241
1.1.1. Caracterización del Sector 241
1.1.2. Población a cargo del Sector 242
1.1.3. Mapa del Territorio. 243
1.1.4. Organizaciones e instituciones presentes en el territorio. 244
1.1.5. Plan de Trabajo Sector Verde. 245
1.2. Sectorización Urbana: Sector Azul 246
1.2.1. Caracterización del sector 246
1.2.2. Población a cargo del sector 248
1.2.3. Mapa del Territorio. 249
1.2.4. Organizaciones e instituciones presentes en el territorio. 250
1.2.5. Plan de Trabajo Sector Azul 250
1.3 Sectorización Urbana: Sector Amarillo 251

1.3.1. Caracterización del sector 251
1.3.2. Población a cargo del Sector 252
1.3.3. Mapa del Territorio 253
1.3.4. Organizaciones e instituciones presentes en el territorio 254
1.3.5. Plan de Trabajo Sector Amarillo 255
1.4 Sectorización Urbana: Sector Rojo (Transversal) 256
1.4.1. Caracterización del sector 256
1.4.2. Programas, subprogramas y actividades relacionadas. 257
1.4.3 Plan de Trabajo Sector Rojo 258
2.0 SECTORIZACIÓN RURAL 259
2.1 Sectorización Rural: Sector Valle Hermoso. 259
2.1.1.- Caracterización del Sector 259
2.1.2.- Población a cargo del Sector 260
2.1.3.- Mapa del Territorio comprendido 261
2.1.4.- Organizaciones e instituciones presentes en el territorio 262
2.1.5. Plan de Trabajo Sector Valle Hermoso. 263
2.2. Sectorización Rural: Sector Costa. 264
2.2.1. Caracterización del Sector 264
2.2.2. Población a cargo del Sector. 265
2.2.3. Mapa del Territorio comprendido 266
2.2.4. Organizaciones e instituciones presentes en el territorio. 267
2.2.5. Plan de Trabajo Sector Costa. 269
2.3 Sectorización Rural: Sector Longotoma 270
2.3.1.- Caracterización del Sector 270
2.3.2.- Población a cargo del Sector 271
2.3.3.- Mapa el Territorio comprendido 272
2.3.4.- Organizaciones e instituciones presentes en el territorio 273
2.3.5. Plan de Trabajo Sector Longotoma. 273

Sección IV: PLAN DE SALUD COMUNAL 2026. 275

Sección V: ACTIVIDADES PRIORIZADAS POR EL DEPARTAMENTO DE SALUD EN EL PLAN COMUNAL 2026. 278

Sección VI: DOTACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE SALUD MUNICIPAL 2026. 282

Sección VII: PROGRAMA ANUAL DE CAPACITACIÓN 2026 (PAC) 283

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 y el cual es conocido ampliamente como “Plan de Salud Comunal”.

En Chile, de acuerdo con el Código Sanitario, las obligaciones sanitarias de las Municipalidades guardan 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 las 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 Hermoso, Longotoma y Costa realizaron la evaluación de las actividades definidas para el año 2025 para luego planificar las actividades año 2026, dando énfasis a los siguientes enfoques:

- El Modelo de Atención Integral de Salud.
- Programas de Salud de acuerdo con el curso de la vida y los transversales.
- 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 Provincia del Choapa, 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, Quínquimo, 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 2024, su población es de 39.270personas, 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 con 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 General en la comuna es más alta (8.4) 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 o más, tiene un valor similar al regional y al del país, lo que nos sugiere una distribución de grupos etarios similares. Si el valor del Índice de Swaroop es cercano al 100%, refleja una población con mayor esperanza de vida y un sistema de salud más desarrollado ya que la mayor proporción de muertes ocurre en edades más avanzadas.

Tabla N°1: Tasa de Mortalidad e Índice de Swaroop, Región y Comuna de La Ligua año 2022.

Territorio	Tasa de Mortalidad general			Índice de Swaroop		
	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer
País	6,9	7,3	6,5	81,96	77,06	87,35
Región de Valparaíso	8,3	8,6	7,9	85,08	81,2	89,13
Comuna de La Ligua	8,4	9,9	7	83,18	80,65	86,67

Fuente: Departamento de Estadísticas e Información de Salud. MINSAL 2022. Tasa por 1.000 habitantes.

Con respecto a la **Tasa de Mortalidad Infantil**, se observa un valor mayor, en relación al observado a nivel regional y país situación que se repite con la **Tasa de Mortalidad Neonatal Precoz** y a la **Tasa de Mortalidad Neonatal** en las cuales también 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 como en el programa de Salud Infantil y otros

programas que actúan transversalmente en el curso de la vida. Asimismo, se puede destacar la importancia de mantener el seguimiento del binomio y su familia, principalmente dentro del primer mes de vida.

Tabla N°2: Tasa de Mortalidad Infantil, Región y Comuna de La Ligua 2022

Territorio	Mortalidad Infantil	Mortalidad Neonatal Precoz	Mortalidad Neonatal	Mortalidad Post Neonatal
País	5,86	3,41	4,5	1,36
Región de Valparaíso	6,03	3,85	4,69	1,34
Comuna de La Ligua	7,69	5,13	7,69	0

Fuente: Departamento de Estadísticas e Información de Salud. MINSAL 2022. 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 2022 representándose en la Tabla N°3, se puede observar que la Tasa de Mortalidad de Adultos en general, es similar en ambos géneros en comparación a la tasa regional y nacional. Sin embargo, se debe colocar especial atención a los hombres de 25 a 29 años pues la tasa de mortalidad sobrepasa en un punto a la nacional y regional, por lo que se deben redoblar los esfuerzos para la toma de exámenes preventivos y de tamizaje a este grupo. Lo mismo ocurre con los hombres de 50 a 54 años cuya tasa de mortalidad sobrepasa a la regional y nacional por lo que se deben gestionar estrategias para el rescate de este grupo tanto para la toma de exámenes preventivos como para los controles crónicos. Asimismo, se observa que la tasa de mortalidad en mujeres de 35 a 39 años sobrepasa los valores regionales y nacionales por lo que también se deben generar estrategias para acercar a este grupo a las atenciones de salud tanto preventivas como de control y seguimiento.

Tabla N°3: Tasa de Mortalidad Adulto Nacional, Regional y Comunal. Año 2022

EDAD	TASA DE MORTALIDAD PAIS		TASA DE MORTALIDAD REGIÓN DE VALPARAISO		TASA DE MORTALIDAD COMUNA DE LA LIGUA	
	HOMBRE	MUJER	HOMBRE	MUJER	HOMBRE	MUJER
20-24	1,1	0,3	0,9	0,4	1,0	0,0
25-29	1,2	0,4	1,3	0,4	2,3	0,7
30-34	1,4	0,5	1,3	0,7	1,4	0,7
35-39	1,6	0,7	1,6	1,0	2,4	3,2
40-44	2,2	1,1	2,1	1,2	1,5	0,7
45-49	3,2	1,6	3,2	1,6	3,2	0,0
50-54	4,9	2,5	4,9	2,5	6,2	2,2
55-59	7,7	4,0	7,8	4,2	7,2	4,8

*Fuente: Departamento de Estadísticas e Información de Salud. MINSAL 2022. * Tasa por 1.000 habitantes de cada grupo de edad y sexo.*

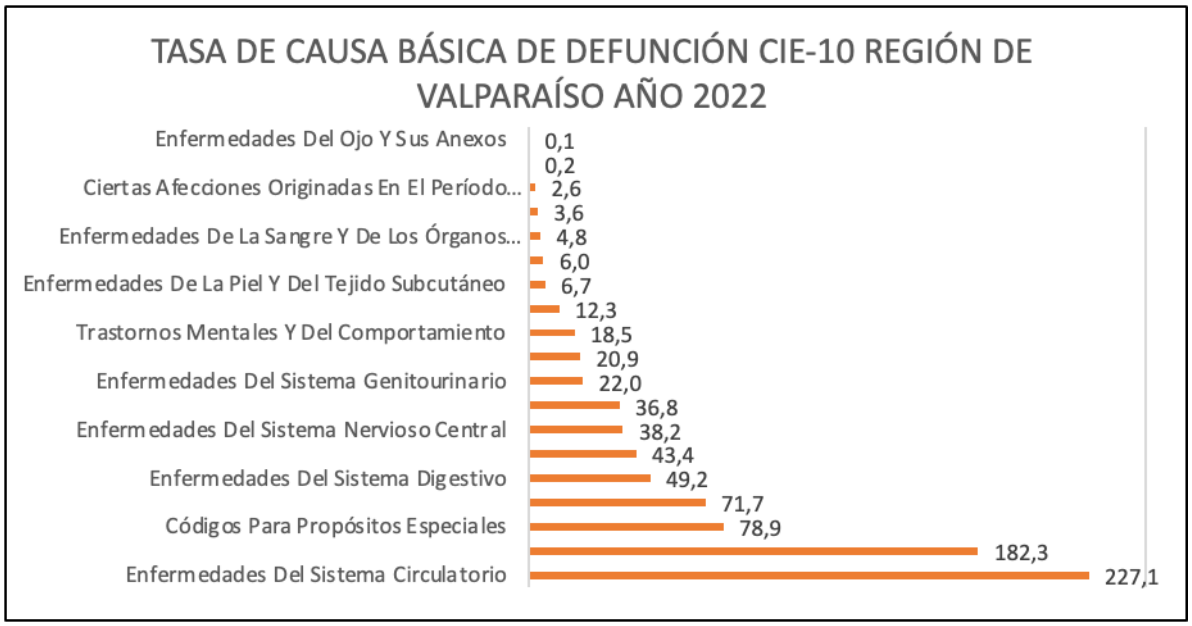
En relación a la **Mortalidad por Causas** en la región de Valparaíso, se evidencia que las mayores causas de defunciones son las enfermedades del sistema circulatorio, las enfermedades causadas por tumores malignos y los códigos para propósitos especiales que incluyen las defunciones por COVID-19. Lo anterior, desafía a los equipos de salud a formular y concretar estrategias con el objetivo de prevenir y pesquisar tempranamente patologías cardiovasculares y neoplásicas concientizando a la población beneficiaria a realizarse los exámenes preventivos y mantener sus controles al día.

Tabla N°4: Causas de Defunciones año 2022, región de Valparaíso.

Capítulo CIE-10 causa básica de defunción	Tasa regional
Enfermedades Del Sistema Circulatorio	227,1
Tumores [neoplasias]	182,3
Códigos Para Propósitos Especiales	78,9
Enfermedades Del Sistema Respiratorio	71,7
Enfermedades Del Sistema Digestivo	49,2
Causas Externas De Morbilidad Y De Mortalidad	43,4
Enfermedades Del Sistema Nervioso Central	38,2
Enfermedades Endocrinas, Nutricionales Y Metabólicas	36,8
Enfermedades Del Sistema Genitourinario	22,0
Síntomas, Signos Y Hallazgos Anormales Clínicos Y De Laboratorio, No Clasificados En Otra Parte	20,9
Trastornos Mentales Y Del Comportamiento	18,5
Ciertas Enfermedades Infecciosas Y Parasitarias	12,3
Enfermedades De La Piel Y Del Tejido Subcutáneo	6,7
Enfermedades Del Sistema Osteomuscular Y Del Tejido Conjuntivo	6,0
Enfermedades De La Sangre Y De Los Órganos Hematopoyéticos, Y Ciertos Trastornos Que Afectan El Mecanismo De La Inmunidad	4,8
Malformaciones Congénitas, Deformidades Y Anomalías Cromosómicas	3,6
Ciertas Afecciones Originadas En El Período Perinatal	2,6
Enfermedades Del Oído Y De La Apófisis Mastoides	0,2
Enfermedades Del Ojo Y Sus Anexos	0,1

Fuente: Departamento de Estadísticas e Información de Salud. MINSAL 2022. * Tasa por 100.000 habitantes de cada grupo de edad y sexo.

Gráfico N° 1: Causas de defunción en la región de Valparaíso.



Fuente: Departamento de Estadísticas e Información de Salud. MINSAL 2022.

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 año 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.

Sin embargo, y en términos de proyección podemos señalar que a nivel país, la esperanza de vida se estima en aumento durante los últimos tres quinquenios, de acuerdo a los datos registrados desde 1950 a la fecha y los cuales se detallan a continuación (tabla N°6).

Tabla N°6: Esperanza de vida al nacer (en años), según sexo, por quinquenios comprendidos entre los años 1950 y 2025.

Periodo	Sexo		
	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
1950-1955	54,8	52,91	56,77
1955-1960	56,2	53,81	58,69
1960-1965	58,05	55,27	60,95
1965-1970	60,64	57,64	63,75
1970-1975	63,57	60,46	66,8
1975-1980	67,19	63,94	70,57
1980-1985	70,7	67,38	74,16
1985-1990	72,68	69,59	75,89
1990-1995	74,34	71,45	77,35
1995-2000	75,71	72,75	78,78
2000-2005	77,74	74,8	80,8
2005-2010	78,45	75,49	81,53
2010-2015	79,1	76,12	82,2
2015-2020	79,68	76,68	82,81
2020-2025	80,21	77,19	83,36

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas, Proyecciones y Estimaciones de Población, Total País, 2004.

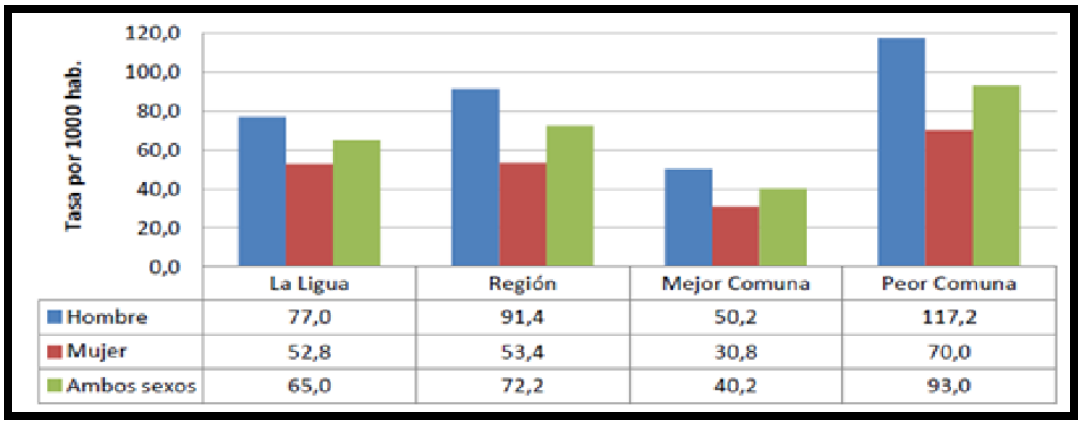
Otros indicadores importantes que permiten analizar la calidad de vida son el indicador **AVISA** (años de vida saludables perdidos) y el indicador **AVPP** (años de vida potencialmente perdidos), los cuales están reflejados en la tabla N°7 y en el gráfico N°2 respectivamente. Estos revelan que, junto 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°7: Índice nacional AVISA por Género (2005-2010).

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

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

Gráfico N°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 a junio del año 2025 (Tabla N° 8) se puede observar la prevalencia de Enfermedades crónicas en la comuna de La Ligua dentro de las cuales destacar con un mayor porcentaje la Hipertensión Arterial y la Dislipidemia.

Tabla N°8: Cantidad y prevalencia de Morbilidad Comunal, junio 2025.

Enfermedad Crónica	Comunal	% PREVALENCIA (base 36867 hab. de la Comuna)
HTA	5552	15,1
DM	2907	7,9
DLP	5573	15,1
ERC	721	2,0
ECV	158	0,4

Fuente: Datos Serie P, Junio 2025. Estimado en base a la población percápita 2025

En el CESFAM Raúl Sánchez Bañados (Tabla N°9) y al igual que en la comuna, prevalece la Hipertensión y la Dislipidemia, situación que coincide en el sector rural de acuerdo a lo que se describe en las tablas N°10 y 11 respectivamente.

Tabla N°9: Morbilidades CESFAM Raúl Sánchez Bañados, Junio 2025.

Enfermedad Crónica	CESFAM	% PREVALENCIA (base 22858 hab. de la Comuna)
HTA	3068	13,4
DM	1619	7,1
DLP	3440	15,0
ERC	365	1,6
ECV	119	0,5

Fuente: Datos Serie P, Junio 2025. Estimado en base a la población percápita 2025

Tabla N°10: Morbilidades Rurales, Junio 2025.

Enfermedad Crónica	RURAL	% PREVALENCIA (base 14009 hab. de la Comuna)
HTA	2484	17,7
DM	1288	9,2
DLP	2133	15,2
ERC	356	2,5
ECV	39	0,3

Fuente: Datos Serie P, Junio 2025. Estimado en base a la población percápita 2025

Tabla N°11: Morbilidades Rurales por sector, Junio 2025.

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 2025.

Lo anterior, se relaciona directamente con los antecedentes nacionales de mortalidad donde las enfermedades del sistema circulatorio predominan, por lo que es esencial que los equipos de salud concreten acciones tendientes a reducir la morbimortalidad por estas causas.

De acuerdo a los antecedentes del Departamento de Salud Municipal, sobre las **Consultas Médicas** realizadas desde enero a julio del año 2025 y presentadas en la Tabla N°12, 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 que coincide con años anteriores.

Asimismo, es importante destacar que, de acuerdo a estos reportes estadísticos y la proyección a diciembre del año 2025, se espera aumentar en un 50% las morbilidades entregadas durante el 2025 respecto a las entregadas el año 2024, lo cual va en directa relación con el aumento de horas médicas disponibles tanto para el sector urbano como rural.

Tabla N°12: Consultas médicas urbanas y rurales Enero a Julio 2025 por edad.

Edad	Sector Rural (PSR)	Sector Urbano (CESFAM)
	Consultas 2025	Consultas 2025
0-9	366	851
10-14	121	299
15-19	131	362
20-64	2541	4887
65 y más	1666	2818
Total	4825	9217

Fuente: Serie A Departamento de Salud, enero a julio 2025.

3. DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES CONDICIONANTES

3.1 Población de la comuna

La comuna de La Ligua tiene una población de 39.270 habitantes según los resultados del Censo 2024, donde y al igual que en la región y el país, predominan las mujeres (Tabla N°13).

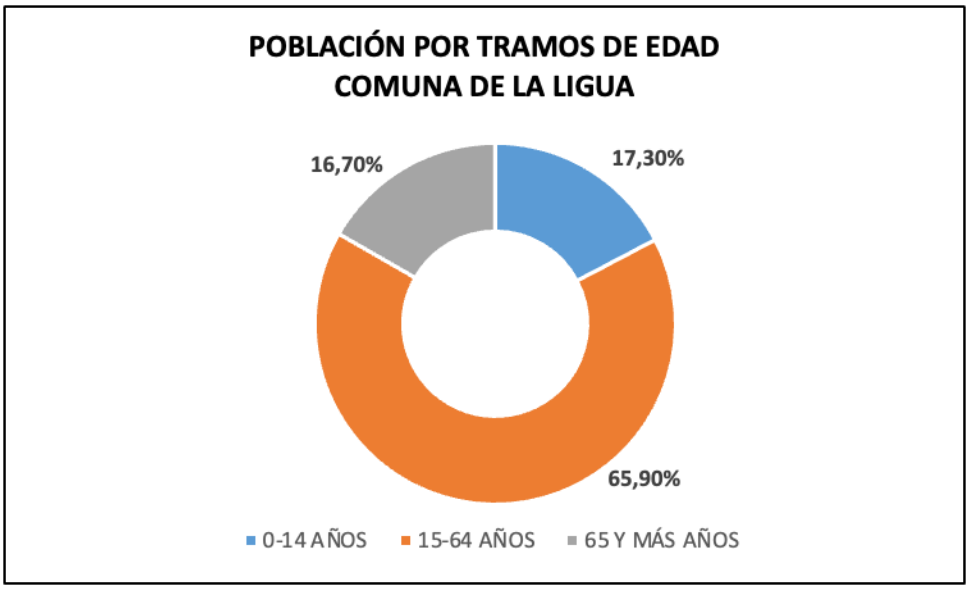
Tabla N°13: Número de Habitantes por Comuna, Región y País 2024.

Territorio	Hombres	Mujeres	Población Total
Comuna de La Ligua	19.171	20.099	39.270
Región de Valparaíso	913.643	982.410	1.896.053
País	8.967.033	9.513.399	18.480.432

Fuente: Resultados Censo de población y vivienda, INE 2024

El grupo etario de 15 a 64 años es el que predomina en la comuna de La Ligua de acuerdo con los datos aportados por Censo 2024 y que se exhiben en el gráfico N°2.

Gráfico N°3: Distribución por grupo etario Comuna de La Ligua.



Fuente: Resultados Censo de población y vivienda, INE 2024

En relación al **Crecimiento Poblacional**, se puede observar en la tabla N°14 que la comuna de La Ligua tiene una Tasa de Natalidad (10,23) levemente mayor a la Tasa Nacional (9,56) y superior a la Tasa de Natalidad Regional (8,98).

Tabla N°14: Tasa de Natalidad, en País, región y Comuna 2022

Territorio	Tasa de Natalidad
Comuna de La Ligua	10,23
Región de Valparaíso	8,98
País	9,56

Fuente: Departamento de Estadísticas e Información de Salud. MINSAL 2022. Tasa por 1.000 habitantes.

Durante los últimos años la comuna de La Ligua ha recibido un alto flujo de población migrante, donde predomina la población Venezolana, Haitiana y Colombiana respectivamente. En la tabla N°15 se identifican las poblaciones de migrantes que predominan, de acuerdo a su país de origen.

Tabla N°15: Población Migrante con ficha clínica en DESAM La Ligua a Junio 2025.

Nacionalidad	Cesfam	PSR	Total
Venezolana	1139	**145**	**1284**
Haitiana	845	**35**	**880**
Colombiana	198	**28**	**226**
Argentina	93	**20**	**113**
Peruana	86	**20**	**106**
Boliviana	72	**32**	**104**
Ecuatoriana	53	**3**	**56**
Afgano	38	**14**	**52**
Dominicano(a)	28	**8**	**36**
Cubana	24	**8**	**32**

Fuente: Sistema estadístico AVIS, DESAM La Ligua, Junio 2025.

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°16) e incorpora el indicador de porcentaje de población en situación de pobreza multidimensional a nivel comunal (Tabla N°17), 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°16: 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°17: 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 parvulario 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 del año 2024, la comuna de La Ligua cuenta con un total de 24.069 viviendas, lo que para una población de 39.270 personas implica una relación de 2.7 personas por vivienda. Existen 9.379 viviendas desocupadas lo que representa un 38.96 % de las viviendas totales. Lo anterior puede explicarse por la existencia de segundas viviendas y viviendas de carácter vacacional/estacional.

Con respecto al hacinamiento y déficit de vivienda, se registran 671 viviendas con hacinamiento (entre 2,5 y menos de 5 personas por dormitorio), 56 viviendas con hacinamiento crítico (más de 5 personas por dormitorio o sin dormitorio) y 138 viviendas irrecuperables.

Cobertura de servicios básicos: De acuerdo a lo informado por el Censo 2024, en la comuna de La Ligua el 82.7 % de las viviendas cuenta con acceso a la red pública para el consumo de agua, el 99.3% de las viviendas cuenta con acceso a energía eléctrica, el 91.3% de los hogares cuenta con acceso a internet.

Sin embargo, es importante mencionar que en los sectores rurales es 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.

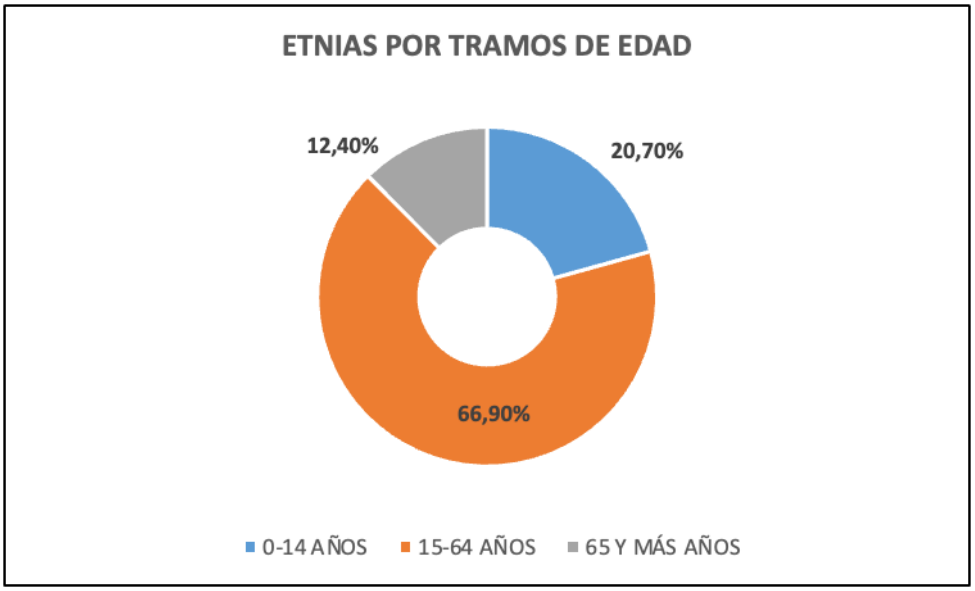
Bomberos: La comuna de La Ligua cuenta con 6 compañías de Bomberos. La 1° y 2° se encuentran ubicadas en el centro de la comuna, la 3° en la localidad de placilla, la 4° en el sector de Valle Hermoso, la 5° en la localidad de Los Molles y la 6° en el sector de Longotoma. Actualmente hay unas 450 personas 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 el Censo del año 2024, en la comuna de la Ligua existen 2.823 personas que son o se consideran pertenecientes a un pueblo originario. De estos, el 47.2% son hombre y el 52.8% son mujeres. De acuerdo a lo notificado por el INE en su página de estadísticas, los indicadores a nivel comunal de afro descendencia y de pueblos indígenas por nombre de pueblo, se encuentra en análisis de control de divulgación por lo que no se encuentran disponibles, Sin embargo, se informa la distribución por edad de las personas que se identifican con una etnia, dato que se expone en el gráfico N°4.

Gráfico N°4: Presencia de etnias distribuidas por edad.



Fuente: Censo 2024.

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-Petorca (SSVQP):** 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°18A 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 2025.

Tabla N°18A: Número de usuarios registrados en Ficha Clínica junio 2025.

Establecimientos de Salud	Fonasa A -B	Fonasa C- D	Otra Previsión	En blanco	N° Total de Usuarios con Ficha Clínica
CESFAM Raúl Sánchez Bañados	18.311	8.953	1.753	475	29.492
Posta de Pueblo de Varas	2881	594	138	35	3.648
Posta de Pueblo de Roco	1893	363	79	17	2.352
Posta La Canela	653	130	21	13	817
Posta El Trapiche	967	203	31	16	1.217
Posta Santa Marta	775	257	10	18	1.060
Posta Los Molles	1362	289	139	36	1.826
Posta Huaquén	1466	362	83	41	1.952
Posta Las Parcelas	1346	266	41	10	1.663
Posta de Pichicuy	820	127	42	7	996
Total de usuarios inscritos	**30.474**	**11.544**	**2.337**	**668**	**45.023**

Fuente: Sistema Estadístico AVIS, DESAM La Ligua, junio 2025

Respecto a los antecedentes indicados en la Tabla N° 18A, 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 2.337 personas. La población total que cuenta con ficha clínica vigente, corresponde a 45.023 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 5.151 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 2025, se confirma una población de 36.867 usuarios inscritos percápitados los cuales se distribuyen de acuerdo a lo indicado en la Tabla N°18B.

Tabla N°18 B: Número de usuarios percápitados por reportaría Fonasa para el 2025.

Reporte para el año	Traslados (+)	Traslados (-)	Nuevos Inscritos	Inscritos de otros Seguros Migrados a Fonasa	Rechazados Previsional	Rechazados fallecidos	Validados 2025
2025	91	95	63	0	18	63	**36.867**

Fuente: Reportería Fonasa

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 traspasó 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, compuesto 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. Las atenciones clínicas se realizan por medio de rondas en las cuales los profesionales que son parte de la dotación de cada sector rural, se trasladan a las distintas Postas de Salud que los componen.

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



3.6 Recursos Financieros: Proyecto Presupuesto 2026

DECRETO: Proyecto de Presupuesto para el año 2026 que presenta las siguientes estimaciones de Ingresos y Gastos para el Área de Salud, a nivel de Subtítulos e Ítems.

Durante la Sesión de Concejo Municipal N° 33 del 03 de octubre del 2025, la Dirección del Departamento de Salud Municipal de La Ligua, entrega la propuesta de Presupuesto para el año 2026. Esta propuesta es analizada durante la jornada de trabajo realizada el 17 de octubre y en la cual participaron Concejales de la comuna y la Comisión Municipal de Presupuesto, encabezada por el Director de la Secretaría Comunal de Planificación de la Ilustre Municipalidad de La Ligua.

3.6.1 Ingresos

SUBTITULO	ITEM	ASIGNACION	SUB ASIGNACI	DENOMINACION	PROYECTO 2026
				TRANSFERENCIAS CORRIENTES	***8.071.631***
05	**01**			**DEL SECTOR PRIVADO**	
05	**03**			**DE OTRAS ENTIDADES PUBLICAS**	**8.071.631**
05	**03**	**006**		**Del Servicio de Salud**	**7.521.400**
05	03	006	001	Atención Primaria Ley N° 19.378 Art. 49	6.324.037
05	03	006	002	Aportes Afectados.	1.197.363
05	03	006	003	Anticipos del Aporte Estatal.	
05	**03**	**007**		**Del Tesoro Público**	
05	03	007	004	Bonificación Adicional Ley Incentivo Al retiro	
05	**03**	**099**		**De Otras Entidades Públicas**	**90.231**
05	**03**	**100**		**De Otras Municipalidades**	**0**
05	**03**	**101**		**De la Municipalidad Servicios Incorp. a su gestión**	**460.000**
07				***INGRESOS DE OPERACIÓN***	***413.870***
07	***01***			**VENTA DE BIENES**	
07	***02***			**VENTA DE SERVICIOS**	**413.870**
08				***OTROS INGRESOS CORRIENTES***	***118.553***
08	**01**			**RECUPERACIONES Y REEMBOLSOS POR LICENCIAS MEDICAS**	**115.553**
08	01	001		Reembolso Art. 4º Ley N º 19.345 y Ley N°19.117 Art. Único	0
08	01	002		Recuperaciones Art. 12 Ley Nº 18.196 y Ley 19.117 Art. Únic	115.553
08	**99**			**OTROS**	**3.000**
08	99	001		Devoluc. y Reintegros no Provenientes de Impuestos	3.000
08	99	999		Otros	
15				***SALDO INICIAL DE CAJA***	***100***
				T O T A L I N G R E S O S.....M$	***8.604.154***

3.6.2. Egresos

SUBTITULO	ITEM	ASIGNACION	SUBASIGNACION	SUB SUB ASIGNACION	DENOMINACION	2026
21					GASTOS EN PERSONAL	5.286.397
21	1				PERSONAL DE PLANTA	3.398.884
21	2				PERSONAL A CONTRATA	1.706.551
21	3				OTRAS REMUNERACIONES	180.962
21	3	1			Honorarios a Suma Alzada - Personas Naturales	100.000
21	3	4			Remuneraciones Reguladas Código del Trabajo	80.962
21	4				OTROS GASTOS EN PERSONAL	0
22					BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO	3.028.913
22	1				ALIMENTOS Y BEBIDAS	6.500
22	2				TEXTILES, VESTUARIO Y CALZADO	4.000
22	3				COMBUSTIBLES Y LUBRICANTES	55.000
22	4				MATERIALES DE USO O CONSUMO	1.303.171
22	5				SERVICIOS BASICOS	122.542
22	6				MANTENIMIENTO Y REPARACIONES	291.500
22	7				PUBLICIDAD Y DIFUSION	6.645
22	8				SERVICIOS GENERALES	49.000
22	9				ARRIENDOS	112.949
22	10				SERVICIOS FINANCIEROS Y DE SEGUROS	5.550
22	11				SERVICIOS TECNICOS Y PROFESIONALES	1.070.056
22	12				OTROS GASTOS EN BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO	2.000
23					PRESTACIONES SOCIALES DEL EMPLEADOR	0
23	1				PRESTACIONES PREVISIONALES	0
23	3				PRESTACIONES PREVISIONALES	0
24					TRANSFERENCIAS CORRIENTES	0
24	1				AL SECTOR PRIVADO	0
24	3				A OTRAS ENTIDADES PUBLICAS	0
26					OTROS GASTOS CORRIENTES	500
26	1				DEVOLUCIONES	500
26	2				COMPENSACION DAÑOS 3os. Y A LA PROPIEDAD	0
29					ADQUISIC. DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	253.144
29	1				TERRENOS	0
29	2				EDIFICIOS	0
29	3				VEHICULOS	120.000
29	4				MOBILIARIO Y OTROS	15.000
29	5				MAQUINAS Y EQUIPOS	66.644
29	6				EQUIPOS INFORMATICOS	26.500
29	7				PROGRAMAS INFORMATICOS	25.000
31					INICIATIVAS DE INVERSION	35.000
32					PRESTAMOS	0
34					SERVICIO DE LA DEUDA	100
34	7				DEUDA FLOTANTE	100
35					SALDO FINAL DE CAJA	100
					T O T A L G A S T O S .....M$	8.604.154

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:

- Programas Estrategias de Salud Bucal
- Programa Servicio Urgencia Rural (SUR).
- Programa Chile Crece Contigo.
- Programa SAPU Verano.
- Programa Resolutividad en APS
- Programa Más Adultos Mayores Autovalentes.
- Programa Mejoría de la Equidad Rural.
- Programa de Rehabilitación Integral.
- Programa Modelo de Atención Integral en Salud.
- Programa Imágenes Diagnósticas.
- 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 Detección, Intervención y Referencia Asistida.
- Programa de Atención Integral al Desarrollo Infanto Adolescente.

Nota: A la fecha de la elaboración del Plan de Salud año 2026, aún no existe claridad respecto de la continuidad y/o rediseño de los PRAPS Más Adultos Mayores Autovalentes, Vida Sana, Detección, Intervención - Referencia Asistida, Programa de Apoyo a la Salud Mental Infantil y Mejor Niñez SENAM, tanto en lo que respecta a traspaso de recursos como a los indicadores de cumplimiento.

3.7. APORTE MUNICIPAL 2026.

Determínese que el **aporte de la Municipalidad es de M $460.000.-** (Cuatrocientos sesenta 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, extendiendo en una hora más la atención en Campaña de Invierno.
  - Sábados, Domingos y Festivos desde las 10:00 a las 00:00 horas.

- Mantención de establecimientos de salud dependientes del DESAM.

- Bono Sala Cuna destinado a madres trabajadoras con hijos menores de 2 años.

- Pago de remuneraciones a personal administrativo que se desempeñará funciones de caja en la Farmacia Comunal de La Ligua.

- 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.

SECCIÓN II: PLAN DE SALUD

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 2026. Todo lo anterior, se encuentra debidamente respaldado con actas de reuniones, listados de asistencia y planillas de evaluación.

2. PROGRAMAS DE SALUD

2.1. Programa Nacional de Salud Infantil

El Ciclo Vital de Infancia comprende desde los 0 hasta los 9 años, siendo un periodo crítico para el desarrollo del ser humano y determina, en parte, la vida adulta. La infancia se caracteriza particularmente por ser una etapa donde se produce el mayor desarrollo de conexiones neuronales bajo la correcta estimulación cerebral. Durante esta fase, los niños y niñas adquieren el dominio desde capacidades básicas de supervivencia hasta las más complejas, como habilidades físicas, psíquicas, cognitivas y sociales. La estrategia de atención para esta población tiene como propósito contribuir a la salud y el desarrollo integral de los niños y niñas en el contexto familiar y comunitario, mediante actividades de protección, promoción, prevención, recuperación y rehabilitación, que fomenten la realización total de su máximo potencial de desarrollo, incluso, desde la gestación.

El Plan de Salud incluye diversas estrategias nacionales y locales diseñadas para dar cobertura a las necesidades específicas de la población infantil, adaptándose tanto a sus particularidades como al contexto local. Estas estrategias abordan aspectos físicos, mentales y psicosociales, entre otros, y son continuamente monitoreadas mediante indicadores de desempeño. Esto permite implementar planes de mejora continua y garantizar una atención de alta calidad para nuestros usuarios y usuarias.

En 2025, se ha evidenciado un buen cumplimiento de distintos indicadores y estrategias, lo que ha permitido establecer objetivos más exigentes para el 2026.

Respecto a la evaluación del desarrollo psicomotor (DSM), se ha registrado un cumplimiento mantenido en el tiempo, resultado de un mayor control y coordinación por parte de los equipos. Se implementaron estrategias para asegurar la continuidad de atenciones y seguimiento de casos, evitando perdidas en el proceso.

El Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial también mostró mejoras significativas, gracias a una mejor coordinación entre los equipos de salud y capacitaciones que se realizaron de parte de los profesionales de Salas de Estimulación y Servicio Itinerante. Es relevante destacar la planificación de compras y entrega de material para realizar atenciones de Estimulación Temprana, ya sea en el área urbana como rural, promoviendo una atención óptima y de calidad.

Desde una mirada participativa, los Talleres Prenatales representan una excelente estrategia para promover hábitos saludables desde los primeros meses de vida, sumado a que también se convierte en un momento dedicado a la futura madre y su familia, de conexión y vínculo con su futuro hijo.

Durante el año 2025, se ha logrado aumentar el número de participantes esperados con respecto al año 2024, sin embargo, aún no se logra cumplir el 80% de todas las gestantes bajo control. Esto se debió, principalmente, a la modalidad presencial de los talleres, ya que muchas de las personas convocadas enfrentaron dificultades para asistir debido a barreras como la disponibilidad horaria, la dispersión geográfica o la falta de apoyo familiar para el cuidado de sus otros hijos o hijas.

Dichos Talleres han estado caracterizados por ser un espacio seguro, de compartir experiencias y han tenido la participación de todos los equipos multidisciplinarios, permitiendo conversar y aprender de temas tales como salud bucal, derechos laborales, alimentación, preparación para el parto, salud mental y actividad física. Cada instancia ha logrado tener diversos componentes de entretención, desde realizar pulseras con los nombres de los futuros hijos hasta llevar a cabo el tan esperado “Pinta pancitas”.

En cuanto a la Cobertura de Lactancia Materna Exclusiva en menores de 6 meses, cumplir con los objetivos propuestos ha sido un desafío considerable. Uno de los principales factores que dificultan el cumplimiento de esta meta es la reincorporación laboral de muchas madres una vez finalizado su postnatal el cual ocurre cuando el lactante tiene 5 meses y medio de vida aproximadamente. Este retorno al trabajo complica el mantener la lactancia materna exclusiva, pues requiere establecer nuevas dinámicas para la extracción y conservación de la leche materna o l introducción de lactancia mixta. Adicionalmente, la variabilidad en los casos reportados, muestra que muchas madres al alta hospitalaria ya inician con lactancia mixta, lo que limita aún más las posibilidades de volver a la práctica de la lactancia materna exclusiva.

Frente a estos desafíos, uno de nuestros principales objetivos durante el 2025 fue aumentar la cobertura de Consultas de Lactancia Materna en el menor plazo posible, asegurando que esta prestación esté disponible en las agendas de matrona, nutricionista, enfermera e incluso, médico. A su vez, se ha potenciado la temática de lactancia materna desde la gestación en los mismos Talleres Prenatales, fortaleciendo el aprendizaje desde las experiencias compartidas por las usuarias puérperas.

A continuación, se presentan los datos estadísticos relacionados al Ciclo Vital de la Infancia, observando en la tabla N° 19 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°19: Población bajo control

APS	Población Infantil Percápita (< 5 años)	Población Infantil Bajo control (< 5 años)	Población Infantil percápita (5-9 años)	Población Infantil bajo control (5-9 años)
COMUNA	**1292**	**1448**	**2162**	**1262**
CESFAM	801	966	1340	808
PSR	491	482	822	454

Fuente: Corte Per cápita septiembre 2024 y Serie P Unidad de Estadística DESAM La Ligua, junio 2025.

En la tabla N°20, se detalla el diagnóstico del estado nutricional de la población infantil:

Tabla N°20: Estado nutricional

Estado Nutricional	Población < 5 años				Población de 5 a 9 años			
	N° de usuarios			%	N° de usuarios			%
	CESFAM	PSR	COMUNA		CESFAM	PSR	COMUNA	
Riesgo de Desnutrición	51	19	70	4,9%	54	35	89	7,1%
Desnutrición	7	1	8	0,6%	5	1	6	0,5%
Sobrepeso /Riesgo Obesidad	254	115	369	25,8%	178	98	276	21,9%
Obesidad	122	78	200	14,0%	126	68	194	15,4%
Obesidad Severo	0	0	0	0,0%	38	27	65	5,2%
Normopeso	521	262	783	54,8%	405	225	630	50,0%

Fuente: Serie P Unidad de Estadística DESAM La Ligua, junio 2025.

En las tablas N° 21 y N°22, se describe la población en Riesgo y Retraso, respectivamente. En la tabla N°23 se detalla la población bajo control según diagnóstico NANEAS.

Tabla N°21: Población en Riesgo del Desarrollo Psicomotor

RIESGO	COMUNA		CESFAM	PSR
Menor de 12 meses	6	10%	2	4
12 a 17 meses	1	1,7%	0	1
18 a 23 meses	17	28,3%	10	7
24 a 25 meses	15	25%	8	7
36 a 47 meses	20	33,3%	14	6
42 a 47 meses	0	0%	0	0
48 a 59 meses	1	1,7%	1	0

Fuente: Serie P Unidad de Estadística DESAM La Ligua, junio 2025.

Tabla N°22: Población en retraso del Desarrollo Psicomotor

RETRASO	COMUNA		CESFAM	PSR
Menor de 12 meses	0	0%	0	0
12 a 17 meses	2	6,5%	0	2
18 a 23 meses	16	51,6%	11	5
24 a 35 meses	7	22,6%	5	2
36 a 47 meses	2	6,5%	2	0
42 a 47 meses	0	0%		0
48 a 59 meses	4	12,9%	3	1

Fuente: Serie P Unidad de Estadística DESAM La Ligua, junio 2025.

Tabla N° 23: Población según Diagnóstico de Niños, Niñas y Adolescentes NANEAS.

Diagnóstico NANEAS	COMUNA
Síndrome de Down	9
Trastorno de Espectro Autista	39
Epilepsia	4
Otros trastornos del Neurodesarrollo	13
Fibrosis Quística	0
Cardiopatía congénita	6
Enfermedades musculo esqueléticas crónicas	8
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	11
Prematuros	32
Total	**123**

Fuente: Serie P Unidad de Estadística DESAM La Ligua, junio 2025

- **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 de Atención Integral al Desarrollo Infanto Adolescente (AIDIA)	Iniciativa destinada a fortalecer el acompañamiento a niños, niñas y adolescentes con Condición del Espectro Autista y otras condiciones del neurodesarrollo, promoviendo la inclusión, el desarrollo integral y la protección de los derechos de las personas.
Programa de Apoyo a la Salud Mental Infantil (PASMI)	Programa del subsistema Chile Crece Contigo que refuerza la atención integral en salud mental para niños y niñas de 5 a 9 años con sospecha o diagnóstico de trastorno de salud mental, a través de las atenciones clínicas y trabajo comunitario.
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 5 años 11 meses y 29 días.
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	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-2025 según SSVQ: **58.2%.**
Proporción de niñas y niños, menores de 2 años con estado nutricional normal.	● % de menores eutróficos exigida: **58.68%**
	● Cumplimiento a Junio-2025 según SSVQ: **48.6%.**

Fuente: Serie A y P Unidad de Estadística DESAM La Ligua 2025.

Metas Sanitarias	Muestreo
Niños que al control de 6 meses estén con LME	● Meta Anual exigida: **57.3%**
	● Cumplimiento a Junio 2025 según SSVQ: **48.6%.**
Porcentaje niños(as) de 12 a 23 meses con riesgo del DSM recuperados	● Meta Anual exigida **60.3%**
	● Cumplimiento a Junio 2025 según SSVQ: **53.6%.**

Fuente: Serie A Unidad de Estadística DESAM La Ligua, junio 2025

- **Acciones y operativos realizados durante el año 2025**

Nombre de la actividad	Objetivo	Actividades realizadas	Lugar y fecha	Personal de Salud que participó.
Curso Abordaje multidisciplinario y estrategias de intervención en niñas/o con Condición del Espectro Autista	Adquirir conocimientos básicos y estrategias con usuarios(as) Espectro autista y patologías físicas intelectuales y cognitivas, en el contexto de la ley 21.545.	Capacitación de parte del Comité de Infancia dirigida a profesionales y técnicos de la Atención Primaria de La Ligua	Museo de La Ligua 21de enero 2025	Enfermera, psicóloga, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, nutricionista, médico.
Día de concienciación sobre el Autismo	Sensibilizar al área docente sobre el Espectro Autista.	Capacitación a docentes de la comuna de La Ligua, que desempeñan funciones en la zona rural de establecimientos que no cuentan con Programa de Integración Escolar.	Museo de La Ligua 08 de abril 2025	Enfermera, psicóloga, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, nutricionista, médico.
Concienciación sobre el Autismo	Sensibilizar al área prescolar sobre el Espectro Autista.	Capacitación a Educadoras de Párvulos y Técnicos de Jardines VTF de la Comuna de La Ligua	Conservatorio de Música Municipal 06 de junio 2025	Enfermera, psicóloga, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, nutricionista, médico.
Semana Lactancia Materna	Fomentar la lactancia materna con un enfoque intersectorial y promocional.	Taller Prenatal "Pinta pancitas"	Conservatorio de Música Municipal 06 de agosto 2025	Enfermera, fonoaudiólogo, nutricionista.
		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 2025	TENS Vacunatorio.
		Intervención educativa dirigida a docentes y familias en Jardín Infantil Los Ositos.	Jardín Infantil Los Ositoa 07 de agosto 2025	Nutricionista
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.	Comuna de La Ligua 2025	Enfermera, psicóloga, nutricionista, odontóloga, trabajadora social, matrona.

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

Los Profesionales de Salud del comprometidos con el área de infancia, reconocen la importancia de fortalecer el desarrollo integral de la niñez y apoyar a las familias en todas las etapas del ciclo vital, es por esto que, durante el año 2026, se proyecta impulsar los Talleres y Encuentros con las familias desde una dimensión emocional y vinculo-afectiva como pilares fundamentales. Si bien, nuestro objetivo es continuar entregando información a través de los equipos multidisciplinarios en ámbitos como salud bucal, alimentación, preparación, trabajo de parto y desarrollo psicomotor, entre otros, también se proyecta dar un giro a estos encuentros, brindando un espacio acogedor, los cuales pueden ser efectuados a través yoga, meditación, aromaterapia, masajes, arte o simplemente una relajación guiada por los profesionales de salud. Estas prácticas ofrecen un espacio de preparación para la maternidad, conexión del binomio y acompañamiento a la crianza, para favorecer la construcción de relaciones significativas promoviendo el sentido de pertenencia y preparación para la nueva etapa familiar. Desde la perspectiva de género, se pretende fortalecer los mismos espacios mencionados para mujeres y madres, quienes, y de acuerdo a las experiencias recogidas son desplazadas desde su rol materno, y no cuentan con espacios de esparcimiento. Por lo anterior, nuestro propósito es entregar espacios seguros, de escucha y empatía, orientados no tan solo a los hijos e hijas, sino que a las madres y gestantes como eje principal.



Taller Prenatal Pintapancitas, agosto 2025

Encuentro de Lactancia Materna, junio 2025

Taller Desarrollo Psicomotor, enero 2025

Jornada de Capacitación EA Jardines VTF, junio 2025

Encuentro Lactancia Materna Jardín Los Ositos, agosto 2025

Taller Prenatal, mayo 2025

Estrategia	Indicador	Actividad
Fortalecer el control de salud de la infancia con énfasis en intervenciones educativas de apoyo a la crianza para el logro de un desarrollo integral.	Porcentaje de niñas/os menores de 5 años cuyas madres, pares o cuidadores ingresan a talleres Nadie es Perfecto.	1. Realizar talleres en el sector urbano y rural, aumentando la cobertura un 20% respecto al año 2025.
		2. Ejecutar talleres en coordinación con Jardines Infantiles y Salas Cunas de la comuna, generando una nueva población cautiva.
		3. Vincular Taller NEP con la Talleres de Promoción lenguaje y motor, generando una nueva población cautiva.
	Porcentaje de niños/as menores de 1 año cuyas madres, padres o cuidadores ingresan a talleres de Promoción del Desarrollo: motor y lenguaje.	1. Realizar talleres en el sector urbano y rural, aumentando la cobertura un 40% respecto al año 2025.
		2. Vincular la población cautiva para abordar la temática de Prevención de Infecciones Respiratorias, a través de la Sala IRA, previo a los meses de invierno.
		3. Impulsar derivaciones a los usuarios y usuarias desde el control de salud infantil del 4to mes, de manera permanente y continua, incorporando de manera transversal la prestación en todos los usuarios y usuarias.
		4. Realizar coordinación con Unidad de Vacunatorio para entregar invitaciones a los mismos talleres, generando un compromiso más anticipado con las familias
	Porcentaje de gestantes y puérperas que ingresan a educación grupal	1. Mantener talleres prenatales con temáticas multidisciplinarias, aumentando la incorporación de puérperas en un 50%. y aumentando en un 10% la participación de gestantes.
		2. Realizar taller de cierre "Pinta pancitas" de manera semestral, entregando una motivación extra a las familias para participar en los talleres.
		3. Concretar la adquisición de material educativo para fortalecer los talleres realizados por los profesionales, logrando poder entregar un aprendizaje más práctico.

Estrategia	Indicador	Actividad
Actividades de promoción para la nutrición infantil.	Porcentaje de niños y niñas menores de 2 años con estado nutricional normal	1. Concretar Jornada de actualización realizada por nutricionistas y dirigida al estamento médico y de enfermería, fortaleciendo las derivaciones interdisciplinarias según lo establecido en la Norma Técnica de Salud de la Infancia.
		2. Concretar las reuniones trimestrales de estamento de nutricionistas, con el fin de monitorear cumplimiento de indicadores y metas.
		3. En el sector urbano, identificar los casos de malnutrición por exceso (sobrepeso) en menores de 2 años que requieran atención prioritaria, para proteger los cupos de atención en las respectivas agendas de las profesionales.
		4.- Resguardar cupos de consultas nutricionales de los 5 meses y 3 años 6 meses, realizando rescate de los usuarios inasistentes y así lograr una cobertura sobre el 90%
	Porcentaje de niños y niñas con Lactancia Materna exclusiva al sexto mes de vida.	1. Mantener agenda semanal de profesionales para la realización consulta de lactancia de alerta, seguimiento y otras consultas 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. Fortalecer la relación de 1:2 de Consultas de Alerta y seguimiento, de acuerdo al COMGES.
		4. Actualización de protocolo local de Clínica de Lactancia y difusión a funcionarios.
		5. Mantener Jornada de Capacitación en temáticas de lactancia materna a Jardines Infantiles y Salas Cunas de la comuna.
		6. Incorporar a profesional Odontólogo a Comité Local de Lactancia Materna.
		7. Ejecutar Capacitación de al menos 4 horas sobre lactancia materna, dirigida a funcionarios que realicen o no Consultas de Lactancia Materna.
		8. Fomentar tetanalgesia desde la Unidad de Vacunatorio.

Estrategia	Indicador	Actividad
Actividades de cuidados a los Niños, Niñas y Adolescentes con Necesidades Especiales en Salud.	Capacitación en temáticas de NANEAS	1. Realizar capacitación en coordinación con Equipo NANEAS de Hospital Biprovincial Quillota-Petorca, incluyendo temáticas tales como Síndrome de Down, Parálisis Cerebral y Manejo Nutricional en NANEAS, en el marco del día de la inclusión.
	Finalización de tarjeteros electrónicos por Sector y Posta de Salud Rural.	2. Concretar catastro que permita identificar y categorizar a la población NANEAS, contribuyendo a mejorar el Registro Estadístico Mensual de cada Sector y Posta de Salud Rural.
Disminuir el riesgo de reintroducción y/o aumento de enfermedades transmisibles en vías de eliminación, emergentes o reemergentes.	Cobertura de inmunizaciones programáticas sobre el 95 % a nivel comunal.	1. Realizar rescate de usuarios a través de tarjeteros electrónicos de parte del Equipo de Unidad de Vacunatorio.
		2. Existencia de protocolo local del Programa Nacional de Inmunizaciones, estandarizando el proceso de registro de una medida de protección en los casos de rechazo de inmunizaciones programáticas.
		3. Participación de Equipo PNI en reuniones de apoderados de Establecimientos Educacionales de la comuna que cuenten con bajas coberturas.

2.2. Programa Salud Integral Adolescentes y Jóvenes

El Programa de Salud Integral de Adolescentes tiene el propósito de mejorar el acceso y la oferta de servicios en los diferentes niveles de atención del sistema de salud, con un enfoque integral.

Se reconoce a los jóvenes como parte de un entorno sociocultural diverso y complejo, donde son protagonistas activos en el cuidado de su salud. La atención primaria funciona como eje central para favorecer las mejores condiciones de salud de la población adolescente. Además, el programa promueve la resolución ambulatoria de problemas de salud, generando espacios y mecanismos que acogen sus inquietudes, necesidades y propuestas, fomentando su participación y autonomía en la gestión de su salud.

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 esta población (10-19 años), detectando riesgos y visualizando factores protectores, poniendo en marcha actividades anticipatorias del interés de los jóvenes incluyendo la participación social.

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	Busca promover el bienestar psicológico, mediante actividades de prevención, detección y tratamiento de problemas de salud mental, desde un enfoque que involucra a la familia y la comunidad.
Programa salud oral	Contribuir a mejorar la salud y calidad de vida de la población infantil y adolescente, además mantener en control la salud odontológica de la población
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.
Programa AIDIA	Busca brindar atención especializada, inclusiva y de acompañamiento a niños, niñas y adolescentes con Trastorno del Espectro Autista (TEA) y otras neurodivergencias.
Sala IRA-ERA	Tratamiento, rehabilitación y prevención de afecciones respiratorias agudas (IRA) y crónicas (ERA), abordadas de manera integral para promover la salud respiratoria y mejorar la calidad de vida de los usuarios.
Programa Cardiovascular	Reducir la incidencia de eventos como infartos o accidentes cerebrovasculares al controlar factores de riesgo como la hipertensión, diabetes y dislipidemia en adolescentes

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

Meta IAAPS	Muestreo
Cobertura de control de salud integral en adolescentes (CJS) de 10 a 19 años.	• Nº de CJS exigidos al año: 20,4**%** • Cumplimiento Junio 2025: 7,96**%**

Fuente: Serie A Unidad de Estadística DESAM La Ligua, Junio 2025 – Reporte IAAPS SSVQP, Junio 2025.

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

Control de Salud Integral del Adolescente (CSIA)

El Control de Salud Integral de adolescentes, permite evaluar salud, crecimiento y desarrollo, identificar riesgos y necesidades, brindar manejo inicial, prevenir enfermedades y derivar casos cuando se requiera. También promueve educación en salud, autocuidado, hábitos saludables y el uso adecuado de los servicios de salud por adolescentes y sus familias.

OBJETIVO	ESTRATEGIA	INDICADOR	ACTIVIDAD
Fortalecer la atención del Control Integral de Salud en adolescentes, garantizando un acceso oportuno y de calidad.	Fortalecer la atención del Control Integral de Salud en adolescentes	Control de salud adolescente	1. Priorizar atenciones con derivación asistida de adolescente SPE y con riesgo psicosocial. 2. Contar con horario diferido en horario de extensión para favorecer la atención de los/las adolescentes. 3. Coordinación con los establecimientos educacionales de la comuna para generar operativos de CSIA (previo consentimiento de apoderado) 4. Desarrollar un trabajo colaborativo con los centros de estudiantes, orientado a difundir la importancia del control de salud y sus beneficios. 5. Coordinación con el Programa de Salud Infantil para que los equipos de cabecera deriven inmediatamente a control joven sano a los usuarios que cumplan 10 años.

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.

OBJETIVO	ESTRATEGIA	INDICADOR	ACTIVIDAD
Contribuir al bienestar integral de los adolescentes mediante el fortalecimiento de factores protectores y la reducción de riesgos en salud.	Impulsar acciones de promoción y prevención en salud para adolescentes	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. Participación en ferias comunales para dar a conocer programa y prestaciones. 4. Concretar al menos 4 consejos consultivos al año para saber las necesidades de los/las adolescentes. 5. Desarrollar actividades de alimentación saludable a través de una cocina interactiva. 6. Participación activa con stand educativos en diferentes eventos organizados por los establecimientos.

Trabajo en Equipos Multidisciplinarios e Intersectoriales

El trabajo en conjunto con 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 el equipo AIDIA, además de 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.

OBJETIVO	ESTRATEGIA	INDICADOR	ACTIVIDAD
Promover el acceso y la participación de los adolescentes en controles de salud especializados, garantizando un entorno acogedor y confiable que fomente su bienestar integral.	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 atenciones de salud en establecimientos educacionales de la comuna. 3. Realizar dinámicas en redes sociales para resolver dudas de los adolescentes. 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 espacio amigable.

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 salud sexual es un componente esencial del bienestar integral de las personas, las parejas y las familias, y contribuye de manera significativa al desarrollo social y económico de las comunidades y los países. Abordarla desde una perspectiva afirmativa implica promover una visión positiva y respetuosa de la sexualidad y de las relaciones sexuales, garantizando la posibilidad de vivir experiencias placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. Todo esto se enmarca en el reconocimiento de los derechos sexuales, entendidos como la aplicación de los derechos humanos al ámbito de la sexualidad y la salud sexual.

En este contexto, el Programa de Salud Sexual y Reproductiva tiene como propósito establecer normas para la atención integral de la población, mediante acciones de promoción, prevención y vigilancia epidemiológica. Su enfoque sitúa a la persona usuaria y a su familia en el centro de la atención, asegurando así el pleno ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.

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 controles exigidos al año: 92,13**%** • Cumplimiento a junio: 87,30**%**
% de adolescentes inscritos de 15 a 19 años bajo control de regulación de fertilidad.	• N° de controles exigidos al año: 23,14**%** • Cumplimiento a junio: 11,42**%**

Fuente: Serie A y P Unidad de Estadística DESAM La Ligua 2025 - Reporte IAAPS SSVQP, junio 2025.

Metas Sanitarias	Muestreo
Reducir el número de mujeres de 25 a 64 años sin PAP vigente	• % de cobertura exigida al año: 100% • Cumplimiento a Junio: 98,1%

Fuente: Serie A Unidad de Estadística DESAM La Ligua, junio 2025 - Reporte Sanitarias SSVQ, junio 2025.

- **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 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.
Programa cardiovascular	Reducir la incidencia de eventos como infartos o accidentes cerebrovasculares al controlar factores de riesgo como la hipertensión, diabetes y dislipidemia.
Programa vida sana	Objetivo disminuir el riesgo de desarrollar diabetes mellitus tipo 2 y enfermedades cardiovasculares asociadas a malos hábitos en adolescentes.

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

Las principales estrategias del programa para el período 2025-2026 se orientan al cumplimiento de los objetivos en salud sexual y reproductiva, contando con el compromiso de matronas, personal del DESAM y de la comunidad. De esta forma, se busca garantizar que las acciones implementadas generen un verdadero impacto en la población, fortaleciendo los programas de atención primaria y promoviendo sociedades más sanas, justas y conscientes de la importancia de cuidar la salud y ejercer plenamente los derechos sexuales y reproductivos.

Estos objetivos no solo guiarán la planificación de actividades, sino que también facilitarán la evaluación de resultados, asegurando que las personas reciban una atención oportuna, de calidad y con un enfoque de derechos a lo largo de todo su ciclo vital.

OBJETIVO	ESTRATEGIA	INDICADOR	ACTIVIDAD
Aumentar la cobertura del examen de Papanicolaou en mujeres de 25 a 64 años para la detección precoz del cáncer cervicouterino.	Aumento de la cobertura de PAP población 25-64 años	Reducir el número de mujeres de 25-64 años sin PAP vigente	1. Mantener agenda con cupos exclusivos para toma de PAP durante todo el año.
			2. Rescate de usuarias sin PAP vigente mediante revisión de nóminas de citoexpert durante todo el año.
			3.Trabajar en conjunto a OIRS para que las nuevas usuarias inscritas puedan acceder de inmediato a la prestación.
			4. Derivación desde control cardiovascular a control ginecológico.
			5. Difusión de código QR para inscripción a toma de PAP.
			6. Solicitar al SSVQP la continuidad del PRAPS Tamizaje CaCu para entregar una mejor cobertura de Toma de PAP a usuarias en extensión y operativos de sector rural.

OBJETIVO	ESTRATEGIA	INDICADOR	ACTIVIDAD
Promover el acceso oportuno y el uso informado de métodos anticonceptivos.	Garantizar acceso y uso informado de métodos anticonceptivos para una planificación familiar segura y voluntaria	Número de usuarias con control de regulación de la fertilidad al día	1.Priorizar controles post a las 6 semanas post parto para inicio de método anticonceptivo.
			2. Brindar consejería en regulación de la fertilidad mediante el uso de ilustraciones de los métodos anticonceptivos disponibles en APS.
			3. Aplicar Quick Start (Test de Embarazo) para iniciar un anticonceptivo hormonal en cualquier día del ciclo menstrual, sin esperar la próxima menstruación.
			4. Realizar control integral anual con exámenes ginecológicos y seguimientos de métodos anticonceptivos.
Asegurar el ingreso oportuno a control prenatal antes de las 14 semanas de gestación.	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.Trabajar en conjunto con programa migrantes la sensibilización de la población extranjera con el objetivo de iniciar tempranamente los controles prenatales.
			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.

OBJETIVO	ESTRATEGIA	INDICADOR	ACTIVIDAD
Fortalecer acciones de prevención del embarazo adolescente mediante educación, consejería y acceso a métodos anticonceptivos.	Prevención de embarazo adolescente	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 de matrona de espacio amigable con cupos exclusivos de regulación de fecundidad en adolescentes.
			3.Solicitud de control adolescente vía espontánea o a través de redes sociales del programa espacio amigable.
			4. Realiza jornadas de controles regulación de la fertilidad en establecimientos educacionales.
Promover la salud sexual y reproductiva mediante actividades de prevención y educación vinculadas a efemérides relevantes.	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
Lograr que mujeres en etapa de climaterio/menopausia mejoren su calidad de vida física, emocional y social mediante intervenciones integrales	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 semanales de las usuarias en control de Poli Climaterio.
			2. Talleres educativos semestrales para población bajo control
			3.Asegurar ingreso de nuevas usuarias al programa.

2.4 Programa de Salud del Adulto

El Programa de Salud Cardiovascular (PSCV) es una estrategia del Ministerio de Salud que tiene como objetivo reducir las enfermedades y muertes cardiovasculares mediante la detección y control oportuno de factores de riesgo. Se enfoca en el seguimiento y tratamiento de enfermedades crónicas como Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus tipo 2, Dislipidemia, Infarto, Accidente Cerebrovascular y Enfermedad Renal Crónica, con el fin de prevenir complicaciones, disminuir la mortalidad prematura y mejorar la calidad de vida de las personas, a través de prestaciones en la Atención Primaria de Salud (APS).

De acuerdo con la información recopilada por el Departamento de Salud, la población correspondiente al PSCV se presenta de la siguiente forma:

	Clasificación de Riesgo Cardiovascular	CESFAM		PSR		COMUNA	
Total Usuarios PSCV	**Total**	**4.422**	**100%**	**3.292**	**100%**	**7.714**	**100%**
	Bajo	805	**18%**	681	**21%**	1.486	**19%**
	Moderado	1.059	**24%**	757	**23%**	1.816	**24%**
	Alto	2.558	**58%**	1.854	**56%**	4.412	**57%**

Fuente: Serie P Unidad de Estadística DESAM La Ligua, Junio 2025.

Respecto a la compensación de los usuarios del PSCV en seguimiento, se presentan los siguientes datos:

PATOLOGÍA	CESFAM		PSR		COMUNA	
Hipertensión Arterial	3.068	**69,38%**	2.484	**75,46%**	5.552	**72%**
Diabetes Mellitus	1.619	**36,61%**	1.288	**39,13%**	2.907	**38%**
Dislipidemia	3.440	**77,79%**	2.133	**64,79%**	5.573	**72%**

Fuente: Serie P Unidad de Estadística DESAM La Ligua, Junio 2025.

En cuanto a las variables de monitoreo del PSCV en pacientes con Diabetes Mellitus, al corte de junio de 2025, se presentan los siguientes datos:

Tipo de Actividad	CESFAM		PSR		COMUNA	
Usuarios con DM en PSCV	**1.619**	**100%**	**1.288**	**100%**	**2.907**	**100%**
Fondo de ojo vigente	1.078	**67%**	691	**54%**	1.769	**61%**
Atención podológica vigente	570	**35%**	819	**64%**	1.389	**48%**
ECG vigente	949	**59%**	533	**41%**	1.482	**51%**
Tratamiento con insulina	491	**30%**	319	**25%**	810	**28%**
Evaluación del pie vigente en personas con diabetes	1.005	**62%**	916	**71%**	1.921	**66%**

Fuente: Serie P Unidad de Estadística DESAM La Ligua, Junio 2025

- **Subprogramas y Programas Complementarios**

Programas Complementarios	Definición
Programa Epilepsia	El Programa Nacional de Epilepsia del Ministerio de Salud (MINSAL) de Chile es una política pública que busca organizar, garantizar y mejorar la atención sanitaria, preventiva, diagnóstica, terapéutica, socioeducativa y de rehabilitación de las personas con epilepsia.
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 Programa de Artrosis tiene como propósito principal brindar tratamiento orientado al control del dolor. No obstante, reviste especial relevancia el desarrollo de acciones de mantención que permitan preservar la funcionalidad en las actividades de la vida diaria. Para ello, se promueve la entrega de herramientas de autocuidado y la enseñanza de rutinas de ejercicios, con el fin de favorecer un envejecimiento activo y saludable.
Programa de las Personas Mayores	El programa tiene como objetivo promover un envejecimiento activo y saludable, fomentando la participación, integración, inclusión y capacitación de las personas mayores. Busca mantener la autonomía y la autovalencia por el mayor tiempo posible, prevenir o retrasar la dependencia funcional, y asegurar que los problemas de salud se resuelvan oportunamente con calidad, mejorando así la calidad de vida de este grupo etario.
Programa Cuidados Paliativos Universales No Oncológicos en APS	Tiene por finalidad dar alivio de síntomas y acompañamiento a personas con enfermedades terminales o graves, y a sus familias, en el contexto de la Ley N°21.375 en los establecimientos de salud de la Atención Primaria.

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

Meta IAAPS	Muestreo	% de Cobertura exigida anual
Cobertura Examen de Medicina Preventiva realizado a mujeres de 20 años a 64 años.	● % de Cobertura exigida al mes de Junio: _9,49_**%**	● _20,44_**%**
Cobertura Examen de Medicina Preventiva realizado a hombres de 20 años a 64 años.	● % de Cobertura exigida al mes de Junio: _5,89_**%**	● _17,00_**%**
Cobertura efectiva de Tratamiento en personas con Diabetes Mellitus 2, de 15 y más años	● % de Cobertura exigida al mes de Junio: _65,48_**%** ● Cumplimiento al mes de Junio: _66,47_**%.**	● _65,48_**%**
Cobertura efectiva de Tratamiento en personas de 15 y más años, con Hipertensión Arterial	● % de Cobertura exigida al mes de Junio: _57,96**%** ● Cumplimiento al mes de Junio: _55,82_**%.**	● _57,96_**%**

Fuente: Serie A Unidad de Estadística DESAM La Ligua, Junio 2025.

Meta Sanitaria	Muestreo
Cobertura efectiva de Tratamiento en personas con DM2, de 15 y más años	• % de Cobertura exigida anual: _28,9_**%.** • Cumplimiento al mes de Junio: _32,5_**%.**
Cobertura de tratamiento en personas con HTA, de 15 y más años.	• % de Cobertura exigida: _40,7_**%** • Cumplimiento al mes de Junio: _39,82_**%.**
Evaluación anual pie en personas con Diabetes en control de 15 años y más	• % de cobertura exigida: _84,1_**%.** • Cumplimiento al mes de Junio: _80,68_**%.**

Fuente: Serie A y P Unidad de Estadística DESAM La Ligua, Junio 2025.

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

Estrategia	Indicador	Actividad
Educaciones de insulinoterapia	% de usuarios del PSCV que acudan a educación de insulina inicial y de refuerzo.	1.- Garantizar agenda para educación inicial y refuerzo en insulinoterapia por parte del profesional de Enfermería.
Actividades de promoción y prevención	% de actividades realizadas.	1.- Ejecutar taller de ingreso PSCV (unificado con la estrategia ECICEP).
		2.- Desarrollar al menos una cápsula educativa anual por conmemoración de días relevantes del PSCV.
		3.- Planificar y ejecutar actividades educativas o de promoción relacionadas con los días conmemorativos del PSCV.
Capacitación y protocolo	% de actividades realizadas.	1.- Realizar al menos una capacitación anual en cada sector (urbano/rural) sobre flujograma de insulina, entrega de ayuda técnica, podología y PSCV.
		2.- Realizar al menos 2 capacitación semestral al estamento TENS y encargados administrativos. 3.- Elaborar reportes trimestrales que reflejen el progreso en metas sanitarias e IAAPS.
		4.- Finalizar el protocolo de rescate, en coordinación con referentes de programas y encargados de áreas transversales.
		5.- Realizar al menos una capacitación por parte del PAC enfocada en el PSCV.
		6.- Coordinar y mantener reuniones trimestrales con la unidad de laboratorio.
		7.- Realizar reuniones semestrales con el equipo del PSCV.
Auditar registro clínico de cartolas y tarjetero PSCV en sector urbano y rural	% de tarjeteros electrónicos PSCV auditados en el sector urbano y rural	1.- Realizar al menos una supervisión anual de los registros en cartolas, tarjetón y tarjetero PSCV en los sectores urbano y rural.
Actualización de documentos del PSCV	% de actividades realizadas.	1.- Actualización de folletería preventiva/ promocional (trípticos, afiches, etc.).

2.5 Programa de Salud de las Personas Mayores

El Programa Nacional de Personas Mayores del MINSAL Chile tiene como objetivo promover un envejecimiento activo y saludable, fomentando la participación, integración, inclusión y capacitación de las personas mayores, con el fin de mantener su autonomía y autovalencia por el mayor tiempo posible, prevenir o retrasar la dependencia funcional, y asegurar que los problemas de salud se resuelvan oportunamente cumpliendo con los criterios de calidad. Este programa, comprende un conjunto de acciones orientadas a mantener o recuperar la funcionalidad y a compensar las patologías crónicas, base fundamental de la calidad de vida, mediante una atención integral y resolutiva que favorezca la participación y el compromiso de las personas mayores con su autocuidado.

Programas Complementarios	Definición
Programa Adulto y Salud Cardiovascular	El Programa de Salud Cardiovascular tiene como objetivo reducir la incidencia de eventos cardiovasculares mediante la detección, control y compensación de los factores de riesgo cardiovascular en Atención Primaria de Salud (APS). Asimismo, busca mejorar el seguimiento y manejo de las personas que han sufrido un evento cardiovascular, con el fin de prevenir la morbilidad y mortalidad prematura, y favorecer una mejor calidad de vida.
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	El programa Más Adultos Mayores Autovalentes tiene como objetivo mantener y potenciar la autonomía, la funcionalidad y la independencia de las personas mayores, promoviendo su participación activa en la comunidad. Para ello, desarrolla acciones preventivas, de estimulación física y cognitiva, educación en autocuidado y promoción de estilos de vida saludables, con el fin de retrasar la dependencia y mejorar la calidad de vida de las personas mayores.
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: __48_**%** ● Cumplimiento al mes de Junio**: _17,53_%.**	● _48_**%**

Fuente: Serie P Unidad de Estadística DESAM La Ligua, Junio 2025.

Estrategia	Indicador	Actividad
Garantizar los controles de salud de las Personas mayores (EMPAM)	% de personas mayores que asisten a control EMPAM.	1.- Garantizar agenda de EMPAM. 2.- Garantizar que el estamento de enfermería mantenga actualizados los registros anuales de EMPAM. 3.-Realizar reporte trimestral de avances en meta IAAPS.
Actividades de promoción y prevención en salud de las personas mayores: Más A.M.A	% de personas mayores que cumplen los criterios de ingreso, derivados al programa Más adulto Mayor.	1.-Asegurar que todas las derivaciones de usuarios se realicen cumpliendo con el consentimiento informado del programa más A.M.A 2.-Ejecución de talleres físico/cognitivos en club de adulto mayor en el sector urbano y rural. 3.-Presentación del equipo Más A.M.A. en los sectores urbano y rural con la finalidad de entregar información en relación a los criterios de derivación y cumplimiento de % de meta.

Estrategia	Indicador	Actividad
Actividades de promoción y prevención	% de actividades de promoción y prevención y realizadas	1.-Realizar actividad en conmemoración del Día del Buen Trato.
		2.- Ejecutar actividades en el marco del Mes de las Personas Mayores (octubre).
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.- Reuniones semestrales sobre temáticas sociales y de salud de las personas mayores.
Creación de protocolo de Alzheimer y otras demencias	% de actividades realizadas.	1.- Finalizar la elaboración del protocolo.
		2.- Capacitar a profesionales (médico, enfermera, nutricionista, trabajador social, psicóloga, fonoaudiólogo, kinesiólogo, terapeuta ocupacional y TENS) en la aplicación del protocolo.
		3.- Garantizar que los cuidadores de adultos mayores mantengan sus controles preventivos actualizados.
Vacunas relacionadas con las personas mayores	% de actividades realizadas.	1.- Elaboración de afiches de difusión para campañas de Pneumo 23 e Influenza.

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

La Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas (ECICEP) busca abordar la multimorbilidad en adultos y adultos mayores mediante una atención integral que supere la fragmentación de los servicios de salud. Se centra en la persona como eje del cuidado, utilizando herramientas de integralidad y toma de decisiones compartidas, y considerando la estratificación del riesgo según la cantidad y complejidad de las patologías asociadas. Su objetivo es coordinar y articular las distintas líneas programáticas (Cardiovascular, Respiratorio, Salud Mental, Artrosis, entre otras) para ofrecer una atención continua, centrada en el usuario y de calidad.

Desde su implementación en 2021, la estrategia ECICEP ha mostrado avances significativos, especialmente en lo relativo a los lineamientos operativos y a la planificación y organización de actividades. Para ello, se ha utilizado una carta Gantt anual, que permite programar y dar seguimiento a las acciones planificadas de manera sistemática. Entre los hitos más relevantes alcanzados hasta la fecha destacan:

1) Elaboración del Protocolo ECICEP Comunal de La Ligua (1° versión año 2024).
2) Jornada de sensibilización sobre la estrategia ECICEP dirigida tanto al equipo urbano como rural.
3) Reuniones bimensuales con los gestores ECICEP, orientadas al seguimiento, acompañamiento técnico y coordinación del proceso local.
4) Actividades de promoción y prevención, tales como talleres ECICEP, destinados a fortalecer el autocuidado y la adherencia a controles en usuarios con multimorbilidad.
5) Acompañamiento técnico a los equipos de los sectores urbano y rural en la revisión y mejora de la estructura de los registros clínicos**,** asegurando que estos cumplan con los mínimos de calidad establecidos, los cuales incluyen la formulación de objetivos, la elaboración de un diagnóstico integral y la construcción de un plan de cuidado consensuado con la persona y la familia.
6) Actividades extramurales en relación a la promoción y prevención de la estrategia ECICEP.

A continuación, se presenta un resumen de los ingresos a la estrategia ECICEP realizados a la fecha por parte del Departamento de Salud Municipal (DESAM)**:**

Sector urbano: 314	**Sector rural: 252**

Estrategia	Indicador	Actividad
Garantizar los controles de salud de las personas en la estrategia ECICEP	% de usuarios que asiste a los controles y seguimientos de la estrategia ECICEP.	1.- Garantizar agenda para ingresos y controles de usuarios, tanto presenciales como remotos. 2.- Mantener actualizada la estratificación (G3, G2 y G1) de la población bajo control. 3.-Monitorear y documentar el progreso en el cumplimiento de metas IAAPS y sanitarias.
Actividades de promoción y prevención de la estrategia ECICEP	**% de actividades realizadas.**	1.- Realizar taller educativo de la estrategia ECICEP. 2.- Desarrollar al menos una cápsula educativa anual para la estrategia ECICEP.
Capacitación a profesionales de salud que trabajen con la estrategia ECICEP	% de profesionales en salud capacitados en la estrategia ECICEP.	1.- Alcanzar al menos un 50% de dotación clínica capacitada en la estrategia ECICEP. 2.- Alcanzar al menos un 20% de la dotación clínica capacitada en toma de decisiones compartidas (TDC). 3.- Capacitar al estamento odontológico, matrona y kinesiólogo sobre la estrategia ECICEP. 4.- Mantener reuniones cuatrimestrales con el/la gestor/a ECICEP. 5.- Mantener reuniones semestrales con el equipo MAIS/ECICEP en sector urbano y rural. 6.- Realizar 2 capacitaciones semestrales dirigidas al estamento TENS y funcionarios administrativos. 7.- Ejecutar al menos 1 capacitación anual impartida por la estrategia ECICEP/MAIS para el PAC 2026. 8.- Sensibilizar a los encargados de sector y equipo de profesionales de manera semestral. 9.- Monitorear y apoyar a los equipos de salud en la correcta aplicación y registro de la estrategia ECICEP en la ficha clínica, mediante reuniones periódicas y revisión de casos. 10.- Universalización de la estructura de registro de la estrategia ECICEP. 11.- Unificación de entrega de medicamentos crónicos.

Durante el año 2025, en el marco de los lineamientos del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria (MIAS), se desarrollaron actividades orientadas a la educación preventiva y promocional en salud. El equipo implementó dos módulos de exposiciones relacionados con: los beneficios de la actividad física, el uso racional de medicamentos, la alimentación saludable en el contexto de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), y la gestión de emociones frente a las enfermedades cardiovasculares. A continuación, se presentan fotografías que evidencian la participación activa de la comunidad en estas actividades.

TALLERES ECICEP











Actividades extramurales en relación a las prestaciones que se entregar por la estrategia ECICEP.

2.7. Programa de Salud Oral

La Salud Oral es esencial para el bienestar físico, psicológico y social. Desde una perspectiva funcional, la boca es crucial para el habla, la masticación, la deglución, el inicio de la digestión y la apariencia social. Por lo tanto, un nivel inadecuado de salud oral afecta negativamente la autoestima, la calidad de vida y el bienestar integral del individuo.

Las enfermedades orales son las afecciones crónicas más comunes, constituyendo un grave problema de salud pública mundial y nacional por su alta prevalencia e impacto en la salud general, así como por sus consecuencias económicas y sociales. La severidad de estas enfermedades está fuertemente ligada al bajo nivel socioeconómico y la ruralidad, lo que genera una marcada desigualdad social. Esta disparidad afecta desproporcionadamente a las poblaciones más vulnerables, especialmente a la población infantil, y se acrecienta a lo largo del ciclo vital, lo que aumenta la estigmatización y la injusticia social.

Sumado a esto, la presencia de focos sépticos orales, causados por caries o enfermedad periodontal, puede contribuir al desarrollo de Enfermedades No Transmisibles (ENT), como diabetes, enfermedades cardiovasculares, respiratorias crónicas, enfermedad renal, Alzheimer y varios tipos de cáncer, a través de bacteremias e inflamación sistémica.

Históricamente, Chile ha abordado estas enfermedades con logros importantes en promoción, prevención y atención curativa, centrándose en la población infantil mediante programas específicos. No obstante, el daño sigue siendo significativo: la población de 65 a 74 años presenta un promedio de 16 dientes perdidos y el porcentaje de personas con desdentamiento total bordea el 25%. Esta pérdida masiva de piezas dentales es un claro reflejo de la alta prevalencia, severidad y extensión de las enfermedades periodontales y la caries dental en el país.

El objetivo principal de salud oral en La Ligua para el 2026 es mejorar el estado de salud bucal de la población y reducir las desigualdades existentes. Esto se logrará aplicando el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) con enfoque familiar y comunitario, fortaleciendo la intersectorialidad y la participación social. Además, conforme al Plan Nacional de Salud Bucal 2021-2030, se deben reforzar estas estrategias bajo un enfoque de curso de vida y equidad, ampliando la intervención para incluir no solo a niños y adolescentes, sino también a adultos y personas mayores.

Agenda Odontológica y prestaciones

De acuerdo a la disponibilidad de recursos y considerando el aumento en la demanda, para el periodo 2026 la agenda odontológica diurna se enfocará en los grupos prioritarios de riesgo y mayor vulnerabilidad, los cuales son (en orden de mayor a menor prioridad):

-. Niños, niñas y adolescentes menores de 20 años (Programa CERO Infantil y Adolescente)

-.GES Salud Oral integral 6 años.

-.GES Salud Oral integral de la embarazada.

-.GES Salud Oral integral para persona de 60 años

-.GES Urgencia odontológica ambulatoria

-. Morbilidad odontológica del Adulto Mayor (+ 60 años)

-. Morbilidad odontológica del adulto (20 a 59 años)

Los usuarios y usuarias que presentan una priorización más baja de atención podrán acceder a las prestaciones odontológicas a través de la ejecución de los Programas de Reforzamiento a la Atención Primaria de Salud (PRAPS) que se ejecutan durante el transcurso del año.

Ciclo vital de las atenciones del programa de Salud Oral

Programa	Definición
Salud oral integral de la embarazada (GES) *Gestación*	El cuidado de la salud oral comienza durante el embarazo con la atención de Salud Oral Integral de la Embarazada, garantizada por el régimen de garantías explícitas de salud. Este programa no solo permite a la madre recuperar su salud bucal, sino que también le proporciona las herramientas necesarias para cuidarse y asegurar que su futuro hijo o hija se desarrolle en un entorno familiar que promueva una buena salud bucal
Programa Control con Enfoque de Riesgo Odontológico (CERO) infantil *Infantil*	Desde el año 2017 se implementó el 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) *Infantil*	El objetivo de este programa de reforzamiento (PRAPS) 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) *Infantil*	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 Control con Enfoque de Riesgo Odontológico (CERO) Adolescente *Adolescencia*	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) *Adolescencia*	El propósito de este programa de reforzamiento (PRAPS) 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.
Morbilidad Odontológica 20- 59 años *Adulto*	Es la atención que se otorga a solicitud de la persona, con el objetivo de dar solución a un problema puntual de salud oral que éste demande. Esta prestación incluye anamnesis, examen, hipótesis diagnóstica y medidas terapéuticas. La persona puede recibir una o más atenciones en consulta de morbilidad odontológica en un año

Programa	Definición
Mejoramiento del acceso a la atención odontológica (PRAPS) *Adulto y Personas mayores*	El programa de reforzamiento "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. Componentes: • 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 (Odontólogo general y especialista) • 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 (Horario de 17:00 a 20:00 hrs.)
Más Sonrisas para Chile (PRAPS) *Adulto y Personas mayores*	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) *Adulto y Personas mayores*	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 integral domiciliaria (PRAPS) *Transversal*	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.

Clínica Móvil Dental Rural

La comuna de La Ligua cuenta con una gran dispersión geográfica lo que conlleva a que las poblaciones rurales y de bajos ingresos enfrenten mayores barreras económicas y geográficas que limitan su acceso a atención oportuna y de calidad.

Desde el año 2025 se implementó el funcionamiento permanente de la clínica dental móvil en el sector rural con el fin de facilitar el acceso a la atención odontológica a poblaciones alejadas de los centros de salud, entregando prestaciones odontológicas de manera oportuna, expedita y eficaz, sin restricción de edad o género.

La estrategia comenzó en Febrero del 2025 con atenciones y visitas a terreno con el dispositivo móvil a las postas de:

- Trapiche
- Santa Marta
- La Canela
- Huaquen
- Pichicuy
- Los Molles

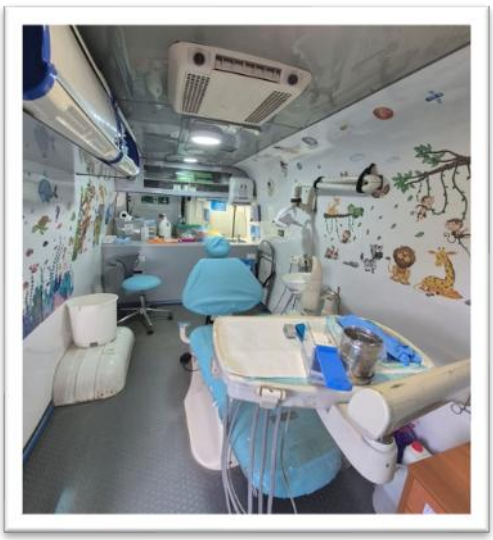
Con el objetivo de optimizar el recurso y brindar oportunidad para acceder a las prestaciones, durante ese mes se realizó la evaluación de la demanda asistencial solicitada por los usuarios, las listas de espera generadas en las Postas de Salud Rural, los tiempos de traslado desde un sector a otro, las condiciones de acceso en los lugares donde se posicionaría la clínica dental, la conectividad y acceso a internet, el equipamiento administrativo y clínico requerido, la gestión de distribución y almacenaje de fármacos, insumos y material dental y la dotación requerida. Por lo anterior, desde Marzo del 2025 se cuenta con atenciones regulares en las postas mencionadas y con una dotación conformada por Odontólogo y TONS con 44 horas semanales.

La estadística ha reportado que desde Febrero a Julio del 2025 se han realizado 889 atenciones en la clínica móvil, de estos 676 corresponden a consultas de morbilidad, 199 a controles odontológicos 14 Urgencias GES. Asimismo, se han registrado 156 inasistencias a las horas previamente agendadas. Datos disgregados por grupos etarios de consultas y controles odontológicos en APS

- Niños, niñas y adolescentes (6 meses a 19 años): 361 consultas
- Adultos (20 a 59 años): 335 consultas
- Adultos mayores: 179 consultas
- Consulta de Urgencia Odontológica: 14 consultas

Además, la clínica dental móvil ha participado de diversos operativos organizados por los distintos equipos de salud en distintos sectores de la comuna, conmemoraciones y también en la iniciativa municipal denominada "Municipio en Terreno" la cual se ha desarrollado durante algunos meses del 2025.





Box Odontológico Centro de Atención Integral al Desarrollo Infanto Adolescente (AIDIA)

El Programa AIDIA surge a partir de la Ley 21.545 o Ley TEA, promulgada el año 2023, que establece la promoción de la inclusión, la atención integral y la protección de los derechos de las personas con Trastorno del Espectro Autista (TEA) en los ámbitos social, de salud y de educación.

Conscientes de esta necesidad, el Departamento de Salud Municipal de La Ligua ha integrado en el Centro AIDIA (Atención Integral al Desarrollo Infanto Adolescente) un box odontológico el cual cumple con las condiciones de acceso y cercanía a las salas de atención. Este espacio será habilitado durante el 2026 administrativa y asistencialmente con profesionales especializados (odontólogo/a y TONS).

Contar con un box dental dentro del propio centro de rehabilitación es de suma importancia, ya que:

- **Garantiza el acceso:** Ofrece un punto de atención accesible y familiar para los niños, niñas y adolescentes que ya se atienden en AIDIA.
- **Facilita la adaptación:** Permite que la atención dental se realice en un ambiente de contención y confianza ya conocido por el paciente, reduciendo el estrés y la ansiedad asociados a la visita al dentista.
- **Asegura la especialización:** Permite que los tratamientos sean realizados por personal capacitado en el manejo y las necesidades específicas de la población neurodivergente, alineándose con el objetivo de atención integral y protección de derechos que promueve la Ley TEA.

La presencia de este box odontológico subraya el compromiso del Programa AIDIA con una rehabilitación verdaderamente integral, asegurando que la salud oral, tan crucial para el bienestar general, sea abordada con la sensibilidad y la especialización que esta población requiere.

Metas asociadas al programa de Salud Oral 2025.

META	DESCRIPCIÓN	% Cumplimiento comunal ago-25
SANITARIAS	Control con enfoque de riesgo odontológico en población de 0 a 9 años	**75,01%**
	Niños y niñas de 6 años libre de caries	**77,64%**
IAAPS	Proporción de niñas y niños menores de 3 años libre de caries en la población inscrita	**62,10%**
PROGRAMAS DE REFORZAMIENTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD	Programa sembrando sonrisas (N° de set de higiene oral entregados)	**100%**
	Programa sembrando sonrisas (N°de niños /as con examen de salud bucal)	**100%**
	Programa sembrando sonrisas (Aplicaciones de flúor barniz)	**50,10%**
	Programa odontológico Integral – Mas Sonrisas Con prótesis	**51,10%**
	Programa odontológico Integral – Mas Sonrisas Sin prótesis	**49,50%**
	Programa odontológico Integral – Hombre Con prótesis	**45,10%**
	Programa odontológico Integral – Hombre Sin prótesis	**45,50%**
	Endodoncia APS	**44%**
	Prótesis Removible APS	**46,70%**
	Prótesis Especialista	**100%**
	Programa GES 60	**45,50%**
	Mejoramiento al acceso – Morbilidad	**60,10%**
	Programa Atención integral Enseñanza media	**48,30%**
	Programa Atención integral personas con dependencia severa y cuidadores	**45,40%**

Estrategias y actividades proyectadas para el 2026.

Estrategia	Indicador	Actividad
Supervisión y monitoreo de agendas que garantice cumplimiento de metas IAAPS, Sanitarias y cumplimiento de GES.	Meta IAAPS N°16: Proporción de niños y niñas menores de 3 años libres de caries en poblaciones inscritas.	• Informar oportunamente a Dirección DESAM, Dirección CESFAM, Subdirección Rural y Encargadas SOME respecto a supervisión y monitoreo para ayudar a toma de decisiones y estructuración de agenda • Monitoreo mensual del % de avance del indicador al realizar el REM. • Coordinación con Programa Más Sonrisas de listados de Niños y Niñas con CEO=0 para rescatar y aplicar pautas CERO
	Meta Sanitaria 3A: Control Odontológico 0-9 años . Meta Sanitaria 3B: Niños de 6 años sin caries . GES % de niños de 6 años en control odontológico al día GES % de usuarias embarazadas con alta odontológica	• Informar oportunamente a Dirección DESAM, Dirección CESFAM, Subdirección Rural y Encargadas SOME respecto a supervisión y monitoreo para ayudar a toma de decisiones y estructuración de agenda • Monitoreo mensual del % de avance de los indicadores al realizar el REM. • Rescate de usuarios del Drive PBCO de cada sector (previa actualización de protocolo de rescate de usuarios) • Protección de agenda semanal que asegure cupos de: Control CERO (menores de 3 años), control CERO (0-9 años), tratamiento odontológico prenatal, GES 60 y Urgencia odontológica. • Coordinación con monitora GES para dar cumplimiento a garantías GES 6 años y gestantes • Explicación de estructuración y nombres de la agenda al estamento de SOME y TENS de postas
Intersectorialidad y vinculación con el medio	N° de educaciones realizadas a usuarios del Programa MAS + medios verificadores	• Realizar talleres educativos de salud oral para adultos mayores del programa MAS con énfasis en promoción y prevención de caries y enfermedades periodontales, cuidados de prótesis dental entre otros.
	N° de Operativos territoriales realizados de manera anual + medios verificadores	• Coordinación y apoyo en operativos de salud de los distintos sectores con clínica móvil dental (atenciones odontológicas) • Coordinación y apoyo en Municipios en terreno de la oficina de gestión territorial con clínica móvil dental (atenciones odontológicas)

Estrategia	Indicador	Actividad
Neurodivergencia y atenciones odontológicas	Dicotómico (SI o NO) + medios verificadores	• Realizar pictogramas de atenciones odontológicas que puedan estar disponibles en Box y SOME • Realizar videos y cápsulas informativas anticipatorias para NNA que puedan estar disponibles en redes sociales del DESAM. Por ejemplo: Cómo llegar al box odontológico, presentación del instrumental y sillón, toma de radiografías
Evaluación de usurarios del programa dependencia severa	% de usuarios del programa de dependencia severa con evaluación odontológica realizada y dados de altas (Usuario y cuidadores)	• Socializar con los equipos odontológicos de los sectores la cantidad de usuarios con dependencia moderada y severa • Realizar una visita anual de evaluación por parte de los profesionales del PRAPS odontológico integral en su componente de dependencia severa. • Derivar a usuarios con dependencia moderada con dificultades para acceder a prestaciones en los centros de salud al PRAPS.
Lactancia materna y odontología	N° de actividades realizadas en participación con el comité de lactancia materna + + medios verificadores	• Incorporación de odontólogo/a en comité de lactancia materna • Realizar una actividad anual relacionada con: lactancia materna, frenillo lingual corto, malos hábitos orales, desarrollo craneofacial entre otros.
Promoción de Salud Oral / Día de la Salud Oral comuna de La Ligua 2026	Dicotómico (SI o NO) + medios verificadores	• Gestionar y realizar un día conmemorativo de promoción y prevención de salud oral donde pueda participar gran parte del estamento odontológico: Se puede enmarcar dentro del día mundial de la salud oral, semana de la encía, semana del trauma dentoalveolar o una fecha definida por el equipo de salud. • Actividades: Charlas, capacitaciones, atenciones, ferias de salud etc.
Enfoque multidisciplinario / participación de odontólogo en estrategia ECICEP	N° de capacitaciones al estamento odontológico	• Capacitaciones de gestoras ECICEP comunal al estamento odontológico respecto a la estrategia e incorporación del estamento dental
	N° de usuarios ECICEP con atención odontológica	• Participación de odontólogo en los plantes de tratamiento consensuados de usuarios diagnosticados con DM para realizar promoción, prevención y atenciones en salud periodontal.

Estrategia	Indicador	Actividad
Mejoramiento del Equipamiento odontológico	Dicotómico (SI o NO) + medios verificadores	• Adquisición de nuevo sillón dental para PSR Las Parcelas
		• Adquisición de nuevo compresor de aire para PSR Varas

2.8 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 en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, 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.

- **Patologías GES del Programa**

-. Esquizofrenia.
-. Depresión en personas de 15 años y más.
-. Consumo Perjudicial o Dependencia de riesgo bajo a moderado de alcohol y drogas en personas menores de 20 años.
-. Trastorno Bipolar en personas de 15 años y más.
-. Enfermedad de Alzheimer y otras demencias.
-. Hospitalización para depresión grave en menores de 15 años.

- **Subprogramas y Programas Complementarios**

Programas Complementarios	Definición
Programa 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.
Programa de Apoyo a la salud mental infantil de niños y niñas de 3 a 9 años (PASMI)	El programa integra, refuerza y apoya las acciones para la atención de niños/as que desarrolla el "Programa Salud Mental" ya implementado en la APS y a los equipos de salud a fin de contribuir a elevar el nivel de salud mental de niños y niñas, mejorando su capacidad individual y colectiva para prevenir los trastornos mentales y entregar la atención para su pronta recuperación, optimizando el acceso, oportunidad y calidad de la atención.
Programa de Atención Integral al Desarrollo Infanto Adolescente (AIDIA)	El programa busca favorecer la rehabilitación integral de NNA percapitados en la comuna de La Ligua, que presenten dificultades y/o alteraciones en el desarrollo cognitivo, motor, social y/o emocional. Otorgando una atención oportuna y accesible a una intervención multidisciplinaria, promoviendo una óptima participación social e inclusión en la comunidad. En comunicación directa con equipo Infanto Juvenil quien detecta la necesidad de derivación.
Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS) - Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas (ECICEP)	La integración de la salud mental en la atención primaria de salud (APS) se fundamenta en un enfoque de redes, donde los cuidados se entregan de manera coordinada y articulada entre distintos servicios, respondiendo de forma fluida a las necesidades de cada persona. El Modelo de Gestión de la Red Temática de Salud Mental y el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria (MAIS) promueven una atención centrada en las personas, con principios como la integralidad, continuidad de cuidados y enfoque comunitario. Incorporar la salud mental en la APS es esencial para ofrecer atenciones oportunas, integrales y evitar intervenciones fragmentadas. Además, esta integración permite reducir las brechas de acceso a tratamientos de salud mental.

Programas Complementarios	Definición
Participación Social	La participación social es clave para prevenir enfermedades y promover la salud en personas, familias y comunidades. Formar parte como programa de actividades comunitarias fortalece los vínculos sociales, mejora la autoestima y da sentido de propósito. Además, reduce el riesgo de trastornos mentales, previene el aislamiento y mejora el bienestar psicológico, especialmente en poblaciones vulnerables.

Actividades de Participación Comunitaria
Conmemoración del Día Mundial de la Salud Mental 2025













- **Tabla: 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	252	27	4	2	4	3	0	3	1	2
10-19	272	66	8	6	9	8	6	9	5	6
20-64	566	172	49	26	27	24	22	54	22	17
65+	163	27	10	6	11	7	17	13	14	15
Totales	1253	292	71	40	51	42	45	79	42	40
Total Población bajo control					**1955**					

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: 22,16**%** Cumplimiento al mes de Junio: 23,92**%**
Tasa de controles de atención Integral a personas con trastornos mentales, factores de riesgo y condicionantes de la salud mental (10b)	Tasa exigida: 5,69**%** controles por persona Cumplimiento al mes de Junio: 3,0**%**

Fuente: Serie A Unidad de Estadística DESAM La Ligua, Junio 2025.

- **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. Gestión de agenda por parte de SOME y dirección CESFAM-Postas de Salud Rural 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.

Estrategia	Indicador	Actividad
Garantizar los controles del Programa SM en todos los sectores del DESAM.	% de usuarios asistentes a control del programa SM con registro estadístico correspondiente	1. Gestión de agenda por parte de SOME y dirección CESFAM-Postas de Salud Rural en agenda de profesionales de cupos mensuales para controles de Salud Mental.
	(REM SA06)	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. Gestión de agenda por parte de SOME y dirección CESFAM-Postas de Salud Rural en 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. Gestión de agenda por parte de SOME y dirección CESFAM-Postas de Salud Rural SOME 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 y psiquiátricas **presenciales** desde el año 2023 y 2025, respectivamente, abarcando 5 cupos mensuales para el usuario/a y su familia.

Estrategia	Indicador	Actividad
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.
Intervenciones Psicosociales Grupales	N° de Intervenciones Psicosociales realizadas durante el año, registradas en estadísticas	1. SOME CESFAM y Postas de Salud Rural en conjunto con dirección deben mantener cupos de agenda de profesionales, principalmente de dupla psicosocial.
	(Sección A/REM A27).	2. Gestión de agenda por parte de encargados de sector y equipo de salud mental.
		3. Incorporación de recursos materiales para la ejecución de IPG.
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.

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

Descripción del programa

Este programa se desarrolla de manera trasversal en el Departamento de Salud Municipal de La Ligua y 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, inscritos y percapitados en los establecimientos de Atención Primaria (CESFAM y nueve Postas de salud Rural), 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.

Distribución territorial de los usuarios del programa

Actualmente, el programa cuenta con 214 usuarios, distribuidos según sector:

- Sector urbano: 138
- Varas: 17
- Roco: 10
- Las Parcelas: 8
- Huaquén: 6
- Pichicuy: 6
- Los Molles: 11
- El Trapiche: 5
- Santa Marta: 6
- La canela: 7

Cabe señalar que dicha información es dinámica, la cual puede sufrir modificaciones de forma diaria, según ingresos, fallecimientos y/o altas de programa.

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.

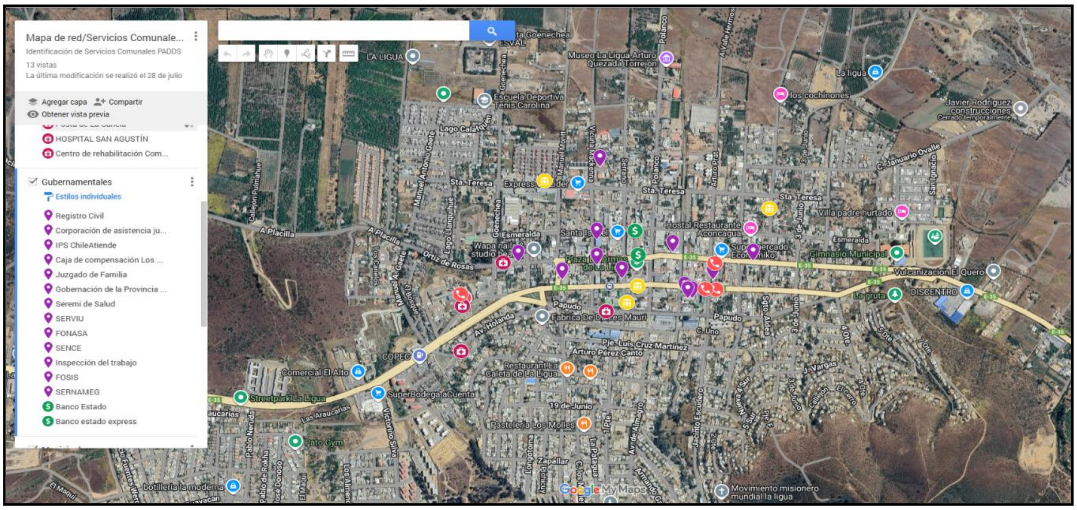
Prestaciones a usuarios: visita domiciliaria integral (2), visitas de seguimiento por profesionales y técnicos (Médico, Enfermero, Nutricionista, Kinesiólogo, Trabajador social, Psicólogo Podólogo, y TENS.

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)

Capacitación a cuidadores: Para el año 2026 se planifica poder ejecutar 3 jornadas de capacitación, en los diferentes territorios con la finalidad de poder disminuir brecha asociadas a distanciamiento geográfico, entendiendo que programa PADDS atiende usuarios/as a nivel transversal, abarcando sector urbano (CESFAM) y las nueve Postas de Salud Rural.

Planificación de jornadas

-. Sector urbano: CESFAM, PSR Roco y PSR Varas.
-. Sector Longotoma: PSR Trapiche, PSR Santa Marta y PSR de La Canela.
-. Sector Costa: PSR de Las Parcelas, PSR Huaquén, PSR Pichicuy, PSR Los Molles.



Mapa de red/guía: Desde el próximo año se comenzará a difundir con nuestros usuarios/as mapa de red de servicios comunales, el cual tiene como finalidad visualizar los recursos disponibles y el acceso a los diversos servicios que existen en nuestra comuna y que tienen directa relación con las necesidades de nuestros usuarios/as, con la finalidad de que puedan identificar oportunidades y

empoderar a las comunidades para organizar y resolver sus propias necesidades. 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 Junio**

Nombre indicador	Numerador	Denominador	Meta	Mes a cumplir
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

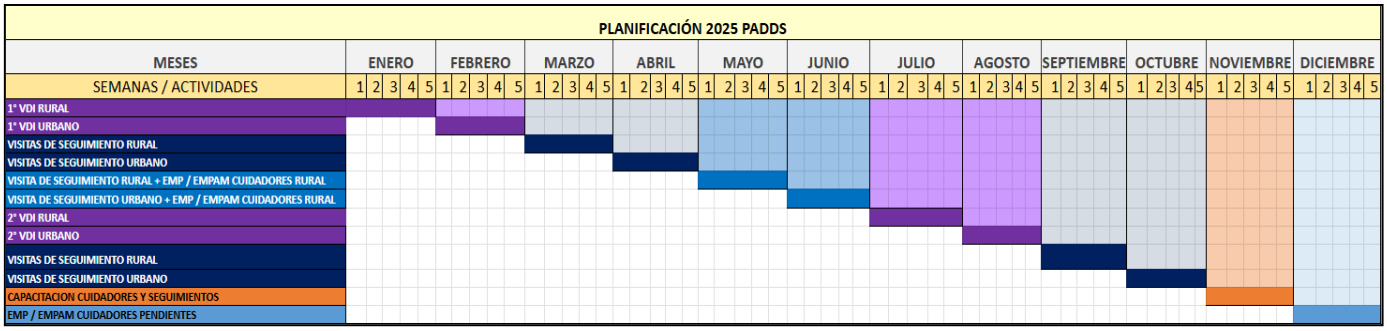


Diagrama de Gantt||||||

2.10 Programa Cuidados Paliativos Universales (CPU) No Oncológicos en APS

El Programa de Cuidados Paliativos Universales (CPU) para personas con enfermedades no oncológicas corresponde a una estrategia implementada en Atención Primaria de Salud (APS), cuyo propósito es garantizar atención integral y humanizada a quienes cursan enfermedades crónicas avanzadas, progresivas o terminales. El enfoque del programa es mejorar la calidad de vida de los pacientes y brindarles un acompañamiento emocional, físico y espiritual, en lugar de centrarse únicamente en curar la enfermedad, esto para el paciente como también para sus familiares cercanos.

Este programa se enmarca en la **Ley N° 21.375**, que reconoce el derecho de toda persona a acceder a cuidados paliativos de calidad, sin importar edad ni diagnóstico específico. Su implementación se sustenta en el **Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitaria (MAIS)**, considerando el entorno familiar, social y cultural del paciente, y resguardando la coordinación con la red asistencial e intersectorial.

Descripción del programa

El programa de cuidados paliativos universales no oncológicos se desempeña en atención primaria como un equipo constituido por profesionales de salud dirigidos a desarrollar actividades que mejoren la calidad de vida de los pacientes y sus familiares, en específico pacientes que mantienen enfermedades graves, crónicas o terminales, se trabaja a través de un plan de cuidados personalizado por paciente para proporcionar

Finalidad

Mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias mediante el alivio del sufrimiento físico, emocional, social y espiritual, entregando cuidados domiciliarios y acompañamiento continuo, además de apoyo en el proceso de duelo.

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.
- Promover la atención domiciliaria como estrategia central de cuidado.
- Entregar educación y acompañamiento a cuidadores, fomentando el autocuidado y disminuyendo su sobrecarga.

Población beneficiaria del programa:

- Personas inscritas en el CESFAM y Postas de Salud Rural de la comuna.
- Derivados desde APS o atención secundaria con evaluación **NECPAL (+)** y pautas clínicas asociadas.
- Pacientes con enfermedades crónicas avanzadas no oncológicas, tales como:

  -. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) severa.

  -. Insuficiencia cardíaca avanzada.

  -. Insuficiencia renal crónica en etapas terminales.

  -. Enfermedades neurodegenerativas (ELA, Parkinson avanzado, demencias).

  -. Patologías progresivas que limiten la calidad de vida y no tengan tratamiento curativo.

Ejes del programa

- Atención domiciliaria integral: seguimiento clínico, manejo de síntomas, administración de tratamientos y acompañamiento familiar.
- Apoyo a cuidadores: capacitación en cuidados básicos, confort y autocuidado al cuidador.
- Acompañamiento emocional y espiritual: contención psicológica y acceso a apoyo espiritual según preferencia del paciente/familia.
- Coordinación en red: derivación oportuna a especialistas, hospitalización domiciliaria y articulación con servicios sociales/comunitarios.
- Acompañamiento en duelo: consejería y seguimiento breve tras el fallecimiento del paciente.

Permanencia y Egreso

La inclusión en el CPU se mantiene mientras persista la condición de cronicidad avanzada o terminal, definida por criterios clínicos y evaluaciones periódicas. El egreso ocurre en caso de:

- Fallecimiento del paciente.
- Mejoría clínica significativa que implique pérdida de criterios de ingreso.

Acciones mínimas anuales del programa (canasta recomendada)

- Al menos 2 visitas domiciliarias integrales por año.
- Un mínimo de 4 a 6 visitas de seguimiento por profesionales y técnicos del equipo.
- Capacitación en cuidados paliativos a cuidadores.
- Evaluación de sobrecarga del cuidador/a con instrumentos validados (ej. Zarit abreviado).
- Orientación y derivación a beneficios sociales/comunitarios.
- Seguimiento y acompañamiento en duelo familiar.

Distribución territorial de los usuarios del Programa CPU

Actualmente, el programa cuenta con 22 pacientes activos, distribuidos según sector:

- Sector urbano: 15 pacientes
- Los Molles: 1
- Huaquén: 1
- Roco: 1
- La Canela: 1
- Santa Marta: 2
- Valle Hermoso: 1

Además, existen 7 pacientes inactivos, correspondientes a personas fallecidas, cuyos cuidadores aún reciben prestaciones de seguimiento y acompañamiento realizado por psicóloga.

Ingresos y Egresos 2025

En lo que va del año 2025, se han realizado 28 visitas de evaluación para ingreso, de las cuales 27 pacientes cumplieron criterios de ingreso a cuidados paliativos.
En cuanto a los egresos, 28 pacientes han egresado por fallecimiento, a los cuales se sumarán los pacientes inactivos una vez que se dé alta a sus cuidadores.

Equipo de CPU

El equipo base está conformado por:

- Médico
- Enfermero
- Nutricionista
- Kinesióloga
- Trabajadora social
- Psicóloga

Además, se coordinan prestaciones paralelas con otros profesionales como podología y odontología. Se proyecta incorporar próximamente un Técnico en Enfermería (TENS) al equipo para fortalecer la atención domiciliaria.

Recursos de Oxígeno

El programa dispone actualmente de 2 concentradores de oxígeno, administrados bajo protocolo interno y entregados a pacientes según criterio clínico.
Como proyección, se espera complementar con cilindros de oxígenos portátiles, fortaleciendo la respuesta ante urgencias y mejorando el confort domiciliario.

Cumplimiento

Según el **último informe de cumplimiento de indicadores,** el Programa de Cuidados Paliativos Universales **alcanza un 93,1 % de cumplimiento global**, reflejando un alto grado de avance en la implementación de las acciones establecidas y en el logro de las metas programáticas.

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%**
Porcentaje de cuidadores evaluados con escala Zarit	Número de cuidadores evaluados	Total de cuidadores CPU x 100	**80%**
Porcentaje de pacientes CPU con plan de cuidados personalizado	Número de planes de cuidadores elaborados	Total de pacientes CPU x100	**100%**

Planificación y desafíos próximos

- Fortalecer la atención domiciliaria mediante visitas integrales que incluyan médico, enfermería, TENS y profesionales de apoyo.
- Ejecutar 2 jornadas comunales de capacitación a cuidadores, con énfasis en cuidados de confort, autocuidado y manejo de urgencias en domicilio.
- Difundir entre usuarios/as y familias el mapa de red de servicios comunales asociados al CPU.
- Incorporar espacios comunitarios de acompañamiento en duelo en coordinación con equipos psicosociales y organizaciones locales.
- Mantener la articulación con la red asistencial secundaria para garantizar acceso oportuno a tratamientos de soporte avanzado (oxigenoterapia, analgesia especializada, apoyo de cuidados respiratorios).

2.11 Programa de Rehabilitación con Base Comunitaria.

- **Descripción del Programa a cargo.**

El Programa de Rehabilitación basado en la comunidad (RBC) es de carácter transversal y 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 ubicado en el CESFAM de La Ligua y el Centro Amanecer ubicado en el sector centro de la comuna. Los profesionales que conforman el equipo y que cumplen los objetivos está conformado por profesionales de diferentes áreas de la salud, 1 Terapeuta Ocupacional, 5 Kinesiólogos, 1 Fonoaudióloga, 1 Trabajador Social y 2 SOME, quienes se encargan de fomentar la funcionalidad e independencia de nuestros usuarios a través de estrategias de rehabilitación integral y por otra parte mantener continuidad en la generación de las agendas y entrega de citas a los beneficiarios.

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

La población de usuarios ingresado al programa, con corte a Junio del 2025 es la siguiente:

APS	0 - 9 años	10 – 19 años	20 – 64 años	65 años y más	Total
COMUNA	39	44	379	304	766

Fuente: Estadísticas Rehabilitación serie A RBC 2025 corte junio 2025.

En promedio ingresan alrededor de 110 usuarios promedio (766 Ingresos de Enero a Julio) 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 RBC 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 % INFORME SSVQP
100% Equipos de Rehabilitación de RBC y RI realizan DG Participativo.	100% INFORME SSVQP
100% de los Equipos cuentan con Plan de Trabajo.	100%
30% Personas que recuperan o fortalecen su participación en comunidad, producto de la intervención del programa.	20.7 %
75% Personas ingresadas que cuenta con plan de tratamiento integral consensuado e informado.	100 %
60% Cobertura de actividades de atención directa según programación asistencial.	137.5%

Fuente: Indicadores APS enero a junio 2025 SSVQP

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

Subprograma y/o Programa Complementario	Definición
Programa de 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 están: bastones ortopédicos, sillas de ruedas, andadores fijos y móviles, colchones y cojines anti escaras.
Programa MÁS Adultos Mayores Autovalentes.	Iniciativa chilena que apoya a personas mayores de 60 años para que mantengan o mejoren su autonomía a través de talleres de estimulación física, cognitiva y autocuidado. Para acceder al programa, se debe ser usuario de atención primaria pública, tener el Examen del Adulto Mayor (EMPAM) vigente y estar inscrito en un centro de salud de la comuna.
Programa AIDIA	El Programa de Atención Integral al Desarrollo Infanto-adolescente, una iniciativa de salud en Chile que busca acompañar a niños, niñas y adolescentes en su desarrollo, con énfasis en aquellos con Condición del Espectro Autista (TEA) y otras necesidades de neurodesarrollo, para fortalecer su detección, diagnóstico, rehabilitación y seguimiento. Este programa se enmarca en la Ley N°21.545 (Ley TEA) y cuenta con equipos interdisciplinarios para garantizar una atención integral y oportuna.
ECICEP (Estrategia de Cuidado Integral Centrado en la Persona)	Es un programa del Ministerio de Salud de Chile que busca transformar la atención médica haciéndola más humana, personalizada y continua. Se enfoca en el bienestar individual de cada paciente, promoviendo la participación activa en las decisiones de salud y fomentando la prevención de enfermedades, especialmente en personas con enfermedades crónicas.
El Programa NANEAS (Niños y Adolescentes con Necesidades Especiales de Atención en Salud)	Es un enfoque de salud en Chile para niños con enfermedades crónicas complejas que requieren atención médica coordinada y especializada para maximizar su salud, funcionalidad y desarrollo. El programa busca una atención integral y transdisciplinaria, coordinando entre la atención primaria y los niveles hospitalarios, y apoyando tanto a los pacientes como a sus familias con equipos multidisciplinarios, rehabilitación, y seguimiento continuo.

- **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. Mantener rendimiento de ingresos y atenciones sesiones, evaluaciones intermedias, Visitas domiciliarias integrales.
		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 Parkinson.	60 % 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. Continuidad de usuarios mayores de 60 años, autovalentes en el programa MÁS adultos mayores 6. Al taller de envejecimiento sumar la participación de Kinesióloga respiratoria.

Estrategia y/o Proyección	Indicador	Actividad
Realizar Evaluaciones iniciales e intermedias en domicilio con mirada biopsicosocial.	75 % 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.
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)
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.

2.12 Programa de Atención Integral al Desarrollo Infanto Adolescente (AIDIA).

El Programa de Atención Integral al Desarrollo Infantoadolescente (AIDIA) surge a propósito de la Ley 21.545 o Ley TEA (promulgada en el año 2023) la cual, establece la promoción de la inclusión, la atención integral y la protección de los derechos de las personas con Trastorno del Espectro Autista (TEA) en los ámbitos social, de salud y de educación.

Durante los últimos años se ha tenido un avance significativo tanto para niños, niñas y adolescentes (NNA), familias y comunidad en cuanto al conocimiento del Trastorno del Espectro Autista (TEA), quienes a menudo enfrentan diversas barreras las que dificultan y afectan directamente su calidad de vida, presentando alteraciones del neurodesarrollo las cuales, son diferentes en cada persona, por lo que requieren un apoyo y atención de manera personalizada acorde a la etapa de desarrollo en la que se encuentren.

Implementación del Programa AIDIA en la Comuna de La Ligua

El proyecto fue adjudicado a la Comuna de La Ligua, debido al destacado desempeño que ha demostrado en los programas de reforzamiento relacionados con el área de rehabilitación y salud

mental infanto-adolescente. A esto, se suma la gestión previa realizada por los referentes técnicos del Departamento de Salud Municipal (DESAM) y el apoyo continuo del Servicio de Salud Viña del Mar–Quillota–Petorca, junto con sus respectivas direcciones. Ambas instituciones confían en que el proyecto será ejecutado de manera eficiente y con altos estándares de calidad.

En febrero del año 2025, se recibe la buena noticia de la asignación de recursos para la implementación del Programa AIDIA en la comuna, con el compromiso de iniciar las prestaciones de apoyo y rehabilitación en julio del mismo año.
Junto a La Ligua, las comunas de Viña del Mar, Quilpué, Quillota y La Calera también comenzarán la ejecución de esta iniciativa.

Etapas de planificación e implementación

Durante el mes de febrero del año en curso, la Dirección del DESAM designa al referente técnico del proyecto, quien elabora en la carta Gantt, presentada posteriormente a la máxima autoridad comunal.
En marzo, el Servicio de Salud informa que el Ministerio de Salud (MINSAL) ha decidido anticipar la transferencia de recursos a fin de facilitar la implementación de las salas de atención.

A partir de ello, se inicia la búsqueda de un recinto adecuado, considerando los criterios técnicos establecidos:

- Ubicación alejada de la contaminación acústica y del flujo vehicular del centro.
- Accesibilidad para personas con movilidad reducida.
- Capacidad para habilitar al menos cinco áreas de atención clínica, incluyendo gimnasio terapéutico, áreas de apoyo y baños con accesibilidad universal.

La gestión del recinto se desarrolló entre marzo y abril, periodo en el que se revisó la oferta disponible en la comuna. Tras diversas reuniones con corredores y propietarios, se seleccionó un inmueble que anteriormente funcionaba como centro de salud privado.
En abril, se realizó una visita técnica junto al referente de rehabilitación del Servicio de Salud, quien aprobó el recinto con observaciones menores. Posteriormente, se efectuó una visita de cortesía de la SEREMI, la cual entregó recomendaciones en materia de mejoras de infraestructura y accesibilidad universal. En mayo, con la autorización del Alcalde, se formaliza el acto administrativo de contrato de arriendo y habilitación del recinto.

Proceso de contratación de recurso humano

El proceso de selección de personal se llevó a cabo entre los meses de mayo y junio, contando con una amplia participación de profesionales del área. Los postulantes fueron contactados a partir de bases de datos del DESAM La Ligua, Secretaría de Alcaldía y centros de salud comunales.

Se elaboraron perfiles de cargo y una tabla de ponderación que consideró los siguientes criterios:

- Desempeño en entrevista personal.
- Experiencia en trabajo con niños, niñas y adolescentes (NNA) en instituciones públicas o privadas.
- Formación complementaria: cursos y capacitaciones.

La nómina final de seleccionados según puntuación fue presentada al Alcalde en junio, quien otorgó su visto bueno para proceder con las contrataciones.

Se gestiona recurso humano, del Hospital Biprovincial Quillota Petorca siendo las profesionales médicas que realizan consultoría neurológica en nuestro centro, quienes realizaran el proceso diagnóstico y de controles, acercando la atención de especialidad a nuestra comuna.

Relacionado a la atención médica, se realiza licitación pública correspondiente de los medicamentos que indiquen las especialistas, para que estos sean despachados por nuestra farmacia del Cesfam RSB, para que no tengan que viajar al Hospital de Quillota a retirarlos.

Difusión y presentación a la red

Dentro de las actividades planificadas en la carta Gantt se contempló la presentación del proyecto a la red intersectorial y equipos de salud del DESAM, instancia que comenzó en marzo y continúa desarrollándose a la fecha. En este proceso, el proyecto ha sido presentado a equipos de cabecera, referentes técnicos, la Comisión de Salud y el Concejo Municipal, con el objetivo de garantizar la coordinación y participación de todos los actores involucrados.

Componentes del Programa AIDIA

A raíz de la necesidad de atención de la población Neurodivergente el programa de refuerzo a la atención primaria AIDIA es creado metodológicamente estipulando 3 componentes:

Componente 1	**Diagnóstico y Tratamiento**	**Enfermería-Médico-Neuróloga**
Componente 2	**Rehabilitación y Apoyo**	**Terapeuta Ocupacional-Fonoaudiología-Kinesiología-Trabajadora social-Psicóloga.**
Componente 3	**Capacitación**	**Equipos APS**

El componente 1 está conformado por un equipo definido para reforzar el proceso de tamizaje y diagnóstico, están dirigidos a apoyar a los establecimientos de Atención Primaria en ello, lo cual se describe a continuación:

-. Pesquisa: La detección temprana del TEA se asocia a un mejor desempeño futuro en el plano social y educativo, una mejora en la calidad de vida de los NNA y sus familias y a una disminución en los costos, tanto para las familias como para el sistema de salud. Este componente lo realizará profesional de Enfermería.

-. Diagnóstico: El objetivo de la Evaluación Diagnóstica Integral (EDI) de niños, niñas y adolescentes es asegurar que el proceso diagnóstico se lleve a cabo a fin de garantizar que las personas y sus familias reciban una adecuada orientación y los apoyos que requieren para potenciar su funcionamiento y participación en actividades de la vida diaria. Este componente se desarrollará en consultoría neurológica, con apoyo del HBQP y los médicos de APS.

-. Tratamiento: El tratamiento farmacológico no es el eje central del proceso de intervención, por lo que debe ser utilizado para el alivio de síntomas específicos y como un complemento a la atención por parte del equipo de rehabilitación que será descrito a continuación. Es necesario que la indicación pueda ser monitorizada en los espacios de consultoría de salud mental. La canasta de fármacos es específica y será entregada a la población bajo control que se encuentre en el programa AIDIA. Los fármacos serán indicados en consultoría neurológica y controles de salud por médicos de APS.

El componente 2 del equipo de rehabilitación está compuesto por 2 Terapeutas Ocupacionales, 1 Fonoaudióloga, 1 Kinesióloga, 1 Psicólogo/a y 1 Trabajadora Social, articulan intervenciones de profesionales y trabajan para entregar una atención integral, centrada en la persona y su entorno cercano, brindando apoyos, evaluaciones e intervenciones individuales y/o grupales acordes a las necesidades que presenten los NNA , a través de un plan de tratamiento integral (PTI) el cuál es un plan de trabajo consensuado entre los profesionales y las familias y/o cuidadores del NNA, estableciendo objetivos terapéuticos abordables en las sesiones terapéuticas y acordes a las necesidades personales.

Los criterios de priorización establecidos por las orientaciones técnicas del programa, definen que las atenciones y prestaciones serán: 1) NNA con diagnóstico de Autismo, 2) Otras neurodivergencias y 3) condiciones musculo esqueléticas, siendo el rango etario de atención de 0 a 18 años, y que se encuentren el per cápita de la Comuna de La Ligua.

El componente 3 vinculado a la capacitación, está dirigido a mejorar las herramientas del equipo de Atención Primaria en la detección, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en TEA y otros trastornos del neurodesarrollo.

Durante el mes de julio del año 2025, el programa AIDIA da inicio a sus prestaciones en el territorio mediante las visitas domiciliarias integrales cuya finalidad fue tener el primer acercamiento con las familias y/o cuidadores de NNA que estarían como población bajo control en el centro, de igual manera conocer las dinámicas y roles familiares, así como la composición y las características propias de cada territorio, ir conociendo las barreras demográficas y particulares de cada caso. Lo cual también permitió crear difusión del programa, dar a conocer a la comunidad neurodivergente el nuevo espacio de salud primaria que brindaría apoyo y rehabilitación a los NNA que lo requieran.

Las visitas domiciliarias integrales fueron programadas en base a la población infantoadolescente que estuvo bajo control en los programas de salud de la APS de La Ligua como sala de estimulación temprana y sala NANEAS (quienes fueron egresados por edad en algunos casos), priorizando a aquellos NNA con diagnóstico confirmado de autismo, incorporando también otras neurodivergencias y condiciones musculoesqueléticas en menor medida, propiciando un trabajo de intervención paulatina hacia los NNA que cumplan la priorización para iniciar el apoyo integral.

Paralelamente, el equipo de apoyo y rehabilitación definió el flujograma interno de atención, esclareciendo que la puerta de entrada será a través de una orden de derivación realizada en el sistema de registro electrónico emitida por un profesional médico de APS (postas rurales y CESFAM RSB), dónde un contralor interno recibe las derivaciones y aplicará criterios de selección si procede o no a los requisitos para recibir las prestaciones del centro.

Una vez que, las órdenes de atención priorizadas lleguen al centro, personal de éste mismo se contactará con las familias y/o cuidador legal del NNA para poder realizar el ingreso, evaluación, sesiones terapéuticas y posterior egreso para que pueda tener la continuidad de cuidados según lo requiera su ciclo vital.

Hasta el mes de septiembre del año 2025, el Programa AIDIA cuenta con una población bajo control de 50 NNA, de los cuales todos han sido ingresados con su respectivo PTI y evaluación inicial. Se han realizado 43 VDI, y más de 50 sesiones de rehabilitación entre diferentes profesionales

- **Cumplimiento de Indicadores del Programa**

Componente	Indicador	Fórmula	Meta	Mes a cumplir
Diagnóstico y tratamiento del TEA en APS	NNA con sospecha acceden a confirmación diagnóstica.	Nº de NNA con TEA confirmado en el año / Nº de NNA con sospecha de TEA en el año *100	Línea Base	Diciembre
Diagnóstico y tratamiento del TEA en APS	NNA con diagnóstico de TEA acceden a tratamiento farmacológico y no farmacológico según sus necesidades.	Nº de NNA con TEA confirmados y plan de tratamiento en el año/ Nº de NNA con TEA confirmados en el año*100.	Línea Base	Diciembre
Apoyos y Rehabilitación para NNA	Cobertura de Actividades de atención directa según programación asistencial	(Evaluaciones iniciales realizadas+ Evaluaciones intermedias realizadas+ Sesiones realizadas+ actividades terapéuticas grupales realizadas) / Evaluaciones iniciales programadas+ Evaluaciones intermedias programadas+ Sesiones programadas+ actividades terapéuticas grupales programadas) *100	60%	Diciembre
Apoyos y Rehabilitación para NNA	Personas que recuperan o fortalecen su participación en comunidad, producto de la intervención del programa.	N° personas ingresadas que recupera o fortalece su participación en comunidad/ Total de personas ingresadas*100	30%	Diciembre
Apoyos y Rehabilitación para NNA	% de personas ingresadas que cuenta con Plan de Tratamiento Integral consensuado e informado.	N° de personas ingresadas que cuenta con PTI/ Total de personas ingresadas *100	75%	Diciembre
Capacitación	Equipos de salud capacitados	N° de personas capacitadas/ N° de personas contratadas por el programa *100	100%	Diciembre

- **Planificación de actividades**

Planificación realizada por el equipo de trabajo del PRAPS, posterior al análisis realizado del diagnóstico participativo del año 2025 y de los focus group en los que participaron funcionarios de distintas unidades del DESAM.

Nombre	Actividad	Área a abordar
Taller de confección y uso de ayudas técnicas.	Taller dirigido a brindar información respecto a la confección de ayudas técnicas enfocadas en las necesidades de la población infantil TEA y otras neurodivergencias, respecto a sus desafíos diarios. Así como el uso y mantención de estas mismas.	Rehabilitación.
Taller de ponte en mi lugar - TEA. (Plaza ciudadana)	Taller enfocado en generar empatía y concientizar respecto a las diferencias sensoriales que enfrenta la población TEA. A través de diferentes experiencias sensoriales, abierto a la comunidad que guste de participar.	Rehabilitación.
Impacto del uso de pantallas en NNA (lo bueno y lo malo).	Taller enfocado a exponer las problemáticas derivadas del uso de pantallas con NNA. Y cómo afectan las áreas, social/comunicacional, sensoriales, cognitivas, calidad del sueño y juego. Y cómo se puede disponer de su uso de forma enriquecedora al desarrollo.	Promoción /Prevención
Mitos de la medicación en torno al TEA y otras neurodivergencias.	Cápsulas informativas en donde se expondrá la importancia del uso de medicamentos, y se desmienten los mitos relacionados a su uso. Con el fin de promover su consumo responsable según las necesidades de cada NNA.	Promoción /Prevención
Importancia del movimiento en la infancia: salud, juego y aprendizaje.	Taller enfocado a promover la vida sana y activa en la población TEA y otras neurodivergencias. Haciendo énfasis en cómo el movimiento impacta directamente en la salud, el desarrollo del juego y el aprendizaje.	Promoción /Prevención

Nombre	Actividad	Área a abordar
Taller Berrinche vs Desregulación. (Cuidadores y Funcionarios de APS).	Taller enfocado en educar a la población de salud primaria y cuidadores para distinguir entre berrinche y desregulación de los niños y niñas.	Rehabilitación.
	Así mismo orientar a funcionarios de APS y cuidadores en cómo abordar ambos casos.	
Taller: Duelo diagnóstico y burnout y manejo del estrés en padres y madres de NNA TEA y otras neurodivergencias.	Actividad orientada en abordar el duelo diagnóstico como una problemática, facilitando la comprensión del proceso del mismo.	Prevención/ promoción
	Así mismo entregar herramientas para sobrellevar los períodos de burnout.	
Alimentación como desafío en el TEA y otras neurodivergencias.	Actividad con enfoque en exponer los desafíos que se presentan durante las actividades de alimentación con NNA con TEA y otras neurodivergencias, e identificación de sus posibles orígenes y estrategias de abordaje.	Rehabilitación.
Confección e implementación de caja sensorial + instructivo para APS	Actividad orientada a la confección de caja sensorial para abordaje en TEA y otras neurodivergencias	Promoción /Prevención
	Más instructivo de cómo utilizarla y en qué casos.	Rehabilitación.
Taller de huerto medicinal.	Actividad orientada a la preparación y confección de huerto medicinal. Involucrando a la familia y brindando espacios de vínculo, dispersión y experiencias sensoriales.	Rehabilitación.

Nombre	Actividad	Área a abordar
Operativo de salud auditiva	Instancia en la que se realiza la prestación de evaluación y limpieza de oídos para la población de centro AIDIA.	Rehabilitación.
	Más charla respecto a la hipersensibilidad y el uso de audífonos bloqueadores.	
Capacitación de personal de salud primaria.	Difusión del protocolo de centro AIDIA en distintas reuniones con los estamentos para que puedan conocer el funcionamiento de éste y derivar de manera correcta.	Promoción /Prevención
Capacitación a los equipos educacionales	Capacitación y sensibilización a equipos educacionales de la comuna (Municipales- subvencionados) Sobre el manejo de diagnósticos neuro divergentes y entregar herramientas para que puedan aplicar tanto en el aula como en los ámbitos escolares	Promoción/ Prevención
Participación en mesas comunales de Infancia	Participar en mesas comunales de infancia, generando una sensibilización respecto al abordaje de las neuro divergencias y de las prestaciones que tiene el centro AIDIA.	Promoción/ Prevención
Distribución de Infografías mensuales de neurodivergencia, en postas rurales y Cesfam RSB	Confección de infografía con enfoque en la sensibilización e información en cuanto a neurodivergencias, para distribuirlos de manera trimestral en los centros de salud primaria.	Promoción/ Prevención

Nombre	Actividad	Área a abordar
Actividad del día del Autismo - 2 abril 2026.	Taller: Entrega de estrategias y herramientas aplicables en la vida diaria (tips y sugerencias).	Promoción/ Prevención
	¿Qué harían ustedes? (poner escenarios para cuidadores).	
	Confección de souvenir.	
Articulación con instituciones públicas para concientizar la utilización de un carnet identificatorio para NNA TEA, para acceder a atenciones preferenciales.	Se realizarán gestiones con las instituciones públicas dispuestas a colaborar con la aplicación de la atención preferencial a través de un carnet identificatorio para NNA autistas (independiente de si cuentan o no con la credencial de discapacidad)	Promoción/ Prevención
Creación del carnet de carnet identificatorio para NNA TEA	Confección de carnet identificatorio el cual será entregado a los cuidadores para garantizar fácil y ágil acceso a servicios que presten instituciones con las que se ha pactado acuerdo de atención preferencial.	Promoción/ Prevención
Taller Ley de Autismo	Realización de taller educativo sobre la ley de autismo 21.545 la cual tiene como objetivo principal asegurar la inclusión social, la atención integral y la protección de los derechos de las personas con trastorno del espectro autista (TEA) en los ámbitos de salud, social y educativo	Promoción/ Prevención
Mantención de escolaridad en NNA TEA y otras neurodivergencias	Fomentar que los niños , niñas y adolescentes en edad escolarizada puedan ingresar y continuar sus intervenciones escolares, evitando la deserción, a través de un seguimiento durante las sesiones de rehabilitación y posterior egreso.	Promoción/ Prevención
Gestiones con organizaciones públicas y/o privadas que fomenten la oferta laboral inclusiva.	Realización de gestiones con instituciones públicas y/o privadas que fomenten la inclusión laboral. Vinculación de persona neurodivergente que requiere salir al ámbito laboral, con instituciones públicas o de origen privado	Promoción /Prevención









2.13 Programa de Salud Respiratoria

El Programa de Salud Respiratoria brinda atención a toda la comuna de La Ligua tiene como finalidad garantizar una atención integral, oportuna, humanizada y de calidad a la población que presenta patologías respiratorias agudas y crónicas. Este programa se estructura en dos unidades clínicas diferenciadas:

- Sala de Infecciones Respiratorias Agudas (IRA): orientada al manejo de cuadros respiratorios agudos, principalmente en población pediátrica.
- Sala de Enfermedades Respiratorias del Adulto (ERA): destinada al seguimiento y tratamiento de enfermedades respiratorias crónicas en población adulta.

Objetivo General

Proporcionar atención especializada, personalizada y oportuna a usuarios que cursan con infecciones respiratorias agudas o enfermedades respiratorias crónicas, con el propósito de:

- Reducir la incidencia de complicaciones y la mortalidad prematura asociada a estas patologías.
- Mantener clínicamente compensada a la población bajo control.
- Contribuir a la mejora sostenida de la calidad de vida de los pacientes.
-

Objetivos Específicos

- Disminuir la mortalidad prematura atribuible a enfermedades respiratorias agudas y crónicas mediante intervenciones clínicas oportunas y seguimiento continuo.
- Implementar estrategias educativas, tanto individuales como grupales, orientadas a la promoción de la salud respiratoria, el autocuidado y la adherencia terapéutica.

En el año 2025 y en el marco de campaña de invierno, se implementaron acciones estratégicas orientadas a fortalecer la atención de salud respiratoria en la comuna, con especial énfasis en la prevención, el acceso oportuno y la continuidad de los cuidados durante el período de mayor incidencia de enfermedades respiratorias. , el Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota destinó recursos al Programa de Salud Respiratoria con el propósito de reforzar la atención en la comuna, especialmente durante el período de mayor incidencia de enfermedades respiratorias.

Como parte de esta estrategia, se incorporó un equipo de cuatro kinesiólogos de refuerzo, distribuidos según el percápita en sectores rurales y urbano, con el objetivo de:

- Abordar de manera oportuna las patologías respiratorias agudas y crónicas que se intensifican durante la temporada invernal.

- Prevenir la ocurrencia de exacerbaciones y evitar descompensaciones de enfermedades respiratorias de base.

- Optimizar la cobertura asistencial, mediante la atención en horarios de alta demanda y la implementación de extensión horaria, mejorando así la accesibilidad y oportunidad de la atención.

El refuerzo profesional permitió potenciar la capacidad resolutiva del equipo de salud, contribuyendo a la disminución de hospitalizaciones, la continuidad del tratamiento de pacientes crónicos y el fortalecimiento de la respuesta comunal frente a los desafíos respiratorios propios del invierno.

Subprogramas y Programas Complementarios

Según el Modelo de Atención Integral en Salud, el programa de Salud Respiratoria IRA/ERA, debe orientarse a brindar una atención oportuna, integral y continua. Para lograr este propósito, es esencial implementar estrategias que favorezcan el mantenimiento de condiciones óptimas de salud en la población, para ello se requiere una coordinación interna eficaz entre los distintos programas de salud, considerando las necesidades específicas en cada etapa del ciclo vital. Esta articulación debe involucrar activamente al equipo profesional del centro de salud, fomentando el trabajo colaborativo y multidisciplinario, con el fin de asegurar la ejecución adecuada de las actividades programáticas y fortalecer la respuesta sanitaria en el ámbito comunitario.

● Subprogramas y Programas Complementarios

Programas Complementarios	Definición
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 Además de contribuir a la prevención, diagnóstico oportuno y manejo integral de patologías respiratorias agudas y crónicas durante la infancia
Programa Salud Integral Adolescentes y Jóvenes.	Mejorar el acceso y la oferta de servicios en los distintos niveles de atención del sistema de salud, mediante un enfoque integral que permita prevenir, diagnosticar oportunamente y manejar de forma continua las patologías respiratorias agudas y crónicas en la población adolescente, a lo largo de su ciclo vital.
Programa de Salud del Adulto	El Programa de Salud Cardiovascular (PSCV) es una estrategia del Ministerio de Salud que tiene como objetivo reducir las enfermedades y muertes cardiovasculares mediante la detección y control oportuno de factores de riesgo. reducir la morbimortalidad cardiovascular asociada, mitigando el riesgo derivado de manifestaciones extrapulmonares de patologías respiratorias crónicas

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. Contribuir a la prevención, diagnóstico oportuno y manejo integral de enfermedades respiratorias agudas y crónicas, promoviendo una atención continua durante su ciclo vital. Asimismo, apoyar la reducción de la morbimortalidad cardiovascular, disminuyendo el riesgo coronario asociado a manifestaciones extrapulmonares de patologías respiratorias crónicas.

Programas Complementarios	Definición
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.
SUR	Coordinación permanente con el programa espiratorios, especialmente en la derivación de pacientes GES (IRA baja en menores de 5 años, asma bronquial, EPOC, neumonía en mayores de 65 años). Esta articulación es clave para asegurar la continuidad del tratamiento y el seguimiento clínico.
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. El (PNI) tiene como propósito contribuir a prevenir infecciones respiratorias graves. Esto permite reducir la incidencia de enfermedades que requieren atención en dichas salas, fortaleciendo así la estrategia de prevención y descongestionando los servicios de urgencia respiratoria.
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. Realiza pesquisa de paciente que cumpla con criterio de caso presuntivo, y/o población de riesgo

Indicadores de Gestión

En relación con los ingresos crónicos registrados en las salas respiratorias, así como la existencia de población bajo control y población clínicamente compensada, se presentan los siguientes indicadores:

SECCIÓN B: INGRESO CRÓNICO SEGÚN DIAGNÓSTICO (SÓLO MÉDICO)						
DIAGNÓSTICO O PROGRAMA		TOTAL	TOTAL IRA		TOTAL ERA	
		Ambos Sexos	Hombres	Mujeres	HOMBRES	MUJERES
Síndrome bronquial obstructivo recurrente (SBOR)	Leve	12	16	8	0	0
	Moderado	3	4	2	0	0
	Severo	0	0	0	0	0
Asma bronquial	Leve	33	24	18	7	15
	Moderado	14	11	7	3	7
	Severo	0	0	0	0	0
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)	Tipo A	13	6	7	5	5
	Tipo B	0	0	0	0	0
Displasia broncopulmonar		0	0	0	0	0
Fibrosis quística		0	0	0	0	0
Oxígeno dependiente		0	0	0	0	0
Asistencia ventilatoria no invasiva o invasiva		0	0	0	0	0
Otras respiratorias crónicas		6	0	6	0	5
TOTAL		81	61	48	15	32

SECCIÓN A: EXISTENCIA DE POBLACIÓN EN CONTROL				
PROGRAMAS		**TOTAL**		
		Ambos Sexos	Hombres	Mujeres
Síndrome Bronquial Obstructiva Recurrente (SBOR)	Leve	77	51	26
	Moderado	38	24	14
	Severo	0	0	0
Asma Bronquial	Leve	517	198	319
	Moderado	352	126	226
	Severo	33	8	25
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)	Tipo A	132	57	75
	Tipo B	8	2	6
Otras Respiratorias Crónicas		129	39	90
Oxigeno Dependiente		7	3	4

PROGRAMAS		TOTAL		
		Ambos Sexos	Hombres	Mujeres
Asma Bronquial	Controlado	559	210	349
	Parcialmente Controlado	140	50	90
	No Controlado	52	13	39
	No evaluada	135	49	86
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)	Logra Control Adecuado	87	29	58
	No Logra Control Adecuado	17	9	8
	No evaluada	37	21	16

Programa de infecciones Respiratorias Agudas (IRA)

El Programa de Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) está orientado a la atención integral de usuarios entre 0 y 14 años de edad que presentan patologías respiratorias tales como: Síndrome Bronquial Obstructivo (SBO), Neumonía, Bronquitis, Asma y Síndrome Bronquial Obstructivo Recurrente (SBOR), entre otras. El propósito del programa es implementar estrategias de promoción, prevención, control clínico y recuperación o estabilización de los pacientes, mediante intervenciones oportunas, seguimiento especializado y continuidad en la atención.

Objetivos del Programa IRA

- Reducir la mortalidad infantil asociada a neumonía mediante diagnóstico precoz y tratamiento oportuno.
- Disminuir las hospitalizaciones derivadas de síndromes bronquiales obstructivos, a través de un manejo ambulatorio eficaz.
- Optimizar el manejo clínico del asma en población pediátrica, promoviendo el control de síntomas y la adherencia terapéutica.
- Fortalecer las prácticas de autocuidado en el entorno familiar, mediante educación en salud respiratoria y empoderamiento de cuidadores.

El programa garantiza el acceso oportuno, seguro y continuo a la atención especializada, asegurando la disponibilidad de prestaciones como:

- Kinesioterapia respiratoria, orientada a mejorar la función pulmonar, prevenir complicaciones y favorecer la recuperación funcional.
- Controles clínicos periódicos, que permiten el seguimiento de la evolución del paciente y la adecuación del tratamiento según la condición clínica.

Estas intervenciones son fundamentales para asegurar una atención de calidad, centrada en el usuario y orientada a resultados clínicos positivos.

Indicadores de Gestión

En relación con los ingresos agudos registrados en la Sala de Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), así como con la realización de controles crónicos efectuados por profesionales médicos y kinesiólogos, se presentan a continuación los siguientes indicadores de desempeño:

SECCIÓN A: INGRESOS AGUDOS SEGÚN DIAGNOSTICO DERIVADOS A SALA IRA		
DIAGNÓSTICOS	TOTAL	
	Ambos Sexos	Hombres
I.R.A. alta	17	10
Influenza	0	0
Neumonía	7	5
Coqueluche	1	0
Bronquitis obstructiva aguda	79	50
Otras IRAS bajas	27	16
Exacerbación síndrome bronquial obstructivo recurrente (SBOR)	20	15
1515Exacerbación Asma	12	7
Exacerbación de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)	0	0
Exacerbación fibrosis quística	0	0
Exacerbación otras respiratorias crónicas	0	0
TOTAL	163	103

SECCIÓN E: CONTROLES REALIZADOS (CRONICOS IRA)			
PROFESIONAL	TOTAL IRA		
	Ambos Sexos	Hombres	Mujeres
Médico/a	363	219	144
Enfermera/o	0	0	0
Kinesiólogo/a	494	305	189
TOTAL	857	524	333

Programa de Enfermedades Respiratorias del Adulto (ERA)

El Programa ERA está orientado a la atención de personas desde los 15 años hasta los 80 años y más, que presentan patologías respiratorias crónicas y agudas. Su objetivo principal es asegurar una atención integral, continua y de calidad a la población bajo control, con diagnósticos tales como Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), Asma, entre otros cuadros respiratorios prevalentes.

Asimismo, el programa contempla la atención de enfermedades respiratorias agudas como NAC en población adulta, garantizando el acceso oportuno a intervenciones clínicas que permitan:

- Prevenir complicaciones.
- Estabilizar cuadros agudos.
- Mantener el control de patologías crónicas.

El programa asegura un acceso oportuno, seguro y continuo a la atención especializada, permitiendo la ejecución de tratamientos indicados, tales como:

- Kinesioterapia respiratoria, orientada a mejorar la función pulmonar y prevenir descompensaciones.
- Controles clínicos periódicos, que permiten el seguimiento y ajuste terapéutico según evolución del paciente.

- Educación en autocuidado y adherencia terapéutica, dirigida a fortalecer el rol activo del usuario en el manejo de su condición de salud.

Estas acciones están orientadas a mejorar la calidad de vida de los usuarios, prevenir descompensaciones clínicas y reducir la carga asistencial en niveles de mayor complejidad, contribuyendo a la eficiencia del sistema de salud.

Indicadores de Gestión

En relación con los ingresos agudos registrados en la Sala de Enfermedades Respiratorias del Adulto (ERA), así como con la realización de controles crónicos efectuados por profesionales médicos y kinesiólogos, se presentan a continuación los siguientes indicadores de desempeño:

SECCIÓN A: INGRESOS AGUDOS SEGÚN DIAGNOSTICO DERIVADOS A SALA ERA			
DIAGNÓSTICOS	TOTAL		
	Ambos Sexos	Hombres	Mujeres
I.R.A. alta	1	1	0
Influenza	0	0	0
Neumonía	21	11	10
Coqueluche	0	0	0
Bronquitis obstructiva aguda	30	8	22
Otras IRAS bajas	8	2	6
Exacerbación síndrome bronquial obstructivo recurrente (SBOR)	0	0	0
Exacerbación Asma	9	4	5
Exacerbación de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)	7	4	3
Exacerbación fibrosis quística	0	0	0
Exacerbación otras respiratorias crónicas	1	0	1
TOTAL	77	30	47

SECCIÓN E: CONTROLES REALIZADOS (CRONICOS ERA)			
PROFESIONAL	TOTAL		
	Ambos Sexos	Hombres	Mujeres
Médico/a	555	170	385
Enfermera/o	0	0	0
Kinesiólogo/a	789	208	581

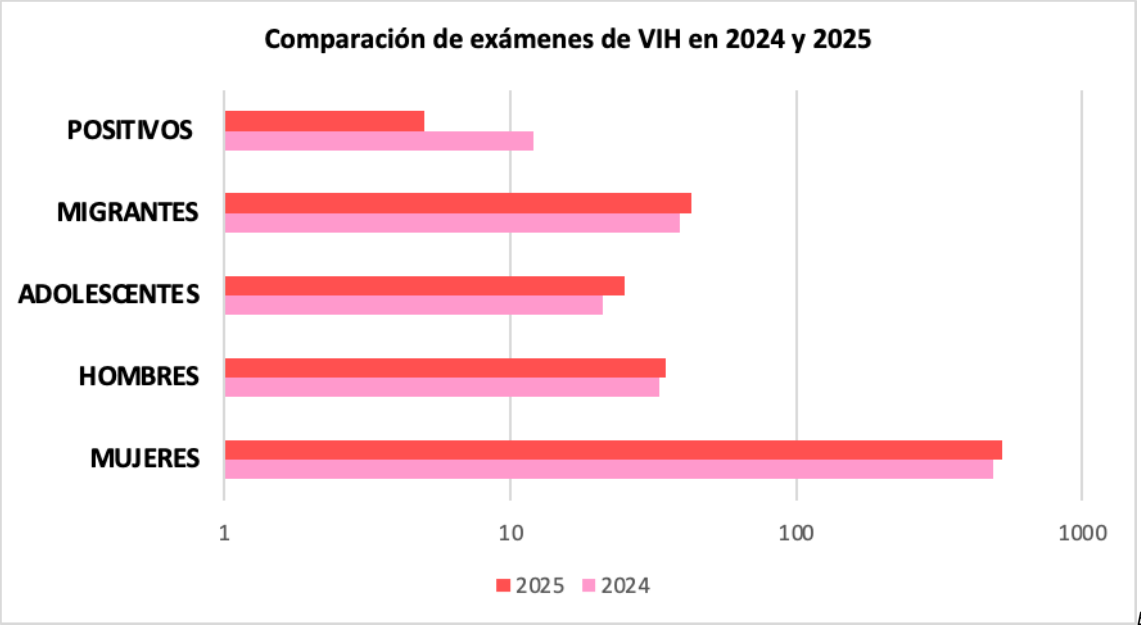
2.14 Programa VIH/ITS

El programa se centra en ayudar a disminuir la morbimortalidad por VIH/ITS, facilitando el acceso oportuno a exámenes, tratamiento y/o controles a la población del Departamento de Salud Municipal, abarcando la población del sector urbano correspondiente al Cesfam Raúl Sánchez Bañados y a la población del sector rural correspondiente a las nueve Postas de Salud. 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. Asimismo, 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, también realiza tamizaje de otras ITS tales como: Virus de la Hepatitis B y Chagas. 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 la toma de estos exámenes, según lo establecen los gráficos desplegados.



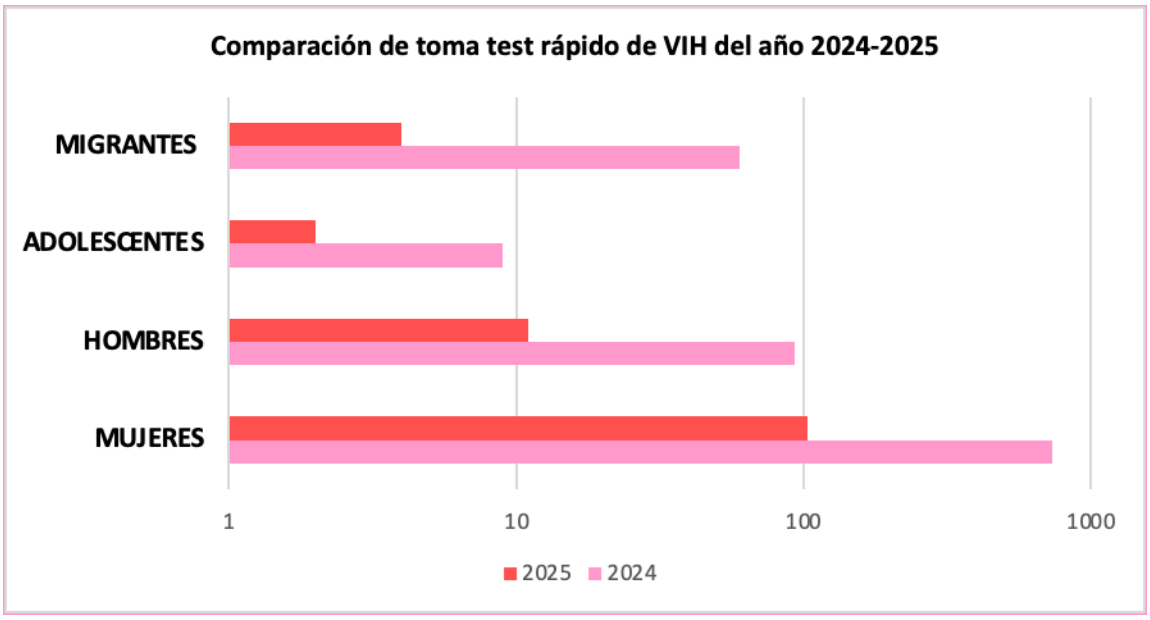
Estadística DESAM La Ligua. No entra la estimación del último trimestre del 2025.

La población que muestra el gráfico evidencia que siguen siendo las mujeres quienes más testeo reciben para VIH, considerando las estrategias de controles de embarazo y que la profesional que más realiza acompañamiento en todo el ciclo vital de la mujer, es la matrona. Sin embargo, vemos un leve aumento de testeo en hombres, lo cual se transforma en un eje estratégico para el 2026.

Por otra parte, se evidencia en los datos una disminución en la cantidad de casos positivos para VIH confirmados por Instituto de Salud Pública (ISP). No obstante, se desconoce la cantidad real comunal debido a la inexistencia de trazabilidad con el extrasistema.

Los motivos de consulta en los que se solicitan exámenes para VIH son: controles de embarazo, consultas espontáneas y morbilidades. Sin embargo, existe una oferta limitada de examen venoso para VIH en contexto de examen médico preventivo del adulto y adulto mayor (EMPA/EMPAM), por lo que se espera contar con una mayor cobertura de usuarios con tamizaje vigente.

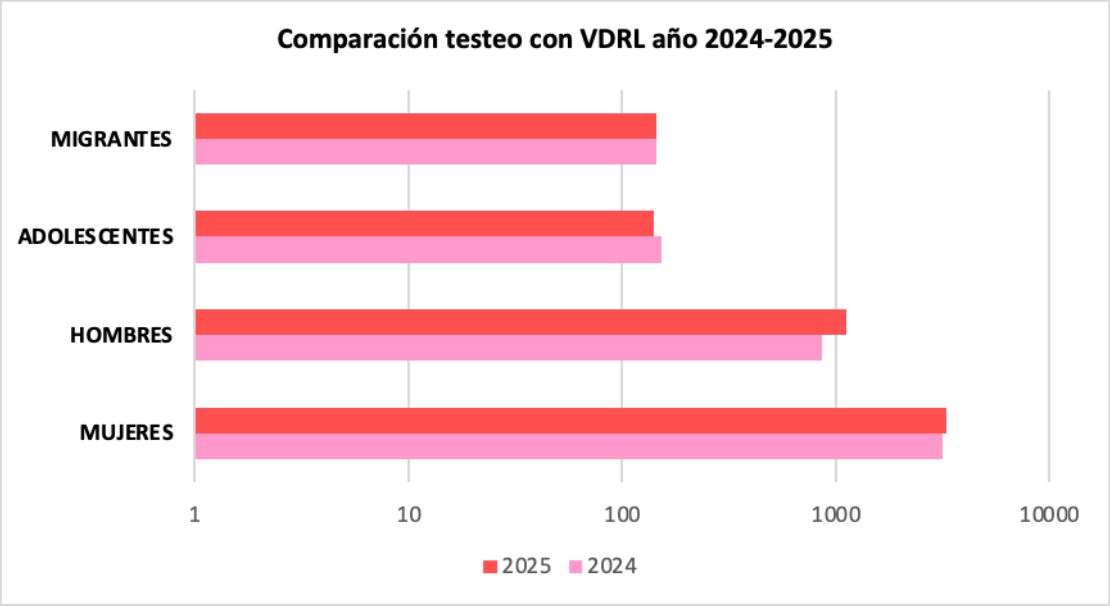
Dentro de la oferta de tamizaje para VIH existe otra alternativa denominada test visual/rápido la cual consiste en una toma de muestra capilar rápida, segura y efectiva. El test rápido de VIH, instaurado desde el año 2018 como estrategia en la APS, es utilizada con mayor frecuencia en las actividades extramurales como lo son ferias, operativos e instancias educativas. Además, es la herramienta de mayor importancia e impacto para el programa, ya que les da a los usuarios una opción con mayor inmediatez y eficaz en el diagnóstico de VIH.



Estadística DESAM La Ligua. No entra la estimación del último trimestre del 2025.

El gráfico muestra que la estrategia de test rápido de VIH se mantuvo durante el primer trimestre del 2025 en controles prenatales y como toma espontánea, sin embargo, un déficit de stock a nivel ministerial por lo que hubo una disminución significativa de toma de test en relación al 2024. Esta situación se está rectificando en el último trimestre del 2025 con la continuidad del tamizaje buscando aumentar la población testeada.

Por otro lado, la prestación de solicitud de VDRL es 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 intersectó, como lo es el policlínico de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), del Hospital San Agustín La Ligua.



Estadística DESAM La Ligua. No entra la estimación del último trimestre del 2025.

Al comparar el año en curso con el año 2024, se ve que hay un aumento del testeo de VDRL en hombres, a causa de un trabajo continuo de los equipos y del programa en fortalecer conocimientos y sensibilización sobre la importancia del examen. Mientras que el testeo a mujeres aumentó, pero discretamente ya que están más en constante monitoreo.

Dentro de los testeos que consideran un seguimiento epidemiológico, está el examen para enfermedad de Chagas. Esta estrategia es supervisada por delegada de epidemiología del departamento de salud municipal y se solicita principalmente a embarazadas o a estudios de familias con Chagas.

Por último, desde mayo del 2024 comenzó la estrategia de testeo para Hepatitis B. Tamizaje exclusivamente para gestantes al ingreso prenatal, indicado por el Servicio de Salud Viña Quillota. En el 2025 no ha habido casos nuevos positivos, solo en el 2024. Lo cual ha permitido al programa una coordinación directa con unidades de Infectología del nivel secundario de salud.

- **Subprogramas y Programas Complementarios**

Programas Complementarios	Definición
Programa Adolescente	Tiene el propósito de entregar a la población adolescente educación en prevención de ITS, orientación y autonomía en los adolescentes 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 de Salud 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.
Epidemiologia	Tiene el propósito de mantener vigilancia epidemiológica de los casos reactivos confirmados y su monitoreo posterior, de Chagas, Hepatitis B, Sífilis y VIH. También es el programa base para la coordinación con PROCET.
Programa Nacional de Control y Eliminación de la Tuberculosis	Tiene el propósito de dar cumplimiento al tamizaje de baciloscopía 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.
Promoción de Salud	Tiene el propósito de ejecutar las instancias educativas, de prevención y promoción en ferias de salud, operativos e incluso a través de las redes sociales para llevar la información del programa a todos los usuarios.
Servicio de Urgencia Rural	Tiene el propósito de vincular el programa VIH con los usuarios que consultan por síntomas asociados a ITS y dar continuidad a tratamiento y seguimiento epidemiológico.

- **Metas de Programa:**

Indicador: COMGES 2. Prevención y Control del VIH/SIDA

Meta COMGES	Muestreo
2.14 Cumplimiento de test visual/rápido en los establecimientos de atención primaria del Servicio de Salud.	Este indicador mide el incremento de test visual/rápido realizados en los establecimientos de atención primaria del Servicio de Salud. Cuenta con un requisito asociado, donde se espera que exista un aumento en la realización de test en la población especifica de hombres entre 25-64 años.
2.15 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.
2.16 Personas viviendo con VIH de la población bajo control que se encuentran en terapia antirretroviral y con carga viral indetectable.	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 2026 están orientadas a ampliar la cobertura de toma de test rápido/visual a la población general con mayor énfasis en hombres de 25-64 años como indica la estrategia, manteniendo las mismas herramientas y prestaciones que se están realizando actualmente. Además, se considera generar instancias educativas y de capacitación continua a los respectivos equipos de salud.

Una nueva forma de coordinación, es crear una mesa de trabajo directa con Delegada de Epidemiología y el Programa Nacional de Control y Eliminación de la Tuberculosis (PROCET), para mantener seguimiento, unificar criterios y trabajar en protocolos locales para que las PPVV, Chagas, Hepatitis y Sífilis 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.

Asimismo, se buscará fortalecer el acercamiento a los grupos etarios con escasa visibilización y educación generando reuniones técnicas para establecer estrategias de abordaje.

Estrategia	Indicador	Actividad
Ofertar Toma de Test Rápido de VIH	Población que solicite test rápido de VIH Hombres de 20-64 anos	Realizar operativos extramurales de toma de test en sector urbano y rural, sumándose a instancias propias de los sectores como atenciones en terreno o ferias de salud. Toma de test visual de manera espontánea permanente en CESFAM Raúl Sánchez Bañados y Postas de Salud Rural.
Conformación de Mesa de Trabajo Epidemiológica y Capacitación a Equipos de Salud Clínicos y no Clínicos	Funcionarios Nuevos Equipo de Epidemiologia Equipo PROCET Funcionarios Clínicos Funcionarios no Clínicos	Realizar reuniones periódicas con la mesa de trabajo epidemiológica y/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
Actividades de Promoción y Prevención	Población general en efemérides y población adolescente.	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. Realización de actividad conmemorativa o feria de salud con enfoque de género y derecho en Diciembre por el día mundial de la lucha contra el VIH/SIDA
Vinculación con Servicio de Urgencia Rural (SUR)	Población Adulta Personas que consultan en SUR	Vincular al programa con el SUR (Servicio de Urgencia Rural), reuniones periódicas y de énfasis en notificación de patologías como VIH/Sífilis e ITS en el Servicio de Urgencia Rural

- **Actividades Programa VIH 2025**

Feria "Mujer Trabajadora" por la Conmemoración del Día de la Mujer (Marzo/2025)



Feria de Salud "Valle Hermoso Previene" (Mayo/2025)

PLAN DE SALUD COMUNAL 2026

Departamento de Salud Municipal

REGISTROS PLAZAS CIUDADANAS/ Conmemoración mes del Cáncer de Mama





Conmemoración Día Mundial el VIH realizado en diciembre del 2024.



2.15 Programa Epidemiología.

El Departamento de Salud Municipal de La Ligua cuenta con un sólido Programa de Vigilancia Epidemiológica, coordinado por un delegado designado según el Decreto Supremo N°7/2019. Este programa se enfoca en monitorear y responder a enfermedades y brotes que representan un riesgo para la comunidad.

Durante el año 2025 se realizan:

- El programa epidemiologia tiene un enfoque integral en el ciclo vital de la persona, ya que nos permite el estudio de eventos que se relacionan con la salud en casos específicos, mencionado desde la niñez hasta la adultez mayor, iniciando en la gestación con la detección de enfermedades en la madre con la finalidad de dar prevención y protección sanitaria a la madre/hijo y su entorno, en la etapa de la infancia y adolescencia nos enfocamos en prevención y control de enfermedades infectocontagiosas y lesiones permitiendo un estudio optimo y tratamiento adecuado al usuario, mencionar el abordaje en esta etapa de usuarios con problemas de salud mental, problemática no menor considerándose como desafío a nivel de políticas públicas. En la etapa de la adultez y adultez mayor se realiza análisis de factores de riesgo y factores protectores en usuarios con enfermedades crónicas y su compensación para un óptimo abordaje y adecuado tratamiento, todo esto se logra con el trabajo en red con los diferentes equipos de salud de APS tanto de la zona urbana como rural considerando la dispersión geográfica , notificando de forma oportuna los casos de epivigilancia, mencionar el trabajo en red el cual como equipo nos permite dar buen uso a los recursos tanto humanos como materiales, gestionándolos de forma efectiva y eficiente.

- La comunicación y entrega de información tanto desde Servicio de salud Viña del Mar/Quillota/Petorca, envió de muestras solicitados desde el servicio las cuales deben ser procesadas en ISP y posterior recepción de resultado. Desde nuestro centro se mantiene la información bidireccional con SSVQ ante brotes o información de nuevas enfermedades a nivel país se mantiene y se fomenta la comunicación con centros de baja complejidad quienes son nuestros referentes en los casos de derivación de enfermedades con el objetivo de confirmar enfermedades y entrega de tratamiento, posterior a esto se le da continuidad en nuestro centro de salud dando cobertura con aquellos exámenes complementarios a la patología.

- La información obtenida desde servicio de urgencias rural (SUR), considerar que es un componente critico de salud en el cual se proporciona atención médica inmediata a aquella población que se encuentra alejada de la población urbana, permitiéndonos

identificar brotes y enfermedades infectocontagiosas, los cuales son tiempo dependiente otorgando el tratamiento y posterior seguimiento de dichos casos.

- Capacitaciones y reuniones con referentes del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota y DESAM La Ligua para reforzar conocimientos sobre patologías de notificación obligatoria (ENO), notificaciones de VDRL, manejo de nuevos brotes en la población con pesquisa oportuna.
- Colaboración intersectorial con jardines infantiles y colegio con la finalidad de pesquisar y vigilar enfermedades/brotes, en poblaciones de mayor riesgo, las cuales nos permitieron realizar un abordaje e intervenciones fomentando la educación y practicas saludables óptimo de cada caso individualizando cuidados y permitiendo cuidados a las familias.
- El programa epidemiologia en la comuna de La Ligua cuenta con rol importante a ¿nivel local en lo que se evidencia y se cuenta con el apoyo de dos subprogramas de trabajo el cual se conforma como comité de trabajo, con la finalidad de dar cobertura en la totalidad a la población considerando el ciclo vital desde la gestación a la adultez mayor, de esta forma se lora gestionar el trabajo comunitario.
    -. Programa VIH
    -. Programa TBC
- Las enfermedades en epivigilancia con mayor incidencia en la comuna, según el dato de notificaciones en la base de datos en el Departamento de salud Municipal La Ligua.
    -. Sífilis
    -.Escabiosis
    -. Chagas
    -. Enfermedades transmitidas por alimentos (ETA
    -. Varicela
    -. Hidatidosis
    -.Tuberculosis
- Estrategias de trabajo a la fecha en relación a la epidemiologia que se mantiene en monitoreo constante en la comuna en lo que como equipo debemos considerar la dispersión geográfica y población proveniente de otras comunas en las que se genera comunicación con su cetro de salud de origen, población flotante en época estival, trabajando tanto en usuarios inasistentes generando rescates y monitoreo de usuarios que son derivados desde atención secundaria y terciaria para dicho seguimiento de casos y entorno familiar, además mencionar la confirmación diagnóstica, y el manejo de la sintomatología en casos requeridos y derivación tiempo dependiente en dichos usuarios.

- Monitoreo en Epivigila/Midas y notificación en plataformas ministeriales.
- Reforzar la importancia de la notificación de ENO.
- Vigilancia activa y vinculación con programas complementarios.
- Confeccionar un plan de trabajo con el Programa de Salud Cardiovascular para abordar la patología Chagas.
- Vinculación extramural y nexo comunicacional con la red comunal.
- Educación y capacitación para funcionarios de salud y establecimientos educacionales.
- Fortalecer la vigilancia epidemiológica y difusión de ENO en sectores de atención con alta demanda.
- Identificar oportunamente usuarios con enfermedades de notificación obligatoria.
- Realización de actividades de promoción y prevención de salud con enfoque epidemiológico.

Eje	Actividad/Estrategia
Monitoreo en epivigila/ Midas	✓ Sociabilizar el sistema de notificación de la plataforma ministerial permitiendo la conectividad. ✓ Fomento de la importancia de la notificación de ENO de forma continua t a tiempo. ✓ Realización de vigilancias activas por parte del delegado de epidemiologia de DESAM y sus subprogramas. ✓ Comunicación con SSVVQ, mantención de comunicación bidireccional.
Vinculación con programas complementarios	✓ Establecer vínculos con programas complementarios para una atención integral. ✓ Fomento y mantención de comunicación de población de riesgo con equipo APS en todo el ciclo vital y abordaje en todos los programas. ✓ Desarrollar un plan de trabajo conjunto con el Programa de Salud Cardiovascular para abordar la patología Chagas y prevenir complicaciones.
Vinculación extramural	✓ Fomentar la colaboración extramural y mantener un nexo comunicacional con la red comunal (Educación, Hospital San Agustín, Seremi). ✓ Capacitar a funcionarios de establecimientos educacionales para identificar ENO comunes en colegios (varicela, Escabiosis e Hidatidosis). ✓ Realizar actividades de promoción y prevención de salud con enfoque epidemiológico.

Capacitación	✓ Planificar capacitaciones intramurales para funcionarios de salud de DESAM La Ligua según necesidades y actualizaciones del Ministerio de Salud. ✓ Planificación de capacitaciones en docentes de jardines infantiles y colegios.
Notificación	✓ Crear infografías sobre ENO para distribuir en Postas de Salud Rural y Cesfam. ✓ Creación de infografía según enfermedad en la realidad local.

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

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

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

Población bajo control Septiembre 2025

Rango etario	N° de casos índices	N° de contactos	N° personas en tratamiento	N° total de Usuarios
0-9	0	2	2	2
10.-19	0	1	1	1
20 – 64	4	3	1	7
64 -80 o +	1	1		2
Total	5	7	4	12

Fuente: Serie P Unidad de Estadística DESAM La Ligua, septiembre 2025.

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:

- *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*
- *los pacientes con otras inmunosupresiones*

A estos grupos vulnerables se agregan las poblaciones cerradas ***(hospederías, hogares de personas mayores, establecimientos psiquiátricos).***

Pesquisas realizadas hasta septiembre del año 2025

APS	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	septiembre
La Ligua	7	9	3	2	3	11	4	3	1

Total de muestras 2025: 42/ Meta 2025: 86/ % cumplimiento: 48.8

Programas con los que se vincula

PROGRAMA	PESQUISA
PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR	Usuarios diabéticos descompensados o adultos mayores, que cumplan con criterio de caso presuntivo se derivara de forma espontánea para la realización de genexpert. en su sector .
PROGRAMA VIH	Usuarios con diagnostico positivo se derivará inmediatamente a la realización de genexpert.
PROGRAMA SALA ERA	Todo paciente que cumpla con criterio de caso presuntivo , tos por más de dos semanas con sintomatología asociada o siendo población de riesgo se derivara de forma espontánea para la realización de genexpert .
PROGRAMA MAS	Todo adulto mayor que se encuentre con tos por más de dos semanas más sintomatología asociada como baja de peso, sudoración nocturna o hemoptisis. se derivara para realizar genexpert de forma inmediata .

Plan de trabajo

El plan de trabajo del equipo PROCET 2025-2026.

Objetivo	Estrategia	Actividades
Mejorar el rendimiento de la localización de casos positivos sobre el 90%	Capacitar al personal de salud con el objetivo de fortalecer las habilidades para pesquisa eficaz de casos presuntivos , contribuyendo así a mejorar la localización de posibles casos de tuberculosis .	Capacitación
	Realizar de manera integral el estudio de contactos del caso indice , con el propósito de identificar oportunamente nuevos casos dentro del mismo grupo .	Supervisión de estudio de contactos
Lograr el cumplimiento de tratamiento en un 90% de los casos activos	Implementar un taller dirigido a los casos índices y contactos que inicien tratamiento de tuberculosis , con el objetivo de que comprendan la importancia de completar el esquema terapéutico	Taller de tuberculosis para todo paciente que inicia tratamiento , realizado por enfermera .
	La administración del tratamiento se realizara de forma ambulatoria en el lugar más cercano al domicilio o lugar de trabajo del paciente , conforme a lo establecido en la norma técnica .	Entrega de tratamiento supervisado de forma oportuna y eficaz.
	Cada sector realizara el seguimiento del caso , con el objetivo de prevenir posibles abandonos del tratamiento	Seguimiento de casos en tratamiento , de forma diaria , por el sector correspondiente , con la finalidad de prevenir el abandono .

Anexo de capacitación de médicos







2.17 Programa de Resolutividad e Imágenes Diagnósticas.

- **Descripción del Programa a cargo.**

El Programa de Resolutividad e Imágenes Diagnósticas tiene como propósito aumentar la capacidad resolutiva de la Atención Primaria de Salud (APS), evitando derivaciones al nivel secundario. Para ello, se promueve la accesibilidad, oportunidad y pertinencia diagnóstica en las atenciones, así como la calidad técnica de las prestaciones especializadas y la disponibilidad de exámenes de imagenología. De esta forma, se contribuye a diagnósticos más oportunos y de calidad, enmarcados en un enfoque integral de salud familiar que incorpora acciones preventivas, promocionales, asistenciales, curativas y de control epidemiológico.

- **Subprogramas con los que se vincula**

El Programa de Resolutividad e Imágenes Diagnósticas se articula de manera transversal con los distintos programas y subprogramas de salud, contribuyendo al fortalecimiento de la atención integral, la detección oportuna y la continuidad del cuidado en los distintos grupos etarios. Su implementación permite optimizar los procesos diagnósticos, evitando derivaciones innecesarias al nivel secundario, y fortaleciendo la capacidad resolutiva de la Atención Primaria de Salud (APS).

Subprograma y/o Programa Complementario	**Definición**
Programa Nacional de Salud Infantil	Se vincula mediante la realización de radiografías de caderas en niños y niñas de 3 a 6 meses, prestación que forma parte del control de salud infantil para la detección precoz de displasia de cadera.
Programa Salud Sexual y Reproductiva.	Apoya las estrategias de este programa a través de las prestaciones de Ginecología-Climaterio y la ejecución de mamografías y Ecotomografías mamarias, orientadas a la pesquisa oportuna de patologías mamarias, especialmente en mujeres de 50 a 69 años y en aquellas con factores de riesgo. Estas prestaciones fortalecen el componente preventivo y de detección precoz del cáncer de mama, contribuyendo al ejercicio del derecho a la salud sexual y reproductiva, en coherencia con los principios de bienestar físico, mental y social establecidos por la OMS y la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.

Subprograma y/o Programa Complementario	Definición
Programa Nacional de Control y Eliminación de la Tuberculosis (PROCET)	Se relaciona a través de la realización de radiografías de tórax, las cuales permiten realizar seguimiento de los estudios de contacto de Tuberculosis, confirmar o descartar patologías respiratorias agudas o crónicas como neumonía adquirida en la comunidad (NAC), EPOC y asma. Este vínculo favorece una atención diagnóstica oportuna, mejorando la capacidad de respuesta del equipo de salud ante cuadros respiratorios de distinta complejidad.
Programa **IRA** (Infecciones Respiratorias Agudas) – **ERA** (Enfermedades Respiratorias del Adulto)	
SIGTE (Sistema de Gestión de Tiempos de Espera)	se vinculan estrechamente, ya que ambas estrategias comparten el objetivo de mejorar la oportunidad, trazabilidad y pertinencia en la atención de salud. El SIGTE, a través de la gestión y seguimiento de las listas de espera No GES, permite identificar derivaciones pendientes de resolución que pueden ser abordadas directamente en la Atención Primaria mediante las prestaciones de imagenología y especialidades del programa de Resolutividad.
Programa adolescente	Se vincula de manera transversal, ya que las prestaciones de imagenología y especialidades como Otorrinolaringología, Gastroenterología, Patologías Cutáneas de Baja Complejidad y se realizan desde los 15 años, abarcando los tres programas. Estas acciones fortalecen la atención integral, preventiva y resolutiva, favoreciendo la detección oportuna y el abordaje integral de las necesidades de salud, en coherencia con los principios de equidad, oportunidad y calidad del modelo de atención familiar y comunitario.

- **Población Bajo control por programa.**

El Programa de Resolutividad e Imágenes Diagnósticas está diseñado para beneficiar a personas que requieren prestaciones específicas por lo que no tienen una población bajo control fija, sino a grupos definidos según las prestaciones requeridas (imagenología, procedimientos médicos y especialidades específicas).

La cobertura y el volumen de atenciones dependen cada año de las metas establecidas en los convenios con el Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota-Petorca (SSVQP), las cuales se definen considerando el per cápita comunal y la realidad epidemiológica local. En este sentido, la oferta

busca responder a patologías de alta prevalencia y necesidades de la comunidad, aunque la demanda efectiva es la que finalmente determina la magnitud de la población atendida.

- **Cumplimiento de Metas.**

Las metas del programa son fijadas anualmente por el SSVQP y su evaluación se realiza en dos cortes: 31 de agosto y 31 de diciembre. El cumplimiento no solo asegura la continuidad del financiamiento y las prestaciones para el año en curso, sino que también proyecta las necesidades y recursos para el año siguiente.

En los cuadros resumen que se detallan a continuación, se observa que las metas establecidas no siempre se ajustan a las prestaciones efectivamente ofertadas, ya que la población bajo control depende directamente de la demanda real. En algunos casos, existe un déficit debido a la alta demanda que supera la capacidad instalada; en otros, la meta fijada excede la necesidad de la población, generando aparentes incumplimientos que no necesariamente reflejan ineficiencia en la gestión local, sino una desalineación entre lo solicitado y la realidad epidemiológica y demográfica de la comuna.

RESOLUTIVIDAD

PRESTACIÓN	Muestreo
Cirugía menor	· 50 prestaciones Cumplimiento a Julio 2025 según SSVQ: 54 %
Otorrinolaringología	· 100 prestaciones Total de derivaciones sin resolución al corte de julio 2025: 30
Gastroenterología (EDA)	· 40 prestaciones Total de derivaciones sin resolución al corte de julio 2025: 129
Climaterio	· Según LE No tiene cumplimiento de meta debido a que responde a la demanda total.
Oftalmología	Datos indicados en detalle, en el apartado de unidad de atención primaria oftalmológica.

IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

PRESTACIÓN	Muestreo
Mamografía	· 1.331 prestaciones en mujeres entre 50 y 69 años Cumplimiento a Julio 2024 según SSVQ: 63,6 %
	· 333 prestaciones en mujeres de otras edades Cumplimiento a Julio 2024 según SSVQ: 48,3 %
Ecotomografía Mamaria	· 383 prestaciones Total de derivaciones sin resolución al corte de julio 2025: 814
Ecotomografía abdominal	· 420 prestaciones Total de derivaciones sin resolución al corte de julio 2025: 128
Radiografía de tórax	· 420 prestaciones Cumplimiento a Julio 2025 según SSVQ: 16,7%
Radiografía de cadera	· 300 prestaciones Cumplimiento a Julio 2025 según SSVQ: 52,3%

El análisis evidencia que el cumplimiento de metas en el Programa de Resolutividad e Imágenes Diagnósticas no puede interpretarse únicamente en términos de porcentaje alcanzado, ya que estos resultados dependen de la interacción entre la oferta definida en los convenios y la demanda real de la población.

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

Estrategia	Indicador	Actividad
Facilitar la derivación oportuna y pertinente de los usuarios y usuarias al programa de resolutividad e Imágenes diagnósticas.	N° de charlas semestrales realizadas / N° de charlas semestrales planificadas × 100	• Realizar charlas semestrales en las reuniones de estamento médico y de matronas, con la finalidad de dar a conocer prestaciones disponibles y mapa de derivación correspondiente para cada prestación.
	N° de correcciones efectuadas en el sistema de SIC/OA / N° total de notificaciones realizadas × 100	• Implementar flujo de gestión de SIC y/o OA errónea enviando la devolución por correo electrónico al médico que la emite, con copia al contralor, para revisión, posible reemisión según pertinencia y egreso de SIC/OA errónea.
Favorecer la respuesta de la demanda dentro de la red asistencial.	N° de análisis estadísticos realizados / N° de análisis planificados en el período × 100	• Realizar un análisis estadístico de las prestaciones y los LE vigentes para sensibilizar al equipo clínico respecto a las emisiones de SIC y OA, de acuerdo a las prioridades programáticas de cada área y los datos obtenidos.
Optimización de la comunicación y difusión de la información sobre prestaciones y accesibilidad a la comunidad.	N° de campañas de difusión realizadas / N° de campañas de difusión planificadas × 100	• Realizar campañas informativas semestrales dirigidas a la comunidad, explicando la oferta de prestaciones, los métodos de acceso según rangos etarios, diagnósticos, sintomatología, entre otros, a través de diversas plataformas con el fin de llegar eficazmente a la población beneficiaria.

2.18 Unidad de Atención Primaria Oftalmológica.

- **Descripción del Programa a cargo.**

La Unidad de Atención Primaria Oftalmológica (UAPO) forma parte del componente de especialidad del Programa de Resolutividad de la Atención Primaria de Salud, cuyo objetivo es fortalecer la capacidad diagnóstica y resolutiva la atención primaria de salud (APS) en el área de oftalmología, con énfasis en la prevención, el diagnóstico precoz y la intervención oportuna de patologías oculares.

Este modelo de atención se encuentra articulado con la red asistencial local y provincial, permitiendo una gestión eficiente de la demanda oftalmológica derivada desde los centros de salud. A través de un enfoque integral, la UAPO brinda evaluación clínica especializada, diagnóstico y tratamiento inicial, favoreciendo la continuidad de cuidados y reduciendo la necesidad de derivaciones a niveles de mayor complejidad. El componente de Oftalmología, a través de la Unidad de Atención Primaria Oftalmológica (UAPO) de La Ligua, se vincula de manera transversal con diversos programas de salud, aportando a la detección, diagnóstico y tratamiento oportuno de patologías oculares en distintas etapas del ciclo vital.

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

Subprograma y/o Programa Complementario	**Definición**
Departamentos de Salud de la Provincia de Petorca	La UAPO La Ligua cumple funciones como centro de referencia provincial, brindando cobertura a las comunas de Papudo, Zapallar, Cabildo y Petorca, integrando una canasta de prestaciones oftalmológicas que incluye consultas de vicio refracción (VR), evaluación de fondo de ojo, controles de glaucoma y procedimientos menores.
Programa adolescente	Se articula mediante la prestación de vicio de refracción (VR), facilitando la detección temprana de alteraciones visuales que pueden afectar el rendimiento escolar y la calidad de vida en esta etapa del desarrollo.
Programa Cardiovascular	La UAPO colabora directamente mediante la realización del examen de fondo de ojo a personas con diabetes mellitus tipo II bajo control, contribuyendo al diagnóstico precoz y seguimiento de la retinopatía diabética, con enfoque preventivo y resolutivo.
Programa de Salud del Adulto	La unidad contribuye al diagnóstico y manejo de vicios de refracción no GES, glaucoma, sospecha de cataratas, ojo rojo y otras afecciones oculares prevalentes en la adultez y vejez, favoreciendo el envejecimiento activo y saludable mediante la mantención de la salud visual.

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

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

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

Diabéticos / Exploración vitreoretinal	
Comuna	**Población**
La Ligua	1980
Cabildo	322
Petorca	419
Papudo	327
Zapallar	439
Total	**3487**

Glaucoma	
Comuna	**Población**
La Ligua	509
Cabildo	61
Hospital Cabildo	28
Petorca	53
Hospital Petorca	4
Papudo	44
Zapallar	53
Total	**752**

La Población bajo control, se estable en base a que el usuario este con evaluaciones dentro del tiempo indicado por el médico especialista o Tecnólogo médico oftalmológico, 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- Petorca, considerando dentro de sus criterios, la Población bajo control, horas de recurso humano disponible y prevalencia de las condiciones de salud.

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

Médico oftalmólogo:

Meta	Muestreo
Glaucomas nuevos	· 50 prestaciones · Cumplimiento a Julio 2025 según SSVQP: 220%
Glaucomas control	· 190 prestaciones · Cumplimiento a Julio 2025 según SSVQP: 178.9%
Otras	· 1.200 prestaciones · Cumplimiento a Julio 2025 según SSVQP: 22%

Tecnólogo médico:

Meta	Muestreo
Fondo de ojo	· 3.700 prestaciones · Cumplimiento a Julio 2025 según SSVQP: 60%
Consulta Vicio de Refracción	· 2.691 prestaciones · Cumplimiento a Julio 2025 según SSVQP: 49.5%
Atenciones y procedimientos	· 1.250 procedimientos · Cumplimiento a Julio 2025 según SSVQP: 217.28%

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

Estrategia y/o Proyección	Indicador	Actividad
Gestionar la lista de espera de usuarios derivados a oftalmología de manera local y provincial	N° de sesiones de socialización de flujos realizadas / N° de sesiones planificadas × 100	1. Evaluar la pertinencia de las derivaciones y priorización de otras consultas mediante la socialización de flujos de la UAPO a los estamentos médico y de enfermería de toda la Provincia de Petorca.
	N° de análisis estadísticos realizados / N° de análisis planificados × 100	2. Realizar un análisis estadístico de las prestaciones y Lista de Espera vigente para concientizar al estamento médico respecto a las derivaciones a Oftalmología.
	N° de derivaciones de ojo seco aceptadas por especialista / N° total de derivaciones enviadas × 100	3. Establecer criterios clínicos de inclusión y exclusión para derivación de ojo seco.
Fortalecer las competencias de autocuidado en personas con Diabetes Mellitus tipo II a través de estrategias educativas comunitarias en salud visual en el marco de la estrategia ECICEP.	N° de talleres realizados con participación de funcionarios UAPO / N° total de talleres planificados × 100	1. Capacitar al equipo UAPO en la estrategia ECICEP, promoviendo su participación activa en talleres grupales preventivos dirigidos a personas con DM tipo II.
	% de usuarios con DM II que reportan recepción y comprensión efectiva del contenido educativo / Total de usuarios alcanzados × 100	2. Elaborar y difundir cápsulas informativas audiovisuales con enfoque preventivo sobre el cuidado visual en personas con DM tipo II, a través de plataformas comunitarias.
Fortalecer la coordinación clínica y administrativa del flujo GES de Fondo de Ojo.	N° de sesiones informativas realizadas / N° de sesiones informativas planificadas × 100	1. Informar y orientar al equipo clínico y a los usuarios/as sobre los tiempos y procesos de la garantía.
	N° de excepciones resueltas / N° de casos que requerían excepción × 100	2. Realizar junto a encargada GES flujo de excepción de garantía de F.O.

2.19 Sistema de Gestión de Tiempos de Espera (SIGTE)

- **Descripción del Programa a cargo.**

El Sistema de Gestión de Tiempos de Espera (SIGTE) es una herramienta de carácter estratégico orientada a la monitorización, seguimiento y gestión efectiva de las listas de espera de condiciones de salud no cubiertas por garantías explícitas (No GES) dentro de la red asistencial. Este programa permite visibilizar la demanda no resuelta, identificar brechas en oportunidad de atención y facilitar la toma de decisiones clínicas y administrativas, con el objetivo de optimizar la resolución y trazabilidad de las derivaciones realizadas a través de solicitudes de interconsulta (SIC) y órdenes de atención (OA).

Esta estrategia busca prevenir la cronificación del rezago en la atención**,** mejorar la equidad en el acceso a servicios y asegurar una respuesta oportuna y pertinente a la demanda asistencial.

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

Subprograma y/o Programa Complementario	**Definición**
Resolutividad e imágenes diagnósticas	Se articula con este programa mediante la priorización y derivación oportuna de pacientes que requieren prestaciones de imágenes diagnósticas o de especialidad disponibles en la Atención Primaria. Esta relación contribuye a disminuir los tiempos de espera, optimizar la capacidad resolutiva local y mejorar la trazabilidad de las solicitudes de interconsulta (SIC) y órdenes de atención (OA). Esta integración permite fortalecer la gestión clínica y administrativa de los casos No GES, reduciendo la presión sobre la red secundaria y mejorando la eficiencia del sistema de salud.
Programa de salud oral.	El SIGTE apoya la gestión de la demanda odontológica, particularmente en las especialidades de rehabilitación oral y endodoncia. La coordinación entre ambos programas permite monitorear tiempos de espera y priorizar casos de riesgo o vulnerabilidad.

Subprograma y/o Programa Complementario	Definición
SPE SENAME (Servicio de Protección Especializada)	SIGTE cumple un rol de apoyo en la gestión y seguimiento de las derivaciones médicas de niños, niñas, adolescentes y jóvenes (NNAJ) pertenecientes al Servicio de Protección Especializada o bajo el sistema SENAME. La coordinación entre ambas estrategias permite garantizar la atención efectiva y oportuna de esta población en situación de vulnerabilidad, visibilizando los casos en espera de atención médica, odontológica o especializada, y asegurando la trazabilidad de las atenciones en la red comunal y del Servicio de Salud Viña del Mar Quillota Petorca (SSVQP)
Hospitales de atención secundaria y terciaria	La relación con los hospitales de mayor complejidad es fundamental para el flujo y cierre de las derivaciones No GES. A través del SIGTE, se realiza el seguimiento activo de interconsultas derivadas desde APS, facilitando la comunicación bidireccional entre los niveles asistenciales y permitiendo la retroalimentación sobre resoluciones clínicas, rechazos o devoluciones. Esto fortalece la continuidad asistencial, optimiza la utilización de la red y apoya la toma de decisiones tanto en la gestión local como en los servicios de salud de nuestra región.

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

El Programa SIGTE no mantiene una población "bajo control" clínico en el sentido tradicional, ya que su población objetivo está compuesta por usuarios derivados a especialidades por condiciones de salud No GES, que actualmente se encuentran:

- En proceso de espera por atención clínica de especialidad, procedimientos o exámenes diagnósticos.
- En situación de pendiente por contacto, sin trazabilidad actualizada.
- En lista de espera con solicitudes devueltas, rechazadas o sin resolución efectiva.

- **Cumplimiento de Metas.**

Las metas del Programa SIGTE son dinámicas y variables, determinadas por el Servicio de Salud Viña del Mar Quillota Petorca (SSVQP) en base a directrices del Ministerio de Salud (MINSAL)**.** El cumplimiento se evalúa mediante indicadores de proceso y resultado que permiten monitorear avances en:

- Resolución de casos con larga data.
- Mejora en oportunidad de atención.
- Fortalecimiento de la trazabilidad y seguimiento de la demanda asistencial no resuelta.

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

Estrategia y/o Proyección	**Indicador**	**Actividad**
Optimizar la gestión de SIC y OA con estado "devueltas" en la plataforma AVIS, con el fin de prevenir la acumulación de listas de espera inactivas o sin seguimiento clínico efectivo.	N° de SIC/OA devueltas gestionadas según flujo / N° total de SIC/OA devueltas resueltas × 100	Generar flujo administrativo de contrarespuesta, en coordinación con médico contralor y jefaturas SOME, para resolver SIC/OA devueltas por motivos de resolución local.
Fortalecer la trazabilidad y contacto efectivo con usuarios/as en espera de resolución en las PSR.	N° de usuarios/as contactados exitosamente / N° total de usuarios/as en lista de espera PSR × 100	Implementar flujo de seguimiento y contactabilidad en coordinación con subdirección técnica rural, jefaturas SOME y TENS rurales para depurar y resolver listas de espera en estos centros de salud.

2.20 Estrategia de Contraloría Médica.

Descripción

La Contraloría Médica en la comuna de La Ligua tiene como propósito fortalecer la gestión clínica y administrativa de los establecimientos de Atención Primaria de Salud (APS), garantizando la calidad, oportunidad y pertinencia de las derivaciones hacia los niveles de mayor complejidad. Se centra en el rol del Médico Contralor como articulador entre los equipos clínicos comunales y la red asistencial del Servicio de Salud Viña del Mar–Quillota (SSVQ), asegurando la trazabilidad de los procesos de referencia y contrarreferencia.

Propósito

Optimizar la continuidad del cuidado y el uso racional de los recursos de salud, promoviendo un modelo de atención integral y resolutivo en la APS de La Ligua. La Contraloría Médica busca disminuir las derivaciones innecesarias al nivel secundario y fortalecer la capacidad resolutiva local mediante la gestión efectiva de interconsultas, uso de herramientas digitales (AVIS, SIGTE, Telesalud) y coordinación con Hospital Digital.

Objetivo General

Fortalecer la capacidad resolutiva y la eficiencia de la red comunal de salud de La Ligua mediante la implementación integral de la estrategia de Contraloría Médica, integrando la red asistencial y garantizando continuidad, pertinencia y calidad en la atención de los usuarios.

Objetivos Específicos

-. Implementar y consolidar un sistema de revisión y validación de interconsultas médicas en todos los establecimientos de Atención Primaria de la Comuna de La Ligua.
-. Optimizar la gestión de las listas de espera y referencias mediante SIGTE y Hospital Digital
-. Coordinar reuniones clínicas para retroalimentar la práctica médica y mejorar la pertinencia en las derivaciones.
-. Monitorear los indicadores de Resolutividad comunal y establecer acciones de mejora continua.
-. Promover el uso de Telesalud y herramientas digitales para fortalecer la gestión clínica.

Desafíos y Propuestas

Desafíos:

- Variabilidad en el registro clínico y uso de herramientas digitales entre establecimientos.
- Limitaciones de conectividad para salud digital en sectores rurales.
- Escasa retroalimentación desde el nivel secundario respecto a las contrarreferencias.
-

Propuestas:

- Gestionar con la dirección comunal la asignación horaria específica para la labor contralora.
- Empoderar al equipo de salud sobre el uso de plataforma y AVIS y SIGTE.
- Creación de cronograma anual para gestión de contraloría médica.
- Generar herramientas de evaluación internar de la gestión contralora.

Propuesta de indicadores principales de gestión de Contraloría Médica en La Ligua:

Nombre del Indicador	**Tipo**	**Fórmula**	**Fuente de datos**	**Periodicidad**	**Meta**	**Área de Aplicación**
Nº de Interconsultas evaluadas y validadas por Médico Contralor	Proceso	(Interconsultas validadas / Total interconsultas) x 100	REM A07, planilla de registro	Mensual	≥ 80%	CESFAM y postas rurales de La Ligua
Porcentaje de Resolutividad en APS	Resultado	[(Consultas y controles resueltos en APS sin derivación) / Total consultas y controles] x 100	REM A07, SIGTE	Mensual	≥ 80%	APS Comunal
Porcentaje de contrarreferencias recibidas y gestionadas	Proceso	(Contrarreferencias gestionadas / Total contrarreferencias recibidas) x 100	SIGTE, RCE	Mensual	≥ 90%	CESFAM La Ligua
Cumplimiento de reuniones clínicas de contraloría médica	Gestión	(Reuniones realizadas / Reuniones programadas) x 100	Actas comunales	Trimestral	100%	APS Comunal

Proyecciones

Meta Específica	Plazo de Cumplimiento	Indicador Asociado
Implementar revisión diaria de interconsultas en CESFAM La Ligua	Mensual	Nº interconsultas validadas
Lograr 80% de resolutividad en APS comunal	2025	% Resolutividad APS
Realizar reuniones clínicas documentadas	2025 - 2026	Cumplimiento reuniones
Integrar contralores odontológico y gineco-obstétrico en todos los CESFAM	2026	Planilla Contraloría Odontológica y Obstétrica
Disminuir en 10% las derivaciones no pertinentes	2026	% Resolutividad APS

Estrategias y Proyecciones para el Cumplimiento de Objetivos

-. Capacitación continua del equipo médico y administrativo en gestión de la demanda, pertinencia de derivaciones y manejo de herramientas digitales.
-. Implementación de reuniones clínicas, con análisis de casos clinicos y seguimiento de indicadores.
-. Integración efectiva con Hospital Digital y Telemedicina para reducir la espera en derivaciones.
-. Incorporación progresiva de perfiles contralores especializados (odontología y obstetricia).
-. Monitoreo mensual de indicadores con retroalimentación directa al equipo clínico.
-. Evaluación semestral comunal, presentando resultados al Departamento de Salud y Dirección APS.

Síntesis

La contraloría médica fortalece la calidad, pertinencia y continuidad de la atención en la APS, optimizando recursos y reduciendo derivaciones innecesarias. Su impacto positivo en el Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS) radica en que promueve una atención más resolutiva, coordinada y centrada en las personas, mejorando la eficiencia del sistema y la satisfacción de los usuarios.

2.21 SALUD DIGITAL

- **Descripción del Programa a cargo.**

La salud digital comprende el uso de tecnologías de la información y comunicación (TIC) aplicadas al ámbito sanitario, con el propósito de mejorar el acceso, la calidad, la eficiencia y la continuidad de la atención en salud. Este enfoque abarca desde la digitalización de los registros clínicos (Registro Clínico Electrónico - RCE), hasta la implementación de telemedicina, plataformas de monitoreo remoto y herramientas digitales orientadas al autocuidado de los usuarios.

En el contexto de la Atención Primaria de Salud (APS), la salud digital ha sido incorporada progresivamente como parte de la estrategia del Ministerio de Salud (MINSAL), orientada a fortalecer la red asistencial, optimizar la gestión clínica y administrativa, y potenciar el empoderamiento de las personas en el manejo de su salud.

En el Departamento de Salud Municipal (DESAM) de La Ligua, la implementación de salud digital se ha desarrollado mediante las siguientes acciones:

Registro Clínico Electrónico (RCE):

Actualmente, las nueve Postas de Salud Rural, el Cesfam Raúl Sánchez Bañados y los dispositivos de salud como Centro AIDIA, Sala Amanecer y Clínica Dental Rural cuentan con RCE a través de la plataforma AVIS. La Implementación en el sector rural significó una importante inversión para dotar los respectivos establecimientos de computadores, impresoras, mobiliario internet e incluso realizar modificaciones en la infraestructura para garantizar la seguridad de las instalaciones y lo indicado en el Decreto N°41 del 15 de diciembre del 2012. Esta herramienta tecnológica ha permitido estandarizar y optimizar los procesos clínicos, mejorar la calidad del registro y facilitar la continuidad de la atención lo que ha contribuido a una mayor eficiencia en la gestión de derivaciones, tratamiento y seguimiento de los usuarios.

Telemedicina:

Conforme a los lineamientos del Servicio de Salud Viña del Mar Quillota Petorca (SSVQP), se ha implementado la Atención Médica de Especialidad a distancia. Las especialidades a las cuales se puede acceder en esta modalidad son Dermatología, Diabetología, Geriatría y Nefrología, así como en especialidades odontológicas como Patología Oral, Trastornos Temporomandibulares (TTM) y Ortodoncia Preventiva Interceptiva (OPI). Esta herramienta ha sido clave para garantizar el acceso oportuno a la atención de especialidad en nuestra comuna, especialmente para los sectores rurales.

Plataformas Digitales:

A través de aplicaciones y portales web, se promueve la participación activa de la población en su propio cuidado, brindando acceso a información sobre enfermedades, medicamentos y pautas preventivas. Durante el 2025, se han realizado las primeras gestiones y acercamiento entre los respectivos equipos para que a partir de 2026, nuestro DESAM, en conjunto con el SSVQP implemente MiHC.

MI HC es una App y sitio web que cuenta con una amplia variedad de herramientas disponibles, dentro de la cual se destacan el permitir que los usuarios y usuarias visualicen parte de su información clínica personal y familiar de forma segura y accesible, así como también el acceder a algunas horas de atención. Por lo anterior, el equipo encargado del DESAM La Ligua, el Equipo de Informática del SSVQP y la empresa proveedora de este sistema, establecerán la planificación para la implementación considerando desde lo normado en la Ley 20.584 hasta la oferta de prestaciones en términos de prevención, promoción y atención que se deseen presentar. Para el éxito de lo anterior, se requiere del apoyo tanto del Equipo Directivo, como de las autoridades locales y Consejo Consultivo quienes tiene un rol activo frente a la comunidad.

En síntesis, la estrategia de salud digital en la APS de La Ligua busca transformar la atención sanitaria mediante el uso eficiente de las TIC, acercando los servicios a la población, especialmente a personas mayores, cuidadores y comunidades rurales, fortaleciendo así el sistema de salud local.

- **Población**

El Departamento de Salud Municipal de La Ligua mantiene una población per cápita estimada en 36.000 personas usuarias, distribuidas entre el CESFAM RSB y las 9 postas de salud rural del territorio comunal.

Esta población ha comenzado a beneficiarse de las estrategias de salud digital a través de una atención integrada, fortaleciendo la trazabilidad clínica y entregando mayores herramientas que contribuyan al autocuidado mediante herramientas tecnológicas.

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

Nuestro objetivo como DESAM La Ligua es Fortalecer la SALUD DIGITAL de la atención primaria para mejorar el acceso y la calidad de los servicios de salud mediante el uso de tecnologías de la información y la comunicación.

Estrategia	Indicador	Actividad
Mejorar la integración y utilización de Registros Clínicos Electrónicos (RCE) en los profesionales clínicos.	N° de capacitaciones realizadas / N° de capacitaciones planificadas x 100	1. Realizar capacitaciones técnicas adaptadas a las necesidades actuales de los profesionales clínicos sobre el uso de RCE.
	% de profesionales por estamento que aplican el protocolo en sus registros clínicos	2. Desarrollar un protocolo que especifique el RCE para cada grupo profesional según el rol que desempeñe, en colaboración con los encargados de estamentos y programas.
Implementar actividades de sensibilización y formación continua sobre herramientas de salud digital a la comunidad.	% de usuarios/as y monitores en salud que declaran poder mejorar sus competencias digitales (encuesta post actividad)	1. Organizar talleres prácticos y sesiones formativas presenciales para la comunidad y monitores de salud, con enfoque en el uso de plataformas digitales para la gestión de la salud.
		2. Elaborar y difundir cápsulas audiovisuales informativas sobre tecnologías de salud digital, incluyendo alfabetización digital en personas mayores.

Estrategia	Indicador	Actividad
Implementar Plataforma Digital Mi HC en DESAM La Ligua	N° de reuniones de coordinación realizadas con asistencia completa de convocados / N° de reuniones planificadas × 100	1.Coordinar con Dirección DESAM, Dirección CESFAM y Subdirección Técnica rural el proceso de implementación, ajustando estrategias de acuerdo con la experiencia de usuarios/as y equipos de salud, realizando reuniones presenciales periódicas con Referente AVIS, Servicio de salud Viña del Mar Quillota Petorca (SSVQP), empresa AVIS RAYEN y autoridades locales.
	% de funcionarios que declaran sentirse competentes en el uso de Mi HC (encuesta post capacitación)	2. Fortalecer las competencias técnicas y funcionales del equipo de salud urbano y rural en relación al uso e implementación de Mi HC, a través de capacitaciones diferenciada según rol: directivos, SOME, TENS, jefaturas de sector, encargados/as de programa, equipo de informática y equipo clínico.
	Nivel de satisfacción comunitaria con la información recibida (encuesta breve)	3. Informar la iniciativa de Mi HC a la comunidad y recoger percepciones sobre su implementación local, inquietudes sobre accesibilidad digital, brecha tecnológica y acompañamiento en el uso de la aplicación, coordinando reuniones presenciales con departamento comunitario Municipal, Consejo Consultivo, líderes comunitarios, Uniones Comunales y monitoras de salud.
	N° de materiales elaborados / N° de materiales planificados × 100	4. Generar material informativo claro y accesible para la comunidad y el equipo de salud a través de la elaboración de folletos, cápsulas audiovisuales, QR informativos e infografías en conjunto con empresa AVIS RAYEN, el SSVQP y el área de comunicaciones Municipal.
	Fecha de inicio de la fase operativa cumplida según cronograma definido con Dirección CESFAM y Subdirección Técnica Rural	5.- Iniciar la puesta en marcha la plataforma Mi HC en su primera fase operativa, garantizando un acompañamiento cercano a la comunidad, habilitando funcionalidades priorizadas: Intereses y Cuidados, Citas, Mensajería y Medicamentos, entre otras. Además se apoyará a usuarios/as en el proceso de consentimiento informado, registro de datos personales y activación de alarmas.

A continuación, se grafican las reuniones que se han sostenido para la implementación tanto de la ficha digital en el sector rural como la implementación de la plataforma MIHC





2.22 Programa Hospital Digital

Descripción

El Programa Hospital Digital del Ministerio de Salud de Chile (MINSAL) es una iniciativa nacional orientada a mejorar el acceso y la equidad en salud mediante el uso de tecnologías digitales. Su propósito es brindar atención médica especializada a distancia, utilizando plataformas de telemedicina sincrónica y asincrónica. El Hospital Digital está compuesto por diversas células clínicas, entre ellas Dermatología, Nefrología, Geriatría y Diabetología, que permiten la resolución de casos clínicos en atención primaria y hospitalaria.

Propósito

El propósito del Hospital Digital es fortalecer la Atención Primaria de Salud (APS) mediante la incorporación de la telemedicina, reduciendo las brechas de acceso a especialidades médicas y mejorando los tiempos de respuesta en la atención de los pacientes.

Objetivo y Células Disponibles

El objetivo principal es apoyar la gestión clínica de la APS mediante la evaluación de interconsultas por parte de especialistas del Hospital Digital. Las células clínicas actualmente disponibles son:

- Dermatología
- Nefrología
- Geriatría
- Diabetología

Estas células permiten resolver una alta proporción de las interconsultas generadas en APS, evitando derivaciones innecesarias y fortaleciendo la continuidad de la atención.

Indicadores

Los principales indicadores asociados al Hospital Digital incluyen:

- Porcentaje de interconsultas resueltas por telemedicina.
- Tiempos promedio de respuesta de las células clínicas.
- Número de profesionales capacitados en el uso de la plataforma.
- Grado de satisfacción de los usuarios y equipos clínicos locales.

Desafíos y Propuestas

Entre los principales desafíos se encuentra la necesidad de fortalecer la infraestructura tecnológica en los establecimientos de APS, asegurar la conectividad y capacitar a los equipos en el uso de las plataformas digitales. Se propone aumentar la cobertura de las células clínicas disponibles, incorporar nuevas especialidades y promover la interoperabilidad de los sistemas de información en salud.

Metas (Cumplimiento)

Las metas del programa se orientan al cumplimiento de los indicadores definidos por el MINSAL, incluyendo el aumento del porcentaje de casos resueltos por telemedicina y la disminución de los tiempos de respuesta. Asimismo, se busca incrementar la satisfacción de los usuarios finales y el uso activo de la plataforma por parte de los profesionales de APS.

Estrategias y Proyecciones

Las estrategias para el cumplimiento de los objetivos incluyen la mejora continua de los procesos de derivación, la capacitación constante del personal clínico, el fortalecimiento de la gestión local de interconsultas y la colaboración permanente con las células del Hospital Digital. A futuro, se proyecta incorporar nuevas especialidades y tecnologías de apoyo, como inteligencia artificial para la priorización de casos y herramientas de seguimiento remoto y un sistema de gestión local pionero en su categoría capaz de permitir seguimiento de los datos generados por hospital digital.

2.23 Servicio de Urgencia Rural.

Siguiendo los principios fundamentales del Departamento de Salud Municipal de La Ligua, el Servicio de Urgencia Rural tiene como misión brindar a la comunidad una atención oportuna, segura y de calidad, sustentada en un trabajo en equipo que prioriza la resolutividad, accesibilidad, eficiencia, compromiso, respeto, empatía, equidad, integralidad y excelencia en la atención.

El servicio funciona los siete días de la semana, con horarios diferenciados para jornadas laborales y fines de semana. Actualmente cuenta con un coordinador que destina horas específicas a la gestión y supervisión, desempeñando un rol clave en el funcionamiento integral del servicio. Su labor resulta esencial para asegurar el cumplimiento de los estándares de calidad y eficiencia establecidos.

Un hito relevante en el fortalecimiento de nuestra atención ha sido la implementación del registro electrónico a través del sistema AVIS, herramienta que ha permitido modernizar y estandarizar los procesos clínicos y administrativos. Este avance no solo asegura una mayor trazabilidad y seguridad en la atención, sino que también posibilita un trabajo en red más integrado con otros dispositivos de salud, optimizando la continuidad del cuidado de nuestros usuarios

Este servicio está orientado a otorgar una atención inmediata y resolutiva dentro de sus capacidades técnicas, garantizando seguridad clínica y bienestar para los usuarios. En los casos que superan su nivel de resolución, se asegura la oportuna derivación a centros hospitalarios de mayor complejidad, manteniendo siempre la continuidad y calidad del cuidado.

Asimismo, en virtud de un acuerdo interno y con el esfuerzo mancomunado de todos los actores involucrados, el servicio de urgencia ha hecho posible la entrega de la receta completa de tratamiento farmacológico durante los fines de semana y festivos, a todos los usuarios que se encuentran inscritos en nuestros establecimientos de salud. Esta medida constituye un avance significativo en la reducción de brechas de accesibilidad, especialmente para las comunidades rurales que enfrentan mayores dificultades para adquirir sus tratamientos, consolidando así el principio de equidad en la atención.

Objetivos generales

- Entregar atención de urgencia inmediata, segura y de calidad, priorizando rapidez y eficiencia.
- Asegurar accesibilidad y equidad en la atención, garantizando oportunidad y resolutividad para todos los usuarios.

- Optimizar recursos humanos y tecnológicos mediante el trabajo en equipo, capacitación continua y mantención de equipos.

Objetivos específicos

- Disminuir tiempos de espera y responder de forma priorizada según la gravedad del paciente.
- Aplicar y evaluar protocolos estandarizados para garantizar atención segura y derivación oportuna de casos complejos.
- Potenciar la formación continua del personal y el adecuado funcionamiento de los equipos para asegurar calidad en la atenció

Meta del servicio de urgencia rural Las Parcelas

Nuestra meta es ofrecer a cada usuario una atención de urgencia oportuna, eficiente y con altos estándares de calidad. Nos proponemos dar respuesta integral a todos los casos dentro de nuestra capacidad resolutiva y asegurar la derivación adecuada de aquellos que requieren manejo en centros hospitalarios de mayor complejidad. Con ello, buscamos fortalecer la salud y seguridad de la comunidad, minimizando los riesgos asociados a situaciones de emergencia.

Plan de trabajo

El presente plan de trabajo, enmarcado en el Plan de Salud 2026, tiene como propósito fortalecer la gestión y funcionamiento del servicio de urgencia. Nuestro compromiso es asegurar a la comunidad una atención médica rápida y eficiente. Para ello, se contempla la capacitación continua del personal, la actualización de los procesos y la aplicación de protocolos. Con estas acciones buscamos incrementar la capacidad resolutiva, resguardar la seguridad del paciente y consolidar un entorno de trabajo colaborativo. La meta es disponer de un servicio accesible, equitativo y efectivo, capaz de reducir tiempos de espera y elevar los niveles de satisfacción usuaria.

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

ESTRATEGIA	INDICADOR	ACTIVIDAD
Educación al usuario en urgencias	Porcentaje de usuarios que reciben orientación breve al ingreso.	Entregar información clara sobre flujos de atención y tiempos estimados mediante afiches visibles y mensajes orales simples del personal.
Uso eficiente de insumos básicos	Registro mensual de consumo de insumos críticos .	Designar un responsable por turno para supervisar stock mínimo y reportar reposiciones simples en libro de control.
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.

ESTRATEGIA	INDICADOR	ACTIVIDAD
Vinculación con la comunidad	Número de derivaciones informadas con retroalimentación al CESFAM/ Postas Salud Rural	Generar un registro breve de casos derivados para dar seguimiento y asegurar continuidad de la atención.
Garantizar la operatividad de los equipos médicos críticos mediante mantención preventiva y correctiva, asegurando la continuidad del servicio	100% de los equipos críticos con plan de mantención y registro de intervenciones realizadas.	Identificar equipos con necesidades de mantención, coordinar acciones de reparación o servicio técnico para dar continuidad al funcionamiento del servicio de urgencia.
Adquisición de nuevos equipos de acuerdo al presupuesto disponible	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.

Optimizar el uso del sistema de registro electrónico AVIS para reducir tiempos de espera en la atención de urgencias.	Tiempo promedio de espera desde el ingreso hasta la atención.	Capacitar al equipo en el uso ágil de AVIS, reforzando el registro inmediato tras la atención.
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.

2.24 Servicios Farmacéuticos.

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 como el programa FOFAR y CPU, además de 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. También considera 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.

Programas Complementarios	Definición
Visita Domiciliarias Farmacéuticas	Atención farmacéutica realizada 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, rehabilitación, 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 167.952 prescripciones, de un total de 75.096 recetas despachadas en nuestros botiquines a nivel comunal, de las cuales 62.957 son crónicas, y 36.885 corresponden al PSCV, durante los meses de enero a julio del 2025.

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	62.957	62.656	149.376	36.885	113.541
Morbilidad	11.031	10.898	17.453		
Bajo control legal	1.108	1.107	1.123		
TOTAL ENERO-JUNIO	75.096	74.661	167.952	36.885	113.541

Fuente: Reporte estadístico REM 04 Sección J.1 Despacho de recetas de pacientes ambulatorios en atención primaria. Enero a junio del 2025.

- **Coordinación Territorial**

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

Programa de Acercamiento implementado por el HBPQ, para pacientes personas mayores con tratamientos crónicos y de difícil acceso. Este programa gestionado por la farmacia del hospital, permite a los usuarios retirar sus medicamentos en el centro de salud que se encuentre más cercano y percapitado, dando prioridad a adultos mayores, pacientes con discapacidad física, cuidadores de pacientes con dependencia severa sin red de apoyo, usuarios que viven alejado de zona urbana o en zona con difícil acceso transporte y sin red de apoyo para retiro de sus medicamentos.

- **Gestión de compras, abastecimiento y mermas**

Proceso que incluye una planificación de compras anual a través de CENABAST complementado con compras públicas mediante licitación, previa evaluación de los consumos promedio, junto al presupuesto disponible.

Este proceso busca asegurar la adquisición y abastecimiento de medicamentos e insumos a los distintos botiquines de la comuna; CESFAM Raúl Sánchez Bañados, postas rurales Roco, Huaquén, La Canela, Los Molles, Trapiche, Santa Marta, Las Parcelas, Varas y Pichicuy; además de SUR Las Parcelas, centro Servicio de Urgencia Rural, diseñado para atender emergencias de baja complejidad en zonas rurales, mejorando el acceso a la salud.

Para poder minimizar pérdidas por caducidad o deterioro semestralmente se realizan controles de inventario, siguiendo la trazabilidad otorgada por el sistema informativo AVIS.

- **Proyectos FOFAR**

Perteneciente al Programa Fondo de Farmacia, permite la elaboración de Proyectos que buscan mejorar las condiciones de almacenamiento y dispensación de los fármacos e insumos en la unidad de Farmacia del Cesfam Raúl Sánchez Bañados y postas rurales de la comuna de La Ligua.

Estas mejoras tienen el objetivo brindar a nuestros usuarios una atención segura y de calidad, mediante mejoras a los botiquines con la adquisición de muebles clínicos, impresoras térmicas para etiquetas, control de temperatura con aire acondicionado, entre otras acciones que permitan dar cumplimiento a lo establecido en la Norma Técnica N°147 “Buenas prácticas de almacenamiento y distribución para droguerías y depósitos de productos farmacéuticos de uso humano”.

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.

- *Talleres educativos "Uso racional de los medicamentos", se educa al paciente en el correcto uso de los fármacos, paciente trabaja en ordenar sus medicamentos en una planilla personalizada según indicaciones médicas, las cual va acorde a la entrega de un pastillero semanal de 4 tomas.*





2.25 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 a población rural y urbana. Esta información se recoge en el momento de la inscripción al centro de salud (Cesfam y Postas Rurales).

APS	Población total con ficha clínica	Población pertenece a pueblos indígenas	%
COMUNA	44.132	602	1.4%
CESFAM	29.805	349	1.2%
PSR	14.327	253	1.8%

Fuente: Unidad estadística DESAM La Ligua.

POBLACIÓN PUEBLOS ORIGINARIOS	
Etiquetas de fila	**Cuenta de GRUPO ETNICO**
Aymara	42
Colla	5
Diaguita	116
Kawésqar	6
Lican Antai (Atacameño)	6
Mapuche	342
Otro	44
Otro pueblo originario declarado	27
Rapa Nui (Pascuense)	7
Yagán (Yámana)	5
Quechua	2
Chango	1
Total general	**602**

Fuente: AVIS DESAM La Ligua, Septiembre 2025.

Es importante señalar que persisten los problemas de identificación y autoidentificación de la población de pueblos originarios en los sistemas de información de salud. Según fuentes de información oficiales como el censo del año 2024, en la región de Valparaíso solo el 7.2% de la población se reconoce como parte de un pueblo originario, siendo el tramo de los 15 a los 64 años

el que cuenta con el mayor porcentaje de pertenencia y que asciende a un 66.9%. 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.

De esta forma, 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.

Para el año 2026 se elaborará e implementará protocolo de derivación al Centro *de medicina mapuche Ruka Lawen*, espacio de salud mapuche que se encuentra ubicado en dependencias del Hospital de Peñablanca, en la comuna de Villa Alemana.

Entre las actividades que se realizan en la Ruka Lawen, se puede mencionar: talleres educativos sobre cultura y medicina mapuche, interacción con parque educativo y especies nativas, hierbas medicinales y atención de Machi.

Es importante mencionar que la Machi de Ruka Lawen, realiza atenciones de salud mapuche a toda persona que desea iniciar tratamiento bajo esta cosmovisión ancestral posea o no ascendencia indígena. La Machi realiza dos niveles de atención, diagnóstico (Pelotun) y tratamiento con infusiones de hierbas medicinales (Orkün).

Centro de medicina Mapuche Ruka Lawen “Un reencuentro con la medicina ancestral).

Dirección: Sargento Aldea N°660, Peñablanca.

Atención: 09:00 a 13:00 horas.

Fono: +56944023050

Asociación indigena WITRAPURAN

witrapuran@yahoo.com

Estrategias y proyecciones para el cumplimiento de objetivos

Los objetivos 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 pertinencia 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.	• Reunión con encargada OIRS y funcionarios/as que realizan inscripción. • Charla de sensibilización.
Educar a los usuarios/as respecto a la importancia de indicar durante su inscripción y atenciones de salud su pertenencia a pueblos indígenas.	Número de actividades realizadas.	• Entrega de afiches informativos en el mesón de inscripción. • Difusión de afiches.
Garantizar la participación de los pueblos indígenas en actividades relacionadas al área de participación social del DESAM de La Ligua.	Número de actividades realizadas.	• Ejecución de feria intercultural de salud.
Definir los procesos de derivación hacia centros de salud indígena por medio de elaboración de protocolo de derivación.	Número de actividades realizadas.	• Elaboración de protocolo y difusión a funcionarios/as.

2.26 Programa Migrantes

El Programa de Acceso a la Salud de Personas Migrantes busca garantizar la atención médica y el acceso a servicios de salud a la población migrante y refugiada dentro de la red de atención de salud, promoviendo la inclusión, el trato igualitario y la entrega de información y herramientas para el cuidado de su salud.

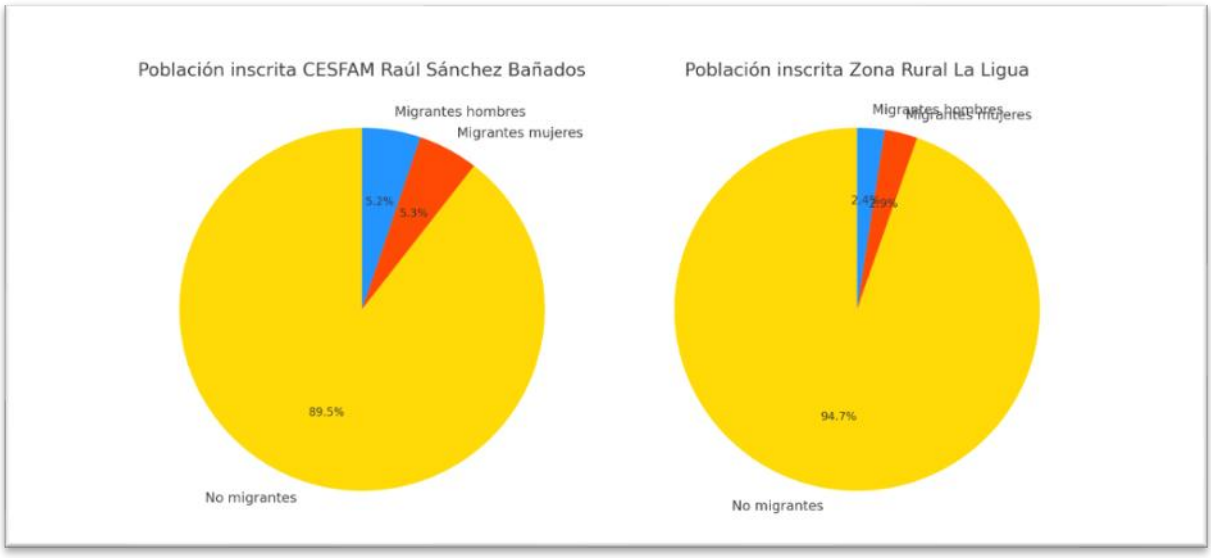
El objetivo de los programas para migrantes en la Atención Primaria de Salud (APS) de Chile es acoger, informar y derivar a la población migrante para que se integren al sistema de salud chileno, abarcando la detección de necesidades, la orientación sobre servicios y la realización de atenciones de salud necesarias en un espacio seguro y con apoyo psicosocial. También se busca fortalecer la inclusión social, promover la participación y reducir las inequidades de acceso para garantizar que personas migrantes, independientemente de su situación migratoria, reciban la atención médica que necesiten.

La migración en Chile ha crecido significativamente, representando casi el 09% de la población, con predominio de venezolanos, peruanos y colombianos. (CASEN 2024)

De la población total inscrita 30.578 personas, inscritas en CESFAM Raúl Sánchez Bañados 3.214 de ellas son migrantes, donde 1.631 son mujeres y 1.582 son hombres.

Respecto a la Zona Rural de la comuna de La Ligua, de un total de 15.531 personas inscritas en las 9 postas, 829 son personas migrantes, divididos en 453 mujeres y 376 hombres.

Las orientaciones generales para la planificación y programación del Ministerio de Salud (MINSAL), que aplican al SSVQ, enfatizan la formulación y control de planes y programas de salud, el establecimiento de objetivos sanitarios nacionales, la coordinación intersectorial, y la dirección de las actividades de salud según las políticas fijadas, todo lo cual regiría la ejecución del Programa Migrantes



La población migrante inscrita en el CESFAM Raúl Sánchez Bañados asciende a 3.214 usuarios, de los cuales 1.631 son mujeres y 1.582 son hombres. La población migrante inscrita en las nueve postas de salud rural asciende a 829 usurios de los cuales 453 son mujeres y 376 son hombres.

Iniciativas de integración y participación social con población migrante

Un aspecto central del trabajo con población migrante es la asignación de NIP y la acreditación de carencia FONASA durante todo el año, proceso que garantiza el acceso efectivo a la salud. Para ello, se cuenta con profesionales capacitados tanto en el sector urbano, CESFAM, como en las 9 postas rurales de la comuna de La Ligua, lo que permite resguardar este derecho fundamental para todas las personas migrantes.

Desde el año 2024 se puso en marcha la Feria de Salud Intercultural, un espacio de encuentro orientado a informar a los/as usuarios/as y fomentar el intercambio de saberes en torno a la salud y la diversidad cultural. En este contexto, además, se realizan grupos focales con el propósito de levantar las necesidades prioritarias de la población migrante y orientar las acciones comunitarias. Esta actividad se repetirá cada año durante el mes de octubre.

De manera complementaria, se desarrollan al menos dos talleres anuales con temáticas relevantes para personas migrantes. En los años 2024 y 2025, las temáticas abordadas fueron:

- Derechos de niños, niñas y adolescentes, dictado por la Red Mejor Niñez.
- Violencia intrafamiliar contra la mujer (VIF), dictado por SERNAMEG.

Asimismo, en junio de 2024 se conformó oficialmente la Mesa de Trabajo de Participación Social, instancia que reúne los siguientes programas:

- Participación comunitaria
- Promoción de la salud
- OIRS
- PESPI propósito de esta mesa es sostener un trabajo colaborativo y permanente desde las distintas áreas de participación social del DESAM, organizando acciones comunitarias en función de las necesidades de los/as usuarios/as y de los lineamientos entregados por el Servicio de Salud Viña del Mar Quillota Petorca.

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

Programa	**Actividades**	**Prpoposito**
Programa de Participación Comunitaria	Coordinación en actividades comunitarias, ferias y mesas de trabajo; inclusión de líderes migrantes en instancias participativas.	Fomentar la participación social e integración de la comunidad migrante en espacios locales.
Promoción de la Salud	Desarrollo conjunto de campañas educativas en salud intercultural, hábitos saludables y autocuidado.	Promover el bienestar integral de la población migrante y fortalecer la educación sanitaria con pertinencia cultural.
OIRS (Oficina de Información, Reclamos y Sugerencias)	Orientación e información sobre derechos en salud y procedimientos de inscripción FONASA/NIP.	Garantizar acceso oportuno, resolver dudas y fortalecer el trato digno a personas migrantes.
PESPI (Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas)	Intercambio de estrategias interculturales y participación en la Feria de Salud Intercultural.	Fortalecer la pertinencia cultural y el respeto por la diversidad en la atención en salud.
Programa de Salud Mental	Detección y derivación oportuna de casos con vulnerabilidad psicosocial, estrés migratorio o duelo migratorio.	Entregar apoyo emocional y psicosocial integral a personas y familias migrantes.
Programa de Salud de la Mujer	Coordinación para atenciones ginecológicas, control de embarazo, prevención de VIF y promoción de derechos sexuales y reproductivos.	Asegurar el acceso equitativo a servicios de salud sexual y reproductiva para mujeres migrantes.

Programa	Actividades	Prpoposito
Programas de Infancia y Adolescencia.	Seguimiento de NNA migrantes, control de crecimiento, desarrollo y vacunación.	Promover la salud integral y garantizar los derechos de la niñez y adolescencia migrante.
Programa de Inmunizaciones	Asegurar cobertura de vacunación de acuerdo con el calendario nacional, sin distinción de nacionalidad o situación migratoria.	Prevenir enfermedades transmisibles y asegurar equidad sanitaria.
Programa de Enfermedades Transmisibles (ITS/VIH/TBC)	Derivación y atención confidencial de casos, charlas educativas en ferias y talleres migrantes.	Prevenir ITS/VIH y tuberculosis, fortaleciendo el acceso a diagnóstico y tratamiento.
Programa Cardiovascular y Metabólico (CVR)	Detección y control de hipertensión, diabetes y factores de riesgo en población migrante.	Promover estilos de vida saludables y asegurar continuidad del tratamiento.
Programa del Adulto Mayor	Incorporar a adultos mayores migrantes a talleres y controles preventivos.	Promover envejecimiento activo y participación comunitaria.
Programa de Odontología	Atenciones de urgencia y preventivas, especialmente en población infantil y mujeres embarazadas migrantes.	Mejorar la salud bucal y acceso equitativo a prestaciones odontológicas.
Trabajo Social del CESFAM	Apoyo en regularización de documentación, derivaciones a redes de apoyo y acompañamiento social.	Favorecer la inclusión social y acceso a beneficios de salud y bienestar.

Estrategias y proyecciones para el cumplimiento de objetivos en Población migrante:

Estrategia	Indicadores de cumplimiento	Actividades a desarrollar
Fortalecer la Feria de Salud Intercultural como espacio de integración	N° de ferias realizadas anualmente (meta: 1 por año, en octubre)	- Realización anual de la feria
	- N° de participantes migrantes	- Conformación de grupos focales para levantar necesidades
	- N° de grupos focales aplicados	- Sistematización de la información recolectada
Garantizar el acceso a la salud a través de NIP y acreditación de carencia FONASA	N° de NIP asignados en el año	Asignación de NIP y acreditación durante todo el año
	- N° de acreditaciones de carencia FONASA efectuadas	- Capacitación permanente de profesionales en CESFAM y postas rurales
	- Cobertura en CESFAM y postas rurales (meta: 100%)	- Registro y monitoreo mensual de la gestión
Desarrollar talleres anuales con temáticas relevantes para población migrante	- N° de talleres ejecutados por año (meta: mínimo 2)	Asignación de NIP y acreditación durante todo el año
	- % de asistencia respecto a la convocatoria	- Capacitación permanente de profesionales en CESFAM y postas rurales
	- Evaluación de satisfacción de los/as participantes	- Registro y monitoreo mensual de la gestión
Consolidar la Mesa de Trabajo de Participación Social	N° de talleres ejecutados por año (meta: mínimo 2)	Planificación de talleres con instituciones colaboradoras
	- % de asistencia respecto a la convocatoria	- Ejecución de temáticas priorizadas (ej. derechos NNA, VIF, salud sexual, etc.)
	- Evaluación de satisfacción de los/as participantes	- Aplicación de encuestas de evaluación
Fortalecer redes y alianzas con instituciones y organizaciones comunitarias	N° de convenios o coordinaciones activas	Coordinación con Hospital San Agustín de La Ligua (migrantes y PESPI)
	- N° de actividades conjuntas con Hospital San Agustín y organizaciones migrantes	- Trabajo con asociaciones migrantes y Museo La Ligua
	- Evaluación de impacto comunitario	- Desarrollo de actividades conjuntas (ferias, talleres, campañas)

2.27 Programa de Mejoría en Equidad en Salud Rural

En el marco de la reforma de salud, cuyos principios orientadores apuntan a la equidad, participación, descentralización, y satisfacción de los usuarios, emana del Ministerio de Salud y de la modernización de la Atención Primaria, que representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema público, siendo su objetivo otorgar una atención de salud equitativa y de calidad, centrada en las personas y su familias, enfocada en lo preventivo y promocional, bajo el modelo de salud integral con enfoque familiar y comunitario, 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.

a) Cobertura de acciones en el modelo de atención integral Postas de Salud Rural:

Mediante la contratación o mantención de un refuerzo de recurso humano técnico de enfermería de nivel superior (permanente o volante) en aquellas postas rurales priorizadas, se orientará a que el establecimiento fortalezca el trabajo en terreno y el contacto con la realidad social mediante la atención domiciliaria, el trabajo familiar y comunitario tanto en la posta, como en el domicilio, escuelas o sedes vecinales, que puede ser abordado por cualquiera de los dos TENS.

<table>
<tr><th>INDICADOR N° 2</th><th>NOMBRE DEL INDICADOR</th></tr>
<tr><td>N° 2</td><td>Cobertura de familias evaluadas en PSR del Programa de Mejoría en Equidad Rural</td></tr>
<tr><th>FORMULA</th><th>VALOR ESPERADO</th></tr>
<tr><td>N° de familias evaluadas con cartola o encuesta familiar/ n° de familias inscritas * 100</td><td>30% de familias evaluadas con cartola o encuesta a Junio</td></tr>
<tr><th>NUMERADOR</th><th>FUENTE DE INFORMACIÓN</th></tr>
<tr><td>N° de familias evaluadas con cartola o encuesta familiar</td><td rowspan="3">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</td></tr>
<tr><th>DENOMINADOR</th></tr>
<tr><td>N° de familias inscritas</td></tr>
</table>

INDICADOR N° 3	NOMBRE DEL INDICADOR
N° 3	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 (informado en agosto) 20% de familias en riesgo (Alto, Medio y Bajo) con plan de intervención a diciembre.
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: Sistema de comunicación de Postas de Salud Rural y equipamiento menor

Mantención de sistemas de comunicación, telefonía de las postas de salud rural. Se pretende fcilitar el acceso a las comunicaciones en aquellas localidades más aisladas, sujeto a las posibilidades técnicas, a 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. A su vez se considera equipamiento menor para postas de salud rural.

Componente 3: Implementación de estrategias innovadoras para fomento del desarrollo local a través de proyectos de trabajo comunitario

El Ministerio de Salud y el Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota-Petorca, a través del Programa Mejoría de la Equidad rural, apoya proyectos comunitarios que mejoran la equidad en salud, en este contexto se desarrolló en la comuna de La Ligua durante los meses de Julio, agosto y septiembre el proyecto de formación de monitores de salud para el sector rural, en su primera versión. Recogiendo las necesidades de las comunidades rurales en los focus Group de los diagnósticos participativos realizados para los planes de salud de años anteriores, se decide validar todas las necesidades educativas planteadas por las personas y los líderes comunitarios y compilarlas en la formación de monitores de salud.

Esta formación de monitores de salud considera la dispersión geográfica y la dificultad de los sectores rurales de acceder a los servicios de salud fuera del horario de funcionamiento de las postas de salud rural, también tiene un enfoque Salutogénico, centrado en las fortalezas y recursos de la comunidad para promover la salud.

Esta formación de monitores permite que en las comunidades rurales existan personas líderes que puedan orientar a sus comunidades y con los conocimientos básicos adquiridos, entregar la primera respuesta frente a situaciones de emergencia y siendo lideres activos para mejorar la salud local.

En la formación que culminó con la certificación de los monitores de salud, se incluyeron temas como:

- Educación en formulación de proyectos comunitarios para la postulación a diversos fondos concursables con el apoyo de profesionales del servicio de salud Viña del mar-Quillota- Petorca
- Con el apoyo de los profesionales del SAMU se formaron y fueron certificados en el uso de la línea 131, soporte vital básico adulto y pediátrico, primeros auxilios
- Con el apoyo de los profesionales del DESAM La Ligua, aplicaron técnicas de pesquisa de signos vitales, primeros auxilios psicológicos, primeros auxilios en crisis hipertensiva y descompensación diabética, accidentes en el hogar como intoxicaciones, quemaduras, heridas, fracturas e inmovilizaciones, choque eléctrico, asfixia, incendios, tsunami.
- Aprendieron de los dispositivos de salud disponibles en la comuna y los distintos niveles de complejidad, conocieron los programas y el funcionamiento de ellos en nuestra comuna, como el programa de la infancia, adulto, la estrategia ECICEP, el programa de dependencia severa, programa cuidados paliativos universales, programa Aidia y las

prestaciones de atención primaria de la salud con la estructura de las agendas de los profesionales.

El 02 de septiembre del 2025, vía correo electrónico se recibe por parte del SSVQP, la evaluación del proyecto de la comuna de La Ligua, que destaca en la **valoración general:**

"El proyecto es muy pertinente y estratégico, ya que busca formar líderes comunitarios como monitores de salud en localidades rurales dispersas, con un enfoque claro en empoderamiento comunitario, autocuidado y primera respuesta. La iniciativa responde a problemas identificados en diagnósticos participativos: falta de conocimientos en primeros auxilios, desconocimiento de prestaciones de APS y debilidad en orientación hacia servicios de urgencia. Se alinea con el modelo MAIS y con el enfoque Salutogénico, al potenciar capacidades comunitarias, fortalecer el tejido social y generar agentes locales de salud"

Fortalezas identificadas

- Diagnóstico participativo claro: necesidad de educación comunitaria en salud (primeros auxilios, RCP, APS).
- Amplia participación territorial: 8 localidades rurales y múltiples juntas de vecinos, clubes y organizaciones.
- Enfoque en formación de líderes comunitarios reconocidos, lo que garantiza legitimidad en sus comunidades.
- Actividades estructuradas en 5 jornadas educativas con contenidos teórico-prácticos.
- Inclusión de profesionales del DESAM La Ligua, SAMU y SSVQP como expositores.
- Recursos pertinentes: kits de primeros auxilios, capacitación en RCP, cápsulas informativas de salud.
- Presupuesto consolidado y con cofinanciamiento: $3.200.000 (Equidad, municipal, DESAM y otros aportes).
- Medios de verificación bien definidos: actas, listas de asistencia, registro fotográfico y rendición de gastos.

Como equipo de salud, nos llena de satisfacción el concluir que la formación de monitores de salud permitió durante el desarrollo de las distintas jornadas, incorporar las demandas educativas y formativas de los líderes comunitarios participantes, lo que generó un mayor nivel de compromiso en su propia educación, contando con un grupo de monitores de salud comprometidos, habidos de conocimientos, que hoy regresan a sus comunidades con herramientas para apoyar la salud de sus sectores rurales.

A continuación, se grafican las distintas instancias de formación y certificación de la primera promoción de monitores de salud rurales comunitarios.







Evaluación del Programa Mejoría de la Equidad

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 Julio del 2025, se informó a través del REM serie P-7, al Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota.

Corte a Julio 2025 Programa Mejoría en Equidad de la Salud Rural.

Establecimiento de Salud	60%		20%	
	Meta de Cartolas a Diciembre	Cumplimiento	Meta de Estudios de Familia a Diciembre	Cumplimiento
PSR. Pueblo de Varas	490	102%	46	50%
PSR. Pueblo de Roco	419	95%	42	38%
PSR. La Canela	150	100%	13	46%
PSR. Santa Marta	176	72%	14	50%
PSR. Trapiche	268	57%	18	44%
PSR. Las Parcelas	276	59%	25	28%
PSR. Huaquen	354	71%	28	42%
PSR. Pichicuy	176	71%	18	11%
PSR. Los Molles	328	105%	20	35%

Estrategias y proyecciones para el cumplimiento de Objetivos:

Estrategia	Indicador	Actividad
Cobertura de acciones en el modelo de atencion integral Postas de Salud Rural	N° de Familias Evaluadas con cartola o encuesta familiar / N° de Familias Inscritas * 100	Contratación de 2 TENS 44 horas de Enero a Diciembre y 1 TENS contratado desde Septiembre a Diciembre por el Programa Mejoría de la Equidad para la realización de Cartolas Familiares, TENS divididos en los 3 sectores rurales a cargo de la vigencia de las cartolas.
Cobertura de acciones en el modelo de atencion integral Postas de Salud Rural	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 (Medico, 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.
Sistema de equipamiento clinico de apoyo y comunicación de Postas de Salud Rural	Adquisición de equipamiento clinico de apoyo/ monto de recursos en equipamiento devengados *100	Adquisición de Equipamiento clinico de apoyo
	Monto asignado en recursos en equipos de telefónica /Monto de recursos en telefonía devengados * 100	Contratación de planes de telefonía rural
Implementación de estrategias innovadoras para fomento del desarrollo local a través de proyectos de trabajo comunitario	Presentación de proyecto de Formación de Monitores de Salud Rural	Contacto telefónico previo a lideres comunitarios en la etapa de planificación del proyecto, el 07 de mayo del 2025.
	Carta Gantt de jornadas de formación de monitores de salud	Difusión de la Formación de monitores de salud rural a través de carteles distribuidos en Postas de Salud Rural y lugares estratégicos de cada sector rural, desde el 27 de Junio al 21 de julio.
	Listado de Asistencia	Difusión a través de las redes sociales desde el 09 de Julio al 21 de Julio
	Fotografías de las jornadas de formación de monitores de salud	Proceso de inscripción abierto desde el 27 de junio al 21 de Julio del 2025.

Institución	Programa
Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota - Petorca	Programa Mejoría de la Equidad
Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota - Petorca	Unidad de participación social
Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota - Petorca	SAMU La Ligua
Ilustre Municipalidad de La Ligua	Unidad de comunicaciones
Ilustre Municipalidad de La Ligua	Conservatorio de música Iris Basaéz Fernández
Unión Comunal de Juntas de Vecinos	Organizaciones Territoriales
Casa Sopraval	Apoyo a Instituciones Públicas
Departamento de Salud Municipal de La Ligua	Programa de Participación social
Departamento de Salud Municipal de La Ligua	Programa de Salud Mental
Departamento de Salud Municipal de La Ligua	Programa ECICEP
Departamento de Salud Municipal de La Ligua	Programa MAIS
Departamento de Salud Municipal de La Ligua	Programa del Adulto
Departamento de Salud Municipal de La Ligua	Programa de la Infancia
Departamento de Salud Municipal de La Ligua	Programa de Cuidados Paliativos Universales
Departamento de Salud Municipal de La Ligua	Programa AIDIA
Departamento de Salud Municipal de La Ligua	Programa de Promoción de Salud

2.28 Oficina de informaciones, Reclamos y Sugerencias (OIRS).

Solicitudes ciudadanas DESAM La Ligua, Enero - Agosto 2025

TIPO DE SOLICITUD CIUDADANA	Enero	%	Febrero	%	Marzo	%	Abril	%	Mayo	%	Junio	%	Julio	%	TOTAL ANUAL
CONSULTAS	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	3.8	1	4.8	**2**
SUGERENCIAS	1	6.2	1	4.0	6	22.2	1	5.6	0	0.0	1	3.8	0	0.0	**10**
FELICITACIONES	7	43.8	8	32.0	10	37.0	8	44.4	6	35.3	13	50.0	4	19.0	**56**
SOLICITUDES	1	6.2	8	32.0	3	11.1	2	11.1	4	23.5	4	15.4	11	52.4	**33**
SOLICITUDES LEY 20.285	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	**0**
TOTAL DE RECLAMOS	7	43.8	8	32.0	8	29.6	7	38.9	7	41.2	7	26.9	5	23.8	**101**
TOTAL MENSUAL	**16**	**100**	**25**	**100**	**27**	**100**	**18**	**100**	**17**	**100**	**26**	**100**	**21**	**100**	**202**

Análisis Mensual

Felicitaciones:

- Se evidencia que existen meses que presentan un incremento en comparación a otros meses del año calendario.

Reclamos:

- Muestra un crecimiento constante, especialmente en abril (42,9%) y mayo (60%).
- Baja en julio (10%) pero los meses de febrero y marzo son mayor porcentaje en donde pacientes entregaron sus reclamos respectivos.
- Es el tipo de solicitud con el porcentaje más alto en total anual (43,4%).

Sugerencias:

- Muy bajos porcentajes, con un alto en marzo (22,2%).

Solicitudes:

- Muestra un buen nivel de actividad, especialmente en febrero (32%) y julio (52,4%).
- Porcentaje más bajo en enero (6.2%)

Consultas:

- Muy bajas, solo se registró una en junio (3,8%) y julio (4.8%)

Análisis anual

Total, anual:

- Las solicitudes totales suman 101.
- Los reclamos son la categoría más prominente con un porcentaje 43.8%
- Las felicitaciones siguen, representando un 50,0%.
- Las sugerencias y consultas son mínimas, con solo el 4,0% y 0,6% respectivamente.

Observaciones

Tendencias: Los reclamos y las felicitaciones parecen ser las más comunes, mientras que las sugerencias asociados a mejorar las competencias técnicas del equipo de salud y aperturas a horas médicas, matrona y dental. Las solicitudes de fichas clínicas por usuarios que se trasladan a otros centros de atención o para distintos trámites son las que predominan.

Acciones recomendadas: Fomentar la presentación de sugerencias y consultas para equilibrar las categorías de solicitud. Para lograr lo anterior, 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 como otros años anteriores mantienen porcentajes más alto, puesto que el trato, la comunicación y trabajo que emprenden los profesionales a destacados en último año, propiciando que los usuarios puedan identificar y reforzar las mejoras observadas.

En cuanto a los reclamos que se asocian a procesos administrativos y que son percibidos como difíciles especialmente para la población adulta mayor (60 años y más), se han diseñado infografías para facilitar la comprensión. Respecto de los temas de trato, sean generado instancias dirigidas a los funcionarios con el objetivo de mejorar nuestra atención. 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.

Proyección de la Unidad OIRS

La Oficina de Informaciones, Reclamos y Sugerencias (OIRS) constituye un pilar esencial en la gestión del Departamento de Salud Municipal de La Ligua, al canalizar las inquietudes, felicitaciones y solicitudes de la comunidad. Su fortalecimiento permite mejorar la calidad de la atención, la transparencia institucional y el vínculo con los usuarios del sistema público de salud. La presente propuesta busca identificar y promover mejoras concretas en los ámbitos de gestión interna, atención al usuario, accesibilidad, análisis de datos y participación ciudadana, con el propósito de optimizar el funcionamiento de la OIRS durante el año 2025- 2026.

Nuestro desafío es fortalecer la Unidad OIRS mediante estrategias que mejoren la eficiencia en la gestión de solicitudes, promuevan una atención centrada en el usuario y fomenten la participación ciudadana en la mejora continua de los servicios de salud.

a) Gestión y Organización Interna

• Implementar un sistema digital actualizado para el seguimiento y trazabilidad de solicitudes que se mantiene en postas rurales. Para concretar lo anterior, se crea un sistema donde el folio de solicitudes ciudadanas entregada en cada posta rural se sube a un Excel que se trabaja de inmediato en la página donde la encargada de la unidad de OIRS monitorea las respuestas y la actualización de ello.

- Estandarizar procedimientos de ingreso, derivación y respuesta entre los distintos servicios y postas rurales.

- Realizar capacitaciones periódicas al personal en Ley de Derechos y Deberes del Paciente y trato humanizado. En noviembre del 2025 se comienza las primeras capacitaciones para todo el personal de CESFAM y Postas rural.

- Monitorear tiempos de respuesta de solicitudes ciudadanas

- Además, se implementa un nuevo flujograma de admisión de las solicitudes ciudadanas en la Oficina OIRS y en el cual la profesional encargada de esta unidad designa a una administrativa que se desempeña en la misma para que en conjunto sean quienes exclusivamente, recepcionen los reclamos generados cautelando de esta manera la confidencialidad de los mismos. La solicitud, felicitaciones, sugerencia pueden ser recepcionados por las administrativas que se encuentren en la unidad OIRS.

- Publicar resultados de gestión y estadísticas semestrales para fortalecer las entregas de las solicitudes ciudadanas. La principal participación será en reuniones de Gestión Usuaria en donde participan los jefes de sectores y dirigentes sociales de Cesfam y Postas Rurales. Se aplica instrumentos evaluativos, en donde se da a conocer detalles de las solicitudes semestrales y una retroalimentación de ello.

b) Propuestas mejoras OIRS 2026

- Reforzar la acogida inicial con orientación clara y lenguaje comprensible desde la unidad de OIRS y las some que se encuentran en tal acción.

- Habilitar un espacio visible, señalizado y acogedor para la atención OIRS. Mejoras que se trabajan para inicio del 2026.

- Promover una cultura de empatía y respeto hacia los usuarios mediante cápsulas informativas en los televisores de cada sector del CESFAM y Postas de Salud Rural.

- Difundir los canales OIRS en redes sociales y en los espacios comunitarios del CESFAM.

- Elaborar informes semestrales que identifiquen tendencias, reclamos recurrentes y felicitaciones destacadas.

- Socializar los resultados con los equipos de salud y generar planes de mejora interna.
- Reconocer públicamente a funcionarios o servicios con mejor evaluación ciudadana.

c) Participación Ciudadana

- Integrar los resultados de la OIRS en las reuniones del Consejo de Desarrollo Local de Salud y reuniones COMGES dirigidas para directivos, jefe sectores y usuarios representativos.

- Aplicar encuestas de satisfacción usuaria para evaluar percepción de calidad y oportunidad.

- Promover campañas educativas sobre derechos y deberes de los pacientes.
- Propiciar que usuarios/as accedan a los formularios OIRS en sus respectivos centros de salud, entendiendo que en ocasiones no pueden acceder a la plataforma de OIRS MINSAL. Desde unidad OIRS existirán administrativos disponibles que apoyaran las solicitudes ciudadanas de cada usuario/a.

El fortalecimiento de la OIRS del Departamento de Salud de La Ligua, permitirá consolidar un modelo de atención más cercano, participativo y transparente. Las acciones propuestas buscan optimizar la gestión, mejorar la experiencia usuaria y fortalecer la confianza de la comunidad en los servicios de salud, contribuyendo así a una atención más humana y eficiente durante el año 2026.

2.29 Participación Social y Salud Comunitaria

En la atención primaria de salud la participación social juega un rol clave en la prevención de enfermedades y en la promoción de la salud de las personas, familias y comunidades potenciando la salud desde territorios y espacios comunitarios. Esta unidad del Departamento de Salud Municipal de La Ligua se encuentra conformada por diferentes estrategias, que le permiten desplegar su accionar y generar acciones entre los equipos de salud local y la comunidad organizada. Estas son:

Plan de salud comunitaria (Ex plan de participación social).
Diagnóstico participativo de salud comunitaria.
Programa de Cuidados comunitarios en atención primaria de salud (Ex buenas prácticas).
Vinculación continua con consejo(s) consultivo(s) de salud.

- **Plan de Salud Comunitaria:**

Corresponde a una acción establecida legalmente y se materializa a través del documento "Orientaciones técnicas; metas sanitarias ley 19.813", el cual permite la siguiente caracterización, considerando que es una de las metas sanitarias;

Nombre del indicador	Plan de salud comunitaria elaborado, ejecutado y evaluado participativamente
Periodicidad	**Meta Nacional**
Una evaluación al año	Plan de salud comunitaria elaborado, ejecutado y evaluado participativamente en el 100% de las comunas/establecimientos comprometidos.
Meta Sanitaria Municipal 2025	
Esta meta es dicotómica y se espera que el 100% de las comunas / establecimientos elabore, ejecute y evalúe un plan de salud comunitaria. 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, teniendo como marco orientador pauta de evaluación del desarrollo del MAIS en las comunas / establecimientos. 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.	
Plan Nacional de Salud para los Objetivos Sanitarios	
Objetivo de impacto relacionado con esta meta: Fortalecer el cuidado de la salud, centrado en las personas, familias y comunidades avanzando hacia la cobertura universal. **Resultado esperado del objetivo de impacto con esta meta:** Fortalecer la implementación del modelo de salud integral, familiar y comunitario.	

Compromisos para el periódo 2026	
Estrategia	Facilitar el proceso de elaboración del plan de salud comunitaria con los equipos locales de salud y la comunidad.
Actividad	Reunión de elaboración del plan de salud comunitaria 2026. A realizar en enero de 2026.





- **<u>Diagnóstico participativo de salud comunitaria.</u>**

Proceso de levantamiento de información, necesidades y problemáticas que impactan en la vida de los habitantes de un territorio, por lo tanto, se debe realizar de manera conjunta, entre el equipo de salud y la comunidad. Aquello tiene el fin de orientar procesos de planificación, ejecución y evaluación de acciones que permitan mejorar el acceso y oportunidad a los servicios y desplegar instancias de prevención y promoción en salud.

Durante los meses de julio a octubre de 2025 se desarrolló el proceso de diagnóstico participativo en salud comunitaria, que incluyó la realización de 22 encuentros territoriales desarrollados en los diferentes sectores y unidades que componen los establecimientos del departamento de salud municipal, estos fueron;

Sector Costa, Postas de salud rural.	3 Encuentros territoriales.
Sector Longotoma, Postas de salud rural.	3 Encuentros territoriales.
Sector Valle Hermoso, Postas de salud rural.	1 Encuentro territorial.
Sector Amarillo, CESFAM RSB.	3 Encuentros territoriales.
Sector Azul, CESFAM RSB.	3 Encuentros territoriales.
Sector Verde, CESFAM RSB.	3 Encuentros territoriales.
Programa AIDIA	3 Encuentros territoriales.
Sala de rehabilitación con base comunitaria	3 Encuentros territoriales.

Al finalizar el proceso, cada sector cuenta con un diagnóstico participativo de salud comunitaria. Cabe señalar que es primera vez que el departamento de salud impulsa la creación de diagnósticos elaborados por los mismos equipos de sector lo que va en concordancia con el Modelo de atención integral de salud con enfoque familiar y comunitario (MAIS).

Compromisos para el periodo 2026	
Estrategia	Actualizar el diagnóstico participativo de salud comunitaria 2025-2026
Actividad	Reuniones sectorizadas para el desarrollo del proceso de Actualización el diagnóstico participativo de salud comunitaria 2025 – 2026.





- **Programa de Cuidados comunitarios en Atención Primaria de Salud (Ex buenas prácticas).**

El objetivo del programa apunta a "Contribuir a los cuidados comunitarios de la salud de las personas y familias en los ámbitos de promoción, prevención y rehabilitación, mediante el financiamiento de iniciativas comunitarias que adicionen valor al trabajo de los equipos de salud e incrementen la participación de la comunidad sobre la base del enfoque intersectorial y territorial." Orientaciones técnicas programa de cuidados comunitarios en atención primaria de salud, 2025.

Durante los años 2024 y 2025 el departamento de salud municipal de manera conjunta con organizaciones territoriales y funcionales de la comunidad han desarrollado ocho proyectos comunitarios, de los cuales uno de ellos ha sido adjudicado, lo que ha representado para el equipo de salud una posibilidad de disminuir brechas especialmente con grupo de población con diversas características de vulnerabilidad biopsicosocial; esto es con usuarios y usuarias del programa de atención domiciliaria para personas con dependencia severa y cuidadores (PADDS).

Compromisos para el periodo 2026	
Estrategia	Acompañar a los equipos de salud local y organizaciones de la comunidad en el desarrollo y postulación de iniciativas de cuidados comunitarios.
Actividad	Socialización de orientaciones técnicas del Programa de Cuidados comunitarios en atención primaria de salud con los equipos de salud local y comunidad. Desarrollo de 2 iniciativas de cuidados comunitarios y su correspondiente postulación.

- **Vinculación continua con consejo(s) consultivo(s) de salud.**

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 2026 contar con la participación activa del CCS gestionando las convocatorias y motivando a la comunidad a participar.

Compromisos para el periodo 2026	
Estrategia	Articular con los cuatro sectores mencionados la realización de consejos consultivos de salud abiertos a la comunidad.
Actividad	Realizar un consejo consultivo por sector durante el primer semestre del 2026 (Urbano, Valle Hermoso, Costa Y Longotoma). Realizar un consejo consultivo por sector durante el segundo semestre del 2026 (Urbano, Valle Hermoso, Costa Y Longotoma).





- **Mesa comunitaria de participación social y promoción de salud.**

Instancia que reúne las áreas de Participación social y salud comunitaria, promoción de salud, Pueblos originarios (PESPI), Migrantes y OIRS, con la finalidad de generar un trabajo articulado y que considere la eficiencia y eficacia de los recursos.

Compromisos para el periodo 2026	
Estrategia	Fomentar el trabajo continuo de la Mesa comunitaria de participación social y promoción de salud.
Actividad	Reunión de trabajo semestral para revisión de planes de trabajo de cada área.

- **Comité de Gestión Usuaria**

En el mes de agosto del presente año se reactiva de manera oficial el comité de gestión usuaria del departamento de salud, el cual tiene como funciones;

a) Analizar las solicitudes ciudadanas recibidas
b) Proponer mejoras en los procesos de atención
c) Monitorear los tiempos de respuesta
d) Evaluar la satisfacción usuaria
e) Desarrollar estrategias de mejora continua
f) Fortalecer la participación comunitaria en salud

El comité sesiona dos veces al año de manera oficial, instancias en las que el rol de la encargada de OIRS es fundamental, pues permite a través de la presentación de un informe consolidado, realizar un análisis de las solicitudes ciudadanas recepcionadas tanto en el establecimiento del sector urbano; CESFAM RSB, como en las postas de salud rural. De ese modo, se pueden elaborar estrategias que permitan disminuir las brechas en torno al acceso y la experiencia de los usuarios y usuarias en sus centros de salud.

- **Vinculación con el intersector**

Unidad/Organización	
Consejo consultivo de salud CESFAM La Ligua.	Conservatorio de música La Ligua.
Consejo consultivo Hospital San Agustín La Ligua.	Agrupación Oncológica Munay Maiski.
Unión comunal de Juntas de vecinos La Ligua.	Casa SOPRAVAL.









- **Otros compromisos**

Estrategia/acción	Actividad	Plazo
Impulsar el proceso de elaboración de mapeo de activos comunitarios	Iniciar el trabajo de Identificación de activos comunitarios, en conjunto con la comunidad de cada sector del DESAM. Dos encuentros por sector 2 Costa, 2 Valle Hermoso, 2 Longotoma, 2 Verde, 2 Amarillo y 2 Azul.	Enero a junio 2026.

- **<u>Vinculación contínua con Consejo(s) Consultivo(s) de Salud.</u>**

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 2026 contar con la participación activa del CCS gestionando las convocatorias y motivando a la comunidad a participar.

Compromisos para el periodo 2026	
Estrategia	Articular con los cuatro sectores mencionados la realización de consejos consultivos de salud abiertos a la comunidad.
Actividad	Realizar un consejo consultivo por sector durante el primer semestre del 2026 (Urbano, Valle Hermoso, Costa Y Longotoma). Realizar un consejo consultivo por sector durante el segundo semestre del 2026 (Urbano, Valle Hermoso, Costa Y Longotoma).

- **Mesa comunitaria de Participación Social y Promoción de Salud.**

Instancia que reúne las áreas de Participación social y salud comunitaria, promoción de salud, Pueblos originarios (PESPI), Migrantes y OIRS, con la finalidad de generar un trabajo articulado y que considere la eficiencia y eficacia de los recursos.

Compromisos para el periodo 2026	
Estrategia	Fomentar el trabajo continuo de la Mesa comunitaria de participación social y promoción de salud.
Actividad	Reunión de trabajo semestral para revisión de planes de trabajo de cada área.

- **Otros compromisos**

Estrategia/acción	Actividad	Plazo
Impulsar el proceso de elaboración de mapeo de activos comunitarios	Iniciar el trabajo de identificación de activos comunitarios, en conjunto con la comunidad de cada sector del DESAM. Dos encuentros por sector 2 Costa, 2 Valle Hermoso, 2 Longotoma, 2 Verde, 2 Amarillo y 2 Azul.	Enero a junio 2026.

2.30. Programa Promoción de la Salud:

El Programa Promoción de la Salud tiene como propósito contribuir al desarrollo de políticas públicas de nivel nacional, regional y comunal que construyan oportunidades para que las personas, familias y comunidades accedan a entornos y estilos de vida saludables, y se enfoca en la creación y mejoramiento de entornos saludables en el territorio, ya sean físicos, sociales o informativos, contribuyendo al aumento de factores protectores de la salud y favoreciendo la creación de hábitos de vida saludable. De esta manera, se vincula directamente con los Objetivos Sanitarios de la década 2021-2030 (Plan y Estrategia Nacional de Salud).

El programa se ejecuta mediante los Planes de Promoción de la Salud, que son elaborados por los municipios y, en el caso de la Comuna de La Ligua, es planificado y gestionado a través del Departamento de Salud Municipal. Lo anterior, requiere que los equipos locales sean capaces de reflexionar sobre el territorio, los determinantes sociales de la salud y sobre la calidad de vida, traduciendo las necesidades de la comuna a un Plan único de acción compuesto por actividades que forman parte de opciones establecidas desde nivel central y ajustándose al presupuesto asignado.

Durante 2025 se logró llevar a cabo las actividades planificadas:

- Planificación y Creación del Plan de Promoción 2025
- Incluir en el Plan actividades relacionadas a Alimentación Saludable, Actividad Física y Hábitos Saludables en General
- Incorporar las necesidades de la comunidad, teniendo en cuenta el Intersector y la Participación Comunitaria.

Entre las actividades en que ha participado el Programa de Promoción de la Salud destacan:

Jornada Deportivo Recreativa: Desafíos de Oro

(en conjunto con Oficinas Municipales de: Deportes, Personas Mayores, Comunitario, DIDECO;
y Programas de Salud: Más Adulto Mayor Autovalente, Personas Mayores y Participación Comunitaria)







Jornadas y Talleres de Apoyo a la Salud Mental en los Distintos Grupos Etarios

(en conjunto a Programa de Salud Metal, PASMI, Programa Más Adulto Mayor Autovalente)
y Participación Comunitaria)













Apoyo a Talleres Permanentes de Actividad Física y Alimentación

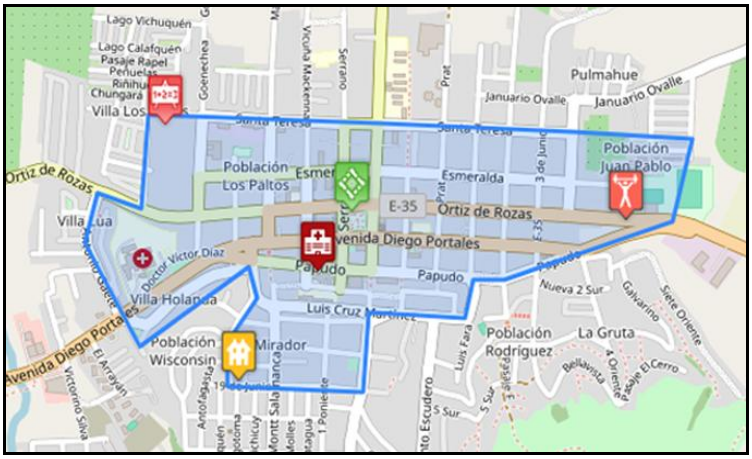
(en conjunto con Programa Elige Vida Sana y Sala de Rehabilitación RBC)

A diferencia de años anteriores, las nuevas Orientaciones Técnicas del Programa Promoción de la Salud enfatiza que es necesario focalizar la intervención de las actividades dispuestas en el Plan. Para ello, se ha determinado que las acciones y actividades de cada Plan de Promoción sean llevados a cabo en polígonos delimitados, con un Establecimiento de Salud en su centro geográfico y en el que se deben incluir Recursos Comunitarios que se encuentren dentro del mismo polígono. No se podrán ejecutar actividades en recursos comunitarios que se ubiquen fuera de los límites del polígono seleccionado.

Para las actividades a incorporar en el Plan de Promoción de Salud 2026 se deben respetar las directrices y estrategias del convenio 2025-2028, desde el cual se detallan los siguientes componentes:

- **Componente Políticas y Regulaciones Sobre Entornos Saludables**
- **Componente Habilitación y optimización de espacios públicos para la vida saludable**
- **Componente Participación comunitaria para el empoderamiento en salud**
- **Componente Comunicación Social**
- **Componente Educación para la salud**

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 establecer el Centro Urbano de la Comuna de La Ligua como Polígono de acción, siendo el Centro de Salud Familiar Raúl Sánchez Bañados el Establecimiento de Salud ubicado en el centro geográfico del área delimitada.



Polígono Plan de Promoción de Salud 2026

Para el año 2026, se ha planificado la realización de las siguientes actividades:

Metas de Programa:

Actividad	Descripción
Planificar, gestionar y ejecutar el Plan Comunal de Promoción de Salud 2026	• La totalidad del proceso se debe realizar mediante la Plataforma Ministerial Digital MIDAS. • Se deben considerar las necesidades de la población inserta en el polígono seleccionado para la selección de actividades. • Se debe incorporar al intersector y la participación comunitaria.
Ejecución Presupuestaria	• Ejecución presupuestaria anual de al menos un 90%, según lo que indica el convenio. • Envío de rendiciones financieras mensuales dentro de los plazos establecidos en el convenio.
Ejecución de Actividades	• Se debe cumplir el 90% de las actividades planificadas para el año, según convenio. • Registrar la ejecución del Plan en la Plataforma Digital MIDAS.

· **Subprogramas y Programas Complementarios**

Programas Complementarios	Descripción
Participación Social	Los Programas de Promoción de la Salud y Participación Social tienen un objetivo compartido: ambos buscan mejorar la salud de la población, no tan solo desde lo curativo, sino también desde la prevención, educando y mejorando entornos. Por ello, la participación social permite que las intervenciones de promoción respondan a necesidades locales reales y pertinentes. La promoción de la salud requiere identificar comunidades y grupos vulnerables, en relación con estilos de vida, factores de riesgo y entornos; la participación social ayuda en este diagnóstico comunitario. permitiendo que la comunidad participe en el diseño de las actividades de promoción, mejorando la aceptación, pertinencia y efectividad de las mismas. Finalmente, el trabajo colaborativo de los Programas Promoción de la Salud y Participación Social impulsan el empoderamiento individual y colectivo, permitiendo que las comunidades incidan en los entornos en que participan y afectan.
Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario (MAIS)	La Promoción de la Salud es uno de los 9 ejes del MAIS, lo que genera una relación estrecha entre ambos programas. Entre otras características, se espera que los distintos centros de salud de nuestra comuna realicen acciones de promoción de salud, con un enfoque integral y sistemáticamente, no de forma aislada. Esto último lo permite el modelo MAIS. Así mismo, el trabajo en conjunto de ambos programas permite el fortalecimiento institucional y programático, ya que se potencian instancias de planificación, seguimiento y evaluación de las actividades, roles e indicadores de cumplimiento desde una coherencia local, permitiendo utilizar los recursos eficientemente. Por último, la visión de ambos programas no es solo tratar la enfermedad, sino que prevenirla, desde una mirada comunitaria, involucrando a las familias y comunidades, mejorando la equidad y permitiendo que las comunidades más vulnerables tengan acceso a entornos saludables.

Programas de Salud del Ciclo Vital	La promoción de la salud es uno de los componentes fundamentales que atraviesa todos los programas del ciclo vital, generando que estos no sean solo reactivos, sino que, por el contrario, sean preventivos y estén en una búsqueda constante de la mejora continua de la salud de las comunidades. En la comuna de La Ligua, el Programa Promoción de la Salud ha trabajado constantemente en los siguientes grupos del ciclo vital: - **Gestación/ embarazo:** en conjunto con Programas de Salud de la Mujer y Chile Crece Más, se generan espacios de educación prenatal que incorporan temáticas de ejercicio y hábitos saludables en general. - **Infancia:** en conjunto con Programas Infantil, Chile Crece Más, Lactancia Materna y Elige Vida Sana, se realizan acciones que apoyan el desarrollo biopsicosocial de la población infantil, enfatizando en la actividad física como factor positivo en el desarrollo motriz y cognitivo, así como la lactancia materna y la alimentación balanceada como factor protector de enfermedades. - **Adolescencia/ Juventud:** junto a los Programas Espacios Amigables, DIR, Salud Mental, Elige Vida Sana, entre otros, se priorizan actividades de hábitos saludables con un vínculo hacia las problemáticas que afectan en este rango etario: como conductas de riesgo en cuanto a la salud sexual, mental, alcohol y drogas. La educación sobre autocuidado es fundamental para reducir consecuencias a largo plazo de estas conductas de riesgo. - **Adultez:** en colaboración con Programas Cardiovascular, Rehabilitación con Base Comunitaria, Salud Mental, Salud de la Mujer, Sexual y Reproductiva, Elige Vida Sana entre otros, se promocionan los estilos de vida saludable, ya sea para prevenir o mantener controladas las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT), dando énfasis en la realización de actividad física y la alimentación balanceada como factores protectores para evitar enfermedades de mayor complejidad como el cáncer o la afectación coronaria o vascular. - **Personas Mayores:** junto a Programas Cardiovascular, Más Adulto Mayor Autovalente, Rehabilitación con Base Comunitaria, Salud Mental, entre otros, se promueve el envejecimiento activo mediante la nutrición balanceada y la realización de actividad física, con el fin de mantener la funcionalidad y prevenir caídas. De la misma forma, la promoción de la salud mental es necesaria, por lo que se generan espacios que favorecen la inclusión social, la participación comunitaria y la estimulación cognitiva.

Programa Elige Vida Sana (PEVS)	El programa intenta resolver la alta prevalencia de malnutrición por exceso en la población bajo control (niños, niñas, adolescentes y adultos entre 2 a 64 años) que se encuentran en los centros de atención de salud primaria. El enfoque de acción del programa es disminuir los factores de riesgo de desarrollar enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), a través de la modificación de los estilos de vida en el ámbito nutricional y de actividad física.
	El PEVS lo conforma un equipo multidisciplinario, que interviene y evalúa a quienes ingresan de forma individual y grupal, entregando herramientas para la sustentabilidad de los cambios en el tiempo, incorporando la realización de actividades de Promoción y Prevención relacionadas a la actividad física y la alimentación saludable.

De acuerdo con lo anterior, se proyecta realizar las siguientes acciones para el año 2026:

Actividad	Objetivos
Ingresos al PEVS	. Cumplir con el 100% de los ingresos indicados en el Convenio del Programa desde SSVQP.
Consultas Nutricionales	·Realizar controles de ingreso por Profesional Nutricionista. . Conocer la situación alimentaria y nutricional, generando un plan de alimentación en conjunto y realizable, respetando la pertinencia cultural.
Consultas Psicológicas	·Realizar controles de ingreso por Profesional Psicóloga. . 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	· Realizar Control de Ingreso por Profesional de la Actividad 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.
Plan de Trabajo Anual	. Realizar un informe de planificación anual en el que se dispongan tiempos, espacios y formas en que se desarrollarán las actividades del PEVS.
Actividad en Contacto con la Naturaleza	. Realizar, al menos una vez, alguna actividad de autocuidado en un entorno natural cercano.

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

Desde la evaluación realizada a las actividades 2025, 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: Generar acciones coordinadas y articuladas entre diversos equipos y programa y, así mismo, junto a otros departamentos municipales que intervengan problemas vinculados con la salud, el bienestar y la calidad de vida de diversos grupos etarios de la Comuna de La Ligua.

Participación Comunitaria: Con la intensión de aumentar los conocimientos y habilidades sobre factores protectores de la salud y, de esta manera, aumentar el involucramiento de la población con un enfoque intercultural, ambiental, solidario, con equidad de género e intergeneracional, mediante talleres, ferias y actividades masivas, en áreas vinculadas a alimentación saludable y actividad física, pero que se podrían relacionar a otras como salud mental, salud reproductiva y sexual.

Difusión y Comunicación Social: Fortalecer el conocimiento sobre 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.

2.31 Modelo de Atención integral de Salud Familiar y Comunitario (MAIS).

La implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria busca abordar a la persona, su familia y la comunidad mediante un cuidado continuo, con énfasis en la promoción y prevención de la salud. Desde el año 2020 se ha desarrollado a nivel comunal, y en 2024 se centralizan los esfuerzos desde el departamento de salud para consolidar las bases y lineamientos institucionales, promoviendo una cultura organizacional orientada al modelo. La evaluación del presente año se realiza como un ejercicio reflexivo sobre el trabajo realizado, más que como un cumplimiento estricto de indicadores, buscando fortalecer la atención integral y de calidad.

Dentro de los avances registrados durante el 2025, destacan:

- Realización de la autoevaluación en el mes de marzo del presente año en cada establecimiento de salud de la comuna de La Ligua.
- Supervisión de la pauta MAIS por parte del referente del Servicio de Salud Viña del Mar–Quillota–Petorca (SSVQP).
- Reactivación del equipo MAIS rural en el sector rural.
- Conformación del equipo MAIS en el sector urbano.
- Reuniones periódicas orientadas al seguimiento y evaluación de los avances del modelo con Dirección (DESAM), Dirección (CESFAM), Subdirección Rural y equipo MAIS del Departamento de Salud, el cual está conformado por los Referentes Técnicos de Calidad, Participación Social, MAIS y de Programas.

Finalmente, se espera aumentar en al menos un 20% el cumplimiento de la pauta MAIS respecto de la primera evaluación, con el propósito de fortalecer la implementación del modelo y avanzar hacia un funcionamiento plenamente integral en los 10 establecimientos de APS de la comuna.

En relación con la supervisión realizada por parte del Servicio de Salud Viña del Mar–Quillota–Petorca (SSVQP) durante el mes de junio y julio, se evidencia el siguiente porcentaje de cumplimiento obtenido:

Sector urbano: 26%	**Sector rural: 52%**

Así mismo, según la evaluación, el Servicio de Salud Viña del Mar–Quillota–Petorca (SSVQP)a través de la última pauta de evaluación, tendrá una segunda evaluación en el año 2025 a realizar en el mes de diciembre a Postas de Salud Rural, la cual será liderada por equipo MAIS Rural.

Desafíos propuestos y estrategias para cumplirlos como plan de mejora 2026

Con el objetivo de optimizar el cumplimiento de la pauta MAIS y avanzar progresivamente en la implementación del modelo, se han establecido los siguientes aspectos a abordar en el Plan de Mejora para el año 2026:

Estrategia	Indicador	Actividad
Sensibilización del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria	% de actividades realizadas.	1.- Conformar el equipo MAIS en los sectores urbano y rural para mejorar la coordinación de acciones y atención. 2.- Coordinar la preparación y seguimiento de la autoevaluación y evaluación del SSVQP. 3.- Mantener reuniones en unidades transversales como son; Farmacia, Rehabilitación, UAPO, Sector Rojo, entre otros. 4.- Realizar capacitaciones a los funcionarios administrativos y profesionales sobre el modelo MAIS. 5.- Mantener reuniones con encargado de participación social y equipo MAIS para revisar, analizar y registrar avances de los indicadores.
Presentación de resultados de la pauta MAIS	% de actividades realizadas.	1.- Coordinar y dar seguimiento a los procesos de autoevaluación y evaluación externa del sector.
Garantizar que los documentos de la pauta MAIS estén completos, actualizados y disponibles para su uso en la evaluación.	% de actividades realizadas.	1.- Protocolo buen trato. 2.- Protocolo crisis normativas y no normativas. 3.- Protocolo sobre entrega de guías anticipatorias. 4.- Protocolo de visita domiciliaria integral. 5.- Protocolo sobre consejerías familiares.

2.32. Programa de Calidad y Acreditación Departamento de Salud.

El Departamento de Salud de la Ilustre Municipalidad de La Ligua busca alcanzar la seguridad y calidad en las prestaciones que entrega a la comunidad con el fin de mejorar el nivel de salud de sus usuarios/as mediante una atención integral, segura y de calidad, centrada en las personas y con un enfoque preventivo, promocional, diagnóstico, terapéutico y rehabilitador, garantizando el acceso, la oportunidad y la continuidad de la atención.

En ese sentido el comité de calidad trabaja para desarrollar e instalar una cultura de aprendizaje permanente y mejora continua, que propenda a disminuir la posibilidad de ocurrencia de eventos adversos asociados a la atención y que afecten la vida y confianza de las personas, familias y comunidades.

Dado lo precedente, existen principios orientadores para alcanzar la calidad en el accionar de las y los funcionarios que desempeñan sus labores en la institución:

- **Atención centrada en las personas:** Brindar servicios respetuosos, equitativos y orientados a las necesidades y expectativas de los usuarios y sus familias.

- **Atenciones seguras y de calidad:** Garantizar prestaciones efectivas, oportunas y de acuerdo con los estándares técnicos definidos por el Ministerio de Salud.

- **Formación continua:** Promover el desarrollo de competencias y capacitación permanente de los equipos de salud para asegurar la excelencia en la atención.

- **Lineamiento con las políticas ministeriales vigentes:** Dar cumplimiento a los lineamientos de calidad y seguridad del paciente establecidos por el Ministerio de Salud.

- **Continuidad y trazabilidad en la atención:** Asegurar la entrega oportuna y precisa de resultados de exámenes, así como la trazabilidad de los procedimientos clínicos, favoreciendo la continuidad del tratamiento y la toma de decisiones informadas en beneficio de los usuarios.

- **Asesoría a equipos de salud locales:** Acompañar a las y los funcionarios del departamento de salud y sus establecimientos en el proceso de instalación y mantención de la cultura de calidad.

En cuanto al estado de avance, de acuerdo al programa de calidad 2025, se ha alcanzado un 33.3% de cumplimiento, con 2 actividades cumplidas de un total de 6, las otras cuatro se encuentran programadas para el trimestre octubre a diciembre del año en curso.

Por otra parte, en relación a las gestiones desarrolladas durante el presente año se tienen las siguientes:

MES	Gestión
Marzo	Reactivación del equipo de calidad del DESAM La Ligua. Análisis y revisión de las características obligatorias y no obligatorias, según pauta de cotejo de la superintendencia de salud, aplicable a establecimientos de atención abierta.
Abril	Primera reunión provincial anual con referente de calidad SSVQP, donde se actualizó el estado de avance de cada equipo comunal de calidad. Reformulación del programa de calidad 2025. Definición de áreas de trabajo prioritarias para el equipo de calidad: Acreditación de calidad, demostraciones sanitarias PSR, autorización sanitaria de áreas de CESFAM (esterilización), revisión de protocolos de acreditación e institucionales, protocolo de vigilancia de eventos adversos y centinelas y gestión de convenios docente asistenciales. Socialización del diagnóstico situacional y estado de avance de equipo de calidad a equipo directivo DESAM La Ligua, Subdirección Rural y Dirección CESFAM RSB. Primera reunión con SEREMI provincial Petorca para abordar demostraciones y autorizaciones sanitarias. Visita en terreno al área de esterilización del CESFAM RSB (aplicación de pauta sala o sector de esterilización) e identificación de brechas a trabajar.
Mayo	Inicio de revisión de protocolos según características obligatorias, no obligatorias e institucionales (orden interno).
Junio	Reunión de coordinación con dirección DESAM y dirección CESFAM RSB por área de esterilización. Elaboración de protocolo de verificación de cumplimiento de licencia médica a través de visita domiciliaria u otro mecanismo de verificación. Finalización de sugerencia en relación a encargados y subrogantes de características según pauta de cotejo para la acreditación. Reunión con referente de calidad del SSVQP para revisión de protocolos (GCL 3.2 "lavados de manos"/ GCL 1.3 "procedimientos de Enfermería).

MES	Gestión
Julio	Reunión de trabajo con dirección(s) CESFAM y Dirección (s) DESAM para definir a encargados y subrogantes de características según pauta de cotejo para la acreditación.
	Reunión provincial mensual (Comuna de Zapallar) con referente de calidad SSVQP para revisión de protocolo APF 1.3 "Dispensación y despacho de medicamentos".
	Reunión de retroalimentación con QF CESFAM y DESAM por el protocolo APF 1.3 "Dispensación y despacho de medicamentos".
Agosto	Reunión de revisión y análisis de protocolos por parte del equipo de calidad.
	Planificación inicial de capacitación anual a funcionarios en materia de calidad (PAC 2025).
	Revisión de estado de avance a nivel documental de PSR a presentar para el proceso de demostraciones sanitarias.
	Integración médico asesor al equipo de calidad.
	Revisión de protocolo AOC 1.2 "Valores críticos"
	Revisión de avances según programa de calidad 2025.
Septiembre	Realización de Focus Group de calidad para evaluación de compromisos según plan de salud 2025.
	Reunión con Dirección DESAM y Dirección CESFAM para abordar avance de trabajo en sala de esterilización de CESFAM.
	Reunión con Dirección DESAM y CESFAM para presentar los avances por parte del equipo de calidad.
	Monitoreo de compromiso en relación a las demostraciones sanitarias.
	Socialización de trabajo del equipo de calidad a los encargados de sector urbano y rural.

MES	Gestión
Octubre	Presentación de avance del trabajo de calidad a los equipos de sector urbano en sus reuniones (azul, amarillo y verde).
	Visita de cortesía por parte de la SEREMI de Salud provincial con el objetivo de realizar levantamiento de información de brechas en sala de esterilización en dependencias del CESFAM.
	Reunión con referente de calidad SSVQP, dirección DESAM y dirección CESFAM con el objetivo de manifestar postura frente a la propuesta de acreditación para el año 2025, acordando realizarla en marzo 2027. Otros acuerdos apuntan: avance de demostraciones sanitarias, designación final de responsable de características obligatorias/ no obligatorias/ mediciones de indicadores según pauta de cotejo.
	Reunión con dirección DESAM, dirección CESFAM y Encargada de mantención en relación a la organización de los trabajos del área de esterilización del CESFAM.

Espacios de articulación con el intersector:

El equipo de Calidad del Departamento de Salud, para el desarrollo de sus áreas de trabajo se relaciona de manera constante con el intersector, como se muestra en la siguiente tabla.

- **Unidades y programas con los que se vincula en programa de calidad.**

Subprograma y/o Programa Complementario	Definición
SEREMI de Salud	Orientación y supervisión de las autorizaciones y demostraciones sanitarias del CESFAM RSB y de las nueve PSR, asegurando el cumplimiento de la normativa sanitaria vigente y fortaleciendo la gestión de calidad asistencial.
SECPLA	Apoyo técnico en la formulación de proyectos de infraestructura, orientados a mejorar la calidad y seguridad de la atención, en coherencia con los estándares exigidos por el MINSAL.
DOM	Conocimiento técnico en la revisión y aprobación de proyectos, velando por el cumplimiento de la normativa constructiva y sanitaria local, requisito esencial para los procesos de acreditación en salud.
SSVQP	Asesoría, acompañamiento y orientación técnica en la implementación del Programa de Calidad y procesos de acreditación, conforme a las directrices ministeriales y estándares nacionales.
PMI	(Programa de mejoramiento de infraestructura) Proyectos enfocados en el cumplimiento de garantías de calidad y brechas sanitarias, asegurando condiciones seguras y adecuadas para la atención en salud. En 2025 se adjudicamos el mejoramiento de la PSR de Roco.
MAIS	El MAIS orienta la atención hacia un enfoque integral y centrado en las personas, familias y comunidades. Su implementación se articula con el Programa de Calidad a través de la acreditación, los estándares ministeriales y la mejora continua, promoviendo una atención segura, equitativa y oportuna.
Centro urbano (CESFAM RSB)	A través de capacitación y concientización continua al equipo directivo, clínico y administrativo en materias de calidad, acreditación y normativas sanitarias, además de brindar apoyo técnico en la ejecución e implementación de protocolos, autorizaciones sanitarias y cultura de calidad.
Centros Rural (PSR)	Fortaleciendo las competencias del equipo directivo, clínico y administrativo mediante capacitación y concientización en calidad y demostraciones sanitarias, garantizando el cumplimiento de las exigencias ministeriales.
Equipo administrativo DESAM y mantenimiento	Fomentando la concientización en calidad y gestión de mantenimiento de infraestructura, asegurando que las condiciones estructurales, operativas y administrativas de los establecimientos de salud cumplan con los requisitos normativos del MINSAL.

Para el año 2026, el área de calidad del Departamento de Salud desarrollará las siguientes acciones para dar continuidad al trabajo que viene desarrollando desde el año 2019;

Estrategia	Actividades	indicador	Umbral de Cumplimiento
Instalación de cultura de calidad a través de instancias anual de capacitación de funcionarios y funcionarias.	Capacitación anual en materia de calidad y acreditación.	N° de funcionarios capacitados en el año 2026 en materia de calidad y acreditación / N° de funcionarios convocados a capacitación en materia de calidad y acreditación *100	50%
Instalación de cultura de calidad a través de puesta en marcha de protocolos de acreditación.	Puesta en marcha de protocolos de características a presentar en el proceso de acreditación.	N° de protocolos que inician su funcionamiento en el primer semestre del 2026 de características a presentar en el proceso de acreditación / N° de protocolos totales de características a presentar al proceso de acreditación *100	100%
Retroalimentación continua a equipos de salud local, de sector urbano y rural.	Participación en reuniones de sector para socialización del trabajo del comité de calidad.	N° de reuniones en que se participa en el año 2026 / N° de reuniones planificadas para participar en el año 2026*100	90%
Regularización de establecimientos de salud rural para garantizar la seguridad en la atención, la equidad y el acceso a la salud primaria comunal.	Presentación de tres postas de salud rural al proceso de demostración sanitaria.	N° de postas presentadas al proceso de demostración sanitaria en el primer semestre del 2026 / N° de postas planificadas para presentar al proceso de demostración sanitaria en el primer semestre del 2026*100	66%

2.33 Comité Oncológico Departamento de Salud Municipal de La Ligua

El cáncer es uno de los principales problemas de salud que sufren los chilenos, no solo es la primera causa de muerte, sino que según el departamento de estadísticas e información en salud del Minsal (DEIS) causa el fallecimiento de alrededor de 28.000 personas cada año.

En relación a la situación global según la Globocan, se estima que existan casos nuevos de cáncer en el mundo de 20 millones en el año 2022 a 32,6 millones al año 2045 y en el mismo periodo la estimación de muertes por cáncer aumenta de 9,74 millones a 16,9 millones de personas.

En chile, la distribución de casos nuevos, según tipos de cáncer, en el año 2022 es la siguiente:

Hombres

Próstata	9.678	29,50%
Colorectal	3.351	10,20%
Gástrico	3.350	10,20%
Pulmón	2.619	8,00%
Riñón	1.490	4,50%
otros	12.312	37,50%

Mujeres

Mama	5.640	20,80%
Colorectal	3.427	12,70%
Pulmón	1.772	6,50%
Gástrico	1.605	5,90%
Cérvico-uterino	1.559	5,80%
otros	13.073	48,30%

Ambos sexos

Próstata	9.678	16,20%
Colorectal	6.778	11,30%
Mama	5.640	9,40%
Gástrico	4.955	8,30%
Pulmón	4.391	7,30%
otros	28.434	47,50%

Fuente: SITS (sistema de información territorial en salud)

Defunciones por Cáncer en la Comuna de La Ligua

Durante el último periodo analizado, las defunciones por cáncer representaron una de las principales causas de mortalidad en la comuna, situándose como la segunda causa de muerte después de las enfermedades cardiovasculares. Según los registros del Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS), en el año 2024 se registraron **284 defunciones por cáncer**, lo que equivale a una **tasa de 5,4 por 1.000 habitantes**. Las defunciones más frecuentes por cáncer entre el periodo 2017 al 2024 fueron:

- **Cáncer de próstata**
- **Cáncer gástrico**
- **Cáncer tráquea, bronquio y pulmón**
- **Cáncer de mama**
- **Cáncer cervicuterino**

1- Cáncer de Próstata

Año	Defunciones
2017	5
2018	4
2019	7
2020	8
2021	9
2022	9
2023	5
2024	8
Total	**55**

2- Cáncer Gástrico

Año/Defunciones	hombres	mujeres	total
2017	2	3	5
2018	8	2	10
2019	2	3	5
2020	7	4	11
2021	4	2	6
2022	5	1	6
2023	3	1	4
2024	4	3	7
Total	**35**	**19**	**54**

3-Cáncer tráquea, bronquio y pulmón

Año/Defunciones	hombres	mujeres	total
2017	4	1	5
2018	2	3	5
2019	4	0	4
2020	7	3	10
2021	6	1	7
2022	2	1	3
2023	5	3	8
2024	2	5	7
Total	**32**	**17**	**49**

4-Cáncer de mama

Año	Defunciones
2017	6
2018	5
2019	2
2020	4
2021	5
2022	6
2023	1
2024	4
Total	**33**

5- Cáncer cervicouterino

Año	Defunciones
2017	2
2018	3
2019	6
2020	1
2021	3
2022	3
2023	2
2024	0
Total	**20**

Fuente: SITS (sistema de información territorial en salud)

Estas cifras reflejan la necesidad de fortalecer las estrategias comunales de detección precoz, educación y promoción de estilos de vida saludables, así como el acceso oportuno a tratamientos especializados.

Considerando que las causas de alrededor del 30% de las muertes por cáncer están relacionadas a los factores de riesgo modificables, como tabaco, alcohol, dieta, ejercicio e índice de masa corporal, podemos aseverar que esta enfermedad tiene un alto potencial prevenible y sobre la cual se pueden realizar acciones en este sentido.

El comité oncológico del Departamento de Salud Municipal de La Ligua, se conformó en el año 2025 con el objetivo de contribuir a La APS comunal al desarrollo y fortalecimiento de la red oncológica.

Dentro de los objetivos específicos encontramos:

- Fortalecer el enfoque preventivo promocional del cáncer en la planificación anual de actividades en cada una de las acciones que se realizan por parte del equipo de APS en el curso de vida.
- Mejorar los resultados sanitarios locales concerniente a cobertura de inmunización, tamizajes y sospechas diagnósticas.

El comité está conformado por:

Cargo	Nombre	Profesión
Referente Técnico Desam (Encargado)	Juan Carlos Mejías Torres	Kinesiólogo
Encargada de PNI	Valentina Fernández Lazcano	Enfermera
Encargada P. Salud Sexual y Reproductiva	Alejandra Araya Saavedra	Matrona
Encargada de Resolutividad e imágenes diagnosticas	Paz Álvarez Campos	Kinesióloga
Encargada Programa CPU	Anakenna Cisternas Leiva	Trabajadora Social

La primera acción realizada por el Comité Local, fue el de elaborar un diagnóstico de la situación del cáncer en nuestra comuna. El cual abordo las siguientes categorías y subcategorías.

CATEGORIA	SUBCATEGORIA
Contexto Poblacional Epidemiológico	Datos demográficos
	Población Total INE Comunal
	Sobrepeso(2019-2024)
	Obesidad (2019-2024)
	Factores de riesgo identificados
Cobertura y Accesibilidad a pesquisa y screening	Estrategias desarrolladas en la comuna que favorecen estilos de vida saludables
	Cobertura Vida Sana
	Cobertura EMP (Por grupo de edad y sexo)
	Detección Consumo Alcohol (señalar instrumento de pesquisa y cobertura de aplicación del mismo)
	Consejería prevención Hábito Tabáquico
	Cobertura Vacuna VPH (2019 a 2024)
	Cobertura de screening/prestaciones
	Se realiza vigilancia de población a cargo
	Barreras de acceso identificadas
	Horizonte de espera (tiempo que espera para acceder a una hora de atención)
	Disponibilidad de equipos y tecnología
	Disponibilidad de personal
	Protocolo de Resultados Críticos si corresponde
Detección y Diagnóstico	Protocolos y guías clínicas de detección y derivación
Derivación Oportuna y Continuidad de la Atención	Registro y monitoreo de lista de espera
	Coordinación con hospitales y centros especializados
	Redes de apoyo y navegación de pacientes
	Cumplimiento de plazos garantizados
Vacunación VPH	Cobertura 2019-2024
Cuidados Paliativos	Número de ingreso de personas a CCPP
Educación y Concientización en la Comunidad	Estrategias de promoción y prevención
Uso de Oferta	% Ejecución PIG Mamografías
	% Ejecución PIG ECO Mamaria
	% Ejecución ECO abdominal
	% Ejecución EDA
Evaluación de Brechas y Propuestas de Mejora	Identificación de brechas en el proceso
	Estrategias de mejora en la cobertura
	Capacitación del personal
	Estrategias de coordinación entre niveles de atención
	Monitoreo y Evaluación

De la realización del diagnóstico el comité pudo desprender fortalezas y brechas a trabajar, este diagnóstico fue presentado en el comité oncológico del Servicio de salud Viña del mar Quillota Petorca, el cual posterior a la realización nos solicita elaborar un plan de acción para abordar en el 2026.

Dentro de las Conclusiones del Diagnóstico se encuentran:

-El inconveniente de recopilar datos estadísticos relacionados con los factores de riesgo, datos aportados por plataforma de registro clínico electrónico y por los REM como, por ejemplo; el sobrepeso, la obesidad, el hábito tabáquico y de alcohol, personas que no realizan actividad física.

De lo anterior se desprende que se debe mejorar el registro de los factores de riesgo, pues nos entrega datos sensibles hacía con quien dirigir nuestras actividades de carácter promocional y preventivas.

-En relación a las estrategias que se realizan en la comuna que favorecen estilos de vida saludables, si bien es cierto se realizan en todo el ciclo vital, corresponde planificar línea de acción enfocada en la prevención del cáncer.

-Relacionado a los instrumentos de pesquisa y cobertura en consumo de alcohol y tabaco, falta mejorar la efectividad de la pesquisa identificando nodos críticos y gestionar la intervención de la mejora.

-En la cobertura de la vacunación del VPH, en la evolución desde el año 2019 a la fecha, hubo un descenso esperado en el periodo de pandemia, por ende, se debe continuar con el trabajo de monitoreo y reforzar campañas de vacunación vinculadas al cáncer en establecimientos educacionales y centros de salud, de la vacunación del VPH y de la Hepatitis B.

-En lo relacionado a los screening y prestaciones que se entregan en APS de carácter preventivo como es el PAP, Mamografías, endoscopias digestivas altas, ecotomografía abdominal, derivaciones a dermatología por sospecha de melanoma. Nos posicionamos por sobre las metas esperadas entregas por el servicio de salud, se debe mejorar la población objetivo en la realización de dichos exámenes. En relación a la oferta odontológica integral en evaluación y atención a usuarios que ingresan a tratamiento oncológico (cirugía, quimio y radioterapia) no poseemos un plan de acción diseñado.

-Actualmente el equipo de cuidados paliativos oncológicos lo lidera el equipo del HSALL, por nuestra parte poseemos el equipo de cuidados paliativos universales. Por lo que se deben articular ambos equipos y debe existir comunicación directa entre Hospital y APS para conocimiento de población bajo control y poder informar a los equipos de cabecera e iniciar intervenciones bajo el modelo de salud familiar.

Actividades de planificación relacionadas al Cáncer para el 2026

El comité oncológico, posterior a la realización del diagnóstico comunal del cáncer elabora una planificación anual, atendiendo a las brechas detectadas proponiendo planes de mejora. Para complementa y hacer de la planificación un trabajo de todos, se realiza un focus group con distintos participantes del DESAM entregando un valioso aporte para la programación.

Ámbito	Estrategia	Actividad	Umbral de cumplimiento
Gestión	Mantener Diagnostico Comunal actualizado	-Establecer vínculo con cuidados paliativos oncológicos del HSALL (Reunión de coordinación entre niveles de atención) -Revisar y completar datos del diagnóstico por parte del comité de manera semestral.	-Al menos el 50% de actividades programadas
Gestión	Vigilancia de la población a cargo	-Encargados de sectores tendrán nómina de usuarios con Cáncer y generaran acciones en el marco del MAIS, elaborando plan de cuidados.	-Revisión al azar de Registro clínico electrónico. Mínimo 50% de cumplimiento.
Gestión	Capacitación de profesionales de salud	-Capacitar a equipos de cabecera de centros de salud en pesquisa precoz, manejo de factores de riesgo y educación de pacientes.	-Realizar al menos una capacitación en el periodo 2026.
Gestión	Elaboración de Priorización en uso de oferta	-Para una correcta utilización de oferta programática de exámenes preventivos (PIG mamarias-Ecografía Abdominal-Endoscopia digestiva alta, etc) Asesor médico colaborara en realización de factores de riesgo prioritarios para la realización de exámenes.	-Existencia de documento o protocolo.
Capacitación	Sensibilización	-Sensibilización por parte del comité oncológico al equipo de salud en cuanto a pesquisa y promoción. -Sensibilización a la comunidad mediante uso de plataformas digitales.	-Al menos 50% de cumplimiento de actividades

Ámbito	Estrategia	Actividad	Umbral de cumplimiento
Intersector (Agrupación Oncológica Munay Misky)	Ejecución de proyecto: " CAmbiemos la mirada: junt@s somos poderos@s"	-Intervenir a los familiares y personas de la comuna de La Ligua que han experimentado el tránsito por la enfermedad del cáncer, con el fin de fortalecer su calidad de vida. Esto se logrará mediante la entrega de herramientas de afrontamiento enfocadas en mejorar la salud mental, promover una alimentación saludable, y desarrollar habilidades de destreza y coordinación.	Participación de al menos el 25% de cuidadores.
Promoción	Conmemorar	-Conmemorar los 5 Cáncer con mayor prevalencia en la comuna con actividades promocionales y preventivas.	Cumplir con al menos de 80% de actividades planificadas.
Promoción	Campaña de Concienciación pública	-Temas de detección precoz, factores de riesgo, signos de alerta en: redes sociales, radio o afiches en centro de salud.	Cumplir con al menos un medio verificador de participación.
Prevención	Antígeno Prostático	-Incorporar testeos gratuitos de exámenes de próstata, debido a ser la primera causa de defunción en la comuna.	Al menos una actividad preventiva con testeo gratuito en la comuna.
Cobertura de prestaciones	Salud Oral	-Prestaciones de salud oral a usuarios que se someten a quimioterapia o radioterapia, para eso los equipos deben conocer la población con Cáncer. Se necesita colaboración de referente oral para gestión de casos.	-Línea Base, iniciar prestaciones.

2.34 Emergencia y Desastres Departamento de Salud Municipal.

El departamento de salud se encuentra en proceso de definición del equipo que actuará como asesor en materia de salud ante la ocurrencia de una emergencia o desastre en la comuna.

Para ello, la capacitación y conocimientos en los equipos de salud resultan fundamentales, ya que permiten centrar las intervenciones en las necesidades específicas de la población, considerando los riesgos presentes en el territorio y por ende contribuir a mitigar la ocurrencia de eventos que generen una nueva afectación en nuestros usuarios, funcionarios/as y comunidad en general.

Durante el año 2025, el servicio de salud Viña del mar Quillota Petorca ha generado instancias de capacitación, en la que han participado funcionarios y funcionarias del DESAM y sus establecimientos. Los principales conocimientos transmitidos tienen su base en los siguientes instrumentos:

- Documento **"Modelo de Protección de la Salud Mental en la Gestión del Riesgo de Desastres"**, Santiago de Chile. Primera edición, revisada en febrero, 2019. Link para consultar: https://www.preventionweb.net/files/64210_64192modeloproteccionsaludmentalenl.pdf?startDownload=true

- Documento **"Guía del IASC sobre salud mental y apoyo psicosocial en emergencias humanitarias y catástrofes"**, Inter-Agency standing Committee, 2007. Link para consultar: https://www.acnur.org/sites/default/files/legacy-pdf/5b50c7b82cd.pdf

- Documento **"Guía de intervención humanitaria mhGAP (GIH-mhGAP)"**. El manejo clínico de los trastornos mentales neurológicos y por uso de sustancias en las emergencias humanitarias. Washington, DC : OPS, 2016. Link para consultar: https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/8526b61b-e81b-4458-9d68-4f4ac712831f/content

- Instrumento **"Evaluación preliminar de daños y análisis de necesidades en salud mental de la comunidad"** contenida en las ORIENTACIONES TÉCNICAS Equipos de Apoyo a la Respuesta en Salud Mental para Emergencias y Desastres. Link para consultar: https://degreyd.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/04/OOTT-ARSAM-Oficial-002.pdf

Un aporte significativo en la identificación de amenazas y riesgos presentes en el territorio es la elaboración del mapeo de recursos comunitarios a nivel local, en virtud del cual para el año 2026 se realizará la actualización hacia el ***mapeo de activos comunitarios***, instrumento de gestión para los equipos de salud, que permitirá que, en caso de ocurrencia de una emergencia o desastre, los equipos identifiquen en la comunidad puntos seguros para favorecer la primera respuesta.

2.35 Estrategia Saludablemente: "Cuidados De Ambientes Laborales Saludables Y Salud Mental Del Personal De Salud".

La estrategia Saludablemente está en un periodo de construcción de su plan 2025-2030 y de su modelo de trabajo, en la actualidad su nombre es "**Cuidados De Ambientes Laborales Saludables y Salud Mental Del Personal De Salud",** presentándose una modificación en su propósito desde el plan de salud 2024, visualizándose en la actualidad que en sus nuevos lineamientos se aspira a que todos los establecimientos de salud de APS en el País cuenten con políticas y programas efectivos para el cuidado de la salud mental y la creación de ambientes de trabajo saludables.

Se encuentra como principio que, a través de la articulación con empleadores y actores claves, se trabaje en un enfoque integral y participativo, considerando la importancia de fortalecer los factores protectores, identificar y mitigar los riesgos psicosociales y promover entornos laborales nutritivos que favorezcan el bienestar y desarrollo de los equipos de salud.

Hasta el año pasado, se informaba que, el Programa Saludablemente era 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, Información contenida en plan de salud comunal 2024-2025. Sin embargo, en la actualidad su enfoque se encuentra en promover ambientes laborales saludables y el bienestar del personal de salud en APS.

El principio orientador corresponde a cuidado de ambientes laborales saludables, el cual deriva del plan de salud comunal 2024 -2025 y lineamientos actuales de la estrategia, proyectándose como base para las gestiones 2026.

A nivel comunal La estrategia de Cuidados de Ambientes laborales saludables y salud mental del personal de salud ha logrado desarrollar gestiones que fortalecen el ambiente laboral en el Departamento de Salud Municipal La Ligua, a través de la vinculación y trabajo colaborativo con Referente del SS, Dirección del DESAM La Ligua, RRHH, Organismo Administradores de la Ley de Seguro Social en Chile (OAL) o denominadas mutualidades, Comité Trabajo seguro, Gestión de resolución de conflictos, Asociaciones Gremiales, Comité CEAL, Monitores CEAL, encargados de programas y funcionarios de la red de salud APS La Ligua.

Las estrategias desarrolladas en el Departamento de Salud Municipal de La Ligua son las siguientes:

- Se han recepcionado y enviado diecisiete Formularios de Agresión hacia Funcionarios (FAF) a referente del Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota.

- Se han efectuado diez intervenciones respecto de FAF notificados por lo funcionarios, las cuales consistieron en citar a usuarios que habían efectuado conductas maltratantes con funcionarios de la red de atención primaria de APS, informándoles respecto de los alcances de la Ley 21.188 o Ley Consultorio Seguro y la Ley 21.643 o Ley Karin.
- También se han entregado lineamientos a funcionarios respecto de sus derechos y protocolos existentes en la organización.
- Respecto de gestión en clima laboral, se han efectuado siete intervenciones en sectores y unidades del DESAM La Ligua, las dimensiones abordadas corresponden a compañerismo, conductas cívicas y abordaje de ley 21643.
- Se han efectuado seis acompañamientos a funcionarios que desempeñan cargos de jefaturas en el Departamento de Salud Municipal de La Ligua, estos acompañamientos incluyen apoyo en la dirección y formas de comunicación hacia los funcionarios.
- Respecto del trabajo con las jefaturas, se ha desarrollado una gestión colaborativa con los encargados de cumplir las medidas de CEAL-SM, desarrollando una capacitación en la dimensión de liderazgo. Asimismo, y en coordinación con la OAL se desarrolla en el mes de octubre 2025 la capacitación “comunicándonos”, a fin de fortalecer herramientas de comunicación y de liderazgo asertivo en la Organización.
- En relación a capacitaciones que se han desarrollado para fortalecer el cuidado de ambiente laboral Organizacional se presentan cuatro capacitaciones, entre ellas capacitación “conectándonos “la cual presentó como objetivo que los funcionarios logren adquirir herramientas de auto-regulación y afrontamiento frente a instancias de Exigencias emocionales. Capacitación “Promoviendo Estrategias Para Intervenir Las Exigencias Emocionales Desam La Ligua”, capacitación relacionada a dimensión "Calidad de liderazgo y vulnerabilidad". Para el mes de octubre 2025 se encuentra planificado el desarrollo de capacitación “comunicándonos “y, “trabajando el buen trato” el cual tiene como finalidad fortalecer las competencias del personal de la Red de Salud APS La Ligua mediante la integración de herramientas teóricas y prácticas sobre el "Buen Trato", con el propósito de mejorar la calidad de la atención y las relaciones interpersonales dentro del entorno laboral.
- Se han presentado postulaciones a proyectos, dentro de los cuales se ha realzado el enfoque de fortalecer el desarrollo de habilidades respecto de dimensión “exigencias emocionales” la cual se encuentra en riesgo psicosocial según encuesta CEAL-SM aplicada en la Organización.
- Por último, se encuentra el desarrollo de protocolos que permitan establecer regulación en temáticas que favorezcan el cuidado de ambientes laborales, entre ellos se encuentra el protocolo de reintegro laboral de funcionarios que presenta licencia médica por enfermedad profesional y, se encuentra en desarrollo protocolo de prevención e

- intervención en clima laboral, lo cual abordará violencia en el trabajo y conductos regulares respecto de lineamientos.

Es importante informar que los componentes, estrategias y actividades contenidas en el presente plan comunal corresponden a los lineamientos entregados desde el SS, siendo el marco regulador.
Para evaluar las gestiones efectuadas. Al respecto referir que, con fecha 24 de septiembre 2025, se lleva a cabo focus group con diferentes referentes del DESAM La Ligua; Sub Directora DESAM La Ligua, RRHH, Directora Cesfam RSB, Subdirectora técnica PSR, Comité Trabajo seguro, Comité paritario Higiene y Seguridad Cesfam RSB, Asociaciones gremiales y Encargada SOME sector rural. En dicha instancia se evaluaron las actividades desarrolladas para fortalecer el cuidado de ambientes laborales saludables comunal, presentándose la aprobación de 8 de las 10 actividades revisadas, las cuales fueron informadas previamente y se presenta la observación de reformular dos actividades que tienen relación con el componente promoción y prevención, por lo cual, para el año 2026 se presenta como objetivo abordar las siguientes estrategias que complementarán las gestiones que ya se encuentran en desarrollo:

Estrategia	Indicador	Actividad
Difundir información respecto del bienestar emocional	N° de capacitaciones realizadas / N° de capacitaciones planificadas x 100	1. Realizar capacitaciones técnicas adaptadas al bienestar emocional y buen trato.
	60% de profesionales socializados respecto de estrategias de bienestar.	2. Difusión de buen trato y medidas de compromiso para el bienestar organizacional
Promocionar la valorización de espacios de autocuidado dentro de jornada laboral	N° de jornadas de autocuidado realizadas en el DESAM La Ligua/ N° de jornadas planificadas x 100	1. Desarrollar iniciativas grupales de autocuidado.

SECCIÓN III: PLAN DE SALUD SECTOR URBANO Y RURAL

1. SECTORIZACIÓN URBANA

Actualmente la red pública municipal cuenta con un 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 reorganizar tanto en su infraestructura como en las prestaciones 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. Este sector cuenta con una población con ficha clínica, distribuida como se señala a continuación:

Población sector Verde

Rango Etario	Sector Verde	
	Usuarios Fonasa con ficha Clínica	Usuarios Otra Previsión
0-9	1009	128
10.-14	536	30
15-19	498	30
20-64	4765	250
65-80	1166	28
80 y (+)	419	8
TOTAL	**8393**	**474**

La población de este sector se caracteriza por presentar una alta vulnerabilidad social y económica. En términos generales, se observa un bajo nivel de escolaridad, lo que se traduce en dificultades para comprender en algunos casos, la información relativa a los servicios y

prestaciones sociales. A esta realidad se suma un creciente número de personas de nacionalidad extranjera, quienes se han asentado mayoritariamente en el sector alto de la comuna debido a la mayor accesibilidad económica en términos de arriendo de viviendas. Esta población hace un uso frecuente del sistema público de salud, lo que genera una alta demanda por parte de los establecimientos de atención primaria.

Una de las principales problemáticas identificadas es la falta de educación formal, lo que repercute directamente en el desconocimiento sobre los programas, beneficios y prestaciones sociales disponibles. Asimismo, existe un desconocimiento generalizado respecto al funcionamiento del sistema de salud en atención primaria, lo cual se traduce en un alto porcentaje de inasistencia a controles y baja adherencia a los programas implementados.

Desde el ámbito social, las atenciones diarias reflejan una población mayoritariamente compuesta por personas adultas y adultos jóvenes, muchos de ellos con empleos precarios o jubilaciones insuficientes, lo que deriva en ingresos familiares bajos. Además, es frecuente encontrar grupos familiares numerosos, lo que posiciona a la mayoría de los hogares del sector dentro del 40% más vulnerable de la comuna. Esta situación es especialmente crítica en el caso de familias extranjeras, quienes a menudo enfrentan condiciones de hacinamiento.

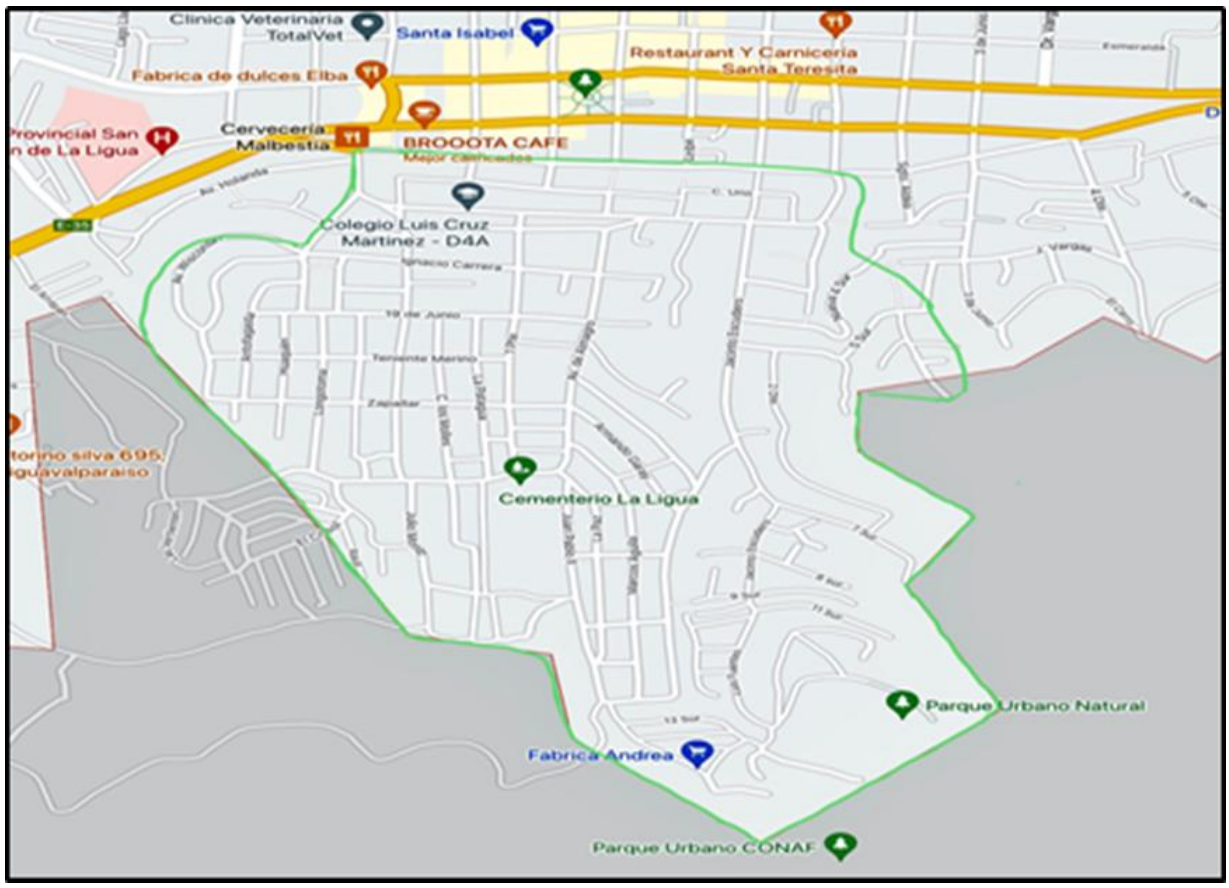
El envejecimiento poblacional es una tendencia nacional que también se manifiesta en este sector. Una preocupación creciente es el elevado número de adultos mayores que viven solos y sin redes de apoyo, lo cual dificulta su acceso a servicios de salud y afecta negativamente su salud mental, al sentirse abandonados y excluidos. Esta situación también representa un desafío para el equipo de salud, que no cuenta con los recursos humanos suficientes para realizar controles o seguimientos domiciliarios de manera regular.

Cabe destacar que, en los últimos tres años, se han establecido asentamientos informales ("terrenos en toma") en el sector alto de la comuna, fenómeno que incrementa anualmente tanto la población como su grado de vulnerabilidad. Estos asentamientos carecen de servicios básicos, lo que conlleva un mayor riesgo sanitario y un desafío adicional para la gestión local de salud y servicios sociales.

1.1.2.- Población a cargo del Sector.

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	17	257	1.009
10.-19	3	73	0	0	1.034
20 – 64	777	182	0	593	4.765
64 -80 o +	893	100	0	447	1.166
Total	1673	412	17	1297	8.393

1.1.3.- Mapa del Territorio.



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, Tejedores de Ilusión (Integra), La Casa cultural, Los Ositos, Luis Cruz Martínez, Serpentina, 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 2026

Plan de Acción	Proyecciones
Potencia la participación comunitaria en hábitos saludable.	Caminata anual a desarrollar en un entorno natural de la comuna la cual incluirá diversas actividades orientadas a la promoción de hábitos de vida saludables. Esta jornada contará con la participación de funcionarios del sector y tendrá como objetivos principales fomentar prácticas saludables en la población y fortalecer los vínculos entre los funcionarios de salud y la comunidad.
Información para el cuidado de la salud y bienestar.	Se contempla el uso activo del tótem sectorial, así como la reactivación del mural informativo del sector, con el objetivo de difundir contenidos relacionados con estilos de vida saludables, programas vigentes del CESFAM y fechas conmemorativas relevantes. Estas herramientas de comunicación permitirán mantener a la comunidad informada, promover la participación en actividades de salud y reforzar el vínculo entre el equipo de salud y la población usuaria.
Fortalecimiento de actividades para salud mental.	Talleres de autocuidado enfocados en la salud mental, utilizando principalmente actividades manuales como herramienta terapéutica. Estos espacios buscan promover el bienestar emocional, reducir el estrés y fortalecer habilidades personales, entregando a los participantes instancias de contención, creatividad y expresión personal.
Operativo de salud “sector verde en terreno”	Se proyecta la realización de un operativo de salud durante el mes de abril de cada año, con el objetivo de apoyar la cobertura de la campaña de vacunación contra la influenza y acercar diversas prestaciones de salud a la comunidad. Este operativo incluirá la administración de vacunas, la realización de Exámenes de Medicina Preventiva del Adulto (EMPA), atención dental, y evaluaciones médicas oftalmológicas y contar con apoyo de otros programas para la promoción de salud. La actividad busca facilitar el acceso a servicios preventivos y fortalecer la promoción de la salud en la población del sector.
Adecuación de oferta programática atenciones de alta demanda.	Garantizar cantidad mínima de cupos diarios de morbilidad (médica).
Mejores estrategias de difusión y comunicación con la comunidad	Se propone habilitar un canal de comunicación vía WhatsApp entre el sector de salud y las juntas de vecinos y/o monitoras comunitarias de salud, con el objetivo de fortalecer la difusión de información relevante sobre el funcionamiento del centro de salud, compartir cápsulas educativas y mantener una comunicación fluida con la comunidad. El uso de esta herramienta estará sujeto a un horario predeterminado, con bloqueos definidos y autorizados por jefatura, para asegurar un uso eficiente y ordenado. Para llevar a cabo esta iniciativa, se solicitará la adquisición de un teléfono celular nuevo destinado exclusivamente al uso del sector, lo cual dependerá de la disponibilidad presupuestaria del Departamento de Salud.

Plan de Acción	Proyecciones
Transmitir y educar respecto al funcionamiento interno de Cesfam.	Se llevarán a cabo intervenciones en diversos espacios comunitarios, tales como reuniones de clubes de adulto mayor, juntas de vecinos, centros de madres, entre otros, con el propósito de entregar información clara y actualizada sobre el funcionamiento interno del CESFAM. Estas instancias permitirán mejorar la comunicación con la comunidad, promover el uso adecuado de los servicios de salud y resolver dudas respecto a los procesos, prestaciones y programas disponibles en el centro.
Mejorar el acceso de adolescentes al control joven.	Realización de dos operativos durante el año para la aplicación de fichas CLAP, orientadas a la evaluación integral de adolescentes. Cada operativo incluirá una exposición de material educativo dirigido a este grupo etario, con el objetivo de entregar información relevante sobre salud sexual y reproductiva, alimentación saludable, prevención de enfermedades, entre otros temas de interés. Estas actividades buscan fortalecer la educación en salud y promover el autocuidado desde la adolescencia.

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 9.425 usuarios con ficha clínica en el sector, tal como se señala a continuación:

Rango Etario	Sector Azul	
	Usuarios Fonasa	Usuarios Otra Previsión
0-9	1.135	110
10.-19	596	47
15-19	581	22
20-64	5.062	341
65-80	1.043	42
80 y (+)	439	7
TOTAL	**8.856**	**569**

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.

Los objetivos de salud incluyen mejorar la detección, diagnóstico e intervención oportuna de los factores de riesgo cardiovascular, mejorar la calidad y resultados de las atenciones, y fortalecer el control de los factores de riesgo y el seguimiento de personas que han tenido un evento cardiovascular. También se busca incorporar a la familia como factor protector en el abordaje de los riesgos. Las prestaciones del PSCV incluyen exámenes sanguíneos y de orina, electrocardiogramas, controles crónicos y periódicos con un equipo médico integral, entrega de medicamentos, evaluación de fondo de ojo, evaluación de pie diabético y control y seguimiento de la presión arterial. El PSCV se centra en acciones de prevención primaria en individuos con distintos niveles de riesgo cardiovascular, con el objetivo de corregir factores de riesgo en aquellos que no presentan complicaciones clínicas. Las estrategias de salud pública se enfocan en el control de los factores de riesgo modificables, como la alimentación inadecuada, el tabaquismo, la inactividad física y el estrés. Los diagnósticos más frecuentes corresponden hipertensión arterial (HTA) con 1076 usuarios bajo control, Diabetes mellitus (DM) con 496 usuarios bajo control y 1063 usuarios con Dislipidemia (DLP).

El programa de Salud Mental en la Atención Primaria en Chile, tiene como objetivo general: promover, prevenir, detectar precozmente, tratar y rehabilitar los problemas y trastornos de salud mental en la comunidad. En el caso del Sector AZUL está más centrado en el tratamiento, con algunos aportes a la promoción y prevención. La atención está dividida en rangos etarios. Para la población de 5-14 años, es atendida por un equipo de salud transversal, mientras que desde los 15 hasta los 80+ años, son atendidos por los profesionales: médicos (2), psicóloga (1) y trabajadora social (1) que integran el equipo del sector azul. Los diagnósticos más frecuentes en salud mental del sector azul, corresponden a trastornos de ansiedad (37,9%) y trastornos del ánimo (26,5%), ambos con una clara predominancia en mujeres adultas (20-64 años). También destacan los trastornos adaptativos (9,1%) y los trastornos de la personalidad (7%), igualmente concentrados en esta población. En la adolescencia (15-19 años), los diagnósticos son menos frecuentes, destacando ansiedad y trastornos del desarrollo (TEA y otros), mientras que en adultos mayores (65+), sobresalen las demencias y los trastornos del ánimo que, si bien destacan en porcentaje, en números representa a un valor pequeño.

El Programa Nacional de Salud Integral de la Infancia pretende contribuir a la salud y el desarrollo integral de niños menores de 10 años (9 años, 11 meses y 29 días) mediante actividades de fomento, protección, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, para favorecer la máxima expresión de su potencial biopsicosocial y mejor calidad de vida. Este se desarrolla en todo el país, en las SEREMIS y en los tres niveles de atención del sistema público de salud, y constituye un programa de referencia para la atención de esta población en el sistema privado de salud. Dentro de los objetivos principales se encuentran: Reducir la mortalidad y morbilidad infantil en la población menor de 10 años, fortalecer la atención de salud oportuna, expedita, continua, resolutiva y de calidad a niños y niñas en la red de salud pública, contribuir a la mejora de la calidad de vida en la población infantil, independiente de su condición de salud y socioeconómica, promover hábitos saludables y disminuir los factores de riesgo de salud en niños y niñas menores de 10 años, considerando el enfoque de curso de vida. Dentro de nuestra población, a la fecha tenemos en seguimiento a 4 niños con alteración en su desarrollo psicomotor, en la población menor de 9 años existen 237 usuarios con algún problema de malnutrición y un total de 53 niños NANEAS.

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

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	4	237
10-19	9	35	0	146
20 - 64	691	217	0	491
64 – 80 o +	636	65	0	260
Total	1.336	317	4	1.134

1.2.3.- Mapa del Territorio.



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

Localidades	Límites
San Expedito	Ubicado en sector sur-poniente y limitado por la calle Hermanos Aravena Williams y los pasajes adyacentes a la calle El Crisol.
San Alberto Hurtado	
Villa Holanda	Calle con el mismo nombre, continuado con el conjunto habitacional detrás del Servicentro Copec.
El Arrayán	
Villa Fértil	Limitado por las calles Victorino Silva (oriente), Las Rosas (norte), Los Manzanos (sur) y Los Almendros (poniente).
Don Zacarías	
Victorino Silva	
Villa Futuro	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).
Villa O`Higgins	
El Rayado	
La Chacarilla	Continuación de calle Ortiz de Rozas hacia Placilla (Poniente)
Placilla	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.
La Chimba	
Quinquimo	
Quebradilla	Parte de la ruta 5 Norte comprendida desde rotonda del KM E-39 hasta el Embalse el Totoral.
Jaururo	
Los Maitenes	

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

Plan de Acción	Proyecciones
Escasa participación en actividades de consulta ciudadana para la toma de decisiones.	Charla educativa sobre funcionamiento CESFAM: programas, sectores, toma de horas, exámenes preventivos. Con apoyo de trípticos informativos físicos y digitales como refuerzo a las dudas de los vecinos. Pendiente propuestas de los vecinos sobre otros temas de salud que quisieran profundizar por medio de charlas/talleres.
Desconocimiento de programas y beneficios en salud	Operativo de salud 2026: campaña de vacunación, PAP, EMPA, EMPAM y/u otras prestaciones.
Escasa educación sexual en personas mayores de 40 años	Taller educativo de sexualidad después de los 40 años: Dan especial énfasis a la escasa educación de salud sexual posterior a los 40 años y lo asocian a posibles padecimientos como CA útero/mamas/próstata por la poca importancia que se la da prevención-
Problemas de salud oral	Priorización de horas en adultos mayores Educar sobre acceso a programas odontológico.

1.3 Sectorización Urbana: Sector Amarillo

1.3.1.- Caracterización del sector

El sector amarillo cuenta con 10.725 personas con ficha clínica activa, incluyendo tanto a usuarios con FONASA como a aquellos con otras previsiones. En esta población, predomina el grupo etario adulto (20 a 64 años), seguido por una creciente proporción de adultos mayores (mayores de 65 años). Este grupo corresponde a habitantes de la Población Pulmahue, Los Quintrales, Sector Centro y el Condominio de Viviendas Tuteladas, quienes presentan una alta demanda de prestaciones de salud en el CESFAM.

Determinantes Intermedios de Salud

Entre los principales determinantes intermedios identificados en el sector amarillo, se destacan los siguientes:

- Aumento de personas mayores con escasa red de apoyo: Muchos adultos mayores del sector presentan dificultades de desplazamiento o residen en zonas de difícil acceso, como viviendas en altura con escaleras como único medio de ingreso. Aunque no son considerados dependientes severos, el deterioro físico asociado a la edad y sus diagnósticos crónicos dificultan su acceso regular al CESFAM, pese a requerir un seguimiento continuo de sus patologías.

- Barreras geográficas y de transporte: Las viviendas ubicadas en sectores rurales como El Carmen y La Higuera enfrentan serias dificultades de acceso a los servicios de salud. La locomoción colectiva es irregular y no existen rutas peatonales adecuadas, debido a la lejanía y aislamiento de estas zonas.

- Sectores críticos con alta concentración de personas mayores: En áreas como La Gruta y la Población Rodríguez se concentra una alta proporción de adultos mayores, quienes enfrentan problemas similares: escaso acceso a locomoción colectiva y una cobertura insuficiente de transporte público que no responde a las necesidades reales de la población.

- Personas en situación de calle: En el sector amarillo también se identifica un número significativo de personas en situación de calle, tanto de forma temporal como permanente. Este grupo recibe atención desde el CESFAM correspondiente al sector amarillo, especialmente durante la activación del albergue temporal. Dada su alta vulnerabilidad social, se han implementado estrategias específicas para mejorar su accesibilidad a las prestaciones de salud.

Condiciones de Infraestructura y Servicios

- Servicios básicos irregulares: La disponibilidad de servicios como agua potable, alcantarillado y electricidad, tanto dentro como fuera del hogar, es un factor crítico. Su ausencia o inestabilidad afecta directamente al consumo humano y a las actividades económicas predominantes del sector, principalmente la agricultura. Cabe destacar que los sectores rurales de El Carmen y La Higuera no cuentan con sistema de alcantarillado.

- Hacinamiento y migración: En el sector centro se observa una alta concentración de personas migrantes, quienes residen en condiciones de hacinamiento, compartiendo viviendas con ampliaciones irregulares y altos costos de arriendo. Este fenómeno contribuye a la vulnerabilidad social y sanitaria del área.

Condiciones Laborales

La población del sector se desempeña mayoritariamente en trabajos informales y temporales, especialmente en el ámbito de la agricultura y el comercio ambulante. Estas actividades, al carecer de cotizaciones previsionales y afiliación a mutualidades, aumentan el riesgo de accidentes laborales sin cobertura adecuada, afectando así la seguridad y bienestar de los trabajadores.

1.3.2.- Población a cargo del Sector

Rango etario	N° de usuarios en programa Cardiovascular	N° de usuarios del programa Salud mental	N° de usuarios con alteración del Desarrollo Psicomotor	N° de usuarios con malnutrición
0-9	1	78	11	532
10-19	6	34	0	5
20 – 64	674	179	0	780
64 -80 o +	798	27	0	645
Total	1479	318	11	1962

1.3.3.- Mapa del Territorio.

El sector amarillo se encuentra emplazado en la zona centro de la comuna de La Ligua, extendiéndose hacia el oeste e incorporando zonas rurales como El Carmen, La Higuera y El Bosque. Aunque estas localidades se ubican a una distancia aproximada de 7 kilómetros del centro, presentan una limitada disponibilidad de locomoción colectiva, la cual no cubre todos los puntos geográficos del sector ni cuenta con horarios compatibles con el funcionamiento del CESFAM.

Según los datos recopilados en el diagnóstico de necesidades en salud, la movilización y la distancia se identifican como barreras significativas para el acceso a los servicios de salud, afectando especialmente a la población rural.

En cuanto a sus límites geográficos, el sector amarillo colinda al norte con el Río La Ligua y al sureste con el sector verde (La Cantera).

Mapa del Territorio



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.

Plan de acción	Actividades
Facilitar el acceso a atención de salud para adultos mayores y usuarios prioritarios.	- Generar horario preferente para entrega de horas destinado a adultos mayores. -Difundir los horarios preferenciales a través de afiches visibles en SOME, sala de espera y redes sociales del CESFAM. -Capacitar al personal de SOME en atención preferente y comunicación efectiva con población adulta mayor. -Evaluar mensualmente la demanda en horario preferente para ajustar días y horarios según necesidad. -Incorporar apoyo de TENS o funcionario guía para orientar y acompañar a los adultos mayores durante la gestión de su atención.
Mejorar la comunicación entre el equipo de salud y la comunidad organizada.	-Participar activamente en reuniones comunitarias (Juntas de Vecinos, clubes de adulto mayor, organizaciones sociales), con el fin de recoger inquietudes, detectar necesidades y difundir información relevante en salud. -Utilizar redes sociales comunitarias y del CESFAM para difundir cápsulas informativas, campañas preventivas y mensajes de promoción de la salud. -Realizar operativos de salud mensuales en sectores del territorio, incorporando controles básicos (presión arterial, glicemia, peso, educación en salud y vacunación según calendario). -Coordinar la participación de distintos programas (salud mental, odontología, cardiovascular, promoción) en dichos operativos para garantizar un enfoque integral. -Evaluar la participación comunitaria y el alcance de las actividades mediante registro de asistencia y monitoreo en redes sociales.

1.4 Sectorización Urbana: Sector Rojo

1.4.1 Caracterización del sector.

El sector rojo del CESFAM Raúl Sánchez Bañados constituye una unidad de apoyo transversal, orientada a la entrega de prestaciones y procedimientos de salud basados en los principios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, con un enfoque centrado en la persona, su familia y la comunidad.

En esta unidad se concentran atenciones derivadas desde los distintos sectores internos del CESFAM (Verde, Amarillo, Azul) así como también cierto tipo de derivaciones gestionadas desde las Postas de Salud Rural. Este sector también recibe derivaciones provenientes de la red secundaria de salud y del extra sistema, para la continuidad de cuidados y seguimientos clínicos.

Dentro de las principales prestaciones realizadas en el sector rojo se incluyen:

- **Procedimientos**: curaciones simples y avanzadas, administración de inyectables intramusculares, subcutáneos y endovenosos, electrocardiogramas, entre otros.
- **Atención respiratoria**: controles agudos y crónicos, consultas de morbilidad respiratoria, realización de espirometrías, test de marcha y sesiones de kinesioterapia respiratoria.
- **Atención domiciliaria**: visitas a pacientes para control, educación y seguimiento, así como rescate de usuarios inasistentes.
- **Actividades educativas**: talleres comunitarios y sesiones de capacitación asociadas al programa SCORE IRA, dirigidas a la prevención y manejo de enfermedades respiratorias.

En el marco del Programa Respiratorio se desarrolla la campaña de invierno, la cual se extiende durante los meses de mayor incidencia de enfermedades respiratorias agudas. Para fortalecer la cobertura, se incorpora un profesional kinesiólogo que amplía la oferta de prestaciones tanto en el sector urbano como en el rural, priorizando aquellas zonas con mayor dificultad de acceso.

Asimismo, en respuesta a las necesidades detectadas en la atención de la comunidad, se implementó la resolución de urgencias no vitales, respaldada por protocolos de funcionamiento y acciones definidas de acuerdo con el nivel de pertinencia y resolutividad del CESFAM. Esta estrategia se mantiene vigente, integrando mejoras dentro de un marco teórico actualizado y con la participación activa y coordinada de todos los sectores del establecimiento.

En cuanto a la infraestructura, el Sector Rojo dispone de:

- Unidad de procedimientos (con disponibilidad de 3 box de atención).
- Box de curaciones avanzadas.
- Box de reanimación.
- Sala de infecciones respiratorias diferenciada para población infantil y adulta.
- Box de consultas médicas.

Este conjunto de recursos humanos, técnicos y físicos permite al Sector Rojo consolidarse como una unidad estratégica dentro del CESFAM, asegurando una atención integral, continua y de calidad para la población beneficiaria.

Programa / Unidad	Definición Técnica
Programa de salud respiratoria	Tiene como objetivo disminuir la morbilidad y mortalidad derivada de enfermedades respiratorias agudas y crónicas, mediante la entrega de atención oportuna y continua a la población. Asegura el acceso al diagnóstico precoz, tratamiento estandarizado, rehabilitación kinésica y seguimiento clínico, con el fin de mejorar la calidad de vida de los usuarios y reducir complicaciones asociadas.
Programa IRA (Infecciones Respiratorias Agudas)	Orientado a población de 0 a 14 años, busca garantizar la atención integral de niños bajo control con diagnóstico de SBO, SBOR y Asma, junto con otras patologías respiratorias agudas. Considera la implementación de atenciones oportunas y seguras, continuidad de tratamientos y sesiones de kinesioterapia respiratoria.
Programa ERA (Enfermedades Respiratorias Adulto)	Dirigido a población de 15 a 80 años y más, bajo control con diagnóstico de EPOC, Asma y otras enfermedades respiratorias crónicas. Asegura acceso seguro y oportuno al diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, favoreciendo la adherencia y continuidad de cuidados.
Unidad de procedimientos	Brinda prestaciones de carácter transversal a todos los usuarios inscritos en el CESFAM, abarcando procedimientos de diversa complejidad: urgencias no vitales, electrocardiogramas, administración de fármacos por vía oral, intramuscular, subcutánea y endovenosa, instalación de sondas, curaciones simples y avanzadas, extracción de puntos, lavado de oídos, cambio de bolsas de colostomía, entre otros. Constituye un eje clave de apoyo clínico dentro del establecimiento.
Curaciones avanzadas	Unidad destinada al manejo integral de lesiones complejas, tales como úlceras venosas, úlceras por pie diabético, lesiones postquirúrgicas y heridas crónicas de difícil cicatrización. Se emplean técnicas avanzadas de curación y productos especializados, contribuyendo a la reducción de complicaciones, prevención de amputaciones y mejora de la calidad de vida de los pacientes.
Programa TBC (Tuberculosis)	Programa de prevención, detección precoz, diagnóstico y tratamiento de la Tuberculosis, bajo normativa ministerial y vigilancia epidemiológica permanente.
Unidad de toma de muestras	Área destinada a la extracción y gestión de muestras biológicas para exámenes de laboratorio. Integra prestaciones correspondientes a la cartera de APS y a convenios externos, con el objetivo de brindar un servicio diagnóstico integral y oportuno. Permite apoyar programas de control y seguimiento, favoreciendo la continuidad y resolutividad del proceso asistencial.

1.4.2 Plan de Trabajo Sector Rojo

Plan de Acción	Proyecciones
Optimizar la resolución de procedimientos en el Sector Rojo	- Fortalecer la cobertura de procedimientos de enfermería y TENS mediante protocolos estandarizados. - Reforzar capacitaciones en técnicas asépticas y seguridad del paciente.
Fortalecer la atención en curaciones avanzadas	- Capacitación continua en manejo de heridas complejas (pie diabético, úlceras venosas y lesiones postquirúrgicas) . - Garantizar seguimiento de pacientes con registro fotográfico y clínico en AVIS.
Consolidar el funcionamiento de la sala respiratoria	- Mantener oferta diaria de atención en sala respiratoria, con énfasis en grupos de riesgo. - Realizar control de usuarios crónicos respiratorios. - Potenciar talleres de autocuidado y promoción de hábitos saludables en población respiratoria.
Reforzar la educación a la comunidad en el ámbito de APS	- Desarrollar material gráfico y audiovisual adaptado a población usuaria. - Implementar estrategias comunitarias (ferias de salud, charlas en colegios y sedes vecinales).

2.0 Sectorización Rural.

2.1 Sector Valle Hermoso.

2.1.1 Caracterización del Sector

La localidad de 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.

Es un territorio agrícola, ganadeo y textil. 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. Hay mucha población que aún se dedica al comercio textil a baja escala como principal fuente de trabajo, lo que los sitúa en la permanencia de tradiciones y fomento de turismo; sin embargo, también en la informalidad laboral y bajos ingresos económicos. A diferencia de un porcentaje menor de personas que son propietarios de tiendas y fábricas.

Dentro del sector se encuentran ubicadas dos postas de salud rural (PSR): Posta Rural de Pueblo de Roco y Posta Rural de Pueblo de Varas. A lo que se suma también una Farmacia Comunitaria. Ambos establecimientos de atención primaria tienen como objetivo la promoción y prevención de salud de la comunidad, realizando actividades comunitarias y vinculadas con desarrollo de las personas y familias del territorio.

De la cantidad de personas que viven en el sector y que están inscritas los centros de atención primaria, se evidencia un mayor porcentaje de personas mayores. Quienes se encuentran residiendo en las zonas más lejanas o distantes de los centros de salud, educacionales y comunitarios por actividades agrícolas y ganaderas del sector. Cuenta con agrupaciones de la Capilla Nuestra Señora del Rosario de Valle Hermoso como el baile religioso "Hermandad del Rosario" y la agrupación de la confirmación. También agrupa gran cantidad de población en instancias deportivas como campeonatos de futbol donde participan niños, mujeres y personas mayores. Sin dejar de lado los dos "Clubes de Huaso" de Valle Hermoso: de la Quebrada del Pobre y de Varas.

Valle Hermoso también cuenta con tres escuelas de dependencia municipal repartidas en la amplitud del territorio, un jardín infantil, una escuela libre y un colegio privado. Todos llegan hasta la educación básica, no cuentan con establecimientos educaciones que impartan enseñanza media.

A su vez, el sector comparte una principal problemática que es la escasez hídrica, que afecta de manera transversal a la comunidad. Mientras que, los que pueden costear la compra de agua y

acumuladores, tienen acceso. Pero el resto no logra mantener un acceso adecuado al insumo básico.

2.1.2 Población a cargo del Sector

En la comuna de La Ligua, en base al Sistema de Información Territorial en Salud (SITS) hay un 23.54% de población rural. En donde se puede inferir que gran cantidad pertenece al Sector de Valle Hermoso, que tiene la mayor población inscrita que se divide en dos centros de salud de atención primaria: Posta de Salud Rural Roco (PSR Roco) y Posta de Salud Rural Varas (PSR Varas). Esta última corresponde a la más grande de la comuna.

Se estima que la población percapitada en la posta de Salud Rural Varas es de 3576 personas y en posta de Salud Rural Roco es de 2101 personas. Sin embargo, este número es varía año a año según nuevos ingresos, nacimientos, traslados, fallecimientos, entre otros.

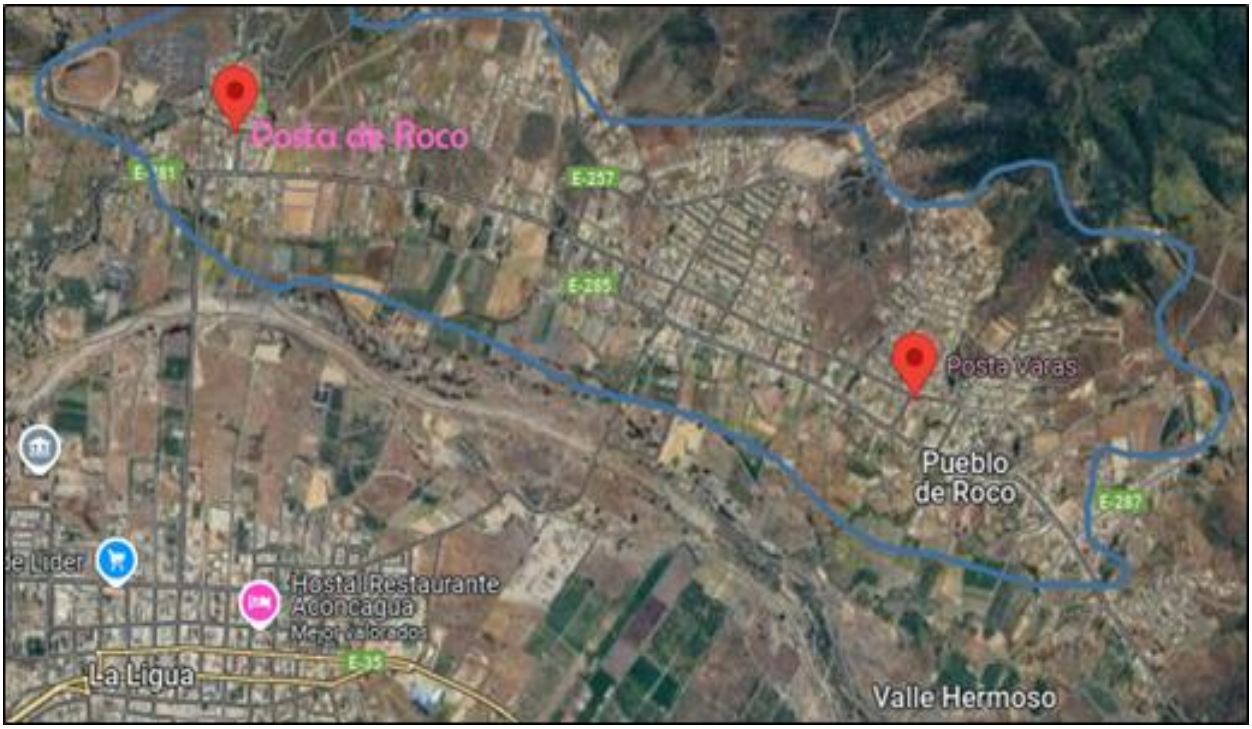
Al ser una comuna con alto porcentaje de ruralidad, se debe realizar una caracterización de las familias inscritas y división por riesgos, a modo de trabajar objetivos consensuados con los usuarios para mejorar su salud de forma integral y con todo el intersector. A su vez, en base al registro estadístico se evidencia en que programas de salud está la mayor parte de los usuarios inscritos.

Población Bajo Control

Rango etario	N° de usuarios programa Cardiovascular	N° de usuarios programa Salud mental	N° de usuarios programa infantil	N° de usuarios estrategia ECICEP
0-9	0	31	312	0
10-19	16	74	0	0
20-64	553	204	0	25
64-80	550	27	0	41
Total	**1019**	**336**	**312**	**66**

Fuente: Estadística Trimestral Junio 2025, Unidad de Estadística, DESAM La Ligua.

2.1.3 Mapa del Territorio



Fuente: Google Maps.

Sector Valle Hermoso	Territorio comprendido	Población Inscrita
PSR. De Roco	Comprende el territorio poniente del Sector Valle Hermoso, que abarca a la Quebrada del Pobre, en límite norte con La cuesta de la Canela. Al sur limita con el río ligua e incluye localidades como Illalolén, Pueblo de Roco, Colo-Colo, toda la extensión de calle Esmeralda (Calle Principal) y termina en el sector El Calvario.	2101
PSR. De Varas	Comprende el territorio oriente del Sector Valle Hermoso, que abarca desde el Sector El Calvario y toda la extensión de territorio oriente por la calle principal Esmeralda que incluye la plaza de Valle Hermoso, Farmacia Comunitaria y termina en sector "Pueblo Arriba" que limita con la localidad de El Carmen. Incluye sectores tales como: Sector Plaza, Bellavista, Colón, Cuatro Esquinas, Miramar y Pueblo Arriba	3576

Fuente: Población percápita 2025, Unidad de Estadística, DESAM La Ligua.

2.1.4 Organizaciones e instituciones presentes en el territorio

Sector Valle Hermoso	Descripción
Instituciones Educacionales	Jardín Ovillito de Lana, Colegio Comunidades de Valle Hermoso, Escuela Básica Ministro Gómez Milla, Escuela básica Ángel Menay, Escuela El Alba y Colegio San Francisco.
Instituciones de Salud	Posta de Salud Rural Pueblo de Varas, Posta de Salud Rural Pueblo de Roco y Farmacia Comunitaria de Valle Hermoso
Bomberos	4ta Compañía de Bomberos de Valle Hermoso
Carabineros	Retén de Carabineros, Valle Hermoso
Juntas de Vecinos	JJVV Bellavista, JJVV Colón, JJVV Pueblo Arriba, JJVV Sector Plaza, JJVV El Cepo, JJVV Campo Lindo, JJVV Pueblo Roco, JJVV Illalolén, JJVV Cuatro Esquinas, JJVV Alto Miramar
Club de Adultos Mayores:	Amanecer del Valle, Flor de la Esperanza, Nietecitos de Valle Hermoso, Club Adulto Mayor Bellavista, Virgen María Valle Hermoso, Club Nuestra Sra. Del Rosario, Aromos y Camelias, Los Telares de Valle Hermoso.
Clubes Deportivos	Club Deportivo Bellavista Valle Hermoso, Club Deportivo Unión Central Valle Hermoso, Club Deportivo Copihues Rojos Valle Hermoso, Club Deportivo Navidad, Valle Hermoso, Club Deportivo Illalolén, Club Deportivo Miraflores Sector Roco, Club Deportivo Valle Hermoso, Club Deportivo Colo-Colo, Valle Hermoso.
Escuelas de Fútbol	Escuelas de fútbol David Mendoza, Escuela de fútbol Nacho Gajardo, Escuela de fútbol Héctor Puebla, Escuela de fútbol La Rojita Quebrada del Pobre y los rojitos de Copihue.,
Bailes Religiosos	Baile Religioso Hermandad del Rosario, Baile Religioso Flecha Dorada, Baile Religioso Gitanos de Santa Cruz y Baile Chino Nuestra Señora del Rosario de Valle Hermoso
Otras Agrupaciones e Instituciones:	Cooperativa de agua potable, Club de Huasos, Catequesis de Primera Comunión y Confirmación, Centro de Madres, Agrupación Barrio Comercial Valle Hermoso La Cuna del Tejido, Agrupación Crianceros del Valle, Agrupación La Unión Hace la Fuerza, Comités de vivienda y agua potable.

2.1.5 Plan de Trabajo Sector Valle Hermoso

Plan de Acción	Proyecciones
Sustentar la Mejora Continua en la Entrega de Horas y Aperturas de Agendas de Profesionales	Se proyecta para el 2026 seguir mejorando en la búsqueda de estrategias para las entregas de horas y aperturas de agendas de profesionales, utilizando las TICS y la vinculación con la comunidad para mantener comunicación entre ambos clara y oportuna.
Ampliar el acceso a prestaciones de Salud Primaria a los sectores más lejanos del territorio.	Se proyecta para el 2026 mantener y mejorar la logística de la realización de operativos extramurales de atención clínica en sectores que no accedan de manera facilitada a los centros de atención primaria.
Aumentar y trabajar en los canales que aporten al aumento del per cápita	Se proyecta para el 2026 la comunicación activa con Fonasa y la comunidad para realizar inscripción efectiva y regularizar a los beneficiarios inscritos en los centros de salud de atención primaria.
Mantener Vinculación Activa con la Comunidad	Se proyecta para el 2026 en conjunto al Plan de Salud Comunitario, realizar actividades que se prioricen con la comunidad para trabajar en conjunto. A su vez mantener comunicación permanente con los dirigentes de JJVV para la retroalimentación entre salud y la comunidad, favoreciendo la existencia de monitores en salud en el territorio.
Fomentar la participación activa del equipo de salud en actividades y acciones relacionadas al MAIS	Se espera para el año 2026 asegurar la priorización y correcta utilización de los distintos recursos para cumplimiento de las características MAIS de manera unificada, equitativa y transversal lo que conllevaría al aumento de porcentajes de las evaluaciones realizadas desde el SSVQP.

2.2 Sectorización Rural: Sector Costa

2.2.1 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).

2.2.2 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. 345 usuarios tal como se indica en la siguiente tabla:

Posta de Salud Rural	Usuarios/as
Las parcelas	1917
Huaquen	1585
Pichicuy	737
Los molles	1106
Total	**5345**

Población Bajo Control

Rango etario	N° de usuarios programa Cardiovascular	N° de usuarios programa Salud mental	N° de usuarios programa infantil	N° de usuarios estrategia ECICEP
0-9	0	6	432	0
10-19	0	26	0	0
20-64	635	115	0	30
64-80	993	59	0	52
Total	**1628**	**209**	**432**	**82**

2.2.3 Mapa el Territorio

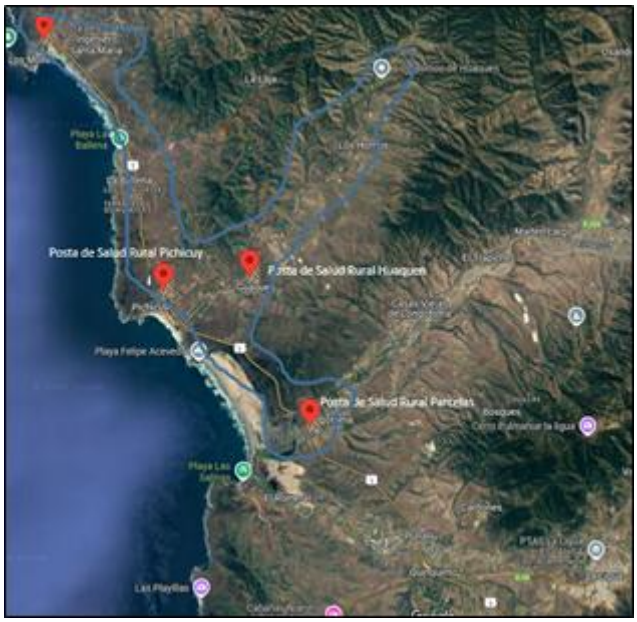


Foto obtenida Google maps: Referencia de ubicación del Sector Costa

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

2.2.4 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.

2.2.5 Plan de Trabajo Sector Costa

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 2026, 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. Vinculación Activa con la Comunidad a través de la participación social: proyectando espacios y actividades saludables	Se proyecta para el año 2026 mantener y generar alianzas entre los equipos de salud del sector y los usuarios generando instancias de talles y jornadas educativas sobre funcionamiento de atención primaria de salud de nuestras PSR, diferencias con servicios de urgencias y educación de enfermedades crónicas, permitiendo de esta manera aumentar la participación y acompañamiento en diferentes temáticas de salud de estos usuarios.
3.Aumentar y trabajar en los canales que aporten al aumento del per cápita	Se proyecta para el 2026 la comunicación activa con Fonasa y la comunidad para realizar inscripción efectiva y regularizar a los beneficiarios inscritos en los centros de salud de atención primaria.
4.Dispersión Geográfica: Se realizarán operativos 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 2026 se contempla realización de operativos de salud, donde los equipos estarán en lugares estratégicos más apartados a los establecimientos de salud, dado prioridad a los usuarios con mayores riesgos según clasificación.
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.	Esta estrategia se mantendrá durante el año 2026, actualmente los equipos del sector Costa, Actualmente el equipo de salud sigue estando en proceso de educar al usuario quienes ingresan con esta nueva modalidad de atención. Para el año 2026 se espera aumentar las atenciones con la estrategia ECICEP y fortalecen la educación de plan de cuidados entres usuarios y equipo de salud.
Fomentar la participación activa del equipo de salud en actividades y acciones relacionadas al MAIS	Se espera para el año 2026 asegurar la priorización y correcta utilización de los distintos recursos para cumplimiento de las características MAIS de manera unificada, equitativa y transversal lo que conllevaría al aumento de porcentajes de las evaluaciones realizadas desde el SSVQP.

2.3 Sectorización Rural: Sector Longotoma

2.3.1 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.

Resulta sumamente relevante referir 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.

2.3.2 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 2.986 usuarios (as) inscritos (as)

Rango etario	N° de usuarios en programa Cardiovascular	N° de usuarios del programa Salud mental	Nº de usuarios en programa Infantil	Nº de usuarios en programa ECICEP
0 - 9	0	9	209	92
10 - 19	1	23	0	0
20 – 64	308	77	0	0
64 - 80	353	24	0	0
Total	662	133	209	92

Fuente: Censo julio 2025, Unidad de Estadística, DESAM La Ligua.

2.3.3 Mapa del Territorio



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.	1.327
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.	959
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.	700

2.3.4 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, Consejo de Capilla La Canela.

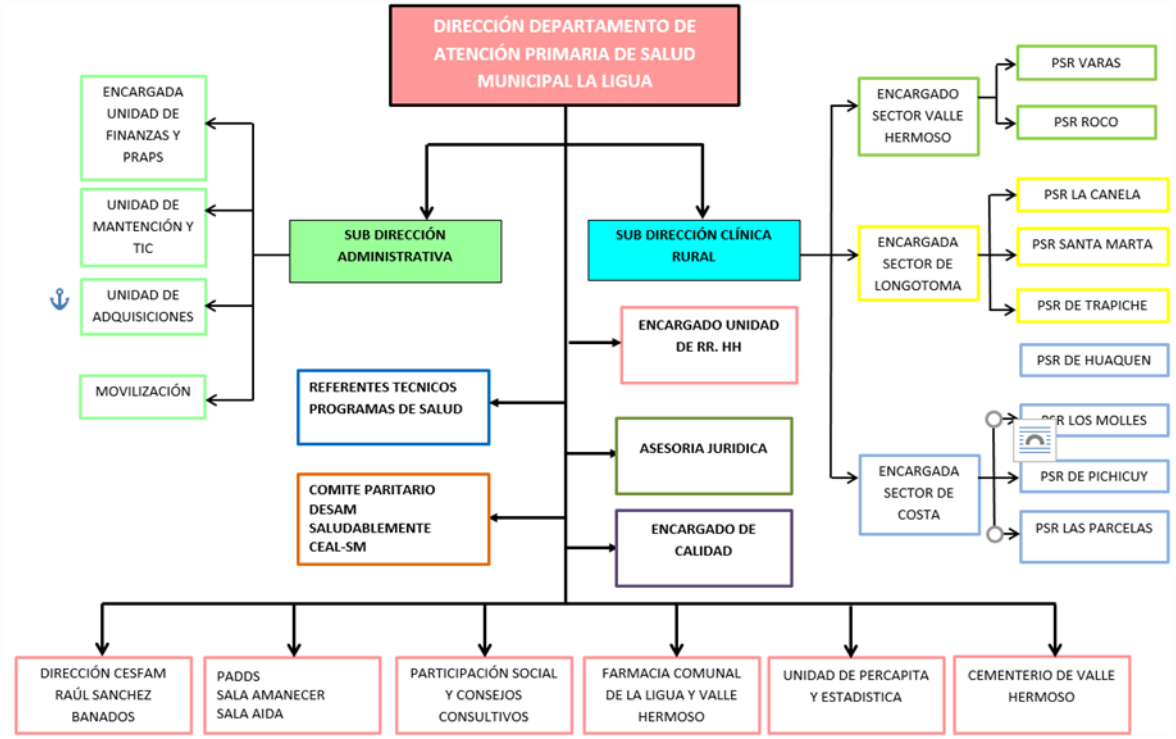
2.3.5 Plan de Trabajo Sector Longotoma.

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 2026 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 2026 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 2026se 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 2026 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 2026, 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.
6. **Fomentar la participación activa del equipo de salud en actividades y acciones relacionadas al MAIS.**	Se espera para el año 2026 asegurar la priorización y correcta utilización de los distintos recursos para cumplimiento de las características MAIS de manera unificada, equitativa y transversal lo que conllevaría al aumento de porcentajes de las evaluaciones realizadas desde el SSVQP.

Sección IV: PLAN DE SALUD COMUNAL 2026.

El Departamento de Salud Municipal de La Ligua es la entidad que se encarga de velar por la correcta ejecución de los procesos técnicos, administrativos y asistenciales que se desarrollan en los 10 establecimientos de atención primaria de la comuna de La Ligua y los dispositivos transversales, de acuerdo a la estructura organizacional que se detalla a continuación.



El Plan de Salud año 2026 fue elaborado en base a las observaciones, comentarios y sugerencias formuladas tanto por los equipos de salud como por la comunidad en general, desarrolladas en los distintos Focus group concretados tanto por los encargados de programa como por los respectivos sectores de atención en conjunto con la comunidad.

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 a fin de determinar la correlación de lo expuesto versus la realidad, se realizará la evaluación de agendas y disponibilidad de horas asistenciales realizando la medición de distintas variables (ejemplo: usuarios que no se presentan a la atención, prestaciones cupos disponibles y que no registran citaciones) que inciden en el acceso y oportunidad en la entrega de las prestaciones que componen la planificación de actividades. Lo anterior con el objetivo de 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.

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 incorporadas en los distintos programas de salud, relacionadas a su estamento y para las cuales es necesario actualizar conocimientos.
4. Concretar talleres de salud dirigidos a la comunidad de acuerdo a lineamientos establecidos por los distintos programas y necesidades de los usuarios. Se propone como estrategia generar talleres con apoyo de funcionarios de distintos sectores y dirigidos a la población urbana y rural.
5. Confeccionar cápsulas educativas con la participación de funcionarios, funcionarias y usuarios reconocidos en los respectivos territorios y transmitirlas en las redes sociales institucionales, televisores del CESFAM y Postas de Salud Rural, radios. Este material también será difundido a distintas agrupaciones, JJVV, Colegios y comunidad en general requiriendo para ello con la colaboración del equipo de comunicaciones de la Ilustre Municipalidad de La Ligua.
6. Fortalecer 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. Disponer de espacios adecuados para el desarrollo de Talleres de Salud. Al respecto se solicitará a los sectores y principalmente a sus encargados a gestionar los espacios para realizar intervenciones y educaciones a la comunidad. De esta manera también se logra un trabajo colaborativo con la comunidad, coordinando actividades con los respectivos dirigentes o líderes 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 de salud coinciden en continuar programando y desarrollando actividades territoriales con sus JJVV enmarcadas en la prevención y promoción en salud fortaleciendo los canales y mecanismos 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 vincularse con el territorio concretando alianzas con el intersector y con las oficinas y/o programas públicos programando actividades extramurales lideradas por cada Equipo de Cabecera de los establecimientos.
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 solicitará a los sectores a programar actividades con todos los subprogramas atingentes y que no sea solo vinculante con el programa MAS Adultos Mayores.

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 definir 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, considerando que esta práctica ya se encuentra implementada por la Posta de Salud Rural de Varas.
13. Continuar renovando según necesidad y presupuesto disponible, 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 que los equipos de salud y/o sectores analicen el cumplimiento de metas e indicadores de acuerdo a su pertinencia y necesidad territorial, teniendo la autonomía y facultad de poder implementar mejoras y/o cambios que den respuestas a las necesidades de la comunidad y a las metas requeridas.

Sección V: ACTIVIDADES PRIORIZADAS POR EL DEPARTAMENTO DE SALUD EN EL PLAN COMUNAL AÑO 2026.

De acuerdo con lo presentado, el Departamento de Salud de la Ilustre Municipalidad de La Ligua tiene considerado para el periodo 2026, 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 una clínica móvil.
- 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.
- Postular a un proyecto destinado a financiar la construcción e implementación de una droguería comunal.

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, el Plan de Trabajo formulado en base a los resultados de la Encuesta de Riesgos Psicosociales CEAL-SM/SUSESO, la jurisprudencia y normativas relacionadas.

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 intersector 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.
- Revisión semestral de agendas y la correcta utilización de las horas de profesionales disponibles en cada establecimiento.
- Continuar con el cobro de prestaciones de acuerdo a la ordenanza municipal vigente.
- 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 2026 de la Plataforma Digital MIHC tanto en el sector urbano como rural para la dación de horas de algunas prestaciones y aplicación de otras herramientas que vayan en beneficio directo de la comunidad.
- Implementar iniciativas ministeriales como por ejemplo la salud digital.
- Continuar con las consultorías que realizan las Neurólogas del Hospital Biprovincial de Quillota Petorca.
- Concretar el Plan de Trabajo del Comité de Calidad del DESAM en conjunto con la Dirección del Cesfam Raúl Sánchez Bañados para postular a la acreditación de este establecimiento en marzo del 2027.
- Concretar el Plan de Trabajo del Comité de MAIS del DESAM y los formulados por el Cesfam Raúl Sánchez Bañados y Postas de Salud Rural
- Definir Encargados y Plan de Trabajo para Programa Emergencias y Desastres en el contexto de Salud.
- Concretar el Plan de Trabajo definido por el Comité Oncológico del DESAM.
- Cautelar el adecuado uso de los recursos destinados a la Salud Municipal.
- Presentar el estudio de red comunal.
- Si la primera autoridad comunal decide implementar y poner en marcha la iniciativa municipal “SUR 24/7”, el DESAM solicitará recursos a la Ilustre Municipalidad de La Ligua, para cubrir los gastos en recurso humano y mantención asociados al funcionamiento de esta iniciativa.
- Evaluar la factibilidad de 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.
- Mantención, reparación, reubicación y/o construcción de infraestructura en los establecimientos de salud de la atención primaria de La Ligua, con el objetivo de reducir las brechas detectadas durante la aplicación de las Normas Técnicas Básicas para Establecimientos de Atención Primaria para la obtención ya sea de autorizaciones o demostraciones sanitarias.

- Adquisición de un bien inmueble para desarrollar iniciativas destinadas a fortalecer la salud de la población beneficiaria.
- 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.
- Licitar servicios de mantención de vehículos, equipamiento e instalaciones para el adecuado funcionamiento del servicio y las prestaciones que se brindan.
- Licitar la compra de combustible para los vehículos institucionales que trasladan tanto a usuarios como funcionarios en las respectivas visitas de atención, como también para los generadores eléctricos de los respectivos establecimientos.
- Licitar servicio de arriendo de vehículos en situaciones de contingencia.
- Licitar la compra de servicios para dar cumplimiento a la canasta de prestaciones o para cumplir con actividades propias del quehacer de la atención primaria definidas en el decreto precipita respectivo de acuerdo al art. 49 de la Ley 19.378.

Es importante mencionar que, si el financiamiento recibido para el año 2026 permite a la entidad administradora de salud 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 de acuerdo al presupuesto disponible y que requieran presupuesto. Asimismo, y en el caso que el reajuste del valor percápita no permita concretar acciones propias de la canasta básica de prestaciones y con ello se vea en desmedro la salud primaria de la comuna, se solicitará a la Ilustre Municipalidad de La Ligua el aporte respectivo necesario para dar continuidad a las atenciones y entrega de prestaciones que nos corresponde como primer nivel de atención.

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 actividades indicadas en el decreto percápita de cada año, con el fin de satisfacer las necesidades de la población.

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 2026.

SECCIÓN VI: Dotación del Departamento de Salud Municipal 2026.

Categoría	CARGOS	N° FUNCIONARIOS	Total, HORAS Semanales
A	Dirección establecimiento	0	0
	Bioquímico(a)	0	0
	Medico(a)	19	836
	Medico(a) (indicar especialidad)	0	0
	Odontólogo(a)	11	473
	Químico Farmacéutico	5	220
	TOTAL, A	35	1529
B	Dirección establecimiento	2	88
	Asistente Social	11	462
	Enfermera(o)	17	748
	Fonoaudiólogo(a)	1	44
	Ingeniero(a)	5	220
	Kinesiólogo(a)	9	396
	Matrón(a)	10	396
	Nutricionista	10	352
	Profesor(a)	1	33
	Psicólogo(a)	11	396
	Tecnólogo(a) Médico(a)	1	44
	Terapeuta Ocupacional	1	44
	Educadora de Párvulos	1	44
	TOTAL, B	80	3267
C	TENS	50	2200
	TANS	20	880
	TONS	10	440
	Podólogo	2	88
	Informático	4	132
	Estadístico	1	44
	TOTAL, C	87	3784
D	Técnico de salud	5	220
	TOTAL, D	5	220
E	Administrativos	25	1100
	TOTAL, E	25	1100
F	Conductores	9	396
	Auxiliares de Servicio	21	924
	Guardia de seguridad	4	176
	TOTAL, F	34	1496
(Indicar categoría)	Facilitadores/as interculturales		
	TOTAL (categoría):	0	0
	TOTAL (A, B, C, D, E, F)	266	11396

SECCIÓN VII: PROGRAMA ANUAL DE CAPACITACIÓN 2026 PAC

N° Eje	Resultados Esperados (Objetivos del Curso)	Nombre Curso	Metodología Educativa	Total Participantes.	HORAS	Fondo Capacitac. (SSVQP) $	Organismo Ejecutor	Coordinador	Fecha
2	Fortalecer las competencias del equipo de salud para mejorar la cobertura y compensación de la población crónica bajo control.	Abordaje integral en personas con patologías crónicas.	Mixta	45	8	200.000	Externo	Encargada Programa Adulto y Personas Mayores	Marzo
1	Fortalecer las estrategias e iniciativas de participación ciudadana contenidas en la consolidación del Modelo Integral de Atención en Salud proporcionando pertinencia territorial y cultural en el marco de determinantes sociales.	Promoción de Salud, Participación y Determinantes Sociales.	Mixta	55	8	300.000	Interno	Encargado de Promoción	Junio
5	Mejorar integralmente la Salud Sexual y Salud Reproductiva con enfoque de derechos	Salud Reproductiva Integral a lo Largo del Ciclo Vital	Mixta	46	8	200.000	Interno	Encargada Programa de Salud Sexual y Reproductiva	Julio
8	Desarrollar un modelo de atención de Salud Digital sostenible, que aporte al acceso, la atención oportuna y la información a los usuarios.	Uso de Plataformas de Salud Digital en APS.	Mixta	60	8	100.000	Interno	Encargada Salud Digital	Junio
1	Fortalecer las competencias del Personal de Salud para reducir la mortalidad prematura por Cáncer mediante la mejora en la pesquisa temprana, el manejo oportuno y la educación comunitaria.	Actualización en conocimientos en cánceres con alta carga de mortalidad local	Mixta	80	8	700.000	Externo	Encargado Comité Oncológico	Agosto
9	Mejorar las competencias de los profesionales que se desempeñan en los establecimientos de APS, para fortalecer la instalación de la cultura de calidad y seguridad de los pacientes y lograr cumplir con las exigencias de los procesos de acreditación.	Introducción a la Acreditación en APS: Criterios, estándares y proceso de evaluación.	Mixta	100	8	700.000	Externo	Encargado Participación Social	Abril
2	Generar Competencias en los integrantes del equipo de atención primaria para el abordaje integral de personas con necesidades especiales de atención.	Abordaje integral en personas con necesidades especiales.	Mixta	50	8	500.000	Interno	Encargado Programa Salud Oral	Agosto
9	Fortalecer habilidades y conocimientos sobre el cuidado de los trabajadores de salud, liderazgos, prevención de la violencia y promoción de los cuidados comunitarios para el fomento de una cultura de buen trato.	Ambientes laborales y equipos saludables para un buen trato laboral.	Mixta	100	8	1.000.000	Externo	Encargada Programa Saludablemente	Abril
4	Aumentar la prevalencia de personas con Factores Protectores de Salud	Equipo de salud adquiere herramientas que fomenten el bienestar integral.	Mixta	50	8	500.000	Interno	Encargada Programa Salud Infantil.	Septiembre
8	Fortalecer el conocimiento normativo y basado en la jurisprudencia vigente necesario para el desarrollo profesional.	Fortalecer el desarrollo del Recurso Humano en APS	Mixta	40	8	500.000	Externo	Dirección DESAM	Octubre